

#### 4 救命センターにて剣状突起下開胸心嚢ドレナージをおこない、心臓マッサージを行いながら手術室へ行った大動脈解離

曾川 正和・若林 貴志・中村 制士

県立中央病院心臓血管外科

【背景】心タンポナーデは、Stanford A型急性大動脈解離の死因で最も多いと言われている。今回我々は、心タンポナーデを生じ、PEAをきたした症例に対して緊急手術をおこない、何とか救命できた症例を経験したので報告する。

症例は57歳、男性。午前5時50分、突然の胸部絞扼感が出現。その後、腰痛と右下肢痛が出現し、救急要請。当院救急外来を受診。来院時会話可能。CTを施行し、Stanford A型急性大動脈解離と診断。心臓血管外科医師に連絡直後に、不穏となり、呼吸停止。

急いで、救命センターに搬送し、気管挿管。心エコーにて心タンポナーデと診断され、剣状突起下開胸心嚢ドレナージを施行し、同時にPEAに対し、心臓マッサージを行いながら、手術室搬送。

緊急手術を行い、その後種々の合併症を生じたが、第187病日、当科退院した。

【考察】心タンポナーデで、PEAをきたしたStanford A型急性大動脈解離に対しては、救命センターでの剣状突起下開胸心嚢ドレナージが有効であった。その後、種々の合併症を生じたが、何とか救命することができた。後日、救命センターのスタッフとの勉強会の折、本症例の症例提示を行った。このことにより、救命センターでの出来事しか見ていないスタッフに対し、治療の全経過を理解してもらうことができたほかに、成功体験を共有することでより絆の強いチーム医療ができると考える。

【結語】瀕死状態のStanford A型急性大動脈解離に対し、緊急手術等を行い救命した。また、医療スタッフと成功体験を共有することが大切であると考ええる。

#### II. テーマ講演「診断・治療に苦慮した症例」

##### 5 重症起立性低血圧症例

藤崎 俊哉・土田 圭一・廣木 次郎  
柏 麻美・中村 則人・藤原 裕季  
真田 明子・保坂 幸男・尾崎 和幸  
高橋 和義・小田 弘隆

新潟市民病院循環器内科

症例は88歳、女性。幼少時より学校の朝礼時に倒れることがあり、起立性調節障害を指摘されていた。20XX年初夏、朝方の起立時に度重なる意識消失、痙攣を来したため当院入院の上精査を行った。入院後、入院中も起立や排便時に数回の意識消失を認める状況であったが、神経学的異常や精神疾患の合併は無く、意識消失時の頸動脈触知は可能であり徐脈性不整脈は否定的であった。動脈圧モニター下での起立試験を施行したところ、起立時に80mmHg以上血圧が低下し意識消失を来したため（臥位時の収縮期血圧140mmHg）、重症の起立性低血圧と診断し治療を開始した。もともと起立性低血圧の原因となるような薬剤の内服はしておらず、加齢以外の自律神経障害を合併しうる明らかな原因疾患も認められなかった。

【薬物療法】入院前から通院先から起立性低血圧に対して $\alpha$ 刺激薬であるアメジニウムが常用量（20mg）処方されていた。追加薬剤としてフルドロコルチゾン、安全性を考慮し少量から開始した。また、立位による血管迷走神経反射の要素も疑い、抗コリン作用による血管収縮作用を期待し、I群薬であるシベンゾリンも追加したが、有効性は認めなかった。経過中にドロキシドパの内服も試したが臥位時の血圧が160mmHg以上に上昇し（普段臥位時の血圧は140mmHg台）、起立時の血圧低下は改善を認めなかったため内服を中止。その後 $\alpha$ 刺激薬をアメジニウムメチルからミドドリンに変更し、さらに $\alpha$ 刺激薬の増量も試したが臥位時の血圧が上昇するのみで起立時の血圧低下を改善する効果は今のところ認められていない。

【非薬物治療】日常生活としては、飲水や食塩摂取の励行、上半身を高くした睡眠、ベッドサイ