高血圧診療ガイドラインとJSH2014への期待（V）

高血圧診療ガイドライン2014で何が変わるか

札幌医科大学学長
島　本　和　明
（聞き手　大西　真）

大西　島本先生、新しい高血圧診療ガイドライン2014で何が変わるかというテーマでお話をうかがいたいのですけれども、まず2014の前は2009になるわけですね。

島本　そうですね。

大西　JSH2009で何か課題があったのではないかと思いますけれども、そのあたりから教えていただけますでしょうか。

島本　今回、主な変更点はだいたい46あるのですけれども、そのうち最初に整理した点は、前回の2009のときに、整理しきれず引き継いだポイントの３つです。まずここをしっかり整理しました。その１つが家庭血圧の測定、評価法でした。２番目に、2009年ころから合剤、配合剤降圧薬がたくさん出てまいりまして、配合薬を第一選択薬として使えるのかどうか、これが第２の課題でした。第３は、ガイドラインが出る直前に言われたことだったのですが、授乳にあたって、お母さんが薬をのんでいるときに子どもさんに授乳していいかどうか。この３つが前回からの課題で、2014で解決するようにと言われた点で、今回しっかり整理をしました。

大西　そうしますと、明確な推奨レベルがいろいろ出てくるということですね。

島本　はい。

大西　今、第１の点に挙げられました家庭血圧ですが、24時間血圧も関係すると思いますけれども、そのあたりのことをもう少し教えていただけますでしょうか。

島本　最近、いろいろなデータで、病院で測る血圧よりも、家庭血圧とかABPMのほうがいわゆる心血管疾患の発症率とよく相関してくる。つまり、合併症発症予知能力としては、診察室血圧よりも家庭血圧のほうが優れているということがわかってきています。ですから、家庭血圧にウエートを置いて考えていこうという点については今回確認しています。

問題は、2009年のときに実は複数回

（２～３回）測定を勧めているのです。しかし、評価には１回目の値を使うと書いてあったのです。これは前回、最後の委員会までもめまして、結局、複数回派と１回派と意見の調整ができず、両方入れた格好になったのです。それは2014年にすっきりさせる。つまり、１回の値を使うのなら１回測定を勧める。複数回測定を勧めるのなら複数回の平均を取るようにする。いずれかで決着をつけるようにとしました。

もうすでにイギリス、ヨーロッパ、あるいはアメリカのガイドラインでも家庭血圧は、一機会の血圧というのは２回測ってその平均を取るということに国際的になっています。前回もそういう意見が多かったものですから、今回は一機会、朝夕いずれも２回測って、その平均を取るということを原則にしています。

大西　朝起きたときに１回。

島本　朝、１時間以内ですね。

大西　１時間以内に２回測って、夜は。

島本　夜は寝る前１時間以内です。

大西　寝る前に２回測って、平均値を取っていくというかたちになるのですね。

島本　そうです。ただ、前回では、１回と言っているものですから、１回しか測らない方がいると思うのです。２回でなく１回しか測っていない方は１回の血圧値を使ってもいいとしています。逆に、１回目と２回目で、大きく異なることがあります。この場合、患者さんも心配になって３回目を測ることがあるのです。この場合は、３回測っていれば３回の平均を使うということで、原則２回ですけれども、１回でも３回でも使えるように今回整理いたしました。

大西　24時間血圧（ABPM）の測定に関しては何か変わった点はありますでしょうか。

島本　24時間血圧は、当然ですけれども、１時間おきで行っても24回です。日中30分おきを入れると、すごく回数が多いわけです。その分、家庭血圧よりも、より信頼性は増してきます。この点は、もしもABPMと家庭血圧と診察室血圧を測っている場合に矛盾が出たときは、まずABPMを優先させる。次に家庭血圧、それから病院血圧という優先順位も今回ははっきりさせています。

大西　病院だと往々にして高く出ますからね。それでは、実際、検査にあたって、リスクの評価だとか、臓器障害の評価など、いろいろやると思うのですけれども、どういった検査をどこまでするのかとか、スクリーニングをどうするのか、そのあたりの考え方はありますか。

島本　まず高血圧は診断が大事です。血圧を測って高血圧を診断します。その次にタイプ分けになるわけです。本

態性という原因が不明の高血圧なのか、頻度５～10％の、二次性の高血圧なのかをはっきりさせます。二次性であれば原因がはっきりしていますから、この場合、特に内分泌性でしたら腫瘍を摘出して高血圧を治療することになりますし、腎性の場合は腎臓にウエートを置いて治療していきます。ですから、二次性の除外がたいへん重要になってきます。

特に高齢者が最近増えてきて、腎血管性高血圧が増えています。腎血管性高血圧に対して、超音波検査、ドプラーを使って診断することがむしろ信頼性が高いということがわかってきましたので、今回はまずエコー検査を第一に持っていくことにしています。

よく外来で皆さん苦労されるのは、内分泌性高血圧のときのホルモン測定のための採血の条件をどうするかという点です。特にレニン・アンジオテンシン、アルドステロンは起立、歩行で上がります。

大西　測定の仕方が難しいですよね。

島本　病院で２時間寝て採血するということを原則にしていたのですけれども、これが現実的かどうか議論しました。

大西　難しいかもしれませんね。

島本　それで、診察室の場合には坐位も含めて30分ほど安静にしていただければ、まずそこで測って、高い値に入ってきたときには専門家に紹介して、そこできちっとした検査で確定診断をしてもらう。あまりきついことを言っていますと、結局検査しないということになってしまいかねません。

大西　そうなって見逃されるということになるわけですね。

島本　はい。ですから、実地医家の方が使いやすいようにということで、今回、検査、採血法もかなりやりやすく変えてあります。

大西　それでは次に、減塩の指導も重要かと思いますけれども、そのあたりのポイントで何か強調される点はありますでしょうか。

島本　日本の場合、だいぶ減ってはきたのですが、女性でも10gを切るぐらいで、男女平均して10gちょっとです。それでも目標の６gにはほど遠いのです。いかに減塩を推進していくか。高血圧学会で減塩委員会というものもありまして、ここで減塩サミットとか、いろいろな取り組みをしています。日本人はどちらかというと、やはり塩分の多いものが好きなのです。ですから、ここについてはメディアを活用する、保健師さん、特定健診の保健指導とタイアップする、そして国の行政を動かすなど、多面的に対応しなければいけないと思います。

一番重要なのが食品の表示がナトリウムで書いてあるということです。食塩と書いてないのです。この点は厚生労働省とも交渉して、何とかわかりや

すいNaCl、食塩で表示してもらえるような、行政的なアプローチも含めて積極的に取り組んでいこうとしています。

大西　よりわかりやすくなりますね。実際の降圧目標に関してはいかがでしょうか。

島本　今、世界で降圧目標が緩くなってきています。特に、昨年の６月に出たヨーロッパ高血圧学会では、すべての高血圧患者は原則降圧目標が140/90㎜Hg未満。例外に糖尿病の下が85㎜Hg、高齢者80歳以上で150㎜Hgというのがありますけれども。それから薬は５つの薬、どれを使ってもかまわない。第１という縛りはせずに、どの薬でもいいから140/90㎜Hgを切ればいいというふうになってきました。

しかし、日本の場合、脳卒中を予防するためには、高リスクの方にはもうちょっと厳しい降圧目標を作るべきだろうということで、今回、アメリカやヨーロッパとは異なっていますが、糖尿病合併高血圧、CKDで蛋白尿（＋）の方の場合には130/80㎜Hgを維持するとしています。これは脳卒中予防のためにということで、欧米と違う考えをあえて残すことにしました。

それから、高齢者高血圧は、もともと日本の場合、後期高齢者で75歳以上、中間目標として150㎜Hg未満と高めにしていたのです。そんな中、エビデンスがHYVETや日本のJATOS、VALISHとそろってきました。さらに、今回はむしろ欧米が150㎜Hg未満に上げてきていますので、日本も75歳以上は150㎜Hg未満を降圧目標とするとしました。ただ、忍容性があって可能な方は140㎜Hg未満のほうが脳卒中など合併症は少ないから望ましいとしています。

したがって、今140㎜Hg未満で管理されている方の血圧を上げろという意味ではありません。その方たちは、管理されているのであれば、そのまま維持してくださいということも記載しています。

大西　そうしましたら、第一選択に関しては。

島本　第一選択薬は今回変わりました。ヨーロッパでは第一選択薬をなくしたのですが、イギリスは５つあったうち、2011年にすでに利尿薬とβ遮断薬を落とし、Ca拮抗薬とRAS阻害薬だけを第一選択薬としていました。こういったことがありましたので、日本も十分議論して、今回日本ではβ遮断薬を第一から落として、４つ、ARB、ACEIとCa拮抗薬と利尿薬にしています。ただし、β遮断薬は狭心症とか心不全、頻脈性の不整脈では積極的適用として、第一選択薬として使用できるとしています。

大西　合剤はいかがですか。なかなかさじかげんが難しい場合もあるかと思いますが。

島本　今回も160/100㎜Hg以上の２度高血圧では初めから併用してもいい

としています。合剤は併用だから第一でいいのではないかという意見がありました。これについては、厚生労働省とも相談して、安全を優先させて決めました。ガイドラインでは少量の降圧薬同士の併用はいいと書いています。少量同士の合剤というのは多くありません。ほとんどが標準量と少量なものです。したがって、過降圧を避けるため、安全性を第一にして、合剤は第二選択薬とするということで整理をしました。

大西　どうもありがとうございました。