高血圧診療ガイドラインとJSH2014への期待（V）

高血圧緊急症への対応

横浜市立大学循環器・腎臓内科教授
梅　村　　敏
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　高血圧緊急症への対応ということで、梅村先生におうかがいします。高血圧緊急症とはどういったものなのでしょうか。

梅村　高血圧緊急症、英語で言うとHypertensive emergencyです。血圧の高度上昇（多くは180/120㎜Hg以上）によって臓器障害が急性に進行している病態です。同じように高度の高血圧レベルのものに高血圧切迫症、Hypertensive urgencyというものがあります。それは急速な臓器障害が起きないという点が鑑別になります。

齊藤　ご自分で血圧を測る患者さんが増えて、高くて心配だという方が時々いらっしゃるのですけれども、その辺はどうでしょうか。

梅村　単に血圧が高いだけでは緊急症ではなく、ポイントは臓器障害が急速に進む点です。典型的なのは脳症です。意識障害、頭痛、悪心嘔吐、けいれん等を伴います。胸痛を伴うものとしては解離性動脈瘤とか、心筋梗塞とか狭心症でも血圧上昇を伴う場合があります。そういう臓器合併症が伴っているような場合は緊急の降圧を要します。事と場合によると入院させて点滴治療も必要になるという症例がいわゆる緊急症ということです。そこまでいかないものは、点滴はしなくてもいいけれども、経口薬でいけるような症例で高血圧切迫症です。

以前は、悪性高血圧のA型、B型とかに分けたのですけれども、タイプBのようなものは、高血圧切迫症とされています。乳頭浮腫のないようなものです。それぞれ治療の緊急性が違ってきますので、開業医の先生方も含めて、ある程度病態、所見を知っていていただいて、緊急のものは専門医のいるところに送っていただく必要があるだろうと思います。

齊藤　臓器障害の症状および検査所見をしっかり見るということになるわけですね。

梅村　そうですね。

齊藤　診断はどういった流れになるのでしょうか。

梅村　基本的には同じなのですけれども、ただ、緊急を要するので、ホルモンを測って、次回にみますなどということはできないわけです。緊急でできる血液の検査等で、例えば腎機能がどんどん悪くなっているとか、尿所見で蛋白が多量に出ているとか、あるいは胸部X線、心電図などで有意な所見があるとか、心不全の症状があるとか、そういうものは開業医の先生でも判断できると思います。その時点で進行性の臓器障害があるということを確認したら、急な対応が必要なので、できれば専門医のところに送っていただくということになると思います。

齊藤　実際、病気としてはどういったものが多いのでしょうか。

梅村　皆さん、聞いたことがあるのは悪性高血圧でしょう。これはどちらに分類されるかですけれども、高血圧ガイドラインなどでも一応緊急症の中に入っています。乳頭浮腫を伴う、いわゆるKWの４度といわれるものです。

齊藤　眼底検査ですね。

梅村　眼底検査です。今は、なかなか眼底検査はすぐはできないですけれども、乳頭浮腫があるような場合は緊急を要するということです。

血圧が非常に高くていわゆる片麻痺、脳卒中とは違うのですけれども、前述のような症状のあるような人でMRIをやると、頭頂～後頭葉の白質部分が血管浮腫を起こしている、RPL（Reversible Posterior Leukoencephalopathy）といわれる所見がある。これは緊急に血圧を下げる必要があるといわれています。MRIがすぐできるところはなかなかないかもしれませんけれども。

ただ、これはいわゆる脳卒中、麻痺があるようなものとはちょっと治療法が違ってきます。麻痺があるような場合は、よほど高い場合は血圧を下げます。例えば220/120㎜Hg以上とか、そのような場合には降圧が必要ですけれども、ちょっと脳症の緊急度とは違う。高血圧性脳症の場合には２～３時間で25％ぐらい、降圧しなければいけない。そのようなものも鑑別しなければいけないということです。

あと、急に下げなければいけないので有名なのは急性大動脈解離です。これは緊急に下げないといけない。もちろん、上行大動脈がやられるタイプと下行大動脈がやられるタイプで違うのですが、いずれにしても血圧を下げるのが基本治療になりますから、そのような場合は緊急に血圧を下げなければいけないというのもあります。

いわゆる狭心症とか心筋梗塞などで血圧がすごく高いような場合は緊急に下げなければいけない。

有名なのは褐色細胞腫です。教科書的ですけれども、クリーゼが起こることがあるので、緊急に血圧を下げる必要がある。そのようなものが比較的有名なのではないでしょうか。

齊藤　そういったものを念頭に置いて診断を進めていくということですね。

梅村　そういうことです。

齊藤　診断を進めながら治療に入っていくのでしょうか。

梅村　そうですね。

齊藤　どういった治療になりますか。

梅村　高血圧緊急症の場合は緊急に対応しなければいけないということで、教科書的には初めの１時間で血圧を25％ぐらい下げる。その方法も静注でやるというのが普通です。それもなおかつ、静注ですから、観血的にモニターしたほうがいいと一般的にはいわれています。したがって、開業の先生方には管理が無理だと思いますので、専門医の所へ送っていただくということだと思います。２～６時間ぐらいかけて目標血圧、160/100～110㎜Hgぐらいに下げていくというのが一般的にいわれています。

それと、先ほど言いました悪性高血圧といわれていたものでも、比較的軽症の乳頭浮腫がないようなタイプでは、高血圧切迫症として、また悪性高血圧で乳頭浮腫があるような場合でもそうですけれども、経口薬で治療して、１～２日でさっき言った160/100㎜Hgぐらいまで下げていけばいいといわれています。

齊藤　点滴薬はあまり使い慣れていないと思いますけれども、どういったものがあるのですか。

梅村　比較的日本人で使いやすいのはCa拮抗薬のニカルジピンの静注薬などは有名で使いやすいです。ただ、教科書的にニトロプルシッドという、日本ではあまり使われていないので経験も少ないのですけれども、世界的には有名です。

さらに、症状によりますけれども、狭心症とか心筋梗塞などがあるような場合はニトロ系の静注薬がありますから、そういうものをうまく使い分けるということだと思います。

齊藤　その場合には血圧を相当頻繁に測るか、あるいは動脈にカテーテルを入れて測る。

梅村　できれば動脈で。

齊藤　かなりたいへんですね。

梅村　たいへんです。ちゃんと鑑別しないと、そこまでやらなくてもいい人を治療してしまうこともありますし、そのキーポイントは臓器障害の進行を認めるということだと思います。以前のデータと比較ができれば一番いい。緊急で初めて見た患者さんで対応するというのはなかなか難しいところもあるかもしれません。

齊藤　場合によっては経口薬を使って、ある程度早めに血圧を下げていくということになるのでしょうか。

梅村　そうですね。

齊藤　これはどんな薬を使うことが多いですか。

梅村　悪性高血圧では腎機能が徐々

に悪化していくというのが一つの特徴です。しかし、多くは圧利尿で脱水傾向になっています。その結果として、レニン・アンジオテンシン系が活性化されていて、アルドステロンも相対的に上がりますから、カリウムは下がっているというような病態がけっこうあるのです。そうすると、今よく使うのはRAS系の阻害薬ですけれども、そこにRAS系がいってしまうと過度の降圧が生じる可能性もあります。最初はCa拮抗薬の経口薬などをのませることが多い。ある程度下がったところでRAS系を少量から血圧、腎機能をみながら加えると非常に効果がいい。

利尿薬を使う場合は、先ほど言いましたように、圧利尿で脱水傾向になりますから、これらが少し改善してきた段階で状態を見ながら使う。心不全を合併したりしている場合はループ利尿薬を併用するのがよいと思われます。

一般的には、皆さん使い慣れていらっしゃるCa拮抗薬。ただ、その場合は、これも教科書的ですけれども、ニフェジピンのカプセルなどをのませたりするのは禁忌になっています。

齊藤　以前は相当頻繁に行われていましたね。ただ、2004年のガイドラインからはしないほうがよいということになったのですが、それはやはり血圧の下がり過ぎがコントロールできないということでしょうか。

梅村　リバウンドが大きい。一過性にはよく下がるのですけれども、またボンと上がってしまう。長期に下がらないですから。それよりも、今経口薬で比較的早く効いて、数時間は効いているというものを１日４回ぐらいに分けてのませます。

齊藤　そうしますと、普通に使う長時間作用型のものはちょっと使いにくいということでしょうか。

梅村　それは急性期にはちょっと。落ち着いたらいいですけれども。そういう意味ではlong actingよりもまず中程度の作用時間型のものをうまく使っていくほうがいいのではないかと思います。

齊藤　それである程度下げて、いろいろデータがそろったところでRAS抑制薬を。

梅村　加えていく。

齊藤　今は患者さんの実数としては減ってきているのでしょうか。

梅村　そうですね。皆さんも経験したことがあると思うのですけれども、トータルの数は減っているのではないかと思います。悪性高血圧といわれたのも、当時は、悪性腫瘍と同じ程度に悪い予後だったからです。原疾患にもよりますけれども今はしっかり治療すれば長生きできます。そういうことで、だいぶ昔よりは降圧薬の進歩も反映し予後はよくなっているのが実情ではないかと思います。

齊藤　ありがとうございました。