

特別講演 1

「糖尿病性神経障害

—日常診療に役立つ簡便な診断法とその治療—」

大阪済生会中津病院 糖尿病内分泌内科 部長

京都大学医学部 内分泌・代謝内科 臨床教授

西村 治男 先生

近年、高血圧・高脂血症・糖尿病など生活習慣病患者が急増しているのは周知の事実でその程度が軽くても、重複した場合には心臓病や脳卒中になるリスクが飛躍的に増大することがわかってきている。そこで最近では生活習慣病予防という観点において患者数育のみならず一般市民にもわかりやすい概念として「メタボリックシンドローム」が注目されている。メタボリックシンドロームを川の流れとみなすと、その最上流に生活習慣があり、それから肥満やインスリン抵抗性を生じて中流域に至り、やがて糖尿病・高脂血症・高血圧などを発症する。

本邦において糖尿病患者は年々増加し、2002年の厚生労働省糖尿病実態調査報告によると、糖尿病患者は740万人、予備軍を含めると1620万人になる。さらに2010年には糖尿病患者は1080万人となり、成人の5人に1人が糖尿病であると計算される。糖尿病は知らない内に徐々にはじまっており、患者は血糖異常がみられて平均7年後に初診に来られる。しかし来られた時にはすでに細小血管障害、大血管障害が起こっていることが多い。細小血管障害の中の末梢神経障害（多発性神経障害）の主要原因として、ポリオール代謝異常がある。その多発性神経障害の主な症状は異常感覚（しびれ、ジンジンする感じ、冷感）、自発痛、こむらがり等である。しかし神経障害があるにも関わらず、症状があると自覚している人は50%にすぎない。また糖尿病性神経障害の症状と医師による診断には解離が認められる。なぜ神経障害は発見されにくいのか？

それは早期発見ができない、定量的診断法がない、症状が典型的でない～不定愁訴ととられる、医療側が聞かなければ患者も答えられない等の理由がある。またなぜ糖尿病

性神経障害は治りにくいのか？それは治療効果がすぐにはみられない、薬効の判定が客観的にされにくい、治療に関する EBM に乏しい等の理由がある。

糖尿病性神経障害の診断について、糖尿病性神経障害を考える会から診断基準が報告されている。その中の項目として、アキレス腱反射、振動覚検査がある。C128 音叉はどのくらいの強さで叩いても正常が 10 秒以上というのは再現性がある。またアキレス腱反射は膝蓋腱反射より早期から消失し、末梢神経障害時に異常になる率が高いので有用である。実際、打腱器で患者のアキレス腱を叩くと、非常に喜んでくれる。このような検査を行いながら、患者に対し問診を行い糖尿病性神経障害の早期発見に努めるべきである。糖尿病性神経障害の治療として、1.血糖の管理 2.ARI 3.PKC 阻害薬・AGE 阻害薬 4.PGE1 などの原因治療がある。

PKC 阻害薬・AGE 阻害薬は現在開発中であり、現状実際に使えるのは ARI であるキネダックだけである。

臨床の現場で実際に効果があるのかどうかについて、自験例を交えながらキネダックの長期臨床成績を紹介する。糖尿病患者に対し、まず問診し、次いで触って診察し、あげ、早期から糖尿病性神経障害を予防してあげることが医師の使命であると思う。