

発作性上室性頻拍患者の Quality of Life

—カテーテル・アブレーションの影響—

フク タ ユ キ コ * フク タ モ ト ユ キ ハ ヤ シ エ イ ジ ロ ウ イ ワ ト オ ル
 福田由紀子* 福田 元敬^{2*} 林 英次郎^{2*} 岩 亨^{2*}
 イ ト ウ タ カ ユ キ タ ナ カ ト ヨ ホ ナ カ ガ ワ タ ケ オ 3*
 伊藤 隆之^{2*} 田中 豊徳^{3*} 中川 武夫^{3*}

目的 発作性上室性頻拍 (PSVT) でカテーテル・アブレーション (CA) を受けた患者の生活状況, 頻拍発作の自覚, 治療前後の Quality of Life (QOL) とうつ状態の変化を調査し, 患者の QOL の状況を明らかにする。

方法 1995年2月～1999年1月に PSVT にて CA を受けた全患者103人 (Wolff-Parkinson-White (WPW) 症候群86人, 房室結節回帰性頻拍 (AVNRT) 27人) を対象として, 2000年6月, 自記式質問紙法により患者の状態, CA に対する患者評価, CA 前後の QOL と Self-rating depression scale (SDS) のアンケート調査を行なった。このうち21人は, 住所不明等で返送され, 調査可能だった者は82人であり, 有効回答数は59人 (有効回答率72.0%) である。

成績 分析対象者の平均年齢は50.5±15.8歳, 疾患割合は, WPW 41人, AVNRT 18人, 医療者による治療評価は根治率100%であった。

59人のうち, CA 後に頻拍発作自覚が無くなった者は47人 (79.7%) であった。また, CA 前には59人全員が2～4週に1回通院していたが, CA 後に全く通院しなくてよくなった者は32人 (54.2%), 生活制限をしていない者は45人 (76.3%) であった。患者評価では, 59人 (98.3%) が CA を肯定的に評価していた。

非特異的健康状態 QOL, 社会的および主観的指標 QOL は, CA 前に比し CA 後に有意に QOL が改善したと考えている者が多く, その結果, QOL 得点は CA 後のほうが高かった (非特異的健康状態 QOL : $P < 0.001$, 社会的および主観的指標 QOL : $P < 0.05$)。

SDS は, CA 前に比し CA 後に有意にうつ傾向が改善したと考えている者が多く, その結果, CA 後に減少した ($P < 0.001$)。

結論 1. CA 後に頻拍発作自覚は消失または減少, 通院回数の減少, 生活制限の緩和がみられた。

2. CA 前後で QOL (身体症状 QOL, 社会的および主観的指標 QOL), うつ傾向は改善したと考えている者が多かった。

3. CA への患者評価では, 肯定的に評価している患者が98.3%を占め, CA を受けた患者が CA 治療を受容していることが明らかとなった。

4. 医療関係者は, CA が PSVT の QOL とうつ状態を改善させることを認識して, 患者の支援に務めることが重要である。

Key words : 発作性上室性頻拍 (PSVT), カテーテル・アブレーション (CA), Quality of Life (QOL), Self-rating depression scale (SDS)

Ⅰ 緒 言

* 日本赤十字豊田看護大学看護学部

^{2*} 愛知医科大学循環器内科

^{3*} 中京大学大学院体育学研究科

連絡先: 〒471-8565 愛知県豊田市白山町七曲12番33 日本赤十字豊田看護大学 福田由紀子

不整脈治療の目標は, 自覚症状の改善および致命的不整脈をもたらす突然死の予防に集約される¹⁾。不整脈への治療は薬物療法と非薬物療法があり, 薬物療法は, 基質となる心筋組織の電気生

理学的性質に変化を与えることによって、不整脈発作を起りにくくさせることを目的とした治療法である。これに対して非薬物療法は、薬物以外の方法で治療を行うもので、不整脈発作の原因となる副伝導路や瘢痕組織に対する手術療法やカテーテル・アブレーション：catheter ablation（以下、CA とする）などが含まれる²⁾。

発作性上室性頻拍：paroxysmal supraventricular tachycardia（以下、PSVT とする）の原因疾患は、Wolff-Parkinson-White 症候群（以下、WPW とする）と房室結節リエントリー性頻拍（以下、AVNRT とする）がほとんどをしめる。

従来、PSVT には、薬物療法が施行されていた。しかし、内服治療を継続しても発作は必ずしも予防できるとは限らず、患者にとっては、継続的内服治療、頻拍発作への不安や生活制限などが負担となっていた。これに対して、CA は成功率も95%以上と高く³⁾、合併症も再発率も低いとされ、最近では、PSVT に対しては頻拍発作が1回でもあれば治療の第一選択となり、根治治療^{4,5)}として臨床応用されるようになってきた。入院を要す、観血的療法であるが、継続的内服治療や発作への不安から解放され、生活制限も緩和される治療法である。

保健医療の領域における Quality of Life（以下、QOL とする）の研究は、医学的な治療処置あるいはケア技術を評価するために行われてきた^{6,7)}。しかし、1980年代から、患者の主観的な評価指標を重要視し、QOL を医療評価のための患者立脚型アウトカム（Patient-based outcomes）という考え方からも行われるようになった⁸⁾。患者自身による治療の評価を認識することが患者の生活・健康を考えた医療を行っていくうえでは重要であると考え。循環器疾患を持つ患者の治療においても、患者への治療効果を高めるためには、QOL に配慮する必要性があることが認められている⁹⁾。

PSVT に対して CA を受けた患者の QOL に関する研究は、CA 後の QOL の評価^{10,11)}、CA 後に CA 前後の QOL、心理的ストレスの評価¹²⁾したもの、いまだ少ないのが現状である。さらに報告されているものは、QOL の評価のみで、患者自身の生活状況の変化や CA への患者評価する項目の観察はみられない。

本研究は、PSVT で CA を受けた患者の治療前後の生活状況、頻拍発作の自覚、QOL とうつ状態を調査し、患者の生活状況、頻拍発作の自覚、QOL とうつ状態の変化を明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 対象と方法

平成7年2月から平成11年1月までに、愛知医科大学循環器内科で PSVT にて CA を受けた全患者103人を調査対象者とした。

平成12年4月～平成12年6月に、郵便法により自記式質問を送付し、CA 後に CA 前と CA 後の状態についてアンケート調査を行った。住所不明で21人（調査不可能者）は返送され、調査可能だった者は82人である。うち19人は未回答者であり、アンケート回答者は63人（回収率76.8%）であった。アンケート回答に記載漏れのあった3人、根治できなかった1人の4人を除いた59人（有効回答率72.0%）を分析対象者とした。

研究参加への同意は、調査票郵送の際に調査の目的、方法、および研究対象者個人の人権擁護を記載した調査説明書を同封し、同意を得られた人のみ質問紙の返送を依頼することで行った。また、カルテより調査対象者の CA の医療者による治療評価（根治率）、年齢、性別、病名、初回頻拍発作出現から CA 施行までの期間の情報を得た。

根治とは、CA 直後に心臓に電氣的刺激を与えても持続性の頻拍が誘発されなかったものである。

2. 調査内容

1) 一般的属性

年齢、性別、頻拍発作出現から CA 施行までの期間、CA 後の頻拍発作の頻度、生活制限の有無、通院状況、就業状況、PSVT 再発への心配、PSVT 再発時の治療法、CA への患者評価である。

2) Quality of Life (QOL)

QOL は、「生活の質」、「生命の質」あるいは「人生の質」と一般的に訳されている。個人を主体とし、個人が感じるその人の生命の質と生活の満足度のことであり、社会生活に関連する各分野で共通し、共有される概念である¹³⁾。

QOL の基本的構成要素としては、日常生活の作業能力（身体的・職業的能力）、心理状態、人間関係を維持する能力、身体的快・不快（自覚症）

が知られており^{14,15)}、WHOの健康の定義(身体的、精神的、社会的に良好な状態)と密接な関係がある。また、生活費用、福祉施策などもQOLの構成要素として考慮すべきである。幸福感、生きがい感、生活の満足度などは、最近注目されている主観的QOLである。すなわちQOLの構成要素(広義)としては、身体的・精神的健康状態のほか、栄養状態、運動、休養などの健康づくりと関連する要素、社会性生活関連の要素^{15,16)}、生きがい感などの主観的要素^{16,17)}などが含まれる。

CA前後のQOLの評価には、構成概念妥当性と信頼性が検証されている¹⁸⁾「循環器病患者の病気と生活の質に関する調査表」^{15,19)}を用いた。この尺度は、多元的要素からなる構造で、非特異的健康状態、社会のおよび主観的指標、疾患に特異的な症状・病態の3つの側面から構成されている。今回は、非特異的健康状態、社会のおよび主観的指標の項目を使用した。

非特異的健康状態は、①動悸・息切れ、②食事がすまない、③頭痛・頭重感、④不眠、⑤疲労感、⑥憂うつ、⑦浮腫、⑧イライラの一般的な身体状態の8項目からなる。質問に対する回答は「よくある」1点、「ときどきある」2点、「ない」3点と点数化し、点数が高いほど良好なQOLを示す。総得点範囲は、8点~24点である。

社会のおよび主観的指標は、①病気に対する態度、②家族関係、③余暇活動、④仕事、⑤現実への満足感・肯定感、⑥将来への期待感、⑦心理的安定感の7領域¹⁵⁾、対象者のうち病気やCA以外の理由で離職した人が仕事の質問に回答していないため、④仕事の領域について今回は使用しなかった。1領域それぞれ3項目で合計18項目である。質問に対する回答は「はい」1点、「どちらでもない」2点、「いいえ」3点と点数化し、点数が高いほど良好なQOLを示す。総得点範囲は、18点~54点である。

3) 自己評価式抑うつ尺度 Self-rating depression scale (SDS)

CA前後の精神的健康の評価には、Zung²⁰⁾の開発した20項目の質問からなる自己評価式抑うつ尺度 Self-rating depression scale (以下、SDSとする)²¹⁾を用いた。

日本語訳のSDSの信頼・妥当性も確認されており^{22,23)}、簡易なうつ状態の指標として、日本お

よび世界各国で多くの疫学調査に用いられている^{24~26)}。点数が高いほどうつ傾向が強いことを示す²²⁾。総得点範囲は、20点~80点である。

4) 分析方法

統計処理は、分析対象者と調査不可能者、未回答者の患者属性の比較には、Mann-Whitney U検定を行った。CAからアンケートまでの期間によるQOL、SDSの比較を1年毎の6群に分け、Kruskal-Wallis検定を行った。CA前後のQOL、SDSの比較には、Wilcoxon signed-rank test、うつ傾向の有無の比較には、McNemar検定を用い、危険率5%未満を有意とした。

尺度の信頼性については、各尺度の内的整合性の確認をCronbachの α 係数を用いて行った。これらの統計処理は、統計ソフトSPSS11.0 for Windowsを使用した。

III 研究結果

1. 尺度の信頼性

本研究で使用した各尺度のCronbachの α 係数は、“QOL尺度”=0.91(“非特異的健康状態QOL”=0.90“社会のおよび主観的指標QOL”=0.86)、“SDS”=0.91で高い値を示し、尺度の信頼性は確認された。

2. 患者の背景

分析対象者59人の内訳(表1)は、疾患割合はWPW41人(69.5%)、AVNRT18人(30.5%)、性別は男性33人(55.9%)、女性26人(44.1%)、CAを受けたときの平均年齢は 50.5 ± 15.8 歳、発作からCAまでの期間は 140.0 ± 131.3 か月であった。医療者による治療評価は、59人(100%)が根治した。CA後にPSVTを再発した人は、外来での経過観察期間中1人もいない。CAからアンケートまでの期間別での1年毎の比較では、QOL、SDSに有意差は認められなかった。

住所不明で郵送できなかった調査不可能者21人の内訳(表1)は、疾患割合はWPW15人(71.4%)、AVNRT6人(28.6%)、性別は男性17人(81.0%)、女性4人(19.0%)、CAを受けたときの平均年齢は 39.6 ± 14.6 歳、発作からCAまでの期間は 33.0 ± 53.6 か月であった。医療者による治療評価は、21人(100%)の全員が根治している。分析対象者と調査不可能者の比較では、疾患構成、根治率、性別の有意差はなく、調査不可

能者は年齢が有意に若い患者であり、必然的に発症～CAまでの期間、CA～アンケートまでの期間も調査対象者より有意に短い期間であった。未回答者19人の内訳(表2)は、疾患割合はWPW 17人(89.5%)、AVNRT 2人(10.5%)、性別は男性13人(68.4%)、女性6人(31.6%)、CAを受けたときの平均年齢は37.6±15.3歳、発作からCAまでの期間は44.1±44.4か月であった。医療者による治療評価は、19人(100%)の全員が根治している。分析対象者と未回答者の比較では、

疾患構成、根治率、性別の有意差はなく、調査不可能者と同じ傾向で、対象者CAを受けたときの平均年齢は、未回答者が有意に若く、発作からCAまでの期間も有意に短い人が多かった。

3. CA前後の患者の生活状況変化(表3)

1) 頻拍発作自覚の変化

CA前には59人全員が頻拍発作の自覚を持っていた。

CA後に頻拍発作自覚は無くなった者は47人(79.7%)、頻拍発作は減った者は12人(20.3%)、

表1 対象者と調査不可能者の患者背景

	対象者 (n=59)		調査不可能者 (n=21)		Mann-Whitney
	人数(%)	平均±SD(最小～最大)	人数(%)	平均±SD(最小～最大)	
病名 WPW	41(69.5)		15(71.4)		
AVNRT	18(30.5)		6(28.6)		
性別 男	33(55.9)		17(81.0)		
女	26(44.1)		4(19.0)		
アブレーション時の年齢(歳)		50.5±15.8 (13～78)		39.6±14.6 (19～70)	**
発作～アブレーションまでの期間(月)		140.0±131.3 (1～600)		32.0±53.6 (1～240)	**
アブレーション～アンケートまでの期間(月)		33.6±16.1 (6～65)		43.3±17.3 (8～64)	**
医療者による治療評価根治した人	59(100)		21(100)		

注1) WPW;ウォルフ・パーキンソン・ホワイト症候群

注2) AVNRT;房室結節回帰性頻拍

注3) Mann-Whitney 検定 ** P<0.01

注4) 調査不可能者:住所不明で郵送できなかった者

表2 対象者と未回答者の患者背景

	対象者 (n=59)		未回答者 (n=19)		Mann-Whitney
	人数(%)	平均±SD(最小～最大)	人数(%)	平均±SD(最小～最大)	
病名 WPW	41(69.5)		17(89.5)		
AVNRT	18(30.5)		2(10.5)		
性別 男	33(55.9)		13(68.4)		
女	26(44.1)		6(31.6)		
アブレーション時の年齢(歳)		50.5±15.8 (13～78)		37.6±15.3 (16～62)	**
発作～アブレーションまでの期間(月)		140.0±131.3 (1～600)		44.1±44.4 (1～144)	**
アブレーション～アンケートまでの期間(月)		33.6±16.1 (6～65)		34.0±17.3 (12～62)	**
医療者による治療評価根治した人	59(100)		19(100)		

注1) WPW;ウォルフ・パーキンソン・ホワイト症候群

注2) AVNRT;房室結節回帰性頻拍

注3) Mann-Whitney 検定 ** P<0.01

変わらない, または, 増加したと答えた者は1人もいなかった。

2) 生活制限

CA前には59人全員が何らかの生活制限を行っていた。

CA後に生活制限をしていない者は45人(76.3%), 少し制限している9人(15.3%), 中程度制限している5人(8.3%), 非常に制限している者は1人もいなかった。制限をしている具体的な内容で一番多かったものは, 過激な運動を控えるが5人であった。

3) 通院回数

CA前には59人全員が2~4週に1回通院していた。

CA後に全く通院してないは32人(54.2%), 年に1~2回受診する10人(16.9%), 数か月に1回5人(8.5%), 2~4週に1回12人(20.3%)で

通院回数は減少した。

4) 再発の心配

全く心配していない15人(25.4%), 少し心配40人(67.8%), 大変心配4人(6.8%)であった。

5) CAへの患者評価

CA後のCAの自己評価で大変良い41人(69.5%), 良い14人(23.7%), まずまず3人(5.1%), あまり良くない1人(1.7%)で良くないと答えた者は1人もいなかった。

具体的内容(表4)は, CA後の生活については, 「安心して生活がくれ, 新しい人生が始まった思いである。CAを受けて本当によかった」, 「CAを受けて発作がなくなり, 体調が良くなった」, 「内服へのわずらわしさが減った」であった。また, CA治療については, 「痛みもなく体に傷もつかず, しかも時間も短くすむので大変よい」, 「入院期間が短い」と記述されていた。

4. CA前後 QOL (Quality of Life) (図1)

QOL全体のスコアは, CA前 55.2 ± 9.4 , CA後 63.7 ± 8.1 であり, CA後はCA前に比べ有意に高かった($P < 0.001$)。

非特異的健康状態QOLは, CA前 16.6 ± 4.7 , CA後 20.2 ± 3.7 であり, CA後はCA前に比べ有意に高かった($P < 0.001$)。また, 非特異的健康状態QOL(図2)の「動悸・息切れ」, 「食事が

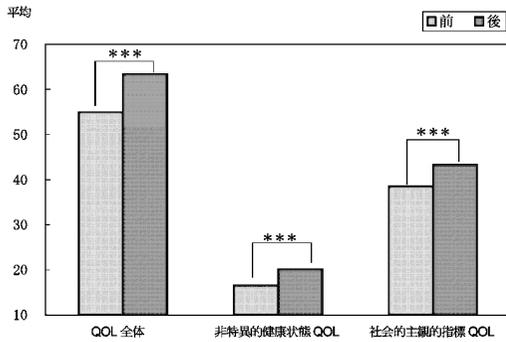
表3 アブレーション後の患者の変化

項目	人数(%)
頻拍発作の自覚頻度	
全く無くなった	47(79.7)
頻度が減った	12(20.3)
変わらない	0(0.0)
頻拍が増加した	0(0.0)
生活制限の有無	
制限なし	45(76.3)
少し制限している	9(15.3)
中程度制限している	5(8.3)
非常に制限している	0(0.0)
通院頻度	
全く通院していない	32(54.2)
年に1~2回	10(16.9)
数ヶ月に1回	5(8.5)
2~4週に1回	12(20.3)
PSVT再発の心配	
全く心配していない	15(25.4)
少し心配である	40(67.8)
大変心配である	4(6.8)
患者の治療への評価	
大変良かった	41(69.5)
良かった	14(23.7)
まずまずであった	3(5.1)
あまり良くなかった	1(1.7)
良くなかった	0(0.0)

表4 アブレーションの患者評価 良かったこと

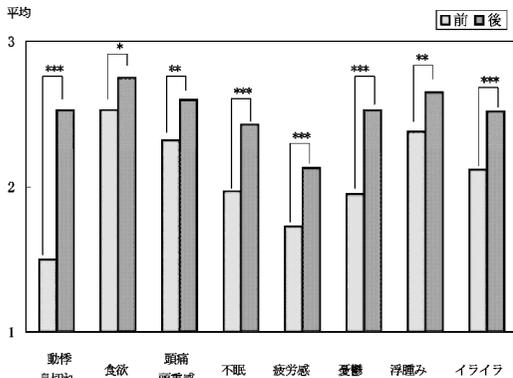
内容	人数
アブレーション後の生活について	
アブレーションを受けて本当に良かった	5
発作が無くなり安心して生活していけるようになった	4
アブレーション治療で完全に発作はなくなった	3
長い間苦しんでいた病気が治ったので大変嬉しい	3
毎日毎食薬を飲むわずらわしさがなくなった	3
新しい人生が始まった思いである	1
どんな仕事もできるようになった	1
仕事をしながら妊娠する事ができた	1
アブレーション治療について	
痛みもなく体に傷もつかず, しかも時間も短くすむので大変よい	4
全てのWPW患者はアブレーションの良さを知ってほしい	3
入院期間が短く, 痛みもなく良かった	2

図1 アブレーション前後のQOL



- 注1) QOL 全体の得点レンジは26点~78点
- 注2) 非特異的健康状態の得点レンジは 8~24点
- 注3) 社会的および主観的指標の得点レンジは18~54点
- 注4) *** $P < 0.001$

図2 アブレーション前後の非特異的健康状態 QOL



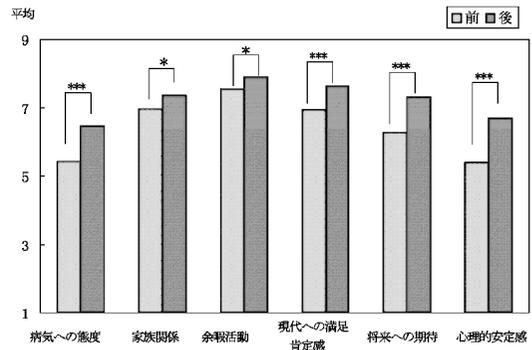
- 注1) 項目の得点レンジは 1点~3点
- 注2) * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$

すすまない」、「頭痛」、「不眠」、「疲労感」、「憂うつ」、「浮腫」、「イライラ」のすべての項目で、CA後はCA前に比べ有意に高かった ($P < 0.05$)。変化の大きかった項目は、「動悸、息切れがある」の項目であった。

社会的および主観的指標 QOL は、CA 前 38.6 ± 5.7 、CA 後 43.5 ± 5.5 であり、CA 後は CA 前に比べ有意に高かった ($P < 0.001$)。

社会的および主観的指標の領域別 QOL (図3) では、「病気に対する態度」、「家族関係」、「余暇活動」、「現状への満足感・肯定感」、「将来への期待」、「心理的安定感」の6領域全てにおいて、CA後はCA前に比べ有意に高かった ($P < 0.05$)。

図3 アブレーション前後の社会的および主観的指標 QOL



- 注1) 項目の得点レンジは 3点~9点
- 注2) * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$

表5 アブレーション前後のSDS

	前	後	
平均 (標準偏差)	42.9(10.8)	37.4(9.8)	***
うつ傾向			
39点以下 (%)	28(47.5)	36(61.0)	
40点以上 (%)	31(52.5)	23(39.0)	*

- 注1) 身体症状の得点レンジは20点~80点
- 注2) うつ傾向 McNemer 検定
- 注3) * $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$

5. CA 前後のうつ状態 (SDS) (表5)

SDS は、CA 前 42.9 ± 10.8 、CA 後 37.4 ± 9.8 であり、CA 後は CA 前に比べ有意に低かった。 ($P < 0.001$)。CA 前に40点以上のうつ傾向を示す人は31人 (52.5%)、CA 後23人 (39.0%) でCA後にうつ傾向を示す者は有意に減少した (McNemar 検定: $P < 0.05$)。

IV 考 察

本研究は PSVT に対して CA を行った頻拍発作の自覚、患者の生活状況、CA への患者評価、QOL とうつ状態を調査し、CA 前・後の変化を明らかにすることを目的とした。分析の結果、CA 前後の比較では、頻拍発作の自覚の改善、生活制限の緩和、定期通院の減少と患者の生活は改善され、CA への患者評価も高く、QOL、うつ状態も改善していることが明らかにされた。

調査対象者は、CA を行っていない医療機関か

らの紹介患者である。CAを行っている医療機関からの紹介患者は1人もおらず、PSVTに対してCAが困難な患者は含まれていない。

今回の分析対象者59人は、PSVTに対してCAを受けた患者の約70%に相当する。対象者と調査不可能者、未回答者の疾患構成、性別、根治率に有意差はみられなかったものの、CAを受けたときの平均年齢、発作からCAまでの期間の相違から、調査不可能者と未回答者は、対象者に比べて、若年者であり罹患期間の短い者が多いことが考えられた。これらのことから、今回得られた結果は、PSVTに対するCAを受けた患者の成人期にあたり、ある程度罹患期間が長い患者に限られたものといえるかもしれない。本研究の目的は、PSVTに対してCAを受けた患者のCA前後の比較を行い、生活状況、CAへの患者評価、頻拍発作の自覚、QOLとうつ状態の変化を明らかにすることであり、その観点においては、今回の結果は成人期における一定の罹患期間の患者において一般化でき得るものと考ええる。さらに、今回の調査は、前後の比較、カルテからの情報収集のため、医療者が患者に行った記名式のものであり、調査に協力した患者はCA後の身体症状も良く、生活に満足している者であったとも考えられる。そこで調査不可能者、未回答者の属性についての調査を行った。その結果は、分析対象者と疾患構成、性別、根治率に有意差は認められなかった。医療者の治療評価でも調査不可能者と未回答者の全員が根治であったことから、治療効果は医学的には調査対象者と同等であり、本結果は、調査対象者の全体の傾向を示していると考ええる。

PSVTに対してCAを受けた患者のCA前・後の生活状況変化の比較について述べる。CA後には頻拍発作自覚は全員が消失または改善していた。生活については、約75%の人が生活制限を行っていなかった。定期通院は、約55%の人が必要が無くなり、約80%の人が通院頻度は減少していた。CA前・後では、患者の発作自覚や生活状況が改善していることが明らかとなった。再発の心配については、根治率は100%であったが、約75%の人が再発の心配を抱いていた。CA後には、患者の発作自覚や生活状況の改善が認められたが、PSVT発作の再発を心配している患者も多くいることを踏まえて、医療者は患者の再発の心

配への援助を行う必要が示唆された。

CA前・後のQOLの変化について述べる。

過去の研究では、松田ら¹⁰⁾の報告によると、PSVTに対するCA後のQOLの評価を行い、CAは不整脈別、性別、年代別、罹患期間別では、改善度に差はなかった。PSVTに対するCAは薬物抵抗性の有無、発作の重症度にかかわらずQOLを改善させると報告している。高木ら¹¹⁾の報告によると、PSVTに対するCA後のQOLと不安を調査し、CA後に良好なQOLが得られ、不安も軽減していたと報告している。また、梅村ら¹²⁾の報告によると、PSVTに対するCA後6か月以上経過した患者を対象に、頻拍発作自覚の変化を「消失群」「改善群」「不変群」と3群にわけ、この3群によるCA前後のQOL、不安の比較を行った。PSVTに対するCAにより、頻拍発作の消失改善した症例では、身体的QOLおよび生活に関するQOLと共に心理ストレスも改善した。しかし、不変な症例においてはQOLの変化はみられなかったと報告している。Lau CPら⁵⁾の報告では、PSVTに対するCAが主観的にも身体的にもQOLを改善させると報告している。

本調査のQOL得点平均のCA前・後の比較では、全体QOLは55.2点から63.8点、非特異的健康状態QOLは16.6点から20.2点、社会的および主観的指標QOLは38.6点から43.5点へと増加した。本調査と同様のQOL質問紙を用いて、CAを受けた患者のCA前・後のQOL調査した梅村¹²⁾らの研究によると社会的および主観的指標QOLは、CA前で38点、CA後で44点と増加している。今回の対象は先行研究とはほぼ同様な経過をたどったといえる。

CA前・後のQOLの比較では、全体QOL、非特異的健康状態QOL、社会的および主観的指標QOLで有意な改善が認められた。

身体症状を示す非特異的健康状態QOLの項目の変化は、「動悸・息切れ」、「食事がすまない」、「頭痛・頭重感」、「不眠」、「疲労感」、「憂うつ」、「浮腫」、「イライラ」の8項目とも有意に改善した。中でも、「動悸、息切れ」の項目で最も変化が大きく、改善が認められた。過去の研究では、薬物治療に対して抵抗性の心房粗動例の房室結節接合部に対するCA後では、息切れや動悸などの自覚症状の減少がQOLの改善をもたらしている

る^{27,4)}と報告している。今回の調査でも、患者の生活状況の変化ではCA後には、全ての患者が頻拍発作自覚は消失または減少がみられ、非特異的健康状態QOLでは「動悸、息切れ」の項目がCA前・後で最も改善しており、動悸、息切れの自覚症状の改善が、非特異的健康状態QOLを向上させたことが示唆された。

生活に関する社会的及び主観的指標QOLの領域別の変化は、「病気に対する態度」、「家族関係」、「余暇活動」、「現状への満足感・肯定感」、「将来への期待」、「心理的安定感」の6領域とも有意に改善した。CA後に社会的及び主観的指標の領域別QOLが改善したと考えられた要因としては、頻拍発作自覚の減少、動悸、息切れの自覚症状の改善、および、通院頻度の減少と生活制限の緩和、非特異的健康状態QOLの向上したことが考えられる。

うつ状態の変化について述べる。

一般にSDSは、うつ傾向を示す基準値は40点以上とされている¹⁹⁾。CA前では、得点平均は42.9点でうつ傾向を示していたが、CA後には、得点平均37.4点とCA前に比しCA後に有意にうつ傾向が改善した。また、40点以上のうつ傾向を示す者が、CA前では31人、CA後には23人と有意に減少した。この結果は、梅村¹³⁾とほぼ一致している。PSVTに対してCAを受けた患者のうつ状態、心理的ストレスの経時的変化をみた先行研究がないため、このまま心理状態が改善して推移するのか不明である。また、再発の心配を約75%の人が抱いていたことから、今後の継続的調査から得られるデータは貴重なものと考えられる。CA前の訴えの多くは、動悸、息切れなどの身体的な症状であり、CAを受けることで、頻拍発作自覚の消失、減少などの身体的な症状が軽減したこと、生活制限、通院から開放されたことにより、QOL、うつ傾向が改善したと考える。こうした結果を踏まえ、医療者はCAを受ける患者へCAを受けることで動悸などの身体的な症状の改善と共にQOLおよびうつ状態を改善させるという今回の結果を伝えていくことが必要であろう。

PSVTでCAを受けた患者の生活状況変化とCA評価について述べる。

CAへの患者の評価では、肯定的に評価している人が98%であった。具体的には、CA後の生活

については、CAを受けて発作がなくなり、体調が良くなったこと、内服へのわずらわしさが減ったことであった。CAについては、CAの苦痛の少ないこと、入院期間が短いことについて記述がされていた。これらから、CAを受けた患者がCAを容認していることが明らかとなった。

本研究で興味深い結果として、医療者が根治していると評価している59人のうちの12人が「頻拍発作の自覚は減ったが残っている」と答えていることである。これは、PSVTは根治し消失していても、それ以外の不整脈を頻拍発作と自覚する可能性がある。また、心理的な影響から正常洞調律であっても、頻拍と自覚する可能性もあると考える。医療者側が治療する場合には、治療の成功、不成功や患者の身体症状、生理機能検査結果からだけでなく、精神的側面を含めたケアが必要であると考えられる。このように医療者が、CA治療を受けた患者のQOLや精神状態を調査し、患者側からの治療評価を知ることは、治療・看護の質の向上とその治療を受ける患者への具体的な支援を行っていくための重要な情報と考える。

以上のことから、PSVTに対するCAは、患者のQOLおよびうつ状態を改善させ、CAを受けた患者がCAを容認していることが明らかとなった。これまでの先行研究¹⁰⁻¹²⁾と同様の結果であった。

本研究の限界と今後の課題について述べる。

本調査は1医療機関での調査であり、調査対象者をPSVTの全患者としたが、調査の段階で調査不可能者、未回答者があり、集団の人数も多くはない。また、調査法はCA後にCA前の状態について調査した思い出²⁸⁾によるものであり、アンケート結果に現在の身体的・精神的な状況が影響する可能性(recall bias)、記憶の正確性の問題、CAからアンケートまでの期間による影響が考えられる。しかし、分析対象者のCAからアンケートまでの期間の比較では、QOL、SDSには有意な差は認められなかったため、アンケートまでの期間別での影響は少ないと考える。

QOLを考える場合、生活環境、医療環境の要因は無視できず、今後は対象、アンケート調査の拡大、また、対象者条件の格差を少なくしての調査が必要であろう。症状への認識も個人差が大きく、時間経過による症状の改善やそれに伴う

QOL, 精神的健康感の変化を知ることは今回の横断的研究では無理があろう。しかし, 本調査から PSVT に対する CA 前・後の患者の生活状況実態や QOL への影響についての傾向は把握できたものと考ええる。

CA 治療の対象は PSVT のみならず, 心房粗細動への応用されつつある。したがって, 今後は, QOL 調査の対象疾患を増やしていくこととともに, 縦断的調査や質的なアプローチを行い実態と関連要因を明らかにする必要がある。

V 結 語

アンケートを用いて PSVT で CA を受けた患者の生活状況, 頻拍発作の自覚, 治療前後の QOL とうつ状態の変化を調査し, 患者の QOL の状況を明らかにすることを目的として調査を行った。

1. CA 後に頻拍発作自覚は消失または減少, 通院回数の減少, 生活制限の緩和がみられた。
2. CA 前後で QOL (身体症状 QOL, 社会的および主観的指標 QOL), うつ傾向は改善した。
3. CA への患者評価では, 肯定的に評価している患者が 98.3% を占め, CA を受けた患者が CA を受容していることが明らかとなった。患者側からの治療評価は肯定的なものであった。
4. 医療関係者は, CA が PSVT の QOL とうつ状態を改善させることを認識して, 患者の支援に務めることが重要である。

(受付 2003. 4.12)
(採用 2004. 4.16)

文 献

- 1) 麻雄美香, 小川 聡. 不整脈治療の目標 国立循環器病センター・血管・心臓カテーテル室看護マニュアル. 東京: メディカ出版, 1999; 218-219.
- 2) 八木葉子, 笠貫 宏. 手術療法 目でみる循環器病シリーズ I 不整脈. 東京: メジカルビュー社, 1996; 120-122.
- 3) 永井良三, 日野原重明. 循環器疾患看護のための最新医学講座. 東京: 中山書店, 2000; 159-163.
- 4) Brignole M, Gianfranchi L, Menozzi C, et al. Influence of atrioventricular junction radiofrequency ablation in patients with chronic atrial fibrillation and flutter on quality of life and cardiac performance. *Am J Cardiol* 1994; 74: 242-246.
- 5) Lau CP, Tai YT, Lee PW. The effects of radiofrequency ablation versus medical therapy on the quality of life and exercise capacity in patients with accessory pathway-mediated supraventricular tachycardia. a treatment comparizon study. *PACE* 1995; 18: 424-432.
- 6) Westaby Stephen, Sapsford Ralph N, Bentall Hugh H. Return to Work and Quality of Life after Surgery for Coronary Artery Disease, *British Medical Journal*, 2 1979; 6197: 1028-1031.
- 7) Helitz J, Bengtson A and Hjalmarson A. Morbidity and Quality of Life 5 Years afre Early Intervention with Metoprol in Suspectes Acute Myocardial Infarc-tion. *cardiology* 75 1988; 5: 357-364.
- 8) 池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 他. 臨床のための QOL 評価ハンドブック. 東京: 医学書院, 2001; 2-7.
- 9) 青木伸雄, 中村美詠子. 循環器疾患における QOL の向上. *HEART nursing* 2002; 1: 58-66.
- 10) 松田健一, 杉 薫, 円城寺由久, 他. 発作性上室性頻拍に対する高周波カテーテル・アブレーション後の quality of life 調査. *心臓ペーシング* 1996; 5: 560-563.
- 11) 高木清美, 藤田千明, 河原孝子. カテーテルアブレーション治療を受けた患者の退院指導について— QOL 評価と STAI による質問紙法を用いて—. *富山県立中央病院医学雑誌* 1999; 2: 37-42.
- 12) 梅村 純, 細田瑳一, 庄田守男, 他. 発作性上室性頻拍症の治療における心身医学的アプローチ QOL 及び心理的ストレスに及ぼすカテーテルアブレーションの効果. *循環器心身医学研究会会合記* 1999; 53: 24-26.
- 13) 内菌耕二, 小坂樹徳. 看護学大辞典. 東京: メジカルフレンド社, 2001; 726.
- 14) 武藤正樹. 根拠に基づく医療 (EBM) と QOL の評価法. *臨床成人病* 2001; 31: 30-38.
- 15) 萱場一則, 長島紀一, 斉藤宗靖, 他. 循環器病治療における Quality of Life 評価法の開発. *日本循環管理研究協議会雑誌* 1990; 25: 89-95.
- 16) 漆崎一郎, 石原陽子, 藤井 潤, 他. 新 QOL 調査と評価の手引き. 東京: メジカルレビュー社, 2001; 21-38.
- 17) 藤井 潤. QOL (生活の質) の保持向上を目的とする高齢者の循環器管理システムニ研究. 平成 4 年度厚生省循環器病研究委託費による研究報告 1993; 592-594.
- 18) 漆崎一郎, 石原陽子, 藤井 潤, 他. 新 QOL 調査と評価の手引き. 東京: メジカルレビュー社, 2001; 141-149.
- 19) 斉藤宗靖, 勝木孝明, 萱場一則, 他. 心筋梗塞症患者の Quality of Life とその規定因子. *Therapeutic Research* 1990; 11: 18-25.
- 20) Zung, WWK. A Self-rating depression scale. *Arch*

- Gen Psychiat 1965; 12: 63-70.
- 21) 新野直明. 老人を対象とした場合の自己評価式抑うつ尺度の信頼性と妥当性. 日本公衆衛生 1988; 35: 201-203.
- 22) 福田一彦, 小林重雄. 自己評価式抑うつ尺度の研究. 精神神経雑誌 1973; 75: 673-679.
- 23) 福田一彦. 一般臨床医に役立つ心理テスト SDS—抑うつ性の測定—. 山形県病院医学誌 1967; 1: 36-42.
- 24) 更井啓介. うつ状態の疫学的調査. 精神神経雑誌 1979; 81: 777-784.
- 25) 島蘭安雄. 躁うつ病の治療と予後. 保崎秀夫, 編. <精神科 MOOK No. 13>. 東京: 金原出版, 1986; 13-28.
- 26) 錦織 壮. SDS についての二, 三の知見と考察. 心身医学 1977; 17: 219-227.
- 27) Jensen SM, Begfeldt L, Rosenquist M. Lonrterm follow-up of patients treated by radiofrequency ablation of the atrioventricular junction. PACE 1995; 18: 1609-1614.
- 28) Carolyn E. Schwartz, Miram A. G. Sprangers. Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal health-related quality-of-life research. SOCIALSCINCE & MEDICINE 1999; 48: 1531-1548.
-

IMPROVEMENT OF MENTAL HEALTH AND THE QUALITY OF LIFE AFTER CATHETER ABLATION FOR PAROXYSMAL SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA

Yukiko FUKUTA*, Motoyuki FUKUTA^{2*}, Eijirou HAYASHI^{2*}, Toru IWA^{2*}, Takayuki ITO^{2*}, Toyoho TANAKA^{3*}, and Takeo NAKAGAWA^{3*}

Key words : Paroxysmal supraventricular tachycardia (PSVT), Catheter ablation (CA), Quality of life (QOL), Self-rating depression scale (SDS)

Purpose The aims of this study were to observe change in subjective symptoms, quality of life (QOL) and mental health condition after catheter ablation (CA) for paroxysmal supraventricular tachycardia (PSVT) and to assess patient evaluation of the treatment.

Methods The questionnaire was sent to 103 patients (86 with the Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome and 27 with atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT)), who had received CA from February 1995 to January 1999. The question encompassed the condition of the patient, his or her evaluation of CA treatment, and a self-rating depression scale (SDS) together with social and subjective as well as non-specific physical points. We scored for improvement of QOL and SDS. Finally, from 82 patients who participated complete responses to the questionnaire were received from 59 (72.0%).

Results The patients (50.5 ± 15.8 years old, WPW syndrome; 41, AVNRT; 18) almost all (98.3%) gave a positive evaluation of CA. Over half (54.2%) no longer needed hospital consultation for any reason while three-quarters (76.3%) were free of life limitations. The complete cure rate from physicians was 100%. However, subjective symptoms of arrhythmia attack remained in 20.3% of the cases. Social and physical QOL were significantly improved after CA (social: < 0.05, physical: < 0.01) and the SDS score decreased significantly (< 0.05).

Conclusion 1. Self-awareness frequency of tachycardia attack, frequency of going to hospital and life limitations of PSVT patients decreased after CA.

2. QOL (social and physical QOL) and mental health condition significantly improved after CA.

3. Almost all patients (98.3%) gave a positive evaluation of CA.

4. Healthcare professionals should be aware that not only drug therapy, but also CA is effective for improvement of mental health and the QOL of patients with PSVT.

* Department of Community Health Nursing, Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

^{2*} Aichi Medical University, Cardiology

^{3*} Graduate School of Health and Sport Sciences, Chukyo University