



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

感染対策の基礎知識

【**高齢 DM の血糖値のコントロール**】 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。

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	① 認知機能正常 かつ ② ADL 自立		① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的 ADL 低下、基本的 ADL 自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的 ADL 低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU 薬、グリニド薬など）の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満		8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

#220

【**高齢者糖尿病患者におけるリスクの特徴**】 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 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。

卒後すぐの 1 年目の時に先輩から仕込まれた【**内科医の躰**】。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。**患者は医者的好奇心を満足させるための実験動物ではない！**し博打の**サイコロ**でもない。「**何もしないで辛抱するのも内科医の大事な仕事！**」。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、（当時はケータイが無いので）他の Dr を呼ぶことができないじゃないか。③入院患者のベットに 1 日 3 回顔を出して「御用聞き」をすること。

*¹ Tancredi M, Rosengren A, Svensson AM, Kosiborod M, Pivodic A, Gudbjörnsdottir Set al: Excess mortality among persons with type 2 diabetes. N Engl J Med 2015; 373: 1720-1732 *² 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.