

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版

慶應義塾大学衛生学公衆衛生学教授

岡村 智教

（聞き手 大西 真）

大西 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版というテーマでお話をうかがいます。

岡村先生は、このガイドラインの委員長をされていました。5年ぶりの改訂で、何か重要な指摘がありましたら教えていただけますか。

岡村 日本動脈硬化学会のガイドラインは、実は前々回の2012年のときから、日本のガイドラインで初めて絶対リスクを導入しています。絶対リスクとは実際の発症確率や死亡確率になりますが、それに基づいて治療方針を決めるということを導入しています。2012年のガイドラインでは、冠動脈疾患の死亡を評価する、NIPPON DATA80のリスクチャートを使っていました。これは死亡リスクです。もちろん発症リスクのほうが有用なので、前回の2017年のガイドラインでは、吹田スコアに基づく冠動脈疾患の発症を絶対リスクの評価に使っていました。ただ、その間幾つか議論がありました。欧米のガイドラインでは、脳卒中と冠動脈疾患

を合わせたリスクスコアを使っているのです。脳卒中をどう扱うかという問題がずっと議論として行われていたということになります。

大西 そういうことですね。それで、今回の改訂のキーワードとしては、トリグリセライドと糖尿病、アテローム血栓性脳梗塞に重点を置かれているような感じがしています。随時のトリグリセライドの基準値設定の考え方とリスクをどう考えるかといった点について、教えていただけますか。

岡村 トリグリセライドはずっと、空腹時の基準値だけ150mg/dLという値に設定されていました。先生方のご存じだと思いますが、食後に値が高くなる方が多いものの個人差がありすぎて、血糖値のような基準というのは、なかなか決めることができなかったのですが、日常的に非空腹時で来られる患者さんもけっこういますので、その設定を決めておく時代になったのだらうということが一つです。それから、実際のリスクというのは空腹時だけではな

く、随時のトリグリセライドが高くて
も冠動脈疾患等の発症リスクが上がる
ことがわかっているのです。基準値を決
めなければいけないということになり
ました。日本の疫学研究をざっと網羅
すると、随時のトリグリセライドでリ
スクを見ている研究が幾つかありまし
て、代表的なCIRCS研究やNIPPON
DATAでも公表されているように160
mg/dL台の後半から200mg/dL台の前
半ぐらいからリスクが上がって来るこ
とが示されています。ただ一つの値に決
めるのは非常に難しく、ここは議論が
あったところなのですが、実は欧州の
ステートメントが175という基準を作
っていて、150~200mg/dLの間である
ことは間違いないということで、今回
は欧州と合わせた随時のトリグリセラ
イドの基準値を設定しました。

大西 健康診断だと、必ず空腹で来
てくださいとか、普段のトリグリセラ
イドとの乖離があって現場で悩むこと
もありますが、トリグリセライドの随
時の値もけっこう重要だと考えてよい
のですね。

岡村 はい、そうですね。

大西 それでは次に、先ほど絶対リ
スク評価のことがお話に出ましたが、
その指標としていろいろなスコアを検
討しているとガイドラインに書かれて
いると思いますので、そのあたりを少
し教えていただけますか。

岡村 先ほども少しお話しました

が、脳卒中をどう取り扱うかというこ
とになります。ところが、日本の疫学
研究で見ますと、脳梗塞全体になって
しまうと、実はLDL-コレステロール
の上昇などと、あまり関連を示しませ
ん。脳梗塞にはラクナ梗塞、アテロー
ム血栓性脳梗塞、心原性脳塞栓とい
う主に3つのタイプがありますが、はっ
きり脂質異常と関連が認められるのは
アテローム血栓性脳梗塞だけです。ラ
クナ梗塞は、高血圧の影響が非常に強
いですし、心原性脳塞栓は心房細動の
影響が強いですので、アテローム血
栓性脳梗塞だけが冠動脈疾患と同じよ
うな関連を示します。したがって、冠
動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞
を合わせた発症リスクを予測するとい
うことで、今回、久山町のスコアを採
用しました。

大西 具体的にはどのようなスコア
なのでしょう。

岡村 九州大学でされている久山町
研究は非常に有名で、住民の方をず
っと追跡して亡くなった方の剖検まで
行い、エンドポイントを非常に緻密に
取る研究です。日常診療で使う指標
なので、これは年齢、性別、収縮期
血圧、糖代謝異常、LDL-コレステ
ロールとHDL-コレステロール値、
それから喫煙の有無を組み合わせ
て、10年以内の発症確率を評価す
るものになっています。

大西 次にその二次予防の対象で
すね。アテローム血栓性脳梗塞が追
加さ

れたと思うのですが、そのあたりについて教えていただけますか。

岡村 はい。動脈硬化性疾患を発症された方は危険因子の値にかかわらず非常にリスクが高いことは、ご存じのとおりかと思いますが、二次予防では、そういう人たちのLDL-コレステロールをどのぐらいのレベルまで下げかということ。ヨーロッパでは55mg/dL未満など非常に低い値を設定しているところがありますが、日本の場合は一般的に二次予防のLDL-コレステロールの管理目標値は100mg/dL未満というのを使っています。前回のガイドラインからカッコ付きで、特にリスクが高い場合は70mg/dL未満と設定しましたが、今回はそのカッコを外して、基本100mg/dL未満ですが、70mg/dL未満というのも、一般的なものとししました。では、どういう人を対象にするかということは従前と同じですが、急性冠症候群と家族性高コレステロール血症の方とはっきり設定しました。冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞を合併している方は非常にハイリスクですので、今回、新たに70mg/dL未満としました。

それから、適用拡大ということになりますと、糖尿病がある方で二次予防対象は自動的に70mg/dL未満ということになりました。前回はハイリスクの糖尿病だけが70mg/dL未満だったのですが、今回は二次予防で糖尿病であれば70mg/dL未満を目指し、厳格なLDL-

コレステロールの管理をしていくこととしたので、今回そこが変わったのだらうと思います。

大西 糖尿病の場合いろいろ合併症があったり、喫煙をしてもLDL-コレステロールの管理目標値というのは、やはり同じように考えてよいでしょうか。

岡村 そうですね。二次予防の場合は、すでに1回発症している時点でハイリスクですから、基本的には70mg/dL未満です。今、おっしゃったことは非常に大事なことで、実は一次予防の方でも糖尿病がある場合は、高リスクなので120mg/dL未満で一次予防になるのですが、喫煙や細小血管合併症を伴うような糖尿病であると、一次予防では100mg/dL未満になると今回設定が変わっています。だから、今回は全体的に糖尿病に対しては、厳しめの管理目標値を設定したということになるかと思えます。

大西 新たな項目として幾つか追加されたことがあると聞いていますが、教えていただけますか。

岡村 ガイドラインそのものとしてありそうでなかったものとしては、続発性脂質異常症です。例えば、甲状腺機能低下症が非常に典型的だと思えますが、意外と今までガイドラインに章立てがありそうでなかった部分です。それから、あとは飲酒の取り扱いです。喫煙についてはガイドラインにきちん

とあったのですが、飲酒はやはり取り扱いが難しいというか、ご存じのとおり疾患との関連性に二極性があつたりして難しいので、今回、初めてそれも取り上げました。併せて、いわゆる脂肪肝にもNAFLD/NASH、アルコールと関係ない脂肪肝みたいなものがあります。これについても、まだ治療のエビデンスとまではいかないのですが、リスクのある病態として、脂質異常症との関連が強いこと、それからある程度、ものにもよりますが、動脈硬化性疾患の発症リスクが高くなるということについて、今回記載しました。

大西 食事療法、運動療法は患者さんに勧めますが、具体的なやり方などもガイドラインには出ているのでしょうか。

岡村 食事療法について、基本的には、コレステロールの摂取等に目が行きがちなのですが、エビデンスレベルをみると、実は飽和脂肪酸の摂取が、血中のLDL-コレステロールに一番効

いています。すると、その飽和脂肪酸を控えると、代わりに、例えば多価不飽和脂肪酸か一価不飽和脂肪酸を摂る感じになるので、脂肪のバランスが、食事療法上は非常に大事だということになります。そちらのほうがむしろエビデンスレベルが高い感じになるので、そこは注意していただくことになるかと思います。ただ、やはりこれも個人差やコンプライアンス、患者さんの特性によってかなり変わってきます。基本的にガイドラインは、あくまでも指針ですので、普段よく見られている医師が、その患者さんと話し合っ、治療方針を決めていくこともガイドラインで明記したところですよ。運動については有酸素運動を基本にしていますが、レジスタンス運動等についてもレビューしており、もう少しエビデンスがあるとどういものがより効果的かを示すことができるのではないかと考えています。

大西 ありがとうございます。