

再診・通院

各論II-2

再診・通院患者の病態別の診かた

2型糖尿病

石塚達夫

岐阜大学大学院 医学系研究科 総合病態内科学 教授

Point **1** 食事, 運動療法について説明できる.

Point **2** 糖尿病治療薬を病態に応じて挙げるができる.

Point **3** インスリン, GLP-1 アナログの使用を説明できる.

はじめに

糖尿病は2007年の厚生労働省による国民健康・栄養調査において、糖尿病が強く疑われる人（HbA1c \geq 6.1 %, JDS値）は約890万人で、2010年同調査では、推定940万人とさらに増加している。糖尿病が強く疑われる人に予備軍（HbA1c \geq 5.6 %, JDS値）を加えると、2007年の調査でも計2210万人にも上ることが明らかとなり、糖尿病はがん、脳卒中とともに国民に蔓延している病気といえる。その95%は2型糖尿病であり、外来診療では避けて通ることのできない疾患といえる。

内科疾患のあらゆる病気が2型糖尿病に罹患する可能性があることを念頭に置くならば、外来診療ではきわめて広範な知識とそれに対応する能力が必要である。病態別に分類するならば、①典型的な**細小血管障害**という糖尿病合併症を有する患者群、すなわち**網膜症**、**腎症**、**神経症**のいずれか、あるいはすべてを有する患者群である。その他、②典型的な糖尿病の合併症はないが**大血管症**（動脈硬化）を有する群、③細小血管障害も大血管障害もないが**肥満2型糖尿病**、④リウマチ、膠原病患者でステロイド治療を継続している群、⑤感染症を合併している群、⑥がんを合併している患者群、の6項目に分類して症例を提示しながら、外来診療のゴールドスタンダードとピットフォールについて述べる。

1. 細小血管症を合併する2型糖尿病患者の外来診療

症例1 70歳の男性

【生活歴】 職業：無職

【主訴】 下肢のしびれ

【現病歴】 糖尿病歴15年である。糖尿病神経障害の強い患者で、とくに下肢のしびれの訴えが強く、また、自律神経障害も強いために、エパルレスタット150 mg、ミアンセリン塩酸塩10 mgが投与されている。運動神経伝導速度（MCV）、知覚神経伝導速度（SCV）は軽



図1 症例1：眼底写真

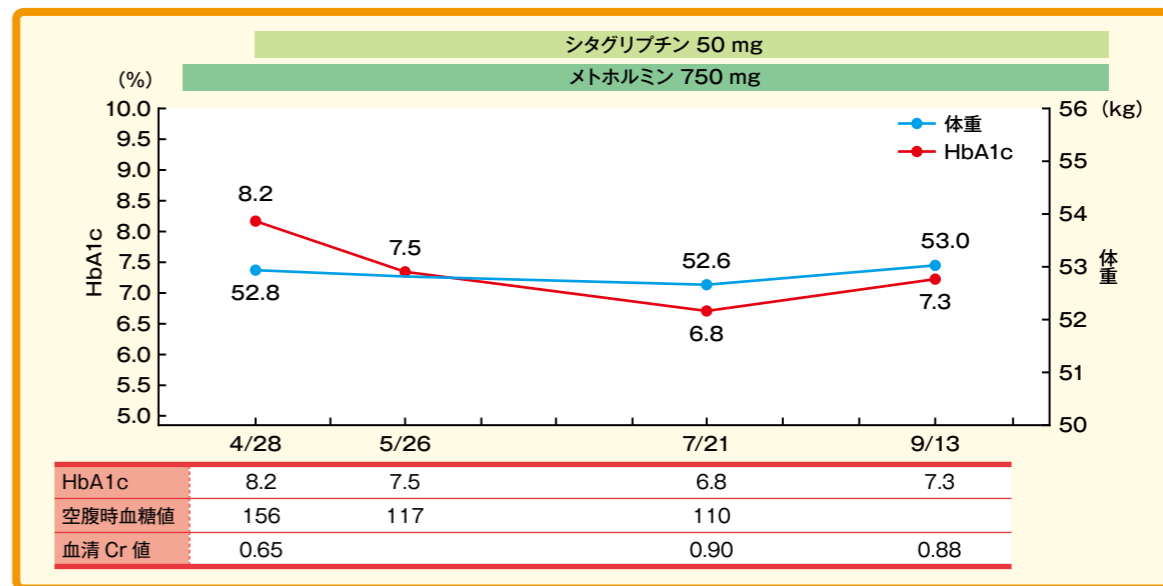


図2 症例1：臨床経過

度低下しているが、起立性低血圧もあり、血圧のコントロールに苦慮している。微量アルブミン尿は27.4 mg/g・Creであり、軽度の腎障害（糖尿病腎症2期）がみられる。増殖前網膜症が指摘されている（図1）が、進行は現時点ではみられない。1440 kcalの食事療法、メトホルミン750 mg投与でHbA1c 8.2%（NGSP値）、随時血糖285 mg/dlである。内因性インスリン分泌能は尿中CPR（C-ペプチド）40 μ g/日であり、脂質異常はない。

【身体所見】 身長159 cm, 体重52.8 kg, BMI 20.9
血圧：臥位158/80 mmHg, 座位120/70 mmHg.

神経症、腎症、網膜症があるトリオパチーの症例で、起立性低血圧より、自律神経障害の疑いもある。この場合、

糖尿病合併症の進展を阻止するためにもコントロールの改善が必要である。この場合のゴールドスタンダードは、食事療法の見直しと、運動療法も腎症2期なので少しずつ始め、低血糖の危険性の少ないDPP-4阻害薬^{1,2)}を加える。シタグリプチン、ビルダグリプチン（分2）、アログリプチン、リナグリプチンなどがある。シタグリプチンであれば100 mgまで増量可能であるが、50 mg投与でHbA1c 6.8%（NGSP値）までコントロール可能であった。

本症例へのスルホニル尿素系の薬の投与は、網膜症もあり、低血糖、眼底出血のピットフォールに陥る危険性を考慮する必要もあるため、行いにくい。しかし、将来的にはスルホニル尿素系のグリメピリドとDPP-4阻害薬との併用も必要となる可能性はある（図2）。降圧薬の選択の前に家庭内血圧の測定、とくに起床時の血圧測定が必要であ