

CKDにおける高血圧治療の進め方

ACE阻害薬またはARB

少量より漸増

- ・すでに腎機能低下（特に血清クレアチニン2.0 mg/dL以上）がある場合，稀に投与開始時に急速に腎機能が悪化したり，高カリウム血症に陥る危険性があるので低用量から慎重に開始する
- ・腎保護作用が認められ，副作用がない限り使い続ける

第一
選択薬

第二
選択薬

利尿薬*

Ca拮抗薬

*腎機能正常の場合は，サイアザイド系利尿薬

*腎機能低下(eGFR 30 mL/min/1.73 m²未満で血清クレアチニン2.0 mg/dL以上)の場合は，ループ利尿薬

*ループ利尿薬単独で体液量コントロールが困難な場合は，ループ利尿薬+サイアザイド併用

CKD診療ガイド-高血圧編 2008より引用，改変

CKDを合併する高血圧の治療計画

継続：

- ・原疾患の治療
- ・生活習慣の修正

腎機能，血清電解質，
尿検査，尿のAlb/Crの測定*1

ACE阻害薬あるいは
ARB*2

- ・ACE阻害薬，ARBの続行
- ・降圧不十分なら利尿薬，Ca拮抗薬の併用，用量調節，他薬の併用

腎機能，電解質，
尿の定期的検査

No

- ・Scr30%以上の上昇
- ・血清カリウム5.5mEq/L以上
- ・急激な血圧低下

目標

血圧：130/80mmHg未満*4

尿Alb/Cr：30mg/g未満*5

300mg/g未満*6

Yes

専門医に相談
原因検索*3

*1尿アルブミンの測定は保険診療上，「糖尿病性腎症疑い(糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る)」でのみ認可されている。それ以外では尿蛋白を測定する。

*2血清クレアチニン(Scr)2.0mg/dL以上では少量より投与開始

*3原因：腎動脈狭窄，NSAIDs，心不全，脱水，尿路異常など

*4尿蛋白1g/dayでは125/75mmHg未満，*5糖尿病性腎症，*6糸球体腎炎
高血圧治療ガイドライン 2009より引用，改変

13

CKDに伴う正球性正色性貧血(腎性貧血)が存在する場合は，腎臓専門医に相談する。

14

エリスロポエチン製剤や経口吸着薬の投与にあたっては，腎臓専門医と相談する。

15

腎排泄性の薬剤は腎機能に応じて，減量や投与間隔の延長を行う必要がある。

16

非ステロイド抗炎症薬(NSAIDs)，造影剤，脱水などは，腎機能低下のリスクである。

日本腎臓学会「CKD診療ガイド2009」より

発行：財団法人日本腎臓財団 理事長 酒井 紀

〒112-0004 東京都文京区後楽 2-1-11 飯田橋デルタビル 2階 TEL 03-3815-2989 FAX 03-3815-4988

<http://www.jinzouzaidan.or.jp/>