

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上げます（2015年1月26日）

■第1版 第3刷(2014年2月10日発行)の修正・更新箇所

※第1刷からの修正箇所はhttp://www.yodosha.co.jp/correction/9784758108720_corrections.pdf をご参照ください

頁	場所	修正前	修正後	補足	掲載
第1章 代謝・内分泌系疾患					
17	図3キャプション4行目	注2)血糖コントロール目標を「 血糖コントロール指標と評価 」(表2)の「 優 または「 良 」とするが、 患者の年齢および病態を考慮して患者ごとに主治医が決める	注2)血糖コントロール目標は、 患者の年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する		15/01/26
19	表3	下記※1参照			15/01/26
46	文献	1)「 糖尿病治療ガイド2010 」(糖尿病学会編), 文光堂, 2010	1)「 糖尿病治療ガイド2014-2015 」(日本糖尿病学会編), 文光堂, 2014		15/01/26
46	文献	3)「 糖尿病の食事療法のための食品交換表 」(日本糖尿病学会編), 文光堂, 2002	3)「 糖尿病食事療法のための食品交換表 第7版 」(日本糖尿病学会編), 文光堂, 2013		15/01/26
第4章 循環器系疾患					
77	表1キャプション	(文献2より転載)	(文献2より転載) 「 高血圧治療ガイドライン2014 」 ¹⁾ では 至適血圧と(孤立性)収縮期高血圧以外はすべて「かつ/または」の表記になり、正常血圧は「120～129 かつ/または 80～84」となった		15/01/26
77	表2キャプション6行目	(文献2より転載)	(文献2より転載) 「 高血圧治療ガイドライン2014 」 ¹⁾ では「 2. 食塩以外の栄養素 」が「 2a. 野菜・果物 」と「 2b. 脂質 」に分けられた。また 禁煙に「(受動喫煙の防止も含む)」との記載が加わった		15/01/26
77	右段7行目	「 高血圧治療ガイドライン2009 」 ²⁾	「 高血圧治療ガイドライン2014 」 ¹⁾		15/01/26
78	左段3行目	目安として 25～30kcal/kg(標準体重)/日 ²⁾ とし、	目安として 25kcal/kg(標準体重)/日 とし、		15/01/26
78	左段12行目	女性は10～20mL/日以下に 制限する 。	女性は10～20mL/日以下に にする 。		15/01/26
81	表4	下記※2参照			15/01/26
81	図	下記※3参照			15/01/26
85	文献	4)「 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007版 」(日本動脈硬化学会編), 協和企画, 2007	4)「 動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版 」(日本動脈硬化学会編), 2012		15/01/26
85	文献に追加		11)「 高血圧治療ガイドライン2014 」(日本高血圧学会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		15/01/26
第6章 腎・尿路系(泌尿器系)疾患					
97	右段2行目	「 日本人の食事摂取基準(2010年版) 」 ⁴⁾ に準拠させる、	「 日本人の食事摂取基準(2015年版) 」 ⁴⁾ に準拠させる、		15/01/26
99	表3	下記※4参照			15/01/26
104	右段4行目	腎症前期, 早期腎症, 顕性腎症前期 、 顕性腎症後期 、腎不全期, 透析療法期に分類される	腎症前期, 早期腎症, 顕性腎症期 、腎不全期, 透析療法期に分類される		15/01/26
105	表8	下記※5参照			15/01/26

105～106	105頁右段下から1行目～106頁左段3行目まで	第1期から第3期Aまでは、過剰のエネルギー摂取とならないようにし、肥満を防止する。第3期Bから第4期までは、摂取タンパク質が有効に利用できるように	第1期から第3期までは、過剰のエネルギー摂取とならないようにし、肥満を防止する。第4期は、摂取タンパク質が有効に利用できるように	15/01/26
111	表14A, B	下記※6参照		15/01/26
115	文献	4)「日本人の食事摂取基準2010年版」(厚生労働省, 第一出版, 2010)	4)「日本人の食事摂取基準[2015年版]」(厚生労働省「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書), 第一出版, 2014	15/01/26
115	文献	15)慢性腎臓病に対する食事療法基準2007年版, 日腎会誌, 49:871-878, 2007	15)慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版, 日腎会誌, 56:553-599, 2014	15/01/26
116	文献	26)「糖尿病治療ガイド2010」(日本糖尿病学会 編), 文光堂, 2010	26)「糖尿病治療ガイド2014-2015」(日本糖尿病学会 編), 文光堂, 2014	15/01/26

図表

※1 ガイドラインの改訂に伴い、下記の図へ差し替えをお願いいたします

表3 糖尿病腎症の栄養基準

病期	総エネルギー*2 (kcal/kg*1/日)	タンパク質 (g/kg*1/日)	食塩 (g/日)	カリウム (g/日)	水分
第1期(腎症前期)	25～30	1.0～1.2	高血圧があれば 6未満	制限せず	糖尿病食を基準とし、血糖コントロールに努める。タンパク質の過剰摂取は好ましくない
第2期(早期腎症期)	25～30	1.0～1.2	高血圧があれば 6未満	制限せず	
第3期(顕性腎症期)	25～30	0.8～1.0	6未満	制限せず	
第4期(腎不全期)	25～35	0.6～0.8	6未満	1.5未満	浮腫の程度、心不全の有無により水分を適宜制限する
第5期(透析療法期)	透析療法患者の食事療法に準ずる (p.111 参照)				

*1：標準体重。*2：日本人の食事摂取基準と同一とする。性別、年齢、身体活動レベルにより推定エネルギー必要量は異なる(文献1より)

※2

表4 リスク別脂質管理目標値

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：生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮	冠動脈疾患の既往	< 100			< 130

脂質管理と同時に他の危険因子(喫煙、高血圧や糖尿病の治療など)を是正する必要がある。

(・糖尿病、慢性腎臓病(CKD)、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患(PAD)の合併はカテゴリーⅢとする)
(・家族性高コレステロール血症については動脈硬化性疾患予防ガイドラインに従う(文献4より))

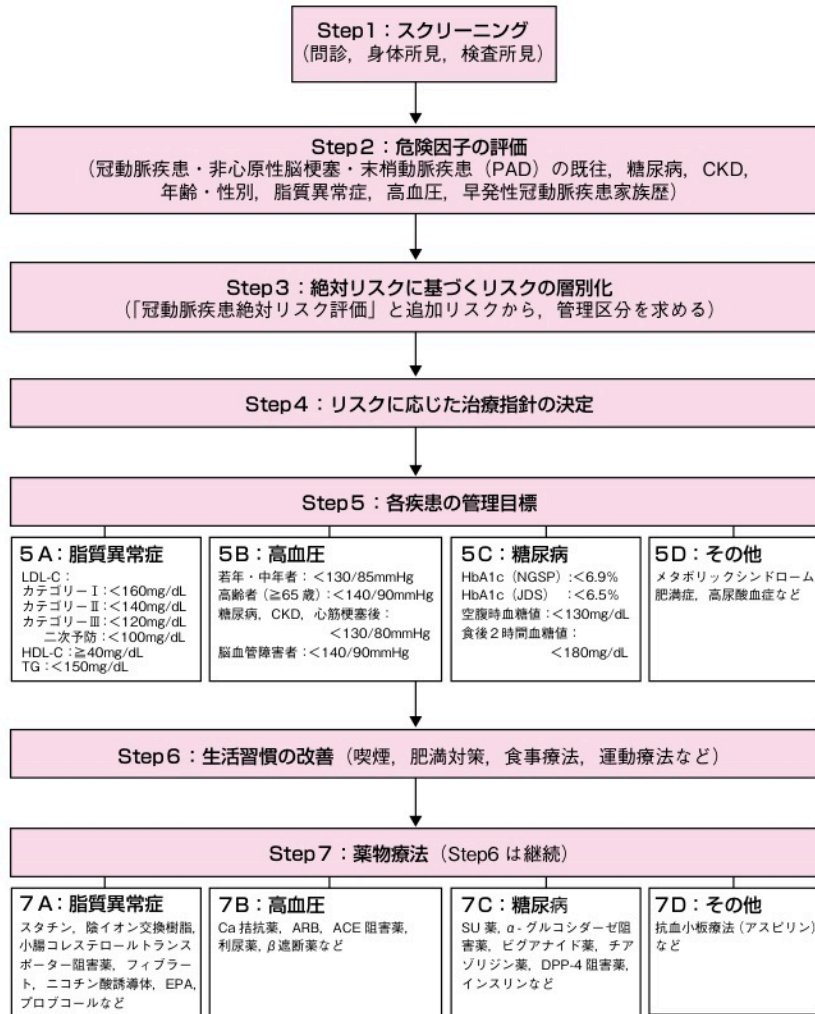


図 動脈硬化性疾患予防のための包括的リスク管理チャート

文献4より

表3 成人の慢性腎臓病の食事療法基準

ステージ (GFR)	エネルギー (kcal/kgBW/日)	タンパク質 (g/kgBW/日)	食塩 (g/日)	カリウム (mg/日)
ステージ1 (GFR ≥ 90)	25~35	過剰な摂取をしない	3以上6未満	制限なし
ステージ2 (GFR 60~89)		過剰な摂取をしない		制限なし
ステージ3a (GFR 45~59)		0.8~1.0		制限なし*1
ステージ3b (GFR 30~44)		0.6~0.8		2,000以下
ステージ4 (GFR 15~29)		0.6~0.8		1,500以下
ステージ5 (GFR < 15) 5D (透析療養中)		別表 (p.111 参照)		0.6~0.8

*1 高カリウム血症があれば2,000以下に制限する

注) エネルギーや栄養素は, 適正な量を設定するために, 合併する疾患 (糖尿病, 肥満など) のガイドラインなどを参照して病態に応じて調節する。性別, 年齢, 身体活動度などにより異なる

注) 体重は基本的に標準体重 (BMI = 22) を用いる (文献15より)

※5

表8 糖尿病性腎症の病期分類

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿タンパク値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (mL/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症)	微量アルブミン尿 (30～299) ^{注3}	30以上
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 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

注1：糖尿病性腎症は必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後（腎、心血管、総死亡）を勘案した分類である

注2：GFR 60mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である

注3：微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病性腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する

注4：顕性アルブミン尿の症例では、GFR 60mL/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント（eGFRの半減、透析導入）が増加するため注意が必要である

注5：GFR 30mL/分/1.73m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿タンパク値に拘わらず、腎不全期に分類される。しかし、特に正常アルブミン尿・微量アルブミン尿の場合は、糖尿病性腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である
【重要な注意事項】本表は糖尿病性腎症の病期分類であり、薬剤使用の目安を示した表ではない。糖尿病治療薬を含む薬剤特に腎排泄性薬剤の使用に当たっては、GFR等を勘案し、各薬剤の添付文書に従った使用が必要である（文献26より）

※6

表14 透析患者の栄養基準

A. 血液透析（週3回）

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未満 ^{*3}	できるだけ少なく	2,000以下	タンパク質 (g) × 15以下

B. 腹膜透析

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 (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以下

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