聖路加チーフレジデントが 夜の不安を吹き飛ばします

ヨルレジ

聖路加国際病院 感染症科 医幹
編集●森　信好

聖路加国際病院 内科チーフレジデント
執筆●矢崎　秀　石井太祐
望月宏樹　孫　楽

第６回

ショック

石井 太祐

今宵のメニュー

1. ショックの初期対応を覚える
2. ショックの原因を知る
3. 病態に応じた治療を行う

First night

―そろそろ当直も慣れてきて，ある程度対応できるようになってきたなと思っている研修医。「今日は今のところ静かだなー」と思っていたところに PHS が鳴った。

糖尿病，高血圧，脂質異常症があり，今回は転倒による圧迫骨折で入院中の 70 歳男性。夕食後から胸部不快感があるとのことでナースコールがあった。血圧測定したところ血圧 90/50 mmHg であったため，当直コールとなった。
バイタルサインは，意識清明，体温 36.6℃，血圧 90/50 mmHg，脈拍数 110 回 / 分・整，呼吸数 22 回 / 分，SpO_2 97%（room air）。

：えっ，血圧低下なんてヤバイな……。（病棟でチーレジ先生が回診中だった。）先生！ 血圧が下がっている患者さんがいて一緒に診てほしいのですが。

：血圧低下の患者さんで呼ばれたとき，すぐに応援を呼べるのはいいことだね。ショックは常に緊急事態だから，上級医に連絡してすぐに患者さんのところに行くべきだよ。

さあ，まずはどういう対応をしようか？

：血圧が下がっているのでカテコラミン投与でしょうか？

：まずは Airway（気道確保）・Breathing（呼吸状態）・Circulation（循環状態）の ABC と意識状態を確認しよう。この患者さんは自力で呼吸できていて，意識状態も問題ないからすぐに挿管が必要な状態ではないね。

それが確認できたら末梢点滴ラインの確保と酸素投与を開始して，補液を開始しよう。血液検査も出しておいてね。この患者さんは胸痛があるから，血算，心筋逸脱酵素（CK，CK-MB，トロポニン T，LDH，AST）や腎機能指標の評価は必要だね。それと同時に何をしようか？

：病歴を聞くことでしょうか？

：そうだね。原因不明のショックのときには，その鑑別を頭に浮かべながら簡単な病歴聴取と身体所見をとろう。

この患者さんは胸の真ん中が押されるような胸痛があって，圧痛はないようだね。既往歴・家族歴・喫煙歴・内服薬を確認しつつ，心電図をとろう。心原性ショックかどうかで大きく対応が違ってくるから，まずはその確認が重要だよ。

：糖尿病，高血圧，脂質異常症があり，今までにも何度か同じような胸痛があったようですが，とくに心臓の検査は受けていませんでした。父親が心筋梗塞になったことがあり，今も 1 日 20 本程度の喫煙をしているそうです。内服薬は DPP-4 阻害薬，スタチン，アンジオテンシン II 受容体拮抗薬（ARB）のみで，抗血小板薬はありません。

V_1 ～ V_6 誘導で ST 上昇と，II・III・aV_F 誘導で ST 低下がみられます。

心電図所見

：左室前壁の心筋梗塞が疑われるね。すぐに循環器内科の先生をコールしよう。それと同時にモニターをつけて，除細動器も準備しよう。

補液の速度は落とそう。心筋梗塞で心収縮が低下しているときに大量補液をしてしまうと，心不全を助長する可能性があるから注意が必要だよ。

：超音波検査はしますか？

：超音波で心嚢水貯留の有無や心臓の壁運動を確認することは大事だけど，心筋梗塞をはじめとした急性冠症候群を疑ったら，まずは循環器内科の先生を呼んで，すぐにカテーテル検査ができる状況にすることが重要だよ。

一般的には「Door to balloon time」が予後を左右するといわれていて，再灌流療法として経皮的冠動脈形成術（percutaneous coronary intervention；PCI）を選択した場合は，first medical contact から 90 分以内に治療することが目標といわれているよ[1]。

：スピードが必要なのですね。

：循環器内科の先生が来るまでの間にできることはあるかな？

：うーん。