

## Ⅶ 脳梗塞の予防として注意すべきこと

### A. 心房細動による脳梗塞(心原性脳塞栓症)の予防

- ・心房細動は脳梗塞の危険因子である。心房細動患者の脳梗塞発症率は年平均5%であり、心房細動のない人々の2~7倍高い。(平成12年度厚生科学研究の結果では、発症後7日以内に入院した脳梗塞患者の20.8%に心房細動を合併していた。)

#### 1. 全く合併症のない非弁膜症性心房細動の治療

表14. 合併症のない非弁膜症性心房細動

- ・60才未満の他の原因のない非弁膜症性心房細動  
無治療でよい
- ・60~65才の非弁膜症性心房細動  
アスピリンが第一選択
- ・65~75才の非弁膜症性心房細動  
アスピリンでもワルファリンでもよい
- ・75才以上の非弁膜症性心房細動  
ワルファリンが第一選択

#### 2. 脳卒中の危険因子を有する非弁膜性心房細動の治療

： ワルファリンの投与が薦められる

表15. 脳卒中の危険因子を有する非弁膜症性心房細動(NVAF)の治療： ワルファリン療法が適応

##### 【危険因子の合併】

- ・脳梗塞やTIAの既往
- ・高齢(特に75才以上)
- ・心不全
- ・高血圧の既往
- ・冠動脈疾患(特に60才以上)
- ・糖尿病(特に60才以上)

##### 【用量調節法によるワルファリン投与】

- ・一般的にはPT-INR 2.0~3.0が推奨される。
- ・70才以上の高齢者では、PT-INRを1.6~2.6にとどめる。

(循環器病学会ガイドライン)



## B. 動脈に原因のある脳梗塞の予防

- ・アテローム血栓性梗塞およびラクナ梗塞を含む脳梗塞(心原性を除く)の予防には、危険因子の管理以外に、MRIによる無症候性脳梗塞の有無、超音波などによる頸動脈病変の検索が有意義である。

### 1. 無症候性脳梗塞

表16. 無症候性脳梗塞

- 無症候性脳梗塞は脳ドックで見つかったり、たまたま撮影したCT、MRIで見つかる。
- 初発脳梗塞患者の2/3~3/4には既に無症候性脳梗塞や虚血性白質病変が見つかり、その頻度は健常人より多く、脳梗塞の危険因子と思われる。(脳ドック受診者の検討では、脳卒中の年間発症率は無症候性脳梗塞のない例の10倍で2.8%)
- 大半が、高血圧が関与するといわれるラクナ梗塞である。
- 診断後の高血圧治療が推奨される。(高血圧でない人もいる。) その他、喫煙、糖尿病等の基礎疾患の管理が推奨される。

(脳卒中治療ガイドライン2004)

### 2. 無症候性内頸動脈狭窄症

表17. 内頸動脈狭窄症

- 内頸動脈にアテローム(粥状)硬化があり、①アテロームが破壊した場合、②アテローム表面に血栓が形成され、それが遊離した場合、③血圧低下により狭窄部より末梢の血流が減少した場合に、脳梗塞を引き起こす。
- 超音波検査(エコー検査)で発見される。
- 発見後の治療は、内科的治療(抗血小板薬)、外科的治療(血栓内膜剥離術)、血管内治療(ステント留置術)が行われる。