

愛知腎臓財団 CKD対策協議会

CKD普及啓発用資料

(出典 日本腎臓学会CKD診療ガイド2012)

慢性腎臓病(CKD)とは

用語の説明

慢性腎臓病

⇒ **C**hronic **K**idney **D**isease: **CKD**

推算糸球体濾過量

⇒ **e**stimated **G**lomerular **F**iltration **R**atio: **eGFR**



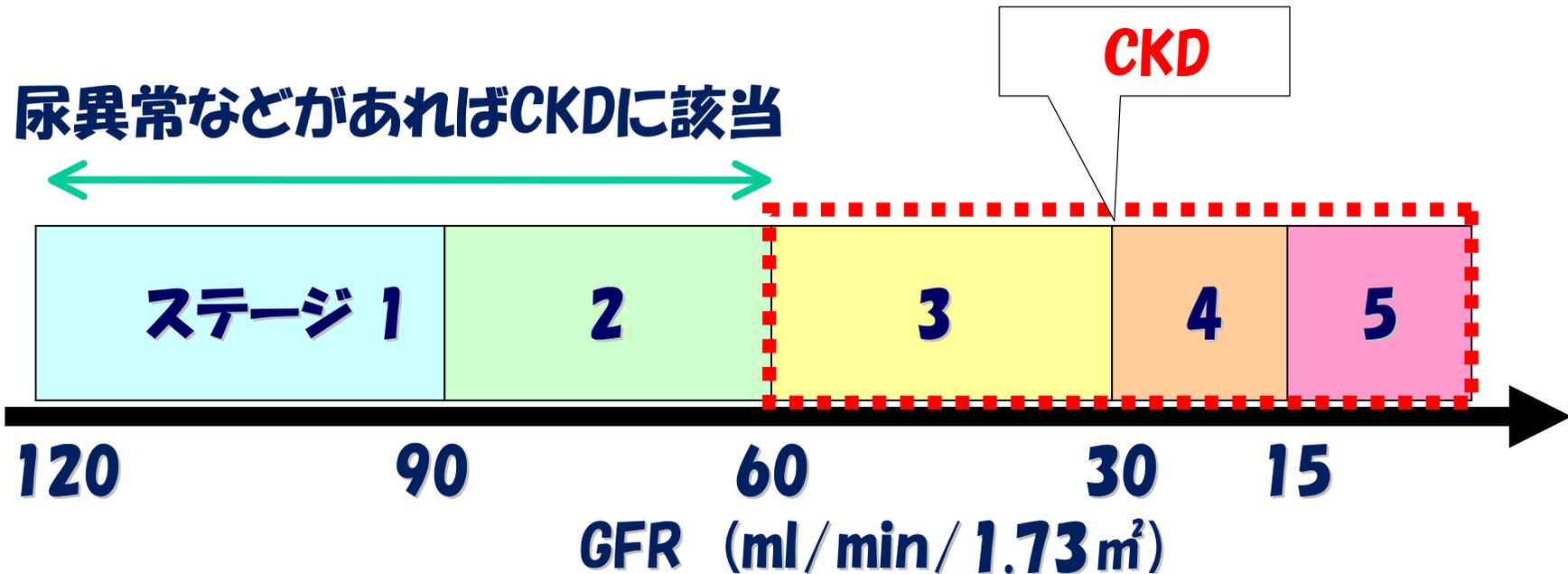
慢性腎臓病(CKD)の定義

- ① **尿蛋白**など、明らかな腎臓の障害がある。
- ② 糸球体濾過量(GFR)が、**60(mL/分/1.73m²)**未満である。

この①②のどちらか、もしくは両方が3か月以上続く



CKDの旧ステージ分類



GFRは腎機能の正確な評価であるが、その測定が煩雑です。
GFRを推算する式を日本腎臓学会が提唱しました。



日本人のGFR推算式

$$\text{日本人のGFR推算式 (ml/分/1.73 m}^2\text{)} \\ = 194 \times \text{血清クレアチニン}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$$

女性の場合これに0.739をかけます。



最近では日常検査でも検査結果に記載されていますので、ご自身のeGFRを見てください

愛知腎臓財団 CKD対策協議会



CKDの3つの側面

(1) CKDは透析などに至る腎不全の予備軍です！

(2) CKDは心筋梗塞や脳卒中などの心臓、脳血管疾患に対する重大な危険因子です！

(3) CKDの推定患者数は約1,330万人、成人8人に1人という、新たな国民病です！

愛知腎臓財団 CKD対策協議会



CKDの新しい重症度分類

原因疾患、尿蛋白の有無が“**CKDの生命予後**”に大きく影響することがわかりました。

このため、新しいCKDの重症度分類では、腎機能(GFR:G)だけでなく、その原因疾患(Cause:C)、蛋白尿(albuminuria:A)による **CGA 分類**で評価するようになりました。 (次ページ参照)



原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73 m ²)	G1	正常または 高値	≥90			
	G2	正常または 軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~ 中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~ 高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

専門家へ紹介するのが望ましい基準

1) 尿蛋白 0.50 g/gCr 以上 または検尿試験紙で
尿蛋白 $2+$ 以上

2) 蛋白尿と血尿がともに陽性(1+ 以上)

3) 40 歳未満	GFR $60 \text{ mL/分/}1.73\text{m}^2$ 未満
40 歳~70 歳	GFR $50 \text{ mL/分/}1.73\text{m}^2$ 未満
70 歳以上	GFR $40 \text{ mL/分/}1.73\text{m}^2$ 未満



CKDの治療

1. CKD診療には、かかりつけ医と腎臓専門医の診療連携が重要です。
2. CKD の治療にあたっては、まず生活習慣の改善（禁煙、減塩、肥満の改善など）を行います。
3. 糖尿病、脂質異常症を伴う患者さんでは、血糖管理、脂質管理が重要です。



CKDの治療

- 4. 血圧管理目標は130/80 mmHg 以下です。
ただし、高齢者ではまず140/90 mmHg を目標に
降圧し、副作用がみられないことを確認してから
130/80 mmHg 以下に慎重に降圧します。
また、収縮期血圧110mmHg 未満への過度な降圧
は避けます。**



CKD患者への薬物療法

多くの薬剤が腎臓から排泄されます。

(経口血糖降下薬、胃潰瘍治療薬、造影剤・・・)

このため、CKD患者さんに腎排泄性の薬剤を投与する場合は腎機能に応じて減量や投与間隔の延長を行う必要があります。

CKD患者さんに種々の造影検査ができないのも、このためです。

