



今回は狭心症の診断についてのお話です。

まず注意深く詳細な病歴聴取が最も重要です。その上で狭心症が疑われる場合に検査を行うこととなりますが、承諾書が必要な検査も多く、その患者にどの検査が適当であるかよく検討する必要があります。幾つかについて御説明します。

心電図は症状のないときは正常または非特異的初見のことが多く、発作時の心電図は有用ですが、入院中でもない限り発作の瞬間を捉えるのは困難です。

ホルター心電図（24時間心電図）は体位、体動その他による心電図変化の干渉があり、狭心症の診断精度は必ずしも高くありません。

以下はいずれも承諾書への署名が必要な（即ちリスクを伴う）検査となります。

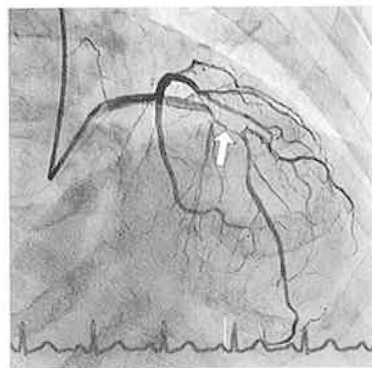
運動負荷試験はトレッドミル等を使用して、症状または虚血性心電図変化の出現あるいは目標心拍数に達するまで検査を続けます。しかし、筋力の落ちた方では検査が成立しません。

冠動脈造影CTは造影剤を注射してCTを撮り冠動脈病変の有無をみます。運動負荷ができない方にも可能ですが、造影剤アレルギーがある場合や腎機能が悪い方には施行できません。

薬剤負荷心筋シンチグラフィーは、血管拡張作用のある薬剤を点滴投与し、拡張した冠動脈の正常部位がそれ以上拡張できない病変部位から血流を「盗む」ことを利用します。直後に放射性同位元素を注射してシンチグラフィー（放射線を体外から計測してその分布を画像化）でみると、虚血部位は集積の少ない欠損像となります。数時間後薬剤効果がなくなってからもう一度撮像し、先の欠損部位に放射性同位元素が集積していれば一過性虚血の確認となります。欠損部が不変の場合は既に不可逆的な梗塞が起きている可能性が高いと判断されます。筋力の低下した方や腎機能が悪い場合にも施行可能ですが、使用薬剤によっては気管支喘息がある方には禁忌となります。

最後に入院の必要な心臓カテーテル検査についてお話しします。心臓カテーテル検査は柔らかなく細いカテーテルというチューブを血管内を通して心臓まで進めて行う検査の総称ですが、狭心症の診断に利用されるのはそのうちの冠動脈造影です。手首や大腿部付け根の動脈を穿刺して、左右の冠動脈入り口にそれぞれに適した先端形状のカテーテルを進め、手元の注射器で造影剤を注入して冠動脈の狭窄・閉塞病変や走行、支配領域などの解剖学的初見を得ます。また、薬剤を用いた誘発試験で冠攣縮の有無の検査も可能です。多くこの検査の所見と患者の背景等によって治療方法が選択されることとなります。

その治療に関してはまたの機会に譲りたいと思います。



冠動脈造影