

正誤表・更新情報

本書中に訂正・更新箇所等がございました。お手数をお掛けしますが、下記ご参照頂けますようお願い申しあげます（2015年1月21日）

■第1版 第3刷（2013年9月20日発行）の修正・更新箇所

※第1刷からの修正箇所はhttp://www.yodoshisha.co.jp/correction/9784758108706_corrections.pdfをご参照ください

頁	場所	修正前	修正後	補足	掲載
Color Atlas					
12	図Bタイトル	腫瘍性大腸炎の内視鏡像	潰瘍性大腸炎の内視鏡像		15/01/21
第1章					
21	表3キャプション	陰性予測値(適中度) = <u>c</u> /(c+d)	陰性予測値(適中度) = <u>d</u> /(c+d)		15/01/21
34	図16の2サイクル目、30~40サイクル目	合成されたDNAが鋳型DNAの5末端より先まで延びている	合成されたDNAは鋳型DNAの5末端までの長さになる	※1参照	15/01/21
第2章					
43	表7	病期分類の変更により、第3期のA・Bの区分がなくなったため、表を差し替えます		※2参照	15/01/21
43-44	43頁右段上から5行目～44頁左段上から4行目	●第3期A(顎性腎症前期):タンパク尿が増加するが～【中略】～摂取総エネルギーは30～35kcal/標準体重(kg)/日に増加する。	●第3期(顎性腎症):顎性アルブミン尿(300 mg/gCr以上)もしくは持続性タンパク尿(0.5 g/gCr以上)を認めるが、GFRは30 mL/1.73 m ² 以上である。治療は0.8～1.0 g/標準体重(kg)/日のタンパク質制限を行う。また食塩の摂取も6g/日未満に制限する。高カリウム血症がある場合はカリウムの摂取を2.0 g/日未満とする。	病期分類の変更により、第3期のA・Bの区分がなくなったため	15/01/21
44	左段8行目	30～35kcal/標準体重(kg)/日	25～35kcal/標準体重(kg)/日		15/01/21
45	右段下から6行目	指示エネルギー量の55～60%	指示エネルギー量の50～60%		15/01/21
46	表12	新薬追加のため、表を差し替えます		※3参照	15/01/21
47	左段9行目下に追加		④SGLT-2阻害薬 腎臓でのブドウ糖再吸収を阻害して、尿中排泄を促進する。単独投与では低血糖の可能性は少ない	新薬追加のため	15/01/21
47	左段10行目	④ビグアナイド薬	⑤ビグアナイド薬		15/01/21
47	左段15行目	⑤チアゾリジン薬	⑥チアゾリジン薬		15/01/21
47	左段18行目	⑥DPP-4阻害薬	⑦DPP-4阻害薬		15/01/21
51	表17	「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」の改訂に合わせて表を差し替えます		※4参照	15/01/21
52	表18	「動脈硬化性疾患予防ガイドライン」の改訂に合わせて表を差し替えます		※5参照	15/01/21
67	文献6の下に追加		7)「糖尿病治療ガイド2014-2015」(日本糖尿病学会編), 文光堂, 2014 8)「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版」(日本動脈硬化学会), 2012		15/01/21
第4章					
83	右段5～15行目差し替え	・慢性胃炎は、本来は病理組織学的診断名であり～【中略】～除菌によって胃癌発生抑制が期待される ²⁾	・慢性胃炎の多くはヘリコバクター・ピロリ感染が原因で、病理組織学的に胃粘膜に炎症や萎縮を認めたものを「慢性胃炎」と診断する ・慢性胃炎の頻度はヘリコバクター・ピロリ感染率とほぼ一致し、年代とともに増加する ・慢性胃炎の原因として、まれに自己免疫性胃炎(悪性貧血など)、好酸球性胃炎などがある		15/01/21

84	左段最終行の下に追加		・ヘリコバクター・ピロリ感染による萎縮性胃炎の場合は、除菌治療を行う		15/01/21
87	左段13行目	(X)神経を介して延髓網様態の嚥下中枢を興奮させる	(X)神経を介して延髓網様体の嚥下中枢を興奮させる		15/01/21
89	右段「A炎症性腸疾患」内6行目	若い成人にみられ、消化管のどの部位にも起こりうる。	若い成人(男性は20代～30代前半、女性は10代後半～20代)にみられ、男性消化管のどの部位にも起こりうる。		15/01/21
89	右段「A炎症性腸疾患」内9行目	小児では発達障害がみられる。	小児では発達障害がみられる。慢性炎症を反映して炎症反応の亢進(赤沈亢進、CRP上昇)血小板増加、血中アリブミン低下、総コレステロール低下	内容の追加	15/01/21
89	右段下から2～5行目	●急性増悪期：入院・絶食～【中略】～炎症性サイトカインをターゲットとしたものも含む)	●緩解導入療法：軽症～中等症の場合、5-アミノサリチル酸(5-ASA)、栄養療法(900 kcal/日)、中等症～重症ではステロイド、成分栄養剤や消化態栄養剤などの経腸栄養療法、抗TNF-α抗体製剤の投与も考慮 ●緩解維持療法：在宅経腸栄養療法、アザチオプリン、5-ASA		15/01/21
91	左段11行目	関与していると考えられている。	関与していると考えられている。発症年齢は25～30歳にピーク。有病者数は30代で最多、40～50代まで幅広い年代層でみられる。	内容の追加	15/01/21
91	図8タイトル	腫瘍性大腸炎の内視鏡像	潰瘍性大腸炎の内視鏡像		15/01/21
95	文献	4)「消化器診療」(日本消化器病学会監、「消化器病診療」編集委員会編), 医学書院, 2004	4)「消化器診療(第2版)」(日本消化器病学会監、「消化器病診療(第2版)」編集委員会編), 医学書院, 2014		15/01/21

第5章

100	左段6行目	国内での発生数はA型:50%強、B型:25～30%、C型:10%、D、E型はきわめて少ない。	国内での発生数はA型:35%，B型:29%，C型:9%，D、E型はきわめて少ない。		15/01/21
102	左段3行目	HCVマーカーの陽性化により診断する。	HCVマーカーの陽性化(HCV-RNA陽性、HCV抗体陽性)により診断する。		15/01/21
103	左段6行目	併用療法によりHCVを排除する	併用療法、プロテアーゼ阻害薬、によりHCVを排除する		15/01/21
111	右段6行目	非代償期では疼痛は軽減されていることが多い、消化酵素、インスリン補充を行う。	非代償期では疼痛は軽減されていることが多い、(高力価)消化酵素、インスリン補充を行う。		15/01/21
113	左段下から4行目	脾癌の化学療法においては、現在、第一選択の標準治療薬である。2006年には、TS-1(ティーエスワン [®])も保険適応を受けた。	脾癌の化学療法においては、これまで、第一選択薬の標準治療薬であった。その後、2006年にはTS-1(ティーエスワン [®])、2014年にはFOFIRINOX療法、アブラキサン [®] と保険適応を受け、治療選択肢が増えてきた。		15/01/21
113	文献	1)「消化器診療」(日本消化器病学会監、「消化器病診療」編集委員会編), 医学書院, 2004	1)「消化器診療(第2版)」(日本消化器病学会監、「消化器病診療(第2版)」編集委員会編), 医学書院, 2014		15/01/21
113	文献	11)「科学的根拠に基づく膀胱診療ガイドライン2009年度版」(日本膀胱学会編), 金原出版, 2009	11)「科学的根拠に基づく膀胱診療ガイドライン2013年度版」(日本膀胱学会編), 金原出版, 2013		15/01/21

第6章

118	右段下から12行目	これに対し、近年、画像診断の進歩により、左室収縮能が正常または軽度の低下で、むしろ拡張機能が低下して心不全症状を呈している場合があることが明らかにされ。	これに対し、画像診断の進歩により、左室収縮能が正常で、拡張機能が低下して心不全症状を呈している場合があることが明らかにされ。		15/01/21
118	右段下から9行目	水分と塩分(食塩)制限が治療の基本になる。	水分と塩分(食塩)制限が治療の基本になる。なお、最近では「収縮不全」を「左室収縮性が低下した心不全」、「拡張不全」を「左室収縮性が保持された心不全」と呼ぶことが多い。	内容の追加	15/01/21
123	左段下から8行目	クレアチニンキナーゼ(CK)などの心筋逸脱酵素の上昇を伴わない。	クレアチニンキナーゼ(CK)などの心筋逸脱酵素の上昇を伴わない。		15/01/21
126	表8	「高血圧治療ガイドライン」の改訂に合わせて表を差し替えます		※6参照	15/01/21
126	表9	「高血圧治療ガイドライン」の改訂に合わせて表を差し替えます		※7参照	15/01/21

127	左段12行目	血圧測定には医療環境で測定する 外来血圧(診察室血圧または随時血圧とよばれる) 測定と家庭血圧測定がある。	血圧測定には医療環境で測定する 診察室血圧(外来随時血圧) 測定と家庭血圧測定がある。		15/01/21
127	表10	「高血圧治療ガイドライン」の改訂に合わせて表を差し替えます	※8参照	15/01/21	
127	左段下から1~3行目、および右段1~2行目	降圧目標は、 若年・中年者では130/85mmHg未満～【中略】～脳血管障害患者 では140/90mmHg未満である。	降圧目標は、 若年・中年・前期高齢者患者では140/90 mmHg未満、後期高齢者患者では150/90 mmHg未満(忍容性があれば140/90 mmHg未満)、糖尿病患者では130/80 mmHg未満、慢性腎臓病(CKD)でタンパク尿あり(0.15g/gCr以上)の患者で130/80 mmHg未満、脳血管障害患者または冠動脈疾患患者では140/90 mmHg未満である。なお、CKDでタンパク尿なしの患者では140/90 mmHg未満である。		15/01/21
127	表11	「高血圧治療ガイドライン」の改訂に合わせて表を差し替えます	※9参照	15/01/21	
127	右段4行目～12行目	まず生活習慣の修正が大切であり、是正することによって降圧が可能である(表11)～【中略】～目的とした栄養指導を実施する。	まず生活習慣の修正が大切であり、是正することによって降圧が可能である(表11)、食塩摂取制限(6g未満/日)、野菜・果物(カルシウム、カリウム、マグネシウム、食物繊維の多い食事)およびコレステロール・飽和脂肪酸の摂取制限、魚油の積極的摂取、減量、運動、節酒、禁煙を勧める。	箇条書きなどの表記、内容の変更	15/01/21
133	文献	8)「高血圧治療ガイドライン 2009」(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 編), ライフサイエンス出版, 2009	8)「高血圧治療ガイドライン 2014」(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 編), ライフサイエンス出版, 2014		15/01/21

第7章

152	左段5行目	エネルギー摂取を必要とする(35 kcal/kg/日)。	エネルギー摂取を必要とする(25～35 kcal/kg/日)。		15/01/21
152	表7	「CKD診療ガイド」の改訂に合わせて表を差し替えます	※10参照	15/01/21	
152	表9	「慢性腎臓病に対する食事療法基準」の改訂に合わせて表を差し替えます	※11参照	15/01/21	
152	右段2行目	保存期腎不全患者(Ccr≤70mL/分)の食事療法において、タンパク制限を0.6g以上 0.7g 未満/標準体重(kg)/日としているが	保存期腎不全患者の食事療法において、タンパク制限を0.6g以上 0.8g 未満/標準体重(kg)/日としているが		15/01/21
155	表10	「慢性腎臓病に対する食事療法基準」の改訂に合わせて表を差し替えます	※12参照	15/01/21	
161	文献4の下に追加		5)「CKD診療ガイド2012」(日本腎臓学会 編), 東京医学社, 2012 6)日本腎臓学会:慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版, 日本腎臓学会誌, 56: 553-599, 2014		15/01/21

第8章

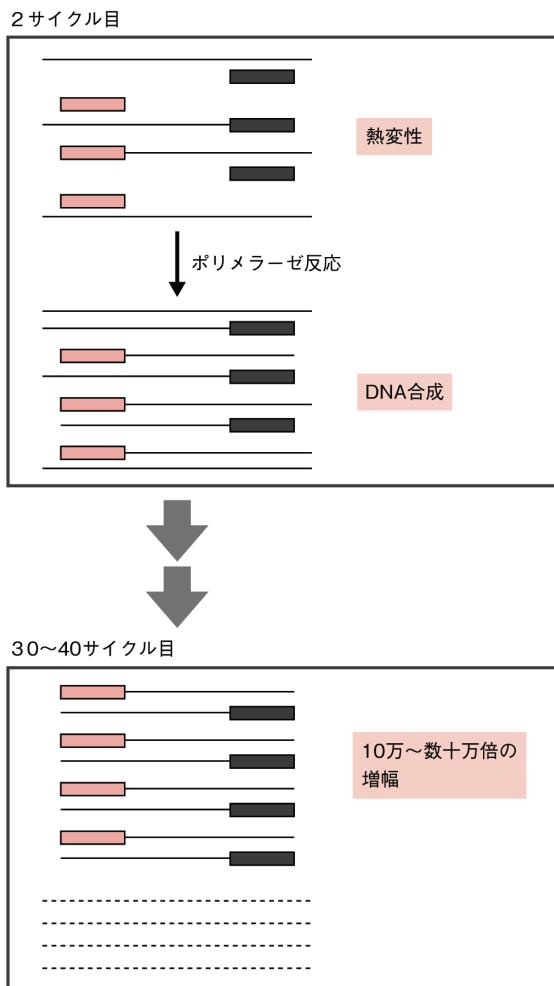
171	解答 & 解説 A3	特有の 錐体路 系運動障害の症状を示す。	特有の 錐体外路 系運動障害の症状を示す。		15/01/21
171	解答 & 解説 A5	頭蓋内圧亢進による3兆候として、早朝頭痛、噴射性嘔吐、 眼圧上昇 がみられる。	頭蓋内圧亢進による3徵候として、早朝頭痛、噴射性嘔吐、 うつ血乳頭 がみられる。		15/01/21

第10章

191	右段6行目	悪性貧血や胃全摘術後の患者では、 経口でビタミンB₁₂製剤を投与しても内因子がないので効果はない	悪性貧血や胃全摘術後の患者では、 原則として非経口でビタミンB₁₂製剤を投与する。これは内因子がないので効率的な吸収が期待できないからである		15/01/21
-----	-------	--	--	--	----------

図表

※1



※2

表7 糖尿病腎症の病期分類

	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿タンパク値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (mL/1.73m ²)	食事療法			
			総エネルギー (kcal/kg/日)	タンパク質 (g/kg/日)	食塩 (g/日)	カリウム (g/日)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上	25～30	1.0～1.2	高血圧があれば 6g未満	制限せず
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30～299)	30以上	25～30	1.0～1.2	高血圧があれば 6g未満	制限せず
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300以上) あるいは持続性タンパク尿 (0.5以上)	30以上	25～30	0.8～1.0	6g未満 (高カリウム血症 があれば<2.0)	制限せず
第4期 (腎不全期)	問わない	30未満	25～35	0.6～0.8	6g未満	<1.5
第5期 (透析療法期)	p.153 「第7章9-A. 透析療法」の項を参照					

※3

表12 糖尿病経口薬の種類と特徴

	作用	特徴、注意点
スルホニル尿素薬 (SU薬)	インスリン分泌促進	<ul style="list-style-type: none"> 体重が増加しやすい 肥満例はよい適応でない 低血糖に注意
速効型インスリン分泌促進薬		<ul style="list-style-type: none"> 食後高血糖に有用 食直前に服用
DPP-4 阻害薬		<ul style="list-style-type: none"> 食前、食後とも服用可能 腎機能障害例は注意
α グルコシダーゼ阻害薬	ブドウ糖の消化管吸収と腎での尿中排泄の調節	<ul style="list-style-type: none"> 食後高血糖に有用 食直前に服用 腹部膨満などの副作用 低血糖にはブドウ糖投与
SGLT-2 阻害薬		<ul style="list-style-type: none"> 高血糖全般に有用 脱水になりやすいので水分補給に注意 尿路感染症に注意
ビグアナイド薬	インスリン作用の增强	<ul style="list-style-type: none"> 肥満例に有用 ヨード造影剤使用時には休薬必要
チアゾリジン薬		<ul style="list-style-type: none"> 浮腫などの副作用 心不全は禁忌

※4

表17 リスク別脂質管理目標

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	HDL-C	TG	non HDL-C*
一次予防：まず生活習慣の改善を行った後、薬物治療の適応を考慮	カテゴリーⅠ	< 160	≥ 40	< 150	< 190
	カテゴリーⅡ	< 140			< 170
	カテゴリーⅢ	< 120			< 150
二次予防：生活習慣のは正とともに薬物治療を考慮	冠動脈疾患の既往	< 100			< 130

- ・管理区分はNIPPON DATA80を利用して10年間の冠動脈疾患による死亡確率（絶対リスク）により3群に分類している
- ・カテゴリーⅠは0.5%未満、カテゴリーⅡは0.5以上2.0%未満、カテゴリーⅢは2.0%以上
- ・糖尿病、慢性腎臓病、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症の合併はカテゴリーⅢとする
(日本動脈硬化学会)

*注：2012年版のガイドラインで、新たな脂質管理目標値として、non HDL-C（総コレステロール値からHDLコレステロール値を引いた値）が導入された

※5

表18 脂質異常症の食事療法**動脈硬化性疾患予防のための生活習慣の改善**

1. 禁煙し、受動喫煙を回避する
2. 過食を抑え、標準体重を維持する
3. 肉の脂身、乳製品、卵黄の摂取を抑え、魚類、大豆製品の摂取を増やす
4. 野菜、果物、未精製穀類、海藻の摂取を増やす
5. 食塩を多く含む食品の摂取を控える
6. アルコールの過剰摂取を控える
7. 有酸素運動を毎日30分以上行う

動脈硬化性疾患予防のための食事

1. エネルギー摂取量と身体活動量を考慮して標準体重（身長(m)² × 22）を維持する
2. 脂肪エネルギー比率を20～25%，飽和脂肪酸を4.5%以上7%未満、コレステロール摂取量を200mg/日未満に抑える
3. n-3系多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす
4. 炭水化物エネルギー比率を50～60%とし食物繊維の摂取を増やす
5. 食塩の摂取は6g/日未満を目標にする
6. アルコール摂取を25g/日以下に抑える

1) 高LDL-C血症

- ・飽和脂肪酸、コレステロール、トランス不飽和脂肪酸の摂取を減らす
- ・飽和脂肪酸：エネルギー比率7%未満、コレステロール摂取量：1日200mg以下
- ・水溶性食物繊維、植物ステロールの摂取を増やす

2) 高TG血症

- ・炭水化物エネルギー比をやや低めにし、アルコールの過剰摂取を制限、n-3系多価飽和脂肪酸の摂取を増やす
- ・高カイロミクロン血症では脂肪エネルギー比を15%以下に制限

3) 低HDL-C血症

- ・トランス不飽和脂肪酸およびn-6系多価不飽和脂肪酸の過剰摂取を制限

4) メタボリックシンドローム

- ・総エネルギー摂取量の制限と炭水化物エネルギー比の低い食事（炭水化物はGI、GLの低いものを選択）

5) 高血圧

- ・減塩を強化、野菜・果物の摂取の推進、過度なアルコール摂取の制限

6) 糖尿病

- ・過食を避ける、糖質のエネルギー比が多くならないように留意し、飽和脂肪酸を控える

文献8より

※6

表8 成人における血圧値の分類

分類		収縮期血圧	拡張期血圧
正常域血圧	至適血圧	< 120 かつ	< 80
	正常血圧	120～129 かつ / または	80～84
	正常高値血圧	130～139 かつ / または	85～89
高血圧	I 度高血圧	140～159 かつ / または	90～99
	II 度高血圧	160～179 かつ / または	100～109
	III度高血圧	≥ 180 かつ / または	≥ 110
	(孤立性) 収縮期高血圧	≥ 140 かつ	< 90

文献8より

(mmHg)

※7

表9 主な二次性高血圧の所見と検査

原因疾患	示唆する所見	鑑別に必要な検査
二次性高血圧一般	重症高血圧、治療抵抗性高血圧、急激な高血圧発症、若年発症の高血圧	
腎血管性高血圧	RA系阻害薬投与後の急激な腎機能悪化、腎サイズの左右差、低K血症、腹部血管雜音	腎動脈超音波、腹部CTA、腹部MRA、レノグラム、PRA、PAC
腎実質性高血圧	血性Cr上昇、タンパク尿、血尿、腎疾患の既往	血清免疫学的検査、腹部CT、超音波、腎生検
原発性アルドステロン症	低K血症、副腎偶発腫瘍	PRA、PAC、負荷試験、副腎CT、副腎静脈採血
睡眠時無呼吸症候群	いびき、肥満、昼間の眠気、早朝・夜間高血圧	睡眠ポリグラフィー
褐色細胞腫	発作性・動搖性高血圧、動悸、頭痛、発汗	血液・尿カテコラミンおよびカテコラミン代謝産物、腹部超音波・CT、MIBGシンチグラフィー
クッシング症候群	中心性肥満、満月様顔貌、皮膚線条、高血糖	コルチゾール、ACTH、腹部CT、頭部MRI、デキサメタゾン抑制試験
サブクリニカルクッシング症候群	副腎偶発腫瘍	コルチゾール、ACTH、腹部CT、デキサメタゾン抑制試験
薬物誘発性高血圧	薬物使用歴、低K血症	薬物使用歴の確認
大動脈縮窄症	血圧上下肢差、血管雜音	胸腹部CT、MRI・MRA、血管造影
甲状腺機能低下症	徐脈、浮腫、活動性減少、脂質、CPK、LDH高値	甲状腺ホルモン、TSH、自己抗体、甲状腺超音波
甲状腺機能亢進症	頻脈、発汗、体重減少、コレステロール低値	甲状腺ホルモン、TSH、自己抗体、甲状腺超音波
副甲状腺機能亢進症	高Ca血症	副甲状腺ホルモン
脳幹部血管圧迫	顔面けいれん、三叉神経痛	頭部MRI・MRA

CTA : computed tomography angiography (コンピュータ断層撮影血管造影法), MRA : magnetic resonance angiography (磁気共鳴血管造影法), CT : computed tomography (コンピュータ断層撮影法), PRA : plasma renin activity (血漿レニン活性), PAC : plasma aldosterone concentration (血漿アルドステロン濃度), MIBG : metaiodobenzylguanidine (メタヨードベンジルグアニジン), ACTH : adrenocorticotrophic hormone(副腎皮質刺激ホルモン), MRI : magnetic resonance imaging (磁気共鳴像), TSH : thyroid stimulating hormone (甲状腺刺激ホルモン)

(文献8より)

※8

表10 高血圧の降圧目標

	診察室血圧	家庭血圧
若年者・中年者 前期高齢者患者	140/90 mmHg未満	135/85 mmHg未満
後期高齢者患者	150/90 mmHg未満 (忍容性があれば 140/90mmHg未満)	145/85 mmHg未満 (目安) (忍容性があれば 135/85mmHg未満)
糖尿病患者	130/80 mmHg未満	125/75 mmHg未満
CKD患者(タンパク尿陽性)	130/80 mmHg未満	125/75 mmHg未満 (目安)
脳血管障害患者 冠動脈疾患者	140/90 mmHg未満	135/85 mmHg未満 (目安)

注：目安で示す診察室血圧と家庭血圧の目標値の差は、診察室血圧140/90mmHg、家庭血圧135/85mmHgが高血圧の診断基準であることから、この二者の差をあてはめたものである（文献8より）

※9

表11 高血圧の生活習慣の修正項目

1. 減塩	6 g/日未満
2a. 野菜・果物	野菜・果物の積極的摂取*
2b. 脂質	コレステロールや飽和脂肪酸の摂取を控える 魚（魚油）の積極的摂取
3. 減量	BMI〔体重(kg) ÷ 身長(m) ² 〕が25未満
4. 運動	心血管病のない高血圧患者が対象で、有酸素運動を中心定期的に（毎日30分以上を目標に）行う
5. 節酒	エタノールで男性20～30 mL/日以下、女性10～20 mL/日以下
6. 禁煙	（受動喫煙の防止も含む）

生活習慣の複合的な修正はより効果的である

*重篤な腎障害を伴う患者では高K血症をきたすリスクがあるので、野菜・果物の積極的摂取は推奨しない。糖分の多い果物の過剰な摂取は、特に肥満者や糖尿病などのカロリー制限が必要な患者では勧められない

(文献8より)

※10

表7 CKD の重症度分類

原疾患	タンパク尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	30未満		30~299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性囊胞腎 移植腎 不明 その他	尿タンパク定量 (g/日) 尿タンパク/Cr比 (g/gCr)		正常	軽度タンパク尿	高度タンパク尿
	0.15未満		0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分/ 1.73 m ²)	G1 G2 G3a G3b G4 G5	正常または高値 正常または軽度低下 軽度～中等度低下 中等度～高度低下 高度低下 末期腎不全 (ESKD)	≥ 90 60~89 45~59 30~44 15~29 < 15		

重症度は原疾患・GFR区分・タンパク尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを■のステージを基準に、■、■、■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。
(文献5より)

※11

表9 保存期慢性腎不全の食事基準

ステージ GFR区分 (mL/分/1.73m ²)	総エネルギー [kcal/標準体重(kg)/日]	タンパク [g/標準体重(kg)/日]	食塩 (g/日)	カリウム (mg/日)
G3a (45~59)	25~35	0.8~1.0	3以上6未満	制限なし
G3b (30~44)	25~35	0.6~0.8	3以上6未満	≤2.000
G4 (15~29)	25~35	0.6~0.8	3以上6未満	≤1.500

文献6より

※12

表10 透析患者の食事療法

A. 血液透析 (週3回)

総エネルギー (kcal/kgBW/日)	タンパク質 (g/kgBW/日)	食塩 (g/日)	水分	カリウム (mg/日)	リン (mg/日)
30~35 * ^{1,2}	0.9~1.2 * ¹	< 6 * ³	できるだけ少なく	≤2,000	≤タンパク質 (g) × 15

B. 腹膜透析

総エネルギー (kcal/kgBW/日)	タンパク質 (g/kgBW/日)	食塩 (g/日)	水分	カリウム (mg/日)	リン (mg/日)
30~35 * ^{1,2,4}	0.9~1.2 * ¹	PD除水量(L) × 7.5 + 尿量(L) × 5	PD除水量+尿量	制限なし * ⁵	≤タンパク質 (g) × 15

kgBW : 体重kg, PD : 腹膜透析

*¹ 体重は基本的に標準体重 (BMI = 22) を用いる

*² 性別、年齢、合併症、身体活動度により異なる

*³ 尿量、身体活動度、体格、栄養状態、透析間体重増加を考慮して適宜調整する

*⁴ 腹膜吸収ブドウ糖からのエネルギー分を差し引く

*⁵ 高カリウム血症を認める場合には血液透析同様に制限する

(文献6より)