

---

 学 会 記 事
 

---

## 第 247 回新潟循環器談話会

日 時 平成 18 年 7 月 1 日 (土)  
午後 3 時～

会 場 ホテルイタリア軒  
3 階 サンマルコ

## I. 一 般 演 題

## 1 CRP とメタボリック症候群

 日本のメタボリックシンドローム診断基準を  
斬る

小田 栄司

県立吉田病院内科

CRP (炎症) は, 心血管疾患の強い危険因子であり, インシュリン抵抗性と内皮機能障害に密接に関連して, メタボリック症候群 (MS) の中心的要素と見なされている。

欧米では, CRP 1 mg/L 以下が低リスク, 1-3mg/L が中リスク, 3 mg/L 以上が高リスクと見なされているが, 日本では CRP を評価する基準がない。そこで, 今回, 健常な男性 179 人と女性 166 人を, 腹囲基準を BMI 25 以上に置き換えた, 変法 NCEP-ATP III 基準で, MS 群と非 MS 群に分類し, CRP のカットオフ値を, 空腹時血糖 100mg/dL 以上で定義した MS100 と, 空腹時血糖 110mg/dL 以上で定義した MS110 の両方で, 男女別に, ROC 曲線を用いて検討した。その結果, CRP の最適カットオフ値は, すべての群で 0.65mg/L となった。(Oda E et al. *Circulation Journal* 2006 April; 70: 384-388)

日本のメタボリックシンドローム診断基準は, 内臓脂肪症候群を作ろうと意図して, 歪んだ腹部 (中心性) 肥満症候群の診断基準となったもので

あり, IDF 診断基準とも, AHA/NHLBI 診断基準とも矛盾して, 混乱をまねいている。特に, 日本肥満学会が決め, 8 学会合同メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が承認した, 日本の女性の腹囲カットオフ値 90cm は, 有害無益であることが, アジアの女性の腹囲カットオフ値 80cm を用いた, 日本糖尿病合併症研究の再解析によって実証された。(Oda E, vs Sone H, Tanaka S, Ohashi Y, Yamada N. *Diabetes Care* 2006 May; 29: 1188-1189)

IDF 診断基準は, 腹部肥満を必須条件とした診断基準であり, AHA/NHLBI 科学的声明は, これを批判して, 腹部肥満を必須項目としない NCEP 診断基準を擁護した。また, ADA/EASD 共同声明は, 現行の診断基準は, すべて不完全であり, 症候群の名に値しない, と批判した。肥満も, 腹部肥満も, それ自体は, 心血管疾患の独立した有意な危険因子ではないので, メタボリック症候群の予備軍と考えた方が妥当と思われる。そこで, NCEP 診断基準項目の腹囲を CRP に置き換えた, 新しいメタボリック症候群診断基準を提唱した。腹囲や, BMI などの身体計測値は, メタボリック症候群の診断項目から除外して, スクリーニングに利用すべきものと考えられる。(この提案は, AHA/NHLBI 科学的声明を執筆した Grundy の回答とともに, *American Journal of Clinical Nutrition* に掲載される予定)

 2 心エコー図にて確定診断できた動脈管開存症  
の 1 症例

高石由貴子・高田 琢磨・岡田 義信

県立がんセンター新潟病院内科

症例は 62 歳女性。1998 年に副甲状腺癌のため当院で手術を行い, 以後当科外来で内服治療をしていた。2000 年の検診で心胸比 59%, 胸部聴診上連続雑音を聴取した為, 同年 10 月に当科を受診。経胸壁心エコーを施行したところ, 肺動脈内に乱流を認め, 動脈管開存症が疑われた。心不全症状が無かった為経過観察とした。2005 年 11 月当科受診時に軽度の肝障害と貧血を認めた。うっ