

+

+

# ろんだん 佐賀



## 朝長 修さん

ともながクリニック院長

ともなが・おさむ 1960年生まれ。嬉野市(旧嬉野町)出身。鹿島高一長崎大医学部卒。1987年に東京女子医科大糖尿病センターに入局、専門医として特に糖尿病性腎症、腎不全の治療に従事する。2006年、ともながクリニック糖尿病生活習慣病センター(新宿区)を開設。東京女子医科大糖尿病センター非常勤講師。東京都。

私は東京女子医科大学糖尿病センター在籍中、糖尿病性腎症、特に進行した腎不全の診療に従事していました。糖尿病の合併症としては終末像である腎不全患者さんを血液透析、腹膜透析に導入する仕事です。直属の上司であった馬場園哲也先生の指導を受け、内科医でありながら透析用シャント手術(動脈と静脈を吻合)、腹膜透析用カテーテルの挿入術を行い、腎センター外科で盛んに行われていた腎臓移植や隣腎同時移植の手伝いなども行っていました。とてもやりがいがあり、充実した日々を送っていたのですが、糖尿病で腎不全に至った患者さんの管理は相当な苦勞を伴います。

毎年、透析医学会が透析に導入された患者さんの

## 透析導入を防ぎたい

# 尿中アルブミンとGFR確認を

原腎疾患(腎不全になった原因の疾患)を発表していません。2000年ごろから糖尿病が慢性腎炎を抜いて第1位になりました。しかし透析が始まった後の経過は他の原腎疾患に比較して不良です。平均的に60歳代半ばで透析に導入された糖尿病患者さんの5

年生存率は約50%です。肝臓がんと同じくらい成績が悪いのです。糖尿病で透析に入る時期には網膜症による視力低下や高度な動脈硬化により、虚血性心疾患、脳血管障害、壊疽など併発していることが多いためです。そのような患者さんの診療は困難で苦勞が

多く、医療サイドはもとより患者さん本人、介護するご家族の負担も大きくなります。加えて透析患者さんの医療費が高いことも問題になっています。一人の透析患者さんにかかる医療費はほとんど、年間500万円を超えます。これらの経費はほぼ

でも大事だということでも明らかです。明らかに蛋白尿が出て、腎機能が落ちてきたら、有効な治療法がないのが現状です。初期の腎障害には自覚症状がありません。早期発見には尿中微量アルブミンの測定が不可欠です。また腎臓の機能の評価として血清クレアチニンから算出

する推算GFRを確認することが勧められます。ところが糖尿病で管理中にもかかわらず尿中アルブミンが測定されていないケースが多いことが報告されています。また、血清クレアチニンが上限値であり、まだ大丈夫と思つて、推算GFRが低いことを把握していな

い担当医も少なくないようです。幅広く尿中アルブミンと推算GFRが認識されれば、透析導入患者さんは減ると思われませんが、いまだに実現はできていません。

読者の中にも糖尿病の患者さん、あるいはご家族が糖尿病患者さんという方は

大勢いらっしゃると思います。HbA1cだけでなく、体重、血圧、脂質の管理にも着目して下さい。そして、尿中アルブミンと推算GFRの値を自ら確認していただきたいと切に願っています。少しでも異常があれば担当医に相談しましょう。

+

+