

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

血圧 (2013.04) 20巻4号:409～412.

【高血圧治療ガイドライン改訂に向けて】
わが国の関連ガイドラインとの整合性
動脈硬化性疾患予防ガイドライン(2012年版)
絶対リスクの評価

長谷部直幸

5) わが国の関連ガイドラインとの整合性

②動脈硬化性疾患予防ガイドライン (2012年版)

—絶対リスクの評価

長谷部直幸*

SUMMARY

JSH2014においてリスク層別化の項を改訂するにあたり、日本動脈硬化学会の「動脈硬化性疾患予防ガイドライン (2012年版)」に取り入れられた絶対リスク評価が注目される。患者のリスク層別化に「NIPPON DATA80」のリスク評価チャートにもとづいた絶対リスク評価を導入したことは、動脈硬化性疾患予防ガイドライン改訂の大きな柱の一つである。この絶対リスク評価の採用は検討すべき大きな課題の一つであるが、死亡率と発症率の相違など、今後さらに検討・整理しなければならないいくつかの課題が残されている。

KEY WORDS

NIPPON DATA, 絶対リスク評価, リスク層別化, NCEP ATP III, SCORE chart

はじめに

日本動脈硬化学会の「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」が2007年から5年ぶりに改訂された。患者のリスク層別化に「NIPPON DATA80」¹⁾のリスク評価チャートにもとづいた絶対リスク評価を導入したことが改訂の大きな柱の一つである。日本高血圧学会でもJSH2014の改訂に際して、この絶対リスク評価を取り込むべきか否かは検討すべき大きな課題の一つである。

本稿では、この絶対リスク評価を取り上げる。

1. 絶対リスク評価

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン (2012年版)」²⁾の最大の特徴の一つは、治療方針決定のためのリスクの層別化に際して、これまでの相対評価から絶対リスクにもとづく評価を導入したことである。

絶対リスクの概念自体は、1990年代に英国の公衆衛生学者 Rose G が「相対リスクは厳密には研究用であり、治療方針は絶対リスクにもとづいて決定すべきである」と提起したことに遡る³⁾。同時期から絶対リスクにもとづくリスク評価法が確立し、欧米のガイドラインに採用された。米国の NCEP ATP III の“Framingham CHD Prediction Score”は年齢、TC、HDL-C、収縮期血圧 (SBP)/拡張期血圧 (DBP)、糖尿病の有無、喫煙の有無などの危険因子のポイントを総計して10年間の冠動脈疾患リスクを判定するものである⁴⁾。10年間の致死性冠動脈疾患と非致死性心筋梗塞の発症リスクで20%以上を高リスクとしている。欧州で使用されている ESC/EAS の“SCORE chart”は年齢、性、喫煙の有無、SBP、TC による10年間の心血管疾患死亡リスクと LDL-C の組み合わせで、未治療から薬物治療まで5段階の脂質管理目標に層別化するものである⁵⁾。10年間の絶対リスク

*旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野

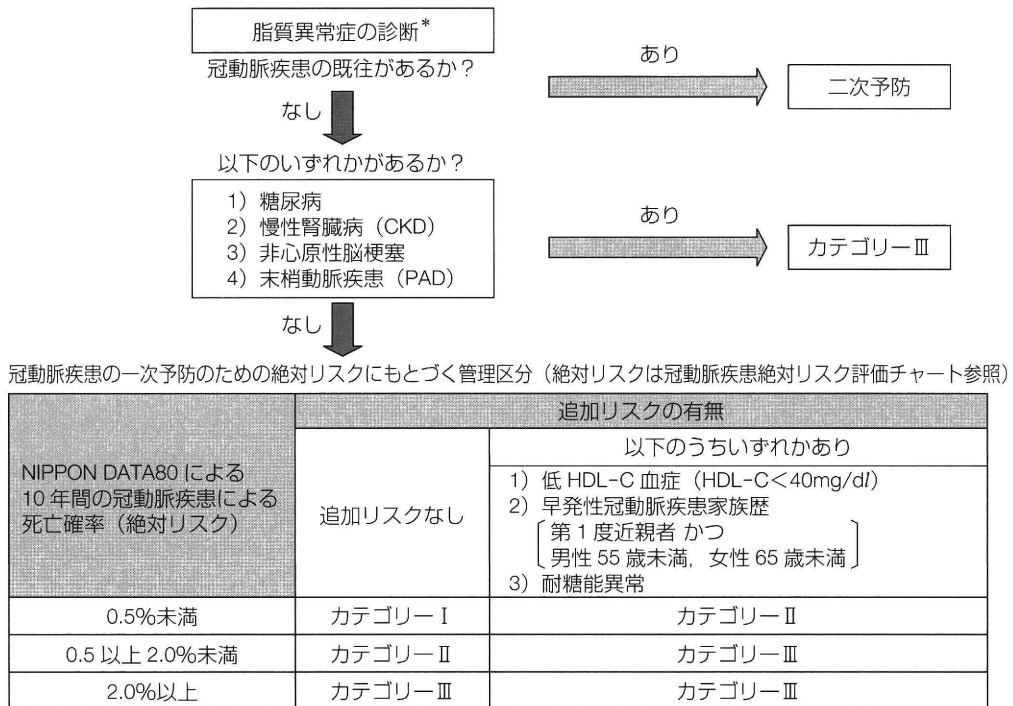


図 1. LDL-コレステロール管理目標設定のためのフローチャート【動脈硬化性疾患予防ガイドライン (2012年版)】

*家族性高コレステロール血症 (FH) については本フローチャートを適用しない。
(日本動脈硬化学会, 2012²⁾より引用)

で管理方針を決定する点は共通であるが、一次評価項目は NCEP ATP III による米国のガイドラインと異なり、脳血管障害を含む全動脈硬化性疾患死亡を採用している。この点 NIPPON DATA と共通しているが、欧州では国によってガイドラインの診断基準が異なるため、一次評価項目を「発症」ではなく「死亡」で統一している。

険度が純粹に反映されるなどの特徴を有する。一方、一次評価項目の死亡は、本来であれば罹患率を考慮すべきであり、LDL-C や HDL-C の情報がなく、随時採血であるなどの弱点も指摘されている。この点、「心血管疾患発症」を一次評価項目としている久山町研究⁶⁾などとは異なる要素を含むデータである。

2. NIPPON DATA 80

NIPPON DATA (National Integrated Project for Prospective Observation of Non-communicable Disease And Its Trends in the Aged) は滋賀医科大学の上島弘嗣先生が、厚生労働省の国民栄養調査に心電図、血液、血圧などの検査を加えて 1980 年、1990 年の循環器疾患基礎調査受検者を、1994 年から全国 300 ヵ所の保健所と共同で開始したコホート研究である。全国 300 地区を無作為抽出して地域的な偏りを排除しており、追跡率 90% 強であり、TC を測定した 1980 年当時脂質低下薬による治療は一般的でなかったため、コレステロールの危

3. 絶対リスク評価による管理

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン (2012 年版)」では、冠動脈疾患の一次予防のための絶対リスクにもとづく管理区分として図 1 のように提唱している。

リスクのカテゴリー分類で冠動脈疾患死亡率 0.5% 未満をカテゴリーⅠ (低リスク)、0.5 以上 2% 未満をカテゴリーⅡ (中リスク)、2% 以上をカテゴリーⅢ (高リスク) としている。まず冠動脈疾患の二次予防か否かを判断し、つぎに単独で糖尿病、CKD、非心原性脳梗塞、PAD などの高リスク病態であれば高リスクのカテゴリーⅢとし、それらに該当しない場合、一次予防のため

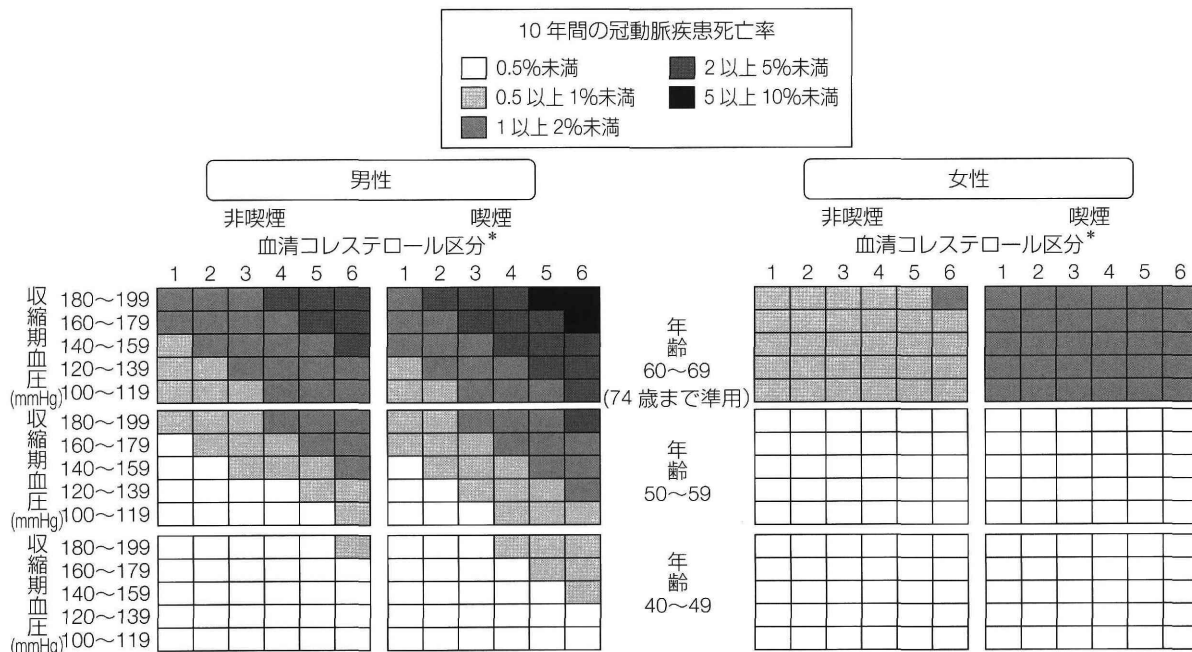


図 2. 冠動脈疾患絶対リスク評価チャート（一次予防）【動脈硬化性疾患予防ガイドライン（2012年版）】

*血清コレステロール区分：TCの場合，1=160～179，2=180～199，3=200～219，4=220～239，5=240～259，6=260～279（mg/dl）

NIPPON DATA80 のリスク評価チャートより高血糖者の部分は割愛した。また糖尿病やCKD患者などの高リスク病態ではこのチャートは用いることはできない。

（日本動脈硬化学会，2012²⁾より引用）

のリスク評価チャートを用いて絶対リスクを算出する（図2）。すなわち高リスク病態の患者を選別して、厳格な治療をおこない、逆に低リスク判定の患者は、生活習慣改善を徹底することになる。チャートでは、合併症の有無で絶対リスクが大きく変わる糖尿病（高血糖）は割愛され、チャートの適用とならないことが明記されている。またCKDもそれ自体で高リスクとなるため、チャートは適用されない。低リスク群の高血圧や脂質異常症を低年齢から解消するためには、徹底した生活習慣改善の動機づけが必要であり、これを達成するために、個々の患者の相対リスクを判別できる相対リスクチャートも準備されている。

4. JSH2014 への絶対リスク評価の導入に関する検討

絶対リスクチャートは、臨床の現場において、個々の患者に絶対的な危険度を知らせ、治療を強化するうえでの患者指導の手段として有用と考えられ、日本高血圧学会でもその普及に協力すべきと思われる。

一方、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン（2012年版）」に明記されている通り、わが国の全循環器疾患に占める脳血管障害の割合は高く、脳血管障害死亡と冠動脈疾患死亡の比は、ほぼ2:1とされている。脳血管障害については、他の危険因子と比較して高血圧が圧倒的に強力な危険因子である。久山町研究をはじめとしてわが国の疫学研究では、男女ともに高血圧が有力な危険因子である。高血圧が疾患の発症に果たす寄与度は、心筋梗塞にくらべ脳卒中できわめて高い。一方、コレステロール値は、心筋梗塞死亡とは異なり脳血管障害死亡での寄与度は低く、NIPPON DATA 80でも有意な関連は認められていない。

先述のごとく、絶対リスクチャートは、死亡率を評価しており、発症率を評価するものではない。一方、JSH2009のリスク層別化⁷⁾がわが国の心血管疾患発症をよく反映していることは、久山町研究、端野・壮瞥町研究でも明らかにされており、相対リスクを表現するJSH2009のリスク層別化の表を用いることで現時点では実臨床問題ないと思われる。JSHガイドラインは実

地医家を対象としており、使いやすさも重要な要素である。実地医家における利便性、普及性も考慮し、現時点で絶対リスクチャートを必須要件として高血圧のリスクの層別化に用いるのは困難と思われる。

おわりに

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン（2012年版）」のすぐれた改訂点の一つとして絶対リスク評価が導入された。わが国の誇るべきNIPPON DATA 80にもとづく絶対リスク評価が、今後実地医家の日常診療に受け入れられる可能性は十分にある。しかし、現時点でJSH2014にこれを取り込むには、いくつか検討・整理しなければならない課題が残されている。疾患発症の観点もふまえて、どのような内容が最適であるのかなど課題も整理す

る必要があり、今後の検討を待ちたい。



文献

- 1) NIPPON DATA Research Group : *Circ J* **70** : 1249, 2006
- 2) 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，東京，2012
- 3) Rose G : *J R Coll Physicians Lond* **25** : 48, 1991
- 4) Wilson PW *et al* : *Circulation* **97** : 1837, 1998
- 5) Task Force for the management of dyslipidaemias of ESC and EAS : *Atherosclerosis* **217** (Suppl 1) : S1, 2011
- 6) Arima H *et al* : *Hypertens Res* **32** : 1119, 2009
- 7) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会：高血圧治療ガイドライン 2009，日本高血圧学会，東京，2009