

心房細動

東京慈恵会医科大学循環器内科教授

山根 禎一

(聞き手 池脇克則)

最近、開業医でも心房細動 (Af) を診る機会が多く、その経過をみていると、発病後開始した治療を続けたままでよいのか苦慮するケースがあります。

1. 診断後、リスク評価 (CHADsスコア) に基づき速やかに抗凝固治療を開始すべきか、あるいは何日間か洞調律化のための内服治療をすべきか。
2. 胸部不快感、動悸で受診され、Afと診断後、リスク評価に基づき、抗凝固治療を開始するも、約1カ月程度で洞調律に戻り、その後はそれを維持している場合、抗凝固治療を中止できるのか。中止する場合、洞調律がどれくらい続けば中止できるのか、目安があればご教示ください。
3. 慢性化したAfに洞調律化の治療 (塩酸ピルシカイニド継続内服) は必要か。

<山口県勤務医>

池脇 まず、初診のときに心房細動と診断した場合、洞調律化のための内服治療をすべきなのか、あるいはリスク評価に基づいて抗凝固治療を開始すべきなのか。これに関してはいかがでしょうか。

山根 これは比較的よく受ける質問です。心房細動の治療は多岐にわたるのですけれども、心房細動自体をどうするのか、ということが重要なポイントになります。つまり、抗不整脈薬を使って心房細動を抑えるリズムコン

ロールと、心房細動のときの心室レートを抑えるβブロッカーなどの薬を使ってレートコントロールをする。この2つが薬物によって心房細動自体を治療する方法です。そして、皆さんご存じのように、もう一つとても大切なのは、心房細動の患者さんに血栓塞栓症を起こさせない。つまり、脳梗塞を予防するという治療法です。

この質問の答えを考えると、まず一般臨床家の方が心房細動の患者さんを診たときに最初に考えなくてはな

らないことは、目の前の患者さんが脳梗塞を起こす危険にさらされているのかどうかということです。これを間違えてしまうと、その患者さんが翌日に脳梗塞を起こして、それこそ半身不随になってしまうこともありうるわけです。

心房細動の患者さんが脳梗塞リスクにさらされているのかどうかは、CHADs 2スコアで表すことが一般的になっています。各因子の頭文字を取って、Cは心機能低下・心不全、HがHypertension・高血圧、Aはご高齢の方（75歳以上）、DはDiabetes・糖尿病、Sはstrokeです。ストロークの既往のある方は2点スコアになって、あとは1点。これで全部で6点満点になるのですけれども、目の前の患者さんが何点なのかを評価して、2点以上であれば絶対に抗凝固を開始する。1点でも抗凝固をしたほうがいい。そういうふうにな今の扱いは決まっています。

このように基準が明確になっていますから、間違えますと、医師が責められる時代です。抗凝固が必要なのかどうかをまず考えて、必要であれば開始し、そのうえで、抗凝固治療を最低3週間は続けていただき、心房細動自体をどうするのか考えます。これが、初診で心房細動の患者さんを診たときの治療の考え方、進め方になると思います。

池脇 初診の心房細動の患者さんに

リズムコントロールをするのか、あるいはレートコントロールをして、ワーファリン、抗凝固薬を投与するかという考え方ではなくて、まずその方の脳梗塞塞栓症のリスクを評価するのが、いずれにしても最優先すべきということですね。

山根 一番最初ですね。

池脇 そのうえで、症例によって洞調律化の治療をするのが原則ということによろしいですか。

山根 そのとおりだと思います。

池脇 次の質問は、これはおそらくリスク評価で抗凝固治療の適応があつて始めました。そうしたら、1カ月程度で自然に洞調律に戻った。それが維持されている。そういう場合に、さあ抗凝固治療はどうしたらいいのか。私自身も悩むところですが、中止するのか、中止するとしてどのくらいのタイミングか、そういう質問ですけども、どうでしょう。

山根 この質問の回答はなかなか難しいところだと思うのですが、まずとても大切な問題として、心房細動には基本的に自然治癒はないと考えていただいていると思います。ですから、目の前の患者さんに起こっていた心房細動が自然に止まったとしても、それは心房細動がもう出ないということとは大きく違うと思います。多くの場合、いったん止まった心房細動がまた別の機会に出現してくるでしょう。

そういったことを繰り返す中で、出現回数や出現時間が増えていき、徐々に心房細動が持続性、そして慢性という状態に進行していくこととなります。たとえその患者さんの心房細動が止まったとしても、そう簡単に抗凝固治療をやめてしまうのはよくないことだろうと思います。

池脇 先生が以前から言っておられるように、心房細動というのは加齢現象だと。もちろん、きれいに止まってしまう症例がないとは言えませんけれども、一般的には消えていくことはないという考え方で治療していったほうがいいということですか。

山根 基本的にはそう考えたほうがいいと思います。ただ、例外もあります。例えば、しばらく注意深く経過を見て、何度も心電図を撮ったり、患者さんの症状やホルター心電図など使いながら経過を見ていっても全然出ないということがあれば、患者さんと相談のうえで、いったん抗凝固治療を止めることも例外的にはあるのかもしれません。しかし、非常に例外的だと考えていただいたほうがいいと思います。

池脇 この質問では、心房細動で動悸、いわゆる自覚症状があるわけですが、動悸のない方もいらっしゃいますよね。そういう場合に中止するかどうかはなかなか難しいように思うのですけれども。

山根 本当にそのとおりだと思います。

す。ご質問の患者さんは症状のある方ですので、次に心房細動が出たときにもまずわかるだろうという予測が立ちますので、比較的対応しやすい患者さんかもしれません。しかし、心房細動の患者さんの中には不整脈が出ていることに全く気がつかない方や、自覚症状がない方もいらっしゃいますので、抗凝固治療を不用意に止めてしまうのは非常に危険なのではないかと思います。

池脇 多くの患者さんを診ておられる先生だからこそのお言葉なのだと思いますけれども、最後の質問が、慢性化した心房細動に洞調律化のための抗不整脈薬が必要なのかということですが、これに関してはいかがですか。

山根 先ほどもお話ししましたけれども、慢性化した心房細動というのは、かなり進行した心房細動ともいえます。つまり相当に手ごわくなっている状態です。このように慢性化してしまった（通常、1年以上継続していると慢性化と最近では呼びます）患者さんは、一般的な抗不整脈薬（例えば一般的な薬としてはサンリズムやリスモダンなど、不整脈を止める作用のある薬）を使っても、多くの場合には心房細動が止まることは難しいだろうと思います。

現在では、以前のように薬だけではなくて、カテーテルを使った治療もあります。慢性になった心房細動の方で

も、それほど進んでいなければ（通常3～4年以内ぐらいの経過であれば）、どうしても洞調律に戻したいということであれば、カテーテルアブレーションを行うことによって洞調律を維持することができる可能性が高くなります。このような治療法もかなり一般的になってきていると思います。

池脇 そうすると、3番目の質問に対する基本的な答えというのは、慢性化して抗不整脈薬で治療しているにもかかわらず心房細動治療薬で継続する場合には、抗不整脈薬に関しては必要ないと考えてよろしいですか。

山根 そのとおりだと思います。そういうケースをよく目にするのですけれども、すでに慢性化していて、先ほど挙げたような抗不整脈薬をのんでも効果がない。効果がないのに、延々とそういう薬をだだらとのみ続けていくということは本当に良くありません。よく知られていますけれども、抗不整脈薬は別の新たな、より危険な不整脈を起こしてしまう再不整脈作用も持っていますので、だだらと続けるということは得策ではありません。

池脇 どうもありがとうございます。