

3月度学術講演会

日 時	3月13日（土）午後2時
演 題	CKDにおける病診連携—高カリウム治療を含めて—
講 師	第二大阪警察病院 腎臓内科 副部長 水野 仁 先生
出席者数	11名
担 当	富永良子
共 催	アストラゼネカ(株)

慢性腎臓病（CKD）は我が国の「成人のおよそ8人に一人が罹患する新たな国民病」となっている。CKD患者は、単に末期腎不全から透析療法が必要となるのみではなく、死亡率や心血管疾患を合併する頻度が高くなるため、早期からの対策が重要である。CKD治療での最近のトピックスを紹介する。

① 高血圧治療

降圧目標について、最新のガイドライン＝高血圧治療ガイドライン2019＝では、合併症や病態に関わらず74歳未満で130/80mmHg未満、75歳以上で140/90mmHg未満となっており、以前のエビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018よりも低い目標値が設定されている。ただし腎保護の観点から収縮期血圧110mmHg未満への過剰降圧は控えるべきである。

降圧剤の選択についても、従来は糖尿病患者では無条件にACE阻害薬やARB（RAS系阻害薬）が第一選択薬とされていたが、最新ガイドラインでは糖尿病患者でも蛋白尿を伴わない場合は、RAS系阻害薬はCa拮抗薬や利尿剤に比べ優位性はないとされた。これは糖尿病患者でも腎硬化症の影響が強い場合は糸球体内圧が低下していることがあり、RAS系阻害薬で糸球体内圧を下げると、糸球体濾過量が低下する恐れがあり注意が必要である。

② 糖尿病治療

上記のように従来の糖尿病性腎症の患者の中にも微量アルブミン尿ではじまり、顕性蛋白尿からeGFR低下を来す典型的な経過ではなく、初期からeGFRが低下する非典型例があるため、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018では新たに糖尿病性腎臓病（DKD）という概念が提唱されている。

SGLT2 阻害薬の腎保護作用が、複数の臨床試験で証明されており、クラスエフェクトが明らかになっている。ただしその合併症にも配慮して使用する必要がある。

③ 腎性貧血治療

腎性貧血治療は腎予後を改善させると同時に心血管疾患にも改善効果がある。従来のESA製剤に加え、低酸素誘導因子プロリン水酸化酵素阻害薬（HIF-PH 阻害薬）が使用できるようになっている。慢性炎症の合併などのESA抵抗性症例への効果が期待でき、内服薬であるため感染リスクや身体的負担の軽減が可能である。ただし急激な貧血の改善や鉄欠乏に注意が必要。また血管内増殖因子の亢進作用があるため担癌患者への使用は避けた方がいいかもしれない。

④ 高カリウム血症治療

CKD ステージに関わらず血清カリウム高値であれば死亡率は高くなり、高カリウム血症治療は重要である。代謝性アシドーシスの合併があると血清カリウムが上昇しやすくなるため、代謝性アシドーシスの補正にも配慮すべきである。

⑤ 薬剤性腎障害対策

薬剤性腎障害を回避するためには、その危険因子（高齢、脱水傾向、糖尿病、腎障害、他剤併用、薬剤アレルギー歴）に注意し、腎機能を正確に評価し、腎機能に応じ薬物の投与量を調整する必要がある。

⑥ 病診連携の取り組み

CKD 治療において病診連携は重要である。天王寺地域では天王寺医師会を中心として基幹病院（大阪赤十字病院、大阪警察病院、NTT 西日本病院＝現第2大阪警察病院）の糖尿病と腎臓病の専門医で協議し、2018年に糖尿病性腎症重症化予防プログラムである天王寺地域連携糖尿病性腎臓病ネットワーク＝天地腎＝が発足した。微量アルブミン尿測定の啓蒙とCKDガイドラインで提示されているものよりも分かりやすい紹介基準の作成、治療方針の情報共有を課題として取り組んでいる。天王寺区周辺エリアの先生方にも利用して頂けますので是非ご活用ください。各病院の地域医療連携室までお問合せください。