高血圧診療ガイドラインとJSH2014への期待（Ⅰ）

白衣高血圧・仮面高血圧・夜間高血圧の診断と対応

慶應義塾大学保健管理センター所長
河　邊　博　史
（聞き手　大西　真）

大西　「白衣高血圧・仮面高血圧・夜間高血圧の診断と対応」というたいへん重要なテーマかと思います。

まず順番に実態や状況について少しずつうかがいたいのですが、初めに白衣高血圧です。これはよく使われる言葉だと思いますけれども、そのあたりから具体的に教えていただけますか。

河邊　白衣高血圧はかなり一般的にも広まっている言葉で、一応定義としては、診察室で測った血圧はいわゆる高血圧のレベル、140/90㎜Hg以上あるのですけれども、医療環境以外のところで、家庭とか職場も含めてですけれども、測ると、135/85㎜Hg未満、あるいは24時間のABPMでは平均で130/80㎜Hg未満ということで正常であるということです。頻度的には、外来で140/90㎜Hg以上で引っかかった方の中に、だいたい15～30％ぐらいは白衣高血圧の方がいらっしゃるということです。

問題は、白衣高血圧を正常血圧と同等に扱っていいのか。要するに、あまり合併症とかを起こさないのか。あるいは、本当の高血圧に近い状態なのかというところが問題だと思うのです。

当初はほぼ正常血圧に近いようなとらえ方をしていたのですが、白衣高血圧の方を長期に見ていくと、一部ですけれども、持続性の高血圧に移行する方がいて、そういう持続性になる方たちをよく見てみると、病院ではもちろん高いのですが、家庭で測ったものが正常域でもちょっと高めの方が多いのです。

あるいは、ほかの心血管リスク、例えば少し肥満ぎみであるとか、今はやりのメタボリックシンドローム的であるとか、そういうものがあると持続性高血圧になっていくことが多いようです。その辺の評価は白衣高血圧でもしていかなければいけないと思います。

大西　ついつい「白衣高血圧だから心配ないでしょう」などと言ってしまうこともあるかと思うのですけれども、やはり気をつけないといけないということですね。

河邊　ただ、治療ということになると、すぐ薬物治療ということにはならないのです。私がやっているのは、その方のお話を聞いて、いわゆる非薬物療法を行うとして何か引っかかるところ、例えば塩分を取り過ぎているとか、運動をしていないとか、そういうことがあれば、その辺の改善をして経過観察するということです。

今は一般的に家庭血圧計、日本では現在約3,500万台といわれていますから、持っている方がけっこう多いので、これをうまく活用して、家庭での血圧が上がってくるようだったら早めにまた来てくださいということになります。そうでなくても、できれば２～３カ月に１回ぐらい来てもらいたいのですが、なかなか来ていただけないことが多くなってしまうのが現状です。

大西　ついついドロップアウトしてしまうこともありますので、気をつけなければいけないということですね。

河邊　そうですね。来なくなる方も多いのです。

大西　何か精神状態や自律神経の影響などいろいろあるのでしょうか。

河邊　そうですね。実は私どもの大学で、待合室でABPMをつけて出ていくまで見たことがあるのです。そうすると、名前を呼ばれた瞬間にわっと血圧が上がるのです。入ってきて、血圧を測るときはもっと上がりまして、終わって待合室に戻ると、すっと血圧も戻るという具合で、一つはそういう精神的な問題があると思います。

ただ、今こういうストレス時代ですから、一過性ですめばいいのですけれども、そういうシチュエーションが多い方はかなり高い状態が続いてしまうということで、そういう方は臓器障害も進んでしまう可能性があるので、慎重に見ていく必要があると思います。

大西　それでは次に仮面高血圧について教えていただけますか。

河邊　仮面高血圧は逆白衣高血圧ともいいますけれども、全く逆バージョンのようなかたちで、クリニックで測ったり、健診とかでは正常血圧、要するに140/90㎜Hg未満なのですけれども、家庭あるいは職場とかで測ったものが高くなってしまうということです。こちらは、白衣高血圧のように「心配ないです」とは言い切れないで、多くの報告を見ると、持続性高血圧にほぼ近いような状況と考えていただいたほうがいいのです。ですから、しっかり治療も必要になります。

どういうふうに治療するかというと、目標とするのは家庭での早朝血圧が135/85㎜Hg未満になるような治療、24時間通しての血圧の管理が必要になります。

大西　こういう方は何か背景のようなものがあるのでしょうか。

河邊　ふだん我々が見るところでは正常血圧ですから、どういう人を引っ

表　仮面高血圧が疑われる高リスク群

- 降圧治療中の高血圧患者
- 正常高値血圧者（130～139/85～89㎜Hg）
- 喫煙者、アルコール多飲者
- 精神的ストレス（職場、家庭）が多い者
- 身体活動度が高い者
- 心拍数の多い者
- 起立性血圧変動異常者（起立性高血圧、起立性低血圧）
- 肥満、メタボリックシンドローム、糖尿病患者
- 臓器障害（特に左室肥大・頸動脈内膜壁肥厚）合併者
- 心血管疾患の合併者

かけてくるかというのが非常に重要になるのですけれども、一応今までの経験から、降圧薬をのんでいる方は全員、医療環境以外の血圧の状況を調べたほうがいいです。

それから、いわゆる定義上ですけれども、正常高値血圧、正常血圧と高血圧の間のレベルの方とか、あとよくいわれるのはお酒を多く飲む方、たばこを吸う方、肥満傾向の方、それから先ほど先生が白衣高血圧でもおっしゃったような精神的ストレスが多くかかるような方、それからけっこうアクティビティの高い方などです（**表**）。ですので、男性がちょっと多いイメージです。

大西　それでは次に夜間高血圧はいかがでしょうか。

河邊　夜間高血圧は、最近、家庭血圧計でも夜間１～２回測れる器械も出てきているのですけれども、原則的には24時間ABPMで評価していただいて、夜間睡眠中血圧の平均が120/70㎜Hg以上ある場合をいいます。あと、その血圧変動パターンで夜間昇圧型（riser）といいまして、日中より夜間上がってしまう場合も狭い意味では夜間高血圧ということになります。

大西　そういう方は少しリスクは高いのでしょうか。

河邊　夜間は基本的には副交感神経優位で、皆さん、わりに安定した低い値を取ります。そこが高いということになるので、先生が今おっしゃったように、かなりリスクが高いというふうに考えていただいたほうがいいと思います。

大西　これは朝高いというものと状況は似ているのでしょうか。

河邊　夜間高いのがそのまま持続して早朝測って高い方と、夜間は低いのですが、起きがけの、要するに副交感神経優位から交感神経優位にかわるところで急激に上がる、モーニングサージという言い方をしますけれども、そういうタイプと２つあります。

大西　それは何かリスクなど、いろいろ影響があるのでしょうか。

河邊　夜間からずっと高いものはリ

スクが高いというのは皆さんだいたい一致した意見なのです。もう一方のモーニングサージなのですが、考えてみると、これは普通のレスポンスでもあるわけです。寝ているときに低い方が起きてきて上がってくるわけです。ただ、その幅というか、上がり方が問題で、これが本当にリスクになるかは、実はちょっとまだ意見が分かれていて、データもちょっとばらついているところだと思います。

大西　そうしますと、血圧の測定や精度がいろいろ問題になりますけれども、まず診察室での血圧の精度はどのようにしたらよろしいでしょうか。

河邊　現在出ているJSH2009のガイドラインで初めて外来血圧のきちんとした測り方というものを表として出させていただいています。これに沿ってやっていただければ、かなり正確に外来血圧も測れるのですが、なかなかお忙しい先生方はこの通りできないかもしれません。

数点だけ、私の経験からお話しさせてもらうと、最近、水銀血圧計は、特に欧州などで環境問題でだいぶ減ってきて、精度が高い電子血圧計で測る先生方も増えていると思うのです。そうすると、カフを巻いてボタンを押して測りますと、両者とも口があいていてしゃべれるので、ついつい会話をしてしまう場合があるのです。そうすると、会話で交感神経が高まって血圧がいつもより上がってしまうということがあるのです。

それから、冬場とか寒くなってくると、お年寄りの場合、かなり着込んでいらして、どうしても測るときに厚いものの上からカフを巻いたり、あるいは上にたくし上げて、上腕を圧迫してしまうことで、誤差が出てしまいます。診察室の室温とかをうまく調節してあげて、なるべく、素肌が一番いいのですけれども、せめてちょっと薄いもの１枚ぐらいの上から測るようにしないと、かなり誤差が出てしまいます。

大西　家庭での血圧も非常に今重要視されていますが、そのあたりはいかがでしょうか。

河邊　家庭も、先ほどちょっとお話ししましたけれども、家庭血圧計が3,500万台ぐらい普及していますので、持っていらっしゃる方がかなり多いと思います。ただ、実際測っている方がそれだけいるかというと、確かではありませんけれども。

家庭血圧に関しては、JSH2009ガイドラインのほうでも、測り方とか、きっちり示しているのですけれども、2014年春に次のJSH2014ガイドラインが出るなかで、一番問題になっているのは、「１機会に何回測ったらいいのでしょうか」だと思うのです。

大西　どのタイミングがいいのでしょうか。

河邊　タイミングに関しては、朝晩

で、晩のほうはJSH2014では就寝前という言葉で統一する予定です。欧米などでは晩というと夕方のことを言うこともあるので、一応就寝前と明記することになっています。

それから１機会の測定回数に関しては、JSH2009ガイドラインでは１～３回と幅を持たせて、最低１回、どちらかというと１回目の平均で評価しようという流れなのですが、2013年10月の高血圧学会でも報告がありましたけれども、おそらくJSH2014ガイドラインでは２回測定を原則として、その平均をその方のそのときの家庭血圧値としようという流れになるかと思います。

大西　朝は起床時ですか。

河邊　朝は起床時で、すぐ測る必要はないので、１時間以内でしたらいいということです。それから、トイレを我慢しているとけっこう血圧が上がってしまう方がいるので、排尿後です。あとは、食事の影響があるので、食前に、あるいは薬をのんでいる方は服薬前と、そういう条件で測っていただく。

大西　先ほど24時間血圧測定が非常に重要だというお話だったのですが、そのあたりを具体的にお願いします。

河邊　24時間血圧測定は、先生もご存じだと思いますが、2008年に保険適用になりまして、だいぶ測りやすくなりましたし、いいのですけれども、実際やってみると、「二度とやりたくない」とまでは言いませんけれども、多くの患者さんで繰り返して行うことがちょっとたいへんなのです。

ただ、どうしてもやらなければいけないケースが出てくると思うのです。それは臨床的に私などが見ていて、外来血圧もいい、家庭で測って持ってきたのもいい。だけれども、例えば微量アルブミン尿を認めるとか、臓器障害が見られるということになると、どこか隠れたところで血圧が高い。

要するに、仮面高血圧的な可能性があるということになります。そういう方はぜひやらなければいけないし、先ほどお話が出た夜間高血圧の診断にもABPMをやらなければいけないということです。

それから、治療抵抗性高血圧、今はいい薬がいっぱいありますが、それでも下がりにくい場合は一度、１日の血圧変化がどういう状況になっているかを見なければいけない。それから、降圧薬治療中の方で、血圧が下がり過ぎているような症状をおっしゃる方。「ちょっとめまいがしました」とか。そういう場合も、チェックの意味では、家庭血圧測定では見つけにくいので、ABPMで１回確認するというのが大事かもしれません。

大西　ありがとうございました。