



公益財団法人

鈴木謙三記念医科学応用研究財団

第66回 学術講演会

日時 平成26年11月27日(木)
午後6時30分～8時30分

場所 名古屋マリオットアソシアホテル
16階「タワーズボールルーム」

隠れ心不全・腎不全の早期発見・ 治療で80歳過ぎまで活動寿命を保つ —実地医家へのヒント—

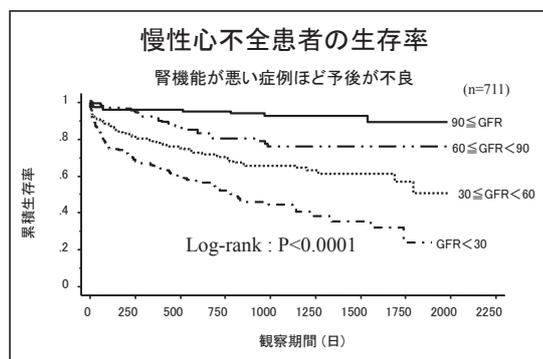
代表世話人・座長 藤田保健衛生大学 名誉教授

岡島 光治 先生

講演 I. 「心臓と腎臓は
ふたつでひとつのシステム
—心不全を予防して
元気に長生きしよう—」

平光ハートクリニック院長
藤田保健衛生大学客員准教授

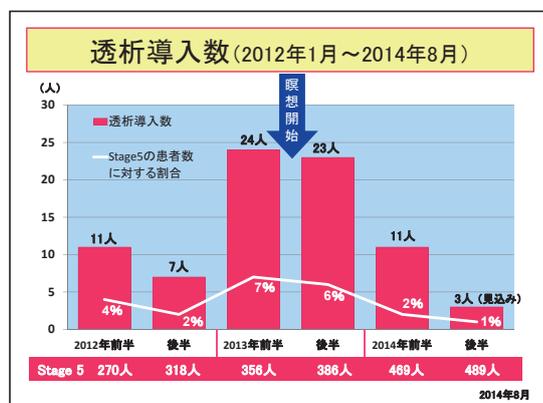
平光 伸也 先生



講演 II. 「慢性腎臓病(CKD)は腎臓保存療法
(CKM, conservative kidney
management) 中心の時代へ」

椎貝クリニック院長
JAとりで総合医療センター名誉院長

椎貝 達夫 先生



後援 / 愛知県医師会

この講演会は、愛知県医師会生涯教育認定講座2単位が取得できます。

講演I :

「心臓と腎臓は
ふたつでひとつのシステム
—心不全を予防して元気に長生きしよう—」

平光ハートクリニック院長
藤田保健衛生大学客員准教授

平 光 伸 也 先 生



講演II :

「慢性腎臓病(CKD)は腎臓保存療法
(CKM, conservative kidney
management) 中心の時代へ」

椎貝クリニック院長
JAとりで総合医療センター名誉院長

椎 貝 達 夫 先 生



プロフィール

1984年 藤田保健衛生大学医学部卒業
1991年 藤田保健衛生大学循環器内科講師
2001年 藤田保健衛生大学循環器内科准教授
2006年 藤田保健衛生大学救命救急センター 副センター長
2008年 平光ハートクリニック院長
現在に至る

大学在学中は、救命救急センターCCUで勤務し、心筋梗塞、重症心不全などの管理を行っていました。日本循環器学会の急性心不全ガイドライン策定協力員としても活動していました。研究面では、心不全、心筋疾患、高血圧、高脂血症などの臨床研究を行っています。また6年前から大学病院とクリニックを結ぶ、臨床研究もを行っています。

現 在 : 藤田保健衛生大学循環器内科客員准教授
名城大学薬学部非常勤講師
愛知県医師会学校検診委員会委員長

1964年 東京医科歯科大学卒業
1965年 同第二内科入局
1973年 医学博士
1975~1977年 ドイツミュンヘン大学留学 (Thurau教授)
1978年 東京医科歯科大学第二内科講師
1985~2009年 総合病院取手協同病院院長
2009年 同名誉院長
2009年 日本腎臓学会名誉会員
2009年 椎貝クリニック開設
現在に至る

1987年 慢性腎臓病の治療「取手方式」開始
2010年 腎臓病の新保存療法開始
2011年 D3-30プロジェクト発表 日農誌
現在 1200人近い腎臓病患者を診療、治療成績を毎年発表している。

学会活動:

日本成人病学会 (評議員)、日本腎臓学会 (評議員)、
日本農村医学会 (評議員)
厚労省 特別用途食品評価検討委員
日本腎臓学会食事療法小委員会委員長
日本腎臓学会「食事療法の手引き」小委員会委員長
日本農村医学会誌編集委員長

「心臓と腎臓はふたつでひとつのシステム —心不全を予防して元気に長生きしよう—」

平光ハートクリニック院長
藤田保健衛生大学客員准教授

平 光 伸 也

慢性心不全は、社会の高齢化に伴い急増している。またその予後は極めて不良で、大腸癌の予後に匹敵すると報告されている。この慢性心不全の治療法が、最近大きく変化した。心不全悪化の主因がポンプ作用の低下ではなく、神経体液性因子の亢進であることが判明し、疲れた心臓は動かすことより休ませることが大切であると考えられるようになった。その結果、強心薬の使用頻度は激減し、 β 遮断薬やレニン・アンジオテンシン・アルドステロン系を抑制する薬剤が多用されるようになっている。

また心不全患者の予後を規定する最も重要な因子が腎機能であることが注目され、心臓と腎臓の関係が注目されている。心臓と腎臓は今まで全く別の臓器として捉えられ、研究も臨床も別々の方向に発展してきた。心臓から分泌されるホルモンは、全て血圧を低下させる方向に働くが、腎臓から分泌されるホルモンは全て血圧を上昇させる方向に作用する。この2つの臓器は、様々なホルモンを解して血管内ボリュームと血圧を絶妙にコントロールして、血行動態を安定させるように作用している。我々は多くの心不全患者の治療をするうちに、心臓と腎臓は2つ

で1つのシステムであったのではないかと考えるようになった。我々のデータでは、連続711例の慢性心不全患者のうち慢性腎臓病（CKD）症例が60%も存在していた。しかし我々が行う心不全治療は、利尿薬の多用や厳格な水分管理に伴う脱水状態、虚血性心疾患の増加に伴う造影剤使用量の増加、頻回の採血に伴う貧血の進行など、腎臓に負担をかける治療ばかりである。入院中に腎機能が悪化する症例は予後が不良であることが報告され、これらの治療も少しずつ変化しつつある。

また腎機能低下例の増加に伴い腎性貧血が増加している。今まで心不全患者の貧血を積極的に治療する事は少なかったが、2003年にSilverbergらによりCardio Renal Anemia症候群という概念が提唱されるようになり、心不全の病態を考える上では貧血も重要であると考えられるようになってきた。さらに、腎不全を改善させる薬剤はないが、腎性貧血にはエリスロポエチンが有用であり、本剤の心不全への効果も期待されている。

今回の講演では、慢性心不全患者の自験例のデータを紹介しながら、心不全治療における腎機能と貧血の重要性、またその治療法などについて、分かりやすく解説する。

「慢性腎臓病 (CKD) は腎臓保存療法 (CKM, conservative kidney management) 中心の時代へ」

椎貝クリニック院長
JAとりで総合医療センター名誉院長

椎 貝 達 夫

1. 慢性腎臓病(CKD)の終着駅は透析療法(D)でよいのか

Dは世界中に普及しています。しかし財政面から、多くの国々ではDを続けることが困難となりそうです。東アジア地区の国々のGDPの伸びは過度のエネルギー摂取をもたらし、2型糖尿病が爆発的に増えています。欧米や日本のように末期腎不全対策をDを中心とすると、やがて財政的に破綻するでしょう。Dよりもっと安上がりの治療を必要としています。また欧米では患者さんから「D拒否」の意思表示が出るようになりました。フランス、オーストラリア・ニュージーランドではD患者の死因の第一位は、透析拒否による自死です。

日本でもDの患者さんのQOLがきわめて低いことは常識です。末期腎不全にはD以外の選択肢が必要ではないでしょうか。

2. 腎臓保存療法 (conservative kidney management,CKM) について

私がCKMを始めたのは40年前です。多くの批判を受けつつ続けてきました。現在は4つの柱からなる、かなり強化された治療を行っています。[停止+寛解]は慢性糸球体腎炎 (CGN) で280例中117

例（42%）、糖尿病性腎症（DN）で117例中45例（39%）、多発性のう胞腎で12例中5例（42%）で、これほどどこに出しても引けをとらない成績と思います。

3. CKD5期の治療

しかしいくら治療を強化してもCKDは5期（eGFR-推算糸球体濾過量- <15 ）に入ると、進行を停めることが困難になります。そこで5期のCKMを3年間かけて開発しました。

- 1) 瞑想（meditation, Med）は座禅、ヨガなどで行われているものです。Medによりこれまでの進行が有意に（ $P<0.05$ ）遅くなる率は1年間観察した74例中42例（57%）です。50%を越えているので、Medは意味がある治療法と考えています。Medの効果はランダム化比較試験で確かめる必要があります。
- 2) Camostat Mesilate（CM）の投与が、途中から進行が急に速くなる例（CGNの2%、DNの2%）の進行を抑える可能性があります。CMは膵炎の薬フォイパンで間質性腎炎に有効です。北村健一郎山梨大学教授の動物実験のデータをヒントにしています。
- 3) レニンアンジオテンシン系（RAS）阻害薬投与の中止による、進行の抑制の試みを最近はじめました。今井圓裕医師（中山寺今井クリニック）のご助言によります。

4. Dを行わず、生涯をCKMで過ごせる人が着実に増える

CKMがもう少し発展すれば、D導入は減少してゆきます。すると1.で掲げた問題も解消に向かいます。問題はCKMが普及しないことです。保険制度でCKMの優遇策をとり、日本を独自のCKD対策を持つ国としたいものです。