

勤務医部会だより

透析医療は感染症との戦いである



幹事 小山寛一
(増子記念病院副院長)

2020年2月にダイヤモンドプリンセス号の寄港から日本のコロナ感染は始まった。

当院では当初よりコロナ対策を開始した。

当院は102床のいわゆる一般病院であるが、分院を合わせて約700人の透析患者を抱えているため、感染症に対しては常に注意を払ってきたが、未知のコロナ感染症にはいっそう強い危機感を持ったからである。また自院の透析患者を守らなくてはならない義務もある。

入院で個室透析ができ、感染症対策を備えている施設は少ないので、どこかの透析施設もコロナ対策には困っただろう。クリニックはなおさらであろう。

まず個室とその前の廊下を簡易的に工事し隔離ゾーンを作り、陰圧装置も導入した。

透析のできる個室は、コロナ前は4床であったが、配管工事を行ない6床へ増床した。

さらに当院は透析医療に対し社会的な役割も担う義務もある。そのため行政を介した多施設の透析患者の受け入れを多数行なった。

ベッドの不足を補うため、患者の負担にはなるが、4時間透析を3時間透析にして、2クールを3クールに増やして、収容限界を超えた患者数を受け入れ治療した。

第5波のデルタ株の時は、名古屋大学医学部附属病院は重症患者の受け入れの役割から、当院は透析患者の後方支援病院としての役割を果たした。

しかしコロナ患者が増えた第7波では、さすがに個室透析は不可能となり、さらに透析室10床をコホート化しすべてコロナ患者用に転用した。それでも全員を隔離入院させることも困難となり、外来通院で隔離透析を行なうしかなかった。

しかし問題は週3回の通院である。公共交通機関は利用できない。通院手段がない患者は入院するしかない。また独居の高齢者、施設入居している患者も入院する以外ないのである。

透析医療は感染症との戦いでもある。血液感染、インフルエンザ、結核、肺炎などに、さらにコロナ感染が加わった。

透析治療環境はハイリスクであり、いわゆる3密になりやすい。週3回、4-5時間の透析。ベッド間隔は1m以下であり、同じ空間を多数の患者が長時間共有する場になる。さらに、送迎車、更衣室、食堂、待合室でも密になりやすく、換気が良いとは言えない。

感染予防に、患者、環境、手技すべてに気を配らなくてはならず、スタッフのストレスは大変である。

現在の治療は一般人と同様に中和抗体薬、抗ウイルス薬が中心で重症化することは少ない。しかし透析患者はコロナの治療だけでは済まないのである。

高齢の透析患者は10日も隔離されれば、容易にADLは低下してしまう。せっかくコロナが治癒しても、寝たきりとなったり、認知や嚥下が悪化すればコロナによる重症化と言っても良いだろう。

それを少しでも軽減するために当院では隔離中にも十分ではないが、個室でリハビリを行い、認知予防のために、パズル、塗り絵などの作業療法も積極的にこなしている。

第7波では咽頭痛の症状がひどく、食事摂取が低下する患者も多い。栄養状態にも気を配ることも必要となっている。これらは一般の高齢のコロナ患者でも同じ問題であろう。つまりフレイルの対策も同時に行なわなければならないのである。

毎年インフルエンザ流行時期になると透析室はいつも大変である。しかしインフルエンザでは透析患者はタミフルを1カプセル内服すれば治療は終りである。

透析は5日間のカーテン隔離で入院もない。それでも重症化予防のため、インフルエザワクチン2回接種を勧めている。

インフルエンザワクチンは透析時にベッドサイドで接種できるため、容易に接種でき、そのため接種率はとても高い。

今後、コロナワクチン接種と内服治療薬が簡便化され、コロナ感染対策もインフルエンザ並みとならなければ医療従事者は疲弊してしまう。

8月の現在オーストラリアではインフルエンザが流行し出しているため、日本でも冬にはインフルエンザの流行が予想されている。

この冬はいったいどうなっているのか。