

5 低血圧の功罪

低血圧は、医師の間では高血圧ほどには注目度が高くはなく、一部の臨床医や研究グループによるものを除いては日頃取りあげられることは少ない。高血圧とは異なって、世界に共通し、汎用されている診断基準や治療ガイドラインはみられない。その理由として、低血圧の型、原因は様々であり、本態性低血圧についてもその臨床的意義に不明な点が多いことなどがあるものと思われる。

低血圧は、原因不明の体質といえる本態性低血圧、何らかの基礎疾患に基づく二次性（症候性）低血圧に2大別できる。また状況別では起立性低血圧、食事性低血圧など、種々の型に分けられる。食事性低血圧については、その病態や臨床的意義がかなり明らかにされてきているが、臨床医にとって未だ十分には認識されていない。しかし一方、田中ら（2002）が2001年に立ちあげた低血圧に関するホームページでは、月に約1万件のアクセスがあり、一般市民の低血圧への関心はかなり高いものであることが確認された。質問では、低血圧の治療法、低血圧の診断、低血圧の専門医療機関に関する項目が多い。さらに、低血圧症状に対する説明不足の苦情もあり、低血圧に関する医師側の知識不足という問題点が指摘されている。

本態性低血圧を含めれば低血圧の頻度は比較的高く、高血圧と同様に、何らかの対処が必要となる重要な血圧異常といえる。重度のとくに急性の低血圧は緊急治療を必要とする。二次性低血圧は背景にある器質的疾患の治療が基本である。また、低血圧と高血圧はまったく無関係ではない。血圧の異常変動の中での両者、神経原性起立性低血圧における反跳性高血圧や夜間臥位高血圧、高血圧における起立性低血圧や食事性低血圧の存在、低血圧治療における高血圧、高血圧治療における低血圧の出現など、相互に深く関連し合った症候である。例えば、高度の起立性低血圧を示すシャイ・ドレーガー症候群では、起立から臥位になると一過性の反跳性高血圧を生じ、高度であれば頭痛、動悸、さらには脳出血さえ生じる危険性がある。糖尿病や高齢者においては起立性低血圧を伴う高血圧は稀ではなく、これら血圧異常のコントロールは容易ではない（Chamontinら）。種々の薬物による低血圧や起立性低血圧の誘発や増悪は、頻度的にみても無視できない。

本態性低血圧では、多彩な症状（めまい感、立ちくらみ、失神、頭痛・頭重、朝起き不良、易疲労性、脱力感、無気力、肩こり、冷え性、不眠、食欲低下、胃部不快感、動悸、呼吸困難感など）が続き、日常生活の質（QOL）が低下しやすい。食後に、食事性低血圧が加わって仕事の能率が低下する例もある。起立性調節障害は、思春期に多くみられる自律神経機能異常症で起立失調症（立ちくらみ、倦怠感、動悸、頭痛、失神など）を呈する。情動や心理社会的ストレスとの関連が示唆されており、身体症状を伴う不登校や不定愁訴との鑑別が問題である（筒井ら；1993、田中ら；1999）。起立不耐症（起立性低血圧）は、起立中に徐々に血圧が低下する遅延型で強い慢性の疲労感を主訴としており、一方、慢性疲労症候群の患者の大多数

に起立性低血圧が認められている (Streeten ら). 本態性低血圧, 起立性調節障害, 起立不耐症は若年から壮年を中心に広くみられるために, 学生や就労者にとって社会経済的にみてもその損失は大きいものがある. したがって, 憂訴があれば治療を行い, その際血圧の値のみに目を奪われるのではなく, QOL の改善を主目的とする.

食事性低血圧は, 高血圧患者で多く, また臥位血圧の程度と相関がみられる. 高血圧の治療が, 食事性低血圧を改善するか否かは, データがなく不明である. 降圧薬は起立性低血圧の誘発や増悪をきたしうるので, 食事性低血圧のある患者での使用は要注意である. 高血圧治療の評価, 判定のうえで, 時刻, 姿勢 (起立性低血圧, 反跳性臥位高血圧などの有無), そして食事の前か後か (食事性低血圧, 食事性起立性低血圧) などの血圧測定条件が重要である. 食事性低血圧があると降圧薬の効果が過剰に判定される恐れがある. 薬は通常食事時に服用されるので, 食事後の血圧測定にはその時刻が大切である. 食事は血圧の恒常性を乱す大きな外的刺激である. 食事性低血圧や高血圧はとくに高齢者ではよくみられる. 降圧薬の有効性を検討した知見の多くは, この食事という重要な因子の影響をあまり考慮に入れていない点で問題である.

起立性低血圧や食事性低血圧は, たとえ軽度であっても, 高齢者や神経疾患では失神, 転倒・骨折に結びつきやすい (Ooi ら). これら低血圧における重篤な併発症に, 脳梗塞などの脳血管障害, 心筋梗塞などもみられる. これらの結果は, QOL のみならず日常生活動作 (ADL) を制限し, さらには種々の合併症を併発して, 高齢者の余命を短縮したり, 疾患の予後を悪化させる. 一般住民の中の高齢者における調査にて, 起立性低血圧があると死亡率が高くなることを示すデータがある (Masaki ら). また, 血圧と認知機能障害との関連性を示唆する報告があるが, これは興味深い問題である. 多系統萎縮症において起立性低血圧は前頭葉機能障害に悪影響を及ぼしている可能性がある (出口ら). 心不全のある高齢者では, 収縮期血圧が低くなるほど認知機能障害との関連性が高くなる (Zuccala ら). 低血圧ばかりでなく高血圧も認知機能障害と関連している (Starr ら, Launer ら). 血圧のコントロールで認知機能障害の発生, 進展を予防できる可能性が考えられる.

血圧はいうまでもなく 1 日中一定ではなく, 変動するものである. 24 時間の血圧を携帯型自動血圧測定装置により無拘束下で測定観察することで質, 量ともに有益な情報が得られる. 血圧の 24 時間観察法は高血圧のみならず低血圧にも応用可能である. 例えば, シャイ・ドレーガー症候群は血圧の変動性が大きく夜間に平均して高血圧を示す傾向にあるが, 一過性の異常低値 (睡眠時低血圧) をとることもある. また血圧と脈拍数との間には有意な負の相関があり, 交感神経系の血管反応性の欠如が示唆されている (Tochikubo ら). これら血圧変動と突然死との関連性も推定されている (古池ら). ほかには, 本態性低血圧患者の血圧日内変動性は正常血圧者に比べて有意に小さく, これが大きな特徴であることが判明している (島本ら).

上記のように, 低血圧の功罪といつても, その ‘功’ と ‘罪’ をもつ割合や内容については低血圧の種類, 病態によって異なる. 一般に低血圧患者では病識を高めて慎重な行動をとりやすいが, 一方では低活動や引きこもりなどをもたらすことにもなる. 本態性低血圧では長寿の傾向があるともいわれている. このように低血圧は, ‘功’ ‘罪’ の両面を兼ね備えていること

もあるが、通常は臓器循環障害をきたす危険性が高く、「罪」の面の方が圧倒的に多い。いすれにしろ、国民の健康のために、医師は高血圧に劣らぬ低血圧に対する知識、診療経験を深める必要がある。低血圧の診療は、高血圧を含めて、広く血圧異常という観点でとらえることが重要である。

(長谷川康博)