

TRANSITION TO HEALTH (059)

“高血圧は慢性疾患”ではない ⑧

～ 血圧は『どこまでなら下げてもよいか?』 ～

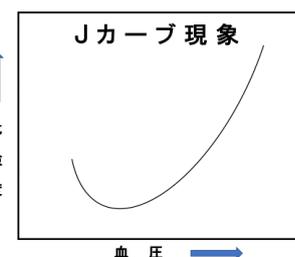
はじめに

四半世紀以上前は、上の収縮期血圧が常に 170～180mmHg 以上、あるいは下の拡張期血圧が常に 90mmHg 以上で初めて降圧剤治療の対象となっていた。2000 年から 2009 年までの日本高血圧学会の「**高血圧治療ガイドライン**」では、65歳未満の降圧目標は診察室測定で『130/85 未満』、家庭測定（2009 年導入）で『125/80 未満』と厳格であった。しかし、2014 年4月の改定では、診察室血圧『140/90 未満』、家庭血圧『130/85 未満』と緩和された。ところが、その1年後、2015 年に発表された**米国**の大規模臨床試験 SPRINT の結果は、世界中の臨床医に衝撃を与えた。それは心血管疾患を合併した患者や後期高齢者であっても『120 mmHg 以下に下げるべきである』という『**the lower, the better**（血圧はより低い方が好ましい）』を後押しするエビデンスであったからである。

もし、今後、一律に米国 SPRINT 試験の厳格降圧療法が日本に適用された場合、目標収縮期血圧は、『140 mmHg ⇒ 120 mmHg』と、20mmHg も下げられてしまい、極めて危険であると、健診医の私は個人的に危惧している。

Jカーブ理論（血圧は下げすぎても危険！） やはりJカーブリスクは存在する！

「高血圧は、脳などの**重要臓器**への**血流を保つための代償作用**であり、その高い血圧でないと重要臓器の血流を維持できないため、降圧剤で無理やり下げってしまうのは危険である」という「**Jカーブ理論**」がある。1987年にLancet誌に発表されたCruickshankらの論文が有名である。この論文は降圧治療を受けていた心筋梗塞患者についての血圧値と死亡との関係についての後向き調査で、「降圧剤で下の拡張期血圧を8.5mmHg以下に下げると、心筋梗塞の再発による死亡が増加した」というものであった。



★「Jカーブ理論」の否定から “ the lower, the better ” への流れ

しかし、この「**Jカーブ理論**」は、その後に行われたHOT(Lancet 1998)、PROGRESS(Lancet 2001)、ALLHAT(JAMA 2002)などの数々の前向き大規模臨床試験によって否定されてしまった。これらの試験の結果は、血圧を130/80mmHg あるいは135/75mmHg に下げると、脳血流障害の減少を含めて予後が改善するというものであった。また、2型糖尿病患者を対象としたACCORD BP試験(N Engl J Med 2010)では、降圧目標120mmHg 未満の**厳格療法群**と140mmHg 未満の**標準療法群**では、**心血管イベント**の抑制効果には**差はなかった**、と報告されている。しかし、**脳卒中**発症抑制効果では**厳格群の方が優っていた**。（この場合の脳卒中は脳出血だけを意味しているのか？）

公益財団法人 静岡県産業労働福祉協会

〒421-0113 静岡市駿河区下川原 6 丁目 8 番 1 号

TEL054(258)4855(代) FAX054(258)4403

http://www.kenshin-shizuoka.net

E-mail:info@kenshin-shizuoka.net

私は、個人的には心疾患（心筋**梗塞**）と脳卒中（脳**梗塞**・脳**出血**・クモ膜下**出血**など）は別個に考えるべきではないかと考えている。ここでいう心疾患には「心筋**梗塞**」はあっても「心**出血**」というものはないからである。

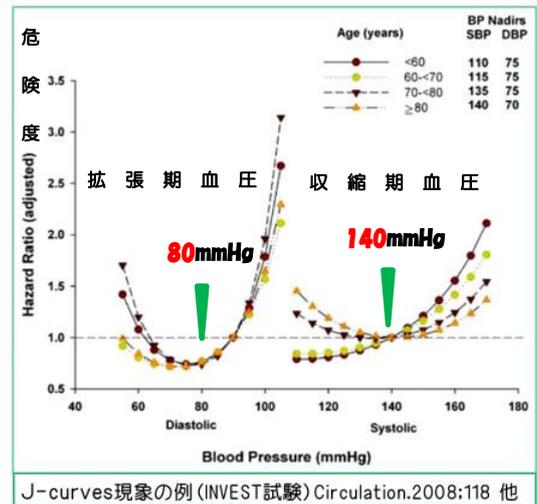
脳血管障害について、主に脳出血のことだけを考えるならば、“the lower, the better（低ければ低いほどよい）”という考え方が一般的であり、**Jカーブ現象**「血圧が低すぎると発病率が上昇する」は無い、とされても仕方なかろう。

現在の日本における血圧コントロールに関する通説は“the lower, the better”、とにかく「**血圧は下げれば下げるほどよい**」ということになっているようだ。しかし、**血圧が下がり過ぎると死を招くことは明らかであるから、「これ以上は下げない方がよい」という血圧値（Jカーブ理論の最下点・底）は必ず存在するはずである。**

★Jカーブ理論の復活！！

『INVEST 試験』という**糖尿病に冠動脈疾患**を合併した22,576人を対象としたランダム化比較試験（2008）では、試験終了後6,400人を対象に前向きに追跡し、サブ解析が行われたが（JAMA 2010）、ここでは厳格な降圧療法の有用性は証明されず、**過度の降圧は死亡率を上昇させる可能性が指摘された。**（右図参照、丸山加筆）

上の収縮期血圧が130mmHg以下に維持された厳格管理群と130~140mmHg止まりの通常管理群において、総死亡と非致死的心筋梗塞、脳卒中などのイベントの発生率には差は認められなかった。ところが、厳格管理群を詳細に解析した結果では、**110mmHg以下で優位にイベント発生率が増えていた**という。つまり、「**110以下への下げ過ぎ、下がり過ぎは危険**」ということである。私流に言わ



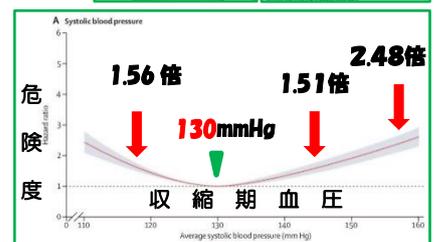
せれば、上の収縮期血圧**110 mmHg以下**の降圧は明らかに**危険**であるが、110を超え120~130~140mmHgの緩い降圧では差がなかったのだから、**降圧目標は厳格にせず、「135~140mmHgでよい」**のではないかと、思う。

★冠動脈疾患患者への降圧治療では「Jカーブリスク」に留意が必要（2016.8.26 Lancet）

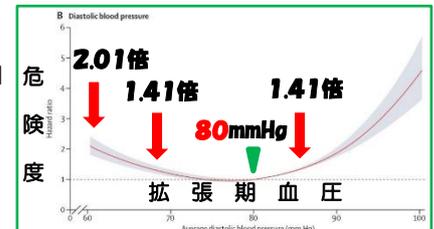
フランス・パリ第7大学のEmmanuelle Vidal-Petiot氏（右写真）らの研究グループが、2009年11月~2010年6月にかけて45カ国、安定**冠動脈疾患**で降圧治療を受けている2万2,672人を対象に**前向き**のコホート研究を行なった。患者さんの追跡期間の中央値は**5.0年**。その結果は、「**120/70mmHg未滿**」と「**140/80mmHg以上**」の両群で、死亡を含む有害心血管イベント発生リスクが優位に増大するという「**Jカーブ**」を描くことが確認された。（右図参照 論文のグラフに丸山が加筆）



収縮期血圧についてみると、「120~129mmHg」群（対象群）に対して、「**140~149mmHg**」群は心血管イベント発生の**危険度**は**1.51倍**、さらに「**150mmHg以上**」群の危険度は**2.48倍**だった。逆にコントロール良好と思われがちな「**120mmHg未滿**」群での危険度も高く、なんと**1.56倍**だった。



次に拡張期血圧についてみると、「70~79mmHg」群（対象群）に対して、「**80~89mmHg**」群の危険度は**1.41倍**。良好と思われがちな「**60~69mmHg**」群での危険度も同じく**1.41倍**。さらに「**60mmHg未滿**」群では危険度は**2.01倍**に上昇。冠動脈疾患患者に対する降圧治療は注意深く行なわれるべきで、**冠動脈への血液還流の3分の2は拡張期になされるので、「拡張期血圧が低すぎると心筋梗塞の再発につながる」**のも当然と言える。結局、「**収縮期も拡張期も下げ過ぎは危険！**」ということである。



おわりに

降圧目標に関するエビデンスは、心筋梗塞や脳卒中などの既往のある患者さんや、糖尿病で心合併症を有する患者さんなどの集団に対して行なわれた調査に基づいたものである。この「健康通信」を読まれている皆さんの多くは、仮に血圧が高くても、まだ重大なイベント（疾患）を起こしていない方々がほとんどであろう。そんな皆さんが、**生活習慣を修正することなく、長期にわたり漫然と降圧治療を受け続けるとしたら、それは将来、脳卒中や心筋梗塞などを発症する危険性を高めることになる**のかもしれない。今回は、胸部X線写真についてお話ししましょう。