

**冠動脈攣縮性狭心症**  
vasospastic angina pectoris

**患者：**51歳・男性

**主訴および臨床経過：**就寝中に胸痛を覚え、一週間後再び胸痛が出現し外来を受診。精査目的にて心臓カテーテル検査を施行した。

**【診断および経過】**

心臓カテーテル検査の結果、薬物負荷にて右冠動脈 1に90%狭窄および 2に完全閉塞を認めた。臨床症状および画像所見より、冠攣縮性狭心症と診断された。内服によるコントロールが良好なため、外来経過観察中である。

**【造影のポイント】**

早朝や夜間の安静時に狭心発作が出現し、心電図上ST上昇を示すものを冠攣縮性狭心症、または異型狭心症と称する。発作時は冠動脈の攣縮により、一過性に心筋が虚血に陥る。症状は前胸部の圧迫感、絞扼感、灼熱感、腕のしびれ感などさまざまであるが、労作性狭心症との差はない。しかし一般に程度が重篤で、持続時間は数分からときには30分以上と比較的長いのが特徴である。発作時の処置は、ニトログリセリンなど血管拡張剤の投与により冠血流量を増加させ、心筋の虚血状態を緩和させる。

冠動脈造影において冠攣縮性狭心症は、メテナリン、ヘパリン、生理食塩水の混薬であるエルゴタミンや副交感神経興奮薬（塩化アセチルコリンなど）の薬物投与で冠攣縮（冠スパズム）を誘起させ冠動脈の可逆的狭窄、閉塞をみることで診断ができる。器質的冠動脈狭窄の合併症では、労作性狭心症の治療に準じてPTCAなどの血行再建術も含めた検討が必要である。（資料No. 12, 13参照）

本症例は、心臓カテーテル検査のエルゴノミン負荷にて右冠動脈中間部の100%閉塞（心電図は、、、aにST上昇）、またホルター心電図にて発作時のST上昇と数秒の心停止を認めた。内服による発作コントロール良好のため、外来にて経過観察中の症例である。

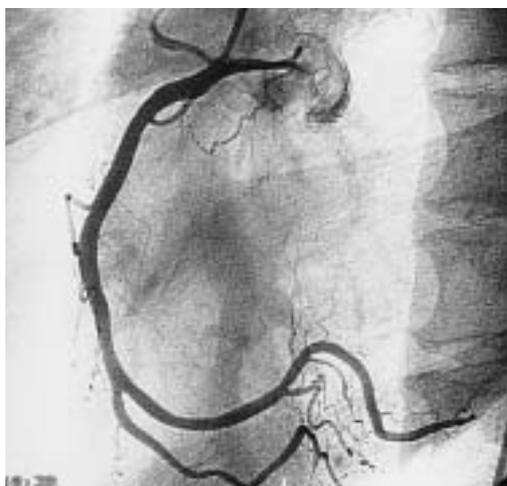


図1 右冠動脈造影像（コントロール）

冠動脈末梢まで明瞭に造影され、有意狭窄は認めない。

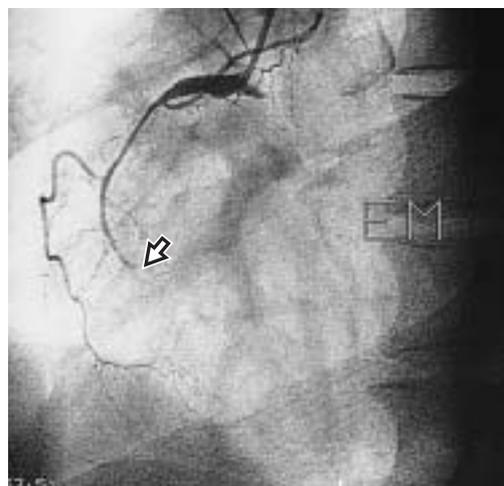


図2 右冠動脈造影像（エルゴノミン負荷時）

右冠動脈中間部（Seg. 2）に完全閉塞を認める（⇨）。

**【造影条件】**

装置：フィリップス H3000 造影剤：イオメロン 350  
右冠動脈造影時 総注入量：8 mL（用手法）