

透析医のひとりごと

「50年の透析人生とCAPDとの係わり」 工藤健一

透析医療に携わってほぼ50年が経過した。1966年、福島県立医大の腎臓内科に入局したが、まもなく当教室でも間欠的腹膜灌流（IPD）、血液透析（HD）が開始された。IPDではトラカール針の穿刺法を習得した。一方、HDではキール型ダイアライザーが採用されており、平板にセロファン膜をセットする幕張りや膜が破れていないかどうかを試す圧テストなどを学んだ。これらの準備に手間がかかる割には透析効率も悪く、長時間費やしても1kg位の除水が精々であったように思う。また種々のトラブルのため途中で中断する場合も少なくなかった。

1976年、大学紛争、教授交代を契機に地元である山形市立病院に勤務することとなった。赴任した病院は県内で初めて1970年透析療法を開始、腎臓専門外来、腎生検なども実施していた。その結果、県内各地より腎臓患者が集まり、当然のごとく慢性腎不全患者も多く抱えていた。しかし血液透析器の保有台数は7台と少なく、紹介できる県内透析施設も満床状態で、常時20人程度の腎不全患者にやむをえずIPDを実施していた。

当院でもこの状況を打開するために徐々に増床し、最終的には40床まで増床し、さらに夜間透析、午後からの透析まで行わざるをえなかった。

1982年頃CAPD治験の依頼を受けた。そこで翌年の3月28日に第1例目を導入した。4月1日からHD室の増床が決まっており、看護師にとっては勤務交代直前であったから猛反対を受けた。それを押し通したのは、待機患者の状況から直ぐ満床になると思ったからである。

CAPDのカテーテル挿入処置は自分にとっては初めて経験する外科的処置であった。今後の本療法継続のためには内科医で実施しようと考え、時々外科医の援助を受けながら挿入方法を習得した。また導入患者は社会復帰を目標としてできるだけ年齢が若い人を選択した。デバイスの問題もあり、腹膜炎や出口部感染などの発症も少なくなかったが、1985年に保険適応になるまで17例を経験しえた。

この頃には予想通り増床した透析ベッドもほぼ満床になっていた。県内の各透析施設も当院と同様の理由でCAPDに依存せざるをえなかったため、CAPD対HD比は全国でもトップクラスであったように思う。もちろん難治性腹膜炎で早期にHDに移行する患者も見られたが、高浸透圧の透析液を避け、減塩食やバッグ交換手技などの患者教育を徹底し、長期継続を図ろうとした。

故石崎允氏が主宰した第1回腹膜透析研究会で「10年以上継続した当院CAPD患者の検討」という題名で6名の患者を報告している。しかし一方で、除水量が減少した長期CAPD患者にHD移行後1年以内に

多くの腹膜硬化症の発症を経験した。この中で最も記憶に残る患者は、東京で導入され、故郷で暮らしたいと山形に転院した女性の患者である。1度の入院既往もなく、元気で社会生活していたが、1976年に除水量が減少したため、CAPD導入13年後に血液透析へ移行した。しかしまもなく腹膜硬化症を発症し、死に至った症例である。このように、長期継続の結果、多くの患者を腹膜硬化症に至らしめ、死期を早めたという悔恨の思いが強い。

2014年に山形で開催されたCAPD学会に久しぶりに出席してみた。中性液の使用や浸透圧物質としてイコデキストリンの登場などにより病理学的にも硬化性腹膜炎の発症が遅延したという報告があった。しかし、ブドウ糖を浸透圧液として使用している以上、腹膜硬化症の発症は完全に防止はできないと思う。

最近の山形県のCAPD患者の現状をみると、実施している施設が減少し、しかも高齢者が大部分を占める。現状の考えからすると、残腎機能が減少した患者を5年以内にHDに移行するという考え方は理にかなっているように思われる。

もう一つの課題は、最近公立病院を中心に夜間透析を廃止したため、夜間実施施設は満床状態という現状である。これらの患者にもまずはCAPDで導入せざるをえない可能性が高い。さらに本療法が改良され、発展することを切に願う所である。

本町矢吹クリニック（山形県）