

【3-1 疾患トピックの基本的特徴 記入例】

この記入例は英国 NICE の *Clinical Guideline 127 (2011)* をベースとして、いくつかの改変を加えて実例として作成したもので、NICE ガイドラインの翻訳でないことをご注意ください。

臨床的特徴
<p>NICE は、高血圧症のガイドラインを 2004 年に公表し、その中の薬物治療に関する部分は 2006 年に改訂版を公表した。</p> <p>高血圧症は通常は、たまたま血圧を測定して発見されるか、プライマリケアでの定期的な血圧測定で発見される。高血圧の診断は、開業医の診察室での血圧測定によってなされる場合が伝統的に多い。しかし、24 時間血圧自動測定 (Ambulatory Blood Pressure Monitoring; ABPM) の使用が増えつつあり、また、家庭での自動血圧計を用いた自己測定 (家庭血圧測定) も増えつつある。ABPM あるいは家庭血圧測定の使用、結果の解釈についてガイダンスが必要である。</p> <p>高血圧症の診断が確定した場合、簡単な臨床検査のセットの実施が推奨されている。また、高血圧症の治療を受ける患者が、他の治療 (スタチン、抗凝固剤) によって利益を受けるかどうかについて心血管リスクの定型評価が推奨されている。</p> <p>高血圧症の治療は、生活習慣へのアドバイスと薬物治療の両方が関わる。心血管リスクが低く、心血管疾患、臓器障害がない場合は、軽症の高血圧患者の管理は、生活習慣アドバイスのみで十分な場合もある。</p> <p>高血圧症の薬物療法には、様々な薬剤が利用可能である。患者個人毎に、薬物治療への反応は異なり、すべての患者に共通して最適な薬物は存在しない。この違いの一部は、年齢、人種差による。2006 年ガイドラインの原案作成時には、3 剤による治療に抵抗性を示す高血圧症に対する最適な治療オプションに関する情報が不足していた。</p> <p>2004 年ガイドライン、そして、2006 年ガイドラインの公表後に、十分な臨床試験データが公表された。これらのデータは、既存ガイドラインとの関連性についてレビューする必要がある、レビューを通じて、これまでの推奨の根拠となっているエビデンスをより強化し、ガイドラインに必要な重要なエビデンスギャップを埋めることになる。</p>
疫学的特徴
<p>高血圧症は早世の予防可能な原因の中で最も重要なものの一つである。高血圧症は、虚血性および出血性脳卒中、心筋梗塞、心不全、CKD、認知機能低下、早世の重要なリスク因子である。高血圧症は治療が行われない場合、段階的な血圧時の上昇を引き起こし、ついには、血管病変と腎病変により治療抵抗性を獲得する。</p>

血圧値は正規分布し、正常血圧と高血圧を分ける明確なカットオフ値は存在しない。血圧値上昇によるリスク上昇は連続的であり、収縮期血圧の **2mmHg** の上昇は虚血性心疾患による死亡に **7%** の増加、脳卒中による死亡に **10%** の増加をもたらす。高血圧症は年齢とともに有病率が増加する。拡張期血圧の上昇は **50 歳** 以下の若年者で目立つが、加齢とともに、より大きな動脈が硬くなり、弾性がなくなって、収縮期血圧の上昇が顕著になってくる。成人の少なくとも **4 分の 1**、**60 歳** 以上では約半数が高血圧状態を持つ。

診療の全体的な流れ

解説 (薬物療法の一部のみを例示)

白人に対する降圧剤の第一選択薬として、カルシウムチャンネル拮抗薬 (Ca 拮抗薬)、ARB または ACE 阻害薬 (ACEi)、サイアザイド様の利尿薬が使用されているが、どれが最適であるかについては定まっていない。

今回の診療ガイドラインでは、白人を **55 歳未満**、**55 歳以上** に分けて、第一選択薬としてどれが最適か検討する。