

はじめに

近年、末期腎不全から透析療法に導入される患者数は増加の一途を辿っているが、その代表的な原因疾患として IgA 腎症があげられる。IgA 腎症はわが国では高率にみられることから、治療法の確立が強く望まれている。本邦では、1995 年に厚生労働省特定疾患進行性腎障害に関する調査研究班と日本腎臓学会の合同委員会によって初めて「IgA 腎症診療指針」が公表され、次いで 2002 年にはその一部が修正された「IgA 腎症診療指針—第 2 版」が提示された。これらの診療指針は、予後判定基準を明確化し、その基準に従った治療指針を提言しており、治療の基本的方向性を示した点で IgA 腎症の治療に大きく貢献してきた。

近年、科学的根拠に基づいた診療指針が求められるようになり、IgA 腎症においても、わが国におけるエビデンスに基づいた診療指針が必要とされている。そこで、厚生労働省難治性疾患克服事業進行性腎障害に関する調査研究班 IgA 腎症分科会が主体となって行った多施設共同研究によって集積されたデータを解析し、今回「IgA 腎症診療指針—第 3 版」ダイジェスト版を刊行するに至った。今回の診療指針では、組織学的重症度に臨床的重症度を加味した新たな予後分類（透析導入リスクの層別化）を提唱していることが特徴である。腎臓病の診療に関わる皆様には、この新たな予後分類が提示されるに至った解析過程をご理解いただいたうえで、臨床や病理診断の場で大いに活用していただければ幸いである。なお、本指針は現時点での“まとめ”であり、皆様のご意見や新知見に基づいて今後とも改訂していくものと期待している。

平成 23 年 1 月

厚生労働省難治性疾患克服研究事業進行性腎障害に関する調査研究班
研究代表者 松尾 清一

IgA 腎症分科会
分科会会長 富野康日己

執筆者一覧

進行性腎障害に関する調査研究班

班長 松尾 清一 名古屋大学大学院医学系研究科腎臓内科学

IgA腎症分科会

| | | |
|-------|--------|--------------------|
| 分科会会长 | 富野 康日己 | 順天堂大学医学部腎臓内科 |
| | 川村 哲也 | 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 城 謙輔 | 仙台社会保険病院病理部 |
| | 宇都宮保典 | 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 小此木英男 | 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 宮崎 陽一 | 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 小池健太郎 | 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 横尾 隆 | 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 松島 雅人 | 東京慈恵会医科大学臨床疫学研究室 |
| | 吉村 光弘 | 金沢医療センター第一内科 |
| | 小倉 誠 | 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 堀越 哲 | 順天堂大学医学部腎臓内科 |
| | 鈴木 祐介 | 順天堂大学大学院医学研究科腎臓内科 |
| | 古巣 朗 | 長崎大学医学部第二内科 |
| | 木村健二郎 | 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 安田 隆 | 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 白井小百合 | 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 遠藤 正之 | 東海大学医学部腎代謝内科 |
| | 柴田 孝則 | 昭和大学医学部腎臓内科 |
| | 服部 元史 | 東京女子医科大学腎臓小児科 |
| | 秋岡 祐子 | 東京女子医科大学腎臓小児科 |
| | 平野 景太 | 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科 |
| | 片渕 律子 | 国立病院機構福岡東医療センター内科 |
| | 久野 敏 | 福岡大学医学部病理学 |
| | 清水 章 | 日本医科大学解析人体病理学 |
| | 橋口 明典 | 慶應義塾大学医学部病理学 |
| | 吉川 徳茂 | 和歌山県立医科大学小児科 |

目 次

| | |
|--|----|
| はじめに | i |
| 執筆者一覧 | ii |
| I. 第3版における改訂の要約 | 1 |
| II. IgA腎症の診断基準 | 1 |
| III. IgA腎症の腎予後判定基準（透析導入リスクの層別化） | 2 |
| 1. 組織学的重症度分類（Histological Grade : H-Grade） | 3 |
| 2. 臨床的重症度分類（Clinical Grade : C-Grade） | 4 |
| 3. 透析導入リスクの層別化 | 5 |
| IV. IgA腎症の治療指針 | 5 |

I 第3版における改訂の要約

エビデンスに基づく IgA 腎症予後分類の作成を目的に、厚生労働省難治性疾患克服事業進行性腎障害に関する調査研究班 IgA 腎症分科会が主体となり、全国 16 施設の協力を得て「IgA 腎症の腎病理所見と予後の関連に関する後ろ向き多施設共同研究（以下後ろ向き研究と略す）」を展開した。そこに集積されたデータをもとに、病理所見と腎予後（透析導入）との関連をロジスティック回帰分析にて解析した。その結果、

- (1) 細胞性または線維細胞性半月体、全節性および分節性糸球体硬化、線維性半月体が透析導入と関連した。
- (2) この 5 つの病変を有する糸球体の割合により、組織学的重症度を H-Grade I (25%未満)、II (25%以上 50%未満)、III (50%以上 75%未満)、IV (75%以上) の 4 段階に分類した。
- (3) 臨床的重症度として、尿蛋白が 0.5 g/日未満の C-Grade I、尿蛋白 0.5 g/日以上かつ eGFR60 mL/min/1.73 m²以上の C-Grade II、尿蛋白 0.5 g/日以上かつ eGFR 60 mL/min/1.73 m²未満の C-Grade III の 3 群に分類した。
- (4) 予後分類として、組織学的重症度と臨床的重症度を加味することにより、透析導入に対し、低リスク群、中等リスク群、高リスク群、超高リスク群の 4 群に層別化した。
- (5) 透析導入リスク群ごとの治療指針を提案した。

今回のリスクの層別化および各リスク群における治療指針はあくまでも後向き多施設共同研究の結果から得られたものであり、今後は厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業進行性腎障害に関する調査研究において、現在全国規模で展開中の「IgA 腎症の腎病理所見と予後の関連に関する前向き多施設共同研究（Japan IgA nephropathy cohort study : J-IGACS）」により検証し、修正していく必要があることを強調したい。

II IgA 腎症の診断基準

IgA 腎症の診断基準は、1995 年度に厚生省特定疾患進行性腎障害調査研究班と日本腎臓学会の合同委員会より提唱され、2002 年にその一部が修正された。今回は、2002 年の「IgA 腎症診療指針—第2版」で用いられていた診断基準を一部修正し、表 1 に記載する。

表 1 IgA 腎症の診断基準**1. 臨床症状**

大部分の症例は無症候であるが、ときに急性腎炎様の症状を呈することもある。ネフローゼ症候群の発現は比較的稀である。一般に経過は緩慢であるが、20年の経過で約40%の患者が末期腎不全に移行する。

2. 尿検査成績

尿異常の診断には3回以上の検尿を必要とし、そのうち2回以上は一般的尿定性試験に加えて尿沈渣の分析も行う。

A. 必発所見：持続的顕微鏡的血尿^{注1)}

B. 頻発所見：間欠的または持続的蛋白尿

C. 偶発所見：肉眼的血尿^{注2)}

3. 血液検査成績

A. 必発所見：なし

B. 頻発所見：成人の場合、血清 IgA 値 315 mg/dL 以上（標準血清を用いた多施設共同研究による）^{注3)}

4. 確定診断

腎生検による糸球体の観察が唯一の方法である。

A. 光顕所見：巢状分節性からびまん性全節性（球状）までのメサンギウム増殖性変化が主体であるが、半月体、分節性硬化、全節性硬化など多彩な病変がみられる。

B. 蛍光抗体法または酵素抗体法所見：びまん性にメサンギウム領域を主体とする IgA の顆粒状沈着^{注4)}

C. 電顕所見：メサンギウム基質内、特にパラメサンギウム領域を中心とする高電子密度物質の沈着

[付記事項]

1. 上記の 2-A, 2-B, および 3-B の 3 つの所見が認められれば、本症の可能性が高い。ただし、泌尿器科的疾患の鑑別診断を行うことが必要である。

2. 本症と類似の腎生検組織所見を示しうる紫斑病性腎炎、肝硬変症、ループス腎炎などとは、各疾患に特有の全身症状の有無や検査所見によって鑑別を行う。

注 1) 尿沈渣で、赤血球 5~6/HPF 以上。

注 2) 急性上気道炎あるいは急性消化管感染症後に併発することが多い。

注 3) 全症例の半数以上に認められる。従来の基準のなかには成人の場合、半数以上の患者で血清 IgA 値は 350 mg/dL 以上を呈するとされていたが、その時点では IgA の標準化はなされていなかった。

注 4) 他の免疫グロブリンと比較して、IgA が優位である。

（下線は第 3 版での改正部位）

III**IgA 腎症の腎予後判定基準（透析導入リスクの層別化）**

エビデンスに基づく IgA 腎症予後分類の作成を目的に行われた「IgA 腎症の腎病理所見と予後の関連に関する後ろ向き多施設共同研究」で集積されたデータをもとに、腎病理所見および腎生検時臨床所見と腎予後（透析導入）との関連をロジスティック回帰分析にて解析した。その結果、

細胞性/線維細胞性半月体、全節性および分節性糸球体硬化、線維性半月体

腎生検時の尿蛋白、血清クレアチニン、eGFR

が透析導入と関連する因子であることが明らかにされた。以下に、これらの予後関連因子を用いて作成した組織学的重症度分類、臨床的重症度分類および両者を加味した透析導入リスクの層別化を提示する。

1. 組織学的重症度分類 (Histological Grade : H-Grade)

H-Grade は腎生検光顕標本の組織所見をもとに行う。なお、標本中の糸球体数は10個以上であることが望ましい。

1) 糸球体所見

糸球体病変では、細胞性半月体（係蹄壊死を含む）および線維細胞性半月体を急性病変 (acute lesion : A) とし、全節性硬化、分節性硬化および線維性半月体を慢性病変 (chronic lesion : C) として評価する^{注1,2)}。この5つの病変のいずれかをもつ糸球体が観察した全糸球体数に占める割合(%)により、H-Grade を以下の4段階に分類する。

- ① H-Grade I : 25%未満
- ② H-Grade II : 25%以上かつ 50%未満
- ③ H-Grade III : 50%以上かつ 75%未満
- ④ H-Grade IV : 75%以上

さらに、急性病変 (A) のみをもつ症例、急性病変 (A) と慢性病変 (C) をもつ症例、慢性病変 (C) のみもつ症例に対して、それぞれ A, A/C, C と付記することとする (表2)。

表2 組織学的重症度分類

| 組織学的重症度 | 腎予後と関連する病変*を有する糸球体/総糸球体数 | 急性病変のみ | 急性病変+慢性病変 | 慢性病変のみ |
|-------------|--------------------------|--------|-----------|--------|
| H-Grade I | 0~24.9% | A | A/C | C |
| H-Grade II | 25~49.9% | A | A/C | C |
| H-Grade III | 50~74.9% | A | A/C | C |
| H-Grade IV | 75%以上 | A | A/C | C |

*急性病変 (A) : 細胞性半月体 (係蹄壊死を含む)、線維細胞性半月体

慢性病変 (C) : 全節性硬化、分節性硬化、線維性半月体

注1) これら5つの病変は、2009年に報告された「IgA腎症オックスフォード分類」で採用された以下の定義に基づいて評価するものとする。

細胞性半月体 : 3層以上の管外性細胞増殖があり、その成分として細胞が50%を超える病変 (A)

係蹄壊死 : フィブリンの滲出や核崩壊を伴った糸球体基底膜の断裂 (壊死の基準を満たすには、少なくともこれら3つのうち2つの病変の存在が必要) (B)

線維細胞性半月体 : 細胞が50%未満で細胞外基質が90%未満の組合せからなる線維細胞増殖 (C)

全節性硬化 : すべての糸球体毛細血管係蹄が硬化した病変 (D)

分節性硬化 : 糸球体毛細血管係蹄の硬化がみられるが、すべての係蹄に及ばないもの (E)

線維性半月体 : 90%以上の細胞外基質からなるボウマン嚢円周の10%を超える管外性線維性病変 (F)

注2) 従来の予後判定基準で採用されていたボウマン嚢との癒着は、以下のオックスフォード分類の定義に従って厳密に評価したところ、予後関連因子としては選択されなかった。

癒着 : 糸球体毛細血管係蹄とボウマン嚢の間の連続した領域を指し、管外性病変や分節性硬化病変とは区別される。 (G)

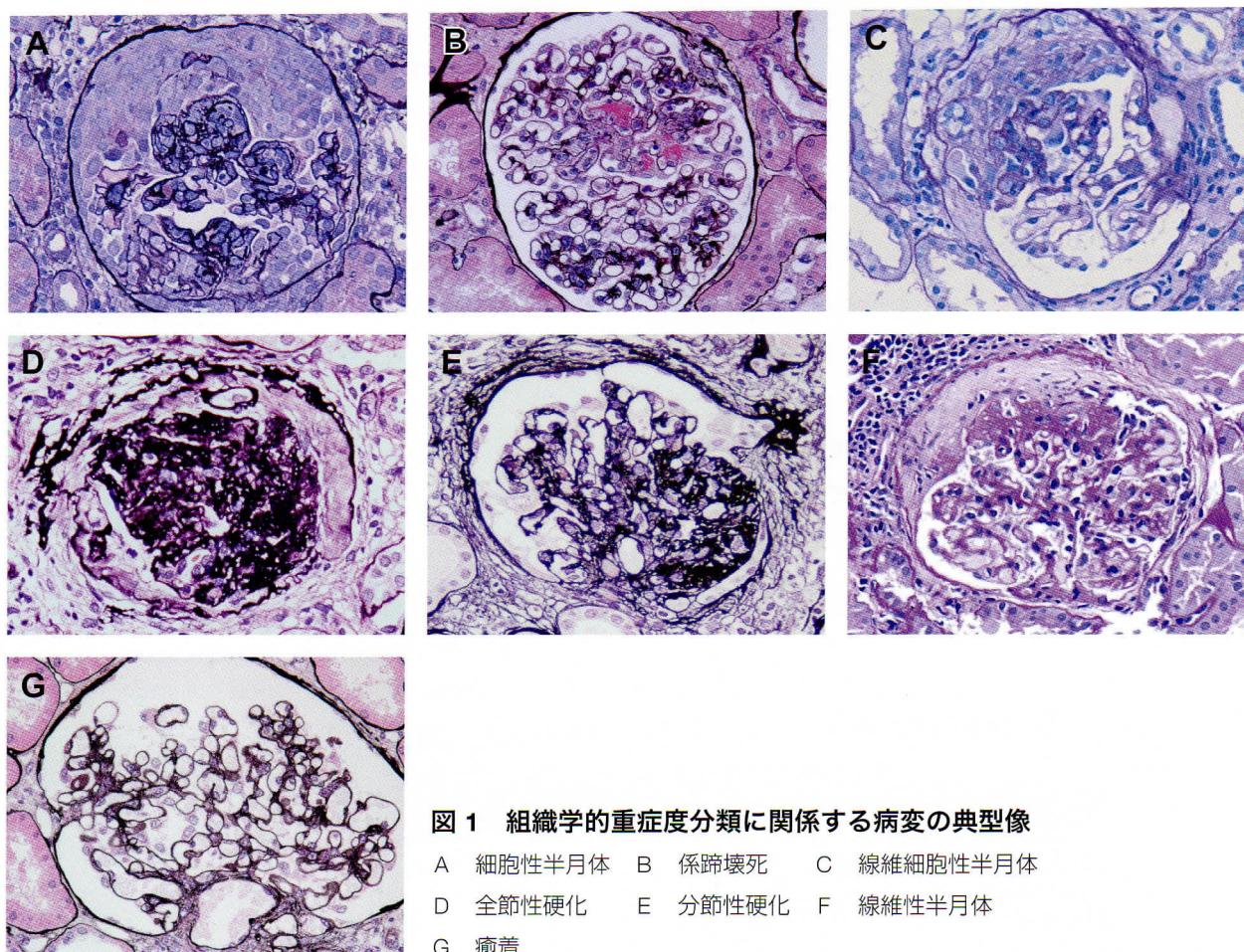


図 1 組織学的重症度分類に関する病変の典型像

- A 細胞性半月体 B 係蹄壊死 C 線維細胞性半月体
 D 全節性硬化 E 分節性硬化 F 線維性半月体
 G 痢着

2) 尿細管・間質所見

後ろ向き研究では、間質線維化は全節性糸球体硬化と極めて高い相関を示したことから、組織学的重症度の判定にあたっては、標本中の糸球体数が10個未満の場合は、間質線維化の程度を参考にして重症度を判定することも可能である。

2. 臨床的重症度分類 (Clinical Grade : C-Grade)

腎生検時の尿蛋白量と腎機能 (eGFR) により、C-Grade を以下の3段階に分類する (表3)。

- ① C-Grade I : 尿蛋白量 0.5 g/日未満
- ② C-Grade II : 尿蛋白量 0.5 g/日以上かつ eGFR 60 mL/min/1.73 m²以上
- ③ C-Grade III : 尿蛋白量 0.5 g/日以上かつ eGFR 60 mL/min/1.73 m²未満

表 3 臨床的重症度分類

| 臨床的重症度 | 尿蛋白 (g/日) | eGFR (mL/min/1.73 m ²) |
|-------------|-----------|------------------------------------|
| C-Grade I | <0.5 | — |
| C-Grade II | 0.5≤ | 60≤ |
| C-Grade III | | <60 |

3. 透析導入リスクの層別化

後ろ向き研究においては、C-Grade I かつ H-Grade I の群における透析導入例は 72 例中 1 例 (1.4%) のみであったことから、これを低リスク群とし、その他の群の透析導入リスクを低リスク群に対するオッズ比で表わすと、オッズ比が 15 未満の群（中等リスク群）、15 以上 50 未満の群（高リスク群）、50 以上の群（超高リスク群）の 4 群におおよそ層別することが可能であり、表 4 に IgA 腎症患者の透析導入リスクの層別化として提示する（表 4）。

表 4 IgA 腎症患者の透析導入リスクの層別化

| 組織的重症度 臨床的重症度 | H-Grade I | H-Grade II | H-Grade III+IV |
|------------------|-----------|------------|----------------|
| C-Grade I | 低リスク | 中等リスク | 高リスク |
| C-Grade II | 中等リスク | 中等リスク | 高リスク |
| C-Grade III | 高リスク | 高リスク | 超高リスク |

〔分類〕

IgA 腎症患者を腎生検施行の時点で H-Grade と C-Grade をもとに以下の 4 群に分ける。ただし、経過中に他の群に移行することがある。

- ① 低リスク群：透析療法に至るリスクが少ないもの^{注1}。
- ② 中等リスク群：透析療法に至るリスクが中程度あるもの^{注2}。
- ③ 高リスク群：透析療法に至るリスクが高いもの^{注3}。
- ④ 超高リスク群：5 年以内に透析療法に至るリスクが高いもの^{注4}。

〔付記事項〕

後ろ向き多施設共同研究からみた参考データ

注 1) 72 例中 1 例 (1.4%) のみが生検後 18.6 年で透析に移行。

注 2) 115 例中 13 例 (11.3%) が生検後 3.7～19.3 (平均 11.5) 年で透析に移行。

注 3) 49 例中 12 例 (24.5%) が生検後 2.8～19.6 (平均 8.9) 年で透析に移行。

注 4) 34 例中 22 例 (64.7%) が生検後 0.7～13.1 (平均 5.1) 年で、また 14 例 (41.2%) が 5 年以内に透析に移行。

今回提示した透析導入リスクの層別化表を理解するうえで注意していただきたいことは、この分類はあくまで種々の治療を受けた結果としての腎予後を反映しているという点である。したがって、ここでいう低リスク群は、積極的な治療を行わなくても予後が良いという意味の低リスク群ではない。また同様に、高リスク群および超高リスク群では治療が不十分であったために予後不良となった可能性は低いと考えられる。

IV IgA 腎症の治療指針

透析導入リスクの層別化に基づいて分類された 4 つの各リスク群に対して、生活指導、食事療法、薬物療法を表 5 に提示した。明確なエビデンスが得られていない記述も含まれるが、可能な限り他の診療ガイドラインとの整合性を図りながら作成している。表 6 にはエビデンスに基づいた IgA 腎症に対する薬物療法を列挙した。今後は、治療に関するさらなるエビデンスの集積とその解析によって、この治療指針を修正していく必要があると思われる。

表 5 IgA 腎症の治療指針

本症患者を「IgA 腎症の透析導入に対するリスク層別化」に基づき、①低リスク群、②中等リスク群、③高リスク群、④超高リスク群のいずれかに分類する。それぞれの群における治療指針を以下に記す。

生活習慣および食事療法については、CKD 診療ガイドおよび CKD 診療ガイドラインを参考に各 CKD ステージに従い指導する。さらに、本症における薬物療法については、エビデンス（表 6）を参照とする。なお、経過中に他のリスク群に移行することがあることを念頭に定期的観察が必要である。

【全てのリスク群に共通する治療指針】

- 生活習慣のは是正：禁煙、適正飲酒量の指導、体重の管理を行う^{注1)}。
- 診察・検査項目：定期的な血圧測定および腎機能の評価（血清クレアチニン、eGFR など）を含む血液生化学検査、尿定性試験・沈渣、尿中蛋白・クレアチニン定量（蛋白/クレアチニン比）、可能であれば蓄尿検査による 1 日尿蛋白排泄量やクレアチニンクリアランスの測定を行う。
- エネルギー摂取量：エネルギー摂取量は、年齢、性別、運動量を加味しながら 25~35 kcal/kg 標準体重/日を目安とする。なお、摂取エネルギーの決定後は、体重変化を観察しながら適正エネルギー量となっているかを経時的に評価しつつ調整を加える。

【リスク群別の治療指針】

1. 低リスク群

- 生活指導：特に運動制限を行う必要はないが、生活習慣のは是正を指導する。診察は少なくとも 3~6 ヶ月に 1 回とする。
- 食事療法：過剰の塩分摂取を避け、腎機能低下例では過剰なたんぱく質摂取を避ける（0.8~1.0 g/kg 標準体重/日）。
- 薬物療法：尿蛋白量、高血圧の有無や腎組織所見を参考に、抗血小板薬や降圧薬を用いる^{注2)}。副腎皮質ステロイド療法（パルス療法を含む）は糸球体に急性活動性病変を有する場合に考慮する^{注3)}。

2. 中等リスク群

- 生活指導：個々の血圧、尿蛋白、腎機能などを慎重にみながら運動量を調節する。診察は少なくとも 1~3 ヶ月に 1 回とする。
- 食事療法：腎機能、尿蛋白量、血圧に応じた、たんぱく質摂取（0.8~1.0 g/kg 標準体重/日）や食塩の制限（基本は 6 g/日未満）を行う。
- 薬物療法：尿蛋白量、高血圧の有無や腎組織所見を参考に、抗血小板薬、降圧薬や副腎皮質ステロイド薬（パルス療法を含む）を用いる^{注2,3)}。特に、糸球体に急性活動性病変を認め、尿蛋白量が 0.5 g/日以上で、eGFR が 60 mL/min/1.73 m²以上の場合は、副腎皮質ステロイド療法（パルス療法を含む）の適応を積極的に考慮する（表 6）。

3. 高リスク群

- 生活指導：個々の血圧、尿蛋白、腎機能などを慎重にみながら運動量を調節する。診察は原則として 1 ヶ月に 1 回とする。妊娠・出産には注意が必要である。
- 食事療法：腎機能、尿蛋白量、血圧に応じてたんぱく質制限（0.6~0.8 g/kg 標準体重/日）や食塩の制限（基本は 6 g/日未満）を行う。必要に応じてカリウム制限を行う。
- 薬物療法：腎機能、尿蛋白量、高血圧の有無や腎組織所見を参考に、抗血小板薬、降圧薬や副腎皮質ステロイド療法（パルス療法を含む）を用いる^{注2,3)}。特に、糸球体に急性活動性病変を認め、eGFR が 60 mL/min/1.73 m²以上の場合に、副腎皮質ステロイド療法（パルス療法を含む）を考慮する（表 6）。

4. 超高リスク群

- 生活指導：高リスク群に準じた生活指導を行う。妊娠・出産には厳重な注意が必要である。
- 食事療法：食塩（6 g/日未満）、たんぱく質制限（0.6~0.8 g/kg 標準体重/日）および適切なカリウム制限を行う。
- 薬物療法：高リスク群に準じるが、病態によっては慢性腎不全の治療を行う。ただし、慢性病変が糸球体病変の主体をなす場合には、副腎皮質ステロイド療法の適応については慎重に考慮すべきである（表 6）。

注 1) 体重の管理は、標準体重 $[(\text{身長 m})^2 \times 22]$ (kg) に近づけるように指導する。

注 2) 降圧には、アンジオテンシン変換酵素阻害薬、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬を第一選択とし、降圧目標が達成できないときには第二選択薬として利尿薬またはカルシウム拮抗薬の併用療法を考慮する。

注 3) 使用に際しては、腎臓専門医の意見を参考にすることが望ましい。現在、わが国で、治療法の一つとして扁桃摘出術（病巣感染巣除去）と副腎皮質ステロイドパルス療法の併用の有効性について調査・研究が行われている。

表6 IgA腎症の薬物療法

エビデンスに基づいた IgA腎症の薬物療法を提示する。

- ① 経口副腎皮質ステロイド薬：尿蛋白 0.5 g/日以上かつ eGFR 60 mL/min/1.73 m²以上の症例が良い適応となる。組織学的に急性病変を含む症例を対象とする。プレドニゾロン 30～40 mg/日を初期投与量とする 2 年間の持続漸減療法では、尿蛋白減少と腎機能障害進展抑制が認められた^{注1)}。一方、20 mg/日を初期投与量とする RCT の成績では尿蛋白低下効果は認められるものの、腎機能障害進展抑制に対する有効性は認められなかった。腎機能低下例 (eGFR 60 mL/min/1.73 m²未満) における腎機能障害進展抑制効果は明らかにされていない。
 - ② ステロイドパルス療法：血清クレアチニン 1.5 mg/dL 以下および尿蛋白 1.0～3.5 g/日を呈する症例において、メチルプレドニゾロン 1 g の 3 日間投与を 1 クールとして、隔月で計 3 回施行する点滴静注療法が尿蛋白を減少させ、腎機能の長期予後を改善させるというエビデンスがある^{注2)}。一方、血清クレアチニン 1.5 mg/dL 以上を呈する症例での有効性に関しては明確なエビデンスがない。
 - ③ 扁桃摘出術（扁摘）+ステロイドパルス療法：臨床的寛解が期待できる治療法として、わが国から報告されている。扁摘後のステロイドパルス療法は 1 ル月以内に 3 クール施行する方法と、隔月で 3 クール施行する投与法の 2 つに大別される^{注3)}。ステロイドパルス単独療法に比して高率に臨床的寛解に導入できるかどうかに関して、現在扁摘+ステロイドパルス療法の有効性に関する多施設共同ランダム化比較試験が行われている。一方、血清クレアチニン 1.5～2.0 mg/dL の症例に対しても有効であるとする報告もあるが、症例対照研究のため十分なエビデンスとはいえない。
 - ④ 降圧薬：高血圧または正常高値血圧を呈する症例を対象とし、130/80 mmHg 未満（ただし、尿蛋白が 1 g/日以上の場合は 125/75 mmHg 未満）を降圧目標とする。アンジオテンシン変換酵素阻害薬やアンジオテンシンⅡ受容体阻害薬が第一選択薬となる。腎機能低下例においても、血清クレアチニン値やカリウム値に注意しながら少量から投与し、漸増する。降圧や抗蛋白尿効果が不十分であれば、少量の降圧利尿薬、カルシウム拮抗薬を併用、さらに不十分であれば、他降圧薬を併用する。またアンジオテンシン変換酵素阻害薬とアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬の併用が、それぞれの単独投与よりも強い抗蛋白尿効果を示すとする報告もある。正常血圧の症例においても、両薬物は抗蛋白尿効果を発揮するが、わが国では保険適用はない。
 - ⑤ 免疫抑制薬：第2版では「通常使用しない」と記されていたが、血清クレアチニン 1.5 mg/dL 以上、中等度から高度の組織障害を有する進行性 IgA腎症に対して、シクロホスファミドやアザチオプリンが副腎皮質ステロイド薬との併用において腎機能保持に有効であるとする成績がある。
 - ⑥ 抗血小板薬：ジピリダモールや塩酸ジラゼブは蛋白尿減少効果を有するが、腎機能障害の進展抑制に関する有効性は明らかではない。
 - ⑦ 抗凝固薬：腎生検で半月体形成、糸球体硬化、糸球体係蹄のボウマン嚢との癒着などが目立つ場合はワルファリンを用いるが、入院患者ではヘパリンを用いることもある。
- 注1) ステロイドの初期投与量や患者背景によっては、日和見感染や消化管出血などの重大な副作用の合併予防の立場から、長期入院を必要とする場合がある。
- 注2) 進行性腎障害に関する調査研究班が 2008 年に行った「IgA腎症の治療に関する全国アンケート調査」では、わが国ではメチルプレドニゾロン 0.5 g を 3 日間連続で投与する施設が多かった。
- 注3) 同アンケート調査では、プロトコール明記のあった 111 施設のうち、53 施設が 7 日間隔で 3 クールを、21 施設が 60 日間隔で 3 クールを施行していた。

IgA腎症診療指針 第3版—ダイジェスト版

平成23年1月発行

発行人.....松尾清一

編集.....厚生労働省難治性疾患克服研究事業
進行性腎障害に関する調査研究班

〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65

名古屋大学大学院医学系研究科腎臓内科学

電話：052-744-2182 FAX：052-744-2184

制作.....株式会社 東京医学社