



ESTABLISHED IN 1985

JECCS

ニュースレター

社団法人臨床心臓病学教育研究会

Vol.8 No.1 2008. 2

Japanese Educational Clinical Cardiology Society

www.jeccs.org

巻頭言

「2008年もよろしく」 ジェックス理事 加納内科院長 加納 康至

講演要旨

生活習慣病講座 9月12日講演

「糖尿病患者の腎機能障害と対策」

大阪府済生会千里病院総合診療部部長兼内分泌・代謝内科部長

中島 譲

臨床心臓病研修会 10月20日講演

「循環器専門医からみた血圧管理の重要性」

大阪医科大学内科学Ⅲ教室准教授・同附属病院臨床治験センター長

林 哲也

心臓病患者さんのページ ～Circulation誌より～

New Concepts of Cardiopulmonary Resuscitation

for the Lay Public: Continuous-Chest-Compression CPR

「一般の方々のための心肺蘇生術の新しい概念：持続胸部圧迫心肺蘇生術」

訳 高階 経和

(ジェックス理事長・大阪大学講師・高階国際クリニック院長)

お知らせ

研修会レポート

研修会のご案内

「2008年もよろしく！」

ジェックス理事 加納内科院長
加納 康至



このニュースレターが会員の皆様のお目に留まるのは2008年2月の予定ですが、2008年としては、最初のレターとなると思いますので、少し遅くなりましたが、ご挨拶申し上げます。本年もJECCSをどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

さて、2007年をあらわす漢字は「偽」という字であったように記憶していますが、そんな世の中を、はずかしいと同時に情けないと思う気持ちになったのは私だけではないはず。バレさえしなければかまわない。モノが売ればそれでよい。偽ることなんて、たいしたことないと思っているのでしょうか。そんな時代の雰囲気背後に小泉首相の登場と時期を同じくして吹き荒れた市場経済原理主義の嵐の残滓のようなものを感じるのは過敏すぎるのでしょうか。

私たちとかかわりの深い医療の分野でもしかりです。この10年ですっかりと様相は変わってしまいました。戦後獲得した世界に誇るべき長寿国日本の原動力となった国民皆保険制度も中身は別物ようになってしまいました。現場においては「医療崩壊」ということが現実になっています。病院から医者がいなくなっている

のです。いったいどこへ行ってしまったのでしょうか。神隠しじゃあるまいし、医者の死亡率が急激に上昇したなどという話も聞いたことはありません。勿論、医療崩壊の原因となりそうな理由を挙げろといわれれば、いくつか答えることは簡単です。ですが、うまく言い表せませんが、これらの変化の根源がもとをただせばひとつのことに収斂するような気がします。時代を支配する考え方のようなものが、変わってしまった、パラダイムはシフトしてしまったのでしょうか。

JECCSの設立は昭和60年4月1日ですから春が来れば23歳になるわけです。世界では、ベルリンの壁はなくなり、東西冷戦構造の終焉とアメリカ型資本主義がグローバル化によって強化され、また急激なネット社会の到来など驚くほどダイナミックに変化しました。しかしこの年数をJECCSは変わらぬ理念と信念で23年も生き抜いてきました。これは本当にすごいことだと思います。私的なことですが私と理事長の年齢差も同じぐらい(?)のはずですので、今の自分と同じ頃に理事長は志をもってJECCSを設立されたのだと思うと「自分も志を持って頑張らないと！」と励まされる思いで一杯です。

理事紹介

加納 康至 (カノウ ヤスシ)

昭和55年神戸大学医学部卒業。神戸大学附属病院内科、広島市民病院循環器内科、桜橋渡辺病院循環器内科、淀川キリスト教病院循環器内科、等を経て、平成4年より加納内科院長。平成11年より大阪府社会保険支払基金審査委員、平成12年より大阪府北区医師会理事。平成15年よりジェックス理事。



平成19年9月12日(水)

第261回生活習慣病講座

糖尿病患者の腎機能障害と対策

大阪府済生会千里病院

総合診療部部長 兼 内分泌・代謝内科部長

中 島 讓

成人病と生活習慣病はどう違うのでしょうか。「成人病」という言葉はそもそも厚生省が昭和30年代初頭から使用し始めた行政用語で、昭和32年に開かれた「成人病予防対策協議連絡会」議事録に、「成人病」とは主として、脳卒中、がんなどの悪性腫瘍、心臓病などの40歳前後から急に死亡率が高くなり、40-60歳くらいの働き盛りに多い疾患であるとされています。また、「生活習慣病」は、平成8年公衆衛生審議会の生活習慣に着目した疾患対策の基本的方向性についての意見具申において、国民に生活習慣の重要性を喚起し、健康に対する自発性を促し、生涯を通じた生活習慣改善のための個人の努力を社会全体で支援する体制を整備するため、「生活習慣病」という概念の導入が提案されました。つまり、「生活習慣病」は、「成人病」対策として二次予防に重点を置いていた従来の対策に加え、生活習慣の改善をめざす一次予防対策を推進するために新たに導入された概念です。

わが国の平均寿命は、生活環境の改善や医学の進歩により、世界有数の水準に達しています。しかし、人口の急速な高齢化とともに、疾病全体に占めるがん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加しており、これに伴って要介護者等の増加も深刻な社会問題となっています。そこで、21世紀の我が国を全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするためには、健康を増進し、発病を予防する「一次予防」に重点を置いた対策を強力に推進することにより、壮年期死亡の減少、痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間（健康

寿命）の延伸等を図っていくことが極めて重要となっています。

生活習慣病の中には、糖尿病、脳卒中、心臓病、高脂血症、高血圧、肥満、がん等がありますが、中でも糖尿病人口の割合が急激に増加してきています。国際糖尿病連合（IDF）は、世界の糖尿病患者数は2億3,000万人以上で、有病率は成人の全人口の6%に相当すると発表しました。日本でも、平成14年の厚生省発表の糖尿病実態調査では、全国の糖尿病が強く疑われる人は約740万人、糖尿病の可能性を否定できない人は約880万人とされ（計約1,620万人）成人の6人に1人が糖尿病か予備群と推定されています。また、60歳以上においては3人に1人は糖尿病か予備群と考えられています。

総エネルギー摂取量は、1970年をピークにほとんど増えていません。しかし、患者数の増加は認められています。その原因として自動車の台数の急激な増加と食生活における脂肪の摂取割合の増加が考えられます。高度経済成長期とともに日本人の食生活にも大きな変化が現われます。1970年の大阪万国博覧会以降、ファーストフードなどに象徴される様に、外食産業のフランチャイズ店の相次ぐ出店、また自動車保有の急激な増加に伴う運動不足が原因と考えられています。

糖尿病とは、インスリン供給不足、組織のインスリン感受性低下、あるいは両要因によるインスリン作用不足を根元的異常とした慢性的な高血糖状態であり、膵臓がインスリンを血液中へ分泌しています。その生理作用は、血糖を下

げることありますが、作用部位によって3つに分けられています。

- ①肝臓での作用；ブドウ糖をグリコーゲンに変えて貯蔵する。
- ②筋肉内での作用；ブドウ糖の筋肉への取り込みを促進する。
- ③脂肪組織での作用；ブドウ糖の脂肪組織への取り込みを促進する。

その糖尿病の診断基準ですが、「糖尿病型と判定する」検査結果と糖尿病の診断は以下の通りとされています。

1. 下記のいずれかに該当する場合は糖尿病型とする。

- ・ 随時血糖値200mg/dl以上が確認された場合
- ・ 早朝空腹時血糖126mg/dl以上が確認された場合
- ・ 75g糖負荷試験で2時間値200mg/dl以上が確認された場合

2. 別の日に検査して上記の値のいずれかで糖尿病型が確認できれば糖尿病と診断する。

3. 空腹時血糖が110mg/dl未満、且つ75gOGTT2時間値が140mg/dl未満は正常型とする。

また、糖尿病の分類としては、以下に分類されています。

- 1型糖尿病；膵β細胞破壊に基づく糖尿病
- 2型糖尿病；インスリン分泌低下、インスリン抵抗性
- 妊娠糖尿病；妊娠中に発病あるいは発見された耐糖能異常
- その他の特定の機序、疾患による糖尿病；遺伝子異常が解明されたもの、他の疾患や状態に伴うもの

糖尿病の治療目標値を次表に示しました。糖尿病の合併症は神経障害、網膜症、腎症の三つで、腎症では末期腎不全におちいって、透析をしなければ生命を維持することができなくなってしまいます。現在透析を受けている人の数は全国で25万人、その3割が糖尿病性腎症によるものですが、これを最新の年間新規透析患者数で見ると、3万4,000人中1万4,000人（2005年）

治療目標

血糖:空腹時血糖	80mg/dl以下
食後血糖	110mg/dl以下
グリコヘモグロビン(HbA1c)	6.5%以下
血清脂質	総コレステロール 140~200mg/dl
	HDLコレステロール 40mg/dl以上
	空腹時中性脂肪 120mg/dl未満
BMI(kg/m)	男性:20~25 女性:19~24
血圧	130/85mmHg
煙草	吸わない

と、4割強にも及んでいて、透析導入原因のトップを占めています。

この糖尿病性腎症の発症のメカニズムは、高血糖が続くと、腎臓の糸球体の血管が硬化し血管が狭くなると同時に、ろ過作用が低下し、だんだんとタンパク尿が出るようになり、ついには尿が出にくくなって、老廃物が体にたまって尿毒症になります。

糖尿病腎症診断のポイントは、①微量アルブミン尿または蛋白尿がある。②一定期間（ほぼ5年）以上の糖尿病罹病期間がある。③顕著な血尿がない。④血圧の上昇（傾向）がある。⑤網膜症/神経障害が存在する。とされています。また、治療方針としては、減塩・運動・蛋白・食塩・アルコール制限・禁煙などの生活習慣の改善、厳格な血糖コントロール（HbA1c値6.5以下を目標）、降圧剤の使用により血圧値130/80mmHg以下にすること、蛋白制限食(0.8g/Kg/日、総エネルギーの10%)や高脂血症の管理が必要です。

糖尿病と診断されたときから定期的な眼科の検査を受け、糖尿病と眼科の適切な治療を続けていれば、糖尿病性網膜症は確実に防げます。しかし、実際には糖尿病を放置している人が少なくなく、毎年3000人以上の方が視力を失い、成人の失明原因のトップになっています。

また、糖尿病による高血糖が続くと、体内の余分なブドウ糖のために細胞の活動メカニズムが狂い、神経細胞の中にソルビトールという物

糖尿病性神経障害の分類

分類	主要原因	症状
対症薬対症薬 副作用による	ポリオール 代謝異常	異常感(しびれ、ジンジンする感じ、冷感)、自 覚痛、神経痛、睡眠障害、こむら返り
対症薬対症薬 副作用による	ポリオール 代謝異常	動脈硬化(末梢血管、動脈)、肥厚性神経、 腎臓機能、便通異常(便秘、下痢)、肥の可塑性 症、筋力低下、インバランス、神経電位異常 など
第一性神経障害	高血糖	脳神経障害(頭昏、めまい)、外周神経、神経 (尺神経など)、四肢の神経障害

質が蓄積され（ポリオール代謝異常）、やがて神経が障害されてしまいます。さらに、高血糖により細い血管（細小血管）の血流が悪くなり、神経細胞が必要としている酸素や栄養が行きわたらなくなることから神経障害は起きてきます。糖尿病性神経障害の分類は右表に分類されるが、血糖コントロールに加え、神経障害に対する薬物療法が行われます。神経障害を起こしている原因を取り除く薬には、ソルビトールが細胞内に溜まって（ポリオール代謝異常）神経

細胞の働きが損なわれるのを防ぐアルドース還元酵素阻害薬とか、神経細胞に栄養や酸素を運んでいる血管の血液の流れをよくする薬があります。このほか症状の改善を目的に、病状に応じて鎮痛剤や抗うつ剤、血圧を上げる薬、胃腸の活動を整える薬などが用いられます。

糖尿病は、あまり症状もなく知らず知らずのうちに進行しています。また、そのまま5年10年経過すると、三大合併症だけでなく動脈硬化の進展を助長すると言われていています。また、動脈硬化に関しましては、糖尿病を発病（診断基準に基づいて診断される）以前からその役割に関与していることが証明されています。

これらの問題（糖尿病や動脈硬化）を改善するには、日々の食生活や運動などの生活習慣を見直し、改善することが大切です。また、既に発症している人は、より厳密な管理が必要であると考えます。

共催：持田製薬株式会社

臨床心臓病研修会・生活習慣病講座へのお誘い

●臨床心臓病研修会●

医療者向けの研修会です。ジェックスの会員でない方は1000円お支払いください。第3あるいは第2土曜日に開いています。講師は各分野での専門医で最新の情報を詳しく解説いたします。共催の製薬会社からの薬の情報提供もございますので、是非ご参加ください。

講演後、30分程度の質問時間を設けておりますので、日頃疑問に思われることをご質問ください。

●生活習慣病講座●

参加無料です

どなたでも参加していただける一般市民の方向けの講座です。第3あるいは第2水曜日に開いています。一般向けの講座ですので、講師はわかりやすく、丁寧に話を進めます。講演後は自由に質問していただけますので、ご遠慮なく不安に思われることをお話ください。

講演要旨

10月20日(土)

第231回臨床心臓病研修会

循環器専門医からみた血圧管理の重要性

大阪医科大学内科学Ⅲ教室准教授
同附属病院臨床治験センター長
林 哲也

はじめに

日本人の主な死因の25%は脳卒中や心筋梗塞などの動脈硬化性疾患であり、動脈硬化の予防は健康な生活を送るための重要な鍵となります。

「降圧に勝る臓器保護はない」と言われるように、動脈硬化にともなう心血管イベントを抑制するためには厳格な降圧が欠かせません。循環器専門医は、重篤な合併症を有する高血圧症患者様の診療にあたる機会が多いため、降圧と共に臓器保護を常に考えながら治療を心がけています。

肥満・糖尿病を伴う高血圧治療

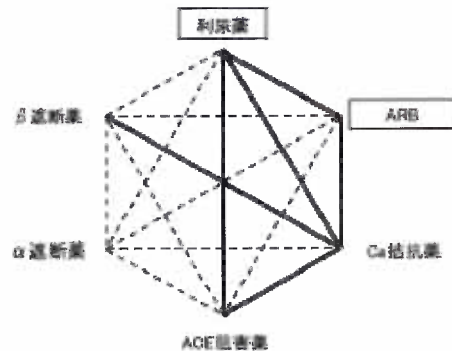
食生活の欧米化により、日本人においても肥満やメタボリックシンドロームが増加しています。このような場合には、糖尿病の発症予防を考慮して、アンジオテンシンII受容体遮断薬（ARB）の早期投与が推奨されます。さらに、肥満やメタボリックシンドロームには睡眠時無呼吸症候群の合併が多いと報告されていますが、無呼吸に伴う間歇的低酸素曝露は酸化ストレスを増加させ、心肥大・線維化や動脈硬化など惹起します。このような心血管における組織リモデリング予防には、ARBの他にカルシウム拮抗薬やスタチン系薬剤なども有効です。したがって肥満・糖尿病を伴う高血圧には、時期を逸せず早期より積極的に介入して治療を行います。

併用療法と服薬コンプライアンスについて

日常の診療では、残念ながら降圧目標値にコントロール出来ていない場合が多く、J-HOME

研究（Hypertens Res 2004; 27: 755-763）においても、降圧目標（外来随時血圧<140/90 mmHg）の達成率は42%と半数に届きません。厳格な血圧コントロールは単剤では難しく、2~3剤の併用が必要となる場合が多く、欧州高血圧学会ならびに心臓病学会で推奨される降圧薬の併用パターンを図の太い線で示しました。

推奨される降圧薬の併用パターン



ESH-ESC Guidelines Committee. J Hypertens 2003; 21(6): 1165-1187

いずれの併用療法も有効ですが、米国心臓病学会と糖尿病学会の合同ステートメントでは、ARBと少量のサイアザイド系利尿薬の併用を糖尿病合併高血圧に対する治療として推奨しています。一方、服用錠数の増加とともに服薬コンプライアンスが低下することも知られていますので、ARBと利尿薬の合剤を使用することも検討すべきです。

おわりに

欧州心臓病学会では、臓器保護を考えて厳格な降圧療法を行う場合には2剤治療を推奨しています。単剤で高用量使用する場合より副作用

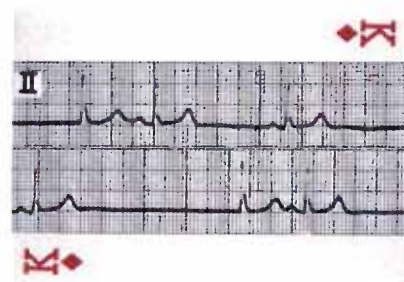
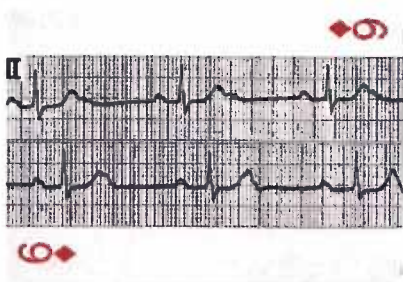
が少なく、より早期に目標血圧に到達できるからです。さらに低用量を含有する合剤も発売されており、服薬コンプライアンスの向上が期待できます。我々循環器専門医は、このようなガ

イドラインを参考にして、個々の患者様にもっとも適切な治療薬を選択することを心がけています。

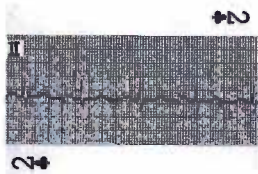
共催：万有製薬株式会社

● 心電図クイズ ●

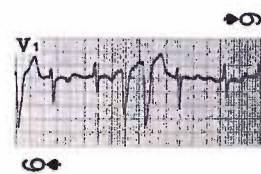
下記の心電図が示すのは？



~~~~~前回12月号の回答~~~~~



心房内ペースメーカー



心室期外収縮 (R-on-T型)



## 一般の方々のための心肺蘇生術の新しい概念： 持続胸部圧迫心肺蘇生術

### New Concepts of Cardiopulmonary Resuscitation for the Lay Public: Continuous-Chest-Compression CPR

Gordon A. Ewy, MD

From the University of Arizona College of Medicine, Sarver Heart Center.  
Tucson, Arizona

(Circulation 2007; 116:e566-e568)

訳：高階経和 (ジェックス理事長・大阪大学講師・高階国際クリニック院長)

毎年、300,000人以上の人が突然心臓死のために死亡しています。心臓停止を起こした患者さんは、傍にいるあなたが、救急救命隊が到着するまで、すぐに行動を取らなければ、助かる見込みは殆どありません。

#### 心停止とは何でしょうか？

心停止とは心臓が突然、血液を送り出すことが出来なくなる状態です。多くの場合、心臓が突然に正常な拍動リズムから「心室細動」と呼ばれる不規則な痙攣を起こすのです。心臓がこのように正常な拍動が出来なくなると、血液は体中に回らなくなり、そして患者さんは意識を失ってしまうのです。

#### 心停止を私はどうして知ることが出来るでしょう？

意識を失った人に脈があるかどうかを調べるため、時間を無駄にしてはいけません。第一に、大声でその人に声を掛けて下さい。もし、反応が無かったら、彼あるいは彼女が意識を失っているかを調べるために、その人の体を揺すって下さい。もし反応が無ければ、呼吸を調べて下さい：正常か異常か？異常な呼吸とは全く呼吸

していないか、或いは時々、大きな息をしている状態を言います。もし、一人の人が突然何の理由もなく意識を失い、そして反応がなく、正常に呼吸をしていなければ、あなたはその人が心停止を起こしたとして治療しなければなりません。

#### 私は何をすべきでしょうか？

最初に、救急隊に連絡することです。アメリカではあなたは“911”（表と図）に電話して下さい。あなたが電話すると、多くの救急救命士はあなたが連続胸部マッサージ、或いは胸部マッサージだけ、或いは心肺蘇生術（CPR）を知っているかどうかを訊ねるでしょう。そしてあなたが知らなければ、電話であなたに指示を与えます。傍にいる人がすぐに胸部マッサージを始めるべきで、救急救命隊が到着するまで続けるのです（表と図）。

これは非常に大事なことですが、胸部マッサージだけでは正常の拍動を再開させることは出来ません。心室細動を起こしている心臓は、除細動器で電気ショックをかけ、正常の拍動を再開させることが必要となるのです。しかしながら、その時まで、胸部マッサージが血液を患者



さんの脳、心臓、そして他の臓器に送る唯一の方法なのです。胸部マッサージを行わなければ、心室細動を起こした心臓は心臓に蓄えられたエネルギーを使い果たし、救急救命隊が到着するまでに、除細動ショックに対して最早反応しなくなってしまうでしょう。その結果、その人は生き返ることが出来ないのです。

もし、自動体外除細動器が傍にあれば、誰かがそれを探し、そして倒れた人のところに持って行きます。その間も胸部マッサージを遅らせたり、中断しないことです。自動体外除細動器を患者さんに装着し、スイッチをONにします。そして除細動器の音声指示に従って下さい(表)。最近の自動体外除細動器の指示は非常に簡単ですから、以前に訓練を受けていなくても、誰で

もそれを使うことができます。

### 私が患者さんを傷つけないでしょうか？

もし心臓がまた拍動していたとしても、胸部マッサージをすることは危険なことではありません。あなたは彼や彼女がすでにある状態よりは、悪くさせることはありません。そうです。あなたは肋骨を折ってしまうかもしれませんが、しかし、もし胸部マッサージをしなければ、殆ど場合は死亡してしまうことになるのです。患者さんの病歴などは重要ではありません；人工ペースメーカーやバイパス術を受けているような状態でも傍にいる人としてあなたは心配すべきではありません。

**表. 持続胸部マッサージ蘇生術で人命救助者になりましょう。これは：安全、簡単そして、口対口蘇生呼吸をしなくても良いのです。**

もしあなたが突然、人が予期しない虚脱状態になり、異常な呼吸（呼吸がないか、或いは喘ぎ呼吸）をしているのを目撃したら、次の簡単な順序に従って下さい：

1. 誰かに“911\*”に電話を掛けてもらうか、あるいは自分で掛けて下さい(図)。

\*訳者註：日本では“119”へお掛けください。

2. 患者さんを床に寝かせ、顔を上にします。自分の片方の手首を胸部の中央に置き、他方の手首をその上に重ねます(図)。あなたの肘を固定することで、あなたの腕は真直ぐになります。あなたの両肩を患者さんの胸部の中心の上に位置し、そのまま上体を倒すと、あなたの上体の重さで患者さんの胸部を圧迫する事になるのです。速く、力強い胸部マッサージを1分間に100回、胸部が4～5センチ窪む程、行なって下さい。毎回、胸部を圧迫した後に僅かに手を挙げるとことで、胸部が元に戻ります。もし他にも傍に人がいたら、救急救命隊が到着するまで交替で、胸部マッサージを行なって下さい。もしあなたが一人の場合は、疲れたら短い時間、休みを取って下さい。
3. もし自動体外除細動器が使えれば、患者さんのシャツを開けて、自動体外除細動器に示されている位置にパッド（電極）を装着します。そして器械の音声指示に従って下さい。胸部マッサージの中断は最小限にして下さい。

更に詳細な情報や、持続胸部マッサージ蘇生術のWeb上での実演は、

<http://www.heart.arizona.edu> を見て下さい。

### なぜ持続胸部マッサージ心肺蘇生術は心停止に対して、良いのでしょうか？

現在、心停止を起こした患者さんの4人に1人が、傍にいる人の心肺蘇生術を受けています。研究によれば、傍にいる人は、もし、口対口呼吸が必要でないのであれば、もっと積極的に心肺蘇生術を開始する意思のあることが分かりました。加えて、持続胸部マッサージ心肺蘇生術は簡単な方法なので、その訓練を受けて覚えるのがより容易になりました。心停止の患者さんに対して、適切な胸部マッサージが休みなく行なわれた場合でさえも、蘇生術によって心臓からでていく血液量は少なく、そのため、僅かでも胸部マッサージを中断してしまうと、呼吸に対しても、生存の可能性は低くなってしまいます。

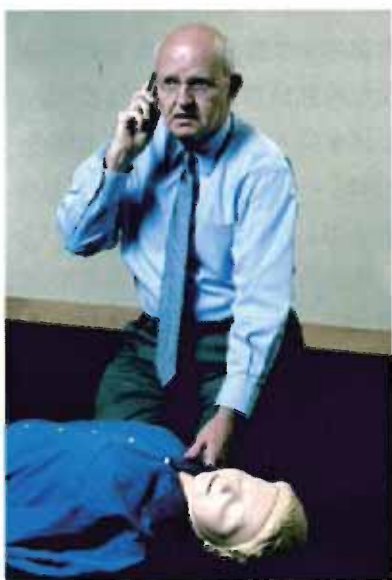
### 私は何時止めるべきですか？

答えは簡単です。患者さんか、救急救命隊の人があなたに止めるよう指示したり、あなたが疲れすぎて蘇生術が出来なくなった時です。し

かし、もし患者さんが、喘ぎはじめ、彼や彼女が目を開けたり、或いは身体を動かしても、胸部マッサージを中止してはいけません。その理由は、あなたが正しい処置をしている証拠であり、患者さんが回復したわけではないからです。

### なぜ、所謂「人工呼吸」は心停止の場合には勧められないのですか？

過去には、傍にいる人が胸部マッサージと口対口呼吸を交替で行なう心肺蘇生術が勧められていました。研究の結果、従来の心肺蘇生術は心停止の患者さんを助けるのに最善の方法でないことが分かりました。呼吸停止の場合と違って、ほんの数秒前まで普通に呼吸をしていた人が、心停止を起こした結果、虚脱状態になり、最早、酸素を取り込むことが出来なくなってしまうのです。この場合は、体中の血液や肺に酸素が充分にある人に対して、「人工呼吸」を行なうよりも、胸部マッサージの開始を遅らせる理由がないからです。研究によれば心停止を起こした人の血液中には、数分間は彼や彼女を支える十分な酸素が含まれていることが分かりました。



9-1-1に電話する



胸の中央を見つけ、速く力強い圧迫を行なう



毎回胸を圧迫する毎に左手を軽く胸から離す

図. 9-1-1に電話します。胸の中央を見つけ、力強く速い圧迫（マッサージ）を行ないます。毎回胸を圧迫する毎に左手を軽く胸から離します。（図はツーソン、アリゾナ大学、バイオメディカル・コミュニケーションのマーガレット・ハットム氏の好意で提供）

もっと重要なことは、口対口呼吸によって、持続胸部マッサージに緊急に必要な価値のある時間を失ってしまっているのです。研究によれば、一般の方が従来の心肺蘇生術で言われてきた「2回の呼吸」を行なう間に、平均16秒も胸部マッサージを毎回、中断していることが分かりました。もし、2人或いはそれ以上の人が傍にいれば、1人で胸部マッサージを休みなく速く行なう事は、非常に疲労するため、交替で持続して蘇生術を行なうことが出来るからです。

### 標準の心肺蘇生術は呼吸停止の場合には、 今も必要です

突然の予期せぬ虚脱状態に対する選択方法として、持続胸部マッサージが行なわれているにも拘わらず、呼吸停止を起こした患者さんに対しては、従来の心肺蘇生術と口対口人工呼吸法が使われています。呼吸停止において殆どの症例は、薬物の過剰摂取、アルコール中毒、一酸化酸素中毒、重症気管支喘息、溺死、或いは気道閉塞などであり、主な問題は心臓ではなくて

も、酸素欠乏（窒息）は二次的に心停止を起こすこととなります。全てこれ等の原因で虚脱状態が突然起こったり、予期せぬ時期に起こったりはしないものです。呼吸停止に対しては、胸部マッサージと人工呼吸が勧められます（表）。

### 訳者より

私とドクター・エーヴィ(Dr. G.A. Ewy)とは19年来の親友ですが、彼は既に世界的な心臓病学の権威であり、過去に10回以上も日本を訪れている親日家です。この新しい持続胸部マッサージ心肺蘇生法の普及に尽力し、遂にアメリカ心臓病協会にも認知され、一躍、各国の心臓病専門医の間でも有名になりました。

2006年の夏より、当社団法人からの助成金により、全国の大学医学部学生から選抜された2名の医学生の短期研修を好意的に受け入れて頂いています。今回の「心臓病患者さんのページ」が、読者の方々のお役に立てば、訳者として何よりの喜びです。

---

#### アメリカ心臓協会のホームページ(英語のみ)

<http://www.americanheart.org>

心臓病患者さんのページ (Cardiology Patient Page) は  
下記のサイトでご覧になれます。

Circulation 誌Cardiology Patient Page:

<http://circ.ahajournals.org/collected/patient.shtml>

---

# ● 日本食と長寿 ●

健康食として注目を浴びている日本食について循環器専門ナース研修コース講師・京都女子大学家政学部生活福祉学科中村保幸先生の研究をご紹介します。

尚、ご紹介するスライドは2007年度循環器専門ナース研修コースの講義で使用された中から抜粋しました。

## 食事と健康

### 日本人が世界一長寿である理由を日本食から考える

京都女子大学家政学部生活福祉学科

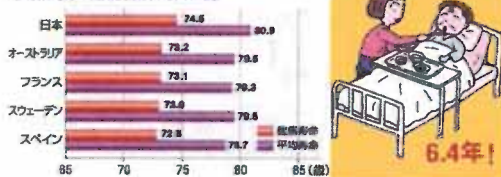
中村 保幸

#### わが国は平均寿命、健康寿命とも世界一 健康寿命とは？

WHOが提唱した新しい指標。病気や痴呆、衰弱などで要介護状態となった期間を、平均寿命から差し引いた寿命。

長寿国では一般に、平均寿命と健康寿命の開きが長く、わが国でも最晩年に寝たきりなどになる期間が国民平均6年以上に及んでいるのが現状。

●健康寿命の国際比較(上位5カ国)



#### 日本が最長寿国になったのは

##### 現象として

- ・結核、脳卒中（特に脳出血）が減少した
- ・心筋梗塞が比較的少ないまま推移
- ・乳児死亡率が世界一低い

##### その理由

- ・栄養状態の改善  
タンパク質摂取↑、食塩摂取↓
- ・感染症治療の進歩
- ・高血圧治療の進歩
- ・国民皆保険制度の創設
- ・啓蒙活動

#### 日本食と19年間の死亡率: NIPPON DATA80.

Yasuyuki Nakamura<sup>1</sup>, Hirotsugu Ueshima<sup>2</sup>,  
Tomonori Okamura<sup>2</sup>, Takashi Kadowaki<sup>2</sup>,  
Takehito Hayakawa<sup>3</sup>, Yoshikuni Kita<sup>2</sup>,  
Robert D Abbott<sup>2,4</sup>, Akira Okayama<sup>5</sup>,  
for NIPPON DATA80 Research Group

<sup>1</sup> Cardiovascular Epidemiology, Kyoto Women's University  
<sup>2</sup> Department of Health Science, Shiga University of Medical Science  
<sup>3</sup> Department of Epidemiology, Faculty of Medicine, Shimane University  
<sup>4</sup> Department of Epidemiology and Biostatistics, University of Virginia School of Medicine  
<sup>5</sup> Department of Preventive Cardiology, National Cardiovascular Center

#### 背景

- ・近年食事パターンに興味を持たれ、食事パターンと長寿に関する研究報告が増えている (e.g. the 地中海食)。
- ・伝統的日本人食の利点は飽和脂肪酸(SFA)が少なく、魚由来などの不飽和脂肪酸(PUFA)が多いことである。
- ・日本人食の長期効果は虚血性心疾患(CHD)と癌による死亡が減ることであり、このことが日本人の世界一長寿に寄与している。
- ・日本人食の欠点は食塩摂取が多い点で、このため脳卒中死亡が多い。
- ・日本人食を修正して食塩摂取を制限すれば日本人はさらに長寿になる可能性がある。

### 日本食スコア

- ・ 先行研究結果他から特徴的日本食要素を7項目設定し
  1. 卵摂取 ≤ 2個/週
  2. 魚摂取 ≥ 1回/2日
  3. 肉摂取 ≤ 2回/週
  4. 漬物摂取 ≥ 1回/日
  5. 麺類の汁を残す
  6. 減塩醤油使用
  7. 機会飲酒
- ・ 上記項目の有無によりそれぞれ 0、1を付した。
- ・ したがって日本食スコアは 0 ~7となり、7点がもっとも健康的と考えた。

### 日本食スコア3分位毎の背景因子

男4,018人、女5,068人 - NIPPON DATA80、1980-99

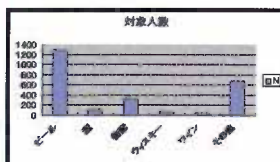
|                          | スコア 0-2   | スコア 3     | スコア 4-7   | P       |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|---------|
| 人数 (合計=9,086)            | 2,719     | 3,113     | 3,254     |         |
| 年齢 (y)                   | 49.1±13.5 | 50.7±13.1 | 51.7±13.0 | <0.0001 |
| 男 (%)                    | 49.3      | 43.6      | 40.5      | <0.0001 |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | 22.6± 3.0 | 22.7±3.2  | 22.8±3.2  | 0.008   |
| 高血圧 (%)                  | 41.9      | 45.0      | 47.0      | 0.0004  |
| 糖尿病 (%)                  | 4.6       | 5.6       | 5.4       | 0.22    |
| 毎日飲酒 (%)                 | 6.3       | 18.8      | 36.1      | <0.0001 |
| 現在喫煙 (%)                 | 35.4      | 32.2      | 31.5      | <0.0001 |
| 総コレステロール (mg/dl)         | 189± 33   | 189± 34   | 188± 34   | 0.50    |

- ・ 漬物をよく食べる程死亡率が低かったのは他の伝統的日本食を良く取るという指標であった？
- ・ 例えば漬物をよく食べる人は肉摂取が少なく、魚、野菜、豆腐、果物などの摂取が多かった？
- ・ われわれは食物毎に選んで食べるのではなく、ある種の様式に従って摂食する。  
例：日本食、地中海食

### 結論:

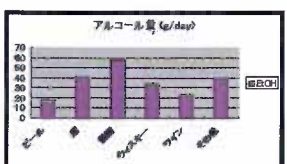
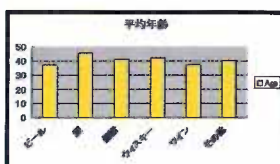
- ・ 健康的日本食を食する習慣があると総死亡、及び心血管疾患血管疾患が約20%低下した。
- ・ 既に日本人の平均寿命は世界一だが、食塩摂取制限によりさらに長寿となる可能性がある。

### どのアルコール飲料が健康に良いか？



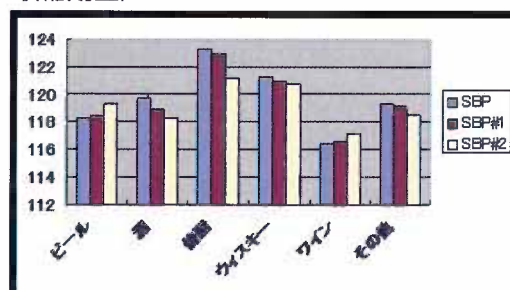
青壮年男性勤労者を対象とした断面調査

Okamura T et al. J Human Hypertension 2004; 18: 9-16



### 血圧は酒の種類には関係しない。アルコール量に依存！

収縮期血圧



SBP: 補正無し P<0.0001  
SBP#1: 年齢補正 P<0.0001  
SBP#2: 年齢、EtOH量で補正 P=0.36

## 研修会レポート

- ◆12月15日(土) 大阪大学医学部、奈良県立医大生 「イチロー研修」  
14:00~18:00 於：ジェックス研修センター  
講 師：高階経和  
受講者：21名

## 研修会・セミナーのお知らせ

### ★循環器専門ナース養成研修コース

本年度の実施時期は下記の通りです。

日 時：平成20年7月19日(土) から9月7日(日)

会 場：ジェックス研修センター

プログラム、募集に関しては別途案内をお送りします。

### ★2008年度夏季セミナー「みんなで考えよう！ニッポンの医療」第6弾

「認知症に対する心構え」～身近な人に「ん？」を感じたら～

基調講演：大國 美智子氏（大阪後見支援センター所長）

シンポジスト

中嶋 紀子氏（大阪市健康福祉局高齢者施策部高齢福祉担当課長）

沖田 裕子氏（大阪市社会福祉研修・情報センター スーパーバイザー）

中西 亜紀氏（大阪市立弘済院附属病院神経科認知症サポート医）

久岡 英樹氏（久岡法律事務所 弁護士）

家族会より代表者

日 時：平成20年8月3日(日) 午後1時から午後4時30分(開場：12時30分)

会 場：オーバルホール（毎日新聞ビル地下1階）

参加費：無料

### ★ECG of the month

ホームページ上で、昨年11月より「ECG of the month」のコーナーを開設しました。

毎月1枚の心電図と主訴を提示し、診断名を考えていただくコーナーです。出題並びに解答と解説はジェックスの理事が担当しております。どなたでもご覧いただけますので、ご利用下さい。

<http://www.jeccs.org/ecg/ecg.html>

新入会員(敬称略)

なし

寄附者(敬称略)

(平成19年11月1日～12月31日までにご寄付をいただいた方並びに企業各社)

西川悦子、福田八千代、今井朝子、前田道子・景山照子、戸井一美、津田和子、岡田彰子、新見純子、川口さか江、毛利忠照、東村八重子、板垣純子、貴志幸一、的場栄子、平岡多恵子、田中淑子、尼ヶ崎佳子、山南稀意、佐野花都代、小西美智子、中西田鶴子、足立美代子、山本清文、井手一敏、匿名1名

有り難うございました。

理事会報告

11月15日(木) 午後6時から午後8時 15名(内委任状4名、監事1名、事務局1名)

12月1日(土) 午後5時から午後6時 18名(内監事1名、事務局1名)

寄付者の皆様へ

(平成19年1月1日から同年12月31日までの寄付者の方へ)

寄付金に対する減免税処置について

当法人は、「特定公益増進法人」(法人税法施行令第77条第1項第3号および所得税法施行令第217条第1項第3号)にあたり、個人の方がご寄付をされた場合、所得税の減免が受けられます。寄付金(年間所得金額の100分の40を上限とする)が5000円を超える場合、その超えた金額がその年度の課税所得金額から控除されます。

当法人発行の「寄付金領収書」及び「特定公益増進法人であることの証明書(写)」を添えて確定申告期間に所轄税務署に確定申告して所得税の還付を請求してください。

控除額の計算方法

次のいずれか低い方の金額

- イ その年に支出した特定寄付金の合計額  $-5,000$ 円=寄付金控除額
- ロ その年の総所得金額等の40%相当額

必要な書類

- 寄付金領収書
- 特定公益増進法人であることの証明書(写)

～税務職員を装った「振り込め詐欺」にご注意～

- \* 還付金受け取りのために金融機関などの現金自動預け払い機(ATM)の操作を税務署が求めることはありません。
- \* 税務職員を装った事件が起きています。税務職員は、必ず身分証を携行していますので所属・氏名などを確認し、不審に思われた際にはその場で税務署又は国税局にお問い合わせ下さい。

## 研修会・講座案内

### ◆臨床心臓病研修会：医療者向け

平成20年2月16日(土) 午後2時から午後4時

「急性肝症候群における薬剤溶出性ステントを中心とした薬剤ストラテジー」

講師：森井 功先生(仙養会北摂総合病院循環器内科医長)

3月15日(土) 午後2時から午後4時

「生活習慣病と腎疾患」

講師：金子至寿佳先生

(高槻赤十字病院糖尿病・内分泌・生活習慣病科部長)

### ◆生活習慣病講座：一般の方向け

平成20年2月13日(水) 午後2時から午後4時

「慢性肝炎の病態と治療」

講師：福田 彰先生(大阪医科大学第一内科講師)

平成20年3月12日(水) 午後2時から午後4時

「慢性腎臓病には、高血圧が必要？」

講師：森 龍彦先生(大阪医科大学腎臓内科医長)

### 事務局から

◎ニュースレターはジェックスの会員と1990年から現在まで寄付をお寄せいただいた皆様にお送りしております。ご住所やお届け先の変更はご面倒でもお知らせいただけると有り難く存じます。

### ◎会員登録更新

3月に2008年度の会費納入のお知らせをお送りいたします。事務手続きの都合上、お早めに会員継続の手続きをお願いいたします。

ご都合で退会される方は、お手数ですが事務局までご連絡下さいますようお願い申し上げます。

### 編集後記

皆さま、よき新たな年をお迎えになったことと思います。

国の誤った政策により「医療崩壊」がすすみ、患者さんも医療提供者もお互いが、不信感を抱き、将来への不安が次第に大きくなるなか新年を迎えました。このような不安定な時代は原点に戻り、しっかり自分の足元をみて行動することが大切です。

J E C C Sには高階理事長が唱えられる「医患共尊」の考えがその根本にあります。その心を持ち、臨床を第一に、循環器疾患に対する正しい理解を深め、新しい学問の研究成果の地域医療への普及、また生活習慣病の予防と教育を通して啓発活動を推進し、皆様のお役に立ちたいと考えています。

本年もよろしくご指導、ご支援をお願いいたします。

文責：斎藤 隆晴



発行：特定公益増進法人

社団法人臨床心臓病学教育研究会(略称：ジェックス事務局)

編集人：高階経和

532-0011 大阪市淀川区西中島4丁目6-17新大阪シールビル4階

電話：06-6304-8014 FAX：06-6309-7535

<http://www.jeccs.org> E-mail:office@jeccs.org