

目次

はじめに 1

1 一般的な問題 7

1-1 平均寿命と健康寿命	7
1-2 ストレスと common disease	8
1-3 歯周病と老化・全身疾患	9
1-4 リタイヤしても元気であるために一定期的な運動と時間の管理を	10
1-5 老化防止はカロリー摂取制限から	15
1-6 元気で高齢の日々を過ごすための体力作り ーインターバル速歩のすすめ	16
1-7 コントロールの難しい痛みにはペインクリニックを	17
1-8 トリガーポイント（痛み誘発ポイント）	19
1-9 診療ガイドライン	20
1-10 感度と特異度（Sensitivity と Specificity）	22
1-11 外来での迅速診断キットの活用	22
1-12 認知症に対する成年後見制度	24
1-13 テーラーメイド医療	25
1-14 フィンランド症候群	34
1-15 外来カルテにも problem list を	36
1-16 レントゲン検査による放射線被曝について	37
1-17 外来診療の電子カルテ化	39
1-18 認知行動療法（CBT：Cognitive-behavioral therapy）	42
1-19 食物とがん予防・がん情報	43
1-20 新しい医療情報を得るには	46
1-21 Essential medicine（必須医薬品）とは	48
1-22 福島原子力発電所事故の危険度について	50

2 血圧・循環器に関する問題 55

2-1 モーニングサージ（Morning surge）	55
-----------------------------	----

2-2	高齢者の動悸	56
2-3	心房細動に対するアブレーション治療	58
2-4	薬剤性高血圧	59
2-5	高齢者の夜間の失神	60
2-6	胸が苦しいと訴える高齢患者の狭心症診断	62
2-7	心不全に対する BNP (Brain natriuretic peptide : 脳性ナトリウム利尿ペプチド) 測定	63
2-8	抗不整脈薬による催不整脈作用	65
2-9	虚血性心臓病に対する PCI (経皮冠動脈インターベンション) 治療	66
2-10	心房細動に対する up-stream 治療と down-stream 治療	68
2-11	冠動脈へのマルチスライス CT 検査	69
2-12	新しい抗凝血薬ダビガトラン (プラザキサ®)	71
2-13	心臓突然死と ICD (Intracardiac defibrillator : 植え込み型除細動器)	73
3	呼吸器に関する問題	76
3-1	風邪の初期治療	76
3-2	COPD (慢性閉塞性肺疾患)	77
3-3	呼吸器リハビリテーション	80
3-4	咳喘息	81
3-5	アスピリン喘息	82
3-6	肺炎球菌ワクチン	83
3-7	禁煙外来	84
4	脳・神経、脳血管の問題	87
4-1	脳梗塞・脳塞栓症に対する血栓溶解療法	87
4-2	NIHSS スコア	88
4-3	CHADS 2 スコア	89
4-4	無症候性脳梗塞	90
4-5	無症候性頸動脈狭窄	93

4-6	ABCD2 スコア	95
4-7	脳硬膜下血腫 (Subdural hematoma)	96
4-8	認知症とその中核症状および周辺症状	97
4-9	認知症と片付ける前に除外しておくべき疾患	99
4-10	非アルツハイマー型変性認知障害： DLB (Dementia with Lewy bodies：レビー小体型認知症) と FTD (Frontotemporal dementia：前頭側頭型認知症)	100
4-11	HDS-R (長谷川式簡易知能評価スケール)	102
4-12	すくみ現象	104
4-13	NCVI (Neurocardiovascular instability：神経心臓血管不安定症) とは	105
4-14	老人性うつと認知障害	106
4-15	薬剤性パーキンソニズム	108
5	消化器の問題	111
5-1	GERD (Gastroesophageal reflux disease：逆流性食道炎) と LA (ロサンゼルス) 分類	111
5-2	経鼻内視鏡検査のメリット・デメリット	113
5-3	内視鏡手術の進歩	114
6	泌尿器の問題	116
6-1	夜間頻尿と過活動膀胱 (OAB：Overactive bladder)	116
6-2	前立腺がん診断のために PSA F/T か PSA-ACT 検査の追加を	118
6-3	国際前立腺症状スコア (I-PSS)	119
7	代謝・内分泌	122
7-1	インクレチン関連薬	122
7-2	コレステロール吸収阻害薬	123
7-3	潜在性甲状腺機能低下症	125

8 血液の問題	127
8-1 高齢者の貧血	127
8-2 高齢者の手足の出血斑	128
9 運動器の問題	129
9-1 運動器不安定症とロコモティブシンドローム	129
9-2 廃用症候群 (Disuse syndrome)	130
9-3 こむら返り	131
9-4 偽痛風	132
9-5 変形性膝関節症 (膝関節 OA) と半月板再生	133
9-6 高齢者の足底筋膜炎 (Plantar fasciitis) および 足底踵痛症候群 (Painful heel pad syndrome)	134
9-7 頸椎症性脊髄症 (Cervical spondylotic myelopathy)	135
10 皮膚の問題	137
10-1 皮膚がんと日光角化症	137
10-2 老人性皮膚そう痒症	139
11 感覚器の問題	141
11-1 正常眼圧緑内障 (NTG : Normal tension glaucoma)	141
11-2 加齢黄斑変性	142
11-3 糖尿病性網膜症 (Diabetic retinopathy)	145
11-4 白内障手術	146
11-5 舌痛症 (Glossodynia)	148
11-6 耳管狭窄症と耳管開放症	148
12 睡眠の障害	151
12-1 良い睡眠を取るために	151
12-2 レム睡眠行動障害 (RBD : REM sleep behavior disorder) とは	152

12-3 睡眠時無呼吸症候群（SAS：Sleep apnea syndrome）を 外来で見つけるには	153
12-4 薬剤性睡眠障害	155
12-5 むずむず脚症候群（RLS：Restless leg syndrome）	156
13 高齢者の薬の問題	158
13-1 新薬に飛びつかない勇気を	158
13-2 高齢者の薬を減らす努力を	160
13-3 Personal drug list のすすめ	161
13-4 薬疹が粘膜にまで出たら（SJS：Stevens-Johnson syndrome）	163
13-5 高齢者にすすめたい漢方薬	163
13-6 漢方薬の副作用	164
14 検診・検査の問題	167
14-1 カットオフ値	167
14-2 高齢女性の高コレステロール血症	169
14-3 心電図に異常がある	170
■ 付 録— Personal Drug for Igarashi Clinic 2011	172
■ 索 引	184
■ 著者略歴	197

2

血圧・循環器に関する問題

2-1 モーニングサージ (Morning surge)

起床後2～3時間以内に生じる高血圧のことを言う。循環器学会でも適当な日本語訳を付けていないが、サージとは動揺とか打ち寄せる大波のことである。

早朝に起きる血圧の動揺現象を言っているのであろうか。早朝高血圧と重なる部分があるが、早朝高血圧には夜間からの高血圧がそのまま朝まで続くタイプと早朝に急激に高血圧となるこのサージタイプとがある。なぜこれが問題かという、この時間帯は脳や心臓の心血管イベント発生の高リスク時間帯であるからで、この時間の高血圧はそれらのリスクをさらに高めるからである。早朝では交感神経やレニン・アンジオテンシン系といった神経内分泌系の機能亢進に加えて血小板機能亢進や血栓発生亢進の傾向が強くなるのでそれらの危険因子が相乗的に働き、心血管イベント発生のリスクが非常に高まるのである（高血圧治療ガイドライン2009, P89）。寒さ、加齢、精神的ストレス、睡眠障害、睡眠時無呼吸症候群、深酒などがモーニングサージを助長する。

この治療は上述したような寒さを始めとした助長因子をまず取り除き、降圧剤治療の方法に工夫を加える。降圧剤は最近では長時間作用型が大部分であ

るが、それでも薬の効果を早朝に一番強くを期待するために、Ca拮抗薬やARB（アンジオテンシンⅡ受容体遮断薬）を朝晩の2回に分けて服用して貰う、それでも十分な早朝降圧効果が見られないときには筆者は交感神経系抑制薬（カルデナリン[®]など）なども夕食後に処方している。

サージタイプの高血圧に対して、早朝の血圧コントロールを目標にすると、その他の時間帯で血圧が低くなりすぎると言う問題が発生することがあるが、その時は朝の処方分の降圧剤を減らし、夜の処方分に重点を置くというような工夫をする。

2-2 高齢者の動悸

高齢者が動悸を訴える場合が少なからずある。その多くは期外収縮であるが、なかには肥満、COPD（chronic obstructive pulmonary disease：慢性閉塞性肺疾患（77頁参照）、平素運動をしないことによる適応不全、貧血、甲状腺機能異常（特に亢進症）などがあるので、一応それらを鑑別する必要がある。

良性の不整脈である散発性期外収縮は高齢者ほどその頻度が多く、70歳以上では1日数十回以上もの期外収縮が出る割合は恐らく100%に近いのではないと思われる。ただし期外収縮があっても動悸を訴えない人が多いのは、それを自覚しないからである。自覚する・しないの違いはどこから出るのかわからないが、半数以上の人は可成りの頻度で期外収縮が出ていても、全くそれを感じない。これは幸せである。期外収縮がかなりの頻度で出ていたら、ホルター心電図検査を行い、期外収縮が心室性か心房性か、心房性ならば心房細動が間欠的に出ていることはないか、などを検査すると良い。心室性期外収縮ならばたとえ1日24時間で数百回出ていても、自覚症状さえなければそのままにし

3

呼吸器に関する問題

3 - 1 風邪の初期治療

風邪は初期治療が大切である。沢山の風邪の患者さんを見ていると、のどが痛く、くしゃみ・鼻水が出て熱が出たという全症状が揃う時期に入ったら、正直なところもう手遅れで、いくら風邪薬を処方しても気管支炎を併発し、運が悪いと副鼻腔炎併発という、行き着くところまで行ってしまうのが普通である。

大切なのは症状が始まった直後、つまり寒気がする、のどが痛い等の軽い症状で、風邪を引いたかなと自分で感じた時に直ぐに服薬を始めることである。そのためには普段から葛根湯（体力のある人）や柴胡桂枝湯、麻黄附子湯（体力のない人）などの漢方薬を普段から2～3日分与えておき、風邪を引いたなと思ったら自分で判断してすぐに服薬するようにと教えておく。漢方薬の嫌いな人には総合感冒薬のPL[®]（これは眠気を起こすが）を与えておく。ボルタレン[®] やランツジール[®] などのNSAIDs（非ステロイド性抗炎症薬）の1錠を同時に服用するのも良い。こうすることで1～2回の服薬で本格的な風邪にならずに回復してしまう人が大部分である。いわば昔の富山の置き薬の現代版とも言える。

風邪はとにかく初期治療が大切で、症状がはっきりしてから医師の所へ来ても

すでに遅く、気管支炎や副鼻腔炎を合併するフルコースへの道を歩むことになる。

3-2 COPD (慢性閉塞性肺疾患)

この疾患は喫煙歴のある高齢男性に多い。気道の慢性炎症により起きた気流閉塞を示す疾患で、緩やかに進行して決して治癒することがなく、急性悪化を繰り返しながらその人の QOL (生活の質) を確実に低下させ、ついには呼吸不全のため死に至る嫌な疾患である。40 歳以上の日本人の 500 万人あまりも罹患していると考えられている。

気流閉塞とは喫煙により末梢気道粘膜の炎症、分泌過剰、肺胞崩壊による気道支持組織の消失などにより気道が呼気時に閉塞する状態である。

日本呼吸器学会のガイドライン*によると COPD の診断基準はたばこの煙などの有害物質を長期にわたって吸入してきた人に慢性に咳や喀痰があり、体動時に呼吸困難を訴える時にこの疾患を疑い、さらに気管支拡張薬を吸入してから実施したスパイロメトリー (スパイロメーターを使って被験者が吐き出す呼気の量や時間を測定して呼吸機能を調べる) で 1 秒率が 70% 未満であれば COPD と診断する。気管支喘息やびまん性汎細気管支炎、気管支拡張症、肺結核、塵肺症、間質性肺炎等と鑑別が必要とされている。

このように喫煙歴のある 40 歳以上の成人に咳や痰があり、体動時息切れが見られたらまずこの疾患を疑い、診断のためにスパイロメーターで計測して気流閉塞があることを証明するが、スパイロメーターを持っているホームドクターはあまり多いとは思われない。その時には問診の時に IPAG (International Primary Care Airway Group) が作成した ICOPD 質問表 (表 6)** を使い、総合点が 17 ポイント以上あったら COPD が疑われるので、スパイロメーターによる検

13

高齢者の薬の問題

13-1 新薬に飛びつかない勇気を*

毎年沢山の新薬が薬価収載されている。2010年度でみると53成分、83品目が薬価収載、つまり保険適応が認められ、新発売されている。これが毎年累積されるので医薬品全体では膨大な数になる。日本医薬情報センターから出ている医療用医薬品集が年毎に厚く、重くなり、もはや片手で持つことができなくなっている。

製薬会社は莫大な開発費用をかけて新薬を自社開発、あるいは基本特許料を払って開発し、発売するので、発売後10年あまりの特許期間中に、それまでかかった開発費用を取り戻し、さらには利潤を上げなければいけない。従って新薬の値段は諸外国に較べて数倍も高い値段が設定されている。同じ有効成分でもジェネリック薬品と先発品との価格差が時には10倍以上にもなっていることから、如何に新薬が高価に設定されているか判るはずである。

製薬会社は特許期間中に何としても売り上げを伸ばそうと、医師に新薬を処方させるべくMR (medical representatives : 医薬情報担当者) の尻をたたいてあの手この手を使ってくる。医師を訪問しては新薬の素晴らしい面を盛んに吹き込

み、この薬を使わないと時代に遅れるかのように洗脳をやりかかってくる。一番恐ろしいのは副作用があるのに、それはさらっと流して十分な副作用情報を医師に伝えないことである。

素晴らしい新薬は滅多に出るものではない。このところ新薬の当たり年で、筆者の頭に浮かんだものだけでも糖尿病関連のインクレチン関連薬、ワーファリンに取って代わるダビガトランなど（副作用もあるとしても）素晴らしい新薬が相次いで出たが、この他の薬剤はどうであろうか。数年後にいったいどれだけ残っているだろうか？ 数年間の再評価の洗礼を受けない限り、新薬の副作用について安心はできないと言うことを十分に理解した上で新薬の処方を出して頂きたい。

筆者は原則としてMRに会わない。その理由は薬に関して最初からメリット・デメリットに関するバイアス（偏見）の入っている可能性のある医薬情報を貰う懸念があるからである。また食事やゴルフへの招待などの恩義をうけたばかりに、新薬を使わざるを得ない状態にはなりたくないという思いもあるからである。その代わり、薬剤に関する情報を入手するのに雑誌やインターネットにアンテナを張り巡らし、さらには製薬会社本社の学術部か医薬情報室に直接電話して、商売から離れている部署の薬の本物のプロ達からいろいろ教えて貰う努力をしている。この連絡先の電話番号は医療用医薬品集の巻末に出ている。

製薬会社としては筆者のような医師は嫌な相手かも知れないが、患者さんの安全と家計を考えたら筆者のこのやり方も許されて良いのではないかと思っている。とにかく原則として新薬には飛びつかないだけの勇気と用心深さを患者さんのために持って欲しい。

*是非読んで欲しい本：マーシャ・エンジェル著 栗原千絵子・斎尾武郎 訳：ビッグ・ファーマ 製薬会社の真実 篠原出版新社 2005年
ピーターロスト著 斎尾武郎 訳：製薬業界の闇 東洋経済新報社 2009年