

社会保険総合病院 第7回CPC

日時 2001年3月28日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「胸部大動脈瘤の一例」

報告者	臨床経過	内科部長	尾形 仁子	司会	内科部長	堀田 大介
	放射線診断	放射線技師	木村 智茂		病理部長	高橋 秀史
	看護経過	4西Ns	武田 藍子			
	病理解剖所見	病理部長	高橋 秀史			

症例 T.Mさん 68歳 男性

【臨床経過】

【主訴】

胸部圧迫感、全身倦怠感、嚥下困難、食欲低下、
嘔声

【現病歴】

高血圧症、狭心症、胸部大動脈瘤（大動脈弓部）、腎機能障害（Cr 3.2）、WPW症候群にて当院通院中。外科治療は拒否していた。胸痛発作がありニトログリセリン（以下NTG）を使用し有効であった。平成12年春頃より嚥下困難、食欲低下、嘔声が出現し、徐々に増強した。10月下旬より嚥下困難のため食事や多種の降圧剤、抗狭心症薬の内服が極めて困難となり、全身倦怠感、胸部及び背部の圧迫感が増強した。平成12年10月30日加療目的で当院入院となる。

【既往歴】

平成2年胃癌のため胃切除術施行。狭心症のため平成8年2月冠動脈左前下行枝に経皮的冠動脈血管形成術（以下PTCA）を施行し成功（99%→20%）。同年4月冠動脈左回旋枝にPTCA施行するも不成功（99%→90%）。平成10年狭心症発作時肺うっ血を生じ人工呼吸器装着。離脱後の冠動脈造影では前回と著変なし。

【家族歴】

特記事項なし。

【生活歴】

喫煙歴、飲酒歴なし。

【入院時現症】

身長155cm、体重37kg、血圧210/130mmHg、脈拍82/min。整、体温36.4℃。頸静脈は軽度怒張。結膜に貧血、黄疸なし。胸骨左縁第2-4肋間にLevine 3/6度の収縮期雑音を聴取。左下肺野に軽度のラ音を聴取。肝臓及び脾臓を触知しない。下肢浮腫なし。

【入院時検査所見】

WBC 7290/ μ l (neu 70%、lym 25%、mon 5%)、RBC 396×10^4 / μ l、Hb 9.9g/dl、Ht 30.6%、plt 38.0×10^4 / μ l、FDP < 10ng/ml、TP 6.0g/dl、Alb 3.0g/dl、GOT 53IU/I、GPT 119IU/I、LDH 527IU/I、ALP 181IU/I、 γ -GTP 74U/I、T-bil 0.3mg/dl、BUN 69.7mg/dl、Cr 4.0mg/dl、Na 137mEq/l、K 5.0mEq/l、CI 94mEq/l、CPK 24IU/I、CRP 19.0mg/dl、HBsAg (-)、HCVAb (+)。尿蛋白1.0g/day。胸部X線写真：右第1弓の突出と著明な拡大。左下肺野にわずかな陰影。心電図：洞調律、デルタ波あり。aVLで陰性T波。I、V5、V6でST低下。心エコー図：心機能は正常。

【入院後経過】

入院時胸痛あるも心電図では有意な変化なし。NTG有効。血圧も170/110mmHg前後と高いため、胸痛コントロールも兼ねてNTGの持続静注を0.3 γ から開始。嚥下困難強く誤嚥の恐れもあり10月31日よりIVN施行。血圧は一時130/80mmHg前後となるもその後170/110mmHgと高値となり、11月4日には2 γ まで使用せざるを得なくなった。同日よりペルジピン0.5 γ で併用開始。140/90mmHg以下を目標とした。ストレス、発熱等で血圧上昇することもあったが、最終的には6.5 γ まで増量し、140/80mmHg前後となる。11月8日38 $^{\circ}$ C台の発熱。血培よりMSSA（メチシリン感性黄色ブドウ球菌）検出。セファメジン2g/day開始し36-37.2 $^{\circ}$ Cとなる。11月22日より再度38 $^{\circ}$ C台の発熱あり、ルート交換以後より36 $^{\circ}$ C台となる。11月に入り胸部X線写真上急速に動脈瘤の拡大がみられ、背部痛増強。11月下旬より顔面の浮腫出現。12月に急速に増強し、舌の著しい腫脹もみられた（上大静脈症候群）。12月5日午後1時35分、胸痛、嘔気の訴えの後急激に30/分の徐脈となり血圧測定不能、蘇生の甲斐なく永眠される。

【看護経過】

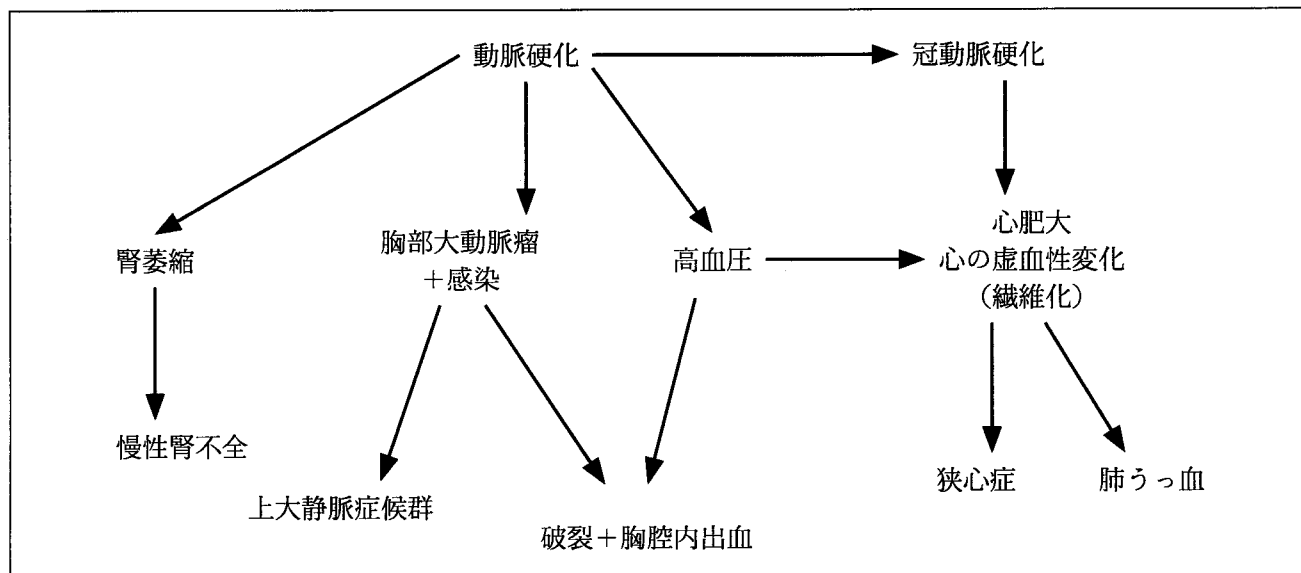
【患者紹介】

妻と二人暮らし、長女、次女はそれぞれ独立別居。家族関係は良好で、性格は温厚で物静か。

【看護経過】

平成8年から狭心症のため入退院を繰り返していたが、平成11年10月30日、胸痛のため緊急入院となる、入院時より、安静保持と苦痛の緩和による血圧の安定と体力回復を目指した。看護上の問題点として#1動脈瘤破裂など急変の可能性を考慮し、バイタルサインなど異常の早期発見につとめた。#2身体的苦痛のため、確実な投薬、温罨法、背部マッサージを行った。とくに背部マッサージなどのタッチングは「楽になった」「気持ちいい」などの発言があり、心身の苦痛の緩和に効果があったと思われる。#3安静によるセルフケア不足に対し、エアーマットによる褥創予防、室内換気などの環境整備、希望によりアイスクリームなどの摂取等を介助した。#4不安や訴えに傾聴したが、「もう家に帰りたい、妻も調子悪くて心配だから見に行きたい」などと看護婦だけで対応困難な不穏時には妻にも協力をお願いした。#5家族とも面談に心がけ、毎日面会に来る妻には励ましやねぎらいの言葉をかけた。CTで動脈瘤が肥大し、担当医から娘へ病状の説明があった時に、娘からは「どうせ助からないのなら（破裂した時）なるべく苦しめないようにしてやってください」という言葉が聞かれた。M氏は妻の見守る中静かに息を引き取り、かけつけた娘二人は泣き崩れる妻を支えていた。

【病理チャート】



【臨床上の問題点】

1. 死因。11月になり動脈瘤が急速に拡大した事。
2. 冠動脈病変の程度。
3. 腎病変の原因。
4. 感染巣の有無。

【看護上の問題点】

- # 1. 動脈瘤破裂など急変の可能性。
- # 2. 胸部大動脈瘤や狭心症による身体的苦痛。
- # 3. 安静によるセルフケア不足。
- # 4. 病状にたいする不安。
- # 5. 家族がM氏の氏を受容できない可能性がある。

【病理解剖組織診断】

1. 胃癌術後（詳細不明）
再発なし
2. 胸部大動脈瘤破裂+胸腔内出血（1150ml）
3. 慢性腎不全+腎萎縮
4. 心肥大+虚血性変化（線維化）
5. 肺うっ血
6. 動脈硬化（大動脈、冠動脈）

【キーワード】

大動脈瘤：部位により、胸部、腹部などに、瘤壁の構造により、真性（本来の動脈壁をもつ）、仮性（動脈壁を欠く、あるいは外膜のみ）、解離性（中膜で解離）などに分類される。原因として動脈硬化、Marfan症候群（中膜壊死）、炎症（梅毒、ベーチェット病、大動脈炎など）などが知られている。

動脈瘤径拡大率：胸部大動脈瘤の平均的な瘤径拡大率は1.5mm/年と報告されている。しかし症例ごと

に異なり、瘤径の小さいうちは拡大率も低い、瘤径が大きくなると拡大率も高くなる。

【病理から臨床へ】

大動脈弓（Stanford B型、DeBakey IIIa型）に血栓を伴う解離性胸部大動脈瘤があり、肺実質と接する部分に胸腔内への破裂があり、この出血が直接死因と考えられました。一部の血栓内に好中球を示し、感染が示唆されます。冠動脈は左前下行枝基部に80%以上の著明な狭窄を示し、高血圧が心肥大の原因と考えられます。大動脈弁に血栓性疣贅を示しました。両側腎の高度な萎縮の原因として細動脈硬化が考えられます。

【臨床の教訓】

動脈瘤を保存的に治療する場合には血圧を極力低下させることが必須であるが、本例の場合非常にコントロールが困難であった。剖検の結果動脈壁が著しく脆弱化しており、柔らかい肺に癒着していたということも、動脈瘤が約1ヵ月間で急速に拡大した理由の一つと考えられる。

【看護の教訓】

重症の高血圧と狭心症に加えて胸部大動脈瘤という症例を看護し、患者様とご家族への精神面でのケアの重要性を実感した。M氏の希望の尊重に努めたが、心理支援、タッチングなど以外に何かできることはなかったかという思いが残る。ご家族への精神的援助が、間接的に患者様の安静にも重要と思われた。また、ご家族への支援は、患者様の死を受容するためにも必要なことであり、最後の医療者への感謝のお言葉にもつながったと思う。