

CQ10

スコープで取り上げた重要臨床課題(Key clinical issue)

CKD合併高血圧の降圧療法で第一選択薬はRA系阻害薬か？

CQの構成要素

P (patients, problem, population)

性別	(指定なし)
年齢	(指定なし ・ <u>18歳以上</u>)
疾患・病態	CKD合併高血圧患者
地理的要件	なし
その他	

I (intervention) / C (Comparison, controls, comparators)のリスト

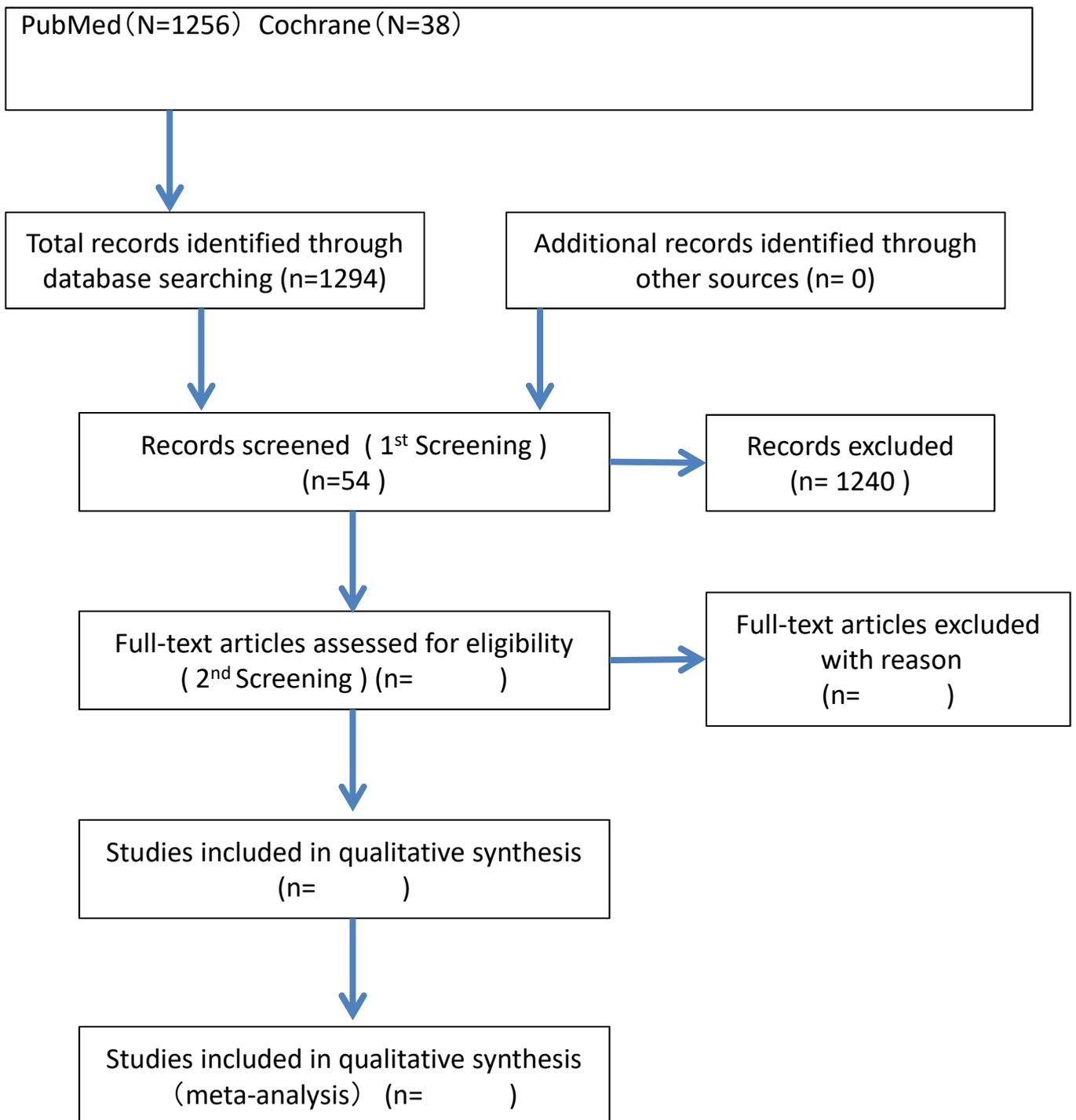
I: RA阻害薬投与群 / C: 第一選択に含まれる他クラスの降圧薬(=Ca拮抗薬、利尿薬)

O (outcomes)のリスト

	outcomeの内容	益か害か	重要度	採用可否
O1	脳心血管イベントの減少	(○益 ・ 害)	9 点	
O2	腎予後の改善(Cr倍化またはESRDの減少)	(○益 ・ 害)	9 点	
O3	蛋白尿の減少	(○益 ・ 害)	6 点	
O4	微量アルブミン尿への進行予防	(○益 ・ 害)	6 点	
O5	AKI発症の増加	(益 ・ ○害)	4 点	
O6		(益 ・ 害)	点	
O7		(益 ・ 害)	点	
O8		(益 ・ 害)	点	
O9		(益 ・ 害)	点	
O10		(益 ・ 害)	点	
O11		(益 ・ 害)	点	
O12		(益 ・ 害)	点	
O13		(益 ・ 害)	点	
O14		(益 ・ 害)	点	
O15		(益 ・ 害)	点	
O16		(益 ・ 害)	点	

最終的なCQ

文献検索フローチャート



【4-10 SR レポートのまとめ】

元々の CQ12 は「CKD の降圧療法の第一選択薬は RA 系阻害薬か？」であった。しかしながら、糖尿病合併症の CQ と重複することや、既報を考慮したうえで、「CQ12-1 糖尿病非合併 CKD（尿蛋白あり）での降圧療法の第一選択薬は RA 系阻害薬か？」及び「CQ12-2 糖尿病非合併 CKD（尿蛋白なし）での降圧療法の第一選択薬は RA 系阻害薬か？」の 2 つの CQ に分けて SR を進めることとなった。尿蛋白の定義は CKD 重症度分類の蛋白尿 A2 に相当する 0.15g/gCr もしくは g/日以上とした。アウトカムは双方共通で、①総死亡の低下(益)、②腎不全の減少(益)、③脳心血管病発症の低下(益)、④蛋白尿または微量アルブミン尿の減少、⑤過降圧の増加(害)、⑥高カリウム血症の増加(害)、⑦AKI 発症の増加(害)とした。

「CQ12-1 糖尿病非合併 CKD（尿蛋白あり）での降圧療法の第一選択薬は RA 系阻害薬か？」アウトカムのうち、①腎不全の減少④蛋白尿の減少においてメタ解析の結果 RA 系阻害薬が有意差をもって効果が得られており、エビデンスレベルも A（強）とした。①総死亡の低下と③脳心血管病発症の減少はイベント数が少ない影響もあり有意差は認めなかったためエビデンスレベルは B(中)とした。害のアウトカムにおいて、⑤過降圧の増加については有意差が認められず、⑥高カリウム血症の増加は有意に増加したがイベント数が少ない影響もありエビデンスレベルは B(中)とした。また⑤AKI 発症の増加は評価の対象となる RCT, 観察研究がなくエビデンスレベルは D(非常に弱い)とした。総じて評価すると、害と益のバランスでは強く益が上回っており、糖尿病非合併 CKD（尿蛋白あり）での降圧療法の第一選択薬は RA 系阻害薬が強く推奨される。

「CQ12-2 糖尿病非合併 CKD（尿蛋白なし）での降圧療法の第一選択薬は RA 系阻害薬か？」一方 CQ12-2 においては、唯一④微量アルブミン尿の減少においてエビデンスレベル A（強）となり得たが、採用可能文献が少ない影響もあり他のアウトカムは有意差が認められず、②腎不全の減少は B(中)、①総死亡の低下、③脳心血管病発症の低下は C(弱)とした。⑤過降圧の増加、⑥高カリウム血症の増加、⑦AKI 発症の増加の 3 項目は評価対象となる RCT, 観察研究いずれもなく SR 出来なかった。以上から糖尿病非合併 CKD（尿蛋白なし）での降圧療法では、RA 系阻害薬を他の降圧薬よりも優先して第一選択薬として強く推奨することはできない結果となった。