

透析医のひとりごと

「一老透析医のつぶやき——悔恨と償い——」 稲田俊雄

私は東京医科歯科大学 1955 年卒の一泌尿器科の透析医である。87 歳になる。

“先生！ シャントがつまっています！ ダイレクトお願いします！” やおら腰を上げ透析室に向かう。
“先生って本当に不思議ですね？ いつもは手が震えているのに、穿刺のときはピタッと止まるんですね！”

私がインターンを終え泌尿器科に入局した頃はまだ皮膚泌尿器科と言っていた。何故皮膚科と泌尿器科がくっついていたのかは今もって諸説紛々、不可解であるが、まあそんな時代の泌尿器科であった。そんな私が何故透析医となり、この年まで透析医療を続けているのかを振り返ってみたいと思う。

当時の泌尿器科の守備範囲の中では腎結核は大きな領域を占めて死亡率も高かった。幸い片側性で、すでに SM, INAH, PAS の化学療法は確立していたため、患腎は速やかに摘出し、他腎への感染を防止するため化学療法を徹底するというのがスタンダードであった。しかし他腎に感染しないというのは絶対的ではなかった。なんとしても残腎は残さなければならなかった。戦いが始まる。膀胱鏡的に逆行性腎盂造影法の手法でもって繰り返し SM を直接腎盂、腎杯に注入するのである。そのうち膀胱の内景だけでどこどなたかがわかるようになる。妙齢のご婦人として例外ではない。とてとても気の重い治療法である。

さらにその後、病巣が限局した頃、術後の無尿期間が危惧される腎部分切除術を行うのである。患者様の精神的、肉体的苦痛は計り知れないものがあつた。申し訳ないと思った。両側の腎結石、特に珊瑚樹様結石の切石術もほぼ同様の無尿期を覚悟しなければならない手術である。もちろん同時に行うことはないが、他腎または偏腎を背面から真二つにする腎切石術後の腎機能の回復は容易ではない。上手く無尿期を回避できても、ある意味で人工的に萎縮腎を作るのであるから、後期の術後合併症として慢性腎不全を招く怖れもあつた。

つまり、泌尿器科領域の手術には、いわゆる術後急性腎不全の概念とは異なる外科的急性腎不全、または医原性の腎不全を引き起こす手術に遭遇することが多かった。泌尿器という尿の生成、運搬を司る特殊な器官を扱う科であつたため、言葉を換えれば二律背反性を背負う治療を強いられたのである。

また、今なお血液透析の原因疾患の一つとして存在感を示す疾患に先天性囊胞腎がある。腫大する囊胞が腎実質を圧迫し萎縮するためにおこる腎不全であるから、これを防止する方法しか治療法はない。現在のよう超音波装置があるわけではなく、巨大な腎を露出し、大小無数の色とりどりの囊胞を注射器で一つ一つ吸引し、再発を防止するため、その内皮細胞を破壊する目的で 50% のグルコースを注入するのである。日暮れて道遠し、虚無感に苛まれたものである。当時の教科書にも“これらの努力を払っても腎機能はさほど

回復するものではない”とある。これでいいのか！ なんとかならないのか？

そう、腎代替療法がこれらの問題をすべて解決してくれる。私が透析療法にしがみつこうになったきっかけは腎結核であり、腎結石であり、先天性嚢胞腎であった。なにかできるのにできなくて、まざまざ死にゆく人を見るのは拷問に近い苦痛であり、悔恨の極みであった。

1962～3年頃のあるとき、腎不全末期の先天性嚢胞腎の患者様の治療を他院から依頼されたことがあった。主治医からおおよその説明（今でいう informed consent）は受けていたと思われるが、改めてそのご家族に“これから行う透析という治療はまだ未熟で完全に救命することは保証できない、しかし2～3日の延命ならお引き受けする”趣旨を説明した。すると御家族は喜色を満面に浮かべ“お願いします。ぜひお願いします。おやじに今できる最高の治療ができるのなら、日本一の幸せ者で、私は日本一の親孝行者です。お願いします。” そのことは今なお私の頭の中にある。

悔恨と償いの中で今日もまた“先生！ ダイレクトおねがいします！” やおら腰を上げ透析室に向かう。

練馬高野台クリニック（東京都）