

No.4

外来でインスリン療法を安全に開始するには③

福井県糖尿病対策推進会議 副会長 笈田 耕 治

インスリンを導入する前に必ずしておいて頂きたいことは、患者さんの眼底検査です。無散瞳カメラでの撮影よりも、眼科医受診をおすすめします。前増殖期以降の網膜症があれば、眼底出血を回避するために血糖低下は極めてゆっくり行う必要があります。いずれにせよ、急激に血糖を下げると「治療後痛性神経障害」という、良性ではありますが耐え難い下肢などの痛みが長期間続く厄介な状況をまれに引き起こしますので、血糖低下は「ゆっくり」を心掛けてください。また先生御自身および看護師さんなど、患者さんに注射法を正確に教えられるように、メーカーの説明を十分に受けておいてください。

インスリン導入時のポイントとしては、①超速効型1日3回、少量(2-2-2)から開始する、②インスリン投与後は、必ず食事を摂るように指導する。③当初は毎週来院してもらい、正しく注射できているかを確認する。④経口薬から切り替える場合、SU薬は当面中止せず、継続する。⑤その他の経口薬、とくに α グルコシダーゼ阻害薬や短時間インスリン分泌促進薬は中止する。⑥毎食前の注射にどうしても難色を示す患者さんには1日1回あるいは2回注射から開始する、があげられます。

インスリンを開始する量として、テキストブックにはよく0.2/kg/日と記載されています。体重60kgの人なら、4-4-4ということになります。2-2-2で開始するのは、万一誤操作でインスリンが打てていない、あるいは打ちすぎているとしても危険を伴わない、「確認期間」として設けています。正しく打てていることが確認できたら、翌週には4-4-

4に増量しても良いでしょう。

このようにインスリン注射は少量から開始しますので、いきなりSU薬を全面中止すると血糖値がかえって跳ね上がりかねません。一方、多量のSU薬を服用しながらも空腹時血糖が180mg/dlを超えているような場合はSU薬が効いているとは考えにくいので、SU薬は最小容量に減量したほうが良いでしょう。超速効型1日3回で、やがて食後血糖は必ず低下しますので、 α グルコシダーゼ阻害薬(ベイスン、グルコバイ、セイブル)や短時間インスリン分泌促進薬(ファステック・スターシス、グルファスト)は患者さんの経済的負担を助長するだけです。BG薬(メルビン・メデットなど)やチアゾリジン薬(アクトス)はインスリン抵抗性を改善する作用のために、インスリン節約効果が期待できますが、これらの薬剤を中止して投与インスリンが多少増えたところで患者さんの負担はさほど影響を受けません。但し、BG薬は極めて安価なので、将来のインスリン中止に向けて温存しておくのも一法かもしれません。

通常の場合、4-4-4に増量してからは、せめて2週間は増量しないでください。その後は来院時の血糖を見ながら、2~3週毎に投与量を1~2単位ずつ増量してください。導入1ヵ月後のHbA1cはさほど低下していないでしょう。でもそれでよいのです。HbA1cの動きはその性格上、血糖の動きに対してtime lagがあります。2ヵ月後のHbA1cは必ず低下しているはずですが、これはあくまで私の経験ですが、容易にインスリンを中止できるような方は毎食8~10単位になったところから、いわゆる「糖毒性」が解除され、どんどんHbA1cが

改善してきます。

超速効型インスリンの毎食前注射には、その他にも思いがけない？メリットがあります。食前に投与するだけですので、日勤や夜勤の交代など勤務形態が不規則な方にも容易に導入可能です。また、海外旅行など時差の生じる場合でも、食前投与に徹するだけで済みます。私が究

極のメリットだと感じるのは、患者さんがやむを得ずに甘いお菓子や果物などを摂取する時にも、摂取直前に数単位の追加投与（何単位を投与すると丁度良いのかは経験で学び取っていきます）をすれば余計な血糖上昇を抑えることができることです。このように、インスリン注射は経口薬に比し食の自由度が高いといえます。