

<診療録>

診察日：20XX年9月11日

記載者：〇〇 ××

<患者情報>

患者名：自治 竹男（じじ たけお） 年齢：78歳 性別：男性

<病歴>

主訴：腰背部痛

現病歴：今朝6時、朝食を終えて台所へ向かおうと立ち上がった際に、突然、腰背部痛が出現した。発症時には人生最大の痛みであった。来院時には痛みは軽減したものの、体動や姿勢に関わらず痛みは持続した。胸痛はない。腹痛はない。発熱の先行はない。患者は妻と同様に癌の骨転移を心配している。

既往歴：54歳時に交通事故による骨盤骨折。健康診断は受けていない。その他に特記すべきことはない。

生活歴：喫煙は20本/日を48年間。飲酒はビール350mL/日を58年間。

家族歴：妻は乳癌骨転移で自宅療養中。

<現症・検査所見>

現症：意識は清明。身長172cm、体重65kg。体温36.0℃。脈拍104/分、整。血圧184/78mmHg。SpO₂97%（room air）。

検査所見：血液所見；赤血球400万、Hb13.6g/dL、Ht39%、白血球9,200（好中球85%、単球2%、リンパ球13%）、血小板26万。PT-INR1.1（基準0.8~1.2）、APTT35.5秒（基準参照32.2）、フィブリノゲン211mg/dL（基準200~400）、Dダイマー20μg/mL（基準1.5以下）。血液生化学所見；アルブミン4.2g/dL、BUN19mg/dL、Cr0.6mg/dL、総ビリルビン0.4mg/dL、AST29U/L、ALT14U/L、ALP180U/L（基準80~260）、LD228U/L（基準176~353）、CK72U/L（基準60~196）、Ca10.8mg/dL。CRP0.2mg/dL。動脈血ガス分析（room air）；pH7.43、PaCO₂33.8Torr、PaO₂82Torr、HCO₃⁻25.5mEq/L。12誘導心電図；胸腹部CT；大動脈弓、左鎖骨下動脈の分岐直後から、下行大動脈の腎動脈分岐部あたりまで、内膜石灰化の内包偏位が連続的にみられた。造影CTで偽腔は造影され、偽腔開存型Stanford B型の胸腹部大動脈解離と考えられた。明らかな胸腹部臓器のmalperfusionはない。心嚢液の貯留はない。肝嚢胞を散見する。両側腎嚢胞がみられる。胆石がみられる。脊椎体には骨棘がみられるが、転移を疑わせる所見はない。

<プロブレムリスト>

#1. 偽腔開存型Stanford B型急性大動脈解離

<初期診療計画・治療経過>

2020年改訂版の大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドラインに基づき対応した。症候と造影CTでmalperfusionの所見がないことからuncomplicated型と判断し、保存的治療が適応と考えた。急性B型解離と診断された後、最初に行うべきは心拍数と血圧のコントロール（dV/dt、dP/dtの低減）であり、目標心拍数は60/分未満、目標収縮期血圧100~120mmHgとされており、迅速な調整が推奨される。循環動態のモニターとしてモニター心電図、末梢動脈圧ライン、中心静脈ラインが準備され、このモニタリング下で、臓器血流が阻害されない範囲で目標とする心拍数・血圧値が得られるよう、β遮断薬を第一選択薬として使用し、細かい調整を行う。β遮断薬の禁忌事項（コントロール不良の気管支喘息、徐脈性不整脈など）がないことから、プロプラノロール塩酸塩注射薬、2mgを10分かけて静脈内投与した。その後、集学的治療が可能な3次医療機関との連携がとれ、患者は3次医療機関であるA県立医療センターへ搬送された。