

● 一般演題

80 歳以上の高齢者に対し Rhythm Control を行った 3 症例

大宮医師会市民病院 内藤勝敏・中島 博・房野隆文
和田 修

はじめに

心房細動(AF)は最も一般的な不整脈の一つであり、高齢になるに従い増加するとされている¹⁾。心房細動患者の脳梗塞の発症率は正常者と比較して5~6倍高くなり、脳梗塞を発症すればquality of life(QOL)を著しく低下させるために、その治療法について議論が盛んな疾患である。一つの治療法であるrhythm controlの是非は議論の分かれるところであるが、現在までにその優位性を示すエビデンスは得られていない。今回さまざまな理由から85~96歳の高齢者の心房細動に対してrhythm controlを選択した3症例を経験した。

1 症 例

1) 症例1:85歳, 女性

高血圧および慢性心不全の診断で近医に通院していた。平成17年5月28日より息切れが出現したため近医を受診し、一時的に症状軽減したが、再び呼吸苦が増悪したため6月3日当院救急外来受診。呼吸苦を訴え、頸静脈怒張と下肢浮腫が認められた。血圧は123/75mmHg, 心拍数は110/分で不整を認めた。肺野に湿性ラ音と収縮期雑音聴取(LIII/VI)を聴取し、胸部X線ではCTRが拡大と肺うっ血および胸水を認めた。心電図では頻脈性心房細動であった。UCGではLVEFは50%でLAD 63mm, LVDd 62mmと左房, 左室ともに拡大していた。

入院後の調律は原則的には心房細動でときどき洞調律に復することがあった。発作性心房細動の病歴は不明であったが、心断層超音波所見も考慮し、rate controlを基本に心不全

治療と低分子ヘパリン投与を行った。心不全は利尿薬で著明に改善したが、第2病日より心房細動が持続した。安静時心拍数は60/分程度で安定していたが、活動度の上昇に伴い軽労作で120ppmを超える頻脈傾向を認めた。患者はエレベーターのない5階に独居し、頻拍の自覚症状がないために活動を自制できないこと、BNPが高値(1125.9 pg/mL)で潜在的な心不全状態と考えられることの2点を考慮し、インフォームドコンセントを得たうえで心不全再発回避目的のrhythm controlを試みた。

第7病日よりベプリジル100mg/日を開始し、第14病日に洞調律に復し、第46病日に退院した。その後外来でベプリジルを50mg/日に減量したが、退院後約1年間、Holter心電図を含めた検査上は洞調律を維持し、また心不全の悪化も認めていない。

2) 症例2:88歳, 女性

高血圧, 高脂血症, 上室性期外収縮などの診断で近医に通院していた。平成18年1月中旬ごろより軽労作時息切れを自覚するようになったため1月21日に近医を受診し、右側胸水と頻脈性心房細動を認めたため当院へ紹介受診した。血圧は121/88mmHg, 心拍数は124/分で不整を認めた。湿性ラ音や心雑音は聴取しなかったが、頸静脈の怒張と下肢の浮腫を認めた。心電図は頻脈性心房細動を呈しており、胸部X線ではCTRは60%と拡大し、肺うっ血および少量の胸水を認め心不全の診断で入院となった。

入院後rate controlを基本に心不全治療と低分子ヘパリン投与を行い、第7病日にはうっ血や胸水は改善したが、CTRは59%とほぼ不変

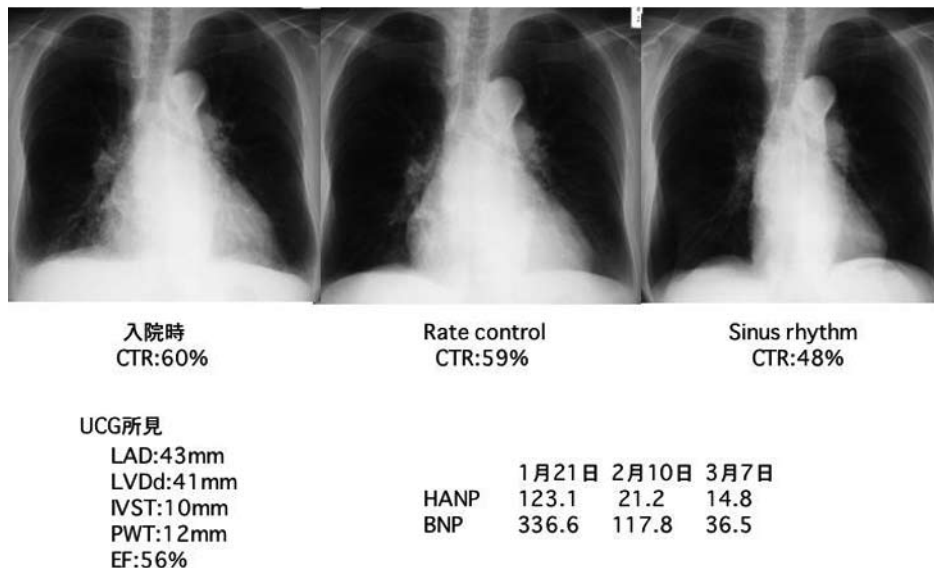


図1 症例2における chest X線およびBNP, HANP経過と入院時UCG所見

であった。心房細動は持続していたが、安静時心拍数は80/分程度で安定していた。息切れ症状は改善したが、症状出現時より耳鳴、頭重感や不眠などの症状が持続し、活動度の上昇に伴いrate controlも不安定となっていたため、インフォームド Consentの下にrhythm controlを試みた。同日よりペプリジル100mg投与を開始し、第19病日に洞調律に復し、諸症状も消失した。徐脈傾向を認めたため以後50mg/日に減量したが、その後も洞調律を維持し、46病日にはCTRは48%まで縮小し、BNP, ANP値も著明に改善し退院となった(図1)。

3) 症例3:96歳, 女性

糖尿病, 脳梗塞後遺症, 高血圧の診断で近医に通院していた。平成17年7月末頃より食欲の低下を認めたため、精査加療目的で当院へ紹介受診した。活気がなく数日間ほとんど食事摂取できなくなっており精査加療目的で入院となった。来院時心拍数は98/分の心房細動を呈しており、下肢に軽度の浮腫を認めたが、頸静脈怒張はなく、心雑音や肺野にラ音は聴取しなかった。血圧は149/94mmHg, 胸部X線上ではCTRが59%と拡大していたが、肺うっ血や胸水は認

められなかった。

入院後の調律は心房細動と洞調律を繰り返す、発作性心房細動であったが心房細動の時間が長く、動悸や胸部不快の訴えもなかったためrate controlにより経過観察とした。抗凝固療法については同意を得られず、以前より服用中であったアスピリンを継続投与とした。入院前はほとんど食事摂取できない状態であったが、入院後ときどき表情の改善と6割以上の食事摂取することがあった。経過より洞調律時において有意な改善を認めたこと(図2), および家族の希望もあって第12病日よりrhythm controlを試みた。アミオダロン50mgを開始したが、KL-6の上昇傾向と、25病日よりAFが持続していたため、33病日よりペプリジル50mgへ変更した。翌日、洞調律となりその後基本的には洞調律を維持した。一度退院可能な状態まで改善したが、その後残念ながら誤嚥を契機として徐々に衰弱し洞調律復帰後3ヵ月で永眠された。

2 考 察

AFFIRM²⁾やRACE³⁾などの大規模臨床試験が報告され、rate controlにおいてもrhythm

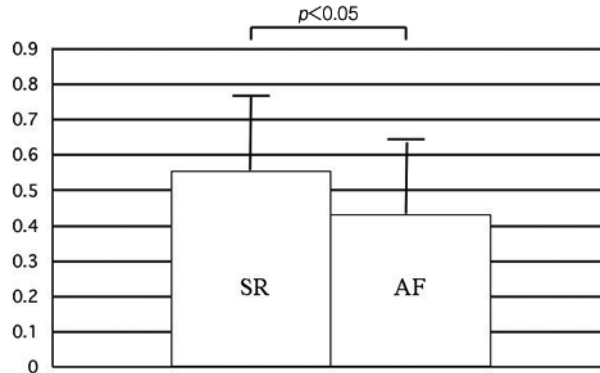


図2 洞調律時とAF時の摂食量の比較

1回の食事を1とした時の割合で表している。有意に洞調律時の摂食量が良好であった。

表1 3症例の比較

	症例1	症例2	症例3
症状	心不全	心不全 不定愁訴(耳鳴, 頭重感, 不眠)	食欲不振
抗不整脈薬	bepidil 100mg → 50mg	bepidil 100mg → 50mg	amiodarone 50mg → bepidil 50mg
除細動の可否	可	可	一応可
除細動までの期間	7日	12日	3週間
SR後の変化	QOL改善 約1年外来通院	不定愁訴の改善 CTRの縮小	有意な食欲改善
血栓予防	heparin → aspirin → warfarin	heparin → aspirin	aspirin

controlと同等以上の生命予後が期待できるとされた。心房細動は致死的不整脈ではないゆえに、治療によって生命予後をむしろ悪化させることは避けなければならない。一般的に高齢者症例では基礎疾患を有していることが多く、代謝機能や活動性は低下し、自覚症状も乏しい場合が多く、治療では注意が必要である。

心房細動の抗不整脈薬による長期的洞調律維持率については多くの報告がなされてきたが、その効果は薬剤や報告によって異なり、また維持効果は決して高いとはいえず、その治療限界は容易に想像できる。また、ペースメーカー植え込み術を施行された心房細動歴を有する患者における心房細動再発は、一般の心電図やHolter心電図での検討では 19 ± 11 ヵ月で48%であったが、ペースメーカー本体の記録では88%

と一般心電図などと比べて高率であった⁴⁾という報告は、検出方法の限界を示すものであろう。したがって、厳密な長期的洞調律維持率はさらに低いと思われる。

これらの理由から高齢者の心房細動治療はほとんどの場合rate controlが選択されることとなる。平成18年8月の時点ではJ-RHYTHMの結果が発表されておらず、今回われわれが施行した洞調律維持の試みはChen⁵⁾やBoos⁶⁾らの報告にあるように、エビデンスに基づく高齢者の心房細動に対する治療戦略が基本的にrate controlと抗凝固療法であるというエビデンスを覆す目的ではない。

今回80歳以上の高齢者に対するrhythm controlを試みた3症例は、洞調律化に伴い不眠や耳鳴、食欲不振という症状が改善するなど

QOLの改善が得られ(表1), また症例1では心不全による入院を抑制できた。これらの事実から rhythm control を積極的に試みるべきであるという主張を行うつもりはないが, QOLの改善が高齢者の治療でも考慮すべき治療目標であることには変わりはない。むしろ高齢者ゆえに今回の3例はQOLの改善によって治療効果がより顕著に現れたと考える。

今回の症例は, 今まで高齢者ということで全く顧みられなかった rhythm control であるが, インフォームドコンセントを得たうえで適切な管理と患者自身または家族による理解と注意が可能な環境であれば, rhythm control を行うことによりQOLの上昇が期待できることもあることを示していると考えられる。したがって, 80歳以上の高齢者であっても rhythm control も一つの有効な治療戦略となりうる可能性があると思われた。

結 語

80歳以上の高齢者に rhythm control を選択した3症例を経験した。今回の症例から洞調律維持の臨床的有意性について言及できるものではないが, いずれの症例もQOL上昇は明らかで, これらの症例にとって rhythm control は有効な治療戦略と考えられた。抗不整脈薬による

長期的洞調律維持には限界があり, AFに対する rhythm control については議論の残るところであるが, 高齢者には選択されにくい rhythm control も, 症例によっては有効な治療戦略と考える。

文 献

- 1) 加藤武史. 心房細動の分類と疫学. 山下武志編集. 心房細動第1版. 東京:メジカルビュー社:2004. p. 14-20.
- 2) Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, et al: Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators, A.F.F. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2002;347:1825-33.
- 3) Gelder ICV, Hagens VE, Bosker HA, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. N Engl J Med 2002;347:1834-40.
- 4) Israel CW, Gronefeld G, Ehrlich JR, et al. Long-term risk of recurrent atrial fibrillation as documented by an implantable monitoring device: implications for optimal patient care. J Am Coll Cardiol 2004;43:47-52.
- 5) Chen J, Rich MW. Atrial fibrillation in the elderly. Curr Treat Options Cardiovasc Med 2003;5:355-67.
- 6) Boos CJ, Carlsson J, More RS. Rate or rhythm control in persistent atrial fibrillation? QJM 2003; 96:881-92.