亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

【舌痛症：わたしの亜鉛補充療法の実践】⑫

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2022年 5月31日(火)18時59分44秒

多剤服用者の舌痛症例です。

【T・Kさん】　79歳　女性

【基本症病名】舌痛症　亜鉛欠乏症
【初診】2021.09.06.
【既往歴】高脂血症　高血圧症　逆流性食道炎　脊柱管狭窄症等　緑内障
　上記疾患にて長期にわたって、かかりつけ医に受診中。
　6年前に舌痛症、口内違和感２～３ケ月。漢方、うがい薬、塗り薬等で治癒。
【主訴・現病歴】舌痛、口唇のピリピリ感。舌・口腔内に肉眼的異常所見なし。
　2021.03月頃から舌痛、口唇のピリピリ感が生じた。舌尖、舌の両側面の痛みで、義歯による痛みかと考えて、Ｕ医療センター口腔外科受診。『何でもない。気にするな。』といわれた。
　舌痛は何かしている時、運動している時は忘れている。食事時、睡眠時は痛みなし。
　舌痛の程度に余り変動ない一定の痛み。
【医療・薬剤関係】
　ﾘﾋﾟﾄｰﾙ､ｱﾑﾛｼﾞﾝ、ﾈｷｼﾁｳﾑ、ﾓｻﾌﾟﾘﾄﾞ、ﾘﾘｶ､ﾗﾛｷｼﾌｪﾝ、ｿﾗﾅｯｸｽ、点眼薬等々
　＜検査所見＞ほぼいわゆる基準値ない。Zn：84(初診時測定)
【食事関係】食欲はある。自覚的に味覚に問題なし。皮膚の皮疹、掻痒等なし。

【治療経過】
　2021.09.06 亜鉛とキレート作用のある薬剤や吸収障害を生ずる薬剤含めての多剤服用者である
　6年前の経過、舌痛の性状より亜鉛欠乏症による典型的な、いわゆる舌痛症であるので、初診時一般血液検査と血清亜鉛測定用の採血をし、2週間のﾌﾟﾛﾏｯｸによる『標準的補充療法』を初診時より開始した。

　舌痛の症状以外には他にはあまり亜鉛欠乏の症状を伴っていないが、いわゆる舌痛症に典型的な性状の舌痛であり、多くの服用薬剤も亜鉛不足を引き起こし易い薬剤が多いので、亜鉛欠乏による舌痛症である可能性が高い。初診時の採血をして、直ぐに、亜鉛補充療法を開始した。

　症状の改善が認められなかったり、血清亜鉛値の変動が燻る場合には、絶対必要なものを除き、常用の薬剤の変更等を、かかり付け医にお願いする可能性もあることを、患者に一応説明した。

【コメント】
　2022.04.02のこのＴｅａＣupに投稿したごとく、富田寛著【味覚障害の全貌】に多くの味覚障害を生ずる薬剤が載せられている。勿論、これ等の薬剤総てが亜鉛を通しての味覚障害に関与しているものとは言えないが、しかし、驚くほど多数の薬剤が味覚障害に関与していると言うべきで、本当はもっと多くの薬剤が関与している可能性がある様に思われる。
　兎に角、本症例では、その多くが処方に含まれていて、この症例ではどれが主に関与していてもおかしくない。まだまだ、殆んどの医師が知らないことであるから、これから気を付けて行くよりない。

　2021.09.15　舌尖の痛みが軽くなったような気がする。
　2021.10.06　ﾌﾟﾛﾏｯｸ夜中に服用したら胃が痛くなった気がして、しばらく服用せず。
　　＜Zn:77＞
　2021.10.11 内視鏡検査で問題なかったので、服用開始。舌尖、右側の痛みは初診時の5/10。
　2021.11.17　両側の痛み無くなって、舌尖のみの痛み。夜起きた時舌尖のみに初診時の3/10
　　＜Zn:88＞
　2021.12.15　舌痛は舌尖だけになり。昼間は忘れること多くなる。骨粗鬆症の薬、ﾘﾘｶも中止。
　　＜Zn:107 ＞
　2022.01.19　舌の痛み舌尖と左側にまだあるが、12月よりも良くなった。
　　＜Zn:136＞
　2022.03.30　舌痛、自覚症状忘れている。困ったことなし。不要薬の減はかかりつけ医に。
　　＜Zn;98＞
　2022.05.25　まだまだ、必要でない薬ありそう。常用薬の徐々の整理はかかり付け医に！！
　　当分の間、特別の問題なく。ﾌﾟﾛﾏｯｸ２Tを維持量１Tとして60日処方する。

【コメント】

ヒトの体は不思議なもので、合成化学物質への反応はヒトぞれである。確かに、薬剤の副作用とて、ヒトそれぞれによることは当然のことで、亜鉛とのキレート作用のある薬剤であるからといって、総てが亜鉛欠乏の原因になっているわけでないことは、当然である。ただ、多くの亜鉛欠乏症の症例を診ていると、その常用されている処方に出現する頻度の高い薬剤が目立つ。その様な薬剤をマークして行く必要がある。
本例はっかり付け医との関係が良好であるので、絶対必要な薬剤以外、問題のありそうな薬剤の整理を徐々に、患者と医師の間でしていただくことにしたい。

http://www.ryu-kurasawa.com

難治性亜鉛欠乏症と薬剤

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2022年 4月 6日(水)19時50分43秒

こんなにも多くの薬剤が亜鉛欠乏症の発症、難治に関係しているとは！！
多くの医師は勿論、薬剤師も、薬学者もこの事実を知らないと思われる。
是非、是非、亜鉛欠乏症の医学・医療に携わる人々、関連する人々は心にとめて欲しいと思う。

亜鉛欠乏症を起こす可能性のある薬剤(その１)及び(その２)～舌痛症に関連して～を投稿日：2022年 4月 2日(土)　亜鉛欠乏症についてのこのTeaCup上に投稿した。
参考資料：味覚障害を起こす薬剤①、②（冨田寛著【味覚障害の全貌】より引用）
注：引用した冨田寛著【味覚障害の全貌】のそれぞれの表は＜味覚障害を起こす薬剤＞である。当然、味覚障害＝亜鉛欠乏症ではない。本書発刊の2011年時には当然のこと、現時点でも味覚障害が総て亜鉛欠乏によるとは、キッといえないと考える。例えば、腫瘍用剤の多くは細胞毒である作用機序が直接味蕾細胞等に作用している可能性が充分考えられる。また、少数と思われるが、亜鉛に関係ない突発性味覚障害の存在も否定はできない。

その様な例外が存在するが、現在は亜鉛欠乏症が味覚障害を引き起こす主要な原因

と考えられており、舌痛症も、また、同様に一部の例外を否定する者ではないが、前記薬剤の多くが亜鉛不足と関連して、舌痛症を引き起こし、その難治化に関係していると考える。

【舌痛症：わたしの亜鉛補充療法の実践】シリーズもこれまでに10症例を呈示したが、その発症に薬剤が関与しているものが多いことに気づかれていると思うが、当然のこと、多剤服用例には、亜鉛欠乏症が多く、難治化の傾向があること、特に、多医療機関受診の症例には難治例が多いこと容易に予測されよう。その様な症例をも含めてもうしばらく、舌痛症例を中心に呈示する。
　その強弱は別にして、亜鉛欠乏を起こす薬剤は、まだまだ、これら以外にも多く存在するものと考える。多くの関係者、特に、薬剤師、薬学者の皆様のお知恵を拝借したいものと思う。
　また、亜鉛欠乏症に関心を持ち治療に当たる医師で、しばしば、高頻度に併用されている薬剤名が存在したら注意を払っていただきたいと思う。

http://www.ryu-kurasawa.com

亜鉛欠乏症を起こす可能性のある薬剤(その2)～舌痛症に関連して～

投稿者：倉澤 隆平
投稿日：2022年 4月 2日(土)21時59分41秒

こんなにも多い亜鉛欠乏症を起こす可能性のある薬剤（その２）～舌痛症に関連して～
参考資料：味覚障害を起こす薬剤②（冨田寛著【味覚障害の全貌】より引用）

【【消化器官用剤】】
【止瀉剤】
塩酸ロペラミド（ロペミン）
【鎮吐剤】
メトクロプラミド（プリンペラン）
【消化性潰瘍用剤】
オメプラゾール（オメプラゾン）、ランプラゾール（タケピロン）、レバミピド（ムコスタ）、◎ L-グルタミン（グルミン）、ゲファルナート（ゲアニール）、塩酸ラニチジン（ザンタック）
「ファモチジン（ガスター）、クエン酸モサプリド（ガスモチン）」
【食欲抑制剤】
マジンドール（サノレックス）

【【呼吸器用剤】】
【鎮咳剤】
塩酸クドフェダノール（コルドリン）
【気管支拡張剤】
プロピオン酸ベクロメタゾン（アルデシン）

【【ホルモン剤】】
◎タナゾール（ボンゾール）、酢酸プセレリン（スプレキュア）、酢酸リュープロレリン（リュープリン）、ミトタン（オペプリム）、糖質コルチコイド
【抗甲状腺剤】
◎チアマゾール（メルカゾール）、プロピルチィオウラシル（プロパジール）

【【泌尿器用剤】】
◎クエン酸シルデナフィル（バイアグラ）
【排尿障害治療剤】
塩酸プロピベリン（バップフォー）、◎塩酸オキシプチニン(ポラキス)
「ナフトビジル（アビショット）、塩酸タムスロジン（ハルナール）」

【【肝臓疾患用剤】】
チオプロニン（チオラ）、グルタチオン（タチオン）、◎プロトポルポルフィニナトリウム（プロルモン）
【ビタミン剤】
エトレチナート（チガゾン）、◎ビタミンＢ2酪酸エステル（ハイボン）、アルファカルシドール（アルファロール）

【【糖尿病用剤】】
アルカボース（グルコバイ）、グリボース（ベイスン）、グリクラジド（グリミクロン）、〇塩酸メトホルミン（メルビン）、グリペンクラミド（オイグルコン）

【痛風治療剤】
〇アロプリノール（ザイロリック）
【骨粗鬆症治療薬】
〇イプリフラボン（オステン）
【リュウマチ治療薬】
◎D-ペニシラミン（メタルカプターゼ）、プシラミン（リマチル）オーラノフィン（リードラ）、
【習慣性アルコール治療薬】
ジスルフィラム（ノックビン）
【禁煙補助剤】
ニコチン

【【抗アレルギー剤】】
メキタシン（ゼスラン）、イプジラスト（ケタス）、塩酸アゼラスチン（アゼプチン）、塩酸エビナスチン（アレジオン）、塩酸セチリジン（ジルテック）、テルフェナジン（トリルダン）、フマル酸ケトチフェン（ザジテン）、ブランルカスト水和物（オノン）、ベタメタゾンｄーマレイン酸クロルフェニラミン（セレスタミン）、塩酸プロメタジン（ピレチア）、
【【腫瘍用薬】】
ジクロホスファミド（エンドキサン）、メトトレキサート（メトトレキセート）、カルモフール（ヤマフール）、テガフール（フトラフール）、テガフール・ウラシル（UFT）、ドキシフルリジン（フルツロン）、フルオロウラシル（%―FU）、テガｆールーギメスタット（チーエスワン）、塩酸ピラルビシン（テラルビシン）、ドキタキシル水和物（タキソテール）、硫酸ビンデシン（フィルデシン）、硫酸ビンブラスチン（エクザール）、カルボブラチン（パラプラチン）、塩酸ファドロゾール（アフェマ）、塩酸ミトキサントロン（ノバントロン）、シスプラチン（ランダ）、フルタミド（オダイン）、塩酸ドキソルシン（アドリアシン）、硫酸ビンクリスチン（オンコビン）
【免疫抑制剤】
◎アザチオプリン（イムラン）

http://www.ryu-kurasawa.com

亜鉛欠乏症を起こす可能性のある薬剤(その１)～舌痛症に関連して～

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2022年 4月 2日(土)21時52分59秒

こんなにも多い亜鉛欠乏症を起こす可能性のある薬剤(その１)～舌痛症に関連して～
参考資料：味覚障害を起こす薬剤①（冨田寛著【味覚障害の全貌】より引用）

【【循環器用薬】】
【血圧降下剤】
◎カプトリル（カプトリル）、◎アラセプリル（セタプリル）、〇マレイン酸エナラプリル（レニベース）、シラザプリル（インヒベース）、塩酸イミダプリル（タナトリル）、塩酸デラプリル（アデカット）、塩酸ベナゼプリル（チバセン）、リシノプリル（ロンゲス）、◎メチルドパ（アルドメット）、塩酸ヒドララジン（アプレゾリン）、◎ロサルタン（ニューロタン）、ニプラロジゾール（ハイパジール）、シルニジピン（アテレック）、塩酸マニジピン（カルスロット）、塩酸セリプロロール（セレクトール）、酢酸グアナベンズ（ワイテンス）
「ACE阻害剤」ペリンドブリルエルブミン（コバシル）、塩酸キナプリル（コナン）、塩酸テモカプリル（エースｋール）
「アンギオテンシンⅡ受容体拮抗剤」
カンデサルタンシレキセチル（プロブレス）
「β遮断薬」
セレクトール、酒石酸メトプロロール（セロケン）
ほか：バルサルタン（ディオバン）
【血管拡張剤】
〇塩酸ニカルジピン（ペルジピン）、ベシル酸アムロジピン（ノルバスク）、トラピジル（ロコルナール）、◎ニフェジピン（アダラート）
◎ 塩酸ジルチアゼム（ヘルベッサー）、〇ジピリダモール（ペルサンチン）、塩酸ジラセブ（コメリアン）、塩酸イソクスプリン（スファラジン）、塩酸サルポグレラート（アンプラーク）、塩酸チクロピジン（ハナルジン）
【利尿剤】
◎フロセミド（ラシックッス）、◎アセタゾラミド（ダイアモックス）、◎スピロノ

ラクトン（アルダクトン）、チアジド系（フルイトラン）
【脂質異常症用剤】
〇シンバスタチン（リポバス）、〇ブラバスタチン（メバロチン）、フェノフィブラート（リピデイル）、ベザフィブラート（ベザトール）、クロフィブラート（アモトリール）
「アトルバスタチンCa'（リピトール）、フルバスタチン（ローコール）、コレスチミド（コレバイン）」
【不整脈用剤】
塩酸アオミダロン（アンカロン）、塩酸メキシトレチン（メキシチール）、酢酸フレカイニド（タンボコール）、塩酸プロパフェノン（プロノン）、塩酸プロプラノール（インデラル）

【【中枢神経用剤】】
【抗パーキンソン剤】
◎レボドパ（ドパストン）、◎レボドパ・カルビドパ（ネオドパストン）、塩酸セレギリン（エフピー）、メシル酸ペルゴリド（ペルマックス）、塩酸トリヘキシフェニジル（アーテン）、塩酸メチキセン（コリンホール）
【抗てんかん剤】
〇カルマバゼピン（テグレトール）、フェニトイン（アレビアチン）
【催眠・鎮痛剤、抗不安剤】
〇ロフラゼプ酸エチル（メイラックス）、トリアゾラム（ハルシオン）、クアゼパム（ドラール）、◎ニトラゼパム（ネルボン）、〇エスタゾラム（ユーロジン）、ゾピクロン（アモバン）、フルラゼパム（インスミン）、メタゼパム（レスミット）、フルトプラゼム（レスタス）、ジアゼパム（セルシン）、クロルゼジアゼポキシド（バランス）、オキサゾラム（セレナール）

【【精神神経用剤】】
【三環系抗うつ剤】
塩酸ノルトリプチリン（ノリトレン）、塩酸イミプラミン（トフラニール）、塩酸アミトリプチリン（トリプタノール）、マレイン酸トリミプラミン（スルモンチール）、アモキサピン（アモキサン）、塩酸クロミプラミン（アナフラニール）、塩酸トラゾドン（レスリン）、塩酸ロフェプラミン（アンプリット）、塩酸ドスレピン（ブロチアデン）
【四環系抗うつ剤】
塩酸マプロチリン（ルジオミール）、塩酸ミアンセリン（テトラミド）
【抗精神病薬】
ゾテピン（セトウス）、マレイン酸トリフロペラジン（トリフロペラジン）、ハロペリドール（ハロマンス）、炭酸リチウム（リーマス）、クロルプロマジン（ウインタミン）
【骨格筋弛緩剤】
◎バクロフェン（リオレサール）、ダントロレンナトリウム（ダントリウム）、〇メトカルバモール（ロバキシン）、フェンロバメート（スパンドール）
【自律神経用剤】
〇ガンマ―オリザノール（ハイゼット）

【【解熱鎮痛消炎剤】】
インドメタシンハルネシル（インフリー）、イブプロフェン（ブルフェン）、アミノプロフェン（ミナルフェン）、スリンダク（クリノリル）、チアプロフェン（スルガム）、マレイン酸プログルロメタシン（ミリダシン）、ジクロフェナクナトリウム（ボルタレン）、ロベンザリットニナトリウム（カルフェニール）、◎アスピリン（アスピリン）、メフェナム酸（ポンタール）アセメタシン（ランツジール）
「メロキシカム（モービック）、セフェゾラク（ジソペイン）、アクタリット（モーバー）」

http://www.ryu-kurasawa.com

【舌痛症：わたしの亜鉛補充療法の実践】⑩

投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2022年 3月15日(火)22時16分40秒

O Mさん　81歳　女性

【基本症病名】舌痛症 口腔内違和感、痒疹、亜鉛欠乏症、DM、逆流性食道炎。
【初診】2021.09.06.
【既往歴】2015～DMで、高血圧で薬、2020.06 肺Caで手術。下腿の痙攣：漢方薬。
2020.12.20 味覚障害、Zn:57, ﾎﾟﾗﾌﾟﾚｼﾞﾝｸ２T の投与を受けたことがある。最近で

は舌痛もあり、3M前から今日まで、プロマックの連日投与をされているのだが、良くならない。舌痛症は難治で、なかなか良くならない。我慢しなければと言われているとのこと。

【主訴・現病歴】
2020.12～味覚障害、舌痛症、痒疹　持病に対しての多剤服用がある。
現在も、味覚障害は味覚がはっきりしない、舌ザラザラ、口内が朝苦い感じ。キムチは駄目だ。
舌痛は刺激があるものを食べるとチクチク、舌前方の痛み。ただ、睡眠時は舌痛なし。
＜医療・薬剤関係＞ ﾌﾞﾗﾊﾞｽﾀﾁﾝ、ﾀｹｷｬﾌﾞ、ﾈｼｰﾅ、ﾆﾌｪｼﾞﾋﾟﾝ、漢方薬。ポラプレジンク
舌に肉眼的異常所見なし。
＜食事関係＞ 偏食等、食事特に変わりなく、食欲あり。

【治療経過】
2021.09.06 80歳の女性で、高血圧、高脂血症、DM等々の疾病を持ち、味覚障害や口腔内違和感を合わせ訴えるいわゆる舌痛症患者である。かかり付け医により、血清亜鉛値を測定されていたが2021.05.30【現代日本の国民病 亜鉛欠乏症】の発刊を信濃毎日新聞の記事で知ってから、プロマック２T/分２の基準の亜鉛補充療法が、改めて、初診時まで３ケ月間施行されているが、効果が見えないので、どうなのか？心配とのことで、受診した症例である。
問診から患者とかかり付け医のDr.Yとの関係はたいへん良好と考えられたので、現状ではこれまでの治療を継続していただいて、当診療所では亜鉛補充療法の経過を追跡して、意見を述べることとして先ず全身の状態と亜鉛欠乏状態の検討を行うこととした。
血算。血液生化学、血清亜鉛値の測定をした。
＜Zn:74　Al-P:＞ 一般検査には治療を受けている疾患の特別のことなし。

2021.09.15 これまでの諸疾患治療と亜鉛補充の多剤服用を続けるが、3ケ月間の標準的亜鉛の処方では効果がハッキリしないので試みにプロマックD75 2T/タ1回服用に変更をお願いした。

2021.10.20 服用法を変更して、なんとなく痛みがなくなった。口内の苦みも言われてみるとない。キムチを試みに食べてみて。
＜Zn:76　Al-P:127＞

2021.11.17 舌痛は治まっている。口内の苦みもない。2020.11.02 の(Dr.Y測定)Zn:57であった。
かかり付け医での亜鉛補充療法前の血清亜鉛値は明かに低値で、その後の経過を含めて、典型的な亜鉛欠乏による舌痛症であり、キッと高脂血症のスタチンはじめ薬剤による亜鉛欠乏症である可能性が最も考えられる。
＜Zn:88 Al-P:130＞

2021.12.20 1W前ごろ、2～3日ほど舌、歯肉に痛いことがあったが治癒した。口内の荒れの感じはまだある。苦味はない。
＜Zn:80 Al-P:123＞

2022.01.16舌痛と口腔内の苦みよいが、舌の荒れや乾きは、まだ気になる。患者の一番の苦痛は軽快したが、血清亜鉛値の動きも、症状も、まだ、根抜けになったとは言えない。今後亜鉛不足を生じた原因疑いのある薬剤の検討を進めるべく、主治医にお願いの連絡をした。
＜Zn:88 Al-P:121＞

2022.02.21 一番の原因と考えるｽﾀﾁﾝから、DrYにより、一時中止の試みが開始された。
＜Zn:93 Al-P:115＞

【コメント】
①多剤服用と言うよりは典型的な吸収障害やキレート作成の可能性のある数種の薬剤を服用してる典型的な味覚障害と舌痛症の患者さんである。亜鉛不足を生ずる作用の強弱は別として、殆んどの医師や薬剤師は勿論、薬学者達も考えてもいなかった多くの薬剤があるらしいことをここでは表明しておきたいと思う。近日中に一部別稿でまとめる予定。
②かかりつけ医の理解，協力が必要で、その意味では多剤服用で、多医療機関受診者の亜鉛欠乏症の治療は難治である。このことは舌痛症に限らず、他の欠乏症、例えば、褥瘡においても難治であると考え得る。

http://www.ryu-kurasawa.com

オンライン講演会情報　投稿者:一読者」 投稿日:2022年 3月 6日(日)20時04分59秒

■■■ノベルジン「低亜鉛血症」適応追加5周年記念 オンライン講演会■■■
3/8（火）開催！ 「味覚における亜鉛のはたらき」

https://kenkyuukai.jp/nobel/jmedj/login_rectangle.asp?eid=51677&sid=2301

https://kenkyuukaijp/nobel/jmedj/login_rectangle.asp?eid=51677&sid=2301

【舌痛症:わたしの亜鉛補充療法の実践】⑨　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2022年 3月 6日(日)16時27分46秒

N N さん 71歳　女性

【基本傷病名】舌痛症　亜鉛欠乏症　食欲不振　味覚障害　不眠症
【初診】2021.07.07.
【既往歴】2015年頃まではOK.
3年程前からアフタ性口内炎、口角炎がしばしば発症している。
２年程前頃までは胃については自信があった。最近胃がおかしい、むかむかした感じのことあり。=>内視鏡=>逆流性食道炎？その後歯科で地図状舌発見された。
2020年頃から、食欲不振や消化器系の不調、舌痛が発症するようになる。
＜亜鉛欠乏症状＞食欲減、舌痛症、味覚障害、口内の苦み(口腔内違和感)、口内炎、口角炎。舌痛：火傷をしたような舌のヒリヒリしたような痛み。

【主訴・現病歴】
2020.01 胃がおかしい。むかむかする感じ(つわり様)、食欲が落ちた(米飯1/2に減)。
内視鏡で胃粘膜の萎縮、逆流性食道炎？で＝＞ｶﾞｽﾓﾁﾝ1Tの処方＝＞舌痛発症し、ｶﾞｽﾓﾁﾝをﾀｹﾌﾟﾛﾝﾝに変更するも、症状は軽快せず。『この病気は治らない。もっと酷い人も沢山いる』と告げられた。2020.04～09　地図状舌であること判明、うがい薬の投与。＜Zn:70であった。＞2.5か月間程の期間ﾌﾟﾛﾏｯｸ服用。2021.01 ﾀｹｷｬﾌﾞ　１T追加投与される。
体重：64kg=>56.4kg 皮膚掻痒感などなし。

＜医療・薬剤＞　ﾀｹｷｬﾌﾞ1T、ｶﾞｽﾓﾁﾝ3T、ﾏｲｽﾘｰ1T、ﾋﾞﾀﾐﾝB群（昔から）　胃内視鏡

【診療経過】
2021.07.07 舌のひりひり感は火傷をした様なひりひり感。酸っぱいもの、ショッパイものが滲みる。熱いものもダメ。味は判る。ミカンなど柑橘類、今年の正月より食べず。コーヒーだめ。息子は味が薄いと言う。肉眼所見：舌確かに地図状の舌状態である。初診時の血算・血液生化学・Zn検査。
症状、経過より（アフタ性口内炎、口角炎、胃もたれ様症状、食欲不振、舌痛、口腔内違和感、味覚障害等々）、亜鉛欠乏症であること間違いなく、初診より、基本の亜鉛補充療法を再開する。
『ﾀｹｷｬﾌﾞ、ｶﾞｽﾓﾁﾝ不要なら中止を！ﾀｹｷｬﾌﾞは亜鉛不足に関係あり』と話す。
＜Zn:78 Al-P:65＞(07.07の初診時採血データ)

2021.08.04 プロマックを服用して、特に問題なし。これまで常時ヒリヒリしていたのが、減少し、３週間過ぎから、あまり気にならなくなった。舌に斑点(地図状舌)、そこが痛かったが、減少して来た。

刺激あるものは食べないようにしている。米飯、刺身、肉類美味しくない。食欲減、未だ替わらず。
07/12～07/18にアフタ性口内炎発症・治癒、以後発症なし。口角炎ﾌﾟﾛﾏｯｸ服用後発症なし。
体重：57kgに。味覚検査は検査：まあまあか？
＜Zn:101 Al-P:63＞

2021.09.01　タケキャブ、モサプリドは中止して、特別の問題なし。もやもや感、もたれ感なし。
食慾が出てきた。割と何でも食べられる様になってきた。米飯の味も普通になってきたし、刺身、肉も食べてみたいと思うようになって来た。口内の苦み軽くなった。梅酢、ミカンはまだ食べない。地図状舌はきれいになった。　口内炎、今月は発症せず。舌痛もない。
＜Zn:107 Al-P:61＞

2021.10.06 口角炎、先月少し発症したが、すぐ治癒。アフタ性口内炎はこの2ケ月発症せず。現在服用薬はプロマック＋ﾏｲｽﾘｰのみ、食欲出て、ご飯の味が出て美味しくなり、体重１ｋｇ増加。皮膚も艶が出てきた感じ。

2021.11.17 舌痛他の諸症状すべてなくなった。ビール､ｶﾚｰはまだ食べず。ミカン、梅酢は、まだだめ、酢の酸っぱさはOK。コーヒーは少し飲めるようになった。
プロマックをどの様に減量すべきか？
＜Zn:111 Al-P:70＞

2022.01.12 舌痛殆んど良い。胃の薬不要。おもちも食べられ、普通の食事で回りも良く食べると言う。体重：58ｋｇ。みかん食べられた。カレーもあまり辛くなければ可。プロマック服用時々忘れる。舌苔なく、きれい。
＜Zn: 111 Al-P:＞

2022.03.02　2月中旬、チョット口角炎になったが、その他は舌痛は勿論、口腔内の症状。問題。これまでの胃腸の不調もなし。
「舌痛症、なかなか治らないと言われていた。どうしてなのか、心配で、心配で。胃の具合が悪いのか、と思っていた。本当に良かった。皮膚も良くなったし、ズーと服用していたい」
『もうそろそろ治療は終了でもよいが、最初に何故亜鉛不足となったかの検討は必要。』ただ、『これだけの経験をしたので、治療法も理解できたでしょうから、一度プロマックをやめてみるのもいいのでは！！症状が出てきたらまた補充すればよい。』

【コメント】
亜鉛欠乏症による舌痛症はじめ多くの典型的な多彩な亜鉛欠乏症症状を合併した症例。幸い、種々雑多な薬剤で治療されていなかったので、典型的な吸収阻害作用のあるPPIの除去と亜鉛補充療法で容易に症状を改善することが出来た。ただ、PPI使用までの口内炎や口角炎の発症の亜鉛不足が何故生じたかの検討が必要。

http://www.ryu-kurasawa.com

【舌痛症:わたしの亜鉛補充療法の実践】⑧

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2022年 2月13日(日)20時22分19秒

【T.R.さん】　75歳　女性

【基本症病名】舌痛症（アフタ性口内炎）　小食 亜鉛欠乏症
【初診】2021.10.11.
【既往歴】2020.08頃、舌痛があって歯科受診。舌の裏側にアフタ性口内炎２～３ケあり、口腔外科へ紹介された時、治癒していた。舌癌であってはいけないと組織診の採取で、問題なしとされる。2021年春ごろ、お茶での熱傷かと思ったが、舌尖がひりひりと痛み、現在にまで至る。

【主訴・現病歴】舌尖のひりひりとした痛み。2021年春ごろから受診時まで続く。痛みの場所は、ズーっと舌先端だけ。睡眠時は問題ないが、朝起きると痛みを感じ、食事中は痛みなし。食慾良。テレビや仕事中に痛み感じない。舌・口内の苦みなど異味・違和感なし。
＜舌・口腔内に肉眼的異常所見なし＞
＜医療・薬剤関係＞高血圧症でｱﾑﾛｼﾞﾝの服用(亜鉛不足の一原因の可能性あり)。アフ

タ性口内炎は2020年時が初めて、その後発症なし。口角炎なし。皮膚問題なし。
＜食事関係＞偏食なし。食慾良＝＞その後、小食であったことに気が付く。

【治療と経過】
2021.10.11 診断確定と治療のため初診時点の血算・一般血液生化学・血清亜鉛値測定の採血をし、初診時よりプロマック75D 2T/朝夕分２の標準的亜鉛補充療法を開始する。
＜Zn:72 Al-P:72＞

【コメント】症状の性状（③の典型的症例とよく似ている）及びその経過、アフタ性口内炎の既往、舌の所見より臨床的にいわゆる舌痛症として問題なく、初診時よりZn値のデータを待たず亜鉛補充療法を開始した。また、大部分のアフタ性口内炎は亜鉛欠乏の可能性が高く、判断に影響(＋)

2021.11.08　亜鉛補充療法を開始して、痛みの程度軽くなり、発症が少なくなった。これまで朝起きると痛みを感じ、その後午前中に2回ほど痛みが生じていた。最近は、毎朝痛みは生ずるが、その後の痛みの発症は週1/2程度となり、痛みの程度5/10程に軽くなり、ひりひりの痛みなし。
＜Zn:98 Al-P:76＞　多くの亜鉛欠乏症例では補充療法開始1ケ月前後で急上昇。（典型的）

2021.12.06　痛みの程度はさらに軽くなった。朝起きた時、まだ痛みがあると感ずる。痛みが舌先なのかどうか？ハッキリしなくなった。食事、食欲も、果物、ワサビ、辛子も問題なし。
＜Zn:99 Al-P:91＞
亜鉛値の変化の経過からも、この患者の舌痛は亜鉛欠乏症によることは間違いない言ってよい。今後、身体内の亜鉛充足したか否か。この患者の固有の適切な血清亜鉛値の確定と亜鉛不足の原因を推定のため等の検査用に採血。亜鉛補充療法は継続とし、特別のことがなければ2ヵ月後の再診予約とした。

【コメント】本症例はアフタ性口内炎の既往がある舌痛症で、舌痛の性状は亜鉛補充療法の実践③の典型例と殆んど同じく舌に肉眼的異常所見がなく、症状的に亜鉛欠乏症のいわゆる舌痛症と言ってよい。初診時及びその後の血清亜鉛値測定は亜鉛補充療法時の亜鉛濃度の変動・亜鉛充足時の血清亜鉛値と共に、この患者の固有の適切な亜鉛値の推定等に大切である。

2022.02.07　朝起きても痛みを感じなくなった。熱い、冷たい食事で困らず。普通の生活で困ったことなし。舌痛症の治療はここまででもよいが、亜鉛が飽和したかの追跡をする。
◎食欲が出て、これまで小食であったことに気が付く。小ぶりのご飯茶碗に1/2であったものが、1杯食べたくなった。歳を取って食べられなくなったものと思っていた。

【コメント】亜鉛欠乏を生ずる原因として、多くの薬剤が上げられている。薬剤については驚くほどキレート作用等化学的結合の可能性のある薬剤は多い。まとめて記載する予定。

＜本症例は幸いなことに服薬はｱﾑﾛｼﾞﾝ1剤のみであり、亜鉛不足の主要因かは別にして、治療も容易であった。亜鉛欠乏の原因については別に稿を改めるが、薬剤が難治症例の原因となっていること多く、特に、多剤服用、多医療機関受診患者は、当然、難治症例が多い。
大部分のいわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症であるが、補充療法での難治例はまず服用薬剤の検討が必要でである。＞

＜もう、十数年余も前から、(大部分の)舌痛症は亜鉛欠乏症であると多くのデータを揃えて主張してきたが、大新聞などのマスコミの医療相談欄では、しばしば、舌痛症の専門家と称する教授たちが、『亜鉛不足もあるが原因不明で、精神的問題とか、気の持ち様とか？、、、、』と述べていることが多い。その様な回答の前に、論理的亜鉛補充療法と服用薬のチェックをされることを勧めたい。＞

http://www.ryu-kurasawa.com

舌痛症:亜鉛補充療法をしても治らない？どうしたらよいか！！　投稿者:倉澤隆平　投稿日:2022年 1月 6日(木)20時03分5秒

稲葉 友子様

昨年11月に本掲示板に投稿や診療所への電話で相談のあった舌痛症、口内異味・違和感を訴えられていた患者さんで、亜鉛欠乏症として、ﾉﾍﾞﾙｼﾞﾝの投与を受けたが、薬としてのﾌﾟﾛﾏｯｸとﾉﾍﾞﾙｼﾞﾝは違いがあるか？との質問も受けました。

血清亜鉛値が：55(10/26)=.>100(11/24)=>146(2/28)。そして、高ｺﾚｽﾃﾛｰﾙへの薬を11/28には中止した。しかし、現在も､舌痛が良くならない。なんとかして！！とのことかと思います。

さて、電話でのお話は記録に残してありませんので､詳細は、現在、不充分ですので、このﾒｰﾙの内容には一部、間違いがあるかも知れませんし、ﾒｰﾙでは不充分のこともあるかと考えますが、ポイントのみ回答します。
①舌痛症の診断について＝＞亜鉛欠乏症による舌痛症でよいでしょう<=>血清亜鉛値の変動＋α。

②亜鉛補充療法がされているのだが、未だに舌痛が治まらない。何故？治まらないのか？
＝＞初診時の血清亜鉛値:55の数値とその後の血清亜鉛値の変動をみると、かなり重症の欠乏症であることが予測されます。亜鉛欠乏症を血清亜鉛値の数値だけを見て、診断をする一派の医師達がいて困ったことですが、人間の身体に亜鉛が充足されるには、それなりの時間が必要です。
＝＞徐々に軽快し、時にはぶり返して、徐々に徐々に治癒して行きます。
＝＞【亜鉛欠乏症のホームページ】や【現代日本の国民病 亜鉛欠乏症】三恵社等を参照下さい。

③亜鉛補充療法でなかなか効果が出ない症例の多くが多剤服用の患者さんです。もっとも、一剤でも、例えば、高脂血症の薬や骨粗鬆症で常用している薬、胃や逆流性食道炎の薬でも、高血圧の薬やビタミン剤でもありえます。
＝＞必要な薬は別ですが、不要な薬は出来るだけ飲まないことです。

この間に、メール、電話での情報(一部不充分かも)によると、服用薬剤は耳鼻科の漢方薬とｱﾃﾞﾎｽ.ｺｰﾜ、それに11月に止めた高ｺﾚｽﾃﾛｰﾙの薬、精神安定剤に睡眠薬、それに断続的ですが、抗真菌薬の服用とのことです。もしかすると、もっと申告漏れの薬があるのかも知れません。兎に角、日頃、継続して服用している薬を、サプリメントも含めて総て洗い出して見て下さい。

【コメント】これまであまり知られていなかったのですが、亜鉛はキレート作用などで多くの化学物質と結合し易い性状があり、活性の化学物質である多くの薬剤と結合し、吸収され難くなったり、性状が変化したりで、微量なるが故に欠乏し易いのです。現在、多くの医師・薬剤師は勿論、薬学者も、製薬会社・国も、このことを知りません。これからキッと大きな問題となるでしょう。

http://www.ryu-kurasawa.com

口の中と舌の痛み

投稿者:稲葉友子　投稿日:2022年 1月 4日(火)12時45分38秒

以前お世話になりました稲葉です。その後の亜鉛の数値は、10月6日　55、11月24日100、
12月28日　146です。コレステロール薬は11月28日より中止、プロマックスは11月24日より変更しました。　以前として、口の中と舌の痛みは取れません。夜は寝れないので、精神安定剤と睡眠薬服用しています。
先生宜しくお願い致します。





teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

URL　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

【舌痛症：わたしの亜鉛補充療法の実践】⑦

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2021年12月22日(水)12時11分53秒

【K. M. さん②】　70歳　女性

亜鉛のキレート作用を含む多くの化学物質との化学反応を生じ易い性状から、日常しばしば処方されている薬剤と反応し、【K. M. さん①】と同様に、亜鉛欠乏による舌痛

症が再発したものである。
多剤服用症例では確率的により発症し易いのは当然であるが、1～2剤でも慢性的使用により亜鉛欠乏症は発症しうる。
ただ、その様な多数の薬剤があることを知る医師はじめ医療者は殆んど居ないこと、警告しておきたいと思う。

【基本症病名】舌痛症再発、高血圧症？、高脂血症？骨粗鬆症？腎機能障害？
【初診】2020.09.07.

【既往歴】2015.05頃、舌左側局所の発赤と痛みで発症し、歯科・口腔外科で肉眼的及び組織学的にも白板症(口腔内扁平苔癬？？)と診断され、本疾患は治癒しないと、外科的に切除を勧められた。局所の肉眼的所見は軽快したが同部周辺のピリピリした痛みは継続したので、手術の適応を問うて、当診療所を2015.11.18受診した症例。

前回初診時、局所の肉眼的異常所見認められず。血清亜鉛値：61、訴えはいわゆる舌痛症であるので、舌痛症として、2015.11.25～2017.09.20 と長期間の亜鉛補充療法にて治癒した。
尚、標準的亜鉛補充療法では舌痛など軽快はしたが、症状は根抜けにならずに燻る傾向があること、血清亜鉛値の動きも典型的経過を示さないため、プロマックの投与法の変更、

さらに、腎機能障害で通院のS医療センター処方の骨粗鬆症治療薬ﾘｾﾄﾞﾛﾝを2016.10以後半年間は試みに中止を患者さんを通じて依頼する。
以後、症状も血清亜鉛値も予測の動きで安定。2016.12.05 Zn:88=>2017.02.27 Zn:100 06.21 Zn:91 09.20 Zn:90と推移して、 2017.10.02には舌痛の再発を認めず治癒とした。

2017.10の舌痛症治癒後、約3年弱、舌痛の発症なし。尚、2019年の秋頃、S医療センターからS診療所に紹介され、転医した。

2020.07頃から舌の左側面にピリピリした感じ出現、赤い斑があった。亜鉛の測定を頼み、07/30＜Zn:74＞で、亜鉛の薬をと頼んだが、以前に合わず止めた薬？とのことで処方されなかった。

【主訴・現病歴】
2020.09.07 再度の初診。発症時は舌左側面に赤い点(斑)があって、舌全体のピリピリした痛みでったと言う。受診時には舌に発赤認めず、アフタ性口内炎もない。食欲はもともとない方で、現在もあまりない。花粉症、今年は軽く、皮膚の掻痒もない。
一般の血液検査と血清亜鉛値の測定。
＜Zn;73 Al-P:235＞
【医療・薬剤関係】ｱﾑﾛｼﾞﾝ、ｶﾙﾃﾞｨｻﾙﾀﾝ、ﾋﾞﾊﾞｽﾀﾁﾝ、PPTがS診療所より処方されている。

【コメント】
亜鉛はキレート作用で多くの化学物質と反応することは知られているが、体内に微量に含まれる亜鉛が、これまで微量なるがゆえに注目されて来なかったため、一般人はもちろん、一部の医師や薬学者を除いて、大部分の医師はじめ薬剤師も、薬学者も、そして当然国も、日常一般に処方・使用される薬と亜鉛とのキレート反応に全く注目してこなかった。現在も【全く知られていない】と言って過言でない。筆者も正直申して、2002年に亜鉛欠乏症の存在に気が付いた当時には、医療上認められ、日常的に常用されている薬剤の中に、亜鉛とこの反応を持つ薬剤がそんなに多く存在するとは！思ってもいなかったが、多くの亜鉛欠乏症の治療経験から高頻度に亜鉛欠乏症を発症する薬剤の存在に気付いたもので。殆んどの医師が知らないこと無理もないことである。

富田寛著 【味覚障害の全貌】 (2011診断と治療社)によると、実に多数の薬剤の記載があるが、キッとその一端に過ぎず、今後早急に検討されるべきことと考える。別に稿を改めることとする。

【治療経過】
2020.09.07 本患者さんのこれまでの医療経過からも、07.30のZn:74の事実を含め、初診時よりプロマックの標準補充療法を開始。09.16 S診療所では、何時から高脂血症としての治療が開始されたのか？薬手帖を探して来てもらうこととする。一般血液と血清亜鉛値検査の採血をする。
＜Zn:73 Al-P:235＞

2020.09.16 プロマックの服用約10日で、症状の変化なく、また特別の副作用の問題もなし。転医後のS診療所では、何時から抗高脂血症用薬、PPTの処方か？薬手帖を探して！！
2020.10.12 舌痛は軽く、初診時の3/10程度、痛みはまだ毎日存在するが、忘れる時が多くなってきた。酸味、辛みわさびもカレーも食べられる。
＜Zn:77 Al-P:256＞

2020.11.09 痛み余り感じなくなったが、思い出すと感ずる。辛いもの熱いコーヒも飲め、日常生活に支障なくなった。症状の経過より亜鉛欠乏症の舌痛再発で臨床的にはよい。ただ、血清亜鉛値の動きは、新たな抗高脂血症薬やPPT等などと関係ありそうでもあり、薬剤の関係は長引くようであれば、検討する。
治療方針は決まったので、今日の採血をし、60日の処方、正月受診とする。
＜Zn:76 Al-P:250＞　（検査データからはやはり薬剤の問題ある様である。）

2021.02.08 舌のピリピリ感が1週間ほど前頃から出てきた。余り困らないが心配なので受診したと言う。S診療所より処方されたプロマック？と合わせ服用していたが、薬が終わったのでとのことである。一般の医療と舌痛症の医療を分け、もう少し目鼻が付いたら、データを含め、かかりつけ医のS先生に連絡し、一般医療と共にお願いすることとしよう。
＜Zn:111 Al-P:275＞　血清亜鉛値が何故？急激に上昇したのか？要検討。

2021.04.26 舌の痛みなく、食欲あって、美味しい。困ったことなしと言う。白板症と言われた粘膜の所見もなし。朝のプロマックの服用はきちっとするが、夕方は忘れることありと言う。患者さんは亜鉛欠乏症の治療のこと良く判っているから、もう症状に応じて適当で良いと。60日の処方。
2021.07.12　その後、当院の処方でズーっと現在まで舌痛や口内のこと調子よい。S診療所での高血圧、高脂血症の治療はそのまま続いている。血清亜鉛値をチェック。処方継続。
＜Zn:78 Al-P:88＞ Al-Pは新検査法となり不連続。

2021.09.15舌・口腔内全く問題なし。＜Zn:82＞
今後、S診療所の幾つかの薬剤を再検討する必要に迫られるかもしれないが、それぞれの薬剤の必要性、キレート作用の強弱、反応の部位等検討を要するので、当面経過を見ることにする。

【コメント】
『舌痛症は亜鉛欠乏症である』　この事実はまだ医療の常識になってないのでやむを得ない。
『多くの医師が考えているよりも、遥かに多くの多彩な亜鉛欠乏症がある。』
2002年、この事実に気が付いて、約20年間、この知見の周知に努力して、やっと日本の医学・医療の世界では、非常識が非常識ではなくなりつつある。舌痛症につき、本シリーズで、今後も次々と現実の症例を公開して行く、
厳しい批判の目をもってじっくり検討、且つ適切な評価を期待している。

http://www.ryu-kurasawa.com

【舌痛症:わたしの亜鉛補充療法の実践】⑥

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2021年12月14日(火)14時36分31秒

いわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症である。安価で安全、且つ容易な亜鉛補充療法で治癒するが、
一部の難治性舌痛症の原因のトリガーに多くの薬剤がある。どの様に補充療法をするのか？！
【K.M.さん①】、【K.M.さん②】はそんな一連の初発時、再発時の症例の一つである。
2015年当時、舌痛症治療について、多くの未知の状況の中の初発時の治療経過である。

【K.M.さん①】64歳　女性
【基本症病名】口腔内白板症、口腔内扁平苔癬？、舌痛、口内違和感、亜鉛欠乏症、薬剤

【初診】2015.11.18.
【主訴・現病歴】2015.05 左側の舌に発赤の斑があり、びりびりした痛みがあることに気が付いた。
2015.06.24 Y耳鼻科受診して、白板症か？07/09 細胞診で癌ではない。白板症と診断された。白いぽつぽつの周辺に発赤斑があり、同部にびりびりした痛みあり。辛いもの酢が滲みた。08/04レザー光線治療？を受けた。Y病院歯科・口腔外科で、白板症は治らないと言われ、A総合病院歯科・口腔外科で、組織診を受け、同症で経過を見るか？手術をするかであり、手術の予定を組んだあと受診。
2015.11.18.初診。治療方針について意見を求めて当院を受診。初診時には既に、粘膜の白板はなく、その他の口腔内粘膜にも肉眼的異常所見なし。舌痛は発症時と同様の痛みが現在も軽度くして存在すると言う。
初診の血算・一般血液生化学・血清亜鉛値検査をする。検査は血清亜鉛を除き凡そ基準値内。
＜Zn:61 Al-P:259＞

2015.11.25 血清亜鉛値と当院初診時の症状、局所所見(ー)より亜鉛欠乏症の疑い濃厚と判断。
同日　11/25より、舌痛症として標準的亜鉛補充療法を開始。白板症？については追跡とする。

【コメント】プロマック75D2T/朝夕分２の標準的亜鉛補充療法は、先ず、14日など短期日処方とし、①当患者にとってプロマックが問題ないか？②亜鉛欠乏症の場合の典型的な初期及び長期の症状の変化や血清亜鉛値の変動などの説明、③問題なければ補充療法開始、約一ケ月後の採血のこと、④血清亜鉛値、基準値等などのこと、今後の診療の仕方等などの説明をする。
褥瘡や皮膚科疾患の様に微妙な変化を写真で可視化不可能な舌痛症では、その主要な痛み、そのものの訴え、その変化を患者・医療者間で出来るだけ具体的に共有することが大切である。

【治療経過】
2015.12.08 薬の副作用等問題なく、舌痛は比較的良くなったような気がする。前はかなり痛いと気にしていたが、今はそれ程でなくなった。食慾は昔から少食で変わらず。舌の粘膜も問題なし。
2015.12.28 口内かなり良い。舌尖に、ピリピリ感2日に１日程度は忘れる日があり。食欲が出て、美味しい。酸いものを食べられる様になる。
＜ Zn:85 Al-P:254＞　血清亜鉛は61=>85と大きく上昇。亜鉛欠乏症の典型的動きである。
2016.02.03　舌のピリピリ感あるが和らいだ。一日何となく気になるが、兎に角、とても良くなった。
食慾良くなって、美味しい。食事量も増えた。
＜Zn:85 Al-P:247＞
2016.03.30 舌中心にザラザラ感が何時もある。ピリピリ感はまだあり、強さ以前とあまり変わらず。食慾良。美味しい。昔、舌粘膜の発赤斑と白いレースの様なものかかっていたが、今は全くない。
<Zn:85 Al-P283>　12/28=>03/30まで、血清亜鉛値が全く同じとは？？確率的珍しいこと！？
2016.05.25　気にならなくなった。ピリピリ感、気にすると出ることあり。食欲良で､外食普通に可。
体重：48kg=>50kgに増加。
【医療・薬剤関係】高血圧で､ｱﾑﾛｼﾞﾝ１Ｔ。骨粗鬆症で、ﾘｾﾄﾞﾛﾝ酸Ｎａ7.5mg。ﾏｲｽﾘｰ時々。
通院のS医療センターから処方されていると言う。

【コメント】血清亜鉛値の動きが補充開始で61=>85と急上昇したのは亜鉛欠乏に典型的な動きであるが、その後、3か月間、85と全く動かないことあまり経験しないことである。2015年2016年頃は亜鉛と多くの薬剤（化学物質）とのキレート作用など多少気付き始め、中でも、多剤服用者の亜鉛補充療法には症状の変化、血清亜鉛値の変化にも一筋縄で行かぬものがある経験があり、この症例でも服用薬剤のチェックを検討した。体内の亜鉛がもう飽和して平衡の値に達した？
何らかのキレート作用、吸収障害や体内での亜鉛元素の不活化？等々が関係しているのか？

2016.07.20 舌は偶にざらつき、偶に痛いことあり。食欲良、食事良、変わらず。なんとなく燻る？
＜Zn:65 Al-P:242＞、この変動は何か？ 補充療法開始以来、治療法の変更もないのだが？
2016.08.01 舌のピリピリ感は残ってて、一日中、一定にある。舌のざらつきあり、滲みることないが、昔、試切したところが痛い様な気も。夏だからか食欲がない。＜＝＞何か変である。
プロマック75D2T/分２＝＞1日1回の服用に変更（腸管内の濃度を高め、吸収促進）を試みる。

【コメント】亜鉛補充療法は投与薬の直接の薬理作用でなく、吸収された亜鉛元素がその生理的機能を充分に果たす量（濃度？）が維持されることが大切なのである、と思う。その吸収や維持の研究がほとんどされていないこと、大変に大きな問題点である。一般には、亜鉛欠乏症は急性の疾患でなく、慢性の疾患であるので、急速な補充を要することは殆んどないし、知識が不十分な現在では、非経口的に急速に補充すること等は、大変危険なことであると、私は考えている。
経験的にポラプレジンクの場合、現在の投与量(34mg/日)を増量する必要性を殆んど認めない。
ノベルジンの亜鉛投与量には？で、無闇に大量の亜鉛量を急に押し込んではいけない

と考える。

2016.09.12　慣れて来たのか？ザラザラ感はあるが、舌痛は週1~2回、1~2時間、軽いピリピリ感が出るが、時に、短時間すごく痛いときもある。やはり燻っているのか？
＜Zn:81 AI-P:266＞ ｱﾑﾛｼﾞﾝも　ﾘｾﾝﾄﾞﾛﾝも何れも問題のある薬剤であるが、、、。
2016.10.05 この一ケ月、気にならなくなっていたが、昨日酸っぱいもの食べて痛み、今日も痛い。
試みに、ﾘｾﾄﾞﾛﾝを半年は中止に！！　（骨粗鬆症は骨折の既往はなく、検査数値によるもの）
2016.12.05 舌の痛み偶に感ずるが軽くなって、酢のもの食べられる。レモンジュース飲める。
＜Zn:83 AI-P:251＞
2017.02.27 調子よい、大体食べられ、痛み抜けた。ざらつき気になる。
＜Zn:100 AI-P276＞
2017.04.03 口内には殆んど問題なくなった。今年の花粉症は酷い。
2017.06.21 舌の左側気が付くとピリピリ感。花粉症には薬。食欲はあって、他のことは問題なし。
＜Zn:91 AI-P:266＞
2017.07.24 この1ケ月、舌痛はなくなった。亜鉛の動きも典型的なので、2ケ月経過見て問題なければ中止。
2017.09.20　症状に問題なく、亜鉛補充療法中止。2017.10.02問題なく、治癒とする。
＜Zn:90 AI-P:235＞

【コメント】来院前に、歯科・口腔関係の科より白板症？と肉眼・病理組織で診断され、治癒しないものと言われた患者。これまでの経験から診断上、亜鉛欠乏症による舌痛としても問題ないため、亜鉛補充療法をしつつ経過を追跡した。大部分のいわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症としてよく。一部難治性の舌痛症は多薬剤服用者に多い傾向がある様に思われていたことと、ほぼ同時期の皮膚科病変を主とする多剤服用亜鉛欠乏症例の治療経験から、投与薬剤に注目し、疑い濃厚な薬剤の試みの中止が効果を示したものと考えられる症例。

http://www.ryu-kurasawa.com

【舌痛症：わたしの亜鉛補充療法の実践】⑤

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2021年12月 9日(木)21時40分15秒

多剤服用例の舌痛症例は同じ舌痛症でも標準的亜鉛補充療法のみでは効果がないことが多い。
①～④に比較して、その補充療法は複雑で長期間を要し、不完全であるが参考にして欲しい。

【T Yさん】 52歳　男性

【基本症病名】舌痛症　口腔内違和感　亜鉛欠乏症、うつ？、高脂血症？多剤服用
【初診】2019.11.20.
【既往歴】４～５年前から口腔内違和感（右頬の内側に何かついている等）、精神不安＝＞抗うつ剤（３種ほどの薬剤服用）、健診で高脂血症も＝＞ロバスタチン、やはり健診でＡＩ，=>多剤服用。
2018.05 歯科の治療開始､医療方針の転換で、2018.12転院等など、その治療中。舌痛発症。
2019.02.21 舌痛（舌尖ピリピリ）、A総合病院歯科・口腔外科Zn:77 亜鉛補充療法＝＞3/10に軽快傾向、＝＞2019.09.18Ｚｎ：75 肝機能障害？悪化傾向あり、ﾌﾟﾛﾏｯｸ中止＝＞10.29 再開。

初診時、多医療機関（S総合病院、三診療所）受診、医療を受けている。
多剤服用（１２種類＋α）フォリアミン､ﾄﾚﾄﾞﾐﾝ､ｽﾙﾋﾟﾘﾄﾞ､ﾘﾎﾟﾄﾘｰﾙ､ﾚｷｿﾀﾝ､ｱｺﾌｧｲﾄﾞ､ｶﾏ､ｴﾅﾗﾌﾟﾘﾙ､ﾛﾊﾞｽﾀﾁﾝ､漢方２種、ｻﾞﾙﾃｨｱ、少なくとも判明している処方薬。＋ A病院で、（ﾌﾟﾛﾏｯｸ75D）

【主訴・現病歴】
舌痛は2019.02頃、舌尖にﾋﾟﾘﾋﾟﾘ感出て､時には舌背にもﾋﾟﾘﾋﾟﾘ生ずる 様になった。
夜は良いが､昼頃から始まり、夜食時は痛くないが､その後しばらくして、就寝時は治まる。
A総合病院の歯科・口腔外科での亜鉛補充療法で、痛みは1/3や1/2に軽快するも中止

して？再発増悪したり、疼痛時間が４～５時間と短縮したりするが、舌痛は現在も治まらずに10.29再開して、治療中であると紹介・受診して来た。

【治療経過】
2019.11.20 初診。舌は肉眼的に異常を認めず。ただ、爪は全体にやや柔らかい。初診時の血算・一般血液生化学検査・Ｚn値測定：多剤服用でもあるか？データはほぼ許容範囲である。
＜Zn:89 Al-P:203（旧基準）＞　その他の医療はそのままに、亜鉛補充療法を継続とする。
【コメント】舌痛症にはこの症例の様に驚くほどの多剤服用の症例が時にある。その総ての症例に満足の結果を得ること容易には出来ない。本例は本原稿投稿時で本人が困らない状態にある。

2019.12.18 舌痛は舌尖のみになり、痛さは7/10程度に良くなっているような気もする。
＜Zn:89 Al-P:203＞　何故か？11.20の検査データと全く同じことに驚く。

2020.01.15 痛み､性状は前回とほぼ同じ。舌の基部の違和感があって、うつと言われている。
＜Zn:97 Al-P:222＞

2020.02.10　1週間前ごろから痛み1/2程度に、毎日の舌痛が発症しない日も出てきた。
2020.03.18　2週前ごろから舌痛やや弱く、全く舌痛を感じない日が週に何日か出てきた。
＜Zn:89 Al-P:224＞

2020.04.15 前より良くなった感じがするなど、細かく聞くと具体的には軽快しつつある様だが、、。舌の基部に何かある感じ（味蕾）と以前よりを気にしている。顔がほてる感じとDr.Mより漢方薬。舌痛症には人参湯の処方、風邪に抗生物質他。肝機能に変化とウルソ等など追加処方された。、
兎に角、不要な薬剤は出来るだけ増やさないように、さもないとコントロール不能と話す。

2020.05.20　前回から何回か症状ある程度であったが、5月中旬から今日まで全体に痛い時と、舌先が痛い時が５～６時間続いた。痛みの程度は初期の頃と同じ時もあり、変化があった。人参湯は医師の了解を得て、前回より中止。現在服用中の薬検討する。
＜Zn:89 Al-P;211＞01.15の ＜Zn:97＞以外、全く同じである。初めての経験、何故か？？

2020.07.15 最近、痛みの頻度が多くなった様だと。強さは昔と変わらずかそれ以上。、前回より悪い様である。午後から始まり3～4時間が酷く、夕食後は軽く、寝てしまうと痛みなし。
止めてもよさそうな薬検討。スルピリド、増えた漢方、ｳﾙｿ、ｱｽﾞﾉｰﾙ、ｱｺﾌｧｲﾄﾞ等から中止に。、
＜Zn:85 Al-P:195＞

2020.08.05 前回より頻度と痛み軽くなったと言う。痛み2日に一回か、3日に一回、痛みの程度も軽く、痛くない時は痛くない。心の余裕が出てきた。プロマック2Ｔ/分2を一回服用に変更。
＜Zn:77 Al-P::202＞
【コメント】多医療機関の多剤服用をコントロールすること一般には直ぐには不可能で、しばしば、先ず、当診療所で出来る亜鉛補充療法の方法を変更する。プロマック2Ｔ（Zn 34mg）/朝夕分２＝＞1日1回に服用とする。腸内の濃度が高まり、押し込み効果を期待。

2020.09.07 一病院四診療所の多剤服用のコントロールは至難のことではあるが、それでも先ず、本命の一つ、抗高脂血症薬 ロバスタチンの一次中止をDr.Oと相談。2020.09.07よりと合意。
＜Zn:87 Al-P:265＞
【コメント】舌痛、口腔内違和感などはキッと亜鉛が関与しているものと考えるが、亜鉛補充療法による症状の変化も、血清亜鉛値の動きも鈍い。多薬剤（特にスタチンほか）服用によるキレート作用等については、削除できる薬剤の中止や一時停止。

2020.10.07　最近の4日程は良いが、それまで3日に1日程痛みがあった。痛みの程度

4/10。
痛くない日はまるで痛くない日がある。
＜Ｚｎ：103 Al-P:253＞　ロバスタチン等中止やの影響か、血清亜鉛値に変化。

2020.12.07　一定しないが、痛い日があったり、痛くない日があったり、痛みの強さは7/10という。
＜Zn:71 Al-P:238＞

2021.02.03　症状あまり変わらないが、良くなったのか慣れてしまったのか、あまり困らなくなった。
＜Zn:99 Al-P:237＞　余りの多剤服用であるし、困らなくなったので、様子を見ることに。

2021.04.07　ﾌﾟﾛﾏｯｸ中止しているが、あまり気にならなくなったので02/03より、止めたまま。この間痛み４～５日あったが。30分から1時間程度であって、困らなかったという。
総コレステロール190=>221になったのでスタチンを再開やその他の薬、適当に再開されてる。最近、アフタ性口内炎の発症ありとのこと。何れにしても困る様なら再治療とする。
<Zn:85 Al-P:新基準>

【医療・薬剤関係】一病院、三診療所より、抗高脂血症薬、抗うつ病薬ほか、しばしば変更される漢方薬等々と実に多数の投薬が行われている症例。
【食事関係】特別のことなし。

【コメント】
抗高脂血症や抗不安薬や精神神経系の薬剤はじめ多くの薬剤は亜鉛とキレート作用が存在し、特に、本症例の様な多薬剤服用例では舌痛症に限らず明かな亜鉛欠乏症である褥瘡症例でも、皮膚科の疾患症例でも、その治療に難渋することがある。絶対に必要な薬剤以外は、出来るだけ不要なものから除外して行くことも、亜鉛補充療法だけでなく、並行して実行する必要があるが、多医療機関や病院での多科受診など合意を得ること現実には多くの困難を伴う、そんな症例が結構多い。、

http://www.ryu-kurasawa.com

【舌痛症:わたしの亜鉛補充療法の実践】④

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年12月 7日(火)15時25分5秒

舌にぴりぴり、ひりひりとした痛みを感じ、某病院、医師にストレスと言われ、漢方薬の処方を受ける。その後、舌痛は約半年続いて、口角炎も発症、また、例年冬季に下腿の皮疹のある症例。

【A.T.さん】　44歳　女性

【基本症病名】舌痛症　口角炎　皮疹　亜鉛欠乏症
【初診】2021.09.25.
【既往歴】特別のことなし。風は引きやすく、しばしば咽頭痛あり、耳鼻科受診。
【主訴・現病歴】2021.04頃から、舌背がピリピリすることに気付く。仕事が終わった時に気が付いた。当時、頭痛もあり、感冒かと思って、M中央病院、Dr.Y受診。漢方薬とﾛｷｿﾆﾝ処方される。
痛みはぴりぴり、ひりひりの感じ。医師よりストレスだといわれた。
＜舌痛の性状＞
舌痛は約半年後の初診時まで継続している。仕事中は発症せず。夕刻の方が強い。睡眠では忘れ、朝起きた時は気が付かない。日で舌痛の程度は変わらず。舌痛と食事の関係はない。
辛いもの、熱いもの（温度）特に関係なく、果物も関係ない。食慾、味覚に変化なし。
2021.09中旬に、初めて、右の口角炎、口を開くと痛い。また、顔面等に皮疹。初診時、血算・血液生化学・血清亜鉛値の測定と口角炎、皮疹に局所軟膏処方され、亜鉛欠乏症外来に紹介。
＜Zn;64 Al-P:59＞　その他の血算・血液生化学は、ほぼ基準値内で問題なし。

【医療・薬剤関係】時に鎮痛剤程度
【食事関係】　偏食等、特別のことなし。口角炎は9月、今回初めての経験と言う。、

【治療経過】
2021.10.06 口角炎軟膏で軽くなった気がする。下腿に乾燥時の掻痒あり。初診時の血清亜鉛値：64と舌痛の性状、発症の状況、口角炎の発症、他より亜鉛欠乏症であることまず間違いなし。
プロマック75D2T/朝夕分２の標準的亜鉛補充療法開始する。

2021.11.01 口角炎はあっという間（１週間以内）に治癒した。その後発症せず。舌のピリピリ感も、疲れたなと思う日でも発症しなくなる。就寝前ごろ、時に（１～２回/週）感ずる程度となった。
＜Zn:110 AI-P:55＞　血清亜鉛値は補充療法開始、約一ケ月後で急上昇も、典型的。

2021.12.01 口角炎その後発症せず、舌痛は疲れたなと思う日、時にあるが、就寝のころは軽く、
月に１～２回程度となった。約半年続いた舌痛が発症しなくなり、不安感がなくなり、気分良好。
下腿や背側の皮疹、例年は今頃かなり掻痒あって、ステロイド軟こうなど使用したが、今年は現在問題なし。

【コメント】
亜鉛不足を生ずる特別の原因が認められない、いわゆる更年期頃の女性に発症した、典型的な舌痛症である。人生で初めてという口角炎の合併も、いわゆる舌痛症に特徴的な性状の舌痛とその経過、初診の医師も舌痛症を疑って、血清亜鉛値を測定の採血をして、亜鉛欠乏症外来に紹介されたもの。血清亜鉛値も64と低値であり、更に、欠乏症例では典型的な亜鉛補充療法開始1ケ月後の血清亜鉛値の上昇、舌痛の経過、間違いなくいわゆる舌痛症間違いなし。
＜今後＞不足亜鉛が飽和に達し、固有の適切な血清亜鉛値の確定。亜鉛不足の原因の推定など必要であるが、下腿や背側の皮疹・掻痒を考えると、亜鉛の不足はかなりあ、と推測。

http://www.ryu-kurasawa.com

ご教授ありがとうございます　投稿者：T.I.　投稿日：2021年12月 3日(金)12時24分18秒

ご教授ありがとうございます。亀裂性湿疹にも試してみたいと思います。まわりの理解がないと日々の診療で困難を感じることも多いのですが先生とお話ができて元気が沸いてきました。現代の医療を正しい方向へ変えないといけない使命感が先生を奮い立たせているのでしょうね。どうぞお体にはお気をつけ下さい。３０才以上年下ですが倉敷で孤軍奮闘し続けたいと思います。

T.I.先生　貴重なご経験・意見の投稿、有難うございます。　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2021年12月 2日(木)14時21分6秒

T.I.先生

貴重なご経験・意見の投稿、有難うございます。

亀裂性湿疹について
【指趾の亀裂性湿疹（あかぎれ）も亜鉛の補充で改善するのではないか】
小生も全くそう思います。小児の亀裂性湿疹(あかぎれ)の経験はないのですが、又、成人のいわゆるあかぎれを”あかぎれ”として治療した経験はないのですが、例えば、成人で、掌蹠膿疱症の治療の時に、いわゆる踵の角化・亀裂が治まったり、手掌手指の角化症やいわゆる家婦湿疹で皮疹の亀裂や、特に、指の進展側関節面の亀裂が治癒すること、他の亜鉛欠乏症での補充療法により足底や踵の角化やひび割れが良くなったケースはよくあることです。
先生の言われる小児の亀裂性湿疹も同じことなのかなと思います。

小生現在84歳で、戦時下食糧不足の小児の頃ですが、日常、もっぱら裸足で走り回っていたためか？拇趾の屈側関節面にしばしばパクっと亀裂が生じ(キッとジャンプ時の過伸展のためでしょう)、治癒するまで痛みに悩んだこと思い出しました。当時は仲間に、何時も口角炎で乾くと痛いので舐めていて、口角が白くふやけた者が２～３名は居ましたが、現在でも、亜鉛欠乏症の症例にしばしば合併することがあり、補充療法で容易に治癒し、再発しなくなります。小生は、何れも亜鉛欠乏によるコラーゲンや膠原繊維の生成障害等で、進展性が減ずるなど、真皮や皮下組織に問題があるも

ので、同時に表皮組織の生成・維持にも影響が出ているのではと考えているのですが、是非、皮膚科医に関心を持ち、研究して欲しいものと思っています。

栄養学のこと、全くその通りと思います。
現代の医学・医療は、現在のコロナ禍への対応もそうですが、本来、生物（ヒト）に存在する『ホメオスターシス』のことなど、すっかり忘れた傲慢なものになってしまっていると思います。このことは日を改めて、お話しし合えればと思っています。

亜鉛欠乏症のことだけでも判らないことだらけですが、それもまたご承知の通り多彩で、84歳の爺医には当然手に余るのですが、少なくとも【基準値の誤解】に、学会は無視を続けていますが、凡そ勝負の着いた【褥瘡】のこと、それに学会の関心も不十分の上、昔の常識と学問としても混乱のままの【舌痛症】のことだけでも、それなりに社会で目鼻をつけたいと思っています。この掲示板でも、舌痛症の治療の実践をしばらく投稿し続ける予定です。

http://www.ryu-kurasawa.com

お考えをお聞かせ下さい

投稿者：T.I.　投稿日：2021年12月 1日(水)12時48分12秒

倉敷市でクリニックをしている小児科医です。先生の症例を参考にさせていただいています。当院でも亜鉛欠乏症状を多く診療しています。先生のご指摘の通り味覚異常、舌痛症、食欲不振は亜鉛欠乏症が主因と確信しています。口内炎、舌痛症、再発性の口唇ヘルペス、舌白板症、食欲不振、汗疱（掌蹠膿疱症は小児では稀）は当院でも亜鉛の投与で改善します。このことを一般の医師が理解できないのは栄養学の教育を受けていないことと、基準値に対する誤解があるからだと思います。亜鉛以外にも鉄やマグネシウム、ビタミンD欠乏などによるさまざまな症状がいわば「栄養療法」で改善します。このことにもっと多くの医師が気がつけば多額の医療費の削減に繋がり症状に悩む患者さんを救うことになりますが残念ながらまだ遠い先の話でしょう。ご意見を伺いたいのですが、小児科なので褥瘡は経験していないのですが指趾の亀裂性湿疹（あかぎれ）も亜鉛の補充で改善するのではないかと考えています。まだ試していません。ご経験やお考えがございましたらお聞かせ下さい。

【舌痛症：わたしの亜鉛補充療法の実践】③

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2021年11月28日(日)18時55分29秒

この患者の主訴は、多くの”いわゆる舌痛症”患者の典型的な舌・口腔内の痛みの訴え方である。

【M Jさん】53歳 女性

【基本傷病名】舌痛症　味覚障害　亜鉛欠乏症
【初診】2021.10.20.
【既往歴】特別のことなし

【主訴・現病歴】
【亜鉛欠乏症状】舌痛　味覚障害、
約6ケ月ほど前、歯科の治療後に治療した辺りの左側舌の痛みに気付く、
現在、辛い大根おろしを食べた後の様な口内全体がひりひりした感じと左側舌の同様のより強い痛みである。食べている時は痛くない。食事普通に食べ、食欲あり。寝てる時は痛くなく眠れる。朝起きた時は痛みなし、起床後2時間ほどして痛み出現、夕刻に向かって痛み増強する。仕事をしている時は忘れている。テレビを見ている時などに痛みを気にすると痛みが出現する。
この6か月間、痛みの程度は変動があるが、全体としては大きく変わらず。ストレスとなっている。
しょっぱいもの、辛いもの全体的に駄目。カレーは余り作らなくなった。みかんは好きであったが、今シーズンは食べていない。熱いもの最近は飲まない。熱いコーヒー前は好きであったが、今はぬるいものを飲む。
塩気、家人は味噌汁に味噌を足していると言う。調理師であるが、調理に自信がない。

＜食事＞偏食なし。ダイエットなし。＜薬剤＞歯科受診時の薬以外なし。
＜舌に肉眼的異常所見なし＞
＜薬剤＞歯科で治療中、鎮痛剤、うがい程度。常用薬剤なし。

【治療と経過】
いわゆる歯痛や痛みを生ずる器質病変のある痛みとその性状が異なり、医療者との共感と共有を得にくい舌痛の訴えである。逆にこの様な舌・口腔内の疼痛は"舌痛症"で、亜鉛欠乏症である。
初診の2021.10.20 これまでに経験して来た大部分の”いわゆる舌痛症”の典型的な痛みの性状であるので、一応血算・一般的血液生化学検査と初診時の血清亜鉛濃度検査をし、初診時からプロマック75D　２T 朝夕分２の標準的亜鉛補充療法を開始した。

【コメント】
〇食事と痛み関係なし。〇食事時むしろ痛みがない。〇睡眠時痛みがない。痛みで睡眠を妨げられない。〇時間による痛みの程度に差があり、夕刻に向かって増強する。〇仕事や関心事で痛みを忘れていること多い。多くのいわゆる舌痛症の痛みの傾向であり、舌通以外には健常者と区別できない舌通はほぼ亜鉛欠乏症と考えてよい。。

経験上、初診時から亜鉛欠乏による舌痛症で間違いないので、採血して標準的亜鉛補充療法を開始した症例である。

http://www.ryu-kurasawa.com

現時点では、少なくとも多剤服用、特に、連用には気を付けましょう。

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2021年11月25日(木)17時27分37秒

SKさん　久し振りです。
いわゆる舌痛症は治癒しており、口腔内違和感が多少は残っていないとは言えないが、気になることが少ない様になったとのこと、良かったですね。

さて、最近、軽い耳鳴りがあり、メールの様な薬剤を処方されているが、薬剤による亜鉛不足の発症する可能性はどうか？と言う質問かと思います。

これまで亜鉛欠乏症のことがあまり知られていなかったこともあり、亜鉛にキレート作用があることは知られていましたが、化学物質である薬剤とミネラル亜鉛の相互作用はあまり注目されて居りませんでした。しかし、常用薬剤との相互作用による亜鉛欠乏症の発症がかなりあることが次第に判ってきました。その薬剤の1部が富田寛先生の著書【味覚障害の全貌】：診断と治療社 の中に“味覚障害を起こす薬剤”として表にまとめられています。
これからは、もっと多くの薬剤が次第に明かになってくると思いますが、無闇に恐れても意味がありません。少なくとも、富田先生がまとめられた薬剤を、特に、長期間連用の処方をする時は、医師に注意が必要ですし、経過を注意して追跡する責任があります。患者さんには、その様な知識・情報はないのですから、長期連用の薬の内容やその確率の高まる多剤服用処方については、医師とよく話し合うことが大切です。、

亜鉛補充療法は原則的には食事の不足分を補うだけですから、充足後の維持療法には真面目に、連日服用する必要はありません。また、S Kさんは貴重な欠乏症の経験者ですから、当時の不安感はもうないでしょう。
【舌痛症は亜鉛欠乏症で、必ず治ります】経験を生かして、余裕をもって暮らしてください。

http://www.ryu-kurasawa.com

去年投稿させてもらった者です

投稿者：sk　投稿日：2021年11月25日(木)06時33分22秒

去年の夏頃から３回ほど投稿させてもらった者です。
プロマック服用から1年2ヶ月くらいが過ぎました。
舌の違和感はなくはないですがかなり改善され、気になる事が少ないくらいになりました。まだ不安なので服用を続けたいと思っております。
倉澤先生にご質問があるのですが、
三週間ほど前から軽い耳鳴りがあり、聴力検査は異常ないのですが、アデホスコーワとメチコバール、カルナクリン、モンテルカストをプロマックと合わせて服用しています。
薬剤による亜鉛不足が実際起こり得るの考えた時にこれらの薬との併用はいかがでしょうか？？

プロマックを一緒に飲むことによりまた亜鉛が不足することが考えられる薬剤に値するでしょうか？？
宜しくお願いします。





*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

【舌痛症：わたしの亜鉛補充療法の実践】②

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2021年11月24日(水)22時18分42秒

大病院の口腔外科で真菌症？として治療。その後も続く舌痛は気持ちの問題とされて来た舌痛症。

【0 Sさん】76歳　女性

【基本傷病名】舌痛症　口唇痛　亜鉛欠乏症　高脂血症　肥大性心筋症？
【初診】2021.09.15.
【既往歴】肥大性心筋症、高脂血症（検診）
2018.12からの舌痛、2020.05からの口唇痛 口内痛、上顎痛、2021.08サプリメント服用後の変化にまで至る
【主訴 現病歴】
2018.12 ごろから舌痛発症。2020.05から、口唇と口腔内・歯肉・頬・上顎の何れも左側のみの痛みが発症、現在にまで至る。
痛みの程度は激痛で、食べ物が触れると痛い。食べなければいいが、食べると駄目である。口唇は触れると痛い。ミキサーで流動食的にして、軟食でも時間をかけて食べてきた。食慾はある。
睡眠も良、問題なし。皮膚問題なし。体重48kg 6kg減少。
【医療関係】2020/10 長野日赤・口腔外科で真菌症？と言われ(舌があかかった？)、抗真菌薬の投与を受け、発赤はなくなった？が、舌痛等の痛みはその後も変わらずに、同じ症状が続いていた。続く舌痛は気の問題等などと言われて来た。他に近医では、検診で高脂血症との診断で、アルバトスタチン、エゼチミブ、さらに、N病院で心筋症の診断で、2021/07より、エナラプリルの処方を受けている。

2021.08.22の新聞（「現代日本の国民病 亜鉛欠乏症」の紹介記事）を見て、【サプリメント】（亜鉛15,クロム、セレンを含む）を服用。舌痛は、殆んどなくなり、口腔内、上口唇の痛みは滲みる程度となる。

【診療経過】
2021.09.15 【初診】。今後の治療方針について相談含めて受診。血算・血液生化学・亜鉛検査。その他の検査データ特別のことなく、脂質も治療のためか？許容範囲。
データの揃う次回受診の10/11までは同じサプリメントの服用治療を続けることとする。
＜Zn:73 AI-P:90＞

2021.10.11 舌痛はサプリメント服用１週間で殆んどなくなった。口蓋、頬。歯肉の痛みは軽いが未だ7～8/10程度、残っているが、長期間続いていた舌痛が無くなり、本当に安心した。
辛い、酸味、塩味、熱いは気を付けている。バナナ以外, ミカン、リンゴ、梅干しなど食べられなかったが、先日甘いミカン、リンゴが食べられた。これまでカレーは食べられたり、駄目の時があったが、今後、試してみる。サプリメントをプロマック752T分２に変更とする。
＜Zn:87 AI-P:86＞

2021.11.08 舌痛は殆んどよくなった。口腔内は軽くなったが未だある。初めの6/10ﾚﾍﾞﾙである。食べ物も徐々に食べるようにしている。
＜Zn:102 AI-P:94 ＞

常用薬剤が亜鉛不足の主原因の可能性大で、亜鉛欠乏による舌痛症であること明かに！！
長野市居住の高齢者で、通院と医療機関同士の調整含め、近くの医療機関に紹介転医予定。

【コメント】口腔内の痛み、口唇痛も合併するいわゆる舌痛症。多くの舌痛症と異なって、食事摂取時の接触痛もあるかなりの激痛で約3年間も悩み続けた症例。サプリでZn15mg服用1週間で劇的な改善を示した症例（これ程極短期の効果の発現の経験は数例）。亜鉛不足の主原因として抗高脂血症薬等などの常用薬剤が原因の可能性大であるが、症状と血清亜鉛値のもうしばらくの追跡による体内亜鉛の蓄積・飽和の状況の確認と亜鉛不足の主原因薬剤及びその整理の可能性など、遠方より受診の高齢患者さんであるので、近くの医療機関に紹介して、調整をお願いする。

【舌痛症:わたしの亜鉛補充療法の実践】① 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2021年11月21日(日)16時11分27秒

【K.Eさん】43歳　女性　医療関係者
【基本症病名】舌痛症、口腔内違和感、味覚障害疑い、亜鉛欠乏症
【初診】2020.07.06.
【既往歴】ブタクサによる花粉症。職場で血清亜鉛値測定　2016.03＜ Zn:61 Al-P:199＞
【主訴　現病歴】約一ケ月半ほど前から口唇と舌にしびれ感とピリピリした火傷の様な滲
みる痛み及びショッパイ感じと口内の渋柿を食べた様な感じあり、2020.06.24＜ Zn:70＞
で、06.29 より、プロマックD75 2錠朝夕分２の標準的亜鉛補充療法が開始された。
また、最近、漢方薬の服薬も始めた。【医療関係】特別の医療なし、ただ、2020.02～03
歯科にて、親知らず抜去、門歯の処置、1月中旬、鎮痛剤使用以外、常用薬物なし。
血算・血液生化学特別のことなし。皮膚・口腔内肉眼的異常所見なし【食事関係】偏食、
ダイエットなどなし。味噌汁の味が薄いと家族の評価。

【治療経過】
2020.07.20 ピリピリした火傷の様な口内の痛み、口唇内側のしびれ感、補充療法後も
全く変わらずと心配して、受診。
漢方薬の中止と他の薬剤の服用のないことを確認。プロマックによる亜鉛補充療法継続。
＜口腔の症状＞　味覚検査：バラバラで、塩味薄い濃度でも反応。
＜Zn:85 Al-P:201＞

2020.08.24 08/09~08/16間の仕事が休みの日、痛みとしびれ感、初診時の1/2程度に軽減。
舌痛は日と時間で変化するが、一定の傾向はない。しかし、全体として軽くなった。
ショッパイ感じはやや増強。しかし、酸っぱい、苦みの感じはなくなった。熱いものの
滲みる感じも比較的軽くなり、渋柿を噛んだ感じもなくなった。
本症例は病初より、食慾良。わさび、カレー、みかんなど問題なし。
＜Zn:90 Al-P:＞＞

2020.10.12 症状殆んど気にならなくなった。ほとんどの時、忘れている。
09月初め頃より、舌の症状が殆んどなくなる。口唇にｼﾋﾞﾚとショッパイ感じはまだある。

2020.12.07 舌・口腔内の症状とも全く気にならなくなった。
この発症を契機に、個人の健常時の血清亜鉛濃度を探る試みをすることにする。
＜Zn:73＞、

2020.02.08　舌痛他問題の症状全くなく、困ったことなし。プロマックの服用時々忘

れる。
キチッと真面目に一ケ月補充療法をして、測定を！！
＜Zn:75＞

202103.08 花粉症はあるが、舌痛はじめ今回の口腔内違和感など全くなし。
補充療法一ケ月キチッとしてきたと言うので測定。
＜Zn:88 AI-P:165＞　医療関係者で、病態をよく理解しているので、今回はここで中止。

【コメント】
特別これが亜鉛不足の原因と推定させるものは存在しない症例、また、亜鉛欠乏症以外に
舌痛を発症させる可能性のある明らかな問題点が存在しない症例でもある。
逆には、一般的には異様な訴えの舌痛の症状以外に亜鉛欠乏症に特徴的な異様な口腔内
症状を併せ持つこの症例は亜鉛欠乏症である。
亜鉛の適切な補充をすれば、諸症状は治癒する筈であり、亜鉛補充療法により典型的な
亜鉛欠乏症のほぼ同様の血清亜鉛濃度の推移をし、治癒した症例。

長野県の東信地区。流石に、舌痛症は亜鉛欠乏症と知られ、適切な血清亜鉛測定と補充
療法が開始されたが、その効果が直ぐに現れなかったため、当院を受診したものである。
知識と経験があれば、何処でも充分に治療可能で、病院である必要も、全くない。、

http://www.ryu-kurasawa.com

亜鉛欠乏による舌痛症、口内異味・違和感であると考えます。

投稿者:倉澤 隆平
投稿日:2021年11月21日(日)11時16分4秒

稲葉 友子様

電話で色々とお聞きしました。
亜鉛欠乏による舌痛症、口内異味・違和感であると考えます。
亜鉛欠乏症ですから、適切な亜鉛補充療法でキッと治癒・軽快するものと思っています。

丁度、この掲示板では今後しばらく【大部分のいわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症である】との
事実の認識が社会にシッカリ定着することを目指して、キャンペーンを始めます。
医師はじめ医療者はもちろん、一般の方々にも理解していただける様に、実際の症例に
則して、【舌痛症：わたしの亜鉛補充療法の実践】をシリーズとして掲載して行こう、
と考えています。ご参照いただければと考えます。

後は、少し複雑な話ですが、すこし述べておきます。

『何故？飽食の現代日本で亜鉛不足が生ずるのか？』については稿を改めて書きますが、
多彩な原因が考えられます。
その意味で私は『亜鉛欠乏症は国民病であり、文明病である』と考えてますが、その中で
難治の亜鉛欠乏症の中には、“病気を治すツールである薬剤”が原因となっている症例が
かなりある、と言わざるを得ないと考えています。

化学的に活性物質の薬の併用が互いに何らかの作用があることは多くの医師の常識です。
亜鉛は、特に、キレート 作用が強く、その可能性が高いのですが、これまでに、多くの
医師・薬剤師はもちろん薬学者も、薬剤を管理する国もあまり考えてこなかったのです。
特に、国家がその日常、日々の一般的使用を許可し、社会で広く処方されている薬剤

に
強いその様な作用があり、深刻な舌痛症(亜鉛欠乏症)の原因になっているであろうとは、
殆んどの医師は誰も予測せず、現在も殆んどの医師・薬剤師も、薬学者も知らないのです。

しかし、多くの亜鉛欠乏症患者さんの治療にあたって、特に多剤服用者の欠乏症の治療に
あたって、随分多くの薬が、多かれ少なかれキレート作用がありそうなことが予測され、
今後、薬剤の亜鉛とのこの作用について検討して行く必要があること、合わせて多剤服用
の相互作用について注意して行くことが求められることになるでしょう。

http://www.ryu-kurasawa.com

お尋ねします。 投稿者:稲葉友子 投稿日:2021年11月19日(金)08時27分41秒

倉澤先生様
先日はお忙しい時間を割いて下さり、色々アドバイスをありがとうございました。
その時、お伝えすることを忘れましたので、お知らせします。耳管開放症の薬は
加味帰脾湯2.5ｇを1日3回とアデホスコーワ顆粒１ｇ1日3回です。この薬は8月より
服用しております。今後ともご指導頂けると幸いです。宜しくお願い致します。

。

多彩な亜鉛欠乏症　しばらく褥瘡から舌痛症に転進 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2021年11月16日(火)17時32分11秒

私は現在東御市立みまき温泉診療所で週一回の亜鉛欠乏症の外来を担当しています。

単行本【現代日本の国民病 亜鉛欠乏症】を05/31に発刊しました。
さらに、08/19の信濃毎日新聞のこの単行本の紹介記事もあり、現在では、『私の症状はあの本に書かれている症状に似ている』と単行本を購読して受診して来る『いわゆる舌痛症』の患者さんが大部分を占めている。

【現代日本の国民病 亜鉛欠乏症】は、①味覚障害②食欲不振③舌痛症④褥瘡及び⑤の多彩な皮膚疾患・皮膚症状の頻度の多い五大亜鉛欠乏症の中でも、亜鉛の補充による全身療法の経過の写真が最も視覚的にそのEvidenceを示す『褥瘡の一連のカラー写真』を取り込み、社会に公表することが出来ました。

日本褥瘡学会では、まだ、なかなか正式に亜鉛補充療法を認めていないようですが、単行本が発刊された最近では もう＜褥瘡　亜鉛＞の画像の検索でも、勝負あったと言ってよいでしょう。

亜鉛欠乏症の臨床の現場では、その多彩な疾患・症状のうちの、味覚障害や臭覚障害については、富田寛先生らのご努力で、亜鉛欠乏症の主要な疾患の一つであることは、もう、異を唱える人はいないと言ってよく、褥瘡についても、もう記述の通りです。食欲不振と亜鉛についてはこれからも、多くの医師が検討するであろうことは、想像するまでもないと考えます。多数で多彩な皮膚科疾患は健常な皮膚の生成・維持の障害として、多くの皮膚科医の目覚めに期待したいと私は思う。
上記の頻度の多い五大疾患・症状以外にも、免疫機能の絡むものや最近話題となっている痛覚変調性疼痛関連のものの中にも亜鉛が関係しているものがある可能性を否定できないでしょう。

しかし、臨床診療上、現在大きな問題となっている亜鉛関連の疾患は『いわゆる舌痛症』です。

この亜鉛欠乏症についてのこの掲示板や亜鉛欠乏症のホームページ上で、舌痛症について、これからしばらく”主に”投稿して、大部分のいわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症であることを、出来るだけ現実の症例に則して提示して、納得していただこうと考えています。

実際の症例の診療経過を示すことにより、臨床における『亜鉛補充療法の実際』とイ

ンターネット上で問題となっている血清亜鉛値やその基準値のこと、さらには多剤服用症例のこと等々提示することができればと考えています。

現在『いわゆる舌痛症』の主流とされている舌痛の除外診断的診断法で診断する複雑な診断法よりも、【亜鉛欠乏症である多数の舌痛症】を【亜鉛欠乏症の治療的診断法】からまず舌痛症を診断・除外する診断法に変えることが出来ればと思う。　どこまでやれるか？！スタートである

http://www.ryu-kurasawa.com

ノベルジンの使用経験がないので、適切なご返事ができませんが、、、。 投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2021年11月13日(土)21時12分2秒

稲葉友子様

ご質問いただいて、有り難うございます。
84歳の女性で、亜鉛欠乏症とのこと、ノベルジン25mg　2T　　毎日服用されている。
ノベルジン25mg 2Tとプロマック75 2T（亜鉛量として、34mg)の服用が、
『どちらも同じ効果がありますか？』とのお尋ねですね。
どの様な亜鉛欠乏症で、亜鉛欠乏の原因は何が考えられるのか等の情報がないので、適切なご返事にはらないかと危惧するのですが、、、。

正確にご返事すると
「私はノベルジンを処方したことがないので、どちらも同じ効果があるか？判りません。」と答えるのが正しいと思います。

これまでにプロマック（ポラプレジンク）については、胃潰瘍薬として長期の処方経験と亜鉛欠乏症の補充療法としては20年の経験から、その投与量や投与法、生ずるであろう効果や副作用等についても判っていますが、ノベルジンについては使用経験がありませんので、お尋ねの効果がどうか？については適切な答えが出来ません。

また、同じ様な薬効を有すると言う薬剤の場合、通常の処方薬の投与に問題がない場合はわざわざ使用経験のない薬を使用することはありません。私の場合、特に、医療としてはノベルジンを処方する必要性はこれまでなく、特にノベルジンは、何故か？薬価が異様に高価格で、（ノベルジンが適応とされる低亜鉛血症(？)の治療にはイヤ知らず）特に、長期間の投与を必要とする可能性のある亜鉛欠乏症への選択肢は、一般には適切ではない、と私は考えますので、現在まで使用経験がありません。少なくとも第一選択薬ではありません。

多くの医師は薬剤の処方をする場合、主要の薬理作用や副作用はもちろんですが、吸収や体内の動態、投与量、併用薬等との関係、時には長期服用例では、その維持の投与量は当然のこと、薬価なども検討して決めることになります。

亜鉛欠乏症への両剤の適応は、それぞれのポラプレジンクと酢酸亜鉛の化学物質の作用ではなく、吸収された亜鉛元素そのものの作用で、適切な量の亜鉛が副作用少なく、適切に吸収されればよく、その意味では副作用とも関係する投与量も、時には投与法も大切です。
私がノベルジンを選択するとすれば、プロマック（ポラプレジンク）の使用がその患者にアレルギーなどの副作用で使用できない場合に、やむなく選択することになるだけでしょう。

http://www.ryu-kurasawa.com

お尋ねします。 投稿者：稲葉友子 投稿日：2021年11月10日(水)15時22分11秒

長野県に居住しています、稲葉友子　84歳です。
私は今耳管開放症と亜鉛欠乏症を患っています。
投薬についてお尋ねします。
　投薬中の薬はノベルジン錠25mg1日２錠です。
　先生の本では、ブロマック?錠1日２錠とあります。
どちらも同じ効果がありますか？

お忙しいところ恐れ入りますが、宜しくお願い致します。

何故？日本褥瘡学会の褥瘡治療法批判に固執するのか？

投稿者:倉澤 隆平
投稿日:2021年11月 6日(土)13時53分1秒

第23回日本褥瘡学会が終了して50日余が過ぎたが、学会の変化は見られませんでした。

①【褥瘡と日本褥瘡学会の治療法】＝＞画像
②【褥瘡と亜鉛欠乏症の治療法】　＝＞画像
この掲示板をご訪問の方は上記の①②の二つのGoogle検索を、再び、比較・検討してみて頂きたいと思う。『同じ褥瘡の治療について』何故？こんなに違いがあるのであろうか！

2021.11.04現在、Googleで【褥瘡】と検索すると7000000件余がヒットしました。
Google検索でのヒットの件数が何を意味するのか？について、詳細には判りません。
それでも、褥瘡がかなり多くの国民の関心事であることを示していると言ってよいのであろう。

日本褥瘡学会が20数年前に褥瘡発症の仕組みと治療法の研究、及びその実践を目指して多くの職種の人々で組織され、日本の褥瘡医療に今日まで、多大な成果を上げて来たことは改めて述べるまでもないと言えましょう。
だが、しかし、日本褥瘡学会は、20年前の学会発足当時の褥瘡発症の仕組みと治療法の基本を大きく変えることなく、多少の紆余曲折はあったものの、局所療法に偏重したまま、今日にまで至ってしまった、と言っても過言ではないでしょう。

詳細な経緯・経過は省略しますが、私は長期に渡り、日本褥瘡学会に対し、『褥瘡の治療には、局所療法に偏重することなく、亜鉛補充療法の全身療法と適切(軽度)な局所療法』を併用することが大切であり、出来るだけ早期に併用療法を認める様に求めてきました。

09/10～09/11に開催された第23回の本学会はWEB形式の開催であり、会員はもとより悩み苦しんでいる患者さんや家族は当然のこと、現実に医療・看護・介護の現場で褥瘡治療に悩でいる多くの関係者に、インターネットを介して広くその知見を周知するのには適切な機会と考え、08/02の本学会の司会者・講師の皆さんへの『褥瘡と亜鉛欠乏症』の検索の呼びかけを皮切りに、この掲示板上で一連の検索や呼びかけの活動を致しました。

Google検索でのヒット件数は何を意味するのか不明ですが、【褥瘡 亜鉛欠乏症】や【褥瘡 亜鉛】の検索は、当初はほんの少数のヒット件数でしたが、次第に増加、前者ではなぜか？乱高下があり、最近では50000件弱前後になっていますが、【褥瘡 亜鉛】は、これまた、何故か？今日では、2100000件を超えるヒット件数を示し、特に、画像を追加すると、褥瘡の治療経過を視覚的に充分に追跡・確認でき、局所療法と併用療法の差を明瞭に判断出来ると考えています。

もうこのままでも数年先には、社会が【亜鉛補充の全身療法】を当然のこと、と認める様になるでしょう。しかし、何故？私が日本褥瘡学会の治療法批判にこれ程固執するのか？

日本で唯一褥瘡を冠する日本褥瘡学会は、現在、局所療法に偏重していると私は考えていますが、局所療法については、十二分にその極限まで追求され、そのチーム作りと組織化や長年の経験をもって、褥瘡へ、患者さん達へと向き合って来た実績があり、その組織力、経験量、情報量と伝達能は充分に尊重すべきもので、新知見を加えての褥瘡治療が現在の臨床の場で、如何に有効に機能するか！と半世紀以上も現場で活動して来た私は考えます。

日本褥瘡学会が【亜鉛補充療法の全身療法】をシッカリと検証・追認してその気になれば、１～２年の極短期間でも、看護師、介護士は勿論医師にもその情報は拡がって、褥瘡治療は一変することも可能と考える。

日本褥瘡学会が学会として、学問と社会への責任を早急に果たされることを望みたいと思う。

http://www.ryu-kurasawa.com

【褥瘡は亜鉛補充の全身療法と適切な局所療法で治癒・予防可能】 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2021年 9月13日(月)20時52分11秒

第23回 日本褥瘡学会は2021.09.11にWEB形式の学術集会を終了しました。

私は日本褥瘡学会に対して
＜【褥瘡は亜鉛補充の全身療法と適切な局所療法で治癒・予防が可能である】ことを今回の第23回日本褥瘡学会を契機として追認することが潮時である＞と考えると以下の
掲示板を含むインターネット上の数々の資料・記録を基に7月～9月表明して来ました。

＜亜鉛欠乏症についての掲示板＞ https://8114.teacup.com/ryu_kurasawa/bbs
＜亜鉛欠乏症のホームページ＞ http://www.ryu-kurasawa.com/
＜東御市立みまき温泉診療所HP＞
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/post-4.html
＜現代日本の国民病 亜鉛欠乏症：三恵社＞
（幸い日本褥瘡学会員、学会参加者、そして多くの一般の方々”にも訪問いただいた様です）

亜鉛欠乏症のホームページ内のトピックス欄でも数年にわたり、数々の学会批判の論文を掲げ、
学会のこれまでの活動・業績を評価しながらも【局所療法に偏重する日本褥瘡学会】と批判を
展開して、局所治療は大切であるが、【褥瘡は典型的な亜鉛欠乏症である】こと、【人間の医療は、例え局所でも全人的な視野で、診るべきもの】との84歳老医の繰り言で、
日本褥瘡学会が組織として、目を見開き、意識の転換を図るべき時と警告します。

医学・医療として問題があるようでしたら間違いを正し、公に反論されることをお願いしたい。
　褥瘡とは異なり、多彩な亜鉛欠乏症で可視化困難な『舌痛症』に、今はもう転進します。
　褥瘡学会が追認しようとしまいと、もう、真実は自然と動き出していると考えている。

2021.09.13　倉澤隆平

http://www.ryu-kurasawa.com

局所療法偏重の日本褥瘡学会へ。亜鉛補充の全身療法を追認の潮時では！？ 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2021年 9月 3日(金)15時52分55秒

　TVで、菅総理が二兎追えず総裁選不出馬、コロナ対策に専心との記者会見があった。
首相の持つ“大きな権力で適切に指揮する”それ以上の力でコロナに専心出来るのか？？
私には理解できないが、何れの組織でもトップの責任は大きいこと、だから力があることを明確に示した記者会見である。もーつ、sdさん、人はそれぞれで、皮膚科医とか内科医で一括り出来ないこと充分お判りの上での、先のご投稿と理解し、エールに感謝します。

さて、
第23回日本褥瘡学会がいよいよ９/10～11にWEB形式で開催されることとなりました。
参加する学会員はもとより、学会を主宰される理事会・役員会はじめ本学術集会の司会者(座長)・講師の皆さま方も、当然、PCを駆使されて褥瘡の治療・研究をされていることと思われ、WEB形式を有効に活用して、学会本来の目的を達せられるよう、この呼びかけをしています。
日本褥瘡学会の褥瘡の発症・治療・予防等などに関する学会発足以来の功績には深い敬意を表する者で、加え、今は最後のその時期と考え、当初の題名の呼びかけを致します。

私(倉澤 隆平)は、2002年に『多くの多彩な亜鉛欠乏症の存在』に気が付いて以来、臨床症例の積み重ねに、血清亜鉛濃度の疫学調査の結果も含め、その知見の周知は臨

床・保健医療にとり大切なことと考え、基礎・臨床系学会はもとより大学や医師会等などの研修会・講演会、活字やインターネットを通じての活動を続け、約20年になりました。

特に【褥瘡】は亜鉛欠乏症の典型的な疾病の一つで、日本褥瘡学会とは2008.06.07の第5回日本褥瘡学会関東甲信地方会を初めとし、 2011.08.26の福岡で開催された第13回本学会の学術集会では、【亜鉛補充療法と適切な局所療法で、大部分の褥瘡は治癒・再発防止可能である】と褥瘡の治療・予防に全身療法と局所療が大切のことを「こんなにも多い亜鉛欠乏症」と題するセミナーで述べ、立見席も出る盛況で、会長講演でも触れられました。
その他、全国を巡っての180回を超える医師会や看護師会等などの研修会、本学会の地方会や日本皮膚科学会等などの関連学会で【亜鉛補充の全身療法と適度の局所療法で褥瘡の治癒と予防が可能】との知見を多くの治療経過の写真を示して述べてもきました。

さらには、第＊＊回学会で新たな知識を求めて、次回学会ではシンポジウムを公募するとの理事会決定が公表され、この学会はまだ捨てたものでないと考え、亜鉛補充療法の臨床と創傷治癒関係の亜鉛の基礎の演者グループで応募しましたが、不採用との通知でした。

その後は、第18回日本褥瘡学会に参加して(Ⅰ)～(Ⅶ)の感想と、第19回日本褥瘡学会に参加して、局所療法に偏重する日本褥瘡学会を批判する(Ⅰ)～(Ⅳ)の意見をそれぞれに、亜鉛欠乏症のホームページのトピックス欄 http://www.ryu-kurasawa.com/topic/ に掲載してきました。

日本褥瘡学会の歴代のトップの方々や指導層のかなりの方々(勿論中には局所療法のみに固執されている方、亜鉛の生体機能を理解できない方もいますが)は、この約二十年来のお付き合いの中で、小生の主張する亜鉛補充療法のこと、よくご存知なのですが、何故か？学会の組織となると亜鉛補充療法を無視し続けてきました。大変、不思議なことです。
しかし、
第23 回日本褥瘡学会学術集会のプログラムでは、特別講演で、1、【基礎研究】褥瘡の発症機序と関連要因　群大の茂木精一郎先生の講演があるとのこと

これまでの亜鉛補充療法の臨床の積み重ねと疫学の結果を合わせて、やや遅きに失しているとは思いますが、日本褥瘡学会が【亜鉛補充の全身療法と適度の局所療法】を褥瘡治療の基本であると追認する潮時と考えますが？如何でしょうか？

http://www.ryu-kurasawa.com





《前のページ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 次のページ》
以上は、新着順21番目から30番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

先生の活動は無駄ではない 投稿者:sd 投稿日:2021年 9月 3日(金)07時15分43秒

医者は儲かると思って医学部に進んだ医者と
病気で苦しんでいる人を助けようとして医学部を選んだ医者とでは大違い

中でも皮膚科を選んだ医者は急患も来ず、真夜中に起こされることもない、
生命の危険に晒されることも少なく、楽して儲けられるとして

一番やる気のない人が選んだ道だと思います

儲けることしか考えず、患者のために働こうという気持がない医者が集まる
そんな集団の日本褥瘡学会にいくら先生が正論を唱えても
学会の存亡に関わる問題でもあり、仮に知っていても聞く耳を持たないでしょう
でもそのうちに学会も諦め、反省し、改革を進めることでしょう

多くの苦しんでいる患者が先生の活動の結果救われるのですから
大変でしょうが頑張ってください

寝たきりの圧迫は切っ掛けで、褥瘡の発症・難治の主因は亜鉛欠乏です。 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2021年 9月 2日(木)14時20分6秒

sdさま、ご投稿有難うございます。全く、その通りです。ただ、、、。

確かに、寝たきりになったお年寄りが病院や介護の施設で同じ様な看護・介護を受けても、褥瘡になる人とならない人がいます。また、特に、お年寄りは寝たきりにならなくても、チョット体調を崩して、一日寝ただけでも、身体のあちこちに褥瘡が多発する人もいます。

人は、一人ひとり、個々人で違いがありますし、特に、お年寄りになるとその全身状態は、人それぞれで違いが大きく、褥瘡に限らずどんな病気でも、例え、主な症状が局所のものでも、全身状態に考えを巡らすべきこと当然のこと、どの科の医師にも、大切なことです。
医師が将来どの診療科を専攻しようとも、全科の教育を受けることはそのそのためです。

ただ、近年の次第に細分化された専門と社会の専門家重視の傾向の中に、狭い専門領域に安住し、広い視野をなかなか持てないデジタル思考の医師がいることは事実で、大変に残念なことです。

日本褥瘡学会のトップの方々や指導層のかなりの方は、中には局所療法のみに固執されている方もいますが、この十数年来のお付き合いの中で、小生の主張する亜鉛補充療法のこと、ご存知ですが、日本褥瘡学会と言う組織となると【局所療法に偏重し、亜鉛補充療法の全身療法を無視】して来ました。学会とは本当に不思議な組織です。何故でしょう！！

色々なこと考えられますが、最近流行の新型コロナ感染症でもそうですが、ただ、専門家に任せておけば良いのでなく、いわゆる自称専門家の多い中、気が付いた一般の方々が正しい知識を身に着けて発言すべき時でもあり、この掲示板をも、どんどん活用していただけければ幸いと思っています。
最近、刊行した『現代日本の国民病　亜鉛欠乏症』でも、科学者の在り方、学会の社会への責任等などにも、触れています。多くの一般の人の浅くても広い視野の必要な時代と思っています。

http://www.ryu-kurasawa.com

寝たきり老人は褥瘡にかならずなるのか　投稿者:sd　投稿日:2021年 9月 2日(木)11時43分44秒

同一病院とか養老院で看護の仕方が同じ、寝たきり老人で褥瘡になる人とならない人がいると思うのですが
その違いは亜鉛欠乏症が関わっていると考えてよいのですか
もしそうだとすればこの病気は皮膚科医の範疇というより内科医が担当した方が根本的な治療となり、医者の生活しか考えず、患者本位でない、褥瘡学会は考え方を変えるべきだと思います

サーフィンの具体的やり方　投稿者:sd　投稿日:2021年 8月31日(火)19時11分55秒

褥瘡＞画像　＋＝＞亜鉛欠乏症の治療法＞画像　＋＝＞ポケット＞画像
のごとくサーフィンせよと言っても少し特殊でわかりにくい
具体的に示さないと皆さん参加できないと思います

第23回日本褥瘡学会学術集会(WEB開催)に参加する皆さまへ、再び、検索のお願い。　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年 8月27日(金)16時42分41秒

Google検索で、褥瘡＞画像　＋＝＞亜鉛欠乏症の治療法＞画像　＋＝＞ポケット＞画像　と以上の様に、画像を中心の検索と個々の症例の追跡サーフィンをお願いしたいと思う。
さらにサーフィンの範囲を広げ、個々人の目で見、個々人の頭で考える。褥瘡治療について、キッと大きな大きな情報が掴めるものと思われる。

8月22日に引き続いて、もう少し深堀りの検索をお願いしたいと思う。

第23回日本褥瘡学会学術集会が9/10・9/11にWEB開催されることとなった。
コロナ禍のもと今回の学術集会はWEB開催とのことで、WEBで学会参加の合間にでも、再び、画像検索のサーフィンにも、ご参加いただきたいと思う。学会以外からの褥瘡に関する近年の治療の進歩の新しい情報を得られることと思う。

会員の皆様の最大の関心事【褥瘡】の語、単独で検索すると約1000万ものヒットがある。
検索におけるヒット件数がどの様な数値であるかは不詳であるが、この褥瘡の項の＞画像で見る褥瘡は、私にとっては、10数年も昔の、最近は滅多に経験することのない、かなり悲惨な症例であったが、兎に角、まだまだ、多くの人々の関心事であることを示していることは間違いのない事実！。
皮肉な見方をすれば、日本褥瘡学会が長年にわたり活発な活動をしてきたことには深い敬意を表する者ですが、まだ、多くの国民が褥瘡に悩み、苦しんでいること、つまり、学会が社会において、まだまだ、充分の機能を果たしていないとの証拠であるとも言えること。

何が問題なのか？検討すべきである、と私は思う。
2002年秋に、褥瘡が典型的な亜鉛欠乏症の一つであることに気が付いて以来、多くの学会、全国を巡っての講演会等などで褥瘡治療に亜鉛の大切さを述べてきました。日本褥瘡学会では2008.06.07の第5回日本褥瘡学会関東甲信地方会を初めとして
2011.08.26に、福岡で開催された第13回本学会の学術集会で、褥瘡の全身療法と局所療法ー【亜鉛補充療法と適切な局所療法で、大部分の褥瘡は治癒・再発防止可能である】とランチョンセミナーで述べ、立見席も出る盛況であった。

亜鉛の大切さに気が付いて20年、亜鉛欠乏症のホームページや東御市立温泉診療所HP等にも、日々の資料を積み重ね、本褥瘡学会に【亜鉛補充療法の全身療法と軽度の局所療法を！！】と強調して示して10年が経過した。
その様な歴史を含め、コロナ禍の現在、日本褥瘡学会の現状、褥瘡治療の現状をシッカリ確認する時であろう。また、学会の社会に対する責任も考えねばならない時とも思う。

安価で安全、且つ容易な亜鉛補充療法の追加で、どれだけ多くの人々が救われるか！！
広い視野のもと、学会の責任を果たすべきと思う。　倉澤隆平

http://www.ryu-kurasawa.com

日本褥瘡学会会員の皆様へ、二件の検索のお願い

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2021年 8月22日(日)23時43分11秒

第23回日本褥瘡学会に集う皆様へ、
試みに、以下の二つの検索をされて、比較検討して見ていただきたいと思う。

①褥瘡と日本褥瘡学会の治療＝＞画像
②褥瘡と亜鉛欠乏症での治療＝＞画像

二つの検索結果を虚心坦懐にご検討いただきたいと思う。
学会の目標とする患者さんとご家族のために、何が問題であろうか？

2021.08.22 倉澤 隆平

http://www.ryu-kurasawa.com

日本褥瘡学会の褥瘡治療はその理論･方法ともに遅れているのでは？？

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2021年 8月11日(水)13時25分3秒

2021/08/02のこの掲示板上で、第23回日本褥瘡学会学術集会の司会者・講師の方々に『褥瘡と亜鉛欠乏症』の検索をお願いした。どの程度の方々の目に留まり、検索いただいたかは不明であるが、もう十数年前から褥瘡の局所療法に偏重して、小生らの褥瘡治療には、全身療法と局所療法のバランスのある治療が必要であるとの警告には耳を貸してもらえず、現在でもその狭い視野から抜け出せず【日本褥瘡学会と褥瘡治療】は時代から遅れているのでないかと危惧される。

再び第23回日本褥瘡学会学術集会の司会者・講師の方々に『日本褥瘡学会と褥瘡治療』と『日本褥瘡学会と亜鉛補充療法』をそれぞれ検索し、比較して見ていただきたいと思う。

『日本褥瘡学会と褥瘡治療』では、確かに120万件余の検索結果となる様ではあるが、主要な治療のポイントは、1.ぬり薬 2.ドレッシング 3.消毒・洗浄 4.手術であると言う。
一般的栄養についての言及がないとは言わないが、殆んど除圧・軟膏・保護の局所療法に限られていると言えるのではないだろうか？画像を追加チェックしても、ショッピングを追加チェックしても、それ以上の情報は得られない。

『日本褥瘡学会と亜鉛補充療法』で検索すると、35200件の少数の検索結果に止まるが、多くの新たな情報があり、日本褥瘡学会はあまり関与していないが、画像の追加チェックでは、亜鉛補充療法の経過を追って可視化された褥瘡治癒の経過は、”いわゆる専門家”の方々の目にはどの様に映るのであろうか？

日本褥瘡学会が社会に対して、学会として。その責任を本当に果たしていると、そして今後も果たして行けると言えるのであろうか？

司会者、講師と言えば学会の現在を、将来を担う方々と思うのでお伺いしたいと思う。

昔、サランラップ療法について、正しかったかどうかは別にして、理事会として即刻の異様なほどの大きな反応を示した同じ学会とは、わたしには到底思えない。
褥瘡の【亜鉛補充療法の全身療法と軽度の局所療法】の主張に、学問的に、臨床的に、もし学会として問題があるのなら、当時の様な反応を示していただきたいと思う。
学会が学問を重んじ、社会に対してその責任を負うのには、その様な緊張感が必要と考える。
『褥瘡』で検索、画像の追加検索で示される様な悲惨な褥瘡の多くの患者さん、家族の方々がいること忘れてはならない。

倉澤 隆平

http://www.ryu-kurasawa.com

第23回日本褥瘡学会学術集会の司会者・講師は『褥瘡と亜鉛欠乏症』の検索を！！

編集済

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年 8月 2日(月)16時27分12秒

2021年の第23回日本褥瘡学会学術集会が9/10、/9/11に、WEB開催形式で開催されることとなった。プログラムを拝見すると、特別講演１【基礎研究】茂木精一郎氏（群大大学院医学系研究科皮膚科）の 褥瘡の発症機序と関連要因 と もしかすると教育講演３. 皮膚科 沢内 明彦氏(群大大学院医学系研究科皮膚科学) の皮膚創傷治癒のメカニズムについて　を除くと、殆んどこれまでの日本褥瘡学会学術集会と変わりのない局所療法に偏重した『除圧と軟膏療法と形成外科的処置』のケアに重点を置いたものの様に思われる。

本【亜鉛欠乏症について の 掲示板】に2021.07.04 投稿した「褥瘡と亜鉛欠乏症」をGoogle検索してみて欲しい！問題は何か？の提案の様に、学術集会の各プログラムの司会者と講師の方々には、是非、9月の学会開催の前に、検索して見ていただきたいとお願いしたい。

褥瘡は幸いなことに、味覚障害や舌痛症、食欲不振等とは異なって、見える化の容易な疾患である。
【褥瘡】単独の検索と【褥瘡と亜鉛欠乏症】の検索を、特に、〝画像”をチェックしてその結果を比較して見ていただきたい。特別の説明は必要ないものと思われる。兎角、現代はEBM流行りであるが、シッカリしたnarrative EBMに基ずく、症例、特に、これまでの通常医療(日本褥瘡学会の)から外れた何例もの症例は確率論的にもはるかに信用しうるものである。異論があれば、是非、本掲示板にご投稿いただきたいと思う。

司会者・講師はキットこれまでより広い視野で、今回の学会で褥瘡に向き合えるものと思う。

日本褥瘡学会は時代に遅れずに、専門学会の社会的責任を果たして欲しいものと思う。それでも褥瘡と亜鉛の関係が理解できない方は、【現代日本の国民病 亜鉛欠乏症】(三恵社)　第7章　大部分の褥瘡は亜鉛補充療法と適切な局所療法で治癒するーの項はじめ、亜鉛欠乏症のホームページや東御市立みまき温泉診療所のＨＰ、特にポケット形成の項など参照されたい。　　倉澤 隆平

http://www.ryu-kurasawa.com

亜鉛欠乏症の治療にはもっと安価な別の薬を！！

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年 7月19日(月)14時57分53秒

SSさんへ

亜鉛欠乏症の医療について、少しは知ってる医師の一人として、この投稿への返事には困りました。

【SSさんの病気が、もし亜鉛欠乏症であるとすれば、もっと安価(薬価が約１／１０程度)な薬剤があります。安価で適切な薬剤を希望してください。】
～亜鉛欠乏症の亜鉛補充療法はノベルジンやプロマックの薬剤そのものの薬理作用が問題なのではなく、薬剤に含まれる亜鉛を如何に人体内に補充するかが問題である。その意味では、副作用が少なく、適切に体内に吸収されればよく、服用し易く且つ合理的な薬価であればよりよい。現在、保険診療で使用しうるこの二剤で、その内容は薬価以外は、大差はない。～

【以下、やや専門的な話ですので興味のある方に！！】
調剤の会計で余りに高い薬で間違いでないかと思われたとのこと、亜鉛欠乏症の医療に関係している者として、大変申し訳なく思います。詳細は、大変込み入った保険診療上の薬剤の適用・適応、及び薬価の決め方の「類似薬効比較方式」に関連して、医療の関係者に亜鉛欠乏症の充分の知識がなかったり、不勉強であったり、また、何らかの思惑があったのか？？　兎に角不都合があったと筆者は考えます。
現時点では、保険診療上、一応、薬価の極端に異なる二薬剤が法的には適法？？とされており、こんな馬鹿げたことが、医療の現場で発生しているのです。
関係する人達、及び組織・機関に早急の改善を求めます。。

ただ、医学・医療的には、亜鉛欠乏症である限り、プロマック(ポラプレジンク)による亜鉛補充療法が、より安価で安全、且つ容易な治療法です。わざわざ、薬価が10倍もする高価なノベルジンを使用することは、保険診療の原則からも、薬理・薬効の医

学的見地からもありえません。多くの患者さん達から、また薬剤の適用や薬価決定の複雑で、込み入った経緯・事情は知らないが、亜鉛・亜鉛欠乏症のことをよく勉強をしてる医師達からも、SSさんと同様のことを、しばしば、質問されます。

亜鉛欠乏症の診断で、ノベルジンを第一選択で処方している大部分の医師はこのことを知らないか、または、【55年通知】を知らずに、ノベルジンが唯一保険診療に認められた薬剤であるかのごとき【フェイク宣伝】の一方的情報しか持たない医療者達ではないかと、小生は考えています。

ただ、ノベルジンの適応とされる低亜鉛血症と言う病態（亜鉛欠乏症でない～ノーベルファーマ社の広告を如何に読んでも理解不能ですが～）がもしあれば、それは適切なノベルジンの適応となるのでしょう。亜鉛は充足されてるが、低亜鉛血症であるから、より高い血清亜鉛値を疾病の治療として、処方すること、もしかするとありうるのでないかと考えてますが、如何でしょうか？それでよろしいでしょうか？

以下など参照されたい。
◎＜現代日本の国民病　亜鉛欠乏症＞　2021.05.31 発刊
◎【亜鉛欠乏症の診断基準2016】のデジタル思考を批判する（Ⅰ）
http://www.ryu-kurasawa.com/20180420-2/

http://www.ryu-kurasawa.com

高価な薬　投稿者：SS　投稿日：2021年 7月11日(日)23時26分47秒

ノベルジン25mgを昨日（2021.7.10）から飲んでいます。調剤の会計で、あまりに高いので間違いじゃないのかと思いました。毛が生えてくるまで爪が割れなくなるまで継続できるのか経済的なことが不安です。しかし長年の苦悩から解放されるかもしれないという期待もありワクワクしています。ジェネリックがあると少しは安心できます。医師も患者さんにお薬を勧めやすくなると思うので、製薬会社に先生からお願いしてください。よろしくお願いします。





《前のページ　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　次のページ》
以上は、新着順31番目から40番目までの記事です。

／50　ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順　表示切替

ホームページへ　管理者へメール

管理者メニュー　自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

「褥瘡と亜鉛欠乏症」をGoogle 検索してみて欲しい！問題は何か？ 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2021年 7月 4日(日)18時20分23秒

Google検索で
①「褥瘡」を検索し、
その後（すべて）から＝>（画像）、＝>（ショッピング）とチェックしての検討と、

②「褥瘡と亜鉛欠乏症」を検索し、
　その後同じく＝＞（画像）＝＞（ショッピング）と一連の検討をして見ていただきたい。

①と②とは同じ褥瘡に関する現在のGoogle検索の結果です。
異なることは②に亜鉛欠乏症が加わっているだけです。

何故？こんなにも、情報の内容が異なるのでしょうか？
インターネットの情報収集がどの様に行なわれ、まとめられ、発信されているのかは、私にはよく判りません。
しかし、多くの細かな情報が写真や映像まで集められ、分類・連携され、適切に発信されていることに、驚き、感嘆さえしている人も多いことでしょう。

しかし、この一件は同じ褥瘡を扱いながら何故これ程内容が異なるのでしょう。
「褥瘡」の映像では、私には、多くの褥瘡患者さんを前に、医師として悩み藻掻いていた、十数年余も前の記憶が甦り、気分が悪くなる様な数々の症例が並び、一時代異なる昔の時代の情報かと錯覚してしまう様な映像群です。
この情報社会の現代には不思議なことでしょう。どの様な仕組みが、どの様な力が、この様に異なる情報源を作るのか？　多くの方々に考えていただきたいと思う。

参考までに、亜鉛欠乏症のホームページのトっピックス欄に、以下のURLのごとく、
　http://www.ryu-kurasawa.com/2018-01-18/
　局所療法に偏重する日本褥瘡学会を批判する（Ⅰ）　日付: 2018年1月18日
～褥瘡の発症及び難治化は亜鉛欠乏による皮膚の脆弱(性)化が主要な原因である～
の論文、さらに同（Ⅱ）～（Ⅳ）の論文を掲載しています。

本年2021.05.51 【現代日本の国民病 亜鉛欠乏症】第1版の発刊をしました。
亜鉛欠乏症については、まだまだ、判らないことだらけですが、この約20年間に判ってきたことも沢山あります。そして、多くの悩み苦しむ患者さん、家族たちが大勢います。
しかし、肝心の医師の20%にも、その知見は充分に受け入れられていると言えません。
大変、残念なことです。何故でしょうか？色々な原因がありそうですし、あります。

医学・医療のことだけでなく、多くの人々が、国民病であり、文明病でもある亜鉛欠乏症に関係する種々の問題点を知る糸口になればとも考えています。
医師だけでなく、学会人だけでもなく、マスメディア、企業、一般の人も考えて欲しいと思っています。

http://www.ryu-kurasawa.com

血清亜鉛濃度疫学調査での感動忘れられません。 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:
2021年 6月22日(火)09時35分43秒

上岡 晴洋先生、ご投稿有難うございました。2002年に亜鉛欠乏症の多発傾向に気づき、2003年、旧北御牧村での血清亜鉛濃度疫学調査(KITAMIMAKI Study)中での統計解析のあのグラフを一見した時の衝撃は忘れられません。
あの解析で統計学的に①血清亜鉛濃度の日内変動の存在が確認され、②加齢とともに血清亜鉛濃度の低下傾向が存在すること、さらには、その後の解析を踏まえて、③1970年代中頃から約４半世紀で亜鉛不足の傾向が進行したらしいこと、④そして当時、既に地域住民のおよそ30%程の住民に亜鉛不足の傾向の存在が予測されることが判明した、その端緒のグラフでした。
そして、何よりもこの疫学調査と合わせて、臨床的な亜鉛欠乏症の存在の誤りでないことを確信し、以後、当時の社会常識に反して、多彩で多数の亜鉛欠乏症の存在とその事実の重要性を唱えて、今日まで活動してきた、その活力の源泉でもありました。

RCTに基づくEBM流行りの現在、臨床的に緻密な narrative Evidence に基づいく多彩な治験例を如何に数多く揃えても評価が低く、なかなか信用を得られない”間違った風潮”のあるなか、この疫学調査の事実を加え､自信を持って亜鉛欠乏症の事実を主張続けることが出来ました。本当に有り難うございました。

思えばあの日、昼食後に、ボーッと進行中のヘルススクリーニングに合わせて実施中の血清亜鉛濃度の日々の報告のペーパーを見ていて、一枚目と二枚目の数値が大きく異なることに気付いたのです。何枚かのペーパーを比較して見ても高低の二種類の群に分かれている。何が違うのか？調査の集団の部落別報告なのか？男女別なのか？年齢別の差なのか？、、、
結局､採血時間の違いで、午前採血群と午後採血群が別々の用紙にまとめて、報告されていたのです。この用紙を持って､身体教育医学研究所の部屋の神岡先生の下に駆け込んだあの日のこと、今でもありありと覚えています。
翌日、午前と午後の受検者を黒丸・白丸で区別し表示した血清亜鉛濃度の見事な分布図を先生から示されました。
KITAMIMAKI Studyの原原図であった。

http://www.ryu-kurasawa.com

ありがとうございます　投稿者:EA　投稿日:2021年 6月20日(日)20時42分56秒

倉澤先生
お忙しい中お返事ありがとうございます。
おっしゃる通り、亜鉛欠乏症であることは間違い無いでしょうし、相談できる身近な医師がいたら良いと思います。いく先々で説明をしておりますが、なかなか親身になっていただけないのが現状です。諦めずにこれからも話を続けていこうと思います。
また、不安な日々を過ごす中、先生の本や言葉に勇気づけられています。今後もなるべく前向きに亜鉛治療を続けていけたらと思っております。
また進展ありましたら相談させてください。よろしくお願い致します。

EAさんへ、定かでない治療法を積み重ねることは賛成できません。　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年 6月19日(土)21時46分28秒

舌痛症と言う他人にはなかなか理解され難い、且つ関連学会内でも、その確かな原因も、治療法も確定されていない疾患の治療に、不安を持ち、迷う気持ちは良く判ります。
また、現在のコロナ禍で、EAさんご自身の舌痛症治療の亜鉛補充療法で、こまごまとした症状の変化や検査データの経過を合わせての治療追跡に、適切なかかり付け医もなく、インターネット上での断片的遠隔治療では、適切な医療が行われないことも事実です。

病気の原因が分かり､その治療法がよく判っている病気でさえも、AさんBさんの病気はそれぞれAさんBさんの病気であって、マニュアル的な一律の診断基準に従って済むものではありません。
ましてやこの舌痛症のようにその痛みの状態さえも患者と医療者で容易に共有できず、治療法も社会で定かでない病気には、出来ればEAさんの身体全体を知っていて、日頃何でも相談できる医師が必要なのです。
何もその医師がその道の専門医である必要は全くありません。患者さんと共にその病気を学ぶ医師であれば良いのです。もちろん例えば外科の手術のようにそれなりの設備と何人かのそれぞれの専門の医療者が一致協力して一つの仕事をしなければ成らない病気もありますが、その様な病気は病気のほんの一部です。

この５月３１日に発刊した【現代日本の国民病 亜鉛欠乏症】も、もしよろしければ、お読みいただければ、と思いますが、如何に患者さんと教え、教えられて未知の亜鉛欠乏症の本態を知り、補充療法が出来上がっていったか？お判りかと思います。
EAさんがなかなか思うようにようにならないと心配になることはよく理解できますが、舌痛症の医療について、それなりに知っている医師として、ｂスポット療法とかは、よく判りませんので、論評は避けますが、余り種々の治療法？を適当に重ねて行うことは少なくとも賛成できません。

前述の本の刊行への祝いや評価やご意見等などへの対応で、返事が遅れましたが、EAさんの舌痛には、原因か、合併か、併存かは別にして、亜鉛補充による血清亜鉛値の推移から身体に亜鉛不足の存在は事実で、また、その舌痛の症状の経過、口腔内の所見などはいわゆる舌痛症に一致することも事実です。
自律神経を整えることと舌痛が関係あるのかないのかは、現時点で私は判らないと言うよりありません。また、ホルモン関係の薬剤と亜鉛についての関係に、知恵を貸して下さりそうな薬学関係者などの方々を探していることも付け加えておきます。
これが舌痛症についての日本の、世界の医療の現実であること理解して、賢く対応して欲しいものと思っています。

http://www.ryu-kurasawa.com

「現代日本の国民病　亜鉛欠乏症」勉強致します。

投稿者：上岡洋晴　投稿日：2021年 6月19日(土)11時24分8秒

倉澤先生
長年の臨床経験ならびにKITAMIMAKI Studyにおける疫学データなど踏まえての対策となる御本ありがとうございました。勉強させていただきます。18年ほど前に研究のお手伝い（統計解析部分）をさせていただきましたことを大変光栄に存じます。目前の人を治療する・指導するにあたり、デジタルデータ・数値だけに目をやることの問題、ごもっともであり、正しいEBMの理解が必要だと私も感じました。先生やグループの皆様のさらなるご健勝とご発展をお祈り申し上げます。
東京農業大学教授　上岡洋晴

舌痛症について

投稿者：EA　投稿日：2021年 6月 8日(火)22時20分28秒

倉澤先生

お世話になっております。最近投稿したばかりで失礼いたします。

先日、このまま亜鉛補充療法だけでいいか？という質問に対し
「このままの亜鉛補充療法だけでいいと考える」というお答えをいただきました。

しかし、なかなか治らないことが不安になり
舌痛に良いかもしれない（自律神経を整え様々な不調の改善に繋がるらしい）と言われている
上咽頭に塩化亜鉛を湿布するbスポットという治療を１度受けました。
酷く辛いものでしたが、受けた直後は舌の痛みが若干和らいだ気がしました。
しかし1、2日経ってみると舌の痛みが増えた気がするのと、口内の塩味が増したので二回目は中止しました。（通常１０回ほどの治療らしいです）
やはり、あまりそういった亜鉛補充以外の治療は受けない方がいいですか？
また、自律神経を整えることで体内の亜鉛吸収がよくなることはありますか？
なかなか亜鉛補充で治らない理由は、なにか考えられるのか、自分でできることはないのか…よくないとわかっていながらも日々焦り、様々な情報に惑わされています。

もうすぐ一年経ちますが、一年経っても治らなかった場合、この治療はいつまで続けてもよいのでしょうか。

たくさん質問をしてしまい、申し訳ありません。お忙しいとは思いますがお返事いただけますと幸いです。よろしくお願いいたします。

単行本【現代日本の国民病 亜鉛欠乏症】を発刊しました

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2021年 5月29日(土)10時28分47秒

2002年の秋、『多くの医師が考えているよりも、はるかに多くの多彩な亜鉛欠乏症

の患者さんが居る』ことに気が付き、日常の臨床と4000名に及ぶ血清亜鉛濃度疫学調査を合わせて、日本国民に亜鉛不足の傾向があることが予測されました。生命に必須な元素亜鉛の不足の現象はヒトの健康のみならず生命体や自然への重要な問題と考え、今日まで約20年間に渡り、次々と集積される情報を加えて、その知見の周知に努力して参りました。

初めの頃は、『体内にたった２～３ｇの微量元素の亜鉛欠乏症はある筈がない』とか、『たった一元素の欠乏で、そんなにも多彩な症状が発症する筈がない』とか、私が述べることが、多くの当時の常識に反することなので、なかなか相手にされなかったのですが、その事実は次第に社会に浸透し、その重要性が認められつつあり、大変、有難いことと思っています。

でも、肝心の医師への充分な知識の普及は、その二割程度にしか及んで居ないとも考えられ、味覚障害はもちろんのこと食欲不振や舌痛症、褥瘡や多くの皮膚疾患・症状、ほか多くの多彩な症状に、適切な医療を受けられずに、悩み、苦しむ多くの患者さんが居て、現在のコロナ禍の最中でも、遠方より診療所を訪れる方、インターネットで相談をされる方々も多く、まだまだ、全く道半ばです。

さらに、何故、亜鉛が不足するのかは、医学・医療だけでなく、
食の在り方から食品加工や医薬品など合成化学物質のこと、農業・畜産業など食糧の生産や土壌など生態系のこと等々も、多くの人々を巻き込んで考える必要のあることと思っています。

亜鉛のことのほんの一部を知る糸口ですが、この本を出来るだけ多くの方々に読んでいただきたいと思い刊行しました。
なお、下記HPなども合わせ、参考にしていただければ幸いです。

亜鉛欠乏症のホームページ
http://www.ryu-kurasawa.com/
東御市立みまき温泉診療所HP
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/post-4.html
亜鉛欠乏症について：掲示板
https://8114.teacup.com/ryu_kurasawa/bbs

2021.05.31

http://www.ryu-kurasawa.com

舌痛症についての経過

投稿者：EA　投稿日：2021年 5月23日(日)17時20分3秒

お返事ありがとうございます。

血清亜鉛がストレスで低下するコトは知りませんでした。
ホルモンが影響しているのでは、と考えていましたが
まだそういった研究はないと言うことなので、経過観察します。

今日からマーベロンも再開になるので
亜鉛治療を続けながら様子を見ようと思います。
8ヶ月の長期間になってきたので痛みや味覚異常での不安や焦りはありますが、
日中の痛みが当初より楽になったのも事実なので、ゆっくり続けていきます。

また変化がありましたら書き込ませていただきます。ありがとうございました。

EAさんの舌痛症の経過について

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2021年 5月23日(日)15時56分10秒

EAさんの舌痛症の経過報告と質問について、亜鉛補充療法をもう8ケ月もやっているのに、すっきり治らないとイライラしたり、不安になったり、本人になれば当然かと思います。

亜鉛補充療法の薬剤の変更と補充療法後の症状の変化は細かい点はありますが、以下の様にまとめます。
昨年９月、舌痛と塩味の異味感で発症。亜鉛補充療法は10月1日より現在まで約8か月継続した。昨年発症当時はかなり酷かったが、12月中旬かなり急速に軽快した。しかし、その後本年1月末に、症状がぶり返し、2月に掛けて憎悪、3月にはやや軽快し、

痛みは夕方以後から就寝まで程度となった。しかし、5月に入り、また塩味の異味感が出始め、最近は痛みも昼以後から生じて寝る前に向け憎悪する状況である。
亜鉛補充療法開始から8か月になるが、発症時と比較しては軽くなったが、根抜けならずゆうつであるとの経過報告。有難うございます。
亜鉛補充療法開始の10月1日の血清亜鉛値７４と最近5月は146となり、その間の値は
　74→106→85→89→125→175ー>103ー>146　　(3～4月？マーベロン中断？？)

質問：このまま亜鉛補充療法だけでいいか？

①このままの亜鉛補充療法”だけ”でいいと考える。
１）EAさんの舌痛は現在の諸学会での【除外の鑑別診断後】のいわゆる舌痛症である。　舌・口内に肉眼的異常がない、舌痛の性状、食事時や睡眠時の痛みなし、日内の痛みの変動のパターン等など、及び塩味などの口内異味感の合併等などで、、ある。
２）は初診時血清亜鉛値74で、補充療法開始で初期の血清亜鉛値の変動とその後の増加の事実はEAさんは亜鉛欠乏症であったことの証拠である。
３）少数の例外はあっても大部分の舌痛症は亜鉛補充療法で治癒する事実がある。
　１）２）３）珍しい１疾病や症状が複数の原因によって発症する確率は殆んどないし、
舌痛症における亜鉛補充療法の典型的な経過をたどっていると考える。

難治の症例に、特殊薬剤使用例や多剤服用例が多いのは事実であるが、
マーベロンが何らかの関係があるのかないのか？はまだ誰も知らない、判らないこと。
経過を追う中で検討することで、慌てることではないでしょう。

②銅の測定がしばしばされていますが、プロマックの通常の使用量例では、銅との競合で銅欠乏となった臨床症例は小生の1000例程の補充療法では経験がありません。で、毎月測定する意味はないと思います。一般の血液検査から気を付けていれば可と思っている。

ただ、血清亜鉛値の日内変動と同じく、血清亜鉛値はストレスでも低下する
日内変動はなぜあるのか？明かな日内反動が亜鉛にあり、銅にもある様である。日内変動と言えば、日内変動をするホルモンが関与しているのでないかと考えたくなるが、まだ、その様な充分の研究はない。マーベロンに絡んで、もし、医師が興味を持って研究していただけるきっかけになれば、大変有難いことと思う。新たな知見が加わるのかもしれない。それ程まだ判らないことだらけ、”群盲象を撫す現状”である。

亜鉛欠乏症のことをある程度知っている医師はやっと二割になった程度と思われる。コロナ禍の下でも、遠方から私の外来を受診される方、遠くから電話やE-メールでの質問や訴えがある。多くの亜鉛欠乏症患者さんば悩み苦しんでいる。医師であれば、褥瘡では試行して、褥瘡の治る経過を見れば理解可能であるが、舌痛症は医師に、他人に、理解しにくい症状・疾患で、しかも歯科医科の境界であったり、医科でも専門の壁に阻まれて、患者さんは医療難民化している。【舌痛症は亜鉛欠乏症である】こと、総ての医師・歯科医師の頭の片隅に入れたいと思う。

http://www.ryu-kurasawa.com

訂正　投稿者：EA　投稿日：2021年 5月22日(土)14時32分41秒

銅は11月から一ヶ月ごとに
163→171→158→202→2
の部分は
163→171→158→202→205

です。失礼いたしました。





以上は、新着順41番目から50番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

舌痛症について(経過　投稿者：EA　投稿日：2021年 5月22日(土)14時30分14秒

倉澤先生

お世話になっております。
あれから継続してプロマックで亜鉛補充をしております。
９月末に舌痛と塩味、10月から亜鉛補充開始、（１１月にノベルジンからプロマック

に変更）12月に軽快するも舌の痛みは消えず
２月に塩味再発、痛みも増し、３月～は夕方以降のみと、僅かに落ち着く
という経緯をたどって参りました。
しかしここ二週間、また塩味を感じる時間が増え（ほぼ毎日昼食以降）
舌のヒリヒリ感も同様です。（寝る直前は特に…）
亜鉛は１０月から一ヶ月ごとに
74→106→85→89→125→175　と推移し
銅は11月から一ヶ月ごとに
163→171→158→202→2
と推移してきました。また銅が高い理由はホルモンの関係で低用量ピルを使用している
せいではないかと、以前お話しさせていただきました。
婦人科の検査の都合で二ヶ月ピルを中止し、４月、５月と採血をしました。
結果は
4/12　亜鉛103　銅159
5/8　亜鉛146　銅88
でした。
想像はしていましたが銅の値がピルを中止してから大きく下がりました。
亜鉛は一度175から103に下がりましたが、146と少し上昇しています。

数字にとらわれずに過ごそう、と思い採血の結果は目安程度と捉えておりますが
明日から再びピルを再開するので銅の値はまた上昇しそうです。

亜鉛の治療を始めて８ヶ月が経とうとしております。
発症当時から比べればとても痛みは軽減したように思います。
しかし現状、午後からの塩味や舌や上顎のヒリヒリ感は気が滅入るモノがあります。
１２月に酷い痛みを抜けてからは、一進一退を繰り返し、あまり変化がありません。
このままプロマックを続ける治療法だけで問題ないでしょうか。

また、次の採血は二ヶ月ほど先になってしまいそうです。

よろしくお願いいたします。

先ず、舌痛症や褥瘡症例で、亜鉛補充療法の試行を！！

投稿者:倉澤 隆平 投

稿日:2021年 5月17日(月)17時09分11秒

2002年秋。医師が考えているよりも遥かに多くの多彩な亜鉛欠乏症の存在に気付いて、そろそろ20年になります。
その知見の周知は大変重要なことと考え、努力して来ましたが、残念ながらその充分な知見は現在まだ、医師の二割ほどに及んだ程度であろうと思われます。
しかし、味覚障害、食欲不振、舌痛症、褥瘡はじめ多くの皮膚疾患、さらに多彩な不定愁訴とされる数々の症状等など日常診療の現場で、多くの悩み苦しんでいる患者さんがいます。
一方、それなりの経験無しに新しい治療法を始めるのは、どうしても抵抗があるものですので、今後は、亜鉛欠乏症について、もう少し具体的に周知を計って行く努力をしたいものと思っています。

亜鉛欠乏症のことを、余りご存じないか、知っていても亜鉛補充療法の経験のない場合には、先ず、これまで継続してきた治療法に加えて、【安全で簡単、且つ安価な亜鉛補充療法】を試行されることをお勧めします。

先ず、【安全で簡単、且つ安価な亜鉛補充療法】についてです。
① ポラプレジンク(プロマック)は胃潰瘍での使用量、75mg錠 2T/朝夕分服が原則です。
　亜鉛量として、34mgで、成人の所要量の約三倍ですが、長期投与でも問題なしです。
②補充療法開始時、開始一ケ月後、二ケ月後の血清亜鉛値の測定を、まず、原則とします。
　不足する亜鉛の充足過程を知る大切な値です。血清亜鉛値と基準値は、ご検討を！！
③目的の欠乏症状他の経過を追跡する。キッと多くの症例で”目からウロコ”でしょう。

『この補充療法で何か問題があるようでしたら、この掲示板などで、質問をどうぞ！！』
＜＜ポラプレジンクの保険適用問題も、ご存じない方も居り、また今も、保険外適用と故意にか？強調する方も居りますが、いわゆる『55年通知』で、保険適応問題は十数年も昔に解決済みのことです。
上記の血清亜鉛値の測定を査定する審査委員や審査委員会も昔はありましたが、もうキッと現在では、余程の不勉強の委員でなければあり得ないことです。
低亜鉛血症の適用薬であるという亜鉛含有製剤はいわゆる亜鉛欠乏症に原則的には不必要であり、薬価の上でも論外であると小生は考えています。
ポラプレジンクは使用経験からも殆ど副作用の問題がないこと、安価であることは周知の事実で、充分の情報を得て、適切な薬剤の選択を勧めます。＞＞

　多彩な症例の中でも、舌痛症と褥瘡症例は、日常の診療で、適切な亜鉛補充療法により劇的な改善・治癒を実感出来る代表的な亜鉛欠乏症です。昔、小生も悩んでいましたが、舌痛症や褥瘡の治療に悩まれている多くの医師に、特に先ず､褥瘡治療にこの補充療法の【追加の試み】を勧めます。
この治療法はこれまでの治療法(褥瘡では現行の局所療法)に亜鉛補充療法を追加するだけです。経験を積めば､次第に局所療法ははるかに軽度でよいことが判明することでしょう。

必要に応じて以下のHPを参照され､質問は掲示板に
亜鉛欠乏症のホームページ：　http://www.ryu-kurasawa.com/
みまき温泉診療所HP：http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/post-4.html
この掲示板：https://8114.teacup.com/ryu_kurasawa/bbs　等など参照いただきたい。

なお、現在も、亜鉛欠乏症については『群盲象を撫す』の状態で、まだまだ、判らないことだらけですが、上記のHPには、現時点までに明らかになりつつある多くの情報・資料が掲載されているとも言えます。
これらのHP等には、私共自身が約20年に渡って実際に経験した事実を基に、各項目に資料を分け、その思考過程もまとめて掲載してありますので、膨大な量になっています。
HP全体に目を通すことは、キッとかなりのエネルギーを要することでしょう。

全体的にまとめた単行本が必要と考え、この数年間準備して参りました。コロナ禍で厳しい状況下の出版界で、なんとか日の目を見る状態に漕ぎ付け、
【現代日本の国民病　亜鉛欠乏症】のタイトルで近日中に発刊予定です。

http://www.ryu-kurasawa.com

アトピー性皮膚(炎)の症状改善に亜鉛補充療法は効果がある。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年 4月18日(日)17時02分32秒

ＫＭさん、ご投稿有難うございます。
ダニやハウスダストに反応があり、アレルギー性鼻炎も合併しているアトピー様皮膚で、ステロイド軟膏を使用しても効果のない難治の10歳のお子さんの眼周辺の湿疹様皮疹、
亜鉛補充療法で皮膚症状の改善の可能性があると考えるか？？とのご投稿です。
【私は充分症状の改善が期待されると考えています。】

KMさんは医療関係者とのこと、＜亜鉛欠乏症のホームページ＞や最近、多彩な欠乏症状の中でも視覚的に訴える可能性の強い、褥瘡や皮膚症状・皮膚疾患と亜鉛補充療法の臨床経験例を中心にまとめて掲載した＜東御市立みまき温泉診療所HPの亜鉛欠乏症と臨床＞について、一応は目を通されてのご投稿と考えてご返事します。
http://www.ryu-kurasawa.com/
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/post-4.html　など参照下さい。

亜鉛欠乏症のことはまだまだ判らないことばかりですし、亜鉛がたまたま鉛やカドミウムに近い毒物と連想されたり、体内に2～3gr含有の微量元素で、この飽食の時代に欠乏症が発症する筈がない、且つ、たった１元素の欠乏で、そんなに多彩な欠乏症状が発症する筈がないとか、兎に角、医療の常識に反することばかりで、この知見の周知に努力し始めて、もう、そろそろ20年になりますが、まだまだ、臨床医療の現場に浸透しているとは言えません。多くの医師、特に、今回のアトピーや皮膚疾患につい

て、皮膚科の医師は軟膏、特に、ステロイドの局所療法に安住して、常識から抜け出せませんし、日本皮膚科学会も同様です。しかし、やっと、この頃亜鉛欠乏症の知見は拡がり始めました。

さて、【亜鉛と皮膚】ですが、
最近、急速に進歩・発展している亜鉛トランスポータの分子生物学的研究から、免疫を含めて、皮膚の生成・維持に亜鉛が重要な役割を果たしていることが次々と明かになっています。
その成果はヒトの皮膚の健常な生成・維持に亜鉛が大きく関わっていることを推測させ、また、小生の褥瘡はじめ種々の(多彩な)皮膚症状・皮膚疾患への亜鉛補充療法の効果の事実は、それぞれには種々の作用機序があろうとも、大きくまとめて【健常な皮膚の生成・維持の亜鉛の機能】と言ってよいと、小生は考えています。
しかし一方、現在のところでは、アトピーは、褥瘡の様に【亜鉛欠乏による皮膚の脆弱性が主要な要因】で、亜鉛補充療法で治癒するとは、まだ言えません。(ただ、免疫系に亜鉛が関与していることは明かで、例えば、経験例では花粉症の症状の軽快や治癒？症例もある様に思われるし、また、褥瘡の発症機序に、糖尿病性壊疽で疑われている血管内皮細胞の機能異常と同様に、亜鉛欠乏による代謝障碍で同細胞の機能異常が(仮説)あると考える等など、まだまだ研究すべきこと、判らないことだらけで、、細かいことは省略します。)

【アトピー性皮膚と亜鉛】は
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/atopi.html　の
上記URLのごとく、【一次的か？二次的か？別にして、亜鉛欠乏と関係している】と小生は考えてます。
小生等の診療所には小児の受診は少なく、アトピーの受診は殆んどありませんからこの症例はたった1例ですが、密接な関係を示している例と言えると思います。
また、亜鉛に関心を持つ名古屋の皮膚科医・有沢祥子先生は多数の臨床症例をお持ちです。
　星ヶ丘皮膚科　https://hoshigaoka-hifuka.com/

　以上、【ご子息のアトピー性皮膚炎は亜鉛補充療法で改善の可能性がある】と考えます。
つまり、アトピー体質により、日常的に障害され続けている皮膚の再生に、多くの亜鉛が消費されて、少なくとも亜鉛欠乏の不健常な皮膚状態の悪循環の中にある二次的亜鉛不足状態の改善が行われ、健常な皮膚の生成・維持に進むものと、現状では、考えています。

さてそこで【実際にどうするか！！】です。
先ず、皮膚科に限らず殆んどの医師に亜鉛欠乏症についての正確な知見があるとは言えず、
さらには、日本臨床栄養学会の『亜鉛欠乏症の診療指針2018』のマニュアル指針やそのデジタル思考の血清亜鉛値・基準値の恣意的数値や低亜鉛血症という不明の病態が、現実に社会に流行・混乱を巻き起こしている現在、KMさんには、医療関係者として論理的亜鉛補充療法について、下記から少し全体像を勉強していただければと思います。
　＜亜鉛欠乏症のホームページ＞の＜トピックス＞欄
　　論理的亜鉛補充療法の実践(Ⅰ)～亜鉛欠乏症の診断と治療～　から　(Ⅶ)までを参照。
　　http://www.ryu-kurasawa.com/topicronritekizn_1/

【現実の亜鉛補充療法をどうするか！！】です。
　ある程度の全体像を把握されたところで、ご子息の具体的な亜鉛補充療法について、選択薬剤のこと、使用量のこと、副作用のこと、保険適応のこと、軟膏療法やその他の薬剤の併用のこと、検査のこと、検査値の変動のこと、血清亜鉛値や基準値のこと、潜在的欠乏症状のこと、治療期間のこと、予測される経過のこと、いわゆるサプリメントのこと、デジタル医療思考の間違い等、など種々の問題点について、ご質問や小生の考え方を述べるのが良いかと考え、本日はここまでとします。　　倉澤隆平

http://www.ryu-kurasawa.com

子どものアトピー　投稿者:KM　投稿日:2021年 4月11日(日)19時29分33秒

医療関係者です。

10歳になる息子のことです。
ここ数年、肘や膝裏などの軽度の湿疹がありました。
即効型アレルギーでダニ、ハウスダストが著明にあり、アレルギー性鼻炎があったため
耳鼻科でアシテアの減感作療法を昨年秋に始めました。
その後、全身にかゆみが生じ始め、アトピー様の皮膚となり、眼周辺に湿疹が出始め、
3週間で減感作療法を中止したものの、眼周辺の湿疹が改善せず、
ステロイド軟こうを使用してもよくなりません。
瞼が腫れて、浸出液も出ています。
掻いてしまうため、なかなかよくならず、将来的に網膜剥離などの不安もあります。

原因は別にあるとしても、亜鉛を内服することで皮膚症状が改善することは
考えられますでしょうか。
サプリなどで子どもが使用できるものもありますでしょうか。

遅延型のアレルギーなどもあるのではないかと、試行錯誤中です。

東御市立みまき温泉診療所のHPの訪問を！！

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年4月 4日(日)17時28分51秒

2018年の中頃、ある知人から『今まで簡単に到達した君のHPがどうしてか見つからない。どうしたのか？』との質問が寄せられた。
確かに、これまで＜亜鉛欠乏症＞で検索すると、トップにヒットしていた【ホームページ】が検索されない。どの様な理由があってか？突如として【亜鉛欠乏症のホームページ】が googleやYahooの検索で、＜亜鉛欠乏症＞のみの検索ではヒットしなくなった。そして、その状態は現在まで続いている。

結局、＜亜鉛欠乏症＞単独ではヒットしないのだ。まるで【亜鉛欠乏症のホームページ】は、＜亜鉛欠乏症＞と関係なしと言っている様なのである。まるで、中国で＜六四＞の単語が削除されているみたいなのである。

何故？ヒットしないのか？まさか、削除？？されるのではないとは思うが、兎に角、どの様な操作があったのか？不明である。
ただ、＜亜鉛欠乏症のホームページ＞で検索すると、当然トップにヒットするし、その後、〈亜鉛欠乏症HP〉または〈亜鉛欠乏症　HP〉でも上位にヒットするので、内容が不適切であるから削除されているのではないことも、事実の様である。
また、最近は＜亜鉛欠乏症＞で検索して、その項で、＜画像＞や＜基準値＞が組み合わされると[亜鉛欠乏症のホームページ]の画像が実に多数出てくるので、これも、また不思議である。

それはそれとして、
2007年04月に開設した【亜鉛欠乏症のホームページ】は、幸い、その後も新らしい知見の追加・更新により、徐々に、徐々にその内容も充実し、現在の日本では、亜鉛欠乏症についての最も中心的なHPとなったと言っても良いであろう。専門家も、また、一般の方々においても、それぞれに、それぞれの知識を得た人は多いと言ってよいと思う。

そんな【ホームページ】が、google検索では読みにくいのでは何とかすべしと、丁度PCに長けた診療所の薬剤師K氏と東御市立みまき温泉診療所のHPの中に
【亜鉛欠乏症と臨床】　http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/post-4.html　を立ち上げました。

亜鉛欠乏症に関する一般的な知識から専門的な血清亜鉛値や基準値のこと、診断や治療に最も必要な多彩な臨床症状や疾患等など、また、容易に視覚に訴えられる皮膚症状や皮膚疾患の症例、舌痛症や褥瘡のことも、実際に経験した症例を基に収載しました。
幸い、＜亜鉛欠乏症＞単独の検索でも、診療所のHPは削除されることなく、上位でヒットするので、見逃されることはないと思われる。是非、訪問していただければと思う。
今後は、これからの新らしい知見の追加・更新もして、より内容を充実する予定である【亜鉛欠乏症のホームページ】の臨床症例集、トピックス欄等などと、この掲示板をも含めて、より間違いの少ない亜鉛欠乏症の知見の周知に努力して行きたいものと考えている。倉澤

、

http://www.ryu-kurasawa.com

信濃の地域医療 2004.VOL.36.349と2005.VOL.37.363 をお読みいただきたいと思う。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年 3月14日(日)13時20分26秒

2002年の秋、『多くの医師が考えているよりも、はるかに多くの亜鉛欠乏症の患者さんが存在する』ことに気が付いて以来、亜鉛欠乏症のことは大変大切な問題と考えて、その知見の周知に努力して来ました。そろそろ20年目に入ろうとしています。

当時は『この飽食の時代に、欠乏症なんてある筈がない』とか『そんな馬鹿なこと』などと、言われても来ましたが、最近はインターネット検索でも、多くの検索がされるようにもなってきました。
しかし、まだまだ、努力が足りないのでしょう。残念ながら、キチッとしたその知識を持った医師は、医師の二割にも達していないのではないか、と思われます。
さらには、最近のデジタル思考のマニュアル・困った診療指針の拡散もあって、血清亜鉛値の数値のみで亜鉛補充療法をしたり、しなかったり、中止したりする医師が出現しています。鉄欠乏性貧血の鉄補充療法の経験も、知識も〝うっかり〟生かせない医師も実際にいるらしいのが、不思議です。

東御市立みまき温泉診療所では、PCに精通している薬剤師のK氏が、治験をまとめて、診療所のHP内に【亜鉛欠乏症】についての情報提供の頁を作って、着々と内容を充実してきました。下記の小冊子は、一般の方々を対象に書きしたが、現在でも殆んど間違っていないと思います。

亜鉛欠乏症の現在判っているおよその全貌が掴めると思います。是非、一読を！！

その中で、信濃の地域医療 2004.VOL.36.349 やさしい医学「亜鉛欠乏症」

同　　信濃の地域医療 2005.VOL.37.363 やさしい医学「亜鉛欠乏について(その２)」

http://www.ryu-kurasawa.com

（無題）

投稿者:EA　投稿日:2021年 2月 8日(月)20時00分6秒

お返事ありがとうございます。
あまり数値に左右されず、治療を続けていこうと思います。
なぜ亜鉛が欠乏したかということに関しては、
治療のため飲んでいる低用量ピルに、銅が増え亜鉛が欠乏する作用があるという話を目にし、そのせいではないか、と思っています。ですのでもし症状が落ち着いた際は、亜鉛を取るように心かげようと思います。

病院にかかった際、亜鉛欠乏症の治療に関して、こちらから説明をしてもなかなか柔軟に対応していただけないことがほとんどですが、これからも診察時話をしていこうと思っています。

今後ともよろしくお願いいたします。

殆んどの病気は検査データを整えることではないのですが、、。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年 2月 7日(日)07時51分53秒

EAさん

微量元素亜鉛と生物・ヒトとの関係は判ってきたこと多いですが、まだまだ判らないことだらけです。
先ず、血清亜鉛値についても、その検査の数値がそれぞれのヒト個々人の体の中の亜

鉛のどのような状態を表現しているのか定かではありません。

しかし、個々人の血清亜鉛値は、その個人の体内に必要と考えられる亜鉛量が少なくなってくれば、充分にあった時に比較して徐々に低下することは常識的に考えられるでしょうし、これは間違いのないことでしょう。

ＥAさんの場合も、不足と考えられた時から亜鉛を補充して、徐々に血清亜鉛値が増加してきていることは、補充前は不足であったことを示す間違いのない証拠でしょう。

また、現在の血清亜鉛値が体中に充分亜鉛が行き渡った状態か？体中に配達する前に倉庫に保管された値か？は判らないと言えることも、素人のEAさんにも容易に理解されるでしょう。

しかし、その様に思考が回らないデジタル思考の医師や学者も存在することもまた事実です。
数値を揃えることが治療ではないのですが、生体(検査)値を基準の値？に入れることが治療であると考えている医師も多いこと、大変残念ながら事実です。
また、正直言って、EAさんあなた自身もそのデジタル思考に侵されている様に私は思えます。

しかし、一方、個々人の身長や体重が、特別のことがない限り、個々人におよそ固有の値があるごとく、血清亜鉛値にも個々人におよそ固有の値があると私は考えています。
生物であるヒトですから一定の決まった値でないことは理解されうると思うのですが、如何でしょう。

世の中にはそう考えられない人たちがいて、この値は正常であり、この値は異常だとうっかり決めつけて、平気な、単純なデジタル思考の方々がいて、大変困っています。
日本臨床栄養学会の診療指針もそのレベルですので、それを信じて、血清亜鉛値が正常？になったので、もうノベルジンは不要だという様な“診療指針に忠実なマニュアル医師”が存在することになるのです。医師としては大変困ったことと思っています。

さて、これまでの症状の経過、補充療法による血清亜鉛値の変化からEAさんが亜鉛欠乏症であったこと、現在もあることは間違いないことですし、大部分のいわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症で補充療法で軽快・治癒する事実から、“EAさんの舌痛”も先ず亜鉛欠乏によると言って間違いないと私は考えていますが、舌痛治癒にはそれなりの時間がかかり、症状が変動しては徐々に軽快して行く症例が多いこともお伝えした通りです。
症状の辛さ、不安は同情しますが、これからの治療の問題点は、なぜ、この様な亜鉛不足になったのかを含めて検討して行くことです。

人間の体は器械と違って、（イヤ複雑、精密な器械は勿論です）あの部分、この部分とバラバラの修理屋に壊れた時だけ修理してもらえばいいと言うものでありません。
その意味でも、EAさんの場合は、本当はだれでも、全体として何ごとも相談できるかかりつけ医が必要と思います。
この検査をしてくれ、この薬を欲しいと、壊れた部分だけ修理屋に行くような医療は、まだまだ、判らないことだらけの亜鉛欠乏症の治療には向かないと思われます。

多彩な多くの疾病・症状を呈する亜鉛欠乏症について、ある程度知識のある医師は、まだ、キッと二割程度で、舌痛症が亜鉛と関係していると知っている医師・歯科医師はほんの少しでしかありません。
患者さんの悩みを理解し、新しい知識を吸収する意欲のある医師に情報を提供し、共に治療するそんな医療環境作りをＥＡさんは始めて欲しいと考えています。

http://www.ryu-kurasawa.com

お返事ありがとうございます

投稿者：EA　投稿日：2021年 2月 5日(金)10時37分22秒

倉澤先生

お返事ありがとうございます。
本日が血液検査の結果の出る日で、結果も踏まえて返信しようと思い遅くなってしま

いました。

現在の症状が問題ないとのことで、少し安心しました。

2/1に味覚障害が出てる状態で行った血液検査の結果が
亜鉛　125
銅　202　　鉄　177
でした。亜鉛が大幅に上がっており、また、前回158だった銅も202と基準値を大幅に超えていました。
舌痛症の症状は治っておりませんが、
亜鉛が基準値内で不足してると言えない状況となった今、このまま現在の内科で見ていただくことは専門外なので難しいようです。
しかし亜鉛が足りている状態で舌痛症の亜鉛治療を行ってもらえる病院は見当たらず、現在、残りのプロマックで様子を見る状態です。

亜鉛が増えており、銅も同時に増えていましたが、このまま残りのプロマックを続けていても良いのでしょうか。また、東京でどのような病院に行けばこのまま治療を続けられるか何か情報はありませんか。

ご指導のほどよろしくお願いいたします。

口腔内違和感を伴う舌痛症の亜鉛補充療法の普通経過です。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2021年 2月 1日(月)14時28分46秒

編集済

EAさん　亜鉛補充療法をしているのにかかわらず、一旦軽快していた舌痛や塩味やショッパイ口内の感じなどがぶり返して、本当に治るのか心配と言うことの様ですが、血清亜鉛値の動きも、(Zn:67=>74=>106=>85=>89)と亜鉛の補充が着々と進んでいると理解されること、

変動はあるが症状も(11月下旬頃から舌痛が辛い日とあまり気にならない日がある様になり、上顎もピリピリ~からひりひり感となった。12/12からは舌痛かなり軽減して、夜以外は楽な日が増えた。13/1頃より舌痛は増強してきたが、主に舌先であった。1月の末頃には両側にも痛みがある様で、悪化しているのが心配等など)とぶり返しはあるが、全体として軽快傾向をたどってきていると言えること、

舌痛症の亜鉛補充療法として、至って普通の経過であると考えます。現時点では特別に困った問題がありませんから、プロマックは継続するのがいいでしょう。
また、ショッパイ感じ、上顎の痛み、ザラザラ感等々の他の場所の痛み、異味、口腔内違和感の症状も至って当たり前のことです。

医師として、EAさんの舌痛症は亜鉛欠乏症によるものと言って間違いなく、これからの問題点は、①何時この症状が全く治癒するのか？②EAさんに固有の適切な血清亜鉛濃度はおよそどの程度なのか？③何故亜鉛不足となるのか？の原因解明ですが、かかりつけの先生ともよく相談し合いながらもうしばらく現在の治療と検査を続けられるのがいいでしょう。

近日中に、もう何年か前になりますが、日本臨床内科医学会総会でのﾓｰﾆﾝｸﾞｾﾐﾅｰの講演内容（PPT画像と講演音声を文字化したもの）を、東御市立みまき温泉診療所HPに掲載します。亜鉛欠乏症について全体的に知るのにはキッと良い内容と考えます。担当の医師に紹介いただいてもよいと考えています。　　倉澤、

http://www.ryu-kurasawa.com





以上は、新着順51番目から60番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

---

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

URL　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

（無題） 投稿者：EA 投稿日：2021年 1月31日(日)18時03分34秒

連続投稿申し訳ありません。昨日の追記と状況が変わってきたので書き込みます。
昨日午後から口の中が完全にしょっぱくなってしまいました。
亜鉛服用前の症状と酷似しており、食事中の味に変化はありません。主に口に何も入っていない時に常に口内に塩水のような塩味を感じています。
また、舌の痛みも四ヶ月間感じなかった右側に違和感をおぼえるようになり

左側の側面にも痛みが微妙にぶり返してきています。

亜鉛を飲んでいるのに、4ヶ月ぶりに味覚に強い塩味を感じ、痛みもぶり返してきているようで恐怖です。
症状が治まらず悪化しており困惑しています。

食生活はなるべくバランスよくとっており
毎日服用するものは、プロマックとマーベロン（低用量ピル）、メチコバール、点眼、フジレモン（ビタミンC錠剤）、のみです。

症状の治りが悪いのは、ホルモンバランスが悪く、ほぼ女性ホルモンが出ていなくてピルを服用しているせいでしょうか？
亜鉛療法の他にしたほうがいいことはありますか。

何度も申し訳ありません。よろしくお願いいたします。

追記　投稿者：EA　投稿日：2021年 1月30日(土)09時19分30秒

下記の症状にあわせて、昨日から
何も食べていないとき舌先に塩味を感じる瞬間があります。

舌痛発症当時は唾液から口全体、喉の奥の強烈な塩味でしたが、ノベルジン服用後すぐ治りました。
それから日常生活で塩味を感じることはなかったのですが、昨日から
舌先に塩味を感じます。若干唾液もしょっぱいような…
亜鉛を服用して4ヶ月経過して、塩味がぶり返すことはあるのでしょうか？

痛みもぶり返し、憂鬱で不安な日々です。

よろしくお願いいたします。

舌痛症の経過について　投稿者：EA　投稿日：2021年 1月28日(木)17時29分58秒

倉澤先生

お世話になっております。度々の投稿申し訳ありません。
前回の投稿から一ヶ月半経ちますがプロマックを継続しています。

12月12日から急に舌の側面や舌先の痛みが大分軽減され夜以外は楽な時間が増えました。
舌痛発症時の10/1の血清亜鉛は74　ノベルジン開始（同時に一日二錠メチコバール）
一ヶ月後の10/27は106　11/28は85（ここからプロマックに変更）
最終の12/23日の検査では89でした。
現在緊急事態宣言が出ており病院には行けておりません。

このまま治っていけばいいな、と思って過ごしておりましたが、1/13から再び舌の痛みが増しており、ぶり返しています。主に舌先で、舌痛発症時と比べると楽ではありますが、舌先のジンジンとした痛みが（特に夕方から夜）続いています。

また、はじめの投稿で伝え忘れたのですが
舌痛発症時とほぼ同時期に上顎がしみる感じがして、舌でその場所をなめるとざらざら、荒れている感じ、むけている感覚があり、しみます。それが現在も続いています。むしろ、前より荒れているような感覚もあります。しかし、去年に耳鼻科、口腔外科に行った際に気になる所見は認められず、現在も口腔ミラーでセルフチェックしておりますが、見た感じは荒れているように見えません。
これも舌痛症の一種の症状なのでしょうか？舌痛が治まればこれも治っていくと思っていて大丈夫でしょうか。

亜鉛療法開始からほぼ4ヶ月経過し、痛みが消えません。
治療から6ヶ月を超えた場合も、プロマックは継続して問題ないのでしょうか。

前回（2019年）の舌痛症発症時はおそらく漢方がきっかけで亜鉛が不足し、一週間の

治療でよくなったのですが
今回はずいぶんと長期なので、これはすっかり痛みが消える日が来るのか？心配です。今回、舌痛症発症前にスルピリド（抗うつ剤）を服用し、自律神経を乱したことが、なかなか治りにくい原因と考えるべきでしょうか。

長々と書いてしまいましたが
. 痛みが少し軽減されたあと、舌先の痛みがぶり返しているが問題ないか
. もうすぐ4ヶ月だが6ヶ月経過しても治らない場合治療を継続してもよいか
. 上顎のヒリヒリやなめるとしみる感じ、ザラザラは舌痛症と関係あるか
. 前回と違い、治りにくくなってしまっている原因はあるか

ご助言いただければ幸いです。

（無題） 投稿者：KN 投稿日：2021年 1月11日(月)10時28分2秒

倉澤先生

具体的なご助言ありがとうございました。

勝手に亜鉛サプリメント１４ミリを飲み始めたのが２０１９年8月。
血液検査は2020年11月に行いました。

1年以上の漢方やそのほか諸々の治療に万策尽きたと思ってるところ、
はたとひらめき、自分の判断で，亜鉛数値検査をかかりつけ医にお願いした次第です。

それが、2020年11月。76の数値が判明しました。
検査を受ける際、かかりつけ医は
「亜鉛数値と舌痛症は関係ないと思う」
と消極的でしたが、私が押し切って検査を受けて
本当に良かったです。

亜鉛３４ミリグラム（２種類のサプリメント）は２０２０年１２月半ばから摂取しております。

今後はプロマック処方に切り替え，血液検査を定期的にしつつ、
ご相談させていただきます。

よろしくお願いいたします。
本当にありがとうございました！！！

キッと亜鉛欠乏による舌痛症の疑いとしていいでしょう。 投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2021年 1月10日(日)15時04分25秒

NMさん、ご返信拝見しました。かなり色々なこと判りました。疑問点や不明な点は、その都度必要に従って、お聞きするとして、必要な返事をします。

①話やすい、信頼のおけるかかりつけ医がいること、何よりもこの治療にはよいことです。

②発症の仕方、舌痛の性状、舌の所見など合わせて、“亜鉛欠乏による舌痛症の疑い”として、先ずよいでしょう。

③NMさんの診断・治療の現在の問題点は、勝手にサプリメントを服用始めて、治療前の血清亜鉛値が不明なことです。
適切な血清亜鉛値は身長・体重などと同様に、各個人に固有のおおよその値があって、一律に決まっているものでありませんから、“気休めに”サプリメントを飲み始める前の血清亜鉛の値が、そして補充療法（サプリメントの服用が既に補充療法です）開始後に、血清亜鉛値がどの様に変動するか？症状や全身状態がどの様に変化するか？が診断に、そして、その後の治療にもとても大切なのです。

④でも、やってしまったことは今から言っても詮方なしです。時期は不明ですが、"76"が分かっているだけでも素晴らしい！！
　かかりつけの先生とよく相談して、しばらく、月に1回だけでいいですから定期的に測定して、経過を追跡して下さい。
　それによって本当に亜鉛欠乏症かどうかが、判ってきます。
また、くれぐれも、日本の、イヤ世界の殆んどの医師が【大部分の舌痛症は亜鉛欠乏症】の事実を知らないのが現状ですので、そのつもりでかかりつけ医の先生の理解をえて下さい。

⑤診断と診療の薬剤は、出来るだけ純粋に亜鉛のみの医薬品で補充するのがよく、安全で、安価で、且つ容易な薬剤として、現状では、プロマックがよいと私は思っています。

⑥その他、NMさんの返信内容から気づいたこと。
　＊サプリメントは亜鉛欠乏症治療後の再発予防には、自己の判断で使用すべきものです。
　＊低亜鉛血症の保険適用薬として、ノベルジンが宣伝されていますが、高額な薬価と、その処方の使用用量から、亜鉛欠乏症には、現時点では、私は推奨していません。、
　＊亜鉛不足には多彩な原因があること、キレートを作る物質も多く、薬の中にも、どうも沢山あることがわかってきました。必要な薬は必要ですが、本来薬は異物で、不必要なものは出来るだけ服用しないことが大切です。
　ただ、不必要な薬を止めるにしても、理論的に徐々に経過を見ながら止めて行くのが正しいので、これもかかりつけの先生とよく相談しながらですが、亜鉛については、サプリメント１４？アエンダなどは亜鉛＋αですから　現状では、先ずは、プロマックに統一した論理的亜鉛補充療法(血清亜鉛値測定と亜鉛補充)に切り替えて始めるのが良いでしょう。

　診断・診療について詳しく知りたい場合は、ヤヤ面倒ですが下記参照のこと
【亜鉛欠乏症のホームページ】
　http://www.ryu-kurasawa.com/　　http://www.ryu-kurasawa.com/20180701/
【東御市立みまき温泉診療所のHP】
　http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/aen002.html#p02

http://www.ryu-kurasawa.com

（無題） 投稿者:KN　投稿日:2021年 1月 8日(金)12時24分3秒

倉澤先生
送信ミス失礼いたしました。

わかりにくい投稿にご丁寧な返信、本当にありがとうございます。
できるだけ、簡潔にを心がけますが、長くなりそうで、申し訳ございません。

①症状
２０１９年６月　喉の違和感、いがらっぽさが始まる。
２週間ほど経ってから舌のピリピも起き始める。

（同年５月、マンションの外壁工事で、塗料の匂いから来る、喉の痛み、
目眩があった物の、工事終了後、５月初めには症状消滅。）

喉の違和感が香料の成分と自己判断。使用していた洗濯洗剤を無香料に変えたり、排水溝の塩素漂白剤を止めたら、
喉の問題は無くなる。代わりに、舌のピリピリ次第に時間が増す。

部位
当初から、表面中程がビリビリ。
ひどい時は舌の右裏側付け根をつねられてるような痛み。
時間
症状出始めの頃より痛みの時間増え、今は起きてから、寝る時まで。
夕方以降、強くなるような気がする。

食事の時と、お喋りしてる時、こうしてタイピングしている時は痛みが気にならない。

睡眠時も痛みはあるが、寝付きが良いと気になる時間少ない。
１時間以上眠れない時がたまにあり、その時は激しく痛みを感じる。

②歯科医３名の話では、舌に問題はない。

③舌痛症以外では、２０１７年９月に突発性難聴。
投薬治療するも、現在も軽い難聴と２４時間続く耳鳴り

２０２０年１月から胃の不調。３月末、内視鏡で逆流性食道炎の診断。
今現在、症状はほとんど無い。（後述にある、茯苓いんは服用）

不眠？睡眠時間は５時間くらい。
日中は元気なので、ここ数年は気に病まなくなる。

④薬
舌痛症前
薬はサプリメントのみの服用

カルシウムサプリ（牛乳が飲めず、骨強化のため）
ハイチオールC（たまに出る湿疹、シミ予防）
ガセリ菌サプリ（１０代からの過敏性腸症候群が、服用３年で改善している）

舌痛後
２０１９年８月
亜鉛サプリ　亜鉛１４ミリグラム＋マカ
を自己判断で上記に追加

２０１９年９月以降
歯科医処方の白虎加人参湯（即下痢になり、中断）
その後漢方薬は漢方薬局に相談し、かかりつけ医に処方してもらう。

半夏しゃしん湯、１ヶ月後　下痢の症状でたため中止
精神連試飲に変更　２０２０年３月まで服用

２０２０年３月末から、逆流性食道炎判明後は　四逆散、茯苓いん、半夏厚朴湯を適宜
プロテカジン２ヶ月（胃にも舌にも変化無し）

今現在は
茯苓いん　カルシウムサプリ、ハイチオールC、亜鉛サプリ（亜鉛１４ミリ＋マカ）
アエンダM２錠（亜鉛２０ミリ）
亜鉛は一日３４ミリグラムとってます。

ごくたまにパリエット
半夏厚朴湯（不安感が強くなった時　ほとんどお守りの様な効果）

⑥　かかりつけ医は、とても話しやすく、信頼できます。
倉澤先生のお話も、出来ます。

食習慣も関係あるとのことですが、１５２センチ、４０キロで、そもそもが小食です。
加えて、長年の悩み過敏性腸症候群をfodomapを参考に食の改善をしており、
避けてる食材も結構多いです。

以上大変長くなってしまいました。
お許し下さいませ。

ここ３日ほど、舌の裏付け根を捻られる痛みがありません。
（これだけでも嬉しい位です）
舌の表面中程がズンズン（ビリビリとは違います）します。

Hp拝読し,長期戦は覚悟いたしました。
ご助言よろしくお願い致します。

（無題） 投稿者：KN 投稿日：2021年 1月 8日(金)11時08分15秒

あ

舌痛症と投稿されたKNさんへ 投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2021年 1月 8日(金)08時00分10秒

舌痛症で1年半も悩まれていること大変でしたね！！
投稿の内容から“いわゆる舌痛症”であろうと考えますが、もう少し、正確な情報を伝えていただきたいと思います。

①舌痛の性状は具体的にはどうなのか？1年半前にどの様に始まり、どの様な経過をとって、現在はどんな痛みで、痛みの部位は？範囲は？一日の経過は？痛みに変化があるのか？食事との関係は？睡眠時は？
②舌には普通の舌と変わりはあるのか？
③舌痛以外に何か気が付いた？困った？症状などあるのか？

④服用薬剤が種々ある様に思われますが、舌痛に気が付いた当時頃、また、継続して服用している薬剤はどんなものが？サプリメントも含めて、出来るだけ知らせてください。
⑤血清亜鉛値７６とのことですが、
●サプリメント１４グラム（発症と同時に？これ亜鉛の入ったものですか？？）

⑥何よりも、信頼できる何ごとも相談できる“かかりつけ医”は持っているのですか？
〇薬剤処方に慎重であるとのかかりつけ医は信頼に値する医師と思われるので、何ごとも相談できる関係を作り上げること出来ますか？プロマックのこと知らないのは何もその医師の責任でなく、困ったことに殆んどの医師は知らないのが（努力不足で申し訳ないのですが）現状です。その医師が亜鉛欠乏症のこと、舌痛症のこと勉強されて、あなたとともに舌痛症と戦っていただければいいのです。

●大変悩まれているようですが、投稿の内容だけから想像すると、どうも“薬の使い方”が無茶苦茶な様に思われ、どこから助言を始めたらよいのか困ってしまいました。
〇大切な情報として、適切な亜鉛補充療法をしても10日では、大部分の舌痛症への効果はありません。治癒するにはそれなりの時間が必要で、そのことについては【亜鉛欠乏症のホームページ】などチェックしてみでください

亜鉛欠乏症は大変困ったことに、食習慣や食糧生産の問題や食品添加物などの合成化学物質など現在の社会の状況から知らず知らずに生ずる傾向もあり、困ったことですが、個人で自分自身で作り出した多剤服用によるものも、結構多いのです。

〇特に、亜鉛欠乏症による舌痛症には、多医師受診の多剤服用によるものが多いので、その場合は近くに、信頼できる、何ごとも相談できるかかりつけ医がどうしても必要なのです。

http://www.ryu-kurasawa.com

舌痛症 投稿者：KN 投稿日：2020年12月31日(木)11時40分31秒

倉澤先生

初めまして。６１才主婦です。
一年半前から舌痛症に悩み、つい十日前から亜鉛補充を始めました。血液検査は自己判断で行い、数値は７６でした。
（発症と同時に、気休めにサプリメント１４グラムは取っておりました。）

医師の処方は
ノベルジン２５ミリを１日１回と、プラス上記サプリメントを適宜服用とのこと。
で、合計３９ミリを取っておりました。

ノベルジン服用のせいか、徐々に頭がふわふわする感じが出始めたので、（副作用の欄に目眩があったため、こわくなり）、１週間後に自己判断でノベルジンを中止し、継続していたサプリメントと別途アエンダM２０ミリグラムを足し、合計３４ミリをとるようになりました。
かかりつけの内科医は私のアレルギー歴（アセトアミノフェン、ペニシリン、エリスロマイシン）を考慮してか、薬の処方は慎重です。医師はプロマックを知らないようでした。

現在、痛みは一向に治まらず、かえって強くなったような気がし始め、夜も眠れなくなってしまいました。
やはりサプリメントよりプロマック処方の方がよろしいでしょうか？
１０日以上亜鉛補充して、変化無いのは異例でしょうか？

１年以上続けていた漢方治療で、寝付きは良くなっていたので、寝入りばなの痛みは気にならなかったのだと思いますが、甘草の影響か、血圧がかなり上がり、中断しました。
そのせいもあってか、昼間の痛みもなんとなく強くなったかな？と思います。

歯科医３カ所（内2件は舌痛症治療を標榜しております）では、結局「症状を受け入れるように」と言うような結論でした。敏感体質からくる症状で心療内科の域とも言われております。

この１年半の間、逆流性食道炎にもなったので、プロテカジンが効果あるらしいと、２ヶ月ほど試しましたが、胃にも舌にも変化無し。その後プロテカジンからパリエットに変更し、ここ２ヶ月ほどは甘草含まない漢方と、パリエットをたまに服用する程度で、胃は調子よいです。

ペインクリニックでは星状神経節のレーザー治療をしましたが、かえって頭痛や目眩で、中止しました。

いよいよ、心療内科へと思ったところ、物は試しと自己判断で血液検査をしたら７６と言うことがわかった次第です。

ノベルジン処方後にあれこれ検索して、こちらのサイトを見つけました。発症してから、どの医師の口からも、亜鉛という単語な出ませんでした。
本当にこちらに出会えて、涙が出そうです。

睡眠薬や抗うつ剤にはどうしても抵抗があり（副作用が出やすい体質もあります）、漢方頼りだったのが、そちらも望みがなくなり、辛いの一言です。
認知行動療法等の治療も選択肢とか。

とりとめなくだらだら書いてしまいました。
ご助言よろしくお願いします。

舌痛症について　投稿者：EA　投稿日：2020年12月12日(土)20時11分11秒

倉澤先生

お忙しい中、細やかなお返事をいただきありがとうございます。
症状がぶり返し、銅の数値などで不安になっておりましたが先生のお返事を拝読し安心いたしました。今後も血液検査をしながらプロマックを続け、様子を見ていこうと思います。

また今後何か変化がありましたら、アドバイスいただけますと幸いです。
よろしくお願いいたします。





以上は、新着順61番目から70番目までの記事です。

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

舌痛症診療の経過とZn・Cu等の検査値と基準値

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2020年12月12日(土)08時40分34秒　編集済

EAさんと舌痛症の医療に関係する人々へ

舌痛症の診断と亜鉛補充療法の経過は前回記述した通りです。EAさんの舌痛症は既往歴、その症状、前回及び今回初診時の血清亜鉛値共に典型的な亜鉛欠乏症による舌痛症

です。つまり、その亜鉛補充療法の治癒経過は【良くなったり、ぶり返したりして、徐々に徐々に、軽快して治癒する】のが一般的で、追記を含めて何ら問題がない状況と考えます。
検査データも70＝＞106＝＞85と亜鉛欠乏症の補充療法の典型的な推移を示しており、後は不足の亜鉛が充足され、亜鉛の生体内機能が正常に働くまで時間を待つのでokです。
治療開始前と比較して、痛くて辛い日と夜以外はあまり気にならない日がある、と書いていますが、症状は変化しているのではないですか？また今回は、口内のショッパイ感じについて記載されていませんが、もしかするとその違和感は軽快しているのではないですか？いずれにしても、まだ、治療開始二か月余です。慌てることは全くありません。

＊メール内容からEAさんの主治医は医師として、日本ではまだまだこの知見を知らない医師が多い中、シッカリ亜鉛欠乏症を調査・検討している様ですので、(ノベルジンからプロマックへ処方変更、ZnやCuの測定等など) 信用に足る医師とお見受けしました。よく医師と相談しながら治療を続けるのが良いと思います。ただ、そんなことはないと思っていますが、老婆(爺?)心ながら、“某診療指針2018”のデジタル思考に陥った医師の中には、血清亜鉛値(106や85の亜鉛値を正常値になったと考え)のみで、投与を中止する者もいるので、理論的亜鉛補充療法をシッカリ続けてもらってください。
【舌痛症を専門とする医師でさえも“亜鉛補充療法をシッカリと完遂せず”症状が改善しないからと、亜鉛欠乏症を除外している】のが、舌痛症医療の現実でもあるのです。

医師への参考まで
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/aen001.html#p16
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/aen001.html

【血清銅値、何故？測定か？】
亜鉛と銅は腸管からの吸収時に競合し合うことが知られちいます。ですから、大量の亜鉛を長期にわたって継続して摂取すれば(普通の食事では起こらないことですが、)、理論的には、銅は吸収を阻害されて、銅欠乏が起こるはずですので、それを知るために血清銅が測定されたのです。
病院の担当の医師はそのことを知っていて、血清銅の測定をしたのです。学会では理論的にそれが常識と言うことになっています。しかし、大量の亜鉛を投与し続けなければ(自然の状態では)起こらないことです。通常のプロマック75ｍｇ２錠(Zn量；34mg)/日で、1000症例余の処方例では、その様な副作用を経験していません。ただし、注意をしておく必要はあると考えています。私は血清亜鉛値の測定を原則としてしていませんが、銅の不足による臨床上の貧血の進行・異常の発症等には、常に注意しています。
＊ノベルジンの通常使用量50ｍｇや100mg/日は、私は処方してませんが、この薬剤ではプロマックよりも、はるかにその注意が必要があるのではと考えています。後ほどまとめてかきましょう。

【血清銅の基準値について】
血清銅の数値が銅の基準値より少し高値であることが心配であるとのことですが。亜鉛に限らず微量元素のことは、まだまだ、判らないことだらけです。現在の血清銅の基準値がどの様な経過で決められたものか？私は定かには知りませんし、前述のごとく原則として、銅の測定をしていませんので、銅の基準値がどれほど意味のある数値か？定かには言えません。しかし、これだけ知見の増加しつつある血清亜鉛値の評価でも、その基準値でさえも、最近、勝手に根拠もなく変更することがまかり通っている？？のが現実です。また、EAさんのごとく､長期にわたり亜鉛欠乏状態が続いているヒトの血清銅値は、理論的には高めに出てもよい理屈かも知れません。何れにしてもクレアチニン値含め､それぞれの医師の言う通りです。心配することはありません。

【ノベルジンとプロマック】
薬剤がノベルジンからプロマックに変更され、亜鉛補充療法が継続されているとのこと､よかったですね。安全性や効果・効能のことは別にして、何故？ノベルジンがこの様な異様な薬価となったのか？EAさんはもちろんのこと、多くの医師にも理解しがたいことと思いますが、大変複雑な事情のある話ですので、今回は､主に多くの医師のために、結論の事実のみ記しておきます。

ノベルジンでなければ治療できない低亜鉛血症の治療は別にして、現時点で、少なくとも亜鉛欠乏症については、薬価が1/10程にも安いプロマックにて、安価で安全､且つ簡単に亜鉛補充療法が可能であることを､是非。多くの医師には知って欲しいと、私は思っています。
プロマックは十数年も前から、“いわゆる｢55年通知｣により、保険診療上使用が認められている医薬品である”ことを知らぬ医師が居り、ノベルジンに低亜鉛血症の適用が追加された時に、ノベルジンが亜鉛欠乏症についての唯一の保険診療上認められた医薬品

であるがのごとき誤宣伝が広がったこと、亜鉛欠乏症の医療において、大変残念なことと思っています。

“低亜鉛血症と言う病態と亜鉛欠乏症が同じなのか？同じでないのか？”私には薬剤販売会社の説明文を何度読んでも、よく理解できないのですが、そのことは別の機会に書くことにします。
亜鉛欠乏症の治療にとって、何故？かくも薬価が異なるのか？なかなか理解し難いいことですが、少なくとも使用可能な医薬品の選択肢が多いことは歓迎すべきことであると、私は思っています。キッと余り遠くない日に、適切な変更がなされ、亜鉛補充療法の薬剤として、より適切に使い分けることができる様になるでしょう。

http://www.ryu-kurasawa.com

追記　投稿者：EA　投稿日：2020年12月 9日(水)08時47分5秒

倉澤先生

下記の状態に加え
12/1以降、朝から舌がヒリヒリ痛むようになり症状が悪化している気がします。
プロマックに変更したタイミングなので何か関連性があるのか？気になります。
また日中に痛む頻度も増えています。このまま継続して様子を見て問題ないでしょうか。
よろしくお願いいたします。

舌痛症と亜鉛と血清銅　投稿者：EA　投稿日：2020年12月 5日(土)19時33分16秒

倉澤先生

こんにちは。ご無沙汰しております。
舌痛になってから二ヶ月と少しが経過し、亜鉛補充を開始して二ヶ月が経ちました。
今まではノベルジンを服用していましたが、11月30日からプロマックに変更しました。
舌痛はまだ変わらず、痛くて辛い日と夜以外はあまり気にならない日があります。
時々上顎がヒリヒリすることもまだあります。ピリピリという痛みはあまりなく、ほとんどがヒリヒリ、といった感じです。

血液検査をしましたら、一ヶ月目の亜鉛が106だったのが85に下がっていました。
先生がおっしゃるとおり、一度上がって、そのあとまた下がっているタイミングなのだと思います。
10月27日と11月28日の亜鉛の血液検査の時、同時に銅をはかったのですが
10月27日が163、11月28日は171と高値でした。
亜鉛を補充すると通常銅が低くなるのに対し、むしろ一ヶ月で上昇していました。
いままで血清銅をはかったことがなかったのですが、基準値を大きく超えているので不安になってしまいました。
血液検査をしていただいた病院の医師は、様子を見ていいとおっしゃっていますが、亜鉛が不足したり舌痛症になったことと、銅が高値なのは関係あるのでしょうか。
また、銅が高値であることで考えられる病気はありますか？
血液検査では、クレアチニンも0.8と高値でしたが、これは5年ほど同じ数値で、腎臓内科の医師には以前、ずっと同じなら問題はないと思うと言われていますが、これは銅や亜鉛の数値と関係あることはありますか？

色々質問してしまい、申し訳ありません。
お返事いただけますと幸いです。

よろしくお願いします。

ＥＡ

新型コロナ感染症拡大と亜鉛～一亜鉛研究者より二つの提言～　投稿者：倉澤隆平　投稿日：2020年11月30日(月)11時52分23秒

編集済

【提言① 新型コロナ感染重症症例には褥瘡治療と予防目的に論理的亜鉛補充療法を！！】
【提言② 新型コロナ感染症確定者の血清亜鉛値の測定と、出来れば、その追跡を！！】

【提言① 新型コロナ感染重症症例には褥瘡治療と予防目的に論理的亜鉛補充療法を！！】
①新型コロナ感染症の重症症例では、その治療において、褥瘡の発症の確率が高いものと思われる。日本褥瘡学会では、慢性的圧迫による局所組織の循環不全の局所的要因を発症・難治のもととしている。勿論、それを否定する者ではないが、栄養等全身的要因、特に、亜鉛欠乏の代謝障害による皮膚の脆弱性が主要要因で、健全な皮膚及び皮下組織の生成・維持が障害されたものであることが、次第に明らかになっている。ポラプレジンクによる安全、安価、且つ簡単な亜鉛補充療法でその治癒を促進し、発症を予防することが出来る。
人工呼吸やECMOを含む重症症例の医療では、栄養の保持や充分な体位交換の困難等などの傾向は褥瘡発症の確率を高める筈である。少しでも健全な皮膚の維持など看護の支援となること、亜鉛の免疫系や諸代謝の活性化の役割も期待しうる。是非、試みて頂きたいと思う。

日本褥瘡学会が未だに、局所療法に偏重し、亜鉛補充療法による褥瘡治療・予防に消極的であることに対して、亜鉛欠乏症のホームページやhttp://www.ryu-kurasawa.com/shorei/ を参考・検討され、重症症例の治療にあたるチームは褥瘡治療・予防にあたって頂ければ有難いと思う。

【提言② 新型コロナ感染症確定者の血清亜鉛値の測定と、出来れば、その追跡を！！】
②血清亜鉛値は手術や感染、種々の疾病、ストレスで一時的に低下することが知られている。しかし、鉄のフェリチンのごとく、確かな貯蔵蛋白が存在せず、亜鉛は枯渇しやすいと考えられ、ストレスが大きい場合や長期に及ぶと亜鉛は消費され、充分の補充がないと、容易に欠乏が生ずる様である。また、疫学的には日本国民の約３割は亜鉛不足傾向があり、特に、高齢者はより多く不足傾向にある。亜鉛不足者の血清亜鉛値は＜比較低値＞であるが、その何割かは予備力等などによって、欠乏症状が顕在化しない潜在的欠乏状態であることが推定される。臨床の現場では、例えば、味覚障害や舌痛症が感冒や歯科治療を契機に発症することがしばしばである。新型コロナ感染症が何らかの意味で【亜鉛】と関連している可能性を否定することは出来ない。
注：＜比較低値＞とは、血清亜鉛値は“個々人に凡そ適切な固有の血清亜鉛値が存在し”、その血清亜鉛値から比較して低値であるとの意味で、絶対値としての血清亜鉛低値ではない。

さらには、
現在、感染拡大中の新型コロナ感染症の臨床症状等などの詳細は十分に定かではないが、しばしば、発症初期に臭覚障害や味覚障害、異様な倦怠感等が訴えられ、また、後遺症として長期間にわたり継続するとも報じられている。これらの症状が、全て亜鉛欠乏によると
述べるつもりはないが、一方、臭覚障害や味覚障害は典型的な亜鉛欠乏症の症状であり、異様な倦怠感、疲労感も、亜鉛補充療法時にしばしばその改善が報告される潜在症状でもあることを考えると、“もしかして”、亜鉛欠乏が関与している可能性を否定はできない。
また、新型コロナ感染症による死亡リスクに血清亜鉛値の低さが関連―欧州学会で発表との情報もある。その評価に結果なのか？原因なのか？検証するためにも、もしかして、重症化予防の可能性を探る意味でも、基礎資料として血清亜鉛値の測定とその追跡が大切であると考える。

必要であれば、亜鉛の生体内機能や臨床的意義等などについて。以下など参照・検討を
亜鉛欠乏症のホームページや
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/post-4.html

舌痛症について　投稿者：EA　投稿日：2020年11月23日(月)10時35分26秒

倉澤先生

お忙しい中お返事ありがとうございました。
舌痛を発症してまもなく二ヶ月、舌痛は続いているので今後も亜鉛補充を続け、血清亜鉛の測定もしていこうと思います。
また舌痛が治まった場合そのタイミングやその時の数値などこちらにご報告できたらと思っています。よろしくお願いいたします。

EAさんへ。舌痛症について。　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2020年11月22日(日)19時32分19秒

ＥＡさん。ご投稿有難うございます。

昨年と今年秋の舌痛と味覚障害と言いますか口内のショッパイ感じ（ショッパイ、苦いやその他の種々の口内違和感？）もあり、前回亜鉛補充療法で改善していること、その他、Ｚｎ値を除いて検査データ等などにも大きな問題がないこと等を考慮しますと、典型的な“いわゆる舌痛症”でよいと考えます。

また、亜鉛補充療法を開始する前（今回はしばらく亜鉛のサプリ服用後ですが）と開始後の約1ケ月時の血清亜鉛値の測定も、その結果の（７４＝＞１０６）からも亜鉛欠乏症によるものであることが明らかになりましたので、薬剤がノベルジンか、プロマックかは別にして、亜鉛補充療法を暫く続けるのが良いと考えます。

＜＜これだけの投稿の中にも、医師・歯科医師及び患者さんたちに知っておいていただくべきことが沢山あるのですが、今回は２～３の質問に絞って返事をします＞＞

【補充療法で血清亜鉛値が上昇したが、舌痛は改善されず変動、このまま続けてよいのか】
?舌痛症の効果の発現の時期は個々人により差があり、特殊な例を除いて、3～6ケ月程度で、良くなったり、ぶり返たりして、徐々に徐々に軽快するのが一般的です。
ＥＡさんの場合は、全体として、順調に経過していると言ってよいでしょう。
ただし、多剤服用例やキレート薬剤等の服用例では、不要な薬剤整理など長期を要することもありますが、連用薬はマーベロンだけの様ですのでこのまま数ケ月経過を見て下さい。

②亜鉛欠乏症は欠乏症ですから、亜鉛がある程度充足されてこないと改善・治癒しません。
亜鉛欠乏症の場合は、血清亜鉛値は補充療法1ケ月前後ごろ急に高値となり、その後は、初期値付近に低下してから、以後は、徐々に徐々に上昇して、およその値で平衡に達する傾向があります。何故そのような変動をするのかは今回省略しますが、血清亜鉛値には、身長などと同様に、それぞれの個々人に適した固有の値があるらしく、測定した値を単純に一般的に高いとか、低いとは言えません。その個人にとって測定した値が高いのか、低いのかの評価が大切で、勿論、一応並の人はどのくらいであるかの数値(基準値)はあるのですが、困ったことに現在その値さえも、検査会社が勝手に変更し、混乱しています。私は、その凡そ平衡になった値がＥＡさんの固有の適切な亜鉛値と考えています。その意味で、今回は舌痛の消失だけでなく、その値を確認できればと考えます。
＜＝＞基準値のこと、医師の中にも、学者でさえも理解できない方がいて、困ったことですが、今回は詳細は避けます。

【ノベルジンよりもプロマックの方が長期服用には良いか】
ノベルジンとプロマックの二薬剤に対する私の考えの詳細については、まとめて書く予定ですが、ここでは、出来れば低亜鉛血症の適用薬として、ノベルジンの処方を推奨され、その経験を積まれている専門の医師に、この掲示板にご投稿いただき、それぞれの問題点や考え方を明かにしてから議論するのがフェアと考え、現在は2020/11/20にこの掲示板に投稿した内容にとどめて置きます。

亜鉛欠乏症については、その内容の多彩さから多くの学会等などが関係し、まだ、充分その知見が共有されない中で、さらに、医療は医学(科学)が直接、社会に関係する科学技術ですので、諸学会が充分の討論なしに、又、学問的批判をも受け付けずに、根拠もなく、何らか恣意的に数値を動かせば、現場は大混乱に陥ります。現在そんな状況にあり、歯に物が挟まった様な返事しか出来ずに申し訳ありません。お恥ずかしいことですが、事情をご理解いただきたく思います

～舌痛症については、主に医師・歯科医師を対象にした“論文やまとめ”を【亜鉛欠乏症のホームページ】や
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/ze01.html#t01（みまき温泉診療所のＨＰ）載せてあります。一般向けでなく申し訳ありません。～

http://www.ryu-kurasawa.com

亜鉛欠乏症　投稿者：ＭＳ　投稿日：2020年11月21日(土)10時47分5秒

倉澤先生
お忙しいところ返信ありがとうございました。
病状に関する情報が不十分で申し訳ありませんでした。

まず、ご心配いただいていた学校に行きたくないのかもしれないという精神的な問題についてですが、こちらは息子や学校の先生とも話したり、部活での様子を見る限りでは全く問題なく、むしろ学校も部活も好きなのに体が思うようにならないようです。
そして食欲は常に旺盛です。

一応改めて経過を報告させていただきます。
2019.7.11　　中学校でバスケットボール部。時々めまいや立ちくらみがあるため貧血を疑い受診。日常生活には問題なし。フェリチン30。鉄剤（フェルム）2か月服用でだいぶよくなった。
　　10月で部活は引退、その後は受験勉強のためバスケから離れたためか、特に症状を訴えることはなくなった。

2020.8.28　　高校でバスケットボール部。（部活の開始は7月から）。中学時代に比べかなり激しい練習。立ちくらみ、強い倦怠感のため起きられず学校に行けなくなる。
　　フェリチン44。
　　処方された鉄剤（フェルム）と、栄養療法の本を参考にビタミン各種飲み始める。

2020.9　　ほとんど学校休む。（4日間は昼から登校、部活はほとんど見学）

2020.9.18　　フェリチン74

2020.10　　徐々に昼前から登校できるようになる。休んだのは2日間のみ。部活は休憩をはさみながら参加。

2020.11.6　　フェリチン104
　　起床時の立ちくらみや吐き気はなくなったが、1限目からの登校は難しい。2限目からが限界というのが3週間ほど続き、改善スピードが停滞。
　　そのため亜鉛値を計ってもらったところ53で、ノベルジン処方される。

2020.11.21　　ノベルジンを服用して1週間、手の甲の湿疹はきれいになり、起床時間は日によって波があるものの、おおむね30分程早まっている。1限登校はギリギリ。
　　部活はほとんどフルで参加。

ノベルジンと同時期にビタミンＢ12のサプリも飲み始めているため、亜鉛の効果とは言い切れないところがありますが、少しずつ改善に向かってはいるようです。
プロマックの存在を知りノベルジンで大丈夫なのか不安に感じていましたが、今のところ副作用もないようですし、先生の仰るようにせっかく服用前の数値が出ているのでこのまま続けてみて経過を観察してみます。
ありがとうございました。

血清亜鉛値：５３で、ノベルジン処方が開始されたご子息について。　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2020年11月20日(金)20時20分4秒

ＭＳさん
ご投稿有り難うございます。投稿いただいたご子息の病状、検査結果、経過等などに

ついて、ご子息についての全体的な情報が不充分で、どの様にお返事すべきか？困りました。

まずは、かかり付けの医師とよく相談することが大切かな？と思いました。ヒト（人間）の医療はある時点の検査データとそのデータの補正と言うマニュアル的な医療では間違えることが多いのです。今年8月末の突然の発症と中学時代からの立ちくらみ、貧血、鉄剤による治療の効果、その後の経過も、現在との差も判りません。身体的なことだけでなく、ご子息は学校生活が楽しくないのかも知れません。頭痛､吐き気、腹痛、怠さはそれだけでも症状が現れてもおかしくありません。ご子息ともよくお話しになる必要があるのかも知れません。

【血清亜鉛値：５３について】
亜鉛欠乏症のことについては､まだまだ、判らないこと許りですが、判ってきたことも沢山あります。血清亜鉛値が５３は、確かに低値ですので、亜鉛欠乏症である可能性（確率）はかなり高いと言ってよいと思います。しかし、ごく少数ですが、このくらいの値で何の症状も無い方もおられることも事実です。強い倦怠感が亜鉛欠乏による可能性もありますので、折角、血清亜鉛値が測定され、ノベルジンによる亜鉛補充療法を開始された様ですので､特別の副作用がなければ続けて､その症状を、さらには朝起きられないこと等などの困った症状がどの様に変化するのか、自覚的にも､ご家族としても、また、その他の食欲等などの変化がないか、経過を追ってみてください。

症状の変化以外に！！
血清亜鉛値は是非、経過を追って追跡して置くのが大切です。倦怠感や立ちくらみ、朝起きられない等などの自覚的、一般的症状は他の原因でも発症しうることですので、他覚的に誰が見ても､明らかなデータは取っておくべきです。ただ、現代の社会によくある気力の減退、登校拒否等など全部精神的なものとかたづけてよいかは検討すべきことです。
　折角､少なくとも客観的な血清亜鉛値の低値はつかまったのですから、追求してみましょう。

【ノベルジンによる亜鉛補充療法について】
私はノベルジンの使用経験がないので、ノベルジンの細かなことは、ここでは控えますが、
亜鉛補充療法の適応薬（薬の作用から考えて､また、治療に適切とされた薬剤）の種類が増えることは歓迎すべきことです。
しかし、【適切な適応薬】であれば、安全・安価で、且つ容易な薬剤があれば、医師として、わざわざ使用経験がなく、細かな副作用も判らない。且つ高額な薬剤を使用する理由はないので、私はノベルジンを使用したことがありません。
プロマックの具体的な使用については、原則的な亜鉛補充療法は亜鉛欠乏症のホームページ等で検討いただきたい。個々の症例で、必要があればその時に比較の意見を述べましょう。

勿論、現在のプロマックでは吸収など問題があり、ノベルジンが有効の場合は処方すること、やぶさかではありません。
しかし、亜鉛補充療法はその薬剤の薬理作用ではなく、栄養素亜鉛そのものの補充ですから、如何に適切に吸収されるかが大切であると考えています。

http://www.ryu-kurasawa.com

舌痛症について　投稿者：EA　投稿日：2020年11月18日(水)16時40分25秒

倉澤先生へ

こんにちは。29歳女性です。
去年の秋と今年の秋に味覚障害と舌痛を発症しています。
症状は、何も食べてない時に口の中がしょっぱくなる（食事の味は変わらない）
舌の先や側面が痛くなる舌痛ピリピリ、ヒリヒリ（食事中や睡眠中は痛みなし）

去年、歯科口腔外科や耳鼻科、腎臓は何もなく、血液検査をすると亜鉛が不足していました。数値は67です
ノベルジン50ｍｇを1ヶ月服用して症状は一週間で改善しました。
その一年後、今年の９月２６日に再び上記の症状＋上顎のヒリヒリが現れ、しばらく亜鉛サプリ（10ｍｇ程度）を飲みましたが悪化したので血液検査をすると、亜鉛が僅

かに少なく74でした。現在再びノベルジン25ｍｇを一日二錠服用してます。（10/1から現在11/18も服用）
10/27に再び血液検査をし亜鉛の数値は106まで上がりましたが、舌痛は改善されず痛みが弱い日と強くて辛い日を繰り返しています。

食生活に偏りはなく体型は標準で、他の血液検査の結果は良好ですが、女性ホルモンの数値が低くほぼ出ていないような状況で、マーベロン（低用量ピル）を12年服用しています。

去年と今年の発症前に共通することは、去年は頭痛で加味逍遙散をしばらく服用後、今回は半夏厚朴湯をしばらく服用後、という茯苓の含まれた漢方使用直後だったことです。
今年に限っては発症の二週間ほど前まで胃痛でスルピリドを服用していました。（服用期間は三週間）

不安な日々を過ごす中、先生の記事を拝見し亜鉛補充を続けてみようと思いましたが、このまま継続して、舌の痛みがなくなるにはどれくらいの期間服用すればよいでしょうか。
またノベルジンよりもプロマックの方が長期服用にはよいでしょうか。

お返事いただけますと幸いです。
よろしくお願いいたします。

ノベルジン　投稿者：MS　投稿日：2020年11月18日(水)14時25分49秒

倉澤先生

初めまして。
高校生の息子の血液検査の結果、亜鉛値53と低値のためノベルジンを処方され服用を始めたところで、亜鉛不足について調べているうちにこちらにたどり着きました。
全てのスレッドに目を通させてもらったところ、倉澤先生の丁寧で的確な対応に感動いたしました。
お忙しいところ大変申し訳ありませんがご相談させてください。

息子は今年の8月末の朝、突然の強い倦怠感と立ちくらみのため起床困難となり、9月はのほとんど学校にいけない状態になりました。
脳に酸素がいっていない感じらしく、午前中は（日によっては午後まで）ぼんやりして、時々頭痛や吐き気、腹痛もあったようです。

中学の頃からバスケットボール部で、その時から立ちくらみがあり貧血という診断で（フェリチン30）2か月ほど鉄剤を飲んでいたことがあるので、今年のあの猛暑の中ハードな練習と大量の発汗による鉄欠乏性のスポーツ貧血か、思春期にあるという起立性調節障害の可能性もあると考えていました。
8月の血液検査の結果フェリチン44で処方された鉄剤（フェルム100）に加え、市販のビタミンB、C、E、タンパク質を摂り始めました。
ちなみに、医師に朝起きられないということを伝えたら昇圧剤のミドドリンも処方されましたが、血圧が低いわけではないのにと納得がいかず服用はしていません。

10月からは症状は徐々に改善され登校できるようになり、バスケの部活も少しずつ再開できてはいますが、朝起きる辛さはまだあり（ギリギリ2限目登校できるくらい）、経過観察ということで今月再び血液検査をしたところフェリチンは104になり、今回お願いして計ってもらった亜鉛値が53というのが発覚したところです。

そこで処方されたノベルジンについての記述がこちらの掲示板にあったので、興味をひかれた次第です。
説明が長くなり申し訳ありません。

そのときはまだプロマックの存在は知らなかったので、薬局での会計時にノベルジンのお値段の高さに一瞬たじろぎましたが、購入し服用を始めて1週間ほどです。
開始から2、３日で今までよりは朝起きられるようになったと思ったら、次の日はまた少し辛そうだったりとまだ安定はしていません。
スポーツ貧血には亜鉛不足以外にも、ビタミンＢ12や葉酸の不足によるものもあるということを血液検査のあと知ったので、そちらの値はまた次回調べてもらおうと思っていますが、夏場の練習の大量の発汗でビタミン等が流れ出たことは考えられるし、普段から息子は肉好きで、魚介類やレバー等のビタミンＢ12や亜鉛を含む食材をほと

んど食べないため、サプリメントでB12を補っているところです。

現在服用しているのは、ノベルジン25mg、ビタミンB12（1000?）、ビタミンB50コンプレックス、ビタミンB1、ビタミンCです。

ノベルジンとビタミンB12を同時期に開始しているため、どちらの効果かはっきりとしたことはわかりませんが、他の方が心配されていたような副作用のようなものはないものの、プロマックに比べ安全性に問題がないか、というには気になっています。

また、ノベルジンは2か月分処方されましたが、経過を知るためにも1か月後に再度亜鉛値を計ってもらったほうがよいでしょうか？

朝起きられないのは睡眠時間の長さも影響している可能性もあるため、息子には早く寝るように伝えてはいますが、フェリチンの値が高いのにそれでも起床困難なのは亜鉛不足が影響しているのでしょうか？
（長期欠席に加え、今も1限目に登校できないことで、欠席単位がかさみ留年の危機があり少し焦っています。）

ノベルジン25mgは朝夕1錠ずつ服用していますが、どのくらいの期間服用すればいいでしょうか？またこの量で足りていますでしょうか？
サプリメントの亜鉛（30mg）を追加の必要はありますでしょうか？

お忙しいところ長文失礼いたいしました。
お時間のあるときで構いませんのでアドバイスいただければ幸いです。
よろしくお願いいたします。





《前のページ | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 次のページ》
以上は、新着順71番目から80番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

RSS

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

URL http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

S.Kさん 舌痛症ほぼ治癒。良かったですね。

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2020年11月14日(土)20時18分7秒

舌痛症ほぼ治まったようで、良かったですね。
舌痛がすべて亜鉛欠乏症であると言うつもりはありませんが、貴女の様な舌通の症状・経過で、殆んど肉眼的に舌・口腔内に肉眼的異常所見の無い“いわゆる舌痛症”は殆んど亜鉛欠乏症であると言ってよいと考えています。

亜鉛補充療法はプロマックと言う薬そのものの薬理作用でなく、体内に不足する栄養素亜鉛が補充され、体内の諸作用が安定し正常状態となり、治るのですから、充分補充がされない場合、時には、ぶり返すこともありますが、心配はいりません。

合併していて現在残っている口腔内違和感については、人にもより様々ですが、多くは何時の間にやら気にならなくなって、血清亜鉛値も安定し、治療を終わりとすることが多いのです。兎に角、舌痛も口腔内違和感も治療している小生にはその苦悩を実感することが出来ない疾患ですので、多くの患者さんを治療していて、患者さんの満足と検査データの推移で治癒・完了としています。

中には、数例ですが、亜鉛補充療法を終了の数か月～数年後に、同じ舌痛症を再発・再再発して受診してくる患者さんも居ますが、原因が明らかで、再度の補充療法で直ぐ治癒しますので、その経験から今回の貴女の様に不安に駆られ、悩む患者さんはいません。むしろ、多彩な亜鉛欠乏症の存在を経験・勉強して、もしかしてこの症状も亜鉛欠乏症か？と小生の共同研究者でしょう、新たな症状・疾患を教えてくれる方さえもあります。

血清亜鉛値はそれぞれの人に、?凡そ固有の適切な値”があります。そこで、血清亜鉛値の絶対値のみで診断は出来ません。欠乏症ですから血清亜鉛値が低値なほど欠乏症の可能性が高いのは当然ですが、人並み外れた高値でも欠乏症であることがあります。
そこで、今回初診時（午後ですが）42＝＞１ケ月後が107とのことですね。貴女の場合は、もう、亜鉛欠乏による舌痛症の診断は間違いないので、数か月して治療終了時に、少なくともう一回、血清亜鉛値を測定して置くことを勧めます。それが貴女の?凡その適切な固有の血清亜鉛値”であろうと小生は考えています。

次回の舌痛症の再発時、何らかの亜鉛欠乏性の皮膚疾患・その他未知の症状・疾患発症の時、大切な参考値になると考えられるからです。

間違いの多い診療指針がマニュアルとして、世の中に批判もなく、広く通用しています。大変に困ったこととと小生は思っています。そのマニュアルに従えば、貴女の場合は、症状・疾患に【舌痛】はありませんでした。しかし、主治医の耳鼻科の先生が血清亜鉛値を測定され、プロマックの処方をされたことで、舌痛症難民にならずに済みました。
小生も同じ誤りを犯さない様に、医療の現場からの事実・真実を見誤らない様に努力するつもりです。患者さんこそ事実を語る共同研究者だと思うからです。よろしく！！倉澤。

、

http://www.ryu-kurasawa.com

倉澤先生　投稿者:S.K　投稿日:2020年11月13日(金)14時33分38秒

ご返信ありがとうございます。
亜鉛を服用から約3か月がたちました。服用後1か月後の血清亜鉛値は107でした。服用時は47でしたので先生のおっしゃるとおり1か月後の数値は大幅に上がりました。
その後はずっと亜鉛は服用しておりますが通院時毎にに血清亜鉛値ははかっておりません。2か月過ぎたあたりから舌の痛みもﾋﾘﾋﾘ感はなくなり口腔内違和感だけが残っている感じです。
舌がふやけている感じ？と言いますか、少し例えに困るのですが・・・
気にならない時間を増えましたし、最初の舌の痛みを考えるとものすごくものすごく、楽になりました。
精神的にも・・・
しかしながら、もともとは普通に食事取っているのにも関わらず亜鉛欠乏症になったのですから亜鉛の服用をいつまで続けていけばいいのだろうかとも思います。
今現在はまだ口腔内違和感がありますので服用は続けていくのですが違和感がなくなった後もこの先ずっとプロマックを服用したほうがいいのだろうかとも考えます。
そもそも症状がなければ処方はしてもらえないのでしょうか。

今残っている、口腔内違和感も時間とともに消失していくものなのでしょうか？？
よろしくお願いいたします。

新型コロナウイルスと亜鉛

投稿者:Satoshi Ishihara　投稿日:2020年11月13日(金)00時03分25秒

ご参考：

https://medical-saponet.mynavi.jp/news/001/detail_2290/
2020.10.23　新型コロナ感染症による死亡リスクに血清亜鉛値の低さが関連―欧州学会で発表

https://www.dr-okudaira.com/post/prevention_of_infection_with_zinc
新型コロナウイルス対策における亜鉛の役割～亜鉛に期待される抗ウイルス・免疫増強効果～
最終更新: 10月28日

S.K.さんの舌痛症その後如何ですか？

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2020年11月12日(木)14時31分41秒

S.Kさんの舌痛治療が開始しされて、およそ2カ月余となりましたが、その後如何でしょうか？
多薬剤服用などの込み入った症例でなければ、いわゆる舌痛症の大部分は４～6か月で、軽快・治癒します。そろそろ、何らかの変化と血清亜鉛値の変動があったことと考えています。

多彩な亜鉛欠乏症の症状・疾患の中で、
褥瘡や多彩な皮膚の症状・疾患（特に褥瘡）はキチッとした論理的亜鉛補充療法をすれば、その効果の発現の時期が来れば視覚的にも、目に見えて結果が明らかになりますので、これまでの様に如何に日本褥瘡学会が亜鉛の大切さを無視し続けても、亜鉛補充療法を実行した多くの医師や患者さんに亜鉛の効果が納得され、現在ではもう、黙っていてもその知見・療法は広がり続けるでしょう。

また、
味覚障害については、富田寛先生らの日本大学・耳鼻咽喉科のグループを中心とした長年のご努力で、『亜鉛欠乏症と言えば味覚障害。味覚障害と言えば亜鉛欠乏症。』と一般常識に拘る頑固な医師たちにも、もう常識となっていますので、味覚障害の亜鉛補充療法はこれからも進むでしょう。

一方現在、亜鉛欠乏で苦悩する多くの患者さん達が存在する中で、
舌痛症と口腔内違和感は、舌や口腔内に肉眼的異常所見を認めない舌・口腔内の痛みはなかなか他人には理解され難く、しかも、その不安感は強く、患者さんの症状の訴え方はかなり執拗な傾向があります。そのくせ日々に、時には時間によっても変動したり、他事に関心が集中すると忘れたり、夜の睡眠は障害されず、食事中は不思議に軽快して余り訴えることがない傾向の症例が多いこと、また、しばらくは自然に治まったりすることもある痛みこと、等々です。
通常のヤケドや切り傷、炎症などから想像できる痛みとは異なって、その痛みを経験したことのない医師たちにとっては、医学的に理解しがたい訴えであり、なんといっても視覚化できない症状で、且つこれまでの教科書に記載された治療法では、そのほとんどの症例が治癒しない、または、治したという手ごたえがないことが多いので、しばしば、精神的なものと諸学会でもされ、今も、そのように考えている専門家が多く、殆どの患者さんが盥回しされています。
多彩な亜鉛欠乏症の中でも現在、最もその周知が求められる疾患・症状の一つです。

亜鉛補充療法の経験のない医師や初めて亜鉛欠乏症について知った医師達にとって、治癒の経過を実感することが少なく、その治療法を自信をもって完結することがし難い疾患ですので、患者さんもそのような事情をよく理解して、症状の経過をキチッと報告して、治療を受けて欲しいと思います。そのためには症状の変化と血清亜鉛値の動きがとても大切です。

しかし、もう一つ困ったことは日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診療指針 2018】のマニュアルです。筆者がこの掲示板や筆者のホームページで何年にも渡って、そのデジタル思考を批判してきた血清亜鉛値や基準値の学問的な問題はここでは置くとします。、
その【亜鉛欠乏症の診断基準】の臨床症状・所見の項で、【舌痛症】や【口腔内違和感】のことは一言も触れられていません。いわゆるマニュアルにないのですから、こ

の指針を信じて、診断治療している医師達には舌痛症など頭にないのです。
この診療指針、診断基準が多くの論文をもとに、論文から論文が作成されたことが事実の様で、亜鉛欠乏症の知見が大きく進歩した最近の10年よりも前の旧い論文により書かれたもので、舌痛症のことはご存じないのも無理がないことと思われます。

さらに困ったことは、亜鉛補充に使用される医薬品はﾉﾍﾞﾙｼﾞﾝのみと受け取れる、誤った情報を新販売の薬剤の販売促進のためか？宣伝と共に流していることです。

亜鉛補充に使用される亜鉛含有医薬品は、現在、ﾌﾟﾛﾏｯｸとﾉﾍﾞﾙｼﾞﾝの二薬剤があり、いずれも保険適応薬として、現行の医療保険上使用可能です。これらの間違った情報をを受けて、亜鉛欠乏症のことをちょっと知った医師達によって、亜鉛欠乏症の医療が歪められ、現在、舌痛症の患者難民が生じていること、また、稿を別にして書くことにしましょう。

倉澤 隆平

倉澤先生　投稿者:S.K　投稿日:2020年 9月16日(水)13時37分40秒

倉澤龍平先生

ご返信大変ありがとうございました。ご丁寧に返答いただき感謝いたします。
亜鉛補充療法をはじめて約1か月後の血清亜鉛値も測定しまして今結果待ちです。
亜鉛補充療法開始後、約1週後の血清亜鉛値と1か月後の血清亜鉛値と2・3か月後の数値と記録に残しつつ舌の状況も残しますので今後何かのお役に立てていただければ幸いです。そして私のような年齢での発症も珍しい症例になるのではと思います。

日によって今日は痛みが軽いかもと思ったり今日は痛いかもと思ったり様々です。先生のおっしゃる通り徐々に軽快、ぶり返しをしつつという言葉に救われます。
しかし、数か月の治療期間ということで不安もやはり増すばかりです。
朝起きた時はそんなでもないのですが食べ物を食べた後はﾋﾘﾋﾘ感が強い気がします。
そしてﾋﾘﾋﾘ感が強い時に舌は若干赤い気もします。
そんな症状も亜鉛不足の舌痛症とゆうことでほぼ間違いないでしょうか？典型的でしょうか？　宜しくお願い致します。

舌の痛みについて、8/28に掲示板に投稿されたS.Kさんへ　投稿者:倉澤 隆平
投稿日:2020年 9月14日(月)17時55分59秒

亜鉛欠乏症についての掲示板にご投稿いただきまして、ありがとうございます。

8/1頃から発症の舌痛症（投稿の様な舌痛があって、その他舌に特別な肉眼的な所見の無いもの）の様で、さしあたりその原因となるものがないので、大変心配されているようですね。舌先端の発赤と口内の苦み、その他、アトピー性皮膚炎、女性、そして午後4時ごろの測定ですが、血清亜鉛値：47とのこと、先ずは、亜鉛欠乏による舌痛症として、ほぼ間違いないでしょう。
舌痛症についての詳細は、小生の【亜鉛欠乏症のホームページ】http://www.ryu-kurasawa.com/　または、【東御市立みまき温泉診療所ホームページ】の ＜亜鉛欠乏症と舌痛症について＞
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/ze01.html　をご参照いただくとして、今回はご質問に関して、必要なことのみ返答いたします。

8/11日よりポラプレジンクの処方2週間?3週間を受けて、苦みは軽減したような気がするが、舌の痛みは変わらずとのことですね。＝＞
亜鉛補充療法による舌痛症の改善は個人にもよりますが、特別強力に亜鉛欠乏を生ずる原因（キレートを生ずる薬剤や多剤服用者、偏食者等など）の無い場合、約4か月から6か月前後で、徐々に軽快、時にぶり返しをしつつ、多くの症例が軽快治癒します。つまり、亜鉛補充療法は、不足した亜鉛の補充がされて、体内の代謝が改善され、症状の発症が治まるので、それなりの時間が必要です。
燻る例はまた必要に応じて述べましょう。苦みの軽快は効果の表れかも知れません。

血清亜鉛値４７は、午後4時の測定としても低値と言ってよく、亜鉛欠乏症であることを強く示唆します。小生は診断・治療の参考に初診時の血清亜鉛値の測定をしますが、亜鉛補充療法開始後、約1週後の血清亜鉛値はあまり測定したことはありません。しかし、大変参考になる数値です。出来れば補充開始後、約1ケ月前後の血清亜鉛値を測定してみていただきますと、多くの亜鉛欠乏症では、補充開始前の初期値から比較的大きく上昇を示して、その後2ケ月後頃、初期値付近に低下し、以後徐々に徐々に上昇する症例が多いので、2か月後、3か月後と追跡測定していただくのがいいと思います。

皮膚掻痒などの皮膚症状、爪の軟弱さや変形、アトピー性皮膚炎などが、総て亜鉛欠乏のみが原因とは申しませんが、皮膚の健常な生成・維持には亜鉛が必須ミネラルですから、その不足がかなり関係している可能性は高く、舌痛症の治療で皮膚がきれいになる可能性は十分あると考えています。

舌痛症については、これまでその専門家と称する方々が真菌症やアレルギー説、心因説等々多くの学説を述べられていますが、亜鉛に関心を持ち、きちっと亜鉛補充療法をされた方は少なく、特殊例を除いて、舌痛症は亜鉛欠乏が原因で良いと考えています。

亜鉛欠乏の原因について、小生は、偏食や極端なダイエットもあるでしょうが、仮説ですが、①食料生産の畜産農業や②食品加工の添加物、③医薬品（化学薬品）による文明病と言えるのでないかと思っています。

http://www.ryu-kurasawa.com

舌の痛みについて

投稿者:S.K　投稿日:2020年 8月28日(金)12時37分56秒

倉澤　隆平先生

はじめまして。色々舌の痛みについて調べててここにたどり着きました。受診するには県をまたぐため今はできません。
毎日考えててそのことが頭から離れず心配でしかたないのでご相談させてください。宜しくお願い致します。
8月1日あたりから舌のﾋﾘﾋﾘ感があり最初は舌の火傷かなと思っていたのですが、8月4日あたりから何も食べてなくても口の中に苦みを感じるようになりました。熱いものをとると痛みが増す気がします。そして痛みはほぼ一日中ずっとありますが睡眠はとれています。
8月11日に耳鼻咽喉科を受診し、舌の先端が赤いこと、苦みを感じることから半夏瀉心湯とポラプレジンクを2週間分いただいたのですが、苦みは軽減したような気もしますが舌の痛みは変わらずでした。そして8月19日に血液検査をしたところ亜鉛の数値が47mg/dlでした。測定時間は午後の16時くらいでした。とりあえず3週間ﾌﾟﾛﾏｯｸD錠75を服用するようにとの指示で現在服用中です。　年齢は37歳女ですが家庭もあり日頃偏った食事もインスタント食品も大量にとってるわけでもありません。アトピー性皮膚炎（手のみ）は小さいころからありますがそんなに亜鉛不足に陥ることもあるのでしょうか？　お酒は週に1回飲む程度です。
そして、亜鉛の数値からみてこの舌のﾋﾘﾋﾘ、ﾋﾘﾋﾘはやはり亜鉛欠乏が一番考えられるのでしょうか？亜鉛不足による舌の痛みは一日中あってもおかしくないのですか？　　これが原因不明の舌痛症（精神科や心療内科の受診も勧められるとゆう記事）を見たりすると怖くて仕方ありません。　どうかご意見を聞かせていただけないでしょうか。　症状の投稿で誠に申し訳ありません。このHPをみて少しでも前向きになれたので是非話を聞いていただきたくメールいたしました。どうかよろしくお願い致します。

<副作用が心配です>さんへ..【ノベルジンのこと勉強してみます】

投稿者:倉澤　隆平　投稿日:2020年 8月 3日(月)17時51分0秒

編集済

慢性下痢で悩まれているお子さんのこと、ご心配ですね。
お腹が弱い、かなりのアレルギー体質、胃腸炎後のIBSのような症状、低フォドマップ食事療法とアレルギー除去食の大変厳しい食事制限をされている８歳のお子さん。
簡潔に症状経過を説明いただきましたが、よく判らないことが沢山あります。必要に応じて、また、今後に知らせていただくとして、今回は◎◎時間の経過と◎◎相談者はノベルジンの服用の目的をどの様に考えられているのか？？質問させていただき、そしてある程度の基礎知識を知っていただき、一回目の回答とします。

先ず、◎全体として、時間的経過が抜けていますので、コメントがし難いのです。
①何時から食事療法、食事制限をしているのか？②何時からノベルジンを服用はじめたのか？③ノベルジン服用前の血清亜鉛値の数値はいくらであったのか。④ノベルジン25mg／日を服用開始して、どのように血清亜鉛値は上昇変化し、⑤何時から何時まで、血清亜鉛値は80になっていたが、キッと副作用で、⑥何時からノベルジン13mg／日に減量して、⑦血清亜鉛の数値は何時71となり、その後上がらないのか？⑧副作用はノベルジンを減量して､少しは軽快したのか？しないのか？
その経過の中で、◎キッとノベルジン投与の目的とされた改善すべき主症状(下痢の改善？と体重の変化ですか？、食欲の改善でしょうか？元気さの改善？アレルギー体質とは皮膚が問題ですか？)は何時から、どの様に変化したのか？変化しなかかったのか？などなどです。◎もう一つ、この副作用と考えられている症状はノベルジンの服用前は無かった症状で、無理してのノベルジン25mgの服用から13mgにしたら少しは副作用の程度が良いのでしょうか？？

【この質問の投稿を受けて、どうご返事したら良いのかと悩んでしまいました。】
というのは、これまで1000症例を超える亜鉛欠乏症例の補充療法をしてきましたが、投与薬剤がその患者さんに合わない特殊な場合の数例を除いて、この様な副作用症例の経験がないからです。以下にも述べますように､このお子さんは単純な亜鉛欠乏のみでなく、複雑な原因で治療に難儀するのかも知れませんが、亜鉛欠乏症の部分の改善には、一般の補充療法では､この様な副作用を呈することは殆どないのです。
また、これまでノベルジンを使用しなければならない必要性がなく、使用した経験がなかったので、この様な副作用がノベルジンの使用文献に書かれていることは知っていますが、小生が返事をすることが良いのか、むしろノベルジンを推奨している医師で、副作用の経験を豊富にお持ちの医師達の方が良いのではないかとも考えたのです、、、、
ただ、問題点が何なのか？思い当たることもありますし、もし、ノベルジンを使用することが必要な場合の勉強にもなりますので、質問や情報を得ながら少し考えてみましょう。

現状では、情報が全く不充分ですが、このお子さんは投稿された情報からは亜鉛欠乏症が存在する可能性がかなり高いと言ってよいと思います。慢性の下痢の主要な原因が亜鉛の不足によるものか、IBSよう症状の継続で二次的に亜鉛欠乏傾向となっているのかは置くとして、キッと種々な<亜鉛欠乏症の症状がある>のでないかと考えています。そこで、主治医が亜鉛欠乏症の治療として、キッとノベルジンの処方をしたのかと思います。だとすれば、主治医が目的とした症状に何らかの変化があり、その変化に比較して、副作用は凌げるもの？？と考えているのかも知れません。ただ、かなり酷い副作用と小生には思われますが、、、。本当にこの症状、ノベルジン服用から始まったのでしょうか？

亜鉛欠乏症とすれば、ノベルジン以外に、より適切な薬剤がありますので、キッと薬剤の処方変更を考えているのかも知れません。

【亜鉛欠乏症でない低亜鉛血症が存在するのか？小生には疑問ですが！！】
ただ、医師の中にも、ノベルジンの発売以来、血清亜鉛値のみを見て低亜鉛血症と診断をして、血清亜鉛値を上昇させるのが治療と勘違いし、血清亜鉛値の数値のみを上昇させるべく、ノベルジンを処方する医師も居ないわけでなく、困ったことと小生は思っています。
しかし、本当にこれだけの副作用症状が続くならば、しっかりとその状態を主治医に報告し、どうするのか良いか？聞くべきだと思います。

【亜鉛欠乏症にはノベルジン以外の適切な薬がある】
低亜鉛血症と言う低亜鉛値の改善にのみが目的で、ノベルジンが処方されていることはないと、医師として考えますが、亜鉛欠乏症の補充療法に亜鉛含有製剤を処方するとするならば、はるかに長期間にわたり処方され、経験が積み重なって、安全性と副作用の少ないことが確認されており、且つ、安価な亜鉛含有医薬品：ポラプレジンク（プロマック）があります。
ノベルジンを販売する会社やその広告、及び、ノベルジンを推奨している(？)医師達が、＜唯一の低亜鉛血症の適用薬と医療保険適用薬であることを強調しています＞が、しかし、低亜鉛血症(?)の適用薬であるかはいざ知らず、亜鉛欠乏症の適応薬として、プロマックは立派に保険で認められています。　法律用語の適用薬でない＜＝＞適応でない、と宣伝では、故意に誤解を誘っていますが、ここでは、複雑のことは省略します。

【亜鉛欠乏症の治療は元素亜鉛の補充であり、その薬剤の薬理作用ではないのです】

現在、亜鉛欠乏症の治療医薬として、プロマックとノベルジンがある。ただ、プロマックのポラプレジンクやノベルジンの酢酸亜鉛の薬理効果が問題なのではなく､不足の亜鉛を体内に如何に補充するか！が問題ですから、安定した吸収と副作用の少なさが最も大切です。これは医師の処方時の選択上、大変重要な項目であり、栄養素として、長期間投与の必要性のある場合は特に大切と小生は考えています。その意味では､小生は第一選択はプロマックが良く、現状では、プロマックが体質的に合わない、かなり特殊な場合に、投与量や副作用や効果等などに注意し、ノベルジンが選択されるものと考えています。

【亜鉛欠乏症は慢性疾患、大部分は徐々に徐々に、ゆっくり補充するのが原則】
亜鉛欠乏症はゆっくり不足が進行する慢性疾患で、大部分急激に補正する病態ではないから、急速に大量に補正する必要はありません。その患者さんにあった無理しない方法で、補充すべきものと小生は考えています。ゆっくり補充される場合はそれなりの時間がかかることも当然ですので、全身状態、症状の改善状態、血清亜鉛値の変化、副作用が少ないかないなど、出来るだけ困ったことが少ない工夫をすべきではないかと。小生は考えます。

【ノベルジンについて少し勉強してみます。】
。

http://www.ryu-kurasawa.com

野崎 千尋先生。はじめまして。

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2020年 8月 2日(日)15時31分7秒

野崎 千尋先生。はじめまして。
亜鉛欠乏症についての掲示板にご投稿いただきまして有難うございます。Nature Neuroscienceの論文を無断で、彼方此方に引用させていただきました。引用に際しご連絡できず失礼しました.
しかし、少なくとも間違えた引用でなかったと休心致しました。お許しいただき、且つ感謝していただき、有難うございました。

2002年に、フトしたことから、多彩で、多数の亜鉛欠乏症患者さんの存在に気が付き、しかもその多彩さから、症状が種々合併していることも多く、症状の追跡によって、芋つる式に疑いの新症例の発見が続きました。個々の症例の亜鉛補充療法による血清亜鉛値の変動と臨床症状の改善・治癒より、また、合併症例の症状の重なりの確率も含めて、それぞれが亜鉛欠乏によるものと考えられるのですが、当時は、?亜鉛欠乏症は滅多にない”のが学会や世間の常識でしたので、この事実の周知には大変苦労しました。?亜鉛欠乏症は多数存在しうる”ことについては、地域や長野県下での疫学調査を合わせて主張したのですが、はじめの頃は、日本疫学学会でも、この調査結が”本当だとしたら、大変なことだが、臨床のデータと合わせて”と座長が総括し、時間切れで、質疑打ち切りとなり、ここでも常識が押し通されました。

症状の多彩さは亜鉛の生体内機能の多彩さで、特に、多くの酵素の補酵素であることなどで、説明できると考えたのですが、それでも、褥瘡と舌痛症が共に亜鉛欠乏症であると主張し、理解を得ることは大変でしたし、今も、大変です。日本褥瘡学会も、今だに自己の局所療法のみの視野から抜け出せませんし、日本口腔外科学会も、歯科系の学会も、専門専門と凝り固まっている方々は、なかなか基礎的なことを紹介しても、どうして、自己の専門としている分野で問題となっている論文すらも、検討しないのか不思議です。
イヤイヤ、掃いて捨てた方がいいと思われるほど、多くの学会がありますが、学会間の、イヤ学会内さえも連携が取れていないこと、明らかな間違いにも、同僚間でも批判さえもないこと、本当に不思議です。

舌痛症の全部とは言いませんが、臨床的には大部分のいわゆる舌痛症(他に臨床的な所見お認めない)は亜鉛欠乏症であると言ってよいと、現在、考えています。
舌痛症と同じ様に、他に疼痛の原因となる臨床所見の認められない線維筋痛症(小生は患者さんの経験がないのですが)は亜鉛不足の可能性がある、少なくとも亜鉛不足状態がないかどうか試してみる必要性があると思っているのです。
小生には経験がないのですが、いわゆるリュウマチ性関節症(炎)の様な臨床所見がある慢性疼痛に対して、亜鉛の緩和効果を述べる方もいます。
兎に角、亜鉛と末梢神経のことは、是非是非、より深めていただきたいと思っています。
先ずは、御礼まで 倉澤 隆平

http://www.ryu-kurasawa.com

亜鉛の副作用が心配です 投稿者:ノベルジン服用してます 投稿日:2020年 7月30日(木)22時26分56秒

８歳の子どもが慢性下痢です。かなりのアレルギー体質です。乳児の時よりお腹が弱かったですが、1年生の冬、胃腸炎後IBSのような症状が出始めました。現在、低フォドマップ食事療法と、アレルギー除去食の大変厳しい食事制限とノベルジン１日あたり１３mg程度を服用しています。副作用と思われる、吐き気、金属アレルギーのような指のかゆみ痛み、激しい咽頭刺激（これは一日だけでした）がありこれ以上ノベルジンを増やせずにいます。亜鉛の数値は71から上がりません。　体重が増えずガリガリです。これからどうして良いのか悩んでいます。　（無理して亜鉛を２５mg飲んでいた時、80ありました。体重も増えました。）





以上は、新着順81番目から90番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup.[掲示板][掲示板作成][有料掲示板][ブログ]

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 (詳細)
youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う][BBSティッカー][書込み通知][検索]

▌スレッド一覧

◇ぽろりっ(0) ◇ぽろりっ(0) ◇全力全開(0) ◇ぽろりっ(0) ◇ぽろりっ(0) ◇返信ありがとう(0) ◇返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

論文を引用いただき有り難うございます

投稿者:野崎　千尋　投稿日:2020年 6月10日(水)17時50分8秒

はじめまして、IGBMCにおりました野崎と申します。あのNature Neuroscienceの論文を書いた当人です。論文を様々に引用いただき本当に有り難うございます。現在は早稲田大学理工学術院の末席に加えていただき相変わらず疼痛の研究を行っています。

亜鉛って地味なのかあまり着目されることが多くない中、思わぬところで引用いただいて正直驚いております。有り難うございます。本当は続きをいろいろやりたかったのですが研究室が変わってしまったこと、マウス自体少々思わぬフェノタイプを呈したことから長らくPendingしている状況です。とはいえ末梢神経に対する亜鉛の効果をやってる人は本当に少ないので、機会があればまた掘り返したいとも思っています。

臨床の方に評価いただけたこと望外の喜びですし、また励みになります。どうしても一筆差し上げたくこちらにお邪魔致しました。本当に有り難うございました！

野崎千尋

【ヒトの血清亜鉛値は、ヒトの身長や体重と同様に、個々人に固有の値を持つ生体値である】との検証を求める。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2020年 5月 3日(日)13時36分46秒

血清亜鉛値がヒトの体内のどの様な状態を表すものか？定かには不明であり、亜鉛欠乏症の臨床は、まだまだ、群盲象を撫す状態であること否定はできません。
しかし、亜鉛欠乏症の適切な診断と診療、また、ヒトの健康維持の臨床・保健医療のために、生物であるヒトと亜鉛元素の生物学的関係の正しい知見の認識とその共有はとても大切なことです。

筆者は、2002年、多数の、多彩な亜鉛欠乏症の患者さんの存在に気が付いて以来、2003年の1431名のKITAMIMAKI Study はじめ、長野県下での住民の総計4000名に及ぶ血清亜鉛濃度の三疫学調査に、第一症例からエクセルで集積管理し、現在まで1000名を超える亜鉛欠乏症の疑い症例を集積したMIMAKI Dataの血清亜鉛値と、合計、10000件を遥かに超えるであろう血清亜鉛濃度測定結果等などより、筆者等にとっては、至って自明のことと考えていた生体値としての『血清亜鉛値とヒトとの生物学的関係』が、必ずしも同じではない様であることが気になっていました。
【血清亜鉛値は、平常の条件下で、基準値内の如何なる値でも勝手に示す様な生体値である。】と何となく考えている人達がいるらしいので、仮説①、②として、他人の書いた論文からではなく、臨床の現場で、仮説が正しいことを実証していただければと考えた。

仮説①【ヒトの血清亜鉛値は、ヒトの生体値である身長や体重と同様に、個々人に固有の値を持つ生体値である。】と
仮説②【その固有の血清亜鉛値が血清亜鉛の生物学的基準(値)範囲に正規分布をしている。】との仮説①と仮説②の検証を求めます。

亜鉛欠乏症のホームページ：トピックス

http://www.ryu-kurasawa.com/2020-03-27/

東御市立みまき温泉診療所HP　血清亜鉛と基準値
http://hospital.city.tomi.nagano.jp/onsen/pain/post-4.html
上記二つのサイトに掲載しました。是非、内容を検討して、それぞれの仮説が正しいkとを検証していただきたいとお願いします。

http://www.ryu-kurasawa.com

褥瘡は亜鉛欠乏による皮膚の脆弱性が原因と動物実験で証明

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2020年 1月14日(火)21時13分7秒　編集済

2002年秋、多数で、多彩な亜鉛欠乏症の存在に気が付いた。その中で褥瘡は最も主要な亜鉛欠乏症の疾患の一つであり、亜鉛補充療法によるその改善・治癒の経過は驚くべきものであった。

当時までは、私共の診療所でも、多くの悲惨な褥瘡患者さんの治療・予防には大変悩まされていたが、適切な亜鉛補充療法を行うことにより、現在は、もう何年も前から、診療所ではもとより当地域でも、当時の様な酷い褥瘡患者さんを見ることは殆んど出来なくなった。

この知見の周知は社会にとって大変大切なことと考え、社会に向かって、特に、褥瘡を専門とする日本褥瘡学会に対しても、10数年余も前から、局所療法も大切ではあるが、『褥瘡は亜鉛欠乏による皮膚代謝の異常による皮膚の脆弱さが主要な発症要因である。』『是非、亜鉛補充療法の全身療法と適切な局所療法を学会として進めて欲しい。』と呼びかけて来た。

しかし、学会として現在に至るまで、学会発足以来の局所療法重視から抜け出せず、亜鉛補充療法による全身療法は受け入れられて来なかった。

そのため、社会では「亜鉛欠乏と思われるので、プロマックの処方をお願いしたい。」と申し出ても拒否されて、どうしたら良いかとの患者さん家族からの切実・深刻な願いや、勉強した看護師たちが「医師に、〈褥瘡は亜鉛欠乏症とのことです、是非。プロマックの処方をお願いしたい〉とお願いしたが、〈そんな馬鹿なことある筈がない＞と拒否され、相手にしても、もらえない。どうしたらいいか？」との相談が本当にしばしばであった。

2019年7月29日の群馬大学のPRESS RELEASEで
【治りづらい床ずれのメカニズムを解明】　と
群馬大学 大学院医学系研究科皮膚科学　茂木精一郎 准教授の研究成果が報告されている。

マウスによる褥瘡モデルを使用して、大変に見事な実験結果を発表しています。
亜鉛欠乏マウスの褥瘡に対する亜鉛経口補充の効果の大変に綺麗な図が載っています。

https://www.med.gunma-u.ac.jp/cms/wp-content/uploads/2019/07/R010729-press.pdf#search=%27%E4%BA%9C%E9%89%9B+%E8%A4%A5%E7%98%A1+%E7%99%BA%E7%97%87%E3%83%A1%E3%82%AB%E3%83%8B%E3%82%BA%E3%83%A0%27

元日本褥瘡学会理事長でもあった日本褥瘡学会や日本皮膚科学会の学会の重鎮でもある
京都大学　名誉教授(皮膚科)　宮地 良樹先生が、某製薬会社のPR動画ではあるが、最近、

【褥瘡・難治性皮膚潰瘍における亜鉛の重要性】との短い講演をされています。
講演の中で、〈治療に関わる亜鉛の重要性〉
〈創傷治癒に亜鉛がかなり重要な役を果たしている〉とおっしゃっています。

やっと日本褥瘡学会でも、日本皮膚科学会でも、
褥瘡治癒・再発予防に亜鉛補充の全身療法の大切さに気が付かれたようである。
多くの褥瘡の患者さんのご家族、そして日頃、医療の現場で悪戦苦闘していた多くの看護師、介護士の方々に、医師の目覚めも直と伝えたい。

〈日本褥瘡学会でも、亜鉛補充療法の大切さを述べています。是非、プロマックの処方を！！〉と医師に堂々と言える日が今年は来るでしょう。

https://www.youtube.com/watch?list=PLOKWjZWUfpJFg7m5Z-1ueZsMptDBHUGRM&v=hopoK3TnwZo

亜鉛欠乏症の臨床と疫学をYouTubeに公開しました。1時間の講演で、褥瘡のみならず亜鉛欠乏症の全体について知るには良いものと思っています。現時点での訂正点は、AI-P値の評価と亜鉛補充療法の薬剤の保険適用の変化程度で、幸い、殆んど間違いはありませんでした。

http://www.ryu-kurasawa.com/

線維筋痛症も、もしかして？　亜鉛欠乏症か？？亜鉛補充療法の試行を！

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2019年12月27日(金)14時47分9秒

線維筋痛症も、もしかして？　亜鉛欠乏症か？？
亜鉛欠乏症のいわゆる【舌痛症】と大変似ている！！＝＞論理的亜鉛補充療法の試行を！！

12/24に、八木 亜希子さん：元フジテレビ・アナウンサーが線維筋痛症と言う　音や光などの些細な刺激が全身の痛みを伴う原因の判らない疾患で休養に入るとのニュースが出た。

【線維筋痛症】は下記の【舌痛症】などと同じく、原因不明の疾患として、確かな治療法もなく話題となって来た疾患であるが、
【舌痛症】については、大部分が亜鉛欠乏症で解決が付くといえます。

【線維筋痛症】については、小生は経験したことがないので、確かには言えませんけれども、

しかし、舌痛症や最近ではリュウマチなどの慢性の痛み、掌蹠膿疱症や嚥下障害等などの口腔・咽頭症状の合併例の報告もあり、SAPHO症候群のこと等などもあります。また、

④の野崎 千尋論文が基礎的な説明となるかもしれず『もしかすると亜鉛欠乏症か？』とも考えられますので、是非是非、久我山整形外科の佐々木 政幸先生は【亜鉛欠乏症】をチェック・参考とされて、ご検討いただければと、取り敢えず掲示板に載せました。

私共が2002年秋に、多数で、多彩な亜鉛欠乏症に気が付いたのも、はじめは味覚障害と思った症例に合併していた種々の多彩な症状から、芋つる式に次々と新しい臨床症状が見つかってゆきました。今では①味覚障害、②拒食にも至る食欲不振、③舌痛症はじめ舌・口腔咽頭症状、④褥瘡、⑤掻痒症ほか多彩な皮膚症状、⑥下痢、貧血、慢性疲労、リュウマチなどの慢性疼痛、もしかして花粉症、不妊症、元気さ等などと本当に、多彩な亜鉛欠乏症が見つかりつつあります。
【繊維筋痛症】も、もしかすると、もしかする可能性があります。亜鉛の生体内機能からも疑えます。

【舌痛症】も殆んど同様の経過をたどり、種々の試みの治療や鑑別診断がされていましたが、幸い、簡単な診断法と治療法で、多くの長期に渡り原因不明で悩み苦しんで来た患者さんが軽快・治癒しています。

論理的亜鉛補充療法で使用する薬剤は『プロマック』と言う胃潰瘍で長期使用された経験のある薬剤で、安価で、安全で且つ容易な治療法であること、副作用が殆んどなく、初診時の血清亜鉛値と以後の追跡(亜鉛欠乏症の場合は、初期に特徴的変動をすることが多い)に、臨床症状の詳細な追跡ですので、他の線維筋痛症の試みたい治療、鑑別診断を妨げることがありませんので、試みられては如何でしょうか？参考となることを以下に上げておきます。

【舌痛症】
①舌・口腔内の痛みが続くが、舌口腔内に肉眼的異常所見を認めず。
②原則的には検査データにも異常所見を認めない疾患で、一見、ほぼ健常人です。
③殆んど亜鉛の欠乏で発症する疾患で、他の亜鉛欠乏症と同じく、中年以後の女性に多い。
　欠乏症ですから、安価で、安全且つ容易な亜鉛補充療法で大部分が軽快・治癒します。

④http://first.lifesciencedb.jp/archives/3215
野崎　千尋論文のライフサイエンス　新着論文レビュー
Zinc alleviates pain through high-affinity binding to the NMDA receptor NR2A submit.
Nature Neuroscience.14.1017-1022(2011)

⑤http://www.ryu-kurasawa.com/
【亜鉛欠乏症のホームページ】＝＞亜鉛欠乏症とは＝＞2012年亜鉛欠乏症講演
＝＞亜鉛欠乏症の臨床と疫学
この講演約１時間で、スライドにより、最後の方で舌痛症について触れています。
当時の最終スライドにも、もしかして線維筋痛症も亜鉛欠乏症か？と触れています。

東御市立みまき温泉診療所　倉澤 隆平

http://www.ryu-kurasawa.com/

論文『血清亜鉛と基準値』を東御市立みまき温泉診療所のHPに転載しました

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2019年 8月29日(木)21時17分46秒

「東御市立みまき温泉診療所のホームページ」上に「亜鉛欠乏症のホームページ 」上のトピックス欄に掲載しておりました【血清亜鉛と基準

既に、お読みいただいた方は多いことと思いますが、”血清亜鉛の基準値”の問題は、単に学会の学問上の問題だけではなく、私共の診療所
大変に、重要な事柄です。
物差しが間違っていては、正しい判断は不可能です。

2016年に、日本臨床栄養学会のミネラル栄養部会の論文として、【亜鉛欠乏症の診断指針2016】が公表された時は、その血清亜鉛値の基準値
値の乖離』の問題が議論されていた日本微量元素学会での議論のままで、大変問題の論文であるが、学会の論文として、注意だけはしていま

しかし、2018年07月。あろうことか？ 1977年に(株)SRLが商業的に血清亜鉛値を測定し始めた時、自己の会社が健常と考える自己の従業員の
基準値として定着して来た基準値を変えました。
その【65～110】の旧基準値を『日本臨床栄養学会の論文の文献値』として【80～130】の新基準値に突然に変更しました。自然科学である医
是非、論文『血清亜鉛と基準値』を読まれて、何が問題なのかを知って欲しいと思います。

旧基準値にどの様な問題があったのか？論文の文献値にどの様な科学的正当性を認めたのか？
筆者はその後、１年余にわたって、数々の疑問点・問題点を上げ、基礎、臨床上の問題を指摘してきましたが、日本臨床栄養学会はじめ(株)

もし、何らかの恣意的な意図をもって、検査値の基準値を変更したとしたら、それは医療の科学性の問題として、大変に大きな問題であると
所のホームページに転載いたしました。

私共の診療所への検査所からの報告書には、現在も80～130の基準値が印刷されてまいります。
大変困ったことでが、正しい臨床検査データを報告する義務のある検査所が、キッと検討してくれるものと思っています。少なくともユーザ

http://www.ryu-kurasawa.com/



ノーコードの波は、AIにも
Prediction One
もっと見る

血清亜鉛と基準値の論文は一般的にも認められた様に思われる。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2019年 8月24日(土)21時01分13秒

相変わらず日本臨床栄養学会からも(株)ＳＲＬからも、何の音沙汰もないが、【血清亜鉛と基準値】の問題は関係者はもちろんのこと、一般的にも、社会にかなり認められたように思われます。
(株)ＳＲＬの変更された基準値も、それ相応の理由がなければ、常識的には検討されるものと思う。文献値等という定かでない根拠の数値では、医療の現場で、診断指針としては、問題である。

暫くは、東御市立みまき温泉診療所のホームページで、一般の人も含めて、亜鉛欠乏症の診断・治療についての知見を広めるために、亜鉛欠乏症の多彩な症状の中でも、まだまだ、専門の学会でも認知されていない症状であるが、主要な症状である【舌痛症】と【褥瘡】を手始めに、詳細な報告をすることとしました。

是非、東御市立みまき温泉診療所のホームページをご訪問いただければ幸いです。

http://www.ryu-kurasawa.com/

血清亜鉛と基準値、その健常群と亜鉛欠乏症群との比較。その１

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2019年 8月 2日(金)23時47分7秒

年余に渡る本掲示板や亜鉛欠乏症のホームページ上での日本臨床栄養学会の論文、及び同論文を参考値として改定した【(株)SRLの新基準値80~130?/dlは間違いである】から、早急に改めるべきとの指摘には勿論のこと、本年２月の日本亜鉛栄養治療研究会でのポスターセッションの発表に基ずく筆者の論文『血清亜鉛と基準値』にも、学会上でも、インターネット上でも、私信でも、全く何の音沙汰も、筆者への批判もありません。
(株)SRLの新基準値80~130?/dlは間違いで、この間違いの新基準値の社会への拡散は亜鉛欠乏症の診断のみならず亜鉛生物学の知見の普及にも影響することですので、可及的速やかに再改定をお願いしたいと考えます。その間違いの可視化の図を亜鉛欠乏症のホームページニュース欄に載せてありますし、この新基準値の平均値は105?/dlとなることからも異常であることは明らかと考えますが、如何でしょうか？？さらに、亜鉛欠乏症の診断と血清亜鉛値及び基準値の関係を、一般の方々にも判り易くこの掲示板上で、シリーズで説明します。そして、何故？こんな異常な改定が行われたのかも、お考えいただく必要があるのかもしれません。

医学・医療界ではこれまで、健常状態から病気の異常な状態を主として区別するツールとして臨床検査値を考えてきたので、もっぱら、その値を正常値と称する傾向があり、混乱を生じている。
しかし例えば、国の統計情報白書によると日本人、2016年、40～49歳では、
身長は、男性、平均値：171.4cm、標準偏差：5.6。女性、平均値：157.1、標準偏差：5.3
体重は、男性、平均値： 70.9kg、標準偏差：11.4。女性、平均値： 55.5、標準偏差：9.8

という。
　これにより、男性では身長は171.4±5.6cm、体重は70.9±11.4kg
　　女性では身長は157.1±5.3cm、体重は55.5± 9.8kgの基準の式が成立。
　統計学的に2016年の40～49歳の日本人の男性、女性のそれぞれの身長、体重の状況がわかり、個々人のそれぞれの体型との比較検討が出来る。正に、生物学的基準範囲を示す参考値である。
　例えば、男性では±1σ 165.8～177.0に68%の、±2σの160.2～182.6に95%の男性が含まれること、勿論、160.2より以下にも、182.6以上にもそれぞれ2.5%の健常な男性が統計学的には存在することとなる。
　体重についても同様の基準値・基準範囲が計算され、この年代に属する男性各個人はそれぞれ、凡そ、自己の体型とこれらの数値とを比較することが出来る。
　女性についても同様に整理すれば、女性間では、勿論、異性間でも比較できるし、年代間でも、世代間でも、時代間でも、さらには、他国間でも、例えば、身長について、世界第3位の高身長というオランダと第38位であるという日本の男性同士ではどれほど違うかも、比較検討が可能である。
　それはこれ等の数値が統計学的に認められた生物学的基準値・基準範囲の定義に沿った数値であるからである。必ずしも、正常・健常とか、異常かとは関係ない、それぞれの群同士がどの様に異なるのか、同じなのか比較すべき状態を正しく決めて、比較すればよい。

　血清亜鉛値について、どうなのか？血清亜鉛値についても、亜鉛欠乏症発症者の群の血清亜鉛値と非亜鉛欠乏症者の群の血清亜鉛値の生物学的な状況を比較検討出来れば、その診断・治療に役立つはずであるし、亜鉛生物学の知見の発展にも意味があるはずである。
　基準(値)範囲には何もいわゆる健常群だけでなく、それぞれの種々の群の基準範囲が存在することを確認し、
　その２『亜鉛欠乏症の診断は身長の数値のみで男女を区別でいないのと同じである』に進みます。

http://www.ryu-kurasawa.com/

血清亜鉛と基準値について

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2019年 7月12日(金)11時30分50秒

『血清亜鉛と基準値について』
　亜鉛欠乏症のホームページ www.ryu-kurasawa.com/　のトピックス欄に掲載しました。

　2018年7月、(株)SRLをはじめ日本の多くの臨床検査所で、血清亜鉛値の旧基準値 65～110?/dlから新基準値 80～130?/dlに、突然に、変更されました。
　旧基準値は1977年、(株)SRLが、日本初の血清亜鉛濃度測定を開始した時に、同社の職員167名の血清亜鉛濃度測定から、統計学的に制定したものでです。約40年余にわたり通用したこの数値の変更理由はほとんど説明されることもなく、ただ、日本臨床栄養学会の「亜鉛欠乏症の診療指針2016」の論文からの＜文献値＞であると言うことです。

　医療・医学に関する臨床検査の検査値に限らず、【物差しの基準点を変更する】ことは大変重要な問題です。その変更は本当に正しいのか？？　検証すべきものと、筆者は考えます。

　血清亜鉛とその基準値について、特に「亜鉛欠乏症と血清亜鉛値の乖離」のことが重要な問題として、日本微量元素学会で議論されていた2010年前後の検証の経過を含めて、まとめたものです。訪問されて、検討いただければ幸いです。

http://www.ryu-kurasawa.com/

臨床検査値の【基準値】の定義が正しく知られていない。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2019年 4月 7日(日)12時17分3秒

医療界では【基準値】の定義が正しく知られておらず、現在、勝手な使われ方をしている。

曾我 泰子様　『亜鉛欠乏症で素人でできること』をご投稿有り難うございました。
３／１０に投稿いただいたのですが、どう書けば良いのか？悩んで一ヶ月になろうとしています。

臨床検査値の【基準値】はISO15189の用語定義に従った数値に統一されず、単に『ほぼ健常者のみとなる基準の値』とか、『ほとんど異常者を含まない大部分健常者となる値』とか、統計学的な分布状態も無視した勝手な数値を【基準値】としてはならない。

本来は論文を書く様な学者と称するいわゆる玄人が用語定義に従って、①ISO15189(臨床検査室の国際規格)の用語定義に従い【生物学的基準範囲】の統計学的数値を根拠のデータに基づいて【基準値】として正しく示せば、その数値の意味を正しく知る医師達がその数値に基づいて、実際の臨床の数値をより正しく判断で出来る。または、【基準値】でなくとも②【生物学的基準範囲】の本来の意味を知る玄人が【臨床的判断値】として、その定義を明確に示して、その数値を示せば、より臨床的に正しい判断が出来る。

しかし、残念ながら臨床栄養学会の論文を書かれた学者達も、文献値と採用した専門家である筈の臨床検査関係者も【基準値】と【臨床判断値】の異なりさえも、どうも、理解していないのではないかと思われる。現在の臨床栄養学会の『基準値』80～130とする数値は、ISO15189に基づく①【基準値】でもなければ、②【臨床判断値】としても内容が不明確で、医療の現場に混乱を巻き起こしていると私は思う。

また、「数値が基準値内」だから「亜鉛欠乏症でない」という医療現場での判断は、医師達の【基準値】を『正常値』とするウッカリ間違いの知識とデジタル思考による。大変に困ったことである。

曾我さんや多くの患者さん達が、現実に、誤診に悩まれているもとには、医師や医療関係の玄人の、さらには、その玄人の指導者的立場であるべき者達の勉強不足があり、また、医療界に蔓延するデジタル思考があること、医師の一人として、大変申し分けなく思う。

こんな面倒くさい説明は玄人達に読んでもらうとして、健常者の【基準値】と亜鉛欠乏症者の【基準値】を人の身長や体重等を例に引いて、 次回には素人の人達にもう少し判りやすく書いてみようと思う。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

亜鉛欠乏症で素人ができること

投稿者:曽我泰子　投稿日:2019年 3月10日(日)19時11分10秒

倉澤先生 こんにちは。
お世話になります。
先生、体調はいかがですか。
私が住む浜松は寒い日々を送ることなく暖かい３月を迎えました。
先生の住む長野県はいかがでしょう。

倉澤先生、先生が再三亜鉛の基準値について意見をのべているのに何故何も変わらないのでしょうか。
先生の論文を読みあれもこれも当てはまる症状があっても「数値が基準値内」というだけで「亜鉛欠乏症ではない」と除外されます。
私の兄は一時期舌痛がかなり改善し食欲も戻りました。しかし再び痛みを訴えるようになりました。
食生活を見ていると「メイバランス」を飲むことを止めてしまっていることに気付きました。
私がうるさいほど「亜鉛」「亜鉛」と言うので渋々再び飲み始めました。
するとどうでしょう矢張痛みが改善されたのです。
本当にこういうことがおきているのに何故医師は「基準値内だから」で終わってしまうのでしょう。

世間にはきっと倉澤先生の論文も知らないで「原因不明」で終ってしまい辛い思いをしている人がたくさんいると思います。
もっと、もっと、素人を苦しめる亜鉛欠乏症について多くの医師が疑問に思ってくださることを切に願います。





以上は、新着順91番目から100番目までの記事です。

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

---

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　(詳細)
youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7)　他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　7　8　9　10　11　12　13　14　15　16　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

(株)SRLの血清亜鉛値の新基準値は基準値として間違いであるので、出来るだけ早期の変更を求めます。

編集済

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2019年 2月 1日(金)13時00分36秒

現在社会では統計データの不正問題が新聞紙上を賑わしています。それもデータの基準となる数値をシッカリした根拠もなく、勝手に動かすことが、如何に社会にとって大きな問題となるか！！徐々に明らかになりつつあります。医学医療においても、科学にとっても、大変大きな問題です。

(株)SRLの血清亜鉛値の新基準値は基準値として間違いであるので、出来るだけ早期

の変更を求めます。少なくとも誤解を招く、基準値の語の使用を何らかの適切な語に変更されることを求めます。筆者は間違っているでしょうか？？

『新基準値：80～130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dl が間違いであることは血清亜鉛値の実測データと照らし合わせれば一目瞭然です。』

『伝統ある貴社が、貴社自身の統計調査から制定したISO15189に基ずく血清亜鉛値の基準値で、且つ、約40年余も使用されていたものを、何故わざわざ、この様な根拠薄弱な誤りの新基準値に変更されたのか？？』筆者には到底理解できません。
筆者が間違っているようでしたら、この掲示板で批判してください。

誤りの情報が社会に広く浸透し、医療界に定着する前に、適切な対応することが、正確な臨床検査データを提供することが仕事である、貴社をはじめ、諸臨床検査所の責任と義務であると筆者は思うのですが、如何でしょうか？

筆者らのKITAMIMAKI Studyの中の図【血清亜鉛値の分布図・回帰曲線(午前のみ)と基準値(65-110)】に、(株)SRLの新基準値：80～130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dl を、図に既記入済みの旧基準値：65～110ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dl と同様に、記入して比較してみてください。

如何に、新基準値が意味を持たない基準値であるか！？一目瞭然でしょう。

KITAMIMAKI Studyの図は亜鉛欠乏症のホームページから、[ＰＤＦ] 亜鉛欠乏症について(冊子)の Ｐ１８、または、同トピックスの中の　亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)：追加論文①の図３等々、この図は既に諸学会で一般に通用し、認められている図です。

倉澤 隆平

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

ブレーキパッ…
¥2,849～
USBハブ 3.0 …
¥2,189～
膨張式救命い…
¥1,199,000～
すぐ使える…
¥163,900～
イマーション…
¥87,890～
一次元バーコ…
¥4,389～
インバーター1…
¥3,179～
屋外投光用ア…
¥1,639～
Littelfuse チップヒューズ
¥791～
膨張式救命いかだ
¥1,199,000～
インバーター 12V 矩形波 U…
¥3,179～
ヒートシンク
¥440～
Raspberry Pi 4 B 4GB スター…
¥10,989～
USB2.0 近赤外線カメラ
¥152,900～
DIGI-204BK クイックシュー
¥989～
小型分光計(スマートフォン…
¥98,890～

(株)SRL等諸臨床検査所の血清亜鉛値の『新基準値:80～130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dL』は【基準値】として誤りである。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2019年 1月27日(日)21時39分54秒

(株)SRL等諸臨床検査所の血清亜鉛値の『新基準値：80～130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dL』は【基準値】としては、誤りであり、実害が予測されるので訂正をお願いしたい。
　誤りの情報が広く流布し、亜鉛欠乏症の臨床医療や保健、亜鉛生物学の正しい発展を阻害しない様に、出来るだけ速やかに諸学会、諸組織で適切な検討・対応処理を望みたい。

『提案』
　①新基準値への変更の必要性も、正当性もないと考えたれるので、変更前のISO15189に基ずく旧基準値：65～110ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dLに戻す。
　②基準値の名詞は、紛らわしい語意を持つ様になってしまった現在、【基準範囲】を使用、臨床判断値と併用・区別するのがいいのかも知れない。
　③80～130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dLは臨床判断値として、参考or補足として記載するが、130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dLの根拠は乏しいので、
　④80ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dLを臨床判断値のカットオフ値として、参考or補足として記載するのがいいのかもしれない。

『誤りが拡散、定着しつつある』
　日本臨床栄養学会より『亜鉛欠乏症の診療指針2016』が公表され以来、多くの文献を基に纏められた同論文の引用諸文献の【参照・読み込み・引用に誤り】があり、亜鉛欠乏症と血清亜鉛値の生物学的関係の事実と論文との間に大きな齟齬があること、特に、その主要な問題点である『血清亜鉛値の基準値』の問題、デジタル思考の問題を中心に、この掲示板上で、2018年02月01日より批判を展開して来ました。しかし、日本臨床栄養学会内で諸批判は検討・討論された形跡もなく、批判に答えることもなく、明らかな誤りも、諸問題点もそのままに、その内容は製薬会社やマスコミ・インターネット上等などの情報を通し、日本の社会に徐々に拡散し、Wikipedia等の辞書等にも浸潤し、一年が経過した。そして、筆者が危惧したごとく、昨年７月には、臨床医療・保健の現場に、更には基礎的研究にも、実質的な関係のある血清亜鉛値の基準値に、その誤りは拡散、浸潤し、定着しようとしている。

『統計データの恣意的作成や変更？』
　現在、奇しくも厚生労働省の毎月勤労統計の調査方法に問題ありと大きな話題とされている。毎月勤労統計が法的に決められた手法で勤労のどの様な実態を示しているか詳細は不明だが、その調査の手法が途中から変更されては、勤労の実態を連続的に示していないことは明らかである。それが政策の決定や社会の実生活に直接影響するとなれば大問題である。
　統計的データを恣意的に作成し、恣意的に使用することは論外である。恣意的でなくとも、間違ったデータを無知故に、十分に検討もせずに、広めても、社会に与えるマイナスの影響は全く同じで、これまた大問題である。

『参考文献・資料』
　未知のものに挑戦している者達は、筆者も含めて、出来るだけ間違った情報を流さぬ様に努力し、正当な内容の批判に対して謙虚でありたいと思う。自己の説に自信があれば尚更のことである。以下にこれまでの一連の批判の根拠の資料・論文等を提示する。
　この掲示板の筆者の【一連の批判】に対し、また、関連の【亜鉛欠乏症のホームページ】、【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)+追加論文①】や、筆者らのBRTE論文【亜鉛基礎研究の最前線と亜鉛欠乏症の臨床.BRTE 21(1):1-12,2010】【血清亜鉛値80?/dLの意味するもの.BRTE 22(1):34-37,2011】等参照され、問題点があれば、積極的に厳しい批判をお願いしたい。また、当時の日本微量元素学会を代表とする基準値設定に関する論文として、【日本人における血清亜鉛の基準値設定に関する問題点　荒川泰昭　BRTE 23(3):217-220,2012】を表面の字句の拾い読みでなく、論文の真意を参照いただければ幸いである。
倉澤 隆平

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

ISO15189に基づかない血清亜鉛の(SRLの)新基準値80～130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dLの問題点

編集済

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2019年 1月22日(火)17時45分0秒

『何故？(株)ＳＲＬは、わざわざ、新基準値80～130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dLに変更したのか？』

(株)SRLが自社の従業員167名の実測値から制定し、約４０年余に渡り、ISO15189に基づいた基準値として血清亜鉛の検査の基準となって来た旧基準値を、何故？定義も不明確な(ISO15189に基づかない)新基準値に変更したかは、(株)SRLからの返答がないので、置いておくことにする。
尚、変更の参考とした文献値の日本臨床栄養学会の論文【亜鉛欠乏症の診療指針2016】から、少なくとも新基準値はISO15189とは関係ないことだけは述べておこう。

『ISO15189に基づいた本来の基準値(【基準値】と記す)は種々の集団同士、また、個との比較検討が可能であるが、制定の定義不明確な(つかみ取り的)新基準値の80～130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dLの数値は〈この数値の中にあれば大部分が非亜鉛欠乏症(健常)で、亜鉛欠乏症は殆んど居ない〉と言う、大変大雑把なデジタル思考の(血清亜鉛濃度の健常値範囲との)臨床的見当値に過ぎない』と筆者は考えている。

実は、健常者の約７５％は、確かにほぼ、この範囲に存在する。だが、健常者の約２５％はこの範囲以下に存在し、亜鉛欠乏症者の、約９０％はこの数値以下に存在するが、約１０％がこの範囲内に存在する見当となる。つまり、血清亜鉛値80ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dLは大きな意味のある数値である。
詳細については、次回『健常(非亜鉛欠乏)者集団と亜鉛欠乏症集団の血清亜鉛値について』まとめて述べたい。【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】を参考にしていただければ幸いである。

『身長について』
身長について、【基準値】の定義に基づいて、種々の集団の【基準値】を設定することが出来る。

異なった国や人種の同様の集団の【基準値】では、例えば、オランダと日本の全成人の【基準値】を比較することで、如何に国、人種により身長差があるか明らかになる。
同じ国・人種ではそれぞれ成人男性、女性の集団の【基準値】を比較することも意味があるし、更には、そこに､年齢別を加えて、集団を比較することも意味がある。
日本に限れば、現代の成人と昭和１０年代や２０年代の成人と比較し、栄養状態と身長との関係を検討することも出来る。もしデータがあれば江戸時代との比較さえ可能である。【基準値】がISO15189の同じ統計学的な規則により導き出された数値だからである。
更には、いわゆる健常成人の【基準値】の分布曲線の中で、ある成人個人の身長がどの位置を占めるかを知ることも出来るのは当然で、【基準値】は平均値の数値のみでなく、正規分布曲線としての意味があるからである。

『血清亜鉛値について』
臨床の検査値においては、病気の診断・治療の観点からどうしても【基準値】は正常者、健常者の基準値(範囲)と、ウッカリ、考えがちである。しかし上記の様に、身長での男性、女性の集団がある様に、血清亜鉛にも成人男性、女性の【基準値】を導き出し比較することは当たり前にやられて、検討されている。
国別の比較は余りデータがないが、アメリカでの1976年～1980年にかけてのNHANESⅡと筆者らの2003年のKITAMIMAKI Studyについて、国別・年代を超えての比較検討が行われた。
勿論、種々な制約がある中で、時代の経過の中での亜鉛不足傾向の進行や約３０％にも及ぶ亜鉛不足者(潜在的亜鉛欠乏症者を含む)の存在を推論することになったのも、それぞれのデータが同じ【基準値】の定義に基づくものだからである。

日本臨床栄養学会の『亜鉛欠乏症の診療基準2016』で提示された80～130ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/dLとの基準値は、また、その論文から文献値として変更した(株)SRLの新基準値は、その様な旧基準値・【基準値】の機能を持っているであろうか？？　ＮＯと言わざるを得ない。この新基準値は、単に、大部分が健常者と言う大まかな臨床判断値・見当値に過ぎないと筆者は考えている。
出来るだけ早く【基準値】の看板を外すことを検討いただきたいと考える。尤も、当批判を含めて亜鉛欠乏症と血清亜鉛値について、忌憚のない検討と議論がされることは大切なことと考える。
日本臨床栄養学会、(株)ＳＲＬは勿論、日本衛生検査所協会、日本臨床検査医学会はじめ関連する多くの学会組織で、血清亜鉛とは何か？検討議論していただければ幸いである。

血清亜鉛値の検査法が原子吸光法から殆んど検査結果の相関に問題のない比色法に変わりつつある。血清亜鉛値が、簡単に、早く、容易に測定されることは有難いことである。正しい血清亜鉛値の理解と検査と亜鉛欠乏症の診断・診療が行われ、より正しい亜鉛生物学の発展を願う。

（株）SRLの変更された血清亜鉛値の基準値80～130 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ／dLの問題点

編集済

投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2018年12月27日(木)12時34分9秒

2018年7月、（株）SRLはnews No.2018-14において、2018/7/6受付の検体より『Zn（亜鉛）の基準値の変更の知らせ』が公表された。突然の公表と実施である。

基準値：旧基準値：65～110（ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄL）＝＞新基準値：80～130（ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄL）
検査法：原子吸光分析法　＝＞比色法＊＊＊これからの検査法（筆者注）
新検査法は自動化試薬に変更されたこと、
新検査法と旧検査法との比較の相関図が貼付されている。
新基準値は文献値（亜鉛欠乏症の診断指針２０１６）であることが付記されている。

【（株）SRLの旧基準値：65～110 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄLはISO15189の用語定義に従った『基準値』である】

（株）SRLが1977年、日立製作所Z-6100による原子吸光分析法で血清亜鉛値の測定を開始した時、従業員162名より統計的に制定された基準値：65～110 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄLは、その後、今回の突然の変更が公表・実施された2018年7月までの40年間余にわたって、日本の血清亜鉛濃度測定の主要な検査機関（老舗）の基準値として定着してきたものである。

その基準値は、当然、ISO15189（臨床検査室の国際規格）の用語定義24の「生物学的基準範囲」に従った正規分布の95%分布範囲を原則とする統計的な数値である。
その他の諸検査機関の基準値もこれまで、多少の数値上の差異はあってもISO15189の用語定義に従った『基準値（範囲）』で、これからの臨床検査値の正式な表示法でもある。

【SRLの新基準値：80～130 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄLは文献値（亜鉛欠乏症の診断指針２０１６）】

文献値とは何か？キット臨床判断値とか、目安値とか、その目的にあった検査値を示すものと考えるが、ISO15189の用語定義に従った『基準値』ではないことは事実である。そこで、その定義を明確にし、どの様な意味のある数値か？社会一般に”ある程度”納得されるものである必要がある。

この日本臨床栄養学会の文献値：80～130 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄLはどの様な有用性があるのか？
（株）SRLは何故変更したのか？”自信をもって変更した定義”を示す責任と義務がある。

【この変更には多くの問題がある】

①ISO15189の用語定義に従った旧基準値：65～110 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄLでは、その定義から、それぞれの個体の血清亜鉛値はその平均値（付近）に最も多くの個体が分布する正規分布で、標準偏差±２σ間に大部分（95%）が分布し、分布の凡そのイメージが描けるので、それぞれの個々の血清亜鉛値の絶対値で健常者である確率がどの程度であるかを推測可能である。
基準値の最低値65 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄL以下でも、110 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄL以上でも、少数ではあっても、健常者が存在するとのアナログ思考を広げ得ることは、また、当然のことである。

②新基準値：80～130 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄLは「その範囲に含まれる個体の大部分が健常者で、亜鉛不足・亜鉛欠乏症である可能性（確率）はかなり少ない」との臨床的判断には便利であるが、新基準値には、旧基準値の様なルールある血清亜鉛値のアナログ的な分布のイメージは描けない。

③上限の数値：130 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄLはどこから出てきた数値なのか？日本臨床栄養学会の論文からも定かではないが、80ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄLはある程度の臨床判断の目安値（カット

オフ値）として意味のある数値で、旧基準値の正規分布図と合わせることにより、健常者の約７５％が80 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄL以上に、約２５％が以下に存在することを読み取ることが出来る。

④詳細は次回に譲るが、亜鉛欠乏症の約１０％は80 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄL以上に分布することも、亜鉛欠乏症の正規分布図をと合わせて、生物学的なアナログ思考を広げて確認することも可能である。
しかし、文献値：80～130 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄLでは、そのような思考の広がりは不可能である。

⑤割合としては極ごく小さいが、文献値の上限：130 ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ/ｄL以上の血清亜鉛値を示す個体は集めれば多数となる。その中には健常者も、典型的な亜鉛欠乏症者もいるが、概して、そのような亜鉛欠乏症者には多剤服用者が多い印象があるが、まだ、十分に明らかでない。

【ISO15189に従わない文献値を基準値とすると歴史的、国際的にどうなるのか？？】

⑥変更した文献値を『基準値』と記し、この数値が浸透すると、過去と今後の文献・研究論文との血清亜鉛値についての相互比較が不可能となる。更に、文献値を『基準値』と記すと、生物学的な共通基盤がない値であるから、国際的な比較は不可能で、大混乱が生ずると思われる。

【兎に角、何故この様な文献値をわざわざ『基準値』として採用したのか？それは正しいことなのか？（株）ＳＲＬはもちろん、関連する諸学会の検証・検討を要望したい。】　倉澤 隆平

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

日本臨床栄養学会の血清亜鉛値の基準値について、関連する諸学会での検証.検討を！！

編集済

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2018年12月14日(金)16時08分4秒

２年余前に“亜鉛欠乏症の診療指針2016”が日本臨床栄養学会から公表された。現在も、亜鉛欠乏症の診療指針2018として公開されており、同論文中で『血清亜鉛値の基準値は80~130μg/dLが適切である』と現在でも記載されている。筆者は本論文の血清亜鉛値についてのデジタル思考を批判してきたが、最近、少なくともこの論文内の”80～130μg/dLが基準値.基準範囲”との記載が、筆者の危惧したごとく、定義不明確な語のまま、現実に医療の場で独り歩きを始めている。
臨床医療は勿論、将来保健医療の現場でも、大変に大きな問題となると筆者は考えている。

微量元素亜鉛は生命の必須元素として、多くの基礎、臨床の諸学会に関係しているが、少なくとも現在、日本臨床栄養学会は勿論のこと、日本臨床検査医学会、日本医学検査学会、日本微量元素学会、日本亜鉛栄養治療研究会などの諸学会で、この問題の検証.検討を要望したい。

日本の医学界. 医療界ではこれまで、臨床検査値の【基準値】の語が、不明確な定義のもとに使用される傾向があった。そして現在も、うっかり、不明確のまま使用される傾向にあると言ってよい。本来、臨床医療における【基準値】は、個体の異常を診断する目的で、その検査データを判断する一般的な目安として、健常者と思われる集団のデータより統計学的に算出された数値である。当然、「集団の基準値＝個の正常値ではない」のだが、これまでうっかり、健常者のデータだから【正常値】とうっかり判断され、社会に蔓延るデジタル思考の傾向も加わって、臨床医療の場で、保健医療の場で、多くの誤診や誤判断の元となってきた。
現在はその反省もあって、臨床医療の現場や健診.予防医療の現場では、検査データの判断についての【基準値（基準範囲）】を下記例のごとく明確に定義つけ、誤診や誤判断の元とならぬ様に注意を喚起しているが、まだまだ、多くの誤診や誤判断を生じているのが現実である。

例えば、亜鉛欠乏症の診断につき、臨床的には典型的な亜鉛欠乏症の症状を呈している症例が、その血清亜鉛値がSRLの基準値（範囲）65~110?/dLの中にあると「検査値が正常であるから亜鉛欠乏症ではない」とか、115?/dLであれば、「もう絶対に亜鉛欠乏症でない」とデジタル思考で診断する医師が大部分である。一方、数は少ないが血清亜鉛値が50?/dLレベルでも、現時点で何の異常も認められない症例もあれば、120?/dLの立派な欠乏症が存在することも事実で、確率は低くはなるが自然法則内のことであると考え

られる。

　非亜鉛欠乏者（健常者）の集団で血清亜鉛値がどの様に分散しているか？どの様な血清亜鉛値の個が平均的なのか？同じく逆に、他のことは非亜鉛欠乏者（健常者）と同じである亜鉛欠乏症者の集団では、血清亜鉛値がどの様に分散しているか？どの様な血清亜鉛値の個が平均的なのか？等などを知ることは、亜鉛欠乏症の診断.診療に、とても重要なことではないか？
　その意味で健常者の血清亜鉛値の統計学的なあり様＜基準値（基準範囲）＞は、生物学的.科学的にも、亜鉛生物学的にも、とても大切で重要な数値であると考えるが、如何であろうか？
　この意味でも基準値（範囲）の語のもとにその数値の恣意的な変更は、厳に慎むべきことであると筆者は考えるが！！
　どうであろうか？　諸学会の検証.検討をお願いしたいと思う。

＜基準値.基準範囲とは　参考＞
全国健康保険協会
　健診や人間ドックで用いられる基準値とは健康な人々の検査データを統計学的に算出した数値のことです。このデータは、20～60歳くらいまでの健康な人の検査成績をもとに、上限と下限の2.5%ずつを除外したもので、残りの95%の人の数値が基準範囲とされています。つまり、「現時点では健康と考えられる人の95%が含まれる範囲」が基準値ということです

東京大学医学部付属病院　検査部
　検査のデータを判断する際の一般的な目安となるものに，基準範囲（基準値）と臨床判断値があります．検査を受けた人が病気であるのか，問題ないのかを判断するために参考とします．
（検査データにはさまざまな個人差があるため，定期的な健康診断などを通じて，健康な時の自分自身のデータを把握し，そのときのデータと比較できることが理想です．

東邦大学医療センター　臨床検査部
　基準値は、健常者の95%（950名）が含まれる範囲となります。検査成績の判定は基準値との比較によって行われますが、いくつかの検査を実施して総合的に診断されます。

栄養・生化学辞典
　種々の判定の基準となる値.

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018（案）：追加論文②『亜鉛補充療法初期時の典型的血清亜鉛値等の変動について』を掲載

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2018年 9月21日(金)23時10分27秒

　亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018（案）：追加論文②『亜鉛補充療法初期時の典型的血清亜鉛値等の変動について』を掲載しました。

日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診断指針2018】の血清亜鉛値へのデジタル思考を批判し、7月1日に【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018（案）】を亜鉛欠乏症のHP；トピックスに投稿し、その追加論文①『亜鉛欠乏症と血清亜鉛値』を7月22日、同トピックスに投稿しました。

　更に、
　９月９日に、その追加論文②『亜鉛補充療法初期時の典型的血清亜鉛値等の変動について』~診断の確率を高めるためには亜鉛補充療法初期の血清亜鉛値の変動に注意する~を
同トピックスに投稿致しましたので、重複したところはありますが、主論文、追加論文①、②を含めてご検討いただき、ご批判を頂ければ幸いです。

　『亜鉛欠乏症の診断基準2018』と同様に、亜鉛欠乏症の診断は多彩な症状・疾患のみでも、血清亜鉛値の絶対値でも診断できないことは当然で、間違いない事実であること、どなたも異論のないことでしょう。

　そこで、亜鉛欠乏症の症状・疾患と血清亜鉛値との両方を組み合わせれば、その確率がより高まるであろうことは、これ又、どなたも普通に考えることです。

しかし、まだ十分に判っていませんが、多彩な症状・疾患は、亜鉛欠乏のみで発症するものを否定しませんが、多彩な原因で発症するものも多いと考えるべきでしょう。

一方、血清亜鉛値は生体値では当然のことですが、個々の短期的長期的揺らぎの存在はもちろんのこと、日内変動をはじめストレス等など種々の条件で変動することは、多くの血清亜鉛値測定からの経験則です。

それらの変動に、それぞれそれなりの対応をしても、一番重要なことは、個々人に至適な固有の血清亜鉛値があり、比較的広い分散を示すため、欠乏症例の血清亜鉛値とは広範に重なり合い、当然、その絶対値で診断はできません。

ただ、経験則から症状・疾患のより高い確率とより低値な血清亜鉛値は、亜鉛欠乏症である確率を高めることは事実ですので、可能性が高ければ亜鉛補充療法を試行します。

亜鉛補充療法の試行で、多くの食欲不振症例の様に短期でその効果の現れる症状・症例は問題なしですが、効果の発現に何か月も、時には年余も要する症例もあり、血清亜鉛値の変動、特に、亜鉛補充療法の初期時の典型的な変動が大切であることを追加論文②で示しています。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa

亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)+追加論文①『亜鉛欠乏症と血清亜鉛値』の投稿

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2018年 7月28日(土)17時34分53秒

日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診断指針2018】の血清亜鉛値へのデジタル思考を批判し、7月1日に【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】を亜鉛欠乏症のHP；トピックスに投稿し、その追加論文①『亜鉛欠乏症と血清亜鉛値』を7月22日、同トピックスに投稿しました。

2002年～現在まで、エクセルで登録・追跡・管理してきた亜鉛欠乏症疑い患者1000名余とキット、5000件を超える血清亜鉛値測定等を含めた経験の集積のMIMAKI Dataに、2003年から2005年にかけてのKITAMIMAKI Study等の4000件余の血清亜鉛濃度の疫学調査の総計約10000件弱の血清亜鉛濃度測定の経験をもとに、書かせて頂いた。

血清亜鉛値は当然のこと、生体値は本来アナログである。生体値の表記がデジタルでも、生体値は本来アナログであることを忘れてはならないが、ウッカリ、デジタル思考となり、そのデジタル思考から、生体値が本来アナログであることを忘れてしまうことが、しばしば生じている。
そして、本来の【基準値】という統計学的語が、医学界・医療界に入ってきた経過から『基準値は正常値である』との?ウッカリ常識”と『群の基準値は個の正常値ではない』との統計学的事実を忘れ、さらに、【欠乏症】という言葉から筆者も初期のころに陥ったごとく、『亜鉛欠乏症の血清亜鉛値は、欠乏症であるから全てとは言わぬまでも、健常者の基準値(65～110)の最低値65μｇ/ｄｌの周辺か？それ以下の低値であろう。』と、何の論理的根拠もなく思い込んでしまったデジタル思考の方が。まだまだ大勢いるのではないであろうか。

『亜鉛欠乏症の診療指針2018』(日本臨床栄養学会)の血清亜鉛値の考え方はデジタル思考で、間違っていると筆者は批判を続けてきたが、亜鉛欠乏症の第二ホームページ上の『亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)』の血清亜鉛値への考え方とを並べて、比較・検討して見て頂きたい。
日本臨床栄養学会にはそれぞれの専門家が居られるはずである。少なくとも、学会内で比較・検討して頂きたい。『亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)』に問題があれば批判して頂きたい。また、関心を持たれた方は、本掲示板上にご意見を頂ければ幸いと思う。この掲示板を利用して、ややガタが来てしまった亜鉛欠乏症の臨床と亜鉛生物学の正しい知見の普及が、再び出来ればと思う。

なお、血清亜鉛値の考え方に比較すれは枝葉末節的なことですが、【診断指針】のコアの部分ですので一言、お尋ねしたいと思う。日本語で【潜在性亜鉛欠乏】乃至は【潜在性亜鉛欠乏症】と言う語は、本来は?亜鉛欠乏ではあるが、欠乏症状のない、乃至は欠乏症状に気が付かない状態を言うのでないでしょうか。亜鉛欠乏状態ではあるが、予備力等で、亜鉛欠乏症を発症していない状態（亜鉛欠乏状態で褥瘡は発症していないが、仰臥した途端発症するような状態、舌痛症の治療で、補充療法を開始。舌痛症や諸

症状は治まっても、補充をやめると短期間に再発する様な状態）と考えるのですが、、、、、。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa

【亜鉛欠乏症の診断・診療2018(案)】を亜鉛欠乏症の第二HPに投稿。

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2018年 7月 3日(火)16時51分20秒

編集済

【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】を亜鉛欠乏症の第二ホームページ：トピックス欄に投稿しました。

投稿の主旨は、この『亜鉛欠乏症について』掲示板上で、本年02月01日から何回かに渡り批判を続けてきた【亜鉛欠乏症の診療基準2016】ー日本臨床栄養学会ーの血清亜鉛値に関する考え方の間違いについて、訂正を求めることです。

亜鉛欠乏症の診断・診療(治療のみでなく予防も含め)にとって、個々人のその時々に測定された血清亜鉛値の評価はとても大切なことです。その数値をデジタル的思考で扱って、広めていただきたくないのです。

特に、亜鉛欠乏症の知見が一般に充分には周知されていない現在、『生物学的基準範囲(値)』の考慮もなく【血清亜鉛の基準値は80～130μｇ/ｄｌが適切である。】とか、【血清亜鉛値60μｇ/ｄｌ未満が亜鉛欠乏、60～80μｇ/ｄｌ未満で潜在性亜鉛欠乏と評価することが推奨される。】とか、デジタル思考で記述することが本当に正しいのか？、是非、学会として再検討いただきたいのです。

勿論、学会内の議論やシンポジウムなどで再検討の結果、堂々と自信を持って、これが“正しい亜鉛欠乏症の診断基準”と学会として認定するならば、是非、小生の批判に対する反論と納得のゆく説明を、学会として公表していただくことを希望します。
学問とはそうゆうものと私は考えてます。
当然、シンポジウムにお呼びいただけるならば、喜んで参加し、意見を述べさせていただこうと考えます。

【亜鉛欠乏症の診断基準2016】(日本臨床栄養学会)への批判として、これまで意見を述べさせていただいてきましたが、最近、検索して何時の頃からか、【亜鉛欠乏症の診療指針2018】と内容は全く不変のままで、表紙のみが、変更されていることに大変びっくりしました。
この様なことは日本の学会ではしばしばあることなのでしょうか？？

大変に紛らわしい表題ですが【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】と【亜鉛欠乏症の診療指針2018】(日本臨床栄養学会)とは、血清亜鉛値の評価はその基本姿勢が全く異なり、亜鉛欠乏症の診断・治療・予防に大きな相違が生ずる原因になるこを、是非、比較検討していただければ、幸いです。

尚、最後に、亜鉛欠乏症、亜鉛生物学につき、多くの文献的知見をまとめられたことに敬意を表します。

?

http://www.ryu-kurasawa.com

日本臨床栄養学会ー【亜鉛欠乏症の診断基準2016】のﾃﾞｼﾞﾀﾙ思考批判①

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2018年 4月29日(日)16時44分5秒

生体値はアナログである。臨床の現場では、その表示にデジタル的な表現がされることはやむを得ないことであるが、生体値の評価の元にアナログ的な思考があるので、一般的には大きな問題となっていない。しかし、現実の臨床医療や保健医療の場において、往々にしてウッカリ【基準値は正常値】とデジタル的思考で判断されることもしばしばで、例えば、いわゆるメタボ健診はその典型であり、多くの国民がそのデジタル思考に陥って、無意味な健康管理が行われ、国民の保健に、大きな問題を生じていると小生は考えている。

それはさて置き、亜鉛欠乏症の診断・治療についても、その“いわゆる基準値”については、【群の基準値は個の正常値ではない。】ことをウッカリと忘れたデジタル思考が横行し、そのSRLの基準値65～110μｇ/ｄｌ から、例えば、舌痛を訴える患者が血清亜

鉛値75μｇ/ｄｌ であるから『正常で亜鉛欠乏症ではない。』と単純に否定したり、況んや、血清亜鉛値110μｇ/ｄｌ以上の褥瘡などは、亜鉛補充療法の適応とさえ考えられないのがこれまでの現実であった。

このウッカリのデジタル思考に加えて、【亜鉛欠乏症の診断基準2016】では、その生体値の表示も思考も、諸論文を繋ぎ合わせたデジタルであるので、当然、自然の法則に合致せず、アナログである臨床医療の現場では、さらに多くの誤診と混乱を生ずる基となっている。

本年02月01日以来、これ等のことを指摘し、【亜鉛欠乏症の診断基準2016】を批判して来た。
しかし、三ヶ月経っても、学会からは勿論、筆者等からも、現在まで何の反応もない。この論文は学術論文として、日本臨床栄養学会の中での検討はいざ知らず、十分の評価も検討を得ることなく、インターネット上で拡散しており、一学術論文としては仕方がないことかとも考える。

しかし、少なくとも“世に真実の集積とされる傾向のある？”辞書『Wikipedia』等への記載は＜医療の現場の実害が大きい＞ので、学術論文として、ある程度の評価の結論が出るまでは控えていただくのが良いかと“現場の医師として”意見を申し述べて来た。

亜鉛欠乏症の知見は、まだまだ医師の間にも、二割も浸透していないと考える。
その様な時、さらには、本論文の筆者等のごとく、ウッカリのデジタル思考が常識化している人々も多い医療界・医学界で、このまま無批判に間違った本診断基準が広まることは、大変に大きな問題と考えて、【亜鉛欠乏症の診断・治療指針2018(案)】を近日中に公表しようと考えている。

亜鉛欠乏症のことは、臨床的にも基礎的にも多くのことが判ってきたとはいえ、まだまだ、判らないことだらけである。そこで、ハッキリ判ったこと、確定的なこと、不確定なこと、予測されること、仮説等など、社会の批判・検討を受けやすくするために、出来るだけ手の内を明かす周辺論文をも含め、改めて【亜鉛欠乏症の診断・治療指針2018(案)】をまとめてみたいと思う。

亜鉛欠乏症の適切な診断には現在、亜鉛補充療法の治療の試行を伴い、常に診断・治療の正否を再検討しつつ行われることが多いため、診断・治療指針とし、また、まだまだ、症状・疾患にさえも未知のもの、確定されないことも多く、批判をいただくべく、当分の間、（案）としたい。
諸論文は主に、亜鉛欠乏症の第二ホームページのトピックス欄に掲載し、それぞれの批判・討論場を本掲示板上で行わせていただこうと思う。＜www.ryu-kurasawa.com/keijiban/＞

尚。4/20 亜鉛欠乏症と血清亜鉛値についてのアナログ的思考について、トピックス欄に投稿した。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa

批判の心を持って取材に伺います。

投稿者：本吉葵　投稿日：2018年 4月23日(月)11時28分24秒

倉澤先生

「自分自身の目玉を信じろ」
倉澤先生の根底にこの教えがあることをを強く感じます。
是非、批判の心を持って取材に伺いたいと思います。ご多忙中、お時間を頂戴いたしますこと拝謝いたします。5/29（火）、私は終日都合が付きますので、倉澤先生のご都合の良い時間帯をご提示頂けましたら、お伺いいたします。何卒、よろしくお願いいたします。

日経メディカル
本吉 葵

http://medical.nikkeibp.co.jp/





以上は、新着順101番目から110番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

批判の心を持って勉強に来てください。

投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2018年 4月21日 (土)00時14分59秒

本吉 葵様

今から約５５年ほど前、小生が医学生であったころ、結核研究所の所長であり、病理学者で、結核病学の大家で、WHOの委員でもあられた隈部 英雄先生から数々の教えを

受けた。
その中で、医科学を学ぶ者としての自然科学に対する態度について、『真実は自然の中にある。自然の中の真実を自分の目玉でしっかりと見つめ、しっかり考えて、間違いないものと確信出来たら、その時代のどの様な権威者でもあっても、どの様な権威ある組織にも、しっかりと自分の意見を主張しろ！！』『その為には、多くの文献を、多くの本を読め！！ただ、本は書かれた時から間違っている。君たち、絶対に図書館学者になってはいけない。』『自分自身の目玉を信じろ！！自然科学を学ぶということはそうゆうことだ！！』との教えを受けた。
貴女も化学、薬学を勉強する者として、ただ取材するだけでなく、批判の目をもって勉強に来てください。
さて、５月２９日（火）はどうですか？小生はエクセルで整理している亜鉛欠乏症疑い症例の入力、整理をしています。

http://www.ryu-kurasawa.com

PJ担当や進捗を見える化
部署を横断したプロジェクトの進捗もひと目で確認。まずは30日間無…
30日間無料で試す
スケジュールを簡単共有
30日間無料で試す

是非、総合的に取材させていただきたいです。

投稿者：本吉葵　投稿日：2018年 4月20日(金)14時04分18秒

倉澤先生

「木を見て森を見ず」。まさにこの褥瘡の治療において適した言葉ではないかと思います。
反響の大きさから、いかに多くの医師が日々の診療で褥瘡の治療に困っているかを再認識することができました。
たしかに、倉澤先生の仰る通り、弊社には次々と取り上げるエネルギーや動機はまだないかもしれません。
そこで是非、倉澤先生のお時間を頂戴し再度取材に伺いまして、積み上がった問題についてご教示頂き、意見を交わしたいと考えております。
5月、6月あたりで倉澤先生のご都合のよろしい日にちがございましたら、いくつかご

提示いただけますと幸いです。
何卒、よろしくお願いいたします。

日経メディカル
本吉葵

http://medical.nikkeibp.co.jp/

亜鉛欠乏症について、やるべきことは山ほどあります。 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2018年 4月16日(月)06時01分47秒

本吉 葵様

木を見て森を見ず。なかなかセンセーショナルな見出しで、かなりの注目を惹いたようですね。
さて、亜鉛欠乏症についてはその知見の周知すべきことは山ほどあると思っています。兎に角、原因が何かわからずに適当に治療？され、悩み苦しんでいる患者さんが山ほどいるのですから。
この山、多面的に攻めるか、ある部分を深く攻めるか。多面的には、舌痛症の様な、多彩な皮膚疾患の様な多彩な疾病に悩み苦しんでいる患者さんのために、次々と褥瘡の様に取り上げることがありますが、現在の貴社にそれだけのエネルギーと動機は、今はまだないと見ていますが、どうでしょう？

すると、褥瘡について少し深く、効果的に記事を掘り起こすこと、日本褥瘡学会が先日の貴女の記事にどう反応しているのか？小生の日本褥瘡学会批判と合わせて、９月の学会に向けて、理事長や学会長から考えを聞くことも、大きな意味があることと思う。

いずれにしても、メールでキーを打っているのには山が大きすぎる。どんな問題が山なしているのか？時間をとって、総合的に取材に来ませんか？？きっと貴女にとっても、やる気があれば貴社にとっても、これからの方向性に大きくかかわることと思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

褥瘡と亜鉛の記事はお陰さまで大変反響が大きかったようです。 投稿者:本吉葵 投稿日:2018年 4月13日(金)15時22分51秒

倉澤先生

ご無沙汰しております。日経メディカルの本吉です。その節は取材をさせていただきまして誠にありがとうございました。お陰さまで褥瘡と亜鉛の記事はオンライン、雑誌ともにかなりの反響があり多くの先生方に読んでいただけているようです。ある先生が、記事を見て褥瘡患者にプロマックと赤ちゃん用の粉ミルク（亜鉛が含有されているため）を投与したところ、難治性の褥瘡がみるみる治っていったとの報告をしてくださりました。臨床の先生方のお役に立てましたこと、大変嬉しく思っております。倉澤先生のご活動をもっと多くの先生方に知っていただけたらと思っておりますので、何かお役に立てることがございましたら是非お申し付けください。今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。

日経メディカル
本吉葵

http://medical.nikkeibp.co.jp/

再び、日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診断基準2016】を批判する① 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2018年 3月25日(日)14時56分34秒

『アナログであるヒトの生体値を間違ったデジタル思考で整理して、亜鉛生物学としても、亜鉛欠乏症の臨床及び保健上にも大きな混乱と実害を生じている。』と小生は考える。

2018.02.01より、小生の亜鉛欠乏症のHP（第一）の掲示板上で、02.12 02.18 と３回にわたり、現在の諸学会の常識としては、大変失礼なことかと考えなかったわけではないが、やむを得ず【亜鉛欠乏症の診断基準2016】に数々の疑問点を提示、質問させて頂いた。

そして、学術論文として、評価は別としても、公表を続けることは自由であると考えるとしても、少なくともWikipedeaの様な＜正しいもの、間違いのないものと一般的に考えられている様な＞いわゆる辞書には、疑義が挟まれたら問題点に回答し疑義を晴らすか？日本臨床栄養学会のミネラル栄養部会として、疑義を再検討して結論を出すまでは、疑義が存在するうちは、掲載を削除か、訂正するのが、研究に携わる者の責務と考えていたが、５０日が経過するも反応がなく、臨床医療上の実害を防ぐ意味で再批判させて頂きます。

字句に間違いない様にWikipedeaより、コピペしました。
亜鉛欠乏症の診断[編集]
亜鉛欠乏症は、亜鉛欠乏の臨床症状と血清亜鉛値によって診断される。亜鉛欠乏症の症状があり、血清亜鉛値が亜鉛欠乏または潜在性亜鉛欠乏であれば、亜鉛を投与して症状の改善を確認することが推奨される。

亜鉛欠乏症の診断基準
１．下記症状/検査所見のうち1項目以上を満たす
１．臨床症状・所見
皮膚炎、口内炎、脱毛症、褥瘡（難治性）、食欲低下、発育障害（小児で体重
増加不良、低身長）、性腺機能不全、易感染性、味覚障害、貧血、不妊症
２．検査所見
アルカリホスファターゼ(ALP)低値
２．上記症状の原因となる他の疾患が否定される
３．血清亜鉛値（血清亜鉛値は早朝空腹時に測定することが望ましい）
１．60μg/dL未満（亜鉛欠乏症）
２．60～80μg/dL未満（潜在性亜鉛欠乏症）
４．亜鉛を補充することにより症状が改善する

血清亜鉛値[編集]
亜鉛欠乏症は、通常、血清亜鉛値の低値によって診断される。日本においては、臨床検査機関において基準下限値は59μg/dLが示されている。しかし、血清亜鉛値が60～79μg/dLの範囲においても亜鉛欠乏症を呈し、亜鉛投与で症状の改善が見られる患者も比較的多いことから、基準範囲を80～130μg/dLとし、60～80μg/dL未満を潜在性亜鉛欠乏、60μg/dL未満を亜鉛欠乏とすることを推奨している専門家もいる。日本微量元素学会 もこの基準を指示している。ハリソン内科学[50] では
70μg/dL(12μmol/L)未満を亜鉛欠乏としている。＜以下略＞

コピペした診断基準、血清亜鉛値の項にも、語句のことや多くの問題点が存在するが、細かいことは置くとする。デジタル思考の問題の観点からだけ、指摘しておきます。

①基準範囲を80～130μg/dL は、「生物学的基準範囲」とは異なる意味の非亜鉛欠乏の健康成人群のおよその分布範囲であるとキットぼんやり定義しているのかと推測する。
②１．60μg/dL未満（亜鉛欠乏症）の項では、60μg/dL未満の低亜鉛値ではほとんど亜鉛欠乏症であると言いたいのであろうと思う。「生物学的基準範囲」ではそんなことはないが、まあ認めるとしよう。
③２．60～80μg/dL未満（潜在性亜鉛欠乏症）の項では、潜在的亜鉛欠乏症と潜在的亜鉛欠乏では日本語として、全く意味が違うのだが、ここでも目をつぶろう。日本微量元素学会（2010）の荒川泰昭先生の論文では、この領域に対しては（境界領域だから：筆者）「欠乏症状の存在の確認が必須である」と記し、かなりの亜鉛欠乏症が混じっていることを注意すべきとしている。この診断基準2016からそんな内容が読み取れるであろうか？
④荒川論文から約１０年。臨床の現場では60～80μg/dL内での欠乏症の割合や以上での多くの欠乏症の存在が事実として示されて、亜鉛欠乏症の群での「生物学的基準範囲」のアナログ思考で矛盾なく説明されるようになっている。

さてそこで、日本臨床栄養学会の本論文の80～130μg/dLの基準範囲の血清亜鉛値を持つ健康成人が、本論文の主張する60μg/dL未満の亜鉛欠乏症、60～80μg/dL未満の潜在性？亜鉛欠乏症の血清亜鉛値に移行する血清亜鉛値の断裂をどう説明するの

か？？
　健康時130μg/dLの個体は90μg/dLと40μg/dLも低下しても亜鉛欠乏にならない？？

　血清亜鉛値というから何か特別の生体値の様に思い込んで、珍妙なデジタル思考論文がまかり通るが、体重に置き換えてみよう。
　１３０ｋｇの体重のヒトが何故？６０kgにならなければ、６０～８０ｋｇにならなければ、痩せたと言わないのか？？　　どこかおかしいのでないでしょうか！？

東御市立みまき温泉診療所　　倉澤隆平

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診療指針2016】の制定内容の根拠を問う！！

編集済

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2018年 2月18日(日)18時33分2秒

　2017年始めに、一般社団法人日本臨床栄養学会編集の【亜鉛欠乏症の診療指針2016】の存在を知り、引用文献258と言う驚く程の多数の文献数をまとめた同学会のミネラル栄養部会の努力に敬意を表して読ませていただいた。論文全体の評価はここでは控えさせていただいて、論文の主要部分の【亜鉛欠乏症の診断基準】には、本当に腰を抜かすほどびっくりした。

　全く失礼ながら、この診断基準は学問的にも、亜鉛欠乏症の臨床医療の現場でも、問題だらけで、キット泡沫論文として自然淘汰されるであろうと、約１年間放置して来たが、インターネット時代のマイナス面が次第に現実のものとなりつつある様である。大部分の亜鉛欠乏症に充分の知識のない、且つ生体値にも、デジタル思考が蔓延する多くの医師たちにとって、この典型的なデジタル思考の診断基準は殆んど何の批判も抵抗もなく受け入れられる可能性があり、その間違いに多くの医師が気が付くまで、どれだけ多くの誤診が生ずるのか想像もできないことである。この診断基準が宣伝される前でさえ、血清亜鉛値を測定したが基準値の中だから正常値だと言われ、亜鉛欠乏症でないと診断された多数の味覚障害例や舌痛症例が、私の診療所を次々と受診して来る。
　さらに最近は、Wikipediaにも、きちっと評価と批判をされることもなく、浸潤してさえもいる。

　まとめられた、表10 だけでも問題だらけである。さらに、この基準を導き出した血清亜鉛値についての検討が全く不充分と言うほかない。多数の引用文献をチェックしてみても、日本微量元素学会が当時一番問題であった『亜鉛欠乏症の症状と血清亜鉛値の乖離』の問題について関心を持ち、盛んに議論を始めた約10年余前後ごろまでで止まり、それ以後、現在にまで至る血清亜鉛値の知見の進歩が、文献に限っただけ見ても、検討されていない。

　ミネラル栄養部会委員には多くの専門家の方々がおられるので、どの様な議論がされ、この診断基準に何の問題点も指摘されなかったのか？お聞きしたいものと思う。専門家でなくとも、非専門家でも疑問に思うであろう簡単な問題点を本掲示板の多くの読者、参加者にも共通する問題点として、今回は１点だけ、具体的に質問させて頂こうと考えて、書き始めた。そして、それにしても、あまりにも論理性のない論文であることが理解できなくて、再度論文を詳細に読み返してみると、下記の記載を見つけ、質問は止めにした。

　論文では、【基準値が80～130μｇ/ｄｌが適切である】そして【 本邦では、臨床検査機関において基準値下限は59μｇ/ｄｌはが示されている。しかし、富田ら、駒井らは血清亜鉛60～79μｇ/ｄｌの範囲においても亜鉛欠乏症状を呈し、亜鉛投与で症状の改善がみられる患者が比較的多いことより、基準値範囲を80～130μｇ/ｄｌとすることが適切であり、60～80μｇ/ｄｌ未満を潜在性欠乏、60μｇ/ｄｌ未満を亜鉛欠乏とすることを推奨している。】と書かれていた。

　これでは他人の論文で”適切””推奨”と述べているだけで、何の理論的裏付けもなく、本論文で主要なポイントとして世に問うた【亜鉛欠乏症の診断基準2016】の意味はないではないか！！どうも、失礼ながら、１年前に読んだとき10年余前の論文だと感じた文献学的論文というよりない。
　日本微量元素学会で富田先生や駒井先生らが『亜鉛欠乏症の症状と血清亜鉛値の乖離』の問題に悩んで、１０年余前、問題点を議論し、整理し始めた。その後に、シン

ポジウムを開いたり、血清亜鉛値や補充療法による血清亜鉛値の変動等など、数々の日本微量元素学会のその後の実績が考慮されておらず。現在の現実の亜鉛欠乏症の医療とは、あまりにもかけ離れた診断基準であるので、検討してみた結果である。

このままでは【亜鉛欠乏症の診断基準2016】を公にしておくのは問題であると小生は考える。少なくともWikipedia 上からはミネラル栄養部会委員の方々再検討をするまで削除すべきものと思う。委員長の児玉浩子先生や委員の先生方の見解をお聞きしたい。また、日本臨床栄養学会でこの件についてシンポジウムを開催されるならば、いつでも喜んで参加し、討論したいと思う。
正しい亜鉛欠乏症の医療と亜鉛生物学の進歩発展のために努力したいものと思う。

みまき温泉診療所　顧問　倉澤 隆平

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

日本臨床栄養学会亜鉛欠乏症の診断基準はあれでいいのか？？ 低亜鉛血症とはどんな病的状態を指すのか？

編集済

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2018年 2月12日(月)23時13分0秒

血清亜鉛値は生体内の亜鉛のどの様な状態を示しているものか厳密にはほとんどわかっていないと言ってよい。わからないことだらけの中で、それでも少しずつ分かったことを紡ぎあげて、今日の亜鉛生物学、亜鉛欠乏症の医療を築き上げつつあるのだと思う。しかし、血清亜鉛値は、生命に必須な微量元素亜鉛がその存在の重要性を示す事実として、これまでに少しずつ人間にいろいろな側面を見せてきた。人体にたった数グラム含まれると言う微量なためと、さらに、その生物学的機能の余りの多彩さから、旧来の常識からはその多彩な欠乏症の存在を疑問視され続けてきた。亜鉛の重要性が、近年徐々に徐々に認められ、群盲象を撫でるの状態から分子学的亜鉛生物学の進歩なども含めて、徐々に論理的な検証.判断が可能な時代になりつつある様に思われる。しかし、最近、日本臨床栄養学会の＜亜鉛欠乏症の診断指針2016＞とか称する問題の多い亜鉛欠乏症の診断基準や（株）ノーベルファーマから発売されたﾊﾞﾙｼﾞﾝの保険適応と称する＜低亜鉛血症＞の医学的？用語が、予測、危惧していた本来在るべき亜鉛生物学、さらには、亜鉛欠乏症に関する医療に大きな混乱を生じていると私は思う。

あの様な亜鉛欠乏症の診断基準がまかり通っていいのか？低亜鉛血症とは？一体どの様な病的状態を示すのか？慢性の亜鉛欠乏症とどの様な関係があるのか？その薬剤が亜鉛補充療法の適応ではなく、低亜鉛血症の治療薬として、保険に認められればいいとした医師の見解を知りたいと思う。

近年、およそ間違いないと認められる血清亜鉛値に関する事実のデータが徐々に積み上げられつつある。これらのデータを素直に、且つ適切に評価することから、キット自然の法則性が導かれるものでないかと期待している。これらのデータを基にかなりのことが見えてきたと考えられるので、私見をを述べたいと思う。多くの方々にご意見を寄せていただきたいと思う。

例えば、1976年から1980年代にかけてアメリカのNAHNESⅡで、14,700名程の一般市民を対象にして血清亜鉛値の測定が行われた。

	男性	女性
20～44歳	93.0±0.53	84.9±0.55
45～64歳	89.1±0.63	84.4±0.53
65～74歳	85.6±0.79	83.5±0.53

とデータが残っている。
正確な裏付はないが、当時アメリカでは奇病の発症があり、亜鉛欠乏症が疑われていたとも聞く。

1980年代初頭、（株）SRLが日本において、原子吸光法で血清亜鉛値の測定を開始した当時に、【健康成人と考えられる】１６７名の血清亜鉛濃度の測定から統計的に定めたものが、現在（株）SRLの血清亜鉛値の基準値65～110μｇ/ｄｌである。当時の基準値制定時に、健康成人とはどの様に亜鉛欠乏症患者を除外したものか等などの詳細な状態は不明であるので、現在では、当時の一応は 健康と考えられた成人が87.5±11.2μｇ/ｄｌ の【正規分布曲線を描く分布】をしていたものと,
予測するよりない。

2003年に、幸いなことに、2002年の多彩で多数の亜鉛欠乏症の発見とそれに伴う日常診療の場で、『これ程の欠乏症患者の存在は、そのもとに亜鉛欠乏者の存在があるはず。』との小生の言葉から、当時の北御牧村の住民のヘルススクリーニングに合わ

せ、村民の血清亜鉛濃度についての疫学調査の予算をつけ、実行された。NAHNESⅡから約25年経過した2003年、長野県の人口5,500の小さな村ではあるが、一般地域住民を対象にした世界で二番目の血清亜鉛濃度の疫学調査が行われ、総計1431名のKITAMIMAKI　Studyのデータを得た。この疫学調査では、当然、一般地域住民とは、健康な（非亜鉛欠乏の）一般住民に、何%かの亜鉛欠乏症者（含.潜在亜鉛欠乏者）を含めた集団であるから正規分布曲線にはならなかったが、一般成人（341）の78.9±11.6μｇ/ｄｌの近似正規分布曲線となった。NAHNESⅡや（株）SRLの基準値と約10μｇ/ｄｌの平均値の低下を示していた。

さらに、このKITAMIMAKI Studyでは、血清亜鉛値は午前8時～午後15時にかけて約20μｇ/ｄｌの低下を示すことが集団で明らかになった。これで個々の症例での経時的採血で認められていた午前から午後にかけての顕著な日内変動が間違いないこと、明らかになった。血清の亜鉛がどこに移動し、なぜ低下するのか？何らかの生理的意味があるのであろうが、全くわかっていない。

日本では、この他に小生等による長野県下での800名余の診療所受診患者の病弱者等を対象とする二調査他、小規模の高齢者や新生児を対象とするデータもある。弱者や高齢者、未熟児等々に血清亜鉛値低値を認めているが、それが生理的なものか？病的なものか？十分なデータはない。さらに、最近は手術などの生体への大きなストレスが術後短期間の血清亜鉛値の低下を示し、それは約20μｇ/ｄｌ程であり、およそ4～5日間継続し、自然に回復すると報告されている。これは間違いない事実であり、術後の生理的動きなのであろうが、どんな意味があるのか不明である。

小生らは亜鉛欠乏症疑い症例をエクセルで登録管理（非亜鉛欠乏症例をも含む）し、現在までに１０００症例を遥かに超える症例を追跡治療している。登録管理症例が、５００例となったところで、亜鉛欠乏症確診症例で、データの揃った257例について、初診時血清亜鉛値の分布を分析した。そのヒストグラムからkolomogorov Smirunovの正規性の検定.091で62.32±13.1の亜鉛欠乏症の初診時血清亜鉛値の分布曲線が描けている。

亜鉛欠乏症例においてはほとんどの症例で、亜鉛補充療法開始後、約一か月付近で、大きく血清亜鉛値は上昇し、二か月付近で、多くは初期値付近にまで低下し、その後補充療法の継続で血清亜鉛値は徐々に徐々に上昇し、期間は症例により異なるが平衡に達する。その後、多くは最高の平衡値よりもやや低値で安定する傾向がある様である。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

Re 記事掲載にあたって

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2018年 2月 9日(金)16時53分24秒

本吉葵様

取材ご苦労様でした。亜鉛欠乏症については、最近、かなり関心が高まって来て、有り難いことと思っていますが、これまでの医師や栄養学者の一般的常識に反して、その余りにも多彩な欠乏症状のためもあってか？眉唾ものとされて、なかなか納得してもらえませんでした。多くの症例が一元素の欠乏症ですので、安価で安全、且つ簡単な亜鉛補充療法で比較的容易に治癒するのですが、例えば現在でも、褥瘡など、悩み苦しんでいる患者さんが大勢います。是非、素直な目で真実を確認して、記事を書いていただければと思っています。

亜鉛欠乏症のHPに記載しています写真症例、患者背景は小生が総て責任を持って、掲載しているものです。写真、記事の出所を明確に記載していただければ、ご利用いただいて結構です。
褥瘡症例Ⅱ、初診時血清亜鉛値：３８の症例ですね。どうぞ、有効にご使用下さい。

http://www.ryu-kurasawa.com

記事掲載にあたって

投稿者:本吉葵　投稿日:2018年 2月 6日(火)13時21分47秒

倉澤先生

日経メディカル編集の本吉です。お世話になっております。
先月は取材ありがとうございました。
新人記者なもので日々、苦戦しながら記事を作成しております。記事を書くにあたり、完成次第倉澤先生のコメントの部分お見せしますね。
後、記事に掲載する症例写真なのですが、褥瘡症例Ⅱの症例写真と患者背景を拝借してもよろしいでしょうか。
よろしくお願いいたします。

==========
本吉　葵
日経BP社
日経メディカル編集
〒105-8308　東京都港区虎ノ門4-3-12
電話：03-6811-8388
FAX：050-3153-7297
Mail：amotoyos@nikkeibp.co.jp
==========

http://medical.nikkeibp.co.jp/

日本臨床栄養学会の亜鉛欠乏症診断基準への疑問

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2018年 2月 1日(木)17時57分55秒　編集済

亜鉛欠乏症の診療指針２０１６（日本臨床栄養学会）の亜鉛欠乏の診断指針への質問。

　日本臨床栄養学会のミネラル栄養部会で亜鉛欠乏症の診療指針をまとめられ、その方向性を示されたことには敬意を表したいと思う。しかし、亜鉛欠乏症の適切な診療を行うには、その診断が大切なことは申すまでもない。これまで長年にわたり、多彩で多数の亜鉛欠乏症が臨床の現場で認知され難かったのには、種々の原因があるが、亜鉛欠乏症と血清亜鉛値の乖離の問題が大きな問題であったからである。
　日本臨床栄養学会の診療指針の主要なポイントを占める亜鉛欠乏（症）の診断指針においても、【アナログである生体値をデジタル的思考で無理に整理している】と考えられる。また、【群の基準値は、個の正常値ではない】という、いたって当たり前の統計的事実をうっかり間違えている現代の日本の医学医療の常識から抜けていないのではないかと危惧する。
　２０１７年、この日本臨床栄養学会の亜鉛欠乏症の診断指針が論文やインターネット上で公開され、そしてインターネット上で、如何にも確立した診断指針のごとく流されることにより、亜鉛欠乏症の臨床の現場では、日々の欠乏症例の実測値との乖離に悩まされ、混乱が生じている。
　実測値との乖離が存在するとは、この診断基準が間違っている証拠であると思うが如何？

【血清亜鉛値には個々に至適な血清亜鉛値が存在するらしいこと、さらには、体内でのキレート作用など、特に多剤服用症例では生理的状態では考えられない高血清亜鉛値の欠乏症例が存在するらしいこと】等々も続々と判ってきている。

　児玉浩子先生は、この指針作成にあたって、まだまだエビデンスのある多数の症例報告が必要で、その成果により本指針が改定されることが望まれると書かれている。
　小生は、本指針は既に、作成された時から多くの問題点を含み、大きな間違いを犯してもいると考えているが、先ずは以下の三点につき検討され、改定されることをを望みます。

　亜鉛欠乏症の診断基準
　３．血清亜鉛値　3-1；６０μｇ/ｄL未満　亜鉛欠乏症
　　3-2；６０～８０μｇ/ｄL未満　潜在性亜鉛欠乏

　疑問点１　この６０μｇ/ｄL未満の根拠は何か？？
　　また、６０～８０μｇ/ｄL未満の根拠は？？
　疑問点２　潜在性亜鉛欠乏症とはどうゆう意味か？？
　疑問点３　血清亜鉛値がこれ以上の症例は欠乏症でないのか？？

　多彩な欠乏症状を呈する多数の亜鉛欠乏症の存在が徐々にではあるが次第に周知さ

れつつあることは大変有難いことと思っています。２０１７年３月に、多くの問題点を抱えているとはいえ、酢酸亜鉛製剤（ノベルジン）が亜鉛関連の保険適応薬となり、亜鉛欠乏症に対する亜鉛補充療法の安全で安価、且つ、適切な効果を示す医薬として、臨床的には長期にわたる経験の積み重なったポラプレジンク（プロマック）と共に治療の選択肢が増加したことは大変喜ばしいことです。ただ、【低亜鉛血症】等という疾患が存在するのか？大変非科学的医学用語が国の保険診療上の用語として、正式に登場を許したことは、亜鉛欠乏症の研究者として、医師として大変恥ずかしいことであると私は思っています、しかし、今日はこのこと一応置くこととします。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa





以上は、新着順111番目から120番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ] RSS

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

論文紹介 投稿者：深田俊幸 投稿日：2017年12月 3日(日)22時17分17秒

倉澤先生

ご無沙汰しております。日頃より、亜鉛栄養治療研究会では大変お世話になっております。この度は、最近発表しました論文についてご連絡したく、久しぶりに貴サイトに投稿しております。今回の論文は、皮膚での亜鉛恒常性機構が、表皮と毛包の形成

に必要であることを示した研究成果であり、亜鉛が表皮を形作る細胞に直接的に重要であることを示した内容です。本論文はアメリカ科学アカデミー紀要（PNAS）に掲載され、同号の表紙として発表されました。
PNAS論文掲載号：http://www.pnas.org/content/114/46.toc
表紙イメージ：http://www.pnas.org/content/114/46.cover-expansion

一方、本成果は「亜鉛は表皮に大事である」ことを示していますが、まだ扉を開けた段階に過ぎず、その先には多くの未解決な疑問が私たちを待っています。これからも、臨床と基礎の交流から新しい価値と理解を生み出すべく、果敢に疑問へ挑んでいく所存です。今後ともご指導とご鞭撻のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

深田俊幸
徳島文理大学薬学部
病態分子薬理学研究室
〒770-8514
徳島市山城町西浜傍示180
http://p.bunri-u.ac.jp/lab22/
https://www.researchgate.net/profile/Toshiyuki_Fukada
Japanese Society for Zinc Nutritional Therapy：亜鉛栄養治療研究会
http://zinc-nutritional.kenkyuukai.jp/about/
International Society for Zinc Biology：国際亜鉛生物学会
http://iszb.org

¥330,000 ¥14,161 ¥3,833
¥2,875 ¥55,249 ¥6,667
¥330,000 ¥14,161 ¥3,833
¥2,875 ¥55,249 ¥2,185

診療報酬審査会の役割と亜鉛欠乏症の治療（Ⅱ）

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2017年 2月19日(日)21時20分31秒　編集済

～あるべき保険診療は法律、規則の字句のみでは不可能～

『診療報酬審査委員会の役割は【在るべき保険診療】が適切に行われる様に審査する』ことであるが、そのためには『法律､規則と現実に行われている医療の現場との

齟齬を、単に字句に基づいてのみでなく、専門家の立場から埋めること』が審査委員会に課せられた大きな役割である。
　【現実の医療】は法律、規則の字句のみでは行えないことは自明のこと、だからこそ【在るべき保険診療】が適切に施行されるために専門家が必要で、審査委員は常に勉強・研修が求められている。
　そして審査委員会は多くの審査員の合議により決定されるから、現在の日本の現場の医療で、何が問題になっているか常に情報が提供され、議論されて【診療報酬審査委員会の役割】が担保されるのだが、、、、。

　2009年07月11日に本掲示板に投稿された『診療報酬審査委員会の役割』再掲する。
　2017年の現在の【亜鉛欠乏症の保険診療】にそれぞれの審査委員会は役割を果たしているのか？

2009年07月の投稿記事

最近まで、殆どの医師は勿論のこと、栄養学者も、製薬会社も国も、微量元素亜鉛が不足するなどと言うことは滅多に生じないものと考えていましたから、亜鉛欠乏症などと言う病気は殆ど無いものと考えられ、正式には亜鉛欠乏症に対する保険収載薬は存在しないのが現状です。しかし、もう皆さんお判りのごとく『多くの医師が考えているよりも、遙かに多くの亜鉛欠乏症患者さんがいる』ことが判って来ました。味覚障害は勿論のこと、大部分の原因の定かでない食欲不振、殆どの褥瘡、そして、最近ではいわゆる舌痛症の原因も殆どが亜鉛欠乏によることが明らかになってきました。かゆみや多くの皮膚疾患、その他多くの多彩な欠乏症状もあります。

　当然、現在は、殆ど無いものとされてきた亜鉛欠乏症の正式な保険適応薬はありませんが、幸いなことに亜鉛含有の胃潰瘍薬【プロマック】が存在し、当然、亜鉛欠乏症の治療薬として有効です。又、胃潰瘍薬としての治療経験から、長期間殆ど副作用もなく、且つ、安価で、大変使いやすい薬剤です。食欲不振などは翌日にも、劇的に食欲が回復することもあり、多くの褥瘡も劇的に軽快治癒して行きます。これからは舌痛症について、多くの亜鉛補充療法の追試がされれば、キット、これまで心身症的なものなどとされて、的確な治療法が無かった多くの症例に効果が認められることでしょう。

　諄いようですが、これまでの経過から、現在は正式な保険適応薬となってはいませんが、2009年7月5日投稿の『亜鉛製剤と保険診療』のごとく、現在の法律、規則上で、『亜鉛欠乏症の治療としての亜鉛補充療法に、亜鉛含有の胃潰瘍薬“プロマック”は保険上使用しうる。』と言えます。しかし、中には、規則をよく知らない審査員により、機械的に査定される可能性はあります。

　長野県と長崎県では、現在、亜鉛含有胃潰瘍薬プロマックを正式に亜鉛欠乏症の保険適応薬として認めています。それは、法律、規則上は使用可能と言っても、現在の複雑奇怪になってしまった診療報酬制度の元で、うっかり査定する審査員や亜鉛欠乏症の存在を知っても、可成り多くの医師が保険で使用できないのでないかと誤解しているなどを是正する必要があったからで、長野県では国保と社保の両審査委員会と医師会の三者で十分検討の上、正式に認めることとなりました。

　診療報酬審査委員会の役割として、適切な保険医療が行われ、その結果、保険財源が適切に活用される様努めていますが、医学医療の急速な進歩や大変広範囲にわたる医療の現場には、法律や規則の字句とで合わないことは無数にあります。法は法として守ること大切ですが、法律、規則とその現実に行われている医療の現場との齟齬を専門家の立場から埋める大きな役割が審査委員会にはあります。字句に基づいてのみ、主に診療報酬が決まるのならば、専門家は不要です。現在進行のｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ審査と事務官で足ります。

　長野県では、社保、国保の両診療報酬審査委員会と県医師会の三者で常に連携をとって、ﾛｰｶﾙ．ﾙｰﾙを決めています。例えば、ＷＨＯがモルヒネについて、緩和医療での癌の疼痛に対して、極量の制限を外す勧告を発表した時、国保の審査会では、専門部会に諮問し、慎重に検討して、直ぐに勧告に従って極量の制限を外しました。その後三者で協議して、長野県は全国の中で最も早く極量を外して、緩和医療で適切なモルヒネが使用される様になったと言えます。

　現在では当たり前となっているインシュリン自己注射も、昔は毎日、医療機関で注射を受けなければならない様な、現在ではとても信じられない法律、規則でした。長野県では、『長野県方式』と言うインシュリン自己注射方式を編み出して、それがモデルとなって、全国的に保険に収載される様になりました。診療報酬審査委員会とは長野県ではこの様な役割があるものとされています。プロマックの正式な保険適用もこの一環でした。

一方、医薬品が保険適応になったからと言って、それが医療の現場で無条件に使用できる訳でもありません。特に、抗生物質や血漿蛋白製剤などは、長野県では可成りきつく適切な適応の使用が求められています。ご参考に慣れが幸いです。

http://www.ryu-kurasawa.com

診療報酬審査会の役割と亜鉛欠乏症の治療（Ｉ）

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2017年 2月12日(日)21時06分15秒 編集済

２月４日（土）第１４回亜鉛栄養治療研究会が大阪で開催された。
その懇親会の席で【まだ、亜鉛欠乏症である褥瘡の治療などでのプロマック（ポラプレジンク）の処方が適当に査定される。安い薬なので査定されても仕方ないから処方している。】との話を耳打ちされた。

2002年に多彩な亜鉛欠乏症の存在に気が付き、それから15年間、論文、学会、書物、特に、全国各地での180回を超える講演会・研修会でその知見を広める努力をしてきたが、まだまだ努力不足であることを痛感した。
それでも亜鉛欠乏症の知見が着々と広まり、昔、【体内にほんの２～３ｇ含まれるという微量元素亜鉛の欠乏症など、普通の食事をしている限りない】とか【たった一元素の欠乏でそんな多彩な欠乏症など発症するはずがない】などと根拠もなく否定されたり、いわゆるその道の専門医達には【そんな馬鹿なこと生ずるはずがない】などと拒絶反応さえ示されて来た。

現在、その【亜鉛欠乏症】の名詞をインターネットで検索すれば127,000件もヒットするようになった。
しかし、その治療薬について、現在、亜鉛を含有する医薬品としては、保険医療で正式には胃潰瘍の治療薬のﾌﾟﾛﾏｯｸしかない。にもかかわらず、現在も、未だに治療薬として使用可能なのかどうか問題とされている。

しかし、現在の法律・規則の上で、日本全国どこにおいてでも『亜鉛欠乏症の治療としての亜鉛補充療法に、亜鉛含有の胃潰瘍薬“プロマック”は保険上使用しうる。』と言って良い。

２００９年７月５日。本掲示板に投稿した【亜鉛製剤と保険診療】の該当部を再掲する。

その根拠は？？
①『いわゆる55年通知』で、現在も保険局長通知として生きている。
昭和５４年８月２９日 日本医師会長 武見太郎と厚生大臣 橋本龍太郎により次のように合意され、厚生省保険局長通知として、昭和５４年８月２９日付書簡の主旨に基づき通知する。として、①保険診療における医薬品の取り扱いについては、厚生大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量（以下「効能効果等」という。）によることとされているが、有効性及び安全性の確認された医薬品（副作用報告義務期間又は再審査の終了した医薬品をいう。）を薬理作用に基づいて処方した場合の取り扱いについては、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図ること。②診療報酬明細書の医薬品の審査に当たっては、厚生大臣の承認した効能効果等を機械的に適用することによって都道府県間においてアンバランスを来すことのないようにすること。

②「低薬価薬剤の審査等の具体的取り扱い方針」について、平14. 5.21 保険発521001で、２．具体的取り扱い方針 (1)「健胃消化剤、鎮咳剤など」の範囲について、「１７５円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因になった傷病から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要がないものとすること。」とあるが、、、、、。《細かなことは審査会などに聞かれたし》
以上、上記の保険局長通知も、保険発 0521001も現在まで、変更も、廃止もされずに生きている。いかにも、医師の一般常識としても、一般の診療報酬審査委員の常識からも、そして何よりも現場の医療にとって至ってまっとうな、規則通知である。

ただ、一般の診療報酬審査委員の中には、当然、やむを得ないことではあるが、現在の複雑奇怪な診療報酬制度の法、規則などに精通していない委員がいることは否定できない。又、最近は可成り、情報が発信されているとは言え、亜鉛欠乏症について、余りご存じない又は全く知らない審査委員も居られよう。そのような審査員が周辺と相談することもなく、事務ﾁｪｯｸや最近進行しているｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ ﾁｪｯｸに応じて、“厚生大臣の承認した効能効果等を機械的に適用することによって”正に機械的にうっか

り！！査定をする可能性は否定できない。

　その場合は再審査に出して、その県の審査会の統一見解として､訂正してもらえばいい訳だが､そんな面倒なことといって､使用抑制がかかっている可能性がなきにしもあらずなので､文章として、先ず法律問題をキチッと記した｡ただ､褥瘡とか食欲不振（亜鉛欠乏症)とでも傷病名欄に記載されれば､審査会に対しても親切ことと思うし、情報が充分入っていない審査会では、この知見をキチッと調べる契機となることと思う。
　長野県と長崎県は正式にプロマックを保険適用薬として認めている｡次回はこれを契機に審査会の役割について、この件に則して､長野県の場合を書いてみようと思う。
　長野県で小生が、亜鉛欠乏症の治療成績をまとめたのも､この175円ルールによって､集めたものである。

　以上は２００９年の話題である。もう１０以上も前に、長野県、長崎県はもとより、全国の多くの審査会でも勉強をして、機械的に査定しないで認める方向に動いていたﾌﾟﾛﾏｯｸの亜鉛欠乏症の治療薬としての動きが、保険審査のコンピュータ化の流れの中で逆流現象を起こし、コンピューターで機械的にはじき出されたチェックをそのまま適当に機械的に査定する審査員の存在も否定できない。その意味では２００４年の長野県の社保・国保の審査会と県医師会の決定は先見の明があったというべきであろう。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

プロマックは、長野県では平成16年に、保険診療上公式に亜鉛欠乏症の薬と認められた。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2017年 1月28日(土)09時53分14秒

　2002年（平成14年）秋。筆者らが多数の、多彩な亜鉛欠乏症の存在に気が付いた頃、亜鉛欠乏による味覚障害や透析患者の亜鉛不足による掻痒などへの適応薬が保険診療上で正式にはなく、
医薬品としては亜鉛含有の胃潰瘍薬プロマックが、一般に【胃潰瘍の病名をつけて】使用されるか、または酢酸亜鉛などの薬剤が院内処方薬として製造投与されている状態であった。
　長野県では、保険診療上の制度と現場との諸矛盾や保険医療上の諸問題を、社保、国保の両審査会および長野県医師会との三者で議論・検討し、より適切な保険医療が長野県の地で行われる様、伝統的に努力されており、その慎重な調査・議論・検討を通して、2004年（平成16年）には保険診療として、亜鉛欠乏症への対応がとられた。その経過をシリーズとして再掲載する。

『保険診療』No.302　長野県医師会発行　平成16年3月3日
「平成15年度　社保・国保審査委員会と県医役員等との合同懇談会　分科会協議結果」

内科分科会
＜社保審査会＞
３．プロマック顆粒の適応について
　亜鉛欠乏症に対して、プロマック顆粒の投与は認められるか。
　【適応等】亜鉛含有胃潰瘍治療剤「ポラプレジンク」　適応ー胃潰瘍
　（薬効上認めて良いのではと考えるが）
　【結果】
　　「亜鉛欠乏症」に認めるが、常用量以上はコメントを要す。

＜国保審査会＞
6. 亜鉛欠乏症に対するプロマックの使用について
　社保審査委員と連絡を取る中で「亜鉛欠乏症」という病名を付けて認める。また、使用量については様々な考え方があるということで、しばらく方向を見ることで一致している。
　しかし、プロマックを使用しての亜鉛の補充をする場合は、「亜鉛欠乏症」または「亜鉛欠乏症による～」という病名を付けることについて医師会からは正式に広報されていないため、正式に決定したい。

【結果】
　（前記、社保審査会から提出された項目と同じ）

以上として、長野県では両審査会の専門部会の調査・検討と両審査会合同での研修会等などの後、社保、国保審査会と長野県役員会との懇談会を経て、2004年（平成16）保険診療として認められた。
長崎県では2006.6 長崎県診療報酬審査会研修会で勉強会が開かれ、その後、長野県に次いで長崎県でも保険診療として認められたと聞く。

その数年後の全国各県のこの件の取り扱い状況では約２/３の件で黙認される状況になっていた。
ただ、審査のPC化から、審査会そのものが本来の機能を果たさなくなったのか、そのまま、いや論理的検討もされず？現在に至っている様に思われる。

http://www.ryu-kurasawa.com

【褥瘡の全身療法・亜鉛補充療法の成果】の報告を！！

投稿者:倉澤 隆平 投稿

編集済

日:2016年12月25日(日)15時59分53秒

今年の日本褥瘡学会学術集会は９月２日、パシフィコ横浜で開催されました。
褥瘡は多数で、多彩な症状・疾患の亜鉛欠乏症の主要な疾患の一つです。でも、欠乏症ですから他の多くの亜鉛欠乏症と同じく、安価で安全且つ簡単な亜鉛補充療法と現在より軽度の局所療法で、比較的容易に治癒に導くことができ、また、予防することも可能です。

亜鉛欠乏症の知見は、亜鉛不足のためとは知らずに悩み苦しむ多くの人々の疾病の治療のみでなく、一般国民の日常の健康や保健にも大きく関わる重要な問題と考えて、臨床や基礎の学会での発表、論文や文書・書籍、亜鉛欠乏症のホームページ等などや全国各地を巡っての医師会・大学や病院等の研修会や一般の諸集会等などでの講演と、あらゆる機会を捉えてその周知に努力してきました。亜鉛は当然生命に必須なミネラルでもあります。

しかし、亜鉛欠乏症のあまりにも多彩な症状や疾患から、また、あまりにも専門・細分化された臨床各科の医療の現場では、患者をヒト全体として診る視点に欠ける傾向があり、「たった一つの元素亜鉛の欠乏が原因である」とは受け入れ難く、長期間にわたり、この知見を無視したり､中には、拒絶反応をさえ示す医師も数多く存在しました。 また、今でも、まだまだこの事実を知らない医師が多数です。

勿論、褥瘡学会関連についても、2008年の関東甲信静の地方会や関連の諸セミナー等や種々の会から、全国では2011年の福岡での第13回、2015年の金沢での第17回の日本褥瘡学会学術集会で、それぞれ一時間のランチョンセミナーで周知に努力してきました。

しかし、今回の第18回の学術集会の分厚い抄録集に、「亜鉛」の文字がたった五カ所であることには全く驚いてしまいました。

全国各地での講演では「褥瘡の主要因は亜鉛欠乏による皮膚の代謝障害である」ことを知り、「亜鉛補充の全身療法と適切な局所療法をすれば、褥瘡は比較的容易に治癒せしめうる」と実践している医療関係者は次第に多くなりつつあることを実感し、そこでの一番の問題は、『ポラプレジンク（亜鉛含有の胃潰瘍治療薬）を亜鉛欠乏症の治療薬として､褥瘡に処方すると査定する診療報酬審査委員会が未だにある。どうしたら良いだろう？』との質問に代表される治療薬の保険上の問題や薬剤の副作用、毒性など処方に関することなど、また、全身の栄養に関する食物のこと等などであると思っていました。

しかし、広大な教育講演会場に詰めかけた多くの聴衆の真剣さと熱気から、また、口演会場の議論からは、「必ずしも容易には治癒に導けない現在の褥瘡の局所療法」に加えて「何か新たな局所療法の技術があるのではないか？」と、多くの学会員は局所療法の技術面にのみ関心があり、褥瘡の全身的創傷治癒の要因、特に亜鉛、のことはあまり知らないと言ってもよい様な学会の現状に、本当にびっくりしました。

亜鉛欠乏症の第二ホームページ（http://www.ryu-kurasawa.com）に『第１８回日本褥瘡学会学術集会に参加して（Ⅰ）～』として、種々の問題点を【亜鉛欠乏症・褥瘡・学会シリーズ】として掲載しました。是非ご訪問いただければ幸いです。

現在、医学的にも医療的にも適切な亜鉛欠乏症の治療薬・ポラプレジンク（現在、

唯一の医薬品）が亜鉛欠乏症の保険適応薬として正式に認められ、より適切な褥瘡治療がより早く進む様に、全国各地から【褥瘡の全身療法・亜鉛補充療法の成果】を、来年の日本褥瘡学会に、是非、是非ご報告いただきたいと心から思っています。

尤も、ポラプレジンクは、褥瘡はじめ亜鉛欠乏症の治療薬として長野県や長崎県は当然のこと、現在は、殆ど全国どこの県の診療報酬審査委員会（余程、不勉強な診療報酬審査委員会を除いて）でも、先ず、査定されることはないはずです。

本掲示板　2009年7月5日投稿の『亜鉛製剤と保険診療』
2009年7月11日投稿の『診療報酬審査委員会の役割』
2010年3月4日投稿の『RE 亜鉛のお薬について』
また　以上の掲示板はYahoo　検索で【亜鉛欠乏症　審査会　保険　治療薬】でも
ほぼ　、トップよりヒットします。ご参照までに。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa

どうぞ『亜鉛欠乏症の（第二）ホームページ』へ　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2016年12月17日(土)18時01分20秒

亜鉛欠乏症の第二ホームページを開設し、内容が次第に充実しつつあります。
２００６年開設した（旧）亜鉛欠乏症のホームページ：【Ryu.HOME】は１０年間余にわたり、一般国民、臨床の医師はじめ医療関係者のみならず医学や疫学、栄養学や農学、土壌学等々や農林畜産業に関わる人々等々にも、さらには分子生物学や生命科学者等々の多数の方々のご訪問をいただきました。
開設当初の『この飽食の時代に亜鉛欠乏症など､余程の特殊な状態でなければ､無い。』とか『たった一元素亜鉛の欠乏で、その様な多彩な症状・疾患が発症すると言う、そんな馬鹿なことがあるはずがない。』との根拠のない批判や拒絶反応・無視も今は減少し、『亜鉛欠乏症』の名詞が市民権を得たと言えそうです。

ＨＰの内容は勿論ですが、ＨＰにリンクした掲示板での質疑応答・討論の欄に加えて、２０１２年には、急速に進歩発展しつつある分子生物学の手法を駆使した亜鉛生物学研究の成果や亜鉛欠乏症の臨床と疫学及び基礎的な研究の裏付けをＰＰＴ画像と音声に纏めた１時間程の講演のリンク等、日々の臨床の経験に基づく事実が認められたものでしょう。
現在ではインターネットの検索で、＜亜鉛欠乏症＞で、ほぼ常にトップでヒットする様になりました。
しかし、（旧）亜鉛欠乏症のホームページの入力法が大変に複雑で、殊に、写真や画像の入力などが複雑で、簡単にＨＰの更新が出来ません。
お伝えすべき症例や知見は数多くあり、新しく第二ホームページを本年５月２６日に開設しました。

猶、(旧）亜鉛欠乏症のホームページ：【Ryu.HOME】の内容は、この約１０年間、幸いなことに現時点までに、少数の点を除いて殆ど修正すべき誤りは認められず、出来るだけ内容の継続性を目指して移行すべきものは移しました。しかし、【Ryu.HOME】は、その時々の掲示板の内容やその他のリンクを含めて、亜鉛欠乏症のＨＰとして纏まっており、また、将来訂正すべき事象等が発生した場合に、思考過程の検証のためにも、第二ＨＰとリンクして残すこととしました。
修正すべき一点は､亜鉛欠乏の症例では、亜鉛補充療法施行時の血清亜鉛値とAl-P値の変動が、特に、AL-P値の変動がそれぞれの症状・疾患によりシェーマとは異なることがあり、もう暫くの追跡・検討が必要で、第二ＨＰや本掲示板の中で報告・記載することを考えています。

第二ＨＰでも、ＨＰの掲示板など投稿欄・議論の場を育てて行きたいと考えていますが、本掲示板ほどには気軽に投稿・議論の場とすることが可能かまだ不明ですし、本掲示板に歴史と実績がありますので、しばらく休眠していましたが、再開することとしました。亜鉛欠乏症については、まだまだ、判らないことだらけですし、その知見の周知は本当に大切なことですが、まだまだ全く不充分で、多くの問題点があります。
これまでと同様に、一般の方からそれぞれの専門家まで、奮ってご訪問・ご投稿いただければ幸いです。

。

http://www.ryu-kurasawa.com

血清亜鉛値の補正について

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2015年10月11日(日)18時17分30秒

山下 ちさと先生

血清亜鉛値のアルブミン値による補正は必要ない。亜鉛の充足・不足は血清中亜鉛のアルブミンとの結合と非結合に関係なく全血清値が意味を持つからである。

血清亜鉛値は、先ず、“微量元素亜鉛の生体内での生化学的機能のどのような状態を示しているのか”明らかでない。その基準値は、（株）SRLによれば、65~110μg/dlである。
当然のことながら、個々人にはそれぞれ至適な血清濃度があるようである。その平均値は年齢による変動があり、顕著な日内変動がある。さらに、採血より血清分離までの時間によっても変化し、食事摂取やその内容によっても変化があるとの論文もある。このように変動しやすい血清亜鉛値であるから、血清亜鉛値の絶対値のみで、単純に亜鉛の生体内での過不足、亜鉛値と臨床状態の関係を論ずることはできないし、また、基準値の範囲も大きな差があり、また、我々の統計からは各個の至適血清亜鉛値より、平均値で25μg/dl程の大きな低下で欠乏症状が顕在化する様であるので、アルブミン値による補正をする意味はないと考える。

一方、血清Ｃａ値は、その基準値は8.6~10.2mg/dl と範囲が狭い。
さらに、補正が問題となるのは、Ｃａイオン濃度が生体内機能として重要であるからである。

申すまでもないことと思うが、血清Ｃａは５０％がアルブミンと結合し、残りがＣａイオンとして存在するから、低アルブミン血症の時は実測値で低Ｃａ血症となりうるが、Ｃａの実測値から低アルブミンの補正をすればフリーのＣａ濃度が求められ、その値が正常値であれば生体内機能として問題を生じないので、低アルブミンの時は補正が必要となる。

講演や原稿やその他、立て込んで返事が遅くなり、失礼しました。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

血清亜鉛値高値について

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2015年10月11日(日)16時58分54秒

松島のどか様

血清亜鉛値が１４０から１６０ほどの値を示した症例について、何故か？とのご質問です。
先ず、大前提として、亜鉛の生体内機能のこと、亜鉛欠乏症のこと、かなり判ってはきましたが、まだまだ判らないことだらけであること、お断りしておきたいと考えます。
その意味で、疑問に思ったことは、疑問として追跡して、新しい知見として加えていただきたいと考えます。

ただ、私共の診療所では、現在までに９２０名を超える亜鉛欠乏症疑い症例をエクセルで登録管理していますが、論理的亜鉛補充療法により症状が治癒し、①その個体の至適血清亜鉛濃度が１５０前後を超えると考えられる症例が１０名余存在していることを確認しています。人間は純系でありませんし、症例数は少数ですが、あり得るものと考えています。２００を超えた例も経験しています。
その典型例は９６歳の褥瘡症例です。午後の初診で褥瘡ですので、すぐ亜鉛補充療法を開始し、１ヶ月後亜鉛値９６，２ヶ月後１５２，約３ヶ月後１４８で、褥瘡は治癒しました。
その他には、②死直前の代謝系統が異常であるためでないかと考えられる症例と③多剤服用症例で、高値と低値がばらばらで、判断が付かないもの２～３例ありました。
経口剤による腸管からの吸収障害は亜鉛欠乏症の原因となりますが、体内に入った薬剤が体内での亜鉛の動向にどのように関与しているのか？血清亜鉛値との関係がど

うか？何にも判っていないと云って過言でありません。

　さて、先生の症例ですが、エルネオパ２号は経静脈の投与と採血時の関連がどうであったのか？その臨床症状と血清亜鉛値の推移がどうなのか？いろいろ情報が不足ですので、、、。

亜鉛高値について

投稿者:松島のどか　投稿日:2015年10月 4日(日)10時46分8秒

倉澤先生
初めまして。検査技師をしております松島というものです。

今回、亜鉛が140から160くらいの値を示した症例を経験しました。
症例は腹部大動脈瘤が原疾患で、腸管壊死を起こし切除となりましたが小腸は問題なく、鉄の値は正常値であることから吸収は出来る状態であると考えました。経管栄養でエルネオパ2号1500mlを数ヶ月入れていた方です。特に過剰に投与されていたとは思えないのですが、血清亜鉛値が高く出ていました。
そのためか銅は9と非常に低く出ていました。
銅が低かったためにこのような亜鉛高値となったのでしょうか？腎不全もあり、血清の亜鉛値は低くでるものとばかり思っていたのですが、亜鉛高値がどうしても説明がつかず困っています。
非常に分かりづらい説明で申し訳ありません。ご指導いただければと思います。
よろしくお願いします。

亜鉛値の補正

投稿者:山下 ちさと　投稿日:2015年 9月12日(土)18時52分38秒

倉沢隆平先生御机下
何時も、お世話になっております
今回はスマホからメールさせて頂きます
先日は、「小腸のない患者様の亜鉛の吸収」　の事で　お世話になりました。
今日は、亜鉛値についてお聞きしたいと思います。
アルブミンに80%くらい 結合しているようですが、 カルシウムの補正のように　亜鉛も補正が必要でしょうか？

よろしくご指導お願い致します。
山下 千知





《前のページ　9　10　11　12　13　14　15　16　17　18　次のページ》
以上は、新着順121番目から130番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

亜鉛・銅の動態について　投稿者：山下　千知　投稿日：2015年 8月21日(金)22時18分7秒

倉澤先生
ご回答　ありがとうございました。　人体の不思議　です
８月１日　近畿亜鉛栄養研究会（宮田　學先生）に参加させて頂き　倉澤先生の元気なお姿を拝見することがきました　　また　ご指導よろしくお願いいたします



（無題） 投稿者:うしじま 投稿日:2015年 8月13日(木)22時07分51秒

倉澤先生

お忙しい中、回答ありがとうございます。
今回の症例はどれか１つが低栄養の原因ではなく様々な要因がかさなったものだと理解しました。

亜鉛・銅の動態 投稿者:倉澤　隆平 投稿日:2015年 8月 8日(土)18時56分32秒

山下　千知先生

小腸の無い人の亜鉛・銅の動態についてのご質問ですが、先ず、常態であるヒトの血清亜鉛値の値の生化学的な意味を始め、亜鉛の吸収・排泄、さらに生体内での生化学的な動きも、まだ、殆ど判っていないことだらけの現在ですから、小生には、先生のこのご質問にお答えすることは出来ません。

ただ、十二指腸を横行結腸に繋いだだけの患者さんが食事が摂れて、エルネオパ＋αの補助で何年も生きていること、ヒトとはある意味ではすごい適応能力があるもの思いました。
１９７０年代の初め頃には、上腸管膜動脈閉塞症で殆どの小腸が真っ黒に変色した症例は、試験開腹のみで閉腹し、後は痛みのコントロールをして死を待つしか無かった時代に、痛みだけでもコントロールしてあげられないかと、壊死小腸をほぼ全摘出して、十二指腸と壊死を免れた回腸末端を吻合しました。
１０ｃｍ程の小腸と大腸だけの患者さんが、術後しばらくは、当時自院で編み出した処方の高カロリー栄養輸液の補助を要しましたが、食事もとれるようになり、お芋も食べられるようになり、下痢も徐々に治まり、ＩＶＨも不要となって退院したことを思い出しました。
当時のＩＶＨは微量元素までは思いつかなかったのは当然ですし、亜鉛も銅も当然

意識にさえ上らなかったのですが、場合によってはヒトとはすごい適応力があるものと感動を覚えました。

先生の患者さんはとても貴重な症例ですから、経過のデータをしっかり追跡されて、小生の方こそ教えていただきたいものと思っています。
亜鉛と銅の動態については、腸管での競合による吸収障害が、微量元素学会でもすごく神経を使って追跡されている様ですが、臨床的に問題となる（例えば、銅性貧血）ことがどれ程発現するのか？は、小生にはまだよくわかりません。数値を追いかけるのも大切ですが、全身的状態をよく追跡し、検査値と合わせて記録するのが臨床医学では大切かと、小生は考えています。

亜鉛欠乏によるタンパク質合成障害はあるか？

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2015年 8月 7日(金)19時14分31秒

うしじま先生

８月１日の近畿亜鉛栄養治療研究会に、７月末締め切りの１，５０００字ほどの原稿の提出で忙殺され、返事が遅くなり、すみませんでした。

亜鉛とアルブミンなど蛋白質の合成に関する基礎医学的な詳細について、お答えする能力はありませんが、『亜鉛欠乏により、アルブミンはじめ諸蛋白質の合成障害はありうる。』とお答えすべきでしょう。
基礎医学的には300余あるという亜鉛酵素により核酸、淡泊、糖、脂質代謝やDNA,RNAの合成、機能等々に関与他、実に多彩な亜鉛の生体内機能が記載されています。
臨床的には、例えば、典型的な亜鉛欠乏症である褥瘡患者で、且つ、低栄養で、低アルブミンの患者では、亜鉛の補充で蛋白質を含む代謝の改善で褥瘡の局所の治癒機転が高まり、褥瘡が治癒する一方、血清アルブミン値の上昇が生じます。又、短期的には、亜鉛の摂食中枢への作用で、食欲が亢進しての摂取量の増加が生じます。中長期的には、消化管細胞の新生や消化酵素の活性化など消化管機能の改善も含めて、アルブミンや諸蛋白質の合成が活発化するようで、検査データも改善します。

先生の症例の場合は、亜鉛のみでなく、種々の要因が積み重なった低アルブミン、低栄養のように思いますが、ご報告の低亜鉛値では、酷い亜鉛欠乏であること間違いなく、亜鉛欠乏もその主要な要因の一つであることは間違いないでしょう。

小腸の無い人の亜鉛･銅の動態について

投稿者:山下　千知　投稿日:2015年 7月27日(月)21時53分3秒

倉澤先生
以前にもお世話になりました　山下です
６０歳の男性です　手術で小腸全摘しまして　　十二指腸から横行結腸に直接繋いでいる状態の患者さまです　食事は摂れており　注射で亜鉛を６０μモル入れております　補助食品として　エルネオパ　を使用してました。　２年半前に急に銅が3.0μ/dLとなり　銅性貧血が生じました　通常73μ/dL　くらいあったのです　　現在は硫酸銅を注射して　14μ/dL　ほどです。外来通院されております。小腸の無いこのような患者さまの　亜鉛・銅の動態を　資料不足だとは思いますが　ご教授して頂けたら　幸いです。
よろしくお願いいたします。

亜鉛とタンパク質合成について

投稿者:うしじま　投稿日:2015年 7月21日(火)22時12分16秒

倉澤様

はじめて投稿させていただきます。肝胆膵外科領域の亜鉛代謝に興味を持ち、調べていたところ、このサイトを見つけました。

質問ですが、
教科書に「亜鉛はたんぱく質合成に関与する」とありますが、実際の臨床（成人）で亜鉛欠乏による肝臓でのたんぱく質合成障害（Alb,TTR,TC,LDL,BUN等の低下）はありえるのでしょうか？
膵頭十二指腸切除後半年で脂肪肝を伴う低栄養で入院をした患者がいます。入院時データはAlb1.9g/dl,TTR3.5mg/dl,LDL9g/dl、CRP陰性、血清亜鉛27μg/dl。膵外分泌酵素剤と亜鉛補充で低栄養は改善傾向にありはするのですが、ここまでデータが低値を示した理由がわかりませんでした。肝生検をしましたがsimple fatty liverでNASHや

肝硬変は否定的、脂肪の検査で必須脂肪酸欠乏も否定的、入院前の摂食障害もありません。亜鉛欠乏による蛋白合成障害の可能性は？と思い質問させていただきました。まだまだ弱小者で、見当違いの質問であれば申し訳ありません。

鉄と亜鉛の補充療法

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2015年 6月22日(月)00時19分29秒

Ｔ＆Ｆ様

お嬢さんの貧血の件ですが、ＭＮ氏への鉄と亜鉛の吸収競合の返答とも合わせてお読み下さい。
陸上競技の運動が盛んな若い女性の鉄欠乏性貧血＋αの治療についてですが、この様なご相談では情報が充分と言えませんので、ピッタリ、適切な返答になるかは疑問です。

亜鉛欠乏性貧血は、小生自身では数例の経験しかありませんが、
①亜鉛欠乏による貧血があることは事実で、運動選手にその頻度が高いことも事実のようですが、貧血が亜鉛欠乏性であるかどうかを検査データのみで明確に診断することは、現在は、出来ないと言って良いと思います。
②鉄を充分補充しても貧血が改善せず。鉄の補充後に、亜鉛補充以外では変化しないが、亜鉛補充のみにより、血清亜鉛値及びその他の検査ﾃﾞｰﾀの変化と臨床的な血液ﾃﾞｰﾀの改善があれば、ふり返って亜鉛欠乏が貧血に関与していたと言えるのが、現状かと思います。
③亜鉛欠乏症の症状は多彩な欠乏症状のそれぞれの組み合わせですが、勿論、単一の症状のみ発現することもありですから、可能性を疑って、論理的補充療法で総合的に診断・治療するよりありません。しかし、貧血以外に亜鉛欠乏の症状がより多くあれば、より可能性が高まると云えます。

１）そこで、血清亜鉛値６８μg/dL(SRLか、ｱｷｭﾗｽｵｰﾄＺｎによる検査法で、午前採血）は、その貧血が亜鉛欠乏性かは別として、ご本人は統計的には亜鉛欠乏の可能性の確率が高いと云えますので、論理的亜鉛補充療法を試みる意味があります。。
２）鉄と亜鉛の補充についてですが、吸収での競合が起こる可能性はありますので、鉄補充と亜鉛補充療法のそれぞれの経過について、データを追跡する必要があります。
３）競合が明らかであれば、時間の差、日にちでの差、又は時期の差を加えた補充療法が必要になるでしょう。
４）貧血が改善するまでにどれほどの亜鉛補充の期間が必要か？は、この症例では同時に鉄と亜鉛の補充療法をしていますので、もし本当に競合が生じていれば何とも云えません。
５）プロマック２Ｔとフェロミア２００ｍｇ同時経口の補充療法の検査データの経過を示していただければ、何かもう少しコメントできるかも知れません。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa/

シリアル・コーンフレーク

投稿者：M.N　投稿日：2015年 6月21日(日)19時15分42秒

イギリスで発売されているシリアルには鉄が添加されていて、一食で必要量の４０％が摂取できるそうです。これが過剰摂取に繋がるのではないかという議論があります。詳しくはわかりませんが、議論の中心は鉄にあり、亜鉛などは議論されていません。

一方米国では低所得者の妊婦がシリアルを食べる機会が多いことに目をつけ、葉酸を添加することを法律で義務付け大きな成果を上げたという事です。

（無題）

投稿者：M.N　投稿日：2015年 6月21日(日)19時07分18秒

倉澤様

ご多忙の中ご丁寧なご回答ありがとうございます。

微量元素故、その吸収や摂取が「微妙」なバランスの上に成り立っているということで、摂取カロリーのような大雑把な見方ができない、ということですね。

科学の発展は経験・実験の積み重ねの後、最後に理論的に整理される道を通ることが多いです。この分野が注目されより多くの治験が集まることを切に願っています。

重ねてお礼申し上げます。

鉄と亜鉛の吸収の競合について

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2015年 6月21日(日)18時26分56秒

MN様

微量元素亜鉛への関心が次第に高まって来ていること、大変有り難いことと思っています。
６月１日に、ご投稿をいただきましたが、７月４日の第２６回日本微量元素学会でのｼﾝﾎﾟｼﾞｳﾑの準備と７月末〆切の依頼原稿の内容の概略とそれぞれの資料の確認等の準備に紛れて返事が遅くなり、失礼しました。

この間に、亜鉛と鉄の吸収に関しての投稿が二件になりましたが、人体での亜鉛の吸収については、まだまだ殆ど判っていないことだらけと言うのが現実です。
腸管からのイオンとしての亜鉛の吸収と亜鉛トランスポータ ZIP４の発現については可成り判ってきたと云えますが、何らかの化合物としての亜鉛の吸収についても充分に判っているとは云えません。イオンとしての亜鉛では、イオンであるミネラルとは、鉄のみならずカルシウムでも、その他でも、何らかの競合を生ずることは当然のことと考えられます。例えば、臨床的には、骨粗鬆症に対しての継続的大量のカルシウムの単なる投与は、骨の膠原組織の生成に重要な役割を果たす亜鉛の吸収を阻害して、むしろ骨粗鬆症を発症・悪化させる可能性もあると考えていますし、薬剤による亜鉛欠乏症の成因の一つになっている可能性が充分あると考えています。　鉄も、当然に、過剰で、継続的な投与は亜鉛欠乏を生ずる可能性があると考えますが、臨床的にその様な状態が生ずることは、一般にそんなにしばしば起こることではないと考えていますが、如何でしょうか？
全く逆に、亜鉛欠乏症の治療として、腸管内でイオンとしての亜鉛の継続的な大量投与は銅の吸収障害を生ずることが知られていますが、臨床的にどの程度大量の亜鉛量の投与が問題となるかを慎重に検討しながら、亜鉛欠乏症の治療をする必要があると考えています。

小生の血清亜鉛濃度の疫学調査からは、可なり広範囲の国民が亜鉛不足の状況にあると考えられますが、国民に、直ぐに、いわゆるサプリメントの投与するこよがいいのか？？慎重になってもいます。シリアルコーンフレークのことは鉄のみのことなのでしょうか？

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa/





《前のページ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 次のページ》

以上は、新着順131番目から140番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　11　12　13　14　15　16　17　18　19　20　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

亜鉛欠乏性貧血について　投稿者：T＆F　投稿日：2015年 6月11日(木)14時20分59秒

初めまして。娘の貧血についてお尋ねします。
娘は高校で陸上競技の長距離をしています。高校2年生です。
中学時代に鉄欠乏性貧血になったことがあります。
昨年高校に入学し、5月頃にまた貧血になりました。内科の先生は、スポーツによって

鉄の消耗が激しく補充が追いつかないのだろうとのこと。
注射をうち、フェロミア100mgを服用しましたが注射が終わるとヘモグロビンが下がる。
フェロミア200mgにしても同じでした。
鉄の消耗が激しいだけという事に納得がいかず、原因を見つけるためにインターネットで色々と調べていたところ、
亜鉛欠乏で貧血になることを知りました。
激しいスポーツで亜鉛が欠乏しやすいこと。それがまだあまり知られていないこと。
また診断基準・症状が似ていることが気になりました。
早速血液検査をしたところ、血清亜鉛68でした。低めとのことで4月下旬から
プロマック2錠・フェロミア200mgを服用し、時々鉄剤の注射もしており、
なんとかヘモグロビンが下がりきらないように保っている状態です。プロマックを服用して2ヶ月近くになりますが、
貧血症状はあまり変化がないようです。
鉄剤が多すぎることで亜鉛が吸収しにくいのでしょうか。
また貧血が改善するまでにはどのくらいの期間が必要なのでしょうか。
個人差があるとは思いますが一般的なことを教えていただければと思います。
近日中に血液検査で経過をみることになっています。
長文になり、申し訳ございません。宜しくお願い致します。





鉄の過剰摂取

投稿者:M.N　投稿日:2015年 6月 1日(月)00時43分30秒

亜鉛不足と鉄の過剰摂取には関連性は無いでしょか。両者は吸収に関して競合します。

最近イギリスの科学雑誌でシリアル（コーンフレークなど）による鉄の過剰摂取が話題になっていました。

http://www.newscientist.com/article/mg22429980.500-cereal-killer-are-you-eating-too-much-iron.html

第114回日本皮膚科学会総会に参加される先生方へ　微量元素亜鉛への関心を！！

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2015年 5月17日(日)22時28分46秒

第114回日本皮膚科学会総会の学会会頭の古川福美先生のご許可をいただき、ランチョンセミナー11で、『多数で、多彩な亜鉛欠乏症の臨床と疫学　～食欲不振？褥瘡・多彩な皮膚疾患も？そして舌痛症も？～』と題して、一時間の話をさせていただくこととなりました。

2002年秋、私は『多くの医師が考えているよりも遙かに多くの、多彩な亜鉛欠乏症患者さんがいる』ことに気が付き、その知識の普及は大変に大切なことと考えて、この10数年余、活動して参りました。
学会や医師会の講演活動で、初めは【たった一元素の欠乏で、そんな多彩な欠乏症状が発症する筈がない】と拒絶反応さえ示すその道の専門家達もいたのですが、亜鉛の多彩な生体内機能や分子生物学的な手法を駆使した亜鉛トランスポーターを中心とする亜鉛生物学の急速な進歩・発展に、次々に明らかとなる臨床的な知見も加わって、徐々に基礎や臨床の学会や医師会の研修会等などに受け入れられ、今回で169回目の講演です。
しかし、まだまだ努力不足で、キッと、全医師の二割にも、その知識は浸透していないものと思います。

欠乏症の多くは日頃しばしば遭遇する疾患・症状ですが、その原因はこれまでも定かには知られず、また、治療法も満足とは言い難く、多くの患者さんが悩み苦しんでいます
味覚障害は勿論のこと、食欲不振や拒食、舌痛をはじめ、苦い、渋いなどの口腔咽頭内違和感、慢性の下痢や貧血、多彩な皮膚疾患・皮膚症状や元気さなどの精神状態、その他にも及ぶ、実に多彩なものです。

特に、今回講演の皮膚科領域では、腸性肢端皮膚炎は典型的な亜鉛欠乏症として教科書に載っていますが、ほとんどの褥瘡は当然のこととして、大部分の老人性皮膚掻痒症やぺろりと容易に剥皮するお年寄りの皮膚、多くの全身の慢性湿疹様皮疹、乃至は角化傾向の皮膚、掌蹠膿疱症や類天疱瘡様水疱などの水疱症、その他の難治とされるアトピー性皮膚炎などの皮膚疾患・症状の中には、一次性か、二次性かは別にして亜鉛欠乏症、乃至は亜鉛欠乏が関与しているものがあり、その多くは欠乏症ですから、簡単で安価で、安全な論理的亜鉛補充療法で比較的容易に治癒・軽快します。

微量元素亜鉛は、生命に必須なミネラル元素であり、また、健常な皮膚の生成・維持に必須のミネラルでもあり、当然、異常な病的な皮膚の修復にも必須なミネラルです。。
さらにまた、私どもの血清亜鉛値に関する地域住民の疫学的調査では、何故か？は置いて、国民の約30%は亜鉛欠乏の傾向にあり、高齢者では50%を越える可能性もあると推測され、近年増加しています。

しかし現在、これらの事実に気がついている皮膚科医はほんの少数です。勿論、私どもの診療所は、一般の診療所ですから、皮膚科症例が多いとは言えず、また、私共は皮膚科の専門医でもありません。皮膚科以外の亜鉛欠乏症の症例・症状も含めてnarrative Evidence の重みを十分配慮してのそれぞれの症例・症例群と考えていますが、それぞれの専門家の目から見ると間違っていることもあり得ましょう。

是非、是非、多くの専門家の厳しいご指摘とご批判をいただければ有り難いと思っています。そして、これまでの視点や常識を越えて、豊富な症例で追試を積み重ね、出来れば皮膚科学会として、より正しい皮膚科の亜鉛欠乏症の概念を作り上げていただければ幸いです。これらの事実は、現在の褥瘡の治療と予防法を根本的に転換し、現在のステロイド外用剤中心の多くの皮膚科医療を変える可能性もあるのかも知れません。

皮膚と亜鉛に関心を持たれた先生方は、是非、是非、ランチョンセミナーご参加いただければと思いますし、また、亜鉛欠乏症のホームページを訪問いただき、厳しいご批判と追試をお願いしたいと思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

ありがとうございます

投稿者：まつ　投稿日：2015年 4月14日(火)23時27分0秒

以前、ふらついて真っ直ぐ歩けない、飲みこみが悪いなどで内科を受診しフェリチンを測定してほしいと申しましたところ、一般採血でヘモグロビンがギリギリだが正常範囲なのでフェリチンを図る必要はないと強く言われ理由を説明するのに一苦労しました。結局その時はヘモグロビンが１１．８でフェリチンは５未満でした。血清亜鉛もまた同じように言われるのではないかと心配です。また、精子と亜鉛が関係あるとよく書かれていますが、私はあまり信用していないのですが、主人も血清亜鉛が低ければ亜鉛不足が原因かわかりますね。

倦怠感と亜鉛

投稿者:倉澤　隆平　投稿日:2015年 4月12日(日)22時36分16秒

まつ様

亜鉛欠乏症は実に多彩な症状を呈します。私が経験した亜鉛欠乏症としての症状は『亜鉛欠乏症のホーム』（“亜鉛欠乏症”でも、“亜鉛欠乏症のHP”検索でもほぼtopでヒットします）をご訪問ください。これまでに経験した味覚障害や他に原因のない食欲不振、褥瘡や舌痛症・口腔内違和感、アフタ性口内炎・口角炎、老人性掻痒症や透き通る様な薄い皮膚や表皮内出血・水疱形成・易剥皮する皮膚の様なほぼ典型的な症状・疾患は単独の症状として発症しても、高い確率で亜鉛欠乏症と考え、更に、血清亜鉛値やAl-P値及び補充療法後の変動の仕方を参考に亜鉛欠乏症と診断するのですが、投稿された様な症状だけでは何とも云いようがありません。
　ただ、疲れやすさ（だるさ、慢性疲労）は多くの酵素系の機能低下の結果の症状として、理論的には亜鉛欠乏症の可能性が疑いうるものと考え、最近注意してチェックしてみますと、現在までに数人亜鉛欠乏症の可能性の高い患者さんを経験しています。いずれも亜鉛欠乏と考えられる血清値の変動があり、亜鉛補充療法により倦怠感が消失しています。ただ、倦怠感は一般的にもよくある症状ですし、患者さんの主観的報告によるよりないものですので、もう少し症例をあつめてみようと検討中です。
　貴女の場合にも、血清亜鉛値を測定し、その変動を追う論理的亜鉛補充療法で口唇と疲れやすさを追跡いただければと思うのですが、、、、。
　もう一つ、喉の詰まる感じと飲み込みの悪さは亜鉛欠乏症の患者さんが時々訴える症状で、これは亜鉛補充療法開始の比較的早期に軽快消失する傾向がある症状で、それぞれ合わせると亜鉛欠乏症の可能性が高いかも知れません。まずは血清亜鉛値を測定してみてもらえますか？？

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

唇の乾燥と亜鉛

投稿者:まつ　投稿日:2015年 4月 8日(水)00時21分27秒

はじめまして。私は長年に渡りほぼ１年中唇の乾燥に悩まされています。最近スポーツジムで「体内の水分が不足ぎみ」と言われました。そのせいで唇が乾燥するのかと思い、意識して水やスポーツドリンクを沢山飲むようにしております。少し改善しているように思っていたのですが、それでも人よりはるかに乾燥している時が多いと思います。唇の色も悪いです。また、唇の両下が乾燥しやすく、いつも粉がふいた様に白く、それが次第に剥げ落ちると黒ずんでヒリヒリします。年中この繰り返しです。アレルギーがあるのか分からないのですが、ステロイド軟膏で対応しています。血圧も低めですし、フェリチンが低いと言われたこともあり、ヘム鉄やその他サプリメントを飲んだりしております。数年前、とても喉が詰まる感じと飲みこみが悪くなり、ハンゲコウボクトウと言う漢方薬を処方してもらっておりましたが、改善しないため苦痛になり服用を止めました。とにかく疲れやすい、夜寝る以外に一日に何度か体を横にしないと体力がもたない、こういった症状が亜鉛と関係ありますでしょうか。また、主人に関してですが、精子の状態が非常に悪い、１日に何度も便が出るのにすっきりしない、下痢気味、何を食べても太れない、寝ている時の多量の発汗など、代謝が良いだけなのでしょうか。夫婦ともに亜鉛不足かと気になっております。

亜鉛欠乏と多薬剤服用患者

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2015年 4月 5日(日)12時41分34秒

はち様

　ご投稿によると大変多彩な症状・疾患に悩まれて来られたことお気の毒に思います。

『一連のエピソードのどの程度が亜鉛欠乏で説明されるものか？』とのご質問ですが、

亜鉛欠乏症は亜鉛の生体内機能の多様性から、これまで多くの医師が考えていたよりも遙かに多彩な症状・疾患が発症します。その多彩さについては小生の亜鉛欠乏症のＨＰを参照いただきたいと思いますが、このＨＰの記載は、全ての症状・疾患について、実際の経験例か、その経験例より強く推測されるものに限られ、例えば、角膜潰瘍等の眼科疾患や膝や肩の整形外科的な変性疾患や非細菌性炎症、限局性腸炎等などには触れていません。
しかし現在、分子生物学的手法を駆使した亜鉛トランスポータの研究等などから続々と明らかになりつつある亜鉛の生体内機能の詳細を見ていると、貴女の症状・疾患の可成りの部分が亜鉛欠乏と関連して、説明し得る様になるのかも知れません。
アフタ性口内炎や口角炎は褥瘡の発症と同じく、亜鉛不足による膠原組織の生成異常から皮膚や粘膜下組織の健全な生成・維持が障害されることで、発症しやすくなり、角膜の潰瘍も同様にも考え得るし、膝や肩の変性疾患も同様に説明し得るかも知れません。また、細菌やウイルスの感染は亜鉛不足による免疫細胞の機能低下の易感染性も考えられます。また、精神的な元気さの回復は、その機序はなかなか解明されないでしょうが、臨床的には厳然とした事実です。

2010年まで、全く健康であった人が、急に、種々の症状・疾患を発症する様になったのなら、一元論として経過を観察されることを、特に、医療職の貴女にはお願いしたいと思います。芋づる式に新しい亜鉛欠乏症の可能性の症状が加わるかも知れません。幸い貴女の皮膚科の主治医は亜鉛欠乏症のことご存じの様であるので、是非、適切な血清亜鉛値の追跡をする論理的亜鉛補充療法をして、経過を追っていただきたいと思います。

ただ、一つ疑問なことは『何故？亜鉛欠乏なのか？』の原因のことです。亜鉛欠乏には多くの原因があり、当然食物のこと重要ですが、最近多薬剤服用も看過出来ない問題と考えています。

佐久医師会からの勧めにて、ーぷらざINFO／教えて　ドクターみんなの医学；亜鉛欠乏症って？ご存じ？ーを投稿したら、某大病院の口腔外科に舌痛や口内違和感等などで年余に渡り通院し、一向に治らないとの数人の患者さんをはじめ、当地方の何人もの亜鉛欠乏症患者及び疑いの患者さんが押しかけて来ました。その多くは比較的容易に亜鉛補充療法で治癒、又は軽快しつつありますが、中には、多薬剤服用の患者さんが何人か居て、不要な薬剤を出来るだけ除くよう投薬医にお願いしたり、一種類づつ徐々に不要と考える薬剤を抜いたりして、治療に難渋しています。
一般にも驚くほどの薬剤を処方されている患者さんが居ますが、特に亜鉛欠乏症の患者さんの中には、その多彩な症状・疾患と不定な訴え、及びその治療法の間違いもあって治癒し難いためか？多科受診の患者さんも多く、また単科でも、本当に驚くほどの多種の薬剤を服用していることがあります。
亜鉛は多くの薬剤とキレートとなって、吸収障害が生じますので、そのために、より難治な亜鉛欠乏症へと悪循環している患者さんも多く、貴女の場合は如何なのでしょうか？

はじめまして

投稿者：はち　投稿日：2015年 3月26日(木)20時15分15秒

４９歳、女性、医療職です。

ここ数年の体調不良により、様々な診療科で検査、治療を受けてきました。
更年期かとも思いましたが、今年になって受診した皮膚科で亜鉛欠乏を指摘されました。血液検査でAZ５７だったと記憶しています。現在ポラプレジング７５mg分１で内服を開始し、２週間ほどです。

2010年頃より同時に多発する口内炎、舌炎、咽頭炎を繰り返し、耳鼻科でヘルペス性と言われ、抗ウイルス剤による治療を受けてきました。昨年、中耳炎により受診した際に中耳の良性腫瘍を指摘され、真珠腫の疑いで経過観察しています。近くＣＴ検査予定です。

閃輝暗点を前兆とする片頭痛(年数回)、失神発作(一昨年1回)もあり、脳神経外科でMRI等検査しましたが、異常ありませんでした。

恒常的に全身の掻痒感、擦過傷、毛嚢炎、頭皮の脂漏性湿疹、耳介や腋窩の炎症があり、皮膚科でステロイド軟膏等を頂いています。

2013年には、角膜潰瘍、ぶどう膜炎により眼科で治療を受けました。そのときもヘル

ペス性でしょうと言われました。現在も角膜炎と思われる症状があり、受診を予定しております。

昨年末、限局性腸炎(横行結腸)と併発した腹膜炎で入院しました。憩室炎を疑われましたが、大腸内視鏡検査で否定されています。炎症が収束してからの検査ですが、潰瘍はなく糜爛のみ確認されました。

膝、肩の関節炎を繰り返し、整形外科でステロイドの関節内注射等の治療も受けました。

抑うつ気分、集中力、判断力、意欲等の低下により仕事に支障をきたすこともあり、抗うつ剤(SSRI)、ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤を精神科で頂いています。

近医でベーチェット病疑いで総合病院の皮膚科を紹介されましたが、ＨＬＡでは否定的所見です。ポラプレジング服用開始して、１週間ほどでアフタ性口内炎、咽頭炎以上に、抑うつ気分や意欲減退が改善しました。

一連のエピソードのどの程度が亜鉛欠乏で説明されるものでしょうか。

アフタ性口内炎と亜鉛

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2015年 3月22日(日)13時39分20秒

藤谷 与士夫先生

先日の祝賀、壮行会は素晴らしい会でした。ご質問ありがとうございます。

いわゆるアフタ性口内炎の大部分は亜鉛欠乏に因るものと考えられ、プロマックによる亜鉛補充療法で、より短期に治癒し、再発し難くなります。
是非、追試と批判をお願いしたいと思います。

自己免疫性疾患や特殊な疾患に随伴するアフタ性様口内炎以外のいわゆる一般のアフタ性口内炎とは、底部に白苔を置き、周辺にわずかな発赤と可成りの疼痛を伴う浅い円形の潰瘍性病変で、昔は硝酸銀で腐食したり、最近ではキッとケナログ軟膏など、ステロイド軟膏が処方され、それで治癒せしめ得ているのか？？自然に治癒しているのか？？治療者自身も定かでなく、時にはしばしば繰り返し発症する口内炎とここでは定義しました。

小生が経験したものでは、①プロマック等投与により、疼痛及び治癒までの経過が明らかに短縮され、治癒したと患者達が報告しています。②その多くは他の亜鉛欠乏症の随伴症状と同時期に、ないしは、かなり前から繰り返し発症していることが多く、亜鉛補充療法を開始以後は、再発しなくなります。または、補充療法後飽和に達しないうちは、短期、軽症としての再発を認めても、以後再発し難くなります。③また、亜鉛補充療法により、血清亜鉛値（全てでないがＡＬ－Ｐ値なども）亜鉛欠乏症時と同様の変動をします。④今回のご質問で、亜鉛欠乏症疑い症例８００余例をザーッとチェックしてみますと、かなりの症例数（口内炎は亜鉛欠乏症の症状の中ではマイナーな症状で、また、主要な亜鉛欠乏症の症状発症時に併発していない場合等など多数あり、舌痛症の様に集計していませんし、アフタ性口内炎のみの症例の中には処方を受けて再診せずの症例もあり）がありますが、概ね上記の短期、長期の治癒傾向を示しています。中には、永年に渡り、しばしば、繰り返して再発し、厚いカルテの傷病名欄にアフタ性口内炎の受診記載がある症例で、欠乏症の他の症状で亜鉛補充療法を施行して以来、ぴたっと再発しなくなり、同傷病名での受診がなくなった症例もあります。
⑤そこで、現在では、亜鉛欠乏症診断の中に、１）アフタ性口内炎、口角炎の合併、または、しばしばの既往、２）表皮のひ薄化、表皮内出血、易剥皮、水疱形成、３）いわゆる皮疹のない、他に原因のない掻痒等など、欠乏症を疑う確かさの確認併発症状の一つとして加えています。

【多剤服用症例における難治の可能性】
　日本国民に亜鉛欠乏傾向があることは、小生のホームページに示す通りですが、何故、亜鉛欠乏が生ずるのか？について、不明のことが多いのですが、最近、多剤服用症例の舌痛、口内違和感等などの症例を何例か抱えています。種々の薬剤によるキレート作用など、亜鉛吸収障害が疑われるのですが、あまりにも多種類のキレート疑い薬剤が投与されていて苦闘中です。アフタ性口内炎でも難治症例では、この様なことも考えてみる必要があること付け加えて、是非、論理的亜鉛補充療法の追試をお願いしたいと考えます。

アフタ性口内炎と亜鉛

投稿者:藤谷与士夫　投稿日:2015年 3月14日(土)09時48分53秒

倉澤隆平先生

順天堂大学の藤谷です。
先日の、深田先生教授就任祝賀＆壮行会では大変お世話になりました。
素晴らしい会だったですね。

ところで、亜鉛欠乏症のご専門の倉澤先生にちょっとおたずねします。
自己免疫疾患以外の、一般のアフタ性口内炎の原因の主たるものは亜鉛欠乏で、プロマックで治癒するという記述がm3などネットで見受けられます。私も口内炎をよくおこすので、とても興味があるのですが、これは、どの程度信憑性があるんでしょうか？
もし、御存知ならばご教授いただけますと幸いです。
急ぎませんので、お時間のある時にでもよろしくお願いいたします。





亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

---

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

元気度と亜鉛　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2014年12月20日(土)20時45分54秒

土屋 誉先生
　久しぶりです。2014年も後半月余の１２／１３に、突然、“元気と亜鉛”と題してのご投稿有り難うございます。
　先生が血清亜鉛値を測定されながら、統計的に実感されている通り、また、私がしばしば述べている通り、ヒト（人間）の元気さと亜鉛は密接な関係があります。キッ

と３００余？とも云われる多くの亜鉛酵素の活性化をはじめ多彩な亜鉛の生体内機能の活性化の総合としての表現と言っていいのでしょう。
　そして、亜鉛欠乏を解消すれば“ヒトは元気になる”と単純に表現できれば、小生も、先生も実感していることなのですが、学問的には大変難しい問題を含んでいます。
　小生も、先生も外科医ですから、外科の手術適応の決定に、患者の元気度が大変に、大きな要因を占めていることは異論はないのですが、1970年の当時から今日まで、遂に、この元気度は医学的、医療的尺度（評価度）として、正式には研究されず、医療的評価基準として決まらなかったと言っていいのでしょう。
　2005年７月。第１６回日本微量元素学会が京都大学で開催されたときも、学会懇親会で、小生が亜鉛と元気度の関係を話題に出した時に、亜鉛欠乏による味覚障害の権威であられた（故）日大耳鼻咽喉科名誉教授・富田寛先生から、南極観測隊の医師隊員が隊員の日頃の顔写真を撮影して、その集積データから、表情の分析から元気度との関連を検討した研究があるとの教えを受けて以来、今日まで特別の研究はなく、余り変わっていないように思う。
　元気度とは、身体的な快調さ、元気さ、精神的な快発さ、元気さ、更には、草食系男子の話でないが、性的な元気さ、機能さえも含まれる言葉であるから大変なこととは思うが、適切に数値化された元気さ別の亜鉛値の疫学的データがまとめられたら面白いと思う。

　元気度とは少し違うのですが、亜鉛欠乏症の症状をとらえて、特に表皮の典型的な亜鉛欠乏症状の“表皮内出血、剥皮、易水疱形成、表皮ひ薄、易発赤性、掻痒”等々を早期にテェックして、予防的亜鉛補充療法を実施すると褥瘡の発症を予防できることは何年の述べてきていますが、
　社会福祉法人みまき福祉会の６２床特養には褥瘡発症者はいません。





元気と亜鉛　投稿者：土屋　誉　投稿日：2014年12月13日(土)23時20分51秒

仙台の土屋です。倉澤先生のおっしゃるとおり亜鉛と元気は相関すると思っていま

す。私は外科医ですが、患者さんがやっている元気クラブの皆さんの亜鉛は高く、同じ地域の閉じこもりの方の亜鉛濃度は低めです。施設入所者は更に低く、その中でも介護度が増すにつれて亜鉛濃度は低下します。一番低いのはPEG造設症例です。外来患者さんで亜鉛が低くなってきている方は補充しており、いつまで元気に通ってきます。
最近の草食男子のデータはありませんがきっと低いはずです。来年の職員検診には亜鉛の項目もいれて各年代の亜鉛濃度を調べようと思っています。
たった2gの元素で元気という活動性が規定されているとおもうと不思議ですね。

亜鉛欠乏症と食欲不振

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2014年12月 5日(金)21時10分31秒

上谷 しづ様

食欲不振の母上の症状が劇的に軽快したようで、本当に良かったですね。食欲不振の他にも“元気さ”も回復されたようで、多くのお年寄りによく現れる症状の組み合わせです。

うちのおばあちゃん最近は食も進まず、元気さも低下してきた。お歳のせいで仕方がないのかと一般に思われ、『もう歳ですから、、、。』と片づけられていることが多いのです。

本当にお歳のせいなのか？それとも、何か肝臓や胃腸の病気が原因なのか？亜鉛欠乏に寄るものか？医学的には鑑別診断して対応するのが本来ですが、お年寄りでは内視鏡などの侵襲の大きな検査をする前に、簡単な血清亜鉛値の検査をして、亜鉛補充療法をしてみることで、臨床的にはほとんどの症例で、先ず、適切な対応が可能です。

母上の場合はこれで、お歳のせいでないことも診断がついたので、その他に隠れた病気がないかどうかは、その際の血液検査の結果でおよそ推測できますし、更に、これまでに時々チェックされている血液検査のデータがあれば、その経過から、侵襲の大きな検査をしなくともほとんど判断が付きます。

病院教の信者や患者さんの諸検査のデーター一の推移やそれまでの経過、診察の所見等などから総合的に思考して診断せず、何でも直ぐ検査、検査と検査至上主義の医師は別として、私は母上の場合これで当分経過を見ることでよいと考えています。

この様な患者さんは、多くの医師が考えているよりも遙かに多く、亜鉛欠乏症の知識のない医師により、簡単に“胃ろう造設”等のとんでもない医療がされることもありますので、次回に亜鉛欠乏症の食欲不振について少し書くことにしましょう。

食欲出てきました

投稿者:上谷　しづ　投稿日:2014年11月29日(土)12時19分1秒

ありがとうございました。薬を飲み始めて１か月　食欲が出てきて寿司１人前ペロリと食べました。一緒に外食やおしゃれを楽しむ事もできるようになりました。
それまで普通に食べていたので亜鉛欠乏症になるとは思ってもいませんでした。亜鉛不足が引き起こす症状の多さに驚きました。毎年やっている成人検診で亜鉛の血中濃度も検査項目に入れてほしいと思います。

亜鉛欠乏と植物工場

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2014年10月16日(木)12時18分55秒

奥村様

京都府立大学　竹葉　剛先生主催の平成２６年度「エコタイプ次世代植物工場」研究会へのご参加いただき、また、貴重なご質問をいただき有り難うございました。
多彩な症状の、多数の患者さんの存在する必須微量元素亜鉛の欠乏症の問題は、臨床各科の診断・治療の医療に関係する問題だけでなく、人がより良く、元気で生きる保健の問題であり、それはさらに、動物、植物の生存にも関わる生命科学の問題でもあり、大変、重要な問題と考えています。
医学・医療だけでなく、色々の専門の方々と意見交換できること大変有り難いことです。
特に、多くの国民に亜鉛不足の存在が予測され、種々の原因はあろうとも、主要な原因として近年の農業・畜産業の在り方に疑問がある中で、この植物工場のことは解決策であるとともに、一つ間違えると亜鉛のみならず他の多くの未知の栄養素を含め、その異常を押し進める元にもなるとも考えられます。

多くの方々がこの研究会に集い、多くの種々なご質問をいただきました。
腸内細菌のこと、決して的はずれではなく、腸管内での亜鉛の吸収に関することとして、特に、加齢とともに亜鉛不足の傾向が高まることについて、亜鉛トランスポーター・ZIP４の発現と加齢の関係とともに、大きな問題点かも知れません。

亜鉛欠乏症のこと亜鉛生物学のこと、近年、基礎的にも臨床的にも急速に多くのことが判ってきましたが、まだまだ、判らないことだらけです。多くの方が、色んな立場で、微量元素亜鉛に関心を持っていただければと思います。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

エコタイプ植物工場にて

投稿者: 奥村　投稿日:2014年10月10日(金)16時21分40秒

倉澤先生

本日は亜鉛についてのお話ありがとうございました。
先生の御研究は、植物栽培の本で（渡辺先生）紹介されており、楽しみにしておりました。
腸内細菌云々と的外れな質問をしてしまい失礼しました。最後ご挨拶に伺おうと思いましたが、挨拶希望者の方が多くいらっしゃったので失礼させていただきました。
亜鉛酵母のお話は興味深かったです。吸収した亜鉛を吐き出す仕組みがないというお話は特に興味を持ちました。

返『亜鉛と免疫機能』について

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2014年 8月19日(火)22時31分49秒

深田 俊幸先生

亜鉛欠乏症のホームページ（RYU_HOME: http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/）の掲示板へのご投稿有り難うございます。

2002年10月、ふとしたことから、『多くの医師が考えているよりも、遙かに多くの、多彩な症状の亜鉛欠乏症が存在する』ことに気が付き、その事実の重大性を知りました。
その後の１０年余、このホームページと掲示板や日本微量元素学会等の基礎医学や臨床系の学会への報告、諸文献、文筆活動をはじめ全国を回っての、１６０回を越える講演活動をして、多くの方々にこの事実. 知見の周知を計るべく努めて参りました。

お陰様にて最近では、亜鉛欠乏症について、徐々に、徐々に知れ渡ってきたのでしょう、『多彩な亜鉛欠乏症があり、その多くは簡単で、安価な亜鉛補充療法で容易に治癒する』と告げると、臨床各科のいわゆる専門医達の中に『そんな馬鹿なこと、ある筈がない』と資料をポーンと投げ、拒絶反応を示す様な人は、流石に殆ど居なくなりました。

しかし、それでも、あまり臨床的効果はハッキリとはしないが、統計学的有意差があると称する薬剤には弱いいわゆるＥＢＭ信者の専門医の中には、現場の narrative Evidence を自分自身の目と頭脳で、しっかりと検証出来る能力の欠如している者達も居て、臨床医達への亜鉛欠乏症の知見の浸透はもう一歩と云う現実です。

でも、臨床医療の現場では narrative Evidence と基礎医学的証明の事実の合致は、臨床医達を説得する大変大きな力となります。今回の“ＺＩＰ１０”に関する亜鉛と免疫機能についての論文は、あらゆる臨床各分野の医師達にとって、特に、褥瘡に携わる医療関係者や皮膚科医には必読の論文と考え、是非、読んで欲しいと思ってＰＲします。
(この一つ前の深田 俊幸先生の投稿からそれぞれの論文のﾌﾟﾚﾘﾘｰｽのURLをｸﾘｯｸして下さい)

基礎医学と臨床医学を繋ぐ意味で、臨床面から本論文と臨床医療との諸関係を、以後の掲示板に投稿するつもりです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

「亜鉛と免疫機能」について　投稿者:深田俊幸　投稿日:2014年 8月15日(金)22時27分25秒

倉澤先生

残暑お見舞い申し上げます。
先日の亜鉛栄養治療研究会(http://zinc-nutritional.kenkyuukai.jp/about/)ではとても有意義な意見交換ができました。基礎医学を研究する者として、臨床現場に従事する先生との交流の機会はとても貴重です。此の度は、その際にお伝えした「亜鉛と免疫機能」について最近発表した論文を御紹介したく、ニュースリリース記事をお知らせしました次第です。役割が判らなかった亜鉛輸送体の一つであるZIP10について、自己防衛に必要なB細胞での役割を解いた論文です。一連の研究によって、細胞の中の亜鉛は「B細胞の正常な発生とその維持」および「B細胞による免疫応答」に必要であることが判りました。古くから亜鉛の欠乏は免疫力の低下を招くことが言われていましたが、その理由はよく判っていませんでした。今回の論文はその理由の一端を示唆していると思われます。先生がご研究されている亜鉛の欠乏に起因する褥瘡や派生する病態について、そのなかなか治りにくい要因の一つとして「患者の免疫力が低下しているのでは」と思いました。

以下のサイトに内容が紹介されていますので御参照ください。

亜鉛は「B細胞の正常な発生とその維持」に必要である。PNAS 2014;111:11780-5
http://www.riken.jp/pr/press/2014/20140729_1/

亜鉛は「B細胞による免疫応答」に重要である。PNAS 2014;111:11786-91
http://www.riken.jp/pr/press/2014/20140729_2/

今後とも御指導御鞭撻の程、何卒宜しく御願い申し上げます。暑さ厳しきおり、お身体くれぐれも御自愛下さい。

深田俊幸

亜鉛を豊富に含む野菜　投稿者:竹葉　剛　投稿日:2014年 5月26日(月)15時42分58秒

こちらのホームページを見て大変驚いています。
私は、植物工場で亜鉛を含む微量ミネラルを豊富に含む野菜を栽培しています。理由は、露地野菜の微量ミネラル含量が顕著に低下しているからです。長野県は野菜の摂取量が全国一ですが、それでもこのような亜鉛不足が観察されるということは、日本国民全体の大きな課題であると思います。ぜひ先生にお話を伺いたいと思いますが、メールアドレスなど教えていただけないでしょうか？
私のメールアドレスは、gtakeba@kpu.ac.jp です。よろしくおねがいします。

(Ⅲ)褥瘡と亜鉛欠乏症①－３ 類天疱瘡様水疱　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2014年 5月18日(日)16時26分14秒

褥瘡の治療をしていると（Ⅲ）①－１、－２で述べてきたような表皮病変を、しばしば、経験する。その中の水疱について、是非、皮膚科的に検討して欲しいものと思う。

褥瘡に先行し発症する水疱、褥瘡発症時に合併して発症する水疱は論理的亜鉛補充療法で簡単に治癒する。また、この様な水疱症の亜鉛補充療法後、亜鉛維持療法をすることにより大部分の褥瘡の発症を予防できる。つまり、これらの水疱は褥瘡の原因と同じで、亜鉛不足によるものである。

しかし、現在の皮膚科教科書によると、ウイルスや細菌感染によるものや遺伝子の異常による先天的なもの等などの比較的稀な特殊なもの除けば、天疱瘡様水疱や類天疱瘡様水疱の比較的大きな水疱で、日常臨床で比較的しばしば経験する水疱は熱傷と天疱瘡・類天疱瘡の水疱しかない。しかし、日常臨床で多く見る単発や有数個の多発や次々と多発する天疱瘡様水疱や類天疱瘡様水疱の大部分は、熱傷を除けば、亜鉛欠乏症と考えられる。

確かに、デスモグレイン１抗体とか３抗体やＢＰ１８０等の自己抗体が証明され、全身に多発する典型的な皮疹の少数例の天疱瘡・類天疱瘡と多くの天疱瘡様や類天疱瘡様水疱症で論理的亜鉛補充療法で治癒するものとの関係を皮膚科医には、是非、明らかにして欲しいと思う。

私共の診療所や施設は、一般の診療所であるから、皮膚科症例はそれ程多くはないので、是非、多くの症例で追試・検討をして 欲しいものと思う。
ただ、典型的な天疱瘡・類天疱瘡でも皮膚病変の再生・維持に亜鉛が大量に消費されて、それが一次性か、二次性かはまだ不明であるが、亜鉛欠乏状況にあり、亜鉛補充療法によりかなりの改善・治癒傾向を示すことを記しておきたい。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

---

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

（Ⅲ）褥瘡と亜鉛欠乏症①－２表皮病変と褥瘡予防

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2014年 5月 6日(火)12時59分59秒

褥瘡周辺の表皮病変は、亜鉛欠乏症の表皮病変である表皮内出血、易発赤性、類天疱瘡様皮疹（水疱）、易剥皮性、剥皮、ビラン、そして菲薄な皮膚等と、しばしば同一である。

そして、これらの表皮病変は褥瘡発症のかなり前より、亜鉛欠乏の症状として、し

ばしば発症するので、褥瘡発症の可能性のある患者達には、注意して亜鉛補充療法と維持療法をすることにより『褥瘡予防』が可能である。

【表皮内出血】お年寄りでは、しばしば特別の打撲などの記憶がないのに、手背や前腕や下腿の表皮内に、出血斑が発症する人がいる。もちろん、血小板や凝固系に異常はない。亜鉛補充療法で亜鉛が補充されてくると、徐々に、出血斑が発症しなくなる、
　また、高齢者には、しばしば軽い外力で、下腿等でペロリと薄く表皮が【剥皮】する人がいる。この様な症例では、軽い外力で発赤したり、水疱形成や表皮のずれを生ずる。
　これらの症状は論理的亜鉛補充療法で血清亜鉛値の変化、臨床症状の変化（皮膚が丈夫になり、剥皮などしなくなる）より、亜鉛欠乏症である。

【類天疱瘡様皮疹】水疱が単発の場合は、しばしば熱傷を疑われ、特に、脊髄損傷例では知覚がないために多発しても、熱傷を疑われやすい。多発したり、繰り返し発症する非緊満性の水疱は類天疱瘡の水疱とは区別出来ないが、全身性に多発する類天疱瘡との鑑別を要する。
　多くの水疱は亜鉛補充療法で治癒し、適切に維持すれば再発しない。典型的な類天疱瘡も少なくとも二次性の亜鉛欠乏はあるので、これらの水疱と亜鉛の関係について皮膚科医の関心と検討を期待したい。
【菲薄な表皮の皮膚】お年寄りの手背の静脈が浮き出た様な、テカテカと光る薄い、薄い表皮も亜鉛欠乏であり、亜鉛補充により、厚くなり透明性が減り、褥瘡の予防にもなる。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





（Ⅲ）褥瘡と亜鉛欠乏症①－１褥瘡の表皮病変　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2014年 5 月 6日(火)10時45分53秒

【典型的な褥瘡の発症病変】
　典型的な褥瘡の発症では、主要な圧迫部位（例えば仙骨部）を中心に、皮下深部にまで及ぶ組織の血行障害があるが、その周辺部に皮膚の発赤や紫色化を伴う。周辺の表皮にはしばしば水疱形成、易剥皮化と剥皮・ビラン等などが見られる。この表皮の所見は、主要病変から離れた部位（例えば背椎骨の両側や肩部など）にも、時に散見、時には多発する。
　除圧などの処置が執られても、多くは中心の血行障害部は種々の大きさの可逆的血行障害や非可逆的壊死に移行し、周辺の諸組織は発赤、ビラン、浮腫から浸軟化して、ベロベロと溶ける様な感じとなって、多量の浸出液を伴い褥瘡は進行し、難治化する。
　これまで、除圧や局所の処置が適切でないと血行障害部も壊死部も拡大の傾向があるし、散在する表皮の病変部にも、真皮や皮下に及ぶ壊死、潰瘍に及ぶこともある。

【亜鉛補充療法と適切な局所療法で大部分の褥瘡は治癒する】
　亜鉛補充療法と、例えば、デュオアクティブの様な被覆保護剤貼付の病変保護をすると、大部分の症例では表皮病変は１週間前後で軽快．治癒し、一般に進行はしない。
　剥皮、ビラン部で、ビランがやや深く、浸出液が多い場合は、被覆剤の下に浸出液が貯留し、感染のを生ずる可能性がある。その時は、イソジンシュガーを使用している。
　亜鉛補充療法で多くの場合、浸出液は比較的早期に治まり、ビランは上皮化する。中心部近くのベロベロと溶ける感じの浸軟部も浸出液が減少して、乾いて締まってくる感じとなる。
　水疱は表皮に鋏で小孔を適切に開け、表皮を貼り付けて、被覆するのも良い。

　中心部の深部に及ぶ血行障害部についてはここでは省略する。

【原則的な褥瘡治療】
　原則的には、理論的亜鉛補充療法とその程度に応じた除圧と
局所療法使用剤は、原則①デュオアクティブ、②イソジンシュガーの二剤で充分である。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

（Ⅱ）褥瘡と亜鉛欠乏症③－３循環障害

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2014年 4月 4日(金)22時39分4秒

【褥瘡の循環障害は亜鉛欠乏による血管内皮細胞の機能障害が主要因である】《仮説》

　褥瘡の発症及び治癒と亜鉛補充療法の臨床的経過を観察すると、褥瘡と亜鉛欠乏症③循環障害－１、－２で考察したごとく、褥瘡の壊死及び治癒の遅延の主要因は亜鉛欠乏症で、
【物理的圧迫による局所の循環不全はtriggerであって、“亜鉛欠乏による血管内皮細胞の機能障害による”循環障害と組織の変化の悪循環による。】との仮説に到達した。、
　もちろん、血管内皮細胞の機能については、まだ、殆ど判っていないと云って良いので、全く仮説に過ぎないが、定説の物理的圧迫による循環不全ではより説明不可能と考える。

　以下褥瘡の循環不全に類似した五種類の壊死（潰瘍）と褥瘡の壊死を比較検討してみる。

　五種類の壊死（潰瘍）と循環障害

【巻き爪　陥入爪の壊死】
　陥入爪の壊死は慢性的な爪尖の物理的な圧の圧迫による微少な組織障害（循環不全？）に感染が加わったもので、この圧迫を除けば、感染も不良肉芽も潰瘍も自然に治癒する。
　この潰瘍・組織障害には、慢性の圧以外に、組織の治癒阻害因子がないからである。
　陥入爪と同様の壊死・潰瘍には整形外科的な関節拘縮時の圧迫による褥瘡がある。これ等の褥瘡は拘縮状態を解除すれば、圧迫の解除のみで速やかに、褥瘡は治癒する。

【急性・慢性の動脈性循環障害による壊死】
　急性の動脈性循環障害は、典型的には、比較的太い動脈の急性の塞栓で発症する。早期に血行再建がされなければ、その血管支配領域の阻血・虚血の程度により、壊死や虚血部位が生ずる。この虚血部位や動脈硬化症やバージャー血管炎等による比較的末梢の動脈の多発性の閉塞・狭窄の慢性動脈閉塞性循環障害の虚血部位ではその程度によるが、多くは創傷の治癒遅延に止まるが、中には、外傷を原因とし、しばしば壊死・潰瘍を生じ、更に、壊疽となって、壊疽創が拡大することもある。動脈性の血行障害による酸素欠乏などが主要因であるが、創傷治癒に必要なものの不足も考えられる。慢性虚血による＋αがあるのかも知れない。

【凍傷の循環障害による壊死】
　山岳遭難などによる強度の低温障害に起因する末梢指趾の凍瘡の壊死と潰瘍は局所の極端な循環障害と組織障害によるが、いわゆるしもやけ（凍傷）の発赤や鬱血、ビランや潰瘍は
循環系のどの部位のどの様な循環障害の結果なのであろうか？

【糖尿病性壊死・壊疽】
　糖尿病の血管合併症として、糖尿病の壊疽がある。コントロールの悪い糖尿病症例では、多くは外傷を発端として、創の治癒が遅延し、次第に壊疽創が拡大して、典型的な糖尿病性壊疽となることが多い。糖尿病は太い血管はもちろんであるが、むしろVasculopathy として、微少(最小)血管の障害をもたらすことはよく知られ、その一因として血管内皮細胞の機能障害の研究が多く行われている。糖尿病の代謝異常による血管内皮細胞の機能障害＋周辺組織の変化の影響による機能障害の悪循環と考えると如何であろうか？？

【褥瘡における壊死】
　褥瘡は少数の巻き爪のような圧迫の除去で容易に治癒するものから、【亜鉛欠乏による血管内皮細胞の種々の程度の機能障害】にtriggerとなる物理的圧迫による血行障害からの局所組織の化学的変化、例えばＰＨや化学物質等の影響が加わった血管内皮細胞機能のさらなる低下の悪循環から、漏出液の増加、組織の浮腫、末梢の循環不全、組織の壊死が進行し、更に、周辺の組織への化学的変化が悪循環を同心円的に拡げ、褥瘡が拡大・難治化すると考えると、現実の褥瘡の発症・拡大と難治化、亜鉛補充療法の治療・予防効果が、素直に説明できるのではないだろうか。亜鉛補充療法で、ほんの数日で、褥瘡周辺の発赤や紫色化が治まり、浸出液が減少し、浮腫も軽快し、壊死周辺の組織が何となく乾いた感じとなる。血中の亜鉛濃度に敏感に反応しての微小循環の血管内皮細胞の機能の回復と考えると如何だろうか？

【静脈瘤症候群性皮膚疾患】
　慢性の静脈性皮膚疾患が下腿の静脈瘤による慢性の静脈性鬱滞による重症の皮膚疾患で潰瘍形成などありえても良いかと考えるが、小生には経験がないので省略する。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

ご回答ありがとうございます　投稿者：夢野　投稿日：2014年 3月31日(月)14時29分43秒

その後、亜鉛の数値はみていませんが、胃痛と抜け毛が多いのはすっかり治りました。
ほっぺたと歯茎の堺目の部分がずーっと口内炎というか、がさがさだったのも、すっかりよくなりました。
体調もすこぶるよくなったので、以前採卵し受精凍結させた胚を移植しましたら…
なんと陽性反応をいただくことができました。
ただ亜鉛数値が低く体調が悪かった時代の受精卵だからか？栄養胚のグレードがよくない胚でしたので、このまま化学流産になりそうです。
それでも、着床できる力があるとわかったのは大きな前進でした。

私が調べた限りですが、銅付加の避妊具は銅イオンの力で受精卵も殺すというので、血清銅が多いと受精卵にとっては居心地が悪いのかも…と思っていますが、今回の着床が銅と亜鉛のバランスのせい…かどうかはわかりません。
でも体調がよくなったことが全体的に良い結果をもたらしたのかもしれないです。
今回の移植で受精卵の貯金はなくなってしまったのでまた採卵からですが、今度は亜鉛ばっちりの状態ですので精神的には期待が持てそうです。
ご丁寧に回答ありがとうございました。

（Ⅱ）褥瘡と亜鉛欠乏症；③―2 血液循環　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2014年 3月26

日(水)16時42分47秒

【物理的な局所組織の圧迫による循環不全が褥瘡発症の主要因ではない】と考える。

多くの褥瘡は、一般には、仰臥しなければ発症しないが、仰臥したら必ず発症するものでもない。しかし、褥瘡の発症が始まると、多くの症例で循環障害を伴う主病巣の周辺に、皮膚の発赤や紫色化、水疱形成や薄い表皮のづれ・剥離、ビランや浸出液の増加に、浮腫など伴うことが多い。除圧などの適切な褥瘡治療が開始されないと、循環障害に伴う壊死巣は、ヤヤ、同心円状に拡大する傾向がある。更には、壊死巣の周辺はベロベロと組織が“軟化し、溶ける感じ”で、浸出液も多く、壊死巣は拡大する。
一方また、同時期に、しばしば主病変の近傍ではなく、遠く離れた遠隔部にも、発赤・紫色化、水疱形成や剥皮、ビラン等の同様の表皮病変も出現し、剥皮部、ビラン部位からの浸出液も多い。表皮病変は皮下の血行障害の影響を否定はしえないが、一般には明らかな皮下の血行障害はなく、別の機序の表皮病変と考えるべきとも思われる。

この様な褥瘡発症時、亜鉛補充療法を開始すると、大部分の症例で、数日から一週前後で、表皮病変は軽快し、壊死巣周辺の浸出液の量も減少し、剥皮部、ビラン部も何となく“乾いた感じとヤヤ締まった感じ”となり、壊死巣周辺も組織が締まってくる。その後、適切な時期に壊死組織のデブリードメンと行うと、潰瘍周辺は良好な肉芽の発生と周辺の皮下、真皮の組織がキュッと締まって、治癒して行く。そして、褥瘡治癒後の亜鉛補充療法継続で、大部分の症例で、介護状態等は発症前と同様（例えば、在宅介護）になっても褥瘡は再発せず、発症の予防が可能である。
褥瘡完治後、血清亜鉛値の変動より亜鉛補充状態と判断した症例で、亜鉛補充を中止した場合、血清亜鉛値が低下して褥瘡が再発する症例が見られるが、血清亜鉛値の低下の速度は症例により、バラバラである。

この様に、褥瘡の発症時の状況・経過、亜鉛補充療法による治癒の経過、その後の亜鉛維持療法の継続症例と中止症例の差を見ていると、物理的な圧による局所組織の圧迫によるとされる循環障害説のみには色々と疑問が浮かぶ。

また、褥瘡発症時の循環障害は循環障害部の周辺の発赤、同部の浮腫傾向の存在、多量な浸出液の排出傾向、循環障害の範囲は、動脈系の圧迫による虚血でも、静脈系の圧迫による鬱血でも、それだけでは説明し難いと考え、循環障害の主要な場は毛細血管及びその前後の微細血管領域のものと考えたい。しかし、微細血管領域の物理的な圧迫による血行障害としても、疑問に思えることは、主病変周辺の発赤と浮腫と浸出液の増加である。

単なる物理的な圧迫による血管内腔の閉塞だけではなく、微細血管の拡張や漏出などの機能不全が主体の様と考えるのが説明しやすいと考える。
【血管内皮細胞の機能不全が主要因】を考えるのが適切であろうと考えるが、如何なものであろうか？。
確かに、局所の物理的な圧迫がなければ大部分の褥瘡は発症しない。
【物理的圧迫による初期の循環障害が、機能障害のある血管内皮細胞に影響し、悪循環を生じたもの】【血管内皮細胞の機能障害は亜鉛欠乏による】と考えると総てうまく説明がつく様に思う。仮説として検討して欲しいものと考える。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

（Ⅱ）褥瘡と亜鉛欠乏症；③－１血液循環

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2014年 3月16日(日)23時09分11秒

【褥瘡の発症・治癒の遅延は、臥床等による組織の圧迫の局所的原因はあろうとも、全身状態、特に、亜鉛欠乏による代謝異常の全身状態・亜鉛欠乏症が主要因で、一般的栄養状態は良いに越したことはないが、亜鉛補充療法と適切な局所療法で治癒と予防が可能である。少なくとも一般的に現在の複雑な軟膏療法は不要である。】つまり、【大部分の褥瘡の主要因は亜鉛欠乏症である。】と、これまでの常識に反して、私共は主張してきました。

しかし、褥瘡(pressure ulcer)という様に、確かに多くの褥瘡は仰臥し、局所の組織に圧が加わって、局所の循環障害が契機となって、褥瘡が発症することは事実である。

しかし、また、仰臥したからと云って、必ずしも褥瘡が発症しないことも、多くの臨床に置いて、経験してきている事実であると云えよう。亜鉛欠乏症についてのホームページの中http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/ にも、仰臥乃至は同様の状態の患者が、ある時から突然に褥瘡が発症し、急速に悪化する症例が多数示されている。
つまり、強さ、時間、範囲等々の種々のレベルの局所組織の圧迫により発生する局所の血液循環の障害が褥瘡発症にまで至り、難治化するのには、その状況に陥る全身又は局所組織の状態が存在する。
これまでその状況を全身的な栄養状態、特に、その指標である総蛋白濃度、Alb値やHb値等々が注目されてきた。しかし、これらの栄養状態の改善はそれ程に容易なことでなく、臨床的には局所組織の圧迫が主な要因として、除圧や発症した創傷の治癒阻害因子の除去や、更には、創傷治癒促進因子の活性化等々の局所療法にエネルギーが注がれてきた。

もちろん、局所療法は大切である。しかし、【圧迫やずれなどの物理的圧の局所的要因はあろうとも、又、一般的栄養状態が良いに越したことはないが、褥瘡発症・難治化の主要因は亜鉛欠乏症によると云える。亜鉛欠乏による局所組織の低代謝、代謝異常によるもので、亜鉛補充療法による代謝状態の改善で、見かけの栄養状態が改善しなくとも、褥瘡は治癒に向かう。】と考えている。

では、【褥瘡に至る血液循環の異常と亜鉛はどんな関係にあるのか？？】
これはまだ仮説であるが、【血管内皮細胞の機能に亜鉛が関与している。】と考えているが、如何なものであろうか？基礎的な研究を、是非、お願いしたいものと思う。

次回には（Ⅱ）褥瘡と亜鉛欠乏症；③ー２血液循環として、褥瘡の発症・治癒経過の臨床観察から、この仮説を考えてみたい。多くのご批判をいただければ幸いである。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

（Ⅰ）褥瘡と亜鉛欠乏症

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2014年 3月 9日(日)20時59分13秒　編集済

亜鉛欠乏症は『多くの医師が考えているよりも、遙かに多くの、多彩な欠乏症状を示す疾患・症状群である。』ことが判ってきました。
人体に２～３ｇｒ含まれるという、微量元素亜鉛の、たった一種の元素の不足により、実に多彩な疾患・症状がが発症することから、医師、特に、それぞれのいわゆる専門医達には、『そんな馬鹿なこと、起こるはずがない。』と拒絶反応を示す者も居るなど、なかなか認め難いことの様でした。しかし、最近では、急速に進歩発展する亜鉛生物学での、亜鉛トランスポータなどの分子生物学的研究から、亜鉛の生体内機能が続々と解明されたこともあってか、徐々に徐々に、亜鉛欠乏症の臨床は認められつつあるようです。
『亜鉛欠乏症のホームページ』http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/ への訪問も 2014.03.07 には、80,000件を超えました。

今回は多彩な欠乏症状の中の【褥瘡】に限って、シリーズで、その発症・治癒について、臨床的経験、疫学的データ、基礎医学的知見等々を総合し、推測も合わせて記すことにしました。
【褥瘡】は個を守る人体の外壁の破綻と捉えて、①表皮、②真皮と皮下、③血液循環、④免疫機能と、現在では、四つの防護壁に分けて検討することにします。
褥瘡の臨床に携わる方々や亜鉛生物学を研究される方々の関心と少しでも参考になればと思い、また、厳しい批判をいただければ幸いと思います。

【褥瘡はこれまで一般に、全身的状態はあろうとも、主に臥床等による組織の圧迫からの局所の血行障害が主要因で発症・難治化すると考えられ、総蛋白値、Alb値やHb値等を改善する栄養等の全身状態の改善は大切であるが、もっぱら、除圧や局所の創傷治癒阻害因子の除去・治癒促進を目指す軟膏療法等の局所療法が主であった。】
しかし、
【褥瘡の発症・治癒の遅延は、臥床等による組織の圧迫の局所的原因はあろうとも、全身状態、特に、亜鉛欠乏による代謝異常の全身状態・亜鉛欠乏症が主要因で、一般的栄養状態は良いに越したことはないが、亜鉛補充療法と適切な局所療法で治癒と予防が可能である。少なくとも一般に、現在の複雑な軟膏療法は不要である。】つまり、【大部分の褥瘡の主要因は亜鉛欠乏症である。】と私は考えています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

口腔扁平苔癬は、やはり、亜鉛欠乏症であったか！！ 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2014年 3月 2日(日)20時43分44秒

オリーブ様

【口腔扁平苔癬】が治癒したとのご報告有り難うございました。
「“原因不明で難治の口腔扁平苔癬が治癒したらその経過を教えてくれ”と言われ、熊本大学の第一例になる」と宣言して、亜鉛補充療法を続けたオリーブさん。熊本大学の先生に報告して頂けましたか？是非、経過を口腔外科学会か、歯科の学会に報告してもらって下さい。学会ではまだ原因不明の口腔内粘膜疹疾患とされ、多くの患者さんが苦しんでいますので、一例の症例報告でも、充分に立派に通用する報告になることでしょう。
尤も、2010.10.25 にオリーブさんが、長年間続いた舌痛症に、口腔内違和感や口乾感のﾄﾞﾗｲﾏｳｽ症状や唾液の不味さ、慢性の下痢、皮膚掻痒症状、喘息様の咳、のどの弱さ、胃腸の弱さや元気さの低下等々の諸症状で、大学病院では心身症や自律神経失調症などと言われ、迷いに迷っての彷徨の末に、この亜鉛欠乏症のホームページに辿り着きました。
血清亜鉛値６９で亜鉛補充療法を開始した時、貴女は【口腔扁平苔癬（白いレースに縁取られた真っ赤な陥凹の病変のヒリヒリとした痛みや大きく開口できない痛み、餅が張り付いた様な違和感を持つ粘膜疾患）】も合併していました。
幸い、担当の先生により、亜鉛補充療法が進められ、亜鉛欠乏症によると考えられる諸症状が、紆余曲折はあったが、軽快・治癒して行く中で、【口腔扁平苔癬】は①多くの典型的な亜鉛欠乏症状に合併していること②これまでの皮膚の扁平苔癬様皮疹や多くの亜鉛欠乏によると考えられる皮疹、皮膚症状の亜鉛補充療法への反応③この口腔扁平苔癬そのものの亜鉛補充療法への反応（痛みの軽快、病変粘膜のピンク色への変化等々）から、『口腔扁平苔癬も亜鉛欠乏による粘膜疹の可能性大』と確信し、亜鉛補充療法の継続のお願いをしてきました。
その結果、やはり、口腔扁平苔癬は亜鉛欠乏症の可能性が非常に高く、多くの患者さんを簡単で、安価で且つ安全な亜鉛補充療法で救う可能性があることが判明しました。
多くの施設で是非、是非論理的亜鉛補充療法の追試をして欲しいものと考えます。その為にも、治癒過程（出来れば写真）、血清亜鉛値の変化、などがあれば素晴らしいのですがどうでしょうか？？
兎に角、ご報告有り難うございました。その他の症状については時を改めて、、、、。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

不妊と血清亜鉛値及び銅値について 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2014年 2月23日(日)13時41分12秒

夢野様　オーリー様

ご両人とも不妊で悩まれていること、心から同情申し上げます。
ただ、１月２６日の投稿の総論『現代は医療幻想の時代』でも述べてごとく、医学医療が劇的に進歩発展したと云っても、医学医療で判っていることはほんのちょっぴりで、判らないことだらけです。不妊で悩まれている方々には、大変に冷たい言い方かも知れませんが、受精・妊娠・出産等の医療技術にかかわる医学的知見はかなり進歩したと云っても、特に、“生命”“生命の誕生”については、その基本的なことは殆ど、何も判っていないと云ってよいでしょう。ヒトの智で、科学的・医学的技術で、受精・妊娠・出産を中断することは容易でも、多彩な、不明のことだらけの不妊の原因を突き止め、妊娠・出産を継続・達成することは容易なことではありません。医学的に判っている原因の不妊について、適切に対処して、その原因を取り除ける場合以外、確実に妊娠を達成できるとは云えないでしょう。

さて、生命の発生・維持に必須と考えられるミネラル・亜鉛が、少なくとも現在の日本では、多くのヒトに不足しており、その欠乏症が多発していることは『亜鉛欠乏症のホーム・ページ http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/』の通りですが、亜鉛欠乏が不妊の唯一の原因になっている症例はごく稀ではないかと私は推測しています。それは、あまりに高度の欠乏症例はいざ知らず、亜鉛欠乏症を発症している人や潜在的亜鉛欠乏症の人は数多く、特に、スタイルを気にしてダイエット中の若い女性の多くは亜鉛不足の可能性が高いからです。将来、骨粗鬆症で腰痛や骨折が心配です

が、少なくとも妊娠可能と考えています。
　ただ、まだ証明されてはいませんが、現代日本人の精液中の精子数が減少していることが、報告されています。このことは、もしかすると亜鉛欠乏が関係しているのかも知れず、今後検討されるべきと私は考えています。

　さて、上記の様なことで、細かなことは省きます。①血清亜鉛値と銅値のことです。血清亜鉛値７６はこの値でも個人として正常のこともありますが、多くの方では低値と考えられ、舌痛やアトピー、脱毛等あるのでしたら、不妊症とは別として、亜鉛欠乏症の可能性が大きいので、亜鉛補充療法を試みるのがいいでしょう。直接不妊症と関係なくとも、欠乏症状の改善や体調の改善は意味があるのでないかと思います。血清亜鉛値の推移と銅値の変化は医師に任せたいのですが、普通の経口的な亜鉛補充では、銅値のことあまり気にしないでよいと、ここではしておきます。
　血清亜鉛値や銅値については、必要でしたら、ホーム・ページの報告書やリンクの講演などで検討して下さい。亜鉛値の関連での銅値については、まだ、臨床的に充分の知見が整っていないと云えると考え、省略します。
　何故亜鉛不足が生ずるのか？も多くの説があり、多くの原因があると考えますが、私は食事が一番大きな原因であると考えています。。これもホーム・ページや成書を参照して下さい。

　亜鉛欠乏症について、この１０年余で全国で１６０回を越える講演など周知活動をしてきましたが、『人体にたった２～３gr含まれるという微量元素亜鉛の欠乏で、そんなに多彩な症状や欠乏症が発症するはずがない』と拒絶反応を示す者もあり、常識を覆すことは本当に大変なことでした。最近は、徐々にその知見が認められてきましたが、亜鉛の生体内機能について知っている医師は、まだまだ少ないのが現状です。こん後も周知活動を続けて行くつもりですので、よろしく。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛不足と銅過剰の不妊　投稿者:オーリー　投稿日:2014年 2月13日(木)18時53分27秒

色々とネット検索していてたどり着きました。

先日の夢野さんと全く同じ状況にあり、思わず投稿いたしました。
私は３度目の体外授精の陰性のあと、銅と亜鉛の検査をしました。数値は夢野さんととても似通った感じです。
少しでも希望を見出だしたく、先生からの投稿を心待にしています。





《前のページ | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 次のページ》
以上は、新着順161番目から170番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

（無題） 投稿者：オリーブ 投稿日：2014年 2月 9日(日)22時05分49秒

久しぶりに投稿させていただいています。亜鉛欠乏症の治療をして3年。最近は亜鉛のサプリを飲む程度です。
舌痛症は完治してませんが以前より気にならなくなっています。私が気づいたことで何か参考になればと思いまして、、、。舌を触ったらすごく痛いので毎日舌のマッサージをしています。それと目の神経と何か繋がっているようでとにかく力を抜くよう

にと心がけています。それと最近気づいたことは唾を吸う癖があるので何とかやめようと努力しています。唾液は相変わらず変な味です。でも口腔扁平苔苔癬はすっかりなおりました。もちろん歯磨きは毎日頑張っています。金属アレルギーも金属除去してからは良くなりました。皮膚も以前より強くなってます。それとビオチンを毎日飲んでます。何か参考にと思い投稿します。





現代は医療幻想の時代

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2014年 1月26日(日)17時37分46秒

夢野様

「亜鉛と不妊について」の質問をいただきました。不妊に悩まれ、いろいろと治療されても、まだ、成果が上がらず。その一つの可能性として亜鉛の欠乏に辿り着かれての（１）～（４）の四点のご質問かと考えます。
しかし、これだけのご質問の文章の中には、現代の医学医療が抱える大変に大きな問題点が含まれ、ご質問の四点にそれぞれ返事をしても、殆ど理解をいただけないと思いますので、大きくは二回に分けて、総論と各論として述べてみましょう。

昨日、公益財団法人結核予防会　新山手病院等の業績発表会に亜鉛欠乏症の講演を依頼され、話しをしてきました。講演後の懇親会の席で、ある方が「医学にはまだ判らないことがあるのですね」話しかけて来られたので、「イヤイヤ、医学で判っていることなんて、ほんのちょっぴりで、判らないことだらけですよ」と答えました。

現代の医学・医療は1960年頃から、医療周辺技術の進歩・発展にも支えられて、医療技術爆発といってもよいほどの急激な進歩・発展を遂げました。その結果、昔は診断が難しかったり、治せなかった病気でも、今は簡単に診断できたり、治せたり、コントロールが出来る様にもなり、大変素晴らしいことです。
しかし、その進歩があまりに急激であったためか？一般人は、うっかり『あらゆる病気は治るもの』との幻想に巻かれ、医師をはじめ医療人は、これまた、うっかり『あらゆる病気は治せるもの』との幻想に巻かれ、医師は、それ程酷くはなくても、『あらゆる病気は治さなければならない』との強迫観念に陥ってしまった、医療幻想

の時代にあると考えます。
　この幻想が、現代の医療の種々の問題に、とても大きな悪影響を及ぼしています。

　私は外科医ですが、医学が如何に進歩し、医療技術がどんなに進歩して、大きな手術が出来る様になったたと言っても、医療とは“ホメオスターシス”に支えられて、そのホメオスターシスのほんの小さな狂いを修正できるに過ぎないと考えて仕事をしてきました。
　ホメオスターシス（＝生物学的恒常性＝といいます）を素人の方に説明するのは難しいのですが、今、生きている多くの人は、特別のことがなければ“明日も生きている”と何の不思議もなく考えている、と思いますが、それを支えているのがホメオスターシスです。
　如何に医学が進歩したといっても、何で明日も生きているのか？そんな基本的ことすら全く判っていない“ﾌﾞﾗｯｸﾎﾞｯｸｽ”なのです。

　医学・医療がどんなに進歩・発展したと云っても『判っていることはほんのちょっぴり、判らないことだらけ』ということ、少しは理解いただけたか知れません。
　しかしまた、ほんのちょっぴり判っていることをキチッと理解しての論理的、適切な医療行為は劇的な効果を生むことも事実です。その様な前提の元に、次回各論について、返事の出来ることはお答えしようと思います。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛と不妊について

投稿者：夢野　投稿日：2014年 1月20日(月)13時07分37秒

はじめまして。37歳女性です。
先日栄養療法の病院で血液検査をしましたら、亜鉛欠乏のようで、検索してこちらにたどりつきました。
そもそも妊娠希望で体外受精をしたのですがうまくいかず、藁をもすがる思いで保険外診療の栄養療法を受けました。
検査結果は
・アルカリフォスファターゼ　85IU/l
・コリンエステラーゼ　220IU/l
・血清亜鉛　76ug/dl
・血清銅　224ug/dl
・Zn/Cu（計算）　0.33
・フェリチン　9.9ng/ml
・MCV　88fl
・A/G　1.2
言われてみれば確かに、胃痛、舌痛、上半身だけアトピー、抜け毛が多いなどなど、思い当たる節が沢山ありました。

1か月処方されたサプリを飲みました。
亜鉛に関係するところだと亜鉛90mg採っていました。
しかし処方したサプリの中に、過剰になっている銅やビタミンD、妊娠にとりすぎ注意とされているビタミンAが含まれていて、しかも標準の3倍もあったので、医師からの処方は1か月で中断しその後1か月ほど自己判断で不足しているところだけサプリをとっています。

その後改めて婦人科で相談したところ、亜鉛不足は不妊や不育にも関係する、と言われました。
特に銅過剰は、避妊具にも銅が含まれるということで、妊娠希望にはよくないといわれました。
最初の検査からサプリ摂取し2か月後婦人科で検査した時には、銅が下がり亜鉛は上がりましたが、両方とも上限をちょっと超えてしまいました。
舌痛、抜け毛は少なくなりましたが波があります。
アトピーも肩胸はちょっとよくなりましたが顔はまだまだな感じです。

(1)亜鉛を摂取したら銅が下がると思っていたのですが、亜鉛やや過剰気味という状態で銅が下がり切りません。
亜鉛をやめたらまた銅があがりそうですし、今のまま多めに摂取するのも怖いです。
今後どうすればいいのでしょうか？
銅も亜鉛もやや上限超えている状態で体外受精を行っていいものかというのも、婦人科の主治医はOK出ていますが内科的にはどうでしょうか？

血清中に銅が多くあれば子宮内膜にも銅が多く着床に影響あると思いますか？

(2)アトピーは不妊と関係ないといわれますが、そうなのでしょうか？
原因が同じだとしたら、アトピーを治すと不妊も治るのかなと思うのですが…
色々調べたらどちらもサイトカインが関係しているようですが、文献が難しすぎて理解できませんでした。
なんとなく、アトピーと不妊、サイトカイン、亜鉛と銅がかかわってくる気がするのですが、どうお考えですか？

(3)何か手術をしたとかいうことでもないのですが、亜鉛欠乏となった理由はなんなのでしょうか？
理由がわからなく、亜鉛を飲んでも銅が排出しきれないので、サプリをやめたら元に戻りそうな気がします。

(4)不育の病院では亜鉛の検査を保険適用でしてくれましたが、遠くて人気のため、頻繁に通えない状態です。
先生の病院も日常的に通える距離ではありません。
亜鉛欠乏について熱心な病院はほかにご存じないでしょうか？
都内か都内周辺であれば通えると思います。
ちなみにかかりつけの内科では基準値を少し超えているが問題はないということで、相談だけして終了となりました。

【褥瘡が零の報告】など亜鉛補充療法の結果報告続々

投稿者:倉澤 隆平 投稿
日:2014年 1月 9日(木)12時21分33秒

あけまして、おめでとうございます。

2002年、『多くの医師が考えているよりも、遙かに多くの、多彩な症状の亜鉛欠乏症患者さんが存在する。』ことに気が付き、１０年余にわたって、この【亜鉛欠乏症のホーム・ページ】はじめ、全国で160回余の講演会や諸研究会・学会発表・著作活動などをしてまいりました。
当初は、人体にたった２～３ｇｒ含まれている微量元素の欠乏症など「普通の食事をしていれば無い。特に、この飽食の時代にあり得ない。」とか、
亜鉛の生体内での機能がよく知られていなかったので、味覚障害はじめ、ごく普通の食欲不振から拒食にも至る食欲不振、舌痛はじめ、口腔内違和感などの舌口腔・咽頭症状、褥瘡の発症・治癒遅延や多くの皮膚疾患・皮膚症状の発症、果ては元気さや精神症状等などにも及ぶ実に多彩な疾患・症状が発症すると主張すると、「そんな馬鹿なこと、起こるはずが無い。」などと、その道の専門家達に、冷笑を浮かべ資料をポンと投げて、拒絶反応をさえも示されたこともありました。

しかし、亜鉛トランスポーターの研究など分子生物学的な研究の急速な発展をはじめ、基礎的研究、臨床研究や疫学的研究も積み重なって、亜鉛の生体内機能や亜鉛欠乏症の知見は、徐々に、徐々に社会に認知されつつあり、拒絶反応を示すいわゆる専門家は殆ど居なくなりました。
しかし、例えば、日本褥瘡学会等などの専門学会への浸透はまだまだで、全国では褥瘡で悩み苦しんでいる患者さんが溢れかえっている様です。
また、驚くべきことに意識があるにもかかわらず“ただ食欲不振”とか“食べないから”と、安易に内視鏡的胃瘻造設術をされて、食物を詰め込まれている患者さんが何万人も居るとのこと、全く心が痛みます。
その大部分が安全で簡単で、安価な【論理的亜鉛補充療法】治癒・改善すること、今年もその努力をして行かねばならないと思っています。

その周知の一環として、この掲示板に以前から各地での追試など纏まったら、YES・NOに拘わらず公表を呼びかけてきました。
今年の年賀状の返信に、亜鉛補充療法で、一つの地域ぐるみで褥瘡が零となったとか、それぞれの施設の褥瘡が殆ど零になったとか、簡単に治癒・コントロール出来るとか、褥瘡はもちろんADLが向上したとか、舌痛や口腔内の症状改善に劇的な効果があったとか、等などの報告が続々と寄せられて来ました。全国各地で蒔いた種が、少しずつ、少しずつ各地で発芽し、それぞれの地で育ちだしたように思われます。ある県では、ようやく【亜鉛欠乏症】が認知されだしたようだとの報告もありました。大変有り難いことと思っています。

これまでの学会の常識に囚われて、新たな知見に向かってなかなか挑戦出来ない現在の学会の変革のためにも、いや何よりも悩み苦しんでいる多くの患者さんのために、それぞれの成果をそれぞれの場で公表していただけると有り難いと思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛補充療法の追試と公表を！！

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年10月24日(木)12時11分58秒

三林 寛先生

小生の臨床研究をお認めいただき、有り難うございます。
１０月１３日には、福岡国際会議場で開催されました第５８回日本口腔外科学会学術大会でのランチョンセミナーで、また、１８日には、東京本郷の伊藤国際学術研究センター・伊藤謝恩ホールで開催された第９回日本食品免疫学会学術大会での公開シンポジウムで、亜鉛欠乏症について、話をさせてもらいました。そんなこんなで、response が遅れましたが、こちらこそ今後ともよろしくお願い致します。

2002年に亜鉛欠乏のことに気が付いて以来、臨床的、疫学的な検討を積み重ね、更には、最近の急速に進歩発展する分子生物学を中心とする亜鉛生物学の進歩の基礎的知見にも支えられて、亜鉛欠乏症の知見は間違いないものと確信し、個々の患者さんには勿論のこと、国民の健康にも大きく関わる大切なことと、その知見の周知活動に努力して来ました。学会活動は勿論、医師会その他、１６０回を越える講演や文筆活動もしてきました。
しかし、『人体にたった２～３ｇｒ含まれるという微量元素亜鉛が、普通の食事をしていれば不足する筈がない。特に、この飽食の時代に、そんな欠乏症がある筈がない。』という栄養学者の常識（先日のシンポジウムでも、まだそんな発言がありました）や『たった一元素の欠乏で、そんなに多彩な欠乏症状が発症する筈がない。』という医師、特に、専門医と称する医師達の常識を覆すことは至難なことです。でも幸い、最近は『そんな馬鹿なことある筈がない。』と、昔の様に、ポンと資料を投げ、拒絶反応を示す者は少なくなって来ました。それでも、世の中の常識を変えることは本当に大変なことと、つくづく感じています。

さて、全国各地を講演して回っていると、食欲不振、舌痛症、下痢や皮膚科疾患等への亜鉛補充療法の効果や褥瘡に対する施設や地域をあげての亜鉛補充療法の効果を熱く報告して下さる方々がどんどん増えて来ていますが、日本褥瘡学会や歯科・口腔外科等など関連学会への臨床経験をまとめて報告されることは、まだ、殆どありません。何も学会報告でなくてもいいのです。兎に角、多くの方が追試されて、ポジティブでもネガティブでも、事実を事実として公表して欲しいと思っています。そうやって、間違いのない正しい知見は、徐々に、世に認められて行くものと思います。よろしく、お願い致します。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

微量栄養素欠乏

投稿者:三林　寛　投稿日:2013年10月14日(月)01時48分41秒

はじめまして、石川県で消化器内科をしております、三林　寛と申します。

倉澤先生の亜鉛欠乏に関するHomePageを拝見し、深く感銘・共感いたしました。

私は、人間が本来あるべき姿から外れてしまうことが多くの病気の原因になっているのではないかと感じております。
その原因の一番大きなものに「食」があり、「食」に関する様々な問題の結果として、臨床的には
１．エネルギー過剰
２．微量栄養素の欠乏
３．有害物質の影響
の３つが大きく影響していると考えております。

エネルギー過剰に関しましては、メタボリック症候群という概念が出てきて、検診にも取り入れられております。（改善の余地は多いにありますが）
しかし、微量栄養素の欠乏に関しましては、医師の中でも問題意識が少なく、これから微量栄養素欠乏症候群のような概念が必要になるのではないかと考えております。
先生の亜鉛欠乏に関する臨床例・研究を拝見し、微量栄養素欠乏の重大性を明快に示しておられることに、大変感銘を受けました。

是非、これからも色々ご教示いただきたいと存じます。よろしくお願い申し上げます。

http://dr-kwan.com

食欲不振と味覚障害について

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年10月10日(木)19時41分42秒

荒井英昭様

従来は健康で活動的な生活を送っていたが、４月１１日に腎嚢疱の内視鏡的開窓術をして、その後に発症した味覚障害と食欲不振に対してプロマックによる亜鉛補充療法を開始、二ヶ月となる。血清亜鉛値は60から110になったが、味覚障害も食欲不振も全く改善がない。何か助言をとのことです。

さて、４月１１日手術後の味覚障害と食欲不振の発症の経過と、確か術後の肺炎の治療もあったかと思いますが、それらと、食欲不振が発症して、その治療？？としてのガスター、ガスモチン、ドグマチールなのか？食欲不振前に何か胃腸系のトラブルがあっての治療なのかなどの経過が、先ず不明です。また、不眠とのことで、ハルシオン、サイレース、レスリンにデパス、そして今度は食欲増進もあるというリフレックスも処方されているとのこと、その不眠、うつ状態もどの様な経過で、今日に至ったのかも、また、現在どの様に多種多量の服薬を受けているのかも定かでありませんので、助言といっても充分の助言は出来そうにもありませんが、二点だけ申し上げておきましょう。

①血清亜鉛値が60から110に、プロマック0.5X2の２ヶ月の服用で上昇したことは、健康で活動的であった術前はどうであったかは置くとして、手術及び術後の侵襲で少なくとも急性の亜鉛欠乏症状態にあり、亜鉛補充療法により、現在は欠乏状態は改善しつつある状態にあると云ってよいと考えます。ただ、味覚障害が発症したのが手術直後とすれば、術前健康で活動的であったと云っても、潜在的な欠乏状態にあったのかも知れません。
亜鉛欠乏による味覚障害は亜鉛欠乏による味蕾細胞の再生や神経などの修復に時間が必要で、そう簡単には回復しません。比較的長期の論理的補充療法が必要です。
本例の食欲不振の発症の経過と投薬、及び不眠、うつ状態の発症の時間的関係を整理する必要があって、どこかの時点では亜鉛欠乏症が関与していたと考えますが、亜鉛補充療法が二ヶ月で、且つ血清亜鉛値110の状態では、現在の食欲不振は亜鉛欠乏以外の要因と考えざるを得ません。

②現在の食欲不振について、前回の返事ではうつの影響を述べましたが、今回はこの服薬について述べておきたいと思います。ガスター、ガスモチン、ドグマチール、ハルシオン、サイレース、レスリン、デパス、リフレックス、それにプロマック、現在、これら総て服用しているのではないと思いますが、これらの薬剤の副作用をそれぞれチェックしてみる必要があります。
薬剤は効果以外に、少ない%でも必ず何らかの副作用があります。これらの薬の総ての副作用については置くとして、“食欲不振”だけに焦点を当ててみても、日本医薬情報センター編集・発行の【医療用医薬品集】によれば、単剤で食欲不振と明確に載っていない薬品は、驚くなかれガスモチンとプロマックとリフレックスだけで、それも複合したらどうなるのかは判りません。
つまり、この食欲不振には、薬剤の副作用によるもの否定できませんので、先ず、絶対に必要な薬剤以外は中止してみることがよいと思います。例えば、もしガスター、ガスモチン、ドグマチールが食欲不振の治療で出たのなら、現在、効果がないのですから、先ず中止しても問題ありません。それでも、まだ食欲が出ないのなら、睡眠薬など適切に検討すべきでしょう。
プロマックは、薬理的な治療薬でなく、栄養としての補充ですから,110あるのなら食欲についてはもう不振を起こす状態でなく、味覚障害の補充・治療として考えるものです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

その後の状況

投稿者：新井英昭　投稿日：2013年10月10日(木)13時28分32秒

倉澤先生

味覚障害に対してプロマックの服用を初めて2か月が経過しました。血清亜鉛値は60から110に改善しましたが、味覚障害は全く改善がありません。食欲不振も全く改善がありません。
担当の耳鼻科からはプロマックは処方されなくなったので、今は亜鉛のサプリメントを摂っています。食欲不振に関しては抗うつ薬に食欲を増進するものがあるので、今はリフレックスという抗うつ薬を心療内科より処方されています。（本人はあまり鬱の自覚はありません）
そんなわけで食欲、味覚ともに改善されず、義務感で食事をとにかく摂るという毎日を
過ごしております。今は抗鬱薬にすがるような気持ちです。（まだ取り始めて3日程度です）
何かご助言を頂ければ幸いです。　新井英昭

経過報告。

投稿者:サリー　投稿日:2013年10月 7日(月)19時22分39秒

ご無沙汰しています。
経過報告が遅くなり申し訳ありません。

アトピーと強皮症のサリーです。
4月以来亜鉛値は65→80をいったりきたりでなかなか数値はあがりませんでした。
10日ほどプロマックを朝晩1，5包にしてみたところ、一時100になりましたが、
また一包に戻すと70近辺になりました。
プロマック朝晩1.5包にすると、にきびっぽいものが太ももと腕にでてきます。
皮脂が戻ってきてるからかと考えましたが、かなり出たので中止、その後一包にもどしました。

しかし9月中旬体のだるさと左手足のだるさがかなりになったため
朝プレドニン10㎜。夜免疫抑制剤プログラフ1ミリを服用することとなりました。
ＣＲＰも６と高く、内部と皮膚での炎症を抑えるためです。

プレドニンを飲んで一週間で。皮膚はかなりの回復！
これは症状を抑えてるだけなので、喜んでもいられませんが。

膠原病による体の内部の炎症とアトピーによる皮膚の炎症により、アルブミンや亜鉛鉄などのミネラルが失われ、
それが一層皮膚の回復を妨げていた・・・ということでしょうか。

今月下旬に血液検査がありますのでまた報告します。

日本口腔外科学会会員の諸先生へ

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 9月29日(日)14時47分12秒

第58回日本口腔外科学会 ﾗﾝﾁｮﾝｾﾐﾅｰ12
『こんなにも多い亜鉛欠乏症！！食欲不振？褥瘡？そして舌痛症も？～臨床症状の謎が最新の亜鉛研究で、徐々に明らかに～』にご参加の諸先生方へ

舌痛症や口腔内違和感等などの諸症状を含む、多彩な症状の、多くの亜鉛欠乏症について、ランチョンセミナー12で、話をさせてもらうことになりました。
　2002年秋に、多くの多彩な亜鉛欠乏症の存在に気付いた初期の症例に、二年余にわたり、その治療に悩み続けたいわゆる舌痛症の症例が亜鉛補充療法で短期間に劇的に治癒することを経験して以来、舌痛を主訴とするものや亜鉛欠乏の他の症状を主訴とするが、舌痛を合併するもの等などの症例に注目してきました。
　日頃の感触で、中には、帯状疱疹発症時の口内痛やｼｪｰｸﾞﾚﾝ症候群なのか？強い口乾感を伴い、且つ、亜鉛補充療法になかなか乗らない等などの亜鉛欠乏症ではない？二～三の症例もある。しかし、治癒期間に長短はあろうとも、また症状が完全に根抜けにならず（殆ど気にならない程に）軽快の症例もあるが、大部分の症例は論理的亜鉛補充療法により軽快・治癒することを知りました。

　2009年03月、亜鉛欠乏症疑い例600名弱の時に、舌痛や舌や口腔内がひりひり、ぴりぴりと痛む、滲みる、火傷をした様だ等などの訴えを検索・網羅し、41例48症例を纏め、日本微量元素学会で、一部の例外はあろうとも“いわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症である”と報告した。
　今回は2013年04月、亜鉛欠乏症疑い例800名の時に、同様の纏めをし、68名80症例となり、殆ど同様の結果を得ました。舌痛症といっても、その大部分は、ヒトの多彩

な亜鉛欠乏症の一症状であること、亜鉛欠乏症は臨床各科全体に関わるものであるが、それぞれを全人的な観点で診ない故に、多彩な症状を同一の元素・亜鉛の欠乏症と見抜けなかったものとして、今回はランチョンセミナーでは、舌痛症を亜鉛欠乏症全体の話の一部分として、お話しすることとしました。
　この講演では、narrative Evidenceとして認め得るであろう症例の提示や症例の統計に、慢性疼痛の一部を見事に説明する分子生物学的手法を駆使しての、“刺激伝達に関する神経のNMDA受容体での亜鉛イオンの抑制機序について”の野崎千尋論文も提示しました。
　また、より詳細は、小生の亜鉛欠乏症のＨＰにも『舌痛症は亜鉛欠乏症である』として、2009年の纏めを乗せてあります。
　また、ＨＰ掲示板には、公開で舌痛症症例の治療のやりとりの記録がある。この症例は、多くの6ヶ月以内で治癒する症例ではなく、少数例の治癒・軽快に年余を要する難治例で、論理的亜鉛補充療法で亜鉛欠乏症の他の症状は軽快・治癒し、血清亜鉛値等の推移も亜鉛欠乏症のそれでよいが、舌痛の症状は完全には根抜けにならない亜鉛欠乏＋αの症例であるかと考え、今後追求すべきひとつの問題点と考える。

　我々の診療所は一般の小さな診療所であるから、多くの味覚障害症例や口腔内の違和感、アフタ性口内炎、口角炎、口唇炎、食欲不振、もしかすると口腔内扁平苔癬等などの口腔に関係する亜鉛欠乏症疾患・症状等の経験はあるが、約10年かかっても、いわゆる舌痛症は、これだけの症例数である。多くの舌痛症の症例を抱えている大病院、大学病院等の専門科の専門家として、論理的に厳しい問題点の指摘と緻密な追試をお願いしたいものと思う。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　15　16　17　18　19　20　21　22　23　24　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

Re: 亜鉛欠乏症についての研究へエールに感謝。

投稿者:通りすがりの者　投稿日:2013年 9月14日(土)15時11分28秒

> 亜鉛欠乏症についての研究へエールに感謝。　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年 9月 6日(金)12時21分13秒

ご丁寧なレスポンスいたみいります。

私は、医学の専門家ではありませんが、親戚や友人にさまざまな立場の医療・医学関係者がおり、また、年齢(60歳代後半)相応にこれまで自分の体のあちこちの不調（癌を含む）に対応してきた個人的な経験から、医学研究の成果が非合理的な形で医療の現場に反映される状況を多々見聞きしております。
「亜鉛欠乏症」については、倉澤様が取り組んでおられるような疫学的統計的分析の立場と、世界中でおこなわれているミクロな実証的立場の研究成果（論文数は決して少なくないようですね）があいまって、実際の患者に対応できる形で実りますよう心から期待しております。





非自閉症児の解析に興味　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 9月 8日(日)12時50分10秒

安田 寛様

Nature ダイジェストの“メタロミクス解析による自閉症児の評価”の紹介と Scientific ReportsのEstimation of autistic children by metallomics analysis の論文の紹介、有り難うございました。

長期にわたり積み重ねた毛髪からのメタロミクスの解析から、自閉症児に亜鉛とマグネシウムの強い、そしてカルシウムの不足があり、一方、アルミニウムやカドミウムや鉛、その他水銀などの蓄積があることを示され、幼児期の亜鉛やマグネシウムの不足、有害金属の蓄積などが児の精神発達障害に関係しているらしいとのことは、数年前にご紹介いただいた論文の件以来、興味を持っていました。

小生はこの間、亜鉛の欠乏のことをもっぱら強調してきましたが、近年の食物・食生活の変化や外来患者の中に“こむら返り《四肢躯幹の筋の痙攣、硬直》”を訴える者の多発傾向より、マグネシウム不足の可能性が強いのではと考え、少し検討を始めていましたが、やはり亜鉛とマグネシウムに強い不足傾向があったのですね。

ご承知のことか思いますが、小生の亜鉛研究の中で、血清亜鉛値については、少しずつ判ってきましたが、まだまだ何点かの問題点があり、その何点かは先生のこのご研究にも大きく関係していると思います。以下の二点についてですが、、、、。

① 個人の適正値（至適濃度）にバラツキがあり、非亜鉛欠乏者と亜鉛欠乏症者では平均値として,およそ25μg/dLの差がある分布曲線が描け、個々人では異なるのでしょうが、個の至適濃度から平均で25μg/dLほど血清亜鉛値が低下すると亜鉛欠乏症状が顕在化するのでないか考えられる。自閉症児の発症についても、亜鉛が関与していれば同様のことが考えられると思う。

② 血清亜鉛値の年齢差について、成人では小学高学年から中学生頃を最高値とする加齢と共に右肩下がりの回帰曲線を描き、この右肩下がりは生理的なのか？病的なのか？（もちろん、加齢と共に亜鉛不足者は増加するのは事実ですが、亜鉛の補充をすれば至適濃度は生理的に加齢で低下しないのか？）。また、これまでの報告論文では、幼児、小児期の血清亜鉛値は右肩上がりです。血清亜鉛値のことでは、幼少児にも至適濃度のバラツキと右肩上がりが生理的なのか？病的なのか？関心を持っています。このことも先生の研究に大きく関係していることです。

そこで、本研究では自閉症児の群の毛髪のメタロミクス解析ですが、非亜鉛欠乏児とは云いませんが、非自閉症児の同様の解析があれば、もっと自閉症と亜鉛や他のミネラルとの関係を推測できるのかなと愚考するのですが、その様な論文を見落としているのかも知れませんが、お教えいただければと思いました。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛欠乏症についての研究へエールに感謝。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 9月 6日(金)12時21分13秒

通りすがりの者　様

　亜鉛欠乏症についての小生の研究にエールをいただき有難うございます。

　亜鉛欠乏症のHPにリンクしてある“講演”についても、血清亜鉛値の統計的分析に絡めて、亜鉛欠乏症の講演としてはまったく蛇足である《ほんの数秒の、メタボ検診への批判》をもシッカリと聞かれて、メタボの対応の酷さについても同感いただくほど、講演を緻密に検討し、吟味いただいたこと心から感謝いたします。

　2002年にこの亜鉛欠乏に関することに気がついて以来１０年余、個々の欠乏症に苦悩されている患者さんはもちろん、国民の栄養や健康など公衆衛生的な面でも大変に重大な問題と考え、論文・学会活動や文筆活動、HPの作成や150回を超える全国を巡っての講演活動等で、周知に努力してきました。

　HPを訪問されたり、生命科学や栄養など基礎的学会や講演会に出席して、実際にその内容を聴かれた医師や医療関係の方々、さらには、一般の方々も“目から鱗“と、大変に興味と理解を示されるのですが、大学や大病院の臨床各科の専門専門という“いわゆる専門医達や各臨床関係の学会会員の多く”には、『たった一種の亜鉛という元素の欠乏で、臨床各科にわたる多彩な欠乏症（自己の専門にかかわる疾病･症状も）が起こるという、そんな馬鹿なことあるはずがない！！』と、論文も読まず、話も聴かず、当然、追試もせずに、拒絶反応を示す人さえもいるのが現状です。
　それでも徐々に、徐々に、この知見が広まりつつあるようです。

　メタボ検診について、数名の学者（？）が統計的考え方を間違えて、主張されるのは、まあ、やむなしとして、その他多くの医学的批判も存在するにもかかわらず、
　国家が国民の健康にかかわる政策として、その間違いを罰則もつけた制度として、強引に推し進めている現状は、財源の無駄使いのみならず、国民の異様な瘠せ願望を助長する誤りを、国が犯していると私は考える。
　少なくとも国の行うことではない。いろんな意味で、正に、悲劇であり、喜劇である。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

自閉症幼児での亜鉛不足について

投稿者:安田　寛　投稿日:2013年 9月 4日(水)15時07分40秒

倉澤　隆平　先生

久しくご無沙汰しています。
この度、自閉症幼児での亜鉛・Mg不足と有害金属蓄積を示すメタロミクス解析結果を纏めた論文が、注目の論文として紹介されましたので、近況報告を兼ねてお送りさせていただきます。

| ３ | Scientific Reports 注目の論文 日本語アブストラクトUpdate

Scientific Reportsの記事から一部を日本語に翻訳し、ご紹介いたします。
すべてオープンアクセスですので、オリジナル論文に無料でアクセスいただけます。
注目の論文⇒

◇メタロミクス解析による自閉症児の評価
→ http://forcast.emailalert.jp/c/ajd6afe2eFj4gqap

http://www.nature.com/srep/2013/130204/srep01199/pdf/srep01199.pdf

なお、亜鉛不足と鉛・カドミウム・アルミニウムの蓄積との間には有意な負の相関が見られることから、亜鉛不足によって、これら有害金属が体内に蓄積し易くなるものと推測されます。
生体機能保持と健康における亜鉛の重要性に関する知見は、今後も増えるものと存じます。

先生の益々の御健勝を願っています。

安田　寛　拝

良いお仕事に感謝。今後も頑張ってください！　投稿者:通りすがりの者　投稿日:2013年 9月 1日(日)15時26分51秒

知人の亜鉛欠乏に関して調べているうちにこちらにたどりつき、最近のご「講演」（これが大変わかりやすい！）も含め一通り拝見しました。
医学専門家でないのでよくわかっているとは言えないのですが、非常に合理的なご説明で納得のできるものでした。医学界全体が範とするような考え方、お仕事の進め方と思い（メタボ対応の酷さについても同感）、ひとこと感謝を申し上げるとともに、エールを送らせてください。

プロマック以外の亜鉛補充法について　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 8月30日(金)16時15分32秒

鈴木久美子様

味覚障害の治療として、プロマックを処方されたが、プロマックを服用すると“とても具合が悪くなって”服用を続けることが出来ない。どうしたらよいか？とのことですね。

貴女も“亜鉛補充方法”と書いているように、味覚障害その他の亜鉛欠乏症の治療には、欠乏症ですから、亜鉛を補充することが主目的で、亜鉛のＬカルノシン錯体のポラプレジンク（プロマック）の直接の薬理効果を期待しているものではありませんから、適切な補充物があればいいのですが、、、。
“亜鉛が、如何に副作用無く、安全で、効率よく、継続して吸収される方法はないか？”
ということになると思うのですが、私にはその様なプロマックの代替法の経験がないので、適切な助言は出来ません。薬品集にも記載がある“多くは馴れて、服用が可能？”なのかとも思うのですが、、、、。
本来、必須元素の亜鉛ですから、食物から適切に供給されていればいいのですが、どうゆう原因か不明ですが、現代は、味覚障害はじめ多くの亜鉛欠乏症の患者さんが居て、その多くの方々が、日常の食事を気を付けるだけでは、なかなか欠乏状態から抜け出せないのが現状ですし、特に味覚障害は食事療法で簡単に治癒する欠乏症ではない印象です。

その補充のために、現在の健康保険制度上の適応ではやや問題があるとは言え、亜鉛補充療法に使用できる医薬品はプロマックのみで、副作用も発疹、便秘、嘔気などが0.1%前後、肝機能検査値の変動が0.5%前後で少なく、亜鉛欠乏症には腸管からの

吸収状態の推定や主には亜鉛補充のみの薬理作用として、大変使いやすい薬剤なのですが、困りました。

ご存じでしょうが、亜鉛補充のサプリメントとしては硫酸亜鉛、グルコンサン亜鉛、亜鉛酵母等などがあり、硫酸亜鉛やグルコンサン亜鉛は医療機関によっては、保険適応上の問題での苦肉の策で、カプセル詰めにして使用していた（今もいる）所もあり、本人にとって副作用がどうなのかを検討してもらうのがいいでしょう。

尚、味覚障害も、一部の舌痛症も、また、多くの亜鉛欠乏性の皮膚疾患もその効果の発現には数ヶ月余の比較的長期間の補充療法を必要としますので、また、中には腸管からの吸収に問題のある症例もありますので、血清亜鉛値の推移やAl-P値の変動など測定しつつ、処方の変更など適宜する論理的亜鉛補充療法をされることを勧めます。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

味覚障害

投稿者：鈴木久美子　投稿日：2013年 8月23日(金)18時13分13秒

初めて投稿いたします。姉が味覚障害で、倉澤先生の亜鉛補充方を薦め病院にてプロマック1ｇを処方していただきましたが、服用するととても具合が悪くなってしまい服用できないとのことです。　なにかよい亜鉛補充方法がありますでしょうか？

大部分のいわゆる舌痛症は亜鉛欠乏症である。

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年 8月22日(木)11時54分10秒

2013年04月に、私共の東御市立みまき温泉診療所でエクセルで登録管理している【亜鉛欠乏症疑い登録症例者】数が800名となったところで、いわゆる舌痛症についてのまとめをした。

舌痛を主訴としたり、他の多彩な亜鉛欠乏症・欠乏症状の中で、舌が“ヒリヒリ”とか“ぴりぴり”と滲みるとか、火傷のように舌が痛い等などとの訴えをキーワードとして検索して、それぞれの症例を検討した。舌痛症状を訴えた患者は68名で、再発・再々発症例は12症例、計80症例である。そのうち、亜鉛補充療法で改善・治癒したものは44名56症例である。
治癒の可能性の高い症例者数は06名である。臨床では、しばしば、症状が軽快すると受診を中断・中止して、来院しなくなる患者がいるが、この06名は治癒症例とほぼ同様の症状の消失や軽快の経過を辿り、その後、やや長期の投薬を受けて、受診を中断し、再診せず治癒確認が出来なかった症例である。
判定保留者数は13名で、主に、マスコミ報道時などにドッと押し寄せ、初診のみ、または、短期間の再診のみで、補充療法の効果発現前のに受診を中止したもので、もともと、症例数から省いてもよいものとも言える。
非療・その他は、症例の状態から治療に乗らなかったものや再三にわたり舌痛を含む亜鉛欠乏様症状を訴えるが、適切な治療に乗らなかった症例や遠方よりの症例で、通常の亜鉛補充療法に殆ど反応せず中止した症例01例などである。
非亜鉛欠乏の舌痛症があるとすれば、この中の数例と言うことかも知れない。

亜鉛欠乏症疑い登録症例者数	:800名
舌痛を訴えた症例者数／症例数	: 68名／80症例
亜鉛補充療法治癒者数／症例数	: 44名／56症例
治癒可能性の高い症例者数	: 6名
判定保留者数	: 13名
非療・その他	: 5名　であった。

判定保留者を除いてみると、大部分の症例は亜鉛欠乏症でよいと言えると思うが、如何なものであろうか？？
またこの亜鉛補充療法治癒者44名の補充治療（効果発現）期間を見ると40名は06ヶ月以内で治癒し、04名が１年から１年半余を要し、この半年以内の短期治癒症例と１年前後を超える長期治癒症例の二群に分かれるようである。

2002年の秋から2009年03月までの亜鉛欠乏症疑い登録例598例時に同様の分析をして、同年05月の日本微量元素学会に同趣旨の報告をし、その詳細は【亜鉛欠乏症のＨＰ】＝＞【症例(写真)集】＝＞【いわゆる舌痛症は亜鉛補充療法で治癒する】に主要

分析と症例を載せてあるが、症例数が増加しただけで、同様の結果と言える。舌痛症を専門としている歯科医・口腔外科医の諸氏の検討と追試と厳しいご批判をいただきたいと思う。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

論理的亜鉛補充療法と補充一ヶ月の血清亜鉛値

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2013年 8月10日(土)08時59分46秒

荒井英昭様

プロマック0.5grX２の服用開始３Wでも、食欲に何の変化もないとのこと、ご不快のことと思います。

成書には亜鉛欠乏による食欲不振を、よく味覚障害によると記載している場合が多いのですが、味覚障害が食欲不振に及ぼす影響が無いとは云いませんが、“基本的な食欲不振と味覚障害は別のもので、その発症機序は異なる”ようです。
“お腹が空けば、特別美味しくなくても食べる”ことは、どなたも経験していることです。亜鉛欠乏による食欲不振は“摂食中枢に関与している”らしく、亜鉛欠乏による食欲の回復が“早期に、劇的に”生ずるのはそのためと考えています。勿論、亜鉛の多彩な生体機能により、諸消化系酵素の活性や味覚異常の回復やもしかすれば消化管細胞やその機能の改善等々による“やや遅れた食欲の回復”もあるかと考えますが、亜鉛欠乏による食欲不振の回復は以上の機序と考えます。

そこで、３Wの服用で食欲不振の改善が無かったことについて、大きくは３つのことを私は考えています。
①そもそも亜鉛欠乏症でない。②腸管からの亜鉛吸収に問題がある。③【うつ】の状態の影響が強い。

①について、血清亜鉛値60で、亜鉛欠乏症として典型的な諸症状を持つ本症例では確率的に大変考えにくいことですが、血清亜鉛値60は、統計的には欠乏状態でないことはあり得ます。私もより低亜鉛値にもかかわらず、殆ど亜鉛欠乏症状のない方を経験しています。
しかし、亜鉛欠乏でない味覚障害、臭覚障害が存在しうるでしょうが、この①は稀として良いでしょう。当然のことながら、１ヶ月後の血清亜鉛値の変化は殆どありません。

②について、多剤服用によるキレート作用やその他原因はいろいろあろうとも、消化管からの吸収に問題がある場合です。確かに、無茶苦茶に多くの薬剤が投与されている症例に亜鉛欠乏症が多いことは事実ですが、また、老化など【腸管からの吸収能】に問題がある症例が存在することも時々あります。
四月の手術まではお元気であったとのこと、それまでは薬剤の服用はなかったのでしょうからやや考え難いのですが、何れもこれらの場合、補充療法開始約一ヶ月の血清亜鉛値の測定結果が参考になります。この場合も血清亜鉛値の変化が余りありませんが、プロマックの投与法を変えるとか、極力不要な薬剤を除くとか、そして、血清亜鉛値や亜鉛酵素のAl-P値の追跡など、論理的な亜鉛補充療法による追跡が求められます。

③について、単純な不眠についての投薬としては多種の薬剤が投与されているので、【うつ】の状態が食欲不振に強く作用しているのかとも考えます。この場合は亜鉛欠乏症との合併も考えられ、単純な亜鉛欠乏症の食欲不振とは異なった回復経過をとると考えられます。
この場合は、一般に１ヶ月後の血清亜鉛値は極端に上昇し、その後低下して徐々に増加する亜鉛欠乏症補充療法時の経過をとりますので、直ぐに食欲が回復しなくとも、亜鉛補充療法の治療をして行くことは、必要で大切なことと考えます。

①②③の何れにしても、亜鉛欠乏症では、“亜鉛補充療法により殆どの症例で約１ヶ月前後で、血清亜鉛値が極端に上昇し、その後初期値付近に低下してから徐々に増加する傾向がある（Al-P値の特徴的推移も）”ので、１ヶ月後の測定値と補充療法の臨床経過を合わせて、今後を考えることがよいでしょう。
是非、論理的な亜鉛補充療法をして欲しいと考えます。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

食欲不振とプロマック　投稿者:新井英昭　投稿日:2013年 8月 2日(金)11時29分25秒

倉澤先生
ご丁寧な投稿をありがとうございました。
プロマックでの治療開始後３週間がたちますが、まだ特に変化がありません。
先生の論文に食欲不振は比較的早く効果があると書かれておりましたが、私の場合には
時間がかかっているようです。
食欲不振、空腹感の欠如は相変わらずです。食事をすることはできるのですが、いわゆるおいしさが分かりません。味が全く分からないのではなくて、甘い、辛い、酸っぱい等の
味はわかるのですが、何を食べてもおいしく感じません。来週診察がありますのが、このままプロマックの治療を長期戦で続ける必要があると思っております。胃腸の調子は特に問題を感じませんので、やはり亜鉛欠乏症としての治療にかけたいと思っております。心療内科から睡眠薬を処方されており、これが亜鉛をキレート化して排出するということもあるようですが、眠れないので睡眠薬の処方は止むを得ないかと思っております。





《前のページ　15　16　17　18　19　20　21　22　23　24　次のページ》
以上は、新着順181番目から190番目までの記事です。

／50　ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順　表示切替

ホームページへ　管理者へメール

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]　RSS

管理者メニュー　自分の投稿の編集・削除

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

食欲不振の亜鉛補充療法

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2013年 7月30日(火)13時37分7秒

新井英昭様

食欲不振に対しての亜鉛補充療法についてのご投稿、有り難うございました。

食欲不振に対して、プロマック0.5gr X ２の亜鉛補充療法開始後、約3週間になりますが、効果は如何でしょうか？
亜鉛欠乏症による食欲不振への亜鉛補充療法の効果は比較的早期に出現しますので、もう効果が出ているのでないかと考えています。
4月11日の左腎嚢胞の内視鏡的な手術以前は食欲もあり、元気であったとのこと、手術を契機に食欲不振の進行、空腹感の欠如、そして臭覚異常に、味覚異常で、血清亜鉛値が60とすると、亜鉛欠乏症による食欲不振を考える状況証拠が何重にもあることになりますので、かなり高い確率で亜鉛欠乏による食欲不振でよいと考えています。

もう回復されているのかな？と考えていますが、如何でしょうか?

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





周術期と健常者及びPEGの患者様の血清亜鉛の件

投稿者：西内　投稿日：2013年 7月12日(金)22時38分46秒

土屋　誉先生
貴重な測定結果を教えて戴きまして、大変有難うございます。実は5～6年前でしたか、NSTについての勉強会が盛んだった頃（今も盛んですが・・・）、段の下から、土屋先生の御講演を何度か拝聴し、自分のできるNST活動の参考にさせていただいておりました。貴病院の栄養管理室の〇〇室長も、とても努力家であり、御活躍されており尊敬しています。直接お話ししたことはありませんが、私の大学の先輩だと聞いております。土屋先生の下でお仕事できて羨ましく思っていました。
残念ながら、同じ市内でも別の病院ですが、今回、土屋先生に御呈示戴いた、データはとても参考になります。まだ、採血対象者40名位ですし、術式で分けて考えるとなると4例ずつ位です。
今は、術1日目で採血しておりますが、先日の倉澤先生からのアドバイスを読み、このまま術1日目に採血していて、いいのだろうか？と自問自答している所です。
つまり、術後、食欲不振や白舌の訴えがあった患者様についてだけ、採血した方がよ

いのか？自然に回復する体力のある患者様を無視して、1日目が低いからと言ってすぐに亜鉛強化ゼリーをつけてしまうのは、如何なものか？等々悩んでおりました。ただ、当院では、採血結果がでるのが、4日位かかっている為、ゼリー開始を検討するのは術後1週間位かかっています。
話変わりますが、先生からの”PEGの患者様の亜鉛濃度が低い”という内容は、とても驚きました。今の経管栄養はほとんどが、1日に必要な亜鉛量は添加されています。前回、投稿した口からの亜鉛の吸収に何か意義があるのでは？と思っている私には、とても興味がある結果でした。有難うございます。
どこから手をつけたら良いのかわからなくなるほど、亜鉛に対し興味深々です。
また、アルブミンとの相関ですが、私も1例だけでしたが、すでに相関したデータを見ておりました。よく栄養状態の評価として用いられるアルブミンが、亜鉛を補給することによって簡単に上昇させることができるなら、それに越したことはないと思います。
長い文章になってしまい申し訳ありません。今後も、御指導の程、よろしくお願い申し上げます。採血のタイミングの変更に関して、アドバイス戴けたら幸いです。西内

周術期亜鉛の変動

投稿者：土屋　誉　投稿日：2013年 7月12日(金)21時50分13秒

西内先生
仙台で外科をしていますが、周術期の亜鉛濃度を300例ほど測定しています。ほとんどが術前の50-60%にまで低下し、4日目の採血から上昇し始め、術後の亜鉛補給のせいもあって2週間後には術前値より高値となります。血清亜鉛は血清アルブミン値とよく相関するので術後のアルブミン値の低下にともない低下しますが、アルブミンは4日目が最低値ですが、亜鉛値は1日目が最低値です。アルブミンにつられて亜鉛が変動する部分と亜鉛が能動的に体内で再分布している部分があるのではないかと考えています。術前の亜鉛低値の方は術後の合併症がやや多い（有意差はありませんが）ようですので術前に亜鉛値を上げておく意義もあるかもしれませんが、いまのところはっきりしません。術前亜鉛値は全体的に低い傾向です。最近、病院周辺の元気クラブの老人の亜鉛を測定しましたが、低い方は少ないという結果でした。平均年齢85歳の老人ホームでの採血では介護度の高い入所者が亜鉛濃度が低いこともわかりました。PEG患者さんは100%亜鉛は低値です。外来患者さんでは亜鉛の低い患者さんにはプロマックを処方していますが、みなさん大変お元気です。亜鉛についてもっと注目する必要があると考えています。

プロマックを飲み始ませました

投稿者：新井英昭　投稿日：2013年 7月 9日(火)19時19分45秒

倉澤先生

始めて書き込みをさせていただきます。
神奈川県在住　新井英昭　男性　69歳です。170cm　65kgです。
私は従来はとても健康な日々を送っておりましたが、今年の4月11日に左腎嚢胞を腹腔鏡で開窓術で取る手術を
致しました。それまでは食欲もあり、活動的な日々を送っておりました。
手術は2時間程度で無事に終了し短期間で元気な日々に戻れると思っておりましたが、そうはならず
まず食欲不振が始まりました。内蔵に触っていますので、ある程度は止むを得ないかと思いましたが、
なかなか食欲が戻りません。ただ私の場合食事は出来るのです。ただ空腹感が全く出ないのです。
時間が来ると義務感で1人前程度を食べるという感じです。食事以外の時間には物を食べたいという
感覚は全く起こりません。逆流性食道炎もあるとのことで、ガスター、ガスモチン、ドグマチールを服用しています。
免疫力が下がっていたのでしょうか、６月４日に肺炎を起こし、抗生物質を2週間服用しました。
そして抗生物質の服用が終わった頃から嗅覚の以上に気がついたのです。そして味覚にも異常があることに
気がつきました。気がついたのは６月１５日頃です。おかしいと思い耳鼻科を7月2日に受診しました。
炎症は全くなく亜鉛の検査をすることになりました。そして7月9日に結果が出たのですが、60でした。
プロマック0.5gを朝と寝る前に処方され昨日から期待をもって飲み始めました。
亜鉛欠乏症で検索し先生の論文も拝見しました。そして掲示板にも目を通させていただき、今回書き込みを
させていたいた次第です。私は睡眠不良があり、心療内科からハルシオン、サイレー

ス、レスリンを処方され
毎晩寝る前に飲んでいます。それとデパスを頓服で1日1回程度服用しています。このような薬剤には亜鉛を
排出する作用があると書かれておりますので、それが少し気になっております。ガスター、ガスモチン、ドグマチールも服用しております。
先生の論文の内容を心療内科の先生とご相談し、これら定期的に血清亜鉛値の測定としていただきいと
思っております。
健康な食欲と味覚、嗅覚が戻ることを期待しております。（まもなく術後3ヶ月になります）
睡眠薬を止めることができれば良いのですが、今の状況では頼らざるを得ない状況です。
1ヶ月程度経過後に血清亜鉛値が変化しなければ、増量することも担当の先生とご相談したいと思っています。
素人考えですが、亜鉛欠乏症の可能性が大と思いますので、またご報告させていただきたいと思っております。

新井

有難うございます

投稿者：西内　投稿日：2013年 7月 5日(金)00時12分16秒

倉澤先生
お忙し中、たくさんの御指導を賜り、有難うございます。5月より、先生のHPやこの掲示板を拝見しておりました。日内変動のこと、正常値の目安の考え方、人によって正常値に個人差が存在すること等など、興味深く拝見しておりました。5月に出版された本も駒井先生より譲って戴き読んでおりました。とても参考になっています。
今回、先生からのアドバイスを受け、まずは、データの蓄積を進めたいと思いました。
その上で、食欲不振の訴えがあった方となかった方を類別し、
食欲不振や舌痛のあった方は、データが低かろうが80以上だろうが、亜鉛強化ゼリーを付加し、退院前に採血してみようと思います。
そうした中で、術式別でその偏りが現れるのか？
入院時（入院した当日に測った値）のデータに相関するのか？
検討し、まとめてみようと思います。
（おそらく、土屋先生が既にご存じなことかもしれませんが・・・。）
患者さん全体の血清亜鉛も興味あるのですが、当院はDPCなので、その採血は許可もらえそうにありません。ので、心臓外科入院日の採血のみになってしまいますが、それでも宮城県の普通の生活を送っている方の一般の平均値が出せると思いました。
一体、どの位になるのでしょうか・・・興味があります。
亜鉛欠乏症の臨床はまだまだ、これからとの事。その判断もさることながら、症状のある方に対し、なるべくなら食事で口からとって欲しい。管理栄養士としては、口からとること。腸から吸収することが、なにかきっと良い効果があると思ってやみません。こだわりたいことでもあります。この件に関しては、例の本も読み、駒井先生にも御教授賜りたいと思っています。
微力ですが、研究を進めていきたいと思っておりますので、今後とも、御指導の程、よろしくお願い申し上げます。西内

術前術後の血清亜鉛値④　難しい話は置いて

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年 7月 4日(木)13時00分12秒

西内先生

難しい話は置いて、高齢の患者さんの手術や治療が増加しているためか？適応が拡大して侵襲が増加しているためか？等々は不明ですが、どうも術後の食欲不振や入院中の食欲不振で、苦労している症例が昔に比較して増加している様に思われます。
その中で、単に食べないからと云うだけで？簡単に胃瘻を造設されて、地域に返されている患者さんも多いようで、大変困ったことと思っています。

単に食べないから造設された胃瘻の大部分は亜鉛欠乏症で、亜鉛補充療法で胃瘻が抜去可能です。
日本国民全体の亜鉛不足傾向、更に、加齢と共に高まる亜鉛欠乏傾向に、入院治療や手術に伴う急性の亜鉛消費や不適切な輸液等からの食欲不振とその悪循環の医原病的なことも予測されます。キッと入院患者さんの亜鉛欠乏傾向は入院外より多いもの

と思われます。
　亜鉛欠乏症の臨床はまだまだ判らないことだらけです。細かな鑑別と云うよりも、先ずは、術後の食欲不振からスタートして、入院患者さん全体の亜鉛不足・充足状態のことを含めて、ご検討いただければ、キッと多くの新知見が出てくるでしょう。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

術前術後の血清亜鉛値③

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年 7月 4日(木)11時53分2秒

　西内先生

　術後はどうしても静脈系からの輸液があり、静脈系から直接投与される亜鉛と血清亜鉛値がどの様な関係があるのかも定かになっていません。ビーフリード下室液には350mL中に硫酸亜鉛として0.7mg入っている様ですが、投与中なのか？投与後でどれだけ時間が経っているか？にもよるでしょう。橋本先生の静脈系からの投与中の症例と同様の血清亜鉛値のことも考えられます。また、中には、高カロリー栄養輸液を続けざるをえない症例もあるでしょう。
　何れにしても、最終的には色々な条件の違いをも充分に考慮に入れた、術前術後の血清亜鉛値のデータの整理が出来ることが望ましい訳です。そして、その中から確かな何らかの法則性が見つかれば素晴らしいことです。

　しかし、先ずデータを出すことよりも、臨床では、その血清亜鉛値の測定で、如何に亜鉛欠乏症の可能性の高い患者の亜鉛欠乏状態の適切な判定・把握に役立てるか？が大切です。
　つまり、術後の非亜鉛欠乏者と亜鉛欠乏症者を如何に適切に鑑別し、適切な亜鉛補充療法に乗せ、より良い術後管理をするか？を考えながら検査を検討すべきで、その結果として予断のないデータが集積するものと思っています。
　臨床研究とは、自然科学の研究とはそうゆうものではないでしょうか？

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

術前術後の血清亜鉛値②

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年 7月 3日(水)23時02分48秒

　西内先生

　小生の長野県下の地域住民、市民を対象にした血清亜鉛濃度の疫学調査から、日本国民の成人の30%以上（高齢者ではもっと高率）に亜鉛不足状態が考えられることから、術後の患者の血清亜鉛値低下者のかなりの症例に亜鉛欠乏症患者が存在すると考える。

　しかし、
②術後に低下した血清亜鉛値をもって、全て亜鉛欠乏といえるのか？については、亜鉛欠乏には、慢性の亜鉛欠乏症と急性の亜鉛欠乏状態がキッとあると思う。しかし、一般に亜鉛欠乏症という時は“有症状の慢性の欠乏症”と考えるべきと小生は考える。

　血清亜鉛値は種々のストレスで低下するとの報告があり、尿中への排泄の増加などの報告もあるようですが、手術の侵襲による低下は、日内変動と同じ様に体外に排泄というより、Alb等と同じく体内のどこかに移動しているだけで、大部分は数日中に手術前値付近に回復してくるものと小生は考えている。

　そこで、血清亜鉛値低下者の中には、亜鉛非欠乏者と亜鉛欠乏症患者が混在し、亜鉛欠乏症患者には手術侵襲のことも含めて、亜鉛補充療法の施行が望ましい。
　そこで、非欠乏者との鑑別が必要であるが、その為にも、データの蓄積は大切と思う。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

術前術後の血清亜鉛値①

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年 7月 3日(水)21時48分43秒

　西内先生

亜鉛欠乏症、及び血清亜鉛値について関心を持って下さり、有り難うございます。
これだけの質問の投稿の中に、とても多くの問題点が含まれています。

血清亜鉛(濃度)値に関係することですが、この掲示板の2013.05.21 の橋本先生のご投稿に対しての 05.23の小生の『亜鉛欠乏症と血清亜鉛値との乖離について』の返答以後の亜鉛欠乏症と血清亜鉛値についての検討を含めて、返答をご検討下さい。

多くの医師達の、統計的数値である血清亜鉛値の基準値を“ついうっかり”「基準値＝正常値」とする“勉強不足の常識”の問題点を含めて、血清亜鉛値をより深く知る契機となることですので、何回かに分けて、Discussion しようと思います。
JASPENの学会報告のことはそのDiscussionの結果として出てくるでしょう。

①数名とは云えかなり侵襲の大きい術後と術前の血清亜鉛値の差は、とても綺麗なデータと　思います。しかし、それは既に予測され、それに気が付いて測定している人もいます。この掲示板によく投稿下さる、仙台医療センターの土屋 誉先生は、もう、かなりの測定データをお持ちです。

血清Alb値が術後に低下することと同様に、術後急性期の血清亜鉛値の低下がどの様な生理的、又は病理的状況で生ずるかを追求することは意味のあることで、その基礎的データを得ることはとても大切なことです。その意味では、単に手術後というだけでなく、諸条件の違いも考慮した、基礎データの集積をされることが出来れば理想的と思います。
難しいでしょうか！！

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛欠乏症と血清亜鉛値の乖離について

投稿者:橋本　投稿日:2013年 7月 3日(水)16時42分14秒

倉澤先生

症例を検討していただき、ありがとうございます。

①は今回以前には亜鉛の測定をしておりませんでしたので、欠乏状態を示しているが、血清亜鉛値は高値というタイプなのかは不明でした。

②は他の項目ではありますが、普段の業務でも死期直前の患者のデータは通常では考えられないような数値をみることがありますので、考えられるだろうと思いました。

③は少なからずこういう状況の患者は存在するのではないかと思います。そういったときは、きっと単純には結果の補正が出来ないのではないでしょうか？
こういう症例こそ、先生がおっしゃられるように論理的補充療法が適しているのかもしれませんね。





以上は、新着順191番目から200番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ] RSS

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

入院患者様の血清亜鉛濃度と食思低下の件

投稿者：西内　投稿日：2013年 6月27日(木)22時56分16秒

倉澤先生

はじめまして。
管理栄養士の西内と申します。当院は、循環器がメインの急性期の病院ですが、呼吸

器や糖尿病専門や消化器など複数の科があります。近年、患者様の高齢化に伴い、オペ後の食欲不振の訴えや誤嚥による高齢者の肺炎～食思低下も多く、栄養科として、また、NST専門療法士として、係わっております。今までは、食事量を調整し、不足分を栄養補助食品で補い対応してきましたが、今年2月のJSPENのランチョンセミナーで先生の講演を拝聴し、是非、これらの患者様の血清亜鉛濃度を測ってみたいと思い、準備を進めて参りました。つまり、オペ後に食欲不振になるのは、オペの侵襲により、血清亜鉛濃度が下がっているからなのか？逆に言えば、下がるとわかっていれば、食事開始と共に早めに亜鉛を補充してあげれば、オペ後の回復に役立てることができるのではないか？と思いました。6/1以降の侵襲大きい手術の患者さんに対し、入院日とオペ後1日目に採血を開始しました。その結果、まだ数名ですが、術後37～56μg/dl（入院時は78～92μg/dl）へ低下しておりました。また、少し軽度の手術で、術中にビーフリードをかなりいれていた患者様は、むしろ少し上がって87から96になっていた症例もあります。現在、低下していた患者様には、亜鉛強化ゼリーを食事にプラスして出しております。
この他、誤嚥性肺炎で入院された94歳の男性は、食事開始になっても摂食量が進まず、亜鉛を測ってみたら、59μg/dlだったので、亜鉛強化ゼリーを毎食つけたところ、数日で食事もゼリーも全量摂取されるようになりました。この期間、わずか数日でした。5日後、退院前日の採血では84μg/dlまで上がっていました。
このよう一歩一歩ずつではありますが、先生から学んだことを役立てておりました。感謝申し上げます。今後、これらの結果を、まとめて、来年のJSPENで発表したいと思っておりますが、実際には、オペ患は個々人によって、TPNや輸血の種類や量、術式、持病条件が違うので、まとめ方がわかりません。このような症例報告みたいな内容で発表になるものか？もしくは、オペ患対象に関しては、〇〇のようにまとめるとよい。とか、アドバイス戴きたく、メールさせて戴きました。御指導戴けたら、幸いです。西内





亜鉛欠乏症と血清亜鉛値の乖離について②

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年 6月13日(木)23時07分7秒

橋本先生

先生の症例の血清亜鉛値 84μg/dLについて考えてみました。

９４歳。経口摂取不可でＴＰＮ管理（肝機能が悪化するためエルネオパ１号使用）。栄養状態悪く(Alb:2.6~2.9)。１年以上続く褥瘡に、全身状態が悪化し新たな褥瘡も発症。栄養状態改善目的で胃瘻を検討中の患者.。その患者の血清亜鉛値84μg/dLをどう考えるか？？

【この患者さんは100%近くの確率で亜鉛欠乏であると考える。褥瘡は余程の例外を除いて亜鉛欠乏症である。経口摂取が不可能な原因が記載されていないが、原因の定かでない食欲不振とすれば、その大部分は亜鉛欠乏である。更に、エルネオパ１号約1400ccとして、Znは約７ｍｇ／日　2000ccで、約10mgで、全身状態から見て亜鉛の消費は多く、どう見ても亜鉛欠乏症であると考えらる】

私は以下の３点が考えられると思う。
①個人の固有の至適な血清亜鉛値が高値の人で、欠乏状態でも84μg/dL比較的高値を呈する人。
【健常の至適濃度が100～120μg/dL以上の人で統計的には1～数%は存在しうる】

②この状態の多くの患者さんに予測されるかなり低値30～60μg/dLであるが、この患者さんのように死直前で、全体の代謝が狂った終末期にある。
【まだ、数例の経験しかないが、終末期に可成りの高値を呈する症例がある】

③この患者さんはTPNで、静脈から点滴されていて、亜鉛も経静脈的に点滴投与されている。経静脈的投与時の血清亜鉛については測定の経験がないので何とも云えない

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛欠乏症と血清亜鉛値の乖離について①

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 6月 8日(土)11時09分1秒

亜鉛欠乏症の診断等に血清亜鉛値が大きな意味を持つことは当然ですが、血清亜鉛値には顕著な日内変動他種々の変動があります。
亜鉛欠乏症の診断をするのに、欠乏症であるから血清亜鉛値が低値であれば欠乏症の可能性が高いことは当然ですが、現実には、血清亜鉛値高値でも亜鉛欠乏症は存在します。
このことは、亜鉛欠乏症に携わった臨床医を混乱に陥れました。今回は橋本先生のこの患者さんに即して、亜鉛欠乏症と血清亜鉛値の乖離について、この患者さんの血清亜鉛値をどう考えるか？検討してみたいと思います。

先ず今回は、第一回として、血清亜鉛値について、凡そ判ってきた法則について載せて、次回に、具体的に、私の考え方を載せて、ご批判いただこうと思います。

①血清亜鉛値のいわゆる基準値（範囲）６５～１１０μg/dl（ＳＲＬ；原子吸光法、及びシノテスト；アキュラスオートZn）【ＳＲＬが1980年代に、原子吸光法で血清亜鉛値の測定を開始した当時、健康成人（と思われる）162名の血清亜鉛値より統計的に制定したもの】を一応、健常成人の基準値（範囲）とする。

②亜鉛欠乏症群の基準値（範囲）３６～８９μg/dl【倉澤が2008年に、亜鉛欠乏症確診例群２５７名の初診時血清亜鉛値のヒストグラムより得た正規分布曲線62.3μg/dl±13.1より算出したもの】を一応、亜鉛欠乏症者の基準値（範囲）とする。

③以上より、血清亜鉛値８０μg/dl【亜鉛欠乏症群と非亜鉛欠乏者群とをおよそ分別する臨床的な目安値（カットオフ値）として日本微量元素学会が定めた】をカットオフ値とすると、
亜鉛欠乏症群の約90%の血清亜鉛値はそれ以下であり、約10%がそれ以上の値で存在する。

健常者の75%は８０μg/dl以上の血清亜鉛値であり、25%はそれ以下の血清亜鉛値でありうる。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

すみません　投稿者:橋本　投稿日:2013年 5月24日(金)10時27分1秒

倉澤先生

84?g/dlの「？」はμでした。
気付かずに投稿してしまい、失礼いたしました。

ただ、84μg/dlをどう読み取ったらよいのかは悩んでいました。
80μg/dlをカットオフとするならば、正常範囲内と解釈すべきか、
それとも、個の正常範囲外と解釈すべきか。
また、実は欠乏状態であるが、TPN内に添加されている亜鉛の影響で
一見正常範囲内に見えるのか・・・。

この結果をどう解釈し、担当医に亜鉛の補充を提案するか・・・と思っていた矢先に
患者さんが亡くなられたので、中途半端なままになってしまいました。

患者の亜鉛値測定を定着させるには、担当医が納得してくれるよう話を
して行かなければなりません。
先生が投稿してくださった「亜鉛欠乏症と血清亜鉛値との乖離」の中でも
基準値は正常値ではないという事、亜鉛だけの話ではないと思い、
それをしっかりと考え、すすめていきたいと思います。

ありがとうございます。
まだまだ勉強をしていきます。

亜鉛欠乏症と血清亜鉛値との乖離について　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 5月23日(木)13時35分3秒

橋本先生

ご報告有り難うございました。患者さん、残念でした。ご冥福を祈ります。

さて、この患者さんの血清亜鉛値；84μg/dlのμが？になっていました。先生はご存じのことで、この掲示板の文字入力に制限があったためかとも思いましたが、この“？”が、この患者さんの血清亜鉛値は“正常値”で欠乏症としてはおかしいのでないか？との？と勝手に解釈して、これ幸いと投稿しました。

『亜鉛欠乏症と血清亜鉛値との乖離』の問題が、実に多彩で多くの亜鉛欠乏症の存在を、多くの医師がうっかり否定してきた大きな原因の一つです。①血清亜鉛値が生体内での亜鉛のどの様な状態を示しているのか？生化学的に、まだ、ハッキリしていないこと、②血清亜鉛値は、顕著な日内変動があり、ストレスや食事や種々の条件でゆらぐらしいこと、③血清亜鉛値のいわゆる基準値が測定法にもよって異なること等などを認めた上で、亜鉛欠乏症の診断・治療に、血清亜鉛値はどんな意味を持っているのかの中の、乖離について、記しておきます。

『血清亜鉛値が正常値だから欠乏症でない』という多くの医師の言葉を聞いてきました。しかし、これは未だに医学界・医療界で、うっかり常識である、“基準値が正常値”というデジタル思考によるものです。医療の現場では、統計的数値である群の基準値（範囲）を、今でもうっかり、個の正常値と考えている傾向があります。それが間違いなのです。
これが多彩で多数な亜鉛欠乏症の存在に、医師達が気付かずに、うっかり誤診して、多くの患者さん達の苦悩を救うことが出来なかった、そして出来ない主要な原因のひとつです。

日本微量元素学会では血清亜鉛値のカットオフ値、80μg/dlを臨床的判断の目安としています。
【亜鉛欠乏症の疑い疾患・症状の患者さんでは、欠乏症である診断の目安となり、以下では欠乏症の可能性がより高いといえますが、約１割はこれ以上の血清亜鉛値でも欠乏症が存在します。血清亜鉛値は、個々人に至適な亜鉛濃度があり、その絶対値で欠乏症の診断はできません。確率的な思考と血清亜鉛値の測定をして、その推移と症状の変化を追う論理的亜鉛補充療法をしていただきたい】と私は考えています。

【参考】
SRLのいわゆる基準値65~110μg/dlは、SRLが原子吸光法で血清亜鉛値の測定を始めた1980年前後に、健康成人（と考えられる）162名の血清亜鉛値の分析からえたもの

です。統計的に、87,5μg/dl±11,2の正規分布曲線からこの間に95%の人が分布しているということです。
　私どもが2008年までの５年余の間に、エクセルで登録管理していた亜鉛欠乏症疑い症例500名余から、亜鉛補充療法で有効・著効で、且つ、データの揃った亜鉛欠乏症確診症例257症例の初診時血清亜鉛濃度のヒストグラムから得られた
62.3μg/dl±13.1(正規分布曲線)より、亜鉛欠乏症の基準値（範囲）は36~89μg/dlとなり、この間に95%の欠乏症患者が分布していることになります。
　亜鉛欠乏症のＨＰにリンクされている講演など参照いただければと思います。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

ご報告

投稿者:橋本　投稿日:2013年 5月21日(火)16時34分24秒

倉澤先生

先日ご相談したTPN管理の患者の亜鉛値は84?g/dlでした。
これをもとに薬剤師と相談をして担当医に・・・と思った矢先、
患者の容体がさらに悪くなり、昨日亡くなられました。
私には何もできなくて、申し訳ない気持ちでいっぱいです。
倉澤先生や土屋先生にアドバイスして頂いたことを、この患者には
活かせませんでしたが、また他患へ活かせるようにしていきたいと思っています。

また、少し横道にそれてしまいますが、
当院では、できる限り経口摂取を継続するように努めています。
しかし、当院の特徴として脳血管疾患などで麻痺や嚥下に障害を持つ患者や
特殊疾患で意識障害＋寝たきりという患者が多くいます。
入院時や状態が変化した際等に、患者の状態（身体状況、生活状況、家庭状況など）
を踏まえて胃ろうを含めた強制栄養についてチームで検討し、家族と相談を
重ねて、必要とされる方法で強制栄養を行うか又は行わないかの選択をしています。

ちなみにこの患者は高齢で全身状態が悪化された状況で胃ろう造設目的で入院されました。
しかし、経鼻胃管でも栄養状態の回復が難しく、最終的には胃ろう造設はせずにTPN管理を継続していました。
また、ご家族の意向で可能な限りの延命を希望されていました。
今更ですが、早い段階で亜鉛の補充という考えがあればまた違った結果になっていたかもしれません。

当院では安易に食べられない＝胃ろうという例は少なく、胃ろうを造ったとしても、
そこから経口摂取の訓練を行って機能回復を図るように努力しています。
ただ、今までは亜鉛を補充することで食べられない患者が食べられるようになる
という考え自体がなかったと思います。
今後はその視点でも検討していけるように考えていきたいと思っています。
今後とも、ご指導のほどよろしくお願いいたします。

長文、失礼いたしました。

加齢黄斑変性と亜鉛

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 5月15日(水)18時58分23秒　編集済

　佐々木 治夫先生

　亜鉛欠乏症についての掲示板にご投稿、有り難うございます。
　加齢黄斑変性に亜鉛が効かないか？とのことで、小生の見解はどうか？？とのことですが、小生の亜鉛欠乏症について研究報告及びその諸データは、殆ど総て、自分自身で、又は、小生の関係している診療所、ケアポートみまき及び東御市の地域で調査・経験・確認した事実に基づいて組み立てられています。文献や他の方の報告は出来るだけ由来が明らかになる状態で、最小限引用しているにすぎません。

　そこで、加齢黄斑変性についてですが、小生は諸情報からかなり関連があるのでないかと予測はしてきましたが、眼科というかなり専門領域のことですし、その患者も診ていませんので（例えば、他の亜鉛欠乏症状と芋蔓式に本変性の症状の合併した患者の経過の追跡）『判りません』お答えするのが、正しいことと思います。

　ただ、この５月２０日に、《『亜鉛の機能と健康ー新たにわかった多彩な機能ー』

駒井三千夫・神戸大朋　責任編集　建帛社》が発刊され、小生も、第１章　亜鉛欠乏症の臨床と疫学　を分担執筆していますが、亜鉛生物学の基礎から臨床までの現時点での最先端の情報が載っているといっていいと思います。その第２章　亜鉛補充療法宮田学先生担当の“眼科疾患と亜鉛”の項で、２）加齢黄斑変性と亜鉛　で取り上げられていて、「アメリカの加齢関連眼科疾患研究グループによる亜鉛及び抗酸化サプリメントに関する大規模臨床試験で、加齢黄斑変性症に対する亜鉛の有効性が証明されている」と記載されています。

AREDS Research Group:A randomized placebo-controlled clinical trial of high-dose supplementation with vitamin C and E,beta carotene and zinc for age-related macular degeneration and vision loss .AREDS report No 8. Arch Ophthalmol,2001;119;1417
です。お調べいただければと思います。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛の毒性は経口投与ではないといってよい。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 5月15日(水)14時12分57秒

橋本先生

前回の回答で、亜鉛の毒性について、もう少し追加しておくのが良いと考え追加回答します。
亜鉛は日本語では、“鉛”という字が使われているため、毒性の強い鉛との連想で、大変損をしている元素です。亜鉛はミネラルの中でも、原子として安定性が大きく、生体にとって毒性の少ない元素です。治療量では、経口投与で、中毒はないといえます。

亜鉛の中毒は、①亜鉛工場の爆発や溶接工の職業病として、ヒュームとして肺から吸収されたヒューム熱と②透析液に濃く亜鉛が含まれていた場合など以外に報告はありません。　　呼吸器系と静脈系からの体内への投与は気をつけなければいけません。しかし、経口では大量長期投与によって、競合による銅の吸収障害からの低銅による貧血がある程度ですので、亜鉛補充が必要の場合は原則として、経口投与で投与して下さい。

意思の疎通が不可能でも、意識があれば多くの患者さんで経口摂取は可能なもので、病院などで治療中に、食欲不振から“食べないから”と造設された大部分の胃瘻は本当は必要がなかったものが多いのです。亜鉛欠乏による食欲不振が進行して拒食にも至ること、多くの医療人は知って欲しいと思います。喉の渇きのない時、飲め飲めと勧められるビールどうでしょうか？お腹が一杯の時、食え食えと勧められる食事、辛いですよね。
意識があって、食欲もないのに胃瘻から詰め込まれる“食事？？？”如何に辛いものか！！医療人は自分自身のこととして、考えるべきと私は思っています。
私の勤めるケアポートみまきの特養では、ただ“食べないから”との理由で病院で造設された胃瘻の殆どは、亜鉛補充療法による食欲の回復で抜去出来ています。
この患者さんは別の理由からなのかと思いますが、少なくとも褥瘡の辛さから救ってあげられると良いですね。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

ありがとうございます

投稿者:橋本　投稿日:2013年 5月13日(月)14時54分24秒

倉澤　隆平　先生

お忙しいところ、ありがとうございました。

静脈からの亜鉛の大量投与について、探してもなかなか資料がなかったのは、
あまり行われていなかったからなのですね。

土屋先生からのご指摘のあと、担当医から亜鉛測定の許可がもらえましたので、
今週中に検査を行う予定です。
患者はほぼ意思の疎通ができる状態ではなく、また、数カ月絶食状態が続いていますので、水溶液の口腔内投与ができるのかどうか、薬剤師や看護師などにも相談してみ

ます。
まずは現在の血清亜鉛値（亜鉛補充前）を調べてみます。

患者さんが少しでも苦痛を減らせるよう努力したいと思います。

今後ともよろしくお願いいたします。

十和田での講演会

投稿者：土屋　誉　投稿日：2013年 5月13日(月)11時02分33秒

倉澤先生
今月末の丹野先生の所での講演会ですが、院長、病院管理者が同門ですので私も参加させていただく予定です。
楽しみにしています。





以上は、新着順201番目から210番目までの記事です。

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

加齢黄斑変性に亜鉛は聞かないか

投稿者：佐々木治夫 投稿日：2013年 5月13日(月)09時19分43秒

右眼加齢黄斑変性で失明の危険性があると眼科にて診断を受けたが、某大学教授よりルテイン（サプリメント）が効果があると言われ、試しに服用していますが、好転していると実感しています。このサプリメントの中に亜鉛が含まれており、それも効果に関連しているかと、感じています。先生のご見解はいかがでしょうか。





舌痛症の亜鉛補充療法治癒成績

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 5月12日(日)15時33分19秒

土屋 誉先生

適切なコメント有り難うございます。この掲示板、小生が開設していますが、多くの適切な方々のDiscussionの場であって欲しいと思っていますので、今後もよろしく。

この週末は、別所に籠もって、丹野先生にお招きいただいた十和田市立中央病院の講演と第２２回日本創傷・オストミー・失禁管理学会のﾗﾝﾁｮﾝｾﾐﾅｰその他２～３の講演の準備をしていますが、それぞれの講演時間に合わせて、どんどん増える内容どこを削るかで苦労しました。

みなみ先生の舌痛症の治療にはついては苦労していますし、勉強もさせていただいていますが、舌痛症について新しい資料が出来ました。今年の04.30でエクセルで入力管理している亜鉛欠乏症疑い症例人数が800名となったところで、舌痛、舌が滲みる、ヒリヒリするという症例を全部検索したところ、65名；77症例あり、内治癒したもの、42名；50症例でした。2009年の前回集計時に、マスコミ（新聞）の報道に誘導されて受診した初診のみ、又は再診の２回の判定保留者9名＋今回の1名の計10名を除くと、そして、約9名の舌痛状態の変化を見せながら治癒したかどうか不明で治療を中断した症例を考慮すると、大変高い亜鉛補充療法の治癒確率と云ってよいと思います。

大変興味のあることは、補充療法4ヶ月以内に治癒したものが大部分で、みなみ先生の様な、半年から年余を要したものは数例で少ないのですが、同じ舌痛症といってもこの二群にわかれ、その機序にも何らかの違いがあるのでないか？と思っています。

このデータについては、５月３１日の十和田市立中央病院の講演で話をしようと思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

TPN患者の亜鉛補充について

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年 5月12日(日)14時32分48秒

橋本先生

私は若い頃、外科医でした。外科は手術のために、どうしてもある期間食事摂取を不可能とする必要がある科です。
そこで、その期間や状況によって、食事の代用としての“適切な輸液”がどうしても必要な科です。短期間には水と電解質の輸液です。
次は、重症の糖尿病患者の術前･術後の管理でした。水と電解質に加えて、充分のグルコースに、血糖値を時々刻々と追跡し、インシュリン量を変動使用しての方式を完成しました。

続いて、当時は食道癌や胃癌でも、全く食事摂取が不能になってから、来院する患者が多く、その低蛋白・低栄養に、脱水状態のガリガリの患者の術前･術後管理が大きな問題でした。 必要に迫られ、経静脈高カロリー栄養輸液の研究を進め、１９７２年より、市販前のアミノ酸の試供品を駆使して、栄養輸液の処方及び栄養法の技術を独力で確立しました。

この水と電解質に、グルコースとアミノ酸にビタミンの輸液法は、後に脂肪製剤が加わり、経静注完全栄養法と臨床の現場では称され、汎用されましたが、私は“完全”とは大変に傲慢なことと思っていました。総ての輸液は、あくまでも食事の代用品で、長期間の使用は慎むべきものと学会で発言してきました。
その後、各種ミネラル等も加えられ、輸液内容は進歩はしてますが それでも、これら総て食事の代用品であることに、現在でもまったく変わりありません。

現実の医療では、どうしても、代用品でもできるだけ完成に近づけて、使用ざるを得ないこともありますが、基本的には出来るだけその様な状態にならないようにすることが大切と、私は思っています。

この前提のもとで、この患者さんに、亜鉛の投与が必要かどうかをも含めた、論理的亜鉛補充療法をして欲しいと思います。キッと亜鉛はかなり欠乏していると思いますが、亜鉛を大量には静脈から投与することは、過剰の可能性も含めて、コントロールの仕方が判っていませんので、経口的に行うのが良いと思います。ＴＰＮをしているということは、意識がないのでしょうが、ﾌﾟﾛﾏｯｸは口内崩壊錠ですから、水溶液として投与されたらいいのでないでしょうか？

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

ありがとうございます

投稿者：橋本　投稿日：2013年 5月10日(金)14時56分40秒

土屋　誉先生

ご指摘ありがとうございます。
経口以外からの亜鉛補充ということばかり気にしていて、輸液においての元々の必要量、補充量について考えることを飛ばしていました。
輸液に関する考えが不足しておりました。
この患者は96歳と高齢であり、ALBやBMIの低下、胸水・腹水の貯留もあるため、それらを考慮して輸液量を1000mlにしているのと思われます。
薬剤師にも相談し、まずは血清亜鉛の測定や製剤の変更について考慮してみます。
エレメンミックを追加した時に、亜鉛以外の微量元素（マンガン、ヨウ素、銅、鉄）への影響がどの程度かも薬剤師に確認中です。

稚拙な質問をしてしまい、申し訳ありませんでした。
今後ともよろしくお願いいたします。

僭越ですが、

投稿者：土屋　誉　投稿日：2013年 5月10日(金)00時30分33秒

倉澤先生がレスポンスする前にコメントするのは失礼ですが、仙台で外科をやっている者です。
エルネオパは1号でも2号でも2000mlを使用して初めて微量元素の1日必要量が補充されます。つまり1500mlでは3/4、1000mlでは半分しか補充されません。そのことを念頭に置くべきです。どうしても輸液量を1000mlにしたいときはエルネオパを使用せずに他の製剤を使用し、エレメンミック1Aを追加したほがいいです。まずは亜鉛値を測定することが重要だと思います。

TPN管理の患者への亜鉛補充

投稿者:橋本　投稿日:2013年 5月 8日(水)16時18分58秒

倉澤先生

はじめまして。
慢性期病院で臨床検査技師をしています、橋本と申します。
先生のHPやPPTを拝見し、褥瘡治癒のために亜鉛補充を担当医に提案しようと思っております。
（NHKの番組も拝見しました）

患者は96歳男性。栄養状態が悪く（ALBは2.6～2.9）で、TPNにて管理しています。
TPNは2号液にすると肝機能数値が悪化するため、現在は1号液のままとなっています。
TPNはエルネオパ1号を使用しています。
経口摂取は不可で胃瘻などもありません。
1年以上続く難治の褥瘡があり、ポケットも形成されています。
最近は全身状態が悪化してきており、褥瘡の箇所が増えていました。
今週からイントラリポスを開始予定です。

すでに亜鉛が添加されているTPN管理の患者に、さらに亜鉛補充というのはできるのでしょうか？
出来る場合はどのような薬剤を用いたらよいのでしょうか？
診療報酬のことも踏まえて担当医に説明・提案したいと思っています。

お忙しいなか申し訳ありませんが、ご教授頂ければと思います。

舌痛症と論理的亜鉛補充療法①

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 4月20日(土)13時07分20秒

みなみ先生

プロマックＤ（７５）２Ｔ／分１投与法が適切なのかも？
最近の舌痛症治療の経過報告有り難うございます。
2010.10.25 初投稿以来、約２年半で、まだ、治療中の（現在、考えると難治性）いわゆる舌痛症の治療経過ですが、患者であり医師であるみなみ先生の適切な血清亜鉛値と治療経過の報告は大変貴重なデータです。
まだ、完治とか、適切なコントロールであるとは言えませんが、いわゆる舌痛症に食欲不振、腹痛、下痢や脆弱な皮膚状態（もしかすれば体調や歯科疾患等）等などの亜鉛欠乏症の状態に、明らかな血清亜鉛値が67の低値であった症例で、舌痛以外の亜鉛欠乏症状についてはおよそコントロールされ、舌痛についてもかなりコントロールされつつある症例といってよいのかと思います。
さて、この症例、どの様な機序かは不明ですが、少なくとも消化管よりの微量元素亜鉛の何らかの吸収障害が存在することは事実ですので、これまでの血清亜鉛値と亜鉛補充療法の亜鉛含有薬プロマックの投与法について報告データをまとめてみました。

【補充療法開始前】67→【Ｐ２／２】77→68→80→76→【Ｐ２／１】→99→78→83【Ｐ４／２】101→139→157→159→【９日間２Ｔその後４Ｔに戻す】128→129→136→123→129→142【ﾄﾘﾌﾞﾀﾉｰﾙ】→128【Ｐ２／１】→102【Ｐ中止３Ｗ、再発】64【Ｐ４／２】→113→116→158→190【Ｐ２／１】→194【Ｐ２／２】→96【舌痛ぶり返し】→【Ｐ２／１】→現在

①現在も、血清亜鉛値が生体内のどの様な生化学的状態を表しているものか??不明です。
②およそ基準値を65~110μg/dLとする正規分布、個々人固有の至適濃度を有する様です。
③勿論、ごく少数ですが、±2σ、3σを超えた、何の異常症状も示さない人も認めら

れ、
　④特に、治療例では、これまでにも2012.09.13に報告した褥瘡例の171、182や舌痛、下痢、食欲不振症例の176、乾癬の183μg/dLの症例もありますから、あながち先生の194は異常な高値といえないのかも知れません。
　⑤亜鉛は現在の分子生物学的知見ではZIPやZnT等の多くの亜鉛トランスポータにより、そのホメオスターシスは厳密に保たれているとされ、例えばZIP4は体内の亜鉛が充足されれば吸収が抑制されされている、
　⑥その他の体内の代謝経路に問題のある場合、多少の違いがあるのかも知れません。
　⑦何れにしても現在まで、経口的な亜鉛の投与では、亜鉛過剰は報告されていません。

　４Ｔ投与で128→→142までの投与量と血清亜鉛値の推移は吸収と消費の体調の問題もあるのかも??何とも云えませんが、
　①２Ｔ／２ではプロマックは殆ど吸収されないことを示している様に考えられます。
　②４Ｔ／２はかなり急速に補充される傾向があり、190レベルでこの処方を控えたようですが、先生の場合190レベルはもしかすると、特別異常ではなく、固有の至適濃度なのかも知れません。舌痛の状態もよかった様でもあるのかと思われます。
　③しかし、２Ｔ／１で、異常に消費される状態がなければ、徐々に必要な濃度に達する可能性があり、徐々に達した血清亜鉛値であれば、それが190でも、特に問題なければ、その状態を患者であり医師である先生の自己観察で、存続か中止を判断すべきことかと考えています。
　④むしろ、平均的な数値内の120前後に血清亜鉛値をコントロールしなければならない理屈はどこにもないと思います。

　2010.10 のご投稿以来の投稿をチェックしてみますと、舌痛以外の諸症状の中にもしかするとこれまでに、亜鉛欠乏症の症状であるとは思っていなかった症状があるのではないかと思っています。皮膚の脆弱さ；靴擦れの成りやすさなど書かれていましたがどうなっったのでしょう？その他の皮膚状態で気づかれたことは？歯科関係の脆弱さも？もしかすれば？？
　患者さんであり医師である先生にしか気が付かれない症状があるのかも知れません。
　教えていただけることがあればよろしく！！

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

プロマック2錠分1　投稿者：みなみ　投稿日：2013年 4月 8日(月)17時59分57秒

倉澤 先生

掲示板荒しの対応お疲れ様でした。管理者のご苦労お察しします。
２か月に１度の亜鉛チェックは継続していたのですが、混乱を警戒
しまして報告投稿を1回分見合わせていました。
４か月分の経過報告をさせて下さい。

12月(4錠再開24週)の亜鉛の数値が前回報告通りに190と高かったので、
その後は2錠分1としました。
それによって舌痛を始めとする自覚症状が増悪することはなく、8週後
の亜鉛は194で高値が維持されていました。
それで以降は2錠分2にしてみました。
その後の舌痛は皆無と言える日もあり、かつてなく好調でした。
ところが2錠分2が7週目に入る頃から痛みがぶり返して来て、8週後を
待ちかねる思いで亜鉛を調べましたら96という結果でした。
今は2錠分1に戻して１週間ほどですが、痛みは軽減傾向で再び
「かつてなく好調」に戻れそうな感触を得ています。

4錠24週服用でできた亜鉛の「貯金」が2錠分2にしてから取り崩
す状態となり、7週の頃に底をついたとでも言うことでしょうか。
私の場合SRLの「基準値上限」を少し上回る亜鉛数値が適正なの
かもしれないと想像しています。
2錠分1で維持して亜鉛の推移を追跡してみたいと考えていますが
いかがでしょうか。

腹痛・下痢は昨年10月の虚血性腸炎以後はなくて、この半年は

快調です。
気になる皮膚症状も見られません。

昨年2月から併用を始めたトリプタノールは最高40mgから漸減中で、
現在20mgとしています。

今後もご指導を宜しくお願いいたします。

病気は出来るだけ一元論的に考えたい！！

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 4月 7日(日)13時42分23秒　編集済

サリー様

３月２２日に検査結果の投稿いただいて、もう、４月７日。東京では桜も散り、時が猛スピードで過ぎて行きます。最近は迷惑投稿もカットされているのか？やや落ち着いて、返事の投稿も再開できる様になりました。

2008年に投稿いただいて以来、貴女の症状については、その病態の説明は、そう一筋縄では行かぬものと思ってきました。最近の医師の中には複雑な症状の病気の病態をバラバラに考える傾向がある様に思われますが、ヒトの身体のあっちもこっちもバラバラに、同時に故障することは少ないものです。私達が医学生であった50年前の臨床講義では、そんな思考の学生は馬鹿にされ、軽蔑されたものです。

膠原病の強皮症の皮膚や皮下組織のこと、消化吸収に関する消化管・消化管粘膜の細胞や組織の状態、角膜のこと、花粉症のこと、倦怠感、検査値のZn、Fe、Albのこと、貧血のこと、何が一次で、何が二次なのかは現状では別にして、総てが一元論で説明できるのかも知れません。キッとまだ報告されていない異常症状があるのかも知れません。そんな中で、亜鉛の生体内機能から考えて、低亜鉛状態は結果でもあり、原因でもありうると考えています。
鉄欠乏による貧血状態は反応が早いので、急速に改善されているようですが、亜鉛欠乏については、少なくとも二次的な亜鉛欠乏状態であることは間違いなく、血清亜鉛値の推移はまだ、適切な亜鉛補充療法であるのか？不明ですが、慌てずに亜鉛の欠乏消退を目指すのが良いと考えています。
角膜潰瘍は、むしろ亜鉛欠乏の結果の可能性が高く（深田 俊幸論文）、その状態の変化はしっかり追跡するのがいいでしょう。その他、食欲の状態、下痢などの糞便の状態、皮膚掻痒や皮膚の状態、皮疹のことなど、症状の変化があれば、記録追跡して欲しいと考えます。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

検査結果訂正。

投稿者:サリー　投稿日:2013年 3月22日(金)13時23分6秒　編集済

倉澤先生。サリーです。返信ありがとうございます。
体重はその後も早朝38K～38.4Kをキープしています。

訂正があります。
2月9日の
＞昨年5月には、RBC3.52. HB8.0、HT27.4.MCVなど基準値以下。　ALB2.4　A/GO.4
CRP7.79.　血清鉄34　フェリチン10以下でした。

投稿ですが、昨年5月(2012年5月）の結果ではなく、それは激しい疲労感で貧血？と皮膚科で診察をうけたときの
2011年9月の血液検査でした。

その後も倦怠感疲労感が激しく、昨年五月(2012年5月）に総合病院の内科の診察を受けたときの結果が以下です。。
WBC13.5H　RBC3.52L. HB8.0L、HT25.7L .MCV、MCHも基準値以下。MCHC31.3
PLT597H
CRP6.618H　IRON13L　FER10以下　TP8.8H　ALB2.7L　SEG81H　LYM11.0L
ZNの亜鉛はなんと４４でした。

2月8日　RBC3.87、HB10.5　HT33.0　MCVなどは正常値。　ALB2.6、A/GO.4　CRP5.18
血清鉄23、フェリチンも23。ZNはいまだ５７ですが、それは一日1包みを朝晩にわけて飲んでいたので、
1月末（26日ごろ）から飲み始めた一日朝晩1包でどれだけ改善するのか次の検査が待たれます。

追加です。2月20日の検査では
WBC12.2H ですが、 RBC4.10　 HB11.0　 HT35.5　MCV,MCH,MCHCも基準値内。
PLTは478H　CRP6.796H　TIBC222L　UIBC189　 TP8.8H　ALB　2.8L　A/GO.5
血清鉄33　フェリチン28.6　Znは62.0でした。
ヘモグロビンがついに基準値内に、血清鉄フェリチンも改善。
鉄剤隔日一錠から一日一錠にしたことで改善してきています。

亜鉛値ですが、
角膜潰瘍の心配もあったので、目が赤くなったらやめたりしていたプロマック
昨年11月の検査入院時から（入院時は何があっても安心だと）、
プロマック半分を朝晩きっちり服用しはじめました。（ミヤBMシナール、ビオチンも服用）
11月6日ZN49.0(朝晩半分)
12月6日ZN56L
1月9日　ZN57L
1月26日ごろからフェロムも隔日から毎日とともにプロマック朝晩一包に変更。
2月8日AN57L
2月20日ZN62Lです。なかなか上がりませんね。

皮膚の炎症は以前よりよくなっていますが、
一般的にみてどうなのだろうと
先生に「私の症状は中症状ですか？」と聞いたら「中よりは重い」だそうです。

次回の内科診察血液検査は4月です。
増えないアルブミンつまり改善しない栄養状態。高いCRP。皮膚だけでなく膠原病により体のどこかが炎症しているのですね。
CRPが5～10というのはかなり高い数値のようですが・・・。
疲れやすくて当然でしょうかね・・。

医師からの提示でいくと
強皮症のため、プレドニン30ミリスタート、もしくはステロイドと免疫抑制剤を併用して服用することになりそうです・・・。

継続して亜鉛は服用していく予定です。





／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

亜鉛欠乏症には論理的亜鉛補充療法を！！

投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2013年 3月15日(金)11時53分0秒

サリー様

体重が３８Ｋｇ台に乗ったと喜ばれているようですね。亜鉛補充療法の効果かどうかは別にして、良かったですね。

２月１３日のＮＨＫの『ためして　ガッテン』の“激やせ、下痢等など”の症例のように、あれほど劇的な症例ではないが、原因は不明だが一般的によく経験される症状の、実に多くの亜鉛欠乏症患者さんが存在します。
その症状は、時には拒食にも至る種々の程度の食欲不振から慢性の下痢に、菲薄で脆弱な皮膚や創傷治癒遅延や時に褥瘡、種々の皮膚疾患・皮膚症状、味覚障害や舌痛、口腔内違和感や元気さの低下や精神症状、その他多彩な諸症状の単発の、または、多彩な組み合わせの種々の亜鉛欠乏症があります。

あまりにも多彩な症状が“たった一種の亜鉛という元素の欠乏で発症する”と主張して来ましたので、多くの医者達から“眉唾物と”時には“そんな馬鹿なこと”と拒絶反応さえも受けてきました。もちろん、亜鉛欠乏症の臨床はまだ判らないことだらけです。でも、判ってきたことも沢山ありますし、最近の分子生物学的手法を駆使した基礎的な知見等から、説明されること、推測されることも多くなってきました。
ただ、まだ私たちその事実を知った者の努力不足で、多くの医師達がまだその事実・知見を知らないこと、拒絶反応さえ示して、知ろうとしないことが問題でした。ＮＨＫの『ためして　ガッテン』の報道から多少は風向きが変わってくるのかも知れません。少なくともこれまで無視を続けてきた学会は、批判・否定するにしても、“シンポジウムを開いて討論する”意味と必要があるのではないかと思っています。

さて、貴女の症状についてです。多彩な疾病・症状が、一次性か？２次性かは別としても、亜鉛不足・欠乏が存在することは間違いないと考えます。2012.6.29の私の本掲示板への投稿のごとく、貴女の亜鉛補充療法には、是非、血清亜鉛値等を測定し、その推移・変遷と臨床の諸症状の変化を追う【論理的亜鉛補充療法】を試みて欲しいと思うのです。
【論理的亜鉛補充療法】については、論理的亜鉛補充療法で検索していただくといいのですが、また、稿も改めて投稿しますが、2012.6.29 の投稿を、先ずは、参照して下さい
兎に角、血清亜鉛値の測定をしてもらって下さい。その推移によって、処方の変更もあり得ます。

花粉症について、先日の『ためして　ガッテン』は、知ってか？知らずか？、亜鉛欠乏症と二本立てでしたが、貴女の予想の通り、亜鉛と関係がある可能性が充分にあるのです。
基礎医学的には充分予測されることですが、臨床的にはもう少ししっかりしたエビデンスを整えてからにしますが、貴女は患者さんとして、経過を追い記録していただければと思います。ただ、その効果の発現には１年余、その評価には２～３年から数年の経過追跡が必要と考えて下さい。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa/





体重

投稿者：サリー　投稿日：2013年 3月14日(木)09時45分55秒

こんにちわ。サリーです。
プロマックは朝晩半包ずつ服用していましたが、
1月27日から、朝晩1包に増やして約50日がたちました。

体重のことですが、どんなに食べてもここ数年36kから37.5kでした。
またプロマック少量再開後の昨年も38kに到達することはありませんでした。

1月24日の朝の体重（パジャマ分差引）で36k。
昨日の体重38.3kとなりました。
はたして、このまま38k台を維持できるのか？ですが
久々の38k台はうれしかったです。

花粉症もありますが、私の住んでいる地域では先週より花粉が非常に多いとのことです。

私も花粉症はあります。
が、しかし、外出して、街を歩いても、ちょっとだけ鼻がむずむず、目がうるうるすることはあっても
痒さはあまり感じません。マスクは着用していません。

＞亜鉛欠乏により､表皮のみならず皮下組織も含めて、皮膚全体が脆弱になっていたものと考えられる。

亜鉛欠乏により粘膜も弱まっているとしたら、それを補強して花粉に対抗することも可能？
もしかしてプロマック効果？

花粉はこれからが本番ゆえ、これから花粉症爆発し、前文取り消しということもありうるので
先走りかもしれませんが。

花粉症が重い人で、血中亜鉛が低い場合、試してみる価値があるか・・・も。とはやはり先走りすぎか・・。

若い人の亜鉛欠乏

投稿者:栄子　投稿日:2013年 3月 5日(火)18時28分16秒

NHKの「ためしてガッテン」を見せていただきました。
すごく深刻なのに、ほとんど知られてない亜鉛欠乏について知らせてくれた貴重な番組だったと思いました。
ぜひもっと詳しく取り上げて欲しいと思っています
ところで、少し気になったのは、実例で出てきたのがお年よりの方だけだったことです。

私の知人に貧血や下痢などで長年苦しんできた人がいます。
ただの体質かと思っていたそうですが、だんだんと症状が重くなっていき、
最後は30代の若さで寝たきり老人と変わらないような状態になってしまいました。
わらをもすがる思いで、慢性疲労症候群、繊維筋痛症、過敏性腸症候群、うつ病など、症状が一致するものを片っ端から調べていったそうです。
そんな中、亜鉛欠乏性貧血というものがあることを知り、試しにと一回亜鉛を飲んだ翌日に、あれだけの苦しみが、少し和らいだのを感じたそうです。
それ以来、亜鉛とほんの少しの鉄を飲み続けています。
そしてあらゆる症状が程度の差はあるものの、治ってきているとのことです。

実際、そのことをただ見聞きしただけの自分も衝撃を受けるほどの、回復ぶりでした。
それ以来、自分自身も亜鉛やミネラルの不足について敏感になっています。

彼女は倉澤先生みたいな医者が近くにいればなあって言っています。
私も同感です。だってあやうく人生を棒に振るところだったんですから。
いや、本当に命を落としていても不思議ではなかったのかも知れません。

彼女のように、こんな理由で人生をあきらめなくてはならなかった人がどれほどいるのでしょうか？
とりあえず自分はそんな状態ではなくても、どのくらいこれに近い状態の人がいるのか想像すると怖いです。精神的な打撃もすごいらしいので・・・

孤軍奮闘の先生方を思うと心が痛みますが、日本の未来のためにぜひがんばって下さい。
応援しています。

ありがとうございました

投稿者:山下　　千知　投稿日:2013年 3月 2日(土)17時12分56秒

倉澤先生御机下
東邦大学医療センター大森病院の　山下ちさとです
お忙しいのに　ありがとうございました！！
抽象的な表現しかお伝えできず申し訳ございませんでした。
もっと　具体的な言葉でまた　メールさせて頂くと思いますが、先生ご教授を
よろしくお願いいたします。
山下　千知

低アルブミン血症と亜鉛欠乏

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 3月 2日(土)07時46分17秒

山下　千知様

金沢で開催された日本静脈経腸栄養学会でのランチョンセミナーに参加いただき有り難うございました。
さて、【低アルブミン血症での亜鉛欠乏の鑑別】ということで、どの様なことをお聞きになりたいのか？ちょっと判りかねるのですが、でも、もしかしたらＮＳＴ活動の最も大切な基本的なことを質問されているのか？と考え、勝手な小生の“貴女のご質問要旨の解釈”のもとで書かせていただきます。間違っていたら、再質問して下さ

い。

　ＮＳＴ活動に置いて、【患者さんの状態の悪さ（例えば褥瘡の発症・難治化や創傷の治癒や感染の遷延）は低アルブミン血症や低Ｈｂ血症等などで表現される低栄養状態にあるので、その低アルブミン血症などを改善したら、患者さんの状態は改善される。】と考えられて、亜鉛を補充すると低アルブミン血症が改善する症例と改善しない症例があるので、改善する症例を鑑別して、亜鉛補充療法の適否が決めたら、効果的なＮＳＴ活動が出来るのではないか！！ということでしょうか？もしそうだとすると、
　この考え方は、実は、【検査値と患者さんの状態把握】について、多くの医師も、また、多くの学会もうっかり陥っている、医学的考え方の基本的間違いなのです。低アルブミン血症は、確かに、低アルブミン血症であるが故の何らかの生理的影響はキッとあるでしょう。
　しかし、例えば褥瘡は、低アルブミン血症だから褥瘡になるのでなく、低アルブミン血症と表現されるような低栄養状態になる代謝状態だから、褥瘡が発症し、難治化するのです。
　低アルブミン血症は褥瘡と同じく、代謝異常状態の結果であって、基本的には褥瘡の原因ではないのです。
　キッと現在の皆さんのＮＳＴのチームは低アルブミン血症だからと、アルブミンの基準値（正常値？？？）を目指して、アルブミンの輸液をして、うっかり見かけを整えるような馬鹿なことをしないと思いますが、日本の中で、未だに、低アルブミン血症だからと数値補正をする医師や医療機関があるのです。

　小生は、金沢のランチョンセミナーで述べたごとく、1972年に、外科医として、全く経口摂取できない時期の患者の術前・術後管理の必要に迫られて、水と電解質とカロリーと当時開発されだしたアミノ酸製剤とビタミンを組み合わせた高カロリー栄養輸液の処方と技術を開発し、それを駆使して高齢者の外科を開拓した者ですから、低アルブミン血症は縫合不全や創傷治癒遅延の原因ではない（アルブミンは創傷の接着剤ではない）ことは、外科医療の現場で充分実証済みのことです。
　縫合不全や創傷治癒が遅延しないように、材料としてのバランスのとれた充分量のアミノ酸とエネルギーに当時はビタミンまで、そして、現在は必要なミネラルの投与をして、代謝をより正常にすることが大切なことであると主張し、実行しているのです。
　そして、亜鉛はランチョンセミナーでも話したように、多くの酵素の活性化に絶対に必要なミネラルですし、一見正常な多くの人も、いわんや多くの疾病状態にある人（患者さん）には多くの医療人が考えているよりも遙かに多く欠乏者がおり、特に、褥瘡や創傷治癒の遅延や感染状態の患者さんの代謝の正常化には大量の亜鉛が必要であると主張しているのです。

　さて、回答がピントはずれでしたでしょうか？？間違っていたらごめんなさい。もう少し詳しく内容を記していただければと思います。しかし、上記のことはＮＳＴとしての考え方にとても大切なことと考えますので、検討してみて下さい。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

胃全摘後の亜鉛欠乏症（返）

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2013年 3月 2日(土)05時36分48秒

　伊東 和樹先生

　お久しぶりです。
　この掲示板、昨年暮れよりアルファベット組み合わせの投稿者名の迷惑投稿に悩まされていましたが、何とか一段落したようですので、活動を再開することとしました。
　尤も、【警告と確認】で記したごとく、殆どは非表示で、管理者（小生）の作業内で済むことですので、一般の投稿の方々には不用意な対応をされなければ問題ありませんので今後ともよろしくお願い致します。

　胃全摘後の典型的な亜鉛欠乏症例について、ご投稿有り難うございました。この症例は胃全摘という栄養摂取の上で特殊な状態ですので、常識的に亜鉛欠乏になりやすい症例ですが、小生のＨＰ等でも紹介しています様に、そのつもりで患者さんを診ていますと、ごく普通の一般人に驚くほど多数の、多彩な亜鉛欠乏症が存在します。
　味覚障害はもちろんですが、舌痛、口腔内違和感の多彩な舌口腔咽頭症状、多くの原因の定かに決められない食欲不振、褥瘡は殆どが亜鉛欠乏状態ですが、多くの皮膚

疾患・皮膚症状、かなりの%の慢性下痢に、元気さなどの精神状態などなどにも関連していますので、まだまだ、多くの医師達は“眉唾もの”と思っているようですが、検討してみて下さい。

先生が関心を持たれている肝疾患と亜鉛の関係については、多くの関連の医師が興味を持っていますが、総ての亜鉛欠乏についていえることですが、一次的なのか？二次的なのか？原因なのか？結果なのか？ということも考えて、整理して行く必要があると思っています。
亜鉛は生命活動、生体機能に必須の元素ですので、総ての医師に関係し、関心を持つ必要のあるミネラルと思うのです。
先生の明晰な頭脳を持って、関心とご批判をいただければ幸いです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

低アルブミン血症での亜鉛欠乏の鑑別

投稿者:山下　千知　投稿日:2013年 2月27日(水)21時59分58秒

低アルブミン血症の症例の一部で、亜鉛投与で改善できる症例が有る事は解ってきましたが、その対象鑑別と治療方法をご教授頂きたいです。
先日　金沢でのランチョンセミナーありがとうございました！！
東邦大学医療センター大森病院NST　山下　千知（ちさと）　拝

胃全摘後の亜鉛欠乏症例

投稿者:伊東 和樹　投稿日:2013年 2月16日(土)09時02分50秒

50代女性で胃全摘術後の患者の、味覚障害+舌あれ・舌痛
...亜鉛欠乏による症状で、プロマック投与開始後2ｗですべての症状が軽快とゆう患者さんが昨年いました。

それとは別に、肝硬変患者のかなりの人が亜鉛欠乏を随伴しているようです。
プロマックを試用前後で、何らかの症状/検血データ改善率は...3割くらいでしょうか。
キチンとまめてみてはいませんので。

静岡県・焼津市　伊東クリニック　伊東 和樹 拝

警告と確認

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2013年 2月13日(水)05時09分56秒

この亜鉛欠乏症についての掲示板は昨年１２月の初旬から迷惑メールの襲撃にあっています。しかし、善良な投稿者の皆様には、不用意に不明の『アルファベットの組み合わせ』の投稿者名の投稿に関与しなければ、何の害もありませんのでよろしくお願いします。
本掲示板は倉澤隆平の『亜鉛欠乏症のホームページ；Ryu.HOME』の開設と共にスタートして、一般の方々、医師はじめ看護・介護、薬剤、検査等々の医療関係者から亜鉛の基礎研究の先端を行く分子生物学者や生命科学の研究者等など、亜鉛に関心のある多くの方々の情報交換の場としての役割を果たしてきました。その情報量は大きくとても大切なものと考え、この掲示板を簡単に閉鎖するわけには行きません。可能な限り継続の努力をし、当掲示板の管理者として、迷惑メールの削除や受信拒否を進めて行きますが、よろしくお願い致します。

『投稿者名も、題名も機械的に次々とアルファベットを巧妙に組み合わせて、迷惑投稿として簡単に削除できない様にした迷惑投稿が、連日大量に投稿され、対応に苦慮しており、返事が遅れて申し訳ありません。迷惑投稿は幸い非表示になって、大部分一般の投稿欄に載りませんので、投稿者の方々は不用意に対応されなければ、問題ありませんので、ご安心下さい。』

みなみ先生、サリー様、少し返事が遅れますがよろしく。
それぞれ最初のご投稿以来、診療所のカルテのごとく、貴重な情報・事実が詰まっていますし、その間の亜鉛欠乏症の知見の進歩と共に、徐々に明らかに見えてきたものもあります。むかしからの投稿を振り返りつつ考え、助言させていただきます。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

プロマック　投稿者:サリー　投稿日:2013年 2月 9日(土)14時26分18秒

倉澤先生ご無沙汰しています。
お世話になっております。
2008年11月に続き、昨年6月に投稿したサリーです。
気にかけていただいていたのに、その後報告が遅れ申し訳ありません。

＞血清亜鉛値も、鉄、アルブミン値も低値であるとのこと

昨年5月に激しい倦怠感疲労感で、貧血？と内科を受診しました。
鉄の処方をうけ、亜鉛欠乏もあると話したところ、プロマックの処方も受けられました。
アレルギーがあるかもと、鉄は隔日、プロマックもまずは一日一包半分ずつから始めました。
その後、9月に膠原病の強皮症であることが判明しました。
アトピーもあり、膠原病ということで体が常に炎症しているわけで、
食べても食べても炎症でエネルギーミネラルが失われてしまっているわけですね。

その後も徐々に鉄亜鉛を増やしていきましたがなかなか数値は改善しません。
ただHBが少しずつ改善してきたので疲労感はかなり減りました。

今年の1月末からは、鉄フェロム50mGを毎日、プロマックも朝晩1包飲んでいます。

昨年5月には、RBC3.52. HB8.0、HT27.4.MCVなど基準値以下。　　ALB2.4　A/GO.4
CRP7.79.　血清鉄34　フェリチン10以下でした。

現在　RBC3.87、HB10.5　HT33.0　MCVなどは正常値。　ALB2.6、A/GO.4　CRP5.18
血清鉄23、フェリチンも23となりました。ZNはいまだ５７ですが、それは一日1包みを朝晩にわけて飲んでいたので、
先月末から飲み始めた一日朝晩1包でどれだけ改善するのか次の検査が待たれます。

体重は36k台をうろうろ、なかなか回復しません。
これも先月末プロマックを増やしたことで改善するかな・・？。

アトピー皮膚の症状は冬にもかかわらず以前よりはかなり落ち着いています。
（といっても元がかなりの慢性湿疹をかかえていたもので・・それから比べればということですが）
08年当時よりは下がってしまったアルブミン値は膠原病のためと思われます。
低いアルブミンも膠原病による慢性炎症のためとのこと(微熱もあり）。
こちらのHPの褥瘡がある高齢者の方々より低いアルブミン値・・（汗・・パワーがでなくても当然でしょうかね
？）
小腸の吸収力低下？。食欲はあるのですが、栄養を補うためにエンシュアやエレンタールの処方をうけています。

現在は膠原病内科、血液内科、皮膚科、3人の主治医と話し合いの上、治療を決めているところです。
幸い鉄剤治療のみならず亜鉛（プロマック）服用もさせてもらえ、
治療方針についても話あいや　説明をしてくださる先生方なので恵まれたなあと感じています。

強皮症の症状はまだ軽いほうのようですが、
CRP炎症反応を抑えるため、ステロイド大量投薬を勧めれています。
CRPが下がれば炎症が落ち着き、栄養状態も改善するとのことからです。
それも理解できます。

が、ステロイド投薬の前に
無理をいって、ビタミンやプロマックをためさせてもらっているところです・・。

こちらのHPでまた勉強したいと思います。





以上は、新着順221番目から230番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

皮膚からの吸収について 投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2013年 2月 1日(金)23時30分5秒

平野様

投稿者名も、題名も機械的に次々とアルファベットを巧妙に組み合わせて、迷惑投稿として簡単に削除できない様にした迷惑投稿が、連日大量に投稿され、対応に苦慮しており、返事が遅れて申し訳ありません。迷惑投稿は幸い非表示になって、大部分

一般の投稿欄に載りませんので、投稿者の方々は不用意に対応されなければ、問題ありませんので、ご安心下さい。

さて、平野様の投稿の、皮膚からの吸収の件についてです。本来皮膚は個体を非自己から（外界から）隔離するのが本来の役割（バリアー機能）ですから、主に皮膚からの吸収を目的に何らかの物質を風呂に入れることはどんな意味があるのでしょうか
健康な皮膚は、微量にはあっても、殆ど吸収しないと考えるのが正しいのではないでしょうか。勿論、バリアー機能が崩れた病的な皮膚ではそれなりの吸収があるでしょうが、後は表層の細胞に少し浸透する程度だと考えます。何れにしても、この掲示板では適切なお答え、議論は出来ないと考えます。
ヒアルロン酸など美容品として、高値で売られていますが、健康な皮膚には、皮下組織でも、真皮でも、コラーゲンの生成に関与している亜鉛を経口で摂るのが必要で、正しいことです。





お風呂に銅桶3日入れたままビタミンC添加

投稿者：平野　投稿日：2013年 1月12日(土)02時17分10秒

始めまして、全くの素人で申し訳ありません。自分は題名の様に入浴していましたら、眠気や、軽いだるさを感じ、気分もいまいち高揚しないので、銅イオンがビタミンCで過多になり、皮膚から吸収されて亜鉛不足になったかと思い、亜鉛サプリメントを昨日から摂取し始めまし日に１４mgです。そして昨日から銅桶を風呂に漬けおくのを辞め、今日から４N純度の亜鉛を５gほど風呂に漬け込んで入浴しました。ビタミンCも添加しているので、亜鉛もイオン化して皮膚吸収されるかな？なんて素人考えで実行していますが、過剰摂取に気をつけたいと考えています。温泉、お風呂の銅が、おじいちゃんおばあちゃんに皮膚吸収されて亜鉛不足になる様なことは考えられるでしょうか？自分の亜鉛不足と感じたのは全くの個人主観、感覚ですので、科学的根拠は全くありませんが、、、、
素人考えで申し訳ありません。

プロマック4錠再開24週　投稿者:みなみ　投稿日:2012年12月13日(木)18時57分46秒

倉澤 先生

お気にかけていただきまして嬉しいです。ありがとうございます。

プロマック4錠再開24週の亜鉛は190でした。
今回銅も調べまして、110で低値は示しませんでした。

私の場合、プロマックによる舌痛改善効果は、緩やかながらも有効と感じています。
症例36の方と同様、熱いもの・塩分・酸味・硬いもの接触による痛みは自発痛の強弱と比例して存在しています。

今年2月から開始したトリプタノールも有効で、開始初期はプロマックよりも切れ味鋭く奏効した感があります。

下痢・腹痛はプロマック開始後明らかに改善し、トリプタノールで更に拍車がかかったようです。

食欲改善が最も早く、これもトリプタノールで更に食が進む状態です。

皮膚症状は創傷治癒遅延はなくなっているようです。

プロマックの量は2錠に戻してみて舌痛増悪がなければ、そのまま2錠を長期継続するのが良いかなと考えていますが、いかがでしょうか。

どうぞ宜しくお願いいたします。

ありがとうございます　投稿者:松本富夫　投稿日:2012年12月 6日(木)13時59分18秒

倉沢隆平先生
こんにちは、初めてメールさせていただきます。私は獨協医科大学越谷病院薬剤部の責任者をしています松本富夫と言います。先日は、お忙しい中、私たち獨協の職員に、大変貴重なお話をしていただき、感謝しております。私もＮＳＴの一人として拝聴させていただきました。御高名な先生に向かって大変失礼なのですが、私が常日頃考えている、栄養感、生活態度、食生活など先生のお考え、ほんとうにもっともだと、お話を聞いて、感激した次第です。ご講演の後、お礼のご挨拶ができませんでしたので、この場を借りて、感謝の意を表したいと思います。大変ありがとうございました。これからも何かありました折りには、ご指導お願い致します。寒さも増してきました。お身体に気をつけて、ご活躍ください。では、失礼します。突然の乱文のメール許してください。
追記：私は、ただ取るだけの写真好きで、先生の写真見させていただきました。たいへんすばらしかったです。

血清亜鉛濃度との乖離　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年11月30日(金)22時57分8秒

河野 和彦先生

ご投稿有り難うございました。

原因の定かでない食欲不振は殆どが亜鉛欠乏症によると言って良く、亜鉛補充療法による効果の発現は一般に短期間で、中には翌日にも回復するものがあり、劇的です。
正確にはまだ判りませんが、摂食中枢へのニュウロヘプタイドＹ等の刺激物質の作用を介するもののようで、味覚障害のように味蕾細胞の新生や再生、酵素活性等関係するのとは発症機序が異なるようです。

原因の定かにない食欲不振の大部分は亜鉛欠乏によると言え、病院で、ただ“食べないから”と、安易な胃瘻の造設は絶対に慎むべきものです。胃瘻の造設が簡単に出来ること大変困ったことです。

さて、血清亜鉛値との乖離のことですが、小生の『亜鉛欠乏症のホーム・ページ』に“亜鉛欠乏症講演”がリンクされています。

そのＰＰＴの“欠乏症、血清亜鉛値は低値か？”から以下“血清亜鉛値８０μｇ／ｄｌ意味するもの”までの講演を聴かれると、乖離の訳がお判りになることでしょう。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛補充療法長期の舌痛症について

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年11月30日(金)22時04分43秒

みなみ先生

亜鉛補充療法による血清亜鉛値の推移と舌痛症の経過の報告有り難うございます。

先生の舌痛症が亜鉛補充療法により軽快はするが、根抜け（根治）にならないこと、今月はどうなったかと報告を気に掛けています。

小生の亜鉛欠乏症のＨＰ；『舌痛症について』の症例の４１例、４８症例で、亜鉛補充療法で治癒した２２例、２９症例の中で、およそ４ヶ月以内の治癒症例と６ヶ月以上の比較的長期をを要した症例では、経過を読み返してみると、どうも違いがあるようです。
症例１９は、舌痛に口周囲のピリピリ感、味覚障害、アフタ性口内炎、食欲不振、口内違和感等などを訴えた症例ですが、２年半ほどの補充療法で他の欠乏症状は皆改善したが、口周囲のピリピリ感は残っているが、口内はほとんど良いとのことで治療を完了しています。
症例３６は、舌は熱いもの辛いものは気になるが、普通に食べられるし、問題なしとのことで、一年半の治療で完了としています。
短期治癒のものは殆ど、再発、再々発はあろうとも、根抜け（完治）として良いようですが、長期を要したこの二例は記録を読み返してみると臨床的に患者さんの苦痛が無くなり治療完了としたもののようです。

先生の場合、舌痛以外の食欲、下痢、皮膚の状態その他は亜鉛補充療法でどう変わったのか？舌痛は変動があるようですが、補充療法開始前と現在ではどう変わって居るのか、比較して教えていただけると有り難いと思います。
褥瘡などと違って、客観的に比較出来ないので、よろしくお願いします。

血清亜鉛濃度との乖離

投稿者:河野和彦　投稿日:2012年11月30日(金)12時35分20秒

はじめまして。名古屋の開業医です。私の認知症ブログの11月26日号に、半年続いた食欲不振がプロマックで3日で解消した認知症を報告しました。しかし、血清亜鉛は７４で、基準値下限（６５）には達していたのでおかしいなと思いました。今日、ゼリア新薬の方から、血中濃度に反映されるのは時間がかかると言われ、少し納得できました。認知症の世界では、まず食欲不振のときはアリセプトをやめるのが一番効果的ですが、ドグマチールやプロマックも欠かせない武器となっています。

プロマック4錠再開20週

投稿者:みなみ　投稿日:2012年11月18日(日)12時16分5秒

倉澤　先生

いつもありがとうございます。

プロマック4錠再開20週の亜鉛は116でした。
この水準で数値が安定していくのかなと思っています。

舌痛は完全消失ではありませんが、痛みのない時間が増えてきたようです。
外来診療で長時間の会話をしても以前ほど苦痛でなくなって来ています。

トリプタノールは漸減を開始しています。

次回も4週後にチェックしてみます。

亜鉛欠乏症講演をHP上にリンクしました

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年10月28日(日)16時11分29秒

亜鉛欠乏症講演をＰＰＴの画面を付けて、2012.11.28に亜鉛欠乏症のＨＰにリンクしました。

【亜鉛欠乏症の臨床と疫学　2012.Ver.1-02 】
『こんなにも多い亜鉛欠乏症！！食欲不振？褥瘡？そして舌痛症も？』
～臨床症状の謎が最新の亜鉛研究で、徐々に明らかに～

2002年秋。フトしたことから『多くの医師が考えているよりも、遙かに多くの亜鉛欠乏症患者さんがいる』ことに気づきました。その症状・疾患は、これまで原因不明で難治とされていたものが多く、しかし、また、その多くは欠乏症ですから、安全・安価で、且つ簡単な論理的亜鉛補充療法で軽快・治癒せしめ得ることを知りました。

この知見の周知はたいへん重大なことと考え、以来、今日までに全国各地で140回を超える学会発表や講演会等などで周知に努力してきましたが、常識を覆すことは本当に大変なこととつくづく感じています。

最も知らせるべき医師達、中でも特に、専門・細分化された専門家と称する専門医達に、【亜鉛とは、ほぼ総ての医療、総ての専門科に関係しているもの、ヒトは当然のこと、生物に必須のミネラルであり、生命を扱う医師には、是非関心を持って欲しい元素である。】ことと、知らせることが本当に大変なことをつくづく感じています。

目次から、興味のある目次のＰＰＴだけでもポツリ、ポツリと拾い読みならぬ、拾い聴きが出来る様にも工夫してあります。また、そのＰＰＴを止めて、そのデータをじっくり検討出来る様にもしてあります。掲示板を通じての厳しい批判も大歓迎です。
兎に角、先ずは興味を抱いて欲しいものと思っています。

お久しぶりです　投稿者:オリーブ　投稿日:2012年10月22日(月)08時38分13秒

舌痛症に悩み続けて数年。ふと発想の転換で先日舌の裏を見たら青い静脈がくっきり二本。思い切って舌を指で挟んでみると飛び上がるほどの痛さでした。針でさすような痛さです。きっとこの状態で何年も来ていたのだなあ。ふとそう思い少しずつ痛さをこらえ舌に力を入れないで指で揉んで見ました。最初の二・三日は痛かったのですが少しずつ痛みが和らいできて舌の裏側の青い静脈もピンク色に変わって細く見えるようになってます。何より舌の緊張がほぐれた感じです。唾液も出てきていい感じです。まだこんなことを書いてあるサイトはないみたいなので投稿してみます。足裏マッサージも痛いのはそこに毒素がたまっているので揉み解して白湯で流すように書いてありました。それも実行して最近はすっかり痛いところがなくなりました。舌痛症にも応用できないかと試しています。亜鉛は毎日一カプセル飲み続けています。でも舌の痛みが取れなかったのは舌自体の血流が悪く痛かったのではないかと今思っています。何か参考になれば舌痛症で悩んでいる方にクスリいらずで治せる手段があればと場違いとは思いましたが投稿してみます。ちなみに脳の血流にも良いのではないかとも思いました。昨日は麻までおきることなくぐっすり眠れました。





以上は、新着順231番目から240番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ] RSS

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

プロマック4錠再開16週

投稿者：みなみ　投稿日：2012年10月18日(木)17時18分11秒

倉澤　先生

いつもありがとうございます。

プロマック4錠再開16週の亜鉛は158でした。

120～130程度かと予想していましたが、まだ平衡状態に
達していないのか、20週の時点でまたチェックしてみます。

銅のことはすっかり失念していましたが、10日２日に
虚血性腸炎を発症したため血算をして貧血がないことは
確認できています。

舌痛は変動がありますが、再開後徐々に改善傾向かと
思われます

トリプタノールは分３にしていますが、夜に分1服用より
起床時の舌の違和感が軽減したと感じます。

また20週の結果も報告させていただきます。





血清亜鉛値１６１について

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年10月17日(水)17時48分11秒

みなみ先生

１０日ほどスペイン地方を廻ってきましたので、返事が遅れました。
血清亜鉛値１６１については９月１３日の掲示板で示した通り、あまり多いものではありませんがそれでも何例かの症例があり、それぞれ特別の問題はありませんでしたので、値そのものについては、キッと１２０程度にしなければとわざわざ調整する必要はないのかと思います。それよりは比較的多い量の継続投与での銅不足による貧血が無いかどうかのチェックはしておくのがいいのかと思っています。ただ、小生は気をつけているつもりですが、臨床的に困った副作用は経験していません。先生は医師ですから、ご自分のこととして何か臨床的に問題がないのか？比較検討していただけると有り難いと思っています。

トリプタノールは抗コリン作用が嫌な副作用で、あまり口渇が強いようなら、仕切直しを検討されてもいいのかも知れませんね。

今、『亜鉛欠乏と皮膚』については、アトピー性皮膚炎及び掻痒の強い尋常性乾癬とマスクメロンの様なごつごつした掻痒の強かった皮膚の三例の皮膚疾患が急速に軽快している症例を追っています。
皮膚科専門医も山梨大学の川村龍吉先生等が The Journal of Clinical Investigation Vol.122 No.2 February 2012 に Severe dermatitis with loss of epidermal Langerhans cell in human and mouse zinc deficiency と言う論文を載せられました。
皮膚科でもやっと亜鉛欠乏と臨床が結びつきだした様で大変嬉しく思っています。

アトピー性皮膚炎も、乾癬も、類天疱瘡も、掻痒症他のかなり多くの皮膚疾患、皮膚症状でも、亜鉛欠乏のみではないまでも、その皮膚症状の発現そのものに亜鉛の不足が大きな原因である皮膚疾患が沢山ある様に思われ、論理的な亜鉛補充療法で、ほぼ完治するもの、完治しないまでもかなり良好な皮膚状態に保っておける皮膚疾患が沢山ありそうです。
もしかするとステロイド軟膏療法が主要な現在の治療法が一変する可能性もあるのかも知れません。

是非、是非、多くの皮膚科医に関心を持ってもらいたいと思っています。

プロマック4錠再開12週

投稿者:みなみ　投稿日:2012年 9月26日(水)15時25分23秒

倉澤 先生

いつもありがとうございます。

プロマック4錠再開12週の亜鉛を調べましたところ117でした。
血清中から組織へと亜鉛が補充され、今後120程度に安定するのかと想像しています。
その推移を確かめて2錠に減らすのが安心かと考えています。

舌痛は日々変動があり、痛みをあまり感じない状態がコンスタントに続くところまでは改善していないのは今も変わりません。

分1で夜間にトリプタノールを服用していますが、起床時の口内乾燥は舌にも影響してギシギシと不快で、うがい程度ではあまり緩和されず、食事で唾液が分泌されてようやく楽になります。

眠気にはなれましたので、夜分1でなく分2～3で服用し就寝中・起床時の口内乾燥の軽減を図り、様子を見ながら漸減したいと思っています。
血算や銅も確かめることにいたします。

三叉神経第１枝領域の帯状疱疹を発症しましたが、神経痛を残さずにほぼ治癒し、ほっとしています。

また16週の結果も報告させていただきます。

褥瘡予防について②

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年 9月17日(月)06時19分22秒

褥瘡は、これまでの定説のごとく局所の圧迫による循環障害はあろうとも、その大部分の褥瘡の主要因は亜鉛欠乏による全身の代謝障害と考えられ、理論的亜鉛補充療法による全身療法と適切な局所療法で治癒することが明らかになったと言って良い。

しかし、キッと少数例外的でも亜鉛欠乏が主要因でない褥瘡がありうるであろうと考える。

死直前に発症した終末期発症の褥瘡はその典型であろう。確かに、死に向かって諸代謝の異常が進んで、ホメオスターシスが狂い始めている時に発症した褥瘡は、そこに譬え亜鉛の欠乏があって、亜鉛補充療法をしても、当然褥瘡を治癒に導くことは出来ない。

しかし、死直前に諸代謝が狂い始めても、亜鉛欠乏状態がなく亜鉛欠乏による代謝の狂いを除いて置くことが、または遅らすことが出来れば、死近くまで食事をし、褥瘡の発症もなく死を迎えることが出来る可能性が高まるのではないかと考える。
それが“褥瘡予防について①”の亜鉛欠乏症初期の症状を見つけて、亜鉛欠乏状態を解消しておく、（特に褥瘡の発症しやすい状態のヒトに対して）褥瘡予防の考え方である。

褥瘡予防について①

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年 9月13日(木)20時26分13秒

褥瘡は、これまでの定説のごとく局所の圧迫による循環障害はあろうとも、その大部分の褥瘡の主要因は亜鉛欠乏による全身の代謝障害と考えられ、理論的亜鉛補充療法による全身療法と適切な局所療法で治癒することが明らかになったと言って良い。
全身的栄養状態はTP値も、Alb値も、Hb値も良いに越したことはないが、一般に学会の定説ほどの値でなくとも大丈夫である。局所療法の除圧はそれなりに必要だが、軟膏療法はそれ程複雑なものは必要ない、特に、局所で細胞機能の活性化を図る意味はないと考える。

しかし、褥瘡が、一旦発症すると、治療される側はもちろん、治療する側にとっても大変なことであるから、発症しない様に予防することが大切である。

予防には、褥瘡発症の可能性の考えられる状態のヒト（例えば、寝たきりのヒト）に対して、亜鉛欠乏の初期の皮膚症状と考えられる“皮内出血”“類天疱瘡様水疱”“薄い表皮の剥皮”“いわゆる老人性掻痒症様のかゆみと皮膚の乾燥傾向”“皮膚の菲薄化”等などの皮膚症状を見逃さず、論理的亜鉛補充療法で欠乏状態を解消することが大切である。

特に、“類天疱瘡様水疱”と“薄い表皮の剥皮”さらには“圧迫部の発赤や紫色化”は褥瘡発症の直前の皮膚状態であるので、この時は、出来るだけ急速な亜鉛補充療法をするのが最も必要なことである。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛補充療法と高血清亜鉛値

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年 9月13日(木)11時19分25秒

みなみ先生

報告有り難うございました。血清亜鉛値１６１とのことで、やや驚かれていることでしょう。私もこれまでの経験で、時には予想外の高亜鉛値に遭遇していますが、１６０を超える高値はそう沢山はないので、この際さーっと調べてみました。

現在までに亜鉛欠乏症疑いでの登録症例は７７５名です。（名というのは何回か繰り返し欠乏症状を呈して治療いる人も１名として数えていますので、症例ではありません。）
そのうち、血清亜鉛値の最高値が１３０を超えた患者さんは２７名でした。その内１５０を超えた患者さんは６名ですから、比較的特殊な例ということなるのでしょう。（１５９のみなみ先生は入っていません。）
１５６，１６０は掌蹠膿疱症例、１７１，１８２が褥瘡例、１７６が舌痛、下痢、食欲不振例、１８３が乾癬？例でした。高値であったからといって、どの症例も特別の問題はありませんでしたが、それ程多いものではないことも事実です。

論理的亜鉛補充療法で、プロマック２T／分１、３T／分１には、しばしば処方し、長期投与もありますが、小生は、倍量長期投与はみなみ先生だけです。２～３例ほどもう少し倍量投与で頑張ってみようかと思う燻る慢性の症例はあるのですが、現在倍量処方は褥瘡など発症して急を要する場合の短期投与だけです。尤も亜鉛量として、もっと大量の投与をアトピー性皮膚炎やリュウマチの手術患者に術前投与されている医師もいますので、短期投与では全く問題なしです。しかし、長期の場合は銅との競

合などの問題があるようですので、血算は当然として、一度銅を調べておくのがいいかも知れません。
　もう一点は、倍量投与から２Ｔ／分１にして、見るのもいいのかも知れません。

プロマック再開8週

投稿者:みなみ　投稿日:2012年 8月28日(火)10時38分13秒

倉澤 先生

いつもありがとうございます。

プロマック4錠再開8週の亜鉛を調べました。
再開4週は113でしたが今回は161の過去最高の数値でした。

舌痛は日々変動があり、痛みをあまり感じない状態が
コンスタントに続くところまでは改善していません。

今後いったん数値が下がってから再上昇し、以前のように
120～130程度で安定するのか、当分4錠服用と4週毎のチェック
を続けたいと思っています。

どうぞ宜しくお願いいたします。

アトピー性皮膚炎、少なくとも論理的亜鉛補充療法でコントロール可能。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年 8月22日(水)06時44分30秒

りんごさん

8月20日の外来で、貴女のアトピー性皮膚炎の劇的な改善にびっくりしました。これまでの褥瘡の治癒過程や多彩な皮膚症状・皮膚疾患、特に、全身に拡がる慢性湿疹様の皮膚疾患の治癒・改善の傾向から、もうそろそろかと考えていたのですが、あまりの劇的な変化には、正直云って、驚きました。4月23日からの亜鉛補充療法開始ですのですから、丁度、4ヶ月と言うところですね。人間は忘れやすい動物ですので、貴女に協力していただいて、撮り貯めてきた写真をプリント アウトして並べて見て、またまた、びっくりしています。

勿論、これまでの味覚障害や舌痛症、慢性で難治とされてきた或る種の皮膚疾患・皮膚症状など多彩な亜鉛欠乏症の亜鉛補充療法の経過が示す様に、貴女のアトピー性皮膚炎も、何回か一時的にぶり返えしては、徐々に、徐々に軽快して行く経過をとるかも知れませんが、論理的亜鉛補充療法で、少なくとも、貴女のアトピー性皮膚炎はコントロールできる確信を得ました。

名古屋の有沢祥子先生はかなり以前から、多数の治験症例をお持ちのようですが、
小生は、これまでの褥瘡はじめ多彩な皮膚疾患の亜鉛補充療法の経験から、アトピー性皮膚炎こそ典型的な亜鉛欠乏性皮膚疾患であろうと述べてきましたが、これほど重症の典型的な症例の亜鉛補充療法による治療は初めての経験です。

有沢先生も述べておられる様に、総てが亜鉛欠乏のみではないのかも知れませんが、大部分のアトピー性皮膚炎は、少なくとも、論理的亜鉛補充療法でコントロール出来るとの考え、間違いでは無かったと実感しています。キチッとした記録に残し、多くの悩み苦しんでいる患者さんの参考になる様に、そして、一人でも多くの皮膚科医が専門医として、論理的亜鉛補充療法に関心を持ち、試行して欲しいと思っています。

（無題）

投稿者:ちゅーりっぷ　投稿日:2012年 8月 7日(火)14時48分44秒

倉澤 隆平様
Medical Technology Vol.40 No.1なども参考にささていただきました。
血清亜鉛値80μｇ/ｄｌが意味するものを理解することが出来ました。
私は基準値に目がいっていたように思います。
『群の基準値は個の正常値ではない』ということがわかりました。
丁寧に教えていただき、本当にありがとうございました。

血清亜鉛値80μg／dLが意味するもの

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年 8月 5日(日)18時55分52秒

ちゅーりっぷ様

『血清亜鉛値８０μｇ／ｄＬが意味するもの』の数字の根拠を教えて欲しいとのこと。
論文では、日本微量元素学会誌のBiomedical Research on Trace Elements.22(1)34-37,2011 に“血清亜鉛値８０μｇ／ｄＬが意味するもの”として、

また、検査技師用には、Medical Technology Vol.40 No.1(2012.1)p105-106の臨床検査Ｑ＆Ａに、凡その要旨が載せてあります。また、近日中に医学書院の『臨床検査』増刊号にも載る予定です。
また、小生の亜鉛欠乏症のホームページ http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/ のニュース欄(2010.12.25) 多発する亜鉛欠乏症　何故気が付かれなかったのか？血清亜鉛値８０μｇ／ｄＬが意味するもの に載せてありますので、訪問、お読みいただければと思います。

要は、『群の基準値は個の正常値ではない』ことは統計的数値である基準値の定義から自明のことですが、現在の医学医療の世界では、うっかり間違われてきたことと、亜鉛欠乏症では血清亜鉛値と亜鉛欠乏症との間に明らかな乖離が生じて問題となっていました。
そこで、亜鉛欠乏症の診断の確からしさを想定するカットオフ値の設定が求められてきました。

①血清亜鉛値の基準値は検査機関、検査法によって多少の違いがありますが、現在、かなり一般に通用している基準値65～110μｇ／ｄＬは検査会社ＳＲＬが1980年頃、原子吸光分析法で血清亜鉛値が測定されるようになった時、日立製作所製原子吸光計Z-6100で、“当時の健康成人とされる”162名の血清分析から統計的に設定されたものです。
②亜鉛欠乏症についての知見が次第に判ってきた現在から見ると、また、血清亜鉛値の疫学調査から（亜鉛欠乏症のＨＰから約50頁程の研究報告書がダウンロード可）、現在の一般住民の血清亜鉛値は、1980年当時に比較して、平均で約10μｇ／ｄＬ程度低値を示し、かなりの亜鉛欠乏者、亜鉛不足者を含んでいると考えられます。
③当時の“いわゆる健康人”が亜鉛欠乏者、または亜鉛不足者を含んでいなかったかどうかは、現在では判断不可能で、どうしようもないのですが、現在より遙かに少ないものと考えられ、一応、65～110μｇ／ｄL を健康成人の基準値とみなすと、87.5μｇ／ｄL±11.2の正規分布曲線（Ａ）が描かれます。
④私共の亜鉛欠乏症確診症例275例の初診時血清亜鉛濃度のヒストグラムからは曲線を描くと、KOlmogorov-Smirnovの正規性検定で有意確率.091で、62.3μｇ／ｄL±13.1 の正規分布曲線（Ｂ）が描かれ、亜鉛欠乏症者の基準値は36～89となります。
⑤血清亜鉛値８０μｇ／ｄＬをカットオフ値とすると、標準正規分布表（両側確率）より計算して、Ａ曲線より健康者では75%が80以上となり25%が80如何に分布することとなり、Ｂ曲線からは、亜鉛欠乏症者の91%が80以下に、9%が80以上に分布することとなります。

なお、現在では原子吸光分析法は検体処理など複雑で、結果の判明にも時間を要するためシノテストにより開発された『アキュラスオートＺｎ』という自動分析装置用の試薬が普及して、一般的血清亜鉛値や尿の亜鉛値の測定に使用されるようになりつつあります。
近畿亜鉛栄養治療研究会では、十数項目の健康指標をクリアした健康人の新たな基準値の設定（カットオフ値ではない）を計画しているとのことです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





以上は、新着順241番目から250番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

基準値について　投稿者:ちゅーりっぷ　投稿日:2012年 8月 3日(金)11時38分51秒

初めて書き込みます。
過去の掲示板でで『血清亜鉛値８０μｇ／ｄＬが意味するもの』という題で、
基準値についての書き込みを見ました。
残念ながらリンク切れをしていて詳細を拝見できませんでしたので、
８０μｇ／ｄＬという数字の根拠などを教えていただきたく書き込みをしました。

ちなみに私は病院で働く検査技師です。当院の基準値は59～130で、この基準値を見直す
必要があると思い検討しているところです。
なるべく詳しく教えて下さい。
よろしくお願いします。





野崎千尋論文のURL間違えました。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年 7月29日(日)12時00分51秒

野崎千尋論文のＵＲＬは http://first.lifesciencedb.jp/archives/3215 でした。
３２５１でなく、３２１５でした。申し訳ありません。

Zinc alleviates pain through high-affinity binding to the NMDA receptor NR2A subunit. Nature Neuroscience. 14. 1017-1022(2011)

舌痛症への鬱病薬治療は補助療法と考える。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年 7月29日(日)11時33分41秒

みなみ先生

先ずは、舌痛が徐々に軽快、26/Ⅶには、一応“ほとんど痛みを意識しない”状態に戻り、血清亜鉛値も113μg/dLとなったことは、やれやれと思いました。尤も、この状態が今後どの様に推移するのかをもう暫く、経過を見なければなりません。小さな波に揺れる小舟の状態から判断を誤らない様にしなければならないからです。

確かに、私の1/Ⅶの投稿のように、“こんなに短期間に血清亜鉛値が低下する“ような変化は想定外のことでした。
しかし、まだまとめてはいませんが、例えば、“繰り返す類天疱瘡様水疱の発症と

褥瘡の発症”の一連の亜鉛欠乏症症状を呈する症例でも、亜鉛補充療法後の維持療法無しでも、数年にわたり、再発も血清亜鉛値の低下も生じない症例から、ズーと維持療法をしないと直ぐ再発してくる症例があり、亜鉛の吸収と代謝及び排泄の出納に、何か決定的な違いがあるのかと考えています。亜鉛の生化学的研究が進めば、もう少しこの状況を説明できるようになることでしょう。

【鬱病薬は補助療法と考える】
さて、これからの治療ですが、亜鉛の出納が±０に近い出来るだけ少量の維持量を見つけた亜鉛維持療法を続ける上で、トリプタノールを単独療法の処方とは異なる、出来るだけ必要最小限の除々の増量をして、舌痛の状態が治まったら、トリプタノールを徐々に減量離脱？することかなと思っています。
私は、例えば、慢性湿疹様皮疹などの全身性皮膚疾患で、長期に他院でステロイド外用療法の治療を続けてきた症例などでは、同じ治療に平行して亜鉛補充療法を施行し、症状の軽快と共にステロイドを抜いて行く治療法をとっています。“将来、火が付き難くなると云っても、今、燃えさかる火には水が必要”と考えるからです。

臨床の症状ですから、舌痛を総てを亜鉛の欠乏と言うつもりはありませんが、先生の場合は、血清亜鉛値の推移と舌痛症状の経過、及び、舌痛以外の食欲、下痢、皮膚症状、創傷治癒の状況など、亜鉛欠乏が舌痛症の主要な要因であることは間違いないと考えます。
ただ、１～４ヶ月の短期間の亜鉛補充療法で治癒する舌痛症と半年から年余にわたる補充療法を必要とする舌痛症とは、違いがあるのでしょう。

舌痛症の専門の医師は、野崎千尋論文
http://first.lifesciencedb.jp/archives/3251 “亜鉛イオンのＮＭＤＡ受容体の活性抑制機序について”の論文も検討して、うつ病薬やＳＳＲＩやＳＮＲＩを試す前に、先ず、安全で安価な論理的亜鉛補充療法を（当然、亜鉛欠乏症の診断を含めて）して欲しいものと思う。また、小生の亜鉛欠乏症のＨＰの舌痛症の項での症例検討を含めて『舌痛症は大部分が亜鉛欠乏症である』の結論に問題点があれば、指摘して欲しいものと思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

プロマック再開4週

投稿者：みなみ　投稿日：2012年 7月26日(木)20時30分49秒

倉澤 先生

いつもありがとうございます。

プロマック中止3週で舌痛が再燃し、4錠服用再開後4週の亜鉛を調べました。
再開前の64が113に上昇していました。

舌痛は徐々に軽減し、今日はほとんど痛みを意識せずに済みました。
当分は4錠続行してみたいと考えていますがいかがでしょうか。

どうぞ宜しくお願いいたします。

アトピー性皮膚炎の亜鉛補充療法

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年 7月22日(日)17時15分32秒

りんごさん

うっとおしい梅雨は明けたとのことですが、高湿度で３０度を超す気温では、汗．落屑．掻痒と皮膚の亀裂等々のアトピー性皮膚炎症状はことさら苦痛のことであったかと思います。一昨日あたりからの２～３日は多少よいのでしょうか？

さて、皮疹は一進一退のようですが、口角炎と耳介の亀裂もまた生じたとのことですね。
皮膚と皮下組織の壊死欠損の生じた褥瘡の亜鉛補充療法の治癒経過を見ると、皮下組織の修復には凡そ三ヶ月前後を要する様ですので、もうそろそろかなと思っていま

すが、亀裂について、補充している亜鉛の充足が適切なのかどうか、次回の診察では検討してみましょう。
　また、IgE値や血液像などもチェックしてみましょう。

　有沢祥子先生は著書で、“補充療法初期にはかなり大量の亜鉛を投与している”と書かれていますが、、①表面の表皮の接着因子などの問題②真皮、皮下の結合識等含めた皮下組織の組織形態、機能の正常化の問題③マスト細胞や樹状細胞をはじめとする免疫応答などのバランスの正常化（喘息のこと含め）等々、等々、総てに亜鉛は関与し、しかも、それぞれに複雑に関与しているようですから、バランスのある回復が必要なのかと考え、じわじわとやらせていただこうと考えています。

経過報告

投稿者：りんご　投稿日：2012年 7月18日(水)07時39分33秒

倉澤隆平先生

おはようございます、ご無沙汰しております。暑くなってきて、家の中にいても顔に汗をかくためメガネではいられず、コンタクトレンズを使用しています。顔、頭皮、脇の下は相変わらず皮膚の落せつ、赤み、湿疹などがあります。肘の内側は赤みと湿疹が出たりきれいになったりを繰り返しています。7月12日には口角炎（左側2か所）と耳切れ（耳の上下2か所）がありました。7月15日を過ぎた頃から、気のせいかもしれませんが皮膚の落せつが少なくなってきたようです。もう少し様子を見てみないとなんとも言えませんが。首の後ろのゴワゴワした乾燥も少し和らいだ感があります。7月13日頃から右手の中指薬指の付け根に、湿疹というか赤くゴワゴワした部分が出てきました。かゆみはあまりありませんが。喘息は落ち着きつつありますが、35度くらいの猛暑日は出やすいような気がします。梅雨が明けたそうですが、これから夏本番ですので先生もどうぞご自愛ください。

アトピー性皮膚炎と亜鉛

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年 7月 8日(日)18時55分14秒

　りんごさん

　身体中のアトピー性皮膚炎、それぞれの部分で軽快増悪の変動があるので、日々一喜一憂されていること無理もないと思います。ただ、先日拝見して、前額部の亀裂が短く、浅くなったこと、耳介の亀裂、口角炎（口角の亀裂）がなかったこと、良い方向に進んでいるとの印象をうけました。

　先週末は第２３回日本微量元素学会で東京に行ってきました。学会では数多くの亜鉛トランスポーター（亜鉛の細胞内への取り込みや排出などの門口）の分子生物学的研究が進み、徐々にその機能が解明されつつあります。

　褥瘡の発症治癒には、皮下組織や真皮の結合組織の生成維持に関係するトランスポーターZIP13のことが大きく関わっていますが、それは理化学研究所の深田俊幸先生等の研究で解明されています。それは貴女のアトピー性皮膚炎の口角炎や前額部や耳介部の皮膚の亀裂と深く関係しているはずですし、その上に乗る表皮の栄養とも大きく関わっていると私は考えています。

　また、褥瘡の発症治癒の経過を見てますと、褥瘡発症時に先行または合併する表皮の皮内出血や水疱形成、剥皮は、表皮の亜鉛欠乏による特徴的皮疹で、類天疱瘡様水疱症でも見られるもので、皮下の結合組織の異常とは別のものと考えられますので、ZIP13とは別の表皮に関連した亜鉛トランスポーターがあるはずと考えています。それはキット表皮の細胞の接着因子にも関係するのでないかと推測しています。

　また、学会では亜鉛とマスト細胞の関係の研究も着々と進んでいますので、掻痒（かゆみ）や接触性皮膚炎、そしてアトピー性皮膚炎の全体像も少しずつですが遠からず解明されるだろうとの印象を受けて帰ってきました。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

やや予想外の低下です。

投稿者：倉澤　隆平　投稿日：2012年 7月 1日(日)13時49分40秒

　みなみ先生

　亜鉛補充療法を中止して、三週間。舌痛が発症して、血清亜鉛値を測定したら６４

μg/dLであったので、プロマック４錠分２で再開されたとのことですね。
　血清亜鉛値１０２→６４は、正直申して、これまでの経験上からはかなり急速な減少ですので、やや驚いています。
　尤も、組織鉄の指標のフェリチンの様な生体値も、血清亜鉛値が生体内の生化学的などの様な状態を表すのかも判っていませんから、組織の亜鉛が急速に低下しているとは言えないと考えますが、事実として受け止め、追跡すべきものでしょう。腸管からの吸収に関するZIP13の機能の状態とかなり関係があるのかも知れません。その意味では、継続して維持量としての補充療法を続ける必要があるケースかなとも考えています。
　体内への蓄積量はキットかなりあるはずですから、舌痛の発症原因が野崎論文で説明されているZnイオン濃度と関係するものならば、比較的早く、安定状態に戻るのかな？等と思っています。

経過報告

投稿者:りんご　投稿日:2012年 6月30日(土)17時53分29秒

倉澤隆平様

先生、こんにちは。その後の報告をしますね。上からいきます。頭と顔は相変わらず皮膚の落せつがあります。毎日毎日よく落ちる皮膚があるなあと、うんざりしたり感心したり。傷はできたりできなかったり。ステロイドは必要に応じて使用しています。耳はやっときれいになった、と感激するのですがすぐまた切れてしまいます。もしくはかゆみが出て傷ができてしまう。前回診察していただいたときには耳の部分の乾燥がひどかったように思いますが、乾燥はとれつつあります。調子がいいときはわりと潤っています。首は全面はきれいなのですが、後ろ（耳の後ろも）がガサガサです。これはなかなか良くなりません。肩と肩甲骨の内側の乾燥もそうですね、なかなか潤わず、お風呂に入るたびに刺激を受けて相当なかゆみがあります。ただ、肩から腕にかけての部分は前より潤ったみたいです。触った感じがすべすべして、見た目も赤くなくきめが整っている感じ。うまく表現できませんが。それから腕、両腕ですね。前回の診察では湿疹、赤みが結構あったように思うのですが、ひけてきました。手の甲も湿疹が消えつつありますし、水仕事をするときでもゴム手袋をしなくて済みます。油断はできませんけどね。脇の下は、夜中にかいてしまうことが多いです。汗をかくのでしょうか。今はわりときれいですが、この部分に傷ができると始終不快で。胸、背中は（背中の真ん中から腰にかけて）はわりときれいかな、と思います。所々に傷があるだけです。この部分は日中も夜中もかゆみは出なくなりました。両足も順調です。右ふくらはぎに湿疹がありますが、だいぶ風化してきたというか、お風呂上がりは湿疹や傷口はいつも以上に赤く見えるので残念に思いがちなのですが、それもないので、まあ落ち着いてきたのでしょう。靴下のゴムで締め付けられてもかゆくないですし。ひざ裏は今のところきれいです。皮膚に関してはこんなところでしょうか。喘息は日中夜中含めて一日一回は出ています。たまに全然出ないこともあって、そういう日は散歩ができます。鼻炎もまだありますが、常にというわけではありません。鼻がつまりやすいのは夜ですね。長い目で見なければと思いつつも、鏡をみると自分の顔や頭が映し出されるのでその都度あ～あと思ってしまいます。今回は肩の皮膚に改善が見られてうれしいです。それでは、長くなりましたが報告します。

是非、論理的亜鉛補充療法を受けて下さい

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年 6月29日(金)10時15分37秒

サリー様

　血清亜鉛値も、鉄、アルブミン値も低値であるとのこと、心配されていることと思います。
　数年前に、貴女が本掲示版に投稿されてきた時から、血清亜鉛値の測定を伴うキチッとした亜鉛補充療法をされるようにと願っていましたが、当時は、残念ながら今も、亜鉛欠乏症についての医師の知識が充分に普及していなくて、駄目であったようですね。それでも最近は、少しは亜鉛欠乏症についての医師への知識も普及して、少なくとも『そんな馬鹿なことあるはずがない！！』と拒絶反応を示す医師は少なくなってきたのではないかと思います。

　貴女の場合、亜鉛だけでなく、吸収に問題がある可能性があり、内科的に検討されること大切ですが、
　幸い、微量元素亜鉛に関しては、亜鉛トランスポータＺＩＰ４の機能不全による腸性肢端皮膚炎においてさえ、腸管の亜鉛濃度を高める亜鉛補充療法で、亜鉛の補充が出来ています。
　是非。血清亜鉛値の推移等を追う論理的亜鉛補充療法をされることを勧めます。

何故？血清亜鉛値の測定が必要なのか？
これは医師や医療関係者に知って欲しいことですが、小生の考えを念のため載せます。

①８０μｇ／ｄＬのカットオフ値にて、亜鉛欠乏の可能性を推定すること。
②血清亜鉛値やＡＩ－Ｐ値の変動を追って、診断の確定をすること。
③亜鉛補充療法の完了、または、継続の必要性の判断をすること。
④原則の亜鉛補充療法にて、治療が適切か否かの判断をすることです。

今回は、是非、論理的な亜鉛補充療法を受けられるよう願っています。





亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

---

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

プロマック再開

投稿者：みなみ　投稿日：2012年 6月28日(木)16時50分1秒

倉澤 先生

いつもありがとうございます。
6月2日からプロマックを中止し、8週後に経過報告をするつもりでしたが
中止して3週間が経過するころから舌痛がぶり返す傾向が見られるように

なりました。
短絡的にトリプタノールを増やすのではなく、血清亜鉛を調べる必要があるかと考え、6月26日に採血しましたところ、64という過去最低の値でした。
結果判明を待たずに26日夜からプロマック4錠分2の服用を再開しています。

トリプタノールの効果か今も食事は美味しくとれていますが、長らくなかった腹痛・下痢がプロマック2錠服用の8週間のうち後半の4週間に3回ありました。
貧血がないことは5月に確認できています。

なかなか一筋縄ではいかないようで、まだまだ先生を煩わせそうです。
4週間後にまた報告をさせていただきます。
どうぞ宜しくお願いいたします。





貧血　投稿者：サリー　投稿日：2012年 6月25日(月)12時54分9秒

こんにちわ。
今回体の疲労感により血液検査をしたところ、
血液検査の結果私の亜鉛値はなんと44という低さでした。（午前中採血）
またアルブミンも低く、HB,HT、血清鉄13、フェリチンも低値で、体の炎症が強く栄養分が失われているようです。食欲は旺盛なのですが、吸収が悪い模様です。

内科により詳しい検査も必要。

とりあえずは、鉄剤とプロマックの処方を受けました。
ミネラルアレルギーがあるかもしれないと相談したら、体の様子を見ながらということで
まずは鉄剤を隔日飲んでいます。まずは貧血治療。
一月のんだ様子で、しばらくしてプロマックを再開する予定です。

微量から試していく予定です。

また結果を報告します。

アトピー性皮膚炎の亜鉛補充療法二ヶ月弱

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2012年 6月15日(金)16時46分50秒

りんごさん

アトピー性皮膚炎に対する亜鉛補充療法二ヶ月弱の経過報告有り難うございます。

全身の皮膚炎の状態は、亜鉛補充療法前に比較して、全般に軽快してきているようでよかったですね。可成り期待のもてるスタートと思います。特に、“傷の治りが早い”ことは間違いなく亜鉛欠乏症状の改善といってよく、キット耳介部の亀裂や口角炎の程度、前額の亀裂も以前より軽くなってきているのでしょう。真皮や皮下の結合組織が徐々に正常化しつつあるのではないかと考えています。
皮膚科の教科書では、アトピー性皮膚炎の患者の皮膚はバリア機能のの低下があり、皮膚表面の水分量が少なく、角層が乾燥して剥がれやすく、隙間も多いため諸物質通過しやすく云々、、、と書かれています。しかし、このことは、私達が亜鉛欠乏のお年寄りの皮膚でも、しばしば経験することで、アトピー性皮膚炎患者さんに特有のことではなく、一次的か、二次的か？は別として、亜鉛欠乏が表皮．皮下組織の正常な状態の生成．維持の破綻を慢性化し、結果としての皮膚のバリアー機能の低下から、種々の免疫応答の異常を引き起こす悪循環に陥っているのかも知れません。兎に角、この悪循環の全部でなくとも、亜鉛欠乏の関与している悪循環の環の一部を、先ず、断つことに意味があるのかなと考えています。

アトピー性皮膚炎に合併する喘息は、免疫応答の乱れの一つの表れですから、そして亜鉛補充療法は免疫応答のバランスに影響があり得ることですので、先月19日に始まり、最近発作状態が強くなっていることに、天候や環境のことだけでなく、関係している可能性も考えられることと思っています。
ただ、幸い、現在では、喘息は微量なステロイドの吸入療法で良好にコントロールされるようになっていますし、私は皮膚のアトピー性皮膚の悪循環の状態を断ち切れれば、高IgEの状態も改善しうるものと考えています。
現在の発作が、これまでの様に、単なる季節性のものとしても、ベータ刺激薬だけで発作をコントロールするのは、私はあまり賛成できません。上記のことも考えて、喘息のコントロールをするのがいいと考えています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

論理的亜鉛補充療法について④

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2012年 6月14日(木)19時27分18秒

【血清亜鉛値の測定：亜鉛補充療法初期】

亜鉛欠乏症と考えられる症例の亜鉛補充療法を論理的に行うには、原則として最低限以下の①～③の３回の血清亜鉛値の測定をすべきであると考える。
①亜鉛補充療法開始前（初診時）の血清亜鉛値と②補充療法開始後約１ヶ月前後、及び③更にその１ヶ月後の血清亜鉛値である。

①亜鉛欠乏症の血清亜鉛値は、欠乏症であるから多くは比較的低値であるが、絶対値が低値である訳ではない。SRLの原子吸光法による基準値（シノテストのアキュラスオートＺｎでも同じ）65～110μｇ/ｄＬ内に非亜鉛欠乏群の95%が存在すると一応考えられるが、我々の亜鉛欠乏症例257例からの検討では36～89μｇ/ｄＬが欠乏症群の基準値となり、その間に欠乏症群の95%存在することを考慮して、亜鉛欠乏症である確率を予測する。《亜鉛欠乏症のＨＰを参照されたい。》

②補充療法開始後約１ヶ月前後の血清亜鉛値は、症例が亜鉛欠乏症の場合大部分が極端に上昇する傾向がある。逆に、血清亜鉛値が大きく動かない場合、亜鉛欠乏症でない可能性の存在と亜鉛補充療法が適切でない場合のことも、そして、少数例であるが、上昇時期を逃した可能性も考慮する必要があるが、多くの場合AL-P値の変動と合わせて予測可能である。

③更にその後１ヶ月の血清亜鉛値は、殆どの症例で、亜鉛補充療法開始前値の近くの低値になって、以後徐々に上昇して行く。この変動が典型的な亜鉛欠乏症例の亜鉛

補充療法時の動きと言ってよい。

　勿論、各症例により、それぞれ若干の違いが在ることは当然で、欠乏症状と考えられる症状の変化やAl-P値のこと、早期に補充療法効果の発現する潜在的な症状の変化等など総合的に診断して、亜鉛補充療法の継続か否かを考える。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

経過報告　投稿者:りんご　投稿日:2012年 6月14日(木)18時04分17秒

倉澤隆平様

先生、こんにちは。アトピー性皮膚炎でお世話になっているりんごです。その後の経過報告します。確か今月９日頃梅雨入りしたと思うのですが、そのころから喘息がちょくちょく出ています。時間帯は起床時だったり昼間だったり夜２０時過ぎだったりいろいろ。実はわたしは夜３０分ほど歩いていたのですが、それが難しくなってきました。必ずゼイゼイして帰宅します。程度は中程度の発作です。せき込むことも。一日に３～４回発作が起こる日もあり、正直へとへとです。薬は使っていますが、気管支拡張剤の副作用で動悸がありますし、一日かゆみ、皮膚のはげ落ち、喘息、鼻炎に付き合っていると肉体的精神的にまいります。朝起きて夜寝るまでアレルギーの症状に追われていただけ、という日もありました。たまに涼しい日（２０度前後）がありましたが、そういう日の方が調子がいいみたい。３０度近くなるとアレルギーのさまざまな症状で手がいっぱいになります。で、考えました。食事は相変わらず糖質制限していますが、少量頻回食にしようと。一回の食事量を少なく一日５～７回にわけて食べる方法です。今までは腹８分の１日３回でしたが、頻回食のほうが喘息にはいいだろうと思って。（数字でいうと、腹４～６分を一日５～７回ということでしょうか）間食はもちろんお菓子ではなく、たんぱく質です。運動は家での筋力トレーニングのみ、時間にすると３０分～４０分、何回かに分けて。（あ、涼しい朝のうちに買い物を兼ねて歩くことはありますが）そうしたら調子がいいみたいで、皮膚の落せつも楽になりつつあります。耳、頭皮は一部乾燥しているのでお風呂上りなどに落ちてしまいますが、ひどかったおでこの皮膚の調子がいいようです。体はしいていえば、脇の下少し湿疹がありますが、赤みは薄いです。足は今年は半ズボンをはけるかも？という具合です。明らかに傷の治りが早いことに感激しています。それではまた書き込みますね。暑くなってきていますので、どうぞご自愛くださいね。

RE　亜鉛と皮膚炎　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年 6月10日(日)19時11分2秒

サリー様

2008.02頃、投稿いただいたアトピー？様の全身の皮膚炎と角膜潰瘍に歯の脆さもあった方ですね。
　血清亜鉛値５０μg/dLの低値で、暫くの亜鉛補充療法で多少は血清亜鉛値の増加と症状のやや軽快？を見たが、プロマックの投与は１錠／日ほどで、増量を勧めた症例でした。
　その後、どの様な経過か不明でしたが、４年ほどされて、今もアトピーは中症で補充療法再開するとのことですね。
　亜鉛欠乏症のことまだ判らないことだらけですが、この間に判ってきたこともかなり多くあり、助言出来ることも増えたかとは思いますが、亜鉛補充療法をされるなら、是非、現在判っている中だけでも、論理的な亜鉛補充療法をされることを勧めます。

　あなたの場合、それが一次的な原因か？二次的なものかは別にして、かなり強度の亜鉛欠乏があったことは事実でしたが、後がどうなったのかが全く不明でした。
　再度、亜鉛補充療法をされるなら、闇雲にされるのでなく、最低限、補充療法開始前の血清亜鉛値を測定され、数ヶ月は月一回は血清亜鉛値等の推移を追うのが良いでしょう。また、アトピー性皮膚炎でしたら、IgEと好酸球程度の推移も追いたいと思います。
　兎に角、闇雲に指標もなく、短期の症状の変化だけで、亜鉛の投与をしたり、減量したり、中止したり、増量されないように勧めます。
　それだけ亜鉛補充療法についての情報が当時より加わって、助言にも応じられると

思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

ありがとうございました

投稿者:masa　投稿日:2012年 6月 9日(土)21時32分48秒

お忙しい中、回答ありがとうございました。
委員会、コメディカルだけで動くのではなくやはり医師に根気欲説明しわかっていただくのが一番ですね。
プロマックの件も薬剤科と相談し、薬剤科の手もかり今後にいかして行きたいと思います。
微力ですが、これで少しでも褥瘡の患者さんが減ればと思います。
また、宜しくお願い致します。

亜鉛と皮膚炎

投稿者:サリー　投稿日:2012年 6月 9日(土)20時00分38秒

こんにちわ。数年前にアトピーで投稿したサリーと申します。
ごぶさたしています。
お世話になったのにその後報告せずご無沙汰してしまい申し訳ありません。

今もアトピーは中症です。プロマック、服用再開したところです。
私も耳の後ろの切れがあり、メガネがすれることもあってかなかなかなおりません。

皮膚と亜鉛についての論文。これは先天性のものですが、アトピーにも共通するものがあると感じています。

http://drmtl.org/data/091040453.pdf#search='腸性肢端皮膚炎'

山崎雙次 氏の論文。残念ながら見れませんが、タイトル的に知りたいことが満載。

http://sc.chat-shuffle.net/human/id:36106

プロマック服用おとどい再開しましたので、また後日レポートをしたいと思います。

論理的亜鉛補充療法について③

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年 6月 8日(金)19時13分48秒

masa様

院内の褥瘡委員会で勉強会をし、褥瘡が亜鉛の欠乏と関係が深そうだと気が付かれ、血清亜鉛値の検査をするように、臨床検査技師として医師に勧めているのだけれど、医師はなかなか血清亜鉛測定のオーダーを出してくれない。どうしてだろうか？
院内には経管栄養で、寝たきりの褥瘡のある患者さんが沢山いるのに、多くの医師は亜鉛補充療法に手を出そうともしない。経口摂取の出来ない経管栄養の患者さんではプロマックの錠剤では投与出来ない？？からなのか！！というご質問の様に思います。

先ずご質問への回答です。“プロマックの錠剤は、現在、口腔内崩壊錠で簡単に水に溶けますから、水に溶いて経管から注入すればいいのです。”

問題は、貴院ではまだほとんどの医師が、微量元素亜鉛の生体内機能についての基礎的知識、現在の臨床的亜鉛欠乏症の知識がないことではないかと思います。
亜鉛欠乏症が味覚障害はもちろんのこと、原因の定かでない多くの食欲不振や褥瘡の発症や治癒遅延、舌痛症や舌口腔内違和感やアフター性口内炎、口角炎等など。更に、多くの皮膚疾患や元気さなどの精神症状等などにも及ぶ、実に多彩な症状を呈するものであることを、まだ、ほとんどの医師は知らないのです。
いや知らないと言うよりは、①『人体内にたった２～３ｇｒしか含まれない微量元素亜鉛の不足など、滅多に生ずるはずがない。』②『たった一種の元素の不足で、そんなに多彩な欠乏症状が発症するという“馬鹿なことが生ずる”はずがない。』③『血清亜鉛値は大部分が“基準値内で”正常値・・であるから、亜鉛欠乏症でない。』、、、と多くの医師は、特に、自己の専門、専門を大切にする専門医達には、

その様な専門領域を外れて、人体全体にわたる現象はとても考えにくいことの様です。

さて、亜鉛欠乏症については、その知識の普及をもう１０年近く努力してきましたが、まだまだ臨床の現場では知識不足をはじめ多くの問題を抱えています。でもその中で、血清亜鉛値を測定しつつ、測定した血清亜鉛値とその後の推移など、その意味するところを知って治療する『論理的亜鉛補充療法』を施行することが大切です。その意味でも検査技師には勉強して頑張って欲しいと思います。

臨床検査技師のために、
技師会の学会誌：「生物試料分析」第３１巻．第２号(2008)<特集：食品中および生体試料中の亜鉛分析の最前線>;血清亜鉛の臨床的意義.
綜合臨床 第５９巻第７号(平成２２年７月１日発行 別冊);褥瘡と亜鉛欠乏.
Medical Technology Vol.40 No.1(2012.1);臨床検査Q&A；亜鉛欠乏症の症状。検査値との関連．そして、近日中に医学書院の『臨床検査』からも臨床技師向けの論文がでる予定です。

医師がなかなか関心を示しませんが、多くの悩める患者さんがおり、しかもその多くが、比較的簡単で、安価な亜鉛補充療法で軽快．治癒するのです。医療とはそれに携わる多くの関係者の協働で作りあげられるものです。臨床検査技師として、どんどん医師を教育して下さい。

シノテストのアキュラスオートＺｎについて。数年前までは原子吸光法による血清亜鉛値の測定法が臨床上最も信用される測定法とされてきました。私共の臨床疫学にわたる調査もそれに基づいて行われてきました。しかし、近年シノテストから上記の検査法が開発され、①原子吸光法との相関も良好で、②オートアナライザー用試薬であり、③検体の前処理が不要で、簡単に短時間で測定されるようになり、短時間で正確な結果が出るようになりました。

医師の中には血清亜鉛値の測定すらどうすればいいのか？？知らない者もいます。是非、それぞれの専門家が協力して、多くの悩める患者さんに手を差し伸べて欲しいものと思っています。
この掲示板でも、何回かに分割して、実際的な論理的亜鉛補充療法について、投稿して行くつもりですが、現場での疑問点、問題点を出していただければと思っています。

はじめまして

投稿者：masa　投稿日：2012年 6月 6日(水)23時02分38秒

はじめまして。臨床検査技師をしていますmasaと申します。
シノテストより資料を頂き、院内の勉強会も行い褥瘡委員会にて亜鉛検査を推奨しているのですが、亜鉛補充がうまくいかない人が多くなかなか亜鉛検査につながりません。
経口摂取できる患者さんであればプロマックにて補充できるかと思いますが、経管栄養などでプロマックが処方できない患者さんにはどのようにすれば良いのでしょうか？
初めての訪問で質問申し訳ありません。
宜しくお願い致します。





以上は、新着順261番目から270番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ] RSS

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

プロマック中止 投稿者：みなみ 投稿日：2012年 6月 1日(金)21時13分32秒

倉澤 先生

早速のご指導ありがとうございます。
明日からフロマック服用をやめてみます。
８週後に亜鉛を測定してご報告致します。

先生の歯はよくなられたでしょうか。お見舞い申し上げます。





舌痛症、ほぼ軽快良かったですね。

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2012年 6月 1日(金)13時11分39秒

みなみ先生

『舌痛は完全ではありませんが殆どなくなっています』とのこと、長い治療経過でしたが、良かったですね。
さて、プロマックの服用中止してみようとのこと、よいと考えます。

プロマックはポラプレジンクの薬剤作用というよりは、微量栄養素としての亜鉛の補充です。亜鉛と舌痛症との関係は、（勿論、野崎千尋論文が総てではないでしょうが）亜鉛の生体内の生物学的機能に関すること、欠乏により一部分は器質的変化を生じていることもあるのかも知れませんが、必要にして充分量の亜鉛があれば後は維持量があれば良く、経験上暫くは不足状態にはならないものと考えます。

みなみ先生の場合、キット亜鉛欠乏状態に関しては、既に元素亜鉛は体内に飽和（充足）していると考えられますので中止されて、血清亜鉛値がどの様に変化し、舌痛はじめ食欲、下痢、皮膚の状況等などが、どの様に変化するのか？医師として観察．記録していただければ、亜鉛欠乏症の臨床に、また、亜鉛生物学の発展に一つの進歩をもたらすことでしょう。
勿論、患者としてどこで再補充をすべきか？身体状況と相談しながらで良いでしょう。

亜鉛欠乏症のＨＰのニュース欄からの“舌痛を訴えた全患者症例の表”のごとく、亜鉛補充療法による舌痛治癒症例で、何例かの再発、再々発症例がありますが、何れも再亜鉛補充療法で比較的容易に治癒しています。舌痛以外の亜鉛欠乏症状例を含めて、臨床的に亜鉛が飽和（充足）しない状況で治療を中断した場合は、ごく短期間に

再発してくることがしばしばありますが、充分飽和（充足）したと考えられる症例では、比較的短期（半年前後）から年余にわたって再発しない症例まで、様々です。また、血清亜鉛値も、比較的短期間に低下する症例と長期にわたって低下しない症例があるようで、亜鉛欠乏に至る種々異なった状況を反映しているものと考えますが、まだその違いは殆ど判っていません。
　血清亜鉛値を二ヶ月置きか、数ヶ月置きに測定され、諸変化を教えていただければと思います。

　私事ですが、過日、右下の門歯が一本噛み合わせが悪く、負荷がかかって歯肉に炎症を生じました。その歯痛たるや可なりのもので、その痛みを観察していると、右下方の歯肉部のみではなく、下口唇の粘膜面から口唇を越えて顔の皮膚面にも放散し、また、上顎の門歯周辺の歯肉にも及び、更には口腔内広範の不快感で、うっかり舌を噛んだりで、たったこの一本で！！と思いました。医師として原因部分の範囲．程度も判っているのに、痛みから不安も含めて、元は極小さな発痛点なのですが、随分広範囲の痛みとして感ずること、とても良い勉強になりました。
　先生の場合も最近の悪化時前後は、確かインプラントなどの歯科処置があり、悪循環していた可能性もあり？もしそうで、うつ病薬としてのトリプタノールの作用で、悪循環が断ち切れたのだとすれば、近い将来にトリプタノールも不要となる可能性があるのかな？と思っています。

　何れにしても、何時か、治療経過をまとめて発表していただければと思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

経過報告87週　投稿者：みなみ　投稿日：2012年 5月30日(水)17時28分24秒

倉澤 先生

いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用87週(4錠から2錠に減らして8週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→(2錠分1開始)→99→78→83→(4錠分2開始)→101→139→157→159→(9日間2錠その後4錠)→128→129→136→123→129→142→128→(2錠分1に戻す)→102となりました。

AL-Pは職員健診で調べ、まだ結果を得ていませんので次回のご報告とさせて下さい。

トリプタノールは緩徐に増量して昨日から80mgとなり、舌痛は完全ではありませんがほとんどなくなっています。

プロマックの服用を止めて、8週後に亜鉛測定としてみようかと思うのですが、
いかがでしょうか。
ご指導を宜しくお願いいたします。

アトピー性皮膚炎の亜鉛補充療法　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年 5月27日(日)12時53分25秒

　りんごさん

　アトピー性皮膚炎の亜鉛補充療法、約１ヶ月の詳細な経過報告有り難うございます。

アトピー性皮膚炎については、全身に広がる肥厚と落屑と強い掻痒に伴う掻爬痕の混じる慢性湿疹様の皮疹患者さんや皮膚の乾燥傾向と掻痒を訴える多くのいわゆる老人性皮膚掻痒症や膿疱性乾癬様皮疹の患者さん等の亜鉛補充療法の経験から、『アトピー性皮膚炎は、その原因の総てではないまでも、亜鉛欠乏が主要な原因を占める皮膚疾患の可能性が高い。皮膚科医には、是非、論理的亜鉛補充療法を試みて欲しい』と私は主張し続けてきました。
しかし、一般の診療所である私共の診療所では、典型的なアトピー性皮膚炎の患者さんの受診は殆どなく、貴女が典型的アトピー性皮膚炎症例の第一例目です。
主観的な症状の変化だけでなく、血清亜鉛値他、客観的データの推移も追いながら、軽快治癒を目指して、お互いに努力しましょう。

アトピー性皮膚炎の一次的原因を、全部、亜鉛という一種類のミネラルの欠乏症であると、必ずしも言えないかも知れません。しかし、徐々に明らかになってきた皮膚及び皮下組織の生成．維持に関わる微量元素亜鉛の生体機能から、アトピー性皮膚炎の、少なくとも慢性の皮膚状態．皮膚症状には、大量の亜鉛の消費に伴う二次的な亜鉛不足、亜鉛欠乏の状態が存在し、一次、二次的を問わず、アトピー性皮膚炎では亜鉛不足の悪循環状態にあると考えられ、現在の皮膚状態．症状に、必ず亜鉛欠乏があることは間違いないと言えます。

りんごさんの場合も、まずこれまでに判っている全身の亜鉛欠乏症状態、例えば、食欲、口角炎、皮膚の亀裂、皮膚の乾燥．落屑傾向、皮膚の菲薄さ、掻痒症状等などの変化に血清亜鉛値やAl-P値、また IgEや白血球分画の追跡なども合わせて検討して行こうと思っています。
さて、貴女の沢山の経過報告の中には、医師としてとても参考となる表現があります。
私の経験からは、口角炎は典型的な亜鉛欠乏症の皮膚症状の一つですが、耳介付着部の亀裂もその症状です。キット、理研の深田俊幸先生等が亜鉛トランスポーターZIP13の分子生物学的機能解明で明らかにした「亜鉛トランスポーターZIP13-K0マウスの皮膚は脆弱で、張力に対する抵抗性を失っていた。表皮層は大きな変化はないが真皮層は著明に薄く、コラーゲン線維の著明な減少が認められた」「マウスやヒトの結合組織の発生、形成に重要な役割を果たしている」等の論文の結論からも、組織がしっかり再生するのにはそれなりの時間がかかりますので、あまりがっかりしないで下さい。三ヶ月ほどで割れなくなるでしょう。
カルテが手元にないので定かでないのですが、食欲不振はあまり訴えていなかったと思うのですが『朝からご飯がおいしいです』の表現は、亜鉛補充療法で多くの亜鉛欠乏症患者さんが最も最初に気が付く変化で、最も早く改善する症状の一つです。キット、摂食中枢へのニューロペプチドなどの機能回復によるものかと思っています。その他に、消化酵素や胃や腸管粘膜細胞の機能も順次関係するのかも知れません。
喘息の軽い発作についても、今後経過を注目したいと思っています。

経過報告　投稿者:りんご　投稿日:2012年 5月22日(火)14時36分8秒

倉澤先生
アトピー性皮膚炎で治療中のりんごです、30代女性です。ご無沙汰していてすみません。最近かゆみが少し和らいだようにおもいます。気持ちが楽になりつつあります。頭皮や顔（特におでこ）の皮膚は乾燥し魚の鱗のようになり、相変わらず落せつが激しいです。食事を摂って1時間から2時間以内に最も落せつが激しくなります。夜よりも昼間の方がひどいです。耳は時々切れてしまいます。耳の後ろの皮膚も湿疹ができたり乾燥したりと忙しいです。今は乾燥しています。口角炎は今月の16日にできました。最近は調子が良かったので残念に思いましたが、傷口は以前より小さく薬を塗らなくとも２～３日で治ってしまいました。これには驚きました。以前は薬を塗ってもなかなか治らず大変つらい思いをしましたから（治るのに1週間から10日くらいかかりました。やっと治ったと思ったら、また切れてしまうのです！）。体は、まず肘の内側ですが多少のかゆみと傷があります。夜中にかいてしまうようです。背中やお腹はだいぶきれいになってきました。両肩と肩甲骨の内側に乾燥した部分がありますが、最悪時よりも潤ってきたと感じています。脇の下は汗をかきやすい場所なので、まだかゆみがあります。赤くなっているときもありますが傷になりにくいのです。また、皮膚がツルツルしてきました。前はブツブツだらけだったのに。足はすっかりきれいになったとは言えませんが、掻くことはほとんどないように思います。太ももに湿疹はありますが、掻いた覚えがありません。寝ている時に掻いてしまったのでしょうか。そんなにひどくありません。全体的に言って赤みが減ったようです。ガサガサと乾燥の激しかったところ（首周り、鎖骨周り）が、少しずつ潤ってきています。最近手の甲に湿疹ができました。主婦湿疹でしょうか。お肉をこねた後痒くなりました。かぶれたのでしょうか。痒みはお風呂上り（ぬるいお湯につかるだけ。シャンプーは3日に一度使います）と寝る前に多少あります。痒くないのにかいてしまう掻き

癖がついているので、お布団の中で自分の体に触ってしまいます。それで触っているうちに痒くなるということもありますし、夜中汗をかいて痒くなることもしばしばです（特に脇の下）。寝具やパジャマを夏用のものにして、頭はアイスノンを使って冷やすと眠りやすいです。頭には毎日薬を塗りますが、体は塗らなくてもいい日もあるんですよ。調子はわりといいのですが、頭の痒みはなかなかとれません。髪の毛もあるし汗をかきやすいせいでしょうか。頭はアンテベートローションを母に塗ってもらっていますが、以前より傷や湿疹の状態はいいようです。傷ができても早くふさがると言っていました。そうそう、体の痒みは楽になりましたが、頭や顔から皮膚の破片が落ちてきてそれが刺激になって痒くなることはあります。こまめに下着や着るものを変えています。皮膚以外の症状では今月19日に喘息の軽い発作が起きました。とにかくコロコロと変わりやすいお天気でしたので、負担がかかったのでしょうか。それでも気管支拡張剤を使わずに済みました。わたしはたいてい生理前に胃が痛くなるのですが、今回はそれもなく朝からご飯がおいしいです。いい方向へ向かっていると感じています。長くなりましたが最後まで読んでくださって感謝しています。来月先生にお会いできる日を楽しみにしています。

下痢と亜鉛について

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年 5月 6日(日)10時41分31秒

sadao 様

諸症状と亜鉛含有薬プロマック投与との関係、経過の報告を有り難うございます。

私は“亜鉛欠乏症のＨＰ”や諸論文、講演や学会等などで、味覚障害はもちろんのこと、食欲不振、舌痛をはじめ口腔内違和感などの口腔内咽頭諸症状、褥瘡はじめ多くの皮膚疾患．皮膚症状や元気さ等の精神症状等などの日常臨床でしばしば経験する諸疾患．症状から、これらの多彩な亜鉛欠乏症の治療中に経験した治癒軽快を示したある種の貧血や時には下痢の劇的な改善の事実を報告してきました。
これらの多彩な欠乏症．症状の発症については、最近急速に明らかにされつつある微量元素亜鉛の多彩な生体内機能から、その過程が徐々に、徐々に解明されつつありますが、臨床も基礎もまだまだ判らないことだらけです、いやいや、ほんのちょっぴり判り始めたという方が良いでしょう。そんな時、亜鉛に関心を持った多くの方からの種々な報告は大変有り難いことです。

さて、耳についてはどの様な皮膚所見なのかハッキリしませんので、何とも言えませんが、亜鉛の多彩な生体内機能により、亜鉛は皮膚の生成や維持に大きく関わっていますので、現在の皮膚科医が考えているよりも、遙かに多くの皮膚疾患．症状が亜鉛欠乏に関係しているものと思われます。

下痢と亜鉛の関係については、基礎的にも臨床的にもまだ殆ど研究がされていない現状です。
ただ、多彩な亜鉛欠乏症の亜鉛補充療法中に、日頃馴れてしまって潜在的な症状であった慢性の下痢が劇的に治癒．軽快したと報告する何人もの患者の経験や乳幼児の原因の定かでない下痢症状と亜鉛の関係に気付かれつつある報告、文献的にも亜鉛欠乏と下痢が関連するとの報告も散見され、また、プロマックの副作用に【便秘】の記述が存在することも含めて、腸管の吸収や運動機能を絡めて、潰瘍性大腸炎や過敏性大腸症候群と亜鉛の関連の研究が望まれます。私共の診療所は一般の診療所ですから、慢性の下痢患者はそう多くはなく、多くの下痢患者について、検討する訳には行かぬので、是非、専門に患者を担当している医師に関心を持っていただければと思う。

亜鉛欠乏症は実に多彩な症状を示し、殆ど全臨床科に渡るもので、是非、是非多くの医師が関心を持って欲しいものと思う。
もう一つ、このご報告では、亜鉛欠乏症の亜鉛補充療法による“亜鉛”そのものの作用なのか？プロマックという薬剤の薬理作用としての副作用？なのかの問題が混同されている。確かに、必ずしも明確に区別できないこともあるが、その意味でも、血清亜鉛値やAl-P値の測定やプロマックの投与．中止と症状の変化の関連などの理論的亜鉛補充療法を検討する必要がある様にも考えさせられ、大変に参考となりました。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

（無題）

投稿者：sadao　投稿日：2012年 5月 4日(金)16時20分29秒

私はここ2年ほど腹が痛むと言うほどでは無いが違和感を覚え少し下痢気味だったため、

過敏性大腸症候群の恐れがあるとして行きつけの医院で色々薬を出してもらっていたが改善が見られなかった

昨年の10月頃からプロマックを朝夕2回服用し始めたそのころ左の耳の後ろに血の塊のようなほくろのようなおできと
もう一方の耳たぶの裏には傷口から頻繁に膿が出て笠ふたが治らず困っていた
プロマックを服用したところ2～3日位でみるみる良くなっていくのが判り1週間後には完治しました。
きっとまだ何かに効くと思って服用を最近まで8カ月ほど続けたのですが特に目に見える効果は感じられなかった

昨年の暮れごろから左腹と下腹部が少し痛みだし、弱い下痢も続くので半年ほど酒を飲むのを控えたところ下痢腹痛ともに少しよくなった
少し良くなったときに生ビール中ジョッキ位を飲みプロマックを服用すると暫くすると激しい下痢症状となったため、
最近はプロマックの服用をやめたところ下痢腹痛もほぼ収まりつつあります。
亜鉛だけでなくプロマックの他の成分による副作用によるものではないかと考えていますが

先月一応大腸がんを疑い内視鏡検査をしたが小さなポリープはいくつか見つかったが悪性でなく特に問題は無いといわれました。

以上報告

論理的亜鉛補充療法について②

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年 4月30日(月)23時55分54秒

2007年04月開設のこの『亜鉛欠乏症のホームページ』への正門からの訪問者数がこの04月28日で47,000件を超えた。
インターネットの検索から、正門を経由せずにホームページ内のニュースやそれぞれの頁を直接訪問している場合も可成り多いはずなので、この約５年で、少なくとも10万人は“亜鉛欠乏症”という病名に接し、訪問者の内の10,000人ほどは【亜鉛欠乏症について】の研究報告書をダウンロードして、拾い読み程度はしてくださったのかも知れないとも思う。

2002年10月に、多くの、多彩な症状の亜鉛欠乏症に気が付き、2003年から2006年にかけての長野県下での4,000名を越える地域住民の血清亜鉛濃度の疫学調査をした。その結果と次々に発見された多彩な亜鉛欠乏症患者数と合わせて、　『多くの医師が考えているよりも、遙かに多くの亜鉛欠乏症患者さんがいる』と社会に向かって警告を発し続けてきた。
初めの頃は、冨田寛先生等が長年研究されて来た味覚障害は別にして、たった一つの元素の欠乏で、あまりにも多彩な欠乏症と欠乏症状のこともあってか、殆どの医師、特に専門医？は「そんな馬鹿なことあるはずがない」と一顧だにしない傾向が強かった。

しかし、Google検索で比較してみると、例えば、味覚障害に関連してのヒット数は、流石に、味覚障害と亜鉛欠乏症／味覚障害は1060,000／1080,000である。それでも最近では、昔は殆どヒットしなかった食欲不振と亜鉛欠乏症／食欲不振が617,000/3,180,000とかなり食欲不振と亜鉛欠乏の間連は認知されつつあると言えるが、褥瘡と亜鉛欠乏症／褥瘡が19,400／273,000、舌痛症と亜鉛欠乏／舌痛症は16,800／790,000、掌蹠膿疱症8,720／225,000と亜鉛欠乏との関係が意識されて来つつはあるが、まだまだ、実際に試行までしている医師は少数と考えられる。

臨床の現場で理論的補充療法の実際について、具体的に述べる必要があるようだ。

御礼

投稿者：みなみ　投稿日：2012年 4月29日(日)15時55分18秒

ころん 先生

文献情報ありがとうございました。
参考にさせていただきます。
奥様の舌痛改善をお祈りいたします。

ラフチジンについて

投稿者：ころん　投稿日：2012年 4月25日(水)10時19分37秒

みなみ　先生
初見ですが、私の家内も数年にわたり「舌痛症」に苦しめられています。
掲題に関して「口内炎に対するH?受容体拮抗薬ラフチジンの疼痛軽減効果の
検討　安藤智博＊　Prog. Med. 29. 187-191, 2009 」を参照さえてはいかがですか。
＊　東京女子医科大学医学部歯科口腔外科





以上は、新着順271番目から280番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

プロテカジンと舌痛

投稿者：みなみ　投稿日：2012年 4月22日(日)17時29分37秒

土屋 先生

ご教示ありがとうございます。関心をよせていただいて心強いことです。
プロテカジンと舌痛をネットで検索してもまとまった情報は見当たりませんでしたが、まだ臨床報告が散見される段階なのでしょうか。

多くのデータに基づいてスタンダードなプロトコールができるのを期待しています。

私の舌痛はプロマックにトリプタノール漸増を併用してから著明に改善し、
現在60mgにふやして5日ですが、ほとんど痛みは消失しています。
また経過報告をさせていただきます。





第66回日本栄養．食糧学会大会のシンポジウム

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年 4月21日(土)12時29分54秒

土屋 誉先生

しばしば本掲示版にご投稿有り難うございます。また、日頃、種々の異なる状態の患者群の血清亜鉛濃度の測定をされ、教えていただけること、とても勉強になります。
慢性の亜鉛欠乏状態を示す高齢者の低血清亜鉛値と術後の周術期患者の急性期の低血清亜鉛値は同じ低値を示していても、その意味することは全く違うようですね。血清亜鉛値の日内変動は明らかですが、これまでにストレスによる血清亜鉛値の低下の報告が何件かあります。しかし、一般的なストレスよりもより強度のストレスである周術期の変動はキットより顕著なものと推測され、血清亜鉛値の生理的な意味に迫るよい糸口になるかも知れません。　手術の大きさと術前の亜鉛の充足状態がもしかすると複雑に絡み合って変動するのかも知れないと想像しているのですが、どうでしょうか？いやいや、変な予測なしに、まずデータを素直に眺めてみたいと思います。
亜鉛の生体内の機能については、まだまだ、判らないことだらけですが、でも、色々な事実を集めて議論しつつ、少しずつでも確実に判っていることを増やして行くことは大切なことと思っています。先生のデータについてDiscussion出来る機会を楽しみにしています。

さて、小生のことですが、５月２０日（日）、東北大学農学部の駒井三千夫教授が会頭を勤められる第６６回日本栄養．食糧学会大会が仙台で開催されます。
シンポジウムー１０：「亜鉛栄養研究の最前線ー必須栄養素亜鉛の生理機能の再検

討」で『多くの医師が考えているよりも,遙かに多くの,多彩な亜鉛欠乏症が存在する～臨床と疫学面より～』と題してシンポジストを勤めることになり、「日本における亜鉛欠乏症の実状」について、疫学面からはKITAMIMAKI Studyや長野県での住民の疫学調査での結果の血清亜鉛値65μg/dL(SRLのいわゆる基準値の最低値）以下に分布する20～25%のデータと亜鉛欠乏症の臨床から得られた亜鉛欠乏症確診症例275例の初診時血清亜鉛濃度の分布より得られた、亜鉛欠乏症群の血清亜鉛値の正規分布曲線とからの計算に基づいて推定した結論を報告しようと思っている。
　勿論、幾つかの仮定の条件の下でのおよその数値であるが、少なく見積もっても「日本人一般成人の亜鉛不足状態＝30～39%」にもなる。先生の高齢、病弱者の多い群の血清亜鉛値の測定から予測されている数値はもっと大きいのでしょうが、キットそれが正しいのだと思います。

　シンポジウムでは駒井先生が亜鉛の味覚．食欲調節機能。静岡県立大の武田厚司先生が認知からうつに至る亜鉛の関与。京大の神戸大朋先生の消化管における亜鉛吸収のメカニズム。理化学研究所の深田俊幸先生の亜鉛シグナルと成長．骨代謝。順天堂大の藤谷与士夫先生の膵から肝への亜鉛のながれによるインスリン代謝調節等などがあり、面白いシンポジウムになると思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

舌痛症にプロテカジンが有効

投稿者:土屋　誉　投稿日:2012年 4月13日(金)13時17分3秒

投稿されているみなみ先生は舌痛症になやまれているようですが、大鵬薬品のMRに聞きましたが、H2ブロッカーであるプロテカジンが口内炎や舌痛に効果があるとのことでした。カプサイシン感受性の知覚神経を介した作用とのことです。インターネットで調べると、結構使用されている用でした。プロテカジンも試してみてはどうでしょうか？当院では化学療法患者の口内炎にアミノ酸であるシスチン・テアニンを使用して現在データをとっていますが、効果があるようです。

舌痛症に論理的治療法の併用、賛成です。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2012年 4月 5日(木)17時48分25秒

　みなみ先生

　医学的に適切なご報告有り難うございます。
　昨年８～９月の水準に症状が逆戻りしたとのこと、不安で一杯であったことと思います。

　確かに、ＡＩ－Ｐ値は（理由はまだわかりませんが）一般的には褥瘡などと異なって、舌痛症や味覚障害では褥瘡時のような典型的な推移を示さないことが多い傾向ですが、血清亜鉛値の変動.推移や舌痛を含む先生の諸症状の変化は“腸管からの吸収障害による亜鉛欠乏が一つの大きな要因であることを示している”と言って間違いないと思います。
　しかし、先生の舌痛については、１～４ヶ月＋α程度で治癒する多くの舌痛症に比して、一筋縄では行かない経過であることは事実で、先生が亜鉛欠乏以外にも因子があるのでないかと考えられ、三環系抗うつ薬を併わせて試みられることは賛成です。舌痛症の三環系抗うつ薬のみでの治癒.軽快報告があるのも、またＳＳＲＩやＳＮＲＩによる報告もあるのも周知の事実です。
　しかし、これらの薬剤がどの様な薬理作用で“うつ”という病態に効果があるのかについても充分には解明されていません。舌痛症に対して、うつに対する抗うつ薬としての作用よりも、野崎千尋論文の亜鉛のＮＭＤＡ受容体における作用や神経伝達物質としての作用と同じ様な作用として、効果を発揮している可能性も十分にあり得るでしょう。さすれば亜鉛＋αの治療も当然ありうると考えます。
　先生は医者として、患者として、自分自身の症状と経過を充分観察しながら、記録しながら、より適切な“難治舌痛症”の治療法を開拓して居るとも言えるでしょう。

　舌痛症でも、他の診療機関で長期にわたって、抗うつ剤の治療で治癒せずに紹介され、または受診してくる患者さんもいます。論理的亜鉛補充療法で亜鉛欠乏症として典型的血清亜鉛値の推移と臨床経過を示す患者さんでも、これまでの抗うつ剤を中止せずに続けながら亜鉛補充療法を併用し、症状が改善し、自信が出たら徐々に抗うつ剤を減量して中止することはいくらでもあります。
　亜鉛欠乏症のことは、舌痛症はじめ、まだまだ、判らないことだらけです。掌蹠膿疱症も簡単に治癒するものと軽快しても、少数根抜けにならないものがあります。

脳味噌の柔軟性を充分に保ちながら、しかし、出来るだけ論理的に、検討を進めましょう。

褥瘡発症前にしばしば発症する高齢者の類天疱瘡様水疱や褥瘡に合併する水疱は単純な亜鉛補充療法で大部分は解決しますが、皮膚科等で長期間治療している難治の類天疱瘡や尋常性乾癬や全身の慢性湿疹様の皮疹の中には亜鉛補充療法で劇的に軽快.治癒するものがあることは事実です。それでも小生は皮膚科で継続してきた大量なステロイドなどは、先ず基本的には継続しつつ、症状の軽快と共に次第に減量して、そして最後には完全に抜け出す方法をとっています。
火事の原因を除くことが一番大切としても、現に燃えている火事は水を掛ける必要があると思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

経過報告79週(4錠通算49週)

投稿者:みなみ　投稿日:2012年 4月 4日(水)18時13分8秒

倉澤 先生

いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用79週(4錠通算91週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→(2錠分1開始)→99→78→83→(4錠分2開始)→101→139→157→159→(9日間2錠その後4錠)→128→129→136→123→129→142→128、AL-Pは開始後408→425→438→353→385→390→427→544→497→438→523→452→447→511→486→463→462→549でした。

前半4週間は残念ながら舌痛の楽な日が減り、昨年の8～9月の水準に逆戻りした状態でした。
ご指摘のように亜鉛補充前に比較すれば苦痛は軽減しているのですが、このまま更に半年～１年耐えるのは辛い状況でした。
舌痛発症に先だって歯科治療の不幸な偶発症がたび重なり、不安や不信に苦しむ期間が半年以上あった経緯を考えると、亜鉛欠乏以外の因子もあると考えた方が良いのではないかと思った次第です。

そこで、2月24日から米国口腔顔面痛学会所属医師の推奨する口腔内特発性疼痛の治療
をサイトや著書で拝見し、プロマック服用と合わせて開始しました。
第１選択は三環系抗鬱剤で、10mgから漸増して痛み消失量で1年維持、その後漸減という方式で、充分な量(日米ともに平均77.5mg)を充分な期間服用という内容です。

現在40mgにして2週間弱ですが、かつてなく痛みが軽減しています。
プロマックは今回の採血後2錠分1に減らしています。

三環系ですので夜間服用後の眠気と終日口渇はありますが、普通なら便秘に傾くところ
私の場合はとても良いお通じになっています。
高用量服用での手の震えや尿閉を心配しながら開始しましたが、さほど用量を
ふやさないで大丈夫なのではないかと期待しているところです。

勝手をしまして申し訳しありません。
また報告させて下さいませ。

静脈経腸栄養学会

投稿者:土屋　誉　投稿日:2012年 3月25日(日)22時18分38秒

お久しぶりです。先月、上記学会で老人ホームでの亜鉛の約100人分の値について発表してきました。管理栄養士が献立を作って喫食率が95%であったのにも関わらず、平均値は65でつまり半数で基準値以下という結果でした。自立度別にみるとCではAに比して有意に低値でした。先生の亜鉛研究のきっかけになった症例などを参考にすると、亜鉛補給で自立度がアップする方もいるのではないかと想像しています。PEGを担当することが多い研修医は私がしつこく亜鉛のことを話して、草食系男子は亜鉛が不足しているぞとおどしていたら、自分で亜鉛を測定し、かなり低値でショックをうけて、プロマックを飲み始めました。なんとなく調子が良くなったと言っています。

また、ビタミンB群も同時に測定しましたが、やはり低い方が多く、特に男性のB6はほぼ全員、基準値以下でした。微量元素、ビタミンは老人にとって大きな問題であると痛感しました。今後、介入試験で亜鉛、ビタミン強化補助食品の効果をみる計画を立てています、また、こんな状況ではひとり暮らしや買い物にも容易にいけない老人だけの家庭などでは、更にビタミン、微量元素の低下が推測されますので、病院周囲の仙台でも特に高齢化の高い地域の方の採血もすることを考えています。また、周術期の患者の亜鉛も200例ほど測定しましたが、術後1日目では術前の約半分の値になっていました。回復は比較的早く亜鉛補充もしていますので2週間で、術前値以上に戻っていました。血清アルブミンとよく相関するので、受動的に体内分布が変化している部分が多いと考えていますが、能動的に亜鉛が臓器に再分布される可能性もあると思っています。学会全体では1200題ほどの発表がありましたが、亜鉛関連は以前よりやや多く、10題くらいはあったようです。しかし、栄養に興味がある関係者のみが集まる学会にしては、浅い知識はあるものの、興味を強くもって自分のデータを出している施設はまだまだです。これからもライフワーク（大げさですが）のひつつとして関心を持ち続け、講演会などのさいには必ず亜鉛の話をしていくつもりです。倉澤先生もお体に気をつけて啓発活動をお続けください。
上田高校の後輩より。

論理的亜鉛補充療法について①

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2012年 3月22日(木)23時43分26秒

今年は２月、３月は北海道の室蘭市医師会での講演、南空知地区の諸医師会に呼ばれ岩見沢市での講演と、更には、３月１日の小生の高校同期卒業生の関東地方の会“関東五四期会”での講演の外に、地元の長野県東御市の介護福祉関係の会での講演から始まり、全国ではかれこれ通算で１３８回にもなった。それでもこの話は、殆どの講演で、大部分の聴衆がまだまだ初めて聴く目新しい話である様である。　また、臨床医療関係の学会は、臨床内科医会や一部の臨床皮膚科医会の会を除いては、余りにも細分化されているためか、各臨床医学の学会は、全く不思議なことに、ヒトの全身．全診療科にわたるような話には興味を示さず。もっぱら生命科学や基礎医学、栄養学や食物．食糧や臨床栄養や補助食品の関連の方々に関心が持たれているのが現状と言える。

しかし、それでも徐々に亜鉛欠乏症の知見が広まりつつある中で、日々の臨床医療の現場では、講演時の質問や講演後の情報交換会の質問を通して、論理的な亜鉛補充療法についての実際と現在の考え方をまとめて述べておく必要があることを切々と感ずるようになったので、何回かに分けて記載することとした。

亜鉛欠乏症の診断は現在の所、Ⅰ）臨床症状より疑い。Ⅱ）可能性があれば、血清亜鉛値を測定し。Ⅲ）欠乏症の可能性が高ければ、亜鉛補充療法を試行する。Ⅳ）臨床症状の変化と血清亜鉛値とAl-P値の推移を追跡する。Ⅴ）亜鉛補充療法の効果発現の時期は症状により異なるので、その変化と血清亜鉛値の推移と主にAl-P値の推移など総合的に判断するとまとめられる。

亜鉛補充療法は、小生は現在のところ原則として、亜鉛含有胃潰瘍薬のポラプレジンク150mg（プロマックＤ（75）２錠）【亜鉛含有量34mg】朝夕分２で投与している。ただし、中には少数例外的であるが、同２錠１回投与やポラプレジンクの倍量、又はそれ以上の投与量を必要とすることもある。

亜鉛欠乏症例に補充療法をすると血清亜鉛値は、大部分の症例で、投与一ヶ月前後で大きく上昇し、その後初期値付近に戻り、以後徐々に上昇して、充足すると平衡に達し、その後、血清亜鉛値はやや低下して、およそ安定するパターンをとる。亜鉛酵素のAl-P値はその短期、長期の許容変動範囲はそれぞれ約10%程度とされているが、多くの症例で初期に10%を越える変動を示し、その後も血清亜鉛値の増加に応じて増加する。この血清亜鉛値の初期の上昇やAl-P値や諸臨床症状の動きから診断の確かさを推定し、さらにその後の推移より、亜鉛補充療法の継続や完了を判断する。（亜鉛には鉄のフェリチンのごとき飽和の指標となる検査がない。）
なお、血清亜鉛値、Al-P値がこの典型的変動を示さない症例、特に、Al-P値については後述する。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

現在の血清亜鉛値はどうですか？

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2012年 3月10日(土)18時55分53秒

オリーブ様

久し振りです。ご主人がご病気であったとのこと、もう良くなられたのでしょうか？　小生も講演会や学会の抄録や原稿のことで、忙殺されており、返事遅くなりました。

さて、貴女は 2010年10月25日にみなみ先生と同じ日にこの掲示板に投稿され、お二人とも主訴は長期間続いた舌痛でしたが、その他に色々な亜鉛欠乏症かと考えられる諸症状も併せ持っていた方々でした。
貴女は、確か、舌先を何処においたらいいのか判らない様な舌痛と唾液の不味さ、口内のぬるぬる感の他皮膚の弱さや下痢に咳などの多彩な訴えがあったように思います。血清亜鉛値は６７μg/dLでした。向精神薬を含む可成り色々の薬を飲まれていたようです。
さて、当時舌痛症については、論理的な亜鉛補充療法をすると、『多くは１から４ヶ月で治癒することが多い。でも、中には少数だが６ヶ月から長期かかるものがある。』と述べて、掲示板上での治療指導を始めました。みなみ先生は医師らしく、症状の経過追跡と血清亜鉛値の測定による処方の変更を加えて、貴女はプロマックと諸種のサプリメントの服用や時に一回だけ血清亜鉛値の報告をしてくれました。そして、お二人とも最初の１から４ヶ月を越えた長期治療症例になり、今日に及びました。舌痛症のなかなかの難治症例にあたってしまったのですが、お二人とも単なる舌痛症だけでなく、可なり、多方面にわたる亜鉛欠乏症と言えるのかと考えています。そして、まだ判らないことが多いのですが、医師として、大変良い経験をさせてもらっています。

さてそこで、何点か教えて欲しいのです。今、色々なサプリメントと亜鉛も服用されているようですが、①亜鉛は何ミリをどの様に服用されているのか？そして、②これまで血清亜鉛値を2011.04.19 の 114μg/dL 以後測定されて江いるのか？その値は？③舌痛、舌のヒリヒリ感とぬるぬる感はまだあるとのことですが、2010年の何処において良いか判らない舌先の痛みとはどう違うのか？④口腔内扁平苔癬はピンクというが、2010年当時と比較してどうなのか？もっと一杯聞きたいことありますが教えて頂ければ幸いです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

（無題） 投稿者:オリーブ　投稿日:2012年 3月 6日(火)20時20分21秒

お久しぶりです。主人が昨年秋に脳梗塞になりなかなか掲示板をのぞくことが出来ませんでした。いろいろご心配いただいている様子有難うございます。舌のぴりぴり感口内のぬるぬる感はまだ消えません。口腔扁平苔癬はピンク色になっています。金属アレルギーが原因だったのかもしれません。今は完全に金属アレルギーの原因になるものは口腔内に使ってありません。毎日舌に力を入れない　脳をリラックスさせる。口の緊張をとる。それに気を配ってすごしています。脳の緊張が一番の原因かもと自分なりに思っています。咳　下痢は昨年の秋以降ぴたっととまっています。オメガ3　ビオチン　ミヤリサン　亜鉛　を飲み始めた頃と一致するので何かが効いているのだと思います。随分笑顔になれるしおしゃべりも出来るようになってます。舌に意識を持っていかない　これが一番のクスリのようにも思います。味覚はわかるのですがぴりぴり感　ぬるぬる感　これは更年期が原因なのでしょうか？夕方がちょっときついですね。朝はどうもない日が結構あるのですが。また時々お邪魔させてくださいね。本当に皆さんが元気になられている様子　私も嬉しいです。有難うございます。

お礼とお願い 投稿者:沓掛文哉✉　投稿日:2012年 3月 3日(土)09時53分0秒

倉澤隆平講師
関東五四期会「春の集い」での講演会、有難うございました。丸山俊二君などは質問が終了しない程の入れ込みようで、彼のあんな姿を見たのは初めてでした。きっと心当たりのある症状があるのでしょう。早速、当日の写真を４通送信したところ全て未着となりました。容量が大き過ぎたかも知れませんので、少量にして改めて送ります。





以上は、新着順281番目から290番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

ご講演有意義に拝聴しました。

投稿者：滝澤 睦夫 投稿日：2012年 3月 2日(金)13時10分22秒

倉澤さん：
上田高校五四期会でのお話し、大変興味を持って拝聴し、今日早速HPを拝見してる所です。最近、私自身どうも味の好みが変わった様に感じて、味覚障害か？等と漠然と想っていました。お話を聞いて、亜鉛欠乏がこれ程いろいろな症状と関係しているこ

とを初めて知り、「目から鱗が落ちた」感じです。しかも、個人差が極めて大きく一概に基準値が決められないこと、これは生体反応を司る酵素（触媒、ホルモン等といろいろ呼び方があり専門家でない私はよく戸惑いますが）に関与しているであろう事を考えれば当然ですが、それをデータで実証されたのは素晴らしいであり、将に「コロンブスの卵」といってもよいと思いました。特に老人医療は世界的な課題であり、今後、Znが生体にどう関与しているのかの研究がいろいろな面で進み、貴兄の治療方針の有効性が生化学的にも更に解明されてくると信じています。
私も自分の健康のためにも、Hpを拝見したりしながら、Zn、Fe等微量金属の生体への影響などの雑学を増やそうと思っています。
有意義なご講演どうも有り難うございました。（滝澤　睦夫）





舌痛症もう少しで治癒でしょう。　投稿者：倉澤　投稿日：2012年 2月27日(月)00時03分36秒

みなみ先生

キチッとした報告有り難うございます。
先生とはインターネットによる遠隔での指導治療で今日に至りました。当然、疾病の状況が不調で、苦痛と不安と心配のための苦悩の様子も雰囲気も、また、疾病が快調に向かって、晴れ晴れとした顔の様子も雰囲気も充分に伝わって来るのには制約があります。
日常の診察では、患者さんが診察室の入り口から入ってこられて、椅子に座るまでのそのごく短い時間の身体の動きや態度や顔色、顔つき、表情や雰囲気から、治療経過の良否の多くのことを感じ取っていますが、その多くの情報がありません。でも、初診時の頃と最近の報告を比較してみると随分違いがあることを感ずることができる様に思います。

最近は歯根の破折で抜歯やインプラントという侵襲の多い治療を受けられているようですが、それでも報告の文面からすれば、2010.10.25 に初めて当掲示板に投稿されたときの字間から読める舌痛や食欲不振や下痢などの消化器症状やその後、報告をいただいた皮膚の状態等などから来るいらいら感といいますか不安感、不安定感が少な

く、現在は至って安定感が増した精神状態にあるように感じられるのですが、如何でしょうか？
　また、舌痛や口腔内の身体状態もその当時から比較すれば雲泥の差のように思われます。

　検査データの推移や経過も、また、その数値も初診時と現在とでは雲泥の差があります。
　みなみ先生の至適血清亜鉛値はキッと１３０～１４０μｇ/dLと考えられますが、当時は６７μｇ/dLでした。勿論、亜鉛欠乏症についてはまだ判らないことだらけですが、多くの症例ではそろそろ完治の時期と思われます。

　2010.10 当時、同様の舌痛を訴え、熊本大学に受診していたオリーブさんは、その後掲示板への投稿がありませんが、あの経過ではもう舌痛は問題なくなっているのでしょう。小生は他の皮膚疾患の治療経過と比較して、キッと口腔内扁平苔癬も治まるっているものと思っています。治っていても治っていなくても、報告していただけるとありがたいなーと思っています。歯科や口腔外科領域では口腔内扁平苔癬は原因不明の難治の疾患とされていますが、あの経過では、きちっとした理論的亜鉛補充療法をしていれば、もう治っている筈と思っています。

www.

経過報告71週(4錠通算41週)　投稿者:みなみ　投稿日:2012年 2月 7日(火)18時21分12秒

倉澤 先生

いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用71週(4錠通算41週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→(2錠分1開始)→99→78→83→(4錠分2開始)→101→139→157→159→(9日間2錠その後4錠)→128→129→136→123→129→142、
AL-Pは開始後408→425→438→353→385→390→427→544→497→438→523→452→447→511→486→463→462でした。

この4週間を通して舌痛は較的楽で、痛みをほとんど意識せずに済んだ日は13日でした。
(現在は舌ざわりの悪い仮歯を3歯分すべてはずして、舌との接触のない状態で過ごしてい
ますが、次回8週後の報告の時には1～3歯の最終的な歯がとりつけられている見込み
ですので舌痛にかかわる因子が変化することになります。)

腹痛・下痢はありませんでした。

次回報告は4錠服用約1年のタイミングとなります。
良い報告ができるよう願っています。
今後もどうぞ宜しくご指導をお願いいたします。

血清亜鉛値、AI-P値の測定について　投稿者:倉澤隆平　投稿日:2012年 1月21日(土)18時05分47秒

みなみ先生

　報告有り難うございます。
　血清亜鉛値の測定とAI-P値の測定は、一般には初診時、そして亜鉛補充療法を開始して、約一ヶ月、その後、一～二ヶ月測定すると血清亜鉛値、AI-P値の変動の傾向が判りますので、特別のことがなければ、二ヶ月置き、三ヶ月置き乃至は半年とその状況の必要性により変わりますが、その必要性に応じての測定でいいのです。亜鉛値測定せず、AI-P値で追うこともあります。

　先生の場合は、病悩期間がやや長く、補充療法後も検査値の変動が腸管からの吸収に問題がありそうな変化でしたし、多くの一般の舌痛症よりも難治傾向でしたので、長期にわたり毎月チェックしていただきました。しかし、もうおよその傾向が判りましたので、二ヶ月でも三ヶ月に一回でも結構でしょう。

経過報告67週(4錠通算37週)　投稿者:みなみ　投稿日:2012年 1月12日(木)17時55分52秒

倉澤 先生

いつもご指導ありがとうございます。
本年もどうぞ宜しくお願いいたします。

プロマック服用67週(1日4錠通算37週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→(2錠分1開始)→99→78→83→(4錠分2開始)→101→139→157→159→(9日間2錠その後4錠)→128→129→136→123→129となりました。
AL-Pは開始後408→425→438→353→385→390→427→544→497→438→523→452→447→511→486→463でした。

今回は5週間の経過ですが、舌痛が比較的楽な日は25日、痛みをほとんど意識せずに済んだ日は7日でした。
歯根破折を起こした歯の抜歯・インプラント手術・舌ざわりの悪い仮歯接着などをこの期間中にしていますので、舌痛に影響を及ぼしているかもしれません。

腹痛・下痢は2回でしたが、軽く済んでいます。

次回は2/7頃の報告になる見込みですが、数値が安定しているようですので、
その後は1/8週のfollow up とさせていただいてもよろしいでしょうか。

今後もどうぞ宜しくご指導をお願いいたします。

皮膚・粘膜症状　投稿者:みなみ　投稿日:2011年12月24日(土)17時26分33秒

倉澤先生

詳細なコメントありがとうございました。

皮膚の状態ですが、下腿等のきずは最近できていないのですが、それは
軽微な外力では剥離しにくくなったと考えるべきなのかもしれません。

我ながら注目している変化は咽頭痛です。
高温多湿の季節を除いて、朝方の軽い咽頭痛が長年にわたり常にあり、
加湿器・うがい・マスクなどの対策をしていても年末までに必ず1回は
風邪をひいていました。
ところが今年は夏が終わっても恒例の咽頭痛がなく、まだ風邪もひか
ずに済んでいます。
咽頭粘膜が健全になったのではないかと喜んでいるところです。

4錠を続行し、4錠通算37週の経過報告を1月の連休後にさせていただ
きます。
どうぞ良い年をお迎えくださいませ。

線維筋痛症も、もしかして？？　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2011年12月22日(木)18時15分45秒

編集済

みなみ先生

舌痛症の亜鉛補充療法の経過を着々と報告いただき、有り難うございます。

2010.10.25 の初投稿時の貴女の症状、その後2011.7.19の報告、2011.8.13の報告と比較してみると、その間に曲折はあろうとも、着々と改善しているように思いますが、如何でしょうか？食欲、舌痛、腹痛、下痢以外、皮膚の状態の報告がありませんが、どうでしょうか？？

血清亜鉛値は67から159を越え、ここ数ヶ月の現在では130前後になっています。

私共の長年の経験から、長期の亜鉛補充療法の場合、多くの症例でこんな経過をとります。
つまり、貴女の場合は処方に変更がありましたので典型的ではありませんが、初期に急上昇して、その後初期値付近に低下し、徐々に上昇して最高値の一時平衡に達して、その後やや低下した値で平衡となる。
　現在の130前後の値が貴女の飽和した適正な値と言ってよいのでしょう。
　これまで長年にわたって不足してきた体内の亜鉛量が充足し、血清亜鉛濃度の状態は適正な状態に戻ったと考えて、キッと、よいのでしょう。そうすると、亜鉛補充量は、日々の出納量でよく、キッと腸管内の必要な濃度さえ吸収時に維持出来ればよく、２錠一回/日でよいのかと考えます。　ただ、現在判っている限りでは、この量の亜鉛の投与では過剰は生ぜず、一応、銅の吸収抑制による貧血程度ですので、それを注意すれば、舌痛症が軽快するまで続けても良いでしょう。
　飽和後に、“キズ”の回復？？にどれだけの時間がかかるのかは、個々人に依るのでしょうが、腸管の吸収とNMDA受容体の間のブラックボックスの解明が待たれます。

　これまでにも気にしていたのですが、最近、線維筋痛症のことが、m3com の“診断Q＆A”で話題になっています。舌痛症と随分関係がありそうにも思われるのです。検査データに異常を認めず。筋肉、結合組織にも組織的な異常はなく、原因がわからない為に、うつや精神的なものとも言われています。舌痛症の全身版のようにも思えますね。

　眼科領域では網膜での亜鉛含有量が多いのですが、眼科疾患でも亜鉛不足のものあるのでは？？

　あれもこれもと言うと、その道の専門医には眉唾とされそうですが、いやいや、今でも多くの“いわゆる専門医”達は『食欲不振も、褥瘡も、舌痛症も、下痢も、皮膚疾患もだって！？そんな馬鹿なことあるはずがない！！』と拒絶反応を起こされているのですが、
　でも、野崎千尋論文のNMDAグルタミン酸受容体と亜鉛についてのことを踏まえても、線維筋痛症にうつ病薬や向精神薬を投与する前に、亜鉛をチェックしてみる必要はありそうです。

http://first.lifesciencedb.jp/archives/3215

経過報告62週(4錠通算32週)

投稿者:みなみ　投稿日:2011年12月 5日(月)17時53分17秒

　倉澤 先生

いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用58週(1日4錠通算28週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→(2錠分1開始)→99→78→83→(4錠分2開始)→101→139→157→159→(9日間2錠その後4錠)→128→129→136→123となりました。
AL-Pは開始後408→425→438→353→385→390→427→544→497→438→523→452→447→511→486でした。

こ の4週間のうち舌痛が比較的楽な日は24日、痛みをほとんど意識せずに済んだ日は9回でした。
3か月前の過去最良の状態にほぼ戻ったものの、足踏み状態のように感じます。

腹痛・下痢の頻度・程度は軽減し、この2ヵ月は4週に1回程度でした。

亜鉛の数値は安定したように思えますが、舌痛が更に改善することを期待して
4錠を続行したいと考えていますがいかがでしょうか。

今後もどうぞ宜しくご指導をお願いいたします。

情報有り難うございます。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2011年11月24日(木)07時17分42秒

　小林びんせい様

　オーストラリアの原住民の亜鉛不足とミネラルの異常についての情報有り難うございました。未開の地や被圧迫の少数民族等のミネラルはじめ栄養不足が問題なことは、それなりに想像がされるのですが、アメリカや日本のような飽食の国に同じミネ

ラルの不足とは！！とはじめは驚きました。でも、よく考えてみれば、“食物の自然不足”なのではないか？との小生の結論でした。さてどうするかです。

安田 寛論文は知っていました。autism に亜鉛不足が関与しているのでないかと示唆する論文ですが、これから色々な研究が続き、検討されてゆくのでしょう。

亜鉛の生体内の機能は余りにも多岐にわたり、どうしてこんなに一見関係なさそうな多彩な欠乏症状が生ずるのか？多くの人達には、特に、専門専門と細分化された多くの専門医達には理解しにくいようで、『そんな馬鹿なことあるはずがない』と思っている者が多いのです。
でも、それぞれの専門家には理解しにくい、例えば、【褥瘡と舌痛症】が共に亜鉛欠乏により生ずる可能性が強いことを、分子生物学的手法を駆使しての深田俊幸論文や野崎千尋論文が示しています。
今に頭の硬い専門医達も“コロンブスの卵”の様なことを言い出す時代がもう直ぐ来るでしょう。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛味覚テストについて

投稿者:小林びんせい✉ 投稿日:2011年11月21日(月)22時59分4秒

倉沢先生
私は３年前に帰国し今東京におります。オーストラリアでは自然療法の分野ですので、あまり重篤な症状には出会いませんでした。
亜鉛不足は西オーストラリアの原住民の２４％程度が深刻な亜鉛不足になっています。http://www.ajcn.org/content/33/1/119.short
彼らは土地をなくし本来の彼らの食べ物を食べていない事が主な原因と思われます。

ナチュロパスには現代医療を拒否した患者が多く来ますので免疫異常、代謝異常、精神状態などの異常が多く、先ず亜鉛味覚テストを行います。
亜鉛に関しては漢方やハーブを含めた他の治療と共に行いますので単独の亜鉛の効果は逆にあまりわからないというのが実情です。
オーストラリア政府が国民の約８０％は亜鉛、マグネシウム不足と発表した記憶があります。
最近日本の毛髪ミネラル検査の会社らべるびぃが自閉症と亜鉛不足をネーチャーに発表しました。http://ameblo.jp/binsei/entry-11082901330.html
６０歳以上の日本人の８０％は胃酸減少症ということですので高齢者の日本人の亜鉛不足は一般的と考えています。そこで亜鉛味覚テストなら一回２００円程度で出来るので多くの人が受けるといいと思っています。

http://egawo.digi2.jp





《前のページ | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 次のページ》
以上は、新着順291番目から300番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　27　28　29　30　31　32　33　34　35　36　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

若い女性の亜鉛不足心配！！

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2011年11月19日(土)16時21分16秒　編集済

伊藤 夕里亜様

亜鉛欠乏症のＨＰへの訪問、また、ご投稿有り難うございます。

貴歯科医院での血清亜鉛値の測定で“若い人でも血清亜鉛やAIPが低い方が珍しくなく”と述べられていますが、小生の亜鉛欠乏症のＨＰ内の研究報告書にあるKITAMIMAKI Study でも低値例が多く、
特に、全体に性差が余り無い中で、20歳から39歳の若く、出産適齢期の女性が男性86.9±14.6に対して、女性78.3±12.6で、女性低値の有意差(P<0.05)があり、心配です。

小生のＨＰでは、原則的に我々が実際に経験した症例、ﾃﾞｰﾀをもとに、我々自身が知り得た事実を中心に、亜鉛欠乏症について述べていますので、微量元素亜鉛が胎児の発生や発育成長に大きく関与する文献的な事実は知っていますが、これまでほとんど述べてきませんでした。
しかし、若い女性の味覚障害はもちろん、舌痛症をはじめ口腔内違和感や異常感、アトピー性皮膚炎や種々の亜鉛欠乏と考えられる皮膚疾患等が経験され、疫学的ﾃﾞｰﾀから見ても、妊娠の維持、児の発育には、当然、大きな影響があるはずと考えています。
また、本人にとっては遠い将来に、亜鉛は、キッとカルシウムよりも、遙かに骨粗鬆症の発症に関与している可能性も高いと考えますので、若い女性の亜鉛不足については、個人にとっても、社会にとっても、大変に大きな問題ではないかと考えます。

貴歯科医院でのﾃﾞｰﾀが集積してきたら、是非公表していただきたいと思います。
また、貴女は、多くの医師達が陥っている“基準値=正常値”のうっかり間違いには陥っておられないようですので、基準値の最低値65μg/dL以上の基準値内にも多くの亜鉛欠乏症者や不足者が居ますので、低値症例のみでなく、貴医院の血清亜鉛値の分布としてお示しいただければと思います。
その様なﾃﾞｰﾀが、サプリメントが国民一般に流行する前に、是非必要なのです。

どうして？こんなに亜鉛不足の傾向があるのか？色々な説があり、色々な原因があるのでしょう。
最近、渡辺和彦著『糖尿病、認知症、骨粗しょう症を防ぐ ミネラルの働きと人間の健康』農文協 が刊行されました。亜鉛のみならず、ヒトにも植物にも大切なミネラルの話、大変説得力のある本と考えますので紹介しておきます。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





亜鉛味覚テストの情報

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2011年11月19日(土)12時55分1秒

小林びんせい様

亜鉛味覚テストの情報、有り難うございます。

亜鉛欠乏症については、日本では(現)日本大学名誉教授の冨田寛先生などの日本大学耳鼻科グループを主とする永年にわたるお仕事で、味覚障害については比較的よく知られていますが、味覚障害以外にも、実に多彩な亜鉛欠乏症状があることは小生のＨＰを訪問されて、ご存じかと思います。
オーストラリアではどの様な症状のことが知られているのでしょうか？？

小生の友人から、アメリカで1970年代から1980年代にかけて、奇病として注目されていたことがあると教えてもらったのですが、注目されていた症状は定かでありません。
オーストラリアではどうなのか？どの様に注目されていたのか？大変興味があります。
教えていただければ幸いです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛味覚テストについて

投稿者:小林びんせい✉　投稿日:2011年11月11日(金)13時54分54秒

はじめまして。自然療法師（Naturopath）の小林と申します。
先生の情報拝見しました。
私もかねてから日本人の亜鉛不足を懸念していましたが医療関係者にはあまり興味をもたれませんでした。そんな折先生のホームページを見つけ、このように研究されて

いる方がいるのかと思い投稿させて頂きました。
私はオーストラリアで自然療法を行ってきましたが亜鉛測定には亜鉛味覚テスト歯自然療法家の間では一般的です。日本でも早く一般的になるようにと和訳した情報がありますのでぜひご覧ください。

http://ameblo.jp/binsei/entry-11075190549.html

初めて書き込みます。

投稿者:伊藤夕里亜 投稿日:2011年11月10日(木)16時22分5秒

亜鉛欠乏症のサイト、いつも拝見させて頂いております。
（私は主人が歯科医師で歯科医院で一緒に働いております。）
当院では血液検査を実施し、亜鉛やALP他60項目以上の血液検査を実施しておりますが、若い人でも血清亜鉛やALPが低い方が珍しくなく、いろんな原因で亜鉛が欠乏している人が多いのだろうと感じております。
私自身が二年半前の血液検査では血清亜鉛が68しかありませんでした。
今は91です。（亜鉛のサプリメントを飲んでいます。）
亜鉛の重要性がもっともっと広く知られるようになるといいなと思っております。
今後もHPやこの掲示板を楽しみにしております。

http://idc.topaz.ne.jp/

経過報告58週(4錠通算28週)

投稿者:みなみ 投稿日:2011年11月 9日(水)17時02分18秒

倉澤 先生

いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用58週(1日4錠通算28週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→(2錠分1開始)→99→78→83→(4錠分2開始)→101→139→157→159→(9日間2錠その後4錠)→128→129→136となりました。
AL-Pは開始後408→425→438→353→385→390→427→544→497→438→523→452→447→511でした。

この4週間のうち舌痛が比較的楽な日は20日、痛みをほとんど意識せずに済んだ日は8回でした。
実感としてはゆるやかな改善傾向で、3か月前の最良の状態にはまだ届かないと感じています。

腹痛・下痢の頻度・程度の増悪は見られませんでした。
貧血は認められませんでした。

まだ4錠続行したいと考えています。
今後もどうぞ宜しくお願いいたします。

4錠続行

投稿者:みなみ 投稿日:2011年10月26日(水)18時38分44秒

倉澤先生

ご多忙のところ、いつもありがとうございます。
早速、野崎先生の解説を拝読しました。
多くの研究者・臨床医が亜鉛に注目し、QOLの低い毎日に耐えている患者さんが広く救われる日が来るように祈る思いです。

一過性の低体温はやはりまだあるようで、恒例のワクチン接種直前は34.7度でした。4時間ほどの外来診療直後というタイミングですが、同じ4時間の座業直後でも休日の自宅での検温では36.5度という結果です。

私の血清亜鉛の適正値は120台なのかもしれませんね。
しばらく4錠を続行してみます。

舌痛症に関わる方は是非一読を！！

投稿者:倉澤　隆平 投稿日:2011年10月25日(火)22時48分16秒

編集済

舌痛症に関わる医師、歯科医師へ

総てとは言わぬまでもいわゆる舌痛症について、多彩な他の亜鉛欠乏症の治療経過の中での舌痛を訴える症例の理論的亜鉛補充療法の経験を通して、大部分舌痛症は亜鉛欠乏症の可能性が高いので、SSRIやSNRIやその他の抗うつ剤による治療や精神療法を行う前に、血清亜鉛値の測定と変動を追跡する、安価で安全な、理論的亜鉛補充療法を試行してみて欲しいと主張してきました。

野崎千尋氏のNature Neuroscienceの下記の論文を是非一読いただければと思う。

Zinc alleviates pain through high-affinity binding to the NMDA receptor NR2A subunit.
Chihiro Nozaki, Angela Maria Vergnano, Dominique Filliol, Abdel-Mouttalib Ouagazzal, Anne Le Goff, Stéphanie Carvalho, David Reiss, Claire Gaveriaux-Ruff, Jacques Neyton, Pierre Paoletti, Brigitte L. Kieffer
Nature Neuroscience 2011 Jul 3;14(8):1017-22. doi: 10.1038/nn.2844.

また、http://first.lifesciencedb.jp/archives/3215 に著者による解説文があります。
是非検討してみていただきたいと思う。

舌痛症と亜鉛の関係がほのかに見えてきた。

投稿者:倉澤　隆平　投稿日:2011年10月25日(火)21時58分26秒　編集済

みなみ先生

第５４週の報告有り難うございます。経過としては足踏み状態と言うところのようですが、今日は『舌痛症と亜鉛の関係がほの見えてきた』論文を紹介しようと思います。

今年のNature Neuroscienceに載った論文ですが、著者の野崎千尋氏ご自身が邦文で解説文を書かれたものですが、NMDA受容体の活性化に対して亜鉛が抑制的に働いていることをNMDA受容体に亜鉛が結合出来ないようにしたマウスを作成して、実験的に綺麗に証明したものです。
褥瘡と亜鉛欠乏の関係を示唆する見事な論文の著者理化学研究所免疫アレルギーセンターの深田俊幸先生が教えてくださったものです。この様に褥瘡と舌痛症と一見、全く関係なさそうな症状が亜鉛欠乏によって生じてきていることを分子生物学的手法で次々と明らかになってきています。
http://first.lifesciencedb.jp/archives/3215

血清亜鉛値の動き、小生のこれまでの経験ではPlateauに達したのかな？と思うのですが、もう少し４錠を続けてみましょうか。
亜鉛欠乏症についての研究報告書の症例２のごとく極短期で改善するものや、小生のＨＰの舌痛症の諸症例のごとく、１～４ヶ月、更には、少数例ですが６ヶ月から１年余、そして、先生の例。何がどう違うのか？？判らないことだらけですが、でも、亜鉛欠乏症の多彩な症状が、徐々に徐々に判ってきました。

「痛みと亜鉛の関係」:論文紹介

投稿者:深田俊幸✉　投稿日:2011年10月24日(月)15時29分13秒

倉澤先生

御無沙汰しております。先の日本微量元素学会では大変お世話になりました。
最近、「痛みと亜鉛の関係」についてとても興味深い論文を読みましたので以下に紹介致します。
Zinc alleviates pain through high-affinity binding to the NMDA receptor NR2A subunit.
Chihiro Nozaki, Angela Maria Vergnano, Dominique Filliol, Abdel-Mouttalib Ouagazzal, Anne Le Goff, Stéphanie Carvalho, David Reiss, Claire Gaveriaux-Ruff, Jacques Neyton, Pierre Paoletti, Brigitte L. Kieffer
Nature Neuroscience 2011 Jul 3;14(8):1017-22. doi: 10.1038/nn.2844.

亜鉛欠乏が痛みを増大化する、または亜鉛が痛みを緩和することは公知でありますが、そのメカニズムは現時点でも解明されていません。最近発表された上記の論文は、『亜鉛による痛覚の制御機構』についてマウスを用いた実験で明確に示していま

す。

痛覚の伝達にはNMDA受容体が重要に働いていますが、亜鉛が適度に存在する状況下では亜鉛がNMDA受容体に結合することによって受容体の活性を抑制し、痛みを緩和しています。一方で、亜鉛が結合できないNMDA受容体を持ったマウスでは、痛みの感受性が増大しています。つまり、NMDA受容体の活性化に対して亜鉛がブレーキとして働いていることが、今回の個体レベルの実験で示されました。この論文では、『なぜ亜鉛欠乏で痛覚過敏になるのか』『なぜ亜鉛に鎮痛効果があるのか』、その答えの一つが示されていると思います。さらに、亜鉛の薬としての可能性も説いています。先生が御尽力されている「亜鉛欠乏による舌痛の治療と機序解明」の一助にもなるのではないでしょうか。以下に著者による解説文を示しますので、是非ご一読ならびに御周知を御願い致します。http://first.lifesciencedb.jp/archives/3215

宜しくお願い申し上げます。

深田俊幸
理研免疫アレルギーセンター

経過報告54週(4錠通算24週)

投稿者:みなみ　投稿日:2011年10月12日(水)16時40分3秒

倉澤 先生

いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用54週(1日4錠通算24週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→(2錠分1開始)→99→78→83→(4錠分2開始)→101→139→157→159→(9日間2錠その後4錠)→128→129となりました。
AL-Pは開始後408→425→438→353→385→390→427→544→497→438→523→452→447でした。

この4週間のうち舌痛が比較的楽な日は17日、痛みをほとんど意識せずに済んだ日は3回でした。
自覚的には亜鉛が初めて150を超えようとする時期と同等で、2回連続150を超えた頃の、過去最良の状況にはまだ戻っていないと感じています。

腹痛・下痢の頻度・程度の増悪は見られませんでした。

明日インフルエンザワクチン接種の予定で、例年と同じ状況・時間帯に検温をしますので次回報告させていただきます。

早いものでプロマック服用を開始しして1年が経過しました。
次回は半年ぶりに貧血についてもチェックしてみます。
今後もどうぞ宜しくお願いいたします。





／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

亜鉛補充療法を実施している施設、医療機関について

投稿者：倉澤 隆平 投稿 編集済

日：2011年10月 9日(日)16時08分4秒

美和様

貴女が大切に思っているおばあさま。９０歳になられ、ｷｻﾞﾐ食を食べ、初期の褥瘡があって、元気度も低下している？ので、プロマックを処方してくれる亜鉛補充療法を実

施している施設、または、医療機関が、名古屋市内にどこかないか？とのお話しですね。

愛知県では、名古屋市.豊橋市.岡崎市.刈谷市や周辺の医師会や名古屋市で開催された全国老人保健施設協議会の学会など計六回程話をさせてもらっています。ですから、全国の中でも、かなり亜鉛欠乏症についての知見は普及している方かとも思います。
しかし、長野県から遠くに離れていますので、名古屋市内で亜鉛補充療法を実施している個人の医師や施設がどうかの情報は持ち合わせておりません。
ただ、“正式には”胃潰瘍の適応薬のプロマックが、愛知県県下ではかなり使用されているとの情報がありますので、胃潰瘍の発症頻度から考えて、“いわゆる適応外使用”の亜鉛補充療法として、プロマックの処方をされている医師や医療機関はかなり多くの数存在するものと考えています。

おばあさまの褥瘡や食欲や元気さがどの様な状態なのか？これまでの生活レベルやご病気や諸症状の発症からの経過や程度がどうなのか？判りませんが、入所されている施設の医師も、初期の褥瘡であり、「食事から亜鉛を摂るようにしている」と話していることは、亜鉛欠乏症のことをご存じと考えます。
どんな疾患でもそうですが、軽度のものですと先ず食事をキチッとすることがスタートです。
症状の経過を見る中で、担当の医師や職員とよく相談してみるのが一番なのかな！？と思います。

医療というのは、一方的に医師から受けるものでなく、医師.医療関係者と患者.関係者が協力してより良い医療を作り上げて行くものです。施設では、患者さんの日常状態の変化を親身になって看ている看護師や日常生活を支えている介護士達がいます。彼.彼女たちは食欲や嚥下の状態、褥瘡についてもよく注意していて、また、彼らの多くはよく勉強もしていますし、褥瘡と亜鉛について医師よりも知っています。
確かに、医師として見て、駄目な医師が居ることも認めざるをえない現状もありますが、自分自身の医療に“本当の自信と誇り”を持っている多くの医師は、自分の考えをハッキリと述べ、そして患者さん達の考えをしっかり受け止め、また、看護師や介護士の意見も入れて、現実の医療.介護に対処するものです。

さて、ただ、名古屋市や愛知県のことはどの様な現状か？判りませんが、多彩な症状を呈する亜鉛欠乏症について、充分理解している医師がどれほど居るかについては、まだ、まだ問題があります。
亜鉛欠乏症がたった一つの元素の不足.欠乏で、小生のＨＰにある様に、一見関係なさそうな食欲不振から褥瘡、味覚障害に舌痛.咽頭口腔内症状、種々の皮膚疾患、その他多彩な欠乏症状等などを呈することは、よくその基礎的原因まで考察せずに、チョコッと考えただけでは、一般の医師には、なかなか理解し、受け入れ難いことの様です。特に、専門、専門と自己の狭い領域の医療に閉じこもっている視野の狭い医師には拒絶反応さえ示して、『そんな馬鹿なことあるはずがない』と言う者もいて、私共の努力がまだ、まだ足りないのは、正直に認めざるをえません。

例えば、褥瘡についてはこの掲示板で、小生は日本褥瘡学会の現状につき、問題点を指摘しています。
しかし、インターネット検索で、数年前までには、数える程であった“亜鉛欠乏症”の単一の“名詞”でのヒット数が、現在 Yahooで、52,300件、Googleでは、なんと248,000件ヒットする様になりました。
亜鉛欠乏症.食欲不振では、Yahoo、Google共に、219,000件のヒット数ですが、亜鉛欠乏症.褥瘡では、たったの11,900件です。
一方、冨田寛先生が長年努力されてきた亜鉛欠乏症.味覚障害では、390,000件のヒット数です。
ヒット数がどの様なことを意味するのか？正確には知りませんが、『褥瘡が亜鉛欠乏症であり、簡単な亜鉛補充療法と比較的軽度の局所療法で大部分の褥瘡は治癒せしめうる』との知見の普及の努力が、まだまだ、足りないとつくづく思いました。

その知見.知識の普及には医療関係者だけでなく、一般の市民の関心もおおいに大切なことで、市民から医師、医療関係者への働きかけも必要と思いますので、よろしくお願いしたいと思っています。
もう一つ、大きな問題点がありますが、長くなりましたので、日を改めて書くことにします。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





掌蹠膿疱症と亜鉛欠乏

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2011年10月 9日(日)08時01分53秒

オリーブ様

ビタミンH（ビオチン）のこと、ご投稿有り難うございました。

掌蹠膿疱症のことは、小生のＨＰでも、その他の皮膚科症例と共に、その多くは適切な“理論的亜鉛補充療法”で簡単に治癒することは述べてあります。しかし、亜鉛補充療法だけでは、何例かの難治症例、又は、治癒せしめえずに受診を中止された患者さんも経験しており、掌蹠膿疱症の原因の総てが亜鉛欠乏によるものでなく、他の原因で同様の皮膚症状を示すものかと考えています。

ビタミンH（ビオチン）不足と腸内細菌叢の乱れと掌蹠膿疱症の関係について、前橋賢先生のご治療のことは小生も知っています。有力な掌蹠膿疱症の治療法であろうと小生は考えています。
しかし、キッと前橋先生も、先生の治療法だけでは治癒しない症例をお持ちであろうとも考えています。

医学. 医療のことは判らないことだらけです。
遠い将来に、より多くの未知のことが解明されれば、キッと掌蹠膿疱症の皮膚症状が発症に至る経過の中で、亜鉛とビタミンHが結びつくのか、又は、掌蹠膿疱症と言う皮膚疾患の同じ表現形式が全く異なった代謝経過で生ずるのか判明するでしょう。

この様に、ヒトの身体のことは、判っていることも沢山ありますが、判らないことだらけです。
本当に悩み苦しんでいる患者さんからの色々な情報はとても大切なことと思っています。亜鉛欠乏症の多彩な諸症状も、色々な症状を持つ、多彩な訴えの患者さんの観察から芋蔓式に教えてもらったことです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

（無題） 投稿者:オリーブ 投稿日:2011年10月 4日(火)10時00分44秒

亜鉛欠乏症が大体治ってきて舌痛症も緩和されて随分楽になってきています。皮膚科の先生から口腔内のことは胃腸も関係するといわれていました。ただ下痢がなかなか治らず悩んでいましたら最近ひょんなことからビタミンHが不足しているのではないかと思いました。それでビオチンというものとミヤリサンというものを取り寄せてのみ始めました。下痢がぴたっととまりました。おなかの中の善玉乳酸菌？がきっと足りなかったのではないかと思っています。ビタミンH（ビオチン）も何かヒントになるのではないかと亜鉛に関係ないけど投稿しました。知り合いに掌蹠膿疱症の人がいてなかなか原因がつかめず扁桃腺を取ったりしました。でも最近ビタミンHの不足で半年くらいで治るというのがわかったと聞きました。何かお役に立てればと関係ない投稿で申しわけないんですけど・・・。亜鉛はまだ続けています。

私の祖母について 投稿者:美和✉ 投稿日:2011年10月 3日(月)01時46分34秒

先生の症例集を読んで勇気を頂いている者です。

私の祖母について、お伺いしたい事があります。祖母は90才になり、介護施設で暮らしています。今月から介護度が5になり、食事形態も入れ歯をはずしてのミキサー食を食べています。初期のジョクソウもあります。そこで父が少しでも元気度が上がり、ジョクソウも改善してほしく担当医に、亜鉛補充療法によるプロマックの処方をお願いしました。しかし返答は、まだ初期のジョクソウで食事から亜鉛を取るようにしていますし、圧がかからない様に体位変換をしていますから、まだ必要がないと言われたそうです。
担当医に却下されてしまい、先を断たれた状態になりました。しかし祖母には、少しでも元気度が増してほしいと願っています。

そこで先生にお伺いしたい事は、名古屋市内で亜鉛補充療法を実施している施設や先生をご存知ではないでしょうか？この様な事まで先生に質問するのは、失礼な事かもしれませんが、何卒アドバイスを頂きたく投稿させて頂きました。どうぞよろしくお願いします。

第13回日本褥瘡学会に参加して（Ⅲ） 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2011年10月 1日(土)14時39分54秒

褥瘡の全身療法としての亜鉛補充療法の“確かさ”について振り返って、追試を試みようとされる日本褥瘡学会の会員の参考なればと考える。

①1961年 Prasad がヒトの亜鉛欠乏症の存在を示唆して以来、この約半世紀の間に、文献的に報告された多くの多彩な欠乏症状の中でも、“創傷の治癒遅延”は主要で、典型的な症状の一つであり、亜鉛補充により創傷の治癒が促進されることが文献で報告されてきた。

②一般的な栄養状態の維持や改善により、また、亜鉛が豊富に含まれると考えられる食材の摂取や日常の食事により、褥瘡の発症が抑制される傾向があり、治癒傾向が高まる印象が持たれていた。
また、経管栄養剤でも、褥瘡の発症が少ない製剤と比較的よく発症する傾向のある製剤とが存在することが、注意深い観察者（医師以外も含め）には気付かれてきた。
エンシュアリキッドは、経験的に食欲増進効果等などが感じられたことから、他の製剤よりも多くの医師達に処方され、経腸.経管栄養製剤の中では大きなシェアを占めている。それが褥瘡にも好影響を与えていた。しかし、他の経管栄養製剤とエンシュアリキッドとの大きな違いは“亜鉛含有量の多さ”であることを、ほとんどの医師は気づいていなかった。

③2002年に我々は、食欲不振や拒食に難治の褥瘡が合併した症例で、食欲不振や拒食を亜鉛欠乏による味覚障害によるものと考えて、亜鉛補充で治療した折りに、難治であった褥瘡を容易に、且つ、劇的に治癒せしめうることに気付いた。
その後、多くの褥瘡症例を亜鉛含有製剤の投与で治療し、追跡した血清亜鉛値と血清Al-P値の推移を含めて、論理的な亜鉛補充療法を組み立て、追試をしてみた。その結果、多くの褥瘡がこの“論理的な亜鉛補充療法”の全身療法と比較的軽度の局所療法で容易に治癒することを見出した。
当時、何故？亜鉛が褥瘡の発症.治癒に関係するのか？？については、成書や文献によると、300もあるとも言われる多くの亜鉛酵素の存在とその亜鉛酵素に亜鉛原子が

一個がはいると、その酵素活性が数千倍にも高まる亜鉛酵素もあり、脂質や蛋白質等などの諸代謝の活性に亜鉛が大きく関係していること、特に、典型的な亜鉛酵素のDNAポリメラーゼやRNAポリメラーゼ等の活性化の影響や種々の蛋白質の合成や蛋白の構造の安定化にも亜鉛が関係していることなどで説明されていた。

④亜鉛についての近年の関心の高まりと共に、亜鉛の生体内機能については急速に解明されつつある。
特に、ZIPやZnT等などの数多くの亜鉛トランスポーターについての分子生物学的手法を通して、亜鉛の生体内機能の解明が続々と進んでいる。また、情報伝達物質としての機能等なども解明されつつある。
特に、褥瘡については、2008年末には『亜鉛トランスポーターZIP13のノックアウトマウスを使用し、骨、歯、皮膚等の結合組織の発生、維持に関わる亜鉛の一端を分子生物学的に示した』理化学研究所の深田俊幸等の論文が発表された。
私共がこれまでの常識に反して、褥瘡の発症、治癒に亜鉛が主要な役割を演じていることを主張してきたが、その臨床結果を見事に分子生物学的に説明している論文であった。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

舌痛症、亜鉛補充療法でほぼ治癒。良かったですね。

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2011年10月 1日(土)10時45分51秒

オリーブ様

いわゆる舌痛症、亜鉛補充療法でほぼ治癒の様で、おめでとうございます。ただ、前回も勧めたごとく、口腔内扁平苔癬のこともあり、また、下記に述べる様な理由で、出来ればもう暫く、亜鉛補充療法を続けることを勧めます。

2010.10.25に、この掲示板で相談されてきた頃の貴女の症状をまとめますと、
①舌の先をどこにおいたらいいのかと思う程のびりびりとする舌痛症に、口内のぬるぬる感や唾液の出の悪さ、唾液の味のまずさ、鮫肌の様なザラザラ感やほほに餅が張り付いている様な異常感覚や渋みを感ずるような口内違和感。
②中央にクレーターの様な凹みとピリピリする痛みのある口腔内扁平苔癬の存在。
③その他、皮膚が弱い、咳が出る。易疲労感、元気がない?食道炎症状(胸焼け?)、下痢等でした。

現在、舌痛をはじめそれらの多くが、軽快治癒した様で、本当に良かったと思っています。
この多彩な多くの症状の内２～３の症状を除いて、ほぼ亜鉛欠乏によるものであったと言って良いと考えていますが、もう一度それらの症状の状態がどの様に変化したのか、一つづつ確認していただけると有り難いと思います。

さて、治療開始時の血清亜鉛濃度が69μg/dLで約半年補充療法をした５月の濃度が114と大きく上昇し、その後、服薬を中止して、この９月の血清亜鉛濃度が112μg/dLで大きな変化なく、その間に軽快しつつあった舌痛もほぼ感じなくなったとのことです。口腔内扁平苔癬も、色調はピンクに軽快、痛みも軽快しているがクレーターのような陥凹は残っているとのことで、まだ完治はしていないようですね。

亜鉛欠乏症の臨床は、これまでにも述べてきましたが、まだ判らないことだらけですから、確実とは言いませんが、貴女の場合①亜鉛補充療法が完了したのか?と②何故?これ程の亜鉛欠乏状態に陥ったのか?の二点の解明がされていません。特に、貴女の場合キッと亜鉛欠乏によると考えられる口腔内扁平苔癬はまだ完治していません。
副作用等の問題がなければ、折角、血清亜鉛を測定して下さる医師も見つかったようですから、もう少しその辺のことを注意していただきながら、亜鉛補充療法を続けられることを勧めます。

小生の少ない経験では、褥瘡や舌痛症で暫くして、再発してくる症例を経験しています(ＨＰを参照してみて下さい)その様な症例では、原因の除外や適切な維持療法が必要と考えます。
貴女が多くの薬を勝手に飲まなくなったことは、とても良いことです。薬の効果の判定無しにでたらめに服用することは、大変危険なことです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

（無題） 投稿者：オリーブ 投稿日：2011年 9月23日(金)08時05分58秒

ずいぶん涼しくなってきました。亜鉛治療を昨年の10月に始めて役半年で亜鉛値が69から114に増えました。その時点の5月で治療を中止。そしてしばらくは一切のクスリ・サプリを服用せずさらに4ヶ月後の9月亜鉛値の測定結果がでました。112でした。ほとんど治療をやめた後も亜鉛値がへっていなかったのが幸いでした。今逆流性食道炎もあり胃酸を抑える薬を朝一回処方されるようになり今月から又飲んでいます。舌痛症はほとんど感じなくなってきています。ただ夕方になると口の中の違和感を感じることがあります。逆流性胃腸炎で寝ると咳き込んでいたのは治まりました。口腔扁平苔癬は赤くひりひりしていたのですがまだクレーターみたいにへこんだ部分はありますが色はピンク色になってきています。今は胃の調子がよくなればすべて解決かなあと思っています。歯の高さも上げてます。いろいろ複合的に重なって大変だったのですが元気になっています。有難うございました。

第１３回日本褥瘡学会に参加して（Ⅱ） 投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2011年 9月17日(土)08時35分47秒

仰臥しても、必ずしも褥瘡は発症しない。
本学会のﾗﾝﾁｮﾝｾﾐﾅｰでは、亜鉛補充療法による褥瘡の全身的治療と局所的治療の両方が必要なことを強調させてもらった。

多くの褥瘡は発症すると難治である。褥瘡は種々の要因が複合して発症し、発症すると難治であることは事実である。褥瘡の発症は局所組織の圧迫による局所の循環障害が主要因であるとされ、除圧と局所の創傷治癒機転を出来るだけ阻害しない、中には、治癒機転の活性化をさえ目指す局所療法が追求されてきた。それらは、もちろん大切なことである。
確かに、一般に仰臥しなければ褥瘡は発症しない。しかし、仰臥したら、必ず褥瘡が発症するものでないことも、厳然とした事実である。

除圧すれば容易に治癒する代表的で単純な疾患は巻き爪であろう。巻き爪は、爪による圧迫を除去すれば、簡単に治癒する。圧迫された組織に治癒を遅延する要因がないからだ。
仰臥しなくとも、除圧と関係なく褥瘡様の潰瘍が生じて、難治の代表的疾患は糖尿病性壊疽であろう。糖尿病による主に末梢の循環障害によると考えられる壊疽は、外傷などの創を契機に進行し、一旦、壊疽が生ずると悪循環して難治となる。糖尿病に起因する局所の組織の脆弱性が存在するからである。その脆弱性は単に糖尿病の重症度だけではなく、長期の病悩期間と重症度の蓄積によるが、兎に角、糖尿病状態の改善を計らなければ、局所療法だけで糖尿性壊疽の治癒を目指すことは至難のことである。

脆弱な組織に、腫れ物にさわるごとき繊細な局所療法を施しても、真綿に包むがごとく局所を保護しても、そこに費やされるｴﾈﾙｷﾞｰの割には、大きな効果が得られない。今、褥瘡学会は褥瘡に対して、その状態にあるのではないか。

第１３回日本褥瘡学会の盛況を目の当たりにして、陰圧閉鎖療法や形成外科的なｱｸﾞﾚｯｼﾌﾞな局所療法のｼﾝﾎﾟｼﾞｳﾑに学会主会場の第一会場が割り当てられ、その会場を埋め尽くした学会員の熱気を見て、何か学会は間違った方向に進んでいるのでないかとの違和感を感じた。

褥瘡発症の主要因である代謝の異常状態に対処することなく、局所療法に偏重した場合は、限りなく複雑な局所療法の追求も必要となるであろう。
確かに、褥瘡の中には、例えば、死直前の褥瘡のごとく、不可逆な代謝の異常状態に起因すると考えられる褥瘡や少数の、まだ主要因の定かでない難治の褥瘡が存在するとは思うが、亜鉛補充療法の全身療法と適切な局所療法で、大部分の褥瘡は比較的容易に治癒せしめうると考えている。

間違いかどうか、褥瘡学会の会員には追試をして欲しいものと考える。

w

舌痛症の貴重な治療経過報告です。 投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2011年 9月15日(木)09

時08分4秒

みなみ先生

今月の治療報告有り難うございます。
やや難治の舌痛症の貴重な治療経過報告が出来上がりつつあります。

先生のいわゆる“この”舌痛症はもちろんのこと、その他の消化器症状、皮膚症状も、血清亜鉛値のこれまでの推移から、亜鉛欠乏によって生じてきていることは間違いないと言って良いでしょう。ただ、多くの普通の舌痛症に比較して“この”舌痛症は、腸管からの亜鉛吸収の問題も含めて、やや一筋縄で行かない経過を示していますが、血清亜鉛値の増加に伴って全体としては軽快しつつあり、軽快治癒は時間の問題かと小生は考えています。
一般の多くの３～４ヶ月で治癒している舌痛症に比較して、①腸管での吸収のこと、②血清亜鉛値が67→159と初期値の2.5倍にもなること、③血清亜鉛値の変化が、即短期に？症状に反映している？？など、ありますが、③は単なる揺り戻しかも知れません。

小生等もＨＰの舌痛症についての経験例で三例程、六ヶ月を超え、一年近くかかった症例も報告してあります。　それぞれの症例の何が異なるのか？？
舌痛症では、亜鉛が生体内のどこで、どの様な治癒機転の作用を果たしているのか？？まだ、全く判らないことだらけですが、何れにしましても４錠投与は、有期の亜鉛補充療法として、問題ありませんので経過を見て下さい。なお、以前にも述べてありますが、血算は半年に一回程度はチェックしておいて下さい。

舌痛症は痛みの程度、状況に客観的定量的な検査手段が無く、治療の経過に“医師の患者”としての治療評価を経時的に、その時点の言葉で記した、この治療経過報告は大変貴重なものです。後に、同じ様な症例の患者さんにとっても参考になることと思います。小生にも大変勉強になっています。

経過報告50週(4錠通算20週)

投稿者：みなみ　投稿日：2011年 9月12日(月)15時55分32秒

倉澤　先生

いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用50週(1日4錠通算20週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→99→78→83→101→139→157→159→128となりました。
AL-Pは開始後408→425→438→353→385→390→427→544→497→438→523→452でした。

8月15日から2錠分1/日にした結果、1週間は良かったのですが、8日目から3日連続で舌痛が強くなりました。
亜鉛が150を超えてからは2日連続で痛みが強いということはなく、辛い日があっても翌日は楽になるという調子で、このような不調は久しくなかったことです。
自覚的には亜鉛101に到達する前の4月頃の症状と同じと感じました。

そこで不調3日目から4錠/日に戻しまた。
この結果採血までの30日の服用量の推移は4錠×5日・2錠×9日・4錠×16日でした。

本日で4錠に戻して20日目ですが、舌痛は亜鉛が150を超えてからの楽な状態には戻らず、痛みをほとんど意識しない日はまだゼロです。

腹痛・下痢については頻度・程度とも悪くなっていません。
10/11頃の次回は良い経過報告ができるように願っています。





以上は、新着順311番目から320番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

第13回日本褥瘡学会に参加して(Ｉ)

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2011年 9月12日(月)06時07分28秒

褥瘡には亜鉛補充の全身療法と局所療法で！！

福岡で開催された第１３回日本褥瘡学会に参加し、ﾗﾝﾁｮﾝｾﾐﾅｰで“亜鉛欠乏症について”一時間ほど話をさせてもらった。

褥瘡が局所組織の圧迫による循環障害等の局所的要因や低蛋白血症、低ｱﾙﾌﾞﾐﾝ血症や低Ｈｂ値に代表される栄養障害の全身的要因や社会の制度や意識やﾏﾝﾊﾟﾜｰ等の種々の社会的要因等などの複合によって発症し、難治化することは、どなたにも異論のないところであろう。
日本褥瘡学会の十数年余にわたる活動から、局所の除圧の看護、介護の技術やｴｱｰﾏｯﾄ等の機器類の開発、発展や局所の創傷保護や治癒促進の軟膏療法やラップ療法等などの局所療法の進歩発展は目を見張るものがあり、知識の普及と社会への働きかけも素晴らしいことと、心から敬意を表したいと思う。

もちろん、全身的要因についても、ＮＳＴの制度化やその活動によって、関心は高まりつつある。
しかし、正直に云って、臨床の現場で、有効な栄養状態の改善という全身的要因の改善は容易なことでなく、従って、学会の主流も局所療法に偏らざるを得なかったことは理解できる。
しかし、2008年、栃木県宇都宮で開催された第５回日本褥瘡学会関東甲信越地方会に参加し、多彩な欠乏症状を呈する亜鉛欠乏症ではあるが、褥瘡の発症と難治化に亜鉛欠乏は主要な要因であるとﾗﾝﾁｮﾝｾﾐﾅｰで一時間の講演をした。
また、褥瘡学会以外ではあるが、褥瘡の全身療法として亜鉛補充療法の重要性について、百数十回にわたる全国各地での講演やｲﾝﾀｰﾈｯﾄ上へのＨＰの設置、公開、諸学会での口演やｼﾝﾎﾟｼﾞｳﾑ、教育講演や医学雑誌等への投稿等してきたが、今日の日本褥瘡学会を見る限り、殆ど影響がなかったことが判った。

私は何をやってきたのか？一体何が問題であったのか？確かに、亜鉛欠乏症は実に多彩な欠乏症状を呈する困った疾患で、味覚障害はまずまずとして、食欲不振も、褥瘡も、舌痛症はじめ口腔咽頭症状も、これまで難治とされていた多くの皮膚疾患も皮膚症状も、その他の多彩な極ありふれた一般症状も亜鉛欠乏によることがあるなどと、これまでの常識を覆すようなことを主張すると、とても眉唾の話と拒絶反応さえ示す者さえもいて、現代の専門細分化した“いわゆる専門医”にはとても理解、納得しにくいことなのかも知れない。

第１３回日本褥瘡学会に参加して、局所療法がヒトのﾎﾒｵｽﾀｰｼｽを超えてｱｸﾞﾚｯｼﾌﾞな領域に突き進んでいる様に感じた。亜鉛補充療法の全身療法とこれまでに学会が研究してきた局所療法を併施すれば、大部分の褥瘡患者は、それ程複雑な局所療法でなくとも、もっと容易に治癒し、ﾋﾄに優しい褥瘡療法が出来るものと私は思っている。

これからどうすべきか？？
この掲示板を見られた方で、褥瘡で悩む患者さんに接している方には、先ず、兎に角、亜鉛補充療法を試みて欲しい！！その結果を、『良くも悪くも』この掲示板、そして、日本褥瘡学会に報告して欲しい。
是非、お願いしたいと思う。





オリーブ様へ 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2011年 9月 2日(金)17時54分35秒

オリーブ様　貴女は確か、2010年10月に舌痛に口腔内ぬるぬる感や嫌な唾液の味などの口内違和感、口腔内扁平苔癬。その他口角炎でしょうか？開口時の痛みや元気さの低下、下痢？等などの不定愁訴にて、血清亜鉛値69μｇ／ｄＬでこのＨＰを訪問され、掲示板に投稿。
以後、2011.03 頃に諸症状はかなり軽快し、口腔内扁平苔癬もかなりピンク色になり、血清亜鉛値も114μｇ／ｄＬになったとの報告のあと、経過が途絶えていた方ですね。

当時、2011.04.22　『口腔内扁平苔癬含め、亜鉛補充療法の継続を！！』伝えておいたのですが、５月に会社を辞められて、薬を全部止められてとのことですが、亜鉛補充療法も全部止められたのでしょうか？

貴女は多剤を服用されていた患者さんですから、兎に角、不必要な薬剤を止められたことは大変によいことと思います。
冨田寛先生の味覚障害の本では、多くの薬剤が亜鉛とキレートをなして、亜鉛の吸収障害が発症していることが書かれています。
よく、精神的なものとされている舌痛症では多剤服用者が多く、多剤を服用するから舌痛症になるのか？舌痛症がこれまでの治療で治らないから、多剤を服用する様になるのか？は、定かではありませんが、兎に角、どんな薬でも、効果と副作用をキチッと評価して、余計な薬をだらだらと服用することは極力止めるのが良いと思います。
また、プロマックを一服服用したら良い様な感じとのことですが、食欲に関してはいざ知らず、舌痛症、口腔内違和感は一般に慢性欠乏症ですから、睡眠薬や鎮痛剤の様な急性の症状を抑えるものでないこと理解されて、以前の様に色々な薬剤を適当に服用しない様にするのが良いと思います。

さて、全部薬剤を止めているとして、二回だけ測定の血清亜鉛値の変化だけからも、貴女は諸症状発症時に亜鉛不足であったことは事実ですから、以前指示したごと

く“適切な補充療法を継続することが大切です”。他の皮膚疾患の経験からしても、口腔内扁平苔癬がもし亜鉛欠乏でよいとすれば、約一年前後の補充療法が必要のことが多いのです。
　全く、補充療法も止められているなら、試しに、もう一度血清亜鉛値を測定してみて下さい。今後の理論的な亜鉛補充療法の参考になると思います。

　サプリメントでよいかどうかについては、補充療法継続にそれしかなければやむを得ませんが、貴女の場合、（準）適切な亜鉛補充療法も途中で中断の様ですので、出来ればもう一度、中断後の血清亜鉛値を測定し、参考にした方が良いと考えますが、如何でしょうか？

褥瘡学会：亜鉛への関心が無いのに吃驚した。

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2011年8月25日(木)06時47分29秒

　土屋 誉先生

　久し振りです。先生の高齢者を中心にした微量元素亜鉛に関する調査が着々と進められていること敬意を表します。是非、その事実を諸学会に発表して下さい。ほとんどの医師が知らないこと、又は、関心すら持とうとなかなかしないことですが、大変重大な問題であると小生は考えています。

　さて、第１３回日本褥瘡学会ランチョンセミナーのチケットの件ですが、幸いに学会参加者の関心があってか？もう約一月前に予約は完了したとの報告を受けました。当日用のチケットがあるのかどうかは、学会事務局に聞いてみて下さい。もし駄目でしたら、講演内容とＰＰＴを後ほどお送りしましょう。

　褥瘡と微量元素亜鉛の関係は、多彩な亜鉛欠乏症の症状、味覚障害．食欲不振．褥瘡．舌痛はじめ舌口腔咽頭症状．皮膚疾患その他の症状の中でも主要な中心的症状で、2002年秋に小生が亜鉛欠乏症に気が付いた最初の症状も、食欲不振と褥瘡の劇的な治癒回復からでした。
　2005年発刊の亜鉛欠乏症についての研究報告書はじめ今回の褥瘡学会で130回目になる全国を巡る亜鉛欠乏症の講演活動でも、また、亜鉛欠乏症についてのホームページでも、褥瘡のことは主要なこととして取り上げてきました。

　褥瘡学会でも、2008年６月７日、栃木県総合文化センターで開催された第５回日本褥瘡学会関東甲信越地方会でのランチョンセミナーで一時間の講演をしてきました。
　しかし、ここ数年の日本褥瘡学会学術集会のプログラムを拝見しても、数多くの教育講演、シンポジウム、ワークショップ、その他の研修内容を見ても、ほとんど亜鉛の亜の字もない状態に吃驚しました。

　第１３回日本褥瘡学会学術集会には学会会長の古江増隆先生のご許可をえて、ランチョンセミナーで一時間程話をさせていただくことになりました。
　多くの褥瘡学会の会員がこれまで学会でもっぱら研究されてきた除圧、軟膏療法の“局所療法”だけでなく、栄養、特に“全身療法”としての『亜鉛補充療法』を合わせて、患者さんに、先ず、試行して欲しいと考えています。

　送られてきました日本褥瘡学会誌Vol.13 No.3 2011（学術集会号）拝見して、何件かのNSTの活動に関する口演や栄養に関する二題のランチョンセミナーの他、“栄養”というキーワードがパラパラとあり、亜鉛という字は小生の亜鉛欠乏症の講演と中村記念病院の看護師の方の“褥瘡治療に効果的な血清亜鉛値の検証”と岩手医大樋口先生の“褥瘡肉芽組織内亜鉛濃度の測定”のたったの三件だけであるのには、もう本当に、吃驚しました。
　本当に、常識を覆すことは大変なこととつくづく思います。小生はこの１０年、何をやってきたのか？？褥瘡で苦しんでいる膨大な数の患者さんには、ほとんど何の役にもたたなかったと言えます。

　もっと何回も、褥瘡学会に関与すべきだったのでしょうか？
　今回の褥瘡学会のランチョンセミナーが一つの切っ掛けになってくれればと思います。褥瘡学会の会員の一人でも多く『自分自身の手で亜鉛補充療法を追試して、自分自身の目で観察して、褥瘡への効果を検討して欲しい』と思っています。

　では、先生、学会でお会いしましょう。

オリーブ様へ

投稿者：倉澤　投稿日：2011年 8月25日(木)04時51分10秒

オリーブ様８月１８日に投稿いただいたのですが、第１３回日本褥瘡学会でのランチョンセミナーの準備や褥瘡と亜鉛の関係についての同学会の関心度がどうか？を同学会誌の内容を全部チェックして見るなどの作業で忙殺され、返事を出さずに済みませんでした。本日より学会に出張ですので、学会終了後に、貴女への指導をさせていただきます。

褥瘡学会ランチョンセミナー

投稿者:土屋　誉 ✉ 投稿日:2011年 8月24日(水)17時42分23秒

26日から日本褥瘡学会が福岡で開かれますが、先生のランチョンのチケット取れればお聞きしにいきたいと思います。
われわれの老健施設で100名ほど採血しましたが、亜鉛の平均値は正常下限ほどでした。つまり約半数で低いことになります。勿論、基準値をデジタル思考では良くありませんが、このような結果になりました。来年の静脈経腸栄養学会に演題登録いたしました。これらの入所者は喫食率が95%であるにもかかわらず、このデータです。つまりちゃんと食べていても低いということです。ビタミンも不足しており、いろいろ考えさせられます。周術期の亜鉛の変動も50例以上になりました。このデータも来年のJSPENで発表予定です。仙台　土屋

（無題）

投稿者:オリーブ 投稿日:2011年 8月18日(木)19時56分28秒

久々の投稿です。
舌痛症に悩み歯のかみ合わせ　口腔扁平苔癬に悩み自律神経もぼろぼろ状態だった私ですが
5月に会社を退社しました。
それを機会に一切のクスリ　サプリをやめて自己免疫力を信じて
何にも飲まない生活を試しに頑張っています。

これまで笑顔になることも苦痛だったのですが
人と話したり笑ったりすることで幾分か笑顔になれる日も多くなってきていて
ストレスも原因だったと思っています。

眠るときなるべく舌を押し付けないで寝るよう気をつけています。
つばを吸う癖も気をつけています。

先日久しぶりにプロマックを一日1回一袋飲んでみました。
やはり舌痛症は緩和されたように思います。

まだまだ舌のざらざら感　ぴりぴり感　いやな味は治りませんが
おしゃべりはずいぶん苦痛を感じなくなってきています。

口腔扁平苔癬もピンク色に少しずつではありますがなってきました。
ひりひり感はなくなってきています。

プロマック顆粒　もう少し続けたほうがいいでしょうか？
市販の亜鉛15ミリグラムではだめでしょうか？

2錠1回/日内服

投稿者:みなみ 投稿日:2011年 8月15日(月)09時39分53秒

倉澤 先生

早速ご回答下さいましてありがとうございました。
本日から2錠1回/日内服に変更します。

最近は気になる皮膚症状は見られません。
たまたま受傷の機会がなかっただけなのか、外力が加わっても皮膚がはがれにくくなったのかは分かりませんが、無症状期間が長いので後者と考えても良いのかと思われます。

鬼が笑うかもしれませんが、舌痛のないお正月を迎えられればと期待しています。
また経過を報告させて下さいませ。

老婆心ながら2錠1回／日投与です。 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2011年 8月15日(月)06時43分3秒

みなみ先生

ﾌﾟﾛﾏｯｸ一日４錠を２錠にと減量してよいと昨日しましたが、老婆心ながら、【２錠１回/日】の投与ですのでお間違いなく。

みなみ先生はこれまでの経過と医師ですからお判りですが、一般の患者さんのために少しこの投稿を通して、【一日２錠 分２投与】と【一日２錠 １回投与】の違いを説明させて下さい。

欠乏症に亜鉛補充療法ですから、ﾌﾟﾛﾏｯｸ２錠（亜鉛量として３４mg／日）をどう投与しても同じと一般には考えると思うのですが、ほとんどの症例では確かに【一日２錠 分２投与】の胃潰瘍治療時の処方に準じての投与方法でよいのです。しかし、中には、投与総量が同じでも、一回投与と分割投与では違う症例が少数例ですがあるのです。

亜鉛補充療法の原則は【一日２錠 分２投与】ですが、亜鉛欠乏症ではあるのですが、これでは症状の改善効果があまりハッキリせず燻って、血清亜鉛値の変化もあまりない場合があります。その様な場合、総量を1.5倍とか２倍投与にするのが普通の医師の処方行動です。
しかし、燻り症例には【一日２錠 １回投与】で効果の発現、血清亜鉛値の上昇が急にみられる様になる症例が、しばしば、あります。まだ充分には判っていませんが、腸内の微量な亜鉛を汲み上げている亜鉛トランスポーターZIP４の機能に問題のある場合など、腸内濃度を上げてやることが、投与総量より意味があるのではないかと考えています。

亜鉛は幸いなことに、経口投与では過剰状態にならない安全なミネラルですが、それでも、長期大量投与は銅をはじめ諸種のミネラルや未知のものの吸収とのバランスを考えると、出来るだけ少量投与で済ませたいと考えます。
亜鉛補充療法も短期間で済むものと長期間を要するもの、維持療法を要するもの等などいろいろあるのでしょう。まだ判らないことだらけですが、少し判ってきたことを出来るだけ駆使して、より適切で、論理的な亜鉛補充療法を組み立てることが大切と思っています。

亜鉛は飽和に達したと思います。 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2011年 8月14日(日)23時36分8秒

みなみ先生

ﾌﾟﾛﾏｯｸ一日４錠Ｘ１７週の報告有り難う。

血清亜鉛値は貴女の至適飽和状態に達したものと考えます。プロマック4錠から２錠に減量してよいでしょう。

AL-P値が予測からは外れた動きでしたが、前回血清亜鉛値157となり、AL-P値は500前後からやや平衡になって438に低下したので、血清亜鉛値は次回（今回）はおよそ150レベルで平衡に達するのかと予想していました。プロマックの投与量を2錠に減量したために血清亜鉛値が増えなくなったのではなく、同じ４錠投与でも、血清亜鉛値が飽和状態に達し“亜鉛トランスポーターZIP4の機能が抑制されて（腸管の粘膜細胞の膜部でのZIPの発現が抑制されて）”、吸収量が抑制された為に、血清亜鉛値が増え続けることなく、平衡になるのだと言う、京都大学の神戸大朋先生の説を臨床的に確認する為に、この１ヶ月４錠を服用していただきました。
100%とは言えませんが、その説の通りになったと云ってよいのかなと思います。血清亜鉛値は以後プロマック投与量を２錠としても、もうあまり変動することなく、今後長期補充療法継続で、150レベルから少し減少して140レベルに落ち着くのではないかと予測しています。それが貴女の至適濃度、貴女の血清亜鉛の正常値なのです。考えてみると、初回血清亜鉛値“67”は随分不足していたことになります。

舌痛が亜鉛欠乏によりどうして発症するのかは、まだ、全く判っていませんが、亜鉛欠乏により発症していたことは少なくとも貴女の場合は間違いなく、その補充療法で、臨床的には、徐々に徐々に軽快. 治癒に向かうものとこれまでの経験. 経過から予測します。

小生は今まで、低体温と亜鉛欠乏を結びつけてたことはなかったのですが、小生の一般の患者さんの中にも、低体温の方が大勢います。どうしてかな?とこの地域の傾向か

と思っていたのですが、大変面白い気付きです。経過を追跡して下さい。小生もその目で観察してみます。それとなかなか報告には出てきませんが、その後皮膚の状態はどうなのでしょうか？もう２ヶ月ほどかかるでしょうか?

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

経過報告46週(4錠17週)

投稿者:みなみ　投稿日:2011年 8月13日(土)11時38分34秒

倉澤 先生

残暑お見舞い申し上げます。いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用46週(1日4錠×17週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→99→78→83→101→139→157→159となりました。
AL-Pは開始後408→425→438→353→385→390→427→544→497→438→523でした。

舌痛について、かなり楽な日がこの4週間では24日、その内ほとんど意識しない日が6日で前回より改善しているようです。
腹痛・下痢について、頻度・程度とも前回並みでした。

数値の推移からは亜鉛貯蔵量がまだ飽和?状態に達していないと考えるのが妥当でしょうか。

亜鉛欠乏と関連はないかもしれませんが、低体温傾向がありました。
舌痛を始めとする体調不良を自覚した2008年から、インフルエンザワクチン接種前の検温で気がつきました。
全て10月の昼間で2008年は34度台、2009年と2010年は35度台。
2008年は驚いて再検しましたが結果は同じでした。
しかし終日ではなく36度台の時間もあることは確かめました。
亜鉛が改善された今年の10月はどうか、我ながら興味を覚えています。

まだ4錠続行が必要かと思っているのですが、いかがでしょうか。
どうぞ宜しくご指導をお願いいたします。





《前のページ 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 次のページ》

以上は、新着順321番目から330番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

質問にお答え頂き感謝いたします 投稿者：美和 投稿日：2011年 8月 6日(土)16時56分42秒

お忙しい中、こんなにも早くのお返事、本当に感謝致します。

先生の暖かくも熱意のあるお言葉に胸を討たれました。

これからは院内での亜鉛欠乏症について、広めて行き、プロマックの使用と血清亜鉛値をじょくそうの検査一覧に入れていけるように、働きかけ全員の患者様が、美味しく食事が出来る様に、努力してまいります。

早速先生の亜鉛欠乏症についての研究レポートを拝見いたします。

どうもありがとうございました。





感謝いたします。

投稿者:栗栖美知子　投稿日:2011年 8月 5日(金)17時13分30秒

一気に先生の返事を読ませて頂きました。
先生が言われるように、精神的な事（ストレス）でこうなっているのかと自己診断していました。
でも、こうして的確に検査内容等をご指示いただき有難うございました。
すぐに検査をする行動に移します。
日々のお仕事でお忙しい中を、こうして丁寧に返事をくださっただけで、回復した気持ちになります。
本当に感謝いたします。
私一人ではないんだと言う事がわかりました。本当に有難うございました。
先生、お身体に気をつけられ益々ご活躍ください。

血清亜鉛値のデータは必要か？

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2011年 8月 5日(金)07時56分29秒

美和様

先ず、愛知県や近県での小生の講演会はあるのか？についてです。
１０月に桑名市で医師会関係の講演会の予定はあるのですが、この会がオープンの会かどうかは判りません。　やや遠方になりますが、第１３回日本褥瘡学会が今年は福岡で開催されます。８月２６日、ランチョンセミナーで１時間程話をしますが、必

ずしも講演会に参加されなくても、下記ＵＲＬの亜鉛欠乏症についてのＨＰから５０ページほどの『亜鉛欠乏症について』の研究報告書をダウンロードし、プリントアウト出来るようにしてありますので、ご覧いただければと思います。
　この研究報告書は、第１７回日本微量元素学会の教育講演、第２回臨床内科医学会ランチョンセミナーのスライドをもとに講演形式で書いたものを中心に、【記】として、講演内容を補強するやや詳細な事実内容を加え、更に、【一言】として、自由度と内容の幅を広げて、何故気づいたかの裏話、その思考過程や症例、更には、種々の問題点などなど記載したもので、亜鉛欠乏症について臨床医、基礎の研究者には勿論ですが、講演形式の部など素人の方々にも、小生の講演会に参加されたと同じですので、ご覧になって下さい。

　さて、血清亜鉛値のデータは必要か？です。研究報告書や最近の亜鉛欠乏症の臨床研究の知見などの基礎知識がある程度必要なのですが、血清亜鉛値は
①多彩な症状の亜鉛欠乏症と考えられる症例が、亜鉛欠乏症であるか否かを推定すること
②亜鉛補充療法のまだ効果が現れない試行治療の過程で、その補充療法の試行を継続すべきか否かを知ること
③治療効果が出て、その治療が完結したかどうかを推定すること
④亜鉛欠乏症であるが、腸管からの吸収障害により、治療が燻る場合の補充療法の処方の変更の決定の　４点で必要と考えています。つまり、医師が、多彩な亜鉛欠乏症の診断と理論的な亜鉛補充療法により、亜鉛欠乏症の適切な治療をするのには必要なことです。

　褥瘡については、小生は大部分の褥瘡の主要因は亜鉛欠乏と考えていますので、血清亜鉛値の測定無しでも、通常量のプロマックを投与をする亜鉛補充療法をしてよいと考えます。
　しかし、確信を持って、理論的な亜鉛補充療法を行うにはある程度の血清亜鉛値の測定と追跡が望まれ、補充療法開始前と約１ヶ月前後の二回は少なくとも測定することを勧めます。
　また、中には亜鉛欠乏なのですが、腸管からの吸収障害などにより通常の補充療法での処方変更や投与量の増量を必要とする場合、キッと少数ですが亜鉛欠乏を主要因としない褥瘡の補充療法中止の判断に血清亜鉛値がどうしても必要ですので、最低限補充療法開始前の亜鉛値の測定をしておくとよいと考えています。
　でも、絶対にではありません。大部分の褥瘡は亜鉛補充療法と適切な介護. 看護で改善します。
　是非、亜鉛補充療法をしてみて下さい。

　褥瘡だけではありません。多彩な症状の亜鉛欠乏症で悩んでいる患者さんがいます。
　貴女のまわりには、キッと食べないからと、安易に胃瘻を造設され、食欲がないにも拘わらず無理矢理食物を詰め込まれて、生かされている方々いるのではないでしょうか？
　満腹の時に無理無理進められる食事の辛さ、医療人は自分のこととして考えるべきです。
　【ヒトは食欲があれば食べるのです】

　微量元素亜鉛に関心を持っていただいて有り難うございます。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa/

舌口腔内違和感及び舌痛症　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2011年 8月 4日(木)19時05分46秒

来栖 美和子様

　歯科医師及び歯科関係者を対象にした広島での講演から関連してのご投稿有り難うございます。

　貴女の一年以上前から続く、現在の舌のザラザラ感、半年以上前からの唾液のザラザラ感という舌. 口腔内の違和感、及び、過去の舌痛は、先ず亜鉛欠乏によるものとして良いでしょう。舌. 口腔内には特別の肉眼的異常所見がないために、また、多くの医師、歯科医師に知識がないために、しばしば気持ちの問題とされ、多くの患者さんが諦め、苦しんでいます。
　しかし、欠乏症ですので比較的簡単な亜鉛補充療法で、大部分の症例は治癒しま

す。特に、舌痛に比較して、口腔内違和感はより早く治癒する傾向があります。

　食欲などは旺盛とのことですが、その他、小生の亜鉛欠乏症についてのＨＰには多彩な亜鉛欠乏症状を記載してありますが、皮膚症状や他の消化器症状は大丈夫なのですね？

　口腔内違和感や“いわゆる舌痛症”は女性に多く、その大部分は（医療や自然科学で全部と言うことは大変難しいことなので）亜鉛欠乏症でよいと考えていますが、世間では亜鉛欠乏による味覚障害についてはよく知られていますが、これらの口腔内症状が亜鉛欠乏により発症すると知っている医師、歯科医師はほんの数%と言うのが現状です。
　人体内にほんの２～３ｇｒしか含まれない微量元素の亜鉛欠乏症などは滅多に生じないと言うのが、これまでの医師や栄養学者の常識だったのです。医師達がこの現状ですから、国も製薬会社も、当然、亜鉛欠乏症についての治療薬は作らなかったのですが、幸い、胃潰瘍治療薬の“プロマック”が亜鉛を豊富に含有する薬剤でした。
　一般には胃潰瘍と同様の処方で、亜鉛欠乏症の補充療法を行うことが出来ます。

　広島県の国保関係の病院、診療所の歯科医師達は、過日小生の講演を聞かれて、亜鉛欠乏症についてよくご存じですから、知り合いの歯科衛生士さんから紹介してもらったらいいでしょう。
　中には少数ですが、亜鉛の消化管からの吸収に問題があるのでしょうか？少し手こずる症例もありますが、その時は又、相談して下さい。

　亜鉛欠乏に因ることを確認する意味でも、また、その後の治療を確実にする意味でも、先ず、血清亜鉛値を測定して、理論的な亜鉛補充療法を受けてみて下さい。広島県の国保関係の歯科医師達にはその方法を伝授してあります。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

倉沢先生の講演会予定

投稿者:美和✉　投稿日:2011年 8月 3日(水)16時55分33秒

はじめまして。私は、病院で働く者で、じょくそう委員の一人です。本で倉沢先生の事を知り衝撃を受けました。近々、愛知県や近県での講演会はあるのでしょうか？
またプロマックを投与するにあたり、血清亜鉛値のデータは必要ですか？当院では、外注の上、費用が高いので難しいのですが。
もしよろしければ教えて下さい。よろしくお願い致します。

教えてくださいませんか！

投稿者:栗栖　美知子✉　投稿日:2011年 8月 2日(火)10時47分29秒

7/29の倉澤先生の講演会を拝聴した歯科衛生士が、講演を拝聴しながら私の事が頭をよぎったと報告を受けました。
　実は、私は1年以上前から舌に違和感を感じ、ここ半年は唾液に異常があるかと思うように口腔内に不安を感じながら生活をしています。
　歯科医受診しても特に舌に異変もなく様子をみている状態です。今ではあきらめてこの状態とつきあわないといけないと思う事にしています。神経質になっているかとも思いますが・・・。
　しかし、保健師である私はこうした状態を放置して置くと将来「口腔内のがん」が発生しないかと不安でもあります。
　こんな状態を歯科衛生士に相談した事があり、彼女から亜鉛欠乏症の話を聞きました。
私は舌痛は過去ありましたが今は舌のザラザラ感、唾液のザラザラ感があります。
　こんな私に治療の方法があるかアドバイスを頂けませんか？

プロフィール
　55歳、たばこは吸いません、飲酒は時々缶ビール1本、食欲は旺盛、体格普通、服薬なし

ありがとうございました

投稿者:芳村　喜道✉　投稿日:2011年 7月31日(日)08時47分17秒

29日の広島市国保連合会館での講演ありがとうございました。

私は総合病院の歯科口腔外科で働いていますが、「舌痛症」に対しては
「普通の」対応しかできてないのが実情です。

先生の講演で心に響いたのは「基準値は正常値ではない」です。養老孟司さんも同じようなことを言われていたので、私にとっては全く違和感なく受け入れられました。

広島はプロマックが使えない状況にあるようですが、扁平苔癬、舌痛症に使えないものかと願っています。

今後のご活躍を祈念しております。

舌痛症、亜鉛補充療法で、着々と完治に向かっている。

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2011年 7月25日(月)05時53分3秒

みなみ先生

簡にして、適切なご報告有り難うございます。
継続してのご報告から、大変興味深い事実がつかまりつつあるのかな？と考えています。

先ず、４錠続行して良いかどうかについての返事です。
①キッと先生個人の至適血清亜鉛値にそろそろ到達しつつあるようで、プロマックの投与量を２錠にしても問題ないと思います。
②ただ、４錠投与で、何か特別の問題がないのでしたら、もう一ヶ月だけ、次回検査終了まで現状を続けていただけると、新しい事実が確認出来るのかも知れないと思っています。

先週は、ギリシャ、南イタリア方面を巡る旅から帰り、国保の審査会や今週末の広島での歯科関係の方々をを対象とした亜鉛欠乏症についての講演の準備、その他諸々たまった仕事に忙殺され、返事が遅くなり、失礼しました。
今日もこれから、数少ない外来診察日で、患者さんが待っているでしょうから、指示事項のみで失礼します。

先生の治療経過や検査データなどについての考察は、時を改めて投稿したいと考えています。
でも、着々と完治に向かっていると小生は考えています。ではまた。

経過報告42週(4錠13週)

投稿者:みなみ 投稿日:2011年 7月19日(火)21時25分15秒

倉澤 先生

暑中お見舞い申し上げます。いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用42週(1日4錠×13週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→99→78→83→101→139→157となりました。
AL-Pは開始後408→425→438→353→385→390→427→544→497→438でした。

舌痛について、かなり楽な日がこの4週間では14日、その内ほとんど意識しない日が4日で前回と大きな変化はないようです。
腹痛・下痢について、頻度・程度とも前回並みで以前よりは軽症化しています。

4錠続行でよろしいでしょうか。
どうぞ宜しくご指導をお願いいたします。

今は４錠続行で良いでしょう。

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2011年 6月18日(土)07時02分59秒

みなみ先生

38週の報告有り難う。
舌痛症についての亜鉛補充療法が着々と予想通りの経過をとっていること嬉しく思います。

血清亜鉛値139μg/dLと可なりの高値になった様ですが、そろそろ平衡に達するので

しょうか、別に驚く値ではありません。まだまだ経験は少ないのですが、長期にわたって比較的多彩な症状を呈する患者さんに、そんな方が多い印象を持っています。

亜鉛については、幸いなことに、安全な元素と考えられ、中毒、又は、過剰症としては①亜鉛工場の爆発や溶接業で、亜鉛を呼吸器系から摂取したものと、②水に亜鉛が高濃度含まれていたために、透析時に発症したもの、つまり、静脈系からの摂取以外には消化器系からのもの、つまり、経口投与による治療では報告がありません。
最近の分子生物学的研究で多くの亜鉛トランスポーターが亜鉛の生体内でのホメオスターシスに関与していて、過剰症を防いでいることが判ってきました。ただ、昨年でしたか？義歯の接着剤に含まれる亜鉛で、銅欠乏の貧血が生じたとのマスコミ報道があり、これは毎日約3000mgと言う大量であったとのことですが、大量長期投与では、当然、吸収のバランスも考えることは大切と思います。骨粗鬆症へのカルシウム剤の大量長期投与が、亜鉛など微量元素の吸収に影響するでしょうし、亜鉛と銅の吸収競合は知られたところです。薬剤投与は必要最小限は当然と言えましょう。
しかし、プロマックD4T（亜鉛量70mg/日）の投与では、問題にならないと言われていますし、小生の経験でも問題ありませんが、血清銅は測定しておいても良いかも知れません。何れにしましても、現在は治療中で、やや吸収に問題ありのケースですので、飽和状態と治癒経過を見て、治療終了後、維持量が必要な時はその時適切な量を決めましょう。

亜鉛の多彩な生体内作用によるものとは言え、褥瘡や皮膚疾患.皮膚症状、食欲不振や下痢などの消化器症状、舌痛症や口腔内違和感などの口腔.咽頭症状、貧血や身体的.性的成長等々などなど、亜鉛の不足によりどうしてこんなに多彩な疾患症状が引き起こされるのか？？不思議でなりません。多くの医師が眉に唾をして、『そんな馬鹿なことあるはずがない』とこれまでの常識に囚われて、なかなか理解出来ないのは、納得出来ないのは、、、判る気がします。
その意味でも、間違った情報を流さないように、多くの確実なEvidenceを出来るだけ整えて、間違いないもの、可能性の強いもの、予測されるもの等など表現にも気を付けているつもりです。
兎に角、もう全国で、230回近くも知識の普及に努めていますが、徐々に、徐々に、拡がってきたと言って良いのでしょうか？？来週は、九州大学で話をさせてもらいます。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





《前のページ 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 次のページ》
以上は、新着順331番目から340番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　31　32　33　34　35　36　37　38　39　40　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

経過報告38週(4錠分2で9週)

投稿者：みなみ　投稿日：2011年 6月16日(木)17時20分51秒

倉澤 先生

こんにちは、いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用38週(1日4錠×9週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→99→78→83→101→139と高値になりました。
AL-Pも408→425→438→353→385→390→427→544→497と4錠にしてからの2回は
上昇しています。(他の肝・胆系数値には大きな変化はありません。)

舌痛について、かなり楽な日が前回は5週間に17日で、この4週間では15日、その内
ほとんど意識しない日が2日ありました。
腹痛・下痢について、頻度・程度とも前回の半分でした。

貧血はありませんでしたが、服用量はもうしばらく4錠続行か、2錠分1に
戻すべきか、いかがでしょうか。

どうぞ宜しくご指導をお願いいたします。





舌痛症の亜鉛補充療法、峠が見えてきた

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2011年 5月27日(金)17時30分26秒

みなみ先生

亜鉛補充療法３４週の報告有り難うございます。
舌痛症が亜鉛欠乏による症状であり、亜鉛補充療法で、着実に治癒に向かってい
て、峠が見えてきたようで、かなり回り道をしてしまいましたが、先生もホッとして
いることでしょう。
舌痛症状のかなり楽な日が半分程になったようですが、これから舌痛を忘れる時が
出て、忘れる日が出て、ぶり返しては徐々に徐々に軽快して行くことでしょう。

腹痛．下痢については、何かもう一つ原因があるのかも知れません。とは言って

も、腹痛や下痢がピタッと治まってしまう症例もかなり報告を受けていますが、何で治まるのか？亜鉛の作用機序については、小生は勿論、現在では世界でも誰も、まだ、判っていないと思います。粘膜の状態や腸管の動きなど含め、若い医師達が臨床研究してくれることを願っています。

　創傷治癒遅延傾向や皮膚の脆弱さについては、皮下の結合組織の生成．維持への亜鉛の関与は深田論文にある通りですが、小生は、更に、表皮の接着因子の問題や表皮下の毛細血管や微小血管に亜鉛の何らかの関与があるのかな？と思っています。何れにしても、先ず、皮内出血斑が出にくくなり、数ヶ月でキッと水疱や薄い剥皮が生じなくなって行くと思います。

　整形外科関係では、まだあまり言われていませんが、亜鉛の骨に対する作用の論文も出始めています。ＣａよりもＺｎの方が骨粗鬆症の予防に大切と言われる時代がすぐ来るかも知れません。
　舌痛症の亜鉛補充療法公開診療成功の日はもう数ヶ月以内かと思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

経過報告34週(4錠分2で5週)

投稿者:みなみ　投稿日:2011年 5月23日(月)16時10分1秒

倉澤 先生

こんにちは、いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用34週(1日4錠×5週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→99→78→83→101となりました。
AL-Pは職員健診を利用しましたので結果がまだ届かず、次回あわせて
報告させていただきます。

舌痛について、かなり楽な日が前回は4週間に3～4日でしたが、今回は
5週間に17日あり、頻度が増えました。
腹痛・下痢について、頻度・程度とも前回並みでした。
食欲は良好です。

創傷治癒遅延傾向については、先生の4月22日のご記載の通りです。
足の肉づきが薄いためと思っていた靴ずれのできやすさも、亜鉛欠乏と
関連があるのかも知れませんね。

血算は年に従来年に1回で異常はありませんでしたが、４錠服用中は
半年に1回調べてみます。

今後も経過を報告させて下さいませ。

口腔内偏平苔癬含め､亜鉛補充療法の継続を！！

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2011年 4月22日(金)17時20分18秒

オリーブ様

　舌痛に対する亜鉛補充療法､６ヶ月の結果の報告､有り難うございました。
　昨年１０月２５日の投稿以来､貴女のかなり酷い舌痛症状を含む口内違和感やドライマウス症状､下痢や皮膚症状､ストレス症状や自律神経失調？症状等などの多くの不定症状に､教科書には原因不明の難病とされる【口腔内偏平苔癬】の合併に､複雑な歯科治療と多剤服用状況から“これは一筋縄では行かぬか”と思っていたのですが、亜鉛補充療法､６ヶ月で､かなりの諸症状が軽快､治癒しつつあるようで､ヤレヤレと胸をなで下ろしています。
　特に､なかなか測定していただけなかった血清亜鉛値の測定で､この半年の間に69=>114になり､すべての症状がどうかは別にして､かなり強度の亜鉛欠乏症であったことが間違いなく証明されました。
　舌痛､下痢､皮膚の脆弱さ､口角？口内の粘膜の亀裂？等などの軽快は間違いなく亜鉛欠乏症によるものであり､元気度の上昇も亜鉛補充療法の効果であることは､小生のＨＰで述べている通りです。

口内のぬるぬる感はまだとのことですが、かなり軽快してきたという【口腔内偏平苔癬】と合わせて、小生にはまだ余り経験なしと言った方がよいのですが、一般の複雑な皮膚疹の経過や３月１６日の投稿で述べた症例の口内の粘膜の状態を口腔内偏平苔癬とすれば、これも亜鉛欠乏症の症状である可能性が高く、もうしばらくは亜鉛補充療法を継続されることを勧めます。

亜鉛補充療法は、血清亜鉛値がその個人の至適濃度に達しても、飽和するまでには個々の症例によって異なり時間がかかるらしく、貴女の場合、まだ、必ずしも飽和したとは言えませんし、多くの頑固な皮膚疾患は、経験上もうしばらくかかります。

小生が素晴らしいと思うことは、精神安定剤や漢方薬や今はプロマックも止めている？のかも知れませんが、薬を全く飲まなくても悪化していないことです。治療は、是非、訳のわからない散弾銃の様な治療は止めて、必要最小限、単純化して、効果を見ながら治療して欲しいものと考えます。

今後の亜鉛補充及び維持について；
一般に亜鉛が何故不足するのか？？現在はまだ、定かなことは判りませんが、貴女の場合は現実にこれまでの生活で、かなりの亜鉛不足に陥っていたことは事実ですので、治療とその後を考える必要があります。治療としては、現在の血清亜鉛値114μg/dlが貴女の適正亜鉛値なのかどうか問題となります。もしかするともっと高値である可能性もありますので、もうしばらく現在の補充療法を続けた後、測定をして見て下さい。
ここら辺の理論については、受け持ちの先生がインターネットをして居られたら、是非、小生のＨＰで検討して、理論的亜鉛補充療法にご参加いただければと思います。もし、もし、原因不明とされている難病の【口腔内偏平苔癬】が亜鉛補充療法で治癒したとすれば、大変貴重な症例と言えることになりますので、ご検討いただければと考えます。
維持療法については、時を改めて、また書きましょう。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa/

創傷治癒遅延と亜鉛

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2011年 4月22日(金)12時09分28秒

みなみ先生

29週の報告有り難うございます。
舌痛について、やや、すんなりとは行っていないようですが、まずまずでしょうか？
血清亜鉛値の動きは、ほぼ同時期のオリーブさんに比して、やはり、基準的な亜鉛補充療法では、吸収に何らかの制限のあるケースに当たるものの様です。待ちきれずに倍量投与された様ですが、一般的にはいたって普通の処方行動ですので、良いと思います。
この常用量でズーッと長期投与されても、競合による銅の吸収に影響を及ぼすことはないと考えますが、先生は医師ですから、半年に一回ぐらいは血算をされ、追跡してみていただければと思います。

さて、「創傷治癒遅延」についてですが、
多くは四肢、特に、下腿の膝関節以下の脛骨前面で、骨が皮下浅い所にあって、または、足部の外力を受けやすい所の皮膚が、チョッとした外力で、容易に薄く剥皮したり、皮内出血斑が生じたり、時には軽く水疱が生じたりと言う、脆弱の皮膚状態ではないかなと思うのですが、どうでしょうか？
上肢では、余り剥皮にはなりませんが、皮内出血斑が何時の間にか出来ている方が多いのです。何となく薄い感じの皮膚ですが、そうだとすれば、亜鉛補充療法で、いつの間にか丈夫な皮膚になって行きます。
舌痛より早く効果が出てくる様です。

皮膚の菲薄化、脆弱さが、古くから知られる亜鉛欠乏による創傷治癒遅延と同じかは問題があるところですが、①理化学研究所の深田俊幸氏らが亜鉛トランスポーターZIP１３の研究から明らかにした皮膚、皮下組織の結合織の再生維持に亜鉛が大きな役割を担っていることと。仮説ですが、表皮内の水疱形成や易剥離、皮内出血斑の出現は、②表皮内の細胞、組織間の接着因子に亜鉛が関与しているのではないかと小生は思っています。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa/

（無題） 投稿者:オリーブ 投稿日:2011年 4月19日(火)11時47分1秒

昨年の１０月よりプロマックの治療初めて半年。亜鉛値６９だったのが血液検査の結果114まで上がっていました。もう飲まなくてもいいでしょう・・・。先生からそういわれました。
皮膚は強くなったように思います。舌の痛みはずいぶん軽くなりました。口の中のぬるぬる感は相変わらずですが老化現象で口腔の粘膜も薄くなると聞きました。歯の治療も継続中です。味覚異常はまだ直っていないように思います。ぼちぼちお付き合いして行きたいと思います。来月で仕事をやめるので又いい方向へ行ったらうれしいなと思っています。口腔扁平苔癬は良くなっているように思いますがひりひりした感じはあったりなかったり・・・。口腔粘膜に一枚コーティングしたいような感じです。でも元気になりました。薬は今何にも飲まないで様子を見ています。いろいろご指導くださいまして有難うございました。

経過報告29週 投稿者:みなみ 投稿日:2011年 4月18日(月)17時34分25秒

倉澤 先生

こんにちは、いつもご指導ありがとうございます。
プロマック服用29週(1日1回2錠×12週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→99→78→83、AL-Pは4週後
408→425→438→353→385→390→427でした。

舌痛についてはかなり楽な日が4週間に3～4日あります。
これは2錠分2で服用していた頃にはなかったことで、改善しているのだと思います。
ただ2錠分1で服用するようになってからの12週間について推移を見ると、
良い日がふえてはおらず、改善が足踏み状態と感じます。

腹痛・下痢について、頻度は相変わらず4週間に3回ほどですが、痛みの強さと持続時間・下痢の程度は軽減していると思われます。

このたびの採血後に、勝手ながら4錠分2の服用を開始しました。
2錠分1でもやがては舌痛は更に改善するのかもしれませんが、1日でも早く長年の苦痛から解放されたい気持で踏み切りました。

今後も経過を報告させて下さいませ。

褥瘡に対する亜鉛補充療法と栄養療法 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2011年 4月 2日(土)18時51分25秒

殆どの褥瘡は典型的な亜鉛欠乏症であることは、小生のホームページ訪問いただいてお判りかと思います。
褥瘡において、亜鉛不足の程度が定量的にどの程度なのかについては、現在何とも言えませんが、亜鉛補充療法の治療経過から、経験的にはかなり高度の亜鉛不足状態と考えられます。また、論理的には、深田論文の結合組織の再生.維持への亜鉛の関与が示すごとく、褥瘡の修復には、皮膚.皮下組織の結合組織の再生.維持にかなりの亜鉛が日々消費されているように思われますし、諸酵素の活性化には必須な元素です。

鉄欠乏性貧血でも、軽度の欠乏症では鉄含有量の多い食事療法で改善治癒しますが、高度の鉄欠乏では鉄剤による鉄補充療法が行われ、その後に食事療法が行われますが、褥瘡の場合も、現在発症している、または、悪化している場合には、食事(栄養療法)で治療を目指すのよりは、亜鉛補充療法で治療するのが良いと考えます。
亜鉛補充療法でも、鉄補充療法と同じく、身体内での飽和が必要で、褥瘡が治癒してもしばらく補充療法を続ける必要がありますし、また、多くの褥瘡症例で、腸管の亜鉛トランスポーターZIP4の機能低下によるのか？長期的に予防投与の必要がある場合がありますので、原則的には血清亜鉛値の測定によるチェックが望まれます。

原則、プロマックＤ(75)２Ｔの亜鉛補充療法を始めますと、水疱形成、剥皮や皮膚の発赤、紫色化などの軽度のものは１～２週で、かなり深い潰瘍形成の褥瘡でも３ヶ月前後で、多くの褥瘡は治癒します。局所的療法は、勿論、あった方が良いですが、これまでよりはかなり軽減されることと思いますし、特別に複雑な軟膏療法は、先ず、必要ないと思います。

膿瘍形成に対する処置やデブリードメントは適宜必要なことは申すまでもありませんが、抗生物質の使用は菌血症の予防程度で、多くは必要としません。

亜鉛補充療法のもう一つの利点は、多くの症例で食欲が回復、亢進することです。栄養は出来るだけ摂れた方がよいことは当然でしょうが、血清蛋白質もアルブミンもそう簡単に短期間で増加するものでなく、食欲に応じて取っていただければよいものと考えています。
流動食製品の中には、最近は亜鉛が含まれるものも出てきましたが、全く含まれないものもあり、気を付ける必要がありますが、エンシュアリキッドを除き、補充療法相当の亜鉛量は含まれていませんので、栄養療法と補充療法は明確に意識して対処することが必要と考えます。

東日本大震災の被災者の方の褥瘡にプロマックの処方を！！

投稿者：倉澤　隆平　投稿日：2011年 4月 1日(金)10時53分0秒

東日本大震災、地震に、津波に、そして原発事故と三重苦の大災害で、多くのお亡くなりになった方々、被災された方々に、心からお悔やみとお見舞いを申し上げます。

たまたま、（社）地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センターの『公衆衛生ねっと』http://www.koushu-eisei.net/での 安齋由貴子氏発信の一被災地域の褥そうの増加．悪化による情報一が入り、“栄養と停電によってエアーマットレスが使えなくなったことが主な原因”とされています。確かに、褥瘡は局所の圧迫による循環障害などの局所要因と全身の栄養などの全身要因などが合わさって発症．悪化．治癒遅延することは事実ですが、その要因の中で、特に大きな要因が亜鉛不足で、もちろん、全く介護が“零”では無理でしょうが、亜鉛補充療法で、かなりの体位交換や徐圧などの局所的介護を軽くしても、軽快．治癒、そして再発を防止することが出来ますので、是非試していただきたいと考えます。
http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

東北関東地区では数十回に渡って、医師会などで講演をさせていただきましたので、かなりの医師、医療関係者が“褥瘡と亜鉛”のことは理解されていると思いますが、でもまだ、微々たる方々とも思います。噂を聞いても、とても信じられないと考えている方もいるでしょうし、全国でこれまでに１２０回を越える亜鉛欠乏症の周知活動をしてきましたが、まだ、診療報酬審査会では、事実よりも字句に囚われて、亜鉛欠乏症にプロマックを“適応ではない”としている県が十数県あるのも事実です。

しかし、是非是非、被災地域の医師は“褥瘡と食欲不振”の患者さんに亜鉛含有の胃潰瘍治療薬“プロマックＤ（７５）錠”２Ｔ〈亜鉛量として３４mg含有〉を処方してみていただきたい！！
①必ず、褥瘡と食欲不振には劇的な効果があるはずです。②亜鉛は経口投与である限り、中毒の発症はありません。③診療報酬の保険適応についてですが、キッと東北地方の多くの県では、もう認められていることと思いますが、正式に認める表明がなくとも、最近、いわゆる“５５年通知”が現在でも有効なことが、厚労省から医師会への返事で確認されています。つまり、医師の裁量権の範囲で充分認められています。

詳しく、亜鉛補充療法については稿を改めますが、プロマックＤ２Ｔ　朝夕分２か、一回／日の投与を、緊急ですし、まず殆ど１００%近く欠乏状態と考えますので、血清亜鉛値の測定なしで、投与してみていただきたいと考えます。とても信じられない方は、是非『亜鉛欠乏症のホームページ』を訪問され、５０ページ程の“亜鉛欠乏症についての研究報告書”もＰＤＦファイルでダウンロード、プリントアウト出来ますのでご検討下さい。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

（無題）

投稿者：オリーブ　投稿日：2011年 3月17日(木)12時32分25秒

お忙しい中お返事有難うございます。早速ですが口腔内偏平苔癬はずいぶん軽減しています。奥歯と頬の間が一番ひどく白いレース状も見られたのですが今はクレーターみたいにへこんではいますが赤みはピンク色に近くなっています。以前は痛くて口をすぼめることも出来なかったのですが最近では口笛も吹けるまでになってきました。以前更年期障害で治療したのでそれかなとも思って独断で薬を飲んだのがいけなかったですね。正確に今処方されているのはメイラックス　プロマック　八味地黄丸で

す。八味地黄丸は飲んだり飲まなかったり・・。やっぱり決められたとおりに飲んでみないといけないですよね。口腔内偏平苔癬が亜鉛不足だとわかっていたら13本も歯の詰め物の交換必要だったのか？今日も歯の治療です。今は高さを少しずつあげています。唾液の出が少しずつ良くなっているようです。毎日口を大きく開けて歌う練習をリハビリのつもりで１時間ほどやってます。ずいぶん元気になりましたが又下痢体質に戻ってしまってます。





teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

「一進一退」詳細

投稿者：みなみ　投稿日：2011年 3月16日(水)22時37分15秒

倉澤先生

地震の被害に合われず、ご無事で安心しました。

今回の血清亜鉛については実は私も先生ご指摘の通り、治療開始７週のデータと

理解するのが順当ではないかと考えておりました。

「一進一退」の詳細です。
21・22週は舌痛が軽減していてかなり楽でした。腹痛も22週前半までは起きませんでした。その後の期間になると舌痛が強い日がしばしば出現し、週に2回ほどの腹痛・排便回数の増加(2～3回/日)傾向・食欲減退傾向が続きました。
25週目の今は諸症状は再び改善しています。

「創傷治癒遅延」について。
すねやくるぶし等をぶつけて皮膚欠損を伴う傷ができると、なかなか修復が進まず、か皮にも覆われず、周囲に発赤を伴う「なま傷」の状態が長く続きます。
創傷被覆剤を貼付すると治癒が促進されるものの、発赤は長く続き色素沈着を残しやすい状態です。
この傾向は数年前からかと思います。

ご指導通りあせらず今の服用を続けて、経過報告をさせていただきます。





七週前に本格的な補充療法開始？？

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2011年 3月16日(水)18時41分4秒

みなみ先生

　東北関東大震災で、地震に、津波に、原発事故に見舞われた方々本当にお気の毒に思います。
　世界大戦後の目覚ましい発展と経済の成長から、ウファウファと浮かれ、本当に何をなすべきかをすっかり忘れ、足の引っ張り合いや批判ばかりの情けのない政治、マスコミをはじめとする日本の風潮に“喝”が入り、多少はシャキッとした社会になればと思います。
　長野の地震についてもお見舞いをいただきましたが、小生の佐久地方は全く大丈夫です。

さて、服用法変更後の最近の４週間。まあまあの食欲を別にして、舌痛、腹痛、下痢が一進一退で、不安といらいらの中、７週後の血清亜鉛値が78μg/dLで、すっかり焦ったことかと思います。
小生も、正直言って、83μg/dL前後になるかなと予測していたのですが、多少それより少ないのでいろいろ考えました。しかし、血清亜鉛値99μg/dLはSRLの原子吸光法でも、シノテストのアキュラスオートZnのキレート比色法でも、どちらの測定法でも安定したデータがえられますし、採血管も現在では、昔のゴムキャップからの汚染は考えられませんから、このデーターは充分信用がなるものと考えます。
さすれば、服用法変更の補充療法で約20前後、補充療法前からは30μg/dLの増加があった訳ですから、この投与法で亜鉛が明らかに腸管より吸収されて、血清亜鉛値に反映されていることは間違いないことです。
更に、小生の研究報告書で報告してあるごとく、多くの症例で、何故、一ヶ月前後の初期で、血清亜鉛値が大きく増加して、その後、初期値レベルに戻って、徐々に漸増して行くかは想像の域を出ませんが、これで本格的な補充療法の開始がやっと始まったと考えても良いのかな？？と考えたのですがどうでしょう？

本命の先生の舌痛症が、腹痛下痢が、そして皮膚の創傷遅延が皆、亜鉛不足なのかどうかは、今後の経過を見るとしても、少なくとも補充療法で生体は亜鉛不足の状態にあったことが照明され、この服用法で腸管からそれなりに吸収されていることが、先ず余程の予想外の特殊な場合以外は、示されているとすれば、もう少し焦らずにこの補充療法をされるのが良いのではと思います。
倍量投与は何時でも出来るのですし、亜鉛欠乏症は慢性の疾患状態で、急性症ではないのですから、まあ、少なくともう一月は様子を見てくれませんか？

殆ど判らないことだらけの中で、ほんの少し垣間見た事実らしいことを繋ぎ合わせて、推測して行くのですから、全部人間が組み立てて、判っているはずの原発のコントロールよりも難しいことかも知れません。先生の医師としての情報がとても大切と思っています。
一進一退とは？どうなのか？創傷治癒の遅延とは、はじめての申告のように思いますがどうなのか？ついでの折に知らせて下さい。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

口腔内偏平苔癬は軽快しつつあるのでは？

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2011年 3月16日(水)17時12分45秒

オリーブ様

このところ東北関東大震災の大変お気の毒な状況に心を奪われ、返事が遅れました。

さて、ご報告の病状を纏めると、下痢や易疲労感などがあり、薬剤をいろいろ変えて服用している。食欲はまあ変化なく、舌痛は前より軽減しており、元気さも前より良い。だが下痢はどうなのか？？と言うことかと思いますが、兎に角、短期間の症状の変化に、余り根拠なく薬剤の服用を変化させることは、医者として余り賛成出来ません。確かに、貴女の場合はいろいろな症状がある様なので、それぞれの症状に散弾銃の様にそれぞれ薬剤を服用されているのかも知れませんが、本当に効果のある薬は活性物質ですから、薬同士が作用し合うことも考えて、出来るだけ必要な、少量の薬の服用を勧めます。
もし、多くの医師に掛かって、バラバラに処方された薬をバラバラに服用されているのなら、是非、信用のおける家庭医を決めて、よく相談しながら治療されることを勧めます。

少なくとも、亜鉛欠乏症は慢性の疾患で、補充療法を根拠なく次々に処方を変えて、治療すべきものでないことを理解していただきたいと思います。その様な意味では、貴女も自覚されているように、血清亜鉛値の動きを是非調べられることを勧めます。

さて、今回は良いとも悪いとも報告のない口腔内偏平苔癬について、徐々に軽快しているのではないか？と思っているのですがどうでしょうか？
昨年、口腔内偏平苔癬なんて経験したことがないと申したのですが、その後インターネットの画像などで調べました。画像の症例の総てが口腔内偏平苔癬と診断して、良いのか?専門外の医師としては疑問も残り、不明ですが、最近、その口腔内偏平苔癬の症例に出会いました。しかも、この患者さん、先ず間違いなく亜鉛欠乏症の症例ですので、その経過より口腔内偏平苔癬は亜鉛欠乏症の可能性がかなり高いと考え、紹介してお

きましょう。

　約六年程前に多数の爪の変形と何年にも渡って毎月のようにアフタ性口内炎を発症し、且つ、下痢の続いた患者さんで、亜鉛補充療法七ヶ月で、その爪の変形とアフタ性口内炎と下痢が全て治癒し、初診時血清亜鉛値が89μg/dL から113μg/dL となり、亜鉛欠乏症であることが確信された症例です。
　今度、舌痛と味覚障害と前回と同様の爪変形、下痢、食欲不振、それに、正に口腔内偏平苔癬を合併して、受診してきました。これから治療を開始しますが、全部とは言わないまでも、口腔内偏平苔癬は亜鉛欠乏症の可能性が非常に高いと言って良いでしょう。

　さて、貴女の口腔内偏平苔癬はどんな経過なのでしょうか？

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

経過報告24週） 投稿者:みなみ　投稿日:2011年 3月14日(月)18時48分37秒

倉澤　先生

こんばんは。
緊急地震速報で長野の文字を目にしますが、被害にあわれてはいませんでしょうか。お見舞い申し上げます。

プロマック服用24週(1日1回2錠×7週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76→99→78、AL-Pは4週後
408→425→438→353→385→390でした。

舌痛・腹痛・下痢について、この4週間は一進一退でした。
食欲はひどく低下することはなく、良い日の方が多いと感じます。

その他の症状ですが、貧血は一貫して見られません。
皮膚については傷が治りにくく市販の創傷被覆剤を使うことが多いです。

今回の亜鉛数値は一時的ととらえるべきでしょうか。
1日2回計4錠に増量するのは焦り過ぎでしょうか。
どうぞ宜しくご指導下さいませ。

（無題） 投稿者:オリーブ　投稿日:2011年 3月10日(木)09時22分38秒

おはようございます。いつもこの掲示板拝見しながら自分の症状と照らし合わせています。
プロマック顆粒0.5　メイラックス0.5T　それに朝15ミリの市販の亜鉛を追加して飲んでいましたら肝臓の機能が低下したのか？とてもつかれるようになったので又元に戻して朝プロマック0.5*2メイラックス0.5Tを1回　寝る前にメイラックスを0.5Tを飲むようにし二日ばかり加味消遥散を飲みました。唾液の出はよくなったのですが又以前のように皮膚のほうがかゆみが出たので又加味消遥散をやめてもとに戻しています。下痢の症状が一時治まっていたのですが又この１週間続いています。
亜鉛不足なのでしょうか？自律神経が影響しているのでしょうか？
加味消遥散が合わないのでしょうか？飲んだら気分は楽になるんですけど。
食べ物はいたって普通だと思います。歯は２月２２日下の方を全部０．５ミリから０．７ミリ全部高くしていて様子見ています。この影響ではないような気がするのですが・・・。
依然高くしたときは血圧が急に高くなったりしてとても大変だったのですが今回は異常ないような気がしています。口の中は仮歯　プラスチックが６本　高くした部分がほとんどプラスチックだと思います。これにアレルギーを起こしているのでしょうか？
口の中のぬるぬる・・・。これを飲み込んだら下痢をするような感じがするのは思い込みなのか？よくわかりません・・。ただ以前からすると舌痛症は軽減しています。
口・舌に力が入っているのを極力意識して力を抜くように努力しています。
南先生もおんなじ症状のようですので一緒にがんばりたいと思います。
パソコンなど見る人に最近ドライアイ　ドライマウスが多いと聞きました。

目を凝視するのもなにか影響するのでしょうか？事務所に一人いて人と話すことがほとんどなく体を動かさないこともいけないのではないか？脳にも影響すると思うので一人でいる時間はなるべくイヤホンで音楽を聴くように最近は努力います。
ずいぶん明るくなりました。多分音楽を聴くことでいらない情報や考えを入れないのでいいのかもとおもっています。
なにかヒントになればと思い今回は投稿しています。それと下痢の原因・・・。これが何なのか？夕食に酒0.5合たまに飲みますがこれもひょっとしたら影響しているのかな？とも思います。ストレスをためずに脳を固まらせないようなるべく忙しくしています。
私の場合はぜんぜん数値的でもない投稿で申し訳ないのですが。今度血液検査で亜鉛値を測定してもらうように先生にお願いしています。又報告いたします。

Re:NICU入院児の亜鉛不足

投稿者:匿名希望医師A　投稿日:2011年 3月 7日(月)10時11分59秒

倉澤　先生
ご質問ありがとうございます

1. 症状
はっきり言ってわかりません．私たちがメルクマールとしているのは皮膚症状だけです．もしかすると成長率が違うとか，貧血がないとか，あるかもしれません．残念ながら，研究病院ではないので，限界がありまして．．．．
60以上となった患者さんでは，皮膚症状の発生は10%くらいまで落ちます（60以下は60%くらい）．なので，先生が指摘されたように70まで上げれば，症状はなくなるのではないか？と推測しています．ただ，銅添加はしていませんので，そのあたりとの兼ね合いをどうするか，という問題が残っています．

2. 補充療法
当院は，硫酸亜鉛シロップを作成しています．薬剤師さんが使う，院内調剤マニュアル（市販品）に記載されているようです．体重1kgあたり1mgの亜鉛投与となるようにしています．大人からすると，結構多いでしょうか．やはり，亜鉛必要量が多いからなのかもしれません．

NICU入院児の亜鉛不足について

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2011年 3月 4日(金)20時42分27秒

匿名希望医師Ａ先生

　ＮＩＣＵに入院の赤ちゃんの亜鉛不足傾向について、ご投稿有り難うございました。何れ詳しい内容はご発表になることと存じますので、その論文を拝見することを楽しみにしています。

　【赤ちゃんは亜鉛不足で亜鉛値は４０前後で、亜鉛投与で６０位まで上げると亜鉛欠乏症状がどの子にもなくなることがわかりました。】
　素晴らしい臨床的事実ですね。一つ質問なのですが、どんな亜鉛欠乏症状があって、それが“どの子にもなくなる”のでしょうか？そして、60位まで上げると普通の赤ちゃんとほぼ同じ状態になるのでしょうか。成人では多彩な欠乏症状があるので、大変興味があります。もう一つ、赤ちゃんの、または、小児の亜鉛補充療法の処方はどうされているのか、現実の投与量をどうしているのか、教えて下さい。

　①成人では、個々人の至適亜鉛濃度の血清値から平均値で25μg/dL程、血清亜鉛値が低下する状態で、亜鉛欠乏症状が出現する様に考えられます《亜鉛欠乏症のＨＰ、ニュース欄（2010.12.25)参照》。
　赤ちゃんでは、その低下の値が、平均値で20μg/dL程なのかも知れません。
　②成人では40前後の血清亜鉛値の症例は、経験上はかなり多彩な不定愁訴を訴えるものが多い印象です。それは（みなし）健康成人の血清亜鉛値の基準値65～110μg/dLから考えると、87.5±11.2の正規分布曲線より、65μg/dL以下の血清亜鉛値の健康成人は理論上2.5%程度の少数ですので、40μg/dL前後の血清亜鉛値を示す、多くの亜鉛欠乏症患者の至適亜鉛濃度は65μg/dLよりかなり高いと考えられ、それだけ強度の欠乏状態にあるために、かなり多彩な欠乏症状を訴えると言えるのかも知れません。
　つまり、成人の症例で40μg/dL前後の血清亜鉛値を示す亜鉛欠乏患者はかなりの重症例が多いのですが、赤ちゃんの欠乏症状は“おむつかぶれ”程度なのか？興味のあるところです。
　③健康な赤ちゃんの至適血清濃度の平均値が70～80μg/dLと成人より低値であると

言えるのではないか？と考えられる様に思うのですが、この点も大変興味があります。
　成人では、我々のKITAMIMAKI Study においても、これまでの諸報告に置いても、加齢と共に集団の血清亜鉛値は低下の傾向を示します。これが主に生理的な変動によるものなのか？主に病的な欠乏状態の個体の増加を示すものなのか？はまだ不明です。年齢別の変動する基準値が存在するとすれば、亜鉛の生体内での生理的、生化学的検討の一つの糸口になると思うのです。

　成人の亜鉛欠乏症の臨床について、徐々に医師の認識が高まってきたと言っても、その知見の広まりは遅々たるもので、殆どの医師は亜鉛欠乏症の存在すら知りません。これ程多くの患者が存在しても、なかなか臨床の現場で、亜鉛欠乏症と疑われさえしないのが現実です。
　ＮＩＣＵの入院患児は集団として同じ様な欠乏症状を呈し、他の健常児とは異なる異常が発見されやすいようにも思います。是非、先生の知見を出来るだけ早期に公開されて、全国同じ様なＮＩＣＵでの治験を進めて、一人でも多くの赤ちゃんの発育に好影響をもたらしていただきたいと思います。

　頭の毛の生育と亜鉛との関係は、最も早期に気づかれた亜鉛欠乏の症状の一つですから、亜鉛が関係している可能性が高いですが、先生のところでは今後余り経験されないのでしょうね。他のＮＩＣＵによ一く伝えておくのが良いと思います。
　ご報告有り難うございました。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

（無題）

投稿者：匿名希望医師A✉　投稿日：2011年 2月28日(月)11時18分50秒

倉澤先生
２年くらい前でしょうか。小児の亜鉛についてご相談した者です。
ようやくその結果がでました。詳しくは書けませんが、
赤ちゃんは亜鉛不足で亜鉛値は４０前後で、亜鉛投与で６０位まで上げると亜鉛欠乏症状がどの子にもなくなることがわかりました。ただ、先生が指摘したとおり、70位まで上げるべきと思っているので、投与量を変更する予定です。
また、10か月の乳児でまったく頭の毛が生えてこない、という主訴で来院した患者さんがあり、血清亜鉛を測定したら40ちょっと。そこで亜鉛を足したら1か月後には産毛が生え、3か月で見違えるように増えました。ちょうど離乳食も始まったので何とも言えませんが、発毛にも関係しているのかなんて、うれしくなりました。
このサイトのおかげで、赤ちゃんの発育にも好影響を与えることができました。
ありがとうございました。

亜鉛補充療法(服用法の変更)、正解であった!!

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2011年 2月20日(日)18時18分4秒

みなみ先生

　昨年10月25日の投稿からこの2月25日の投稿まで、プリントアウトして、検討しました。
　勿論、亜鉛欠乏症の臨床は、まだまだ、判らないことだらけですが、先生の①舌痛、食欲不振、下痢は、ほぼ、亜鉛欠乏症によるものであること、②その主要な原因は、腸管からの亜鉛吸収にキッと問題があるのでないか？と考えること。③その意味では、１日１回プロマック２錠の服用方法にしたことは正解であった、との結論に至りました。

　プロマックの服用方法を変更して、67から7~80レベルに燻っていた血清亜鉛値が、急に99にまで上昇したことは、先生の至適な血清亜鉛値は99からそれ以上にある筈であることが判りました。私共の血清亜鉛値の検討から、平均で25μg/dL前後以下に血清亜鉛値が低下する状況で、亜鉛欠乏症の症状が発現するとの仮説に合致しています。これから110以上にも上昇する可能性もあるのかも知れません。かなりの亜鉛欠乏状態であったと言えるのではないかと思います。
　舌痛、食欲不振、下痢は典型的な欠乏症状と小生は思っていますが、腹痛を含めて、今後、亜鉛が充分補充された時、どこまで軽快改善するのか？失礼ですが、小生は大変関心を持っています。
　もしかすると、皮膚症状など気が付かないこともあるのかも知れません。また、貧血傾向などどうであったか？？含めて、鉄の吸収など、医師の目で観察されると新たな発見があるのかも知れません。

Al-P値は、余り変動なしと見るのが正しい様ですね。亜鉛欠乏症に、Al-P値が変動するものとしないものがある。褥瘡ではこれまでの経験で、殆どが大きく変動していましたので、どうして？何が違って、Al-P値が変動しないのか？多彩な症状の亜鉛欠乏症の謎を解く鍵の一つかも知れません。

何れにしましても、ZIP4の機能を含めて、腸管からの吸収にやや問題があるのかと思われますので、早めに服用法の変更をしたこと、正解であったと考えています。舌痛を含め、これから急速に症状の変化が起こるのかも知れません。

経過報告(20週) 投稿者:みなみ 投稿日:2011年 2月15日(火)22時28分56秒

倉澤 先生

こんばんは。
下段は操作ミスで編集前の投稿になってしまいました。
「投稿者による編集・削除」の方法が分からず、ご迷惑をおかけします。
お手数ですが、削除をお願いできしたら幸いです。

本題のプロマック服用20週(1日1回2錠×4週)の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67→77→68→80→76、20週の今回は99に上昇し、
AL-Pは4週後408→425→438→353→385でした。

舌痛は内服方法を変える直前の4週間よりは軽くなっていると感じます。
食欲は回復し、美味しく食事ができています。
腹痛の頻度は変わりませんが下痢は軽症化し、腹痛のない時の便の性状は
良くなっています。

舌痛は食欲より遅れて今後更に良くなっていくのではないかと期待しています。
先生のおっしゃる通り人は忘れやすいいうべきか、贅沢になるというべきか
今の舌痛はプロマック服用前よりは数段軽減していると判断するのが順当と思います。
以前は聞き取りやすく話さないといけない電話での会話は言うに及ばず、短い挨拶も苦痛だったのが、今はさほど苦痛ではなくなっているのです。

血清亜鉛99を喜び気長に内服を続けたいと思っています。





以上は、新着順351番目から360番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

（無題） 投稿者：オリーブ 投稿日：2011年 2月 5日(土)13時42分32秒

いつも丁寧なお返事ありがとうございます。亜鉛を増量したら舌痛症はほとんど感じなくなってきました。下痢はほとんどなく亜鉛を増量したら逆に便はころころとしたようになりました。固めです。便秘の1歩手前かなというくらいです。
昨日発熱37.2度したので亜鉛を元に戻しました。風邪薬を飲んだからです。
いつものどの痛みから始まり39度くらい熱が出て咳に移っていくのですが今回は微熱

が出て
節々がちょっと痛いくらいで治ってしまったのでのどの粘膜等が強くなっているのではないかと自分なりに感じています。
口腔内扁平苔癬は金属アレルギーが口腔内でおきる異種金属のガルバニク電流かと思っていました。ぴりぴりがずっと続いたからです。おととし13本アマルガム　パラジウムの金属冠を除去。今は上のほうに金とアレルギー反応が出なかった金属をまぜて3本つめてあります。
下の方の歯は6本仮歯で様子を見ています。
先日病院に行ったら1年前に私を見られた歯科衛生士さんが全然違いますね。ピンク色になってみちがえるようになっていますよ。といわれました。
まだまだこの病気で悩んでいる人は多く体質も喘息・皮膚が弱いなどは同じでした。
亜鉛不足かもと私も思います。その方たちにも教えてあげたいけど手段がなく残念です。
今通っている歯医者さんには亜鉛の治療をしているといいました。
耳鼻咽喉科の先生にも元気になっていく様子　伝えてます。
舌は本当に痛くありません。
みなみ先生はどうなっているのでしょうか？
同じ症状なので気にしながら読んでいます。
私はもう50%は治ったと思っています。
ありがとうございます。それと体がきつくありません。
いらいらも落ち込みもありません。更年期にいいのかうつ気味にいいのかはわかりませんが
確実に効いていると自分では思っています。
又報告させてくださいね。舌が痛くなくなったので
今プロマック15ミリと市販の亜鉛15ミリ合計一日30ミリぐらいでとめています。





口腔扁平苔癬も亜鉛不足？？　投稿者:倉澤隆平　投稿日:2011年 2月 5日(土)07時50分14秒

オリーブ様

亜鉛補充療法の経過の投稿、有り難うございます。
①先ず、服用亜鉛量の増量について。
亜鉛は幸いなことに、経口投与の限りは、腸管からの吸収がコントロールされていて、中毒又は過剰症の報告はありません。血清亜鉛値の追跡のない貴女の様な場合は、治療経過中の増量もやむなしでしょう。
ただ、微量元素亜鉛も、その他のミネラルとの吸収のバランスがあるので、闇雲に長期間の大量服用は気を付けて下さい。

②補充療法の貴女の症状の経過について。
多くの症状のそれぞれの経過について報告されている訳でありませんので、亜鉛補充療法の効果が出ているのか？即断出来ませんが、最初にご投稿頂いた昨年10月以降の経過報告を並べてみますと、亜鉛補充療法の効果が出ているように思われます。
“ヒトは忘れやすい動物です”ので、どうしても症状が徐々に軽快してくると、以前のことは忘れて、現在の症状のみを注目する傾向があります。そこで、昨年10月の投稿時の総ての症状と現在の状態とを、比較検討してみて下さい。投稿時の文章を見ながら、当時の状況を思い浮かべて下さい。中でも、舌の痛みの変化です。
10月には、“舌先をどこにおいたらいいのか”と表現しています。今回は“舌先を痛いと感じなかったり感じたりして”と表現しています。実際に良くなっている様に思えますが、如何でしょうか？特に、貴女の長期間の舌痛の経過の中で、どうなのか？振り返ってみて下さい。下痢については、現在どうなっているのでしょうか？

③口腔内扁平苔癬について。
田舎の一般の診療所では、口腔内扁平苔癬の患者さんを経験する機会がありませんでしたので、口腔内扁平苔癬は知らないが、他の皮膚の疾患と亜鉛のことを考えると、口腔内扁平苔癬も亜鉛欠乏による可能性があるのかも知れないと書きました。
貴女からの報告を分析してみますと、どうも“いわゆる舌痛症”の舌の痛みだけでなく、口腔内扁平苔癬の痛みと口内違和感とが合わさっているように思われます。キッと肉眼的には異常の見つけられない“いわゆる舌痛症”の舌の痛み（舌先の痛み）が先に治癒し、ぬるぬる、ひりひり、何か張り付いているような感じの口腔内扁平苔癬の症状は、口腔内粘膜の軽快と共に、少し遅れて、治癒して行くものと予測しています。
身体の他の表皮や皮膚への亜鉛の作用と同様のことが、口腔内の粘膜、表皮にもあるでしょうし、多くの多彩な亜鉛欠乏症と考え得る貴女の他の症状と考え合わせると、口腔内扁平苔癬も亜鉛と密接な関係がある様に思われます。また、経過を教えて下さい。

④痛み、違和感、食欲、皆主観的なことで、客観的な症状、所見は口腔内扁平苔癬と血清亜鉛値です。その経過を、出来れば、デジタルカメラで撮影して追うことと、血清亜鉛値の追跡が可能ですと、もう少し自信を持って、補充療法を続けることが出来ると思うのです。

（無題） 投稿者：オリーブ 投稿日：2011年 1月31日(月)15時24分27秒

私も舌先を痛いと感じなかったり感じたりしていたので
先日の南先生へのアドバイスを読んで２倍亜鉛を取ってみようと思って
朝からプロマックとサプリメント１５ミリの亜鉛を一粒
お昼も１５ミリ一粒　夜はプロマック顆粒0.5%一袋を飲みはじめました。
あんまり痛いと感じないし
とにかく依然と比べたら気分が元気です。
周りからも元気になった出すねといわれます。

口の中のぬるぬるは相変わらずですが・・・。
舌苔を取るようにしたら少しは改善したように思います。（とくにのどに当たるくらいの奥の部分）

もう少し様子見てみます。
プロマックの治療４ケ月目に入ってきました。
口腔扁平苔癬のところも以前ほどひりひりしなくなり色もピンク色になってきました。
ｶﾗｵｹのとき息切れがひどかったのですがこれもずいぶん良くなってきたと
周りに言われます。リハビリと思って歌ってます。

２月に歯の高さを1ミリ上げることにしています。
このまま自律神経が狂わずスムーズにいければと思っています。
昨年は1ミリ歯の高さを上げたら２時間後には血圧が３０−４０ぐらい上がってしまいまして
又すぐ元に戻しました。

又そのことも次に報告しますね。
冬の季節乾燥によるかゆみもなくなっているように思います。
目もすっきりしているように思います。
昨日同じ舌痛症の人に出会いました。
自分の経験を話して見ましたら早速亜鉛を取りますとおっしゃってました。
これもご縁だなと思いつつ家路に着きました。
又報告させてくださいね。いつも有難うございます。

動悸と亜鉛について

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2011年 1月30日(日)23時41分29秒

サーちゃん先生へ

　ご報告いただいた動悸の患者さんの経過ですが、経過を整理しますと①「以前から時々あって」、②「ここ１～２ヶ月酷かった」③「動悸の患者」が④「ﾌﾟﾛﾏｯｸ投与」で⑤「たちどころ（３日後)」に⑥「動悸が消えた」。その患者さんの⑦「血清亜鉛値が63μg/dlであった。」と言うことかと思います。

　動悸と亜鉛は何らかの関係があるのか？ですが、亜鉛欠乏症の臨床はまだ判らないことだらけですし、微量元素亜鉛の生体内での色んな働きのことを考えると、多彩な欠乏症の中に、これまで確認されない症状がある可能性は、充分にあると思っています。

　②については、小生には、これまでの症例の中で、芋蔓式にもチェックされず、また、意識して追求してはいませんでしたので、余り“しばしば遭遇する亜鉛欠乏症の症状”とは言えないのか？と考えますが、今後は、意識して診て行こうと思います。

　①+②+③+④+⑤+⑥+⑦の本例について、⑦は血清亜鉛値を統計的に見て、それが“個の正常値”である確率は2.5%以下ですから、この患者さんが亜鉛不足であることは、およそ間違いなさそうです。
　②+③+④+⑤+⑥+⑦と本例とほぼ同様の②であって⑤の患者さんがもう一例ありますと、動悸と亜鉛の関係が、かなりありそうだなと言えることになりますが、
　③+④+⑤+⑥+⑦の症例では、複数例は集めないと、narrative Evidenceとして、弱いのかと考えることと、動悸の患者さんは、頻脈、不整脈、貧血、精神的なもの、その他等などとその症状の出現には多くの原因がありますので、亜鉛補充療法前に、その分類診断はしておくと、更に動悸と亜鉛の関係がどうなのか、どの様な動悸に亜鉛が関係するのか？より姿が良く見えるのかな？と思います。
　先生はキッと余り動悸を生じないような原因が不明と思われる動悸をお考えなのかと思いますが、、。

　小生もその目で気を付けたいと考えていますが、先生も追跡され、教えていただけると有り難いと考えます。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

動悸の患者さん

投稿者:さーちゃん✉　投稿日:2011年 1月28日(金)17時56分19秒

倉澤先生、早速にコメントをありがとうございました。
動悸の患者さんが来院しましたので、聞きましたところ、ここ１－２ヶ月がひどいようです。以前からも、ときどきあったようです。心電図は、HR88とやや早めでしたが、NSRで問題ありませんでした。胸部XPではCTR51%でした。ベースには高血圧はありますが、ミカルディス20mgでcontrollableです。この症例でZn　63でしたので、promacを用いたところ、たちどころに動悸が消えました。

1回2錠/日開始します

投稿者:みなみ　投稿日:2011年 1月19日(水)19時21分4秒

倉澤 先生

早速ご回答下さいましてありがとうございました。
明日から１回2錠/日の服用を開始します。

4年前に2回目の急性肝炎(マイコプラズマ)を発症して以来AL-Pは一貫して高値で、γ-GTPは肝炎罹患前から高く、胆道系の検査(エコー、MR-CP)で異常がないことを確認したこともありました。

γ-GTPや他の肝機能の数値も調べていますが、低下したのはAL-Pだけでした。
AL-Pは今後も追跡してみます。

次回は嬉しい報告ができればと願っています。
ありがとうございました。

服用法の変更について

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2011年 1月19日(水)16時08分36秒

みなみ先生

揺り戻しの現象の時期かと思いますが、心細かったり、殊に、医師ですから、いろいろと考えられて、心配されたりしていることかと思います。

血清亜鉛値が、６７＝＞７７＝＞６８＝＞８０＝＞７６の動きですが，減少したというよりは、個体値の揺れの現象で，あまり、変化なしといえるのかも知れません。増加していないというべきでしょうか。あり得るデータとも思います。
AL-P値ですが、***＝＞408＝＞425＝＞438＝＞353、３W~4Wの動きが、どうしてこのような動きをするのかは、現在は分かりません。もっと生化学的知見が進めば、将来説明できるのかも知れません。しかし、多くの褥瘡における亜鉛補充療法時の様な典型的な動きでないことだけは事実です。
これまで検査で言われているAL-P値の長期.短期の変動許容範囲でも説明できません。
AL-P値は，本例では、褥瘡のように亜鉛補充療法の指標とならず、参考にならないと言えるようですが、乗りかかった舟ですので、今後も追跡してみていただけますか？

さて、プロマック２T で良いかどうかです。
血清亜鉛値が３W～４Wで少なくとも増えていないことには、大きくは、二つのことが考えられます。
①は、腸管からの吸収は順調ですが、生体内での不足亜鉛量が大きく、亜鉛の充足量が血清亜鉛値が上昇するには、まだ十分でなく、まだまだ、時間がかかる。
②は、腸管での吸収に関与するZiP４の機能不全の程度が強く、吸収量が制限されている。

①の場合は、これまでのままでよいのですが、②の場合にはそれなりの手を試みることが必要でしょう。小生の経験では、多くが①と考えてよく、慌てずにお待ちなさいと言うことで、外来で見てきました。しかし、少数例で、②と考え増量した症例があると言うのがこれまでの経験でした。

先生の場合は遠隔診療ですので、症状の経過などもあまり細かくは把握できないところもあり、また、AL-P値が参考にならず。②の可能性も考慮して、少し早めに対処してみましょうか？

プロマック２Tを、一度に服用してみましょう。この服用方法で、キッと腸管内濃度が、まあ、二倍程度にはなるのでしょう。４T投与でなくとも、血清濃度が上昇し、症状の軽快速度が上がる症例が多いのです。
そして、５W後のデータ、および症状の経過をお知らせください。

多彩な亜鉛欠乏症例のご報告

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2011年 1月19日(水)14時43分8秒

さーちゃん先生

亜鉛欠乏症について、多彩な症状の経験症例をご報告いただき、有り難うございます。

小生も亜鉛欠乏症の存在に気がつき、補充療法を始めた頃は、食欲不振の劇的な改善や褥瘡の治癒、舌痛症状のあっという間の消失や掻痒症状の軽快治癒等など、これ等が、本当に、亜鉛補充療法単独の効果か？？と、眉につばをして、まさに半信半疑で見ていました。
しかし、同様の症例が次々と経験されるようになり、また、多くの症例が芋蔓式に関連していることを知って、遅まきながら文献を調べたり，亜鉛の基礎的なことを調べたりして、それらの多彩な症状が、主に、亜鉛と言う一つの元素の不足から生じていることを確信するようになった経緯があります。

亜鉛の多彩な生体内の作用から、特に、数多くの亜鉛酵素の作用のことのみを考え

ても、まだまだ、誰にも知られていない亜鉛欠乏の症状があるものと想像しています。是非是非、症例を積み上げて、気づかれていない新しい症状がありましたら、また教えていただければと思います。

　動悸については、これまで経験していませんし、意識していませんでした。可成り長期間続いたものだったのでしょうか？

亜鉛補給の効果

投稿者:さーちゃん✉　投稿日:2011年 1月19日(水)10時40分40秒

初めて投稿します。小職は、大学医局から基幹病院2つ経て、5年前に開業した臨床どっぷりの者です。倉澤先生の亜鉛欠乏症の講演を拝聴する機会があり、亜鉛欠乏について半信半疑でしたが、実際の症例に遭遇するうちに「亜鉛欠乏症」に関する病態が多彩なことに気づきました。亜鉛欠乏症について、著効例をいくつか経験しましたので、報告させて頂ければ幸甚です。

症例1：71歳女性。高血圧、高脂血症で投薬中です。昨年の猛暑で体調を崩し、噛むことができないとの訴えがあり、血清亜鉛値は69μg/dLと正常下限でありましたが、promacを投与したところ、即効性の効果が発現し、たいへんに感謝されました。

症例2：74歳女性。高血圧です。口唇の荒れがひどいとの訴えがあり、血清亜鉛値65μg/dLにて、promacを投与したところ、3日後には症状の著明な改善を認めました。

症例3：76歳女性。他院からの紹介で来院。高血圧症でしたが、動悸がひどく、胃痛があるとの訴え。ガスター40mg/dayの内服もありました。血清亜鉛値63μg/dLにてpromacを追加投与したところ、3日後には動悸消失、胃痛もかなりの改善とのことで、2週間後には全く症状を認めなくなっておりました。

経過報告(16週)

投稿者:みなみ　投稿日:2011年 1月18日(火)18時25分20秒

倉澤 先生

いつもありがとうございます。
プロマック服用16週の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67・4週後77・8週後68・12週80・16週76、AL-Pは4週後408・8週後425
12週438・16週353でした。
AL-Pの内服開始直前のデータはありませんが、内服4カ月前は456でした。
今回のように基準値上限を下回ったのは6年ぶりのことで驚きました。

舌痛はこの4週間の半ばにはかつてなく軽減した日が3日あったものの、最近の10日ほど
は不調で、かなり辛い日が多くなっています。
この両極端を除いての平均は「最悪時の1/3以下」よりは悪いと感じます。

食欲は下記のおなかの調子に左右され、最近は今一つという状態です。
IBSの診断基準に該当する頻度の腹痛・下痢が再び起きています。
腹痛・下痢のない日の便の性状もやや軟便傾向です。

最近の不調で心細い思いでいますが、一過性の揺り戻しであってくれたらと
願っています。

今後も服用量は２錠のままでよろしいでしょうか。
ご助言をいただけましたら幸いです。





以上は、新着順361番目から370番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

血清亜鉛値の基準値について

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2011年 1月14日(金)17時52分30秒

木野 紀先生

ご投稿有り難うございます。亜鉛につき関心を持って、ご努力いただき感謝です。
沼津市での講演は２００８年２月でしたでしょうか?血清亜鉛値については【基準

値は正常値でない】と叫んでいた頃ではないかと思うので、そのレベルのご返事しかできなかったかと思います。
　その後、２００８年３月の日本微量元素学会の血清亜鉛値の正常者の下限値に関するワークショップに向けて、２００５年秋から２００８年２月までの亜鉛欠乏症確診例で、データの揃っている２５７例についての【亜鉛欠乏症確診例の初診時血清亜鉛濃度の分布図】をまとめました。
　その後、２０１０年第２０回日本微量元素学会の亜鉛酵素.ﾄﾗﾝｽﾎﾟｰﾀｰ研究の最前線のシンポジウムでシンポジストと座長をさせていただいた時に、この血清亜鉛値の問題も取り上げ、【現在医療界では、“いわゆる基準値”を、ウッカリ、個の正常値と読み違えている傾向があるが、基準範囲(値)は集団の統計的数値で、必ずしも、個の正常値ではない。】と上記の分布図や症例を上げ、主張しました。
　そして、２０１０年第２１回の日本微量元素学会で、【血清亜鉛値80μg/dlの意味するもの】との演題で、血清亜鉛値のカットオフ値について、発表しました。論文は近日中発刊のＢＲＴＥ誌に載るはずです。

　血清亜鉛値と臨床との乖離の問題はこれでおよその決着が付いたと言えると考えますが、そのこれまでの要旨を小生のＨＰ『亜鉛欠乏症のホームページ』のニュース欄に載せてありますので、先ずお読みいただけますでしょうか？
　その後、不明点について、ご質問なり、ご意見をいただくと問題点がハッキリし、社会に対して、より良い対処方法も見つかるかと思います。よろしくお願い致します。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





舌の糜爛と亜鉛について

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2011年 1月14日(金)16時49分10秒

カナダのＲＰＮ様

【舌痛を訴える患者さんの中には、糜爛を伴う人がいましたので、その方は、亜鉛欠乏

によるものではないと考えてよろしいでのすね】についてです。
大変、科学的に観察、思考されていることに敬意を表します。あなたの“舌の痛みを訴える方”の表現には、舌の発赤や糜爛の様に種々の原因の舌炎や舌の機械的損傷、更には、アフタ性口内炎といわれる潰瘍形成のものもイメージには含まれているのかとも考えました。
しかし、日本では肉眼的異常の見つけられない“いわゆる舌痛症”、欧米でもBurning Mouth Syndrome(BMS)などとあまり所見がない口腔内の痛みについて、多くの論文では、鉄や亜鉛の欠乏とか、カンジダなどカビ等が原因と、一般常識的、推論的原因を教科書的に述べ、多くは直ぐに精神的領域に原因の下駄を預ける傾向があるので、この症例の多い“いわゆる舌痛症”について、亜鉛欠乏症としてキチッと検討して見るべきであると、ＨＰ等の根拠を上げて、絞って回答をしました。

しかし、舌や口腔内に生ずる多くのアフタ性口内炎は多くの症例で、亜鉛補充療法により、日頃より早期に治癒し、また、しばしば再発を繰り返していた症例では、再発しにくくなる傾向が認められ、現在は、アフタ性口内炎については、大部分が亜鉛欠乏と云ってよいと考えています。

しかし、糜爛の伴う症例は数例の経験しかありませんし、中には、義歯等の外傷が主要因と考えられるものもあり、また中には、膠原病などのこともあるのでしょう。種々の原因も考えられますので、まだ、不確かなことには触れませんでした。しかし、皮膚科では、昔から、亜鉛製剤は糜爛面への治療効果が多くの医師により認められていますので、単純な糜爛を伴う口内炎には効果がある可能性が高いと思っています。
また、経験がないのですが、抗ガン剤治療による糜爛を伴う口内炎には亜鉛欠乏が主要因のものが多いのではないかと予測しています。

多彩な症状の亜鉛欠乏症は、まだまだ、殆どの医師が気が付いていません。いや、興味を示しません。
食欲不振や褥瘡、掻痒、多くの皮膚疾患に舌痛、原因のハッキリしない慢性の下痢等など、患者さんの日々の生活、人生に寄り添って、患者さんの悩みを自分自身の悩みとして受け止めている Nurseや介護士がしっかり観察して、医師に教えてやって欲しいものと思います。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

血中亜鉛の基準値

投稿者：木野紀 ✉ 投稿日：2011年 1月13日(木)13時49分20秒

倉沢先生が沼津市で講演された時にも質問させてもらいましたが、亜鉛の基準値（正常値）について、三島市医師会で使っているラボ・保健科学では65-110としており、最近読んだ「亜鉛欠乏の臨床」と著しく異なります。84-159となっており、保健科学に照会したところ、検査法提要という成書にも65以上と記載されている、といって修正しません。医師会では亜鉛を定量する医師がほとんどなく、関心がないのが実情ですが、何とか基準値の記載を訂正させたいと考えております。お知恵を貸して下さい。

http://hiro-cli.com/

（無題）

投稿者：RPN 投稿日：2011年 1月13日(木)12時34分47秒

分かりやすい丁寧な、ご回答ありがとうございました。舌の痛みを訴える方の中には、糜爛を伴う方がいましたので、その方は、亜鉛不足によるものではないと考えてよろしいのですね。日本の医療機関と違って医師が常に院内に巡回しているわけではないので、先生と話をする事が難しいのですが、亜鉛不足の話、してみる心算です。

（無題）

投稿者：オリーブ 投稿日：2011年 1月11日(火)15時34分55秒

いつも丁寧なお答え感謝いたします。
先生からの質問にお答え老いたします。
1の質問ですが舌先に力が入りすぎて脳がリラックス状態になれず
いつも舌に力が入っている感じです。舌先が上のあご舌についているのですが
力がなかなかリラックスして抜けません。寝ているときは力が抜けているので
朝は割りと楽です。夕方が口の中の状態は良くないみたいです。
おきているときのあごのかみあわせが多少は関係しているのではと思います。

舌先のぴりぴり　とか　痛い　はいやだなあと思うときストレス状態のとき
一人のときが多いように思います。
これは他の患者さんも同じ意見でした。事務所で一人のときが多い人が似たような
症状をうったえているｹｰｽが多いように思います。
口の中の状態が悪いと逆にストレスを感じているんだなあと判断しています。

2.唾液がまずい　これはぬるぬるとぴりぴり　変な味　変動というよりセットという
感じです。
味覚障害の検査はしてません。味はわかるのですがおいしいと感じないのです。
最初亜鉛をとり始めたときおいしいと思いました。

3.ほほにもちの溶けたのがついているような感じです。お茶をのむと渋みがありま
す。

今ちょうど１１週目あたりだと思います。
みなみ先生がその頃から軽くなったとおっしゃっていたので
ここ１−２週間は中だるみの良くないときだったのかもしれません。

下痢は酸の強いものを取ったときが一番だめのようです。今は止まっています。
ｶﾗｵｹを歌えなかったのは舌先が上の歯に当たるような気がして痛く
ほほ(奥歯とほほの間）に出来た扁平苔癬がいたく口を大きく開けられなかったのです
それと姿勢とあごの角度も関係するような気がします
歯医者さんにいったあとからひどくなったので・・・。

顎関節はありません
歯のストレスから発生したのか口の中に金歯を詰めたからか
アマルガムとかパラジウムは完全に除去状態です。
でも半年はがんばって亜鉛治療続けて見ます。
血清亜鉛値の件　先生に相談してみます。
メイラックス　ちょっと朝だけでも控えてみようと思います。

舌痛と亜鉛不足について

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2011年 1月 9日(日)18時23分34秒

カナダのＲＰＮ様

　舌に肉眼的異常所見のない舌痛、“いわゆる舌痛症”は総てとは云わぬまでも、殆どが亜鉛不足によると言ってよいと小生は考えています。少なくとも心療内科的なものとして治療する前に、亜鉛について検討すべきであると考えています。ＨＰに根拠を示してあります。

　是非、亜鉛のチェックをするように持ちかけて下さい。
　亜鉛欠乏症と血清亜鉛値の関係ですが、殆どの医師は『群の基準値は個の正常値ではない』という統計的な知識をうっかり忘れていることが、多いですので注意して下さい。

　臨床で具体的には、血清亜鉛値の基準値は６５～１１０μｇ／ｄＬ（ＳＲＬの原子吸光法、及び、シノテストのアキュラスオートＺｎ）ですが、舌痛症で、午前中採血の血清亜鉛値が８０μｇ／ｄＬ以下でしたら、ほぼ間違いなく亜鉛欠乏によるものとして、亜鉛補充療法を３～６ヶ月やってみるのがよいと小生は考えています。
　勿論、少数例ですが８０μｇ／ｄＬ以上でも欠乏症があります。その理論については、小生のＨＰのニュースの項に記載してありますので、参考にして下さい。

　ビタミンＣで舌痛症が治癒するか？小生には経験がありませんので判りません。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

オリーブ様へ

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2011年 1月 9日(日)17時32分26秒

オリーブ様 先ず質問の返事です。

①牡蠣を食べて、プロマックが必要か？
　牡蠣は亜鉛が豊富に含まれていることはご指摘の通りです。しかし、治療と栄養は別と考えるのが良いと思います。プロマックが２Ｔでよいのかどうかは？まだ定かで

はありませんが、亜鉛量として３４ｍｇは治療量として必要と小生は、現在は、考えています。出来れば、血清亜鉛値を追跡していただくのが良いのですが、、、。
②メイラックスを止めてよいのか？
　舌痛を気にしないようにとの意味で服用しているものでしたら、試しに、止めてみる意味はあると思います。中止で舌痛が憎悪して、いけなければ何時再開しても良いのですから。
③プロマックで胃が悪くなった感じ？
　これまでの貴女の服用の経過よりは、プロマックで胃が悪くなることはないと思いますが、貴女は、その他の薬剤の服用はないのですか？兎に角、必要のない薬剤はどんな疾患でも極力服用しないのが良いことはあらゆる治療の原則です。
　また、多剤服用の患者さんが吸収の競合で亜鉛不足になっていること多いですから。
④噛み合わせは最も大切なことですから、これはキチッと治療して下さい。

小生からの質問です。

1)口の中は良かったり、悪かったりとのことですが?
『舌の痛みはどうなのですか?』10:25には“舌先をどこに置いてよいのやら”、12:13には“舌痛は軽減しています”と記載しています。今回は痛みの程度はどうですか？
　軽快しては、揺り戻して徐々に治癒して行くことは小生のＨＰに記載しているごとくです。
2)唾液が不味い。口内がぬるぬる。12:03には“ぬるぬる感はあるが我慢できる”と記載していますが、変動していると云うことですか？悪化していると云うことでしょうか？
　味覚障害の検査はしてあるのでしょうか？
3)何かがほほに張り付いた感じについては?
　小生の患者さんでは、“渋柿を食べたような感じ”、口内ガサガサ、何かかぶった感じなどと訴えてきた方ですが、違いますが、そんな感じでしょうか?
　その患者さんは４ヶ月から６ヶ月程かかりましたが、綺麗に治りました。
4)その他、下痢や舌の肉眼的所見は変化しているのですか?カラオケが歌えなかったとのことですが?口角炎だったのでしょうか？

◎人間は忘れ易い動物です。一つ一つの症状を分けて、経過を記載するのが良いのではないでしょうか?それと出来れば、血清亜鉛値を追跡していただけると、もう少し、確信の持てる話が出来るでしょう。

（無題） 投稿者:RPN 投稿日:2011年 1月 9日(日)16時04分55秒

初めて書き込みさせていただきます。私、カナダでRPN（日本で言う準看になるのでしょうか）として働きながら、現在、IIWCのコースを取っています。辱創の課題の中で栄養不足と潰瘍の関係を問われ先生のホームページを見つけ大変興味深く拝読させていただきました。亜鉛不足は、潰瘍の治癒を遅らせることまでは、教科書の中にも書いてあるのですが、実質的な数値が出ていないので、先生の研究報告書は、大変参考になりました。ありがとうございました。
患者さんの中で、舌の痛みを訴える方が、割と見えるのですが、亜鉛の不足と考えてよろしいのでしょうか？先生の中には、ビタミンCの不足を考えてビタミンCを処方される事もあるのですが、亜鉛のチェックをするよう持ちかけても良いものかどうかと考えています。

（無題） 投稿者:オリーブ 投稿日:2011年 1月 6日(木)10時29分38秒

いつも丁寧なお答えを頂き有難うございます。舌痛症にプロマック顆粒とメイラックス１日１錠（これは眠くなるので朝寝る前半分ずつ割ってのんでます）今治療に入って１０週目あたりでしょうか。口の中は良かったり悪かったりです。とにかく唾液がまずい　もちの溶けたようなものがほっぺたに張り付いているようでいつもそれを舌ですっているような感じでこれをやめようとするのですがなかなか・・・。人と話したり何かをしているとまぎれるのですが・・。牡蠣がいいとのことで一日ｶｷﾌﾗｲを２個ほど食べるときがあるのですがそれで一日の亜鉛は確保。このときもプロマックは飲まなくてはいけないのか　メイラックスはやめても問題ないのか　お聞きしたいと思い掲示板に書き込んでいます。みなみ先生の投稿は私にとってとても励みになります。主人にも亜鉛飲ませてますが（これは市販のもの）胃に負担はかからないのでしょうか？私は最近胃の調子があんまり良くないように感じますがプロマックはもともと胃潰瘍の薬　胃が悪くことはないのですよね。皆さんのご意見を参考に今年こそ舌

痛症治したいと思います。それと歯の治療（かみ合わせ）がなかなか思うように行かず仮歯を9ケ月入れています。これも唾液のまずさに関係するのでしょうか？いろいろ質問ばかりで申し訳ありません。宜しくお願いいたします。

何故？多発する亜鉛欠乏症に気が付かなかったのか？

投稿者:倉澤隆平　投稿
日:2010年12月25日(土)16時57分36秒

多発する亜鉛欠乏症に、何故？多くの医師は気が付かなかったのか？

『血清亜鉛値８０μｇ／ｄＬが意味するもの』と題して、最近の知見を“亜鉛欠乏症のホームページ”（http://www.geocities.ryu kuwasawa/）に載せました。
多くの医師、研究者達が『群の統計的数値である基準値（範囲）＝個の正常値』とうっかり間違えていたことが、一つの大きな原因であったと考えられます。

私共は、もう何年にもわたって、先ずは臨床的経験症例の積み重ねから、続いて、医療界の統計学的数値の“うっかり”間違いである“基準値の常識”に気が付いて、『群の基準値は、個の正常値ではない』ことを、声を大にして、主張し続けてきました。しかし、未だに『基準値内であるから、亜鉛欠乏症でない』などと堂々と言うデジタル思考の大学教授さえ居ますから、世の常識を変えることはつくづく大変なことと思っています。

日本微量元素学会では、この現状に鑑み、これまで種々検討の結果から８０μｇ／ｄＬを、一応臨床上の、健常者の下限値と位置づけてきました。

私は、2010.12.25 付けで、ホームページのニュース欄に、亜鉛欠乏症群確診症例２５７例の初診時血清亜鉛濃度分布のヒストグラムから得られた亜鉛欠乏症群の正規分布曲線と、健常成人〈非亜鉛欠乏者？〉から得られた血清亜鉛値の“いわゆる基準値”を定めたSRLの正規分布曲線を比較検討して、この血清亜鉛値８０μｇ／ｄＬについて、カットオフ値としての理論的意味付けをしました。亜鉛欠乏症の臨床診断に、健診．検診時の亜鉛栄養状態の判断の参考にしていただければと思います。

味覚障害については、これまで、いわゆる基準値内の症例を【突発性味覚障害】と分類してきました。しかし、その多くが、亜鉛欠乏症の血清亜鉛値についての近年の知識とＡＣＥ比検査での検討などにより、【突発性味覚障害】は殆ど亜鉛欠乏によるものと考えられるようになっています。

インターネット上の、多くの“いわゆる舌痛症”についての記述を検討すると、
舌痛症に付いては、いわゆる基準値内およびそれ以上の血清亜鉛値の症例は亜鉛欠乏から、単純に除外し、非亜鉛欠乏例として亜鉛補充療法をすることもなく、心因性や精神性のものとしてきた可能性があるのではないかと考えられます。
もちろん当然、私は、亜鉛欠乏症以外の他に原因のある“いわゆる舌痛症”を否定する者ではありません。しかし、まず、論理的な亜鉛欠乏の診断と論理的な亜鉛補充療法を、心因性とか精神的なものと診断する前に【舌痛を専門とされる医師や歯科医師達】には検討していただければと考えます。

私共の診療所は、小さな一般の診療所で、舌痛症の患者さんが特別に押しかけてくる訳ではありません。是非、多くの舌痛症の患者さんを診療している大学や大病院の【舌痛を専門としている医師や歯科医師達】にはキチッと『舌痛症と亜鉛』について、検討して頂きたいものと考えます。

http://www.geocities.jp/ryu kurasawa/





以上は、新着順371番目から380番目までの記事です。

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

舌痛症の補充療法、予測通りの経過です。

投稿者：倉澤隆平 投稿日：2010年12月23日(木)19時45分7秒

みなみ先生

舌痛症の亜鉛補充療法１２週の報告有り難う。

舌痛症状軽快の経過も、食欲や腹痛・下痢などの消化器症状軽快の様子も
ほぼ典型的な亜鉛補充療法の治療経過と言ってよいと思います。

血清亜鉛値の推移もこんな動きが典型的と言えます。
AL-Pは、初診時のデータ無しですが、やはり褥瘡等のような動きではないのかも知れません。

血清亜鉛値については、小生の亜鉛欠乏症についてのＨＰに、まだ、載せてありませんが、このＨＰのニュース欄の『血清亜鉛値の基準値は正常値ではない』の項の図【初診時の血清亜鉛濃度分布】のもとのデータ、亜鉛欠乏症確診症例２５７例のヒストグラムから、Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定0.091 で、62.3μg/dL±13.1の亜鉛欠乏症群の正規分布曲線が描けます。
現在、健常人の“いわゆる基準値”とされるSRLの基準値110-65μg/dLから導かれる87.5μg/dL±11.2の健常人の正規分布曲線より、亜鉛欠乏症群は平均値で約25μg/dL低値です。

つまり、個々の症例ではそれぞれに違いがあるのでしょうが、個人の至適血清亜鉛値から、平均でおよそ25μg/dL程度、血清亜鉛値が低下する状況で、欠乏症症状が出現すると予測してもよいものと考えられます。
みなみ先生のケースで云えば、キッと適正血清亜鉛値は90μg/dL以上はあったものと予測され、血清亜鉛値はそんなレベルまで上昇して、はじめて亜鉛補充療法完了と云うことになるのかなと考えています。

さて、この推測が正しいのかどうか、次の１６週の報告も楽しみに待っています。
舌痛症が綺麗に治癒し、長年の苦悩から解放されると小生は思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





経過報告(12週) 投稿者:みなみ 投稿日:2010年12月21日(火)19時15分16秒

倉澤 先生

いつもありがとうございます。
プロマック服用12週の報告をさせて下さい。

血清亜鉛は開始前67・4週後77・8週後68・12週80、AL-Pは4週後408・8週後425
12週438でした。

舌痛は11週経過した頃から明らかに軽減した感があり、最悪時の1/3以下という
程度です。
食欲は良好です。
IBSの診断基準にかろうじて該当する頻度で腹痛・下痢が起きていましたが、この
3週間はありません。便の性状は良好です。

会話や硬い食物などの摂食で舌痛が増強していたのですが、その傾向も以前ほど
ではなくなって来ているので、仕事の苦痛は減り、QOLは改善され、明るい気持ち
になれます。

完治の希望を持って服用を続けたいと思っています。
今後もどうぞご指導をお願いいたします。

舌痛症軽快の報告有り難う。

投稿者:倉澤隆平✉ 投稿日:2010年12月17日(金)16時24分56秒

オリーブ様

　舌痛軽快の報告、有り難うございます。舌痛、口内の違和感、唾液のまずさ、掻痒、そして下痢に血清亜鉛値６９、そして不定な体調の悪さ。キッと、亜鉛欠乏で全部説明が付くように思います。
　１ヶ月半の亜鉛補充療法で、長年続いた下痢が治まり、舌痛が軽減し、口内の違和感も軽減しつつあるようで、また、元気度も上がってきているようですので、典型的な亜鉛欠乏症状の治癒経過と言ってよいと思います。小生の亜鉛欠乏症についての研究報告書やＨＰに記載していますが、多くの舌痛症は“軽快してはぶり返し、徐々に徐々に、治癒して行く傾向”がありますので、そのつもりで治療を続けてください。
　１ヶ月前後で血清亜鉛値を測定されると、かなり上昇していたはずですが、１ヶ月半過ぎるとそれ程亜鉛値は上がっていないかも知れませんが、今後、ジワジワと上昇するはずですので、亜鉛欠乏症であることの診断を確定する意味でも、貴女が自信を持って治療を続けるためにも、初期には月一回程度の測定をしてもらうと良いと思います。
　口腔扁平苔癬という疾患の舌の所見を小生は知りませんが、キッとそれも亜鉛欠乏によるものなのでしょう。出来れば舌のデジタル写真を撮影しておけば、その変化が判ってよかったのですが、まあ仕方ないですね。
　咳込むことが少なくなってきたというのは、小生にも新しい知見ですが、飲み込みにくいとか訴える患者さんも居ますので、そんな咽頭、喉頭の症状なのかも知れません。
　下痢についても１０月２５日の投稿時は記載されていませんが、あまり慢性で、こんなことは当たり前と、患者さんが訴えない症状も多く、下痢も典型的な訴えない潜在症状の一つです。
　貴女が気が付いたその他の症状で“変化があった”症状がもしあれば、教えていただけるとありがたいと思います。

　熊本大学の第一例目になること、小生も期待しています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

血清亜鉛値とアルブミン

投稿者:倉澤隆平✉ 投稿日:2010年12月17日(金)08時22分28秒

kaneko様

　①血清亜鉛値とアルブミン値が相関しない貴院の調査結果が正しいのだと思います。
自然科学の研究で、本や文献を調べ、読むことは大切です。しかし、本や文献はしば

しば間違っています。追試したご自分のデータが、ご自身で現在考えられるキチッとした論理のもとに得られたデータでしたら、先ずそれを信用すること。自然科学の研究はそこからスタートします。半世紀も前の学生時代に、清瀬の結核研究所の所長で、ＷＨＯの委員でもあられた隈部英雄先生に『本や文献はよく読みなさい。しかし、しっかり勉強し、しっかり観察して得たことは、自分自身の目を、自分自身の頭を信用しろ。どんなにその道の権威が云うことでも、納得できないことは、受け入れてはならない。本や文献は間違いだらけなのだから。自然科学を学ぶと云うことはそう云うことだ。』と教えを受けました。
②相関があるとした本や文献が総て間違っているのでしょうか？多くは間違っているのかな？と思いますが、相関するという正しいデータもあるのかと思います。それは、調査した集団、調査の目的等などによると思うのです。その説明は長くなるので、考えて下さい。
③さて、それでは何故、相関しない貴院のデータは正しいと云うのでしょう。血清亜鉛値は、小生らの研究報告書からもお判りのように、日内変動もあり、加齢に伴う変化もあり、補充療法でも大きな変動があることが明らかになりました。アルブミンはご承知のようにそんなに細かな変動はしません。そんな二つの値を比較するのは基本的に意味のないことです。でも、荒れた海での巨大船と小舟の揺れと波のない時の両船の揺れを考えて見て、という例えでどうでしょうか？海の荒れ具合をどの立場で表現するか、でしょう。
④血清亜鉛値とアルブミンの相関を、ＮＳＴ委員会で問題にしている元には、いわゆる全般的な栄養失調状態と亜鉛欠乏状態とが並行するとの間違った仮説が存在するのではないかと思います。研究報告書（小生のＨＰからＰＤＦファイルで、５０頁ほどの報告書がダウンロードできます。）の全体を通してお読みいただくと、亜鉛欠乏症はいわゆる栄養失調とは異なって、全く普通の栄養状態でも（普通の人でも、元気な運動選手でも）生ずることが判るでしょう。それが、食欲不振や褥瘡や舌痛症や多くの皮膚疾患、皮膚症状の欠乏症状を生じているのです。疾病のある人は勿論、一見、健常人にも亜鉛欠乏症が存在すること、そして、簡単で安価な亜鉛補充療法で大部分が軽快、治癒すること、だから、ＴＰやアルブミンや何かハッキリしないアミノ酸の測定よりも、遙かに重要であると私は主張しているのです。
⑤静脈栄養で血清亜鉛値が高いのは、おっしゃる通り当たり前かも知れませんが、人体内で亜鉛が不足でないかどうかの指標には必ずしもなりません。亜鉛は最近の分子生物学の進歩で、ＺＩＰやＺｎｔ等の亜鉛トランスポータでコントロールされていること等などいろいろなことが判ってきました。静脈内投与された血清亜鉛値が体内の亜鉛状態を必ずしも表すものでないことはお判りかと思うのですが、老婆心ながら、血清値を見ながらアルブミン等の血漿製剤の補充療法？？をする様な現在の多くの医師達のデジタル思考の現状を考えると、一言付け加えさせていただきます。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛欠乏について

投稿者：kaneko　投稿日：2010年12月14日(火)22時10分51秒

初めまして
私は病院で働くNST委員の薬剤師です。
今、血清亜鉛とアルブミンの相関を調べています。
いろんな本や文献で、この2つが相関があるとでています。
どうして、この2つが、相関するのでしょうか？
当院の患者で調べたところ、相関がでませんでした。
（CRPや感染症なども考慮しました）
高齢者で長期臥床の患者だと低亜鉛＝低栄養とはならないのでしょうか？
また、その原因を考えていますが分かりません。
亜鉛が蛋白合成に関与していること
と亜鉛とアルブミンが結合して
血中に存在するからでしょうか？
亜鉛を測るのは、重要だといいたいのですが、
相関がでないため、当院で証明することができなく
困っています。

また、静脈栄養で、亜鉛を投与していた患者の血清値は
高い値を示していました（当たり前かもしれませんが・・・）
そうすると、静脈栄養の患者では、血清亜鉛値をどうのように
判断するのがよいのでしょうか？

（無題）

投稿者：オリーブ　投稿日：2010年12月13日(月)20時22分45秒

先生　お返事ありがとうございます。プロマック顆粒を毎日２袋　つまり15㎜飲んで早１．５ケ月過ぎました。まず4年間続いた下痢がぴたっと止まりました。咳き込むことも少なくなってきました。舌痛症は軽減しています。口の中のぬるぬる感はありますが我慢できます。口腔扁平苔癬はひりひりすることが少なくなり真っ赤にしていた粘膜が少しピンク色に変わってきています。これは難病といわれて治らないかもといわれていました。治ったら熊大の先生がその経過を教えてほしいといわれました。自分がその第一号になりたいです。口を横に開くのも痛かったのですが最近ではカラオケでも歌えるようになりました。元気になったなあ。そう感じています。まだ治療は続きますが元気になっていってるので病院にいく回数がぐっと減って月に1回になりました。又経過報告いたしますね。ありがとうございました。

典型的な経過と思います。

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2010年11月25日(木)11時51分7秒

みなみ先生

簡潔にして、要領を得た経過報告有り難うございます。
先ず、服用量は、現状では、２錠／日の続行でよいと考えます。
もう１ヶ月はこの容量で継続し、症状の経過追跡と１２週後の検査をして下さい。

経過を含めた診断の確実さについて、
初診時血清亜鉛値が６７で、下痢と食欲不振がプロマックの服用前後で明らかに改善し、その状態が、欲目ではなく、継続しているとすれば、舌痛については一応置くとしても、亜鉛欠乏症である可能性がますます高くなったと考えます。
血清亜鉛値６７は、もし生理的“個の正常値”とすると、統計的には健康成人の３～４％程度しか居ないことになりますので、確率を考慮しても欠乏症として良いでしょう。

次に、亜鉛補充療法を試行して、初診時６７、４W後７７、８W後６８は予想された典型的血清亜鉛値の動きです。１２W後にはもう少し上昇しているものと予想しています。
Al-P値が日頃400前後で、４W後408、８W後425は、Al-P値の短期、長期の生理的変動範囲は１０％前後と云われていますので、まだ何とも言えません。褥瘡等の多くの亜鉛欠乏症例では、亜鉛補充療法初期に、この１０％を越える明らかな活性の上昇があるのですが、これがあるとより欠乏症の確かさが増すのですが、１２W目を見てみたいと思います。

舌痛については、４W時は“軽減していますがまだあります”、８W時は“今も波がありますが、ガバペンを中止できています”とのことで、併用時のガバペンの効果と亜鉛補充療法の関係で、亜鉛補充療法の効果が出ているのかどうかよく判りませんが、舌痛の症状の変化は多くは“軽減し、忘れる時がでて、忘れる日がでて、揺り戻しては軽減して行く”経過ですので、今後も注意して、亜鉛補充療法前舌痛の経過と比較されて、追跡して下さい。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

経過報告

投稿者：みなみ　投稿日：2010年11月22日(月)18時42分40秒

倉澤 先生

プロマック服用8週間のデータを報告させて下さい。
血清亜鉛は開始前67・4週後77・8週後68、AL-Pは4週後408・8週後425でした。

舌痛には今も波がありますが、ガバペンを中止できています。
食欲はほぼ一貫して良好です。
月に何度か腸管蠕動亢進と思われる腹痛・下痢が起こるものの、普段の便が
従来は軟便や不消化気味だったものが、しっかりしたものになっています。

服用量はやはり2錠/日を続行するということでよろしいでしょうか。
どうぞ宜しくご指導をお願いいたします。

ありがとうございます

投稿者：みなみ✉　投稿日：2010年10月27日(水)22時53分9秒

倉澤 先生

プロマック服用量について、早速ご回答下さいましてありがとうございました。

申し遅れましたが、私は眼科医として総合病院に勤めています。
東洋医学の専門医や口腔外科での治療を経て、現在は自分自身で情報収集し同僚に依頼して検査指示と処方をして貰っている状況です。
先生にご指導いただけ、安心して治療を続けられます。
私の周囲にも舌痛に悩み半ばあきらめていた女性が複数いますが、希望を持ってプロマックの服用を開始しています。

歯の治療経過が悪く、偶発症に対する全麻耳鼻科手術が必要になったりして、延べ半年ほども鎮痛剤を服用し、痛くて噛めないために流動食のような食事が長期間続いたことが亜鉛欠乏に関連があるのかとも想像しています。

ガイドラインでは「機能性胃腸障害」があればピロリ除菌が推奨されているようで私も今年5月に除菌しましたが、除菌で症状が改善するのは15人に1人だそうで、実は亜鉛欠乏症という実態もあるのではと、想像をたくましくしています。

東洋医学でも口腔外科でも漢方薬が処方され、1年9カ月ほど服用しました。
食事がとれないことが漢方服用開始のそもそもの契機でしたが、舌痛はかえって本格化しました。
のちに判明したことですが、私の場合は多くの漢方に用いられる「人参」で舌腫大が生じて歯牙や口蓋との接触刺激が増強し、痛みに拍車をかけた様でした。
どなたかの参考になればと思います。

AL-P値の推移も含めて今後の経過を報告させていただきます。
どうぞ宜しくお願いいたします。

舌痛症へのプロマックの投与量

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2010年10月27日(水)21時20分11秒

みなみ様
　先ず、質問に対する返事ですが、プロマックは二錠/日で充分と考えます。現時点では増量の必要性はありません。初診時血清亜鉛値６７μg/dLで、四週後が７７とのこと、貴女の主治医は、キチッと理論的な亜鉛補充療法を検討されて、治療に当たっていると思えますので、信頼して任されていて大丈夫と考えます。どの様な薬も必要最小限が良いのです。
　二年来の舌痛、下痢、食欲不振とのことで、随分悩まれたことと思います。午前１０時採血の血清亜鉛値６７μg/dL とのこと、食欲への効果や下痢（にも？？）への効果も含め、これはもう典型的な亜鉛欠乏症と考えます。

　多くの舌痛症は一～四ヶ月で治癒しますが、小生のＨＰにも諸症例の詳細を載せてありますが、六ヶ月以上かかったものも数例あります。治癒の経過も、ドンと治るのもありますが、多くの症例で時々忘れる時がでて、忘れる日がでて、ぶり返しては徐々に、徐々に軽快して治癒して行くものが多いようです。亜鉛欠乏症の皮膚科症例でも、味覚障害でもどうしてか判りませんが、そんな傾向があるようです。そんな意味でも時々血清亜鉛値を測定して、徐々に血清亜鉛値が増加することを確認しつつ治療されると、貴女も自信を持って治療を受けられるのではないかと思います。また症状の推移を記録しておくのも良いでしょう。

　四週後の血清亜鉛値の変化から、貴女の場合は吸収障害がなく通常量のプロマックの投与でよいものと判断していますが、亜鉛値追跡の中で、なかなか亜鉛値が増加せず、症状も燻って変化しない場合は二錠を一回投与にするか、倍量投与にする必要がある場合もありますが、主治医に任されて良いと思います。あと、Al-P値がどの様に変化するかも、褥瘡に比して、舌痛症では余り変化しない傾向もあるようにも思いますが、追跡し教えていただければ幸いです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





以上は、新着順381番目から390番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

血清亜鉛値69μg/dLについて

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2010年10月27日(水)20時39分4秒

オリーブ様
　投稿有り難うございます。舌尖の痛み、口内の違和感（ぬるぬる感、ザラザラ感）皮膚の掻痒と血清亜鉛値６９μg/dL とは、私は９０%以上の確率で、亜鉛欠乏症でよいと考えています。口内扁平苔癬というのはどんな舌や口腔内所見なのか知りませ

んが、皮膚の苔癬の様な口腔粘膜の所見ですと亜鉛が関係しているのかも知れません。咳や逆流性食道炎はどうか？小生にはまだ判りません。
　何れにしても、血清亜鉛値６９μg/dL はこの様な症状がある患者さんでは、可なり大きな確率で亜鉛欠乏があると云ってよく、きっと上記の症状の可なりのものはキチッとした亜鉛補充療法で軽快治癒するでしょう。
　舌痛症については、小生のＨＰにあるごとく大部分は適切な亜鉛補充療法で１～４ヶ月で治癒しますが、中には少数ですが、それ以上かかるものもあります。そんな意味では、亜鉛補充療法に伴う血清亜鉛値の変化を追って（一般に欠乏症ですと、初期に大きく上昇して、初期値付近に下がり、それから徐々に上昇する傾向がある）亜鉛欠乏症であることを確認しつつ治療をするのが良いと思います。
　なお、口乾感はどうゆうものか、経験上舌痛より治りにくい感じがしています。何れにしても人間は忘れやすい動物で、症状の経過を日記的に付けておくと、治療に役立つように思います。また、舌痛症状消失後もしばらく補充をつづけるのがよいと思います。お役に立てれば幸いです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





相談させて下さい　投稿者：みなみ✉　投稿日：2010年10月25日(月)19時59分58秒

倉澤先生、はじめまして。
2年来の舌痛に苦しんできた者で、こちらのサイトにたどりつけて喜んでおります。
ご多忙のところ申し訳ありませんが、プロマックの量についてご相談させて下さい。

舌痛に先行して下痢と食欲不振があり、西洋薬・漢方薬を種々服用してもはかばかしく
効果が感じられませんでした。
4週間前からプロマックDを2錠飲み始め、食欲はすぐに回復しました。
下痢は頻度が減って来てはいたのですが、服用開始後は更に改善しています。
舌痛は軽減していますがまだあります。

プロマック開始の2週間前から舌痛対策として癲癇の薬のガバペンを服用
していますが、その量を減らすことができています。

午前10時採血の亜鉛数値ですが、開始前が67で開始4週後が77でした。
ALPは開始直前には測定していませんが、開始4週後で408でした。
（γGTPとともに長年高値で従来から400前後でした。）

プロマックの服用量は現在の２錠のままで、増やさなくてもよろしい
でしょうか。

どうぞ宜しくご指導下さいませ。

有難うございます

投稿者:オリーブ✉ 投稿日:2010年10月25日(月)14時58分38秒

自分の体のことについて
今日このホームページにたどりつき
なぞが解けたような感じです。

今　56歳
口の中のぬるぬる感　舌先の痛み　ドライマウス（病院では違うといわれる）
口腔扁平苔癬　どれだけ苦しんだことでしょう。

舌先をどこにおいていいのか・・。
病院では心身症みたいに言われるし
誰に訴えてもわかってもれない

たまに舌が鮫肌のようにざらざらするし
唾液がすごくまずいし・・・。

先日亜鉛値を知りました。
69でした、
そこでプロマックを処方していただき
このホームページにたどり着いたしだいです。

皮膚も痒い
のども弱い
気管支喘息のように咳もでる
逆流性食堂炎にもなったし・・・。

ほとんど当てはまることばかり。

これからは亜鉛不足だと原因がわかったので
ぜったい健康になれる。
そう確信しています。

本当に有難うございました。

治療にがんばります。

食欲不振とPEGの件

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2010年 7月 2日(金)05時33分31秒

土屋　誉先生
　PEG造設の賛否への亜鉛欠乏症に関する投稿を見て、小生も直ぐ、先生の投稿であろうと気が付きました。TNT講習会を始め、亜鉛欠乏についての啓発活動に心から感謝致します。小生のHPの訪問者数を見ていますと統計的におよそ一定の傾向があるのですが、最近予期せぬ変動があり、どうしたのかなと思っておりましたら、先生のご講演の影響などもあるのですね。やっと判りました。
　PEG造設の件は、諸閲覧者の投稿をさらりと見ただけですので、一応あんな原則論の内容になりましたが、相談された医師の“あの患者さん”自身の現在の状態がどうかにより、もう少し具体的な投稿をすべきかと考えています。あの患者さんは典型的な亜鉛欠乏による食欲不振の可能性が大きいですね。ご高齢で、“もう寿命と判断される諸状況でない”原因不明の食欲不振は、殆どが亜鉛欠乏症と言ってよく、絶対にPEGの適応にすべきではありません。

今日はこれから、京都で開催される第２１回日本微量元素学会に、①“血清亜鉛値８０μ/dLの意味するもの”と題して血清亜鉛値８０μ/dLのカットオフ値としての有用性について、と②“舌痛症は、殆ど、亜鉛欠乏症である”と小生のHP上での症例分析などからのnarrative Evidenceとそれらの群の血清亜鉛値を、感度、特異度の図に当てはめて論じて来ようと、京都に出発です。先生の投稿を機会として、後ほど掲示板に、この二点についての学会発表の内容の概略を載せようと思っています。

---

m3.comの投稿

投稿者:土屋　誉✉　投稿日:2010年 6月30日(水)14時47分6秒

m3.comに高齢者のPEG造設の賛否についての議論がされており、多くの閲覧者がいましたが、倉澤先生の事例を引用して投稿いたしました。その後、先生も投稿されたようですが、もっと亜鉛欠乏症状について関心が向けられるべきであると思っています。先日仙台で行われた医師を対象とした2日間にわたるTNT(total nutritional therapy)講習会で講師をしましたが、亜鉛欠乏についても言及いたしました。栄養関係の仕事もときどきありますので、できるだけこのHPに訪れるように啓発活動を微力ながらさせていただくつもりです。

AST、ALT上昇について

投稿者:のり　投稿日:2010年 6月 9日(水)17時01分10秒

倉澤隆平先生

詳細なお返事をいただきましてありがとうございました。
3例ともプロマック開始後およそ2週間～3週間後にAST、ALTは50前後と上昇を認めました。
3例ともプロマックは中止し、1例はプロマック中止後すみやかにAST、ALTは正常化しました。
残りの2例は現在、中止して今後採血でフォロー予定です。

先生のこれまでの膨大な症例のなかでプロマックによるAST、ALTの上昇がみられないとのことなので、私の症例はプロマック以外の原因で数値が上昇したのだろうかともう一度考えなおしているところです。

残りの2例についても何かわかればここに報告させていただきます。
亜鉛欠乏の患者さんを補充療法で少しでも元気にできるように精進しようと思います。

ありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

プロマックの肝機能障害？？

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2010年 6月 9日(水)15時07分48秒

のり先生

亜鉛欠乏症への亜鉛補充療法の追試と貴重なご投稿、有り難うございます。
亜鉛補充療法による肝機能障害の経験はあるか？とのご質問ですが、AST,ALTの上昇が肝機能障害と言うのかどうかは別として、プロマックによる500例余の補充療法での肝機能障害の経験はありません。
AST,ALTの有意の上昇についてですが、AST,ALTの個人的生理的変動幅が“数値としていくらか？”は定かではありませんが、プロマックによる補充療法のみで“有意に”上昇したケースの経験は、現在、記憶にありません。
プロマックによる補充療法開始の頃に、乃至は、補充療法中にAST,ALTが変動して、その原因を追跡したケースは数例あります。総胆管結石発作や総胆管結石によるもの、他院で抗生物質が併用投与されていたものなど鮮明に記憶に残っていますが、それぞれ、原因が判明し、慢性的に検査値が上昇して、診断不明だったものはなかったと言えます。少なくとも、プロマックの補充療法でAST,ALT値上昇のために投薬を中止したものは、記憶にありません。

私共の診療所では、四名の医師で、日々の担当医師が検査報告結果を一括チェックし、患者さんにはそのチェックも含めて、次回の診察時に再チェックと意味づけをして、話をしていますので、プロマックによる肝機能障害が見逃されている可能性は殆どないと言って良いのではないかと考えています。
また、その様なチェック体制の中でAL-P値の生理的変動許容範囲を超えた変動がしばしば生じ、その推移が診断の一助になることを発見したのですが、その他γ-GTPやLDHには、比較的不規則な変動はあるものの、規則性を示す大きな変化がなかったので　、また、脂質や腎機能は全く関係性が感じられなかったので、その必要性のある

と判断されたとき以外、亜鉛欠乏症の検査項目とはしていません。
　勿論、生理的許容変動範囲外値かどうかは一応おいて、軽度のAST,ALT値の予想外の変動をしたと判断されるケースがあれば、担当医が直近中に再検して、その変動が何らかの意味があるのか？ないのか？チェックされたケースの存在は否定できません。

　私共の診療所では、2002年秋からの亜鉛補充療法施行の初期の頃は、特別のことがなければ、血清亜鉛値の検査と全般的な血液生化学検査を月一回（場合によっては開始月だけは半月に一回の時もあったが）が原則で、二～三ヶ月して、傾向が判明すれば数ヶ月に一回、亜鉛値とAl-P値の測定、その後半年に一回程度の全般的血液生化学検査ですので、プロマック投与初期の変動は見落としているかもしれません。また、投与開始の一週又は二週の試行投与時に、胸が熱くなるとか、この薬は合わないとの訴えで、これまでに三～四例はそのまま中止した症例があり、そのケースのAST,ALTは調べてありませんので何とも言えません。
　私共のケースではこんな状況です。先生のご指摘もありますので、以後、もう少しそのことに注意してみますが、先生のケースはどの程度の変動で、その後、その変化はどうだったのでしょうか？

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

プロマックによる肝機能障害について

投稿者:のり✉　投稿日:2010年 6月 8日(火)14時37分57秒

倉澤隆平先生

はじめまして。
愛知県で療養型病院の内科勤務医をしているものです。
亜鉛欠乏について先生のサイトで勉強させていただきました。
早速、褥瘡患者、皮膚疾患を持っている患者、他の患者に比べてよく発熱する患者などの
亜鉛欠乏が疑われる患者の亜鉛を測ってみるとほぼ全例血清亜鉛値が低値であり、
プロマック150mg分2で補充療法を行っております。

プロマックを投与しているとこれまでに10例中3例AST、ALTが軽度上昇したのですが、先生のこれまでの御経験上、プロマックで肝機能障害が生じた例はありましたでしょうか？（もちろん、腹部エコー上器質的な異常なく、肝炎ウィルス、EBV、CMVは陰性であり、薬剤も疑わしいものはプロマックのみ。）

添付文書調べてみましたが、肝機能障害は頻度的にはかなり低いという記載ですが、プロマックは合計10例くらいなので、そのうち3例は頻度的に多いと感じております。

お忙しいところ恐れ入りますが、教えていただけましたら幸いです。

是非、講義を！！

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2010年 6月 6日(日)18時37分11秒

土屋　誉先生

　早速、追試をして下さっているとのこと、有り難うございます。原因のない食欲不振の患者さんの多くは亜鉛欠乏症と言ってよいと思います。特に、入院している患者さんで、急性期が過ぎて、食欲不振となる原因のない患者さんの大部分は亜鉛欠乏症と言って良いと、小生は考えています。入院するような疾病のストレス（状況）で、キッと亜鉛が多く消費比されるのではないかと考えています。
　兎に角、入院を契機に食欲不振となり、その為に不適切な輸液をされ、益々食欲不振が進んで、鼻腔栄養になったり、果ては胃瘻を造設される患者さんも多く、大変お気の毒に思っています。特にご高齢で、脳血管障害の患者さんが、簡単に胃瘻を造設され、介護福祉の施設や地域にどんどん送り出され、とてもお気の毒です。
　内視鏡で胃瘻造設が簡単に出来ること、大変に困ったことですが、胃瘻造設の適応のある患者さんなんて、滅多に居ないはずです。食べないことは胃瘻造設の適応にはなりませんよね。　私共の施設でよーく観察していると、最後まで残るのは食の自立で、かなりの麻痺のある方でも、一生懸命食べておられます。ヒトは食欲があれば食べるのです。

　講演でも述べましたが、喉の渇いた時のビール、お腹の空いた時の食事、美味しい

ですよね！！　でも、乾きのない時、飲め飲めと勧められるビール。腹の一杯の時、食え食えと勧められる食事。辛いですよね！！　いわんや、拒否も出来ず、次々と詰め込まれる食事の辛さ！医療人は、医師は！！自分自身のこととして知るべきだと思うのです。
　先生、是非是非、大学でこのことを教えてあげて下さい。

仙台からです。 投稿者:土屋　誉 ✉ 投稿日:2010年 6月 6日(日)15時45分38秒

先月の講演ありがとうございました。上田高校の後輩です。先生の講演のあとさっそく、外科病棟入院中の食欲不振のご高齢の患者さんに、プロマックを処方してみましたが、数日後から食欲が出てきて元気度があがりました。びっくりしました。NST回診をしていますと、食欲のない高齢者が多く、困っていましたが、最近では時々プロマック処方しています。褥瘡回診もしていますので、いろいろ試してみます。
宮城大学でWOC(Wound,Ostomy,Continence)認定看護師の養成スクールでNSTなど栄養の講義を予定していますが、このHPのスライドをちょっと拝借いたします。ご了解ください。





《前のページ | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 次のページ》
以上は、新着順391番目から400番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ　管理者へメール

teacup.[掲示板][掲示板作成][有料掲示板][ブログ]　RSS

管理者メニュー　自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

亜鉛の過剰摂取にならないか？

投稿者：倉澤隆平 投稿日：2010年 6月 5日(土)10時23分12秒

なつ様

亜鉛測定は血清亜鉛値の測定ではなかったとのこと。毛髪などの組織の亜鉛については、その測定値についての経験がないので、まして亜鉛不足、亜鉛欠乏症と組織亜

鉛値の関係については何とも言えません。

亜鉛の過剰摂取とならないかとのご心配については、過剰摂取にはなりません。

これまで、亜鉛中毒としての報告があったのは、①亜鉛を蒸気として、肺から吸収したものと、②腎透析の透析液に高濃度の亜鉛が含まれていたもののみでした。①は、溶接業または亜鉛工業の職上病としてのフューム熱として知られたもので、②は、症例報告としてあったことで、滅多に生じないことです。つまり、呼吸系、静脈系からの亜鉛の投与は気を付けなければいけません。ただ、最近、ニュースでお気づきかと思いますが、③義歯の接着剤を大量、毎日使用したことによる銅欠乏などの貧血例でしたか、副作用が報告されたようですが、亜鉛量として一日３０００ｍｇにも及ぶ大量の摂取であったとのことです。つまり、経口（腸管系）からの治療量の投与では、中毒や過剰の報告はありませんし、小生の経験でもありません。

プロマックの朝１錠（亜鉛１７ｍｇ）、夕２錠（３４ｍｇ）計５１ｍｇでは全く問題ありません。私共の経験で、原則的処方の３４ｍｇ朝夕分２では、臨床効果も血清亜鉛値やＡＩ－Ｐの変化のあまりない、吸収障害と考えられる“くすぶり状態”の、症例十数例に、長期間、４錠（６８ｍｇ）分２や２錠（３４ｍｇ）分１投与をしていますが、それぞれ個人の固有の血清亜鉛値に到達するとそれ以上には上昇しません。つまり、腸管粘膜で吸収の制御がされており、その詳細も判りつつありますが、ここでは省略します。

なお、サプリメント半年ほど服用されたとのことですが、一日量としてどの程度服用したものでしょうか？あなたの症状が亜鉛欠乏症とすれば、治療としての亜鉛量が必要と私は考えています。栄養不足の補充と治療とは分けて考えた方が良いと思っています。その意味では、治療としては変則的ですが、プロマック３錠投与、特に２錠投与は意味があるのかも知れません。舌痛の変化、口唇やその他の皮膚、爪、毛髪の変化を注意深く観察されるのが良いでしょう。今はデジカメが簡単ですので、２週おきくらいに撮影するのもいいでしょう。





説明不足でした　投稿者:なつ　投稿日:2010年 6月 4日(金)04時21分57秒

ミネラル検査は爪から検査するもので病院で検査したのではないです。
亜鉛は１７４PPMでしたが半年は自分でサプリを買って飲んでいたので良くわかりません。
毛髪検査だとかなり前までわかるかなと思うのですが病院で自己負担（保険適用なし）と
どちらが安くのでしょうか？あと今プロマックは１T朝と夜で２Tで過剰摂取にはいませんか？

亜鉛はたりている？　投稿者:倉澤隆平　投稿日:2010年 6月 1日(火)17時36分55秒

なつ様　久し振りです。

“亜鉛はたりている結果みたいです。舌のヒリヒリと爪のガタガタはあります。”とのことですが、『血清亜鉛の基準値は正常値ではない。』のですが、たりているとはどんな値なのでしょうか？
現在、医師でも『基準値は正常値』とうっかり間違えている方が大部分なので、今日は素人のあなたにもわかるように、（多少不正確のこともありますが）この話をしましょう。

ただ、頭が痛くなる前に、プロマック錠の増量についてですが、以前にも書いたように出来れば、闇雲に適当に薬を服用したり、増量したりでない方がいいと思うのです。少なくとも“たりている”という亜鉛値の変化がどう動くのか程度は検査された方がよいと思うのです。
また、岡山ではまだですが、広島では２回。福山で１回話をさせていただきましたが、まだまだ努力不足のようですね。

さて、血清亜鉛値の基準値の話ですが、基準値はは現在 65～110μg/dLと一般にされています。それは、一応亜鉛不足でない多くの健康人の血清亜鉛値を調べるとその95%の人がその中に収まるということなのです。
血清亜鉛値などというと何か難しそうですので、日本人の体重にたとえましょう。人間は肥っている人から痩せている人までいますが、大部分の人は普通40kg～80kgの体重にあるとしましょう。でも、少数でも普段、38kgだって100kgだって健康で元気な人はいますよね。でも、統計的処理で95%の人が含まれる数値を一応基準値というのです。ですから正常値でないことはおわかりですよね。
さて、日頃50kgの人が何の理由もなく38kgになれば、何かおかしいのでないか？病気でないか？と疑うのは当然ですが、70kgの人が故なく55kgに激やせすれば、基準値ないであっても、当然病気を疑いますよね。100kgの人が85kgになれば、基準値以上に肥っていても病気の可能性がないかと考え検討するのが普通ですね。
さて、血清亜鉛値の非亜鉛欠乏と考えられる基準値は65～110μg/dLですが、私どもが亜鉛欠乏症確定の257名の患者さんの（初診時）プロマックを投与する前の血清亜鉛濃度の基準値、つまり、病気の群の基準値は36～89μg/dLとなりました。亜鉛欠乏患者さんと亜鉛欠乏でない人が大きく重なっているのです。頭がパンクしそうですね。簡単な話をしましょう。
専門家の立場で見て、あなたのように可成り、亜鉛欠乏症の可能性の高い人の初診時血清亜鉛値は80μｇ/dL以下でしたら、欠乏症の可能性が非常に高いと先ず考えるのが、よいと思います。中には、少数ですが、80μg/dL以上のことも当然あり、そのときは治療中の血清亜鉛値を追いかけて、欠乏症かどうかの診断をつけます。もう頭がパンク寸前かも知れません。亜鉛を測定してくれた医師に、この話プリントアウトして、相談するのがいいですね。
この話、７月に京都で開催される第２１回日本微量元素学会でも発表します。本当はごく当たり前のことですが、多くの医師が、この間違いに、早く気がついてくれるとよいのですが、、、、。

ミネラル検査　投稿者:なつ　投稿日:2010年 5月29日(土)02時50分42秒

亜鉛はたりいている結果みたいです。が。昨日から十二指腸潰瘍になりタケプロンとプロマックDを処方されました。一日二錠です。あいかわらず舌のヒリヒリと爪のガタガタはあります。もし私が亜鉛の吸収が悪い吸収障害があるのなら医者には何と伝えて増錠してもらえば良いですか？広島や岡山には先生の講演など聴きに来る病院はありますか？

常識を変えること、本当に大変なことです。　投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2010年 5月27日(木)15時25分45秒

松澤健夫先生
　名古屋内科医会での講演をお聴きいただき、有り難うございました。又、お褒めいただき、大変恐縮に存じます。英文論文としてpublishするようにとのお勧めも、心して承りました。
　私のＨＰのニュースの欄の冒頭にも載せたごとく、私共が、2002年秋に、この亜鉛欠乏症の存在に気が付き、2006年3月に、亜鉛欠乏に関する研究報告書『亜鉛欠乏症について～亜鉛欠乏症の臨床および住民の微量元素亜鉛の不足傾向について』を発刊、世に出した時、信州大学老年医学教室前教授の山田隆司先生から『倉澤君よくやった。だが、亜鉛があれにも効く、これにも効くと言うようなことを言うと、私には判るが、今の医学誌のEditor達にはとても理解できないから、どこの医学誌でも、論文を採用してくれないだろう。何か重要な症状一つに絞って論文を書いた方がいい。』と忠告して下さり、盛んに英文論文としてpublishすべきことを勧めて下さいました。
　しかし、この亜鉛欠乏症は実に多彩な欠乏症状を示し、あれも、これも亜鉛欠乏症の重要な症状で、“亜鉛補充療法は、実に多彩な亜鉛欠乏症状のあれにも効く、これにも効く”と言う困った事実でした。更に、文献を調べてみると、1961年、Prasadがヒトの亜鉛欠乏症の存在を示唆する論文を出してから現在までに、個々の欠乏症状については、それぞれバラバラではあるが、おおよその報告はされていました。
　しかし、私共が一人一人の患者さんから知った事実は、住民の血清亜鉛濃度の疫学的調査も含めて、①たった１つの微量元素亜鉛の不足で、実に多彩な欠乏症状を生ずること、しかも、②そんな欠乏症の発症はrare caseと考えられていたのに、実に多数の発症があること、③味覚障害、食欲不振や褥瘡や舌痛・口内違和感やごく当たり前に見られる老人性皮膚掻痒症から多くの難治とされ、原因不明とされてきた“難病の皮膚疾患”も、その多くは簡単な亜鉛補充療法で簡単に治ること、④この飽食の時代に、常識的にはあり得ないと考えられてきた微量元素亜鉛の不足傾向が、実は多くの国民に存在していること、⑤基準値は正常値とうっかり間違えていて、亜鉛についても、欠乏症であるから血清亜鉛値は低値であると信じて診断しているのが、医学界、医療界の現実であること、etc,etc,etc,,,。これまでの医学、医療の常識に反することばかり、、、、、。これらの多くの常識に反することをキチッと理解させるにはどの様な論文を書くべきか？？疑問とせざるを得ませんでした。
　不自由な英語でない自由な筈の日本語でさえも、名古屋での講演がこの七年余で１１３回目と申しましたが、学会での発表の他にＨＰを開設し、研究報告書を、ご指摘のごとく誰にでも自由にダウンロード出来るようにして、全国各地で１００回を越える講演をし、更に、ＨＰには、どの様な批判も受けるべく、多くの生のデータも載せ、掲示板も用意して、この知見の普及に努めて参りましたが、常識を変えることは如何に大変か、つくづく実感してきました。亜鉛欠乏症の補充療法として、現在は唯一の治療薬であるプロマックでさえ、この五月の国保連合会中央会の報告では、“適応でない”と保険適応薬として認めていない国保の審査委員会が、まだまだ、１７県も存在するのです。
　しかしそれでも、幸い、最近は徐々に認められてきたのでしょう。各地での講演会には医師は勿論、多くの医療、福祉の方々や一般の方々も参加され、実に適切な質問が数多くいただけるようになりました。日本に置いてはもうひと頑張りかと思っております。
　今後とも、是非、厳しいご批判、アドバイスを、そして、生化学的なことなどお教えいただければと思っています。
　先生、現在、全身悲惨な皮疹であった紅斑性乾癬の患者さん、たった日に２錠のプロマック投与の亜鉛補充療法で、劇的に改善しつつある症例を追跡しています。もっともっと、新事実が出てくることでしょう。書きたいこと、教えていただきたいこと沢山あるのですが、今日はこの程度に止めます。

素晴らしい講演を拝聴しました

投稿者：Greenisar✉　投稿日：2010年 5月23日(日)06時54分39秒

昨日5月22日名古屋内科医会で「亜鉛欠乏症の臨床研究」についてのご講演を拝聴し、近来久しく感じなかった強い感動を覚えながら聴いておりました。先生はPDFファイルにして、誰でもダウンロード出来るようにされていますが、英文でpublishされたのですか？これだけの内容であれば、英語論文に出来るはずですからなるべく速く、まとめられて第一報を出されるようお勧めいたします。NIH国立図書館のPubMedでHuman zinc deficiency Clinical studiesで調べたら、40ヒットしてきましたが、先生がされているレベルの臨床研究は全くありません。レビューも2つ書かれています。tracerによる亜鉛代謝の研究も米国ではされているようですね。日本の一つのElderly populationにおけるzinc deficiencyのclical studyと題して褥瘡と皮膚疾患を中心に、血清亜鉛値の分布・変動などを分かりやすく纏められて英文論文にして発表されたら、理解しやすくアピールすると思います。どの雑誌がよいかは生化学関

係は知っていますが、臨床研究ではLancet、ClinicalInvestigationなどありますが、採択されやすさなど分かりません。誰か知っている方がいると良いのですが。

http://taisyaanime.life.coocan.jp/index.html

血清亜鉛値測定と亜鉛服薬について

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2010年 4月27日(火)16時28分42秒

血清亜鉛測定日に亜鉛の服薬をさせているかどうか？について。
答え：前日も当日も普通の通り、服薬してもらっています。
亜鉛製剤投与での血清亜鉛値の変化についてですが、人体を対象にしたものは勿論、動物実験でも、服薬後、経時的に追跡したデータは知りません。調べたのですが、キットないと思います。ただ、臨床的にプロマックの経口投与による補充療法では、講演でも述べましたし、ＨＰよりダウンロード出来る研究報告書でも報告していますが、補充療法初期に（正確には不明ですが、約１～２ヶ月の間）多くの症例で、可成り急激な血清亜鉛値の上昇があり、その後、初期値付近の低値に戻って、そこから徐々に、徐々に増加して行く傾向があり、症例にもよりますが、月単位の測定ではそう急激には増加しませんので、その変化率を考えると、補充療法初期にはいざ知らず、服用によって血清濃度が大きく変動することは、特に“経時的に変動することは余りない”と、私は考えています。服薬による血清亜鉛値の変動より、日内変動や血清分離の遅れによる変動の方が問題と考え、外来の患者さんの都合を考え、午前採血や出来るだけ早い血清分離など勧めているのです。老婆心ながら、総て午後の方が都合がよい診療環境では、その医療機関内で、基準値の勘案などが必要ですが、全部午後採血でも一向にかまわないと考えます。

ラップ療法のサイト訪問しました。

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2010年 4月27日(火)13時37分40秒

鳥谷部先生 仙台市での宮城県皮膚科医会での小生の講演お聞きいただいて、有り難うございます。また、早速、掲示板への投稿感謝します。小生も、先生のラップ療法のサイトを覗き見させてもらいました。今後、もう少し時間をとって、じっくり再訪問、勉強させていただきましょう。
さて、褥瘡は、褥瘡学会やその他の諸研究でも認めている様に、患者さんの局所的要因や全身的要因に、患者さんを取り巻く諸環境要因等などが合わさって、発症し、その改善が図られないと難治となることは申すまでもありません。そして、学会などでは、全身的要因については、栄養、特に、その指標として、アルブミンやＨｂの濃度などが統計的に論じられて、栄養の改善など勧められていますが、医療の現場で、その改善はそう容易でないことは周知のことと言えます。そこで、これまで褥瘡治療は、種々の軟膏療法や除圧の局所療法が中心に、精力的に検討されてきました。
小生はフトしたことから、亜鉛の多彩な生体への機序に気付き、褥瘡の発症と治癒にも亜鉛が大きく関与していることを知り、これまでの学会や世の中の常識に反して、褥瘡発症．難治の主要因は亜鉛欠乏であると多くの経験と実例を上げて主張してきました。勿論、局所的な要因も大切で、適切な処置は必要ですが、複雑で、特に高価な軟膏療法は殆ど必要なく、看護介護もそれなりの看護介護であれば、大部分の褥瘡は亜鉛補充療法で治癒し、予防も可と、現在は考えています。つまり、安価で安全な亜鉛補充療法の試行を先ず試みて欲しいと考えています。
しかし、当然、亜鉛欠乏を主要因としない褥瘡の発症、例えば、死直前に発症した褥瘡の様に、全身的代謝が乱れたものは駄目ですが、その様な亜鉛欠乏を主要因としない難治褥瘡の検討を現在進めています。
先生のラップ療法は、創傷治癒理論に基づく局所療法で、現行の高価な種々の軟膏療法は不要と強調されていますが、小生も軟膏療法については、どうもその様に感じています。しかし、小生の所では直径１７㎝にも及ぶ褥瘡は経験がなく、亜鉛補充療法のみでは太刀打ちできない様な難治褥瘡に遭遇すれば、小生の亜鉛補充療法と適切な局所療法を組み合わせて対処することは、医師として当然のことと考え、是非、是非、勉強させていただこうと思っています。そして、疑問点、問題点などあれば、質問し、批判させていただこうとも考えています。
先生も、先生の経験、理論より生み出したラップ療法に合わせて、亜鉛補充療法を試行され、問題点を厳しく指摘していただきたいと思います。医学医療は自然科学に基づいています。自然科学を学とはそう言うことでしょう。

仙台市での講演と質問

投稿者:ミック✉　投稿日:2010年 4月26日(月)05時52分49秒

４/24の講演を拝聴しました。とても勉強になりました。
先生にご質問があります。

血液検査ですが、朝の採血の時間を9-10時とされておられましたが
その日は、プロマックを服用して来ているのでしょうか
亜鉛の血中濃度が気になりました
それから、先生に個人的にご相談したいのですが
そういったことは可能でしょうか
今、亜鉛の研究を始めました
ここ2年間で何とかしたいと考えております
お力をお貸しいただきたい
ご指導、ご教授をいただきたいのですが・・・

【宮城県皮膚科医会学術講演会】 投稿者:toriyabe@ラップ療法 投稿日:2010年 4月25日(日)19時46分59秒

平成22年4月24日（土）仙台市
「こんなにも多い亜鉛欠乏症！！食欲不振、舌痛から褥瘡、多彩な皮膚疾患も？～臨床症状の謎が最新の亜鉛研究で、徐々に明らかに～」

講演拝聴しました。聞きしに勝る、目からうろこのお話でした。
遅くまで親しくお話いただけたのも幸甚でした。
サイト拝見しました。エビデンスがいっぱいですね。
ラップ療法のサイトにも遊びに来てください。

http://www.pressure-ulcer.net/





以上は、新着順401番目から410番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

---

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

（無題） 投稿者：なつ　投稿日：2010年 3月10日(水)12時57分22秒

今服用している薬はパニック発作がでるためソラナック（安定剤）眠薬（ロヒプノール）です。仕事でお酒を週４日は飲みますし飲酒は亜鉛不足になるみたいですので自己判断で亜鉛のサプリを呑み始めました。
あと爪でミネラル検査が出来るキットで検査中





ありがとうございます。 投稿者:長女 投稿日:2010年 3月 9日(火)15時26分14秒

倉澤さま、ありがとうございます。
早速、父（８７歳）に話し、受診するようにしたいと思います。
８７歳ですが、週に二回は２時間　ウォーキングし、体には気をつけているので、味覚、臭覚も取り戻してもっと、楽しい余生を送って欲しいと思います。
ありがとうございました。

RE;味覚とにおい 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2010年 3月 9日(火)00時01分1秒

味覚とにおいの症状のようですので、私は臭覚については一例だけしか経験がありませんが、味覚障害と亜鉛欠乏の研究をされた日大耳鼻科の名誉教授富田寛先生は味覚障害と臭覚障害どちらも亜鉛欠乏と関係あると言われていますので、亜鉛欠乏の可能性が高いと思います。
ただ、亜鉛欠乏症も含めた鑑別診断は必要で、父上の場合、その基本の臨床科は耳鼻科です。歳をとっても生きて行く基本的な感覚ですから、歳だからではお気の毒です。
日本の学会や医療界で不思議なことは、同じ耳鼻科でも大学が異なれば、味覚障害など全く知らない、興味ないと言う耳鼻科の医者も多いので困ってしまいます。
大阪のことはよく判らないのですが、亜鉛欠乏の臨床研究をしっかりやられたのは阪大の小児外科ですから、また、亜鉛生物学の基礎研究は阪大の平野俊夫先生のグループが世界を引張っていますので、阪大の耳鼻科では関心を持っていると思いますが、当たってみては如何でしょうか？

検査せずに服薬は？？ 投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2010年 3月 8日(月)22時48分52秒

なつ様

たとえば、検査せずに服薬はどうか？

周りの医者達が、なかなか貴女の訴えに耳を傾けてくれない。『俺は医者で、医学のことは何でも知っているんだ。素人の患者の言うことなんて、聴けるか！！ましてや、俺が聞いたこともない亜鉛欠乏のことなんて、患者に言われては、沽券に拘わる』と言う医師ばかりではないと思うのですが、それでも、そんな医者も多いことは、同じ医師である私も認めて、大変残念に思います。
私が医学生時代に教え受けた、解剖学教授の小川鼎三先生が【医学の歴史】と言う名著を残されました。その本を良く読めば、その時代時代で、認められ、信じられて、広く行われていた医学医療の七割方は間違っていたと言えましょう。医学医療で判っていることなんて、ほんのちょっぴりで、判らないことだらけなのです。だから、医師は、常に謙虚に現実を見つめ、判ったこと判らないことをハッキリと意識し、常に勉強する必要があると思うのです。
さて、亜鉛欠乏症でも褥瘡や味覚障害など、例外はあっても、ほぼ大部分が間違いなく亜鉛欠乏症と言ってもよい症状には、検査もせず服薬するのでもいいかと思っています。
ただ、貴女の場合の様な、かなり長年に渡る亜鉛欠乏を疑わせる諸症状を併せ持つものでは、出来れば最初の血清亜鉛値を測定して、その程度と経過を追って、亜鉛欠乏症である可能性を確実にすることを勧めます。
特に、舌がヒリヒリという、いわゆる舌痛症は、私は大部分が亜鉛欠乏症であると考えていますが、これまで舌痛症を専門にしてきた殆どの医師達が原因は何か判らないとしてきているものです。殆どの医師達が貴女と同じく、適当に、補充療法をして、効果がなかったから亜鉛欠乏症でないと結論してきた症状です。
それに、①亜鉛欠乏症とすればかなり長期に、少なくとも６ヶ月以上は補充療法をしないと効果が現れてこない可能性もある、治療効果の発現が遅い髪の毛や爪、口唇炎それに舌痛症に関わることです。また、貴女の場合は②腸管からの亜鉛トランスポーターの機能が関係する吸収障害がある可能性があって、その場合は、亜鉛補充療法の原則的な投与量（プロマックＤ２錠）では効果が現れず、増量の必要性が出る可能性があることです。
効果があるのかどうかも判らずに、闇雲に長期間治療をすること、貴女は堪えられますか？本腰を入れて、治療が出来ますか？
もう一点、貴女は、日頃、沢山の薬を服用していることはないでしょうね？例えば、チラージンの様な甲状腺の薬を服用していることはないでしょうね？

貴女の投稿だけではよく判りませんが、出来れば、いい加減に治療を試みないで、医師と協力して、治療を試みられるのがいいと思うのですが、如何でしょうか。

味覚とにおい

投稿者：長女　投稿日：2010年 3月 8日(月)10時29分43秒

はじめまして。よろしくお願いします。
父は母が一年半前に亡くなって以来、一人暮らしです。
一週間に二日くらい、食事を届けますが、あとは自分でいろいろ作っています。
と言っても、同じ様な物ばかり食べているようで心配しています。

さて、心配なのはコーヒーの香りが全くわからないと言うことです。
いつからなのか分からないのですが、自分で豆を挽いて入れるほどコーヒー大好きな父なので、可哀想に思っています。

また、味もあまり分からないと言っています。
香りが分からないから味も感じないのかとも思いますが、もし、亜鉛不足ならどうすれば良いでしょうか？

耳鼻科へかかったら、もう歳だから仕方ない、と言われたようです。
何とか、してあげたいのですが、サプリで亜鉛を始めてみようかとも思いますが、かまわないでしょうか？
もし、プロマックを処方していただくためには何科にかかれば良いですか？
こちらは大阪です。
お忙しいところ、申し訳ありません。

たとえば

投稿者：なつ　投稿日：2010年 3月 7日(日)14時19分44秒

検査せずに胃腸が悪くプロマックで以前治ったと言って処方してもらって
今のヒリヒリ感などが改善すれば亜鉛欠乏というこですよね

ありがとうございます。

投稿者：聡 ✉　投稿日：2010年 3月 5日(金)07時58分58秒

丁寧なご返事をいただき、ありがとうございます。改めまして、ご連絡させていただきます。

Re 亜鉛のお薬について

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2010年 3月 4日(木)12時49分4秒

聡 様

アトピー性皮膚炎に悩まれているとのこと、お悩みのことと思いますが、私はキッと治癒する、治癒しないまでもかなり軽快すると考えていますので、頑張っていただきたいと思います。ただ、私は、ＨＰにも、研究報告書にも書いていますが、他の皮膚科の症例の治癒経過、亜鉛の生体内での役割等などから、アトピー性皮膚炎も亜鉛欠乏が主要因と推測していますが、自身での治験はありません。皮膚科では有沢祥子医師が豊富な経験をお持ちですから、検索してみて下さい。
さて、亜鉛の薬のことですが、確かに、サプリメントなども出ているようですが、私はアトピー性皮膚炎の様な、ハッキリとした欠乏があって、比較的長期の治療が必要のものについては、原則として、先ずキチッと補充療法として、医療的に治療すべきものと考えています。その後、吸収問題などで補充が必要な維持にはサプリメントが必要になるのかなと現在は考えています。その意味で治療には、現在はプロマックを中心に使用すべきと考えます。
しかも、医学的にキチッと追跡をして、有効性を判断しつつ、治療の継続をすべきと考えています。

さて、『プロマックが潰瘍の治療薬で、保険で使うのは難しい。』については、この掲示板の2009.7.11.の「診療報酬審査委員会の役割」と2009.7.5.の「亜鉛製剤と保険診療」にも、キチッと書いておきましたが、＜現在の法律、規則上では、『亜鉛欠乏症の治療としての亜鉛補充療法に、亜鉛含有の胃潰瘍薬“プロマック”は保険上使用しうる。』と言って良い。＞の通りです。本当は使おうと思えば、当然、“法律、規則でそれは禁じていません。”ただ、勉強不足の診療報酬審査委員がウッカリ査定する可能性はあるでしょう。殊に、最近保険審査がコンピュータ化して、コンピュータによる審査が進んできました。コンピューターというのは記憶力は抜群でしょうが、思考能力はないのです。ですから、益々、記憶力と思考能力を備えた専門家の医師が審査に当たる必要があるのです。『いわゆる55年通知』で《①保険診療における医薬品の取り扱いについては、厚生大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量（以下「効能効果等」という。）によることとされているが、、有効性及び安全性の確認された医薬品（副作用報告義務期間又は再審査の終了した医薬品をいう。）を薬理作用に基づいて処方した場合の取り扱いについては、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図ること》、は当然今でも生きています。しかし、膨大な医療情報の中では、専門家の医師といえども知らないこともあり、審査委員の中には、コンピューターの記憶だけを頼りに、ウッカリ査定する者もいるでしょう。だから、長野県と長崎県ではわざわざ【亜鉛欠乏症にプロマックを保険適応】と国民健康保険審査委員会と社会保険審査委員会と県医師会とでハッキリと表明しただけです。他の県の審査会でもキチッと研究、検討している審査委員は少なくとも査定はしないでしょうし、審査会として否定をするのには、可なりの医学的根拠を提示しなければ出来ないでしょう。この様な薬や使用の仕方は日常の医療の中には無数にあるのです。だからこそ医師や薬剤師が審査委員をしているのです。
尚、詳細には、掲示板の記載を参考にして下さい。
で？？現実にどうしたらいいのか？一生懸命勉強している医師は必ずいます。また、多くの医師は、当然、医学的、科学的事実をキチッと判断する能力がありますので、小生のＨＰを紹介してみていただけませんでしょうか？

亜鉛値の検査について

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2010年 3月 4日(木)11時19分39秒

なつ 様

何十年も薄毛と爪のガタガタ、舌のヒリヒリ感、唇がすぐむける、胃腸も悪く、とのこと、大変お気の毒に思います。
勿論、慎重に検討してみる必要がありますが、多くの症状が亜鉛欠乏で出る症状でもありますので、亜鉛欠乏に起因する状態である可能性が高いかと考えます。
検査ですが、他の原因の可能性も考えて、一般的な血液の検査と【血清亜鉛値】の検査をされるのが良いと考えます。血清亜鉛値の検査は、一般の採血管で問題ありませんので、採血と亜鉛検査の指示をすれば良く、どの科でも検査可能です。しかし、他の検査でも同様ですが、検査はその意味付けが大切で、その検査の意味が良く判っている医師に検査をして貰い、評価してもらうことが一番良いと、私は考えます。
しかし、医師として、患者さんに大変に申し訳ないことと思っていますが、現在、この微量元素亜鉛の知見を知っている医師は殆どいないのが実状で、そこで、ＨＰを

開設し、50ページ程の研究報告書も、ＨＰからＰＤＦファイルでダウンロード出来る様にもして、また、全国を回って講演をしてもいます。関心は次第に高まりつつありますが、まだまだ力不足で、その知見の広まりはほんの一部と考えています。
　特に、病院で専門専門と自分自身で思いこんでいる医師達の中には、細分化した専門？の領域の中で『ヒトを【人】全体で診る視点』をウッカリ忘れ、自己の専門以外のことは、あまり関心を持たない者も多いのが現状で、貴女の様な方が、どこの科を受診したらいいのか、迷ってしまうのが確かに現実です。
　もし、貴女が信頼できるかかりつけ医を持っているなら、その医師によく話されて、調べてもらうのが一番良いと、私は考えます。
　もう一点、大切なことですが、医師も一般国民も『いわゆる基準値は正常値』と、ウッカリ間違えていることです。血清亜鉛値のいわゆる基準値は 65-110 とされていますが、これは集団の統計的数値で【個の正常値】ではありません。難しくなるのでこの程度に止めますが、医師の中には『検査値は基準値内であるから、正常です』と簡単に断定する単純な頭の医師が意外に多いのが現実ですので、気を付けて下さい。
　問題があったら、又どうぞ、投稿して下さい。

亜鉛のお薬について

投稿者：聡 ✉　投稿日：2010年 3月 3日(水)12時27分59秒

倉澤先生侍史

初めまして。聡（さとし）と申します。
アトピー性皮膚炎があり、ステロイドを使用していましたが完治せず、プロトピックも使用しましたが、一時的には症状が良くなりますが、今も痒みと掻いた後の皮膚からの出血に悩んでいます。先生のサイトで亜鉛が良いと知り、プロマックを試してみようと思い、医師に相談したところ、「胃潰瘍の薬なので、保険で使うのは難しい。」と言われ、
何かそれに相当するものを探しています。亜鉛のサプリメントはありますが、プロマックのようには行かないとも伺いました。
吹き出物もあり、首上部は掻いた後の出血した箇所が黒ずんできて、針で刺されたような痒みを常に感じています。
何か良い薬等のアドバイスがあれば、お教え下さい。
宜しくお願い致します。

聡





《前のページ | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 次のページ》

以上は、新着順411番目から420番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ　管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

検査は内科ですか

投稿者：なつ　投稿日：2010年 3月 2日(火)13時30分58秒

何十年も薄毛と爪のガタガタ、舌のヒリヒリ感、唇がすぐむける、胃腸も悪くいろんな物を試しましたが良くならず。。





第５９回　藤原セミナーについて

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2010年 2月21日(日)18時50分18秒

月日の経つのは早いもので、２月も２０日を過ぎました。一月の終わりに、理化学研究所の深田俊幸先生から、以下の様なメールが届きました。

来る１０月に藤原セミナー（藤原財団主催）を平野先生がオーガナイズします。もし宜しければ、倉澤先生のHPにもリンクして頂ければ幸いに存じます。Dr. Prasadをはじめ、先のエルサレムの学会にも劣らぬ研究者が集まります。
宜しく御願い申し上げます。
http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/molonc/www/jpn/news/Fujihara_seminar2.html

深田俊幸

生物にとって必須の微量元素亜鉛の欠乏についての臨床は、最近急速に多くの人々に関心が持たれ、私のホームページへの訪問者もそろそろ21000名を数えようとしています。“欠乏症なのに、何故？血清亜鉛高値の症例も存在するのか？”の血清亜鉛値についての新たな知見も可成り判ってきました。近い時期にその成果を学会やホームページ上に発表する予定です。亜鉛欠乏症の臨床は、まだまだ、判らないことだらけですが、それでも少しずつ欠乏症の全体像が見えてきた様な感じがしています。私共も2002年にその多彩な症状の、多くの欠乏症患者さんの存在に気が付いた時は、この事実は真実なのか？何か間違っているのではないかと、何回も眉に唾を付けて、その現実を見つめ直したものですが、当時はまだ、バラバラではあったが、多くの先人達の知見、報告を寄せ集め照らし合わせ、自分自身の目で、耳で確認した事実の確かさと多くの地域住民の疫学調査の結果から、この事実は間違いないと確信を持つ様になりました。そんな時なんと言っても、確信のもとは臨床の知見と基礎的裏付けが合致することでした。亜鉛生物学は、確かに、まだ非常に若い研究領域で、世界中で数百名しか研究者がいないとのことですが、最近急速な進歩発展を遂げつつあります。そんな時、この様な亜鉛シグナルや亜鉛生物学の国際シンポジウムが日本で開催され

ると言うことはとても素晴らしいことと、大きな関心を持っています。是非、多くの方々に関心を持っていただきたいと考え、深田先生のメールを紹介します。

その後　追加　投稿者:どうにか✉　投稿日:2010年 2月 7日(日)21時24分41秒

倉澤先生
こんばんは。

今朝　出したメールに追加したいことを思い出しました。

口内炎の件で、ヨード系の薬を使うと粘膜に炎症が起こることをお知らせしました。

歯の治療で麻酔を使う時に、消毒の為　ヨードチンキみたいな臭いの液体を使うのですが、塗って、直に、うがいをしても、その場所が、火傷をしたようになり、白くなって、剥がれてしまい、痛みで大変になります。

初めてヨードによる炎症の症状が出たのは、４年半くらい前です。それまでは、ヨードでの消毒で炎症を起こしたことは、無かったと思います。
だから　最初は、麻酔の針の後が痛いと思っていました。
しかし、あまりにも痛みが酷いので、鏡で見て見ると、薬を塗ったところが、広範囲に炎症を起こしていました。

最悪だっつたのは、ヨードが原因と解る以前に、舌の痛いところの痛みに効くかもと、市販の口内炎やうがいに使うヨウド系の薬を塗ったら、舌の側面の塗ったところが、翌日　ベロット剥がれていて、あまりに痛むので、メニエールで、お世話になっている耳鼻咽喉科で診ていただいたら、ステロイドの飲み薬と炎症止めを処方されるほど、酷いものでした。

その時は、完治まで１０日ほど要しました。

しかし　プロマックを飲み始めて以降　ヨード系は使えないことを、歯科医に伝え忘れ、２度　麻酔を使った後に、同じ症状になったのですが、治りが以前より早かったように感じました。
薬の服用なしで、口内炎の塗り薬だけで、４～５日で痛みが取れました。

飲み始める前に、麻酔の消毒の後に、炎症を起こした時は、口内炎薬を使っても、１週間くらい痛んだと思います。

これについては、プロマックが効いたのではないかと思います。（手術の時に、ヨードを身体に塗られても、炎症を起こすことは、ありません。）

以前　内科医のホームページを読んだ時に、その先生も、ご自身が口内炎になった時に、プロマックを服用したら、治りが早かったと書いていました。

その後　投稿者:どうにかして✉　投稿日:2010年 2月 7日(日)01時36分0秒

倉澤先生
お忙しい中　お返事ありがとうございます。

先生のご質問について。
１）プロマック服用前というか、以前は、朝起きた時は、それほど痛みを感じることは無いのに、食事をしたり、会話をしたりすると、痛みが出てきて、一度痛みが出ると、その後　ずっと痛みが気になり、寝るまで、ピリピリ　ジンジンしていました。
その痛みが、左側のどこなのかが判らず、とにかく側面が痛いという感じでした。
舌が痛くなって以来　左側を刺激すると痛みがでるので、食事は、右側でしか、噛みません。
最近も、とにかく左を刺激しないように、右側のみで噛むようにしているのですが、日にも
よりますが、一日痛みを感じない時があります。
また、以前より痛みの範囲が広くないような気がします。
ピンポイントのような日もあれば、少し広く痛みを感じる日もあります。

ピンポイントに感じる場所は、自分の感覚では、左上の一番奥の歯に触れているところのようです。
歯科治療を、プロマック服用前からしているのですが、痛みの場所を歯科医に言った

ところ
、やはり左上一番奥の歯の位置だと言ってます。
しかし　最初に舌痛のことを、歯科医に伝え、診て頂いた時は、舌が痛くなる原因は、下側の歯しか考えられないと言って、昨年１２月に、左下一番奥の歯と２番目の歯の金属を、小さくして被せ替えました。
しかし　今回　ピンポイントの位置が、左上のようだということで、先週　上下の歯型を取り、舌側の歯が、上下でどのように当たっているかを検討することになりました。

普通　奥歯３本の内側は、下側が上側より出ていて、上を受けるようになっているのですが、私のは、舌痛＝下の歯と言うことで、一番奥と２番目が、逆になっていて、上側が下側より出ています。
よって舌が左側一番奥に当たっているみたいです。

舌痛が始まった約７年前から上下の歯の形態の逆転状態が続いています。
何度と数人の歯科医に、上下の歯の形態を訴えても、同じことの繰り返しです。

先週　今　診て頂いている歯科医に、形態のことを尋ね
”もしも　私が　始めに舌痛の事を伝えていなければ、どのような形態で上下の歯を作っていましたか？”と尋ねたところ、
下歯を上歯より大きくしていたとの事でした。
それで　上下の歯型を取って検討することになりました。

私には、何が原因で舌痛がおきているのか解りません。
亜鉛なのか歯の形態なのか、とにかく今の状態から解放されたいです。

２）口内炎は、アフタ性口内炎では、ありません。口内炎のような白くなったりはしていないのですが、押さえると痛い場所に、口内炎パッチを貼ったり、口内炎軟膏を塗ったりしています。
ただ　口の中の粘膜は弱いみたいで、ヨウド系の薬では、炎症を起こします。

３）体重は、もどっていません。舌の痛みが一番の原因ではあるのですが、治療中の歯が噛みづらいのも原因で、食欲がわかないのです。

とにかく今は、歯科に行くことや歯科医に舌の痛みを伝えることもストレスです。
歯科医は、舌痛症は、歯の形態の問題ではないと考えているので、歯科大に行くべきと思っています。だから　私の症状を、どこまで理解して、治療を続けて頂けるのか？とか、どのように症状を伝えよう、気分を慨されるのではないだろうか？とかを考えると、気分が重くなります。

血液検査の件は、来週　薬の処方で行きますので、主治医にお願いします。

先生のご質問の答えになっていない様な返事になってしまいました。

また　経過報告いたします。

どうにかしてさんへ　投稿者：倉澤隆平　投稿日：2010年 2月 6日(土)07時32分51秒

どうにかしてさん。久し振りです。その後どうされているかと思っていました。今回これまでの投稿を全部プリントアウトして、検討してみました。そこで質問ですが、１）舌痛の状況が左舌縁に広くピリピリ、ジンジンしていたのがピンポイントになったとありますが、プロマック服用前の数ヶ月または、年余にも同じ様な症状の揺らぎはあったのでしょうか？２）口内炎とは、アフタ性口内炎であろうと思いますが、しばしば発症していたのでしょうか？その発症はこの３ヶ月で、どうなったのでしょうか？３）１０月３１日の投稿では食べづらく食欲がなくなり、体重減とのことですが、その後どうなったでしょうか？掻痒の変化はないとのことですが、、、、。以上の症状と血清亜鉛値基準値内の低値傾向で、プロマック服用約４０日の１２月１１日の［７４］はかなり貴女の舌痛症が亜鉛欠乏による可能性があることを推測させます。出来れば、日記的に状態を記載されていますと症状の変化が判って、今後どの様に治療するのがいいのかの判断のもとになります。１１月２日の検査はその前にプロマックを服用されたのですね？そろそろ２月、１２月より２ヶ月経っていますので、理解のある主治医の先生のようですので、検査を頼んでみて下さい。その検査値が上昇していても、低下していても意味があります。もしかするとかなり低いのかも知れません。今回の投稿では、ハッキリしないのですが、何か少し良くなっている様な感じも受けますが、どうなのでしょうか？舌が全体にいたくて、食べるのも大変であったのが、舌の先端だけになって良かったと言う症状の変化は治療中に、患者さんから

良く聴く変化ですが、そう考えて良い変化なのでしょうか？最後に一点。かなり長期間にわたる病悩期間ですので、亜鉛の腸管からの吸収に問題のある場合も考えて、血清亜鉛値とAL-P値の測定は、是非、お願いして下さい。貴女の場合初期値が服用後のようですので、今回の測定値がどうなるのか、かなり意味があります。今日はこれから信州も南信地方に講演に行かねばなりませんので、この辺で。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

その後

投稿者:どうにかして✉ 投稿日:2010年 2月 2日(火)16時41分54秒

倉澤先生　こんにちは。

１０月に、舌痛症でメールをした、”どうにかして”です。

プロマックを飲み始めて、３ヶ月が過ぎました。
飲み始めた１１月２日と１２月１１日の血液検査の結果をお知らせします。
１１月　２日　亜鉛　７８　ＡＬＰ２６１
１２月１１日　亜鉛　７４　ＡＬＰ１９６
途中　１２月に、１０日間ほど、メニエールが悪化して、飲むのを止めてました。

飲み始めてから今までの経過ですが、飲み始めの前は、とにかく舌が、ピリピリジンジンしていて、その原因が歯の形状によるものかどうか、わかりませんでした。

現在も歯科で、形状を変えたりしています。
以前は、舌の左側の側面の奥から舌先付近まで痛みがでていたのですが、今は、明らかに、上の奥歯が触っている所にのみ、痛みが出ています。
舌の痛くなる左側で食べ物を噛まなければ、痛みはでません。

歯科医は、今の歯の形状で、舌が痛くなるとは、考えてなく、舌痛症ならば、歯科大でないと、解決しないと言います。
ただ　舌の痛みのでる場所が、ピンポイントになっているので、少し形状を変えたりはしています。

時々（たまーにですが）舌の上側の舌先から３分の１位のところが、ジーンとする時があります。
素人の私の判断ですが、ピンポイントで痛くなっているところは、歯の形状が原因で、舌の上側の違和感は、舌痛症に近い症状なのかと、思っています。

先日、ホームドクターに、歯科治療の経過を伝え、今の歯科から見捨てられそうですと言うと、血液検査では、亜鉛は、正常値だけれど、範囲内でも高いほうではないので、プロマックを、とりあえず４ヶ月飲んでみてはどうでしょうと提案されました。

倉澤先生も　書かれてましたが、舌痛症だと、結果が出るのに時間がかかると言われてますので、４ヶ月飲んでみます。

また　身体の痒みですが、私は　夏でもスポーツした後とかで、汗を　たくさんかいた時などは、シャワーを浴びて　頭を洗っても、頭や背中が、ものすごく痒くなり保湿軟膏を塗ります。
冬は、風呂上りには、保湿軟膏を塗らないと、痒みがでます。
しかし　肌は、かさかさ　ではありません。

痒みに関しては、プロマックを飲んでいて、改善している感じは、ありません。

以上が、今日までの経過です。

歯科の形状に関しては、セカンドオピニオンを受ける予定です。

内容も大雑把で判りづらい説明ですみません。

何か変化があれば　またメールさせて頂きます。

小児の亜鉛欠乏について

投稿者:匿名希望A 投稿日:2010年 1月26日(火)12時55分5秒

ご返事が遅れてしまい失礼いたしました.

丁寧な改札をありがとうございました．当方で測定しているものでは，NICUに入院した赤ちゃんを対象としています．2000g未満で出生した赤ちゃんの退院時血清では50前後，それ以上の赤ちゃんの退院時血清では70前後といった傾向がありました．現在データを集積中なのではっきりとは言えませんが，70以下を低値とするならば，全員が低値であろうと思います．
そこで，プロマックを投与を開始しています．有害事象は発生していません．内服ぐらいであればいいのかもしれないと感じています．また，結果が出ましたら投稿いたします．

小児の亜鉛欠乏について

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2009年12月27日(日)20時57分36秒

匿名希望Ａ先生へ

　ホームページを訪問いただき、又、赤ちゃんの“おむつかぶれ”に関連してのご質問により、貴重な問題点のご指摘をいただきまして、有り難うございました。

【おむつかぶれの赤ちゃんが増えてきた印象がある】私共の診療所では、赤ちゃんのおむつかぶれの経験がないので何とも言えません。しかし、各地での講演後の情報交換会では、しばしば、何人かの小児科医が先生と同じことを言われ、又、補充療法が大変有効だと経験を述べられた方も居ます。成人では、湿潤性の湿疹や皮膚炎のビラン面、褥瘡発症時の水疱形成や表皮の剥離には亜鉛補充療法が大変有効ですので、赤ちゃんのおむつかぶれも、総てではないまでも、亜鉛欠乏の可能性が大きいであろうと考えています。
【血清亜鉛が70以下が殆ど】血清亜鉛値の正常値とは何か？これまで学会でもしばしば議論になってきましたが、成人についてはそろそろ基準値と正常値の問題は決着が着きそうです。幼少児については、世良憲正の文献が血清亜鉛値の年齢別正常値に触れている程度です。それによりますと、成人より低値で年齢と共に次第に増加することが報告されています。しかし、それが生理的なことなのか、病的なものを含んでいるものなのかは、私共の調査で加齢と共に血清亜鉛値がより低値に分布するのと同じで、まだ結論は出ていません。成人については、“亜鉛は個体間変動幅が個体内変動幅より大きく、血清亜鉛値の基準値の幅は主として個体間変動幅を反映している”と言え、現在SRLの基準値とされる60～110μg/dLは、非亜鉛欠乏の成人の95%がこの範囲に入ると言うだけの意味と言って良いと私は考えますが、最近の私共の亜鉛欠乏症患者の初診時血清亜鉛濃度の分布曲線の分析からは、成人では80μg/dLをカットオフ値とすると亜鉛欠乏症症状を訴える患者の約90%がカバーでき、10%はそれより高値であり、診断に気を付けるべきであると言えます。これらの結果から、やや乱暴ですが、赤ちゃんでも70μg/dLは低値では、大部分が亜鉛欠乏と言えるのではと思うのですが如何でしょうか。新生児や乳児の血清亜鉛値の他の調査があれば、この掲示板に、是非、知らせて欲しいと思います。そして、おむつかぶれに補充療法の経験がある先生は、是非その結果を知らせていただきたいと思います。
　成人の基準値と正常値の問題は可成り判ってきましたので、日を改めて、この掲示板、乃至は、ＨＰに載せたいと思います。
【プロマックの投与をするのがどうか？それが良いことなのか？】問題は①“亜鉛補充療法の副作用について”ですが、成人では幸いのことに、亜鉛は安全な微量元素とされています。亜鉛の中毒はこれまで報告されているものは、工場の爆発や溶接産業で、フュームとして吸入したものと、透析液に高濃度の亜鉛が混入していたもの以外に報告されていません。つまり、中毒はガスとして呼吸器よりのものと、静脈系の投与に因るもので、経口投与では中毒は発生していません。つまり、腸管からの吸収の問題ですが、腸管の細胞内でZIP4やZIP5等の亜鉛トランスポーターの発現が体内の亜鉛濃度によりコントロールされているとのことです。生命現象に不可欠な微量元素ですが、二価の元素イオンがそのままで大量に体内に存在することはキッと問題があるでしょう。そこで、体内への取り込み.排泄、細胞内への取り込み.排出等々、体内での亜鉛濃度のホメオスターシスの機構は多くの亜鉛トランスポーターやメタロチオネイン等の蛋白等で厳密にコントロールされている様です。成人では極端に高濃度の経口投与は別として、治療量の亜鉛製剤の投与では、急性の、又は、慢性の中毒は生じないと言って良いと考えます。又、現実に我々には中毒の経験はありません。②臨床の実際としても、教科書的な腸性肢端皮膚炎は赤ちゃんへの亜鉛補充療法で立派に治癒しているとのことです。勿論この疾患の場合はZIP4の機能不全で、比較的多量の亜鉛補充療法で、亜鉛トランスポーターによる能動的吸収ではなく、腸管粘膜からの濃度差による吸収でしょうが、亜鉛は生体内で有効に活用され、中毒は生じていません。おむつかぶれへの使用は安全と言えると私は思います。
【何故おむつかぶれが赤ちゃんに増加の傾向があるのか】何故、国民に亜鉛不足の傾向があり、高齢者に亜鉛欠乏の可能性が多くなるのか。色々な説があります。赤ちゃんにも色々な原因が考えられますが、現在のお母さん達、しっかり食べているのでしょうか？国家の“誤ったメタボ検診”ＰＲの効果も含めて、体形ばかり気にしたお母さ

ん達と考えるのは考えすぎでしょうか？それから、食欲のない子供達も亜鉛不足の可能性があるかと思っているのですが、小児科医の検討を期待しています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

小児の亜鉛欠乏

投稿者：匿名希望A✉ 投稿日：2009年12月25日(金)12時55分53秒

亜鉛欠乏を探していたところ，先生のサイトを発見しました．私は，小児科をしているのですが，どうもおむつかぶれの赤ちゃんが増えてきた印象があります．典型的な亜鉛欠乏とまでは言いませんが，血清亜鉛が70以下がほとんどです．新生児や乳児についても基準値や正常血がないものでしょうか？プロマックDを投与すると軽快するかどうか，診断かつ治療としてプロマックを使用していくのが，いいものなのでしょうか

Re:『亜鉛シグナル』の日本語総説について

投稿者：深田俊幸 投稿日：2009年11月 9日(月)12時16分39秒

倉澤先生

御返事を頂きましてありがとうございます。
私が書きました項には、先ず亜鉛が関わる生物学の基礎的な内容と臨床的な内容を包括的に記載し、次に亜鉛トランスポーターZip13の内容について基礎／臨床の両面から詳細に（なるべく簡素な文体で）書きました。亜鉛生物学の基礎と臨床の理解に、少しでもお役に立てれば嬉しい限りです。寄稿されている先生方の項を読みますと、亜鉛が生体の加齢変化（老化）に関わっているのが読み取れます。今後も様々に御鞭撻頂ければ幸いです。
渡辺先生の著書を御紹介頂きましてありがとうございます。早速取り寄せて勉強したいと思います。

深田俊幸





《前のページ 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 次のページ》

以上は、新着順421番目から430番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

RSS

管理者メニュー　自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　40　41　42　43　44　45　46　47　48　49　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

『亜鉛シグナル』の日本語総説について

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2009年11月 5日(木)09時00分36秒

深田俊幸先生

今年の第２０回日本微量元素学会シンポジウム以来ですね。お久しぶりです。
かねてから、先生が、先生方のグループのお仕事でもある『亜鉛シグナル』について

の日本語総説を書かれるとのことは存じておりました。いよいよ出版されたのですね。
先生のことですから、私のような臨床医にとって、とつき難い分子生物学の宇宙語も地球語の表現で判りやすく示していただけたものと期待しております。早速読ませていたっだきます。

社会の常識を変えることは大変なことで、『亜鉛欠乏症が、多くの医師が考えているよりも、はるかに多く存在する』、そして、『その症状は実に多彩で、味覚障害は勿論のこと、食欲不振．減退から拒食、褥瘡の発症．治癒の遅延、舌痛をはじめ、口腔咽頭症状に貧血、慢性の下痢、元気度にも及び、更には多くの原因不明とされていた皮膚疾患や掻痒などの極ありふれた皮膚症状にも亜鉛の欠乏が関与する』とここ数年、全国各地で話をしてきました。講演を聞かれた多くの方がその内容に驚き、大変興味を示していただいていますが、亜鉛補充療法の治療薬プロマックが保険医療として使用しにくい（多くの医師がウッカリそう考えている）こともあり、医療の現場でなかなかこの知見が急速な広がりを示しているとは言えません。またどうしてでしょうか？眉唾ものと思われているのでしょうか？特に、例えば褥瘡や舌痛症の様な多くの医療の現場でその治療法に悩み、苦労されている筈の専門家達の多くが、まだ、試行すらされていないのが現状です。
そんな中で、先生の亜鉛トランスポーター ZIP13 のお仕事などは、例えば褥瘡の専門家が、もし論文をキチッと検討すれば、亜鉛補充療法を試行して見ざるを得ない筈の“臨床を支える基礎の論文”であり、私は多くの褥瘡を専門とされている医師には、是非、読んで欲しいものと思っていますが、これも臨床の医師はなかなか読まないのでしょう。

また、同じく、原因不明で難治とされる“いわゆる舌痛症”が、総てとは言わないまでも、多くが亜鉛欠乏に由来されると考える私共の症例のデータをＨＰに載せて、専門家の追試とご批判を願っています。舌痛症がＳＳＲＩやＳＮＲＩでかなり効果があるとの報告が最近散見されますが、もしかすると先生の『亜鉛シグナル』の総説の中にその機序の解明の糸口が示されているかも知れないと、今からわくわくしています。いわゆる舌痛症の亜鉛補充療法による治癒経過を見ていますと亜鉛がセロトニンやノルアドレナリンやカルシウム等々と同様の神経伝達に何らかの関与があるのではと考えるからです。

ＥＢＭと言いながら、どうも近年の医療に narrative Evidence が欠如していると、私は思うのです。批判に耐えるキチッとした narrative Evidence とそこからの推測推理を基礎の科学的事実で支える、そんな亜鉛欠乏症のＥＢＭを、先生達最先端の分子生物学者達と、また、勿論、微量元素の研究者や栄養学や土壌や肥料学や多彩な分野の方々と協力して、作り上げて行けたら楽しいことと思っています。

微量元素学会でお会いした渡辺和彦先生が最近『ミネラルの働きと作物の健康』と言う著書を発刊されました。先生の亜鉛トランスポーターのことも載っています。また連絡します。





邦文総説について 投稿者:深田俊幸 投稿日:2009年11月 3日(火)15時00分1秒

倉澤先生

御無沙汰しております。
かねてからの懸案であり御要望もありました当方の研究内容「亜鉛シグナル」の日本語総説について、南山堂から最近出版されましたので報告申し上げます。

「治療」臨時増刊号 vol.91, p4-16 2009（南山堂）
http://www.nanzando.com/books/c9114.php

この号では亜鉛について臨床と基礎の両面から特集を組んでいるので、最新情報についての包括的な理解に最適です。
先ずは御報告申し上げます。

深田俊幸

血液検査 投稿者:どうにか✉ 投稿日:2009年11月 2日(月)19時57分16秒

倉澤先生　こんばんは。
お忙しい中　お返事ありがとうございます。
血液検査と薬の服用（２回）が前後して、すみません。
ＡＩ－Ｐ値は、主治医に伝えました。
私の症状に、効くかもしれない薬があるのなら１日でも早くと思い病院に行ってしまいました。
症状については、気をつけていきます。
また　今　服用中の薬は、全て主治医に伝えています。

１ヵ月後の血液検査も主治医には、お願いしています。

少しでも良い方向になればと願いつつ薬を飲んでみます。

宜しくお願いします。

亜鉛補充療法について

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2009年11月 2日(月)16時12分0秒

『どうにかして』さんへ。取り敢えず主治医の先生にプロマックの処方をしていただけたこと、良かったですね。小生がもう少し早く、掲示板に返事を出せば良かったのですが、プロマックの服用前に血清亜鉛値の測定をして欲しかったのですが、やむ無しでしょう。

亜鉛不足の診断には血清亜鉛値やＡＩ－Ｐ値の絶対値ではなく、補充療法によるその推移が大切ですので、それらの適切な測定と推移の追跡が、あなたの舌痛が亜鉛欠乏であることを支持する医学的証拠として必要なのです。

多くの亜鉛欠乏症例に亜鉛補充療法をすると、多くの症例で、補充療法初期に急激な血清亜鉛値の増加が見られます。その後、初期値付近に戻って、徐々にゆっくり血清亜鉛値が増加します。ＡＩ－Ｐ値も似たような変動をしますが、褥瘡では多くの症例でハッキリした増加を示しますが、舌痛症ではまだハッキリ言えません。素人のあなたがどこまで小生のＨＰの医学的内容をご理解いただけたかは判りませんが、主治医の先生が確信を持ってあなたの治療をされるのには、この医学的現象がとても大切です。

ＨＰでお判りのことと思いますが、亜鉛補充療法の効果の発現は症状により異なり、食欲不振や下痢、掻痒などは可成り早期に効果が出現しますが、舌痛症は多くは４ヶ月、中には１年半から２年を要しますので、キチッとした評価をしつつ治療をしてください。

アフタ性口内炎や口腔内の違和感、下腿や背部のガサガサな皮膚、かゆみ、味覚障害、食欲不振など亜鉛欠乏症の他の諸症状があれば、どう変化するのかも気を付けてください。あなたにとっても、確かな証拠も無しに闇雲に長期間の服薬は耐えられないことですから、、、。

あと一つ、気になったことは、何人かの多くの医師にかかってきたようですが、現在、不要の薬剤を沢山服用していないでしょうね。かかりつけの先生に良く検討していただいて、本当に必要な薬剤だけにするよう、日頃、常に気を付けられてください。薬剤によるキレート作用で亜鉛の吸収障害が生じている可能性も考慮する必要がありますので、、、。

血液検査

投稿者:どうにかして✉　投稿日:2009年11月 2日(月)14時42分29秒

倉澤先生　こんにちは。

今日（２日）血液検査に行きました。主治医に、血清亜鉛値とＡＩ－Ｐ値と伝えたのですが、ＡＩ－Ｐ値ですか？ＡＬ－Ｐ値ですか？Ｉではなくｌの小文字のｌでは？
倉澤先生に、日本語の名称を教えていただいて、確認して、教えてください。２週間以内なら追加で検査依頼できますからと言われました。
私が、ＬをＩと間違ったのでしょうか？血清亜鉛値は依頼済みです。
宜しくお願いします。

舌痛症

投稿者:どうにか✉　投稿日:2009年11月 1日(日)12時44分59秒

倉澤先生　早速のお返事ありがとうございます。実は、昨日（３１日）先生のホームページを印刷して、ホームドクターに行きました。こちらのドクターには、腹部にガスが溜まり痛みが出るのと、逆流性食道炎で掛かっています。私は、腹部の手術約を３回していて、大腸に癒着があるので、鎌倉に来る前から、胃腸科には掛かっていました。鎌倉に来て、約２年前からお世話になっています。漢方を中心に処方される医師です。しかし、舌痛のことに関しては、歯科の領域だと思っていましたので、２ヶ月前まで、話していませんでした。また、多分　２年くらい前だと思うのですが、耳鼻科で相談したことがあり、その時　漢方を処方されたのですが、全く改善されなかったので、漢方では、ダメだろうと判断して、話していませんでした。しかし、以前舌痛で調べていた時に、東京医科歯科大学の先生のページで、舌痛症で受診できる科があることを知りました。しかし　受診には、医師の紹介状がいるとのことでしたか

ら、今回　今の歯科治療に行き詰まり、精神的にも参ってきたので、２ヶ月前に、紹介状のお願いで、話をしました。昨日　倉澤先生のホームページを印刷して、薬の処方をお願いした時は、味覚障害での、プロマックの処方は、普通ですが、舌痛症にとは、想像できないけど、これで症状が改善されるのであれば、試してみる価値はありますねとおっしゃってくださり、プロマックＤ７５ｍｇを、朝　夕　２回で、１ヶ月処方していただきました。先生のお話では、患者さんで舌痛症を訴える方がいらっしゃっても、処方する薬がないので、どうもしてあげられていないのが、現状ですと言ってらっしゃいました。もしも　この薬で軽減できるのであらば、いいですね。後日ぜひ症状を教えてくださいと言われました。血液検査の件は、明日　先生に相談してみます。私自身も少しでも症状が改善できればと思いつつ飲んでみたいと思っています。
お忙しい中　ありがとうございました。
追伸　メニエールで耳鼻科にもかかっています。以前　口内炎のひどい時に、セレスタミンとエンビナース１８００を処方していただいた時に、舌痛の症状が軽減していた感じがあったと話をしたら、試しに１週間だけだしてみましょうとのことで、２７日に処方されました。今日で飲み始めて４日目ですが、症状に関しては、改善されているのかどうかいまいちわからないという感じです。

舌痛の『どうにかして』さんへ

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2009年10月31日(土)21時20分30秒

７年間も舌痛で悩まれたこと、大変なことであったとお察し致します。
複雑で、且つ、長期にわたる臨床経過で、歯科の咬合調整が如何なのか？その他の亜鉛欠乏の症状が合併しているのか？等々の情報が充分ではありませんが、いわゆる舌痛症であろうと考えています。先ずは、亜鉛補充療法の意味があると思いますので、是非、副作用が少なく、安全安価で、簡単な亜鉛補充療法を試行してみていただきたいと思います。
しかし、ホームページでも述べていますように、亜鉛欠乏症について殆どの医師がその存在すら知らず、理解していないのが現状ですし、専門とする口腔外科や心療歯科でも気が付いていないのが現状です。主治医の内科の先生に小生のホームページを訪問し、研究報告書をダウンロードして、ご検討いただければとても有り難いのですが、、、、。
補充療法をする場合、少なくとも、プロマックＤ（７５ｍｇ）２Ｔ朝夕の投与を、まず、最低４ヶ月は試みに続けてみていただきたいと思います。その時、闇雲に治療をするのでなく、亜鉛欠乏症である確認のためにも少なくとも『補充療法前の初診時に、血清亜鉛値とＡＩ－Ｐ値を測定し、補充療法開始後１ヶ月前後に、同亜鉛値とＡＩ－Ｐ値の再測定』をしていただければ、その後の治療の参考になります。
今日はこの掲示板の入力がうまく行かずこの程度としますが、プロマック服用前にこのことだけは、担当の医師に、是非、検査していただければと思います。
疑問点があれば、また、治療の過程で質問してください。
その際、くれぐれも血清亜鉛の基準値が正常値であるという医療界でうっかり通用している誤った判断だけはしないでください。

舌痛症

投稿者：どうにかして✉　投稿日：2009年10月31日(土)03時00分22秒

はじめまして。私は、７年程前から舌の痛み、ピリピリ感で悩んでいる５３歳の主婦です。
５年前まで仕事でマニラに住んでいたのですが、日本で治療した歯（金属の冠）の高さ調整で、現地の歯科に行き、高さの調整を頼んだのですが、セラミックにしたらと勧められ、知人だったため、断れず奥歯３本を一度にセラミックにしました。入れた直後から、舌にピリピリ感やどこかの歯で擦れているような感じがあり、会話したり食事をした後に、舌の症状が悪化します。医師に、その旨を訴えても、舌に当たったり、擦れるような形体ではないと
言われました。埒があかないので、日本に一時帰国をして、歯科に行き症状を説明しても、気のせいだとか、神経質だと言われます。結果　帰国後（２００４年）マニラで入れたセラミックを外し、保険適用の金属に入れ替えましたが、症状は同じなにで、他院に相談したら、来てくださいとのことで、来院したら、イキナリ、セラミックを入れられ、症状が変わらず、やはり舌は痛いので、医師に訴えても、あなたの舌は痛くない！！うちの技工士は優秀だから問題は無い！！と言われました。入れられたセラミックの高さも高いと言っても、調整もしてくれず、頭痛と顎痛の症状もでたので、泣き寝入り状態で、転院して、また　一から説明し、約１年にわたり、歯の形体を、あーでもない　こーでもないと、いじり結局、舌の症状は、全く改善されないまま、金歯にして、仮止めをして、様子を見ましょうとなりました。
その最中もピリピリピリピリ、ジンジンジンジンしていました。治療途中で、また転勤になり、現在　鎌倉に住んでいるのですが、１年前に、仮止めにしていた金歯の１本が外れたので、近くの歯科に行くことになりました。そこでも　また一から説明し

て治療になったのですが、１年近く　仮歯に変えて、硬質プラスチックを、足したり削ったり・・その間に、それまでは、治療の歯も左側ですし、舌が痛いのも、左側なので、食事のときは、マニラで舌の痛みが出て以来　右で噛んでいたので、右側の歯に負担がかかり過ぎ、痛みが出たりして、医師は、歯の形体を１年近く変えたりしても、舌が痛いと私が訴えるものですから、痛みが出て治療しても、仮歯にして、１年もたつのに、７本仮歯のままで、先にすすんでくれません。保険で入れた歯は、再治療には２年あけないと、保険が使えず、歯科の負担になるらしいのです。だから　仮歯だと噛みづらいし、食べづらく食欲がなくなり、体重も落ちてきたので、一度金属を入れてほしいとお願いしても、舌の症状が取れないと、入れられないと言います。今　通ってる歯科の医師も、色々とこころみて下さっているので、通っているのですが、医師も本当はお手上げの感じですが、そうは言いません。かなり自分に負担というか、精神的に参っています。耳鼻科でも相談しましたが、味覚異常を尋ねられ、無いと答えると、炎症を抑える薬を処方されましたが、効いていません。口内炎、舌炎用の軟膏やパッチ、トローチ　どれもその時だけ、軽減したり、全く効かなかったりです。
歯科もセカンドオピニオンも視野に入れて、悩んでいます。
以上が、発症から７年間の一応の経過です。口内に炎症らしい炎症はありませんが、痛みを感じる箇所を触ると、痛みを感じます。舌の左側の側面に痛みを感じます。右側は、全く痛くありません。
あまりに治療期間が長いのに、何一つ解決せず、進展がないので、偶然にも昨日　医師に、少し期間をあけて、精神の負担を減らしたいとお願いしました。大学病院の口腔内科を受診してみようかとも思っていた矢先に、先生のページを見つけました。
私の症状が、先生の書かれている症状に、ピッタリ当てはまるのに、驚きました。この症状が軽減するのなら、何でも飲む！という気持ちです。
今　私は、胃腸科に罹っていて、ホームドクターとして診ていただいています。この先生には、舌のことも話をしていますので、亜鉛の薬を処方して頂けると思います。
薬品名は、プロマックＤ錠で処方方法は、一日に２回でよいのでしょうか？
主治医に先生のページも見ていただき、検討して頂けるように、話をしてみます。

欠乏症例は食欲不振ですね！？

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2009年10月27日(火)11時19分52秒

林直樹先生、早速頭に浮かんだ症例で追試をしていただき、有り難うございました。
先生の亜鉛欠乏症例はキット食欲不振例かな？と思っていますが、如何ですか？
旭川講演は、忘れもしない台風１８号の本州上陸の合間を縫って、旭川に飛んだ８日ですから、掲示板にご投稿の24日は約２週間です。その間で著効があったとすれば、食欲不振か、掻痒症のかゆみか、原因不明で長期続いた難治の下痢あたりの亜鉛補充療法効果発現の早い症例です。中でも、食欲不振例の効果の発現は劇的なものが多いので、それかなと考えました。食欲不振は意外に多いものですが、多くの患者さんで、特に、お年寄りの方は、『歳をとったのだから仕方ない』と思って訴えないことも多いのです。慢性の皮疹やいわゆる老人性皮膚掻痒症、いわゆる舌痛症や口内の違和感など舌、口腔咽頭症状などの合併症例も多く、気を付けて診察されると次々に芋蔓式に症例が見つかってくることでしょう。
尚、血清亜鉛値の基準値の件は、非亜鉛欠乏（健常）群と亜鉛欠乏群のそれぞれの血清亜鉛濃度の分布曲線はそれぞれ、ほぼきれいな正規分布曲線を描き、平均値が亜鉛欠乏群で約20～25ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ程低値にずれて、大きく重なっていると言える結果が出てきました。そのｸﾞﾗﾌは旭川講演時に間に合わなかったのですが、近日中にﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞに載せる予定です。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

ありがとうございます

投稿者：林英樹 ✉　投稿日：2009年10月24日(土)12時25分50秒

過日旭川にてご講演いただいたおり、気にかかる患者さんが頭に浮かび早速亜鉛をはかって薬を処方いたしました。結果著効ありました。亜鉛はいずれも下限値と若干低めでした。メからうろことはこのことです。ありがとうございました。ますますのご活躍をお祈りいたします。





以上は、新着順431番目から440番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

有難うございます

投稿者：こたろう 投稿日：2009年10月 8日(木)17時16分30秒

ご丁寧で暖かいお返事をどうも有難うございました。
先生のお人柄が良く伝わって参ります。
早速、難治性の皮膚疾患、褥瘡、食欲低下の患者様
5人にプロマックを処方しました。
採血は全員に出来ている訳ではありませんが、皆さん

説明だけで内服を了解して下さいました。
結果、またご報告致します。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





こたろう先生へ、訪問に感謝　投稿者:倉澤隆平　投稿日:2009年10月 4日(日)18時25分39秒

こたろう先生、亜鉛欠乏症についてのﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ Ryu.HOMEを訪問いただき有り難うございました。 先生の『緩和ケア病棟24時』の精力的で緻密なBlogからも予測される様に、小生のﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞの内容をも的確に読まれ把握されて、ご投稿いただいたこと、感謝致します。

先生も率直に書かれている様に、小生も食欲不振や褥瘡や多彩な皮膚疾患、極ありふれた皮膚掻痒感、そして舌痛症、更には元気度にも及ぶ精神身体状態の変化等々が、微量元素亜鉛の欠乏(勿論、総てがそれだけではないのでしょうが)に因るものであり、安価で容易な亜鉛補充療法で劇的に軽快治癒すること、とても信じられない思いでした。自分で気が付いてしまったことに、はじめは正に半信半疑で、症例を積み重ね、特に 長期にわたる病歴など、しっかりした時間軸や再現性、主要な検査ﾃﾞｰﾀなど narrative Evidenceとしてほぼ間違いないものを核とし、亜鉛欠乏症の症例を組み立てて来ました。最初のうちは学会で発表しても、眉唾ものと思われていた様ですが、幸いなことに、最近は全国各地から講演を依頼されるようになり、講演後の情報交換会では、自験例を知らせて下さる方も多くなりました。又、分子生物学的にも一部は解明されつつあります。勿論、まだまだ、判らないことだらけですし、間違っていることもあるでしょう。先生には、是非是非、追試をし、その結果を公開して欲しいと思っています。

講演では、常に申して居るのですが、効果があった症例だけではなくて、倉澤が言うように追試をしたが、倉澤が言っているようには効果がなかったと言うような症例は、特に大歓迎です。現在の亜鉛欠乏症についての検討で、何が問題なのか？問題点を

明確にし、私共が述べていることが正しいのか、間違っているのか？追求するのには大変貴重な症例になると思いますので、そんなことも考慮して、よろしくお願いしたいと思います。

血清亜鉛値の件についてですが、読み解いていただいたごとく、血清亜鉛値は必ずしも低値を示す訳ではないのですが、欠乏症例の初診時の血清亜鉛濃度の分布からは可成りきれいな正規分布曲線を描け、ｶｯﾄｵﾌ値について説得力のある図を近日中にﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ載せられると思っています。基準値はｲｺｰﾙ正常値でないことは自明のことですが、情けないことには、医学医療の世界では、ｳｯｶﾘ、正常値との間違いが一般的常識で、その様な医師達のﾊﾟｿｺﾝ的思考で、医学医療の現場では、数多くの悲喜劇が生み出されています。大変に困ったことと考えています。『亜鉛は、個体間変動幅が個体内変動幅より大きいために、基準範囲が主として個体間変動を反映している』一つの典型例です。

さて、小生は先生より三周り程年上と言うことになる様ですが、先生の精力的なBlog の内容から、一般内科医として緩和ｹｱに携わる者として、幅広く勉強され、獲得した知識技術を柔軟な思考を持って、そして常に悩み反省しながら患者さんに向き合っている姿を知り感服致しました。歯科医の父上の『患者さんに行う治療も家族に行う治療も同じ』は、一人一人の患者さんにどの様な医療をすべきかの具体的判断の原点と言って良いと小生も思います。
頑張って下さい。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

はじめまして

投稿者：こたろう✉　投稿日：2009年10月 2日(金)13時17分26秒

倉沢先生、はじめまして。
私は10年目の内科医ですが、一般内科＋緩和ケアを経て
今年から在宅診療を始めた者です。
PEGの固形化を調べているうちにこちらに辿り着きました。
本当に驚くような内容でした。
多くの末期がんで食欲のない方を拝見しましたが
プロマック等でもう少し食事を楽しんで頂けたかも
しれないと思っています。
褥創（すいません、ソウの字が出ません）の記事は
実に衝撃的でした。正直未だに半信半疑ではありますが
皮膚掻痒感と共に困っている方は在宅にたくさん
おられますので、是非お勧めしてみようと思って
います。採血は必ずしも低値を示す訳ではないとの
事でしたが、低値であれば説得力がありますし、
測定もしてみようと思います。

エンシュアに亜鉛が含まれているとの事でしたので
栄養剤を色々調べてみましたが、ブイ・クレスという
市販の栄養剤には1本125mlにつき10mgの亜鉛が含まれて
いるという事でした。そういえば昔、ブイ・クレスで
褥創がたちまち治った、という話を患者様から聞いた事がありました。
その時は、偶然治るタイミングだったのだろうと思いましたが…。
しかし、やはりプロマックの方が安くて簡便ですね。

効果、また書き込ませて頂こうと思います。

http://blog.livedoor.jp/kotaroworld/

亜鉛欠乏症についての講演

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2009年 7月20日(月)21時27分41秒

2007年度に医師を対象とした講演のURLです。 http://zeria-online.com/online_seminar/n01_2/pop.php
この講演の内容は医師．医療人を対象とした約１時間の講演ですが、一般の方々にも充分理解可能で、亜鉛欠乏症についての基本的な知識と現在までに判ってきた可成り詳細な知見の糸口をお伝えできると考え、（株）ゼリア新薬の協力の下、公開することにしました。
亜鉛欠乏症は、小生のHPにもあるごとく、その症状は、味覚障害や皮膚科教科書にあ

る腸性肢端皮膚炎は勿論ですが、原因の定かでない“食欲不振”や殆どの“褥瘡”、舌が痛いとか、舌のヒリヒリ、ピリピリ感や滲みるなどの舌痛症状が慢性的にあるが、肉眼的には局所の異常所見を認めない“いわゆる舌痛症”や多彩なこれまで“難治とされている皮膚疾患”、チョッとした外力でもペロリと容易に剥皮する“脆弱なお年寄りの皮膚”や多くのお年寄りが罹っている“いわゆる老人性皮膚掻痒症”、更には、原因のハッキリしない“かゆみ”の皮膚症状から“慢性の下痢”や“元気さの無さ”などの精神症状等々にも及ぶ実に多彩なものです。

これらの症状で悩み苦しんでいる患者さんは、日常の臨床で、実に多いのですが、殆どの医師は、これらの大部分の患者さんは、原因不明の難治の疾患や症状であると、又は、老化現象で仕方がないものと考え、適切な治療は行われて来ませんでした。

しかし、その多くの原因が、主に微量元素亜鉛の欠乏によるものと次第に判明し、その大部分が、安価で、簡単で、且つ安全な亜鉛補充療法〔原則：プロマックＤ(75)２Ｔ／Ｄａｙ　Ｚｎ量34mg〕で、比較的容易に治癒、軽快することが次第に判ってきました。

しかし、世間の常識を覆すことは大変なことで、これまで多くの医師達は『この様な多彩な疾患や症状が、微量元素亜鉛の欠乏という一つの原因で、生ずるとは常識的に考えられない。そして、そんなに簡単に軽快、治癒するとは、とても信じられない。』となかなか認め様としません。特に、専門分化して、専門、専門と日頃、主としてヒトの部分現象のみに関わって来た大学や病院の多くの医師達は、多彩な症状が芋蔓式に、多くの患者さんに発現していることすら気付いていないのが現実です。

しかし、幸いなことに、最近急速に社会一般に、そして全人的医療をされている多くの医師達に、また、地域医療や介護福祉の現場で、真剣に患者さんと向き合っている看護介護や栄養や検査等々に携わっている多くの人達に、次第次第に微量元素亜鉛（勿論、亜鉛だけではありませんが）への関心が高まりつつある様に思われます。専門、専門と言っている医師達も、その内にはヒト全体を診なければならないことに気が付くはずです。

亜鉛欠乏症と言う疾患は、ヒトを部分部分に分けて見ている者には理解しにくい事実です。どうも今は、医師．医療人以外の一般の方々にも情報を積極的に流して、外から専門、専門の壁に囲まれて、壁の中に安住している専門家達の目を覚まさせる必要がある時期のようにも思うのです。

是非、講演の扉を開かれて、微量元素亜鉛に興味を持っていただければと思います。

診療報酬審査委員会の役割

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2009年 7月11日(土)13時38分51秒

最近まで、殆どの医師は勿論のこと、栄養学者も、製薬会社も国も、微量元素亜鉛が不足するなどと言うことは滅多に生じないものと考えていましたから、亜鉛欠乏症などと言う病気は殆ど無いものと考えられ、正式には亜鉛欠乏症に対する保険収載薬は存在しないのが現状です。しかし、もう皆さんお判りのごとく『多くの医師が考えているよりも、遙かに多くの亜鉛欠乏症患者さんがいる』ことが判って来ました。味覚障害は勿論のこと、大部分の原因の定かでない食欲不振、殆どの褥瘡、そして、最近ではいわゆる舌痛症の原因も殆どが亜鉛欠乏によることが明らかになってきました。かゆみや多くの皮膚疾患、その他多くの多彩な欠乏症状もあります。

当然、現在は、殆ど無いものとされてきた亜鉛欠乏症の正式な保険適応薬はありませんが、幸いなことに亜鉛含有の胃潰瘍薬【プロマック】が存在し、当然、亜鉛欠乏症の治療薬として有効です。又、胃潰瘍薬としての治療経験から、長期間殆ど副作用もなく、且つ、安価で、大変使いやすい薬剤です。食欲不振などは翌日にも、劇的に食欲が回復することもあり、多くの褥瘡も劇的に軽快治癒して行きます。これからは舌痛症について、多くの亜鉛補充療法の追試がされれば、キット、これまで心身症的なものなどとされて、的確な治療法が無かった多くの症例に効果が認められることでしょう。

諄いようですが、これまでの経過から、現在は正式な保険適応薬となってはいませんが、2009年7月5日投稿の『亜鉛製剤と保険診療』のごとく、現在の法律、規則上で、『亜鉛欠乏症の治療としての亜鉛補充療法に、亜鉛含有の胃潰瘍薬“プロマック”は保険上使用しうる。』と言えます。しかし、中には、規則をよく知らない審査員により、機械的に査定される可能性はあります。

長野県と長崎県では、現在、亜鉛含有胃潰瘍薬プロマックを正式に亜鉛欠乏症の保険適応薬として認めています。それは、法律、規則上は使用可能と言っても、現在の複雑奇怪になってしまった診療報酬制度の元で、うっかり査定する審査員や亜鉛欠乏症の存在を知っても、可成り多くの医師が保険で使用できないのでないかと誤解しているなどを是正する必要があったからで、長野県では国保と社保の両審査委員会と医師会の三者で十分検討の上、正式に認めることとなりました。

診療報酬審査委員会の役割として、適切な保険医療が行われ、その結果、保険財源が適切に活用される様努めていますが、医学医療の急速な進歩や大変広範囲にわたる医

療の現場には、法律や規則の字句とで合わないことは無数にあります。法は法として守ること大切ですが、法律、規則とその現実に行われている医療の現場との齟齬を専門家の立場から埋める大きな役割が審査委員会にはあります。字句に基づいてのみ、主に診療報酬が決まるのならば、専門家は不要です。現在進行のｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ審査と事務官で足ります。

長野県では、社保、国保の両診療報酬審査委員会と県医師会の三者で常に連携をとって、ﾛｰｶﾙ．ﾙｰﾙを決めています。例えば、ＷＨＯがモルヒネについて、緩和医療での癌の疼痛に対して、極量の制限を外す勧告を発表した時、国保の審査会では、専門部会に諮問し、慎重に検討して、直ぐに勧告に従って極量の制限を外しました。その後三者で協議して、長野県は全国の中で最も早く極量を外して、緩和医療で適切なモルヒネが使用される様になったと言えます。

現在では当たり前となっているインシュリン自己注射も、昔は毎日、医療機関で注射を受けなければならない様な、現在ではとても信じられない法律、規則でした。長野県では、『長野県方式』と言うインシュリン自己注射方式を編み出して、それがモデルとなって、全国的に保険に収載される様になりました。診療報酬審査委員会とは長野県ではこの様な役割があるものとされています。プロマックの正式な保険適用もこの一環でした。

一方、医薬品が保険適応になったからと言って、それが医療の現場で無条件に使用できる訳でもありません。特に、抗生物質や血漿蛋白製剤などは、長野県では可成りきつく適切な適応の使用が求められています。ご参考に慣れが幸いです。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

亜鉛製剤と保険診療

投稿者：倉澤　投稿日：2009年 7月 5日(日)22時23分40秒

野村元積先生

過日は、福井市で『亜鉛欠乏症について』の講演にお招きいただき、又、座長をお勤めいただき、有り難うございました。また、１３日には、早々に、当掲示板にご投稿をいただき、恐縮に存じます。その後、６月の長野県国保診療報酬審査委員会や第１７回日本慢性期医療学会浜松大会でのﾗﾝﾁｮﾝｾﾐﾅｰや第２０回日本微量元素学会での『亜鉛酵素．ﾄﾗﾝｽﾎﾟｰﾀｰ研究の最前線』のｼﾝﾎﾟｼﾞｳﾑのｼﾝﾎﾟｼﾞｽﾄや座長の準備等に忙殺され、今日に至りましたこと、お許しいただきたいと思います。

さて、お陰様にて、微量元素亜鉛についての関心も次第に高まり、全国各地でも、多くの医師や医療福祉に携わる多くの方々、又、中には一般の方々も、講演を聴きにお集まりいただけるようになりました。又、福井でも、多くの活発なご質問をいただき、限られた講演時間で不充分のこと、何点か明らかにすることも出来ました。会場での質問やｱﾄﾞﾊﾞｲｽは小生にとっても、今、このことで、何が問題なのかを明確にしていただけて、大変有り難いことです。

今回は、会場での質問にも出て、又、先生も表明されている、亜鉛欠乏症の臨床の現場での問題点『亜鉛製剤と保険診療』について少しまとめて、明確にしておこうと思います。

重要な前提として、①味覚障害は勿論のこと、食欲不振、褥瘡の発症、いわゆる舌痛症はじめ舌口腔咽頭症状や種々の皮膚疾患、お年寄りの皮膚や老人性皮膚掻痒症のような極ありふれた皮膚症状、元気さ等の精神状態等などにも及ぶ『実に多彩な欠乏症状を呈する亜鉛欠乏症が存在する』こと、②その欠乏症で、悩み苦しんでいる患者さんの数は、『多くの医師が考えているよりも、遙かに多い』こと、③その欠乏症の多くは、『安価な亜鉛補充療法で、比較的容易に、軽快治癒させ得る』こと、④その欠乏症多発のもとに、総計4000名を越える長野県下における地域住民の血清亜鉛濃度に関する三疫学調査等々で、『日本国民は微量元素亜鉛不足の傾向ある』ことが推定されることの四点が、小生の講演や“亜鉛欠乏症について”の小生のﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/ 等々で明らかとなり、大変重要な問題と認識されたものと思います。

では、現在の日本で、この欠乏症についての治療を保険医療として、どの様に出来るのか、又は、出来ないのか？日本全国各地での講演で、ほぼ必ず出る質問です。私はその都度、キチッと回答してきましたが、ここで文章として明確にしておきます。小生は、この項は、日常診療をする一般の医師として、亜鉛欠乏症が存在することを知ってしまった医師として、そして、一般の国保診療報酬審査委員として一般の医師よりは、多少診療報酬制度と言う法律を知っている医師として記載しました。どの様な立場のどなたでも、特に全国の診療報酬審査委員の諸先生方に、この件に関してご意見がありましたら、是非是非、ご投稿いただければ、幸いと思っています。

小生は、亜鉛欠乏症についての講演でも、ＨＰでも、又、『亜鉛欠乏症について』の私共の研究報告書の中でも、日本国中の医師や栄養学者達が、これまで、“亜鉛欠乏について、余程特殊な場合を除いて、普通の人が普通に食事をしていれば、生じ得ないもの、特に、現代のような飽食の時代には、生じ得ないもの”と考えて来ました。それ

が“常識であり、現在もそれが常識である。”そして、国も製薬会社も亜鉛欠乏症など滅多にないものと考えて来ました。それが証拠に、『亜鉛欠乏症の正式な保険収載薬は無いのが現状』である。と述べてきました。
　しかし、現在の法律、規則上では、『亜鉛欠乏症の治療としての亜鉛補充療法に、亜鉛含有の胃潰瘍薬“プロマック”は保険上使用しうる。』と言って良い。
その根拠は
　①『いわゆる55年通知』で、現在も通知として生きている。
　昭和５４年８月２９日 日本医師会長 武見太郎と厚生大臣 橋本龍太郎により次のように合意され、厚生省保険局長通知として、昭和５４年８月２９日付書簡の主旨に基づき通知する。として、①保険診療における医薬品の取り扱いについては、厚生大臣が承認した効能又は効果、用法及び用量（以下「効能効果等」という。）によることとされているが、、有効性及び安全性の確認された医薬品（副作用報告義務期間又は再審査の終了した医薬品をいう。）を薬理作用に基づいて処方した場合の取り扱いについては、学術上誤りなきを期し一層の適正化を図ること。②診療報酬明細書の医薬品の審査に当たっては、厚生大臣の承認した効能効果等を機械的に適用することによって都道府県間においてアンバランスを来すことのないようにすること。
　②「低薬価薬剤の審査等の具体的取り扱い方針」について　平14．5.21 保険発521001　で、２．具体的取り扱い方針（1）「健胃消化剤、鎮咳剤など」の範囲について、　「１７５円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因になった傷病から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要がないものとすること。」とあるが、、、、、、。《細かなことは審査会などに聞かれたし》
　以上、上記の保険局長通知も、保険発 0521001も現在まで、変更も、廃止もされずに生きている。いかにも、医師の一般常識としても、一般の診療報酬審査委員の常識からも、そして何よりも現場の医療にとって至ってまっとうな、規則通知である。
　ただ、一般の診療報酬審査委員の中には、当然、やむを得ないことではあるが、現在の複雑奇怪な診療報酬制度の法、規則などに精通していない委員がいることは否定できない。又、最近は可成り、情報が発信されているとは言え、亜鉛欠乏症について、余りご存じない又は全く知らない審査委員も居られよう。そのような審査員が周辺と相談することもなく、事務ﾁｪｯｸや最近進行しているｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ ﾁｪｯｸに応じて、“厚生大臣の承認した効能効果等を機械的に適用することによって”正に機械的にうっかり！！査定をする可能性は否定できない。その場合は再審査に出して、その県の審査会の統一見解として、訂正してもらえばいい訳だが、そんな面倒なことといって、使用抑制がかかっている可能性がなきにしもあらずなので、文章として、先ず法律問題をキチッと記した。ただ、褥瘡とか食欲不振（亜鉛欠乏症）とでも傷病名欄に記載されれば、審査会にとっても親切ことと思うし、情報の入っていない審査会ではキチッと調べる契機となることと思う。
　長野県と長崎県は正式にプロマックを保険適用薬として認めている。次回はこれを契機に審査会の役割について、この件に則して、長野県の場合を書いてみようと思う。
　長野県で小生が、亜鉛欠乏症の治療成績をまとめたのも、175円ルールによって、集めたものである。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

御講演の御礼

投稿者：野村元積✉　投稿日：2009年 6月13日(土)12時44分0秒

拝啓
梅雨の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。
先日はご多忙の中、遠路福井までお出で頂き御講演賜りまして有難うございます。
多くの患者さんの中から、亜鉛欠乏症例を一例一例積み重ねられ、種々多様な疾病に亜鉛欠乏が関与していることをご教示頂き有難うございました。
臨床研究の面白さ、また地域医療を推進していく上では、行政トップの理念や哲学が共感できるものでなければならないことも理解できました。
福井でも亜鉛製剤が保険診療できるよう少しでも努力したいと思います。
今後ともよろしくご指導お願い申し上げます。

まずは御礼まで

敬具

『亜鉛補充療法の追試を』に専門家のご批判を！！

投稿者：倉澤隆平　投稿日：2009年 5月 2日(土)07時40分1秒

2002年秋に、多彩な症状の多くの亜鉛欠乏症患者さんの存在に気付き、症例を積み重ねて来ました。たまたま、ごく初期に私共の『亜鉛欠乏に関する研究会報告書』(小生のHPよりダウンロード可)の【症例３】の様な、亜鉛補充療法による舌痛の劇的な治癒症例を経験し、多彩な症状の中で、舌痛についても注目して来ました。その症例を今回纏めてみました。そして、『殆どの舌痛症は適切な亜鉛補充療法により治癒する』と結論づけました。

インターネットで検索すると、実に多くの舌痛に悩んでいる患者さんがいます。その大部分が舌口腔咽頭内に肉眼的所見のない“いわゆる舌痛症”です。そして又、実に多くの歯科医や医師がその舌痛に専門的に携わって居られます。そして、その原因．治療法に関して研究し、考察し、治療を実践して、HPやネット上に意見を載せ、また、原因．治療法についての学会発表の内容も数多く載っています。多くの方々が、亜鉛やその他の微量元素、ビタミン等々に触れられていますが、やはり原因不明として、現在治療法を模索しているのが現状と言って良いと思われます。

今回、HPに私共の治療結果の集計を出来るだけ生のデータも含めて載せ、『殆どの舌痛症は適切な亜鉛補充療法で治癒する』と結論づけました。勿論、“総ての舌痛症”は、と言うつもりはありません。同一の症状が種々の原因で生ずることは、しばしば、あり得ることです。しかし、私は“殆どの舌痛症”は、と言って良いのではないかと考えているのですが、如何でしょうか？長年にわたりこの難治な舌痛症に携わって来られた専門家の方々に、この報告を詳細に検討され、是非是非、ご質問、ご批判をいただけたら有り難いと思っています。

是非、ご批判とそして“追試”をお願いしたいと思います。このことが正しければ、多くの舌痛症を亜鉛補充療法でスクリーニングして、残った難治例を更に検討すると言う舌痛症についての研究方法も可能となると考えるのですが、如何でしょうか？

舌痛症に亜鉛補充療法の追試を！！

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2009年 4月27日(月)00時33分16秒

私共の診療所はごく普通の診療所ですから、舌痛症の患者さんが特別多く受診する訳ではありません。しかし、2002年に、『多くの医師が考えているよりも、遙かに多くの、多彩な症状の亜鉛欠乏症』の存在に気付いて、その多彩な亜鉛欠乏症の患者さんを治療し、一例一例の症例を登録し、積み重ねて来ました。その登録症例の中から、キーワードとして、舌痛やヒリヒリ、ぴりぴりとした痛み、舌の滲みると言う訴えを持つ患者さんを集計したところ４１例、４８症例となりました。その分析結果を整理して、小生のＨＰに現在載せつつあります。日常の臨床例ですから、総てに治療が完結している訳でなく、１～２回で受診を中止された症例もありますが、その全ての症例の経過を載せました。総てと言わぬまでも『殆どの舌痛症は適切な亜鉛補充療法により治癒する』と言って良いと結論しました。インターネットで検索すると、実に多くの舌痛に悩んでいる患者さんがいます。そして、いわゆる舌痛症の診療を専門としている歯科医師、医師のどなたも確かな治療法を持ち合わせていないのが現状の様ですので、是非、是非、先ず亜鉛補充療法をキチッと試行してみていただければと思います。小生のＨＰを検討し、ご批判、そして追試をお願いしたいと思います。問題点がありましたら、本掲示版等で、指摘、ご批判いただければ、大歓迎です。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

いわゆる舌痛症は殆どが亜鉛欠乏症と言ってよい。

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2009年 4月16日(木)05時15分44秒

私共はこれまで、東御市立みまき温泉診療所での亜鉛欠乏症例の治療経験から、味覚障害は勿論のこと、食欲不振、褥瘡の発症、舌痛はじめ舌口腔咽頭症状や種々の皮膚疾患、お年寄りの皮膚や老人性皮膚掻痒症のような極ありふれた皮膚症状、元気さ等の精神状態等などにも及ぶ実に多彩な欠乏症状を呈することを知った。これらの知見については、日本微量元素学会をはじめ諸学会や多くの学術講演会、小生の“亜鉛欠乏症のホームページ”（Ryu.HOME; http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/)等々で周知に努め来きました。

特に、亜鉛補充療法による、多くの食欲不振や褥瘡治癒への、劇的な効果については、声を大にして述べてきました。その中で、舌痛についても、日頃の観察から、長期にわたって、舌痛、或いは、ヒリヒリ、ぴりぴりと痛むとか滲みるとの訴えが続き、舌．口腔内に肉眼的異常所見を認めず、且つ、他に原因となる疾患を認めない“いわゆる舌痛症”については、キチッとした亜鉛補充療法をすると、殆どの舌痛症は治癒する感触であると述べて来ました。

一方、インターネットで舌痛について検索すると数十万件に及ぶヒットがあり、舌痛症と亜鉛についても、２～３千件が検索されますが、その殆どにおいて、亜鉛や微量元素やビタミンなど、舌痛症発症の原因の一つとして触れられてはいますが、大部

分は心因性のもの、精神的なものとするのが、これまでの常識でした。しかし、私共は2002年秋から2009年の現在までの亜鉛欠乏症疑い登録症例、約600名の臨床経験をふまえて、疑い登録症例中で、いわゆる舌痛を訴えた総ての症例　41名、48症例の分析から、『いわゆる舌痛症は殆どが亜鉛欠乏症と言ってよく、キチッとした亜鉛補充療法にて治癒する可能性が大きい。』との結論に達しました。多くの舌痛症に真剣に携わって来られた方々の批判に耐えるべく、近日中に上記ホームページ上に41名のまとめと主要なポイント、それぞれの典型的な症例の詳細等を載せる予定ですので、ご検討いただきたいと考えています。

http://www.geocities.jp/kurasawa/





以上は、新着順441番目から450番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ　管理者へメール

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]　RSS

管理者メニュー　自分の投稿の編集・削除

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

追伸：ヨード服用量を減らしたら胸の痛みはなくなりました

投稿者：内田司　投稿
日：2009年 2月 3日(火)19時08分9秒

鎌倉の内田です
大事なことを書き忘れました
「２月１日からおきた胸部の軽い充満感
（体を左右にかるくねじると痛い）は

イソジン（ポビドンヨード）の服用量を２月３日の朝は
「２リットルの水に２滴」に減らしたところ
２－３時間で消失しました
なお高血圧についてはたしか１０年以上前から
いわれていたと思います（献血のときかな）

ヨード欠乏症についてですが
問診時に「ヨード分の多い食べ物（海藻など）を意識して
長い間とってきましたか？」との質問を
「基礎問診項目」に加えるだけでかなり
見つけられると思います。

自分で自分の症状を振り返って発見した
ヨード欠乏症発見の兆候
（Uchidaの３徴）
１）高ヨード食品意識して連続摂取暦なし
２）「寒がる」（ウインタースポーツやらない・寒冷への暴露嫌う）
３）体温低い（朝起きぬけの基礎体温低い）

御参考まで





厚生労働省が作るヨード・亜鉛欠乏症

投稿者：内田司　投稿日：2009年 2月 3日(火)18時41分40秒

始めまして鎌倉の内田です
４５歳、男性です
約２５年ほど単身生活をしてきましたが
「原因不明の高血圧」に悩まされ１月２９日には
湘南鎌倉病院へ高血圧症で搬送、約５時間にわたり血圧が
「２００台」になり（Homeostasisの破れ）

暖かい病院のER部屋でも血圧低下せず
おうちで休んでいました
そうしたら１月３１日の午後に
「自分はこれまでヨード分の多い食品を継続して
摂取してこなかったなあ」と思い至りまして
早速「とろろ昆布」や「根昆布」を買ってきて
食べました
さらに２月１日の午後には
「ヨード添加塩」を作るので「ヨウ化カリウム」を
くださいと薬やさんにいっても断られ
やむなく「イソジン」（ぽびどんよーど）を買って
１０滴「アクエリアス」５００ｍｌにたらし
ヨードドリンクを作って飲みました。
（注意：ヨードは大量に摂取すると
ヨード中毒になる恐れがありますので
決してまねをしないでください）
そして家に帰って「水２リットルに
イソジン１０滴」滴下してその晩から
翌朝にかけて飲みました。すると
その晩から「大動脈弓や心臓が張っている」
ような感じがして体を左右にねじると体の
（胸の）真ん中から左側が少し痛くなりました
（液体のつまったものがあるような感じ）
翌２日の朝８時ころに１５０メートル
ほどはなれたコンビニにご飯を買いに
いきましたら外気温８度くらいなのに
「ものすごく寒く」感じました
（たぶんヨード欠乏状態のところへ
ヨードを入れたので甲状腺ホルモン
T4からT3への末梢での変換がうまく
いかなかったのでものすごく寒く
感じたのでしょう）でも自分自身が
甲状腺ホルモンの機能を少し知って
いたのでぜんぜん怖くありませんでした。
それからおうちに帰ってから
「ヨード欠乏症で（多分）からだの内分泌
系がガタガタになっているので
ゆっくりお休みしましょう」
と休みました。で夜から翌３日朝にかけて
「水２リットルにイソジン５滴」入れて
飲みました。
すると翌朝の血圧が
ここ１年来最低（上の血圧）になっていました。
（警告：私は以前「医学論文の翻訳」の仕事に
五年ほど従事しており、今回の「緊急避難」的
自己処方も「今日の治療薬２００４」（赤本）
の甲状腺疾患治療薬や「ヨード欠乏症向け
ヨード分の一日の処方量」「イソジン」などの
項目や用量をよくよく確認して服薬したので
決して安易にまねをしないでください）

また私の高血圧症自体も「確定診断」がついて
いない状態ですのであるいはヨード欠乏症に
起因するものでないかもしれません。

しかし１月３０日の朝に計った体温が35.4度
（体温低い）でヨード服用まる２日たった
今日の午後２時ころは36.8度（前回と今回の
計測条件は服装などほぼ同じ）に上がっており、
「今日の午後ころから、服装はそのままでも
わきの下や足の裏が発汗してきた」ことから
やはり慢性のヨード欠乏症くさかったです。

話が長くなりましたが「日本人は海藻を多食
するからヨードの必要量は足りている」という
言説はなんの「証拠」（医学的）もありません

「日本人の１日あたりヨード摂取量と血中甲状腺
刺激ホルモン（TSH)および血中FreeT3,FreeT4
との相関の大規模な前向きコホート研究」などは
実施されていないのではないのでしょうか。

ちなみにアメリカではFDAがヨード欠乏症対策として
ヨード強化塩を認可、普及を推進していますが
日本の厚生労働省はヨード強化塩を許可していません。
だいたい亜鉛欠乏症やヨード欠乏症は国家権力が
ヨード・亜鉛強化塩（日本人の推奨食塩摂取量である
１日７－８グラムの食塩に１日必要量（かやや少なめ）
の１日所要量のヨード・亜鉛を添加した強化塩を大々的に
普及させればかなり改善されるのではないのでしょうか
それをしない厚生労働省は「不作為の罪」で国民から
指弾は免れないのではないのでしょうか？

また「健康診断」の基本項目にTSHやFreeT3,FreeT4などの
甲状腺機能検診や血中亜鉛濃度などの項目も「義務として」
施行すべきでしょう。現在の「ルーチン」の「血算・生化」項目だけでは
ヨード欠乏症や亜鉛欠乏症のスクリーニングにはまったく不十分
ですよ。

厚生労働省はヨード欠乏症や亜鉛欠乏症について
　内外の文献を研究したり
実際の症例などをリサーチをしているはずです
それで「アメリカFDAが認可しているヨード添加塩
を日本での製造販売を許可しない」なら
「日本人のヨード欠乏症は厚生労働省が意図的に
　作っている」といわれても仕方がないのでは
ないのでしょうか。亜鉛欠乏症の場合もまたしかりです。

にわか内分泌学者（Endocrinologist)より

連絡必要でしたら
〒２４８－００２２
鎌倉市常盤４１１番地矢沢荘２Ｆ５号　内田　司
電話留守電０４６７－３２－９５４４あてどうぞ

サリー様、倉澤先生

投稿者:安田　寛✉　投稿日:2009年 1月22日(木)15時10分31秒

昨秋投稿させていただいた「ら・べるびぃ予防医学研究所」の安田です。
サリーさんの文面を拝見し、参考になればと思い、記します。

サリー様
　プロマックを増量してからの体調はいかがですか？
　亜鉛の「消化吸収が悪い・・のですかね」について、コメント致します。亜鉛に限らず鉄・銅・カルシウム・マグネシウム・マンガン・モリブデンなどの必須ミネラルの消化管からの吸収率が低いと推測される人がいて、これらの方を我々の内では”吸収不全”と呼んでいます。
　「痩せの大食いです」との記載もあり、倉澤先生のコメント「鉄の吸収や体重の増加にも問題があり、全般的な吸収に問題があるのかもしれませんから－－－」のように、サリーさんはこの”吸収不全”タイプではないかと推測致します。
　このタイプの方は、複数の必須ミネラルが不足していて、体内のミネラルバランスも崩れていますので、様々な不定愁訴も現れるようです。
　一度、網羅的なミネラルの検査を受けられては如何でしょうか？
　下記ホームページがご参考になれば幸いです。
　サリーさんのＱＯＬが良くなることを願っています。

安田　寛

http://www.LBV.jp

深田様、倉澤様。

投稿者:サリー　投稿日:2008年12月15日(月)19時17分5秒

深田さま

返信ありがとうございました。
日本医事新報 No. 4343（2007年7月21日号）取り寄せてみます。
英文も読めないことはないのですが、専門用語につまづいてしまうので・・。

倉澤先生
返信ありがとうございます。

＞これまでの経験からは､可成りの低濃度ですから、亜鉛欠乏であることはほぼ間違いなく､まだまだ、亜鉛不足の状態で、私共が増量して追跡する適応と考えているケースに当たります。つまり、４Ｔ、朝夜２Ｔづつにされるのが良いと思います。

私の亜鉛値はまだかなり低いのですね・・たしかZNの上限は１００ぐらいでしたよね。
亜鉛値は低くとも
ALPの値はO型であるがゆえか標準内の高値か、少々超えての高値にでることが多いです。
ここの見極めが難しそうですが、ZNは低いのでしばらく朝晩2錠で試してみます。

特にこのごろ冬になり乾燥が激しくなってきたので、よくもこんなに粉が落ちるなあというほど、落せつも多くなってきました。
皮膚を作るためにも多大な亜鉛やたんぱく質が使われる？？のかしら・・。
だとしたら補充が必要ですよね。

＞鉄の吸収や体重の増加にも問題があり､全般的な吸収に問題があるのかも知れませんから、出来るだけ情報を得ながら治療されるのが、今後のためにも良いのではと考えます。

痩せの大食いです。消化吸収が悪い・・のですかね。よくかんでたべるように気をつけます。

やはりなかなか写真を撮る・というのは抵抗があって、ひどいときほど、できません。
改善の様子などがでれば、あとで励みになるだろうし、どなたかのためにも役立つことができるかなー。
がんばっていこうと思います。

土壌､野菜のミネラル不足について

投稿者:倉澤 隆平　投稿日:2008年12月11日(木)12時45分24秒

山本 豊様

ご投稿有り難うございます。
土壌、野菜のミネラル不足について、私共も仮説として述べさせていただていますが、確かに多くの状況証拠からは間違いないと考えているのですが、批判に耐え得るデータはあるのでしょうか？
全く専門外なのでよく判りませんが、土壌については、含有ミネラルの定点の経時的比較のデータは勿論ですが、実際には、可給的ミネラルの問題であろうかと考えますし、その比較のデータはどうなのでしょう。最終的には、その土壌から収穫された穀物、野菜等（肉類も）の経時的な変化ですが、日本食品標準成分表は確かにその一つでしょうが、産地や計測法等々もあり、その数値の意味するものが、どこまで比較として堪えうるものなのか、と考えておるのですがいかがなものでしょうか？
特に、亜鉛など微量元素については、どうなのか？それらのデータを、もしご存じでしたら、お教えいただきたいと思います。兎に角、野菜の味の美味しさがどんどん変わり、多くの野菜が不味くなっていること、野菜類の驚く程早い腐りやすさ等々。また、山本様も指摘されている、人糞等々が汚物処理されて、循環型農業でなくなっていること等々、状況証拠は充分過ぎる程充分と思うのですが、、、、。
私共は、国民の亜鉛不足の予測を充分とは言えぬまでも、総計約4000名に達する長野県での地域住民を対象にした血清亜鉛値の三疫学調査と、約２５年前のアメリカでの一般市民を対象にした14000名のNHANESⅡやおよそ同時期に決められたSRLの健康成人160余名を対象にした血清亜鉛値の基準値のデータとを比較しました。そして、この約２５年間の血清亜鉛値の低下を有意なものと捉えて、『長野県民は亜鉛不足の傾向にある』、そして、余程長野県が特殊な状況にない限り、統計的には『日本国民は亜鉛不足の傾向にある』と言えると結論しました。私共は大変重大なことと考えていますが、患者多発の臨床の事実と合わせ、また、長野県が特殊なのかどうかも含めて、国民の健康に大きく関わることであり、本当は国がキチッとした調査をすべきものと思っています。『メタボ検診』よりも遙かに大切なことと考えますがどうでしょう。

温泉中のミネラル（追記）

投稿者：山本豊 ✉ 投稿日：2008年12月 7日(日)01時36分19秒

東御市立みまき温泉診療所　倉澤 隆平先生

温泉診療所ということで、前回の投稿に追記させて頂きます。
私の田舎では、温泉水を野菜の栽培に活用しています。
多少、塩分の懸念はありますが、露地栽培ですと雨で塩分は流れてしまいますので、それ程影響は無いようです。
むしろ、温泉水の微量ミネラル分の補給で、密実で甘く、美味しい野菜が育っています。
ミネラルは、ミクロン単位ですので、お風呂では、人体の毛穴から吸収されます。温泉に良く入る人は、微量ミネラルを温泉から吸収しているため、食事で不足するミネラルの補給ができているのでしょうか？私は多少なりとも効果があると考えますが！？

＊私は、医療関係者ではありませんので、専門用語などの知識が殆どありませんが、社会の課題解決の糸口を探るため、多方面からの検証を考えています。
今後とも、よろしくお願いします。

土壌、野菜のミネラル不足

投稿者：山本豊 ✉ 投稿日：2008年12月 7日(日)01時03分9秒

初めまして、私は横浜市在住ですが、現在、土壌中のミネラル不足に起因する野菜中のミネラル含有量の低下について、研究しています。
野菜は、日本食品標準成分表（HPに記載）によりますと、ここ50年程度で、カルシウム、鉄、ビタミンCなどが　1／１０～１／５　程度と急激に減少しています。
この主な原因は、昭和40年頃から15年間、日本はいざさぎ景気が続き、さらに昭和５５年から10年間は、好景気となりバブルの崩壊へとつながりました。
この好景気の２５年間で、横浜の人口は250万人から350万人と急激に膨らみ、マンモスニュータウンが幾つも生まれました。
そのため、農地や森林は、開発により宅地へと変貌しましたが、農地の保護を目的とした農業専用地域の指定で、農地を集約し、都市の食卓を賄いました。ここまでは、都市計画の素晴らしいところですが、失われたものは更に大きいと考えられます。
その要因を私なりに整理しました。
＜推測される原因＞
１．戦後、化学肥料の急速な普及と農薬散布による農法の変化
　これにより、化学肥料の主成分である　窒素、リン酸、カリウム以外の物質が土壌から急速に減少した。
２．日本は、昭和40年代から　いざなぎ景気が15年ほど続き、その後の、好景気を迎える。
　経済活動の活発化は、都市に集中する人口増を呼び、工場・住宅の建設ラッシュを迎える。その結果、農地や山林が次々と開発され、急速な農地の減少を招いた。
３．急速な農地の減少を抑えるため、港北ニュータウンでは、農地の集積と農地法等による開発の規制強化の仕組みを作った。
　これにより、再編された広大な農地は、以後、都市農業（農業専用地域など）として保護された。
４．農地保護の代償として、里山的な農地が減ることで、森林が地中からミネラルを吸収し、果実や葉に貯めた栄養素を利用できにくくなった。
また、好景気となり、より高収入を求めた市民は、農業を手放し、工業化の波に乗った。（１ha　あたり　３００万円の収入ー農機具や肥料、人件費が必要）更に、海外からの易い野菜の登場と高齢化で農業離れが、顕著となった。
５．宅地造成に併せて、道路や下水道が整備され、河川や支線の整備も急ピッチで行われた。農耕地や水田の水は、川や地下水から取水され、農地に送られていたが護岸の整備や区画整備に併せて、土砂の流出を抑えたことで、土壌中のミネラル成分の流出も抑制された。さらに、工場排水等による地下水汚染が問題となり、ミネラル豊富な地下水の活用ができなくなった。
５．よって、開発から守るために設置された農業専用地域などの農地は、地中のミネラル分を補うことなく、普及した化学肥料の成分だけで耕作が続けられるようになった。
　このことで、微量成分のミネラルが野菜から急速に減少したと考えられる。
＊人糞は、無機物質（ミネラル）の吸収が非常に良く、野菜等の肥料としてはとても優れていたが、回虫などの衛生上の問題で、人糞の肥料利用が急速に減少した。
６．食生活の変化（欧米化ーアメリカの圧力で、小麦粉を食べる習慣を作った）、コンビニ、カップラーメン等
７．核家族化（お袋の味が減少）、共働きによる食生活の簡素化（ご飯からパン食

へ）
８．亜鉛、マグネシウム、リンなどの海洋に多く含まれるミネラルは、魚の食生活が遠のいたことで、野菜・魚の両面からミネラルを摂取することが難しくなった。
９．人体の免疫力、酵素等は、ミネラル（人体に必要なミネラル一必須ミネラル＋非必須ミネラルを併せて、４５～６０種類といわれる）とビタミンの組み合わせによって、体内で製造される。ミネラルは、ビタミンが無いと機能しない。（ノーベル賞を2つ取ったアメリカの学者曰く）
１０．野菜と人体の関係
　　地球の誕生は、46億年前。　藻類は、5億年前。　植物・動物は、3億6千年前に海から上陸
＊ 植物と動物は、同じ原始細胞の時代を経て進化した起源が同一
＊ ビタミンは、ミネラルが無いと機能しない
＊ ミネラル・ビタミンのバランスが重要
（人体と植物の構成無機元素が極めて酷似）
野菜も人同様に、土壌中のミネラルが不足すると、ビタミンの製造能力が低下する。
野菜に必要なミネラルは、19種類である。
人の免疫力や酵素の生成能力は、ミネラル（６０種類）×ビタミン（２０種類）と個々の量のバランスで、決定される。
よって、アンバランスな食生活やサプリメントに頼りすぎると、健康な生活が維持できなくなる。
野菜は、吸収の良い、ミネラルとビタミンのバランスの良い食材であるが、近年その質が急激に低下している。

このことで、現代病といえる、癌（マグネシウム不足）・うつ（亜鉛＋ビタミンB6）・痴呆症・キレ易い性格など、医療技術が急速に向上しているにも関わらず、患者数は増加し続けいている。全国平均で、小学生の４%がうつになっている。また、社会人は５%以上とも言われています。

また、これまでにも、様々な研究者、医師等による農薬・ミネラル等の指摘があったが、商社・薬品メーカーなどの政治的な圧力で、潰されてきた。

私は、土壌のミネラル含有量を高める肥料技術の検討をしています。そして、野菜に含まれるミネラル、ビタミンの量を高め、高品質な野菜を作り、生理作用の検証をしたいと思っています。

長くなりましたが、私の意見を書かせて頂きました。
今後も、ミネラルの重要性について、周知と検証をお願いします。
記載記事を楽しく読ませて頂きました！
頑張ってください！！

亜鉛補充療法について

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2008年11月27日(木)21時42分35秒

サリー様
三月に投稿いただいてから、その後どうされたかと思っていました。亜鉛補充療法については、三月に返事を差し上げてありますが、その後の私共の経験を含めて、再度返事を差し上げるのがよいと考えました。そこで、三月のコメントの要点を先ず再掲しつつ、今回のコメントを記します。

>亜鉛補充療法の期間などについて、亜鉛欠乏症の件については判らないことだらけであること、先ずお断りしておきます。
>『どこまで飲んで良いのか判らない』①【鉄欠乏性貧血のように、血清鉄だけでなく、組織鉄の指標のフェリチンの様なものが亜鉛ではまだ見つかっていません。そこで、はっきりは、まだ、判りません。しかし、幸いなことに、亜鉛の過剰症は経口摂取である限りは、まだ認められず。可成り安全域は広いものと考えられますので、服用を続けても大丈夫です。私共の経験では、三年以上何らの副作用なしに服用している患者さんが何人もいます。】

◎これまでに、５００例以上の症例にプロマックを投与して、殆ど副作用は経験していませんし、長期投与例も可成りの数になっていますが、まだ長期投与の副作用は経験していません
◎ただ、これまで、私共の投与量はプロマックＤ（７５）Ｘ２Ｔ亜鉛量３４ｍｇ/日を原則にしてきました。しかし、何例か、２Ｔを長期投与しても期待した効果が上がらず、且つ、血清亜鉛値も５０～６０レベルで、なかなか上昇しない症例を経験し、３Ｔから４Ｔと投与量を増量した症例が出てきました。まだ充分にまとめ切れてはいませんが、投与量の増量により、急速に血清亜鉛値が９０とか１００レベルに増加し、期待した効果が出てきた症例を何例も経験していますので、臨床症状の変化、副作

用、亜鉛値の動き、Al-p値の動きを見ながら、投与量の増量は検討すべきものと考えています。
◎この様な症例は、キッと腸管からの吸収に問題があるのではないかと考えて、腸管濃度を上げるよう、一回の投与量を増量して、投与回数は増やさない方法をとっています。
◎貴女の場合は、亜鉛値が５０や６６というと（勿論、低亜鉛濃度がその人の至適濃度である可能性は否定しませんが）これまでの経験からは、可成りの低濃度ですから、亜鉛欠乏であることはほぼ間違いなく、まだまだ、亜鉛不足の状態で、私共が増量して追跡する適応と考えているケースに当たります。つまり、４Ｔ、朝夜２Ｔづつにされるのが良いと思います。
◎治療としての亜鉛補充療法は、血液データを調べながら、無期限ではなく投与される限り、全く危険ではないと言って良いと考えています。

>②【ただ、亜鉛欠乏であることを確認して治療を続けるためにも、闇雲に服用するのでなく、出来れば、血清亜鉛の推移とAl -p値の動きを見ながら服用するのが良いと考えます。研究報告書にそのシェーマが載せてありますので、参照して下さい。】

◎このことにつきましては、上記の通りです。特に、亜鉛だけでなく、鉄の吸収や体重の増加にも問題があり、全般的な吸収に問題があるのかも知れませんから、出来るだけ情報を得ながら治療されるのが、今後のためにも良いのではと考えます。

>『亜鉛は潰瘍やおできを促進します。服用を辞めたら、毛嚢炎、にきびもストップ』【この様な事実は経験していませんので、何とも言えませんが、キッとその時の貴女に特有のもので、再現性があるものでないと私は考えています。】

◎このことについては、如何でしょうか？これは貴女でなければ判らないこと、また、もし再現性があったとしたら、それなりの意味があるのかも知れません。今度の頭皮の落屑、皮膚の乾燥も将来、何らかの意味づけがされるのかも知れません。再現性があるのかないのか貴女だけしか知り得ない事実ですので、出来れば、しっかり記録されておくのが良いかなと思います。そんな意味では、出来れば写真を撮影しておくことがいろんな意味で、役に立つと思うのですが、如何でしょう。ヒトは忘れやすい動物ですから。
◎私の経験からは、皮疹のない“かゆみ”が大部分の症例で、亜鉛の補充にて、短期に劇的に消失するのは事実ですが、一部では同じ亜鉛の補充で、むしろ増強する例があるのです。“かゆみ”の機序が解明されるとキッとこの現象も判ると思うのです。
◎兎に角、永年の苦痛で大変なことお察し致しますが、記録することはキッと何らかの意味で役に立つことと思います。

邦文総説について

投稿者：深田俊幸　投稿日：2008年11月24日(月)12時39分13秒

サリー様
御質問にお答え致します。
この論文についての日本語による解説文はまだありませんが、基礎研究の立場から免疫学も含めて亜鉛の役割について包括的に記した邦文総説はございます。以下に記しますので、御参考にして頂ければ幸いです。深田俊幸
日本医事新報 No. 4343（2007年7月21日号）

論文は難しくてよくわかりませんが。

投稿者：サリー　投稿日：2008年11月21日(金)20時25分54秒

長期湿疹（アトピー）患者のサリーです。

深田様。
＞細胞内に局在する亜鉛トランスポーターの一つが、マウスとヒトにおいて骨／歯／皮膚／眼球等における結合組織の発生に重要に関わっている事を示しています。亜鉛欠乏等の亜鉛代謝異常が、成長遅延や皮膚脆弱化等を誘起することはよく知られております。

すこしおちつくとプロマックやビタミン、整腸剤などのサプリメント服用をさぼると湿疹は悪くなります。長期にわたる重度湿疹療養中に、目も角膜が傷つきやすくなり、歯ももろくなり、歯肉も炎症を起しやすくなりました。鼻炎もあるので粘膜系が弱いです。また、食べても、太れず筋肉がつきません。骨・・骨密度が心配なのですが、ときどき腰痛はあるし、
歯ももろいとなると骨も？？と不安になります。

亜鉛とカルシウムと骨の関係・・。

恐ろしくて病院へ行って計る勇気がありませんので牛乳や小魚はしっかり食べるようにしています。

湿疹のため亜鉛が過剰につかわれるためかもしれませんが、亜鉛トランスポーターと？いう働きが弱いのかなあ？

論文に日本語ありませんでしょうか？

倉沢先生。
３月はお世話になりました。
記録をつける～といっていながら、しっかりとはつけていません。
治るためにもっと自分の体に対する探求が必要ですね...。反省。

７月末にはかった亜鉛値は以前は５０ほどだったのが、６６まで回復しました。
服用開始時は重症→中症、と改善しましたが、それからなかなか劇的な変化はみられません。（中症状）頭皮のフケ用の楽説、皮膚の乾燥は、ひどくなりますね。あと間接部、そけいぶ、脇など柔らかいところなどの湿疹もあいかわらずあります。

ZN。66（65－110.
A/GO.6.
iron/26
アルブミン3.4L（3.8～5.2）

ALP.388H（102～360）

食べても太れないのは、胃腸十二指腸？の消化吸収が悪いのか、
皮膚再生のために巨大なエネルギーが使われるからか。

プロマック朝晩一錠服用を、短期的にでも、朝晩2錠または朝昼晩一錠とするのは危険でしょうか・・・。





管理者メニュー　自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

Re;亜鉛トランスポーターと臨床

投稿者：深田俊幸 投稿日：2008年11月17日(月)18時26分12秒

倉澤先生

此の度は、御示唆に富んだ御意見を頂きまして誠にありがとうございます。

先ずは判る範囲で御質問に御答えします。
―皮膚の発生は専門ではなく勉強不足ですが、かゆみは皮膚免疫を考える上でとても大切な事象と考えています。皮膚は免疫のための最初のバリアーであり、脆弱になって炎症が生じると免疫担当細胞が浸潤し、特に炎症部位でのマスト細胞や好酸球、好塩基球等の活性化がかゆみの発生に関与していると思われます。亜鉛が免疫反応に重要である事は古くから知られていますが、亜鉛が関与する皮膚疾患においては「亜鉛欠乏→皮膚の脆弱化→炎症→免疫応答細胞の関与→皮膚疾患」と「亜鉛欠乏→免疫応答細胞の機能異常→皮膚疾患」の少なくとも二つの仕組みがあると思われます。亜鉛は、活性中心にシステイン残基を持った様々な酵素（例えばチロシンフォスファターゼ）の活性を阻害します。想像の域を超えませんが、どこに発症原因があるかによって同じ治療方法でもoutputに差異が生じるのかもしれません。
―Zipは「ジップ」、Zntは「ゼット　エヌ　ティー、またはジーエヌティー」と呼ばれています。

今回の論文は亜鉛トランスポーターの生体のおける機能の一端を示したに過ぎませんが、ノックアウトマウスと患者が共通して脆弱な皮膚、骨密度低下、軟骨の発達異常、歯の象牙質異常、脂肪層や筋肉の減少等を示すことから、亜鉛恒常性の維持は間葉系細胞（骨芽細胞、軟骨細胞、象牙芽細胞、脂肪細胞、筋肉細胞、繊維芽細胞）の分化や機能にとても重要であるとの認識を持ちました。では他の細胞種、例えば外胚葉や内胚葉由来細胞はどうなのか；これは基礎から考えても臨床から考えても今後の重要な課題になると思います。１２月の日本分子生物学会で発表しますので、様々なバックグランドの先生と議論を通して交流したいと思います。

今後とも何卒御鞭撻の程、宜しくお願い申し上げます。

深田俊幸





亜鉛トランスポーターと臨床　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2008年11月15日(土)15時11分6秒

深田俊幸 先生

この掲示板へのご投稿、有り難うございます。
早速、論文を読ませていただきました。医学医療の範疇とは言え、分子生物学という日頃余り接してない論文の言語、特に、多くの略語の意味の把握から戸惑いました。まるで、初めてパソコンの説明書に触れた当時の、日頃の馴染みのないまるで宇宙語を読むような、あの感じを味わいました。最初からすごくprimitive なことで済みません。ZIPやZnTの略語の内容はわかりましたが、この略語、発音はどうしているのでしょうか？
ザーッと読ませていただいて、私が臨床の現場で、はじめは自分の目を疑いつつも、褥瘡の治癒過程を見てこれは事実だと確信し、世の常識に反して褥瘡の発症.治癒への亜鉛の主要な役割説を唱えてきたことが、間違いではなかったことを裏打ちする論文だと大変興奮しました。ＨＰに示したあの深い褥瘡が、亜鉛補充療法にて、短期間に皮下組織がグーッと締まってくるように肉芽が盛り上がって、治癒して行く過程や、やはり、ＨＰに示した脊髄損傷例の褥そうと言うか、脆弱な皮膚の裂創と言うべきか、あの皮膚の状況の亜鉛補充療法による治癒の経過は、私が考えていたDNAﾎﾟﾘﾒﾗｰｾﾞやRNAﾎﾟﾘﾒﾗｰｾﾞの活性だけではとても説明が付けられないと思っていました。勿論、これらの瘡の治癒過程には、今回解明されたZIP13のTGF-βｼｸﾞﾅﾙ経路への関与だけでなく、まだ未知の多くの過程が関わっているのでしょうが、でも、一歩一歩、基礎の真理が明かされて、臨床と結びついて行くことに興奮しました。
もう一つ、掌蹠膿疱症に骨症状が合併することが、教科書に書かれています。私共の症例でもそのような一例が経験されています。亜鉛補充療法で掌蹠膿疱症の皮疹とともに膝関節の痛みが治まってしまうのです。掌蹠膿疱症の総てではないまでも、皮疹と骨症状の合併の存在が掌蹠膿疱症に亜鉛が関係していることを示しているのかもと考えました。尤も、臨床の現場では掌蹠膿疱症に臨床所見がピッタリではない手掌皮膚の肥厚、掻痒、剥皮の皮膚、皮下組織の異常を呈する類似の症状から、いわゆる家婦湿疹とか皮膚炎といわれるものまであって、その多くに亜鉛が関係している様に、私の経験からは思われます。難治とされている皮膚疾患から皮疹のない掻痒まで、先生の研究分野に属しているように思われます。
先ず、その中では最も単純な症状の“かゆみについて”現在はどこまでわかってきているのでしょうか。かゆみは亜鉛補充により、ごく早期に劇的に消失する場合と少数例ですがむしろ程度が強くなる、相反する二つの傾向があり、大変不思議に思っています。
私の方こそ、これからもよろしくご教授の程、お願い申し上げます。

亜鉛トランスポーターの役割

投稿者：深田俊幸　投稿日：2008年11月13日(木)12時53分58秒

倉澤隆平　先生

日頃よりお世話になっております。
理研の深田です。倉澤先生におかれましては、日頃よりメールで御教授を頂きまして誠にありがとうございます。過日に申しましたように、私は基礎研究の立場から亜鉛トランスポーターの役割を追求しており、臨床や栄養学的な視点による亜鉛の重要性についての報告はとても興味を持って拝読しております。特に先生が遂行されています亜鉛欠乏症の症例報告については、我々の研究の考察に大いに参考にさせて頂いております。過日のメールで御知らせしました当方の論文を以下に示します。細胞内に局在する亜鉛トランスポーターの一つが、マウスとヒトにおいて骨／歯／皮膚／眼球等における結合組織の発生に重要に関わっている事を示しています。亜鉛欠乏等の亜鉛代謝異常が、成長遅延や皮膚脆弱化等を誘起することはよく知られております。この亜鉛トランスポーターは細胞内亜鉛の分布を制御しており、この分子の機能欠如によって亜鉛欠乏症に類似した症状が見られたということは、体全体において亜鉛が十分存在することは必要条件であるが十分条件ではなく、細胞内の各領域において亜鉛が正しく分布されることも生体にとって重要である事を示唆しています。亜鉛恒常性の制御の重要性の一端を、基礎実験から改めて認識致しました。今後ともさらなる御教授の程、何卒宜しく御願い申し上げます。
PLoS ONE 3(11): e3642, 2008
http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0003642

深田俊幸

亜鉛と治療成果の関係

投稿者：田村　忠司 ✉　投稿日：2008年11月11日(火)19時16分11秒

倉澤先生

投稿にご回答くださり、とても光栄です。
静岡の後援会は、主催者の方もびっくりする位のお医者様が集まっておられましたので、患者様のお悩みを解決して差し上げるために亜鉛を補給することの有効性が、急

速に認知されてきているのだと思います。

先生も御講演でおっしゃっておられたように、県ごとに食生活から摂取する微量栄養素の量には違いがあると思います。
静岡県立総合病院の先生のお話も、（全く推測ですが）静岡県は長野県に比べて海産物を口にする機会が多いことから、亜鉛の欠乏に陥っている方の割合が低いのかもしれない・・・と感じながらお聞きしておりました。

とはいえ、お医者様のお考えの中に「亜鉛欠乏症」が含まれていれば、深刻な事態にならずに健康を回復される方の人数は確実に増えていくと考えられますので、倉澤先生の今後のご活躍を期待させて頂きます。

長野県や長崎県以外の地域で、消化器科がご専門でない先生にとっては、なかなかプロマックを処方しずらい状況がおありだと思いますので、サプリメント屋の私どもはそのあたりをお手伝いできれば嬉しいと考えています。
実際に、亜鉛のサプリメントとして「グルコン酸亜鉛」のカプセルを私どもにご用命くださるお医者様おいでになります。かなり評判が良いようです。

http://www.healthy-pass.co.jp

試行と情報の公表を！！

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2008年11月 9日(日)23時14分6秒

田村様　静岡市医師会の講演会にご参加いただき、有り難うございました。
２００８年９月８日のこの欄で『常識を変えることは、本当に大変なこと！！』と投稿しましたが、亜鉛欠乏症については次第、次第に関心が高まって、このホームページへの訪問者も１３，０００名を超え、全国各地での講演会での参加者も多く、また、講演会での質疑も活発になり、大変有り難く思っています。
中でも、日頃の診療の中での亜鉛補充療法の試行の結果が、次第と話題になって報告されるようになり、先日も中伊豆温泉病院の恩田先生からの長期慢性の下痢と食欲不振、皮膚の症状の改善の報告やこの欄での田村様からの多くの改善例の存在の報告は、私共の知見が間違いないことの証明として、大変うれしく思いました。
一方、静岡県立総合病院の医師からの「多くの食欲不振例に効果が認められなかった」とのご批判も、私にとっては大変意味のある批判で、『原因の定かでない食欲不振』という漠然とした“食欲不振”について、これからはもっと厳密に考えて行く必要があることを感じました。講演の中で『殆どの褥瘡の発症、治癒遅延の主要因は亜鉛欠乏である』として、褥瘡については、先ず亜鉛補充療法を試みて、その上の難治褥瘡について亜鉛以外の条件を検討するという手法と同じように『原因の定かでない食欲不振』についても考えてみる必要があると思いました。一般外来通院中の患者なのか？入院中の患者なのか？軽い疾患なのか？重篤な疾患で入院なのか？薬剤の使用はどうなのか？等々、、、、、。
何れにしても、味覚障害は勿論のこと①褥瘡について、②原因の定かでない食欲不振について、③舌痛、口内違和感などについて、④お年寄りの脆弱な皮膚や多くの慢性皮膚疾患について④’原因の定かでない掻痒について、⑤慢性の下痢について、是非、是非、亜鉛欠乏を頭に置いて、亜鉛補充療法を試行してみていただきたいと思う。そしてその結果を、効果がある症例は勿論、効果のない症例も是非公表していただけたらと思う。
勿論、日常の食事療法の一環として、サプリメントの使用と言うこともあろう。是非、その効果を公表して欲しいと思う。

昨日はありがとうございました

投稿者：田村 ✉　投稿日：2008年11月 7日(金)14時14分22秒

倉澤先生
昨日は、はるばる静岡市までおいで下さり、貴重な症例やデータの数々をご講演下さりありがとうございました。
私は医師ではなく、サプリメント提供者の立場ではありますが、亜鉛をはじめとするミネラルの補給によって、多くの方の健康状態の改善にお役立てると確信しています。

昨日の研究会でも話題に上った、慢性の下痢に悩んでいた方が改善されたり、皮膚の状況が改善されたりということが、私どものお客様でも頻繁に起こります。

倉澤先生がおっしゃっておられました様に、それぞれの方にどの位の量を摂取して頂くべきなのかについての、判断材料となる研究が深まることを期待しています。
どうか、これをご縁に今後ご指導よろしくお願いいたします。

http://www.healthy-pass.co.jp

情報の交換、是非お願いします

投稿者：安田　投稿日：2008年10月28日(火)15時51分59秒

倉澤先生からの嬉しいコメント「是非、情報の交換を！！」を本日拝見し、２０日間以上も見落としていた失礼をお許しください。
亜鉛値の極端に低い子供達の件、先生のご推測が当たっていると存じますが、弊所では毛髪試料と共にお送り下さる質問表の回答のみが拠り所ですので、因果関係に言及するのは大変困難な状況です。
それ故、臨床医の先生方の御理解と御協力を心から願っている次第です。是非、情報交換をお願い致します。
成人での加齢に伴う亜鉛の低下傾向は生理的変化と推測していますが、高齢者での極端な低値は、病的変化あるいは、味覚障害や創傷治癒の遅延などと関わっているのではと推測しています。
弊所では、亜鉛に加えて、鉄・銅・マンガン・モリブデン・セレン・ヨウ素等の必須ミネラルと、水銀・鉛・カドミ・アルミなどの有害金属も含めて計２６元素を、誘導結合プラズマ質量分析計（ICP-MS）を用いて一括分析していますので、ミネラル相互のバランスの異常も見えてきます。
基準値については、将来、国際的にも統一されたものにする（地域差はありますが）ことが望まれますし、血清・全血・組織中濃度との関係など、やらなければならないことも沢山あります。
是非・是非、宜しくお願い申し上げます。
なお、これまでの論文の別刷をお送りさせていただきます。

是非、情報の交換を！！

投稿者：倉澤　隆平　投稿日：2008年10月 5日(日)17時59分20秒

安田　寛様　はじめまして。メール有り難うございました。
ら．べるびぃ予防医学研究所が“毛髪ミネラル検査”などされていることを知りました。個体のミネラルの不足状況について、特に、小生の場合は亜鉛についてですが、血清亜鉛値と個々人の病的状態から、及び、現在の地域住民の血清亜鉛値とＮＨＡＮＥＳⅡやＳＲＬの基準値の決定時の約２５年前の血清亜鉛値との比較より、疫学的に市民、国民に亜鉛不足が存在するもの、そして、その状態は進行しているものと結論したのですが、亜鉛についてだけでも、まだ、何が生体にとって至適な状態なのかすら判っていません。加齢と共に血清亜鉛値は低下する傾向にあり、また、高齢者に亜鉛欠乏症の患者が多い傾向から、キッと加齢と共に亜鉛不足の傾向が高まると予測してはいますが、高齢者の低亜鉛値傾向が、病的なのか？一部生理的なのか？の結論もまだつけられてはいません。小児も乳幼児期から、次第に血清亜鉛値は上昇して行くようですが、それが生理的なのか？病的なのかも判っていません。亜鉛値が極端に低い子供達の存在、小生も気になります。小生の予感では、食欲がなくて、母親に食事の度に『食べろ食べろ』と口うるさく言われている子供など、キッと亜鉛が不足しているのでないかと思っているのですが、、、、。貴研究所などが測定している毛髪のミネラル検査については、以前より大変興味を持っています。何件かの同様な毛髪のミネラル測定をされている研究者から連絡がありますが、血清亜鉛値が何を意味するかと同様に、毛髪についても、まだまだ考えるべきことが沢山あるように思われます。是非、是非、情報を交換したいものと思っています。

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/

はじめまして

投稿者：安田　寛✉　投稿日：2008年10月 1日(水)17時45分29秒

糸川先生監修「ミネラルの科学と最新応用技術」の第２章「臨床現場におけるミネラル（亜鉛）摂取の問題点」を拝見し、このメールを差し上げます。
私は、創薬研究から定年退職後、縁あって、ミネラル検査・研究業務を担当しているら・べるびぃ予防医学研究所の安田と申します。
”常識を変えることは、本当に大変なこと！！”とのコメント、まったく同感です。
先生がご指摘されている、ミネラル不足の現状を認識している有識者は極めて少なく、国民の健康を与る Dr.の認識も、”必須栄養素”にも関わらず、ミネラルへの関心は大変低いものです。
これまでに、小さな子供達で鉛・カドミウム・アルミニウムが蓄積していること、また、亜鉛・カルシウム・マグネシウムが加齢と共に低くなり、水銀が逆に高くなること等を論文にして公表しています。また、公表できていませんが、亜鉛が極端に低い子供達の存在も気になっています。

是非一度お目にかかって、情報交換などをできればと願っています。
とりあえず、ご挨拶申し上げます。

http://www.LBV.jp

健康食品としての経験はないのですが、、、。

投稿者:倉澤 隆平 投稿日:2008年 9月28日(日)15時26分48秒

松崎 修子様 亜鉛欠乏症のホームページへのご訪問有り難うございます。

ご質問について
①私共は診療所ですので、現在までのところ、亜鉛欠乏症については亜鉛補充療法を医療として行ってきましたので、お尋ねの健康食品の使用の経験はないのです。
②しかし、欠乏症への補充療法後の再発防止、又は、亜鉛欠乏症発症の可能性の強い場合の予防として、食事療法の必要性はあると考え、健康食品の検討もする必要があると考えてます。
以上の理由で、お勧めの健康食品は、現在は判りませんが、
③亜鉛の投与量として、私共は原則プロマックの胃潰瘍常用量(75mg) 2T/日(Zn:34mg/日)の投与で補充療法をしています。その結果、数症例に(キッと吸収に問題があるケースと考えていますが)、効果が充分でなく、長期投与でも血清亜鉛値が50～60ﾏｲｸﾛｸﾞﾗﾑ ﾚﾍﾞﾙで上昇せず、4T投与で良好な効果と亜鉛値の上昇した症例を経験していますが、一般的には亜鉛補充療法は、原則 30mgで充分と考えています。
④予防投与は食事の量にもよりますが、食事からの摂取もあり、亜鉛として10mgも上乗せすればと考えていますが、どうでしょうか？何れにしましても経口投与における亜鉛過剰症は、現在まで報告はなく、可成り安全なものと考えてよいと思います。

かゆみ、褥瘡への投与結果がまとまりましたら、教えていただければ幸いです。
私共の経験では、皮疹の無い“かゆみ”の効果発現は多くは極短期に。慢性湿疹様の皮疹を伴うものはおよそ６ヶ月～９ヶ月。褥瘡は３ヶ月前後。そして、補充療法による平均的充足はおよそ６ヶ月と見ていますが如何でしょうか？

http://www.geocities.jp/ryu_kurasawa/





《前のページ 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 次のページ》

以上は、新着順461番目から470番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール

管理者メニュー 自分の投稿の編集・削除

*teacup.*レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名 投稿 確認

内容 入力補助 youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

はじめまして

投稿者：松崎 修子 投稿日：2008年 9月27日(土)16時45分45秒

広島の松崎と申します。
老人保健施設に勤務しています。
入所は90名（認知症棟４０、一般棟５０）平均介護度３．６

倉澤先生に教えて頂きたい事があります。

突然のメール申し訳ありません。
かゆみの強い方・褥瘡にプロマックを開始致しました。
が、老健ですので、亜鉛の検査に800円、プロマックの内服につき2500円がかかります。
で、亜鉛を、御家族に協力をして頂いて健康食品で（家族負担で）内服できないかと思っています。
お勧めの健康食品がありますか？？
亜鉛酵母160mg、とか、あえん８ｍｇとか、亜鉛30mgとかがあります。
1日に何ミリを選べば良いでしょうか？？
教えてくだされば、助かります。

突然に申し訳ありません。





常識を変えることは、本当に大変なこと！！

投稿者：倉澤　隆平　投稿日：2008年 9月8日(月)22時21分23秒

大熊様　亜鉛欠乏症のこと老健施設の体操教室等でＰＲいただいているとのこと、有り難うございます。また、Ｙｏｕｔｕｂｅ等という強力なメディアにもアップして、知見を拡げていただき感謝です。亜鉛欠乏症が食欲不振や褥瘡、舌痛を含む舌口腔咽頭症状や極ありふれた皮膚症状や原因不明とされている難治の皮膚疾患等など、日常の医療の現場でしばしば経験する極普通の病気であることに気づき、しかもその大部分が、プロマックと言う至って安価な薬で比較的容易に軽快、治癒させることが出来ることを知って、これはどうしても世の中に周知させる必要があると考えました。
　そこで日本微量元素学会を中心に、諸学会や日本臨床内科医会を通じての主要な都道府県医師会の招きに応じて、又、この事実に関心を持たれた医師会指導者や学術委員の居られる全国各地の市町村医師会や関連の研究会から、又、熱心な薬剤師や栄養士、看護師や介護士の会からお声がかかって、幸いなことに、もうかれこれ百回近くも講演をさせていただきました。また、このインターネットの時代、全国各地を行脚しての講演会に比して、限界はあるといえども時間とエネルギーの効率を含め、利用すべきと立ち上げたＨＰも、堅い内容の割には今日までの訪問も１２，０００件に達

しようとしています。そして、幸いなことに、このＨＰを訪問し、吟味評価して、このＨＰの価値を認めて、訪問を積極的に勧めて下さる大熊様のような方々も次第に増えてきています。大変有り難いことと思っています。
　でも、まだまだ、私共の努力が足りないのでしょうか、最近、『常識を変えるとは如何に大変なことか！！』とつくずく感じています。特に専門家、専門家と自負している“医師の固い頭”を“自分の頭で考え、自分の目玉で観察し、科学的事実をＹｅｓでもＮｏでも良い、自分の頭で評価する”そんな柔らかい、広い視野の科学者の頭脳にどうやったら変えられるのか？？とつくずく考え込んでしまっています。
　勿論、当然のことですが、小生のＨＰの内容が全部が正しいとは思っていません。キッとどこかに間違いもあるでしょう。でも殆どの生のデータ（説明がつかぬ事も）を提示しているつもりです。亜鉛欠乏症の臨床は判っていないことだらけです。でも判ってきたことも少しずつですがあります。ヒトを部分部分で見て、専門、専門と自負している医師にＰＲしているだけでは、とても覚束ないことも、残念ですが次第に判ってきました。疫学調査からも亜鉛欠乏症の患者さんはとても沢山いる筈です。患者予備軍はもっと、もっと多い筈です。
　『お前がホームページで言っていることは、ここは正しいが、ここは違うのでないか？』と考える事実があったら、医師であろうと無かろうと、患者さんや悩み苦しんでいる人に接して、気付いた方はどんどん指摘していただきたいと思う。そして、間違いないと考えられることはどんどんＰＲしていただければと思う。講演会場で看護師や介護士さんから、しばしば、担当の先生（医師）に亜鉛について、こんな情報もあるのですがと知らせると、無視されたり、そんな馬鹿なと笑われたり、怒鳴られたりと聞く、医師として恥ずかしいと思う。
　そんな中で、私にとって大変うれしいことは、今年の六月に開催された第五回日本褥瘡学会関東甲信越地方会学術集会に、ランチョンセミナーですが、招かれたことです。褥瘡については、私より遙かに、深く長期にわたって、多くの人々が関与し、多くの症例を集め研究して来た学会です。褥瘡の局所的、全身的要因については多くの研究成果が積み上げられています。ただ亜鉛についてはまだ腰を据えた取り組みが充分はされていなかったようです。そんな中で、ランチョンセミナーですが、小生に話をすること認めて下さった学会長の山崎先生に心から感謝するとともに、これまで積み重ねた知見に、亜鉛の新たな知見を加えて、学会として研究していただければ、褥瘡の医療に大きな飛躍が生ずるものと思っています。
　夜も更けてきました。多くのお年寄りに接して、気付いたことあったら教えて下さい。

高齢者向けに亜鉛欠乏症の話をしました。

投稿者：大熊正喜 ✉ 投稿日：2008年 8月 9日(土)10時09分56秒

昨年の愛知での老健大会での教育講演の記事を、老健誌で読んで
それを参考に、老健施設での高齢者向けの体操教室のあとの講話で
話をさせていただきました。お世話になりました。
Youtube にアップしています。
■http://jp.youtube.com/watch?v=teSOs8RNHOI

スピード胃ろうのたか、、、様

投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2008年 7月25日(金)00時20分12秒

　このＨＰ訪問頂き有り難うございました。
　そして、貴ブログに紹介、又、リンク頂き有り難うございます。

　２００２年の秋に、このことに気づき、注意して患者さんを観察記録して、症例を積み重ねてきました。亜鉛欠乏症の多くに補充療法により劇的な効果があり、我々自身がこの新しい知見に驚いている現状です。味覚障害は勿論ですが、食欲不振は実に多くの患者さんがおり、入院して、ただでさえ食欲がないのに、不適切な輸液や不適切な経管栄養等で悪循環が生じて、拒食になる程の食欲不振に陥っている人は多く、又、普通の在宅でも、特にお年寄りに、亜鉛欠乏による食欲不振が多いことは驚くばかりです。又、殆どの褥瘡患者さんには、特に早期に、亜鉛を補充するだけで劇的な効果があります。すべてかは？まだ判りませんが、舌痛の患者さんは、殆ど亜鉛欠乏によると言って良いのではないかとさえ、現在思っています。新聞などの医療相談欄での舌痛の相談では、現在でも、大学教授らが、殆どが精神的なこと、心の持ち方等と回答していますが、相談者には大変お気の毒なことと思っています。
　原因の発見されない舌痛には、まず、キチッとした亜鉛補充療法をして欲しいと思っています。皮膚疾患や皮膚症状、まだまだ実に多彩な欠乏症状があることは、ＨＰよりお判りかと思いますが、我々でさえ、眉に唾をしては、症例を確認しているところですので、是非、多くの医師に追試に参加して、問題点があれば指摘して欲しいと思っています。

しかし、世の中の常識の常識を変えると言うことは、本当に難しいこととつくづく感じています。是非、質問があったら、どんどん質問して下さい。

診療所は、布引観音の近くです。自然も豊かですが、旧北御牧村、元村長が素晴らしい人で、全室個室の老人保健施設や診療所、福祉関連施設、プールなどの運動施設等々の保健医療福祉の総合施設『ケアポートみまき』を建設。地域医療、福祉の最先進地でもあります。各地で医療崩壊が叫ばれている中、とても素晴らしい地域と言えます。
医療福祉には如何にに首長が大切か、現実に示している地域でもあると思っています。

東紀州男児 様

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2008年 7月24日(木)23時16分10秒

亜鉛欠乏症についてのＨＰに、ご投稿有り難うございました。返事が大変遅くなり申し訳ありませんでした。有り難いことに、亜鉛欠乏についての関心が次第に高まり、話に呼ばれることが多くなりました。５月末の、第２５回日本微量栄養素学会。６月に入って、第５回日本褥瘡学会関東甲信越地方会、函館市医師会、長野県伊那市での講演、第１９回日本微量元素学会、そして、札幌、青森市医師会講演と走り回っている内に、時は流れて今日になってしましました。
亜鉛華軟膏の効果については、先生のごとくに、多くの医師が実感していることと思います。小生も皮膚科疾患で、滲出のあるびらん面に劇的な効果があることは良く経験しておりました。そんなことも、亜鉛を経口で補充する試みの、一つの動機であったことは確かです。多くの多彩な欠乏症があり、その多くに、補充療法で比較的容易に、症状の改善治癒することに小生自身が、本当にビックリしているのです。しかし、我田引水の事態は厳に避けるべく、是非多くの医師に、追試をしていただきたいと思っています。
そのためには、先生も言われるように、プロマックの保険適用が、各県で正式に認められて欲しいと考えていますが、良く検討してみますと『いわゆる５５年通知』や「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」について（保医発 0521001）等により、現在でも、法的にはこの薬は保険で使用可能です。しかし、出来るだけ早く、この亜鉛欠乏症の知識が全国に広まって、審査委員がうっかり査定してしまう様なトラブルが発生しないことを願っています。
疾病によってはセレンや銅やその他まだ未知の多くのものが、まだ難治の疾病や症状に関係していることは、キッとあるのでしょうね。

スピード胃ろうのたか…です。

投稿者：たか…✉　投稿日：2008年 7月19日(土)20時58分27秒

先日はブログご訪問戴き有難うございました。

勝手ながら
先生のＨＰブログにて紹介させて頂きました。
リンクもつけさせて貰いました。

患者さんや家族に良い事は出来るだけ載せて行きたいと考えています。

私は素人ですので何かあればご指導頂ければ有難いです。
解からない事があればお教え頂ければ幸いです。

これからもどうぞ宜しくお願い致します。

追伸
先生の診療所は布引観音のそばですね。
以前ブログにて紹介させて頂きました(2008,5,17)
とても静かで自然が多く大好きになりました。

http://sukekon.blog88.fc2.com/blog-entry-534.html

どうぞ写真ご利用下さい

投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2008年 4月26日(土)05時30分30秒

ヒロババ様　お早うございます。『亜鉛欠乏症について』のホームページを訪問いただき有り難うございました。写真を教材に使っていただけること、どうぞ、ご利用下さい。条件は①出典を明らかにすること②講義される薬科大学名と③先生のお名前を

教えていただければと思います。小生のメールアドレスは　ryu_kurasawa@ybb.ne.jpです。多彩な症状の、一般常識を越える、遙かに多くの亜鉛欠乏症患者の存在とその元の国民の亜鉛不足の傾向は大変重大な問題と考えています。しかし、これまで『人体にほんの２～３ｇ含まれると言う微量元素亜鉛が不足するなど、余程特殊な場合以外あり得ない。特にこの飽食の時代に！！』と言うのが、“医師や栄養学者の常識”でした。幸い、最近次第に微量元素亜鉛への関心も高まって、全国各地の医師会や諸学会、研究会に招かれて、この知見を広める努力をしていますが、この事実を知っている者は、現在、医師でさえ、その５％も居ないと思われます。その証拠に、現在でも亜鉛欠乏症治療の保険収載薬すら正式にはないのが現状です。（長野県と長崎県では、亜鉛含有の胃潰瘍薬プロマックが、亜鉛欠乏症の治療薬として、保険で認められています。）ホームページからダウンロード出来る研究報告書等々にもあるごとく、多くの悩み苦しんでいる患者さんが居るはずです。その解決のためには、なんと言っても知識の普及であると考えています。常識を覆すことは本当に大変です。是非是非、多くの学生さんにこの事実を教えてあげて下さい。

写真の貸借について

投稿者:ヒロパパ✉　投稿日:2008年 4月20日(日)12時00分24秒

初めて投稿させて頂きます。私は病院薬剤師です。病院でNST（栄養サポートチーム）をやっております。実はその関係で某薬科大学で栄養の講義を受け持つことになりました。現在授業のスライドを作成中ですが、亜鉛欠乏のうまい写真がありません。是非学生諸君にこのような医原性の問題をわかってもらいたいと思っております。先生のホームページに掲載されている写真を授業で使用させて頂けないでしょうか？もし可能でしたら出典元を明らかにするなど条件をお申し付け頂ければと思うのですが如何でしょうか？よろしくお願い申し上げます。

ありがとう御座います

投稿者:サリー　投稿日:2008年 3月11日(火)16時58分41秒

返信ありがとうございます。目を保護のためパソコン使用を控えていて返信が遅くなりました。

角膜の傷がおちついてきたので万が一の悪化のため控えていた
亜鉛服用を少しずつはじめようと思っています。

先生の仰られたように、経過をつけて生きたいと思います。

またおいおい経過を書いていきたいとおもいます。

HPの更新、楽しみにしています！。

亜鉛の服用期間について

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2008年 2月27日(水)21時22分46秒

サリー様
>時間がたって、ごめんなさい。亜鉛補充療法の期間などについて、返事を致します。亜鉛欠乏症の件については判らないことだらけであること、先ずお断りしておきます。
>『どこまで飲んで良いのか判らない』①【鉄欠乏性貧血のように、血清鉄だけでなく、組織鉄の指標のフェリチンの様なものが亜鉛ではまだ見つかっていません。そこで、はっきりは、まだ、判りません。しかし、幸いなことに、亜鉛の過剰症は経口摂取である限りは、まだ認められず。可成り安全域は広いものと考えられますので、服用を続けても大丈夫です。私共の経験では、三年以上何らの副作用なしに服用している患者さんが何人もいます。】②【ただ、亜鉛欠乏であることを確認して治療を続けるためにも、闇雲に服用するのでなく、出来れば、血清亜鉛の推移とAI -p値の動きを見ながら服用するのが良いと考えます。研究報告書にそのシェーマが載せてありますので、参照して下さい。】『亜鉛は潰瘍やおできを促進します。服用を辞めたら、毛嚢炎、にきびもストップ』【この様な事実は経験していませんので、何とも言えませんが、キッとその時の貴女に特有のもので、再現性があるものでないと私は考えています。】『偏食なく、食欲旺盛だが、太れない』【貴女のことが充分には判りませんのでコメントは控えさせていただきますが、勿論体重が増加したり、貧血が治った患者さんはいます。ただ、どうしてかは、判りませんが、亜鉛欠乏症だからと言って、総ての症状が出るのでなく、舌痛のみの人もいれば、皮膚症状だけの人も、一方、多彩な症状を併せ持つ人もいますから、総ての人が太るわけではありません。でも多くの人が食欲亢進を自覚し太る人も大勢います。】





以上は、新着順471番目から480番目までの記事です。

teacup.レンタル掲示板

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ　41　42　43　44　45　46　47　48　49　50　次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

亜鉛とアルブミン　投稿者：サリー　投稿日：2008年 2月18日(月)21時47分55秒

亜鉛ってアルブミンと結合してるんですね。亜鉛が少ないとアルブミンが少なくなるのでしょうか？わからないことといっぱい・・

＞身体は，2～3gの亜鉛（Zn）を含んでおり，主に，骨，歯，毛髪，皮膚，肝臓，筋

肉，白血球および精巣にみられる。血漿中の亜鉛100μ g/dL（15.3μmol/L）のうち，1/3はアルブミンとゆるく結合し，およそ2/3がグロブリンと固く結合している。100以上の亜鉛金属結合酵素があり，これには多数のNADH（還元型ニコチンアミドアデニンジヌクレオチドリン酸）デヒドロゲナーゼ，RNA（リボ核酸）ポリメラーゼ，DNA（デオキシリボ核酸）ポリメラーゼ，DNA転写因子の他に，アルカリホスファターゼ，スーパーオキシドジスムターゼ，炭酸脱水酵素などが含まれる。健康な成人による亜鉛の食事性摂取量は6～15mg/日で，およそ20%を吸収する。肉，レバー，卵，海産物（特に牡蠣）はよい供給源である。RDAは成人で0.2mg/kg/日である。
　欠乏症：亜鉛欠乏症の徴候と症状には，食欲不振，成長の遅れ，性的成熟の遅れ，性腺機能低下症と低精子，脱毛症，免疫障害，皮膚炎，夜盲症，味覚障害（味覚鈍麻）および創傷治癒の障害などがある。

http://merckmanual.banyu.co.jp/cgi-bin/disphtml.cgi?c=%C5%B4+%BE%AE%BB%F9&url=01/s004.html#x05





コメントありがとうございます。

投稿者：サリー　投稿日：2008年 2月18日(月)20時08分51秒

倉沢先生コメントありがとうございます。
HPと動画を拝見しました。
普通は見れない発表をこのようにインターネット動画でみれるのはとてもありがたいです。
亜鉛処方をしてから元気になっていく方の過程は興味深いですね、

プロマックは胃の粘膜なども補強するので胃腸も強くなり、消化吸収もよくなり栄養が体にまわっていくこともあるのでしょうか？

私もプロマックをのみはじめて1年あまりたちますが、以前よりかなり湿疹はよくなりました。しかしどこまでのんでよいものか、わからないもので、途中服用を休んだりしています。今も角膜潰瘍があるので抗生剤以外はすべてのサプリメントの服用をストップしていますのでプロマックもやめています。

時に亜鉛は潰瘍やおできを促進します。
以前亜鉛のサプリメントを服用していたときは、肌の調子はよくなったにもかかわらず、半反面、体にふきでものが一杯できました。痛かったので服用をやめたら（もうのうえん）にきびもストップしました。プロマックにしてからは精製されているからか、体にふきでものがでることはなくなったのですが、目の潰瘍を促進してはこまるので万が一とやめているわけです。

また角膜の潰瘍が落ち着いたら、服用をはじめたいと思います。

＞現在、プロマックを処方されて、可成り軽快してきたとのこと、うれしく思います。出来れば症状経過を、気が付いたこと簡単で良いですから、書き留めておくことと、時々、写真に撮影しておくと、その変化から治療の励みにもなると考えますので、おすすめします

自分の写真は撮ったり撮らなかったりでした。外見が外見ゆえ、正直自分自身を写真におさめるのは勇気がいることです。が、これからはきちんと経過を書きとめたり、記録にのこしていきますね。

＞亜鉛値50、Ｆｅ23というのは亜鉛、鉄については少なくとも、あなたの身体にとっては不足状態で、あなたの皮膚の状態に亜鉛欠乏が大きく関わっていることは、間違いのないことと思われますので、しばらく、亜鉛を補充されてみるのは意味のあることと考えます。
いｋ
残念ながら皮膚科医の先生方にとって亜鉛の値と皮膚炎の症状をむすびつけて下さる方は
数件生きましたがいらっしゃいません。血清鉄ヶ低くてもHBがぎりぎり正常値内（低いが）だと「問題ない」ということになってしまいます。フェリチン値もはかってもらったのですが、１２～２０と低値ですが正常範囲内のため、貧血ではないし、皮膚炎とも関係ないとのことでした。ゆえに、倉沢先生のように、

「亜鉛値50、Ｆｅ23というのは亜鉛、鉄については少なくとも、あなたの身体にとっては不足状態で、あなたの皮膚の状態に亜鉛欠乏が大きく関わっていることは、間違いのないことと思われますので」とおっしゃっていただけると、亜鉛を続けていく勇気がでます。

幸い知り合いの耳鼻科医の先生がやはり理解があり、プロマックを処方してくださるので
亜鉛を摂取指定校と思います。

食べ物に関してはなんでも好き嫌いなくたべるほうで、食欲も旺盛です。
しかし太れない、アルブミン値が低い。
落せつもおおいので、栄養は皮膚再生のためにつかわれてしまうのかな？？

長らく抗生剤を服用したこともあり、腸内細菌がへってしまっているかもしれないのでこれまたミヤリサンやビオフェルミンなど乳酸菌を摂取したりもしています。

また角膜潰瘍がおちついて、亜鉛摂取をはじめたら経過を書きますね。

先生のHPの更新も楽しみにしています。

追伸。
患者さんの方々、プロマック服用で、体重増加などの変化もありましたか？
また血清鉄、フェリチンの値などはどうでしたでしょうか？

お気の毒です　投稿者：倉澤 隆平　投稿日：2008年 2月12日(火)05時38分0秒

サリー様。
　長年、全身の皮膚炎で悩まれているとのこと、お気の毒に思います。医学医療が進歩したとはいえ、本当は判らないことだらけです。かゆみの機序さえ、充分には判っ

ていません。
　亜鉛欠乏症のことも、又、判らないことだらけです。でも、判ってきたことも少しずつですが出てきました。あなたの全身皮膚炎が総て亜鉛欠乏に因るものかわ判りませんが、亜鉛値50、Ｆｅ23というのは亜鉛、鉄については少なくとも、あなたの身体にとっては不足状態で、あなたの皮膚の状態に亜鉛欠乏が大きく関わっていることは、間違いのないことと思われますので、しばらく、亜鉛を補充されてみるのは意味のあることと考えます。
　現在、プロマックを処方されて、可成り軽快してきたとのこと、うれしく思います。出来れば症状経過を、気が付いたこと簡単で良いですから、書き留めておくことと、時々、写真に撮影しておくと、その変化から治療の励みにもなると考えますので、おすすめします。又、出来れば皮膚科で、亜鉛値とｱﾙｶﾘﾎｽﾌｧﾀｰｾﾞ値の推移を追っていただくと、亜鉛不足の状態の把握になるように思います。
　小生の経験から亜鉛値50で、全身の皮膚症状とすると、少なくとも６ヶ月は補充療法を続けられるのが良いと考えます。ｱﾙﾌﾞﾐﾝ値とＡ／Ｇの値は逆で間違われたものと思いますが、Ｆｅ23を含めて、栄養として不足の状態にあり、色々なものが欠乏している可能性はあると思いますが、先ずは亜鉛の補充療法をされ、食事をバランスよく摂取することから始められるのが良いと考えています。
　角膜の炎症のことですが、亜鉛に関係があるのかとのことですが、現状では「判りません」とのお答えしかできません。しかし、亜鉛の生体内での作用から考えれば、充分に可能性ありと言えると思います。又、皮膚科で亜鉛化軟膏が皮膚のﾋﾞﾗﾝ面に効果があるのは、昔から、医師の経験で知られ、昔は盛んに使われたものですが、小生は専門ではありませんが、眼科でも昔は硫酸亜鉛の点眼薬が眼科疾患の治療によく使用されていましたので、理論的にも経験的にも効果があるのかも知れません。この件はあなたご自身が観察者として、経過を記載されて頂ければ、医療の進歩に参加されることになるのではないかと思います。
　長年にわたり、悩まれてこられたことに、少しでもお役に立てれば幸いです。小生はキッと可成りの効果がでるものと思っています。

亜鉛欠乏とアトピー

投稿者：サリー　投稿日：2008年 2月 7日(木)13時22分41秒

こんにていわ。HP拝見しました。
あーこんなページがあったのかと感嘆。
亜鉛値５０、Fe２３と低く長年全身皮膚炎をわずらっています。
亜鉛不足と疑い皮膚科に尋ねてみましたが、そんなことはないだろう、この位の値なら大丈夫ととりあってもらえず、内科でも同じでした。
アルブG/A３・２．アルブミンは０・７です。

ただいま耳鼻科にてプロマックを処方してもらっています。

頭部陰部脱毛（以前はじくじくでしたがかわいてきました）、陰部周り湿疹、わきの下湿疹、外耳炎症ありとやわらかいところがじくじくしたりしています。・
皮膚のほうは軽快してきています。

が、このたび角膜にも潰瘍ができて・・
角膜炎症と亜鉛欠乏は関係があるとおもわれますか？
左目にこの間でき、落ち着いたとおもったら今度は右目でかなりおちこんでいます。

湿疹のため容姿がかなりふけていて、それだけでも落ち込んでいるというのに・・

ぶしつけな質問失礼いたします。
ただいま角膜潰瘍で眼帯のため、ちょっとしかパソコンがみれませんがおいおいすべて拝読させていただきます。

どうぞよろしく。

7777の4カードが達成されました。

投稿者：倉澤 隆平 ✉　投稿日：2007年12月19日(水)05時26分52秒

本日、午後何時何分だったのでしょうか？２００７年４月１７日夜より、カウントを始めたこのＨＰが、医学的で可成り堅い内容にもかかわらず、８ヶ月１日を経て、２００７年１２月１８日の午後００時００分００秒に、７７７７のラッキーセブンの４カードを越えました。
今宵は、血清Ｚｎ測定法の旧来の“精密ではあるが煩雑であった原子吸光法”から、“オートアナライザーによる、より簡便で、安価で、且つ、原子吸光法と殆ど同じ精度の測定法、新しい測定法『アキュラスオートＺｎ』”を開発実用化したシノテス

トの塚田社長と佐久の地で【心ある夢】を語り合いながら、一献傾けていた時でした。
亜鉛欠乏症は『多くの医師の常識に反して、多くの悩める患者さんがいる』。①知識の普及と②治療薬の認知と③簡単な検査法の普及、この三本柱の活動で、多くの亜鉛欠乏症で悩む人々に手を差し伸べられるだろう。
古稀に達した男ともう直ぐ古稀の男が、少年のごとく、夢を語り合った時でした。このＨＰを訪問して下さった多くの方々に感謝し、この我々の夢、出来るだけ早く達成できるよう、ご助力いただければ幸いと思っています。

有り難うございます。。 投稿者：倉澤隆平 投稿日：2007年11月 9日(金)19時00分35秒

馬籠 さとみ様。早速訪問していただいて、有り難う。日頃の素晴らしいご活動に敬意を表します。亜鉛欠乏症のことに気が付いて、患者さんをよ一く注意して診察していると、本当に芋蔓式に多彩な症状があることに驚きました。その多くは、講演でもお話ししたように、プラサドの論文以来約半世紀に、多くの人々からそれぞれに報告されていますし、基礎的な研究と併せて考えてみると当然のことなのですが、誰も全体として気が付かなかったものです。現在、多くの医師は、専門分化？とか称して、ヒトを部分部分で診て、全体として診る(人を人として診ることが少なくなって)ことが出来なくなった故に、盲目になって、こんなに多くの患者さんが悩んでいるのに、気が付かなかったのです。バラバラの知識がバラバラのままで、患者さんの悩みに対応できなくなっているのです。看護師で、特に訪問看護の看護師さんは“人”を“人全体”として看護する仕事ですから、褥瘡のこと、皮膚のこと、食欲のこと、元気さのこと、更にもっと色々なことに気が付く可能性があります。日々の一つ一つの活動がとっても大切に思います。私も来年には褥瘡学会や皮膚科学会にも、場を広げようと思っています。でも、一番大切なのは食事、食物だとも思っています。貴女が気づいたことは、間違いないことで、とても素晴らしいことです。訪問看護のお仕事はとても素晴らしい仕事です。今後ともよろしく。

昨日の講演会 投稿者：馬籠 さとみ✉ 投稿日：2007年11月 9日(金)05時17分24秒

本日、板橋区で倉澤先生の講演を拝聴させていただきました。一番最後に、質問をさせていただいた
訪問看護ステーションのものです。
質問をさせていただいたように、褥瘡学会でも発表をさせてもらい、亜鉛のこともちょっとだけ勉強したので、この人って、亜鉛が少ないのでは・・・・・と思っても御相談しても、取り合ってくれない先生が多く、その時に必ず聞かれるのが、病名はなんて書くの？無理だよ！と言う言葉です。
でも、先生の講演を拝聴させていただき早速このサイトのことも昨日いただいた資料も先生にお渡ししたいと思っております。看護師でできることは限られていると思いますが、患者さんの笑顔のために、褥瘡を直し、食事をおいしく食べてもらえるように少しでもない知恵を絞って在宅生活とかかわっていきたいと思います。力をいただきました。ありがとうございます。

Mgについて 投稿者：倉澤隆平✉ 投稿日：2007年 9月10日(月)19時06分40秒

松本 敏幸先生、講演をお聴きいただいて、有り難うございます。MgとZnとの関係については判りませんとお答えするよりありません。温泉にどれだけMgが含まれているかも、これまで気にしたことすらありませんでしかから。ただ、小生も別所温泉の出身で、現在も家に温泉がでていますが、温泉地にいても常に飲用にすることは、場所によっては判りませんが、一般にはそれほどないといってよいと思います。ましてや、温泉地でない大部分の県民では、Mgの過剰摂取により、県民の多くがZn不足になることは考えにくいのかなと感じています。しかし、そのことをおいても、ミネラル同士の相互作用については、何時もアンテナを張っておくべきこと教えていただきました。
又、温泉の泉質について、今後注意を払ってみるつもりです。有り難うございました。今後ともいろいろ教えていただきたいと思います。又、追試の結果をご報告いただければ幸いです。

お礼と・・・ 投稿者：松本 敏幸 投稿日：2007年 9月 8日(土)22時31分20秒

広島市内で循環器で開業しているものです。
本日、広島で先生のご講演を拝聴させていただきました。目から鱗の連続で大変感銘を覚えました、有り難う御座いました。来週からの診療でﾌﾟﾛﾏｯｸの投与が大幅に増えそうです。
一点だけ・・・ご質問をさせていただきましたら幸いです。Znと言えば2価の陽イオンだ

と愚考しております。Mgも同様に2価の陽イオンで別名「天然のカルシウム拮抗薬」とも言われております。長野県には幾多の温泉があるかとお聞きしておりますが、温泉水に含まれているMgがやや過剰に摂取され、結果的に同じ2価の陽イオンであるZnが欠乏気味になると言う可能性はいかがなものでしょうか？もしご存じでしたらご教授いただければ幸いです。

私も眉に唾でした。

投稿者:倉澤隆平　投稿日:2007年 6月21日(木)10時13分16秒

山本愛文先生､率直なご感想有り難うございます。
私も、正直申して、これほどの多彩な症状が亜鉛という微量元素の不足で生じ、その補充療法で、それらの多くが劇的に治癒することに気付いた時､はじめは全く信じられない思いでした。それぞれの症例を時間を掛けて、追跡観察する中で、確かなもの、確からしいもの、可能性があるもの等々と narrative Evidence を集積して今日に至りました。今でも、間違った情報を流さないようにと､眉に唾をつけて､また、独善に陥らぬよう仲間の久堀医師と検討議論しつつ､確認した情報を公開してきました。また、真実に迫る批判に耐えるべく､出来るだけ生の情報を提示するようにと考えて、こんなＨＰも立ち上げました。
お陰様で４月１４日からカウントを始めて、予想外にも今朝で３６００件を超える多数の訪問を受けました。大変に有り難いことと思っていますが、出来れば多くの方から､質問、批判、アドバイス等々を沢山いただき､そして出来れば､追試をしていただいて､このＨＰが亜鉛不足 、亜鉛欠乏についてのより正確な情報の交換の場になればと願っています。
この度は、福岡で話をさせていただけること、本当に有り難く思います。情報は書物やこのような媒体で知りうる便利な世の中になりましたが、折角、生の本人が出掛けますので、是非、多くの質問、批判、アドバイス、そして､いろいろな情報をいただければ有り難いと思っております｡よろしくお願い申し上げます。





《前のページ | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 次のページ》

以上は、新着順481番目から490番目までの記事です。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ　管理者へメール

teacup.[掲示板][掲示板作成][有料掲示板][ブログ]　RSS

管理者メニュー　自分の投稿の編集・削除

亜鉛欠乏症について

ご意見ご感想をどうぞ

Reload

---

teacup. [掲示板] [掲示板作成] [有料掲示板] [ブログ]

あなたも高機能な無料レンタル掲示板を作りませんか？
作成は、こちらから→

【重要】teacup. byGMOのサービス終了について

＜思いやりのあるコミュニティ宣言＞
teacup.掲示板は、皆様の権利を守りながら、思いやり、温かみのあるコミュニティづくりを応援します。
いつもご協力いただきありがとうございます。

投稿者

題名　投稿　確認

内容　入力補助　youtubeの<IFRAME>タグが利用可能です。(詳細)

ＵＲＬ　http://

[ケータイで使う] [BBSティッカー] [書込み通知] [検索]

スレッド一覧

◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 全力全開(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ ぽろりっ(0) ◇ 返信ありがとう(0) ◇ 返信ありがとう(0)

スレッド一覧(全7) 他のスレッドを探す

*掲示板をお持ちでない方へ、まずは掲示板を作成しましょう。無料掲示板作成

《前のページ | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 次のページ》

全500件の内、新着の記事から10件ずつ表示します。

驚きました　投稿者：山本愛文　投稿日：2007年 6月14日(木)16時36分46秒

多彩な症状がプロマックで治るなんて信じられません。
福岡でのご講演を楽しみにしております。





亜鉛欠乏症について 投稿者：樫山寛二 ✉ 投稿日：2007年 5月 3日(木)12時12分3秒

賀状で貴兄の亜鉛欠乏症への熱い取組を知り大変興味を持っておりました。この度は亜鉛不足による沢山の貴重な症例を公開され、その重大さに驚いています。貴兄の承諾無しに（ごめんなさい）永い間、顔一面に吹き出物で苦しむ３０代、４０台の知人に転送してあげたところです。今後の益々のご活躍を楽しみにしています

亜鉛欠乏による諸症状に苦しむ人々に福音 投稿者：梶村慎吾 投稿日：2007年 4月30日(月)18時38分42秒

亜鉛欠乏による様々な影響について、医療界・社会の認識が十分でない現状を変えるためのご努力に敬意を表します。私の母は１０年ほど前に味覚障害が亜鉛不足によるものと診断され、亜鉛摂取により状態が改善しました。味覚障害以外の様々な症状にも亜鉛摂取が有効であることは、それらの症状に苦しむ人々に福音となることでしょう。

梶村慎吾（医療法人役員）

予想外の訪問、有り難うございます。 投稿者：倉澤 隆平 投稿日：2007年 4月27日(金)23時05分24秒

多くの医師が考えているよりも、亜鉛欠乏症患者さんが遙かに多いことに気がついてから、日々、臨床症例を検討し、北御牧村村民の血清亜鉛濃度調査から長野県下に散在する国保診療所に通院する患者さんの調査まで約4000名の調査結果を合わせて、私共は日本全国で国民に亜鉛不足傾向があり、日本全国に多くの患者さんが存在することを確信するに至りました。
幸いなことに、次第に関心も高まり、最近では全国各地の医師会や、諸学会からも講演を頼まれ、その知見を広める機会が出来て参りましたが、この飽食時代に亜鉛不足が生じ、亜鉛欠乏症がそれ程多く存在するなどと、医師も学者も国も考えておらず、

正式には、亜鉛欠乏症の保険収載薬もないのが現状です。医師会や学会だけでの活動では限界を感じ、この様なHPを開設いたしました。
三月上旬に開設し、徐々に内容を整えて、四月十七日夜より、アクセスのカウントを計測し始めました。予想外にも、本日までに1000件を超えるご訪問をいただき、関心の高さに驚くとともに、訪問くださった方々に心からお礼を申し上げます。
このような問題は、独善に陥らず、極力間違った情報を流さないようにすべきと心しておりますが、そのためにもできる限りの提供できる情報は公開し、追試と追認、忌憚のない批判とアドバイスをいただきたいと考え、このような掲示板も開設いたしました。
亜鉛不足、亜鉛欠乏症について、いろいろな立場、いろいろな観点から自由にDiscussion できるそんな場になれば有り難いと思っています。
早速、投稿くださった方々に、心から御礼申し上げます。　　倉澤 隆平

（無題） 投稿者：齋藤雄介 投稿日：2007年 4月24日(火)16時29分20秒

木村専太郎先生に紹介していただきました。

亜鉛欠乏症と褥瘡経過のお写真に心を打たれました。
拝謁いたします。

新宿溝口クリニック

http://www.shinjuku-clinic.jp/

（無題） 投稿者：木村専太郎✉ 投稿日：2007年 4月22日(日)22時54分35秒

亜鉛欠乏症非常に興味をもって拝見しました。毛利昌史先生に紹介して頂きました。

http://www.kimurasentaro.com

亜鉛欠乏症のPR 投稿者：原田明夫✉ 投稿日：2007年 4月22日(日)21時31分44秒

倉澤さん　素晴らしいホームページを解放して頂き、感激しました。
大兄の情熱が伝わってきます。
今日の医療の原点にこのような情熱が投じられたことに拍手します。
それにしても大兄を支えるプライベートルームがまた凄い。
大事なことをまた一つ教わりました。

原田明夫（弁護士、東京女子大学理事長）

おめでとうございます 投稿者：倉沢進 投稿日：2007年 4月22日(日)10時14分39秒

ホームページ開設おめでとうございます。私にとってはとても内容の濃いものなので、じっくりと読ませていただきたいと思います。ただ、プライベートルームの写真のコーナーだけは、比較的早く読めました。とても興味深かったです。今後もよろしくお願いします。お知らせいただきありがとうございました。

すばらしい 投稿者：内場きよし 投稿日：2007年 4月22日(日)00時07分48秒

すばらしいですね。
協力は惜しみませんので
いつでもお申し付けください。

---

teacup.掲示板　START！ 投稿者：teacup.運営 投稿日：2007年 4月14日(土)21時04分47秒

掲示板が完成しました！
掲示板のデザイン変更や記事の削除などは管理者メニュー（管理画面）から行えます。
また、ケータイでは50種類以上のデザインテンプレートが選べますので、ぜひケータイからのご利用もお試しください。（※ケータイ版も同じURLでご利用になれます！）

teacup.の掲示板はお一人様いくつでもご利用になれますので、用途に合わせて掲示板を作成して下さい。

》無料掲示板作成

※この記事を削除してご利用下さい。
【記事の削除方法】
・掲示板下部の管理者メニュー（管理画面）からログイン
・左メニューより「投稿の管理」をクリック
・削除したい記事にチェックを入れ「削除」をクリック

http://www.teacup.com/





以上は、新着順491番目から500番目までの記事です。
これ以下の記事はありません。

／50 ページ移動

◉ 新着順 ○ 投稿順 表示切替

ホームページへ 管理者へメール
