

作成番号:0184

一般社団法人 日本侵襲医療安全推進啓発協議会 「会員向けメールマガジン」

号数:2024-184

\*\*\*\*\*

内容:超加工食品の摂取量が多いほど、死亡リスクが高くなるのか？

出典:Association of ultra-processed food consumption with all cause and cause specific mortality: population based cohort study.

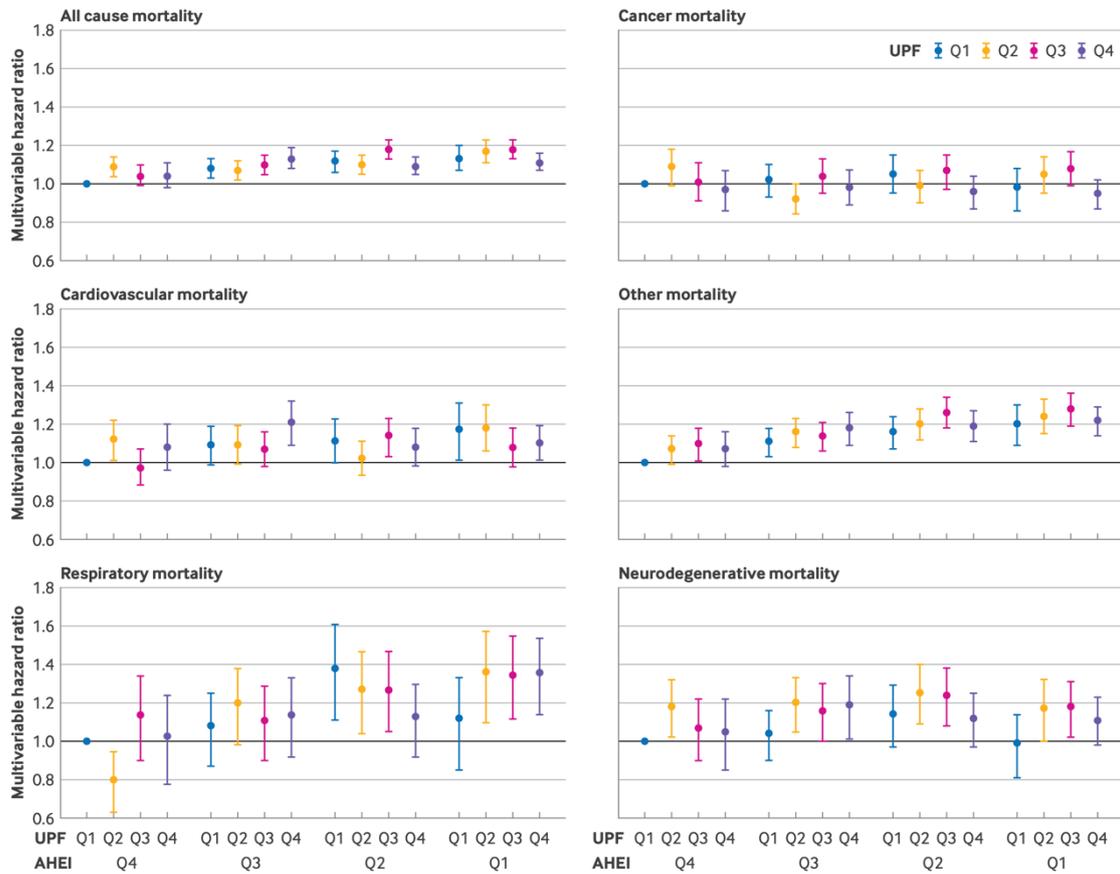
BMJ (Clinical research ed.). 2024 May 08;385:e078476. pii: e078476.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38719536/>

\*\*\*\*\*

超加工食品は健康に悪影響を及ぼすことが示唆されているが、長期間にわたり大規模コホートでのエビデンスは限られていた。米国・ハーバード大学公衆衛生大学院の研究者らは、追跡期間 30 年超のコホート研究を行い、BMJ 誌 2024 年 5 月 8 日号に報告した。

米国 11 州の女性正看護師が対象の Nurses' Health Study (1984~2018 年)、全 50 州の男性医療従事者が対象の Health Professionals Follow-Up Study (1986~2018 年)を基に、女性 74,563 例および男性 39,501 例を対象として、超加工食品の摂取と死亡との関連を調べた。超加工食品の摂取量は、4 年ごとに実施される食物摂取頻度調査で評価した。主要アウトカムは全死因死亡、副次アウトカムはがん、心血管疾患、その他の原因による死亡で、多変量 Cox 比例ハザードモデルを用いて評価した。追跡期間中央値 34 年間に於いて、計 48,193 例(女性 30,188 例、男性 18,005 例)の死亡が記録された。死因別では、がん 13,557 例、心血管疾患 11,416 例、呼吸器疾患 3,926 例、神経変性疾患 6,343 例であった。超加工食品摂取量の最低四分位範囲群と比較して、最高四分位範囲群では、全死因死亡リスクが 4%高かった(HR:1.04、95%CI:1.01~1.07、傾向の p=0.005)。一方で、がん(0.95、0.91~1.00)ならびに心血管疾患(1.05、0.99~1.11)による死亡との関連は認められなかった。その他の原因による死亡リスクは 9%有意に高かった(1.09、1.05~1.13、傾向の p<0.001)。超加工食品のサブグループ別では、肉/鶏肉/魚介類をベースとした調理済みインスタント食品(加工肉など)が最も全死因死亡リスクとの関連が強く(HR:1.13、95%CI:1.10~1.16)、砂糖または人工甘味料入り飲料(1.09、1.07~1.12)、乳製品ベースのデザート(1.07、1.04~1.10)、全粒穀物を除く超加工パン・朝食用食品(1.04、1.02~1.07)も、全死因死亡リスクの増大と関連していた。



**Fig 1 | Joint analysis for mortality according to quarters of ultra-processed food (UPF) consumption and quarters of Alternative Healthy Eating Index-2010 (AHEI) score. Alcohol was removed from calculation of AHEI score. Each participant was categorized according to their quarter of UPF intake and their quarter of AHEI score, resulting in 16 distinct groups. Using this combined variable as exposure, its association with mortality outcomes was assessed, with reference group being participants in highest quarter of AHEI score (Q4) and lowest quarter of UPF intake (Q1). Results were from multivariable Cox proportional hazards model stratified by age (months), questionnaire cycle (two year interval), and cohort and adjusted for total energy intake, race, marital status, physical activity, body mass index, smoking status and pack years, alcohol consumption, physical examination performed for screening purposes, and family history of diabetes mellitus, myocardial infarction, or cancer; for women, also menopausal status and hormone use. Markers denote point estimates of hazard ratios and error bars indicate 95% confidence intervals**