

MDCT を行うと右冠動脈 (right coronary artery ; RCA) 起始部, 左冠動脈回旋枝 (left circumflex coronary artery ; LCX), ステンツ近位部にそれぞれ 75% の狭窄がみつかった。冠動脈造影では RCA #1 75%, #2 90%, #3 99%, #1, #2, #3 にそれぞれステントを入れて 0% にした。左冠動脈前下行枝 (left anterior descending coronary artery ; LAD) #5-6 50% で軽度進行はあるが半年後の経過観察にし, LCX #12 50% ~ 75%, #13 100% は処置しなかった。現在, 患者も血圧管理に気を遣うようになり収縮期血圧 130 mmHg 台を維持しているため, 冠動脈病変が進行しないことを期待している。図 4 に 2006 年初診時, 外来にて経過観察中の 2007 年 5 月と 2011 年 1 月, 2012 年 3 月入院時の心電図を示すが, すべて正常心電図である。これまで, 胸痛などの胸部症状もまったくなかった。しかし, 上述のように冠動脈は非常に悪い状態である。循環器内科の先生方は日々の診療でこのような症例に遭遇されることも多いと考えるが, 循環器内科以外のとくに糖尿病を専門とする先生方には有用かもしれないため, 提示する。

症例 5 69 歳の女性

1987 年, 高血圧, 糖尿病を指摘された。1997 年までに労作時の胸部圧迫感により狭心症の疑いで 4 病院を受診し冠動脈造影を 4 回行ったが, いずれも PCI は行われなかった。2002 年 10 月本院外来受診, 収縮期血圧は 160 mmHg 台持続, HbA1c 8.5% であった。冠動脈造影で #1 50%, #2 99%, #13 70%, #14 100% であった。#1, #2 に対してステント治療し, 40% になった。投薬と生活指導を行ったが HbA1c は 7.5 ~ 8.5%, 収縮期血圧 160 mmHg 台が続いた。2003 年 2 月胸部不快感の頻度が増えてきたため冠動脈造影を行うと, #1 が 75% に狭窄が

進行していた。同部位にステント留置し狭窄が 0% に改善した。これ以降, HbA1c の管理はやはり 7.5% ~ 8.5% であったが, 血圧の管理に対しては患者が協力的になり 120 ~ 130 mmHg 台の維持を始めた。2003 年 9 月に再造影をした。#1 は 0% であった。以前から狭窄があった LCX #11 ~ #14 に MULTI-LINK PENTA® stent を留置した。その結果, #13 75% ~ 90% から 0% になり, #14 99% が 0% になった。2007 年 4 月再造影したが冠動脈に変化はなく現在に至っている。

代表的な糖尿病合併高血圧の症例を 5 例提示した。これら以外の患者にもあてはまるが, 糖尿病患者で収縮期血圧 150 mmHg 台以上の高血圧が持続していると冠動脈狭窄が高率で発生する。しかも, 経験上, 石灰化病変も多く, LAD 近位部 #6, #7 に狭窄がみつかるといふため糖尿病合併高血圧の冠動脈病変への対策はきわめて重要である。また, 新規の冠動脈狭窄の発症だけでなく, ステント留置後も高血圧が続くと, 新たに別の場所に狭窄が発生し, さらにステント内再狭窄の発生率も高い。

糖尿病合併高血圧治療に関する臨床試験

糖尿病合併高血圧において高血圧に対する降圧は心臓血管系の予後を規定するきわめて重要な因子であることは, 上述の Syst-Eur 試験でも明らかであり, 臨床試験でも有効な結果が得られている。ところが, 2 型糖尿病患者に対する血糖コントロールに関して期待した成績が得られない結果が続いている。

UK Prospective Diabetes Study 38 : UKPDS 38<sup>6)</sup>

2 型糖尿病患者に対して厳格血圧管理群 (< 150/85 mmHg), それより弱い血圧管理群 (< 180/105 mmHg)

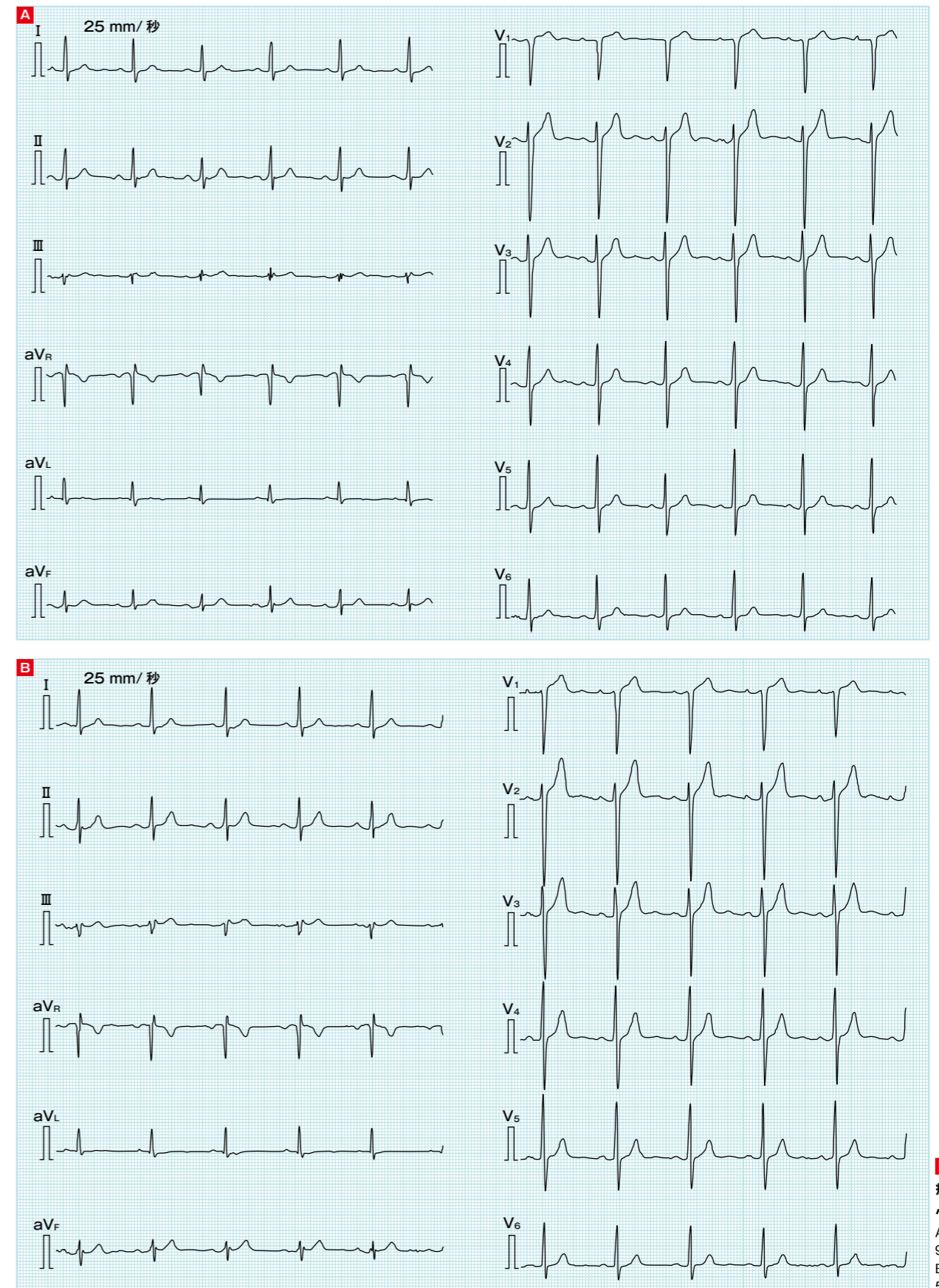


図 4 ①  
症例 4 の  
心電図  
A : 2006 年  
9 月初診時  
B : 2007 年  
5 月