



一般社団法人

茨城県保険医協会

幹旋図書のご案内

2012年10月発行

糖尿病の保険診療 ～開業医のためのQ&A～

2012年版

伊藤内科小児科クリニック院長・全国臨床糖尿病医会会長 伊藤 眞一

東京保険医協会発行 B5判 176ページ

会員価格 2,800円(定価 3,600円) ※税・送料込み

インクレチン製剤について詳細に執筆

◆今版の特徴は、前回出版した以降に、薬価掲載された100年来の薬といわれるインクレチン製剤について詳細に述べられています。また最近、改めて見直されたメトホルミン製剤についても、わかりやすく解説しています。

◆今回もヒヤリ・ハットの項は、臨床での豊富な経験によるもので大変役に立ちます。

◆本書のスタンスと構成は常に保険医の視点に立っており、他の糖尿病専門書には見られない内容で、具体的な保険診療における留意点が満載で、糖尿病学会の動向も踏まえて執筆されています。

■主な内容■

糖尿病と開業医の役割／検査／コントロールの目標／食事療法／運動療法／薬物療法／インスリン療法／糖尿病性神経障害／糖尿病性網膜症および白内障／糖尿病性腎症／高齢者の糖尿病／糖尿病の足／低血糖／査定例に学ぶ保険診療(保険点数を含む)／糖尿病のヒヤリ・ハット想定症例

連絡先：一般社団法人 茨城県保険医協会

〒300-0038 茨城県土浦市大町 12-31

TEL029(823)7930 FAX029(822)1341

E-mail:info@ibaho.jp

注文書

切り取らずこのままFAX029-822-1341へお送りください

医療機関名 _____ 担当者名 _____ ※必ずご記入ください。

住所 (〒 _____) _____

連絡先 TEL _____ FAX _____

注文数 (_____ 冊) × 価格 (2,800円(会員価格) or 3,600円(定価)) = 合計 (_____)円

代金支払方法 座振替・代引き ※いずれかに○をつけてください(座振替は会員のみ利用可)。
※代引きは、代引き手数料として330円いただきます。

Table 6-4 DPP-4阻害薬の腎機能に応じた使用方法

DPP-4阻害薬		シタグリプチン [ジャスピア グラクティブ]	アログリプチン (ネシーナ)	ビルダグリプチン (エクア)	リナグリプチン (トラゼンタ)	テネリグリプチン (テネリア)
腎機能 低下時の 用量調節	CCr: 30~50ml/min	25mg x 1/日 ~50mg x 1/日	12.5mg x 1/日	50mg x 1/日		
	CCr: 30ml/min未満	禁忌	6.25mg x 1/日	50mg x 1/日	減量必要なし (通常量)	減量必要なし (通常量)
	透析患者	禁忌	6.25mg x 1/日	50mg x 1/日		

Table6-4を目安に容量調節すること。

② エクア

50mgを1日に2回、朝、夕に投与する。肝機能障害（肝炎を含む）が現れることがあるので、本剤投与開始前、投与開始後1年間は少なくとも3ヵ月ごとに、その後も定期的に肝機能検査を行うこと。

③ ネシーナ（25mgを1日に1回投与）
中等度以上の腎機能障害患者は、腎機能の程度に応じて投与量を適宜減量すること。

④ トラゼンタ（通常5mg）
特徴：胆汁排泄型なので腎機能の程度が異なっても同一容量でよい。

⑤ テネリグリプチン（テネリア）
腎機能による容量設定はない。中等度までの肝障害でも使用可能。

す要注意症例（SU薬の減量が望ましい）

- (1)高齢者
- (2)軽度腎機能低下
- (3)SU薬の高容量内服
- (4)シタグリプチン内服追加後早期に低血糖が出現
- ③ 本剤はインスリン分泌系の薬剤のため、併用薬としてのベストパートナーはインスリン抵抗性改善薬（BG剤）と考える専門家もいる。自験例でも例数は少ないが、そのような例は著効している。日本糖尿病協会ホームページのリコメンデーションの(3)に、「SU薬、BG剤の併用にDPP-4阻害薬を追加投与する場合はいっそう血糖に対する注意を要する」と記載されているので、最新の注意が必要である。
- ④ 保険からみて、シタグリプチンの併用の組み合わせはTable6-5のようになっている。「SU薬」+「BG薬」+「本剤」と計3剤の併用までは、現在のところ査定されていないようだ。インクレチン関連薬のうちシタグリプチンのみは、インスリンとの併用が認められた（Table6-6）。

Q 6-26

保険上守らなければならないDPP-4阻害薬の使用法とは？

- ① ジャスピア、グラクティブは、SU薬、BG、TZD（アクトス）、 α -GIとそれぞれ併用してよい。
- ② SU薬併用療法で、重篤な低血糖を起こ

case 1

糖尿病性ケトosisで発症したと思われる若年肥満2型糖尿病（清涼飲料水ケトosis）の1例

●症例	31歳 男性 フリーター
●主訴	半年前から全身倦怠感あり、下病が2~3日前から起こり来院。血糖値368mg/dl、HbA1c11.8%、尿ケトン体（1+）（入院せず。以降、クリニックのみでフォロー）
●体重の変化	77kg → 67kg（10kg減少）/身長163cm
●血糖検査	健診は大学生のときのみ。約10年間検査せず
●CPR	1.6ng/ml（食後）
●抗GAD抗体 現在の1日のインスリン量	陰性：インスリン10単位

◆解説◆

1 清涼飲料水ケトosis（ペットボトル症候群）とは

2型糖尿病患者が高血糖に伴う口渇のため、糖を含む清涼飲料水を多飲し、さらに血糖値が上昇する悪循環に陥り、ブドウ糖毒性のためケトosis、さらに重症化すると糖尿病ケトアシドーシス（以下DKAと略）になってしまう病態をいい、ソフトドリンクケトosisやペットボトル症候群ともいわれる。適切な治療により食事療法のみでコントロールができることさえある。

極めて軽症な2型糖尿病状態となりうる可逆的な病態であり、肥満した10~30代の男性に好発する。患者はほとんど自分は糖代謝に異常があることを知らず、初診時にその存在にはじめて気づく、2型糖尿病の一発症型である。

2 本症を見逃さないためには尿ケトン体測定

感冒様症状、腹痛などで来院した患者であっても、初診患者全員に尿検査を行うことが望ましい。保険診療上何ら問題もなく、患者負担金もそれほどではない（「検尿も診療のうち」）。尿糖陽性が判明したら、すぐにその場で尿試験紙法による尿ケトン体の有無と血糖値を患者に示すことは、実地医家にとって必須であると考えられる。

3 誤りが許されない1型糖尿病との鑑別

劇症1型糖尿病は対応を間違えると死亡してしまう極めて重篤の疾患であるが、本症とその臨床像は類似点が多い。しかし、本症は肥満歴が必発な点がやや異なる。

I R I またはCPRの値がまったく異なる点が決め手であることには異論はないであろう。本例ではCPRは発症当時低下していたが、糖毒性が解除された半年後、正常値に回復した（case 4 参照）。