

労作時の呼吸苦を訴えて、近医から紹介となる。高血圧で内服治療中 CCB (アムロジピン)。初診時の血圧 (191/114) にて、高血圧性心不全を疑ったが否定 (BNP 31pg/ml)。心エコーでは、軽度左室拡大あるも、壁運動低下なし。家庭血圧は、高め安定にて、二次性高血圧は否定された。ARB (テルミサルタン) を追加するも、依然高めの血圧あり。動悸などの頻脈傾向あるため、 $\beta$ 遮断薬 (アテノロール) を追加し、やや血圧低下を認めた。更に、アルドステロン拮抗剤 (エプレレノン 25mg) 追加により、ほぼ血圧は安定した。但し、ふらつきを訴えたため、エプレレノンを半錠にすることにより、症状改善し、血圧は安定化している。

## II. 特別講演

### 症例から考える高血圧の診かた

—二次性高血圧を見逃さないために—

山形県立中央病院 院長

後藤 敏和

二次性高血圧の原因となる疾患の主なものとしては、血行力学的高血圧 (大動脈閉鎖不全症、大動脈縮窄症など)、腎血管性高血圧、副腎疾患を中心とする内分泌高血圧、腎実質性疾患があげられる。血行力学的高血圧の診断には、雑音の聴

取、上下肢差、ABI 測定が有用である。腎血管性高血圧の診断には、負荷試験を含むレニンの測定では確定診断は困難で、CTA さらに腎動脈ドプラーエコーが有用である。副腎内分泌高血圧のうち、褐色細胞腫のスクリーニングには、随時尿中メタネフリンが有用である。原発性アルドステロン症の診断は CT にて腺腫を認めなくとも否定できず (微小線種、特発性アルドステロン症)、ホルモン検査による [アルドステロン (120pg/ml 以上)、アルドステロン/レニン比、200 以上]。クッシング症候群はクッシング徴候から疑うが、サブクリニカルクッシング症候群は、コルチゾール基礎値は正常であり、デキサメサゾン 1 mg 抑制試験での抑制不十分から診断される。腎実質性疾患のスクリーニングには、尿定性試験のみでは不十分で、沈渣所見 (顕微鏡的血尿、顆粒円柱、赤血球円柱) が必須である。二次性高血圧スクリーニングは、開業医の先生方にも簡単にできるものである。二次性高血圧は、探して見つかるものではないが、探さないと見つからないものである。