



図1 整形外科における疾患割合
(鳥島康充ほか: 整・災外 46: 1087-1094, 2003.)

ず、心・脳血管障害など致死的な動脈硬化性疾患の早期発見という観点からも極めて重要である。鑑別診断でもっとも重要な疾患は腰部椎管狭窄 (LCS: lumbar spinal canal stenosis) である。LCSは極めて頻度の高い疾患で、60歳以上の日本人の約4分の1がLCSであるという疫学調査結果⁴⁾がある。本邦において、LCSの症状の約6割が間欠跛行であり、間欠跛行患者の約9割はLCSである(図1)⁵⁾。鑑別方法を下記に示す。

1) 問診

脳・冠動脈疾患の既往や、糖尿病・高脂血症・高血圧・喫煙習慣など動脈硬化危険因子の有無はPADの検出に有用である。前屈位になると下肢症状が軽快するという症状(姿勢因子)と、歩かなくても立っているだけで下肢痛が誘発される症状(立位負荷試験)はLCSに特徴的である。PADでは疼痛が腓腹部に限局する場合が多いが、LCSでは下腿だけでなく大腿後面にも疼痛を認めることが多い。

2) 視診

仰臥位で両下肢を挙上させ足関節の屈曲負荷を30秒ほど行くと、PAD患肢が蒼白になる挙上試験が有用である。

3) 触診

大腿動脈、膝窩動脈、後脛骨動脈、足背動脈の拍動異常はPADを検出する上で重要である。先天性走行異常がほとんどない後脛骨動脈の拍動異常が鑑別に最も有用である。

表1 保存的治療

- 1) 運動療法
3-5分程度で下肢痛が出現する負荷(トレッドミル傾斜や歩行速度)で、運動と安静を繰り返す。1回30-60分を週3回3ヶ月行う。
- 2) 薬物療法
シロスタゾール(エビデンスレベル:A)
- 3) 危険因子の除去
禁煙指導, DMなどの治療

(AHA/ACCガイドライン, 2006)

4) ABI (ankle brachial pressure index)

上肢に対する下肢収縮血圧の比であるABIは、PAD患者の検出および初期評価に極めて有用な検査法である。従来ドブラ法が行われてきたが、現在では短時間で簡単に測定できる自動血圧測定器をもちいたオシロメトリック法が頻用されている。ただし、血管石灰化の著明な糖尿病や透析患者では正確な測定ができないことがあり、注意を要する。

5. 治療

PADの治療法は、保存的治療、血管内治療(PTA)、血行再建術がある。Fontaine III度やIV度あるいはABIが0.5以下の症例は、専門医に紹介すべきである。軽症例はプライマリ医による保存的治療が可能である。保存的治療は、3種類の組み合わせにより構成される(表1)。第1の運動療法は、3-5分程度で下肢痛が出現する負荷で歩行と安静を繰り返し、1回30-60分を週3-5回行う治療である。第2の薬物療法は、TASC IIで唯一エビデンスをもつシロスタゾール(プレタール®)を基本とし、副作用がある場合や病状が改善しない場合は、他の抗血小板剤やプロスタグランディンE₁あるいはI₂製剤を用いる。第3は危険因子の除去のため糖尿病管理や禁煙指導を行う。保存的治療を行う上で最も注意すべき病態は、塞栓や血栓による急性下肢虚血である。側副血行路を形成する

時間的余裕を与えず下肢血行が途絶されるため切断に至る確率が高い。心房細動合併例やABI低値例はもちろん全例に対し、急性発症の激しい下肢痛や冷感を認めた場合は、速やかに来院するよう治療開始時に指導すべきである。

文 献

- 1) Hirsh AT, Cricqui MH, Jacobson DT, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW, Krook SH, Hunninghake DB, Comerota AJ, Walsh ME, McDermott MM, Hiatt WR : Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* **286** : 1317-1324, 2001.
- 2) Fujiwara T, Shigeyuki S, Satoru T, Hirofumi O, Junichi O, Hiroshi T, Takeshi I, Yu C, Nobuo K, Hiroshi A, Kazuaki S : Prevalence of asymptomatic arteriosclerosis obliterans and its relationship with risk factors in inhabitants of rural communities in Japan : *Atherosclerosis* **177** : 83-88, 2004.
- 3) 重松 宏, 安田慶秀, 田辺達三 : 日本の現状と診断基準—重症虚血肢をめぐる諸問題. *Therapeutic Research* **13** : 4099-4109, 1992.
- 4) 大谷晃司 : 神経性間欠跛行 (疫学)—プライマリケアのための間欠跛行診療最前線. *医薬ジャーナル* **43** : 2685-2687, 2007.
- 5) 鳥嶋康充, 田中宏幸, 毛利良彦, 齊藤 裕, 北川清秀 : 血管性間欠跛行に対する整形外科医の役割. *整・災外* **46** : 1087-1094, 2003.