

慢性腎臓病のうち Cr 値 1.5～2.0 患者は、50 歳以上では eGFR が 20～30 台であり、腎臓専門医でもその管理は困難なことがある。岩野教授からは、この CKD 患者管理として最も困難な領域を、9 症例を提示していただき、時折クイズ形式で講演していただいた。

症例 1 は、80 歳女性。蛋白尿 1(+)、尿潜血 (-)、尿糖(-)、血圧 168/92mmHg で両腎萎縮あり、Cr 1.80mg/dl (eGFR 21.4) で紹介。この症例は腎硬化症による CKD で血圧の管理が重要。eGFR の絶対値より年間の eGFR 低下が重要で eGFR 低下率が 1ml/min/1.72m² 未満であれば、腎障害は非進行性でかかりつけ医による経過観察でよいとの説明であった。この際のクイズが 2 問あり、1 問目は、新規透析患者の平均年齢はで、答えは約 70 歳であった。2 問目は、女性で透析導入数が最も多い年齢層はで、答えは 80～84 歳の層であった。会場からは年齢層が予想より高いので驚きの声があった。症例 2 は陳旧性脳梗塞例で Na 120.4, BUN 28, Cr 1.62, ADH 2.7(基準値 0.8-6.3)の低張性脱水の症例で、補正は生理食塩水でと説明。症例 3 は 23 歳、女性で 2 週前に咽頭痛・発熱に対し、近医で抗生剤の投与を受けた症例。褐色尿、全身浮腫、血圧 150/102mmHg で受診。溶連菌感染後の急性糸球体腎炎であった。症例 4 は 68 歳男性で、1 型糖尿病で、1 年前より蛋白尿が 0.2g/g・Cr から 0.5g/g・Cr へ増加。その後尿潜血 2(+)となり、Cr が急に 1.62 と上昇した例で MPO-ANCA 陽性の RPGN であった。症例 5 は 81 歳、女性。Cr 1.54、eGFR 25.3、蛋白尿 2+、尿潜血陰性。血圧 143/99mmHg。CKD 分類で G4A3 の患者で Hb 10.0。この患者さんは、腎性貧血以外の貧血の原意はなく、Erythropoiesis Stimulating Agents (ESA) が開始された。症例 6 は 60 歳の 1 型糖尿病患者で HbA1c 10%台、蛋白尿 8g/g・Cr、Cr 1.5 で全身浮腫を伴う心不全症例でサムスカ投与により、全身浮腫を伴う心不全症は改善し eGFR の低下速度も減少した。サムスカはラシックスと異なり、水李利尿だけ生じるので血管内脱水を来しにくいと考えられる。症例 7 は 57 歳男性で 10 年以上前より高血圧症を認め、蛋白尿 3.8g/日、血清 Alb 2.8、Cr 1.52 の患者で、腎生検所見は巣状糸球体硬化症であった。プレドニン 40mg/日+ネオーラル 100mg/日は効果がなく、経験組織で血管病変と間質の線維化がめだち、二次性の巣状糸球体硬化症と考え、降圧療法と生活習慣の改善で蛋白尿は 0.3g/日、Cr 1.24 と改善した。症例 8 は 57 歳、男性。父が腎不全で死亡。Cr 1.50、腹部膨満感で受診。診断は多発性嚢胞腎であった。福井大学医学部附属病院腎臓内科では毎週月曜日多発嚢胞腎外来を行っている。症例 9 は 67 歳女性。膵癌で化学療法中。Na 141, K 2.7, Cl 120, Cr 1.97, P 1.7, 血糖 120, 尿糖 4+。この症例の AG は 12 と低値であり、薬剤性のファンコニー初交群と 1 型の尿細管性アシドーシスの患者であり、糖、リン、重炭酸の再吸収障害の例であった。K, P, 重曹の補充で K4.1, p 3.7, HCO₃⁻ 16.6 まで改善した。最後に以下の Take home messages を示された。①Cr 値 1.5～2.0 患者の背景は多彩である。②腎硬化症+老化が多く、 Δ GFR でフォロー。③急性腎障害(脱水・薬など)ないか、先ず鑑別。④貧血、腎機能悪化、電解質異常、尿蛋白、尿潜血など出現すれば、腎臓専門医にコンサルト。⑤RPGN は、早期発見・早期治療が重要。⑥CKD・G5 は腎臓専門医にご紹介をであった。