

講演 I 「とにかく下げればリスクは減るの？

～代謝メカニズムで考え介入する脂質異常症～

講師 りんくう総合医療センター

りんくうウェルネスケア研究センター センター長 増田 大作先生



●脂質異常症とは？

LDL コレステロールと HDL コレステロールはリポ蛋白の構造と大きさの違いである。

脂質異常症は他の基礎疾患を否定できる「原発性脂質異常症」と他の基礎疾患や薬物使用に基づいて生じる「続発性脂質異常症」がある。脂質異常症を分類するのは①動脈硬化性疾患発症リスクを把握することと、②どの作用点が治療介入において重要なかを理解することである。

●食生活の欧米化が動脈硬化性疾患を増やしたのか？

日本人のコレステロール摂取量は年々増加している。特に若い世代（15~19歳）の摂取量が多い事が報告されている。肉由来の飽和脂肪酸は他国に比べて摂取量は少なく、魚由来の多価不飽和脂肪酸の摂取量は多い。これは本邦が海に囲まれている島国である環境因子が大きい。

「Keysの食事因子量」

血中chol.濃度変化=1.35(2S-P)+1.5(C)1/2

S：飽和脂肪酸のエネルギー%

P：多価不飽和脂肪酸のエネルギー%

C：1000kcalあたりのコレステロール摂取量(mg)

Keysの式より血清コレステロール値を下げるためにはコレステロール摂取量を減らすよりも飽和脂肪酸の摂取量を減らし、不飽和脂肪酸の摂取量を増加させることが重要と考える。トランス脂肪酸の過剰摂取は虚血性心疾患や認知症発症のリスクを増加させると報告されている。

●LDLコレステロールは140mg/dl以下にすれば正しいのか？

冠動脈疾患の既往がある場合は二次予防のため LDL コレステロールは 100mg/dl 以下、Non-HDL コレステロールは 130mg/dl に厳格に下げる必要性がある。

また、冠動脈疾患の既往がなくても糖尿病や慢性腎臓病、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患などがある場合は高リスクになるため LDL コレステロールは 120mg/dl、Non-HDL コレステロールは 150mg 以下にするなど、包括的なリスク評価をしたうえで脂質管理目標を設定させる。

家族性高コレステロール血症（FH）はもともと多い遺伝疾患である。身体所見としてはアキレス腱肥厚や手の黄色腫、眼瞼黄色腫、角膜輪などがある。日本におけるFH患者の診断は1%以下でありまだまだ診断されていない。

●高トリグリセライドはできるだけ低下させる方がいいのか？

BMIが高い人ほど、トリグリセライドが高い人が多い。メタボリックシンドロームの基準は内臓脂肪面積 $\geq 100\text{cm}^2$ またはウエスト周囲径男性 $\geq 85\text{cm}$ 、女性 $\geq 90\text{cm}$ である。内臓脂肪やウエスト周囲径が診断基準を超えていると、心血管系疾患のリスク因子が増加すると報告されている。高トリグリセライド血症は、動脈硬化惹起的なりポ蛋白であるレムナントが高い場合もあるため、Non-HDL コレステロールも測定した方がよいと言われている。高 Non-HDL コレステロール血症の人は狭心症になりやすいと報告されている。高トリグリセライドのみで評価せず、レムナントや Non-HDL コレステロール値で評価する事が重要である。

（文責 医療 仲 麻純）