

<初診時診療録>

診察日： \_\_\_\_\_

記載者： \_\_\_\_\_ (学籍番号 \_\_\_\_\_)

患者名： 佐藤 太郎 (さとう たろう)

年 齢： 50 歳

性 別： 男性

主 訴： 動悸

現病歴： 2年前から時々動悸を認めていたが自然に軽快していた。本日、昼食後から、同様の動悸を認め、横になって休んでいたが軽快しないため来院した。これまでの動悸発作は、2~3か月に1度程度で、1時間ほど持続するものであったが、今回のものは4時間ほど持続している。これまで、発作時に受診しようとした際に症状が消失したため、明らかな心電図異常は指摘されていない。動悸発作時に冷汗と息切れとは認めない。多汗、体重減少および下血も認めない。

患者は動悸を早く止めて欲しいと思っている。

既往歴： 18歳時にアキレス腱断裂、45歳から高血圧症と糖尿病とで内服中。

毎年健康診断は受けているが心電図で異常を指摘されたことはない。

生活歴： 喫煙歴はない、飲酒はビール 350 mL/日

アレルギー歴： 薬剤・食品に関するアレルギーはない。

家族歴： 父： 40歳で交通事故死。母： 高血圧

社会歴： 特記すべきことはない。

身体所見： 意識は清明。身長 170 cm、体重 68 kg。体温 36.0℃。脈拍 122/分、不整。血圧 118/68 mmHg。SpO<sub>2</sub> 97% (room air)。眼瞼結膜に貧血を認めない。甲状腺に腫大はない。心尖部を最強点とした全収縮期雑音を認める。下腿に浮腫を認めない。

血液所見： 赤血球 406 万、Hb 13.0 g/dL、白血球 6,000、血小板 24 万。

血液生化学所見： 総タンパク 7.2 g/dL、アルブミン 4.0 g/dL、AST 20 U/L、ALT 21 U/L、LD 202 U/L (基準 124~222)、BUN 10 mg/dL、Cr 0.7 mg/dL、Na 140 mEq/L、K 4.0 mEq/L、Cl 108 mEq/L、随時血糖 104 mg/dL、HbA1c 6.3%。NT-proBNP 120 pg/mL (基準 125 以下)。TSH 2.8  $\mu$ U/mL (基準 0.3~4.9)、fT<sub>3</sub> 3.0 pg/mL (基準 2.5~4.0)、fT<sub>4</sub> 1.3 pg/mL (基準 0.8~1.4)

12誘導心電図： 心房細動である。完全右脚ブロックを伴っている。II、III、V1に陰性T波を認める。

胸部エックス線： 肋骨横隔膜角は両側鋭である。心胸郭比 49%。肺野に異常はない。大動脈弓石灰化を認める。

心エコー： 心機能は軽度低下 (左室駆出率 50%)。左室・左房の拡大はない。中等度の僧帽弁逆流ジェットを認める。

<プロブレムリスト>

#1. 心房細動 (発作性心房細動)

#2. 僧帽弁閉鎖不全症

<診療計画>

(1) 診断計画：

次回受診時に心電図、症状を確認して、今回の発作が一時的なものなのかどうかを判断する。また無症候性の場合もあるので、Holter心電図を予定する。

(2) 治療計画：

**Holter** 心電図の結果も考慮し、心房細動がどれ位の頻度で発生しているのかを、外来で経過をみる。高血圧症、糖尿病を認めるため、**CHADS<sub>2</sub>**スコア 2 点であり、脳梗塞のリスクが高いため、抗凝固療法は継続する。心房細動の頻度が以前より増えてくれば、カテーテルアブレーションを考慮する。

(3) 説明計画：

心房細動自体は、心臓が止まったりする危険な不整脈ではないが、脳梗塞を合併するリスクがあるため、治療が必要である。脳梗塞の予防のために、抗凝固療法が必要であり、心房細動自体に対する治療としてはカテーテルアブレーションが有効である。心房細動が慢性化すると、心機能低下にもつながり、将来的に心不全のリスクもでてくる。心房細動が慢性化するまえにカテーテルアブレーションをすることが推奨される。