

2 各腎代替療法のポイントと長短所

谷澤雅彦

聖マリアンナ医科大学 腎臓・高血圧内科 助教

POINT

- 1 自施設で“行っていない”治療法（腹膜透析・腎移植）について知識を深めましょう。
- 2 腎不全保存期と透析導入後の管理は、別々とは考えず“連動”していると考えべきです。合併症発症や死亡率が最も高いのは導入期であり、導入前および導入直後からの“連動”した管理・指導の徹底が合併症発生や死亡率を低下させます。
- 3 各腎代替療法の欠点はいくまで『欠点』であって『禁忌』ではありません。患者が望むならば『可能なかぎり』欠点を克服する努力を一緒に行うことが重要です。
- 4 腎移植の適応は意外と広いものです。血液型が異なっても、血が繋がっていなくても、透析を導入していなくても、糖尿病でも腎移植は可能です。とにかく患者に、腎移植を知っているか？ 興味があるか？ 聞いてみましょう。

はじめに

末期腎不全となり腎臓が行っている体液恒常性やその他の機能の代償が保てなくなると、腎代替療法（透析・移植）が必要となります。各腎代替療法の情報提供に関しては全ての患者が平等に受ける権利があり、その後の実際の選択に関して、患者・御家族と共に医療従事者が医学的根拠や経験からアドバイスをを行い決定して

いく（shared decision making）こととなります（図1）。しかし実際には、透析関連医療従事者へのアンケート調査によりますと、施設で行うことが可能な治療方法（血液透析・腹膜透析・腎移植）の説明は十分に行っていますが、施設で行っていない治療方法（主に腎移植と腹膜透析）に関しての説明はきわめて不十分であ

るというデータが存在します¹⁾（図2）。本章では、明日から患者への説明に使える、一般的な透析療法（血液透析・腹膜透析）、腎移植（生

体腎移植・献腎移植）の適応と方法、各々の治療方法の長所・短所について解説していきます。

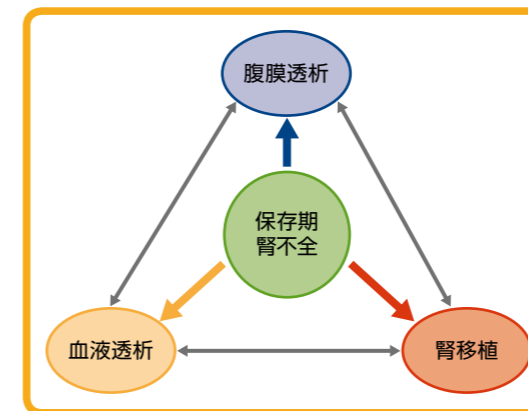


図1 流動的な腎代替療法の実践

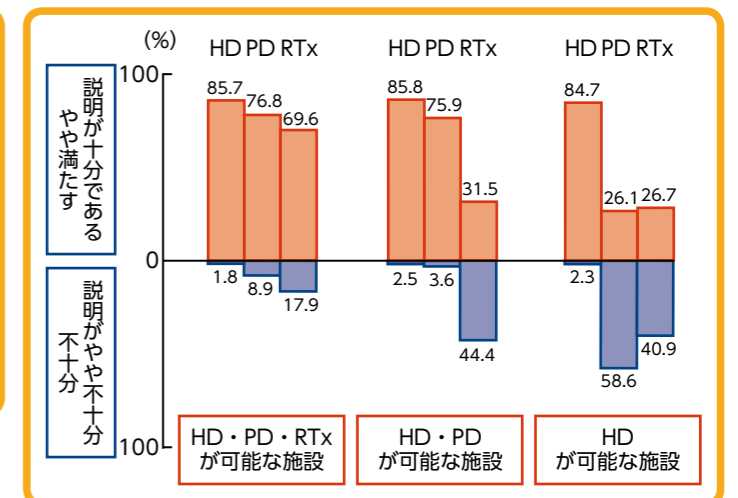


図2 各腎代替療法が可能な施設ごとの、末期腎不全患者への情報提供の充足度（文献¹⁾より改変）
HD：血液透析，PD：腹膜透析，RTx：腎移植

腎代替療法を導入するということは？

▶ 透析患者の心血管疾患を見逃さない

慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease；CKD）、とくに透析導入となる患者は、現在約半数が糖尿病を原疾患とし導入時平均年齢が69歳と高齢であるために、透析導入自体のリスクのみならず心血管疾患の高リスク群であることを認識しなければなりません（＝まず心臓病・脳卒中・末梢動脈疾患の有無・リスクを確認する癖をつけましょう）。

▶ HD 導入期が最も危険

導入後数年のなかでは最も死亡率が高いのは導入後3ヵ月以内であり、導入期が最も注意を払う時期であることを認識する必要があります。筆者らの調査では、維持透析患者の生命予後が世界

で群を抜いて良好なはずの日本の透析患者であっても、HD導入後3ヵ月以内の死亡割合（HD導入患者の7.1%が3ヵ月以内に死亡）の高さは欧米並みでした。その他導入前のCKD管理（計画導入・自己血管内シャントでの導入を目指す・栄養指導・教育・ワクチンなど）も導入後生命予後に影響していますし、導入直後の集中的管理（貧血管理・カテーテルから早期にシャント作成・栄養指導・透析処方検討・薬物調整・リハビリテーションなど）を行うことによって生命予後が改善するという研究も行われています²⁾。患者の予後を改善させるために医師のみならず、透析に関わる看護師・技士・薬剤師・栄養士・理学療法士などの最も力を注ぐ期間と