

経過観察の重要性

上原 淳(川越救急クリニック院長)

68歳、男性。21時頃夕食を食べ過ぎたため、30分ほど散歩に出かけた。帰宅後22時からパソコンを始めたが、30分ほど経過した時に突然胸痛を自覚し、救急要請となった。救急隊の現場到着時、意識レベル清明、呼吸数18回/分、脈拍54回/分、血圧130mmHg(触診)、SpO₂ 99%(room air)。救急車内の心電図モニターではII誘導で、ややST上昇傾向と第一報が入った(図)。

来院時、胸痛はまだfullに持続しているとのこと。12誘導心電図を撮ったが、洞調律でII、III、aVf誘導で非特異的ST-T上昇を認めるものの、胸痛発症後40分が経過している割には典型的な波形ではなかった。心エコー検査も行ったが、左室壁運動異常はなく、どちらかという軽度の全周性壁運動低下という感じ。valve motionに異常を認めず、下大静脈径も拡大していなかった。採血検査では異常所見を認めず、CK-MB、troponin Iも正常。もちろんWBC、CRP、AST(GOT)、CPKも正常であった。

ただ、胸痛が持続するため、念のために胸部CT撮影も行ったが、大動脈の径も拡大しておらず、肺野や縦隔にも異常を認めなかった。

この時点で、「鎮痛薬を処方して帰宅させようか……」とも思ったのだが、本人の痛み方を見てみると、やはり何かが起きているように思えた。心筋梗塞の初療を始めるべきかどうか悩んだが、「やらないで後悔するよりはやって後悔しよう」と考えた。そこで、アスピリン243mgを服用させ、胸痛に対しモルヒネ5mg静注、点滴ルートからnitroglycerinを持続静注開始し、酸素を4リットルで吸ってもらい経過観察とした。

そして20分が経過したところ、モルヒネで3/10まで低下していた胸痛が再び強くなってきたという訴えがあり、心電図モニター上でもST上昇が現れてきた。すぐに12誘導心電図を撮ったところ、みごとにII、III、aVf誘導でSTが上昇し、採血検査でも、今度はCK-MB、myoglobin、troponin Iすべてが上昇した。急性心筋梗塞の確定診断のもと、近隣の心臓カテーテル検査ができる医療施設へと無事転院し、即日心臓カテーテルを施行され、PTCA、ステント留置して退院されたそうである。

今思い返してみても、あの時「単なる原因不明の胸痛」と判断して鎮痛薬を処方して帰宅させていたら、次は心肺停止で戻ってきたかもしれない。そう思うと、背筋がぞっとする。検査結果だけで診断を下さず、患者の主訴に耳を傾ける。そして、怪しければ迷わず時間をかけて経過観察するというのが大切だ、と教訓になった1例であった。

(No.4794, 2016.3.12)

