

方法を統一し、短時間かつ少ない採血回数で PA 群・非 PA 群および AVS 片側性病変・AVS 両側性病変の鑑別が可能となるか、カットオフ値はどこに設定すべきか検討を行う。症例を登録し長期予後につき調査を行う。

【スクリーニング】PA 高有病率群、初診時高血圧は積極的にスクリーニングを行い ARR > 20 かつ PAC > 10 をスクリーニング基準とする。

【確認検査】原則として①～④全てを行う。日程や同意の点で難しい症例では①②④を優先的に施行する。①カプトプリル負荷試験：0分・60分・90分・120分、②フロセミド立位負荷試験：0分・60分・120分、③生理食塩水負荷試験：0分・120分・240分、④ACTH 負荷試験：0分・30分・60分

6 職場検診における腹囲と HbA1c の検討

植村 靖行*・岩永みどり・丹羽 恵子
早川 晃史・高沢 希子・山本 朋彦**
古寺 邦夫・山谷 恵一

新潟通信病院内科
新潟大学血液・内分泌・代謝内科*
首都圏郵政健康管理センター**

症例は 18～65 歳の男 7,620 人、女 3,305 人の信越地区郵政職員健診結果を検討した。回帰 HbA1c は高齢者ほど男女とも同様に増加し、同じ BMI、腹囲では男女差はなかった。MetS 目安の HbA1c 5.6%、DM 診断基準の 6.5% を上回る異常率は女で低いが、BMI 25、WC 85 以上ではその差は縮まる。HbA1c は比較的緩やかに上昇するので、感受性/特異性/ROC でカットオフ値を求めることは疑問に思われた。BMI 25 に相当する腹囲は男 86cm、女 85cm で、HbA1c 約 5.6% に相当した。

同じ BMI、腹囲では回帰血圧は男より女でやや低く、年齢、BMI、腹囲が大きくなると差はなくなる。同じ BMI、腹囲では回帰 TG は男より女で低く、高齢で差は縮まったが、BMI や腹囲が大きくなると差は広がる。

MetS 目安の腹囲が男より女で大きいのは、女性が身長が低いこととともに、TG が男より女で低く、BMI や腹囲が大きくなると差が広がることも関与していると考えられる。

7 生体腎移植患者に対する持続血糖測定 (CGM) を用いた血糖評価

矢田 雄介・細島 康宏・石川 友美
池田 正博*・中川 由紀*・斉藤 和英*
高橋 公太*・鈴木 芳樹**・成田 一衛
斉藤 亮彦***

新潟大学腎・膠原病内科
同 腎泌尿器病態学*
同 保健管理センター**
同 機能分子医学講座***

【背景】生体腎移植術後の副腎皮質ステロイド使用により、移植後新規発症糖尿病 (NODAT) が起こりうるということが知られている。当院では 75gOGTT 等による術前の耐糖能評価を行っているが、それがどの程度 NODAT の発症リスクを反映するかは不明である。

【方法】当院で 2012 年 1 月以降に生体腎移植術を受けた患者のうち、術前に糖尿病と診断されていた者を除外し無作為に選出した透析患者を含む患者 7 名に対して術前及び術後約 1 ヶ月の時点で CGM を施行し前後での血糖の変化を比較検討した。

【結果】術前では深夜や透析後に低血糖を起こしやすい傾向があった。また、術前 75gOGTT で糖尿病型であったにも関わらず NODAT とならなかった症例が 2 例あった一方で、術前 CGM・75gOGTT 共に正常でも術後に有意な高血糖の傾向を呈した症例もあった。

【結論】術前評価では必ずしも NODAT の発症を予測できない可能性が示唆された。