

「心房細動の見つけ方とその対応」(2013年12月26日)

旭川医科大学 保健管理センター
教授 川村祐一郎先生

高齢社会を迎えた今、心房細動患者さんに対する脳卒中予防が重要な課題になっています。近年、新規経口抗凝固薬 (NOAC) が登場したことで心房細動患者さんに対する抗凝固療法が大きく変わりつつあります。2013年の締めくくりに、旭川医科大学保健管理センター教授の川村祐一郎先生にご講演いただきました。

【講演要旨】

1) 心房細動 (Af) の見つけ方

心房細動による脳梗塞 (心原性脳塞栓) は大梗塞が多く、生命予後・機能予後が不良であるため、抗凝固薬による一次予防が重要である。

しかし、実は心房細動であることに気付いていない場合も多く、動悸などの自発的な受診での発見は40%程度である。したがって、「無症状の心房細動患者 (隠れ Af) を発掘するにはどうしたら良いか」が第一の課題となる。

無症状の心房細動を見つけるには、健康診断、外来での検脈や定期検査などがあるが、近年普及した家庭血圧計で「測定不能 (エラー)」や「不整脈」といったコメントがでた場合は心房細動の可能性がある。

その他、心房細動になりやすい人として加齢、高血圧、糖尿病、肥満 (メタボ)、睡眠時無呼吸症候群などがあり気をつけるべきである。なお、発作性心房細動と慢性心房細動で脳梗塞発症に差はない。

2) 心房細動が見つかったら

心房細動と診断したら、心拍数のコントロールと抗凝固療法を考慮する。

脳梗塞のリスク評価には CHADS2 スコアと CHA2DS2-VASc スコアがある。

CHADS2: うっ血性心不全 1点、高血圧 1点、75歳以上 1点、糖尿病 1点、脳卒中/TIA 既往あり 2点

CHA2DS2-VASc: CHADS2 スコアをベースに 75歳以上 2点、65~74歳を 1点、その他血管疾患と女性がそれぞれ 1点

新規経口抗凝固薬 (NOAC) が発売されるまではワルファリンは日本で唯一の経口抗凝固薬だったが、心房細動患者さんへの処方率およびそのコントロール

状況は必ずしも十分ではなかった。その理由として、脳出血などの出血性合併症への懸念（実際アジア人は出血しやすい）、使用の煩雑さ（食事や薬物との相互作用、外来受診時採血の必要性など）があげられる。

NOAC は現在直接トロンビン阻害薬のダビガトランと第 Xa 因子阻害剤のリバロキサバンおよびアピキサバンが使用可能で、これら NOAC の特徴は頭蓋内出血の頻度が明らかに低いこととワルファリンのような使用の煩雑さがないことである。

有効性の面では、非弁膜症性心房細動患者を対象とした RE-LY 試験においてダビガトラン 300mg/日群はワルファリン群よりも有意に脳卒中/全身性塞栓症の発症を抑制している。

NOAC の登場により心房細動の治療ガイドラインが改訂されつつある。欧州心臓会議 (ESC) の心房細動管理ガイドライン 2012 では CHA₂DS₂-VASc スコアが 1 点以上の場合には NOAC を第一選択薬とした。例えば 65 歳以上であれば他のリスクがなくとも NOAC 処方への適応となる。

川村教授の外来においても NOAC の新規処方例が激増しており、これは従来ワルファリン投与がためらわれていた軽症例への処方が増えたことによると考えられる。

しかし日本においては NOAC も低用量で「控えめ」使われている例が見受けられるので、脳梗塞発症予防のためには副作用に注意しながら常用量（ダビガトランなら 300m/日）を投与すべきである。

文責：高橋文彦（循環器内科）

注：この学術講演会は留萌医師会、北海道薬剤師会留萌支部、留萌保険薬局事業協同組合、日本ベーリンガーインゲルハイムの共催、北海道医師会の後援で行われました。