

冷たいおしぼり

社団法人臨床心臓病学教育研究会

副会長 木野昌也



私は大変な汗かきである。特にこの夏場はひどかった。朝の診察を始めると1時間ばかりは汗が止まらない。週2回行う院長回診の際には、手ぬぐいで汗をふきながら、患者のベッドサイドを廻る。先日、見るに見かねたスタッフが、回診の際に、冷たく冷蔵庫で冷やしておいた“おしぼり”を差し出してくれた。この“おしぼり”の冷たく心地良い感覚は、何物よりも価値がある。少し大げさではあるが、まさに生き返る心持ちであった。

この“おしぼり”についてであるが、先日とある出版社の主催する会で五木寛之氏の講演を聴講する機会があった。久しぶりに大きな感銘を受けたので皆さんにもお伝えしたい。戦後の日本人は、大切なものをどこかに忘れてきたのではないかと五木氏は言う。年間の自殺者数が三万人をこえ、人の命が大変軽くなった。増収増益や競争という経済効率ばかり追いかけてきた戦後の日本人。涙、情緒は古いとして、ウェットよりはドライな気性が尊ばれる。テレビをみれば、お笑いばかりが氾濫している。現代の日本人は、乾ききった“おしぼり”のように、命が軽くなってしまった。“おしぼり”は適度な水分を含んでこそ価値があるのに。

絶望の暗闇のその中に一条の希望の光がある。ユーモアの根源は哀愁である。人は皆、理由もなく気分がふさぎ込み、心はずっしりと重く、この世のはかなさを感じ、まさに絶望の淵に立たされる時がある。現在の日本では、すでに死語になってしまったが、昔の日本人はこの状態を“暗愁”という言葉で呼び、明治の時代にはこの暗愁の心を持つことが人間として尊敬される条件とされていたと言う。司馬遼太郎の『坂の上の雲』は、足元に生える雑草を踏みこめて懸命に坂の頂上を目指した人たちの群像である。しかし坂の上に登り詰めてもその上の雲は掴めない。矛盾を感じながらもそれでも上を目指して生きる。明治の人々はそのことに暗愁を実感していたのではないか。

乾ききった殺伐とした社会状況にうんざりすることがある。しかしあれほどの猛暑も季節の移り変わりとともに終わる。最近朝夕は少し過ごしやすくなった。お互い疲れた時にはゆっくりと休養をとろう。そんなに頑張らなくても良いではないか。冷たい“おしぼり”を差し出す日本人の感性を忘れないでいたいものだ。

6月18日

臨床心臓病研修会

内視鏡による胸部交感神経切断術について (特に多汗症の治療として)

財団法人 大阪脳神経外科病院

瀧本 洋司

上肢の Buerger 病、Raynaud 症候群、交感神経関与の痛み、突発的な掌多汗症に古くから交感神経の切断術が行われてきた。特に掌多汗症に対して劇的な効果があることは 30 年前の J. of Neurosurgery にハワイの神経外科医の Cloward が報告している。論文の冒頭にはチャールズ ディケンズの「デービッド カーパーフィールド」からの引用を載せ、この症状がいかに大変なものを述べている。80 例近い症例が手術されており有効率は 90 パーセントを超えている。しかしその手術法は大掛かりなもので後方より肋骨をはずしてアプローチされるものであった。ところが最近内視鏡による切断術が開発され比較的手軽にやれることから著しく普及している。著者も 160 例の症例をかさね満足度調査でも 90 パーセントを超える方々からいい返事を頂いている。しかし本手術には代償性発汗といわれる不愉快な合併症が存在する。これは掌の汗は劇的に停止したものの背部、大腿部、腹部の発汗が異常に増加する現象である。80 パーセントの方が何らかの程度の代償性発汗を訴えられるが、そのほとんどが許容範囲であった。160 例中 2 人の方が新たな悩みになり外来に通院されている。代償性発汗のメカニズムは解明されていないが、最近利き腕をまず手術し、代償性発汗の強くないことを確認して反対側を施行したり、交感神経を部分切除する試みもなされている。術前に掌の汗が本当にひどく、仕事に影響したり、社会的にハンディキャップになっていたりする人の場合、術後かりに代償性発汗がひどくても耐えられるようである。また、TH の 2,3,4 を遮断するので皆さん心臓への影響を気にされるが、最近連続 12 症例で術前術後に I・123-MIBG を投与し SPECT および washout rate を測定したところ交感神経切断による denervation は一切認められず、軽い β -blocker 的な効果をおよぼすのみ、との結果を得た。諸家の報告でも心臓への影響は乏しく安全な手術といえる。

合併症 (160 例)		
代償性発汗	軽度	135 例
	重度	2 例
気胸		4 例
血胸		2 例
心臓への影響		0 例
ホルネル		0 例

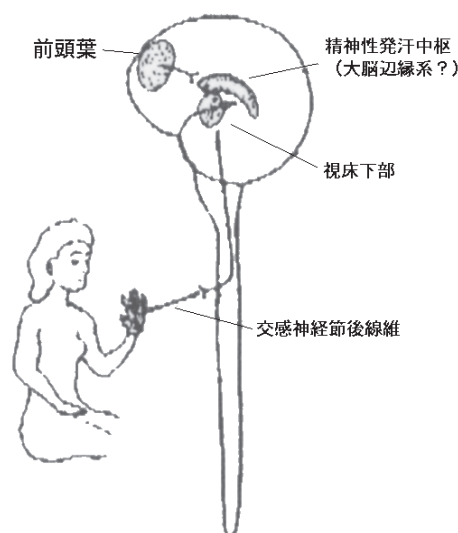


図1 精神性発汗のメカニズム

掌と足底部は、体温調節のための発汗というより精神的な影響を強く受ける。温熱性発汗と対応させて精神性発汗といわれる。大脳皮質の前運動野、辺縁系、視床下部などが関与するといわれ、第8頸髄から第6胸髄を経てT2、T3、T4、に走行している。

6月21日

生活習慣病講座

痴呆症について知ろう

新阿武山病院精神科

東 真一郎

高齢化社会を迎え、痴呆性高齢者は年々増加している。最近の宮城県田尻町の調査結果によると、65歳以上の高齢者のうち8.5%が、85歳以上では約3人に1人が痴呆症と報告されている。同時に核家族化、少子化、家庭介護者の高齢化がすすみ、痴呆性高齢者を支える家族の介護能力は脆弱となり負担も増し、介護者の健康状態にも大きな影響を及ぼしている。「家族は隠れた患者」、「痴呆は二人の病人をつくる」といわれるように、痴呆性高齢者を介護する家族は、うつ状態などの精神症状や身体的不調を訴えることが多い。介護者の不健康は介護破綻にもつながり、支援のみならず健康管理も必要である。

現在の医学では痴呆症にならないよう予防することは困難であり、長生きすればするほど痴呆症に関連した問題は避けられない。このような状況の中、たとえ痴呆症になったとしても、痴呆症に関する正しい知識があれば、本人や家族は少なからず幸せに暮らすことができる。痴呆症とはどのようなものかという病態だけではなく、適切な対応方法や利用できる地域の相談機関などの社会資源を知ることが重要である。知っているのと知らないのでは、経過や予後、さらには家族の負担に至るまでが全く異なったものとなる。

痴呆とは、一旦は正常に発達した知的能力が、その後に起こった脳の障害により、社会生活や日常生活に支障をきたすほどに低下した状態と一般に定義されている。痴呆の症状は、中核症状と周辺症状に大きく分けられる。中核症状は、環境に適応して新しい問題に対処していくために必要な記憶、理解、思考、判断、知識などの知的能力の障害であり、痴呆症に必須の症状である。周辺症状は、あちこち歩きまわる徘徊、暴言や暴力、便を弄ぶ、所かまわず放尿するといった不潔行為などの行動の異常と、お金や物を盗られたという物盗られ妄想、抑うつ状態、夜間に覚醒し日中にうとうとしている睡眠リズムの障害、不安や焦燥などの精神症状に分けられる。周辺症状は痴呆症に必須の症状ではないが、周囲を悩ませ、施設への入所を早め、痴呆性高齢者のみならず家族や介護者の生活の質をも低下させる。

痴呆の原因疾患は、未だ原因がわからないアルツハイマー型痴呆と、脳梗塞や脳出血に起因する脳血管性痴呆が痴呆全体の8割近くを占める。他に僅かではあるが治療可能な疾患もある。また痴呆様の症状を呈し、痴呆症と間違われやすい状態もある。うつ状態などで多いが、長らく放置すれば痴呆症となることもあり早期の治療が望まれる。

痴呆の治療には薬物療法と非薬物療法がある。現在、知的能力の障害である中核症状を改善する有効な原因療法はないが、1999年よりアルツハイマー型痴呆の治療薬が使用されるようになり一定の効果をあげている。より早期の治療開始が求められている。一方、家族や介護者を悩ませている

周辺症状に対しては、精神科的な薬物治療や、昔の記憶を喚起し情緒の安定化をはかる回想法などの精神療法・心理社会的療法が行われ一定の効果をあげている。

心理的ケア

高齢者にふさわしい生活環境の提供や適切なケアは、痴呆の進行や、周辺症状の発生の予防や改善に対して治療的意義があり非常に重要となる。高齢者においては、身体能力の低下の予防や健康管理などの身体的ケアは必要なことであるが、殊に痴呆性高齢者においては日常的な心理面でのケアが重要である。痴呆性高齢者は心身に対するストレスや不快に対しては脆弱であるため、些細なことにより情緒不安定をきたし精神症状や行動異常が生じる。その結果、介護者の負担が増大し、痴呆性高齢者と介護者との間に心理的な摩擦が生じ、新たなストレスを与えるといった悪循環が発生する。学習能力は低下しているが自尊心の高い痴呆性高齢者に、子供をしつけるように叱責する処罰学習法は有効ではない。却ってストレスを与えることとなり逆効果である。むしろ、できることを認め、誉める方がよい。介護者が対応方法のわからない間は、間違いを正そうとしがちであり、結果として感情的な対立を招くことが多い。徐々に適切な対応方法を知ることにより、誤りを正すのではなく、例えば上手くできなくても認め、誉めることで、向精神薬を用いることなく問題が解決されることを臨床場面でよく経験する。

また使わなければ身体機能は低下するが、精神機能も同様である。意欲や自発性の低下した痴呆性高齢者を放置すれば知的機能の低下を促進してしまうこととなる。

このように日常の心理的ケアでは、1) 心理的な悪条件をとり除くこと、2) できないことなくできることに目を向けた残存能力の活用が重要である。参考までに厚生省の老人性痴呆疾患診断・治療マニュアルに記載されているケアの原則を紹介する。老人の言動を受容すること、説得よりも納得すること、よい点を認めること、よい刺激を与え寝込ませないことなどが列挙されている。もちろん決まった対応方法があるわけではなく、各々の個性や生活環境などにより異なるが、どのような時に問題が生じるか、どうしたらおさまるかなどを観察し知ることが大事である。

ケアの原則

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| ・なじみの人間関係をつくること | ・老人の言動を受容し、理解すること |
| ・老人のペースやレベルに合わせること | ・老人にふさわしい状況を与えること |
| ・説得よりも納得をはかること | ・よい刺激を少しずつでも与えること |
| ・老人のよい点を認めて、よい付き合いをすること | ・老人の今を大切にすること |
| ・孤独に放置しないこと、寝込ませないこと | |

社会資源サービス

痴呆性高齢者の増加や介護する家族の脆弱化により、痴呆のケアは地域全体の支えがないと円滑には進まなくなっている。2000年、介護保険制度の開始により痴呆性高齢者が利用できる社会資源が増え成果をあげつつある。例えば、週に何日もデイサービスを利用できるようになり、介護者は自由な時間をもてるようになり在宅療養の継続が可能となっている。家庭的な状況で生活するグループホームの有益性にも関心が高まってきている。また、呆け老人をかかえる家族の会は全国規模で展開しており、様々な介護相談を行っている。医療の面からは、物忘れ外来が身近に増え、より専門的な痴呆疾患センターが整備されている。このように地域における痴呆性高齢者をとりまく社会資源サービスは、相談サービスから訪問・通所サービス、施設サービスまで様々なサービスがあり、痴呆の程度や周辺症状の有無、身体的ケアの必要度、介護環境などに応じて利用されている。

後見制度

知的能力の喪失に備えて、判断力のあるうちに能力喪失後の自身の生活、介護、財産の管理などに関して任意後見人を指名しておく任意後見制度がある。この制度を利用することにより、自身の人生の終末期を自らの意思によって決定できる。この制度を利用するためには、判断力のあるうちに準備する必要がある、早期に自身の病気に関する正確な情報を知ることが重要である。

おわりに

以上のように、痴呆に関して、医療、保健、福祉、行政などの多方面からの支援体制が整備されてきている。最近の医療の進歩や任意後見制度の活用という面からは、より早期の診断や治療開始が望まれる。しかしながら、未だに「年をとればだれにでも起こることだから」、「病気だとは思っていない」などの理由で、対処に困らない限り専門機関を訪れないことが多い。

今後は、地域社会での連携や啓発活動を通して、痴呆性高齢者が尊厳を保ちながら穏やかな生活を送り、家族も安心して社会生活を営むことができるようになることが望まれる。

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5回の今回は、「心房細動」(Circulation 2002;106:14-16.) を翻訳しました。

心房細動

Johan E.P. Waktare, MB, ChB, MRCP

訳 斎藤 隆晴（ジェックス理事 関西電力病院総合内科科長）

心房細動(atrial fibrillation :AF)は最もよくみられる心臓の不整脈で、人口のおおよそ1%に影響します。その頻度は年齢とともに増加します。40才以下では比較的まれですが、80才以上になると5%にまで多くみられます。

正常の心臓の電気活動と心房細動では何が悪くなるのか

心臓は基本的には全身に血液を送り出す、大きな筋肉でできたポンプです。これが効率よく働くためには心臓内の部屋は精密に電氣的にコントロールされなければなりません。(図1) 正常の心拍は、右心房とよばれる心臓の右上の部屋にある自前のペースメーカー（洞房結節）から始まります。電気活動は心房に拡がり、心房を収縮させます。心房が収縮するとメインポンプの役割をする心室に余分の血液が送りこまれます。電気信号は房室結節と呼ばれる特殊な構造物の部位で約0.1秒遅れて、次いで急速に心室全体に拡がり心室が収縮します。心房からの心室への余分な血液流入がなくても致命的にはなりませんが、この血液流入は心室のポンプ機能の原動力となる働きがあり、全体の心臓機能を改善させるのに役立ちます。

正常な心臓の調律を洞調律といいます。殆どの人では安静時の心拍数は毎分60回から80回です(図2)。心房細動になると、心房は毎分400回から600回の速さで、不規則に速く収縮します。幸いにも房室結節は多くの信号を心室に伝わることを許さないで、わずか1/2か1/3の心房からの信号しか通しませんが、それでも心室は毎分110回から180回の速さで収縮します。

どのような人が心房細動になるのか？ 心房細動のパターン

冠動脈疾患や心臓弁膜症などの心疾患や、心不全があると心房細動になりやすいですが、一見正常の心臓にも心房細動は起こります。事実、心房細動の若年患者の約半数は心臓に異常は見つかりません。心房細動は異なったパターンで起こります。以下に実例を挙げて心房細動のいろいろなパターンをみていきましょう。

発作性心房細動

発作性心房細動ではリズムが数秒から数日の間、洞調律から心房細動へと移行します。患者さんは年にわずか1回の発作をおこすか、ほとんどの間心房細動でいるかですが、基本的にほとんどの発作は自然に治まります。

症例報告：他に心疾患をもたない若年患者におこった発作性心房細動

患者Aさんは35才で動悸発作がおこるまで、彼女は心臓の異常にまったく気づきませんでした。「この発作が起こると、このまま死んでしまうのかと思えるほど非常に気分が悪くなります」と彼女は言っています。発作性心房細動と診断され投薬が開始され、今では発作の頻度も重症度も多いに改善されました。現在彼女は薬を飲み続けていますが、循環器の医師からは「もし今後発作が悪化してくれば、心房細動を治す目的でアブレーションを勧めるかもしれない」との説明を受けています。

持続性心房細動

持続性心房細動は自然には停止しませんが、内服治療または、より頻繁におこなわれる心臓への電気ショック（DC カルディオバージョン）治療によって洞調律に戻ります。

症例報告：持続性心房細動の漠然とした症状

Bさんは重症で頑固な呼吸器感染症をお持ちの患者さんです。彼は極めて軽い傾斜の坂道を登っても息切れを覚えるようになりました。高血圧の定期受診のときに、医者から「持続性心房細動になっている」といわれ、抗凝固療薬が開始され、カルディオバージョンが予定されました。カルディオバージョンは成功し洞調律に戻りましたが、何日かすると症状は前と同じようになっていました。「また以前の持続性心房細動の状態に戻っている。今度は抗不整脈薬の投与を行い、もう一度カルディオバージョンをする必要がある」との医師からの説明を受けました。二回目のカルディオバージョン後には、運動能力は正常まで回復しました。六ヶ月後にクマディン（抗凝固療薬）が中止となりましたが、「最低2年間は抗不整脈薬を飲みつづけなさい」といわれています。

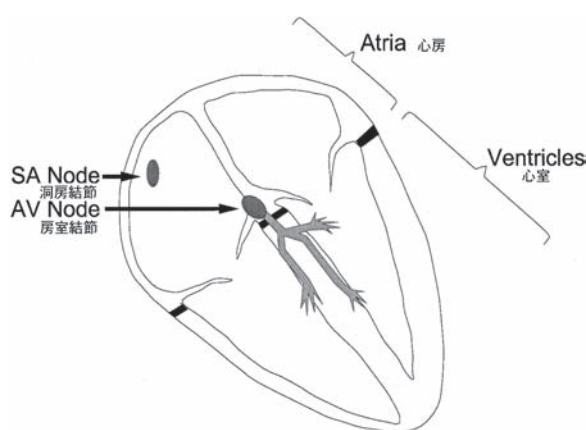


図1：心房には洞房結節とよばれる心臓自前のペースメーカー（歩調取り）があり、心房細動になると影響を受ける部位であります。心室は実際に血液を全身に送りだすポンプの役割をする筋肉でできた部位です。心室は電氣的に心房とは全く独立しており、心房からの電気信号は房室結節を通して唯一伝わります。

慢性心房細動

慢性心房細動はずっと心房細動のままの状態をいいます。洞調律に戻すことは無理なようで、また適切とはいえません。

症例報告：慢性心房細動にアブレーションとペースメーカー植え込み術

患者Cさんは何年にもわたり心房細動でお悩みの高齢の方です。彼女はこれまでカルディオバージョンを受けたことがあります。医師と相談した結果、今は慢性心房細動の状態であることに決めています。しかし問題は、脈拍を抑える薬を飲んでいても心拍数がすぐに速くなりすぎることでした。そこで房室結節をアブレーションしてペースメーカーを植え込む治療法を勧められました。治療後は気分がずいぶんと良くなりました。クマディン（抗凝固薬）は今も飲みつづけていますが、それ以外のすべての薬は中止でき、ここ何年か前の状態と比べ今はずっと快調とのことでした。

心房細動はよくない？

ほとんどの人は心房細動になると不快感を感じますが、有害ではありません。ある患者では合併症がおこることがありますが、その危険性は適切な治療を行うことで極めて減少します。

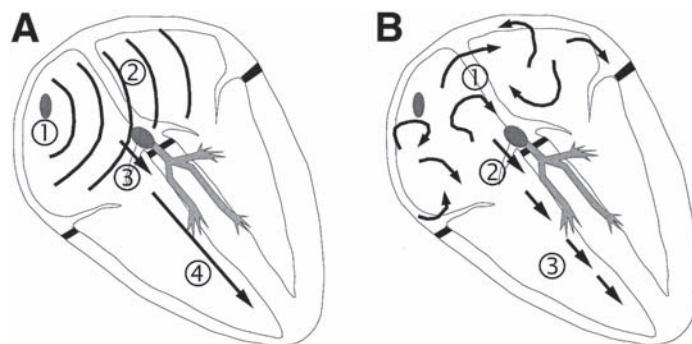


図2 : A : 洞調律。正常洞調律の間は、心拍動は洞房結節（1）に始まる、唯一で注意深く協調した道程です。電気信号は心房（2）を広がり、房室結節（3）を通過して心室（4）に伝わります。B: 心房細動。心房細動になると、心房は毎分400から600回の速さで多くの部位から電気信号を発するので、絶えず無秩序に興奮された状態になっています（1）。房室結節（2）はこれらの余分な電気信号の大部分を除去しますが、それでもなお正常時よりも多くの信号を心室（3）に通してしまいます。

有害症状

必ずしも全てではありませんが、大抵の患者さんは心房細動になると不快感を感じます。どうしてもこの自覚症状が人様々で異なるのかの理由については完全にはわかりません。

動悸、速く不規則に脈がうつ感じは、発作性心房細動の患者さんで最も多くみられます。動悸が起こると「心臓発作で倒れるのではないか、このまま心臓が止まるのではないか」との不安が強くなります。

このようなことが起こることは稀ですが、新たに心臓の症状があれば、医師に早急に正確な診断をつけてもらうことが必要です。持続性心房細動や慢性心房細動の患者さんは動悸を自覚することは少ないようで、その理由は心拍がいつも不規則であるからです。脈拍が規則正しい時から不規則に打つとき、またその逆の状況の時に多くの患者さんは動悸を感じます。心房細動が持続性や慢性になると、運動能力の低下、労作時の息切れ感や元気がなくなってきた、などの非特異的な症状を訴えられることが多いようです。

脳卒中

心房細動で震えた心房は、極めて速く脈打つので十分に収縮できず、次第に拡張してきます。この結果心房内に血液の塊（血栓）がつくられ、これらが剥がれ血流にのり全身に流れると、他の部位の血管を詰めてしまいます。最も多くみられるこの部位が脳で、結果として脳卒中を引き起こします。

心不全

もし心室が長い期間速く脈打つことが起これば、心室は弱まりやがて心不全になります。この合併症は稀で、多くの場合心不全になる前に患者さんは治療を受けます。しかし、心房細動は洞調律と比べ効率のよい調律ではないので、心房細動になると潜在する心不全を悪化させる可能性があります。

心房細動で有効な治療

心房細動は幅広い層の患者さんに影響を及ぼす、非常に多様性にとんだ病態なので、どの治療が必要なのかに関しての標準化された指針はほとんどありません。最近の薬物やインターベンション療法の進歩により、現在多くの患者さんで満足 of いく結果が得られています。

DCカルディオバージョン

DCカルディオバージョンは持続性心房細動の患者さんで脈を洞調律に戻すのによく使われます。短時間作用する全身麻酔薬を静脈内に注射し、除細動器（心停止の時によく使われる電気ショック装置）を用い正常調律に回復させます。この治療は極めて効果的で、90%以上の患者で成功します。しかし治療後何時間、何日、何ヶ月以上たってから再び心房細動に戻ることがあります。

脈拍調整薬

脈拍調整薬は房室結節（図2）を通る刺激を抑えることで心拍数を少なくし、患者さんを楽しめる薬です。

抗不整脈薬

発作性心房細動の患者さんでは、抗不整脈薬は心房細動がおこる頻度と持続時間を減らします。持続性心房細動の患者さんでは、DCカルディオバージョン後に再び心房細動に戻るのを抑えるために原則的に使われます。

抗凝固薬と抗血小板薬

抗凝固薬と抗血小板薬は血液をサラサラにして血液を固まりにくくし、脳卒中の危険性を減らします。クマディン（ワーファリン）がよく使われる薬ですが、必ずしもすべての患者さんに適応があり、必要な薬であるとは限りません。そのような場合にはアスピリンやクロピドグレル（日本では発売されていない：訳者註）が使われますが、脳卒中の危険性が非常に低い場合、これら治療は勧められていません。

ペースメーカー

自前のペースメーカーである洞房結節の機能がおちた患者さんは心房細動になりやすくなります。この場合にペースメーカーを植え込むと心房細動が起こる機会を減らせるという効能があります。ペースメーカー植え込みは心房細動を治すために房室結節のアブレーションと一緒に行われます。アブレーションとは、心臓の電気伝導系（例えば房室結節）の非常に小さい、1-2mm程度の部位を注意深くコントロールされた方法で取り除く内科的治療法のことをいいます。この「アブレーションとペースメーカー」の治療戦略は、症状を改善させるのに極めて効果的ですが、一生涯にわたって抗凝固療法とペースメーカー治療が必要になるという難点も併せ持っています。

ラジオ波アブレーションと外科手術

過去十年間以上にわたり、アブレーションは多くの心臓頻脈疾患に対する最高の治療法として開発されてきましたが、心房細動を治癒させる目的で使われ始めたのはごく最近のことです。房室結節のアブレーションに対して、ここに述べるラジオ波アブレーションは心房細動が起こる機会を減らす目的で、心房の1ないし数カ所を選択的に焼却除去します。この治療法は時間がかかり複雑で、成功率も低いです。従ってこの方法は必ずしも最高の治療法手段とはいえませんが、上手くいくと心房細動は完全に治ります。心房細動の治癒目的での外科手術もある症例では考慮されています。

安心と説明

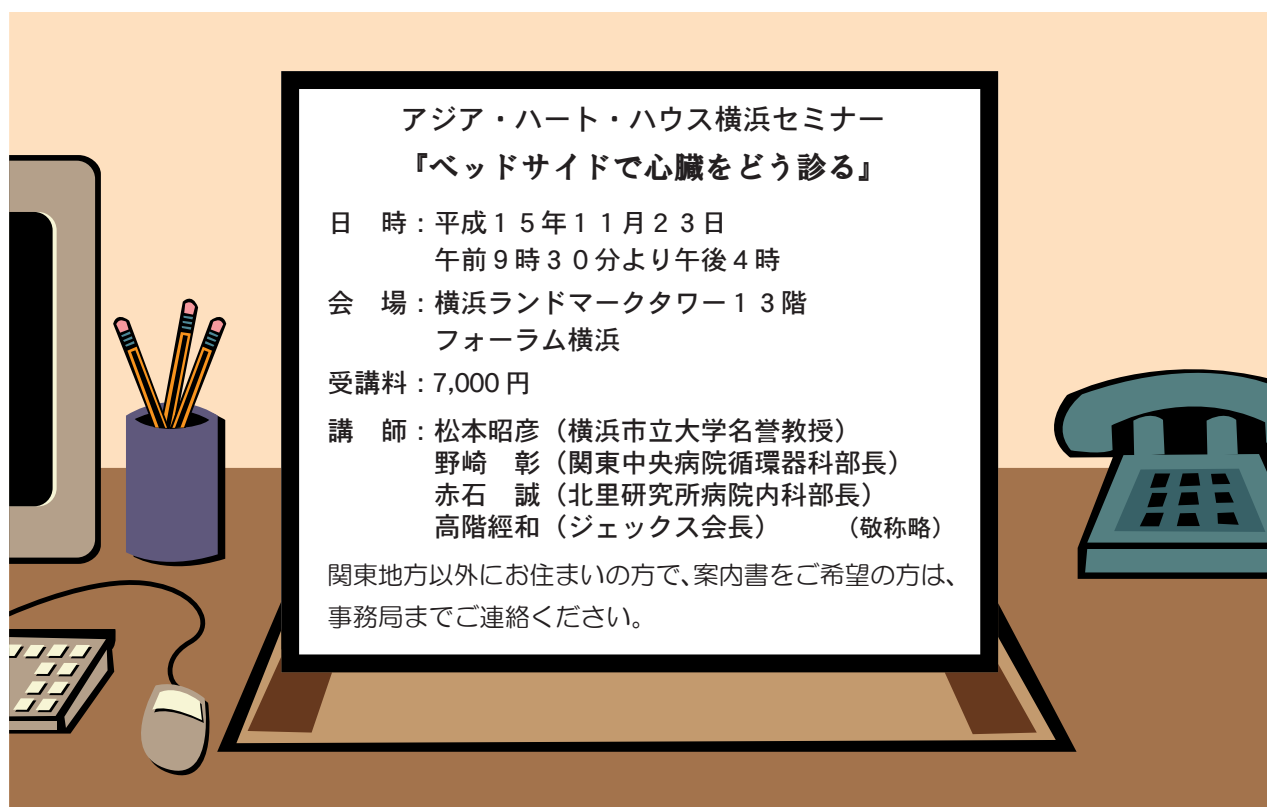
安心を与え十分に説明することの重要性はいくら強調してもしすぎることはありません。相対的に、単純な治療が持続性心房細動や慢性心房細動の患者さんの有害事象を著しく減らします。短時間で停止し、発作頻度も少ない発作性心房細動の患者さんは、正しく診断して「これは良性のもので心配しなくてよい」との説明を受け安心させてもらうだけで、他の治療は要りません。コントロールが困難な心房細動の患者さんでは、どの治療法を行うべきかについて決断するのにご自身も関わらざるをえなくなりますが、「時間とともに満足 of いくコントロールができるようになる」との保証を与えてもらえることが必要になります。

アメリカ心臓協会（AHA）のホームページ：<http://www.americanheart.org>

原文は下記のサイトでご覧になれます。

Circulation：<http://circ.ahajournals.org>

Circulation 誌 Cardiology Patient Page：<http://circ.ahajournals.org/collected/patient.shtml>



アジア・ハート・ハウス横浜セミナー
「ベッドサイドで心臓をどう診る」

日 時：平成15年11月23日
 午前9時30分より午後4時

会 場：横浜ランドマークタワー13階
 フォーラム横浜

受講料：7,000 円

講 師：松本昭彦（横浜市立大学名誉教授）
 野崎 彰（関東中央病院循環器科部長）
 赤石 誠（北里研究所病院内科部長）
 高階経和（ジェックス会長）（敬称略）

関東地方以外にお住まいの方で、案内書をご希望の方は、
 事務局までご連絡ください。

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 195 回

性行為における自律神経活動

ー ED 治療におけるベネフィットリスクバランス

10月15日(水) 午後2時から4時

講師：野原 隆司先生

(北野病院循環器内科部長)

.....

第 196 回

不整脈の診断と治療

11月12日(水) 午後2時から4時

講師：里見 和浩先生

(国立循環器病センター

内科心臓部門)

※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 226 回

肥満症の漢方治療

10月18日(土) 午後2時から4時

講師：安保 純郎先生

(近藤クリニック)

.....

第 227 回

慢性腎不全とのつきあい方

11月15日(土) 午後2時から4時

講師：岡村 幹夫先生

(大野記念病院院長)

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

－ 編集後記 －

今年は9月に入っても真夏のような日が続き、巻頭言を書いていた木野先生のように汗かきの方は大変だったのではないのでしょうか。

それでも、ようやく秋の兆しがみえてきました。この夏の疲れを癒す暇もなく、季節が変わろうとしています。こういう季節の変わり目に体調をくずさないコツは、ありふれていますが、偏りのない充分な食事、睡眠、疲労を蓄積しないことです。それに巷に溢れていますビタミン剤や健康食品に頼らないことです。

(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」

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3F

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

