

JSH2009の展望



聞き手 島本和明 (札幌医科大学内科学第2講座教授)

話し手 荻原俊男 (大阪府立病院機構大阪府立急性期・総合医療センター院長)

October 11, 2008 / Sapporo

2009年1月に予定されている日本高血圧学会のJSH2009 (高血圧治療ガイドライン2009)の公表に向け、第31回日本高血圧学会総会(10月9-11日、札幌)でも特別企画のシンポジウムなどが開催された。ここではJSH2009の作成委員から、JSH2009の基本コンセプトを中心に紹介する。

JSH2004の基本方針を踏襲、 より開かれた指針に

島本 日本高血圧学会ではよりよい治療ガイドラインをめざし、JSH2009の改訂に際しても広く意見を募っています。第31回日本高血圧学会でもJSH2009に関する各種講演やシンポジウムでフロアからの質問を含む活発な討論が繰り広げられました。荻原先生、JSH2009の主な作成方針からお話しいただけますか。

荻原 JSH2009はJSH2004からの改訂ですが、基本コンセプトは踏襲しつつ、よりオープンな形で、より多くの方々の意見を反映するよう努力し、極力偏りのないニュートラルなガイドラインをめざしています。

例えば、JSH2009の作成委員会は委員長、副

委員長、25名の委員に加え、関連の11学会、日本医師会代表、患者代表にもご参加いただいています。また、ガイドラインの各章は62名の査読委員が査読を分担しています。さらに顧問、評価委員、作成委員会事務局を加えて、総勢100名を超えるメンバーが作成に関与しています。

また、ガイドラインとしては当然、科学的、論理的、標準的であることと、一般臨床医を対象に日常診療に有用な実践的内容、かつ日本の介入試験成績を含む最新のエビデンスを織り込むよう意識しています。

日本の介入試験による日本人の エビデンスを引用

島本 荻原先生が会長を務められた福岡での



荻原俊男氏

ISH2006 (第21回国際高血圧学会) では日本からも膨大なエビデンスが発信されました。JSH2009では日本人のエビデンスに基づく日本のガイドラインに本格的に取り組んだと言ってもよいのではないのでしょうか。

荻原 はい。JSH2004では多数の海外データを参考にしていましたが、近年、SMART, JATOS, CASE-J, JIKEI Heart Study, INNOVATION, CARTERなどの試験で日本人のデータが次々に発表されました。おそらく、エビデンスの中身としては海外と日本でそれほど違いがないと思います。ただ、従来は日本人で未確認のままであった、特に欧州のガイドラインの概念が日本人にも適用できることがわかり、自信を持って日本のガイドラインに掲載できるということです。

島本 日本の大規模試験やサブ解析の結果が次々に発表されていますが、意外にも欧米の大規模試験の結果と異なる点がありませんように思います。

荻原 そうですね。しかし、従来の結果を日本人で確認し、ガイドラインに引用する、それが大事なのです。実際、JSH2004で示された本邦の独自性も、その後の日本の介入試験で確認できているのではないのでしょうか。

年齢にかかわらず厳格な降圧、 高齢者では慎重に

島本 欧米のガイドラインとの主な相違点は、1つには高齢者高血圧へのアプローチでした。

JSH2004はどちらかというとコンセンサスに基づいていますが、JSH2009ではエビデンスを盛り込むことが重視されています。結果的にはエビデンスに十分に裏打ちされた内容になりますか。荻原 高齢者の血圧は高めでもよいと受け取られないよう極力工夫しながら、最終的には年齢にかかわらず厳格な降圧目標<140/90mmHgをきちんと明記する予定です。

ただし、日本では脳卒中高リスクの高齢者を扱う機会が多く、また今後、特に75歳以上の後期高齢者が増えることから、慎重な降圧が必要です。

JSH2004から大きな変更はなさそうですが、高齢者高血圧では確実な降圧と慎重な降圧の双方が重要であるというメッセージが伝わればと思います。

合併症を伴う患者では より厳格な降圧が重要

島本 ESH (欧州高血圧学会) と ESC (欧州心臓病学会) による ESH-ESC2007 高血圧管理ガイドラインが2003年版から改訂され、欧州との比較の意味でも、JSH2009の動向が注目されています。JSH2009はやはり日本のエビデンスに沿った考え方になりますか。

荻原 その通りです。ESH-ESC2007の改訂は、主にリスクとして腎疾患とメタボリックシンドローム (MS) の追加、降圧薬治療開始時期の前倒し、血圧を含む心血管リスク全体の低減の推奨などです。

また ESH-ESC2007では、降圧目標<140/90mmHgの原則は変わりませんが、糖尿病・腎機能障害を伴う患者だけでなく、脳血管疾患も降圧目標<130/80mmHgとなり、冠動脈疾患・心不全では治療開始時<140/90mmHgでも、最終目標<130/80mmHgとするなど、積極的な降圧が強調されています。

日本でも心疾患、糖尿病、CKD (慢性腎臓病) などの患者が増え、予防的な介入が急務であると同時に、それらの疾患を伴う高血圧患者では、

より厳格な降圧が必要です。

糖尿病や腎障害、代謝性疾患では まずRAS抑制薬

島本 糖尿病合併高血圧では、すでに欧米ではRAS抑制薬が中心になっていますが、日本でも糖尿病性腎症などに関するエビデンスが報告されています。

荻原 糖尿病や腎障害を伴う高血圧に対して、厳格な血圧管理の重要性は明らかです。その場合、RAS抑制薬のARB、ACE阻害薬が有用であることも確認されています。

MSや糖尿病など代謝性疾患を伴う高血圧も、背景にあるインスリン抵抗性の病態に配慮した治療が重要になりますので、ARBやACE阻害薬が基本になろうかと思えます。

島本 糖尿病合併高血圧では、RAS抑制薬の次に、併用薬はどのように検討されていますか。

荻原 二次薬としては、Ca拮抗薬と利尿薬の両者を併記することになるかと思いますが、実地医家にとってはその順序も大事な要素になると思えます。

実情は、RAS抑制薬にCa拮抗薬の併用を考慮する人が多いと思いますが、ガイドラインとしては選択の余地を残して、Ca拮抗薬または少



島本和明氏

量の利尿薬ということになるでしょう。

島本 高血圧学会の特別企画では、800名を超える方たちが聴講し、多くの方が発言された中で、ほぼ最終的な考え方に集約されてきたのではないのでしょうか。

荻原 厳格な血圧管理に対する異議もないわけではありません。しかし、現状では降圧目標を達成する患者が少ないことから、本学会での討議で厳格な血圧管理の重要性が改めて確認でき、積極的な降圧を強調するという点でも合意に達したのではないかと考えています。

島本 今日はJSH2009の作成方針や特徴について、荻原先生にご意見をうかがいました。ありがとうございました。