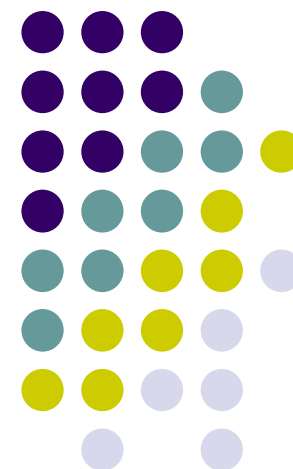


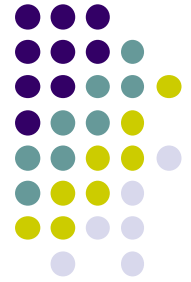
循環器疾患患者の 精神心理的苦痛とその対応について

東京女子医科大学医学部精神医学講座 西村勝治
千葉県がんセンター精神腫瘍科 秋月伸哉
国際医療福祉大学病院 心療内科 山田 祐

第2回循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり
方に関するワーキンググループ
平成30年1月24日



しばしば遭遇する患者像



- 69歳 女性
- NYHA class III
- Ejection fraction 0.25
- 虚血性心筋症、糖尿病、逆流性食道炎、高血圧、尿失禁
- 12種類の内服薬: 最大量のACE阻害剤、 β 阻害薬、利尿剤、ベンゾジアゼピン系薬
- CRT-D
- 主訴: 息苦しさ、便秘、口渇、倦怠感、食思不振、不眠、眠気
- 「もう何もできない」「死んだ方がいい・・・」
- 時折、ぼんやりとし、見当識があいまいになる

- 重症心不全
- 複数の合併症
- ポリファーマシー
- さまざまな身体症状
- QOL低下
- うつ
- 不安
- 認知機能低下
- せん妄?

終末期における苦痛の頻度



	がん	心不全
精神症状	うつ	3-77%
	不安	13-79%
	せん妄・認知障害	6-93%
	不眠	9-69%
身体症状	疼痛	36-48%
	倦怠感	41-77%
	倦怠感	32-90%
	呼吸困難	69-82%
		10-70%
		60-88%

Solano et al. J Pain Symptom Manage 31:58-69, 2006

心不全の経過における精神心理的危機

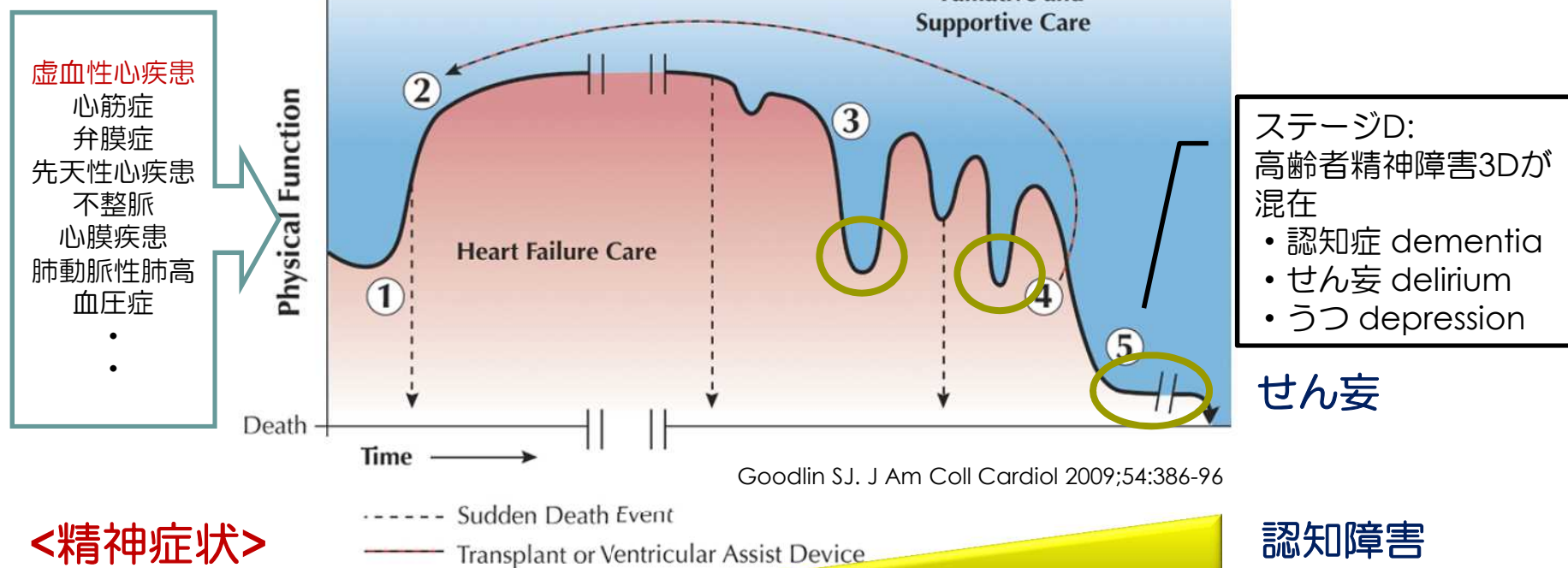


<精神心理的支援の2つの柱>

精神症状の緩和（薬物・非薬物療法）

疾病管理教育（セルフケア支援）

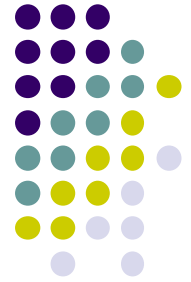
症状緩和
増悪予防
QOL向上



がんとの相違点

- ・ ギアチェンジのタイミングが計りにくい
- ・ 疾病管理教育（積極的治療）と緩和ケアを並行して実施することが難しい

心不全患者のうつ



- 頻度
 - 大うつ病 19 %
 - うつ状態 33%
 - 入院 35～70%
 - 外来 11～35%
- 重症度と正の相関

NYHA	N	うつの頻度
I	222	11%
II	774	20%
III	638	38%
IV	155	42%

Rutledge T, et al. J Am Coll Cardiol 2006;48:1527-37

- 臨床的インパクト

- QOL ↓
- セルフケア ↓

Kessing D, et al. Psychosom Med 2016;78:412-31

- 死亡・併発イベント ↑
(risk ratio 2.1, 95% C.I, 1.7-2.6)
- 入院率、救急受診率 ↑

Rutledge T, et al. J Am Coll Cardiol 2006;48:1527-37

- 特に65歳以上での全死因による死亡リスク ↑

Gathright EC, et al. J Psychosom Res 2017;94:82-89

- 不安の合併でさらに予後悪化

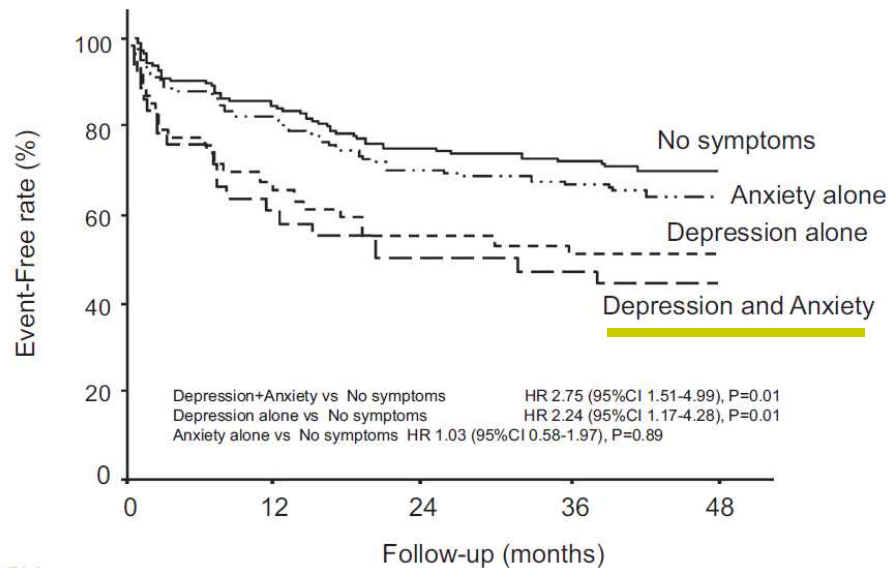
Sokoreli I et al. Heart Fail Rev 2016;21:49-63

うつ・不安と心不全の予後

東京女子医大病院循環器内科入院患者の調査



死亡 or 再入院

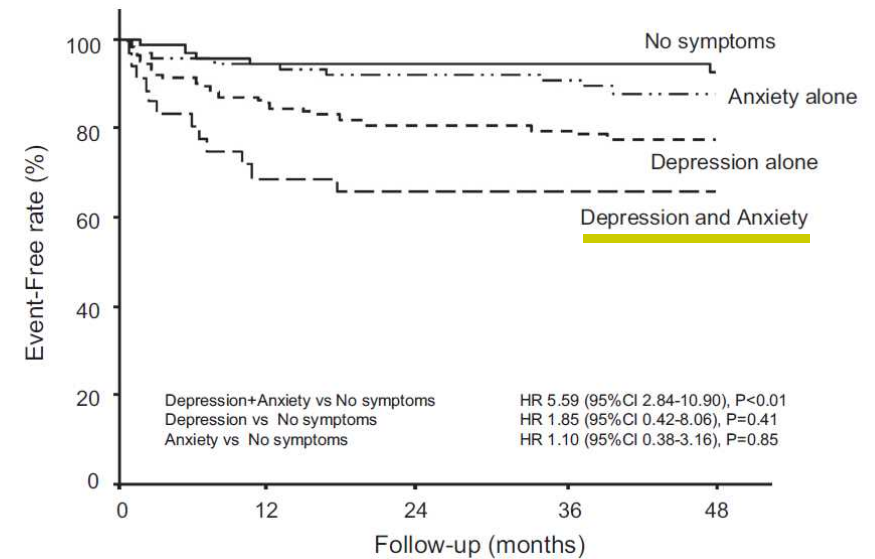


Number at Risk

	0	12	24	36	48
Depression+anxiety	46	25	22	20	18
Depression alone	29	19	16	14	13
Anxiety alone	80	72	66	62	60
No symptoms	66	55	52	48	45

Depression: SDS ≥ 60
 Anxiety: STAI-S ≥ 40 (male), ≥ 42 (female)

死亡



Number at Risk

	0	12	24	36	48
Depression+anxiety	46	31	29	29	29
Depression alone	29	24	22	21	20
Anxiety alone	80	71	64	60	60
No symptoms	66	56	55	55	53

心不全患者の不安



- 頻度

- 不安障害 13%
- 臨床上、顕著な不安 29%
- 不安 56%

Easton K, et al. J Cardiovasc Nurs 2016;31:367-79

- 予後への影響

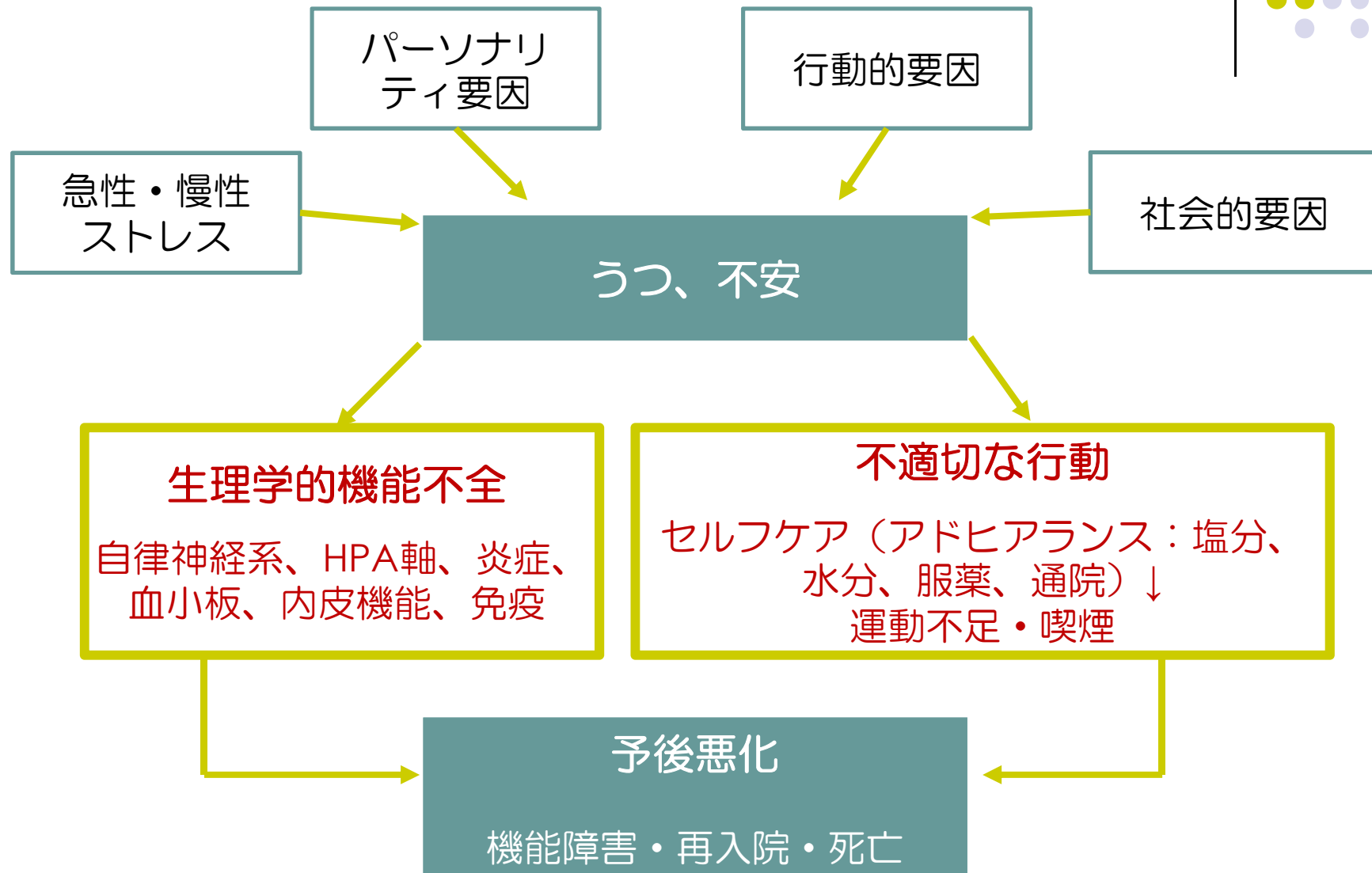
- 死亡リスクとの関連なし (hazard ratio 1.02, 95%CI, 1.00-1.04)

Sokoreli I et al. Heart Fail Rev 2016;21:49-63

- ただし虚血性心疾患では心血管死のリスク ↑ (relative risk 1.41, CI 1.13-1.76)

Emdin CA, et al. Am J Cardiol 2016;118:511-9

心不全患者のメンタルヘルスと予後



PTSD発症リスク↑

Sears SF, et al. Circ Arrhythm Electrophysiol 2011;4:242-50

- 25%にPTSD症状 (女子医大, N = 74)
Kobayashi S et al, J Arrhythmia 2014;30:105-110

うつに対する治療

うつと予後への効果



● 薬物療法

- 三環系抗うつ薬
 - 心血管系へのリスク(+)
- 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)
 - 心血管系への安全性(+)
 - うつ改善(-)
 - ➡無効例の解析
 - 埋め込み型除細動器(ICD)装着
 - 不安の併存
 - 予後改善(-)

Sertraline/SADHART-CHF trial

O'Connor CM, et al. J Am Coll Cardiol. 2010;56:692-9

Kuchibhatla, et al. Am J Geriatr Pharmacother 2011;9:483-494

Escitalopram/MOOD-HF trial

Angermann CE, et al. JAMA 2016; 315:2683-2693

● 非薬物療法

- 支持的コミュニケーション
 - 良好な医師-患者関係
 - 十分な説明と保証

Coulehan JL et al, Ann Intern Med 2001

● 運動療法

- うつ改善(+)
- 予後改善 (+)?

Tu RH et al. Eur J Heart Fail 2014;16:749-757

● 認知行動療法 (CBT)

- うつ改善(+)
- セルフケア改善(-)
- 予後改善(-)

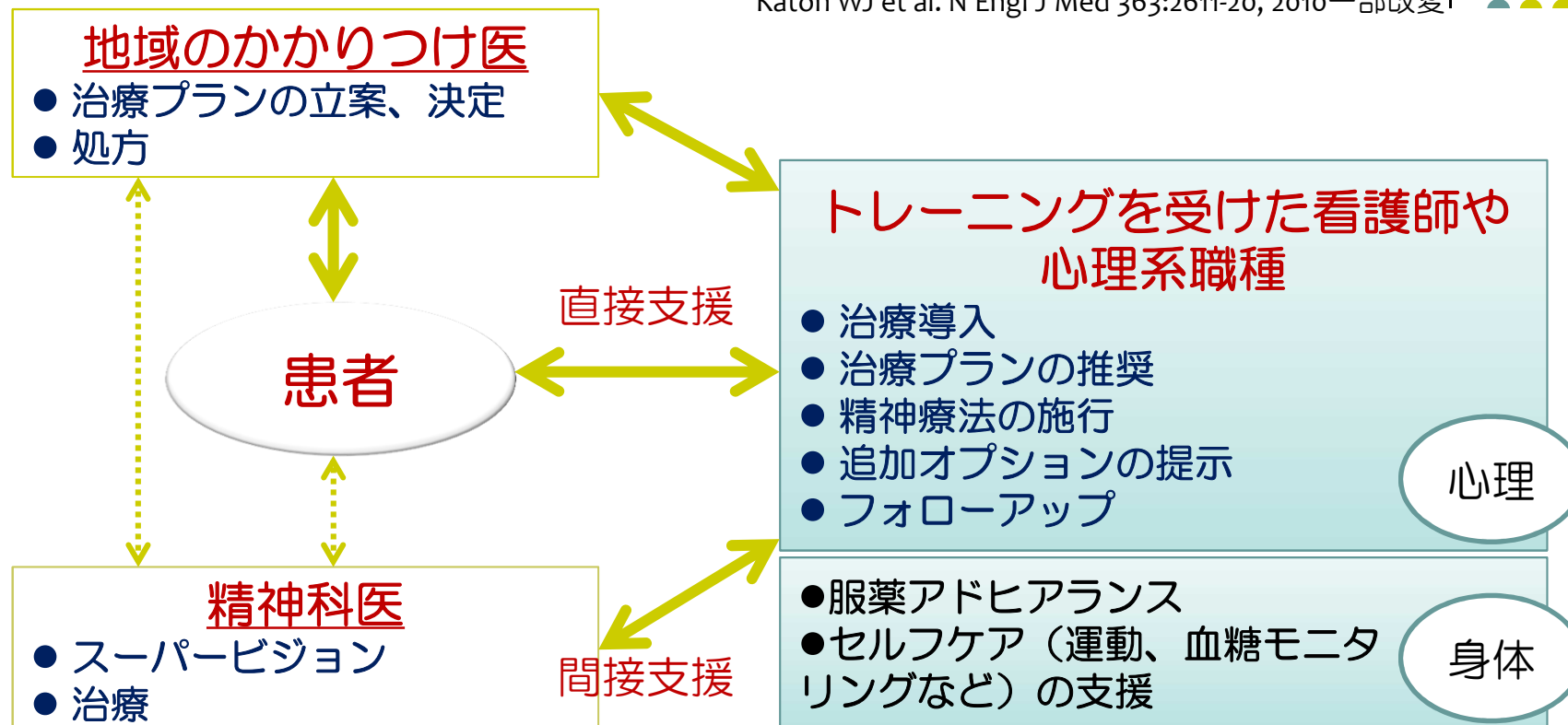
Jeyanantham K, et al. Heart Fail Rev 2017;22:731-741

● 不安への治療戦略が必要

● 薬物療法、非薬物療法とも単独ではセルフケア改善、予後改善につながらない

うつを併存する糖尿病/冠動脈疾患に対する 多職種によるcollaborative care

Katon WJ et al. N Engl J Med 363:2611-20, 2010一部改変



うつとセルフケア双方への効果

うつ↓・QOL↑・血糖↓・脂質↓・血圧↓

心不全に対する「多職種による包括的 disease 管理プログラム」

(慢性心不全治療ガイドライン, 日本循環器学会, 2010)

包括的心臓リハビリテーションプログラム

(心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン, 日本循環器学会, 2012)

への適用可能性?

心不全患者の認知障害 軽度認知障害～認知症



● 頻度

● 25～75%

Ampadu & Morley, Int J Cardiol 2015;178:12–23

- 軽度認知障害 24%
 - 認知症 15%
- (N = 6,189, 67歳以上)

Gure et al, J Am Geriatr Soc. 2012;60:1724–9.

● 特徴

- 頻度、重症度ともにHFの重症度と正の相関

Jefferson AL et al, Circulation. 2010;122:690–7.

Festa JR et al, Arch Neurol. 2011;68:1021–6.

- 記憶障害、注意障害が主体

● セルフケアに悪影響

Jefferson AL et al, Neurobiol Aging. 2007;28:477–83.

Trojano L et al, J Neurol. 2003;250:1456–63.

- 半数が見逃されている

Dodson JA, et al. Am J Med. 2013;126:120–6.

● 危険因子

- 心疾患自体に伴うもの

- 脳灌流低下
- 脳微小塞栓・脳梗塞

- 心血管系の危険因子

- 高血圧
- 脂質異常
- 糖尿病

Reiss & Voloshyna. J Investig Med. 2012;60:576–82.

Cheng G et al, Intern Med J. 2012;42:484–91.

- Apolipoprotein E (Apo E)

Bennet AM et al, JAMA. 2007;298:1300–11.

- 心房細動

- 認知症のリスク 2倍

Kwok CS et al, Neurology. 2011;76:914–22.

‘Heart & Brain Relationship’

➤ 共通の危険因子

➤ 共通の病態メカニズム（炎症、内皮機能不全）

心不全患者の認知障害 せん妄



- 報告は少ないが、心不全患者に頻繁に生じる

急性心不全患者のせん妄

- 頻度 13% (115/883例)
- 死亡リスク↑
- 再入院率↑
- 施設入所率↑

Uthamalingam S et al. Am J Cardiol 2011;108:402-408

- 心血管リスクを考慮した薬物療法
- 危険因子の軽減には循環器内科医との協働が不可欠

危険因子

- 心不全増悪：脳灌流低下
Mathillas J et al. Arch Gerontol Geriatr 2013;57:298-304
- 代謝障害：電解質異常
- 感染症
- 薬剤
 - ポリファーマシー（特に抗コリン作用）
 - ベンゾジアゼピン系薬剤

Ampadu & Morley, Int J Cardiol 2015;178:12-23

臨床的インパクト

- 危険行動
- 医療スタッフと家族の負担
- 二次的合併症、入院長期化
- 治療同意能力↓
- 死亡リスク↑
- 認知症リスク↑



他の重要な課題

- 不眠
 - ベンゾジアゼピン系薬剤の多用
 - 転倒、認知機能低下、せん妄リスク↑
 - 睡眠衛生指導普及の必要性
- コミュニケーション
 - ‘Bad news’の伝え方
 - 心不全の経過を考慮した工夫が必要
 - 「ギアチェンジ」のタイミングが計りにくい
 - 疾病管理教育と並行して行うことが難しい
 - アドバンス・ケア・プランニングに繋げる
- 家族支援
- 遺族ケア
- デバイス関連
 - 埋め込み型除細動器(ICD)
 - 補助人工心臓(VAD)・心移植
 - 特有の患者・家族教育、心理的支援の必要性
- 早期からの緩和ケア
 - 特に虚血性心疾患

循環器専門医側のバリア：
「緩和ケア」のコンセプトを
共有していくことが重要

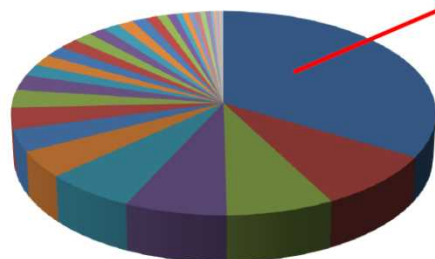
東京女子医大病院における ベンゾジアゼピン系薬剤の処方調査



当院での診療科別BZ薬剤処方患者数



2012年3月の1か月間 入院・外来



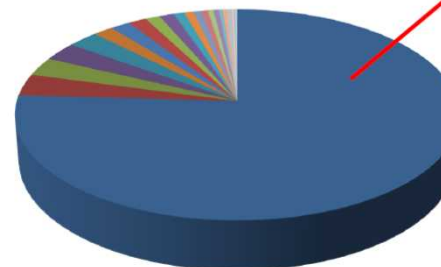
精神科が約3割をしめるが
ほぼすべての診療科で処方されている

精神科	2,897	緩和ケア科	64
循環器内科	625	血液浄化科	45
脳神経外科	624	婦人科	41
神経内科	586	麻酔科	41
糖尿内科	547	救命救急科	38
消化器科	527	循環器小児科	35
内分泌内科	352	リウマチ内科	19
腎臓内科	282	眼科	18
呼吸器内科	244	形成外科	15
小児科	211	救急診療科	13
泌尿器科	161	口腔外科	12
腎臓外科	143	腎小児	8
整形外科	143	核医・画像診断	7
小児外・外科	131	産科・母性	4
心臓血管外科	126	リウマチ外科	1
耳鼻咽喉科	124	複数診療科	21
総合診療科	116		
呼吸器外科	114		
内分泌外科	102		
血液内科	88		
皮膚科	72		
		合計	8,588人

当院でBZ系薬を 3剤以上処方されている患者数



2012年3月の1か月間 入院・外来
3剤以上を併用している患者数



精神科が圧倒的に多いが
他の診療科でも散見される

精神科	504
循環器内科	22
神経内科	19
脳神経外科	19
消化器	17
内分泌内科	11
腎臓内科	11
小児科	10
糖尿内科	8
腎臓外科	8
呼吸器内科	6
泌尿器科	5
小児外・外科	4
緩和ケア科	4
婦人科	3
総合診療科	3
整形外科	2
血液浄化科	2
心臓血管外科	2
救命救急科	1
救急診療科	1
呼吸器外科	1
リウマチ外科	1
複数診療科	21
合計	685(人)

- 循環器内科では精神科に次いで2番目に多く処方され、過量投与も少なくない

虚血性心疾患 「早期からの緩和ケア」の観点の必要性



大うつ病の合併：初期から一貫して15-20% 予後を悪化させる

うつ病は	エビデンス
虚血性心疾患の危険因子である	4
虚血性心疾患に併存する	3
治療アドヒアランスを悪化させる	2
予後を悪化させる	3
うつ病を治療すると	
うつ病が改善する	1
予後が改善する	-1

4 = strong evidence from meta-analysis or systematic review
 3 = consistent evidence from several studies
 2 = evidence from one study only
 1 = inconsistent evidence
 0 = no evidence identified
 -1 = negative reports

Prince M, et al. Lancet 370: 859-77, 2007

- 通常 of 精神科治療（抗うつ薬中心）ではうつ病も予後も改善しない
- 多職種によるcollaborative/integrated careの有効性

Huffman JC, et al. Psychosomatics 2018;59:1-18
 Tully & Baumeister. BMJ Open 2015;5:e009128

個人ごとの包括的支援
（ケースマネジメント）が重要

シームレスな包括的支援の提供が必要



まとめ

- 心不全患者においては、うつや不安、認知症やせん妄等の認知障害、睡眠障害、デバイスに関連した問題等の様々な精神心理的苦痛が生じるため、多職種連携を含めた身体管理と連携した精神心理的なケアを実施すべきである
- 医療従事者は、適切に'Bad news'を伝え、アドバンス・ケア・プランニングにつなげていくために、コミュニケーション能力の向上に努め、精神・心理を専門とする職種との連携が必要である



參考資料

段階的ケアモデル 各職種が目指すべき役割

