

II. 特別講演

「スポーツ外傷について」

新潟大学医学部整形外科

古賀良生先生

スポーツ医学は、運動による身体の生理的反応についての基礎的および、その臨床的研究を行なう幅広い分野にわたる学問で、救急や外傷医学でも全ての外科系専門科の診療対象となる。今回、損傷頻度の高い整形外科的外傷を救急医学の見地からスポーツ医学の特殊性を概説し、われわれの研究を紹介しスポーツ医学の問題点について述べた。

スポーツによる外傷は運動器のそれが一般的で、整形外科的救急処理は競技現場で日常的なものである。スポーツは種目別に負荷の集中する部位があり、慢性の疲労性障害がこの集中する部位に発生する。また、瞬時の外力による損傷もこの慢性の障害を基盤としていることが多いため、治療に際して競技の特殊性の理解が必要となる。

学校などの現場において、一般的な創傷処置以外に足関節の捻挫や打撲などでの RICE (Rest, Ice, Compression, Elevation) の重要性について広く認識させている。このため、保健室に水を常時用意するよう指導している。

整形外科的スポーツ外傷で重篤な外傷として頸髄損傷がある。水泳の飛び込み、ラグビーのスクラムでの発生が多い。事故が発生した際は二次損傷を防止して医療機関に移送するが、水深を確かめることやスクラムの管理など事故発生の子防の努力が必要である。

膝前十字靭帯損傷は柔道などで男子に多い接触型と、バスケットボールなどの跳躍競技での非接触型のふたつの損傷機序があり後者は女子に多い。損傷後は動揺性とこれに合併し易い半月損傷によりスポーツ活動の制限が大きい。受傷後膝が関節内出血のため24時間以内に腫脹を来すことが診断上重要である。

競技者にとって医学的要望はこのような重篤な疾患でなく、慢性の障害の予防や再発の防止が主体で、医学的治療より早期の運動復帰が目的である。とくに個人差が大きい成長期において障害防止のための医学的検討と現場との協力体制の確立が必要とされている。

第14回新潟高血圧談話会

日時 平成4年11月13日(金)
午後6時～

会場 新潟東映ホテル
2F 朱鷺の間

I. 一般演題

1) 糖尿病と高血圧

津田 晶子・浜 齊 (木戸病院内科)

糖尿病における高血圧治療の意義について考察した。糖尿病には高率に高血圧が合併する。糖尿病では脳血管障害や冠動脈疾患の発生率が非糖尿病の約2～3倍であり、高血圧はその危険因子として重要である。また、糖尿病性腎症による高血圧は、微量アルブミン尿期から血圧上昇が見られ、厳密な降圧治療が進行遅延に有効である。

成因仮説

インスリン抵抗性症候群

内臓肥満症候群

治療

1. 食事療法の重要性
2. 糖・脂質代謝を考慮した降圧剤選択
3. 24時間血圧プロフィールを考慮した降圧治療
4. 糖尿病性腎症では、厳密な血圧コントロールで進展を遅らせる
5. ジピリダモールによる尿蛋白減少効果に与える血圧コントロールの影響

2) 肥満と高血圧

百都 健 (済生会新潟第二病院)

一泊二日の人間ドック受検者(男573名、女189名、合計762名)を対象に肥満と高血圧及び高血圧と耐糖能について検討した。

肥満度を BMI を用いて表わし、20未満(区分1)、20～23(区分2) 23～26(区分3)、26～29(区分4)、29以上(区分5)に別けると、高血圧の頻度は肥満が増すにつれて高くなり、区分4では境界域を含め高血圧は男性で30.1%、女性で26.9%、区分5では男性で38.9%、女性で50%と、それ以下の区分に比し2～8倍の頻度だった。各区分に入る受検者の血圧平均値は区分1か

ら順に、男性では収縮期血圧は 114, 117, 121, 127, 127 mmHg, 拡張期血圧は 69, 71, 74, 78, 80 mmHg であり女性では収縮期血圧は 112, 116, 126, 135 mmHg, 拡張期血圧は 66, 68, 69, 76, 80 mmHg だった。男女共に区分 4, 5 は、それ以下の区分に比し収縮期、拡張期血圧共に有意に高値であった。区分に別けずに BMI と収縮期、拡張期血圧との相関を見ると、いずれも男女共に高い相関が得られた。一次回帰させた場合のそれぞれの傾きは男女で若干異なり、BMI に対する収縮期血圧の傾きは、男で 1.3 mmHg, 女で 1.8 mmHg, 拡張期血圧の傾きは男で 0.9 mmHg, 女で 1.1 mmHg であった。耐糖能及び IRI と血圧との関係は対象数の関係で主として男性で検討した。対象を正常血圧 (NT) 群, 境界域高血圧 (BH) 群, 高血圧 (HT) 群に別け 75 g OGTT に対する血糖と IRI の反応を見るといずれも NT, BH, HT の順に上昇し、それぞれの総和 (Σ) は増加する傾向にあったが、有意差は得られなかった。しかし BMI 26.5 以下の肥満者群と BMI 25 以下の非肥満者群に別けると非肥満者群では血糖総和、IRI 総和共に HT 群が有意に高値であったが肥満者群では HT 群で血糖総和は高いが、IRI は低い傾向であった。これ等より、今回対象としたドック受検者では肥満は高血圧に関与するが、高インスリン血症の関与については明らかにできなかった。

3) 降圧剤と耐糖能障害

鴨井 久司 (長岡赤十字病院
内科)
浜 齊 (木戸病院内科)

諸外国と同様に本邦でも久山町研究によれば、高血圧症患者の管理に当っては単なる降圧だけではなく、代謝異常面への配慮が必要になってきている。今回、その代謝異常の一要因として、降圧剤による耐糖能障害の現状を考察してみた。従来から β 遮断薬、サイアザイド系利尿薬により耐糖能障害が生じることが周知の事実であったが、1988 年代にスウェーデン、イギリス、アメリカなどのこれらの長期使用成績から耐糖能障害が血管障害を防止できない一要因であると報告され、続いて Lithell らが短期間 (3~6 カ月) 投与による結果とはいえ、グルコースクランプ法を用いた結果、インスリン感受性は β 遮断薬とサイアザイド系利尿薬では著しく低下させ、 Ca^{++} 拮抗剤では不変、ACE 阻害剤と $\alpha 1$ 遮断剤ではより改善させると報告した。以来、他方面からこの問題の検討がなされ、これらの事実を裏づける成績が蓄積されつつ

ある。特に、ACE 阻害剤はすべての薬剤が増悪させない成績と SH 基を有するもののみがより効果を発揮する報告もあり、今後のより詳細な検討が望まれている。さらに、 Ca^{++} 拮抗剤、ACE 阻害剤、 $\alpha 1$ 遮断剤などは新薬のため、長期効果は未検討で、また高薬価でもあることから長期にわたる医療費面からの検討も今後の課題になりつつある。

II. 特別講演

「高血圧と糖代謝異常」

—Syndrome X とは?—

札幌医科大学第二内科助教授

島本和明先生

第21回糖尿病談話会

日時 平成4年3月14日(土)
午後2時30分より
会場 ホテル新潟「芙蓉の間」

I. 一般演題

1) 外来待ち時間を利用した小グループ食事指導の試み

牧野 令子・佐々木百合子 (県立がんセンター)
小越 智子・阿部 巴 (新潟病院給食課)
風間 芳男 (同 医療相談員)
渡辺ミサヲ (同 薬剤部)
渡辺 薫・高橋久美子 (同 薬剤部)
港 典子・高橋まなみ
五十嵐久枝・本間真理子
加藤 道子・小池由佳利
姉崎ミツエ (同 看護部)
筒井 一哉・佐藤 幸示 (同 内科)

当院での糖尿病治療の検討会での課題であった外来糖尿病患者における食事指導と生活指導の方向について若干の知見を得たので報告する。

1. 対象と方法：外来でコントロールのうまく行かない患者10人を2週間に1回の通院日に合わせて6回シリーズの計画表にそって実施した。

2. 結果及び考察：今回の指導の結果7人の患者が1日摂取エネルギー量の過剰が是正され、6人の患者の栄養のバランスが良くなる傾向が見られた。空腹時血糖と HbA_{1c} の検査結果は改善の兆しが見られたものの正月