取材日：2018年6月30日

Atrial Fibrillation
Heart Failure
AF・HF
心房細動・心不全

仙台医療圏

# 増加する心房細動や心不全に病院と診療所がそれぞれの機能を生かして立ち向かう。

## Point of View

① 地域における心房細動と心不全の治療の現状を把握する

② 紹介状のやり取りを重ねて信頼関係を築き、急性期には電話でダイレクトな紹介ができる連携を構築

③ 慢性期には病院と地域の診療所がチームとなり、継続的に患者を診療して心疾患や血栓イベントの発生を予防

独立行政法人国立病院機構
仙台医療センター
循環器内科統括診療部長
篠崎 毅先生

医療法人王心会
新田東クリニック
院長
王 文輝先生

はやし内科クリニック
院長
林 克敏先生

独立行政法人国立病院機構
仙台医療センター
循環器内科
山口 展寛先生

### 心不全と心房細動は相関し高齢化により急増している

高齢化にともなって、心不全が増加している。本来は感染症の爆発的流行を指すパンデミックという単語を用いて「心不全パンデミック」と表現されるほどだ。そうした中、仙台医療センターの循環器内科統括診療部長の篠崎先生は、もうひとつのパンデミックを危惧する。

「実は、心房細動（AF）も急増しているのです。心不全とAFは関係が深く、心不全がAFを引き起こし、AFが心不全を引き起こします。心不全とAFを発症するリスク因子は同じ（【資料１】）であるために起こる現象です」（篠崎先生）

心不全やAFの多くは、無症状、あるいは軽い動悸や息切れ、ちょっとした疲労を感じる程度の症状から始まるため、地域の診療所で診られることが多い。そこで地域における心不全及びAFの診療の現状と課題を把握すべく、病院と診療所の先生方との話し合いが実現した。

篠崎先生が、まず確かめたかった

左から篠崎先生、王先生、林先生、山口先生

のは、地域で日々、多くの患者と向き合っている診療所の医師たちの実感だった。

「心不全とAFが、以前より増えていると感じられますか。また、診療の現場で何か気づかれたり、悩まれたりはしていませんか」（篠崎先生）

はやし内科クリニック院長で呼吸器専門医の林先生が答える。

「患者さんの高齢化が進んでいるので、AFの患者さんは多いですね。また、慢性心不全の患者さんを診る機会も確実に増えています。心不全でAFでもある症例は２割程度でしょう」（林先生）

新田東クリニック院長の王先生は循環器内科専門医だ。

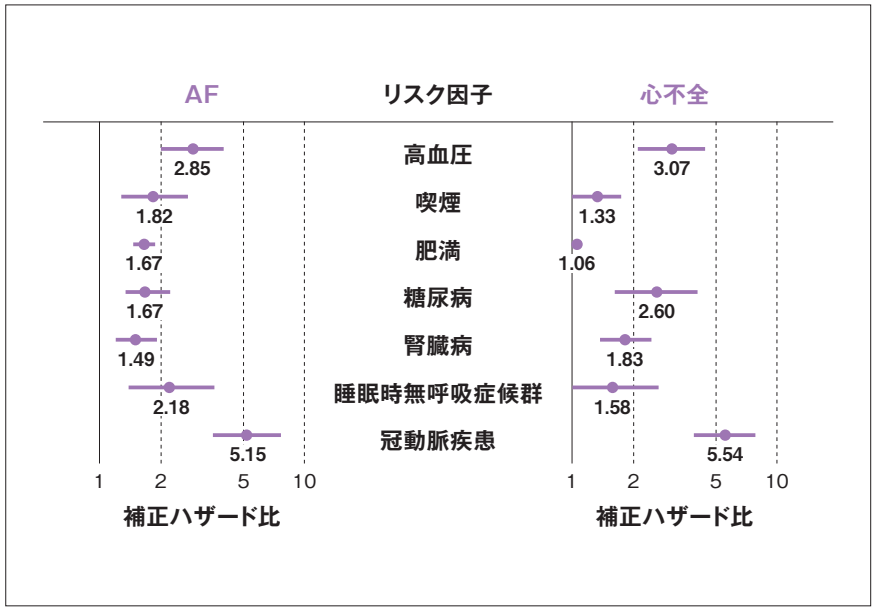
「心不全の患者さんのうち、AFを発症している方が２～３割はおり、ベースに心不全があるAFは再発しやすく、またベースにAFがある心不全は難治性のケースが多いと感じています」（王先生）

仙台医療センター循環器内科の山口先生が、病院での診療の実際について語る。

「当院では、心不全でAFを合併する症例はもっと多く、４割から５割くらいです。これらの症例では心不全のコントロールは難しいので、AF合併例はAFの治療を優先して行っています」（山口先生）

【資料1】

AFと心不全のリスク因子




（出典：J Am Coll Cardiol 2014; 64: 710）

## 数ある治療方法の選択における難しさの現状と課題

心不全やAFの増加の理由は、高齢化や医療全般の進歩による長寿化にあるとも言われる。心不全やAFのガイドラインも充実し治療の選択肢は近年、格段に増えているが、治療の進歩によって一時的に症状が良くなっても、再発する症例も多い。

「AFを洞調律に戻せたとしても、心不全を引き起こしていた患者さんは再びAFになりやすい傾向にあります」（王先生）

「ただ、AFにより心不全を発症した症例では、洞調律を維持できれば、心不全も良くなっていきます。そこで、電気的除細動（DC）を用いてからカテーテルアブレーションで治療する手順でAFをコントロールするのが、当院での基本的な考え方です」（山口先生）

「診療所の先生方は、症状の程度や患者さんの年齢、経済的な負担などを考慮すると、数ある治療方法から何を選択するのか、迷われてはいないのでしょうか」（篠崎先生）

「AFの治療は、リズムコントロール、レートコントロール、血栓症・塞栓症予防のための抗凝固の３つで考えています。自覚症状がなく、いつ発症したのかもわからない場合、すぐにリズムを戻すよりは、まず抗不整脈薬でレートコントロールを図り、$CHADS_2$スコアで脳梗塞のリスクを評価したうえで、抗凝固薬による治療を行うようにしています」（林先生）

「AFの治療では、お話に出た血栓症・塞栓症予防が大きな課題となりますね。現在は、やはりワルファリン（経口抗凝固薬）ではなく、初回からDOAC（新規直接経口抗凝固薬）を使われているのでしょうか？」（篠崎先生）

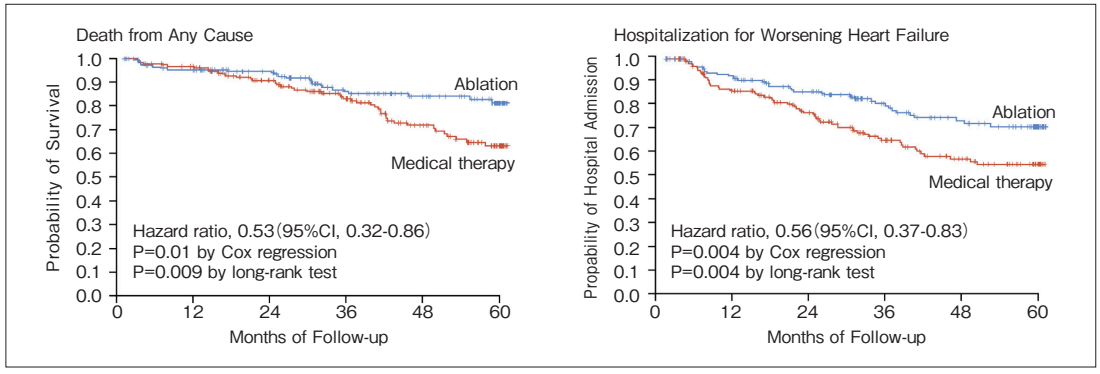
「AFの患者さんは多様ですし、出血や腎機能低下のリスクがあるので、特にご高齢の患者さんについては、DOACの使用は躊躇します。困ったときには仙台医療センターにご紹介し、評価と治療法を提示していただくようにしています」（林先生）

王先生が、DOACについて別の問題点を指摘する。

「当院では、よほどの合併症がなければ、ほぼDOACを使用しますが、ワルファリンとくらべて経済的な負担は大きくなります。一生、服薬すると、いったいいくらかかるのかと

【資料2】

## AFの治療により心不全の予後が改善




(出典：New Eng J Med 2018; 378: 417)

計算し、中には途中でやめてしまう患者さんもいます」(王先生)

「私も、若い患者さんほどDOACの使用に対し、医療費の面からなかなか納得してもらえないと感じています」(篠崎先生)

### 患者が納得するアプローチを探りつつ早期発見・治療を

AFにもかかわらず、自覚症状がない場合は、DOACなどによる抗凝固療法やアブレーションによるリズムコントロールの必要性を患者に認識してもらうのは難しい。

「それは、心不全やAFのリスク因子のひとつである睡眠時無呼吸症候群(SAS)でも同様でしょう」(篠崎先生)

「SASでは、患者さんご本人が病気を認識していない場合も多く、経鼻的持続陽圧呼吸(CPAP)療法によって、症状改善を感じた後に初めて病気を認識される方もいらっしゃいます」(王先生)

「治療をしてみて、その必要性やメリットを理解してもらえるわけですね」(篠崎先生)

「高齢の方は特に、自分の症状が本当にAFの症状なのかどうかを判別できない場合が多くあります。DCを使いAFを止めることで、ようやく『すごく楽になった』と気づかれたりします」(山口先生)

AFは、再発を繰り返しているうちに、しばしば、急激に悪化したり心不全を併発する。

「AFの治療介入の目安のひとつに脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)値があります。数値が高いようならアブレーションをすすめますが、DCを用いて洞調律に復帰後にどの程度改善するかを見ます。ただ、ある程度改善しても再発する可能性があるので、やはりアブレーション治療が必要だとご説明します。

カテーテルアブレーションによるAF治療は、心不全患者の死亡と入院を減らします(【資料2】)。またAFの診断がついてからアブレーションを行うまでの期間が短いほど、再発が少ないといったデータもあります。心不全を考慮すれば、たとえ無症状だったり症状が軽度だったとしても、AFをきちんと治療すべきだと、患者さんに理解していただくことが大切です」(山口先生)

重要なポイントとなるAFの早期発見には、どのような検査や目配りが必要なのだろうか。内科の全般を幅広く診ている地域の診療所では、AFが疑われる訴えがなければ、すべての患者に心電図やBNP値の検査を行うのは無理というもの。

「当院ではすべての患者さんの脈を触れ、聴診をします。『早いな』、『リズムが乱れているな』と判断したならば心電図をとります。

時に、携帯型心電計を貸し出して測定してきてもらったりもします」(王先生)

「患者さんの訴えとして動悸や息苦しさがあるとき、それから私は専門が呼吸器なのでせきの訴えも多く、原因不明のせきの場合にもAFの可能性を考えます。

問診と、目に見える症状だけではAFを見つけるのは難しいですが、それでも脈診や聴診を欠かさないよう心がけています」(林先生)

「診療所の先生方は、きちんと脈をとられるのですね。病院の医師は、すぐに検査にまわして脈をとらない場面も多々あります。反省しないといけません。脈診はAFの診断において、もっとも重要ですね」(篠崎先生)

### 地域の病診連携においては逆紹介のタイミングが課題

診療所でAFが発見され、あるいはその疑いがあって病院に紹介されたとき、病診連携のあり方が問われる。

「心不全やAFの治療は画一的なもの

ではなく、ケースバイケースです。そのうえ、パンデミックにたとえられるほど患者さんは増えてきています。ご紹介いただいた患者さんのすべてを病院が診療し続けるのは不可能です。

そこで、現在の病診連携の状況と課題に関し、ご開業の先生方のご意見をうかがいたいと思います」（篠崎先生）

「当院は、循環器の専門診療所ではないので、心エコーなどでの詳しい検査ができず、心電図異常については診断をつけられない症例が出てきます。

そうしたときには、ご相談というかたちで、仙台医療センターの先生方に診ていただいており、本当に感謝しています。『こういう診断で、こういう治療がいいです』というお手紙とともに患者さんを返してくださるため、その専門的なご教示が次の患者さんの診療に生かせるので、ありがたいです」（林先生）

循環器の専門医である王先生の新田東クリニックでは、心エコーをはじめとする専門的な検査をひととおり行える。

「いちばん助かっているのは、心不全の急性増悪の場合に篠崎先生にお電話でダイレクトにお願いし、いち早く紹介できる点です」（林先生）

山口先生によれば、病診連携では『篠崎先生のダイレクトコール』はすぐ話題に上るほど有名だそうだが実際、急性期の循環器疾患では、地域連携室を通した紹介にこだわって手間や時間を費やしていては、手遅れとなる場合がある。

「もうひとつの課題は、ご紹介いただいた患者さんを治療後、いつ、どの時点で、地域の先生にお返しするか、逆紹介の部分ですね」（篠崎先生）

「アブレーション治療などのあと、２～３ヵ月は仙台医療センターで診て、ある程度落ち着いたら地域にお返ししています。その後は３ヵ月、あるいは半年間隔で心エコー検査を受けに来院していただき、症状が安定していれば、検査を１年ごとに延ばして経過観察を継続します。

しかし、診療所の先生方も『専門外だから、診られません』とおっしゃる先生もいれば、非専門でも循環器に興味を持ってとてもよく勉強されている先生もいらっしゃる。ですから、逆紹介のタイミングは一概には決められず、難しいところです」（山口先生）

## 病院と地域の診療所がチームであるとの意識を持つ

山口先生は、ためらわずに逆紹介できる間柄、信頼できる関係を築くために、紹介状を大切にしていると言う。

「自分たちの一方的な意見を書くのではなく、診療所の先生方が困っていると予想されること、不足しているであろう知識、これからの経過の予測や、その対処方法を考えて書きます。文通のように紹介状のやり取りを重ね、お互いを知れば、信頼関係も自然に生まれていくでしょう」（山口先生）

「講演会などでお会いして名刺交換するだけでは、信頼関係、いわゆる顔の見える連携は構築できません。病院の医師側から診療所の先生方に歩み寄り、地域の現場のニーズを汲み上げ、必要な発信を行っていかなければならないと思います」（篠崎先生）

「私たちは専門性はありますが、循環器しか診ていないので、見落とす点もあります。したがって、専門の部分についてある程度の提案をし、『あとは患者さんの背景や生活環境をよくご存じのかかりつけの先生にお任せします。でも、何か問題が起きたらいつでも診ますので、ご紹介ください』とのスタンスで逆紹介するのは、患者さんはもちろん、私たち病院の医師にもメリットがあります」（山口先生）

「患者さんのためという思いは病院も診療所も同じです。心不全もAFも、地域ぐるみで患者さんを診ていく、病院と診療所が『我々は、ひとつのチームである』との意識を持って診療にあたっていけば、理想的な病診連携が可能です」（篠崎先生）

AFの再発は避けなければならない。再発を繰り返せば悪化するばかりか、心不全につながる。心不全も急性増悪させてはならない。だからこそ急性期の適切な治療と、慢性期のコントロールが求められるのだ。心不全とAFのパンデミックに対しては、病院と診療所が心をひとつにして、チームを組んで立ち向かうことが何より重要である。

**独立行政法人国立病院機構**
**仙台医療センター**

〒983-8520
宮城県仙台市宮城野区宮城野2-8-8
TEL：022-293-1111

**医療法人王心会**
**新田東クリニック**

〒983-0039
宮城県仙台市宮城野区新田東2-10-4
TEL：022-797-6700

**はやし内科クリニック**

〒984-0042
宮城県仙台市若林区大和町2-6-3
大和町メディカルセンター2階
TEL：022-762-5686