

はじめに

私が初めて心房細動に関する本を執筆したのは、2008年のことです。『心房細動に出会ったら』という医学書には似つかわしくないタイトル、掲載した心電図は1枚だけという、少し奇妙な本だったかもしれません。「心房細動は心臓電気生理学の異常である」という前提概念の治療が定着していた当時からすると、ここ数年、心房細動に関するエポックメイキングな時代を生きてきたのだな、という実感があります。

その後、いわゆるクリニカルエビデンスが驚くほどのスピードで創出され、日本人を対象とした情報も急速に蓄積されました。加速する情報を整理するため、2011年に拙著『Revolution 心房細動に出会ったら』をまとめました。と同時に、ちょうどその年から、新規抗凝固薬（直接経口抗凝固薬）が利用可能になり始めています。「心電図の正常化」から「脳卒中予防」へと、フォーカスが大

きくシフトした時代でした。

日本心電学会（現、日本不整脈心電学会）の学術集会に応募された心房細動に関する演題数は、1990年代後半から現在に至るまで著しく増加していますが、そこには一つの特徴が見られます。それは、5年から10年を1サイクルとする周期的な演題数の増減です。ある時代に注目されたトピックが、5〜10年間論議された結果、落ち着くべきところに落ち着き消化されていく、と同時に新しいトピックが生まれ、5年から10年議論が尽くされる…。これが繰り返されているのではないかと思います。

2008年から数えて8年、ちょうど今、1サイクルを経ようとしています。心房細動に対する考え方の変革という幹が成長するためにさらなる枝葉をつけていくという作業は、そろそろ終わりに近づいているような気がします。確かに、整理された詳細な情報は重要です。しかし、人間が扱える限度を超えてしまった、細かすぎる情報は不要だからです。

『心房細動に出会ったら』は、情報整理のための本ではなく、オピニオンを示した本でした。巷で

はこのように言われているけれども、どうも腑に落ちない、少し違うのではないか…その気持ちを表してみようと考えた本でした。

そして、今、あらためて自分の臨床現場が満足できるものになっているだろうか…と振り返ったとき、やはりどうも腑に落ちない、実行できないということがあります。それならば、再び「私は今、こう思う」という内容を書いてみようと思いいちました。ですから、本書は情報の整理を目的としたテキストではありません。

一つのトピックが一つの周期を終え、新しいトピックが芽生えてきています。この課題に関するテキストはほぼないと言ってよいでしょう。本書を手にとられた方に、このトピックについて何かを感じてもらえれば、筆者の望みはすでにかなえられています。

2016年3月 山下武志

もくじ

抗凝固療法への新しい提言。「入口戦略」・「出口戦略」とは何か？	6
「入口戦略」——低リスク患者への考え方	22
私の「入口戦略」	40
「出口戦略」——超高齢患者への考え方	54
出口戦略の糸口「フレイル」	68
私の「出口戦略」	86
抗凝固療法の知恵① eGFR・クレアチニンクリアランス	110
抗凝固療法の知恵② リスクとしての尿酸	124
抗凝固療法の知恵③ 直接経口抗凝固薬のアドヒアランス	136

入口戦略



低リスク
患者

への考え方

この章では、日本人心房細動の脳梗塞低リスク患者に対してどのような医療介入を行うのが適切で、一番効果を見込めるかという「入口戦略」を考えてみたいと思います。まず、デジタル戦略における抗凝固療法の適応をpushしておきましょう。

・ CHADS₂スコア1点の患者全て、0点では65歳以上の患者全て
・ CHADS₂-VAScスコア2点の患者は全て、1点でも可能な限り抗凝固療法を行うべき
というものでした。

このなかで簡便な判断ツールとして用いられているCHADS₂スコア、CHA₂DS₂-VAScスコアは、欧米における疫学データから策定されています。そのスコアリングシステムを、アジア人、しかも経済的に豊かな先進国で、国民皆保険や健康診断のもと早期介入による一般的なリスク管理・医療が平等に普及している日本人にそのまま当てはめてよいのだろうか…という素朴な疑問が浮かんでこないでしょうか。しかし、長らくこの疑問は放置されていました。その理由は単純です。日本には放置した場合にどうなるかという基本的なデータがなく、そもそもそれを判断しようがなかったからです。

抗凝固療法を行っていない心房細動患者を経過観察するというような試みは、今の日本では難し

く、同時に欧米のように将来の医療発展や経済効率性改善を目的として、国家や保険会社が管理する大規模なデータベースも存在しません。しかも、低リスク患者を対象としたイベント発生率予測には、膨大な症例数が必要になります。

…… **自らデータ収集できなければ、永遠に欧米のデータを流用せざるを得ない**

そのような現状に甘んじるのは簡単です。しかし、何とかならないかと考え始めたとき、参考になりそうなデータとして、日本人の心房細動患者を対象とした大規模登録研究が幾つか報告されました。全国の循環器内科医が中心となって患者登録を行った「J-RHYTHM Registry」、京都伏見地区で主に実地医家が患者登録を行った「Fushimi AF Registry」、東京都心の専門病院である心臓血管研究所付属病院の初診患者を登録した「Shinken Database」です。幸運なことに、この三つの研究データベースのうち二つに自分が直接関与していました。しかも、そのなかには抗凝固療法が行われなかった患者がそれぞれ約千人強含まれています。しかし、それぞれのデータベース単独では低リス

ク患者におけるイベント発生数が少なく、幅広い信頼区間を持つデータしか得られません。そこで、この三つのデータベースをプールして統合解析を行ってみることにしたのです。

それぞれのデータベースは、患者背景ならびに医療環境（医師、薬剤師、看護師、医療施設の性格など）が異なるため、脳梗塞の発症率も二者で大きく異なるかもしれない…と考えたのですが、実際はその正反対でした。三つのデータベースにおける、抗凝固薬非処方患者におけるCHADS₂スコア別脳梗塞発症率を次ページに示します。

これは私にとって驚くべきことでした。CHADS₂スコアで層別化すると、抗凝固薬を用いていない患者の脳梗塞発症率は、どのデータベースでもあまり変わらなかったのです。これが何を意味しているか、考えてみました。さまざまな推測ができますが、「医療先進国の日本では、脳梗塞のリスク因子（高血圧や、糖尿病など）に対する治療がほぼ均等になされている」という仮説に、最も説得力があると思います。これは国民皆保険の威力なのかもしれません。