

視点

超高齢化社会における大動脈弁狭窄症診療とかかりつけ医



福島県医師会理事

新 道 譲 二

1. はじめに

構造的な心疾患には、大動脈弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症などの弁膜症、心房中隔欠損症など、先天性異常や加齢に伴う構造異常を呈する疾患が含まれる。

近年、これらの疾患に対する治療は大きく進歩しており、なかでも大動脈弁狭窄症(Aortic Stenosis: AS)に対する治療は著しい発展を遂げている。特に、経カテーテル的大動脈弁植込み術(Transcatheter Aortic Valve Implantation: TAVI)は、手技およびデバイスの進歩により、従来の外科的大動脈弁置換術(Surgical Aortic Valve Replacement: SAVR)と比較して低侵襲であり、高齢患者にも適応しやすいことから急速に普及している。

当院においても約10例のTAVI後患者を外来でフォローしており、良好な経過をたどっている。高齢化に伴いASは日常診療でも遭遇する機会が増加し、さらにTAVIの普及により治療機会が拡大することにより、

一般医家でもTAVI後の患者を担当することが多くなることが予想される。本稿では、大動脈弁狭窄症に対する診断から治療への導入、さらに治療後のフォローアップなど、かかりつけ医としての役割について述べる。

2. かかりつけ医におけるAS診療

2-1 聴診による早期発見

大動脈弁狭窄症の診断は、心雑音の聴取から始まる。診察時の聴診は、現在でも極めて重要な診断手技である。

大動脈弁狭窄症では、心収縮期雑音に加え、頸動脈に放散する収縮期雑音を聴取することが多く、診断の重要な手掛かりとなる。胸部X線写真による心拡大、心電図による左室負荷所見、血液検査におけるBNPやNT-proBNPの上昇も参考となるが、これらの所見が出現する時点では、すでに病態が進行している場合が少なくない。筆者の経験では、中等症の早期段階までは明らかな異常所見を認めない症例も多く、当院の経験から

も、早期発見の契機が多くは聴診による心雑音の聴取である。日常診療における丁寧な聴診が最も重要であると考えられる。

2-2 専門医療機関への紹介のタイミング

心雑音を認めた場合は、循環器専門医による心エコー検査を依頼し、重症度評価を行う。その結果に応じて、TAVIあるいはSAVRを施行可能な専門施設へ紹介する。

中等症の初期段階では外来で経過観察を行うが、重症例や重症化が疑われる症例、疾患関連症状を疑う症例については速やかに専門施設へ紹介することが望ましい。

2-3 専門施設との継続的連携

治療介入が時期尚早と判断された場合でも、半年ごとに評価し、必要に応じて再紹介することで、専門施設との連携を維持することが重要である。

3. ASに対する治療選択（年齢、その他について）

現行のガイドラインではTAVIとSAVRを年齢のみで選択することは推奨されていないが、実臨床では80歳以上ではTAVI、75歳未満ではSAVRが選択されることが多い¹⁾。ただし、実際の治療方針は、年齢のみならず、全身状態や解剖学的条件などを総合的に評価したうえで決定される¹⁾。

TAVIおよびSAVRの詳細、構造的な疾患全般の最新治療については、日本医師会雑誌2026年3月号（第154巻第12号）「構造的な疾患の最新治療」を参照されたい。

4. 高齢患者の治療適応の評価

—在宅医療におけるフレイルと認知機能評価の重要性—

TAVIの対象患者は超高齢者も多く、ADL、フレイル、認知機能、栄養状態の評価

が重要となる。これらは術後予後とも強く関連することが報告されている²⁾。

寝たきり状態の患者に対しては、単にASが存在するという理由のみで治療適応を判断するのではなく、治療によって予後やQOLの改善が期待できるかを慎重に評価する必要がある。高度フレイル、重度認知症、長期臥床状態、多疾患による余命制限がある場合には、治療による利益は限定的となる。そのため、寝たきりとなった時期、認知機能、家族の介護状況、本人の意思、治療後に期待される生活機能の回復度などを総合的に勘案し、専門施設への紹介を検討することが重要である。

フレイル評価にはClinical Frailty Scale (CFS) が広く用いられ³⁾、一般的にCFS 5以上をフレイル、7以上を高度フレイルと評価する。これらはTAVI後の予後予測にも有用とされている²⁾。

5. TAVI後患者を診るかかりつけの役割

TAVI後のフォローアップでは、弁機能評価、合併症の早期発見、抗血栓療法の管理、全身状態の把握が重要となる。

5-1 定期的な弁機能評価

心エコー検査が可能な医療機関では自院で評価を行い、困難な場合はTAVI施行施設に定期フォローを依頼する。

5-2 抗血栓療法の管理

近年のTAVI後の抗血栓療法は、「必要最小限の治療」が基本方針となっている。

アスピリン単剤（75～100mg／日）が標準であり、心房細動など抗凝固療法の適応がある場合は、DOACまたはワルファリンによる単独療法が推奨される^{4) 5)}。

冠動脈ステント留置後など、複数の抗血栓薬を必要とする場合でも、可能な限り短期間で単剤化することが推奨されている^{4) 5)}。

これらは日本循環器学会／関連学会合同ガイドラインに従うかたちになるが、最終的な治療方針については、TAVI施行施設およびPCI施行施設の指示に従う。

5－3 再発症状・合併症の早期発見

術前症状の改善状況と、新たな症状の有無を定期的に確認する。特に以下の症状に注意が必要である。

- ・労作時息切れ
- ・胸痛
- ・失神、めまい
- ・下腿浮腫
- ・動悸
- ・発熱（感染性心内膜炎を含む感染症）

息切れの再増悪は、弁機能障害、心不全、冠動脈疾患、心房細動などの可能性があり、速やかな専門医への相談が必要である。これら症状はTAVI後患者を診るかかりつけ医にとって重要な視点となる。

6. AS診療における早期発見・早期介入の重要性

重症ASは無治療の場合、心不全、失神、狭心症などの症状出現後の予後が不良であることが知られている⁶⁾。一方、適切な時期にSAVRあるいはTAVIが施行された症例では生命予後およびQOLの改善が期待できる。そのためかかりつけ医による早期発見と適切な専門医紹介が重要である。

7. 当院におけるAS診療の実態

7－1 外来AS患者の検討

2021年から2025年の5年間について検討したところ、大動脈弁狭窄症と診断した症例は61例であった。その結果は以下のとおりである。

- ・症例 61例
- ・軽症以下 33例

- ・中等症 21例
- ・重症 7例（TAVI 3例、SAVR 2例、経過観察 2例）

61例中20例は繰り返し心エコー検査により経時的評価を行っている。重症と判断した症例が7例あり、そのうち5例（TAVI 3例、SAVR 2例）が治療されている。残りの重症2例は専門医に紹介したが、まだ重症の中でも中等症に近いと判断され、治療には時期尚早とのことで、頻回に検査、評価により経過観察となっている。

7－2 自験例から学んだこと

これらの症例の観察により、大動脈弁狭窄症は決して改善することはなく、緩徐ながら着実に進行する疾患であることを実感する。早期に大動脈弁狭窄症の存在に気づき、重症度を評価し、治療のタイミングを推し量ることが重要と考える。

7－3 在宅医療の場合

当院の在宅訪問診療患者12例中4例において収縮期心雑音および頸動脈の収縮期雑音を聴取している。大動脈弁狭窄症が疑われるが、全例が高度フレイルあるいは重度認知症を伴う寝たきり状態であり、心不全症状も認めないことから、家族と相談のうえ積極的な精査は行わず経過観察することとしている。

おわりに

超高齢社会の進展に伴い、大動脈弁狭窄症を有する患者は今後さらに増加すると予想される。

AS診療において、かかりつけ医の最も重要な役割は、心雑音から疾患の存在を疑うことにある。聴診を契機に早期発見し、適切なタイミングでの専門施設へ紹介することで、患者はTAVIやSAVRによる恩恵を受けることができる。

患者一人ひとりの生活背景やフレイル、認知機能などを十分に評価しながら、専門医療機関と連携し、患者のQOL向上に寄与することが地域医療において今後ますます重要な課題になると考えられる。超高齢化社会におけるAS診療では、単に弁膜症を治療するだけではなく、患者の価値観や生活背景を踏まえた個別化医療が求められる。

参考文献

- 1) 日本循環器学会、日本胸部外科学会、日本血管外科学会、日本心臓血管外科学会 合同ガイドライン. 2020年改訂版弁膜症治療のガイドライン。
- 2) Shimura T, Yamamoto M, Kano S, et al. Impact of the Clinical Frailty Scale on Outcomes After Transcatheter Aortic Valve Replacement. *Circulation*. 2017; 135: 2013–2024.
- 3) Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005; 173: 489–495.
- 4) Nijenhuis VJ, Brouwer J, Delewi R, et al. Antiplatelet Therapy for Patients Undergoing Transcatheter Aortic-Valve Implantation. *N Engl J Med*. 2020; 382: 1696–1707
- 5) Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*. 2022; 43: 561–632
- 6) Ross J Jr, Braunwald E. Aortic stenosis. *Circulation*. 1968; 38(Suppl 1): 61–67;

