

Kesen Stroke Conference 平成 29 年 6 月 15 日

「超高齢社会における心房細動治療はどうあるべきか？」

岩手医科大学内科学講座循環器内科分野特任講師 大和田真玄

我が国は世界の中で最も高齢化の進んだ国の 1 つであり、2007 年時点で既に超高齢社会（65 歳以上人口 > 21%）に突入しています。高齢化による平均寿命の増加に伴い、健康寿命も増加していれば問題ないのですが、そうではありません。健康寿命の増加を阻んでいるのは、要介護状態にある高齢者の増加です。この要介護状態となる原因の約半数は脳血管疾患（パーキンソン病、認知症含む）であり、脳卒中に限定しても全体の 4 分の 1 を占めています。要介護状態は脳卒中を中心とする脳血管疾患により作られているのです。

脳卒中が死亡率で断トツの首位となっていた 1970 年代まで、脳卒中と言えば脳内出血でしたが、今はむしろ脳梗塞の方が多くなっています。脳梗塞の病型にも変化が見られ、大部分がラクナ梗塞であったのが、心原性塞栓症の割合が増えてきています。心原性塞栓症は脳梗塞の中では重症ですが、（急性期医療の進歩のためか）直近の 10 年では脳卒中全体の死亡率は低下傾向にあります。

脳卒中はかつて“亡くなる病気”でしたが、疾病構造の変化や治療の進歩を経て、“亡くならない病気”に変化しつつあります。一方で、健康寿命の増加を妨げる“機能障害を残す病気”でもあるのです。しかも、脳卒中の中で増加傾向にある心原性塞栓症の大部分が心房細動を原因としています。このように、健康寿命と心房細動は密接に関係しています。

心房細動による心原性塞栓症を減らすためにはどうしたらいいのでしょうか？リスクに応じて抗凝固療法が必要であることはみなさん承知でしょうが、なかなか上手く行きません。高齢になるほど CHADS2 スコアが上昇し抗凝固療法が必要であると知りつつも実践できてはいないことは、Fushimi AF Registry の結果でも分っています。出血のリスク、服薬アドヒアランスに対する不安から、超高齢者には抗血小板薬でも・・・と、考えがちです。しかし、抗血小板薬には心原性塞栓症を予防する効果がありません。むしろ出血リスクを助長し、有害であることを示唆するデータも出ています。やはり“リスクに応じた抗凝固療法”を行うことが重要であり、これが心房細動患者さんにおける健康寿命の維持に必要なのです。

抗凝固薬を選択する際にも 2 つの観点があります。①ワルファリンか直接的経口抗凝固薬（Direct Oral Anticoagulants; DOAC）かと、②どの DOAC を用いるべきかです。①について、ワルファリンはきちんとモニタリングを行って、PT-INR を安全な治療域に維持し続けて、初めて効果が得られるものです。PT-INR を治療域に維持し続けることの難しさは、現場の先生が何よりもご存じの筈です。高度腎機能低下例や機械弁置換例などを除いて、可能であれば DOAC を用いるべきであり、問題はどの DOAC を用いるべきかということになります。大規模試験、或いは市販後調査の結果を見ても、オールマイティーな DOAC はあり

ません。患者の臨床的背景（塞栓リスク、出血リスク、アドヒアランス、腎機能）を確認して、個々の患者に合った DOAC を用いることが必要です。

個々の患者に合った DOAC を用いることで、心房細動患者の健康寿命増加には寄与できる筈です。しかし、心房細動による有害事象は血栓塞栓症だけではありません。心不全という大きな問題があります。“AF begets AF（心房細動が心房細動を生む）”という有名な概念がありますが、“AF begets HF（心房細動が心不全を生む）”や“HF begets AF（心不全が心房細動を生む）”という概念も提唱されています。全ての症例とは言いませんが、心不全の発症、進展に寄与する心房細動に対しては、洞調律維持が必要です。しかしこれは、抗凝固薬でも抗不整脈薬でも達成できるものではありません。症例に応じてカテーテルアブレーション（CA）を行うことが必要です。現時点で、CAをすべき症例を明確にした指針はありません。テクノロジーの進歩でCAの成功率も進歩していますが、施設間格差もあり、適応を標準化できないことが原因だと思います。手前味噌ではありますが、岩手医科大学では昨年度から症例数が増加しており、経験の蓄積が進んでおります。数年で全国の有名施設に比肩できるように、スタッフ一同努力しています。

乱筆とはなりましたが、最後まで読んでいただきありがとうございます。僕の文章を見たことで、心房細動患者には、“リスクに応じた抗凝固療法”と、“症例によってはカテーテルアブレーションを検討”が重要であることを、強く意識して頂ければ幸いです。

大和田真玄 略歴

岩手県大船渡市出身

平成10年 弘前大学医学部卒業

平成10年 弘前大学医学部附属病院臨床研修医

平成11年 国保黒石病院内科医師

平成11年 青森市立市民病院第二内科医師

平成12年 岩手県立磐井病院循環器科医師

平成13年～平成17年

弘前大学大学院医学研究科（医学博士）

平成17年 大館市立総合病院第一内科医長

平成18年 むつ総合病院循環器科副部長

平成19年 弘前大学医学部附属病院循環器呼吸器腎臓内科助教

平成25年1月 Good Samaritan Hospital（ロスアンゼルス、米国）

平成25年4月 青森県立中央病院循環器科副部長

平成27年10月 弘前大学医学部臨床准教授称号付与

平成28年4月 岩手医科大学内科学講座循環器内科分野特任講師