(4)抗血小板療法の管理

「脳卒中治療ガイドライン2004」では、〝1：非心原性脳梗塞の再発予防には、抗血小板薬が推奨される（グレードA）。2：現段階で再発予防上、最も有効な抗血小板療法は、アスピリン75～150mg／日、チクロピジン200mg／日（以上グレードA）およびシロスタゾール200mg／日、2分服（グレードB）である。3：ラクナ梗塞の二次予防にも抗血小板薬の使用が勧められる（グレードB）。ただし、十分な血圧のコントロールを行う必要がある〟とされている。

その後、チクロピジンと同じチエノピリジン系の抗血小板薬であるクロピドグレル75mg／日が本邦でも使用可能となっている。本剤の有効性については、CAPRIE試験の成績から、2型糖尿病や高脂血症などを合併するハイリスク症例に対してアスピリンよりも再発抑制率が高いと報告されている。また、本剤の安全性については、国内第Ⅲ相臨床試験の結果から、チクロピジンよりも安全性が高いと報告されている。

抗血小板薬の選択に明確な基準はないが、多重リスクを有する脳梗塞症例に対してはクロピドグレルが推奨される。チクロピジン長期間投与例では、肝機能障害や血小板減少などの副作用が少なからず報告されており、クロピドグレルへの変更を考慮する必要があるが、変更後には慎重な経過観察を要する。

(5)抗凝固療法の管理

「脳卒中治療ガイドライン2004」では、〝1：弁膜症を伴わない心房細動（NVAF）を伴う脳梗塞の再発予防にワルファリンが有効であり、一般にinternational normalized ratio（INR）2・0～3・0の範囲でコントロールすることが推奨される（グレードA）。2：70歳以上のNVAFのある脳梗塞または一過性脳虚血発作（TIA）患者では、やや低用量（INR1・6～2・6）が推奨され（グレードB）、出血性合併症を防ぐためINR2・6を超えないことが推奨される（グレードB）〟とされている。

NVAFの合併頻度は、男女とも60歳代より年齢依存性に増加することが知られており、NVAFを伴う心原性脳塞栓症も同様に年齢依存性に増加し、再発率も高い。心原性脳塞栓症に対しては、発症早期よりワルファリンの投薬を開始し、コントロール指標であるINRを適宜測定し、投薬を継続することが必要である。

▽再紹介のポイント

◉TIAがみられたら、早期に受診させる

◉再発時には、発症から2時間以内に基幹病院に緊急搬入させる（t-PA静注療法への対応）

◉MRIで無症候性脳梗塞、MRAで脳動脈の狭窄度の進行、頸動脈エコー検査で狭窄度の進行、などがみられたら受診させる

◉血圧、HbA_{1c}値、LDLコレステロール値、INRなどのコントロール指標が不良となったら受診させる

＊日常生活指導＊

①生活習慣の改善：肥満の防止、飲酒の制限、禁煙の徹底

②適度な運動：インスリン抵抗性・高脂血症を改善し、収縮期血圧を低下させ、動脈硬化の進展を抑制する。麻痺がなければ、歩行、水泳、自転車、ジョギングなどの有酸素運動が適当。必要に応じて通所リハビリ等を利用する

③十分な水分摂取：脱水症は血液粘稠度を高め脳卒中再発の誘因となる。1,000mℓ／日を目安とする

④規則正しい排便：便秘は排便時に強い腹圧がかかり、血圧を上昇させる。規則正しい排便をこころがける

⑤十分な睡眠：睡眠環境を整え、十分な睡眠時間をとる

⑥熱い風呂や長湯を避ける：42℃以上の熱いお湯での入浴後や脱衣室が冷えきっていると血圧が上昇する。長湯は脱水状態を引き起こすので、入浴時間は20分程度とする

⑦規則正しい服薬：脳卒中の発症から3年以内に10～15%の人が脳卒中を再発し、後遺症が重くなる。脳卒中の再発予防のため、定期的に医師の診察を受け、指示通り規則正しく服薬を続ける。

まとめ

1. 脳梗塞罹患後の管理では、再発予防が最重点目標となるため、再発予防については診療情報・診療計画の共有に基づく病診連携の促進が必要となる。
2. 脳梗塞の再発予防では、生活習慣の改善と薬物治療による危険因子の管理に加えて抗血小板療法や抗凝固療法の継続が中心的役割を果たすが、特に危険因子についてはより厳格な管理が求められる。
3. 薬物治療に関しては、各治療ガイドラインなどに記載されたエビデンスレベル・推奨レベルとともに最新のエビデンスを参照して診療計画を立て、投薬の開始基準やコントロール指標を遵守する。
4. 日常生活指導では、生活習慣の改善に加え、適度な運動、十分な水分摂取、規則正しい排便、十分な睡眠、熱い風呂や長湯を避ける、などについての指導が重要である。

第 498 回 「実地医家のための会」例会

松村幸司

：認知症について
：平成 20 年 5 月 11 日
：東京医科歯科大学
：鈴木荘一（東京）

症の早期診断、治療、そして予防」
丸木雄一（埼玉精神神経センター長）
は、まず、さまざまな症例を示して認知症
治療について解説した。その上で、認知症
認知症と治りにくい認知症があると指摘す
に、発症原因が必ず存在するため、認知症
たらただちに最新の診断機器を有した専門
し、病因を把握する必要があると語った。
は早期発見による早期治療が重要であると
ツハイマー型認知症であれば、薬剤による
により、症状の改善や進行の遅延が期待で
た。また、早期発見することで、患者自身
を尊重でき、介護にも余裕を持つことがで
った。
、糖尿病や高血圧、メタボリックシンドロー
認知症発症の関係について解説し、脳血管障害の危険因子が認知症予防のポイントとしてそのまま当てはまると述べた。また、非薬物療法には、暗算や音読などが有効であるとし、特別なことをする必要がなく、できる範囲で対応可能とした。近未来には、予防ワクチンが開発されて予防できるようになることが期待される。

2. 私の実践—地域で共に診る　方波見康雄（北海道）

方波見氏は、もの忘れ専門外来と空知医師会、介護福祉士、保健師等が連携して認知症患者を診る「中空知・地域で認知症を支える会」の紹介を通して、地域認知症診療の可能性を解説した。また、プライマリケア医への情報提供のあり方、専門外来受診後のフォロー等を詳述した。

認知症患者にとっては、すべての出来事が「一期一会」であり、患者の一瞬の今への感性を大切にして患者と向き合う氏の態度に感銘を受けた。

■今後の例会予定
○第 500 回〔7　13(日)14 時、東京医歯大 B 棟 5 階〕
テーマ：「糖尿病」春日正人（国立国際医療センター）
■同会事務局（TEL 03-3575-0181　担当：水上）
同会 HP（http://www.jicchi-ika.jp/）