

激しい頭痛で発症した急性心筋梗塞の1例

A Case with Acute Myocardial Infarction Who Complained of Severe Headache as the Sole Symptom

森 敏純^{1,*} 笈井 寛¹ 星賀 正明² 八木 良樹¹ 頭司 良介¹ 後藤 拓也¹ 大石 泰男¹ 秋元 寛¹

Toshizumi MORI, MD^{1,*}, Hiroshi HAZUI, MD¹, Masaaki HOSHIGA, MD, FJCC², Yoshiki YAGI, MD¹, Ryouzuke ZUSHI, MD¹, Takuya GOTOU, MD¹, Yasuo OOISHI, MD¹, Hiroshi AKIMOTO, MD¹

¹大阪府三島救命救急センター, ²大阪医科大学附属病院第一内科

要約

頭痛を主症状とした急性心筋梗塞の報告はあるものの一般的にはあまり認識されていないと思われる。今回われわれは69歳男性で激しい後頭部痛を主訴とした急性心筋梗塞の1例を経験した。救急車内のモニター心電図上II, III誘導でSTが上昇しており、頭部CTにて頭蓋内病変のないことを確認後速やかに冠動脈造影を行うことができた。完全閉塞を呈していた右冠動脈起始部に経皮的冠動脈インターベンションを施行したところ頭痛は再灌流とともに消失し、心筋梗塞が頭痛の原因と考えられた。これまでの報告例を検討してみたが頭痛の部位や性状から急性心筋梗塞を疑うことは困難であり、診断のきっかけとなる心電図を早く確認することが重要と考えられた。頭痛を訴える患者にルーチンで心電図をとることは非現実的と思われることから診療を担当する医師は頭痛患者といえど救急車内のモニターを必ず確認すること、さらに“心筋虚血や梗塞に伴う症状の一つとして頭痛がある”ことを常に念頭において診療にあたることが重要と考えられた。

<Keywords> 虚血性心疾患
心臓性頭痛
くも膜下出血

J Cardiol Jpn Ed 2010; 5: 49 – 52

はじめに

急性心筋梗塞の典型的な主症状は局在がはっきりしないある程度の範囲をもって示される胸の重苦しい、締め付けられる、圧迫される、絞られる、焼け付くような感じであることが多く、随伴症状として冷汗・嘔気・嘔吐を伴うこともある。しかし、時に随伴症状のみであったり、心窩部痛や歯痛、肩こりなどの非典型的な症状であることも少なくなく、糖尿病患者や高齢者では無症状の場合もある。このように急性心筋梗塞は生命にかかわる疾患であるにもかかわらず典型的な症状からだけでは判断できないことも多く、発症から数日～数カ月経過した段階で診断されることもしばしば経験する。今回われわれはくも膜下出血を疑うような激しい頭痛を主訴に来院した急性心筋梗塞の1例を経験したので報告する。

症例提示

症 例 69歳, 男性.

主 訴 : 突然の激しい後頭部痛.

既往歴 : 狭心症 [経皮的冠動脈インターベンション (以下PCI) の既往あり], 甲状腺機能低下症.

家族歴 : 父 脳梗塞, 妹 脳梗塞.

嗜 好 : 喫煙 20本/日×50年, 機会飲酒.

現病歴 : 午前4時頃突然に嘔気と冷汗を伴うこれまで経験したことのない後頭部の拍動性の頭痛を自覚し、その後約5分間の失神をきたしたため家人が救急隊を要請した。救急隊到着時意識は清明であったが、モニター心電図のII, III誘導でのST上昇 (図1) を認めたため当センターに救急搬送となった。

来院時現症 : 意識は清明も後頭部に拍動性の頭痛あり。胸部症状の有無をしつこく尋ねるとほんのわずかな胸部違和感を訴える。血圧 126/73 mmHg, 脈拍 約50回/分不整, 体温 35.0℃, 呼吸回数 18回/分, SpO₂ 100% (10ℓ 酸素投与下), 肺雑音なし, 心雑音なし, 異常心音なし, 瞳孔右 3.5 mm, 左 3.5 mm, 対光反射 両側速, 項部硬直なし, Kernig 徴候なし, その他神経学的所見異常なし。

12誘導心電図 (図2) : HR 54/分, 徐脈性心房細動, II, III, aVFでのST上昇とI, aVLでのST低下。

*大阪府三島救命救急センター
569-1124 高槻市南芥川町 11-1
E-mail: mori137@osaka-mishima.jp
2009年5月25日受付, 2009年6月24日受理

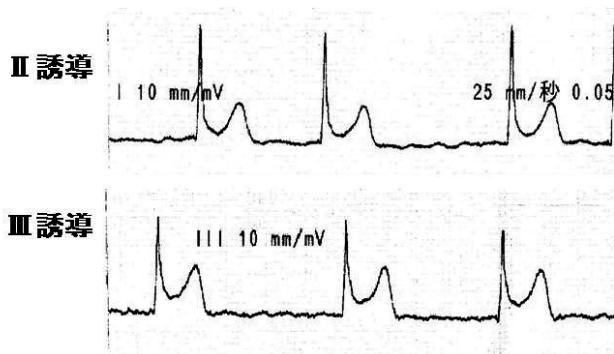


図1 救急車内のモニター心電図。
IIおよびIII誘導でのST上昇を認める。

血液検査：WBC 10,300/ μ g, Hb 12.0 g/dl, Plt 205×10^3 / μ g, BUN 30 mg/dl, Cr 1.4 mg/dl, Na 146 mmol/l, K 4.4 mmol/l, Cl 109 mmol/l, AST 24 U/l, ALT 16 U/l, CK 73 U/l, CK-MB 0.6 ng/ml, CRP 0.43 mg/dl, T-Chol 170 mg/dl, TG 88 mg/dl, LDL-Chol 85 mg/dl, HDL-Chol 42 mg/dl, HbA1c 5.5%.

胸部レントゲン：心拡大なし，肺うっ血なし。

心エコー：下壁の壁運動低下あり。

頭部CT：異常所見なし。

入院後経過：来院後も後頭部の激しい頭痛を訴えており，くも膜下出血の除外診断が必要と考え頭部CTを施行したが異常所見はなかったため緊急冠動脈造影（以下CAG）を施行した。CAG上右冠動脈近位部に血栓性閉塞像を認めたため血栓吸引カテーテルにて吸引後，DRIVER[®]ステント4.0/12 mmを留置し良好な血流を得ることができた。PCI中に一度心室細動をきたし電氣的除細動（360 J）にて洞調律に回復している。発症から180分で再灌流を得られ，再灌流と同時にST上昇は改善傾向を示し，後頭部痛もほぼ消失した。maxCK, CK-MBは来院から6時間後でそれぞれ3,857 U/l, 415.9 ng/mlであった。その後は，不整脈等の合併症なく，頭痛も翌日には完全に消失し，以後入院中に出現することはなかった。心臓リハビリテーション等でも大きな問題なく第11病日に軽快退院となった。

考察

主訴は後頭部を中心とした激しい頭痛であり，胸部症状は繰り返し「胸は痛くないですか？圧迫感はありませんか？」と質問することでようやくわずかな違和感を訴える程度で

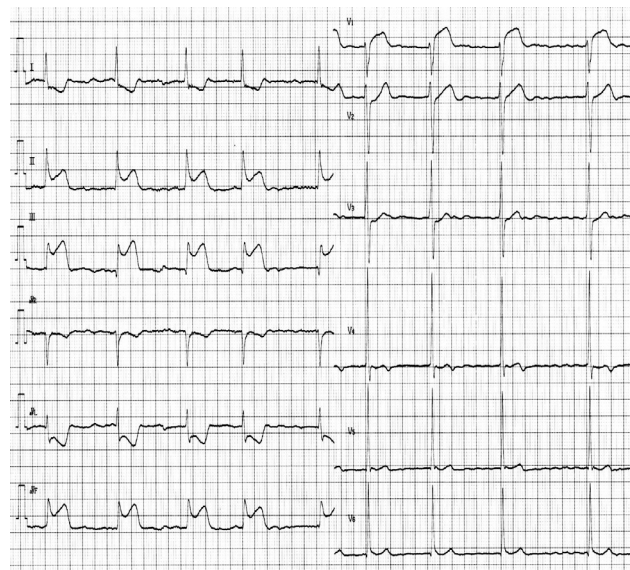


図2 来院時心電図。
II, III, aVFでのST上昇とI, aVLでのST低下を認める。

表1 心臓性頭痛の診断基準¹⁴⁾。

A	頭痛は重度で運動によって増悪し，悪心を伴い，かつCとDを満たす頭痛
B	急性の心筋虚血を起こした
C	頭痛は急性心筋虚血と同時に起こる
D	急性虚血に対する有効な薬物治療ないし冠動脈の血行再建により頭痛は消失し，かつ再発しない

あった。来院直後は心電図変化を伴ったくも膜下出血を疑い頭部CT施行するも明らかな出血は認めず，心エコーではたこつぼ型心筋症を疑わず所見はなく心電図変化と一致した部位での局所壁運動の低下を認めた。そのため頭部CTでは検出できないレベルのくも膜下出血の可能性も念頭に置いたうえでCAGを施行した。結果，右冠動脈の血栓性閉塞を認め，再灌流にて頭痛が著明に改善したことから頭痛は急性心筋梗塞に伴う症状であったと判断した。

くも膜下出血急性期にST上昇や陰性T波などの心電図異常と同時に心室壁運動の障害を認めることがあるのはよく知られている¹⁾が，虚血性心疾患の症状としての頭痛はあまり認識されていない様に思われる。しかしこれまで虚血性心疾患に伴う頭痛は数多く報告されており²⁻¹³⁾，国際頭痛分類第2版にも“心臓性頭痛”などの定義が記載されている¹⁴⁾（表1）。その多くは労作性の頭痛であり，多少診断までに時

表2 急性心筋梗塞に伴い頭痛を呈した症例.

文献	年齢 性別	頭痛 部位	頭痛の性状*	頭痛以外 の症状	責任病変	頭部 CT	腰椎 穿刺	診断の根拠	転帰
Dalzell et al. ⁷⁾	49 女	後頭部	severe	×	右冠動脈	○	×	12誘導心電図	生存
Broner et al. ⁸⁾	72 女	後頭部	sharp, throbbing	×	右冠動脈	○	×	12誘導心電図	生存
Seow et al. ⁹⁾	35 男	?	severe explosive	×	左前下行枝	○	○	12誘導心電図	生存
Famularo et al. ¹⁰⁾	70 男	前頭部～ 頭頂部	severe, sharp, shooting	×	右冠動脈	×	×	12誘導心電図	生存
Korantzopoulos et al. ¹¹⁾	73 女	後頭部	intense sharp	×	左前下行枝	○	○	12誘導心電図	生存
Auer et al. ¹²⁾	47 男	後頭部	?	×	左回旋枝	×	×	剖検	死亡
Amendo et al. ¹³⁾	47 女	側頭部	severe	×	3枝病変	○	○	12誘導心電図	生存
Presented case.	69 男	後頭部	severe, throbbing	軽度の胸 部違和感	右冠動脈	○	×	モニター心電図	生存

* 頭痛の性状に関しては論文上の記載をそのまま抜粋した。

間を費やしても労作に伴う頭痛であれば運動負荷心電図や心筋シンチ等の検査につながり診断可能である。ところが急性心筋梗塞を頭痛で発症した場合(すなわち安静時の頭痛を主訴に来院した場合)その緊急性はより高いにも関わらず診断はより難しくなる。そこで急性心筋梗塞に伴い頭痛を呈した症例を表2にまとめた⁷⁻¹³⁾(表2)。まず年齢についてみると50歳未満の症例が半数を占め、性別は男女とも半数ずつであった。一般に高齢者では非典型的な症状で発症する頻度が比較的多いとされているが、中年患者も少なからず含まれており注意を要する。また頭痛の部位は後頭部であることが多いが前頭部～頭頂部さらには側頭部と様々で、頭痛を唯一の症状として来院することがほとんどであり、痛みの程度も8例中3例に腰椎穿刺が行われていることからもくも膜下出血との鑑別が必要なほど非常に強いものであることが窺われる。梗塞部位と頭痛との関連においてCulicらは前壁領域の梗塞に頭痛が起こりやすいと報告している¹⁵⁾が、自験例を含めて4例が下壁梗塞であり、前壁梗塞は2例にとどまっていた。このように、これまでの報告を検討した結果、頭痛の部位や性状などから頭痛の原因が急性心筋梗塞であることを疑うのは困難と思われる。診断のきっかけが心電図であることを考慮すると頭痛をいかに心電図に結び付けるかが重要となるが、本症例では救急隊がつけたモニター心電図の結果が非常に参考になり早期診断・早期治療に役立った。すべての頭痛患者にルーチンで心電図検査を施行するのは現実的ではないが、安静時に起こった激しい頭痛を主

訴とする患者の多くは救急車にて来院する可能性が高いと推察されることからルーチンに施行される救急車のモニター心電図は診断に重要な役割を果たすと思われる。また、何よりも診療を担当する医師は“心筋虚血や梗塞に伴う症状の一つとして頭痛がある”ことを常に念頭において診療にあたらねばならない。

心筋の虚血や梗塞によって頭痛が生じる原因はいまのところはっきりと解明はされていない。考えられている機序として最も多く述べられているのは関連痛である³⁾が、他にも虚血により心拍出量が減少することで脳血流が低下する、もしくは静脈還流量が減少し脳圧が上昇することを頭痛の原因とする説や心筋梗塞により放出されるatrial natriuretic peptide, brain natriuretic peptide, セロトニン, サブスタンスPなどの内因性化学物質の脳血管の痛覚神経への直接的な影響など⁸⁾が考えられている。

今回われわれは激しい頭痛を呈した急性心筋梗塞の1例を報告した。頭痛を訴える患者といえども救急車内のモニター心電図を必ず確認すること、頭蓋内病変が否定的となった段階で速やかに12誘導心電図を施行することが重要と考えられた。

文 献

- 1) 青山貴子, 塚原徹夜, 岡本英一. くも膜下出血と心筋障害の関連. Heart View 2004; 8: 62-66.
- 2) Lanza GA, Sciahbasi A, Sestito A, Maseri A. Angina pecto-

-
- ris: A headache. *Lancet* 2000; 356: 998.
- 3) Lipton RB, Lowenkopf T, Bajwa ZH, Leckie RS, Ribeiro S, Newman LC, Greenberg MA. Cardiac cephalgia: A treatable form of exertional headache. *Neurology* 1997; 49: 813-816.
 - 4) Bowen J, Oppenheim G. Headache as a presentation of angina: Reproduction of symptoms during angioplasty. *Headache* 1993; 33: 238-239.
 - 5) Vernay D, Deffond D, Fraysse P, Dordain G. Walk headache: An unusual manifestation of ischemic heart disease. *Headache* 1989; 29: 350-351.
 - 6) Lefkowitz D, Biller J. Bregmatic headache as a manifestation of myocardial ischemia. *Arch Neurol* 1982; 39: 130.
 - 7) Dalzell JR, Jackson CE, Robertson KE, McEntegart MB, Hogg KJ. A case of the heart ruling the head: Acute myocardial infarction presenting with thunderclap headache. *Resuscitation* 2009; 80: 608-609.
 - 8) Broner S, Lay C, Newman L, Swerdlow M. Thunderclap headache as the presenting symptom of myocardial infarction. *Headache* 2007; 47: 724-725.
 - 9) Seow VK, Chong CF, Wang TL, Ong JR. Severe explosive headache: A sole presentation of acute myocardial infarction in a young man. *Am J Emerg Med* 2007; 25: 250-251.
 - 10) Famularo G, Polchi S, Tarroni P. Headache as a presenting symptom of acute myocardial infarction. *Headache* 2002; 42: 1025-1028.
 - 11) Korantzopoulos P, Karanikis P, Pappa E, Dimitroula V, Kountouris E, Siogas K. Acute non-ST elevation myocardial infarction presented as occipital headache with impaired level of consciousness—a case report. *Angiology* 2005; 56: 627-630.
 - 12) Auer J, Berent R, Lassnig D. Headache as a manifestation of fatal myocardial infarction. *Neurol Sci* 2001; 22: 395-397.
 - 13) Amendo MT, Brown BA, Kossow LB, Weingerg FM. Headache as the sole presentation of acute myocardial infarction in two elderly patients. *Am J Geriatr Cardiol* 2001; 10: 100-101.
 - 14) 日本頭痛学会新国際頭痛分類普及委員会. 心臓性頭痛. *日本頭痛学会誌* 2004; 31: 129.
 - 15) Culic V, Miric D, Eterovic D. Correlation between symptomatology and site of acute myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2001; 77: 163-168.