

+ 医知創造ラボ

脳梗塞急性期の血圧は どこまで下げるか

再灌流療法の有無で変わる、降圧の判断

医師向け 監修:今村久司 所要 約8分

急性期の高血圧は、 下げるべきか、下げざるべきか

結論

分かれ目は再灌流療法をするのか、したのかです。
そして再開通したあとは、下げすぎないことのほうが
重要になりました。

■ この動画でわかること **AGENDA**

1 なぜ判断が割れるのか

2 再灌流療法を行う場合

3 再開通後は下げすぎない

4 再灌流療法を行わない場合

5 内服再開と二次予防

■ CHAPTER 01

CHAPTER

01

なぜ判断が割れるのか

同じ指針の中に、逆向きの推奨があります

場面	推奨されること	推奨度
再灌流療法を行わない	降圧は勧められない	推奨度D／高
血栓溶解療法を行う	185/110 mmHg 未満へ降圧	推奨度A／低

脳卒中治療ガイドライン2021〔改訂2025〕。推奨度とエビデンスレベルは別の軸です。

虚血巣では、 灌流圧が血圧そのものになります

急性期の虚血巣では脳血流の自動調節能が破綻し、
脳灌流圧が全身血圧にそのまま依存します。

ここが判断の分かれ目

血圧を下げれば、ペナンプラの灌流も一緒に落ちます。
一方で高すぎる血圧は、出血性変化と脳浮腫を助長します。

■ CHAPTER 02

CHAPTER

02

再灌流療法を行う場合

■ KEY NUMBER

185/110 mmHg

血栓溶解療法の適応可否を分ける、
降圧療法後の血圧の線

rt-PA(アルテプラゼ)静注療法 適正治療指針 第三版(2019年3月・追補2023年9月)

投与前と投与後で、見る数字が変わります

時期	血圧の扱い	測定間隔
投与前	185/110 mmHg 未満へ下げてから開始	—
投与後 2時間まで	180/105 mmHg 以下を保つ	15分ごと
投与後 2～8時間	180/105 mmHg 以下を保つ	30分ごと
投与後 8～24時間	180/105 mmHg 以下を保つ	1時間ごと

rt-PA適正治療指針 第三版 表13。血栓回収療法のアとも、アルテプラーゼ投与後の管理に準じます。

使う薬と、注意すべき点

薬剤	持続静注の用量	注意点
ニカルジピン	0.5～6 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{分}$	頭蓋内圧亢進例では要注意
ジルチアゼム	5～15 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{分}$	徐脈・房室ブロック・洞停止
ニトログリセリン	5～100 $\mu\text{g}/\text{分}$ (要遮光)	耐性が生じやすい

脳卒中治療ガイドライン2021〔改訂2025〕表14。

用量と目標値の最終判断は、各施設のプロトコルと添付文書に従ってください。

その 185/110 は、何のための数字ですか

✕ 脳梗塞急性期は 185/110 mmHg を目標に降圧する

○ 185/110 は血栓溶解療法の
適応可否を分ける線です。
降圧の目標値ではありません

再灌流療法を行わない症例の考え方は、第4章で扱います。

■ CHAPTER 03

CHAPTER

03

再開通後は下げすぎない

■ KEY NUMBER

140 mmHg

血栓回収療法の最中と回収後に、
収縮期血圧を下回らせない目安

脳卒中治療ガイドライン2021〔改訂2025〕(推奨度E・エビデンスレベル中)

強化降圧は、利益を示せませんでした

試験	強化群の目標	主要な結果
ENCHANTED2/MT	120 mmHg 未満	mRS OR 1.37(1.07–1.76)
OPTIMAL-BP	140 mmHg 未満	良好転帰 39.4% 対 54.4%
BEST-II	140/160/180	無益性の基準を満たさず
BP-TARGET	100–129 mmHg	頭蓋内出血 42% 対 43%

目標はいずれも収縮期血圧。mRS はシフト解析、良好転帰は mRS 0–2。
ENCHANTED2/MT と OPTIMAL-BP は安全性のため早期中止。

■ META-ANALYSIS

0.81 RR

強化降圧群で機能的自立に至る割合の比

95%信頼区間 0.67-0.98

Ghozy S, et al. JAMA Netw Open. 2024(血栓回収後の4試験1,571例のメタ解析)

「差が出なかった」を、どう読むか

✕ 差が出なかったのだから、強化降圧をしても構わない

○ BEST-II は第2相で、無益性の基準を満たさず

○ BP-TARGET は頭蓋内出血に差がなく、
低血圧が 8% 対 3% でした

■ CHAPTER 04

CHAPTER

04

再灌流療法を行わない場合

■ KEY NUMBER

220/120 mmHg

これを超えて持続する場合に、
慎重な降圧を考慮する目安

脳卒中治療ガイドライン2021〔改訂2025〕(推奨度C・エビデンスレベル低)

下げても、転帰は変わりませんでした

試験	降圧の程度	主要な結果
CATIS	24時間で 9.1 mmHg 差	死亡・高度障害 OR 1.00(0.88–1.14)
SCAST	7日目 147 対 152	血管イベント HR 1.09(0.84–1.41)
メタ解析	—	3か月の不良転帰 RR 1.04(0.96–1.13)

CATIS n=4,071／SCAST n=2,029／メタ解析は13試験 12,703例。

SCAST の common OR 1.17 は、事前設定の有意水準 0.025 に届きませんでした。

それでも手を出す場面があります

- ✓ 大動脈解離・急性心筋梗塞・
心不全・腎不全の合併では慎重に
- ✓ 著しい低血圧と循環血液量減少は速やかに是正する
(推奨度A)
- ✓ 血糖は 180 mg/dL 未満を目安とする
- ✓ 昇圧薬による人為的高血圧はルーチンに行わない

■ CHAPTER 05

CHAPTER

05

内服再開と二次予防

再開は、24時間以降に考慮します

もともと飲んでいた降圧薬は、神経症状が安定していれば
発症24時間以降に再開を考慮します。

 急いで再開する利益はない

ENOS では継続群と中止群で90日転帰に差はありませんでした
(OR 1.05)。嚥下障害があれば、内服自体が危険です。

まず再灌流療法の有無で分ける



今日の3つの持ち帰りポイント

01

再灌流をしない
なら下げない

220/120 mmHg を超えるまで降圧しません。

02

するなら下げる、
ただし 140 は
割らない

投与前 185/110 未満、
回収後は 140 を
割りません。

03

内服は24時間以
降に再開を考慮

症状が安定していれば、
もとの薬を戻します。

この動画の参考資料

- [1] 日本脳卒中学会. 脳卒中治療ガイドライン2021〔改訂2025〕
改訂項目. 2025.
- [2] 日本脳卒中学会. rt-PA(アルテプラゼ)静注療法 適正治療指針
第三版. 2019(追補2023).
- [3] Prabhakaran S, et al. Stroke. 2026;57(8):e316-e436.

全19件の参考文献は、概要欄のブログ記事に掲載しています。



ご視聴にあたってのお願い

この動画は**医療従事者向けの一般的な情報提供**であり、個別の診断・治療方針を示すものではありません。

実際の判断は**患者の状態と各施設のプロトコル**に基づいて行ってください。

+ 医知創造ラボ

役に立ったら、応援お願いします

臨床の判断に使える医学情報をお届けしています



チャンネル登録



高評価

詳しい解説とすべての参考文献は概要欄のブログ記事へ