

町のお医者さん

出川敏行

高輪台 出川循環器・内科クリニック（東京都港区）

当院は平成 27 年 8 月で開業 6 年半になります，都営浅草線高輪台駅近くにある，約 26 坪程の小さなクリニックです。国道 1 号線（桜田通り）とその西側に並走する国道 15 号線（京浜通り）に挟まれた地域を高輪と言います。東京都港区の南端に位置し，歩いて 10 分程で品川駅です。高輪の地は江戸時代には町外れで，町人町の他にも高台には諸藩の下屋敷（別荘）が置かれていました。しかし，かつての邸宅街は，すでにホテルやマンション，公共施設に変わっております。付近は，赤穂義士の墓地で有名な泉岳寺をはじめとして由緒ある寺社が数多く点在し，緑多き佇まいの閑静な住宅街です。平成 32 年の東京オリンピックまでに品川駅北側に新駅が開業する予定ですので，この街の風情も大きく変貌していくでしょう。

私は約 25 年間の東京都目黒区にある大学附属病院での臨床，教育，研究の仕事，そして 12 年間にわたる港区南端にあります 250 床余の社会保険庁系の病院（今では地域医療機能推進機構として独立法人化）で，主として循環器内科の臨床に従事しておりました。平成 16 年頃に一時統廃合の対象となったため，定年を迎える 3 年前に独立を決心し平成 21 年 2 月にクリニックを開業しました。目黒区と港区は隣接しており，しかも出身大学も大田区という城南地区であることも考えると，随分狭い範囲で医師生活を送ってきたものだと思います。開業により長期間の臨床経験と人脈を活かし地域医療によりかわることができました。当初より，まずまずの数の患者さんが訪ねてまいりましたのでつくづく開業してよかったと思っています。当クリニックは，十二誘導心電計，血圧・脈波検査器，超音波検査器，プロトロンビン時間測定器（コアグチェック），ヘモグロビン A1C，血糖値測定器，レントゲン撮影器などを揃えております。現在

は医療事務員さん 4 人とパート検査技師さんの計 5 人がシフト制をしき業務をこなしています。頸動脈エコーと血管進展性検査は特に動脈硬化のリスク管理に必須な検査として，積極的に施行しています。いままで，5 例の無症候性の頸動脈狭窄の患者さんが，ステント治療を受けました。

大学病院での臨床は経皮的冠動脈形成術を中心とする虚血性心臓病の治療，高血圧から心肥大あるいは虚血性心臓病から心不全に至る過程の治療でした。日本でのバルーン形成術の黎明期から自らが施行する機会に恵まれました。TEC，DCA などのアテレクトミー，さらにステントというデバイスをすべて経験しました。また，冠動脈狭窄の治療から診断モダリティ（血管内エコー，内視鏡）までを一連で夢中になっておこなっていました。病院に移ってからも，引きつづき冠動脈形成術はおこなっていましたが，後進の指導に忙しい毎日を過ごしていました。

開業後は観血的手法によつての虚血性心臓病の治療はできなくなりましたが，動脈硬化のリスク管理・治療というテーマは up-to-date の知識があれば小さいクリニックでも引きつづき患者様に満足していただける医療を実践できる自負もありました。また，城南地域には大学病院，地域の基幹病院も多々存在しますので，病診連携を密にして，背後に隠れている疾患を見逃さないようにすることが大事と思い日常外来をこなしてきました。事実，胸痛あるいは背部痛を主訴としてご来院された方々のなかで，この 6 年で 3 例の大動脈解離（いずれの症例も亜急性期に手術になった）の患者さんがいました。

動脈硬化性疾患はリスク管理をしっかり実践すれば，多くの患者さんが自然寿命を全うする時代です。治療の

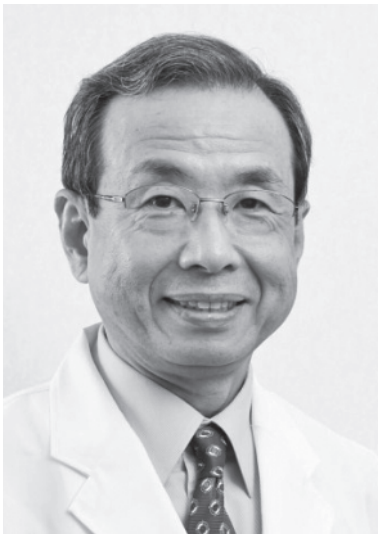


写真 ◆ 著者近影

進歩から本当に心不全死は少なくなりました。

先日の新聞報道によりますと英医学誌『ランセット』で日本人の自立生活できる健康寿命は男性 71.11 歳（平均寿命 80.05 歳）、女性 75.56 歳（平均寿命 86.39 歳）でいづれも世界 1 番と報告されました。裏を返せば、介護を要する期間が 10 年もつづくということです。いかに自立生活をできる期間を延長できるかが、大きな問題です。ただ、死亡原因の半分は悪性腫瘍によるものですので、開業医の使命は悪性腫瘍の早期発見にあるということも肝に命じております。

今回私は大学病院などの連携により多様な病態を示す高血圧の診断治療をおこなった症例をご報告したいと思います。

症例は 76 歳の男性。薬剤の処方希望しご来院しました。処方内容はニフェジピン L (20 mg) 2T (朝夕 1T)、バルサルタン/HCTZ 80 mg/6.25 mg 配合薬 MD 1T (朝) でした。血圧は 142/94 mmHg で高血圧は 10 年来のものであり、降圧薬はこの数年同じ薬剤が処方されているとのことでした。初診であったため、同様薬剤を処方しました。血圧測定時に徐脈に気がついたため、心電図検査をしたところ、心拍数 42/分の徐脈性心房粗動を認めました。2 週後の再診時の血圧は 146/92 mmHg でした。

さらに、2 週間後の再来時に同程度の血圧を示したた

め、ニフェジピン CR (20 mg) 3T (朝 2 錠, 夕 1 錠) に増量しました。

心房粗動に対しては、後日病院に依頼した頭部 MRI において多発性ラクナ梗塞を認めたため、ワーファリンを開始しました。血液データでは血漿カリウム値 3.1 mEq/L と著しい低値を示しました。易疲労感が高血圧によるものか徐脈性心房粗動による循環不全によるものか、あるいは低カリウム血症による脱力、筋力低下によるものかは不明でありました。なお、糖負荷試験も陽性を示しました。

当初、低カリウム血症は利尿薬とバルサルタンとの配合薬に起因するものか? と考えましたので、バルサルタン/HCTZ 80 mg/6.25 mg 配合薬をバルサルタン 80 mg に変更してさらに 1 ヶ月後の外来で再検査をしました。再検査時のデータでも血漿カリウム値は 3.41 mEq/L と低値を示しました。しかし、病院に依頼し実施した腹部 CT スキャンでは左副腎外側脚に 14 mm の結節を認め、腹部 MRI で同部位の結節は腺腫と診断できました。内分泌学検査のため、大学病院に紹介しましたところ、原発性アルドステロン症による二次性高血圧と診断することができました。年齢や本人の希望により手術はこなわず、薬物療法を選択、エプレレノン 100 mg の追加によって良好な降圧効果を示すようになりました。以後、継続治療を再開し、120/80 mmHg 程度と安定した血圧が得られています。

心房粗動に関しては、平成 25 年 7 月に電気生理学的検査をおこない、発生している不整脈は通常型心房粗動と診断でき、房室伝導、洞結節機能も正常であったので、三尖弁から下大静脈にかけての解剖学的狭部に線上焼灼を行った結果洞調律に復帰しました。現在は、洞性リズムが維持できています。また、この機にワーファリンから新しい抗凝固薬 (NOAC) に変更しております。

高血圧治療ガイドライン JSH2014 ではアルドステロン症は高血圧の平均 5%、各種合併症のある高血圧では平均 20% に関与していると記載されており、決してまれではないようです。今後も、ありふれた高血圧ではありますが、二次性高血圧の鑑別と合併症のマネジメントを油断せず取り組んでいこうと思っております。