

生活習慣病（高血圧・脂質異常症・糖尿病・痛風・慢性腎臓病etc）についての 診断と治療と予防

日本内科学会認定医

日本消化器病学会専門医

日本消化器内視鏡学会専門医

小金井あおばクリニック 中村暢和

① 高血圧

本邦の高血圧症患者は、約4000万人を超えていると言われている。血圧値が高いほど、脳梗塞 心筋梗塞 慢性腎不全の罹患率および死亡率が上がる。国民の平均食塩摂取量は1日11gと依然として高い状態が継続している。また高血圧未治療患者の割合は諸外国と比して高く、さらに治療を行っている高血圧患者の50%も降圧管理が不十分とされている。疫学データの推定によると収縮期の血圧が2mmHg程度低下を認めれば、1年間で脳卒中でなくなる方は9000人、心筋梗塞でなくなる方は4000人程度減少すると考えられる。故に生活習慣の修正を視野に入れて、正確で適切な血圧の管理が肝要と考えられる。

高血圧の患者数

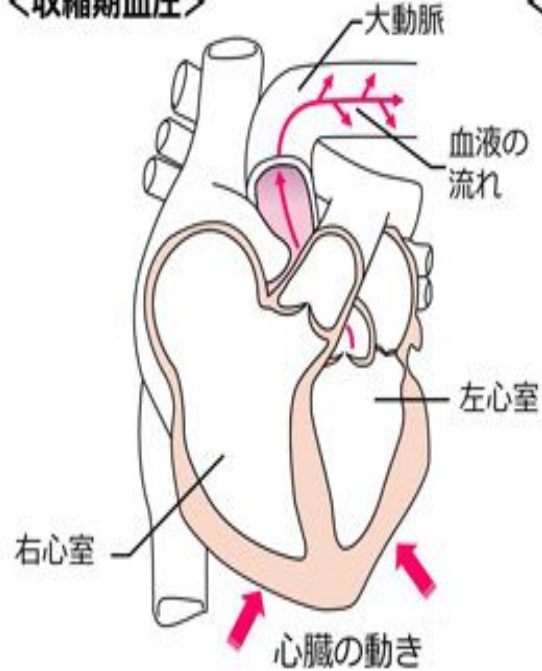
高血圧患者約4,000万人



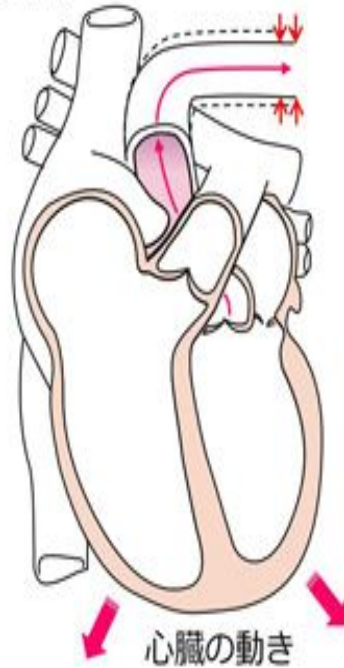
血圧=心拍出量×末梢血管抵抗 (血管壁に与える血液の圧力)



<収縮期血圧>



<拡張期血圧>



成人における血圧値の分類（日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン）

分類	収縮期血圧		拡張期高血圧
至適血圧	120未満	かつ	80未満
正常血圧	130未満	かつ	85未満
正常高値血圧	130～139	または	85～89
I 度高血圧	140～159	または	90～99
II 度高血圧	160～179	または	100～109
III 度高血圧	180以上	または	110以上
孤立性収縮機構血圧	140以上	かつ	90未満

高血圧の原因

高血圧には本態性高血圧と二次性高血圧とに分けられ、約90%は本態性である。

二次性高血圧は高血圧をきたす原因が明らかなものを指す。二次性は全ての高血圧患者の診療において念頭に置かねばならず、特に若年者や高齢者でも急速に血圧上昇をきたした場合などでは精査を行う必要がある。

主な二次性高血圧

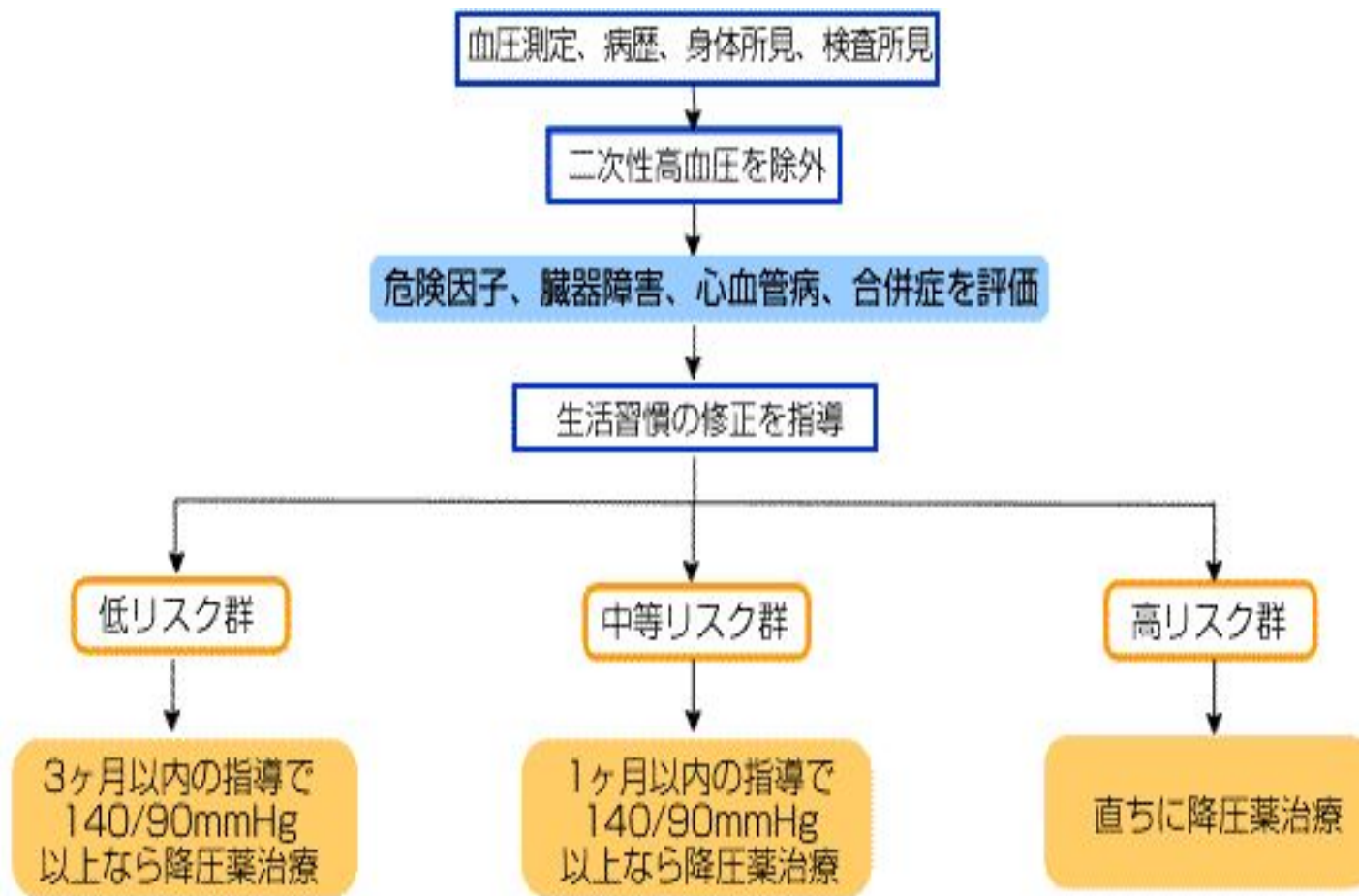
- ①腎実質性高血圧
- ②腎血管性高血圧
- ③原発性アルドステロン症
- ④クッシング症候群
- ⑤褐色細胞腫
- ⑥甲状腺機能亢進症
- ⑦甲状腺機能低下症
- ⑧睡眠時無呼吸症候群
- ⑨薬剤誘発性高血圧

高血圧症の診断手順

高血圧症診療の進め方は、血圧測定 病歴聴取 病歴 身体所見
検査所見から二次性高血圧を除外して、危険因子 臓器障害
心血管障害などを評価する。治療としては生活習慣の改善を基盤とし
て降圧治療を行うこととなる。



初診時の高血圧管理計画



高血圧管理計画の為のリスク層別化に用いる予後影響因子

A. 心血管系の危険因子

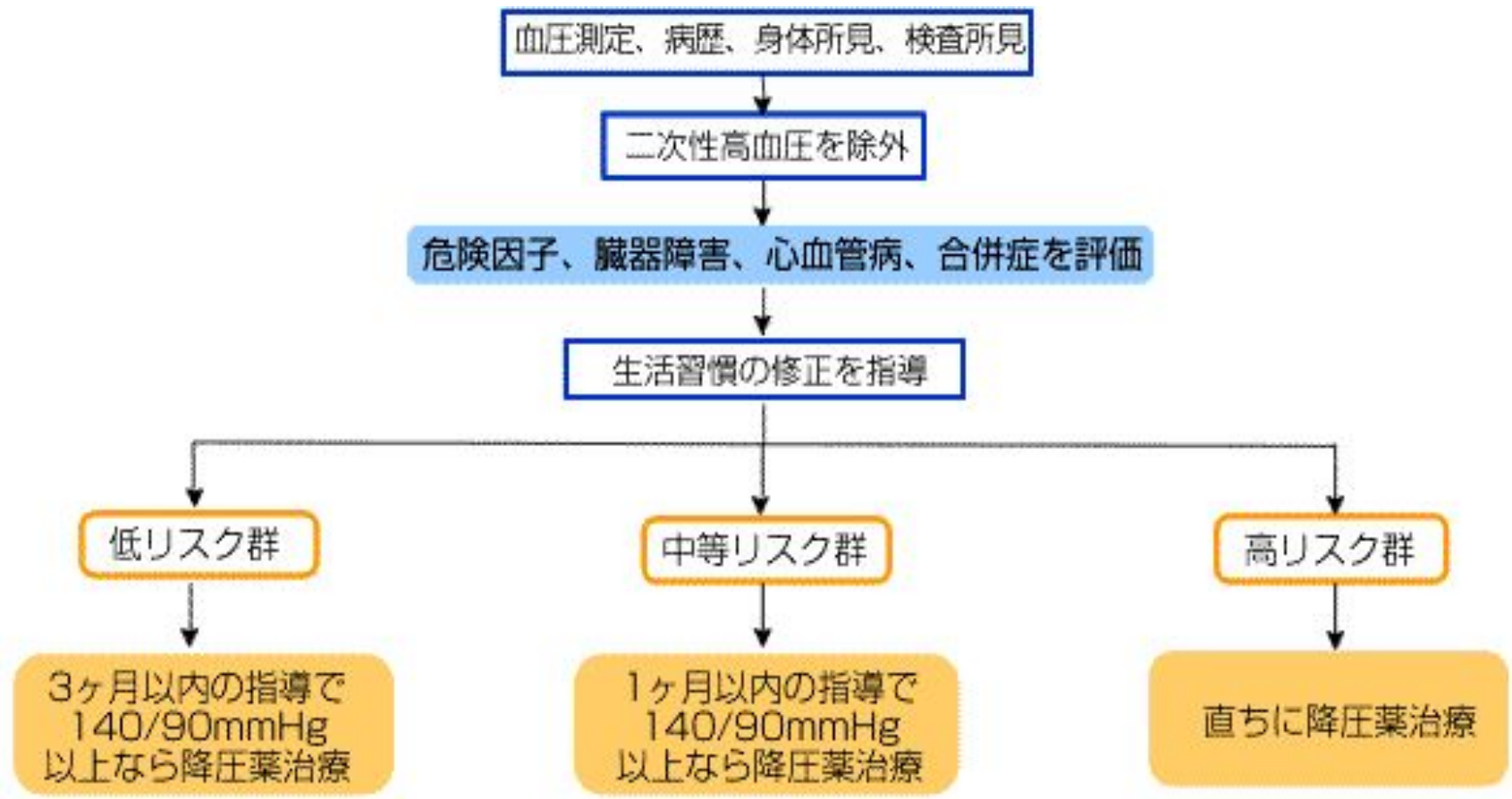
- ① 高齢
- ② 喫煙
- ③ 脂質異常症
- ④ 肥満 (BMI25以上)
- ⑤ メタボリックシンドローム
- ⑥ 若年発症の心血管病の家族歴
- ⑦ 糖尿病

B. 臓器障害

- ① 脳 脳出血・脳梗塞 一過性脳虚血発作
- ② 心臓 左室肥大 狭心症 心筋梗塞 冠動脈再建 心不全
- ③ 腎臓 蛋白尿 腎機能低下 慢性腎臓病
- ④ 血管 動脈硬化性プラーク 頸動脈内膜肥厚(1.0mm以上)
閉塞性動脈疾患(低い足関節上腕血圧比 ABI<0.9)
- ⑤ 眼底 高血圧性網膜症

診察室血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

リスク層 \ 血圧分類	正常高値血圧 130～139/85～89	I 度高血圧 140～159/90～99	II 度高血圧 160～179/100～109	III 度高血圧 180以上/110以上
リスク第一層 (危険因子なし)	付加リスクなし	低リスク	中等リスク	高リスク
リスク第二層 (糖尿病以外の1～2個の危険因子)	中等リスク	中等リスク	高リスク	高リスク
リスク第三層 (糖尿病 慢性腎臓疾患 心血管病 3個以上の危険因子がある)	高リスク	高リスク	高リスク	高リスク



血圧の測定方法

診察室血圧測定は、カフを心臓の高さに保ち、安静座位の状態でする。複数回測定を行い、平均値を採用する。少なくとも2回以上のことなる機会に診察室血圧が140/90以上、家庭血圧が135/85以上24時間自由行動下血圧130/80以上であれば高血圧症と診断する。家庭血圧測定は診察室血圧よりも予後予測能が高いことが示されており、全ての患者に定期的な測定を進めることが望ましい。

Ca拮抗薬



血管を拡張する

降圧治療の開始

生活習慣の修正項目

- ① 減塩 1日6g未満
- ② 食塩以外の栄養素 野菜・果物の積極的摂取
- ③ 魚の積極的摂取
- ④ 減量 BMI25未満
- ⑤ 節酒 エタノールで 男性20～30ml/日以下 女性10～20ml/日以下
- ⑥ 禁煙

降圧目標

若年者 中年者	130/85未満
高齢者	140/90未満
糖尿病患者 慢性腎疾患 心筋梗塞後患者	130/80未満
脳血管障害患者	140/90未満

降圧薬治療の開始

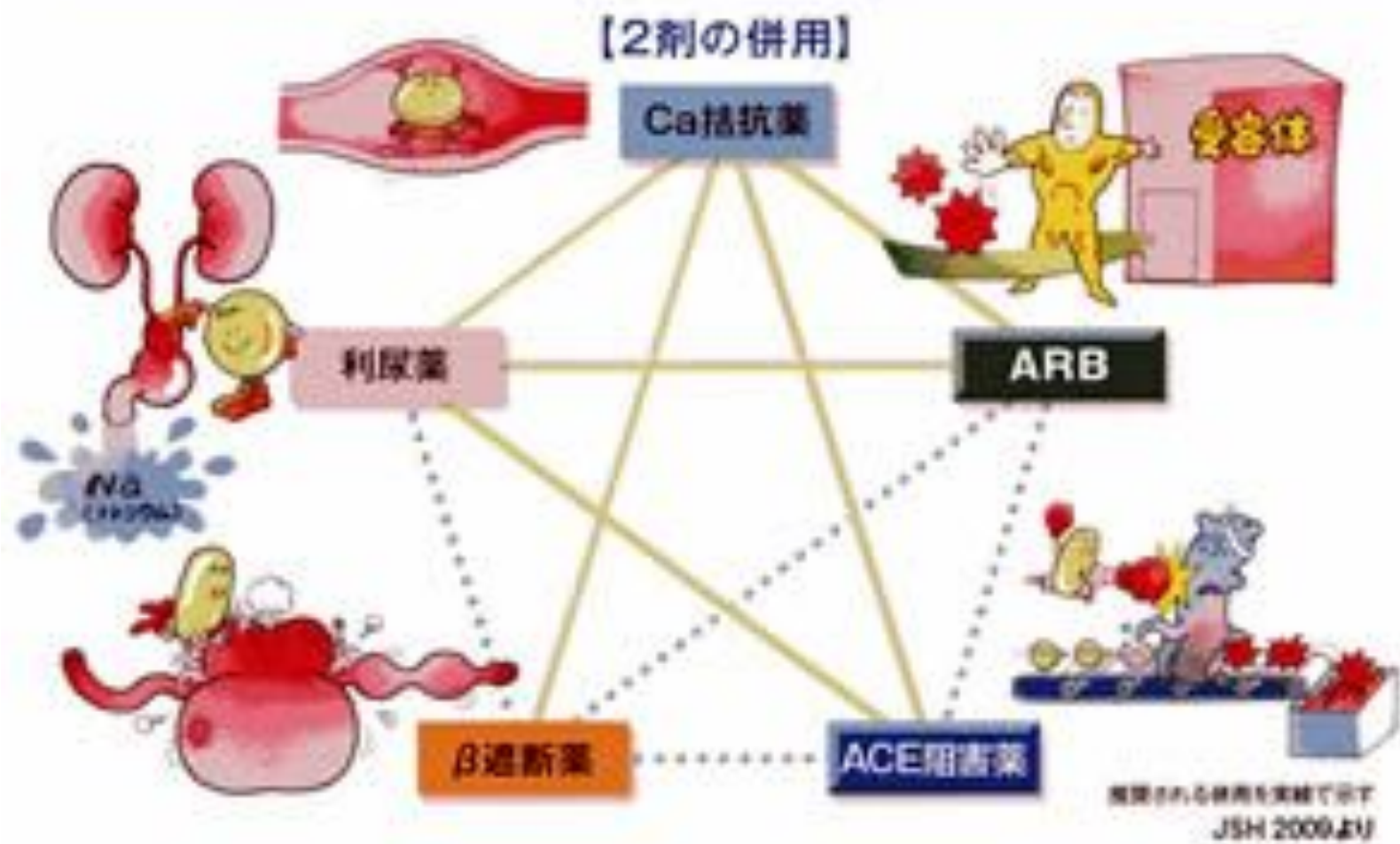
降圧薬の治療は、積極的治療や禁忌もしくは慎重投与となる病態や合併症の有無に関して適切な降圧薬を選択する。

原則として朝1日1回投与の薬物投与で、低用量から開始して24時間に渡って降圧することが重要である。

第一選択薬としては、Ca拮抗薬 ARB ACE阻害薬 利尿薬 β 遮断薬の中から選択する。

単剤にて不十分な効果が得られない場合、2剤併用となるが、RA系阻害薬+Ca拮抗薬、RA系阻害薬+利尿薬、Ca拮抗薬+利尿薬、Ca拮抗薬+ β 遮断薬が推奨される。

降圧薬治療 - 併用療法



②脂質異常症

脂質異常症とは、空腹時血液検査にて①LDLコレステロール140mg/dl以上②HDLコレステロール40mg/dl未満③中性脂肪150mg/dl以上のいずれかを認めることである。日本人の死因の第1位は悪性新生物であり、心疾患、脳血管疾患がそのあとに続く。これらは動脈硬化が発症原因に深く関わっており、運動不足や食生活の欧米化が動脈硬化の促進因子となる。日本人のエネルギー摂取における脂質の割合は増加傾向であり、血清LDLコレステロールもまた上昇傾向で、それに伴い虚血性心疾患が増加していることは明らかである。

[LDLとHDLの働き]



善玉のHDLは、余分な
コレステロールを回収する

悪玉のLDLは、血管の壁の中に
コレステロールをためこむ

脂質異常症のカテゴリー分類表



3. あなたの性別は?	4. あなたの年齢は?	5. あなたの危険因子数は? ●高血圧 ●喫煙 ●低HDL-C血症(HDL-C<40mg/dL) ●早発性冠動脈疾患家族歴 (第一度近親者かつ男性55歳未満、女性65歳未満) ●耐糖能異常	6. あなたのカテゴリー区分
男性	40歳代 (30歳代も準用)	0個	カテゴリーI
		1~2個	カテゴリーII
		3個以上	カテゴリーIII
	50歳代	0個	カテゴリーII
		1個	カテゴリーII
		2個以上	カテゴリーIII
60歳代 (74歳まで準用)	0個	カテゴリーII	
	1個以上	カテゴリーIII	
女性	40~50歳代	0~1個	カテゴリーI
		2個以上	カテゴリーII
	60歳代 (74歳まで準用)	0~1個	カテゴリーII
		2個以上	カテゴリーIII

管理区分LDL-C 目標値

カテゴリーI <160mg/dL

カテゴリーII <140mg/dL

カテゴリーIII <120mg/dL

二次予防 <100mg/dL

リスク別の脂質管理目標

[リスク別脂質管理目標値]

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	HDL-C	TG	non HDL-C*
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、 薬物療法の適用を考慮する	カテゴリーⅠ	<160	≥40	<150	<190
	カテゴリーⅡ	<140			<170
	カテゴリーⅢ	<120			<150
二次予防 生活習慣の是正とともに 薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の 既往	<100			<130

*non HDL-C : 総コレステロール - HDL-C (善玉コレステロール)

日本動脈硬化学会編 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版より

脂質異常症の診察手順

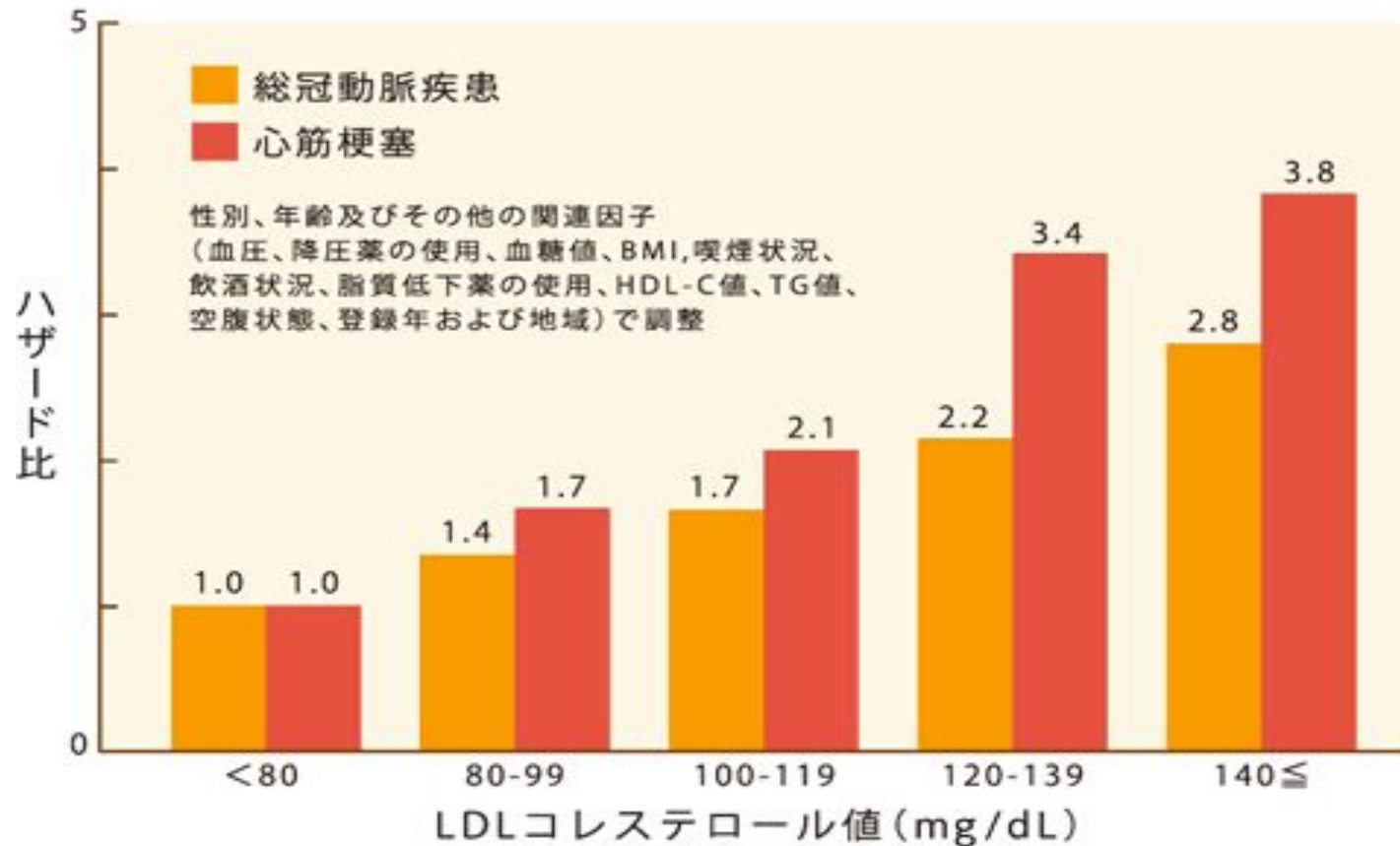
脂質異常症は自覚症状を認めないため、初めて指摘された時期、心血管系の既往や家族歴、薬歴、喫煙、運動習慣、食習慣、過去の最大体重、運動に関する生活歴などの有無を聴取する。

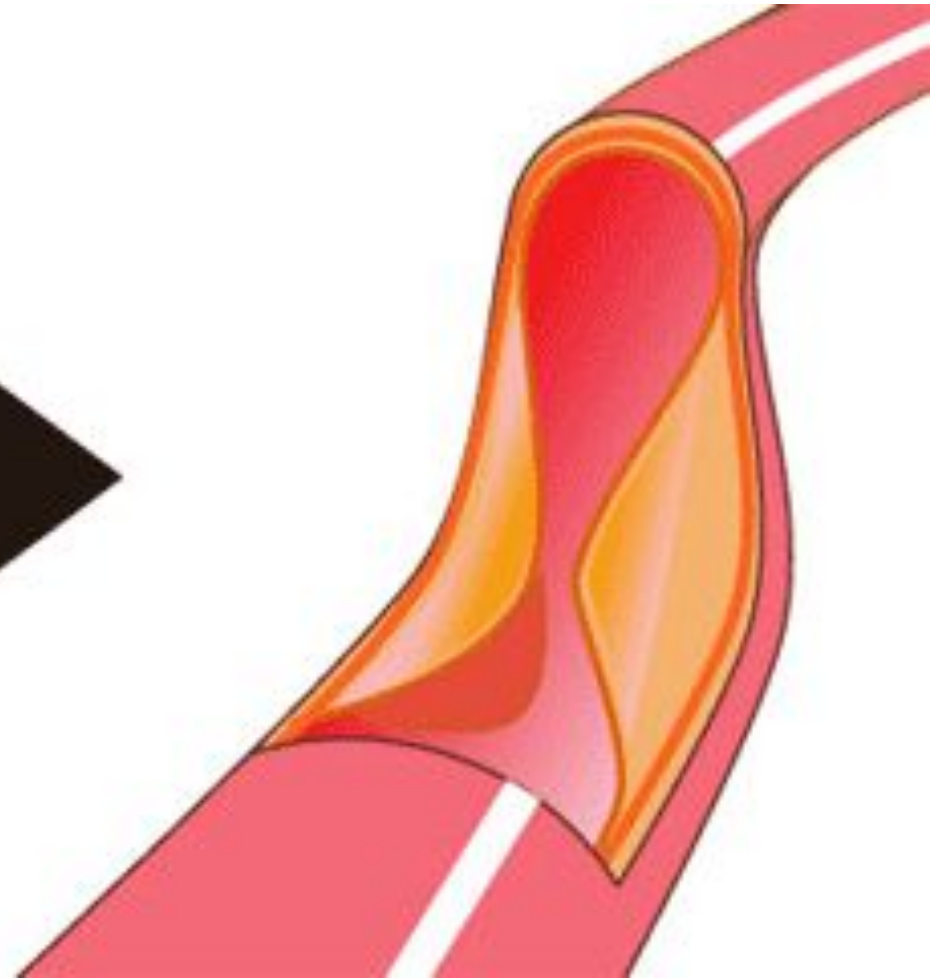
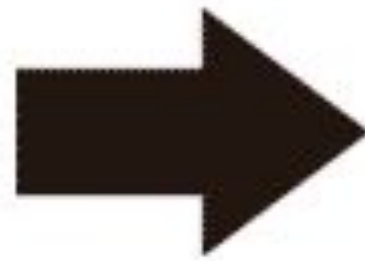
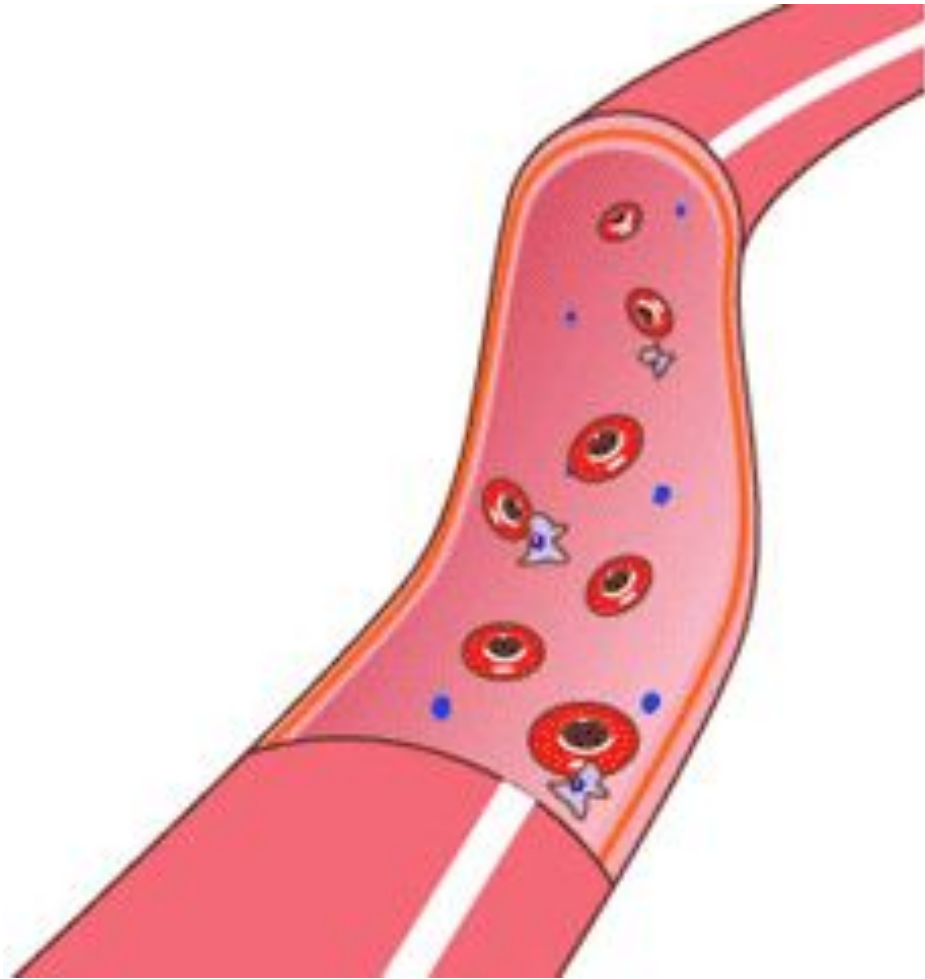
家族性高コレステロール血症に高頻度で認められる症状に腱黄色腫がある。アキレス腱や手背伸筋腱によく認められる。直角にした足関節(アキレス腱)の側面像を軟部レントゲン撮影を行い9mm以上であれば肥厚していると診断して家族性高コレステロール血症を強く疑う。



LDLと冠動脈疾患発生確率の相関

[LDLコレステロール値ごとの総冠動脈疾患および心筋梗塞の発症リスク]





健康な動脈



動脈の血管壁が厚くなった状態



さらにコレステロールなどの脂質が詰まった状態



血管の内壁が狭くなる





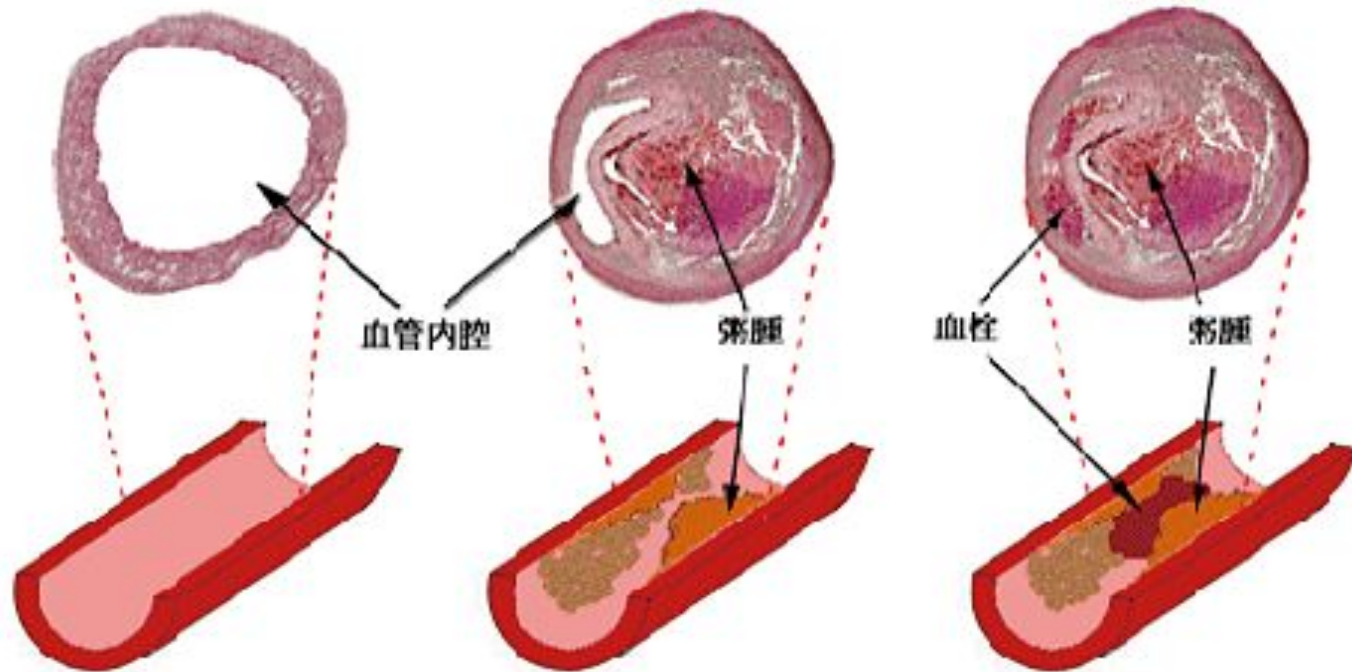
粥状硬化の進行
と血管閉塞

正常動脈

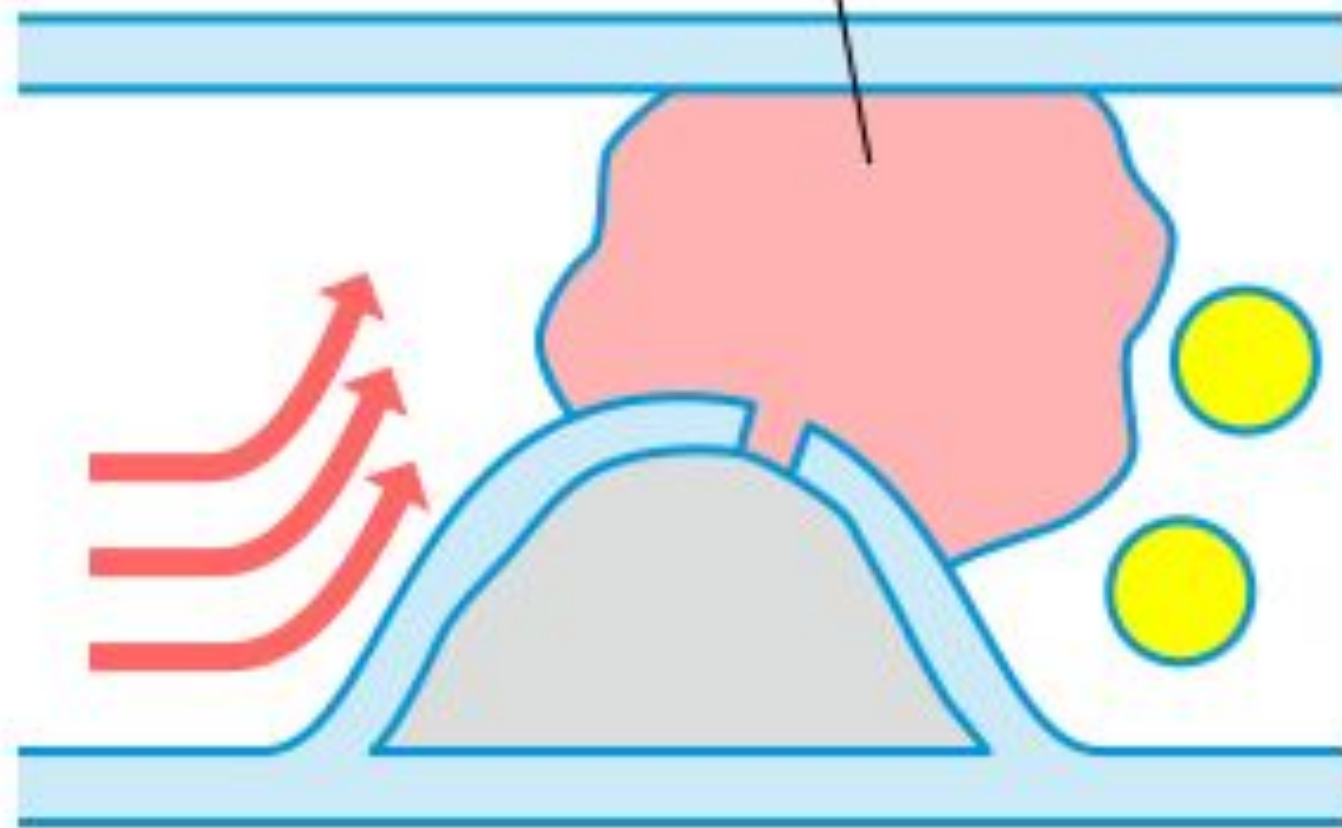
動脈硬化

狭窄

閉塞



血栓で血管がつまる



脂質異常症の治療薬（主にLDLコレステロール）

分類	HMG-COA還元酵素阻害薬	陰イオン交換樹脂	小腸コレステロールトランスポーター阻害薬
作用	肝臓でのコレステロール合成を抑制	腸内で胆汁酸と結合して便として排泄	小腸でのコレステロール吸収機構を阻害する

脂質異常症の治療薬（主に中性脂肪）

分類	フィブレート系薬	ニコチン酸誘導体	EPA
作用	肝臓での中性脂肪の合成を抑制	末梢脂肪組織から脂肪酸の動員抑制 胆汁酸の排泄促進	肝臓での中性脂肪の合成を抑制

スタチン

現在、高LDLコレステロール治療薬の第一選択薬である。多くの大規模臨床研究で、脳血管・心血管疾患の発症率 イベント再発率や総死亡率までも低下させることが証明されている。本邦のガイドラインでは冠動脈疾患を有するハイリスク群は、生活習慣改善とともにLDLを100未満を管理目標としている。高齢者の高LDL血症に対しても、男女ともに脳梗塞予防効果を認めている。

フィブレート薬

主な作用は、TGの低下 HDLの上昇 LDLの低下である。主な作用機序としては、PPAR α を活性化することによって、肝臓内の遊離脂肪酸の酸化を促進して、中性脂肪リポ蛋白合成を抑制することである。また、リポ蛋白リパーゼの遺伝子発現を誘導することで中性脂肪の分解を促進することである。

コレステロール吸収阻害薬

①陰イオン交換樹脂製剤

コレステロールの胆汁酸を吸着して胆汁酸の腸管循環を阻害することにより、コレステロールを体外に排泄させる。また、経口摂取されたコレステロールと胆汁酸のミセル形成も阻害するために腸管でのコレステロール吸収も抑制する。

②エゼチミブ

小腸でのコレステロールの選択的な吸収阻害を行う。

イコサペント酸エチル(EPA)

高リスクの高LDLコレステロール血症において、スタチン投与に加えてEPAの投与を検討する。

EPAとスタチン併用にて、高リスク群における冠動脈疾患イベント抑制効果を有意に認めた。

③ 高尿酸血症（痛風）

高尿酸血症とは、尿酸塩沈着症の病因であり、血清尿酸値が7.0mg/dlを超えるものである。疫学的には成人男性の高尿酸血症の頻度は30歳以上で30%で現在も増加傾向にある。痛風の有病率は30歳以降で1%を超えていると推定されている。

痛風の要因は多種にわたるが、アルコール摂取は痛風発症リスクを容量依存的に上昇させる。肉類 砂糖入りソフトドリンク 果糖の摂取やBMIが高い集団は痛風になりやすいことが知られている。

コーヒー摂取が多い、ランニング距離が長い 適度な運動を日常的に行う集団は痛風になりにくいとされている。

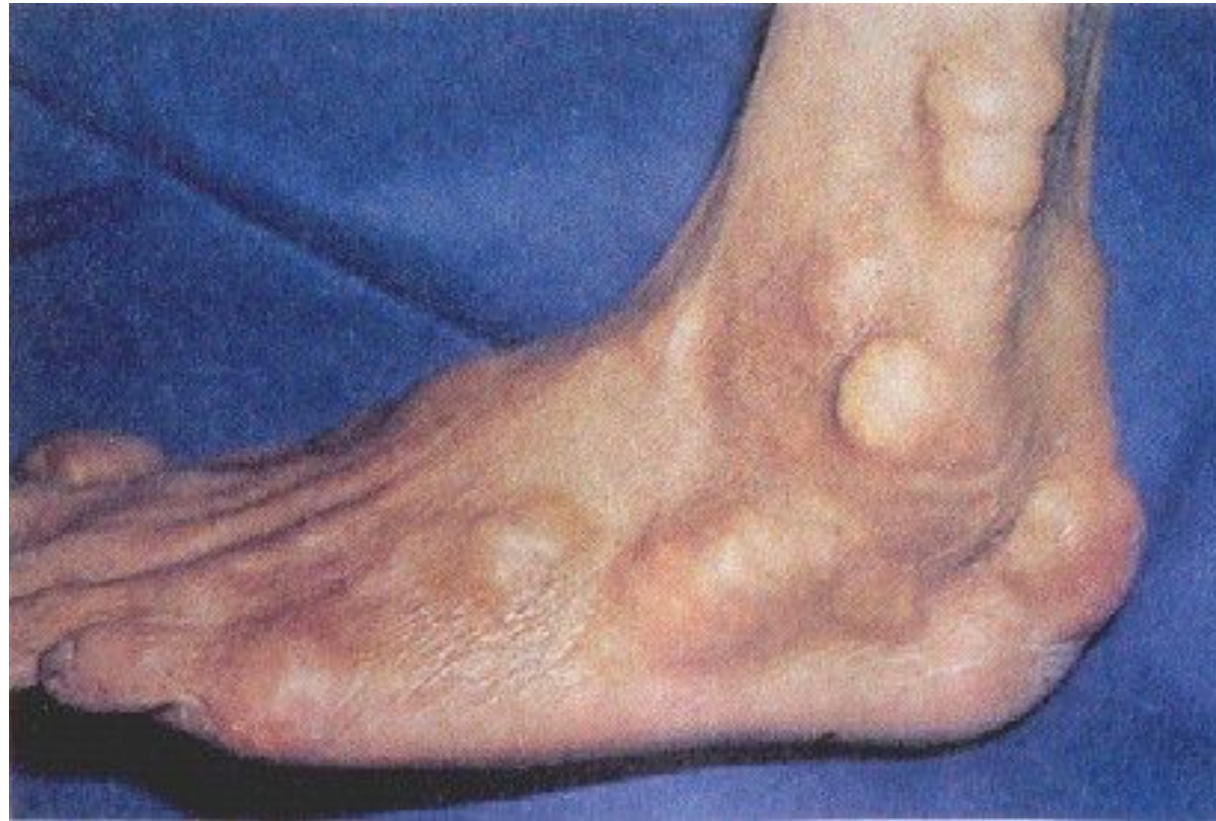
痛風の症状

発作時には関節に強烈な痛みが起こり、発熱を伴う。体温の低い部位ほど尿酸が析出しやすいため、発作は足の指が最好発部位である。最初に痛む部位は多くは足の親指の第二関節（第一中足趾関節）であり、病状が進むと足関節 膝関節まで進行する。基本的には発作を起こすたびに症状は増悪することから、発作を予防することが肝要である。

痛風結節の写真



痛風結節の写真



痛風結節の写真 耳介に発生③



痛風の診断

痛風関節炎とは、関節内に析出した尿酸塩血症が起こす関節炎である。急性痛風関節炎(いわゆる痛風発作)の診断は、特徴的な症状 高尿酸血症の既往 関節液中の尿酸塩血症の同定が重要である。血清のUA値は、痛風発作中に低値を示すことがあるため診断的価値はそれほど高くない。

急性関節炎をきたす疾患(偽痛風 可能性関節炎 蜂窩織炎 爪周囲炎 外反母趾)を除外する必要がある。また、薬物の副作用などの明らかな原因が見出される二次性の痛風は必ず検討する必要がある。

痛風発作時の治療

- ① 発作の前兆期にはコルヒチン0.5mgを用いる。痛風発作が頻発する場合はコルヒチンを1日1回内服する、コルヒチンカバーが有用である。
- ② 発作の極期にはNSAIDsが有効である。短期的に比較的高容量のNSAIDsを投与するNSAIDsパルス療法こともある。
- ③ NSAIDsが使用できない場合や無効な場合は経口ステロイド(プレドニン15～30mg/日)を投与する。
- ④ 発作時に血清尿酸値を変動させると発作を増悪させることが多いので、発作中に尿酸降下薬は開始しないことが原則である。
- ⑤ 発作時はできるだけ患部の安静と冷却 禁酒を行う。

非発作時の治療

- ①肥満 高血圧 糖脂質代謝異常等の生活習慣の改善
- ②痛風発作を繰り返す場合は薬物療法の適応になる。
血清UA値を6.0mg/dl以下に維持するのが望ましい。
- ③生活指導は、食事療法(エネルギー摂取 プリン体・果糖の過剰摂取制限 十分な飲水)、飲酒制限(1日に日本酒1合 ビール500ml ウイスキー60ml程度)、適度な運動が中心と考えられる。

プリン体が多い食品は食べすぎないようにしましょう。

食品100g中のプリン体の含有量

●プリン体の多い食品

特に多い食品(100mg以上)

大正えび、まいわし干物、
まあじ干物、かつお節、
煮ぼし、レバー(牛、豚、
鶏)、干しいたけ、大豆など



多い食品(60~99mg)

まいわし、かつお、車えび、
まあじ、まぐろ、まだこ、
さけ、ひらめ、するめいか、
すわいがに、きす、かき、
さんま干物、たらこ、
鶏ささみ、納豆など



●プリン体の少ない食品

少ない食品(20~29mg)

プレスハム、ベーコン、
コンビーフ、ちくわ、
ほうれん草、カリフラワー、
えのきだけなど



ほとんど含まない食品(19mg以下)

ウインナーソーセージ、
かまぼこ、牛乳、卵、
プロセスチーズ、バター、
キャベツ、ニンジン、パン、
白菜、トマト、かぼちゃ、
きゅうり、ごはんなど



④ 糖尿病

糖尿病の治療目標は、糖尿病症状を取り除くことは勿論、糖尿病に特徴的な合併症や併発しやすい合併症の発症・増悪を防いで健康人と同様な日常生活の質を保ちながら健康人と同じ寿命を全うすることである。

分類: ① I 型糖尿病 膵島β細胞の破壊性病変によってインスリンが絶対的に不足する。

② II 型糖尿病 インスリン分泌低下とインスリン感受性の低下の両者が発病に関わる。全糖尿病の95%を占める。

③ 妊娠糖尿病 妊娠中に初めて発見または発症した糖代謝異常。

糖尿病の症状

- ① 体重の急激な増加もしくは低下
- ② 四肢のしびれ こむら返り 自発痛といった末梢神経症状
- ③ 多食 口渇 多飲多尿 易疲労感
- ④ 発汗異常

糖尿病の検査と診断

血糖値とHbA1cを測定する。

- ① 早朝空腹時血糖が126mg/dl以上
- ② HbA1c \geq 6.5%
- ③ 随時血糖が200mg/dl以上
- ④ 75gOGTT2時間値が200mg/dl以上

①～④のいずれかを認めた場合は糖尿病型と診断する。

- I 同日に施行した検査で①②③いずれか、および④が確認された場合
- II ①②③のいずれかを認めて、かつ下記のいずれかを認めた場合
 - (1) 口渇 多飲 多尿 体重減少などの糖尿病の典型的な症状
 - (2) 確実な糖尿病性網膜症
- III 別々の日に行った2回の検査で、糖尿病型が確認された場合
(ただし、HbA1cのみの反復陽性では糖尿病と診断できない。)

糖尿病の合併症

① 糖尿病網膜症

眼球の奥にあり、光や色を感じる網膜の血管が傷つけられて、視力が低下して失明することもある。

② 糖尿病神経障害

血管の障害により神経へ供給される酸素や栄養が低下することや神経自体の変性のために起こる。

例) 口の歪み 発汗異常 立ちくらみ 不整脈 下痢 便秘
排尿障害 勃起障害

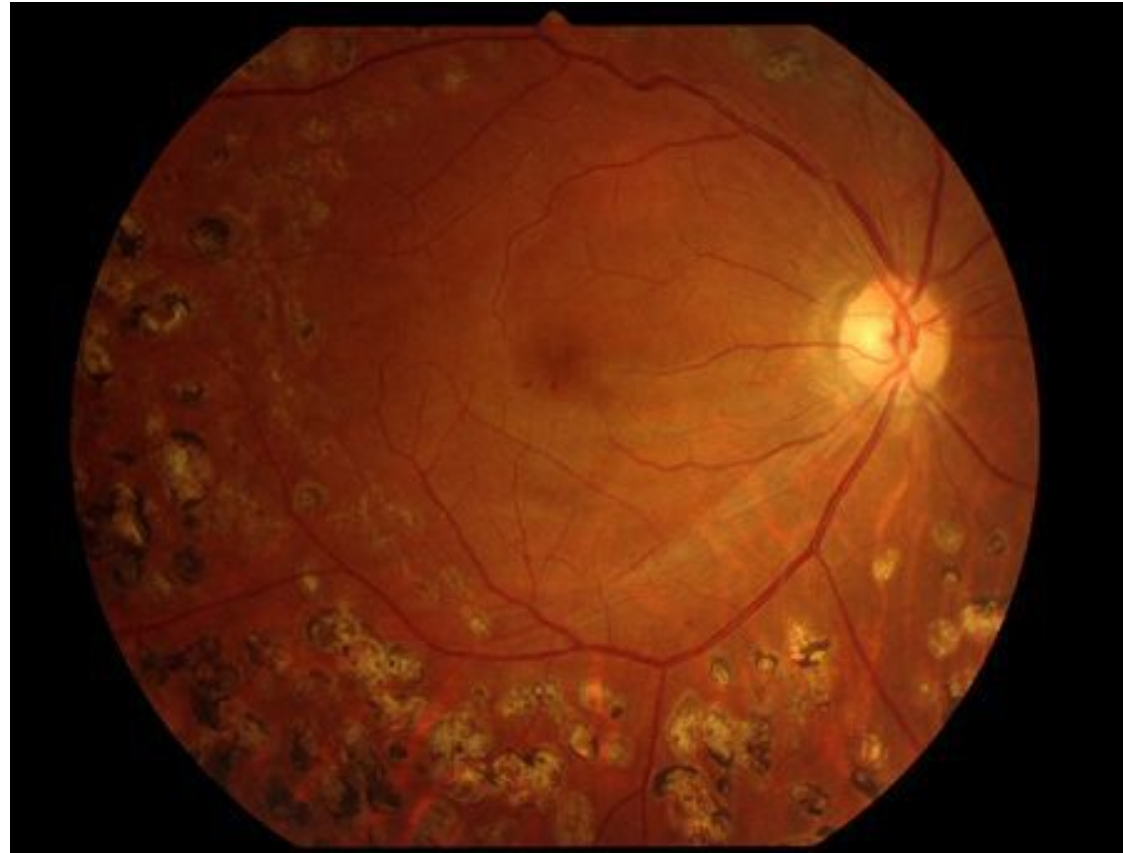
③ 糖尿病性腎症

高血糖状態が長く継続すると、腎臓の中の糸球体という臓器が硬くなり傷ついてしまう。腎臓の濾過する力が低下してしまい血液透析が必要になることがある。

④ 糖尿病大血管障害

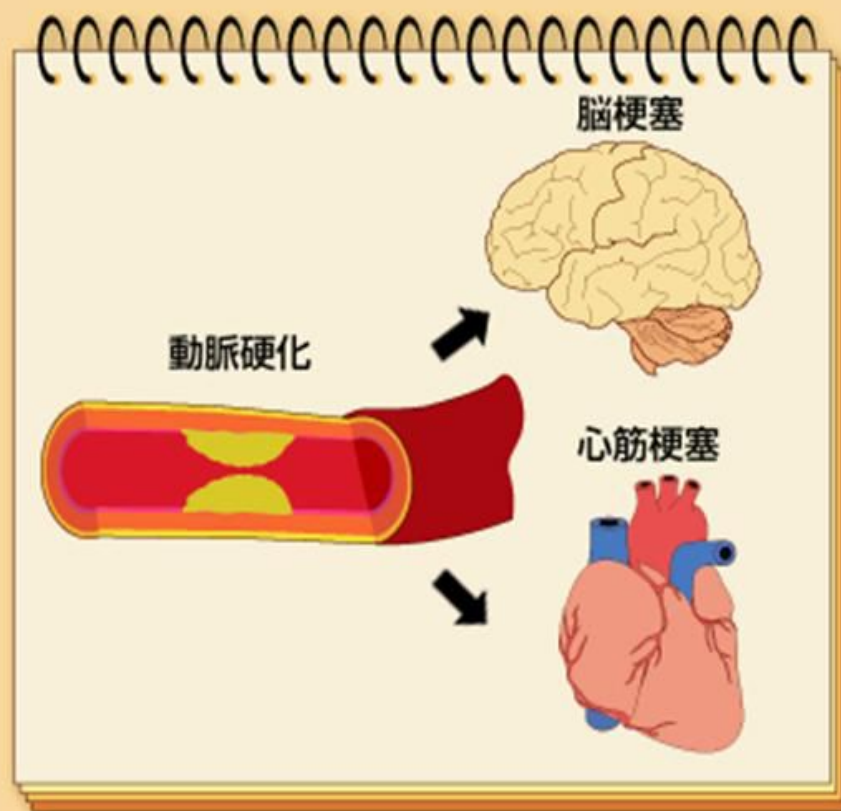
血管が硬くなり動脈硬化となる。脳や心臓などの太い血管で動脈硬化が進み、血栓により血管が閉塞してしまうと、脳梗塞や心筋梗塞などの原因となる。

糖尿病性網膜症の眼底所見



糖尿病の症状 大血管障害 動脈硬化症

糖尿病による動脈硬化症は大血管の障害でおこる心筋梗塞、
脳梗塞の原因となります。



脳梗塞例 53%
心筋梗塞例の 36%が
糖尿病患者です。





糖尿病の治療



食事療法と運動療法

食事療法

食習慣を見直して、明らかな問題があれば是正を行う。

- ①腹八分にする
- ②食事の種類は多めにする
- ③脂肪は制限する
- ④食物繊維を多く含む食品(野菜 海藻 きのことなどをとる)
- ⑤朝 昼 夕を規則的に
- ⑥ゆっくりよく噛んで食べる

腎機能が低下して、尿中アルブミン $300\text{mg/g}\cdot\text{Cr}$ 以上が継続してき始めたら、摂取蛋白量を $0.8\sim 1\text{g/kg}$ 標準体重に制限する。

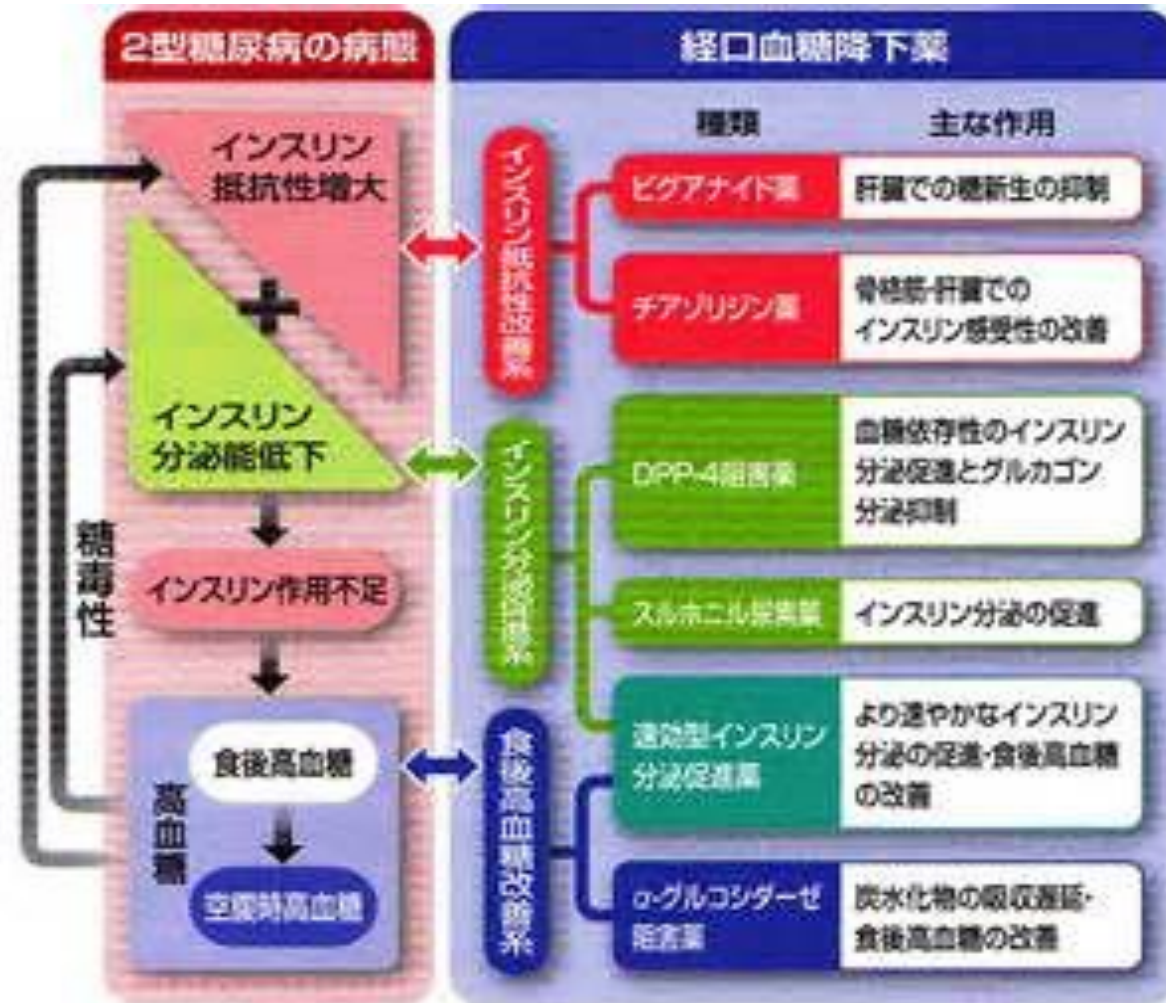
運動療法として、有酸素運動とレジスタンス運動を組み合わせて行うことが望ましい。歩行運動では1回15～30分、1日2回。1日の運動量は歩行1日1万歩を目標とする。

経口血糖降下薬による治療

新規で血糖降下薬を投与する際には、少量から行う。通常、投与開始後2週間以内に来院させて、血糖値のデータ反応などから投与量の調節を行う。

薬物の追加や変更は、HbA1c6.5未満を目指して、通常同一薬物で2～3ヶ月は経過をみてから行う。コントロール不良状態が継続したら薬物の増量や変更、追加などを検討する。

経口血糖降下薬に関して



食事療法と運動療法を併用しつつ経口糖尿病薬を用いる。

- ① インスリン抵抗性改善→ビグアナイド チアゾリジン
- ② インクレチン作用強化→DPP-IV阻害薬
- ③ インスリン分泌促進→スルホニル尿素薬
- ④ 食後高血糖改善→ α グルコシダーゼ阻害薬
- ⑤ 腎臓におけるブドウ糖の再吸収を抑制→SGLT2阻害薬

インスリン治療適応

- ① I 型糖尿病
- ② II 型糖尿病であっても著明な高血糖、もしくは尿ケトン体が陽性である場合
- ③ 食事療法を思考しても良好なコントロールが得られない場合や重度の肝障害 腎障害を認めた場合。
- ④ 重症感染症や、中等度以上の外科的手術が必要である場合
- ⑤ 妊娠中の糖代謝異常

インスリン製剤

分類名	インスリン注入量	発現時間	最大作用時間	持続時間
超速攻型	1～60U	10～20分	0.5～3時間	3～5時間
速攻型	1～60U	30分～1時間	1～3時間	5～8時間
混合型	1～60U	30分～1時間	2～8時間	18～24時間
配合溶解	1～80U	10～20分	1～3時間	42時間超
中間型	1～60U	1～3時間	2～12時間	18～24時間
持続型溶解	1～60U	1～2時間	明らかなピークなし	24時間～42時間

血糖コントロール目標

治療目標は、年齢、罹患期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する。

- ① 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合、または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標
- ② 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7.0%未満とする。対応する血糖値としては、空腹時血糖130mg/dl未満、食後2時間血糖値180mg/dl未満を目安とする。
- ③ 低血糖などの副作用、その他の作用で治療の強化が難しい場合の目標とする。

目標	① 血糖正常化を目指す際の目標	② 合併症予防のための目標	③ 治療強化が困難な菜の目標
HbA1c	6.0%未満	7.0%未満	8.0%未満

糖尿病患者のコントロール指標

健康な方と変わらない日常生活の質の維持、健康な方と変わらない寿命の確保を目的とする。

- ① BMI 22の標準体重を目的とする。
- ② 血圧は家庭血圧125mmHg/75mmHg未満を目指す。
- ③ 脂質はLDL120mg/dl HDL40mg/dl以上
中性脂肪150mg/dl未満

糖尿病患者に脂質異常症が合併した場合、心血管系のリスクがさらに高まってしまう。脂質異常症の是正により心血管系イベント発生確率を低下させるので積極的に治療すべきと考えられる。

⑤慢性腎臓病

現在、世界的に腎疾患による末期腎不全患者が増加しており、透析患者の数も漸増している。また、慢性腎疾患は脳血管障害（CVD）の独立した危険因子であることも解明されており、末期腎不全への進行抑制とCVDの発症抑制を診療目標としている。

CKDとは？

下記のいずれか、または両方が
3カ月以上続いている状態。

◆腎障害

たんぱく尿（微量アルブミン尿を含む）などの尿異常、画像診断や血液検査、病理所見で腎障害が明らかである状態

◆腎機能の低下

血清クレアチニン値をもとに推算した糸球体濾過量(eGFR)が60mL/分/1.73m²未満の状態



(日本腎臓学会編「CKD診療ガイド」, 2007より)

慢性腎臓病の診断の手順

① 腎障害を示唆する所見（検尿異常 血液異常
画像異常など）存在

② 糸球体濾過量（GFR）が $60\text{ml}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ 未
満

上記が3ヶ月以上継続するものをCKDと診断する。

慢性腎臓病の自覚症状



黄血



疲労感



むくみ

慢性腎臓病の病期分類

病期 (ステージ)	重症度の説明	進行度による分類 GFR (mL/分/1.73m ²)	残された 腎臓の働き
	ハイリスク群	90以上 (CKDのリスク ファクターを 有する状態で)	
1	腎障害は存在するが、GFRは正常または亢進	90以上	
2	腎障害が存在し、GFR軽度低下	60～89	
3	GFR中程度低下	30～59	
4	GFR高度低下	15～29	
5	腎不全	15未満	

(日本腎臓学会「CKD診療ガイド」, 2007より一部改変)

慢性腎臓病と脳血管障害の関係

腎機能別の心血管系イベント(頻度)

心血管病(CVD)発症率(100人・年あたり)



慢性腎臓病の治療

- ① 水分過剰摂取や極端な制限は有害である。
- ② 食塩摂取の基本料は1日6g未満である。
- ③ 肥満抑制に努める
- ④ 禁煙はCKDの進行抑制とCVDの発症抑制のために必須である。
- ⑤ 適正な飲酒量は、男性20～30ml/日（日本酒1合）以下
女性では10～20ml/日以下とする。
- ⑥ 蛋白質の摂取制限は有益である。0.6～0.8g/kg/日程度。



減塩調味料を使う



素材の味や
だしの旨味を生かす



香辛料やレモンで
味付けに工夫を

漬物や佃煮などは少量に
味はしみ込ませず表面だけに



麺類の汁は飲まない



調味料は直接かけず
小皿にとってつける

- ① 血圧→130/80mmHg未満を目指して降圧する。
第一選択薬はACE阻害薬あるいはARBとする。
- ② 糖尿病患者では、HbA1C 6.9%未満にコントロールすべきと考えられる。
- ③ LDLコレステロールを120mg/dl未満にコントロールする。
- ④ 脱水症にならないように注意する
- ⑤ 消炎鎮痛剤NSAIDSはなるべく使用しないで解熱鎮痛にはアセトアミノフェンを用いる。

結語

高血圧 脂質異常症 高尿酸血症 糖尿病 慢性腎臓病などを総称して生活習慣病という。

生活習慣病には基本的には症状はほとんどないことが多く、症状の有無で治療の必要性や妥当性を検討することは困難である。10年後の心血管系疾患や脳血管系疾患や慢性腎疾患の予防をすることを念頭に置いて加療を行うこととなる。治療の根幹には食事療法と運動療法があげられる。生活習慣の見直しが第一選択加療となる。目標の状況まで改善を認めない場合は、内服療法や注射療法などが検討される。

当院の待合室



当院の受付 院内風景



当院の内視鏡室



当院のスタッフは、医師・看護師・医療事務ともにそれぞれの専門家集団で構成しております。大学病院や癌センターにも劣らないレベルの医療を提供しております。小回りのきくクリニックですので必ずや皆様のお役に立てると信じております。小金井市および周辺地域の方々の生活習慣病および消化器癌の予防と治療の為に全力で診療にあたらせていただきます。



内科・消化器内科・内視鏡内科
小金井あおばクリニック