

急性心筋梗塞を見逃がさないためには何が必要か ～検査所見の読み方とピットフォール～

田邊健吾

三井記念病院循環器内科／科長

これまでの調査集計のご報告や弓倉先生の症例呈示では、非常に勉強させていただきました。特に興味深いのは「アンケート集計結果」の後半の記述式のご回答で、先生方が本当に正直に経験をお書きになっていて興味深く拝読させていただきました。本日は私もこのアンケートにならって、症例をあげてお話ししたいと思います。アンケート中でもいくつかキーワードがピックアップできると思いますが、心筋梗塞や急性冠症候群という昔からある病気に対して、いまだに診断が困難であるというのが1つ大きなポイントです。教科書にはさまざまなことが書かれていますが、実際には悩ましいことが多くあります。「帰宅させて失敗した」「運動負荷心電図の是非」「右脚ブロックがあると診断が困難」「専門医に紹介しようかどうかどうしようか悩んでいるうちに急変した」といったところが主なポイントだと感じましたので、そうした話題に触れながらお話ししていきたいと思います。

1. 発症し急変してしまったら

本日の私のテーマは「診断のポイント」ということなのですが、それに先立って急変例について少しお話ししたいと思います。アナムネの最中、「たばこを吸っていますか」とか、「いつから胸が痛いのですか」といったことを聞いている最中に白目をむいて倒れてしまうようなことも、診察室では起こり得ます。天理よろづ病院の部長をされている中川先生から頂いたものですが、患者さんがコンサートでバンドの指揮をされている最中に心室細動で倒れら

れたときのビデオ映像が残っています。その患者さんご自身が「啓蒙活動で使っていい」と許可されたものですが、会場にたまたま居合わせた医師と看護師により心肺蘇生が施行され、6分後に救急隊が到着、病院に搬送されてDCで心拍が再開、心筋梗塞に対してステント治療がなされました。その会場で一部始終が撮影されたビデオなのですが、緊急での心肺蘇生により、しばらく低酸素脳症による失見当識や軽度の麻痺があったものの、リハビリを経て音楽活動に復帰できたという話しです。

このビデオを観ると、「自分ももしこの場に観客として立ちあったら、何ができるか」ということを考えてしまいます。居合わせた医師がすぐにステージに駆け上がらなかつたら救命できなかったかもしれないのです。でも、実際に現場に居合わせると、「自分で対応できるか」とか、「鑑別ができるか」とか、いろいろ考えますよね。でも、一般の方に比べればそれが可能な立場であるわけですから、勇気を持って駆け寄って処置することが大事だと思います。

除細動の成功率は1分ごとに7～10%低下し、3分以内に除細動ができれば7割の人が助かる可能性があると言われます。心筋梗塞を疑ったら、とにかく早く救急車で搬送することが大事です。急変したらとにかく心臓マッサージとAEDです。実は私も、最近 ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) の講習を受けてきました。腰が痛くなったりしましたが、BLS (Basic Life Support) ・ACLS というのは時々受講して更新されることをお勧めします。

私も、このビデオに影響されたわけではないのですが、フライトでのドクター・コールにはいつも応じるようにしています。これまで3回経験しており、いずれも腹痛や下痢症状で、点滴を入れたことが1回あるという程度ですが、常に積極的に関与する姿勢と備えが必要です。胸痛を訴え、急変して倒れてしまうようなことが目の前で起こるかもしれない。そうなったら蘇生ができるようにしておく準備は、実地医家の先生方であっても、病院の医師であっても必要なことだと思います。

2. 急性冠症候群の診断のポイント

1) まずリスクを捉える

日本国内での死因としてもっとも多いのががん、死因全体の3割を占めます。ただ、虚血性心臓病が16%、脳血管障害が11%、他の血管病が2%とされており、これらを合わせるとやはり約3割となり、このほとんどが動脈硬化に起因するものと考えられます。われわれの施設で、冠動脈疾患で病変枝数別に頸動脈狭窄の合併についてみると、枝数が多いほど頸動脈狭窄の合併率も上昇します(Tanimoto S, et al : Stroke 2005 ; 36 : 2094-8)。どの部位の血管であっても動脈硬化のメカニズムは基本的には一緒ですから、頸動脈や腎臓、下肢に狭窄があれば、「心臓にもあり得る」と考えるべきです。末梢の血管に病気がある患者でも、亡くなる率が高いのはACSですから、1つの血管に狭窄が認められれば狭心症も疑うという姿勢は大事だと思います。

生活習慣病については、肥満が多い米国に比べ、日本人ではそれほど心配ではないと思われていたのは、昔話しになりそうです。有名なのは、「沖縄クライシス」と呼ばれるもので、1985年には男性の平均寿命ランキングで1位だった沖縄県が、2000年にはなんと26位にまで下降しました。その理由として、肥満とそれに伴うメタボリック・シンドローム(MetS)の増加が言われています。

MetSでは明らかに心血管死亡率が上昇しますが、その増加の背景として食生活の変化があります。政府の統計では、「外食率」「食の外部化率」が昭和50年以降急激に上昇しており、ファストフードの店舗数の増加もそれを裏付けています。厚生労働省の国民栄養調査(2003年)で、性別・世代別に「摂り過ぎに注意したい食品」をみると、たとえ

ば肉類は20歳代辺りに摂取量のピークがあり、菓子類では10歳代が、砂糖・甘味料類は少し面白くて20歳代にまずピークがあり、いったん低下した後50歳代から再び上昇しています。一方、「きちんと食べたい食品」として野菜や魚介、豆類等がありますが、こちらはいずれも高齢者が積極的に摂取しています。「運動習慣を持つ人」も20～40歳代が全体の平均を下回っており、実は高齢者のほうが健康的な生活習慣を有している印象があります。こうしたことが、近年の若年者のACS増加の背景にあるのかも知れません。予防という観点からも、生活習慣の変化に普段から留意することが重要です。1960年以降の日米の平均コレステロール値の推移をみると、米国人では徐々に低下していますが、残念なことに日本人では徐々に上昇し、2000年で米国とほとんど変わらない値になっています(荒井秀典: 臨牀と研究 2004 ; 81 : 971-4)。

したがって、診断のポイントの第1として、「リスクを把握する」ことが挙げられます。従来から言われている「高齢、男性、家族歴、喫煙、高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満(MetS)」に加えて、他の血管の動脈硬化にも留意する必要があります。また、先ほども触れたように、どの施設のCCUの先生に聞いても、「最近では30～40歳代の心筋梗塞が増えた」とおっしゃいます。以前の日本人であれば30歳代の心筋梗塞は皆無に近く、仮にその世代の患者が胸痛を訴えても、肋間神経痛とか職場のストレスとかを想定すればよかったですのですが、近年では必ずしもそうではなくなっています。

2) 症状と検査所見

もちろん、リスクがなくても症状を把握することは大事です。“動脈硬化”とは、プラークが血管壁に溜まって狭窄を生じる病態です。“狭心症”では、それにより労作時の胸が締め付けられるような痛みや動悸、息切れを生じ、5～10分程度の安静で痛みが治まります。一方、“冠攣縮性狭心症”は血管の痙攣によるもので、就寝中～明け方に生じたり、寒冷刺激、飲酒後、ストレスや疲労、喫煙後に生じることが特徴です。このプラークが破綻(ラプチャー)すると、そこに血栓が起き血流が途絶します。これが“心筋梗塞”で、症状としてはかなり強い痛み(鉛のかたまりをのせたような痛み、焼くような痛み)が安静にしているにもかかわらず20分以上続き

ます。

とは言え、こうした教科書的な症状を呈する患者さんばかりではありません。心筋梗塞症例で、事前に狭窄度をみることができたという報告をいくつかまとめると、狭窄度が50%未満の症例が約半数を占めます。75%超の症例は2割程度ですので、なんらの狭心症様症状（前駆症状）もなく、突然心筋梗塞で倒れる患者さんも少なくないだろうことが分かります。発症する時間帯も起床時～午前中の血圧の上昇に伴った発症が多いとはされますが、もちろん24時間いつでも起こり得る疾患と考えるべきです。

さて、必ずしも「胸痛」の範疇に収まらないような「心臓疾患っぽくない症状」についても、教科書等にも書かれています。「胸部表面の痛み」「胸がちくちくする」「圧痛」「呼吸性の変化」「痛みの部位が移動する」などですが、こうした症状があればACSを否定できるものではありません。また、高齢者や糖尿病患者ではとくに症状が非典型的なことが多く、症状だけで判断するのはやはり危険です。私が若い医師に言っているのは、「自動車教習所と一緒に、《大丈夫だろう》ではなく、《危ないかもしれない》と考える」ということです。「きっと肋間神経痛だろう」ではなく、「心臓病かもしれない」「急性冠症候群かもしれない」という診療が大事だと考えます。

やはり命にかかわる疾患をきちんと疑って、きちんと検査して否定しておくことが必要です。心筋梗塞であれば「心電図、トロポニン」、大動脈解離であれば「胸部レントゲン、D-dimer」、肺塞栓であれば「酸素飽和度、D-dimer」、緊張性気胸であれば「聴診や胸部レントゲン」といった検査を速やかに施行すべきです。

心電図については、ST-T変化やQ波の有無をみて、以前に取った心電図があればそれと比較することも有用です。しかし、もっとも大事なのは、「心電図が正常であっても急性冠症候群は否定できない」という知識だと思います。

採血でもっとも有用なのはトロポニンだと思います。発症約3～4時間後より陽性となり、10日～2週間は持続します。逆に言えば、胸痛が起きて10分後に診察室に飛び込んだような超急性期では陰性のままである可能性があります。時間をおいて

もう一度チェックする必要がある、また、かかりつけ医の先生が「トロポニンは陰性だが、どうもあやしい」と判断され送って頂いた患者さんが、病院で取り直すと陽性となるようなケースも多くあります。では、カットオフ値はどこか、ということになりますが、レビュー (Ebell MH, et al: J Fam Pract 2000; 49: 550-6) では“>0.1”で発症3時間後の感度は58%、特異度は86%とされており、若干感度が低めです。これを“>0.04”とすると何らかの異常が存在することを疑えますが、偽陽性も増えてしまいます。

3. 症例から考える対応・診断のポイント

1) やってはいけないこと

一例の経験をお話します。糖尿病をはじめとするリスクファクターを多数有する70歳代男性で、早朝の心窩部不快感を訴えて一般内科を受診され、心電図を取ったものの胃腸の疾患が疑われて、上部消化管内視鏡と運動負荷心電図が予約されました。3日後の運動負荷前のプレの心電図で異常が見つかり、すぐにカテ室へ移動となりました。

実際、虚血性心疾患と消化器疾患は、互いに間違えやすいのです。逆に循環器サイドで「心臓がおかしい」と考えた症例が、胃潰瘍や胆石、胆管炎であったりすることもしばしばです。ただ、カンファレンスでは私は常に良い点も見つけないと考えています。この場合であれば、検査技師がオーダーを鵜呑みにせず、運動負荷を掛ける前に異常に気付いてくれた。「表彰もの」ということで褒めております。

運動負荷心電図の代表的禁忌としては、まず不安定狭心症、心筋梗塞があり、こうした症例に負荷を掛けたらVTになりかねません。高齢化社会で増加している大動脈弁狭窄症ですが、これも運動負荷心電図は禁忌です。心雑音があればエコーをみるなどしてチェックする必要があります。大動脈瘤も胸部レントゲンや腹部雑音・触診などで否定できてから運動負荷心電図を検討することになります。また、硝酸薬は有用な薬物ですが、代表的禁忌としては、これも大動脈弁狭窄症があり、心雑音をチェックしてから投与すべきです。また、勃起不全治療薬（バイアグラ等）の内服後のACS症例に硝酸薬を投与すると、ショックに陥って血圧がかなり戻りにくくなります。問診しにくいエピソードですが、やはり

きちんと確認しないと不幸な転帰をたどる可能性があります。

2) 不安定狭心症への対応

不安定狭心症とは、症状の強さ・閾値・頻度が増悪している場合や安静時の胸痛を伴う狭心症ですが、この「安静時の胸痛」というのが曲者です。誰が診ても「心臓っぽい」という症例もあるのですが、Braunwald分類に必ずしも当てはまらない場合も多くあります。安静時の胸痛がある場合は、“外れ”が多いとしても、やはり「そのまま帰さない」が鉄則です。少なくとも心電図はその日に見て、できればトロポニンやD-dimerをチェックし、仮に陰性であっても「早め（当日 or 翌日）に専門病院・循環器内科を予約・受診し、また労作を控え、強い胸痛がでたら躊躇せず救急車を呼ぶ」ということを患者さんには強調しておきます。経験則ですが、例えば駅から病院まで歩く間に胸痛などの症状が出ているのであれば、それと同じ距離を歩かせて帰すようなことをしてはいけません。「来院途上で大丈夫だったかどうか」が一つのメルクマールになります。

安静時胸痛を示す病態としては、ACSをはじめ、大動脈解離、肺塞栓、冠攣縮性狭心症（Vasospastic Angina : VSA）、逆流性食道炎、“たこつぼ心筋症”などがあります。とくに前3者は命にかかわる疾患ですから、心電図、レントゲン、トロポニン、D-dimerのチェックが大事となります。

VSAの特徴としては、「明け方・布団の中で起こる」「労作時にも起こるタイプがある」「歯茎の痛み

を伴う症例もある」「硝酸薬が奏効する」といったポイントがあります。診断は、カテーテルでのアセチルコリン負荷試験やホルター心電図でのST上昇の発見、冠拡張薬による診断的治療があります。ポイントは、一度服用を始めたら絶対やめてはならないことで、投与中止によりACS/VT, Vfを起こす危険性があります。

3) 実際の症例から①

まず、本日配布された小冊子（『実地医家が知っておきたい急性冠症候群の診断と治療』）にも掲載した症例について触れたいと思います。

60歳男性で、胸部正中の鈍痛を訴えて受診されました。来院前日の夕食時に症状出現し、15分後に軽快。その日の夜間と朝にも同じ症状が出現し自然軽快しましたが、午前11時頃に同部位の圧迫感を感じて、独歩で救急外来を受診されています。来院時に症状はありません。BMIが27.4、血圧が194/104 mmHgと高値で、健診で右脚ブロックを指摘されています。心電図を図1に示します。また、私は救急外来では必ずエコーを当てるのですが、肥満があってエコーが入りにくいものの、前壁の動きが若干悪い印象でした。レントゲンも、「CTRが少し大きいか、縦隔が少し大きいと言えば大きいか」という感じです（図2）。採血では、BNPが28.8 pg/ml、トロポニンIも0.06 ng/mlと、若干の高値を示します。

これだけの材料が揃ったところでの、「私の頭のなか」で何を考えているかですが、まず不安定狭心症を想定します。ただ、独歩で来院し症状は落ち着

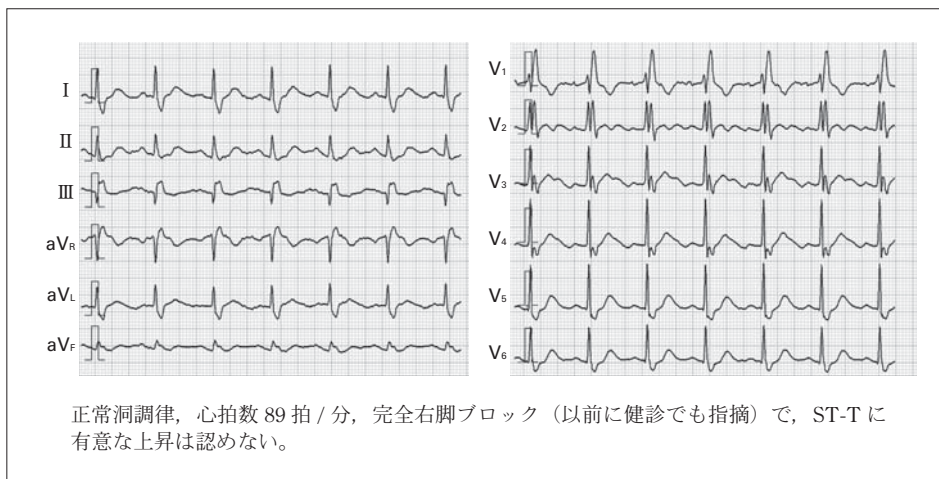


図1 症例①：受診時心電図

いている点が悩ましいところです。心電図もこうした症例に限って右脚ブロックがあり、明らかなST変化が確認できません。血圧が高く、胸部レントゲンでは大動脈径が大きい可能性も否定はできない。採血ではCKの上昇はなく、トロポニンの上昇も軽度にとどまっています。またBNPもやや上昇しており、CTRもやや拡大していて、うっ血があると言われればそうかもしれないような感じで、この程度のトロポニン上昇は心不全でも生じるだろう。軽度のトロポニン上昇は大動脈解離でも起こり得ますし、Kが3.6とやや低値で、アルドステロン症などの2次性高血圧からの大動脈解離または大動脈瘤といったストーリーも頭に描かれます。

結論としては、鑑別診断の第一は不安定狭心症、第二に大動脈疾患として緊急入院させ、「トリプルルールアウトCT」を行うこととしました。

トリプルルールアウトCTとは、「急性冠症候群」「肺塞栓」「大動脈解離」の3つを、CTを用いて同時にチェックすることです。その結果(図3)、解離と肺塞栓はなく、左前下行枝の狭窄が確認されました。解離がないことが分かっていますから、安心してカテを通すことができ、治療も成功しました(図4)。

症状や心電図、トロポニンも大事ではありますが、実臨床では専門医でも悩むケースは多々あるのです。最近ではMSCTが有用とされ、悩ましい症

例に対して冠動脈CTを施行することで、帰す場合でも安心して帰宅させられるし、経過観察のための無駄な入院や検査コストも削減できるとする論文も出されています(Litt HI, et al : N Engl J Med 2012 ; 366 : 1393-403)。こうした論文があるということは、海外でも同じように悩んでいる医師は多いということだと思えます。現在320列のMSCTを使用していますが、これにより一回転で丸ごと、時相の変化なくきれいに撮ることができます。また、患者さんが希望したら、おへそのCTを1枚撮ることで、内臓脂肪を測ることもします。臍部CTを見た患者さ

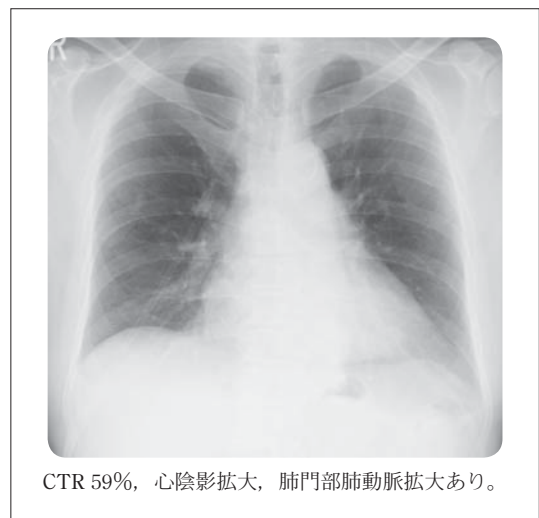


図2 症例①：受診時胸部XP

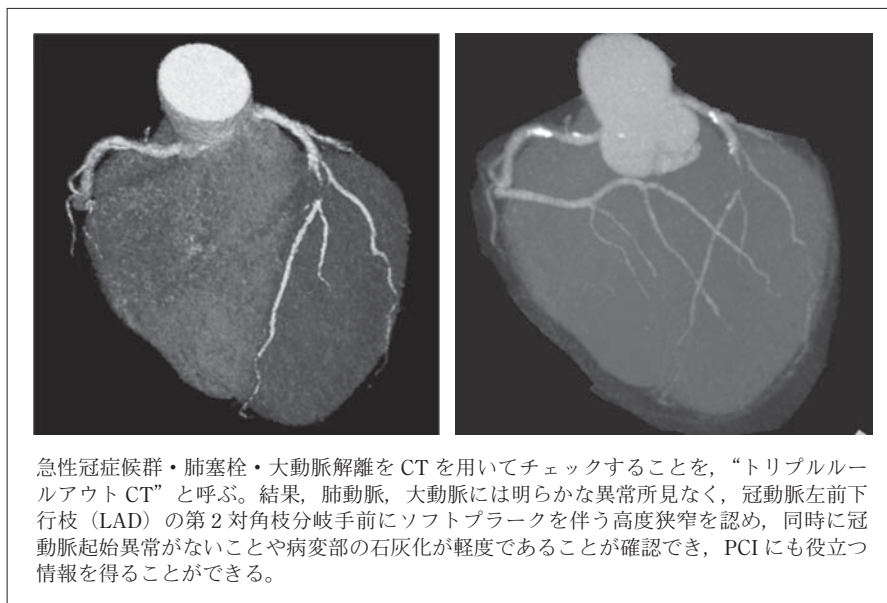
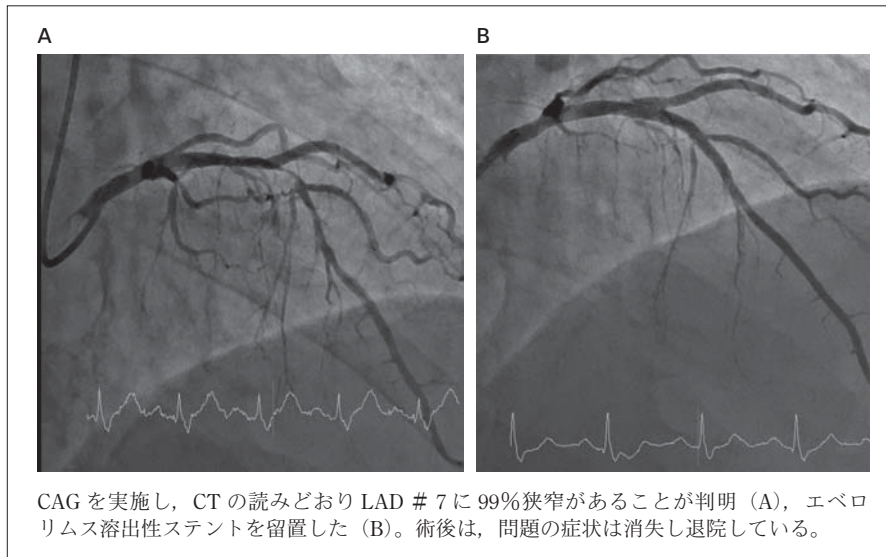


図3 症例①：320列CT像(トリプルルールアウト)



CAGを実施し、CTの読みどおりLAD # 7に99%狭窄があることが判明 (A), エベロリムス溶出性ステントを留置した (B)。術後は、問題の症状は消失し退院している。

図4 症例①：冠動脈造影所見

んは、「明日からジムに入って運動します」と言われます。この患者さんは無症状でしたが、左の前下行枝も細く、回旋枝もトータルでしたから、やはり治療ばかりではなく、予防も大事であると思っています。

4) 実際の症例から②

次に他疾患の併発例を呈示します。60歳台男性で、リウマチの既往によりステロイドを服用しており、細菌性の肺炎で内科入院中でした。昼食後に臍部痛があり、その10分後には痛みが心窩部へと移動、冷汗と末梢冷感、血圧低下を認めました。循環不全に伴うショックと判断され、ドタバタと循環器内科医が呼ばれました。心電図では前胸部でSTが高度に上昇しており(図5)、広範前壁心筋梗塞に伴う心原性ショックと判断し、カテーテル室へ搬送、アスピリン330mg、クロピドグレル300mgをローディングして、右鼠径動脈6Fr、静脈6Fr、左鼠径動脈8Fr、静脈8Frシース留置し、左鼠径からIABP 8Fr 35mlを挿入して冠動脈造影検査を施行しました。実際、プラークラプチャー様の所見があって7番が狭窄し、再疎通して流れているのですが、Left mainかLAD 6番を想定していました。「7番のACSで果たしてショックになるのだろうか」、という所見です。

ここでようやくショック状態になり始めた時に病棟で採血した結果が届くのですが、ヘモグロビンが朝の時点から2.2g/dl低い値で、6～7時間の差と

しては大きな変化です。もう一度採血することとし、PCIも終了してSTは正常となり(図6)、血圧も改善したのですが、そこで到着した採血の結果ではヘモグロビンがさらに3g/dl程度低下していました。そこで、受け持ち医から、「当初、おへそが痛いと言っていた」という言葉を聞いたのです。そこで急いで腹部CTを撮ると、大動脈瘤の破裂が確認されました(図7)。出血性ショックの原因はこの腹部大動脈瘤破裂で、大量輸血が必要な状態でした。リウマチを合併しステロイドを服用しており、もともと肺炎で入院していて、さらにアスピリンとクロピドグレルをローディングしてしまっています。開腹手術のリスクは高いということで、緊急ステントグラフトを実施し、何とか救命に成功、リハビリをして独歩退院しました。

本症例は腹部大動脈瘤の破裂と冠動脈のプラーク破綻を同時に併発したことになります。私は勝手に“ダブルラプチャー”と呼んでいるのですが、実際、腹部大動脈瘤を有する症例では、冠動脈疾患を有する可能性が高く、併発率もかなり高いことが報告されています(表1)。今回のエピソードは、①冠動脈プラーク破綻による心原性ショックとIABPによる大動脈破裂、あるいは、②大動脈瘤破裂による出血性ショックにより循環不全となり、冠動脈プラークラプチャーを誘発し心筋虚血を生じたこと、が考えられます。①も可能性としてはありますが、もともとのおへその辺りが痛かったということ

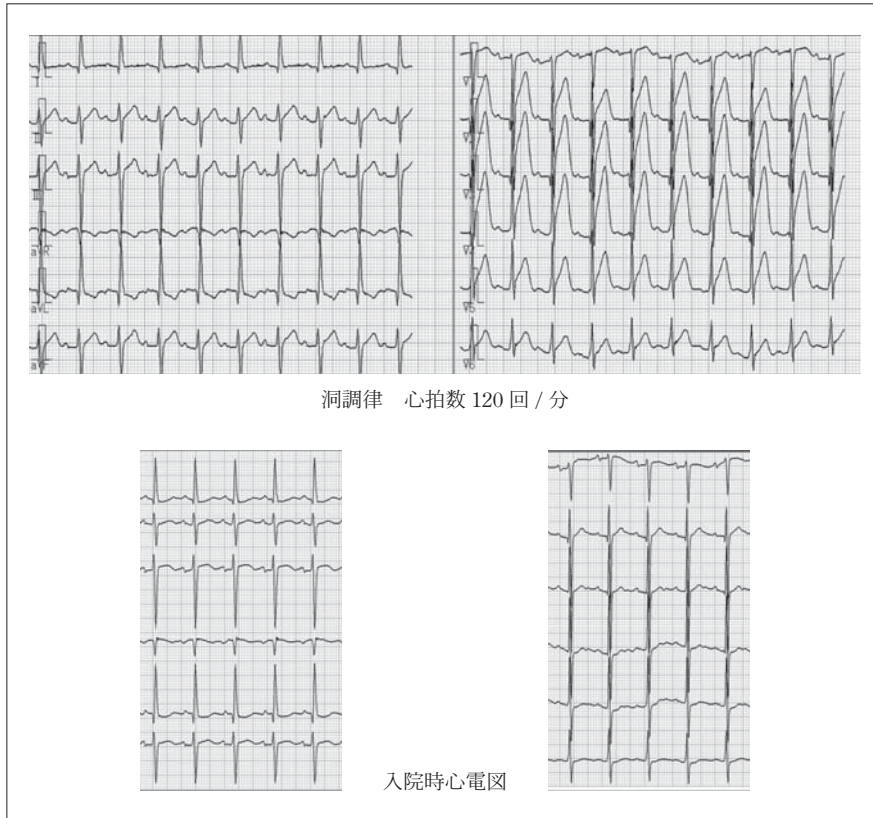


図5 症例②：発症時心電図

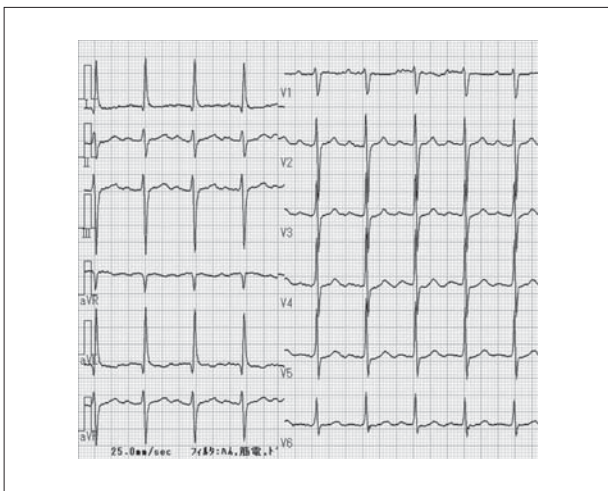


図6 症例②：PCI後心電図

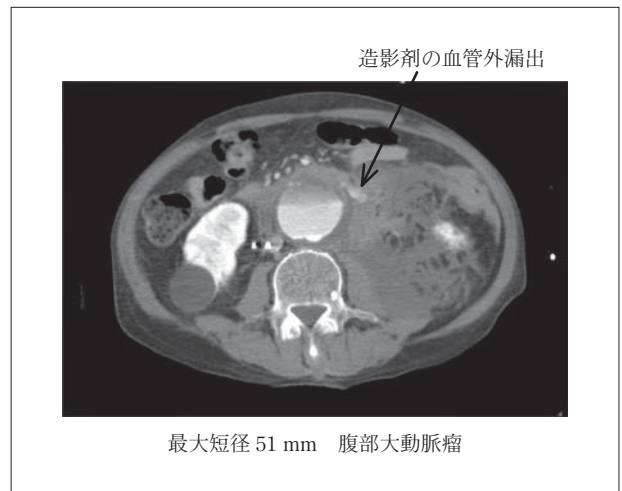


図7 症例②：腹部CT

考えると、やはり②によるもので、循環不全を来すとカテコラミンがサージされたり、交感神経活動が異常を来してプラークラプチャーが誘発されやすくなりますので、それにより併発したということではないかと想像しています。

この症例からの教訓は、「冠動脈疾患と他疾患が並存することも時にはあり、一つの診断に頭を縛ら

れず、臨機応変に柔軟に考えていくことが重要」ということになります。迷ったら何度もデータを取り、採血や心電図を細かくフォローすることで病態の解明につながり、それにより隠れた疾患も捉まるかもしれないと思います。

表1 腹部大動脈瘤に冠動脈疾患を併発する割合の報告

		併発率
Sukuhija, et al. (Am J Cardiol 2004)	110 例	71%
山口ら (日本心臓血管外科学会雑誌 2004)	382 例	32.5%
小野ら (日本血管外科学会雑誌 2004)	55 例	62%
重松ら (日本血管外科学会雑誌 2004)	152 例	52.6%

おわりに

最近、30～40歳代の心筋梗塞が増えていることを実感しています。これを私は「もう一つの少子高齢化」と呼んでいます。出生率を高めるのも大事ですが、高齢化社会を支えるべき現役世代でAMIが増加していることは大問題ではないかと考えます。一方、超高齢者(90歳超)のAMIも増加しており、安静の問題、不穏といった高齢者特有の問題があります。どこまで侵襲的に治療するのか、CTで末梢であることが確認されたら、薬物療法のほうが安全ではないだろうか。そうしたことでいま頭を悩ましています。若い医師に言っていることは、「心不全が不穏をもたらすケースもある」ということで、高齢化社会における循環器医の役割として、注意すべきことだと思います。

今日の大きなテーマとして、「どの症例を入院させるべきか」がありますが、呈示した症例のように、病棟でも採血を待たずにカテをやって、IABPを入れています。つまり緊急の対応が常に要求されるのがACSですから、それを疑った時点で、簡単な情報だけでいいので専門病院に搬送していただけたらと思います。病診連携の集まりでは、私は常に「迷ったら三井記念病院に送ってください」とお話ししています。強調することは“外れでもいい”ということで、もし当院で“外れ”について不平を言う医師がいたら、私(田邊)に報告するようにお話ししています。そういうことは、病院として反省しなくてはいけないことなのです。

私自身、クリニックをお手伝いしていると、本当に悩ましい患者さんに多く出会います。実際病院に送って“外れ”ということもあります。これはどんなに有名な病院の循環器部長であれ、教授であれそうなのです。「“外れ”でもいいのだ。むしろ命にかかわる病気でなくてハッピーだった」と思うことが大事であろうと考えます。

コメント

山科(座長) 講演1として、三井記念病院循環器内科科長の田邊健吾先生にお話をいただきました。田邊先生は、平成7年名古屋大学医学部卒、同年東京大学内科研修医をされ、8年三井記念病院内科レジデント、9年三井記念病院循環器内科、13年にオランダの有名なErasmus大学附属Erasmus Medical Center, ThoraxcenterにResearch Fellowとして留学されています。15年に三井記念病院循環器内科に戻られ、17年同医長、20年三井記念病院内科医局長、三井記念病院循環器内科科長として現在に至っておられます(25年1月から循環器内科部長)。インターベンションはもちろん、CTなどの画像診断にも造詣が深くていらっしゃいます。

教訓的な症例をご呈示いただきましたが、キーポイントは「だろう」ではなく「かもしれない」と考えること、それから“外れ”を気にせずに送ってほしいというお話しでした。私の兄が広島で開業しているのですが、時々会うと不平を言われます。この前は、「ある病院に患者さんを紹介しようとして電話したら、STはどうか、どこの誘導か、CKは上がっているか、トロポニンは陽性かと、いろいろ聞かれる。紹介状を書くのも大変で、もうそこには送りたくなくなる」と話しておりました。「とにかく早く受けてよ」というのが実感だと思いますし、実際そのように対応すべきであると思います。

先生の施設は24時間対応で、いつでもカテができるわけですよね。でも、夜中に人を呼び集めるのも大変なので、典型的な心電図所見が得られない場合、非ST上昇型のMIを朝まで粘るといったことはありますか。

田邊 基本的にはカテをすぐやることが多いです。ただ、先ほどのようにCTを撮って大丈夫だったら帰すかもしれませんし、少し心配であれば経過をみるために入院させたり、トロポニンのフォローをし

たりということで対応しています。

山科 CTで全くノーマルであれば、自信を持って帰せるということですか。

田邊 そうです。ただCTの施行には、コストや、造影剤の副作用、被曝線量等の問題があります。最新機であれば被曝はかなり抑えられますので、ベネフィットを考えると許容される範囲だと思います。今日紹介したような文献も出ておりますので、態勢が整っていれば躊躇する必要はないのではないかと思います。

山科 最近では24時間、冠動脈CTが撮れる病院も多くなっていますので、悩ましいケースは送っていただければ、病院でベストの対応を考えるとと思います。ぜひ迷ったら送っていただきたいというのが病院側の希望です。

濱 純吉（近畿大学医学部堺病院循環器内科）AMIや脳梗塞では、24時間のうちでも発症頻度が高い時間帯が一般的にあると思うのです。心筋梗塞や脳梗塞は朝の9時ぐらいがピーク、脳出血は夕方などと言われているのですが、先生の施設では、発症早期の心筋梗塞患者が夜中に搬送されるというこ

とは多いのでしょうか。

田邊 一般的には先生のおっしゃる通りだと思うのですが、自施設で発症時間別のデータを取ったことはないものの、私の実感としては「どんな時間でも起こる」という印象です。夜中の2時ぐらいの来院が一番辛いので、逆にその印象が強くなってしまいうということもありますから、不確かなところもあると思いますが、フラットに、どの時間でも「頻度は一緒」というのが正直な印象です。

濱 私が経験する一番多いパターンは、「胸痛があって、かかりつけ医を朝9時ぐらいに受診して、その患者さんが心筋梗塞を疑われて紹介されるのがお昼過ぎ」、というものです。夜中に心筋梗塞で来るというのは経験的には少なく、あったとしても症状を我慢してしまって、心不全のような状態で来られることが多いのではないかと考え、第一線の先生にお聞きしました。

田邊 実際、深夜もあります。ただし、印象ということだけで、正確な頻度は出しておりませんので、感覚での答えになってしまって申し訳ありません。