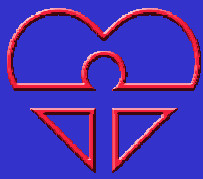


ガイドラインや至適透析の概念に拘束されず自由で良好なQOLを維持した  
医師CAPD患者2症例の検討

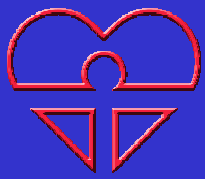
スマイル博愛病院<sup>1)</sup> クレア焼山クリニック<sup>2)</sup>  
広島大学大学院腎臓病制御学講座<sup>3)</sup>

平井隆之<sup>1)</sup>, 杉屋直子<sup>1)</sup>, 桐林慶<sup>2)</sup>, 高杉敬久<sup>1)</sup>  
頼岡徳在<sup>3)</sup>



## 【症例1】

- **〔患者〕 72 歳男性 元歯科医師**
- **〔現病歴〕** 1985年頃から糖尿病腎症によるネフローゼ症候群を呈しはじめた。腎症悪化により1999年より食事療法を中心に加療が開始された。血清Cr 9.5 mg/dlと上昇，同時に尿毒症症状が出現し，2002年7月4日，CAPD導入した。（ミッドペリック135L 2.0L x 4回交換にてweekly Kt/V: 2.11, PET: LA) 治療経過中，生来気ままな性格により交換時間は不定期であり，交換回数も遵守していなかった。2005年10月，交換回数を極端に減らした時期があり，肺水腫にて入院したが速やかに改善した。2005年12月，インフルエンザによる高熱にて入院。入院中せん妄行動が現れ，この頃から認知症の進行，ADLの低下が進行し，自己管理によるCAPDが困難となってきた。本人はあくまで血液透析への移行を受け入れなかったが，腹膜炎歴4回，交換回数の極端な減少に起因する尿毒素の上昇，栄養状態の低下，貧血進行，尿毒症症状による意識障害の出現などからCAPD継続が物理的に不可能となったため，本人を強く説得し，2007年3月，週3回の血液透析に移行した。腹腔洗浄を指導しているが，どれだけ遵守しているかは不明である。CAPD経過中，平常時は体液，血圧に関しては良好にコントロールされていた。



# 症例1:HD移行前検査所見

## (末梢血)

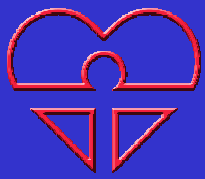
WBC	5600	/mm <sup>3</sup>
RBC	265	× 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>
<u>Hgb</u>	<u>8.9</u>	g/dl
<u>Ht</u>	<u>27.5</u>	%
PLT	16.7	× 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>

## (血ガス)

PH	7.473
PO <sub>2</sub>	87.3 mmHg
PCO <sub>2</sub>	8.9 mmHg
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	27.5 mmol/l
BE	1.4

## (生化学)

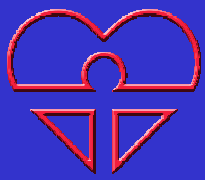
T-Bil	0.6	mg/dl	TP	8.4	g/dl
AST	15	IU/L	<u>Alb</u>	<u>2.9</u>	g/dl
ALT	8	IU/L	BUN	52	mg/dl
LDH	201	IU/L	Cr	15.1	mg/d
ALP	264	IU/L	UA	5.9	mg/dl
γ-GTP	19	IU/L	CRP	0.27	mg/dl
T-chol	181	mg/dl	Fe	37	μ g/dl
Na	140	mEq/L	UIBC	163	μ g/dl
K	3.4	mEq/L	Ferritin	68.0	ng/ml
Cl	106	mEq/L	i-PTH	206	pg/ml
Ca	8.7	mg/dl	HANP	62.6	pg/ml
iP	5.7	mg/dl			



## 【症例2】

〔患者〕 41歳男性 神経内科医

〔現病歴〕 慢性糸球体腎炎による腎障害により1980年頃から腎機能悪化。1986年CAPD導入した。（ダイアニールPD4 1.5% 2L x 4回交換にてweekly Kt/V: 1.68, PET: HA） 他県にて加療を行ってきたが、転居のため2004年より当院フォローとなった。経過中、EPOによる血圧上昇を本人が心配し、希望どおりHt 26%前後でコントロールしている。CAPD歴21年、腹膜炎歴4回にて、EPSなどのリスクを説明し強くHDへの移行、腹膜休息、腹腔洗浄を勧めるも、CAPDの継続希望が非常に強くCAPD施行中である。（現在：ダイアニールPD4 1.5% 2L x 4回、エクストラニール 2L x 1回夜間）経過中、体液、血圧、電解質は良好にコントロールされている。



## 症例2:最新検査所見

### (末梢血)

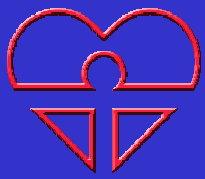
WBC	5500	/mm <sup>3</sup>
RBC	277	× 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>
<u>Hgb</u>	<u>8.1</u>	g/dl
<u>Ht</u>	<u>26.5</u>	%
PLT	29.6	× 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>

### (血ガス)

PH	7.410
PO <sub>2</sub>	92.3 mmHg
PCO <sub>2</sub>	36.2 mmHg
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	24.5 mmol/l
BE	0.4

### (生化学)

T-Bil	0.7	mg/dl	TP	6.0	g/dl
AST	29	IU/L	Alb	3.6	g/dl
ALT	39	IU/L	BUN	60.3	mg/dl
LDH	201	IU/L	Cr	13.43	mg/d
ALP	253	IU/L	UA	6.8	mg/dl
γ-GTP	20	IU/L	CRP	0.11	mg/dl
T-chol	207	mg/dl	Fe	33	μ g/dl
Na	137	mEq/L	UIBC	183	μ g/dl
K	4.2	mEq/L	Ferritin	259.7	ng/ml
Cl	95	mEq/L	i-PTH	75.7	pg/ml
Ca	9.5	mg/dl	HANP	56.6	pg/ml
iP	4.4	mg/dl			



# 腹膜機能検査

【症例1:導入時】 PET; Low Average (LA)

Kt/V=2.11, weakly CCr 71.1ml/min/1.73mm<sup>2</sup>

中皮細胞診:提出なし

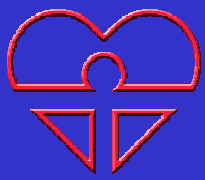
残腎機能;不詳(少ないものと思われる)

【症例2:最新】 PET; High (H)

シュミレーション:行っておらず

中皮細胞診:390.6 (365.7±24.9)  $\mu$  m<sup>2</sup>

残腎機能:なし (無尿)



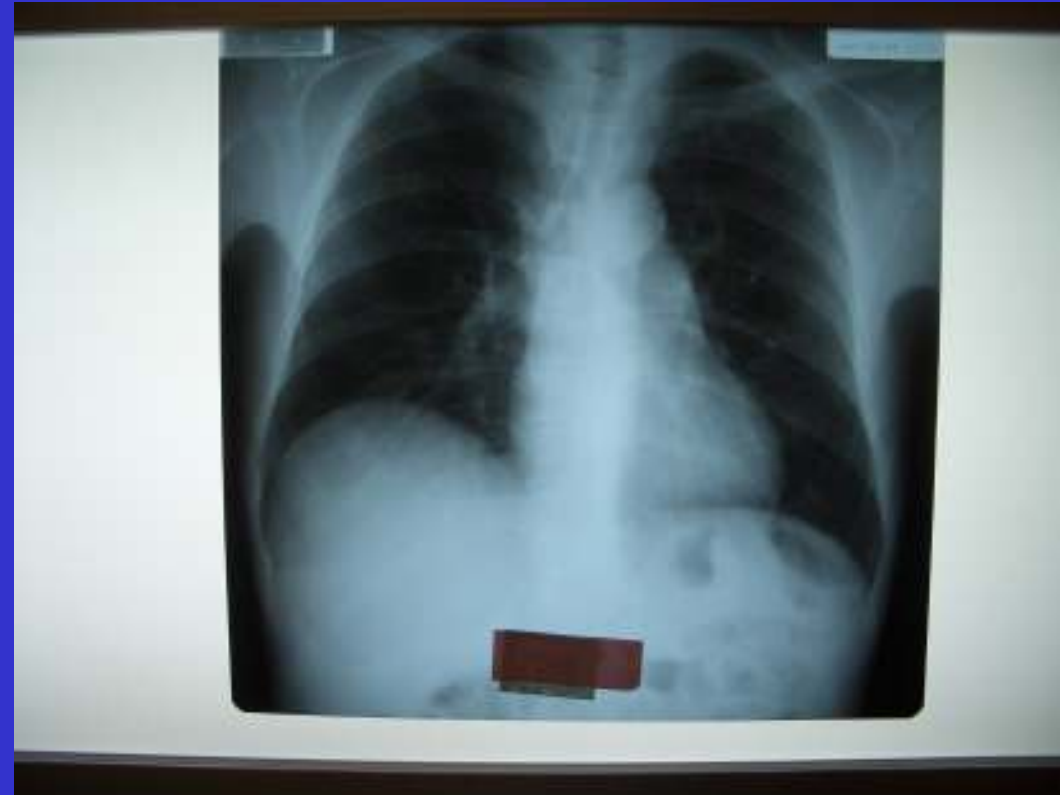
# 胸部X線検査

症例1

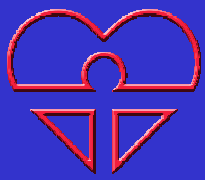


CTR43.5 %

症例2



CTR 45.1 %



# 腹部CT検査

## 症例1



## 症例2



2症例ともEPSを示唆する所見はCT上認めていない

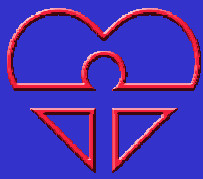




## 【考察1】

透析医療におけるガイドラインの導入は2000年頃から欧米において発表されはじめた。特に米国でつくられたK/DOQIガイドラインは、DOPPSデータの解析により支持され、様々な新薬を発売する製薬企業のプロモーションとも一致し、広く世界中に普及した。しかし、これらのガイドラインをわが国独特の透析医療の現状（移植、PDが少なくHDの割合が高い特性、使用薬剤の違い、医療経済の違いなど）に当てはめようとする多くの問題が生ずる。

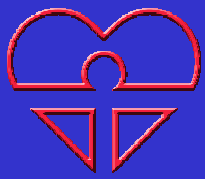
また、近年の医療はガイドラインが最優先され、本来最も重要な要因である、患者の意思、QOL、満足度といった要因が後回しとなっている傾向が否めない。



## 【考察2】

診療ガイドラインはEBMに基づいて作成されるが、至適透析についてのRCTは世界的にも少なく、日本人独自のガイドラインはevidence levelが低いと言わざるを得ない。また、至適透析とは主に生命予後や合併症をターゲットとした概念であり、QOLに関するものではない。

この2症例は、CAPDによる生活に大変満足しており、EPSなどの合併症の危険性なども承知の上で行っており、現在のところEPSを示唆する所見は認められていない。この2症例を経験し、ガイドラインは重要だが絶対ではなく、腎代替療法においても患者個人に合わせたオーダーメイド医療、全人的医療を考えていく事が重要であると思われた。



## 【結語】

- 診療ガイドラインからは遥かにかき離れたPD療法を行っているが、自由で満足度の高いPDライフを行っている医師CAPD患者2症例を経験した。