

坂本 大輔<sup>1</sup><sup>1</sup>金沢循環器病院

患者は 73 歳女性。近医にて 55mm 台の上行大動脈瘤を指摘され当院に紹介となった。宗教的な背景(エホバの証人:患者本人、長女)より輸血・自己血貯血輸血は拒否、自己血回収輸血は可であった。手術は上行大動脈人工血管置換術を施行(OP: 135min、CPB:67min、ACC:41min)し無輸血で終了した。が、術翌日より腹部違和感を訴え、造影 CT にて急性大動脈解離(Stanford B)を認めた。Entry の位置から大動脈遮断が原因と考えられたが Malperfusion は認めず保存的加療とした。術後 3 日目に腹痛が出現、Lac 上昇し腸管虚血と診断した。この時点で TAR +FET を考慮したが輸血を行わないと施行できない旨を本人、家人に説明したが輸血は拒否された。その後、徐々に意識レベルは低下し再度手術の必要性を説明し、長女は最後まで輸血に反対されたが、本人、その他の家人は輸血に同意された。この時点で腸管虚血診断から 6 時間経過、TAR +FET の耐術能は無いと判断し、緊急で Open Total debranching TEVAR を施行した。手術翌日に覚醒しアシドーシスは改善、経過良好と思われたが、術後 2 日目の造影 CT にて小腸、胆嚢の浮腫認め、腸管虚血疑いにて緊急試験開腹を施行した。小腸壊死、胆嚢壊死に対して小腸切除、胆嚢摘出術施行し手術は終了した。手術翌日に覚醒確認したが DIC 併発し、手術 3 日目に敗血症性ショックにて永眠された。この症例に関して大動脈遮断による解離の恐ろしさ、エホバ患者を説得し輸血を施行したこと、ギリギリの手術施行、術式選択等でいくつもの判断を迷う場面に遭遇した。是非皆さんと議論させて頂きたい。