

透析医のひとりごと

「透析医療のつれづれ」

鈴木信夫

私が透析医療に最初携わったのは、今から40年前の中京病院でした。当時は透析医療の黎明期で、ダイアライザーがキール式からディスポサブルに変更になり、ようやく内シャントの手技も導入された時期です。そして愛知県方式といって、透析患者の社会復帰をめざし、夜間透析の普及をおこなうことと、適正地区へのサテライトの普及がおこなわれていました。私もその動きの一つとしてサテライトの透析クリニックを開設し、現在に至っています。

思い起こせば私にとって透析医療の三つのエポックは、①内シャント作成術、②エリスロポエチンの臨床使用、③ベッドサイドモニターの改良です。当初は外シャントしかなく、何度も閉塞する患者では、両手に数えきれないほどの手術創をもっていました。幸いなことに内シャントを造ることにより、シャント閉塞で透析ができなくなるという心配はなくなりました。その後、人工血管ができ改良されて現在に至っています。最近では心機能低下の患者や脆弱な患者にパーマネントの留置カテーテルが使われるようになり、超高齢透析患者にはシャントとして一つの選択肢になるかと思います。

腎性貧血については、当初コイル型のダイアライザー使用の頃は、膜が破れると水槽が真っ赤になり、緊急輸血を行ったこともありました。その当時は輸血の頻度が多かったので、医療従事者が肝炎に罹患し、死亡されるということもありました。私の経験では、当時30代の男性が貧血を繰り返し頻回に輸血をし、ヘモジドージスとなり皮膚が黒くなり肝機能障害をおこし、臍臓もやられ糖尿病を併発し、残念な最期を迎えるということもありました。現在では腎性貧血にエリスロポエチンが使用できるようになり、理論的に判明したことが技術面でも開発され、臨床の場で素晴らしい効果を上げるという出来事を体験することができ、私は大変な幸運に恵まれたと思っています。

除水については、初期の頃はすべてアナログ式で予定除水などできませんでしたので、患者さんは透析後半に腕時計のベルトや指輪の緩みで判断するなど、大変苦勞されていました。除水の失敗や、飲水の過剰で夜間に緊急透析をしたこともしばしばです。現在はベッドサイドモニターで予定除水が可能となったため患者さんは安心して透析を行っています。ただ医療従事者も機械に頼りきっているので、早期に変化に気づく能力が低下しているかと心配しています。

最近の問題としては、高齢、糖尿病、冠動脈硬化症などがあります。初期の頃の患者さんは30~50代で他の合併症がなく、心不全といえば単純な溢水が原因ですので気軽に除水していましたが、最近では溢水の原因に冠動脈硬化症によるものが多くみられるために、中核病院に受診するように勧めさせていただいてい

ます。また、後期高齢者に相当する人には、食事摂取、排便、ロコモシンドロームに注意と指導しています。高齢者の場合は、服薬よりもむしろ食事をきちんと食べることが大事ではないかと思っていますが、高齢者は多剤を服用していることが多く、いかに薬を減らすべきか困っています。他科に受診している場合は、それぞれの科より投薬されますので、その専門科の先生におたずねしても「必要な薬です」と言われて困ります。また最近では合併症がひどく主病が他科と思われる症例が、特に冠動脈硬化症に見られます。冠動脈硬化症で PCI や CABG を受け、心機能低下も見られ循環器科に「もう行う方法がない」と言われている症例など対応に困っています。

1年前に、今のサテライトに勤めるようになって、昼間透析のみの施設では高齢者が多く、70%の患者さんが70歳以上であることがわかりました。高齢者の透析をどう考えるか。私はデータチェック表にも年齢を記載して、体重設定を少し甘めにしています。高齢者が嫌々透析に来るので、さらに透析後に倦怠感が強く日常生活がままならなくなるようなことは避けたいものです。透析治療に合わせて生きるのではなく、その人らしく生きるための透析を心がけています。透析療法の質の評価は難しいですが、私の施設では、毎年、粗死亡率を出しています。全国平均と比較して2割弱低いので、それなりの質は保っているのではないかと思います。

私が透析医療に関わった頃は透析器の台数が少なく、60歳以上は腹膜透析を勧められていました。今は90歳近い人も透析導入されて紹介されてきます。超高齢社会となり、隔世の感があります。

東加茂クリニック（愛知県）