

糖尿病専門医研修ガイドブック改訂第6版

正誤表

このたびは上記書籍をご購入賜りまして誠にありがとうございます。

本書に以下の誤りがございました。ここに訂正させていただきますとともに、謹んでお詫び申し上げます。

2015年5月

株式会社診断と治療社

該当箇所	誤	正
iiページ2行目	さらにHbA1cの国際標準化に伴う	さらに HbA1c の国際標準化に伴う
xvページ左段	植木浩二郎 東京大学大学院医学系研究科糖尿病・代謝内科	植木浩二郎 東京大学大学院医学系研究科 分子糖尿病科学講座
xviページ左段	川村智行 大阪市立大学医学研究科臨床医学専攻生殖発達医学講座	川村智行 大阪市立大学大学院医学研究科 発達小児医学
xviページ右段	広瀬正和 大阪市立大学医学研究科臨床医学専攻生殖発達医学講座	広瀬正和 大阪市立大学大学院医学研究科 発達小児医学
5ページ右段19行目	HbA1c(JDS) ≥ 6.1% [HbA1c(NGSP) ≥ 6.5%]	HbA1c(NGSP) ≥ 6.5% [HbA1c(JDS) ≥ 6.1%]
5ページ右段21行目	5.6% ≤ HbA1c(JDS) < 6.1% [6.0% ≤ HbA1c(NGSP) < 6.5%]	6.0% ≤ HbA1c(NGSP) < 6.5% [5.6% ≤ HbA1c(JDS) < 6.1%]
16ページ 図9		次葉参照
30ページ 図10	GULT2	GLUT2
30ページ 図10	電位依存性Ca ²⁺ チャネル	電位依存性 Ca²⁺チャネル
30ページ 図10	GPL-1	GLP-1
33ページ 図13	PTB1B	PTP1B
34ページ 図14	CRCT2	CRTC2
37ページ左段14行目	CRCT2	CRTC2
37ページ 図17	CRCT2	CRTC2
39ページ 図19	LUT4小胞の膜移行を活性化	GLUT4 小胞の膜移行を活性化
41ページ右段3行目	MCR4	MC4R
47ページ 図22	グルカゴン分泌抑制	グルカゴン分泌 促進
47ページ 図22	GIP-1	GLP-1
49ページ 図23		次葉参照
51ページ 図24		次葉参照
53ページ 図2		次葉参照
55ページ右段36行目	0.5ng/mL以下	0.6ng/mL未満
55ページ右段40行目	β細胞の予備能を表すといわれており、健常者では4.0ng/dL以上となるが、1.0ng/dL未満の場合には	β細胞の予備能を表すといわれており、 負荷後の値は 健常者では 4.0ng/mL 以上となるが、 1.0ng/mL 未満の場合には
57ページ右段5行目	IASD	IASO
57ページ 図3タイトル	MetSの危険因子と糖尿病・動脈硬化との関係	MetSの危険因子と 2型糖尿病・動脈硬化 との関係
57ページ 図3	低LDL-C血症	低HDL-C血症
58ページ 表3 空腹時血糖、日本基準(2005)	≥ 100mg/dL	≥ 110mg/dL
61ページ 表1	I. 1型(β細胞の破壊)	I. 1型(膵β細胞 の破壊)
61ページ 表1	II. 2型(インスリン分泌低下を主体とするものと……)	II. 2型(インスリン分泌低下を主体とするものと……)
61ページ 表1文献	糖尿病 55:491, (2012)	糖尿病 55: 490 , (2012)
61ページ 図1	病態	病態(病期)
61ページ 図1レジェンド4行目	←は頻度の少ない事象を示す	…は頻度の少ない事象を示す
67ページ 図3文献	Kahn SE, et al.: Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and	Kahn SE, et al.: Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and

	future. Lancet 2013Dec 3. pii: S0140-6736(13)62154-6. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62154-6	future. Lancet 383:1068-1083, (2014)
69ページ 図5文献	Lyssenko V, et al.: Mechanisms by which common variants in the TCF7L2 gene increase risk of type 2 diabetes. J Clin Invest. 117:2155-2163, 2007	Imamura M, et al.: Assessing the clinical utility of a genetic risk score constructed using 49 susceptibility alleles for type 2 diabetes in a Japanese population. J Clin Endocrinol Metab 98:E1667-1673, (2013)
73ページ 図6		次葉参照
78ページ 図10タイトル	膵β細胞の発生、分化ならびに機能に関する転写因子とその異常による糖尿病	インスリン受容体のライフサイクルと遺伝子変異の機能的分類
79ページ 表11	Stiff-man症候群	Stiff-person 症候群
81ページ右段30行目	ソマトナジンC	ソマト ジン C
86ページ左段23行目	HAPO Study (Hyperglycemia and Pregnancy Outcome Study)	HAPO Study (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome Study)
87ページ図11	D 臍帯血中Cペプチド値 > 90パーセンタイル	D 臍帯血中Cペプチド値 > 90パーセンタイルの 頻度
87ページ図11	負荷前値	空腹時血糖値
87ページ図11	空腹時	空腹時 血糖値
87ページ図11	1時間	1時間 値
87ページ図11	2時間	2時間 値
87ページ左段3行目	負荷前値92mg/dL, 負荷後1時間値180mg/dL, 負荷後2時間値153mg/dLである。カットオフ値が異なると同時に、診断基準変更以前は負荷前、負荷後1時間、負荷後2時間の	空腹時血糖値92mg/dL, 負荷後1時間値180mg/dL, 負荷後2時間値153mg/dLである。カットオフ値が異なると同時に、診断基準変更以前は空腹時血糖値, 負荷後1時間値, 負荷後2時間値の
89ページ右段35行目	疾患関連、遺伝因子	疾患関連遺伝子
94ページ文献2	柱本 満:血糖値・糖負荷試験。門脇 孝, ほか(編):糖尿病研修ノート。診断と治療社, 160-163,(2010)	柱本 満:血糖値・糖負荷試験, 持続血糖モニター 。門脇 孝, ほか(編):糖尿病研修ノート改訂第2版。診断と治療社, 174-178,(2014)
96ページ 図3	< 9% (n=6)	< 7% (n=6)
98ページ左段17行目	IRI/Cペプチドのモル比が1前後あり、正常の0.2に比して高値で……	CPR/IRIモル比が1以下(正常値5以上)で……
98ページ 図6	IR1/CPRモル比	CPR/IRI モル比
100ページ 右段5行目	表2 にその目安を示す。空腹時血清CPR 0.6 ng/mL未満は、急性発症1型糖尿病の診断基準でも用いられているインスリン依存状態の基準である ¹⁾ (5-2-1 1型糖尿病の定義と分類 表1 参照)。尿中Cペプチドにおいては20μg/日以下がインスリン依存状態とされる。	表2 にその目安を示す。 ただし、これらの値はあくまでも目安であり、インスリン依存状態か否かは総合的に判断する必要がある。空腹時血清CPR 0.6 ng/mL未満は、急性発症1型糖尿病の診断基準でも用いられているインスリン依存状態の目安となる基準である¹⁾(5-2-1 1型糖尿病の定義と分類表1参照)。尿中Cペプチドにおいては20 μg/日以下がインスリン依存状態の目安とされる。
101ページ左段28行目	モル比は2以下(正常値4以上)となる	モル比は 1以下(正常値5以上) となる

101ページ 表3	CPI(ng/mg)	CPI(ng/mg)
109ページ左段2行目	NGSP(%) = 0.0915 × IFCC (mmol/mol) + 2.15 ¹⁰	NGSP(%) = 0.0915 × IFCC (mmol/mol) + 2.15 ¹⁰ IFCC (mmol/mol) = 10.93 × NGSP(%) - 23.52
112ページ右段3行目	約13.3万人	約 1,330 万人
122ページ左段34行目	小林哲朗	小林哲郎
132ページ左段27行目	空腹時血清CPRが0.5ng/mL未満では、ほぼインスリン依存状態である。	空腹時血清CPRが 0.6ng/mL 未満は、 インスリン依存状態の目安と考えられる。
132ページ右段6行目	グルカゴン負荷後血清CPRが1.0ng/mL未満では、インスリン依存状態である。	グルカゴン負荷後血清CPRが 1.0ng/mL 未満は、 インスリン依存状態の目安と考えられる。
148ページ 表1 体重の段	標準体重、BMI22を目標にする	標準体重、BMI22を目標にする (家庭血圧 < 125/75mmHg)
148ページ 表1 血圧の段	< 130/80mmHg(尿蛋白1g/日以上の場合: < 125/75mmHg)	< 130/80mmHg(尿蛋白1g/日以上の場合: < 125/75mmHg)
149ページ右段14行目	有病性神経障害	有病性神経障害
150ページ 図13 タイトル	血糖値を完全に正常化すると進行した胃症も改善する	血糖値を完全に正常化すると進行した 腎症 も改善する
157ページ右段29行目	140mmHg	130mmHg
161ページ 図17	50g GCT: 1時間血糖値 ≥ 100mg/dL	50g GCT: 1時間血糖値 ≥ 140mg/dL
173ページ左段12行目	看護師, 保健師, 管理栄養士, 薬剤師, 臨床検査技師, 理学療法士などの国家資格を	看護師, 保健師 , 管理栄養士, 薬剤師, 臨床検査技師, 理学療法士の いずれかの 国家資格を
183ページ 表7の表3	●豆(大豆を除く)	● 肉
184ページ右段1行目	野菜は1日1単位350g	野菜は1日 1.2 単位 350g
191ページ右段20行目	6g未満/日	6g/日未満
198ページ左段22行目	塩分は6g以下	塩分は 6g/日未満
212ページ 図1	インスリン分泌促進薬	インスリン分泌促進 系薬
212ページ 図1	インスリン抵抗性改善薬	インスリン抵抗性改善 系薬
212ページ 図1	その他の作用機序をもつ薬剤	糖吸収・排泄調節系薬
212ページ 図1	糖吸収阻害薬	糖吸収阻害薬
212ページ 図1	2012 テネリグリブチン 2013 サキサグリブチン	2012 テネリグリブチン アナグリブチン 2013 サキサグリブチン
215ページ 表2	オペアミン 錠2.5mg	オペアミン錠2.5mg
215ページ 表2	マーグレイド 錠2.5mg	マーグレイド 錠 1.25, 2.5mg
215ページ 表2	グリミラン 錠40mg	グリミラン 錠 20, 40mg
215ページ 表2	グルタミール 錠40mg ダイアグリコ 錠40mg	グルタミール錠40mg ダイアグリコ錠40mg
215ページ 表2	グリメビドOD 口腔内崩壊錠 1, 3mg	グリメビドOD 口腔内崩壊錠 0.5, 1, 3mg
221ページ 表6 メトホルミンの1日使用量	500~1,500	500~ 2,250
224ページ右段2, 5行目	2010年	2011年
224ページ右段40行目	2010	2011
237ページ右段24行目	アスパラギンをプロリンに	プロリンをアスパラギンに
240ページ左段19行目	グリシンをアスパラギンに	アスパラギンをグリシンに
256ページ 表17 エキセナチド, 1日の使用量	1回10mg 1日2回への増量可	1回10 μ g 1日2回への増量可
284ページ 表18 25行目	透析療法期(腹膜透析): 除水量(L) + 尿量(L) × 5g	透析療法期(腹膜透析): PD 除水量(L) × 7.5 + 尿量(L) × 5g
286ページ左段20行目	除水量(L) + 尿量(L) × 5g	PD 除水量(L) × 7.5 + 尿量(L) × 5g
287ページ 表20 III. 日常生活障害度	尿毒症症状のため起床できないものを高度 日常生活が著しく制限されるものを中等度 通勤, 通学あるいは家庭内労働が困難となった場合を軽度	尿毒症症状のため起床できないものを高度 30 日常生活が著しく制限されるものを中等度 20 通勤, 通学あるいは家庭内労働が困難となった場合を軽度 10 (点数を追加)

291ページ左段26行目	海綿状脈動部	海綿静脈洞部
295ページ右段2行目	表3のように	表3のように
309ページ右段20行目	1) International Working Group on the Diabetic Foot: CD-ROM 2011. http://www.idf.org/bookshop	1) International Working Group on the Diabetic Foot: International Consensus on the Diabetic Foot-DVD(2011) . http://shop.idf.org/catalog/ModifiedRankingScale(0(症候なし)~7(死亡))
311ページ左段36行目	[0(症候なし)~7(死亡)] Modified Ranking Scale	Modified Ranking Scale(0(症候なし)~7(死亡))
314ページ左段14行目	心筋梗塞急性期に心腔合併が多く	心筋梗塞急性期に 心不全 合併が多く
317ページ右段 文献1	1) Rydén L, et al.: Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur Heart J 28:88-136, (2007)	1) Perk J, et al.: European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) . Eur Heart J 33:1635-1701, (2012)
349ページ 表1	速効型インスリン: 0.1U/kg/時	速効型インスリン: 0.05~0.1U/kg/時
349ページ 表1	速効型インスリン: 0.1(~0.05)U/kg/時	速効型インスリン: 0.05~0.1U/kg/時
352ページ 表3 適切な食事	食物繊維の摂取1日25~35mg	食物繊維の摂取1日25~ 35g
374ページ左段28行目	表1	表6
387ページ右段35行目	糖尿病神経障害を合併し	糖尿病 網膜症 を合併し
395ページ右段2行目	Cペプチド値 ≥ 0.2ng/mL	Cペプチド値 ≥ 0.6ng/mL (0.2nmol/L)
404ページ 表1 タイトル	糖尿病の病型と臨床症状	糖原病 の病型と臨床症状
406ページ 図3	galactose	galactose
413ページ右段12行目	VLDL1	VLDL2
414ページ 表2 レジェンド	Friedewald(TC-HDL-TG/5)の式	Friedewald(TC-HDL-C-TG/5)の式
414ページ 表2 レジェンド	non-HDL-C(TC-HDL-C)	non-HDL-C(TC-HDL-C)
416ページ左段33行目	Friedewaldの式(LDL-C = TC-HDL-TG/5)	Friedewaldの式(LDL-C = TC-HDL-C-TG/5)
416ページ左段36行目	non-HDL-C(TC-HDL)	non-HDL-C(TC-HDL-C)
451ページ右段18行目	20-7 小児慢性特定疾患治療研究事業	21-1-7 小児慢性特定疾患治療研究事業
462ページ左段4行目	自己免疫性1型糖尿病	自己免疫性1型糖尿病
464ページ左段20行目	企画委員会, 「糖尿病ライフさかえ」編集委員会, 療養指導委員会, 「DM Ensemble(アンサンブル)」編集委員会, インスリンケアサポート委員会, 療養指導委員会, 国際交流委員会	啓発委員会, 「糖尿病ライフさかえ」編集委員会, 療養指導委員会, 「DM Ensemble(アンサンブル)」編集委員会, インスリンケアサポート委員会, 療養指導委員会, 国際交流委員会

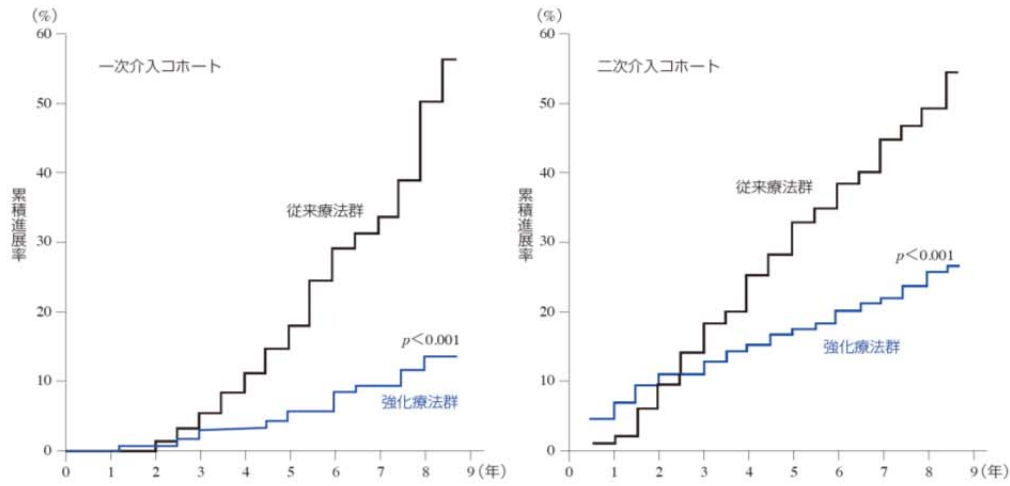


図9 DCCTにおける網膜症の発症進展

The absence of a glycemic threshold for the development of long-term complications: the perspective of the Diabetes Control and Complications Trial. Diabetes 45:1289, (1996)

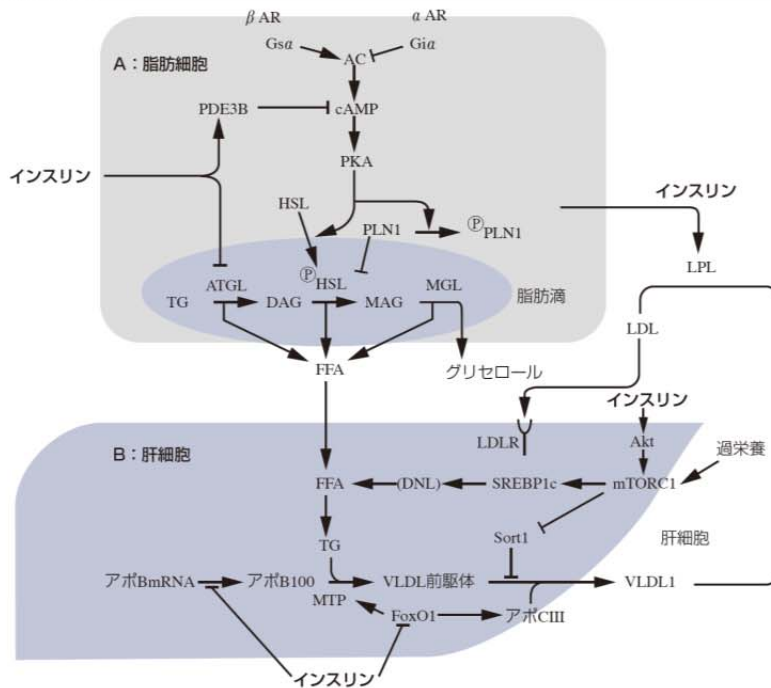


図23 脂肪細胞(A)と肝細胞(B)の脂質代謝に対するインスリン作用

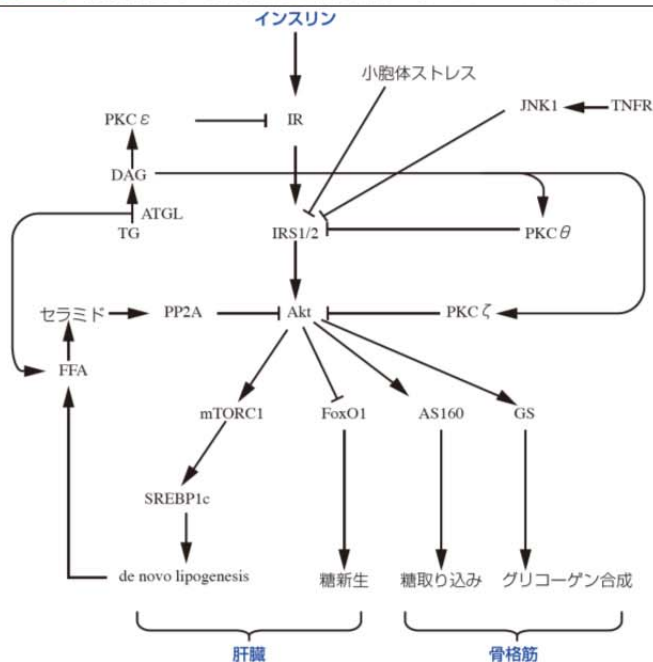


図24 脂肪毒性によるインスリン抵抗性の発症機序

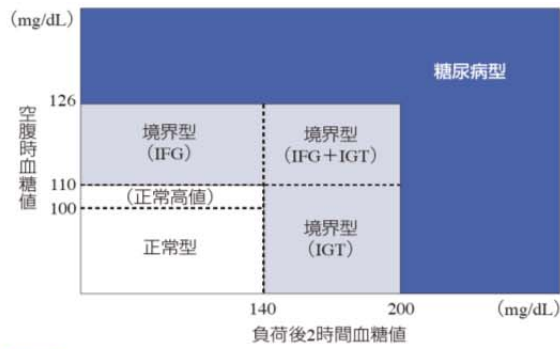


図2 75gOGTTの判定

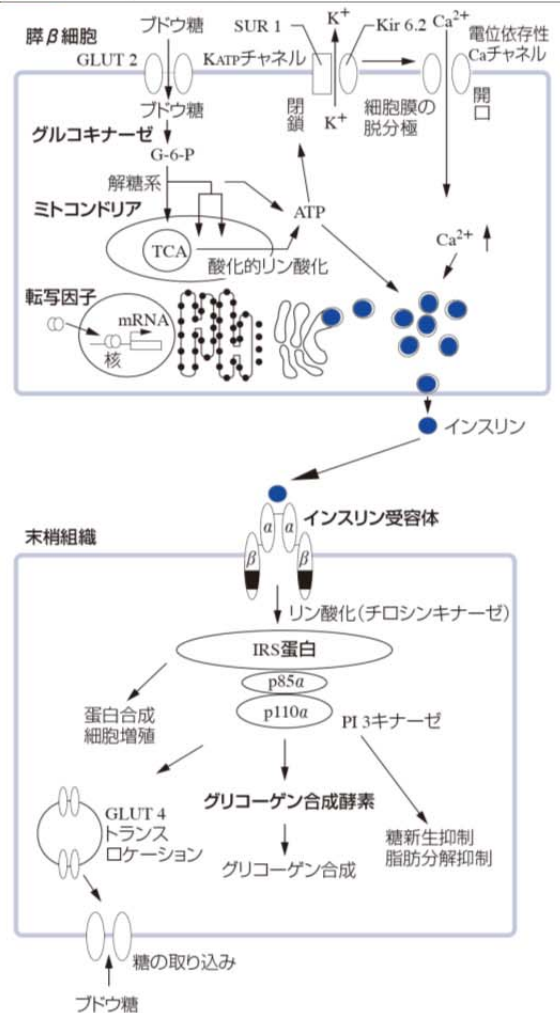


図6 インスリンの分泌と作用