

閉塞性動脈硬化症に対する 血管内治療



内科
飯田 修

●略歴

平成13年 兵庫医科大学 卒業
平成13年 大阪大学医学部附属病院
平成13年 関西労災病院 循環器科

●資格

日本内科学会認定内科医
日本循環器学会専門医
日本心血管インターベンション学会指導医
ステントグラフト指導医

閉塞性動脈硬化症は、 全身の動脈硬化性疾患進行

生活習慣の欧米化と社会の高齢化により動脈硬化性疾患は急増しております。閉塞性動脈硬化症(以下PAD: peripheral artery disease)も例外ではありません。特に、本邦ではPAD発症に寄与する加齢(10才毎に2~3倍)、糖尿病(3倍)、喫煙(3倍)、慢性腎不全(2倍)が増加し、その結果、実臨床において本疾患の診療機会は増加しております。また、PAD症例では高率に他の動脈硬化性疾患の合併を認めます。生命予後に影響を及ぼす冠動脈疾患はPAD症例の40~60%に、脳血管疾患は25~28%に認

められ、下肢のみならず全身の動脈硬化性疾患に対する診断および治療が重要となります。当院にて本年導入した320列のエリアディテクターCTは、カテーテル検査に比べ身体への負担を少なく冠動脈に加え、頸動脈から足先までの動脈硬化性疾患の評価が可能であり、高齢者が多いPAD症例において低侵襲な外来検査として重要な役割を果たしております。CT検査には造影剤の使用と被爆の問題があるため、積極的な心拍数の調整等で約80mlの造影剤にて撮影しており、非侵襲的検査である血管エコーと併用し治療の適応決定に活用しております。

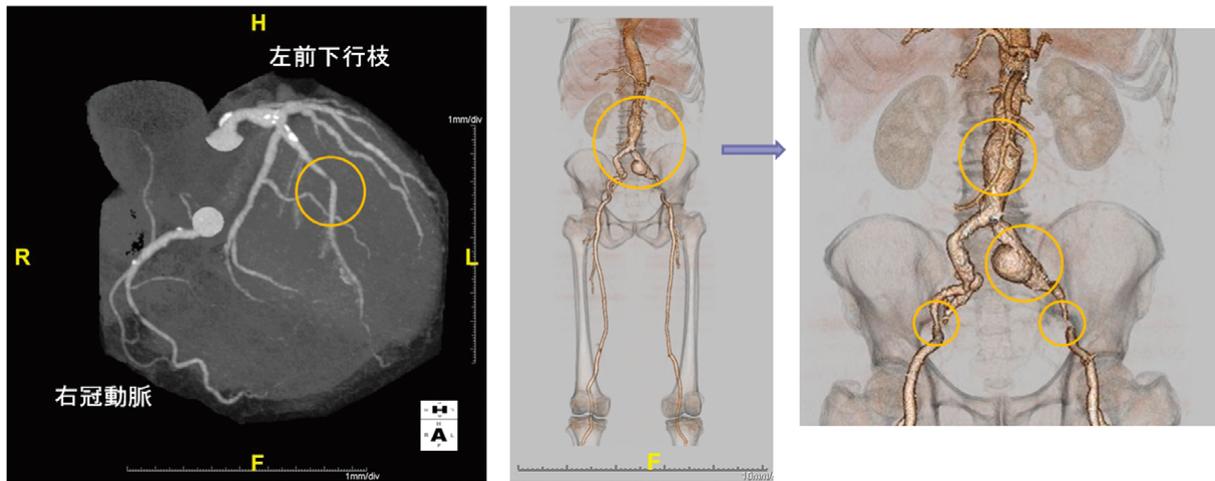


図1：320列CTを用いたCTでの画像(狭心症+腹部大動脈瘤+腸骨動脈瘤+閉塞性動脈硬化症)

閉塞性動脈硬化症の手術治療は、 血管内治療がトレンド

PADに対してまず施行すべき治療は、動脈硬化危険因子(血圧・脂質・血糖)の管理、抗血小板薬投与・運動療法です。当院では、侵襲的治療不適症例に対して内服加療(シロスタゾール等)に加え、外来・入院での運動療法を積極的に行っております。しかしながら、これらの治療を施行しても症状改善が認められない場合は、手術療法(血行再建術)の適応に

なり、患者様の全身状態・血管病変重症度等より血管内治療か外科的バイパス術を考慮します。現在、欧米・欧州でも第一選択治療として血管内治療が選択されることが多くなり、当院でもその流れで原則的に血管内治療を第一選択治療として考え診療を行っております。現在まで約4,000例の治療経験及び年間約600件の治療件数で、腸骨・大腿動脈の手術成功は狭窄・閉塞病変含めてほぼ100%、膝下動脈に

対しても約90%と安定した成績が得られております。

当院では、実際に治療した患者様の治療後を知ること、初期成功を得ること以上に重要と考えております。当然のことながら、治療したらしっぱなしというのは大きな問題です。よって、原則的に当院治療後の患者様は、数か月に一度当院に通院して頂

き、ABIや血管エコーにて前回治療部位の再評価を行います。血管内治療が新しい治療方法であるがために、外科的バイパス術と比較した長期成績のデータは日本で少なく、多数の症例経験を持つ当院から、これらのデータを発表していく責務もあると考えております。

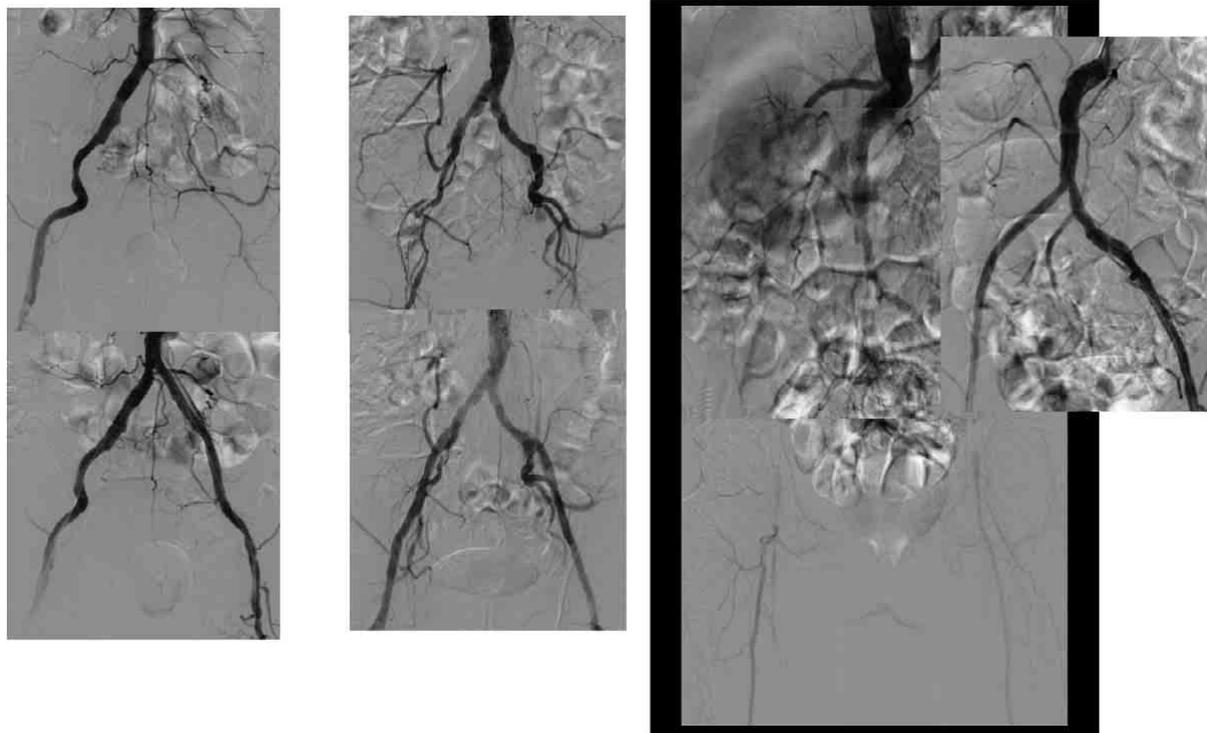


図2：腸骨動脈領域に対する血管内治療の実際

でも、血管内治療だけでは 治療完結できません。

PAD患者様において一番大切なことは、肢の自覚症状がなく・切断回避され、心身ともに元気で長生きされることです。本疾患は動脈硬化末期状態という難しい病態であるため、複数の診療科の医師及びコメディカルが協力して治療に携わる必要があります。循環器だけ、血管内治療のできる医師だけが小手先で治療できるほど、本疾患は甘くなく、非常に根が深い疾患であります。そのため当院では、循環器科のみならず血管外科・形成外科・リハビリ科・腎臓内科の複数の診療科、また看護師（WOC含む）・運動療法士の協力も得て、個々の患者様にとって最

も良い治療が何かを模索しながら日々の治療を行っております。もちろん、血行再建術が治療の中心ではありますが、血管内治療だけでは治療完結できません。特に重症虚血肢患者の切断後においては、創傷治癒及び歩行機能の回復が重要であるため、入院が長期にわたる患者様も多く認められます。当院は急性期病院ではありますが、現在、亜急性期病棟とも連携を取り、患者様が自宅に帰ることを最大の目標として入院期間を延ばして診療を行えるようになりました。今後は、高齢の患者様、全身状態に問題のある患者様も含めまして、PADでお困りの患者様がいらっしゃいましたらご紹介頂ければ幸いです。