

食事療法 IV—慢性腎臓病(CKD)を合併する 高尿酸血症・痛風の食事療法—

Dietary therapy IV — For hyperuricemia and gout with chronic kidney disease (CKD)

金子希代子 帝京大学薬学部医薬化学講座臨床分析学研究室
教授

・ 金子 佳冬

株式会社エポックススポーツクラブ
栄養士

はじめに

今回は「慢性腎臓病(CKD)を合併する高尿酸血症・痛風の食事療法」をテーマとし、高尿酸血症・痛風の食事療法における基本ポイントに、『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013』¹⁾で奨められているポイントを加えた食事療法を紹介する。

高尿酸血症とCKD

高尿酸血症と腎障害とは密接な関連を有していることが示されている²⁾。高尿酸血症はCKDの進展に影響を及ぼす可能性があり、CKD進展抑制を目的として、高尿酸血症の治療を考慮してもよいとされている¹⁾。Isekiらの集団検診の受診者を対象とした報告によると、血清尿酸値は腎機能低下と正の相関を示し、血清尿酸値が8.0mg/dL以上の集団と5.0mg/dL未満の集団を比較すると血清クレアチニン高値の相対危険度が、男性で2.9倍、女性で10.4倍である³⁾。

CKDの定義および重症度分類¹⁾

CKDは、①尿異常、画像診断、血液、

病理で腎障害の存在が明らか、特に0.15g/gCr以上の蛋白尿(30mg/gCr以上のアルブミン尿)の存在が重要、②GFR(糸球体濾過量)<60mL/分/1.73m²、①、②のいずれか、または両方が3ヵ月以上持続すると定義されている。

またCKDの重症度は、原因(cause : C)、腎機能(GFR : G)、蛋白尿(アルブミン尿 : A)によるCGA分類で評価し、GFRとアルブミン尿を示すACR(アルブミン/クレアチニン比)で二次元的に分類される(図1)。CKDの原因疾患をできるだけ記載するようにされている。CKDの重症度は色で表され、死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクが低い緑を正常とすると、黄、オレンジ、赤とステージが上昇して重症になるにつれてリスクが上昇する。

CKDと栄養

表1に、『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013』¹⁾および『高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン 第2版』²⁾において奨められている食事療法をまとめた。蛋白質制限と減塩はCKDに、プリン体の摂取制限は高尿酸血症・痛風に特徴的である。

1. 蛋白質制限

CKDの進展を抑制するための蛋白質制限は、個々の患者の病態やリスクなどを総合的に判断して指導することが推奨されている。

ステージG3bより進行したCKDで蛋白質制限の適応となる。日本のCKDステージG3aに多くみられるような蛋白尿の少ない高齢者では腎機能低下速度自体の抑制効果は明らかではないことから、蛋白質制限は推奨されていない。

標準的治療としての蛋白質制限は、0.6～0.8g/kg・標準体重/日が奨められている。軽度の腎障害では0.8～1.0g/kg・標準体重/日など、CKDステージに応じた段階的な制限も妥当とのことである。

2. 食塩制限

食塩量として、3～6g/日が奨められている。尿蛋白と腎機能低下および末期腎不全、心疾患と死亡のリスクを抑制するために、6g/日未満の食塩の摂取制限が推奨されている。また、死亡率や腎機能障害を悪化させる可能性があるため、3g/日未満の食塩摂取制限は奨められていない。