

不整脈患者の症状と 病歴・身体所見の見かた

Have a nice day Photo/Shutterstock.com

- 転倒して頭を打撲した患者の診療を依頼された。荒い駆出性収縮期雑音を持ち、徐脈を認めている。

上記症例で、主訴をどのように捉えて、その後どのような検査を行い、想定される所見の意味づけをするのか。

病歴と身体所見から主訴や主要所見が把握され、問題が整理される。詳細な情報は、その後続く検査結果の post-test probability の評価に必要となる。

病歴と身体所見の解釈には、病態生理の理解が必要で、情報の不明瞭、矛盾、不足の把握を助ける。また、自身の思い込みなどの Bias にも自覚が必要である。

上記症例では、転倒の原因が意識障害か、逆に意識障害が転倒の原因か？ 意識障害は失神だったのか？ 失神なら原因として器質的心疾患と不整脈をどのように鑑別するのか？ 合理的判断が求められる。その判断の足場となるのが病歴・身体所見である。

1 病歴

失神 (syncope), 前失神 (near-syncope, pre-syncope), 動悸 (palpitation) が不整脈患者の代表的症状である。しかし、器質的心疾患を診断するためには、息切れ、呼吸苦、胸痛など他の症状の理解も必要である。

失神

失神は、一過性意識障害 (transient loss of consciousness: TLOC) **表1**¹⁾ として出現する。原因は循環系にあり、心臓自体や血圧調整の異常で血圧が低下し、広範な脳領域での低灌流が意識障害の機序である。普通、不整脈や血圧がすぐに回復するため、意識障害の持続は短時間で麻痺などは残さない。意識

消失時の姿勢の保持は困難で、その場に崩れこみ、呼びかけに反応がなく、その間の記憶がない。TLOCの中で、外傷、てんかん、精神的要因がないことを確認し**表2**、心原性失神、反射性失神、起立性低血圧などを示唆する症状や徴候を認めれば失神の蓋然性が高いと判断される¹⁾。

失神の原因は**表3**のように分類される。意識消失前後の状態を目撃者から聞き取り、失神の発症時の誘因（痛みや不安・恐怖）、体位（立位、座位、臥位）、活動（作業中、排尿・排便、食事）、環境、回復時間、咬舌、発作時の頭部・四肢の動き²⁾などを確認する³⁾。心室不整脈（VT/VF）で出現する間代性痙攣は短時間（5秒間ほど）であり、てんかんと区別される⁴⁾。また、既往症、服薬歴⁵⁾（抗不整脈薬、抗ヒスタミン薬、キノロン、抗うつ薬、高齢者のpolypharmacy）、突然死の家族歴が大切である**表4**。心原性失神は予後が悪く、特に器質的疾患の合併を確認すべきである。大動脈弁狭窄症や閉塞性肥大型心筋症を示唆する駆出性雑音、虚血心を示唆する胸痛の病歴、肺動脈血栓塞栓症を示唆する呼吸状態と右心負荷、さらに心電図異常・不整脈の有無を確認することになる⁸⁾。

前失神（near syncope）

near syncopeは、いまにも意識をなくしそうになったことで、失神と同じ病態である。めまい（回転感、浮遊感）や失調と識別する必要がある。前失神は軽

表1 TLOC（transient loss of consciousness）

1. 非外傷性 TLOC
 - ① 失神（syncope）
 - ② てんかん（epileptic seizures）
 - ③ 心理的原因（psychogenic）
 - ④ その他: subclavian steal syndrome, vertebrobasilar TIA, etc

2. 外傷性 TLOC

(Eur Heart J. 2018; 39: 1883–948¹⁾より改変)

表2 てんかんと失神の鑑別

発作に関する病歴	Yes
発作中に咬舌あり	2
発作前に既視感・未視感あり	1
発作の誘因に精神的ストレスあり	1
発作中に頭部を動かす動作あり	1
発作中、無反応だった	1
発作中、不自然な姿勢あり	1
発作中、上肢挙上あり	1
発作後に記憶の欠落がある	1
発作後に意識障害が残った	1
ふらつきが先行した	-2
発汗が先行した	-2
長時間の座位・立位が先行した	-2

てんかん ≥ 1 ; 失神 < 1
 感受性 94%, 特異性 94%
 (Sheldon R. J Am Coll Cardiol. 2002; 40: 142–8²⁾
 より改変)

表3 失神の分類

<p>1. Reflex (neurally mediated) syncope</p> <p>Vasovagal 起立性 感情性: 恐怖, 痛み</p> <p>Situational 排尿 嘔下・排便 咳嗽 運動後 その他</p> <p>Carotid sinus syndrome Non-classical forms (誘因不明)</p>	<p>2. Syncope due to orthostatic hypotension</p> <p>Hypotension by venous pooling 運動 食事 長期臥床</p> <p>Drug-induced Volume depletion 出血, 下痢, 嘔吐, etc</p> <p>Neurogenic パーキンソン病, 自律神経障害, etc 糖尿病, アミロイドシス, 脊損, etc</p> <hr/> <p>3. Cardiac syncope</p> <p>不整脈 徐脈 頻脈 器質的疾患</p>
---	---

(Eur Heart J. 2018; 39: 1883–948¹⁾より改変)

症とは限らず、失神と同じ予後を示すために、同様の慎重さで診断を進める⁹⁾。

動悸

動悸は自身の心拍を自覚することであり、skip, 強さの亢進, 数の増加, 胸部や頸部の不快として訴える。不整脈, 不安, 薬物, 器質的心臓病を原因とする表5。基礎疾患は、不整脈や器質的心臓病が約40%, パニック障害や不安が約30%, 薬や他の疾患が約10%である¹⁰⁾。

心臓に起因する動悸は多くが不整脈を原因とするが、不整脈患者が必ずしも動悸を訴えるわけではない。また器質的心疾患があれば予後が悪く注意が必要である。

原因検索では、動悸の性質 (skip, forceful, rapid) 以外に、出現の背景 (安静, 運動, 服薬), 誘因 (不安, ストレス, 飲酒, 喫煙), 出現・停止の状況 (突然, 緩徐), 持続時間などを把握する必要がある。器質的心疾患の除外目的に、胸痛, 息切れ, 失神, めまいの有無を確認する。パニック発作の除外に関しては、動悸, 不安感, 恐怖感, 発汗, 手足の震え, 息苦しさ, ふらつき, 知覚異常, ほてり, 寒気の有無を確認する。さらに、既往歴や薬歴, 家族歴 (突然死) も重要である。

表4 病歴の特徴

		心原性失神	反射性失神	てんかん
失神発生時	体位	仰臥位 立位や座位	立位や座位	けいれん 咬舌
	活動	運動中	運動直後 排尿・排便 咳嗽・嚔下 首の回旋・圧迫	
	環境	特定の誘因なし	痛み 医療処置中 精神的緊張 長時間の立位 混雑・暑苦しい	
	回復	<1分間	遅延	せん妄 (>5分間)
失神前後		胸背部痛 動悸 呼吸困難 前駆症状なし	体熱感 発汗 悪心 腹痛	頭痛 アウラ せん妄 臭覚異常
既往症		心不全 心室性不整脈 虚血性心疾患 器質的心疾患 抗不整脈薬服用		神経疾患 てんかん 精神疾患
家族歴		突然死 遺伝的不整脈疾患		

[日本循環器学会. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. 失神の診断・治療ガイドライン (2012年改訂版)⁶⁾および Ralston SH, Penman ID, Strachan MWJ, et al. Davidson's principles and practice of medicine. 23rd ed. Elsevier. 2018⁷⁾を改変]

表5 動悸の原因

不整脈	心房細動/心房粗動・徐脈・洞不全症候群 頻拍症 (上室性・心室性)・期外収縮
精神医学	不安障害・パニック障害
薬物	アルコール・カフェイン・たばこ 処方薬
器質的心疾患	先天性心疾患・心筋症・弁膜症 僧帽弁逸脱症・心外膜炎
非心臓疾患	甲状腺機能亢進症・肺疾患・貧血 発熱・電解質異常・脱水

2 身体所見の見かた

診断を進める際には、病因・病理 (etiology), 解剖・構造 (anatomy), 生理学・機能 (physiology), 心機能分類 (NYHA 分類) と複数の軸 (切り口) での病状の理解が必要で、全身の把握と循環器系統の把握が求められる¹¹⁾。

病因としては、炎症 (急性, 慢性, 感染, 免疫異常), 循環障害 (浮腫, うっ血, 充血, 出血, 塞栓, 梗塞), 動脈硬化などがあり, 解剖・構造としては、臓器・構造 (甲状腺, 心筋, 弁膜, 血管, 漿膜, 関節など) がある。

「どこの臓器・組織」の「どのような病理」という所見を把握することで診断仮説につなげ、全身状態の中の循環器病態を見失わずに済む。

身体所見では、全身のスクリーニングと循環器身体所見 (不整脈の存在の有無, 器質的心疾患の有無, 心不全の有無) を行う。病状が心臓に由来するのか, その病因は全身疾患にないのか, との問いを持ち続ける。

スクリーニング 表6

バイタルサイン (意識状態, 苦悶, 呼吸状態, 血圧, 脈拍数) を確認の後にスクリーニングを行う。

循環器身体所見¹²⁾ 表7

不整脈に関する所見, 心不全の把握, 心臓の器質的異常の把握を目的とする。不整脈に関しては、頻脈・徐脈の判断, 脈拍の整・不整, 絶対不整脈の有無, 房室解離の所見として cannon A, 1音の cannon sound (徐脈・整脈なら完全房室ブロック, 頻脈・整脈なら VT) がある。

失神の診断には起立試験, 頸動脈洞マッサージが追加される¹⁾。

心不全の把握では、心尖拍動の位置で心拡大の有無を、頸静脈を用いた静脈圧推定と abdominojugular test の所見でうっ血の有無を、評価する。圧痕の確認や、しわが消失する puffy な皮膚の確認で浮腫の存在を確認して、さらに分布が全身性か局所性が判断する。特に下腿の浮腫は多発局所性ではないか注意が必要である。

心臓の器質的異常の把握は、心尖拍動の位置・大きさの評価と心雑音の評価が最小限必要である。聴診に不慣れであれば以下の方法がお勧めである。3LSB から開始 (聴診部位を必ず確認する), 1音と2音を把握し, 収縮期と拡張