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　　斉（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は周知の事実であったが，1988 年代にスエーデン，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 α1 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，α1 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
小越　智子・阿部　巴　（県立がんセンター新潟病院給食課）
風間　芳男
渡辺ミサヲ　（同　医療相談員）
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

明けには上昇した．年末年始の行事の続くなかでの食事量が増えるのに反し運動量が減りコントロールがみだれたものである．今後のプライベートレッスン教室の指導については，次のような点に配慮して，個々の患者に合わせた，より適切な食事の取り方と生活の送り方を見て行きたいと思う．

1) コントロールの基本となる食事量をチエックすることが指導のポイントであることから，その第一段階である記録が出来るかどうかで指導の進め方を分ける必要がある．
2) 外食及び行事食の実際に即した食べ方の練習が必要である．
3) アルコールと菓子について，より具体的な説明と指導が必要である．
4) 高蛋白質の食事のチェック：子供の嗜好に合わせて肉類を多くとっている例で，微量アルブミン尿のある患者の場合には，糖尿病性腎症の予防のための指導が必要である．
5) 生活のリズムと体力に合わせた運動を取り入れるための助言が必要である．

2) 糖尿病患者の $HbA_1c$，体重，HDL-C，T-chol の季節変動の検討

岩原由美子・柄沢　則子
横山　和子・佐藤美代子
梶井由美子・渡辺　栄吉（信楽園病院栄養科）
高沢　哲也・山田　幸男（　同　　内科）

3) タクシー労働者の肥満，高脂血症，耐糖能障害，高血圧の頻度と生活実態調査
—第2報：運動量の影響—

飯塚　孝子（木戸病院 健康管理科）
津田　晶子・矢田　省吾
浜　　斉（　同　内科）

4) 糖尿病患者の腹部 CT 横断像による脂肪面積の測定と身体測定

吉田　秀義・齊藤　和男
小武内孝二・間　　潤一
田中　忠篤・清水　達人（信楽園病院 放射線科）
折笠　道明
岩原由美子（同 栄養科）
高沢　哲也・山田　幸男（同　内科）

5) 抗コリン剤にて曉現象の押さえられた IDDM の1例

山口　義文
他内分泌班一同　　（新潟大学第一内科）

少量のピレンゼピン（以下P）にて夜間の GH surge を抑える事により，曉現象を予防できた IDDM の1例を経験した．【症例】患者：43歳，女性．主訴：特になし．現病歴：昭和63年，感冒様症状出現後，急性発症した IDDM．人工膵臓を行い（明らかな曉現象あり），CSII を装着した．外来にて経過観察していたが，血糖コントロール不良となり，血糖コントロールと曉現象に対しPの効果を検討するため入院した．血糖コントロール後，CSII によるインスリン注入量を一定とし，21時にピレンゼピン 100 mg を内服させた．就寝を確認し，夜間0時より翌朝8時まで1時間ごとに採血し，血糖，GH，FFA，グルカゴン，コルチゾル，カテコラミンを測定しPを内服しない時と比較した．【結果】P内服時には GH surge は認めず，FFA 上昇も軽度で，血糖の変動幅もコントロールに比し 50 mg/dl 程度抑えられていた．コルチゾル，カテコラミン，グルカゴンは変化なかった．本症例にて P 100 mg 一回投与（21時に内服）で効果があり，抗コリン剤による曉現象の抑制は，成長期の患者を除く IDDM の血糖コントロール改善に有効であると思われた．

6) 再発性多発性軟骨炎を合併した興味ある IDDM の1例

中山　秀章・八幡　和明（長岡中央綜合病院 内科）
鈴木　丈吉（鈴木内科医院）
小澤　吉郎（県立六日町病院 内科）

症例は，42歳男性，昭和52年若年性糖尿病と診断され，以後インスリン治療を受けていた．平成3年3月から右の視神経炎が出現しプレドニン内服し軽快するも，その後強膜炎，ついで髄膜炎が出現．嘔気，食欲不振で血糖コントロール困難なため，当科紹介入院．入院後，嘔吐，頭痛，発熱を認め，髄液所見より髄膜炎の再燃と診断した．その後，両耳介の腫脹疼痛，及び聴力の低下が出現し耳介軟骨生検で，軟骨炎の所見を認め，多彩な神経症状を伴った再発性多発性軟骨炎と診断した．コルヒチン投与により，解熱し，髄液所見ならびに右耳介の腫脹疼痛，及び両側聴力の改善を認めたが，完治はしていない．血糖コントロール困難な糖尿病を合併しているが，今後，