

【追補】

◎2013年5月の日本糖尿病学会において、新しい血糖コントロール目標が発表(2013年6月1日より運用)されましたので、p.181(糖尿病)の5(1)①を下記と差し替えてください。また、同p.181(糖尿病)の5(1)②3)血清脂質に「non HDLコレステロール(総コレステロール値からHDLコレステロール値を引いたもの) 150mg/dL未満(冠動脈疾患がある場合、130 mg/dL未満)」を追加してください。

5 治療

(1) コントロールの指標

① 血糖コントロールの指標

血糖コントロール指標では、HbA1c値を重視し、主要な判定はこれによって行う。

血糖コントロール目標

※この図のHbA1cはNGSP値

目標	コントロール目標値 ^{注4)}		
	血糖正常化を目指す際の目標 ^{注1)}	合併症予防のための目標 ^{注2)}	治療強化が困難な際の目標 ^{注3)}
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

- 注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。
- 注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖値130mg/dL未満、食後2時間血糖値180mg/dL未満をおおよその目安とする。
- 注3) 低血糖などの副作用、その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。
- 注4) いずれも成人に対する目標値であり、また妊娠例は除くものとする。

(日本糖尿病学会編『糖尿病治療ガイド』)

◎日本動脈硬化学会の「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007年版」が改訂され、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版」が発表(2012年6月発表)されましたので、p.192~195(脂質異常症)の2、3、6、7を下記と差し替えてください。

2 診断基準

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	境界域高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
トリグリセリド	150mg/dL以上	高トリグリセリド血症

- ※LDLコレステロールはFriedewald(TC-HDL-C-TG/5)の式で計算する(TGが400mg/dL未満の場合)。
- ※TGが400mg/dL以上や食後採血の場合にはnon HDL-C(TC-HDL-C)を使用し、その基準はLDL-C+30mg/dLとする。
- *10-12時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし、水やお茶などカロリーのない水分摂取は可とする。
- **スクリーニングで境界域高LDLコレステロール血症を示した場合は、高リスク病態がないか検討し、治療の必要性を考慮する。

(日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版)

3 管理目標

脂質異常と診断された患者に対しての管理基準として、動脈硬化の危険度に従ったカテゴリー別管理目標が設定されている。

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	HDL-C	TG	non HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適用を考慮する	カテゴリーⅠ	<160	≥40	<150	<190
	カテゴリーⅡ	<140			<170
	カテゴリーⅢ	<120			<150
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往	<100			<130

- ※これらの値はあくまでも到達努力目標値である。
- ※LDL-Cは20~30%の低下を目標とすることも考慮する。
- ※non HDL-Cの管理目標は、高TG血症の場合にLDL-Cの管理目標を達成したのちの二次目標である。TGが400 mg/dL以上および食後採血の場合は、non HDL-Cを用いる。
- ※いずれのカテゴリーにおいても管理目標達成の基本はあくまでも生活習慣の改善である。
- ※カテゴリーⅠにおける薬物療法の適用を考慮するLDL-Cの基準は180 mg/dL以上とする。

6 生活習慣の改善と食事療法 (日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版」)

(1) 動脈硬化性疾患予防のための生活習慣の改善

- ① 禁煙し、受動喫煙を回避する。
- ② 過食を抑え、標準体重を維持する。
- ③ 肉の脂身、乳製品、卵黄の摂取を抑え、魚類、大豆製品の摂取を増やす。
- ④ 野菜、果物、未精製穀類、海藻の摂取を増やす。
- ⑤ 食塩を多く含む食品の摂取を控える。
- ⑥ アルコールの過剰摂取を控える。
- ⑦ 有酸素運動を毎日30分以上行う。

(2) 動脈硬化性疾患予防のための食事

- ① エネルギー摂取量と身体活動量を考慮して標準体重(身長[m]²×22)を維持する。
- ② 脂肪エネルギー比率を20～25%、飽和脂肪酸を4.5%以上7%未満、コレステロール摂取量を200mg/日未満に抑える。
- ③ n-3系多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす。
- ④ 炭水化物エネルギー比率を50～60%とし、食物繊維の摂取を増やす。
- ⑤ 食塩の摂取は6g/日未満を目標にする。
- ⑥ アルコール摂取を25g/日以下に抑える。

●高LDLコレステロール血症と食事

LDLコレステロールを上昇させる飽和脂肪酸、コレステロール、トランス不飽和脂肪酸の摂取を減らす。飽和脂肪酸はエネルギー比率7%未満、コレステロールの摂取は1日200mgに制限する。具体的には脂肪含有量の多い肉類や乳類と卵類を制限する。また、LDLコレステロール低下作用を有する食品、特に水溶性食物繊維、植物ステロールの摂取を増やす。

●高トリグリセリド血症と食事

炭水化物エネルギー比をやや低めとし、アルコールの過剰摂取を制限する。n-3系多価不飽和脂肪酸の摂取を増加させる。高キロミクロン血症では、より厳格に脂質制限を行う。脂肪エネルギー比を15%以下に制限し、中鎖脂肪酸やn-3系多価不飽和脂肪酸を主として用いる。

●低HDLコレステロール血症と食事

適量の飲酒でトリグリセリドに異常がなければ飲酒制限は必要ない。トランス不飽和脂肪酸およびn-6系多価不飽和脂肪酸の過剰摂取を制限する。

7 薬物療法

治療の基本は食事療法、運動療法、禁煙などの生活習慣の改善であるが、生活習慣の是正を3～6か月行っても効果が不十分な場合には、薬物療法を考慮する。高LDLコレステロール血症の治療薬として、HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン)が広く用いられている。HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン)は、コレステロール生合成経路の律速酵素であるHM-CoA還元酵素を拮抗阻害することにより、LDL受容体を活性化し、LDLの異化を促進する。

脂質異常症治療薬の薬効による分類

分類	LDL-C	TG	HDL-C	non HDL-C
スタチン	↓↓↓	↓	↑	↓↓↓
陰イオン交換樹脂	↓↓	↑	↑	↓↓
小腸コレステロール トランスポーター阻害薬	↓↓	↓	↑	↓↓
フィブラート	↓	↓↓↓	↑↑	↓
ニコチン酸誘導体	↓	↓↓	↑	↓
プロブコール	↓	—	↓↓	↓
多価不飽和脂肪酸	—	↓	—	—

↓↓↓: ≤ -25% ↓↓: -20～25% ↓: -10～20%
 ↑: 10～20% ↑↑: 20～30% —: -10～10%

(日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版)

2013(平成25)年7月吉日
 東京アカデミー教材作製部門