

救急医がみた透析の世界

服部 憲幸*

私は2002年に千葉大学医学部を卒業し、救急医になった。新臨床研修制度が導入される2年前で、いわゆるストレートで千葉大学医学部附属病院救急部（現 救急科）に入局した。以後10年間、ひたすらに救急と集中治療の研鑽を積んだ。転機となったのは2012年。当時教授として教室を主宰されていた織田成人先生（現 千葉大学名誉教授）から人工腎臓部の担当を言い渡された（千葉大学は全国でも珍しく救急部が透析部門の運営を始めた。そのため現在も救急科が人工腎臓部の運営の多くを担っている）。そのときのことは今も鮮明に覚えている。気づけばあれから8年、救急および集中治療の仕事と並行して透析患者の診療にも当たる日々が続いている。

8年間の経験でもっとも強く感じたことは、透析室は救急医、集中治療医の能力を活かすことができる場所の一つとなりえる、ということである。大学病院で勤務しているので特殊な環境かもしれないが、患者の多くは普段はクリニックで維持透析を受けており、なんらかの治療や検査のために入院してくる。初めてみる患者の透析条件の適・不適を見極め、全身状態が悪いなかでも安全に透析を行わなくてはならない。翌日手術であるにもかかわらず溢水気味の患者もいれば、不十分な紹介状で経過がわからないまま透析を開始することも少なくない。内科系、外科系を問わずさまざまな疾患の患者を急変させずに管理するのは骨の折れる仕事である。集中治療室（ICU）からは多臓器不全

* 千葉大学大学院医学研究院救急集中治療医学

から腎不全を残して回復した患者が次々と送り込まれ、なかには人工呼吸器やカテコラミンがついたまま突然一般病棟管理となる患者もいる。今や透析室の一角はさながらICUのようであり、大学病院の高度医療を支える一部門であると自負している。

透析での経験は救急医、集中治療医としての技量も向上させてくれた。ICUで経験できる血液浄化法は持続的血液濾過透析や血漿交換が中心だが、ICUでは行うことが少ないアフレスシス治療を多く経験できた。またシャントや動脈表在化などの手術手技は、ICUで呼吸補助や循環補助として用いるECMO (extracorporeal membrane oxygenation)の際の血管確保や血管修復に役立っている。透析で身につけた末梢血管のエコー下穿刺や経皮的血管形成術におけるガイドワイヤー操作なども救急外来やICUで大いに応用している。一緒に仕事をしている腎臓内科医とのディスカッションもさまざまな知識をアップデートしてくれている。

分業化が進む医療界だが、たまにはこんな医者がいても、いいと思う。