

泌 尿 器 科 紀 要

第 7 卷 第 2 号

昭和 36 年 2 月

綜 説

腎 性 高 血 圧

大阪大学助教授 井 上 彦 八 郎

この2年来興味をもつて来ている腎性高血圧に対して、我々がどの様にこれを取扱っているかを具体的に御紹介したいと考える次第である。「あまり肩のこらないものを」との稲田教授の御注文には、或はお沿い出来ないかも知れないが、これは御許しを願う事とし、その責を果させていただく事にしたい。

近年泌尿器科学の進歩するにつれて、種々の疾患の診断法及び治療法に目覚しい発展を見る様になつて来た。その結果泌尿器科においても副腎疾患、急性腎不全或は婦人科的疾患等を取扱う機会が多くなつて来た事は、御承知の通りである。併しこの様な疾患は、従来我々の取扱っている泌尿器疾患と異なり、最初から我々の所へ来る事は比較的少なく、内科、外科或は婦人科等を訪れるもので、我々がこの様な疾患に接するには、これ等領域の方々の理解がなければならない事になり、言わば他力本願的な疾患とも称されるべきものとする。

そこで我々の対象とする腎性高血圧について見ると、これも全く同じ様な範疇に入るものであると言う事が出来る。即ち元来高血圧は内科領域で取扱われるのが常識で、そして内科的な諸検査により夫々循環性、神経性或は内分泌性等と原因の診断が下されるわけである。所が高血圧の内には、内科的検査法のみではその原因を掴む事の出来ないものがあり、これに更に泌尿器科的検査を加味する事によつて始めて、高血圧の原因、即ち腎性因子の存在が発見され得るものがある。

幸いにも大阪大学においては、吉田内科で以前より高血圧の研究が盛であり、又同内科には腎臓研究班と言うものがあつて、週一回腎臓外来と称して腎臓に関する疾患を特別に取扱っている。我々はこれに便乗させて貰つて、その外来日に我々のグループの一人が出て高血圧の内から腎臓疾患を有すると思われる症例を探す様にしている。

所で我々の対象としている腎性高血圧と言うのは、高血圧とこれに直接関係する症状以外に、これと言つた訴えないもので、その原因が一側性の腎実質病変或は腎血管病変によるもので、所謂偏腎性高血圧と称され得るものである。

我々が実際にこれ等をどの様に取扱っているかと言うと、先ず内科で高血圧の原因が不明であると言う症例に対し、第一段階として次の様な臨床上的特徴に注目する。即ち不明の原因で突然に、しかも治療に抵抗する進行性の高血圧で、年令的には大体30才以前及び50才以降の人、特に若年者では本症の疑が濃厚である事。又この高血圧は家系的な発生傾向を有しない事が多く、血圧は最高及び最低共に高いが、後者の上昇が甚だしく、且つ固定化の傾向が強い。以上の様な特徴を有するものを撰んで、次にこれ等が腎病変特に偏腎病変を有するか否かを検索する。これは外来的に行うわけで、即ち第二段階として (1) 確実に最低血圧の上昇が最高血圧のそれと比較して高いと言う事を掴むと同時に、各種降圧剤による薬物学的検

査を行う。即ちレジチン及び中枢性血管拡張剤に対しては全くか或は僅かしか反応がないのに対して、節遮断剤及び降圧利尿剤には比較的良好に反応すると言う点、(2)静注性及び逆行性腎盂レ線像及び後腹膜腔気体送入レ線像で腎臓が小なるもの、両腎盂像に濃淡差及び大小差のあるもの、腎盂腎杯に異常所見のあるものに注意し、(3)クリアランス法による腎機能検査で腎血漿流量及び糸球体濾過値の低下がある事等の所見が本症を疑わしめる。併し血管性病変の場合には尿路レ線像で全く正常所見を得る事もあり、又クリアランス試験でも姉妹腎が健常であれば、病腎の機能低下を補う為に正常値を得る場合もある。従つてこれ迄の方法からでは確定的な診断を下す事は出来ないわけである。又たとえ偏腎病変でも疾患の種類或は病変の程度をも知る必要がある。そこで第三段階としての検査を行う。これには入院させねばならない。(1)腎動脈レ線像により腎動脈の全体又は一部の狭窄及び屈曲像の発見、腎内動脈枝の不完全描出及び不明瞭像等の所見、(2)腎血行動態で患側腎における血漿流量の減少及び腎抵抗の増大、(3)クリアランス法により患側腎機能低下殊に糸球体機能低下が著しい事及び(4)腎生検法による組織学的所見で、細動脈性腎硬化症或は糸球体腎炎の発見される事等で、現在第三段階迄行つた28例中7例に本症を発見している。即ち細動脈性腎硬化症3例、慢性糸球体腎炎1例、腎外傷後における腎動脈狭窄1例、腎動脈粥状板による狭窄1例及び腎静脈分枝の圧迫による腎動脈上行枝屈曲1例がそれである。茲に諸検査を行うに当つての我々の経験した2、3の注意事項を御参考迄に述べる。第一に腎動脈レ線撮影法であるが、この場合大動脈内血流が異常に早くなつていたので、普通の方法では失敗する事がある。そこで明瞭な腎動脈及びその分枝像を描出させる為には、施行前に一時的に血圧を下降させておく必要がある。第二に腎静脈カテーテル挿入に際し本症では成功率が稍悪い。これは静脈血流が早い為に心房から先端が仲々出ない事と、下大静脈内で先端が動揺し且つ廻転がうまくゆかない事に原因する。従つてカテーテルが体温で柔かくなならない内に迅速に挿入を進めてゆく必要がある。第三に腎生検であるが、元来が禁忌とされている症例に行うと言う危険性が伴う事と、腎実質の硬化性変化の場合には穿刺部位からの出血が高度で、腎周囲血腫を伴い手術を要する事もある事で、以上の理由から腎生検法は諸検査の内最後のものとする必要がある。

さて治療法であるが、本症の治療の目的は原疾患の如何を問わず血圧を下降せしめると言う点にある。即ち(1)腎機能が全く廃絶している場合には腎切除術を、(2)病変が腎臓の一部に限局している場合には腎部分切除術を、(3)レ線的に腎機能が未だ残されている様な場合(主として血管系病変である)には、その状態に応じた血管外科的な操作を夫々行う様にする。我々の7例を見ると腎切除術4例、腎動脈周囲剝離術1例、腎・脾動脈吻合術1例及び腎静脈分枝切除術1例となつている。

治療成績の検討は術後1カ年以上経過したものについて行うべきであると考え。即ち我々の7例中1例は9カ月後に上昇の傾向が見られている。

治療方針を定めるに際して注意しなければならないのは姉妹腎の状態である。最初は偏腎性で始まつた腎病変でも、高血圧が長期間に亘ると姉妹腎は一般高血圧性の変化を獲得し、病腎に治療を加えても降下効果が目的通り得られない事がある。従つて既にこの様になつている場合には治療は無意味であると考えられる。併し我々の経験からすると、この様な場合の高血圧は本態性高血圧の際の腎病変と類似している事があるので、適当な降圧剤を投与するか、又は胸腰部交感神経切除術を行なえば降圧効果を得る事が出来るし、他方治療によつて血圧が下降しない迄も高血圧の進行及び病変の進展をも防ぐ事に価値があると考えられるので、治療は決して無意味ではないと考える。