

No.7

外来でインスリン療法を安全に開始するには⑥

福井県糖尿病対策推進会議 副会長 笈田 耕 治

先月の校正を終了した段階で、ランタスの新しい注入器(イタンゴ)の販売が延期になったとのアナウンスがありました。一部に注射針から液だれがあったとのこと。幸いにもこれまで新規の患者さんには使用ができなかった従来の注入器(オプチック)は10月より使用できるようです。

先日、医師会館で順天堂大学、河盛隆造先生の講演がありました。河盛先生は以前より早期のインスリン治療、しかも(超)速効型インスリンの3回注射を提唱されていましたが、SU薬からインスリンに切り換える際のレジメとして、30ミックスの朝1回注射も選択肢になり得るとのお話もありました。専門医が使うレジメというよりは、研修医が関連病院などでインスリン療法に切り換える時のレジメとして使用されているとのことでしたので、かかりつけ医の先生方のレジメとしても有効かもしれません。重要なのは、従来から使用していたSU薬は切らないでそのまま継続した方がA1cの改善率が良く、低血糖もむしろ少なかったとのことでした。30ミックスは超速効型(ノボラピッド)を30%、中間型を70%含むノボ社の混合製剤です。同様な製剤としてはリリー社のヒューマログミックス25/75があります。これは超速効型(ヒューマログ)を25%、中間型を75%含んでいます。若干混合の割合が異なりますが、ほぼ同様に扱って良いでしょう。このレジメをランタス1回注射と比較してみましょう。30ミックス朝1回注射は、30%の超速効型が入っているため朝食後の血糖を下げる利点があります。昼～夕にかけては中間型のピークを利用して血糖の上昇を防ぐことができ

るかもしれません。反面、この時間帯の低血糖には注意が必要です。中間型インスリンは24時間も作用が続きませんので、夜中の低血糖のリスクは低い反面、夜～起床時の高血糖の制御は困難です。したがってSU薬は継続しておいた方が良いでしょう。

では、混合製剤の中間型成分をランタスのような持効型にしたらもっと良いのではないかと実は全くそのとおりなのですが、現状では混合が困難なのです(※注)。

2型糖尿病のインスリン注射のレジメとしては、30R(30%速効型、70%中間型)の2回注射の頻度が一番多かったのですが、超速効型と持効型インスリンが登場してからはその割合を落としているようです。混合製剤の利点は注射回数を節約できることですが、30Rや30ミックスの2回注射ではどうしても昼の高血糖を制御できないことが少なくありません。一方、混合製剤の難点は、超速効型と中間型の投与量を別途には変更できないことです。

私は、超速効型や持効型が登場する以前に、50Rや40R製剤(速効型が50%あるいは40%の混合製剤)の3回注射がかなり有効であることを経験し報告もしてきました。今でもこの方法で良好なコントロールを維持されている方も何名かいらっしゃいます。同様にヒューマログミックス50/50(超速効型が50%の混合製剤)の3回注射も選択肢となり得ると思います。ただ、患者さんの生活リズムがかなり規則正しい方でないと、低血糖のリスクを伴います。これからインスリン療法を始める先生方には、やはりその単純さと安全性、そして採用するインスリンの少なさからも超速効型の3回注射や持効

型の1回注射あるいはその組み合わせをお薦めしておきたいと思います。

ともあれ、河盛先生が講演で強調されたのは、コントロールが不良な患者さんを「患者さんのせい」にしている場合が少なくないことで、われわれ医療サイドはインスリン療法を含めてコントロールを改善する手段を尽くす必要があるということでした。

※注：平成30年現在、超速効型インスリン「ノボラピッド」と持効型インスリン「トレスリーバ」が、7対3の割合で配合されている「ライゾデグ」があります。無色透明で、毎回懸濁させる必要がありません。