

投稿日：2025年3月7日

投稿者：倉澤

件名：適切な【亜鉛欠乏症の診療指針】に変身することを祈る。

日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診療指針2024】を批判する③

この際、全面的に改定して、適切な【亜鉛欠乏症の診療指針】に変身することを祈る。倉澤  
昨年未頃に、【亜鉛欠乏症の診療指針2018】より改定・公開された日本臨床栄養学会の  
【同診療指針2024】は、最近、SNS上から忽然と姿を消した。これまで【亜鉛欠乏症の診  
療指針2016】と【同診療指針2018】について、亜鉛欠乏症の診断・診療の指針として、低  
亜鉛血症の治療薬？ノベルジンの発売に合わせ、日本臨床栄養学会・同ミネラル栄養部会よ  
り報告として公表された。【2016】は、一応、学会の論文としての主張と受け止めたが、  
流石に【2018】はその論文の内容から、個々に固有で、且つ顕著な日内変動と種々な原因  
により変動する濃度の実態を示す血清亜鉛濃度と、まだまだ未知を含む判らないことの多  
い、軽重・多彩で多様な発症の状態の正にアナログの症状・疾患の亜鉛欠乏症に、これまで  
の生物学的基準範囲の65~110µg/dLから、突然の強引な何の根拠もない基準値の変更をま  
でも迫るこの【亜鉛欠乏症の診療指針2018】に、すっかりあきれ果ててしまった。

学会で論文を交わし、文献の抽象的な血清亜鉛値を取り上げて、議論をしているだけならば  
実害が伴わない。しかし、現実の臨床の現場で社会に関わることでは、明らかに実害が出て  
くる。余り細かなことを指摘したくはないが、『血清亜鉛と基準値』の自然科学的実態を誤  
認知し、不適切なデジタル化によりアナログ的亜鉛値を亜鉛欠乏症区分、潜在性欠乏区分と  
基準値？と称する健常？区分へと強引に分割し、デジタル的表示にして、限定・有数の症  
状・疾患と組み合わせ、診断確定とするデジタル思考の【診療のマニュアル】を【亜鉛欠乏  
症の診断・診療指針】と称し、『この方式を亜鉛欠乏症の診断・診療に、ご活用下さい。○  
○学会××研究部会』と、突然示されても余りにも問題だらけで、批判するにも、どこから  
批判するのがよいのが困ってしまった。

何よりも、【亜鉛欠乏に関する研究会報告書 2006】の【亜鉛欠乏症の診断】には、まったく  
触れることもなく、10年余も経った2016年、更に2018年に、何故かくも突然、この様な論  
文が出現したのか？ビックリした。

更に、日本臨床栄養学会の昨年未の「亜鉛欠乏症の診療指針2024」のパブリックコメント  
の募集とその突然の終了。本年2月の第29回日本亜鉛栄養治療研究会の「改定！亜鉛欠乏

症の診療指針2024の概要」の見玉先生のご講演の後、つい最近、【亜鉛欠乏症の診療指針2024】は忽然とインターネット上から姿を消してしまった。

研究会のご講演は、本来、是非とも拝聴して、数々の問題点を質問・討論すべきことですが、余りにも問題点の多さと、当日の悪天候に筆者の高齢化を理由に、研究会誌の報告論文を拝見し、整理して、冷静にすべきもの！

このような討論・議論は、単にIT上の露出数が多かったと言うのではなく、現在のデジタル情報社会の利点である“日時の刻印された数々の情報”をも含めて、社会を納得させるに足る論理性のあるものでなければと思う。

この【診療指針\*\*\*\*】の様に、長期間に渡っての学会の機能不全とデジタル情報社会の負の効果であるSNSやIT上での不透明な？アルゴリズムのためか？“ただ露出数が多数である”との評価で正情報であるかのごとく社会に定着、真贋が確認される十分な時間も、すべもなく、社会に浸透している偽情報・誤情報が世界に溢れ、社会に害毒を流していることは、ここで申すまでもないことであると言って良い。この指針もどうであろう。

もちろん、この【診療指針\*\*\*\*】シリーズが医学・医療として、筆者が決めつけた偽情報や誤情報ではないかも知れず。多くのこの文章を読まれた方々にはその評価の判定人になっていただきたいとお願いしたいと思う。

これからのフェイクニュースに満ちあふれたデジタル情報社会ではその道の専門家でも、素人でも、ある程度のその能力が必要であろうと思う。

◎【亜鉛欠乏に関する研究会報告書2006 pdf】検索で、約50頁の小冊子がダウンロード、プリントアウト可。この小冊子は、一般人をも対象として記述したもので、現在でも読了するとかなりの専門家になるでしょう。

◎『血清亜鉛と基準値』 「血清亜鉛 基準値」で検索 => 比色法による血清亜鉛基準値；武田学他 参考に。

◎『亜鉛欠乏症のホームページ』 => トピックス欄、掲示板欄

投稿日：2024年12月10日

投稿者：倉澤

件名：亜鉛欠乏症診断にデジタル思考は不適切である

日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診療指針2024】を批判する②

当亜鉛欠乏症のホームページの掲示板上で、①②③、とシリーズとして、【亜鉛欠乏症の診療指針2024】について、必要あれば、それに応じて、詳細に、かみ砕いても批判を継続させていただこうと思う。

【日本臨床栄養学会の亜鉛欠乏症診断指針への疑問】は批判①でも述べた如く、2018年02月01日のTeaCupの掲示板に投稿以来、現在までに日本亜鉛栄養治療研究会等の学会や論文、亜鉛欠乏症のホームページのトピックス欄や現在の掲示板に繋がるTeaCupの掲示板(閉鎖後はPDFファイルとして保存)上に、また、みまき温泉診療所の健康フォーラム内にも、数々の多彩な経験・治験症例を揃え、その診断・治療と治癒過程等々を写真や画像を含め、提示して来た。それらの過程を通じて、生物であるヒト・人の血清亜鉛濃度と元素である亜鉛との関連性とその実態を、KITAMIMAKI StudyやNAGANO Studyに、エクセルで管理している千例を遥かに超える疑い・治験の症例集積からの血清亜鉛値の変遷・推移の動き等々から、まだまだ判らないことだらけであるが、その法則性が明らかなもの、予測・推測されるもの、もう少し症例の集積が必要なもの等などが出て来ている。これらの自然科学的、医学的観点から、【亜鉛欠乏症の診療指針2016】は論文公表の時から既に問題であり、【亜鉛欠乏症の診療指針2018】では、そのデジタル数値の公表と疾病診断過程のデジタル思考に、本来の亜鉛欠乏症の治療診療の将来性と基礎を含めた亜鉛生物学の発展にも危惧を感じ、更に、同時期に発売された低亜鉛血症(?)の治療薬に関連してか？基準値の急激な変更で文献値として採用され、SNSに乗って今日に至っている。

これ等の問題は本来関連の諸学会・学界内で真剣に議論検討されるべきことと考えるが、2018年からは、今回の2024年論文執筆者も述べるごとく8年も経つての【亜鉛欠乏症の診療指針2024】である。筆者は2021年05月に『現代日本の国民病 亜鉛欠乏症』を発売。この様に長期に残る著書にこのような内容を記載したくはなかったが、止むなしであった。さて、出来れば、あまり些細なことは書きたくない。

『私(倉澤)は一般に症状・疾病の実態はアナログ・アナログ的であると考えている。特に、亜鉛欠乏症は未知の症状・疾患を含め、その多彩な軽重ある症状・疾患は正にアナログである。さらに、各自固有のそれなりの値を持ち、それを中心に大小種々の変動・変遷のある血清亜鉛値は、これも正にアナログと言うほかない、と私は考えるが、如何であろうか？その様なアナログの実態を、『症状も有数個あげ、血清亜鉛値も適切な根拠なくデジタル的に分割し、基準値も恣意的な高数値を引き出して表示をした。正に、デジタル表示とその組み合わせの【診断マニュアル】で、真の診断学と言えるのであろうか？』

【アナログである実態は種々の深度の適切なデジタル化で、単純に表現し、保存し、スピーディに拡散出来るメリットがある。しかし、如何に深い深度のデジタル化をしても、アナログの実態には戻らないことを！！】

投稿日：2024年11月26日

投稿者：倉澤

件名：【亜鉛欠乏症の診療指針】こそ改変を！！

日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診療指針2024】を批判する①

最近、日本臨床栄養学会の【亜鉛欠乏症の診療指針2024】が改訂されて、検索されるようになった。早速、拝見させていただき、本当にビックリした。最も肝心要のデジタル的診断思考過程が全く変わりなしである。

2016年、【亜鉛欠乏症の診療指針2016】が公表された。その驚くべき多数の参考文献に一応目を通し、まとめられた論文に敬意を表しつつも、その主題である診療指針には多くの問題点が存在することに違和感を感じ、2018年02月01日、TeaCupの亜鉛欠乏症についての掲示板に、【日本臨床栄養学会の亜鉛欠乏症診断基準への疑問】と題して、以下の様な投稿をさせていただいた。

(日本臨床栄養学会)の亜鉛欠乏の診断指針2016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态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、まずは以下の三点につき検討され、改定されることを望みます。

#### 亜鉛欠乏症の診断基準

3. 血清亜鉛値 3-1 ; 60 $\mu$ g/dl未満 亜鉛欠乏症

3-2 ; 60-80 $\mu$ g/dl未満 潜在性亜鉛欠乏

疑問点 1 この 60 $\mu$ g/dl未満の根拠は何か？ ?

また、 60-80 $\mu$ g/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おります。

2017年03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。 <TeaCupのPDFファイルより>

この投稿を最初として、亜鉛欠乏症について、公開で、自由に意見を交わす場として、Tea Cupの掲示板に、出来る限りフェイクニュースや誤情報、偽情報にならぬ様に、責任を持った批判をして来たつもりであるが、この質問についてはもとより診療基準についてのその後の諸批判に、日本臨床栄養学会もミネラル栄養部会も、論文執筆者の委員長も、関連諸学

会・学界や社会に対して何の返答も反応もなく、今日に至ったと言えよう。

現在のデジタル情報社会で、社会にフェイクニュース・誤情報・偽情報が溢れていることは悲しい事実です。情報を発信する者は、適切な評価を受けることなくIT企業の不透明なアルゴリズム乗って、自然と誤情報等にならない様に、常に注意する必要があると思う。況してや、意図する偽情報ではないこと、大切と思う。

現在の日本には【似て非なる二つの亜鉛欠乏症の診断・診療に関する説が流布している】事実を御認めになる

ことと思う。医療の現場が困っている。本来学会で決着すべきことであつたが、残念なことと思っています。

**【亜鉛欠乏症の診療指針】こそ改変を！！**

投稿日：2024年4月19日

投稿者：倉澤

件名：【血清亜鉛値：64 µg/dLは低値ですか？】

Aさん。あなたは現在日本の社会で、医療界で、流布している血清亜鉛値の基準値につき、キッとより深く疑念を持たれたことでしょう。

①ISO15189に基づく生物学的基準範囲(値)の【本来の基準値】：65~110µg/dLと

②(株)SRLにより日本臨床栄養学会の論文「亜鉛欠乏症の診療指針2018」の文献値とし、2018年に、何故か？急遽！！改正(?)されたとする【(新)基準値？】：80~130µg/dLとの

二つの血清亜鉛値の基準値が存在し、デジタル情報化社会での情報拡散に特徴的な①短時間で適切な検討・検証を受けることなく、②何らかの圧力によるSNS上の露出度の違いより、科学的真偽不明のまま、全く異なった思考と異なった事実の裏付けの【基準値】がごちゃ混ぜに社会に蔓延ってしまったもの。医療現場のこの混乱は予想されていました。

この二つの基準値は、初めは兎も角、現時点では、単なる表現上の数値の違いだけでなく、似て非なる思考と科学に携わる基本的な姿勢の問題でもあり、科学に携わる者として、亜鉛欠乏症の臨床に携わる医師として、大変に恥ずかしいことでもあると思っています。

デジタル情報社会は①②の様な問題点があるが、またその情報は時と時間の経過をも示す情報でもあり、どの様な状況とどの様な意図と思考を持ったものか、徐々にホームページや掲示板上でより分かりやすく述べて行きますが、ホームページのトピックス欄、2020/04/21に投稿の「血清亜鉛値は個々人に固有のおよその値がある。その固有の血清亜鉛値は生物学的基準(値)範囲に正規分布している」をお読みいただければ幸いです。

さて、Aさん。血清亜鉛64µg/dLは、確かに、血清亜鉛値としては低値の方ではあるが、当然、それが生物としてのAさんの固有の健常値である可能性も充分にある。ただ、もし未知の症状も含めて亜鉛欠乏を疑う症状があれば、亜鉛欠乏の可能性を考えて試行の補充療法を試してみる。その時の血清亜鉛値変動と潜在・未知の症状の変化がどうかは注意する。

最近、血清亜鉛値の恒常的値に影響する<生理的変動と言うか病的変動と言うか？>薬剤の影響が見えて来ました。まだ判らないことだらけですが、多くの薬剤が関係する可能性があって、そのことを含め出来るだけ実症例を含めて、特に質問に応じて述べて行きたいと思っています。

化学物質として活性な多くの薬剤をバラバラに生体に入れること慎重な検討が必要です。

投稿日：2024年4月11日

投稿者：A

件名：なし

「判断された【基準値】とは、いわゆるSRLの(新?)基準値80~130 $\mu$ g/dLではなく、本来の(I SO)15189の用語定義による基準値設定の「生物学的基準範囲」の65~110 $\mu$ g/dLで考えられているものではないでしょうか！それでよいですね。そして、その【基準値】の数値はご持病で治療を受けている病院の医師にも、当然に共有されているもの、と考えてよろしいでしょうね。」とありますが、残念ながら私の持病で治療を受けている病院では「正常値」として80-130  $\mu$ g/dLが使われているようです。その上で、私の最新の血清亜鉛値は「L 64」(Lとは低い値であるというマーク)となっていました。

投稿日：2024年4月8日

投稿者：倉澤

件名：Aさんへ【血清亜鉛値と基準値の基本】

3月中旬頃に、時期外れの新型コロナ感染症に罹患したらしく、しばらく体調を崩しており、返事が遅くなりました。臭覚障害や味覚異常、唾液の減少、口腔内違和感等など、短期間ですが、全般的に急激な亜鉛消費の増大の感覚があり、もし次回も感染の機会があった場合は、もう少しデータなど記録できればと考えています。

さて、

持病の関係で通院している病院で、医師に「亜鉛が足りていない」、「亜鉛の数値が低い」と、毎度のごとく言われ、心配になってのご質問と思います。疑問に思い小生の本を読まれての上とのことですので、判断された【基準値】とは、いわゆるSRLの(新?)基準値80~130  $\mu\text{g}/\text{dL}$ ではなく、本来の(ISO)15189の用語定義による基準値設定の「生物学的基準範囲」の65~110  $\mu\text{g}/\text{dL}$ で考えられているものではないでしょうか！それでよいですね。そして、その【基準値】の数値はご持病で治療を受けている病院の医師にも、当然に共有されているもの、と考えてよろしいでしょうね。

Aさんの疑問はもっと簡単な話と思われそうですが、肝心の入り口でこんな複雑な問題が存在し、放置されているという現状があり、大変に重要なことですので、先ず確認して、話を始めたいと考えました。

日本の社会では学界でも、SNS上でも、2018年のノベルジンが低亜鉛血症治療剤として保険医療認可に伴う販売開始前後から複雑な薬剤の宣伝経過と恣意的な血清亜鉛値の基準値の急激な変更が、日本臨床栄養学会の論文【亜鉛欠乏症の診療2018】の文献値を参考にしたと称して、突然に行われました。その数値80~130  $\mu\text{g}/\text{dL}$ が、その後、基礎から臨床にわたる関係する諸学会の検証・検討を受けることもなく、あたかも社会に認められたものごとく、デジタル化の波に乗って蔓延ってしまい、その混乱が現在にも及んでいることでもあり、大変に申し訳なく思います。当『亜鉛欠乏症のホームページ』では、トピックス欄や新旧の掲示板を含めて、その問題点を指摘し批判を繰り返してきましたが、関係者からは現在までも全くの梨の礫です。

(株)SRLの(新?)基準値とする80~130 $\mu$ g/dLのデジタル表示の数値は、単純にこれまでの【基準値】より数値の絶対値が大きいと言うだけでなく、多彩な生体内機能を有する元素亜鉛と生物としてのヒト・人との諸反応や生物学的諸条件・関係・ホメオスターシス等なども考慮に入った自然科学的なものとして、キッと将来には酵素系の反応や生命活動の情報伝達の間である元素亜鉛の【組織濃度】との濃度差やその落差の変化も問題となる自然科学的思考との関係をも絶った数値と言わざるを得ないと私は考えています。

Aさん。あなたの疑問は「亜鉛が足りない」、「亜鉛値が低い」と専門家である医師から言われて生じた不安を解消したいとの当たり前の動機からのご質問と思いますが、こんな困った、複雑な問題を抱えているのです。

この原稿、本日までにもう何回も書き直して来ました。デジタル情報化社会ですのでその日時を追って、事実経過を検証していただければ、必ず理解可能の筈ですが、恣意的に流された(?)デジタル表示の数値が社会に刻印され易い現デジタル情報社会では、似て非なる科学的(?)論文：【亜鉛欠乏症の診療2018】の数値の内容・意味から説明しないとならない事情をご理解いただいて、しばらくお付き合いいただきたいと思います。

投稿日：2024年3月15日

投稿者：A

件名：なし

A(仮名)です。先日、倉澤氏の『現代日本の国民病 亜鉛欠乏症』を読みました。

私はまだとても若いのですが、持病の関係で通っている病院で、医師に「亜鉛が足りていない」「亜鉛の数値が低い」と毎度のごとく言われます。それまで、亜鉛のことはよく知らず、特に症状も出ていないようだし、大丈夫だろうと思っていました。しかし、その医師が「亜鉛が足りてないと皮膚がただれる」とポツリとおっしゃって、そういえば足が痒いし、足に直径2センチほどの赤い斑点が4箇所あって、腰の部分にも同じようなものが去年の秋くらいからできていたっけなと思い、亜鉛の勉強をすることにしました。そして、図書館に行ってみつけたのが倉澤氏の本でした。そこで、2点の質問があります。

①例えば、私が本当に亜鉛欠乏状態であるかは、「基準値」との比較ではなく、おそらくまだ欠乏状態ではなかった(少なくとも欠乏症状はなかった)小さい頃の(私の)「固有値」と比較したほうがはっきりするということでしょうか？

②亜鉛の働きに「皮膚の生成・維持」があるとすれば、外的要因でよく傷がつく(例えば怪我が多いとか、別の理由で処方されている薬剤の投与のため毎日注射が必要とかの)場合、皮膚の生成が特に必要になり、亜鉛の需要が高くなるとか、需要が高くなっているときに特に供給不足として欠乏症状が起きやすいとか、そういったことはないのでしょうか。私は持病の関係で薬剤投与のための注射を毎日しなければならなくなってしまい、それ以降、なぜか皮膚の痒みや赤い斑点ができやすくなったな、何か関係があるのかな、などと思っていたりしたので質問させていただきます。

医師は、このまま亜鉛の値が上がらないようであれば対策をしてくれるので、差し迫った心配はないと私自身は思っています。毎日注射が必要な薬も、ほかの症状の治療および悪化の予防のために必要があって処方されているものなので、あれこれ言っても仕方がないと思っているし、これと言って副作用を発症したわけではないので心配はないと思っていますのですが、いざという時のために気になることを解決しておこうと思い、このような質問をさせていただきます。

投稿日：2023年9月29日

投稿者：倉澤

件名：Nさんへ 何と返事をすれば良いのか迷ってます

Nさんへ

何故？多剤服用になったのかについてのメール拝見しました。

何時までお元気で、そもそもどのような症状・病状で発症し、その後の病状経過と治療経過を合わせた情報なしの多剤服用の現状報告では、なんとご返事してよいのかわかりませんが、もう少しご自身でよく整理をされて、ご報告いただいてから受診されるのが良いかと思えます。

確かに、現在、種々の症状が重なって、悩まれていることは理解することで来ますが、これまでに拝見した何人かの多剤服用の患者さんの顔が浮かんできます。何故？多剤服用になったかのメールを拝見していて、現象として全くその通りで、その様な医療の社会になることを防げなかったことに、小生は、医師として責任を感じています。

亜鉛欠乏症のホームページはHPの目的上こんな専門の内容になっていますが、プライベート・ルールの【何故？今、診療所の時代か】や2007年から2022年まで継続して来たTeaCupの掲示板（PDFファイルで保存してあります）をパラパラと見ていただければ、『あらゆる病気は治るもの、治せるもの、治さなければならない』の幻想と強迫観念に巻かれた医療幻想の時代の一端をご理解いただけると思う。

医療は患者さんが主役です。厳しいことを申すようですが、多剤服用の患者さん、ご本人がその気にならないとなかなか難しいのです。 倉澤

投稿日：2023年9月26日

投稿者：N

件名：なし

倉澤先生、お久しぶりです。

今回は、先生が記された「Nさんの場合。何故こんなに多くの薬剤が使用される様になったのか？驚くばかりです。」について。

それは簡単です。カルテがバラバラだからです。1つじゃないからです。共有が不可能だからです。

自分は、東京生まれ東京育ちなのですが、これは、東京都だけなのでしょうが？

昔は、今のかかりつけ医に当たると思いますが、町医者さんが、いらっしやいました。〇〇医院という標榜です。そこが中心で、何かあれば紹介状を書いて下さり都立病院等の建物の大きい病院、それから本物の大きい病院(大学附属病院)へという感じでした。簡単に記せば、家族全員がお世話になっていた医院です。

それから前記の医院とは別に紹介状など必要なく受診可能な小中規模の病院もありました。ある程度の詳しい検査も受けられる病院です。

もちろん現在も、前記の様な医院や病院はあります。ただ少なくなりました。素人意見ですが、もっと小中規模の病院が必要不可欠だとも思います。

これも昔ですが、内科と外科のみで、あとは、専門的な診療科だけでした。眼科、歯科、耳鼻咽喉科、皮膚科などです。

今は、細分化されています。内科だけでも消化器内科、循環器内科などなど...その中にまた各専門医の先生方がいらっしやいますが...

それで〇〇消化器内科クリニックなどといった専門クリニック標榜が増えました。

要するに、カルテが散乱した状態です。

お薬も院内処方から院外処方となりました。かかりつけ薬剤師という方々の存在も今はあります。その為のお薬手帳なのですが...

今は、受付で提出しても直接、先生に見せて下さい。と仰るクリニック等もあります。そして先生にもお見せしてもあまりよく見られていない感じもします。

こちらが提示しない限りは、見られない先生もいらっしやる感じです。

これ以上、記するとこちらの掲示板(倉澤先生)にも申し訳ないですし実際にあった事や感じ受けた事であったとしても決して医療批判等ではなくてもそう受け取られ兼ねないご時世でもありますので、控えさせていただきます。

もう少しの医療情報が必要とも倉澤先生は、記されておりますが、誠に申し訳ありません。  
お会いできたら直接、お話をさせて頂きたいと思います。

今現在、通院中のクリニック等の先生方の医療情報提供書が必要でしょうか？必要であれば書いて頂きます。

お電話で倉澤先生とお話させて頂いてから1日でも早くお会いして診て頂きたい気持ちで一杯です。しかしながら大きな手術が2つ控えております。今更ながらのタラレバですが、もっと早くそういった診察治療をされている倉澤先生の存在を知っていたらとも後悔先に立たずみたいな気持ちもあります。ですが必ずお会いできると自分自身を信じて頑張ってみます。お会いできたらよろしくお願い致します。

倉澤先生をはじめ診療所の皆様もお体ご自愛下さい。失礼致しました。

投稿日：2023年9月11日

投稿者：倉澤

件名：Nさんへ 多剤服用の典型的な舌痛症？

Nさんへ

経過など十分な情報がありませんので、確かなことは言えませんが、【多剤服用の典型的な舌痛症】のように思われます。

2002年、多彩で、多数の亜鉛欠乏症の存在に気が付いた初期に、奇妙な舌痛を長年訴える続けている患者さんの治療に困り果てて、「亜鉛欠乏で味覚障害が生ずるならば、もしかして、舌痛も亜鉛欠乏が原因ではないか？」とフトと考えて、投与したプロマックが劇的な効果を経験して以来、いわゆる舌痛症にも注目して症例を積み重ねてきました。

多くの舌痛症の中で薬剤に関係のない（キツと食物が主要な原因の亜鉛欠乏の）舌痛症の大部分は標準的亜鉛補充療法で簡単に短期間で経過治療するが、薬剤が絡む舌痛症、特に、多剤服用の舌痛症例は難治の傾向があり、中には問題の薬剤が除去されないと、症状が燻り続け治癒しない症例もあることが判ってきました。

Nさんの場合。何故こんなに多くの薬剤が使用される様になたのか？驚くばかりです。

兎に角、まず絶対に必要な薬剤以外の薬剤を、いきなり除去は難しいでしょうから、一つ一つ着実に除くことが、口内違和感を含むこの舌痛症治療の第一歩と思っています。

ただ、何が絶対必要な薬剤か？見分けることは大変難しいことです。そこで、まず始めることは、『医師が処方中止した薬剤は当然、Nさんが勝手に中止して、当面何の問題も生じなかった薬剤は、取り敢えず、この舌痛症の苦しみから抜けるまでは服用しないことです。』この第一歩の覚悟が大切です。

こうして、残った絶対に必要かもしれない薬剤について、この舌痛症治療に、さらなる検討はが必要な場合は、担当医との検討が必要になりますが、それぞれの症例で、具体的な対応をすることになります。これが第二歩です。さて、Nさんの場合はどうなのか？？もう少し医療情報が必要です。倉澤。

投稿日：2023年9月2日

投稿者：N(仮名)

件名：なし

倉澤先生、8月30日(水)午前中にお電話で、お話を聞いて頂いた者です。

ありがとうございました。

お電話で倉澤先生が仰っていた簡単な2018年から始まった自分の症状の経緯は、もうしばらくお待ち下さい。

その前に...

同日(30日午後)に、お電話でもお話致しましたポラプレジンクOD錠75mg(プロマック錠のジェネリック医薬品)を処方して頂いた耳鼻咽喉科クリニックを受診致しまして先生に倉澤先生宛に自分の今の口腔内および咽喉の写真を添付して頂き医療情報提供書としてお願い致しました。

書いて下さり郵送して頂けるそうです。参考になれば幸いです。よろしくお願い致します。もしも違う症状だと思われる場合などには、こちらに連絡を頂けますと幸いです。誠に申し訳ありません。

それからこちらも参考に今、自分が服用中薬剤を記しておきます。

精神神経科クリニックより(こちらは、先生がご理解して下さい今週より少し減薬されました。)

1.リーゼ錠5mg

1日2回朝夕食後に1錠。頓用として1錠1回まで。

2.プロマゼパム錠2mg

頓用として1日2回(1錠)まで。どうしても眠れない時などです。今は、御守り代わりにという感じです。ほとんど今は服用しておりません。

3.メチコバル錠500 0.5mg

1日3回毎食後に1錠。

同じ病院の循環器内科と消化器内科より

1.バイアスピリン錠100mg

1日1回朝食後のみ1錠。

2.タケキャブ錠10mg

1日1回朝食後のみ1錠。

3.ロスバスタチン錠2.5mg

1日1回朝食後のみ2錠。

以上、循環器内科の先生からの処方です。

1.レバミピド錠100mg

1日3回毎食後に1錠。

2.ガスコン錠40mg

1日3回毎食後に1錠。

3.ドンペリドン錠10mg

1日3回毎食後に1錠。今は、頓用として服用しています。服用しない日もあります。

4.酸化マグネシウム錠330mg

1日2回朝食後1錠。寝る前2錠。

以上、消化器内科の先生からの処方です。

耳鼻咽喉科クリニックより。

1.ポラプレジンクOD錠75mg

1日2回朝食後に1錠。

2.ビタメジン配合カプセルB50

1日3回毎食後1カプセル。しかしー昨日(8/31)夜中よりお腹の張り及び腹痛、尿がビタミン臭くなり、昨日(9/1)薬剤師さんに相談。服用を中止致しました。

全12薬剤。中止などにした薬剤を除くと全10薬剤です。

朝食後が一番多く現在、9薬剤10錠なのでお水でお腹一杯以上になる感じです。それでも口渇感でお水2リットルのペットボトルだけでは、足りません。水分補給が追いつかないのかも？しれません。

素人の意見で誠に申し訳ありませんが、ミネラルも欠乏しているとも思っております。鉄分などもです。画像や数値などに現れない問題点というところもです。

うがい薬のポピヨドンガーグル7%も使用しておりました。薬剤師さんが仰るには、市販薬ですとアズレンの方が弱いので変更を勧められて変更致しましたが、現在は、あまり使用しておりません。

薬剤師さんに善玉菌まで殺菌してしまった可能性もありますか？とお聞きすると、使用量や頻度にもよりますが、その可能性も無きにしも非ずだそうです。

市販のマウスウォッシュや歯磨き粉を使用してブラッシングする度にネバネバやヌメリが増してきたので困惑もしておりました。全くサッパリしないのです。

他に変形性頸椎症及び変形性腰椎症の為、整形外科より処方されていたカロナール錠300 300mgを1回1錠。1日2回まで服用していましたが、現在のところ服用しておりません。

他の耳鼻咽喉科医院より処方されていたフェキソフェナジン塩酸塩錠60mgを1日2回。朝夕食後1錠。

カルボシステイン錠500mgを1日3回。毎食後1錠。の2薬剤も現在のところ服用しておりません。

漢方もありました。補中益気湯や五苓散などツムラの漢方薬ですが、現在は服用しておりません。

皮膚科より。外用薬剤は4種です。

1.ネリゾナソリユーション0.1%

1日2回頭皮のみに使用。

2.ロゼックスゲル0.75%

1日2回顔全体に使用可。酒さ治療の為なので鼻が主です。

3.ゼビアックスローション2%

1日1回下顎部のみに使用。

4.混合薬

ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%

ジフルプレドナート軟膏0.05%

1日2、3回まで、首も含めて足まで、ほぼ身体全体に使用可。

今回は、この辺りで失礼致します。

投稿日：2023年5月11日

投稿者：倉澤

件名：亜鉛欠乏症の(旧)TeaCuP掲示板へのお誘い

【亜鉛欠乏症についての(旧)TeaCuP掲示板で悩みごとの検索を！！】

【亜鉛欠乏症についての(旧)掲示板】は2007/04/14にスタートして、2022/05/31に最後の投稿がされて、2022/08/31にGMOのサービスが終了するまで、15年余の長きにわたり、多くの方々の投稿に支えられて、亜鉛欠乏症の知見を一般社会に周知する役割をになってきました。

多数で多彩な亜鉛欠乏症の存在に気が付いた2002年、味覚障害は認めるとしても、食欲不振と褥瘡が同じ亜鉛欠乏が原因なんて【そんな馬鹿なことある筈がない！！】とか、真菌症が原因？気分や精神科の問題と専門家が新聞やマスコミで述べる舌痛症も？、掻痒やあの多彩な皮膚科疾患の多くも関係している？【まるで万能薬みたい？】と揶揄もされる。

15年余の間の、一人ひとりの苦悩・不安から最先端の医学・生命科学等などの情報まで折角の多くの貴重な投稿が掲示板の閉鎖で消滅するのは勿体ないとPDFファイルで保存した。

このファイル検索機能があるので、試みに字句の検索をしてみると、例えば、実に種々の多数の舌痛症症例の痛みの性状傾向が判り、多くの亜鉛欠乏症に特別の薬剤・多剤服用の傾向が明かになるなど、新しい気付きのもとともなる。データ量は96000KB、試してみてください！！

投稿日：2023年2月13日

投稿者：倉澤

件名：【亜鉛欠乏症の診断・診療指針】と比較検討を！

【亜鉛欠乏症の診断・診療指針】と比較検討を！

亜鉛欠乏症の医療について、【亜鉛欠乏症の診断・診療指針：亜鉛欠乏症のホームページ】と【亜鉛欠乏症の診療指針(2016)】との大きく異なる二つの指針が医療の現場で存在し、臨床医療のみならず、亜鉛生物学の基礎の場でも、混乱が生じて、大変に困ったことです。

【亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)】

<https://www.ryu-kurasawa.com/20180701/> は

その表題名が示す通り、2018年07月01日に、正に、(案)として、亜鉛欠乏症のホームページのトピック欄に投稿した論文です。

何故なのか？どの様なアルゴリズムによるものか？何らかの作為があるのか？不明ですが、Google、Yahoo検索では、ヒットせずに排除され、【亜鉛欠乏症の診療指針2016(2018)：日本臨床栄養学会】のみが表示されて、今日に至りました。

しかし、最近何故か？急にGoogle、Yahoo検索でも、ヒットするようになりましたので、是非、二つの指針を並べて、比較・検討をいただき、より良い指針にしたいと思っています。

同じ<亜鉛欠乏症の診療指針>、とされながらも、血清亜鉛値やその基準値の考え方も、発症原因やその病態の考え方も、診断への思考過程も、全く異なるものです。

亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)：追加論文①

亜鉛欠乏症の診断・診療指針2018(案)：追加論文②

と合わせて、検討いただければ、有難いと考えます。

本来、指針を提示した者同士、学界の場で批判・議論し会って修正すべきことは修正し、社会に提示すべきこと、と思うのですが、お恥ずかしいことです。この掲示板での批判・議論をお願い致します。倉澤 隆平