



図3 治療のアルゴリズム (文献5より引用)

の尿細管の機能は正常に保たれており、尿細管でのナトリウムの再吸収能も保たれているため、糸球体血流量が改善すれば急速な回復が期待できます。

アセスメント・看護のポイント (図4)

早期発見と適切な対処によって、尿細管まで障害が及ぶのを防ぎます。看護のポイントとしては以下の項目が挙げられます。

体液量の維持

体液量の維持は、AKIの発症や進行防止、腎血流の維持につながります。そのため輸液投与を行い、全身の循環状態および心拍出量を改善し維持します。しかし、体液過剰による浮腫が生じるとAKIを悪化させます。重症AKI患者の輸液療法は、ショックの改善と、輸液による体液過剰の危険性を認識して行うことが重要です。常に体液量をモニタリングし、漫然と輸液を継続せず、体

液過剰にならないように減量あるいは中止するなど、注意して管理を行っていく必要があります。

血圧 (腎灌流圧) の維持

腎血流を維持するため、腎灌流圧は平均血圧80mmHg以上で保たれています。腎灌流圧は、平均血圧 (MAP) 75 ~ 80mmHgから低下することが知られているため、平均血圧はこれ以上を目標とします。

体液量や腎灌流圧の維持に関して、『急性腎障害のためのKDIGO診療ガイドライン』⁶⁾では薬剤投与についてありますが、アドレナリンは不整脈を惹起するため緊急時を除いて第一選択としては用いられません。ドパミンについては、ノルアドレナリンとの比較試験で、死亡が多いと報告されてきており、少なくとも血管作動性薬ショックの初期治療としては、ドパミンは推奨されないとされています。



図4 術後のアセスメント・看護のポイント

腎毒性物質の中止や回避

NSAIDs, ACE阻害薬, ARBなどの薬剤は腎糸球体の血行動態に変化を及ぼすため、避けるべきといわれています。またヨード造影剤, アミノグリコシド系抗菌薬, 抗がん剤など腎臓に対する直接毒性を有する薬物も慎重な使用が求められます。

栄養管理, 感染予防

重症のAKI患者は、生体のエネルギー需要が増大しており、蛋白異化の亢進が起っています。

蛋白異化を抑制し、臓器機能を改善、免疫機能を維持するため、栄養管理は重要です。

AKI合併重症患者における栄養管理の目標は、十分なエネルギーと蛋白質を投与し、さらなる代謝異常や合併症を避け、創傷治癒を促進させ免疫機能を維持し、死亡率の低下につなげることです。予後の改善に重要な要素となってくることを念頭に置いて管理していくことが重要です。