

承認/1991年3月8日

例会日/火曜日・PM6:30

例会場/名古屋マリオットアソシアホテル

事務局/〒450-6002 名古屋市中村区名駅1丁目1番4号

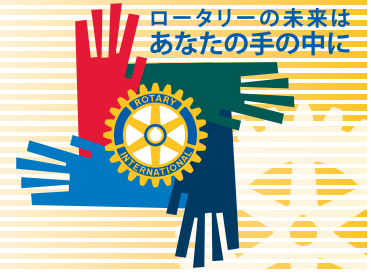
名古屋マリオットアソシアホテル2202号

TEL.052-586-2043 FAX.052-586-2054

会長/小野 雅之

幹事/木下 福郎

会報・雑誌・広報委員長/
朝比美和子



2009-2010

WEEKLY REPORT

2009-2010年 RI会長 ジョン・ケニー

URL <http://www.meinan-rotary.com>

E-mail info@meinan-rotary.com

第910回

2010年6月8日(火) 曇り 第43回

～ ロータリー親睦活動月間～

斉唱 我等の生業
出席 会員 68名 (出席率算入人数 61名)
出席 46名 出席率 75.41%
前々回補填率 98.33%(5月25日分)
ゲスト 愛知医科大学内科教授
大竹 千生氏

会長あいさつ

会長 小野 雅之さん

皆さん、こんばんは。大竹先生、心より歓迎申し上げます。

さて、今期もあと4回になりました。6月11日に地区役員及び会長・幹事懇親会が豊橋であります。これが最後の公式行事ということで、ほっとした所です。



今年度は各RCの周年記念が沢山ありまして、去年の11月には中RCの40周年、5月10日は栄RCの20周年、5月20日は瑞穂RCの30周年がありました。瑞穂RCは会員総数が68名です。23年前に台湾の延平RCと友好を結んでおり、記念式典には歴代の会長や家族を含め32名が出席されていました。私たちのRCとよく似たクラブなので、参考になるのではと思いました。国内友好クラブの札幌手稲RC、福岡西RC、茅ヶ崎湘南RC等、総勢203名の出席者の下に開かれました。セレモニーやアトラクションは余り無く、周年行事は国際ロータリーポリオ撲滅への挑戦、ウガンダ共和国ワキソ県名古屋瑞穂RC記念小学校に第2次支援事業、熱田区内7小学校に教材を寄贈、熱田神宮に青少年活動用機材を寄贈、ロータリー米山奨学会への特別寄付、ロータリー財団への特別寄付、パラリンピックへの支援がありました。

祝賀会では、台湾の友好クラブとカラオケを2曲歌って友好を深めたということで、非常に地味な会でした。費用は約1000万円くらいということでした。

5月28日には、中部名古屋みらいRCの1周年記念がありました。芸術文化ホールの地下のリハーサルホールでささやかに1周年を祝ったわけです。記念コンサートは会員のバイオリンやドイツ民謡でし

た。祝賀会は一般のイタリアレストランでアットホーム的に行われ、ロータリーとは少しかけ離れたような記念式典でした。

簡単ですが、ご報告を兼ねてあいさつとさせていただきます。

幹事報告

幹事 木下 福郎さん

本日の幹事報告はございません。

引き続きまして、本日の講師のご紹介をさせていただきます。大竹千生さんは私の高校時代の同級生です。昭和45年3月愛知県立明和高等学校を卒業、昭和53年3月名古屋大学医学部卒業、昭和63年1月名古屋大学医学部付属病院第一内科医員、平成4年4月愛知医科大学医学部内科第四講座講師、平成14年12月愛知医科大学医学部内科学講座内分泌代謝糖尿病内科教授で現在に至っております。資格は、日本内科学会評議員、日本内分泌学会評議員、日本病体栄養学会評議員、その他沢山ございます。この後、講演をしていただきますので、宜しくお願い致します。

ニコボックス

◆ 本日は愛知医科大学内科教授 大竹千生氏による最新の糖尿病についてのお話です。誰もが糖尿病予備軍と言われるぐらい、食生活に関係が深いと思われまます。時間の許す限り、予防から治療まで重要なお話を宜しくお願い致します。

山本 誠一さん	出田真太郎さん	浅井 浩さん
林 隆二さん	久米 伸治さん	安藤 修さん
榎原 和美さん	中西 芳子さん	中村 勝さん
森田敏二三さん	杉山 隆秀さん	坂本 晃さん
武藤 正行さん	太田 敦士さん	川辺 清次さん
白銀 義昭さん	細井 俊男さん	伊藤 圭一さん
山崎 淳さん	東山 直史さん	江村 雅夫さん
牧野 好弘さん	杉本 勇さん	木下 福郎さん
朝比美和子さん	小野 雅之さん	宮崎 良一さん
犬飼りさ枝さん	三浦 隆さん	新原 尚さん
吉木 邦男さん	佐々木 眞さん	田中 一雄さん
黒田 康正さん	三島多恵子さん	山本 郁矢さん

◆ 今週の言葉 ◆

「良い時、悪い時も ダンスを踊ろう」

本日合計 37,000円 累計 2,112,825円

■愛知医科大学内科教授 大竹 千生氏

今は色々な大学の先生になっていますが、元々は金山にある三菱重工の病院で医者として患者さんの為にずっとやっていこうと思っていました。ところが、大学から来た先生達に、もう少し大学へ戻って勉強してみようかと言われるようになりました。大学へ戻る前に色々な一般診療をやってきて、一番大事なのは人間の体が楽しく過ごせるためにはどうしたらいいのかということでした。そこで、一番難しそうなホルモンの勉強を始め、色々な勉強をさせて頂いたお陰で愛知医科大学の今の立場にいるわけです。原点は普通の人ができる生活ができるようにするということが目指しています。内分泌代謝系というのは、自分の体をそのまま保つということが全てです。例えば歳を取っていく過程も、上手に歳を取っていけばそのまま生き長らえるのですが、途中で故障を起こしてしまつたらもう駄目です。



今日はメタボのことを話しますが、もちろん糖尿病、高血圧、高脂血症の全部に関係します。重要なことは、人間の体の代謝系が何故かみんな壊れていくということです。どうしてかということは、未だに解っていません。先月も糖尿病医学会の総会が岡山であり、糖尿病医療指導士、看護師、医者、療養指導士、栄養士等の1万2000人という巨大な数の人が集まりました。それだけ需要が高いということです。だけと患者が減っていきません。

厚生省はメタボ検診を始めましたが、医療制度構造改革と言いながら、医療費の伸びを抑えるという方針で動いています。医療費の伸びを抑えるということは、その医療費が結局は上がっているということです。メタボ検診の本当の趣旨は、早めに手を打って、病気にならないようにしてあげることです。つまり病気というのは自覚した時には既に病気です。病気になる前に手を打つことができれば実はならなくて済んだということが沢山あります。しかし、これはなかなか困難です。

メタボリックシンドロームの概念というのは、保健指導で予防が可能であると厚生省は言っており、腹囲の基準で生活習慣の改善を図ろうということです。しかし、腹囲は個人のプライバシーに関係があり、最終的にはお任せになってしまいました。日本では腹囲がメタボの最大の基準になっていますが、世界的には参考値でしかありません。つまり内蔵脂肪を測ることの方が正しいことです。

日本人女性のコレステロール値が2000年にはアメリカ人女性の上を行ってしまったというデータがあります。アメリカ人女性は太っていて沢山食べるのでなんとなくコレステロールが高いという認識があります。ところが、日本人とアメリカ人ではインシュリンの分泌能力が全然違いますので、日本人にはものすごい肥満が居ない代わりに、インシュリンの分泌が悪く太れません。インシュリンは出れば出るだけ太ります。よく糖尿病でインシュリン治療をしますが、過剰に治療すれば太ってしまい、増々悪くなるという悪循環があります。だが、決して怖いものではなくて、適正に使うことはもちろん必要です。

脂肪の摂取量が高いということがメタボの原因となっていますが、因果関係はありますが、果たして本当のところはどうかは何とも言えません。ただ、冠動脈疾患や脳卒中も増えていて止まりません。日本人は正に死に向かっています。いっぱい食べて死ねるなら良いという気も確かにしますが、それでは家族や社会に対して非常に負担をかけてしまうので何とかしようということです。

メタボリックシンドロームとは一言でいうと不健康な生活習慣ということです。内臓脂肪が溜まり、その結果、高血糖、高血圧、脂質異常が起こります。脂質異常とは悪玉(LDL)コレステロールが高いのはもちろんですが、善玉(HDL)コレステロールが低いのもすごく問題です。そのため今は高脂血症という言葉は使いません。そして、脳卒中、心筋梗塞ですぐに死んでしまうか、死の直前まで行くので生活の質が落ちてしまいます。そのためそうなる前に予防が必要なのではないかということです。特に、メタボや糖尿病の人は二次予防がとて重要です。

8学会が決めたメタボリックシンドロームの基準は学会の中でも割れています。例えば女性の基準です。ウエストと内臓脂肪が果たして本当に正比例するかということがポイントです。これは私見ですが、女性で言えばウエストは最初に皮下脂肪があり、お腹があり、内臓脂肪があるので、分かりにくいのではないかと思います。男性はホルモンの関係であまり皮下脂肪が溜まりません。脂質代謝異常、血圧、空腹時血糖値が高い、というのは基準として納得いきます。CTスキャナー等で内臓脂肪の測定を行うことが望ましいということですが、CTスキャナーを検診で使うのは被爆するので問題があるかも知れません。

メタボリックシンドロームは、この基準を使う限りでは、女性はかなり少なく、5人に1人です。ただし今度基準が下がると思います。男性はかなり多く、2人に1人です。この基準でいくと大抵の人はメタボとなり、これは非常に危険です。何が危険かということ、メタボリックシンドロームの患者数は940万人で、ものすごい人数になります。これを本当に病気と言っていいのかということと問題です。予備軍まで入れると約2000万人でめちゃくちゃな数です。ただ、オーストラリアは日本の5倍位はいますし、アメリカは2倍位軽くいますので、無視はできません。年齢構成で言うと40歳以上が多いのですが、よく見ると男性の60歳、女性の70歳のあたりも実は結構多いです。これはホルモンレベル的に落ちた段階で代謝が悪くなる可能性が充分あるということで、ホルモンを補充してあげるとメタボが改善する人もいます。

メタボリックシンドロームと糖尿病というのは別々のリスクです。例えば糖尿病では、どういう人が心筋梗塞の症状を起こすかということ、糖尿病の人は確かに血糖値が高いからなりますが、血糖値プラスアルファなんです。つまり、高脂血症が伴うと心筋梗塞を起こします。血糖値の1ヶ月の平均を表すヘモグロビンA1cがどれくらい悪いかということと、心筋梗塞は相関関係から言うと、実は高脂血症の方がより相関してくるのです。糖尿病が悪くても簡単には心筋梗塞にはならないが、糖尿病の人が脂質代謝異常が悪かったら心筋梗塞をより起こしや

すいということです。つまり、メタボリックシンドロームの概念としては、普通メタボリックシンドロームとは軽いものを言い、何か起こしてはいけないから予防しましょうということですが、拡大解釈でいうと、そういうものを合併してきた人はだいたい危ないということです。つまり糖尿病そのものが悪い人よりも危ないという意味です。

今お話したように、LDLコレステロールというのは、重大な危険因子です。動脈硬化性疾患というのは脳卒中や心筋梗塞です。メタボリックシンドロームとは色々なものが重なったものです。メタボリックシンドロームも心筋梗塞の原因になるし、LDLコレステロールが高いだけでもなります。LDLコレステロールは健康診断で高いと言われたら、本当に真剣に下げた方が良いです。かなり恐いものです。

境界型糖尿病とメタボリックシンドロームは非常に似ているところがあります。境界型糖尿病とは糖尿病の診断基準に適さない、つまり、健康保険で言うと投薬ができない人達です。ところが、その人達はメタボリックシンドロームと非常に似通った状態になっているので、脳卒中や心筋梗塞を起こす割合は糖尿病の人と全く同じです。目や腎臓の合併症は違います。

ヘモグロビンA1cは糖尿病のコントロールの仕様です。糖尿病のコントロールの仕様というのは1ヶ月くらい糖尿病が悪かったら上がります。赤血球の寿命は2ヶ月くらいなので、ヘモグロビンA1cが高いということはその1ヶ月〜2ヶ月かけて血糖値が高い状態で平均して続いているということです。ところがヘモグロビンA1cが正常範囲の人でも心臓の血管リスクと優れた相関を示すというのが、今年の3月に出たばかりの論文です。ただ、これは前から日本で言われていることと同じことです。ヘモグロビンA1cが正常範囲で糖尿病ではない人でも、やはり心筋梗塞を起こすということです。これはどう理解したら良いかという、血糖のスパイクと言って、食べた後に血糖値が勢いよく上がり、その後ストンと下がる人は血管に傷が付きます。糖毒性というのは血糖が高いということはもちろんそうですが、それだけではなく、上がったたり下がったりしている人の方がもっと悪いということです。上がりっぱなしの人の方がまだ良いのです。スパイクを抑える薬は今考えられています。

結局は、運動や規則正しい食生活という話になりますが、これはあまりエビデンスがありません。また、刑務所のような生活をしろと言われてもこれは無理です。僕は名古屋刑務所の医療課長もやっていたので、そういう生活をすれば良くなることは知っています。ですから、病院を刑務所みたいにすれば確かに良くなりますが、日常生活ではなりません。

では、どうしたらよいか。2001年に「全ての患者が実行できるわけではない」と論文にはっきり出ています。2001年にアメリカの医師会雑誌には「ハイリスクの患者にはいくら生活習慣改善といわれても6ヶ月位はかかるし、早めに薬事を開始することも重要ではないか」とあり、何かしてあげなければ絶対に無理ということなんです。その何かは難しいのです。つまり、その人に合ったものをやってあげなければならぬのです。そうするとものすごく手間がかかりますので、かかりつけの先生がいらっしゃることが一番良いのです。

スタチンという薬は脳卒中を予防するために飲むと

言われるくらい、一昨年脳卒中学会ではやっていました。今年はスタチンだけではやはり脳卒中を起こすかも知れないので、抗血小板薬と言って血液が固まらない薬も一緒に飲んだ方が良いということでプレタールという大塚の薬をすごく売り出しています。その場合は糖尿病で脳梗塞を起こすII型糖尿病の人にも予防効果があるということ、先々週の順天堂と大阪大学の第一内科が出しています。やはり脳卒中のスタチンもしくは抗血小板薬は重要なので、もし医者から飲むように言われたら飲んだ方が良いと思います。但し、副作用のチェックは絶対必要です。このような利く薬は本当に毒薬と同じです。

コレステロールがどこにできるかという、肝臓で合成されて血管に入っていきます。肝臓は胆汁を作りますから、それも小腸に入ります。胆汁にはコレステロールが溜まっています。食事由来のコレステロールもあります。コレステロールは、胆汁でもう一度吸収され、食事からも吸収されます。胆汁性のコレステロールは1日で800、食事性は1日で400です。胆汁はコレステロールを合成したものが沢山出てきます。ということは、食事から摂るものよりも、実は自分で合成しているものの方が多いのです。これは重要なことで、吸収合成の過程でコレステロールの合成は結構やっけていて、これは夜に行われます。ですので、本当は朝食の方が良いですし、コレステロールの薬は合成を抑えるものが多いので、夜に飲みます。皆さんが薬をすすめられたら絶対にその通りに飲まないで、効きません。そして、LDLレセプターというのがまた肝臓へ取り込まれていき、結果的にこの悪玉が血管や肝臓に入って悪いことをするというのです。血管でプラークと言われる血栓を作り、これが破裂すると、脳梗塞、心筋梗塞が起こります。

2〜3年前から脂肪の吸収を抑える薬が出てきました。これは脂肪の吸収チャンネルを抑える薬です。エゼチミブと言って、ゼチアと呼ばれている薬です。副作用もあまり聞きません。これでメタボリックシンドロームの原点である脂肪が抑えられれば、助かる話であります。コレステロールの吸収が高いと心臓の血管リスクが高いと言われているので、吸収を抑える薬が有効だということが解ってきました。もう一つは昔からの薬で、レジンといういわゆる吸着剤です。食べるとお腹がゴロゴロ鳴りますが、これも害が少ない方で吸収を抑えます。今、脂肪は合成を抑えるスタチン系の薬がメインですが、これをやりすぎると実は逆に起こしやすくなるというデータも出ています。だから脂肪の吸収を抑えることが非常に重要であり、メタボリックシンドロームの原点は脂肪であります。

また糖尿病のことは9月に市民公開講座をやりまして、良かったらお越し下さい。ありがとうございました。

第 912 回例会 (6 月 22 日) のご案内

IDM 於：香楽