

1 高血圧症 治療薬の選び方

島本和明

札幌医科大学 第二内科 教授

Point 1 2次性高血圧を鑑別して、本態性高血圧の診断をつける習慣を身につける。

Point 2 積極的適応、副作用、禁忌、慎重投与を考慮して、第1選択薬の5つのなかから降圧薬を選択できる。

Point 3 最初の降圧薬で十分に下がらない場合、増量、変更、併用の3つから治療を選択できる。

Point 4 仮面高血圧を念頭に、早期高血圧など24時間の血圧を把握し、厳格な降圧を目指すことができる。

Point 5 治療抵抗性高血圧に対処できる。

KEY SUMMARY

- ①本態性高血圧は2次性高血圧を鑑別して診断される。
- ②必要に応じて2次性高血圧の検査を行う。
- ③高血圧治療は生活習慣改善と薬物療法から成る。
- ④高血圧治療の第1選択薬は、Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、降圧利尿薬、β遮断薬の5つである。
- ⑤最初の降圧薬で血圧が下がらない場合、増量、併用、切り替えの3つのなかから次の治療を考える。
- ⑥仮面高血圧や白衣高血圧に留意して治療するが、家庭血圧測定は重要である。

1. 2次性高血圧の鑑別診断

症例 1 73歳の男性

50歳時より高血圧を指摘され、52歳時より降圧薬（Ca拮抗薬）を服用して血圧 138/88 mmHgで管理されていた。65歳時に胸痛あり、労作性狭心症の診断で冠動脈形成術を受けている。その後、狭心症の服薬も続け、胸痛はない。72歳時より血圧がさらに高くなり、174/106 mmHgでCa拮抗薬を増量、さらに降圧利尿薬を追加され、158/102 mmHgと少し下がったが高めである。血液、生化学、検尿では異常を指摘されていない。

2次性高血圧の合併

この患者の診断で可能性の高いものは本態性高血圧に腎血管性高血圧を合併した場合である。元来の高血圧は本態性高血圧と考えられ、動脈硬化性の狭心症もあることより、腎動脈硬化による腎血管性高血圧を合併したものと思われる。

高血圧の90%は本態性高血圧であるが、2次性高血圧は治療によって改善するので、見逃すことなく原因を精査し、2次性であればそれを除くことが原則である。表1に主な2次性高血圧の所見と検査法を、図1に腎血管性高血圧の確定診断のための検査を示す。本例では、本態性高血圧に合併しているため、腎血管形成術後、血圧は低下しても高血圧は続く可能性がある。その場合は、本態性高血圧として治療を継続する。

表1 主な二次性高血圧を示唆する所見と鑑別に必要な検査¹⁾

原因疾患	示唆する所見	鑑別に必要な検査
腎実質性高血圧	蛋白尿, 血尿, 腎機能低下, 腎疾患既往	血清免疫学的検査, 腎超音波・CT, 腎生検
腎血管性高血圧	若年者, 急な血圧上昇, 腹部血管雑音, 低K血症	PRA, PAC, 腎血流超音波, レノグラム, 血管造影
原発性アルドステロン症	四肢脱力, 夜間多尿, 低K血症	PRA, PAC, 副腎CT, 負荷検査, 副腎静脈採血
クッシング症候群	中心性肥満, 満月様顔貌, 皮膚線条, 高血糖	コルチゾール, ACTH, 腹部CT, 頭部MRI
褐色細胞腫	発作性・動揺性高血圧, 動悸, 頭痛, 発汗, 神経線維腫	血液・尿カテコールアミンおよびカテコールアミン代謝産物, 腹部超音波・CT, MIBGシンチグラフィ
甲状腺機能低下症	徐脈, 浮腫, 活動性減少, 脂質, CPK, LDH 高値	甲状腺ホルモン・自己抗体, 甲状腺超音波
甲状腺機能亢進症	頻脈, 発汗, 体重減少, コレステロール低値	甲状腺ホルモン・自己抗体, 甲状腺超音波
副甲状腺機能亢進症	高Ca血症	副甲状腺ホルモン
大動脈縮窄症	血圧上下肢差, 血管雑音	胸(腹)部CT, MRI・MRA, 血管造影
脳幹部血管圧迫	治療抵抗性高血圧, 顔面けいれん, 三叉神経痛	頭部(延髄)MRI・MRA
睡眠時無呼吸症候群	いびき, 昼間の眠気, 肥満	夜間睡眠モニター
薬剤誘発性高血圧	薬物使用歴, 治療抵抗性高血圧, 低K血症	薬物使用歴の確認

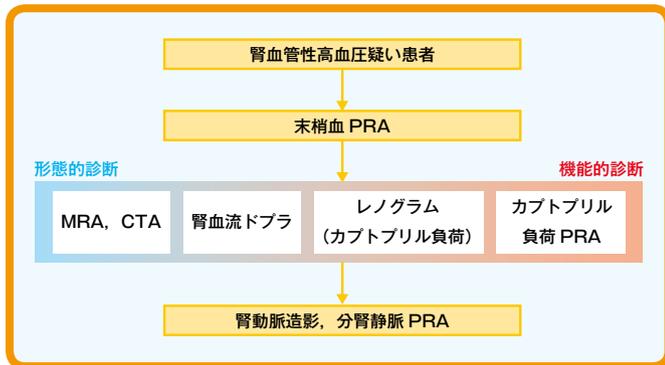


図1 腎血管性高血圧の確定診断のための検査¹⁾

表2 (診察室) 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化¹⁾

リスク層 (血圧以外のリスク 要因)	血圧分類			
	正常高値血圧 130 ~ 139 /85 ~ 89 mmHg	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
リスク第一層 (危険因子がない)	付加リスク なし	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, メ タボリックシンド ローム*がある)	中等リスク	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, 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	高リスク

*リスク第二層のメタボリックシンドロームは予防的な観点から以下のように定義する。正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満(男性 85 cm以上, 女性 90 cm以上)に加え, 血糖値異常(空腹時血糖 110 ~ 125 mg/dl, かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常), あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの。両者を有する場合はリスク第三層とする。他の危険因子がなく腹部肥満と脂質代謝異常があれば血圧レベル以外の危険因子は2個であり, メタボリックシンドロームとあわせて危険因子3個とは数えない

2. 降圧薬の選択

症例2 57歳の男性

会社管理職。会社の健診で47歳時に少し血圧が高めで142/88 mmHgといわれる。その後55歳まで136 ~ 144/86 ~ 92 mmHgで, 生活習慣(減塩)に気をつけるよう指導されていた。56歳時は146/94 mmHgで受診を勧められるも放置。57歳時には158/98 mmHgで近医受診, 2次性高血圧を否定され, 治療開始となる。

初期投与薬

症例2の場合, 本態性高血圧でありI度高血圧なので, リスクの層別化(表2)を行い, 図2に示す方針で治療を

開始する。降圧薬は, 第1選択薬としてCa拮抗薬, ARB, ACE阻害薬, 降圧利尿薬, β遮断薬のなかから, まず通常量でスタートする。その際, 積極的適応(表3), 禁忌・慎重投与(表4)を参考にして薬剤を選ぶ。とくにこれらのなかで当てはまるものがない場合には, 一般的にはCa拮抗薬かARBで治療開始することが多い。