

AED (自動体外式除細動器) の一般市民への普及に向けて

ジェックス理事

財団法人兵庫県健康財団 理事 河村 剛 史



2000年に全世界に向けて発表された心肺蘇生法国際ガイドライン2000では、心臓突然死の原因の大部分は心臓の筋肉が細かく痙攣する心室細動であり、そばにいる一般市民がすぐさまAED(自動体外式除細動器)を使用して心臓の痙攣を取り除く電気的除細動(電気ショック)を行うことが唯一の救命法であると明記されています。

心停止後、1分除細動が遅れるごとに約10%救命率が減少すると言われ、脳障害を起こさずに救命するためには、心室細動に対して心停止後5分以内にAEDによる早期除細動を行うことが必要です。もし、AEDが身近にない場合には、AEDが到着するまで心臓マッサージのみを行っておれば、除細動が8分以内であれば救命率50%を期待することができます。

2004年7月1日に厚生労働省通達により、一般市民によるAED(自動体外式除細動器)の使用がついに解禁になりました。その内容は、欧米の「グッド・サマリタン」(よきサマリタン人の教え)にならい、たとえAED講習会を受けていなくても一般人がAEDを使用してもかまわないとの見解が出されました。また、特定の機関、団体による画一化されたAED講習会ではなく、各種団体が独自の企画によるAED講習会でよいことになりました。一般市民に対しては、できれば従来の心肺蘇生法の講習会に加えて、AEDの取り扱い講習を積極的に受講することを要望しています。

今後のAEDの普及啓発においても、心肺蘇生法の「意識の確認」が最も大切な啓発ポイントになります。極端に言えば、目の前で人が突然倒れ、意識がなければ、全員にAEDの電極パドルを傷病者の胸に貼り付け、AEDの音声指示に従えばよいのです。誰もがパニックに陥っている時に、AEDからの音声指示はパニックを沈めるだけでなく、適切な救命処置が行われることになります。もし、心室細動であれば、AEDから「通電が必要です」、「患者から離れてください。通電ボタンを押してください」の音声指示があり、除細動ボタンを押せばよいだけです。心室細動でなければ、AEDは「除細動の必要はありません」と音声で知らせてくれます。この場合には、心室細動以外の原因で意識がないと判断し、救急車の到着を待つだけの時間的余裕が生まれるのです。AED普及県民運動は、「お互いの命を守る社会づくり」を目指した社会の「安全・安心」の基盤となる意識啓発の絶好の機会です。兵庫県において1990年から5年計画でスタートした心肺蘇生法県民運動「命を大切に、あなたも心肺蘇生法を」を通して、兵庫県民は「心肺蘇生法」という名前を知ったように、まず、AED普及県民運動にて「AED」という名前を知ることが第一歩となります。当面は、AED講習会を受講した一般市民が現場での除細動を行うこととなりますが、将来的にはすべての一般市民が心肺蘇生法を行うようにAEDにて除細動を行うことが理想です。そのためには、米国の「グッド・サマリタン」精神に代わる社会理念の醸成が必要です。

今後のAED普及県民運動の戦略として、中学校、高等学校の保健体育の授業に心肺蘇生法教育にAEDの社会理念を組み入れ、積極的な「命の教育」が有効な手段となります。そのために、まず学校内にAEDを設置し、「生徒、教職員の命を守る学校づくり」からスタートすることが、将来のグッド・サマリタン精神醸成の布石となります。

昨今の日本社会に求められる「命の教育」とは、教育現場で「意識がなければ、“まず、AED”」を教えることであり、「他人の命を守ることが自分の命も守られている」ことを教えることです。「人を殺してはいけない」と教えるのではなく、「人の命を救う」人間愛のすばらしさを教える情熱が、今後のAED普及啓発には必要だと思います。AED普及啓発は、法令にて単に施設内にAEDの設置義務が課せられることなく、AEDを通して一般市民の「お互いの命を守る社会づくり」の啓発教育と考えます。目の前で突然、愛する人が倒れたならば、すぐさま「意識と呼吸の確認」を行い、もし、意識と呼吸がなければ、“まず、AED”で除細動を行い、手もとにAEDがなければ、AED、救急車が到着するまで心臓マッサージを続ければ愛する人の命が救えることを世間に広く伝えたいと思っています。

平成16年9月8日

真の心臓病と心臓神経症の鑑別

ジェックス副会長
(医) 木戸医院副院長 木戸友幸

1) 心臓神経症の頻度

JECCS ホームページでさまざまな医療質問を受け付けている。2000年5月から2003年11月までの統計をとったところ、循環器系の質問が190あり、その内で、心臓神経症的な訴えのものは89(47%)であった。

筆者は大阪市内の人口密集地で、「家庭医」として老若男女を問わない一般診療を営んでいるが、週の内少なくとも数人の心臓神経症患者の来院を受けている。したがって、この統計の結果は十分納得できる。

このように、心臓神経症的な訴えは非常に多いものであり、ホームページの質問内容などより察するに、患者自身は真剣にその症状について悩み、不安を感じているようである。

2) 心臓神経症的患者への対応の現実

日常の臨床現場では、これら多数の心臓神経症的訴えの患者にどう対応しているであろうか？確かなデータはないが、かなりの施設では、冠状動脈撮影に代表される侵襲的検査までほぼ自動的に行っているようである。「すべての臨床検査の結果が正常であったので、あなたには心臓の病気はありません、したがって気のものです。」といった対応で診療が打ち切れ、不満だけが患者に残り、また次の医療機関を訪れるといった「ドクター・ショッピング」のケースも多いようである。

3) 心臓神経症の診断

循環器系、呼吸器系の疾患を想定した問診をまず行うことは必要である。その段階で、これらの器質的疾患としては合理性に欠ける症状の起こり方であることが分かった段階で、オープン・クエスチョン（はい、いいえではない自由な返答が出来る質問）を多用した医療面接に変えていくと、患者個人の実生活と症状との関連が見えてくる。

問診で器質的疾患が無さそうで、上半身の診察でも何も異常所見がなくとも、最低限、胸部X線と心電図は実施するほうがよい。

問診と診察で器質的疾患が考えにくく、胸部X線と心電図もともに正常であれば、臨床的には心臓神経症としてよいと思われる。何度かの再診で、心臓神経症を来している真の原因を探っていく努力も必要である。

原疾患で多いのはうつ、パニック症候群、不安神経症などである。

4) 心臓神経症の治療

薬物療法としては、対症療法が主体になる。鎮痛剤、抗不安剤、ベータ遮断剤などを適宜処方する。うつが根底にあったり、パニック症候群的な要素のある患者には、SSRIの中でも、パロキセチンが適応になる。

さて、薬物療法と同じくらい重要なのが、患者を納得させドクター・ショッピングを止めさせる心理療法である。多くの患者の望む考え（患者解釈モデル）は、「この疾患は、命に関わるような肺や心臓のものではないという納得のできる説明を聴いて、安心感を得たい」というものだと思われる。したがって、この患者解釈モデルに沿った説明が望ましい。そのうえで、「あなたはこの病気で死ぬことは絶対にないから、私を信じて月に一度は必ず顔を見せてください。」といったややパターンリスティックな対応をすれば、ドクター・ショッピング防止に効果がある。

5) 何故、心臓病と心臓神経症の鑑別が大事なのか

問診と診察の段階で、心臓神経症の診断の疑いを持ち、簡単な非侵襲的検査で診断をほぼ確定する。こうして、心臓神経症患者を積極的に診断し、それに対して適切な対応と治療をすることにより、医療費の削減と、本来ならば必要のない冠動脈撮影などの侵襲的検査の潜在的な医療事故を減らすことが出来る。また、鑑別をしない場合のマニュアル的な対応で、繊細な心臓神経症患者の病状をさらに悪化させることも防ぐことが出来る。

ジェックスのホームページでは、皆様の症状などのご質問にお答えしています。「あなたの症状にお答えしています」のページをご覧ください。過去の質問と回答をご覧になるだけでもきっと参考になると思います。但し、緊急を要するご質問には対応しておりませんので、ご了承下さい。

回答者は、木野昌也副会長、木戸友幸副会長ですが、ご質問の内容によっては専門の先生方に回答をお願いすることもあります。

11月18日にリニューアルしましたジェックスのホームページを一度ご覧ください。

URL : <http://www.jeccs.org/>

心臓病患者さんのページ ～ CARDIOLOGY PATIENT PAGE ～

American Heart Association（アメリカ心臓協会）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10回の今回は、「肥大型心筋症」（Circulation 2002;106:2419.）を翻訳しました。

肥大型心筋症

Barry J. Maron, MD

訳 斎藤隆晴（ジェックス理事 関西電力病院総合内科部長）

肥大型心筋症(HCM)はわかりにくいですが、500人に1人の頻度で比較的良好にみられる遺伝性の心筋疾患です。しかし診断がつかないまま経過することがあるため、患者と医師双方にいくつかの混乱が何十年にもわたりおこってきました。肥大型心筋症は30歳未満の人々の心臓に関連する突然死をひきおこす最も多い疾患であり、またほとんどの年齢で活動制限をひきおこしうる疾患でもあります。肥大型心筋症は性差なく発生し、また多くの人種にもみられることが報告されています。肥大型心筋症は明確な治療法のない慢性の疾患ですが、最近ではその臨床経過を変えられる多くの治療法があります。

多くの病名とその他の不明な原因

肥大型心筋症がわかりにくい多くの理由としては、この疾患が一般にあまり知られていないことだけでなく、この疾患に対して非常に多くの複雑な病名や同義語（75以上に及ぶ）が付けられていることや、また循環器の臨床現場でもそれ程よく見られる疾患でないことも、わかりにくくしている理由の一つです。患者支援および普及団体はインターネット(肥大型心筋症協会(HCMA)のウェブサイト: <http://www.4HCM.org>; phone(973)983-7429 or (877)329-4262)を使い、関係者がお互いより有効なコミュニケーションができて、情報のギャップがなくなるように活動しています。

肥大型心筋症は如何に診断されるか

肥大型心筋症はふつう心エコー検査法で、肥大した心筋（左心室）の超音波画像をとることで診断されます。肥大は左心室と右心室とを隔てる心室中隔に最も顕著に見られますが、心室内腔の拡張はみられません。左心室の筋肉の厚さは普通12mm以下で、肥大型心筋症では15mm以上にもなりますが、変異した肥大型心筋症遺伝子をもった人では正常の厚さを示すことが知られています。

肥大型心筋症の患者では心エコー検査上、肥大は思春期になって初めて認められ、以後成長期が終わるまで劇的に進行していきます。中年になって初めて肥大が認められることもあるので、医師は肥大型心筋症と診断された患者の親戚の方々には、思春期以後でも定期的に心エコー検査を受けるべきだと指導しています。成人患者で壁の厚さが、ある診療所と他の診療所で少し差がみられることは臨床上重要ではありません。その理由は、心エコー検査で超音波をあてる時の向きによって、厚さの測定に誤差が生じるという技術的な要素があるからです。ある程度肥大した心筋がわかった時には、運動競技で肥大する生理的肥大（運動選手心臓）や高血圧で見られる肥大と鑑別する必要があります。

心エコー検査では左心室から大動脈へ血液が流れていくどの部位で閉塞（部分的な）がおこるのか、僧帽弁が前方に押し出されされるのか（あればどの程度なのか）、僧帽弁からの異常な漏れがあるのかがわかります。侵襲的な心臓カテーテル検査や電気生理検査は診断上必要がありません。心電図は非常に幅広く様々な異常所見を呈しますので、肥大型心筋症の家族のスクリーニングをする場合を除いて診断的意義は限られています。

主治医は心雑音の存在、新たな自覚症状の出現、心電図異常、家族歴などから肥大型心筋症ではないかと考えます。身体所見単独では肥大型心筋症とは診断しません。なぜなら75%の患者では左心室流出路の閉塞はないので大きな心雑音が聴かれないからです。

遺伝

肥大型心筋症は10個の遺伝子のなかで1個にでも変異が起こるのが原因で、各世代の男女半数に発生します。肥大型心筋症をおこす変異遺伝子は心筋の一部を構成しているタンパク質に影響を及ぼします。従って肥大型心筋症と診断されれば、全ての血縁者は心エコー検査を受けることが勧められています。肥大型心筋症の診断上DNAの解析は最も信頼できる診断方法ですが、解析に時間がかかること、高価であること、研究室主体の検査室でしか検査はできないなどの理由で、日々の通常の診断には役立っていません。遺伝子療法は現時点では、肥大型心筋症の治癒に結びつくことが期待される治療法ではありません。

全体像と肥大型心筋症の予後

肥大型心筋症は幼児から、時には90才以上の高齢者にまでみられるという点で珍しい疾患です。何年にもわたり肥大型心筋症の悪い面の話、特に突然死の可能性ばかりが強調され続けられてきましたが、今では良い面もふまえ、適切にバランスをとった将来の見通しがたてられています。

肥大型心筋症は一般的に良くない疾患の代表だという話があります。その危険性がおそらく多くの患者で強調され続けられてきたからです。肥大型心筋症の本当の死亡率は年間1%以下で、これは全アメリカ成人があらゆる原因で死ぬ総死亡率とほとんど同一なのです。従って肥大型心筋症は生涯を通して全く悪影響がないか、あっても極く僅かで、多くの患者は（ある患者では自分が病気に

罹患しているのか全く気付かないままに) 通常の平均寿命が期待できます。多くの肥大型心筋症患者は予後に安心してよいのです。

突然死

突然で予期されない死亡は最も悲惨で予知できない肥大型心筋症の合併症ですが、その危険性はごく少数の患者にしかありません。肥大型心筋症での突然死は危険を示す前兆なくおこります。心筋の乱れた構造や瘢痕部位から生じる、致死的な心臓の不整脈（心室頻拍や心室細動）で命を落とすのです。突然死の前ぶれである調律異常に気づく患者はまずいませんが、ふらつきや失神は勿論、脈がとぶ、ドキドキする、不規則に脈が早く打つ、などの症状があればすぐに循環器医師に知らせるべきです。

突然死は子供や若年成人に最も多く起こります。その危険性は稀ですが中年やそれ以上の世代にも認められます。ある特定の年齢に達したら危険性がなくなるというわけではありません。突然死は運動競技場で激しい運動をしたときによく起こるので、その危険性を減らすために肥大型心筋症の競技者は殆どのスポーツ組織団体から競技に参加することを認められていません。

ほとんどの患者は生涯致死的な不整脈を経験しませんが、突然死を引き起こす一連の危険因子はわかっています。肥大型心筋症の患者は臨床上の危険因子評価のために、病歴、身体所見、心エコー検査、24時間心電図検査（ホルター心電図）や運動負荷検査などを約1年毎に実施し、定期的な循環器医師の診察を受けるべきです。

誰が危険なのですか？

- ・ 以前に心停止があった患者。
- ・ 家系内に一人以上の、特に近親者に肥大型心筋症で突然死した人がいる患者。
- ・ 他に説明できない失神を経験した患者。特に肉体運動との関連があり、繰り返しおこる場合、または若年者にみられる場合。
- ・ ホルター心電図検査で何回もの頻脈発作（心室頻拍）が短時間記録される患者。
- ・ 運動負荷試験時に、特に50歳未満の患者で血圧が上がらない患者。
- ・ 心エコー検査で左心室に著明（30mm以上）な肥大がある患者。

症状

肥大型心筋症の患者では身体活動に伴い、ふらつき、失神、動悸、倦怠感だけでなく息切れや胸部不快感がおこることがあります。症状はどの年齢にでも起こりますが、ふつう30-40才の中年になってでてきます。長い期間無症状であったり、また日によって変わるというように、様々な症状がみられますので厳しい運動制限は普通していません。時には平らなベッドで眠ることができず、

息苦しくて夜間に目覚めることもあります。

肥大型心筋症でおこる心不全は、心筋が拡張して疲弊して起こってくるものではなく、むしろポンプ機能は正常なのに心筋が硬くなっておこる、通常とは異なる心不全です。息切れは心臓の部屋の圧が高くなることで起こりますが、ベータ遮断剤、ヴェラパミル、ディソピラミドで上手くコントロールできます。どの肥大型心筋症の患者でも症状が出ますが、左心室流出路に閉塞のある患者では特に強い症状が起こります。

閉塞のある患者が歯科処置を受ける時は、前もって僧帽弁への血行性感染を防ぐために抗生物質を内服すべきです。肥大型心筋症の女性では、病期が進行した患者を除いて、一般的には妊娠、出産に問題はありません。

心房細動

心房細動は肥大型心筋症でよくみられ、多くの予期しない入院や予定しない仕事の損失をきたします。心房細動には上手く対応できるので、心房細動そのものが突然死の危険性を増やすことはありません。高齢者では心不全や脳卒中（拡大し震えている心房に出来た血の塊が脳に飛んでおこる）の原因になります。脳卒中をおこす危険性があるため抗凝固療法がふつう薦められます。薬剤で心拍数を調整したり、電気ショックや薬剤で正常リズムに戻すことも必要です。

治療

植え込み型徐細動器(ICD)は高リスクの肥大型心筋症患者にとって最も信頼でき有効な治療法です。ICDは、ほとんど症状のない若年者の、致死的な心臓の調律異常を自動的に感知して、それを止めてしまうことで突然死を予防します。しかし他の高リスクの肥大型心筋症患者に予防的手段として用いるかは、他の危険因子の強さ、患者や家族が受け入れられるリスクの程度、ICDをどこで植込んでもらえるかなどを十分に考慮して決めるべきです。内科療法をしていても症状が悪化して日常生活ができなくなれば、血流の閉塞が存在するか否かによって、さらなる治療法を決めるための大きな決断をしなければなりません。

もっとも標準的な治療法は、外科医が心室中隔の上部の筋肉の一部を切除する心室中隔筋肉切除術です。経験を積んだセンターでの切除術の死亡率は低いです。手術で心臓の圧が正常に戻り僧帽弁の漏れがなくなるので、長期間にわたり身体活動が改善することが多くの患者で期待されています。

この手術ができる大きな医療センターに行けない患者や、他の医学的理由、高齢、既往の心臓手術などで手術の危険性が受け入れられない（手術にあまり気乗りしない）患者にとっては、他の切除術に代わりうる2つの有効な治療法があります。ペースメーカーはある肥大型心筋症、特に高齢者の患者で閉塞を減らし症状を改善します。しかし多くのコントロールされた臨床試験の

結果からは、ペースメーカーによる改善は多くがプラセボ効果であるとされています。

少量のアルコールを小さな冠動脈の枝に注入して心室中隔の筋肉を破壊し、閉塞と症状を減少させる手技、心室中隔焼灼術が最近開発されてきました。アルコール焼灼術の危険性は心室中隔筋肉切除術と同程度です。しかし焼灼術は新しい治療法で、まだ術後の経過観察期間も短いので、中隔内に焼灼してできた瘢痕組織が重症な不整脈を発生させ、かえって突然死の危険性を増やすのではないかという議論があります。

心臓ポンプ機能が傷害されたこの疾患の終末期のような、重篤な症状はあるが閉塞がない患者の治療法は限られてきます。そのような患者は心臓移植の適応になります。

肥大型心筋症患者に関するよくある誤解

- ・肥大型心筋症になると長生きできないのですか？

確かにある患者では重大な関連があるといわれていますが、多くの患者にはあてはまりません。肥大型心筋症は、ほんの例外を除いて通常平均寿命が期待できます。

- ・何か悪いことがおこるまで心臓が大きくなり続けるのではないかと心配です。

肥大型心筋症で心筋が肥厚していく過程は、通常成長が止まる頃（17-18才頃）には終わります。極めて稀な例外もありますが、臨床現場では約90%以上がこれにあてはまります。

- ・アルコールを中隔内に注入すると治るのでしょうか？

アルコール焼灼術は外科手術の代替えとして、閉塞や症状を減らすことが期待できる新しい治療法です。しかし肥大型心筋症は慢性に経過する疾患なので、「治癒」とみなされるような治療法は現在何もありません。

- ・私の循環器の主治医は「あなたには心臓に閉塞があり、薬物療法以外の治療をする必要がある」と言うのですが、私はとても元気なのです。

閉塞機序は長年にわたって起こってくるもので、それを改善する必要がある時がくるかもしれません。しかしアルコール焼灼術や心室中隔筋肉切除術を行う多くの医師は、症状が強くて日常生活が著しく制限されるようになった患者にのみ、これら治療法が適応になると考えています。

- ・閉塞が20mmHgから30mmHgになると、私は悪くなったのではないかと気になります。また逆に、閉塞が30mmHgから20mmHgになると良くなっていると思うのです。

肥大型心筋症の患者さんに知っていただきたいことは、閉塞の程度は日によって、もっといえば時間単位でも、絶えず変わっているということです。

従って小さな圧の変動をみて、すぐに病気が良くなったとか悪くなったとかの判断根拠にはしないで下さい。

- ・私は手術が必要だといわれつづけてきましたが、手術は危険です。何かもっと安全な治療法はないでしょうか？

事実、経験を積んだ専門科にお願いすれば手術の危険性はわずか 1-2% で、最近ではもっと低いようです。アルコール焼灼術の危険率もこれと同程度です。

- ・肥大型心筋症は男性に多くみられると聞いていますが。

肥大型心筋症は優性遺伝を示し、正しく遺伝子の半分が男性に、半分が女性にそれぞれ遺伝します。しかし女性ではしばしば肥大型心筋症とわからないまま経過することがあり、臨床研究によるとその頻度は約 40-45% といわれています。

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

レポート

心電図道場 in 岡山

10月31日（日）午前10時30分から午後4時
於：国民宿舎サンロード吉備路（岡山県総社市）

去る10月31日、岡山県総社市サンロード吉備路にて岡山中で初めての心電図道場を開催しました。今回の研修会は、高階国際クリニック前婦長後内道子さん（岡山在住）の発案で実現



したものです。岡山県内だけでなく、広島、鳥取、島根から58名の受講者が集まり、午前中は、解剖生理から心電図の基礎を、昼食を挟んで午後からはテキストの心電図を実際に一人一人読み、解説を加えたり質問に答えたりとより実践的な研修を行いました。地方の医療を支える方々だけに熱心で、今後

も機会があれば、地方での研修会を行う予定です。



岡山大学でのイチロー研修

11月13日（土）午後2時から午後6時
於：岡山大学

以前からジェックス研修センターでイチロー研修を受けていた岡山大学医学部の医学生達の要望に応え、11月13日（土）午後2時から6時まで岡山大学に眠っていた「イチロー」を使って聴診の研修が行われました。研修を希望したのは5回生を中心とした6名で、日頃大学での授業では聞けない聴診の話や心電図のことなど、学生にとっては貴重な時間となったよう

です。「わからない事を『わからない』と言える雰囲気、自由に質問ができる時間」

がたっぷりと存在した4時間だったようです。参加した学生達からは、後日、『『ここでこういう音が聴ける』と常に思って聴いていないと大事な音を聞き逃してしまう、と気付いた』『研修を何度か受けている内に患者さんのお話を聞いたり診察、特に聴診などをするのが楽しみになりました』といった感想が届きました。眠らせておくにはもったいない「イチロー」大活躍する日を待っています。



寒くなりました～

血 圧

ふだん正常値の方も
気になりませんか

血圧の標準値

最大（収縮期：左心室が収縮して血液を全身に送り出すとき）・・・140mmHg 未満

最小（拡張期：左心室の収縮が終わって大動脈弁が閉まったとき）・・・90mmHg 未満

いろいろな条件によって変動します

正常値の人でも昼間の活動時間と夜間の睡眠中ではずいぶん差があります。気温や天候、飲酒や喫煙、コーヒーの飲み過ぎ、尿意、排便、痛み、感染症、運転など日常生活のいろいろな場面で血圧は変動しています。

生活習慣を見直して、
高血圧を防ぎ、血管や心臓を
いたわりましょう

睡眠不足

1日のうちで最も血圧
が下がるのは、午前1～6
時頃。夜11時には床について
十分な睡眠をとり、1日の疲
れやストレスを取り除き
たいものです。

排便時の いきみ

りきむと血圧は上がりやす
くなります。便秘にならないよ
う、食物繊維の豊富な食品
をとるよう心掛けましょ
う。

ストレス 興奮 怒り

ストレスを感じると血圧は
一気に上がり、心臓や血管に負
担をかけます。十分に休養
と気分転換しましょう。

寒 さ

暖かいところから急に
寒いところへ移動すると血
管が収縮して血圧が急上昇しま
す。内外の温度差を小さくし
て、血圧が急激に変化し
ないように気をつけま
しょう。

熱いお風呂 (42度)

熱すぎるお風呂は血圧を上げ
ます。38～40度くらいのぬるめ
のお風呂にゆっくりとつか
るようにしましょう。また、
飲酒後の入浴は、酔
いがさめてから。

こんな生活は
血圧を上げて
しまいます

喫 煙

ニコチンには血管を収
縮させる作用があるため、
血圧は上がってしまうことにな
ります。

是非
禁煙を！

☆バランスのよい食事を☆

- ・良質のタンパク質
 - ・海草類・キノコ類
 - ・緑黄色野菜や果物
 - ・カリウムの豊富な食物
- (腎臓の悪い方は取りすぎに注意)

を取るように心がけましょう

☆1日のアルコール摂取量は☆

- ・ビール中瓶1本まで。
- ・ウィスキー水割り2杯まで。
- ・日本酒1合以内。

にとどめましょう

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 ❀

1 2 月はお休みです。

.....

第 2 0 6 回

慢性心不全の治療：最近の動向

平成 17 年

1 月 19 日（水）午後 2 時から 4 時

講師：後藤 葉一先生

（国立循環器病センター心臓血管内科）

※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 ❀

1 2 月はお休みです。

.....

第 2 3 7 回

もう一つの生活習慣病 COPD

平成 17 年

1 月 15 日（土）午後 2 時から 4 時

講師：村尾 仁先生

（大阪医科大学中央検査部）

事務局から

～年末年始の事務取扱について～

1 2 月 3 0 日から平成 1 7 年 1 月 6 日まで事務の取扱を休ませていただきます。

－ 編集後記 －

台風や地震による自然災害が引き続いておこり、テレビなどでその生々しい画像を見るたびに、自然の恐ろしさと人間の無力さを感じているこの頃です。しかしこの気持ちが次第に薄れ、忘れてしまうのも人間なののでしょうか。

医療の世界でも同じことがいえると思います。今年も循環器専門ナース研修コースが終了し、参加者からは「最先端の知識もえられたが、解剖・生理などの基礎部門の不勉強さを痛感し、それを見直すよい機会となった」との意見を多く頂戴しました。

プロとして基本に戻り、患者さんの話をよく聞き、謙虚に日々の診療行為を行い続けたいとの決意を新たにしています。

（文責：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 6 - 1 7 新大阪シールビル 4 階

電話：06-6304-8014 FAX:06-6309-7535（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://www.jeccs.org/>

E-mail：office@jeccs.org

