

透析療法の基本を身に付け、個々の患者に 最適な治療を提供してほしい

菊地 勘*

1967年の人工透析の医療保険適用から56年が経過した。その後、中空糸型ダイアライザの登場、そして、生体適合性の高いダイアライザや溶質除去能の高いダイアライザの開発、透析液の開発や透析液清浄化技術の向上、オンラインHDFの臨床応用など、透析療法そのものの研究や開発が、継続して行われてきた。

この透析療法の発展により、透析患者の生命予後が改善したことから、長期透析合併症や腎性貧血、ミネラル骨代謝異常(mineral and bone disorder; MBP)などの合併症の管理が重要となった。現在の透析医の関心や研究は、腎性貧血、MBPなどの合併症の管理に置かれており、透析療法そのものに興味をもち、透析療法そのものを十分に理解している透析医は減ってきている。

具体的には、ダイアライザやヘモダイアフィルタごとの材質や性能の違いを理解し、モダリティの選択をHDにするかオンラインHDFにするかを決定して、オンラインHDFを選択する場合には置換液量をどのくらいに設定するかなど、臨床工学技士にお任せしている透析医が多いのではないかと。調査したわけではないがそのように感じている。透析のモダリティや治療条件を個々の患者へ適応することは透析医の重要な仕事であり、筆者は患者の日々の状況や検査データに合わせて、すべて自分で個々の患者に合わせた治療条件の設定を行っている。

確かに腎性貧血やMBPなどの合併症の管理は非常に重要で、患者を元気で長生きさせるための合併症の管理であるが、適切な透析条件を設定し患者が長生きしてこそその合併症管理でもあることから、やはり基本的な透析そのものの管理をしっかり行うことが求められる。そして、この透析条件の設定や管理が、栄養を含む種々の病態に関係しており、透析療法そのものの理解と研究は、透析医に求められる重要な課題である。

*下落合クリニック

透析効率が悪ければ尿毒症物質の蓄積により栄養状態は悪化する。するとアルブミンや尿素窒素などが低下することから、さらに透析効率を下げる、蛋白が漏出しない膜を選択するなど、負の連鎖が発生し、結果として MIA 症候群やフレイルが起きている？ 作り出している？ という状態を見かける。むしろ、透析導入時から透析効率をしっかりと確保し尿毒症物質を除去することで、食事摂取量は増加し栄養は良い状態を維持・向上できる、すると、さらに透析効率を上げ、蛋白漏出性の膜を選択することで、さらなる高い尿毒症物質の除去が得られ、結果として良い循環が生まれ、高い栄養状態を保ち ADL が保持されていくと考える。

すべてをガイドラインに当てはめることが必ずしも最適な医療とはいえない。たとえば、血清リン濃度が低値であっても、その低値の理由が栄養を保持したものでなく、低栄養が原因であれば長生きはしない。また、過度な食事制限を強いることで、種々のデータがコントロール範囲内だとしても、患者の満足度が低く、結果として低栄養をきたしてしまう。患者に日々寄り添い、患者の話を聞き、そのライフスタイルや患者の症状や状態に応じた、適切な治療条件を設定することが重要と考える。

また、透析低血圧の患者に対して、すぐに昇圧薬を使用する透析医は多いが、透析のモダリティ、ダイアライザやヘモダイアフィルタの選択、透析時間、透析液の選択、適切な dry weight の設定など、適切な透析条件の設定により、昇圧薬の使用は回避できる。この実践により当院では一人も昇圧薬を使用している透析患者はいない。降圧薬の使用は末梢動脈疾患を含む心血管イベントのリスクとなることから、昇圧薬なしでの安定した透析管理が生命予後の改善にも繋がる。

透析医は、透析患者の総合医の役割があり、さまざまな経験や学習に基づく判断や治療が必要となる。透析患者は、さまざまな病態、さまざまな症状をもっており、これが透析条件変更により、症状が緩和することや、治ることを経験する。これは、患者にとって非常に良いことであり、筆者もよい仕事をすると充実感を感じる瞬間である。

とりとめもない話をさせていただいたが、筆者が一番述べたかったことは、透析療法そのものの基本をよく理解して、一律の治療条件を継続するのではなく、個々の患者に合わせた、最適の条件で治療を行っていただきたいということである。