

特 別 講 演 抄 録

負荷心エコー法による冠動脈疾患の診断

平野 豊

近畿大学医学部附属病院中央臨床検査部・内科学教室 (循環器内科部門)

負荷心エコー法は何らかの負荷を加えることによって、その時の心臓の挙動を心エコーで観察して評価する検査法である。通常は心筋虚血の評価のために行なわれる。以前から心筋虚血の評価のために、運動負荷心電図が用いられていたが、感度はそれほど高くない (メタアナリシスでは感度66%、特異度77%)。また安静時から心電図異常がみられる症例 (左脚ブロック, WPW 症候群等) では心電図を用いて虚血評価ができない。そのような症例では, ischemic cascade (虚血の滝) の上流でみられる壁運動異常から心筋虚血を評価した方が診断精度は高い。負荷心エコーには, 運動負荷, ドブタミン負荷, ジピリダモール負荷, ATP 負荷, あるいは非薬物負荷である過換気+寒冷昇圧負荷等がある。当施設では実際に数多くの症例に, 種々の負荷エコーを施行

してきた。以前は負荷前後の動画を side by side に同時再生して, 左室の各部位の壁運動の程度を, 5段階のスコアリングを実施して評価していたが, 近年は, ストレイン法や3Dエコー法等を用い, 定量的に壁運動が評価出来るようになってきている。運動負荷では, 負荷終了直後に観察される収縮異常は2~3分で消失するが, 局所心筋の拡張期における変化を評価することによって, 負荷終了5分後の画像からでも心筋虚血の診断が可能になってきている。さらには非薬物負荷である過換気負荷 (6分)+寒冷昇圧負荷 (2分間) を組み合わせた負荷エコーが冠攣縮性狭心症の診断に有用である事が明らかになってきた。一方, 負荷心エコーは虚血の診断のみならず予後評価にも有効といわれており, 今後も臨床に有用な検査である。

気管支喘息治療～今後の展望～

東田有智

近畿大学医学部内科学教室 (呼吸器・アレルギー内科部門)

本邦の喘息治療管理ガイドラインが2009年10月改訂になった。大きく変更に至ったところは①ステップ1~4と表記されていたものが治療ステップ1~4になった②治療の目標が症状が全く認めないことと明記された③治療ステップ1でも吸入ステロイド薬ICSが第1選択薬であることが明記された。この3点が大きく変わった点である。

次に気管支喘息は気道の慢性炎症疾患であり, 抗炎症療法が治療の中心となる。ICSは効率よく気道炎症を抑制し副作用も少ないため, 治療薬の第1選択薬であるが, 薬剤の特性から喘息の病態全てを解決し得ない。その際に, ICSを補い治療効果を高め, さらにアドヒアランスを向上させる目的でICSと

長時間作用性 β_2 刺激薬の配合剤が登場してきた。

その中でもブデソニド/ホルモテロール配合剤 (シムビコート[®]) が近々使用可能になる。ホルモテロールは短時間に気管支を拡張させる薬理作用と長時間持続的に気管支を拡張させる作用を併せ持っているため, 維持療法としてだけではなく発作治療薬として用いることも可能である。このシムビコート[®]維持・発作治療法 (SMART) は喘息増悪発作を抑制することが海外の大規模試験にて証明されている。SMARTは, ICS未使用および重篤な増悪を繰り返す喘息患者に対し, 増悪回数を減らすことが期待されており, 今後の喘息治療法が大きく変わる可能性がある。