

高齢者高血圧の管理

大阪大学老年・腎臓内科教授

楽木 宏 実

（聞き手 齊藤郁夫）

齊藤 今回は、高齢者高血圧の管理ということで、楽木先生におうかがいいたします。

まず、高齢者の高血圧の特徴、病態はどうなのでしょう。

楽木 よくいわれることですけれども、収縮期が特に高くなり、拡張期はむしろ下がってくるというのがありまして、その結果として脈圧幅が大きくなります。これは大動脈の硬化が進んでいるといったことを反映していると言われておりまして、動脈硬化病変が進むからこそ、収縮期高血圧のパターンになってきているのだらうと思います。その結果として、圧受容器の反射も低下いたしますので、起立性低血圧が起きやすい等の問題も生じてくる。それがいわゆる高齢者の高血圧パターンだというふうに考えております。

齊藤 血圧の変動性も大きくなるのでしょうか。

楽木 今申し上げたとおり、圧受容器の反射のほうで低下しているというのが非常に大きな要因だらうと思いま

すけれども、血圧の変動性が非常に大きくなる。末梢の動脈のところもおそらくリモデリング等が進んで、圧が高くなりやすい状況を作っている。あるいは、反射波が大きくなりやすいような状況があって、ちょっとしたことで変動してしまうという状況になるのが高齢者の高血圧だと思えます。

齊藤 そういうことになりますと、家庭血圧などで見ていくのもよいのでしょうか。

楽木 明確なデータはもちろんですけれども、私どもの診察の中でも、外来で測っているよりははるかに家庭血圧の値のほうがある程度安定したデータを得られる。家庭血圧も変動があるといえはるのですけれども、平均値を見るとという観点からいくと、外来血圧だけよりも、家庭血圧もプラスしたほうが、よりその人の実際の血圧を表しているというふうに考えております。

齊藤 血圧の変動、それから立位による変化などに注意しながら管理して

いくということになるわけですね。

楽木 そうです。

齊藤 診断として、若い人と比べて何か特別なことはありますか。

楽木 血管が硬くなっていることによって、偽性高血圧や聴診ギャップが出るという話がありますので、最初の診察のときには、できれば触診も入れて血圧を測定するといったことが必要かと思います。それから、先ほどの話と重なりますけれども、やはり初診時や薬剤変更後などには起立時の血圧も把握していくということが大事ですし、もちろん合併症がどの程度あるかといったことの評価もかなり重要になってくる病態だと思っております。

齊藤 高齢者になると、生活習慣病の方の頻度も高くなるということですね。

楽木 そうですね。高血圧だけではなくて、糖尿病、脂質異常症、あるいは臓器障害を合併して、CKDであるとか、脳卒中とかを合併している方も増えてきておりますので、そのあたりをどこまで精査するかは患者さんの病歴によっても違うと思いますけれども、基本的には初診であれば、ひと通りの心血管系のチェックはする必要があるだろうと思います。

齊藤 さて、高齢者の血圧を管理していく場合に、疫学的には低ければ低いほどよいという結果があると思うのですが、それでもどうなのでしょう。

楽木 非常にたくさんの一般の方を対象に、長期間にフォローアップをした調査によると、必ず低ければ低いほどよい。それは収縮期ですと115mmHgまでというデータがあります。それ以上の血圧は、少しでも上がれば、それだけリスクが上がるのだということになるわけですが、これは高血圧という範疇に入らないような人たちも入れてのもので、高血圧の患者さんたちの管理目標をどこにするということにはならないだろうと思います。あくまでも若年層と同じで、高齢者でも血圧そのものは非常に低いところからでもリスクとして位置づけるべきであるといったことが明確になっている、そのように私は理解しております。

齊藤 そういった疫学的背景があるが、治療の目標は若干異なるかもしれないというお話ですが、EBMということで、前向き試験などで見ていくと、今どういった状況でしょうか。

楽木 まず治療開始をどこから行うのかといったことに関しまして、問題なのが、I度高血圧のレベルだと思うのですが、ここに対しての介入試験のデータは明確なものはありません。あるのは、ガイドラインに示しているところでは、心肥大に対する影響が改善されるというデータはあるのですが、心血管疾患の発症を抑制できるという明確なエビデンスはない。これは、その人たちを対象にしたエビ

デンスがまだ実施されていない、大規模臨床試験が実施されていないということによるものだと思います。

ただ、いろいろなデータから考えると、おそらく150mmHg以上はもちろん治療の対象になると思いますし、140～150mmHgのあたりでも、患者さんが合併している病態を考えれば、治療を開始すべきであろう対象がほとんどだと思います。薬物治療が必要かどうかというのが次の問題になりますけれども、少なくとも生活習慣修正は早い段階から始めていいと思います。

160mmHg以上を対象にしたエビデンスは多数ありまして、80歳以上の人でも降圧をすることがよいということが示されている、HYVETという試験がありますので、高齢になったからあまり血圧を下げなくてもいいということではなくて、しっかりと血圧を下げるのが重要だと考えております。

齊藤 80歳以上の高齢者のお話がありましたけれども、治療によって心血管系の合併症が減るということで、そういった意味では非常にメリットが大きいということですね。

楽木 そうですね。心不全、脳卒中等が確実に減るというデータもありますし、死亡も減らすことができますというデータもあります。高齢であれば、80歳以上であっても、150/80mmHg未満というものを目標にした試験なのですが、そのレベルまでは下げるべ

きであろう。先生が実施されているJ-BRAVE試験などでも、到達した血圧とリスクとの関係で見ますと、80歳以上の方でも160mmHg以上というのはリスク大というふうになっておりますし、日本人のデータを合わせて見ても、少なくとも150mmHg未満というのはかなり高齢になっても大事な目標値ではないかと思っております。

齊藤 85歳以上の人口は今日本で300万人ぐらいいるそうですね。その中の半分ぐらいの人が高血圧ということで、どう治療していくのが非常に問題ですし、高齢になると心房細動などの頻度も高いですし、そういった意味では血圧コントロールは重要なでしょうね。

楽木 いわゆる死亡であるとか脳卒中、心筋梗塞ということだけに限ると、なかなか見えにくいのですけれども、実臨床ではQOL、ADLに影響を及ぼす疾患というのは非常に大事でして、先生がおっしゃったような心房細動、心不全、こういうものは血圧を下げておかないと、非常に高率に発症してくるというのがわかっておりますし、実臨床でも170mmHgの血圧の方を放っておいたら悪くなるよという印象は、皆さんお持ちだと思います。そこを140mmHg未満に下げることがあるのかどうかといったところは、まだ正確なエビデンスはないのですが、少なくとも150mmHg未満というのは大事なポイントだ

とっております。それ以外は、個々の症例によって先生方の判断というものが入ってきてもいいのかなと思います。

齊藤 高齢患者さんの降圧薬としては、先生はどのようなものをお使いになりますか。

楽木 ARB、カルシウム拮抗薬、少量の利尿薬というものを多数使うわけですが、エビデンスとして一番多いといわれているのはカルシウム拮抗薬だと思います。カルシウム拮抗薬とARBを比較したデータでは、高齢になっても、ARBもしっかりした降圧効果と、エビデンスとして予後の改善というものがありますので、これは同等に使っていいだろう。

ただ、利尿薬をどのように使うかというのは難しいのです。高齢の方で脱水になりやすい傾向の方とか、皆さん嫌がられるのですけれども、血圧がもし下がらないのであれば、利尿薬を少量入れることで確実に降圧が得られる症例が多いですし、高齢者に限ったものではないのです。私どものデータでも利尿薬をプラスしたほうが、カルシウム拮抗薬の場合でも、ARBの場合でも、予後改善によく働くのではないかというデータを持っておりますので、積極的に利尿薬の併用を考えたほうが良いと考えております。

齊藤 先生のおっしゃったのはCOPE試験でしょうか。最近、論文化されま

したね。

楽木 今、高齢者での解析等も行っておりますけれども、やはり利尿薬の併用というのは、カルシウム拮抗薬と組み合わせてもいいのだというデータでした。脱水にならないという注意は必要だと思うのですが、電解質等を見ながら、高齢者でも積極的に使用すべき薬剤だと思います。

齊藤 先ほど160mmHg以上は困るということでしたけれども、そういった3剤を使ってもなかなか治療に反応しない患者さんがいらっしゃると思うのですけれども、そういった場合に、先生はどのような治療をされますか。

楽木 治療というか、まず診断の段階で一つ大きな問題が、二次性が入っていないかどうかの確認です。それから、内服に関してアドヒアランスが低下している患者さんというのを、高齢者の場合、時々見かけます。それは、認知機能の低下とも相まっているのではないかと考えておりますけれども、お薬の追加ということの前に、お薬をちゃんと飲んでいただけているかどうかといったことのチェックも非常に大事だと思っております。

齊藤 高齢患者さん、血圧も重要ですが、その患者さん全体の像ということが重要だということでしょうか。

楽木 そうですね。最終的にはQOL、ADLを保つといったことが非常に重要

な目的になりますので、その中では認知機能であるとか、転倒の防止であるとか、そういうことも含めた血圧管理

というものが日常臨床では大事だと思っております。

齊藤 ありがとうございます。