

新規発症の心房細動患者への対処法

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター循環器内科講師

松尾 征一郎

(聞き手 池脇克則)

休日や夜間に新規発症の心房細動患者を診察した場合の対処法についてご教示ください。

無症状であったり、軽い動悸症状のみであった場合でも、すぐに病院へ紹介して循環器専門医の診察を受けさせるべきでしょうか。それとも抗凝固剤を処方して、翌日の病院の診療時間内に受診させてよいでしょうか。

<大分県開業医>

池脇 私も時々、心房細動の患者さんを拝見しますが、基礎疾患があるかどうか、抗凝固剤をやっておくかどうか、スコアでチェックしながらのため、せっぱ詰まった時間軸では考えないことが多いのですが、質問は緊急の状況で、循環器の先生に受診を促すべきなのかということです。実際にそういう患者さんはいるのでしょうか。

松尾 基本的に心房細動という病気自体が、急に体の循環動態などに影響を及ぼすことはあまりなく、心房細動の患者さんで救急的に処置をしなければいけないことは非常にまれだと思います。

その中でも、リズムが乱れるとか、

脈がすごい速くなりすぎる、心不全に近いような状態の患者さんがいることもまれにはあります。どちらかという、例えば心電図がこうだから、心房細動がこういう型だから病院に送る、そういうことではなくて、心房細動以外の心臓の症状がどれだけあるか、例えば酸素濃度が下がっていきそう、血圧が少し落ちていきそう、そういうことであれば、心房細動の患者さんであっても、心不全とか、そういうことで緊急に病院を受診させたほうがいいケースもゼロではないと思います。

池脇 心房細動によって、肺水腫等の心不全で酸素濃度も低下しているような状況は、その場できちんと治療す

る必要がありますが、そういう新規の心房細動患者さんが受診することはありますか。

松尾 基本的に、心房細動の人を見ていたらそういうことが起きたというよりは、心不全という症状で受診した人が初めて心房細動について言われたケースがほとんどです。心房細動だけれども、どうしようかという医療過程というか、思考過程には確かにならないですし、なったことはないですね。

池脇 そうすると、心房細動を中心に考えるよりも、心不全の患者さんが来て、それに対しての急性期治療ということで、心房細動の治療というよりも心不全の治療というくくりでよいですね。

松尾 おっしゃるとおりです。

池脇 先生には、アブレーションも含めた治療でコンサルトがあると思うのですが、最初の心房細動というのは案外、健診で見つかるとか、全く本人は自覚症状がないとか、ありそうな気がしますでしょうか。

松尾 東京慈恵会医科大学でも4割ぐらいは症状がなく、健診で見つかったので治療しましょうという患者さんで、カテーテル治療になるといっても、そういう患者さんが多いです。ここでは夜間に受診されていることから、無症状の方が夜間にいらっしゃることは設定的に難しいかと思いますが、基本的には動悸という意味で症状がどちら

だから緊急を要するとか、心不全という特別な状態を除いた場合には、それで治療方針ががらっと変わることは通常はないと思います。

池脇 確かに、自覚症状がなければ休日や夜間に診療所、病院を受診することはまずありません。例えば動悸があった、心電図で心房細動だった場合に、循環器が専門ではない先生には、さあどうしようということにはなるかもしれないですね。動悸の治療は、その場で行ったほうがいいのでしょうか。

松尾 基本的に心房細動の患者さんの動悸症状を取ることに关しては、一般的には除細動といいますが、心房細動を薬で止めた後に、心臓の中にすでにあった血栓が飛びリスクが少し増えたりするので、クリニックや、細かい超音波などができないようなところで、薬剤を含めた、心房細動をこちらから止めに行く作業は控えたほうがよいのではないかと思います。

そういう意味で、患者さんがどうしても症状を取りたいということであれば、夜間であっても病院を紹介せざるを得ない。実際、そういうことで紹介されることもあります。患者さんが1~2日、例えば朝までは待てるのであれば、夜間にわざわざそういうことをするというのは、患者さんにとってもリスクになるかもしれないので、あまりないと思います。

池脇 軽い動悸の症状ですから、お

そらく低血圧とか、血行動態に影響するような状況でもないので、本人がもし気になるようだったら、ちょっと不安を取るような薬ぐらいでもよいでしょうか。

松尾 それは非常にいいと思います。

池脇 確認ですが、以前は緊急の電氣的な除細動を行うことがありましたが、現在はどうでしょうか。

松尾 緊急の除細動というのは、今は症状だけです。中には本当に救急車を呼んでいらっしゃる方もいますので、どうしてもこの症状を取らないと仕事ができないとか、そういう場合には、それほど昔の発症ではないことが確定できるようなはっきりした症状などがあった場合のみ、電氣的除細動までいきます。今はワルファリンの時代と違って、抗凝固治療もそんなに煩雑な状況ではありません。基本的にはきちんと抗凝固療法をしたうえで除細動の治療をするのがベターですから、緊急で来て、いきなりその場で、初めて会った患者さんに電氣的除細動まで行うケースは減っていると思います。

池脇 そうすると、すぐその場で循環器の専門医に受診させるべき患者さんはごくわずかで、心不全など血行動態に影響が出ているとか、強い動悸があるなど、そういった症例に限られる。

松尾 そうですね。非常に限られた症例であると理解していただいていいのではないのでしょうか。

池脇 ただ、いずれにしても、循環器の先生につなぐことは、遅かれ早かれ必要で、その場合に患者さんが「明日行ける」ということになれば、そのまま行っていただく。

松尾 そうですね。

池脇 少し間が空くときには、抗凝固療法を行うかどうかということですが。

松尾 抗凝固療法がワルファリンのように血液のモニタリングをしなくても行えるようになったのは、患者さんにとっても福音の一つですけれども、逆にいうと、今までワルファリンであれば、うちでは採血できないからと病院に任せられたものが、開業医でもある程度安全にできるようになった事実を認識しなければいけないので、こういう質問になっているのだと思います。1～2日という単位で病院に行けるのであれば、それは病院の先生にお任せする。

抗凝固療法でも、薬剤によっては腎臓が悪い場合には投与できないとか、体重が軽い場合には投与できないとか、幾つか気になる点もあるので、専門病院に紹介されたほうがいいと思います。例えば時間がなくて、2週間などのスパンで無症状であって行けないとか、そういった場合には安全面でいうと、例えばアピキサバンという薬は3項目の減量基準があって、1つが体重で、1つが年齢で、1つが腎機能です。そ

の3項目のうち体重と年齢は、どのクリニックでもわかるので、その2つがクリアされている場合は、腎臓透析でないかぎり減量基準に引っかかりません。そういった意味では最初に使いやすいアピキサバンを2週間のませながら、病院を受診してくださいというのが、現時点で取れる最善の方法かと思えます。

池脇 最後に、先生が専門に行っておられるカテーテルアブレーション、全国的にアブレーションの症例は増えていると思うのですが、どういう症例がアブレーション適応なのか、確認させてください。

松尾 まず1つ、皆さんが気にするのは年齢と、もう一つは心房細動にも進行度があるので、どの程度進行をきたしてしまった心房細動かということです。現時点のガイドラインで年齢制

限は一切ありません。ですから、中には85歳でも90歳でもカテーテル治療を行われる方がいます。今までのエビデンスで一番大きなもの、レトロスペクティブで見ると、80歳を超えた患者さんで術後の脳梗塞予防効果があったという文献は今のところ一つもありません。年齢でいえば、80歳を超えられた方は一段階下がるのかということ、いつ取っても心房細動という、慢性化して3年も5年も経ってしまったケースは、やはりカテーテル治療では現時点ではすっきりいかないことが多いです。その2点に気をつけていただいて、最終的には超音波で心臓の大きさを見ながらの選択になります。どちらにしても一度専門医を受診するのがいいかと思えます。

池脇 どうもありがとうございました。