

降圧薬導入時期と一次選択薬の使い分け

新小山市民病院病院長

島田 和 幸

（聞き手 大西 真）

大西 島田先生、降圧薬導入時期と一次選択薬の使い分けということでお話をうかがいます。

まず降圧剤の導入時期ですが、これを決める血圧のレベルというのはどのように考えたらよいでしょうか。

島田 端的に言って、血圧の薬を開始する血圧レベルというのは140/90mmHgというふうにまず考えていただいてけっこうです。以前はもっと高い血圧のレベルだったのですけれども、最近では140/90mmHgというのが一応のレベルになっています。

もう一つ考慮すべきことは年齢があります。特に高齢者の場合には、例えば75歳とか80歳以上という後期高齢者の場合には血圧開始レベルがもう少し緩くてもいい。すなわち、140mmHgよりもちょっと高い150mmHgとか、そのぐらいの血圧までは治療を控えて、非薬物治療といいますか、そういうものを行ってもいいのではないかと思います。

もう一つ、今度はもっと低い値で血

圧の治療を開始しないといけない病態はないのかということ、実は糖尿病とか、あるいは蛋白尿がある腎疾患の方などは、140/90mmHgよりももっと低いレベルで降圧薬を開始してもいいのではないかという考え方です。ですから、糖尿病とか蛋白尿がある腎疾患の方は130/80mmHgよりも上であれば、たとえ140/90mmHg未満であっても降圧薬治療を開始してもいい。そう考えてもらってけっこうです。

ただし、どの場合にも生活習慣の改善といいますか、これはまずやっけていかなければ、低いというのは例えば140mmHg台、150mmHg台というような人の場合には十分に生活習慣の改善を行ってからやる。160mmHg以上とか180mmHgぐらいになりますと、なかなか生活習慣だけでは改善できないですので、わりと早い時期に薬としての治療を開始してもいいのではないかと思います。

大西 先生は生活習慣のアドバイスを、どのように具体的にされています

か。

島田 今最も大事なのは減塩だと思っています。これは日本人のいわばアキレス腱といいますか、非常に食生活上、今、ベストセラーになったり、様々な減塩のブームになっていますので、この動きをぜひ日本人の生活スタイルの中に取り入れるチャンスだと思っています。

2つ目には運動です。運動をしなくなると、どうしても人間の体は血圧上昇、様々な不調をきたすことが起こりますので、減塩と運動が一番重要だと思っています。

中高年、中年ぐらいの方に関しては肥満です。

大西 やせれば下がるということですね。

島田 この3つ、これが一番重要です。そのうえでの降圧薬ということだと思っています。

大西 先ほどのように、糖尿病があるかないかや年齢のこと、あとは蛋白尿のことなど、そういうことを評価してちょっと階層化して、どのレベルにするかを決めていくということですよですね。

島田 そうということです。まさにそのとおりです。

大西 それでは次に、いろいろな薬が出ていますけれども、第一選択はどのように選んだらよいのでしょうか。

島田 これはその患者さんの、先ほど少し分析した背景によって違うので

す。もし血圧だけが高いといったようなケースの場合には、今までは5つの種類、すなわち利尿薬、Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、β遮断薬、その中から選んでという話だったのですけれども、だんだんその中から、β遮断薬は少し影が薄くなるといいますか、そんな状況になっていまして、あとの残りの4つの中から選択するというかたちになっています。

これは覚えやすいのは、AをACE阻害薬とARB、CをCa拮抗薬、CaのCです。Dが利尿薬、diureticsのD。ですから、AもしくはC、もしくはDというのを第一選択薬にする。あまりリスクのない、通常の高血圧だけが強い場合にはそういうかたちが第一選択薬でいいと思います。

もし何らかの病態が加わっている場合、これはそれぞれその病態に適した第一選択薬があるのです。先ほどのβ遮断薬などはそういう意味では第一選択薬になり得なかったのですけれども、例えば心疾患のある方は、虚血性疾患でも、あるいは心不全でも、不整脈でも、β遮断薬は非常にいい適応になりますし、糖尿病とか蛋白尿のある腎臓病とか、こういう場合はACE阻害薬とかARBがどうしても第一選択薬になるわけです。

ですから、それぞれの病態に合わせて適した薬剤があるという、そういう病態を合併している高血圧はその薬剤

を使うということですよ。

大西 特別な合併がない、最初のお話の場合、A、C、Dはどれを選択してもよいのでしょうか。

島田 どれもいいです。ただ、ガイドライン上、少し違いはあるのですけれども、一般的にA、すなわちRA系阻害薬、ARBとかACE阻害薬は、年齢からいくと、高齢者は降圧度に関して若年者に比べると少し劣る可能性があるのです。ですから、年齢を見て、若い方の場合にはA系統、高齢者の方の場合にはCまたはD。

もちろん、CとDを若い方に使っていけないということは全然ないのですけれども、少しそういう使い分けをしてもいいのではないかと思います。

大西 利尿薬というのは昔からありますけれども、現在でも重要な降圧薬というふうに位置づけてよいのでしょうか。

島田 はい。ところが、リアルワールドでは、重要であるにもかかわらず、あまり使われていないということがどの統計を見てもあるのです。ですので、現在は少量利尿薬という話になっていますので、従来の利尿薬の半量を使って行こう。

利尿薬の場合は、例えばARBと一緒に併用するとか、あるいはCa拮抗薬との併用でも非常に効果があります。そういう降圧薬は単剤だけでなかなかコントロールができないというもう一つ

別のファクターがあるのです。

ですので、この3剤をうまく使い分けるとするのが高血圧を治療する一つのコツではないかと思います。

大西 次に、降圧療法が不十分な場合の対応をおうかがいしたいのですが、不十分だという判断はどういう時点でしたらよいのでしょうか。

島田 降圧目標というものがあります。降圧目標に達するためには、少なくとも月の単位、2~3カ月の単位を見てみて、やはり下がらないということであれば、どちらかという、増量するか、他の薬を併用するか、2つの方法があるのですけれども、降圧度を高めるためには増量よりも併用のほうがいいのです。ですから、薬の量を倍量するよりも、同じ量で他の種類の薬を付け加える。

例えば、先ほどのAとCとDをそれぞれ使っていれば、AならばCもしくはD、CならばAもしくはDというふうに2つにします。それが2剤併用ということで、そういうかたちで降圧目標に向かっていくというのが一番やりやすいと思います。

大西 併用のコツや、こういうものを併用したほうがいいのかというものはあるのでしょうか。病態にもよるのかもかもしれませんけれども。

島田 先ほど私が述べたA+Dとか、A+Cとかいうのは非常に降圧度がいいということは確かめられていますし、

C+D、すなわちCa拮抗薬+利尿薬も、これは現在あまり使われていないのですけれども、実は日本で行われた臨床試験でけっこういい成績が出ているのです。ですので、利尿薬を用いる場合にはやはり食塩感受性、少し食塩の摂取が多い方だとか、あるいは腎疾患や心不全だとかいった傾向が少し見えるような方は利尿薬を併用したらいいですし、Ca拮抗薬は動脈硬化が進行した方によく効くのです。ですので、そういう使い分けをするというのが一つのコツではないかと思えます。

大西 最近は少し利尿薬を入れた合剤など、いろいろ出ていますが、合剤もうまく使っていけばよいのでしょうか。

島田 まさにそのためにつくったようなものなのです。要するに、降圧目標に達するためにどうしても併用療法にいかざるを得ない。では配合剤にしようではないかと、そういう概念で

きた薬です。

大西 それも積極的に現場で使っていてよいのでしょうか。

島田 いいと思います。

大西 例えば、ある単剤で効かない場合も、ちょっと利尿薬を配合したような薬を使うと降圧が得られるということもあるということですね。

島田 はい。時には下がり過ぎる場合もありますので、変更したときはよく注意する必要があると思います。

大西 下がり過ぎはどのあたりのレベルを注意したらよいでしょうか。

島田 一つは症状です。症状がなければ、たとえ120mmHg程度でも全然かまいません。ですので、一般的に症状がなくて下がり過ぎのラインというのはだいたい110mmHgとか115mmHgとか、そうなりますと「ちょっと下がっているね」というふうに言ってもいいのではないかと思います。

大西 ありがとうございます。