

診療所だより 平成 27年（2015年）9月

「高血圧治療」について

— 高血圧治療ガイドラインの改訂（JSH2014）から —



高血圧は、「サイレントキラー」（「沈黙の殺人者」の意）とも呼ばれています。これといった自覚症状がないため、危険を自覚しないまま放置され、知らないうちに進行し、ある日突然命にかかわる状態となり、初めてことの重大性に気が付く病気です。

つまり高血圧を放置すると、動脈硬化が進行し、のちに虚血性心疾患（狭心症や心筋梗塞）や脳卒中などを引き起こす危険性が高くなるなど重要な臓器に病変を起こし、それがひいては高血圧者の健康寿命を短くします。

日本高血圧学会では、2014年4月に**高血圧治療ガイドライン（JSH2014）**を改訂しました。

診療室血圧より家庭血圧をより重視

従来、医師が測定する血圧（診察室血圧測定）をもとに高血圧症の診断・治療が行われてきましたが、24時間血圧測定が取り入れられ、家庭血圧測定が普及するとともに、それらにより測定した血圧値と外来血圧との間に大きな差を認められるようになっていきます。そして、外来で測定する血圧が必ずしも患者さん本来の血圧を反映していないのではないか、との考え方がうまれてきました。

JSH2000では触れていませんが、**家庭血圧**および**24時間自由行動下血圧測定（Ambulatory Blood Pressure Monitoring：ABPM）**によって得られる情報として、JSH2004につづきJSH2009、さらにJSH2014でもより重視され、**白衣高血圧**（外来で測定された血圧は高血圧でも非医療環境下で測定した血圧は正常）のほかに、**仮面高血圧**（下記）にも言及されています。

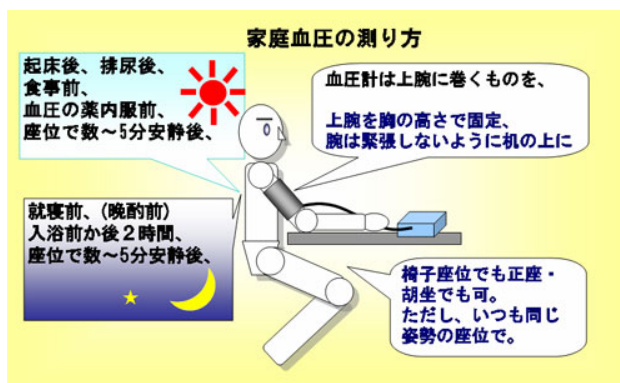
家庭血圧については、診察室血圧よりも臨床的価値が高いとする根拠がさらに蓄積され、JSH2014では診察室血圧よりも優先する方針を打ち出しています。そして「**診察室血圧と家庭血圧の間に差がある場合、家庭血圧による診断を優先する**」とされています。

家庭血圧の測定方法（図 右）について、従来は「1回以上（1～3回）」と幅を持たせていた1機会の測定回数を、JSH2014では**1機会、原則2回の測定とし、平均値をその機会の血圧値として用いる**、というように分かりやすく記述されています。また、1日に朝（起床後1時間以内）、晩（就寝前）2回の測定を基本とします。

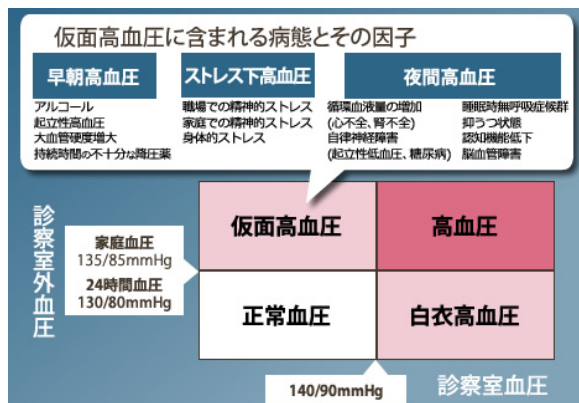
朝は起床後1時間以内に。（排尿後、朝の服薬前、朝食前、座位1～2分安静後）、晩は就寝前に、座位1～2分の安静後に測定します。

高血圧基準値は心血管病の発症リスクから定義され、**診察室血圧値が収縮期血圧140mmHg以上あるいは拡張期血圧90mmHg以上、家庭血圧値が収縮期血圧135mmHg以上あるいは拡張期血圧85mmHg以上（24時間ABPM血圧の平均値で収縮期血圧130mmHg以上あるいは拡張期血圧80mmHg以上）の場合に、高血圧として対処**されます。

高血圧の診断に際しては、診察室血圧で高血圧が疑われた場合には、家庭血圧が測定されます。家庭血圧が135/85mmHg以上であれば、「高血圧」（または「仮面高血圧」）として降圧療法が開始されます。125/75mmHg未満であれば「正常血圧」として扱われますが、125～134/70～84mmHgの場合にABPMにより平均130/80mmHg以上（昼間平均平均135/85mmHg以上、夜間平均平均120/70mmHg以上）であれば「高血圧」と診断されます。ABPMによる血圧測定ができない場合には、「正常血圧」として扱われます。



診察室では正常血圧であるのに、家庭や職場などで測定した血圧が高い、という「診察室血圧」ではマスクされた高血圧という意味で「**仮面高血圧**」というものもあります（図 左下）。ABPMにより、昼間の活動中に血圧が上がるタイプ（「**昼間高血圧（ストレス下高血圧）**」）と、夜間睡眠中に血圧が上がるタイプ、「**夜間高血圧**」、そして「**早朝高血圧**」に分類されます。「仮面高血圧」は持続高血圧と同じくらい心肥大や動脈硬化を起こします。特に「早朝高血圧」は、心血管疾患のリスクになることが知られており、治療を考える必要があります。既に降圧薬治療中であっても見られることがあり、この場合は、服薬の内容や時間帯を工夫する必要があります。すなわち、**24時間の血圧のコントロールも重要**とされています。

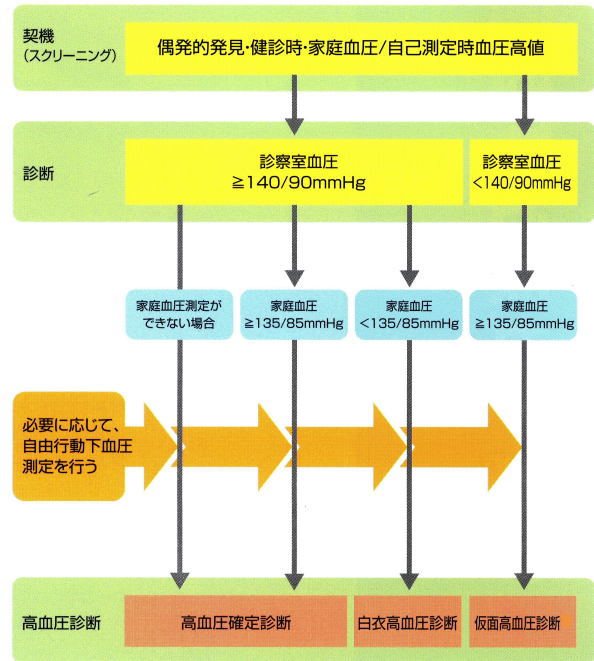


降圧目標を一部変更

以前のガイドラインでは、高血圧の診断基準を140/90mmHg以上としながらも、降圧目標は130/85mmHg未満とされていました。そのため、130～140mmHgに降圧できた場合、基準を満たさなくなったのに目標は達成していないという“矛盾”が生じていました。これを解消するため、基準値と目標値を一致させました。

診断基準を高めの数値（140/90mmHg）に合わせたのは、より低い目標血圧を支持するデータが乏しく、幾つかの介入試験で絶対リスクの減少が少なかったことによります。

JSH2014における降圧目標は**若年・中年では診察室血圧で140/90mmHg未満、65～74歳の高齢者では140/90mmHg未満、75歳以上では150/90mmHg未満（診察室血圧）**とされました。さらに家庭血圧の診断を優先し、**若年・中年・前期高齢者では診察室血圧で135/85mmHg未満**とされています。



図：血圧測定と高血圧診断手順

表1 ●降圧目標：JSH2009からの主な変更点

前期高齢者はそのままで、 後期高齢者は150/90mmHg未満 (忍容性があれば140/90mmHg未満)に	
若年者・中年者	130/85mmHg未満
高齢者	140/90mmHg未満
糖尿病患者	130/80mmHg未満
CKD患者	140/90mmHg未満
心筋梗塞後患者	140/90mmHg未満
脳血管障害患者	140/90mmHg未満

CKDは蛋白尿陽性例のみそのまま
冠動脈疾患患者とされ140/90mmHg未満に

JSH2009に引き続き、予後改善のために積極的な降圧が重要とされていますが、無症候性の合併症が多い、生理機能の個人差が大きいなど高齢者に特有の状況にも留意しながら、個々の状態や合併症に最も適した降圧治療を行う必要があります。後期高齢者高血圧では慎重かつ緩徐に150/90mmHg未満へ臓器障害を伴うことが多い後期高齢者は、重要臓器の血流障害をもたらす可能性に留意し150/90mmHg未満とされました。ただし、「忍容性」（服用した人にとってどの程度耐えられるかを表す言葉）があれば140/90mmHg未満を目指すように明記されています。

糖尿病合併患者の降圧目標は据え置かれましたが、冠動脈疾患、脳血管障害合併患者、慢性腎臓病（CKD）合併患者での扱いが分かりやすく整理されました。（図 上）

図は、「高血圧治療ガイドライン2014 [JSH2014]」日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会（編集）、「南医院」ホームページ、「血管ケアフォーラム」ホームページ、「高血圧治療ガイドライン2014<卓上版>」<大日本住友製薬>、<日経メディカル> 特別編集版 2013.12 から引用しました。

この「診療所だより」や診療についてのご意見・ご要望などをお気軽にお寄せください。
これからの参考にさせていただきます。

編集・発行： 勝山 淳亮

勝山診療所

〒639-2216 奈良県御所市343番地の4(御国通り2丁目)

電話：0745-65-2631