特発性心室細動のケア

東邦大学医療センター大森病院循環器内科教授
池　田　隆　徳
（聞き手　池脇克則）

94歳女性、老健施設内でショック状態となり、心音聞かれず、握りこぶしによる除細動等で、ほぼ回復しました。特発性心室細動を疑います（基礎心疾患なし）が、今後のフォローはどのようにすればよいでしょうか。

＜新潟県勤務医＞

池脇　池田先生、高齢女性の特発性の心室細動を疑う症例ですが、どう考えられますか。

池田　94歳の女性ということですが、特発性心室細動というのは、一般に心臓に器質的な病気を以前に起こしたことがない人で起きる心室細動のことを指します。通常は10～40歳代で発症することが多く、年齢的には60歳未満に対して一般には使われておりますので、94歳ぐらいで起きますと、私どもも一般には特発性心室細動とは言わないことが多いです。

池脇　実際に、心室細動があったのかどうかはっきりしませんが、94歳ですと、脱水とかちょっとしたことでショックにもなりますので、二次的な不整脈の可能性が高いのでは、と思うのですが。

池田　そうですね。特に高齢者の場合は、電解質の異常、特に血清カリウム値が変動したりすると起きやすくなりますし、今、先生がおっしゃったように、ちょっと熱が出て脱水になるとか、貧血とか、そういうことでも、高齢者では冠動脈が少し細くなっていますから、そこで一時的に虚血になって不整脈が生じることもあると思います。

池脇　特発性の心室細動についてはまたじっくりとうかがいますけれども、植え込み型の除細動器、ICDということになるのでしょうけれども、94歳の女性では適応はないと考えてよろしいですか。

池田　今は高齢者でも非常に元気な方がいらっしゃいますので、80歳以上

でもゴルフをする方とか、そのように活動性の高い方ですとICDを用いております。しかし、今回の症例は老健施設に入られている94歳の方ということですから、ICDを入れることは少しちゅうちょするかもしれません。

池脇　先生でしたら、この患者さんをどう管理されますか。

池田　今回は握りこぶしの胸部叩打で心室細動が止まったということですので、原因は何であろうと、心室細動という病気がショックを引き起こしたことには間違いありません。では次回起きたらどうなるのかということになりますと、それで突然死してしまう可能性もありますから、私でしたら、ICDの簡易版である自動体外式除細動器、むしろAEDと呼んだほうが聞き慣れていると思いますが、これをそばに備えておくのがいいかと思います。My AEDという言葉がありまして、特に高齢者ではICDのような器械を体内に入れたりするのに抵抗する方がいらっしゃいますので、自分で所有している方がいます。第三者がすぐに使えて、かつ手っ取り早く除細動できますので、AEDをぜひ老健内に１台設置しておくといいのではないかなと考えます。

池脇　この症例では、握りこぶしによる叩打が効果があったということなのですけれども、前胸部の叩打法の位置づけはどうなっているのでしょうか。

池田　以前は心肺蘇生のとき、除細動器が近くにない場合によく行われました。しかし、近年は、特に高齢者は胸部を叩打しますと、そこで肋骨が折れて、逆にそれで肺損傷とか、場合によっては心臓自体も損傷したりすることがありますので、あまり高齢者に対しては積極的にやらない方向にあります。それよりは、マッサージを緩やかにしながら、そして可及的速やかに電気ショック、先ほどのAEDですね、それで除細動したほうがいいのではないかなと考えております。

池脇　改めて特発性心室細動に関してうかがいますが、特発性心室細動はどう定義したらいいのでしょうか。

池田　心臓に構造的な異常がまったくなく、それで突然心室細動が起きる。これを私たちは一般に特発性心室細動と呼んでおります。近年では、ブルガダ症候群とか、あるいは早期再分極症候群、別名J波症候群ともいわれておりますが、こういった疾患が特発性心室細動の40％ぐらいを占めています。それ以外は特徴的な原因がなく起きています。ただ、まったく原因がないわけではありませんから、先ほど言ったように、電解質失調とか脱水とか貧血などによって起きてくるということです。

池脇　ブルガダ症候群が代表的な疾患ということですが、無症状の健診でブルガダ型の心電図変化を指摘されるケースは多いですね。

池田　そうですね。心電図だけでみますと、疫学調査によれば、日本ではだいたい1,000人に１人ぐらいの確率でブルガダ症候群に矛盾しない患者が見つかるといわれております。

池脇　そういったブルガダ症候群疑いの患者さんが来られた場合、どうしたらいいのでしょう。

池田　それが今、非常に話題になっているところです。実際問題、心電図が典型的でも、心室細動を起こす人は10人に１人いるかいないかといわれています。残りの９人は生涯でまったく問題がないということですから、リスクの層別化が必要になります。いろいろな検査法がある中で、最近は一番信憑性が高いといわれているのが、心電図の自然変動です。どういうことかといいますと、ブルガダ型心電図様の波形を呈することもあれば、まったく正常のような心電図を呈することもある。非常に心電図が日差、日内変動するということです。これは非常にリスクが高いといわれております。

池脇　変動するタイプが危ないとなりましても、例えば臨床実地の先生のレベルでは、そう何回も心電図を撮るわけにいかないともいえますね。

池田　専門病院では薬物負荷とか、ちょっと難しい検査もやっているのですが、実は非常に簡単に検査できる方法もあります。それは私が編み出した方法で、満腹テストと名づけております。どういう検査かというと、ブルガダ症候群の心電図変化は自律神経活動と密接に絡んでいます。特に迷走（副交感）神経。自然なかたちで迷走神経を一番亢進させるのは満腹です。実際の方法としては、食事をたくさん取っていただいて、最後に炭酸飲料を飲みます。それですごく心電図が変動する人はハイリスクと判断します。これは日本だけでなく、欧米でも、実地医家の先生を中心に行われている検査の一つです。

池脇　興味深い検査ですね。加えて、失神の既往や家族歴も重要になってくるわけですね。

池田　そのとおりです。また、この病気は遺伝子病といわれていますから、問診で身内に突然死した人がいるかどうかをよく聴取し、過去に原因不明の意識消失発作（失神）があったかどうかをよく調べることも大事です。ただ、好発年齢がありまして、一番多いのは30代と40代です。そのため、私どもは疑いの患者さんがいても、60歳以上の場合は、ブルガダ症候群の心電図波形であったとしても、ブルガダ症候群と診断しないことのほうが多いです。

池脇　専門医に紹介する条件はどうなりますか。

池田　比較的若くて、それで意識消失発作があったとか、突然死の家族歴があったとか、あるいは心電図を見て、自然変動、先ほどの満腹テストでもい

いですが、そのような変化があった場合には、一度専門医にコンサルテーションしておくのは一つの手だと思います。

池脇　紹介されたら電気生理学的な検査をやって、最終的にリスクの高いブルガダ症候群かどうかということを判断するということになるわけですね。

池田　そうですね。リスクが高ければ、そのときはICDによる治療が現在確立していますから、行っています。

池脇　ICDを入れるとなっても、患者さんがなかなか納得されないということもありますか。

池田　それは時々ありますけれども、事の重大さを教えてあげるということが大切だと思います。かといって、リスクが低い人に過度に教えると、これは精神的に不安にさせてしまいますから、その辺は慎重に対応していきたいと思います。

池脇　ありがとうございました。