

一般アンケート報告

「最新の心房細動診療」に関するアンケート

石川辰雄

石川循環器クリニック／院長

長村好章

山田循環器科医院／院長

大林完二

清水クリニック

冠不全研究会では、毎年、その年のテーマに関するアンケートを行い、その結果を報告しております。今年「リスクベネフィットに着目した最新の心房細動診療」のテーマのもと、それにかかわるアンケートを実施しました。近年、心房細動治療の選択肢は多様化しておりますが、実地医家の先生方による診療実態を浮き彫りにすることを目的に、今回アンケート調査を実施させていただきました。本年も日本全国957人の先生方から詳しい回答をいただき、この場をお借りして御礼申し上げます。

5年前、第29回の本会において、「実地診療に活かす最新の不整脈診療のポイント」というテーマでアンケートを実施しており、今回の結果と比較できる設問も含まれておりますので、可能な範囲内で当時のデータと比較検討しております。まず、今回ご回答いただいた先生方のプロフィールが、前回、あるいは例年と大きく異なっています。病院の先生（以下、Hp）が531人、診療所の先生（以下、GP）が426人、合計957の先生方に参加していただきましたが、この数字は昨年より115人多く、最近10年間で最多の回答数でした。また、例年の参加医師のプロフィールと大きく異なっています（図）。図下段は前回心房細動をテーマとした2008年度のアンケートの回答者プロフィールで、例年はHpの約半数、GPの約8割が「内科」という構成なのですが、今回のアンケート（図上段）では「循

環器科」の先生からの回答が、Hpで約8割、GPで約5割を占めています。本領域について、循環器を専門とする先生方が大きな関心を抱いていることが示唆されます。ご回答の先生方の年齢構成や所属している医療機関の病床数については、例年と大きな変化はありませんでした。

Q1-1の「過去1年間の外来診療で不整脈が主たる疾患の患者数」は、Hp、GPとも「51人以上」という回答が多く、5年前と比べても若干増えている傾向があります。不整脈の中で何が一番多いかについては（Q1-2）、5年前と同様に心房細動をほとんどの先生が選択しており、心室期外収縮、上室性期外収縮などが続いています。

Q2では発作性心房細動に対する薬物治療について質問しました。

Q2-1では薬剤選択の基準・理由についての質問は、「ガイドライン」「自分の経験」「少ない副作用」「有効性」「基礎疾患」と、さまざまな要素を考慮して選択されておりました。特にガイドラインについては、Hp、GPともに5年前より10～20ポイント上昇し、以前より多くの先生方が活用されていることが分かります。

Q2-2は発作性心房細動再発予防のための第一選択となる薬剤についての質問ですが、ピルシカイニド、シベンゾリンが多く、以下、プロパフェノン等が挙げられております。ピルシカイニドを選択する

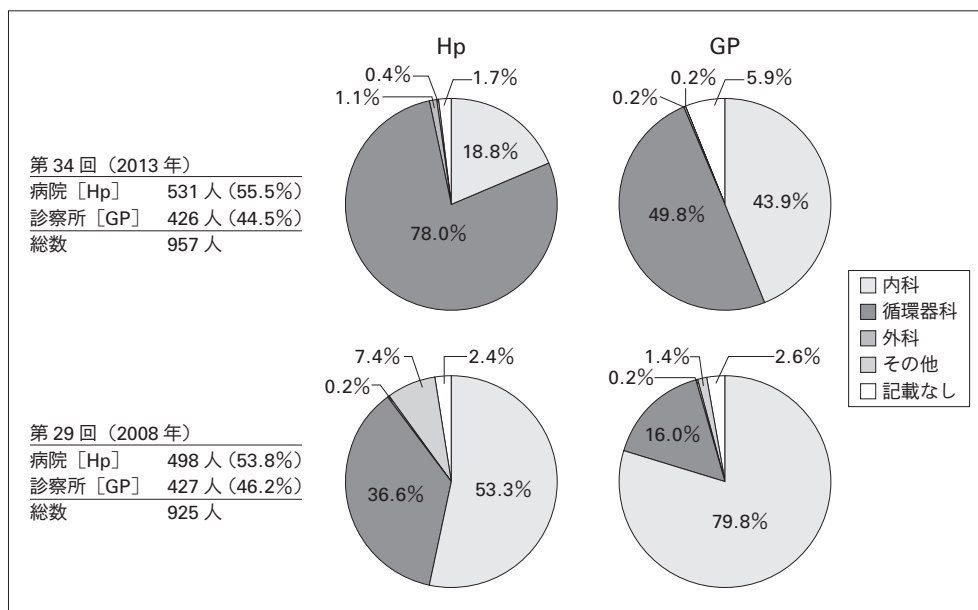


図 回答者プロフィール (2008年度と2013年度の比較)

とする回答が6割以上を占めていますが、これは前回と比較しても10～20ポイント増えています。では、これが無効と判断された場合、次に選択する薬物は何かについては、ペプリジルやアミオダロンを考える先生方が多くおられました。最初の薬物を「無効」と判断するまでの期間については、処方期間の関係からか、Hpでは「1カ月」が約半数と多く、GPでは「2週間」と「1カ月」がそれぞれ3割台で拮抗しています。

Q2-3では抗不整脈薬の併用について質問しました。併用を「行わない」が、Hp、GPともに6割を占めていますが、「その他」の回答欄に、β遮断剤あるいはカルシウム拮抗剤と併用するとの記載も複数ありました。

Q3では心房細動の外来治療について、抗血栓療法を中心に質問しました。

Q3-1は心房細動での脳塞栓症の危険因子として重視する要素についての質問ですが、Hp、GPともに、「脳梗塞の既往」が8割以上、以下、「高血圧」「糖尿病」「高齢者(75歳以上)」が6～7割で、「左房内血栓」も6割近くの先生が重視されています。

Q3-2は積極的に行っている抗血栓療法の内容について質問しました。現時点でもワルファリンが1位となっており、Hp、GPともに8割近くを占めています。5年前には項目がなかったダビガトラン、

リバーロキサバンについては12.6～35.0%の先生方が挙げておられます。ワルファリンは5年前と比べて増えており、特にGPで19.4ポイントも増加しています。これはこの5年間で、心房細動における抗凝固療法自体の重要性が周知されてきたことを示すのではないかと考えられます。

抗凝固療法を行う場合のリスク判断基準としては(**Q3-3**)、6割の先生がCHADS₂を挙げ、CHA₂DS₂-VAScあるいは両者の組合せなどの基準により、ほとんどの先生が抗凝固療法の導入を検討しています。

Q3-4は、新規の抗凝固薬の使用に当たって注意している点について質問しました。「APTT等のモニター」「クレアチニンクリアランス」「消化管出血既往」が挙げられ、また「服薬コンプライアンス」についても約4割の先生方が挙げています。高齢化に伴い、服薬コンプライアンスは多くの先生方にとって関心事となっているようです。

Q3-5は、PCIを受けた心房細動患者に対する抗凝固療法の治療選択について質問しました。抗血栓薬との組み合わせについては、GPでは約4割の先生が、「専門医に一任」と回答しています。Hpでは、「3剤併用」をしっかりとやるとの回答が6割、GPでも「2剤併用」「3剤併用」がそれぞれ約3割いらっしゃいます。

Q4はカテーテルアブレーション(以下、CA)に

ついて質問しました。

Q4-1 の、薬物治療抵抗性の有症候性の発作性心房細動に対する CA 選択の有無については、Hp で約 5 割、GP で約 4 割の先生が「選択する」と回答されました。一方、「患者の希望」や「専門医に一任」も 3 割近い回答が得られています。**Q4-2** は、CA 選択の際、患者の年齢を考慮するかという質問ですが、Hp、GP ともに「考慮する」が一番多い回答でした。

Q4-3 は CA 後の抗不整脈薬についての質問ですが、「専門医に一任」が最も多く、以下、さまざまな薬物が挙げられていますが、「用いない」という回答も約 1 割あります。また、CA 後の抗不整脈薬治療中止の判断基準 (**Q4-4**) としては、「専門医に一任」が一番多い回答でした。

Q5 では、「超高齢者 (85 歳以上)」の心房細動について質問しました。

注意点としては (**Q5-1**)、やはり「心不全兆候」が Hp、GP とも 8 割を占め、一方で「自覚症状に乏しい」も 3～5 割と、多くの実地医家の先生方が高齢者の特徴をしっかりつかんでおられることがわかります。**Q5-2** は、超高齢心房細動患者に対する抗凝固療法での注意点についてで、多くの項目に注意を払われていますが、「腎機能」や「服薬管理」に回答が集中しています。

Q5-3 は超高齢者の発作性心房細動の治療目標ですが、7 割の先生が「リズムコントロール」よりも「レートコントロール」と判断されているようです。このことは **Q5-4** の薬物選択についても反映されており、ピルシカイニドやシベンゾリンとともに β 遮断薬が 3～5 割で、カルシウム拮抗薬やジギタリスもそれぞれ 2 割程度の先生方が選択しています。

Q6 では実地医家の先生に、CA をめぐる病診連携について質問しました。**Q6-1** は CA 目的に患者を紹介するにあたって知っておきたい情報について

です。「適した患者基準」、あるいは「合併症の頻度」「成功率」の状況を知りたいという項目があげられていました。CA 後にフィードバックしてほしい情報としては (**Q6-2**)、薬物療法の処方と中止時期が重要ということでした。

Q7～9 は、心房細動診療最前線からの貴重なご意見・ご経験、また日頃疑問に思っておられることなどを多数ご記載頂いております。ぜひご一読いただければと思います。

＊

さて、今回のアンケート結果について若干の考察をさせていただくと、まずは今回、過去最多の回答をいただいたということで、いかに心房細動の治療に多くの実地医家に関心を持っているかということが伺えました。また、今回循環器医の先生方が内科医よりも多かったことの原因については、調査結果からは明らかではありませんが、心房細動治療の選択肢が増えたことで、多くの点がまだ解決されていない問題として残っているということではないかと考えています。

このアンケート結果、ならびにこれからの講演を参考にしていただき、皆さんの心房細動診療に対する疑問点が 1 つでも解決できれば幸甚です。最後に、ご回答いただいた先生方に、重ねて御礼を申し上げます。

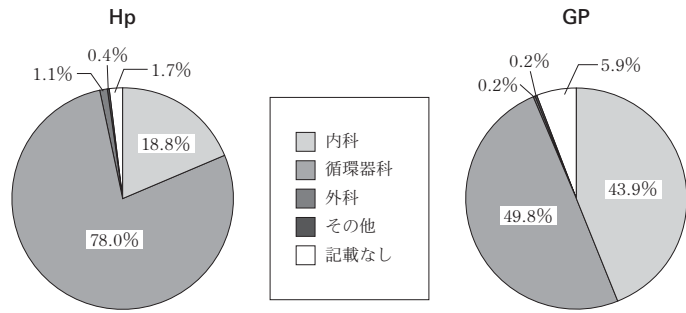
コメント

小川 (座長) 恒例になっておりますアンケート集計結果を、石川循環器クリニックの院長の石川先生からご報告いただきました。丁寧にご解説いただきましたが、最後のパネルディスカッションでまた詳しく取り上げて議論したいと思います。今回のアンケートにご協力いただいた先生方に感謝を申し上げます。ありがとうございました。

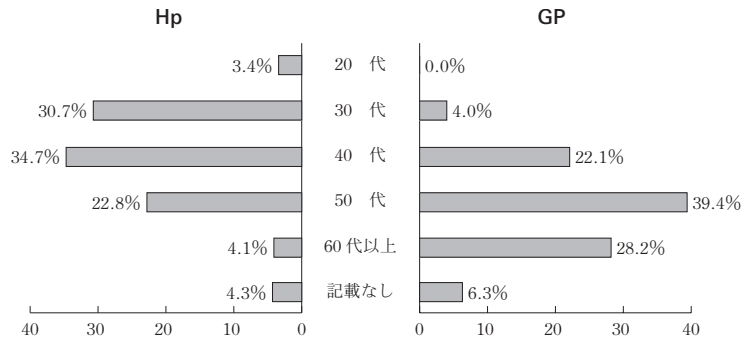
ご協力いただいた先生方のプロフィール

病院 [Hp]	531人 (55.5%)
診療所 [GP]	426人 (44.5%)
総数	957人

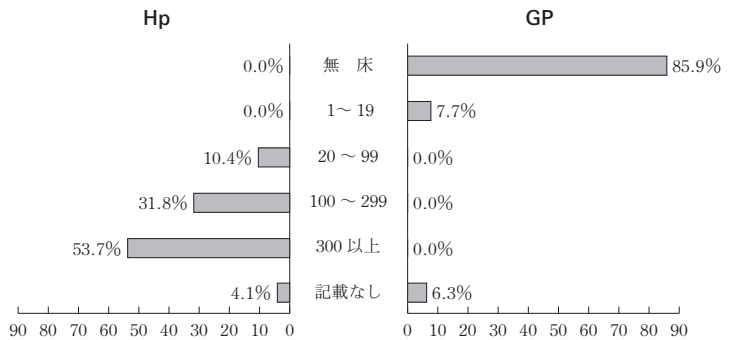
診療科目



年齢構成



病床数



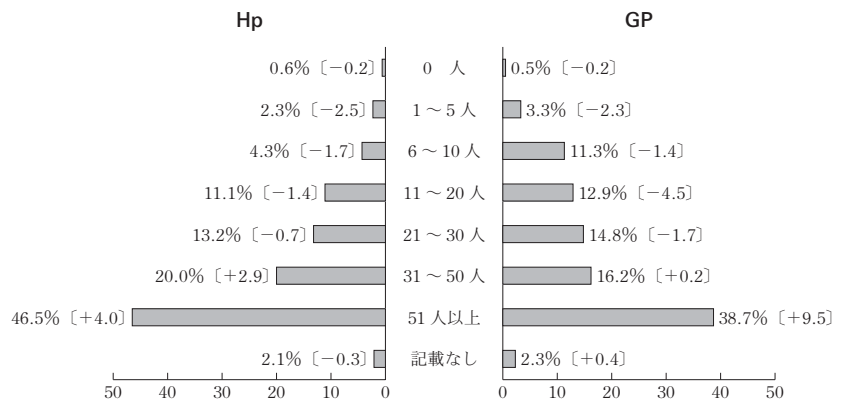
循環器専門医

	Hp	GP
認定医	358 (67.4%)	255 (59.9%)
非認定医	126 (23.7%)	113 (26.5%)
記載なし	47 (8.9%)	58 (13.6%)

Q1-1 過去1年間で、外来診療で先生が診ている不整脈が主たる疾患の患者さんは何人でしたか。

- a. 0人
- b. 1～5人
- c. 6～10人
- d. 11～20人
- e. 21～30人
- f. 31～50人
- g. 51人以上

Q1-1 過去1年間の外来診療で不整脈が主たる疾患の患者数

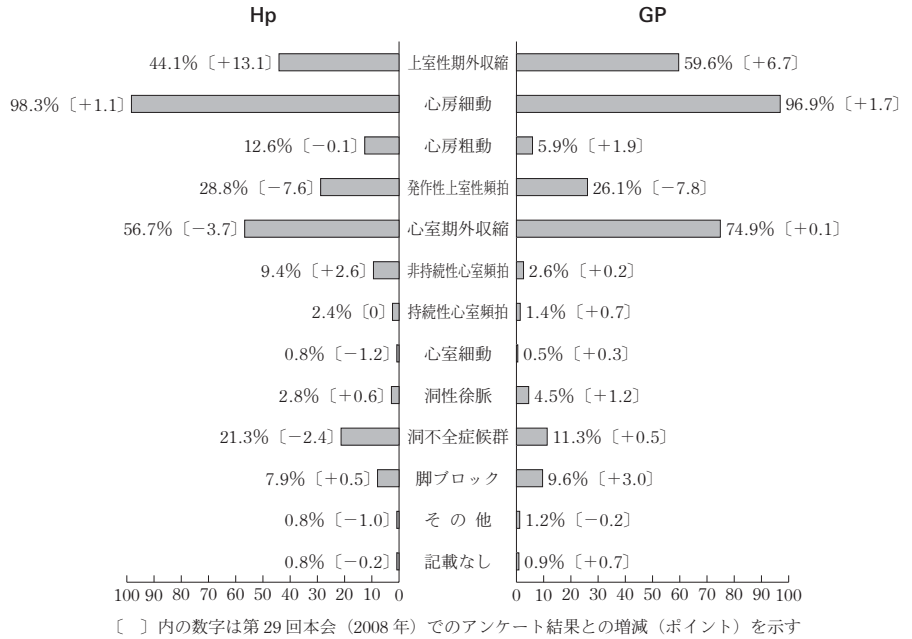


[] 内の数字は第29回本会(2008年)でのアンケート結果との増減(ポイント)を示す

Q1-2 過去1年間で、外来診療で先生が診ている不整脈が主たる疾患の患者さんの中で、多い不整脈を3つ選んで下さい。

- a. 上室性期外収縮
- b. 心房細動
- c. 心房粗動
- d. 発作性上室性頻拍
- e. 心室期外収縮
- f. 非持続性心室頻拍
- g. 持続性心室頻拍
- h. 心室細動
- i. 洞性徐脈
- j. 洞不全症候群
- k. 脚ブロック
- l. その他

Q1-2 過去1年間の外来診療で多い不整脈



*その他

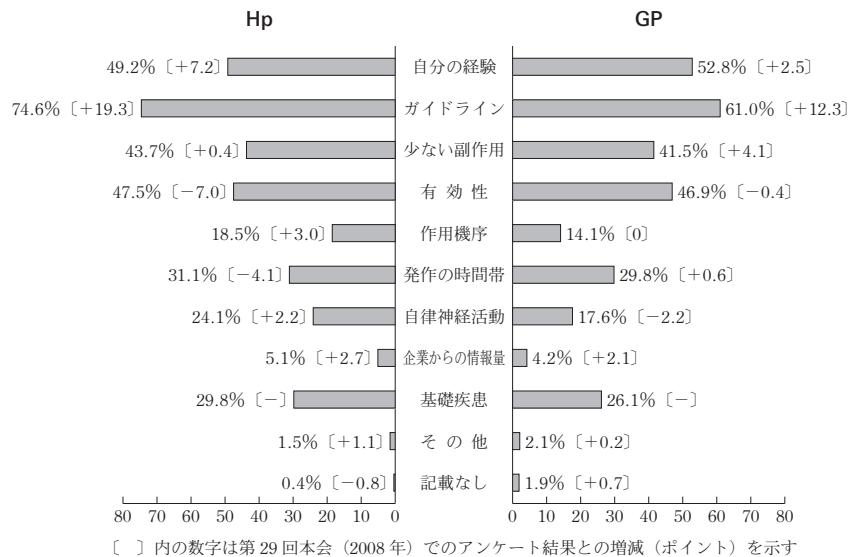
Hp : 房室ブロック…2件 / 272 ペースメーカー設定後

GP : 房室ブロック…2件 / 158 高度房室ブロック / 424 ペースメーカーの人 / 555 完全房室ブロック / 736 WPW

Q2-1 日常診療で、発作性心房細動の治療の際、薬剤（内服薬）をどのような基準または理由で選択されますか（複数回答可）。

- a. 自分の経験
- b. ガイドライン
- c. 少ない副作用
- d. 有効性
- e. 作用機序
- f. 発作の起こる時間帯（昼、夜）
- g. 自律神経活動を考慮に入れて処方
- h. 企業からの情報提供量
- i. 基礎疾患
- j. その他

Q2-1 発作性心房細動治療で薬剤（内服薬）を選択する基準または理由



*その他

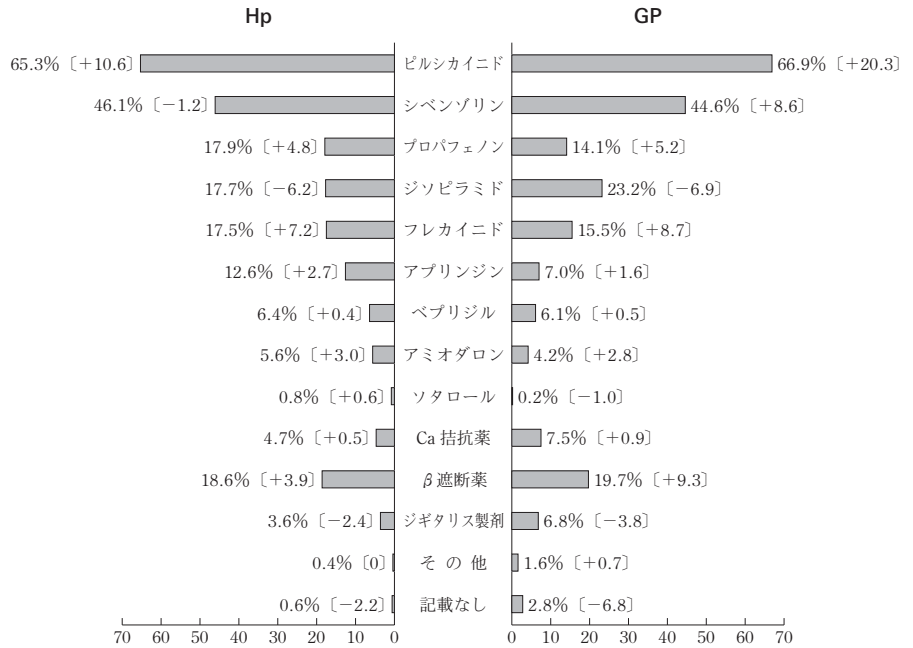
Hp : 152 代謝 / 216 使い慣れているもの / 605 不整脈グループに聞く / 845 心機能 / 862 肝か腎か / 922 指導医の助言

GP : 019 選択可能な薬剤より / 583 費用対効果 / 643 前医 / 656 安全性 / 757 症状

Q2-2 発作性心房細動の治療の際、再発予防のために選択される薬剤（内服薬）を下記の【治療薬剤】より選択し、それぞれ丸印をつけてください（複数回答可）。

〔再発予防のために最初に選択される薬剤〕

Q2-2 発作性心房細動の再発予防のために選択される薬剤（内服薬）
〔最初に選択される薬剤〕



〔 〕内の数字は第29回本会（2008年）でのアンケート結果との増減（ポイント）を示す

***その他**

Hp : 143 アミサリン

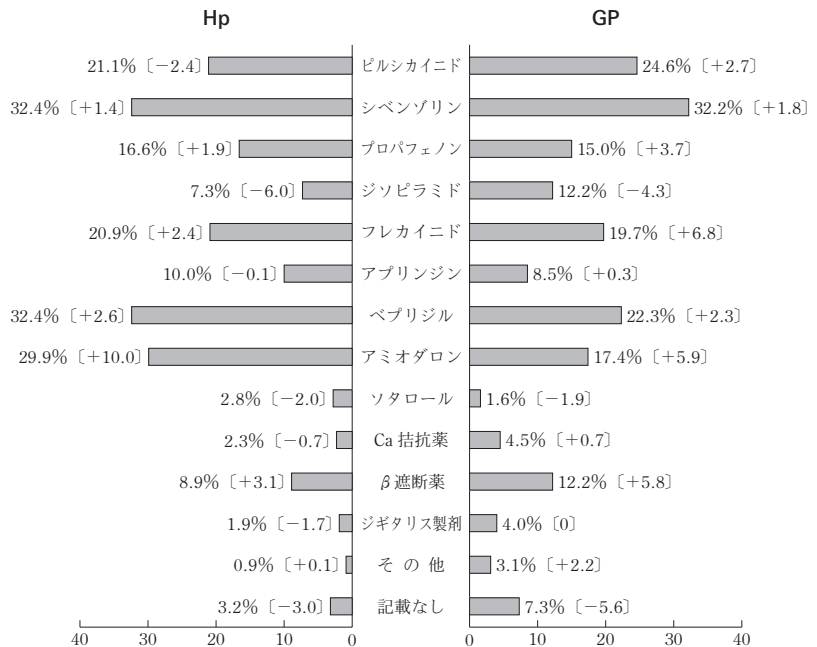
GP : 使用しない…2件 / 035 ピメノール / 300 専門医に一任する / 306 程度により病院へ紹介、その指示のもとに治療を行う / 577 原則なし基礎疾患による / 732 肝、腎機能をみるから

〔最初の薬剤が無効の場合に選択される薬剤〕

【治療薬剤】

- ピルシカイニド (サンリズム®)
- シベンゾリン (シベノール®)
- プロパフェノン (プロノン®)
- ジソピラミド (リスモダン®)
- フレカイニド (タンボコール®)
- アプリンジン (アスペノン®)
- ベプリジル (ベプリコール®)
- アミオダロン (アミオダロンTE, アンカロン®)
- ソタロール (ソタコール®)
- Ca拮抗薬
- β遮断薬
- ジギタリス製剤

〔最初の薬剤が無効の場合に選択される薬剤〕



〔 〕内の数字は第29回本会（2008年）でのアンケート結果との増減（ポイント）を示す

***その他**

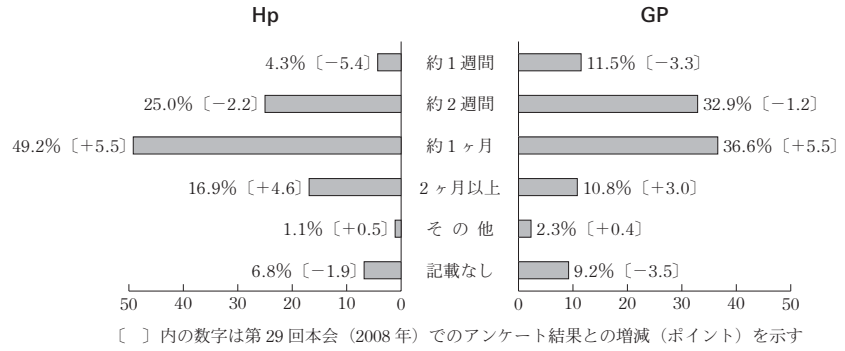
Hp : rate control…2件 / 143 アミサリン / 337 抗不安薬

GP : 専門医に紹介…5件 / 424 使用しない / 645 アミサリン / 646 紹介することもある

〔最初の薬剤が無効の場合に処方変更するまでの期間〕

- a. 約1週間
- b. 約2週間
- c. 約1ヶ月
- d. 2ヶ月以上
- e. その他

〔最初の薬剤が無効の場合に処方変更するまでの期間〕



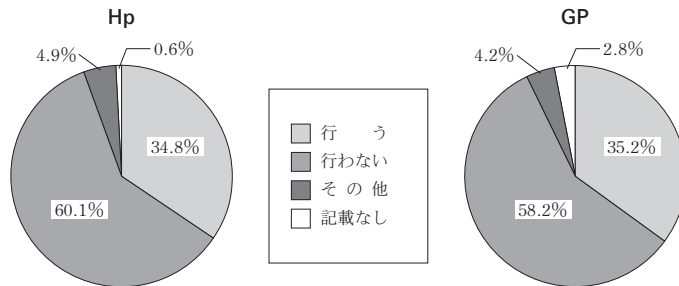
*その他

Hp : 202 症状に従う / 321 ケース, ケース / 327 個々 / 361 すぐ / 799 3ヶ月 /
 GP : 専門医に紹介...3件 / 症例による...2件 / 251 有症状持続すれば専門病院へ /
 424 使用しない / 577 不明 / 611 当日 / 691 無効が確認された時

Q2-3 抗不整脈薬の併用は行われますか。

- a. 行う
- b. 行わない
- c. その他

Q2-3 抗不整脈薬の併用を行うか



*その他

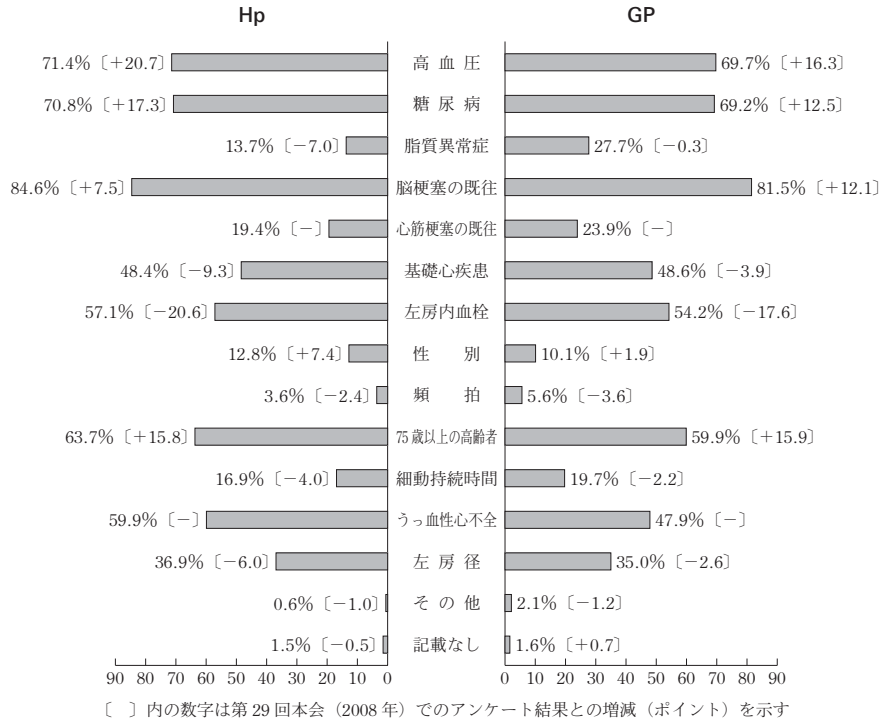
Hp : 場合による...4件 / 014 半々 / 152 行うことも行わないこともある / 216 β遮断薬 or ヘルベッサーとはあり / 272 自覚症状があれば / 286 ペプリコール+アスペノン / 321 ときどき / 342 可能な限り単剤 / 406 心 echo みて / 581 まれに / 622 基本的に行わないが、時に行う / 630 必要であれば行う / 685 場合による（しない方が多い） / 686 BとI群, Ca拮とI群 / 695 ほとんど使わない / 759 βブロッカーはほぼ全剤 / 774 主には行わない / 777 原則には行わないが、ペプリコール併用あり / 817 CCB, β遮断薬との併用はある / 845 β-blocker/Ca拮抗薬との併用は行う / 917 βブロッカー程度なら加える
 GP : β遮断薬との併用...3件 / 042 原則としては行わないが、腎機能, 肝機能に問題なく心機能が良好で単剤では予防効果が弱い時 / 172 場合による / 290 すでに前医にて投薬された人にはつづける / 300 専門医に一任する / 324 ごくまれに行う / 381 β-blocker やワソランは他の抗不整脈薬と併用する / 433 ケースバイケース / 510 一部の症例 / 573 抗凝固療法が充分効いた頃に併用する / 646 Ca拮抗薬 or β遮断薬と併用することあり / 657 専門医からの指示にて行う / 660 分からないので専門医に相談 / 737 たまに行う, アスピリン+ペプリコールなど / 796 ワソラン併用はあり得る / 840 β遮断薬の併用は, 血圧までで行うことあり

Q3 心房細動の外来治療についてお伺いいたします。

Q3-1 心房細動の外来治療で、脳塞栓症の危険因子として、何を重視されますか（複数選択可）。

- a. 高血圧
- b. 糖尿病
- c. 脂質異常症
- d. 脳梗塞の既往
- e. 心筋梗塞の既往
- f. 基礎心疾患
- g. 左房内血栓
- h. 性別
- i. 頻拍
- j. 75歳以上の高齢者
- k. 細動持続時間
- l. うっ血性心不全
- m. 左房径
- n. その他

Q3-1 心房細動の外来治療で、脳塞栓症の危険因子として重視する要素



*その他

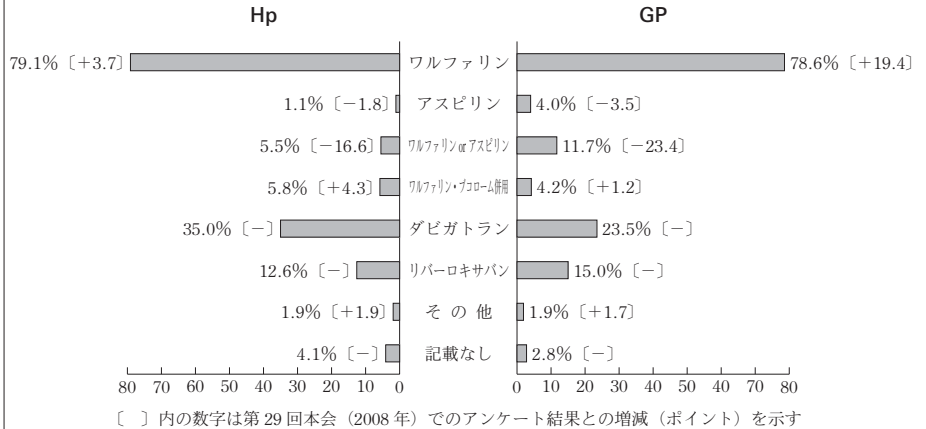
Hp : 805 CHAD₂ score が何点か

GP : 年齢…2件 / 074 腎機能低下 / 076 喫煙 / 086 CHADS₂, VASC / 377 心弁膜症の既往 / 453 重視することはない / 543 Dダイマー高値 / 580 f（基礎心疾患）の中に肥大型心筋症を含む / 688 左房容積 / 755 服薬コンプライアンス / 776 抗凝固療法の処方

Q3-2 心房細動の外来治療で、積極的に行っている抗血栓療法の内容をお教え下さい（複数選択可）。

- a. 原則的にワルファリンを使っている
- b. 原則的にアスピリンを使っている
- c. 高リスク例にワルファリンを、低リスク例にアスピリンを使っている
- d. ワルファリンにプロコウム（パラミジン®）を併用している
- e. ダビガトランを主に使用
- f. リバーロキサバンを主に使用
- g. その他

Q3-2 心房細動の外来治療で、積極的に行っている抗血栓療法の内容



*その他

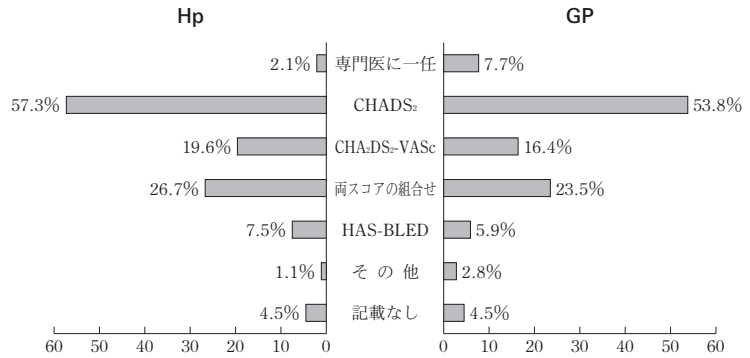
Hp : ワルファリン or ダビガトラン…3件 / 216 時にダビガトラン, リバーロキサバン / 362 患者希望により, ダビガトラン又はリバーロキサバン / 369 腎機能の悪い例にワルファリン使用 / 418 主にワルファリン / 522 パナルジン / 774 新抗凝固薬を症例によって使用 / 780 原則としてアスピリンは用いない / 899 腎機能

GP : 107 症例毎にワルファリン, NOAC の使い分け / 173 腎機能が良ければダビガトラン, リバーロキサパンを使用。悪ければワーファリン / 208 場合によってダビガトラン or リバーロキサパン / 300 専門医に一任している / 355 CHADS₂ 2 点以上ワーファリン / 487 患者さんに (ワーファリン) メリットとデメリットの説明をした上で, 本人の意思もくんで決定しています / 836 ワルファリンと共にダビガトラン, リバーロキサパン / 847 時にリバーロキサパンやダビガトランも使用

Q3-3 抗凝固療法を行う際の血栓塞栓症リスク判断についてお伺いいたします (複数選択可)。

- a. 専門医に一任
- b. CHADS₂ スコア使用
- c. CHA₂DS₂-VASc スコア使用
- d. CHADS₂ と CHA₂DS₂-VASc スコアの組合せ
- e. HAS-BLED スコア
- f. その他

Q3-3 抗凝固療法を行う際の血栓塞栓症リスク判断



*その他

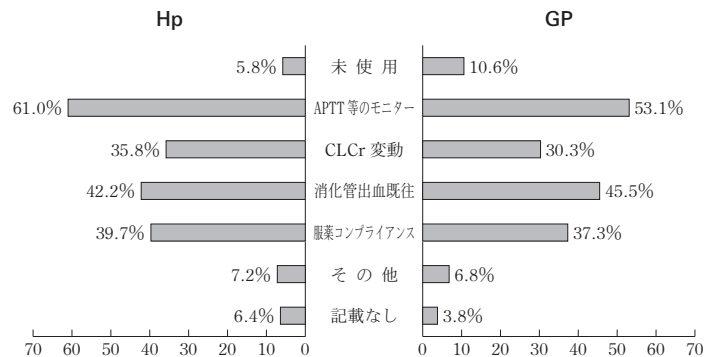
Hp : 622 CHADS₂ にあわせて経験的な要素をあわせて使用 / 839 信頼できるスコアがない

GP : 074 R₂CHADS₂ Index / 179 自身の経験 / 314 心房細動, 原則 60 歳以上は抗凝固をふやそうとしていく / 453 適当に / 583 A 県ではトロンボテストしか認可されない / 688 左房容積の減少 / 836 経験的に / 929 自主判断

Q3-4 新規抗凝固薬の使用にあたり注意しておられる点をお伺いいたします (複数選択可)。

- a. 新規抗凝固薬は未使用
- b. トロンボプラスチン時間 (APTT) 等のモニター
- c. 脱水による CLCr 変動
- d. 消化管出血既往
- e. 服薬コンプライアンス
- f. その他

Q3-4 新規抗凝固薬の使用にあたり注意している点



*その他

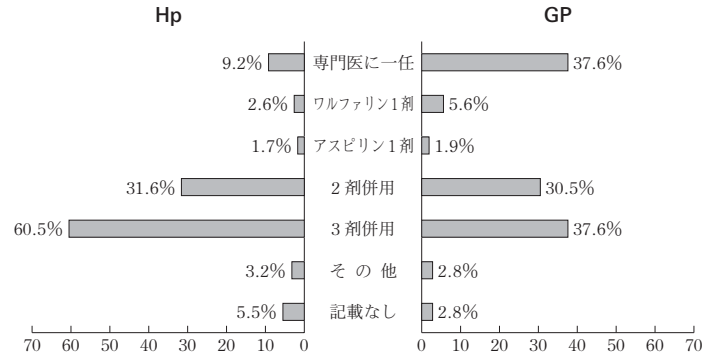
Hp : 腎機能...7 件 / PT-INR...3 件 / 034 自覚症 / 041 消化器症状 / 095 eGFR, CRNN は特に注意している / 113 PT-INR (内服前の) / 193 副作用 / 362 薬価 / 369 高齢者による CLCr 変動 / 421 年齢, 腎機能 / 427 IHD 発症例プラザキサ / 437 食事制限など / 481 薬価が高いので, 使用可能な人のみ / 570 適応から逸脱しないように / 622 高齢者・腎障害者には使わない / 653 併用薬剤 (リファンピシン・ネオール・イトラコナゾール etc) / 690 未知の副作用 / 722 年齢 / 749 導入の適・不適 / 774 PT も時にモニター / 777 リバーロキサパンでは PT-INR のモニター / 780 他の抗血小板剤の服用の有無 / 824 効果と副作用 / 834 適応 / 888 年齢, 女性, 腎機能

GP : 使用していない...3 件 / 腎機能と年齢...4 件 / 腎機能...4 件 / 119 出血 / 144 PT-INR モニター / 163 肝機能, 薬価 / 288 年齢と肝機能 / 297 適用の最少量でまず使用 / 349 CCr / 467 PT-INR / 546 クレアチニン, クリアランス, 体重, 年齢 / 583 費用対効果 / 639 PT, モニター / 691 ワーファリンが使用できないか, 使用しにくい時 / 737 出血の心配 (モニター不可で) / 776 なるだけ使いません / 825 副作用 / 863 弁膜症の有無

Q3-5 心房細動患者がPCIを受けた場合の抗血栓薬の組合せを教えてください（複数選択可）。

- a. 専門医に一任
- b. ワルファリン1剤
- c. アスピリン1剤
- d. 2剤併用（抗凝固療法＋クロピドグレル）
- e. 3剤併用（抗凝固療法＋クロピドグレル＋アスピリン）
- f. その他

Q3-5 心房細動患者がPCIを受けた場合の抗血栓薬の組合せ



***その他**

Hp : アスピリン＋抗凝固薬…7件 / 118 年齢, risk を考えて / 137 急性期は3剤併用（弱めのワーファリン）, 慢性期はアスピリン＋抗凝固療法 / 202 できるかぎり早期に2剤（抗凝固＋アスピリン）へ変更 / 337 DES 留置の場合クロピドグレルは継続, BMS の場合は4～12週経過で中止 / 419 ケースバイケース / 482 初期には3剤（抗凝固療法＋クロピドグレル＋アスピリン） / 554 3剤→2剤へ変更（DES 1ヵ月・BMS 210～1ヵ月で） / 570 初期はe（3剤併用）あとはワーファリンとアスピリン / 622 抗凝固＋抗血小板クロピドグレル / 685 ESC ガイドラインに従う, 3剤→2剤→1剤 / 761 BMS と DES などに変更もあり / 855 早めに, アスピリンと抗凝固の2剤にする

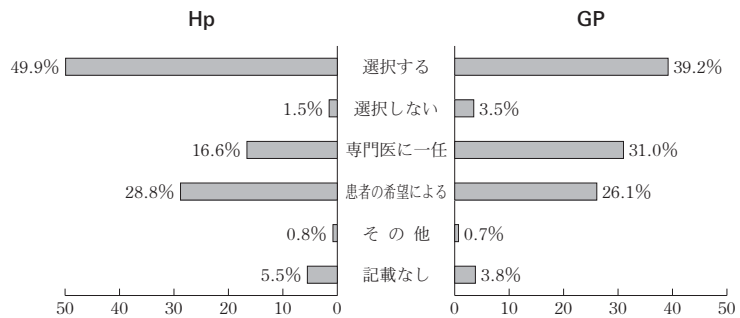
GP : 020 PCI の何? / 086 クロピドグレル＋アスピリン / 364 抗凝固＋アスピリン / 510 抗凝固療法＋アスピリンの場合もあり得る / 520 ワルファリン＋アスピリン / 536 3剤併用の場合新規抗凝固薬は使わずワーファリンを低めのPT-INR (1.6-2.6・2.0-2.6) にて使用 / 543 ステント / 611 いわれるままに / 614 処置をする病院の指示に従う / 732 PCI からの時期による / 737 病院担当医に任す

Q4 発作性心房細動治療のカテーテルアブレーションについてお伺いいたします。

Q4-1 薬物治療抵抗性の有症候性の発作性心房細動にカテーテルアブレーションを選択されますか。

- a. 選択する
- b. 選択しない
- c. 専門医に一任
- d. 患者の希望による
- e. その他

Q4-1 薬物治療抵抗性の有症候性の発作性心房細動にカテーテルアブレーション（CA）を選択するか



***その他**

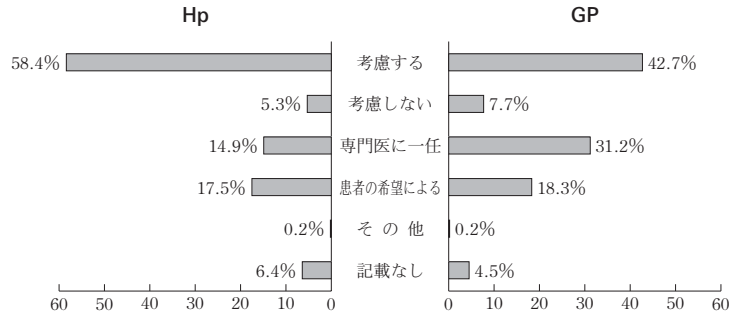
Hp : 362 適応を決めて, 実施施設に紹介 / 385 年齢に応じて

GP : 580 頻回の場合はアブレーションもありうる / 890 65歳以下

Q4-2 発作性心房細動患者に対してカテーテルアブレーションを選択する際年齢を考慮されますか。

- a. 考慮する
- b. 考慮しない
- c. 専門医に一任
- d. 患者の希望による
- e. その他

Q4-2 発作性心房細動患者に対してCAを選択する際年齢を考慮するか



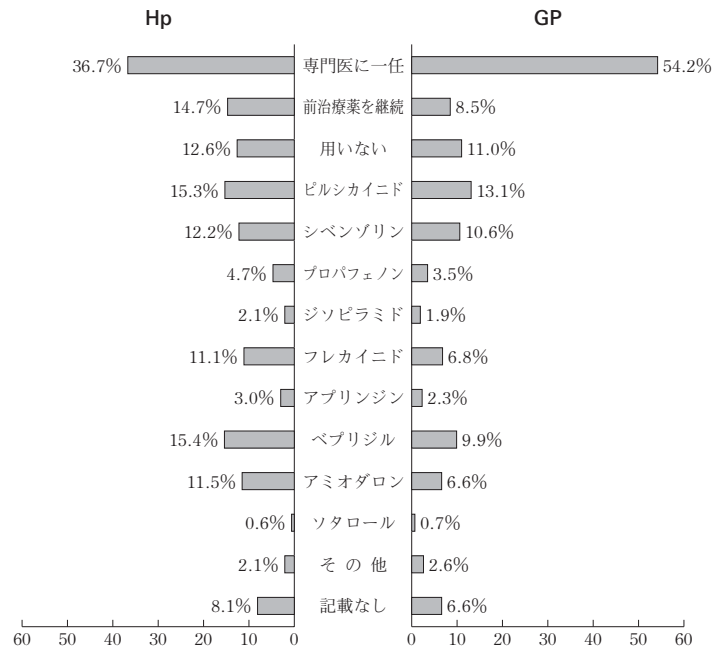
*その他

Hp : 893 75 歳位を目安

Q4-3 発作性心房細動のカテーテルアブレーション後の抗不整脈薬として用いられることの多い薬剤をお教え下さい（複数選択可）。

- a. 専門医に一任
- b. アブレーション前の治療薬を継続
- c. 抗不整脈薬は用いない
- d. ピルシカイニド (サンリズム®)
- e. シベンゾリン (シベノール®)
- f. プロパフェノン (プロノン®)
- g. ジソピラミド (リスモダン®)
- h. フレカイニド (タンボコール®)
- i. アプリンジン (アスペノン®)
- j. ベプリジル (ベプリコール®)
- k. アミオダロン (アミオダロン TE, アンカロン®)
- l. ソタロール (ソタコール®)
- m. その他

Q4-3 CA後の抗不整脈薬として用いることの多い薬剤



*その他

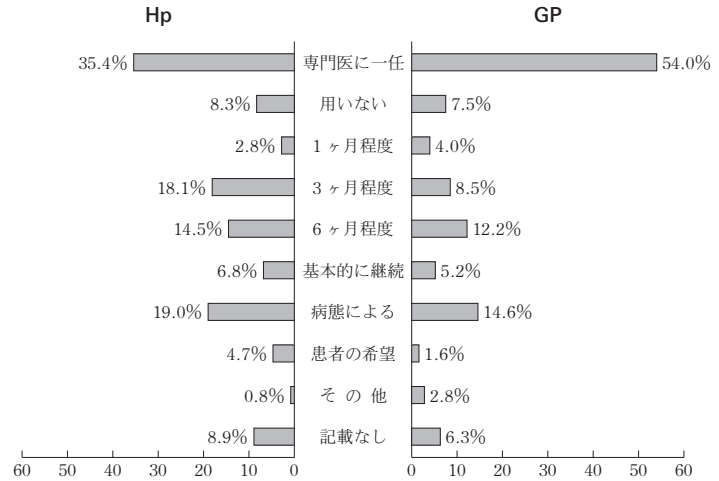
Hp : β遮断薬…6件 / 202 状況による / 394 メインテート / 406 当院でアブレーション施行していないので回答が難しいです / 774 中止もあるし、継続もある / 845 一定期間アミオダロン

GP : β遮断薬…2件 / 未経験…3件 / 313 βブロッカー, Ca拮抗剤 / 611 前医(専門医)に一任 / 614 ホルター ECGの結果による / 656 アブレーション施行医の判断 / 691 当院ではしないので、アブレーション施設病院の処方継続

Q4-4 発作性心房細動のカテーテルアブレーション後の抗不整脈薬治療の中止基準を教えてください（複数選択可）。

- a. 専門医に一任
- b. 抗不整脈薬は用いない
- c. 1ヶ月程度
- d. 3ヶ月程度
- e. 6ヶ月程度
- f. 基本的に継続
- g. 病態による
- h. 患者の希望
- i. その他

Q4-4 CA後の抗不整脈薬治療の中止基準



*その他

Hp : 113 約1年 / 193 発作の有無 / 482 3～6ヶ月 / 514 左房径の reverse remodeling

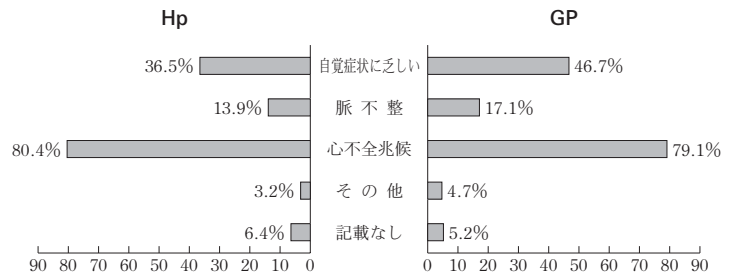
GP : 1年…4件 / アブレーション施行医に一任…2件 / 未経験…2件

Q5 超高齢者（85歳以上）の心房細動治療についてお伺いいたします。

Q5-1 超高齢者の心房細動の診断で注意している点をお教え下さい（複数選択可）。

- a. 自覚症状に乏しい
- b. 脈不整
- c. 心不全兆候
- d. その他

Q5-1 超高齢者の心房細動の診断で注意している点



*その他

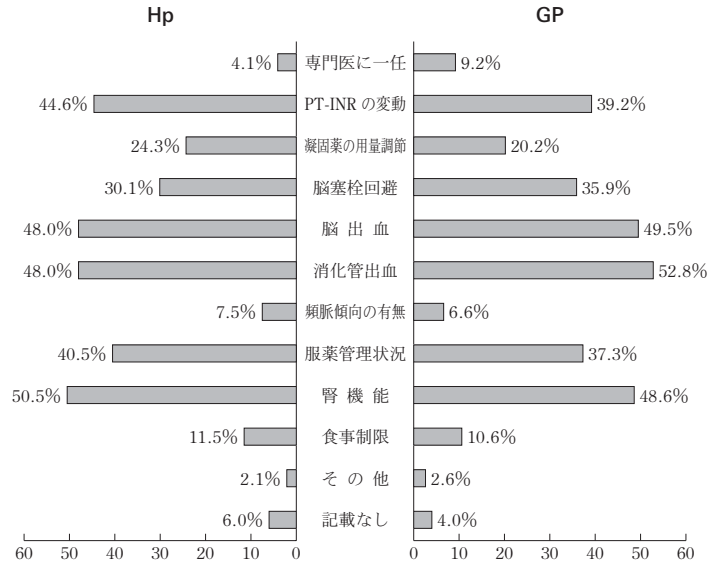
Hp : 034 脳虚血発作 / 045 転倒, 認知症 / 047 認知症 / 118 基本的に rate control / 152 腎不全合併例多い, 抗凝固薬投与困難 / 159 脳血栓 / 181 失神 / 272 徐脈, 脳梗塞の予防 / 321 脳梗塞の有無 / 363 服薬アドヒアランス, 合併症 / 449 洞機能不全等の合併等 / 592 基礎疾患 / 614 合併疾患（悪性腫瘍の有無） / 678 SSS（徐脈頻脈タイプ）の潜在 / 711 血中濃度上昇 / 722 特になし / 733 弁膜症の有無（RF以外の） / 780 血栓塞栓症のリスク / 880 徐脈 / 925 肝機能低下 / 939 徐脈に注意している

GP : なし…2件 / 脳梗塞…2件 / 徐脈…2件 / 042 ホルター心電図検査を行い深夜のロングポーズ（3秒以上）の有無チェック / 110 認知症の進行 / 158 脱水傾向 / 312 85歳以下と変わりありませんが薬剤の投与量を減らします / 543 合併症 / 583 出血, 転倒 / 639 塞栓症 / 913 脳卒中

Q5-2 超高齢者の心房細動患者に対する抗凝固薬療法で注意している点をお教え下さい（複数選択可）。

- a. 専門医に一任
- b. PT-INR の変動が大きい
- c. 新規抗凝固薬の用量調節
- d. 脳塞栓回避
- e. 脳出血
- f. 消化管出血
- g. 頻脈傾向の有無
- h. 家族を交えた服薬管理状況
- i. 腎機能
- j. 食事制限
- k. その他

Q5-2 超高齢者の心房細動患者に対する抗凝固薬療法で注意している点



***その他**

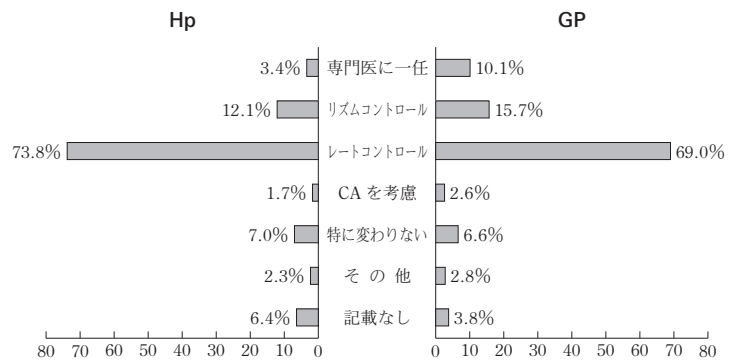
Hp : 014 食事が不安定, なんらかの病気の合併 / 034 持病 / 047 一人住まいかどうか / 146 薬の相互作用 / 448 ADL, 認知障害の程度 (服薬コンプライアンス) と家族の希望 / 621 脱水の有無, 心不全の有無 / 622 PT-INR の検査値を低くしている / 678 併用薬 (消炎鎮痛薬など) の注意 / 733 外傷→出血止まらず, 血腫つくるケース多い / 780 転倒などに注意している / 852 過激な摂食量減少 / 893 水分摂取量, 脱水の有無

GP : 認知症の有無…2件 / なし…2件 / 出血傾向の有無…2件 / 221 けが / 296 転倒リスク / 298 病気まで投薬での risk がはっきりしない / 403 副作用 / 485 整形外科等, 他科受診, 服薬状況

Q5-3 超高齢者の発作性心房細動の治療についてお教え下さい（複数選択可）。

- a. 専門医に一任
- b. リズムコントロールを第一選択
- c. レートコントロールを第一選択
- d. カテーテルアブレーションを考慮
- e. 特に変わらない
- f. その他

Q5-3 超高齢者の発作性心房細動の治療について



***その他**

Hp : 013 血栓塞栓予防 / 146 抗凝固療法のコントロール / 272 脳梗塞予防 (患者, 家族と薬相談) / 362 患者と家族の希望も聞く / 399 抗凝固療法 / 554 抗凝固剤での出血に注意する / 613 全身状態による / 788 用量を減らす / 805 患者の状況により

GP : 抗血栓療法…2件 / 074 家人と相談 / 110 発作時用の頓服薬をもたせる。可能であればワーファリン開始する / 144 抗凝固療法 / 507 リズムコントロールが可能なら極力リズムコントロールで治療 / 546 抗凝固薬をできれば使用 / 646 PT-INR は 1.5 ~ 2.0 と低めにコントロール / 794 脳梗塞, 発症予防 / 811 高齢者はサイナスの維持は大切

Q5-4 超高齢者の発作性心房細動に使用されることの多い薬物をお教え下さい（複数選択可）。

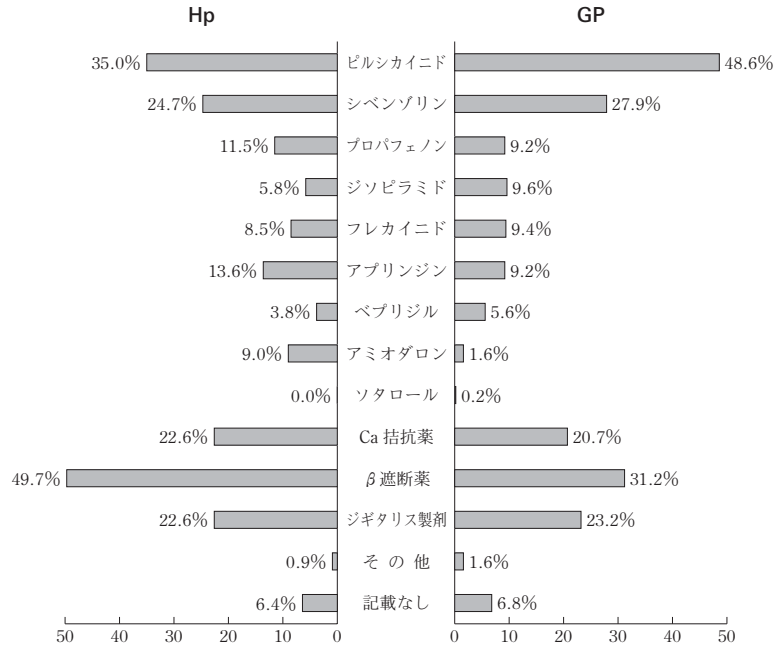
- a. ピルシカイニド (サンリズム®)
- b. シベンゾリン (シベノール®)
- c. プロパフェノン (プロノン®)
- d. ジソピラミド (リスモダン®)
- e. フレカイニド (タンボコール®)
- f. アプリンジン (アスペノン®)
- g. ベプリジル (ベプリコール®)
- h. アミオダロン (アミオダロン TE, アンカロン®)
- i. ソタロール (ソタコール®)
- j. Ca拮抗薬
- k. β遮断薬
- l. ジギタリス製剤
- m. その他

Q6 実地医家の先生にお伺い致します。

Q6-1 専門施設（部門）に心房細動のカテーテルアブレーション患者を紹介する際に、現在知っておきたい情報をお教え下さい（複数選択可）。

- a. 特に困っていない
- b. 適した患者基準
- c. 治療の具体的な流れ
- d. 治療費や入院期間
- e. 直接電話対応可能な専門医情報
- f. 合併症の頻度
- g. 成功率
- h. その他

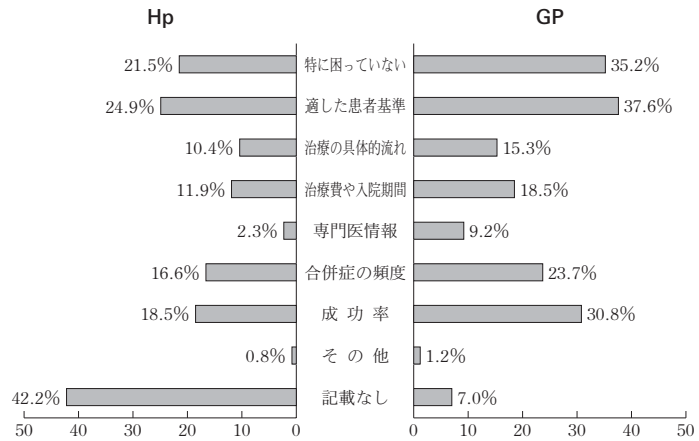
Q5-4 超高齢者の発作性心房細動に使用することの多い薬物



***その他**

Hp : 腎機能により…2件 / 218 背景による / 399 使用しない / 709 自覚なければ使用しない
GP : 専門医に一任…2件 / 110 ニトロペン / 386 使用しない / 442 利尿剤 / 776 凝固療法

Q6-1 専門施設に紹介する際に知っておきたい情報



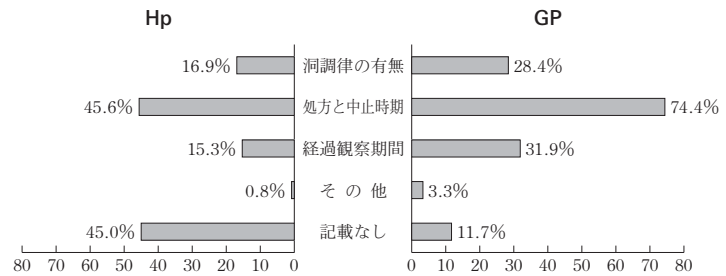
***その他**

Hp : 020 手技時間 / 272 アブレーション前に洞調律と心房細動のままどちらがやりやすいか? / 327 2ndセッションを含めた, successful rate / 886 自分の施設で実施している
GP : 173 待ち期間 / 316 カテーテルアブレーションの適応等を含め気軽に相談できる施設がほしい / 784 当院でカテーテルアブレーションを施設

Q6-2 搬送先の専門施設から、カテーテルアブレーション後に患者情報のフィードバックとして、望むことはどのようなことですか（複数選択可）。

- a. 治療後の洞調律の有無
- b. 退院後の処方と薬剤中止時期
- c. 経過観察期間
- d. その他

Q6-2 専門施設からフィードバックとして望むこと



***その他**

Hp : 043 次回検査予定（ホルターを行う時期など） / 362 アブレーションの具体的内容 / 368 再発時の対応 / 369 抗凝固薬の使用期間 / 493 患者は専門施設で加療を希望

GP : 特になし…4件 / 355 抗不整脈薬、抗凝固薬中止基準はどうしているのか / 562 アブレーション完成度 / 583 不要 / 603 再発時の対応 / 784 当院でカテーテルアブレーションを施設

Q7 先生が日常診療でみておられる心房細動の患者様の治療において特に苦労されたこと、印象に残る症例がありましたら、ご紹介下さい。（例えば、治療法の選択に悩まれた症例や転送するのが遅れて重篤になってしまった症例など、治療に苦労した症例や印象に残った症例がありましたら具体的にご記入下さい。）

Hp

【抗血栓療法をめぐる】

022 抗凝固療法をしていない発作性心房細動患者が、腎梗塞で入院し3日後巨大脳梗塞発症し脳ヘルニアで死亡したこと。

023 ダビガトランで下部消化管出血あり。拮抗薬がなく比較的多量の輸血を必要とした。

043 脳外科病院、循環器内科医です。脳塞栓を含む脳梗塞症例に発作性心房細動が何と多く潜んでいることか。年に数回、しかも短時間の心房細動の発生率は正確には知られていませんが、とてつもない割合だと予想されま

046 狭心症でPCI（特にstent留置例）症例にATが合併した場合、抗血小板療法（バイアスピリン）+新規抗凝固薬の併用にて下血があった症例を経験。

279 1. 28年前（研修医の頃）発作性心房細動の50歳台男性をワソラン・ジキタリスの静注で発作を停止させた直後に脳梗塞を発症（神経内科の入院患者であったが抗凝固療法は未施行）。

2. 15年程前、発作性心房細動の70歳台女性〔高血圧（-）糖尿病（-）UCGでMR（-）LA拡大

（-）〕に対して抗凝固療法を行わず経過観察中、脳梗塞を発症。

337 低リスク群でワーファリンを考えていた所ラクナ栓塞を発症した以後、積極的に一次予防を考える様になった。

395 心房細動に対してバイアスピリンのみでみていた患者さんを紹介され、左房内に血栓ができてしまっていた。ワーファリンに切りかえ、follow-upを慎重に行い血栓消失した。

409 ワーファリン内服中でも脳塞栓となるケース。

454 ダビガトランの消化管出血

482 急性期ヘパリン使用時、その後、他剤（経口）へ変更する場合に脳梗塞を発症してしまった症例が存在した事。

508 肝障害のAFの患者様で、ワーファリン使用困難ダビガトラン開始するも効き過ぎで、75 mg/2日間の使用にしても、PT（INR）：8、APTT：80と効き過ぎ。中止にしたところ、1ヵ月で脳梗塞を発症しました。現在は速良クリバーロキサバンでコントロール出来ています。

509 心房細動と肥大型心筋症の中老年女性さん。PT-INR至適範囲であったが、ある日「体にピンをさされたように動けなくなってしまうときが瞬間的にある」と

話され、まさかと思いつつ念のためMRIを行うも異常なし。頸動脈正常。INRも良好であったため帰宅させたが、2日後に脳塞栓をおこされ亡くなった例。回避困難とは思われるが長く診ていた方ゆえ残念であった症例。

530 抗凝固薬の適応，抗不整脈薬の選択。

591 ワーファリン導入で難渋した（なかなかコントロールがつかなかった）。

618 ダビガトラン投与有，貧血進行し便潜血陽性となり消化管精査の結果大腸ガンが発見され患者様に喜ばれた。

623 脳塞栓症例，心不全治療例。

719 整形外科で術前精査で心房細動と指摘され同日受診した。受診時検脈では正常で診察後心電図をみると洞調律に戻っていた。CHADSスコアは0点であったが，抗凝固療法の話をしたところ，抗凝固療法を希望しなかったため，ワーファリンやXa阻害薬を投与せず，1週間後受診とした。しかし受診3日後に心原性脳塞栓症を罹患して他院に入院となった。

768 無症状の若い心房細動患者でカテーテルアブレーションをすすめたいところ脳梗塞を発症した症例。

868 ワーファリンのコントロール。

885 PCIのDAPT+UAC(NewUACも含む)について。抗凝固療法中に脳梗塞を発症した場合の用量調節。

889 開業医さんから心不全心房細動の患者さんが紹介入院した。ずっとアスピリンのみを内服していた。入院当日の夜に脳塞栓を生じて，結局死亡した。はじめからワーファリンコントロールしておけばよかったなあと思った。

918 抗凝固療法の必要性が広く認知され，新薬も出ているが血栓塞栓症はまだ多い（脳塞栓）。

925 高齢者でリズムコントロールでずっとatなかったため抗凝固は使わずアスピリンのみでみていたら，at再発とともに脳塞栓をおこし片マヒとなった，やっぱりINR短か目でもいいからワーファリンをやっていたらと悔やまれた。また新規抗凝固剤の80歳以上の高齢者に対する日本人のエビデンスもふやしていく必要があると思った。

【治療選択（カテーテルアブレーションを含む）】

020 90歳AF患者。レートコントロールは至適状況と思われたがCHFコントロール難渋。アブレーションで洞調律回復後CHFコントロールつく。心機能はAF時エコーでも少なくとも心臓悪くない+Valve diseaseなし。

036 ABLで完治しないこともあり，再度調整等しています。

041 rate control強化後，洞調律に復して徐脈となる例。

045 発作性から慢性に固定した症例であればまだ検討，治療の方法を考えるが全く自覚なく洞整脈が固定した心房細動であると，除細動にもっていくか検査の治療で悩まされる事もある。

128 長期にわたる心房細動のためかどうか不明だが，心臓リモデリングが進行severeTRにて心不全controlが困難な症例→どうすべきか？薬物治療？手術？

207 心不全でレートコントロールできずに，房室結節のアブレーションを要した患者さん。

362 心原性脳梗塞，既往例のレートコントロール（特にADHが低い患者）。心不全の徹底管理。IC flutterを起こさない配慮。慢性AF心不全患者で低血圧を伴っている時のβ-Blocker導入。

402 心房細動のある方で左中大脳動脈閉塞を生じ，血栓溶解が出来ず脳梗塞を生じ外減圧により救命したが片マヒが残りADL自立不能となる例がありました。心房内血栓を早期に予防したいと思います。

416 I群抗不整脈薬過量投与（添付文書の最大用量はこえない）によりWide QRS頻拍を生じたりQT延長からTDPをきたすことがある。少量より使用してモニタリングする（ECG）ことが重要かと。

505 PAC shont run（時々at）で無症状の症例。薬剤抵抗性であるが無症状のためablationまで持って行くべきか判断を迷った症例。

523 抗不整脈薬の維持量の決定の判断に迷う事がある。

559 アブレーションで根治に至った例がある一方で，薬剤併用が必要なものもあり，なかなか難しい。

621 洞不全症候群を伴う発作性心房細動で，アブレーションを第1選択にするかペースメーカー治療を第1選択とするか，判断が困難であった。

622 低心機能の心房細動例（発作性）は特に注意している。心房細動を契機にすぐ心不全となるためAmiodaroneを第1選択とし，無効であればアブレーションを検討する事としていく。

774 持続性心房細動で心不全になった症例が，カテーテルアブレーション後洞調律維持で心不全改善のみならず，左心機能改善，BAP正常値となった。

【重症・コントロール不良例】

005 AMI急性期で心機能が悪い人がAfになって頻脈になったとき。

056 心房細動から心房粗動（頻脈性）へ変化する場合。

118 集中治療を要する重症感染症や大手術後のpafで誘因（脱水，感染，疼痛など）の除去が直ぐには困難な場合の，pafのコントロールには，苦勞が絶えません。

363 頻脈治療に伴うR-Rの延長（徐脈）

368 ジキタリスにタンポコールを併用でSSSを発症してしまった。

- 406 低心機能+腎不全。
- 443 服薬中止にての再発例
- 538 DCM・HCMなどの心筋症合併例。
- 554 高齢者でCKDあり、以前おそらくI群薬でVTが起きてしまったためCCB、 β -Blocker（ジギタリス）でcontrolせざるをえなかったPAF患者。rate controlがうまくいかず出来ればI群薬でrhythm controlしたかった。
- 658 PSVT→AF brady→高度A-V blockと2～3ヶ月の間に進み、恒久的ペースメーカー植込に至った症例。ずっとワソランを投与していたのが悪影響を与えたのか??
- 745 AF→内服→AFL→内服→AT→内服中止になった症例。
- 829 高齢で腎機能低下例に対する抗不整脈薬の選択、発作性で発作時に血圧低下に伴い症状も強い一例。
- 893 うっ血性心不全、慢性腎不全（cr 72.0で高カリウム血症になり易いケース）での頻拍症心房細動。
- 【アドヒアランス】**
- 009 高齢者の服薬アドヒアランス不良。
- 047 服薬コンプライアンスが悪い症例。
- 205 抗凝固を拒否する人。
- 404 ワーファリンの服薬コンプライアンスが不良の方。禁忌、拮抗食物を、実は継続的に食べていた方が、急に納豆をやめて、コントロールが困難となった（外来にていきなりPT-INRがOVERとなり問いただしたら納豆を急にやめたらしい）。
- 417 認知症で服薬コントロールに難渋した。
- 448 ワーファリン服用中の食事指導で、ほうれん草は通常量なら食べていいと伝えていたところ、ほうれん草を栽培している農家の実家から大量にほうれん草が届いて、毎日食べて（ダンボール数箱分）PT-INR低下+脳梗塞発症した。
- 560 抗凝固薬服薬不履行の患者さんのPTコントロール。
- 【高齢者】**
- 195 高齢者の患者さんでワーファリンを投与していたが、認知症となったため内服がおかしくなり、PT-INRが1.0になった。幸い出血の事故には至らなかったが。
- 516 高齢者で大動脈弁膜症を合併するPAf。PAfにより心不全症状が出現する患者。
- 769 心房細動性頻拍、心不全合併、高齢者の方で、SMA embolism（上腸管膜動脈塞栓症）となり、小腸広範切除をうけた症例。
- 819 年齢+消化器出血。
- 【インフォームドコンセント】**
- 047 健診、体力測定当日に発作性心房細動であり体力測定を中止することを納得してもらうことの説明に時間を

費やし、診療の流れに支障をきたすことがある。自覚症状のない場合に多い。自覚症状のない患者さんに心房細動、その危険性、抗凝固剤について説明するツールがあると大変助かります。

353 高齢化に伴い抗凝固出血合併症、出現頻度は多く本人以外の家族も服薬への理解が必要（薬剤師へお願いしたい）。

468 薬物治療抵抗性の有症候性の発作性心房細動の患者さんでアブレーション治療に本人が決断できなかった。

728 紹介前のインフォームドコンセントが厳しいと、アブレーションにならないことがある。

【適応】

032 アブレーションの適応

605 心機能低下例に対するAF治療アミオダロンの注射が使えるようになった時代にその効果に感心。

833 何歳まで抗血栓療法をするか？ 90歳以上でもするののか？

【その他】

014 ありすぎてわからない。

327 腎機能、CKDの理解がない、循環器DrがAED使用する際に医療事故おこること。

GP

【抗血栓療法をめぐって】

007 70歳男性。発作性心房細動で抗不整脈とダビガトランを処方し、2日後に吐血し死亡。

016 高齢者で脳梗塞でワーファリン治療開始、その後出血合併症（膜壁下出血）でワーファリン一時中止中に上脳に栓塞症発生。

074 ワーファリンが使用できなくて、プラザキサやイグザレルト使用中の電氣的除細動の可否。

101 ワルファリンからダビガトランへの変更時に軽い脳梗塞を発症したこと。

102 抗凝固療法時にコントロール良好の状態で脳梗塞を発症してしまったケース。

110 10年前に慢性心房細動の患者さんでワーファリンを中止した後（耳鼻科処置や針生検等のため）脳梗塞になってしまった方が3～4人いました。

133 ワーファリンの投与量の調整。

162 ワーファリン使用中に皮下出血が広範囲に出現、一時休薬したところ脳梗塞を発症した。

221 ワーファリン内服で、転倒→皮下出血 Hgb14→5 ワーファリン中止クロピドグレルで経過観察（82歳、女）

290 80代男アスピリンを使用していたところ膀胱から大出血し、緊急入院した。

316 CHADS₂スコア1点で脳梗塞をおこした方がいまし

た、幸い救急病院での対応が有効でマヒは小さいですが、今後1点でも抗凝固療法をするかどうか考える症例となりました。

332 最近では洞調律維持、洞調律に戻すことよりも、脳血栓塞栓症の予防のみに重点がおかれているように思われ、疑問に思っています。

343 ダビガトラン 220 mg 投与では APTT が 100 秒以上（腎機能は正常）で現在 75 mg で APTT はコントロール良好となったがはたしてこれで良いのか（効果が期待できるのか）。

473 心房細動による脳梗塞の既往のある 81 歳の女性にワーファリン療法から、プラザキサに変更したところ半年後に「橋」の脳梗塞を起こした事。

484 アスピリンとプラビックス併用（ワルファリンは使いたくない為）でみていた患者が、かなり重症な脳塞栓を起こした。プラザキサの使用をもっと強力にすすめておけばよかった。

490 ワーファリンは患者が認知症を起こした時こまる。

493 心房細動が出たり消えたりするので、ワーファリンを休むか否か決められなかった症例がありました。

536 心房細動と人工弁（機械弁）置換術後でワーファリン投与中の患者が認知症を発症し PT-INR コントロールが大きく狂ってしまった事がある。妻の協力で現在はかなり良好にコントロール可能になっている。

546 70 代の発作性の at の患者にまずリズムコントロールを試みたが、脳塞栓をおこし、ねたきりとなった。抗凝固剤をまず投与してから、治療すべきであったと反省している。

573 CLcr 値が禁忌ギリギリの超高齢者にダビガトランを減量投与していたが、既往があった大腸憩室から出血し休薬を予儀なくされた直後に心原性脳塞栓症を起こし死亡した。

598 ワーファリン使用剤で治療域に入る前に眼球結膜出血・血症等で使用不可の間はどう対処すべきか？

633 肺疾患で咯血があった（入院を要した）のでワーファリンを中止した。その後脳塞栓を発症。脳外来医と家族から何故ワーファリンを止めたのか問われた。

646 ワーファリンで PT-INR を control しているにもかかわらず、小さな脳梗塞をおこした。入院された日の PT-INR も良好であり、杖なしで歩行自動車の運転も可能で抗凝固療法を確認した case である。

656 INR 2.5 前後で、皮下出血出現 60 歳台女性。

745 PAF → SR に戻り sinus Rhythm 回復 1 年位たったところで、患者がワーファリンの中止を希望し、中止したところそれから来院がなくなり、その 1 年後、AF による脳塞栓血栓症で入院に至ったと聞き、残念に感じた。

771 発作発生の時期が不明の時には、抗凝固療法で時間がかかる。48 時間以内でも最初の抗不整脈薬でもどらなければ、抗凝固療法で時間がかかる。

796 甲状腺機能亢進症に合併する一過性心房細動に対し、自覚症状ありにて安心してワーファリンを使用していた。その後発作がなくなり、中止の希望で中止していたところ自覚症状なしで心房細動を発生し脳塞栓を起こしてしまった例。

836 60 歳男性。心原性脳梗塞にて軽いマヒ。脳外科より心内的コントロール依頼あり。→リズムコントロール成功し洞リズムに復したため予防薬のみでワーファリン中止したところ再度発作性心房細動となり、とたんに脳梗塞（塞栓）再発し視力障害を来した。以後ワーファリンと梗塞予防剤を併用。

871 PT-INR 2.5 でも CI 発症あり。86 歳女性。

910 心房細動の方にワーファリンに投与を行い PT-INR で治療領域（有効）にあっても脳梗塞をおこしたケースがある。

【治療選択（カテーテルアブレーションを含む）】

057 2 年以上の慢性持久性心房細動で左房径 5 cm 以上の例。ダビガトランと β -blocker で安定してきた患者が親類にすすめられ、他県でカテーテルアブレーションをしてきた事。（今のところは sinus 維持のようですが）

240 発作性、非発作性で焼灼法は異なり、CFAE, DF Roof line.mitral isthmus line 焼灼などまだコンセンサスは得られていない、その中で患者さんをどの程度のカテ後期間、follow していくか難しい。

289 カテーテルアブレーション後の再発や AT の出現、特に AT は薬剤抵抗性であることが多く苦労した。

313 ペースメーカーが入って AF になっている人はどの程度まで診ていてよいか心配。

324 アミオダロン中止後も洞調律 2 年持続。

333 心房細動の発症時期が不明で、長く経過した患者に（少なくとも 1 年以上前）ベプリコールを使用して洞調律に戻った人がいた。（試してみるものである）

539 アブレーションを 3 回やってやっと at が治ったケース。初期のころは近くで at のアブレーションができず、横浜まで行かなければならなかった etc…

588 32 歳未婚の女性にアブレーション

700 アブレーション 1 回でおさまらず、2 回目でやっと NSR にもどった一例。

733 薬物により心房細動が、心房粗動に変化すると（洞調律にもどす）薬物療法が困難でアブレーション（しかない）か。

794 心房細動の罹病が 10 年以上では、アブレーションの奏効率が悪いためアブレーションをことわられた。

830 専門医に紹介したところ、新規抗凝固薬の処方され

たが不適患者であった。

917 アブレーション治療例の退院後の処方と薬剤中止時期。これはきちんといつも併診してくれる（しばらく）。

【重症・コントロール不良例】

007 30歳男性 HCM に心房細動を合併し、難治性でアンカロン使用を迷っているうちに脳塞栓を発症。

042 長年心房細動があった患者さんが当院に初めて受診され、心エコー図検査で（経胸壁）左心耳内から左房に空出する巨大 mass（棍棒状エコー 2 cm × 8 cm サイズ）を認め、経食道エコーでも左心耳と左上肺静脈の隔壁に治った巨大な血栓を認めた。一部器質化しており抗凝固療法による融解はとて無理と思われ胸部外科で摘出術を行った。胸大型心筋症による慢性心不全状態を併発しており、凝固機能の継続がこの様な巨大血栓を形成したものの。

179 虚血性心疾患，弁膜症，腎障害の合併例。

300 医師になりたての頃，近くに循環器の専門医がおらず，85歳の女性患者の心房細動を自分で治療しようと思いましたが，しかし，あらゆる抗不整脈薬を用いても改善せず，心不全も発症したため。最後は区内の大学病院の循環器科に紹介しました。

306 高血圧，高脂血症，糖尿病等をもっている方が多いので中々治療は難しいと思う例がみられます。

389 Tr 合併例，Digoxin 1/2 量でも食事が少なくなつて over dose となったよう，HR おちすぎてしまうことがある。

511 脱水で腎代謝性の薬剤が過量になったこと。ジギタリス etc.

562 HCM は大変です。症状強く VT へ移行したりする。

564 発作性心房細動患者の発作治療が，頻回にわたる場合苦勞する。

688 アブレーション後の再発例，PAF 時のみ高度 brady になる症例（PM 植込み）。

732 SSS + PAF，PAF を機に CHF が悪化しそれに伴い腎機能が悪化し高 K 血症で発見された。高齢であり，PMI やアブレーションを拒否しつつけられていた。幸いにも，救命することができ PMI 後，抗不整脈薬を充分使用することができ，CHF も PAF もコントロールできた。

733 1. paf を薬物で洞調律にもどつても，やや徐脈傾向で上室性期外収縮が頻発している治療が難しい。

2. 潜在性心不全（心不全はコントロール，心拡大強い） paf の治療が難しい。

776 心房細動を機に心不全悪化した例がある。

802 初診時すでに心房細動でいつ起こったか分からず，内服薬でのリズムコントロールを試みたが，なかなか回復せず心不全症状が強くなり，他の病院へ入院すること

になった。

【アドヒアランス】

035 内服薬のアドヒアランスが自覚症状が乏しい為に悪く，心房細動が持続する時期が多くないリズムコントロールが困難となった。

248 PT-INR 安定しづらい，検査を受けたがらない。

583 症状に欠けると内服をデタラメにする。

【高齢者】

309 paf の 90 歳男性。MI の既往があり，収縮能は悪くないが paf 出現により急速に心不全状態に至る。シベノール 300 mg にて paf をほぼ安全に予防できている。

311 少し認知症となつてきて独身の高齢者で，抗凝固薬中止せざるを得なくなりその後半年で脳梗塞を起こして死亡した方が 2 名ある。

510 超高齢の発作心房細動に対する治療方針の決定。超高齢の心房細動患者に対する抗凝固療法（100 歳老人）。

696 高齢者の服薬管理。

【インフォームドコンセント】

163 本人の訴えから，カテーテルアブレーションの適応と思うのだが，なかなか本人が決心できない。

744 夜間のみ p-af が出現，ご本人には自覚症状がなく，治療が必要なことを納得してもらうのに難じゅうした case。

【適応】

315 少なくとも K 県では保険審査上，凝固系の検査を月数回行うことは原則禁止となつていて，ワーファリンコントロールに支障のあるケースがある。画一的な審査はいかがなものかと考えているが，非専門医の意見は認めてくれない。

374 専門施設により，アブレーションを行う基準が異なること。

492 紹介先によってアブレーションの適応が違う印象あり。その主たる理由は術者の経験数（成功率）によるところが大きいようです…。

494 リバーロキサバン使用中ですが，新薬の為 2 週間処方です。法律的に仕方のないことですが，他剤（高血圧治療薬）が 30 日投与のため患者さんの方から 30 日投与にして貰えないかと言われ困っています。

【診断】

144 徐脈型の心房細動発作で診断までに約 5 年かかった（ペースメーカー植え込みとなり症状消失）。

187 左房径 50 mm

288 タクシーを運転中に発作性心房細動が停止し，5～6 秒間の洞停止が生じ一瞬意識消失したタクシードライバーの例を経験した。状況を確認する重要性を痛感した。

501 HT，HL で加療中の 60 歳代男性。1 回のみ動悸が

あったと訴える。ECG 上は正常にて様子をみましょ
と云ったところ2週間後脳梗塞。

【その他】

074 心房細動発作停止のための薬の静注時の、心室性不
整脈が出現しないかの心配（電気ショックは準備してい
るが）。

181 サンリズム、シベノール etc には QRS 幅の延長
block。

288 会社の役員でストレスが強かかっていたときに

は、食事毎に心房細動が発生して苦しんでいたが、スト
レスが弱い職場へ移動したら、いつのまにか症状は消失
していた。

293 50 歳～生活保護、頻脈性心房細動＋気管支喘息。
経済、社会的問題で肉体労働かつ休めない為不完全に
なっている。

355 症例はあるが長くなるので。

458 アブレーションのカテーテル事故

467 若年性（30 歳～）の Af（リスク＋）

Q8 先生が心房細動の患者様の治療で注意していること（食事指導を含む）、工夫している事がありましたらご記入下さい。

Hp

【服薬・生活指導】

005 塩分制限

009 ワーファリン投与例での食事指導において、継続可
能はビタミン K 制限の指導。

032 内服の順序、食事指導

036 減塩など

043 禁煙

047 ワーファリンの作用を抑制する食品はよく知られて
いるが促進する食品（にんにく）については、認知度が
低い。

065 服薬のアドヒアランス、副作用、併用の抗血栓例、
食事制限、合併症。

116 服薬コンプライアンス、アドヒアランスは特に高齢
者で重要と考えております。

159 アルコールの減量

192 肥満があれば、減量指導など…。

195 自律神経系に対する助言（酒、ストレス等）、ワー
ファリンと手術時対応。

337 心房細動の病態リスク、内服の必要性をきちんと説
明する様にしている。

362 基本にある心不全を増悪させない（内服、運動、食
事、感染症など）。

369 飲酒は程々に。脱水にならないように、飲水励行、
ストレスを減らすこと。

382 ワルファリンの食事、併用薬指導

402 高血圧の予防、その後の減塩療法、抗凝固剤に服用
が大切ですがワーファリンに PT-INR の値が不安定な人
があり困ることがあります。

405 納豆等の食事の指導。

412 服薬指導

468 症状のある時に脈を自分でみてもらう。

482 ワーファリン治療であれば納豆、クロレラのみ禁と
して、他の Vitamin K 含有食は普通に摂ってもらって
いる。又、最近では年齢、体重、ccr を考慮しダビガトラン
やリバーロキサバンを第一選択している。

508 現在のところ原則ワーファリンで治療している場
合、納豆とクロレラは中止していただきますが、vit K
を多く含むからといって緑黄色野菜を中止するとかえっ
て健康が損われると思っています。したがって普段通り
緑黄色野菜を食べていただいた状態でワーファリンのコン
トロールをする様にしています。

523 脈を触れて確認する事を指導。

537 納豆以外は OK と。

560 総合的な降圧治療（減塩、降圧剤、内服、運動療法
指導）

591 特になし。強いて挙げるなら服薬コンプライアンス。

620 減塩指導、尿量尿がスムーズに出るか否か。

702 服薬コンプライアンス

839 脱水に気をつけること。

886 食事中の野菜の摂取量の調節（ワーファリン内服中
の患者へ）。

893 脱水にならないように。

924 脱水、アルコール過飲

946 内服アドヒアランスがいいかどうか、高齢者では薬
飲んだり飲まなかったり。

【治療選択】

205 ablation へもってゆく。

327 RFCA による治療は IC flutter を認める症例に対す
る Hybrid Therapy までにとどめ、表に出ない致死的な

合併症をよくしってるから、PV Isolation (BOX) 後の RFCA はすすめないこと。

363 HR のコントロール

368 左房径が拡大していない症例ではできるだけ、速やかに洞調律へ復す様、内服薬をコントロールしている。

395 rate control と凝固薬 control。INR 1.5 くらい。

448 抗凝固療法の適応と終了する時期。

505 リズムコントロールは深おしいない。高リスクは抗凝固をやる。

554 rhythm control と rate control どちらも予後に差はないと思うが、まず可能なら rhythm control をためしめて、洞調律にならない様なら比較的すぐ rate control に challenge します。

622 心房細動といっても、様々な原因があるための個々の症例の原疾患を十分に推測してその治療をまずしっかりと行うようにしている。

658 1. HT, DM, HL のコントロール

2. ワーファリンを主とした抗凝固療法

678 PT-INR の突然の延長があるため原則 1 ヶ月 follow up で診ている。

684 PT-INR の変動に対する内服 (ワーファリン) の微調整。

714 高血圧や糖尿病などのコントロールもしっかり行う。

774 paf であれば、積極的にカテーテルアブレーションをすすめます。

829 特段ないが、抗凝固薬や抗不整脈薬の選択には注意している。

841 1/4 T までワーファリンを調節する。

879 基本リズムコントロールだが、高齢者では無理な治療はしない。βブロッカーまでで抗不整脈剤は使用したくない。

889 CHADS₂ スコアの値に関係なく、心房細動の人には積極的に抗凝固剤を始めている。

925 出血リスクは注意しながら、なるだけ新規抗凝固薬を導入していくように心がけている。リバーロキサバンやアピキサバンが、長期処方できるようになればよりふえるだろう。

【管理指標】

023 出血傾向 (あざなど) の早期発見。

056 PT-INR 2 ± 0.3 程度にコントロールすること。

212 CHADS₂ スコア

362 レートコントロール患者では定期的に UCG を行い LA 径のフォローと d-dimer 測定による血栓リスクの評価。

454 左房 size を LAD だけでは正しく評価出来ないのので、3 日で評価し CHADS₂ score に加味して抗凝固の要否を判断している。

516 無症候の患者で CHADS 0-1 点患者が退院して病院にこれるようにすること。

559 AF に捉われすぎず、高血圧など誘因を必ずチェックする。

618 ワーファリンにおいては PT-INR, NOAC においては ccr, 腎機能。

621 PT-INR の必要性を患者さんに理解をして頂き安定する間は少なくとも 2 週間毎の通院を受診時の PT-INR 測定に協力して頂くこと。

769 Embolism などの risk 評価。

【早期の診断・コントロール】

147 心不全の予防

407 血圧の管理

440 ワルファリン, ダビガトラン等の投与による出血。

443 血圧, 糖尿, 等, 全身管理

658 心不全の予防のため, レートコントロール

【その他】

045 通常心房細動治療に準じている。

409 年齢と腎機能の老化。

418 症状の改善第一。

623 病状説明をしっかりとすること。

GP

【服薬・生活指導】

057 服薬コンプライアンスの内服。

074 ワーファリン服用時の緑色野菜の一定量摂取。

075 納豆や緑黄色野菜の摂取の仕方で患者様に理解できるように対応している。

076 脱水に注意している。

144 薬剤コンプライアンスをいかにして保つか。

162 ワーファリン服用者には①海草サラダ②青汁③納豆は食べるな。その他みそ汁のワカメ, 野菜など何を食べても良いと指導している。(厳しい食事指導では患者が続かない)

179 患者自身で脈をみること。

181 抗凝固導入に対する家族, 本人への手厚い説明 (とくに高齢者)。

187 禁酒

247 発作, 動悸時の時間, 行動, 脈拍数をメモしてもらっています。

289 アドヒアランスの問題

293 血圧管理, 睡眠しっかり。

295 服薬時間の不定

300 ワーファリン服用者には納豆を食べないように注意しています。

311 高齢者にはなるべく家族に説明する機会を持ち, 飲

み忘れなどないように、協力してもらおう。新規薬よりワーファリンの方が効き具合がチェックできてよいと思うことも多い。

324 服薬がきちんとできているか。

343 家族を含めた服薬指導と食事指導を何回かくりかえしています。本人のみでは、開始しません。(家族とともにDVDを見てもらってから説明します。)

411 水分摂取をしっかりと、基礎疾患の治療徹底。

450 ワーファリン服用者の食事指導。

458 塩分管理, 水分管理

467 避けるべき食事を指導。

490 ワーファリン時の食事指導。

496 睡眠不足や食事(高血圧に対しての塩分制限/コレステロールの含まれる食事等の知識)コントロール, 心負担をかけない様に(重い荷物を持たない等)指導している事。

507 減塩くらいです。

568 食事制限, 服薬状況

569 食事制限

573 1. 病態の説明をし繰り返す(何度でも同じパンフレットを渡すことがあるし、独自の資料を作成している)。

2. 必ず家族への説明をしておく。

583 クスリのメモを常に持たせる。

588 くよくよしない。

657 ストレス回避, 生活の規律性

688 塩分制限の重要性

700 水分摂取をすすめる。

732 抗凝固療法では、春先の山菜や緑野菜は思い浮かびます。しかしこの地方では「大根菜のよごし」と呼ばれる郷土料理があり、冬の間の大根の間引き時期に食され、9月頃にPT-INRが、低下する例が多いことを体験した。郷土料理など地方の特色に注意を払う必要があると痛感した。

736 青汁, 納豆 etc をビジュアルを使って説明。

744 生活リズムの適正化, 水分摂取, ストレス管理。

830 服薬の確認

836 特に高齢者で感冒→抗生剤併用時の注意

910 時々余っている薬剤を持参してもらい、定期的に内服しているか否かをチェックする。

940 脱水をさける, ワーファリンと相互作用。

【治療選択】

042 すでにワーファリンで安定している患者さんの中に単純に「納豆が食べたい」「緑物を気にしないでいたい」との気持ちで新しい抗凝固薬に変えて欲しいとの申し出を受けることが有るが、その患者さんの腎機能をしっかり考慮して、又新しい薬はそれだけ未知の部分も有る

ので安易な変更はしない様に心がけている。

081 無症状の場合には、早期に抗凝固導入。

110 薬価の安いワーファリンを選んでいきます。

221 新規抗凝固剤はまだ使える程の臨床経験がない、ccrの低下する高齢者にはまだ使えるレベルではない。

290 頻脈発作のある人には屯用で、ワソランかβブロッカーを使う。強力な、リズムコントロールはしない。

315 地域特異性と思うが、海藻類(ワカメ, ヒジキ), 緑色野菜によりビタミンK過剰摂取となりワーファリンコントロール不良が起こることがあり、投薬の際難渋している。

345 病状を家族と一緒に十分、分り易く説明する。

479 抗凝固療法の選択について。

537 調剤薬局の対応能力次第だが、5mg錠・1mg錠・0.5mg錠の0.5mg錠を用いる等にて基本0.25mg刻みでコントロールしている。更に1日交互服用で0.125mg刻みの場合もある(特に用量が1mg/日以下のpatientの場合)。1mg錠しかない薬局の際は0.5mg錠刻みで2日おき3日おきで日付を指導して投与、袋に残りが出る散剤化はほとんど行っていないが、細かい対応ができない薬局の場合はそのようにする等、処方パターンをいろいろ考えている。

546 脳塞栓等をおこさないことが大切。本人および家族の意見を聞き、抗凝固剤をできるだけのませるようにする。

646 pafについてはアブレーションをすすめている(年齢を考慮するが)。

796 まず症状をとること(動悸, 心不全 etc)。同時にワーファリンを開始し血栓予防の重要性を説明。

917 最近はダビガトラン110mg×2回/日を高齢者に使用することが多くなった。

【管理指標】

042 CHADS₂スコアにのっとり抗凝固療法の適応をしっかりと判断する。

110 いわゆるレートコントロールに最大限注意していません。(RACE II studyの結果は併用していません。)

133 INRの定期検査, 出血傾向の出現の確認。

313 INRの値, 心拍数, 電解質, クレアチニン

564 発作時のHRが120にするよう、ふだんよりRate Controlしておくこと。

580 毎回心電図, 定期的な心エコー, 毎回PT-INRのチェック。

771 Pafで普段診療時にはsinusで自覚症状もないが、ホルターでPafあることあり、症例によってはホルター検査が必要。

776 ワーファリンの使用量コントロールのためTTを測

定。

【早期の診断・コントロール】

035 心房細動より心原脳塞栓症の発生の危険性をよく理解してもらう。

101 頻脈傾向になると、心不全が多いので注意する。

163 自覚症状（特に息切れや食欲不振）心不全、薬の副作用が、でないかをいつも注意しています。

299 心不全徴候の有無

314 心不全に陥りやすいこと（特に高齢者）。

317 消化管出血を特に注意している。貧血の有無、便潜血、消化管内視鏡を、適宜行っている。

501 徐脈由来と思われる症状の有無（ふらつき、失神など）。

511 SAS の早期発見、体重の減量。

646 抗凝固薬による脳塞栓の回避。

665 脳梗塞、血圧

733 paf は原則洞調律にもどす薬物治療時、ダビガトラン併用している。以前は速効性のクスリなく脳血栓に不安を感じるから治療していたが、現在（アスピリンとク

ロピドクレル併用している）比較的安心して治療できる。5日間の指示で洞調律に復帰していることが多い。

802 ワーファリンを服用中の患者に対し、院内でもモニタリングできる器械を導入した。

814 心不全の早期発見（体重、浮腫の観察）

905 心不全に注意。

【その他】

485 高齢者は腰、膝痛などで整形外科受診が多く NSAID 剤が知らないうちに服薬している事が多く消化管出血の危険が多い。

493 ワーファリンで PT-INR 1.6～2.6 にコントロールしていたところ、植木を自分で切っていた脚立から落下して硬膜下血腫になり病院入院中、プラザキサを内服変更して患者がかえって来た。ワーファリンのままかえって来て欲しかった。

510 アブレーションの適応のある患者さんには、そういう治療法があることは伝える。

703 高齢者の AT ではプラザキサの使用条件に合う例が少なく、だいたいワーファリンになってしまう。

Q9 テーマに沿った質問等がありましたらご記入下さい。（お答え頂きたい先生がおられましたらご記入下さい。）

Hp

【抗血栓療法について】

011 PCI の主流が DES の使用のため、抗凝固療法が必要な患者の抗血小板療法に関しての指針があると助かります。

043 新規抗凝固薬はとても高価です。若い症例に長期間服用させることを考えると、今後カテーテルアブレーションはもっと行われてもよいと考えるようになりました。新規抗凝固薬はアブレーションを後押しすると思います。

205 ablation 時代における、位置付けについて教えてください。

448 抗凝固療法は一生飲むのか、それとも 80～90 歳を過ぎたら終了することも、検討していいのか？

482 1. 新しい抗凝固剤の使い分け

2. ワーファリン導入プロトコールについて

658 ワーファリン→新規抗凝固薬への切り替えについての症例提示を希望します。

829 PCI（DES stenting）後の抗血小板薬と抗凝固薬の

選択 DAPT を行うべきか、抗凝固薬は何を選ぶか。

925 新規抗凝固薬のメリット、デメリット、使いわけなどについて教えてほしい。

【治療選択について】

327 本当に AF 程度に RFCA が必要か…。AF 以外の不整脈に対し、しっかり RFCA 治療すれば良いのではないか。新しいデバイスの事故（ホットバルーンなど）をなぜ clear に教えないのか…。

362 心房細動のメカニズム（電気生理学的）と抗凝固薬のメカニズム（生理学的基礎から臨床薬理学 / kinetic, dynamic）に関して、一冊で良くまとめられた本。

402 塞栓を起こしやすい、心房細動と塞栓を生じない心房細動（あるか否か不明ですが）の見分け方はありますか？

407 高齢者の心房細動、心房細動による心不全発症し、心不全治療後落ちている場合の除細動はした方がいいですか？

719 当院での医局会で、ワーファリン・抗血小板薬服用患者の内視鏡検査を行った際に生検を行うかどうかで大激論となった（ガイドラインでは生検の出血リスクは大きくないことから服用下で生検可能という風に理解して

いる)。しかし、内視鏡を行う医師は出血のリスクをたてに、中止しないと生検を行わないと主張して、私の考えとの溝はうまらなかった（循環器医は病院で私一人で医師の中で一番若い。一方、内視鏡を担当するのは院長と副院長）。⇒なんとか、消化器科医に抗凝固薬を中止した場合のリスクを理解してもらい、その上でガイドラインに従って治療してもらえるようにする為にどうしたいか教えて下さい。

769 1. 慢性 AF と PAF での薬剤選択。

2. Ablation など今後増加することが予測されていて、従来と Asia (Pacific 含む) の治療比較（薬剤選択も含む）、および合併症比較など分かれば教えて下さい。

829 高齢者での rhythm control は何を用いるべきか。（基本的には rate control が better と考えるが…。）

839 アブレーションをすすめるべきでしょうか？

【その他】

780 心不全患者の薬物療法時に外来での内服管理について（腎機能低下した患者への利尿剤の使い方など）。

GP

【抗血栓療法について】

075 ワーファリンではなくイグザレルトはどのように使用すればよいのか？ INR, etc については考えなくてもよいのか？ INR がないのであればどのように評価すべきなのか？

076 新規抗凝固薬がワーファリンに比し、自己負担が高すぎると言われ、mg 数の低い物で経過観察することになった症例があった。

085 CHADS₂ スコア 0 点の人は今のところ本人と話し合っていて決めているが、年齢がある程度に達したら抗凝固療法をやるべきか？

179 CHADS₂ スコアの日本人での意義

251 非病弱超高齢者に対する Anti-coagulation therapy について

309 若年男性で血圧境界域他リスク（-）の抗凝固薬適応は？

310 ワーファリンから新規凝固薬の切り換え例 etc・パラミジンとの内服によるコントロールの目安 etc あれば教えて頂きたい。（Ex）ワーファリン 5 mg でも INR 1.5 の人に、パラミジン。

511 新規抗凝固薬の使用法、使い分け。

539 af でどういう時に血栓ができるのか？ 脱水はよくないと思うが、栓塞をさけるポイントは？

546 ワーファリンから新規抗凝固薬への切り替えのやり方、新規抗凝固薬からワーファリンへの切り替えのやり方、ワーファリン治療での PT-INR は最大何ヶ月に1回か？

646 超高齢者の発作性心房細動の治療の PT-INR は 1.5 ~ 2.0 と低めにコントロールしている、超高齢者の paf 抗凝固薬（ワーファリン及び新規薬を含めて）の control はゆるめにした方がよいというデータがあれば教えて頂きたい。

745 PAF → SR に戻った場合、ワーファリン etc. は原則継続することになっていると思うが、実際には他の先生方はどうされているのでしょうか。患者の希望で中止になった場合、塞栓血栓症はどれ位の頻度でおこっているのでしょうか？

929 Paf になって左房内血栓ができるまでの時間はわかりますか。

【治療選択について】

035 心房細動のアブレーションが必要となる症状はどの程度ですか？ 施設によって差があると思っていますが…。

074 1. 心房細動発作停止のための使用する静注薬物の優先順位と注意事項について。

2. 発作性心房細動予防薬の上手な使い方。

221 例えばシベノールならば、どんな症例にシベノールがおすすめかぜひ教えて下さい。

289 アブレーション後の再発等における（af）加療について、又 AT 出現等の加療について。

309 巨大ブラ（肺嚢胞）（+）の 50 代男性。肺機能は正常も paf（+）。アブレーションの適応は？

439 アブレーション実施医の患者に対する説明、インフォームドコンセントがどのような内容かを知っておきたいので連絡がほしい。

492 発作性心房細動がおさまった後にいつ抗不整脈薬、抗凝固薬をやめてよいのか？ 数年は続けるものか？ 教えて下さい。

537 Q.3-5 と重複するが、抗血栓療法を行っていた心房細動患者が PCI を受けた後にワーファリン 1 剤でコントロールしても良いのか？ 2 剤（もしくは 3 剤？）併用する場合の組み合わせは？ 世界的には 1 剤にて f/u する動向だが、日本人でもあてはまるのか？