

旭労災病院ニュース

病院情報誌 第 43 号 平成 21 年 6 月 1 日発行

発行所：旭労災病院

〒488-8885

尾張国守平字町北61番地

TEL 0561-54-3131

FAX 0561-52-2426

<http://www.asahih.rofuku.go.jp/>

たかが心房細動、されど心房細動

循環器内科部長 鈴木 章古



数ある循環器疾患のうちで心房細動って扱いに困りませんか？

症状がなければ無投薬で経過を見ても良いものなのか、抗不整脈薬を使用すべきか、はたまた抗凝固療法はどうするか、さらにはカテーテルアブレーションの適応は・・・、と専門外のドクターにとっては悩ましい疾患に位置づけられるのではないのでしょうか。

今回はワーファリン投与(=抗凝固療法)の適応について概説してみます。

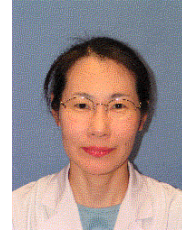
まず、大切なのは慢性心房細動と発作性心房細動は区別せず抗凝固療法の必要性を検討しなければならない点です。その上で心房細動治療(薬物)ガイドライン 2008年改定版では、僧帽弁狭窄症、機械弁移植例や、脳梗塞・TIAの既往のある患者ではワーファリンを「推奨」しています。これ以外の症例では次の5項目、すなわち、心不全、高血圧、75歳以上、糖尿病、低左室収縮能(FS<25%)の内、2項目以上に当てはまる場合はワーファリン治療を「推奨する」とされています。また、これらのリスクの1項目のみ当てはまる場合や、心筋症、65歳以上、女性、冠動脈疾患、甲状腺中毒ではワーファリン治療を「考慮する」と記載されています。

「推奨する」とは、禁忌事項がなければ投与しておきなさいと言うことですが、「考慮する」というのが曲者ですね。症例ごとに判断しなさいとここでは解釈しておきます。

さて、ワーファリンの投与量の決定に以前はトロンボテストを指標とするのが主流でしたが、現在ではプロトロンビン時間から計算したINRを用いています。70歳以上ではINR 1.6~2.6が、それ以外は2.0~3.0が推奨されています。

ワーファリン治療に当たって気になる点は、出血性合併症です。大規模研究では大出血の年間発生率は1.2%とされており、そのうち頭蓋内出血が0.6%でした。この出血性合併症リスクを鑑みてもワーファリン療法をする価値は十分にある点を、医師だけでなく患者も理解することが重要です。

光線過敏型薬疹について



皮膚科部長 森 誉子

光線過敏型薬疹の発生機序には、皮内に集積した薬物が光をうけて生じる活性酸素などによって引き起こされる光毒性と、薬物が皮内で光照射によりアレルギー原性を獲得することによって引き起こされる光アレルギー性の2つがあります。光アレルギー性についてはさらに、プロハプテンと光ハプテンという2つの説があります。プロハプテン説は、薬物がUV照射によりハプテン化し、それが皮内で蛋白と共有結合して作用するというものであり、光ハプテン説は、UV照射により化学構造の一部が光分解され、近傍の蛋白と共有結合し完全抗原が出来上がるというものです。光接触皮膚炎を例にとって考えると湿布剤に光を当ててから貼付してもかぶれませんが、湿布を貼ったところに光を当てるとかぶれることから、主に光ハプテンが作用していると考えられます。また、作用波長は一般にUVAで誘発されますが、例外的に、アロフトやアダラートではUVB、スパラなどは、UVAとUVBで誘発されます。光線過敏型薬疹の典型的な皮膚症状は、顔面・手背・項部・前胸部などの露光部に一致した紅斑です。慢性光線過敏型薬疹では色素沈着を混じ、時に poikiloderma 様になることもあります。まれに、扁平苔癬型、白斑黒皮症型の臨床像を呈することもあります。原因薬剤の頻度の統計では、ニューキノロン系抗菌剤であるスパラ、メガロシン、フルマーク、ロメバクトが上位に上がっており、NSAIDのバキソやフルカム、抗真菌剤のグリセオフルビン、降圧剤のセレカル、弛緩薬のアロフトなどが続いています。最近では、メバロチンやリポバスなど高脂血症治療薬の報告例も増えています。このように光線過敏型薬疹を引き起こす薬剤には偏りが見られます。ニューキノロンには交差反応性があるため、あるキノロン系抗菌剤で光線過敏症が生じた場合、感作が別のキノロンでなされていた可能性が否定できず、他のキノロンも今後の投与を避けるほうが好ましいと思われます。光線過敏型薬疹の治療の原則は、原因薬剤の同定と中止です。薬剤中止後も過敏症が消失する

まで遮光を続ける必要があります。通常2週間程度有します。時に薬剤中止後も光線過敏が2~3ヶ月持続することもあるので注意が必要です。治療としては、一般的な抗アレルギー剤や抗ヒスタミン剤の内服とステロイド外用です。ただし、白斑黒皮症で色素沈着と色素脱失が完成してしまっている場合は有効な即効薬はなく、自然回復を待つしかありません。光線過敏型薬疹は典型的な臨床像を呈していれば見落とすことはありませんが、慢性の経過を経た非典型的な症例では意外と見

逃されやすいものです。また、光線過敏症の診断に至ったあとも、光線過敏症の多岐にわたる鑑別診断から薬剤性であることを同定することが必要となります。

