

診察異常所見に対する超音波検査による解析

ー過去40年の歴史を振り返るー

私が卒業した1978年当時、病歴、診察、心電図、胸部レ線から心疾患の診断を行っていました。当時は、断層心エコー法はなく、Mモードエコー図所見が診断に補助的に使用されていました。症例検討会では、現在のように画像診断だけではなく、アートの部分である診察所見も議論として成り立っていました。

開業医として20年以上経過し、超音波装置の解像度が飛躍的に向上した現在、私が使用しているアロカ社製の2015年製アリエッタでは勤務医時代の超音波機器よりはるかに良好に臓器を描出できます。そして、70歳近くになってもなお好奇心を持って診療できることは、超音波装置の発達に負うことが大きいです。

本講演では、超音波検査による診察異常所見の分析について過去40年を振り返ってみたいと思います。

卒後5年間の内科研修後に循環器内科に属していた1985年ころ、2/6度の収縮期雑音を呈する52歳の患者を経験しました。当時の大動脈弁狭窄症に関する議論では、胸部レントゲンはともかく、「有意な大動脈弁狭窄があれば心電図では左室肥大が存在するはず」、といったものでした。この例では、心電図、レントゲンは正常で、断層像でも左室肥大はありませんでした。しかし、カテーテルでの引抜き圧で80mmHgの圧較差があったため手術が施行され、術中の心筋生検でも心筋肥大はありませんでした。

その約3年後に鹿児島大学の鄭先生による「連続波ドプラによる大動脈弁狭窄症の診断」の講演で、「断層心エコーで肥大が軽度で心電図が正常でも弁狭窄が強い例が存在する」というお話しにとっても感動したことを昨日のように思い出します。

印象的な患者さんをもう1例紹介します。66歳で門脈圧亢進症の検査で入院中、動悸とともに急に大きな収縮期雑音が聴取されました。心不全を示唆する所見はありませんでしたが、病歴から僧帽弁腱索断裂と考え施行した断層エコー図では左室は過収縮で、僧帽弁逸脱とSAMが認められました。僧帽弁逆流がどの程度かをどうしても評価しなかったため、東芝からカラーエコーを搭載したデモ器をかりてみると高度な僧帽弁逆流がありました。1週間後には、収縮期雑音も僧帽弁逆流シグナルもSAMも消失しました。いまなら一過性の左室流出路狭窄と判断できます。そのように病態を解析できる超音波検査により強い興味を持ちました。

ASDでは通常は欠損孔の血流速度が遅いので雑音としては認識できませんが、流速が速くなるとS2を中心とした連続性雑音として聴取できます。その他、

過剰心音の起源を、超音波検査を用いてどのように考察していったかを実例で提示したいと思います。

大病院において、すべての紹介患者に対して胸部レ線、心電図、超音波検査の後に医師が診察するならば、診察所見は病歴ほどには重要ではないかもしれませんが。加えて、長引きしているコロナ感染により学生や研修医が診察を学ぶ機会はどんどん減少し、診察技術は過去のものとなるのではと危惧します。超音波検査がない時代に意味づけられた異常身体診察所見は、超音波検査では何を表していてどのような意味があるのか、と考えながら検査をすることで古の偉人達と会話ができて、そこから新しい気づきや発見があるかもしれません。

この講演会で、ルーチンの超音波検査から、すこし好奇心をもって施行する超音波検査の楽しさを伝えられれば幸いです。

参考文献

Iga K et al. Transient mitral regurgitation due to mitral valve prolapse accompanied by systolic anterior motion of the mitral valve. Chest 1990 ; 98 :1017-1019

伊賀幹二 ら：左室壁運動障害に伴い、一過性左室流出路狭窄が出現した高齢の2女性：呼吸と循環 1997;45：503-506

Iga K et al. Left ventricular outflow obstruction without left ventricular hypertrophy in the elderly. Cardiology in the elderly 1993;1:411-415

Iga K et al. Continuous murmur through atrial septal defect Br Heart J 2000 ;83:613