

# 大動脈弁閉鎖不全症

# ARの原因

- 加齢による弁の変性
- 先天性2尖弁
- 大動脈弁逸脱
- 上行大動脈の拡大
  - 大動脈炎やマルファン症候群
- 大動脈解離が弁輪に及ぶ
- 細菌性心内膜炎
- リウマチ性
  - きわめて少ない

# MRとの比較

- 僧帽弁弁輪は容量負荷で拡大するが
- スケルトンで覆われている大動脈弁輪は拡大しない

# ARの確定診断

- やはり心エコーは必要
- 診察所見は重要
  - 雑音より血圧の脈圧（収縮期と拡張期の差）
  - AR以外に脈圧が大きくなる疾患
    - 動脈硬化、高心拍出状態
- 心音(拡張期雑音) < Mモード < カラー Doppler

# 聴診法

- 前屈みで
- 肺を除外
- 拡張期雑音

# 先天性二尖弁

# リウマチ性

<https://www.youtube.com/watch?v=M0GheZVCoPo&feature=youtu.be>

# 逸脱



# Marfan

<https://www.youtube.com/watch?v=J1b2MGOQhQM&feature=youtu.be>

# 心エコーからの判定

大動脈弁に石灰化があり

高齢で僧帽弁に変化がなければ変性

僧帽弁にリウマチ性変化があればリウマチ性

若い世代で弁が観音開き

クリックもあり

高齢になると石灰化あり

これは高齢者での1点では判定できない

# ARでは

- MRのように非専門医が厳密に原因を考える必要はない

# 症例1 71F 80191

- 59歳 高脂血症指摘されて初診
  - 2/6拡張期雑音を聴取した
- 血圧は120/80mmHgでその他バイタルは安定
- 以後、高脂血症と時々喘息で治療

# 本例に対して

- エコーのない非専門医の対応は？
- 専門医に送る
- (心雑音聞き逃せばこんな議論はない)
- 血圧が正常、レントゲン心電図が正常なので軽度のARと推定

# その後12年

- 血圧の上昇はなく
- 症状はなく
- 以後の雑音の大きさは
  - 1/6度から3/6度と受診時で異なる

2020

[https://www.youtube.com/watch?v=Y\\_AkLgTeFro&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=Y_AkLgTeFro&feature=youtu.be)





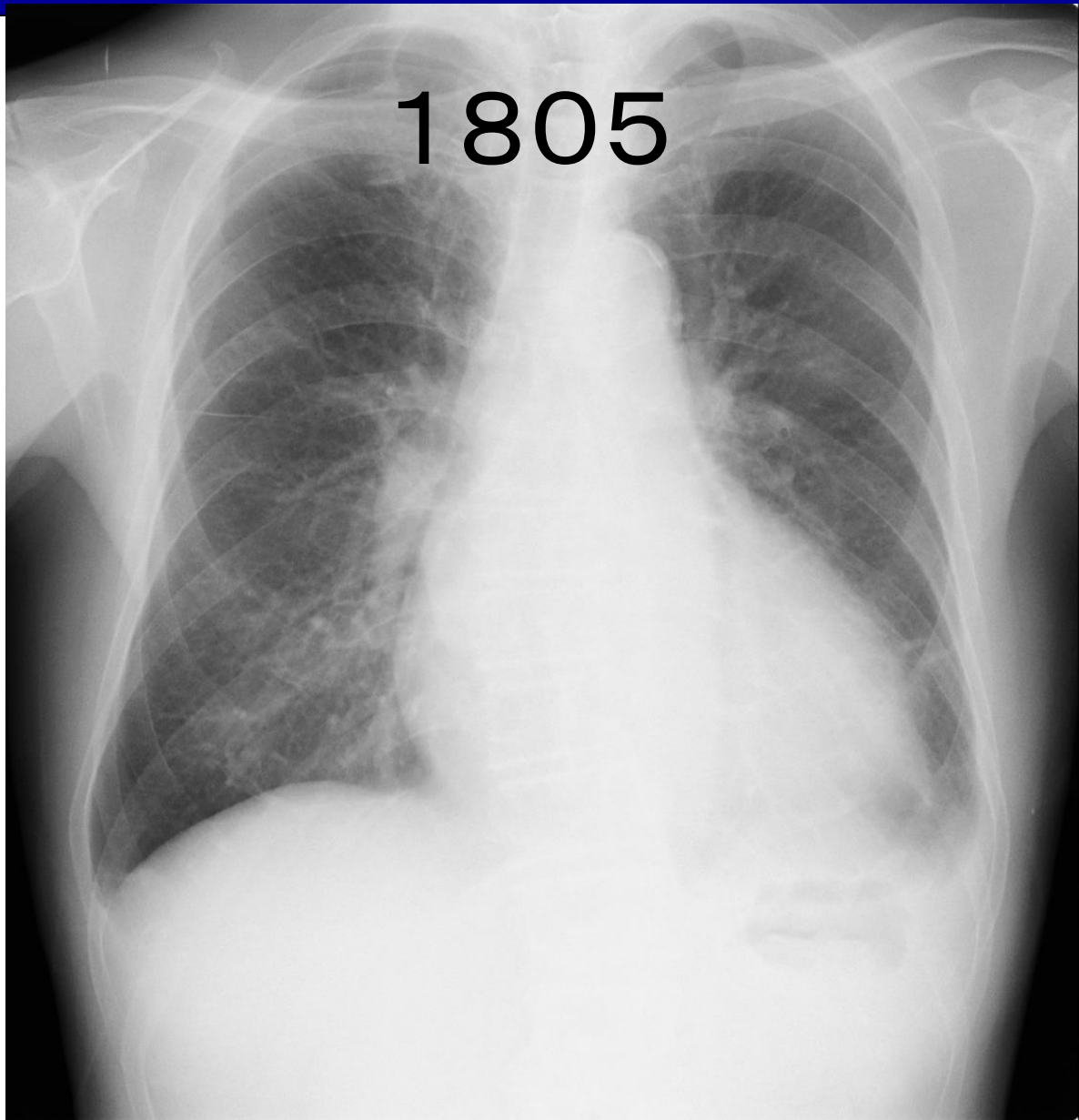
# 症例2 70M

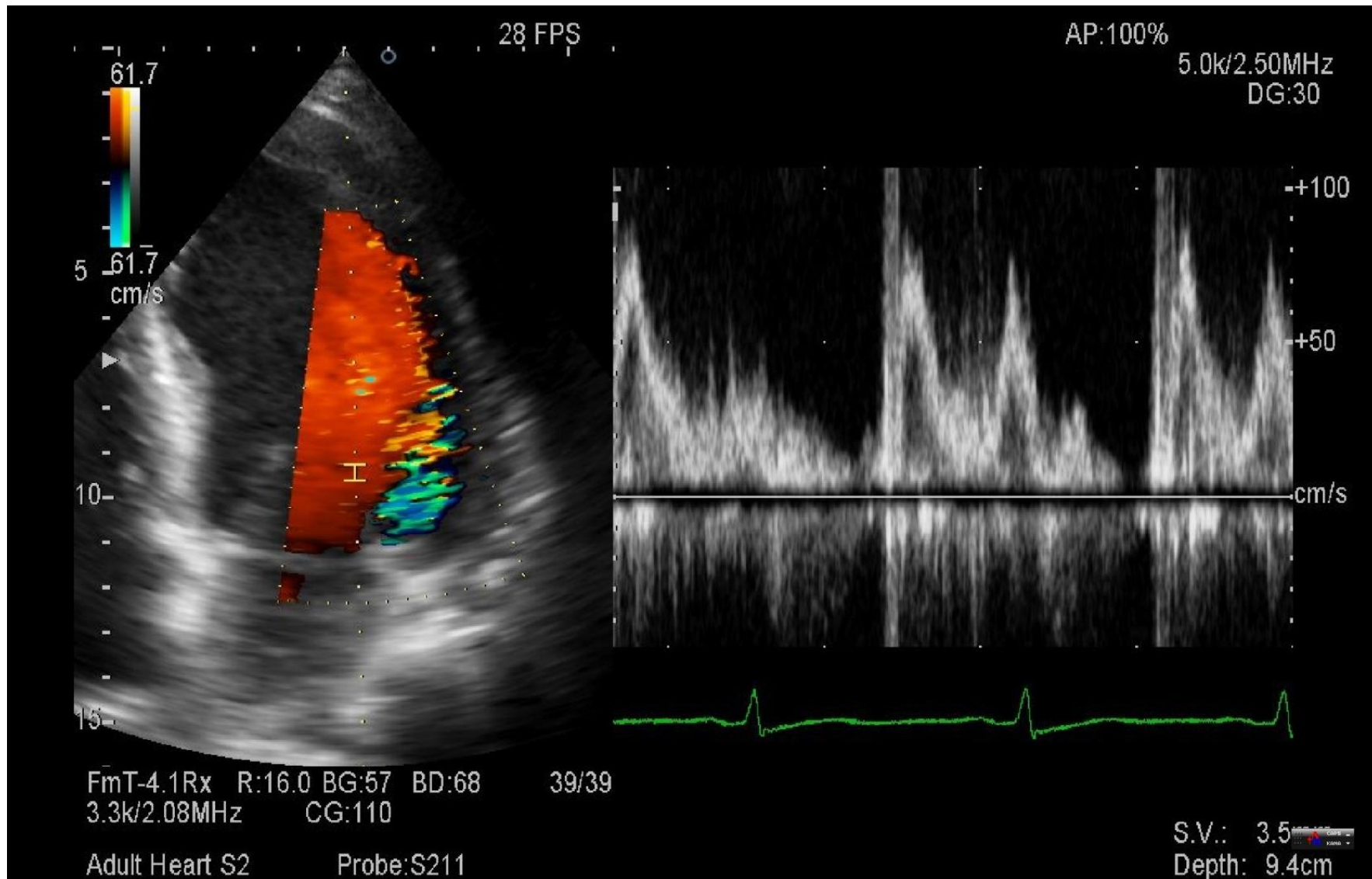
かね40138

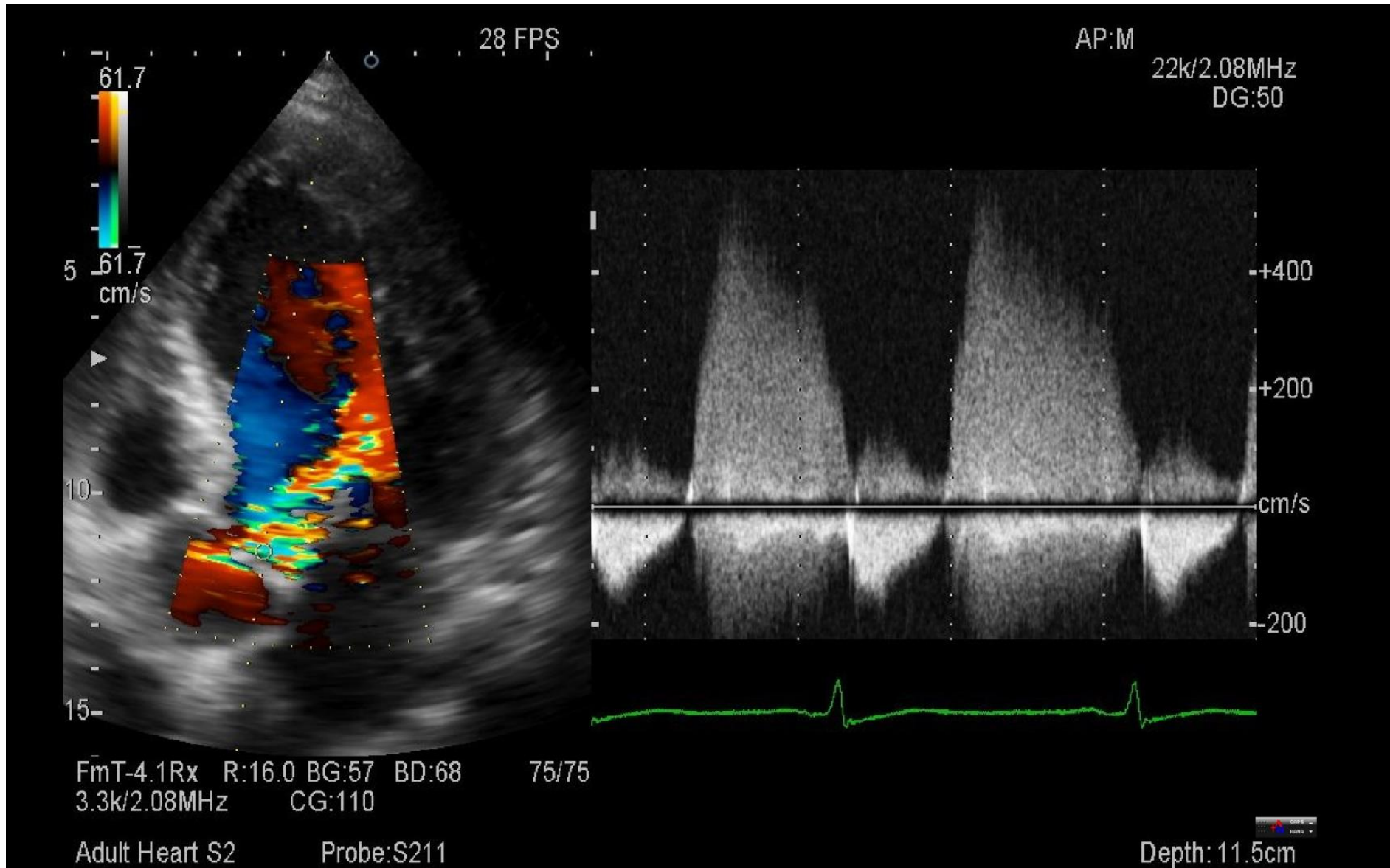
- 61歳紹介初診
- 軽い心不全があった
- 利尿剤で改善
- 以後当方で
- 血圧150/50mmHg 末梢はhyper
- 3/6拡張期雑音
- 現在は運動能力はOK

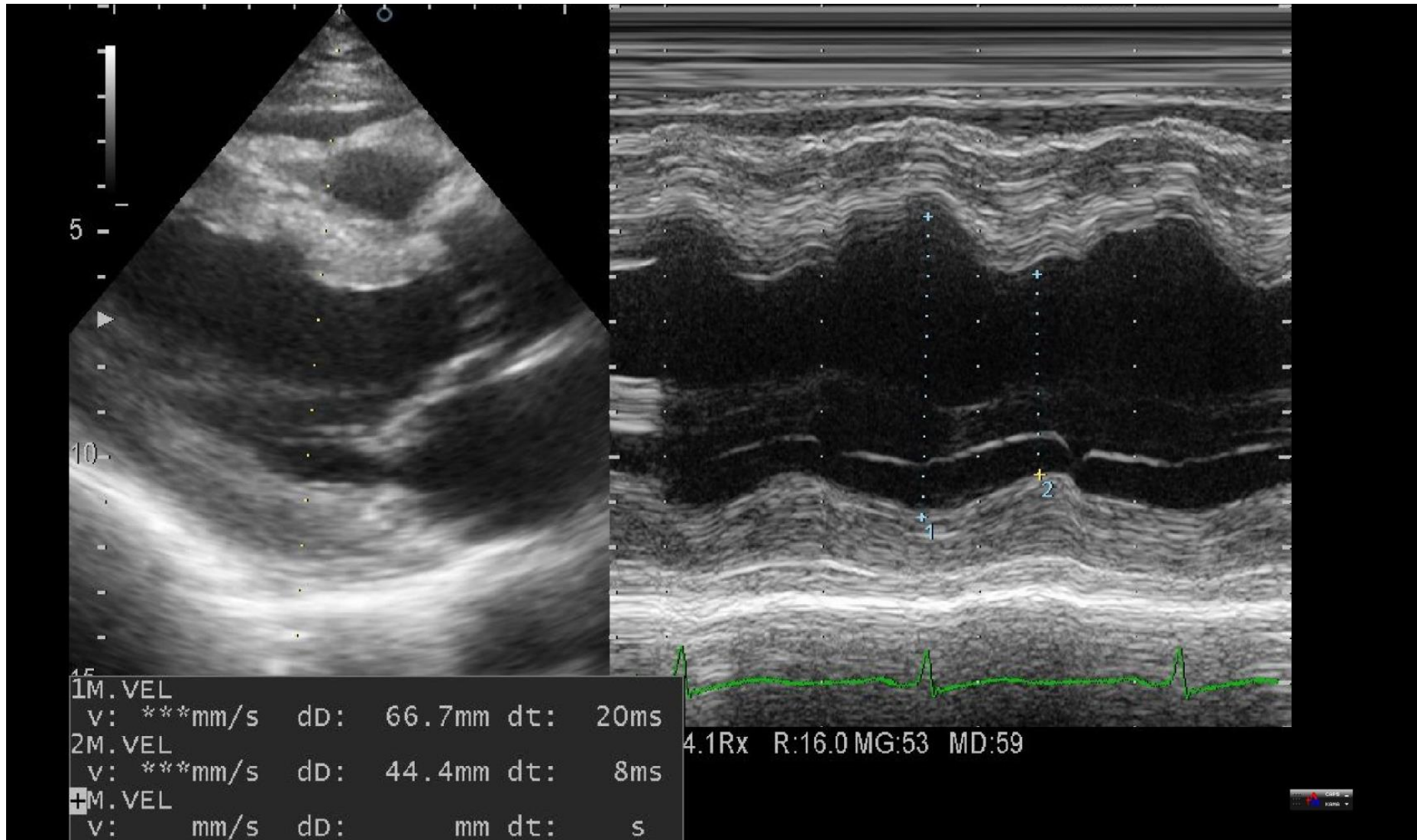
# 本例の経過

- 18. 5. 27心不全となり 手術予定
- TEEで軽度の逸脱が証明された













# 症例 79歳 女性

- 46歳; 進行する呼吸困難で来院
- S2の広い分裂よりPHが考えられ、検査で肺塞栓と診断
- Warfarin 治療施行。症状はNYHA3-2度に
- Warfarinの効果が変わると、息切れが進行
- 2001年から当方に
- 徐々に呼吸困難は進行、1年前より在宅酸素

# 2017年現在

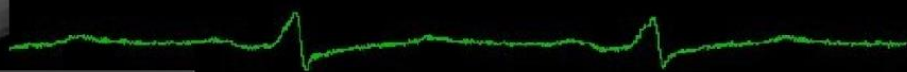
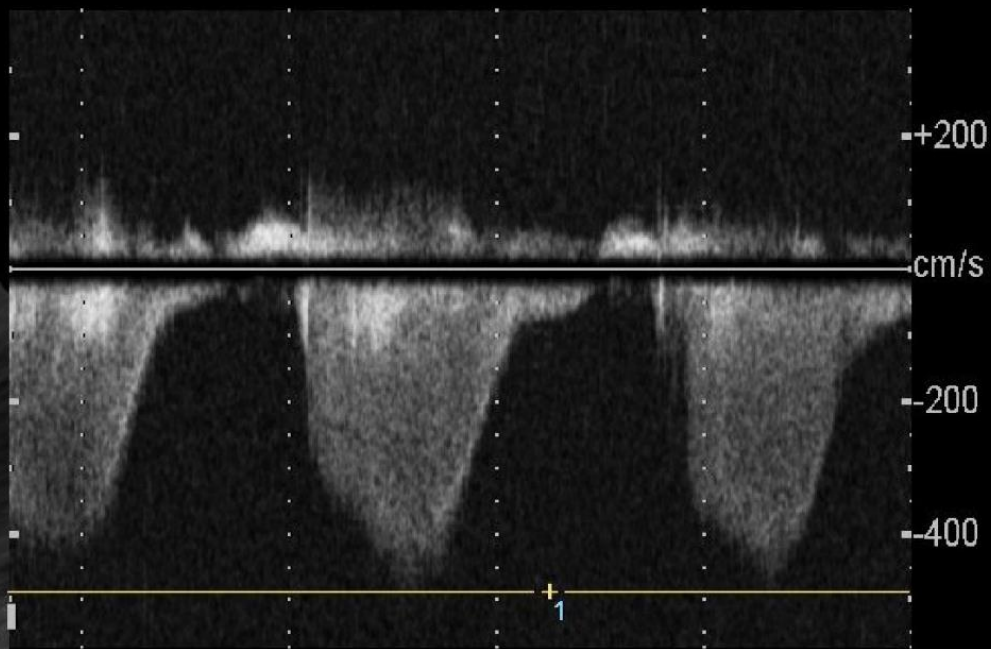
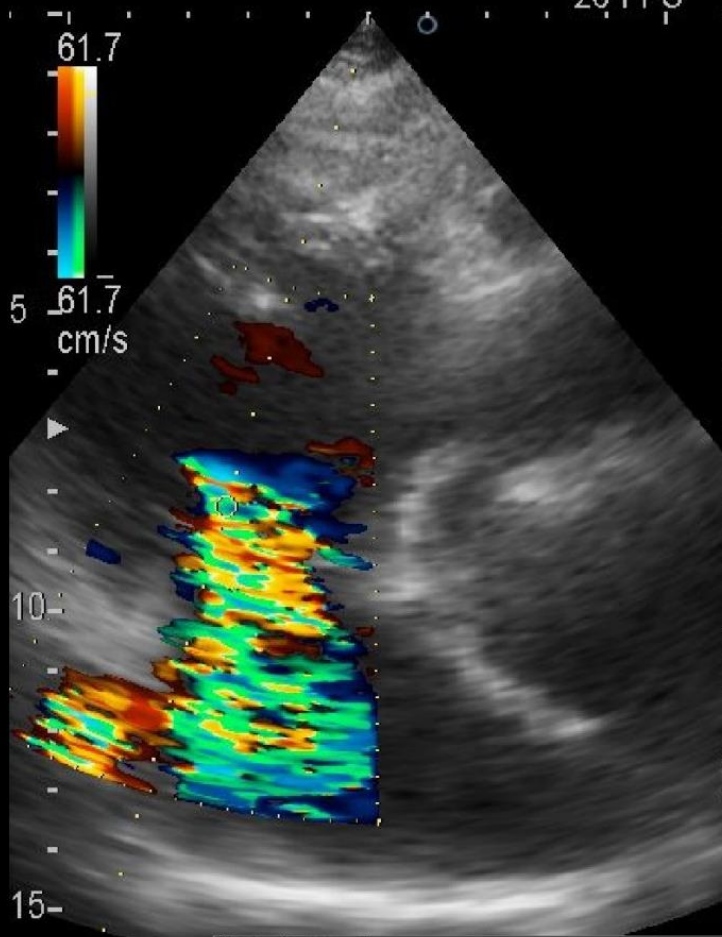
- BP110／80mmHg HR70/min reg
- 3／6拡張期雑音3LSB

<https://www.youtube.com/watch?v=Joxiuup6MhQ&feature=youtu.be>

26 FPS

AP:M

26k/2.08MHz  
DG:50



1D.VEL1	pV: 488.8cm/s	PG: 95.6mmHg
FmT-4.1Rx		
3.3k/2.08MHz		
1D.VEL1	pV: 488.8cm/s	PG: 95.6mmHg
Adult Heart S2	Probe:S211	

Depth: 8.6cm

# まとめ

- ARの原因は心エコーで判断する
  - 高齢者ではカラードプラで高度逆流シグナルがあっても、雑音が聞かれない例が少なくない
- 脈圧が正常なら、高度なARはない
  - 高度の心不全になると、雑音は拡張早期のみしか聴取できない
- PRは肺高血圧を合併すればARと同じような雑音になる