

1 臨床症状から

問題提起!

- ①症状・病歴聴取時に心不全の重症度を正確に評価するためのポイントは？
- ②病歴・臨床症状をどのように心不全管理に活かすか？
- ③患者の受けとめ方や社会背景は心不全診療に関係するか？

臨床症状・病歴聴取は心不全患者を診療するときに最初に行う「検査」であるとも言える。重症度、病態、予後などの情報を得ることができる。時間経過の情報が得られることも大きな特徴である。今日の心不全の診療には、数多くの臨床検査、画像診断が用いられているが、病歴・症状は全ての情報の基本となり、検査計画を決定するときに用いられる。

診療を進めていくうちに各種検査の結果が矛盾することがある。そのようなときにすぐに非侵襲的に繰り返すことができるのが症状・病歴聴取の利点といえる。他の検査結果に応じて症状・病歴を修正することもあるし、逆に症状・病歴との矛盾から検査の誤りに気づくことも経験する。

症状・病歴を聴取していると、本人の受けとめが病状とずれていたり、治療とは異なることに強い関心があることも経験する。実はそうした点に対応することもスムーズに診療を行っていくうえで重要である。

1 重症度の聴取

症状・病歴聴取の大きな目的は、心不全の重症度の診断である。一般に心不全の重症度はNYHA (New York Heart Association) 分類によって評価される〔日本循環器学会．急性心不全治療ガイドライン（2011年改訂版）．http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2011_izumi_h.pdf (p.8, 表2「NYHA (New York Heart Association) 分類」参照)]¹⁾。NYHAクラス分類は簡便であるが、聴取の仕方に注意が必要である。進行した心不全であっても、本人が運動制限をしているために「日常生活」では症状がはっきりせず

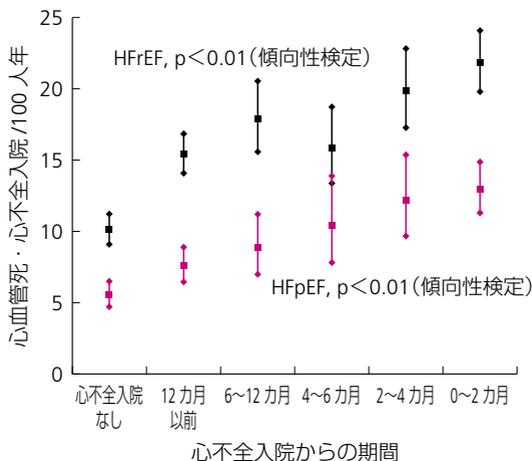


図1 心不全入院既往と予後との関係

EFの低下した心不全(HFrEF)でもEFの保たれた心不全(HFpEF)でも、心不全入院の既往があると予後が悪い。また、心不全入院からの期間が短いほど予後が悪い。(Bello NA, et al. *Circ Heart Fail.* 2014; 7: 590-5)²⁾

「NYHA I度」とされることがある。どのような生活を送っているか具体的に聴取したり、同僚、同年代の人と一緒に行動した時に症状が出現しないかなど症状の聞き方を工夫する必要がある。

以前に心不全による入院歴がある患者は予後が悪いことを念頭に診療を進めるべきである²⁾。心不全入院が最近であればさらに予後が悪い(図1)²⁾。

2 病態を知るための病歴

心不全は病歴、簡単な診療から得られたうっ血所見の有無、低灌流所見の有無で分類できる(図2)³⁾。また、左心不全優位、右心不全優位であるかという分類もできる。病歴から得られたこれらの分類は病態の理解、治療法決定に重要であるのみならず、予後予想に有用である(図3)⁴⁾。

うっ血、体液貯留の症状として起坐呼吸は重要である。肺雑音、下腿浮腫、頸静脈怒張もうっ血の所見だが、肺動脈楔入圧上昇を検出する感度はそれほど高くない⁵⁾。しかし最近の起坐呼吸の病歴は、肺動脈楔入圧の上昇に対して感度、特異度ともに高い⁵⁾。また起坐呼吸は左心不全が優位であることも示唆する。

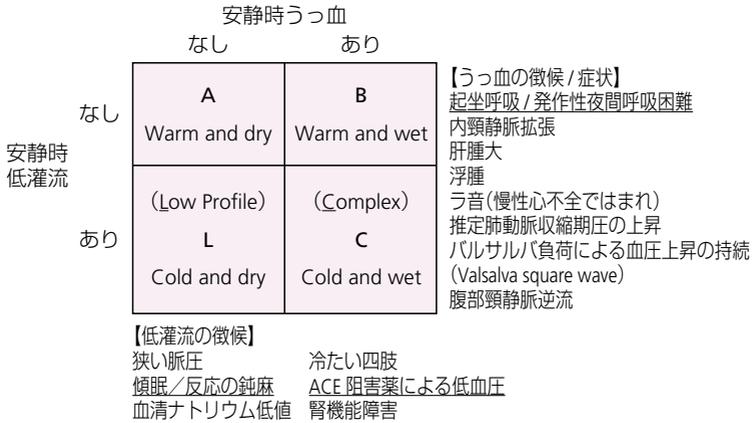


図2 心不全の病型分類

下線は病歴から聴取可能な項目. (Nohria A, et al. JAMA. 2002; 287: 628-40)³⁾

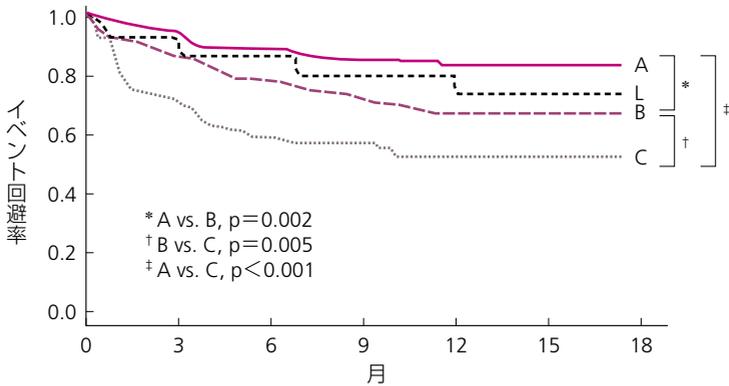


図3 心不全病型分類ごとの死亡または緊急心移植回避曲線

A: warm and dry, L: cold and dry, B: warm and wet, C: cold and wet (Nohria A, et al. J Am Coll Cardiol. 2003; 41: 1797-804)⁴⁾

心不全患者が、前かがみになったときに呼吸苦を訴えることがある (ben-dopnea)。これは腹水で腹囲が大きくなったときだけではなく、心拍出量が低く、肺動脈楔入圧、右房圧ともに上昇している場合 (図2: 心不全病型分類 C) にしばしば生じる⁶⁾。前かがみになると胸腔内圧が上昇し、肺動脈楔入圧、右房圧がさらに上昇するために呼吸苦が生じると考えられている。

心不全患者にみられる日中の眠気，集中力の低下は低心拍出による脳低灌流の状態を反映している可能性がある³⁾。しかし，心不全に伴う睡眠障害が背景にある可能性もあるし，単に動けないために退屈しているという可能性もあり特異的ではない³⁾。

右心系の負荷を示唆する症状としては，食欲不振，すぐに満腹になること，腹部膨満感，かがんだ時の呼吸苦などがある³⁾。三尖弁閉鎖不全や収縮性心膜炎，右室優位の心筋症などは右心不全症状を示す。一方，左心不全においても，慢性的な肺高血圧を経て右心不全を合併する。左心不全の病態に右心不全症状を合併した場合には，心不全の進行と予後不良を示唆する⁷⁾。

3 心不全の原因・併存疾患・誘因に関する病歴

心不全の原因と予後についても，他の検査では得られない情報が病歴から得られる。

表1 心不全を増悪させる因子

- 心筋虚血
- 過剰な塩分摂取，過剰な水分摂取
- 服薬指示の不遵守
- 医原性の容量負荷
- コントロール不良の高血圧
- 不整脈
 - 心房細動 / 粗動
 - 心室頻拍
 - 徐脈
- 併存疾患
 - 発熱，感染，敗血症
 - 甲状腺機能異常
 - 貧血
 - 腎不全
 - 栄養障害（ビタミンB₁欠乏など）
 - 肺疾患（慢性閉塞性肺疾患，肺塞栓症，低酸素血症）
- 心不全治療薬の不適切な減量
- 薬剤副作用
 - アルコール
 - 陰性変力作用を持つ薬剤の過剰投与（β遮断薬，カルシウム拮抗薬，抗不整脈薬）
 - 非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）
 - チアゾリオン系薬剤など体液貯留をきたす薬剤
 - 副腎皮質ステロイド

(Tang WHW, et al. In: Mann DL, editor. Heart Failure: A companion to Braunwald's heart disease. 2nd ed. Elsevier; 2011. p.511-25)¹³⁾

家族歴のある拡張型心筋症は孤発性のものに比べると、発症時の年齢が若く、予後も悪いことが多い⁸⁾。

アルコール性心筋症は禁酒によって改善する可能性があるため、飲酒歴の聴取は重要である。一般に1日当たり純アルコールとして80g（日本酒4合またはビール中瓶4本程度）を5年以上毎日飲んでいる場合にはアルコール性心筋症を発生するリスクが高くなる⁹⁾。女性の場合は男性に比べてより少ない飲酒量でアルコール性心筋症を発症するとも報告されている⁹⁾。

種々の抗腫瘍薬が心筋障害を引き起こす。特にアントラサイクリン系薬剤による心筋障害の頻度は高い。体表面積当たりの累積使用量が400～450mg/m²以上となると心筋障害発症率が有意に上昇する¹⁰⁾。

一方、心移植・補助人工心臓の適応を念頭に置く場合は、悪性疾患やその他の併存疾患（薬物依存症、HIVなどの感染症、活動性消化性潰瘍、糖尿病、精神神経症、膠原病など）についての詳しい病歴についても聴取、情報収集する必要がある¹¹⁾。悪性疾患は原則心臓移植適応から除外されるが、5年以上再発のない場合には適応となるため、正確な聴取が必要である¹¹⁾。

心不全の増悪因子についても聴取する必要がある（表1）。増悪因子を同定することによって心不全改善、再増悪予防が期待される。増悪因子の中でもコントロール不良の高血圧や、不整脈は介入によって予後改善が期待できるが、腎機能悪化や心筋虚血は治療に対する反応が期待しにくい¹²⁾。

4 本人の受けとめ方、社会背景の聴取

本人の疾病に対する理解、考え方、社会背景を聴取し、それに対応することは通常の診療を行っていく上で重要であることは言をまたない。重症心不全加療において本人の疾病に対する受けとめ、サポート体制を聴取することは特に重要である。本邦における心臓移植適応の判定には、心不全の重症度に加えて、他臓器に問題がないこと、本人の闘病意欲があること、社会的なサポートが十分であることなどが考慮される。一方そのような治療を希望されない場合にも急変時の対応などを早めに検討しておく必要がある。

症例 36歳、男性

〔主訴〕 胃のもたれ、体重増加

〔家族歴〕 母：拡張型心筋症、姉・弟（3人兄弟）：心疾患なし