

【対象】5年間隔で住民健診を2回受診した人のうち、糖尿病歴の有無とヘモグロビンA1c (A1C) のデータがあって、初回受診時に糖尿病でなかった1,997人(男性463人, 女性1,534人, 年齢 61.7 ± 8.8 歳)。

【方法】メタボリック症候群など各種予知因子に対して、年齢、性、喫煙、飲酒、血圧降下薬で補正した糖尿病発症のオッズ比を計算した。メタボリック症候群についてはその各成分で補正したオッズ比も計算した。各予知因子について、糖尿病発症のROC曲線下面積(AUC)と人口寄与危険度割合(PAF)を計算した。

【結果】糖尿病発症のオッズ比(95%信頼区間)はメタボリック症候群、空腹時血糖 $\geq 100\text{mg/dL}$, A1C $\geq 5.6\text{JDS}\%$ で、それぞれ、4.56 (2.24-9.29), 8.92 (4.68-17.00), 33.6 (13.0-86.8)であった。メタボリック症候群は、その成分で補正すると独立した糖尿病発症予知因子とはならなかった。糖尿病発症のAUC(95%信頼区間)はメタボリック症候群、空腹時血糖, A1C, BMIで、それぞれ、0.63 (0.53-0.72), 0.82 (0.76-0.88), 0.89 (0.82-0.95), 0.66 (0.57-0.74)であった。空腹時血糖, A1C, BMIの最適カットオフ値は、それぞれ、95mg/dL, 5.6JDS%, 23.5kg/m²であった。糖尿病発症の感度と特異度は、メタボリック症候群、空腹時血糖, A1C, BMIで、それぞれ、0.33と0.93, 0.67と0.80, 0.88と0.83, 0.63と0.66であった。糖尿病発症のPAFは、メタボリック症候群、空腹時血糖 $\geq 95\text{mg/dL}$, A1C $\geq 5.6\text{JDS}\%$, BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ で、それぞれ、27%, 59%, 86%, 25%であった。

【結論】メタボリック症候群は糖尿病発症の予知因子としての有用性が低く、A1Cが最も有用性の高い予知因子であった。但し、本研究はpost hoc解析であり、対象が住民のランダムサンプルとは見なせなかったため、この結論は仮説であって今後の検証が必要である。

5 穿通性心臓外傷後に右室-左房シャントを形成した1例

田嶋 淳哉・勝海 悟郎・眞田 明子
吉田 剛・伊藤 英一・田辺 恭彦
後藤 達哉*・三島 健人*・島田 晃治*
大関 一*・小林 大介**・伊藤 聡**
村澤 章**

県立新発田病院循環器内科

同 心臓血管外科*

県立リウマチセンターリウマチ科**

59歳女性、2007年2月ナイフを心窩部から心臓へ刺し自殺を図った。搬送先の病院で心タンポナーデに対して右室縫合術が行われ救命された。その後は労作時の息苦しさを自覚するも放置していた。2011年5月他院でSpO₂ 88%と低酸素血症を指摘され当院内科へ紹介された。胸部レントゲンでは心拡大や肺動脈の拡張はなく肺野異常もない。当初は経胸壁心エコー検査で明らかな異常は指摘されなかった。肺血流シンチにて肺血流の欠損像は認めなかったが、シャント率39%の右左シャントの存在が指摘された。その後再度心エコー検査を施行したところ右室-左房間の交通が疑われ、右室造影像で右室-左房シャントを証明した。後日シャント閉鎖術を施行し低酸素血漿は改善した。

解剖学的に三尖弁の心臓中隔付着部は僧帽弁付着部よりも心尖部側に位置している。したがって後天的(外傷、感染性心内膜炎、心臓術後など)に左室-右房シャントを形成したという報告はあるが、右室-左房シャントは通常起きえるものではない。我われの知る限りでは右室-左房シャントの報告はこれまでになく、本症例は極めてまれな症例である。

6 急性閉塞した腹部大動脈瘤に対する救命手術の1例

青木 賢治・佐藤 裕喜

県立中央病院心臓血管外科

症例は73歳、男性。工作中突然左下肢に脱力感を伴う疼痛が出現した。30分ほどで左下肢の