

第21回新潟高血圧談話会

日時 平成8年6月7日(金)
午後6時～
会場 新潟大学有任記念館
2階大ホール

I. 一般演題

1) モーニングサージを示す高血圧の治療

浜 齊 (木戸病院内科)

最近高血圧の臨床面では、「Dipper か、Non-dipper か」、「morning surge (早朝血圧上昇)」が注目されている。

Morning surge は、脳心血管事故の重要な因子の1つと考えられるようになった。高血圧患者では、特に高齢者で morning surge を示す例が多い。

Morning surge には早朝の交感神経とくに α 受容体の機能亢進による末梢血管抵抗の増大が関与している。したがって、 α 遮断薬や α 、 β 遮断薬の投与により morning surge が抑制される。

降圧薬服用中の患者においては、薬理作用の消失によって二次的に morning surge の生ずる場合もあり、T/P 比の大きい Amlodipine は、 α 遮断薬ではないが morning surge を抑制する。

具体例を何例か提示したい。

2) 血圧日内変動の値よりみた穿通枝脳梗塞患者の5年後の脳梗塞再発、CT 変化について

川上 明男 (新潟勤医協下越
病院神経内科)
張替 徹 (同 リハビリ
テーション科)

〈目的〉穿通枝梗塞の血圧値や血圧日内変動の大きさ、パターンが再発、CT 変化に影響するか否か検討を行った。〈方法〉'88年8月より'90年10月の間に当院に入院し、脳 CT にて穿通枝梗塞を認め発症1ヶ月以後に自動血圧計にて血圧日内変動をみた50才以上の者の内、5年後に再度脳 CT を施行した44例について検討を行った。検討内容は、1) 5年間での塞栓症を除く脳梗塞再発の臨床病歴、2) 5年後 CT での脳梗塞再発、3) CT での前角 PVL 増大等の有無についてである。これらについて5年前の収縮期血圧の ① 24時間平均値、② 24

時間標準偏差値 (SD 値)、③ 24時間の変動係数 (SD 値/収縮期血圧平均値)、④ (覚醒時-睡眠時) 血圧を睡眠時降圧とした時それが正か負かについて以下の基準で検討した。①②③については脳 CT 上血管障害のない39例を正常群とし、その (MEAN+SD) 以下を正常群、以上を高値群とした。いずれもコーリン社製携帯型自動血圧計 ABPM 使用、30分毎24時間測定、6時より19時を覚醒時、20時より5時を睡眠時としている。CT は横川製 Qantex を使用した。

〈成績〉1) 24時間収縮期血圧平均値、正常: 126.4 mmHg 以下
病歴上再発 CT 上再発 PVL 増大
正常群 4/19 (21%) 8/19 (42%) 5/19 (26%) N=19
高値群 17/25 (68%)* 20/25 (80%)* 17/25 (68%)* N=25

2) 24時間収縮期血圧 SD 値、正常: 16.8 mmHg 以下
病歴上再発 CT 上再発 PVL 増大
正常値 9/28 (32%) 15/28 (53%) 10/28 (36%) N=28
高値群 12/16 (75%)* 13/16 (81%)* 12/16 (75%)* N=16
*: p<0.05

睡眠時降圧の正、負および血圧の変動係数の大小では差は認められなかった。

〈結論〉穿通枝脳梗塞の5年後脳梗塞再発について、血圧の24時間平均値及びその SD 値の大きいことが関係していると思われた。血圧の変動係数及び睡眠時降圧は関係が少くないと思われた。

3) 腎障害合併例における高血圧の治療

鈴木 靖 (済生会新潟第二
病院内科)

腎性高血圧の合併した原発性糸球体疾患であるか、または高血圧の合併症として発症した腎硬化症であるかにかかわらず、高血圧の存在は腎機能障害の進行を助長すると考えられる。しかし腎障害の進行した慢性腎不全においては、薬物動態が健常人と異なることなどから、降圧療法に抵抗することも多く適正な血圧コントロールを得ることが難しい。さらに、近年多く開発されているいわゆる長時間作用型の降圧薬を用いても、腎不全状態においては、その作用時間は通常考えられているほどには長くないことも多い。そのため降圧効果の評価には、携帯型自動血圧計による1日血圧の測定が有効である。しかしこの装置は広く普及しているとは言えず、またその判定方法も様々な方法が提唱されている。今回わたしたちは、どのような症例について日内変動の把握が必須で

あるのか検討したので紹介する。

II. 特別講演

家庭血圧・自由行動下血圧の臨床と疫学

東北大学医学部附属病院第二内科講師

今井 潤 先生

随時血圧（検診時血圧，診療所血圧）が集団の臓器障害や予後を良好に反映することはこれまでの疫学的観察研究・介入研究の成果から明らかである。ところが，随時血圧必ずしも個々の予後を良好に反映するとはいえない。これは，白衣性高血圧に代表されるような随時血圧に含まれる様々なバイアスや，乏しい測定回数による血圧情報としての低い信頼性に起因している。これに対して，近年臨床に広く導入されている24時間自由行動下血圧（ABPM）は，様々な心理的・肉体的条件下のある1日の血圧情報を我々に与えてくれる。この中には，24時間血圧，昼間労作時，夜間就眠時，などの血圧平均値とともに，概日変動性やより短期の血圧変動性が含まれる。一方，現在本邦に2,000万台はあると推定される家庭血圧（HBP）装置により，ある人の比較的條件の統一された環境での繰り返しの血圧測定値が得られ，その平均値と長期変動性が得られる。この2つの方法とも験者のバイアスはなく，少なくとも白衣現象は存在しない。高血圧の疫学を考える時，その基本となるものが血圧値であることは言を持たない。ある個体の血圧を最もよく反映する血圧情報を基とした時，初めて血圧と臓器障害，予後との関連が明瞭になる。近年，我々の大迫研究をはじめ，PAMELA 研究，PIUMA 研究，Syst Europe 研究，Tecumseh 研究，Cornel 研究などが，ABPM，HBP を観察研究，介入研究に用い，その成果が徐々に明らかにされている。これらの長期予後研究の成果なし

には，現在臨床で広く用いられている ABPM や HBP に基づく高血圧の診断基準，治療基準は有り得ない。これまでのところ，一般住民を対象とした長期予後成績を明らかにしているのは，我々の大迫研究のみである。

50歳以上の大迫町住民約1,000人を5年間追跡した成績によれば，小集団の短期観察によつては，随時血圧レベルの予後への影響は最も血圧の高い群でのみ認められるだけである。ところが ABPM，HBP によれば，全死亡，脳心血管死亡の相対危険度は，高い血圧群のみならず，低い血圧群においても高くなる。例えば24時間収縮期血圧では，その平均値が134 mmHg 以上で，全死亡の相対危険度は有意に3.3倍，また112 mmHg 以下でも3.4倍高くなる。一方，HBP と脳心血管死亡の関係を見ると，拡張期血圧で82 mmHg 以上で，その相対危険度は約11倍，66 mmHg 以下で10倍と明らかに高値を示す。その時随時血圧レベルとの間にはなんら関係は認められない。

また PIUMA 研究では，高血圧を対象に ABPM を行い，白衣性高血圧の良好な予後と，女性における夜間非降下型高血圧（non-dipper）の不良な予後を報告している。

このように，ABPM，HBP は高い血圧のみならず，低い血圧の危険性を予測し得，また膨大な対象を長期観察するという従来の方法に比べ，小集団の短期観察によつても，その予後を正確に反映できる可能性を秘めている。これらの試みは，必ずしも ABP，HBP による診断基準，治療基準を認定するためのみ行われるものではない。高血圧という1つの疾病の表現型を正確に把握することで，初めて次の段階として遺伝子型の解析とその疾患との関連が明らかになる。従つて高血圧の疫学に ABP，HBP が導入されることは今後の高血圧研究，殊に遺伝子疫学にとって大きな役割を演ずることは疑いない。