

特 集

司会の言葉

萩原 誠久*

睡眠時無呼吸症候群 (sleep apnea syndrome: SAS) は多彩な臨床像を呈する症候群である。SAS の合併が生命予後を悪化することは 1980 年代後半から報告されており、十分な治療を行った群と行わない群では明らかに生命予後が異なっている。最近の報告でも治療を行っていない重症 SAS 症例は健常者の 2.9 倍も致死的心疾患の発症率が高まり、CPAP などによる十分な治療により健常者と同等までリスクを下げる事が確認されている。このように SAS は循環器疾患の発症と密接に関連しており、特に高血圧、冠動脈疾患、不整脈、心不全および脳卒中などは SAS が原因となって進行する場合も少なくない。

本態性高血圧では、その約 3 分の 1 の症例に SAS が見つかっており、治療抵抗性の高血圧症例では SAS の合併率が高くなることも報告されている。このような状況を踏まえて、最近の高血圧ガイドラインである JNC-7 では、SAS が二次性高血圧症の原因として取り上げられている。冠動脈疾患における SAS の関与も多く報告されるようになり、無呼吸低呼吸指数(AHI)が 10 以上の症例では冠動脈疾患の発症リスクが約 1.3 倍も高いことが確認されている。我々の施設の検討でも急性冠症候群症例(ACS)の約 60%に SAS が合併していることが確認され、SAS の有無が ACS の長期予後にも関与することが考えられた。不整脈疾患においても、心房細動の発症や再発に SAS が大きく寄与することが示唆されており、抗不整脈薬療法のみならず SAS の管理が心房細動の予後にも影響する可能性がある。また、心室頻拍や心室細動などの致死性不整脈に対する SAS の関与も検討されており、特に夜間の突然死の原因として SAS は重要と考え

られる。2005 年の報告で、閉塞性無呼吸(OSAS)症例では、特に深夜から早朝 6 時までの突然死頻度が 46%と、OSAS を伴わない症例の 21%と比較して 2 倍以上もリスクが増加しており、特に AHI が高い症例ほど突然死の頻度が増加することも確認された。我々の施設における心室頻拍および心室細動を伴った心不全症例では SAS の合併によって植え込み型除細動器(ICD)の作動回数が有意に増大することも確認された。また、頻脈性不整脈のみならず、夜間の房室ブロックや洞停止および洞徐脈にも SAS が深く関係しており、不整脈治療の面からも SAS の合併は重要な要素を占めている。

心不全と SAS の研究に関しても最近では飛躍的に進歩した。長時間の無呼吸や低呼吸に伴う酸素濃度低下や睡眠からの覚醒による反射性の交感神経緊張および呼吸閉塞に伴う過度の胸腔内圧の陰圧化は静脈還流の増大や収縮力にも悪影響をおよぼし心機能低下へつながる。したがって、このような SAS を伴った心不全症例では CPAP や Bilevel PAP などの介入により心不全の予後も改善される可能性が考えられる。このように循環器領域における SAS の研究は今後の循環器治療における Breakthrough になる可能性が高い分野である。そこで、今回の日本循環制御医学会総会では笠貫会長の意向により、シンポジウムの一つとして「睡眠と循環制御」を取り上げ、循環器領域における睡眠時無呼吸の最新の研究成果に関して活発な討論を行った。

*東京女子医科大学循環器内科