

3. 救急活動の時間経過 18時41分：覚知, 42分：出場, 51分：現場到着, 容態観察, 家族からの状況聴取, 57分：車内収容, 現場出発, 酸素吸入の実施 (3L/min), 病状に変化なし, 19時08分：医療機関到着, 09分：医師引き継ぎ, 4. 傷病名, 程度 急性心不全, 死亡 (同日20時43分), 5. 反省点, 問題点 (1) 意識障害を伴う傷病者の場合, 呼吸, 脈拍, 瞳孔, 顔貌等で心疾患, 脳血管障害を区別判断する方法について, (2) 心電計および心電図伝送システムの有効性と問題点について, (3) 酸素吸入装置を使用する場合, 傷病者の状態等に応じた流量の設定について, (4) 目の前で心停止があった場合, 1分以内であれば前胸部叩打法を試みてよいといわれているが, この有効性について, (5) 飲酒の有無により, 心疾患, 脳血管障害時に現れるバイタルサインの変化の違いについて.

特別講演

「急性心筋梗塞症の診断と治療」

新潟大学医学部第一内科

山 添 優 先生

急性心筋梗塞の発症メカニズムは不明であるが, 冠動脈造影法の進歩, 血管内視鏡による研究により, 発症ごく早期に冠動脈内血栓が関与している例が大部分であることが明らかとなった。恐らく, 安定していた粥状硬化巣に破裂・亀裂・潰瘍が形成され急速に血栓形成から閉塞に至ると思われ, 冠スパズムの関与も推定される。

診断としては, 30分以上続く胸痛ないし胸部圧迫感が重要で, 12誘導心電図ではほぼ確診できる。入院までの管理としては, ① 致死的不整脈に対する対処, ② 早急なCCU への移送が重要である。病院到着が早ければ死亡率は減ると考えられるが, CCU への収容が遅れる原因として, ① 患者による遅れ, ② 医師による遅れ, ③ 患者輸送の遅れがあげられる。CCU での治療としては, ① 不整脈治療, ② 梗塞巣拡大の防止, ③ 合併症の予防と治療などがあるが, CCU での最大死因はポンプ失調であり, 慢性期予後は梗塞サイズにより決まることから, 最近では「梗塞サイズの縮小」に重点をおいて初期治療を行っている。「梗塞サイズの縮小」には, 早期冠動脈再開通が最も有効であり, 冠動脈内血栓溶解療法が行われてきたが, 最近経静脈性血栓溶解療法が可能となった。血栓溶解療法は, 発症から原則として6時間以内が適応であり有効性も高いが, 問題点として, ① 致死的な再灌流性不整脈 (心室頻拍, 心室細動) と ② 出血が

あげられており, 特に経静脈性血栓溶解療法では注意が必要である。血栓溶解療法の効果が不十分な場合には, 冠動脈形成術 (PTCA) も有効である。また冠動脈に対するカテーテル治療 (Coronary Intervention) として, 今後レーザ, ステント, アテレクトミーなどが期待される。

現在のところ, 急性心筋梗塞発症後できるだけ早く冠動脈造影を行い, 冠動脈閉塞部位と症状の確認をし, それに基づいた治療法を選択するのが望ましい。経静脈性血栓溶解療法を行う場合には, 電氣的除細動の準備と CCU を有する施設との連絡が必要である。現状では急性心筋梗塞発症後, 病院到達前に死亡する患者がまだまだ多く, 心臓救急医療の充実が望まれる。

第34回新潟麻醉懇話会

第13回新潟ショックと蘇生・集中治療研究会

日 時 平成3年6月29日 (土)
午前10時から
会 場 新潟大学医学部
有壬記念館2階

一般演題

1) PGE₁ による拡張型心筋症4例の麻醉管理

佐久間一弘・傳田 定平
福田 悟 (新潟大学麻醉科)

拡張型心筋症は心筋の収縮力低下と左室充満圧の上昇を特徴とする。本症合併患者4例に対し PGE₁ を用いて麻醉管理し, 良好な結果を得たので報告する。

症例は66~77歳と高齢で, 術前の駆出率は27~40%と低下していた。麻醉法は酸素・笑気・エンフルレンまたはフェンタニル, 2例に硬膜外麻醉を併用した。全例に Swan-Ganz catheter を挿入した。麻醉導入前より PGE₁ を使用した例では心係数 $3.2 \sim 5.31 \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{m}^{-2}$, 末梢血管抵抗係数 $582 \sim 942 \text{ dynes} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^{-5} \cdot \text{m}^{-2}$ と正常な値で推移した。他3例も PGE₁ 投与開始後は安定した循環動態を示した。

PGE₁ は抵抗血管を拡張し後負荷を軽減する。また心拍出量を増大するため本症の循環管理に適していると考えられる。