

臨床医のために

慢性糸球体腎炎症候群

葉山 修陽

日本医科大学付属千葉北総病院内科

Chronic Glomerulonephritis Syndrome (CGNS)

Naoaki Hayama

Department of Internal Medicine, Chiba-Hokuso Hospital, Nippon Medical School

Abstract

Chronic glomerulonephritis syndrome is one of clinical classification in primary glomerulonephritis. Clinical classification of primary glomerulonephritis consists of five groups. (WHO 1995)

They are acute nephritic syndrome, rapidly progressive nephritic syndrome, recurrent or persistent hematuria (proteinuria), chronic nephritic syndrome, and nephrotic syndrome. After therapy or renal biopsy, they have interaction with one another and many cases are followed up as chronic glomerulonephritis.

In the long term clinical course, it is most important thing that not to deteriorate renal function by therapies (blood pressure control, low protein diet, salt restriction). If there are not only glomerular change but also interstitial and vessel changes in renal biopsy the prediction of prognosis will be poor so it will be necessary to administer medication under strict observation. (J Nippon Med Sch 2003; 70: 360-362)

Key words: chronic glomerulonephritis, hematuria, proteinuria

はじめに

慢性糸球体腎炎は日本透析医学会 2001 年の報告によれば透析導入の原疾患の第 2 位 (32.4%) で (1998 年以降第 1 位は糖尿病性腎症) あり透析導入の原疾患として依然上位を占めている。多くの慢性糸球体腎炎が臨床的には慢性糸球体腎炎症候群として日常経過観察されており、いかに腎機能を長期に保持していくかが透析導入患者を減少させる大きな要素となる。今回、臨床の場において比較的遭遇する機会が多い慢性糸球体腎炎症候群について解説する。

定義

慢性糸球体腎炎症候群は 1982 年 (1995 年改訂) WHO が 1987 年日本腎臓学会が提唱した原発性糸球体疾患の臨床症候分類の一つである。(Table 1) Table 1 に示す 5 つの症候群は同一患者において連続的に他の症候群に移行したり、異なる時期に異なる症候を示すことがたびたびある。(Fig. 1) 特に無症候性蛋白尿、血尿と慢性糸球体腎炎症候群は病期の初期には区別がつきにくく、長い臨床経過を経て臨床症状に違いが出現してくる。

Table 1 Clinical classification in primary nephritis

WHO (1982, 1995)	日本腎臓学会 (1987)
1. Acute nephritic syndrome	1. 急性糸球体腎炎 (症候群)
2. Rapidly progressive nephritic syndrome	2. 急速進行性糸球体腎炎 (症候群)
3. Recurrent or persistent hematuria	3. 反復性あるいは持続性血尿 (無症候性血尿, 蛋白尿)
4. Chronic nephritic syndrome	4. 慢性腎炎症候群
5. Nephrotic syndrome	5. ネフローゼ症候群

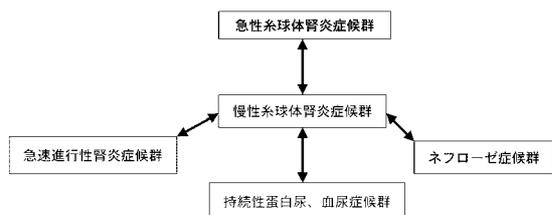


Fig. 1 Interaction in CGNS and another syndromes

Table 2 Diagnostic criteria of CGNS

1. 慢性発症型の蛋白尿, 血尿またはその両者がみられる.
2. 明らかな先行感染はない.
3. 感染症に伴って肉眼的血尿が認められても, 1週間前後で顕微鏡的血尿になり, 高血圧や進行性の腎機能低下をきたすことはない.
4. 中等度ないし高度の浮腫が持続することはない.
5. 尿所見が年単位で長期間持続した場合, 高血圧, 腎機能低下, 浮腫を伴う事がある.

診断

慢性糸球体腎炎症候群の診断基準を Table 2 に示す. 早期には鑑別が困難な場合があり, 現症, 既往歴, 身体所見, 検査所見, を参考にし可能なかぎり腎生検を施行し早期に腎炎の存在の有無を確認することが重要と考える. さらに合併症としての高血圧, 代謝性疾患の糖尿病, 高脂血症などの存在も予後を左右する重要な因子である.

臨床像

慢性糸球体腎炎症候群は経過の中でしばしば高血圧, 浮腫とともに腎機能障害が緩徐に進行する病態である. 持続性蛋白尿, 血尿および慢性糸球体腎炎をきたす原発性糸球体疾患と続発性糸球体疾患を Table 3 に示す.

さらに, 蛋白尿, 血尿が持続する状態を考慮すれば必ずしも糸球体疾患だけでなく, 他の多くの腎疾患も鑑別の対象となる. その代表的な疾患として腎硬化症, 慢性腎盂腎炎, 間質性腎炎, 痛風腎, 骨髄腫腎, 多発性嚢胞腎, 腎尿路悪性腫瘍, 腎尿路結石などがある.

しかし, 原因疾患としては原発性糸球体腎炎が最も多くその発生頻度は IgA 腎症, 非 IgA 型糸球体腎炎, 膜性腎症, 巣状糸球体硬化症, 膜性増殖性糸球体腎炎の順である.

Table 3 CGNS in Glomerular Disease

原発性糸球体疾患	1. 微小変化群 2. 菲薄基底膜砂 3. 巣状糸球体硬化症 4. 膜性腎症 5. メサンギウム増殖性糸球体腎炎 a. IgA 腎症 b. 非 IgA 型糸球体腎炎 6. 膜性増殖性糸球体腎炎 7. びまん性硬化性糸球体腎炎
続発性糸球体疾患	1. ループス腎炎 2. 糖尿病性腎症 3. 遺伝性腎炎

治療

慢性糸球体腎炎症候群を呈する原因疾患の治療が優先されるが長い臨床経過においていかに腎機能を温存するかが問題となる.

ポイントとなるのは血圧のコントロールと食事療法で蛋白尿が一日 1 g 以上認められる場合は腎保護作用を有する降圧薬にて 125/75 mmHg 以下に, 食事療法は塩分制限と蛋白制限 (0.5 ~ 0.8/kg) が基本となる.

さらに腎機能を悪化させるような合併症を有する場合にはその治療も必要となる.

さらに, 保存期腎不全の状態では早期より活性炭の投与や貧血に対するエリスロポエチン製剤の投与も試みる治療法である.

また、感染症や投与薬物が腎機能を悪化させることがあるので、易感染性や腎毒性薬物に対する配慮も必要となる。

予 後

原因疾患により予後（腎死）は異なるが、腎生検標本において糸球体の増殖性変化はもとより、尿細管、間質病変、血管性病変が予後を左右する因子として重要であり腎生検時に的確に把握しておくことが予後を推測するのに大きな意味を持つと考えられる。

おわりに

慢性糸球体腎炎症候群の原因疾患は多種多様であるためその原疾患を早期に把握し臨床経過を詳細に観察

することが腎不全への移行を阻止することにつながる と考える。

文 献

1. 吉澤信也他：腎臓病学の診断アプローチ．糸球体疾患の臨床症候分類．1995; pp 3 10 社団法人 日本腎臓学会
2. 荒川正昭：II．原発性糸球体疾患 1．糸球体腎炎の臨床．日内会誌．1990; 79: 20 24
3. 杉崎徹三：I．腎臓領域の 100 年 2．腎炎の分類．日内会誌．2002; 91: 19 23
4. 川村哲也：腎疾患 最新の治療．ACE 阻害薬とアンギオテンシン II 受容体拮抗薬の腎保護作用．飯野靖彦他編 2002; pp 7 9．南江堂 東京

（受付：2003年 2 月14日）

（受理：2003年 2 月27日）

トピックス・用語解説

トリプタン製剤 (triptans)

2002年の日本神経学会のガイドラインでは、トリプタン製剤が片頭痛（および群発頭痛）の最も有効な治療薬として位置付けられた。片頭痛の病態生理に関しては、硬膜の血管周囲に分布する三叉神経に何らかの刺激が作用して血管作動性の神経ペプチドが遊離され、これにより神経原性の炎症が惹起されるとする三叉神経血管説が有力視されている。炎症に伴い血管拡張、血漿蛋白漏出、肥満細胞の脱顆粒などが生じるが、セロトニン作動薬のトリプタン製剤は、頭蓋血管に存在する5-HT_{1B} receptor に作用して血管を収縮させ、また三叉神経の5-HT_{1D} receptor に作用して神経ペプチドの遊離や痛み刺激の伝導を抑制する。我が国では2000年4月より sumatriptan の注射薬が使用可能となり、その後3種類の経口薬が、さらに2003年6月からは待望の点鼻薬が使用可能となった。当然のことながら、使用方法、使用禁忌などを良く理解しておく必要がある。

（第二内科 中澤 勝）