

# 慶應循環器内科 カンファレンス

Keio University Hospital Cardiology Conference

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30回

## 冠動脈疾患と大動脈弁狭窄症を合併した患者が胸痛を呈したら？

### introduction



胸痛を呈する疾患として、冠動脈疾患と大動脈弁狭窄症 (AS) が挙げられます。この2つの疾患が合併した場合、どちらが胸痛の原因か、どちらから治療すべきかが問題となる場合があります。本症例では、どのように評価を進め、治療を行っていくべきか、

また大動脈弁狭窄症に特有な合併症なども踏まえて考えていきたいと思います。

### 症 例

81 歳男性  
主訴：労作時胸痛  
現病歴：  
・ X-9 年から労作時に胸痛 (CCS II) を自覚していた。  
・ X-8 年 1 月に健診で心電図上の V<sub>1</sub> ~ V<sub>3</sub> 誘導の異常 Q 波、V<sub>1</sub> ~ V<sub>6</sub> 誘導の T 波陰転化を指摘され、当院紹介受診となった。  
・ X-8 年 3 月に PCI 施行。  
#2 90%, #3 90%, #4 PD 90%, #6 75 → 0% : Cypher 3.0 × 13 mm, #7 99 → 0% : Cypher 3.0 × 18 mm, #9 75 → 0% : Cypher 2.5 × 18 mm, #12, #13 0 → 100% : distal emboli (+)

・ X-8 年 6 月に追加 PCI 施行。  
#2 90 → 0% : Cypher 3.5 × 23 mm, #3 90 → 0% : Cypher 3.5 × 18 mm, 3.5 × 18 mm, スtent内狭窄を認めず。  
・ X-7 年 3 月にフォロー目的の CAG 施行。Stent内狭窄を認めず。  
・ X-3 年 7 月に PCI 後のフォロー目的で施行した経胸壁心エコー検査で moderate AS (AVA 1.1, mean/peak PG 29/50 mmHg) を指摘された。  
・ X 年 3 月ごろから CCS II 程度の胸痛が再発したため、不安定狭心症疑いで 4 月に入院となった。  
既往歴：高尿酸血症、脂質異常症  
家族歴：兄：狭心症

生活歴：〔喫煙〕なし、〔飲酒〕機会飲酒  
アレルギー：特筆すべきことなし  
内服薬：バイアスピリン®錠 (100 mg) 1 錠 1 × 朝食後、パナルジン®錠 (100 mg) 2 錠 2 × 朝夕食後、アーチスト®錠 (1.25 mg) 2 錠 1 × 朝食後、リビートル®錠 (10 mg) 2 錠 1 × 夕食後、マーズレン®S 配合顆粒 (2 g) 3 × 毎食後、ユリノーム®錠 (50 mg) 1 錠 1 × 朝食後、ロラメット®錠 (1 mg) 1 錠 1 × 就寝前、サイレース®錠 (1 mg) 1 錠 1 × 就寝前、ロゼレム®錠 (8 mg) 1 錠 1 × 就寝前、ブルゼニド®錠 (12 mg) 2 錠 1 × 就寝前

### 監 修



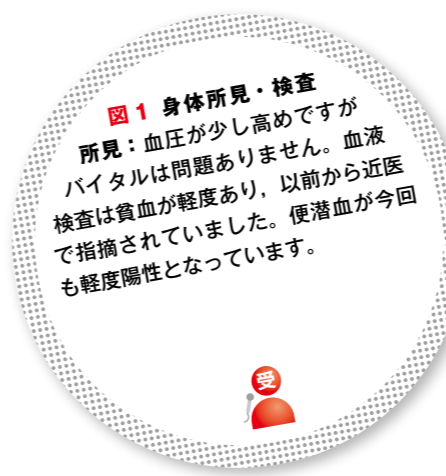
福田恵一 (ふくだ けいいち)  
慶應義塾大学医学部 循環器内科 教授  
1983 年 慶應義塾大学医学部 卒業。1990 年 慶應義塾大学医学部 助手。1991 年 国立がんセンター研究所 細胞増殖因子研究部 留学。1992 年 ハーバード大学ベイスラエル病院 留学。1995 年 慶應義塾大学医学部 助手。1999 年 同 講師。2005 年 同 再生医学 教授を経て、2010 年より現職。

### 司 会



林田健太郎 (はやしだ けんたろう)  
慶應義塾大学医学部 循環器内科 講師  
2000 年 慶應義塾大学医学部 卒業。2006 年 慶應義塾大学医学部大学院 修了。足利赤十字病院 医員、杏林大学第二内科を経て、2009 ~ 2012 年に Institut Cardiovasculaire Paris Sud, Massy 留学。TAVI を中心とした SHD インターベンションを学び、2013 年より現職。現在、日本人で唯一の TAVI 指導医資格を持つ。

### 参 加 者



### 主な入院時現症

血圧 117/64 mmHg, 脈拍 65回/分, 呼吸数 16回/分, 体温 36.5°C, SpO<sub>2</sub> 98% (r/a), 眼球結膜黄疸なし, 眼瞼結膜貧血なし, 頸静脈怒張なし  
心音：S<sub>1</sub> ~ S<sub>2</sub> ↓, S<sub>3</sub> (-), S<sub>4</sub> (+), 胸骨右縁第2肋間から心尖部にかけて Levine III/IV の収縮期駆出性雑音を認める (両側頸部に放散あり) ・整  
肺野：明らかな rale を認めない。肝、脾を触知なし, 腹部血管雑音なし, 下腿浮腫なし  
両側橈骨・上腕・大腿・膝窩・足背動脈触知良好, bruit なし

### 主要な検査所見

<末梢血> WBC 5.5 × 10<sup>3</sup>/μl, RBC 3.65 × 10<sup>6</sup>/μl, HGB 11.9 g/dl, HCT 35.5%, MCV 97 fl, MCH 32.6 pg, MCHC 33.5 g/dl, PLT 179 × 10<sup>3</sup>/μl, RET% 1.5, RET# 52.9 × 10<sup>3</sup>/μl, BAND+Seg 56.5%, Lym 30.7%, Mono 8.9%, Eos 3.4%, Baso 0.5%  
<生化> TP 6.5 g/dl, ALB 3.8 g/dl, TB 0.6 mg/dl, UN 19.7 mg/dl, CRTNN 0.90 mg/dl, Na 140.2 mEq/l, K 4.4 mEq/l, Cl 104 mEq/l, Ca 8.7 mg/dl, Glu 229 mg/dl, HbA1c (N) 5.5, TG 105 mg/dl, HDL-C 60 mg/dl, LDL-C 86 mg/dl, LDH 158 IU/l, AST 28 IU/l, ALT 21 IU/l, CK 77 IU/l, Fe 101 μg/dl, TIBC 262 μg/dl, UIBC 161 g/dl, CRP 0.04 mg/dl, フェチリン 130 ng/ml, CEA 4.0 ng/ml, CA19-9 9 IU/ml  
<便潜血> 便ヒトHGB 1+ 100  
<凝固> APTT 24.8秒, PT-INR 0.96 INR, FNG-C 268 mg/dl, D-dimer 0.4 μg/ml

### 症例提示～検査所見

受 国富：症例は81歳男性、主訴は労作時胸痛です。現病歴は、X-9年8月から労作時にCCS II度程度の胸痛を自覚していました。X-8年の健診で心電図異常の指摘を受けて紹介受診となり、同年の3月に多枝病変を認め、LAD<sup>1</sup>とDにPCI<sup>2</sup>を施行しています。さらに6月に残存狭窄に対してPCIを施行しましたが、この時点ではステント内の再狭窄は認めていません。また、X-7年の3月にフォロー目的のCAG<sup>3</sup>を施行しましたが、このときもステント内再狭窄は認めませんでした。この間、心臓エコーの検査定期的に行っており、ずっと異常所見なく経過していました。しかし、X-3年7月の経胸壁心エコー検査で初めてmoderateのAS<sup>4</sup>を指摘されています。その後、外来でフォローしていましたが、X年3月から2004年と同様の胸痛が新たに出現し、不安定狭心症が否定できず、今回、

大至急で入院となっています。



：症状はいかがですか？



受 国富：平地歩行はとくに問題ありませんが、自宅の前が坂道になっていて、さらに自宅のドアまで階段が20段ほどあり、その坂を登った時点ですでに胸痛と息切れ出現し、階段を上がるまでに明らかに症状が出てくる、というのが今回のエピソードになります。



：CCS II度とは、大体どの程度でしょうか？



受 国富：平地歩行では問題なく、坂道や駅の階段を登った際に胸痛が出現する程度です。



専 佐野：本症例が心房細動になったのはいつからですか？



受 国富：心房細動は、以前のエコーやX-6年の時点はまだsinusでしたが、後ほど心電図を示しますが、AF<sup>5</sup>ではなくPAC<sup>6</sup>多発です。



：続きをお願いします。



受 国富：既往歴は、高尿酸血症、脂質異常症があり、また家族歴もあります。生活歴、アレルギー、処方「症例」[p. 122] のとおりです。DAPTはずっと飲みつけている状況です。



：DAPTとは何ですか？



受 国富：dual anti-platelet therapyのことで、抗血小板薬を2剤を内服しており、具体的にはバイアスピリン®とパナルジン®, 今はプラビックス®を出すことが多いと思います。本症例は以前PCIを行い、そのままの内服を継続しています。



：ありがとうございます。続けてください。



受 国富：身体所見です(図1)。血圧が少し高めですが、バイタルは問題ありません。心音に関してはmoderateから

脚注：1 左前下行枝 (left anterior descending artery), 2 経皮的冠動脈インターベンション (percutaneous coronary intervention), 3 冠動脈造影 (coronary angiography), 4 大動脈弁狭窄症 (aortic stenosis), 5 心房細動 (atrial fibrillation), 6 上室性期外収縮 (premature atrial contraction)