



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着任。
 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 2

著 ● 沢山俊民

今回のPart 2と次回のPart 3では、Part 1で述べた視診法・触診法に引き続き、周波数は高いがエネルギーは小さい心血管系の振動、つまり心音ならびに心血管雑音について習熟し、さらに聴診器をうまく使用するコツを学ぶ。
 というのも、聴診法に習熟しないでハイテク機器に依存した場合、弁膜疾患や先天性心奇形患者を見逃してしまう恐れがあるからである。したがって、聴診法の習得は心音・心雑音に関する知識も含めて不可欠である。

1. 聴診の基本

聴診の基本をマスターしよう！

①聴診器

ベル型と膜型の採音部（chest piece）の両者を備えているタイプを用いるのが基本である。ベル型は低周波数の心音・心雑音の聴取に適しているため、頸の部分を持って軽く密着させ、圧迫しないこと（図1）。一方、膜型は低周波数成分をカットすることによって、高周波成分を取り込む目的に適しているため、皮膚に膜型の圧痕が残るよう圧着すること（図2）。

②呼吸

心音の聴取が呼吸音で妨害されれば呼吸を停止させる。一方で、胸骨左縁上部付近（肺動脈領域）では、呼吸中で2音分裂の状態をチェックする。

③体位

心尖部（左室領域）では左側臥位で（図3）、他の部位では仰臥位で聴く（図1・2）。病態によっては蹲踞位（図4）や立位（図5）でも聴診することが勧められる（後述）。

④聴診部位（図6）

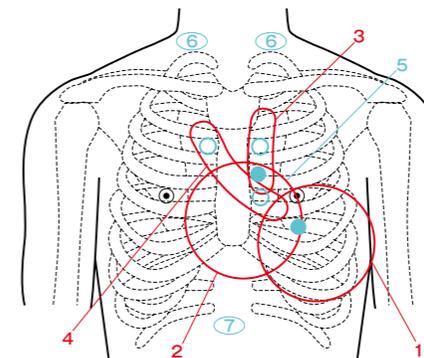
心尖部（左室領域1）、胸骨左縁下部（右室領域2）、同上部（肺動脈領域3）と胸骨右縁上部（大動脈領域4）の各部位が中心となる。このほか、大動脈とその分岐部付近に生じうる狭窄雑音をチェックする意味で、両側頸部（図7）、上腹部（図8）などの聴診も怠ってはならない。



図2 膜型の採音部を装着している場面



図4 蹲踞位（しゃがみの姿勢）で聴診している場面
 被検者も同じ体位をとること。たいていの心雑音は仰臥位に比して音量が大になる。



聴診部位
 1. 左室領域（心尖部、僧帽弁口 ●：鎖骨中線第五肋間）
 2. 右室領域（胸骨左縁下部、三尖弁口 ○：胸骨左縁第四肋間）
 3. 肺動脈領域（肺動脈弁口 ○：胸骨左縁第二肋間）
 4. 大動脈領域（大動脈弁口 ○：胸骨右縁第二肋間）
 5. エルブ（Erb）の領域（●：胸骨左縁第三肋間）
 6. 両側頸部
 7. 上腹部
 図6 聴診部位を示す図
 囲んだ1～4が基本の部位。



図1 ベル型の採音部を装着している場面



図3 左側臥位で聴診している場面



図5 立位で聴診している場面
 大動脈弁下狭窄（肥大型閉塞性心筋症）の雑音と、僧帽弁逸脱にもとづく雑音は特異的に増強するので、他の心雑音との鑑別上非常に大切である。蹲踞位と立位での聴診を2、3度くりかえし行くと両体位での差異が明らかとなる。



図7 頸部での聴診



図8 上腹部での聴診