

血圧管理について

高血圧は脳卒中・冠動脈疾患の最大の危険因子であり、血圧レベルの上昇とともに脳心血管病リスクは連続的に増加します。

2025年8月に高血圧管理・治療ガイドラインが発刊され6年ぶりに改訂されました。

主な変更点として年齢によらずすべての高血圧患者の降圧目標を診察室血圧で130/80mmHg未満とより厳格に設定されています。

75歳以上の高齢者でも130/80mmHg未満を目指すことで脳卒中や冠動脈疾患のリスクを回避でき心不全への予防にもつながります。高血圧と診断されたら生活習慣の改善とともに血圧管理への意識付けが必要となります。

降圧目標	診察室血圧(mmHg)	家庭血圧(mmHg)
旧目標 (75歳未満)	<130/80	<125/75
旧目標 (75歳以上)	<140/90	<135/85
★新目標 (全年齢共通) JSH 2025	<130/80	<125/75

☆家庭血圧の重要性

家庭血圧は診察室血圧よりも信頼性・再現性が高く、長期的な血圧の把握に有用です。

また白衣高血圧や仮面高血圧の発見にも役立ちます。

正しい測定方法を遵守して血圧手帳への記録化が大事です。

- ・測定機器
○上腕カフ式の測定器
- ・測定機会
○朝と晩の1日2回が必須の条件
- ・測定回数
○1機会に原則2回測定しその平均値を採用する
○1機会に1回のみ測定した場合には、その値をその機会の測定値として用いる



☆高血圧治療の基本

1) 生活習慣の改善

高血圧は生活習慣病の1つであり、生活習慣の改善により予防や降圧が期待できます。
減塩（食塩**6g**/日未満）、野菜や果物・海藻・乳製品などに含まれるカリウムの積極的摂取（ナトリウムの排泄作用）、不飽和脂肪酸の摂取、節酒、禁煙、運動習慣、適正体重の維持など。



2) 薬物治療

単剤で降圧目標を達成しない場合には副作用や有害事象に注意しながら2、3剤の併用を行います。ただし、めまい、ふらつき、立ちくらみ、倦怠感、失神などの症状や、起立性低血圧、急性腎障害、高カリウム血症などの有害事象に注意しながら降圧を進めます。

3) 降圧目標値の共有（共同意思決定の推進）

長期にわたり降圧治療を継続するには医療スタッフと患者さんとの十分なコミュニケーションを維持することが重要です。降圧治療による有益性について理解や関心を高めることや、患者さんの価値観や生活スタイルに合わせた治療方針の選択も必要です。

主要降圧薬の積極的適応と禁忌・重要な注意を要する病態

	主な薬品名 (一般名)	積極的適応	禁忌	重要な注意の下で使用 可能な病態
ジヒドロピリジン系 Ca拮抗薬	アムロジピン、 ニフェジピンなど	脳血管障害 左室肥大、狭心症		
ARB／ACE阻害薬	ARB：テルミサルタン、 オルメサルタンなど ACE阻害薬：エナラプリル、 イミダプリルなど	脳血管障害 左室肥大、心筋梗塞後 HFrEF、蛋白尿/微量アル ブミン尿を有するCKD	妊娠 ACE阻害薬：血管 浮腫	腎動脈狭窄症 高K血症
サイアザイド系 利尿薬	トリクロルメチアジド、 インダパミドなど	脳血管障害 体液貯留	Na、Kが明らかに 減少している病態	痛風 耐糖能異常 妊娠
β遮断薬	ビソプロロール、 カルベジロールなど	狭心症、心筋梗塞後 心不全、大動脈解離、 腹部大動脈瘤	喘息 未治療褐色細胞腫	慢性閉塞性肺疾患(β1選 択性) 耐糖能異常
ARNI（アンギオテンシ ン受容体ネプライシン 阻害薬）	サクビトリルバルサルタン ナトリウム	HFrEF（左室駆出率の低下 した心不全）	妊娠	高K血症
MR拮抗薬 (ミネラルコルチコイ ド受容体拮抗薬)	アルダクトン エプレレノンなど	HFrEF（左室駆出率の低下 した心不全）	高K血症	重度の腎機能障害

【注意】ACE阻害薬からARNIへ切り替える際は、血管浮腫のリスクを避けるため36時間以上空ける。

降圧剤の併用療法においては服薬アドヒアランスを確認しながら多剤服用による有害事象に注意が必要です。特に75歳以上の高齢者では血圧変動性の増大に伴い有害事象が生じやすいため、健康・機能状態に配慮した個々の降圧目標設定も必要となってきます。