

脳血管疾患合併高血圧の管理

埼玉医科大学国際医療センター副院長

棚橋 紀夫

（聞き手 齊藤郁夫）

齊藤 脳血管疾患合併高血圧の管理ということで、棚橋先生におうかがいいたします。

脳血管疾患ですけれども、幾つかのステージに分けられるのですね。

棚橋 そうですね。脳血管障害を発症してから時期的に幾つかのフェーズに分けております。24時間以内が超急性期です。2週間までが急性期、3週目、4週目が亜急性期、そして1カ月以後が慢性期になります。発症後の時間によって血圧も変動しますし、血圧の管理目標も違ってきます。2014年のガイドラインでは亜急性期を加えたというのが特徴です。

齊藤 最初1カ月ぐらいまでは主に急性期等の病院で治療していくということですね。

棚橋 そうですね。早い方はもっと早く退院されますけれども、多くの方は3～4週間ぐらい入院しています。

齊藤 その後に主に実地医家等の方が診ていくような疾患になっていくということですね。

棚橋 はい。

齊藤 今回は慢性期について主におうかがいいたしますが、まず慢性期患者さんを診て、注意点はありますか。

棚橋 脳卒中、脳血管障害で急性期を過ぎますと、ある程度病態も安定して、患者さんは維持期、あるいは実地医家のところへお戻りになって血圧の管理をしていただくということです。

従来、高血圧の治療ガイドライン2009では脳卒中の慢性期は全体として140/90mmHg未満を目指す。ただしラクナ梗塞と脳出血はもうちょっと下げてもいいだろうと。ただ、どこまで下げるかという目標値までは示さなかったというのが現状です。

2014年のガイドラインでは、脳卒中の病型を脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に分けました。くも膜下出血は前回のガイドラインではほとんど触れられておりませんでした。すべての病型で、慢性期はまず一次目標として140/90mmHg未満であるという方針は前回と変わらなかったわけです。

まず脳梗塞のほうからお話いたしますと、脳梗塞の中で、前回も議論になりましたラクナ梗塞という比較的小さな脳梗塞の場合は、その後の経過を見ていきますと、脳出血も起こりやすいものですから、140/90mmHg未満をまず目標としますが、可能な症例は130/80mmHg未満を目指します。最近新しいエビデンスが出てまいりまして、SPS-3という報告ですが、ラクナ梗塞の患者さんに対して降圧治療をして、収縮期血圧を130mmHg以上と130mmHg未満で分けた場合、脳梗塞の再発は130mmHg未満にしても、130mmHg以上の方と変わらなかったのですが、脳出血が減りました。そのためラクナ梗塞の患者さんでは、一次目標は140/90mmHg未満ですけれど、可能な症例は130/80mmHg未満を目指したほうが良いということになりました。

もう1点は、脳梗塞患者さんの中で最近注目されておりますのは、多くの方が抗血栓薬を服用している点です。例えば、アスピリン、プラビックス、プレタールというような抗血小板薬、さらには心房細動などの患者さんではワーファリン、そして最近注目されております新規の経口抗凝固薬など。こういった抗血栓薬をお使いになっている患者さんに、実は脳出血が非常に多いわけです。脳梗塞であるにもかかわらず、脳出血が多いので、抗血栓薬を服用している患者さん、抗血小板薬を

単剤でのまれる方、または抗血小板薬を2剤服用している方、抗凝固薬を服用している方、さらに抗血小板薬+抗凝固薬を服用している方は、可能であれば130/80mmHg未満を目指すというのが今回の新しいガイドラインに加わっています。

もう1点は脳出血とくも膜下出血で、以前から一次目標は140/90mmHg未満であったわけです。さらに下げられる症例は130/80mmHg未満を目指すとなっています。

齊藤 可能ならば少し低めにということですね。そこでは個別の状況を見ていくということでしょうか。

棚橋 患者さんの背景を考えていただいて、決める必要があります。昔から脳血管障害、特に脳梗塞の方は下げ過ぎに注意するということがいわれていました。例えば、頸動脈の狭窄病変や頭蓋内血管に狭窄があるような脳梗塞では血圧を下げ過ぎますと狭窄部分より先に血液が行きにくくなりますので、下げ過ぎには注意する必要があります。頸動脈や脳主幹動脈の50%以上の狭窄があるような方は140/90mmHgぐらいのところまでとどめることが推奨されます。

齊藤 少し下げたほうがよい方がいるだろうということで、検査について実地医家の先生としてはどの辺までやれば良いのでしょうか。

棚橋 実地医家の先生が、例えば脳

血管の狭窄・閉塞などをお調べになることはまずないと思います。ただ、脳血管障害にかかれた患者さんは必ずどこかの専門病院にかかっておられますので、そのときに頸動脈超音波検査のデータとか、MRアンジオグラフィ、MRIなどの所見を参考にしてご判断いただくというのが大事だと思います。

もちろん、今では実地医家の先生方もご自分で頸部の超音波検査などをおやりになる方も随分増えておりますけれども、単なる脳梗塞があるとか、そういうことだけではなくて、その患者さんの背景となる血管病変のインフォメーションがありますと、安心して血圧を下げることができます。

もしそういう情報がなかった場合は、ゆっくり下げていただいて、下げ過ぎている場合はその証拠を得ていただく。これは何かといいますと、1番はふらつきです。ふらつくこと。そして、めまいがするということです。めまいとかふらつき、それから体が非常にだるくなる。あるいは、本当に下げ過ぎてしまいますと、詰まった血管の症状が出てまいります。例えば、失語が出るとか、一過性の片麻痺が出るとか、これはもちろん非常に危ないわけです。ですから、ゆっくり下げていただいて、下げ過ぎである兆候に十分注意していただければ、情報がなくても安心して血圧は下げられると思います。ただ、下げても130/80mmHgぐらいにとどめて

いただいたほうがよろしいのではないかと思います。

齊藤 こういう患者さんは高齢であることも多いですね。

棚橋 そうですね。一般に脳血管障害は高齢です。例えば脳梗塞の平均発症年齢は73歳ぐらいです。そして最近では心房細動の患者さんも非常に高齢で、80歳、90歳の方もいらっしゃいます。最近、ガイドラインでも高齢の方はあまり下げ過ぎないようにというのが出ております。

齊藤 症例によってですね。

棚橋 そういった脳血管障害の患者さんも、年齢という要素も加味していただきながら、下げ過ぎには注意していただくということですね。

齊藤 降圧薬については何かありますか。

棚橋 脳血管障害にとって推奨される降圧薬は、主要4剤といわれています。Ca拮抗薬（CCB）、ACE阻害薬、ARB、少量の利尿薬です。これらの薬剤は血圧がある程度下がっても脳血流を下げない。例えば、CCBでは少し血管が広がりますので血流が増えます。ACE阻害薬、ARBでも、少なくとも少し血流が増えるか、変わらない。利尿薬も脳血流を下げることはありません。

齊藤 そういったものを使って、なるべくゆっくり下げていくということがコツですね。

棚橋 そう思います。

齊藤 先生がおっしゃったような自覚症状も重要だということですね。

棚橋 やはり患者さんの訴えというのはよくお聞きいただいて、実際に下がり過ぎていないのかもチェックしていただくことが大事だと思います。

齊藤 家庭血圧測定はどうでしょうか。

棚橋 外来ではほとんど随時血圧よりも家庭血圧を重視して管理しております。

齊藤 患者さんの日ごろの状況がよく見えるということですね。

棚橋 そうですね。

齊藤 どうもありがとうございました。