

より低侵襲な アフェレシス療法を行うために



日時

2020年10月23日(金) 14:40~15:40

会場

第1会場 東京ディズニーシー・ホテルミラコスタ® プロスペロ
〒279-8519 千葉県浦安市舞浜1-13

座長

阿部 貴弥 先生

岩手医科大学医学部 泌尿器科学講座腎・血液浄化療法学分野

演者

服部 憲幸 先生

千葉大学医学部附属病院 人工腎臓部

千葉大学大学院 医学研究院 救急集中治療医学

「低侵襲なアフェレシスを目指して」

速見 浩士 先生

鹿児島大学病院 血液浄化療法部

「免疫吸着療法を末梢静脈穿刺によって

実施する取り組み」

低侵襲なアフェレシスを目指して

服部 憲幸

千葉大学医学部附属病院 人工腎臓部
千葉大学大学院 医学研究院 救急集中治療医学

千葉大学医学部附属病院人工腎臓部では2018年1月から2020年8月に、112名(のべ144名)に対し714回のアフェレシス療法を施行した。内訳は単純血漿交換(plasma exchange:PE)139回、二重濾過膜血漿交換(double filtration plasmapheresis:DFPP)70回、吸着式血球成分除去療法(cytapheresis:CAP)147回、血漿吸着療法(plasma adsorption:PA)320回、LDL吸着療法38回であった。

これらのアフェレシス療法を施行する際、血管アクセスの選択は治療のみならず患者のQOL(quality of life)も左右する重要な問題である。我々は感染が少なく、患者のQOLやADL(activity of daily living)を低下させにくい末梢静脈を第一選択としている。上記の112名のうち、89名(79.5%)は末梢静脈を血管アクセスとして治療を完遂できた。末梢静脈を用いた場合の血流量は平均50mL/minであり、カテーテルを留置した場合の血流量47.0mL/minと比較して差はなかった。一方、1000mLの処理に要した時間は、カテーテル69.1±24.0分、末梢静脈93.0±33.9分であり、カテーテルで有意に短かった。末梢静脈を血管アクセスとした場合は一時的な脱血不良が生じる場合があり、安定性ではカテーテルに劣ることが示唆される。しかし感染のリスクや治療以外の時間のQOL、ADLを考慮すると、末梢静脈はアフェレシス療法の血管アクセスとしてまず考慮すべきと思われる。

本講演ではさらに、PEの置換液や小児へのアフェレシスなどに関して、侵襲を低減するために行っている、いくつかの工夫についても解説する。

免疫吸着療法を末梢静脈穿刺によって実施する取り組み

速見 浩士

鹿児島大学病院 血液浄化療法部

一般的に免疫吸着療法のバスキュラーアクセスとしては血液浄化用ダブルルーメンカテーテルが用いられます。留置カテーテルのため1回の穿刺で繰り返し使用できる点で有用ですが、穿刺の侵襲性が高く、カテーテル感染の危険や大腿静脈への留置中は体動制限を強いられるなどの欠点があります。また、これらの影響で患者がダブルルーメンカテーテルの留置をためらうことにより免疫吸着療法の実施や継続が困難になることもあります。そこで鹿児島大学病院血液浄化療法部では、2009年7月から高侵襲の血液浄化用ダブルルーメンカテーテルを留置せずに末梢静脈穿刺によって脱返血ルートを確保する低侵襲の免疫吸着療法に取り組んでいます。

末梢静脈穿刺は穿刺そのものの侵襲性が比較的 low、治療後には抜針するため感染やカテーテル閉塞のリスクがなく、治療時間外での体動の制限もありません。1回の治療で2か所の穿刺が必要なことや、血流が十分に確保できずに治療時間が長くなることもあるという欠点もあります。しかしながら、欠点を補う工夫により現在の当部では免疫吸着療法の約90%が末梢静脈穿刺によって実施されており、患者負担の軽減につながっています。

本セミナーでは、末梢静脈穿刺による免疫吸着療法のスムーズな治療のために注意すべきポイント(患者体液量の維持と保温による静脈の拡張、エコーガイド下穿刺や血流を維持するための体位の工夫、穿刺や長時間の拘束などの苦痛の軽減)について実際の治療状況を示しつつ解説いたします。