シリーズ：患者の言葉・身体所見を読み解く

胸痛

木野 昌也 永松 航 森井 功

〔日内会誌 104：796～799, 2015〕

Key words 胸痛, 心窩部痛, 狭心症, 鑑別診断

今回の症候 胸痛

症例

▶ **患者**：63歳の男性。
▶ **主訴**：胸部違和感。
▶ **現病歴**：10年以上前より近医にて高血圧、脂質異常症の治療を受けている。約1カ月前、仕事中に忘れ物を思い出し、取りに帰ろうとして1～2分走ったところ、心窩部から胸骨裏面にかけて重圧感を感じた。走るのをやめると1～2分で自然に消失した。以前より畑仕事をしているが、約1カ月前より畑仕事中にも同様の症状が出現している。安静時や通常の日常生活では起こっていない。Ca拮抗薬、ARB（angiotensin II receptor blocker）、利尿薬、 β 遮断薬、スタチン製剤、アスピリン、亜硝酸製剤が処方されているが、20日前より症状の出現が頻回となり、毎日のように起こるようになったため、近医より

紹介され来院した。

- ▶ **既往歴**：高血圧、脂質異常症を治療中。
- ▶ **家族歴**：父は90歳、高血圧はあるが健在。母は28歳頃に急性腹症にて死亡。
- ▶ **生活歴**：58歳で定年退職。妻と二人暮らし、2人の子供は独立。アルコールは飲まない。タバコも吸わない。

病歴の解釈

胸痛の性質は心窩部から胸骨裏面にかけて、労作により誘発される胸部の重圧感である。安静により1～2分で消失しており、痛みの発症様式、性質、部位、持続時間、誘発因子、改善する要因、経時的变化、随伴症状から典型的な労作性狭心症である。しかも、2カ月以内に新規に発症し、日常の軽労作でも誘発されており、Braunwald分類によるClass I不安定狭心症と判断される。貧血や発熱、低血圧や頻脈などの外的因子がないことから、臨床状況はClass Bであ

北摂総合病院循環器科

How Does the Physician Interpret the Patient's Narrative as It Relates to the Physical Exam? ; Chest pain.

Masaya Kino, Wataru Nagamatsu and Isao Morii : Department of Cardiology, Hokusetsu General Hospital, Japan.

図1 来院時の心電図

る。狭心症については、Ca拮抗薬、 β 遮断薬、亜硝酸製剤、アスピリンが処方されているが、薬物治療に抵抗性である。冠危険因子は高血圧と高脂血症がある。63歳の男性であり、ガイドラインでは男性で65歳以上が冠危険因子とされるが、留意すべき年齢と考えられる。

▶**身体所見**：診察時には胸部症状はなく、楽そうに座っている。身長166 cm、体重67.7 kg。体温、呼吸数に異常なし。脈拍68/分、整。血圧110/70 mmHg。眼瞼結膜に貧血なく、眼球結膜に黄疸はない。甲状腺は触知せず、頸静脈は怒張なく、頸動脈の立ち上がりは良好で、雑音はない。心臓の診察では心尖拍動は触知せず、心音はS1、S2に異常なく、S3、S4は聴取しない。心雑音や心膜摩擦音も聴取しない。呼吸音に異常なし。腹部は平坦、軟で、肝・脾を触知しない。血管雑音も聴取しない。下肢に浮腫なく、熱感や圧痛、発赤などの所見はない。末梢動脈はよく触知される。神経学的所見に異常はない。

▶**検査所見**：胸部X線写真には異常はみられない。心電図は正常洞調律で心室性期外収縮を認める。ST、T波に異常はみられない。陰性U波などの所見もない（図1）。血液生化学検査では心筋逸脱酵素の増加はなく、心筋トロポニンT定性（－）。

診断と解説

心電図変化はなく、特徴的な心筋逸脱酵素の上昇もみられないことから、心筋梗塞は否定される。不安定狭心症としての短期リスク分類からは低リスク群に入る。緊急冠動脈造影検査の適応ではないが、軽度の労作で起こる薬剤抵抗性の労作性狭心症であり、冠危険因子の重積から器質的冠動脈病変の存在は確実と考えられた。アスピリンにクロピドグレルを追加し、抗血小板併用療法を開始。冠動脈造影検査を施行。左冠動脈前下行枝#7に99%狭窄を認め、同部位に薬剤溶出性ステントを留置した（図

図2 冠動脈造影所見

左：左前下行枝#7にて99%狭窄を認めた（矢印）。

右：同部位に薬剤溶出性ステント（Xience V 3.0×18）を留置した。

2). 抗血小板薬療法に加え，プロトンポンプ阻害薬を処方し，翌日に退院となった。

急性冠症候群の中でも非Q波心筋梗塞と不安定狭心症では，6割の患者で心電図に異常はみられない。したがって，身体所見や心電図に変化がないという理由で急性冠症候群の可能性を否定することはできない。この症例では病歴聴取が診断のポイントとなったが，患者はこのような我々が解釈しやすい病歴を自らが語ることではない。急性冠症候群や肺梗塞，急性大動脈破裂など致死的な疾患の存在を頭に置きながら，重要なポイントを患者に積極的に確認するような問診技術が必要である。

「狭心症＝胸痛」との単純な認識では診断を間違えることがある。問診における鑑別診断の重要性を示す症例を次に紹介する。

患者は42歳の男性。日頃が高脂血症と高尿酸血症に対して循環器専門医にかかっている。来院2カ月前から食後の心窩部痛を認め，プロトンポンプ阻害薬にも反応しないため，消化器専門医に紹介された。その後，上部消化管内視鏡検査に異常なく，腹部超音波検査では特に異常は認められなかった。機能的ディスペプシアの可能性を考え，アコファイドが投与され帰宅。

しかし，当院来院の前日，16時半頃より心窩部痛が増悪したため，同医院を再受診。体温35.7℃。脈拍72/分。血圧85/63 mmHg。SpO₂ 99%。腹部超音波検査では胆嚢壁の肥厚がみられ，圧痛点と一致しているが，胆石はなく，総胆管や肝内胆管の拡張はみられなかった。腹部単純CT検査を含む精査目的にて当院内科外来へ紹介受診の予定であった。しかし，当院受診に際し，左肩に放散する強い心窩部痛を認めたため，急遽，救急搬送され，救急外来を受診した。意識は清明であるが，活気はない。痛みは悪心を伴う心窩部痛で，冷汗を伴い，左肩へ放散する。半座位の状態である。タバコ10本/日の喫煙歴がある。身体所見：中背，体重は88 kgと肥満。脈拍104/分。血圧99/41 mmHg。SpO₂ 100%（room air）。皮膚は冷たく湿潤，顔面は蒼白。座位にて頸静脈の怒張と下腿に浮腫がある。心臓ではS1，S2減弱，S3が聴取された。この時点でNohria-Stevenson分類Cに分類され，最重症の心不全状態にあることは明らかである。救急外来における心電図はI，II，III，aVF，V1～6まで異常Q波を認め，I，aVL，V1～6でST上昇を認めた。救急外来での心エコー検査では，左室は拡大，左室壁は後壁，中隔とも菲薄化し，

後壁と心室中隔の基部のみで低下した壁運動を認める。前壁、中隔、心尖部、後壁の大部分は全く動いていなかった。大動脈バルーンポンプ下で緊急冠動脈造影検査を施行したが、左前下行枝#7は100%、回旋枝#13中枢部で99%、右冠動脈#3中枢部で100%、左室は中隔枝と左回旋枝#12のみで灌流されている状況であった。できる限りの手段が尽くされたが、甲斐なく心原性ショックにより死亡した。心電図や冠動脈所見、心エコー検査の所見から、この症例は、これまでに何度も心筋梗塞をくり返していたことが考えられる。この症例の主訴は胸痛ではない。食後の心窩部痛ということで、循環器専門医、消化器専門医の鑑別診断から抜け落ちていたことになる。

心窩部痛との理由で、上部消化管内視鏡検査が施行される狭心症や心筋梗塞症例は珍しくない。また、下顎痛とのことで歯科治療を受け抜歯された患者もいる。狭心症の痛みは心窩部から胸部、背部、下顎までの広範囲にあり、痛みではなく呼吸困難で発症するものもあり、さらには急性冠症候群では胸痛は非定型的であることが多い。虚血性心疾患の存在を思い浮かべれば、心電図で簡単に確定診断できた症例である。問診の際には、絶えず鑑別診断を思い浮かべながら行う注意深さが必要である。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

参考文献

- 1) 木野昌也：胸痛，コモンディーズブック．日本内科学会専門医部会，東京，2013，56-60.
- 2) 非ST上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012年改訂版），循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2011年度版合同研究班報告）．班長：木村剛．日本循環器学会，2012.
- 3) 急性心不全治療ガイドライン（2011年度改訂版），循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2010年度合同研究班報告）．班長：和泉徹．日本循環器学会，2013.
- 4) Amsterdam EA, et al : 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST Elevation Acute Coronary Syndromes : Executive Summary : A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 24 : 2645-2687, 2014 doi : 10.1016/j.jacc.2014.09.016.
- 5) Cannon CP, et al : The electrocardiogram predicts one-year outcome of patients with unstable angina and non-Q wave myocardial infarction : results of the TIMI III Registry ECG Ancillary Study. Thrombolysis in Myocardial Ischemia. J Am Coll Cardiol 30 : 133-140, 1997.