

表 1 代謝関連データ (H22年4月～H23年12月20日)

		全体	男性	女性
			Average(SD)	Average (SD)
No		95	53 / 55.8%	42 / 44.2%
年齢		65.3 (8.06)	63.2(14.7)	64.9(8.02)
代謝関連データ				
病型	Type1	2 / 2.11%	0 / 0%	2 / 4.8%
	Type2	90 / 94.7%	50 / 94.3%	40 / 95.2%
	その他	3 / 3.16%	3 / 5.7%	0 / 0%
DM 罹病期間	(yr)	12.19 (10.8)	12.2 (9.15)	12.1 (7.7)
BMI		24.6 (3.37)	24.6(3.21)	24.7 (3.61)
sBP	(mmHg)	129 (14.7)	128.7 (13.8)	129.4 (16.0)
dBP	(mmHg)	70.3 (11.4)	71.6 (11.7)	68.5 (11.0)
随時血糖	(mg/dL)	146.8 (46.4)	147.0 (46.9)	146.6 (46.3)
HbA1c (JDS)	(%)	6.63 (0.94)	6.56 (1.07)	6.71 (0.76)
TC	(mg/dL)	187.1 (29.4)	183.2 (30.4)	192.0 (27.7)
HDL**	(mg/dL)	54.3 (16.01)	51.4 (13.0)	58.0 (18.6)
糖尿病合併症				
網膜症*1	なし	76 / 80%	47 / 88.7%	30 / 71.4%
	A1	10 / 10.5%	6 / 11.3%	4 / 9.52%
	A2/A2p	2 / 2.12%	0 / 0%	2 / 4.76%
	B2p	1 / 1.1%	0 / 0%	1 / 2.38%
	No data	6 / 6.32%	0 / 0%	5 / 11.9%
腎症*2	Stage1	67 / 70.5%	34 / 64.2%	33 / 78.6%
	Stage2	22 / 23.2%	15 / 28.3%	7 / 16.7%
	Stage3a	2 / 2.12%	2 / 3.77%	0 / 0%
	Stage3b	2 / 2.12%	2 / 3.77%	0 / 0%
	判定不能	2 / 2.12%	0 / 0%	2 / 4.76%
				(DM 診断前から蛋白尿 1例)
神経障害*3		25 / 26.3%	16 / 30.2%	9 / 21.4%
大血管障害		5 / 5.26%	4 / 7.5%	1 / 2.38%
				(慢性心不全 1例)
糖尿病治療				
食事・運動療法のみ		14 / 14.7%	8 / 15.1%	6 / 14.3%
内服薬	(種類)	77/81.1%(2.15種類)	43例(平均2.23種類)	34例(平均2.06種類)
インスリン	(併用含)	13 / 13.7%	7 / 13.2%	6 / 14.3%
				(GLP-1製剤使用の1例を除く)
その他の合併疾患				
悪性疾患の既往歴		9 / 9.5%	3 (右精巣がん、胃がん、大腸がん)	6 (乳がん4例、胃がん1例、卵巣がん1例)
内分泌疾患の合併		3 / 3.16%	1 (橋本氏病)	2 (バセドウ氏病2例)

※※ 年齢、代謝関連データについては、「HDL 値」以外男女間で有意差を認めなかった。

「男性の HDL 値」 vs 「女性の HDL 値」：51.4±13.0 vs 58.0±18.6、p=0.044

表2 人口統計学的変数 (H22年4月～H23年12月20日)

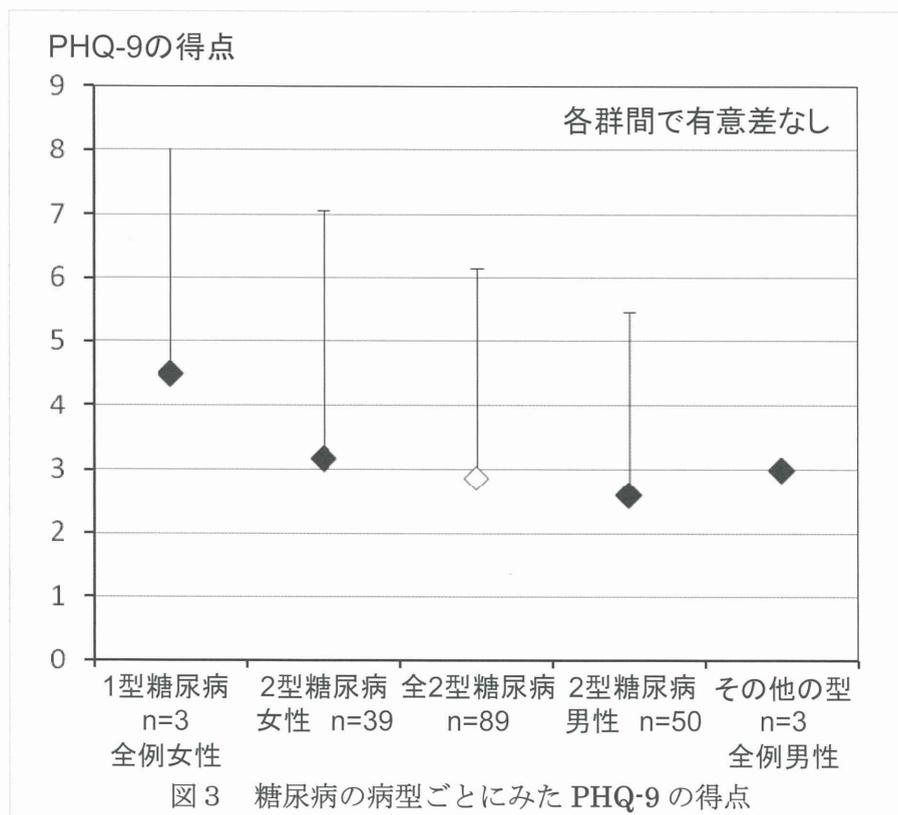
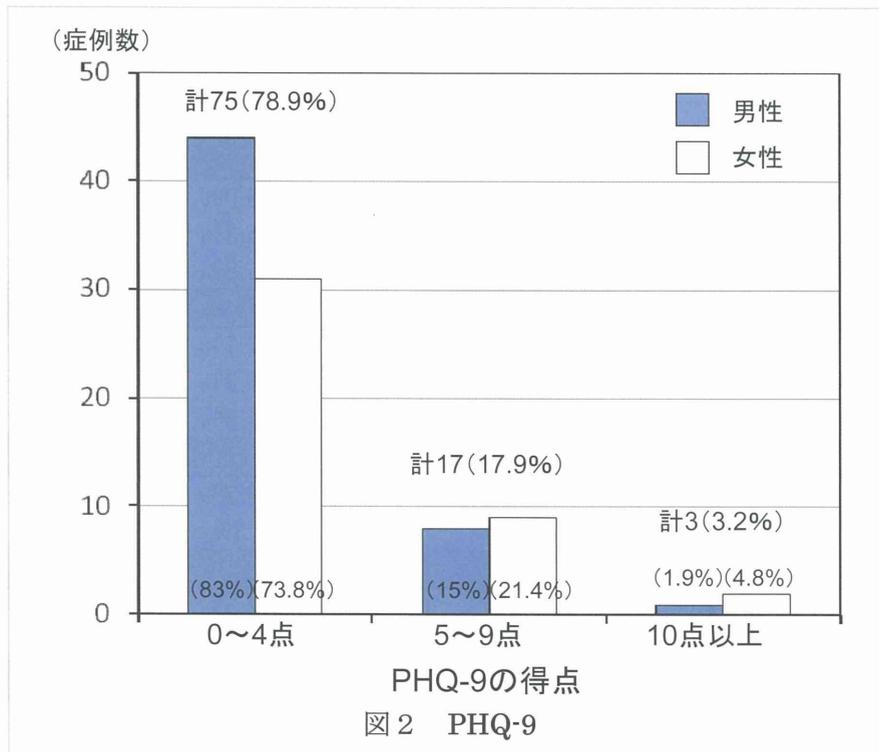
	全体	男性	女性
教育			
中学校卒	18 / 18.9%	10 / 18.9%	8 / 19.4%
高等学校卒業と同等	52 / 54.7%	24 / 45.3%	28 / 66.7%
大学/大学院卒業	25 / 26.3%	19 / 35.8%	6 / 14.3%
喫煙歴			
現在喫煙中	26 / 27.4%	20 / 37.7%	6 / 14.3%
過去の喫煙歴(現在禁煙)	21 / 22.1%	20 / 37.7%	1 / 2.38%
喫煙歴なし	48 / 50.5%	13 / 24.5%	35 / 83.3%
婚姻歴			
婚姻歴あり	87 / 91.6%	47 / 88.7%	40 / 95.2%
婚姻歴なし	8 / 8.42%	6 / 11.3%	2 / 4.8%
家族構成			
家族と同居	83 / 87.4%	49 / 92.5%	34 / 81.0%
独居	12 / 12.6%	4 / 7.5%	8 / 19.0%
医療保険			
国民健康保険	59 / 62.1%	36 / 67.9%	23 / 54.8%
後期高齢者	10 / 10.5%	5 / 9.43%	5 / 11.9%
協会健保	5 / 5.26%	2 / 3.77%	3 / 7.14%
組合管保	13 / 24.2%	7 / 13.2%	6 / 14.3%
生活保護	3 / 3.16%	2 / 3.77%	1 / 2.38%
その他	5 / 5.26%	1 / 1.89%	4 / 9.52%
精神科・心療内科関連治療			
精神科・心療内科受診歴	7 / 7.37%	3 / 5.66%	4 / 9.52%
ベンゾジアゼピン系内服中	14 / 14.7%	6 / 11.3%	8 / 19.0%

付則：糖尿病慢性合併症の判定

※1 糖尿病網膜症の判定は、当院眼科に定期受診している症例については眼科カルテの記載を参照した。他院眼科かかりつけの場合には、網膜症手帳に記載されている最終診察時の結果を参照するか、患者本人から医師に受けた説明の内容を聴取した。

※2 糖尿病腎症のステージは過去6カ月以内に測定した尿定性、尿中アルブミン/クレアチニン比、血清クレアチニン値、推算糸球体濾過率(eGFR)から判定した。糖尿病と診断を受ける前から尿タンパクが陽性だった症例は判定不能に分類した。

※3 糖尿病神経障害の有無は『糖尿病性多発神経障害(distal symmetric polyneuropathy)の簡易診断基準、糖尿病性神経障害を考える会(2002年1月18日改訂)』に基づき判定した。



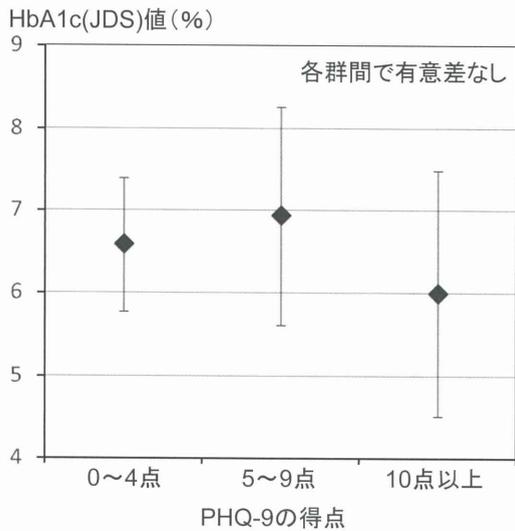


図 4 A PHQ-9 の得点と HbA1c (JDS) 値

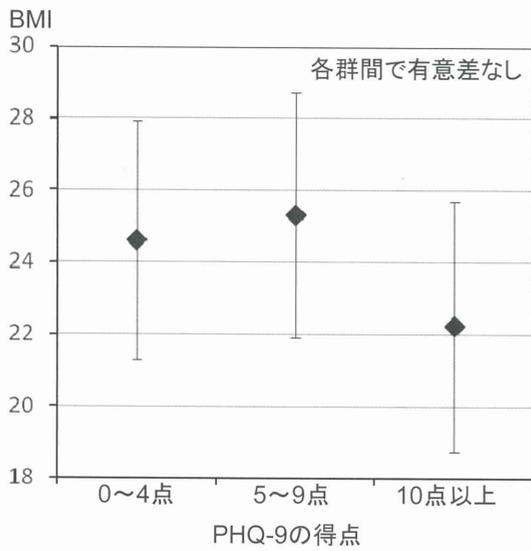


図 4 B PHQ-9 の得点と BMI 値

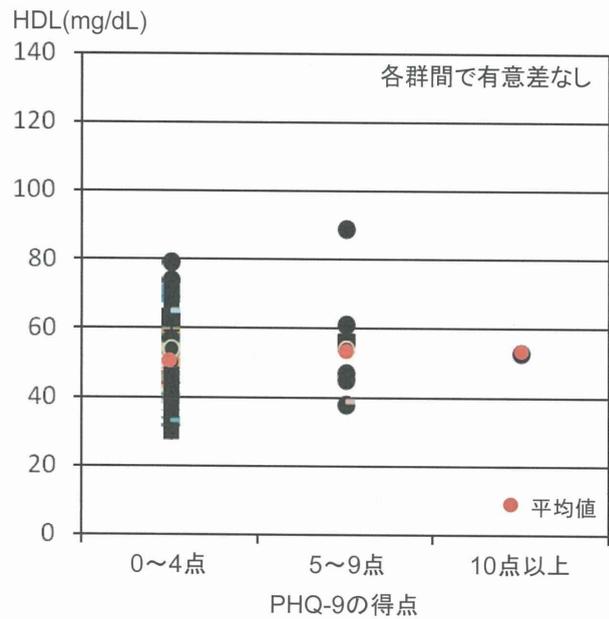


図 4 C PHQ-9 の得点と HDL 値 (男性)

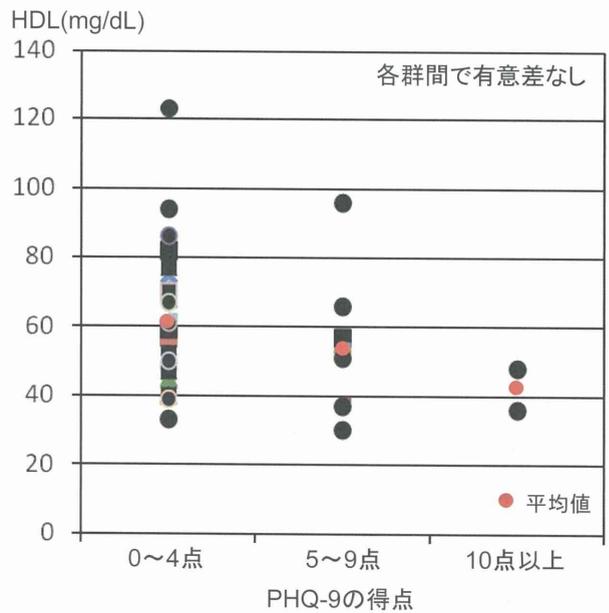


図 4 D PHQ-9 の得点と HDL 値 (女性)

図 4 PHQ-9 の得点と代謝関連データ

PHQ-9の得点

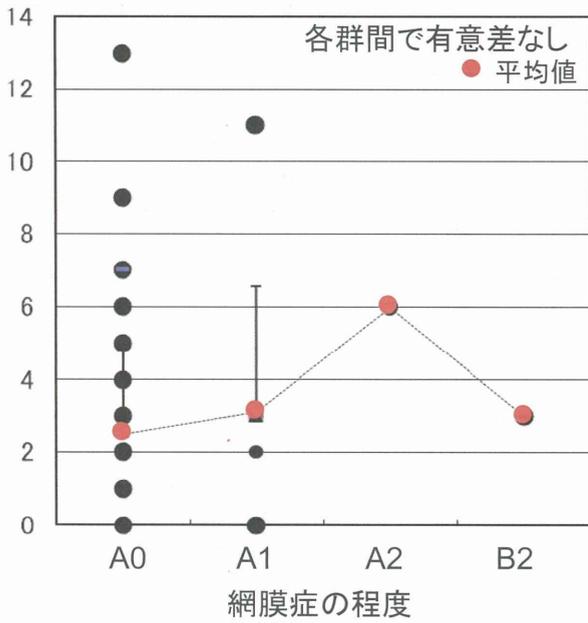


図 5 A 網膜症の重症度と PHQ-9 の得点

PHQ-9の得点

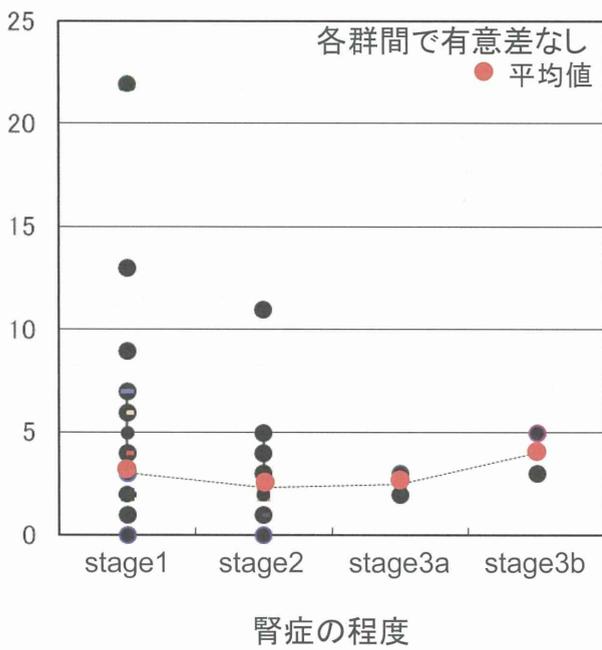


図 5 B 腎症の重症度と PHQ-9 の得点

PHQ-9の得点

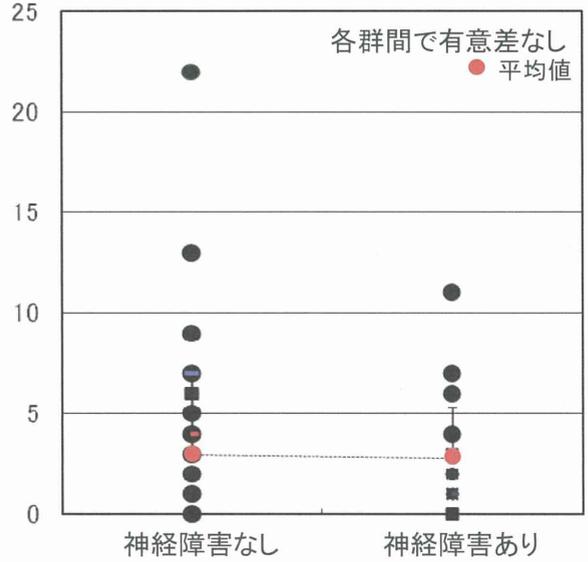


図 5 C 神経障害の有無と PHQ-9 の得点

PHQ-9の得点

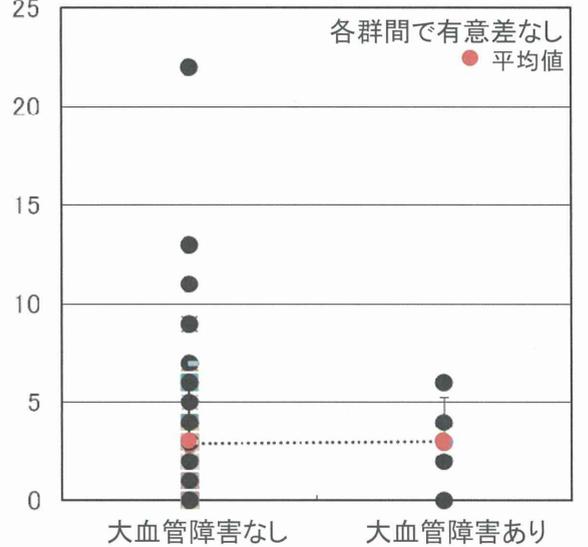


図 5 D 大血管障害の有無と PHQ-9 の得点

図 5 合併症と PHQ-9 の得点

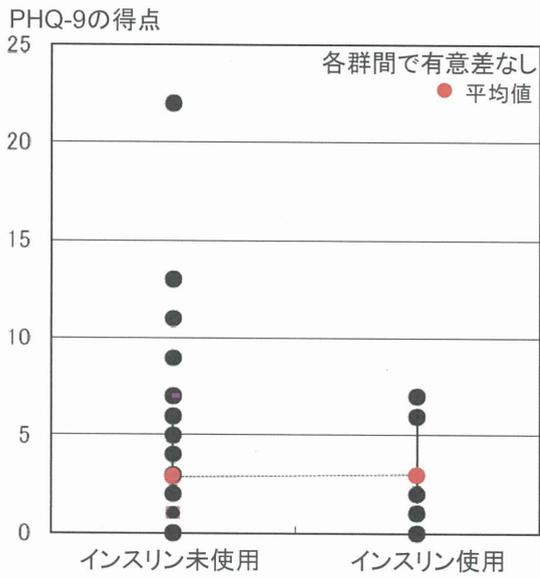


図 6 A インスリン使用の有無と PHQ-9 の得点

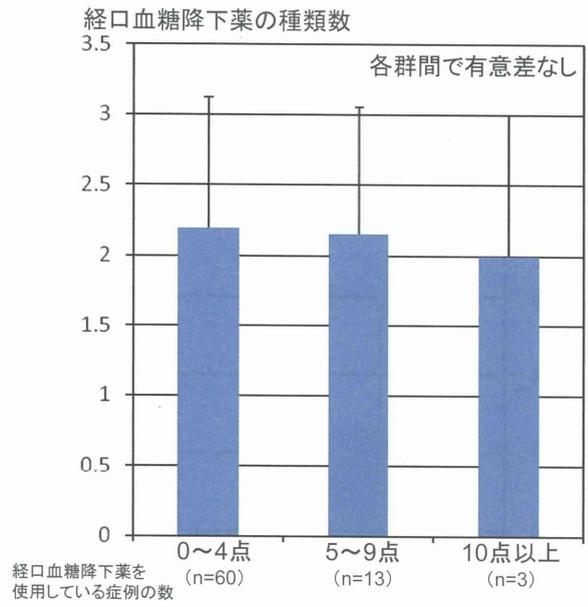


図 6 B PHQ-9 の得点と 経口血糖降下薬の種類数

図 6 糖尿病の治療と PHQ-9 の得点

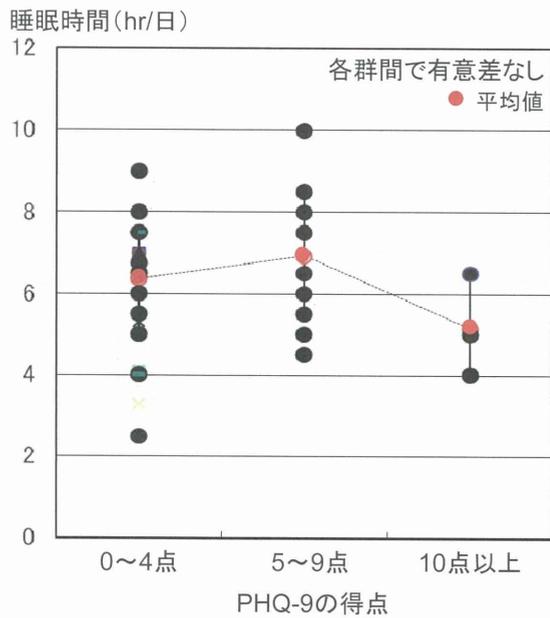


図 7 PHQ-9 の得点と睡眠時間

PHQ-9の得点

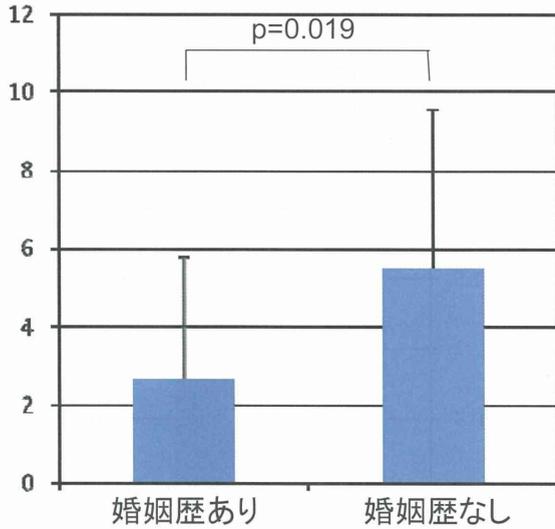


図 8 A 婚姻歴の有無と PHQ-9 の得点

PHQ-9の得点

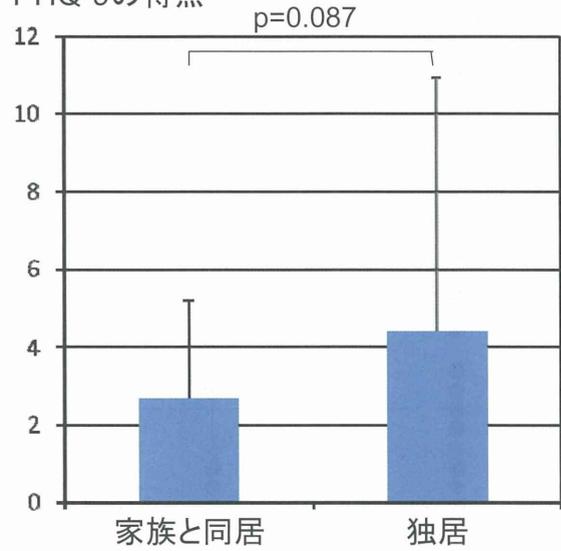
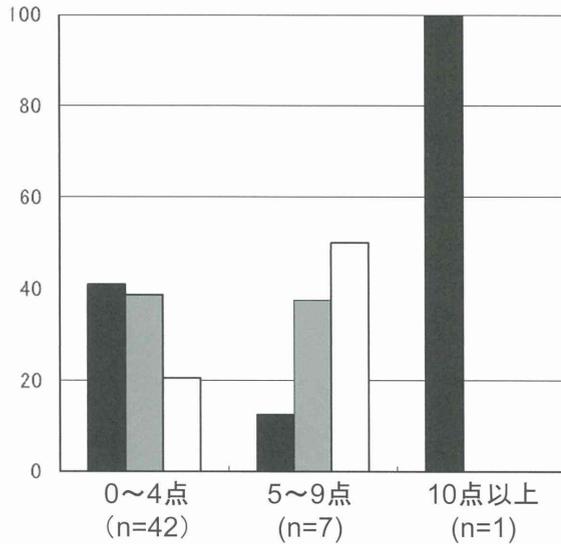


図 8 B 同居家族の有無と PHQ-9 の得点

(%)

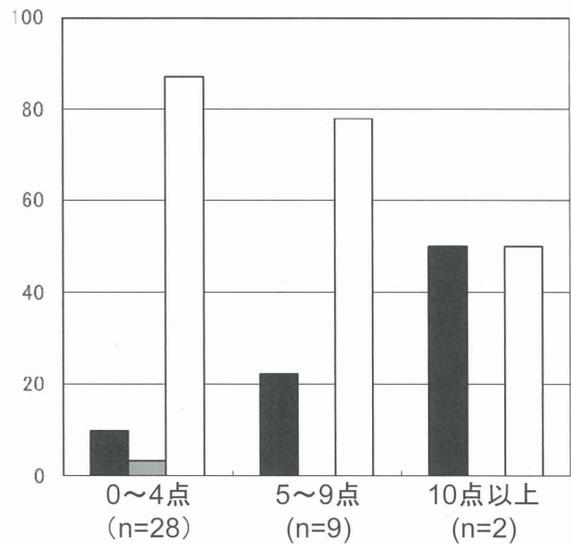
男性



PHQ-9の得点

(%)

女性



PHQ-9の得点

図 8 C PHQ-9 の得点と喫煙歴

図 8 人口統計学的データと PHQ-9 の得点

表3 PHQ-9 と SCID の結果

		SCID	
		現在のうつ病エピソードを認めない	現在のうつ病エピソードを認める
PHQ-9	0～9点	66	0
	10点以上	2	1

※ 平成23年1月～11月8日の間に調査を実施した69例についての結果である。
 なお、SCIDにて過去のうつ病エピソードありと判断された症例が9例（うち1例は現在のうつ病性エピソードも陽性）含まれていた。

外来通院患者における自殺ハイリスク者に関する研究

研究分担者 佐伯俊成
広島大学病院 総合内科・総合診療科 准教授

研究要旨：年間 3 万人超の自殺に関連するうつ病の早期発見が重要である。プライマリケア領域におけるうつ状態の効果的なスクリーニング方法を確立する。**研究方法**：本研究に参加した 5 施設の外来における満 20 歳以上の初診患者を各施設ごとに一定期間連続的に抽出し、東大式うつ病重症度スケール（TDSS；2 項目質問法）、自己評価式抑うつ性尺度（SDS；20 項目）を施行してうつ状態を評価した。医師も TDSS によって患者を評価した。患者には本研究の趣旨をよく説明して書面による参加同意を得た。**結果**：調査対象となった 539 例のうち 470 例から本調査への参加同意が得られ（参加率 87.2%）、欠損データのない 415 例を（男性 176 例、女性 239 例、平均年齢 47.0 歳：20-93 歳）を解析対象とした（実施率 77.0%）。①SDS スコアでは、50 点以上（中等症以上のうつ）が全体で 16.9%に認められた。TDSS 医師評価では、抑うつ気分、興味低下とともに明らかな中等症以上のうつ状態が 6.0%に認められた。②SDS の希死念慮スコア（第 19 項目：1-4 点で高得点ほど希死念慮が強いと評価する）は、20 歳代と 70 歳以上で 3-4 点が多い傾向があった。③SDS の希死念慮スコアは、SDS 総得点 50 点以上の患者において 4 点との回答が 10.0%と 49 点以下の患者に比べて有意に多かった。④SDS の希死念慮スコアは、TDSS 医師評価で中等症以上のうつ状態とみなされた患者において 4 点との回答が 16.0%と他の患者に比べて有意に多かった。**まとめ**：うつ状態にあって希死念慮を訴える患者に対しては、自殺未遂のハイリスク者として真剣な対応が求められることは周知である。本研究においては、SDS 総得点 50 点以上（中等症以上のうつ状態）の患者に希死念慮が多く認められたことから、こうした患者の自殺未遂に対して十分な注意を払う必要があることはもちろんである。また、さらに簡便な TDSS（2 項目質問法）によって 2 項目とも陽性の患者においても希死念慮が多く認められたことから、これらの患者についても同様に自殺未遂に対する注意を怠らない慎重な対応が必要である。

A. 研究目的

WHO の世界 14 カ国におけるプライマリ・ケア医受診患者の調査によると、精神疾患有病率は 24%で、そのうちうつ病が 10.1%であり、身体症状のみのうつ病は 69%にのぼり、その身体症状としては睡眠障害と食欲不振が主であったことから、プライマリ・ケアにおけるうつ病診断の重要性が指摘されている。

近年わが国では、年間自殺者数が 3 万人超のまま推移して減少傾向もみられず、自殺に強く関連するうつ病の早期発見・早期治療が喫緊の課題であることは言を俟たない。

これらのことから、プライマリ・ケア領域に

おけるうつ病のスクリーニングおよび初期診断の推進は全国的にも急務であると考えられる。

本研究は、自殺ハイリスク者に強く関連するうつ病のスクリーニングに資する最も簡便な方法として国内外で提唱されている 2 項目質問法を用いて、プライマリ・ケア領域におけるうつ病・うつ状態の有病率に準じた数字を明らかにし、さらにうつ病の主要症状の一つである希死念慮に着目して、2 項目質問法によるうつ病・うつ状態のスクリーニングと希死念慮との関連について明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

中国 4 県 5 施設の総合病院総合診療科において、各施設ごとに 20 歳以上の初診患者を一定期間連続的に抽出し、うつ病・うつ状態のスクリーニングを行った。知的機能低下などによって意思決定能力を欠く者は除外した。調査担当者は、対象者に、本調査の趣旨を説明し、書面による同意を得て、その旨をカルテに記載した。

評価項目は、多忙な外来診療中における本調査の負担を最小化するために、性別、年齢、精神疾患既往歴、自己評価式抑うつ性尺度 (SDS)、東大式うつ病重症度スケール (TDSS) の 5 項目のみとした。

自己評価式抑うつ性尺度 (SDS) は、1973 年に日本語版が標準化されている 20 項目、4 段階回答形式の自己記入式の評価尺度である (表 1)。40 点以上で軽症うつ状態、50 点以上で中等症以上のうつ状態の疑いありと評価するもので、うつ病・うつ状態のスクリーニングに広く使用されている。

東大式うつ病重症度スケール (TDSS) は「抑うつ気分」および「興味の喪失」の 2 つの質問によるうつ病の簡便診断法である (図 1)。この 2 つの質問の両方ともに当てはまる場合には中等症以上のうつ状態、どちらか一つに当てはまる場合に軽症のうつ状態、どちらも当てはまらない場合はうつ病ではないと評価する。

本調査では、SDS における患者の申告による自己評価、および TDSS における医師による評価を合わせて、うつ状態の有病率を推定した。

ところで、うつ病の診断・治療において最も重要な症状の一つが希死念慮である。

SDS では「自分が死んだほうが、ほかの者は楽に暮らせると思う」という第 19 項目において、「ないかたまに」「ときどき」「かなりのあい

だ」「ほとんどいつも」の 4 段階 (1-4 点) で、高得点ほど希死念慮が強いと評価して、スクリーニングすることになっている。

本調査では、SDS における希死念慮スコアと総スコアおよび TDSS スコアとの関連について検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、対象患者に調査の趣旨を口頭で十分に説明し書面同意を得たうえで行われた。

C. 研究結果

対象となった 539 例 (表 2) のうち 470 例から本調査への参加同意が得られ (参加率 87.2%)、欠損データのない 415 例を解析対象とした (実施率 77.0%) (図 2)。解析対象の属性は、男性 176 例、女性 239 例、平均年齢 47.0 歳 (20-93 歳) であった。

SDS による患者の自己評価では、中等症以上のうつ状態が疑われる SDS スコア 50 点以上の例が、男性で 18.2%、女性で 21.2%、全体の 16.9%に認められた (図 3)。

医師による 2 項目質問法 (TDSS) では、抑うつ気分、興味低下ともに明らかな中等症以上のうつ状態が 6.0%に認められた (図 3)。

SDS の第 19 項目における希死念慮スコアは、20 歳代と 70 歳以上で 3-4 点が多い傾向があった (図 4)。

SDS 総スコア 50 点以上の患者においては、希死念慮スコア 4 点との回答が 10.0%と、49 点以下の患者に比べて有意に多かった (図 5)。

TDSS 医師評価で中等症以上のうつ状態とみなされた患者においても、希死念慮スコア 4 点との回答が 16.0%と、他の患者に比べて有意に多かった (図 6)。

D. 考察

地域基幹病院の総合診療科における初診患者計 415 例のうち、自己申告 (SDS) で 16.9%、客観評価 (TDSS) で 6.0%に、中等症以上のうつ状態が認められた。

うつ状態にあって希死念慮を訴える患者に対しては、自殺未遂のハイリスク者として真剣な対応が求められることは周知であり、本研究においても、SDS 総得点 50 点以上 (中等症以上のうつ状態) の患者に希死念慮が多く認められたことから、こうした患者の自殺未遂に対して十分な注意を払う必要があることがあらためて確認された。

また、簡便に施行可能な TDSS (2 項目質問法) によって 2 項目とも陽性の患者において希死念慮が多く認められたことから、これらの患者についても同様に自殺未遂に対する注意を怠らない慎重な対応が求められる。

E. 結論

プライマリ・ケア領域において、精神科非専門医にも簡便に施行可能な東大式うつ病重症度スケール (TDSS ; 2 項目質問法) は、希死念慮を有する自殺ハイリスク者のスクリーニングに有用である。

<付記>

なお、本研究は多施設共同研究であり、多くの医師の協力なしには決して遂行し得なかったものである。表 3 に研究協力者全員の所属と氏名を掲げ、深く謝意を表するものである。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 佐伯俊成：糖尿病、高脂血症、内分泌疾患。

日本総合病院精神医学会治療指針(5)向精神薬・身体疾患治療薬の相互作用に関する指針 (日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会編), pp.35-44, 星和書店, 東京, 2011

2) 佐伯俊成, 他: せん妄. やさしく学べる最新緩和医療 Q&A (江口研二, 余宮きのみ編). がん治療レクチャー2(3): 583-588, 2011

2. 学会発表

- 1) 佐伯俊成: 医療における「影響力」～人はなぜ動かされるのか?～. 日本プライマリ・ケア連合学会第 3 回秋季生涯教育セミナー ワークショップ 19, 大阪市, 2011 年 11 月
- 2) 佐伯俊成: 消化器がん患者のストレス・マネジメントー何はなくともまず睡眠!ー. 第 77 回消化器心身医学研究会学術集会シンポジウム「消化器がん患者における心身医学的アプローチのあり方」, 福岡市, 2011 年 10 月
- 3) 石田亮子, 佐伯俊成, 他: 非定型抗精神病薬プロナンセリンが著効した心因性嘔気の 1 例. 第 77 回消化器心身医学研究会学術集会, 福岡市, 2011 年 10 月
- 4) 佐伯俊成: 臨床薬剤師が知っておきたい精神症状の初期対応ー何はなくともまず睡眠!ー. 第 5 回日本緩和医療薬学会年会シンポジウム 12 「必要とされる薬剤師を目指して～患者の精神症状に対して薬剤師ができること, すべきこと～」, 千葉市, 2011 年 9 月
- 5) Saeki T, et al: Family functioning as a correlated factor with quality of life in patients with type 2 diabetes. The 21st World Congress on Psychosomatic Medicine, Seoul, Korea, August 25-28, 2011
- 6) 佐伯俊成: プライマリ・ケア医のためのうつ・不安の診かたーSSRI はどこまで必要か?ー. 第 2 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会ワークショップ 15 「プライマリ・ケア医とうつ病」, 札幌市, 2011 年 7 月
- 7) Asukai N, Saeki T, et al: Contributing Factors to Psychological Consequences in Hiroshima A-Bomb Survivors -63 years after. 12th European Conference on Traumatic Stress Vienna, Austria, June 2-5, 2011
- 8) Yoshimoto T, Saeki T, et al: ALPHA (Algorithm with the Lists for Palliation by the Helping Analgesia) for palliative care team: a consistency, multicenter, preliminary study in Japan. 12th Congress of the European Association for Palliative Care, Lisbon, Portugal, May 18-21, 2011

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし。

1. 特許取得

なし。

3. その他

なし。

2. 実用新案登録

表1. 自己評価式抑うつ性尺度 (SDS)

	ないかたまに	ときどき	かなりのあいだ	ほとんどいつも
1. 気が沈んで憂うつだ.....	1	2	3	4
2. 朝方はいちばん気分がよい.....	1	2	3	4
3. 泣いたり、泣きたくなる.....	1	2	3	4
4. 夜よく眠れない.....	1	2	3	4
5. 食欲はふつうだ.....	1	2	3	4
6. まだ性欲がある..... (異性に対する関心がある)	1	2	3	4
7. やせてきたことに気がつく.....	1	2	3	4
8. 便秘している.....	1	2	3	4
9. ふだんよりも動悸がする.....	1	2	3	4
10. 何となく疲れる.....	1	2	3	4
11. 気持ちはいつもさっぱりしている.....	1	2	3	4
12. いつもとかわりなく仕事をやれる.....	1	2	3	4
13. 落ち着かずじっとしてられない.....	1	2	3	4
14. 将来に希望がある.....	1	2	3	4
15. いつもよりいらいらする.....	1	2	3	4
16. たやすく決断できる.....	1	2	3	4
17. 役に立つ働ける人間だと思う.....	1	2	3	4
18. 生活はかなり充実している.....	1	2	3	4
19. 自分が死んだほうが、ほかの者は..... 楽に暮らせると思う	1	2	3	4
20. 日頃していることに満足している.....	1	2	3	4

図1. 東大式うつ病重症度スケール (TDSS) 「2項目質問法」

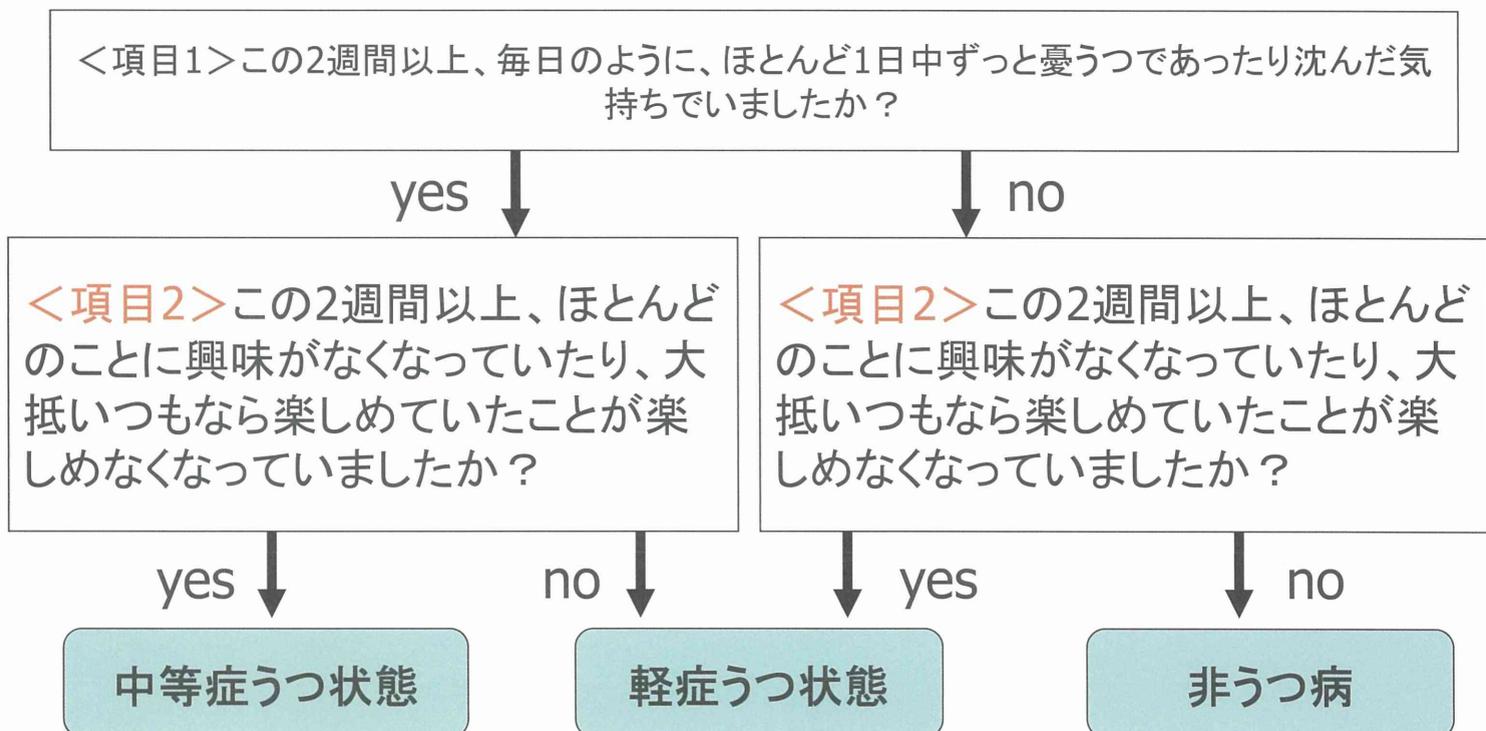


表2. 研究施設と対象症例数

施設名	対象症例数
広島大学病院 医系総合診療科	155
県立広島病院 総合診療科	100
山口大学医学部附属病院 総合診療部	100
島根県立中央病院 総合診療科	100
藤井政雄記念病院 総合診療・地域医療科	84
	計
	539

図2. サンプリングの経緯

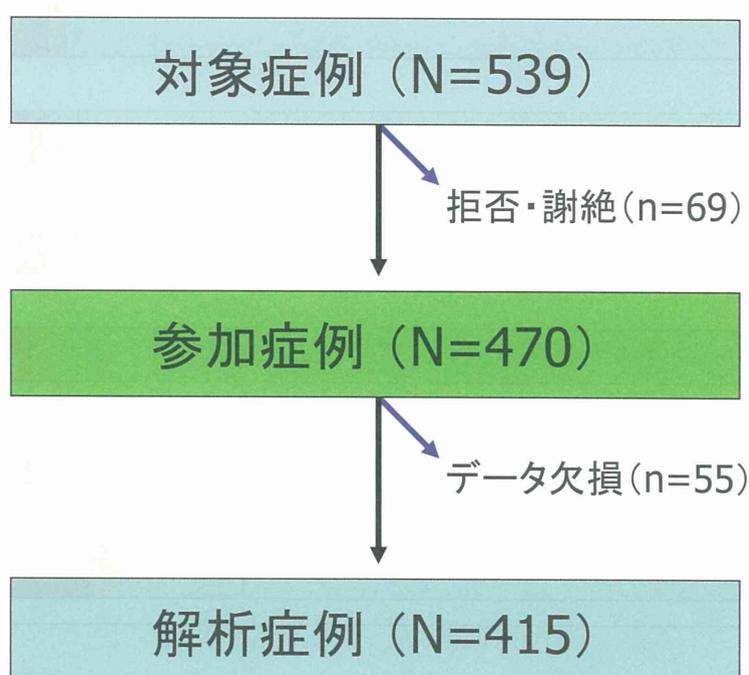


図3. SDS, TDSSによるうつ状態のスクリーニング (N=415)

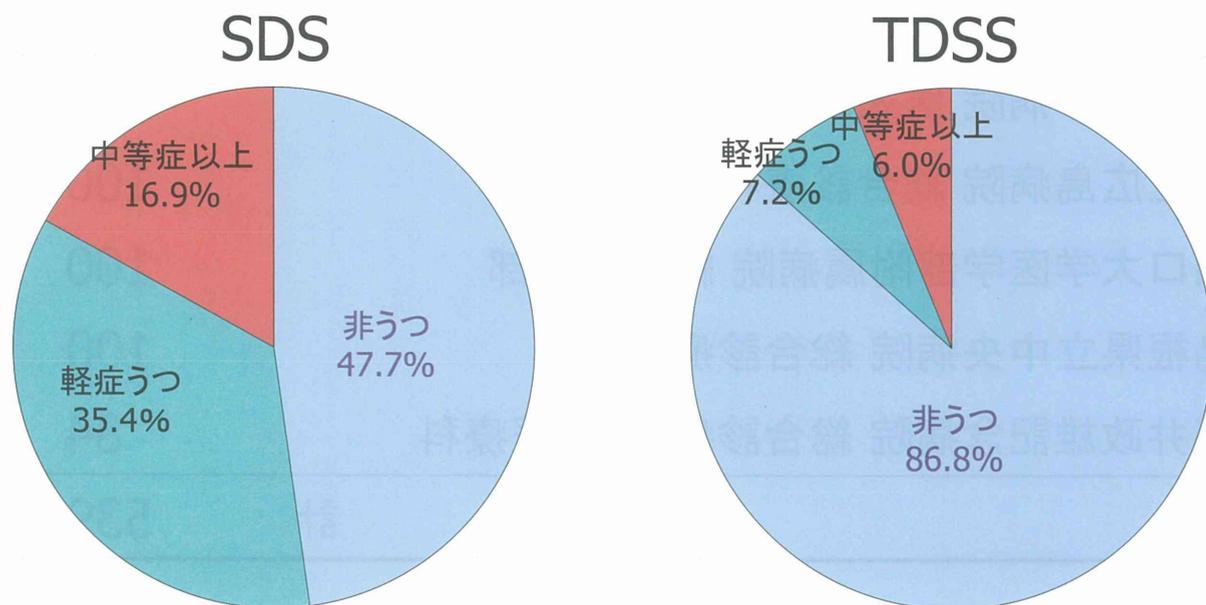


図4. 年齢と希死念慮スコアの関連 (N=415)

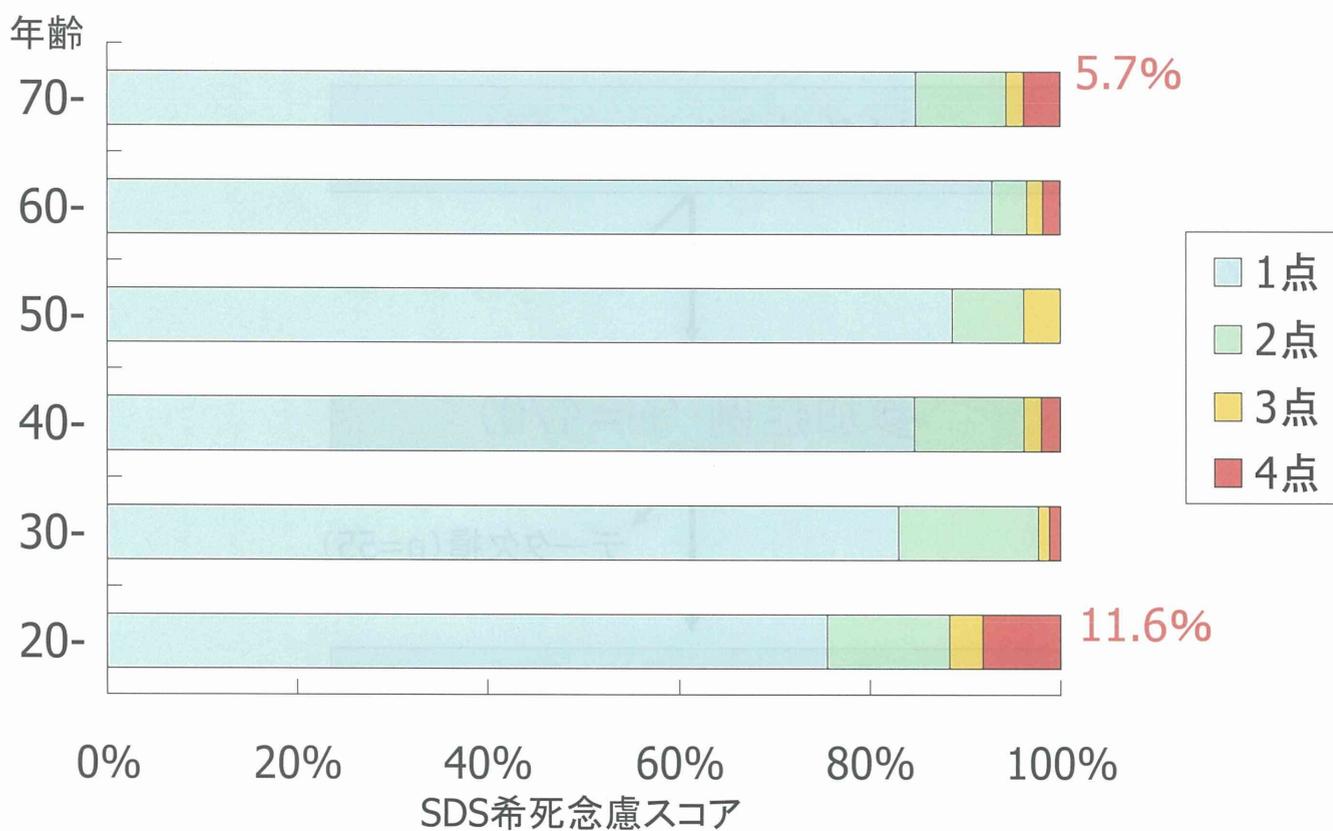


図5. SDS総スコアと希死念慮スコアの関連 (N=415)

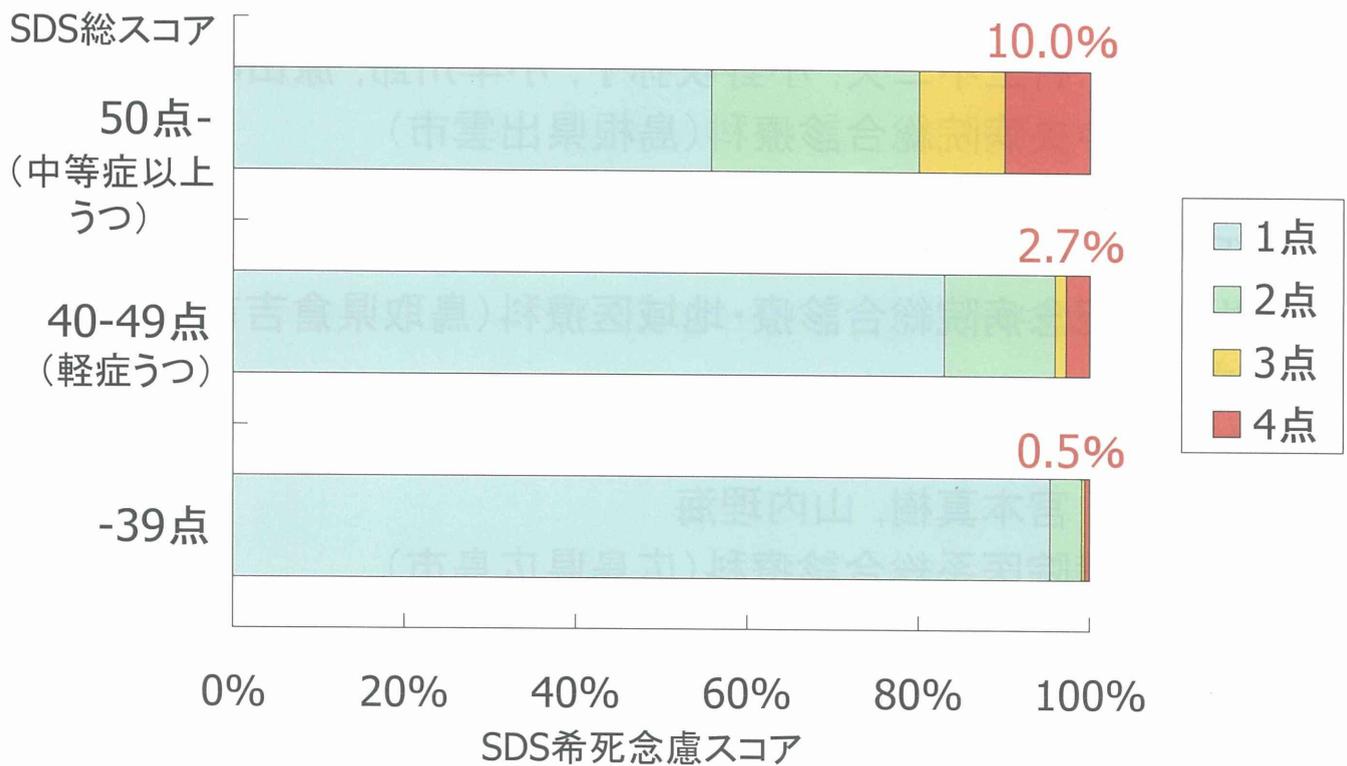


図6. TDSS判定と希死念慮スコアの関連 (N=415)

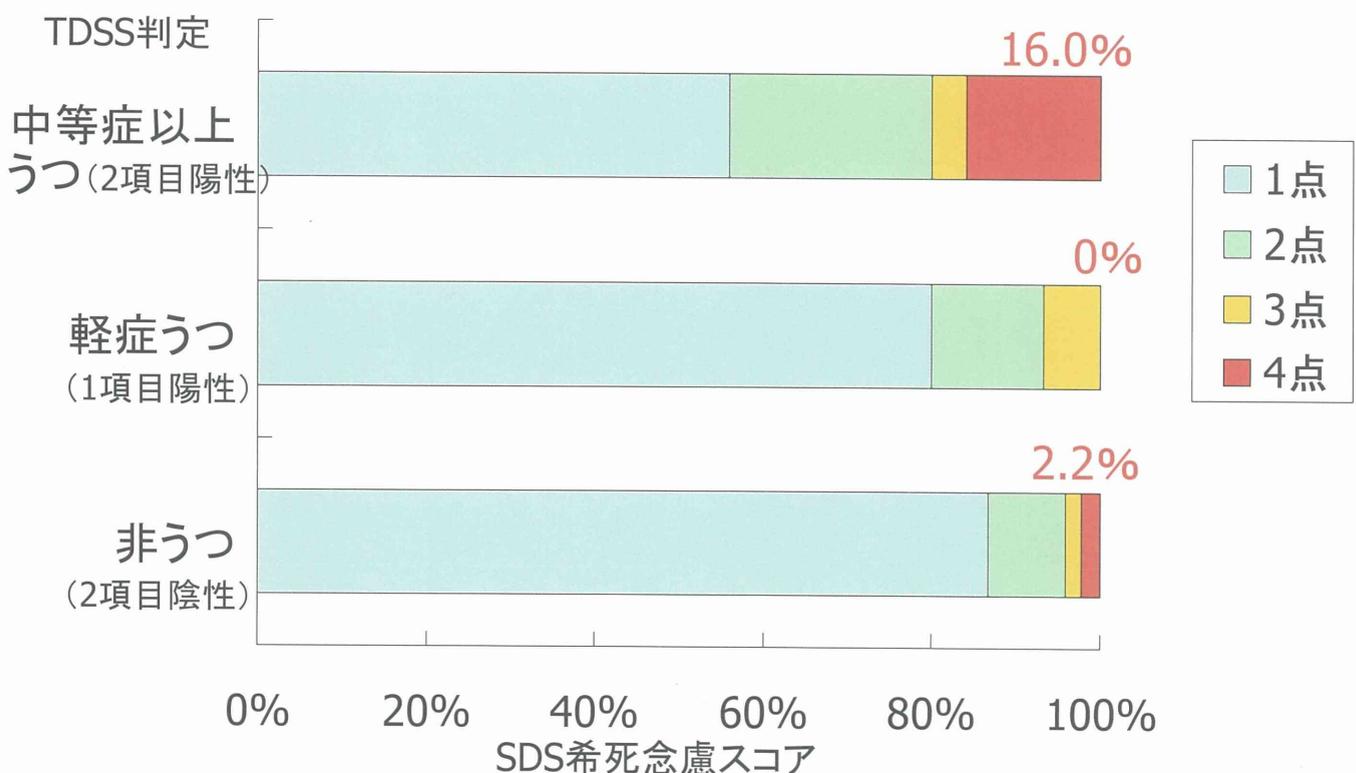


表3. 研究協力者一覽(順不同)

- ◆山口大学医学部附属病院総合診療部(山口県宇部市)
福本陽平, 村上不二夫, 小野咲弥子, 小早川節, 原田唯成
- ◆島根県立中央病院総合診療科(島根県出雲市)
中村 嗣, 清水史郎, 大田宣弘, 増野純二, 泉 陽子, 今田敏宏,
實近百恵, 木村清志
- ◆藤井政雄記念病院総合診療・地域医療科(鳥取県倉吉市)
足立誠司
- ◆県立広島病院総合診療科(広島県広島市)
竹内啓祐, 宮本真樹, 山内理海
- ◆広島大学病院医系総合診療科(広島県広島市)
田妻 進, 佐伯俊成, 横崎 典哉, 溝岡雅文, 鈴木高宏, 菅野啓司,
生田卓也, 宇根一暢, 松田聡介, 島谷智彦

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
分担研究報告書

うつ病治療による循環器救急疾患の予後改善の可能性の検証

研究分担者 横山広行
国立循環器病研究センター 心臓血管内科部門 部長

研究要旨：本研究の目的は、うつ病治療と循環器救急疾患の予後を明らかにすることである。

研究方法：対象は急性期循環器疾患（急性心筋梗塞、脳卒中、クモ膜下出血）で入院した症例である。「退院時情報」の「通院時処方」において、「抗凝固薬治療」「抗血小板薬治療」「 β 遮断薬投与」「アンジオテンシン酵素(ACE)阻害薬・アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)投与」の4項目に加えて、「抗うつ薬投与〔選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、3環系抗うつ薬(TCA)、その他〕」の項目を新たに追加し、データを集積した。

結果：参加施設に入院した急性心筋梗塞約600例、脳卒中1500例、クモ膜下出血200例の患者に関するデータの集積および検討を実施した。循環器疾患に症例登録された患者において、抗不安薬もしくは入眠導入剤の使用頻度が比較的高いのに対して、抗うつ薬の投与された例はごく少数であった。

まとめ：国立循環器病研究センターの政策医療ネットワーク登録を活用した観察研究において、循環器疾患に症例登録された患者において抗うつ薬の投与が行われていない一方で、抗不安薬もしくは入眠導入剤の使用で不安抑うつ状態に対処されている現状が明らかとなった。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

安野史彦

国立循環器病研究センター 精神科 医長

A. 研究目的

うつ病と循環器救急疾患の関係を検討したわが国のデータはきわめて少ない。国際的には、1990年代から循環器疾患とうつ病に関するエビデンスが報告されている。冠動脈疾患患者における大うつ病の有病率は15～23%であるとの報告や、心筋梗塞後や冠動脈バイパス術(CABG)後にうつ病を発症すると生存率が不良になること、うつ血性心不全や不安定狭心症とうつ病を併発・合併すると予後は不良になること、また抑うつ症状があると脳卒中になりやすいことや、抗うつ薬は脳卒中の予後効果があることなどの報告がある。本研究では、うつ病治療と循環器救急疾患の予後に関する研究を行うことを目的とした。

B. 研究方法

多施設共同発症登録調査において、うつ病と循環器救急疾患の関係を検討した。対象は急性期循環器疾患（急性心筋梗塞、脳卒中、クモ膜下出血）で入院した症例である。2009年4月から2009年12月の調査期間中に入院した症例の「退院時情報」の「通院時処方」において、「抗凝固薬治療」「抗血小板薬治療」「 β 遮断薬投与」「アンジオテンシン酵素(ACE)阻害薬・アンジオテンシンII受容体

拮抗薬(ARB)投与」の4項目に加えて、「抗うつ薬投与〔選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、3環系抗うつ薬(TCA)、その他〕」の項目を新たに追加し、データを集積した。

C. 研究結果

2010年12月までの調査期間中に急性心筋梗塞約600例、脳卒中1500例、クモ膜下出血200例が参加施設に入院した。データ集積、クリーニングを施行した。循環器疾患に症例登録された患者において、抗不安薬もしくは入眠導入剤の使用頻度が比較的高いのに対して、抗うつ薬の投与された例はごく少数にとどまった。

D. 考察

循環器疾患に症例登録された患者において、抗うつ薬の投与が行われていない一方で、抗不安薬もしくは入眠導入剤の使用で不安抑うつ状態に対処されている現状が明らかになった。

E. 結論

うつ病と循環器救急疾患の関係は予後を検

討するうえで大変重要な課題である。抗うつ薬の投与が行われていない一方で、抗不安薬もしくは入眠導入剤の使用で不安抑うつ状態に対処されている現状が明らかとなった。このことの原因および影響に関しては今後の検討を要するが、少なくとも今後の循環器疾患における精神面のケアにおいて特異的で考慮すべき問題が存在することが明らかになった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

【論文】

1. Otsuka Y, Yokoyama H and Nonogi H. A Novel Mobile Telemedicine System for Real-time Transmission of Out-of-hospital ECG Data for ST-elevation Myocardial Infarction. Catheter Cardiovasc Interv. 2009 Nov 15;74(6):867-72.
2. Naganuma M, Toyoda K, Nonogi H, Yokota C, Koga M, Yokoyama H, Okayama A, Naritomi H, Minematsu K. Early hospital arrival improves outcome at discharge in ischemic, but not hemorrhagic, stroke. Cerebrovascular disease. 2009;28(1):33-38
3. Nishiyama C, Iwami T, Kawamura T, Ando M, Kajino K, Yonemoto N, Fukuda R, Yuasa H, Yokoyama H, Nonogi H. Effectiveness of simplified chest

compression-only CPR training program with or without preparatory self-learning video: a randomized controlled trial. Resuscitation. 2009;80(10):1164-8

4. Yasuda Satoshi, Sawano Hiroataka, Hazui Hiroshi, Ukai Isao, Yokoyama Hiroyuki, Ohashi Junko, Sase Kazuhiro, Kada Akiko, Nonogi Hiroshi. High Rates of Survival to Hospital Admission in Patients with Shock-Resistant Out-of-Hospital Cardiac Arrest Treated with Nifekalant Hydrochloride: Report from J-PULSE Multicenter Registry. Cir J. 2010;74(11):2308-13

5. 安田聡、澤野宏隆、菅井寛、鶴飼勲、横山広行、嘉田晃子、大橋潤子、佐瀬一洋、野々木宏. 電氣的除細動抵抗性院外心停止例に対するIII群静注薬ニフェカランツの効果・安全性に関する多施設共同レジストリ研究 (J-PULSE II). 心電図, 29(1): 44-49, 2009

6. 横山広行 野々木宏 友池仁暢. 循環器診療におけるリスクマネージメント「循環器診療におけるリスクマネージメントとしての院内心停止への対策」循環器専門医 2009. Vol117(2)290-294

7. 横山広行、大塚頼隆、野々木 宏. 急性心筋梗塞と脳卒中に対する急性期診療体制の構築に関する研;循環器救急医療体制におけるモバイル・テレメディシンの現状 日本遠隔医療学会雑誌 2009;5: 143-144.

8. Takahashi T, Harada M, Yokoyama H, Nonogi H. Usefulness of Mobile Telemedicine System in Real-Time