



ESTABLISHED IN 1985

JECCS

ニュースレター

社団法人臨床心臓病学教育研究会

Vol.8 No.6 2008.12

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

巻頭言

「リーガルサービス提供のための執務体制について」

ジェックス監事 弁護士法人御堂筋法律事務所社員弁護士

藪口 隆

講演要旨

生活習慣病講座 5月14日講演

「慢性閉塞性肺疾患と喫煙」

大阪医科大学付属病院呼吸器内科

藤田 一彦

臨床心臓病研修会 5月17日講演

「脳卒中超急性期診療の実際と課題」

大阪脳神経外科病院院長

若山 暁

心臓病患者さんのページ ～Circulation誌より～

A Patient's Guide to Living with Atrial Fibrillation

「心房細動と診断された方の生活ガイド」

訳 天野 利男（ジェックス理事・天野内科循環器科院長）

診断問答

「進行性心不全の症状を伴った患者の診断～第3部」

お知らせ

研修会レポート

研修会のご案内

リーガルサービス提供のための執務体制について

ジェックス監事

弁護士法人 御堂筋法律事務所 社員弁護士 藪口 隆

私は、ジェックスには監事という立場で関与させていたいただいておりますが、普段は弁護士としてリーガルサービスの提供をしています。

私どもの事務所には、現在45名の弁護士が所属し、大阪に35名、東京に10名を配属しています。弁護士には大きく分けるとパートナーと呼ばれる事務所経営をも担う弁護士と、アソシエイトと呼ばれる、いわゆる勤務弁護士がいます。私どもの事務所ではクライアントファースト（真の意味での顧客本意）を基本理念として40年以上の活動をしてまいりましたが、リーガルサービスの提供の執務体制としては複数受任制を採用してきました。これは、一案件に複数の弁護士が実質的に協同して携わる（原則は、1名のパートナーと1名のアソシエイトからなる案件ごとのチームが担当する）制度です。

この制度のメリットとしては次のような点があります。

- (1) 顧客側からみて、自分の案件についての相談や連絡、報告をする相手が複数名のうちいずれでも可能と言うことから便利である。
- (2) パートナーとアソシエイトが組んでいることから、世代の異なる者が担当することになることが多く、顧客、特に企業の担当者レベルで考えた場合の案件ごとの軽重に応じた相談のしやすさが増し、コミュニケーションが取りやすくなる。
- (3) 大型案件ないしスピードを要する案件等一人では到底一定の時間内に対応できない案件も役割分担を行うこと等により対応できるようになる。
- (4) 複数の弁護士のチェックが入ることから、誤りの回避や独断的な判断の回避を図ることができ、事件処理内容の質の向上させることができる。
- (5) 事務所側ないし弁護士側から見た場合にも経験年数の異なる弁護士が共通の案件を協同して担当することで事案を通じてその対処方法や処理方法に

ついでに教育の機会を持ち、直接に法的知識や技術あるいはノウハウ等を継承することができる。

- (6) また、顧客側と弁護士側で複数の世代の者が一つの事案を通じて親しくなることから、継続的な顧客との関係を形成発展していくことが可能となる。

これに対して、この制度のデメリットは、非効率的にならざるを得ないところです。すなわち、一人の弁護士が単独で処理していれば結論に至るまでのプロセスが簡明で時間も労力も少なくて済むのに対して、複数受任制では、頻繁に合議をして方針決定をしていく必要があり、その意味でスピード感が相対的に劣りやすい傾向にあると言えますし、労働効率を考えると非経済的という傾向にあります。

しかしながら、これらのデメリットは、担当する個々の弁護士が段取りを良く考えて、時間的、経済的な無駄が生じない様な執務体制を取ることによってある程度カバーすることは可能であり、上記メリットを重く見て私どもの事務所では複数受任制を採用しているのです。

複数受任制を採用する場合に、もう一つ注意しておく必要があることは、担当する複数の弁護士それぞれが当該案件を自分で処理すべき案件として捉え、主体的にかかわるという強い意識を共有することです。そうでなければ本来の目的を十分に達成することはできません。「少数精鋭」という言葉がありますが、これは一般には少数の優秀な人達を集めてその人達によって担当させるという意味に用いられやすいと思います。もちろんその意味を否定するものではありませんが、より重要な点は、少数の人間が主体的に対応すれば、それを通じて精鋭に育っていくという意味があるということです。複数受任制を取る私どもの事務所においてもこのことは十分に意識しておくべきことであり、それぞれが主体的にかかわっていく姿勢を常に相互確認しているところです。

監事紹介

藪口 隆（ヤブグチ タカシ）

1978年関西大学法学部法律学科卒業。82年大阪弁護士会入会弁護士登録。

同年、御堂筋法律事務所入所。パートナーを経て、2003年同事務所法人化に伴い弁護士法人御堂筋法律事務所社員弁護士。05年よりジェックス監事。

「慢性閉塞性肺疾患と喫煙」

大阪医科大学付属病院 呼吸器内科
藤 田 一 彦

近年、増えつつある慢性閉塞性肺疾患は、2020年の死亡原因(予測)の3位にランクされており注目されている疾患の一つです(表1)。2004年にY. Fukuchi MD, PhDらが、日本における慢性閉塞性肺疾患の疫学的研究(COPD in Japan : the Nippon COPD Epidemiology study. Fukuchi Y, Nishimura M, Ichinose M etc. *Respirology* 2004;9:458-465)において日本では約500万人の患者が潜在的に存在していることを示唆しています。

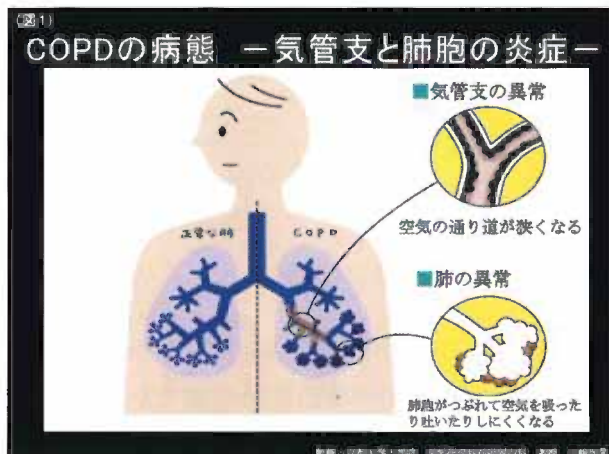


慢性閉塞性肺疾患患者様は、労作時呼吸困難を主訴に来院されます。多くの患者様は、病気の初期には階段や坂道の昇降時に呼吸困難を訴えています。

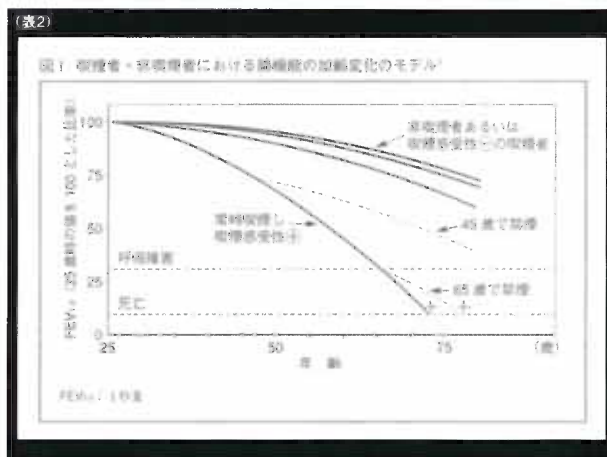
疾患の概念を歴史的にさかのぼってみますと1685年にWillisが初めて労作時の息切れと肺の過膨張を特徴とする疾患として紹介し、その後、1716年にイタリアの解剖学者 ジョバンニ・モルガーニがその著書「*De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen*」の中で剖検肺の観察にてこの疾

患を記載しています。1819年にはフランスの内科医 レンネックが初めて肺気腫という用語で紹介し、1949年にはティフェノーが呼吸機能検査を開発して、呼吸生理学的な検討がなされ1992年に慢性閉塞性肺疾患のガイドラインが作成されることとなります。疾患概念の歴史的変遷を省みますと慢性閉塞性肺疾患の範疇にはいる肺気腫が元々は解剖学的な見地から観察され発見された疾患であることが理解できます。古くは、1965年にヨーロッパ学派のフレッチャー先生とアメリカ学派のパロウ先生が、慢性閉塞性肺疾患をBlue Bloater(青太り型：慢性気管支炎)とPink Puffer(赤やせ型：肺気腫)として紹介された疾患が1992年のガイドラインでは、「予防可能・治療可能な疾患であり、個々の患者の重症度には肺以外の症状も影響する。肺症状は、完全には可逆的ではない気流制限を特徴とする。この気流制限は通常進行性で、有毒な粒子やガスに対する肺の異常な炎症反応と関連している。」と定義され、疾患の概念が大きく変わってきています。

日常生活の中で慢性閉塞性肺疾患の患者様は、現在も呼吸困難で苦しんでいます。この病気はどのような原因・誘因で引き起こされるのでしょうか。現在、完全に解明されているわけではありませんが、誘引の一つに喫煙があります。肺癌同様、喫煙により15%の患者様に慢性閉塞性肺疾患が発症すると報告されています。喫煙によって惹起された肺の炎症が、肺実質である肺胞を破壊し、気道の閉塞によって気流制限が生じ、症状が出現すると考えられています(図1)。



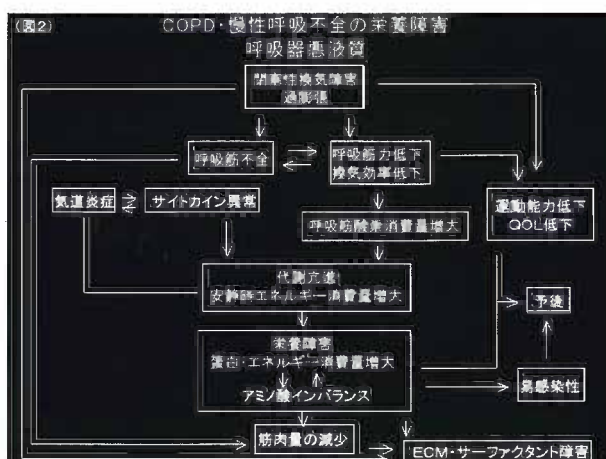
呼吸困難で苦しんでおられる患者様を治療するためには、病気の診断・評価が必要です。日常診療で病気を知るためには、呼吸器診療として欠かせないのが呼吸機能検査です。肺の中で起こっている肺胞の破壊や気道の閉塞によって引き起こされる気流制限を客観的に知るために必要なアイテムであります。これまでの研究で、喫煙によって呼吸機能が低下することがスパイロメトリーの一秒量（FEV_{1.0}）でしめされています（表2）。この呼吸機能検査は、循環器診療の中で心臓の評価として汎用されている心電図と同じくらい重要です。



現在、慢性閉塞性肺疾患の呼吸困難に対して行われている治療は、呼吸困難を軽減し日常生

活をより快適に送っていただくことが目標です。薬物療法のみで目標が達成されることはしばしば困難であり、運動療法を初めとする呼吸リハビリテーション、低酸素血症に対しての在宅酸素療法（HOT）などの包括的治療が実情です。一部の患者様には十分な検討がなされた上で外科的治療（Volume Reduction Surgery etc）などの選択枝もありますが、まだ確たる証明はなされていません。もちろん疾患の誘因の一つである喫煙に対しての禁煙プログラムも重要です。また、高齢者同様、慢性肺疾患に対しての肺炎球菌ワクチンやインフルエンザワクチンなど感染予防としてのワクチン接種も重要です。

最後に慢性閉塞性肺疾患が呼吸器悪液質として全身に及ぼす影響についてお話したいと思います。図にお示ししますように（図2）、慢性閉塞性肺疾患の引き起こす換気障害がおこることによって栄養障害にいたる流れが示されています。このように現在では慢性閉塞性肺疾患を呼吸器疾患にとどまらず全身疾患として捉える動きもあり、治療の一環として栄養療法が行われ、栄養に関わるホルモンなどの液性因子の研究も盛んに行われつつあります。



共催：大日本住友製薬株式会社

「脳卒中超急性期診療の実際と課題」

大阪脳神経外科病院院長
若 山 暁

【背景】

脳血管が閉塞したことにより脳の神経機能が停止した状態となっても、虚血状態となった組織への再循環を確保することができれば、再び神経機能の改善が得られる余地が残されている。この仮説“Sleep beauty: ischemic penumbra”をもとに、臨床の現場では脳血管閉塞の超急性期に様々な血行再建術が試みられてきた。確実な血行再建が期待できる外科的治療としてCEA（血栓内膜剥離術）CAS（ステントを使用した血管内治療）STA-MCA バイパス手術などがあるが、治療方法の侵襲性が強く、虚血発症から短時間に限られている治療可能なtime windowを逃す危険性が高い。一方、一般的に薬剤治療は、外科的治療に比較して治療手段としては侵襲性が低くスマートである。血栓溶解については遺伝子組み換え組織プラスミノゲン・アクティベータ（rt-PA）alteplaseによる閉塞血管の再開通療法が、1995年の無作為比較臨床試験（NINDS）に基づいて、まず米国で認可され、2005年10月ようやくわが国でもその臨床使用が認可された。当施設は脳神経外科単一診療科の2次救急専門病院であるが、年間約2000例の救急患者を受け入れており、脳血管障害がその5割を占めている。高齢者、重症者の比率が高い当院での治療経験をもとに、脳梗塞超急性期治療の現状と課題について報告する。

【方法】

対象は、平成17年10月から平成20年5月に当院に入院した急性期脳梗塞患者1321人のうち、rt-PA治療を施行した118人（男性64人、女性54

人、年齢14-97（平均70.2歳）である。発症から病院までの経過時間、及び治療開始までの時間を調査し、治療成績との関連性についてNIHSS（NIH Stroke Scale）、modified Rankin Scale（mRS）をもとに検討した。

【結果】

- 1) 救急搬送は、2次医療圏内44.1%、圏外55.9%であった。発症から病院到着までの経過時間は、2次医療圏/圏外でそれぞれ、平均45/57分、治療開始まで平均100/104分であった。
- 2) 治療開始前の重症度は、NIHSS<10：21%、NIHSS11-20：53%、NIHSS>21：26%、であった。
- 3) rt-PA投与開始前NIHSSは平均16.9点、投与24時間後は平均11.4点であった。治療開始時のNIHSS重症度別の3ヵ月後mRS0-1の割合は、発症90分以内/91-120分/121-180分でそれぞれ、NIHSS<10：80.0/33.3/54.5%、NIHSS11-20：40.0/17.4/15.8%、NIHSS>20：11.1/7.7/11.1%であり、発症から治療開始まで短時間であるほど、長期治療成績が良好となる傾向がみられた。
- 4) 閉塞血管別の3ヵ月後mRS0-1の割合は、中大脳動脈35.4%、内頸動脈20.0%、脳底動脈14.3%であり、主幹動脈閉塞で治療成績が不良であった。

【考察】

日本における血栓溶解療法の現状

2005年10月にrt-PA静注療法が本邦において認可されて以来、年間4000例程度使用され、2007年3月2069人分のデータの中間集計結果が報告

されているが、従来の臨床試験と同等の治療成績であった。治療後3ヶ月のADLとして3ヵ月後mRS0-1の割合は40%近いものとなっている。当施設での治療成績をみても、重症度毎の解析で同等の治療成績が得られている。さらに、発症から短時間で治療が開始された症例で良好なADLが得られる傾向が示されていることから、救急隊による病院前救護体制と同様に医療機関内での迅速な診療体制が重要であることが確認された。救急隊による搬送時間は平均で50分前後かかることから、医療機関としては60分で完了する院内診療体制を確率する必要がある。

発症から治療開始までのtime windowの拡大と血管内治療の適応

脳卒中を専門とする救急病院である当施設の治療実績をみても発症から3時間を超えたために、rt-PA静注療法の適応外となる症例が多く存在する。しかし、これらの症例のなかにも血行再建の適応となる症例が存在することが複数の臨床試験により示されている。MRI などCT以外の画像診断を用いて、血行動態も含めた形態機能画像診断によりtime windowを拡大できる可能性が示唆されている。また、血栓溶解剤の静注療法では一定の治療効果は期待できるものの、閉塞血管の再開通率が内頸動脈10%中大脳動脈30%に留まることも明らかにされている。米国ではこのrt-PA静注療法の限界を打破し、主幹動脈閉塞例での高い再開通率を目的に血管内治療を併用して機械的な血栓除去や、頸動脈的に局所線溶の追加臨床試験が行われている。本邦ではrt-PA静注療法の適正使用への厳格な遵守が脳卒中学会から指導されているために、このようなより積極的な治療は、現時点では実施困難であるが、脳血管内治療・局所線溶療法の有効性立証が今後の課題の一つである。

【参考文献】

1. Alexandrov AV, et.al. Arterial reocclusion in stroke patients treated with intravenous tissue plasminogen activator. *Neurology* 2002 ; 59 : 862-67
2. Furlan A, et.al. Intra-arterial prourokinase for acute ischemic stroke. The PROACT II study: a randomized controlled trial. *Prolyse in Acute Cerebral Thromboembolism*. *JAMA*. 1999 Dec 1;282(21):2003-11.
3. Hacke W, et.al. The Desmoteplase in Acute Ischemic Stroke Trial (DIAS): a phase II MRI-based 9-hour window acute stroke thrombolysis trial with intravenous desmoteplase. *Stroke* 2005;36:66-73
4. IMS Study Investigators Combined intravenous and intra-arterial recanalization for acute ischemic stroke: the Interventional Management of Stroke Study. *Stroke* 2004;35:904-11
5. Lewandowski CA, et.al. Combined intravenous and intra-arterial r-TPA versus intra-arterial therapy of acute ischemic stroke: Emergency Management of Stroke (EMS) Bridging Trial. *Stroke* 1999;30:2598-605
6. Schellinger PD, et.al. MRI-based and CT-based thrombolytic therapy in acute stroke within and beyond established time windows: an analysis of 1210 patients. *Stroke* 2007;38:2640-45
7. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *N Engl J Med* 1995;333:1581-87
8. Yamaguchi T, et.al; Japan Alteplase Clinical Trial (J-ACT) Group. Alteplase at 0.6 mg/kg for acute ischemic stroke within 3 hours of onset: Japan Alteplase Clinical Trial (J-ACT). *Stroke* 2006;37:1810-15

共催：協和発酵工業株式会社



心房細動と診断された方の生活ガイド

A Patient's Guide to Living with Atrial Fibrillation

Julie B. Shea, MS, RNCS; Samuel F. Sears, PhD

From the Brigham and Women's Hospital, Boston, Mass (J.B.S.) and East Carolina University, Greenville, NC (S.F.S.).

Circulation 2008;117:e340-e343

訳：天野利男(ジェックス理事 天野内科循環器科院長)

心房細動(AF)は米国に於いて最もよく見られる心調律異常であり、患者数は200万人以上にのぼる。毎年、15万人以上の患者が新たに心房細動と診断されている。概算すると、65歳以上の人の約4%が罹患している。心房細動の罹患率は年齢を増すごとに高くなり、80歳以上では約11%に達する。心房細動は心臓の上室における無秩序で不規則な電気活動を特徴とする。心房細動が起こったとき、心臓の上室(心房)が速く不規則に揺れ動く(細動)。この無秩序な鼓動により様々な症状が引き起こされる。この心調律異常は致命的ではないが、脳卒中や心不全発症のリスクが増大する場合がある。

心房細動はどのように診断されるのか

循環器専門医は脈拍をチェックし心音をきいて不規則な心拍がどのような疾患によるのかしらべるが、心房細動を診断するのに最も信頼できる手段は心電図である。心房細動が間欠的にしか起こらない(発作性心房細動)場合は、ホルター心電図装置などを装着して心電図波形を記録することが必要になる。

心房細動にともなう諸症状

心房細動により様々な症状が引き起こされる。心臓が細動していることに気づかない人もい

ば、心調律の変化にすぐに気づく人もいる。軽度の疲労感から呼吸困難、息切れ、動悸など症状はさまざまである。症状を自覚する人とならない人がいるが、その理由は明らかではない。多くの患者では、症状は速い心拍数と関係している。投薬により脈拍を遅くすると症状は消失する。しかし、心脈拍が遅くなっても症状が持続する患者もいる。心脈拍が遅すぎるための症状もある。心房細動に伴って起こる症状を表に記載する。

表 心房細動にともなう症状

呼吸困難
息切れ
疲労感
倦怠感
運動中のめまい、息切れ、痛み
動悸
脈の乱れ
めまい
頭軽感
胸痛/胸部不快感
心不全症状

心房細動の原因

心房細動の成因はいつもはっきりしている訳

ではなく、さまざまな成因が調べられている。心房内の電氣的な興奮旋回により起こる場合もあれば、左房内肺静脈の一つを起源とする異所性電気興奮により引き起こされ場合もある。多くの病態が心房細動の発症機序に関与している。甲状腺疾患(典型的には甲状腺機能亢進)、コントロール不良の高血圧、弁疾患、冠動脈疾患、うっ血性心不全などがある。はっきりとした理由や心疾患がないのにもかかわらず心房細動になる場合もあり、孤立性心房細動と呼ばれる。

抗凝固療法

心房細動は心房内血栓の発生リスクを増加させる。これは心房内血流の異常によるものと思われる。心房の細動により血液をうまく送り出せないと、血液は心房にため池のように貯留する。心房内で形成された血栓が遊離し脳や心臓に運ばれると脳卒中や心臓発作が起きる。孤立性心房細動の若年者では血栓形成のリスクは低いですが、高齢者や心不全、高血圧、糖尿病患者ではそのリスクは高くなる。

投薬により血液凝固を減らし血液を薄めて血栓形成を防ぐ方法がある。この方法は抗凝固療法と呼ばれ、アスピリン、ワーファリンナトリウムが使用される。いくつかの大規模試験では、ワーファリンを用いた抗凝固療法により心房細動患者の脳卒中発症のリスクが低下することが明らかになっている。

毎日内服するワーファリンの投与量は他の薬剤と異なり、血液検査の結果を参考にきめられる。つまり、投与量は毎回変わる可能性がある。血液の固まりやすさをモニターするのに使用される血液検査はINR (International Normalized Ratio) と呼ばれている。ワーファリンの血中レベルが有効範囲にあることを確認するためにはINRをモニターすることが重要である(たいていの患者では少なくとも1ヶ月に1回)。INRが低すぎると血栓形成を防ぐことができず、逆に高すぎると出血のリスクが増す。

心房細動の治療

心房細動の治療は心機能、年齢、脳卒中リスク、心房細動に伴う症状の強さなど、さまざまな要因を考慮するため、患者ごとに異なってくる。The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) ランダム化試験では、洞調律維持を試みない心拍数コントロール群と洞調律維持を試みるリズムコントロール群の2つ治療群でおこなわれた。両群共にワーファリンが使用された。このAFFIRM試験では両群の生存率に有意差がないことが判明した。リズムコントロール群では治療入院がより頻回になり、抗不整脈剤による副作用も経験することになった。治療方針の選択はしばしば患者の症状により決定された。抗凝固療法は脳卒中リスクが高い患者にはすべて考慮されるべきである。

心拍数コントロール

心房細動になると心房は速く不規則に鼓動し、しばしば1分間に350~500回を越える。インパルスは房室結節(AV結節)という伝導路を通過して心室に伝導される。幸いなことに、AV結節はこれらの刺激伝導の多くを遅延させる。しかし、それでも心室レートはかなり速くなり(1分間に100回以上)、治療されなければ心不全になってしまう。心拍数コントロールは非常に重要である。 β ブロッカーやCaチャネルブロッカー、ジギタリスなどの薬剤を使用すれば、AV結節を通過するインパルスの伝導を遅らせ、安静時心拍数を1分間に80回を超えないようにすることができる。

洞調律を維持するリズムコントロール群

洞調律への復帰は症状を伴う場合にはしばしば試みられる。抗不整脈薬は心房の電気活動を安定化させ心房細動予防するために使用される。それでも心房細動が持続し停止しない場合は、電氣的除細動が実施される。除細動は、即効性

はあるが再発予防には無効である。心房細動再発防止のためには投薬、カテーテルアブレーション、外科手術のどれかが選択される。

電氣的除細動

除細動とは胸の皮膚に貼り付けたパッドや皮膚に密着させたパドルを通して、胸壁から心臓に向けて短時間電流を流すことをいう。その目的は電氣的な興奮旋回を停止させ正常な心臓鼓動を回復することである。通電ショックによりすべての心筋細胞を同時に活性化させ、異常な電氣的鼓動（心房の細動はその典型例である）を終わらせる。この処置により心臓の刺激伝導系がリニューアルされ、正常な心臓鼓動が再開する。

カテーテルアブレーション

カテーテルアブレーションというのは小さな電極をもつカテーテルと呼ばれる特殊なチュー

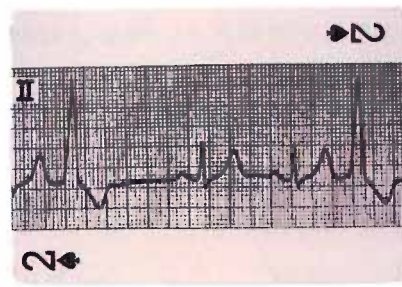
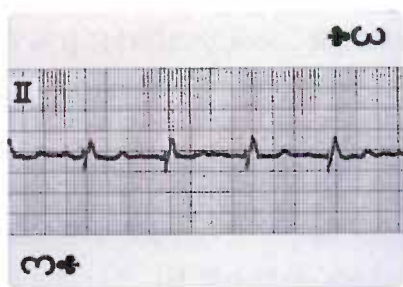
ブを用いる侵襲的な処置のことである。穿刺部の皮膚（通常鼠径部）を局所麻酔し、カテーテルを血管内に挿入して心臓まで進める。このカテーテルを使用し心筋細胞を焼灼あるいは凍結させる。これにより心房細動の原因である異常な電氣的な興奮旋回や異所性電気興奮を終わらせ心房細動を防ぐことができる。AV結節（電気信号を心房から心室に伝達する中継所）を焼灼することで速い心室レートをコントロールするカテーテルアブレーションも実施できる。このタイプのアブレーションは投薬ではコントロールできない速い心拍を呈している患者に通常適応となる。この場合、徐脈になるため正常な心拍を保つために恒久的ペースメーカーの埋め込みが必要となる。

心房細動患者におけるライフスタイル

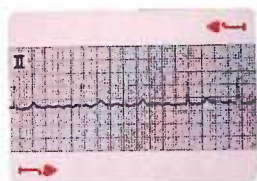
心房細動の治療はひとりひとり違ったものとなる。ベストの治療法の選択にむけて、それま

● 心電図クイズ ●

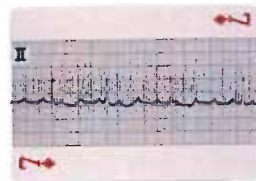
下記の心電図が示すのは？



前回10月号の解答



心房細動



第2度房室ブロック(3:1・4:1伝導)

でどのような治療が必要になってくるかは個人個人で異なる。ライフスタイルの改善には有用なものが多い。

食 事

心房細動の治療で重要なのは食事である。ワーファリンを内服している場合はとくに重要である。緑色野菜や植物油などビタミンKを多く含む食物はたくさんある。肝臓は凝固因子を作るのにビタミンKを使用し、過剰な出血を防いでいる。ビタミンKを含む食物を不規則に摂取するとINR値が変動してしまう。これらの食物をすべて避けなければならないというわけではないが、バランスよく摂取するべきである。ワーファリンを使用している患者向けの料理本があり、日々のビタミンK摂取量が一定になるように計算された様々な健康料理が掲載されている。

- アルコールとカフェインは心房細動の誘因として知られており避けるべきである。
- 血圧とコレステロールはモニターすべきである。低ナトリウム、低脂肪の食事にする。高血圧の人は食塩を控えめすることを特に心がけなければならない。食塩の代用品や新鮮なハーブを使用するのがよい。
- 禁煙。ニコチンは心臓を刺激し、心房細動を悪化させる可能性がある。喫煙は冠動脈疾患の危険因子でもある。

薬剤について

特定の市販(OTC)の医薬品(鼻スプレーや風邪薬)には心房細動を悪化させる物質が含まれており、主治医の指示のもとに注意深く使用されるべきである。同様に生薬にも心調律を悪化させる刺激物が含まれていることがある。

ワーファリンによる抗凝固療法に関連して

クリニックで処方される薬、OTC、薬草など様々な薬がワーファリンの代謝に影響を及ぼし、INRが極端に高くなったり低くなったりす

ることがある。どのような薬でも新しく始めたり、量を変えたり、やめるときには、薬をもらっている医師、薬剤師に前もって相談するべきである。

- ほとんどの抗生物質はワーファリン代謝に影響を及ぼすので、注意深いINRモニターのもとワーファリンの投与量を調整すべきである。
- マルチビタミン剤もまたワーファリンに影響を及ぼすのでワーファリン投与量の調整が必要になるだろう。マルチビタミン剤はINRの変化を避けるべく内服な毎日決まった量を内服するべきである。
- 薬草は米国FDAによる安全試験が行われていない。抗凝固活性をもつものもあるが大半の薬草は抗凝固活性にほとんど影響しない。そしてワーファリンがもつような脳卒中予防効果をもつものはない。

運動と身体活動

毎日体を動かすことは重要である。どのようなものであれ運動を始めるときには、前もって主治医や看護師に相談して自分のコンディションや身体能力に対して安全でかつ合理的な運動レベルを設定すべきである。運動は次にあげるような理由のために重要である。

- 積極的に楽しい気分の維持に有用である。
- 日々の生物学的リズムを規則正しくし、快眠が得られる。
- 体重コントロールのため有用である。

心拍数を減らすために薬が必要な患者は運動時それほど心拍数が増加しないことがわかるだろう。このことから心拍数コントロールに有用な薬の効果は運動中も発揮されることがわかる。

心房細動とつきあっていくには

心房細動の誘因としてストレスは重要な役割を果たしている場合もある。最新の研究によれば、間欠性の心房細動を呈する患者の約54%は共通の誘因として心理的なストレスが関与して

いる。ストレスは心房細動を促進する多くの要因と影響を及ぼしあっているようである。多くの異なったタイプのストレスが生活の中に隠れているので、心房細動患者はストレスがあることを自覚しストレスとうまく付き合うためになんらかの方策を講じることが大切である。以下に心房細動患者がストレスを減らすために行う方策を記載する。

自分のコンディションを理解する

自分のコンディションを理解することで、今自分に必要なことを家族や友達、医療スタッフに伝えることができる。よくわからなかったら医療スタッフに相談するとよい。

感情のコントロールにも注意をはらう

心房細動患者の多くは、心配事やこれから先のことに対する不安を経験しているのは自分一

人だと思いこんでしまうものである。しかしながら、大半の患者はある時期、不安や抑うつを経験する。このようなことについて医療スタッフと話しをすることは健康維持のために重要なことである。

リラクゼーションプラン

抑うつ気分や不安を感じることで自分の人生がコントロールできていないように感じてしまうことがある。この悪循環を断ち切ためには、楽しいことを計画することも必要になる。そうしたい気分ではなくても、計画しそれを実行するのがよい。好きなこと、楽しいこと、またやりがいのあることを始めると、少しずついつもの自分自身を感じられるようになってくる。このようなことはリラクゼーションのためには意味のあることである。

アメリカ心臓協会のホームページ(英語のみ)

<http://www.americanheart.org>

心臓病患者さんのページ (Cardiology Patient Page) 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>

診 断 問 答

進行性心不全の症状を伴った患者の診断 第3部

医師A：

私たち、顧問医もすべて全身性のどこかに腫瘍の原発巣はないものかとさがしてみたのですが、まったく見当たりませんでした。それでは、もう少し患者の心臓の状態についてお話ししましょうか？

医師B：

ええ、どうかお願いします。

医師A：

非常に特異なことといえば、脈が非常に強く血圧が160/50mmHgであり、脈圧が非常に広いということです。しかも、ただきわめてやわらかな収縮性雑音が心尖部において聴取されたただけだということです。

医師B：

甲状腺機能は正常ですか？

医師A：

ええ正常です。PBIもI 131の吸着量も正常です。私たちは、基礎代謝率を測定しようとしたのですが、患者の肺うっ血と吸収困難のため中止しました。心電図は洞性頻脈をのぞいては、正常です。しかし胸部X線では、心臓陰影の全体的な肥大、とくに左心室の肥大を認めます。肺野は、右の軽度の肋膜滲潤と両肺下野の肺うっ血が見られた以外に異常はありませんでした。

医師B：

そのほかに所見はありませんか？

医師A：

いいえ。

医師B：

それでは、私は「変形性骨実質炎」という診断をつけましょうか。

医師A：

それは、レントゲンの先生も同じ診断をつけて

おります。

医師B：

しかし、Paget氏病であるとすれば骨の病気と心不全症をいったいどのように結びつけられるのでしょうか？さて、甲状腺機能が正常でありながら、先生は、この患者の心不全が「高拍出性心不全」(High-Output-Failure)であるというふうにおっしゃっておられますが－先生は「動静脈フィステル」のための血管雑音でも聴取されましたか？

医師A：

いや、別にそういった所見は、なかったようです。

医師B：

患者の貧血の程度はいかがですか？

医師A：

いや、貧血はありません。

医師B：

なにか食物のうえで脚気を起こしそうな傾向でもなかったんでしょうか？

医師A：

いいえ、かれの食事は、まったくいままで適当であり、総合ビタミン剤も毎日欠かさずのんでいたようです。

医師B：

私は高拍出性心不全を起こす他の疾患は、考えられませんね－。私は、この心不全は、骨のPaget氏病をもった老人が、たまたま動脈硬化性心不全を併発したんだと考えたいですね。

今回はこのケースの診断編です。皆さんも診断をお考え下さい。



ヘッドフォンとペースメーカー・除細動機(ICD)

MP3プレーヤーのヘッドフォン、ペースメーカーなどに干渉の可能性

11月9日、米国心臓協会・学術集会(AHA2008)での発表

研究によると、ヘッドフォン内に使われている磁性体のネオジウムが、ペースメーカーなどの機器の正常な動作を阻害し、機器を使用する患者を危険にさらす可能性があるという。

研究を主導した米マサチューセッツ(Massachusetts)州ボストン(Boston)にあるベス・イスラエル・ディーコネス医療センター(Beth Israel Deaconess Medical Center)の医療機器の安全研究機関「Medical Device Safety Institute」のウィリアム・メイゼル(William Maisel)氏によると、「ヘッドフォンを除細動機に近づけると、除細動機が一時的に停止することがある」と指摘した。

メイゼル氏は「植え込み型除細動機などを使用する患者の家族や友人なども、ヘッドフォンの使用を避け、ヘッドフォンを着けたまま機器の上に頭を近づけないように」と強調している。

同氏によると、ほとんどのヘッドフォンは、ペースメーカーや除細動器の干渉閾値の20倍以上の磁場を持つという。

AppleのiPodなどのMP3プレーヤーは人気の家電製品だ。1月には米食品医薬品局(FDA)の研究者が、iPodはペースメーカーに干渉するほどの磁場を発生しないため、干渉の可能性は低いと報告した。

ヘッドフォン使用上の注意

- ※普通に音楽を聴くのは問題ないが、ヘッドフォンを使っていないときに胸ポケットに入れたり、胸の辺りに垂らしたりしてはいけない
- ※ヘッドフォンを耳にかけた人が患者の胸元に頭を近づけてはいけない
- ※ペースメーカーなどを安全に動作させるためには、MP3プレーヤーのヘッドフォンはこの種の機器から少なくとも1.2インチ(約3センチ)離して使用
- ※米アップル(Apple)の「iPod」などのプレーヤー本体や携帯電話端末 아이폰(iPhones)、ブルートゥース(Bluetooth)対応ワイヤレス・ヘッドホン、ブルートゥース(Bluetooth)技術を搭載した携帯電話、電気毛布、空港で使用される携帯型金属探知機などは、ペースメーカーや植え込み型除細動機には影響しない

誤解しないで!

患者が通常の使い方でヘッドフォンを使用することに問題はありません

研修会・セミナーのお知らせ

★ナースのためのBRUSH UP 講座

イチロー研修 ～フィジカル・アセスメントのエキスパートを目指して～

日 時：平成21年2月7日（土）午後2時～午後5時

講 師：高階経和（ジェックス理事長・高階国際クリニック院長）

会 場：ジェックス研修センター

受講料：ジェックス会員 3,000円 / 会員でない方 6,000円

テキスト（Clinical Bedside Cardiology）代金を含みます。

当日、受付にてお支払い下さい。

☆「イチロー」・「心電図」研修について

当法人では、10名以上20名までの有志の方々に「イチローを使った聴診」、「心電図」の講義を行っております。研修をご希望の場合は、人数、開催希望日(3日)と代表者の氏名と連絡先を開催希望日の3ヶ月前までに事務局までお知らせ下さい。

理事が講師となりますので、それぞれの日程を調整した上でご連絡致します。

★ 2008年度夏季セミナー Live Report 出版について

去る8月3日に開催いたしました夏季セミナー みんなで考えよう！ニッポンの医療 第6弾のLive Report出版の準備中です。完成後、会員の皆様と当日参加された方にお送りいたします。

☆医学教育学会誌「医学教育」に論文掲載

2007年度夏季セミナー開催前に行いました緩和ケアに関するアンケートの結果を基に法人では木下理事を中心に考察を加え論文としてまとめました。

“「緩和ケア」に対する医療従事者と一般市民の認識について”と題した論文を医学教育学会誌「医学教育」に投稿した結果、採択され、12月号に「報告」として掲載されることが決まりました。ご協力いただきました会員はじめ多数の皆様にお礼申し上げます。

論文をご希望の方は、事務局までご連絡下さい。

研修会レポート

- 9月27日(土) イチロー研修 大阪大学医学部学生 19名
14:00～18:00
講 師：高階経和
- 9月28日(日) 心エコー研修会
～聞いてみよう やってみよう 検査技師のための心エコー～
10:00～16:00 参加者：38名
講 師：諏訪道博、伊藤隆英、川西泰徳、田中恵美子
- 10月4日(土) ナースのためのBRUSH UP 講座
ペースメーカー・ICDと不整脈
14:00～16:00 参加者：33名
講 師：西本泰久
- 11月8日(土) 特別講演会
いつまでも若く、健やかに年を取ろう
14:00～16:00 参加者：42名
講 師：高階経和



新 入 会 員(敬称略)

B会員：1名(匿名)

寄 附 者(敬称略)

(平成20年9月1日～10月31日までにご寄付をいただいた方並びに企業)

西川悦子

ノバルティス ファーマ株式会社 万有製薬株式会社 アステラス製薬株式会社
バイエル薬品株式会社 株式会社ツムラ 興和創薬株式会社 ユニオン・メディカル株式会社
株式会社ファルコバイオシステムズ 有限会社エムエルエス
有り難うございました。



理事会報告

- 9月18日(木) 午後6時から午後7時 18名(内委任状5名、事務局2名)
2008年度アリゾナ大学医学部短期留学報告：尾崎 萌さん、米川佳彦さん
- 10月23日(木) 午後6時から午後7時 16名(内委任状5名、監事1名、事務局2名)

研修会・講座案内

◆臨床心臓病研修会：医療者向け

12月はお休みです。

平成21年

1月24日(土) 午後2時から午後3時30分

「循環器医における糖尿病治療」

講師：大塚 頼隆先生（国立循環器センター心臓血管内科医長）

◆生活習慣病講座：一般の方向け

12月はお休みです。

平成21年

1月21日(水) 午後2時から午後3時30分

「骨粗鬆症について」

講師：古東 司朗先生（古東整形外科内科院長）

ナースのためのBRUSH UP講座

イチロー研修 ～フィジカル・アセスメントのエキスパートを目指して～

平成21年2月7日(土) 午後2時から5時

講師：高階経和（ジェックス理事長）

事務局から

◎年末年始休業のお知らせ

12月27日(土)

から

平成21年1月4日(日)まで

編集後記

今年もまた一年が過ぎようとしています。事務局では来年の事業に向けての準備が本格化する時期です。2009年はジェックスにとって公益法人格取得という大きな課題に取り組む年でもあります。「少数の人間が主体的に対応すれば、それを通じて精鋭に育っていく」ジェックスでもこの言葉を意識し、多くの方のご意見を基に皆様から支持される活動を行っていきたいと考えております。新しい年も皆様のご協力をお願いいたします。

（文責：宮崎悦子）



発行：特定公益増進法人

社団法人臨床心臓病学教育研究会（略称：ジェックス事務局）

編集人：高階経和

532-0011 大阪市淀川区西中島4丁目6-17新大阪シールビル4階

電話：06-6304-8014 FAX：06-6309-7535

<http://www.jeccs.org> E-mail:office@jeccs.org