

## 12. 心臓リハビリテーション中、心停止に至った一症例

### ～胸骨圧迫の重要性～

岡山赤十字病院 リハビリテーション科

○中尾 亮介, 小幡 賢吾, 片岡 昌樹, 小西池 泰三

#### 【はじめに】

心疾患における運動療法中の心肺停止は、一般的に非常にまれな事故である。今回我われは運動療法中に心肺停止となったが、最終的に脳障害を残さず転院できた症例を経験したので報告する。

#### 【症例】

91歳、男性。病名は心不全、陳旧性心筋梗塞疑い。既往歴に脳梗塞あり(左不全麻痺、入院前のADLは全て自立)。入院時BNPは373.7pg/ml、LVEFは37%。

#### 【説明と同意】

本研究にあたり、病院倫理委員会において、ヘルシンキ宣言等倫理上の問題について審議を受け、対象者へ説明の上同意を得た。

#### 【経過】

入院後より利尿目的にてフロセミド(ラシックス)の内服を開始した。第4病日より発作性心房細動に対してピルジカイニドの内服が追加された。第5病日よりベッドサイドからの心臓リハビリテーション(以下、心リハ)を開始。その後、第8病日よりリハビリ室で運動療法に変更となった。運動内容としては、ウォーミングアップの後、自転車エルゴメーターと平地歩行を施行。負荷量はBorg指数で10~11程度の軽めの負荷量から開始した。第19病日、心リハ中に急変、心停止となった。心停止調律は心室細動で、リハビリ室にてAED、胸骨圧迫を施行するが、自己心拍再開せず。救急外来に移動後

も胸骨圧迫は継続した。電気ショックはAEDも含め計5回実施。薬物はエピネフリン、リドカイン、アミオダロン、硫酸マグネシウムの投与を行った。最終的に心停止から30分後に自己心拍再開した。洞調律復帰後の心電図で著明なQT延長を認め、ピルジカイニドの血中濃度は治療域の2倍あり、薬剤性QT延長が原因と診断された。蘇生後、低体温療法は施行していないが、脳傷害等は認められず。その後、翌日から再度ベッドサイドでの心リハ再開。第58病日、T字杖歩行が自立まで改善し、かかりつけ医に転院となった。

#### 【まとめ】

2010年、心肺蘇生のガイドラインが改定され、心停止の際には、胸骨圧迫を早期に開始し、質の高い圧迫を継続させる事が強調された。本症例も絶え間ない胸骨圧迫を継続することで心停止による脳障害を防げたと思われる。心リハのみならず、リハビリテーション中の急変は起こってはならない事象である。しかしリハビリテーションを行う限り、病棟生活と比べ運動負荷がかかってしまい、急変の可能性をゼロにすることは不可能である。心電図を含めたバイタルチェックは当然であるが、それに加えリハビリテーションに携わる職種は定期的に心肺蘇生などのトレーニングを行い、常に急変に備える必要があるのではないかと考える。