

脂質異常症の診断基準は、昔から「高TG150mg/dl以上、高LDL-C 140mg/dl以上、低HDL-C 40mg/dl以下」が有名である。

診断基準の右表をもう一度よく見てほしい。  
LDL-Cの欄が2行あることにお気づきだろうか。  
“境界型”高LDL-C血症があるからである。

さらに動脈硬化学会ガイドライン2017では“境界型高non HDL-C血症”の記載までもある(表1)。

境界型といえば糖尿病が有名で、患者さんへの説明にもよく使う。しかし、高脂血症で境界型など、ほとんど使ったことがない。

(表1) 脂質異常症:スクリーニングのための診断基準(空腹時採血)

LDL コレステロール	140mg/dL 以上	高 LDL コレステロール血症
	120~139mg/dL	境界型高 LDL コレステロール血症
HDL コレステロール	40mg/dL 未満	低 HDL コレステロール血症
トリグリセライド	150mg/dL 以上	高トリグリセライド血症
non HDL コレステロール	170mg/dL 以上	高 non HDL コレステロール血症
	150~169mg/dL	境界型高 non HDL コレステロール血症

### (1)境界型との出会い

高脂血症治療薬がスタチンしかない時代に、小腸吸収トランスポーター阻害剤エゼチミブが登場した時は、大きな衝撃だった。

スタチンが、コレステロール合成酵素阻害によりLDL-Cを強力に低下させるのは、理にかなっている。

しかし、いくら合成酵素阻害しても、合成経路に到達する原材料はどんどん来ているはずである。合成阻害した結果、吸収した脂質はどんどん増えはしないのだろうか？至極当然の疑問であった。

2007年の小腸吸収トランスポーター阻害薬登場で、この薬とスタチンとの併用が、材料も抑え合成も抑えるため自然に近い形の治療ではないかと考えた。

真価を確かめるべく、多くの学会・研究会に参加し話を聞いて回った。奥羽大学のE教授にも話を伺って、「境界型」で話が盛り上がり、2012年動脈硬化学会ガイドラインでその時の成果が日の目を見るに至った。

一介の臨床医が、生意気にも脂質代謝専門の教授と論議した。

「厚かましい奴だ」と思われたに違いない。

### (2)脂質異常症のややこしいところ

診断基準も“スクリーニングのための”と前置きがある。あくまでも冠動脈疾患発症予防が主眼で、脂質異常はその危険因子の1つでしかないという意味である。

高脂血症は、冠動脈疾患の既往がなければ、すぐに服薬対象とならず、生活改善(一次予防)でのLDL-C管理目標値が決められている。

糖尿病、CKD、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患があれば、一番嚴重な管理区分(高リスク)となる。

次に危険因子の数を数え、男女年齢ごとにリスクが決定となる(図1)。

ちなみに低リスクの目標値は、140mg/dl以下ではなく160mg/dl以下で、さらに薬物治療の対象となると180mg/dl以上である(ガイドライン2017から「カテゴリー」→「リスク」に名称変更)。脂質異常症とは、「LDL-Cが140mg/dl以上」などと、一言で済ませられないものなのである(表2)。

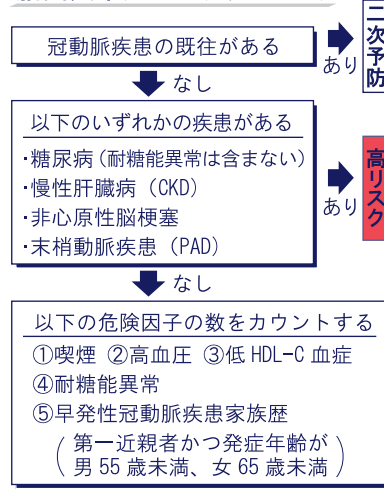
ガイドラインには、細々した事が一杯詰まっている。まったくややこしい。

今回は脂質異常症について取り上げた。

昨今は何でもガイドラインである。しかしどのガイドラインも、年々少しずつ改変されており、奥が深く読むたびに気付かされる事も多い。

～ たかがガイドライン、されどガイドライン ～ なのである。

#### 脂質異常症のスクリーニング



(図1) 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のためのフローチャート

性別	年齢	危険因子の数	分類
男性	40~59歳	0個	低リスク
		1個	中リスク
		2個以上	高リスク
	60~74歳	0個	中リスク
		1個	高リスク
		2個以上	高リスク
女性	40~59歳	0個	低リスク
		1個	中リスク
		2個以上	中リスク
	60~74歳	0個	中リスク
		1個	中リスク
		2個以上	高リスク

(表2) リスク区分別脂質管理目標値

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	TG	HDL-C	non-HDL-C
【一次予防】 まず生活習慣の改善、 その後薬物療法を考慮	低リスク	<160			<190
	中リスク	<140	<150	≥40	<170
	高リスク	<120			<150
【二次予防】 生活習慣の是正と併に 薬物療法を考慮	冠動脈疾患 の既往	<100 (<70)			<130 (<100)