

診療  
skillup

## 視診・触診・聴診の基本と診察ポイント(全8講)

第6講

心雜音—収縮期雜音  
重大な疾患に進展する変化を捉える医療法人社団倫生会みどり病院  
院長 室生 卓氏

心雜音は収縮期雜音、拡張期雜音、連續性雜音、往復雜音などに分けられる。心雜音の中には、聴取されたからといって必ずしも異常があるとはいえないものもあるが、それが重要な情報を発している場合もある。今回は、心雜音の中で最もよく遭遇する収縮期雜音について、医療法人社団倫生会みどり病院(兵庫県)の室生卓院長(大阪市立大学客員准教授)に解説してもらった。

■ 大動脈弁狭窄症に進展する可能性がある  
老人性雜音を見過さない

収縮期雜音には、I音とII音の間で聽かれ音量にピークを有する駆出性収縮期雜音と、I音に始まりII音まで続いて聴取される逆流性収縮期雜音がある。駆出性は大動脈弁狭窄症(AS)や肺動脈弁狭窄症など、逆流性は心室中隔欠損症(VSD)や僧帽弁閉鎖不全症(MR)、三尖弁閉鎖不全症(TR)で聴取される。しかし、日常診療で最も遭遇することが多いのは、「老人性雜音」と呼ばれる駆出性の収縮期雜音である。これは、65歳以上の高齢者の約半数に聽かれるといわれている。

老人性雜音の特徴は、①雜音のピークが収縮期の前に来ること②I音あるいはII音と雜音との間に隙があることなどが挙げられる(図1)。その音源は、大動脈弁が石灰化により硬化し、弁のしなやかさが失われたり、ごく軽い狭窄が起こっていることに関係すると考えられる。すなわち、老人性雜音が

聴取される人では大動脈弁硬化症が疑われる。同症はASへ進展することもあることから、今は治療の必要がなくても数年後には治療が必要な病態となる可能性があることを記録しておくべきである。

したがって、老人性雜音を聴取した場合、一度は心エコー検査によって硬化性病変あるいは狭窄の有無や程度を確認し、定期的にフォローしていくことが重要である。ある研究では、大動脈弁硬化症の症例のうち16%が8年の間にASへ進展することが認められている。また、大動脈弁硬化症は動脈硬化の1つの現れであることから、冠動脈硬化や脳動脈硬化のリスクになるため、頸動脈エコーや運動負荷試験などにより動脈硬化の評価も行っておく必要がある。

老人性雜音は從来、機能性雜音といわれていた。しかし、機能性雜音は器質的病変がなく、貧血や甲状腺機能亢進症などで起こり、また若年者や妊娠、運動などでも聴取される。したがって、高齢者で聴取され、その多くに硬化性病変が生じている老人性雜音は、機能性雜音ではなく器質的雜音と考えるべきである。

## ■ 見落とされがちなASは雜音で診断可能

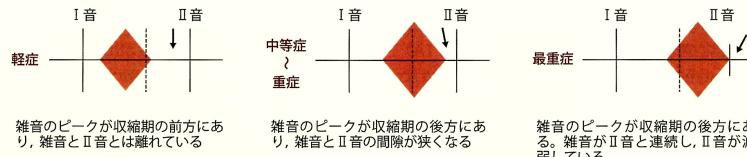
ASは突然死につながる重大な疾患であるにもかかわらず、見落とされやすい疾患の1つである。その原因として、かつてはリウマチ性弁膜症が圧倒的に多かったが、現在は激減し、老人性変化いわゆる退行性病変が激増している。今後、高齢化社会を

■図1 老人性雜音のパターン



① 雜音のピークが収縮期の前にある  
② I音あるいはII音と雜音が離れている

■図2 大動脈弁狭窄症の雜音パターンによる重症度

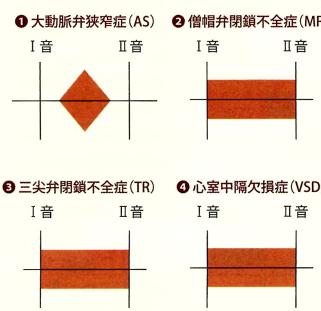
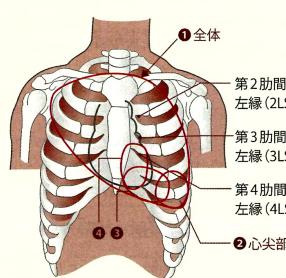


雜音のピークが収縮期の前にあり、雜音とII音とは離れている

雜音のピークが収縮期の後方にあり、雜音とII音の間隙が狭くなる

雜音のピークが収縮期の後方にあり。雜音がII音と連続し、II音が減弱している

■図3 雜音の聴診による鑑別



背景にASはさらに増加することが懸念される。

ASで聴取される雜音は、軽症では老人性雜音と同様、ピークが収縮期の前方に来るが、重症になるとほどピークはII音に近づくとともに、II音が減弱していく。ASの重症度は、①雜音のピークがII音に近づく②雜音とII音との間隙が狭くなる③II音が弱くなってくることで評価できる。最重症では雜音とII音が重なり、しかもII音が減弱するため雜音しか聞こえなくなる(図2)。

症状を伴う重症ASは半数が1年以内にイベントを起こすことが報告されている。大がかりな検査をしなくても雜音を聴診するだけで発見可能であり、重症度もある程度把握できるので、見落とすことのないよう身体所見の特徴を知っておくべきである。

## ■ 収縮期雜音の最強点で疾患の鑑別が可能

駆出性収縮期雜音が聴取されるAS、逆流性収縮期雜音が聴取されるMR、TR、VSD、これらを鑑別するには、雜音の最強点を知れば容易である。すなわち、ASでは雜音は前胸部の広範囲で聴取できることが多く、どこでも最強点を取りうる。一方、MRは心尖部、TRは胸骨左縁から心尖部内側、VSDは第4～6肋間胸骨左縁で雜音の最強点が聴取される(図3)。

ASとMRの鑑別においては、雜音の最強点の違いの他、ASではIV音、MRではIII音が聴取されること、頸動脈エコー所見でASでは遲脈、MRではやや速脈が得られることで鑑別可能である(表)。重症MRの雜音はII音まで連続するため、重症ASの雜音と区別が付かないことがあるが、雜音の最強点を比較すれば容易に鑑別できる。

また、TRは右心系の雜音であるため、高調で小さく、左心系の疾患とは区別が付きやすい。VSDは既に幼少期に指摘されているので、診断に困ることはまずないと考えられる。

■表 大動脈弁狭窄症(AS)と僧帽弁閉鎖不全症(MR)との鑑別点

	AS	MR
雜音	前胸部の広範囲で最強点を聴取	心尖部で最強点を聴取
心音	IV音を聴取	III音を聴取
頸動脈エコー所見	遅脈	やや速脈気味

(図1～3、表とも室生卓氏提供)

## ■ 雜音をどう考えるか

**症例** 73歳男性。最近、緩やかな坂道でも息切れを自覚するようになったとの訴えで受診。聴診により鎖骨も含めた前胸部全体で雜音が聴取され、最強点は前胸部のどこでも同じように聴こえた。雜音は収縮期中期から後期でピークを示し、II音の聴取は弱かった。

**解説** 収縮期雜音に続きII音が減弱していることから、本症例は最重症のASと考えられる。しかも、症状として息切れがあることから、完全な手術適応である。73歳と高齢なため、息切れ程度は年齢のせいと、患者自身も医師も見逃しがちである。しかし、重症ASは手術しなければ突然死もありうる疾患であるため、比較的軽微な症状であっても手術を前提とした評価が必要である。また、ASは動脈硬化が背景にあることが多いため、冠動脈硬化や脳動脈硬化に対する評価も必要である。

第11回循環器physical examination講習会

開催日：2013年10月26日(土)～27日(日)  
開催場所：神戸ポートピアホテル  
9月上旬ホームページより参加受付開始予定  
<http://www.cyoshinnosuse.com/index1.html>