

齋賀医院壁新聞

文献情報と医院案内 齋賀医院ホームページに戻る場合戻るボタンをおしてください

検索ボックス

[<< 片頭痛を悪化させる食品は？ | TOP | アストラゼネカのワクチンと血栓症 >>](#)

2021年05月31日

<< 2022年03月 >>

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

最近の記事

- [\(03/30\)4回目のコロナワクチン接種](#)
- [\(03/29\)Long COVIDの記憶障害](#)
- [\(03/28\)脳卒中の残余リスクとしての中性脂肪・二次予防](#)
- [\(03/26\)アスピリンの一次予防効果；高齢者](#)
- [\(03/23\)飲酒は、たしなまないほうがいい！](#)

最近のコメント

- [モデルナワクチンのプスター効果・その2](#) by (02/04)
- [5～11歳のファイザーワクチン接種・その1](#) by (01/23)
- [オミクロン株はパンデミックから季節性への始まりか？](#) by (01/11)
- [オミクロン株は軽症？](#) by (01/08)
- [血圧を上げる薬剤](#) by (12/12)

タグクラウド

カテゴリ

- [小児科](#)(216)
- [循環器](#)(238)
- [消化器・PPI](#)(145)
- [感染症・衛生](#)(264)
- [糖尿病](#)(125)
- [喘息・呼吸器・アレルギー](#)(96)
- [インフルエンザ](#)(105)
- [肝臓・肝炎](#)(61)
- [薬・抗生剤・サプリメント・栄養指導](#)(47)
- [脳・神経・精神・睡眠障害](#)(46)
- [整形外科・痛風・高尿酸血症](#)(31)
- [ワクチン](#)(68)
- [癌関係](#)(11)

血圧の強化療法と標準療法の比較試験の最終報告 Sprint研究の完全版

血圧の強化療法と標準療法の比較試験の最終報告 Sprint研究の完全版

Final Report of a Trial of Intensive
versus Standard Blood-Pressure Control
N Engl J Med 2021;384:1921-30.



以前の私のブログでも紹介しましたが、収縮期血圧は120を目標にしたほうが予後が良いとするsprint研究の最終報告が、今になって雑誌NEJMに載っています。多分、研究終了後に予後が判明する場合もあり、今回の最終報告となったものと思います。本研究は2010年11月より2015年8月20日のまでの平均で3.33年の経過観察を行っていますが、更に試験終了後の2016年7月29日まで追跡し、追加で解析しています。

纏めますと

- 50歳以上の収縮期血圧が130から180の人で、且つ一つ以上の心血管疾患のリスクのある人
(心血管疾患を有する、eGFRが20から59の慢性腎臓病、10年リスクが15%以上、75歳以上)を対象にしています。
75歳以上が28.2%、慢性腎臓病が28.3%、心血管疾患は20.0%でした。
除外基準は糖尿病、脳卒中の既往、認知症です。
9,361人を血圧の目標を120以下とした強化群と、140以下とする標準群に1対1で振り分けています。
主要転帰は、心筋梗塞、その他の急性冠症候群、脳卒中、急性非代償性心不全、心血管死の複合としてしています。
- 結果
主要転帰の発生率と全死因死亡率は、強化治療群のほうが標準治療群よりも有意に低かった。
(主要転帰の危険率は0.73、全死因死亡率の危険率は0.75)

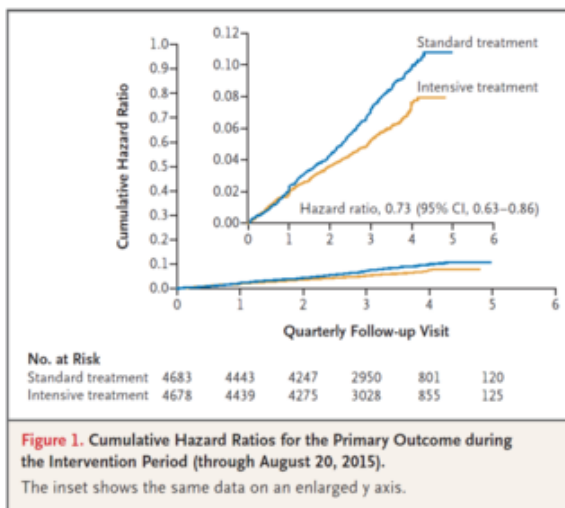
脂質異常(28)
 甲状腺・副甲状腺(19)
 婦人科(9)
 泌尿器・腎臓・前立腺(39)
 熱中症(7)
 日記(22)
 その他(79)

過去ログ

2022年03月(15)
 2022年02月(14)
 2022年01月(16)
 2021年12月(14)
 2021年11月(17)
 2021年10月(17)
 2021年09月(13)
 2021年08月(16)
 2021年07月(12)
 2021年06月(16)
 2021年05月(16)
 2021年04月(14)
 2021年03月(18)
 2021年02月(19)
 2021年01月(16)
 2020年12月(17)
 2020年11月(15)
 2020年10月(17)
 2020年09月(19)
 2020年08月(14)
 2020年07月(17)
 2020年06月(14)
 2020年05月(21)
 2020年04月(18)
 2020年03月(18)
 2020年02月(18)
 2020年01月(19)
 2019年12月(14)
 2019年11月(15)
 2019年10月(18)
 2019年09月(18)
 2019年08月(14)
 2019年07月(14)
 2019年06月(16)
 2019年05月(14)
 2019年04月(18)
 2019年03月(19)
 2019年02月(19)
 2019年01月(15)
 2018年12月(16)
 2018年11月(20)
 2018年10月(20)
 2018年09月(18)
 2018年08月(24)
 2018年07月(18)
 2018年06月(18)
 2018年05月(20)
 2018年04月(19)
 2018年03月(20)
 2018年02月(14)

以降はカテゴリーで検索してください。

[RDF Site Summary](#)
[RSS 2.0](#)



追跡調査後（2016年7月29日まで）のデータは下記
 この場合は実地医家が年に4回診察しています。

Table 1. Outcomes during the Observational Postintervention Period (through July 29, 2016).^a

| 転記 | 強化療法 no. of participants (N=4512) % per year | 標準療法 no. of participants (N=4462) % per year | 危険率 | P Value ^b |
|--------------------------------|---|---|-------------------|----------------------|
| 全患者 | | | | |
| 主要転記 | 51 | 57 | 0.87 (0.59-1.27) | 0.46 |
| 心不全以外の主要転記 | 36 | 49 | 0.72 (0.46-1.10) | 0.13 |
| 二次転記 | | | | |
| 心筋梗塞 | 13 | 21 | 0.96 (0.30-3.12) | 0.16 |
| 急性冠症候群 | 3 | 6 | 0.27 (0.11-1.94) | 0.33 |
| 脳卒中 | 10 | 18 | 0.81 (0.23-1.30) | 0.09 |
| 心不全 | 32 | 33 | 0.59 (0.25-1.40) | 0.002 |
| 死亡に至らない心不全 | 32 | 33 | 0.59 (0.25-1.40) | 0.002 |
| 心血管疾患の死亡 | 25 | 36 | 0.71 (0.46-1.14) | 0.09 |
| 原因にわからない死亡 | 53 | 57 | 0.90 (0.61-1.31) | 0.57 |
| 主要転記またはあらゆる原因による死亡 | 85 | 89 | 0.91 (0.68-1.23) | 0.55 |
| ベースラインでCKDを持つ参加者 (N=1148) | | | | |
| 複合腎転記 | 1 | 3 | 0.30 (0.00-2.42) | 0.27 |
| eGFRの30%以上の低下 | 1 | 1 | 0.17 (0.00-20.00) | 0.87 |
| 長期透析 | 1 | 2 | 0.33 (0.00-5.82) | 0.62 |
| 腎移植 | 0 | 1 | 0.00 | 0.23 |
| アルブミン尿症 | 5 | 9 | 0.55 (0.16-1.67) | 0.29 |
| ベースラインでCKDを持たない参加者 (N=2867) | | | | |
| eGFRの30%以上の低下 | 10 | 7 | 1.49 (0.57-4.10) | 0.42 |
| 長期透析 | 0 | 0 | — | — |
| 腎移植 | 0 | 0 | — | — |
| アルブミン尿症 | 8 | 14 | 1.76 (0.22-1.30) | 0.18 |

介入試験中の最初のデータは下記（2015年8月20日まで）

Table 1. Outcomes during the intervention Period (through August 20, 2015).^a

| Outcome | Intensive Treatment no. of participants (N=4678) % per year | Standard Treatment no. of participants (N=4682) % per year | Hazard Ratio (95% CI) | P Value ^b |
|--|--|---|-----------------------|----------------------|
| All participants | | | | |
| Primary outcome ^c | 264 | 354 | 0.73 (0.63-0.86) | <0.001 |
| Primary outcome without nonfatal heart failure | 222 | 293 | 0.75 (0.63-0.89) | 0.001 |
| Secondary outcome ^c | | | | |
| Myocardial infarction | 102 | 140 | 0.72 (0.56-0.93) | 0.01 |
| Acute coronary syndrome | 42 | 41 | 1.02 (0.66-1.57) | 0.93 |
| Stroke | 69 | 78 | 0.89 (0.64-1.23) | 0.48 |
| Heart failure | 68 | 105 | 0.63 (0.46-0.86) | 0.003 |
| Nonfatal heart failure | 66 | 101 | 0.64 (0.47-0.87) | 0.004 |
| Death from cardiovascular causes | 41 | 71 | 0.67 (0.39-0.94) | 0.004 |
| Death from any cause | 163 | 235 | 1.41 (0.81-0.92) | 0.006 |
| Primary outcome or death from any cause | 329 | 424 | 0.77 (0.67-0.88) | <0.001 |
| Participants with CKD at baseline (N=1330) | | | | |
| Composite renal outcome ^c | 17 | 16 | 1.03 (0.52-2.06) | 0.93 |
| ≥50% Reduction in eGFR ^d | 12 | 12 | 0.98 (0.43-2.22) | 0.97 |
| Long-term dialysis | 7 | 10 | 0.66 (0.24-1.72) | 0.39 |
| Kidney transplantation | 0 | 0 | — | — |
| Incident albuminuria ^e | 64 | 85 | 0.71 (0.50-1.00) | 0.05 |
| Participants without CKD at baseline (N=3348) | | | | |
| ≥50% Reduction in eGFR ^d | 148 | 41 | 3.67 (2.42-5.26) | <0.001 |
| Long-term dialysis | 0 | 0 | — | — |
| Kidney transplantation | 0 | 0 | — | — |
| Incident albuminuria ^e | 142 | 184 | 0.77 (0.62-0.96) | 0.02 |

最初の報告と追跡調査後を比較しますと、その違いは

- ・ 追跡調査後の方が血圧が6.9上がっている。
強化群と標準群の差は少なくなっており、非代償性の心不全に関しては強化群の方で多くなっています。
- ・ 慢性腎臓病のある人では強化群と標準群で差はないが、腎機能が正常の場合は強化群の方が危険率が高く、その低下は早期に認められている。しかし追跡調査後ではその危険率は下がっている。
強化群での服薬の減少が原因としています。
更に薬剤による腎障害は、強化群の方で頻度が高い。
- ・ 心不全に関しては追跡調査後で強化群の方が危険率が上がっている。
(2つの上の表の赤線部分を比較してください。)
0.63から2.34と増加しています。その説明として追跡調査後では強化群で服薬の減少、特に降圧利尿薬の中止が関与しているものと推測していますが、明白なエビデンスはないとしています。

3) 副作用

低血圧、電解質異常が主な原因です。
症状としては失神発作が一番多く報告ですが、特に慢性腎臓病の人に認められています。

私見)

高血圧治療における本院の戦略は

- ・ 原則として目標血圧は120以下ですが、高齢者に関してはテイラーメイドの対応が必要
- ・ 強化療法の場合は定期的な腎機能検査が必須
- ・ 強化療法では、当然ながら降圧利尿薬は併用薬の有力な薬剤
標準治療に戻す場合は腎機能、心機能、代謝を総合的に勘案する。
- ・ 心血管疾患のリスク評価を定期的に行う。

[ブログより.pdf](#)

[ブログより 2.pdf](#)

 [ブックマーク](#)

【循環器の最新記事】

[脳卒中の残余リスクとしての中性脂肪・二次..](#)
[アスピリンの一次予防効果；高齢者](#)
[心不全にSGLT-2阻害薬は第一選択薬](#)
[降圧利尿薬は慢性腎臓病でも有効適応](#)
[抗凝固薬（DOAC）の服薬遵守](#)

この記事へのコメント

いつも勉強になります。

この内容を拝見すると仕事柄糖尿病のACCORD試験が浮かんできました。

Posted by at 2021年06月01日 16:13

