

9

特集 知識&看護力UPを目指して！PADの治療とケア

PADの心血管リハビリテーション

安 隆 則

獨協医科大学医学部日光医療センター 心臓・血管内科 教授

POINT

重症虚血肢以外の中等症以下のPADの初期治療には、運動療法をファーストチョイスとする。

間欠性跛行患者に対する運動療法は監視下で導入するのがベスト。しかし監視下でできない状況であれば、非監視下での運動をなるべく早く開始する。

血行再建術後にこそ、予後改善のために運動療法の指導を行う。

QOLと予後を改善するために、多職種が密接に協力する包括的心血管リハビリテーションは効果的。



はじめに

最近のさまざまな観察研究^{1,2)}により、末梢動脈疾患(peripheral arterial disease; PAD)の患者さんは、他の部位の動脈硬化疾患を合併しやすく、予後は心筋梗塞や脳卒中既往患者さんよりも悪いことが報告されました(図1)。なぜ、PADの患者さんの予後は悪いのでしょうか。亡くなってしまった

PADの患者さんの大半は足が腐って亡くなったのではなく、心筋梗塞症や脳卒中で亡くなっています。それはなぜでしょうか。

PADの患者さんの主な症状は、間欠性跛行です。間欠性跛行のあるPADの患者さんの最高酸素摂取量(peak VO₂)は、同一年齢健常者の約50%と報告されています。これ

は約3~4METsで、NYHA(New York Heart Association)分類のⅢに相当します。この運動耐容能の低下は、日常生活における運動量の減少を導き、骨格筋のdeconditioningと内臓肥満を助長し、インスリン抵抗性などを介して全身の動脈硬化進展をさらに促進し、ついには心筋梗塞症や脳卒中のイベントを増やすと

考えられています。

それでは、どうしたらPADの患者さんの予後を改善させることができるのでしょうか？それには、日常生活で運動量を増やせばよいのです。運動療法は、PADの患者さんの生命予後とQOLを改善する土台となる治療方法であり、ガイドライン^{3,4)}では中等症以下のPADの患者さんに対して、初期治療として運動療法を行うことを強く推奨しています。本章では、PADの患者さんに対する心血管リハビリテーションについて概説します。

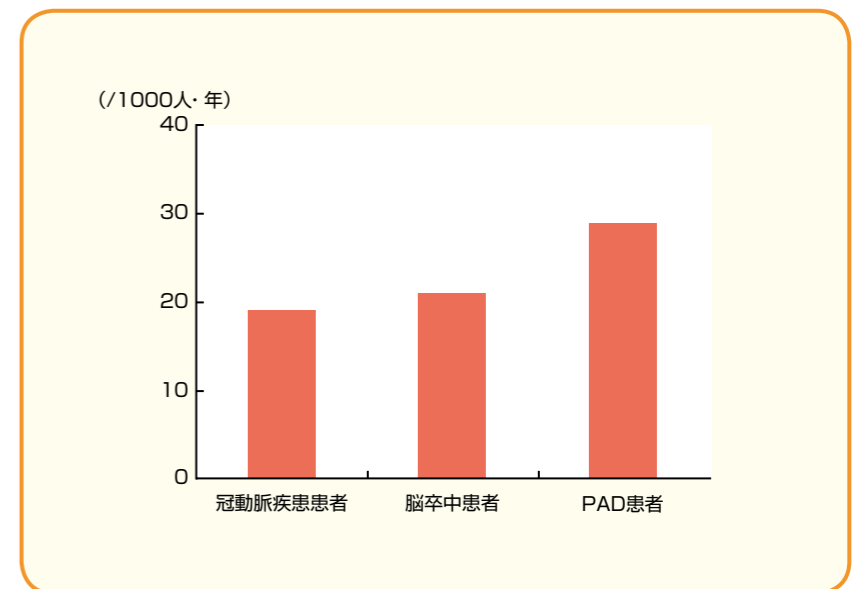


図1 PAD患者の3年以内の心血管死亡は、冠動脈疾患患者の1.5倍(文献2より引用改変)

コホート研究 REACH registry^{1,2)}にはPAD患者8581例(日本から627例⁴⁾)が登録され、3年以内の重篤な心血管イベント発生率がPAD患者では冠動脈疾患患者や脳血管疾患患者と比較してより高かった。これを受けて、PADの診断と治療においてさらなる改善の必要性が指摘されている。

動脈硬化危険因子の管理

生命予後改善を目指して、積極的に動脈硬化危険因子の管理を行います(図2)^{3,4)}。

喫煙はPADの危険因子であり、病態を悪化させて下肢切断のリスクを高めます。さらにバイパスグラフトの閉塞率を増加させ、最終的に生命予後を悪化させます。禁煙ができないPADの患者さんに対

しては、禁煙外来や禁煙教室を開いて指導を行い、家族の協力を得て禁煙を行います。また、通常の禁煙指導で禁煙できる確率はたったの5%と低いです。禁煙補助薬や抗うつ薬を上手に使用すると禁煙率が上昇します。

肥満者には減量を、脂質異常症の患者さんにはLDLコレステ

ロール<120mg/dLを目標に食事療法+脂質改善薬を、糖尿病患者さんにはHbA1c<7.0%を目標に血糖コントロールを行います。また、高血圧の患者さんには血圧<140/90mmHgを目標に減塩指導(<6g/日)と薬物療法によるコントロールを行います。

