

高血圧治療ガイドライン 2004（抜粋）

1. 基本的考え方

高血圧は日常の診療で最も多く遭遇する病気であり、現在約 3500 万人もいると言われ、国民の 4 人に 1 人が高血圧に罹患していることになる。高血圧罹病率は加齢と共に増加するが、現在我が国は世界に類を見ないスピードで高齢化社会を迎えようとしていることから、高血圧の対策と予防は益々重要な今日的課題となっている。本ガイドラインの作成にあたって、日本人特有の生活習慣と心血管病に照準を合わせた治療を心がけ、医療経済にも配慮した。できるだけ日本人を対象とした臨床試験を入れることにしたが、実際には我が国の大規模臨床試験はいまだ少ない。我が国でも臨床試験が着実に進行しているので、次回改訂においてはその結果が活かされるものと思う。

2. 診断方法及び診断基準

血圧測定はカフを心臓の高さに保ち、安静座位の状態でする。1～2 分の間隔をおいて複数回測定し、安定した値（測定値の差が 5mmHg 未満）を示した 2 回の平均値を血圧値とする。高血圧の診断は少なくとも 2 回以上の異なる機会における血圧値に基づいて行う。血圧値の分類は、表の血圧分類に従い、血圧値のほか、血圧以外の危険因子、高血圧性臓器障害、心血管病の有無により高血圧患者を低リスク、中等リスク、高リスクの 3 群に層別化する。高血圧の病型は本態性高血圧と二次性高血圧に分類され、二次性高血圧は問診、身体所見、一般臨床検査所見より疑い、必要に応じて診断のための特殊検査を行う。

成人における血圧値の分類

分類	収縮期血圧 (mmHg)		拡張期血圧 (mmHg)
至適血圧	< 120	かつ	< 80
正常血圧	< 130	かつ	< 85
正常高値血圧	130～139	または	85～89
軽症高血圧	140～159	または	90～99
中等症高血圧	160～179	または	100～109
重症高血圧	≥ 180	または	≥ 110
収縮期高血圧	≥ 140	かつ	< 90

3. 治療の基本方針（ステップ）

1) 高血圧治療の目的

高血圧の持続によってもたらされる心血管病の発症とそれらによる死亡を抑制し、高血圧患者が充実した日常生活を送れるように支援することである。

2) 高血圧治療の対象

すべての高血圧患者（血圧 140/90mmHg 以上）であるが、糖尿病や腎障害合併例では 130/80mmHg 以上であれば治療の対象となる。

3) 降圧治療の実際

降圧治療は生活習慣の修正（第 1 段階）と降圧薬治療（第 2 段階）である。降圧薬治療開始時期は図に示すように個々の患者の血圧レベル、心血管病に対する危険因子の有無、高血圧に基づく臓器障害の有無ならびに心血管病の有無から決定する。

4) 生活習慣の修正

食塩摂取量の制限、野菜や果物の摂取の促進、飽和脂肪酸や総脂肪量摂取の制限、肥満であれば体重減量、運動療法、アルコール摂取量の制限、禁煙などである。

5) 降圧薬療法

降圧薬の使用上の原則は、1 日 1 回投与の薬物で、低用量から開始する。増量時には 1 日 2 回の投与方法も考慮する。副作用の発現を抑え、降圧効果を増強するためには適切な降圧薬の組み合わせ（併用療法）がよい。

本邦で現在降圧薬として使用されている主な薬物はカルシウム (Ca) 拮抗薬、レニン・アンジオテンシン (RA) 系抑制薬であるアンジオテンシン変換酵素 (ACE) 阻害薬とアンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、利尿薬 [サイアザイド系および類似薬、カリウム (K) 保持性利尿薬、ループ利尿薬]、 β 遮断薬 (α β 遮断薬を含む)、 α 遮断薬である。作用機序が異なる降圧薬間には副作用にもそれぞれ特徴がある。科学的根拠に基づく治療薬の選択という観点に立てば、 α 遮断薬は成績に欠ける。

4. その他

JSH-2004 におけるメタボリックシンドローム合併高血圧の治療

メタボリックシンドロームにおける高血圧の治療としては、130-139/85-89mmHg では腹部肥満の是正を中心に生活習慣の改善を行なう。140-90mmHg 以上では生活習慣改善と並行して降圧薬療法に入る。

治療については、降圧目標を 130-85mmHg 未満とし、降圧薬としては、インスリン抵抗性を改善する ARB、ACE 阻害薬、Ca 拮抗薬、 α 遮断薬が用いられる。糖尿病がある場合は糖尿病に準じる。

高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン第1版（抜粋）

1. 基本的考え方

高尿酸血症に対しては、その持続によってもたらされる体組織への尿酸（塩）沈着を解消し、痛風関節炎や腎障害などを回避することが狭義の治療目標となる。また、肥満、高血圧、糖・脂質代謝異常などの合併症についても配慮し、生活習慣を改善して、高尿酸血症・痛風の生命予後の改善を図ることが最終目標となり、最も大切である。

2. 診断方法及び診断基準

・高尿酸血症の定義

性・年齢を問わず、血漿中の尿酸溶解度である 7.0 mg/dL を正常上限とし、これを超えるものを高尿酸血症と定義する。

・痛風関節炎の診断基準

1. 尿酸塩結晶が関節液中に存在すること。
2. 痛風結節の証明。
3. 以下の項目のうち 6 項目以上を満たすこと。
 - a) 2 回以上の急性関節炎の既往がある。
 - b) 24 時間以内に炎症がピークに達する。
 - c) 単関節炎である。
 - d) 関節の発赤がある。
 - e) 第一中足趾節関節の疼痛または腫脹がある。
 - f) 片側の第一中足趾節関節の病変である。
 - g) 片側の足関節の病変である。
 - h) 痛風結節（確診または疑診）がある。
 - i) 血清尿酸値の上昇がある。
 - j) X線上の非対称性腫脹がある。
 - k) 発作の完全な寛解がある。

・痛風関節炎診断上の注意点

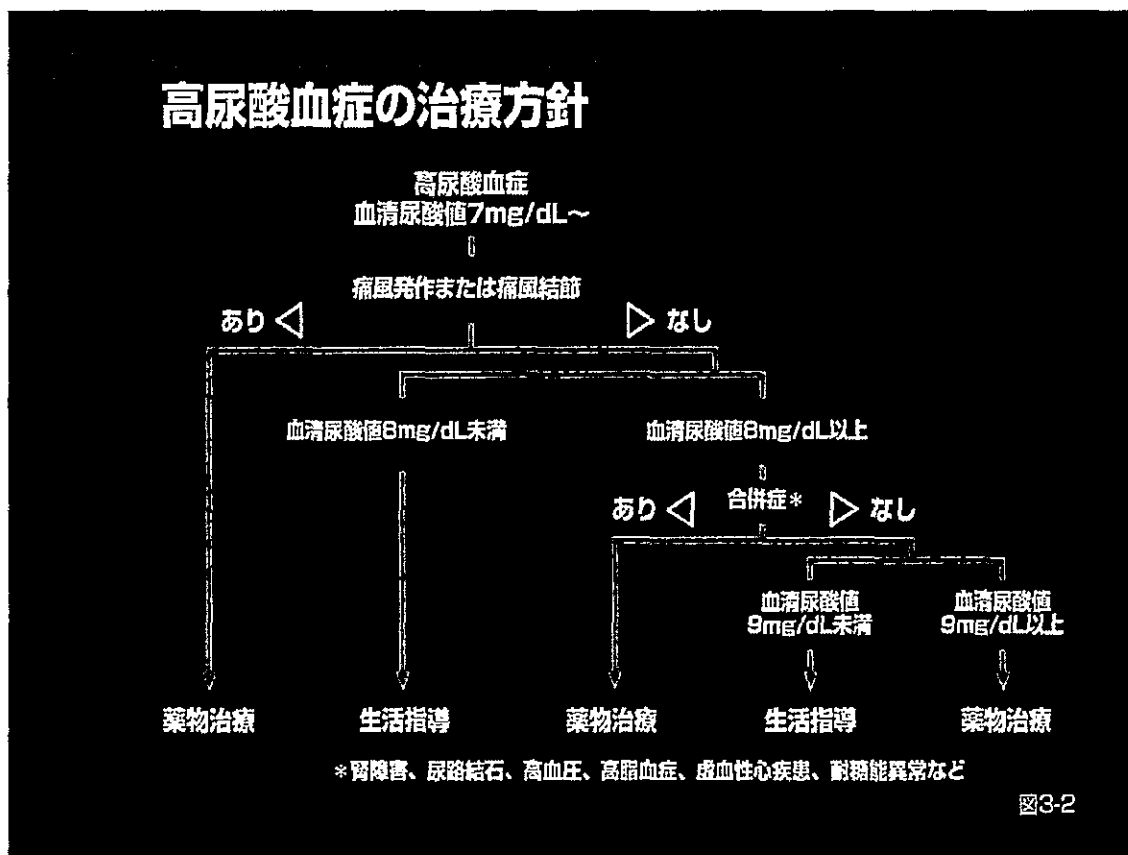
1. 痛風発作中の血清尿酸値は低値を示すことがあり、診断的価値は高くない。
2. 関節液が得られたら迅速に検鏡し、尿酸塩結晶の有無を同定する。
3. 痛風結節は診断上価値があるが頻度は低い。

3. 治療の基本方針（ステップ）

・痛風関節炎の治療

痛風関節炎は一般的に疼痛が激しく、短期間ではあるが、患者のQOLを著しく低下させる。従って、患者の苦痛を除去し、QOLを改善することがその治療目標となる。さらに、痛風関節炎の経験は、原因となる高尿酸血症の長期治療へ導入する上でも重要であり、関節炎の沈静化をもって治療が終了したと考えてはならない。治療手段としては、コルヒチン、NSAID、ステロイド薬がある。

・高尿酸血症の治療



- ・尿酸降下薬には尿酸排泄促進薬と尿酸生成抑制薬があるが、尿酸排泄低下型高尿酸血症には尿酸排泄促進薬、尿酸産生過剰型高尿酸血症には尿酸生成抑制薬を選択することが原則となる。
- ・治療目標血清尿酸値は6mg/dL以下にすることが望ましい。

4. その他

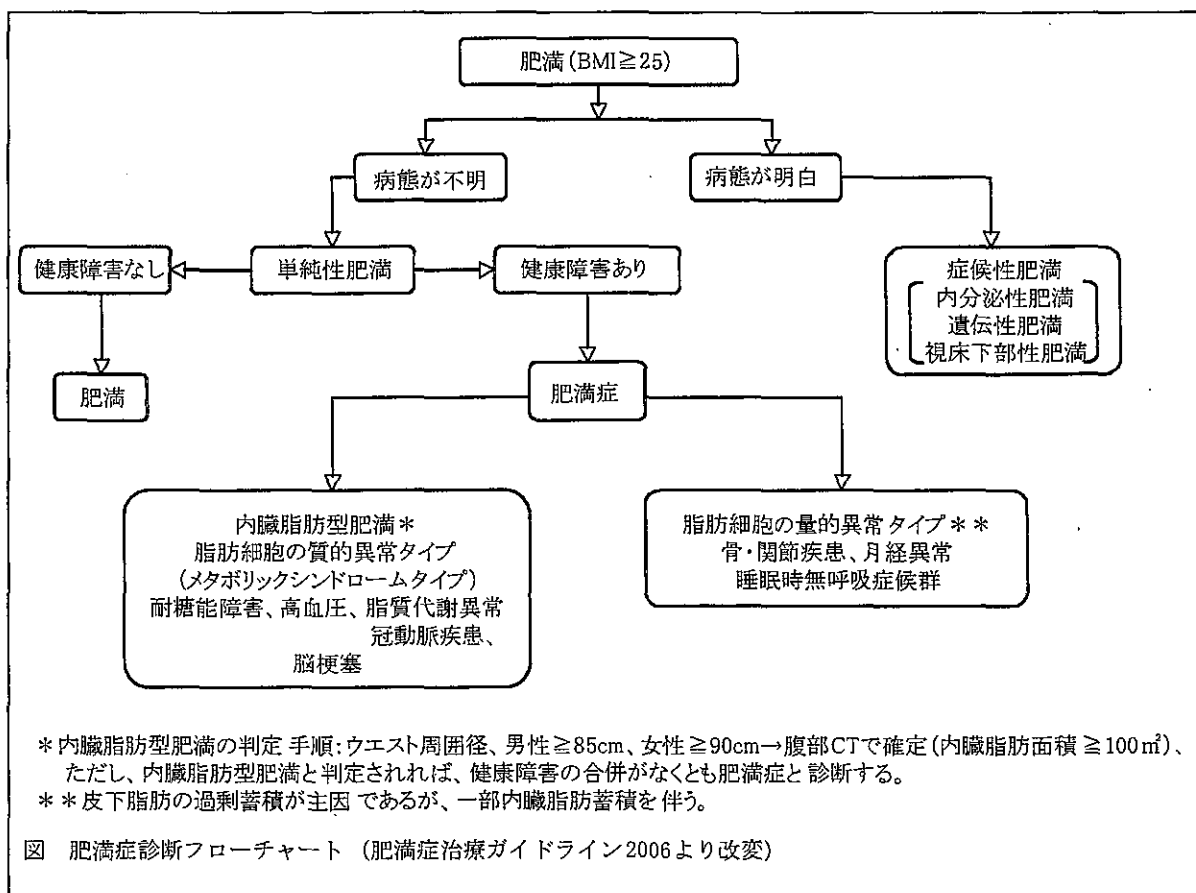
高尿酸血症患者の生活指導としては、食事療法（摂取カロリーの適正化、プリン体の摂取制限、十分な水分摂取）、飲酒制限、運動の推奨が中心となる。

肥満症治療ガイドライン 2006(抜粋)

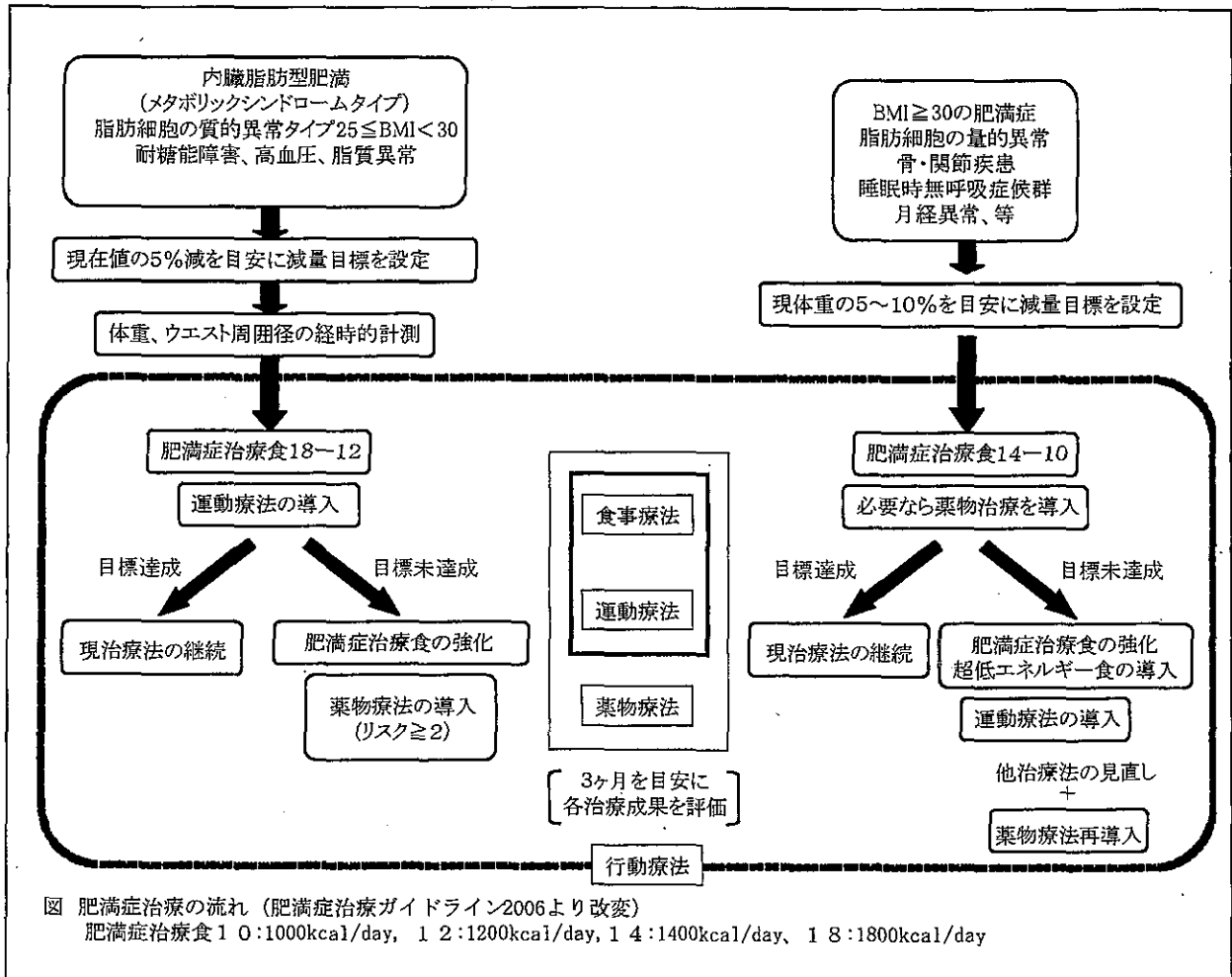
1. 基本的考え方

「肥満」の中から、医学的な見地で減量治療の必要な「肥満症」を判別し、疾患単位として捉え、体重減少により疾病予防や改善につながる治療を対象にする。内臓脂肪蓄積が疾病発症の重要な要因であり、内臓脂肪蓄積を標的にした治療に重点を置く。この病態はメタボリックシンドロームの根幹であり、リスクの集積に目を奪われるのではなく、その病態成立機序を重視した減量治療を目指す。肥満症にみられる個々の疾病そのものに対する治療ではなく、内臓脂肪蓄積の下流で発症する疾病群を対象に、その予防や改善に減量がいかに効果的かのエビデンスを示す。食事、運動、行動及び薬物療法の各治療技法の方法、適応、成果についての統一見解を示し、具体的な病態改善度を明示する。

2. 診断方法及び診断基準



3. 治療の基本方針(ステップ)



4. その他

