

船橋市 CKD 診療ミニマムエッセンス

一般内科医のための CKD 診療のポイント

※ 実際の診療、薬剤の使用については、薬剤添付文書や診療ガイドラインをご確認ください。

□CKD の診断方法

- eGFR 60 mL/min/1.73²未満
- 蛋白尿 (0.15 g/g・Cre 以上) / アルブミン尿(30 mg/g・Cre 以上)
上記いずれかが 3 ヶ月以上持続

□CKD と血圧目標

家庭血圧 125/75mmHg 未満

※尿蛋白陰性の場合および高齢者は忍容性を考慮

- 尿蛋白陽性 ⇒ 第一選択薬 RAS 阻害薬
- 尿蛋白陰性 ⇒ RAS 阻害薬/ CCB/ 利尿薬 いずれでも可

□CKD の管理のために

- 原疾患の特定（慢性腎炎や腎後性腎障害を見逃さない）
- 生活習慣病の管理（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙、肥満など）

□CKD と SGLT2 阻害薬

- 糖尿病合併 CKD ⇒ SGLT2i 開始を検討
- 糖尿病なし/蛋白尿あり ⇒ SGLT2i 開始を検討
（保険適応 ジャディアンス®10mg, フォシーガ®10mg）
- 糖尿病なし/蛋白尿なし ⇒ 必須ではない

□進行リスクの高い CKD（ヒートマップ赤を意識）

- eGFR45 未満
- 尿蛋白 0.5g/gCre 以上
- eGFR の経年的低下傾向

□CKD とフィネレノン（ケレンディア®）の使用

- 糖尿病合併 CKD（eGFR 25 以上）、RASi、SGLT2i を使用しても、尿アルブミンが残存する場合は追加を検討
- ※ 高カリウム血症に注意（添付文書参照）

□尿蛋白定量が必要な対象

- ①尿蛋白±が 2 回以上 または ②尿蛋白 1+以上
→ 尿蛋白定量(尿蛋白定量/尿中クレアチニン)を測定する
(0.15g/g・Cre までが正常)
(保険上の注意：尿アルブミン測定。糖尿病性腎症 II 期疑い、3 ヶ月に 1 回、「腎不全」病名では算定不可)

□CKD と注意すべき薬剤

- NSAIDs ⇒ AKI の合併に注意
- 抗菌薬、抗ウイルス薬 ⇒ 腎機能障害による減量
- 抗凝固薬（DOAC）⇒ 腎機能により減量が必要な薬剤が多い