

スーパー総合医

SGD  
Super  
General  
Doctors

# 高齢者外来診療

専門編集●和田忠志

中山書店

スーパー総合医

SGD  
Super  
General Doctors

# 高齢者外来診療

専門編集●和田忠志

監修●垂井清一郎 / 総編集●長尾和宏

中山書店

---

## シリーズ〈スーパー総合医〉 刊行に寄せて

---

日本医師会では、地域医療の提供に最大の責任を持つ団体として、「かかりつけ医」を充実させる施策を実行してきており、今後も「かかりつけ医」を中心とした切れ目のない医療・介護を安定的に提供することが、社会保障の基盤を充実させ、国民の幸福を守ることに繋がると考え、会務を運営しているところです。

日本が超高齢社会を迎えたことに伴い、国民の健康を守るため、医療がその人口構造・社会構造の変化に柔軟に対応する必要があることは言うまでもありません。

社会情勢の変化に対応するために、医療界では、いわゆる患者さんを総合的に診察することができる医師の必要性が高まってきており、さまざまな場面で「総合的に診られる医師」を育成すべきとする意見が出され、それに対する対応が急務となっています。

この「総合的に診られる医師」は、日常診療のほかに、疾病の早期発見、重症化予防、病診連携・診診連携、専門医への紹介、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健に至るまで、医療的な機能と社会的な機能を担っており、幅広い知識を持ち、また、それを実践できる力量を備えなければなりません。

本シリーズ〈スーパー総合医〉は、従来の診療科目ごとの編集ではなく、医療活動を行う上で直面する場面から解説が加えられるということで、これから地域医療を実践されていく医師、また、すでに地域医療の現場で日々の診療に従事されている医師にも有用な書となると考えております。

地域医療の再興と質の向上は、現在の日本医師会が取り組んでいる大きな課題でもありますので、本シリーズが、「かかりつけ医」が現場で必要とする実践的知識や技術を新たな視点から解説する診療ガイドとして、地域医療の最前線で活躍される先生方の一助となり、地域医療の充実に繋がることを期待いたします。

2014年2月

日本医師会会長  
横倉義武

---

シリーズ<スーパー総合医> 刊行にあたって

## 「人」を診て生活に寄り添う総合医を目指して

---

プライマリ・ケアや総合医の必要性が叫ばれて久しいにもかかわらず、科学技術の進歩に伴う臓器別縦割り、専門分化の勢いに押されて、議論も実践もあまり進んでいません。その結果、たいへん残念ながら、ともすれば木を見て森を見ず、あるいは病気を診て人を診ず、となりがちなのが臨床現場の実状です。今、超高齢社会の日本に求められているのは、人間も診てくれる、さらにその人の生活にも寄り添ってくれる「総合医」であることは、間違いありません。

「プライマリ・ケア」「総合医」という言葉は決して新しいものではなく、本来あるべき医療の姿のはずです。初診医の専門科によって患者さんの運命が大きく変わってしまう現状は、すべての医療の土台を総合医マインドとすることで変えることができます。日常ありふれた病気を、その背景をも十分に探索したうえで、薬物療法だけでなく、根本的な解決策をアドバイスできるのが総合医であると考えます。臓器別縦割りの専門医を縦糸とするならば、総合医は横糸に相当します。縦糸と横糸が上手く織り合ってこそ、患者さんが満足する、納得する医療を提供できるはずです。

本シリーズは、超高齢社会を迎えた日本の医療ニーズに応えるべく、こうした横糸を通すことを目的に企画されました。現代版赤ひげ医学書シリーズともいえる、本邦初の大膽な企画です。執筆者は第一線の臨床現場でご活躍中の先生方ばかりで、「現場の目線」からご執筆いただきました。開業医のみならず、勤務医、そして医学生にも読んでいただけるよう、今日からすぐに役立つ情報を満載しさまざまな工夫を施して編集されています。

本来、「総合医という思想」は、開業医であるとか勤務医であるとかにかかわらず、すべての臨床現場に必須であると考えます。また内科系、外科系を問いません。このシリーズ<スーパー総合医>が、手に取っていただいた先生方の日常診療のお役に立ち、そしてなによりも目の前におられる患者さんのお役に立てることを期待しています。

2014年2月

総編集 長尾和宏  
長尾クリニック院長

---

## 『高齢者外来診療』

# 序

---

現在、総合診療やプライマリ・ケアを目指す医学生や研修医が多いことを大変心強く思う。私たちは、1990年前後に日野原重明先生にご指導いただきながら、総合診療やプライマリ・ケアに関する医学生や研修医に対する啓発活動を行ってきた。そのとき、多くの医学生や研修医は、将来、「主治医」として働きたいと考えていることを知った。

主治医とは、患者に選ばれ、「主治医」としての座を獲得した医師のことである。つまり、主治医とは医師の意思で選ぶものではなく、患者の意思で選ばれる者である。総合診療やプライマリ・ケア医学は、その主治医を務めるための基本的能力に他ならない。主治医は、患者との関係性に本質がある。そのため、主治医の精神性は、特定領域の疾患を持つ患者に関心を払うという意識ではなく、患者そのものに関心を持つため、患者のニーズに直接的に呼応する特性を持つ。

また、医師には、自分の知識・技能・態度を陶冶するのみならず、患者や地域のニーズを感受し、それに応えるために自らを変容させていく能力が求められる。すなわち、医師は自分の関心によって能力を高めるのみならず、患者や地域の関心ごとに目を向けることによって能力を高めていく必要がある。

医療を供給するフィールドは、大きく分けて病棟、外来、居宅の三つであるが、多くの人は、投薬などが必要な疾病を得たとき、その療養生活の圧倒的な期間を、外来診療を受けながら過ごす。そして、その期間の療養生活と治療内容が、その人の人生における長期的な健康状態に大きな影響をもつ。プライマリ・ケアがその力を最も発揮するのが外来診療であり、外来診療はプライマリ・ケアの源泉と言いうる。その証拠にプライマリ・ケアのバイブルとされるジョン・フライ（John Fry）の“Common Diseases：Their Nature, Incidence and Care”は外来診療を基盤に記載されている。

本書は、患者のニーズや地域のニーズに応えるという理念にもとづき、外来診療にあたって必要な臨床医が持つべき能力をバランスよく効率的に学べるように工夫を凝らして編纂されている。執筆は、各々の領域に経験豊富な医師にお願いし、特に実践的な内容を記載して頂いた。読者は、本書を読むだけで、外来での当該診療内容が、ある程度、実践できるように記載されている。本書が外来診療を学ぶ多くの若い医学徒や臨床医の座右の書となることを願い、この書を世に送り出したいと思う。

2014年10月

専門編集 和田忠志  
いらはら診療所在宅医療部

# CONTENTS

## 1 章 高齢者外来診療とは

successful aging を支える外来診療	和田忠志	2
高齢者の技術的・社会的特性と外来診療の考え方	上林茂暢	9
高齢者外来診療における病院との連携	福島智恵美	16
外来診療における在宅医療との連携	北澤彰浩	24
さまざまな生活背景を有する患者への対応	本田 徹	30
<i>Advice on good practice</i> 外来診療でみる高齢者虐待	和田忠志	36
診療費問題・クレーム対応	和田忠志	38
<i>Advice on good practice</i> 医者ということは聞かないがかかってくる患者	和田忠志	45

## 2 章 プラクティスとマネジメント

高齢者外来診療の特性	和座一弘	48
老年症候群	鳥羽研二	58
外来診療におけるコミュニケーション	藤原靖士	64
多剤投薬への対策	鈴木裕介	72
高齢者における薬物療法の注意点 (adverse effect)	鈴木順子	78
CGA (高齢者総合機能評価)	鈴木隆雄	87
生活習慣と食事の改善による疾病管理	坂根直樹	95
ロコモティブシンドローム	大江隆史	103
サルコペニア	葛谷雅文	112
外来診療室・処置室における感染症管理	大城雄亮	119
外来診療とリハビリテーション	藤井博之	128
外来診療における学生および研修医教育	和座一弘	139
<i>Advice on good practice</i> 外来における学生実習の具体的方法	和田忠志	147

## 3 章 高齢者外来診療の実際

高齢者の発熱の診かた	乾 啓洋	150
禁煙支援・禁煙外来	磯村 毅	159

〈スーパー総合医〉に関する最新情報は、中山書店 HP「スーパー総合医特設サイト」をご覧ください  
<http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/sogo/index.html>



高齢者の頭痛外来	山田洋司	167
高齢者の睡眠障害外来	井川真理子, 平澤秀人	174
高齢者の脂質異常症	大原昌樹	182
高齢者の糖尿病	岡村ゆかり, 宮崎 康	192
高齢者の降圧治療	小久保学	204
高齢者のストレス関連疾患	江花昭一	215
高齢者に多い腰痛と関節痛	石橋英明	224
高齢者の関節リウマチ	宇井睦人	235
高齢者の慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	多田裕司, 巽浩一郎	243
高齢者の慢性心不全	野本憲一郎, 清水敦哉	251
高齢者の慢性腎臓病 (CKD)		
―― 緒方巧二, 松本竜季, 大出佳寿, 島村芳子, 井上紘輔, 谷口義典, 堀野太郎, 寺田典生		259
高齢者の下肢血管疾患	石井誠之	267
高齢者の爪の問題とフットケア	竹内一馬	274
高齢者の不定愁訴	宮崎 仁	282
高齢者のがん診療	今村貴樹	293
高齢者の緩和ケア外来	柏木秀行	306
高齢者の漢方薬の使い方	北田志郎	313
<b>付録</b>		
高齢者に対してとくに慎重な投与を要する薬物のリスト		322
高齢者診療において使用される主な新薬の使い方		324
<b>索引</b>		333

#### 【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを活用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

# 高齢者の下肢血管疾患

石井誠之

いらはら診療所内科



- ◆ 下肢血管疾患のなかで、重症虚血肢、深部静脈血栓症、そして急性動脈閉塞は、至急、専門医を受診させる必要性があり、注意を要する。
- ◆ 閉塞性末梢動脈疾患 (PAD) のなかで、間欠性跛行例の予後は比較的良好である。血行再建のために専門医に紹介するかどうかは、保存的療法後の歩行状況から患者と相談し決定すればよい。ただし急速増悪例は直ちに専門家にコンサルトする。
- ◆ 重症下肢虚血 (CLI) は、下肢の安静時疼痛や潰瘍・壊死を呈し、下肢切断のリスクが高いばかりではなく、生命予後も不良である。一般的には血行再建の適応ではあるが、全身状態不良例では手術の適応を十分に検討すべきである。
- ◆ 下肢急性動脈閉塞の最も多い原因は、心房細動による左房内血栓からの塞栓症である。6～8時間以内の血行再建が救肢の目安であり、大至急、専門家にコンサルトすべきである。
- ◆ 深部静脈血栓症 (DVT) は、肺塞栓症を引き起こすことにより致死的となることがある。その否定にはDダイマーが有用である。



## 下肢閉塞性動脈疾患

- 下肢閉塞性動脈疾患 (peripheral arterial disease : PAD) とは、下肢を中心とする末梢動脈の閉塞性疾患を意味する。以前、本邦ではいわゆるバージャー病が多かったが、近年は動脈硬化が原因である閉塞性動脈硬化症 (arteriosclerosis obliterans : ASO) が急増し、現在では PAD と ASO を同義に用いることが多くなっている。他には、まれではあるが膝窩動脈捕捉症候群、膝窩動脈外膜嚢腫、膠原病・血管炎などが PAD の原因となることがある。
- ASO は動脈硬化が原因であり、他の動脈硬化性疾患と同様のリスクファクターを有する。具体的には、年齢、喫煙、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病などである<sup>2)</sup>。すべての ASO 患者において、禁煙やこれらの疾患の管理は重要である。また症候性 ASO 患者に対しては、心血管系合併症発生率・死亡率のリスクを下げるためにアスピリンなどの抗血小板薬の長期間投与が推奨される<sup>2)</sup>。
- PAD は、高価な検査機器がなくても、症状と身体所見のみで診断できることが多い。



**バージャー病, 閉塞性血栓性血管炎 (thromboangiitis obliterans : TAO)**  
原因不明の慢性動脈閉塞症で 50 歳以下の喫煙歴のある男性に好発する。その病態は閉塞性の全層性血管炎である。ASO よりも末梢の動脈閉塞をきたすことが多い<sup>1)</sup>が、近年本邦では激減している。

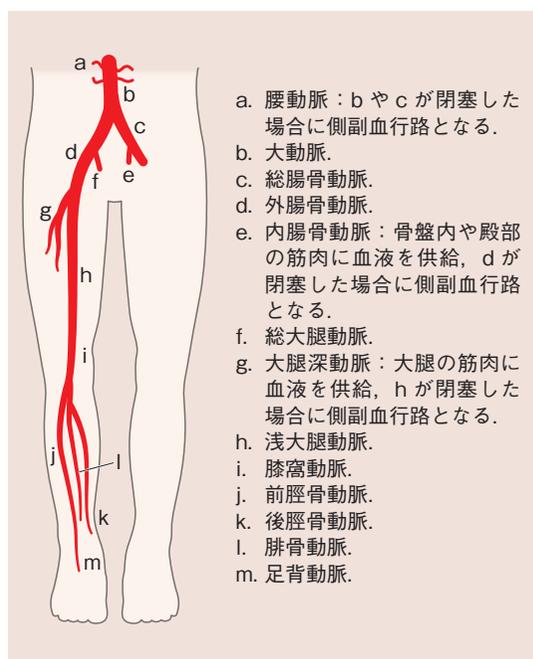
## 1 Fontaine 分類

I 度	冷感, しびれ
II 度	間欠性跛行
III 度	安静時痛
IV 度	潰瘍, 壊死

## 3 閉塞性動脈硬化症と脊柱管狭窄症の間欠性跛行の違い

	閉塞性動脈硬化症	脊柱管狭窄症
部位	腓腹部も多いが, 大腿部・殿部も	殿部から大腿後面・外側
症状	痙攣やうずき	痛みと脱力感
体位による影響	なし	腰椎の屈曲で軽減
立位の影響	なし	立位・脊椎伸展で悪化
末梢動脈の拍動	不可	可能
歩行停止	症状は直ちに軽減	回復に時間がかかる

## 2 下肢の主な動脈



## 糖尿病性足病変

糖尿病患者の足部潰瘍・壊死は, 神経障害性・虚血性・両者の混在の3つに大別される。典型的な神経障害性潰瘍では, 末梢動脈の拍動も良好で足部も温かい。足趾は変形し, 潰瘍も足趾や踵以外にできることがある。感染を伴うことが多く, しばしば外科的ドレナージを必要とする。虚血を伴う場合は, より難治性である。感染を制御できない場合, 救命のために下肢切断を余儀なくされることがあるので, 早めに専門家にコンサルトすべきである。

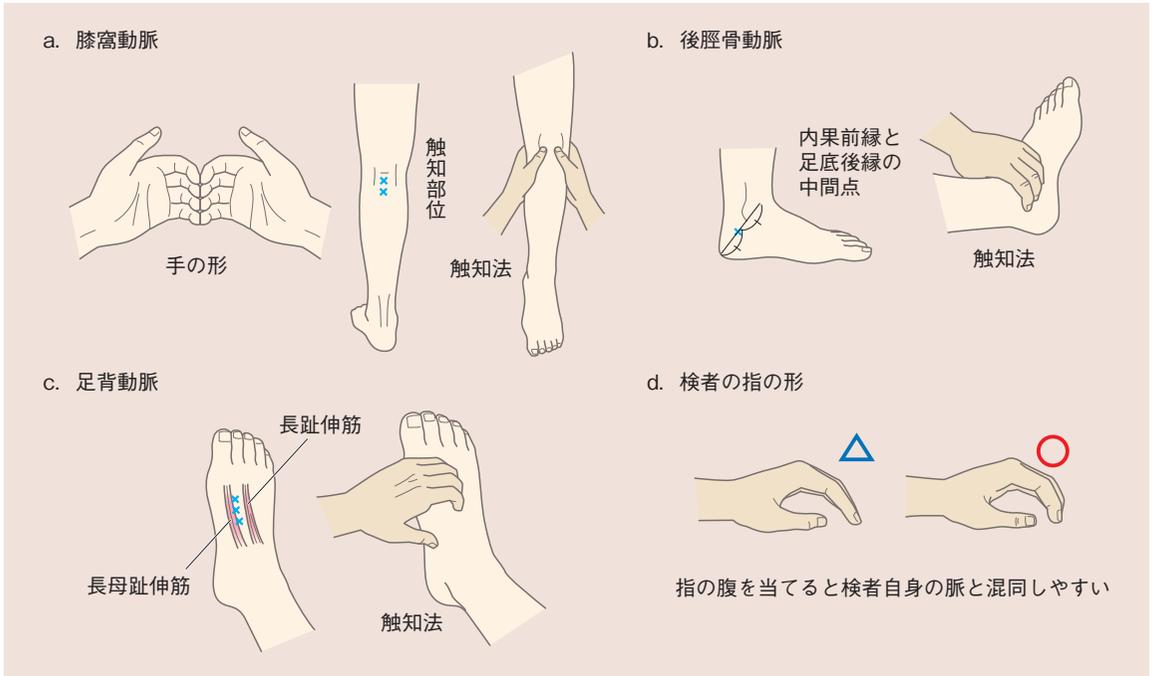
- ▶ 症状と重症度分類としては, Fontaine 分類 (1) が有名である。下肢の冷感・しびれ, 安静時痛などの有無・部位・程度について問診する。
- ▶ 間欠性跛行については, 症状出現までの歩行時間・距離, 跛行の部位, 症状の回復に要する時間に関しても注意して問診する。跛行の部位で動脈の狭窄・閉塞部位もある程度推測できる (2)。
- ▶ 間欠性跛行をきたす疾患として, ほかに脊柱管狭窄症などがあり, その鑑別には注意を要する。鑑別は 3 のようであるが, 両者が合併していることもまれなことではない。
- 下肢の動脈拍動の触知が診断の基本である (4)。
- ▶ 下肢虚血が疑われる場合, 両側の大腿・膝窩・後脛骨・足背動脈の拍動を



## blue toe syndrome

足部の動脈拍動を触知するにもかかわらず, 足趾への微小塞栓により突然冷感・疼痛・チアノーゼが生じる病態で, 重症では足趾の潰瘍壊死を生じる。動脈壁の粥腫や動脈瘤の壁血栓が破綻し, コレステリン結晶が末梢動脈へ飛散するのが, その原因である。腸管や腎臓などにも微小塞栓症を発症することがある。

4 下肢の動脈拍動の触知



(宮田哲郎(編)「一般外科医のための血管外科の要点と盲点」文光堂；2001，p37より)

5 動脈拍動の消失部位と動脈狭窄・閉塞の推定部位

脈拍が触れなくなる部位	動脈狭窄・閉塞の推定部位
両側大腿動脈以下	腹部大動脈または両側腸骨動脈
片側大腿動脈以下	腸骨動脈または総大腿動脈
膝窩動脈以下	浅大腿動脈または膝窩動脈
足背動脈	前脛骨動脈
後脛骨動脈	後脛骨動脈

足背動脈は正常でも10%程度は触知できない。



ABPIの測定

マンシエットは足首の直上に巻く。足背動脈、後脛骨動脈にドップラー聴診器のプロローブを当ててそれぞれ血圧を測定し、高い方を足関節収縮期血圧とする。ABPIの正常値は1.0～1.3である。0.9以下は何らかの虚血があることが示唆され、0.4以下は重症とされる。



触知する。足背動脈・後脛骨動脈が触知できれば、殿筋跛行以外のPADをほぼ否定できる。

- ▶ また拍動の消失部位によって、動脈の閉塞・狭窄部位が推定できる(5)。これが間欠性跛行の部位と一致しない場合は、その症状の原因が本当にPADによる虚血かどうかを疑う必要がある。
- ▶ 動脈拍動の触知は、浮腫により触知しにくくなることや検者間の個人差などの問題もある。
- 足関節上腕血圧比(ankle brachial pressure index: ABPI)は足関節収縮期血圧/上肢収縮期血圧のことで、PADの存在診断、また重症度診断に非常に有用である。最近はおシロメトリック法により自動的に四肢血圧測定ができる機器で、簡便にABPIを測定できるようになったが、比較的安価で簡単に持ち運びできるドップラー聴診器による測定は在宅医療の場で役に立つ。



### ABPI の限界

慢性腎不全や糖尿病など、動脈壁の石灰化が著明な場合は、血管内の血流が低下していても、硬い血管壁のためにマンシェットの圧迫によって血管がつぶれず、足関節血圧は高くなり ABPI は上昇する。このような場合は、ABPI による評価は困難である。動脈拍動を触知しないのに ABPI が高い時はこのような状況を疑うべきである。

\*12章「高齢者の慢性閉塞性肺疾患 (COPD)」(p243) 参照



呼吸機能・心機能が低下していた場合、血行再建を施行しても実際には歩行距離が改善することにはならないことがあるからである。



CLI という用語は一般に慢性的な経過を取っている場合に使用する。

●他の身体所見としては、腸骨動脈や大腿動脈の狭窄病変による高調の血管雑音の聴取や皮膚所見である。

▶皮膚のチアノーゼ・蒼白化は足趾から始まり、しばしば安静時痛を伴う。虚血性潰瘍は足関節より末梢(特に足趾、足部外側、踵)にできることが多い。一般に緩徐に進行し難治性である。虚血性の潰瘍であっても疼痛は軽度の場合もしばしば経験する。

▶足部・足趾の難治性潰瘍に対しては、動脈拍動の触知の有無、ABPI の測定など虚血の評価が必須である。

●間欠性跛行患者のうち、有意に臨床症状が悪化するのはいくつかの程度とされている。それは側副血行路の発達や虚血筋での代謝順応性の改善のためと推測される。

▶症状の悪化は診断後1年以内が最も多く、その後は年率2~3%程度となる<sup>2)</sup>。また5年にわたる期間で大切断術を要した間欠性跛行患者は1~3.3%と報告されている<sup>2)</sup>。

▶間欠性跛行患者では ABPI を定期的に測定し、急激に低下した場合は専門家へコンサルトすべきである。

●このように間欠性跛行の転帰は比較的良好なので、必ずしも血行再建など侵襲的治療の適応とはならない。まずは全身状態の把握に努め、ASO に合併することが多い慢性閉塞性肺疾患<sup>\*1</sup>や心機能の評価をすべきである。

●禁煙や生活習慣病の治療とともに、抗血小板療法や運動リハビリテーションが推奨される。

▶薬物療法としては、心不全がない場合にはシロスタゾール(プレタール<sup>®</sup>)が第1選択である<sup>2)</sup>。しかし動悸の副作用には注意を要する。シロスタゾールが投与不可能な場合は、他の血管拡張作用を有する抗血小板薬を投与する<sup>3)</sup>。

▶また、監視下での運動リハビリテーションが推奨されるが<sup>2)</sup>、トレッドミル歩行やトラック歩行は日本の診療所においては現実的には困難である。「跛行痛が中程度になったら歩行を中断、安静にて改善したら再開」という訓練を1回30分週3回程度施行してもらい、歩行距離が改善したということを筆者はしばしば経験している。

●これらの保存的療法を数か月施行した後に、血行再建などの侵襲的治療をするかどうかを決定する。その決定には患者が希望する歩行距離が重要である。歩行距離が100mであっても、生活範囲がほぼ自宅内に留まるような患者は手術を希望しない。呼吸器疾患や心疾患などのために歩行距離の延長が望めない場合は手術を勧めるべきではない。

### 重症下肢虚血(CLI)

●重症下肢虚血(critical limb ischemia : CLI)は、PAD のなかで安静時疼痛や潰瘍・壊死などを呈するものを指し(6), Fontaine 分類では III 度、IV 度

## 6 重症下肢虚血 (CLI)



左第1趾の先端に黒色壊死を認める。第2, 3趾の色調も不良である。第4, 5趾はすでに切断されている。

に相当する。

- ADL が不良でほとんど歩行できない患者の場合は、間欠性跛行の症状がなく、初めから CLI で PAD を発症することがあるので、注意が必要である。
- 足部の安静時痛は一般に足関節血圧が 50 mmHg 以下の場合に生じる。そうでない場合は、疼痛の原因として CLI 以外も考慮すべきである。
- 虚血性潰瘍の原因としては、純粋な虚血以外に外傷や圧迫による創が虚血により治癒しないことが挙げられる。一旦発症した潰瘍の治癒には正常な皮膚を維持するよりも大量の血液還流を必要とするので、虚血性潰瘍があるにもかかわらず、安静時疼痛がない場合もありうる。
- CLI の予後は間欠性跛行に関してはるかに不良である。下肢切断のリスクが高いばかりではなく、生命予後も不良である。血行再建不能例や失敗例では6か月以内におよそ40%が下肢を失い、20%近くが死亡するとされている<sup>2)</sup>。
  - ▶ 一般的には、できるだけ早く専門家にコンサルトして血行再建を試みるべきであるが、長期臥床例や高度認知症・心・呼吸機能低下などのハイリスク症例に対しては、手術の適応を十分に検討すべきである。
- 薬物療法として、リポ PGE<sub>1</sub> (アプロスタジル〈リプル<sup>®</sup>、バルクス<sup>®</sup>))は我が国の臨床試験で安静時疼痛、虚血性潰瘍の治癒に有用性が示されたが、海外では PGE<sub>1</sub> の効果を疑問視する報告もある<sup>3)</sup>。他には感染に対して抗生剤の投与、疼痛に対して、非ステロイド抗炎症薬や麻薬を使用する。



虚血が疑われる下肢に対しては、傷を作らないように細心の注意を払うことを患者に指導し、また点滴などのための静脈穿刺も避けるべきである。



最近では、経皮的な血管内治療の進歩が著しく、以前に比べると侵襲の少ない血行再建ができる場合もある。



## 下肢急性動脈閉塞

- 下肢急性動脈閉塞とは、突然下肢の血流が減少することで、早急に適切な治療を行わないと下肢切断に至る可能性がある重篤な疾患であり、緊急性が求められる。
- その原因には、塞栓症または血栓症がある。塞栓症の原因としては心房細動、人工弁置換術後、動脈瘤などが比較的頻度が高い。血栓症の原因としては、

## 7 静脈うっ滞性潰瘍



ASOの急性増悪や外傷、血栓性素因などがある。塞栓症のように側副血行路がない状態では、より発症が急なことが多くドップラー聴診器でも動脈音が聴取できないことが多い。

- 突発的な発症かどうか、発症から診察までの時間、間欠性跛行の病歴、心筋梗塞・弁膜症・不整脈の有無などを詳細に聴取し、また不整脈や動脈瘤に注意して身体所見を取る。
- 疼痛(pain)、脈拍消失(pulselessness)、皮膚蒼白化(pallor)、知覚鈍麻(paresthesia)、運動麻痺(paralysis)の5Pが症状として有名である。麻痺(硬直)や感覚消失の出現は予後不良で、大幅な組織欠損や恒久的な神経障害が不可避とされている<sup>2)</sup>。塞栓症や外傷では6～8時間以内の血行再建が救肢の目安であり、大至急、専門家にコンサルトすべきである。

## 下肢静脈瘤

- 下肢静脈瘤は、大・小伏在静脈などの弁不全が原因の一次性静脈瘤と、深部静脈血栓症(DVT)の結果、側副血行路として表在静脈が拡張した二次性静脈瘤に大別される。一次性静脈瘤のリスクファクターとして、妊娠出産や立ち仕事などがある。ここでは一次性静脈瘤について述べる。
- 下肢腫脹、倦怠感、夜間の下肢痙攣、皮膚の掻痒感が主な症状であり、重症では色素沈着、皮膚の硬化、静脈うっ滞性潰瘍を認める<sup>4)</sup>。静脈うっ滞性潰瘍は、虚血性潰瘍と異なり下腿前面や内側に好発する(7)。
- 保存的療法としては弾性ストッキングによる圧迫療法が有効である。これによって改善しない症状は静脈瘤が原因ではない可能性が高い。弾性ストッキングで症状は改善するが、美容的に静脈瘤の消失を希望する患者やストッキングを装着したくない患者に対しては、外科的処置を勧める。



なお二次性静脈瘤に対しては、伏在静脈の結紮や抜去などは禁忌である。