

万年**研修医**のための

病歴を
考慮に入れた
心電図学習の
ススメ
も収載！

外来 循環器診療 エッセンス

著 伊賀幹二

生涯研修を自認する“万年研修医”に。
卒後5年目までの研修医にもおすすめ！



あなたならどうする？

- ✓ 外来でよく遭遇する訴えに対する**アプローチ・思考過程**とは？
- ✓ 教育的な観点から示唆に富む**20症例**をもとに解説する

私の健康の源である野球、テニス、スポーツクラブにおける仲間、
そして自立して自分たちの道を歩んでいる長女、裕実子と次女、梓に捧げる

はじめに

医学はどんどん細分化され、その小さな分野における発達は日進月歩です。そのような状況のなかで、実地医療を実践する内科医師は、患者に還元できることに關すれば生涯学習として勉強しなければなりません。

病院勤務医と開業医あわせて約3,000名が参加しているTFCというメーリングリストを始められた故田坂佳千先生は、開業医である自分自身を「万年研修医」と位置づけ、このメーリングリストを生涯教育の道具として活用されました。私は故田坂先生から誘われTFCに参加させていただき、背中を押されて17年前に開業しました。私自身も万年研修医という言葉を好んで使うことも多く、種々の生涯教育にて他の領域の新しい知識を得て患者に応用できることで、開業医生活を満喫しています。

開業医が万年研修医として学ぶべき事柄は、学生や研修医が学ぶべき事柄のうち医療を実践する内容に關すれば同じ到達目標であるべきだと私は思っています。その思いから、私が関与してきた研修医や学生対象の講演会には開業医の出席を、開業医仲間での勉強会には近隣の市中病院の研修医や学生の参加を促してきました。私と若い医師との議論を聞くことで、万年研修医と自認する高齢の医師は、私からの矢継ぎ早の質問に返事する必要はなく、恥をかかないで知識を得ることができたと思っています。

開業して17年間にわたり西宮医師会主催で循環器カンファレンスを毎月行っています。そこでは、主に循環器領域のよく遭遇する訴えに対する基本的なアプローチ、参加する開業医自身の検査が限定されている診療所であればその例に対してどうするか、いつ後方病院に転送するかなどを議論してきました。アプローチに用いたのは主に病歴、診察所見、胸部X線写真、心電図です。医学的因子以外にも患者の背景、希望、周囲の状況なども考慮して議論しました。カンファレンスでは、ホルター心電図や心エコー図、病院での検査を最終診断の根拠として提示することはあっても、そのデータの読影について議論することはほとんどありませんでした。

参加者は、地域の開業医として循環器専門診療をしている医師、循環器疾患に興味をもっている医師、各診療所研修をしている学生・研修医、近隣病院の循環器専門医です。

この循環器カンファレンスにおいて議論したなかで特に教育的な観点から示唆に富む20症例をまとめました。同じ疾患であっても、症例ごとに深く掘り下げると様々なことを学習できます。私が患者から学んだものを、この本の中で学生、(万年)研修医と共有できたら幸甚です。

2018年11月

伊賀幹二

CONTENTS

その1

外来循環器診療の心得 1

- 1 外来診療の基本的な考え方 2
- 2 循環器疾患の診断プロセス 4

その2

あなたならどうする？ 外来循環器診療の診かた・考えかた 9

- 症例 01** [45歳・男性] 健診にて毎年高血圧を指摘されていた… 10
- 症例 02** [53歳・男性] 高血圧で夜間に救急病院を受診した… 12
- 症例 03** [75歳・男性] 胸背部痛で近くの病院を受診後も症状が持続するので来院… 15
- 症例 04** [66歳・男性] 夜間診療所を胸背部痛発症数時間後に受診した… 17
- 症例 05** [56歳・女性] 4日間で胸痛の頻度とその持続時間が長くなってきた… 21
- 症例 06** [66歳・男性] 労作性狭心症に対して薬物で症状は消失したが5年後に同じような胸痛が出現した… 24
- 症例 07** [74歳・男性] 強い労作をすると息が吸えなくなるという訴えがある… 28
- 症例 08** [58歳・男性] 朝方の胸部圧迫感を訴える… 33
- 症例 09** [65歳・男性] 喫茶店で一過性に10分ほど発語できなくなった… 36
- 症例 10** [54歳・男性] 突然の速い動悸発作を訴えた… 41
- 症例 11** [73歳・女性] 心房細動が2時間持続した… 44
- 症例 12** [65歳・男性] 発作性心房細動の経過観察中に意識消失発作を生じた… 48

症例 13	37歳・女性 血圧測定時に脈拍数が32/分と表示されたことを心配して来院…	52
症例 14	44歳・女性 僧帽弁閉鎖不全症を有する患者が微熱と軽度の全身倦怠感で来院…	57
症例 15	74歳・女性 他院で心不全として治療されていた…	60
症例 16	86歳・女性 全身倦怠感を伴う上気道炎症状を主訴とし、突然の収縮期雑音を聴取した…	64
症例 17	65歳・女性 健診で左室肥大・収縮期雑音を指摘された無症状の…	67
症例 18	81歳・男性 胸部圧迫症状に対するニトログリセリン投与…	71
症例 19	86歳・男性 抗凝固剤・抗血小板剤投与中、認知症が出現してきた…	74
症例 20	81歳・男性 動悸に対してサンリズムの頓用を繰り返し、大病院と診療所の両方に通院していた…	77

その3

病歴を考慮に入れた心電図学習のススメ 81

1	初期研修としての心電図学習について	82
2	心電図の判読の手順と診断ポイント	87

索引 97

Column：開業医として感じていること・考えること

総合診療について 3 / かかりつけ医 7 / AI 医師について 8 / デイサービスで入浴前の血圧測定 14 / 頻回 CT 検査の現状 20 / ジェネリック医薬品 27 / 適応と禁忌 32 / 高騰する医療費について 40 / 安心させる医療 47 / 平均値・パーセントと比較 56 / 高齢者に対するバランスのとれた専門診療 66 / 日本医師会の「赤ひげ大賞」 70 / 死生観を考える 76 / 指導医に対する病院上層部の評価 85 / 医師という職業と労働時間 86

その1

外来循環器診療の心得

循環器疾患に対して非専門医は、病歴・身体診察・心電図・胸部X線写真・一般採血を自ら評価し、それらから総合的に診断します。

初診患者において判断すべきことは、患者の24時間以内に生じる可能性を予測し、「自分自身で診断・治療できるか」「すぐに専門医に送るべきか」「急がないが紹介すべきであるか」です。そして、患者の来院理由を理解するように努めます。一方、慢性疾患患者を長期に診ていくためには、お互いを尊重し信頼関係を形成していくことが必須です。

循環器疾患の診断の過程として、病歴から可能性ある疾患を3～4つ、加えて比較的頻度は低いが絶対に見逃してはいけない疾患も想起します。まれな疾患を外来の初診で想起することは不要です。想起した疾患であれば、診察や心電図ではどんな所見を期待できるだろうか？ 言い換えれば、想起した疾患に対して、陰性所見も含めて特定の身体所見や心電図所見などの感度・特異度を考えながら診断を進めていきます。

確定診断には、心エコー図やCTなどの専門的な検査が必要になりますが、病歴・身体診察・心電図・胸部X線写真・一般採血で、診断の方向を大きく間違えることはありません。一方、これらの検査を用いて検査前確率を上げることができなければ、たとえば、外来採血で簡単に得られる急性心筋梗塞や心不全に対して感度・特異度が高いトロポニンTやBNPの有用性はきわめて低くなります。



1 外来診療の基本的な考え方

外来診療は内科の基本です。特に初診患者においてその場で判断すべきことは、患者の24時間以内に生じる可能性を予測し、「自分自身で診断・治療できるか」、「すぐに専門医に送るべきか」、「急がないが紹介すべきであるか」ということです。

退職または無職で時間に余裕がある人と、きわめて忙しい人とは、受診に対する閾値が異なるということも理解する必要があります。来院した患者の24時間後を自分の能力の範囲で予測できなければ後方病院に転送または専門医にコンサルトすべきです。

そして、慢性疾患患者を長期に診ていくためには、お互いを尊重し信頼関係を形成することが必須です。疾患について、患者本人・家族はどのように理解しているか、どのような希望があるかなど、折を見て話し合います。信頼関係が構築できた70歳を越えた方には、「年に一度でいいので、子息を含め家族を一堂に集めて、相続のことや人生の最後をどう生きたいかを相談してください」と説明しています。

Key point

- 初診患者では、受診の動機を聞き出し、24時間以内の容態を予測する
- 慢性疾患患者では、お互いの信頼関係を構築後に死生観も含めて議論する



外来での指導として、たとえば、糖尿病患者に「1日1,200 kcalにして体重5 kg減らしてください」というのは簡単です。しかし、それを自分の病気のために必要であると患者自身が納得していなければなかなか実行はできません。「間食をやめられたら、朝昼夕三食ではそれぞれ少し増やしてもよいですよ」と満足度を阻害することなく摂取総量を減らせるように患者との取引を盛んに行います。

患者に要求する到達目標は、医学生の到達目標と同じく到達できるところにおいて、到達できればなぜ到達できたのかを一緒に考えることが大切です。当方では、電子カルテなので血液データや体重の推移をグラフ化できます。それを提示することにより、いつもと違って血糖値が良かった場合では毎日ぶらぶらと買い物にしていたことがその要因であったと判明することもあります。逆に、血糖値が悪化し

ていれば、膝や肩が痛くて運動量が少なかったことや、運動の多い仕事がお盆などで休みだったことも原因としてあります。医師と会話して、患者自身が初めてそのような可能性のある原因に気づくこともあります。

Key point

- 到達可能な到達目標を設定し、患者と共有する
- 目標に到達できた、またはできなかった理由を一緒に考え、その原因を患者に気づかせる



開業医として感じていること・考えること

総合診療について

「将来は、専門診療ではなく総合診療を行いたい」といわれる学生が最近が増えています。彼らの考えている総合診療とは何でしょうか？ 私は総合診療というのは、専門診療の対局にある言葉ではないと思っています。

離島などの医療過疎地域以外で、子供から大人まで内科・小児科・婦人科に至るまで幅広く診ることができる医師が必要でしょうか？ 都会では内科医がお産を補助したり、小児科医以外の医師が乳児を診て、結果が悪ければ訴えられる時代です。私は総合診療を実践するということは、臓器のみを診るのではなく、患者を一人の人間として全人的にケアすることであり、専門医がいない地域・時間帯にその領域の診療を求められた場合、生涯研修によってその時代の研修医レベルの知識と技能を持ち合わせて診療することであると思っています。

現在では臓器別診療からさらに進んで、循環器領域においては不整脈治療のみ、冠動脈バルーンのみなどと臓器別診療のなかでも専門的に細分化されています。現在の医療では、これらの超専門医は必要で、彼らにしか治療できない患者さんは存在します。

専門医は、自分の狭い専門領域の疾患しか診ないことがあったという反省から、背景因子も含めて患者を人間として診て、専門以外の症状に対してもある程度のアプローチができる総合内科専門医という概念が約40年前に誕生しました。

もし、総合診療など「総合的に診る」という言葉を独立させてしまうと、臓器の一部のみを診る医師を認めることにならないでしょうか？ 私は、臨床医師である限り、超専門医であっても患者の背景や希望などがある程度は考慮しなければならぬと思います。

2 循環器疾患の診断プロセス

循環器疾患に対して非専門医は、病歴・身体診察・心電図・胸部X線写真・一般採血について自ら評価し、総合的に診断します。この過程は循環器専門医でも同じです。病歴聴取は、診断のために最も重要なものですが、患者との良好なコミュニケーションをとることによって、同時に精神的ケアも行っているということで、近年では「医療面接」という名称に変更されています。たとえば、医療側が、受診を希望したのは患者本人かどうか、症状が出はじめてから時間が経って来院した理由はなぜか、など患者の思いを理解できるように努めます。

病歴から可能性ある疾患を3～4つ、加えて頻度は比較的低いが絶対に見逃してはいけない疾患も想起します。想起した疾患であれば、診察や心電図ではどんな所見を期待できるか？「診察で異常所見がない」や「心電図が正常である」ということは病歴とあわせて考えるとどういう意味を持つのか？と考えていきます。まれな疾患を外来の初診で想起することは不要です。

Key point

- 病歴・身体診察・心電図・胸部X線写真・一般採血から「総合的に」疾患を推定するというプロセスは専門医も非専門医も同じである
- 患者の受診動機を理解するように努める



たとえば、胸部圧迫感を訴えていても、その持続時間が1時間で診察にて不規則な速い脈であれば、圧迫というより、「胸がドンドンしているのではないですか」と病歴を再度聴取します。胸部圧迫感と動悸を区別できない患者もいます。初めての発作性心房細動（PAF）であれば甲状腺機能亢進症について、便の状態、体重の減少などをたずねます。甲状腺の触診も診断に寄与します。スクリーニングとして一般採血も行います。

労作性狭心症を考えるなら診察には異常所見がないことを期待しますが、心尖部に大きな収縮期雑音があれば、大動脈弁狭窄症（AS）による狭心症症状も考慮しま

す。その場合、心電図では左室肥大所見を期待します。胸部X線写真では、心拡大がなくてもASを否定できませんが、側面像で大動脈弁の石灰化があれば高度のASを示唆します（その2：症例17、図3参照）。身体診察における目標、方法については拙著『レジデントのための心臓聴診法（CBR）』を参考にしてください。

息切れが主訴であり、心不全をその原因のひとつと考えたら、肺うっ血があるかないかを最も感度が高い胸部X線写真で判定します。診察所見、心電図、胸部X線写真で心不全の原因を推定しますが、そのような患者に対すれば心エコー図は必須です。

Key point

- 診断には病歴が一番重要であり、確定診断がついた多くの患者さんから病歴を再聴取することにより学ぶ姿勢が重要である
- 診察では、正常を学生時代に理解して、そのうえで、研修時代に異常所見を理解していく
- 患者をケアすると同時に、その患者から何かを学ぶことが生涯教育の一つの方法である



病歴・身体診察・心電図・胸部X線写真・一般採血で、診断の方向を大きく間違えることはありません。一般採血では、心不全増加因子である貧血の有無、腎機能低下や、炎症所見の程度を判定します。これら5つの方法で総合的に診断するという事は、一つひとつを独立して行うのではなく、診察してから病歴を再聴取したり、胸部X線写真を見てから再度診察したりするという事です。

循環器専門診療では、心エコー図検査はルーチン検査に含まれます。ドプラ検査まで含めると、心エコー図は診断・治療経過にきわめて有用な情報を与えてくれます。息切れや動悸、失神があれば、診察所見に異常がなくとも心エコー図を施行すべきです。心雑音があると自身が判断すれば、一度は心エコー図で雑音の起源・病態をきちんと評価すべきです。ASの重症度、僧帽弁閉鎖不全症（MR）の手術適応に関しても心エコー図は重要です。

私は、研修医が自分自身で救急などの場で実施・判断する心エコー図の到達目標においては、著明な左室収縮障害・著明な右室拡大・大量の心嚢水の3つのみで十分と考えています。これだけなら万年研修医が自身の診療所での腹部用のプローブ

を用いても可能です*。

症状がなく異常診察所見もなく、心電図・胸部X線写真が正常なら、循環器専門診療でなければ、あえて心エコー図は不要です。ただし、軽度の心筋肥大や軽度の心筋収縮障害を見逃す可能性はあります。たとえば、高血圧患者で心電図が正常であるというのは左室に負荷がかかっていないということではなく、心エコー図で見ると、軽度の求心性肥大であることは、まれならずあります。

Key point

- 心エコー図の有用性を理解する
- 「有症状・心雑音・心電図異常・胸部X線写真での心拡大」があれば、絶対に心エコー図検査が必要である
- 自分自身で、著明な左室収縮障害、著明な右室拡大、大量の心嚢水を判定することが目標であり、それは腹部用プローブでも可能である



診断のプロセスで強調したいことは、病歴・診察から（胸部X線写真・心電図を加えても）、検査前確率を上げることができなければ、採血で簡単に得られる急性心筋梗塞（AMI）や心不全に対して感度・特異度が高いトロポニンTやBNP（脳性ナトリウム利尿ペプチド）の有用性はきわめて低くなるということです。

AMIに対するトロポニンTの感度・特異度をそれぞれ90%・80%と仮定しても、病歴からAMIの検査前確率を90%（病歴からきわめて疑わしい）と考えれば陰性的中率は約50%と低値となり、検査が陰性でもその半分の患者がAMIであるということになります（表1）。

表1 トロポニンTの感度・特異度

	AMIあり	AMIなし
トロポニンT陽性	90×9	20
トロポニンT陰性	10×9	80
合計	900人	100人

検査前確率90%では陰性的中率は90 / (90+80)



Key point

- 検査前確率を上げなければ感度・特異度の高い検査は有用ではない

参考文献

- * 伊賀幹二. 慢性心不全の地域連携—プライマリ・ケア医の外来マネジメント方法—超音波検査—フォロー中の心不全患者に心エコーを依頼するタイミングと腹部エコーの活用—. 治療 2007; 89 (6) : 2041-48.

開業医として感じていること・考えること

かかりつけ医

最近の地域医療テーマでの議論には、「かかりつけ医」という言葉が随所に出てきます。日本医師会は、かかりつけ医を「なんでも相談できて、最新の医療情報に熟知し、必要ときには専門医や専門の医療機関に紹介してくれ、身近で頼りになる地域医療・保険・福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義しています。しかし何が最新の医療情報か、総合的な能力についての定義は記載しておらず、何を意図しているのかは個人によって受け止め方は異なると思います。

そもそも、医師がかかりつけ医を定義できるのでしょうか？ サービスを受ける患者さんが、この医師をかかりつけ医と考えるかどうかを決定するのであって、医師自身から一方的にこの患者に対して私が「かかりつけ医である」と宣言するのではないと思います。

たとえば恩師という言葉を考えてください。これは教えてもらった人がこの先生は自分にとって生涯のロールモデルであるので恩師であると考えてるのであって、恩師自身が「彼の恩師は私である」というのではないのと同様です。

日本医師会によると、マイナー科である精神科や整形外科の15%の方が日医かかりつけ医認定を取得しようとしているそうです。そして、その取得のための「かかりつけ医研修」として高血圧や糖尿病の講義があります。

自由標榜性である日本では、勤務医時代に内科の研修歴がなくても、開業後に内科の看板を掲げることが可能です。内科医でなくても2時間の講義で高血圧や糖尿病の治療を内科医と同じようにできると考えているのでしょうか？ そのようなレベルの医療でよいのでしょうか？

「かかりつけ医」という言葉は、国民に対する響きはいいですが、内科医でなくてもよいのか、24時間対応が必要なのか、複数のかかりつけ医はありえるかなど、明確にしたほうがよい部分が多いと思います。

AI医師について

人工知能(AI)はどんどん発達し、いまやAI医師が臨床医にとって代わるかという議論がなされています。

「人間の活動はすべて脳内のアルゴリズムである」という仮定をすれば、すべての行動をAIができる可能性はあります。では、人間は生物を作ることができるのでしょうか？ もし作れるとするなら、それは神を冒涇していることにはならないでしょうか？

医学を勉強すればするほど、私たちは人体のほんの少しを知っているに過ぎないという思いに達します。医師は患者を治すのではなく、固有の免疫力などを介して治る手伝いをしているに過ぎないと思います。しかし、適切な言葉を用いて精神的なことも含めての患者の治癒について背中を押すことは多々あります。

同じ疾患、同じ症状であっても相手によって我々は説明する言葉を変化させます。同じ症状でも受診理由はさまざまであり、そのような解釈モデルをAI医師が理解できるでしょうか？ 医者に症状を話して、同意してもらって安心したという感覚をAI医師に対して持つことはできるでしょうか？

AI医師は、記憶力がよい、膨大なデータを処理できるという長所をいかすところでは活躍できると思います。

医師の重要な役割のひとつである、患者を安心させる医療というのは、コミュニケーションに長けた臨床医にしかできないのではと思っています。

その2

あなたならどうする？ 外来循環器診療の 診かた・考えかた

皆様が主治医なら、ここで提示する症例をどう考えますか？ 外来をまだ行っていない学生・研修医の皆様も、よく遭遇する症状からの診断・治療のアプローチについて一緒に学びましょう。どのように患者さんに対応するかについては、ここでやっている私の対応が唯一の正解ではなく、対応のひとつとして理解してください。

万年研修医の外来診療の基本は、生涯学習により常に知識をブラッシュアップしていることに加えて、患者さんとの信頼関係の構築です。そのため、同じ疾患であっても、患者さんとの信頼関係がどこまで築けているかによってその対応も少しずつ変わっていきます。



症例

01

45歳・男性 健診にて毎年 高血圧を指摘されていた…



考えるべきポイント

毎年指摘されていた高血圧に対して今回初めて受診した理由は？

症例提示

- 健診で35歳頃から150/100mmHg位と血圧が高く、内科受診を勧められていたが、受診していなかった
- 2ヵ月前の検診で160mmHgの高血圧を再度指摘されて、無症状だったが今回初めて受診した
- 営業職のため、毎日飲酒をするが、never-smokerで、父親にのみ高血圧症がある
- 171cm, 92kg (20歳では70kg)
- 診察所見では、血圧180/130mmHg, 心拍数80/分reg, 心音・肺音ともに正常
- 腹部に異常はなく、末梢動脈はすべて触知良好

経過

10年間ほど高血圧を指摘され未受診であったにもかかわらず、今回初めて受診した理由は何なのでしょう？

最初の問診で、妊娠7ヵ月の奥様が強く受診を勧めたということ聞き出すことができました。奥様同席にて「血圧は変動があるのが正常であり、1回の血圧の値に一喜一憂しないこと」、「生涯における高血圧治療の目標、治療として降圧剤以外に減量・減塩・運動が必要であること」を説明しました。家庭血圧を朝夕2回測定するように指導し、1週後の再診を伝えました。採血では腎機能は正常、尿所見も

正常で、胸部X線写真と心電図に左室負荷の所見はありませんでした。

営業活動では歩いていますが、高血圧治療の目的として毎日速足で5分間歩く習慣をつけるように指導しました。本人は当初高血圧の治療を受けるつもりはありませんでしたが、生まれてくる子供のために今後20年は健康に過ごさなければならぬと

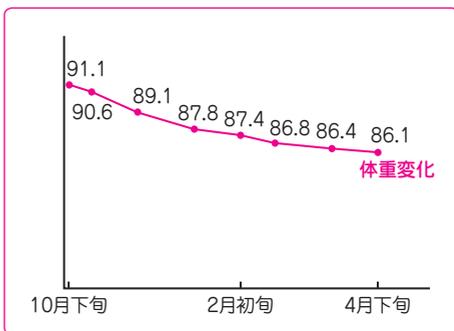


図1 来院後の体重の変化

いう私の説明に納得され、それが良い動機付けとなり、初診から治療開始6ヵ月で体重も少しずつ減量できアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬により血圧も良好にコントロールされています (図1)。

若年発症、採血で電解質の異常値、降圧剤に対する反応が不良であれば、二次性高血圧も考慮して後方病院に紹介することもあり得ます。



解説：初診患者の受診理由を医療側が聞き出すことが重要

内科を受診する患者さんの思いは様々です。症状があり、患者本人が何とかしてほしいという場合はともかく、症状が続いているのに数ヵ月経ってからの受診では、仕事が忙しくて症状を軽くみていたが同じ症状の方が最近亡くなられた、などといった解釈モデルを引き出すことも重要です。「受診を勧めたのは誰か、家族が心配しているのか、本人は症状についてどう思っているのか」を医療者は聞き出して理解する必要があります。本人はその症状に困っていなくとも、家族が心配して受診を勧めた場合では、家族を納得させるために、本人が躊躇しても多めに検査を施行することもあります。

健診で異常を指摘された者に対して受診義務がある会社では、とりあえず「受診した」という証拠がほしいということで受診される方もいます。

本例では、受診希望は本人ではなく、生まれてくる子供の将来のことを心配している初妊婦である奥様であり、それを聞き出せたことが本人の生活習慣の変更への動機となりました。

症例

02

53歳・男性 高血圧で夜間に救急病院を受診した…



考えるべきポイント

救急外来における降圧治療をどう考える？

症例提示

- 43歳から地元で高血圧の治療を受けており、血圧は130mmHgくらいにコントロールでされていた。無症状だったが、そのころに狭心症も指摘されていた
- 最近転居し、忙しくて過去半年くらい薬を服用していなかった
- ある日、頭がふわふわして血圧を測定すると220mmHgだったので、午後11時頃に二次救急病院を受診
- 採血・検尿などの検査は施行されずにバイアスピリン、降圧剤と頓用でのアダラート舌下の処方を受けた。しかし、担当医の説明に納得されず、きちんと診てもらおうと思って処方された薬を服用せずに翌日に当院を受診
- 167cm, 80kg (20歳では70kg)
- 診察所見では、血圧230/130mmHg, 心拍数90/分reg
- 甲状腺腫はなく、心音・肺音には異常なく、末梢動脈は触知可能
- 尿検査ではタンパク陰性で尿糖3+
- 病歴を再度聴取すると、最近スポーツドリンクを500～1,000mL毎日飲んでおり1ヵ月前からのどが渇き、夜間に起きて水を飲んでいるとのこと

経過

腎機能は正常で、HbA1c 11.0 g/dL、随時血糖が400 mg/dLでした。当方での、胸部X線写真では心拡大があり（図1）、心電図でST、T変化がありましたが（図2）、

心エコー図では軽度の求心性肥大のみでした。

降圧剤のみ処方し、食事制限とスポーツドリンクを中止して体重減量を勧め、血糖が200 mg/dLに下降したとき全身倦怠感と夜間尿がほぼ消失し、楽になったといわれていました。Hb1cも低下し、血圧150/90 mmHgで安定しています。

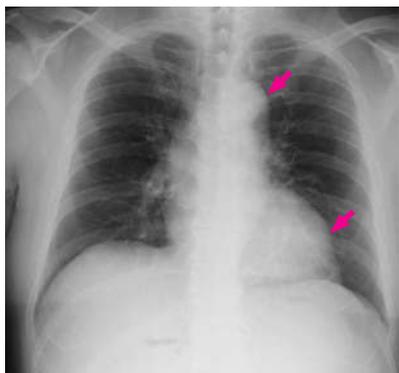


図1 来院時の胸部X線写真
左第1弓と第4弓が張り出している (→)。

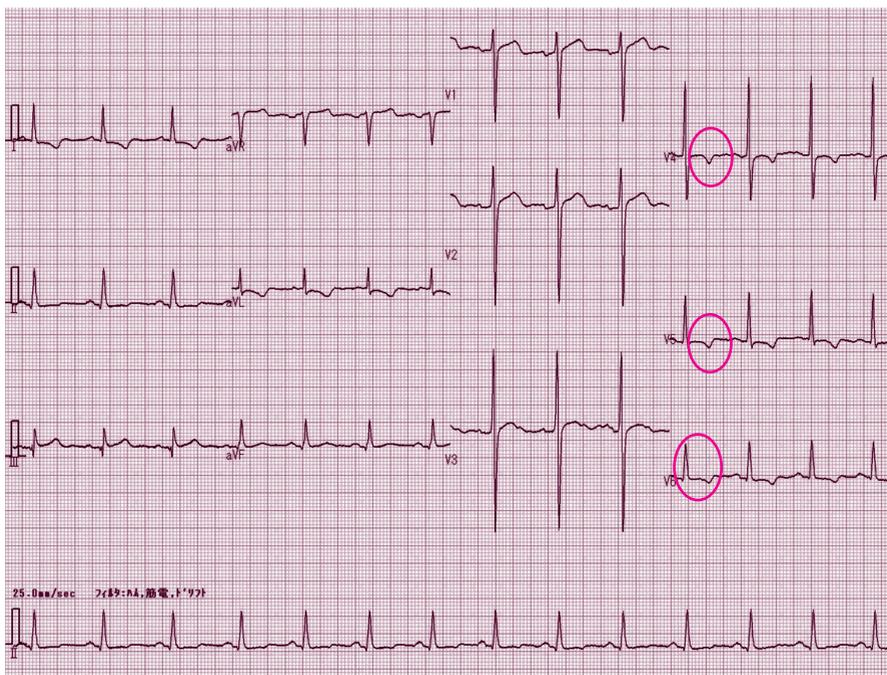


図2 来院時の心電図
V₄～V₆に陰性T波が見られる (丸印)。

解説：初診の高血圧患者に対して、検査なしで救急外来での治療を開始すべきではない



本例のような無症状だが夜間に心配になって救急を受診した高血圧の患者に対しては入院の必要はなく、通常の外来にてきちんと検査して**治療目標**や生活習慣の是正を説明し、患者を十分に**納得**させてから治療を開始すべきです。なぜなら、治療は一生涯に及ぶからです。

救急外来に来院した高血圧症例に対して狭心症の既往があるというだけでバイアスピリンの投与は妥当ではありません。投与するのであれば、血圧が安定してからです。胸痛の病歴がないのに43歳で狭心症といわれたのは、**心筋肥大による虚血パターン**を示す心電図変化のためと考えられます（P.94参照）。

また、アダラート5mg治療ですぐに血圧は下降しますが、30～60分で元の値に戻ります。単に血圧を乱高下させているだけなので、現在ではこのような治療法は**妥当ではない**と考えられています。

開業医として感じていること・考えること

デイサービスで入浴前の血圧測定

デイサービスの現場で、入浴前に測定された血圧が160 mmHg以上であれば5分後に再検されます。そして、なお血圧が高ければ今回は風呂に入らないようにと指示されることがしばしばあります。高齢の障害者にとって、週に2回の入浴をとっても楽しみにしているにもかかわらず、血圧を測定されたために今回は入浴なしとなることがあります。

血圧は動揺するものであり、1回の血圧の値に一喜一憂すべきものではなく、緊急に下げなければならないことはほとんどないということを医師以外の医療関係者は知る必要があるでしょう。ストレス・緊張などでカテコラミンが放出されれば結果として血圧が上昇することは通常の反応であり、血圧上昇が諸症状の原因であることは少ないです。

当方が関与している患者さんのうち、上記のように血圧が高いために入浴を拒否された場合には、診断書に「入浴中に急変しても文句を言わない」という家族の了解と、血圧を測定しないようにという診断書を施設に提出して入浴してもらっています。

万年研修医のための外来循環器診療エッセンス

2019年2月1日 第1版第1刷 ©

著者 伊賀幹二 IGA, Kanji
発行者 宇山閑文
発行所 株式会社金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34 番地
振替 01030-1-15605
電話 075-751-1111 (代)
<http://www.kinpodo-pub.co.jp/>
印刷 亜細亜印刷株式会社
製本 藤原製本株式会社

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1773-3

JCOPY

＜(社)出版者著作権管理機構 委託出版物＞

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構（電話 03-5244-5088、FAX 03-5244-5089、e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。