

◆ 合併発症順の違いとイベント発生リスク

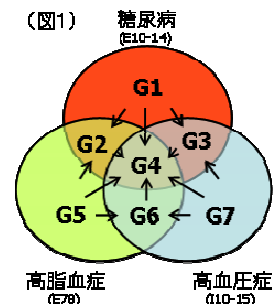
高血糖、高血圧及び高脂血症といった生活習慣病は急性心筋梗塞(AMI)等の発症リスク因子として知られています。患者が健康診断などを機に医療機関を受診した際に診断される病態は患者個々により異なります。例えば、高血圧症のみの診断・治療から始まった患者が、その後高血糖(糖尿病)にも進行し、糖尿病治療が開始されるという経緯をたどることもあります。また、受診時に同時に糖尿病と高血圧症の2つの診断を受け、治療開始する患者もいます。それでは、このように個々に異なる生活習慣病の**発症順**によりAMIの発症率に違いはあるのでしょうか。今回は生活習慣病の診断(治療)開始順を時系列に把握し、その後のAMI発症有無を確認することで、AMI発症率を検出します。

- ◆ 図1は3つの生活習慣病の診断順にグループ分けしたものです。例えば、G4は3つの生活習慣病の診断を受けた患者群を示していますが、ここに至る経緯はG1/G2/G3/G5/G6/G7のさまざまな組み合わせのルートがあります。

では、それぞれの診断順別のAMI発症率を図2に示しました。

[AMI発症があった患者→AMI(+), AMI発症が無かった患者→AMI(-)]

全体平均(最下行)は何らかの生活習慣病患者の0.8%がAMIを発症していることを示しています。しかしながら、レセプトデータでそれぞれの生活習慣病診断順にAMI発症率を見ると、その発症率に大きく差があることが分かります。



- 黄色部分①は、糖尿病、高脂血症、高血圧症いずれか単一診断を受けた患者のAMI発症率で、その発症率は高血圧症で0.8%、糖尿病、高脂血症ではそれぞれ0.5%、0.4%となりました。

- 緑部分②は、2つの生活習慣病の併発に至った患者を診断順別にしたものです。特徴的なのが、「→*G2」、「→G3」、「→G6」のように受診時にいきなり2つの併発診断を受けた患者のAMI発症率が1.0%~2.6%と、高い傾向を示していることです。(※「→」は受診時に2併病、3併病診断を受けた場合の意。)

- ピンク部分③は、3つの生活習慣病の併発に至った患者のAMI発症率です。ここでも、受診時点で3つの併発診断を受けた患者の4.3%がAMI発症という高値になりました。

(図2)	時系列進行から見る併発パターン			AMI(+) n	AMI(-) n	AMI発症率 %
	単一の疾患	2つの併発	3つの併発			
① 単一の疾患 AMI発症	G1	-	-	25	4,645	0.5%
	G5	-	-	40	10,671	0.4%
	G7	-	-	104	12,495	0.8%
② 併発順の違いによる AMI発症率	G1 or G5	G2	-	5	1,962	0.3%
	→	G2	-	14	1,448	1.0%
	G1 or G7	G3	-	14	1,981	0.7%
	→	G3	-	14	878	1.6%
	G5 or G7	G6	-	33	4,488	0.7%
→	G6	-	64	2,422	2.6%	
③ 3つの併発順の違いによる AMI発症率	G1 or G5 or G7	G2 or G3 or G6	G4	16	1,701	0.9%
	G1 or G5 or G7	→	G4	3	485	0.6%
	→	G2 or G3 or G6	G4	12	1,125	1.1%
	→	→	G4	38	842	4.3%
TOTAL				382	45,143	0.8%

※データ期間: 2006年1月~12月 n=45,525人

- ◆ このような傾向は何を示しているのでしょうか。健診で高値を指摘されたが、受診せず放置したため病態が進行、AMI発症率が高まったのでしょうか。逆に、個々の診断に対する治療ではなく、このような診断順という病態進行に対する総合的な治療体系を推進するニーズが存在しているということかも知れません。

さらに合併症(例えば動脈硬化等の血管変性疾患)に至る発症順とその治療薬ポジショニングを知ることも可能です。或いは、発症順と薬剤別AMI等の発症率の研究も意義があるのではないのでしょうか。テーマは色々ありそうですね。