

日本ローカーボ食研究会

◆第8回 学術総会抄録目次◆

「健やかに老いるための高齢者の生活管理」

【開会の挨拶】 今回の学術講演テーマについて 代表理事 灰本 元

【第1部】〈特別講演〉(10:35～12:45)

司会：医誠会病院（大阪市 心臓血管外科） 米田 正始
灰本クリニック（春日井市 消化器内科） 灰本 耕基

- (1) 「中規模病院における高齢者心不全の実態と栄養管理」
春日井市民病院 循環器内科部長 小栗 光俊 ……………2
- (2) 「慢性心不全におけるフレイル改善・予防のための栄養・運動管理」
名古屋大学医学部保健学科 理学療法学専攻 教授 山田 純生 ……………3

【第2部】症例検討(13:50～15:00) 各10分

テーマ「マニュアル通りの治療がかえってQOLを下げた症例」

司会：安井医院（四日市市 内科） 安井 廣迪
渡辺病院（知多郡 総合内科） 中村 了

- ・症例検討1. 「高齢と中年、男女別の主要栄養素比較 —2型糖尿病患者の栄養調査から—」
灰本 元（灰本クリニック 春日井市 内科） ……………5
- ・症例検討2. 「高齢者に対する塩分制限食がADLを低下させた一例」
中村 了（渡辺病院 知多郡 総合内科） ……………6
- ・症例検討3. 「ローカーボ食で笑顔が消えた症例」
村元 秀行（むらもとクリニック 千種区 内科） ……………7
- ・症例検討4. 「塩分制限を緩めて食欲が増したことで心臓カヘキシーから脱却した症例」
渡邊 志帆（灰本クリニック 春日井市 管理栄養士） ……………8
- ・症例検討5. 「病院食を考える——自己血貯血を巡って」
米田 正始（医誠会病院 大阪市 心臓血管外科） ……………10
- ・症例検討6. 「ゆるやかな糖質制限食でQOLが改善した高齢者糖尿病の一症例」
江口 まどか（小早川医院、昭和区 管理栄養士） ……………11

パネルディスカッション(15:00～16:30)

〈 第 1 部 〉

司会：医誠会病院（大阪市 心臓血管外科） 米田 正始
灰本クリニック（春日井市 消化器内科） 灰本 耕基

〈特別講演 1〉

「中規模病院における高齢者心不全の実態と栄養管理」

春日井市民病院 循環器内科部長 小栗 光俊

近年、我が国では高齢社会の到来とともに、心不全患者が急増しています。心不全患者は再入院率や死亡率が高く、予後不良であることが示されており、医療経済的にも大きな問題となっています。虚血性心疾患、糖尿病、心房細動、高血圧症、腎機能障害、貧血といった併存疾患が予後に影響していると報告されていますが、高齢者心不全ではこうした疾患の他に、認知症、フレイル、低栄養、独居といった特有の併存病態や社会的因子の重要性が高いと考えられています。

入院を要する高齢者心不全では、病状変化や治療による身体的負荷が大きいと、容易に食欲不振となり低栄養状態に陥ることをしばしば経験します。また、心疾患患者における厳格な塩分制限は予後改善につながるものが広く知られているものの、高齢者では食欲不振から低栄養を招きやすいことも悩ましい現状です。低栄養になると認知機能が低下したり、筋肉量や筋力が低下したり、骨折や感染症に罹患しやすくなるため、健康寿命短縮や死亡率増加に密接に関連します。こうした栄養状態を評価するためのスクリーニングツールとして、SGA、CONUT スコア、GNRI などの有用性が既に報告されていますが、心不全患者において、いつ、どの指標を用いて栄養評価を行うことが適切かは未だ明らかではありません。この点を明らかにすることができれば、栄養管理を加味した多面的な心不全コントロールのエビデンス構築に貢献することができるだけでなく、高齢者心不全患者の予後悪化予防に活かすことができると考えています。

〈特別講演 2〉

「慢性心不全におけるフレイル改善・予防のための栄養・運動管理」

名古屋大学大学院医学系研究科（保健学）山田純生

慢性心不全の代表的な臨床症状は労作時の息切れや易疲労性であるがその病態は多岐にわたる。その簡易的な分類として、虚血性心疾患や心筋症による心筋傷害を契機に左室収縮能が低下した心不全（HF_rEF）と、加齢や生活習慣病の関与が大きい拡張能低下や血管機能不全を伴う収縮能が保持された心不全（HF_pEF）に分ける方法があるが、本講演でもこの分類に従い、表題にあるフレイル予防のための栄養・運動管理について考えてみたいと思う。

基本的疑問は、“何故、慢性心不全にはフレイルを呈する患者さんが多いのか” である。各種臓器の生理機能（予備力）の低下で特徴づけられるフレイルは、自立度が低下するだけでなく、死亡の危険性を高める医学的症候群とされ、単に加齢に伴うフレイルは適切な介入によって予防や改善が可能と説明されている。しかしながら、心不全に伴うフレイルは病態の複雑さより、一様に改善できるものとは言い難い。結論から言うと、改善は困難であることが多いだけに、その効果的予防法の重要性が大きくなるといえるが、それにはまず心不全におけるフレイルの出現機序を明らかにすることが必要である。慢性心不全の基本的病態である神経体液性要因、異化亢進（炎症）、呼吸調節異常、骨格筋量ならびに機能低下などは、心機能低下の進行に伴う代償機序ととらえられるが、フレイル出現は、これら全身に及ぶ病態と密接に関連しているが、それは HF_rEF と HF_pEF とで異なるのだろうか。

慢性心不全の約 20 ～ 40%に併存するとされるフレイルは、心不全により誘導されたフレイルと、フレイルに併存した心不全の 2 者が混在するが、日常臨床の観点からは、両者は出現機序が異なるだけに、その改善や予防には両者の鑑別から始めることが必要である。繰り返しになるが、両者ともに、フレイル（あるいは、その中心的要素となるサルコペニア）がどのように誘導されるかを理解することで、表現型が酷似する両者への介入を整理することができるというのが演者の考えである。慢性心不全におけるフレイルは、特に高齢患者で存在率が高く、かつ予後と密接に関連するだけに、慢性心不全の長期管理の指標としても有用性が高い。フレイルを長期管理の指標とする考え方は、その診断基準が確立されていないことより、まだ十分普及しているとは言い難いが、高齢社会における必須の臨床指標となり得るものである。

このような認識のもと、講演では、まず老年医学領域におけるフレイルの概念を、その中心的要素であるサルコペニアを含めて概括した上で、慢性心不全におけるフレイル出現機序とその予防・改善について、我々の研究成果も含めて言及してみたいと思う。

〈 第 2 部 症例検討、パネルディスカッション〉

「マニュアル通りの治療がかえって QOL を下げた症例」

司会：安井医院（四日市市 内科） 安井 廣迪
渡辺病院（知多郡 総合内科） 中村 了

- ・ 症例検討 1. 「高齢と中年、男女別の主要栄養素比較 — 2 型糖尿病患者の栄養調査から—」
灰本 元（灰本クリニック 春日井市 内科）
- ・ 症例検討 2. 「高齢者に対する塩分制限食が ADL を低下させた一例」
中村 了（渡辺病院 知多郡 総合内科）
- ・ 症例検討 3. 「ローカーボ食で笑顔が消えた症例」
村元 秀行（むらもとクリニック 千種区 内科）
- ・ 症例検討 4. 「ローカーボ食を緩めることで笑顔が増えた 2 型糖尿病の症例」
渡邊 志帆（灰本クリニック 春日井市 管理栄養士）
- ・ 症例検討 5. 「病院食を考える———自己血貯血を巡って」
米田 正始（医誠会病院 大阪市 心臓血管外科）
- ・ 症例検討 6. 「ゆるやかな糖質制限食で QOL が改善した高齢者糖尿病の一症例」
江口 まどか（小早川医院、昭和区 管理栄養士）

症例検討 (1)

「高齢と中年、男女別の主要栄養素比較 — 2型糖尿病患者の栄養調査から—」

灰本クリニック 春日井市 内科 灰本 元

目的

体重や血糖に最も影響する主要栄養素は糖質摂取量であるが、2型糖尿病において中年と高齢者の糖質摂取量や食品別糖質摂取量を比較した栄養調査はほとんど報告がない。

方法

灰本クリニックの初診2型糖尿病患者 (DM) のうち、食事療法も糖尿病薬による治療を受けていない229人を解析対象とした。HbA1c、空腹時血糖値、75gブドウ糖負荷試験 (OGTT) から得られたインスリン分泌量とISI (インスリン感受性)、血清脂質および3日間の食事日記から得られた総エネルギー摂取量、主要栄養素摂取量、食品由来の糖質摂取量を中年群 (65歳未満)、高齢者群 (65歳以降) を男女別にMann-Whitney検定を用いて比較した。”主食”はごはん、パン、麺を示し、”非主食”はそれ以外の糖質含有量が多い食品を、”その他の非主食”は非主食のうちソフトドリンク、果物、醸造酒を除いた食品を示す。

結果

1. 中年男性DM (82人) の平均年齢は 51.7 ± 9.2 歳、体重は 77.0 ± 15.9 kg、HbA1cは 8.5 ± 2.0 %、高齢者DM (43人) ではそれぞれ 71.0 ± 4.6 歳、 65.1 ± 9.2 kg、 7.5 ± 1.3 %で、これらには有意差があった。その他のOGTT関連、血清脂質には男性の中年と高齢者で有意差はなかった。対照的に、女性では中年 (57人、年齢 55.1 ± 9.0) と高齢者 (47人、年齢 69.9 ± 4.5) ではHbA1cを含むどの項目も有意差はなかった。
2. 男性の主要栄養素で中年と高齢者を比較して有意差があったのは摂取エネルギー、糖質摂取量、脂質摂取量、たんぱく質摂取量で、高齢者の糖質摂取量平均値は中年より45g (ごはん一杯分) も少なかった。食品別では主食由来の糖質 (とくに麺由来)、非主食由来の糖質で高齢者は中年より有意に少なく摂取し、果物由来の糖質だけは高齢者が多かった。
3. 女性の主要栄養素は男性とは対照的で、中年と高齢者を比較すると摂取エネルギー、糖質やタンパク質摂取量の絶対値に有意差はなかった。脂質摂取量の絶対値だけ高齢者のほうが低かった。食品由来の糖質摂取量で有意差があったのは、果物由来糖質のみで高齢者の摂取量が多かった。

考察

これらの結果は2型糖尿病では男女別、年齢別に糖質制限食の指導のあり方を変えて個別に工夫が必要であることを示唆した。女性では中年と高齢者を比べて脂質摂取量と果物由来の糖質摂取量以外に差がなかったが、男性では中年期から高齢期にかけて三大栄養素、とくに糖質摂取量が大きく低下した。中年期は仕事に多忙で昼夜と外食が多い生活をしているが、退職後は自宅で配偶者と一緒の食事を3食食べるという食習慣の大きな変化が原因と思われる。HbA1cとの相関を見ると、男性高齢者は女性高齢者と比べて有意な相関があったのは主食 (米、麺、パン) ではなく非主食由来の糖質摂取量 (とくにソフトドリンクと果物由来) だったので、それらに焦点を合わせて糖質制限を指導すべきであろう。

症例検討 (2)

「高齢者に対する塩分制限食が ADL を低下させた一例」

瑞心会 渡辺病院 知多郡 総合内科 中村 了

【背景】

- ・患者は、入院中の適切な生活習慣（食事内容を含む）を、退院後も継続できるのか？
（入院中のデータはよいが、退院後のデータは増悪するという現実）
- ・高齢者においては、生活習慣の是正が、予後改善に大きく役立つのか？
（内服薬の調整で目標値を達成した方が QOL 維持が容易なのではないか？）

【目的】

今回、入院中の食事療法が、高齢者の QOL ばかりではなく、ADL まで悪化させたという症例を経験したため、高齢者の生活習慣病治療のあり方を考えたい。

【症例】

88 歳 女性 高血圧症・不眠症・アルツハイマー型認知症・便秘症

平成 X-10 年 6 月 25 日 N 病院内科初診。スタチン・ACE-I・NTG 貼付剤など処方開始。

平成 X 年 10 月 29 日 前主治医退職につき、中村に主治医変更。

介護保険申請も (HDS-R=2 点) 要介護 4 (B1 IIIa)

平成 X+2 年 2 月 13 日 微熱・食欲不振にて救急搬送。点滴 500ml 施行のみにて帰宅。

平成 X+2 年 2 月 15 日 症状がつづくため再受診。急性気管支炎として入院。

CTRX 1g×1 回/日 補液 500ml×1 本/日

高血圧があるため、減塩食 (NaCl=6~7g/日) とした。経口摂取量は 2~3 割程度。

平成 X+2 年 2 月 18 日 解熱。急性気管支炎は治癒したものの、経口摂取量が増えず。

また、自力でポータブルトイレに移ることも困難な状況。ADL 低下を認めた。

一方で、咀嚼・嚥下機能は維持されていたため、スルピリド 100mg/日開始。

平成 X+2 年 2 月 20 日 経口摂取量は増えず。減塩食⇒常食に変更。

平成 X+2 年 2 月 23 日 5 割程度まで経口摂取量増加。まだ経口摂取量や ADL は十分回復していなかったものの、味覚や環境の影響が大きいと判断し、退院して経過観察とした。

平成 X+2 年 3 月 17 日 再診時、経口摂取量は元に戻り、ADL も回復。

以後、入院前の通常の生活を維持することができた。

【考察および結語】

- ・ 経口摂取は人間の基本的な営みの一つ
- ・ 経口摂取は身体機能の維持という観点から大切
- ・ 経口摂取は QOL の維持という観点からも大切
- ・ 各種生活習慣病には適切な食事療法が必要
- ・ ただし経口摂取をさまたげるような食事療法は本末転倒

とくに高齢者においては、辛抱を強いる食事療法のメリットが、デメリットを上回るかどうかを、よく検討することが大切である。

症例検討 (3)

「ローカーボ食で笑顔が消えた症例」

むらもとクリニック 千種区 内科 村元 秀行

症例は65歳女性。50歳のころに発症した2型糖尿病で、平成23年7月、引越しに伴って当院を初診。膵体部に膵管内乳頭状腫瘍を指摘されており、MRIで経過観察されていた。

初診時は身長156cm、体重56kgで、シタグリブチン50mgとメトフォルミン1,000mgとグリメピリド2mg投与中であったが、低血糖症状があったためグリメピリドを減量、さらに中止しながら緩やかな糖質制限食を導入した。空腹時インスリン値や、平成26年に行った75gブドウ糖負荷試験からは軽度のインスリン分泌低下が示唆されていた。食事療法に対しては積極的で、HbA1c 6%台を維持していたが、次第に体重減少をきたし、平成27年からはHbA1c 7%台となった。平成28年9月に行った1回目の食事調査では、1日あたりの炭水化物摂取量は約128gであった。これ以上の糖質制限は不適と判断し、HbA1c 値を慎重に観察したが7.5%前後であったため、平成29年8月からグリメピリド0.25mgを追加投与し、糖質制限食を緩めるよう指示した。その結果、平成29年12月に行った2度目の食事調査では1日あたりの炭水化物摂取量は約191gとなっており、体重も50kgから53kgに増加し、HbA1cは6%台となるも、現在まで低血糖症状の発現はみられず、経過良好である。本症例は3世代が同居する家族に属しており、糖質制限を自主的に厳しくしていった結果、一時的に食事の楽しみを喪失しかけていたが、微量のSU剤を追加しながら糖質制限を緩めたことが、結果的に患者のQOLを向上することになった。

症例検討 (4)

「塩分制限を緩めて食欲が増したことで心臓カヘキシーから脱却した症例」

灰本クリニック 春日井市 管理栄養士 渡邊 志帆

現病歴: 1999年～201X年11月まで当院で高血圧治療、家庭血圧135/75mmHg、162cm、75.0kg、BMI 28.5
201X年12月16日(69歳)胸痛とショック状態で①を発症、A病院へ救急搬送。

① Stanford A型解離(上行起死部～左大腿動脈まで) ②左冠動脈閉塞、心筋梗塞 ③腎前性腎不全(Cr:2.25)
当日にB病院にて人工血管置換およびバイパス手術を実施。

201X+1年1月末までA病院で心臓リハビリ開始、胸水貯留。心エコーで駆出率25%。

201X+1年2月1日当院で外来治療開始。65.2kg、ラシックス20mg、ダイアート60mg、アルダクトン25mg
+少量のβ遮断薬、ACEを服薬。その後、心不全を発症、そのたびに体重が減っていった。

4月14日、息切れで来院、両側胸水大量、65.1kg、SPO2:93%、呼吸数25回/分。

9月1日、息切れで来院、57.7kg、両側胸水、心エコーでは駆出率:26%、すでに7kgのマイナス。

管理栄養士のかかわり(2週間に1回の栄養相談):

9月1日から塩分制限(6g/日、食事日記から以前は13g/日)と水制限(800ml/日)。妻同伴、塩分が好物。
塩分を減らす方針は①汁物をやめる、②香辛料や酸味の利用、③減塩商品の活用、④調味料の成分表示を確認、
食事の塩分量を計算、食事日記。妻と患者は塩分をめぐるよくけんかになった。

9月20日、体重56.4kg、「麺類などもなくし、塩分を減らしているが食事がおいしくない」「一味唐辛子を上手く使っているよ」など意欲的。甘味(砂糖やみりん)の活用を。

10月4日、体重57.7kg。「納豆や茶碗蒸しはどうか?」「ポン酢にさらに酢を追加し、刺身はわさびのみでも食べられる」「素材の味がよくわかるようになってきた」。妻も「塩分量を考えて作るのに慣れてきた」。

11月5日、58.4kg。醤油餅からきなこ(砂糖入り)餅にするなどの工夫、「調味料をかけないことが自然になってきた」など順調な様子だが「飯がうまくない!」。水分制限を700mlへ。計算上は塩分6g以下。

12月5日、54.7kg、利尿剤を減量。わかりにくい塩分(パン粉や丸干しなど)、水分(豆腐やパンなど)の説明。

201X+2年1月30日、左胸水大量、体重56.9kg、BNP:14700、ラシックス40mgへ増量。

2月17日、54.6kg、塩分制限は順調にもかかわらず、体重減少が続き(-20kg)、なお大量の胸水貯留。

3月8日、体重55.5kg、医師から「生命予後も危ないので、好きなものを食べさせよう。」治療方針を転換。
塩分量8gに増加して食欲を増やす。体重増加のため脂質、糖質も同時に増やす工夫を指導。

3月22日、息切れで受診。57.1kg、左胸水多量。

4月以降、体重が増加。57.9kg、「たくさん食べられるようになった」、食事内容は脂質や糖質の増加ではなく
塩分だけが増えていた。再度、糖質や脂質を摂る指導。胸水軽減。尿中塩分量9.68g/日。

6月～12月、60.0～61.7kg、息切れなし。胸水軽減、塩分少なめのふりかけなど糖質を美味しく食べる工夫。

11月14日、62.2kg、食事内容から10g/日の日があり、再度8gへ指導。尿中塩分量8.0g/日。

2018年1月19日、61.7kg、胸水は軽減のまま、ラシックス40mg、ダイアート60mg、アルダクトン25mg。

感想:心臓カヘキシーになったのでやむをえずマニュアル通りに厳しい塩分制限と水制限を開始したが、厳しい塩分制限は「美味しさが減る」「塩分計算の手間が面倒くさい」から「毎日同じメニューになる」など食欲だけでなく生きる意欲を低下させてしまい、逆にカヘキシーを悪化させた。教科書通りの治療が患者を危険

な状況に追い込む場合もあることがよくわかった。そして、体力（筋力、脂肪、体重）がなければ病気と闘うことができないことを痛感した。これは抗癌剤治療中の進行癌患者の栄養指導でもしばしば感じたことであった。カヘキシー状態の患者に直面して「好きな物を好きなだけ食べさせてあげたい」という気持ちと、今回の症例のように「制限のある中でどれだけ食べさせることができるか」の狭間で、結果として体重増加が求められるこの仕事は、管理栄養士の力量が問われ、患者を支えながら命をつなぎとめる仕事だと強く思った。

心不全の患者は冬場の悪化が多い。この症例ではいかにして春先から夏場の暖かい季節に体重増をはかり、冬場に備えるかが課題となる。

症例検討 (5)

「病院食を考える-----自己血貯血を巡って」

医誠会病院 大阪市 心臓血管外科 米田 正始 楠瀬 貴士 藤原 祥司 氏家 敏巳

【背景】医療費の制約の中にあつて病院食はその栄養バランスと内容が工夫され、患者の健康を維持するだけの水準を保っているように思われる。しかし、患者の健康を増進する、いわば攻めの視点からはどうであろうか。

我々は心臓血管外科手術の一層の成績向上のため自己血輸血を積極的に行なっている。自己血は単に肝炎その他の輸血感染症の予防のみならず、術後の炎症反応を最小限とし、術後合併症の予防や早期退院の一助となっている。

その中で入院食では力不足と思われる事象があつたため、それへの対策を含めて検討を加えて報告する。

【方法】自己血貯血は術前に 400ml を 3-4 回、通常外来にて行うが、遠方患者の頻回通院による経済的負担を減らすため術前検査入院または早期本入院して貯血の一部を入院中に施行した。そのため同一患者で自宅食と病院食での血液の回復比較ができ、これらを検討した。対策前：開心術患者 6 名（年齢 48.5 ± 25.8 歳、男 3）を、対策後：同 8 名（年齢 44.6 ± 21.7 歳、男 5）を対象とした。

【結果】

自己血貯血と自己血貯血の間での各パラメータの一日あたり変化率は次の通り。

	Ht	Plt	TProtein	Albmin
対策前・外来時	-0.1 ± 0.2	0.4 ± 0.2	-0.1 ± 0.2	-0.1 ± 0.1
対策前・入院中	-0.5 ± 0.4	0.3 ± 0.4	-0.2 ± 0.1	-0.1 ± 0.1

入院中は外来時と比べて自己血貯血の後も Ht が減り続けるため、入院中の栄養強化を図った。貯血当日と翌日に焼肉を追加で食べるように指導した。

対策後・外来時	-0.2 ± 0.2	0.1 ± 0.5	-0.2 ± 0.4	-0.1 ± 0.2
対策後・入院中	-0.0 ± 0.1	0.1 ± 0.1	-0.3 ± 0.0	-0.2 ± 0.0

対策後には入院中の Ht 低下は止まり、より自己血を採りやすくなった。(対策前後での Ht 変動比較で $p=0.079$)。他項目には影響なかった。

【結語】

病院食は自己血貯血後の Ht 回復には力不足で、入院中貯血後の焼肉食追加は役立った。パワーアップを図る場合、例えば大手術後の回復のために病院食では栄養不十分である可能性が示された。

症例検討 (6)

「ゆるやかな糖質制限食で QOL が改善した高齢者糖尿病の一症例」

小早川医院 昭和区 管理栄養士 江口まどか

症例は 83 歳 男性。毎日朝夕 2 回、畑に出かけて農作業をするのが趣味。

【現病歴】 72 歳で糖尿病を指摘され近医に通院し薬物療法。2015 年、胆管炎で A 病院に入院したのを機に、糖尿病も同院で通院治療。2017 年 5 月血液検査で HbA1c 7.3 FBS 177mg/dl

Cr 1.4mg/dl, eGFR 38ml/分。血糖のコントロールを改善しないと、いずれ透析が必要になると宣告され、アマリール 0.5mg (0.25錠) トラゼンタ 5mg 叫ルタン K 錠 50mg 処方されたが服用していなかった。

併せてカロリー制限食を指導された。「ただでさえ食べている量が少ないのに、これ以上食事を制限したら父親の食べる楽しみがなくなってしまう」と危機感を感じた娘さんに連れられて当院を受診された。「薬は飲みたくない。できれば食事療法だけで治療したい」と希望された。

【診断】 2 型糖尿病, 高血圧症 (白衣高血圧), CKD

【経過】 2017 年 5 月当院初診。

<初診時検査所見>

身長 158cm 体重 53.9kg BMI 22.3 HbA1c 7.4% FBS 130mg/dl 尿素窒素 31.6mg/dl

尿酸 7.4mg/dl Cr 1.31mg/dl eGFR 40.8ml/分 1 NT-proBNP 308pg/ml

現在の食事内容を把握するため食事記録を記入していただいた。

エネルギー 1614kcal 蛋白質 87.0g 脂質 71.7g 炭水化物 152.1g

病歴より、腎機能低下の原因は過剰摂取によるものではないと考えられたため、蛋白制限は行わず、緩やかな糖質制限を実施することとした。食事調査の時点で既に毎食ご飯 100g 以下、肉、魚、野菜など非常にバランスの良い糖質制限食を実践されていたが、この内容の食事が安定して続けられるよう糖質制限の基礎を指導するとともに、このままの食事を続ければ十分に糖尿病のコントロールが可能であることを説明した。

<2017.12 月検査所見>

体重 55.7kg BMI 23 HbA1c 7.4% 食後血糖値 (1h) 153mg/dl 尿素窒素 41.6mg/dl

尿酸 6.6mg/dl Cr 1.24mg/dl eGFR 43.1 NT-proBNP 296pg/ml

前医で指導されたカロリー制限食では食事摂取量を減らすことになり、農作物を作ることを趣味とし、食べることが大好きな当人にとってはそれが大きなショックであったようだ。当院で食事内容を確認し、「現状でも十分な糖質制限が実践できており、治療はこれで十分であること」を保証してあげたことにより、ご本人および娘さんの表情が明るくなり、前向きにいろいろと工夫して糖質制限を続けることができるようになった。

腎機能の低下はあるが、あえて蛋白制限をしなかったことで、食事に対する満足度も高い。

現時点では、糖尿病のコントロールは良好であり腎機能の悪化も見られない。

緩やかな糖質制限食が本症例の QOL を改善したと考えられる。

