

心疾患合併高血圧の管理

東京医科大学循環器内科主任教授

山 科 章

(聞き手 大西 真)

大西 山科先生、心疾患合併高血圧の治療ということで、まず、新しいガイドラインJSH2014において推奨される降圧薬はどのようなものがありますか。

山科 JSH2014は、今年4月に発表されました。前回のJSH2009では降圧薬の第一選択薬としてCa拮抗薬、ACE阻害薬ないしアンジオテンシン受容体拮抗薬 (ARB)、 β 遮断薬、利尿薬が挙げられていました。

それ以前は α 遮断薬もあったわけですが、今回のJSH2014では第一選択薬として、Ca拮抗薬、ACE阻害薬ないしARB、さらに少量の利尿薬が提唱されています。ここで第一選択薬とは合併症のない高血圧で、単に降圧を目標として選択する薬剤としています。

β 遮断薬はJSH2014では第一選択薬からは外れていますが、積極的な適応として何らかの臓器障害、合併症があるハイリスク高血圧症例とされています。

大西 ハイリスク高血圧というのは

どのように考えたらよろしいでしょうか。

山科 高血圧の治療は、血圧を下げるのが目標ではありません。血圧を下げることによって、高血圧による合併症を予防することです。なかでも大切なのは脳卒中、心筋梗塞、大動脈瘤あるいは腎不全などの臓器障害を予防することです。

そういうことから考えますと、高血圧のハイリスクというのは、臓器障害がすでにあるか、リスク因子が多いか、血圧が非常に高いかということになります。血圧分類に、I度、II度、III度とありますが、I度は140/90mmHg以上ですが、さらに収縮期で20、拡張期で10mmHg以上高いとII度、さらにもう20/10高いとIII度になります。III度高の方は、臓器障害がその時点でなくても、いろいろな合併症を発症しやすいので、ハイリスクになります。

血圧がさほど高くなくてもリスク因子の多い方もハイリスクです。高齢者、喫煙者、肥満、メタボリック症候群、

糖尿病、CKD、脂質異常症などが重なるとハイリスクです。もう一つは、リスクとは別に、すでに何らかの臓器障害が起きている場合です。例えば左室肥大や狭心症、脳卒中の既往、慢性腎臓病で蛋白尿があるなど心血管病を合併している場合はハイリスクです。

そうなる、ハイリスクほど、血圧が高いほどしっかり血圧を下げ、臓器障害が進展しないように治療することが必要になります。

大西 非常に重要な視点ですね。個別におうかがいしたいのですが、まず頻脈を伴う高血圧はどのようにしたらよるしいですか。

山科 高血圧学会というくらいですから血圧コントロールがメインとなりますが、最近は脈が多いことがいろいろな病態で悪いといわれています。健常者、高血圧、心筋梗塞、心不全などいろいろな病態で心拍数が多いほど、リスクが高く死亡率が高いので、頻脈は一つのリスクと考えるべきだとされています。

心拍数が多い方は背景にメタボリック症候群があることが多く、太っている、血糖が高い、ヘマトクリットが高い、コレステロールが高い、HDLが低い、高インスリン状態にあるなどの特徴があります。高血圧の治療で心拍数を80/分以下にすると死亡率が低下するという報告があります。まだその薬剤が脈を遅くして有効であったかとい

う報告はありませんが、 β 遮断薬、Ca拮抗薬が期待されます。

大西 次に左室肥大とか心不全を合併した場合はいかがでしょうか。

山科 左室肥大は高血圧に合併する臓器障害の非常に重要な病態の一つです。左室肥大があると拡張能が低下していて、少し血圧が上がったり、脈拍数が急に増えるだけで急性左心不全、急性肺水腫になることがあります。多くの場合、収縮能の保たれた心不全と呼ばれる病態です。そういう意味で、特に高齢者で左室肥大のある方ではしっかり血圧を下げる必要がありますが、いまだに治療法が確立されていません。大規模臨床試験が幾つか行われていますが、まだ結論は出ていません。

その中で、高用量の β 遮断薬を使った人は予後がよくなるという報告があります。収縮能の低下した心不全は発症前は血圧が高い方でも血圧が下がってしまうので、高血圧の治療が必要でなくなることも多いのですが、収縮性心不全を、 β 遮断薬とACE阻害薬ないしARBをしっかりと使って治療していくと、逆に血圧が高くなっていくことがあります。そのときに β 遮断薬を中心にこれらの薬剤を投与することが、高血圧が再び悪化するのを防ぐために重要だと思います。

大西 それでは冠動脈疾患を合併した場合はいかがでしょうか。

山科 労作性狭心症では、 β 遮断薬

で心仕事量を落として心筋の酸素消費量を減らして狭心症を予防するということが従来いわれています。しかし、最近では考え方が変わってきています。それは積極的冠動脈カテーテル治療、あるいはバイパス手術がなされるようになり、虚血症状が残ることが少なくなっているからです。

血行再建後の治療は二次予防、すなわち臓器障害の予防となりますので、まずは危険因子のコントロールです。糖尿病、脂質異常、血圧のコントロールが重要です。何といても血圧がこういった病気の発症、進展の重要なファクターですので、そういう意味ではCa拮抗薬、ACE阻害薬、ARBが第一選択薬になりますが、その中で多少なりとも心機能が落ちて心筋梗塞を起こした方にはβ遮断薬は重要です。

心筋梗塞後の患者さんに対して、欧米ではβ遮断薬が90%以上使われているのですが、日本ではなかなか抵抗があるらしく、30~40%しかβ遮断薬が処方されていません。特に左室駆出率が40%を割っていると、予後を改善するβ遮断薬を上手に使うことが大事です。

大西 心房細動の方も多いですが、そういう場合はどうでしょうか。

山科 心房細動は高齢者に多く、一番問題になるのは合併する脳卒中、すなわち心原性脳塞栓症です。その予防に抗凝固薬を使うわけですが、そうい

った合併症を起こしやすい最大の原因はやはり血圧が高いことなのです。同じ心房細動でも、血圧が高い方は脳卒中を起こしやすいので、血圧をしっかり下げることが必要です。降圧にはCa拮抗薬やACE阻害薬やARBを使えばよいと思います。

ここで、心房細動で問題になる項目の一つに心拍数があります。従来は安静時の心拍数を65~80/分にコントロールして、運動しても110/分以上にならないようにしましょうとガイドラインでも推奨されていました。最近、本当にそうなのかということで、RACE-II試験が行われました。その結果は、厳格に心拍数を下げなくても予後が変わらないということでした。緩徐に脈を遅くする群でも平均85/分まで下げられていて、そのうち、2/3の方はβ遮断薬が使われているのです。ですから、β遮断薬を使って脈も85/分程度にコントロールすればよいことがわかりました。さらに血圧が高い方はCa拮抗薬だとかACE阻害薬を併用します。もちろん、抗凝固療法も必要です。

大西 あと急性大動脈解離の方がたまにいて、重篤な病態になりますが。

山科 大動脈解離は、いったん発症すると極めて重篤な病気です。緊急手術が必要なわけですが、Ⅲ型あるいはB型解離で、弓部以遠、下行大動脈に解離がある方などでは内科治療で、血圧をコントロールします。経過中に動

脈瘤が大きくなれば手術あるいはステントグラフトを挿入するのですが、血圧値の目標は120mmHg以下といわれています。

最近興味ある報告がありまして、心拍数が多い方は解離が破裂したり進展することが多いので、特に急性期には血圧だけではなくて、心拍数も60/分以下に下げたほうが予後がよいと報告されました。血圧を120mmHg以下、心拍数を60/分以下を目標に大動脈解離を治療すれば、特にB型解離の場合は予後がよくなるといわれています。

大西 先生のお話をうかがいますと、β遮断薬をうまく使うのがコツのような気がしましたが、そのあたりのアドバイスをいただけますか。

山科 高血圧のハイリスクの方は心臓、冠動脈、血管、あるいは脳に注目すべきです。β遮断薬は高血圧患者におけるイベント発生を抑制しますが、生命予後を改善する数少ない薬剤なのです。ARBは、確かに病態は改善するかもしれませんが、生命予後を改善するというエビデンスがありません。β遮断薬は徐脈、糖尿病の悪化、喘息の誘発など何かと副作用があるので敬遠されていますが、β遮断薬の中でもビソプロロールとカルベシロールにはこういった副作用は少なく、しかも多くのエビデンスがあり、β遮断薬を上手に使うことがハイリスクの高血圧の管理に重要かと思えます。

大西 ありがとうございます。