CDEJ のための情報アップデート

小児・思春期糖尿病とインスリン注射手技について

兵庫県立こども病院薬剤部次長・CDEJ　辻本　勉

はじめに

小児1型糖尿病のケアには難しさがある．小児期は身体発育のみならず，精神発達面でも劇的に変化し，また学校など患児を取り巻く環境についても大きく変化する時期であり，それらを十分考慮に入れたうえで行わなければならない[1]．小学生では親の管理から自己管理へ移行するための支援，中学生・高校生以上では自己管理への自信を強化するために，疾患に関する知識や技術の再確認とともに思春期の特徴を踏まえた情緒面への働きかけが必要である[2]．

自己管理への移行

乳児期に発症した 1 型糖尿病では，成長とともに自己管理への移行のタイミングが問題となる．愛媛大学の 5 症例を対象とした報告では，自己管理への移行開始年齢は 4 ～ 9 歳であり，移行決定の理由として「日常生活面の自立」「手先の器用さ」「運動機能の発達」「文字・数字の読み書き」が全例で挙げられ，移行時期の指導者は母親であり医療者は常に母親との連携を密にして指導に当たる必要がある．理解力・集中力，手指の運動機能，興味の主体などを良く見極めて日常生活行動と療養指導の自立を促進することが大切で時期としては小学校入学が良い動機付けになる．さらに，論理的思考ができ始める学童期に正しい知識への再習得への援助が必要になる．移行の方法であるが，部分的に親とともに進めていくことが可能であるが「朝はなかなか起きない」「機嫌が悪いと乗り気じゃない」などの朝の時間的制約や本人のやる気がないことで母親が代行している現状がある．また，乳幼児期発症の特徴として本人がすべきことを親がいつまでもしてしまうため習熟の程度はかえって遅くなることがあり，手技は習得しているが自立が進まないことがあり，この場合は，小児キャンプを利用して手技の指導・確認を継続的に行っていくことが効果的である[3]．

注射の問題点

千葉大学の研究では，男児 15 名，女児 29 名（年齢構成：4 歳～ 24 歳，平均年齢 13.8 歳，平均罹病期間 6.5 年）を対象に硬結を調査した研究では注射を行う頻度が最も高いのは左右の大腿部で，続いて腹部と左右上腕となる．手間がかからず痛みの少ない部位を多く選択する傾向があり，強い痛みや出血，低血糖などの嫌な体験のあった部位には注射しなくなると考えられる．注射部位と硬結経験との関連性では，上腕は大腿・腹部との注射頻度では差がなかったにも関わらず硬結の経験者が最も多かった．この理由としては，インスリン製剤が皮下組織内より筋肉組織内で刺激性が高いこと，上腕がつまみ上げて注射することが出来ないことや小児では皮下脂肪が薄いことなどが原因として考えられる．以上から注射を打つことや，手技を覚えるだけで精一杯の患児も年齢が大きくなるにつれて注射部位が広がり手技も向上してくるため，キャンプなどで継続的に技術の見直しを行い，患児が主体的に部位を拡大していけるよう関わる必要がある．さらに上腕への注射の指導は部位のずらし方や手技などをより丁寧に行う必要がある[4]．

おわりに

小児糖尿病は，その管理においては子どもの自立心を支援していくことが重要になる．患児は精神的に未熟であり，継続した食事・運動・薬物療法は症例によってはかなりの心理的負担になり治療や管理に反発して心理的問題を抱える症例も少なくない．さらに思春期年齢では特有の心理的な不安定さから治療や管理を放棄する症例も少なくない．これらに関しては症例ごとに医師のみならずCDEJから適切な心理的なサポートを行うことが必要と思われる．

文献

1）日本小児内分泌学糖尿病委員会編（2007）こどもの 1 型糖尿病ガイドブック－患児とその家族のために．文光堂，東京，67-99
2）国吉緑ら：小児糖尿病患者の療養行動と学校生活の実際，日本糖尿病教育・看護学会誌，7，107-114（2003）
3）井上寛子ら：1 型糖尿病患児の血糖測定・インスリン注射の自己管理への移行　乳幼児期発症の 5 症例の分析から，日本看護学会論文集　小児看護，37，333-335
4）中村伸枝ら：インスリン注射部位のずらし方と注射部位の硬結について，千葉大学看護学部紀要　22，63-67