

話のテーマ：心電図からみた保健指導対象者の判断の仕方

心電図変化の読み取りで、保健指導に大切な点は、3つあげられます。

〈3つの要素〉

- ① 虚血があるかどうか(狭心症/心筋梗塞)・・・血管の詰まり具合をみている。
(ST変化 Q波とか)
- ② 不整脈・・・心房細動があるとか、房室ブロックあるとか、心室性期外収縮があるとか。
- ③ 心肥大・・・心臓の壁が厚いかどうか。

●判断の仕方については、下記のように考えていく。

レベル1 かかりつけ医の経過観察（かかりつけ医は基本精査しない。）

1-A 緊急性なし（健診での経過観察）

例) 洞性頻脈 洞性徐脈・・・去年も一昨年と同じだったら精査は不要。

1-B すでに原因がわかっている

例) 陳旧性心筋梗塞・・・大きな変化なし。循環器医師等の判断があること。

レベル2 緊急性あり（すみやかに専門医へ紹介、個別に考える）

- ①狭心症疑い
- ②治療の必要な不整脈
- ③それ以外の心疾患（心肥大など）

※症例毎個別に考えていく視点

〈虚血について〉

保健指導は、原則緊急性なしの人にすべき(1-A)。心電図に異常があっても今のところ活動制限がなく、精密検査が必要ないと判断されている住民に、保健指導をする。糖尿病や脂質異常・肥満がある方に対しては(1-A なら)、積極的に保健指導をやる。

一方、去年までなかった心電図所見が出てきた住民は、診断医師がレベル2にします。精密検査が必要と判断され、精密検査がおこなわれ治療方針が決まるまでは、保健指導はやるべきでない。診断が先。その後保健指導。住民でそのことがわからない場合も多い。その時は保健師が医師に判断を求めるこ

とが必要。医師の中でも緊急性が判断できなくて経過を見ている場合がある。そのような医師の判断にも要注意。その時は、保健師側から、紹介が必要ないか医師に聞く必要もありうる。重要な点を医師に尋ねる能力も必要。

虚血については、狭心症と心筋梗塞の所見の違いが読み取れないといけない。ST 変化、異常 Q 波にどんな意味があるとかは知らないといけない。そこに注目してほしい。ST・Q 波が、新たに出現、変化したならば、なにか重大な変化が心臓に起こっている可能性が高いので、すみやかに精密検査が必要である。保健指導は後回し。レベル 2 にまわす。

レベル 1-B の場合、すでに精密検査が終わり、緊急性がない場合、保健指導を継続して行う。心筋梗塞を起こした人という目で保健指導をしていく必要がある。1B でも精密検査をしないで、保健指導はあり得ない。主治医が精密検査にもとづいて生活習慣の修正が必要と方針を決めた後、保健指導を頑張りましょうということになる。狭心症・心筋梗塞を発症した場合、必要なことは緊急に必要な検査や治療であって、保健指導ではない。保健指導の役割は、1A では狭心症・心筋梗塞の新規発症予防、1B では狭心症・心筋梗塞の再発予防（薬物、インターベンション治療が優先）です。

〈不整脈について〉

不整脈に関しては保健指導はあまり関係ない。有効でない場合がほとんど。あまり細かく知らなくていい。精密検査にまわすべきかどうかという判断のみが問われる。精密検査が不要で経過を診ていればいいのか、精密検査が必要なのかだけ知ってほしい。心房細動はみつけたらほとんどの場合病院に送るべき（抗凝固療法が必須のため）。不整脈は保健指導そのものではない。早く医療機関で薬を飲むようにすすめる。

〈心肥大について〉

心肥大：高血圧で起こることが多い。ただ、そうでない場合が時々あるので、その判断も精査で調べる必要がある。高血圧と関係ない肥大もある。速やかに精密検査が必要になることもある（レベル 2）。昨年、精密検査をして、肥大型心筋症と判断され、ただ今のところ経過をみているだけでいいとなれば 1-B に戻る。そういう人は保健指導をやってよい。

または、昨年精査をして、高血圧性の心肥大とわかったら、毎年精査をする必要はない。

こういう人には保健指導。塩分制限・血圧を上げない指導。薬を飲む指導。（1-B）

心電図から見た保健指導対象者の判断の仕方（まとめ）

虚血 1) 心電図変化なし

注：心筋梗塞の 60%は前駆症状なし（かくれ狭心症＝心電図に変化が出ない）→動脈硬化性疾患の危険因子のある方はかくれ狭心症を想定して保健指導をする（胸の症状がおこれば運動をやめてすぐに医療機関に受診するよう指導する）。

2) 心電図変化あり

○狭心症

○心筋梗塞

心肥大 ・ ・ 高血圧などの原因がわかっている場合は保健指導（1 - B）

例）塩分、薬、血圧管理。

原因がわからない場合→精密検査（レベル 2）

去年も同じだったら（1 - B）で

保健指導をする。

不整脈 ・ ・ 保健指導は有効でない場合がほとんど。精密検査の判断のみ。

心房細動など知らなくてはいけないものもある。

●心不全は項を変える必要がある。

(心不全は心肥大側の話)

心不全:心臓の働きが落ちて、患者さんに症状がでていること。何らかの心臓病が原因で心臓の働きが落ちた全員が心不全をおこしうる。心臓病の末期はみんなそうなる。ただ、原因が大事。

(心臓・血管の辞典p110「おもな原因は虚血性心疾患や心筋症などによる、心筋の器質的な変化だ。」)

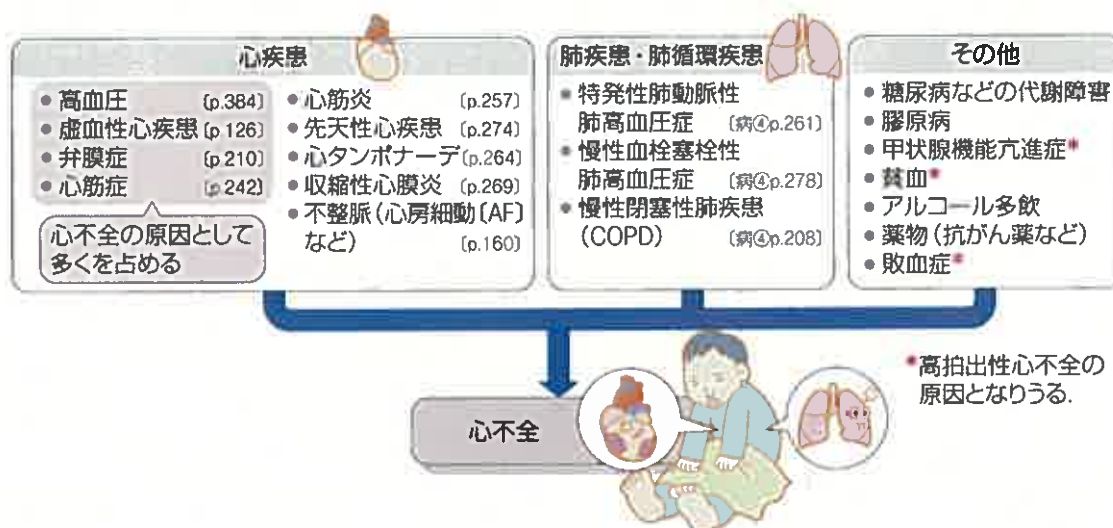
心不全は病気とは違う。簡単に言うと、あらゆる心臓病をもった方の状態である。血管の詰まりで起こることもあるし、不整脈で起こることもあるし、肥大で起こる場合もある。結果的に心臓の働きが落ちたことによって症状がでることを心不全という。保健指導に関わる心不全は、高血圧性心疾患と動脈硬化性の二つ。

高血圧で心肥大が起こっているのであれば、症状が全くなくて、身体活動の制限もなければ保健指導が大事。太っている人を痩せさせることはすごく有効。保健指導そのものが一番重要な治療になる。そういう人にはやっていただきたい。保健指導、減量をね。心不全は、虚血性心疾患でも高血圧でも起きる、肥満でも起きるということ。

心疾患だけではなく
原因疾患



- 心不全は、心疾患の終末的な病態であり、ほとんど全ての心疾患が心不全に陥る可能性をもつ。
- 肺疾患（による肺高血圧症）や糖尿病、膠原病などによる心筋障害も原因となる。



心不全にはレフとペフがある。

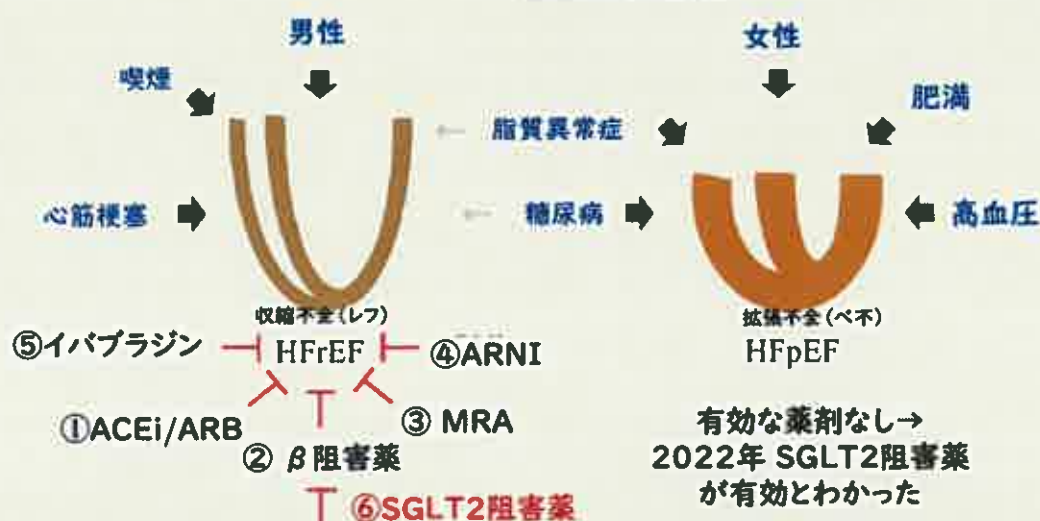
●レフ: 心臓が大きくなってしまって動きが悪い。一般的には大きく分けて心筋梗塞で起きるものと心筋梗塞以外で起きるものと二つあります。だから、心筋梗塞を起こすそのものが悪い。当然、肥満・メタボで心筋梗塞になって起こすのがひとつ大きな原因である。

●ペフ: 心筋梗塞を起こしてなくても、肥満になっている人はペフを起こしやすくなる。こういう人たちは減量によって肥大を防がないといけないという保健指導をやらないといけない。むしろ病院でやることはあまりない。

2つの心不全で、治療効果が違う

Heart failure with preserved ejection fraction: present status and future directions | Experimental & Molecular Medicine

2019年12月 総説



6クラスの薬剤が有効

島袋改変

保健指導は、①動脈硬化性疾患や高血圧性心肥大のリスクのある方におこなうべきであるが、②動脈硬化性疾患以外の心臓病もたくさんある(弁膜症、心筋症など)。対象者がどの心臓病かを知った上で①の場合に保健指導をおこなう。レベル 1(下記に振り分けについて述べてあります。)で問題のない人に保健指導をする立ち位置は忘れないこと。

