

社会保険総合病院 第11回 CPC

日付 2002年1月29日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「心筋梗塞後の心破裂の1例」

報告者	臨床経過	循環器科部長	水上 明保	司会	循環器科部長	堀田 大介
	看護経過	4西Ns	斎藤 優子		病理部長	高橋 秀史
	心エコー所見	検査技師	宮本亜矢子			
	病理解剖所見	病理部長	高橋 秀史			

症例 K. I さん 57歳 男性

心雜音を聴取せず。肺野に異常なし。肝を触知せず。下肢に浮腫なし。

【臨床経過】

【主訴】

前胸部痛

【現病歴】

平成13年10月1日前午11時頃ゴルフ中に前胸部痛出現。帰宅後も軽快せず、午後5時20分当院受診。心電図でV2—5のST低下、CK445IU／lと上昇、急性心筋梗塞症の診断で緊急入院。

【既往歴】

①糖尿病（20歳代から。平成7年より当院糖尿病内科で加療中。オイグルコン、ベイスリン、グリコランでHbA1cは6.0以下であったが平成13年から7.0台に上昇。腎症なし。網膜症なし。神經障害なし。）②高血圧症③高脂血症④脂肪肝（高度）

【家族歴】

母、9人兄弟のほとんどが糖尿病。兄が急性心筋梗塞症。

【生活歴】

たばこ：平成12年に禁煙。それまでは20本／日
飲酒：毎日、焼酎約2合。

【入院時現症】

身長167cm、体重68kg、
血圧160/98mmHg、脈拍84/min.整、体温36.0°C。

【入院時検査所見】

心電図（ECG-1）：洞調律。心拍数82/分。Ⅲ、aVFにQ波。PQO.16sec、QRS0.06sec、QT0.36sec。V1-5のST低下。V5、6のT波二相性。
血液検査所見：WBC9540/ μ l(neu78%, lym17.5%, mon3.6%, eos0.6%, bas0.3%), RBC435×10⁴/ μ l, Hb13.7g/dl, Ht42%, plt29.2×10⁴/ μ l, ESR 5mm/lh, PT%36%, APTT27.8sec., Fbg213mg/dl, FDP<10 μ g/ml以下, TP6.5g/dl, GOT113IU/l, GPT98IU/l, ALP1251IU/l, γ -GTP113IU/l, T-bil0.8mg/dl, BUN15.9mg/dl, Cr0.7mg/dl, Na141mEq/l, K4.1mEq/l, Cl108mEq/l, CK 445IU/l, CK-MB56IU/l, CRP0.4mg/dl, HBsAG (-), HCVAb (-),

胸部Xp：心胸比56%、肺野に異常所見なし。

【入院後経過】

胸部症状が持続するため10月1日午後7時30分より緊急冠動脈造影施行。左回旋枝の近位部で完全閉塞。同部位に経皮的冠動脈血管形成術（PTCA）施行。25%以下に開大するも血栓形成が著しいために深いQ波を認めた（ECG-2）。peakCK3927IU/l（10月1日 22:30）、peakCK-MB639IU/l（10月1日 22:30）、peakGOT375IU/l（10月2日9:00）。心エコー図で左室下壁から側壁にわたり壁運動が低下。一部無収縮。ヘパリン15,000単位／日、ニ

トログリセリン0.5g、キシロカイン1mg／分の持続静注を施行。以後血圧100-130／80-90mmHg、脈拍60-80／分で経過し、胸痛、不整脈を認めず。利尿も良好で心不全兆候はなし。10月3日bedup 90°のリハビリでvitalsignに変化なく、胸痛も出現しないため、全粥食摂取を可とした。19時頃モニター上のST上昇(ECG-3)を医師が発見、訪室にて意識消失、チアノーゼ著明、血圧測定不能であった。モニター上electro-mechanical dissociationの所見(ECG-4)。すぐに心肺蘇生術開始。心エコー図で大量の心裏液を認め、心裏穿刺の血性であることを確認。心破裂による心タンポナーデと判明し心裏ドレナージ施行。蘇生術を施行するも甲斐なく平成13年10月3日20時30分永眠される。

【看護経過】

【患者紹介】

妻と離婚し姉と長男との3人暮らし。ゴルフ場整備の仕事をしていた。

【看護経過】

入院時より軽度の胸部症状が持続しており、急変の危険性が予測されたため、異常な早期発見と胸症時の苦痛緩和を目標に、胸部症状の状況や全身状態の観察を頻繁に行った。緊急の心血管造影を行う事となり、精神的緊張や不安が軽減されるよう、どのような検査・治療であるか要点を説明

し、適宜声かけを行い、落ち着いた態度で接するよう心がけた。帰室直後より、安静療法に対する不安や苦痛の言葉が聞かれ、それに対し安静の必要性や行動が拡大される目安を具体的に説明し、動いてはいけないと言うような拒否的言動を避け、不安や不満を傾聴することにより精神的苦痛や不安が軽減するよう関わった。また、セルフケアの低下によるストレスが生じないよう、日常生活動作の援助を行いQOLが保たれるよう関わった。心臓リハビリテーションを進めていく段階でも、モニターやバイタルサインによる循環動態と自覚症状の観察を継続して行い、合併症の予防と早期発見に努めた。胸部症状や合併症の兆候も無く順調に安静度が拡大されていたが、入院して3日目の19:00、急変し、心肺蘇生後に人工呼吸器を装着したが、1時間半後、駆けつけた家族に見守られる中、息を引き取った。

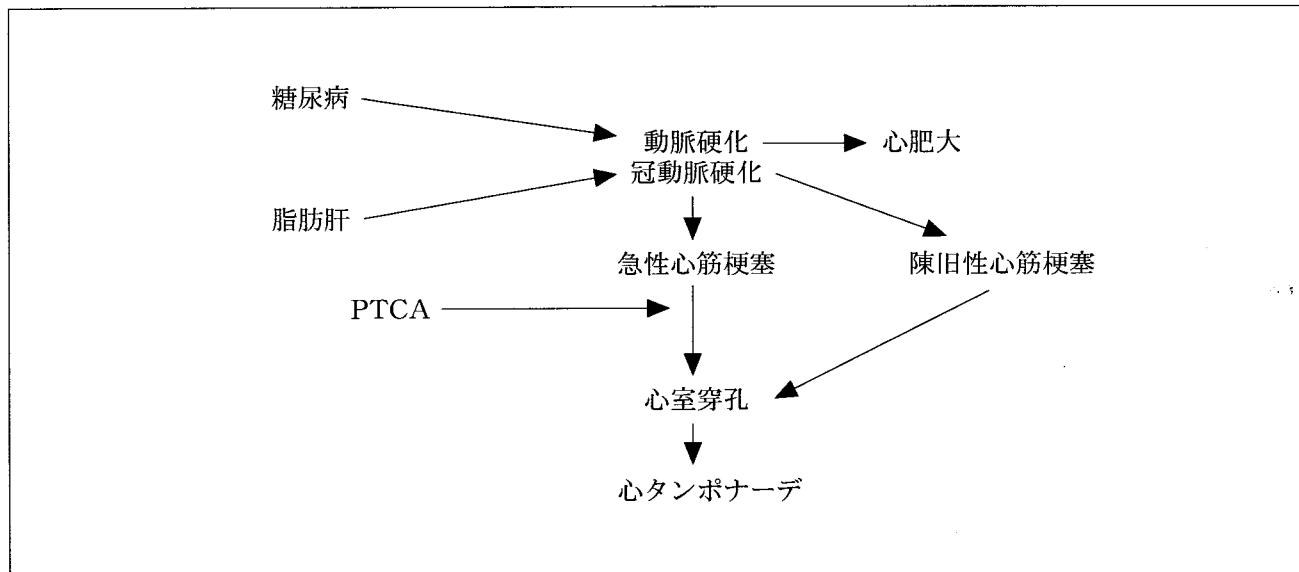
【臨床上の問題点】

1. 心筋梗塞の程度と死因。
2. 心筋梗塞を再発した可能性はあるか否か。

【看護上の問題点】

1. 冠動脈の梗塞や心筋壊死に伴う身体的苦痛。
2. 合併症により生命的危機に陥る危険性
3. 安静療法を強いられる事による精神的苦痛やセルフケアの低下

【病理チャート】



【病理解剖組織診断】

1. 急性心筋梗塞+心室穿孔
+心タンポナーデ (190ml)
- 陳旧性心筋梗塞
2. 動脈硬化（高度）
大動脈、左冠動脈回旋枝
3. [糖尿病] ランゲルハンス島の委縮傾向
4. 脂肪肝
5. 脾腫
6. 大腸腺腫

【キーワード】

死の四重奏：肥満、高血圧、糖尿病、高脂血症。
循環器疾患をおこしやすい。

PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)：経皮経管冠動脈形成術。カテーテルにて機械的に冠動脈を拡張。

類語：PTCR (Percutaneous Transluminal Coronary Recanalization)：経皮的冠動脈再開通術

心筋梗塞：冠動脈の閉塞によってその支配灌流流域の心筋が壊死に陥る疾患。心筋梗塞に伴う心不全、不整脈、心破裂が3大死因といわれる。

【病理から臨床へ】

左冠動脈回旋枝は開口部から2cmから7cmに粥状硬化による50%異常の狭窄と血栓形状を示します。一部にPTCAによる炎症反応を示します。前室間枝は軽度の動脈硬化を示します。回旋枝の領域に一致して好中球浸潤、壊死など急性心筋梗塞の所見を示します。中隔と左室のほぼ全周に陳旧性の梗塞巣を認めます。左室側壁の前方に約1cmのスリット状の穿孔と心タンポナーデを示します。肝臓は広範な脂肪変性を示します。

【臨床の教訓】

急性心筋梗塞症(AMI)の合併症としての左室自由壁破裂はAMI発症の1ヶ月以内の死亡の約14%である。危険因子は一般的に左室前壁心尖部の貫壁性梗塞、ST上昇の持続、左前下行枝の1枝病変、血圧のコントロール不良、60歳以上、女性等があるが、本例ではあてはまるものがほとんどなかつ

た。再灌流療法に成功したlowriskpatientでありながら急性期に心破裂で亡くなられた教訓的な症例である。

【看護の教訓】

心筋梗塞後は、心不全や不整脈・心破裂など様々な合併症が予測されるが、全身状態の観察はもとより、モニター上の小さな波形変化は重篤な合併症のサインである事を年頭に、それらを見逃す事のない様、24時間継続してモニターのアラーム音や波形の変化に最新の注意を払う事が重要であることを再認識した。また、一方的な看護にならないよう、早期に患者様の精神的・心理的状態についてのアセスメントを行う事が大切である。