

【総合討論】

齋藤 それではまとめに入る時間になりました。それぞれの演者の方々に、ごく簡単にまとめを述べていただきたいと思います。まず1つは、それぞれの合併症がある場合、どれぐらいの血圧まで下げるか。また講演で触れていただいた人もおりますが、もう一度どのような降圧薬を使うのがベターであるか、について述べていただきたいと思います。

浦 先ほど本題の方でお話しさせていただいたことと、私の場合はだいたい重複すると思いますが、それと、先ほどのご質問の答えにもなるのですけれども、primaryの獲得目標というのは日本高血圧学会で言っていたラインでまずいいと思います。それから、この方にとってはもっと下げた方がいいかどうかということを、その先生が個々の患者さんをみていきながら判断していただいて結構です。

その際に何が勧められるかということになると、一応降圧ということの確実性とか、あるいは脳血流の保護とかということになると、Ca拮抗薬はやはりいいと思います。それと、降圧効果は、少量であればかなり確実に出てくるものとして、やはり利尿薬というのはあると思います。それと、報告によっては、私もある程度感触はあるのですけれども、ACE Iとか、ARBもご高齢の方はレニンが低いと効きにくいのかなと思ったんですが、ただ、組織のレニン・アンジオテンシン系は低くないというデータも確かにあるようでして、そうになると、ACE I、ARBがやはり有効である。では、この三者の中で何を優先させたらいいかというと、それは多少なりとも、例えば腎機能がどうであるか、先ほどの鈴木先生のお話ではありませんが、ちょっとクレアチンが高い方とか、そういったことを勘案して用います。多少違いはありますが、私個人的には、やはりレニン・アンジオテンシン系にかなり興味があるものですから、現状を申し上げますと、ご高齢者の方でも、まず最初にRA系の抑制薬、調整薬ですか、それを使うことが最近は多くなっています。

齋藤 それでは宮下先生 お願いします。

宮下 一応大規模 study に則れば ACE 阻害薬で、

商品名を出していいかわかりませんが、ペリンドプリルのようなものなんですけれども、今、浦先生が言われたように、Ca拮抗薬でも long acting のものが、最近非常に普及していますから、そういう意味では ALLHAT のデータ等を考えても、われわれが日常使っている頻度から言っても、アムロジピンは安全に使える印象は十分あります。以前から使っているニルバジピンとか、ペルジピンの類もいいわけですが、どちらかというところ、切れ味のいい Ca拮抗薬は、むしろリスクが高いということで、長期に使う場合にはちょっと控えていただく。ただ、そういうタイプであっても、long acting のものが最近出ていますから、どちらかというところ、確実に降圧するということを考えれば、むしろそういう切れ味のいいものの long acting のものを使っていくという方法もあるのではないかと思います。

確かに脳血流の study 等からすれば、降圧利尿薬というものはなかなか使いにくい部分もありますが、血圧の変動が非常に大きい方の場合には、むしろ降圧利尿薬を少量加えることで安定するというところは経験上多いので、そういう血圧変動の高い方の場合には、やはり少量の降圧利尿薬の併用を行います。単剤でいく場合はあまり多くないと思いますが、併用であれば降圧利尿薬もそんなに危険性は高くないのではないかと思います。

齋藤 血圧は下げれば下げるほどいいということですね。

宮下 それは下げる目的ということで考えればです。もちろん、前提は、先ほど申し上げましたように、過度のということは、それから病型とか、血管病変とかは、特に脳卒中の合併の方では、十分それを配慮してやっていただきたいと思います。

齋藤 濱田先生、いかがですか。

濱田 心臓の場合には、心筋細胞内の Ca 濃度と心筋細胞1個の大きさがパラレルに動くというのが、1998年ぐらいに言われていますので、基本的には細胞内の Ca 濃度を下げるということで薬を使う。そういう意味では、Ca拮抗薬で心肥大を退縮させるという目的で非常にいいと思うし、もう1つは、間質性の細胞増殖を抑えるということで、例えばスピロラク톤を週に2~3回使うとかいうことで、心筋細胞の肥大を退縮させて間質の細胞増殖

を抑えるという2剤か3剤を使って、大量ではなくて、コントロールするのがいいのではないかと思います。

齋藤 では、鈴木先生お願いします。

鈴木 私は基本的には、昔から併用をやっておりますから、Ca拮抗薬と、最近ではARBの併用を第1のチョイスにしています。そして、降圧目標は120mmHg台で、120mmHg以下にはしない。120mmHg以下になっていることは、やはり警戒しなければいけない。

そういつていましたら、つい最近、“Annals of Internal Medicine”にmeta-analysisが出まして、110mmHgは落とし過ぎということが出ていましたので、下げれば下げるほどいいというふうには必ずしもならない。

それから高齢者においては、やはりわれわれのデータがありまして、われわれは140mmHg台で十分だと言っていたわけです。それはもう5年前

からそういう主張をしていたのですが、先ほど、浦先生が出されたように、SHEPのmeta-analysisでも、やっぱり140mmHg台で出るということで、130mmHgでも悪くはないんですけども、われわれのデータですと140mmHg台にした場合が最も腎障害の進行を遅らせる。その時は平均年齢70歳で150名の患者ですけれども、血清クレアチニン2前後の人でやったstudyです。ですから、その当時は、腎障害は下げれば下げるほどいい、高齢者でも下げれば下げるほどいいという論文というか、主張があったんですけども、最近、われわれの主張も認められてきて、そうなるようになっていくのではないかというふうに考えています。

齋藤 どうもありがとうございました。時間がきましたので、これで「合併症を伴った高血圧の治療」というシンポジウムを終わらせていただきます。有意義なご討論を活発に行っていただきありがとうございました。