

NHKテレビ

C型肝炎の治療法

ペグインターフェロン

武蔵野赤十字病院

消化器部長 泉 並木

C型肝炎に新しい薬「ペグインターフェロン」が使えるようになった。この薬は、従来のインターフェロンでは効果が少なかった、一b型のC型肝炎にも相当の効果があることが明らかになっている。

◆ C型肝炎はウイルスが原因

C型の肝炎は、C型肝炎ウイルスによってなる肝臓の病気で、主に血液を介し感染している。感染者の約三〇％は、ウイルスが自然に排除になるが、残り七〇％の人はウイルスが体の中に残り「キャリア」となる。

この「C型肝炎のキャリア」と言われる人は、約二〇〇万人にもなると言われている。このキャリアの約七〇％の人は「慢性肝炎」になり、後に「肝硬変」や「肝臓がん」になる心配がある。

C型肝炎のウイルスには「一b型」「二a型」「二b型」の三種類があるが、日本人の約七〇％は「一b型」のウイルスに感染していると言われている。

◆ b型肝炎には、新しい薬「ペグインターフェロン」の効果大きい。

慢性肝炎の治療にはインターフェロンを使い、ウイルスを

体内から排除し肝炎を抑えようとするものである。しかし、従来から使われているインターフェロンは、最も多いと言われている「一b型」のウイルスには効果が少ない。インターフェロンとリバビリンを併用した治療も行われ、この治療法は効果が大きいと言われているが、完治率は二〇％程度と低い。C型肝炎で「二a型」「二b型」の完治率は、八〇％〜九〇％と言われており、「一b型」肝炎の完治率の向上が望まれている。

○一b型肝炎の治療成績（完治率）

ウイルスの量 KU/mI	インターフェロン	インターフェロン+リバビリン	ペグインターフェロン	ペグインターフェロン+リバビリン
〇〜一〇〇	四〇％〜五〇％		五七％	
一〇〇〜五〇〇	三〜七％		三三％	四三〜四五％ (欧米のデータ)
五〇〇以上	〇％	二〇％	〇％	

◆ 新しい薬「ペグインターフェロン」

(ア) ペグインターフェロンは血液の中でゆっくりと分解するので、効果が大きい。

血液の中でゆっくりと分解し、血中のインターフェロン濃度を、一回の注射で一週間程度保つため大きい効果が期待される。従来のインターフェロンは週に三回注射をし、これを半年から二年くらい続けていたが、ペグインターフェロンの場合は週に一回の注射を、一年くらい行うことが考えられている。

(イ) ペグインターフェロンは**一b型肝炎**に、大きな効果が期待される。

従来のインターフェロン単独の治療では、**一b型**の完治率は三〇七％です。インターフェロンと**リバビリン**を併用した治療では、完治率が二〇％です。一方ペグインターフェロンによる治療では、完治率が三二％に向上しています。また、完治しなくともALT (GPT、肝細胞中の酵素の一種)の数値が改善になり、肝炎の進行が止まる例が相当にあるものと推定されます。このようにペグインターフェロンは、ウイルスの量が少ない場合には高い効果が得られ、最もよい治療法と考えられます。

なお、**二a型**や**二b型**の肝炎についても、ペグインターフェロン単独の治療で、従来のインターフェロンと**リバビリン**の併用による治療と、同程度の効果があがっている。

(ウ) ペグインターフェロンと**リバビリン**とを併用すると、さらに高い効果が得られる。

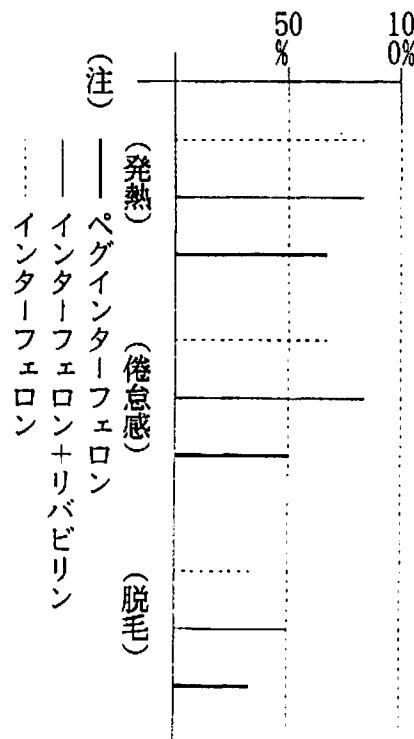
欧米ではこの併用治療をしているが、**一b型肝炎**では

ウイルス量一〇〇KIU/ml以上で四三〜四五％の完治率で、インターフェロンと**リバビリン**の併用時の二〇％の二倍の成果を上げている。日本でも、この併用治療について試験が行われている。

(エ) ペグインターフェロンは血中濃度が安定し、副作用が少ない。

従来のインターフェロンは短時間で血中濃度が急上昇するために、発熱や頭痛や寒気などの副作用が起こっていたが、ペグインターフェロンは解毒されるのが遅く、血中濃度が安定しているので副作用は比較的軽い。

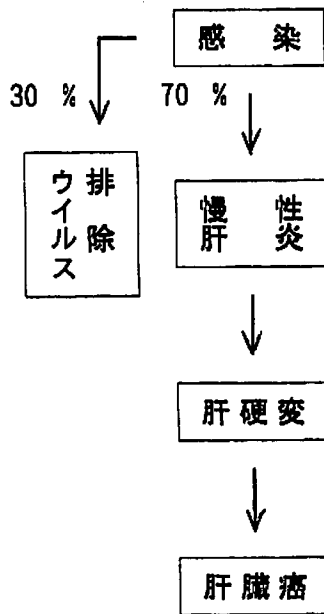
○副作用の状況



ペグインターフェロンは、このように**C型肝炎**に対し大きな効果があり、また副作用が少ないので、日本でも

急速に使われるようになると考えられる。しかし、薬の作用時間が長いため、血液中の白血球や血小板が少し減少する例もあり注意が必要である。

○C型肝炎、感染後の経過



○ウイルスのタイプ別内訳

一b型	七〇%
二a型	二〇%
二b型	一〇%
		└──┬──┘
		一〇〇%

(注) これは平成一六年二月二十六日にNHKテレビで放送になったものです。C型肝炎は治療が難しく、肝硬変や肝臓がんになる危険があります。肝臓病専門の泉先生のお話、大きな期待を持って聞きました。
(事務局 大友)

◆ 保存食品で作る、お手軽メニュー ◆

切り干し大根のポン酢あえ

(健康長寿食ブック)

材料(二人分)

- 切り干し大根(乾) 12グラム
- ポン酢(市販品) 大さじ3
- 鶏、胸肉 50グラム
- にんじん (中1/6本) 20グラム
- かいわれ菜 1/4パック

作り方

1. 切り干し大根は水に一時間漬けて戻し、さつとゆでて水気をきり、四CM長さに切ってボウルに入れ、ポン酢を加えて約三分漬けておく。
2. 鶏胸肉は熱湯でゆで、細かくさく。
3. にんじんは4CM長さのせん切りにし、熱湯でゆでて、水気を切る。
4. 1に2の鶏胸肉と、3のにんじんを混ぜて器に盛り、食べやすく切ったかいわれ菜をのせる。



NHK、今日の健康

受けていきますか人間ドック

「がん検査の選び方」

聖マリアンナ大学

大学院教授

吉田 勝秀

「肺に見つかった、がん」

肺がんは早期に発見し治療すれば、早く日常生活に戻るこ
とができる。

「オプシオン検査で見つかる、がん」

肺がん。 大腸がん。 胃がん。 乳がん。

子宮がん。 前立腺がん。 肝臓がん。 などがある。

(一) 肺がん。

日本人に、最近肺がんが増えている。現在は新しいCT検査の導入によって、小さな肺がんも早期に発見することができるようになった。しかし、器官のがんはCT検査では見つけにくい。喀痰検査も行うことによって発見できる。

・ どういう人が、検査を受けるべきか。

一日当たりの喫煙本数×喫煙年数リ六〇〇以上の人は
リスクが高く検査をうけた方がよい。

(二) 大腸がん。

大腸がんも最近増えている。これは便の潜血反応(便に血液が混じているか)を調べ、潜血が発見された場合、さらに洗腸像影検査・大腸内視鏡検査を行う。

・ 洗腸像影検査とは、

胃腸を綺麗にし、バリウムを入れて大腸全体の像を診る。

・ 内視鏡検査では、

内視鏡カメラで検査し、場合によっては細胞を採取し検査する。

大腸がんのリスクは、

家族に大腸がんの方がいる。

肉や脂肪分を多くとる人。

年齢が四〇才以上、特に五〇才以上の人は検査を受けた方がよい。なお、便の潜血反応検査については、人間ドックなどで受けるとよい。

(三) 胃がん。

次の方は、胃がんの検査を受けた方がよい。

萎縮性胃炎

慢性胃炎

ピロリ菌陽性

(四) 乳がん。

乳がんの検査は、通常「触診」「超音波検査」「マンモグラフィー」の方法でしている。

(五) 子宮がん。

子宮がんのリスクは、次の方が高いと言われている。

・ 閉経以降の方。

・ 妊娠をしたことがない方。

・ 月経不順の方。

子宮がんの検査は、子宮頸部・子宮体がんの検査があるが子宮体がんの検査は、少し痛みや出血を伴うのでリスクのある方についてのみ行っている。

(六) 前立腺がん。

最近日本では男性にふえているがんである。これは早期発見すれば、命にかかわることなく治療が出来る。五〇才以上の人はリスクが高いため、血液検査を受けるよう勧めたい。

(七) 肝臓がん。

これは他のがんと異なり、B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルスを持っていてる人にリスクが高い。

超音波による検査を受けるとよい。その検査の結果、

- ・ 異常所見を指摘された方は——精密検査をうける。
- ・ 異常のない方は——定期的に検査を受け、注意していくこと。



大腸がん

大腸がんの発生には、遺伝子因子も多少関係しているが、九〇%以上は環境的因子、特に食べ物の影響が大きいと考えられている。

大腸がんの発症リスクが高いとされている、動物性脂肪の多い食事や、植物繊維の少ない食事を好んで食べる人の便からは、発がん作用を持つ「突然変異物質」が高率で、検出されている。

大腸がんの予防には！

(一) 低脂肪で植物繊維を豊富に含む、食事への切替えが大切です。

(二) 近親者に大腸がんにかかった人がいる。

(三) 大腸ポリープを、指摘されたことがある。

(四) 治りにくい痔瘻があり、炎症を繰り返している。

(五) アルコールを、飲みすぎている傾向がある。

これらの人は、大腸がんのハイリスクグループと言われる。これらの人は、大腸がんのハイリスクグループと言われる。これらの人は、大腸がんのハイリスクグループと言われる。十分な注意が必要です。

(NHKテレビ放送の中から)



リハビリテーションション を考える県民の集い

東北大学病院 病院長特別補佐

リハビリテーションション部長

宮城県リハビリテーションション協議会副会長

上月 正博

宮城県が保健医療福祉中核施設（三本木町）の建設を中止した問題を契機に、宮城県市長会・宮城県市議会議長会、宮城県町村会・宮城県町村議会議長会の主催で、平成一六年一月三〇日（金）午後一時三〇分～三時三〇分、仙台市民会館大ホールで一五〇〇人余りが集い「リハビリテーションションを考える県民の集い」が盛大に開催された。この会の主管は大崎地方町村会・大崎地方町村議会議長会・大崎地域広域行政事務組合、後援は宮城県医師会・宮城県歯科医師会・宮城県薬剤師会・宮城県柔道整復師会・宮城県看護協会・宮城県ケアマネージャー協会・宮城県農業協同組合中央会・宮城県身体障害者福祉協議会・宮城県手をつなぐ育成会・宮城県理学療法士協会・宮城県作業療法士協会・宮城県老人クラブ連合会・みやぎ地域リハビリテーションション懇話会・宮城県青年会議所・宮城県地域婦人団体連絡協議会・宮城県ボランティア協会の、多方面の協力によって行われた。

「リハビリテーションションを考える県民の集い」では、佐藤

仁一岩出山町長の司会進行のもと、小生をコーディネーターにシンポジウムが開催され、最初に小生が、急速な超高齢化社会の到来、動脈硬化性疾患の増加などにより、「日常生活動作の自立と社会復帰」、「要介護の軽減」のためのリハビリテーションの必要性が高まっていること、リハビリテーションは患者さんの生命のみならず、健康の質や生活機能の改善をも調和的に発展させていく重要な医療であること、県民が受けられるリハビリテーション体制づくりと、リハビリテーション医学のさらなる発展のための新しい基礎的・臨床的取り組みが必要であることを説いた。

次に最初のパネラーとして沢村誠志氏（兵庫県立総合リハビリテーション中央病院名誉院長・前日本リハビリテーション病院施設協会会長）がリハビリテーションの意味や内容について、また兵庫県での「地域リハビリテーション」の先進的な取り組みについて講演した。阪神淡路大震災の際にも兵庫県は「地域リハビリテーション」への拠出を惜しまなかったことも明らかにし、会場からはその見事な地域リハビリテーションの内容に感嘆の声が挙がった。

次に、佐藤信彦氏（東北文化学園大学教授・宮城県リハビリテーション協議会会長）が宮城県における「地域リハビリテーション」の現状と一〇年間の空白について指摘し、宮城県でのリハビリテーションのより一層の充実の必要性を明らかにした。さらに、一般県民代表として鈴木妙智恵氏（宮城県立迫養護学校職員）が、障害者で車椅子での生活を紹介します。地域生活者にとって必要なサービスの利用に際し、日頃不便

を感じていることや要望したいこと等について具体的に訴えた。

そのあと自由討議に入り、会場の参加者やパネラー間の意見交換を行った。兵庫県の障害者団体の活動例など障害者自らも様々な要望を発信することの重要性が強調され、宮城県での代表例として、「白鳥会」の意義のある活動内容が紹介された。

- 最後に、以下の三つの大会決議が満場一致で採択された。
- 一、「みやぎの福祉・夢プラン」に基づき、障害のある人々の自立を支援するための施策を早急に実施すること。
 - 二、障害のある人々が、安心して社会復帰できるよう専門医療とリハビリテーションを系統的に行い、生活の質が尊重される施策を早急に実施すること。
 - 三、リハビリテーションの中核となる二次的機能を持つ総合施設を早急に整備するとともに、県域全体のバランスあるリハビリテーション体制の確立を図ること。

この集会は新聞・テレビなどで報道され、更に宮城県町村会がこの大会決議文を宮城県に提出した。加藤副知事は「宮城県の総合リハビリ体制が質的、量的に不十分なのは確か。専門家の意見を聞きながら、ソフト・ハード両面の事業整備を図りたい。」と述べた。二月一〇日、宮城県は建設中止した保健医療福祉中核施設に代わる総合リハビリテーション体制の基本構想を、二月一七日の宮城県リハビリテーション協議会で話し合い、一二月をメドに具体的な

計画を検討・作成することを決定した。

これを契機に宮城県内の障害のある人々の自立を支援するための施策が具体化し、一日でも早く総合的なりハビリテーション体制が整えられることを願いたい。

中核施設中止で集い

リハビリの体制確立を

県が三本木町の保健医療福祉中核施設の整備計画を中止したことを受け、大崎地方町村会などが提唱した「リハビリテーションを考える県民の集い」が三十日、仙台市民会館で開かれ、県の総合リハビリ体制の確立と機能充実の促進などを求める決議を満場一致で採択した。

決議では「本県の取り組みは、総合リハビリテーション推進の要である中核機能をいまだに欠いたままで、問題が山積している」と強調。「中核となる二次的機能を持つ総合施設を早急に整備し、県域全体のバランスあるリハビリ体制の確立を図る」などの三項目を県に求めることを決めた。

集いには約千五百人が参加。上月正博東北大大学院教授をコーディネーターにシンポジウムが開かれ、東北文化学園大大学院教授の佐直信彦氏、県立迫養護学校事務職員の鈴木妙智恵氏、前日本リハビリテーション病院・施設協会会長の沢村誠志氏が意見を交換した。

(平成一六年一月三十一日、河北新報より)

三月一八日、市民公開講演

老人性の難聴と

補聴器

東北大学医学部付属病院

佐藤 先生

今日は老人性難聴と補聴器についてお話をします。皆様ご存知のとおり、日本人の平均寿命は世界一となり、

男性は七七才

女性は八三才

となった。

日本の人口統計(二〇〇二年九月一二日時点)によると、

・七五才以上の人口は、一〇〇〇万人をこえている。

・六五才以上の人口は、二三六二万人で、二〇一五年には三二七万人(全人口の二六%)になるものと予想されている。

このように今後高齢者は増えていき、これに伴って加齢による疾患が増加して行くものと考えられる。

(一) 老人性難聴

○ 年齢による聴力の変化

・六五才から六九才の聴力に対し、八五才以上の方の聴力は低下します。

・年齢が進むにつれて、聴力は下がっていき、周波数においても、そのような傾向になっている。

これは加齢による変化が現れている、即ち年齢が進むにつ

れて聴力が低下していく、老人性難聴の進行の状態を表している。

○ 老人性難聴

老人性難聴は、加齢による影響以外には明らかな原因が認められない感音性難聴といえる。但し高齢者の難聴の中には老人性難聴以外で、手術や薬物療法で改善できる疾患(滲出性中耳炎、耳垢栓塞、慢性中耳炎等)があるので、耳鼻科医の診察を受けることが望ましい。滲出性中耳炎や耳垢が詰まって聞こえない耳垢栓塞、慢性中耳炎等の疾患は治療によって聴力の改善がはかられる。

老人性難聴の特徴は

(ア) 聴覚路全般にわたる障害がある。

(イ) 年齢と共に難聴が進行するが、進行する時期は個人差がある。

(ウ) 左右の聴力が同程度であることが多い。

(エ) 特徴的なのは、聴力検査から推定される以上に聴力コミュニケーション能力の低下が認められる。

(オ) 若者に比べると会話の調子が早口で悪い。

老人性難聴は、どの部位に障害があるか特定することができない。

○ 難聴の診断方法

(ア) 問診

- ・発症の時期、進行しているか、左右差の有無。
- ・基礎疾患の有無(糖尿病や高血圧など合併症の有無)
- ・家族性難聴の有無(家族の中に難聴の方がいるか)

・職歴、特に騒音暴露歴。

・藥物療法、特にフストマイによる治療。最近では抗がん剤を大量に使った治療。

(イ) 鼓膜所見

耳垢が溜まってないか。鼓膜穿孔、中耳炎の有無。

○ 難聴の検査

〔検査一〕聴力検査 (最も一般的な聴力検査)

〔検査二〕言葉のききとり検査。(どれ位の小さな音まで聞こえるか。)

・正常な聴力の人は、二〇デシベルくらいの音が聞こえる。

・ひそひそ話は、四〇デシベル。

・普通の会話は、六〇デシベル。

・耳元で大きな声でする話は、九〇デシベル。

〔難聴の程度〕

二〇〜五〇デシベルの間に入る聴力——軽度難聴

五〇〜七〇デシベルの間に入る聴力——中等度難聴

七〇〜九〇デシベルの間に入る聴力——高度難聴

九〇デシベル以上は——重度難聴

○ 語音聴力検査

主に内耳性難聴の方は音を大きくしても、かえってうるさくなって、補聴器を合わせる上で難しい問題がある。

低音性難聴の人は音を感じることは正常なわけですから、音を大きくしてあげれば音を感じます。

感音性難聴の場合は、音が大きくなってもうるさくなるだ

けという現象が現れる。(大きな声で耳もとで話をしても、よくわからないことがある)

○ 難聴の診断

- ・耳のレントゲン写真。
- ・過去の中耳炎の罹患の有無。
- ・内耳道の拡大。

(二) 補聴器

伝音性難聴(中耳炎等)は、治療によってかなり回復する場合がある。感音性難聴は急激に聴力が低下した以外は、治らない方が多い。この場合は補聴器を使うことになる。

○ 補聴器の現状

(ア) 補聴器は毎年四〇万台売れているが、ここ数年、数が増えている。老人性難聴の人が増えているのに、補聴器は増加していない。これは一つは、新しい補聴器の啓蒙が足りない。もう一つは、販売ルートが通信販売をしているくらいで、きちんと合わせて販売するということが守られていない。

耳鼻科で疾患の有無を診断の上補聴器を求めめるのではなく、多くの方が新聞の広告で買っている。一般の人には合っても、難聴の患者には合わないことになる。それでは、補聴器はこんなものかと思ひ、使われなくなってしまう。

(イ) 補聴器にはいろんな形が出ているが、目立つ箱型や耳かけは減少し、挿耳型が増えている。

(ウ)性能が良く安価なデジタル型が増え、アナログ型は減少している。将来はデジタル型に一本化されると思う。

○ 補聴器の機種

・箱型 (箱型をポケットに入れ、先を耳に挿しておく。箱の中で音量などを調節できる)

・耳かけ型

・挿耳型 (小型で耳の中にすっぽり入り、見た感じ殆どわからない。但し高価である)

・骨導型 (骨に音を伝える)

・CIC (耳の中にすっぽり入る小さなタイプ)

・眼鏡型 (数は少ないが、使われている)

○ 補聴器の適応決定の条件

・本人に補聴器装用の意欲があること。

・聴覚障害があり、補聴器使用のメリットがデメリットを上回ること。

* 補聴器の利益

・言葉が、はっきり聞ける。

・小さな音も、聞ける。

・会話のリズムを、感じる。

・読唇と併用して、会話が出来る。

・集会などに、積極的に参加できる。

・警告音が聞こえ安心できる。

* 補聴器の不利益

・音が気になる。

・難聴の種類によって言葉がはっきりわからないし、内容もわからない。

○ 補聴器への期待内容

期待内容によって、どのような補聴器をつけるかを判断する必要がある。

・基本的な生活における会話に使う。

(例) 自宅内だけの会話。

・重要な社会生活における会話に使う。

(例) 会議や面接などのとき。

・補聴が困難な状況への対応に使う。

(例) 周りがうるさい、電車内での会話など。

○ 装用耳の決定

(ア)補聴器をつけるのを、右か左か決めるにはどうすればよいか。

・純音聴力、語音聴力、ダイナミックレンジ。

・両耳聴効果を調べて決定する。

・普通は良い方の耳につけるが、悪い方の耳にもつけて、両方で聞く効果を調べる。

・難聴者の好みにも配慮する。

・聴力レベルが五〇から七〇デシベルの例。

・悪い耳につけても聞こえないし、五〇デシベル以上

・衝撃音が響くことがある。
・恰好が悪い。
・装用がわずらわしい。
・費用がかかる。(安いものは数万円だが、高いものは三〇万くらいかかる)

の耳につけるとうるさく感じることもある。目安としては両耳の聴力に差がある時は、五〇〜七〇デシベルの範囲に入っている耳につけた方が良い。

- ・騒音下での聞き取りには、両耳装用が望ましい。
- ・当初は片耳装用から始めることが良い。

(イ) どの機種がよいか
補聴器の特性測定装置で、その人の増幅にあっているものを選定する。

(ウ) 音質調整。
・音質調整器などを使って行う。
・難聴者の好みを最優先した方が良い。(使われなければ意味がない。)

○ 最大出力音圧レベル
・補聴器からでる最大の音圧(音が大きすぎると、かえって害になる)
・聴覚の保護のために調整が必要。
・不快域値を越えないようにする。

○ イヤーモールド(耳形のこと)
・補聴器の固定の働きをする。
・ハウリング防止が大事(耳に補聴器が合っていないと音もれ、それを補聴器が増幅する。耳に合わせ音漏れを防ぐことが大事)
・音響特性の改善をする。

○ デジタル補聴器

・二〇〇二年にデジタル補聴器の全補聴器に占める割合は五七%、さらに増えていくと考えられる。価格がアナログとデジタルがほぼ同じで性能はデジタルが良い。
・デジタル補聴器の特別な機能は
雑音抑制(周波数特性の自動切替え)
指向性
ハウリング抑制
機能がある。

○ 補聴器をつけた後の評価とカウンセリング。

・選択した補聴器が妥当かどうかの確認をする。
「音は聞こえるが、言葉がわからない」「雑音があると言葉が聞き分けられない」などの訴えは、補聴器の調整のみでは解決できないものがある。
・本人に説明し、納得を得ることが重要である。理解が不十分だと、補聴器を使用しなくなってしまう。

○ 実生活での使用と聴覚管理。

・耳鼻科で、定期的な聴覚検査を受ける。
・難聴の進行に合わせて、こまめに補聴器を調整する。
・通院するためには、家族の理解が必要。
・調整を勝手に変更しないように注意する。特にボリュームを勝手に調整して、聞こえなくなることがある。
・高齢者には操作性を考え箱型を、また適合する場合は挿耳型を進める。

NHK生活ホットモーニング健康スペシャル 糖尿病について

東京大学大学院(糖尿病専門)
教授 門脇 孝

□ 日本人に多い体質 □

- (一) インスリンの分泌能力が低い。
インスリンは血糖値を下げる働きをする。しかし日本人は欧米の半分程度しかインスリンを出す能力がない。
- (二) インスリンの働きを高めるホルモンが少ない。
- (三) 消費エネルギーが少なくてすむ儉約遺伝子を持つてゐる。
これは食料事情が悪い時代でも健康的体質となるが、食料が多い現代では肥満体質の原因となってしまう。

□ 糖尿病 □

糖尿病は自覚症状がない。昭和三〇年を一とすると、平成一四年は三一、五倍、七四〇万人の患者がいると言われている。その主な原因は、食生活と言われている。

- ・ 日本人は糖尿病になりやすい体質を持っている。
- インスリンの分泌が日本人は少ない。日本人は太るとインスリンの働きが悪くなるが、欧米人はインスリンを多く分泌し正常値である。日本人は半分しか分泌できず、すぐに糖尿病予備軍になってしまう。

□ 糖尿病の簡単な危険度のチェック方法 □

問一、BMI(標準体重)が二五以上である。(はい二点)
身長一四〇Cmの場合は体重が五〇Kg

身長が一六〇Cmの場合は体重が六四Kg
身長が一七〇Cmの場合は体重が七二Kg

問二、二〇才の頃に比べ、ウエストが一〇Cm以上増えた。(はい二点)

問三、甘いものや、脂っこいものが大好き。(はい二点)

問四、食べるのが早く、お腹一杯食べる。(はい二点)

問五、日頃あまり歩くなどの運動をしていない。(はい二点)

問六、コレステロール、中性脂肪が高い。(はい二点)

問七、ストレスを何時も感じている。(はい二点)

問八、親や兄弟に糖尿病の患者がいる。(はい二点)

(判定) 総得点が三点以下——心配ない。

四から七点——予備軍の可能性がある。

八点以上——チェックの必要がある。

糖尿病の可能性がある。
検査を受けること。

□ 血糖値 □

血糖値検査には、空腹時とブドウ糖負荷試験(二時間後)と二つがある。

判定	正常	糖尿病
空腹時	一一〇未満	一二六以上
ブドウ糖分負荷時	一四〇未満	二〇〇以上

空腹時に血糖値が正常値でも、食後・ブドウ糖負荷時に問題となる人が日本人には多い。空腹時の血糖値検査のみでは

血糖値予備軍を見落とすことが1/2くらいある。

□ 日本人の体質にあった食事・運動をすることが大切 □

— 糖尿病予防の生活アドバイス —

・体重をコントロールする。

(二〇才の体重が健康的な体重と言われる)

・摂取エネルギーの六〇％は糖質(ご飯やパン)からとる。

(一日のカロリーが変わらなくとも、肉食や脂肪の摂取量が増えている)

・脂肪は二五％以下に抑える。和食・日本食の良さをとり入れる。

レプチンというホルモンが太ったときや、食べ過ぎたときに多く分泌され肥満となることを抑制する。

肉や脂肪を取りすぎると、レプチンは分泌してもその働きを妨害されてしまい、肥満になりやすい。

・食後一〜二時間後に二〇分以上の早歩きをする。

和食中心の食事とエネルギーを使う運動によって、理想体重に近づけるとよい。しかし、理想体重でなくとも二〜三Kg減量しただけで血糖値が下がり、糖尿病になる危険が減る。五Kg〜一〇Kg太った人が、二〜三Kg減らすだけで糖尿病のリスクを五〇％以上下げることになる。



問一、糖尿病で軽い脳梗塞になった。どんなことに注意したらよいか。現在血糖値は、食前一二〇gです。

(答え) 食後の血糖値が一二〇はよいが、食後の血糖値を二〇〇未満にして下さい。また、食事をするとき血糖値が急速に上がるので、ゆっくり食べる、繊維質を多くとるようにして下さい。血圧もコントロールして下さい。こうすれば良いでしょう。

問二、食生活の改善の方法を教えてください。

(答え) 三度の食事を規則的に、バランスのある食事をする。一週間単位でバランスをとることで考える。朝食を減らし、夕食に多く食べたり、夜食を食べることはよくない。

問三、ヘモグロビンが高い(七、二〜七、六)

(答え) フドウ糖に結合したヘモグロビンの割合は、

六、四以下を目標とすること。

五、八未満……………優

五、八〜六、四……………良

六、五〜六、九……………可

七、〇以上……………不十分

食後の高血糖のため、一日の血糖値が高いと診断されます。六、四以下に下げようとして下さい。

空腹時の血糖値だけでは正しい診断ができない。食後血糖値、ヘモグロビン値などの検査も受けることが大切です。