

維持血液透析患者の脳卒中リハビリテーション医療

新王子病院リハビリテーション科 牧野 健一郎

慢性腎臓病（以下 CKD）は脳卒中発症の独立した危険因子であり、CKD 患者は非 CKD 患者に比べ脳卒中発症後の神経症状増悪や転帰不良・死亡の割合が高い。また、脳梗塞に対する rt-PA 投与後の頭蓋内出血も CKD 患者には多く、透析患者ではヘパリンによる APTT 延長が rt-PA 治療の阻害因子にもなっている。このように CKD は脳卒中の発症や治療・転帰に影響しており、リハビリテーション医療（以下リハビリ）でも CKD、特に透析患者特有の問題がある。

近年、脳卒中のリハビリは発症直後から開始され、回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟）で継続されることが一般的になっている。回復期病棟は全国で 1700 棟を超え、居住地域内でのリハビリも概ね可能な状況である。透析患者についても 2012 年より回復期病棟で人工腎臓の算定が可能になり回復期病棟でリハビリを受けられる機会が広がった。しかしすべての回復期病棟で人工腎臓治療を受けられるわけではなく、遠方の回復期病棟か、透析治療を中心とした医療機関でリハビリを受けることも多い。後者の場合は入院期間や人員の面からリハビリの質・量が十分とは言えないこともある。

場所だけでなく時間も問題で、透析日は日中の大半が透析治療に費やされ、透析治療が 5 時間を超えるとリハビリの時間はさらに限られる。透析低血圧や倦怠感の強い患者では透析治療の前にリハビリを行うことも有効である。また夜間透析とすることでリハビリの時間を確保すれば、透析日も非透析日と同じ量のリハビリが可能となる。

2015 年の我が国の透析患者の平均年齢は 67.86 歳、透析導入時平均年齢は男性 69.20 歳で、いずれも上昇を続けており多くの患者が複数の合併症を抱えている。血液透析導入の原疾患として糖尿病性腎症が半数近くを占めており、循環器系や末梢動脈疾患の合併も多く、特に虚血性心疾患の合併には注意が必要である。破壊性脊椎関節症や関節のアミロイド沈着も獲得しうる能力に大きく影響する。

透析直後は循環血液量の減少や血液濃縮による脳血流量や血流速度の低下が報告されており、特に脳梗塞急性期にはリハビリを避けた方がよい。急性期に限らず、透析患者で血圧や心拍数の変動が激しい場合は、中止基準を明確にする必要がある。

透析期間が長い患者は低栄養状態が多く、サルコペニアとなり脳卒中発症前から運動機能が低下している。リンに注意しながらも適切な栄養補給が必要であるが、嚥下食では水分量への注意も必要である。

脳卒中により自動車の運転や公共交通機関の利用が困難になると週 3 回の通院が問題になる。週 3 回家族による送迎が継続できる患者は少なく、介護タクシーによる通院も費用面の負担が大きい。透析患者は身体活動が少なくなるため通所サービスを検討する場合も、通院と通所サービスが連続となり、外出回数も多くなることから消極的な患者も多い。近年、

高齢独居または二人暮らしが増え経済面で余裕のないことも多い。これは透析患者でも同様で、通院のみならず通所サービスなどが費用面で利用できない患者も増えている。在宅生活が難しい場合の転帰先も費用の問題からは逃れられない。また透析患者の受け入れに消極的な施設も多く、経済問題以外でも生活の場の選択が限られる現状にあり、普段から医療機関と施設との信頼関係づくりも重要である。

脳卒中の発症や重症化のリスクの高い **CKD** 患者、特に透析患者では初期治療やリハビリでも、非 **CKD** 患者にはない制限を受ける面が多い。そして、疾病管理だけでなく、生活の再構築にも課題が多い。安全かつ有効なリハビリの提供とともに、できる限り患者にあった生活の構築に努める必要がある。