

急性冠症候群

ACS: acute coronary syndrome

(中山178 (vol.3)(治指15L))

〔概念〕

冠動脈プラーク(粥腫)破綻や血栓形成、冠動脈狭窄の急激な進行、冠動脈攣縮などにより冠動脈内腔が急激に閉塞へと向かい急性心筋虚血を呈する病態で、急性心筋梗塞(ST上昇型(STEMI)、非ST上昇型(NSTEMI))、不安定狭心症(UAP)、虚血性心臓突然死の総称

※NSTEMIとUAPを合わせて非ST上昇型ACS(NSTEACS)ということもある。

〔臨床像〕

- 虚血性心疾患の中で、迅速な診断と治療が必要とされる重篤で重要な病態。
- 冠動脈内の血栓性狭窄あるいは閉塞が関与する。これらは冠動脈の動脈硬化性粥腫(アテローム)の破綻とそれに伴う血栓形成に起因すると考えられる。

※不安定プラークの特徴として挙げられるのは、

- ①線維性被膜が薄い ②大きなりピッドコア ③炎症細胞のプラーク内浸潤

MI: myocardial infarction, 急性心筋梗塞AMI: acute MI, 陳旧性心筋梗塞OMI: old MI

渡辺重行(VN-C32(中山179 (vol.3)(朝内503L)(標外468L)(医内814L)(治指313, 319R)(ハ)1527L, 1532L)(ハ日1596L))

心筋梗塞

〔概念〕

冠動脈の閉塞または狭窄により、その血流域の心筋が壊死に陥った状態をいう。

〔病因〕

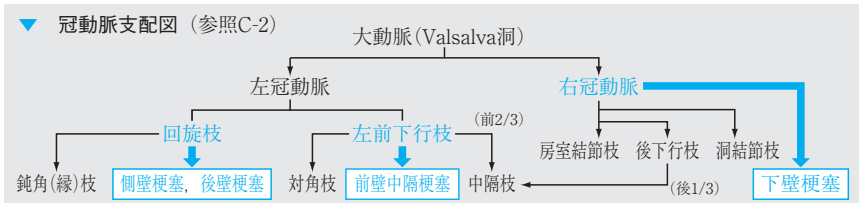
- 冠動脈の粥状硬化部において、粥腫の破綻またはびらんに伴う冠動脈内血栓形成、および冠攣縮が、閉塞の最も重要な要因である。

〔診断〕

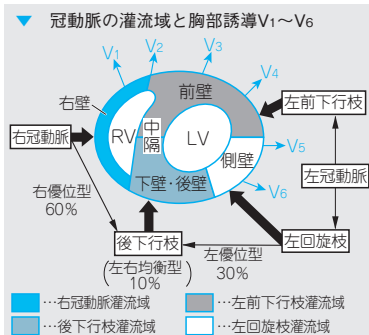
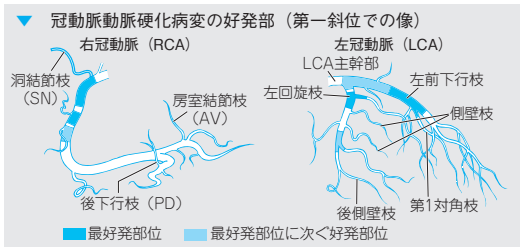
- 以下の臨床所見のうち2つを満たす場合に確定診断とする(∵心筋壊死は病理学的表現であり、臨床上是壊死が起きているかを直接確認できないため)。

典型的な自覚症状	突然発症し30分以上持続する前胸部痛または前胸部圧迫感。
心電図の変化	連続する2誘導以上で認められる異常Q波、新たに出現した左脚ブロック、あるいは心筋障害を示すST変化が経時的に認められる。
心筋マーカーの上昇	心筋特異的トロポニンIまたはTが正常値を超える。クレアチンキナーゼ心筋型(CK-MB)が正常の3倍以上に上昇する。

〔病態生理〕



※心筋梗塞は一般に左心室壁及び心室中隔に生じることが多く、右心室・心房に単独に梗塞が発生することは稀。



〔症状〕

- 前駆症状……発作前4週間以内に、50%に狭心痛発作が認められるが残り50%は初発症状として突発する。

- 突然の前胸部痛……締めつけられるような激しい痛みが30分以上持続。

背中、左肩に放散。

※発症は午前中に多い。

※ニトログリセリンは無効だが、モルヒネで軽減させることができる。

- その他: 発熱、呼吸困難、胃腸症状(悪心、嘔吐、腹痛)。

※悪心・嘔吐を伴う胸痛をみたら、特に下壁梗塞を疑う。

〔検査〕

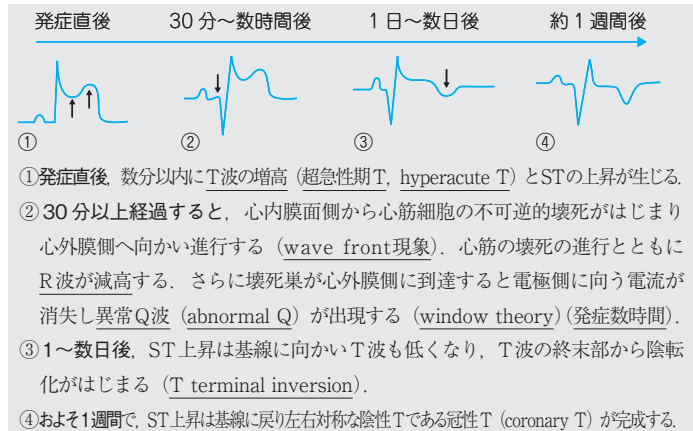
MIを疑ったら診断は、病歴・心電図変化・心筋マーカーの上昇の3本立てで行う。

さらに、心エコーで心筋壁の運動が限局性に障害されている部位を認め、

CAGで冠動脈の閉塞または狭窄所見がみられたら確実となる。C18, 19

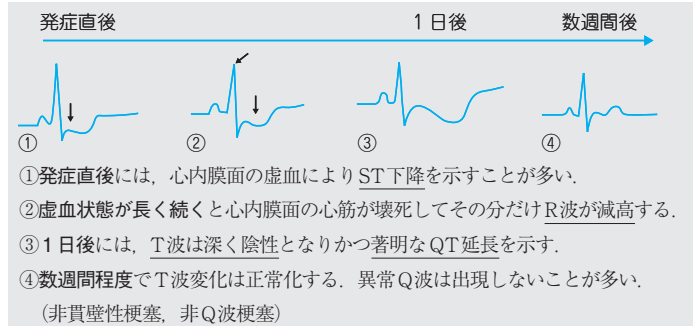
《ECG》経時変化をチェック! Do 認内 2008

ST上昇型心筋梗塞(STEMI)の場合



- 発症直後、数分以内にT波の増高(超急性期T, hyperacute T)とSTの上昇が生じる。
- 30分以上経過すると、心内膜面側から心筋細胞の不可逆的壊死がはじまり心外膜側へ向かい進行する(wave front現象)。心筋の壊死の進行とともにR波が減高する。さらに壊死巣が心外膜側に到達すると電極側に向う電流が消失し異常Q波(abnormal Q)が出現する(window theory)(発症数時間)。
- 1～数日後、ST上昇は基線に向かいT波も低くなり、T波の終末部から陰転化がはじまる(T terminal inversion)。
- およそ1週間で、ST上昇は基線に戻り左右対称な陰性Tである冠性T(coronary T)が完成する。

非ST上昇型心筋梗塞(NSTEMI)の場合



- 発症直後には、心内膜面の虚血によりST下降を示すことが多い。
- 虚血状態が長く続くと心内膜面の心筋が壊死してその分だけR波が減高する。
- 1日後には、T波は深く陰性となりかつ著明なQT延長を示す。
- 数週間程度でT波変化は正常化する。異常Q波は出現しないことが多い。(非貫壁性梗塞, 非Q波梗塞)