

# 循環器診療のための症候 ・病態・診察のポイント

©kokurenの自習室



# 目次

- 診察の基本
- 胸部の診察
- 心音の基本
- 過剰心音
- 心雑音
- 脈拍異常
- チアノーゼ
- 失神
- 胸痛
- その他の症候：めまい・腹部血管雑音



# 1. 診察の基本①：視診・触診のランドマーク

- 胸骨角 (Louis角):
  - 胸骨柄と胸骨体の接合部の隆起。
  - 外縁に第2肋骨が付着。肋骨同定の基準点。
- 心尖拍動:
  - 正常：左第5肋間・鎖骨中線上。
  - 左室拡大時：左下方へ移動、びまん性（広範囲）に。
  - 右室拡大時：胸骨左縁下部で拍動を触知することも。
- 触知可能な動脈 (例):
  - 頸部：総頸動脈
  - 上肢：腋窩、上腕、橈骨、尺骨動脈
  - 下肢：大腿、膝窩、後脛骨、足背動脈

触知不能な動脈 (例): 腕頭動脈 (胸郭内)



## 2. 診察の基本②：脈拍の診察

- 触診部位：橈骨動脈が一般的。
- 触診方法：検者の示指・中指で軽く圧迫。母指は避ける。
- 評価項目：
  - 脈拍数 (Rate): 15秒x4 or 30秒x2。不整脈時は60秒測定。
  - リズム (Rhythm): 整・不整。呼吸性変動は生理的。
  - 左右差: 必ず両側同時に触診して比較。
  - 緊張・充実度: 速脈、遅脈、交互脈など。
  - 血管壁の性状: 硬化の有無。



# 3. 診察の基本③：血圧測定の基本

- 測定法：聴診法（コロトコフ法）が標準。
- 測定体位：坐位が標準。心臓の高さで上腕を保持、安静後測定。
- マンシェット（カフ）:
  - 適切なサイズ選択（幅:上腕周径40%, 長さ:80%以上）。
  - ゴム囊中心を上腕動脈上に。
  - 巻き方：指1-2本入る程度。下端は肘窩の約2cm上。
- 測定手技:
  - 触診法でSBPを事前確認（聴診間隙対策）。
  - 聴診器（膜型）を上腕動脈上に軽く当てる。
  - 触診SBP +20-30mmHgまで急速加圧。
  - 減圧速度：1拍あたり2-3mmHg。



# 4. 診察の基本④：血圧測定 of 注意点

- コロトコフ音:
  - 第1点 → 収縮期血圧 (SBP)。
  - 第5点 (消失点) → 拡張期血圧 (DBP)。
- 測定値への影響:
  - カフ幅 (狭→高値, 広→低値)。
  - 腕の高さ (低→高値, 高→低値)。
  - 袖の圧迫 (低値)、痛み・不安 (高値)。
- 触診法: SBPのみ測定可能。DBPは不可。高齢者等で併用。
- 上下肢圧差:
  - 正常: 下肢SBP  $\geq$  上肢SBP (+10-20mmHg程度)。
  - 上肢 > 下肢: 大動脈縮窄、高安動脈炎などを疑う。



# 5. 頰部の診察①：頰静脈

- 観察体位：仰臥位または上半身挙上(30-45度)。坐位では通常見えない。
- 頰静脈怒張：右心系の圧上昇を示唆。
  - 原因：うっ血性心不全、心タンポナーデ、収縮性心膜炎など。
- 頰静脈圧 (JVP) 推定:
  - 上半身45度挙上、胸骨角を基準(0cm)とする。
  - 内頰静脈拍動上端までの垂直距離を測定。
  - 推定CVP (cmH<sub>2</sub>O)  $\doteq$  JVP(cm) + 5cm。
- 肝頰静脈逆流：右心不全を示唆。



# 6. 頰部の診察②：血管雑音 (Bruit)

- 聴取部位：頰動脈（総頰動脈、分岐部など）。
- 発生機序：
  - 動脈狭窄による乱流。
  - 血流速度の増加（高拍出性状態）。
  - 動静脈瘻（シャント）による乱流。
- 原因疾患：
  - 狭窄：頰動脈狭窄症、高安動脈炎。
  - 高拍出：貧血、甲状腺機能亢進症。
  - シャント：動静脈瘻。
- 考えにくい疾患：甲状腺機能低下症（心拍出量低下）。
- 臨床的意義：脳梗塞・心血管イベントのリスク上昇と関連。



# 7. 胸部の診察：心尖拍動と振戦

- 心尖拍動:
  - 正常：左第5肋間・鎖骨中線上、限局性。
  - 左室拡大時：左下方へ偏位、びまん性（広範囲）。
  - 左室肥大時：持続性（抬起性）。
  - 右室拡大/肥大時：胸骨左縁下部で拍動（右室抬起）。
- 振戦 (Thrill):
  - 触知可能な強い心雑音（Levine IV/VI以上）。
  - 血流の乱流により生じる。
  - 常に異常所見。器質的心疾患を示唆。
  - 聴診部位と対応させて評価（例: AS → 大動脈弁領域の収縮期振戦）。



# 8. 心音の基本：I音とII音

- I音 (S1):
  - 房室弁（僧帽弁・三尖弁）閉鎖音。
  - 聴取部位：心尖部で最強。
  - 亢進：MS、短いPR、高拍出状態（貧血など）。
  - 減弱：MR、心筋梗塞、長いPR。
- II音 (S2):
  - 半月弁（大動脈弁・肺動脈弁）閉鎖音。
  - 聴取部位：心基部で最強。
  - 亢進：高血圧 (IIA ↑)、肺高血圧 (IIP ↑)。
  - 減弱：AS (IIA ↓)、PS (IIP ↓)。



# 9. II音の分裂：生理的・病的

- 成分：大動脈弁閉鎖音 (A2) + 肺動脈弁閉鎖音 (P2)。通常 A2 → P2。
- 生理的分裂:
  - 吸気時に静脈還流増 → 右室駆出時間延長 → P2遅延 → 分裂幅増大。
- 病的（固定性）分裂:
  - 呼吸に関係なく分裂幅が広く一定。
  - 心房中隔欠損症 (ASD) に特徴的。
- 病的（奇異性）分裂:
  - 呼気時に分裂、吸気時に狭まる（通常と逆）。
  - A2がP2より遅れる場合に生じる。
  - 原因：左室駆出遅延（重症AS, HCM）、左脚ブロック (LBBB)。



# 10. 過剰心音①：Ⅲ音 (S3)

- 時期：拡張早期（Ⅱ音の直後）。
- 機序：心室急速充満期の心室壁振動。
- 聴取：心尖部（ベル型）、左側臥位で聴取しやすい。
- 特徴：低調な音。
  
- 臨床的意義:
  - 生理的：小児・若年健常者 (<40歳)。
  - 病的 (≧40歳)：心室コンプライアンス低下、容量負荷を示唆。
    - 原因：心不全、MR、TR、VSD、DCMなど。
  - 下肢挙上で増強。



# 11. 過剰心音②：IV音 (S4)

- 時期：拡張後期（I音の直前）。
- 機序：心房収縮による血液が硬い心室へ流入。
- 聴取：心尖部（ベル型）、左側臥位で聴取しやすい。
- 特徴：低調な音。
- 臨床的意義：
  - 心室コンプライアンス低下、圧負荷を示唆。
  - 原因：高血圧性心疾患、虚血性心疾患、AS、HCMなど。
  - 心房細動 (AF) では聴取されない（心房収縮がないため）。



# 12. 過剰心音③：Opening Snap, 心膜ノック音, クリック

- Opening Snap (OS):
  - 拡張早期（II音の後）、高調で鋭い音。
  - 硬化した房室弁（僧帽弁・三尖弁）の開放音。
  - 僧帽弁狭窄症（MS）に特徴的（重症化で消失も）。
- 心膜ノック音:
  - 拡張早期、OSよりやや遅く、高調で鋭い音。
  - 硬化した心膜による心室拡張の急停止音。
  - 収縮性心膜炎に特徴的。
- 収縮中期クリック:
  - 収縮中期、高調で短い破裂音。
  - 僧帽弁逸脱症候群（MVP）に特徴的（収縮後期雑音を伴うことあり）。



# 13. 過剰心音④：心膜摩擦音・奔馬調律

- 心膜摩擦音:
  - ガサガサ、キュッキュツという粗い摩擦音。
  - 心外膜の炎症による擦過音。
  - 収縮期・拡張早期・拡張後期の3成分（または1-2成分）。
  - 急性心膜炎で聴取。前傾座位で増強することもある。
- 奔馬調律 (Gallop Rhythm):
  - I音・II音に加え、III音またはIV音が明瞭、かつ頻脈 ( $\geq 100$ /分)。
  - III音奔馬調律：心不全（容量負荷）。
  - IV音奔馬調律：心不全（圧負荷、コンプライアンス低下）。
  - 心機能低下を示唆する重要な所見。



# 14. 心雑音の分類と基本

- 機序：心臓・大血管内の血流の乱れ（乱流）。
- 分類:
  - 時期：収縮期、拡張期、連続性。
  - 性状：駆出性(Diamond)、逆流性(Plateau/Decrescendo)、ランブル(Rumble)。
  - 最強点と放散。
  - 強度 (Levine分類 I-VI/VI)：IV度以上は振戦あり。
- 評価ポイント：時期、最強点、放散、性状、強度、体位・呼吸による変化。



# 15. 心雑音①：収縮期駆出性雑音 (SEM)

- 特徴：Ⅰ音後に始まりⅡ音前に終わる。ダイヤモンド型。
- 機序：狭窄部位を通過する駆出血流。
- 主な原因：
  - 大動脈弁狭窄症 (AS): 2RSB最強、頸部へ放散。
  - 肺動脈弁狭窄症 (PS): 2LSB最強。
  - 心房中隔欠損症 (ASD): 2LSB (相対的PS)。Ⅱ音固定性分裂伴う。
  - 肥大型閉塞性心筋症 (HCM): 胸骨左縁下部。立位/Valsalvaで増強。
  - 無害性雑音。



## 16. 心雑音②：全収縮期雑音

- 特徴：Ⅰ音からⅡ音までほぼ一定の強度で持続。高原状。
- 機序：収縮期を通じた圧較差のある部位への逆流・短絡。
- 主な原因：
  - 僧帽弁閉鎖不全症 (MR): 心尖部最強、左腋窩へ放散。
  - 三尖弁閉鎖不全症 (TR): 胸骨左縁下部最強、吸気で増強。
  - 心室中隔欠損症 (VSD): 胸骨左縁3-4肋間最強。振戦伴うことあり。



# 17. 心雑音③：拡張期逆流性雑音（灌水様雑音）

- 特徴：II音直後から始まり漸減する高調な雑音。Blowing。
- 機序：半月弁閉鎖不全による拡張期逆流。
- 主な原因：
  - 大動脈弁閉鎖不全症 (AR):
    - 2RSBまたはErb領域(3LSB)最強。
    - 前傾座位、呼気時に聴取しやすい（膜型）。
    - Austin Flint雑音（相対的MS）を伴うことも。
  - 肺動脈弁閉鎖不全症 (PR):
    - 2LSB最強。
    - Graham Steell雑音（肺高血圧に伴う機能的PR）。



# 18. 心雑音④：拡張期ランブル（輪転様雑音）

- 特徴：拡張中期～後期、低調でゴロゴロした音 (Rumbling)。
- 機序：房室弁通過血流の乱流（通常、弁狭窄）。
- 主な原因:
  - 僧帽弁狭窄症 (MS):
    - 心尖部最強。
    - 左側臥位で聴取しやすい（ベル型）。
    - OSに続き、前収縮期雑音を伴うことも。
  - 三尖弁狭窄症 (TS):
    - 胸骨左縁下部最強、吸気で増強。
  - 相対的狭窄：ASD (→相対的TS), AR (→Austin Flint雑音:相対的MS)。



# 19. 心雑音⑤：連続性雑音

- 特徴：収縮期から始まり、II音を越えて拡張期まで連続。
- 機序：収縮期・拡張期を通じて圧較差のある部位間のシャント。
- 主な原因：
  - 動脈管開存症 (PDA): 左鎖骨下/2LSB最強。機械様雑音。
  - Valsalva洞動脈瘤破裂: 胸骨傍最強。
  - 大動脈中隔欠損症 (AP Window): 胸骨左縁上部最強。
  - その他の動静脈瘻。
- 注意：往復雑音 (To-and-fro; 例: AS+AR) とは異なる。



## 20. 心雑音⑥：聴診部位

- 最強点で原因部位を推定。
- 主要部位:
  - 大動脈弁領域 (2RSB): AS, AR
  - 肺動脈弁領域 (2LSB): PS, PR, ASD, PDA
  - Erb領域 (3LSB): AR
  - 三尖弁領域 (4LSB): TR, TS, VSD
  - 僧帽弁領域/心尖部 (5LICL): MR, MS, MVP, III音, IV音
- 聴診器:
  - 膜型：高調音 (I, II, AR, MR, click, OS)
  - ベル型：低調音 (III, IV, MS/TSランブル)



# 21. 心雑音⑦：体位・手技による変化

- 左側臥位：心尖部の雑音・過剰心音↑ (MS, MR, III, IV)。
- 前傾座位：心基部の雑音↑ (AR, PR, 心膜摩擦音)。
- 吸気：右心系雑音↑ (TR, TS, PS, PR) (Rivero-Carvallo徴候)。
- 蹲踞 (Squatting)：前負荷↑, 後負荷↑
  - HCM雑音↓。MR, VSD雑音↑。
- 立位 / Valsalva手技：前負荷↓
  - HCM, MVP雑音↑。他の多くは↓。



## 22. 心雑音⑧：無害性雑音

- 定義：器質的心疾患がないのに聴取される雑音。
- 特徴：
  - 通常、収縮期駆出性雑音 (SEM)。
  - 比較的柔らかく、弱い (Levine I-II/VI)。振戦なし。
  - 最強点は胸骨左縁。放散乏しい。
  - 他の心音、心電図、胸部X線は正常。
- 好発：小児、若年成人、高拍出性状態（貧血、発熱、妊娠、甲状腺機能亢進症など）。
- 鑑別：拡張期雑音、全収縮期雑音、連続性雑音は常に病的。



## 23. 脈拍異常①：頻脈・徐脈

- 正常脈拍數：成人安靜時 60-100回/分。
- 頻脈 (>100/分):
  - 生理的：運動、興奮、發熱。
  - 病的：高拍出狀態 (貧血、甲狀腺機能亢進症、脫水)、心不全、頻脈性不整脈。
- 徐脈 (<60 or <50/分):
  - 生理的：スポーツ心臓、睡眠時。
  - 病的：徐脈性不整脈 (洞不全、AVブロック)、甲狀腺機能低下症、藥劑 ( $\beta$ 遮断藥等)、高K血症。



## 24. 脈拍異常②：速脈・遅脈

- 脈拍波形の立ち上がりの速さで分類。
- 速脈 (Pulsus celer / Water-hammer pulse):
  - 立ち上がり急峻、急速な下降。
  - 機序：大動脈への急速な流入と拡張期の逆流/流出。
  - 原因：AR, PDA, Valsalva洞破裂、高拍出状態。
- 遅脈 (Pulsus tardus):
  - 立ち上がり緩やか。
  - しばしば小脈 (Pulsus parvus) を伴う。
  - 機序：左室からの駆出障害。
  - 原因：AS。



# 25. 脈拍異常③：奇脈・交互脈・二峰性脈

- 奇脈 (Pulsus paradoxus):
  - 吸気時にSBPが10mmHg以上低下。
  - 機序：心室拡張障害（特に右室）による吸気時の左室充満制限。
  - 原因：心タンポナーデ、収縮性心膜炎、重症喘息。
- 交互脈 (Pulsus alternans):
  - リズムは整だが、一拍ごとに脈圧が大小交互。
  - 重症左心不全を示唆（予後不良）。
- 二峰性脈 (Pulsus bisferiens):
  - 収縮期に二つの峰。
  - 原因：AS + AR、HCM。



## 26. 脈拍異常④：不整脈・結滞・脈圧

- 絶対性不整脈：
  - 脈拍間隔が完全に不規則。
  - 心房細動 (AF) が代表的。
- 結滞 (Intermittent pulse):
  - 脈拍が一時的に触れなくなる。
  - 期外収縮によることが多い (弱い拍動が末梢に伝わらない)。
- 脈圧 (SBP - DBP):
  - 増大 (>60mmHg)：AR, 動脈硬化, 高拍出状態。
  - 減少 (<30mmHg)：AS, 心タンポナーデ, ショック。



# 27. 脈拍異常⑤：左右差

- 評価：両側同時に触診し、強さ・タイミングを比較。
- 臨床的意義：大血管系の異常を示唆。
- 考えられる原因：
  - 大動脈解離
  - 高安動脈炎
  - 動脈硬化による狭窄・閉塞（鎖骨下動脈など）
  - 大動脈縮窄症（上下肢差）
  - 鎖骨下動脈盗血症候群

• 血圧測定でも左右差を確認（ $>10-20\text{mmHg}$ は有意）。



## 28. チアノーゼ①：定義と観察部位

- 定義：血液中の還元Hb増加により皮膚・粘膜が青紫色に見える状態。
  - 毛細血管内 還元Hb  $\geq$  5 g/dL で出現。
- 観察部位（皮膚が薄く毛細血管が豊富）：
  - 口唇
  - 爪床（指趾）
  - 耳朶
  - 舌・口腔粘膜（中心性チアノーゼの確認）
- 注意：眼瞼結膜、手掌・足底は不向き。



## 29. チアノーゼ②：種類と原因

- 中心性チアノーゼ:
  - 動脈血の酸素飽和度低下 ( $\text{PaO}_2 \downarrow$  or  $\text{SaO}_2 \downarrow$ )。
  - 全身性（舌・口腔粘膜含む）。
  - 原因：肺疾患、心疾患(右→左シャント; TGA, Fallotなど)、Hb異常症。
- 末梢性チアノーゼ:
  - 末梢循環不全による組織での酸素抽出 $\uparrow$ 。
  - 四肢末端に多い（舌・口腔粘膜は正常色）。
  - 原因：低心拍出量（心不全、ショック）、血管収縮（寒冷）、血管閉塞。
  - 動脈血 $\text{SaO}_2$ は正常。局所動静脈酸素較差は増大。



# 30. チアノーゼ③：貧血・多血症との関係

- 出現は 還元Hb の絶対量 ( $\geq 5$  g/dL) に依存。
- 貧血時:
  - 総Hb量が少ないため、還元Hbが5 g/dLに達しにくい。
  - 重度の低酸素血症でもチアノーゼが出現しにくい。
- 多血症時:
  - 総Hb量が多いため、比較的軽度の低酸素血症でも還元Hbが5 g/dLに達しやすい。
  - チアノーゼが出現しやすい。
- 臨床的意義：チアノーゼの有無だけで低酸素血症の程度を判断せず、貧血の有無を考慮し客観的評価 (SpO<sub>2</sub>, ABG) が必要。



# 31. 失神①：定義と原因分類

- 定義：一過性の全般的な脳血流低下による、短時間の意識消失と姿勢保持不能。自然に完全回復。
- 原因分類：
  - 神経心原性（反射性）失神：最多。血管迷走神経反射、状況失神、頸動脈洞症候群。
  - 起立性低血圧：薬剤性、脱水、自律神経障害など。
  - 心原性失神：予後不良。不整脈性（ASS）、器質的心疾患（AS, HCMなど）。
  - その他：てんかん（鑑別）、低血糖、過換気など。



## 32. 失神②：心原性失神（Adams-Stokes症候群）

- 心原性失神：突然死リスク高く、予後不良の場合が多い。
- Adams-Stokes症候群 (ASS):
  - 不整脈（高度徐脈 or 頻脈）による失神。
  - 原因：洞不全、高度AVブロック、VT、VFなど。
  - 特徴：前触れなく突然発症、回復速やか、後遺症状なし。
  - 診断：発作時心電図が重要（Holterなど）。
- その他の心原性失神：労作性失神（AS, HCMなど）。



# 33. 失神③：神経心原性失神（血管迷走神経反射）

- 血管迷走神経反射：最も頻度が高い失神。
- 誘因：精神的ストレス（恐怖、痛み）、身体的ストレス（疲労、空腹）、環境（高温、長時間の立位）。
- 病態：迷走神経活動亢進 → 末梢血管拡張（血圧↓）+ 徐脈 → 脳血流↓。
- 症状：前駆症状（気分不快、冷汗、悪心など） → 短時間の意識消失 → 速やかな回復。
- 対応：前駆時 → 横になる。発作時 → 仰臥位、下肢挙上。誘因回避。重症例は薬物療法等。



## 34. 失神④：神経心原性失神（起立性低血圧・状況失神）

- 起立性低血圧：
  - 起立後3分以内にSBP  $\geq$  20 or DBP  $\geq$  10mmHg低下。
  - 症状：立ちくらみ、めまい、失神。起立直後に多い。
  - 原因：脱水、加齢、自律神経障害、薬剤（降圧薬など）。
- 状況失神：
  - 特定の状況下で誘発される反射性失神。
  - 例：排尿/排便失神、咳嗽失神、嚥下失神、食後低血圧など。



# 35. 失神⑤：問診の重要性

- 原因特定・予後判断に極めて重要。
- 確認項目：
  - 失神時の状況（誘因、体位）。
  - 前駆症状の有無・内容（突然発症か？）。
  - 意識消失中の様子（目撃情報：持続時間、痙攣、外傷など）。
  - 回復状況（後遺症状の有無）。
  - 既往歴（心疾患、糖尿病など）。
  - 内服薬。
  - 家族歴（突然死、失神）。



# 36. 失神⑥：緊急性と初期対応

- Red Flags (心原性など重篤な原因を示唆):
  - 心疾患既往/心電図異常。
  - 労作中の失神。
  - 臥位での失神。
  - 前駆症状のない突然の失神。
  - 胸痛・呼吸困難を伴う失神。
  - 突然死の家族歴。
- 初期対応:
  - バイタルサイン確認。
  - 12誘導心電図（最優先）。
  - 血糖測定。
  - 詳細な病歴聴取と身体診察。
  - 必要に応じ血液検査、心エコー、Holter心電図など。



# 37. 胸痛①：鑑別の重要性

- 生命を脅かす致死的疾患 (Killer Chest Pain) の鑑別が最優先：
  - 急性冠症候群 (ACS)
  - 急性大動脈解離
  - 肺血栓塞栓症 (PTE)
  - 緊張性気胸
  - 食道破裂
  - 心タンポナーデ
- その他の原因：安定狭心症、心膜炎、肺炎、胸膜炎、逆流性食道炎、肋間神経痛、帯状疱疹、不安障害など多岐にわたる。
- 注意：肺水腫の主症状は呼吸困難であり、胸痛は典型的ではない。



# 38. 胸痛②：痛みの性状と疾患

- ACS：前胸部、締め付けられる/圧迫感、左肩/腕/顎へ放散、持続性(AMI)。
- 大動脈解離：突然発症、引き裂かれるような激痛、胸背部、移動性。
- PTE：突然発症、鋭い痛み、呼吸困難、頻呼吸。
- 胸膜炎/気胸：鋭い痛み、深呼吸・咳嗽で増悪。
- 逆流性食道炎：胸骨下、灼熱感、食後・仰臥位で増悪。
- 肋間神経痛：肋間に沿う、チクチク/ピリピリする鋭い痛み。
- →痛みの性状、部位、放散、持続、増悪・寛解因子が鑑別の鍵。



# 39. 浮腫①：分類と鑑別

- 定義：間質腔への過剰な水分貯留。
- 分類:
  - 分布：全身性 vs 局所性。
  - 性状：圧痕性 (Pitting) vs 非圧痕性 (Non-pitting)。
- 全身性浮腫 (通常、圧痕性):
  - 心性：右心不全。頸静脈怒張など。
  - 腎性：ネフローゼ、腎不全。眼瞼から始まることも。
  - 肝性：肝硬変。低Alb、腹水など。
  - その他：内分泌性 (甲状腺機能低下→非圧痕性も)、栄養性、薬剤性。
- 非圧痕性浮腫：リンパ浮腫 (蛋白)、粘液水腫 (ムコ多糖)。



# 40. 浮腫②：片側性下肢浮腫

- 特徴：片方の下肢に限局した浮腫。
- 主な原因：
  - 静脈性浮腫（通常、圧痕性）：
    - 深部静脈血栓症 (DVT): 急性発症、疼痛、発赤、熱感。
    - 慢性静脈不全: 静脈瘤、色素沈着など。
    - 静脈圧迫: 骨盤内腫瘍など。
  - リンパ性浮腫（進行すると非圧痕性）：
    - 原因：先天性、手術、感染、腫瘍など。
    - 初期は圧痕性のことも。
  - 炎症性浮腫：蜂窩織炎、関節炎。発赤、熱感、疼痛あり。

鑑別：発症様式、随伴症状、圧痕の有無、既往歴。



# 41. その他の症候：めまい・腹部血管雑音

- めまい（立ちくらみ/失神前感）：
  - 「気が遠くなる」「目の前が暗くなる」感覚。
  - 一過性の脳血流低下を示唆。失神と同様の鑑別。
  - 原因：起立性低血圧、血管迷走神経反射、不整脈、貧血など。
  - 評価：誘発状況、意識消失有無、低血圧/貧血/心雑音の有無。
- 腹部血管雑音 (Abdominal Bruit):
  - 腹部動脈の狭窄・動脈瘤による乱流。
  - 原因：腹部大動脈瘤(AAA)、腎動脈狭窄など。
  - 右下腹部Bruit + 拍動性腫瘤 → 腸骨動脈瘤などを疑う。

