



## 超高齢糖尿病の血糖コントロール

―インスリン使用と死亡率増加―

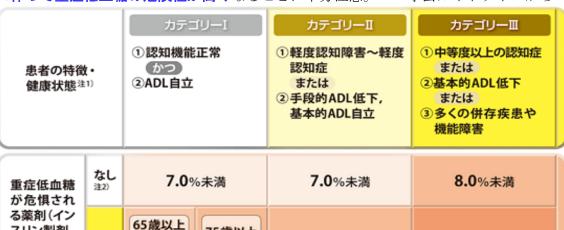
https://l-hospitalier.github.io

2019.12

8.5%未満

(下限7.5%)

【高齢 DM の血糖値コントロール】 超高齢社会を迎え、高齢者糖尿病は増加の一途を 辿っている。 高齢者には特有の問題点があり、心身機能の個人差が著しい。 それに加 え、高齢者糖尿病では重症低血糖を来しやすいという問題点も存在する。 重症低血糖 は、認知機能を障害するとともに、心血管イベントのリスクともなり得る。 治療目標 は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能 や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。 ただし、加齢 に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意。 ←学会ガイドラインから



8.0%未満

(下限7.0%)

75歳以上

8.0%未満

75歳未満

7.5%未満

(下限6.5%)(下限7.0%)

あり

#220

スリン製剤、

SU薬,グリ

ニド薬など)

の使用

【高齢者糖尿病患者におけるリスクの特徴】 HbA1c が始まった頃「60 歳以上は年齢の1割」と教えられた記憶がある。 75 歳未満の DM 患者では HbA1c が増加すると心血管死亡のリスクが増加するが 75 歳以上では HbA1c 増加に伴う死亡率上昇は緩やかになり、HbA1c が 8%以上で初めて有意となる\*1。 また死亡については HbA1c が 6 %未満と 10 %以上で増加する Jカーブ現象がみられる\*2。 これらから ADL 低下や合併症を伴うカテゴリーⅢの患者ではインスリン、SU 剤などの使用時は HbA1c が 7.5 %以下は危険域と考え、これ以下にしないよう注意する(上図右下端)。 85 歳以上は未体験ゾーン。 既成の常識は通用しないかも?と考え患者を害さないよう自戒が必要。

卒後1年目に先輩から仕込まれた<mark>【医者としての躾】</mark>。 ①医薬品投与が功罪半ばするとき/結果に確信が持てない時は、ためらわず「何もしない」を選択。 **患者は医者の知的好奇心を満足させるための実験動物**\*3ではない!また博打のサイコロでもない。「何もしないで辛抱するのも医者の仕事の内!」。 ②病院から呼ばれて行くかどうか迷ったら患者のところに行ってから考える。 電話で話をするな! 電話は医者を呼ぶためのもの。 話をしていたら(当時はケータイが無いので)他の人が医者を呼ぶことができないぞ! ③ 入院患者のベッドには1日3回顔を出して「御用聞き」をすること。

<sup>&</sup>lt;sup>\*1</sup> Tancredi M, Rosengren A, Svenson AM, Kosiborod M, PivodicA, Gudbjörnsdottir Set al: Excess mortality among persons with type 2 diabetes. N Engl J Med 2015; 373: 1720-1732 <sup>\*2</sup> Huang ES, Liiu JY, Mofet HH, John PM, Karter AL: Glycemic control, complications, and death in older diabetic patients. The diabetes and aging study. Diabetes Care 2011; 34:1329-1336. <sup>\*3</sup> これで約 20 年を実験室で過ごす。 HP にミラードと豚の実験の写真を up。