

患者の臨床経過の概要

福岡赤十字病院 腎臓内科 黒木裕介

key words

エンドオブライフ，維持透析の見合わせ

透析患者の高齢化が進み，多くの合併症を抱える患者が増加している現在の状況において，透析療法を継続することがむしろ患者を苦しめているのではないか，または患者が希望しない透析療法を継続すべきかについて医療者が思い悩む症例に遭遇することがある。そして患者が強い意思で透析療法を拒否したときは，医療者は本人・家族と話し合いの上，透析療法に関する方針を示す必要に迫られることがあり得る。2014年に日本透析医学会より「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」がまとめられた。その中の提言4では，維持血液透析の見合わせを検討する状況について，以下のように提言されている。（1）患者の尊厳を考慮した時，維持血液透析の見合わせも最善の治療を提供するという選択肢の一つとなりうる。（2）維持血液透析の見合わせを検討する場合，患者ならびに家族の意思決定プロセスが適切に実施されていることが必要である。（3）見合わせた維持血液透析は，状況に応じて開始または再開される（表1）。また透析療法の見合わせについて，（1）維持血液透析を安全に施行することが困難であり，患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合，（2）患者の全身状態が極めて不良であり，かつ「維持

透析の見合わせ」に関して患者自身の意思が明示されている場合，または，家族が患者の意思を推定できる場合では，見合わせを検討する状態としている（表2）。これらの提言は，維持血液透析を継続すべきか判断に迷う例において一つの道標となりえよう。しかしながら，すべての患者にこの提言が当てはまるものでもなく，実際の状況はもっと複雑であり患者や家族の思いが同一であるとは限らない。今回我々は，維持血液透析を見合わせるという結論に至った患者を経験した。本患者を通じて，透析患者のエンドオブライフについて議論を深めたい。

症例は67歳の男性。職業は元建設業で，家族構成は妻と娘3人である。30歳代に糖尿病を指摘されるも放置，42歳時に当院糖尿病内科へ通院開始され49歳時にインスリン治療を開始したが退院後ドロップアウトとなっていた。55歳に糖尿病教育入院しインスリンを再開，このときCr1.38 mg/dlであり，その後体液過剰，高カリウム血症で入院を繰り返していた。60歳時にAVFを作成し61歳時に末期腎不全に至りHD導入となった。翌年には両下肢の血色不良・跛行を認めるようになり循環器内科を受診，両下肢の閉塞性動脈硬化症と診断され両側の浅大腿動脈に血

表 1

維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言

提言 4：維持血液透析の見合わせを検討する状況

- (1) 患者の尊厳を考慮した時、維持血液透析の見合わせも最善の治療を提供するという選択肢の一つとなりうる。
- (2) 維持血液透析の見合わせを検討する場合、患者ならびに家族の意思決定プロセスが適切に実施されていることが必要である。
- (3) 見合わせた維持血液透析は、状況に応じて開始または再開される。

表 2

「維持血液透析の見合わせ」について検討する状態

- (1) 維持血液透析を安全に施行することが困難であり、患者の生命を著しく損なう危険性が高い場合。
 - ① 生命維持が極めて困難な循環・呼吸状態などの多臓器不全や持続低血圧など、維持血液透析実施がcausing生命に危険な病態が存在。
 - ② 維持血液透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できない。
- (2) 患者の全身状態が極めて不良であり、かつ「維持血液透析の見合わせ」に関して患者自身の意思が明示されている場合、または、家族が患者の意思を推定できる場合。
 - ① 脳血管障害や頭部外傷の後遺症など、重篤な脳機能障害のために維持血液透析や療養生活に必要な理解が困難な状態。
 - ② 悪性腫瘍などの完治不能な悪性疾患を合併しており、死が確実にせまっている状態。
 - ③ 経口摂取が不能で、人工的水分栄養補給によって生命を維持する状態を脱することが長期的に難しい状態。

表 1、表 2 ともに 2014 年日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ透析非導入と継続中止を検討するサブグループ編

管内治療を行った。また糖尿病の血糖コントロール不良に対し糖尿病教育入院を行った。翌年には両下肢のしびれが再度出現、下肢造影でステント内狭窄を認め再度血管拡張術を施行された。しかしながら右下腿潰瘍が出現、血行再建術でも改善せず右下腿切断術に至った。

66 歳時、心不全の増悪を認めたため AVF の閉鎖が望ましいと考えられ、閉鎖後の次期バスキュラーアクセスとして事前に右上腕動脈表在化を作成することとした。手術は問題なく終了したが、術後数日より創部から排膿を認めたため創部感染の診断で抗菌薬投与を開始していた。術後 12 日に創部から拍動性出血を認め、感染による上腕動脈破裂と診断、緊急で壊死物質除去および動脈形成術を施行した。一時的に止血しえたが、その 5 日後に再度拍動性出血を認め上腕動脈の再破裂と

考えられた。同日再度緊急手術を施行し、上腕動脈温存による止血を試みたが困難であり、やむを得ず上腕動脈を結紮することとなった。その後術後創部の経過は問題なく感染は治癒し、また手指の冷感やしびれなどの症状は認めなかった。同時期に胃潰瘍癒痕後の幽門部狭窄に対しブジーを施行され自宅退院となった。その 3 カ月後に原因不明の両上肢、両肩、両手の痛みを認め、リウマチ性多発筋痛症の診断でプレドニゾロン 7.5 mg を開始された。また AVF が使用困難となり右内頸静脈に長期留置カテーテルを挿入した。その後左下肢潰瘍が出現、増悪したため血管内治療を施行したが潰瘍は改善せず徐々にミイラ化した。

67 歳時、右手指潰瘍、疼痛が出現、上腕動脈の結紮による血行不全が関与していると考えられた。潰瘍部は保存的加療では改善困難であり、感

経過 1

【症例】

67 歳、男性

職業 元建設業

【既往歴】

42 歳 左腕骨折

55 歳 アルコール依存症、脳梗塞

60 歳 両) 硝子体手術

【生活歴】

飲酒 (－)

喫煙 30 本／日 (16 歳～現在まで)

家族構成 妻、娘 3 人

【現病歴】

30 歳代 DM を指摘されるも放置

42 歳 当院 DM 科通院開始

49 歳 インスリン治療を開始するも退院後ドロップアウト

55 歳 DM 教育入院しインスリン再開 Cr1.38

57-58 歳 体液過剰、高カリウム血症で数回入院

経過 2

【現病歴】

60 歳 AVF 作成

61 歳 末期腎不全で HD 導入。近医で外来維持透析

62 歳 両下肢 ASO の診断。両) 浅大腿動脈に血管拡張術施行。DM 教育入院

63 歳 両下肢しびれ。ステント内狭窄あり血管拡張術施行

64 歳 両下肢しびれあり。ステント内狭窄あり血管拡張術施行

65 歳 右下肢切断術(膝上)

66 歳 心不全増悪で入院。右上腕動脈表在化を施行

術後12日、感染による上腕動脈破裂で緊急止血術

術後17日、再度破裂し上腕動脈結紮術を施行

胃幽門部狭窄に対しブジー施行

リウマチ性多発筋痛症の診断

プレドニゾロン開始

VA トラブルのため右内頸長期留置カテーテルを挿入

左下肢潰瘍を認め血管拡張術施行も改善なし 徐々にミイラ化

経過 3

67 歳 右手指潰瘍出現、疼痛あり

上腕動脈結紮に起因する血行不全が原因と考えられた

保存的加療は困難。右上肢切断を提案するも本人は拒否され転院1カ月後、右手指の耐え難い疼痛で入院。壊死・感染所見あり
右上肢切断の希望あり。右上肢切断術施行(肘上)

左下肢痛が増強。非オピオイド、弱オピオイド使用も除痛できず
CRP 上昇あり。播種性非定型抗酸菌症と診断

左下肢痛に対しフェンタニル持続皮下注開始

透析中の危険行為出現。透析見合わせの意思表示あり

本人・家族希望の上、透析見合わせの判断

退院

染を伴えば致死的状态となる可能性が考えられた。やむを得ず右上肢切断の提案を行ったが、本人は強く拒否し転院となった。その1カ月後、右手指の耐え難い疼痛で入院、右手指潰瘍部の壊死、感染所見を認め、救命を優先するのであれば右上肢切断が必要と判断された。入院の時点で本人は右上肢切断の覚悟はしており、肘上で右上肢切断術を施行した。術後より右上肢の疼痛は軽快したが、徐々に左下肢疼痛が増強した。十分な疼痛管理が必要と考えられ、トラマドール(非オピオイド)、ブプレノフィンテープ(弱オピオイド)で疼痛コントロールを行うも十分に除痛できなかった。フェンタニル(強オピオイド)持続皮下注による除痛を開始したが完全に除痛できたとは言えず、とくに透析中に疼痛が増強する傾向があった。

このころより透析拒否を訴えられるようになり、透析中に「痛い。やめろ」「透析をやめないと抜くぞ」といった発言が続き、実際に危険行為に及ぼうとすることもあった。同時期にCRP上昇あり、検査で血培および胸水培養でMycobacterium chelonaeを検出し、播種性非定型抗酸菌症と診断した。認知症やせん妄症状は認めないと考えられ、透析療法の継続可否について繰り返し本人の意思確認を行ったが本人の意思は一貫しており強固であった。ご家族と繰り返し話し合いを行った上で、ご家族も本人の意思を尊重し透析療法の見合わせを希望した。ご自宅への退院を希望したため、今後の透析療法に関して意思変更があればいつでも変更して構わないことを再確認し、退院の運びとなった。

参考文献

- 1) 日本透析医学会 血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ 透析非導入と継続中止を検討するサブグループ. 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 透析会誌 47(5): 269-285, 2014