

“心臓弁膜症”

心臓には血液の逆流を防ぐための弁があります。血液は心房から心室に流入し、心室から動脈へと送りだされますが、心房と心室の間と、心室と動脈の間に弁が存在し、血液の逆流を防いでいます。この弁が完全に閉じなくなると血液が逆流したり、弁がうまく開かなくなると血液の通過障害が生じたりして、心臓の機能に障害をきたす病気を心臓弁膜症と言います。弁が完全に閉鎖しないのを閉鎖不全症、うまく開かない場合を狭窄症と呼びます。特に問題となるのは全身に血液を送る左心室の弁膜症で、左心室の入口にある僧房弁、左心室と大動脈の間にある大動脈弁の弁膜症があり、それぞれに対し閉鎖不全と狭窄がありますので、僧房弁閉鎖不全症、僧房弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症の4種類があります。これらの弁膜症は薬物治療で治すことはできませんので、重度の場合は手術で治すしかありません。この場合、最も大切なのはその重症度を正確に判断することです。そうでないと、必要のない手術をして、まだ使えたはずの弁を人工弁にしてしまうことになります。次に大切なのは手術のタイミングを判断することです。人工弁には血液が固まって付着しやすく、それがはがれて脳塞栓症などをきたすため、血液を固まりにくくする薬を服用して予防する必要があります。したがって、手術はできるだけ先送りにしたいのですが、あまり先送りにして心臓がへばってしまうと手術ができなくなってしまいます。大動脈弁狭窄症や僧房弁狭窄症などの狭窄症の場合には、心臓がへばる前に自覚症状が出現するため、様子を見ていて手術が手遅れになる心配は少ないのですが、僧房弁閉鎖不全症や大動脈弁閉鎖不全症などの閉鎖不全症の場合には問題があります。閉鎖不全症では血液が逆流してもその分左心室が頑張って収縮すればなんとかなるため、初めのうちは症状が出現せず、何年かたって左心室が疲弊して頑張れなくなってから症状が出現します。しかし、その時には既に左心室はかなり障害されており、それから手術をしたのではもはや手遅れです。したがって、僧房弁閉鎖不全症や大動脈弁閉鎖不全症の場合は、注意深く診察し、心臓超音波検査で心機能を定期的にチェックし、心臓が疲弊してきた兆候が表れたらすぐに手術に踏み切る必要があります。大学病院などの大きな病院では、心臓超音波検査は検査技師に任されており、主治医はその検査結果のみから判断することが多いのですが、当クリニックでは循環器担当医の宮崎が診察と同時に心臓超音波も施行しながら経過をみていきますので、安心してお任せいただくことができます。

“狭心症や心筋梗塞などの冠動脈疾患”

心臓の動脈のことを冠動脈と言い、この冠動脈の病気を冠動脈疾患と呼びます。狭心症と心筋梗塞が代表的な疾患です。冠動脈の血流が一時的に足りなくなって胸痛をきたす病気が狭心症、冠動脈が閉塞して血流が遮断され、心臓の筋肉が死んでしまうのが心筋梗塞です。どちらも冠動脈の動脈硬化が原因です。狭心症の場合は動脈硬化により冠動脈に

砂時計のような狭い部分ができてしまい、運動などで心臓に負担がかかった際にそれに見合う血液が流れないため血液が足りなくなって胸痛が出現します。安静にして心臓の負担がなくなると胸痛も改善します。

心筋梗塞の場合は、動脈硬化により冠動脈の内腔に亀裂が生じ、そこに血栓ができて血管を閉塞してしまうのが原因で、血液の足りなくなった部分の心臓の筋肉が完全に死んでしまうか、治療により血流が再開するまで胸痛は改善しません。狭心症と心筋梗塞はどちらも冠動脈硬化症が原因ではありますが、その発生のしかたは異なっており、冠動脈の狭窄が進行して閉塞するわけではないということを理解することが重要です。冠動脈の狭い部分を広げても心筋梗塞を防ぐことにはならず、冠動脈に狭窄がないからと言って心筋梗塞になる危険がないとも言えません。従って、狭心症だからといって必ずしも冠動脈の狭い部分を広げる治療（ステント留置）が必要なわけではなく、最も重要なことはコレステロールの管理や禁煙などで動脈硬化の進行を防ぐことです。