

(表2)

## 蓄尿検査で何が分かるか

蓄尿検査によって次のことがわかります。

### 1) 1日尿量

1日尿量をチェックすることにより尿が少ない(乏尿)、多すぎる(多尿)、もちろん正常範囲かなどを知ることができます。

### 2) クレアチニン・クリアランス(24時間法)

この数値は重要で、eGFR(血清クレアチニン値から計算式によって求められます)と併用することによって腎臓の機能をより正確に把握することができます。

### 3) 尿酸産生量と尿酸クリアランス

血清尿酸値が高い時にその原因が体内での尿酸産生量が多いためか、あるいは腎臓からの尿酸の排泄(尿酸クリアランス)が悪いためのものかを知ることによって、どの高尿酸血症治療薬を使用すればよいかを決めることができます。

### 4) 尿中蛋白排出量(蛋白尿の程度)

慢性腎臓病はeGFRの程度によって重症度を5段階(正確には6段階)見分けられます。慢性腎臓病の予後を決めるために、更に細かく分類されます(下図参照)。その時に使われるのが尿中に排泄される蛋白量です。

### 5) 推定摂取蛋白量

慢性腎臓病治療の基本は適切な蛋白制限食です。蛋白制限食後の指導にあたって患者さんが一日あたりどの程度の蛋白摂取量を摂る習慣があるのかを知るとは適切な蛋白摂取量の指導する場合に欠かせません。これは私が薦めるCKD分子栄養療法の基礎にもつながります。

### 6) 推定摂取食塩量

慢性腎臓病治療の基本として、塩分制限も不可欠です。塩分制限の指導にあたって患者さんが1日あたりどの程度の塩分を摂取する習慣があるのかを知るとは適切な塩分摂取の指導する上で欠かせません。

### 7) 推定摂取カリウム量

推定摂取カリウム量が問題になるのはCKD病期分類の4から5にかけてと病期5です。それ以外の病期では、水溶性ビタミンや熱に弱いビタミンを十分に取っているか否かを知る上での手がかりとなります。

### 8) 推定摂取リン量

過度のリン摂取は慢性腎臓病悪化のリスクになります。リンの摂取量を知ることはCKD悪化防止の戦略を立てる上での助けになります。

### 9) その他

尿細管での種々の物質の分泌再吸収という機能を推測するための様々な指標を得ることができます。

(佐中 孜: CKD早期発見・治療ベストガイド～寛解につながる慢性腎臓病へのアプローチ 医学書院、2013 引用)

#### 慢性腎臓病病期分類

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30~299	300以上
高血圧、腎炎、 多発性嚢胞腎 腎移植、不明 その他	尿蛋白定量(g/日) 尿蛋白/Cr比(g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90		
	G2	正常または軽度低下	60~89		
	G3a	軽度~中等度低下	45~59		
	G3b	中等度~高度低下	30~44		
	G4	高度低下	15~29		
	G5	末期腎不全(ESKD)	<15		

重症度は、原疾患・GFR区分・尿たんぱく区分をあわせたステージにより評価する。CKDの重症度は、死亡・末期腎不全・心血管死亡発症のリスクを緑のステージを基準に、黄・オレンジ・赤の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。