

健康ワンポイントアドバイス

発行：十日町市中魚沼郡医師会

発行日：平成26年8月発行

第147号



高脂血症の薬物療養

町立津南病院 院長 阪本 琢也

2013年アメリカ心臓協会のガイドラインで一定の脂質異常症を示す患者に対して、一律高容量ストロングスタチン投与が推奨され話題となりました。実際の外来診療では、いかなる値で薬物療法を開始するか、特に高齢者などで頭を悩ますことが多いと思います。

本年春には、脂質異常症について人間ドック学会が従来の基準より2割近く高い血清脂質基準値（総コレステロール上限：254 mg/dl、LDL コレステロール上限 178 mg/dl）を提示し、健常者から得られた基準値と二次予防のための治療目標値が混同されたため、臨床の現場でも誤解と混乱を生みました。たしかに大規模疫学調査結果からは、スタチン系薬剤のLDL低下作用により疾患予防は期待できますが、明確な根拠をもつLDL目標値は示されておりません。スタチン系薬剤はLDL低下作用の強いものほど副作用の可能性も高く、またフィブラート系との併用は横紋筋融解のリスクが高く推奨されません。

75歳以上の後期高齢者においても、二次予防効果は期待できますが、一次予防効果に関する意義は不明確で、厳重な食事制限や運動療法は、逆に低栄養などの栄養障害の原因になる可能性があります。費用対効果も考慮して、危険因子の少ない、若年者や高齢者の一次予防目的であれば、LDLコレステロール値にして160 mg/dl前後を目標としてマイルドスタチンを、心疾患、脳血管疾患の既往を有し、高血圧、糖尿病、喫煙などの危険因子の多い患者さんの二次予防のためには、具体的な目標値ではなく、LDL120 mg/dl以下の強力なLDL低下作用が期待できるストロングスタチン投与、状況に応じコレステロール吸収阻害薬併用を選択することが現実的と思われます。

最近では高齢者においてスタチン投与が認知症予防に有効である可能性も示唆されており、マイルドスタチンとストロングスタチンを年齢や生活背景を考慮して使い分けると良いと思われます。

