

プログラム

9:00~9:03

開会の辞 ----- 会長 前田憲志（名古屋大学大幸医療センター）

9:03~9:30

一般演題（1） ----- 司会 小川洋史（新生会第一病院）

1. 新しい時間節約型bottonhole作成法

名古屋大学大幸医療センター内科 新里高広、三輪真幹、中井 滋、前田憲志
とうま内科 當間茂樹

2. 賃貸集合住宅における在宅血液透析機器の設置について

東海大学病院腎センター 田中進一、河村吉文、鈴木聖夫、吉野健二
田村公一、北村 真、斎藤 明

9:30~10:00

一般演題（2） ----- 司会 峰島三千男（東京女子医科大学）

3. 簡便な返血・補液操作を可能にする在宅血液透析用返血・補液補助装置の開発

東海大学病院腎センター 鈴木聖男、田中進一、河村吉文、吉野健二
田村公一、北村 真、斎藤 明

4. 家庭透析における装置トラブルの現状と課題

新生会第一病院家庭透析センター 佐々木しのぶ、西川栄一郎

10:00~12:00

シンポジウム『在宅血液透析効率向上のための治療条件』

司会 川口良人（神奈川県衛生看護専門学校付属病院）

前田憲志（名古屋大学大幸医療センター）

1. 「長期の週3回1回8時間透析の治療効果 - 30年のまとめ」 【同時通訳】

Bernard Charra Tassin France

2. 「6時間透析の臨床効果」

金田 浩 （医）かもめクリニック

3. 「連日短時間透析の臨床効果」

斎藤 明 東海大学

12:00~12:50

昼食

12:50~13:00

総会 ----- 司会 在宅血液透析研究会会長 前田憲志

事業・収支報告 ----- 報告者 在宅血液透析研究会事務局 斎藤 明

13:00~13:20

特別報告 司会 今田聰雄（近畿大学医学部 堺病院）

「在宅血液透析患者のアンケート調査」

日本透析医学会 渡辺有三（在宅血液透析を考える小委員会委員長）

13:20~14:20

一般演題(3) ----- 司会 中本雅彦(済生会八幡総合病院)

5. 高齢患者の在宅血液透析への導入訓練

長寿クリニック 進士弘和、岩城祥子、石川 哲
清水健治、大野卓志、吉本 忍

近畿大学医学部 堺病院 今田聰雄

6. 在宅血液透析両方導入第一病院の経験

静岡県立総合病院 人工透析室 大竹智子、原田真理子、杉山純子
臨床工学室 古川淑嗣、神園 武
腎センター 森 典子

7. 良好な身体状況の長期在宅血液透析の一例

奥田クリニック 村山 勉、吉沢幸男、渡辺剛志
神田 学、奥田健二、杉山憲男
神山博之、新井美明、一杉政弘
高村キエ子、石田満子、奥田健二

8. 新規在宅血液透析患者の導入後経過

長寿クリニック 進士弘和、岩城祥子、石川 哲
清水健治、吉本 忍

近畿大学医学部 堺病院 今田聰雄

14:20~14:50

一般演題(4) ----- 司会 吉本 忍(長寿クリニック)

9. 在宅血液透析における頻回透析の臨床効果

腎友会 岩見沢クリニック 千葉栄市、澤村裕一、菅原剛太郎

10. 連日血液透析の安全性と有効性(第2報)

下館胃腸科医院 赤井洋一、後藤邦広、土田康博
上野幸司、久野宗寛

自治医科大学腎臓内科 丹波嘉一郎、草野英二、浅野 泰

14:50~16:50

ワークショップ「ここまできた在宅透析関連機器」

座長 秋葉 隆(東京女子医科大学)
武本佳昭(大阪市立大学)

1. 全自動コンソールの在宅医療への応用の可能性

北九州バイオフィジックス研究所 田岡正宏、山本千恵子、金 成泰
(医)レメディ北九州ネフロクリニック 高杉昌幸

2. 当院における在宅血液透析を実現するための試み

たかみや病院 高宮登美

(株)ジェイ・エム・エス 中西義彦、石原 敦

3. 在宅血液透析のための循環血液量連動自動除水制御装置の現状と展望

東海大学病院 北村 真、田中進一、斎藤 明

4．在宅連日透析システム

帝人株式会社 妹背和男

5．在宅治療としての透析液再生型腹膜透析の可能性

東京女子医科大学 鈴木 聡、石森 勇、石田和寛、奥田幸正
腎臓病総合医療センター血液浄化部門 金子岩和、佐藤雄一
峰島三千男、秋葉 隆

16：50～16：55

閉会の辞 ----- 浅野 泰（自治医科大学）

KAMOME CLIN

シンポジウム抄録より資料抜粋

Long 3x8hr dialysis : a three-decade summary

Bernard.Charra,M.D.
Centre de Rein Artificiel

de Tassin

69160 Tassin,France.

Long slow hemodialysis (3x8 hours/week) has been used in Tassin over the last 35 years without significant change in the method. Only since a few years have cellulosic membrane been progressively replaced by polysulfone, and since a few months water softening by RO and ultrafiltration-treatment and acetate buffer by bicarbonate.

The dose of dialysis has remained large (mean $eKt/V=1.8$ and mean middle molecule (Babb index) =1.4 per session). The strict dry weight policy includes low salt diet (mean NaCl intake=5g per day, mean interdialytic weight gain =1.7kg) and antihypertensive treatment interruption in all patients at start of dialysis.

It provides excellent results in terms of morbidity and mortality. The better survival than usually reported on shorter dialysis is mainly due to the lower cardiovascular mortality. The nutritional state of the patient is good, as well as the correction of anemia with relatively low doses of EPO, and the fair control of serum phosphorus (without need for high phosphorus lowering medication or low protein diet). But the main feature concerns blood pressure: hypertension is controlled without need for antihypertensive medications in over 95% of patients after 2 months of dialysis. The gentle ultrafiltration provided by the long session time associated to the low salt diet, to the moderate interdialytic weight gain, and to the reasonable level (138 mmol/l) dialysate sodium allow for normalization of the extracellular fluid space in most patients without important intradialytic morbidity.

On the other hand long slow HD is not perfect. The absence of nocturnal blood pressure dip and persistent unphysiology make it a probably less optimal treatment than daily or nocturnal dialysis.

「6時間透析の臨床効果」

(医) かもめクリニック

金田 浩 金田

史香

1回6時間透析+限定自由食は、スクリブナーの十分なる透析の3条件を満足する方法である。臨床効果としては、血圧の正常化とそれに伴う死亡率の減少、左心室機能の改善及び制限食の緩和による栄養状態の改善である。

(1) 透析量として月間透析時間を用いた。血圧を正常化させるに要する月間透析時間は、患者の基礎疾患により異なる。即ち、至適時間は患者の高血圧性素因により規定される。

(2) 各種検査成績を全国統計(4時間透析)と6時間透析群(57名)の2群で比較した。基礎体重は全国平均に比し、約6kg大で、体重減少率は5.3%であった。Kt/Vは、1.93、 $2 - m$ は、29.8mg/l、1日塩分摂取量は、11.6g、平均血圧は101mmHgで、降圧剤の非服用率は、77.2%であった。

(3) 左心室機能(EF,LVDd)は、約80%に改善が見られた。

(4) 6時間透析の2年間ののべ152名の成績では、高血圧に関係する心不全、脳出血はゼロ、心筋梗塞もゼロであった。癌死が2例(40%)、感染症が1例(20%)であった。2年間の平均死亡率は、3.3%であった。

「連日短時間透析の臨床効果」

東海大学医学部腎不全

病態科学講座

斎藤 明

血液透析療法は、一般に週3回の間欠治療法として発展してきた。しかし、施設透析であるかぎり患者収容能力を考えると、透析頻度を上げることは不可能であった。連日短時間透析は、在宅治療化することにより透析頻度の壁を乗り越え、高効率性と無症状透析を実現させた。

我が国において、21例の維持透析患者を対象として、週6回・1日2時間の短時間頻回血液透析(DHD)が12週間行われ、透析効率、臨床効果、副作用などが週3回・1回4時間の標準血液透析(SHD)と比較・検討された。

その結果、DHDはSHDに比し、貧血の改善、酸塩基平衡の是正、症分子量物質除去効率の改善、栄養学的な改善などが示唆されたが、DHDに起因すると考えられる副作用は認められなかった。KDQOLに基づいた解析でも、ESRD-targeted AreaでSymptomとBurden of Kidney DiseaseにおいてDHD期に有意な改善が得られた。

KAMOME CLINIC



KAMOME CLINIC