

CKDの診断

CKD診断基準

CKD診断基準：健康に影響を与える腎臓の構造や機能の異常（以下のいずれか）が3ヶ月を超えて持続

腎障害の指標	<ul style="list-style-type: none">蛋白尿（0.15g/24時間以上；0.15g/gCr以上）アルブミン尿（30mg/24時間以上；30mg/gCr以上）
	尿沈渣異常
	尿細管障害による電解質異常やその他の異常
	病理組織による異常、画像検査による異常
	腎移植の既往
	GFR 60mL/分/1.73m²未満

CKD重症度分類(CGA分類)

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病関連腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿	
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30～299	300以上	
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性囊胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15～0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分/1.73m 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	高度低下～末期腎不全	<15		

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを ■ のステージを基準に、■、■、■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

(KDIGO CKD guideline 2012 を日本人用に改変)

注：わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、DMまたはDM性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し、3カ月に1回に限り認められている。DMにおいて、尿定性で1+以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する。

CKDには2種類ある

Community CKD

- 一般集団で診断されたCKD
- 多くが健診や腎臓非専門医により診断・管理されている
- 主に**高齢者**に発症し、**心血管病変の合併**が多い
- 高血圧、糖尿病の合併が多い
- 腎障害の**進行は比較的緩やか**である
- 腎代替療法に至るリスクはComplex CKDより低く、**心血管病変で死亡するリスク**の方がかなり高い
(一般集団に近い)

Complex CKD (Referred CKD)

- 腎臓専門医** が介入すべきCKD (紹介されたCKD)
- Community CKDとは対照的に、遺伝性腎疾患 (常染色体優性多発性囊胞腎: ADPKDなど) または後天性腎症 (糸球体腎炎、糖尿病性腎症、尿細管間質性疾患など) により、**進行性の腎障害と機能低下を引き起こす**ため、しばしば早期 (**若年～中年**) に発症する
- 進行速度は特定の疾患プロセスによって異なるが、早く重篤である場合が多い
- 腎代替療法に至るリスク**はCommunity CKDより高い

簡易版CKDの絶対紹介基準（私案）

患者の状態により主治医が判断をすること

GFR		尿蛋白(-)	尿蛋白(±)以上
GFR区分(mL/分 /1.73m ³)	G1~G2	≥60	
	G3a	45~59	
	G3b	30~44	Complex CKD?
	G4	15~29	eGFR<45 and/or 尿蛋白(±)
	G5	<15	

腎臓内科紹介

必要時紹介

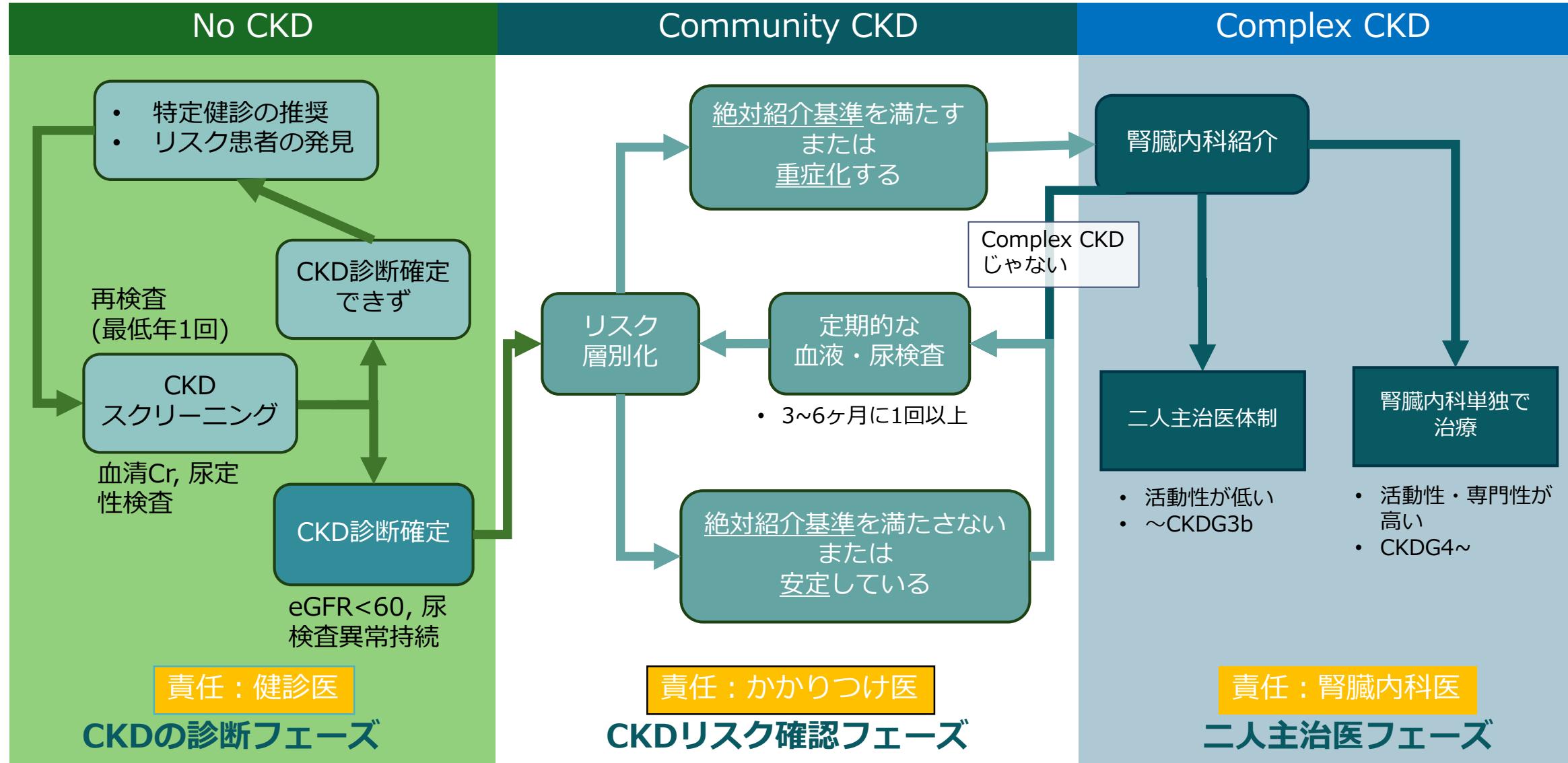
重症化基準（ステージに関係なく紹介）

- 1年以内のCGAステージの悪化、尿蛋白の増加、血圧・血糖などの管理困難など

- 尿検査・eGFRは2回以上行い確認
- 血尿単独は必要時紹介

演者作成

CKDケア簡易チャート (私案)



絶対紹介基準

- eGFR<45が持続
- 尿蛋白(±)以上が持続

重症化

- 1年以内の腎機能の悪化(CGA分類が1つ以上悪化)
- 管理困難 など

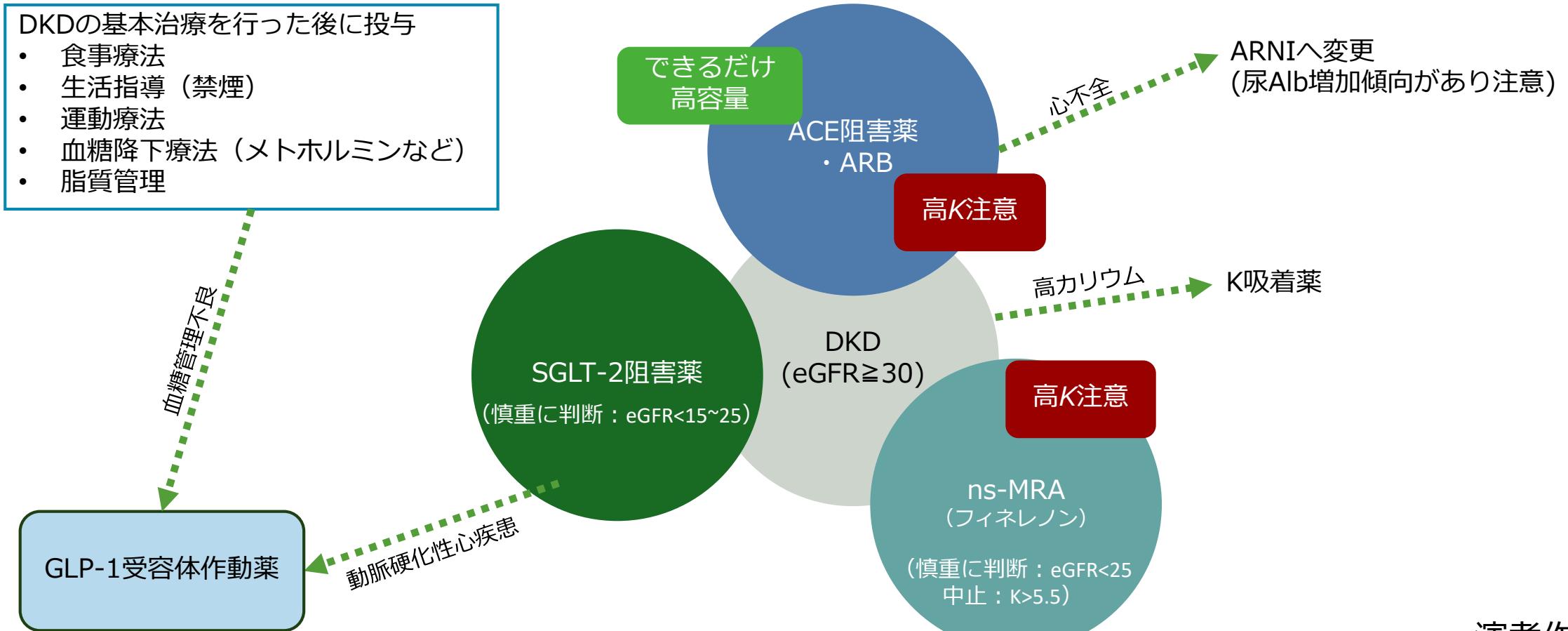
患者の状態により主治医が判断をすること

演者作成

糖尿病関連腎臓病の腎保護治療（ワンダー・スリー）

DKDの基本治療を行った後に投与

- ・食事療法
- ・生活指導（禁煙）
- ・運動療法
- ・血糖降下療法（メトホルミンなど）
- ・脂質管理



ns-MRA: 非ステロイド型選択的ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬

演者作成