

老年・高血圧内科通信 2015年新春号

A Quarterly Newsletter from
Geriatric Medicine & Hypertension

皆様、明けましておめでとうございます。昨年中は大変お世話になりました。2015年度もどうぞ宜しくお願い申し上げます。

さて、「老年・高血圧内科通信」の3号目をお届け致します。今回は、トピックとしてフレイルとアジアのサルコペニア基準の話、診療内容紹介として高血圧診療グループの紹介を、さらにこれまでにご紹介頂いた症例から認知症症例をご紹介させて頂きました。お時間のあるときに一読頂けますと幸いです。

患者様の紹介は随時受け付けております。ご不明な点やご相談内容がございましたら、いつでもお気軽にご連絡頂けますよう、宜しくお願い申し上げます。



トピックス

高齢者の虚弱を「フレイル」と呼ぶことに。アジアのサルコペニアの基準についても発表されました！

高齢者が要介護状態に陥る過程には、意図しない衰弱、筋力の低下、活動性の低下、認知機能の低下、精神活動の低下など、健康障害を生じやすい脆弱な状態、すなわち中間の段階が存在し、これらの状態はこれまで「虚弱 (Frailty)」と言われてきました。しかし、「虚弱」ではFrailtyのもつ多面的な要素、すなわち身体的、精神・心理的、社会的側面のニュアンスを十分に表現できていたとは言いがたく、またFrailtyの意義を広く周知することが必要なため、2014年5月に日本老年医学会が「虚弱」に代わり「フレイル」と呼ぶことを提唱しました。

このフレイルの概念には、しかるべき介入により再び健康な状態に戻るという可逆性が含まれています(左下図参照)。フレイルに陥った高齢者を早期に発見し、適切に介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることが期待されており、現在多くの取り組みが行われています。

フレイルの評価指標として、Friedらが提唱した評価指標が主流とされています：

1) 体重の減少、2) 歩行速度の低下、3) 握力の低下、4) 疲れやすい、5) 身体活動性の低下
日本では具体的な診断基準の統一はまだされておらず、今後診断基準の確立が必要です。

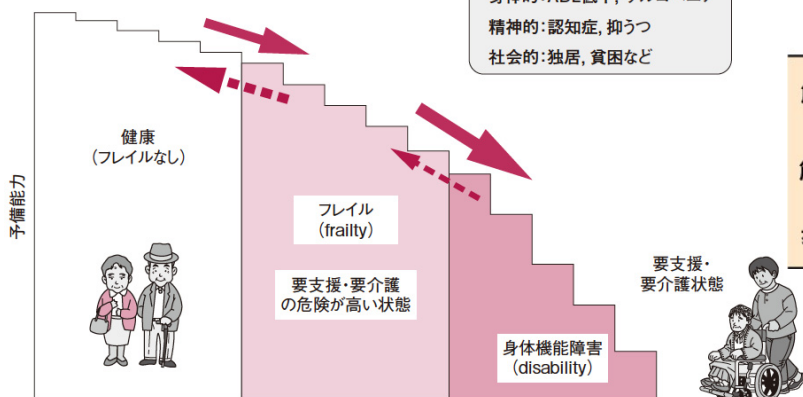
サルコペニアはフレイルの重要な構成要素のひとつであり、歩行速度の低下、握力の低下は身体的フレイルとしてサルコペニアとほぼ同義として扱われていますが、筋量は含まれておりません。サルコペニアの診断基準としてヨーロッパのワーキンググループ (EWGSOP) が提唱した基準が知られていますが、体格差などのため世界共通の基準としては適当でないことがわかってきました。そのため2014年にアジアのワーキンググループ (AWGS) からアジア人の基準が発表されました(右下表を参照)。しかし、日本での基準はまだ確立されていません。

フレイル、サルコペニアを理解し、診断することは、今後老年医学を行う上で非常に重要になってくると考えられますので、是非ご参考の上、日々の臨床に取り入れて頂きますと幸いです。

フレイルの概念

フレイルの構成要素

身体的: ADL低下, サルコペニア
精神的: 認知症, 抑うつ
社会的: 独居, 貧困など



サルコペニアの基準の比較

	ヨーロッパの基準 (EWGSOP)	アジアの基準 (AWGS)
筋量 (SMI) (四肢筋量/身長 ²)	♂ 5.85kg/m ² ♀ 4.23kg/m ²	♂ 7.0kg/m ² ♀ 5.3kg/m ²
筋力 (握力)	♂ <30kg ♀ <20kg	♂ <26kg ♀ <18kg
歩行速度	<0.8m/sec	<0.8m/sec

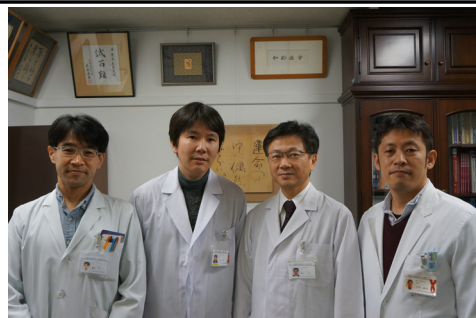
診療内容のご案内

当科の診療の軸の一つである高血圧診療を紹介します。気になる患者をご紹介下さい。
当科は紹介いただいた患者を主治医の先生方におかえしすることを原則としております。

高血圧診療（外来：内科西外来）

月曜日 神出(午後) 火曜日 鷹見(午前) 伊東(午後)
水曜日 楽木(午前・午後) 山本(午前)
木曜日 鷹見(午前) 金曜日 山本(午前) 神出(午前)

多彩な病態を示す**超高齢者の高血圧**のご相談や
合併症の評価など積極的に対応いたします。
特に下記のような高血圧は一度ご紹介、ご相談下さい。



左から、鷹見先生、山本先生、楽木先生、伊東先生

- ・**二次性高血圧疑い**（若年発症、急激な発症、副腎腫瘍、ACE阻害薬やARBで腎機能悪化）
高血圧の数%は原発性アルドステロン症といわれ要注意です。各種負荷試験、腎動脈エコー・CT・MRI・シンチグラフィなどの検査、IVR(血管治療)科と連携した血管造影・静脈サンプリングなどで鑑別します。
- ・**治療抵抗性高血圧**（治療中で $\geq 180/110\text{mmHg}$ 以上、3剤併用中で降圧目標未達成）
生活習慣や服薬状態のチェック、24時間血圧測定、2次性高血圧鑑別を行います。生活習慣への介入と薬剤調節、その他の特殊治療等に取り組んでいます。睡眠時無呼吸も大きな原因であり簡易モニターや入院ポリソムノグラフィー検査、CPAP導入まで行います。
- ・**高血圧緊急症・切迫症疑い**（未治療で拡張期血圧 $\geq 120\text{mmHg}$ ）
緊急症では注射薬を用いた治療を要します。
- ・**妊娠と関連した高血圧**（拳児希望、妊娠高血圧症候群、授乳中、更年期の血圧上昇など）
適切な薬剤選択と降圧治療、産婦人科との連携
- ・**血圧変動の大きい症例** 原因検索、薬剤選択や降圧目標設定を行います。
- ・**起立性低血圧・めまい・ふらつき・失神発作など**（血圧変動が原因の可能性のある症状）
低血圧の原因精査（ヘッドアップチルト検査など）ならびに治療も専門にしています。
- ・**白衣高血圧や仮面高血圧**
治療の要否、早朝高血圧への対応、睡眠時無呼吸など特殊な原因の検索などを行います。
- ・**腎障害、心不全、脳卒中合併高血圧**
合併症に応じた薬剤選択や降圧目標設定、合併症管理方針を提案します。

当科で行っている高血圧パス入院（1週間）

高血圧患者の総合的評価や教育が目的です。高血圧合併症や関連病態を総合評価すること、患者教育を行うことは患者さんの治療コンプライアンスを高め、治療の見直しにもなります。

高血圧合併症の評価	採血・採尿・眼底写真・自律神経機能検査
動脈硬化の評価	頸動脈超音波検査・脈波伝播速度(PWV)
心血管系の検査	心臓超音波検査・24時間血圧計・心電図
生活習慣の見直し	高血圧教室・1日塩分摂取量測定

高血圧診療は、患者さんを診る「窓」になります。
血圧が下がればよいという状況から「一歩進んだ高血圧治療」を提案します。
先生方が長期に安心して高血圧を管理できるお手伝いをさせていただきます。

当科への紹介患者例(認知症編)

【患者】80歳 女性

【主訴】もの忘れ

【現病歴】

一年ほど前より、貴重品の置き場所を忘れたり、同じものをいくつも買ったり、待ち合わせの場所を間違えたりすることが多くなり、3ヶ月ほど前より、性格も怒りっぽくなってきた。もの忘れの精査のため、当科もの忘れ外来を、かかりつけ医より紹介受診となった。

(夫、長男の妻とともに独歩来院)

＜本人の話＞少しもの忘れはあるが全く困っていない。

＜義理の娘の話＞夜中に台所でふきんを洗う。夜中じゅう何度も洗っている。買い物の度にレモンばかり買う。入れ歯を何度もなくす。

【既往歴】高血圧症 【家族歴】特記すべきことなし

【教育歴】中学校卒(9年) 【職業歴】農業、鍵の工場に勤務

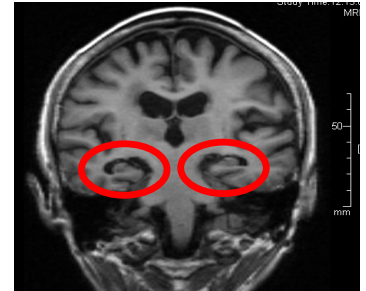
【認知機能検査】

MMSE;13点(時間の見当識;-5,場所の見当識;-3,計算;-4,遅延再生;-3,口頭指示;-1,自発書字;-1) GDS(うつスケール);6点

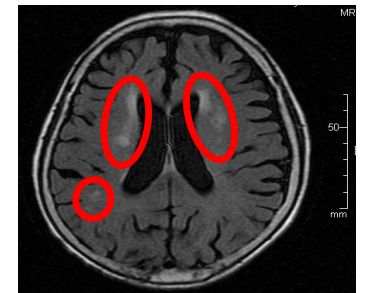
【血液】

ビタミンB1,12欠乏症(-),葉酸欠乏症(-),梅毒(-),甲状腺機能低下症(-),脂質異常症(-),糖尿病(-)

【頭部単純MRI】



海馬の高度萎縮



中等度の虚血性変化



本症例は認知症と診断してよいでしょうか？

本症例で見逃してはいけない重要なポイントがあります。それは何でしょうか？

高齢者の増加に伴い、認知症はcommon diseaseと言ってもよいほど日常診療で頻繁に遭遇する疾患となりました。認知症の原因疾患として最も多いアルツハイマー型認知症は、早期に診断を行い、早期に生活習慣の指導、家族への助言、介護保険の導入、薬物療法などを開始することで、その後の患者、および患者家族のQOLを大きく改善することができます。

認知症の診断は2ステップです。

①認知症であることの診断 ②認知症であればその原因疾患の診断

①認知症であることの診断

認知症の診断基準は多くの学会が提唱していますが、おおよそ以下に集約されます。

1) 記憶障害が存在する

2) 記憶障害に加えてもう1つの認知機能障害がある

3) それらの認知機能障害のために社会生活や仕事に支障が生じ、著しく不自由になる

3)は平易に表現すれば「本人や家族が(もの忘れやその他の認知機能障害で)困っている」ということです。

②認知症であれば、その原因疾患の診断

これには血液検査や頭部MRIのほか、SPECTや非常に詳細な神経心理学検査が必要な場合があります。また、ご家族への詳細な問診も必須です。診断が困難な場合は専門施設に紹介します。

当科は内科を標榜しているためか、もの忘れがちょっと気になるといった軽症の患者様も来院しやすく、多くご紹介頂いております。またパス入院では、認知機能検査に加え、頸部エコーや早朝・就寝時血圧、食後1時間2時間血糖値などの動脈硬化・生活習慣病検査、下肢筋力検査(サルコペニア検査)も合わせて行っております。当科「もの忘れ外来」と「1泊2日もの忘れパス入院」を、ぜひご利用ください。



本症例では記憶障害と時間の失見当識(もう1つの認知機能障害)があり、ご家族が困っているので、認知症と診断できます。



怒りっぽくなってきたというのは見逃してはならないポイントです。患者家族の対応が正しくできていない可能性を疑います。この時点で患者対応を誤ると、徘徊や暴言などの周辺症状が出現しやすくなります。

【診断】脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症(AD with CVD)

【治療】①介護保険の申請 ②患者対応の家族指導 ③薬物治療(アリセプト 3mg /dayから開始)

外来担当日とご紹介方法

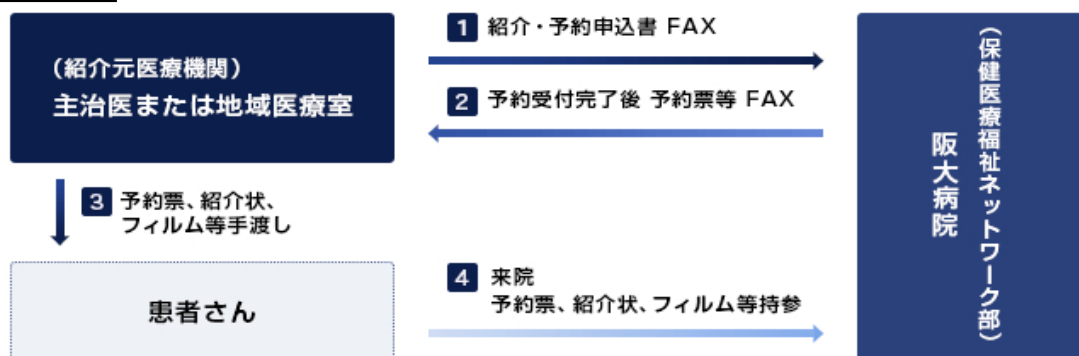
外来担当表

		月	火	水	木	金
11診	午前	竹屋 泰	鷹見 洋一	楽木 宏実	杉本 研	山本 浩一
	午後	神出 計	伊東 範尚	楽木 宏実 15:30～伊東 範尚 (睡眠時無呼吸)	谷山 義明 16:00～伊東 範尚 (睡眠時無呼吸)	杉本 研
12診	午前	里 直行	森下 竜一 11:30～中神 啓徳		鷹見 洋一	神出 計
	午後		【もの忘れ外来】 竹屋 泰		【もの忘れ外来】 前川 佳敬	【もの忘れ外来】 小黑 亮輔
13診	午前			山本 浩一		



竹屋 泰 神出 計 里 直行 鷹見 洋一 伊東 範尚 森下 竜一 中神 啓徳 楽木 宏実 山本 浩一 杉本 研 谷山 義明 前川 佳敬 小黑 亮輔

紹介・予約方法



1. 申し込み
「紹介・予約申込書」に必要事項をご記入の上、下記のFAX番号にFAXでお送り下さい。
予約枠に制限があり、ご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。
2. 予約票等の送信
予約受付完了後、「診療予約票・診療申込書」、「予約患者さんへ 外来受診のご案内」、「交通のご案内」をFAXでお送りします。
3. 予約票等の手渡し
「診療予約票・診療申込書」、「予約患者さんへ 外来受診のご案内」、「交通のご案内」、「紹介状(診療情報提供書)」、検査結果、フィルム(CD-ROM)等を患者さんにお渡し下さい。

大阪大学医学部附属病院 保健医療福祉ネットワーク部

TEL 06-6879-5080、FAX 06-6879-5081

受付時間 TEL:月～金 9:00～17:00、FAX:月～金 9:00～18:00

紹介・予約申込方法の詳細:「**阪大病院**」「**紹介**」で検索するとトップに出てきます！

<http://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/institution/apply.html>

次号は2015年秋頃に発行予定です。先生方の益々のご発展、ご健勝をお祈り申し上げます。

(文責:副科長 杉本)

老年・高血圧内科医局 連絡先: 電話 06-6879-3852, FAX 06-6879-3859