

とらわれない心

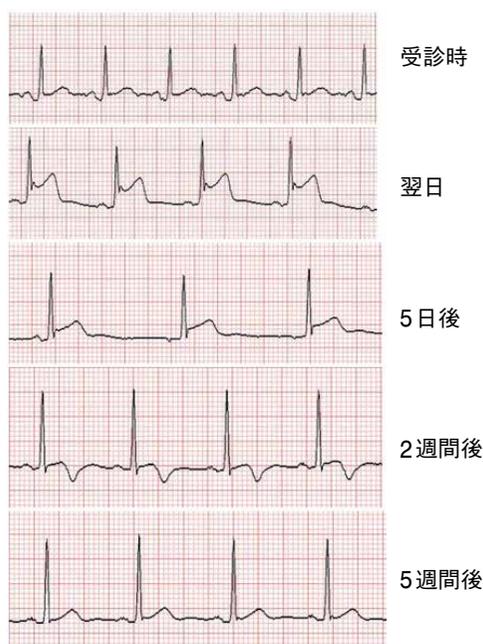
木野昌也(医療法人仙養会北摂総合病院理事長・院長)

21歳の男性が救急外来を受診した。2週間前から風邪症状があり、発熱が持続、3日前より左右の鎖骨の下あたりに鈍痛が続いている。胸痛は仰臥位や深呼吸で増悪する。血圧は153/89mmHg、脈拍は113/分、整。体温37.7℃。身体所見では頸静脈の怒張なく、肺野に異常はない。心臓の聴診では心音に異常なく、心雑音や心膜摩擦音もない。胸部X線では気胸はなく、浸潤陰影もない。心電図に異常はなく、心エコー検査でも心嚢液の貯留はなく、壁運動にも異常はない。しかし、持続する発熱と呼吸や姿勢にて増強する胸痛、CRP 1.50、白血球数17200と増加、心筋トロポニンT定性(+)から、救急外来の担当医は心膜心筋炎の可能性を考え、入院とした。入院担当の研修医は、胸痛の鑑別診断の後、ロキソプロフェンを開始した。一方、上級医の循環器レジデントはわずかな心電図変化に気づき、心膜炎の診断を確定した。そのときの心電図が図(最上段)に示すものである。

I、II、III、aVf、V₄₋₆誘導でPR間隔の低下を認めるが、ここでは代表してII誘導を示す。PR間隔の低下は心膜炎の急性期にみられる心電図変化で、「Spodickのサイン」と呼ばれている。心膜炎による心房の傷害電流である。その後、翌日にはPR間隔の低下は消失。著明なST上昇を認めた後、ST上昇の程度が軽減し、T波の陰性化を経て5週間で元に戻った(図)。この症例は受診時、典型的な症状から心膜心筋炎が十分に考えられたが、確定診断に至ったのはPR間隔の低下というわずかな心電図変化による。

1973年、Dr. SpodickはPR間隔の低下は心膜炎の急性期の一時期にみられる所見であり、82%の患者に認められたと報告した。私は当時、Dr. Spodickのもとでteaching fellowとして勤務していたが、心膜炎の心電図変化は特徴的なST上昇とその後のT波の変化として既に教科書に書かれており、PR間隔の低下という所見に気づく者はいなかった。そんな中で、ほんの一時期にしか観察されないわずかな心電図所見を発見したDr. Spodickの、何ごとに対しても心を開いた真摯な姿勢と緻密な観察力に感動するとともに、40年後の今、若い医師がこの所見に気づいてくれたことに大変満足している。

超音波やCT、MRIなど、高度な医療技術がなければ成り立たない時代である。しかし臨床の現場では、あくまでも綿密な病歴聴取と身体診察、胸部X線や心電図のわずかな変化も見逃すことのない注意深い観察が基本であることを確認する良い機会となった。



(No.4808, 2016.6.18)