

「五本の指のアプローチ」が出来る指導者を

社団法人臨床心臓病学教育研究会

会長 高階経和



「五本の指のアプローチ」とは、言うまでもなくジョージタウン大学医学部のハーヴェイ教授(Prof.Proctor Harvey)が、心臓病患者へのアプローチの方法として提唱した「親指は病歴、人さし指が身体所見、中指が心電図、薬指が胸部レントゲン、小指がその他の臨床検査」のことである。このベッドサイド手技を修得することは、昔から医師にとっては必須の事柄であり、現在も変わってはならないものである。

ところが医用電子工学が臨床診断の技術として応用されるようになり、各心疾患の診断は、心エコー図に代表される「ハイテク技術」(high technology)が導入されるようになってから、若い医師や医学生あるいは開業医の間で、従来の視診、触診、聴診などのベッドサイドにおける手技を「ローテク」(low technology)と位置づけ、その重要性を軽視する傾向が出てきたことは残念である。この傾向は日本ばかりかアメリカでもそうである。

実は「ハイテク技術」とは、短期間で修得できる「ロースキル」(low skill)であるのに反し、「ローテク」と呼ばれるベッドサイド手技とは、長年の修練によって得られる洗練された技術「ハイスキル」(high skill)であることを再認識すべきである。2003年春、シカゴ市で開催されたアメリカ心臓病学会で前出のハーヴェイ教授は既に80歳半ばであるが、今年も学会参加者のため「聴診」の講義を行っている。ハーヴェイ先生の姿勢は、日本の大学では見る事のできない、終身教授として臨床教育に賭けた教育者の姿である。

臨床の現場で「インフォームド・コンセント」という言葉が叫ばれて久しいが、未だに十分な病歴の聴取も診察も行わずに、いきなり高度の臨床検査を行うことが当然であるかの様に考え、亦その結果についての十分な説明も行わないでいる指導者が非常に多い。彼らが患者を中心とした医療の大切さを後輩たちに講義しながら、現実には患者不在の姿勢を取っているのでは「インフォームド・コンセント」はおろか、人間的な医師と患者の関係もなく、その言葉が独り歩きしているように思えてならない。100年も前にアメリカのオスラー教授(Sir William Osler)が若いドクター達にベッドサイドで「患者の言葉に耳を傾けよ。彼らは君たちに診断を告げているのだ」と諭したのは、今日の高度医療に代表される変貌した医療現場にこそ、再び光を放つ珠玉の言葉である。1816年「レネック」(Laennec)が初めて木製の聴診器を作り、臨床に応用されてから既に187年が経っている。時代が移り、如何にハイテク技術が進歩しようとも、ベッドサイドにおける「五本の指のアプローチ」は色褪せることはない。そして、これが出来る指導者を育てていくことが、ジェックスの使命の一つであると私は信じている。

4月19日

生活習慣病講座

動脈硬化とのつきあい方

国立循環器病センター 内科動脈硬化代謝部門

洪 秀樹

動脈硬化とは「動脈の壁を厚くしたり、硬くしたりすることにより、動脈の構造をゆがめ、その本来の機能を失わせる病変」の総称で、いわゆる病名ではありません。また、後で述べる生活習慣病との関連で問題になるのは、いわゆる粥状動脈硬化です。「粥状」とは、お粥や柔らかいチーズのような状態を意味しています。このような粥状硬化性変化は、内膜や中膜が比較的良く発達した動脈に起こりやすく、心臓を栄養する冠状動脈、大動脈、脳動脈、頸動脈、腎動脈、手足の動脈、など全身の動脈にみられます。その結果、狭心症、不安定狭心症、心筋梗塞、突然死、脳梗塞、大動脈瘤、腎梗塞、閉塞性動脈硬化症、などの病気の原因になります。一方、このような粥状動脈硬化の原因には、加齢、男性、遺伝歴、高脂血症、喫煙、高血圧、糖尿病、肥満、などがあります。

今回は、このような危険因子の中で、とくに肥満とのつきあい方についてまとめてみたいと思います。

現在の日本人の生活習慣は、(1)運動不足、(2)脂肪のとりすぎ、(3)生活リズムの乱れ、によって特徴付けられると考えられています。また日本人は3人に1人が内臓脂肪蓄積につながる儉約遺伝子(β 3-アドレナリン受容体遺伝子ミスセンス変異)を持っていますので、このような生活習慣に慣れ親しんでしまうと内臓脂肪型肥満になりやすいと考えられています。その結果、動脈硬化危険因子が集積した状態、いわゆるX症候群(インスリン抵抗性+耐糖能低下+高インスリン血症+高中性脂肪血症+低HDL-コレステロール血症+高血圧症)(G. M. Reaven, 1988)をきたし、狭心症、心筋梗塞、など虚血性心臓病の原因になります。

したがって、内臓脂肪型の治療では、(1)、(2)、(3)の全てに対する対策が必要となります。

一方、内臓脂肪は主に腸間膜に存在していますが、腹部CTスキャンを用いて内臓脂肪の蓄積を正確に判定できます(内臓脂肪面積が 100cm^2 以上の場合、内臓脂肪型肥満と判定します)。また、より簡便に体格指数 $\llcorner$ 体重(kg) $\div$ [身長(m) $\times$ 身長(m)] $\gg$ の計算式で求めます $\gg$ が $25\text{kg}/\text{m}^2$ 以上で、腹囲が男性では85cm以上、女性では90cm以上の場合に内臓脂肪型肥満を疑う、とする方法もあります。

食事療法では、カロリーも勿論、大切ですが、食事の内容に注意します。国民栄養の現状によると、日本人の総摂取エネルギー量は脂質摂取量の増加に反比例して年毎に減少してきているからです。すなわち、飽食の時代と現在の日本を定義していますが、日本人がカロリーを過剰に摂取するようになったというよりも、バターなど飽和脂肪を多く含む食品をより多く摂取するようになった、という方が、日本人の現在の食生活をより正確に表現しているのです。

したがって、飽和脂肪を多く含む獣肉性脂肪、乳製品、ココナッツ油、ココア、バター、などを控えます。また、砂糖を過剰に摂取すると脂肪肝や高脂血症の原因となりやすいので、砂糖を過剰に含む食

品は勿論のこと、添加する砂糖も減らし、ノン・シュガーで代用します。さらに糖質はなるべく複合糖質（デンプンなど）をとるようにします。一方、アルコールは高カロリー飲料ですので、その制限は必要です。さらにアルコール摂取によって気が緩むと、食事のカロリーに対する警戒心が薄れるので注意します。

朝食を抜いて、夜間にたくさん食べる、というような”まとめ食い”や、一日の食事量の半分以上を夜間に食べる”夜食症候群”など生活のリズムの乱れは問題です。夜間は消化管の吸収機能が昼間に比べて高まりやすく、脂肪はとくに貯蔵に回りやすいためです。また一般的な心構えとして（１）間食をしない、（２）良く噛んでゆっくり食べる、（３）和食を主体に、焼く、蒸すの調理方法で、揚げ物や炒めものは避ける、（４）飲酒量を抑え、脂っこいつまみを避ける、（５）大皿盛りにせず、前もって決めた量だけ皿にとる、（６）目の届くところに食べ物を置かない、（７）空腹で買い物をしない、なども大切です。

一方、本来であれば各個人の遺伝子情報を得た上で、それをもとに治療方法を選択する（テーラーメイド医療）ことが望ましいのですが、仮にすでに述べた儉約遺伝子を持っているとしますと、従来の食事制限に加えて、さらに１日あたり200キロカロリーの食事制限をさらに追加する必要があります。そのような厳しい食事制限の後、例え減量に成功しても、油断するとリバウンドが待ちかまえていますので、食事療法だけで減量を継続することには精神的な苦痛を伴います。さらに目的とする内臓脂肪は減らずに、大切な筋肉や骨が減ってしまうこともあります。

内臓脂肪組織は皮下脂肪組織に比べて代謝が活発で、ノルアドレナリンなどのホルモンに対する反応性も高いので、運動により内臓脂肪を燃焼しやすくします。さらに体内で最も活発に脂肪を消費しているのは筋肉なので、筋肉を動かし鍛えることによって基礎代謝を高め、脂肪が燃焼する速度を速めます。ダンベル体操は筋肉を鍛え、脂肪を燃焼しやすくする好氣的レジスタンス運動で、取り入れたい運動の一つです。また、運動開始後20分までは筋肉に貯蔵されたグリコーゲンが主にエネルギーとして利用されますが、20分を超えるような運動では、筋肉が脂肪を活発に燃焼するようになります。したがって、有酸素運動（ウォーキング、自転車エルゴ、ジョギング、エアロビクス、水中ウォーキング、など）を20分以上行う必要があります。運動は会話ができる程度の強さで、さらに脈拍数をみながら心臓にそれほど負担を掛けないような強さにします（脈拍＝138－年齢÷2）。出来れば毎日行いたいものです。

ところで、脂肪を燃焼させることが内臓脂肪型肥満の治療上不可欠なので、有酸素運動の意義を強調しましたが、実際に大切なのは一日にどれ位の時間、体を動かしたか、です。したがって、20分の有酸素運動を一日一回だけ行うよりも、日常生活の中で個々の身体活動を工夫して、より活動的になることがより重要です。すなわち、（１）一駅分あるいはバス停2～3つ分歩いてみる、（２）エレベーターやエスカレーターを使わずになるべく階段を昇降する、などの身体活動時間を合計して一日の運動時間としていいのです（できればトータルで30分以上）。そして、まず第一に内臓脂肪を減らすために毎日歩くことをお勧めします。

5月17日

生活習慣病講座

高尿酸血症・痛風と生活習慣

兵庫医科大学総合内科

山本 徹也

尿酸は体内で作られるプリンや食物に含まれるプリンから作られます。また尿酸はエネルギー物質(ATP)の燃えかすでもあります。プリンとは細胞の遺伝情報の貯蔵やエネルギー物質(ATP)のもとになるものです。プリンが分解すると尿酸になります。血液中に過剰に尿酸が貯まると高尿酸血症(血液中の尿酸濃度7mg/dl以上)をきたし、痛風が出現します。痛風は高尿酸血症に起因する関節症状、腎障害、尿路結石と血管障害(虚血性心疾患、脳血管障害)を高率に合併する全身性代謝疾患です。この疾患は戦前、戦後は非常に希な疾患とされてきました。事実、日本における1960年までの痛風患者の報告は85症例でしたが、生活習慣の変化と共に痛風患者や高尿酸血症患者が増加して、厚生労働省の報告では痛風患者は59万人にも達し、高尿酸血症患者は600万人以上と推定されています。このことは生活習慣と血清尿酸値が密接に関連していることを示しており、高尿酸血症が生活習慣病であると言われるゆえんであります。高尿酸血症は遺伝要因と環境要因によって発症します。そのため高尿酸血症を防ぐため、環境要因(生活習慣病)対策が重要です。プリン摂取の過剰は血清尿酸値の増加の要因になります。プリン70-80mgを含む食物を摂取した場合、0.5mg/dl程度の血清尿酸値の増加がみられます。プリンを多く含む食物の過剰摂取は小腸、肝臓内で代謝され、血清尿酸値を増加させるので注意を要しますが、尿酸降下薬にて治療を受けている患者では尿酸降下薬の作用が十分なため1日プリン摂取は300mg程度まで許容されます。アルコール飲料の摂取は尿酸の産生を促進させ、血清尿酸値を増加させます。さらにアルコールの代謝にともなう血中乳酸の増加は尿酸の腎臓からの排泄を抑制し、血清尿酸値を増加させます。そのためアルコール飲料を多量に摂取すると血清尿酸値は増加することになります。アルコール飲料の中で、ビールはプリンを含むため、他のアルコール飲料より血清尿酸値が増加しやすく、摂取にあたっては注意を要します。果糖は体内でATPを消費しながら代謝されますので、血清尿酸値が増加します。果物として100g程度の果糖を摂取しても尿酸値は増加しませんが、果糖を含んでいるジュースを多く摂取すると血清尿酸値は増加しますので大量の果糖が急速に体内に入るような状況では注意を要します。運動は筋肉内のATPの消費により、尿酸が増加します。そのため過激な運動は避けるべきです。ストレスが血清尿酸値を増加させるといわれていますが明らかな証拠は現在のところ存在していませんのでもう少し臨床研究を待つ必要があるかと思われます。高尿酸血症の治療は生活習慣の改善と薬物治療です。薬物治療により血中尿酸値を6mg/dl以下に低下させ、その値を維持するようにします。高尿酸血症に起因する痛風発作は激しい痛みを伴う関節炎です。この関節炎は前兆を伴うことがあり、急激で24時間以内に最大に達します。その後この炎症は1-2週間かけて自然に軽減します。母趾に最も多く、誘因は飲酒、運動等です。

高尿酸血症に起因とする腎障害を痛風腎と呼びますが尿酸降下薬の出現以後尿酸のコントロールは良くなり、激減しております。痛風患者で生活習慣病（高血圧、肥満、高脂血症、耐糖能異常）が多いことはよく知られております。高尿酸血症も生活習慣病であることからこれらの疾患が痛風患者で多く認められるのは当然であります。これらの疾患自体も血清尿酸値を増加させます。

そのため生活習慣の改善が高尿酸血症の改善にも重要です。また高血圧、耐糖能異常、肥満、高脂血症は動脈硬化をきたす因子なので痛風患者におけるこれらの生活習慣病のコントロールは高尿酸血症患者の予後にとっても重要であります。さらに最近尿酸が動脈硬化疾患を増悪させるのではないかとされており、血清尿酸値のコントロールの重要性が示唆されています。昨年、我々は高尿酸血症の治療を標準化する目的で高尿酸血症・痛風ガイドラインを作りましたが本日述べたことを網羅しています。特に生活習慣と尿酸の関連を強調しておりますので興味のある方はガイドラインをお読み下さい。



心臓病患者さんのページ

～ CARDIOLOGY PATIENT PAGE ～

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** を翻訳してご紹介するページです。

第4回の今回は、「心不全について」(Circulation 2001;104:89-91.) を翻訳しました。

心不全について

Carol Flavell, ANP, Lynne Warner Stevenson, MD

訳 木戸友幸（ジェックス副会長・木戸医院副院長）

「心不全」という病名を告げられても、そんなに怖がることはありません。あなたの心臓は、血液を送りだせなくなったわけでも、拍動を止めてしまったわけでもないのです。あなたの心臓は、少し機能不全を起していますが、それは適切な治療と生活習慣の改善で元に戻ると考えてください。米国では、少なくとも4～5百万人の心不全の患者が存在し、その約半数が65歳以上です。心不全患者の多くは、活動的で快適な生活を送っています。心不全が改善するかどうかは、あなたがその病態についての知識をもち、いかに対処するかにかかっています。

「心不全」とは？

心不全とは、心臓が血液を送りだす能力が低下した状態のことを指します。心臓の主な機能は、血液を循環させることです。この血液が全身に酸素と栄養を送り込みます。

正常の心臓では、心臓の一回の拍動で、心室にある血液の50～70%を全身に送りだすことができます。正常の心臓は、我々が日常必要としている機能をはるかに超えた予備能力を持っています。心臓のポンプ能力がいくぶん低下していても、あなたが普通の活動を楽に出来る程度の機能は保っています(図1)。

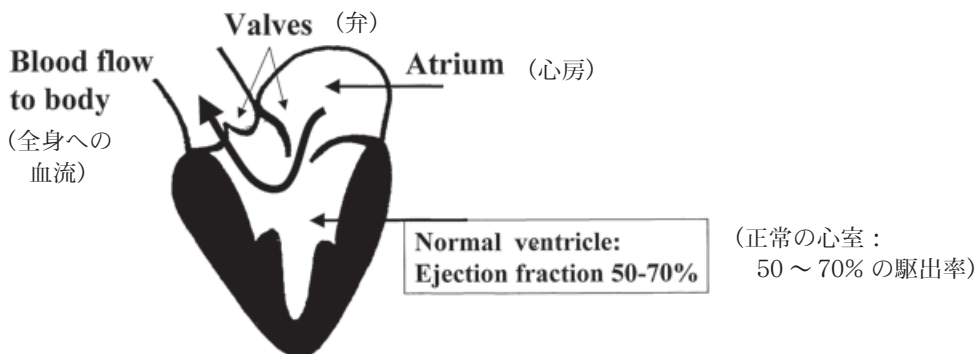


図1 . 正常の心臓 Braunwald E, ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1997.

何が「心不全」を引き起こすか？

心臓の筋肉（心筋）に障害をもたらすものなら何でも心不全の原因になり得ます。具体的には以下に箇条書きで示すものです。

- * 冠動脈疾患による心筋梗塞
- * ウイルス感染症
- * 癌に対する化学療法（すべてが心不全を起こすわけではない。）
- * コカインなどの薬物
- * 過度の飲酒
- * 遺伝的疾患
- * 特発性心筋症（原因は不明）

「心不全」はすべて同じか？

心不全はさまざまな起こり方をします。収縮期心不全では、心筋が正常より弱い力でしか血液を送り出すことが出来ません。時が経つにつれて、心臓の壁は薄くなり、心臓は大きくなります。血液は内臓に貯留するようになり、最後には心不全による「うっ血」に至ります。最終的な段階では、身体の要求に見合うだけの血液が全身に回らなくなります（図2）。

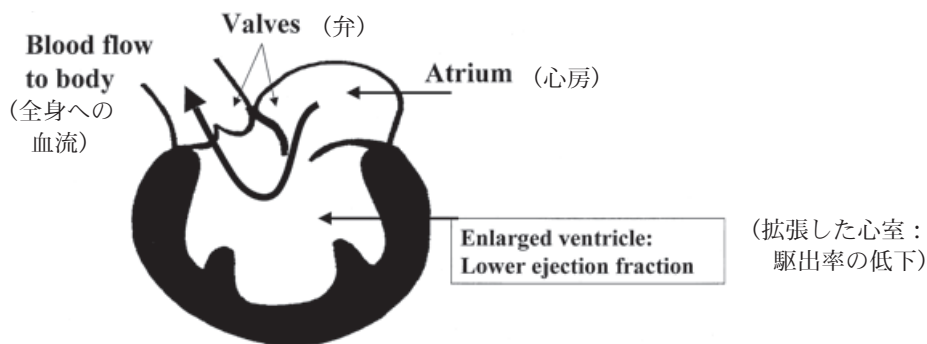


図2. 収縮期心不全 Braunwald E, ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1997.

心臓が硬くなり、柔軟性がなくなり、心臓に還ってくる血液をうまく受け入れられなくなることがあります。これを、拡張期心不全と言います。硬い心臓を持つ患者では、心臓が正常のポンプ作用を持っているにもかかわらず、「うっ血」を伴う心不全症状が現れます。このタイプの心不全は、高血圧や糖尿病を合わせ持つ高齢者により多く見られます（図3）。

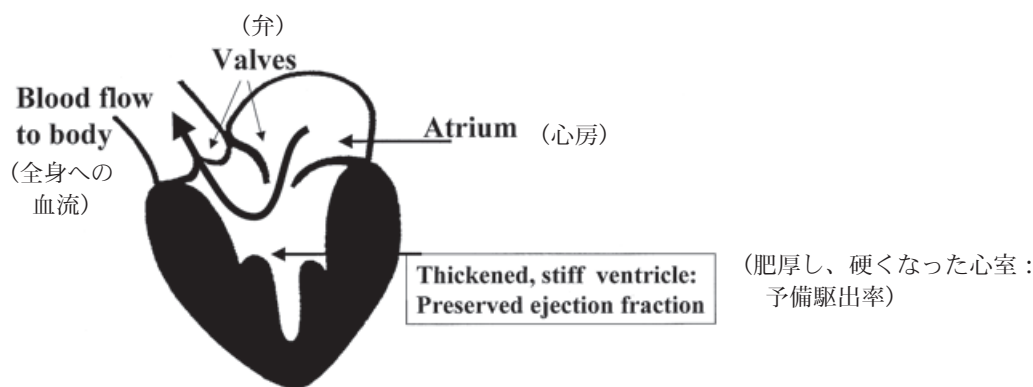


図3. 拡張期心不全 Braunwald E, ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1997.

「心不全」はどのように診断されるのか？

症状が、心不全を診断するための解決の最初の鍵であることが多いです。心不全症状があると、その診断を確定し、心不全のタイプを決定するために、いくつかの検査が行われます。

心不全のときの症状

- * 運動時の過度の疲労
- * 運動による息切れ
- * 横になったときの呼吸困難
- * 運動や横になったときの咳
- * 足首のむくみ
- * 食欲の低下と腹部不快感
- * むくみによる体重増加

これらの症状すべては、多くの内科的な問題によく起こる症状であり、必ずしも、心不全を意味するものではありません。心不全が疑われたら、次に挙げる検査の一つあるいはいくつかを行います。

- * 胸部X線で、心拡大と肺の液貯留をチェックします。
- * 心エコーで、心臓の大きさと動き、駆出率（心臓が収縮しているときと拡張しているときの比）を計測します。
- * 心電図で、心臓の電氣的活動、不整脈の有無と心筋の厚さをチェックします。
- * 心臓カテーテル検査では二つのことを検査します。一つは、カテーテルを心臓の各部屋に入れて、圧や血液の流れを計ることにより、心臓がポンプとしてうまく機能しているかをチェックします。もう一つは、心臓の冠状動脈（心筋の栄養動脈）に造影剤を入れて、動脈造影をして、動脈に詰まりがないかどうかをチェックします。冠状動脈の詰まりは心不全の原因になります。この二つの検査の一つあるいは両方が必要になります。
- * 治療可能な心不全の原因を探るために、放射線同位元素を使ったシンチグラムが必要になることもあります。

「心不全」はどのように治療されるか？

心不全は治療は可能ですが、完全に治癒することは普通は無理です。治療の一番のポイントは、薬物療法と生活習慣の改善です。人間の身体は、突然に血液を失うといったような緊急事態に、心臓のポンプ作用を増強させ身体中により多くの血液を送り込むという反射（自動的に起こる臓器反応）を活発化させることで対処します。これらの反射は、慢性心不全のときもずっと持続します。そうなると、弱った心臓に余計に負担をかけ、ますます弱らせてしまいます。心不全の主な治療薬は、これらの反射に対抗し、心臓がより効果的に働くのを助ける作用を持っています。

- * ACE 阻害剤は、血管を収縮させ、体液を貯留させ、心筋の蛋白を変化させるホルモンの効果を和らげます。
- * ベータ遮断剤は、心臓の拍動をより強く速くするホルモンの受容体を遮断します。
- * 利尿剤は、腎臓が余分な水分を排出するのを助けます。
- * ジゴキシンは速く打っている心拍数を遅くし、心臓の拍動をより強力にします。
- * カリウムとマグネシウムの補充が、利尿剤を服用しているときに、これらの物質が尿中に失われることがあるので、必要になることがあります。
- * 冠動脈疾患、心臓内の凝血、不整脈などのときに、その他の薬剤が処方されることがあります。

何を期待できるか？

心不全を持つ患者の症状はこれからも改善が期待できます。心不全患者は症状も軽くなっているし、より長生きできるようになっています。心不全治療に関しては、現在これまでも増して、さまざまな新しい方法が開発されつつあります。そのいくつかは下記のサイトで観れます。www.clinicaltrials.gov. 心不全は慢性疾患です。あなたの一生涯にわたって、あなた自身の個人的な服薬と生活習慣のプログラムをフォローする必要があります。調子のいい日も悪い日もありますが、それは誰しも同じです。目標は、出来るだけ充実した人生を送ることです。

もっとお知りになりたい人のために

これ以上の情報に関しては、下記の資料にあたってください。

- * Braunwald E, ed. Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 1997.
- * Silver MA. Success With Heart Failure. New York: Plenum Press; 1998.
- * www.americanheart.org/chf
- * www.abouthf.org
- * www.clinicaltrials.gov

自分自身のケアのために何が出来るか？

心臓に関しては自ら責任を持つ

あなたの生活を管理できれば症状はよくなります。

* 心不全とその原因について学習してください。あなたの主治医としっかり話してください。

もっと詳しくお知りになりたい方は、下記の情報源にあたってください。

* Silver MA. Success With Heart Failure. New York: Plenum Press; 1998.

* www.americanheart.org/chf

* www.abouthf.org

* 糖尿病、高血圧、肥満、肺疾患などの他の内科疾患がいかに心不全に影響を及ぼすかを理解し、それら疾患をうまく管理してください。

* あなたの治療薬とそれらの副作用、相互作用について学習してください。あなたに合った服薬スケジュールを作りましょう。あなたの服薬している薬名と量をすべて書きだしてください。緊急時のために、服薬リストを常に持っていてください。

* 毎朝同じ時刻に体重を計り、記録してください。体重増加は、しばしば浮腫（むくみ）の最初の徴候なのです。

* 塩分は浮腫の誘因になります。塩分摂取を一日2～4グラムに制限してください。典型的なアメリカの食事は一日6グラムの塩分を含んでいます。食品の成分表を読んでください。分からなければ、栄養士に質問してください。

* あなたの一日の水分摂取を記録してください。これが少なすぎても、多すぎても問題になります。どれくらいの量が適当かは、主治医に相談してください。

* 週に数日は定期的に運動してください。運動はあなたの身体にも心臓にも外観にもいい影響を与えます。計画を立て、活動することを継続することが重要なことです。計画には、十分な休息をとることを入れなければいけません。

* 他人からの援助をいつでも受け入れるようにしましょう。心不全と新たに診断されたとき、あなたが患者であれ、介護者であれ、一人ではないのだということを覚えておいてください。

* あなたの症状は記録しておいてください。でも、それを放ったらかしにはしないでください。

* あなたの主治医と共に行動計画を立ててください。もし新たな、あるいはより強い心不全症状が現れれば、どのような行動をあなた自身がとるか、いつ病院に電話するか、いつ救急治療を受けるかなどについて十分知っておくようにしてください。

謝辞

当事業は、William T. Young Corporation, Lexington, Kentuckyの部分的な援助を受け行われました。



真夏の暑さにご注意！



ふだん私たちの体は、皮膚と汗をかくことで体温を一定に保つことができる様に調節されています。しかし、真夏の野外や海岸のように炎天下では、長い時間、皮膚を太陽に曝すと体温の調節が効かなくなってしまう。その代表的なものを三つ挙げておきましょう。

1. 熱けいれん

熱性けいれんとは、痛みを伴った筋肉のけいれんです。炎天下で激しいスポーツをしたり、全身にぐっしょり汗をかいた時に起こります。あなたのお腹の筋肉や脚の筋肉など、よく使う部分にけいれんが起こります。これを予防するにはスポーツ・ドリンク*を飲むことが一番です。

(*スポーツ・ドリンクはアメリカのある生理学者によって開発されたスポーツ選手のための飲料ですが、その中に含まれているナトリウムや、カリウム、マグネシウムなどミネラルなどの成分が、人体の体液と同じに作られているので、飲むとすぐに吸収されて全身に体液を補給することができるわけです)

2. 熱疲労

熱性疲労は熱による全身の消耗で、その症状は体温の上昇、失神、頻脈、低血圧、顔面蒼白、冷たく湿った皮膚、と吐き気です。これらは激しい運動をして十分な水分の補給をしなかった場合に突然、起こってきます。熱性疲労の症状は24時間も続くことがありますから、要注意です。勿論、予防のためにスポーツ・ドリンクを飲むことを忘れずに。

3. 熱射病（日射病）

老人や肥った人は熱射病にかかり易いといわれていますが、若い人でも脱水状態や、アルコールの飲みすぎ、心疾患、ある種の薬剤や、激しい運動でも熱射病を起こします。また、まれに生まれつき発汗の少ない人も熱射病になる危険性があります。

熱射病の症状は、頻脈、浅くて速い呼吸、意識混濁、高血圧あるいは低血圧など様々ですが、老人では失神が最初の症状です。熱射病は命にかかわる緊急事態ですから、すぐに119番に連絡し、緊急入院治療が必要になります。



お 知 ら せ

ジェックス会員は無料です。会員でない方は、1,000 円を受付でお支払い下さい。

🌿 臨床心臓病研修会 🌿

第 194 回

糖尿病合併症と関連疾患

薬物療法を中心として

9 月 17 日（水）午後 2 時から 4 時

講師：朴 孝憲先生

（済生会吹田病院内科部長）

.....

8 月の講座はお休みです。

※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。

🌿 生活習慣病講座 🌿

第 225 回

意外に身近な心筋疾患

ー心筋症の話ー

9 月 20 日（土）午後 2 時から 4 時

講師：出口 寛文先生

（大阪医科大学第三内科助教授）

.....

8 月の講座はお休みです。

申込は不要です。直接会場にお越し下さい。

会場：ジェックス研修センター

大阪市淀川区西中島 4 丁目 12-12 TAIHEI ビル 9 階

夏期休暇のお知らせ

8 月 15 日（金）～8 月 20 日（水）まで夏期休暇となりますので、
事務の取扱はいたしません。

－編集後記－

7 月 13 日にジェックス主催アジア・ハート・ハウス大阪セミナー「あたたかい医療をめざしてーみんなで考えよう日本の医療ー」が大阪市中央公会堂で開催されました。当日は激しい雨にもかかわらず多くの方に参加していただき、わが国の医療制度の問題から上手なお医者さんのかかり方まで、出席者全員で勉強しました。本セミナーの詳細な内容は後日 JECCS から出版する予定です。

これから暑い夏を迎えます。この時期脳梗塞の発生も多く、予防として十分な水分の補給をされることをおすすめします。

（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」

Japanese Educational Clinical Cardiology Society (JECCS)

〒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 3 F

電話・FAX：06-6304-8014（FAX は 24 時間受付）

事務取扱時間：午前 9 時～午後 5 時

但し、木曜日・日曜日・祝日と土曜日午後はお休みです。

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

E-mail：jeccs@mbox.inet-osaka.or.jp/~jeccs

