

教育セッション

教育セッションⅦ 一般

第2日目（5月15日）第2会場（和ホールC）

13:20～14:20 腎臓病

司会：小山 賢（京都桂病院）
南保 栄美子（福井循環器病院）

【S-66】 1. 「エビデンスに基づいたCKD診療ガイドライン2013」について
石川 正美（神戸中央病院）

【S-67】 2. 慢性腎臓病（CKD）症例
鈴木 恭子（紀南病院）

ねらい

わが国における血液透析患者は2011年末に30万人を超え、なお増加している。原因疾患は糖尿病性腎症、慢性腎炎をはじめとする慢性腎臓病（CKD）である。また、CKDは心、血管疾患のリスクファクターであることも明らかになっている。「エビデンスに基づくCKDの診療ガイドライン2013」の内容を知って、CKDの診断と臨床症状及び臨床検査について学ぶ。

「エビデンスに基づいたCKD診療ガイドライン2013」について

◎石川 正美¹⁾独立行政法人 地域医療機能推進機構 神戸中央病院¹⁾

1. CKD (chronic kidney disease : 慢性腎臓病)

2002年に米国で提唱されたCKDの概念は、現在世界中で普及している。腎臓病はこれまで臨床症状による症候分類、病理組織学的分類（微小変化群や膜性増殖性腎炎など）、腎病変の主座による分類（糸球体性、間質・尿細管性、血管性）など様々な分類が用いられてきたが、CKDは従来の狭義の腎疾患だけではなく広い病態あるいは症候を含む概念である。

この概念が提唱された背景として、CKDから透析療法が必要となる末期腎不全へと進行する患者が増加し、患者のQOLを損なっているばかりでなく、医療財政を圧迫する大きな要因となっていることがある。またCKDは末期腎不全へ進行する危険因子であるばかりではなく心血管疾患（Cardiovascular Disease: CVD）の大きな危険因子であるため、CKDの早期発見は腎機能低下・CVD発症を抑制、生命予後を良くすると考えられている。

2. 本邦におけるガイドラインの作成の変遷

早期のCKDへの取り組みとしてCKDの定義と分類がまとめられ、2007年に非専門医向けに診療指針を示すための「CKD診療ガイド」、2009年に腎臓専門医向けの「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2009」が日本腎臓学会より刊行された。「CKD診療ガイドライン」はエビデンスが厳密に評価され、それに基づくステートメントが示された。

その後KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcome) よりCKDステージ分類が変更され、「CKDの評価と管理のための2012KDIGO診療ガイドライン」が刊行された。本邦においても新しいCKD重症度分類を採用した、それぞれのガイドラインの改定版である「CKD診療ガイド2012」「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013」が作成された。

3. CKDの定義と重症度分類

CKDの定義は、①尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか。②糸球体濾過量（glomerular filtration rate : GFR） $< 60 \text{ mL/分/1.73 m}^2$ 、①、②のいずれか、または両方が3カ月以上持続とされている。日常診療ではGFRは血清クレアチニン（Cr）と年齢、性別より成人では日本人のGFR推算式を用いて推算GFR（eGFR）として評価する。

従来のKDIGO CKD重症度ステージ分類は糸球体濾過量（GFR）のみで行っていたが、GFRと尿蛋白（アルブミン）を組合せた重症度分類に変更された。しかし、日本の保険診療では尿中アルブミンの定量測定が糖尿病性腎症に限られることから、原疾患と蛋白尿区分に尿アルブミンと尿蛋白を併記した、原因（Cause : C）、腎機能（GFR : G）、蛋白尿（アルブミン尿 : A）によるCGA分類で評価するとされた。

4. ガイドラインの内容

「CKD診療ガイド2012」には、非専門医がCKD患者をどのように診療し、腎臓専門医と連携していくのがよいかという指針が示されている。「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013」は、腎臓専門医が日常診療でCKDの診断・治療を行っていくうえでの疑問（CQ : Clinical Question）に回答する形で作られており、それぞれの回答はステートメントという形で示されている。治療に関するステートメントにはエビデンスレベルに基づいた推奨グレードA～Dの5段階が明記されている。

「CKD診療ガイド2012」と組合せて使用することにより、非専門医あるいは医師以外の医療スタッフもCKD診療に対する理解を深めることができるとされており、臨床検査技師にとっておも日常検査の精度保障を行う上でたいへん有用性が高いと考えられる。

5. ガイドラインの今後

今後、日本でのエビデンスの集積による日本の臨床にそくしたステートメントの充実、「ガイド」「ガイドライン」ならびに関連学会との整合性、医療経済上の問題、患者向けの「ガイドライン」作成など考慮しながら改定されることが予想される。

連絡先—078-594-2211 内線 2143

慢性腎臓病 (CKD) 症例

◎鈴木 恭子¹⁾
紀南病院¹⁾

【はじめに】

慢性腎臓病(CKD)とは、原因によらず腎障害の存在が明らか(蛋白尿など)、もしくは糸球体濾過量(GFR)が60ml/分/1.73m²未満の腎機能低下が3か月以上持続するものである。今回、腎機能異常を指摘され、数年加療されていたが、急激な腎機能悪化が見られ、血液透析、腎移植となった症例を提示する。

【症例】50歳代、男性

【主訴】全身倦怠感、食欲不振

【現病歴】

近医で高血圧、脂質異常症、腎不全などに対し治療がされていた。6カ月前より疲労感や下肢浮腫が出現したが、利尿剤で下肢浮腫は軽快した。1か月前より嘔吐下痢、食欲不振が出現、1週間前より38℃の発熱と全身倦怠感が続き、採血の結果Cr3.61mg/dlと急速に腎機能の悪化が見られたため、平成26年1月7日に当院内科を紹介受診された。

【既往歴】

高血圧、心筋梗塞、脂質代謝異常、脳幹梗塞、経皮的冠動脈形成術、大動脈弁置換術

【身体所見】

身長169cm、体重83kg、血圧175/87、四肢浮腫

【入院時検査所見】

血算：WBC10,100/ μ l(Neut70.1%)・Hb12.0g/dl
 生化学：BUN34.6mg/dl ・ Cr4.68 mg/dl ・
 eGFR11.1ml/分/1.73m² ・ CRP3.42mg/dl
 尿化学：蛋白1,648mg/dl ・ P/C比7.2
 尿定性：蛋白3+・糖2+・潜血3+
 沈渣：赤血球20-29/HPF ・ 白血球1-4/HPF ・ 円柱1+

【経過】

入院時より38~39℃の発熱があり、胸部CTにて上葉に局限した肺炎所見が認められたが、抗菌剤投与により肺炎は改善した。H21.9~H28.1までの血清Cr・eGFR・尿蛋白定性の経過を図1に示した。Cr値は、以前から1.0mg/dl後半を推移、もともと腎機能障害が認められていた。eGFRは年々低下し、入院時には急激なCr上昇とeGFR低下が見られた。H22.3より尿蛋白3+が続き、潜血反応は-~3+を推移した。腎機能は悪化傾向を認めるも腎エコーにて両腎皮質は非薄化していたため、腎生検適応外であった。ANCA(-)、抗GBM抗体(-)、補体価低下なし、尿蛋白は7.4g/日と多量でネフローゼ症候群であった。CKDとして食事療法、降圧療法にて管理し、炎症反応の低下が見られたため退院された。退院後は外来にて腎機能の経過観察をされていたが、腎機能が徐々に悪化し、7月に血液透析導入、平成27年2月に生体腎移植をされた。

【まとめ】

CKDは、自覚症状に乏しく微量アルブミン尿や蛋白尿などの尿異常から始まり徐々に腎機能が低下して末期腎不全(ESRD)に進行する。本症例もESRD後に腎移植となったが、近年CKDの治療が可能になってきた。ESRDに至る患者を減少させるためには、CKDの早期発見や治療が大切である。その早期発見に検尿検査(蛋白尿、血尿)が簡便で有効な方法である。
 連絡先 0739-22-5000

特別企画

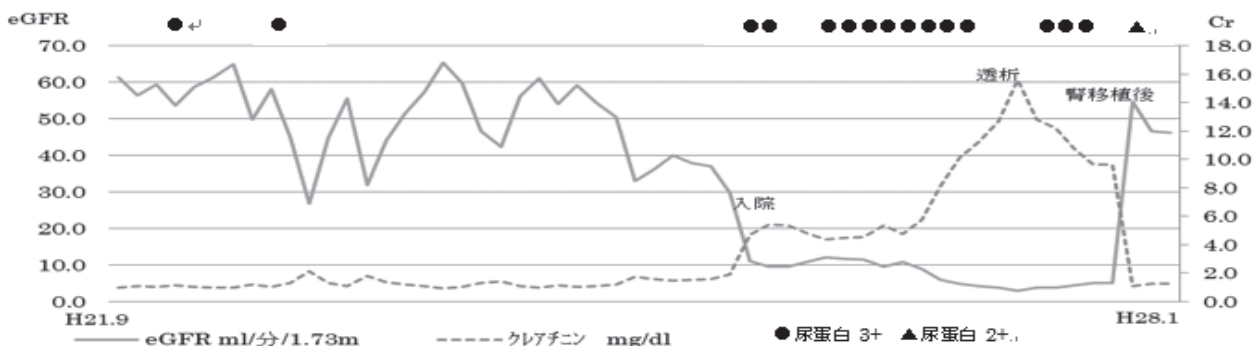


図1 血清クレアチニン (Cr)、推算糸球体濾過量(eGFR)、尿蛋白定性の経過