

症例  
1



# STの低下? 上昇?

34歳, 男性

主訴: 胸部不快感 既往歴: 高脂血症にて内服中

現病歴: 4年前に急性心筋梗塞(前壁中隔)の既往はあるが、その後週1回ジムで運動するも胸部症状はなかった。1か月前に2回、胸部不快感を自覚したがすぐに消失した。本日、友人と飲酒し、店を出て冷たい空気を吸ったときに胸部不快感を自覚。30分経っても症状が改善しないため救急車を要請し、当院へ搬送された。

来院時現症: 血圧 121/70 mmHg, 脈拍 59/分・整, 呼吸音 清, 3音なし, 心雑音なし, 下肢浮腫なし

来院時検査所見: WBC 5900/μL, Hb 14.7 g/dL, BUN 11.1 mg/dL, Cr 0.8 mg/dL, Na 140 mmol/L, K 3.8 mmol/L, Cl 102 mmol/L, CK 143 U/L, CRP <0.1 mg/dL, トロポニンT 陰性, LDL-C 93 mg/dL, HDL-C 43 mg/dL, 血糖 103 mg/dL, HbA1c 4.8%

## 来院時心電図 (図21)

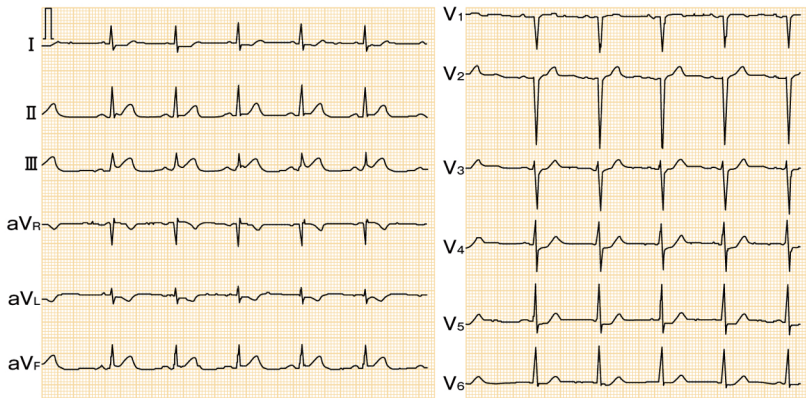


図21 来院時の心電図

## 臨床経過

心電図では肢誘導Ⅲ, aVFでST上昇を認め、急性心筋梗塞(下壁)と診断した。心エコー検査で下壁の無収縮を認め、緊急冠動脈造影を施行した。冠動脈造影では右冠動脈#2に90%狭窄を認め、同部位に経皮的冠血管形成術(PCI)を施行、ステント留置して0%狭窄となった(図22)。max CK値は791 U/L(発症12時間後)。その後は順調に経過し、第10病日に退院となった。

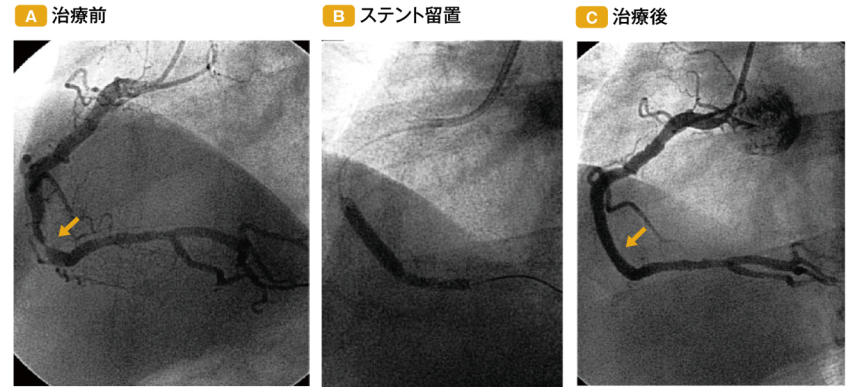


図22 緊急冠動脈造影  
右冠動脈#2 (→)に90%狭窄を認め、同部位にステントを留置して0%狭窄となった。

## 心電図の解説

来院時心電図(図21)では胸部誘導V<sub>4</sub>, V<sub>5</sub>と肢誘導aV<sub>L</sub>のST低下が目につくが、よくみると肢誘導Ⅲ, aV<sub>F</sub>でST上昇を認め、急性心筋梗塞(下壁)が疑われる。V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>誘導はQS型波形で、陳旧性心筋梗塞(前壁中隔)を反映している。PCI後の心電図では、来院時認めたⅢ, aV<sub>F</sub>誘導のST上昇とV<sub>4</sub>, V<sub>5</sub>, aV<sub>L</sub>誘導のST低下は消失している(図23)。

本例のように、肢誘導のみでST上昇を示す下壁梗塞ではST上昇が目立たず、鏡像(mirror image)のST低下が目にとまりやすい。心電図でST低下を認めた場合はST上昇を示している誘導がないかよくチェックする必要がある。とくにI, aV<sub>L</sub>誘導や胸部誘導でST低下を認めたときはII, III, aV<sub>F</sub>誘導にST上昇がないか、II, III,