

$194 \times \text{Cr}^{-1.094} \times \text{Age}^{-0.287}$ (女性の場合は $\times 0.739$)を用い、 ΔeGFR (H18とH13の差)によって3群に分割し(悪化群: $< -2.7 \text{ ml/min}$, 不変群: $-2.7 \leq, < -1 \text{ ml/min}$, 改善群: $-1 \text{ ml/min} \leq$), 検討した。

人間ドック受診者は、自分の健康に対して比較的兴趣を持っている一群で、高血圧治療者においては約7割が正常血圧であり、無治療者に至っては約9割が正常高血圧者であった。また、至適腹囲値については危険因子の2つ以上の重積から判断すると、男女とも85cmが最適となった。また、高血圧は耐糖能障害と最も強く関連しており、なかでも空腹時高血糖受診者との関連が強く、インスリン抵抗性の関与を推定された。また、eGFRの悪化に関与しているのは、H13年の血圧高値、貧血、総ビリルビン低値であった。ビリルビンには抗酸化作用があることが知られており、これに関しては発表にて考察したい。

3 当院における加速型・悪性高血圧の臨床的検討

細島 康宏・山崎 肇・吉田 一浩

伊藤 朋之・佐伯 敬子

長岡赤十字病院腎・膠原病内科

【目的・方法】アンジオテンシンⅡ(ATⅡ)受容体拮抗薬およびアンジオテンシン変換酵素(ACE)阻害薬の登場に伴い、加速型・悪性高血圧の臓器障害は軽症となり、予後も改善しているとの報告が散見される。しかし、その頻度が全高血圧患者の1~5%程度と極めて少ないため、症例報告が多く十分な検討はなされていない。1997年~2007年の間で加速型・悪性高血圧と診断された11名を対象とし、その臨床像と予後について検討した。

【結果】対象は11例(男/女=10/3, 年齢 45.8 ± 12.8 歳)。原疾患は慢性腎炎1例、本態性高血圧7例、腎血管性高血圧1例、強皮症腎2例であった。診断までの高血圧の罹患年数は 4.6 ± 3.9 年、診断時の血圧は $214 \pm 17/130 \pm 10 \text{ mmHg}$ で、 $\text{BUN} 37.2 \pm 28.8 \text{ mg/dl}$, $\text{Cr} 3.6 \pm$

3.9 mg/dl , 活性型レニン定量 $440 \pm 749 \text{ pg/ml}$, アルドステロン $320 \pm 170 \text{ pg/ml}$, 尿蛋白 $2.9 \pm 3.2 \text{ g/day}$, 尿沈渣赤血球は6例で陽性であった。4例が経過中に透析導入となったが、透析導入群では診断時にBUNおよびCrは有意に高値であり、この傾向は原疾患が本態性高血圧である群においても同様であった。また、4例中全例において尿沈渣赤血球が陽性であり、有意に高頻度であった。さらに、急性期に高血圧緊急症を呈した群と切迫症を呈した群を比較したが、診断時の諸検査に有意差は認めず、透析導入も前者で1例、後者で3例であった。また現在、8例については3剤以上の降圧薬が必要であるが、2例は1剤のみでコントロール可能であり、この2例は急性期において緊急症を呈していた。なお、この2例については診断時に、収縮期血圧が有意に低値であった。

【結論】本症は近年の降圧薬の進歩に伴いかなり改善しているが、腎予後については未だに不良であり、発症時の腎機能に大きく影響を受けていると考えられた。また、緊急症を呈していても必ずしも腎予後は悪くなく、病態にあった降圧薬による積極的な降圧が重要であると考えられた。

Ⅱ. 特別講演

超高齢社会と高血圧治療

大阪大学大学院 老年・腎臓内科学

栗木 宏実

わが国は、高齢人口が20%を超え、後期高齢者以上の人口もほぼ10%という超高齢社会を迎えた。後期高齢者医療制度の導入も予定され、社会が医療に求める内容も変化しつつある。サクセスフルエイジングは、長寿だけでなく、高い生活(生命)の質とproductivity(社会貢献)を保った状態とされる。単純に死亡率の減少だけを目標とした医療では対応できない内容である。

高血圧は、寝たきりの原因となる脳卒中や心筋梗塞の最も大きな危険因子であり、サクセスフルエイジング達成のために青・壮年期からの予防と治療が大切である。高齢者に対しても予防と治療

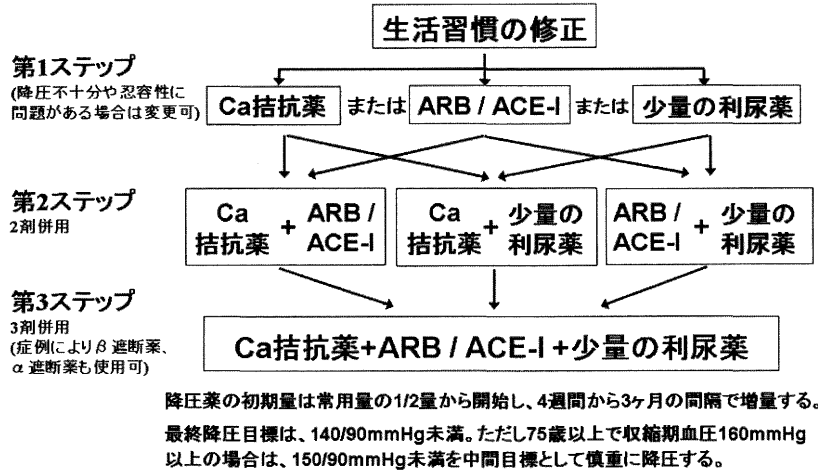


図1 高齢者高血圧の治療計画

が重要であるが、特に後期高齢者においては合併する病態が様々であり、サクセスフルエイジング達成のための治療目標は一樣ではない。

JSH2004では高齢者高血圧における降圧の重要性が強調された。高齢者の年齢区分は、JSH2000では60歳代、70歳代、80歳代としていたが、JSH2004では前期高齢（65歳以上）と後期高齢（75歳以上）とし、降圧目標はともに140/90mmHg未満に厳格化された。ただし後期高齢の中等症・重症高血圧では、最終目標は140/90mmHg未満とするが、150/90mmHg未満を暫定的目標とし、慎重に降圧することが強調された。

高齢者高血圧の病態は加齢というリスク因子が加わり、動脈硬化の進展や血圧調整系の障害に伴い壮年期の高血圧とは明らかに異なる様々な特徴がある。その特徴は収縮期高血圧、脈圧の開大、起立性低血圧などである。基本的には高齢者でも血圧をしっかり降圧目標値まで下げればイベントの発症は減少すると期待される。その際に降圧効果に関してはCa拮抗薬やARBが優れているし、一時期、非常に問題とされたCa拮抗薬が虚血性心疾患のリスクを増加させるという懸念はALLHATで払拭されている。

一方、80歳以上の高齢者高血圧においては大規

模臨床試験のメタアナリシス結果から脳卒中、心血管事故、心不全の発症を減らす、総死亡や心血管疾患による死亡には影響を与えなかったとの報告もあり、個々の病態に応じた慎重な降圧治療が大切である。

高齢者高血圧の降圧薬選択に当たっては、臓器血流の低下と自動調節能の障害、起立性低血圧の存在など病態、合併症に応じた薬剤の選択が必要である。介入試験の結果から、合併症のない場合は第一次薬としてCa拮抗薬、ARB、ACE阻害薬および少量の利尿薬が適当である降圧不十分時は、2剤、3剤と併用療法を行うことを原則とするが、症例によってはβ遮断薬やα遮断薬を用いることもある（図1）。

このように作用機序の異なる降圧薬の併用療法は、その相加・相乗効果から各ガイドラインにおいても推奨されているが、併用療法における「心血管系イベント抑制効果」及び「長期の安全性」については検討されていないのが実状である。現在、本邦においては日本高血圧学会後援の下、65歳以上の高齢者高血圧のうち、心血管系疾患の既往または心血管系疾患の危険因子を有する患者を対象に、降圧効果の高いARBにCa拮抗薬または少量の利尿薬を併用し、降圧目標を140/90mmHg

未満とした場合の「心血管系イベント抑制効果」及び「長期の安全性」について比較検討する医師主導型自主研究(COLM-Study)が進行中である。

高齢者の場合、血圧が変動しやすいことから、早朝の血圧上昇および夜間の non-dipper も多く、長時間作用型 Ca 拮抗薬や ARB は最適な降圧薬のひとつである。また高齢者では緩徐に血圧を下げるのが大事であり、脈拍を増加させないことも大切である。早朝には心血管系イベントの発生率が高くなることから、この時間帯の血圧をいかにコントロールするかで、生命予後が違ってくる。

原則としては高齢者に対しても厳格な降圧が望まれるが、それを達成するために薬剤の併用療法や軽症認知症への配慮を含むコンプライアンス管理など注意を要する。また、降圧に伴う臓器血流の低下を来さない注意も必要である。

た。各種抗不性脈剤を投与するも動悸発作の抑制は不十分で、最終的にアミオダロンと β ブロッカーを内服していた。ARB も投与したが、動悸発作の抑制効果はなかった。発作のパターンは一週間に 3～4 回の頻度で、一回の発作時間は 12～36 時間くらいであった。

ピタバスタチン 2 mg を投与したところ投与開始後 2 ヶ月くらいから、動悸発作の頻度はあまり変わらなかったが、持続時間が一回 0.5～2 時間くらいに短縮した。

心房細動の成立には、心房細動を開始させる機序(trigger)と、心房細動を持続させる機序(driver)が必要とされる。スタチン製剤はメバロン酸経路を阻害することにより、心房筋の繊維化を抑制すると考えられており、これが心房筋の driver としての効果を減弱させたと考えられる。心房細動の治療において重要な要素と考える。

第 257 回新潟循環器談話会

日 時 平成 20 年 12 月 13 日 (土)
午後 3 時～6 時
会 場 新潟大学医学部 第五講義室

I. 一般演題

1 スタチン製剤の投与により、発作性心房細動の発作頻度は変わらないが、発作の持続時間が短縮した 1 例

田村 真

聖園病院循環器内科

症例は 49 歳、男性。40 歳をすぎたころより飲酒や運動の翌日に動悸を自覚するようになり、ホルター心電図により発作性心房細動と診断され

2 心臓に腫瘍形成を来した急性骨髄性白血病の女児例

小川 淳・細貝 亮介・渡辺 輝浩
浅見 恵子・大倉 裕二*・岡田 義信*
杉田 公**・長谷川 聡***
県立がんセンター新潟病院小児科
同 内科*
同 放射線科**
新潟大学医学部小児科***

症例は 10 歳、女児。

【現病歴】2006 年 7 月 (8 歳) 急性骨髄性白血病 (WHO 分類 Acute myeloid leukemia with t (8 ; 21) (q22 ; q22) と診断された。初診時、左頭頂部頭蓋内外、右側頭部、両側眼窩内、上顎洞、蝶形骨洞、上咽頭、側頭下窩、傍咽頭、乳突洞内に腫瘍形成を認めた。寛解導入療法にて骨髄上寛解したが腫瘍の残存ありシタラビン大量で腫瘍性病変の消失を認めた。2007 年 2 月第 1 寛解期に TBI 12Gy + シタラビン + シクロフォスファミドの前治療後臍帯血移植を施行した。5 月に右上顎洞～眼窩に髄外再発を認め化学療法と外照射を施行して髄外病変は消失した。8 月に骨髄再発を認め以