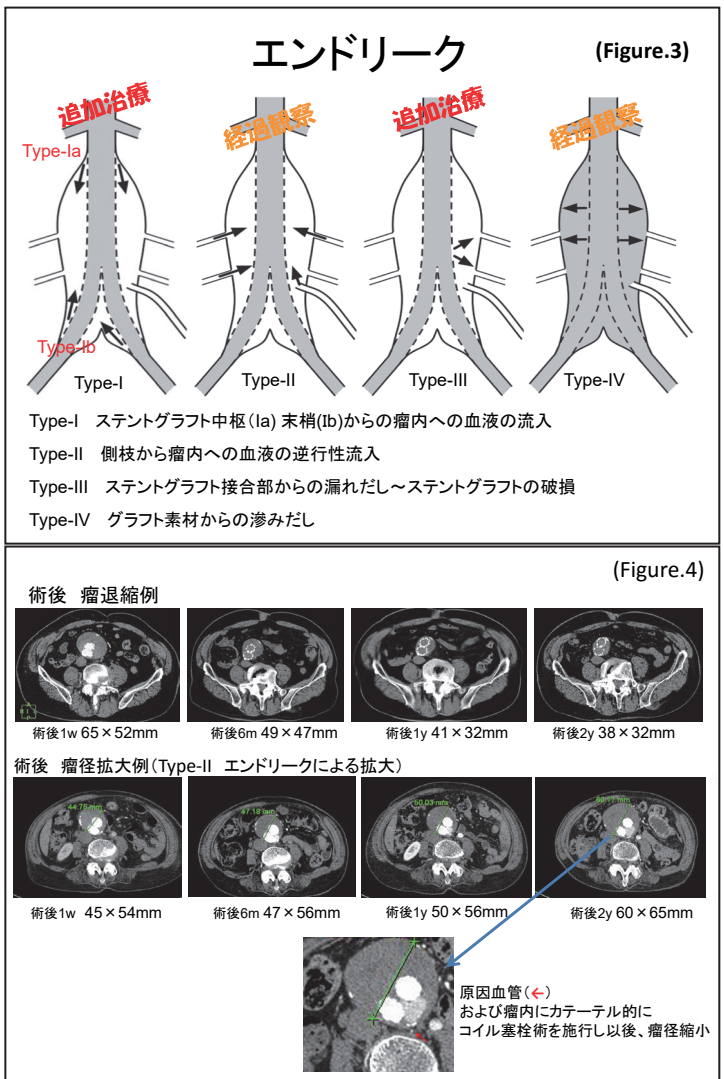
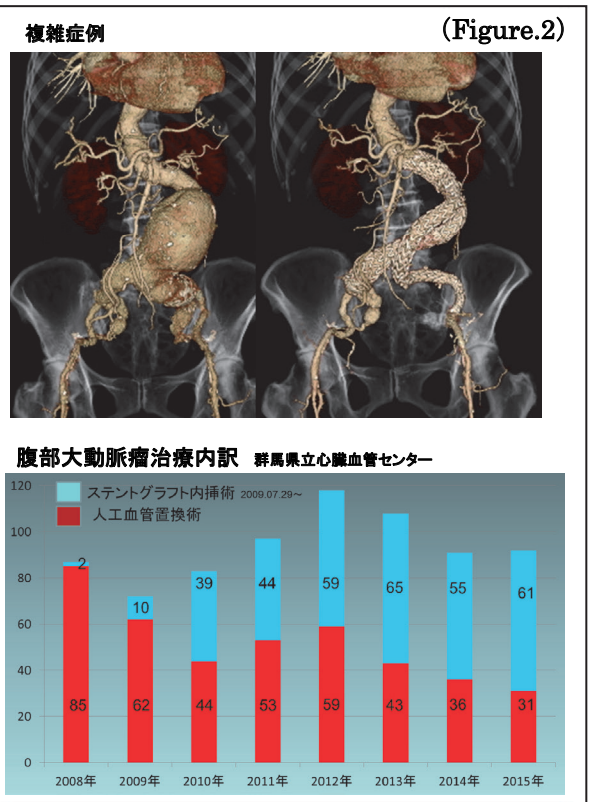


退院となります。そのため、術後のリハビリが不要であり、高齢者でも ADL を落とすことなく手術を受けることが可能です。
さらに、近年のデバイスの進歩、手技の向上により以前は不可能であった複雑形態の症例に対しての治療も可能となり適応も拡大し AAA 手術全体に占める割合も増加しています (Figure.2)。2009 年 7 月から 2016 年 8 月現在までに破裂緊急症例を含む 370 例（平均年齢 77 歳：39～92 歳）に対してメーカー製ステントグラフト内挿術を施行していますが、待機症例においては大きな合併症なく、全例において独歩退院しています。

AAA に対する従来の open repair と EVAR の治療成績を評価した代表的な大規模試験としては、2005 年にイギリスから報告された EVAR trial と 2004 年にオランダから報告された DREAM trial があります。これらの臨床試験は、EVAR にも open repair にも適したローリスク患者を両治療法に均等に割り付け、急性期と中期の成績を検討しています。その結果、いずれの試験でも EVAR では open repair に比べて術後 30 日以内の死亡率が有意に低いことが証明され、さらに、4 年後における動脈瘤関連死においても有意差をもって EVAR が優れているとの結果が報告されています。しかし、一方で、EVAR においては open repair に比較し再治療を要する率が高いとの報告も散見されております。主な原因としてはエンドリーク (Figure.3) があげられます。Type-IV は時間経過とともに自然消失します。Type-I, III については手技の追加を必要としますが、現在のステントグラフトではデバイスの進歩、および、術前の詳細な CT 解析が可能となったことにより、その発生率は低率です。また、Type-II に関しては、従来、経過観察とされていましたが、自施設の検討では Type-II を有する症例の 47% (全症例の 4%) で瘤径の拡大傾向を来しており、有意拡大を認めるものに対しては経カテーテル的原因血管のコイル塞栓術を行い対応しています (Figure.4)。そのため、術後は、退院 1 週間後、術後 6 ヶ月、1 年、その後は年に 1 回の定期フォローを外来にて行っています。

open repair も EVAR も AAA に対する治療法であり、どちらかの方法に偏ることなく、個々の症例によって、的確に使い分ける必要があると考えられます。現在、本邦でも詳細なガイドラインはありませんが、当院では、個々の症例ごとに双方の治療法についてのリスク/ベネフィットを検討して、その患者さんにベストと判断される方法をお勧めしています。

最後に、腹部大動脈瘤は無症状で経過するため、消化器疾患を診断するために腹部を触診した際に拍動するしこりとして発見されたり、腹部エコーの検査中になど偶発的に発見されることが大半です。しかしながら、ひとたび破裂を来すと高率に死に至る病気です。日常臨床のなかでスクリーニングするのは非常に難しいことですが、60 歳以上の男性の 4～8%、女性の 1～4% に存在しています。先生方の日常診療の中で、疑いのある患者さんがいらっしゃれば、早期にご紹介いただき、精査、加療させていただければ誠に幸甚です。また、最大短径 45mm 以上を治療適応としていますが、それ以下の大きさのものについても、循環器内科 河口外來（月、火、金）へご紹介いただければ、定期 CT フォローをいたしますので、ご紹介ください。



群馬県立心臓血管センター 地域医療連携室たより

第 4 2 号 平成 2 8 年 1 0 月 発行

～当センターは“地域医療支援病院”です～



病院の理念

～患者本位の医療（温かくて風格のある病院）～

患者の皆様に温かい態度で接し、患者様一人一人の権利と安全を確保し、最良の医療を提供する病院を目指します。

《目次》

- ～「骨密度検査：DXA 法」検査のみ（ダイレクト）紹介についてのご案内～
- 「心リハ的外来患者フォロー術」
～第 48 回群馬県立心臓血管センター症例検討会 ミニレクチャーより～
心臓リハビリテーション部長 兼 地域医療連携室長 安達 仁
- 「腹部大動脈瘤に対するステントグラフト治療」
～第 49 回群馬県立心臓血管センター症例検討会 ミニレクチャーより～
循環器内科第一部長 河口 廉



～「骨密度検査：DXA 法」検査のみ（ダイレクト）紹介についてのご案内～

当センターでは骨密度検査（DXA 法）による検査のみのダイレクト紹介を開始します。前号でご紹介いたしましたとおり、本検査は骨粗鬆症の診断において最も評価が高く、治療に有用です。ご予約にて検査のみを行い、検査結果は患者さんにお持ち帰りいただきます。

ご予約の流れは下記のとおりです（CT、MRI、シンチグラフィのご紹介と同じ流れです）。

- ① FAX 用検査予約申込書にご記入のうえ、地域医療連携室宛てに FAX にてお申込みください。
予約時間枠は火曜日、木曜日の 14 時～15 時です。火曜日、木曜日（祝日を除く）で希望日をご記入ください。
- ② 検査予約日は FAX にて予約通知書をご返送いたします。
- ③ 検査当日は、診療情報提供書、保険証、予約通知書をお持ちのうえ、総合窓口（6 番）へお越しください（地域医療連携室から検査までのご案内します）。
- ④ 検査終了後は、検査結果を患者さんにお持ち帰りいただきます。
- ⑤ 結果についてのご説明は紹介元医療機関様でお願いいたします。

上の装置が動いて
腰椎と大腿骨の測定をします



～平成 2 8 年 1 0 月現在の外来担当医師を別紙外来担当医一覧表にてご案内いたします～

★お問い合わせ先★

群馬県立心臓血管センター
担当 地域医療連携室

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町甲3-12

☎ 027-269-7455 (内線2040・2041)

FAX 027-269-7286 (地域医療連携室専用)

ホームページ <http://www.cvc.pref.gunma.jp>



「心リハ的外来患者フォロー術」
～第 48 回群馬県立心臓血管センター症例検討会 ミニレクチャーより～

心臓リハビリテーション部長 兼 地域医療連携室長 あだち ひとし
安達 仁

外来に来る患者さんの治療目標は再発予防と新規発症予防です。時々、状態が不安定化して、外来でできる範囲で治療を強化することもあります。急性期入院治療に比べると地味な感じがしますが、患者さんにとっては外来治療の良し悪しで運命が変わることもある大切な治療の場です。

心臓リハビリテーション(心リハ)は、急性期疾患の回復促進や社会復帰促進という目的で始まり、現在でも大血管術後患者に対する心リハの目的はほぼその通りです。しかし、労作性狭心症や慢性心不全では心リハが治療の主役であり、いかに、うまく外来管理を行うかによって、再入院を減らせて予後を悪化させずに済みます。今回は、労作性狭心症と慢性心不全の外来治療のポイントについて記述します。

労作性狭心症患者を管理するにあたって、意識しておくべきことは3つあります。まず、最初に、冠動脈狭窄率は死亡率や心筋梗塞発症率に関係ないということです。FAME2 研究では、安静にしているでも胸痛が出るような患者をエントリーさせても、PCI は普通の薬物療法よりもそれらを減らすという結果は出ませんでした。ですから、有意狭窄があっても、恐れることなく外来で治療すべきなのです。もちろん、胸痛がコントロールできなくなった際には、至急当院に紹介して下さい。次に、危険因子の管理はしっかりと行う必要があるということです。危険因子は統計上の話にすぎませんが、抛り所は統計的データしかないので、医療者についてはそれに従うしかありません。最後は、そうは言っても患者さんにストレスを与えないことです。精神的ストレスは、最も強力な冠危険因子だと言われています。厳しく指導しすぎると、それがストレスになることがあります。押しと引きのバランスが重要です。冠危険因子管理関係の最近の要点を表1に示します。

表 1 新しい冠危険因子評価項目と管理

大項目	小項目	対処
糖代謝異常	食後高血糖	ゆっくり食べる 野菜から食べる 食後に横にならない
	反応性低血糖	ゆっくり食べる 夜食を避ける
	インスリン抵抗性	内臓脂肪を減らす
脂質代謝異常	L/H 比>1.5	適度な運動 野菜を増やす
	小粒子 LDL (LDL/ApoB<1.2) 変性 LDL	軽めの運動、禁煙
	EPA/AA<0.4	魚油を増やす
異所性脂肪	肝、骨格筋、心外膜 周囲への脂肪の沈着	食後高中性脂肪血症にならないようにする 夜食に注意

慢性心不全について、増悪予防のために押さえておくポイントは以下のごとくです。第一は減塩です。重症になる程重要ですが、重症になってからやっと減塩をしても手遅れです。これだけは、患者さんにストレスを感じさせないように上手に徹底的に指導する必要があると有ります。次に過労とストレスの回避です。これも、重症になる程、ほんの軽い労作で急性増悪します。最後に、適度な運動です。「適度」というのは、「少し息が上がる程度」なのですが、これも重症になる程、分かりづらくなります。指導レベルがわからない場合には、ご紹介頂ければ検査してお答えいたします。慢性心不全の急性増悪は、ほとんどの場合、2週間前から「呼吸が不安定になる」、「疲れて休む時間が増えた」、「同じ動作で脈が早くなってきた」などの症状が出現します。これを聞き出して、一時的に利尿剤や血管拡張剤を増やせば再入院を防ぐことができます。慢性心不全管理の要点を表2に示します。

表 2 慢性心不全の管理

	項目	事象	対処
急性増悪早期発見のポイント	脈拍	脈が早くなってきた	胸部 XP・体重・BNP 評価
	呼吸	呼吸が不安定になってきた	うっ血なら利尿剤・血管拡張薬 脱水なら利尿剤減量
	活動レベル	休む時間が増えた	意識的にゆっくりと呼吸すること
	体重	食べ過ぎていないのに 3 日間で 1.8-2kg の増加 は要注意	を薦める
急性増悪時の自宅での初期治療	血管拡張目的 (前負荷・後負荷軽減)		ニトロールスプレー2 パフ
	うっ血解除目的 交感神経活性安定化目的		ASV 装着



「腹部大動脈瘤に対するステントグラフト治療」
～第 49 回群馬県立心臓血管センター症例検討会 ミニレクチャーより～

循環器内科第一部長 かわぐち れん
河口 廉

腹部大動脈瘤(AAA)とは、腹部大動脈の対照血管径の50%以上の増大と定義され、60歳以上の男性の4～8%、女性の1～4%に認められる疾患です。また、破裂した場合の致死率は67%～89%と非常に高率であり、破裂のリスクは瘤径の増大と共に高くなるため (Table. 1)、早期の発見、診断と適切な時期の手術が必要とされます。

手術としては、従来より腹部正中切開もしくは、腹膜外アプローチによる人工血管置換術 (open repair) が標準術式として行われており、成績も確立しています。しかしながら、侵襲が大きく、特に高齢者、心肺機能障害等を有する症例や、開腹歴のある患者さんにおいては手術関連リスクが少なくありません。また、社会復帰までに数週間を要するため、高齢者においては、手術前の ADL を取り戻せるか否かということも大きな問題となります。

そのため、open repair にハイリスクな症例に対しては、血管内治療が勧められます。AAA に対する血管内治療は Endovascular Aneurysm Repair：EVAR と称され、大腿動脈よりシースに収納されたステントグラフトを大動脈内に挿入し動脈瘤を空置する方法です (Figure. 1)。当院では2003年より自作のステントグラフトを用いた治療を行っていましたが、現在は本邦でもメーカー製のステントグラフトシステムが厚生労働省の承認を受け、より洗練されたデバイスが実臨床で使用可能となっています。また、通常は大腿動脈へのアプローチとして両側ソケイ部の5cm程度の皮切 (カットダウン) が行われていますが、当院では、低侵襲にこだわり、全例において preclose 法による完全穿刺にて行っているため、創は5mm程度で、通常症例であれば60分以内での手術が可能となっています。術後も直後より安静度は床上フリー、当日から通常の食事摂取、翌日より歩行可能、術前の ADL となり、術後5日目に確認 CT を施行し

Table.1 腹部大動脈瘤破裂に寄与する因子	
1. 瘤径	
瘤径	年間の破裂リスク
<4cm	0～0.3%
4～4.9cm	0.5～5%
5～5.9cm	3～15%
6～6.9cm	10～20%
7～7.9cm	20～40%
≥8cm	30～50%
2. 急激な瘤の増大: 1cm/year以上の急激な増大	
3. 嚢状瘤	
4. 喫煙 (1.5～2.4倍の破裂リスクの増大)	
5. 高血圧	
6. 家族歴	
7. 女性:男性の3倍	

(Figure.1) ステントグラフト内挿術

