

1. 僧帽弁狭窄症

【成因と病態生理】

僧帽弁口が何らかの原因で狭窄。拡張期に左房への血液流入が障害された結果、心房細動、肺うっ血、肺水腫、塞栓症、右心不全などをきたす。原因は**リウマチ熱**の心内膜炎からが多い

【症状】

労作時呼吸苦、咳嗽、起座呼吸

【検査】

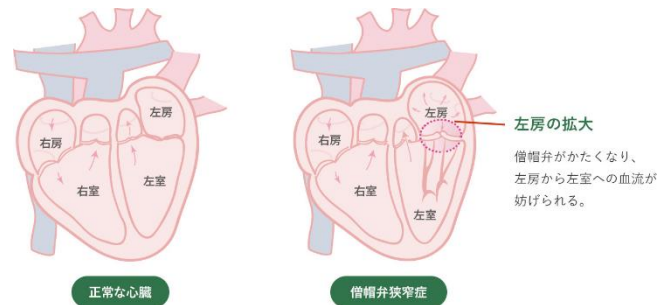
心エコー I 音が強く聴取され、拡張期ランブル音を心尖部で聴取する（雑音については後述）

【治療や予後 他特記事項】

利尿薬・強心薬・ワーファリンの投与 弁置換術

未治療の 10 年生存率は 50～60% 自覚症状が強い場合予後は悪い

脳塞栓症の原因疾患でも有名。



2. 僧帽弁閉鎖不全症

【成因と病態生理】

収縮期に僧帽弁が完全に閉鎖せず、左房へ血液が逆流し、左房の拡大、心房細動、心不全を合併する

【症状】

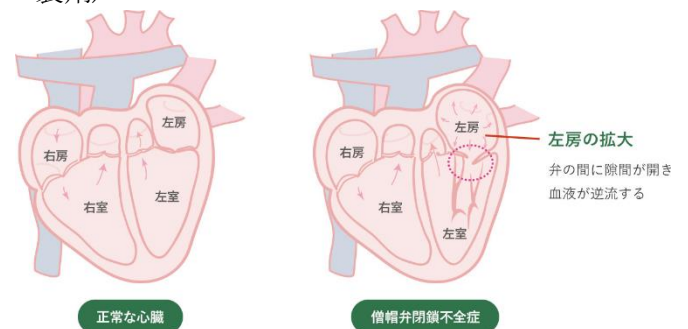
疲労感、労作時呼吸苦、起座呼吸

【検査】

心エコー 心尖部に収縮期の thrill を触れる I 音欠損または収縮期雑音に紛れる

【治療や予後 他特記事項】

弁置換術 利尿薬、血管拡張薬(ACE 阻害薬・ニトロ製剤)



3. 僧帽弁逸脱症候群

【成因と病態生理】

僧帽弁の前尖か後尖が収縮期に左房側へ突出する様々な症状群。マルファン症候群患者に多くみられる。
原因疾患として**急性リウマチ熱**が挙げられる
逸脱は腱索が切れる病態が多い

【症状】

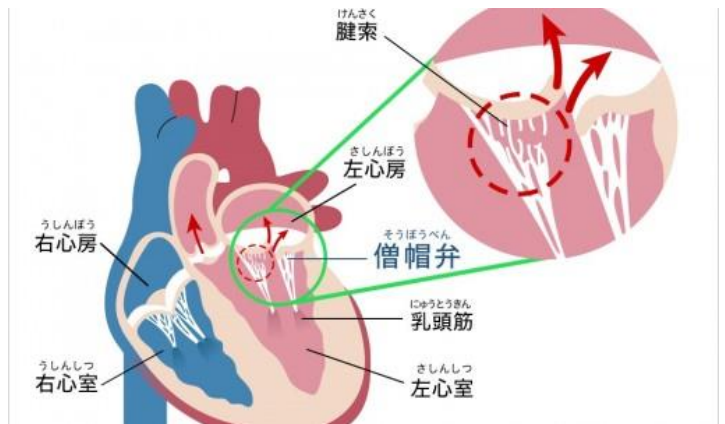
チクチクとした胸痛 大部分は無症状

【検査】

心エコー 収縮中期のクリック音

【治療や予後 他特記事項】

特に不要 胸痛に対し、 β 遮断薬が有効 予後良好



4. 大動脈弁狭窄症

【成因と病態生理】

何らかの原因により大動脈弁が狭窄し、左室から大動脈への駆出が阻害され心筋虚血が生じやすくなる
原因として**リウマチ熱**が挙げられる

【症状】

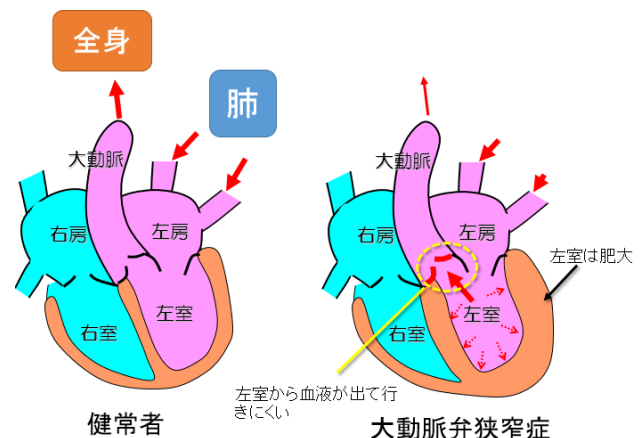
労作時呼吸苦、狭心症状、失神

【検査】

心エコー 心電図⇒ST低下、陰性T波
胸部X線写真⇒左室拡大、肺うっ血
駆出性雑音

【治療や予後 他特記事項】

運動制限
狭心症状に対し、ニトログリセリンが有効
予後良好



5. 大動脈弁閉鎖不全症

【成因と病態生理】

何らかの原因により拡張期に大動脈弁が閉鎖しきらず大動脈から左室へ血液が逆流し、肺水腫や心筋虚血などを起こす。原因として**リウマチ熱**が挙げられる

【症状】

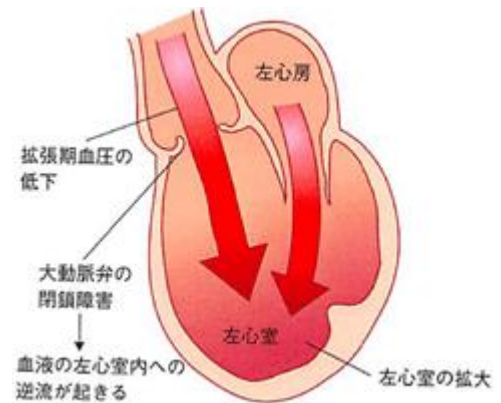
労作時呼吸苦、起座呼吸、夜間発作性呼吸困難

【検査】

心エコー 心電図⇒ST 低下、陰性 T 波
左心肥大を起こす 第 2 肋間に**逆流性雑音**が聴取される

【治療や予後 他特記事項】

経過観察 狭心症、心不全症発現後は外科的手術
症状が発現した場合、平均余命最長 5 年



6. 心室中隔欠損症

【成因と病態生理】

心室中隔に欠損孔があり、左室から右室へ動脈血が流入する
感染性心内膜炎の合併をきたしやすい

【症状】

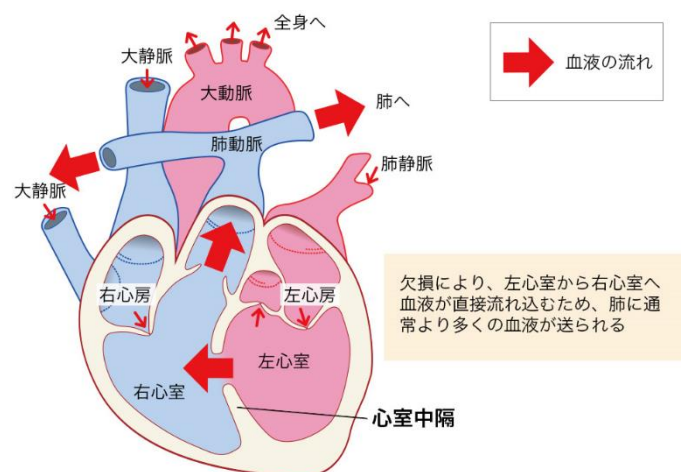
無症状

【検査】

心電図検査 カテーテル検査

【治療や予後 他特記事項】

自然閉鎖が 30～50%
大多数は 2 歳までに閉鎖する



7. 心房中隔欠損症

【成因と病態生理】

心房中隔に欠損孔があり、左房から右房への血液流入(シャント)する

【症状】

学童期になると動作時息切れなどの症状が確認される

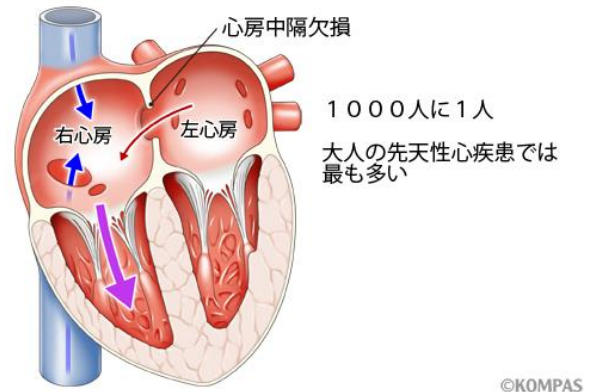
【検査】

心電図検査 カテーテル検査

【治療や予後 他特記事項】

自然閉鎖はまれ 手術を考慮する

成人期になると心不全症状が出現する



8. 狭心症

【成因と病態生理】

動脈硬化などで冠動脈が 75%以上狭窄することで、心筋虚血による胸痛(狭心痛)が生じる

危険因子は、高脂血症、肥満、喫煙

【症状】

胸痛(狭心痛) 労作時に前胸部圧迫感(数分～15分で消失)

背部・左肩への放散痛

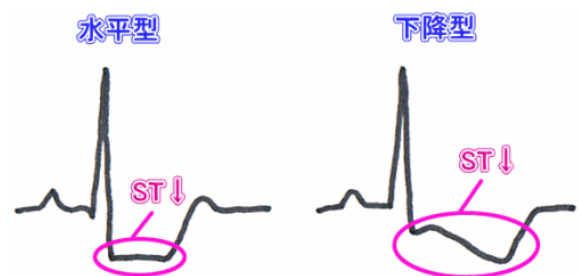
【検査】

心電図検査⇒ST 低下、冠攣縮性発作時は ST 上昇 冠動脈造影

【治療や予後 他特記事項】

ニトログリセリンの舌下投与 発作予防にβ遮断薬

アスピリン服用 心筋梗塞へ移行する危険性がある



9. 心筋梗塞

【成因と病態生理】

プラークなどの原因により冠動脈が閉鎖し、血管閉鎖状態が 30 分以上続くと、不可逆的な心筋壊死を起こす

【症状】

午前 6 時から正午に、胸痛が 30 分から数時間続く
症状はニトログリセリン舌下投与でも軽快しない
嘔気、嘔吐

【検査】

AST・LDH・CK 上昇（筋原性酵素の上昇）

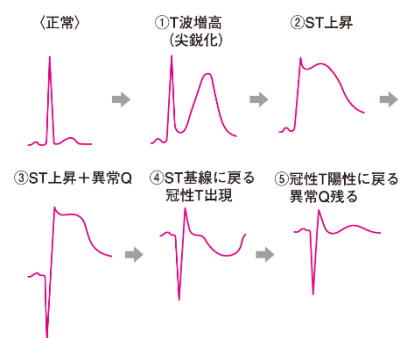
心電図検査⇒ST 上昇、陰性 T 波、異常 Q 波、冠性 T 波の順で異常所見が出現する

心筋壊死後、6～8 時間後には CRP 上昇が見られる。

【治療や予後 他特記事項】

プラスミノゲン・アクチベータ使用

発症後 30～40%が 1 時間以内に死亡



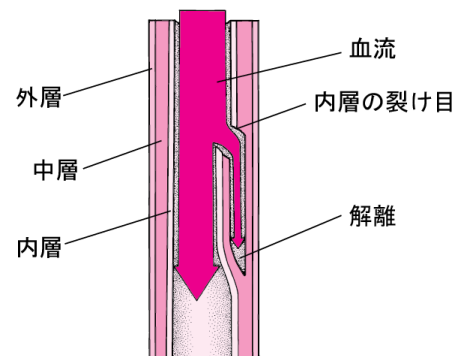
10 大動脈解離

【成因と病態生理】

大動脈中膜で内外 2 層に解離 2 層間に血腫が形成された状態
60 歳以上の高齢者に多い

【症状】

解離の際に胸背部の激痛を伴う 亀裂部は上行大動脈が 60%と多い
破裂に際してショックや臓器虚血障害が起こる



【検査】

X 線で大動脈陰影拡大がみられる 胸部造影 CT で範囲を評価する
経食道心エコーは診断能が優れている

【治療や予後 他特記事項】

上行大動脈で生じる Stanford A 型では緊急手術
大動脈弓部以遠で生じる Stanford B 型は保存療法
発症後 48 時間以内で 50%が死亡する
血圧管理が重要である

