

肥満が引き起こすCKD患者への影響

生命予後, 心・腎機能, 減量とその意義

Points

- CKD患者において, 肥満, 特にメタボリックシンドローム (Mets) の合併は, 死亡, 心血管疾患 (CVD), CKD進行のリスク因子となる可能性がある。
- 肥満あるいはメタボリックシンドローム (Mets) を伴うCKD患者に対する生活習慣に対する介入 (食事療法・運動療法) は, アルブミン尿/蛋白尿の減少や推算糸球体濾過量 (eGFR) 低下の抑制に有効である可能性がある。

I. メタボリックシンドローム (Mets) とCKD

- ・Metsとは, 内臓脂肪の蓄積に加えて, 耐糖能異常, 脂質代謝異常, 高血圧のうち2つ以上の項目を満たすものと定義されている (表1)。
- ・MetsはCKDの発症・進展に深く関係している。肥満, 特に内臓脂肪が蓄積する腹部肥満では蛋白尿や腎機能低下をきたしやすい。わが国の疫学調査でも, Mets患者では, CKDの累積発症率, 相対危険が高まることが報告されている (図1)¹。

II. 高血圧とCKD

- ・高血圧はCKD発症, 末期腎不全への移行リスクであり, 血圧が高いほどそのリスクは高まる。さらに, CKDは高血圧の原因となり, この両者間には悪循環が生じる (2章 高血圧・CVD (p. ●●) 参照)。

III. 耐糖能異常とCKD

- ・糖尿病 (耐糖能異常) はCKD発症, 末期腎不全への移行リスクであり, 血糖コントロールが不良であるほどそのリスクは高まる。厳格な血糖コントロールは, 糖尿病におけるCKD発症・進展を抑制する (4章 糖尿病関連腎臓病

表1 わが国のMets診断基準

必須項目	(内臓脂肪蓄積) ウエスト周囲径	男性 ≥ 85 cm 女性 ≥ 90 cm
	内臓脂肪面積男女ともに ≥ 100 cm ² に相当	
3項目のうち2項目以上	1. 高トリグリセライド血症 かつ/または 低HDLコレステロール血症	≥ 150 mg/dL < 40 mg/dL
	2. 収縮期 (最大) 血圧 かつ/または 拡張期 (最小) 血圧	≥ 130 mmHg ≥ 85 mmHg
	3. 空腹時高血糖	≥ 110 mg/dL

(p. ●●) 参照)。

IV. 脂質代謝異常とCKD

- ・脂質代謝異常はCKD発症・進展のリスク因子であり, 薬物を用いた脂質管理によりCKDの進展抑制が期待される (5章 脂質異常症・高尿酸血症 (p. ●●) 参照)。

V. 生活習慣への介入によるメタボリックシンドローム (Mets) の改善とCKD進展抑制

- ・Metsを伴うCKD患者に対して, 生活習慣への介入 (食事療法・運動療法) を行うことで, 蛋白尿の減少やeGFR低下の抑制がもたらされる

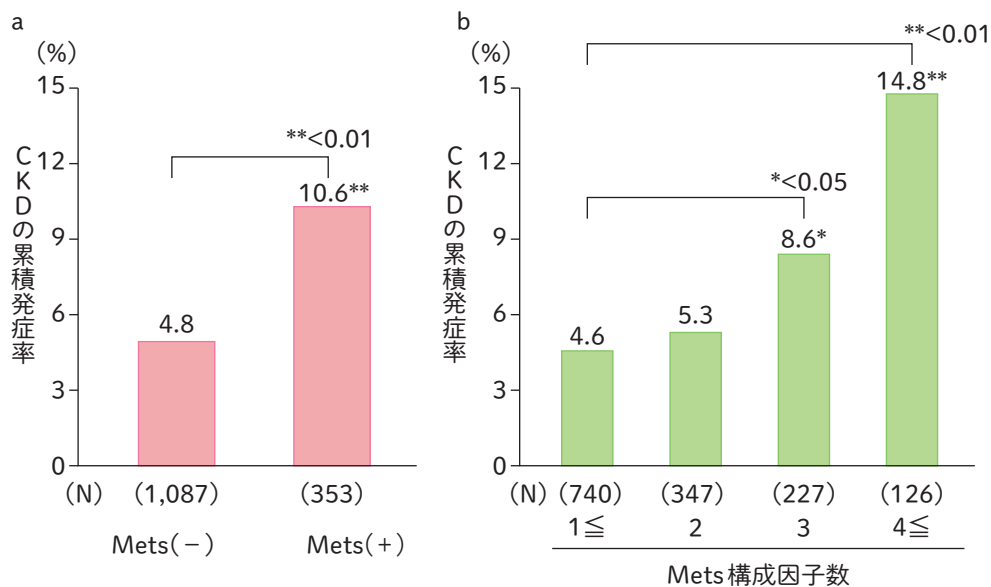


図1 日本人における Mets の CKD 発症に及ぼす影響

a : Mets の有無による CKD 累積発症率 b : Mets の構成因子数と CKD 累積発症率
久山町 1,440 人, 1988 ~ 1993 年, 累積発症率 : 年齢, 性を調整.

(Ninomiya T, et al. Am J Kidney Dis 2006 ; 48 : 383 - 391.¹⁾より引用, 改変)

可能性がある。ただし、個々の年齢や併存症、生活背景、価値観や嗜好、忍容性が異なるため、介入方法や程度については個別の判断が必要である〔6章 生活習慣（運動療法を含む p. ●●）〕。

引用文献

1. Ninomiya T, et al. Am J Kidney Dis 2006 ; 48 : 383 - 391.