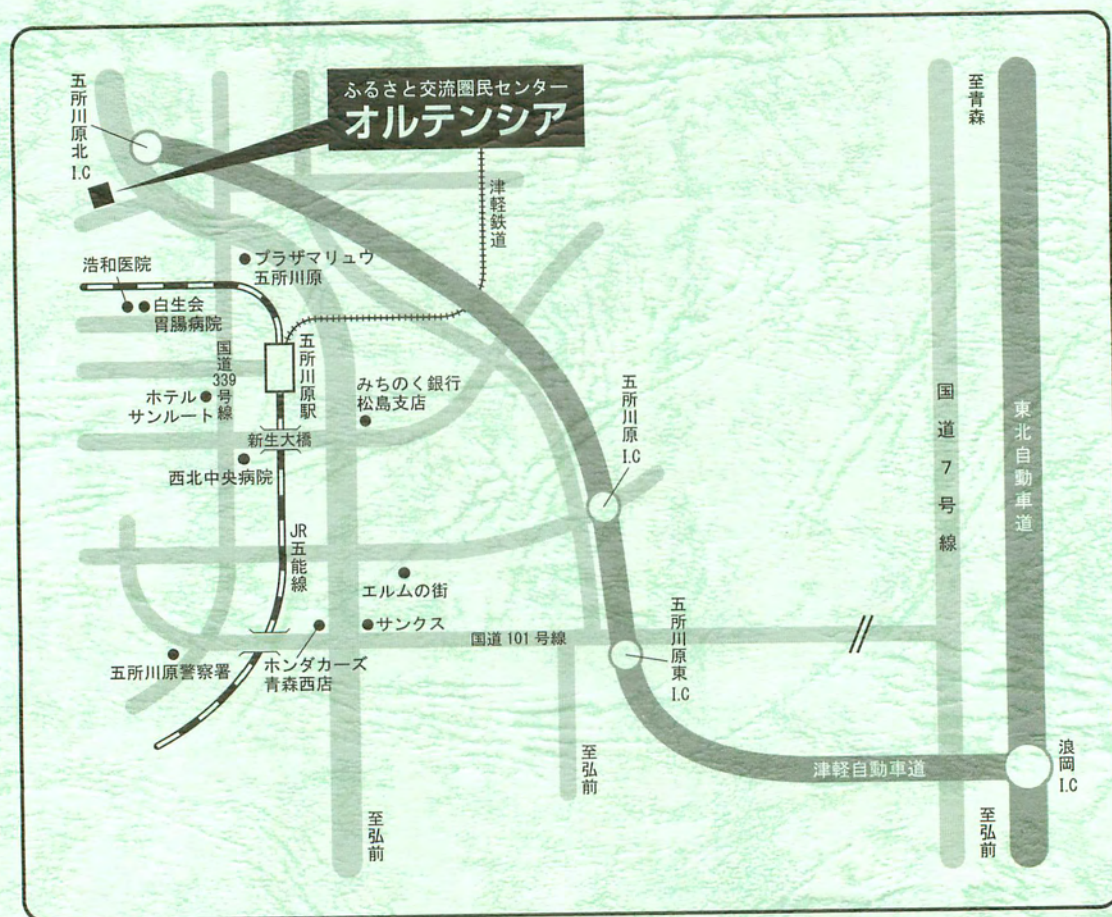


青森人工透析研究会プログラム

(開場9時～)

TEL (0173) 33-2111

会 長：田 村 英 嗣



スケジュール・会場一覧

9:00～開場・受付開始

	A会場(コンサートホール)	B会場(ふるさと交流ホール)	C会場(リハーサル室)
9:30	開会の辞		
9:35 ↓ (演題:1～5)	一般演題 I	機器展示 ↓	
10:10	座長 赤平 満 (弘前中央病院)		
10:10 ↓ (演題:6～10)	一般演題 II		
10:45	座長 岩淵 久美子(鷹揚郷腎研究所弘前病院)		
10:45 ↓ (演題:11～15)	一般演題 III		
11:20	座長 中村 由美子(八戸平和病院)		
11:20 ↓	特別講演 野田 浩 先生 (鳴海病院 血管内治療部部長)		
12:20	座長 鈴木 唯司(鷹揚郷腎研究所青森病院)		
12:25 ↓	休憩	ランチョンセミナー 鶴屋 和彦 先生	幹事会
12:55		九州大学大学院医学研究院包括的	
13:00 ↓		腎不全治療学 客員准教授	
14:00		座長 田村 英嗣 (胃腸病院)	
14:05 ↓	総会(幹事会報告)	機器展示 ↓	
14:15			
14:15 ↓ (演題:16～20)	一般演題 IV		
14:50	座長 三上 京子(村上新町病院)		
14:50 ↓ (演題:21～24)	一般演題 V		
15:25	座長 米山 高弘(弘前大学泌尿器科学)		
15:25	閉会の辞		

プログラム

開会の辞 (9:30～)

◎ 一般演題 - I (9:35～10:10)

座長 赤平 満 (弘前中央病院)

1. クリットラインモニターとブラッドボリューム計についての検討

八戸平和病院

小笠原 梨乃 (おがさわら りの)

2. 透析液清浄化に向けて

～第2報、当院における透析液清浄化の現状～

鷹揚郷腎研究所弘前病院

須藤 雅子 (すとう まさこ)

3. 長期透析患者のCa代謝に関する検討 (第24報)

～64列MDCTで定量した冠動脈石灰化指数の変化に関与する因子～

村上新町病院

松江 良知 (まつえ よしとも)

4. 酢酸フリー透析剤カーボスターの使用報告

浩和医院

志村 洋子 (しむら ようこ)

5. 透析時間の延長に関する当院外来透析患者の現状

村上新町病院

高張 裕香理 (たかはり ゆかり)

◎ 一般演題 - II (10:10~10:45)

座長 岩淵 久美子 (鷹揚郷腎研究所弘前病院)

6. 透析開始時における指差し呼称の確認行動に関する要因分析

八戸平和病院

池田 直樹 (いけだ なおき)

7. 当院の献腎移植に対する患者の意識調査

鷹揚郷腎研究所青森病院

伊藤 百恵 (いとう ももえ)

8. 義足歩行者で痛みにより入院期間が延伸した一症例

鷹揚郷腎研究所弘前病院

山田 恵 (やまだ めぐみ)

9. 透析中に下肢の運動療法を施行した症例

～身体機能と透析効率への効果～

胃腸病院

畑中 真彦 (はたなか まさひこ)

10. 当院透析患者における大腿骨頸部骨折について

村上新町病院

鳥山 里香 (とりやま りか)

◎ 一般演題－Ⅲ (10:45～11:20)

座長 中村 由美子 (八戸平和病院)

11. 外来透析患者の低リン食指導について

鷹揚郷腎研究所青森病院

佐々木 豊 (ささき ゆたか)

12. 透析導入に対し受容が困難な患者と関わった1症例

厚生病院

澤 まさ子 (さわ まさこ)

13. フットケアに関する意識調査

～当院のフットケアへの取り組み第1段～

浩和医院

鈴木 美希 (すずき みき)

14. 施設職員へのアンケート調査

～血液透析患者の理解を深めるために～

鷹揚郷腎研究所弘前病院

武田 ひろみ (たけだ ひろみ)

15. 当院透析患者の門脈ガス血症の一例

村上新町病院

工藤 瞳 (くどう ひとみ)

◎ 特別講演 (11:20～12:20)

座長 鈴木 唯司 (鷹揚郷腎研究所青森病院)

「フットケアの重要性と血行障害に対する治療」

鳴海病院 血管内治療部部長 野田 浩先生

◎ ランチョンセミナー (12:25～14:00)

座長 田村 英嗣 (胃腸病院)

「慢性腎臓病における高カリウム血症の原因と対策」

九州大学大学院医学研究院包括的腎不全治療学

客員准教授 鶴屋 和彦先生

◎ 総会 (幹事会報告) (14:05～14:15)

◎ 一般演題－Ⅳ（14:15～14:50）

座長 三上 京子（村上新町病院）

16. 維持透析患者における64列MDCTの有用性(第5報)

－当院透析患者における冠動脈CTA検査導入の効果について－

村上新町病院

牛間木 豊（うしまぎ ゆたか）

17. 寒冷凝集により血算に影響した1症例

鷹揚郷腎研究所青森病院

三浦 禎子（みうら ていこ）

18. 透析患者のトロポニンTの有用性について

村上新町病院

上田 千幸（うえだ ちゆき）

19. 血液透析患者における動脈硬化指標CAVIについて

鷹揚郷腎研究所弘前病院

蔦谷 知佳子（つたや ちかこ）

20. 当院における透析患者の貧血に関する検討（第15報）

－貧血治療の状況と関連因子について－

村上新町病院

清藤 優子（せいとう ゆうこ）

◎ 一般演題－V（14:50～15:25）

座長 米山 高広（弘前大学泌尿器科学）

21. 当院における多発性嚢胞腎患者の透析導入時状況について

鷹揚郷腎研究所弘前病院

寺山 百合子（てらやま ゆりこ）

22. 腎移植維持期におけるタクロリムス徐放製剤への切り替え：12例の使用経験

弘前大学大学院泌尿器科学講座

畠山 真吾（はたけやま しんご）

23. 心臓弁膜症手術を行い外来維持透析治療が可能となった1例

弘前中央病院

白戸 研一（しらと けんいち）

24. シナカルセトによる心機能・大動脈石灰化スコア改善効果の検討

鷹揚郷腎研究所弘前病院

今西 賢悟（いまいし けんご）

◎ 閉会の辞（15:25～）

◎ 特別講演

座長 鈴木 唯司（鷹揚郷腎研究所青森病院）

「フットケアの重要性と血行障害に対する治療」

鳴海病院 血管内治療部部长 野田 浩先生

筆者は血管のカテーテル治療を専らとする医師である。ただし放射線診断医でもあり、透析患者のCT診断に関わることは比較的多い。CT診断における透析患者は動脈に高度の石灰化を有していることが多く、しばしば動脈内腔の狭小化を伴っていた。画像診断的には、「閉塞性動脈硬化症」を疑わせる患者が少なくなかった。しかしながら、こうした患者のごく一部しか間歇性跛行（注：閉塞性動脈硬化症の症状として最も多い症状）を訴えないことについて筆者は常々疑問を感じていた。

ふとしたきっかけで彼らのフットケアとアセスメントを行う機会を得た。それを通じてわかったことは彼らの活動性の低さであった。多くの患者さんが「疲れるから普段あまり動かない」ということを話しておられた。

考えてみれば、透析患者の多くは下肢の筋肉量が少なく、筋力も低下し、更に平衡感覚も不良である。筋力低下に加えて腎性貧血により酸素運搬能も低下しているため有酸素運動を長く行なうことができず、運動負荷を加えることは難しい。それらは結果的に身体活動性の低下となり、更に筋肉量の低下を招くという悪循環に陥っていくことは必然なはずであった。身体活動性の低下は例え下肢への血流量が低下していても、それに気がつきにくいという状況を生み出す。いわば「動かないから症状がわからない」のである。

末梢血管障害は通常は段階を経て進行していくが、早い段階で適切な治療をしていれば下肢切断にいたるケースは多くはない。しかしながら、透析患者、特に糖尿病性透析患者は「わからない」ので無症候性に進行させてしまうことが多い。いきなり下肢や足趾の潰瘍、壊死で発症し、そのとき初めて血行障害に気づかれることも少なくない。全透析患者の2%に肢切断術が施行されているという報告もある。

今回の講演では、筆者のこれまでの経験を中心として透析患者のフットケアと血行障害に対する治療について述べたいと考えている。

「慢性腎臓病における高カリウム血症の原因と対策」

九州大学大学院医学研究院包括的腎不全治療学
客員准教授 鶴屋 和彦先生

慢性腎臓病(CKD)が進行し腎機能が低下すると高カリウム血症が生じるが、その機序としては、いくつかの病態が複合して関与している。すなわち、腎機能障害による尿中カリウム排泄の低下、代謝性アシドーシスに伴う細胞内液から細胞外液へのカリウムの移動、などが挙げられる。特に、近年増加が著しい糖尿病性腎症例では、低レニン・低アルドステロン血症を呈し、高カリウム血症が誘発されやすく、さらには、多くの症例でレニン・アンジオテンシン系阻害薬が投与されていることも、高カリウム血症の頻度を増加させている。したがって、食事からのカリウム摂取制限が極めて重要となるが、CKD患者では、カリウム以外にも塩分・蛋白制限も必要であるため、すべての制限を行うのは容易いことではない。

イオン交換樹脂は、腸管粘膜でカリウムと他の陽イオンを交換することにより体内カリウムを体外に排出させ、血漿カリウム濃度を低下させる薬剤で、CKD患者の高カリウム血症の管理に有用な薬剤である。カリウムとナトリウムを交換するポリスチレンスルホン酸ナトリウム（ケイキサレート[®]）とカリウムとカルシウムを交換するポリスチレンスルホン酸カルシウム（カリメート[®]、アーガメイトゼリー[®]）の2種類が使用可能である。カリウムの低下作用はケイキサレート[®]のほうが強力（約2倍）で、その機序として、ナトリウムのスルホン酸基に対する親和性がカルシウムに比べてより低いために、イオン交換効率が良いことが挙げられるが、その他に、代謝性アシドーシスの改善効果の存在も考えられている。われわれの経験でも、ケイキサレートを追加投与するか、ポリスチレンスルホン酸カルシウムから変更したCKD患者12例において、重炭酸イオン（ HCO_3^- ）濃度（推算値）の有意な上昇が認められた（21.4 mEq/L → 23.9 mEq/L）。この機序は明らかではないが、ケイキサレートが上部消化管内でアンモニウムイオンの排出を促進し、肝臓における HCO_3^- の消費を抑制すると同時に、消化管の中で炭酸水素ナトリウムを生成し、それが血液中に移行することにより、アシドーシスを補正するのではないかと想定されている。最近、CKD患者の管理において、重曹投与によるアシドーシス改善は腎予後を改善させることが報告されていることから、カリウム低下作用を超えたケイキサレートの有用性が期待される。