

症例クイズ

静岡県 掛川市 あかりクリニック
美崎昌子



失神を繰り返した男性

症例

50代後半 男性
主訴:意識消失発作
現病歴:

受診1日前(昨夜)意識消失発作を起こし、救急搬送された。総合病院で検査をされ、問題ないといわれたが、心配なのでかかりつけ医を受診した。

23時30分頃、自宅でうめき声が出て、妻が見に行くと発汗著明で声掛けに反応せず救急要請したと。

この時点で鑑別診断は？
知りたい情報は？
次にする検査は？

当院初診時の病歴(失神の3か月前)

50代後半 男性
主訴:頭重感
現病歴:

受診1週間前の日曜日に家のドアの角に頭をぶつけた。受診2日まえより頭重感が少しあり近隣の脳神経外科クリニックを受診し、体表痛といわれた。

脳神経外科受診時血圧180台だったが、特に処方はなく、帰宅後も血圧をはかることにした。

170-180/100-110台がつづき、頭重感も残るため、当院を受診した。

当院初診時の病歴(失神の3か月前)

現病歴:(こちらの質問に答えて)

今回(1週間前)は足を滑らせてしまった。

約10年前(48歳)に旅行先で倒れたことがある。

以後総合病院で頭部MRIを行い小さなつまりがあるといわれたが特に処方なく、脳ドックでフォローしていた。その後異常の指摘はない。

心電図はしばらく前から検診で引っかかり、近隣の循環器クリニックで心電図と心エコーを5年前に行い、大きな問題はないといわれた。

ホルター心電図はやったことはない。

【既往歴】

特記事項なし

アレルギー歴:喘息(-)アトピー(-)薬剤(-)食物(-)

【内服薬】

なし サプリメントなし

【社会生活歴】

職:茶の販売

喫煙:なし

飲酒:週3回 ビール350ml

家族構成:義父母 妻 息子夫婦 孫の7人家族

【家族歴】

心疾患(-)脳疾患(-)癌(-)糖尿病(-)高血圧(-)

【検診】

毎年人間ドック 高血圧と心電図異常は指摘

【初診時現症】(失神3か月前)

163.3cm 64.3kg BMI 24.1

血圧 159/104 mmHg, 脈拍数 79 回/分・整, 体温 36.2 °C,

意識清明 顔色良好、口腔乾燥なし

神経学的異常所見認めず

胸部:肺雑音なし、心雑音なし 整

腹部:軟、圧痛なし 下腿浮腫なし

【今回受診時現症】

63.8kg

血圧 124/75 mmHg, 脈拍数 80 回/分・整, 体温 36.2 °C,

呼吸数亢進なし

意識清明 顔色良好、口腔乾燥なし 外傷なし

神経学的異常所見認めず

胸部:肺雑音なし、心雑音なし 整

腹部:軟、圧痛なし 下腿浮腫なし

当院初診時の心電図



【当院初診時の採血結果】

WBC 8200/μL

Hb 15.0 g/dl

Hct 44.9 %

Plt 25.6万/μL

TP 7.1 g/dL

Alb 4.3 g/dL

AST 23 U/L

ALT 23U/L

LDH 186 U/L

GGT 21 U/L

CPK 115 U/L

BUN 19.6 mg/dL

CRE 1.06 mg/dL

eGFR 56.8 ml/min

TG 155 mg/dL

HDL 66 mg/dL

LDL 86 mg/dL

Glu 95 mg/dL

HbA1c 5.7 %

TSH/ft4 基準値内

初診時の診断・治療

- 本態性高血圧症と左室肥大
- 頭重感は頭部外傷歴もあり、頸部筋筋膜性疼痛の印象。
- 降圧剤を処方。生活習慣指導をして、下記内服で自宅血圧120-135/75-90、HR60台となっていた。
- 処方>イルアミクスHD配合錠 1錠朝食後 (アムロジピン10mg + イルベサルタン100mg)

(失神までの病歴を知ったうえで)

この時点で診断は？

知りたい情報は？

次にする検査は？

詳細な病歴1

<本人の話>

(失神した)当日は日中少し下痢をしていて昼食を取らず、夕食も遅くなってしまい21時ころ普段通りの夕食を摂取。赤ワインをグラスワイン2杯ほど飲んだ。その後トイレに行きたくなり、自分としては行って帰ってきたと思う。とにかく気持ち悪くて汗がだらだら出たという覚えがある。

詳細な病歴2

<奥様(看護師)の話>

23:30頃うめき声が出て、見に行くとソファでテレビ鑑賞していたようであったが、声掛けをしても、視線が合わず、脈が弱くて触れない感じがした。発汗著明。自動血圧計はエラーで測れず。嘔吐(食残)が2回ほどあった。

詳細な病歴3

<本人>

胸痛や頭痛・めまいはなかった。
祖母は突然死だったと思うが、そのほかはない
血圧の薬は飲み忘れ少なかった。

<奥様>

救急車を待っている間に回復したので20分以内には回復したと思う。去年も嘔気めまいで同じようなことがあり、救急搬送された。頭部CT/MRIで異常なく帰宅となったが、飲酒后・夜間と状況がよく似ている。その時も発汗著明であった。

この時点での診断は？
鑑別診断は？

- 病歴から心原性失神の可能性が高いと思われた。
- 今回のエピソードからは冠攣縮性狭心症を第一に想起したが、心室性不整脈の可能性も(j-waveもあり)考えられた。
- β 遮断薬は器質的狭窄の狭心症や心室性不整脈には有効だが、冠攣縮とすると逆効果の恐れがあり、ニコランジルを追加し精査とした。
- 冠危険因子: HT+ DL- DM- Sm- FH-

救急搬送された病院からのデータ取り寄せ

頭部CT: 異常なし(データなし)

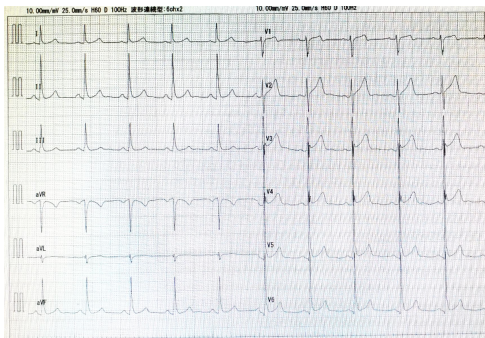
【救急搬送時の採血結果】

WBC 11500/ μ L	BUN 17.8 mg/dL
Hb 14.2 g/dl	CRE 1.06 mg/dL
Hct 42.5 %	eGFR 56.5 ml/min
Plt 25.6万/ μ L	TG 177 mg/dL
TP 6.9 g/dL	HDL 68 mg/dL
Alb 4.2 g/dL	LDL 90 mg/dL
AST 20 U/L	Glu 130 mg/dL
ALT 18U/L	HbA1c 5.7 %
LDH 192 U/L	CRP 0.02 mg/dL
GGT 20 U/L	
CPK 84 U/L	

【救急搬送時の採血結果】

Na 142 mmol/L	静脈血ガス
K 3.7 mmol/L	pH 7.325
Ca 8.8 mmol/L	pCO ₂ 41.4 mmHg
PT-INR 1.02	pO ₂ 47.1 mmHg
APTT 23.9sec	HCO ₃ ⁻ 21.0 mmHg
D-dimer 0.1 μ g/mL	BE -4.7 mmol/L
	Lactate 2.48 mmol/L
	CO Hb 0.5 %
	Met Hb 0.4 %
	Anion gap(K-)17.1mmol/L

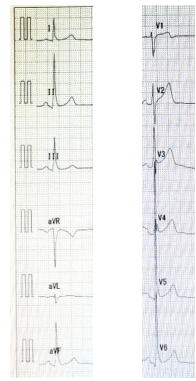
救急搬送時の心電図



当院初診時の心電図



救急搬送時の心電図



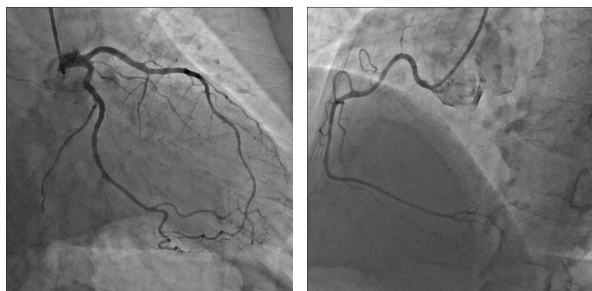
【初期診断】

冠攣縮性狭心症疑い
あるいは心室性不整脈などによる
心原性失神の疑い

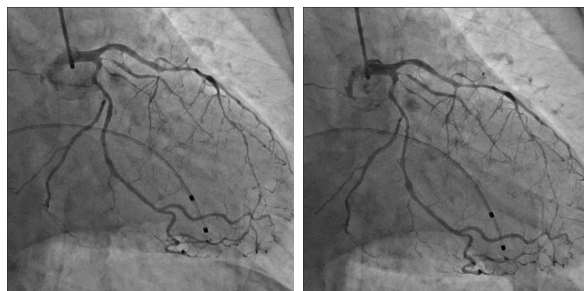
その後の経過

- 総合病院に紹介。
- 入院中の心電図モニタ観察と冠動脈造影の方針となった。

負荷前



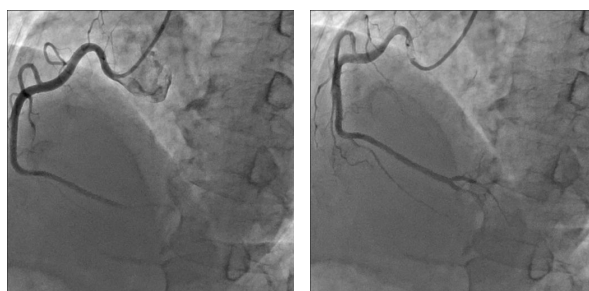
左右冠動脈ともややspasticな印象あり



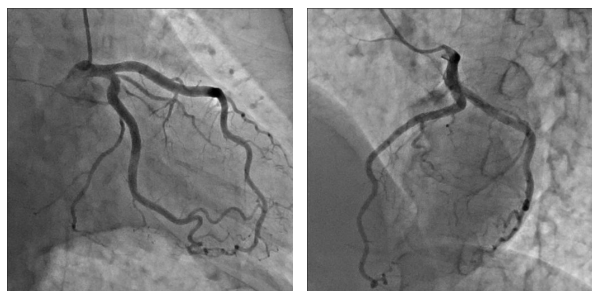
Ach負荷: LCA 20/50/100mcgで#8 90%, #12HL 99%, ECG有意変化なし、症状なし



Ach負荷: RCA 20mcgで#1-4 90%, ECG有意変化なし
50mcgで洞停止に移行し、bach up paceに。sBP50mmHgに低下、前失神症状誘発



NTG冠注でSpasm解除を確認、自己脈に復帰、心電図ST変化なし



その後の経過

- アセチルコリンにより冠攣縮が誘発されたが、同時に洞停止、(ペーシング下に)前失神症状も誘発された。ST上昇は確認できず。
- 入院中の心電図モニタ観察したが、洞停止・房室ブロック・心室性不整脈・心房細動などは見られず。

診断

- 冠攣縮性狭心症(異型狭心症)による失神
- アダムスストークス発作の疑い

冠攣縮性狭心症

循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2012年度合同研究班報告)

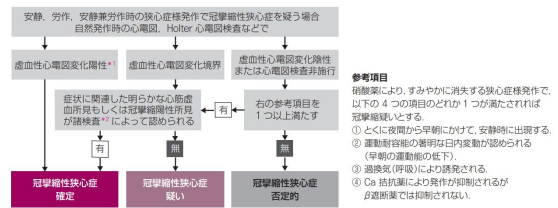
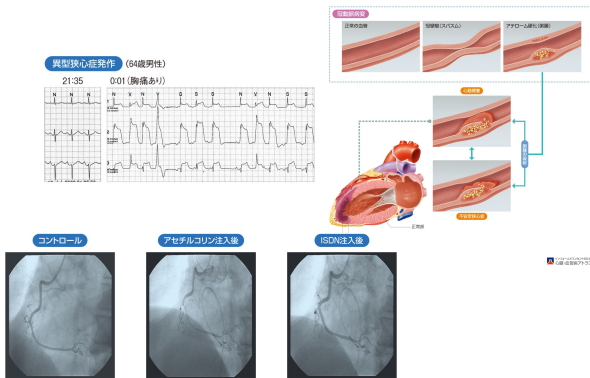


図1 冠攣縮性狭心症の診断アルゴリズム

- *1: 明らかな虚血性変化とは、12誘導心電図で、関連する2誘導以上における一過性の0.1mV以上のST上昇または0.1mV以上のST下傾か陽性U波の新規出現が記録された場合とする。虚血性心電図変化が連続する場合は急性冠症候群のガイドライン⁹⁾に準じて対応する。
- *2: 心臓カテーテル検査における冠攣縮薬物誘発試験、過換気負荷試験などをさす。なお、アセチルコリンやエルゴメジンを用いた冠攣縮薬物誘発試験における冠動脈造影上の冠攣縮性所見を「心筋虚血の徴候(狭心症および虚血性心電図変化)を伴う冠動脈の一過性の完全または至完全閉塞(>90%狭窄)」と定義する。

冠攣縮性狭心症



冠攣縮性狭心症の誘因

- 喫煙
- 飲酒
- ストレス
- 脂質異常症
- 遺伝的要因

冠攣縮性狭心症の誘因

- 喫煙
- 飲酒
- ストレス
- 脂質異常症
- 遺伝的要因
- 誘発テストのいろいろ
- 薬剤負荷CAG
- 過換気負荷
- 寒冷昇圧試験
- メンタルストレステスト
- 早朝運動負荷試験

冠攣縮性狭心症の症状①

- ① 前胸部圧迫感、漠然とした痛み、ときに上腹部、無症状のことも多い。
- ② おもに安静時に出現し、痛みの持続時間は数分から15分程度だが長め
- ③ 冠攣縮による狭心症発作は、器質的狭窄病変を基盤とする労作性狭心症発作に比べて、**症状の持続時間が長い**ことが多く、**冷汗や意識障害(意識消失など)を伴う**ことがある。
- ④ 過呼吸や飲酒により誘発されることがある。
- ⑤ 冠攣縮発作には速効性硝酸薬が著効する。

冠攣縮性狭心症の症状②

- ⑥ Ca拮抗薬により冠攣縮発作が抑制される。
- ⑦ 発作時完全房室ブロック、心室頻拍や心室細動を合併する場合は意識障害や意識消失がみられる。
- ⑧ 冠攣縮発作は、とくに夜間から早朝にかけての安静時に出現し、通常は日中の運動によって誘発されず、夜間から早朝にかけてピークを有する明らかな日内変動がみられ、その発作の67%は自覚症状のない、いわゆる無症候性の心筋虚血発作である。
通常、冠攣縮性狭心症の発作は早朝には軽度の労作によっても誘発されるが、午後からは激しい労作によっても誘発されない。つまり冠攣縮性狭心症例においては運動耐容能に明らかな日内変動が認められる。
- ⑨ 冠攣縮発作は毎日数回頻発することもあれば、数か月～数年生じないこともある。

- ・冠微小血管攣縮
- ・たこつぼ型心筋症
などの関与も。
まだわかっていないことも多い。

- ・日内変動や経時的な変動が大きい。
(てんかん・不整脈などと同じく)いつ起きるかわからないからずっと予防策を継続する。
→将来的には、もっとよい治療があるはず。

もう一つ面白いところ

- ・ショック状態の患者を目の前に
血管拡張薬投与でみる。
- ・いつでも自分を客観視
- ・可笑しさにヒントがあるかも



ご清聴ありがとうございました

