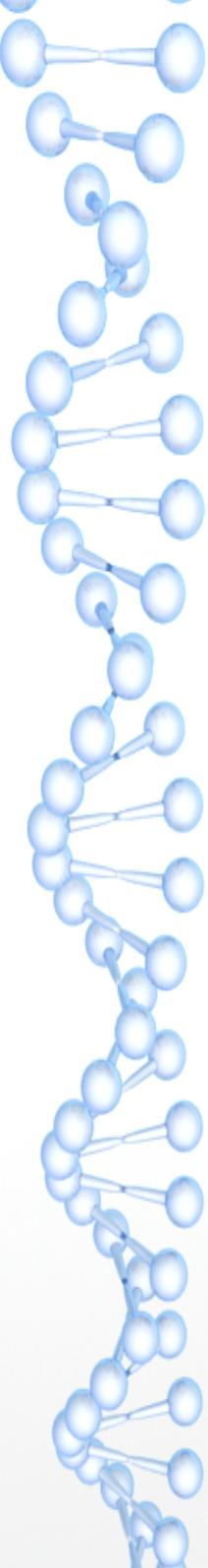


# 方安庵治療Update

準拠(以下 PCCPと略 個人用COIはないと考えられたい.これはあくまで個人用ノートです。以下の本のまるまんの引用です。お許してください。

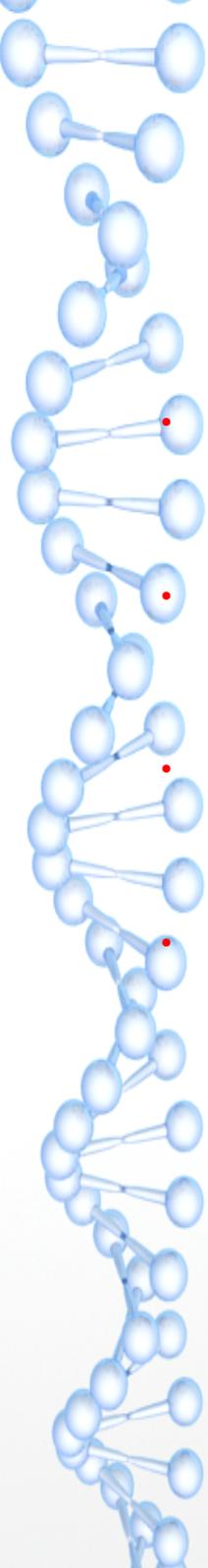
その関係から、転載は厳禁です。ご了承を)

主参考書：プライマリケア医チェックポイント集:安達 正晃ら,1版1刷,篠原出版新社,東京,2013



## これからの方安庵

- これからの方安庵は最終局面として、診察や治療の update を行う。
- 以下はその要点である。
- Houanan は standard として以下の点を改善点とする。（2013年前後の文献1を基準として2017年作成）



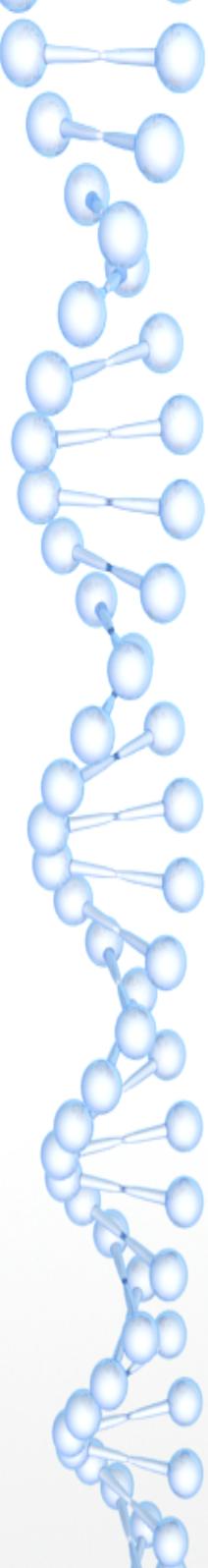
## 02 神経系への対応

高齢では、うつ、認知症、介護への対応が急激にふえている。

セロトニン、ドーパミンなど神経伝達物質への理解がかかせない。

向精神薬、睡眠薬などへの知識が不可欠。安易な服薬継続はQOLをさげる。

要点 PCCP14, PCCP15



## 03 循環系疾患への対応

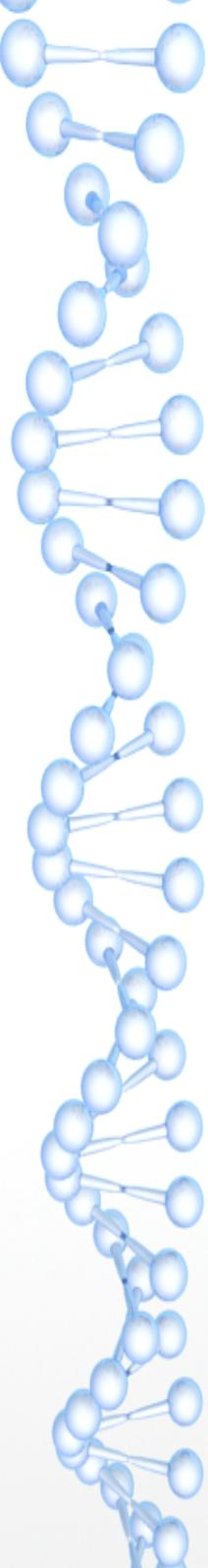
- ・ 心房細動とその治療などへの知識も特に必要に
- ・ 抗血栓薬選択の重要性
- ・ 降圧剤の選択などの重要性

主に腎機能との関連

循環用剤だけでなく薬剤を中心に、腎機能を犯さないように治療を変化させる必要がある

又、**アルドメット**（メチルドーパなので女性化乳房注意する）を使う

- ・ 要点 PCCP4
- ・

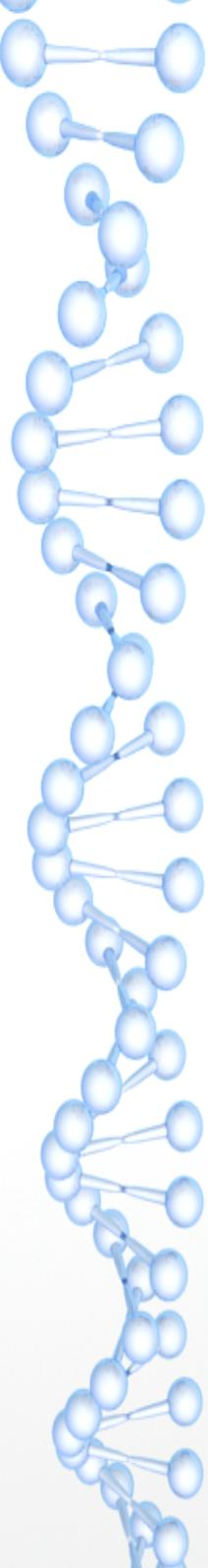


## 04 呼吸系疾患への対応

- 喘息の治療など、例えばアドエアは、非常に扱いやすいが、嗄声が欠点。

では、シンビコートなどが良いか。喘息などから気腫、COPDへの進展も増加するからアドエアなどの使用が良いか、などの考慮。

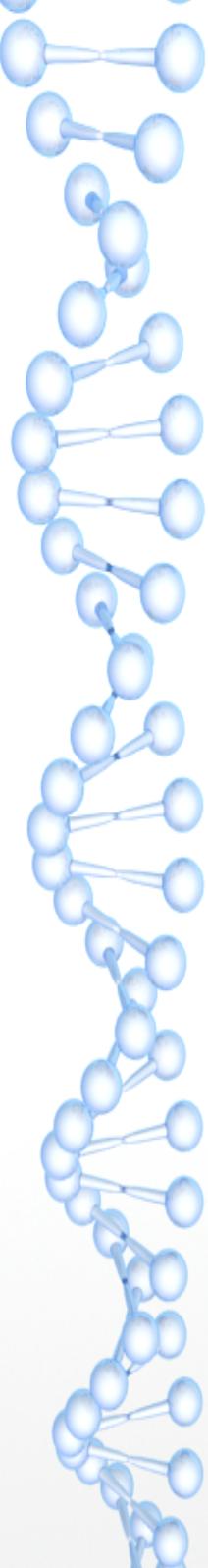
- 抗生剤も使い方に注意が必要ー>08参照
- 要点 PCCP3



## 05 消化系疾患への対応

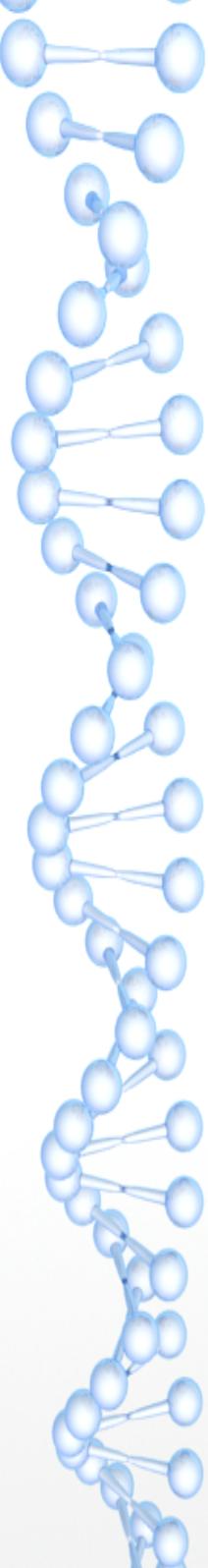
- ・ 胃がんのABC\*検診でB, C群の胃がん発生
- ・ 率がたかい。) など、スクリーニングの工夫をして、がんを見逃さないように
- ・ 抗血栓薬、PPIなどの使用の適正化
- ・ PPIの不利益などに対する監視
- ・ 要点 PCCP10

\*AがPG- HP- BがPG- HP+ CがPG+ HP+ DがPG+ HP-



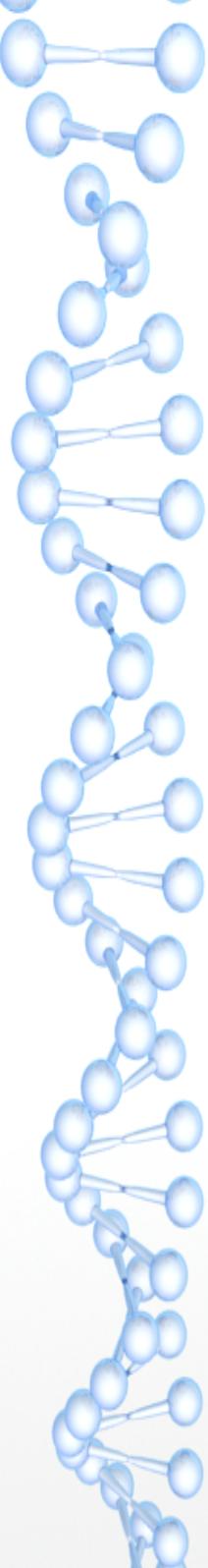
## 05 肝疾患への対応

- 肝臓(05)との関連で語ることが増える高脂血症の一部は、07ではなく、05にいらてある。
- 高齢者では胆道疾患も増え、しかも特徴がある。
- 要点PCCP11
- 薬剤代謝



## 06 貧血への対応

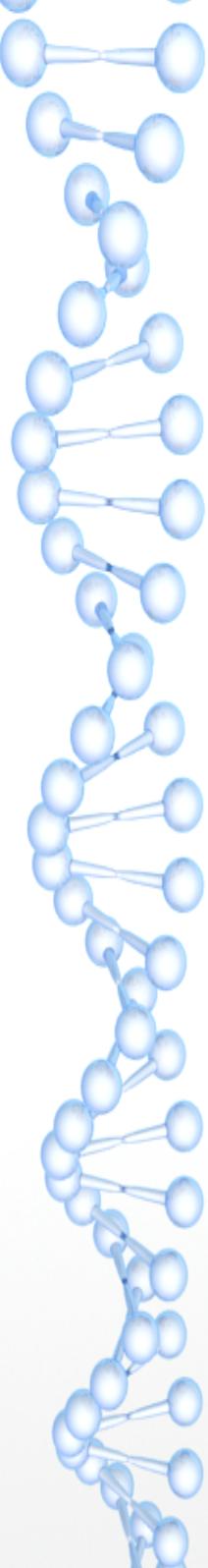
- ・ 全年齢でかなり多いが、見逃されやすい。
- ・ 癌、膠原病も見落とさない
- ・ CKD, CHFなどに伴う。
- ・ 要点 PCCP13



## 07 生活習慣病への対応

- コレステロール低減なのか、中性脂肪低減なのかのターゲットを明確にする必要がある。
- スタチンとGPL-1受容体作動薬リラグルチド(ビクトーザ)の併用が心血管生命予後に良い？
- 高齢者は、75歳以上ではインスリン(次図)をつかわない
- 抗凝固剤(06)併用のケースが増える事への考慮
- 要点 PCCP5

分類	製剤名	メーカー	組成	作用動態モデル	血糖降下作用おおよその目安			性状	服用時間	初期量	維持量	
				作用時間 (hr)	最大作用発現時間 (hr)	作用持続時間 (hr)						
超速効型	ヒューマログ (注100単位/ml, カート, リゾペン)	リリー	インスリンリスプロ		<0.25	0.5~1.5	3~5	無色澄明	毎食直前	1回2~20単位	1日4~100単位	
	ノボラピッド (注100単位/ml, ベンフィル, フレックスペン, フレックスタッチ, イノレット)	ノボ	インスリンアスバルト		10~20min	1~3	3~5					
	アビドラ (注100単位/ml, カート, ソロスター)	サノファイ	インスリングルリジン		<0.25	0.5~1.5	3~5					
中間型	NPL製剤	ヒューマログN (カート, リゾペン)	リリー	インスリンリスプロ		0.5~1	2~6	18~24	白色の懸濁液	毎食直前 (+夕食直前)	1回4~20単位	1日4~80単位
	二相性製剤	ヒューマログミックス25 (カート, リゾペン)	リリー	インスリンリスプロ:25% 中間型インスリンリスプロ:75%		0.5~1	2~6	18~24				
		ノボラピッド30ミックス (ベンフィル, フレックスペン)	ノボ	インスリンアスバルト:3 プロタミン結晶性インスリンアスバルト:7		10~20min	1~4	約4				
		ヒューマログミックス50 (カート, リゾペン)	リリー	インスリンリスプロ:50% 中間型インスリンリスプロ:50%		<0.25	0.5~4	18~24				
		ノボラピッド50ミックス (フレックスペン)	ノボ	インスリンアスバルト:5 プロタミン結晶性インスリンアスバルト:5		10~20min	1~4	約4				
		ノボラピッド70ミックス (フレックスペン)	ノボ	インスリンアスバルト:7 プロタミン結晶性インスリンアスバルト:3		10~20min	1~4	約4				
持続型	ランタス (注100単位/ml, カート, ソロスター)	サノファイ	インスリングルルギン		1.11	-	約24	無色澄明	毎食前 (or 就寝前)	1回4~20単位	1日4~80単位	
	トレスリーバ (フレックスタッチ, ベンフィル)	ノボ	インスリンデグルデク		定常状態時	なし	>42	無色澄明	毎日一定	1回4~20単位	1日4~80単位	
	レベミル (ベンフィル, フレックスペン, イノレット)	ノボ	インスリンデテミル		約1.0	3~14	約24	無色澄明	夕食前 (or 就寝前)	1回4~20単位	1日4~80単位	
ヒトインスリン製剤	速効型	ノボリンR (注100単位/ml, フレックスペン)	ノボ	ヒトインスリン (Regular)		約0.5	1~3	約8	無色澄明	毎食前	1回2~20単位	1日4~100単位
	ヒューマリンR (注100単位/ml, カート, リゾペン)	リリー	ヒトインスリン (Regular)		0.5~1	1~3	5~7					
	NPH製剤	ノボリンN (フレックスペン)	ノボ	ヒトインスリン (NPH)		約1.5	4~12	約24	白色の懸濁液	毎食前 30分以内	1回4~20単位	1日4~80単位
		イノレットN注 ヒューマリンN (注100単位/ml, カート, リゾペン)	リリー	ヒトインスリン (NPH)		1~3	8~10	18~24				
	混合型製剤	ノボリン30R (注100単位/ml, フレックスペン)	ノボ	ヒトインスリン (Regular 3:NPH 7)		約0.5	2~8	約24	白色の懸濁液	毎食前 (+夕食前) 30分以内	1回4~20単位	1日4~80単位
		イノレット30R (注100単位/ml, フレックスタッチ)	ノボ	ヒトインスリン (Regular 3:NPH 7)		約0.5	2~8	約24				
		ヒューマリン30/7 (注100単位/ml, カート, リゾペン)	リリー	ヒトインスリン (Regular 3:NPH 7)		0.5~1	2~12	18~24				
		ノボリン40R (注100単位/ml, フレックスペン)	ノボ	ヒトインスリン		約0.5	2~8	約24				
		イノレット40R (注100単位/ml, フレックスタッチ)	ノボ	ヒトインスリン		約0.5	2~8	約24				
		ノボリン60R (注100単位/ml, フレックスペン)	ノボ	ヒトインスリン		約0.5	2~8	約24				

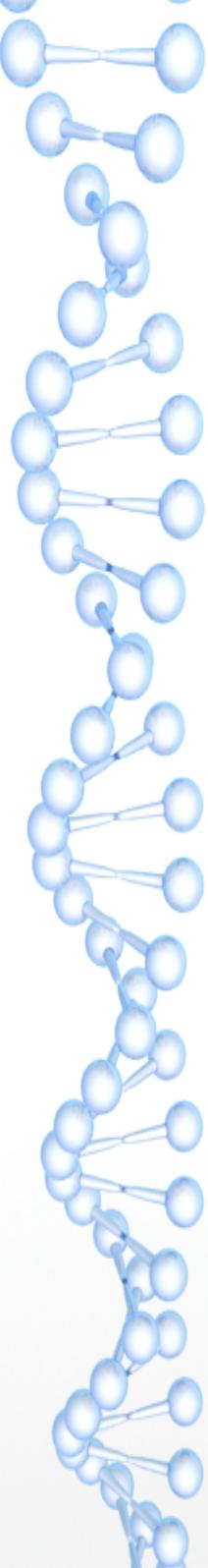


## 07 内分泌系への対応

- ・ 自己免疫疾患との相関が強い。橋本病などの甲状腺障害 高脂血症 糖尿病など
- ・ LDL +TG を下げるには、**ゼチーア+ベザトール**がよいが、リポクリンでもよいか→ ベザトールを使用
- ・ 要点 PCCP9

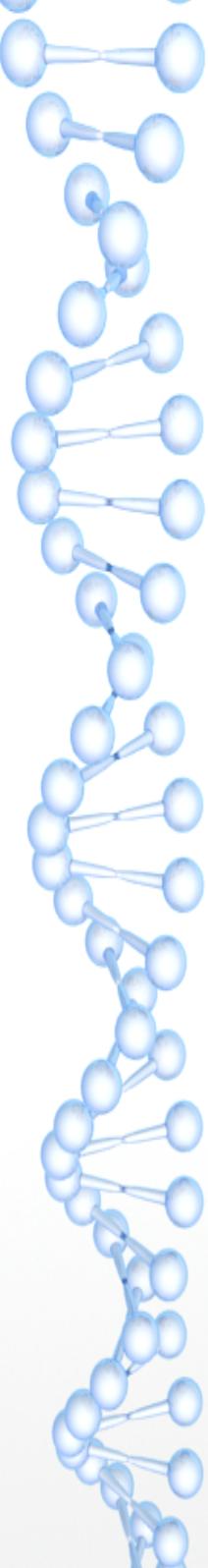
## 08感染系への対応

- $\beta$  lactamaseなどへの知識も特に必要に
- 例えばBLNAS =  $\beta$ ラクタマーゼ 作らない ABPC 効く など考えながらださないとhost抵抗力が落ちてゆく。  
(高齢での市中肺炎などの抗生剤の選択など)
- BLNAS = BL ( $\beta$ ラクタマーゼ) 作らない ABPC 効く  
BLNAI = BL作らない ABPC中等度耐性あり  
BLPAR = BL作る ABPC きかない  
BLNAR = BL作らないが ABPC 効かないこと
- インフルなども呼吸機能の低下を考慮にいれて、Bへの効果も考えるとリレンザ。
- 要点 PCCP2



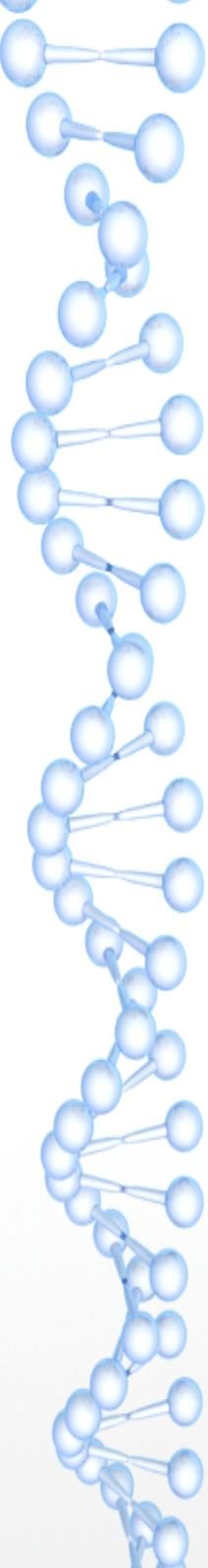
## 09緩和ケア

- 本格的高齢化を向かえ介護保険同様、腫瘍の患者さんの緩和ケアも避けては通れない。
- 要点 PCCP19



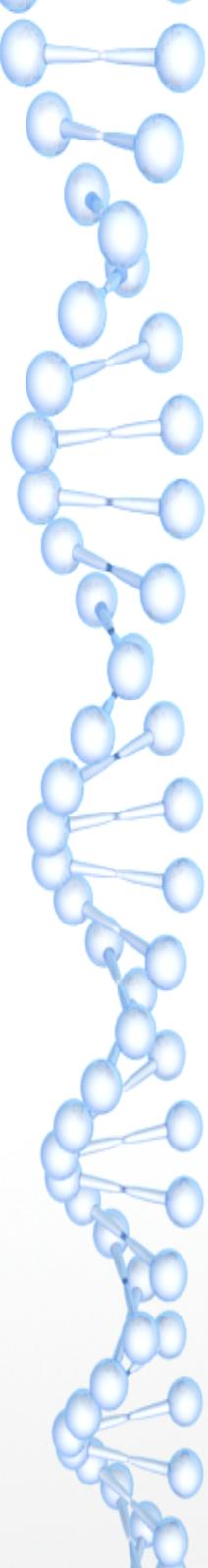
# 13膠原病への対応

- 女性は中年以降増える。
- 慢性関節リウマチは、発見前から関節痛などの不定愁訴が増えるが、Sjogren, Hashimoto 病などは常に考慮しておかないと、とらえにくい。
- その他の要点 [PCCP12](#)



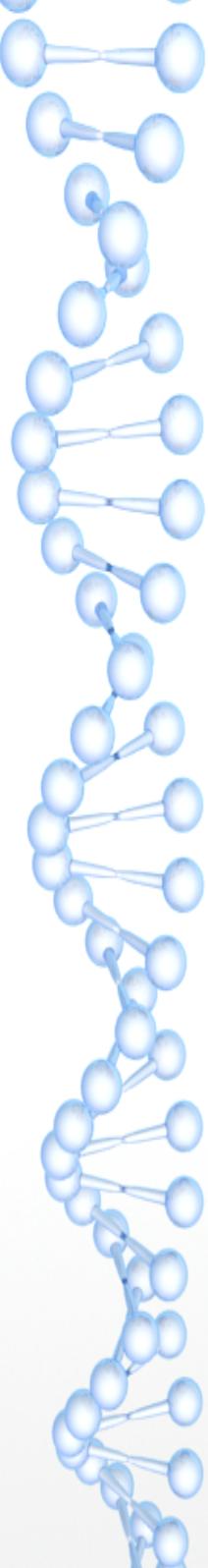
# 14整形疾患への対応

- 当然ながら増加する。直接QOLに影響するのは、内科疾患よりも長期に渡る可能性も高い。
- NSAIDsやBP製剤についての基本的知識も必要になる。
- その他の要点 [PCCP14](#)



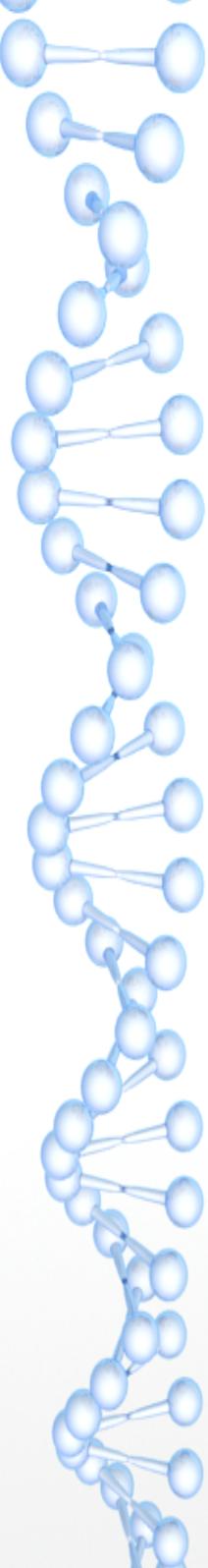
## 16皮膚疾患への対応

- 保湿剤とステロイド軟膏を混合してはいけない。  
まず保湿剤を先に塗りその後ステロイドを塗る
- 抗菌剤とステロイド軟膏配合軟膏の問題点は、傷部に抗生剤が接触皮膚炎をおこす、耐性菌が増加など。
- 要点 PCCP18



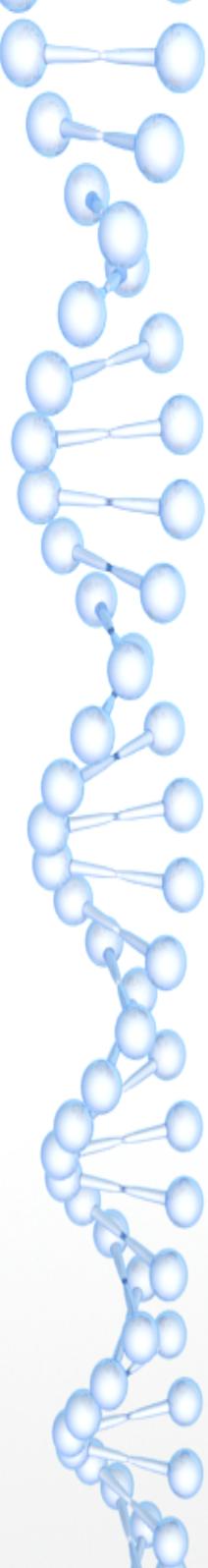
## 18 腎尿路系への対応1

- 塩分（随時尿によるNacl推定など）と腎機能が大切に。
- 透析は今後ふえるし、全体にcreatinineを見ながらCKDとしての疾患の把握が必要になってくる。
- 中山クリニックでの透析室の患者さんケアが参考になった。
- 要点 PCCP6、HD



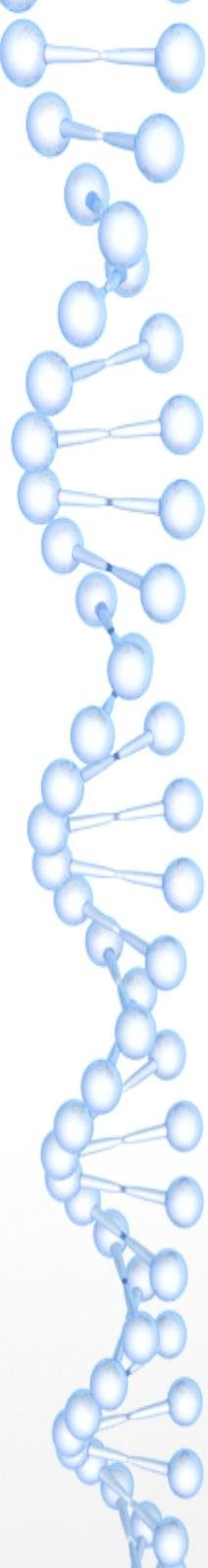
## 18 腎尿路系への対応2

- 高齢者では、電解質異常は起こりやすい。
- ABRなど複合的薬剤投与の合併症としての電解質異常も大切
- 腎結石結石予防には柑橘類の摂取
- 要点 PCC7



## 18 腎尿路系への対応3

- 高齢者男性では前立腺、女性では反復する膀胱炎や過活動膀胱はみのがせない。
- 特にCKDやその極型としてのHD患者の薬剤の選択は繊細さを要する。
- 要点 PCCP8

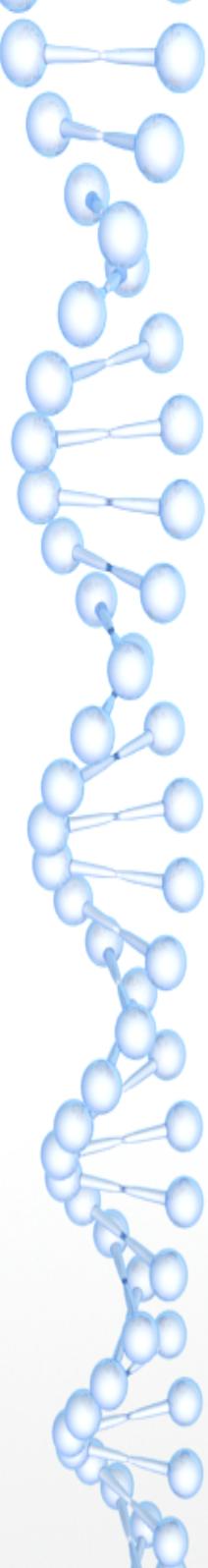


## 25 耳鼻科疾患への対応

- BPPVなどに始まり、心、脳血管系に起因するもの、また頸椎症など骨粗相に起因するなどのめまいがふえてくる。
- 要点 PCCP25

## 48 高齢者患者さん増加への対応

- Numbering の統一→number 48 (jijibaba)に統一
- したがって、薬剤を中心に、腎機能を犯さないように変化させる必要がある。
- しかも**健康寿命**の考え方で薬をへらす。介護にはあまりタッチせず→かかりつけ医としての最低限の機能を。
- 家庭ではメールやスマホでの写真撮影など活用
- せん妄、認知症には、**抑肝散**をつかう。
- **イクセロンパッチ**をつかう
- 要点は PCCP1 決定-総合的に、管理など参照
- 高齢者とかかりつけ、漢方の意義に等は、**方安ノート**参照



## 99 救急処置

- Primary Careでは、救急処置が頻度はまれでも欠かせないので、物品などは期限があってもないわけにはいかない。
- 救急処置もスキルはかせない。
- 要点 [PCCP22](#)

# その他 検査

- ・ (PCCP20) 検査
- ・ \*1 sensitivityとspecificityつまり感度と特異度は真逆
- ・ つまり病気があって検査の時、

2x2表について ある病気の検査で陽性になるのを真としたとき、検査

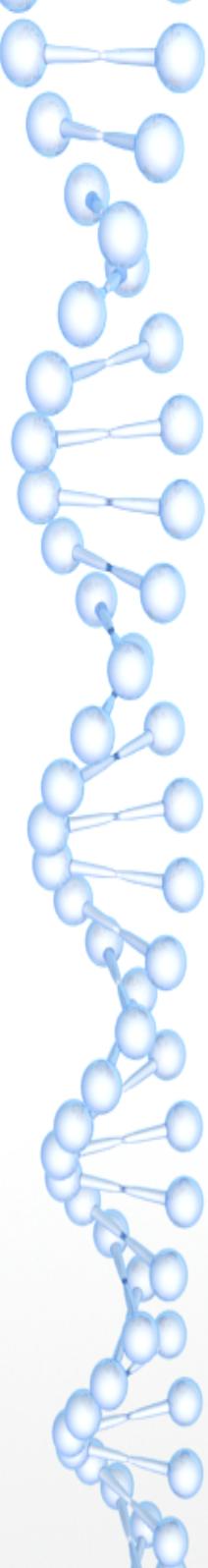
+の 真偽 A B      -の偽真 C D

-> Sens. = +真/+真 + (-偽)      また Spec. = -真/-真 + (+偽)

A / A + C                                  D / D + B

尤度はsensitivity/(1-specificity)であらわされる。(付録2参照)

- ・ \*3 日内変動ある凝固マーカーは プロトロンビンF1 +2      ->早朝増加するので梗塞増加
- ・ \*4 PAI(plasmin activator inhibitor)-1 線溶抑制 これも 早朝増加 するから梗塞増加
- ・ (PCCP21) ワクチン      省略
- ・ (PCCP23) 小児科      省略
- ・ (PCCP24) 症例あて      省略



# 付録1 症候群と徴候

- (PCCP25) 症候群
- ニヤミスの症状が割と多い症候群で、すぐに思い出さないもの
- 要点 PCCP25 PCCP26

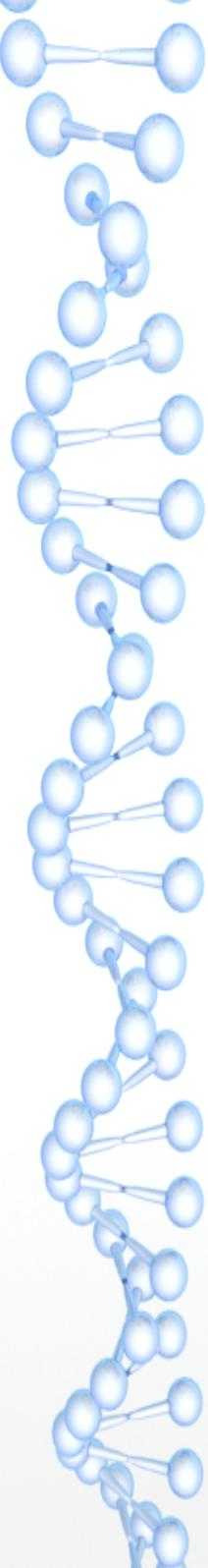
# 付録2 EBM関連

- ・ (PCCP28)
- ・ EBMの根拠となるメガスタディで今回の見直しに直接関連するもののリスト
- ・ 尤度について(「その他 検査」の項参照)
- ・ 尤度比の表9.2.2 (オッズ比) について (「検査」の有効性→検査サイドの統計)

2x2表 疾患 あり なし

検査+	A	B		
検査-	C	D	疾患あって検査陽性がA	疾患なく検査陰性がD
	疾患サイド	疾患ありがA+C		疾患なしが D+B
	検査サイド	疑陽性が B		偽陰性が C

- ・  $sens = A/(A+C)$  --1 「検査」が疾患ありで陽性の性能が鋭い感
- ・  $spec = D/(D+B)$  --2 「検査」が疾患なしで陰性の性能が特別
- ・  $Odds = sens / (1-spec)$   
 $= A/(A+C) / (1 - D/(D + B))$  --3  $1-spec = B/B+D$ :疾患なしに対する疑陽性率  
 $= A(B+D) / B(A +C)$  (  $pOddsrate$  とも言う) 鋭い感を疾患ないのに判らなかつた  
鈍さで割った尤もらしさ「=信頼性」のこと。)
- ・  $negativeOrate = C(B+D)/D(A+C)$  --4



# MEMO

- そして、EBM の限界もあること。関連と統合も必要に。

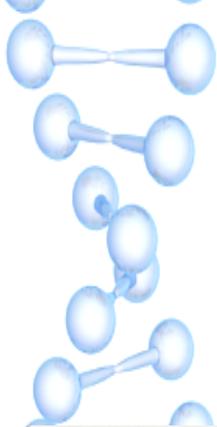
Evidence tells you never what to do it !

- 検査 検査機器選択 レントゲン 感受性部分更新  
→CR中止 DRは高い？ それよりレントゲンの差分のソフトを使用するか
- 健康年齢に対する考え方の変更
- Primary Care重要疾患note
- Primary Care関連疾患目次と図譜
- 方安庵総合医療資料
- 小児心理相談資料
- 方安庵総合HP

# 決定一総合的に

- ・ 目的 患者全体の高齢化をみすえて number 48 (jijibaba) 高齢者を追加し、薬剤の見直し
- ・ 1.5号用紙に 病史、生活史を書くこと
- ・ 大腸がんの発見困難から、Dear Gene で未来予想、Acis (次図1) で現時点の癌腫有無の把握の可能性、がんリスクチェック (図2) あり)  
←大腸がんの撲滅が困難なため。
- ・ 健康年齢に対する考え方の変更--年齢の設定すべきか  
80才以上の方に対する処方  
70才を超えると、有病率が極端にあがるもの 脳卒中、心筋梗塞、心房細動など  
50才で降圧剤を処方する意味の再考
- ・ 75才以上は薬剤5種以下に  
75才以上で症状のない甲状腺の患者の薬剤の再考、  
糖尿は3-4ヶ月に一度の採血にする、HbA1c は75才以上では7.0までokに。また **メトホルミン**をメインに変更しよう。エクアはこのこす。
- ・ がんと脳循環系の異常に対する態度を明確にすること  
がん検診の効果 マンモで随分発見率は上昇したが死亡率に変化がないことは反省点

# 味の素と国立がん研究センターのホームページから



## アミノインデックス®

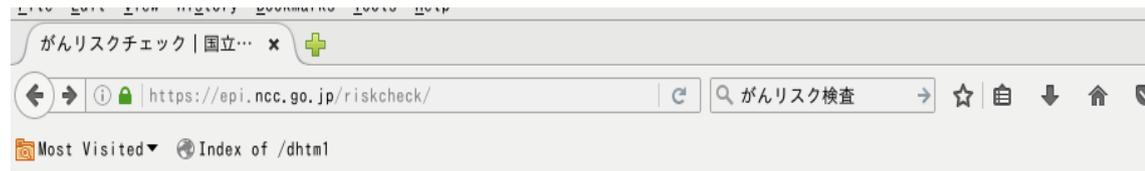
血液中のアミノ酸濃度のバランスから、現在の健康状態や病気の可能性を明らかにする検査がアミノインデックス®です。

### アミノインデックス®とは

血液中のアミノ酸濃度のバランスから、現在の健康状態や病気の可能性を明らかにする検査がアミノインデックス®です。

例えばスポーツ選手の疲労度をアミノインデックス®で調べ、競技の種目ごとに最適なトレーニング法や食事提案をしたり、高齢者の栄養管理に用いるなど、アミノインデックス®の今後の可能性はとてむひろがっています。

血液中のアミノ酸濃度で健康状態が分かる



## がんリスクチェック

国立がん研究センター社会と健康研究センターでは、過去20年にわたり日本人の生活習慣と、がんや他の疾患との関係について調査を続けてきています。当センターでは永年の調査を分析した結果をまとめ、さらに、どのような生活習慣が、がんや他の病気に繋がりがやすく、また病気に罹りにくいのかを、一般の方にも分かりやすい形のコンテンツにまとめました。あなたやあなたの身近な人が健康的な生活を送るために、以下の各コンテンツであなたの生活習慣に潜むリスクをチェックしてみましょう。



### がんと循環器の病気 リスクチェック

40歳から69歳の男女が対象。  
すべてのがん、および心臓病や脳卒中など循環器の病気に今後10年のうちに罹るリスクを算出します。

### 大腸がん リスクチェック

40歳から69歳の男性が対象。  
年齢、肥満度、飲酒、喫煙、運動習慣から大腸がんにかかるリスクを算出します。

### 脳卒中 リスクチェック

40歳から69歳の男女が対象。  
年齢、性別、喫煙、肥満度、糖尿病、血圧から脳卒中を発症するリスクを算出します。

### 5つの健康習慣による がんリスクチェック

45歳から74歳の男女が対象。  
年齢、性別、喫煙、飲酒、食習慣、運動習慣、肥満度から、今後10年の間にすべてのがんにかかるリスクを算出します。

### 胃がん リスクチェック

40歳から69歳の男女が対象。  
年齢、性別、喫煙習慣、食習慣(塩分)、胃がんの家族歴、血液検査によるヘリコバクター・ピロリ感染および慢性胃炎に基づくABC分類から胃がんにかかるリスクを算出します。

### 循環器疾患 リスクチェック

40歳から69歳の男女が対象。  
年齢、性別、喫煙、糖尿病、血圧、コレステロールなどの検査値から心筋梗塞、脳梗塞、脳卒中にかかるリスクを算出します。

# 決定一各論1

- 02 脳梗塞慢性期での再発予防は、バイアスピリン（PPIと併用） プラビックスの順で使用
  - 認知症には抗コリン剤（セファドールも）、ベンゾジアゼピン、PLは良くない
  - 不眠について:メラトニン（参考○ロゼレム(武田)は、melatonin rec. agonist。 cypla2を阻害)は、ほぼすべての生物の体内に自然に存在し、動物では概日リズムを調節しているホルモンで、serotonin →melatoninの代謝。依存ない。欧米ではサプリ。リズム異常以外には効果とぼしい。MT1,2に受け取られ、orexin(hypocretin)受容体をblockして休息状態にはいる。
  - これにたいして、覚醒ホルモンのオレキシンがある。これに拮抗する考えもある。（参考：**ベルソムラ**は、オレキシン受容体拮抗薬。 睡眠薬ではなく、覚醒抑制剤 cyp3aで代謝）。視床下部の摂食中枢→神経細胞が覚醒の信号を発生してオレキシン受容体に結合→摂食、覚醒、睡眠に関係
- この2つとも、GABAに影響を及ぼし習慣性と依存性があり短期的な使用が推奨されるベンゾジアゼピン系（トリアゾラム）や非ベンゾジアゼピン系とは異なった作用により、長期的に使用できるとされている。
- リフレックス :抗うつ薬と睡眠導入剤や睡眠薬を併せて服用することで、寝入りや深い睡眠をとることができると同時に、朝の不安感や憂鬱感、倦怠感などを感じにくくする効果あり。または、トリアゾラムと互換、併用
  - 03 心エコーは4腔像を中心にBモードで。MモードではEFをとり入れる。

降圧剤は、バルサルタン+アムロジピンを中心として処方する。単剤ではアムロジピンとする。テルミサルタンはのこす。理由は、「ARBで腎排泄がないのはミカルディスで、完全に胆汁排泄であるが、Nashに有効ではないかと期待されている。」ことがあるから。

総じて非弁膜性心房細動、CHADs  $\geq 2$ のaf には、プラビックス(腎排泄80% トロンビン阻害)を使う。弁膜性、人工弁、また、CHADs2以上かつ腎機能低下例では、ワーファリンを使わざるを得ない。 afそのものも 無症候性なら、かならずしも洞調律に戻さなくてもよい。血栓予防などが優先。

EPA/AAで冠動脈イベントのリスクは  $>33\%$  なので EPA/AA比（動脈硬化性疾患の存在が疑われる、具体的には、糖尿病や脂質異常症がある人は保険での測定が可能）を採用する。

# 決定一各論2

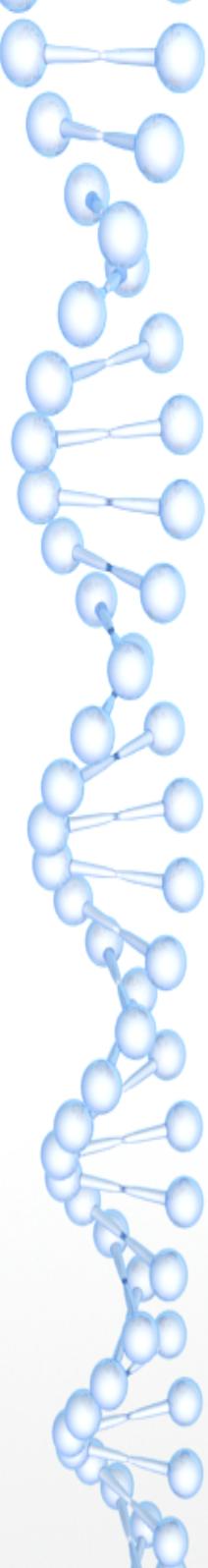
07 **ベザトールSR**の復活や 高尿酸血症に対してフェブリクの使用 DMへのグリメピリドへの統一、DPP-4はエクアが第一選択となる。

SGLT-2(ナトリウム・グルコース共役輸送体。SGLTは、グルコース（ブドウ糖）やナトリウムといった栄養分を細胞内に取り込む役割。SGLTの種類はいろいろあり、体内のさまざまな場所に存在していますが、SGLT2に限っては、腎臓の近位尿細管という場所に限定的に存在-**糖尿病リソースガイド**から引用)阻害薬エンバグリフロジン（ジャディアンス）などの使用をどうするか

- ・ 08 感染と抗生剤などの方針-例えば,” BLNAS =  $\beta$ ラクタマーゼ 作らない ABPC 効く” など考えながら抗生剤の選択を徹底する。
- ・ **オーグメンチン**（クラブラン酸+アモキシシリン）を採用するか
- ・ ターゲットは明確な抗生剤の使用をする（08 感染症を参照）
- ・ 16 **ボンアルファ、タクロリスム**の再評価
- ・ 18 全疾患に対するCKDでのグレードに準じた投薬（すべての項目に関係）
- ・ 48 このスライドにあるように方安庵の高齢者医療方針（すべての項目に関係）

# 管理->そして今後

- 戦略：まず、常連で1.5用紙の整備 ->方庵戦略会議(HSC;はまの家定例会と同日)にて、全員で、確認しながら、検査の予定、済検査のチェック、など80歳以上、75歳以上とすこしずつ 1号裏などから転記しながら、完成してゆく。
- 高齢者に関しては、前期したごとくであるが、今後は老年症候群がふえる。介護の要支援1と2の確認や、本人のADLは正常か、やや低下の違いで、介護の予防に力点は置かざるを得ない。
- 介護になる3大疾患は、Osteoporosis, Osteoarthritis, Spinal stenosis sarcopenia = locomotiv syndrome、  
マラスムス、クワシオルコルの予防に力を 便性状も比較しやすいをつかう。  
等等



# 文献

- 1 プライマリケア医のためのチェックポイント集：  
安達正晃編、1版1刷、篠原出版、東京、2013
- 2 かかりつけ医講習2017春
- 3 65才からは検診・薬をやめるに限る：名郷直樹、  
1刷、さくら舎、東京、2017