開業医の開業医による
開業医のための症例検討

ときめきハートクリニック
宮島　武文

自己紹介

- 昭和61年卒業
- 新潟大学第1内科循環器班
- 平成7年　木戸病院循環器内科
- 平成15年　開業（20年目）

- 元循環器専門医
- 総合内科専門医

開業医の仕事は難しい　けど楽しい面白い

- 専門外の患者もくる。
  - 検診、予防接種、学校医、訪問診療．．．．
- 新しい医学にもついていかなきゃいけない。
  - COVID19　GLP1 NAFLD…….
- やれる検査、治療は限られている
- 人事、経営も考えなきゃいけない
- 孤独

開業医の仕事は難しい

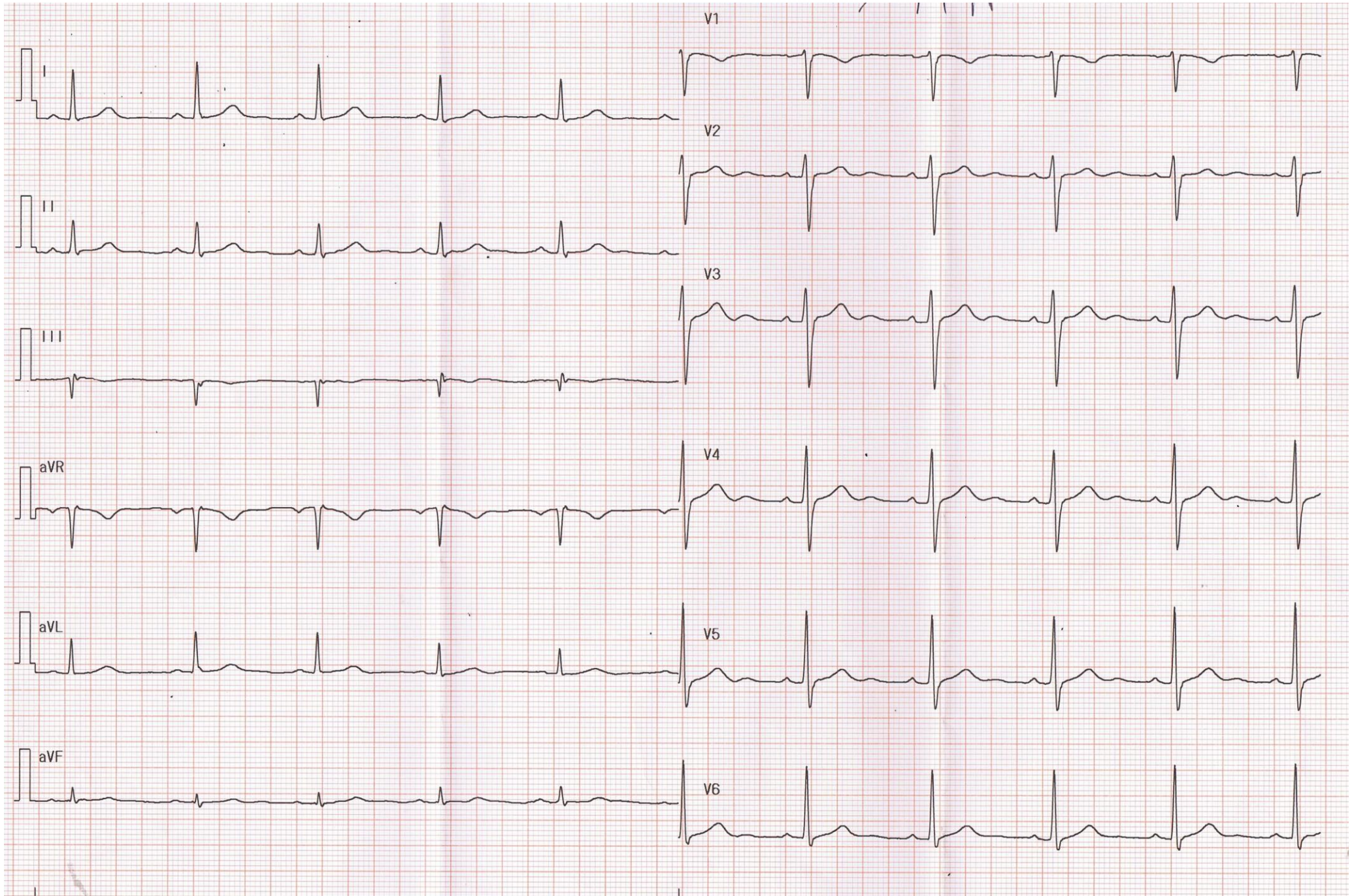
- 大学や病院の医師がすぐにできるものではない。
- 開業医が主導する勉強会があってもいいのではないか？

本日の目標

- 症例提示＋豆知識
- 面白い！また聞きたい！と思ってもらいたい
- 自分も喋りたい！という気持ちになってもらいたい

症例　１　47歳　男

- 本日１７時、PC作業中に胸痛が出現。
- ２０時３０分、急患センター受診。胸痛持続。冷汗あり。
- 血圧１７３ｍｍHg
- 喫煙者


I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6

症例1　検査結果（翌日夕方）

- ＬＤＬコレステロール　238 H
- ＨＤＬコレステロール　57
- 中性脂肪　461 H
- ＡＳＴ（ＧＯＴ）　127 H
- ＡＬＴ（ＧＰＴ）　66 H
- γ－ＧＴ　391 H
- ＣＫ　1598 H
- K　4.0
- 血糖　333 H
- 白血球数（ＷＢＣ）　11000 H

NSTEMI　（非ST上昇型心筋梗塞）

- 不安定プラークの破綻あるいは血管のびらんに血栓形成が生じ冠動脈の内腔閉塞を来す急性冠症候群（ACS）の1病態
- 心電図上はSTの持続的上昇を示さない
- 心筋逸脱酵素であるトロポニンT、トロポニンIあるいはCPK、CPK-MBの上昇を認める状態
- 症状としては20分以上継続する胸痛を認めることが多い。
- 心電図はST低下あるいはT波の陰転化等を認めることもあるが変化のないこともある。

2022 年 12 月 9 日更新
2019 年 3 月 29 日発行

2017–2018 年度活動

急性冠症候群ガイドライン（2018 年改訂版）

JCS 2018 Guideline on Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndrome

合同研究班参加学会

日本循環器学会　日本冠疾患学会　日本胸部外科学会　日本集中治療医学会
日本心血管インターベンション治療学会　日本心臓血管外科学会
日本心臓病学会　日本心臓リハビリテーション学会　日本不整脈心電学会

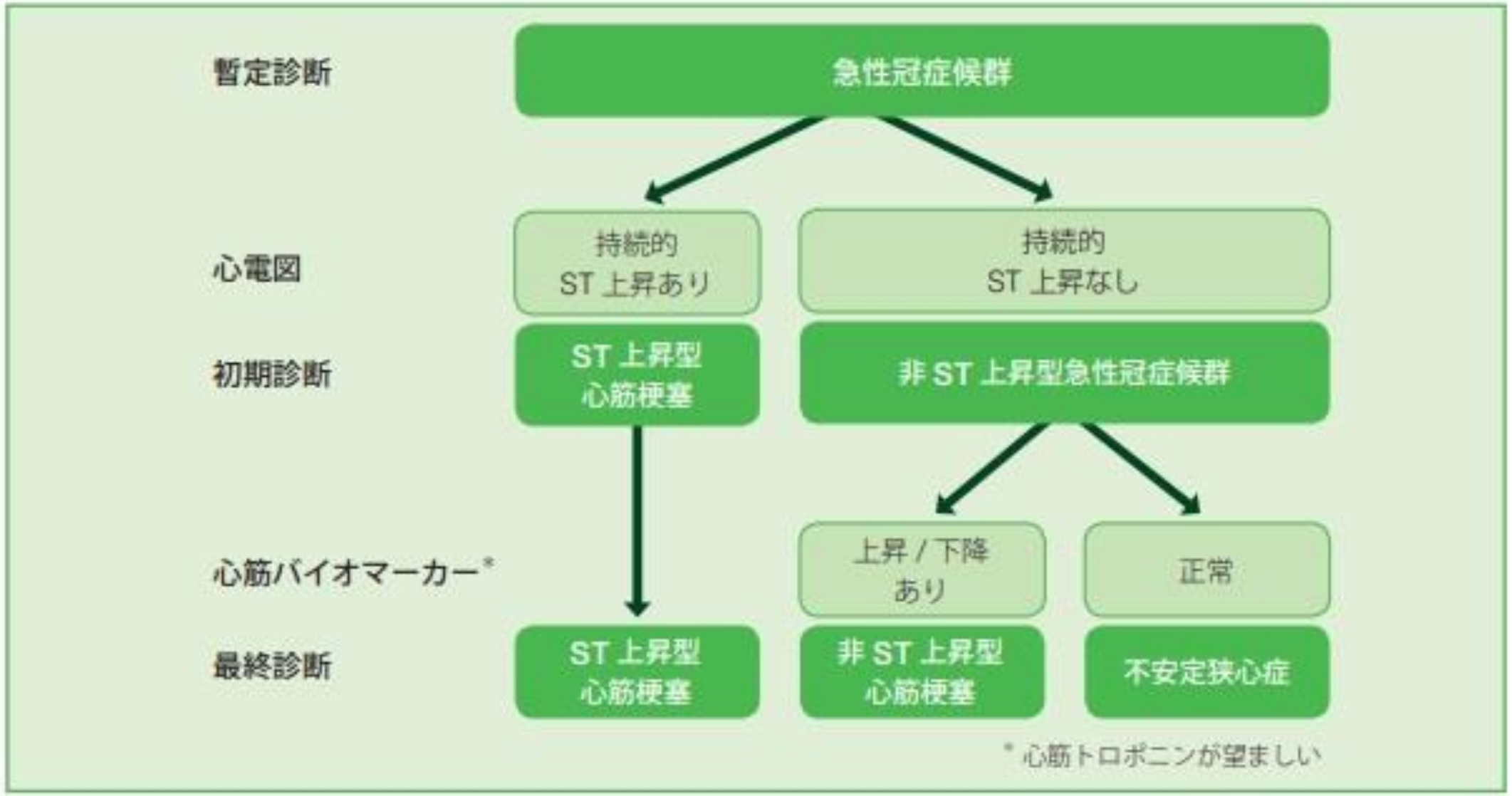


図 1　急性冠症候群の診断の流れ

	高リスク	中等度リスク	低リスク
病歴 胸痛 持続時間 亜硝酸薬の有効性 随伴症状	安静時 48時間以内に増悪 20分以上の胸痛 現在も持続 無効 冷汗，吐き気 呼吸困難感	安静時，夜間の胸痛 2週間以内のCCSⅢ° ないしⅣ° 20分以上，以内の胸痛の 既往があるが現在は消失 有効	労作性 2週間以上前から始まり 徐々に閾値が低下する 20分以内 有効
理学的所見	新たなⅢ音 肺野ラ音 汎収縮期雑音（僧帽弁逆流） 血圧低下，除脈，頻脈		正常
心電図変化	ST低下≧0.5mm 持続性心室頻拍 左脚ブロックの新規出現	T波の陰転≧3mm Q波出現	正常
生化学的所見	トロポニンT上昇 （定性陽性，＞0.1ng/ml）	トロポニンT上昇 （定性陽性，＜0.1ng/ml）	トロポニンT上昇なし （定性陰性）

尚，次の既往や条件を1つでも有する患者は，ランクを1段階上げるように考慮すべきである．

1. 陳旧性心筋梗塞
2. 脳血管，末梢血管障害
3. 冠動脈バイパス術および経皮的冠動脈形成術
4. アスピリンの服用
5. 糖尿病
6. 75歳以上

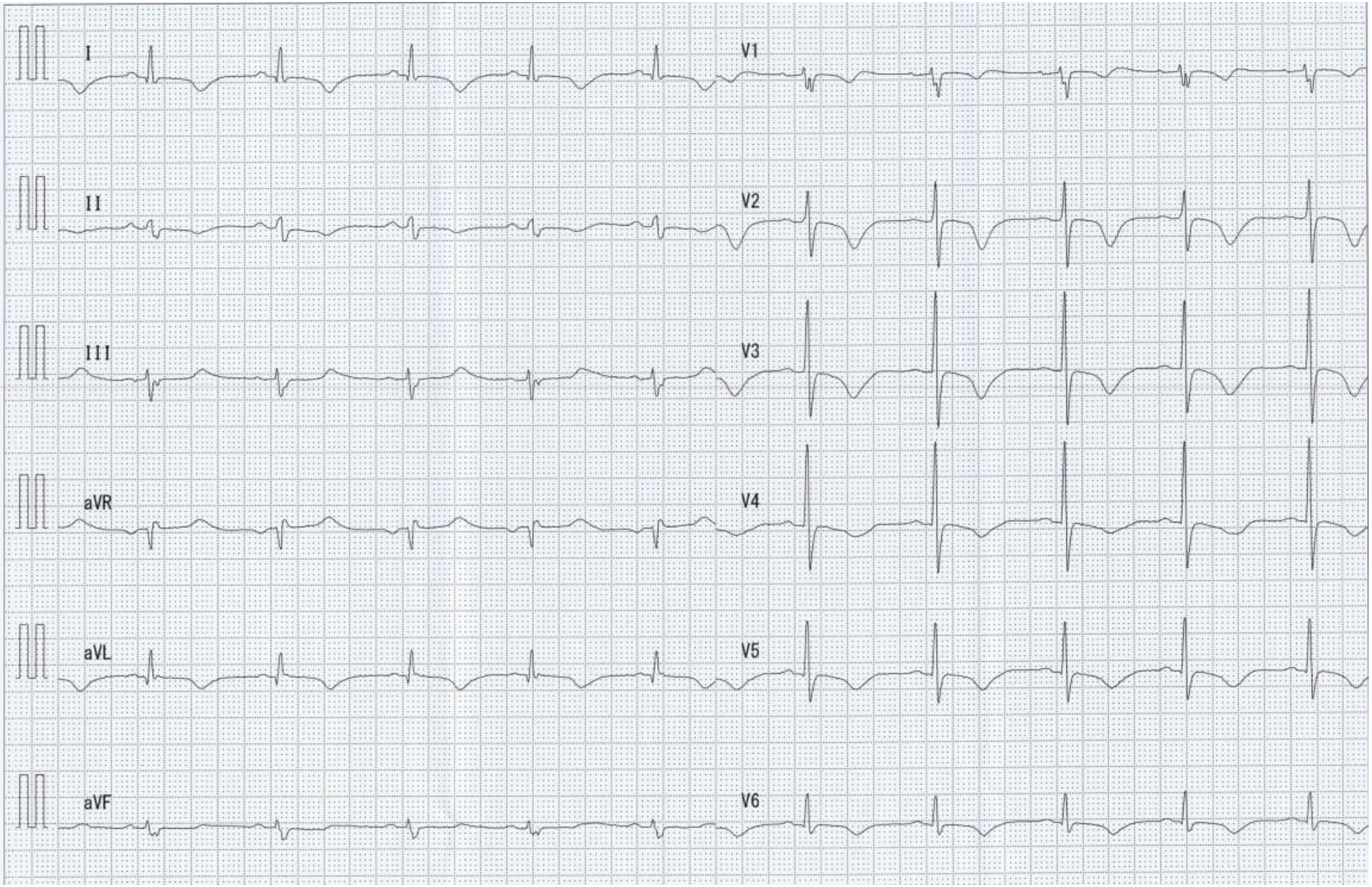
症例　2　55歳男

- X-1年（54歳）4月、建設現場で左下腿の痙攣→胸痛→失神
- A病院受診して冠攣縮性狭心症といわれた（疑診）。
- カルシウム拮抗薬処方され、以後再発なし。
- 高血圧なし、禁煙済
- X年4月、当院を初診

症例　2　55歳男

- X-1年（54歳）4月、建設現場で左下腿の痙攣→胸痛→失神
- A病院受診して冠攣縮性狭心症といわれた（疑診）。
- カルシウム拮抗薬処方され、以後再発なし。
- 高血圧なし、禁煙済
- X年4月、当院を初診

- X年8月、左下腿の痙攣→胸痛→失神再発


I
II
III
aVR
aVL
aVF
V1
V2
V3
V4
V5
V6

症例　2　55歳男

- X-1年（54歳）4月、建設現場で左下腿の痙攣→胸痛→失神
- A病院受診して冠攣縮性狭心症といわれた（疑診）。
- カルシウム拮抗薬処方され、以後再発なし。
- 高血圧なし、禁煙済
- X年4月、当院を初診

- X年8月、左下腿の痙攣→胸痛→失神再発
- 冠動脈造影して、冠攣縮誘発するも陰性。
- カルシウム拮抗薬継続

症例　2　55歳男

- X+1年1月朝、就寝中に左ふくらはぎのこむらがえりで目がさめ→胸の痛みがでた。ニトロ使用できずに失神。便失禁を伴った。
-
- 同日朝９時　シャワー浴びようとしたら、また左ふくらはぎのこむらがえり→胸痛→までいったが、失神はしなかった。このときもニトロは使用できなかった。
-

。
- カルシウム拮抗薬継続、亜硝酸薬追加。

症例　2　55歳男

- X+1年　5月。左下肢の脱力、左半身の痙攣、意識障害でA病院救急外来へ

- 頭部CTで、右前頭葉に動静脈奇型→**症候性てんかん**と診断

- イーケプラ1000ｍｇ２ｘ追加→以後、再発なし

てんかんとは

- 脳の神経細胞の活動が突然乱れて過剰な発火が起きることが原因で起こる病気
- 症候性てんかん、特発性てんかん
- 部分発作（焦点発作）、全般発作

てんかんについて

てんかん発作を繰り返す脳の病気で、年齢、性別、人種の関係なく発病します。世界保健機関（WHO）では、てんかんは「脳の慢性疾患」で、脳の神経細胞（ニューロン）に突然発生する激しい電気的な興奮により繰り返す発作を特徴とし、それに様々な臨床症状や検査での異常が伴う病気と定義されています。

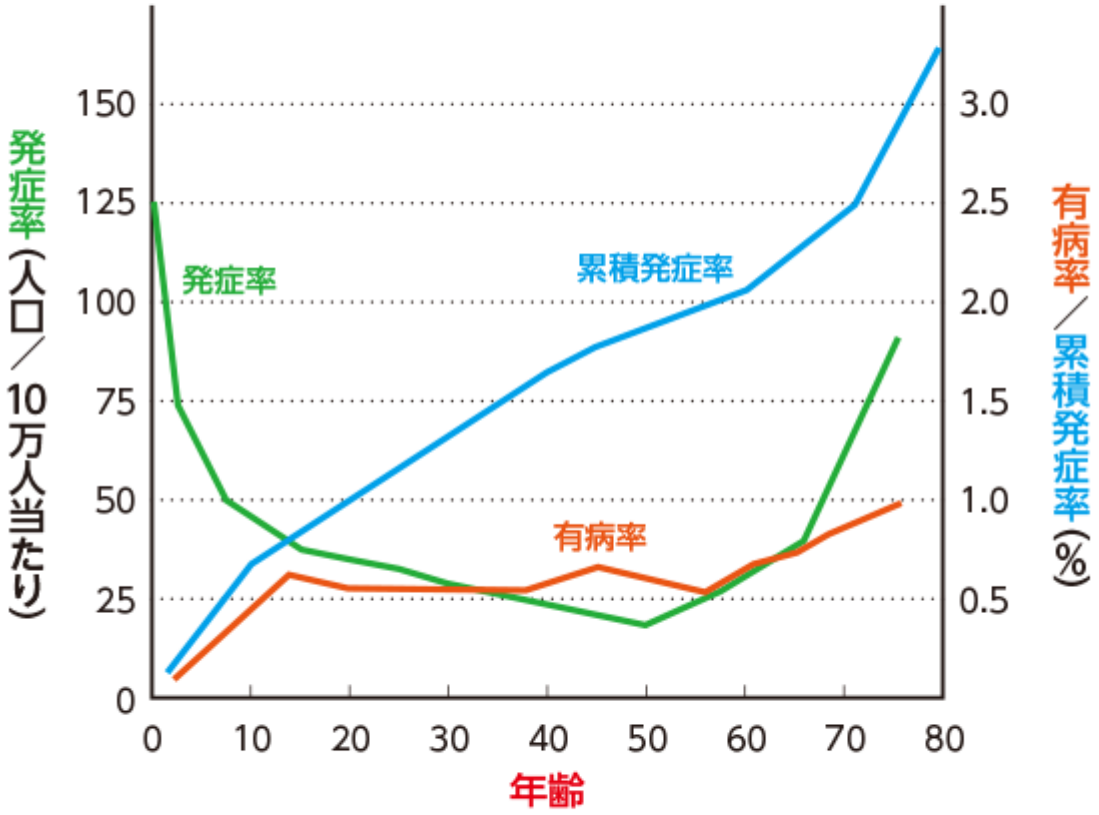
生涯を通じて1回でも発作を経験する人は人口の約10%、2回以上は約4%、そのうち「てんかん」と診断される人は約1%で、日本では約100万人のてんかん患者が存在します。

てんかん発作は、大脳の電気的な興奮が発生する場所によって様々ですが、発作の症状は患者さんごとにほぼ一定で、同じ発作が繰り返し起こるのが特徴です。また、発作時は脳内の電流が乱れているため、脳波を測定すると異常な波（棘波・きょくは）が現れ、てんかんの診断に用いられます。

乳幼児期から老年期までに幅広くみられ、人口100人のうち0.5～1人（0.5～1%）が発症。発病年齢は3歳以下が最も多く、成人になると減りますが、60歳を超えた高齢者になると脳血管障害などを原因とする発病が増加します。小児てんかんの患者さんの一部は成人になる前に治ることもありますが、ほとんどは治療を継続することが多いです。

関連ページ　＞てんかんとは？どんな病気なのか、解説を動画で見る

てんかんの年代別発症率



出典: Anderson VE, Hauser WA, Rich SS. Adv Neurol 44:59.1986

落とし穴

Anchoring Bias
　最初に考えた診断に固執して考えを改めない

Availability Bias
　最近遭遇した類似症例と同じ疾患を考えてしまう

Confirmation Bias
　自分の仮説に適合したデータは受け入れるけれど、不適合なデータを無視してしまう

症例3　70代男（紹介状なし）

- もともと糖尿病であった。
- X-15年に労作性狭心症。
- A病院でカテーテル検査。詳細不明。ステント入ってるらしい。
- X-2年からBクリニック通院。
- X年、4月C病院救急外来へ　副腎機能低下症と診断された。コートリル内服開始。A病院外来通院中
- Bクリニックで降圧剤が追加されたことに納得いかず、X年7月に当院受診

症例3　70代男、狭心症、副腎不全

- Bクリニックから
  - アムロジピン
  - アトルバスタチン
  - エゼチミブ
  - バイアスピリン
  - ランソプラゾール

- A病院から
  - コートリル

症例3　経過

- X年4月にNa110→7月には134ｍE/Lになっている
- X年10月　家庭血圧159/69→アムロジン追加
- 10月　随時血糖224、A1c　8.4％→ジャヌビア追加
- X+1年1月に受診してから、通院しなくなった
- D内科（内分泌）に行ってた
- X+1年5月、やっぱり心臓が心配なのでこっちにきた
- コートリルもだしてほしい

カルテ閲覧

- ５５歳頃から、糖尿病、高コレステロール血症。

- ６３歳時、労作性狭心症。
  - CAG→＃６にPOBA　＃１１にステント留置。
  - ASO（左総腸骨動脈狭搾）も指摘→後日ステント留置。

- 以後、A病院→Bクリニックに通院。Naは118～128ｍE/L

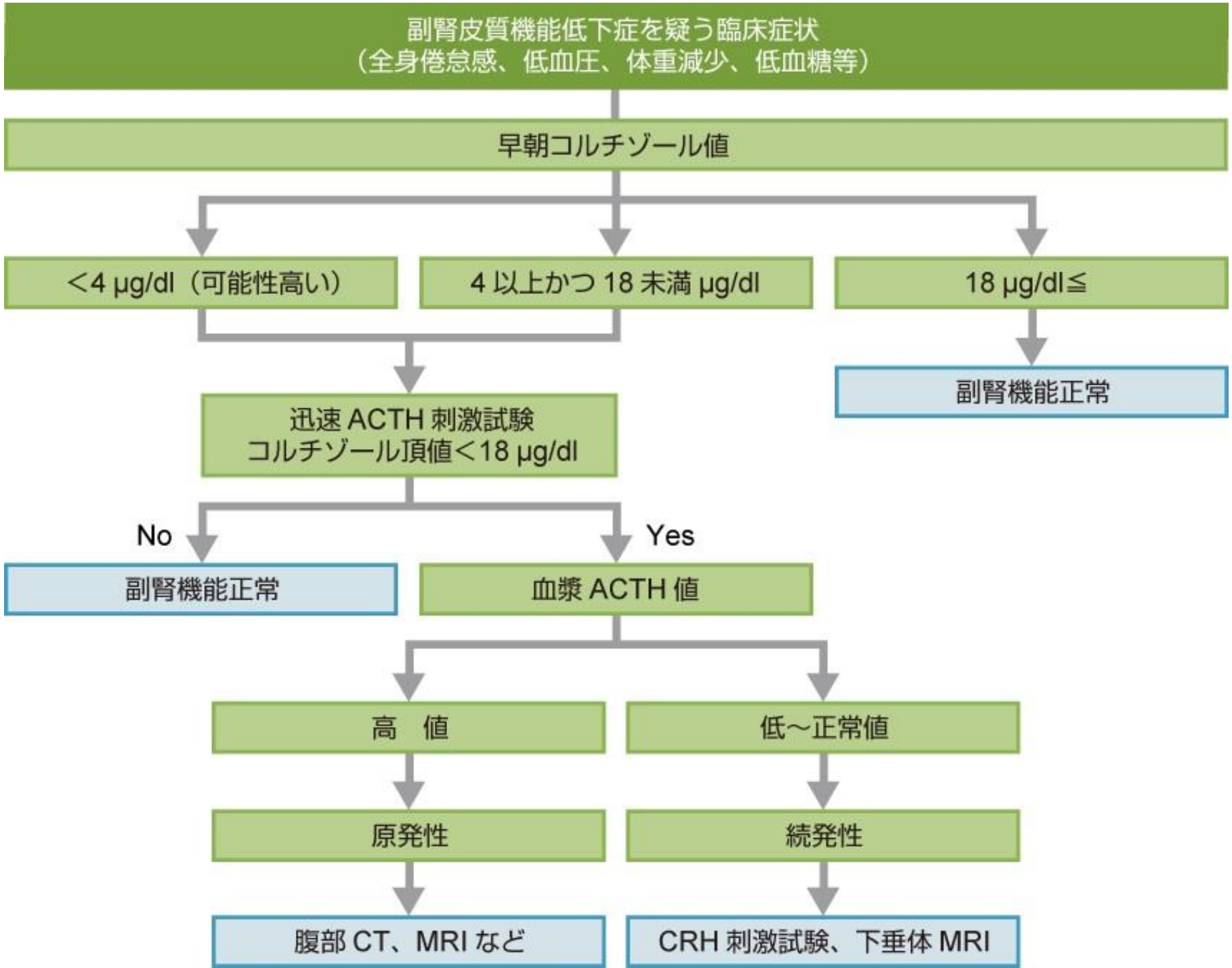
- 75歳時、新型コロナワクチン接種の翌夕に血圧が下がり、C病院救急外来へ。Na110ｍE/L。

低ナトリウム血症の鑑別

- 下痢、嘔吐、胸水、腹水
- 心不全、肝硬変、ネフローゼ症候群
- 利尿剤、鎮痛剤、PPI、抗てんかん、抗精神病
- 副腎不全、甲状腺機能低下症、SIADH…

副腎不全

- 易疲労感、脱力感、悪心、嘔吐、食欲不振、体重減少、耐寒性低下、精神症状（無気力、嗜眠、不安、性格変化）など
- ステロイド使用歴の有無 を確認
- 色素沈着、無気力表情、低血圧、腋毛恥毛の脱落（女性）


副腎皮質機能低下症を疑う臨床症状
（全身倦怠感、低血圧、体重減少、低血糖等）
早朝コルチゾール値
＜4 μg/dl（可能性高い）
4 以上かつ 18 未満 μg/dl
18 μg/dl≦
副腎機能正常
迅速 ACTH 刺激試験
コルチゾール頂値＜18 μg/dl
No
Yes
副腎機能正常
血漿 ACTH 値
高　値
低～正常値
原発性
続発性
腹部 CT、MRI など
CRH 刺激試験、下垂体 MRI

本日の症例

- NSTEMI（非ST上昇型心筋梗塞）
- てんかん
- 副腎不全

教訓

- 患者の話はよく聞くべき
- 落とし穴に注意
- 知らない病気は診断できない
- 専門外のことも少し頑張ると、皆がハッピー