

急性透析16例の検討

透析治療部 西沢尊子

当院で最近経験した急性透析16例について少々の検討を加えたので報告する。

症例は表1の如く手術以外の原因で腎不全となったものをA群、手術分娩に関連するものをB群、外傷によるものをC群と、分類した。それぞれの透析回数は、2~38回でありPDとの併用は4例になされた。16例中8例死亡、8例生存、うち1例は、慢性透析に移行している。

発症より透析開始までの日数については、図1の如く、2~4日が最も多く、8日目に開始した1例は、火傷後の非乏尿性急性腎不全の症例であった。

透析決定の主な理由は、無・乏尿、BUN上昇、カリウム上昇等である。無・乏尿の12例中10例は、3日以内に透析を開始しており、比較的早めに透析にふみきっている。BUN値の最高は、 150 mg/dl 血清カリウム値の最高は 7.2 mEq/l 、血清クレアチニン値の最高は、 9.9 mg/dl であった。又意識障害、けいれん、視力障害が現われたため、透析にふみきった例もある。

透析患者の臨床症状は図2の如く、尿量の変化、出血傾向、消化器症状、循環器症状、脳神経症状と多彩であった。中でもタール便を呈したものが12例あり、そのうち5例は消化管出血により死亡している。また、食欲不振悪心嘔吐、なども多くみられ、積極的な経口摂取が困難な症例もみられた。循環器症状として頻脈の他に、心臓手術後の症例で完全房室ブロックによる徐脈も認めている。脳神経症状として、眠気、意識障害、けいれん、頭痛などの他に視力障害を認めたものが2例あり、1例は尿毒症による謂る黒内障と診断され透析により軽快した。他の1例は中枢性の障害が考えられ、視力障害を訴えてから3日後に死亡している。

直接死因については、表2の如く、消化管出血と感染症が8例中7例を占めている。従来言われている如く、私達の施設においても出血と感染が二大死因であった。症例10、13、15の3例においては、透析離脱後、数日から数週間後に死亡しており、透析中のみならず、離脱後も十分な観察管理が必要であることを痛感する。

次に症例を呈示し、消化管出血と感染に対する看護について考えてみたい。

症例67才男子(図3)膀胱腫瘍にて膀胱全摘S状結腸吻合術を受けその後、腹満嘔吐等のイレウス症状が出現した。7日目にイレウス解除術を受け、又同日より血液透析を開始した。はじめの16日間は連日3時間の透析を行ない、その後の3回を加えて合計19回のHD(Hemo Dialysis=血液透析)を行なった。BUNは最高 120 mg/dl 、クレアチニンは最高 8.0 mg/dl まで上昇したが尿量の増加と共に下降している。臨床症状としては、腹満、嘔気、嘔吐、タール便の他に肺感染症のため、呼吸困難がみられ、全身衰弱強度となり人工呼吸器を装着した。栄養は静脈栄養を中心に $500 \sim 1500 \text{ Cal}$ 投与、22日目には経口栄養も開始した。胃からの吸引量は、最高 2500 ml にも達したが、20日目より 500 ml 以内となり、尿尿量も順調に増加しはじめた。この症例は消化管からの大量出血と高度の感染症、呼吸困難があったにもかかわらずICUに収容され、積極的な栄養と集中治療及び看護によって一命をとりとめた症例であったと考える。

症例22才男子(図4)交通外傷(左骨盤脱臼、両大腿挫滅)である。受傷後6日目某医より、当院第一外科に転院。転院時尿量 300 ml 、BUN 130 mg/dl 、クレアチニン 8.7 mg/dl 、カリウム 5.3 mEq/l のため引き続き血液透析を行なった。臨床症状としては、吃逆、嘔吐、発熱、タール便、けいれん等がみられた。栄養は経口栄養($500 \sim 1000 \text{ Cal}$)と静脈栄養($500 \sim 800 \text{ Cal}$)である。尿量は13日目より 1000 ml 以上となり、BUN、クレアチニン、カリウムともに低下がみられた。腎機能の回復を待って手術の予定であったが、挫滅創の感染が高度となり、敗血症を併発又消化管の大量出血もあり受傷後24日

目で死亡した。この症例は腎機能の回復をみながら高度の感染症と消化管出血により異化作用の亢進も著しく、残念ながら死亡した症例であった。

太田¹⁾らは、原病に根治的療法のない透析は結局は徒労に終る事を指摘し、Elmgren²⁾からも急性腎不全は大手術の禁忌ではないと述べており、今後このような症例に対して、積極的に手術療法が考慮されるようになると思う。

症例20才男子(図5)岩登中転落し、当院整形外科に収容された。入院当時下半身麻痺、乏尿、意識混濁、けいれんを認め血圧90~60mmHg、BUN75mg/dl、カリウム7.5mEq/lであった。胸椎4-5圧迫骨折とショック腎による急性腎不全と診断され、血液透析を開始した。はじめの10日間は連日、その後は隔日にて合計13回のHDを行なった。BUNは最高124mg/dl、クレアチニンは7.8mg/dlまで上昇したが尿量の増加と共に次第に下降した。透析期間中は、消化管出血や感染症などの合併症はみられず、3日目より経口栄養が開始され10日目には利尿期に入り30日目には、腎不全は回復した。この症例は重大な合併症が併発しなかった事と早期から経口栄養を開始したことが体力を保持させ、効率の良い透析療法により腎不全を回復に導いたものと考えられる。

以上症例ごとに急性透析の二大死因と言われる消化管出血と感染に対して、特に栄養面での援助を中心に看護の考察をのべました。

まとめ (1)当院で経験した16例の急性透析の成績について報告した。救求率は50%であった。(2)急性透析患者の看護において積極的な栄養療法は出血と感染の予防に役立ち又腎不全回復につながると考える。

本稿をまとめるにあたり、御協力いただいた透析治療部の宮本検査技師、第一内科の丸山先生に深謝する。

引用文献

- 1) 太田和夫他：救急病院における透析療法，日本臨床30，2573 1972.
- 2) Kennedy R. E. et al.: Factors affecting the prognosis in acual renal failure J. of Me dicine. 165. 73. 1973.

表 1

症 例 表

群	番号	氏名	年齢	性	原因疾患	透析回数	PDとの併用	予後
A	1	A T	20	女	左下肢急性動脈閉塞症	3		軽快
	2	N T	47	男	顆粒球減少症	2		死
	3	T K	67	男	トリクロールエチレン中毒症	3		軽快
B	4	K K	39	男	胆のう摘除術後	22		軽快
	5	A K	35	女	僧帽弁置換術後	38	○	慢性に移行
	6	N T	42	男	大動脈弁置換術後	22	○	軽快
	7	A S	46	男	大動脈人工血管置換術後	22	○	死
	8	S K	62	男	前立腺摘除術後	9	○	死
	9	Q A	67	男	膀胱全摘, 尿管S状結腸吻合術後	20		軽快
	10	A A	61	男	膀胱全摘, 尿管S状結腸吻合術後	6		死
	11	C T	43	男	胆のう, 胆管結石術後	3		死
12	K M	32	女	妊娠子癩	4		軽快	
C	13	H M	22	男	左骨盤脱臼, 両大腿挫滅	17		死
	14	I M	20	男	胸椎4-5圧迫骨折	13		軽快
	15	H Y	76	男	両下腿Ⅲ°火傷	3		死
	16	M H	23	女	肋骨, 骨盤, 両下腿複雑骨折	3		死

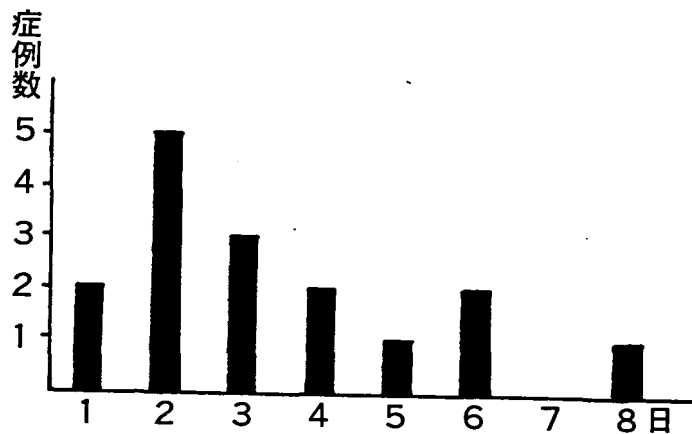


図 1 発症より透析開始までの日数

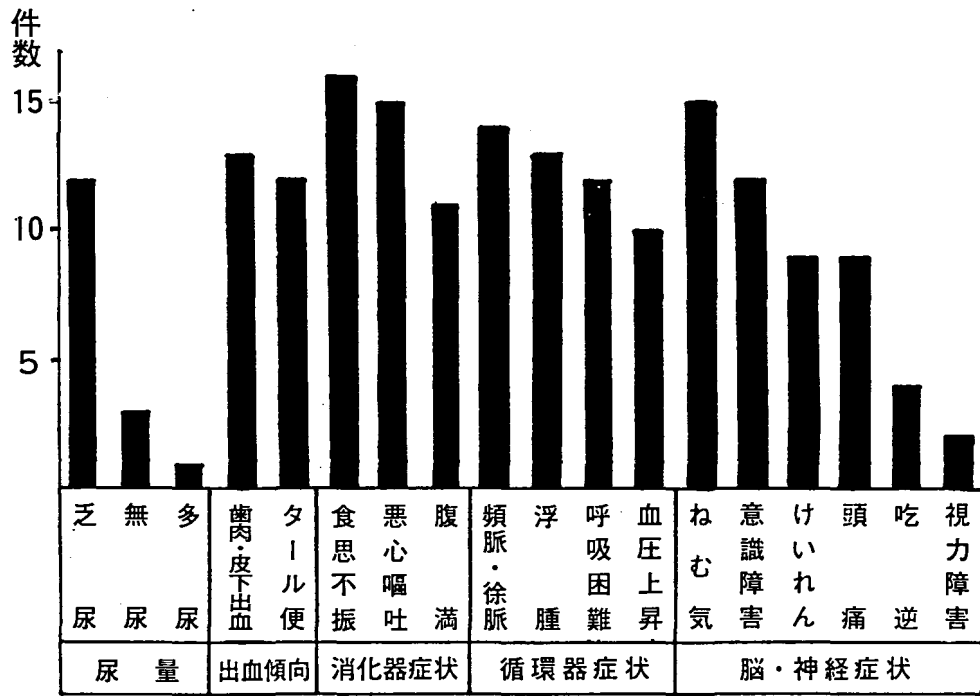


図2 急性透析患者の臨床症状

表2

透析患者の死因

症例番号	原疾患	原因	透析より離脱までの日数	死亡時利尿	透析開始後死亡迄の日数
2	顆粒球減少症	肝不全		(-)	2
7	大動脈人工血管置換術後	消化管出血		(-)	29
8	前立腺摘除術後	肺炎, 消化管出血		(-)	13
10	膀胱全摘術後	敗血症, 消化管出血	6	(+)	30
11	胆のう, 胆管結石術後	消化管出血		(-)	3
13	左骨盤脱臼, 両下腿挫減	消化管出血, 敗血症	22	(+)	24
15	両下肢Ⅲ°火傷	肺炎	3	(+)	14
16	肋骨, 骨盤両下腿複雑骨折	敗血症		(-)	4

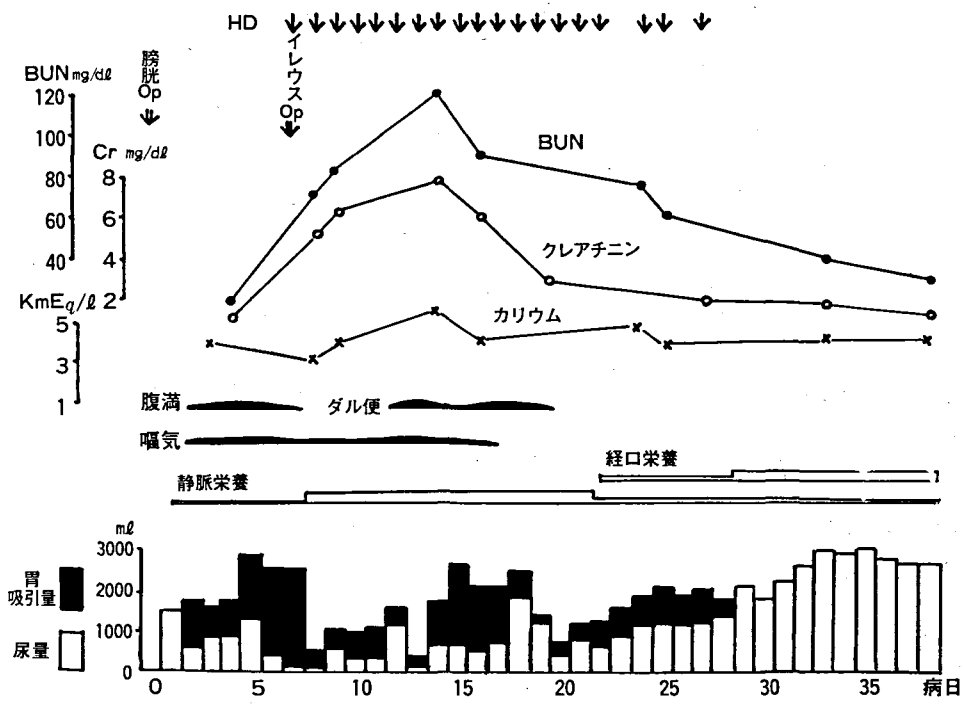


図3 症例67才♂膀胱全摘尿管S状結腸吻合術後

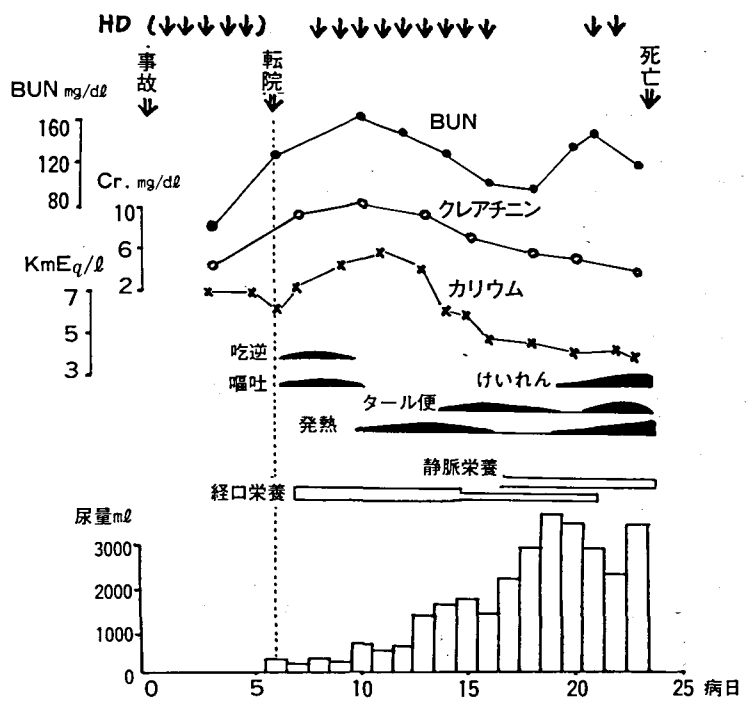


図4 症例22才♂左骨盤脱臼両大腿挫滅

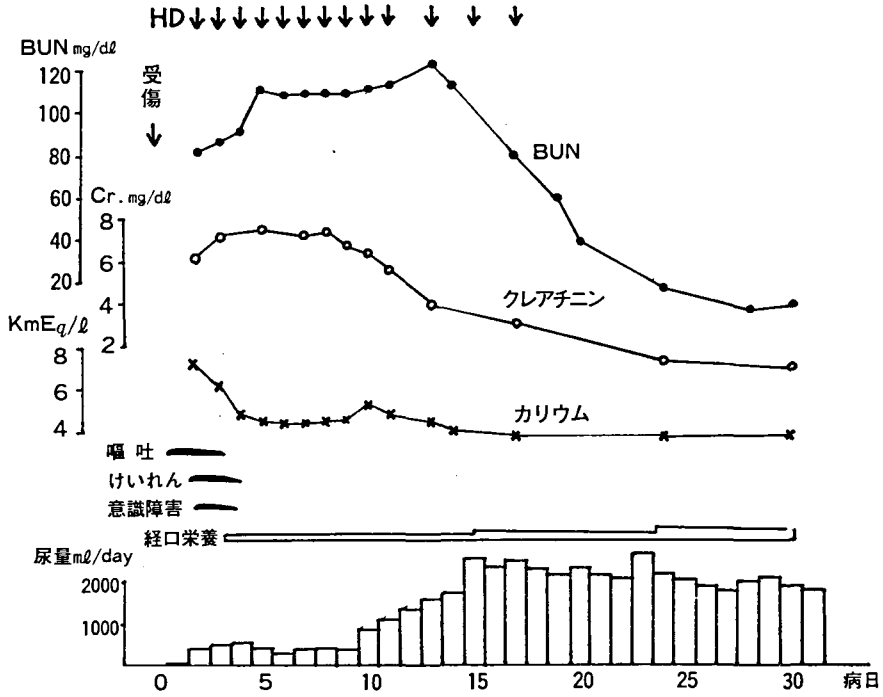


図5 症例20才の胸椎4-5圧迫骨折