

後であっても効果がある可能性が示されている。しかし、ヒトにおいては、EBウイルスの再活性化を起こすことが問題となり、用量を減らす必要性が指摘された。その後、近年になり、1型糖尿病の近親者であり、ステージ分類のステージ2を対象として抗CD3抗体を投与すると、発症抑

制が認められることが示された。

現在、我が国では1型糖尿病のステージ1, 2の現状把握、さらには、ステージ2への免疫学的な介入試験が開始されており、その成果に期待が集まっている。

15. ガイドラインに基づいた最新の脳梗塞治療と予防

大阪公立大学大学院医学研究科脳神経内科学 伊藤 義彰

脳梗塞の急性期治療は最近、血栓溶解療法および血栓回収療法の適応範囲が広くなり、劇的に予後が改善しつつある。まず血栓溶解療法は、発症後4.5時間以内の投与が原則である。発症時刻が不明であっても、頭部MRI拡散強調画像にて虚血性変化がみられるもののFLAIR画像ではまだ信号変化がない場合、血栓溶解療法の適応となった。

発症後6時間以内で、内頸動脈から中大脳動脈分岐部までの主幹動脈の閉塞で、かつ脳梗塞巣が虚血範囲の一部に限局している場合は、機械的血栓回収療法の適応である。この治療法の適応範囲はその後の大規模試験で拡大され、投与時間は発症後24時間まで、閉塞血管はM2までの有効性が確認されている。

これらの再灌流療法は、早期に行われるほど有効性が高く出血性梗塞をきたす確率が低いため、各施設はあらかじめ一次脳卒中センターや脳卒中コア施設などとの地域連携を確立しておき各症例に迅速に対応することが推奨される。

急性期からの再発予防は病型により異なる。アテローム血栓性脳梗塞では早期から血小板血栓の再発が高いため、抗血小板薬の二剤併用療法(DAPT)を発症後から3週間続け、その後は単剤療法に切り替える。またリスクの管理が重要で、脂質は早期からLDL-Cを100 mg/dl以下(冠動脈疾患が合併すれば70 mg/dl以下)にする。血圧は主幹動脈に高度狭窄が残存する場合は無理な降圧はしないが、主幹動脈に高度狭窄がない場合は慢性期に130/80 mmHg以下に降圧する。2型糖尿病の管理は脳梗塞再発予防の有効性が確立し積極的に推奨される。

心原性脳塞栓症は心房細動を背景に生じることが多い。急性期は出血性梗塞になり易く再発予防は数日から1週間後に直接経口抗凝固薬(DOAC)を開始する。またアブレーションや抗不整脈薬による洞性リズムの維持が推奨される。

以上エビデンスに基づいた治療ガイドラインの順守が推奨される。

16. 心臓突然死の実態とリスク評価

東邦大学大学院医学研究科循環器内科学 池田 隆徳

近年、心臓突然死(SCD)に関する疫学的デー

タが集積され、わが国においてもその実態を把

握することが可能となった。わが国では年間に約6.5万人がSCDをきたしている。日本におけるSCDの発現時間帯は、欧米と異なり、朝と夕の二峰性のピークがあり、発現場所としては自宅が最も多いことが示されている。周知のごとく、SCDの直接原因として最も多いのは、心室細動をはじめとする重篤な心室性不整脈である。その基礎疾患としては、虚血性心疾患、心筋症などの器質的な病態が多く占めるものの、遺伝性不整脈疾患のような非器質的な病態も一定の割合を占める。

最近、わが国の循環器系学会から不整脈の診断とリスク評価に関するガイドラインが発行され、SCDに対する対策が述べられた。予防に関しては、薬物治療だけでなく、植込み型除細動器やカテーテルアブレーションといった観血的治療を考慮に入れることは言うまでもない。重要なのは、SCDを事前に予知すること、すなわち個々の患者においてリスク評価（層別化）を十分に行うことである。これまでの多くの研究

で、通常の心電図で測定される指標、心エコーなどで計測される左室駆出率、ホルター心電図上の非持続性心室頻拍がリスク評価において有用であることが示されている。近年、これらの一般指標に加え、観血的な電気生理学的検査による誘発試験、非侵襲的に測定できる心室レイトポテンシャル、T波オルタナンス、心拍タービュランスなどの特殊な心電学的指標も有用であることが示されている。世界の関連学会から出されたSCDに関するステートメントにおいて、非侵襲的な指標は併用して活用すると、SCDや心イベントに対する予測精度が向上することが述べられている。わが国でも、この方針の則り、学会主導のこれに関連した多施設共同前向き研究が実施され、非侵襲的な指標の併用使用による有用性が立証された。

徐々にではあるが、日本においてSCDに対するリスク評価はある程度可能になっており、有用とされる指標を効率よく活用することでSCDが減少していくことを切に願っている。

17. すべての内科医にご理解いただきたい成人移行支援

慶應義塾大学医学部、柏たなか病院 長谷川奉延

小児期発症の慢性疾患を持つ小児（children with special health care needs；CSHCN）は、一般的な小児が必要とする水準以上の保健あるいは医療サービスを必要とする。CSHCNは医療的ケア児より広い概念である。2016年～2017年の米国において、17歳までの小児の18.8%がCSHCNである。当たり前のことであるが、CSHCNは必ず成人する。

成人移行支援は、CSHCNが成人期を迎えるにあたり、本来その人が持っている能力および機能を最大限に発揮できるようになり、社会においてその人らしく自律かつ自立した成人になることを目的とした支援である。したがって、成

人移行支援は疾患に対する医療のみならず、就学就労などのキャリア形成、性の健康、メンタルヘルス、人間関係などを含み、包括的である。

トランジションは、CSHCN（小児）を対象とするヘルスケアから成人を対象とするヘルスケアへとシームレスに医療サービスを提供するプロセスであり、成人移行支援の中核をなす。トランジションと小児科から成人診療科（主に内科）への転科（トランスファー）は同義ではなく、転科はトランジションの目的でもない。一方で通常転科はトランジションの一部であり、多くのCSHCNが転科することも事実である。演者は、転科を支援する際に少なくとも以下の7