

スコープで取り上げた重要臨床課題 (Key clinical issue)

家庭血圧は、診察室血圧よりも信頼性・再現性が高く、脳心血管疾患ならびに標的臓器障害との関連が強いことが数多く報告されている。これらのエビデンスから、日本高血圧学会が定める高血圧治療ガイドライン2014 (JSH2014) では、高血圧について『診察室血圧と家庭血圧の間に診断の差がある場合、家庭血圧による診断を優先する』ことが明記された。一方で、診察室血圧で十分とする一般医家も一定数存在する。この意識・見解の相違を解消するために、家庭血圧を指標とした降圧治療が、従来の診察室血圧に基づく治療に比べ、予後や高血圧管理状況の改善につながるかどうかを明示することが極めて重要である。

CQの構成要素

P (patients, problem, population)

性別	指定なし
年齢	18歳以上の成人
疾患・病態	本態性高血圧患者
地理的要件	医療体制の確立した地域
その他	

I (intervention) / C (Comparison, controls, comparators)のリスト

I (家庭血圧を指標とした降圧治療) / C (診察室血圧を指標とした降圧治療)

O (outcomes)のリスト

	outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	脳心血管病発症率の低下	(<input checked="" type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	8点	○
O2	脳心血管死亡率の低下	(<input checked="" type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	9点	○
O3	24時間自由行動下血圧値の低下	(<input checked="" type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	5点	○
O4	服用薬剤数の減少	(<input checked="" type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	4点	×
O5	家庭血圧導入に関わる医療費の増加	(<input type="radio"/> 益 · <input checked="" type="radio"/> 害)	4点	×
O6		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O7		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O8		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O9		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O10		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O11		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O12		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O13		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O14		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O15		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	
O16		(<input type="radio"/> 益 · <input type="radio"/> 害)	点	

最終的なCQ

成人の本態性高血圧患者において、家庭血圧を指標とした降圧治療は、診察室血圧を指標とした治療と比べ、推奨できるか？

【4-10 SR レポートのまとめ】

CQ1 は「成人の本態性高血圧患者において家庭血圧を指標とした降圧治療と診察室血圧を指標とした降圧治療のどちらが推奨されるか」を CQ とした。アウトカムは脳心血管病発症率・死亡率及び 24 時間自由行動下血圧値 (ABP) の低下としたが、脳心血管病発症率・死亡率を評価した無作為化比較試験 (RCT) は抽出されなかったため、自由行動下血圧値 (ABP) の低下をアウトカムとしたメタ解析のみ実施した。

二次スクリーニングで RCT が 15 編抽出されたが、介入前の ABP データが無い 1 編、ABP を平均血圧でのみ評価した 1 編の計 2 編を除外し、13 編でメタ解析を行った。アウトカムは介入前後の 24 時間 ABP としたが、5 編については 24 時間 ABP が評価されていなかったため、代替指標として昼間 ABP を用いた。結果、家庭血圧を指標として治療した家庭血圧指標群の ABP 降圧度は、診察室血圧指標群に比べ、収縮期血圧では -1.32 (95%信頼区間 $-2.46 - -0.19$ mmHg) 大きかったが、拡張期血圧では -0.31 (95%信頼区間 $-1.08 - -0.44$ mmHg) と有意差が認められなかった。しかし、いずれの解析でも I^2 が 75% と研究間で高い異質性が観察された。その要因として、降圧目標を家庭血圧と診察室血圧間で同一とした研究の影響が考えられた。家庭血圧は診察室血圧よりも低い値をとるため、降圧目標値は家庭血圧で低く設定されることが一般的である。このことから、降圧目標が同一の 3 編を除外したメタ解析を行ったところ、異質性は消失し、家庭血圧指標群と診察室血圧指標群の ABP 降圧度の差は、収縮期で -3.80 mmHg (95%信頼区間 $-5.19 - -2.42$ mmHg)、拡張期で -2.32 mmHg (95%信頼区間 $-3.32 - -1.32$ mmHg) となった。家庭血圧のサーバー転送と医療従事者の閲覧 (Telemonitoring) 施行の有無で層別解析したが、この降圧度の差は同程度であった。

非直接性の評価に関して、13 編中 11 編で一般医家が遭遇する可能性の高い本態性高血圧患者を対象としており、非直接性は“低”と考えられた。しかし、7 編が Telemonitoring の技術を介入群に応用している。日本では、Telemonitoring は一部地域で普及しつつあるが、一般医家での利用はまだ限定的である。以上を考慮し、非直接性を“中/疑い”と評価した。本検討における介入には、対象者自身による家庭血圧測定が不可欠である。実行バイアスの回避 (盲検化) が困難であることを考慮し、バイアスリスクを“高”と評価した。しかし、家庭血圧測定による患者・医師の血圧・降圧治療に対する意識向上も介入効果の一つと考えられると、盲検化されていないことはバイアスではなく、むしろ家庭血圧測定 (介入) の効果そのものとも考えられる。したがって、この高いバイアスリスクは、本検討においては必ずしもマイナスとはならないことに留意が必要である。非一貫性について、家庭血圧と診察室血圧の降圧目標値を同一に設定した 2 編で、家庭血圧指標群における小さい ABP 降圧度が報告されている。この結果の差異を考慮し、非一貫性を“中/疑い”と評価した。