一般病棟の入院患者における高血圧マネジメント

-「降圧薬処方しておいて！」を問い直す-

2025.08.11

国立国際医療センター病院

総合診療科　中川　暁子　監修　樋口　直史

分野：循環器・総合内科　**テーマ：**治療

JHospitalist Network

JIHS Japan Institute for Health Security

看護師からの相談

症例1	「先ほど腰椎椎間板ヘルニアで入院した●●さん、血圧が185/100です。**降圧薬を使うべきですか？**」
症例2	「●●さん、夜間にトイレに行った直後に血圧が190/105でした。**頓服の薬は必要ですか？**」
症例3	「あさって退院予定の●●さん、ここ数日の朝の血圧が150～160台で推移しています。**そろそろ薬を入れた方が良いですか？**」

病棟医として、
あなたならどうしますか？

Clinical Question

「非心原性・非脳血管性の一般病棟入院患者における“高血圧”はどの程度治療介入すべきか？」

入院中の高血圧の対応は、頻繁に直面する。

患者の不利益とならない、
不必要な治療介入を避けるため、
エビデンスをもとに
今一度**判断指針を整理**していきたい。

高血圧の定義：高血圧治療ガイドライン2019

分類	診察室血圧 (mmHg) 収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	家庭血圧 (mmHg) 収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧
正常血圧	<120 かつ <80	<115 かつ <75
正常高値血圧	120-129 かつ <80	115-124 かつ <75
高値血圧	130-139 かつ/または 80-89	125-134 かつ/または 75-84
I度高血圧	**140-159 かつ/または 90-99**	135-144 かつ/または 85-89
II度高血圧	160-179 かつ/または 100-109	145-159 かつ/または 90-99
III度高血圧	≧180 かつ/または ≧110	≧160 かつ/または ≧100
(孤立性)収縮期高血圧	**≧140 かつ <90**	≧135 かつ <85

https://www.jpnsh.jp/data/jsh2019/JSH2019_noprint.pdf

先ほどのケース1-3はいずれも「高血圧患者」ということになるが、
どの場合も治療介入すべきなのだろうか？

高血圧に対する治療方針

外来患者

降圧薬投与は**長期的な心血管イベント予防のエビデンスあり**
各種ガイドラインもある程度確立している

外来診療と入院診療では
エビデンス・ギャップがある

入院患者

エビデンスが不明瞭な部分が多く
明確なコンセンサスや指針は存在しない

▶入院中の高血圧に関する14の臨床ガイドラインの
システマティック・レビュー

<LM WilsonSamuels J, et al. Ann Intern Med. 2024>

明確な指針はなく、
多くは外来での管理を推奨している

高血圧の分類：American Heart Association 2024

▶高血圧緊急症 Hypertensive Emergency

急性の臓器障害を伴う著明な高血圧

▶無症候性著明高血圧 Asymptomatic Markedly Elevated BP

SBP>180または**DBP>110-120 mmHg**だが、
急性の臓器障害はない状態

▶無症候性高血圧 Asymptomatic Elevated BP

SBP≧130またはDBP≧80 mmHgで急性の臓器障害がない状態

※**不要な降圧治療を誘発する懸念がある「高血圧切迫症** hypertensive urgency**」**
という用語を避け、より客観的な分類を提唱

<AP Bress et al.Hypertension.2024>

入院中の高血圧に対する治療方針

<AP Bress et al.Hypertension.2024>

入院中の血圧上昇
収縮期血圧≧130 mmHg
or
拡張期血圧≧80 mmHg

Yes →

著名な高血圧
（以前の定義：高血圧クリーゼ）
収縮期血圧＞180 mmHg
or
拡張期血圧＞110-120 mmHg

↓

新規or悪化した臓器障害

Yes → **高血圧緊急症** → **降圧治療を開始**

No → **無症候性著名高血圧**

No →

著名ではない高血圧
収縮期血圧≦180 mmHg
and
拡張期血圧≦110 mmHg

↓

無症候性高血圧

無症候性著名高血圧・無症候性高血圧 → **すぐには降圧治療を開始しない！**

ケース1-3の場合、まずは「**急性の臓器障害の有無**」を判断！

高血圧緊急症の診断・治療方針

▶ 急性の**臓器障害**がないことを確認！

頭痛、視覚異常、胸痛、呼吸困難、
意識障害、けいれん、神経学的異常など

脳：高血圧性脳症、虚血性脳卒中、頭蓋内出血
心：急性冠症候群、大動脈解離、肺水腫
腎：急性腎障害
などの疾患を除外（右表も参照）

▶ 明確な臓器障害があれば**静注治療**！

静注降圧薬による降圧を開始
使用薬剤例：ニカルジピン、ラベタロールなど

血圧目標	1時間以内に**20-25%程度の低下** その後24時間以内に140/90前後を目標

<PK Whelton et al. Hypertension. 2018>

高血圧緊急症を疑った場合の 病態把握のために必要なチェック項目
病歴、症状 高血圧の診断・治療歴、交感神経作動薬ほかの服薬、 頭痛、視力障害、神経系症状、悪心・嘔吐、 胸・背部痛、心・呼吸器症状、乏尿、体重の変化など **身体所見** **血圧:** 測定を繰り返す （拡張期血圧は120mmHg以上のことが多い）、左右差 **脈拍、呼吸、体温** **体液量の評価:** 頻脈、脱水、浮腫、立位血圧測定など **中枢神経系:** 意識障害、けいれん、片麻痺など **眼底:** 線状・火炎状出血、軟性白斑、網膜・乳頭浮腫など **頸部:** 頸静脈怒張、血管雑音など **胸部:** 心拡大、心雑音、Ⅲ音、Ⅳ音、肺野湿性ラ音など **腹部:** 肝腫大、血管雑音、（拍動性）腫瘤など **四肢:** 浮腫、動脈拍動など **緊急検査** 尿、末梢血（スメアを含む） 血液生化学（尿素窒素、 クレアチニン、電解質、糖、LDH、CKなど） 心電図、 胸部X線（2方向）、必要に応じ動脈血ガス分析 必要に応じ、心・腹部エコー図、頭部CTまたはMRI、 胸部・腹部CT 必要に応じ、血漿レニン活性、アルドステロン、 カテコールアミン、BNP濃度測定のための採血

<高血圧治療ガイドライン2019>

臓器障害のない"無症候性高血圧"の治療方針

原則：即時の治療をしない、頓服での降圧も行わない

- 入院患者における無症候性の高血圧に対する降圧薬治療の開始は**原則として行うべきではなく**、例外的にのみ行うべきである
  <AP Bress et al. Hypertension.2024>
- 入院中には**様々な理由**で無症候性高血圧が生じやすく、
  特に**静注治療による潜在的な害（死亡、脳卒中、心血管イベント、急性腎障害など）**を増加させる（OR:1.28）
  <MT Canales et al. JAMA Intern Med. 2025>
  <TS Anderson et al. JAMA Intern Med. 2023>
- 頓服での降圧薬使用が急激な血圧低下や血圧変動を引き起こすことで**急性腎障害・死亡・心血管イベントのリスク（心筋梗塞や脳卒中など）の増加に関連**
  <MT Canales et al. JAMA Intern Med. 2025>

入院中に"無症候性高血圧"が起こりやすい理由

- 血圧の**測定条件**が正しくない場合がある

  座位ではDBPが5mmHg高く、仰臥位ではSBPが8mmHg高い

  ➡ **座位**での測定が理想的

- 高血圧の原因が**一過性かつ可逆的な因子**が多い

  痛み、手術、脱水、便秘、不眠、不穏、服薬中断、
  ストレス、感染、点滴、禁煙・禁酒　など

- 入院患者は急性期疾患を合併している可能性が高く、もともと**バイタルの変動**が激しい

  ➡ 降圧薬により還流圧が低下すれば**副作用が生じやすい**

無症候性高血圧に介入を検討する“例外的”状況

SBP≧180 mmHg、DBP≧110-120 mmHgの無症候性患者

＋

高リスク患者

もともとコントロール不良の高血圧で一過性ではない
未治療の高血圧や心血管リスクが高い　など

or

入院前から治療中の患者

すでに高血圧で通院・治療中であったが**入院により降圧薬が中断されている**

⇒ 静注ではなく**内服薬を少量から開始**を検討
入院前の**常用薬を開始**しても良いが過降圧に注意

<AP Bress et al.Hypertension.2024>

以上を踏まえてA-I-Mアプローチの提案 <AP Bress et al.Hypertension.2024>

急性期での対応：血圧測定の質を高め、原因を特定・修正するための戦略

Assess：評価

血圧測定の**正確性と質を評価**
上昇の程度や**臓器障害の有無**を確認
現在の**診療文化・慣行**を把握

Identify：特定

測定精度向上の機会を探る
高血圧の**原因となり得る要素**を検討
医療文化・実践の改善点を特定

Modify：修正

原因となる要素への介入
不適切な薬剤の中止または見直し
過剰な治療や検査の削減

継続的な患者・医療者・スタッフ教育が重要

急性期から慢性期へのケア移行

急性期後から慢性期の対応：スムーズなフォローアップと患者教育を促進

Arrange：手配

退院から2週間以内の
フォローアップ診療を手配
二次性高血圧や持続的な高血圧の**評価**

Inform：説明

患者への説明
血圧管理の重要性、薬の服用、自宅でのモニタリング、生活習慣の改善について
外来医師と連携
高血圧が見られた患者の対応

Monitor：監視

自宅血圧や**遠隔モニタリング**を活用し、必要に応じて**治療の再評価**

退院後も、患者教育と外来医との協力体制が重要

「高血圧です！」と言われたときの対応フロー を考える

01 まずは測定状況を確認

- 正確な測定条件か？（体位・カフサイズ・静脈ライン側など）
- 仰臥位 vs 座位の差、起立性低血圧の除外

対応　測定条件を変えて20-30分後に再度測定

02 高血圧緊急症の除外（臓器障害の有無）

- 頭痛、視覚異常、胸痛、呼吸困難、意識障害、けいれん、神経学的異常を確認
- 臓器障害（脳・心・腎）を伴っていなければ、緊急治療は不要

対応
- SBPが180を超えてくると下げなければいけないという意識が働いてしまうが、冷静に対応
- 無症候性高血圧であればまずは患者の背景把握に努める！

03

可逆的要因の検索・対処

- 疼痛、不安、不眠、排便困難、環境変化などの要素を確認

対応　原因に応じて**環境整備**や**鎮痛薬、眠剤処方**などの対応を考慮

04

既往歴を含めた患者背景の確認

- もともと降圧薬を内服していたか？中断されていないか？
- 外来での血圧コントロール状況や目標値の確認

対応

・**原則**　**入院中には治療介入せず、退院後にかかりつけ医に引き継ぎをおこなう**
かかりつけ医への情報共有用に入院時の血圧推移を記録することも大事

・**原則の例外**

血圧条件　SBP≧180 mmHg、DBP≧110-120 mmHgが継続

かつ

追加条件　以下の条件にいずれかにあてはまる場合
- 心血管高リスク患者
- 入院前から治療中の患者
- 外来で経過フォローができる状況
- 次の医師に引き継ぎができる場合

→

治療
- 入院中の新規降圧薬の開始
  例）アムロジピンなどの経口薬
- 常用薬の再開

を検討し過度な降圧を避けつつ
必要最小限の介入を実施

頓服での降圧薬処方：「必要時」使用のコツ

▶無症候性高血圧でSBP180≦mmHg、DBP≦110-120 mmHgの場合

使用しない

▶無症候性高血圧でSBP180≧mmHg、DBP≧110-120 mmHgで心血管リスクもある患者にやむを得ず使用する場合

①一度目で高血圧の場合、安静にしてもらい
極力座位で再度30分後に**２回目の血圧測定をおこなう**

②それでも上記の値を示す場合は
経口投与可能な**短時間作用型**の降圧薬を使用する
例）カプトプリルなど

静脈内投与の頓用は避ける！

冒頭の症例への対応

	状況	アセスメント	対応 & 教訓
1	**腰椎ヘルニア** **入院直後** BP 185/100	緊急症：なし 可逆的要因：強い疼痛 背景：疼痛が原因の可能性大	**降圧薬は不要** 鎮痛薬による疼痛コントロールを優先 **教訓** **血圧の「原因」を治療すれば、** **血圧は自ずと改善する**
2	**夜間トイレ後** BP 190/105	緊急症：なし 可逆的要因：労作 背景：一過性の生理的変動	**頓用降圧薬は有害無益** 安静後再検で改善し、経過観察 **教訓** **生理的変動と病的高血圧を混同しない**
3	**退院間近** BP 150-160	緊急症：なし 可逆的要因：乏しい →再検指示も変わらず 背景：持続性高血圧の可能性	**入院中の介入は不要** かかりつけ医への情報提供と 家庭血圧測定の指導 **教訓** **入院中のゴールは** **「退院後への安全な橋渡し」である**

Take home message: visual abstract

Clinical Question

非心原性・非脳血管性疾患で
入院中の**無症候性高血圧に対し、**
即時の薬物介入は必要か？

入院中の高血圧の対応は、
頻繁に直面

エビデンスの蓄積した外来患者
vs
明確なコンセンサスのない
入院患者

推奨される思考プロセス

1.測定状況の確認
必要に応じて再検

2.緊急性の除外
急性の標的臓器障害
（脳・心・腎など）の兆候は？

3.可逆的要因の検索・対処
血圧上昇の原因は？
痛み、不安、不眠、薬剤など

4.患者背景の確認
元々の血圧は？ 常用薬は？
心血管リスクは？
退院後のフォローは可能か？

明日からのアクション

臓器障害ありの場合

高血圧緊急症
→即時介入 (静注薬)
唯一の絶対的な介入適応

臓器障害なし(無症候性)の場合

原則、治療しない

- **なぜ？**
  不必要な介入は有害
  AKI, 心筋障害, 死亡リスク増加
  特にルーチン頓用指示は避ける
- **どうする？**
  原因検索と外来連携
  A-I-Mアプローチに基づき、
  退院後のフォローへ繋ぐ
- **注**
  ごく一部の高リスク患者で
  持続する著明な高血圧のみ、
  慎重な経口薬開始を検討