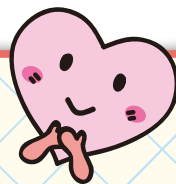


# 01 心房期外収縮

専門医に送ろうかな…という考えは捨てる!!

**ほっと安心，これは大丈夫！**

- ▶すべて安心です！  
心房期外収縮は全部あなたが診ましょう。

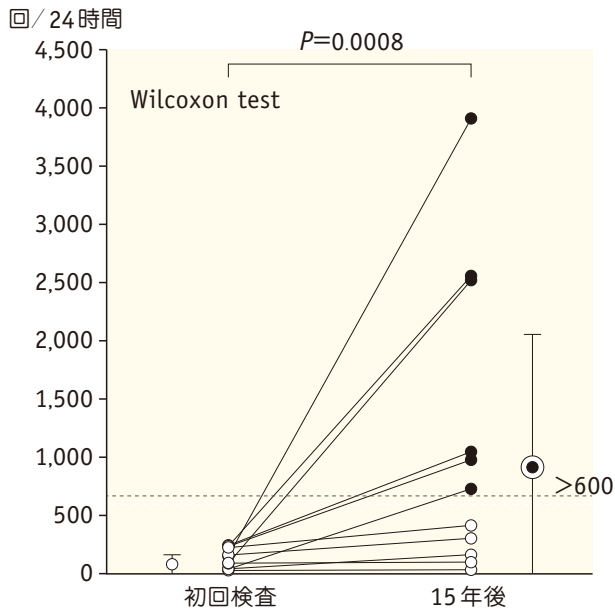


**これはアブない！ 専門医へ送れ！**

- ▶残念ながら，専門医に紹介すべき心房期外収縮の患者さんはいません。
- ▶心電図をどんなにひっくり返しても，患者さんが何を訴えても，「専門医に送ろうかな…」という考えは捨てましょう。
- ▶なぜなら…この不整脈は「病気」と言えないからです！

# 1 「心房期外収縮」は本当にジェネラリストが診ても大丈夫？

- 健康成人における24時間心電図検査で、心房期外収縮は健康成人の93.7%に観察されるとされています。一般人より健康と考えられるトレーニングされた陸上競技者でも40%に心房期外収縮があると言います<sup>1)</sup>。
- 図1**をみてみましょう。60歳以上の健康人に24時間心電図検査を行い、15年後に再び同じ検査を行ったという報告です<sup>2)</sup>。すべての例で心房期外収縮数は加齢とともに増加しました。つまり、心房期外収縮は加齢現象ですね。



**図1** 加齢とともに増加する心房期外収縮  
60歳以上の健康人に24時間心電図検査を行い、15年後に再び同じ検査を行ったところ、すべての例で心房期外収縮数は加齢とともに増加した  
(文献2より改変)

- 12誘導心電図で記録された心房期外収縮が将来の心血管イベントと関係があるかどうかを調査した古い研究もあります<sup>3)</sup>。心房期外収縮の存在は、その後13年間の心血管系死亡率と無関係であることが報告されています。
- つまり、心房期外収縮の患者さんには健康相談のつもりで対処すればよいのです。

## 2 誰でも全員できること—だからあなたが診るんです

### 「心房期外収縮」以外に何かない？

- 別の病気があって、その徴候が心房期外収縮なのかもしれません。といっても、心房期外収縮が特異的に現れる病気はなく、高血圧、貧血、脱水などがいないか確認しておきましょう。

- ライフスタイルの乱れが引き起こしているのかもしれませんが。睡眠不足、ストレス、過度なアルコールの摂取などがいないか確認しておきましょう。これはまさしく健康相談に他なりません。

## 症状に対してどうすればいい？

- 症状に耳を傾ける態度に徹しましょう。たびたび申し上げますが、これは健康相談なのです。聞いてあげるだけで少しはよくなるはずですよ。
- 「心配のない」ことを繰り返し伝え、心房期外収縮は命や病気とは関係ないことを理解してもらいましょう。
- そして、生活習慣を見直すように指導しましょう。
- 初診時には決して薬物を処方しないように！ 健康相談と教育の効果を、患者さんが薬の効果だと誤解してしまい、薬をやめられなくなります。
- それでも再び受診するような強い症状なら、そこで初めて薬を使います。用いる薬は精神安定薬（クロチアゼパム：リーゼ<sup>®</sup>5mg/日程度の少量で十分）です。そして症状が軽くなったら、いつでもやめていいことを伝えます。

健康人でもみられる不整脈に長々と薬を使う必要はない。

## 3 プロになった気分で…

- 「しかし、この心房期外収縮は将来の新しい不整脈を予知しているのではないだろうか？」と考えたとき、既にあなたはプロのレベル！ なんとなく心房細動と関係があるような気もします。
- そんな報告を示しておきましょう。図2は一見健康人のホルター心電図所見と、その後1年間における1,000人当たりの心房細動発生数の関係を示したものです<sup>4)</sup>。
- これをみますと、どんぴしゃり！ 心房期外収縮の1時間当たりの数、あるいは最大連発数と将来の心房細動発生はどうやら関係があるようです。
- 「じゃあ、心配しなきゃいけないじゃないか！」と言われそうですが、この報告は若年者には当てはまりません。ついでに、発生者数をみるとせいぜい年間1%（つまり心房期外収縮の多い患者さんを100人・1年間追いかけて、1人発生するかどうかのレベル）にしかすぎません。
- ということで、これはプロ的な知識なのですが、実用的な知識ではないですね。
- 筆者はそもそも、心房期外収縮の患者さんに24時間心電図検査をしていません。

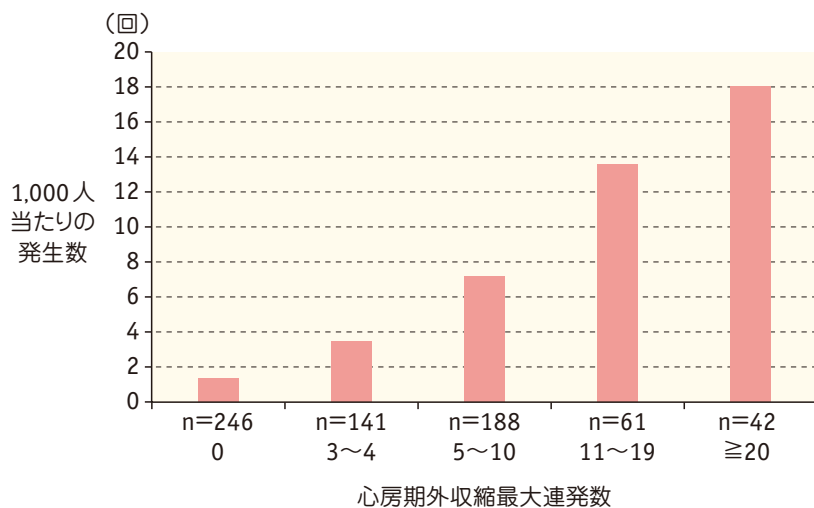
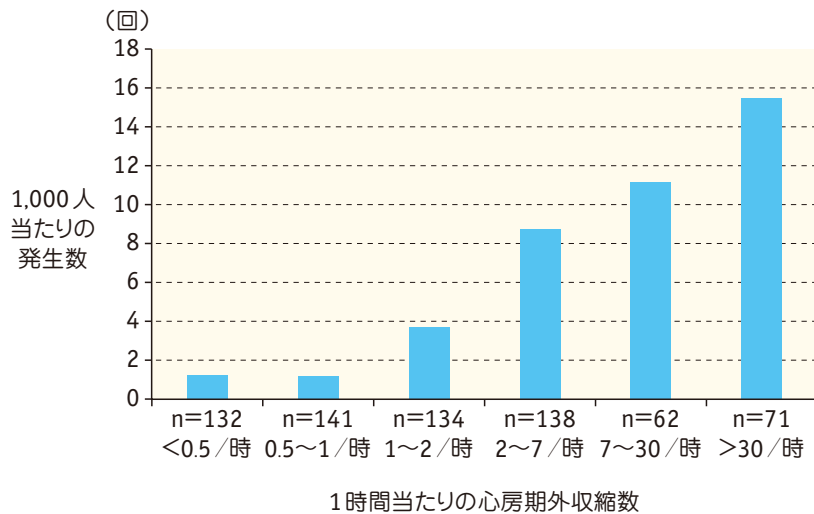


図2 健康人のホルター心電図所見とその後1年間の1,000人当たりの心房細動発生数  
(文献4より改変)

文献

- 1) Pantano JA: Am Heart J. 1982; 104(4 Pt 1): 762-8.
- 2) Tasaki H, et al: Int Heart J. 2006; 47(4): 549-63.
- 3) Cullen K, et al: Br Heart J. 1982; 47(3): 209-12.
- 4) Binici Z, et al: Circulation. 2010; 121(17): 1904-11.

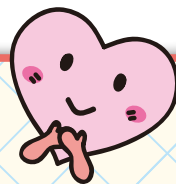
(山下武志)

## 02 無症状の心室期外収縮

無症状の心室期外収縮は経過観察でよい！

### ほっと安心，これは大丈夫！

- ▶ 下記に該当しない無症状の心室期外収縮に対しては，何もする必要はありません。経過観察のみで十分です。
- ▶ 無症状の心室期外収縮に抗不整脈薬を投与してはいけません。薬の効果がはっきりわからないだけでなく，副作用ばかりが目立ってしまう可能性があります。



### これはアブない！ 専門医へ送れ！

- ▶ 無症状の心室期外収縮でも，非常に数が多いもの，多形性のもの，連発するもの，連結期が短いもの(R on T型)は危険なことがありますので専門医への紹介を検討して下さい。
- ▶ 基礎心疾患を合併しているときも注意が必要です。基礎心疾患が重篤であれば，危険な不整脈(心室頻拍や心室細動)に移行したり，血行動態に悪影響を与えたりすることがあるからです。この場合も，専門医への紹介をしましょう。



# 1 「心室期外収縮」は本当にジェネラリストが診ても大丈夫？

- 心室期外収縮は、日常臨床の中で最もよくみられる不整脈のひとつです。
- 心臓にまったく異常のない健常者にも多くみられ、24時間心電図検査を行うと、報告にもよりますが約40～100%の人にみられると言われています<sup>1)</sup>。その頻度は年齢とともに増加することが指摘されています。
- 心室期外収縮の予後は一般に良好です。特に基礎心疾患がない健常者では、心室期外収縮がみられない人とほぼ同じ生存曲線を示すと考えられています。
- 予後の良い不整脈ですから、ジェネラリストが診てもまったく問題ありません。
- 心室期外収縮の重症度を画一的に評価することは難しいですが、Lown分類という分類法があります(表1)<sup>2)</sup>。この分類は、もともとは心筋梗塞に伴う心室期外収縮の重症度判定に使われていたものですが、日本ではすべての心室期外収縮に対して使用される傾向にあります。Gradeが高いほど危険と認識されがちですが、必ずしもそうとは言い切れません。あくまでも、どのような種類の心室期外収縮があるのかを知るための参考資料程度としてとどめておくのがよいでしょう。

表1 Lown分類

Grade 0	なし	
Grade 1	散発性(30回/時間以下)	
Grade 2	多発性(30回/時間以上または1回/分以上)	
Grade 3	多形性	
Grade 4	連発性	a:2連発
		b:3連発以上
Grade 5	R on T型	

(文献2より改変)

- 心室期外収縮の治療を考える上で、「症状の有無」は重要なポイントです。無症状の心室期外収縮に対して抗不整脈薬を投与してはいけません。もともと症状がないわけですから、治療効果を患者さんが自覚できないだけでなく、薬の副作用(消化器症状や催不整脈作用など)ばかりが前面に出てしまう可能性さえあります。
- 何もしないことが最善の治療法であることを心にとどめ、患者さんには「安全な不整脈であり、経過観察のみで十分であること」をきちんと説明してあげる必要があります。

症状のある心室期外収縮のみが治療の対象となり、無症状の場合は放っておいても大丈夫。

## 2 誰でも全員できること—専門医に送るまでに何をするか

- 無症状の心室期外収縮であっても、非常に数が多いもの、多形性のもの、連発するもの、連結期が短いもの(R on T型)は時に注意が必要です。
- 1枚の心電図ではうまく評価できないこともありますので、そういう場合は24時間ホルター心電図検査を施行してみるとよいでしょう。数や形、連発の有無など、より詳細な情報を得ることができます。
- 心室期外収縮の治療におけるもう1つの重要なポイントは、「基礎心疾患の有無」です。心室期外収縮は、基礎心疾患の存在やその増悪を反映している場合があるからです。
- しかし、基礎心疾患を検索するといっても、日常の一般内科診療では、①病歴聴取(心疾患を疑う病歴はないか)、②聴診(病的な心雑音はないか)、③胸部X線(心臓の大きさや形に異常はないか)、④心電図(基本の波形に異常はないか)、といった点をチェックすれば十分でしょう。これらに異常がなければ、少なくとも重篤な基礎心疾患の存在は否定的と考えられます。

ホルター心電図検査で心室期外収縮が多発している場合や重篤な心疾患の存在が疑われた場合は専門医に相談を！

## 3 プロになった気分で…

- 1980年代に行われたCASTという有名な臨床試験があります<sup>3)</sup>。試験開始当初は、抗不整脈薬を用いて心室期外収縮を抑制すれば生命予後が改善すると考えられていました。しかし結果は逆であり、抗不整脈薬群ではむしろ死亡率が高くなってしまいました(図1)<sup>3)</sup>。
- 大切なことは、心室期外収縮そのものをなんとかしようとするのではなく、その原因となる基礎心疾患を治療することなのです。
- 一方で、明らかな基礎心疾患がないにもかかわらず、心室期外収縮が出てしまうこともあります。さらに、心室期外収縮がきっかけで心臓突然死を発症する症例が一部には存在するのも事実です。
- しかし、突然死を起こすような症例は全体のごく一握りであり、それを見分ける明らかな基準があるわけでもありません。心室期外収縮を持つ症例すべてに対して突然死の可能性を説明するのは、現実的な対応とは言えないと思います。
- 心室期外収縮そのものをなくす治療法として、カテーテルアブレーションがあります。実際、多発する心室期外収縮をアブレーションで減少させることで心機能が改善したと



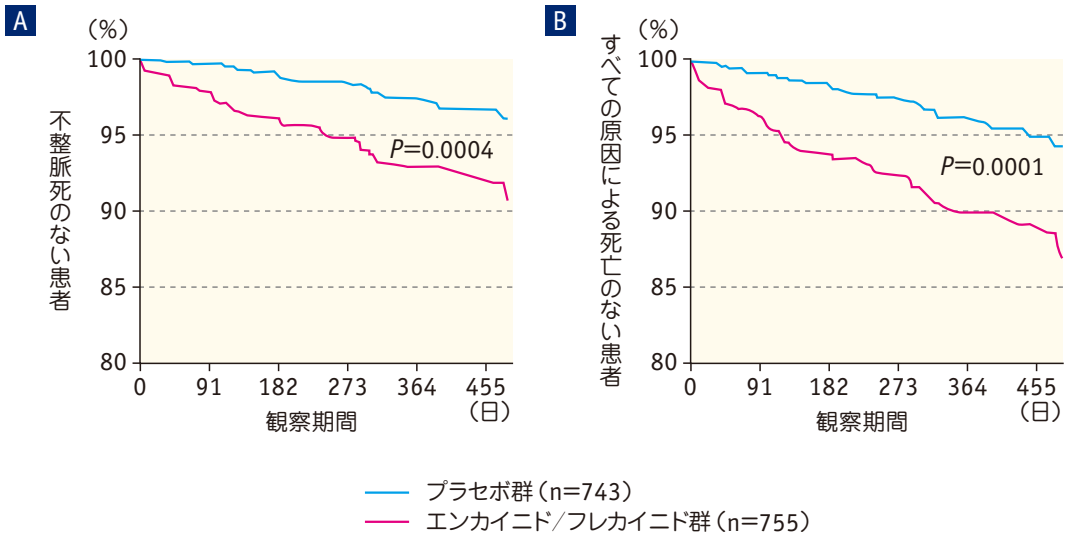


図1 CAST試験の結果

CAST (Cardiac Arrhythmia Suppression Trial) 試験は、抗不整脈薬の適応や投与法についてその後の分水嶺となった。抗不整脈薬が予後を悪化させるといった衝撃的な結果であった (文献3より改変)

いう報告もあります<sup>4,5)</sup>。心室期外収縮がきっかけで突然死を起こすような症例もアブレーションの適応となるでしょう。心室期外収縮の治療を考えた場合、抗不整脈薬による薬物治療よりもアブレーションのほうが明らかに有効であると思われます。

- 一見、無症状と思われる心室期外収縮の患者さんも、アブレーションを行って心室期外収縮を根治させると「体がすごく楽になりました」「実は動悸があったことに気づきました」というような感想を述べることもあり、治してみても初めて有症状であったことに気づくという症例を時に経験します。期外収縮がたくさん出ていると、それに体が慣れてしまうのかもしれませんが。
- 多発する心室期外収縮に関して、どれくらいで治療をしたほうがよいかという明確な基準はありませんが、ホルター心電図で総心拍数の20%を超える心室期外収縮を認める場合は、治療を検討してよいかもしれません。しかし、アブレーションには成功率や合併症といった問題点もあります。最近はかなり一般的な治療になりつつありますが、詳しいことは専門医に任せたほうが無難かもしれません。

## 文献

- 1) Luebbert J, et al: Card Electrophysiol Clin. 2016; 8(3): 503-14.
- 2) Lown B, et al: Circulation. 1971; 44(1): 130-42.
- 3) Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators: N Engl J Med. 1989; 321(6): 406-12.
- 4) Bogun F, et al: Heart Rhythm. 2007; 4(7): 863-7.
- 5) Penela D, et al: Heart Rhythm. 2017; 14(12): 1864-70.

(増田慶太)