

が、注目されたのは降圧目標値の変更である。いずれの GL も従来、糖尿病や慢性腎障害患者において 130/80 mmHg と通常より厳格な降圧を推奨していたが、新 GL ではほかと同じ 140/90 mmHg、さらに高齢者では 150/90 mmHg 程度の降圧がよいとした。これは糖尿病を合併した高血圧において降圧目標収縮期血圧 120 mmHg と 140 mmHg を比較した ACCORD 試験⁵⁾をはじめ、いくつかの大規模臨床試験で厳格な降圧のメリットを見出せなかったことによる。しかし、どこまで下げるべきかはまだ最終結論を見たわけではなく、現在も活発な論議が続いている。最近のトピックスは 2016 年に発表された SPRINT 試験で、120 mmHg までの降圧がイベント抑制効果において 140 mmHg までのそれを上回った。ただしこの試験では糖尿病患者が除外されていた点が相反する結果についての鍵を握っている可能性がある。また、上記のごとく冠動脈疾患では厳格な降圧の効果が見出しにくいに対し、脳血管障害では少なくとも 120 mmHg までの降圧にメリットが認められることが多く⁵⁾、予防したい疾患によって降圧レベルを変える必要もあるかもしれない。私見であるが、どこまで降圧するかについては、臓器障害、中でも自律神経機能障害を呈する一部の患者、具体的には超高齢者や糖尿病歴の長い患者においては血圧を下げ過ぎない配慮が必要で、それ以外では、おそらく 120 mmHg 程度までの降圧は、特に脳卒中の多いわが国においては安全かつ有用ではないかと考えている。

降圧治療の実際

図 1 ですでに示しているように高血圧を診断したら薬物治療に入る前に生活習慣の指導を行う。この期間は最大で 3 ヶ月であり、血圧の高いまま長期間生活習慣改善効果だけを期待することは、ハイリスク症例においては危険である。

薬物治療のアドヒアランス

降圧剤治療に限らず、生活習慣病全般の薬物治療で医師が向きあう必要があるのはアドヒアランスの

問題である。処方薬をすべて服用する人の割合は 50%ほどにすぎず (広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院の調査)、「薬が余っている」と申告する人はまだ良いほうである。高齢者宅に眠る各種治療薬の「残薬」は年間 475 億円という試算もある (朝日新聞デジタル)。対策としてまずありきたりであるが、①薬をのむ患者の立場にたって想像力を働かせる必要がある。患者視線でみれば、例えば 1 日 3 回の薬はほとんど昼に飲み忘れるということは容易にわかる。②薬の数は極力減らす。薬が多くては医師はその薬の意義と重要度に強弱をつけてみているので多いと思わないが、患者はそれができない。薬の数が病気の重さと受けとめる。③飲み方の指導も軽視できない。例えば「食後」と書いてあれば、食事をしない場合は服薬できないと考える人は結構多く、このような場合、結局薬は服用されない。このように考えてくると④配合剤はアドヒアランスを向上させる有力なツールである。例えば、降圧薬で ARB とサイアザイド降圧利尿薬を別々に処方するよりも、両者の合剤を処方するほうがはるかにアドヒアランスがよく、降圧効果も大きい。「利尿薬」とわかれば、外出時などに飲み控えることが多いであろう。

V. 薬物療法

JSH の 2014 年 GL は薬物治療についてアンジオテンシン受容体拮抗薬 (以下、ARB と略す)、アンジオテンシン I 転換酵素阻害薬 (以下、ACE 阻害薬と略す)、カルシウムチャンネル拮抗薬 (以下、CCB と略す)、サイアザイド系利尿薬を単独または組み合わせて用いることを推奨している。各薬剤を積極的に用いるべき病態については GL に記してあるのでここでは省略する。現実的な降圧治療では CCB と ARB または ACE 阻害薬を使用する症例が多いが、その降圧効果は食塩摂取量や患者背景によってかわり、これが両者の使い分けにつながるので紹介する。

表 4 降圧目標

日本高血圧学会のガイドライン 2014	- 降圧目標 -
> 降圧目標	140/90 mmHg 以下
> 糖尿病 かつ / または蛋白尿がある場合	130/80 mmHg 以下
> 後期高齢者	150/90 mmHg 以下*

* 忍容性がある場合はさらなる降圧を試みる