

PART2 慢性期の薬

② 脳卒中慢性期の合併症管理の薬

POINT

① 脳梗塞慢性期患者の管理は後遺症の治療と発症予防を目的とします。

② 脳梗塞の危険因子としては年齢、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙、心房細動などがありますが、発症・再発予防ともに高血圧症のコントロールが最も重要と考えられています。

③ 脳梗塞後の合併症としては脳卒中後うつ病、痙縮などがあります。

● 高血圧症に用いる薬

血圧の管理

『高血圧治療ガイドライン 2014』¹⁾ に示された脳卒中慢性期の血圧管理は、発症1か月以降で、降圧目標は140/90 mmHg未満、投与する降圧薬はカルシウム (Ca) 拮抗薬、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬 (ARB)、アンジオテンシン変換酵素 (ACE) 阻害薬、利尿薬とされます。

適応基準・選び方

降圧薬治療は通常発症1か月以降の慢性期から開始します。しかし急性期治療が終了する1～2週間後から開始する場合があります。降圧目標としては、年齢などを考慮しながら治療開始後1～3か月かけて徐々に降圧することが重要です。



1990年以降には脳血管障害再発予防と血圧との関連を検討した比較的大規模な試験が行われましたが、降圧薬治療はあらゆるタイプの脳卒中の再発、非致死性の梗塞の再発、心筋梗塞および全血管イベントの発生を有意に抑制します。平均130/80 mmHg程度まで降圧しても脳血管障害の増加は認めていません。PROGRESS²⁾ では、平均年齢64歳の患者群に対して従来の治療に加えてペンドプリル (4 mg/日)

や利尿薬であるインダパミド (2 mg/日) を追加投与し、血圧は147/86 mmHgから138/82 mmHg程度に低下し、脳血管障害再発が28%抑制されました。さらにそのサブ解析³⁾ では血圧が低く (収縮期が120 mmHg程度まで) コントロールされた患者ほど、脳出血や脳梗塞の発症率が低いことが示されています。脳卒中慢性期には、個々の患者における至適血圧の程度は、年齢、糖尿病などの合併の有無、血管閉塞・狭窄の程度、血管病変部位、側副血行路の程度、脳循環自動調節障害の程度などさまざまな要因によって影響を受けるため、異なっている可能性があります。

目標血圧

脳卒中慢性期の降圧目標は140/90 mmHg未満です。しかし、脳出血やラクナ梗塞では140/90 mmHg未満よりさらに低い降圧目標が推奨されます。

推奨される降圧薬の種類

Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、利尿薬が推奨されます。とくに糖尿病や心房細動合併症患者では、糖尿病新規発症抑制作用、インスリン抵抗性改善作用、心房細動発症抑制作用も有しているARB、ACE阻害薬が推奨されます。米国心臓協会 (AHA) と米国脳卒中協会 (ASA) によるガイドラインでは、利尿薬単独および利尿薬 + ACE阻害薬を勧め、糖尿病や心房細動の患者では、ARBやACE阻害薬を推奨しています。また欧州高血圧学会 (ESH) と欧州心臓病学会 (ESC) による『高血圧管理ガイドライン 2007 (ESH-ESC2007)』では、すべての種類の降圧薬が推奨されています。その理由として、得られるメリットの大部分は降圧自体に依存したものであることが指摘されています。

代表的な降圧薬

まずは生活習慣の改善を指示します。そして推奨される降圧薬としては、Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、利尿薬がありますが、多くの場合、まずはCa拮抗薬またはARB、ACE阻害薬が選択されます。投与後の目標血圧140/90 mmHgに到達しない場合は、Ca拮抗薬とARBまたはACE阻害薬の併用、あるいはさらに少量の利尿薬の併用が推奨されます。

カルブロック®錠8mg・16mg

一般名 アゼルニジピン 販売元 第一三共株式会社 通常用法・用量 1日1回 8～16 mg 朝食後

ノルバスク®錠2.5mg・5mg

一般名 アムロジピン 販売元 ファイザー株式会社 通常用法・用量 1日1回 2.5～5 mg