

透析医のひとりごと

「腎不全治療への思い」——片桐正則

●初めての患者

昭和36年5月に入局。初めて受け持たされた患者は、16歳の蕎麦屋の出前持ちの娘さんでした。全身の浮腫、血圧250/150 mmHg、高度の貧血、歯肉や鼻、目、その他あらゆるところからの出血。尿素窒素、Kの上昇、 HCO_3^- は低下。当時の降圧薬は強力セルパシール・アプレゾリンが主役で、ウインタミンの注射が威力を発揮していました。利尿薬は水銀利尿薬だけなので腎臓には使えません。サイアザイドが出る寸前でした。当時の治療は、アシドーシスには重曹を入れるとか、入れることはできても除くことはできませんでした。貧血に全血を使うと血清Kが上昇したし、いわゆる売血で、日赤から派遣される売血者が手帳をもって直接病棟に来て採血を受け、主治医がやるクロスマッチがOKとなると患者に輸血しました。中にはHt 20%と患者と同程度の供血者も居ました。仕方がないので試みになんとか血球浮遊液を作って入れてみましたが、役に立つほどのことはできませんでした。実に悲惨な死に方で今でも胸が痛みます。

●事のはじめ

昭和39年の正月でした。平澤先生が腎班の若手に腹膜灌流をやろうと文献を示したのがはじまりでした。関連病院の出張から帰ったばかりの身ではなんのことかわかりませんでした。準備を進めるうちになにかにとりつかれたようにみんな興奮していました。灌流液は薬局に作ってもらい、トロカールの外套管に通す7号のネラトンカテーテルの先端部分に3、4個の穴をあけ、イルリガートルと接続しました。いろいろな試行錯誤の末、なんとか延命できるとわかり若い腎班は張り切ったものでした。

●無我夢中

しかし、腹膜灌流にも限界を感じ血液透析へと進むことになったのですが、24時間ぶっ通しで透析に時間もエネルギーも費やしたのは、1日も早く保険適用になるよう、厚生省に提出するデータの実績を積み上げるためでした。懐かしく、また考えてみれば幾多のスサマジイ(?)エピソードを経て今日に至っています。

●予想通り

今、透析歴30年を越える患者は当院でも100人中7人を数え、高齢者や経管栄養の寝たきり患者が通院透析しています。しかしこの現実には40数年前にすでにアメリカの文献で予測されていました。はじめは適応患者の選択という倫理的問題、次いで医学の進歩に伴い患者の増加、そのための経済的問題が提起され、健康保険や福祉の介入に伴い、ついには政治的問題に連なります。正に予想通りになっています。

- 進歩と変遷

ここまで延命が可能になったのは、透析そのものが進歩しただけではない事を痛感しています。たとえば循環器その他の医療技術の長足の進歩に負うところが多く、カルシウム沈着でガリガリになった冠動脈を削って広げることなど40年前に考えることはできなかつた筈です。その上で、慢性腎不全に対する考え方も変わってきています。その分、改善され、単なる延命でなく、QOLの向上を目指すようになりました。患者さんの期待と要求も変わってきましたが、透析に携わっているスタッフの透析に対する思いも変わってきているように感じます。

- 未解決と質の低下

一方、長期透析歴の人が多くなったことに一応は満足しているとしても、未解決の問題は多く、30年を越えている患者さんの合併症を見ていると、本当に為になっているのだろうか、苦しめているのではないだろうかと思うことさえあります。ダイアライザー、透析液、HDFはじめ自分が携わっているやり方を見直していますが、診療報酬の減額やまるめなど経営上マイナス要因が多い中で、保険の制約を理由にして安易に流れていないだろうかと思うこのごろです。

- 基本的対処

患者さんによく言われることですが、もっと根本的なことは、腎不全にしないことであり、生活習慣病特に糖尿病を減らすことでしょう。それにしても、こんなにゆとりを持って大勢が透析を受けられるのも、日本がゆたかであり平和であるからに違いありません。腎友会では半ば本気で平和運動をすすめています。そして自分自身は分をわきまえて日常診療に誠意を持って対応しなければならないと思っています。

- 透析哲学

腎不全治療の原点に戻って、単なる延命のためにみんなで骨身を削った激しい思いを今のスタッフに求めることはできないにしても、いわば「透析哲学」とでもいうべき思いを若い人たちに期待しているのであります。

(医) 片桐医院