

「地域の CKD をどう診るか～診療の基本と連携のあり方～」

演者：岩手医科大学医学部内科学講座 腎・高血圧内科分野 教授 旭 浩一 先生

導入

CKD 治療においては GFR とタンパク尿を評価が重要となる。GFR が低値、またタンパク尿が多いほどリスクが増加する傾向がある。リスク分類は、末期腎不全と心血管病の指標であり、米国では透析導入の指標というより循環器領域で活用されている。心血管を早期合併させないためにも CKD への早期介入は重要となる。末期腎不全に陥る原疾患としては糖尿病性腎症が 1 番多いが、次いでは慢性糸球体腎炎。SLE 等の難病も実は増加傾向にあり無視することはできない。また、動脈硬化に伴う腎硬化症も増加している。

2018 年 7 月に「腎疾患対策検討会報告書」が発表され、今後の 10 年間の腎疾患対策の指針が記されている。目標としては①CKD 重症化予防の徹底、②CKD 患者(透析患者及び腎移植を含む)の QOL の向上、が掲げられている。

本題

本日の本題は①アルブミン尿の評価、②血尿の評価、③GFR の評価、④連携における病態とタイミング、⑤腎代替療法の選択。

① アルブミン尿の評価

アルブミン尿は糸球体障害により過剰濾過が生じることで起こる。このタンパク尿が何を意味するかというと、腎で微量タンパク尿が出ているのであれば、脳や腎臓、網膜においても漏れていると想定できる。微量アルブミンが出現すると心血管病死のリスクも直線的に立ち上がる。つまり早期マーカーとして活用できる。また腎臓においてもダメージ進行の指標となる。検査方法だが、試験紙法では濃縮尿と希釈尿でバラツキがある。あくまで、定性はスクリーニング目的。おすすめは尿タンパク/クレアチニン比による定量的な評価。定性で土の人の実は 6 割は A2 期か A3 期に該当する。異常アルブミンが出ている可能性を軽視してはいけない。

② 血尿の評価

赤血球糸球体型、赤血球円柱は糸球体腎炎を示唆している。タンパク尿の血尿が付随する場合は糸球体疾患の可能性が有るため、専門医への紹介が必要となる。

③ GFR 測定について

eGFR(実測値に近似)は血清クレアチニン値と年齢で算出される。未だに腎機能を血清クレアチニンで評価している所もあるが、Cr 値だけであらざる疾患を見落とす可能性があるため危険。例えば、男 40 歳で GFR50 では腎不全が不可避であるが、男 80 歳で GFR50 となると意味が大きく異なる。なるべく eGFR で測定する事をおすすめする。

④ 連携における病態とタイミング

心血管リスク(心血管イベント及び死亡)は G3a と G3b の間でリスク上昇する。G5 の 3 人に 1 人は透析、5 人に 1 人は心血管イベント発症する。GFR が 45 未満になると血管疾患、死亡率上昇する。2018 年に専門医紹介基準が改定されたので先生方には是非、確認して頂きたい。GFR45 が一つの区切りとなり、そこで一度病態を評価して必要であれば紹介が求められる。また A3 でも一度評価を行い、紹介の必要性を精査して頂きたい。G3a.A2 に関しても血尿がある場合は同様の対応が必要となる。3 ヶ月以内に 30%以上腎機能の悪化を認めている場合は速やかに紹介が必要。やはり腎機能は eGFR で評価すべきであり、腎機能悪化スピードが速いと感じたら専門医へ紹介をして頂きたい。

また G3b 以降で多職種による患者教育(栄養指導や生活指導等)にて腎機能低下速度の抑制が認められたというエビデンスがある。血圧、脂質、血糖への介入については、介入してない群と比較し、両群に差が無かった。多職種連携の関与で腎機能低下速度が下がった可能性がある。医師+看護師による 2 年以上の介入により腎イベント抑制したデータというも有る。

⑤ 腎代替療法の選択

G4 からの連携が目安だが、G5 からの連携が実情である。岩手医大も頑張っているが、G5 では準備が間に合わない。腎専門医への早期紹介は透析導入後の生命予後改善出来る。早すぎる透析導入も良くないが、遅すぎるのも良くない。話し合っって患者と医師で意思決定していくプロセスこそが実は QOL にとって重要なのである。