

## 発作性心房細動

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)

---

数年前に発作性心房細動があり、その後、全く心房細動を認めない患者に対して抗凝固薬を投与する必要性と注意すべき点についてご教示ください。

<京都府開業医>

---

**池脇** 山根先生には心房細動のトピックのときにはたびたび来ていただいております。ちなみに山根先生は、2000年ぐらいにアブレーションの発祥のフランスのボルドーに留学して、向こうのアブレーションを習得されて帰国されました。まだ日本でアブレーションが普及していなかった時期から始めて、関東の主要なアブレーションの拠点の一つを東京慈恵会医科大学でお作りになりました。本来でしたらアブレーションについて教えていただきたいところなのですが、今回は抗凝固薬についてよろしくお願いします。

**山根** この質問はなかなか難しく、一言でお答えできる感じではありません。例えば、この患者さんに症状があるのかどうなのか。その後、全く心房細動を認めないとありますが、それが

どのレベルの話なのか、本当に出ていないのか、出ているけれど無症状でわからないのか、そしてこの患者さんが30歳なのか80歳なのか、そういうことでも大きく話が変わってきくと思います。多面的に考える必要があって難しいのですが、ポイントが3つありますので、それに沿ってお答えさせていただきますと思います。

まず、一般的に心房細動の初回発作を起こした方がその後、どうなっていくのかというのは、ある程度わかっています。半分ぐらいの方は、その後何度も心房細動を起こし、まさに心房細動患者さんという感じになっていく。でも、残りの半分ぐらいの方は1回だけでその後は出ないといわれています。ですから、この患者さんの場合も数年前に1回起こして、その後、出ていな

いとすると、もしかするとそのままもう二度と出ないのかもしれませんが、ただ、やはりこれは未来の話ですから、そんなことはわからないのです。でもその患者さんはもしかしたらもう二度と心房細動が出ないという可能性があることは、頭に置いておいたほうがいいですよ。必要のない抗凝固薬を一生続けるかもしれないことも、医師として考えておかないといけないわけです。難しくなってきましたよね。

**池脇** 今、先生が言われたのは、心房細動の初回発作があった後、何度も続く方が半分、残りの半分には出ない方もいらっしゃるということです。私の印象ですが、心房細動というのは加齢現象で、ある時期に発作性を起こすとだんだんその頻度が高くなって、慢性の持続性の心房細動になっていく。でもこれはどちらかというと高齢者のパターンで、初回発作後は全然起こらないというのは、どちらかというと若い方のパターンなのでしょうか。

**山根** 確かに先生のおっしゃるとおりです。心房細動は、一般的には加齢が原因だといわれていて、そういう方は何度も起こして、心房細動としての治療が必要になってくる方です。一方で比較的若い方には、例えばお酒をたくさん飲んだときやすごくストレスがかかったときなど、たまたま1回だけ起こったという感じの方もいるのです。ですから、心房細動の方というのは、

そういういろいろな方が混ざっているのです。その中で、初回発作の後も心房細動が起こる方と、たまたま1回だけで後は起こらない方もいることは知っておいたほうがいいと思います。質問の患者さんがどちらなのかは全くわからないのですが。

**池脇** 1つ目のポイントはわかりました。次は何でしょうか。

**山根** 次のポイントは心房細動の症状というのは、本当に一人ひとり違うということです。激烈な症状の方から、全く何も感じない方まで、本当にいろいろです。症状の強い人だと、辛くて我慢できずに夜中に救急車で駆けつけてくるような方がいる一方で、全然症状を感じない方も中にはいらっしゃる。そういう個人差があるうえに、あるときは感じて、あるときは感じないという方もいらっしゃいます。お伝えしたいのは、症状の有無と心房細動出現の有無は必ずしも一致しないということです。この質問の中の、その後全く心房細動を認めないというのが、本当に認めない可能性もありますし、本人は二度と出ていないと言っているけれども、実はちょこちょこ出ている可能性もあるということです。そこはよく知っておいていただいたほうがいいと思います。

**池脇** 確かに先生はいろいろなタイプをご覧になっているので、心房細動が起こっていても全く症状がないとい

う人も多く、起こっていないということ  
を断定し、確信を持つのがなかなか  
難しいということですね。

**山根** 難しいです。調べる手立ても  
難しく、外来にいらっしゃったとき  
の心電図や24時間の心電図検査で異常  
がなければ問題ないと従来はされてい  
たかもしれません。近年は、いろい  
ろなIT機器の進歩に伴って、自分で心電  
図を取れる時代になってきています。  
携帯型心電計といわれるもので、時計  
型のものや胸に当てるタイプのものな  
ど、いろいろなもので自分で心電図が  
取れます。そういうものを駆使すると  
心房細動が出ているのか出ていないの  
かをかなり正確に判定できるようにな  
ってきていますので、すごく役に立つ  
と思います。

**池脇** 最後のポイントはなんでしょ  
うか。

**山根** 心房細動が出ても、脳梗塞に  
なりやすい方となりにくい方がいらっ  
しゃいます。これは、一般的にCHADS<sub>2</sub>  
スコアといわれるもので点数化されて  
おり、心機能の低下、高血圧、それか  
ら75歳以上、糖尿病、そして過去の脳  
卒中の既往、このような因子で加点し、  
スコアが2点以上の場合には脳梗塞リス  
クが高いので抗凝固治療が必須とされ  
ています。たとえ心房細動が次に起こ  
ったとしても、脳梗塞を生じるリスク  
がほとんどゼロに近い方もいらっしゃ  
れば、次に起こしたらかなりの頻度で

脳梗塞を起こしてしまう方と、両方い  
ますので、これは一緒にはできないで  
すよね。質問の患者さんが、例えば30  
歳で、高血圧や糖尿病などのリスクが  
ない方であれば、抗凝固薬を継続しな  
くてもいいと思います。一方で、80歳  
で高血圧や糖尿病があったりすれば、  
それだけでもCHADS<sub>2</sub>の点数としては  
3点以上になってくるのです。そうい  
う方の場合は、数年前に発作性心房細  
動があり、次はいつ出るかわからなく  
て、もしかしたら今現在もちょこちょ  
こ出ているかもしれない、というので  
あれば、抗凝固薬は基本的には投与継  
続するというスタンスでいったほうが  
安全なのかもしれません。このように、  
一人ひとりの患者さんの状況に合わせ  
て、新しい診断機器、携帯型心電計な  
ども活用して患者さんの状況を把握し、  
抗凝固治療を行うかどうかを判断して  
いただければいいと思います。

**池脇** 確かに患者さんからまだ薬は  
必要なのですかと相談されると、やめ  
られるのならやめたいという気持ちに  
主治医もなりますが、やはり心房細動  
の脳梗塞は後遺症の残るような大きな  
タイプが多いので、その点、やはり先  
生方は慎重になっているのですね。

**山根** 本当にそうだと思います。心  
房細動が出てないからいいと思われて  
いて、そして脳梗塞を起こして運び込  
まれたあとで、やはり心房細動が出て  
いたというようなケースは本当に少な

くありませんので、リスクを考えて対処したほうがいいだろうと思います。

**池脇** 最後に、私から質問ですが、私が最近診ている70代女性の患者さんで1年弱ぐらい前に脳出血を起こしたあと、心房細動があることがわかりました。その方に抗凝固薬を出すべきかどうか。出血を起こしたところが脳となると悩むところなのですが、どうでしょうか。

**山根** それは難しいですね。非常にまれな症例だと思いますが、まずは抗凝固薬と関係なしに何かしら脳梗塞を起こしやすい因子を持っているかどうかです。例えば、脳外科的な血管の問題や特殊なものを持っていらっしゃる可能性をまずは除外することが必要だろうと思います。ただ、その方は、今後心房細動がまた出て、そして今度は

脳梗塞を起こすリスクも当然あります。今、脳梗塞のリスク、そして脳出血のリスクの両者がある程度埋めるものとして、左心耳閉鎖術という方法があります。内科的脳梗塞の要因となる左心耳に蓋をするという手技がかなり一般的になっています。この手技は、抗凝固薬が飲みにくい方、また抗凝固薬が禁忌の方、そういった方に施術することによって血栓を予防し、抗凝固薬を飲まなくても済むという手技です。さらにはどこかのタイミングで心房細動自体をカテーテルアブレーションで根治させる、そのような治療を併用して考えていくといいかと思います。でも、なかなか難しいですね。

**池脇** 先生のような専門医でもやはり難しいと判断される症例だとわかりました。ありがとうございました。