

1年以上継続してGLP1RA使用例の登録願います(中断例は無効)

調査日2020年

月

医院
認識番号

現在の年齢

才 男・女

現在使用中の
GLP1RA薬剤名
○をしてください

ビクトーザ・トルリシティ・リクスミア・バイエッタ
・ ビデュリオン・ゾルトファイ・ 途中で変更あり
(複数使用例)

糖尿病歴

10年未満 ・ 10年以上 ・ 不明

投与開始時

201 年 月

		開始時	現時点でのデータ
身体所見	身長(cm)		
	体重 (kg)		
	診察室血圧 (mmHg)	/	/
	早朝家庭血圧 (mmHg)	/	/
血液検査	HbA1c (%)		
	Cr (mg/dL)		
尿検査	アルブミン尿 (mg/gCr)		
	蛋白尿定性	- ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+	- ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+

記入時点の該当する併用薬を○で囲んでください

血糖降下薬

無

・

DPP4阻害薬 ・ SU薬 ・ メトホルミン
インスリン ・ SGLT2阻害薬 ・ ピオグリタゾン ・ 他

降圧薬

無

・

RAS系阻害薬 ・ Ca拮抗薬 ・ アルドステロンブロッカー
サイアザイド系利尿薬 ・ ループ利尿薬 ・ βブロッカー ・ 他

スタチン

無

・

有

2 型糖尿病症例における GLP1 受容体アナログ薬投与による腎への影響についての後ろ向き調査研究へのご協力の依頼

平素よりお世話になっております。実地医家でのデータからエビデンスを作る目的で我々は 2016 年より 30 あまりの県内医療施設の参加のもと、SGLT2 阻害薬による腎への影響についての後ろ向き調査研究を実施しました。微量～顕性アルブミン尿の改善、そしてそれに血圧管理が深く関係することを見出し、これまでに国内外での発表、さらには英語論文 5 報を報告することができました。GLP1 受容体アナログ薬についても CVOT にて心血管イベント抑制効果が報告され、ADA/EASD のコンセンサスレポートにて SGLT2 阻害薬に並んで、合併症抑制効果のための積極的使用が推奨されています。今回我々は GLP1 受容体アナログ薬における腎への影響についての後ろ向き調査研究を企画しました。これまで培った症例集積、さらには統計解析を用い、質の高い実地医家での研究成果を出すことを考えております。ぜひとも多くの先生方のご参加をお願い申し上げます。

令和 2 年 8 月 1 日

神奈川県内科医学会高血圧腎疾患対策委員長（研究責任者） 佐藤和義

神奈川県内科医学会高血圧腎疾患対策委員（実務責任者） 小林一雄

同封書類（1）研究参加あいさつ文 1 枚
 （2）研究参加希望届 1 枚
 （3）院内掲示用書類 1 枚
 （4）症例登録用紙 1 枚

研究概要

方法：後ろ向き調査（投与開始時と現在のデータ収集）

対象：令和2年7月1日から10月31日の期間に、外来継続通院中の、GLP1受容体アナログ薬を1年以上継続投与中の2型糖尿病例

GLP1受容体アナログ薬とは以下のいずれか（途中変更例や合剤も含む）

- ・ リラグルチド（ビクトーザ®）
- ・ エキセナチド（ビデュリオン®またはバイエッタ®）
- ・ リキセナチド（リクスミア®）
- ・ デュラグルチド（トルリシティ®）

調査内容：別紙調査票を参照してください

注意点 1；研究に参加する医師は臨床研究倫理講習*が終了している必要があります（修了書の提示が求められることがあります） *大学における倫理講習、Web においては ICR 臨床研究入門、eAPRIN、神奈川県医師会主催の臨床研究講習会参加など

注意点 2；研究参加希望医師は次のページに必要事項を記入の上、小林まで FAX、郵送、メール、いずれかでお願ひします。研究実施詳細資料をメールにて送らせていただきます。（研究プロトコルは神奈川県内科医学会 HP で確認できます）

注意点 3；調査期間中に外来受診した該当症例、原則全例の調査票の記入をお願いします（必要な枚数をコピーしてください）。症例がまとまった時点でも、途中の段階でも調査票を郵送していただいても結構ですが、郵送代金は先生方にてご負担ください。

神奈川県内科医学会 HP サイト内での研究案内の動画もアップも予定しています。ご覧いただければ幸いです

研究参加届

2 型糖尿病症例における GLP1 受容体アナログ薬投与による腎への影響についての後ろ向き調査研究

に参加を希望します

①お名前（本人または代表者）（ _____ ）

英語表記（ _____ ）

②病院・診療所名（ _____ ）

③問い合わせに使用可能なメールアドレス（必須）

（ _____ ）

④主な専門を教えてください。

糖尿病内科、腎臓内科、循環器内科、他の内科、それ以外

以下に返送ください。研究実施詳細資料をこちらからお送りさせていただきます

調査票返送先

〒252-0131 神奈川県相模原市緑区西橋本 5-1-1 ラフロール 3F

内科クリニックこばやし 小林一雄 宛

電話 042-770-7371

FAX 042-770-7372

メール：k-taishi@xc4.so-net.ne.jp

