

第1章 初診時とフォローアップのポイント

1. 腎臓病を診察するにあたって



腎臓, 腎臓病

症例呈示

〔症例〕 62歳男性

主訴: 健康診断での異常指摘

病歴: 毎年健康診断を施行しているが、検査結果は記憶になく、記録もない。明らかな既往歴もなし。家族歴では両親とも高血圧、糖尿病。また、叔父が血液透析を施行していた。

健康診断結果で蛋白尿と腎機能障害の指摘があり、家族に強くすすめられ来院。

診察室での表情は陰しく、「どこも悪いとは思わないが、受診するように指示され来院した」とコメントあり。健康診断結果をみると尿蛋白2+、尿潜血1+、Cr 1.43mg/dLと記載あり。

診察前問診票には

来院理由: 健康診断で腎障害を指摘

症状: 無記入

(問診票には、浮腫、血尿、その他、に○をつける体裁)

家族歴: 無記入

(問診票は、心、腎、高血圧、糖尿病、癌、脳血管、その他、に○をつける体裁)

内服薬: 無記入

今までにかかった病気: 無記入

嗜好品：無記入

(問診票は、喫煙，飲酒につき，ある人は具体的な内容・記載もかけるような体裁)

診察時には身長 168cm，体重 71kg，BP 160/90mmHg，下肢浮腫を認めなかった。

【解説】 提示するような新患者さんを時に腎臓内科外来で経験する。

この前に，腎臓病の特徴を列挙する。

- 1) 症状に乏しい症例も多い。
- 2) 全身疾患の影響を受けやすい。
- 3) 腎臓は重要臓器の一つであり，腎障害はまた全身に影響を及ぼす。
- 4) 腎臓は尿を産生し，水・電解質を一定に保つとともに，老廃物を産生する。さらにはエリスロポエチンの産生，ビタミンDの活性化，レニン-アンジオテンシン-アルドステロン系の関与もつかさどる。この結果，血圧との関連も密接である。
- 5) 単位重量当たりの血流量が豊富で虚血に影響しやすい。

そこで，初期段階で考慮すべき事項を列挙すると

- 1) 腎臓以外の臓器障害はないか？
心疾患，高血圧，糖尿病，皮膚症状，肺障害，感染症，血液疾患など
- 2) 腎障害の特徴は？
腎機能の低下か？ ネフローゼ症候群か？ 血尿や高血圧や心不全症状が主体か？
- 3) 緊急性はあるのか？ 治療介入を考えるべきか？
全身管理や透析療法が必要か？ ステロイドは必要か？ 泌尿器科的な処置を必要とするか？ 次のフォローにどの程度あけられるか？
- 4) 患者固有の事情はないか？
腎臓病は症状に乏しく，生活習慣への関連が深い臓器である。
このため，患者の理解，病気の受け入れ，生活習慣（職業，趣味，住居，嗜好品など）の評価も望ましい。患者固有の価値観を理解することも望まれる。

症例は症状が乏しく病状の受け入れも不良の患者さんである。以前の検査結果も確認しにくく，急激な変化か慢性変化かどうかとも判然としない状況と

思われる。このような患者さんへの対応を次の2項、3項で検討する。

なお、本書は腎臓病を専門としない一般臨床医の先生や研修医や腎臓内科の後期研修医の先生を主な対象として「緊急性の高い腎臓内科領域の疾患」、「比較的診療の機会のある腎臓内科疾患」、「全身疾患に関連した腎臓病」の各項目でまとめた。また、具体的に腎臓内科医が中心となり関わる事項を、「腎臓内科主体で行う事項」でまとめた。さらに、一般臨床医や研修医の先生だけでなく、腎臓病診療にかかわる腎臓内科医を含めた全ての職種の方が腎臓病患者に関わるヒントとなるべく、「腎臓病診療の将来に次世代に必要な事項」をもうけた。

〈清水英樹〉

2. 問診・検査のポイント

ここが重要!

- ①緊急性があるかどうか。
- ②全身疾患を合併しているかどうか。
- ③腎障害の臨床像はどうか。
- ④患者さん個別事項の確認。



Cr, eGFR, 血尿, 蛋白尿

はじめに

第1項の初診の患者さんを振り返ると、症状が乏しく、病識も乏しい状況であった。

a) 緊急性の有無

腎臓病で緊急性の高い項目に体液過剰と電解質異常があげられる。尿量の低下や体重増加にとどまらず心不全・呼吸不全を呈したり、高K血症例では神経・筋症状にとどまらず胸部症状を呈したりする。詳細は、「緊急性の高い腎臓内科領域の疾患」に加え、緊急で血液透析を行う場合に「腎代替療法全般」と「血液透析」の項目を参照頂きたい。

b) 全身疾患合併の有無

腎臓病は全身疾患によって発症する場合もある。このため、バイタル所見をもとに緊急性の高い疾患を評価し、隠れた全身疾患を推測することも必要である。

心筋梗塞、心不全、大血管疾患を含めた循環器疾患が潜んでいるかもしれない。糖尿病例での無痛性心筋虚血なども想定しなければならない。泌尿器科疾患が原因で無尿に至る症例では水腎症例がまざり、泌尿器科的な介入で劇

的に改善する場合も含まれる。さらに、膠原病、感染症、血液疾患のような全身疾患に伴う腎障害例では、各疾患による腎外症状が主体となる場合もある。患者さんによっては、腎臓病と関連がないと考え症状を訴えない場合も多い。オープンクエスチョンだけでなく、クローズドクエスチョンも必要となる。これらの全身疾患を疑った場合には、第4章「全身疾患に関連した腎臓病」の項目を参照いただきたい。

なお、浮腫や背部痛のために、腎臓病を心配され来院される患者さんも存在する。浮腫は、腎臓病の他、心・肝・低蛋白血症・甲状腺疾患に加え、好酸球増多症、蜂窩織炎、血栓塞栓症、リンパ浮腫などによる局所浮腫例もまぎる。全身性か局所性かの判断には体重変化と全身浮腫の評価が必要である。背部痛は尿路結石や泌尿器科腫瘍に加え、筋骨格系などの整形外科疾患、心血管疾患、膵炎などの消化器疾患、子宮内膜症などの婦人科疾患などでもみられる。腎臓病以外の疾患であるが、時に思わぬ落とし穴に陥ることもあるため、適切な鑑別が望まれる。詳細は他書に譲るが、姉妹本である「ここが知りたい！ 内科外来ハンドブック」なども参考になる。

c) 腎障害の臨床像は？

尿検査異常が主体となる場合、血尿か？ 蛋白尿か？ 両者の合併か？を確認する。蛋白尿の場合には、その程度が3.5g/日を超えるネフローゼレベルであるかどうかの判断に定量評価が必要となる。24時間蓄尿の上での蛋白尿量 [g/日] 測定が理想的だが、実診療では尿生化学で尿蛋白と尿クレアチニンを測定し、その比 (尿蛋白/尿Cr [g/gCr]) で代用することも多い。

血尿例では、泌尿器科疾患の除外も必要であり、尿細胞診やエコーの他に泌尿器科的な評価の追加が必要となりうる。また、腎性か腎後性かの判断のためには、変形赤血球と様々な尿沈査異常の有無が有効である。時に泌尿器科疾患と腎疾患の両方を合併する場合もある。たとえば長期の糖尿病歴があり、糖尿病性腎症に矛盾ないが、あらたに血尿を認めたような場合が該当する。あらたな腎炎の合併例や膀胱癌などの泌尿器科悪性腫瘍の合併例が含まれる。

尿検査異常例では、非侵襲的な検査の後に、腎生検を行う場合がある。腎生検によって、病態の把握、予後の予測、治療方針の修正につながる。詳細は第5章の「腎生検と腎病理」の項目を参考いただきたい。

次に、腎機能障害が主体となる場合では、低下速度が急性なのか慢性なのか