

## 講演Ⅱ 「慢性腎臓病 (CKD) 進行予防と

### 予後改善のための食事療法 up to date」

講師 近畿大学医学部附属病院

腎臓内科 講師 坂口 美佳先生



#### CKDの現状

慢性腎臓病 (CKD) を抱える人は多く、患者数は1330万人であり、全国民の約400人に1人は透析患者である。日本の透析人口は年々増加傾向にあり、透析にかかる費用は一人あたり年間約500万円である。約30万人の透析患者の透析費用のみで1兆5千億円、合併症治療を含めると約2兆円で、国の年間医療費の約5%を占めている。

#### CKDの原因疾患と対策

CKDとは、①尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らかである。特に蛋白尿(1日蛋白尿が0.15g以上)の存在が重要。②GFRが60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満。①②の両方もしくはいずれかが3ヶ月以上持続していることと定義されている。

CKD病期別の管理目標として、CKD G1、G2では、リスクの高い症例を見つけ、早期介入する。市民やかかりつけ医への啓蒙が必要である。CKD G3では、自覚症状に乏しい時期で腎臓病への理解が不十分な可能性があるため、教育入院、特殊外来などで知識を深め、服薬のアドヒアランス、食事療法の強化を行う必要があり、薬剤師や栄養士などの多職種との関与が重要である。CKD G4、G5では、腎臓病の進行抑制と代替療法へのスムーズな導入のために腎代替療法の説明を行う必要がある。CKD G6では、透析導入後の合併症対策、健康寿命を延ばすことが必要である。

CKDの原因疾患は、一次性腎疾患では糸球体腎炎(特にIgA腎症)、尿細管性アシドーシス、多発性嚢胞腎、腎硬化症などがある。二次性腎疾患では、糖尿病、痛風、SLE、多発性骨髄腫などがある。

日本人の慢性糸球体腎炎のなかでもIgE腎症は最も多い(約40%)病気で、腎生検で診断し、約20年で40%が透析導入になると言われているため、早期発見、早期治療が必要である。

#### CKD共通の対策

腎を保護するため、①糸球体内圧を適正に調節する。②蛋白尿を減らす。この2点のことが重要である。①の理由として、健常者の糸球体内圧は一定に保たれているが、糖尿病、肥満、高度の高血圧、糸球体数が減少している人の糸球

体には過度の圧がかかっている。また、動脈硬化が強い場合、糸球体の圧が上がりすぎたり、下がりすぎたりしているため、糸球体内圧を調整することは長期的な保護につながる。特に圧が過度にかかると微量～顕性蛋白尿を認めるため、適正に調節する必要がある。②の理由として、蛋白尿自体が尿細管を障害するため、様々な手段で蛋白尿を減らすことは腎保護につながる。

蛋白尿を減らすためには、①蛋白尿を発生させている原疾患(ネフローゼや腎炎)に対する免疫抑制療法 ARB、ACE 阻害剤の投与。②適切な血圧管理。130/80 mm Hg 未満。③適切な血糖管理。④その他の薬(スタチン系高脂血症薬、抗血小板剤など) ⑤たんぱく質制限食が必要である。

高血圧や糖尿病、高尿酸血症などからCKDの発症につながるため、腎臓病が合併しないうちに早期治療が必要である。

#### CKD5(D)：末期腎不全の対策

腎臓の働きには、老廃物(尿毒素)の排泄、血圧調節、造血調節などがあるが、CKDの進行とともに徐々にバランスが崩れてくる。透析で補える部分も限られているため、個人差もあるが、合併症の治療も必要となる。合併症には、腎性貧血、CKD-MBD(高リン血症や血管石灰化など)、サルコペニア、フレイルがある。

#### CKDの食事療法

CKDに対する食事療法基準としては、摂取エネルギーは25～35kcal/kg BW/日(ステージ1～5)、たんぱく質はステージ1、2では過剰摂取しない、ステージ3aでは0.8～1.0、ステージ3b～5では0.6～0.8g/kg BW/日、食塩は3g以上6g未満/日とする。

#### CKD診療における多職種連携効果

CKD患者の適切な腎専門医の紹介時期については、Early referral(早い時期の紹介患者)とLate referral(遅い時期の紹介患者)の違いで導入後の生命予後に影響し、療法選択にも影響する。そのため、かかりつけ医や糖尿病専門医と適切な連携をとることが大切である。

総合的に、CKDの進行抑制は、治療方法だけでなく、いかに自己管理を長期的に徹底させることができるかが重要であり、様々なツールを駆使し、チームで取り組むことが進行予防に効果的である。

(文責 病院 川岸牧子)