



思温病院ハートチーム便り No.5



多職種連携で心不全のトータルケアを 令和5年11月

今月の話題:慢性心房細動

ご高齢の方で多く見られる不整脈に心房細動があります。心房細動とはどういう不整脈でその治療法の選択はどうか解説します。

1. **心房細動とは**：心房細動では規則正しい正常の心房収縮（心電図のP波）が消失し、心室は独自に拍動し不規則となり、多くは頻脈となります。そのため動悸を訴え、不安を訴えます。長期になると慣れてきて特に気にされない場合も多くあります。頻脈が長く続くと心不全症状（むくみ、息切れ）も出てきます。

心房細動になると心房内（特に左心房）で血液が淀んで血栓が出来やすくなり脳梗塞を発症するリスクがあります。従って、慢性心房細動は①動悸などの症状、②心不全、そして③脳梗塞の3つの要素が挙げられます。

2. **脳梗塞のリスク評価と抗凝固治療**：リスク評価をして抗凝固療法をまず行います。CHADs2 スコアで（表）1点（脳梗塞既往のみは2点）あれば治療の適応となります。抗凝固薬は古典的なワルファリンと直接経口抗凝固薬（DOAC）があり、最近では後者がもっぱら使われます。商品名では、プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナ、などです。以下は CHADs2 スコア。

心不全	1点	年齢>75歳		1点	脳梗塞や一過性脳虚血の既往	2点
高血圧	1点	糖尿病		1点		

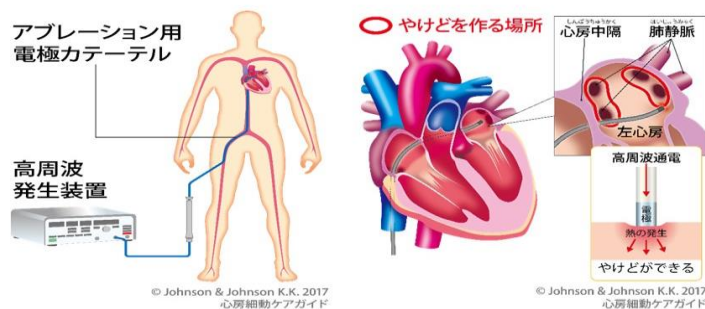
3. 慢性心房細動の治療

① **レートコントロール（脈拍数を抑える）**：心拍数が多いと心室（心臓）は疲れてきて機能不全になります。僧帽弁の逆流も生じてきます。頻脈性の慢性心房細動の治療はまずは薬で心室の脈拍数を減らすことが基本です。目標は110回/分とされています。ベータ遮断薬が第一選択で使われます。

② **リズムコントロール**：心房細動自体を直す（正常、洞調律に戻す）方法で、直接体外から電氣的除細動を行う方法がありますが一般的ではありません。そこで最近普及してきたのがカテーテル治療（アブレーション）です。

③ カテーテルアブレーション治療

心房細動は主に左心房に繋がる肺静脈の周囲の心房筋から異常な電気信号が出ることから、その伝達路を遮断してしまうものです（肺静脈隔離術）。特殊なカテーテルを足の付け根の静脈から心臓（左心房）にまで進め、4つの肺静脈壁のアブレーション（電気または熱での焼灼）を行います。

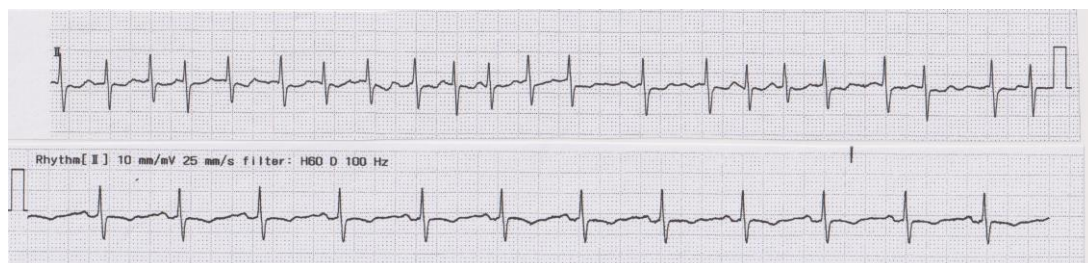


脚の付け根にある太い血管(大腿静脈や大腿動脈)から挿入したカテーテル(直径約3mm程度)で心臓の筋肉を焼灼する。

大阪急性期・総合医療センターHP から

症例：78歳、女性。高血圧と不整脈の精査で近くのクリニックから紹介された。症状は動悸と息切れで、心電図は心房細動。心機能は軽度低下し僧帽弁閉鎖不全も認められた。当院では主に血圧の管理を進めながら心房細動に対してはベータ遮断薬と抗凝固薬で管理していた。2年目に入って心拍数が90-100/分と頻脈傾向が続き NT-ProBNP(心不全マーカー)も3000pg/mLを超えたため、カテーテルアブレーション治療を勧めたが同意が得られなかった。1年後、再度説明をしたところ考えてみることでとなり、近隣の基幹病院に紹介した。アブレーションの適応と判断され早々に治療を受け直後より洞調律に戻り、治療翌日には退院でき、動悸の症状や不安も解消した。以下に治療前後の ECG を示す。

上段が治療前(心房細動)、下段がアブレーション後(洞調律)。



考察

慢性心房細動は年齢とともに増加し、脳梗塞のリスクもあり高齢化社会で問題となっています。多くは無症状で経過しますが、症状の有無にかかわらず脳梗塞のリスクがあります。カテーテルアブレーションは本症例で示したように頻脈性心房細動に対し短期間の入院で洞調律に戻る確率も高く、脳梗塞のリスクも減り成功すれば大変有力な治療法です。ただ、術中や術後早期に発生する合併症もあり、適応やリスクの説明をしっかりと聞いてから受けることが重要です。洞調律に戻る確率は80-90%とされていますが、心房細動の期間が長期の場合や心臓の器質的疾患がある場合は成功率が下がります。合併症は、出血(心タンポナーデ)や食道潰瘍などがあり、非常に稀ですが致命的なこともあります。循環器の総合的体制と十分な経験のある施設で行うことが必要です。