

## 透析医のひとりごと

### 「長期透析が長期になった時」

高橋幸雄

私共の診療所は入院施設のない、常勤医は2名だけの小規模診療所である。内科の一般外来診療も行うが、外来通院血液透析患者の治療が主体である。信楽園病院の付属診療所として外来通院が可能な透析患者の治療が当初の目的であったらしい。透析患者数は現在81人、平均年齢73歳で高齢者が多い。今後、特別養護老人ホームに入所して通院する患者さんも加わるので、さらに高齢化、重度化は進む。家族と離れて有料老人ホームなど介護施設に入所している患者さんも多く、透析時は施設職員が送迎している。合併症のため自力で歩行できず送迎介護を受ける方も多い。また、一人暮らしで普段から家族との接触のない方もおられる。

このように、ご家族との接触が少なくなっている事情を背景として、年1回程度を目途に透析患者家族や、要望があれば老人ホーム職員も交えて面談を行っている。この面談で最近の病状や問題点、今後予想される合併症とその予防対策につき説明し、治療にご協力をお願いする。また、ご家族の状況や患者本人の自宅やホームでの日常生活の様子を知り、ご家族の要望も教えていただき診療に役立てている。元気で自力通院しておられる患者さんは少なく、認知症高齢者も少なくはない。このような状況では、緊急時の対応のためご家族の事情は是非知っておく必要がある。辛いことではあるが、最期をどのように迎えさせたいのかご家族の意向も知りたいのである。

近年は透析導入時から高齢者が多い。こんな中で老人ホームから通院しており、自力では食事摂取不可能、寝返りも不可能となり、褥瘡も合併し、誤嚥性肺炎による入退院を繰り返し、血圧も低下し、意識状態も低下している状態の方のご家族との面談では、ご家族は経管栄養や胃瘻の造設は希望せず、また透析を中止して自宅で最期を迎えさせることも望まれなかった。長期間病院に入院した場合にはホームの入所料と入院料の両方の負担となる。

長期透析も30~40年を超えると動脈硬化の進行で壊疽となり、激痛と感染に苦しみ、足趾、手指の切断、さらに下肢の切断を余儀なくされる方も多い。特に一人暮らしを続けてこられた方では深刻である。透析アミロイド症による破壊性脊椎症で歩行不能となり車椅子生活となられる方も多く、腰痛や肩関節、下肢痛、麻痺などで悩まされる。ある高齢者のご家族は本人の希望をかなえて、透析のない週末に入所老人ホームから自宅に外泊させているが、自宅では水分制限は守っていただけず、夜も眠らず、注意すれば怒り出す、健康な時の穏やかな性格だったことを思うと、家族みんなが不幸になると悲しんでおられた。

過去を振り返ると、昭和41年当時は現在のような優れた降圧薬は無く、サイアザイド系利尿降圧薬、アルファメチルドパ、セルバジール、アプレゾリン、イスメリン、カンヒドニウムなどが使用された。ループ

利尿薬も発売されていなかった。血圧のコントロールは困難で腎不全の進行は速く、鬱血性心不全で呼吸困難となれば血痰をだし数時間で死の転帰をとった。昭和 39 年頃、間歇的腹膜透析が行われるようになり、鬱血性心不全合併症例も直ちに腹膜透析を開始すれば救命できるようになった。しかし、不完全な高血圧治療と、低タンパク血症など栄養状態も悪く、しばしば、眼底出血、網膜剥離を合併し失明した。当時の治療成績では半年から 1 年程度の延命で死の転帰をとった。この頃、アメリカではスクリプナーの外シャントを使用し、慢性腎不全治療が始まっていた。

昭和 41 年、新潟大学でも治療成績向上のため血液透析が始まった。当時の新潟大学には急性腎不全治療のためのコルフ型人工腎臓が泌尿器科に 1 台あり、これを借り受けて慢性腎不全の透析を始めた。透析液も市販されていなかった。文献をもとにすべて自分たちで透析液を作るしかなく、透析の前日、試薬を計量し用意した。コルフ型ダイアライザーはプライミング用の血液が 800 から 1,000 ml 必要で、透析開始時に保存血を用意し、さらに次回の透析用にダイアライザーの血液を回収する必要もあり、ACD 液を入れたフラスコもその都度用意した。幸い 1 例目から長期に良い状態を維持し、外来通院加療となった。2 例目は腹膜透析時にすでにほぼ視力を失っており、血液透析で回復を期待したが結局失明を免れる事はできなかったが、生命の予後は良好であった。血液透析療法が広く行われてからは慢性腎不全患者の網膜剥離による失明はなくなった。

しかし、長期例が急激に増加することで問題が発生した。患者数の増加でダイアライザーや血液の入手が困難となった。人工腎臓が 1 台しかなく昼夜使い続け、通院患者が順番待ちのために真夜中にも来院せざるをえなくなった。平板型のキール型ダイアライザー 2 台と 1 人用透析液供給装置を 1 台購入して頂いたが、患者の増加には対応できなかった。キール型ダイアライザーはキュプロファン膜を張り替えれば何回も使用できたが、患者の急速な増加には準備が追いつかなかった。当初はこの人工腎の透析液も発売されていなかったのですべて自分たちで作るしかなかった。高濃度の透析原液は試薬がなかなか溶解せず苦勞したことを懐かしく思い出す。患者の増加に対処するため、信楽園病院に透析施設を併設することをお願いし、さらに患者数は増加して今日に至っている。

この間にループ利尿薬、Ca 拮抗薬、ACEI、ARB など現在使用されている優れた降圧薬、活性型ビタミン D、エリスロポエチンの開発もあり、ダイアライザーや透析液の進歩もあり、治療成績も格段に良好となっている。現在は透析患者の年齢構成も高齢化が進み、糖尿病の増加、重篤な合併症を持つ患者の増加など今後解決すべき問題は山積している。

透析療法開始当時の医療スタッフの労働は非常に厳しいものであったが、世の中の幸せ作りに貢献しているとの自負心は強く持っていた。翻って現在の透析患者およびご家族の状況を見ると、過去に行ってきたことが本当に患者とご家族を幸せにしたのだろうかと思悩むことがある。私共の行っていることは、努力すれば

するほど患者の苦しみを長引かせ、家族をも不幸にしてはならないかと心配になる。しかし、昭和 41 年頃の患者さんやご家族が現在より幸せであったとは思えない。少なくとも厳しい合併症に悩まされるまでの間、長期透析によって健康に近い生活ができたことは評価していただきたいと思う。昔から生老病死が四苦と言われるように、高齢化社会では長寿そのものによる痛みもあるものであって、透析療法だけではなくすべての慢性疾患が抱える問題である。患者、医療従事者、介護者、患者家族がお互いに謙虚に助け合いながら生きていくことに幸せがあるのかもしれない。

信楽園病院附属有明診療所（新潟）