

富山県糖尿病診療用指針ワンポイントレッスン



糖尿病腎症

富山市民病院長 石田 陽一

2015年12月末のデータでは、全国では324,986人（富山県では2,506人）が慢性透析を受けており、その38.4%が糖尿病性腎症で原因疾患別の第一位である。CKDの重症度分類は、GFRとACR（アルブミン／クレアチニン比）で分類され、糖尿病性腎症によるCKDは例えば糖尿病性腎症G2A3、糖尿病を有するCKDで糖尿病性腎症かどうかは区別できない場合は糖尿病合併CKD G2A3などと表現する。

糖尿病性腎症の診断に参考になる点は、糖尿病の罹病期間が少なくとも5年以上でアルブミン尿・蛋白尿を認める。軽度の血尿を認めることはあるが、高度の血尿は認めない。通常は神経症と網膜症の後に腎症を発症する。また、腎硬化症では腎は萎縮しているが糖尿病性腎症では腫大している。などである。なお、アルブミン尿や蛋白尿を認めないで腎機能が低下している症例もある。典型的でない場合には腎専門医と相談する。

診断に重要な微量アルブミン尿は、なるべく午前中の随時尿を用い、来院後一定の安静時間を経て採尿する。アルブミンを免疫測定法で測定し、同時に採取した尿中クレアチニン（Cr）値で除して、3回測定して2回以上で尿中アルブミン値が30～299mg／gCrの場合に該当する。

糖尿病性腎症の進行を抑制するためには厳重な血糖・血圧の管理が必要である。腎性貧血でエリスロポエチン製剤による治療中や透析中の場合にHbA1cが低値になるため注意を要する。グリコアルブミンはそのような影響を受けないので20%以下を目安にする。

降圧薬はRA系阻害薬が第一選択薬となるが、

CKD患者では腎機能が悪化することがあるので、投与開始後はeGFRや血清Kを2週間～1か月以内に測定し、その後もモニタリングを続ける。eGFRが前値の30%以上低下した場合、あるいは血清Kが5.5mEq／L以上に上昇した場合には、薬剤を減量するか中止して腎臓・高血圧専門医にコンサルトする。また、eGFR30mL／分／1.73m²以下の場合、投与開始後に腎機能が急速に悪化する危険性があるので、腎専門医と相談することが望ましい。K保持性利尿薬との併用では高K血症に注意する。降圧目標値は診察室血圧で130／80mmHg（家庭血圧で125／75mmHg）未満とし、高齢者における降圧目標（65～74歳では140／90mmHg未満、75歳以上では150／90mmHg未満）を目指し、忍容性があれば慎重に130／80mmHg未満を目指す。なお、収縮期血圧を110mmHg未満にすることは避けるべきである。

糖尿病性腎症の病期分類は表のごとくであるが、CKDステージⅢaからⅢbで腎専門医と相談しておくべきである。

糖尿病性腎症病期分類

病期	尿アルブミン値(mg／gCr) あるいは尿蛋白値(g／gCr)	GFRあるいはeGFR (ml／分／1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿(30～299)	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	