高血圧診療ガイドラインとJSH2014への期待（Ⅰ）

最新のガイドラインと今後の高血圧診療

日本大学医学部教授・日本大学医学部総合健診センター所長
久　代　登志男
（聞き手　中村治雄）

中村　高血圧の診療について、新しく出てくるといわれていますガイドラインを含めて、これからの問題点を久代先生にシリーズとしてまとめていただきました。

これをつくっていただくことに関して私がちょっとうかがいたいと思っていますのは、もちろんガイドラインは一つのたいへん重要なトピックスだと思いますけれども、今どういった問題点あるいは進歩が高血圧診療にあるのでしょうか。

久代　高血圧は通常のプライマリケアで最も患者さんの多い疾患です。日本では脳卒中が心筋梗塞の３～５倍多く、血圧管理による脳卒中予防効果は明らかですから、日常診療における厳格な血圧管理は重要です。

残念ながら、ガイドラインで示されている降圧目標達成率は140/90㎜Hg未満では３割か４割、糖尿病、あるいは蛋白尿を伴う慢性腎臓病の130/80㎜Hg未満では２割以下の状況です。

疫学調査とか大規模介入試験で下げることの有用性が示されていながら、降圧目標達成率が低いのは、世界中に共通した課題になっています。

中村　一般にこのごろは患者さんも自宅で血圧を測ってこられる方が多くなったように思います。これはかなりいいことだと思うのですが、指で測ってみたり、ある程度は上腕で測っている人もいるのですが、中には別のところで測ってみたり、先生は何をお勧めになりますか。

久代　どのガイドラインも上腕測定を勧めています。

手首血圧計はカフを巻かなくてすむのが利点ですが、骨と腱の間に動脈があるので振動法では誤差が出やすく、心臓の高さに合わせないと静水圧の影響を受けます。背が低い肥満者で、12～13㎝幅の上腕用標準幅カフが適さないけれど、上腕が短いため15㎝幅のカフは肘にかかってしまう場合は、やむを得ず手首血圧計を勧める場合があります。

いずれにしても家庭血圧は、診察室

血圧よりも心血管病発症リスクの重要な予測指標とされていますので、いずれの血圧計を使うにしても気合を入れて測っていただきたいと思います。

尿意、寒冷、精神的なイライラなどの血圧を上げる要因、あるいは食後、入浴後、飲酒時など血圧を下げる要因をできるだけ避けて測るように指導する必要があります。朝は、起床後１時間以内で排尿後、朝食前で、冬の場合室温は20～21度以上にしてもらい、両足を床につけ、背もたれに背をつけて測ってもらいます。週に４日くらい測っていただければいいので、忙しくてソワソワしているときや室温を上げられないときなどは測らなくていいと伝えています。寒い日に、布団の中で測る人がいますが、臥位血圧はバイタルサインですが、血圧の管理指標としては適切でありません。また、手首血圧計で車の中などで測る人がいますが、これも適切ではありません。

中村　多くは最初に測ると高くて、次に測ると少し下がっているという経験をしますが。

久代　はい。なぜ２回目が１回目より低いことが多いのかよくわかっていませんが、何回も測って最も低い値を取る人もいます。私は１回目と２回目を、できれば平均してもらっています。

大切なことは、家庭血圧と心血管系疾患リスクの関連は、１回目測定値のデータなので、１回目を省かないことです。そして、測定値に一喜一憂しないで、少なくとも２週間、できれば１カ月間ぐらいの平均値を計算していただいて、それをその方の血圧としてコントロールするというのがいいと思います。

中村　もう一つ、下がり過ぎてしまったというか、例えば血圧が高かった人が収縮期で100を割ってくるとか、特にめまいはないのですけれども、降圧薬をどうしたらいいかと、悩んで質問を向けてくる人もいるのです。先生はどういうふうになさいますか。

久代　厳格な降圧目標達成は重要なのですけれども、それを達成しようとすると、下がり過ぎる時間が生じてしまう場合があります。

猛暑では、特に利尿薬を服用している方は脱水のため相当下がってしまうことがあります。また、食後１～２時間は下がりやすく食後低血圧といわれています。食後に眠くなる、あるいは転びやすくなるという場合には、その時間帯に座って血圧を測っていただいて、収縮期血圧が100㎜Hg以下になっている場合には対応が必要です。利尿薬服用、糖質の多い食事、熱い食事、飲酒時などに起こりやすいので、可能な範囲でそれらを避けてもらうようにします。患者さんには、自己調整しないで主治医と相談するように話しておくことが必要です。

また、家庭血圧の測り方に問題があ

ることもあります。特に就床前の血圧は、入浴後や飲酒している場合、相当下がることがあります。自覚症状がなければ、そのような状況では測らないように伝えています。

どこまで下がれば問題かということですけれども、動脈硬化による狭窄性病変がある場合は要注意です。それは、動脈硬化性冠動脈疾患、閉塞性動脈硬化症、および両側頸動脈狭窄を伴う場合です。階段をちゃんと上れるか、頸動脈雑音があるか、歩行時のめまい感があるか、などに注意し、必要に応じて検査を行っています。

中村　お年寄りの場合、拡張期が低い人がいますね。あの場合に、低い値というのはどれだけ意味があるのでしょうか。

久代　はい。これも日常診療の悩みです。

60歳を超え大動脈硬化が起こると、収縮期血圧が高くなり拡張期血圧は下がるので、収縮期血圧を下げようとすると拡張期血圧の下がり過ぎが懸念されます。一方で、心臓の仕事量は収縮期血圧と心拍数に比例しますので、将来の心不全や心房細動予防には収縮期血圧を下げることが重要ですし、脳卒中にも収縮期血圧が強く関連しています。

どこまで許容できるかということですけれども、最も問題になるのは、拡張期血圧で灌流されている心臓で冠動脈狭窄がある場合は、60㎜Hgくらいが限界になります。どこまで下げられるかは、心電図や狭心症の悪化、立ちくらみなどを確認しながら、個別の対応が必要です。

中村　血圧の治療に関しては、Jカーブといいますか、Uカーブというのでしょうか、コレステロールとかHbA1cなどではJカーブがあるようですが、血圧に関してもそういった傾向はありますか。

久代　血圧がゼロだったら死んでしまうわけですから、当然どこか一番いいところが個々の人にとってあるわけです。いったいそれがどこら辺なのかということが問題になりますけれども、私は日常診療の降圧の範囲内でのJカーブは、それほど心配ないと思います。

先ほど申し上げた太い動脈の狭窄性病変がなければ、Jカーブはそれほど心配されなくて、降圧目標を遵守するということでいいのではないかと思います。

中村　日本人の高血圧ならびにその治療というのは、先ほど久代先生がご指摘になられたように、脳卒中との絡みがかなり強いですけれども、欧米との対比などでは、今度のガイドラインを含めていかがでしょうか。

久代　脳卒中は降圧療法によってリスクを軽減できることがはっきりしています。脳卒中を起こすと、QOLは下がりますし、認知症や寝たきりの原因

になるので、降圧療法で脳卒中を予防することは日本では特に重要です。

中村先生がおっしゃったJカーブというのは冠動脈疾患について当てはまる可能性があるのですけれども、脳卒中に関しては日常の高血圧治療ではJカーブはあまりなくて、厳格な血圧管理が有効ということになると、国や地域の疾病構造によってガイドラインの降圧目標が変わることがあってもよいと思います。

日本では脳卒中が多いことを踏まえて、厳格な降圧目標を今後も維持することが重要と思います。

中村　ヨーロッパのガイドラインを見てみますと、比較的緩いですね。

久代　はい。欧米のガイドラインでは欧米の無作為介入試験の知見が重視されます。例えば、糖尿病合併高血圧患者を対象にしたACCORD血圧試験では、積極降圧群で冠動脈疾患リスクに有意差がありませんでしたが、脳卒中は約４割有意に減りました。しかし、脳卒中発症数が冠動脈疾患の２割くらいしかなかったので重要視されませんでした。しかし、脳卒中が冠動脈疾患より多い日本では、異なる解釈がありうると思います。

中村　それはたいへん大事なことで、これから出てくるガイドラインが期待されるわけですけれども、４月になってから発表になるのですか。

久代　今の予定では４月１日に発行と聞いております。（2014年３月現在）

中村　あと、今先生がご指摘のように、心臓とか脳とかの臓器への波及効果ということをお話しになられましたけれども、ほかに腎臓だとか、あるいは末梢動脈だとか、この辺でも当然問題になろうかと思いますけれども。

久代　腎臓も高血圧の影響を強く受ける臓器で、降圧療法の有効性が確認されています。腎保護のうえでは、レニン・アンジオテンシン系抑制薬の使用を優先し、降圧目標を遵守することが強調されています。

最近日本でも増えている閉塞性動脈硬化症については、降圧療法が進展予防にどれくらい有効かに関する知見は乏しい状況です。むしろ、間歇性跛行がある人は、冠動脈や頸動脈を含めて全身の動脈硬化性変化があると考えて、血圧の下がり過ぎに注意が必要です。

個々の患者さんに向き合いながら、その人にとって最もいい降圧治療を展開するということは、主治医に求められることで、ガイドラインはそのための参考にしていただければと思います。

中村　何もそれをきちっと守らなくても、できるだけそれに近いほうへということでしょうか。

久代　ガイドラインは集団レベルのエビデンスの集積です。ご自分の目の前の患者さんの状況が、必ずしも当てはまるものではありません。ガイドラインの行間を補完するのは、主治医で

す。もちろん、ガイドラインを無視することは許されませんし、ガイドラインと異なる治療を行う場合は、その理由をはっきりさせることが必要です。

中村　最後に、遺伝子を測るというのはこれからどうなりますか。

久代　残念ながら遺伝子によって治療法を選択するところまでいっていません。一部では、例えばアンジオテンシン変換酵素遺伝子の多型性が食塩感受性に関連しているなどの知見がありますが、それにより最適な治療を選ぶなどは将来課題です。

中村　高血圧に将来なるかどうかというのはいかがですか。

久代　本態性高血圧発症リスクは、両親とも高血圧、片親が高血圧、両親とも高血圧でないかにより相当異なるので、遺伝素因の強い疾患です。しかし、いわゆるモザイク説と呼ばれるように、幾つもの遺伝子とその組み合わせが関連しているようですし、生活習慣も大きく影響をします。また、70歳を超えると７割が高血圧になるので、高血圧素因のない人のほうが少数派ともいえます。

遺伝子は、高血圧の発症時期と心血管系合併症の起こり方を含めた重症度に関連しているとも考えられます。現状では、両親のいずれかが高血圧の場合には、お子さんの高血圧予防のために小さいころから生活習慣に配慮することが必要です。

また、本態性高血圧は急に発症するのではなく、130～139/85～89㎜Hgの正常高値の時期を経て起こります。Framingham研究では、正常高値血圧者からの４年間の高血圧発症リスクは、120/80㎜Hg未満の至適血圧者の11倍とされています。健診時の血圧が正常高値になったら、真剣に高血圧予防を考えることも大切です。

中村　どうもありがとうございました。