

表 2 高血圧診療のポイント

・問診	
- いつから高いのか (若年発症は二次性高血圧, 臓器障害は罹患年数と比例)	
- 体重の変動, 睡眠, 夜間尿の回数	
・家族歴	
- 高血圧・糖尿病, 冠動脈疾患の有無	
・検査 (合併症・臓器障害の評価)	
- 胸部 XP	心拡大, 大動脈瘤の有無
- 心電図	左室肥大, 虚血性心疾患の有無
- 心エコー	左室肥大, 拡張障害, 左房拡大の評価
- ルーチン採血	合併症 (高脂血症, 糖尿病, 腎障害) の有無, 低カリウム血症 (アルドステロン症) の有無
- アルブミン尿*	蛋白尿
- 脈波伝搬速度	閉塞性動脈硬化症, 脈なし病の有無
- 頸動脈エコー	プラーク, 狭窄の有無, 動脈硬化の可視化
- PRA ¹ , PAC ²	アルドステロン症**, 腎血管性高血圧のスクリーニング
- 随時尿中メタネフリン	褐色細胞腫のスクリーニング
・早朝尿と家庭血圧	
- 食塩摂取量とアルブミン尿を同時測定	

¹PRA; plasma renin activity 血漿レニン活性 (ng/ml/hr), ²PAC; plasma aldosterone concentration 血漿アルドステロン濃度 (pg/ml)

* 保険診療上は糖尿病性早期腎症のみ適応

** アルドステロン/レニン比 (PAC/PRA) >200 かつ PAC>120 pg/ml の場合専門医へ紹介

表 3 微量アルブミン尿 顕性アルブミン尿 顕性蛋白尿の定義

	24 時間蓄尿	随時尿 (早朝尿)*	試験紙法による蛋白定性の目安 (随時尿)**
正常	30 mg/day 未満	30 mg/g Cr 未満	-
微量アルブミン尿	30~300 mg/day	30~300 mg/gCr	- ~ +/-
顕性アルブミン尿***	尿アルブミン 300 mg/day 以上	尿アルブミン 300 mg/gCr 以上	+
顕性蛋白尿***	尿蛋白 500 mg/day 以上	尿蛋白 500 mg/gCr 以上	+
ネフローゼ蛋白尿	3.5 g/day 以上	3.5 g/gCr 以上	+++

* クレアチニン (Cr) は 1 日排泄量がほぼ 1 g と一定であるため, 1 g Cr あたりの排泄量は 1 日排泄量の近似値となる

** 試験紙法では アルブミンを含むタンパク濃度が 300 mg/day 相当にならなければ検出されない

*** 「日本糖尿病学会・日本腎臓学会糖尿病性腎症合同委員会」より糖尿病性腎症の診断基準

微量アルブミン尿は傍髄質の糸球体の輸入細動脈の障害を反映し, 糖尿病性腎症の早期診断だけでなく心血管イベントの危険因子として有用である (ただし保険診療上は糖尿病性早期腎症のみが適応となるので注意)

ン症の疑いがあり, 専門医に紹介する。PRA, PAC はともに体位, 日内変動, 投薬の影響を受けやすいが, 典型例, 重症例のアルドステロン症ではその影響が小さく随時, 座位, 投薬下の採血でも検出可能といわれる。現実的にはそのような症例以外は手術適応になることが少ないので随時, 投薬下の採血でも十分有用ともいえる。腎血管性高血圧は若年者にも高齢者にも起こりうる二次性高血圧である。PRA が高値である, 腹部エコーで腎臓の大きさの左右差がある, ARB や ACE 阻害剤が予想以上の降圧作用がある場合などに注意する。造影 CT, MRI/MRA でスクリーニング可能である。

褐色細胞腫は頻度が少なく, 急激な血圧上昇など

でこれを疑う症例のうち, 実際に本症であるのはわずか 1% といわれる。カテコールアミンの分泌過剰の証明が診断に必須であるが, 半減期の長いメタネフリン, ノルメタネフリンをスポット尿で測り, 大幅な高値を認めなければ否定的である。

IV. 高血圧の治療

降圧目標

JSH 2014 年の GL によると, 降圧目標は 140/90 mmHg 以下, 後期高齢者は 150/90 mmHg 以下, 糖尿病, 蛋白尿がある場合 130/80 mmHg 以下とする (表 4)。2013 年と 2014 年には国際的に影響力の大きい欧州と米国の高血圧 GL が相次いで改定された