

病態別降圧目標と降圧薬併用療法

新小山市民病院病院長

島田 和 幸

（聞き手 齊藤郁夫）

齊藤 高血圧の病態別の降圧目標、それから血圧を下げるための降圧薬の併用療法ということでお話をうかがいます。

まず、降圧目標をどのように考えたらいいのでしょうか。

島田 高血圧の治療で、一つのルールといいますか、定理といいますか、the lower the betterという概念があります。すなわち、血圧が上がると直線的にリスクも上昇する。したがって、その逆を考えると、下げれば下げるほどリスクが下がるという考え方です。様々な臨床試験を解析いたしますと、確かにそういうふうな、血圧を下げるだけそれだけ、特に脳卒中とか、そういった心血管疾患の発症率が下がることがあります。

では、どんどん下げようといっても、ゼロになってしまえば元も子もないわけですので、どこかに降圧目標といいますか、これ以下に下げると悪いぞというものがあるはずなのですけれども、まだはっきりわかっていないというの

が現状ではないかと思います。したがって、降圧目標はとりあえず高血圧の基準である140/90mmHgを下回ることというのが一番の鉄則ではないかと思うのです。

齊藤 先ほどの低ければ低いほどよいというのは、疫学で多数の患者さんを見ると、そういうことがはっきり出てくるということなのでしょう。

島田 そうだと思います。

齊藤 ただ、血圧を低くコントロールする群と通常のコントロール群で分けて臨床試験をやると、必ずしも低いほうがよいという結果が出せないということですか。

島田 おっしゃるとおりです。今までそういう降圧目標自体を検証した臨床試験で、しっかりと差のついた試験は実はありません。ですので、そういう意味で最近降圧目標、あとでお話が出てくるかもしれませんが、一部のハイリスクのような状態ではより厳格にという基準をつくっておいたのですけれども、ガイドラインによ

てはそれをいわば後退するようなかたちで降圧目標を引き上げたというガイドラインもありますので、その辺は今考え方が少し変化している時代だと思います。

齊藤 まずは140/90mmHg未満ということですね。場合によっては、あまりにも下がり過ぎると結果が悪い患者さんもいるかもしれないということですね。

島田 現実に血圧が下がり過ぎて、すごく具合が悪くなる人もいるのは間違いないです。それをいわばガイドライン的に、それが120mmHgなのか、110mmHgなのかとかいうことが、いえないということだと思のです。

齊藤 下がったために具合が悪いのか、具合が悪いために下がってしまったのかみたいな、因果関係の逆転という話もありますね。

島田 そういうことです。もともと心血管疾患がすでに相当進行しているような方の場合は血圧がそれほど上がりませんので、血圧がすごく下がった人から疾患が発症してくる。何も治療で下げて、そのために悪くなったのではなしに、もともと下がっているから悪かったのだという考え方が必ずあるわけです。そのどちらかが判別しにくいので、現在、はっきりとしたいいわゆる閾値といえますか、それが110mmHgなのか、105mmHgなのかという部分が出せない状況だということだと思のです。

です。

齊藤 降圧目標もなかなか難しいわけですが、高血圧患者さんによっては、今の140/90mmHg未満よりも高めでもいい場合と、逆に少し低めのほうがいいのではないかとというのがありますがけれども、それはどうでしょうか。

島田 高めでいいというケースは確かにありまして、一つは高齢者です。特に高齢者も後期高齢というか、75歳とか80歳以上の方に関しては150mmHgとか、160mmHgになるとちょっと高いということなので、せめて150mmHg未満に下げようとしたらどうかという考え方があります。もちろん病態によって、すごく脳血管障害の進行している、動脈硬化が強くていて、脳血管の狭窄が高度の方は、血圧を140mmHgとかにこだわらずに、その人の症状に応じて、その人に合わせた血圧の基準を決めるとというのが日常の臨床では非常に重要なことだと思います。

齊藤 そういった場合には140/90mmHgにこだわらず、少し緩めでよい。逆に、少し強めに下げる、これはどういった場合があるのでしょうか。

島田 今一番はっきりしているのは、糖尿病が一番大きなターゲットだと思うのです。もう一つはCKDといわれる蛋白尿とかそういう状況が出ている。この2つは、糖尿病もしくは蛋白尿を有している腎臓病の患者さんに関しては、やはりより下げたほうがいいので

はないか。これは臨床試験でも現れていまして、特に脳卒中が回避できる。あるいは、蛋白尿の場合には腎症への進展が抑制されるといったような知見が得られていますので、その分、糖尿病とか蛋白尿の患者さんは140/90mmHgより低い値を目指すということも悪くはないことだと思います。

齊藤 日本ではまだ脳卒中のほうが心筋梗塞よりは多いということで今のような考えが出てくるということもあるのでしょうか。

島田 まだガイドラインは確定はしていないですけども、JSH2014ガイドラインではおそらく、例えば欧米ではすでに糖尿病はかつての130/80mmHgというよりも140/90mmHgに上げていくガイドラインもあるのです。あるいは、140/85mmHgとか。しかし、日本ではより厳格なラインを維持するという方向になるのではないかと予想します。

齊藤 そういった血圧値に向かって患者さんの血圧を下げるわけですから場合によっては併用療法が必要になるということですけども、どういった併用がまずはお勧めでしょうか。

島田 一番代表的な併用は、A、C、Dという言い方をしますけれども、AというのはARBもしくはACE阻害薬です。CはCa拮抗薬、Dは利尿薬です。この3つをそれぞれ、A+C、C+D、A+Dといったようなかたちで使うという併用が一般的です。プラスそれを

3剤併用する、3系統一緒に併用する、そういう併用のパターンが一番好まれると思います。

齊藤 そうしますと、血圧がある程度最初から高い患者さんの場合には、場合によっては併用でスタートすることもありうるということでしょうか。

島田 2剤併用は決して悪くない、むしろ勧められるべきことだと思うのです。例えば、収縮期が160mmHg以上。ただし、配合剤は保険診療上も最初から使うなどということになっているのです。調節してから配合剤にしましょうというかたちですので、そういう意味でも2剤の併用は非常にいいのですけれども、配合剤は2剤の併用パターンが決まってから配合剤に変える。そういう診療の方針でいいのではないかと思います。

齊藤 今、A、C、Dが出ましたけれども、AがARBあるいはACE阻害薬、CがCa拮抗薬、Dが利尿薬ということで、A+CあるいはA+Dがまずは代表なのでしょう。

島田 それが一番だと思います。ただし、C+D、これもけっこう臨床試験上はいい成績を残しているのです。日本で行われた臨床試験で、Ca拮抗薬との併用では利尿薬がARBとの併用に優るとも劣らないような成績がありましたので、皆さん、現実にはA+Cが一番多いわけですけども、次にA+DあるいはC+Dも様々な、例えば利尿

薬を使う場合には少し体液過剰型、Ca拮抗薬を使う場合にはかなり動脈硬化が進行しているといったようなケースの場合にそれぞれ選択する、そういう大ざっぱな使い分けがあると思います。

齊藤 3通りの2種類の併用があるということですね。

島田 そうですね。

齊藤 それで先ほどの140/90mmHgに達すればよいわけですが、そうでない場合には3者の併用ということになりますか。

島田 そういうことです。特に、3剤以上併用しないといけないような方の場合は必ず利尿薬を用いるというの

が重要だと思います。それでもだめな場合には、例えば β 遮断薬とか α 遮断薬とか、あるいは場合によっては抗アルドステロン薬、それらを追加する、そういう手順になるのではないかと思います。

齊藤 そういった中で、配合剤はどうでしょうか。

島田 まず2剤で調整してから、この人はこの組み合わせでいいということがわかってから配合剤に切り替える、そういうかたちがいいのではないかと思います。

齊藤 どうもありがとうございました。