

私の処方箋 継続、費用対効果を意識した高血圧治療

齊藤郁夫 (51 回生)

私は約 50 年前、1972 年 5 月に慶應義塾大学病院で内科訓練医を始めたが、当時、服薬継続の重要性という視点はなかったように思う。2000 年ごろから stay on therapy といわれだし、服薬継続を意味することばがコンプライアンスからアドヒアランスへ変化し、さらに日本高血圧学会高血圧診療ガイドライン (JSH) 2009 にはコンコーダンスが登場した (Current Therapy 2012)。

受診に踏み切れない水面下の患者

高血圧、脂質異常症、高尿酸血症、糖尿病などの患者のほとんどには症状はないので自発的に治療を開始するのは難しい。産業保健の場では治療しない患者が少なからずいることを実感している。長時間労働をして、たまたま脳卒中、心筋梗塞になると会社の安全配慮義務違反とみなされる可能性があるので、時として、上司、人事を巻き込み受診に誘導する。

受診患者対応

ようやく受診した患者に、『この程度で何で来たの?』という医師はさすがにいないと思うが、『生活に気を付けて、何かあったらまた来てください』で終わる医師はよくいる。高血圧の場合の『何か』は脳卒中、心筋梗塞であるが、アンケート調査ではこのことを患者の多くは理解していない、医師から聞いていないと回答している (Prog Med 2008)。生活習慣修正項目の中でできることを医師は背中を押して (ナッジ)、患者に自分でみつけさせ、実行を宣言させ (オートクリン効果を狙う)、効果を家庭血圧で確認することが重要である。遠隔医療 (対面診療とのハイブリッド医療) を活用すると関係性の継続に役立つであろう。

生活習慣修正から降圧薬の開始・継続

多少でも改善がみられる場合、まずは、頑張ったことを称賛する。さらに、改善が必要な場合に、患者のほうから『ここまで頑張ったが、限界なのであとは薬を始めてください』との発言がなされるのが良い流れであろう。JSH2019 ではカルシウム拮抗薬、ARB、利尿薬のどれかで開始して、その後併用としている。ポリファーマシーになりがちであるが、患者の嫌う薬剤数の増加 (血圧 2006) が不要の配合剤 (Clin Exp Hyper 2016) への移行を想定して開始したい。一例をあげればアムロジピンで開始、次いでアムロジピン+ミカルディアの配合剤ミカムロ、さらに利尿薬の加わった配合剤ミカトリオとテンポよくいけば、クリニカルイナーシャを回避でき、費用対効果もよい (血圧 2017)。予後予測に優れる朝 2 回の家庭血圧の平均を用いて経過観察する (Hypertens Res 2016)。なお、家庭血圧を測定する人は服薬継続もよい (Clin Exp Hyper 2010)。