

いま、ここにある危機

札幌市医師会
北海道労働保健管理協会 札幌総合健診センター

なかむら かずひろ
中村 一博

右の心電図は当センターを受診した60代男性のもので、V1～V3誘導に異常Q波とST上昇、V2～V5、I、aVL誘導には左右対称性の陰性T波（冠性T波）、また、細かく見るとV2とV3誘導にはQRS波にノッチ（fragmented QRS）を認めます。前年の心電図にはこのような所見はありませんでした。これらの所見から過去1年間に発症した前壁中隔の心筋梗塞と広範前壁の虚血が考えられ、冠動脈前下行枝の有意狭窄が推測されます。

発症から間もない急性心筋梗塞であれば、V1～V3誘導のST上昇の鏡像変化として下壁誘導のST低下が見られるはずですが、この心電図ではII、III、aVF誘導のST部分は基線レベルにあるので、この右側胸部誘導のST上昇は急性心筋梗塞ではなく、心室瘤の所見と考えられます。おそらく、冠動脈が一度閉塞し、自然に再疎通したのではないのでしょうか。前下行枝が完全閉塞したままであれば、異常Q波はもっと広範に出現しますし、そもそも健康診断を受けに来る余裕など無いはずですが。たびたび胸痛が出現していたが、病院には受診していないとのことなので、ご本人に心電図について説明し、紹介状と心電図のコピーをお渡しして、至急、循環器内科を受診するようお勧めしました。

10年前、私はこうして他院から紹介されてくる患者を循環器専門病院で診ていました。私がいた病院では、紹介患者が来院すると、看護師がまず紹介状を持って私の外来に指示を受けに来ます。私は血液検査、心電図、胸部X線写真、心エコーをオーダーします。約1時間で検査結果が揃い患者を診察し、右の心電図のような所見を認めたときは、緊急心臓CTの指示を出します。放射線技師が何とかやりくりして、できるだけ早くCTを撮影してくれます。撮影した後、2～3時間で冠動脈の画像ができるので、午前9時に患者が来院すると午後2時頃には心臓CTの画像を見ることができました。治療が必要な冠動脈狭窄を確認できれば、抗血小板薬と亜硝酸薬の投与を開始し、病棟担当の先生にお願いして早急に冠動脈造影を行っていました。

右の心電図所見は「いま、ここにある危機」を示しています。これだけ広範囲に冠性T波を認めるのであれば、冠動脈に狭窄が残存し再閉塞する可能性が高いと思われます。逆に、PCIで狭窄を解除できれば、前壁の虚血は改善する可能性があります。まだ若いころ、私は先輩から「心筋梗塞の最大のリス

クファクターは心筋梗塞」と教わりました。心筋梗塞を起こすほど全身の動脈硬化が進んでいれば、閉塞部以外の冠動脈に狭窄があってもおかしくありません。また、糖尿病神経障害の患者は狭心痛を感じることが多く、胸痛が無いからといって心筋虚血を否定できません。今は心臓CTという便利なツールがあり、非侵襲的に冠動脈の精査ができます。心電図検査で陳旧性心筋梗塞の所見を見つけたら、心筋梗塞再発のリスクがあると考え、たとえ無症状でも循環器内科へ紹介してあげてください。

