

序文

循環器センター長

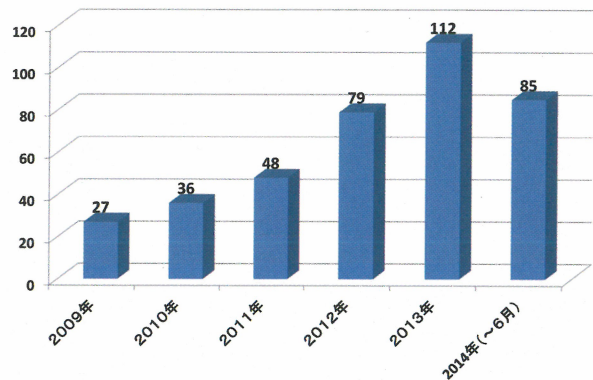
甲谷 哲郎

下肢の血管疾患といえば、ASOと連想されるかたが多いと思います。ASO、すなわち arteriosclerosis obliterans（閉塞性動脈硬化症）で、文字どおり、動脈硬化症を原因とする血管疾患を総称します。しかし、末梢動脈にはバージャー病や膠原病などの炎症疾患による動脈疾患もあります。そのため、最近では、動脈が閉塞する疾患をすべて含めて、PAD（peripheral arterial disease：末梢動脈疾患）と分類するようになりました。

PADの典型的な症状は、歩くと足が痛くなり休むと治るという「間欠性跛行」です。さらに病気が進行すると安静時でも痛みが出てきて、さらに潰瘍も生じるようになります。このようにPADでも安静時疼痛が起きてきた状態は、CLI（critical limb ischemia：重症下肢虚血）と呼ばれ、下肢切断の危険もある病態です。

検査法としては、上肢と下肢の血圧比をみるABI（ankle brachial index）が急速に普及してきました。正常では下肢の血圧のほうが高いのですが、狭窄があると下肢血圧が低下するので、ABIは低下し、ABI<0.9で異常と診断されます。米国心臓協会（AHA）のPADガイドラインでは、「65歳以上」、「50歳以上の糖尿病または喫煙既往者」は、症状の有無に関わらず、全例でABI検査をスクリーニング検査として行うことが推奨されています。

治療法としては、薬物療法、カテーテル治療、外科手術があります。図には、当科における下肢へのカテーテル治療（PTA）の実績の経年推移を示しましたが、年々、急激に増加しているのが明らかです。2014年は6月末までの半年間で、すでに85件と昨年以上のペースで増加しています。



下肢動脈カテーテル治療（PTA）：当科における実績

しかし、治療法選択にあたっては、症例ごとに、循環器内科と心臓血管外科医が十分協議し、連携する必要があります。さらに、CLI症例で感染を合併しているときには、デブリードマンが必要な場合もあり、創傷管理を行う形成外科医との連携が重要となります。また、再発予防には、長期的なフットケアが重要となってきます。PADには糖尿病、透析の合併症例も多く、糖尿病内科、腎臓内科による専門的な全身管理が重要なことは言うまでもありません。

このように、PAD・CLIの治療については、関係する多くの科の医師とコメディカルスタッフが連携したいわゆる集学的治療が必要となります。本特集では、当院において、PAD・CLI治療に関係する診療科のなかから、循環器内科、腎臓内科、心臓血管外科、形成外科、さらにフットケア担当看護師をお願いして、本疾患に関する集学的治療についてそれぞれの科の立場から執筆いただきました。本特集により、PAD・CLIへの理解が進み、早期発見・早期治療が進展することを祈る次第です。