患者・家族、コミュニティと
透析医療者をつなぐ

No.11
2023
Spring

Dialysis Triangle
ダイアリシス トライアングル

怒りが起きたら本当の感情を探す

オフィスJOC（Japan Okan Consultant）代表
ホスピーグループ腎透析事業部　岡山（おかやま） ミサ子

「怒り」は複雑です。いろいろな感情が入り交じり、自分でもなぜ怒っているのか分からなくなることがあります。怒ってはいけないと思い込み、自分を責め罪悪感に陥るときもあります。

●

中堅ナースのCさんは、「仕事がいっぱいいっぱいになると、不機嫌になってしまう」と話してくれました。逆に周囲のナースたちは、Cさんがいると緊張すると言います。不機嫌な態度になる理由をCさんに尋ねると、「イライラや怒りを我慢していると、だんだん不機嫌になってくる」とのこと。彼女は「怒り」を抑えているようでいて、実際には「不機嫌」という形で周りをコントロールしていました。

「怒り」を我慢することが感情コントロールだと思い込んでいる人がいますが、「怒り」を抑えるのではなく、その裏側にある感情を探しましょう。「怒り」は二次感情です。怒りをつくり出した一次感情を見つけるのです。

Cさんに「怒りの感情が湧いたのはどうして？」と聞くと、「仕事がなかなか終わらなくて焦る」、「誰も手伝ってくれなくて情けない」、「私のことを分かってもらえないのが残念」といった思いが見つかりました。

●

「激しい怒り」は危険で不健康な感情です。しかし、その下に潜む「焦り」「情けなさ」「残念さ」などは健康的な感情です。「怒り」でストレスを感じたときは、その下にある健康的な感情に気付くことが大切です。そして、相手に分かってもらえなくても、それを伝えるようにします。「怒り」の下にある自分の感情を取り戻し、自覚して、コントロールすることです。

岡山ミサ子『ケアする人をケアする本』
（株式会社gene、2020）参照

HOT TOPIC INTERVIEW

HD患者では便通の確認が重要

血液透析（HD）患者の40～70％は便秘に悩むといわれている。飲水制限、使用薬や併存疾患の影響、筋力低下と運動不足、カリウム制限に伴う食物繊維不足など多数の要因が便秘を招く。一方、近年次々に登場した新しい治療薬は便秘対策を変革した。この問題に詳しい埼玉石心会病院腎臓内科部長の元志宏氏に、QOLと予後の両方を考えた治療と予防について聞いた。

元（げん） 志宏（しこう）氏
埼玉石心会病院 腎臓内科部長
2004年 埼玉医科大学卒業。同院腎臓内科研修医
2008年 埼玉社会保険病院内科
2010年 埼玉医科大学病院腎臓内科助教
2012年 埼玉石心会病院腎臓内科医長
2017年 埼玉石心会病院腎臓内科部長
2021年 埼玉石心会病院副院長

HD患者は便秘があって当たり前！

▶まず、透析患者での便秘の頻度を教えてください。

HD患者では便秘の訴えが目立ち、非透析患者に比べて非常に頻度が高いといわれています。報告により差はありますが、40～70％が便秘と考えられます。

▶なぜ、透析患者には便秘が多いのでしょうか。

HD患者はカリウム制限のため野菜や果物の摂取を控える必要があり、食物繊維の摂取が難しくなります。また、リン吸着薬やカリウム吸着薬の使用例が多く、副作用で便秘が生じます。運動不足などによる消化管蠕動運動低下や腹筋の筋力低下が原因となる例も見られます。慢性腎臓病で腸内細菌叢が変化し、腸管内pHが上がって便秘になるとの報告もあります（**表1**）。

▶飲水制限もありますし、便秘の原因は多様ですね。

水分摂取量制限でHD患者の便は硬くなりやすい。それが便秘に結び付くことは珍しくありません。多様な原因の中でも、食物繊維不足と薬剤の影響は強力だと思います。そもそもHD患者は、週3回、4～5時間はトイレに行けず、不規則な排便リズムを強いられています。便秘になっても不思議はないといえます。

便秘は排便回数だけの問題ではない

▶便秘はどのように診断するのですか。

実は、便秘の診断は単純ではありません。日本消化器病学会『慢性便秘症診療ガイドライン2017』では、「本来なら体外に排出すべき糞便を、十分量かつ快適に排出できない状態」と定義[1]し、診断基準としてRome Ⅳ基準を採用しました[2]。そこでは排便回数（週3回未満）だけでなく、排便時の困難感、硬便、残便感、用手的排便介助の必要性などの6項目中2項目を満たせば便秘と診断されます。つまり回数は十分でも、排便困難があり苦痛を感じていれば便秘となるのです。

▶便秘は排便回数の問題ではないということですね。

その通りです。僕も最初は単純に便が出ればよいと考えていましたが、「便が出ていてもつらい」と言う声で気付かされました。今は、患者が何に困っているのかを聞き出し、対策を立てるようにしています。

▶便について話すのに抵抗がある方もいそうですね。

たまに正直に答えてくれない方がいます。スタッフの誰なら話しやすいか、男性と女性ならどちらがいいかといった配慮が必要かもしれません。

大腸の壊死や穿孔により生命の危機も

▶便秘はHD患者の予後にどんな影響を与えますか。

慢性便秘症は腹痛や腹満感、食思不振などでQOLや労働生産性を損なうだけでなく、心血管疾患や腎疾患を悪化させ、生命予後を悪化させることも明らかになっています[3]。HD患者においては、適正な水分管理を妨げ、血清リン値を上昇させる等の報告があります。私たちもHD患者にルビプロストンを用いて排便回数が改善、血清リン値が低下することを経験しました[4]。

▶高度便秘は大腸の閉塞や穿孔の原因になりますね。

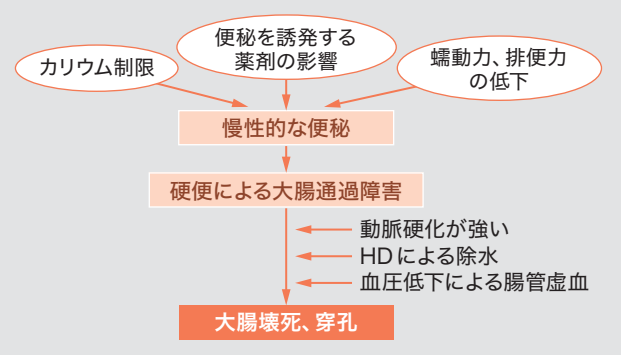
通常の方なら慢性的便秘で済むものが、HD患者では重症化して大腸の壊死や穿孔を起こす例があります。硬便が大腸通過障害を生じ、HDによる除水や血圧低

表1 | 透析患者の便秘の原因

- カリウム制限のため野菜や果物などの食物繊維が不足
- 運動不足や自律神経障害による消化管蠕動運動の低下
- 腹筋の筋力が低下し、腹圧が低下する
- 飲水制限
- リン吸着薬や陽イオン交換樹脂など薬剤の副作用
- 腸内細菌叢の変化

（元志宏氏提供）

図 | 透析患者の大腸壊死・穿孔のメカニズム



（元志宏氏提供）

下による腸管虚血などの因子が加わると壊死や穿孔に結び付くのです（**図**）。また、怒責（いきむこと）が血圧上昇を惹起し、脳卒中や虚血性心疾患、大動脈解離を招くケースもあります。便秘に伴う大腸穿孔で亡くなったといった、命に関わる症例報告は山ほどあります。HD患者の便秘は一般的な便秘とは意味が異なる点を、透析室スタッフは肝に銘じてほしいと思います。

新薬登場で容易になった便通コントロール

▶近年、便秘治療では新薬の登場が相次いでいます。

以前は酸化マグネシウムとセンノシドくらいしかなかったのですが、この10年で便秘薬は倍増しました。おかげで排便コントロールは容易になり、浣腸や摘便を要する例は減ったと感じます。無論、便秘薬処方前の二次性便秘の除外は必須なのですが。

▶各種の便秘薬はどのように使い分けていますか。

酸化マグネシウムは高マグネシウム血症に注意が必要ですが、今も現役の薬です。刺激性下剤は長期連用しないようガイドラインに明記されており、頓用として使います。刺激性下剤の切れ味を好む患者は多いので、連用のリスクを理解してもらわないといけません。

▶新薬が増えたのはルビプロストン承認以降ですね。

2012年以降、ルビプロストンを含め5剤が登場しました（**表2**、赤字の5剤）。それぞれ特徴があって有用な薬ですが、使い分けについてはコンセンサスがなく、個々の医師に委ねられています。個人的には、上皮機能変容薬や胆汁酸トランスポーター阻害薬は即効性が期待できる。浸透圧性下剤の新薬は、便をしっかり柔らかくしてくれるので、排便の満足度の高い薬かなと感じています。浸透圧性下剤、刺激性下剤、上皮機能変容薬について、自分なりにしっかり使える薬を1種類ずつ持っておけば、ある程度の治療はできるのではないでしょうか。

便通の聞き取りを透析室のルーティーンに

▶予防の面ではどんな取り組みが必要でしょうか。

HD患者の食事指導は「しっかり食べてしっかり透析」の方向に変化しています。カリウムを含む野菜も可能な方にはできるだけ食べてもらうといった、発想の転換が必要でしょう。また、腎臓リハビリテーション（腎リハ）の意義は多方面で指摘されていますが、便秘に対しても①筋力の維持、②腸の刺激の両面で有用です。さらに、薬剤処方でも便秘を考慮します。例えばリン吸着薬には便秘になりやすい薬と下痢になりやすい薬があるので、その点を考えて選ぶのです。

▶看護師や臨床工学技士（CE）には何ができますか。

透析室では便通に関する聞き取りをルーティーンにすべきです。排便回数、硬さ、困っている点を尋ね、スタッフで共有します。患者は医師より看護師やCEの方が話しやすいでしょうし、スタッフが便秘を重視していれば、患者も真剣に向き合ってくれるはずです。

看護師と栄養士が連携して食事指導を行う、CEや薬剤師も腎リハに加わるといったチーム医療の取り組みが増えています。HD患者の便秘予防についても、チーム医療の目標にしてほしいと考えています。

表2 | 新しい便秘薬とその分類

分類	小分類	一般名	主な剤形
浸透圧性下剤	塩類下剤	酸化マグネシウム	錠剤、細粒剤
	糖類下剤	**ラクツロース**	経口ゼリー剤
	高分子化合物	**ポリエチレングリコール**	散剤（用時溶解）
刺激性下剤	アントラキノン系	センノシド	錠剤、顆粒剤
	ジフェニルメタン系	ビサコジル	坐剤
	ジフェノール系	ピコスルファートナトリウム	液剤、錠剤
上皮機能変容薬	クロライドチャネル-2 賦活薬	**ルビプロストン**	カプセル剤
	グアニル酸シクラーゼC受容体アゴニスト	**リナクロチド**	錠剤
胆汁酸トランスポーター阻害薬		**エロビキシバット**	錠剤

（元志宏氏提供）

文献
1）日本消化器病学会関連研究会 慢性便秘の診断・治療研究会編『慢性便秘症診療ガイドライン2017』（南江堂，東京，2017）
2）Lacy BE, et al. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-1407.e5
3）Chang JY, et al. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 822-832.
4）Gen S, et al. *Renal Replacement Therapy* 2016; 2: 50.

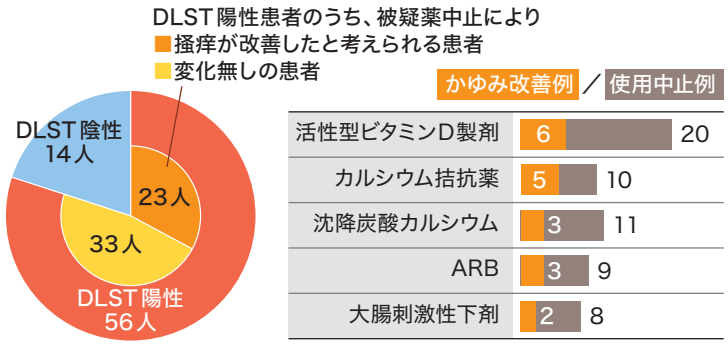
超図解 どう進める？“かゆみ”ケア

第4回 多職種チームの取り組みで“かゆみ”の訴えが激減

あかね会
大町土谷クリニック
院長 高橋 直子氏
薬剤部主任 吉澤 拓氏

大町土谷クリニック“かゆみ”ケアチームは医師、看護師、臨床工学技士、薬剤師からなるが、薬剤師の吉澤氏は2009年のチーム立ち上げ当初から関わってきた。その役割は①薬剤知識の提供、②外用剤の塗り方指導、③外用剤混合時の安定性の確認（配合変化表の作成）、④データ収集・分析［患者アンケート、薬剤誘発性リンパ球刺激試験（DLST、図1）、ステロイド外用剤の減量やランクダウン］など。最終回となる今回は、吉澤氏らがまとめた10余年のデータから、多職種のチーム医療が“かゆみ”に苦しむ患者を著しく減らした点を明らかにする（図2）。

図1 HD患者70例におけるDLST*陽性率と被疑薬中止による“かゆみ”改善率（後向き調査）

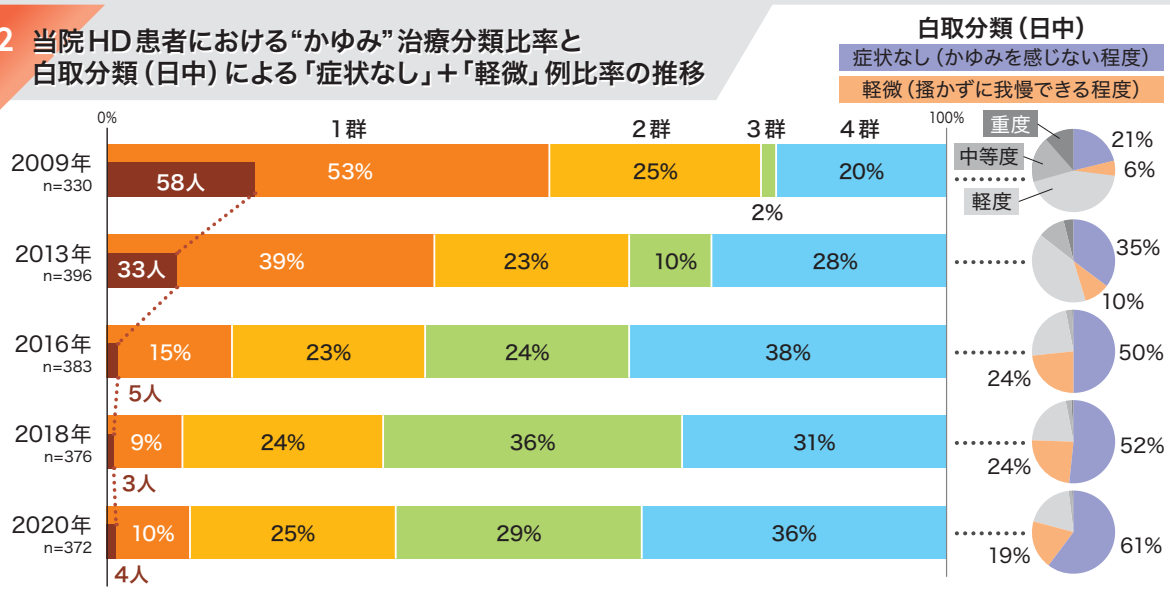


（第61回日本透析医学会学術集会・総会）

スキンケアや薬物療法で改善しない“かゆみ”は、薬剤アレルギーの可能性がある。HD患者70例にDLSTを行ったところ、80%の患者が何らかの薬剤に陽性を示し、その4割の“かゆみ”が薬剤の中止で改善していた。疑わしい薬剤としては活性型ビタミンD製剤、カルシウム拮抗薬、ARB、沈降炭酸カルシウムなどが目立った。

*Drug-induced lymphocyte stimulation test：薬剤誘発性リンパ球刺激試験

図2 当院HD患者における“かゆみ”治療分類比率と白取分類（日中）による「症状なし」＋「軽微」例比率の推移



“隠れかゆみ”患者	白取分類で「日中または夜間における“かゆみ”が中等度以上」かつ当院治療なし
1群	“かゆみ”あり当院治療なし
2群	ステロイド外用剤、抗アレルギー注射剤、抗ヒスタミン薬＋3群の薬で当院治療
3群	ナルフラフィン、保湿剤その他外用剤で当院治療
4群	“かゆみ”なし当院治療なし

（第66回日本透析医学会学術集会・総会）

“かゆみ”ケアチームは患者アンケートを年1回行い、結果を治療アルゴリズム（第1回参照）に当てはめて検討している。この分類で患者比率を示すと、治療アルゴリズム導入前の2009年に比べ**1群**が有意に減少、**3群**と**4群**が有意に増加していた。1群の中でも治療から疎外されてきた**“隠れかゆみ”**例は、この10余年で激減した。白取の“かゆみ”分類（日中）でみると、“かゆみ”が抑えられた「症状なし」例＋「軽微」例が27%から80%に増えていた。

吉澤氏のコメント

“かゆみ”を諦め、我慢している患者は大勢います。それに気付いている看護師や臨床工学技士も少なくないはずです。が、コメディカルだけでできることには限界があり、やはり医師のリーダーシップが必要です。そのときは現状の把握から始めることが大切でしょう。アンケートで現状が示され、何とかしないと、と医師が考えれば、そこから“かゆみ”ケアが始まるはずです。そうしたチーム医療が全国に広がることを願っています。

Dialysis Triangle
No.11
2023年3月1日発行
SKK
編集・制作：株式会社メディカルトリビューン
発行：株式会社三和化学研究所
ウェブサイト
https://www.skk-net.com/corporate/
DRB-037 A01321 MT0323