高血圧・糖尿病の管理にむけて（Ⅰ）

最新高血圧治療ガイドライン

横浜市立大学附属市民総合医療センター 腎臓・高血圧内科部長
平　和　伸　仁
（聞き手　大西　真）

大西　平和先生、最新の高血圧治療ガイドラインについてお話をうかがいたいと思います。

今回の改訂の特徴を教えていただけますか。

平和　高血圧学会では約５年ごとに治療ガイドラインを改訂しています。今回はJSH2014から５年ぶりの改訂で、新しいガイドラインが発刊されました。高血圧治療ガイドラインは、日常診療において最も高頻度に遭遇する高血圧患者に対して適切な治療を提供するための標準的指針と根拠を示すことを目的に作成されています。

今回の改訂は、前回のJSH2014と比較してガイドラインの作成方法が大きく変更されました。クリニカルクエスチョン（CQ）を受け付けまして、17のCQに対して網羅的な文献検索、システマティックレビュー、メタ解析、そしてエビデンスの総体を作成し、推奨文およびエビデンスレベルを決定しました。しかし他のガイドラインと異なっていて、高血圧は非常に幅広い領域をカバーしており、CQの解説にとどまらずに、エビデンスをまとめて記述した教科書的な記載も残されています。

今回変更されました要点として、まず、水俣条約に伴って血圧計の推奨が変更されました。また、血圧の分類の変更、絶対リスクを考慮したリスクの層別化、降圧薬を用いる基準、降圧目標の厳格化などが主なるものです。

大西　先ほど少し話が出た血圧測定の推奨、血圧計の問題とか、いろいろあるかと思いますが、そのあたりを教えていただけますか。

平和　水俣条約を本邦は批准していますので、2021年から水銀を用いた機器の製造、輸出入が禁止されます。そこで、JSH2019では水銀血圧計にかえて電子血圧計を使うことを推奨しています。

大西　血圧測定も、病院の場合、家庭の場合、いろいろあるかと思いますが、そのあたりについてはいかがでしょうか。

平和　基本的には診察室血圧で血圧の分類をするのですが、やはり高血圧の診断と治療効果の判定には家庭血圧が非常に重要な役割を果たします。高血圧の診断のときに、診察室血圧と家庭血圧で異なった基準の場合には、家庭血圧の値を優先することになっています。

大西　血圧の分類が変更されたとうかがっているのですが、そのあたりを詳しく教えていただけますか。

平和　高血圧の治療の目的は、脳・心血管病の抑制です。血圧が120/80㎜Hg未満の方と比較しますと、それ以上の血圧の方々は、脳・心血管病死亡のリスクが高まります。ですので、120/80㎜Hg未満であれば良いのですが、それを超えたときにはやはり何かしら注意が必要ということになります。

140/90㎜Hgというのは今までも高血圧の基準でしたが、今回も140/90㎜Hg以上というのが高血圧の診断基準です。その基準を決めた要因としては、「生活習慣の修正をしつつ、降圧薬を使うことによって血圧を適切に下げ、メリットが得られることが証明されている」血圧値であることがポイントです。140/90㎜Hg以上であれば降圧薬を使って下げて、降圧目標が達成すると脳・心血管病死亡が減ると期待されることから高血圧基準が決められています。

ただし、先ほどの120/80㎜Hgという正常のところから140/90㎜Hgの間というのはいろいろな考え方があります。米国で高血圧ガイドラインが変更になりましたが、米国では130/80㎜Hg以上をステージ１の高血圧と決めたのです。今までの血圧値の分類では、高血圧である140/90㎜Hgと正常血圧の120/80㎜Hgの間に130/85㎜Hgという境界値がありましたが、今回、130/80㎜Hg以上という米国ガイドラインの高血圧診断基準ができたので、130/80㎜Hgという基準を日本のガイドラインでも引用しているのです。また、様々な病態における降圧目標が130/80㎜Hg未満であることも主要なポイントとなりました。

大西　それでは次に、高血圧のリスクをいろいろ層別化して、それによって高血圧管理の計画を立てるという指針が出されていますが、そのあたりを教えていただけますか。

平和　診察室血圧に基づいた脳・心血管病リスクの層別化というものがあります。これはガイドラインの３章を見ていただきたいところなのですが、脳・心血管病のリスクを低リスク、中等リスク、高リスクの３つに分類しています。どのようなリスクになるかは、リスク層を３段階、血圧分類を４段階に分類して、日本人の絶対リスク値より決められています。

例えば、130～139㎜Hg、80～89㎜Hgの高値血圧でリスクが第１層、つまり

リスク因子がないものは低リスクになります。一方、140/90㎜Hgを超えていて、リスクの第２層、つまり年齢が65歳以上、男性であること、脂質異常症があること、喫煙をされている方、この４項目のうち１つでもあればリスク第２層となり、中等リスクになります。

さらにリスク第３層として、今申し上げました年齢65歳以上、男性、脂質異常症、喫煙の４つのうち、３つ以上の危険因子がある場合はリスク第３層となりますし、脳・心血管病の既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿を有するCKDがリスク第３層になりますので、同じ140/90㎜Hg以上でも高リスクとなります。

大西　次に降圧治療について具体的にうかがいたいのですが、まず生活習慣の改善といいますか、修正が非常に重要かと思います。そのあたりは指針にどのように盛り込まれたのでしょうか。

平和　生活習慣の修正はJSH2014と大きな変更はありません。基本的には①減塩、１日６g未満、それから②野菜、果物の積極的な摂取、多価不飽和脂肪酸や低脂肪乳製品の積極的な摂取、③適正体重の維持でBMIを25未満にしましょう、④運動療法を１日30分、あるいは週に180分、そして⑤節酒、⑥禁煙の６項目がメインとなっています。

大西　ご高齢の方の運動はいかがですか。

平和　ご高齢の方の運動は非常に重要でして、筋力を維持することによってフレイル予防をする、フレイル予防をすることによって転倒骨折予防ができるので、生命予後を改善すると考えています。この中では、エビデンスが一番あるのは減塩で、CQ４で解説していて、減塩することを強く推奨することになっています。１日６g未満ということです。

大西　減塩について何か注意点はありますか。

平和　そうですね。ただ、腎臓病がある方で過度な減塩はよくないといわれていますし、特に高齢者で利尿薬を使われている方は過度な減塩をすると、低ナトリウム血症を起こしたりしてリスクが高まるので、注意が必要です。

あと、妊婦さんは６g未満への減塩は推奨されていません。あまり減塩すると羊水の量に影響することがあります。日本産科婦人科学会および日本妊娠高血圧学会のガイドラインでは１日７～８gの摂取が推奨されています。

大西　次に薬物療法についての考え方を教えていただけますか。

平和　先ほど申しましたように、リスクの層別化をして、高血圧で高リスクの場合は生活習慣の修正を行いつつ、すぐに降圧薬を開始します。一方、高血圧でも、低リスクあるいは中等リスクであれば、生活習慣の修正を１カ月程度行って、再評価をして、十分な降

圧が得られない場合は、生活習慣の修正を強化しながら薬物療法を開始することになっています。

また今回、特に新しいところでは、高値血圧、つまり血圧が130～139㎜Hg、拡張期80～89㎜Hgの血圧で高リスクの方は、高血圧で低・中等リスクと同等な治療計画になります。つまり、高血圧という基準には達しなくても、高値血圧というところで、生活習慣の修正をしても血圧が下がらなければ降圧薬を開始する場合があるということです。

大西　単剤だとコントロールできなくて、２剤、３剤と増やしていく場合がありますね。あと、配合錠ですか、そういうものも出ています。そのあたりの考え方はいかがなのでしょうか。

平和　単剤で血圧が十分に下がることは多くなくて、降圧目標を達成する場合にはしばしば２剤あるいは３剤の併用が必要になります。例えば、厳格降圧の有用性を証明したSPRINT研究において、140/90㎜Hgという通常降圧目標を達成するには薬剤が２剤必要だったということ、120/80㎜Hgという厳格な降圧を達成するためには３剤の降圧薬が必要だったと報告されています。ですので、厳格降圧という意味では２剤、３剤使うことが基本となってきますので、その併用についてはたいへん重要だと思っています。また、合剤を使うことによって、アドヒアランスの改善、そして血圧管理の向上に役に立つのではないかと考えられています。

大西　どうもありがとうございました。