

動 悸 (palpitation)

通常、自分の心拍動を自覚することはありません。“動悸”とは、心臓の拍動を強く自覚すること、もしくは心拍動に一致して感じる胸部不快感の総称で、“心悸亢進”と同義語である。

動悸の訴えにも、“ドキドキする”“ふわふわする”など様々な表現がみられます [Fig.1]。徐脈でも動悸として感じることもあるので注意を要します。

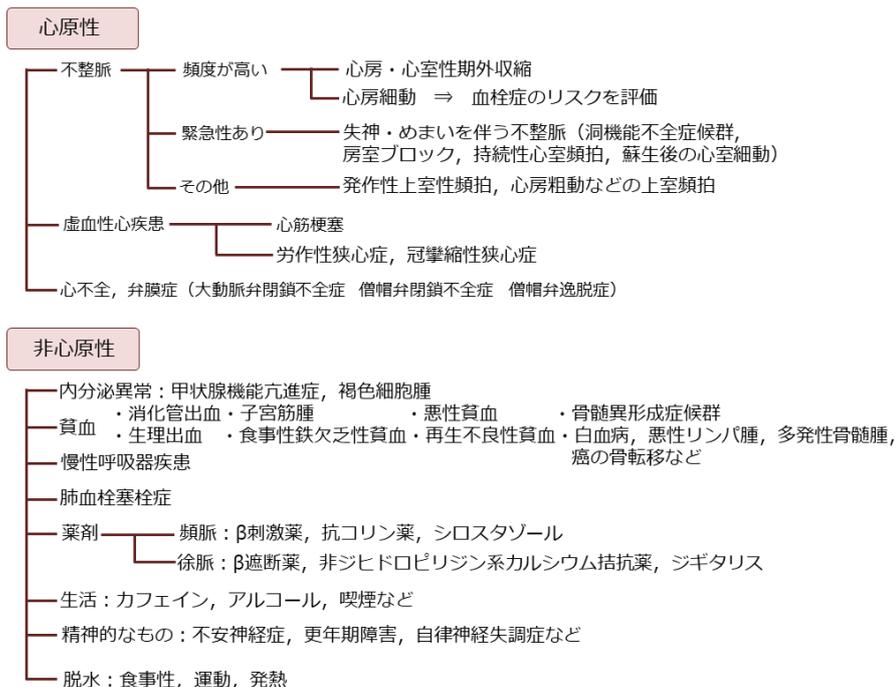
Fig.1 「動悸」の訴え

- 1 動悸がする、動悸を感じる
- 2 ドキドキする、時々ドキンとする
- 3 心臓の拍動がわかる、鼓動を感じる
- 4 心臓が時々休む、時々止まる、跳び上る
- 5 心臓が踊る、ふわふわする
- 6 心臓の鼓動が速くなる

動悸とは、あくまでも自覚症状で、診察所見や心電図所見などによるものではありません。循環器内科外来の30-50%が動悸を主訴として来院される様です。

動悸の原因となる病態にも様々なものがあります [Fig.2]。心臓に原因のあるもの（心原性）から、非心原性のものまで原因検索も多種多様となります。

Fig.2 動悸の原因



心原性の動悸は、**不整脈性**、**非不整脈性**に分けられ、非不整脈性も、虚血性心疾患と心不全や弁膜症によるものに分別されます。心原性の動悸は、期外収縮によるものが多い。動悸は、**心疾患患者の訴えの大半**を占めます。

非心原性の動悸は、不安神経症に多く見られ、種々の原因による貧血や甲状腺機能亢進症（バセドウ病）も特徴的です。

心拍数が多いほど、心収縮力が強いほど、リズム異常が著明なほど、動悸の症状は強くなります。

著しい不整脈があっても、動悸の症状を訴えないこともあります。多くの患者が、運動や労作との関連を訴えます。安静時の動悸は、不整脈性が多い。

動悸の原因追求と治療の緊急度の判定が、動悸患者への当面の対応となります。

■診断

動悸は、心疾患診断の契機となる症状です。

動悸の訴えにて、外来受診された場合、その時点では動悸を自覚されていないことが多いので、まずはしっかりと病歴をとることが大切で[Fig.3]、原因疾患の想定にも繋がります[Fig.4]。

Fig.3 ●問診

- ・発症時の状況：いつ、何をしている時に出現したのか、どれくらい続いているのか、始まり方は突然か徐々か、終わり方は突然か徐々か。
- ・動悸の内容：脈が速い、抜ける、乱れる、強く打つなど。患者自身に表現してもらう。
- ・随伴症状の有無：呼吸困難、胸痛、めまい、失神、意識障害、発汗過多、体重減少、下痢、手のふるえ。
- ・既往歴：鉄欠乏性貧血、慢性閉塞性肺疾患、心疾患、甲状腺疾患、消化管疾患、子宮筋腫。
- ・喫煙歴、飲酒歴。

Fig.4 病歴・症状のキーワードからの展開

病歴・症状のキーワード		想定される疾患
突然始まって突然終わる		上室性頻拍 心室頻拍
Valsalva法で停止（力みや緊張で停止）		上室性頻拍
労作で誘発		虚血性心疾患
体位で変化 （起き上がると発生し、臥位で消失）		房室結節回帰性頻拍
上臥位や左側臥位で発生		上室性期外収縮 心室性期外収縮
失神や前失神		心室性不整脈 大動脈弁狭窄症 完全房室ブロック
不安感		不安障害 パニック障害
持続時間	数分から数時間	上室性頻拍 心房細動
	数時間から数日	パニック障害
精神疾患が寄与している動悸は15分以上継続する傾向があるとの報告もある		
嗜好：カフェインで誘発		上室性頻拍 心室性期外収縮
基礎疾患あり		甲状腺機能亢進症 低血糖 褐色細胞腫

次に、バイタルサインを含めた診察にて[Fig.5]、動悸の原因の検索にもなります[Fig.6]。

Fig.5 バイタルサインと身体所見をみる

バイタル：血圧，脈拍，呼吸回数，SpO₂，最近の体重増減，発汗

頭頸部：頭痛，眼瞼結膜，眼球突出，甲状腺触診

胸部：心雑音（弁膜症），肺における湿性ラ音（心不全）

腹部：腹水，グル音

四肢：浮腫

Fig.6 身体所見のキーワードからの展開

身体所見のキーワード	想定される疾患
血圧 高血圧や脈圧の開大	大動脈弁閉鎖不全症 甲状腺機能亢進症
脈拍 心拍整+頻脈 心拍不整 ・regularly-irregular ・irregularly-irregular	洞性頻脈 発作性上室性頻拍 心室頻拍 期外収縮 Wenckebach型房室ブロック 心房細動 ブロックを伴う心房粗動
聴診 心雑音 ・収縮期中期のクリック音や雑音 ・胸骨左縁の汎収縮期雑音がValsalva法で増強 高度徐脈+ I 音の大きさの変化 心膜摩擦音	弁疾患の可能性 僧帽弁逸脱症 閉塞性肥大型心筋症 完全房室ブロック 心膜炎

まず行うべき検査は？；動悸の訴えのあった時、脈拍数の異常のあった時、不整脈があった時は、まずは①心電図をとった方が良いでしょう。次に、②胸部 X 線写真、③血液検査（貧血の有無？）、④血液生化学検査や甲状腺機能のチェックにて[Fig.7]、動悸の原因が心原性か、非心原性かの、鑑別が可能となります。

Fig.7 まず行なうべき検査

- ① 12誘導心電図
- ② 胸部X線写真
- ③ 末梢血液 貧血の有無をみる
- ④ 血液生化学 コレステロールが高くなければ甲状腺機能亢進の有無をみる*

※基礎に心疾患がない心房細動では、甲状腺機能検査は必須。

診断確定には、更なる精密検査が必要となります[Fig.8]。

Fig.8 確定診断のための検査

1.ホルター心電図	あるいは12誘導心電図の頻回記録
2.運動負荷心電図	トレッドミル, 自転車エルゴメーター
3.心血管系基礎疾患の検索	①心エコー図
	②核医学的検査 心筋シンチグラム, 心プールシンチグラム
	③電気生理学的検査 His束心電図, ペーシング法
	④冠動脈造影, 左室造影
	⑤X線CT, MRI
4.貧血のある場合はその原因検索	
5.内分泌学的検査	甲状腺ホルモン, カテコールアミン
6.薬剤血中濃度測定	

ホルター心電図；動悸の患者が、来院時に12誘導心電図をとっても、その時点で発作がなければ、異常所見は見られませんが、24時間の観察にて、期外収縮・一過性心房細動・発作性頻拍などの異常が認められることもあります。

負荷心電図；労作により動悸や脈拍異常のある場合、安静時心電図に異常が認められなくても施行します。心室性期外収縮が多い。

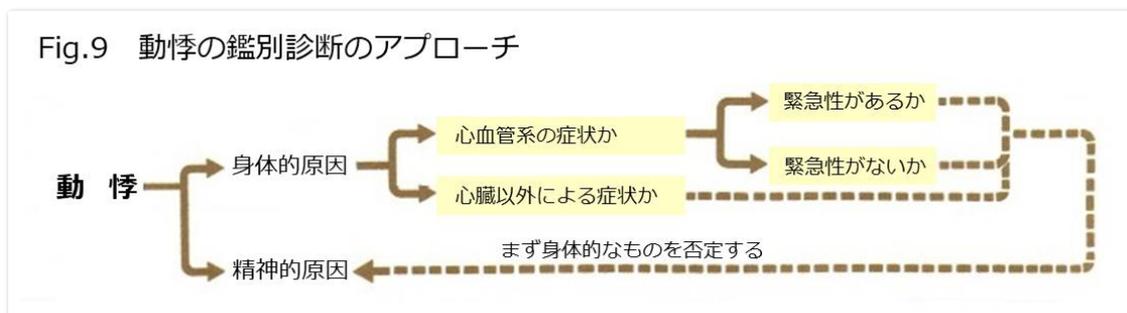
■動悸の鑑別診断のアプローチ

まず、身体的原因によるものか？、精神的原因によるものか？

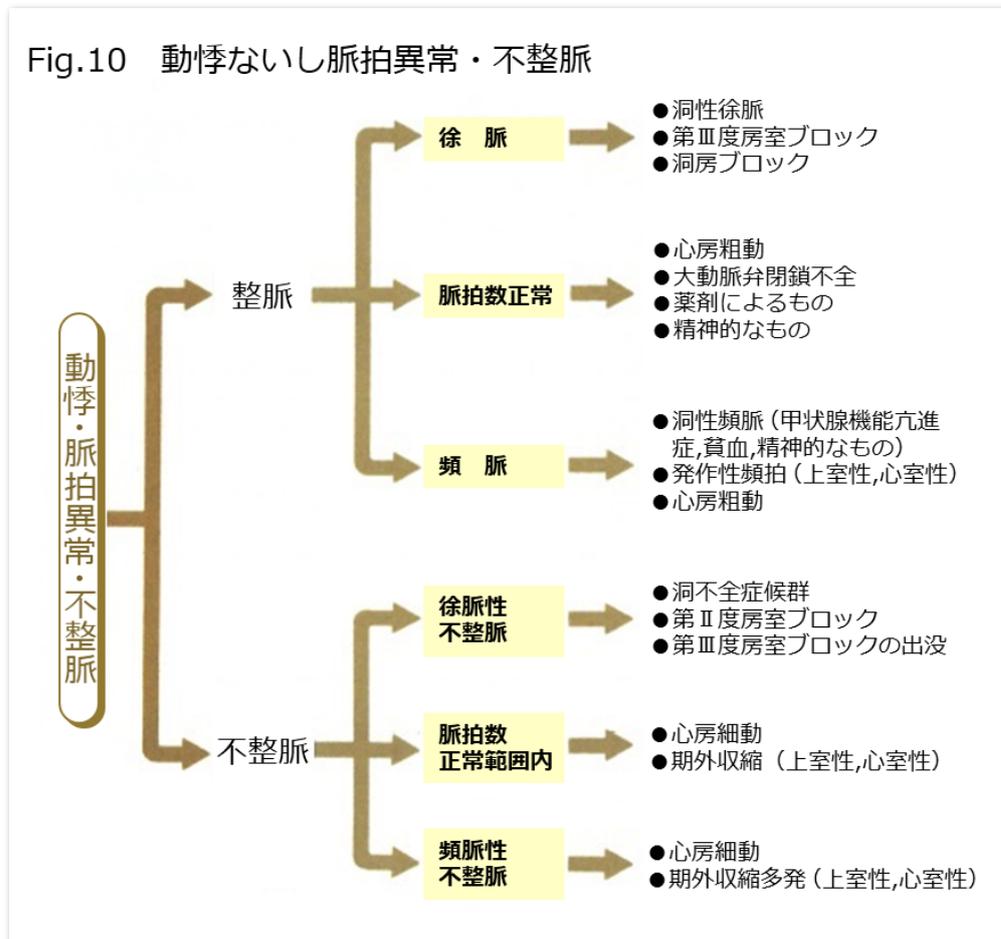
次に、身体的原因の場合、心原性のものか？、非心原性のものか？

また、緊急性のあるものかどうかを判断（診断）していかねばならない[Fig.9]。症例によっては、早急に治療しなければならない場合があります（心室性不整脈、心筋梗塞等の虚血性心疾患など）。

Fig.9 動悸の鑑別診断のアプローチ



動悸・脈拍異常・不整脈の観点から区分すると、下図の如く分類されます[Fig.10]。脈拍数の異常は、頻脈（100/分以上）と徐脈（50/分以下）と定義されます。



動悸の原因が、心原性／非心原性を問わず、確定できれば、その疾患領域の担当科を受診した方が良いでしょう。

緊急を要する場合、**専門医への紹介のタイミング**としては、

- 1) めまいや失神を伴う不整脈（洞不全症候群、高度・完全房室ブロック、持続性心室頻拍、心室細動）
- 2) 器質性心疾患（急性・陳旧性心筋梗塞、狭心症、弁膜症、心筋症）
- 3) 脳梗塞や一過性脳虚血発作（TIA）の合併のある心房細動のある場合となります。

<参考資料>

- ① 症状からみた臨床検査；日本医師会雑誌 98（10）
- ② キーワードから展開する攻める診断学；増刊レジデントノート 14（1）
- ③ 症状からアプローチするプライマリーケア；日本医師会雑誌 140（2）
- ④ 薬の正しい使い方；日本医師会雑誌 116（10）
- ⑤ 心血管疾患診療のエクセレンス；日本医師会雑誌 137（1）