

行く先は「病院屋台」の世界か

ジェックス理事
大阪国際大学客員教授
三木 健二



知人の医師は、患者さんに「しばらく様子をみましょう」と口にするのが、できにくい世の中になったと嘆く。

理由は二つ。一つは、医療費の締め付けでこれまでどおりの経営規模を維持するためには、どうしても必要以上の検査、投薬をしなければならない誘惑にかられるため。

第二の理由は、「様子をみましょう」といえば、あの医者は診断もできないと思われるだけでなく、万一、他の病院で重大な疾患が見つければ医療過誤で訴えられかねないという心配があるからだそうだ。

手術件数の少ない病院は、手術点数がカットされるということになって、適応外の手術まで始める病院が増え、手術件数はこのところなぎ上りだと聞く。その影響で麻酔医不足が深刻だという。

こうした話を聞くと、改革派の委員が「不必要な道路を作りすぎた」と主張し、守旧派の委員が「必要な道路は作らねばならない」と訴えて衝突した、道路公団の民営化論議と重なる気がする。

際限なく膨張する医療費の削減が問題となる度に、「医師の裁量で必要な医療はしなければならない」と、最もな反論が出る。

確かに「必要な医療」「必要な道路」は確保しなければならない。だが、医師が「必要」というとき、その必要性の幅が裁量によって広がり過ぎている現実を直視しないと、話が混乱するどころか、保険医療システムの崩壊を進めることになる。

例えば、生理的な老化を病気と判断して、次々検査し、薬をどっさり処方するのが「必要な医療」という立場と、「年齢に応じた変化だから様子をみましょう」という立場とでは、天と地ほどの違いを生じる。

こうした裁量の差を暗黙の了解で認めてきた“バブル医療の時代”は去ったのであって、世界的に通用する「標準的な医療」を提供するのが「必要な医療」を提供することではないか。

医療を提供する側にとって、逆風の時代である。かといって、バブル医療の時代と同じ発想で、診療報酬を増やそうとする手段は、医療保険制度をつぶすまでの時間を短くするだけである。必要な医療とは何かを、鮮明にしなければ先は見えてこない。

医師で作家の松村秀樹著の小説「病院屋台」(小学館文庫)は、医療費の赤字が日本の浮沈をかけた課題になり、20XX年、いくら治療しても支払額を一定にする完全包括払い制度が導入され、問題の多い「不良医師」をふるいにかけるため、医師免許保持者に4年ごとに検定試験を課す制度がスタートした、という近未来小説である。

検定試験に落ちた医師は「仮免許」となり、ラーメン屋台のような「病院屋台」を引きながら「移動回診業務」をつづけ、本免許取得に励まねばならない。荒唐無稽なパロディーとは思えぬ説得力があるのは、医療の先が見えない時代だからではないか。

不整脈・診断の一步から最新治療まで

医仁会武田総合病院不整脈科
池口 滋

不整脈の診断には従来より、安静時・発作時12誘導心電図、運動負荷心電図、ホルター24時間心電図などが用いられてきた。発作頻度の少ない不整脈の発作時記録を得ることは困難であったが、近年携帯型発作時記録用心電計が利用されるようになり診断率が向上しつつある。しかし、こうした努力にもかかわらず診断困難な不整脈発作は多数あり、心内のカテーテル電極を用いて行う心臓電気生理検査(EPS)はこうしたまれにしか生じない頻脈性、徐脈性不整脈の診断を高い確率で行える有用な方法である。

徐脈性不整脈(洞不全症候群、房室ブロック)に対するEPSおよびペースメーカー治療はすでにほぼ確立されたが、ホルター機能を備えたペースメーカーが最近登場し、頻脈性不整脈の発作回数を記録するとともに頻脈時の心電図記録も観察が可能となっている。徐脈性不整脈以外の疾患に対するペースメーカーの適応として、心房ペーシングによる心房細動の予防、神経調節失神、睡眠時無呼吸症候群、肥大閉塞型心筋症等に対するペーシング療法、心室内伝導障害を伴う心不全例に対する両心室ペーシング治療などがある。従来の右室ペーシングにおいても左室機能を可能なかぎりペーシング後も温存するために、右室心尖部ペーシングに代わって、右室流出路ペーシングやHis束ペーシングが試みられるようになりつつある。

頻脈性不整脈の診断・治療はこの数年間において飛躍的進歩を遂げてきた。発作性上室性頻拍症に対するカテーテル心筋焼灼術(カテーテル・アブレーション)は95%以上の根治率を記録し、first line therapyとなった。磁場によるカテーテルの3次元的位置認識と電位情報をコンピューター処理して解析するCarto system (Electroanatomical mapping)が登場してマクロリエントリー性頻拍の正確な回路が診断可能となり、アブレーションの適応は心房頻拍からさらに心房内のマクロリエントリーによる心房粗動まで広がった。

心室頻拍に対するアブレーション治療は特発性心室頻拍(右室流出路型、ベラパミール感受性左室頻拍)を中心に進歩しこれらに対しては高い成功率が得られるようになった。

一方、基礎心疾患(心筋梗塞・心筋症)に伴う心室頻拍に対するアブレーション治療の根治的成功率は低く、多くの場合植込型除細動器(ICD)治療の補助的役割を果たすに過ぎない。

重症心室性不整脈に対する薬剤治療と植込型除細動器(ICD)

約10年前までは陳旧性心筋梗塞などによる左心機能低下(左室駆出率:EF40%以下)の症例に対しても、心室性期外収縮が認められると第1群抗不整脈剤(Naチャンネルブロッカー)が投与されていた。しかしCAST studyは心機能低下例に対するNaチャンネルブロッカー投与がかえって患者の予後を悪化させることを明らかにし、以後低心機能症例に使用する頻脈性心室不整脈治療剤は、アミオダロンが第一選択となった。

心不全合併例における心室性頻拍症に対するアミオダロンの有用性は、多数報告されてきたが、AVID studyは心室頻拍が心停止または高度のショックにいたった低左心機能例でのアミオダロン治療と植込み型除細動器(ICD)治療の有効性を比較した。その結果、ICD治療がアミオダロン投与より心室頻拍・心室細動の二次予防に有効であると結論づけられた。

さらに陳旧性心筋梗塞(EF35%以下)にて非持続性心室頻拍を有する症例では、心臓電気生理検査にて持続性心室頻拍が誘発され、かつ抗不整脈剤が無効の場合、予防的ICD植え込みが望ましいとの報告がMADIT1、MUST studyによってなされた。心室細動に対して1次予防目的にICD植え込みを行う時代が到来した。さらに2002年にはMADIT2 studyにてEF30%以下の陳旧性心筋梗塞症例全例に対するICD植え込みの有効性が報告され、ICDの予防的適応も拡大の途をたどっている。

心室内伝導障害と両心室ペーシング

心筋梗塞や拡張型心筋症の低心機能例では20%前後の患者でQRS幅が120ms以上の心室内伝導障害が観察される。特に左脚ブロックにて150ms以上のQRS幅に延長している場合、左室内の不均一な収縮パターンから心機能がいっそう低下し重症の心不全に陥る症例が存在する。こうした左室伝導障害による心機能低下を改善するため右室心尖部と左室側壁を同時にペーシングする両心室ペーシング法が欧米で開発されてきた。左室ペーシングは冠静脈洞内にペーシング電極を挿入することにより行われ、専用のシース、電極、ガイドワイヤーシステムが開発されている。本邦での速やかな認可が期待されている。

さらに、ICDと両心室ペーシングを組み合わせた装置も欧米では開発されており、低心機能患者のQuality of Lifeと生命予後の両者の改善に有効と期待されている。

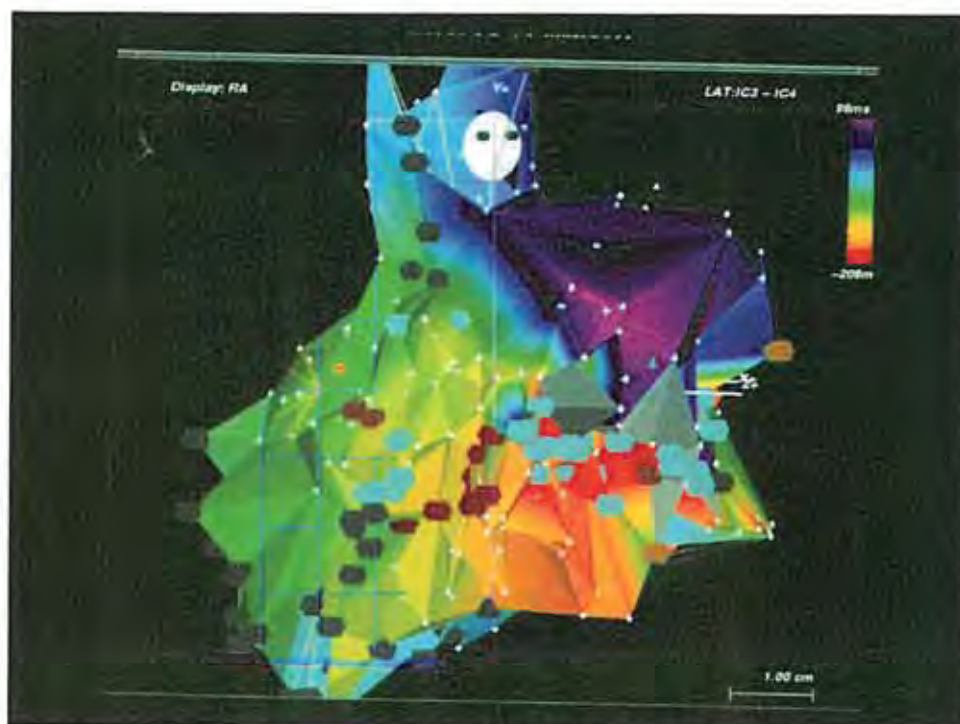


図1：Electroanatomical mapping (Carto) による右房内マクロリエントリー頻拍の診断。赤、橙、黄、緑、青、赤紫の順で興奮伝播を表示する。グレーは電位のない瘢痕部位を示す。



図2：植え込み型除細動器のジェネレーターとコイル状の除細動電極

痴呆性高齢者を抱える家族への支援

関西医科大学精神神経科

助手・臨床心理士 有木永子

高齢者が増加し続ける今日、痴呆性高齢者は増加の一途を辿っていますが、実は長い間、痴呆は病気として認識されず、“年をとると誰にでもあるもの”として扱われてきました。そのため、介護者は痴呆性高齢者の特徴がよく理解できず、“何故自分の前でだけ母はわからないふりをするのか”などの誤解が生まれ、ひいては家族関係がギクシャクしてしまうこともありました。痴呆に関する正しい知識を持ち工夫して関わることは、ご本人・介護者の双方にとって有益なものであります。

<痴呆とは何か>

一言で言えば病的な物忘れのことを指します。正常な物忘れとの相違点は表1のとおりです。正常な物忘れとは、例えば「朝ご飯を食べたけど何食べたかな?」と体験の一部を忘れてしましますが、少しヒントをもらえると「ああ、お茶漬けだった!」と思い出せる範疇のものです。一方、病的な物忘れとは「え?朝ご飯。食べてしまへん。」と体験そのものが思い出せなくなることを指しています。

健康な高齢者	痴呆性高齢者
体験の一部を忘れる	体験の全てを忘れる
進行しない	進行する
時や場所の誤りなし	時や場所を誤る
自覚あり	自覚なし
生活に支障なし	生活に支障あり(幻覚・妄想・徘徊)

(表1)

<痴呆の種類と原因>

大きく分けると①アルツハイマー型痴呆②脳血管性痴呆③その他の痴呆に分かれます。①は現在さかんに研究がなされていますが、脳の神経細胞機能低下によって生じるとされ、新薬が開発されるなど治療の可能性が広がってきています。②は生活習慣病の影響で発症する為、予防が可能です。その他③には内分泌疾患など治る痴呆や①とは別に脳機能の変化から生じた治療困難な痴呆も含まれます。

<痴呆の診断>

精神科医や神経内科医による問診をはじめ、諸検査(内科的検査・画像検査(C T・MR I など) 心理検査(痴呆スケール・知能検査など))が必要です。

<治療>

痴呆の中核症状(記憶の障害)には薬物療法で進行抑制を目指し、周辺症状(抑うつ傾向・引きこもりなど)には薬物療法及び心理・社会的療法を継続して情緒の安定をはかります。しかし、

残念ながら一部の治る痴呆を除いて万能な治療法は現在ありません。薬物療法も未だ大きな効果は期待できませんが、痴呆に対してこうした薬が登場したこと自体がまずは前進です。

こうした流れを汲んで、回想法という既知の思い出に触れ仲間とそれを語り共有することが、物忘れに心を痛める高齢者の情緒を安定させるとして、今では広く普及しています。同時に、家族教室として上記のような基礎知識をスタッフより情報提供され、疑問点や工夫を話し合うこと、そして何より家族同士の交流が介護者の心を支えることがわかってきています。

<早期発見のメリット>

治る痴呆であれば、早期治療が可能です。また、早期であれば薬物療法が効果を見せる場合もあります。そして早期に対処することで、ご本人・家族の双方にゆとりをもたらします。

<介護者の健康を守るために>

介護者自身の時間を確保することがとても大切です。具体的には社会資源（デイケアやデイサービス、ホームヘルパーなど）を利用し家族や親類に理解のもと主たる介護者一人で抱え込まないことが望まれます。また介護者の心の垢を落とせる場所も必要で医療機関や施設で行われる家族会・家族教室などの利用も一助となるでしょう。

図 書 案 内

やさしい介護学 読売新聞社生活情報部（編集） 出版社：明石書店 ISBN: 4750315974 ; (2002/07)	『読売新聞』の「280万人の介護」「やさしい介護学」欄に掲載された記事をまとめる。在宅介護の方法や各種サービス、介護用品、介護保険の利用と問題点など、わかりやすく紹介する。
らくらく介護服—介護する人介護される人にやさしい ハンドクラフトシリーズ (145) 金川 ちとせ（著） 出版社：グラフ社 ISBN: 4766206533 ; (2001/11)	高齢者や体の不自由な人のことを考えた、手作りの生活着。既製品では対応しきれないこまかいアイデアいっぱい1冊です。介護する人にとっても楽な、簡単に思いやりのある服を提案。
男と女の老いかた講座—老いに上手につき合える人、つき合えない人 三好 春樹（著） 出版社：ビジネス社 ISBN: 4828409254 ; (2001/05)	本書では、女性が老いにちゃんと適応する強さを持っているのに対し、男性が老いに弱く、老いる前からすでに危機を迎えていることを明らかにし、できることなら、女たちを見習って、なんとか男が老いをたくましく生き抜く方法を探っていく。
ヘルパーさんに役立つ医学知識のきほん ホームヘルパーブックシリーズ 三瀬 順一（著） 出版社：中央法規出版 ISBN: 4805816937 ; (2000/01)	危険や病気を未然に防ぐための観察のポイント、よくある症状や病気、器具の使い方など、ホームヘルパーに知っておいてもらいたい医学知識をまとめる。巻末では応急手当の手順を図解で示す。
痴呆の人の介護手帳 呆け老人をかかえる家族の会京都府支部（編さん） 価格：¥2,000	出版社：クリエイツかもがわ ISBN: 487699725X ; (2002/12)
楽する老人介護 中田 光彦（著） 価格：¥1,200	出版社：雲母書房 ISBN: 4876721181 ; (2002/05)

狭心症 - Angina pectoris -

関西医科大学附属男山病院 内科
小糸仁史

心疾患はわが国における死因の第2位を占め、虚血性心疾患による死亡率は欧米に比し低いといわれてきたが、食生活の欧米化（環境因子）、高齢者人口の増加（社会背景）に伴い有病率や死亡率の増加が予想される。

狭心症とは、心筋が一過性に虚血、すなわち酸素欠乏に陥ったため生じる胸部ならびにその隣接部の特有な不快感を主症状とする臨床症候群である。種々の要因があるが、心筋酸素需要が供給を凌駕することにより虚血が引き起こされる。誘因から労作狭心症・安静狭心症、病状の安定性から安定狭心症・不安定狭心症、発生機序から器質性狭心症・冠攣縮性狭心症・冠血栓性狭心症に分類される。また、無症候性心筋虚血(Silent myocardial ischemia)という、胸部およびそれに関連する症状を全く伴わず起きる一過性の心筋の血流分布異常、機能障害および電気現象異常をきたす病態もある。

狭心症の診断は運動負荷心電図、Holter 心電図、運動負荷心筋シンチグラム、負荷心エコー、冠動脈造影等でなされる。

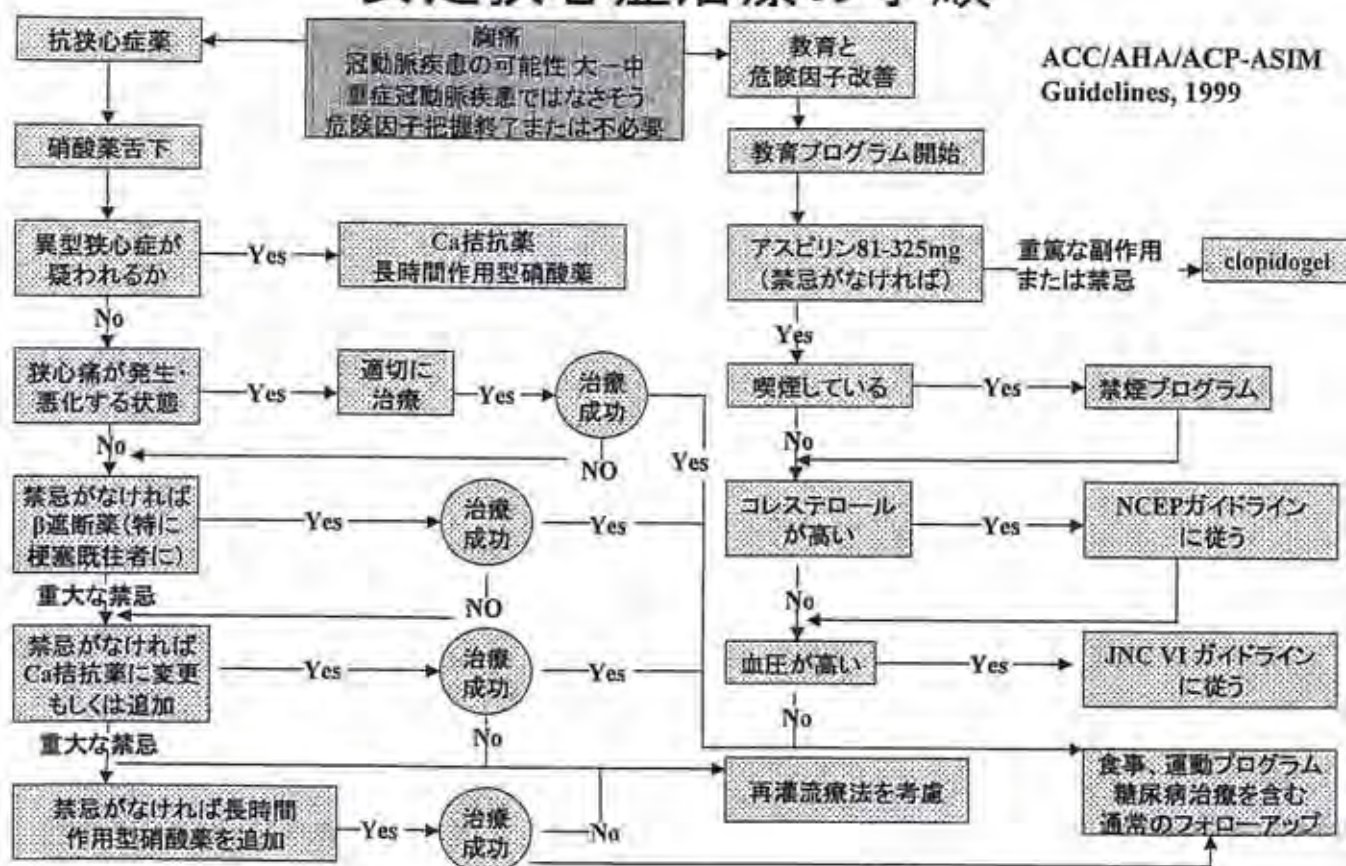
狭心症の治療には、薬物療法、カテーテル治療（PTCA、ステント等の PCI(Percutaneous coronary intervention)）、冠動脈バイパス術（CABG）があるが、治療の目標は自覚症状の改善、心・血管事故の抑制、長期予後の改善である。安定狭心症の治療手順を図1に示すが、注意すべき10大要素があり Aspirin（アスピリン）、Beta blocker（ β 遮断薬）、Cholesterol（コレステロール）、Diet（食事）、Education（教育）、Anti-anginals（抗狭心症薬）、Blood pressure（血圧）、Cigarettes（タバコ）、Diabetes（糖尿病）、Exercise（運動）である。薬物療法としては、高脂血症治療薬（スタチン系）、抗血小板薬、 β 遮断薬、Ca拮抗薬、ACE阻害薬、アンジオテンシン受容体拮抗薬（ARB）、硝酸薬等があるが、中でもスタチンは大規模臨床試験にて有効であることが証明されている。6ヶ月以内に冠虚血や血管反応性を改善、単球における炎症性サイトカインの発現を抑制、平滑筋細胞増殖の抑制、血栓塞栓症の予防、冠動脈疾患における動脈硬化性狭窄の軽減、eNOSのアプレギュレーション、血管内皮細胞のスーパーオキシド産生減少、CRP低下作用があり、CRPの高い症例では冠動脈造影検査後の生存率改善やステント後の心臓合併症を減少させる。また、冠動脈形成術後や心筋梗塞後の生存率を改善させる。

血行再建で問題となるのは、PCI、CABGを問わず血行再建の適応があるか、血行再建の適応がある場合PCIとCABGのどちらを選択するかということである。適応条件としては、冠動脈に虚血の原因となる有意な狭窄もしくは閉塞があること、虚血に伴う症状もしくは非侵襲的検査で虚血が証明されていること、冠動脈病変に対応する虚血領域がある程度の大きさを有すること（左主幹部病変、左前下行枝近位部病変を含む多枝病変）、虚血領域が大きくない場合は虚血に起因する重篤な不整脈発作の既往があること、また、その灌流域の心筋が生存していることが必要である。CABGの手術適応は薬物療法との比較の観点からは、内科的治療の無効な重症狭心

症、狭心痛や内服薬の副作用により日常生活に支障をきたすもの、左冠動脈主幹部病変、3枝病変（安静時左心機能低下例、運動耐用量低下や心筋虚血を示すもの）等がある。PTCA と CABG の比較（BARI 試験）では、インスリン依存型糖尿病患者で左前下行枝に左内胸動脈をバイパスした3枝病変患者にのみ CABG が PTCA より有効であった。ステントと CABG の比較（ARTS 試験）では、1年後の死亡・心筋梗塞・脳卒中の発症率に差はなく、合併症なく生存する率は CABG の方が高く、再手術率はステントで高かった。糖尿病患者では死亡・心筋梗塞・脳卒中の回避率は CABG でステントより良好であった。また、SOS(Stent or surgery)試験では、再手術率・死亡率はステントで CABG より有意に高かったが、死亡率と Q 波心筋梗塞発症率を合わせた場合両者に差はなかった。

安定狭心症治療の手順

ACC/AHA/ACP-ASIM
Guidelines, 1999



心臓病患者さんのページ

今号より、American Heart Association（アメリカ心臓病協会）発行のCirculation誌に掲載されているCARDIOLOGY PATIENT PAGEを翻訳したものをご紹介します。

これは、心臓病患者さんを始めその家族が、より正しい知識を得られるよう医師や看護師が執筆しているものです。CARDIOLOGY PATIENT PAGE（英文）は、Circulationのサイトでもご覧になれます。

American Heart Association: <http://www.americanheart.org>

Circulation: <http://circ.ahajournals.org/collected/patient.shtml>

第1回は、「肺塞栓症と深部静脈血栓症」(Circulation 2002;106:1436-1438)です。

肺塞栓症と深部静脈血栓症

サミュエル Z. ゴールドハーバー 医師；ルース B. モリソン看護師

心臓は酸素を取り込んだ新鮮な血液を大動脈を通して全身の小さな動脈に拍出します。血液が全身の臓器にくまなく栄養分と酸素を供給した後、静脈を通して再び肺で血液に酸素を取り込む為、右心房に還ります（図1と2）。深部静脈内血栓と呼ばれる血液の塊が、しばしば下肢の深部静脈にできます。肺塞栓症は、この血液の塊が静脈壁から剥れ、右心室を経て肺動脈に詰まった時に発症します。広い意味で静脈血栓塞栓症とは深部静脈血栓症、肺塞栓症、或いはその両方が同時に発症した場合をいいます。

静脈血栓塞栓症の発生頻度とは？

静脈血栓塞栓症は、アメリカ合衆国では、年間に推定25万人から200万人の発症があると考えられ、公衆衛生の上から重大な問題だと考えられています。静脈血栓塞栓症の原因には、生活習慣など、後天的に起こってくるものと、遺伝的なもの、あるいは、その両方で起こってくると考えられています。後天的なリスクは生活習慣を改善することによって、肺塞栓症や深部静脈血栓症の発症を少なくすることができます。

後天的な危険因子（リスク）とはどんなものでしょう？

長時間、飛行機に乗っていることが肺塞栓症になる原因だとして最もよく知られています。他の誘発原因としては、肥満、喫煙、高血圧、運動不足、手術や外傷などが挙げられます。うっ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患やガンといった慢性内科的疾患もまた肺塞栓症の誘因となります。肺塞栓症は女性に顕著に見られます。誘発因子には、経口避妊薬、妊娠やホルモン補充療法などがあります。

遺伝的疾患にはどんなものがありますか？

遺伝的体質というものが、肺塞栓症に患者がかかりやすいという点で、重要なポイントとなります。我々は、いま、遺伝学的検査（例えば、V Leiden 因子とプロトロンビン遺伝子突然変異）を行い、どのような人が肺塞栓症にかかりやすいかを調べ始めたところです。これらの誘発因子がある場合を、時には前血栓状態あるいは血栓誘発状態と呼びます。

診断はどのようにつけられるのですか？

深部静脈血栓症は下肢にできることが最も多く、数日間にわたって増強する持続性の筋痙攣や筋肉硬直を伴います。下肢の腫れと皮膚の変色が、痛みと共により明らかとなってきます。上肢の深部静脈血栓症は説明のつかない上肢や頸部の腫れを惹き起します。最もよく使わ

れる画像診断法は、非侵襲的静脈エコー検査法です。

肺塞栓症を起こした多くの患者さんは、体のどこかが変だという漠然とした自覚症状がありますが、具体的にそれをはっきりと表現することが困難です。したがって、多くの患者さんがすぐに医療機関にかかるのが遅れるのです。時には、これらの症状が漠然として、特異的でないため、医師たちが肺塞栓症よりも不安神経症と診断してしまうことがあります。肺塞栓症の診断を確定するために、最もよく使われている非侵襲的画像検査法は、高速度胸部 CT スキャンです。

肺塞栓を疑わせるサインとは何でしょう？

- ・説明のつかない息切れ（肺塞栓症に一番よく見られる症状）
- ・胸部不快感、深呼吸や咳によってひどくなる
- ・不安感が募り、神経質となる
- ・頭軽感（ふらつき）や失神を起こす

病院でどんなチェックを受けるのでしょうか？

必ず受けるもの

- ・胸部や下肢の不快感、呼吸困難や頭軽感（ふらつき）についての質問
- ・あなたやご家族の誰かが以前に静脈血栓塞栓症を起こしたことがあるかどうかについての質問
- ・血圧、脈拍数、呼吸数、肺や下肢のチェック
- ・心電図や胸部レントゲン撮影

場合により受けるもの

- ・肺塞栓症の除外診断のため、血液検査（D-dimer）を行う。
（もし、値が正常であれば、肺塞栓症の可能性は少ない）。

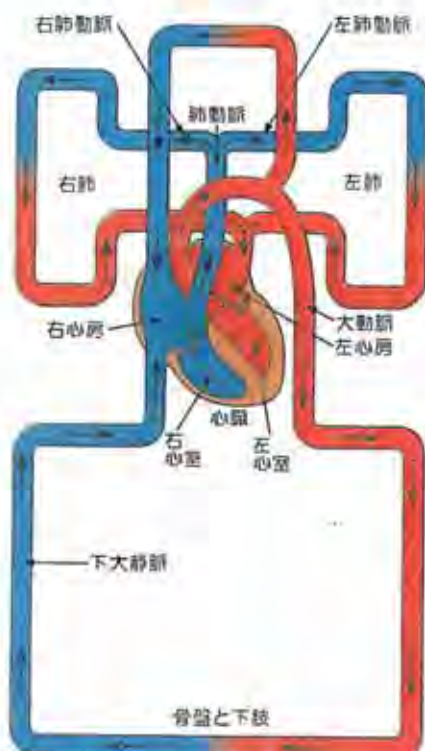


図1. 動脈系は（赤）、静脈系は（青）で示されている。左室は大動脈内に酸素を取り込んだ新鮮な血液を駆出し、この血液は全身の臓器を循環します。酸素を放出した血液は静脈系を通過して右心房、右心室そして肺動脈へと流れていきます。

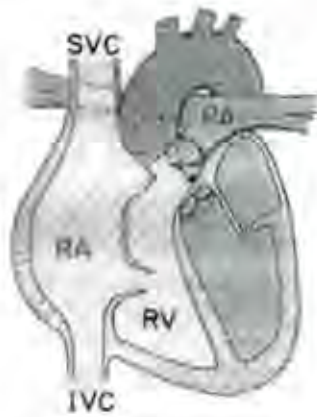


図2. 酸素を放出した血液は、右心室に還り、酸素を取り込むため肺に送られます。

SVC：上大静脈 IVC：下大静脈
RA：右心房 RV：右心室
PA：肺動脈

MediClip, Clinical Cardiopulmonary Images 1997, CATHRHT.TIF, Williams & Wilkins, Baltimore, Md.

- ・胸部CTスキャンにより、肺動脈血流の障害となる血液の固まりを直接画像で見ることができる
- ・肺スキャンにより、肺塞栓のため、肺組織で血流が低下している部位を間接的に特定する
- ・血液検査により、プロトロンビン値を調べる*。特に、比較的若くて他に症状の無い肺塞栓症や深部静脈血栓症の患者
*訳者註：血栓形成しやすい状態を調べる血液検査

どんな治療を受けるのでしょうか？

肺塞栓症は、軽度のものから重症のものまであります。軽度の肺塞栓症は血液凝固阻止剤で治療されます。重症の肺塞栓はさらに血栓を溶かす「血栓溶解療法」や血栓剥出術が必要で、血塊をカテーテルを用いて取り出したり、手術によって除去します。

抗凝固療法は、次の2種類の抗凝固剤を使用します。(1)ヘパリン：静脈内あるいは筋肉に注射。そして(2)ワーファリン：経口抗凝固剤。ヘパリンには基本的に2種類の剤型があります。従来から使われている非分画型の場合は、持続的に経静脈内に投与する必要があります。この非分画型のヘパリンの投与量は体重を基準に決められません。その代わりに、用量は部分的トロンボプラスチン時間と呼ばれる血液検査によって決められます。この血液検査は、普通最初の2〜3日は1日に数回、毎日行われますが、それ以後は1日1回となります。ごく最近になって、低分子量ヘパリンが、従来使われてきた非分画型のものと代わりつつあります。低分子量ヘパリンは一般に患者の体重を基準に処方されるもので、血液検査を必要としませんし、1日1〜2回の注射で済みます。

私たちは、経口抗凝固剤が有効になるまで、ワーファリンとヘパリンの併用療法を行いますが、普通は5〜10日間です。私たちは、国際基準量(INR)として報告される血液検査に従ってワーファリンの用量を決めます。目標となるINRは、普通2.0から3.0の間です。食品、アルコールや他の薬剤によってINR値が劇的に変わります。時には、INR値がはっきりした理由がなくても大きく変動することがあります。INRが高すぎると副作用として出血が起こります。INRが低すぎると血栓を再発するでしょう。患者さんは2〜3週あるいは2〜3ヶ月毎に安定した値に達するまで、INRを調べる必要があります。患者さんはそれまでの検査記録を保管しておくことが大切です。

肺塞栓症は普通、ワーファリン治療を行う前の移行目的に病院で経静脈内に非分画型ヘパリンで治療します。深部静脈血栓症はワーファリンによる経口抗凝固剤への移行目的に低分子量ヘパリン注射を外来治療で行い、しばしば完全にマネージできます。静脈血栓塞栓症治

療においてもっとも賛否が問われるのは、ワーファリン抗凝固療法の至適期間です。最近の報告では、少なくとも6ヶ月間は抗凝固治療を行います、しかし、時には患者さんの病状に応じて、それ以上続ける場合もあります。

抗凝固療法に耐えられなかったり、あるいは抗凝固療法が失敗した患者さんでは、永久金属フィルターを心臓のすぐ下にある下大静脈に挿入し、大きな血塊が肺動脈を通して肺塞栓を引き起こすのを予防します。残念なことにこのフィルターは血栓形成の経過を変えるものではありません。また、フィルターが、その上や下に出来る静脈内血栓を予防することもできないのです。

予防

健康的な食事を取り、運動を続け、理想体重を維持することが、一般的に静脈内血栓の発症を減少させます。特別な他の予防法を次に示します。

- ・ 体をこまめに動かし、運動不足を防ぐ：歩く、ジョギング、自転車や水泳
- ・ 肥満を防ぐ：カロリー制限、運動、飽和脂肪をさける
- ・ 航空機で旅行中の静脈血栓塞栓症を防ぐ：水分を多めにとり、出来るだけ機内を歩く、弾性ストッキングをはく、アルコールを避ける
- ・ 禁煙する：ニコチンパッチ、ガムやスプレーを使用、また禁煙補助剤を使用する
- ・ 高血圧をコントロールする：血圧の自己管理、プライマリ・ケア担当者*に血圧が上昇した際に報告する。
- ・ 静脈血栓塞栓症の遺伝的素因のある場合：家族歴や血液凝固傾向のあることについて健康管理者*に伝えること
- ・ 外傷や手術後の静脈血栓塞栓症を予防する：下肢の弾性ストッキングやその他の器具については主治医と相談し、また抗凝固剤の静脈内あるいは筋肉内投与についても主治医と相談すること
- ・ 入院中にも身体状況により静脈血栓塞栓症が起こる可能性があればそれを予防する：下肢の弾性ストッキングやその他の器具については主治医と相談し、また抗凝固剤の静脈内あるいは筋肉内投与についても主治医と相談すること
- ・ 避妊薬を使用中の静脈血栓塞栓症を防ぐ：静脈血栓塞栓症のリスクについて主治医と相談し、経口避妊薬に変わるものを考えること。
- ・ 妊娠中の静脈血栓塞栓症を防ぐ：リスクの高い場合、毎日ヘパリンの自己注射をするよう考えること
- ・ ホルモン補充療法中の静脈血栓塞栓症を防ぐ：ホルモン補充療法は、経口避妊薬と同様、静脈血栓塞栓症を起こしやすいことを心に留めておくこと。

訳者註

*「プライマリ・ケア担当者に報告」、「健康管理者伝える」とあるのは、日本の場合、「主治医、看護師、保健師に伝える」とお考え下さい。

お知らせ

申し込みは不要です。直接会場（ジェックス研修センター）にお越し下さい。

◆臨床心臓病研修会◆

受講料：会員 無料
会員でない方 1,000円

第189回 慢性腎不全

— 保存期の治療 —

日時：2月19日（水）午後2時～4時
講師：正木 浩哉先生
（関西医科大学臨床検査講座講師）

第190回 生活習慣病と血管疾患

日時：3月19日（水）
午後2時～4時
講師：松尾 汎先生
（松尾医院院長）

◆生活習慣病講座◆

受講料：会員 無料
会員でない方 1,000円

第220回 骨粗鬆症

日時：2月15日（土）午後2時～4時
講師：林 孝乾先生
（協和会総合加納病院副院長）

第221回 脳梗塞の治療における 最近の話題

日時：3月15日（土）
午後2時～4時
講師：成富 博章先生
（国立循環器病センター脳内科）

*臨床心臓病研修会にご参加の大阪府医師会会員の先生はチケットを受付に提出してください。

*****事務局より*****

年会費納入のお知らせ

3月に、会費納入用の郵便振替用紙をお送りいたします。
会員の皆様には、引き続きお納めいただきますようお願い申し上げます。
入会をご希望の方は、事務局までお知らせいただければ、入会申込書をお送りいたします。

—編集後記—

ジェックスニュースレターも3年目を迎えることになりました。発刊以来、読者の皆さんに役立つ記事をお送りするように努力しておりますが、いかがでしょうか。

今月号から American Heart Association（アメリカ心臓病協会）発行の Circulation 誌に掲載されています Cardiology Patient Page の記事を掲載することになりました。

第1回目はエコミー症候群という言葉や昨年日本のサッカー選手やメジャーリーグの選手が発症した事でも御馴染みの「肺塞栓症と深部静脈血栓症」というテーマでお送りしました。引き続き、重要な循環器疾患についての解説を掲載する予定です。

（文責：梅田 幸久・斎藤 隆晴）

編集発行：（社）臨床心臓病学教育研究会「略称：ジェックス」

〒532-0011 大阪市淀川区西中島4丁目7-2 第1チサンマンション3F

Tel&Fax: 06-6304-8014(直通)

事務取扱時間：午前9時～午後5時

但、木・日・祝及び土曜日午後を除く

E-mail: jeccs@mbx.inet-osaka.or.jp

ホームページ <http://home.inet-osaka.or.jp/~jeccs/>