

## 序 文

松尾 汎<sup>1</sup> 重松 宏<sup>2</sup>

シンポジウム2は、欧米の標準的末梢動脈閉塞症の治療指針とされているTransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC)の指針と、わが国での治療の現状を対比させ、わが国における現状の課題と今後の展望を模索する企画である。本年度内には、TASCグループにわが国も参加して、全世界的な「Essential TASC」として纏められる予定であり、この時期にシンポジウムを開催できたことに深謝する。

最も遭遇する機会の多い跛行に対する治療戦略は、TASCでは監視下運動療法を第一選択としているが、わが国では監視下運動療法の実施は極めて限られた施設にとどまり、その実施の実現にはいまだ多くの課題(evidence, 施設, 療法士, 保険制度など)が残されている。わが国におけるそれら課題の解消に向けて、現状の把握やevidence作りなどが要請されている。正木らの報告は、運動療法の適応について検討し、課題の一つとされる治療効果予測の可能性について述べ、負荷後ABPK (ankle brachial pressure index: 足関節上腕血圧比)を指標として提示している。evidenceを集積して、有用な指標となることが期待される。

最近最も関心の高い「血管内治療」が最も多く取り上げられ、循環器内科、放射線科、血管外科それぞれの立場から、腸骨・大腿動脈の狭窄・閉塞病変に対しての適応について検討がなされた。まず、strategyとしては、極めて基本的な自覚症状・血圧測定から虚血を評価し、次いで病変の部位・程度・分布などから治療選択を行う必要がある。運動療法が第一選択とされる跛行例では内科治療(生活習慣病治療も含めた薬物療法も含む)に次いで選択となるべきである。治療のための

手段は、あらゆる可能性へと常に求め続けられねばならない。理想的には、より低侵襲の治療で、最大の効果を得られることである。血管内治療で症状や病変が消失すればより理想に近づくことになるが、合併症が生じたり、再狭窄で増悪したり、場合によっては他の選択肢がより良い選択肢の場合もある。その実施がより慎重に行われる必要性(適正な適応と全身評価を含む)と、そしてより良い選択肢であり続けること(成功率と長期開存成績も含めて継続した良好な結果が得られること)が要請されている。

しかし、重症虚血肢の場合には、疼痛からの解放と救肢目的で、積極的に「血管内治療」も含めた侵襲的治療(バイパス術など)の適応を検討する必要があることは全員の一致した意見である。ただし、救肢の可能性を評価する方法には足関節血圧、趾血圧、経皮酸素分圧、組織灌流圧などがTASCには取り上げられているが、実際には判定や実施が困難なことも多い。救肢はquality of lifeはもちろん、生命予後にも関連する事項であることから、精度のより高い検査であることを要する。今回、太田らはアイソトープ検査の有用性を報告したが、簡便性に関する課題も残されている。

わが国における治療戦略の問題点を挙げると、病診連携(診療所と病院の役割分担)、無侵襲検査施設の整備(vascular labの構築)、監視下運動療法実施のための環境作り、血管内治療適応の公開制(second opinion)など、山積している。どこでも最善の医療が受けられるような「システム作り」も併せて構築しなければならない。

<sup>1</sup>松尾循環器科クリニック<sup>2</sup>東京大学医学部附属病院手術部