

プライマリ・ケアの疑問

スペシャリストにQ!

糖尿病・内分泌疾患

岩岡秀明

脳神経内科

井口正寛

消化器内科

西野徳之

前野哲博 [編集]

筑波大学 教授/附属病院 副病院長・総合診療科長

中外医学社

初診時のコツ

初診時は必ず、高血糖値の程度とその持続期間（血糖値、HbA1c）、体重の推移（20歳時の体重、過去の最大体重、現在の体重）、尿ケトン体、を確認します¹⁾

図表1.

図表1 初診時の確認項目

血糖値：高血糖の程度とその持続期間	・ HbA1c ・ 随時血糖
体重とその推移	・ 20歳時の体重・過去の最大体重・現在の体重 ・ 急激な体重減少の有無
尿ケトン体	・ 高血糖かつ尿ケトン体陽性の場合は、早急にインスリン治療
抗 GAD 抗体検査	・ 1型糖尿病（特に緩徐進行1型）の除外
血中Cペプチド測定	・ インスリン分泌能の評価。内服薬かインスリン療法かを判断する ・ 随時 2.0 ng/mL 以上なら内服薬、空腹時 0.9 ng/mL 以下ならインスリン適応

ポイント1

- 糖尿病には、2型のようにみえても、緩徐進行1型が隠れていることがあるので、初診時に1度は抗GAD抗体の検査と評価を行うこと。
緩徐進行1型では、SU薬は使用せず、できるだけ早期にインスリンを開始したいので専門医へ紹介します。

ポイント2

- 血中Cペプチド（CPR）の測定は、1型の診断とインスリン治療が必要な内服薬のみで治療可能かを判断するために、必ず行う。
空腹時血中CPRが0.9 ng/mL以下ならば、インスリン療法の適応となる。

インスリン（IRI）だけではダメ？→ブドウ糖負荷試験での糖尿病の診断には有

効ですが下限値についての感度は低いので、治療の評価にはCPRを行います。

初診時からインスリン療法を検討する場合は、**図表2**の通りです²⁾。

図表2 初療からインスリンを検討する条件

- ・ 著明な高血糖
空腹時 250 mg/dL
随時 350 mg/dL 以上
HbA1c 10%以上
- ・ 高血糖かつ痩せ型
- ・ 全身状態が悪い

ポイント3

○ 糖尿病はがんの合併も多いので、がんの有無・進行度の評価も忘れないようにする（人間ドックも推奨する）³⁾ **図表3**。

図表3 糖尿病とがん

- ・ 日本人糖尿病でのがん発症リスクは1.2倍
- ・ 特に、**膵臓がん1.85倍**、**肝がん1.97倍**、**大腸がん1.40倍**に注意
- ・ がん検診（人間ドック等）もお勧めする
- ・ **理由なく血糖コントロールが悪化した場合は、がんの併発も疑う**

糖尿病では、膵臓がん、肝臓がん、大腸がんが有意に多くなります。特に膵臓がんは、糖尿病の原因にも結果にもなりえるため、初診時には腹部エコーは実施すべきです。

診察を続けていて、なかなか血糖コントロールが改善しない場合、理由なく血糖コントロールが悪化した場合も、膵がんを疑うべきです。

エコーで膵管の拡張など疑わしい所見がある場合は、腹部造影CTや消化器内科へのコンサルトを行います。

●文献

- 1) 糖尿病，診断。In: 日本糖尿病学会，編著．糖尿病治療ガイド2022-2023．文光堂；2022．p.14-30.
- 2) インスリン療法。In: 日本糖尿病学会，編著．糖尿病治療ガイド2020-2021．文光堂；2020．p.67-8.
- 3) 糖尿病とがん。In: 岩岡秀明，栗林伸一，編著．ここが知りたい！糖尿病診療ハンドブック Ver.5．中外医学社；2021．p.376-88.

アルツハイマー型と
レビー小体型の違いは？

✓ 認知症を早期に診断する意義

ポイント1

- 認知症の早期診断は患者を守るために重要。

認知症の早期診断には、患者を守る意味があります。あらかじめ診断が下されていけば、起こりうるトラブルを予想し、未然に回避することが可能になります。また、早期に診断をつけることで、介護保険や後見人制度といった制度を適宜使用して、患者の生活や尊厳を守ることができます。

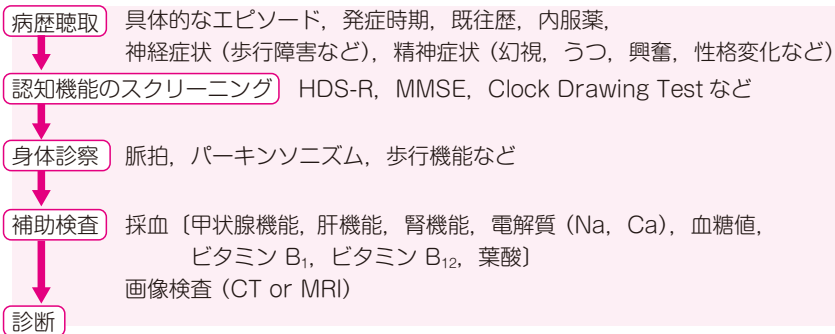
✓ 認知症の診断の流れ

意識障害やせん妄があると認知機能を正確に評価することが難しいため、認知症の診断はこれらが無いことが前提で行われます。

診断は、病歴聴取、認知機能のスクリーニング、身体診察、補助検査の順に行います（図表1）。

病歴聴取では、具体的なエピソード、発症時期、既往歴、内服薬、神経症状などを確認します。具体的なエピソードは、「約束していた日を覚えていない」「いつも同じものを買ってきてしまう」といったものですが、患者本人は記憶障害のためこうしたエピソードを覚えていないかもしれません。認知症は本人の自覚に乏しく、家族が困って連れてくることが多いので、連れてきた家族に個々のエピソードを確認するとよいでしょう。発症時期は、認知症の原因を判断するのに役立ちます。アルツハイマー病は年余の経過で緩徐に進行します。逆に数週間の経過で進行する認知機能低下では代謝性脳症やクロイツフェルト・ヤコブ病などの可能性があります。脳卒中による認知機能低下は、急速に顕在化するのが一般的です。既往歴では、例えば胃切除後であればビタミンB₁欠乏やビタミンB₁₂欠乏を疑うきっかけになります。内服薬については、睡眠薬の効果遷延による日中の覚醒レベル低下

【図表1】 認知症の診断の流れ



や、健忘の副作用のある抗コリン薬の使用などが大事です。神経症状では、すくみ足や小刻み歩行などの歩行障害はパーキンソン病や正常圧水頭症に合併しやすいです。精神症状として幻視やうつがあればレビー小体型認知症、性格変化があれば前頭側頭葉変性症が鑑別になります。

ポイント2

- 認知機能のスクリーニング検査は、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)や、Mini Mental State Examination (MMSE) などがよく用いられる。

HDS-R、MMSE が両方同時に評価できる検査用紙もありますが、HDS-Rのみしか評価できないときは、Clock Drawing Test（文字盤の入った時計の絵に指定時刻の針を記入してもらう）を併用するとよいでしょう。HDS-Rはアルツハイマー病で侵されやすい空間認知機能を評価する項目に乏しいためです。カットオフ値は、研究によっても異なりますが、HDS-R 20点以下、MMSE 22点（あるいは23点）以下が一応の目安です。こうした点数は、患者の教育歴の影響も受けます。難聴のある患者では、問題文がきちんと聞こえているか注意しましょう。

身体診察では、パーキンソニズムがないかが重要です。振戦や筋強剛などのパーキンソニズムがみられるようなら、レビー小体型認知症や、パーキンソン病に伴う認知症が考えられます。ピクッと一瞬筋肉が収縮（あるいは脱力）する不随意運動であるミオクローヌスは種々の原因でみられるものの、クロイツフェルト・ヤコブ病でしばしば観察されます。

補助検査では、採血、画像検査を行います。採血は、甲状腺機能、肝機能、腎機

【図表3】脳卒中を疑ったときの診察の一例

意識	指示理解，見当識
言語	構音障害の評価，失語の有無
脳神経	眼：視野，瞳孔，眼位，眼球運動 顔面：麻痺，感覚障害 口：挺舌，カーテン徴候
運動系	上肢挙上試験，下肢落下試験，
感覚系	触覚の左右差
協調運動	指鼻試験，踵膝試験，回内回外試験
起立・歩行	起立可能か，歩行可能か

意識障害時の診察

脳神経：瞳孔，眼位，人形の目現象，
視覚性おどし反射，
まぶた持ち上げ試験
運動系：筋緊張の左右差，
バビンスキー反射
感覚系：痛覚刺激

価の際にも，眼や口を評価していますのでデタラメな分け方ですが，こう覚えておくと頭が真っ白になっても忘れません。もちろん神経診察に慣れている方は，こんな覚え方をする必要はありません。

眼では，まず対座法で視野を確認します。具体的には，患者が片眼を手で覆い，検者の鼻を注視している状態で，検者は視野の四隅で指を動かします。瞳孔の評価は，まっすぐ前を見てもらいながら，ライトを斜め前から当てます。正面から当てるのを避ける理由は，眩しさを軽減するためと，近見反射を避けるためです。対光反射および，瞳孔径が左右とも正常かどうか確認します。

顔は，顔面の麻痺がないかと，感覚が正常かを診ます。上部顔面筋の評価は，眼を強く閉じた状態で，睫毛がはみ出て見えるかどうかを確認します【図表4】。下部

【図表4】上部顔面筋の評価



第2回

専門医でもヒヤリとした 腹痛の症例を教えてください！

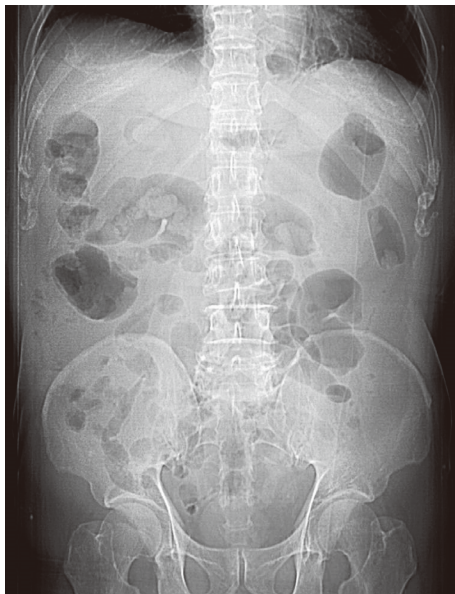
ポイント1

- 重篤な腹痛を見逃さないために、診療所でも簡単に実施できる腹部単純X線検査や超音波検査を活用する。

【症例】70歳代、男性

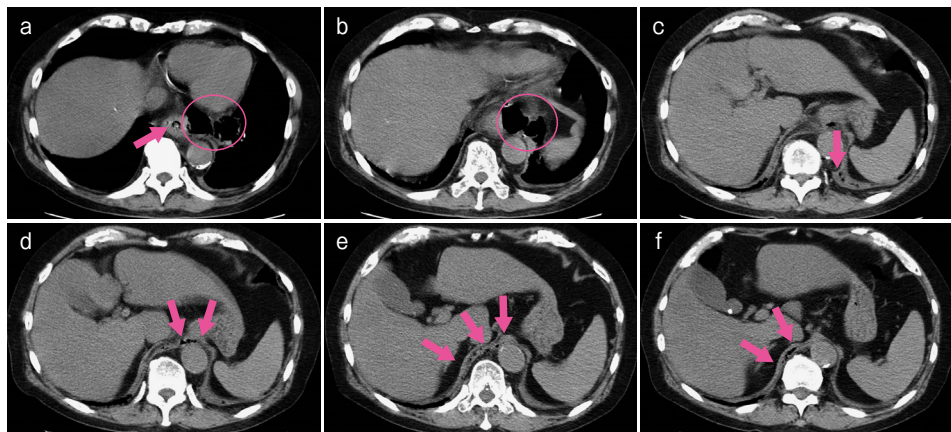
左側腹部痛，嘔気，食思不振で walk in で外来受診。胸部・腹部単純CTで，放射線科医の読影でも特に異常はないと診断され，大丈夫だと思い帰そうとしてしまったケースです **図表1** **図表2**。

図表1 腹部単純X線

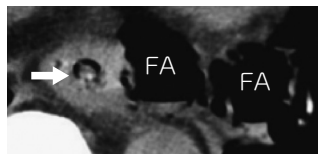


散在性に小腸と結腸にガスの貯留はあるが，一見異常はなさそうに見える。この写真は病態の解説を読み終わった後にもう一度確認してほしい。心陰影と重なるところに注目してもらおうと異常所見を認識できるはずだ。

図表2 腹部単純 CT



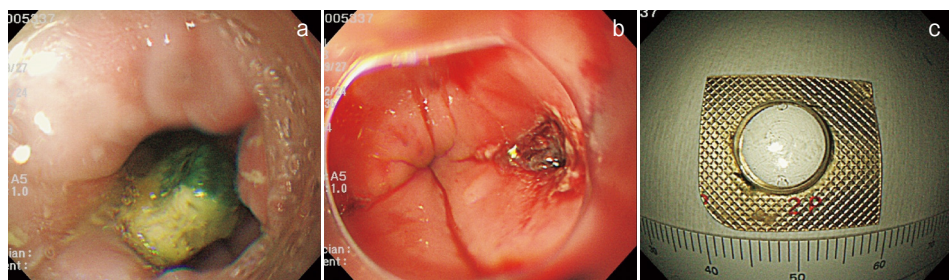
aの拡大画像



FA=free air

椎体前方の食道壁は肥厚している。その左、心臓の背部の2つ丸くなっているところは free air である。食道内腔の空気は PTP 包装の含気を見ている。腹部大動脈の前方から右へ泡沫上の free air が見える。

図表3 食道内視鏡検査



a: 食道下部に異物を認める。 b: 異物を除去すると潰瘍性病変を認めた。
c: PTP 包装は患者自身ががさみで切り分けしていた。

CT を再度見直して 図表2, Boerhaave 症候群 (特発性食道破裂) を疑い, すぐに緊急で上部内視鏡検査を行いました 図表3. 食道下部に異物を認めました 図表3a. 把持鉗子を用い, これを除去後, 深い潰瘍を認めました 図表3b. この潰瘍は食道造影検査で穿孔していることが確認されました. 図表3c は取り出した