

令和4年度 糖尿病大血管障害検証報告会 からの提案

内保連への健保採用・強化提案 (A から E)

A 標準 Coolie t (百点程度)、トレーランGは、非生理的なブドー糖を3割含み、一過性過血糖起り、嘔気などの副反応有り、血中インスリン値はこのため高イと診断し難い、一定の速度でブドー糖に転換とはいいがたい。Cookie は、小麦粉澱粉75g、15%生理的マルトース含み、2h血糖はほぼ一定、全身利用率と等しく、75g(SGLUT-2阻害薬服用者では、2h尿糖量補正)をこの血糖で除し、全身糖クレアランス(GC)算出可。SGLUT-2阻害薬服用例では、尿へ糖を排出するため血糖とHbA1cは、Control基準とはならず、上記全身糖GC(筋・肝も含め)が、最善の基準である。2hBS200mg/dl以上DM, 140~200; IGTは両者同一。バター脂肪25g含むため、食後高脂血症診断可、病態解析にも貢献。明らかに液状ブドー糖に比し、臨床的意義高く、健保適応が妥当である。IGTの早期検出と是正は糖尿病対策の最善策であるが、現行OGTTは、DM検出が主眼に査定されている。耐糖能異常・低、高イ血症をイ不全症としてとらえると企業健診でも6-8割が該当し、食後高脂血症も検出され、幅広い適応・実施が現臨床に貢献する。

B 簡易SSPG法; Reaven 発案、Harano、Ikebuchi 改訂; 内因性イ分泌抑制をエピネフリン・ β -ブロッカーからソマトスタチン或いはサンドスタチンに改良。クランプ法; 空腹時血糖<100mg/dlに固定、人工膵臓で糖注入量を暫増し、2h注入量で筋GC測定(現クランプ法、5千点+人工膵臓必要)。SSPG法; 糖注入量を一定化、2h後の血糖より筋GC評価。1.5千点程度; サンドスタチンの診断薬(現:治療薬)としての申請(ノバルティス社へ勧告、健保適応; 現治療薬と同点数)。同一原理で(分子か分母いずれか固定)実施と理論有利(内因性イ分泌抑制確実、かつ手技簡単、経費格安。GH, グルゴン分泌も抑制するためイ感受性試験としてより有用。筋での糖利用評価後、イ注入は静注から皮下注とし(x1.5量)、提案AのCookie 食負荷、2h後の血糖より全身GC、筋GCとの差より肝GC算出。クランプ法では、血糖100mg/dl未満に固定するため、肝での糖利用評価不可、明らかに、簡易SSPG法が臓器別GC評価に優れている。

C、血中インスリン測定(空腹時、食後2h)の健保適応強化(現80点、インスリン受容体異常症検出が主眼 ≥ 30 ; 空腹時、Control基準(高・低イ; 食前後)指標としては、適応されず削除が多い。高イ血症の検出と是正は極めて意義深い、現臨床では放置されている。**D** 運動療法の健保採用提案、AMPキナーゼ活性化を介し糖利用・脂肪分解促進、**E** 入院時栄養指導(現; 2回)の入院長期化〔3か月以上〕の場合の回数増加(E3回以上) 食事・栄養指導の質的向上、達成度増高のため。当検証報告会では、食事運動生活習慣をより良くする会; 第10回、11月12日実施、を別研究会・協賛として連携開催(年1回)しているが、仕組みとしてイ不全症の解消を強調下に実践、目標達成率を倍増(特に入院時食事指導)すべきである。