脳卒中 －特に危険因子としての心房細動（atrial fibrillation：AF）について－

脳神経外科　門田　秀二

脳卒中（brain attack）は国民病の一つに挙げられる病気です。2018年のデータでは死亡原因の第４位でした（１位はがん、２位は心疾患）

急に起こる脳血管障害を総称して脳卒中と言います。卒＝突然に　中＝当たる　という訳ですね。戦前の小説などに脳卒中の急激な再発を「あたりかえし」と記載されているのを読んだ事があります。

脳卒中は出血性と虚血性に分類され、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血）が全体の24％、虚血性脳卒中（脳梗塞）が76％を占めます。

脳内出血は高血圧がベースになることが多いです。高血圧は脳、心臓、腎臓など重要な内臓に悪影響を及ぼしますので放置してはいけません。くも膜下出血は脳動脈瘤や脳動静脈奇形がベースになりますので、脳MRIや脳ドックが重要になります。

脳梗塞は、①ラクナ梗塞（脳梗塞の31％）、②アテローム血栓性脳梗塞（同33％）、③心原性脳塞栓症（同28％）、④その他に分類されます。①から③にむけて障害をきたす血管の太さがおおむね太くなっていきます。①②③のタイプがそれぞれ同程度の割合であることにもご注目ください。①と②は高血圧やメタボリック症候群に関連して発生する事が多いですので、人間ドックや外来での採血が予防のスタートになります。

③の心原性脳塞栓症は心房細動などから心臓に出来た血栓が脳に詰まる病気で、最も太い血管が障害される事が多く、いきなり重篤になるので「ノックアウト脳卒中」とも呼ばれます。（心房細動以外では心筋梗塞、弁置換術後、感染性心内膜炎などが原因になります）

ところが心房細動は、１回の心電図で判明する事が必ずしも多くなく専門家の間でもしばしば対策について議論になります。今回は、心房細動についてもう少し詳述します。

心房細動は、年齢を経るに連れ有病率が上昇しますので若い時は心房細動がなくても安心はできません。心電図で75歳以上の方に心房細動が認められたら、心原性脳塞栓症予防のためにDOAC（直接経口抗凝固薬：direct oral anticoagulant）やワーファリンなどの抗凝固剤を奨められます。徐脈になる心房細動の場合、意識消失の原因にもなります。わたしの患者さんにも、永らく意識消失発作で原因不明だった方が５～６回目の心電図で心房細動と診断されるケースがあります。

専門家の間では、「塞栓源不明脳塞栓症（そくせんげんふめいのうそくせんしょう）（embolic stroke of undetermined source：ESUS）」が注目されていますが、ホルター心電図（24時間心電図）でも判明しない不整脈を植込み型心電計で長期検討したCRYSTAL AF試験の結果では、ESUSの原因もやはり心房細動が多い結果でした。先述した通り１回の脳梗塞で「ノックアウト」＝寝たきり、死亡に至る危険因子ですので、心房細動が確認された患者さんは、抗凝固剤の内服が奨められるわけです。（他の内臓の事情で減量処方されることがあります）

脳卒中の診療は奥が深く、決めつけて当たるのが落とし穴になる病気です。それぞれの危険因子を謙虚に検討し、患者さんとともに発症予防及び再発予防に努めたく存じます。

参考文献：

・日本医師会雑誌　特集「脳卒中・循環器病対策基本法の下での脳卒中診療」 150（1） 2021年４月号
・脳卒中の再発を防ぐ！知っておきたい Q&A76　南山堂
・病気がみえる　循環器 vol.2　MEDIC MEDIA
・病気がみえる　脳・神経 vol.7　MEDIC MEDIA

オンライン面会を行っています。

予約制となっておりますのでご希望の方は
公立世羅中央病院　☎０８４７－２２－１１２７へお問合せください。