

斎賀医院壁新聞

文献情報と医院案内 斎賀医院ホームページに戻る場合戻るボタンをおしてください

検索ボックス

[TOP](#) / [循環器](#)

- [1](#) [2](#) [3](#) [4](#) [5](#).. >>

<< 2018年04月 >>

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

最近の記事

- (04/11) [過敏性腸症候群と腸管感染症](#)
- (04/10) [子供の頭部外傷と嘔吐](#)
- (04/07) [抗アレルギー薬・特に花粉症に関して](#)
- (04/07) [カロナーン解禁](#)
- (04/06) [心房細動患者のNOAC\(抗凝固薬\)使用のガイドライン](#)

最近のコメント

- [抗アレルギー薬・特に花粉症に関して](#) by (04/11)
- [耳鳴りの新時代](#) by (04/03)
- [妊娠と糖尿病治療薬](#) by (04/03)
- [尿酸値と痛風との関係](#) by (04/02)
- [尿酸値と痛風との関係](#) by (04/02)

タグクラウド

カテゴリ

- [小児科](#)(131)
- [循環器](#)(135)
- [消化器・P.P.I](#)(68)
- [感染症・衛生](#)(57)
- [糖尿病](#)(67)
- [喘息・呼吸器・アレルギー](#)(58)
- [インフルエンザ](#)(67)
- [肝臓・肝炎](#)(49)
- [薬・抗生剤・サプリメント・栄養指導](#)(34)
- [脳・神経・精神・睡眠障害](#)(26)
- [整形外科・痛風・高尿酸血症](#)(24)
- [ワクチン](#)(24)
- [癌関係](#)(19)
- [脂質異常](#)(18)

2018年04月06日

心房細動患者のNOAC(抗凝固薬)使用のガイドライン

心房細動患者のNOAC(抗凝固薬)使用のガイドライン

The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation



EHRA
European Heart
Rhythm Association

 European Society of Cardiology

心房細動患者に対する抗凝固薬NOAC使用のガイドライン2018年版が、ヨーロッパのEHRAより発表されました。(アメリカではDOAC、ヨーロッパではNOACと言うようです。)特徴は、よく纏められた図表にあります。簡単に説明して、詳しくは図表で説明します。本院従業員の皆さん、患者さんには図をもって説明してください。尚、いつもの如く本院の身の丈に合った部分だけ纏めましたので、悪しからず。

- 1) 本ガイドラインでは、ワーファリンよりもNOACの方が優れていると明言しています。
- 2) PPI(胃酸分泌抑制剤)の併用を推奨
胃潰瘍の既往のある人や、他の抗血小板剤を併用している場合は特に服用を推奨している。
- 3) NOACの服用は厳格にしなくてはならない。
なぜなら服用後12~24時間で、その効果は減弱してくるから。
- 4) 薬の服用手帳を常時持ち歩く事が大事で、来院時でもチェック項目を記載し、管理する事が大事である。
- 5) ワーファリンからNOACへの移行は、INRが2.0以下なら直ちに、2.0~2.5では翌日が良い。
ワーファリンは服用後5~10日で、やっと治療領域になる。
NOACからワーファリンに変更する際は、この点を考慮して投与量を決める。
NOAC同士での変更は、腎機能の低下が無ければ次の服用の際に変更しても良い。
抗血小板薬との併用の必要がなければ、抗血小板薬の中止後直ちにNOACを服用して良い。(勿論併用の方が多いのですが。)
- 6) 食事との関係では、イグザレルトは食事の摂取が大事なので食後服用が原則
他のNOACは食事との関係は無いので、何時でも服用可能
PPIやH2ブロッカーなどの胃酸分泌抑制剤との吸収に関する変化は、無視して良い程度
薬剤を粉砕して投与しても影響は無いが、プラザキサは脱カプセルにより不安定になるので禁止されている。
- 7) NOACと他の薬剤の相互作用に関しては、以前の私のブログに簡単に纏めてありますので参照
ください。本ガイドラインでは更に詳細に記載してありますので、下記にPDF化しました。
- 8) 合併症により多剤服用している場合はそれだけで相互作用の心配が生じますが、5剤以上や9剤
以上でのアウトカムの変化はありませんでした。

甲状腺(9)
婦人科(7)
泌尿器・腎臓(9)
熱中症(6)
日記(13)
その他(36)

過去ログ

[2018年04月](#)(8)
[2018年03月](#)(20)
[2018年02月](#)(14)
[2018年01月](#)(14)
[2017年12月](#)(20)
[2017年11月](#)(17)
[2017年10月](#)(22)
[2017年09月](#)(18)
[2017年08月](#)(20)
[2017年07月](#)(23)
[2017年06月](#)(19)
[2017年05月](#)(19)
[2017年04月](#)(22)
[2017年03月](#)(20)
[2017年02月](#)(18)
[2017年01月](#)(21)
[2016年12月](#)(17)
[2016年11月](#)(25)
[2016年10月](#)(22)
[2016年09月](#)(21)
[2016年08月](#)(20)
[2016年07月](#)(26)
[2016年06月](#)(27)
[2016年05月](#)(24)
[2016年04月](#)(24)
[2016年03月](#)(25)
[2016年02月](#)(23)
[2016年01月](#)(23)
[2015年12月](#)(22)
[2015年11月](#)(21)
[2015年10月](#)(28)
[2015年09月](#)(22)
[2015年08月](#)(29)
[2015年07月](#)(30)
[2015年06月](#)(44)
[2015年05月](#)(40)
[2015年04月](#)(23)
[2015年03月](#)(26)
以降はカテゴリーで検索してください。

[RDF Site Summary](#)
[RSS 2.0](#)

多剤服用に関しては十分な注意が求められますが、服用の利点が優先されるようです。

9) 代謝及び血液検査指標に関しても図表をご参照ください。

10) 出血に関する管理

脳内出血や重態な出血に関して、NOACはワーファリンよりも優れています。

しかし、NOACにも重態な出血の報告があり十分な注意管理が必要です。

特に用量の適切化、過度のアルコール摂取、ステロイド服用、鎮痛解熱剤服用、抗血小板薬の併用

等にも気を配らなくてはなりません。

凝固検査はNOACの効果のみを反映していません。特に出血が重態な時は尚更です。

一般的には利尿薬を使用し、NOACの半減期は短いので、その作用の減弱を待ちます。

11) 微小出血

患者も医療従事者も軽く考える傾向だが、重大な出血に繋がる事もあるので、軽微な症状も把握するように患者の指導が大事である。

一般的にはNOACの服用を遅らせるか、1回スキップする事で対応する。

12) 重態でない出血

圧迫、内視鏡的処置、外科的処置、輸液が中心

適切な利尿薬が全てのNOACに勧奨されている。

特にプラザキサが有効（腎排出のため）

13) 重態な出血

省略しますので原文をご参照ください。

14) リスクが微小な処置に対する対応

一般的には12~24時間空けてから処置を行う。

実際には1日服用しないで処置を行い、6時間後に服用を再開する。

15) リスクが低度(low)の処置に対する対応

腎機能が正常の場合は1日空けてから処置を実施する。

16) リスクが高度な処置

2日空けてから実施する。

ヘパリンへのbridgingは勧奨していない。

17) 脳梗塞後ではNOACにより出血を併発する可能性があり、注意が必要

しかしワーファリンよりも安全とされている。

一過性脳虚血発作(TIA)の場合は、MRIで脳内出血が無いのを確認後に、1日空けてNOACの服用を再開する。

18) 75歳以上

年齢が増すに従って、心房細動は脳梗塞のリスクも増加させる。

高齢者は当然NOACの服用適応である。しかし腎機能などの問題で、高齢者にはリクシアナが適している可能性があり、現在日本でスタディが進行中

19) 認知症

家族等が服用に携わるのが適切である。

20) 肥満、痩身

考慮しなくても良い。

21) 転倒の危険

高齢者のフレイルと転倒は、NOACを服用する際に最も注意が必要です。

しかし、その事だけでNOAC服用の禁忌事項にはならない。

なぜならそのような高齢者は、最も脳梗塞のリスクが高いからです。

エリキュースとリクシアナがこの場合、適応になるとしています。

私見)

患者さんにNOACの利点を十分に理解してもらって注意事項を説明しないと、逆効果な時が間々あります。

十分な時間をかけるように、スタッフの皆さん頑張りましょう。

のNOAC文献より図表.pdf

表1: AFに起因する血栓塞栓症に罹患を持つNOAC一覧 (臨床相まとめ)

一般名	ダビガトラン	リバーロキサパン	アピキサパン	エドキサパン
商品名	プラザキサ	イダザレルト	エリキューズ	リクシアナ
AFを適応とした発売時期	2011年3月	2012年4月	2013年2月	2014年9月
作用機序	直接トロンピン阻害	第Xa因子阻害	第Xa因子阻害	第Xa因子阻害
標準的な1日投与量 (通常量)	300mg, 分2	15mg, 分1	10mg, 分2	60mg, 分1
減量時の1日投与量 (低用量)	220mg, 分2	10mg, 分1	5mg, 分2	30mg, 分1
減量に関する規定 (いずれかの項目が該当した場合は、低用量を用いる。ダビガトランでは低用量を考慮する)	<ul style="list-style-type: none"> ● CCr 30~50mL/分 ● P-糖蛋白阻害薬 (経口薬) 併用 ● 70歳以上 ● 消化管出血の既往 	<ul style="list-style-type: none"> ● CCr 15~49mL/分 	<ul style="list-style-type: none"> ● 80歳以上 ● 体重60kg以下 ● 血清クレアチニン 1.5mg/dL以上 ● 2項目以上該当の場合は 	<ul style="list-style-type: none"> ● 体重60kg以下 ● CCr 15~50mL/分 ● キニジン、ペラパ定ル、エリスロマイシン、シクロスポリン併用
第3相試験名	RE-LY	ROCKET-AF	ARISTOTLE	ENGAGE AF-TIMI 48
対象CHADS ₂ スコア	1以上	2以上	1以上	2以上
平均CHADS ₂ スコア	2.1	3.5	2.1	2.8
脳卒中/全身性血栓症 (対ワルファリン群)	300mg: 減少 220mg: 同等	同等	減少	60mg: 同等 30mg: 同等
大出血 (対ワルファリン群)	300mg: 同等 220mg: 減少	同等	減少	60mg: 減少 30mg: 減少

0 0

ツイート ブックマーク

posted by 斎賀一 at 19:50 | [Comment\(0\)](#) | [循環器](#)

2018年03月30日

治療抵抗性高血圧症にはスピロラクトン

<ツイッター版> **治療抵抗性高血圧症にはスピロラクトン**
 Spironolactone Versus Clonidine as a Fourth-Drug Therapy for Resistant Hypertension

ブラジルのReHOT研究の報告です。降圧剤としては降圧利尿薬、カルシウム拮抗薬 (CCB)、ARB (または ACE-I) の3種類が主ですが、その併用を3か月間行っても、目標血圧140/90以下にならない場合を治療抵抗性としています。その場合はスピロラクトンを追加する事が裏ワザとして知られていますが、今回の論文はそれを検証する研究です。

1) 高血圧患者1,597名を対象にしています。その内187名 (11.7%) が治療抵抗性でした。この治療抵抗性患者は脳梗塞、糖尿病、腎機能低下になる可能性が高いとされており看過できない問題です。

- 2) 治療抵抗性の内162名をスピロラクトン（アルダクトンA、セララ）、またはクロニジン（アプレゾリン）を従来の処方に追加した2群に分けて検討しました。
- 3) スピロラクトンはクロニジンに対して非劣性であり、24時間血圧計では優位、で副反応も同程度であった。しかし、目標血圧の到達は21%程度であった。

私見)

アプレゾリンは現在使用していません。

(私の医師に成りかけの時はダイクロ-Sかセルアップでした。このアップがアプレゾリンです。) 本院でも第四の薬剤としてスピロラクトンを使用していますが、そのような治療抵抗性患者は1/10人おり、第四の降圧剤を追加しても、その目標達成は1/5人と少ない事を認識しておくことが大事なようです。予後の点を考えて、治療抵抗性患者には処方の検討や、更なるライフスタイルの改善を勧めいかなくてはなりません。

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT01643434>

[reHOT研究.pdf](#)

[降圧剤 カルデナリン アプレゾリン.pdf](#)



posted by 斎賀一 at 19:58 | [Comment\(0\)](#) | [循環器](#)

2018年03月26日

安静時脈拍数は心血管疾患の予後因子

安静時脈拍数は心血管疾患の予後因子
Association of Resting Heart Rate and Temporal Changes
in Heart Rate With Outcomes in Participants
of the Atherosclerosis Risk in Communities Study
JAMA Cardiol. 2018; 3(3):200-206

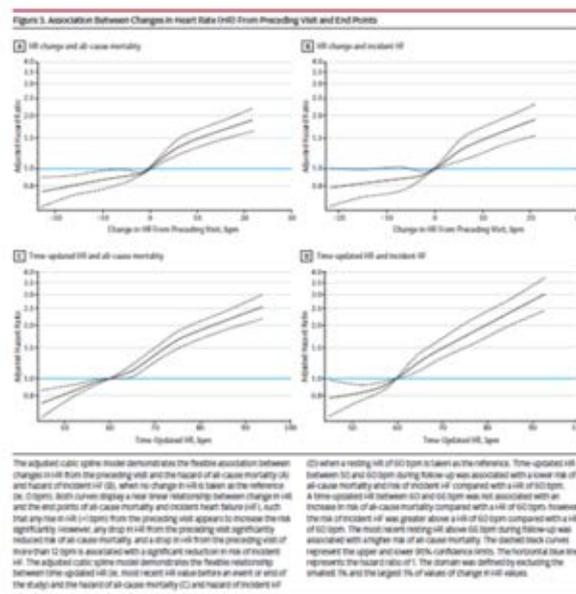


安静時の脈拍数はどの位が良いのか、よく患者さんに聞かれることがあります。文献によりかなり幅があり、100/分まではあまり心配ないとしていました。

今回JAMAより、やはり脈拍数は少ない方が良く、また少ないままに経過した方が心血管疾患の発生の予防になるとの論文がでました。

簡単に纏めてみますと

- 1) ARICという4つの一般住民登録からのコホー研究です。15,680人を対象に1987~1989、1990~1992、1993~1995、1996~1998年で、4回の受診時に心電図を測定し、安静時心拍数を記録して2014~2016年まで経過観察しています。
- 2) 脈拍の測定値として最初のベースライン、最終または疾患発生時の脈拍数 (time-updated HR)、脈拍数の変化 (Δ HR、time-updatedHR から以前の脈拍数を引いた値) を心電図から測定し、死亡率と心血管疾患 (心不全、心筋梗塞、脳梗塞など) との関係を調べました。
- 3) time-updatedHRと Δ HR共にベースラインの脈拍数より増加していると、明らかに死亡率と心血管疾患の増加がありました。



下記にもう一度PDF化します。

4) β ブロッカーの服用やエクササイズの影響に関しては、十分に検討をしていないということですが、それらがこの結果に対しては、大きな変化を及ぼしていないとしています。

5) 交感神経の亢進が、心血管疾患の発生に深く関わっていると推測しています。

私見)

心血管疾患の予測因子として、心電図と胸部レントゲンでの心肥大 (心胸郭比) の推移が最も正確、とする意見もあります。

今回の論文を踏まえて、安静時脈拍は心電図測定では安定していると思われるので、定期的な推移

を見ていきたいと思いました。

また、脈拍の多い場合は降圧剤として、交感神経を抑制するCCBやARBの就寝前での服用も有効と考

えています。 β ブロッカーを服用してまでの効果を示すエビデンスは無いようです。

[脈拍.pdf](#)

0	0
---	---

 ツイート  ブックマーク

posted by 斎賀一 at 20:54 | [Comment\(1\)](#) | [循環器](#)

- 1 [2](#) [3](#) [4](#) [5](#).. >>

