

老年・高血圧内科通信 2019年号

A Quarterly Newsletter from
Geriatric Medicine & Hypertension

例年よりやや遅い桜も終わり、新緑とともに新しい時代「令和」を迎えましたが、皆様におかれましては、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

老年・総合内科学への講座名変更から4年目を迎え、老年・総合内科として、外来・入院診療で先生方にご協力できるようになっただけでなく、老年医学・総合診療の将来を担う若手教育・育成にも力を入れております。今後も医局員一同、益々精進してまいりますので、引き続き宜しくお願い申し上げます。



トピックス

日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019 JSH2019」のご紹介

現在、わが国では高血圧患者が約4300万人いると推定されておりますが、高血圧は脳卒中や心疾患の最大の危険因子であり、その制圧は超高齢社会のわが国では特に大きな課題のひとつと言えます。しかし、実際に適正な高血圧治療がなされている割合は約半数であり、実地医家を対象としたエビデンスに基づく高血圧治療ガイドラインは必須です。

2015年に発表されたSPRINT研究ではより低い降圧目標が提唱され、その結果を色濃く反映したガイドライン（ACC/AHA2017）が2017年に米国から発表されました。また、昨年、欧州からもESC/ESH2018が発表され、本年4月には日本高血圧学会からJSH2019が発刊されました。当教室は先代の荻原名誉教授のころより日本の高血圧学をリードしてきましたが、今回のJSH2019でも特に重要な章のひとつである「高齢者高血圧」の執筆を樂木教授が担当しております。また、それに先立ち、今回のガイドライン作成より導入された日本医療機能評価機構（Minds）診療ガイドライン作成の手引きに基づいたClinical Questionの設定とSystematic Reviewを山本講師と鷹見医学部講師が担当しております（Hypertens Res. 2019 May;42(5):660-668）。



最も注目されている降圧目標の厳格化については以下の通りです。

自力で外来通院可能な高齢者を含め、原則として140/90mmHg未満を達成する。

75歳未満ではさらに130/80mmHg未満を達成する。（脳卒中既往があって両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞があるか不明の患者、たんぱく尿陰性のCKD患者を除く）

130~139/80~89mmHgから更に130/80未満を達成する場合、原則は生活習慣修正の強化。高リスクの患者では、薬物治療の開始や強化も考慮する。

75歳以上でも、脳血管障害（両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし）、冠動脈疾患、たんぱく尿陽性のCKD、糖尿病を合併している高齢者や、抗血栓薬を内服している場合は、忍容性があれば130/80mmHg未満を目指す。

以上とは別に、自力での外来通院できないレベルの患者（フレイル、認知症、要介護、エンドオブライフを含む）は個別に判断する。

最新のエビデンスに基づく信頼性の高い日本での標準的高血圧治療指針とその根拠を示す本ガイドラインを先生方の診療に生かしていただければ幸いです。

文責：鷹見洋一

診療グループのご紹介

当院には内分泌代謝内科がありますが、特に高齢者や認知症やフレイルを合併している糖尿病患者さんの管理や対応でお困りの場合はご紹介いただけますと幸いです。

老年代謝・糖尿病グループ

メンバー：杉本研（糖尿病学会認定糖尿病専門医）、赤坂憲（糖尿病学会認定糖尿病専門医・指導医）、栗波仁美、高橋利匡（留学中）、藤本拓、立花宏一、加藤のぞみ、吉田紫乃、大西友理

外来診療（内科1階・総合診療外来）

木曜日午前4診 杉本、5診 赤坂（高齢者糖尿病専門外来）

金曜日午後4診 杉本（高齢者糖尿病専門外来）

入院診療

糖尿病グループカンファレンス・回診：

毎週水曜日午後、その他随時コンサルテーション

糖尿病教室：糖尿病内分泌代謝内科と共同で開催

阪大病院には糖尿病内分泌代謝内科という専門診療科がありますが、当科でも旧第四内科時代から糖尿病診療を継続しており、最近では特に高齢の糖尿病患者さんに対して、より個別性を重視した糖尿病診療を行っています。高齢者糖尿病の治療目標は、2016年に日本糖尿病学会と日本老年医学会から合同で発表



された「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」に記載されていますように、年齢だけではなく、患者さんの認知機能や、日常活動動作（手段的・基本的ADL）、併存疾患の有無やその重症度などを考慮して決定されるため、治療目標を定めて薬物有害事象に配慮しながら診療するには老年内科の視点が重要であると考えております。私たちは、老年内科の視点を持った糖尿病専門グループとして、治療目標の根拠となる評価を行うとともに、高齢者総合機能評価（CGA）や認知症の評価といった老年内科特有のツールも用いながら、患者さんを全人的に評価し、病態だけではなく家庭環境や介護状況に応じた治療法を提案しています。

当科の糖尿病診療として、以下のことを行っております。

- 糖尿病グループ回診で、患者さんにより詳細な情報を提供
- 糖尿病の合併症として、細小血管障害、大血管障害の精査
- 適切な食事・運動療法と薬剤の見直しによる血糖コントロール
- 高齢者特有の病態の有無をチェック：高齢者総合機能評価、フレイルの評価
- 日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」に基づいた処方の整理
- 病態や家庭環境・介護状況に応じた治療方法の提案、アドヒアランス維持のための対策と実践
- 糖尿病・内分泌・代謝内科と合同で、患者さんへの糖尿病教育プログラム「糖尿病教室」の実施

患者さんをご紹介いただいた場合には、短期間の入院精査も考慮しつつ、個別に治療目標を定め、低血糖リスクに配慮しながら血糖コントロールを行います。患者さんの病態が安定しましたら、必ず逆紹介させていただきます。ご高齢でコントロールに苦慮する糖尿病患者さんがいらっしゃいましたら、是非ご紹介いただけますと幸いです。

（文責：赤坂 憲）

当科への紹介患者例

71歳男性
現病歴)

主訴) 氷食症、多飲、多尿

4年前にS状結腸癌に対して手術・その後当院消化器外科にてフォローされていた。
2018年1月から飲水量が多くなり(4-6L/日)、トイレに間に合わず失禁を繰り返すようになった。
著明な口渇があり、冷水、清涼飲料水を好んで飲んでいて、また、「寒い」と言いながら同時期から氷を大量に摂取するようになった。
これらの症状が持続するため、心配した妻に連れられ近医受診・精査目的に当科紹介となった。
既往歴) S状結腸癌 家族歴) 特記なし

身体所見

身長168cm、体重62.0kg
血圧 114/67mmHg 脈拍 71bpm
体温 36.4℃ SpO2 : 99% 意識清明
眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄疸なし
咽頭：発赤無し 扁桃腫大無し
頭頸部、腋窩、鼠蹊部リンパ節腫大なし
甲状腺腫大無し
呼吸音：清明、心音：整、雑音なし
腹部：軟、平坦、圧痛なし、グル音正常
四肢：浮腫なし turgor低下なし
神経学的異常所見なし

外来経過

自覚症状、尿浸透圧低値、頭部MRI所見から尿崩症の可能性を考慮し、負荷試験目的に入院とした。

負荷試験①： バゾプレシン負荷試験

負荷後時間(分)	0	30	60	90	120
尿浸透圧 (mOsm/KgH2O)	128	214	372	426	388

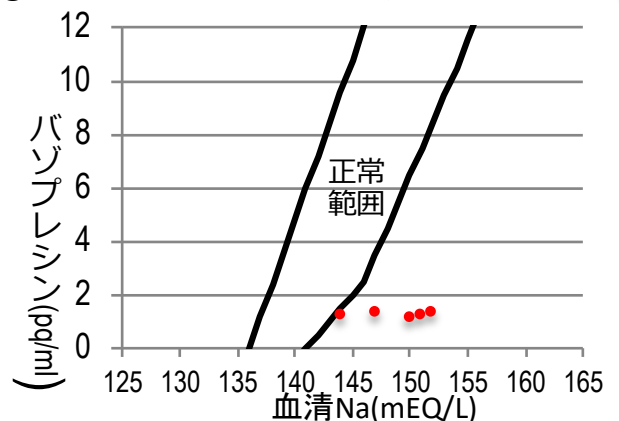
→陽性 (尿浸透圧 ≥ 300 mOsm/kgに上昇)

検査所見

血液検査)

RBC 471x104/ μ l Hb 14.7g/dl Ht 41.4%
MCV 87.9fl MCH 31.1pg MCHC 35.5%
Na 144meq/l K 4.3meq/l Cl 107meq/l、
BS 94mg/dl HbA1c 5.4% Fe 160 μ g/dL
フェリチン 177ng/mL
血清浸透圧 294mOsm/KgH2O
尿浸透圧 183mOsm/KgH2O
コルチゾール 12.3 μ g/dL ACTH 23pg/mL
PRL 5.4ng/mL LH 4.5mIU/mL
FSH 7.1mIU/mL GH 0.07ng/mL

負荷試験②： 5%高張食塩水負荷試験



→陽性 (高Na濃度下においてもバゾプレシン分泌低下)

頭部MRI



診断

中枢性尿崩症

考察

尿崩症では口渇、多飲、多尿といったよく知られた自覚症状以外に冷水、氷を好んで摂取するという例も多い。
(Chadi Saifan et al. ISRN Nephrol. 2013; 2013: 797620.)
氷食症を見た場合には、鉄欠乏性貧血や精神疾患の他に尿崩症の可能性を念頭に置くべきである。