

透析医療のさらなる発展を願って

(公社) 日本透析医会

会長 秋澤忠男

日本透析医会は昨年、社団法人としての創立 30 周年を迎え、10 月に記念式典を開催させていただきました。その詳細は本号に掲載されていますが、これを機会に透析医療の一部について、私の知る変遷を振り返ってみたいと思います。

私が透析医療と関りを持ったのは大学を卒業した昭和 48 年 4 月のことでした。入局先の東京医科歯科大学第二内科では大学紛争後教授の権威は失墜し、入局希望者は各研究室が採用することになっていました。私は腎臓研究室（腎研）から入局の許可を頂き、研修医として第二内科の中の各研究室をローテートし研修をすることとなりました。とはいえ本籍は腎研ですから、腎研の手伝いをしながら研修をしていたようなものです。しかし、新米にできるのは透析の準備や後片付けくらいなもので、当時、臨床工学技士制度はなく、大学は看護師も透析室には配置してくれませんでしたので、医療資格のない技士さんと、新米がその任に当たりました。

その前年まで大学ではキール型透析器が使用されており、その準備と後片付けは大変な作業であったと先輩から教わりました。幸い私が入局した年からはコイル型が主流となり、事なきを得ました。しかし、シャントは主に外シャントで、血液ポンプはなし、TMP は静脈側回路にクレンメをかけて調節するという原始的な治療で、リークからコイルの入った透析液槽が真っ赤に染まり、患者さんの血圧が急降下、などのエピソードも稀ではありませんでした。外シャントが詰まると、休日、深夜でも呼び出されて、開通するまで作業をさせられたものです。やがて民間のサテライト施設が開設され、維持透析はサテライト施設で行われるようになりました。パート医として働いた民間の施設は綺麗で快適であるばかりでなく、大学では考えられない経験ができました。日本に輸入され始めた HFK は、大学では高価でほとんど使用できませんでしたが、民間施設では自由に使用でき、血液ポンプの使用も当然となり、リークや失血による血圧低下の懸念なしに透析が可能になりました。患者さんには温かい食事が提供され、若い人々が多かった夜間透析の患者さんも大変喜んで賞味されておいででした。

こうして血液浄化の基礎的技術は徐々に充実していきましたが、合併症の治療手段は限られていました。高 P 血症は当時から注目されており、red eye 症候群など、目に見える Ca/P 沈着も経験しましたが、対応は Al 製剤の投与しかありませんでした。服用しづらいアルミゲルを、アルミゲル入りクッキーなどの工夫で服用を促したりしましたが、それに応えて服用して下さった患者さんが、のちに Al 脳症を疑う症状で亡くなるなど、辛いできごとも起きました。患者さんの多くは低 Ca 血症で、その是正に Ca 濃度 3.5 mEq/L を超える透析液も使用されていました。PTH はまだ測定できませんでしたが、教科書に記述されている salt-pepper, 骨膜下骨吸収, 胸郭の変形など PTH 過剰に伴う骨病変や、骨折, 異所性石灰化などとは透析歴が短い患者さんでもしばしば遭遇しまし

た。1981年に活性型VD製剤が発売された当時は、これで低Ca血症は克服され、こうした病変とも決別できる、と期待したものです。しかし、その期待は6種類のリン吸着薬、2種類の静注活性型VD（アナログ）製剤と3種類のcalcimimeticsが実用化された現在でも、なお実現していません。不完全な人工腎臓にすぎない透析療法に立脚する限り、今後も合併症の治療・予防に向けた精力的な取り組みが不可欠です。

33万人に達した我が国の透析患者さんに、差別なくすぐれた治療が提供される、また新たな治療手段の研究・開発が促進される環境を整備・維持するのが、透析医会の新たな30年に向けた大きな使命と、再度思いを新たにしています。