

〔編集後記〕

本誌が出る頃には、年が改まっていることであろう。新年おめでとうございます。編集委員一同、本誌をより魅力あるものにしたいと努力しておりますので、よろしく御愛読のほどお願い申し上げます。

高齢化社会に入り、65歳以上の患者さんが目立って多くなって来た。この中で循環器領域では、高齢者高血圧の占める割合が甚だ多い。1986年のわが国における年代別高血圧患者の頻度では、年代が増すにしたがい増加し60才台では約35%、70才台では40%、80才台では約50%に達する。しかし、高血圧の内容は年代により異なって来、高齢者では、収縮期圧は上昇するが拡張期圧はむしろ下る傾向をとる。

一般に、高血圧の重症度は、全米合同委員会の分類でも、WHO の分類でも、坐位における拡張期圧により規定される。そうすると、高齢者血圧ではこの分類があてはまらない。では問題にしなくてよいのか。

1976年の Framingham study による各年代における収縮期圧と心血管系疾患発症率の関係では、男女、各年代とも収縮期圧が上昇するにしたがい、心血管系疾患発症率は増加し、年代が増すにしたがい、その傾向は強くなる。したがって、やはり降圧の必要があるわけであ

る。しかし、どこまで下げたらよいか、どんな降圧薬を用いたらよいか、まだ定説がない。この点に関し、1987年、デンマークの Strandgaard は、心および脳の血流量はある血圧値まで下げても自動調節されているものの、それ以下では急激に減少する成績を発表した。また、この域値は高血圧患者では高い所にあることも同時に示した。一方では、疫学的調査でも、1989年、Cruickshank を始めとするアメリカの学者は、下げすぎると予後を悪くし、その関係は J shape であるといい、同年代、ヨーロッパでも U shape であると発表した。

高齢者高血圧の病態特徴には、動脈硬化による Windkessel 作用の低下、圧受容体反射機能の低下、および心拍出量の低下が強く関与している。

以上のことから、私は坐位で収縮期圧の降圧目標を160mmHg 前後に、そのさい、血流量を減らさない降圧薬を、ふつう量の1/2程度から用いて、気ながに対応するのがベストではないかと思っている。これはあくまでも私見で、医学は日進月歩の勢いで進行しているものの、身近かな、こんなことすらはっきりしないこともあるということで、年頭の偶感として述べさせてもらった。

(編集委員 稲垣義明)