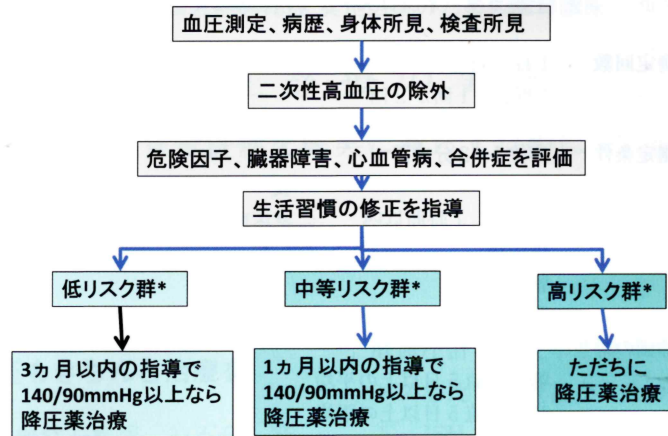


(a)

初診時の高血圧管理計画



* リスク分類は (b)の表を参照

(b)

		血圧分類		
		I 度高血圧 140-159/ 90-99 mmHg	II 度高血圧 160-179/ 100-109 mmHg	III 度高血圧 ≥180 / ≥110 mmHg
リスク層 (血圧以外の予後因子)	リスク第一層 (予後因子がない)	低リスク	中等リスク	高リスク
	リスク第二層 (糖尿病以外の1~2個の 危険因子、3項目を満たす Metsのいずれかがある)	中等リスク	高リスク	高リスク
	リスク第三層 (糖尿病、CKD、臓器障害/ 心血管病、4項目を満たす Mets、3個以上の危険 因子のいずれかがある)	高リスク	高リスク	高リスク

図1 (a) 初診時高血圧の管理計画 (b) 診察室血圧に基づいた心血管病リスク層別化

日本高血圧学会 2014 高血圧ガイドラインより

好発部位に解剖学的特性が似ていることから、腎障害よりは心血管疾患のリスクを予測すると言われる⁴⁾。微量アルブミン尿は再現性があまりよいとは言えないが(当院検討で変動係数70%)、随時尿ではなく早朝第一尿を使うと再現性が上がるようである。当院では学校検診の検尿用キットを渡して早朝第一尿を持参してもらい検査している。なお、尿中微量アルブミン測定は保険診療上は糖尿病性早期腎症のみが適応である。

比較的簡単で有用な検査として筆者は頸動脈エコーをよく行う。一見、臓器障害のなさそうな高血圧患者でも意外な動脈硬化病変を認めることがよく

ある。これらは心血管リスクとしてのエビデンスの怪しいものもあるが、動脈硬化を可視化している点で患者、医師双方の治療に対するモチベーションが上がる。

二次性高血圧、特にこの中で最も頻度の高いアルドステロン症を外来でスクリーニングするには、感度、特異度に問題があるものの血漿アルドステロン濃度(以下、PACと略す)、血漿レニン活性(以下、PRAと略す)、PAC/PRA比を測定するしかない。PACの単位がpg/mlのときPAC/PRA比が200以上(PACの単位がng/dlの場合は20以上)、かつPACが120pg/ml(12ng/dl)以上の場合アルドステロ