

ホームドクター通信

当院からのお知らせ

7月も後半になりました。梅雨も早く開け、夏本番です。でも、本当に梅雨はあけたのか？と思うくらいの大雨の日もあります。また、欧州の広い範囲が約1週間にわたり、猛烈な熱波に見舞われ、死者や森林火災が相次ぎました。英気象庁によると、30度を上回ることが珍しいイングランド地方で、7月18、19日の最高気温は観測史上初の41度に達しました。ポルトガルでは7月14日に最高気温が47度に達したほか、スペインでも45度以上を記録し、酷暑が続きました。報道によると両国では暑さが原因で、17日までに高齢者を中心に1000人以上が死亡しました。異常気象、地球温暖化の影響でしょうか。ヨーロッパほどではないとは言え、日本でも暑い日が続きます。熱中症には最大の注意を。

昨年7月の院内報に、**コロナ禍での熱中症対策**という記事を書きました。要点のみ記載してみます。

(1) 暑さを避けましょう

換気を確保しつつ、エアコンを昼夜を問わず使用してください。外出時は暑い日や暑い時間帯を避け、無理のない範囲で活動を。涼しい服装を心がけ、外に出る際は日傘や帽子を活用しましょう。

(2) 適宜マスクをはずしましょう

気温・湿度の高い中でマスクをすると熱中症のリスクが高くなるため注意が必要です。屋外で人と十分な距離(2m以上)が確保できる場合は、マスクをはずしましょう。

(3) こまめに水分を補給しましょう

のどが渇く前に、こまめに水分を補給します。水分補給の目安は1日あたり1.2リットル。汗をかいたときは、スポーツドリンクや塩飴などで水分とともに塩分も補給してください。

(4) 日ごろから健康管理をしましょう

日ごろから体温測定や健康チェックをしましょう。体調が悪いと感じたときは、無理せず自宅で静養を

(5) 暑さに備えた体づくりをする

暑くなり始めの時期から適度に運動を。汗をかきやすい身体にしておくことが大事です。熱中症を予防して、夏を乗り切りましょう。

コロナがまた猛威をふるっています

新型コロナウイルスのオミクロン株の派生型「BA.5」に置き換わりつつあります。BA.5は感染力が強いことが報告されています。連日、感染者数は過去最高を記録するところが増えています。フランス公衆衛生局の調べによりますと、「BA.5」に感染した人の半数以上の人が倦怠感、咳などの

症状がでていて、「BA.1」と比べると味覚・嗅覚異常の症状を訴えている人の割合が多いということです。

東京大学のグループは21日、新型コロナウイルスのオミクロン型の派生型「BA.5」に対し、国内で承認された3種類の抗ウイルス薬が有効だったとする論文を発表しました。

BA.5に感染した細胞に抗ウイルス薬を加えて、ウイルスの増殖を抑える効果を調べました。米吉利アド・サイエンスの点滴薬「ベクルリー（レムデシビル）」と米メルクの「ラゲプリオ（モルヌピラビル）」、米ファイザーの飲み薬「パキロビッドパック」の成分「ニルマトレルビル」については、いずれもコロナ流行初期の型と同様に有効でした。オミクロン型の別の派生型の「BA.2.12.1」や「BA.4」でも効果がありました。

細胞を用いた実験だが、実際の患者でも効果が期待できる結果とのこと。

コロナ感染者で重症化リスクのある方には積極的に上記薬剤使用したいと思います。

サル痘で「緊急事態」宣言

世界保健機関（WHO）は7月23日、欧米を中心に拡大する天然痘に似た感染症の「サル痘」について「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」を宣言しました。

この宣言は、WHOによる最高度の警戒呼びかけで、2020年1月の新型コロナウイルス以来です。サル痘は今年に入り、英国やスペインなど75か国・地域で1万6000人以上が感染し、アフリカでは5人が死亡しました。

21日に開かれた専門家による緊急委員会での議論を踏まえ、WHOが「感染が急速に世界に広がっている」と判断して緊急事態宣言を発出したようです。

日本ではサル痘の感染報告はまだありません。アフリカの風土病だったサル痘は、リスやネズミなどの「げっ歯類」やサルなどがウイルスを保有し、噛まれるなどすると人に感染します。人から人へは、肌の接触などで感染する可能性があるそうです。

サル痘は7～14日程度の潜伏期間を経て発熱やリンパ節の腫れが起き、発疹が顔から体中に広がります。

多くは発症から2～4週間で自然に回復します。天然痘に比べて致死率は低いとされています。天然痘ワクチンには、サル痘の発症予防効果が約85%あるとされています。

今後の発生や流行に備え、患者と接する可能性のある医療従事者らに接種できるかどうか検討する予定です。しかしサル痘、私に診断できるかな？

特集：心臓弁膜症

令和4年7月16日に、岸和田徳洲会病院の循環器内科の桑原先生と心臓血管外科の畔柳先生のお話を聞く機会がありました。

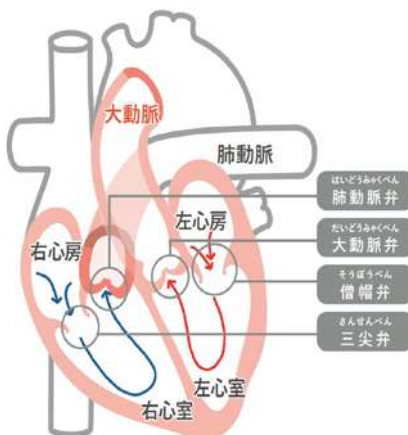
主に弁膜症の治療の講演でしたが、ここまで進歩していたのかと感銘を受けました。

今回は**心臓弁膜症の概要**と**大動脈弁狭窄症の治療**について概説します。

心臓の中の弁が何らかの原因で障害が起き、本来の役割を果たせなくなった状態を**心臓弁膜症**といいます。弁の種類と病態ごとに病名があり、弁膜症はその総称です。

心臓は拡張と収縮を繰り返すことで、体中に血液を循環させるポンプのような役割をしています。全身に酸素を届けたあと心臓に戻ってくる静脈血は、上下の大静脈よりまず右心房に入り、次いで右心室に送られ、肺動脈（右心室から出た静脈血が肺に向かう通り道）を通過して肺に運ばれます。肺で二酸化炭素を酸素に置き換えた血液は動脈血となり、まずは左心房に入り、次いで左心室に送られ、ここから大動脈に送り出されて、全身をめぐることになります。

4つの弁とは、右心房と右心室の間にある三尖弁、右心室と肺動脈の間にある肺動脈弁、左心房と左心室の間にある僧帽弁、左心室と大動脈の間にある大動脈弁で、この4つの弁で血液の流れをコントロールしています。



心臓は収縮と拡張を繰り返しています。

心臓の弁は、血液が常に一方向に流れるように維持し、逆流を防止します。

収縮期には僧帽弁が閉じ大動脈弁が開いて、左心室から大動脈に動脈血を送り出し、また、三尖弁が閉じ肺動脈弁が開いて、右心室から肺に静脈血を送り出します。

反対に拡張期には、僧帽弁が開いて大動脈弁が閉じ、左心室に動脈血が流れ込むようにし、また、三尖弁が開いて肺動脈弁が閉じ、右心室に静脈血が流れ込むようにします。

心臓弁膜症には弁の障害の機序により、2つのタイプがあります。

狭窄症と閉鎖不全症で、狭窄は弁の開きが悪くなって弁口面積が狭くなり、血液の流れが妨げられる状態です。閉鎖不全は弁の閉じ方が不完全なために、血液が逆流してしまう状態です。

4つの弁に狭窄症、閉鎖不全症が起こりえます。ひとつの弁だけではなく、複数の弁の障害が出現することもあります。心臓弁膜症はどの弁でも起こりますが、海外では「大動脈弁」と「僧帽弁」

が97%を占めていると報告されています。

心臓弁膜症の原因

原因には、先天性と後天性（リウマチ熱、動脈硬化、心筋梗塞、変性など）があり、原因を特定できないものも多くあります。

かつてはリウマチ熱の後遺症として心臓弁膜症になることが多かったのですが、現在は抗生物質の普及により、リウマチ熱を原因とする心臓弁膜症は減少しています。

近年では加齢に伴う弁の変性や石灰化による心臓弁膜症が、高齢化の進行とともに増えています。

心臓弁膜症の有病率

有病率は、年齢とともに上がる傾向にあります。日本では65～74歳で約148万人、75歳以上で約245万人の潜在患者がいると推測されています

心臓弁膜症の症状

心臓弁膜症には特有の症状は少なく、加齢に伴う身体の変化と似ています。

症状として息切れ、胸の痛み、足のむくみ、ドキドキする、体がだるい・疲れやすい、失神などが出現することがあります。

年だから、と病気を見落としがちになります。

また、座る時間が長い、日常生活の行動に制限を加えている場合、疲れやすいから無理しないでおこうと思ったり、坂道や階段をあがるとき息切れするけど年のせいかな、などと思ってみたり。症状があっても、自覚していない可能性があります。

心臓弁膜症は心不全の原因の一つです。

心不全とは、心臓の働きが低下し心臓に負担がかかった状態です。心筋梗塞後など虚血性心疾患の後に起こることが多いですが、心臓弁膜症も心不全の原因の一つです。

慢性心不全患者は、心不全の増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化する悪循環が特徴です。

大動脈弁狭窄症

今回は心臓弁膜症の代表的な疾患である大動脈弁狭窄症を取り上げます。大動脈弁狭窄症は特に高齢化の進む先進国において増加してきています。大動脈弁狭窄症の罹患率は60～74歳で2.8%、75歳以上で13.1%と報告されています。

本邦における60歳以上の大動脈弁狭窄症潜在患者は284万人。

そのうち手術等を要する重症患者は約56万人と推計されています。大動脈弁狭窄症は心不全のリスクファクターです。

大動脈弁狭窄症は徐々に進行するため、症状を自覚しにくく、症状が現れても加齢のためと考える患者が少なくありません。

症状として動悸、息切れ、疲れやすい、めまい、胸痛や胸の重苦しさ、以前より活動範囲が狭くなる、失神などがあります。

特集：心臓弁膜症

大動脈弁狭窄症の診断

心音の聴診で、収縮期雑音が聴こえます。大動脈領域から頸動脈領域での収縮期駆出性雑音です。聴診は大動脈弁狭窄症の発見には有効です。収縮期雑音が聞こえたら、病院での心エコー検査をお願いしています。大動脈弁の最大血流速度、弁口面積などがエコーで計測でき、重症度評価までできます。残念ながら私は循環器専門ではないので、心臓エコーでの心評価ができません。

重症度*



大動脈弁狭窄症は症状が出現すると、急速に状態が悪化するので、適切なタイミングでの治療が重要です。

軽症の場合は薬で症状を緩和して、経過観察を行います。重症となれば、治療が必要です。

大動脈弁狭窄症の治療

従来よりの外科的大動脈弁置換術に加え、カテーテルでの大動脈弁治療（TAVI）が導入され、治療後選択肢が広がりました。開胸手術に耐えられる人は外科的大動脈弁置換が勧められます。人工心肺を使用して心臓を止めての手術なので侵襲度が高く、入院期間も長くなります。痛みも強いです。しかし近年、低侵襲心臓手術＝MICS（Minimally Invasive Cardiac Surgery）が導入されています。

できるだけ小さな切開で行う手術のことで、右肋骨の間を5～7cmほど切開して手術する肋間小開胸がほとんどです。

胸骨を切らないため出血が少なく、傷の感染のリスクもほとんどありません。

傷は小さく、特に女性では傷口が乳房に隠れほとんど見えなくなります。

また、早期リハビリ、早期社会復帰が可能となり手術後のQOL（生活の質）が向上します。

デメリットとして技術的には難しくなり、手術時間や人工心肺を回す時間、心臓を止める時間も通常より長くなる傾向があります。

また置換する人工弁には、機械弁と生体弁があります。

機械弁は耐久性に優れています。

しかしワーファリンという抗凝固薬、血をサラサラにする薬を長期にわたり飲まないといけません。

妊娠に悪影響を及ぼす恐れがあります。

生体弁は牛の心嚢膜などから作られます。

生体弁は機械弁と比較すると劣化しやすいため耐

久性が低く、10-20年で再手術が必要になることが多いといわれています。ワーファリンを飲む必要がないので、妊娠希望の方には生体弁が勧められます。

経カテーテル大動脈弁治療（TAVI：Transcatheter Aortic Valve Implantationの略語）

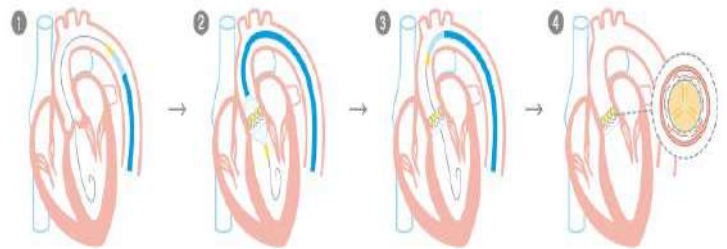
開胸することもなく、心臓も止めることなく、カテーテルを使って人工弁を患者の心臓に留置します。大腿の付け根の血管よりアプローチすることが多いです。

麻酔は局所麻酔+静脈麻酔でもできますが、徳洲会病院は全身麻酔でされるそうです。

鉛筆ほどの太さに折りたたまれた生体弁を装着したカテーテルを大腿動脈から挿入し、心臓まで運びます。

生体弁が大動脈弁の位置に到達したら、バルーンを拡張し生体弁を広げ留置します。

生体弁は留置された直後から患者の新しい弁となって機能します。非常に侵襲の少ない治療です。



外科的大動脈弁置換術（生体弁か機械弁か？）、TAVIなのかは、弁膜症チームで患者背景や希望などを総合的に判断して治療方針を決定します。手術ができるときは外科的大動脈弁置換術が選択されます。

TAVIはまだ長期成績が出ていないので、耐久性のデータがありません。

高齢者、フレイル、全身状態不良、開胸手術が困難な場合はTAVIが選択されます。

年齢でいうと、おおまかな目安として75歳未満は外科的大動脈弁置換術、80歳以上はTAVIとガイドラインには記載されています。

私はこのTAVIという治療法が出てきたとき、外科的大動脈弁置換術はもう無くなるのかな？などと思っていましたが、そういうわけでもないようです。

また外科手術の方も、内視鏡を使用した低侵襲手術が出来るようになっており、こんなに進歩していたのかとお話を聞いていて驚きました。

まだ出来るところは少ないようですが、ロボット手術・ダビンチを使って冠動脈バイパスもしている施設もあるとか。

本当に医療の進歩には驚かされます。

今回は心臓弁膜症ガイドライン2020及びTAVIの製造会社であるEdwardsのパンフレットを参照して書きました。

かかりつけ患者さん募集中

最近の医療は病気の診療だけではなく、病気の予防、早期発見、初期治療に重点が置かれています。

そのためには、「かかりつけ医」として日常的に気軽に診療や健康診断を受けることができる医院を目指すことが大切だと考えます。

当院では「かかりつけ患者」として下記に同意していただける方を募集しています。興味ございましたらスタッフまでお尋ねください。

何をしてくれるの？

- 慢性疾患に対しては診療ガイドラインに沿った一般的な指導・治療を行います。
うまく管理できないときは専門医紹介し、治療方針をたてています。
- 頻回に診させていただくことにより、重大な疾病の早期発見に努めます。
- 何でも気軽に相談できる雰囲気づくりに努めます。
- 守秘義務は守りますが、かかりつけ患者さんの情報をできるだけ把握する様努めます。
- 診療内容はわかりやすく説明しますが、その他に診療ノート（私のカルテ）を発行します。
- 急変時・救急受診が必要な際には当院に連絡下さい。
搬送先への連絡・紹介状の用意を速やかに行います。
24時間対応です。
- 他院受診が必要な場合は患者さんに最も適した病院を紹介します。
紹介先確保のための情報収集はいつもしております。

かかりつけ患者になるには？

慢性疾患をお持ちで、1～3カ月に一度は当院に定期的に受診される方のうち、下記の項目に同意していただける方です。（薬の処方日数により受診間隔は個人差があります）

- 現在他の内科診療所に定期受診されていないこと
（病院の専門科・専門科の診療所受診は除く）
- 他院受診のデータを当院で管理させて下さること
- 既往歴、家族歴などあらゆる情報を当院に教えていただけること（他に 職業歴・予防接種歴・生活パターン・家族構成・趣味・嗜好・服用薬・服用健康食品・受診病院・整骨院などの施設受診など）
- 主治医意見書を当院で作成すること
- 他の病院、診療所を受診される場合、当院の紹介状を持参して下さること
- 身体で何か異常が起こればまず当院に相談して下さること。

以上を納得され、書面にサインしていただける方を当院のかかりつけ患者として登録させていただきます。

現在のところ、何かあれば当院に受診される方、住民検診などを当院で受ける方はかかりつけ患者の範疇にはいれていません。風邪をひいたら、今回はあそこの診療所、次回は〇〇病院という方もご遠慮いただいています。

かかりつけ患者になって総合的に管理してほしいと思われた方がいらっしゃいましたらお気軽にスタッフまでお声をおかけ下さい。

編集後記

今年の夏季休暇は8月15日から8月18日
（木曜日）までです。

8月19日より通常の診療を致します。

かかりつけの方の薬が休暇中に無くならない
ように、当方も気をつけますがご自身でも
確認するようにしてください。

ご迷惑をおかけしますが、よろしくお願ひします。

2022年7月 No.200

ホームドクター通信

発行責任者 院長 真嶋敏光

編集者 中塚美里

医療法人 真嶋医院

大阪府泉北郡忠岡町忠岡東 1-15-17

TEL 0725-32-2481 FAX 0725-32-2753

Email info@majima-clinic.jp

HP <http://www.majima-clinic.jp>