

生活習慣病を考える

武 田 和 久

私が井原市民病院に赴任してから診察させていたでいる患者さんの殆どが高齢者であることもあって、生活習慣病の方が多い。そして生活習慣を改めるよう指導しても、意外と病気は良くならない。私の指導が不十分なのか、それとも生活習慣が改まらない病気、例えば「わがまま病」や「でたらめ病」が根底にあって、それが難治性だから良くならないのかなど考えさせられることがある。実際にこれに関連した研究は遺伝子レベルで始まっている。厚生省の「健康日本21」構想では、生活習慣改善支援センターに類したものを設立し、生活習慣の改善を徹底的に行おうとしている。疾病の早期発見による2次予防を目的とした検診で異常が見付かっても、そのフォローが不十分で効果が挙がっていないからそれを強化し、1次予防の健康増進にも力を入れようというのは理解できる。しかし口に入れたい物を取り上げてまで、また動かたくない者を綱で引っ張ってまで動かさないと改善できない生活習慣病とはいったい何であろうか。

そもそも生活習慣病とは以前成人病と呼ばれていたものを、少しでも改善の希望を与える意味で生活習慣病と名を改めただけで、生活習慣病という疾病があるわけではなく、単なる行政用語である。遺伝的要素、環境要因も視野に入れた用語であるというのが、どうも生活習慣を悪者にしたイメージが強い。実際に生活習慣病の範疇に入るものとしては、肥満、糖尿病、高脂血症、高血圧症、血管障害、悪性腫瘍があげられている。これらの中には確かに生活習慣

に気をつけることによって改善出来そうなものもある、肥満もその一つであるが、これがなかなかの難題で、単に食べなければいいといった訳のものではない。また運動が良いといっても、運動後強くなった空腹感にどう対処すればいいのか。我慢しろとばかり言っていれば患者は来なくなる。空腹感に耐えたことに誇りを持たせようとしても、人は誇りだけでは生きていけないようである。大腸がんも高脂肪、高エネルギー食を控えることによって理屈の上からは予防できるかも知れない。しかし20年、30年食べたいビフテキもトンカツも見送って、そのあげくのがんが出てきたらその人にどの様な責任をとればいいのか。

私も40歳代までは絶対に肥れない体質だと思っていた。沢山食べて肥らなければならないと思うだけで痩せるような気がしていた。ところが50才を過ぎてから増えだした体重は、食べるものをいくら控えてみても、一万歩近く歩いてみても、一向に減る気配がない。液体燃料の7 kcal/g (アルコール)の量の計算が上手く出来てないのか、基礎代謝がかなり低下しているのかはともかく、加齢による影響は無視し得ない。従来からの成人病の名の方が適切である。

この様に生活習慣病と呼ばれているものの中に、生活習慣の改善で管理出来ないものがいくつかある。既に述べた加齢による変化に加え、性差、遺伝子異常、人種差、外的環境因子などがそうである。また管理可能な異常としての血圧、血糖、血清脂質にしても、実際には薬物によるコントロールを抜きにしては考えられない。肥満もその一つで、分子レベルでの研究が進むにつれ、特殊栄養食あるいは薬物での管理が可能になりつつある。健康診断時に測定す

る血中の尿酸, GPT, GOT, GGT, 中性脂肪, コレステロール, 血糖値および血圧の増加と body mass index の増加との間には正の相関が見られ*, 先ず肥満を解消してから受診して欲しいと言いたくなるくらいである。したがって, これら異常値へのその後の対処が不十分だとすると, 医療経済上も大変な損失である。

しかし, 減塩, 有酸素運動, 禁煙, 脂質の食事管理などを行って生活習慣を改善しただけでどれだけの延命効果があるのか evidence-based medicine に

耐えられるだけの介入研究はない。動脈硬化にしてもコレステロールのみではなく, 血管内皮細胞も重要であり, ホモシステインも今後の研究課題である。この様なことから, われわれは漠然とした生活習慣病を考えるのではなく, 個々の問題を遺伝子レベルまで掘り下げて研究し, 明らかになった事実に対して統合的に対処していくべきであろう。

*, 「Body Mass Index と各検査値異常頻度との関連」: 井原市民病院医学紀要 Vol. 2, 2001を参照のこと。