「慢性透析症例での心血管疾患をいかに治療するか？」

野出 孝一[1]　小川 久雄[2]
Koichi NODE, MD, FJCC[1], Hisao OGAWA, MD, FJCC[2]
[1]佐賀大学医学部循環器内科，[2]熊本大学大学院循環器病態学

透析患者は心血管病のハイリスク群であり，相対リスクは20倍ともいわれている．また，透析患者の死亡原因の一位は心不全で2割以上を占めている．我が国でも生活習慣の欧米化による糖尿病患者の急増に伴い，糖尿病性腎症等による透析患者の心血管病変の管理の重要性が増している．

透析患者では二次性副甲状腺機能亢進症による血清Ca^{+}，P値，副甲状腺ホルモン分泌の異常や腎性貧血等，内分泌代謝系の異常が伴う事が多い．高P血症が直接副甲状腺に作用してPTH分泌を亢進し，骨の減少，血管への石灰沈着を引き起こすことも報告されている．透析患者で心血管不全が多い理由として，血中Ca，P値の上昇による血管中膜の石灰化があげられる．血管硬化の進展により，脈圧の増大が生じ，心血管不全の進展が加速する，また，不安定プラーク内の微小石灰化も，血管攣縮による不安定プラーク破綻の誘因と考えられている．また透析アミロイド心による心筋障害や透析時の不整脈等，致命的な心血管不全も合併する．透析患者における不整脈の原因として基礎疾患そのものに由来する心臓への負担，腎不全により惹起された不整脈，透析そのものに依存する不整脈がある．以上の事から，透析患者の心血管病変はCKD早期の心血管不全に比べても心臓，血管，内分泌，腎臓といったさらなる横断的な管理が望まれるところである．

本パネルディスカッションでは，透析患者の心血管病変の管理と，腎性貧血に対して頻用されるエリスロポエチン製剤や，PTH関連の薬剤も含め，透析に合併した心血管病変に対する治療戦略を議論して頂いた．