



ESTABLISHED IN 1985

# JECCS

## ニューズレター

社団法人臨床心臓病学教育研究会

Vol.9 No.4 2009. 8

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

### 巻頭言

「認知症患者が住み慣れた地域で安心して暮らすために」

ジェックス副会長 中尾医院理事長

中尾 正俊

### 講演要旨

生活習慣病講座 11月12日講演

「脳卒中あれこれ」

大阪府済生会茨木病院脳神経外科

砂田 一郎

臨床心臓病研修会 11月15日講演

「臓器保護を考慮した高血圧合併糖尿病の高圧治療」

愛仁会高槻病院内科部長

富永 洋一

### 特別掲載

生活習慣病講座 平成21年4月8日講演

「新型インフルエンザについて」

大阪医科大学総合診療科

浮村 聡

心臓病患者さんのページ ～Circulation誌より～

### The Surgeon General's Call to Action to Prevent Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism

「深部静脈血栓症と肺塞栓症の予防に関する公衆衛生局長官よりの行動勧告」

訳 木戸 友幸 (ジェックス理事・木戸医院院長)

### お知らせ

総会報告

## 「認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすために」

ジェックス副会長 中尾医院理事長 中尾正俊



1970年代には血管性認知症が優位で、アルツハイマー病でも手続き記憶が保持されていればやさしい家族と地域社会に支えられ、社会生活に支障を来さず認知症の診断も受けずに天寿を全うされていたようです。高齢発症のアルツハイマー

病患者は、軽度認知障害(MCI)の時期を経て、長谷川式知能評価スケールが20点以下で尿失禁をして初めて診療所を受診する例がほとんどでした。しかし、21世紀の現代では、核家族化と後期高齢者人口の増加により、一人暮らし、夫婦二人暮らしの高齢者世帯が増加しております。そして高度情報化により日常生活に必要な認知機能水準(多機能な調理器具を用いた家事・暗証番号を忘れるとお金を引き出せないキャッシュカード・番号を忘れると連絡できない携帯電話・振り込め詐欺・悪質リフォームなど)が格段に高くなっており、以前に比べて認知症高齢者はMCIの時期で住みにくい環境になっています。

医療面においても全国認知症グループホーム協会が意見を述べています。「中等症以上の認知症患者を内科とか外科に連れて行くと認知症の人は入院できませんと返されてしまう。そういう人たちを例えば精神科に連れて行くと、外科的・内科的なことは診られませんが帰されて行くわけです。」認知症の人が住み慣れた地域で安心して医療を受けられる早期発見・早期診断そして急性期医療など認知症診療体制は大丈夫でしょうか。

軽度認知障害に特徴的な「物忘れ」や生活状況のちょっとした変化に気づき、「年のせい」で片付けずに早期にかかりつけ医が認知症専門医療機関に紹介することにより、認知症患者の多

くが軽症の段階で認知症の原因疾患(アルツハイマー病・レビー小体型認知症・前頭側頭葉変性症・血管性認知症など)の確定診断が可能となります。そして今後認知症がどのように進行増悪し、どのような問題点が起こるのかわかれば、将来起こりうる家族内のトラブルを少しは回避できるのではと考えております。

嚥下障害を伴った認知症患者が誤嚥性肺炎を発症し急性期病院に入院すると、炎症所見の改善に伴い病棟内を徘徊され、急性期病院では他の入院患者が被る迷惑を考え、不本意ですが「身体拘束」を患者に強いたり、治療半ばで転院や退院を勧めたりします。このような不幸な事態を防ぐため、認知症専門医療機関は、周辺症状を有する認知症入院患者が転院し継続した入院加療が行える後送病院としての役割を果たしていきたい。

従来、「認知症疾患センター」と位置付けられていた認知症専門医療機関では、多くの場合、認知症と診断した後は、かかりつけ医に投薬を依頼するだけで診療を終了していたので、昨年度から「認知症疾患医療センター」が医療圏毎に設置されました。「認知症疾患医療センター」は、専門医療相談、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症・周辺症状への急性期対応、かかりつけ医等への研修会の開催、認知症疾患医療連携協議会の開催や情報発信、高度医療機関との連携が業務と考えられています。

最後に、多くの人たちはできることならば住み慣れた家で家族に看取られ、そして信頼関係がある「かかりつけ医」に脈をとられて人生の幕を閉じたいと願っているはずです。「かかりつけ医」が認知症専門医、訪問看護師やケアマネジャーと協働する多職種連携を通じて、認知症患者の生活を支援していくことが現在の医療者に求められていると思いますが……。

### 理事紹介

中尾正俊 (ナカオ・マサトシ)

天理よろづ相談所病院、川崎医科大学附属病院を経て1988年中尾医院開設。91年ジェックス理事、99年より副会長。



平成20年11月12日(水)  
第272回生活習慣病講座

## 脳卒中あれこれ

大阪府済生会茨木病院脳神経外科

砂田 一郎

### はじめに

脳は最も重要な臓器で、そのエネルギー源は酸素とブドウ糖のみですから、体重の2-3%の大きさであるにもかかわらず酸素は全身の20%、ブドウ糖は全身の25%を消費しています。そしてそれらを脳に貯めることができませんので、絶えず血流として供給される必要があります。実際には心拍出量の15%が脳に行くなど、脳と脳循環の関係は非常に重要であります。

脳卒中の語源ですが、“卒”は突然に、“中”はあたるを意味し、“突然に生じる”という意味であり、正しい名称は脳血管障害と言います。種類として、血管がつまってしまう脳梗塞（のうこうそく）、血管が切れる脳内出血、くも膜下出血などがあります。脳卒中は、古くは上杉謙信や福澤諭吉などから最近では有名プロ野球選手や歌手が罹ったことから、非常に身近な病気です。死亡数は年間約13万人で死因の第3位ですが、総患者数は平成14年に130万人と、死亡せずに後遺症を残して生存するために要介護者の最大の原因となっています。そして、高齢化に伴い今後も患者数は増加し、平成32年には285万人とピークを迎えると予想されており、他人事ではありません。

### 症状と検査

脳卒中の症状としましては、とにかく突然に生じることが最大の特徴です。また、その特徴を広く皆さんが知ることが、早期治療に結びつく重要事項でもあります。脳の特性的の一つに、異なる疾患でも同一部位が傷害されると、同一な症状が出現することがあります。例えば、右

の内包という部位に出血が生じて梗塞が生じて、出現する症状は左の上下肢麻痺と同じなのです。よって、脳卒中に関しては臨床症状を知ることとともに、画像診断が非常に重要であります。最も有名なのが、レントゲン線を使用して脳の画像を撮像するCTスキャンです。また、最近多用されているのが磁気を利用して撮像するMRIであり、その他には脳血管撮影などが使用されています。

### 治療と予防

治療に関しては脳卒中治療ガイドライン2004や脳ドックのガイドライン2003に準拠して行われるのが一般的です。外科治療では、脳動脈瘤の場合には開頭術によるネッククリッピングや血管内手術によるコイル塞栓術があり、内頸動脈狭窄の場合には内膜剥離術や血管拡張・ステント留置術があります。薬剤治療では、発症3時間以内なら有効である組織プラスミノゲンアクチベーター（t-PA）の投与や、まだ治験段階ですが神経幹細胞の投与などが有効とされています。しかし、後遺症なく完治させる手段が少ないのが現状です。

よって、脳卒中に関しては治療よりも予防が重要です。危険因子として加齢、男性、人種（日本人は脳卒中になりやすい）など変えることができないものは別として、下記に挙げるような改善できる因子があります。

- ①高血圧：収縮期血圧を10mmHg低下することで、脳卒中の危険性を30%も低下させることができる。最終目標は140/90mmHg以下であり、特に早朝の高血圧に注意する。

②喫煙：禁煙すれば2年間で危険性は非喫煙者と同等になる。

③不整脈：特に心房細動に注意する。

④糖尿病

⑤高コレステロール血症：LDLコレステロールを120mg/dL以下、HDLコレステロールを40mg/dL以上、中性脂肪を150mg/dL以下にする。スタチンの服用が推奨されている。

⑥過度な飲酒

脳梗塞の予防薬として、抗血小板薬とワーファリンがあり、特にワーファリンではPT-INRという血液の指標で内服量を調整する必要があります。

最後に、日本脳卒中協会が作成した予防法の標語をお示しします。

1. 手始めに 高血圧から 治しましょう
2. 糖尿病 放っておいたら 悔い残る
3. 不整脈 見つかれば すぐ受診
4. 予防には タバコを止める 意志を持って
5. アルコール 控えめは薬 過ぎれば毒
6. 高すぎる コレステロールも 見逃すな
7. お食事の 塩分・脂肪 控えめに
8. 体力に 合った運動 続けよう
9. 万病の 引き金になる 太りすぎ
10. 脳卒中 起きたらすぐに 病院へ

皆さん、くれぐれも脳卒中にはご用心くださいませ。

共催：アステラス製薬株式会社

## 臨床心臓病研修会・生活習慣病講座へのお誘い

### ●臨床心臓病研修会●

医療者向けの研修会です。ジェックスの会員でない方は1000円お支払いください。

第3あるいは第2土曜日に開いています。講師は各分野での専門医で最新の情報を詳しく解説いたします。共催の製薬会社からの薬の情報提供もございますので、是非ご参加ください。

講演後、30分程度の質問時間を設けておりますので、日頃疑問に思われることをご質問ください。

### ●生活習慣病講座●

参加無料です

どなたでも参加していただける一般市民の方向けの講座です。

第3あるいは第2水曜日に開いています。一般向けの講座ですので、講師はわかりやすく、丁寧に話を進めます。講演後は自由に質問していただけますので、ご遠慮なく不安に思われることをお話ください。

# 講演要旨

平成20年11月15日(土)  
第241回臨床心臓病研修会

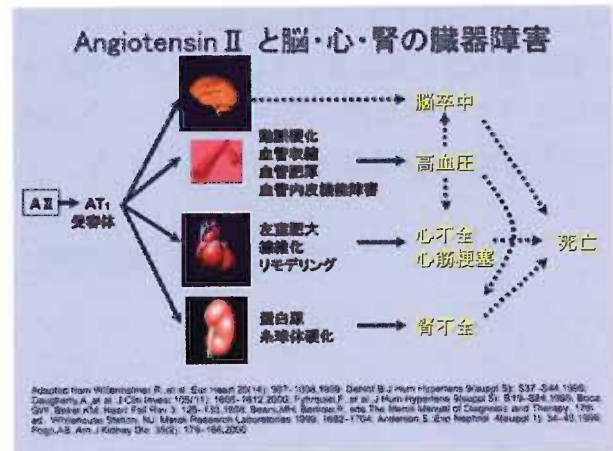
## 臓器保護を考慮した高血圧合併糖尿病の降圧治療

愛仁会高槻病院内科部長  
富永洋一

2006年の厚生労働省の調査によると日本において糖尿病が強く疑われる人が約820万人、糖尿病の可能性が否定できない人が約1050万人で2002年の調査に比しても増加している。糖尿病は最小血管障害（神経障害、網膜症、腎症）や大血管障害（脳梗塞、心筋梗塞、閉塞性動脈硬化症）などを伴うと医療費高騰につながり合併症の発症、進展阻止が国家的課題となっている。

糖尿病患者の約60%が高血圧を合併しており、高血圧の合併により心血管イベントの発症率が2-3倍に増加し、糖尿病性腎症の進行も促進されるため血糖コントロールのみならず血圧のコントロールも重要であることが、UKPDSでも示されている。収縮期血圧80mmHg未満を降圧目標にすることにより90mmHg以下の群に比して心血管イベントが半減したHOT研究の結果もふまえ、JSH2004では日本人糖尿病患者の降圧目標は130/80mmHg未満とされているが、実際の到達率は低い(図)。

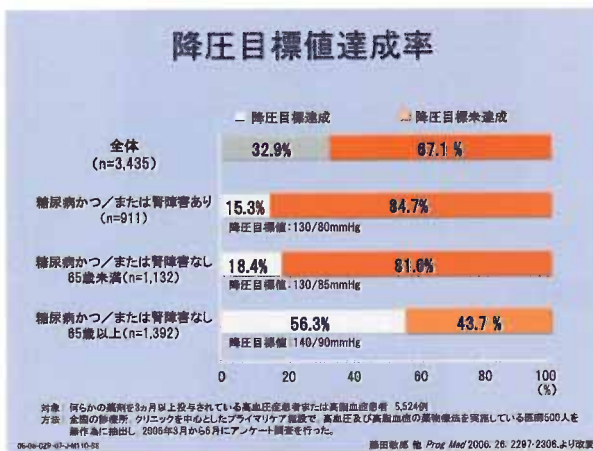
のシグナル伝達が阻害されインスリン抵抗性が増強されることにより、動脈硬化が進行しやすく心血管イベントの発症率が高まる(図)。



腎臓では糸球体の輸出細動脈が収縮して糸球体内圧が高くなり、糸球体硬化がおりアルブミン尿が出現し、糖尿病性腎症が悪化する。

動脈硬化進展阻止、腎症の進展阻止を考慮すると糖尿病患者の降圧治療薬の第一選択はRAS抑制薬であることは疑いない。このことはRAS抑制薬の糖尿病を含めたハイリスク患者の心血管イベント阻止を示したエビデンス(CAPPP, LIFE, FACET, ABCD, JIKEI HEART)や腎保護作用を示したエビデンス(IRMA-2, MARVAL, SMART, INNOVATION, RENNAL, IDNT)でも明らかである。

RAS抑制薬間にクラスイフェクトを超えた差があるかについてははっきりしていない。今回私は当院外来通院中のオルメサルタン以外のRAS抑制薬服用中の腎症2期高血圧合併糖尿病患者12名(男性6名、女性6名)を対象にオルメサルタンへの切り替えをおこない切り替え前と切り替え3ヵ月後で血圧、尿中アルブミン量

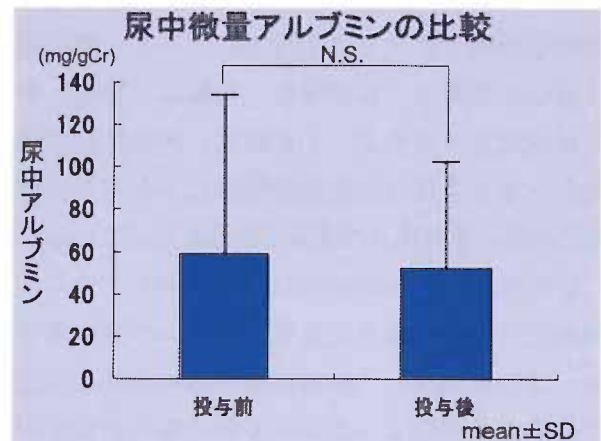
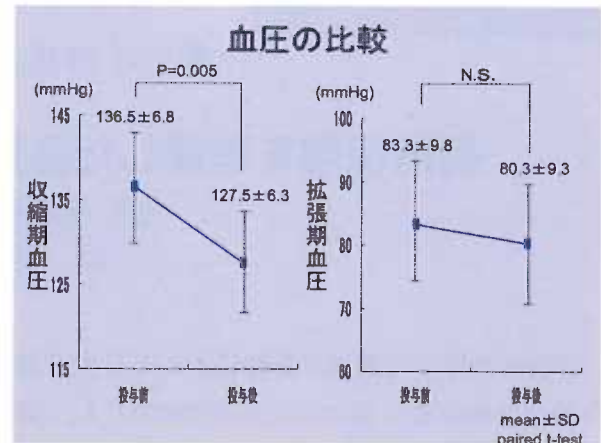


糖尿病では組織レニン-アンジオテンシン系が亢進しており、血管の動脈硬化、血管内皮機能障害が悪化することやインスリン受容体以降

(mg/gCr) 糸球体濾過量(e-GFR)を比較した。尿中アルブミンは切り替え後に減少傾向が認められたが、有意差はなかったが、収縮期血圧は有意差をもって低下することが示された(図)。

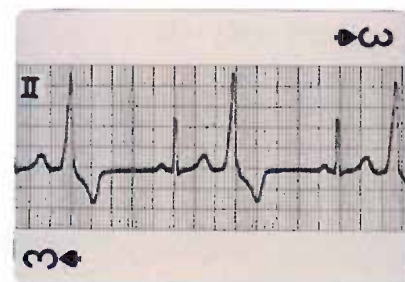
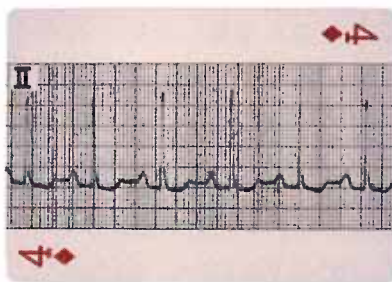
糖尿病患者でRAS抑制剤で降圧目標に達さない場合にRAS抑制剤を増量するのか、カルシウム拮抗剤併用か、利尿剤併用(合剤使用)については現在様々な臨床研究が進行中でありその結果をみたい。唯一参加者の6割が糖尿病患者である高リスク高血圧患者を対象としたACCOMPLISH試験ではACE阻害剤+カルシウム阻害剤の併用療法群がACE阻害剤+利尿薬群に比べて、3.8年間の累積心血管イベント発症率を20%低下させることが示されている。

共催：第一三共株式会社

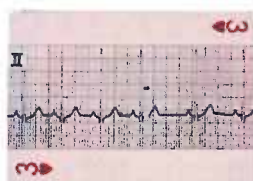


## ● 心電図クイズ ●

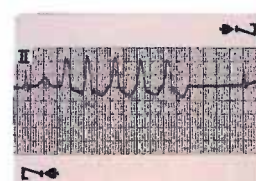
下記の心電図が示すのは？



~~~~~ 前回6月号の解答 ~~~~~



洞不整脈(呼吸性)



心室期外収縮(ショートラン型)

# 講演要旨

平成21年4月8日(水)  
第276回生活習慣病講座

## 新型インフルエンザについて

大阪医科大学総合診療科  
浮村 聡

### 通常の季節性インフルエンザについて

インフルエンザはRNAウイルスでA型、B型、C型の3種類がある。A型は最も症状が強く、第一次世界大戦頃に流行したスペイン風邪もこれに属する。A型のみがヘマグルチニンHAが16種類、ノイラミニダーゼ9種計144種類の亜型があり、新型となりうる。B型は、A型より幾分症状は軽いが、筋肉痛が強い。C型は、大部分の人が小児のうちに抗体を持つため、問題となることは少ない。日本では例年冬の時期に流行するが、理由は渡り鳥がインフルエンザウイルスの運び役であること、冬は乾燥しやすいことなどによる。空気が乾燥するとのどの粘膜の防御機能が低下するため、加湿器などで、十分な湿度を保つことが効果的である。インフルエンザの致死率は0.05-0.1%とされ、冬に小児や高齢者の死亡率が上がる原因であり、超過死亡と呼んでいる。小児は脳症、高齢者はインフルエンザウイルス性肺炎および合併する細菌感染性肺炎が死亡の主な原因である。肺炎の主たる原因菌である肺炎球菌ワクチンの接種は高齢者の死亡率低下に有効である。

毎年ヒトの間で流行する通常期のインフルエンザの主な感染経路は、飛沫感染であり、また汚染した手で眼や鼻を触るなどの皮膚から粘膜・結膜への直接的な接触感染や、環境を介する間接的接触感染も感染経路の一つである。感染患者に対し気管内挿管や気管内吸引・ネブライザー・気管支鏡検査などの手技を行なうとエアロゾルが発生しうる。エアロゾルは飛沫核を含むため、それによる空気感染（飛沫核感染）の可能性も示唆される。その為対応するスタッフは

フェーズ3の段階でN95マスクの取り扱いに慣れておく必要がある。インフルエンザを発症後3~7日間はウイルスを排出するとされ、この間患者は感染力があるため、人前には十分な配慮が必要である。

通常のインフルエンザの感染対策として、次の①~④が重要であり、これらはすべてのインフルエンザ対策の基本になる。

#### ①インフルエンザワクチン接種

#### ②標準予防策の遵守

手指消毒、手袋、マスク、ゴーグル、ガウン

#### ③レスピラトリーエチケット（呼吸器衛生／咳エチケット）

医療スタッフは、咳嗽や発熱のある患者を診療する場合、インフルエンザであるかどうかにかかわらず必ずサージカルマスクを着用し、診療後に直ちに手指消毒を行う。咳嗽や発熱のある患者、呼吸器感染症の疑われるすべての患者にはマスク着用をお願いする。マスクの無い状況で咳やくしゃみをする場合は鼻や口をティッシュなどで覆うこと、使用したティッシュは適切に捨て、直ちに手指消毒すること（アルコールジェルでも液体石鹸でもよい）を指導する。場合によりサージカルマスクを提供し着用して頂く。待合室では咳をしている患者は他の患者と1m以上離すことが望ましい。

#### ④ポスターなどを用いた感染対策の啓発

インフルエンザに対する治療薬としては、原因を治療するものとして抗インフルエンザウイルス薬（オセルタミビル、ザナミビル、アマンタジン）がある。抗インフルエンザウイルス薬を適切な時期（発症から48時間以内）から服用を

開始すると、発熱期間が通常1～2日間短縮され、ウイルス排泄量も減少する。オセルタミビルにかんして1歳以下は安全性が確立しておらず、小児の異常行動との関連は否定的と考えられるが、いまだ公式見解はでていない。またオセルタミビルについては最近耐性ウイルスの出現が報告されている。こうしたウイルスに対してもザナミビルは有効と報告されている。

### 新型インフルエンザについて

近年、世界的に流行している高病原性鳥インフルエンザウイルス(H5N1)の脅威は、ウイルス感染による鶏の大量死のみならず、鶏からヒトに感染していることである。これらの感染者のほとんどは病鳥または死鳥との直接的かつ密接な接触により感染したと考えられているが、すでに鳥インフルエンザに感染した患者数は380人をこえ、そのうち243人が死亡している。そしてさらにウイルスの変異により、鳥型がヒト型に順化適応して新型インフルエンザウイルスに変化する可能性が強く示唆されている。パンデミック(pandemic)とは、世界的な流行病に対する医学用語で、ある感染症が世界的に流行することを言い、高病原性鳥インフルエンザウイルスH5N1型による鳥インフルエンザにより、現在でもパンデミックが起こる恐れがあると考えられている。英語では新型とはいわず、Pandemic Influenza, 鳥(Avian Influenza)、季節性(Seasonal Influenza)に分類する。

平成19年3月、国は「新型インフルエンザウイルスガイドライン(フェーズ4以降)」を策定し、この21年2月に改訂した。これは新型を封じ込めるための方策が無効と考えられるからであり、まんえんする状態でいかなる対応を考えるべきかという現実的な内容となっている。スペイン風邪によるパンデミックをモデルにガイドラインは策定されたが、当時と比べて大量輸送機関の発達により、新型ウイルスは感染拡大と同時にまたたく間に世界中に伝搬される可能性が高

い。新型インフルエンザのパンデミックの規模を完全に予測することは困難であるが、厚労省の行動計画では日本の被害が次のように予測されている。

新型インフルエンザへの感染者：全人口の25%、医療機関を受診する患者数：1,300万人～2,500万人、致死率：0.53%（アジアインフルエンザ並み）～2%（スペインインフルエンザ並み）、入院患者数：53万人～200万人、死亡者数：17万人～64万人

1日あたりの最大外来患者数：通常の1.7倍、1日あたりの最大入院患者数：101,000人

インフルエンザについては数回の世界的大流行が知られている。現在では、A型であるH1N1亜型（一般にA/ソ連型と呼ばれる）とH3N2亜型（A/香港型）、B型の3種類が世界中で共通した流行型である。アジア風邪のH2はヒトで大流行を約50年毎にくりかえしており、高病原性以外にアジア風邪の再流行によるパンデミックの可能性もある。

厚労省の症例定義（案）によると、現時点で考えられる新型インフルエンザ疑い患者の定義は以下のとおりである。

①発熱（38℃以上）  
②咽頭痛、咳、呼吸困難のいずれか一つ以上の二つを満たし、かつ7日以内に以下のいずれかの行為があったもの

①新型インフルエンザ患者（疑い例も含む）との接触  
②新型インフルエンザ患者の発生が確認されている地域での滞在

上記「新型インフルエンザ疑い」の定義を満たし、かつ以下のいずれかの方法によって病原体診断（血清診断）がなされたものが確定診断例となる。

①病原体の検出  
②病原体の遺伝子の検出

当初は迅速キットの開発は間に合わないと考えられる。従って確定診断には一定の時間を要



する。現在一般に使用されているインフルエンザ迅速診断キットについては、新型インフルエンザでもA型陽性となることが示されておりAの場合区別はつかない。

東南アジアなどで発生しているH5N1亜型の鳥インフルエンザウイルスが、現在のところ限定ながら徐々にヒト社会に侵入しつつあり、すでに家族内ではヒトヒト感染が成立している。しかし現状ではヒトの上気道にはH5N1亜型の鳥インフルエンザウイルスのレセプターがほとんどなく、肺胞などの下気道に僅かに存在するのみなのが感染が限定されている原因と考えられる。しかし鳥型とヒト型のアミノ酸配列の違いは32個ほどだが、スペイン風邪のときは18個の変異でパンデミックになっている。H5N1においてはこの変異が8~10個であり、確実に危険度は増している。自分で新型インフルエンザが疑わしく思ったら「いきなり医療機関を受診せず、まず保健所、大学病院などの専門家に電話で問い合わせる。」ことが何よりも大切である。

現在は、政府の新型インフルエンザ対策行動計画の策定、海外渡航者に対する注意喚起、国内飼育家の高病原性鳥インフルエンザの発生防止対策の徹底、緊急的なワクチン接種を想定したプレパンデミックワクチン原液の製造、貯留、またその試験接種などが行われている。また治療薬としてタミフルの確保すべき量の決定と備蓄の開始、新型インフルエンザ患者の診療・治療にあたる指定医療機関等の整備、鳥インフルエンザ発生国の在留邦人向けの情報提供などの対策がたてられている。現状では実際には不可能と思われる早期の封じ込め対策が対策の主体となっており今後パンデミックを想定した実際的な対策を行っていく必要がある。

ワクチンについては新型未発生の現在、パンデミックワクチンは作りようがなく、作成に6ヶ月以上はかかることから、パンデミック第一波には間に合わない。そこでヒトから分離された鳥インフルエンザプレパンデミックワクチン

は2,000万人分が備蓄され、6,000人に対する試験接種が開始となっている。しかしこれが新型に効くのか、副反応はどうかなど問題は山積している。また具体的な接種方法も未定である。

次に抗ウイルス薬だが、オセルタミビルを国が1,050万人分、地方自治体が1,050万人分、予防投薬用に300万人分の計2,500万人分とザナミビル135万人分が実際の備蓄量で諸外国に比べ少なく、不足が予想される。またオセルタミビル耐性ウイルスの出現も報告されているし、基礎免疫のない新型インフルエンザに通常量では効かない可能性もあり、備蓄量の増加が望まれる。また配布方式も未決定である。

医療においては発熱外来を受診し、新型インフルエンザ疑いとなった患者はフェーズ4、5では感染症専門の医療機関に転送され、陰圧空調の病床で入院加療を行うことになっている。しかし、大阪府下には陰圧空調のベッドは32床しかなくすぐに不足するのは明らかでそれ以降の入院機関など具体的な対策はまだ未決定である。解決すべき問題点が山積している。

また学校閉鎖、集会の禁止、交通機関を使った移動の制限などが感染拡大を防ぐことに重要な意味を持つことはスペイン風邪の例から明らかであるが、本邦でそれが速やかに行われうるかもいささか心もとない。

医療の現場では陰圧空調の診察室やトリアージ用のテント、防護服、抗ウイルス薬などの備蓄が必要であるが、予算の関係もあり、十分な用意がなされているわけではないし、発熱外来を具体的にどの医療機関で行うか決定している自治体も少ないのが現状である。また慢性疾患の患者に感染のリスクなしに抗凝固薬、降圧剤、インスリンなどを届ける方法も検討しなくてはいけない。従来の医療とパンデミックに対する医療の共存をどのように行うかが大きな課題となる。

悲観的なことを多く述べたが、これまでのパンデミックの時には遺伝子診断も、抗ウイルス

薬も、現在のようなワクチン製造技術もない時代であった。デメリットは発達した公共交通機関による感染の伝播であるが、これは人間がコントロールし得るものである。我々医療関係者(医師およびパラメディカル)は次のパンデミックは予想し対策を立てうる状況でやってくる初めてのパンデミックであることを忘れず、正確な知識を持ち、冷静かつ適切な判断を行い、ことにあたる必要がある。

#### 厚生省感染症情報

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekka-ku-kansenshou.html>

#### 国立感染症情報センター

[http://idsc.nih.go.jp/disease/avian\\_influenza/index.html](http://idsc.nih.go.jp/disease/avian_influenza/index.html)

#### 日本医師会インフルエンザ対策

<http://www.med.or.jp/influenza/>

#### 全国保健所長会

[http://www.phcd.jp/shiryo/shin\\_influ.html](http://www.phcd.jp/shiryo/shin_influ.html)

#### インフルエンザ対策総合リンク

<http://www.sinbun.co.jp/kenkou/link/linkinf.html>

#### N95マスク購入サイト

<http://www.masksnmore.com/medicalsampler.html>

#### 追記

原稿執筆中にA(H1N1)による新型インフルエンザが発生した。院内感染予防のための患者のトリアージ体制、発熱患者専用外来の開設などで仕事は多忙を極めた。幸いにも今回の新型は毒性が比較的低く、また感染力もさほど強くなかったためこの北摂地域でも第一波は収束に向かいつつある。一方で当院も国もマニュアル、ガイドラインが強毒性を想定したものしかなかったため現場では対応に大変苦慮したのも事実である。また今回他病院や保健所との協力体制の構築など秋冬の再流行に備えた貴重な経験を蓄積することができた。再流行までに低毒性のためのガイドラインの策定とワクチンが間に合うことを切に願っている。2009年6月3日

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

## ジェックス ポロシャツのご案内



通気性、吸水性に富んだポロシャツです。  
左胸ポケットと左袖にJECCCSのロゴ入り  
色：白とネイビーの2色

(男女共)

サイズ：男性用

M(胸囲88-96)/L(胸囲96-104)

女性用

M(胸囲79-87)/L(胸囲86-94)

価格：各3,500円

お問い合わせは事務局まで。



## 深部静脈血栓症と肺塞栓症の予防に関する 公衆衛生局長官よりの行動勧告

The Surgeon General's Call to Action to Prevent Deep Vein Thrombosis and  
Pulmonary Embolism

Suman Rathbun, MD, MS

From the Cardiovascular Section, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Okla.  
Circulation. 2009;119:e480-e482

訳：木戸友幸（ジェックス理事 木戸医院院長）

2008年9月15日、米国公衆衛生局長官、海軍少将スティーブンKガルソン医師が深部静脈血栓症と肺塞栓症の予防に関する初めての行動勧告を発表した。「行動勧告」とはどんなもので、なぜ我々はこの国のもっとも高位の医師からの勧告に注意を払わなければならないのであろうか？

行動勧告とは、大きな公衆衛生上の問題を解決するために全国規模で行動を喚起するための科学的に証明された資料のことである。かなり以前から公衆衛生局長官はいくつかの行動勧告を発表してきた。最初で最も重要な勧告は、1964年に発表された喫煙と健康に関するレポートである。この喫煙の健康リスクに関する警告は、喫煙が普通に行われファッションナブルだとされていた時代に、米国公衆衛生局長官から発せられた。これは一般大衆の注意を喚起し、その後の40年間の喫煙に関する研究と、歴史上最低の喫煙率を生んだ見識の礎を築いた。44年後の今日、警告は他の喫煙と同等に健康に非常に有害で恐ろしい疾患である、深部静脈血栓症と肺塞栓症、両者を合わせて静脈血栓塞栓症として知られているものに向けられている。深部静脈血栓症は下肢の深部静脈に生じ、それが剥がれて心臓に飛び、最終的に肺の動脈に引っかかる。この状態を肺塞栓と呼び、死か後遺症を引き起こす。

静脈血栓塞栓症に対する行動勧告が何故重要な  
のか？

医療従事者は、静脈血栓塞栓症は特に手術後や入院した時に起こりやすいことを以前から認識していた。しかし、米国の一般大衆は静脈血栓塞栓症のリスクやその所見と症状については無知であることが分かってきた。また、生命を救うことのできる予防措置は未だにごくわずしか活用されていない。米国公衆衛生協会の電話調査によると、深部静脈血栓症を知っており、その症状や危険因子についても熟知している米国人は10人に1人以下であった。もし一般大衆が参加し教育されなければ、静脈血栓塞栓症に最終的になってしまうかも知れない人々が、そうなる危険因子を減らすための手段を持たないことになる。ここに述べたことで、行動勧告が緊急に必要なようになってくる。

米国公衆衛生局長官によると、我々は静脈血栓塞栓症を重要な公衆衛生上の問題であると認識せねばならない。

ここ数年のいくつかの長期にわたる研究により、この疾患の広がり具合がより明らかになってきた。人口調査によると、静脈血栓塞栓症は診断された例では、1000人に1人が罹患している。したがって、年に30万人の米国人が罹患していることになる。しかし、他の研究によると、その2~3倍の気づかれていない症例があるようである。このように、この疾患の完全な数は知ら

れていないものの、毎年10万人以上の米国人が静脈血栓塞栓症で死亡することは確実である。他の疾患と比較してみると、乳がんと交通事故とAIDSの合計年間死亡者よりも、静脈血栓塞栓症のみの死亡者のほうが多い。生き残ったとしても、静脈血栓塞栓症はかなりの後遺症を残す。最大40%の患者が、「血液サラサラ製剤」を最初から効果的に使用しても、最初の10年間に再発を起こす。この事実は、「血液サラサラ製剤」は生涯服用しないといけないことを示している。静脈血栓塞栓症には慢性の症状もある。静脈血栓塞栓症の三分の一以上に慢性の静脈不全が存在し、下肢痛、腫れ、静脈瘤、静脈潰瘍を引き起こす。現在、このような患者に有効な治療はあまりなく、その生活の質を低下させている。

**どうすれば静脈血栓塞栓症のリスクを減らすことができるか？**

米国公衆衛生局長官は、我々に静脈血栓塞栓症のリスクを減らすよう勧告している。この使命を達成するためには、我々は次の三つのことをする必要がある。静脈血栓塞栓症の所見と症状を知ること、発症を誘発する要素を知ること、それに高リスクの時期には効果的な予防手段を用いることである。静脈血栓塞栓症のもっとも多く見られる所見は、表1に示されている。リスクは、後天的であることも遺伝的であることもある。後天的な危険因子としては、肥満、癌、ホルモン療法の実施、それに言うまでもなく喫煙が挙げられる。遺伝的なリスクとしては、静脈血栓塞栓症に罹患し易くなるような個人のDNAの変異が挙げられる。その中には、体内の自然の「血液サラサラ物質」が減少したり、それに対する抵抗性が現れたりすることも含まれている。また、静脈血栓塞栓症のリスクは、年齢が進むと伴に上がる。よくある誘発因子は、内科あるいは外科疾患での病院への入院、妊娠、外傷、長期間の動けない状態、癌などである。静脈血栓塞栓症のリスクは、効果的な予防手段を用いることで減少させることができる。すなわち、入院中や手術後に「血液サラサラ製剤」を服用することや、機械的な圧迫法や弾力ス

ッキングで静脈の戻りを減少させることなどである。病気から回復して、できるだけ早く身体を動かし、水分を十分補給することもリスクを減少させる。病院や医療関係者に有用な、入院中の静脈血栓塞栓症の予防ガイドラインが表2に示されている。

**表1 深部静脈血栓症と肺塞栓症の所見と症状**

**深部静脈血栓症：**

- 下肢の最近の腫れ
- 一方の下肢の説明できない痛みと圧痛

**肺塞栓症：**

- 最近あるいは突然の息切れ
- 鋭い胸痛
- 血痰排出
- 突然倒れる

**表2 入院中あるいは手術後の深部静脈血栓症と肺塞栓症の予防法**

**一般的なもの：**

- 主治医に深部静脈血栓症発症リスクについて尋ねる
- できるだけ早く身体を動かす
- 脱水を避ける

**圧迫療法：**

- ベッドの中での間欠的空気圧迫器の使用
- 10 mmHg~18 mmHgの圧力の弾力ストッキングの着用

**内科的予防：**

- 低分子量ヘパリン (enoxaparin 40 mg/日 あるいは delteparin 5000単位/日)
- Fondaparinux 2.5 mg/日
- 非分画ヘパリン 5000単位 8時間毎
- ワルファリン (股関節手術後)

**公衆衛生的な反応におけるギャップとは何か？**

米国公衆衛生局長官は、証拠に基づいたガイドラインの応用と認知と、静脈血栓塞栓症のリスクを減らすためのさまざまな治療の間にあるギャップを突き止め、そのギャップをいかに小さくするかをシステムを作り上げてきた。静脈

血栓塞栓症の効果的な予防手段が利用可能であるにもかかわらず、入院中や手術後の多くのハイリスクな患者がこれらの予防を受けていない。183の医療施設の5000人の患者が参加した米国での大規模研究によると、大部分の入院患者が静脈血栓塞栓症の予防措置を受けていなかった。さらに、入院中に静脈血栓塞栓症を発症した患者の多くは、この疾患の十分な治療や教育を受けていなかった。米国公衆衛生局長官と国立衛生研究所はこの行動勧告をさらに周知させる目的で、静脈血栓塞栓症に関する研究会を開催した。医療従事者と一般市民が共に持つ認知のギャップを克服するために、米国公衆衛生局長官はCAREという頭文字を使って行動プランを作成した。すなわち、Communication(対話)、Action(行動)、Research(研究)、Evaluation(評価)である。このCARE行動プランは、これによって静脈血栓塞栓症という健康の危機を取り除くための広範なプランをゴールにしているような人たち、すなわち、地域、健康管理システム、政策立案者、それに政府など、どの人たちにも利用が可能である。

### 将来の展望

米国公衆衛生局長官の行動勧告は、静脈血栓塞栓症の負担軽減についてのより広い啓発と新治療法の開発の促進のための触媒の役割を果たしてくれるはずである。この行動勧告がうまくいけば、静脈血栓塞栓症の兆候、症状それにリスク、さらには、高リスク患者の効果的な予防措置やこの疾患の長期罹患率を改善させるための新しい科学的戦略の開発について一般の人々に広く認識してもらおうというゴールが達成されるだろう。最初の行動勧告からの40年間で、米国では心臓血管病の致死率を低下させることに成功した。この成果の大部分は、喫煙の害に関する教育によっている。我々の今回のゴールは、心臓発作と同じくらいありふれた疾患である静脈血栓塞栓症の認識と予防に関して、心臓と同程度の成功を収めることである。米国公衆衛生局長官は我々に行動を喚起しており、我々は実際に行動しなければならない。すなわち、教育

し、予防し、治療し、そしてさまざまなものを発見しなければならない。我々の命は、その行動にかかっている。

### 付記

この *Circulation* Cardiology Patient Pageに記載した情報は、医学的アドバイスの代用にはならない。米国心臓協会(the American Heart Association)は、医学的アドバイスは、あなたの主治医あるいは医療専門職に求めることを勧める。

### 文献

1. US Department of Health and Human Services. Surgeon General's Call to Action to Prevent Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism 2008. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/topics/deepvein>. Accessed April 3, 2009.
2. Smoking and Health: A Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service 1964. Publication No. 1103. Washington, DC. US Public Health Service, Office of the Surgeon General; 1964.
3. American Public Health Association. Deep-vein thrombosis: advancing awareness to protect patient lives: Public Health Leadership Conference On Deep-Vein Thrombosis. White paper presented at: Public Health Leadership Conference on Deep-Vein Thrombosis; February 26, 2003; Washington, DC. Available at: [http://www.apha.org/NR/rdonlyres/A209F84A-7C0E-4761-9ECF-61D22E1E11F7/0/DVT\\_White\\_Paper.pdf](http://www.apha.org/NR/rdonlyres/A209F84A-7C0E-4761-9ECF-61D22E1E11F7/0/DVT_White_Paper.pdf). Accessed April 3, 2009.
4. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ III. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. *Arch Intern Med.* 1998; 158: 585-593
5. Anderson FA Jr, Wheeler HB, Goldberg RJ, Hosmer DW, Patwardhan NA, Jovanovic B,

Forcier A, Dalen JE. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep-vein thrombosis and pulmonary embolism: the Worcester DVT Study. *Arch Intern Med.* 1991; 151: 933-938.

6. Prandoni P, Noventa F, Ghirarduzzi A, Pengo V, Bernardi E, Pesavento R, Iotti M, Tormene D, Simioni P, Pagnan A. The risk of recurrent venous thromboembolism after discontinuation of anticoagulation in patients with acute proximal deep vein thrombosis or pulmonary embolism: a prospective cohort study of 1626 patients. *Haematologica.* 2007; 92: 199-205.

7. Kahn SR, Kearon C, Julian JA, Mackinnon B, Kovacs MJ, Wells P, Crowther MA, Anderson DR, Van Nguyen P, Demers C, Solymoss S, Kassis J, Geerts W, Rodger M, Hambleton J, Ginsberg JS Predictors of the post-thrombotic syndrome during long-term treatment of proximal deep vein thrombosis. *J Thromb Haemost.* 2005; 3: 718-723.

8. Goldhaber SZ, Tapson VF. A prospective registry of 5451 patients with ultrasound-confirmed deep vein thrombosis. *Am J Cardiol.* 2004; 93: 284-288.



**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>



# お知らせ

## 理事会報告

5月27日(水) 午後6時から午後6時30分 15名(内委任状4名、監事1名、事務局2名)

6月18日(木) 午後6時から午後7時 18名(内委任状6名、監事2名、事務局2名)



## 寄附者(敬称略・順不同)

(平成21年5月1日～6月30日までにご寄附をいただいた方並びに企業)

西川悦子 景山照子・前田道子 足立美代子

有り難うございました。



## 総会報告

5月27日午後6時30分より社員268名(内委任状254名)の出席のもとジェックス研修センターにて開催された第25回総会において、下記の通り決議されましたのでお知らせいたします。

### 記

第1号議案 平成20年度事業報告書及び収支決算書等承認の件  
承認可決されました。

第2号議案 平成21年度事業計画書及び収支決算書承認の件  
原案の通り承認可決されました。

第3号議案 定款一部変更の件：第10条(種別及び選任)第1項第6号  
原案の通り承認可決されました。

第4号議案 3人目の監事として梅田幸久氏を選任する件  
承認可決され、就任を受諾しました。

第5号議案 任期満了に伴う役員(理事及び監事)選任の件  
原案通り理事18名、監事3名が選任され、それぞれ就任を受諾しました。

※第6号議案 公益社団法人申請のための「定款の変更の案」停止条件付承認の件

※第7号議案 公益社団法人申請のための代表理事2名の停止条件付選任の件

※第6号議案及び第7号議案については、「定款の変更の案」の見直しをする必要が生じたため、臨時総会を後日開催しその場で説明し承認を得ることとなった旨の説明がなされ出席者の了承を求めたところ全員異議なく了承した。

※臨時総会につきましては11月を予定しております。

## 平成21年度役員

名誉会長／河合 忠一 最高顧問／日野原重明 松本 昭彦  
理事長／高階 経和 会長／木野 昌也 副会長／斎藤 隆晴 中尾 正俊  
理事／天野 利男 片山 保 加納 康至 木戸 友幸 木下佳代子 小糸 仁史  
重内 利明 中野 次郎 松尾 浩 宮崎 俊一 吉田 芳子  
新任理事／駒村 和雄 豊田百合子 中村 保幸  
監事／堀 三芳 藪口 隆 新任監事／梅田 幸久

## 研修会・講座案内

### ◆臨床心臓病研修会：医療者向け

8月はお休みです。

9月19日(土) 午後2時から午後3時30分

「症例から循環器診療のガイドラインを考える」

講師：森井 功先生(北摂総合病院循環器科部長)

### ◆生活習慣病講座：一般の方向け

8月はお休みです。

9月9日(水) 午後2時から午後3時30分

「最新の関節疾患治療について」

講師：平中崇文先生(高槻病院整形外科部長)

\*\*\*\*\*

### 研修会延期のお知らせ

9月27日に予定しておりました心エコー研修会は都合により11月15日に延期いたします。

ナースのためのBRUSH UP講座 ペースメーカー・ICDと不整脈

10月24日(土) 午後2時から4時

講師：西本 泰久先生(大阪医科大学総合診断・治療学講座 救急医療部准教授)

### 事務局から

#### ◎夏季休業のお知らせ

8月10日から16日まで事務の取扱をお休みいたします。

### 編集後記

第25回総会が皆様のご協力の下無事終了いたしました。秋には臨時総会が予定されております。新公益社団法人設立に向けご協力のほどよろしくお願いいたします。

例年、暑い夏が終わると翌年の活動計画具体化が始まります。

来年度、法人設立25周年を迎えます。人に喩えれば独り立ちし自らの足で歩み始める年頃でしょうか。

ジェックスも新たな一歩をしっかりと踏み出せるよう準備を始めます。

(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