高血圧診療ガイドラインとJSH2014への期待（V）

高血圧治療の基本方針

東京大学病院検査部講師
下　澤　達　雄
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　高血圧治療の基本方針ということでおうかがいいたします。

まず、日本の高血圧の疫学の状況は今どうなっているのでしょうか。

下澤　相変わらず高血圧は圧倒的に多い疾患のうちの一つでして、特に脳梗塞、心筋梗塞などのリスクであるということから、日本では非常に重要視されている疾患のうちの一つだと思います。ガイドラインが出てからずっと減塩ということが強く言われてきて、また健康日本21といった政策も行われてはいるのですが、残念ながらまだまだ日本の塩分摂取量は多いのが現状です。生活習慣の改善が重要だというところは変わっていないのではないでしょうか。

齊藤　高血圧が脳卒中、心筋梗塞の非常に重要なリスクファクターであるということですが、東洋人は脳卒中のほうがまだ多いと考えていいのでしょうか。

下澤　はい。特に脳梗塞、脳卒中が非常に高いです。そして、なぜか東洋人では血圧との関連が非常に顕著に現れやすいというところは相変わらず変わっていないところだと思います。

齊藤　高血圧患者さんを診た場合に、どのように患者さんのリスクを評価していくことになりますか。

下澤　やはりリスクの層別化、血圧値とリスクに応じて治療方針を立てていくというのは前回のガイドラインと大きく変わっていないのですが、今回のガイドラインで一番大きな変更点は、前回のガイドラインでは血圧値が正常高値高血圧の患者さんたちをリスク層別化して治療方針を立てていたのですが、今回は１度、２度、３度といった本当の高血圧の患者さんたちにおいてのリスクの層別化を行おうということで、正常高値高血圧の部分が削除されているところかと思います。

齊藤　そこが変わってきたということですね。リスクを高・中・低と決めるところで、リスク因子の検査についてはどうですか。

下澤　今回のガイドラインでは、一

般的な検査、高血圧の患者さんを初診で診た場合に行うべき検査といったことと、リスクを層別化するための検査というのを大きく分けて書かせていただきました。特に初診の患者さんの検査におきましては、保険診療というものを念頭に置いて、例えば生化学項目などでは保険診療上、10項目という一つの縛りを考えたうえでの項目の選択でありますが、一方、リスクを評価するというところにおいては、少しそこを踏み越えた細かな検査が必要となります。特に血管病変の検査においては、PWVであるとかCAVIといったような新しい検査、それから、まだ十分エビデンスがあるとはいえないのですが、中心動脈、AIといったようなものも評価の参考になるということを書いています。

また、脳に関しては、特に画像診断の重要性といったものも挙げられていますので、必要に応じてそういったものを病診連携などを用いて評価していただければと思っています。

齊藤　脳と血管、あと心臓と腎臓がありますけれども、どうでしょう。

下澤　心臓、腎臓に関しましては、従来どおり、まず心臓においては心電図、心エコーといったものを重要視しています。特に心電図におきましては、心肥大の評価を、非常に簡便に行うことができるということでお勧めしているわけです。

一方、腎臓に関しては、あとで治療方針を決めるうえでも非常に重要なファクターになる蛋白尿があるかないかといったところが重要視されています。残念ながら、高血圧という病名では尿中のアルブミンを測ることができませんので、試験紙法での蛋白が（±）あるいは（＋）となったときに、初めて治療方針が変わってくるというところが非常に重要なので、試験紙法による尿の検査が重要視されているのではないでしょうか。

齊藤　血液の検査と検尿は必ず行う。それから、心電図をさらに少し難しい検査項目に入れるということですね。

下澤　はい。

齊藤　ということでリスクを決め、治療の流れができるということでしょうか。

下澤　そうですね。リスクに応じて治療の強度、あるいは降圧目標値といったものも大きく変わってきますので、まずここをしっかり評価しないことには治療方針が立てられないのではないかと思っています。

齊藤　治療は、まず生活習慣の修正ですね。

下澤　そうですね。それは従来どおり。また、血圧の評価も、別な回ですでにご紹介があったかと思いますが、家庭血圧あるいは24時間血圧というものを非常に重要視し、本当に血圧が高いのかどうかといったことを評価した

うえで、また治療のマーカーとしても家庭血圧を用いて治療方針を決めていきたいということです。

齊藤　血圧の目標値はどうでしょうか。

下澤　従来ですとかなり厳しい降圧目標値が設定されていまして、特に若年・中年者では低い血圧値が設けられていたのですけれども、今回は若年・中年、あるいは前期高齢者の降圧目標値は140/90㎜Hgということで少し緩めに設定されました。

一方、リスクが高いCKD、特に蛋白尿が陽性のCKD患者である、あるいは糖尿病があった場合には130/80㎜Hg未満ということで、従来どおりの厳しい降圧目標値となっています。これを達成するのは非常に難しいところではあるのですけれども、これが日本における脳梗塞、脳卒中の予防に非常に有効であるといったところから取り入れられて、欧米あるいは海外のガイドラインとはちょっと降圧目標値が違うところになっています。

齊藤　降圧目標値の達成はなかなか難しく、今の達成度がだいたい40％前後ですか。

下澤　そうですね。40％ぐらいになるでしょうかね。

齊藤　それを何とか引き上げていくために、今回のガイドラインをうまく使ってやっていくことが重要だということですね。

下澤　はい。

齊藤　生活習慣の修正をやっていただいて、さらに目標値に達しない場合には薬ということになりますか。

下澤　そうですね。第一選択薬として、臓器障害がないような場合であれば、利尿薬、Ca拮抗薬、レニン・アンジオテンシン系抑制薬、この３つがまず第一選択として選ばれるということになっています。一方、臓器障害がある場合には、それに応じた薬ということですので、先ほどお話ししましたとおり、リスクの評価、臓器障害の評価というのは非常に重要な観点になってくると思いますので、そこをきっちり評価したうえで治療方針を立てていただきたいと思います。

齊藤　患者さんは、「薬を始めましょう」と言うと少し嫌がる方が多いと思うのですけれども、抵抗感をやわらげるような工夫はありますか。

下澤　高血圧というのは、今何か自覚症状があって困っているというものではなくて、サイレントキラーですので、将来を見据えて、未来を予知するようなものである。「あなたが10年後に元気でいていただくために今から治療を始めましょう」といったことをはっきり申し上げるのがよいのではないかと思います。

高いからすぐ血圧を下げるのは必ずしも正しくない。ゆっくりゆっくり血圧を下げていかなければいけない場合

もありますし、ゆっくり下げて十分な場合もありますので、そこをあらかじめ十分説明する。そして、なかなか１剤では降圧目標を達成できないことも多いので、最初は生活習慣の改善、そして薬物も１剤、２剤使う可能性があること、そして毎日服薬することの重要性をお話しされることが重要かと思います。

また、そのうえで、患者さんが服薬しやすいような、アドヒアランスといったことに関しても今回のガイドラインには書かれています。これも非常に重要で、医療側から、服用しやすいように薬の処方を考えてあげるといったことも重要なのではないでしょうか。

齊藤　今、いわゆる医療否定本がすごく売れていて、高血圧もそれに多少巻き込まれている部分があって、患者さんは「とにかく薬は嫌だ」「一生のむんでしょうか」ということを言う人がかなりいらっしゃるのですけれども、今のような基礎的なことに立ち返って、しっかり説明していただくということが大切でしょうね。

下澤　最初はどうしても時間が取られてしまうかもしれませんけれども、納得してもらって初めて患者さんに薬をのんでもらえると思いますので、患者さんにわかる言葉で、わかりやすくお話しされるのがよろしいのではないかと思います。

齊藤　丁寧に高血圧とはどういうものかということを、時間をかけて説明していくということでしょうね。

下澤　そうですね。

齊藤　患者さんはそういうことを最初聞いても、忘れてしまうことが多くて、途中で何のために来ているのかわからなくなっている方もおられると思うので、その辺も時々振り返っていくということでしょうね。

下澤　そうですね。また、ドクターだけではなくて、スタッフの方々も巻き込んで、いろいろなかたちで患者さんの教育をするのがよいのではないかと私は常々思っています。例えば、栄養士の先生、あるいは薬剤師の方々、あるいは看護師さん、スタッフみんなが一人の患者さんにいろいろな面から繰り返し指導することが非常に有効で、これは生活習慣の指導においても有効だと思いますし、服薬指導についても、すべてを薬剤師に任せるのではなくて、みんなでお話しされるのがよいのではないか。そういう意味では、高血圧はチーム医療がうまくいく疾患のうちの一つかなと思っています。

齊藤　今回のガイドラインも、栄養士の方、薬剤師の方などが入って、かなり包括的にできているということですね。

下澤　そうですね。レビューワーとして入っていろいろ貴重なご意見をいただき、また高血圧学会としてもそういう方と一緒のセッションあるいは教

育講演を続けていますので、ぜひそういったものにもご参加いただいて、スタッフの方の教育にも役立てていただければと思います。

齊藤　幅広いアプローチで高血圧患者さんをより安全に導いていくということでしょうか。

下澤　そのとおりだと思います。

齊藤　どうもありがとうございました。

後記にかえて

小誌をご愛読いただきまして誠にありがとうございます。
※第58巻９月号をお届けいたします。
※〔DOCTOR-SALON〕欄には、10篇を収録いたしました。
※〔KYORIN-Symposia〕欄には、「高血圧診療ガイドラインとJSH2014への期待」シリーズの最終回として、５篇を収録いたしました。
※〔海外文献紹介〕欄には、糖尿病・動脈硬化の２篇を収録いたしました。
※ご執筆（ご登場）賜りました先生方には厚く御礼申し上げます。