

慶應循環器内科 カンファレンス

本連載では、慶應義塾大学病院循環器内科で実際に行われたカンファレンスのなかで面白い症例、興味深い症例を紹介していきます。実際の議論の様子をそのままお伝えしていきます。その臨場感を感じながら、楽しく、かつ勉強になるコーナーにしていきたいと考えています。

第 54 回

たこつぼ心筋症？ 急性冠症候群？

introduction



今回の症例は、急性期においてはたこつぼ心筋症が強く疑われたものの、その後の経過でたこつぼ心筋症と合致しない所見

症 例

#1 たこつぼ心筋症疑い

#2 2 型糖尿病

#3 脂質異常症

#4 高血圧症

を認め、診断に苦慮している 1 例です。今後の方針も含め、議論していきたいと思

います。

91 歳・女性
主訴：動悸
現病歴：X－1 年 12 月に腹痛・水様便・嘔吐が出現した。その直後に右頸部から背部、前胸部の不快感が出現し、症状が持続するため、当院救急外来を受診した。血液検査、胸腹部骨盤腔単純 CT を施行したが、特記すべき所見を認めず、感染性腸炎の診断で帰宅となった。そ

の後、労作時の胸部圧迫感、動悸が持続し、X 年 2 月、内分泌代謝内科を受診した際に動悸の訴えが強く、当科を紹介受診した。
既往歴：2 型糖尿病病、脂質異常症、高血圧症
生活歴：（喫煙歴）なし（飲酒歴）なし
家族歴：特記すべきことなし
内服薬：ボグリボース 0.9 mg/ 日、フェノフィブラート 80 mg/ 日、プロチゾラム 0.25 mg/ 日

救急外来を受診しています。そのときに、血液検査と胸腹部骨盤腔単純 CT を実施しましたが、特記すべき所見は認めなかったため、感染性胃腸炎の疑いという診断で帰宅となっています。しかしその後、労作時の胸部圧迫感や動悸が続いていました。X 年 2 月 27 日に強い動悸の訴えがあり、当科を紹介受診しました。

：学生さん、病歴に関して、病棟の元担当医である白川先生に聞きたいこと

はありますか？
X－1 年 12 月に一度、当院を受診して感染性胃腸炎の診断を受けていて、約 3 か月後にかかりつけであった当院の内分泌代謝内科を受診しています。そのときの主訴は、動悸です。12 月のエピソードはどのように考えたらよいでしょうか？ 今回の当科受診と関係があるのでしょうか？

監 修



福田恵一（ふくだ けいいち）
慶應義塾大学医学部 循環器内科 教授
1983 年 慶應義塾大学医学部 卒業。1990 年 慶應義塾大学医学部 助手、1991 年 国立がんセンター研究所 細胞増殖因子研究部 留学、1992 年 ハーバード大学ベイスラエル病院 留学、1995 年 慶應義塾大学医学部 助手、1999 年 同 講師、2005 年 同 再生医学 教授を経て、2010 年より現職。

司 会



前川裕一郎（まえかわ ゆういちろう）
慶應義塾大学医学部 循環器内科 講師
1995 年 慶應義塾大学医学部 卒業。1999 年 慶應義塾大学医学部 循環器内科 助手、2005～2007 年 トロント総合病院 循環器内科 / トロント大学 留学、2007 年 慶應義塾大学医学部 第一三共心血管炎症学講座 助教、2009 年 慶應義塾大学医学部 循環器内科 助教を経て、2012 年より現職。

参 加 者



（受
持医）



（修
修医）



（専
門医）



（研
修医）



（学
生）

図 1 当院初診時の
12 誘導心電図：V₁～V₅
誘導で R 波の減高があり、QS
パターンとなっています。Ⅱ、Ⅲ、
aV_F、V₂～V₅ 誘導で ST が上昇
しています。

学 生 1：……。

：では後で聞きますので、もう少し聞いていてください。糖尿病のコントロールはどれくらいでしたか？

受 白川：HbA1c は 7%弱と良好でした。

修 八島：X－1 年 12 月の救急外来受診の際は、急性冠症候群かどうかという議論はあったのでしょうか？

受 白川：カルテを見るかぎり、虚血性心疾患は鑑別疾患に挙がっておらず、心電図は施行されていません。

：心筋マーカーは測定されていますか？

受 白川：トロポニンは測定されていませんでした。

症例提示を続けます。既往歴は 2 型糖尿病、脂質異常症、高血圧症です。高血圧に関しては指摘のみで内服薬の既往はありません。生活歴と家族歴は特記すべきことはありません。

内服薬は、ボグリボース 0.9 mg/ 日、フェノフィブラート 80 mg/ 日、プロチゾラム 0.25 mg/ 日でした。

当院初診時の入院時所見です。血圧は 144/78 mmHg、心拍数は 88 拍 / 分でした。体温は 35.8℃、SpO₂ は室内気で 95%でした。頸静脈は怒張していました。明らかな心雑音は聴取しませんでした。両側下腿浮腫を認めました。

当院初診時の 12 誘導心電図です（図 1）。

：学生さん、心電図所見はどうでしょう

学 生 2：：まず、頻脈や徐脈はなくて、P 波は、Ⅰ、Ⅱ誘導で陽性なので、洞調律かと思います。Ⅱ誘導と V₂～V₅ 誘導で ST 上昇を認めます。

：洞調律で、胸部誘導を中心に ST が上がっているのではないかと。どうですか？

修 白川：V₁～V₅ 誘導で R 波の減高があつて、QS パターンとなっています。Ⅱ、Ⅲ、aV_F 誘導も ST が上昇しているようにみえます。左前下行枝と左回旋枝、両領域の虚血が疑われる所見です。

：これをみて、先生の心電図診断はどうなりますか？

修 急性冠症候群でしょうか？

：以前の心電図はどうですか？

受 白川：以前の心電図がこちらです（図 2）。

：いつの心電図ですか？

受 白川：これは 7 年前の心電図で、それ以後はとくに何も症状がなかったもので、心電図は施行されていません。

：7 年ほど前に 1 度なんらかの理由で心電図が記録されているけれども、その間にはとくに心臓に関する症状などがなく、記録されていなかったのですね。過去の心電図所見を踏まえてどうですか？

修 この間にイベントがあったと思います。

：この間にイベントがあった、急性冠症候群ではないかと。

では少し進みましょう。それ以外に何の検査をしましたか？

受 白川：胸部 X 線です。

：胸部 X 線写真の所見（図 3）について、田野崎先生どうですか？

修 田野崎：心拡大と両側胸水貯留を認めます。血流の再分布はあまり目立ちません。

：心胸郭比（CTR）は 60%ですか？

受 白川：はい。