

高齢者虚血性心疾患の特徴と対策

東京都健康長寿医療センター内科総括部長

原田 和 昌

（聞き手 大西 真）

大西 原田先生、今回は高齢の方の虚血性心疾患の特徴と対策についてお聞きがしたいと思います。

まず初めに、高齢の方の虚血性心疾患の特徴みたいなものはありますか。

原田 一般的にいわれていることは、まず男女差があるということです。若いときには男性が多いのですけれども、高齢になると男女差が縮まって、むしろ女性が増えてきます。それから、無痛性心筋梗塞というのが多く、基本的に症状が出にくい。非定型的な症状なので、なかなか診断がつきにくいというのも大きな特徴です。

それから、普通は心筋梗塞というのは心電図でSTが上昇するものが多いのですけれども、一般的に高齢者は非ST上昇型という、STが低下するかたちのものが多くて、その場合にはむしろ逆に重症であるということ。重症の例が多いために、ショック状態であるとか、心不全などをきたしやすい。

ほかには、一般的に認知症とか、腎不全が合併することが多いために、な

かなか治療に難渋することが多いということがあります。

また、発症のきっかけは若い人では通常あまりはっきりしないことが多いのですが、高齢者の場合には、貧血とか、夏場の脱水とか、肺炎とかがきっかけになることが多いといわれています。

大西 非定型的な症状というのは、例えば具体的にどのようなものを注意したらよろしいでしょうか。

原田 胸が痛いというのが定型的な症状なのですが、それ以外の、何か元気がないとか、少し言っていることが変だとかいったことで発症することもありますし、おなかの症状を訴える方もあります。

大西 そうしますと、案外診断が難しい場合もあるかと思いますが、実際、高齢の方の虚血性心疾患の診断はどのように進めていったらよろしいでしょうか。

原田 まず、虚血性心疾患を2つに分けますと、心筋梗塞と狭心症になり

ます。どちらの場合も症状が出にくいのですけれども、狭心症の場合には、労作や何か負荷がかかったときに症状が出るというのが特徴です。心筋梗塞の場合には、例えば胸が痛ければわかりやすいのですが、それ以外にも、血圧や脈拍などの全身状態が、ある時期を境にして急に悪くなるといったことが目安になります。

あとは、状況証拠を積み重ねていくのですが、危険因子といわれている、例えば高血圧、糖尿病、タバコ、脂質異常症、メタボ、家族歴とかといったものをまず踏まえて、それらが幾つあるかを数えます。

そして、過去に動脈硬化の病気をしたことがあるかどうか。例えば脳梗塞や心筋梗塞が過去にあるとか、足の閉塞性動脈硬化症や、腹部大動脈瘤などを合併している人が幾つかのリスク因子を持っている場合、あるときから急にがくんとぐあいが悪くなったら、虚血性心疾患を疑って、心電図をとることが一番大事です。以前のものと比較して心電図が変化しているかどうかをみます。

そこまでいって、あやしいなと思ったら、今度は採血をして、通常はまず白血球を見るのですけれども、最近は、トロポニンといって、心筋から早期に漏れ出す酵素を調べます。ほかにもCPKなどを調べます。

大西 先ほど心電図も時々非定型だ

というお話だったのですけれども、何か心電図を見るに当たってポイントはありますか。

原田 STが上昇するのが若い人のパターンで、高齢者の場合はSTが下がっていることが多いのですが、ワンポイントだけで見ないで、例えば症状がはっきりしている場合には、よくニトログリセリンの舌下錠を使うのですが、舌下錠を使って症状が少し改善したら、そのあとでもう一回心電図をとってみるとか、普段のかかりつけの先生ですと、過去に心電図を1回でもとってれば、それと違っているかどうかが決め手になります。

大西 比較して変化に注目する、それが重要だということですね。

原田 はい。

大西 トロポニンに関しては何か高齢者の特徴みたいなものはありますか。

原田 実際には若い人とほとんど同じと考えてよいと思います。トロポニンTとか、トロポニンIとかありますが、最近ではラピチェックという、FABPの診断キットが出ています。血液を採って、1滴(150 μ L)落として、15分間で結果が出ます。それぞれ上昇してくるのはトロポニンだと発症4時間ぐらい、FABPの場合はもうちょっと早いのです。ですから、より早く診断しようと思うと、ラピチェックを使います。ただ、それが上昇する前に、最近では救急車で来られたりするので、上が

っていないからといって、急性心筋梗塞と違うとは言えないのが問題です。

大西 慎重に経時的な変化も追わなければいけないということですね。

CPKなどもよく測りますけれども、その辺の評価はいかがでしょうか。

原田 CPKは、まず先ほどお話ししたように、FABP、トロポニン、その後を上昇するもので、今の時代だと、だいたい発症から6時間以内に病院に来られる、救急車で運ばれて来られることが多いので、CPKの上昇が診断の決め手になることは少ないです。

実際には、一般臨床で患者さんがよくわからない症状で来られて、採血するときには、通常、型どおり、CPKとCPKのMB分画、そしてASTとLDHを見るのです。一般的にCPK、およびCPK-MB分画が何%かを見ます。そして、次にAST、LDHという順番で上昇してきます。したがって、LDHまで上がっていると、発症後24時間以上たっていることが多くて、CPKだけ上がって、ほかの酵素が上がっていないと、比較的発症早期の急性心筋梗塞という手順で診断を行っています。

大西 診断がつくと、治療をいろいろ考えなければいけないと思うのですが、高齢の方でも、インターベンション等が盛んに行われるようになっていのでしょうか。

原田 実際には今まで、高齢者は何となくリスクが高いのではないかとか、

重症が多いからと敬遠されることが多かったのですが、やっとエビデンスや、大規模な登録研究の結果などが、ここ2~3年の間に、海外や日本でも出てきました。まずインターベンションをした場合に、超高齢者、例えば80歳以上で何%ぐらいの死亡率かというと、だいたい5%±1%程度です。心筋梗塞をそのまま放っておくと、実はこの年代の人たちは20~30%亡くなります。

ですから、統計上は心筋梗塞以外だと冠動脈インターベンションの死亡率はもっと低いのですが、心筋梗塞でも20~30%の死亡率を数%くらいまで下げることができます。もちろん、若い人は1%未満ぐらいの死亡率ですが、最近では、基本的に若い人と高齢者と区別しないで、インターベンション治療をやりましようとなってきました。

大西 そのあたりの患者さんへの説明も重要になってくるということですね。

原田 こういったエビデンスに基づいた数字を用いて、普通だと何%亡くなりますけれども、これをカテーテルで治療すると死亡率が何%下がりますというふうに患者さんに説明してあげるかたちをとっています。

大西 具体的に高齢の方のPCIの治療の適応ですが、どういう基準で行ったらよろしいですか。

原田 まず急性心筋梗塞に関しては、

24時間以内であれば、基本的には何歳でも行うという方針です。もちろん、患者さんやご家族が、どうしても治療を受けたくないということであればもちろん行いませんが、それ以外は基本的に治療を行う方向でいいと思います。しかし、問題となるのは、例えば腎臓が悪い人に冠動脈インターベンションをむやみに行くと、その後に慢性透析になってしまうことがある。

あと、認知症が進行した方に行うかどうかということに関しては、大抵の家族の方は「やらないでください」と言われます。ところが、「それでもやってください」と言われることはあるのですけれども、われわれのところでは治療を行う基準として、ショック状態とか、意識のない状態でなければ、基本的にはご本人が、ちゃんと承諾書にサインができるということを基準にしています。というのも100歳でも、サインができるレベルであれば、ちゃんと歩いて退院できることが多いからです。

慢性的な狭心症に関しては、心筋梗塞とは適応が少し違うのですけれども、狭心症の場合には、85歳までを一つの目安にして、見た目でも85歳以

下の方には積極的に治療し、それ以上に見える方は薬物治療中心というふうに考えています。

大西 最後に、高齢の方の虚血性心疾患の管理のうえでの注意点を教えていただけますでしょうか。

原田 今までは高齢者では薬に関するエビデンスも少なかったということもあるのですけれども、高齢の方も若い方と同じように薬物療法をするべきだと思います。例えば85歳や90歳の人でも再発予防のための治療をするのかという問題ですけれども、そういう人たちにも再発予防を含む薬物治療を行うべきだと考えています。もちろんQOL、患者さんの生活のレベルを保つことが中心なのですけれども、ACE阻害薬とか β ブロッカーといった予後を改善する治療は、この年代の人にも有効であることがわかっていますので、アスピリン、スタチンなどと同様に予後を改善する薬を入れるべきであると考えています。

大西 以前よりもかなり積極的に治療していこうという時代に入ってきたということですね。

原田 そうですね。

大西 ありがとうございました。