

# 紫斑病性腎炎

河西紀昭 (北里大学小児科)

## はじめに

小児期の慢性腎不全の原因となる疾患の中で紫斑病性腎炎の占める地位は大きい。特にその重症例に対しては治療方法も確立されていないのが現状である。そこで retrospective に紫斑病性腎炎が原因で腎不全となり、死亡あるいは透析中、あるいは腎移植を施行した症例を集め、腎不全に進行する症例の特徴を調べることを今年度の目標とした。

## 症例ならびに結果

研究協力者8名(河西紀昭, 伊藤克己, 吉川徳茂, 和田博義, 伊藤拓, 武田修明, 山下文雄, 重松秀一)により8施設(北里大学, 東京女子医大, 神戸大学, 兵庫医大, 清瀬小児病院, 倉敷中央病院, 久留米大学, 信州大学)から集められた21例を対象として検討した。表1に清瀬小児病院(伊藤拓)ならびに神戸大学(吉川徳茂)からの紫斑病性腎炎症例の一

Renal Presentation	No. of Patients	Follow-up Status			
		A	B	C	D
Nephrotic syndrome & renal insufficiency	15	3	2	-	10
Proteinuria & renal insufficiency	7	4	-	1	2
Nephrotic syndrome	17	8	5	1	3
Proteinuria $\geq 1$ g/day without nephrotic syndrome	55	23	23	6	3
Proteinuria $< 1$ g/day	34	16	14	3	1
Total	128	54	44	11	19

State A: normal

State B: minor urinary abnormalities

State C: active renal disease  
proteinuria  $\geq 1$  g/day, GFR  $\geq 60$  ml/m

State D: renal insufficiency  
active renal disease, GFR  $< 60$  ml/m

覧を示す。表中 status D にある症例が慢性腎障害をきたした症例である。status D 19 例中 16 例が死亡もしくは透析、移植に移行した。表中の腎症状のうち腎機能障害 (renal insufficiency) は  $GFR < 60 \text{ ml/min/1.73 m}^2 \text{ SA}$  のものとしている。また retrospective な検討であるため GFR の多くは血清クレアチニン値と身長による簡易計算法 (\*脚注) により算出しているため比較的正常に近いボーダーラインのところでの誤差が大きいのはやむを得ないところである。しかしそれにしても表中腎機能障害を伴うネフローゼ症候群と腎機能障害を伴わないネフローゼ症候群とでその予後 (慢性腎障害: 前者 10/15, 66%, 後者 3/17, 18%) に大きな差を認める。従って病初期の腎機能障害, 特に持続せるものの有無は腎不全進行症例の判別の参考となる。ただしアレルギー性紫斑病の特徴として腹痛をきたすものが多く脱水をきたし易いために, 脱水による多少の血清クレアチニン値の上昇と腎炎 (ネフローゼ症候群) によるそれとを区別する必要があるかもしれない。それには FENa が参考になるだろうと考えている。またネフローゼ症候群をきたさない程度の蛋白尿の症例の中からも腎機能障害例がでていた点も注意を要する。

$$* \text{脚注} \quad \frac{\text{height (cm)} \times 0.55}{\text{Serum creatinine (mg/dl)}} = \text{GFR (Schwartz et al, 1976)}$$

次に表 2 に北里大学からの死亡, 透析, 移植例の 5 例を示す。この 5 例のうち病初期から腎機能障害を呈したものは発症から 3 ヶ月で腎不全に進行した 1 例 (表 2, 症例 4) のみであった。他の 4 例は特にその異常尿所見 (肉眼的血尿および多量の蛋白尿) ならびにネフローゼ症候群が発症早期からはじまり発症から 3 ヶ月以上にわたって持続した。しかもこのように長期に持続した肉眼的血尿とネフローゼ症候群の症例は 5 例で, その全例が腎不全に進行したことになる。

Table 2

Case No.	Name	Sex	Age	Haematuria	Proteinuria	Nephrotic syndrome	Outcome
1	MN	M	2	macro	heavy	+	dead
2	HO	F	5	macro	heavy	+	HD
3	TO	M	7	macro	heavy	+	dead
4	TM	M	2	macro	heavy	+	Tx
5	YU	F	11	macro	heavy	+	HD

macro: macrohaematuria    HD: haemodialysis    Tx: renal transplantation

## 考 察

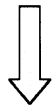
重症の紫斑病性腎炎症例に対しては、ステロイド剤、パルス療法、免疫抑制剤等により治療を行っているがその効果は報告者により一定せず、無効であるあるいは逆に増悪させるとの報告も散見する。最近いくつかの施設で重症例に対して血漿交換療法およびその後療法としてステロイドあるいは免疫抑制剤多剤少量併用療法を行い効果を認めている。しかしたとえ重症といえども紫斑病性腎炎は一般に血漿交換療法の適応症として認められてはいない。従って今回の班研究により腎不全進行症例の特徴を調べ、これにより次に比較的早期に腎不全に進行する可能性の強い症例を prospective に選択し、血漿交換療法の効果を、できれば controlled study で判定し、最終的に血漿交換療法導入の criteria を作成したい。

腎不全への進行を疑わしめる徴候は次の通りである。

1) ネフローゼ症候群を呈し病初期から腎機能障害 ( $GFR < 60 \text{ m/min, } 1.73 \text{ m}^2 \text{ SA}$ ) を示す。

2) 病初期より肉眼的血尿およびネフローゼ症候群を呈しこれら両所見が3ヶ月以上にわたって持続する。

次年度はこのような症例において腎生検所見（特に電顕、蛍光）を参考にし、また血中の免疫複合体を3法——conglutinin 法（兵庫医大、和田博義）PAT法（北里大学、河西紀昭）Ciq binding法（北里大学、飯高喜久雄）——により経時的に測定し参考にして経過を追う方針である。経過中に必要となれば血漿交換療法を行いその効果を判定する。



**検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用  
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



はじめに

小児期の慢性腎不全の原因となる疾患の中で紫斑病性腎炎の占める地位は大きい。特にその重症例に対しては治療方法も確立されていないのが現状である。そこで retrospective に紫斑病性腎炎が原因で腎不全となり、死亡あるいは透析中、あるいは腎移植を施行した症例を集め、腎不全に進行する症例の特徴を調べることを今年度の目標とした。