

「心房細動患者の抗凝固療法について：脳外科医の立場から」

市立敦賀病院 副院長 新井良和先生

現在、要介護5の原因の33.8%が脳卒中である。脳卒中の75.9%が脳梗塞であり、その1/3は80歳以上の高齢者である。また、1/3の症例に心房細動を認める。久山町研究では10年間の経過観察で3/4の脳梗塞患者が再発すると報告されており、心房細動患者の脳梗塞患者では再発防止が最も大切なことである。心房細動があると脳卒中の発症頻度は5倍高くなる。無治療の心房細動症例の脳卒中発症率は5%/年と高率である。心房細動で脳梗塞になると1年以内に50%が死亡する。

心原性脳梗塞では40%しか社会復帰できていない。また、発症前のCHADS2スコアと脳梗塞後の転帰との関連はなく、たとえCHADS2スコアが軽症であっても社会復帰できない場合も多い。心房細動患者において、CHADS2スコアが0点であれば年間脳梗塞発症リスクが0%ということではなく、1.9%であるというのが問題であり、実際、スコアが0点~1点の症例でも脳梗塞を発症する症例の絶対数は多い。内科・循環器科医は一次予防が中心で頭蓋内出血を避けたいという考えが多いが、脳外科医は二次予防が中心で再発を避けたいという考えが強い。

心房細動の抗血小板療法は脳塞栓症予防に効果はない。抗凝固療法のみが脳塞栓症予防に有効である。しかしながら、CHADS2スコアが4~6点でも42%の症例にしか抗凝固療法が施行されていないのが現状である。ワーファリンは安価であるが、アジア人はワーファリン内服中の頭蓋内出血の頻度が他の人種に比べて4倍も高い。ワーファリン内服下の脳出血時のINRは1.6-2.6の人が多かったが、脳梗塞再発の症例のINRは1.6未満の症例が多かったとの報告がある。つまり、治療域が妥当だと出血が多く、低いと塞栓症が多くなる、大変扱いにくい薬剤である。これに対して、DOACはワーファリンに比べて、効果発現が速く、コントロールしやすい、かつ食事制限がないなどの利点を有する。さらに投与中の頭蓋内出血や大出血の頻度がワーファリンに比べて極めて低いことが利点である。DOACではワーファリンに比べて脳出血発症時の血腫サイズが小さく、その後に増大することも極めて少ない。

抗凝固薬投与時にはHASBLEDスコアにて出血のリスクの評価をおこなうことも大切だが、高血圧を認める場合には血圧をしっかりコントロールするなど、改善可能なスコアは是正する努力が大切である。85歳以上の高齢者においても特に出血のリスクは高くなることはない。逆に脳塞栓症の発症率は85歳以上では高くなることがわかっている。したがって、高齢だからといって抗凝固療法を控える必要はなく、むしろ行うべきである。DOACの中では、脳塞栓ハイリスク症例にはダビガトラン、そして、飲みやすさ、特に嚥下障害があり、上手く嚥下できない症例での抗凝固薬投与にはOD錠のあるリクシアナが大変使いやすい。

Cerebral microbleeds (微小脳出血) をMRIで認める症例は抗凝固療法中に脳出血しやすいことが知られている。したがって可能であれば抗凝固療法を開始する前にMRI検査を施行してCMBがないかを確認しておくべきである。脳梗塞の急性期の治療として、症状出現から4.5時間以内であればt-PA静脈投与をおこなう。t-PA投与が無効、あるいは症状出現から4.5~8.0時間であれば脳血管内治療(機械的血栓回収)を施行している。

以上の内容を、大変わかりやすくご講演いただいた。

(福井大学医学部病態制御医学講座 循環器内科学 冨田 浩)