1. 狭心症診療のパラダイムシフト

上妻 謙 帝京大学医学部内科学講座・循環器内科

冠動脈の形態評価から症状と病態をとらえる診療への転換

狭心症は，心筋への酸素供給が需要に追いつかず，一過性の心筋虚血によって胸部不快感などを生じる病態である。治療の目標は，症状と生活の質の改善，心筋梗塞や心血管死の予防であり，心機能の維持と心不全予防も重要な視点となる。生活習慣の改善と適切な薬物療法からなる至適内科治療を基盤に，血行再建の必要性を判断する[1)~3)]。従来，心外膜冠動脈の狭窄・閉塞病変が，安定狭心症の原因の本体と考えられていたため，狭窄・閉塞の解除あるいはバイパス手術など，血行再建術が基本的な治療とされてきた。しかし，非閉塞性冠動脈を伴う狭心症をANOCA，客観的な心筋虚血が確認された病態をINOCAと呼び，狭心症症状の原因の約半分がINOCAによるものであることが近年わかってきた。主要なINOCAの虚血の機序は，心外膜冠動脈攣縮，微小血管攣縮，微小血管の拡張障害や抵抗増大であり，複数の機序が併存しうる（図1）。これらは閉塞性冠動脈疾患にも合併し，血行再建後の残存症状の原因となりうる。したがって，冠動脈狭窄の有無だけでなく，INOCAによる虚血機序を一緒に評価することが診療の出発点となる。

初診時に急性冠症候群を見逃さない

診断の第一歩は病歴聴取である。胸骨後部の圧迫感や絞扼感，顎・肩・上肢への放散，労作や精神的ストレスによる誘発，安静による軽快は，心原性の症状を示唆する。ただし，息切れ，易疲労感や放散痛のみの場合もあり，典型的な胸痛を欠くことを理由に心筋虚血を除外してはいけない。一方で，体表面の限局性の痛みや持続する鋭い痛みなどは体性痛を考える。安静時，特に夜間から早朝の発作や運動耐容能の日内変動は，冠攣縮を疑う手掛かりとなる。発作の持続時間，頻度，誘因，日常生活への影響を具体的に確認する。

新規の強い胸痛，安静時に持続する胸痛，急速な増悪，冷汗，失神，血行動態の不安定化を伴う場合は，急性冠症候群を優先して評価する。症状の持続時間も重要である。30分以上持続する心原性の胸痛であれば，急性心筋梗塞となっている可能性が高い。速やかに12誘導心電図と高感度心筋トロポニンを測定し，初回が陰性でも疑いが残れば，施設の測定系に応じた時間間隔で再検することが重要である。安定狭心症ということになれば，貧血，腎機能，糖・脂質代謝などを評価し，心エコーで左室機能，壁運動異常，弁膜症を確認して，非侵襲的な検査を行ってからでも遅くはない。

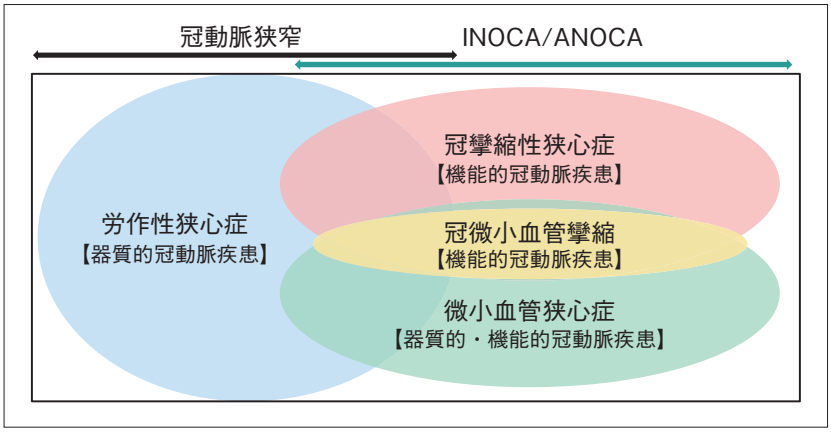


図1 狭心症の分類図

非侵襲的検査から冠動脈機能評価へ

年齢，性別，症状，冠危険因子，心電図・心エコー所見を統合して，閉塞性冠動脈疾患の臨床的尤度（ゆうど）を見積もることが第一歩である。可能性がきわめて低い例では追加検査を見合わせうるが，症状が持続すれば，ANOCAを念頭に再評価する。非侵襲的検査は冠動脈CTと負荷画像検査から選ぶ。冠動脈CT

〈0913-8919/26/￥300/論文/JCOPY〉