

抄読会資料

【症例】 70 歳男性

【現病歴】 筋腫性僧帽弁不全症、高血圧、高脂血症を有し、吐き気と嘔吐を伴う重度の非放散性後胸部痛で救急外来を受診した

【来院時バイタル】 BP 128/78mmHg HR 102bpm BT 36.6°C RR 20 回/分

Dr.Zier

・冠動脈疾患の危険因子をもつ 70 歳の男性が胸痛を訴え、心電図では V2 から V5 まで ST 上昇が認められ、ミリ単位の ST 上昇が V6, I, aVL にまで及んでいることから、ST 上昇型急性冠症候群(STEMI-ACS)の可能性が高い。冠動脈の血流を回復させるために、緊急の心臓カテーテル検査を受けるべきである。抗血小板剤(アスピリン、P2Y12 阻害剤)、ヘパリン、高用量スタチンの投与を行うべきである。

・胸痛と ST 上昇は ACS を反映していることが多く直ちに治療が必要であるが、他の病因にも注意を払う必要がある。冠動脈内で ST 上昇をきたすものとして血管攣縮、解離、塞栓が、冠動脈以外の病院としてはストレス心筋症、心膜炎、心筋炎がある。

・熟練した臨床医が生命を驚かさず緊急事態を認識し、データに基づいた治療を迅速に実施しますが、これは詳細な病状のスク립トを保つことの重要性を示している、病気のスク립トとは病気の病態生理、疫学、時間経過、顕著な症状や兆候、診断法、治療法などを含む病気のプロセスを整理した精神的な要約のことである。

・主治医である循環器内科医と治療方針について話し合ったところ、カテーテル治療後に 6 時間の経過観察しかしたくないと希望していた。患者は理由については口を閉ざしていた。アスピリン、チカグレロル、アトルバスタチンを投与後、同意の上で心臓カテ室に運ばれた。

Dr.Mackee

・緊急性の高い状況では意思決定能力の迅速な評価と代理決定者の特定が重要である。代理決定者は法的に決まっているか、口頭で指定されているか家族である。意思決定能力は時間と意思決定に依存するため、処置に対するインフォームドコンセント(以下、IC)を提供できない患者であっても、代理意思決定者を指名する能力があることがある。代理決定者がいない場合には、同僚や倫理委員会の支援を得て、医師が決定を下すことがある。

Dr.Zier

・ICを得た後で、手技後に退出したいという患者にカテ治療を行うことの安全性を検討する。私はPCI（経皮的冠動脈インターベンション）を行うことを希望した、その理由は短期致死率が内服治療よりも34%下がるからだ。ショック状態の患者の6ヶ月での致死率は60%を超えるが、まずPCIを行うことで改善する。

・処置後の最大の懸念は内服加療へのアドヒアランスである。PCI後早期に抗血小板療法を行わないと、ステント血栓症のリスクが著名に上昇する。しかしPCIを希望しているときにLAD梗塞を内服管理しようとするリスクは処置後ケアに関する懸念よりもはるかに大きかったために、私はカテ治療後の期間に患者と一緒に治療を進めていくことにした。

・血管造影によりLAD動脈骨膜プラークの破裂が認められ、急性血栓性完全閉塞となり、エベロリムス溶出ステントで治療された。左心室拡張末期圧は25mmHgであった。冠動脈治療室に到着したとき、患者は軽い胸痛を訴えていた。バイタルサインは血圧145/82mmHg、心拍数118bpm、鼻カニューレ10LでSpO2 91%であった。検査では下顎角45°Cを超える頸静脈怒張と肺聴診ではラ音を認めた。心臓検査では、収縮期3/6で収縮期心尖部雑音を認めた。末梢の浮腫なし。L/Dでは腎機能・電解質正常、トロポニンIとCK-MB上昇（それぞれ50mg/mL, 300ug/L以上）。ベッドサイドエコーでは前壁、心尖、心室間中隔に低運動性を認め、新たに駆出率の低下があり、重度の逆流性粘液腫性僧帽弁と一致。

・積極的な利尿が行われ、再度のバイタルサインは血圧93/52mmHg、心拍数103bpm、鼻カニューレ4LでSpO2 96%であった。低血圧のため、β遮断薬とACE阻害薬は使わなかった。テレメトリーで数回のNSVT（非持続性心室頻拍）があった。

Dr.Zier

・この患者はPCI後の困難な経過を示す予後因子がある。最初の発症が遅れ、心臓バイオマーカーが上昇しており、遅発性心筋梗塞と一致する。患者の症状とCADを考えると、バイオマーカーの劇的な上昇の他の原因の可能性は低い。さらにKillip分類class IIIの重症度をもつ急性心不全の兆候と症状を示しているため、これは30日以内の死亡率が10~20%、6ヶ月以内の死亡率が20~30%である。

・最も緊急性の高い合併症は、心原性ショックと心室性頻拍である。利尿による前負荷軽減が重要な第一歩である。梗塞後の死亡率を減少させるためには安全性が確認され次第、β遮断薬を導入すべきである。さらにLV自由壁破裂、心室中隔穿孔、乳頭筋破裂などの機械的

合併症を監視することは重要である。これらの合併症は PCI 時代には稀ではあるが、この疾患の場合、発症が遅く、AD 領域に梗塞があったために、機械的合併症のリスクは高い。

(ここで Dr.Zier は梗塞前の病気のスクリプトから梗塞後のスクリプトへと移行した。大規模な LAD 梗塞を発症した場合、生命を脅かす問題を即座に認識し、高度の治療計画を用いて起こりうる合併症に事前に備えている。)

・患者は退院したいという意思を示し続け、ベッドから起きあがろうとしたが力が入らなかった。患者は医学助言（以下、AMA）に反してますます退院しようとした。その日のうちに病室に戻り、継続的なケアを受けることを報告した。

Dr.Mckee

・まずは意思決定能力の再評価が重要である。退院のリスクは当初の想定を上回り、意思決定能力は特異であるため、この患者の AMA 離脱能力を再評価することが必要である。意思決定能力を欠いていると判断した場合、代理意思決定者と連絡をとりながら、せん妄や手に酸素血症など意思決定能力に影響を与えている可逆的病院を治療すべきであった。

・いずれにせよ、退院の動機を探ることになる。来院が遅く、短期間の入院を希望することは本人がスタッフに伝えていない重大な懸念があることを示唆している。様々な懸念を理解して対処することは本人に病院に滞在する可能性を高め、退院後治療経過にも役立つ。ケアの目標について話し合いと同じようなアプローチをとることをおすすめしたい、すなわち、背景、価値観、希望、心配事の理解を含めた患者の展望を理解することが重要である。話し合いは真摯に向き合い、関心をもち、同情を示すことは敵対に発展しないために大切なことである。理由が明確になったなら説得することである

・患者が AMA からの離脱を主張し続ける場合はリスクの軽減に焦点を当てる。医師は倫理的に患者と医師の双方に受け入れられる最善の代替治療計画を立てる義務がある。AMA の退院は患者に金銭的な責任を負わせるものではなく、患者はいつでも病院に戻ることでできるようにすべきである。最終的には、臨床状況の説明、患者の能力、推奨されたプランの拒否理由、交渉のための努力、代替計画など明確な文書化を行うことが大事である。

・患者は自身のこと、日付、時間、場所、状況を把握しており、自分の言葉で主な診断名を述べ、心臓突然死を含む急性疾患を抱えたまま退院することのリスクを説明することができた。再入院できなかった場合の被害軽減策として、二重抗血小板薬療法（DAPT）や高濃度スタチンなど、必要な薬をベッドサイドにおくる準備をし、患者は少なくとも翌朝までの滞在に同意した。患者は予定された検査の前に自宅に戻って掃除をしなければ、住居を失う

ことになるかと心配していたことを明かした。

Dr. Mckee

・意思決定能力を判断するためには、患者が（１）提案されている治療法の本質、目的、利点、危険性、および代替選択肢などの関連情報を理解し、（２）自分の状況と起こりうる結果を理解し、（３）理性を働かせて意思決定や治療法の選択を行い、（４）自分の選択を伝えることができるかを評価しなければならない。患者は臨床情報の新たな理解、心象状況の変化、新たな心理・社会的な状況など様々な要因に基づいて自分の決定を合理的に変更できる。能力判定は、意思決定そのものの妥当性ではなく、プロセスである。

・患者は退院の意思決定能力があることが明らかになった。必要な薬を提供することは危害軽減のために重要であった。患者が最終的に心変わりしたのはチームの提案を患者が拒否したにも関わらず、患者と彼の目標との整合性を保つことができたからだ。予想通り患者には退院しなければならない理由があった、この地点で MSW の専門知識を取り入れることは大事である。

・12 時間後、患者のバイタルは血圧 229/67mmHg、心拍 102bpm、呼吸数 20、SpO₂ 96%(room air)であった。臨床検査では TnI が上昇し、CK-MB は 189.8ug/L であった。

Dr.Zier

・患者のバイタルは安定していることからこれ以上の血行動態の悪化はないと思われる。PCI 後の胸痛はよくある。可能性のある物としては LV 充填圧の上昇、血管攣縮、冠動脈の伸展痛、そしてステント血栓症である、これらのうち最も可能性の高いのは LV 充填圧の上昇と伸展痛である。ステント血栓症は重大な死亡率を伴うため、PCI 後胸痛を訴える患者には常に考慮する。DAPT 中止はしばしばステント血栓症に関与するがこの患者は一度も中止していなかった。CKMB はトロポニンよりも速やかに消失するために、再高速の診断には有用である。CKMB の低下傾向はステント血栓症に対する安心感につながる。心電図の変化は進行中の遅発性前壁梗塞と一致した。前壁の Q 波 (V₂—V₄) の変化と ST 上昇は重度の壁運動障害や心室瘤の存在と相関する。

・48 時間後心筋酵素の改善傾向にも関わらず、ST 上昇がある場合は cMRI をおこなうと、血栓が付着した LV 動脈瘤が発見された。更なる治療が必要となり、9 日間の入院後、帰宅となった。その後この患者は 4 ヶ月に 3 回の心不全で再入院した。

Dr. Zier

・LV 血栓は、前頭葉動脈瘤形成の合併症として大きな前頭葉梗塞の患者によく見られる。

現在の再灌流療法では LV 血栓形成の発生率は減少しているが、再灌流の成功にはタイムリーな治療が必要である。この患者の場合心筋梗塞の発症が遅かったため、LV 血栓ができて不思議ではない。心不全を発症しているが、これも発症時期の遅さや高速の範囲と一致している。死亡率は再入院の数に比例するので、頻繁の心不全は重大である。サキユトルバルサルタンのような効果的な薬剤を含むように治療を広げ、死亡率を低下させ、服薬アドヒアランスを向上させるための追加治療戦略を提供することができる。

Dr. Mckee

・この患者は一生心不全と付き合っていくことになる。心不全は身体症状、心理的苦痛、介護者の経済的負担などの心理社会的ストレス、複雑な意思決定の共有など複数の領域で患者と家族に困難をもたらす。

Discusson

・重症であるにも関わらず、退院したい患者の気持ちは臨床的にも倫理的にも難題である。AMA から退院することを決意した患者に、最善の代替プランを策定することは治療者にとって時には不快なことである。このケースの討論者は、この困難な状況で可能な限り最善のケアを提案するために自分の病気のスクリプトに大きく依存していた。

・緊急性の高い状況では、熟練した臨床医は高度な病気のスクリプトを利用して、診断結論を迅速に導く。病気のスクリプトは集中的な医学的理解による深い知識と実践的な臨床経験を結びつけることで直感的なリアクションの基盤となる。本症例では 2 人の討論者は専門分野に特有の重要なニュアンスを持ちながらも同じような管理上の決定を下した。循環器内科医の Dr.Zier は PCI 後のケアは術後すぐに退院したいという患者の希望を認めつつも、適切な救急医療を提案することが重要である。

・Dr. Mckee は臨床経験と文献の研究から、PCI 後の患者中心のアフターケアを統合しつつ、即時の介入を認識した。緩和ケアの専門家である Dr.Mckee は IC と能力評価の原則を強化し、AMA 退院の準備のためのベストプラクティスを提案した。臨床経験と臨床倫理の文献を熟知しているため、高度な病気のスクリプトを用いて、AMA からの退院を考えているこの患者の複雑なニーズを予測することができた。

・本症例では高度の病気の情報を提供することで、AMA を退院した患者に適切なケアを提供するための相乗効果が得られることを示している。初期の思いやりのある迅速な対応と患者中心のコミュニケーションアプローチにより、患者は自データに基づいた医療をうけ、医療従事者に見捨てられたとは感じなかった。