



だれもが最初はヤバレジだった
聖路加チーフレジデントが
あなたをできるレジデントにします!

聖路加国際病院 内科チェアマン 監修●岡田 定
聖路加国際病院 内科チーフレジデント 執筆●猪原 拓 山添正博
小山田亮祐 藤井健夫

ヤバレジ：研修1年目レジデント。ガッツはあれど、なぜかいつも空回り。性格は素直で快活。体力には自信アリ!

チーフレジ：念願のチーフレジに就任し、気合と意欲は充分。今度こそ頼れる先輩と呼ばれるか!? おとぼけは健在か!?

デキレジ：研修2年目レジデント。お嬢様育ちでマイペース。教科書的知識を駆使してできるところを見せたいが…。

アテンディング：指導医。レジデントのみんなを、やさしく、ときに厳しく見守る。



連載 第9回

降圧薬の使い方 ～Ca拮抗薬だけがすべてじゃない!～

猪原 拓

- First Step**：高血圧の管理は、まず生活習慣の改善から
- Second Step**：降圧薬を使い分けよう
- Third Step**：降圧薬の併用療法を考えよう

First Step：高血圧の管理は、まず生活習慣の改善から

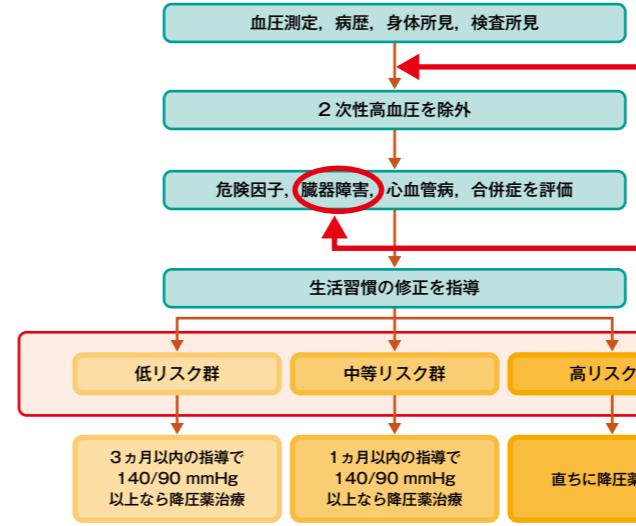
- 高血圧管理の流れを復習しよう (図1)。
- 降圧目標を確認しよう。
- 「生活習慣の改善」を具体的に考えよう。

Second Step：降圧薬を使い分けよう

- 降圧薬の使い方の原則を知ろう。
- 各々の降圧薬の特徴、禁忌および副作用を知っておこう。
- 臓器合併症に応じて降圧薬を使い分けよう (表1)。

Third Step：降圧薬の併用療法を考えよう

- 降圧薬1剤で効かないとき、2剤目選択の原則を知ろう (図2)。
- 合剤も使えるようになろう。
- 治療抵抗性高血圧に出あったときの対応を知っておこう。



若年発症高血圧
治療抵抗性高血圧
急激に悪化した高血圧
ACE阻害薬やARB投与による腎機能悪化
血清クレアチニン上昇、尿検査異常
電解質異常 (とくに低カリウム血症)
頭痛、動悸、発汗の三徴
満月様顔貌、中心性肥満、筋力低下など

- 脳**
 - 脳出血・脳梗塞
 - 無症候性脳血管障害
 - 一過性脳虚血発作
- 心臓**
 - 左室肥大 (心電図、心エコー)
 - 狭心症・心筋梗塞・冠動脈再建
 - 心不全
- 腎臓**
 - 蛋白尿 (尿微量アルブミン排泄を含む)
 - 低いeGFR (<60 ml/分/1.73 m²)
 - 慢性腎臓病 (CKD)・確立された腎疾患 (糖尿病性腎症・腎不全など)
- 血管**
 - 動脈硬化性プラーク
 - 頸動脈内膜・中膜壁厚 >1.0 mm
 - 大血管疾患
 - 閉塞性動脈疾患 (低い足関節上腕血圧比：ABI<0.9)
- 眼底**
 - 高血圧性網膜症

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
リスク層 (血圧以外のリスク要因)				
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

図1 高血圧管理計画 (文献¹⁾を参考に作成；チーフレジ連載第5回「生活習慣病」から引用)

表1 主要降圧薬の積極的適応 (文献¹⁾より引用)

	Ca拮抗薬	ARB/ACE阻害薬	利尿薬	β遮断薬
左室肥大	●	●		
心不全		●*1	●	●*1
心房細動 (予防)		●		
頻脈	●*2			●
狭心症	●			●*3
心筋梗塞後		●		●
蛋白尿		●		
腎不全		●	●*4	
脳血管障害慢性期	●	●	●	
糖尿病 /MetS ⁵		●		
高齢者	●*6	●	●	

*1 少量から開始し、注意深く漸増する *2 非ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬 *3 冠攣縮性狭心症には注意 *4 ループ利尿薬 *5 メタボリックシンドローム *6 ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬
ARB；アンジオテンシンII受容体拮抗薬，ACE；アンジオテンシン変換酵素

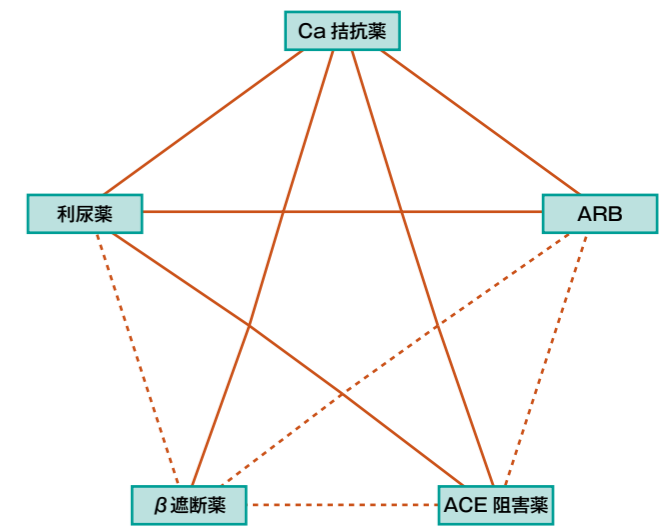


図2 2剤の併用 (文献¹⁾より引用)
推奨される併用を実線で示す。