



日本の糖尿病患者を対象とした調査では、冠動脈疾患発症は千人中、年間4・4～9・6人、脳梗塞は3・1～6・1人と、非糖尿病患者の2～4倍でした。壊疽が下肢切断の原因となる末梢動脈疾患も4倍と高い頻度で発症していました。糖尿病は網膜症や腎症、神経障害を引き起こすだけでなく動脈疾患の原因でもあります。

薬物療法が進歩し、糖尿病患者の大血管疾患(冠動脈疾患、脳梗塞、下肢閉塞性動脈硬化症)の発症を抑制し、予後を改善する試みが行われてきました。しかし、空腹時血糖の改善が目標の従来の血糖管理では、大血管疾患の発生を有意に抑制できませんでした。

近年、HbA1c(ヘモグロビンエイワンシー)過去1カ月の血糖値平均、糖尿病の

高齢者の糖尿病



循環器内科医

上野勝己氏

重症度を示す)が糖尿病患者の血糖管理に利用できるようになり、HbA1cが低いほど良いと考えられるようになりました。HbA1cを厳格に下げる血糖管理の効果を明らかにしようとアコード試験という、計1万人の糖尿病患者を対象とした臨床試験が行われました。しかし結果は予想を大きく裏切るものでした。HbA1c6・0%以下の厳格管理群とHbA1c7・7～9%の標準管理群を比較したところ、心血管死亡者は厳格管理群の方が多く、脳卒中の発症には差が無く、しかも全体の死亡率も厳格管理群で明らかに高いため、倫理上試験は中止されました。

血糖管理で低血糖注意

〈高齢者糖尿病の血糖コントロール目標〉				
患者の特徴 や健康状態	カテゴリーⅠ		カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立	① 軽度認知障害 ～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下、 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や 機能障害	
重症低血糖 が危惧される 薬剤の使用	なし	7.0% 未満	7.0% 未満	8.0% 未満
	あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

※数値はHbA1c=NGSP

その後の報告でも、厳格な血糖管理をしても心血管死など糖尿病の発症を10%以上減らすことはできず、逆に重症低血糖が30%も増加すると確認されました。厳格管理をしたために起こる重症低血糖が、心血管疾患の誘因となつて死亡率を増やしたと考えられています。また糖尿病患者は、非糖尿病患者の2倍の認知症リスクがあるとされていますが、厳格な管理をしても発症は抑制されませんでした。むしろ高齢の糖尿病患者に厳格な血糖管理をすることで起こる低血糖が認知症発症のリスクを増やし、転倒による骨折にも関与することが明らかにされています。

低血糖は、血糖値が70mg/dl未満の状態を指し、最初は交感神経刺激症状(ドキドキする、汗をかく、顔色が青白くなる、手足の震え、吐き気、物が二重に見えるなど)で始まります。さらに進行して50mg/dl以下になると中枢神経症状(ぼんやりする、目がかすむ、眠くなる、体に力が入らない、頭痛など)が出現し、30mg/

認知症、心血管疾患のリスク増

d1以下で意識は消失します。交感神経刺激症状は不整脈や狭心症・心筋梗塞を誘発することもあります。低血糖を繰り返すことで、無自覚低血糖となり、いきなり意識消失発作を起こします。高齢者では抑うつ状態になることがあります。これらの症状が出たら、低血糖を防ぐために薬や食事療法など血糖管理の方法を見直す必要があります。

5月の日本糖尿病学会で、低血糖や認知症を防ぐために高齢者糖尿病の血糖コントロール目標が変更されました。図Ⅱ。糖尿病患者の3分の2は65歳以上です。高齢者ではHbA1c7・0%未満で低血糖を起こしやすく、HbA1c8・0%台の方が7・0%未満より死亡率も日常生活動作(ADL)の低下も少ないのです。また認知症は低血糖になりやすいため、HbA1cの下限値が7・5%に設定されました。極端な治療に走らず、主治医と相談しながら糖尿病と付き合ってください。(松波総合病院心臓疾患センター長(羽島郡笠松町田代))