

高齢者高血圧治療の注意点

大阪大学老年・腎臓内科教授

楽木 宏 実

（聞き手 大西 真）

大西 高齢者高血圧治療の注意点ということでお話をうかがいたいと思います。

まず初めに、高齢者の方の高血圧の特徴から教えていただけますか。

楽木 一番特徴的なことといえますと、血圧の収縮期が高い、拡張期は低いというパターンの方が多く、いわゆる収縮期高血圧の人が多くということ。それから、血圧の変動性が非常に大きいということで、測るたびに違うという方がいらっしゃいますので、診断に際しても本当に高血圧かどうかということに関して、治療が必要なものかどうかということ、繰り返し測定する必要がある。あるいは、家庭血圧も参考にしながら診断をしていく必要があるといったところが特徴になるかと思えます。

大西 診断のお話が少し出ましたけれども、そのあたりに関してもう少し詳しく教えていただけますか。

楽木 診断に際しましては、基本的に140/90mmHg以上を高血圧とするとい

ったことはほかの集団と同じなのですが、血圧の変動性に注意して、繰り返しの測定が必要である。もちろん、二次性高血圧ということもあり得ますので、特に腎血管性高血圧であるとか原発性アルドステロン症、こういうものに注意が必要です。

薬剤誘発性の高血圧というものもけっこうあります。もともと腎障害があるような方での非ステロイド性の消炎鎮痛薬で起こる高血圧であるとか、これは降圧薬をのんでいる人の中で降圧薬の効果が弱まるといったこともあります。あと、漢方薬等に含まれている甘草という成分が偽アルドステロン症を発症させるといったこともあります。こういうところに注意をしながら診断する必要があります。

もう一つ大事な点が、血圧だけではなくて、その人の全身状態を知って治療をするべきであるといったところで、例えば心房細動のあるような患者さんの場合、抗血栓薬が必須になってくる

と思いますけれども、そういう薬剤をのまれている方の高血圧というのは、しっかりと下げておかないと脳出血の危険を増すといったことがありますし、高齢者で増えてきます大動脈弁の狭窄症とか、こういうものに対して血圧を下げているだけでは対応できない。動脈瘤もそうですし、いろいろな治療適応が変わってくる病態がありますので、そういうことも含めて高血圧という病態と合併している病態をしっかりと診断していくことが必要であるということになります。

大西 次に、具体的に高血圧治療の治療対象と具体的な降圧目標、そのあたりを詳しく教えていただけますか。

楽木 治療対象ということに関しまして、従来140/90mmHgを超えれば高血圧であるから治療対象となる、これは基本的には変わらないのですけれども、高齢者の中で全身状態が非常に悪い人というのが出てまいります。全身状態が特に悪い方というのは、例えば6mの歩行も十分にできないような方というのは血圧がむしろ高い人のほうが、つまり140mmHgを超えている人たちのほうが、心血管疾患の予後であったり、生命予後がいいというデータがあります。こういう虚弱と呼び習わしているような患者さんに対して、一律に血圧を下げる方がいいのかどうかといったデータはどこにもありませんし、もちろん150mmHg、160mmHgを超えてい

れば治療すべきであろうというのが心不全の予防という観点からも大事だと思いますけれども、140mmHg台の血圧に対する介入というものは本当に必要かどうかわからないので、しっかりと全身状態を見極めながら介入していただきたいと思います。

大西 それでは、実際、高血圧のある高齢者の方の治療で、一般的に生活習慣の修正ということをよく言われますが、お年寄りの方もそのあたりはある程度ご指導されるのでしょうか。

楽木 基本的には減塩というものは非常に重要であり、運動療法等も大事ですし、節酒というものも必要になってくると思いますけれども、例えば減塩をあまり厳しく言うことによって食事が減ってしまう方がいらっしゃいます。そういう人の場合には、それによって栄養状態が悪くなって、むしろ全身状態が悪くなる可能性もありますので、注意が必要ですし、全身的な脱水ということにも陥りやすいといったこともありますので、その人の日常生活習慣の状態をよく勘案して指導していくべきであろうと思います。

一律に6g未満を目指すといったことで、それだけを強く言うよりも、できない理由、あるいはすることによって生じる本人への負担等も考えてあげる必要がある。特に独居老人等ですと、自分で食事をつくっているといったことがあるかもわかりませんが、

自分でちゃんと食事の中で塩分を管理できる方もいらっしゃる、それが難しい方もいらっしゃると思います。そういうところへの注意も必要になるかと思えます。

大西 それでは次に、実際、高血圧の薬をどのように選択したらいいか、そのあたりのコツのようなものを教えていただけますでしょうか。

楽木 基本的には、どのような降圧薬であっても血圧が下がればいいということを基本に考えていただければいいわけですが、一部、例えばβ遮断薬ですが、徐脈になりやすいという高齢者が増えてまいりますので、注意が必要であるということになります。そういう副作用をあまり気遣わなくていい薬剤というのがCa拮抗薬であり、ACE阻害薬あるいはARB。また少量の利尿薬というものも、第一選択薬として使うことに対していろいろなお考えがあると思えますけれども、エビデンスとしては非常にいいものがありますし、併用薬として非常に優れるというものもあります。こういう薬剤の中から選んでいただくのが使いやすいのではないかと思います。

大西 お年寄りの場合はあまりたくさん薬を増やせないということもあるのかと思えますけれども、そのあたりはどのようにしていったらよろしいでしょうか。

楽木 高血圧の薬にかぎらず、多剤

服用されている方が多いということになります。その中で、せめて血圧の薬でもできるだけ数を少なくしたいというのがありますが、Ca拮抗薬もARB等も1剤ぐらいでしっかりと下がる方もいらっしゃいます。2剤必要になった場合には、最近は配合剤もありますので、そういうものを使うことによって血圧をしっかりと下げただければいいかと思えます。

大西 そのほか、ご高齢の方の特殊性に基づく何か注意すべき点がありましたら、教えていただけますか。

楽木 非常に大事なポイントとして、認知機能の低下の方がおられますので、そういう方に対して一律の処方というよりは、薬剤の数を減らすということだけではなくて、服薬アドヒアランスがあまりよくないと思われるような場合、つまり血圧のコントロールがなかなかうまくつかないとか、最近血圧のコントロールが悪くなってきたといった場合には、アドヒアランスをしっかりと確認して、必要であれば介護者等への注意や手助けをいただくということも必要になるかもしれません。

薬を一包化するといったこともごく一般的に行われていると思えますけれども、一包化に加えまして、服薬カレンダーであるとかピルケースなどを使うことも非常に有用ではないかと思えます。

大西 工夫が必要な場合があるとい

うことですね。

楽木 そうですね。

大西 先ほど心房細動の話題が出ましたけれども、何らかの合併症をお持ちのご高齢の方に対する注意点はありますか。

楽木 基本的には140/90mmHg未満を目指すという降圧治療をするわけですが、例えば糖尿病を合併していて降圧目標が130mmHg未満であった場合に、どちらをとるのですかという質問をよく受けます。従来の考え方ですと、より低いほうがいいという言い方をしていたのですけれども、最近の知見を見ておきますと、高齢者の場合、いろいろな負担がありますので、まずは高いほうの目標にしっかりと到達する。そのうえで、認容性を確認しながら低いほうを目指すといった方がいいのではないかと考えます。

特に海外のガイドライン等ですと、最近、80歳以上に対して150mmHg未満というような降圧目標を設定しているものがあります。日本のガイドラインも今改訂しているところでして、そういうことを勘案して今行っておりますけれども、150mmHg未満と130mmHg未満では随分と乖離がありますので、まず150mmHg未満を達成した人でも、病態に応じてしっかりと血圧を下げる方向へ向かって可能な範囲で下げていく。ただ、その下げることによる予後の改

善効果というのはまだ明確ではないといったことも知っておくことが必要かと思えます。

一点、先ほどいたしました心房細動の話ですけれども、抗血栓薬をのまれている方に関しては血圧が低いほうがいい。特に、130mmHgを切ったほうがいいという一部のデータがありますので、しっかりと下げることができるだけ目指していただきたいと思えます。

大西 病態に応じていろいろ目標を決めていくということですね。

楽木 そうですね。

大西 場合によっては、下げ過ぎもよくない場合もあるわけですね。

楽木 下げ過ぎということに関しまして、J型現象ということがよくいわれますけれども、前向きの研究でJ型現象を明確に示したものはありません。大事なことは、その人の病態の中で、血圧を下げてその本人のほかの疾患が出てくる可能性、特に今いわれているのは不整脈や心筋梗塞等の誘発というものがありうるかもしれない。これは冠動脈狭窄のきつい人かもしれないということがいわれておりますので、降圧治療中にもし虚血性の変化を心電図等で認めるとか、あるいは訴えがあるような場合にはしっかりと検査をして治療目標を再設定するといったことも必要かと思えます。

大西 ありがとうございます。