

1-1 高度慢性期医療

透析患者の掻痒感に対するPMMA膜使用HDとPost online HDFの比較検討

1 富家千葉病院 ME部, 2 富家千葉病院 人工透析外科

こまち としひろ

○小町 敏弘 (臨床工学技士)¹, 南出 仁¹, 木村 健児¹, 古橋 愉司¹, 齋藤 寛太¹, 楠瀬 由佳¹, 影原 彰人², 佐藤 幹生²

【背景】

透析患者の合併症の1つに掻痒感の出現がある。対応方法として内服薬や外用薬の使用、皮膚の保湿などがある。今回それらに加え、ダイアライザや透析モードの変更を行い、患者の掻痒感の改善がみられるか検討した。

【方法】

Visual analogue scale (VAS) のスコアが9以上で白取分類のスコアが3以上の患者A、患者Bの2名を対象とした。患者Aはまず5か月間ダイアライザをPMMA膜に変更し、その後の5か月間は透析モードをPost online HDFに変更した。患者Bはまず5か月間透析モードをPost online HDFに変更し、その後の5か月間はダイアライザをPMMA膜に変更した。評価方法は1月ごとにVASと白取分類を使用し経過を見た。なお、washout期間は1か月とした。

【結果】

患者Aの観察開始時のVASスコアは9、白取分類日中スコアは3、白取分類夜間スコアは1で、PMMA膜を5か月間使用した後のVASスコアは7、白取分類日中スコアは3、白取分類夜間スコアは1であった。患者Bの観察開始時のVASスコアは9、白取分類日中スコアは3、白取分類夜間スコアは3で、Post online HDFを5か月間施行した後のVASスコアは7、白取分類日中スコアは3、白取分類夜間スコアは3であった。患者AのPost online HDF施行時と、患者BのPMMA膜使用時の痒み評価は観察途中の為、詳細は当日発表とする。

【考察】

観察途中の為、詳細は当日発表とする。

1-2 高度慢性期医療

低栄養高齢透析患者におけるダイアライザの臨床評価

富家病院 透析室

したもりはるか

○下森 優 (臨床工学技士), 松本 美穂, 金子 卓, 尾熊 慈恵

【目的】 EVAL膜のkf-m10とPMMA,膜のNF-1.0Uの高齢外来維持血液透析患者に対する臨床効果を評価する。

【対象】 当院の高齢外来維持血液透析患者10名

【方法】 外来維持血液透析患者で、旭化成メディカル社製EVAL膜中空糸型ダイアライザーkf-m10 (以下kf) を使用した10名を対象とし、東レメディカル社製PMMA,膜中空糸型ダイアライザーNF-1.0U (以下NF) へ変更前後3ヵ月間の各種血液検査値、栄養状態を抽出し調査した。

【結果】 前後3ヵ月を比較すると、kfからNFへの変更は、透析効率はやや低下したものの、TP、ALB、GNRIは上昇し、栄養状態改善を示した。

【まとめ】 高齢外来維持血液透析患者へのPMMA膜のダイアライザーの選択は有用であると考える。

1-3 高度慢性期医療

当院における高齢者SMA症候群の2例

くすの木病院 消化器内科

まるばし きょうこ

○丸橋 恭子 (医師), 木澤 和子, 高草木 智史, 横山 洋三, 小曾根 隆, 高木 均

上腸管膜動脈症候群 (superior mesenteric artery syndrome, 以下SMA症候群) は十二指腸水平脚が上腸管膜動脈と腹部大動脈や脊椎に挟まれ通過障害をきたす病態である。今回我々は高齢者に発症したSMA症候群を2例経験したので報告する。

【症例1】 76歳男性 重度パーキンソン病にて骨折したのち急激に体重減少 (4ヶ月で7.4kg減) と体動困難、嚥下機能低下をきたしたため、当院にて経鼻内視鏡下で2か所胃壁固定したのちイントロデューサー法で胃瘻造設を施行した。造設2日目より徐々に経管栄養を開始したところ、4日目より呼吸促拍、血圧低下をきたし、胃瘻チューブを開放したところ大量に排液を認めた。CTにて大量の腹水貯留と、胃から十二指腸下行脚の拡張と水平脚での狭窄をみとめ、SMA症候群と診断した。胃瘻造設部位より胃液、経管栄養剤が腹腔内に漏出した腹膜炎と考え抗生剤にて保存的に治療したのち、PEG-Jカテーテルの挿入にて経腸栄養を再開した。

【症例2】 87歳女性 アルツハイマー型老年性痴呆にて意思疎通、発語困難であったが何とか経口摂取が出来ていた。顎関節脱臼を繰り返していたため、施設にて開口を制限するフェイスバンドをほぼ1日装着し、食事時に外していたが徐々に食事摂取不良となったため、装着13日目に当院受診した。腹部CTにて著明な胃拡張、胃壁内ガス、門脈気腫をみとめ、十二指腸水平脚の狭窄ありSMA症候群と診断した。胃管にて減圧し、保存的加療にて門脈気腫は改善した。摂食開始するも認知症による意欲の低下あり、補液での管理となった。

SMA症候群は神経性食思不振等の若年者に多く報告されていたが、近年高齢者での報告も増えている。認知症、寝たきりで意思疎通困難な高齢者のSMA症候群は自覚症状の訴えがなく1例目は腹膜炎、2例目は胃壁内圧亢進による門脈気腫と重篤化した。高齢者への医療行為では思わぬ副反応への配慮が必要である。

1-4 高度慢性期医療

当院における高齢者関節リウマチ治療の現状

1 くすの木病院 リウマチ科, 2 くすの木病院 腎臓内科, 3 くすの木病院 整形外科, 4 くすの木病院 消化器肝臓内科

えさき ゆきお

○江崎 幸雄 (医師)^{1,3}, 奥田 憲太郎², 義江 健³, 笠原 進³, 海老原 吾郎³, 高草木 智史⁴,
高木 均⁴

[目的] メトトレキサート (MTX) や生物学的製剤, JAK 阻害薬の登場により関節リウマチ (RA) の薬物治療は飛躍的に進歩した. 一方, 高齢RA患者では肺病変や慢性腎臓病等の合併も散見され, 慎重な治療法の選択が求められる. 今回, 高齢RA患者における各製剤の効果及び安全性について検討を行ったため報告する.

[方法] 2020年7月時点で当院にて半年以上の薬物治療を継続していたRA患者68例 (男性18例, 女性50例) を対象とした. 年齢中央値は68歳 (34-86歳) であり, 68歳以上の35例を高齢群, 68歳未満の33例を非高齢群とした. 各群における治療法, 疾患活動性, 有害事象の発生等を比較した.

[結果] 治療法は高齢群でMTX単独が17例 (48.6%), 生物学的製剤 (MTX併用を含む) が6例 (17.1%), JAK阻害剤 (MTX併用を含む) が4例 (11.4%), その他の治療法が8例 (22.9%), 非高齢群ではそれぞれ13例 (39.4%), 13例 (39.4%), 4例 (12.1%), 3例 (9.1%) であり, 治療法の選択において有意な群間差を認めず ($p = 0.156$), 最終診察時の平均CRP値も高齢群で $0.26 \pm 0.3\text{mg/dL}$, 非高齢群で $0.18 \pm 0.32\text{mg/dL}$ であり有意差はなかった ($p = 0.283$). 一方, MTX単独治療例における平均使用量は高齢群で 7.6mg/週 (4-12mg/週), 非高齢群で 10.2mg/週 (4-14mg/週) であり高齢群で有意に低値 ($p = 0.006$), 平均CRP値は高齢群で $0.21 \pm 0.16\text{mg/dL}$, 非高齢群で $0.11 \pm 0.07\text{mg/dL}$ であり高齢群で有意に高値であった ($p = 0.045$). 全有害事象の発生は高齢群で9例 (25.7%), 非高齢群で8例 (24.2%) であった. Grade 3以上の重篤な有害事象については, 高齢群で非結核性抗酸菌症と出血性胃潰瘍を各1例認めたが, 治療にて軽快を得られた. 非高齢群においては重篤な有害事象の発生はなかった.

[結論] 当院では高齢RA患者にもMTXやBio, JAK阻害薬を活用し, 非高齢者と遜色のない治療成績を得ている. しかし, 重篤な有害事象の発現にはより注意を要する.

1-5 高度慢性期医療

呼吸時の脊柱運動に着目した呼吸介助手技の効果

徳島平成病院 リハビリテーション科

よしだ ゆうじ

○吉田 祐司 (理学療法士), 柳本 麻里

【はじめに】

呼吸障害のある患者に換気の改善,呼吸困難感の即時軽減等を目的に呼吸介助が行われる.しかし,臨床において重度の呼吸器疾患により呼吸回数やリズムに変動の大きいもの,開胸術後の患者など胸郭を介して呼吸介助を行うことが難しい場面がある.そこで,呼吸時の脊柱の運動に着目し,胸郭介助以外の方法で呼吸介助が可能かを検討した.

【対象と方法】

健常成人20名(年齢:30.6±8.6歳,男性11名,女性9名)を対象に,スパイロメーターにて,肺活量(以下,VC),予備呼気量(以下,ERV)を測定.測定肢位は右側臥位にて統一し,自発呼吸での測定値を基準とし,胸郭介助を加えた場合(胸郭介助群),骨盤帯の後傾を用いて腰椎の屈曲を促す場合(骨盤介助群)の3回測定した.3種の測定間に3分間の休憩を設け,それぞれランダムに実施.測定した値から呼吸介助後の増加量を胸郭介助-自発呼吸,骨盤介助-自発呼吸で算出し,統計学的検定はR-2.8.1で行い有位水準1%未満とした.

【結果】

自発呼吸群と胸郭介助群,自発呼吸群と骨盤介助群のVC,ERVに有位に増加した.またVC増加量では,胸郭介助 $0.16 \pm 0.21L$,骨盤介助 0.29 ± 0.31 ($p < 0.01$)と有位差を認めた.ERV増加量では,胸郭介助 $0.45 \pm 0.26L$,骨盤介助 $0.48 \pm 0.30L$ と有位差は認めなかった.

【考察・結論】

呼吸において,吸気時には脊柱は伸展し,呼気時には脊柱は屈曲する.骨盤帯を他動的に後傾することにより呼吸運動に必要な脊柱の運動を促すことができ自発呼吸と比較して,VC,ERVが増加した.VC増加量において有位差を認めたのは,脊柱屈曲位から吸気時に脊柱が伸展し腹部臓器が下制しやすい環境になったためであると考えられる.また,ERV増加量に有位差がなかったことは,骨盤介助が胸郭介助と同様の効果を期待できることが示唆された.

1-6 高度慢性期医療

慢性期病棟患者に発生した腸管気腫をともなう門脈気腫症の2例

静岡徳洲会病院

やまのうえ ひろき

○山之上 弘樹（医師）

【はじめに】

門脈気腫症を伴う腸管気腫症は重篤な予後不良の兆候と考えられていたが、近年の画像診断の進歩により保存的に治療可能な症例も知られるようになってきている。今回我々は長期療養病棟の患者に発生した予後の異なる門脈気腫症を伴う腸管気腫症2例を経験したため考察と共に報告する

【症例1】

82歳 男性

X年Y-3月応高値で前医入院、炎症反応低下したが食欲不振継続するためCVライン留置後長期療養目的でX年Y月当院転院となった。転院後経口摂取回復し経口摂取行っていたがX年Y+4月腹痛出現、圧痛伴う腹痛と炎症反応上昇あり、CT上小腸腸管気腫、門脈ガス認め消化管壊死を疑い、退院に転送するが翌日永眠された。

【症例2】

43歳 男性

X年Z-5月クモ膜下出血発症、脳血管攣縮を合併し、遷延性意識障害となり、気管切開、人工呼吸器装着し長期療養目的でX年Z月当院転院となった。X年Z+2月発熱出現、腹部圧痛はつきりせず、炎症反応上昇も認めなかったが、CT上腸管気腫と門脈ガスを認めた。腹部所見に乏しいため保存的に加療し改善した。

【考察】

腸管気腫は腸管壁内に多数の含気性嚢胞を形成する疾患であり、基礎疾患の有無で特発性と続発性に大別される。腸管壊死は続発性の原因の一つとして知られている。門脈気腫はその成因は腸管壊死型と、非腸管壊死型と大別されている。かつては腸管気腫を伴う門脈気腫は腸管虚血の可能性が高いといわれていたが、近年は保存的に加療可能であった報告も多くみられ、開腹するかどうかは慎重な判断が求められる。長期療養患者ではさらに、自院で治療可能なのか、早期に転院すべきなのかの適切な判断に迷うことがある。今回の症例より身体所見と炎症反応の上昇、アシドーシスの有無等を見極めることで、門脈気腫症をともなう腸管気腫症であっても保存的に加療可能な例を判断できる可能性があり報告した。