

症例 5-3

AMIによる心破裂

75歳、女性。午後2時ごろ胸痛を自覚、近医で心電図からACSを疑い、当院へ搬送。心電図(図5.3.1)のaV_RのST上昇からLMTかLAD近位部病変が疑われた。CAGでLDA # 6:99%に対しステントを留置し血行再建に成功。ただしST resolutionはなかった(図5.3.2)。peak CKは402 U。酵素的にはごく範囲の小さいAMIと考えられた。翌日、冷汗著明となりショック状態(血圧:57/37 mmHg)となった。このときの心電図には変化なし。心エコーで心膜液貯留あり、右房圧の高値と心係数低下より心タンポナーデと診断。心膜穿刺で血行動態改善(図5.3.3)。以降心膜液の再貯留なく経過し、独歩退院。AMI後の心膜炎との鑑別は困難である。心膜炎でも急激に心タンポナーデを生じる場合はあると思われるが、心膜穿刺後、心膜液再貯留はなく、心膜炎としては改善が早いと考え、心破裂と診断した。

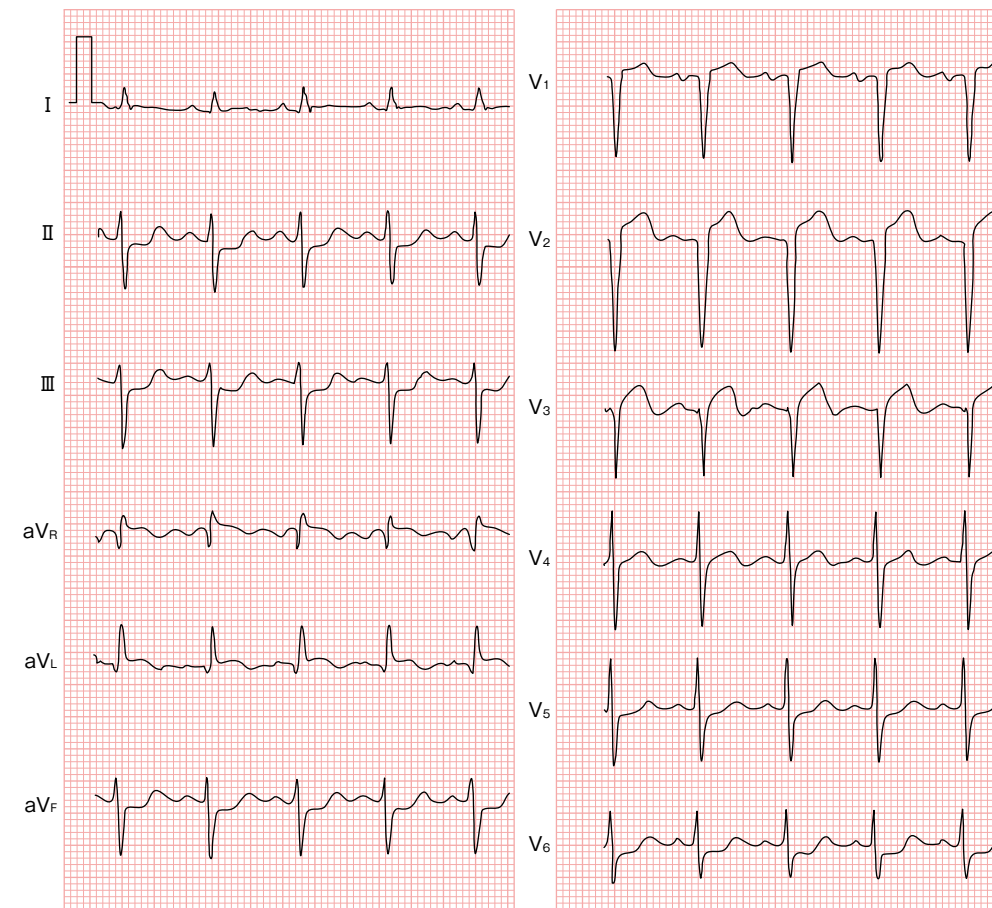


図5.3.2 同例:PCI後の心電図
ST resolutionはない。

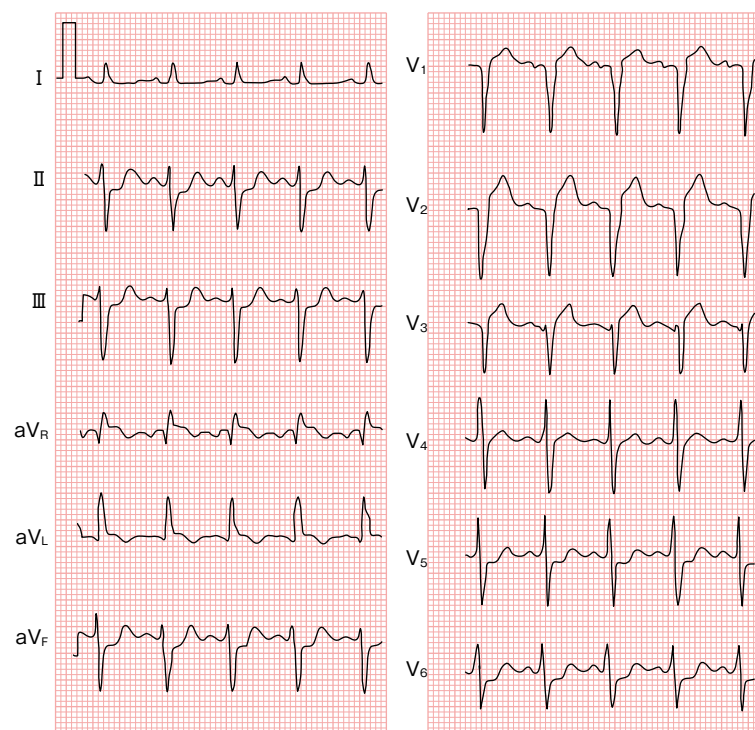


図5.3.1 急性心筋梗塞:
心破裂例
入院時心電図ではST上昇がV₁~V₃。異常Q波がV₁~V₂に認めた。aV_RのST上昇も認めた。

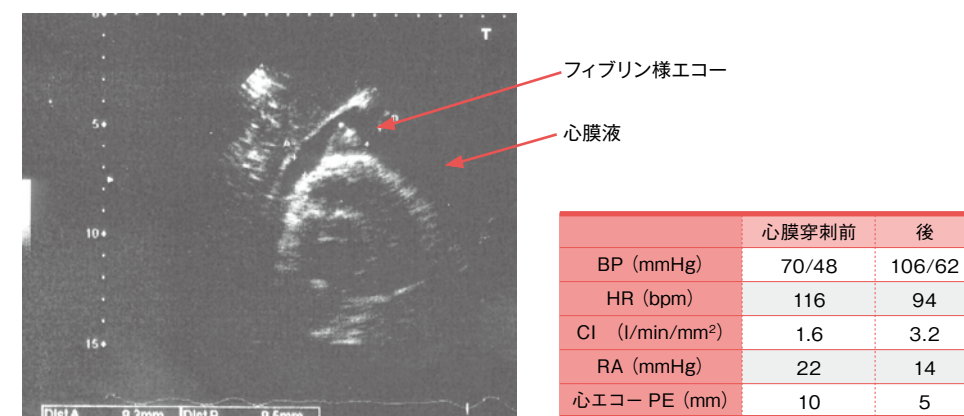


図5.3.3 同例:血圧低下時の断層心エコーと心膜穿刺前後の血圧・脈拍・心係数、右房圧、心膜液の変化
心エコー、RA圧高値、CI減少より心タンポナーデであり、心膜穿刺施行。心膜穿刺により、血圧の上昇、心拍数の低下、心係数の増加、RA圧の低下を認めた。なお穿刺前の心エコーで心膜液貯留とフィブリン様エコーを認めた(→)。