



## Profile

沢山俊民（さわやま・としみ）：

さわやまクリニック院長，川崎医科大学名誉教授。  
米国心臓病協会上級会員，国際脈管学会上級会員。  
京都府立医科大学卒業後，米国エール大学心臓内科  
留学，帰国後川崎医科大学循環器内科学教授に就任。  
定年退職直後に「さわやまクリニック」を新規開業し，  
予約制で心筋梗塞・脳梗塞の予防と安らぎの医療を  
提供している。現在も執筆（50種類）・講演・教育・  
研究活動を続行中。

# 聴診器を うまく使うコツ

## —心臓血管疾患患者の 五感診療から学ぶ

Part 4

著 ● 沢山俊民

Part 3 では，心雑音の聴き方について総論的な側面からのアプローチを試みたが，今回 Part 4 では，各論として主な心疾患の聴診所見について述べる。

なお，紙面の都合上，ここで述べる基礎知識に加えて CD あるいは DVD 等の教材（P.135）を参照いただくことをお勧めしたい。

# 心雑音 (Heart Murmur)

## 各論：主な心疾患の所見

### 1. 弁膜疾患

弁膜疾患については、その成因に顕著な変遷がみられる。

以前は多発していた炎症、とくにリウマチ熱の後遺症としての僧帽弁狭窄を主体とする弁膜障害は影を潜め、現時点ではそれに代わって、弁膜や弁下組織（ときには心筋を巻き込んで）の虚血や加齢に伴う変性が主体となっている。そのため、僧帽弁狭窄については省略し（これに関しては Part 3「心雑音総論の拡張期雑音」に詳しい）、ここでは現在でも多く遭遇する3種類の疾患を紹介する。

#### 1) 僧帽弁閉鎖不全 (僧帽弁逆流, mitral regurgitation ; MR)

**主所見：**心尖部において全収縮期雑音が聴取される。

**副所見：**逆流量が多くなるにつれて、III音の亢進、ついで拡張中期雑音（ランブル）を合併する（図1）。

MRの主雑音は軽症では小さく高音であるため、被検者を左半側臥位にして膜型の採音部を用いると聴取しやすい（図2）。

主雑音は、重症化する（逆流量が多くなる）につれて大きくなり、また低音化してスリルも触れるようになる。それにつれてI音も小さくなり、III音が出現し、重症例では拡張中期雑音（ランブル）が発生する（相対的僧帽弁狭窄）。

**成因：**リウマチ熱の後遺症による弁性のものは減少し、一方で弁組織の変性などにもとづく逸脱、弁下組織の異常（腱索断裂や乳頭筋機能不全）、僧帽弁輪の拡大（相対的MR）が目立つ。

#### 2) 大動脈弁閉鎖不全 (大動脈弁逆流, aortic regurgitation ; AR)

**主所見：**胸骨左縁第3、第4肋間を中心に、II音に続いて拡

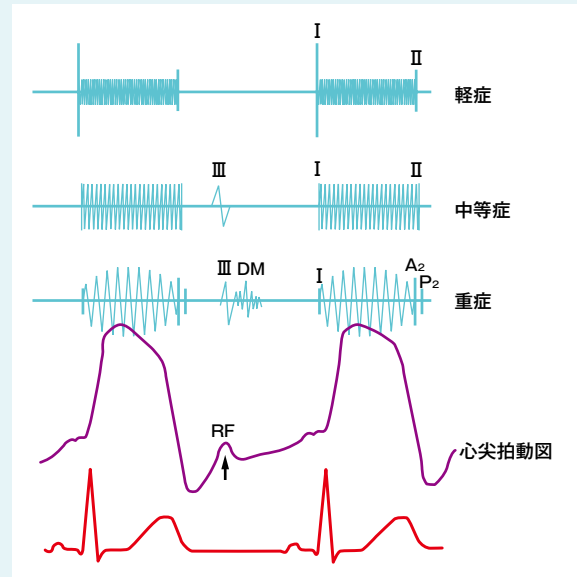


図1 重症度別僧帽弁閉鎖不全（逆流）所見（心尖部）



図2 軽症では左側臥位で膜型採音部を装着する

張早期雑音が出現し、まもなく減衰する。

**副所見：**重症になるとII音が減弱し、I音も小さくなる。心尖部では拡張中期ランブル（オースチン・フリント Austin-Frint 雑音）が聴取される（図3）。

ARの拡張早期雑音は、逆流量が少ない軽症例では高音で吹鳴様に聴かれる。聴き逃しやすい雑音なので、ARを疑った場合は、胸骨左縁中部から下部にかけて膜型の採音部を当て、呼気時で呼吸を停止させ、蹲踞位で聴くことが勧められ