

藍色の風

第 85 号 *Bando Heart Chronicle*

令和 元年 9 月 1 日（隔月発行） 編集発行人 医療法人坂東ハートクリニック 坂東正章
〒770-8025 徳島市三軒屋町下分 28 番地 <http://www.bandoheart.jp>

降圧目標はどのように変わったのか？

§ はじめに

2019 年 4 月に、日本高血圧学会が高血圧診療の指針となる『高血圧治療ガイドライン 2019』（以下、ガイドライン 2019 と略）を発表しました。どのような根拠でこういった変更がなされたのか、お知らせします。

§ 降圧目標の改訂

年代別、疾患別の降圧目標が右表のように記載されており、内容を箇条書きにしてみます。以下の文章の血圧値は断りが無い限り、すべて家庭血圧の数値を記載しています。

- 1) 特別な疾患のない 75 歳未満成人の家庭血圧は 125/75mmHg 未満を目標にする。脳血管障害患者（ただし首の血管に狭いところがなく、脳の大事な血管も詰まっていない人）、狭心症、心筋梗塞の既往のある人、尿たんぱく陽性の慢性腎臓病の人、糖尿病の人、バイアスピリン、エフィエント、プラビックス、ワーファリン、イグザレルト、エリキュース、リクシアナ、プラザキサ等の抗血栓薬を服用中の人の家庭血圧は 125/75mmHg 未満を目標にする。

- 2) 特別な疾患のない 75 歳以上の人、脳血管障害患者（首の動脈が狭くなっていたり、脳の大事な血管が詰まっていたりする人、またはそういったことが評価できていない人）尿たんぱくが陰性の慢性腎臓病の人は、家庭血圧 135/85mmHg 未満を目標にする。

糖尿病の人、尿たんぱく陽性の慢性腎臓病の人の降圧目標は 2014 に発表された高血圧治療ガイドラインと同じですが、その他の項目に該当する人は、上と下の血圧がそれぞれ 10 ずつ引き下げられています。また首の動脈狭窄や脳の大事な血管の詰まり具合を考慮して、降圧目標を設定するよう新たに指示されています。これは頸動脈や脳内血管の狭窄、閉塞がある人では、血圧を下げ過ぎてしまうと脳への血流が低下し、脳梗塞を誘発してしまう危険性があるからです。

§ 降圧目標改定の根拠

それではどうしてこのような変更がなされたかということについて記していきます。次ページの表をご覧ください。なんだろうと思うでしょうが、この表の見方を説明します。

この表は EPOCH-JAPAN という調査結果を表にしたものです。これは日本の主要な 10 件のコホート研究をまとめて調査し、約 7 万人のデータを解析しています。（「コホート研究」の意味が分からない方は藍色の風第 83 号 第 84 号を参照して下さい）この 10 件のコホート研究の中には以前の『藍色の風』でお知らせした久山町研究や大迫研究などが含まれています。

表 3-3 降圧目標

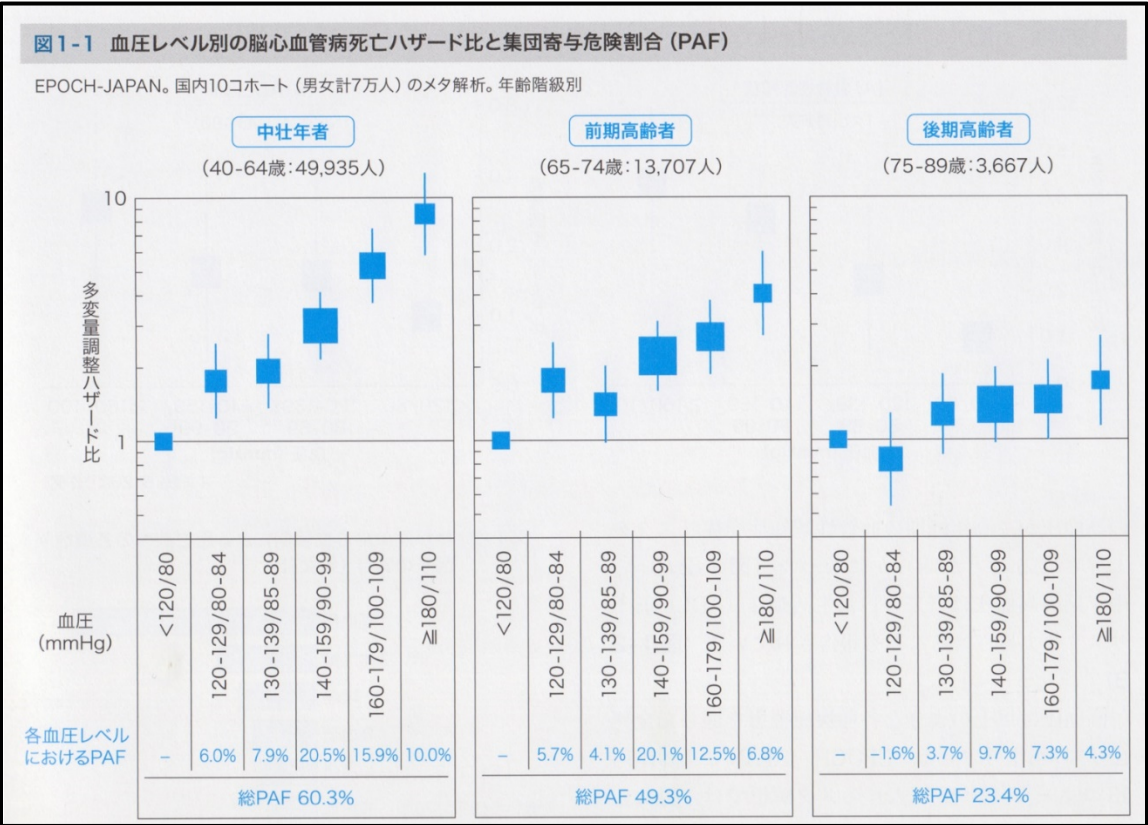
	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
75歳未満の成人^{*1} 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし) 冠動脈疾患患者 CKD患者(蛋白尿陽性)^{*2} 糖尿病患者 抗血栓薬服用中	<130/80	<125/75
75歳以上の高齢者^{*3} 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、または未評価) CKD患者(蛋白尿陰性)^{*2}	<140/90	<135/85

この表では、調査対象を中壮年者（40～64 歳の 49,935 名）前期高齢者（65～74 歳の 13,707 人）後期高齢者（75 歳～89 歳の 3,667 人）の3群に分けて記されて、それぞれ 10 年前後、観察されています。聞きなれない用語がたくさん出てきますが、説明しながら記載してみます。

まず左側の中壮年者のグループを見てください。40 歳から 64 歳まで、49,935 人が対象になっています。その人たちを血圧値別にグループ分けしています。この血圧値は診察室血圧です。120 未満、120 台、130 台、140-150 台、160-170 台、180 台以上の 6 つのグループに分けられています。それぞれのグループに分けられた人が脳卒中や心血管病でどのくらい死亡したかを、診察室血圧が 120 未満の人の死亡を 1 として比較し、その倍率が記載されています。これを「ハザード比」と言います。診察室血圧が 120 未満の人と比較して、120 台の人は 1.8 倍程度、130 台の人は 2 倍程度、140-150 台の人は 3 倍程度、160-170 台の人は 4 倍程度、180 以上の人は 9 倍近い倍率で脳卒中や心血管病で死亡したことがわかります。この 40～64 歳までの中壮年グループでは、血圧が上昇するにつれて急激に脳卒中や心血管病の死亡が多くなったことがわかります。若い年齢ほど血圧管理が重要だということがわかりました。

前期高齢者といわれる 65-74 歳のグループでも、血圧が上昇するにつれて脳卒中や心血管病の死亡が増加していますが、中壮年のグループほどはこのグラフの傾きが急峻ではありません。また 120 台のグループよりは 130 台のグループの方が、少し死亡率が低いのは面白い現象です。ガイドラインの中にその具体的な理由の記載はありません。

後期高齢者のグループになると、血圧の上昇に伴う脳卒中や心血管病による死亡の上昇割合がさらに低くなっています。この年齢では血圧の上昇が脳卒中や心血管病の死亡に、あまり大きな影響を及ぼさなくなっていることがわかります。また面白いことに、120 未満の診察室血圧よりは 120 台の診察室血圧の方が、脳卒中や心血管病による死亡が少なくなっています。後期高齢者では診察室血圧を 120 未満に下げようとする過度の降圧が、却って危険になっている可能性があります。不用意に血圧を下げてしまわないよう、また血圧が下がったまま放置しないよう、家庭血圧を計測し確認することが大切です。なお、診察室血圧の 120/80mmHg 未満は家庭血圧では 115/75mmHg 未満にあたります。



さて、表題にある集団寄与危険割合（PAF）とはどういうことでしょうか？集団寄与危険割合とは、集団のすべてが 120/80mmHg 未満であれば、脳卒中や心血管病による死亡を予防できたと推定される死亡者の割合を示します。この図表の左端、中壮年者のグループで見てみましょう。120-129/80-84 のグループの PAF は 6.0%でした。つまりこのグループの人達の診察室血圧を 120/80 未満に治療していれば、6.0%の人の死亡は避けることができたという意味です。中壮年グループ全体の PAF では 60.3%にもなり、このグループの人達すべてを 120/80mmHg 未満に治療できていれば、死亡者数の 60.3%を救うことができたという意味です。前期高齢者の総 PAF は 49.3%、後期高齢者の総 PAF は 23.4%で、日本における脳卒中や心血管病の死亡を減らすためには、中壮年グループの血圧管理が特に重要であることがわかります。

これまで記載してきたように、診察室血圧を 120/80mmHg 未満にコントロールする方が、脳卒中や心血管病による死亡を減らすことができるというコホート研究が明らかになったため、日本人の降圧目標が低く設定されたのです。今回の『藍色の風 第 85 号』では EPOCH-JAPAN というコホート研究を引用して説明しましたが、このコホート研究以外にも同様の研究があり、そういった研究結果も参考にして、今回のガイドライン 2019 は作成されました。

§ 高血圧の診断

それでは高血圧と診断される血圧の基準値はどのようになるのでしょうか？診察室血圧が 120/80mmHg 未満が最も安全な血圧であるというのなら、家庭血圧では 115/75mmHg 未満が求められることになります。それでは高血圧の基準がさらに引き下げられるのでしょうか？

下の表をご覧ください。これは成人における「血圧値の分類」と表示されており、ガイドライン 2019 から引用しました。血圧を次の 7 つに分類しています。正常血圧、正常高値血圧、高値血圧、Ⅰ度～Ⅲ度高血圧、（孤立性）収縮期高血圧。今回のガイドライン 2019 によると、高血圧と診断されるのはⅠ度高血圧の基準である診察室血圧が 140/90mmHg 以上、家庭血圧が 135/85mmHg 以上という値になるとされています。

正常血圧の人が脳卒中や心血管病による死亡が最も少ないのであれば、それを超えると高血圧と診断してもよいのでは…という考えもあります。米国では診察室血圧 130/80mmHg 以上（家庭血圧なら 125/75mmHg 以上）を高血圧と診断することになりました。これは米国内での種々の研究成果を元に設定されたのですが、米国案の根拠となった調査結果の中には日本人を対象としたものがほとんど存在していなかったため、今回の改訂ではこの米国の高血圧基準値は採用しませんでした。ただ、今後の日本における調査研究結果次第では、日本人を高血圧と診断する値もさらに低く設定される可能性はあります。

表2-5 成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧(mmHg)			家庭血圧(mmHg)		
	収縮期血圧		拡張期血圧	収縮期血圧		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

§ 高血圧の診断基準と降圧目標が異なる理由

ここまでこの文章を読んできた方の中に「何かおかしい…」と感じる人がいるかもしれません。日本人における高血圧の基準は病院血圧で 140/90mmHg 以上、家庭血圧では 135/85mmHg 以上といいながら、降圧目標ではこれらの血圧値よりも低い値が設定されています。ガイドライン 2019 に掲載された降圧目標の表を再度右に示します。

「特別な疾患のない 75 歳未満成人の家庭血圧は 125/75mmHg 未満を目標にする。脳血管障害患者（ただし首の血管に狭いところがなく、脳の大事な血管も詰まっていない人）、狭心症、心筋梗塞の既往のある人、尿たんぱく陽性の慢性腎臓病の人、糖尿病の人、バイアスピリンやエフィエント、ワーファリン等の抗血栓薬を服用中の人の家庭血圧は 125/75mmHg 未満を目標にする」とあります。

これらの人たちの家庭血圧が次第に上昇し、上の血圧が 125~134mmHg に達したら、高血圧とは診断されないけれど、高血圧として治療を始めなければならないことになります。さて、どう考えるべきでしょうか？その答えは下の表にあります。

表3-3 降圧目標

	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
75歳未満の成人*1 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし) 冠動脈疾患患者 CKD患者(蛋白尿陽性)*2 糖尿病患者 抗血栓薬服用中	<130/80	<125/75
75歳以上の高齢者*3 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり, または未評価) CKD患者(蛋白尿陰性)*2	<140/90	<135/85

表3-2 診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化

リスク層	高値血圧 130-139/80-89 mmHg	I度高血圧 140-159/90-99 mmHg	II度高血圧 160-179/100-109 mmHg	III度高血圧 ≥180/≥110 mmHg
リスク第一層 予後影響因子がない	低リスク	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 年齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のあるCKDのいずれか、または、リスク第二層の危険因子が3つ以上ある	高リスク	高リスク	高リスク	高リスク

同じような血圧であっても、その人にどのような疾患が合併しているかによって、その血圧による将来の危険度が異なります。表中の《高値血圧》の項目をみてみましょう。病院血圧が 130-139/80-89mmHg（家庭血圧では 125-134/75-84mmHg）の人は《高値血圧》と判定されます。血圧上昇にプラスして悪影響を与える因子が何もない場合（リスク第一層）には、将来の脳卒中、心血管病の発症リスクが低い（低リスク）と判断されます。しかし、《高値血圧》であって、年齢が 65 歳以上、男性、脂質異常症、喫煙者という、血圧上昇にプラスして将来に悪影響を与える因子が一つでもある場合（リスク第二層）には、将来の脳卒中、心血管病の発症リスクが中等度（中等リスク）と判断されます。さらに、《高値血圧》であって、脳卒中や心血管病の既往歴がある人、心臓弁膜症によらない心房細動、糖尿病、尿たんぱく陽性の慢性腎臓病のいずれかがある人、またはリスク第二層の項目が 3 つ以上ある人（リスク第三層）は将来の脳卒中、心血管病の発症リスクが高い（高リスク）と判断されます。

ただ、これらのリスク層別化やリスク判定には「仮定」を含んでいるため、それぞれの患者さんが将来脳卒中や心血管病を発症するリスク判定には、他の予後規定因子（遺伝や生活状態等）を考慮して主治医が判断することになります。また脳卒中や心臓血管疾患の発症には年齢が強く影響するため、若年や中年では危険因子が揃っていても、絶対的な危険性は必ずしも高くはありません。したがってこれらの世代の人には、3-5 年前後を経過した時点で再度危険性の評価をするようにともガイドラインでは勧めています。

以上のことから、リスクの第一層、第二層に該当する人には、いきなり降圧剤を開始するというのではなく、食事、運動、睡眠、ストレスといった生活上の問題をきちんと調整し、血圧の反応を観察していくことが必要です。それでも血圧のコントロールができないときには、その人の全体状況を考えた上で、降圧剤の使用を検討してもよいでしょう。リスク第三層に該当する人では、食事、運動、睡眠、ストレスといった生活上の問題をきちんと調整することを基本にしながらも、将来の脳卒中や心血管病の発症危険性が高いため、病院血圧が 130/80mmHg（家庭血圧が 125/45mmHg）に達したら高血圧の診断基準には至らなくても、降圧剤開始を視野に入れて治療を開始すべきということになります。

要するに高血圧かどうかという診断にこだわるより、それぞれの人が持っている危険因子をきちんと把握したうえで、将来の脳卒中、心血管病の発症を防ぐために、その人の目標とする血圧値に調整することが重要なのです。高血圧治療の最終目標は脳卒中や心血管病での死亡を防ぐことです。ご自分がどのクラスに属するか、確認してみてください。

§ 最後に

今回、高血圧治療ガイドライン 2019 が発表されました。しかし、不勉強で無責任な医師や週刊誌が性懲りもなく「血圧は高くても問題はない。年齢に 90 を足した位の血圧が望ましい」と情報発信をしています。降圧目標を下げたのは「製薬会社の手先になった医師達が、降圧剤をたくさん販売しようとする製薬会社の意図を汲んで行ったことだ」という論陣を張るメディアもありました。しかし、今回の『藍色の風』をお読みいただくと、高血圧治療ガイドライン 2019 における降圧目標改定は、長年にわたる日本のコホート研究の結果導き出された指標であることがわかります。ゆめゆめ、いい加減なメディアに惑わされることがありませんように…今回の内容はやや高度であり、分かりにくいかもしれません。疑問があれば私にお尋ねください。

参考文献

- ・高血圧治療ガイドライン 2019 日本高血圧学会発行 ライフサイエンス出版
- ・Fujiyoshi A, et al: Observational Cohorts in Japan (EPOCH-JAPAN) Research Group. Blood Pressure categories and long-term risk of cardiovascular disease according to age group in Japanese men and women. *Hypertens Res.* 2012; 35:947-953. PMID:22739419 【坂東】

パスポート写真

パスポートの有効期間が終わりに近づいたため、再発行の手続きをとりました。カメラ専門店で写真を撮り、パスポートセンターで申請書類とともに提出したところ、窓口の係員は私の写真（右）をしげしげと眺め「この写真はダメかもしれません。少し検討させてください」と言って奥に入りました。その後、窓口に戻り「ギリギリ大丈夫かもしれませんが、現在行われているコンピューターの顔認証制度ではパスできず、係員による認証に回される可能性があります」とのこと。何が問題か尋ねると、私の瞳孔がメガネの縁にかかっているからとのことでした。急いでカメラ店に戻ってその旨を伝え、メガネ無しで取り直してもらいました。「パスポート写真はメガネを外して写真を撮るようお客に勧めたら？」とカメラ店で伝えると「メガネをかけたままの写真に固執する人もいるので…」とのこと。メガネをかけた人のパスポート発行に際してはご注意ください。【坂東】



ED 対策

§ はじめに

中高年の男性にとって、ED（勃起障害、勃起不全）の問題はなかなか口外できず、一人で悩まれている人が多いようです。バイアグラが発売されてしばらくしてから、当院でも処方を開始しました。一定の要望があり、処方枚数は増えていったのですが、一人で使用するには多すぎる薬剤を希望する人が複数現れました。状況を尋ねてみると、友人に転売している由でした。狭心症、心筋梗塞などで使用する硝酸剤を服用している人がバイアグラを服用してしまうと、血圧が極端に下がることがあるため禁止されています。薬を譲る相手の健康状態に関して、正確な情報がないまま譲渡することは危険でした。また残念ながら、看護室での問診時、看護師にセクハラ的な発言をする人も現れたため、バイアグラの処方中止しました。

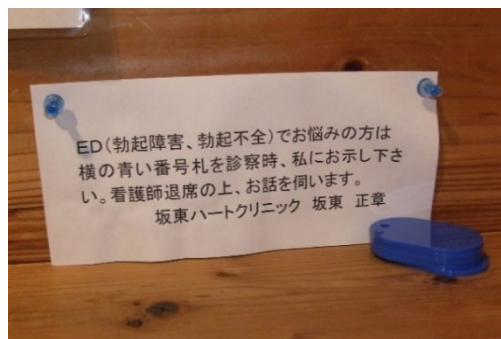
その後の診療で、抗 ED 剤をネット上で購入したり、友人からもらい受けたりしているということを耳にするようになりました。ED 対策を中高年男性の患者さんにきちんと説明せず、週刊誌からのあやふやな情報に振り回されているのは危険と思い、今年 1 月から当院での処方を再開しました。そして、今回の『藍色の風 第 85 号』で、中高年男性の ED 対策について、医学的根拠に基づいた資料を元に、きちんと記すことにしました。

なお、ED に関して看護師をはじめとした院内女性職員や調剤薬局女性薬剤師等へのセクハラ的発言は厳に慎んでいただくをお願いします。以前、数人の方がそのような行為に及び注意するも改善の見込みがなかったため、その人々に対しては看護室での問診は中止し、直接診察室に入ってもらふ事にしました。そのようなことが今後ありませんよう、十分お気をつけください。

§ ED 対策の申し込み

男性用トイレに以下のような文章を掲示しています。

（写真右）「ED（勃起障害、勃起不全）でお悩みの方は横の青い番号札を診察時に私にお示しください。看護師退席の上、お話を伺います」診察時にこの青い番号札が出されると、診察介助看護師は自動的に診察室を出ることになっています。一般的な診察が終了してから ED の状況を尋ね、その原因を推測し、対応策を説明します。



§ ED の定義

ED とは「満足な性行為を行うのに十分な勃起が得られないか、または維持できない状態が持続または再発すること」と定義されます。

§ ED の分類

ED は次の三つに分類されています。①器質性（血管、神経、泌尿器臓器等の異常）②心因性（精神的な問題）③混合性（①と②とが混在したもの）しかし、ED を訴える方では原因が混在していることが多く、「器質性が主因の ED」、「心因性が主因の ED」と判断して対応します。

§ ED の有病率

日本人男性がどの程度 ED に罹患しているかという報告があります。右の表は全国 100 地点で無作為に抽出された 2000 名を対象にして調査が行われ（回収率が 55.2%）、2002 年に発表されたものです。ED の罹患率は年齢とともに上昇していることがわかります。

他にも 289 名の日本人を対象に調査が行われ、加齢とともに ED に罹患する人が増えると指摘されています。その調査結果によると、70 歳代では 71%の男性が中等度ないしは完全な ED であったと 1999 年に報告されました。

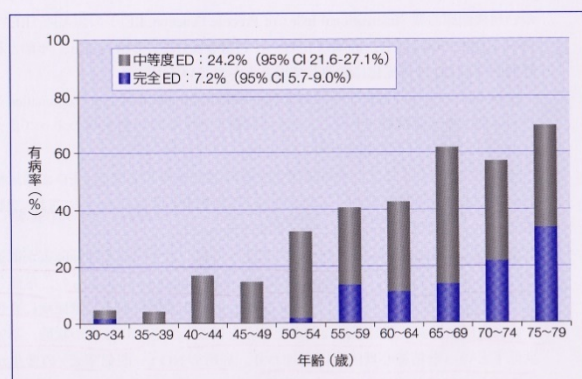


図1 日本における ED 有病率（全国推計）⁴⁾

§ ED の原因

- ① 加齢：性機能に限らず、すべての機能は加齢とともに低下していきます。
- ② 糖尿病：糖尿病に罹患した人ではその 35～90%に ED が発生したと報告されています。これは糖尿病に伴う血管障害、神経障害に関連しますが、糖尿病に合併しやすい、高血圧、肥満、運動不足が病状を悪化させ、さらにはうつ傾向、不安、性欲低下といった精神、心理的要因が加わり、発生すると説明されています。ED 対策としては、高血圧、糖尿病といった生活習慣病のコントロールが重要です。
- ③ 肥満と運動不足：アメリカにおいては肥満と運動不足が ED の原因になると報告されていますが、日本ではその関連は明確ではなかったようです。しかし、肥満や運動不足の解消は ED の改善や予防につながる可能性が高く、ED 対策として勧められています。
- ④ 心血管疾患と高血圧：高血圧があると ED の発症が高くなることは世界中から報告されており、かつ高血圧では ED が重症化しやすいとも指摘されています。高血圧状態となると神経・血行動態・生理活性物質などのバランスが崩れることで、ED が引き起こされると説明されています。また、狭心症や心筋梗塞でも ED が非常に多くなると指摘されています。
- ⑤ 喫煙：他の国々での調査では喫煙と ED の関係が明らかですが、日本の調査では喫煙者において有意に ED が多いという結果はでませんでした。しかし、喫煙による血管内皮障害、血流障害、交感神経刺激などの作用を考えると、喫煙で発生したたくさんの心臓血管病の手術治療をしてきた私の経験からすると、喫煙が ED を促進することは明らかなように思います。
- ⑥ 男性ホルモン（テストステロン）の低下：男性ホルモンと ED との関連については一定の見解はありません。この領域に関して問題がありそうと私が判断したときには、泌尿器科専門医に紹介します。
- ⑦ 慢性腎臓病と下部尿路症状：慢性腎臓病の 4,389 人を分析した結果、ED を訴えた人は 70%であったと報告されました。また日本人 174 名の透析患者に対する ED 調査では、30 歳代が 36.4%と高率で加齢とともに頻度が増え、60 歳代では 93.1%であったと報告されています。また下部尿路症状（頻尿、夜間頻尿、尿意切迫感、尿失禁、排尿困難、膀胱痛など）がある人では、ED の発症率が高くなると指摘されています。
- ⑧ 薬剤：薬剤性の ED としては降圧剤による可能性が指摘されていますが、薬剤の影響なのか、そもそも高血圧の影響なのか、またはその両者なのかということに関しては結論がでていません。
- ⑨ 睡眠時無呼吸症候群：睡眠時無呼吸がある男性には ED が多いことが指摘されており、夜間の人工呼吸などで睡眠時無呼吸が改善された場合には、ED も改善すると指摘されています。
- ⑩ 心理的および精神疾患の要素：情緒的な問題やストレス、またうつ症状がある場合には ED の発症が増えると指摘されています。
- ⑪ その他：他にもいくらかの項目はありますが、頻度が少なく、やや専門的になるため省きます。

§ ED への治療

ED の治療では当方のような一般的な医院でも行なえる薬剤治療と、泌尿器科医が行う専門的治療があります。今回は薬物治療に関して記載しますが、薬物治療で効果がないときには泌尿器科専門医に紹介します。なお、抗 ED 剤の投与では健康保険が使用できず、自費診療になります。

薬剤としてはホスホジエステラーゼ阻害薬（PDE5 阻害薬）を使用します。血管の壁には平滑筋という筋層があります。勃起の主役となる陰茎海綿体の血管にもこの平滑筋があるのですが、この平滑筋を緩めて血液を多く流すようにするのが cGMP（サイクリック GMP）というエネルギー物質です。この cGMP は PDE5 という酵素によって簡単に分解されてしまいます。そして、陰茎海綿体にはこの PDE5 という酵素が豊富に存在しているのです。陰茎海綿体に多く血液を流し、陰茎を大きくすることが勃起なのですが、そのためには、大事な cGMP を長持ちさせなければなりません。勃起を維持させるためには PDE5 という酵素を無力化してしまえばよい訳です。抗 ED 剤と呼ばれている薬剤はすべて PDE5 という酵素を分解してしまう作用があり、PDE5 阻害薬と呼ばれています。

現在日本ではバイアグラ、レビトラ、シアリスという三種類のPDE5阻害薬が発売されています。各々の薬効の特徴や注意点を簡単に記します。なお、薬価は1錠1,300円前後で、調剤料として1,400円前後の追加が必要です。自由診療のため、調剤薬局により費用は異なります。

- ① バイアグラ：内服後30～60分で効果が発現します。空腹時に服用する必要があり、食後の服用では吸収が悪く、効果の発現も遅くなってしまいます。通常は50mg錠で処方しますが、ある種の抗生物質、胃薬、カルデナリンなどの α 遮断薬、65歳以上、中等度の肝機能障害、重度の腎機能障害の人などは25mgから開始します。ニトロールやフランドルテープなどの硝酸剤を使用している人は、併用することで血圧が極端に下がることがあると報告されており、使用できません。またアミオダロンという抗不整脈薬を服用している人も使用は不可です。
- ② レビトラ：内服後30分で効果が出ます。食事の影響はあり、高脂肪食後に服用すると効果が減弱してしまいます。空腹時に服用した方がよいでしょう。剤形は5mg、10mg、20mgの三種類がありますが、20mg錠の方が10mg錠よりも有効性が高いと報告されています。ただ、状況によっては5mg錠から開始し、水虫の薬を内服している人、血液透析を受けている人は使用が禁止されています。硝酸剤の服用をしている人が使用できないのは同様です。また安静時心電図でQTc時間の延長するQT延長症候群、リスモダン、シベノールなどのクラスⅠA群に属する抗不整脈薬、アンカロン、ソタコールといったクラスⅢ群抗不整脈薬を服用している人も使用することができません。
- ③ シアリス：内服後30分から効果が出現し、持続時間は36時間と長く続きます。薬の効果が長時間持続するのが、バイアグラ、レビトラと大きく異なるところです。5mg、10mg、20mgの三つの剤形があります。状況により適切な剤形を選択しますが、レビトラが禁忌であった水虫の薬を服用している人、血液透析を受けている人でも使用は可能とされています。硝酸剤を服用している人はやはり使用できませんが、シアリスは不整脈関連の薬を使用している人でも使用は可能です。また食事の影響は受けないとされています。

§ PDE5 阻害薬の副作用

- ① 非動脈炎性前部虚血性視神経症：痛みを伴わない突然の視野欠損が片側に生じる病態です。起床時に気づくことが多いとされています。50歳以上の白人でPDE5阻害薬を使用した10万人当たり、年間2.3～10.2人の発生があったと報告されています。このような症状が生じたときには、服薬を中止し直ちに眼科を受診する必要があります。
- ② 突発性難聴：アメリカ、ヨーロッパ、オーストラリアでこの副作用が報告されています。2017年11月の時点では、日本ではその報告はありません。PDE5阻害薬を開始して、聴力の異常に気付いた時には直ちに服薬を中止して耳鼻科を受診して下さい。
- ③ 背部痛：これはシアリスに特徴的な副作用です。なぜシアリスで背部痛が生じるのか、その原因は不明ですが、5%程度の発生率とされています。

誤解がないように追加しますが、PDE5阻害薬は大きくなった陰茎を維持させる薬であり、陰茎を大きくする薬（媚薬）ではありません。ですから勃起しない人の場合にはPDE5阻害薬の適応はありません。そのような方は泌尿器科で専門的な治療を受けてください。紹介します。

§ 終わりに

中高年の男性にとって、EDは人に相談しにくい問題です。それだけに、誤った情報に惑わされることがないようにと思います。今回の記事が参考になれば幸いです。【坂東】

参考資料

- ・ED診療ガイドライン 第3版 日本性機能学会、日本泌尿器科学会編
リッチヒルメディカル 2018年
- ・臨床泌尿器科「EDをあなどるなかれ」 2016年12月号 医学書院
- ・泌尿器外科「“目からウロコ”のED・射精障害治療の最前線」2019年6月号医学図書出版
- ・老いない性ライフ 清水一郎 西村書店
- ・男性機能の「真実」 永井 敦 ブックマン社
- ・中高年のための性生活の知恵 日本性科学会 アチーブメント出版