

いる)月 2 回の定期採血で Hb が目標値におさまっているかどうかを確認することが必要になるわけです。

それでは腎性貧血とは？

実は腎臓は、赤血球を造る指令塔といえるエリスロポエチン(EPO)というホルモンを作っています。この EPO の指令により骨の中の骨髄というところで赤血球が造られます。慢性腎臓病が進行すると、EPO の産生・分泌が低下することと、赤血球が造られるのを妨げる尿毒素が体内に蓄積することで貧血を呈するようになりますが、これが腎性貧血です。したがって、その治療の主体は EPO の投与と尿毒素を取り除くため十分な透析を行うことです。

腎性貧血治療薬

遺伝子工学の発展により、1990 年には EPO そのものが治療に応用されるようになりました。さらに EPO に修飾を加えた製剤も含め、同様の機序での腎性貧血治療薬を赤血球造血刺激因子製剤(ESA)と呼びます。現在わが国では、5種類の ESA(エポジン®、エスポー®、エポエチンアルファBS®、ネスプ®、ミルセラ®)が使用可能となっています。医療の進歩はめざましく、今後異なる機序の製剤も含めた腎性貧血治療薬が開発中で、まもなく使用できるようになる薬剤もあります。

維持すべき目標 Hb 値

“慢性腎臓病患者における腎性貧血治療のガイドライン”(JSDT 2015 年版)では、血液透析患者さんの維持すべき **Hb 目標値**は週初めの(透析前の)採血で **10g/dL 以上、12g/dL 未満**とされました。

腎性貧血の治療は、この目標値を達成するように ESA 投与を調節することが主体です。

この際、Hb を急速に変化させない、Hb の変動幅を大きくしない、ESA 量は必要最小限にする、といった注意点があります。とはいえ、Hb を常にこの目標範囲内に保つことが最も重要な点であることは言うまでもありません。したがって ESA 増減のポイントは、Hb が 10g/dL を切りそうになったら ESA を増量あるいは開始する、12g/dL を超えそう