

演題名 低拍出症候群、肺水腫を伴う急性心不全患者の回復症例

施設名 石川島記念病院

発表者 湯田 伊津子

概要

【症例紹介】

氏名：I.K様 64歳 男性
病名：# 低拍出症候群、肺水腫を伴う急性心不全
入院期間：平成28年5月17日～7月26日

サマリ：近医から意識レベル低下、血圧触知せずとのことで、直接当院にTELあり、即座に当院への救急搬送を指示した。救急隊も3次救急の患者と判断して対応していたが、日頃からの学術的な交流もあり、迷いなく当院へ緊急搬送していただけた。来院時血圧触知せず(SPO2測定できず)、末梢チアノーゼ出現、JCS10GCS G4E3M4の意識レベル低下を認めた。LOS(低拍出症候群)、肺水腫を伴う重篤な心不全の診断で当院ICUに入院となった。心臓病センター医師、看護師、理学療法士、管理栄養士が治療計画を共有の元、日々連携して診療にあたり、状態を劇的に改善させた。現時点で社会生活は自立可能となっている。7月15日CAGを実施し、冠動脈の狭窄は認めず、UCGではEF20%前後から28%まで改善。7月26日に軽快退院。退院後清掃の仕事にもどり、完全社会復帰となった。

【内容】

5/16 咳嗽を主訴に近医受診、ECG上頻脈、下壁梗塞疑い 直接当院に電話。
起坐呼吸、BP測定不可にて当院に救急搬送。
02:5L/FM投下中、SpO2測定不可。BP測定不可(救急隊最終測定BP90/触診、SpO290台)。
橈骨A触知不可、意識レベル JCS:10 GCS: G4 E3 M4 呼吸苦訴え有り。
待機していた循環器内科医師が診察、血液ガス採取など施行。
処置に当たっている救急外来Ns以外が他の心臓病センター医師に連絡。
モニター上HR140-150台、wide QRS波形持続。
気管内挿管実施後、呼吸性アシドーシスが改善したものと考えられ、徐々に血圧が回復し入院となった。
病棟にてA line挿入し、ビジレオモニター装着、CV留置を施行した。C.I 1.8であり、末梢は著明なチアノーゼを示しており、LOS(低拍出症候群)が疑われた。(以下検査データ参照)

ABG(血液ガス) PH7.187 PCO2 64.4Torr PO2 458.3 Torr HCO3 24.4mmol/l BE-5.1(呼吸性アシドーシス) 血液生化学検査では GOT 3583U/l GPT 910U/l LDH 6140U/l TBiL 3.61mg/dl D-BiL 1.02mg/dl (肝障害) CK1016U/l CKMB61.5U/l (一部心筋障害、横紋筋融解) WBC 11950/ μ l CRP 0.79mg/dl BUN 27.8mg/dl Cr 1.91mg/dl eGFR 29 (腎障害) PT32.3sec PT-INR 2.73 D-dimer 9.0 μ g/ml (凝固能障害) Troponin I 1.70ng/ml BNP>2000であった。(心不全、潜在性心筋障害 ongoing myocardial injury) 胸部X-P 肺うっ血著明。
ICUでのUCGでEF20%前後、diffuse hypokinesis 特にmid以下の前壁と下壁の動きが低下していた。

入院加療の最終目的は、心不全の改善とし、医師、看護師、理学療法士、管理栄養士のチームで対応した。患者は低心機能であり、血行動態が不安定で心不全のコントロールに難渋した。人工呼吸器からの離脱は困難であり、短期間での解決は困難と判断し、心臓血管外科にて気管切開術を施行した。消化管蠕動が低下しており、経静脈栄養をしていたが、敗血症を繰り返したため、管理栄養士に相談。経鼻栄養(濃厚流動食)を開始した。下痢、胃内容残存に苦労しながら、内容を微妙に調節し、6/3には嚥下確認食/訓練食、6/6高心腎食に移行、6/16には一般食となった。リハは、ギャッジアップによる無気肺予防から開始し、6/2には端座位のリハを開始、6/6には立位、翌7日には歩行訓練を開始し、7/12には独歩500m、階段の昇降訓練を開始できるまでに回復した。通風による跛行があり、転倒予防を視野に入れ慎重に進めていった。7/15にCAGを実施。冠動脈の狭窄は認めず、UCGにおいてEF20%前後から28%まで改善した。I.K様が一人暮らしであることや、自由奔放な性格等を考慮し、退院に向けた指導を慎重に重ねていった。担当看護師は勿論、カテ室看護師より専門的な再発のリスクも含めた食事指導・BWコントロール・日常生活を踏まえた運動・病状悪化時の兆候と対応等の指導を実施した。また、退院後の外来通院に向けた継続看護が出来るよう、サマリでの申し送りを充実させ連携をはかった。結果、7/26退院、仕事も含め完全に社会復帰した。