

検討委員会の14人の委員のうち、過半数の8人は日本肥満学会の役員だったのであり、IDFは、2006年に、日本人も、アジア人の基準値、男性90cm、女性80cmを採用すべきであると訂正した。そして、2006年に、2452人を対象とした14年間に及ぶ久山町研究によって、男性85cm、女性90cmという基準値によって診断された腹部肥満が、男女とも心血管疾患発症の危険因子にならないこと、および、男性90cmを基準値とした腹部肥満は有意な危険因子となり、女性80cmを基準とした腹部肥満は危険因子となる傾向があることが実証された。

また、この2006年の久山町研究によって、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が提唱したメタボリックシンドロームは、男女とも心血管疾患発症の危険因子として極めて不適切であり、心血管疾患発症の相対危険度について、人々に幻想を与えることが判明した。更に、2007年6月、NIPPON DATA90で、肥満をメタボリック症候群の必須条件とするのは危険であることが示され、医療経済学的に見ても、国保10年コホルト研究で、非肥満で心血管危険因子を有する集団の医療費は、総医療費の16.5%を占めるのに対して、肥満を必須条件としたメタボリック症候群に、ほぼ、相当するであろうと思われる集団の医療費は、総医療費のわずか2.9%に過ぎないことが判明した。

一方、NCEP 5項目の中の腹囲をCRPに置換した診断基準（我々はこの診断基準の有用性を検証することを提案している）を含む、日本人のための5つのメタボリック症候群診断基準について、互いの一致指数を計算したところ、男性は0.19-0.6、平均0.41、女性は0.31-0.89、平均0.51となり、全5診断基準の一致指数は男性0.15、女性0.21となった。すなわち、ある診断基準では、メタボリック症候群であると診断されるのに、別の診断基準ではメタボリック症候群でないと診断される人が非常に多いのである。したがって、現時点においては、メタボリック症候群はまだ研究段階であって、その診断は困難であり、我々医療関係者は、アメリカ心臓協会、アメリカ糖尿病協会、

ヨーロッパ糖尿病学会の声明に従って、メタボリック症候群の診断に拘らず、肥満、高血糖、高血圧、脂質異常、喫煙の予防と治療に努めるべきである。（本論の趣旨はCirc J 2007年8月号に掲載された。）

2 多発性に深部静脈血栓症が生じた胃癌症例の1例

岡田 義信・川村 和子・増井由紀子

県立がんセンター新潟病院内科

先天性凝固異常を有さずに身体内の広範囲に深部静脈血栓症（DVT）が生ずることは稀であるが、そうした症例を経験したので報告する。

症例は61歳、女性。既往歴は、2002年から軽い高血圧で服薬中。2003年6月卵巣癌の手術を受けた（治癒状態）。血栓症の既往はなし。家族歴には特記すべきことなし。現病歴は、2006年12月12日進行胃癌のために脾臓合併胃全摘術を受けた（pT4N1H0P3CY1 stage IV）。ダグラス下腹膜の一部に癌が残った以外、全摘した。12月29日に元気に退院した。

2007年1月18日急に左下肢の腫脹と疼痛が出現し、翌日入院した。CT、エコー検査にてDVTと診断し緊急入院した。胸部症状はなしであった。血圧106/70mmHg、心拍数110。心肺腹部には特記すべき異常なし。左下肢全体に腫脹が認められた。検査成績では、検血・肝腎機能・血糖は正常範囲内、CRP 8.0mg/dl、Dダイマー16.2 μ g/ml、プロテインC・プロテインS・アンチトロンビンⅢは正常範囲内。胸部X線写真、心エコー図は正常。SPO₂（ルームエア）97%。腹部骨盤CTにて門脈・左腎静脈・下大静脈・左右腸骨静脈内に、下肢静脈エコー検査にて左大腿・膝下静脈内に血栓が認められた。なお、CTでは胃癌の残存が認められなかった。当日に一次的下大静脈フィルターを留置後、ヘパリンをaPTTのコントロール下に投与した。肺血流シンチグラムでは右中葉と左下葉に欠損像が認められた。後日、左下肢に弾性ストッキングを装着した。徐々に症状、下肢の腫脹は消失した。その後も血栓は残存し、胃癌

も根治不能と考えられたために恒久的下大静脈フィルターを留置し退院した。現在ワーファリンを服用中で抗癌剤治療中であるが、血栓症ならびに胃癌とも症状を認めていない。

広範囲のDVTの原因としては、残存胃癌が考えられた。

3 冠動脈起始異常が原因と考えられた急性心筋梗塞の1例

大塚 英明・杉浦香奈子・阿部 暁
樋口浩太郎・神作 麗*・齊藤 寛文*
新潟こばり病院循環器内科
同 心臓血管外科*

症例は65歳, 男性。

【主訴】左前胸部痛。

【現病歴・経過】1年前より高血圧を指摘され新大総合診療科および近医にて降圧治療を開始するが、内服は不規則であった。1週間前、運転中に左前胸部痛を自覚、ニトロ舌下30分で軽快。受診前日22:00より同様胸痛および動悸、発汗を伴い、ニトロ舌下30分で入眠するが、翌朝起床後も胸部違和感が持続するため、同院受診。心電図にてI, II, III, aVf, V4-6ST低下を認め、当科外来紹介となる。TnT(+), CPK768(MB82)と上昇しており、同日入院。2日後冠動脈造影を施行。右冠動脈は左冠動脈近傍より起始するものの、選択的造影困難であり、近位部の評価は困難であった。CPKは入院時がpeakであり、安静TI心筋SPECTにて後壁梗塞と診断、保存的に加療した。後日他院にてMSCTを施行したところ、右冠動脈は左冠洞より急角度で起始し、大動脈と肺動脈に挟まれた部位(大動脈壁内である可能性もあり)をやや蛇行しながら進み、この間内腔の狭小を伴っていた。再発作および突然死のリスクがあることから、CABGの適応と判断。待期的にCABGを施行した。PCPS stand-byにてoff pump CABG SVG RCA(#2)1枝を施行。術後経過良好にてバイパス開存を確認し、軽快退院となる。

【考案】冠動脈起始異常は、造影上、右冠動脈0.92%, 左冠動脈0.15%, 計1.07%(ACAOS)

と報告されている。若年者の運動後の突然死として問題となることが多く、そのほとんどが左冠動脈起始異常であるが、本例のタイプの右冠動脈起始異常も予後不良とされる。40歳以上での発症には高血圧の始まりや、大動脈壁の変性、stroke volumeを増加させるような薬剤の使用等も関係していると推測されている。文献的考察を加え報告する。

4 冠動脈起始異常を伴う冠動脈 — 肺動脈瘻の1手術症例

渡邊 マヤ・羽賀 学・石川成津矢
高橋 善樹・中澤 聡・金沢 宏
山崎 芳彦*

新潟市民病院心臓血管外科
同 救命救急センター*

症例は57歳, 男性。狭心痛を主訴に信楽園病院を受診。心電図所見で狭心症を疑われた。心臓カテーテル検査、MDCTにて両側冠動脈肺動脈瘻、冠動脈瘤と診断され、当科外来を紹介受診。手術適応と判断した。

手術は体外循環下に瘻孔血管閉鎖、冠動脈瘤切除術を施行。正常な左右冠動脈の他、肺動脈前尖のバルサルバ洞に異常冠動脈起始を認めた。この異常血管が、左前下行枝と交通し、冠動脈瘤を形成していた。冠動脈瘤は右室内腔とも交通していた。

術後経過は良好であった。MDCTにて遺残瘻孔、遺残瘤は認めなかった。胸痛の再発もなく、外来経過観察中である。