

高齢者脳血管障害の診療

慶應義塾大学神経内科教授

鈴木 則 宏

（聞き手 大西 真）

大西 鈴木先生、高齢の方の脳血管障害の診療についておうかがいしたいと思います。

高齢社会を迎えて、非常に脳血管障害が増えているように聞いているのですけれども、現状はいかがでしょうか。

鈴木 おっしゃるとおりです。わが国では、社会の高齢化に伴って、特に虚血性脳血管障害が非常に増えています。新入院の患者の動態を眺めても70代、80代が非常に多くなっております。

大西 やはり虚血性脳血管障害の占めるパーセンテージが非常に多いのですね。

鈴木 多くなっています。

大西 出血性脳血管障害などは、その一部という感じなのでしょうか。

鈴木 脳出血自体、30～40年くらい前には非常に多かったのですけれども、性能の良い降圧薬が出てきたため出血自体が減ってきています。そのかわりに増えているのがアテローム血栓性の脳梗塞、あるいは心房細動による心原性脳塞栓で、とても多くなっておりま

す。

大西 それでは、まず基本的なことから少しおうかがいいただけますけれども、高齢の方の脳血管障害の診断ですけれども、まず症状ですが、典型的な症状はいろいろあると思うのですけれども、高齢の方の場合、少しわかりにくい場合もあろうかと思えますけれども、そのあたりは何か注意する点がありますか。

鈴木 基本的には、青年・壮年層と同じ現象が起こるわけですが、特に高齢になってきますと、日常生活においてあまり動かれず、活動性が少なくなってきました。したがって、症状が見つかりにくいということがあるかもしれません。発語が少なくなってきた段階で、例えば失語症などが起こっても、なかなか気づかれない。あるいは、睡眠時間が長くなっているような方で、麻痺が起こっても、なかなかはっきりそれが訴えられないなど、意外に発見が遅れたりすることが多いので注意が必要です。特に昨今、ひとり

暮らしの高齢者が多くなっていますので、発症して1日、2日たってから発見されるというような悲しい例も増えています。

大西 まず診断に当たって、画像診断もいろいろ組み合わせるのでしょうか、何か注意すべき点はありませんか。

鈴木 通常とは異なり動きが悪かったりする場合は、まず脳卒中を疑っていただいて、医療機関に搬送していただくことだと思います。診断自体は通常の若い方の脳血管障害と同じように、MRI、全身の血液の検査とか、リスクファクターなどを精査し、脳血管障害の病型診断をしなければいけません。

昨今多いのは心臓の問題です。心房細動が非常に増えています。80歳以上のご高齢の方は8割方、心房細動を持っているといってもいい過ぎではありませんので、心房細動に伴う心原性の脳塞栓が非常に増えているということは注意しなければなりません。もし80代の患者さんがいらっしゃるようなことがあったら、まず不整脈の存在を疑って心電図をとるということが大切です。

大西 その場合の治療ですが、いろいろ高齢の場合は気をつけなければいけない点もあるかと思いますが、何か注意点はありますか。

鈴木 基本的には、虚血性脳血管障害の発症3時間以内であれば、tPAに

よる超急性期の血栓溶解療法という治療法がございます。ですので、早期に発見されて、搬送されていらした場合は、このtPAを使うかどうかということになります。しかし、脳卒中の診療ガイドラインでも明示されておりますが、75歳以上の高齢者のtPA使用に関しては適用を慎重に対応すべき、という記載があります。ただし、合併症を引き起こすリスクが検査によってクリアできれば、適用になると思います。

もう一つは心房細動です。急性期の治療は、今申し上げたような形で同じですけれども、急性期を過ぎて、回復期、リハビリ期になった場合に、次の発作を抑えるためには、心房細動がある場合は抗凝固療法を行わなければいけません。最近ではダビガトランという新薬が出てきましたけれども、まだまだワーファリンによる抗凝固が一般的だと思います。その場合は、コントロールに血液凝固の指標であるINRのチェックをしなければいけないのですが、特に70歳以上の非弁膜症性の心房細動のある、脳梗塞あるいは一過性脳虚血発作の患者さんでは、やや低用量のワーファリンを使って、INRを1.6~2.6ぐらいに抑えるべきである、と推奨されています。したがって、INRが2.6を超さないように、低めにコントロールすべきです。

普通、若い方でしたら2.0~3.0という、少しきつめで行うわけですが、

高齢の方の場合はそれと異なるということをお話におかなければいけないと思います。

大西 脳梗塞が非常に増えているというお話でしたけれども、リスクファクターとしてはどの辺が重要でしょうか。

鈴木 昔は高血圧症が多かったのですが、ラクナ梗塞が多かったのですが、最近では食の欧米化に伴って、動脈硬化に伴うアテローム血栓性脳梗塞が増えてきています。それから、今申し上げました心房細動に伴う心原性脳塞栓が多いということです。直接の原因を特定すると同時に、リスクファクターに何が有るかというのをしっかり見極めて、それに応じた治療なり予防をしていくということが非常に大切になってまいります。

大西 やはり重要なのは糖尿病とか高脂血症とか高血圧とか喫煙とか、そのあたりになるのでしょうか。

鈴木 そうです。特に、動脈硬化を助長するものは、排除しておくということになると思います。

大西 特にその中でも重要なリスクファクターはありますか。

鈴木 まず「高血圧」がトップです。その次は「高脂血症」です。昨今叫ばれているのは、スタチンなどを使って動脈硬化を抑えるとともに、スタチンは内皮の機能を改善させる作用もあるといわれていますので、併用していく。

もちろん、「喫煙」を避けていただくのは当然のことだと思います。

それから「糖尿病」も、どの程度脳梗塞のリスクになるかというのは、まだまだ不明の点があるのですけれども、やはり耐糖能の低下があれば是正しておくというのが脳梗塞予防の第1段階ではないかと思います。

大西 高齢の方では脱水などはいかがでしょうか。

鈴木 そうですね。特に夏場は脱水が起こりやすく、高齢の方はトイレが近くなるというので、お水を飲まない方も多い。それで血液が濃縮されて脳血管が詰まってしまうということもあります。特に暑い夏などは水の補給に留意されていないと、血液の粘度が高くなるということがありますので、注意しなければいけません。

大西 先ほど脳出血はだいぶ減ったというお話でしたけれども、高血圧症の治療がずいぶんよくなってきたから減ったというふうに考えてよろしいでしょうか。

鈴木 そうですね。40年ぐらい前は、脳卒中といえば脳出血が代表と考えられていました。日本の死因も脳卒中が1位のことがありましたけれども、それは脳出血が大きく寄与していたということになります。昨今、きわめて性能のよい降圧薬がたくさん出てきておりまして、高血圧症の病初期から介入されるようになってきたということで

しょうか、脳出血は減ってきています。ただ、脳梗塞のほうは漸増しているということになりますので、やはり脳梗塞においても高血圧が最大のリスクファクターということは明らかですので、高血圧治療は予防の第一歩になります。

大西 脳梗塞も、ひどい場合は寝たきりになる場合もあるかと思いますが、その辺も結構大きな問題になりますか。

鈴木 そうですね。そうなりますと、ご家族の負担、それから介護保険等々の負担、身障者認定の申請ということで、医療費の増大につながりますので、国家財政的にも脳梗塞、脳出血を起こさせないための予防策が重要な課題ではないかと思います。

大西 予防もなかなか難しいと思うのですが、高齢の患者さんには、ふだんの生活をどのようにご指導されていますでしょうか。

鈴木 やはり現役時代と同じように体を動かしていただくということでしょうか。ご隠居様にならないで、しっかりいろいろな行動、活動に参加していただく。規則正しい生活をしていただくという、リズムをつけていただく。そうしますと、血圧のコントロールなどもきちんとついてきますし、体の代

謝も回転します。すなわち、リスクファクターを減らす方向に作用しますので、なるべく動く、ということだと思います。

大西 これからますます高齢社会を迎える日本なのですけれども、この先、脳血管障害を減らすための戦略はどう考えたらよろしいでしょうか。

鈴木 やはり若いころからリスクファクターを持たないことです。壮年期は仕事が忙しくて、健康チェックなどは二の次だということになることが多いと思うのですが、自分のウィークポイントを若いころから知っておくということ。それを極力是正しておいて老年期を迎えるということになります。加齢の変化というのは避けられませんが、それにプラスしての高血圧、糖尿病、高脂血症、喫煙などのリスクを増やさないことが大切です。

大西 アルコールなどはどうなのでしょう。

鈴木 アルコールは二面性がありまして、心臓のイベントとかを減少させるということがあります。ただ、多量に飲み過ぎますと、これは逆に、脳出血も脳梗塞も増えてきます。

大西 ありがとうございます。