

1	糖尿病ケトアシドーシスでは、アセト酢酸より3ヒドロキシ酪酸のほうが優位に上昇するが、後者は尿試験紙では反応が陽性にならない。	○	P54 右中段《参考》参照。そこで、糖尿病関連ケトアシスを早期にかつ正確に把握するためには血中や尿中の3ヒドロキシ酪酸とアセト酢酸の分別定量が必要とされる。
2	血糖値 70mg/dl 未満をもって「低血糖」の定義とする。	×	P59 左 D、「低血糖の定義」参照。生理学・内科学・糖尿病学など各分野により少しずつ考えたかに差もあるが、基本的に血糖低値だけで低血糖と診断せず、数値だけで低血糖と定義しない。臨床的には表 4-9、図 4-6 に示すような症状が存在し、血糖値 70~60mg/dl 以下の場合、と考える。
3	悪性腫瘍など緊急ではないが数ヶ月単位の待機は困難な外科手術前の血糖コントロールの目標は、食後血糖では 200mg/dl、HbA1c8.0%以下、とされる。	×	問題文のような条件の手術において、HbA1c 値は一ヶ月から二ヶ月程度の血糖コントロールの指標であり、特に前値が非常に悪い場合にそれが一定以下に下がるまで待つことは推奨されない。
4	糖尿病黄斑浮腫の治療として、炎症を抑制することで浮腫を軽減させる目的で、眼内へのステロイドの注射を行う。	○	問題文の通り。P73 左下 H。参照。増殖網膜症の血管新生の抑制のためには抗 VEGF 抗体の局所投与が行われる(テキスト本文に誤りがあり、講師による口頭での変更があった部分・次版にて改訂します)
5	糖尿病に罹患していて、尿微量アルブミン陽性(30~299mg/g・Cr) かつ eGFR45 以上 60 未満であるような患者の CKD 重症度は G3aA2 である。	○	定義の問題。CKD の分類は、尿蛋白と eGFR との二軸診断になっている。尿アルブミン正常の A1 の範囲の患者でも、eGFR の方は明らかな低下をする例もあり、糖尿病腎症以外での慢性腎臓病(高血圧・動脈硬化性腎硬化や慢性腎炎の合併など)もあり得る。
6	血糖を比較的急速に改善した時に起こる治療後痛性神経障害は、痩せ型の男性に多く、多くの場合長期に症状が持続するので、慢性疼痛管理が重要になる。	×	P84 右 D 参照。治療後痛性神経障害(PPN)は血糖管理良好を維持していれば平均 1 年ほどで消失するので多少時間がかかるが軽快することを説明する。一方疼痛は軽減するが網膜症が急激に悪化することあり、注意。
7	我が国における「メタボリックシンドローム」の定義では、空腹時血糖の項目は「110mg/dl 以上」となっている。	○	問題文の通り。P87 表 6-3 参照
8	糖尿病足病変における局所感染の治療の基本は、血糖含む全身管理のほか免荷、抗菌薬、消毒薬の長期使用である。	×	消毒薬の長期使用は肉芽形成を阻害する可能性があるため、避けるべきである。壊死組織等の除去や切開排膿など、外科的治療も必要である。
9	2 型糖尿病では、骨密度や FRAX を用いた骨折リスク解析では、実際より危険を少なく見積もってしまう傾向となる。	○	P99 右 5. 参照。血糖管理が不十分な場合、骨質(骨強度)が低下する可能性が考えられている。