

Walk in 胸痛で見逃したくない不安定狭心症



北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室

上原拓樹

2015年北海道大学医学部卒業。勤医協中央病院で初期研修を修了。2017年より同院循環器内科に所属。2024年より現所属に異動。

1 はじめに～Walk inで訪れる不安定狭心症の身近さと難しさ	p02
2 ACSの分類と違い	p03
3 ACSを分類する意義	p04
4 問診と身体所見から迫るUAの診療	p06
5 その他の致死的心胸痛	p11
6 症例提示	p13

アイコン説明

 注意事項/課題・問題点

 補足的事項/エッセンス



Link

関連情報へのリンク

HTML版

スマホでも読みやすいブラウザ表示です。本コンテンツ購入後、無料会員登録することでご利用いただけます。

無料会員登録

無料会員登録の手順とシリアルナンバーによるHTML版の閲覧方法の解説です。

オリジナルコンテンツ

日本医事新報社のオリジナルWebコンテンツの一覧をご覧ください。

ご利用にあたって

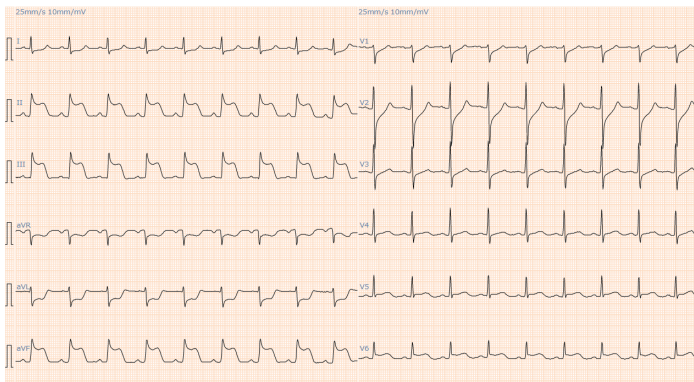
本コンテンツに記載されている事項に関しては、発行時点における最新の情報に基づき、正確を期するよう、著者・出版社は最善の努力を払っております。しかし、医学・医療は日進月歩であり、記載された内容が正確かつ完全であると保証するものではありません。したがって、実際、診断・治療等を行うにあたっては、読者ご自身で細心の注意を払われるようお願いいたします。

本コンテンツに記載されている事項が、その後の医学・医療の進歩により本コンテンツ発行後に変更された場合、その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応等による不測の事故に対して、著者ならびに出版社は、その責を負いかねますのでご了承下さい。

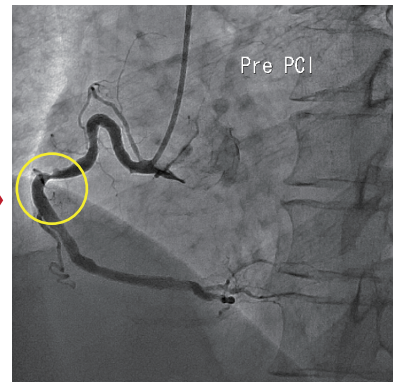
1 はじめに～Walk inで訪れる不安定狭心症の身近さと難しさ

内科診療（もしくは救急外来）において、胸痛の患者さんをみたらまずは12誘導心電図を施行し、急性心筋梗塞(acute myocardial infarction；AMI)を見逃さないようにすることはよくご存知のことと思います。冠動脈支配領域に沿ったST上昇が見られれば、すぐに循環器内科医に相談し、緊急で冠動脈造影（いわゆる「緊カテ」）を施行するでしょう（図1）。

図1 AMIの典型的な診断・治療の流れ



胸痛を主訴に来院。II、III、aVF誘導で明らかなST上昇を認め、V1、V2誘導で鏡像変化と思われるST低下が見られます。



緊急で冠動脈造影を施行し、右冠動脈近位部に責任病変を認めました。

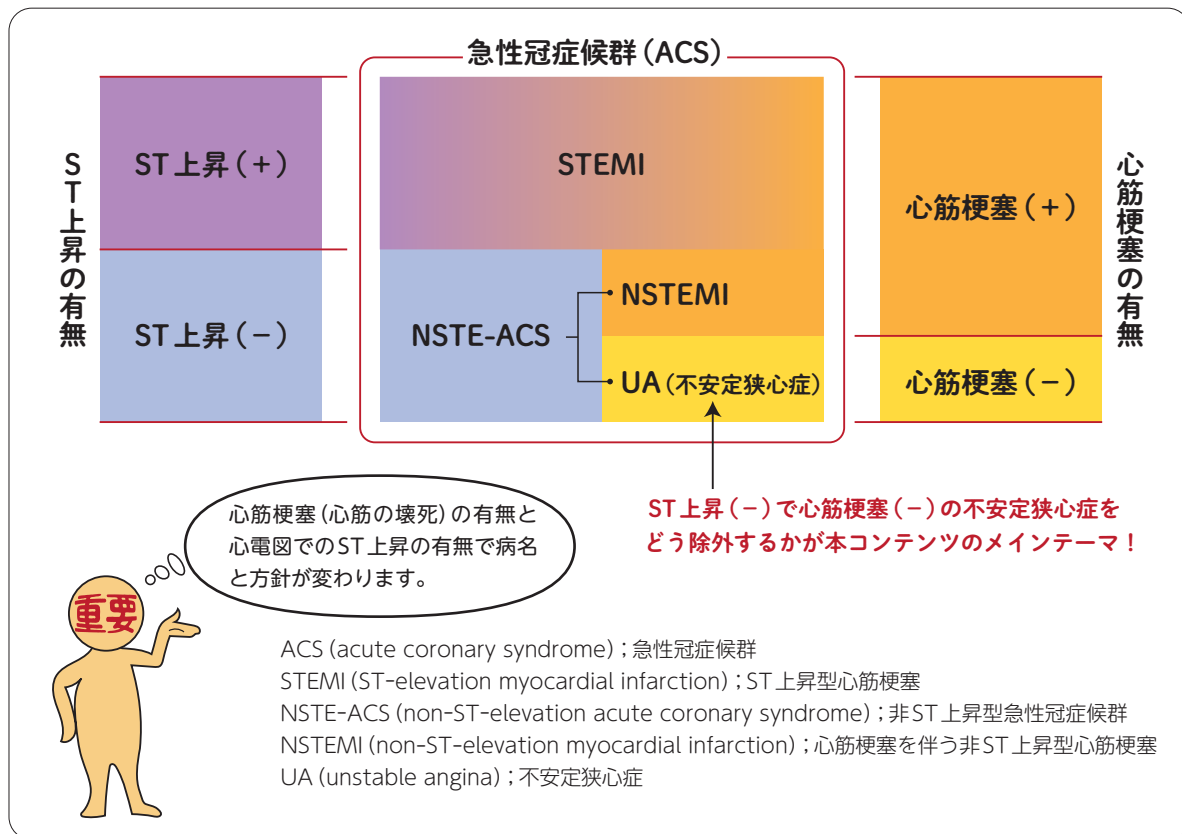
しかしAMIを代表とする急性冠症候群(acute coronary syndrome；ACS)の中には来院時の心電図でST-T変化を示さないことがあります。また、来院時に胸部症状が消失していることもありますし、心筋トロポニンなどの心筋逸脱酵素が上昇していないこともあります。胸痛などの胸部症状を主訴に救急外来を来院された患者さんにおいて、2.3%は実際には不安定狭心症(unstable angina；UA)だったのにもかかわらず、救急外来から帰宅となっていたという報告もあります¹⁾。つまり、検査がすべて陰性でもACS(特にUA)が否定できないということになります。

実臨床では、ACSを疑った場合にはすぐに循環器内科医に相談することは当然かと思えます。しかし、施設の規模や地域によって循環器内科へのアクセスは異なりますし、ACSを強くは疑わないものの完全に否定しきれないと全体の診療も方向性を見失いかねません。ACSに意識がいきすぎて、実際はまったく異なる疾患ということも十分にありえます。このコンテンツでは、循環器専門医向けではなく、あくまで非専門医が病歴と身体所見を中心に(心電図や心エコー図検査での詳細な読影に重きを置かず)、外来でWalk in胸痛をどのようにマネジメントしたらよいか(専門医はどのように考えているのか)を、診断最難関の1つであるUAを中心に解説します。

2 ACSの分類と違い

ACSはAMIとUAを合わせた症候群です。AMIとUAは心筋梗塞(心筋の壊死)を伴うかどうかで分けられます。来院時の心電図におけるST上昇の有無によって緊急性と方針、予後が変わってくるため、現在、ガイドラインでは図2のように分類されています。心電図で冠動脈支配領域に一致したST上昇を伴う胸痛はST上昇型心筋梗塞(ST-elevation myocardial infarction; STEMI)と呼ばれます。ST上昇を伴わない場合は非ST上昇型急性冠症候群(non-ST-elevation acute coronary syndrome; NSTEMI-ACS)となります。NSTEMI-ACSはさらに、心筋梗塞を伴う非ST上昇型心筋梗塞(non-ST-elevation myocardial infarction; NSTEMI)と心筋梗塞を伴わないUAにわかれます²⁾。この分類は治療方針だけでなく、外来の現場でどのようにACS(特にUA)を除外するかについて非常に重要であるため、引き続き解説します。

図2 ACSの分類



3 ACSを分類する意義

前項のACSの分類は、一見非専門医にとっては不要とも感じられるかもしれませんが、いわゆる緊急冠動脈造影へのスピード感や必要性が全然異なりますし、本章のメインテーマである「なんとも言えない胸痛患者さんをどう診療(UAを除外)するか」を考える上では重要になります。特別な知識や複雑な病態生理の理解は不要なので、実例を交えて説明します。

1 緊急冠動脈造影の適応の違い

「AMI(ACS) = 緊急カテ!」と思われるかもしれませんが、緊急冠動脈造影(≡ primary PCI(percutaneous coronary intervention), 緊急での再灌流療法)の適応はACSの中でも異なります。

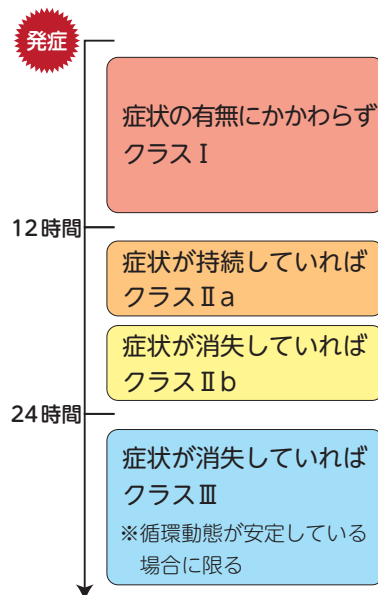
STEMIの場合、原則は緊急での再灌流療法を目指します。症状の出現から早いに越したことはありませんが、発症から12時間以内(最大で24時間以内)であれば十分に恩恵が得られます。逆に、**発症後24時間以上経過し、血行動態および電気生理的に安定しており症状が消失している患者さん**に対し、primary PCIは推奨されません²⁾。「胸部症状+ST上昇」であれば専門医に至急相談することは言うまでもありませんが、少なくとも発症から1日以上経過して安定している患者さん(症状消失して、バイタルサインも安定)に対しては慌てて診療を行う必要はないでしょう(図3)。

column 緊急冠動脈造影は早ければ早いほど良い?

STEMIであってもNSTE-ACSであっても、早く検査して早くPCIをするに越したことはないのでは?と思われるかもしれませんが。確かに心筋が虚血にさらされている状況であれば、一刻も早く再灌流を目指すべきです。緊急冠動脈造影(primary PCI)を急ぐことによるデメリットはあるのでしょうか?

1つは全身状態の把握と合併症評価です。血液検査を確認することは、その患者さんの出血リスク(凝固能)や腎機能などの評価をするために重要です。肺うっ血が見られる状況でのカテーテル操作や造影剤の使用は術中の心不全増悪のリスクになります(肺うっ血がある状況は高リスクになるためいづれにしても早期の血行再建が必要となります)。全身状態の把握に加えて、正しい病態評価も重要です。Stanford A型急性大動脈解離に急性心筋梗塞を合併することがあります。この場合は冠動脈造影をするのではなく、造影CT検査を行い、緊急手術を行うべきです。また、夜間緊急で行う検査や治療にはどうしてもマンパワーの問題も生じます。カテーテル中こそ急変リスクがありますし、リスクが高い状況こそ患者さん本人と家族さんへの説明が重要です。救急の現場では、冷静かつ迅速な判断こそが重要だと思います。

図3 STEMIのprimary PCIの適応



ST上昇がなければリスクを評価

リスクが高いほど早期の侵襲的治療を考慮!