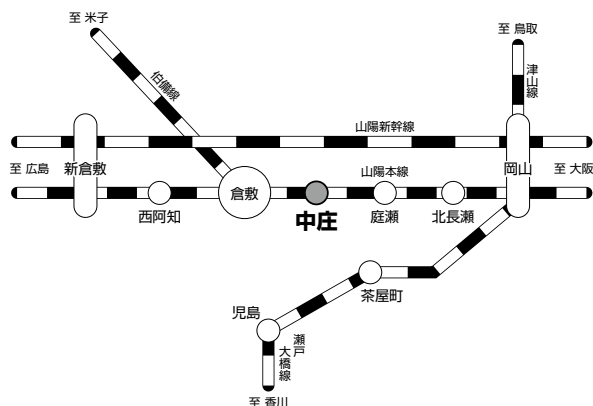


交通のご案内



JR中庄駅から

- 徒歩で約10分
- タクシーで約3分

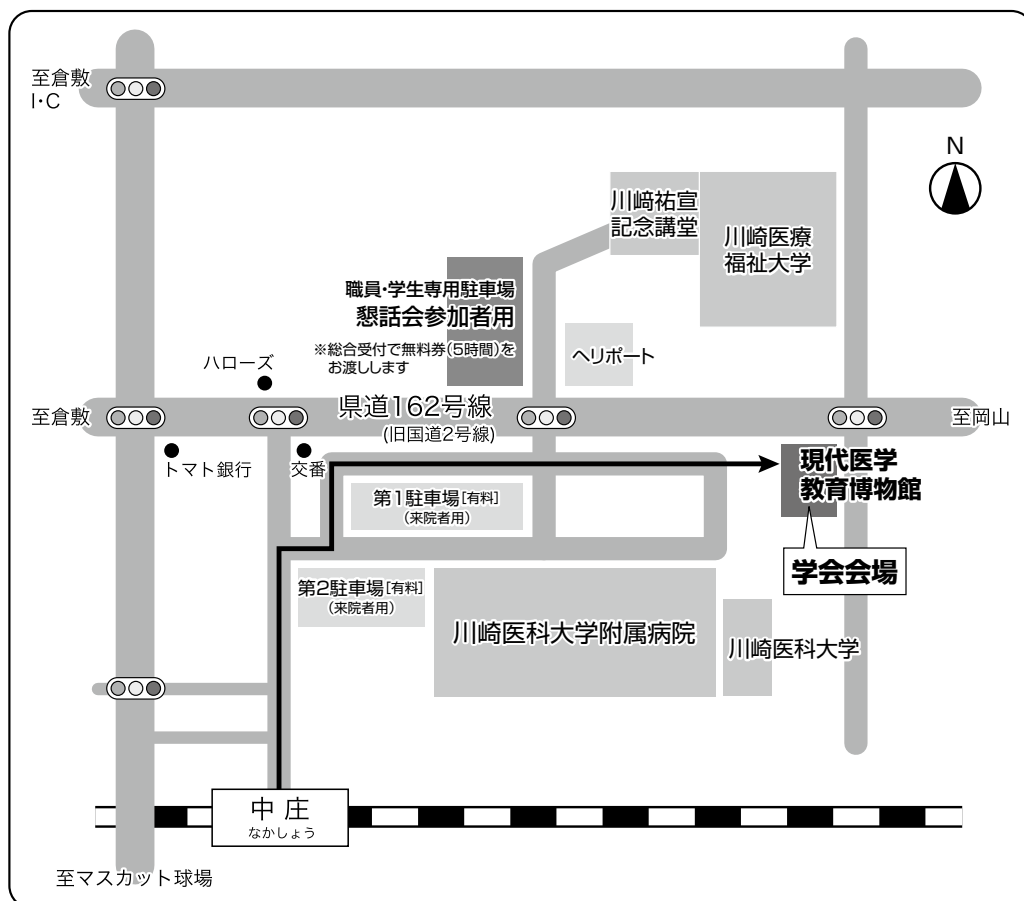
電車で

- JR岡山駅からJR中庄駅まで約12分
(山陽本線または白備線)
- ※特急・快速は停車しないので、ご注意ください

お車で

- 倉敷IC (山陽自動車道) から約10分
- 早島IC (瀬戸中央自動車道) から約10分

川崎医科大学 現代医学教育博物館 〒701-0192 岡山県倉敷市松島577 TEL : 086-462-1111



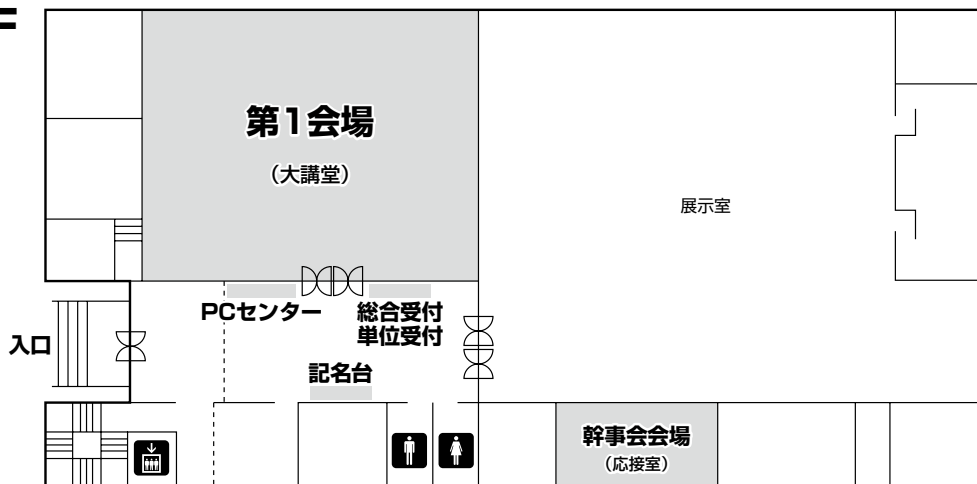
※JR中庄駅改札口より、右側へお進みください。

※県道北側(ヘリポート側)の職員・学生専用駐車場をご利用ください。総合受付で無料券(5時間)をお渡しします。

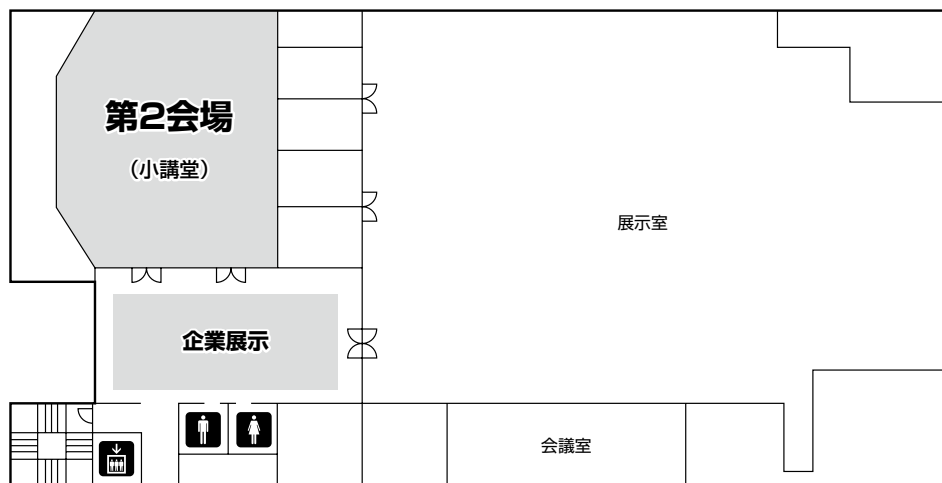
※駐車台数に限りがございますので、できるだけ公共の交通機関をご利用ください。

会場のご案内

2F



3F



参加者へのご案内

1. 参加受付、参加費(現金受付のみ)

受付日時：9月2日(土) 14:00～17:30

受付場所：総合受付(川崎医科大学 現代医学教育博物館 2F ロビー)

医師	500円
企業関係者	500円
メディカルスタッフ(医師・企業の方以外)	無料

※施設年会費5,000円(1施設あたり)も総合受付にて申し受けます。

※参加証および領収書の再発行はできませんので大切に保管してください。

※職員・学生専用駐車場の無料駐車券を総合受付でお渡しいたします。その他の無料駐車券はございませんのでご注意ください。(P.1参照)

2. 各種単位取得

●日本透析医学会専門医・指導医認定、更新のための所定の単位

関連地方学術集会として認定されております。専門医・指導医ともに認定、更新に必要な単位のうち、5単位取得いただけます。

当日「総合受付」(2F ロビー)にて、参加証を発行いたします。

認定、更新の際に、参加証のコピーが必要となりますので、各自保管してください。

参加者は5単位、筆頭発表者は $5 \times 2 = 10$ 単位(参加単位含め、合計15単位)、共同発表者は $5 \times 1/2 = 2.5$ 単位(参加単位含め、7.5単位)申請できます。

また、専門医・指導医認定、更新時の業績については、該当の抄録のコピー添付が必須です。

なお、業績は透析患者の血液浄化法に関する内容のみ対象となります。

詳細は日本透析医学会ホームページをご確認ください。

●(公社)日本臨床工学技士会 臨床工学技士認定制度における単位

単位取得講習会に認定されております。参加いただけますと3単位取得いただけます。参加単位に加えて、筆頭発表者は5単位、共同発表者は2単位、座長は10単位申請できます。

国会参加証を保管していただき、認定、更新申請時の提出書類に添付して申請してください。

詳細は日本臨床工学技士会「専門臨床工学技士」認定制度ホームページをご確認ください。

● (一社) 日本腎不全看護学会 慢性腎臓病療養指導看護師認定の受験・更新ポイント

参加(6ポイント)、筆頭演者(5ポイント)、共同発表者(1ポイント)が申請できます。

詳細は(一社)日本腎不全看護学会 慢性腎臓病療養指導看護師制度ホームページをご確認ください。

3. その他

- 1) 会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。
- 2) 会場内は全館禁煙です。
- 3) 当番世話人の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。

4. 岡山透析懇話会ホームページのご案内

プログラム等はこちらでご確認いただけます。

《<https://med-gakkai.jp/odc/>》

座長・発表者へのご案内

1. セッションの形式

- ・すべての演題発表につきましては現地でパワーポイントを用いた対面現地開催とし、現地での質疑応答も予定しております。
- ・一般演題は発表時間7分、質疑応答3分とさせていただきます。
- ・発表終了1分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。円滑な進行のため、時間厳守をお願いします。
- ・演台上には、モニター、キーボード、マウスを用意いたします。演台に上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自でおこなってください。

2. 座長の皆さまへ

担当セッション開始予定時刻の10分前までに、会場内前方の「次座長席」にご着席ください。

3. 発表者の皆さまへ

I. 利益相反の開示

岡山透析懇話会では臨床研究の学会発表での公明性を確保するため、「筆頭発表者」の利益相反状態について自己申告を行っていただくことになりました。なお、共同発表者のものは開示不要です。

発表の際には、発表演題に関する利益相反状態の自己申告および発表スライドで開示していただくこととなりますので、当懇話会ホームページより専用の書式をダウンロードしていただき、発表スライドの冒頭部にて開示ください。

II. PC発表データの受付

学会当日に発表データの受付を行います。セッション開始30分前までにPCセンターにて、発表データの試写ならびに受付をお済ませください。

受付場所：2F ロビー

受付日時：9月2日（土）14:00～16:30

III. 口演セッション 試写・発表方法

- 1) 口演発表はすべてPC発表 (PowerPoint) のみといたします。
- 2) 発表データは、PowerPointで作成してください。
- 3) PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。
- 4) 音声はご利用いただけませんのでご了承ください。

<データ発表の場合>

- 1) 作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USB フラッシュメモリーでご持参ください。
- 2) フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
MSゴシック, MSPゴシック, MS明朝, MSP明朝
Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman
- 3) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

<PC本体持込みによる発表の場合>

- 1) Macintoshで作成したものと動画を含む場合は、必ずご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、HDMIです。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- 3) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- 4) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 5) 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能であるものに限定いたします。



幹事会のご案内

第108回岡山透析懇話会幹事会

日時：2023年9月2日(土) 14:30~14:55

場所：川崎医科大学 現代医学教育博物館 2F 応接室

日程表

第1会場		第2会場	
2F 大講堂		3F 小講堂	
15:00	14:55~15:00 開会式		
	15:00~15:30 一般演題：看護師セッション1 (1~3) 座長：三宅よしえ	15:00~15:05 開会式	
30	15:30~15:50 一般演題：看護師セッション2 (4~5) 座長：山中めぐみ	15:05~15:25 一般演題：医師セッション1 (11~12) 座長：山内 佑	
		15:25~15:45 一般演題：医師セッション2 (13~14) 座長：田邊 克幸	
16:00	15:55~16:25 一般演題：臨床工学技士セッション1 (6~8) 座長：藤原 千尋	15:50~16:10 一般演題：医師セッション3 (15~16) 座長：藤原 拓造	
30	16:25~16:45 一般演題：臨床工学技士セッション2 (9~10) 座長：吉武 勇介		
17:00	17:00~18:00 特別講演 「いのち輝く透析医療を目指して」 座長：柏原 直樹 講師：猪阪 善隆 共催：扶桑薬品工業株式会社		
18:00	18:00~ 閉会式		

第1会場 (2F 大講堂) |||||

開会式 (14:55～15:00)

一般演題：看護師セッション1 (15:00～15:30)

座長：三宅よしえ (青江クリニック)

- 1 ACP普及に向けたスタッフ教育
重井医学研究所附属病院 血液浄化療法センター
○清水 彩, 山邊 典子, 松浦 哉子, 藤野 理加, 稲野 茂行, 産賀 知子
- 2 せん妄患者の透析導入期の振り返り - ACPを考慮した腎代替療法選択の必要性について -
川崎医科大学附属病院 腎センター
○柴田はづき, 吉田 聡美, 中尾佑巳子, 和泉 清子, 佐々木 環
- 3 看護師・臨床工学技士協働受け持ち制の効果
医療法人創和会しげい病院
○中尾 敦子, 梅田 智子, 小野 由美, 有元 克彦

一般演題：看護師セッション2 (15:30～15:50)

座長：山中めぐみ (川崎医科大学附属病院 腎センター)

- 4 感染症患者対応個室で行ったCOVID-19陽性、疑陽性患者への透析治療
¹岡山中央病院 透析センター, ²岡山中央病院 腎臓内科
○仁熊波留奈¹, 加藤 志織¹, 津内 京子¹, 松下久美子¹, 横山 晃一¹, 福村 宏¹,
秋山 愛由², 森岡 茂²
- 5 コロナ禍を経た当院における看護師の看護観及び意思決定支援への意識調査
医療法人三祥会幸町記念病院 看護部
○黒瀬 明星, 寺本 紹美, 石田 志保, 玉井るみ子, 岡田 順子, 岡 良成, 高津 成子,
宮崎 雅史

一般演題：臨床工学技士セッション1 (15:55～16:25)

座長：藤原 千尋 (岡山大学病院 血液浄化療法部)

- 6 当院における2クール開始にあたっての弊害
¹医療法人薬師寺慈恵会JIKEIクリニック 人工透析部門, ²医療法人薬師寺慈恵会薬師寺慈恵病院
○福井 雅一^{1,2}, 小山 敬祐^{1,2}, 添田千鶴子¹, 逸見 典子^{1,2}, 松浦由美子¹, 小川 弘子¹,
角田 哲也¹, 薬師寺泰匡^{1,2}
- 7 痒みを楽にしてあげたい～CEからの取り組み～
医療法人行恵会康愛クリニック
○北野 良祐, 三宅 新一, 平井 伸佳, 岸本 直也, 浅利 香織, 大山 紀子, 松井 大輔,
松井 俊行

8 透析低血圧や低栄養患者に対するPMF-16Aの有用性の検討

医療法人清陽会ながけクリニック

○溝手 伊乙, 門崎 弘樹, 村田 竜司, 清水 涼雅, 篠田 風吹, 中山 和典, 長宅 芳男

一般演題：臨床工学技士セッション2

(16:25~16:45)

座長：吉武 勇介（重井医学研究所附属病院 臨床工学部）

9 バスキュラーアクセス術後に行ったシングルニードル透析

社会医療法人鴻仁会岡山中央病院 透析センター

○山口 光大, 松下久美子, 横山 晃一, 福村 宏, 秋山 愛由

10 難治性胸水に対して血漿増量剤が有効であった1例

医療法人清陽会ながけクリニック

○清水 涼雅, 門崎 弘樹, 村田 竜司, 溝手 伊乙, 中山 和典, 長宅 芳男

特別講演

(17:00~18:00)

座長：柏原 直樹（川崎医科大学 特任教授）

いのち輝く透析医療を目指して

大阪大学大学院医学系研究科 腎臓内科学 猪阪 善隆

共催：扶桑薬品工業株式会社

閉会式 (18:00~)

第2会場 (3F 小講堂) |||

開会式 (15:00~15:05)

一般演題：医師セッション1 (15:05~15:25)

座長：山内 佑 (川崎医科大学附属病院 腎臓・高血圧内科学)

11 卵黄腸管遺残と推定される索状物による腹膜透析カテーテル閉塞の一例

¹国立病院機構岡山医療センター 外科, ²国立病院機構岡山医療センター 腎臓内科,
³国立病院機構岡山医療センター 小児外科

○藤原 拓造¹, 塩入 幹汰¹, 津野 夏美¹, 伊達 慶一¹, 寺見 直人², 北川 正史²,
太田 康介², 高橋 雄介³

12 当院における90歳以上の高齢者による新規腹膜透析導入患者の検討

¹倉敷中央病院 腎臓内科, ²倉敷中央病院 小児科

○渡邊健太郎¹, 東 恭兵¹, 小西 智子¹, 田中 佑¹, 中田 美月¹, 木田 貴弘¹,
原 真里¹, 倉橋 基祥¹, 西川 真那¹, 澤田真理子², 神崎 資子¹, 福岡 晃輔¹,
島田 典明¹, 浅野健一郎¹

一般演題：医師セッション2 (15:25~15:45)

座長：田邊 克幸 (岡山大学病院 血液浄化療法部)

13 透析患者のBNP値と予後および死亡原因との関連

¹笠岡第一病院 内科, ²笠岡第一病院 透析部

○原田 和博¹, 宮島 厚介¹, 亀鷹 孝行², 藤井美佐子²

14 酢酸アレルギーによる透析困難症を呈した血液透析患者の1例

¹川崎医科大学附属病院 腎臓・高血圧内科学, ²川崎医科大学 高齢者医療センター

○加戸 学¹, 仙田 寛武¹, 和田 将史¹, 頼 聖凱¹, 岡本 毅明¹, 山内 佑¹,
板野 精之¹, 岸 誠司¹, 長洲 一¹, 佐々木 環¹, 柏原 直樹²

一般演題：医師セッション3 (15:50~16:10)

座長：藤原 拓造 (独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 腎臓移植外科)

15 移植腎に発生した小径腎癌に対する経皮的凍結療法 of 2例

¹岡山大学医学部 泌尿器科, ²岡山大学医学部 放射線科, ³岡山大学医学部 腎臓・糖尿病・内分泌内科

○山野井友昭¹, 関戸 崇了¹, 吉永 香澄¹, 丸山 雄樹¹, 定平 卓也¹, 片山 聡¹,
岩田 健宏¹, 西村 慎吾¹, 宇賀 麻由², 別宮 謙介¹, 枝村 康平¹, 小林 知子¹,
小林 泰之¹, 大西 康博³, 竹内 英実³, 田邊 克幸³, 森永 裕士³, 和田 淳³,
平木 隆夫², 荒木 元朗¹

16 腹膜透析導入時に発症した横隔膜交通症の一例

岡山大学病院 腎・免疫・内分泌代謝内科学

○中納 弘幸, 森永 裕士, 森本 志帆, 岡本 修吾, 大西 康博, 田中 景子, 竹内 英実,
辻 憲二, 田邊 克幸, 内田 治仁, 和田 淳

抄 録

特別講演

いのち輝く透析医療を目指して

大阪大学大学院医学系研究科 腎臓内科学

猪阪 善隆

2025年万博が開催される大阪において、第70回日本透析医学会学術集会・総会を開催させていただく。万博のテーマにのっとり、「いのち輝く未来社会の透析医療」をテーマとして考えている。わが国の透析医療のレベルは、欧米諸国と比べても格段に高く、透析患者の予後は良好である。わが国の透析患者の年齢調整死亡率は1988年～2013年の25年間で47.3%低下しており、特に心血管死亡の減少が顕著である。このような透析患者の予後については、腎性貧血やCKD-MBDなど透析患者の合併症の管理におけるエビデンスに基づいた治療に依るところが大きい。現在、腎性貧血やCKD-MBDのガイドラインが改訂中であり、これらのエビデンスについて議論したい。また、我々の研究室では高リン血症に対するマグネシウムの効果について検討しており、これについても言及したい。

一方、近年の超高齢社会を反映して、サルコペニアとフレイルが注目されている。「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」では、CKDの進行を抑制するためにたんぱく質摂取量を制限することが推奨されている。腎臓は老廃物の排泄に関わる臓器であり、腎機能が低下した患者に対して、摂取量を調整する食事療法、特にたんぱく質制限は100年以上の歴史があり、CKD患者の治療の根幹の一つでもあり、CKD進行抑制・腎代替療法導入遅延を目的として、従来たんぱく質摂取制限の食事指導が行われている。しかし、サルコペニアの予防・改善のためには、十分なたんぱく質摂取量が有効と考えられていることから、CKDの食事療法としてのたんぱく質摂取量の制限とは両立しない。日本腎臓学会、日本透析医学会から、それぞれ「サルコペニア・フレイルを合併した保存期CKDの食事療法の提言」「サルコペニア・フレイルを合併した透析期CKDの食事療法」が上梓されている。サルコペニア・フレイルを合併した保存期・透析期CKDの栄養管理として、CKD・透析患者におけるたんぱく制限の功罪についても議論したい。

しかし、SONG (standardized Outcomes in Nephrology) initiativeの調査によると、患者が重視するアウトカムは医療従事者の重視するアウトカムとは一致しない。「いのち輝く透析医療」として我々医療者が目指す透析医療の目標は単に予後の改善や心血管病の抑制だけでよいのか、今後検討する必要がある。最後に保存的腎臓療法についても言及する。

1 ACP普及に向けたスタッフ教育

重井医学研究所附属病院 血液浄化療法センター

○清水 彩, 山邊 典子, 松浦 哉子, 藤野 理加, 稲野 茂行, 産賀 知子

【目的】人生の最終段階を迎える際本人が何を重要視するかは様々である。そのため、日頃から本人、家族が人生の最終段階について話し合っておくことは重要と考える。当院の血液浄化療法センター（以下透析室）でも2021年度よりアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）チームを立ち上げた。その後、透析室スタッフを対象にACPについての勉強会を行った。さらにACPをより身近に感じてもらいたいと考え、『もしばなゲーム』を行った。

【方法】透析センターの看護師、臨床工学技士、介護手、事務員に『もしばなゲーム』を実施後、アンケートを用いて意識調査を行った。

【結果】『もしばなゲーム』を看護師34名、臨床工学技士39名、介護手6名、事務員5名に実施した。アンケート結果より、「ひとりひとりの価値観があるためそれぞれの思いを尊重したい」という感想が多くみられた。また、「自分の思いに気づけた」「考えるきっかけとなった」という意見もあった。今までACPについて家族と話したことがないスタッフが、家族と話したいと思ったと答える割合が約7割であった。

【考察】『もしばなゲーム』を通して、意思決定支援の意識付けができ、さらに理解を深める機会となった。またスタッフにとって、勉強会で学んだ以上にACPは自分自身に関わることであると感じられたのではないかと考えられる。透析スタッフと透析患者は、透析導入から終末期まで長期にわたって関わる場合が多い。命の危機を感じたときだけでなく、日常を通して関わることのできる透析患者だからこそ、ACPの関わりが大切だと考える。また、今後も外来通院中の患者を対象にACP活動を行うことで、患者とその家族が意思決定や生き方を考えるきっかけとなり、よりよい看護を行うことができるのではないかと考える。

【結語】患者自身の意思を尊重した生活を送ることができるようチーム全体で支援するために、今後もACPについてのスタッフ教育を継続していく。

2 せん妄患者の透析導入期の振り返り – ACPを考慮した腎代替療法選択の必要性について –

川崎医科大学附属病院 腎センター

○柴田はづき, 吉田 聡美, 中尾佑巳子, 和泉 清子, 佐々木 環

1. はじめに

近年、腎代替療法選択(以下療法選択)を受ける患者は高齢化している。その背景からACPを考慮した療法選択を行う意義や、透析導入後も選択が正しかったか検討する症例が増えることが予測される。今回、高齢透析患者が、療法選択実施後に血液透析を選択し導入したが、1か月後にシャント閉塞により入院した。入院後にせん妄状態となり、透析継続の見直しが必要となった症例を経験した。多職種カンファレンスを行い、最終的に再度血液透析を開始し、自宅退院となった患者の症例について振り返る。

2. 事例紹介

70歳代男性。入院1週間前に妻を亡くし独居となる。維持透析病院への通院手段は自家用車。キーパーソンは長男で県外に在住。透析導入には消極的であった。

3. 実際

【透析導入期】SDMを用いて本人に1回目の療法選択を施行。しかし、透析に難色を示し外来受診を拒否。2ヶ月後、尿毒症が増悪し緊急入院となる。再度、2回目の療法選択を施行するが透析を拒否された。しかし、長男が導入を希望したため本人と話し合い血液透析を導入した。

【入院後】生活環境の変化によりせん妄状態となった。離棟や夜間の徘徊を認め、患者は透析を拒否。安全な治療継続が困難と判断され、一旦透析は離脱する方針となった。もともと本人は透析を拒否していたが、導入後は前向きに通院していた。妻が死去してから通院が辛いと長男に電話することがあったと、長男から情報があった。透析を再開することが、患者にとって最善なのか判断に迷い、多職種カンファレンスを実施した。その後、徐々にせん妄状態は改善し透析の再導入が可能となり、自宅退院となった。

3. 考察・結語

医療者は、患者自身の考えや、透析をどのように捉えているのかなどを把握し、患者の気持ちを傾聴しながら信頼関係を構築していく必要がある。その上で、患者の意思決定支援において、ACPを考慮した療法選択を実施することが重要であると感じた。

3 看護師・臨床工学技士協働受け持ち制の効果

医療法人創和会しげい病院

○中尾 敦子, 梅田 智子, 小野 由美, 有元 克彦

【背景】透析医療は患者に与える身体的、心理的、社会的影響が大きく、しかも長期にわたるため、透析室スタッフには透析患者を多方面から支援する力が求められる。当院血液浄化療法センターでは2020年より看護師(以下NS)・臨床工学技士(以下CE)による協働受け持ち制を導入している。NS・CEがそれぞれの専門性を活かして個別性のある透析治療を提供できるよう、NS、CEの専門性への意識調査を行い、協働受け持ち制による効果と課題を明らかにしたいと考えた。

【目的】NS・CE協働受け持ち制の効果と課題を明らかにする。

【方法】NS25名・CE30名を対象に、独自に作成したアンケートを用い自由記載で得られた結果をKJ法で分類し、職種・経験年数別に分析した。

【結果】透析経験年数はNS、CEともに3～9年目が最も多く、それぞれ48.0%、46.0%であった。「協働受け持ち制による自己の役割は何か」の質問に対し、NSは「患者・家族支援」が最も多かった(56.0%)。CEは「定期検査の結果確認」が最も多く(43.3%)、次いで「最適な透析治療の提供」(23.3%)であった。「今後受け持ち患者について取り組みたいこと」では、NSからは「生活状況を把握しどこに支援が必要か多職種で介入したい」、CEからは「透析治療時の苦痛がないか、データの改善など患者とともに考えたい」、といった意見が聞かれた。

【考察】NSとCEは教育課程や患者に対する視点は異なるが、患者中心の医療を提供する思いは共通している。協働受け持ち制により、それぞれが専門性を活かして支援していくことは、患者のQOLを重視したより良質な透析医療の提供につながると考えられる。

4 感染症患者対応個室で行ったCOVID-19陽性、疑陽性患者への透析治療

¹岡山中央病院 透析センター, ²岡山中央病院 腎臓内科

○仁熊波留奈¹, 加藤 志織¹, 津内 京子¹, 松下久美子¹, 横山 晃一¹,
福村 宏¹, 秋山 愛由², 森岡 茂²

【はじめに】COVID-19陽性患者が増加し、当院においても外来透析継続が必要となった。当院は透析センターを本院隣に増築した際、感染患者対応の隔離室を3室作り、外来施設でとりうる時間的・空間的両面での隔離を可能としている。今回2021年4月から2023年4月に当院で施行した個室隔離透析について報告する。

【状況】透析数は延べ陽性者176回、疑陽性者114回、濃厚接触者117回、その他感染対応164回、合計571回であった。

来院・入室停止時間を設けその時間に感染患者に来院して頂くことで患者動線を時間的に分離した。空間的隔離は感染症患者対応個室で、専用エレベーターからゾーニングされている。個室は陰圧換気で洗面、テレビ、スケールベッドを設置。透析室からはアクリル板で区切り室内が見渡せ専用携帯電話もある。担当スタッフを配置し、PPEを徹底し個室隔離室の出入り口で待機した。

【まとめ】外来透析施設でも個室隔離室を設置することで時間的・空間的隔離が容易に作れた。COVID-19陽性、疑陽性患者またその他の感染症患者の透析治療継続が可能であり、感染拡大の防止になると思われる。

5 コロナ禍を経た当院における看護師の看護観及び意思決定支援への意識調査

医療法人三祥会幸町記念病院 看護部

○黒瀬 明星, 寺本 紹美, 石田 志保, 玉井るみ子, 岡田 順子, 岡 良成,
高津 成子, 宮崎 雅史

〈はじめに〉新型コロナウイルス感染症の流行により生活様式が変化した。医療現場においても未知の感染症への対応におわれ、年齢・既往歴を問わない急激な状態悪化、面会制限、家族が最期に立ち会えないといった場面が何度もあった。これらの経験は、看護師の看護観や意思決定支援に対する意識にも影響を及ぼしたと考え、調査した。

〈研究方法〉

期間：2023年6月

方法：アンケート調査

対象：看護師 25名

〈結果〉20人から回答が得られた。看護観に影響があったのは10人、影響がなかったのは7人。死生観に影響があったのは8人、影響がなかったのは8人。患者の同意を得られる場合、患者に意思確認をすべきと考えているのは19人。当院における事前指示書の閲覧方法を知っているのは9人。約半数が意思確認のタイミングは状態変化時のみでなく定期の声かけ・確認が必要であると考えていた。自由記述では、11人が感染対策のための患者・家族の処遇に対しジレンマやもどかしさを感じていた。

〈考察〉コロナ禍は看護観・死生観に影響を与えていた。また、患者の意思確認をすべきとしている一方で、事前指示書の閲覧方法を把握していない者が多いという現状があり、当院における課題であると考えた。さらに、意思は変化するため、対応できるよう柔軟さが必要であると考えた。

〈まとめ〉コロナ禍は自らの看護・生命の尊厳・患者の権利について考える機会となり、看護師の死生観・看護観に影響を及ぼしたと考えられる。当院で終末期・急変時における意思表示をしている患者はごく一部である。患者・家族のQODを実現するためには、希望する患者が意思表示をしやすく、スタッフがそれを共有しやすい仕組み作りをおこなう必要がある。

6 当院における2クール開始にあたっての弊害

¹医療法人薬師寺慈恵会 JIKEI クリニック 人工透析部門,

²医療法人薬師寺慈恵会薬師寺慈恵病院

○福井 雅一^{1,2}, 小山 敬祐^{1,2}, 添田千鶴子¹, 逸見 典子^{1,2}, 松浦由美子¹,
小川 弘子¹, 角田 哲也¹, 薬師寺泰匡^{1,2}

【はじめに】当院は令和4年5月に開院した19床の透析クリニックであり、月水金の午前1クール透析を行う施設であった。総社市の透析施設は2施設であり、慢性透析患者の増加に伴い令和5年4月から月水金の2クール開始となった。開始から現在に至るまでの取り組みと、2クール開始後の変化について報告する。

【内容】当院では月水金1クールのみ透析を行っていた為、患者の入室時間や退出時間・私物の管理等を行っていなかった。2クールを開始するにあたり、患者側へ透析室ルールを設け、また透析時間の延長に合わせ、就業時間を変更し残業を行わず対応が取れる形とした。スタッフは医師1名・臨床工学技士4名・看護師2名・ケアワーカー1名が常勤であり、透析日に本院の外来看護師が1名派遣される体制である。

【結果】2クール開始から1カ月で5名の新規患者を受け入れ、午前17人午後6人の透析を行っている。現状の2クール開始にあたり変更した勤務体系では就業時間内に透析を円滑に回している。しかし、透析室が設けたルールを患者が完全に理解するのは困難であり、つど注意喚起が必要な状況である。

【今後の課題】現在の勤務配置上午後の受け入れ可能患者数は13人が上限ではないかと考える。2クール目の受け入れ患者数の増加に備え、現状の業務内容を改善し、患者の穿刺時間や退出時間等を再度調整しなければならない。

7 痒みを楽にしてあげたい ～CEからの取り組み～

医療法人行恵会康愛クリニック

○北野 良祐, 三宅 新一, 平井 伸佳, 岸本 直也, 浅利 香織, 大山 紀子,
松井 大輔, 松井 俊行

【はじめに】症例は53歳男性で、糖尿病性腎症を原疾患とする腎不全で、導入初期より四六時中痒みに苦しんでいた。

当初PTH及びP・Caの管理や塗り薬・飲み薬を併用し対応していた。医師から皮膚科での精査を勧めていたが、本人の要望で受診せずにいた。

その後、透析中に搔痒感から来る体動により、抜針するアクシデントを起こし、皮膚科受診せざるを得ない状況となった。

【方法】患者の痒みに対して透析医、皮膚科医、臨床工学技士が治療・改善を行った期間の痒みにおける「経過」や「強さ」を知るために、カルテ記載を見直し、患者本人にも聞き取りを行った。これらの痒みに関する情報を1)患者本人からの痒みに対する訴えの数 2)薬剤の変更の回数 3)透析医が問診し、痒みに関してカルテに記事を残した件数 4)透析スタッフの痒みに対する処置数 5)フィルターの変更数、に大別して数値化し、それをグラフ化して表現した。

又、痒みの強い箇所である背中では本人了承の元、写真を撮らせてもらい、視診上の経過を観察することで治療の成果を見た。

【結果】グラフは透析医、皮膚科医、臨床工学技士の3方向でそれぞれ痒みに向き合うことにより痒みの「経過」「強さ」に動きが見られた。

今回、透析医、皮膚科医、臨床工学技士、それぞれの対策が背部発疹の減少という目に見える変化が得られた。

【結語】透析医が患者の訴えに寄り添い、痒みの要因に対処してきた。そして皮膚科医は透析治療に合わせ皮膚科目線で痒みを見極め、症状を軽減させた。これらの治療を理解した上で臨床工学技士が透析条件を見直すことにより治療成果を得られた。

8 透析低血圧や低栄養患者に対するPMF-16Aの有用性の検討

医療法人清陽会ながけクリニック

○溝手 伊乙, 門崎 弘樹, 村田 竜司, 清水 涼雅, 篠田 風吹, 中山 和典,
長宅 芳男

【目的】当院では透析困難症(透析低血圧)や低栄養患者に対して、主としてFIX-Eを用いた前希釈on-line HDFで治療している。今回PMMA素材のヘモダイアフィルタPMF-Aが開発されたのでこれらの症状に対する有用性を検討した。

【方法】血液透析患者3名(年齢 76.5 ± 5.7 歳)を対象とした。PMF-16A(以下PMF)を用いた前希釈5L/h on-line HDFを施行し、FIX-150E(以下FIX-E)を用いた前希釈10L/hを対象とした。膜の性能評価として除去率、60分後クリアランス、除去量、Alb漏出量、TMPを測定した。また6か月間使用後の栄養状態と循環動態の比較としてn-PCR、血清Alb、%CGR、DW、GNRI、CRPを検討した。

【結果】除去率では小分子領域で差がなく、低分子蛋白領域でPMFが低値であった。60分後クリアランスでは小分子領域で差がなく、 β 2MG、プロラクチンでPMFが低値となったが、 α 1MGではPMFが高値となった。除去量(β 2MG、 α 1MG)やAlb漏出量はPMFが低値であった。TMPはPMFが治療開始1時間後より高値であった。収縮期血圧はPMFが透析後半でより維持できていた。6か月間使用では%CGR、GNRIでPMFがやや低値であった。

【考察】PMFが低分子蛋白領域の除去率は低値であったが、 α 1MGの60分後クリアランスが高値であった。これは、PMFが広い低分子量蛋白領域の吸着除去特性によるものと考えられ、ブロードな分画特性を持つ膜と思われる。また、今回の研究ではAlbやその他の低分子量蛋白の膜への吸着量が不明のため低栄養高齢者患者へのPMFの使用には注意が必要と考える。しかしPMFでは、血圧は透析後半でもFIX-Eより維持できており、循環動態安定に対しては有効かもしれない。

9 バスキュラーアクセス術後に行ったシングルニードル透析

社会医療法人鴻仁会岡山中央病院 透析センター

○山口 光大, 松下久美子, 横山 晃一, 福村 宏, 秋山 愛由

【はじめに】バスキュラーアクセス (VA) 確保に難渋する症例に対し, シングルニードルによる透析 (SND) をせざるを得ない経験がある.

今回, 従来の AVF で穿刺範囲が狭くなり, 穿刺可能な範囲を広げる目的で肘部からグラフトを移植し VA の修復を行った症例に対し術後 11 回 SND を行った. そこで, SND の方法, 血液データの推移, 効率について検討したので報告する.

【対象】透析歴 12 年, 女性, DW 53.3kg. VA は導入時に作成, 近年は専門外来に定期受診するも徐々に荒廃し昨年は VAIVT を 5 回行った. 昨年 11 月より穿刺失敗が増えた事, 穿刺範囲が狭くなった事もあり, グラフト移植に至る.

【方法】手術前後の治療条件は, 4 時間前希釈 O-HDF, FIX-210Seco を使用し QB 250ml/min, QD 600ml/min, QS46L. SND 治療条件は, 4 時間 HD で APS-21EA を使用し施行した. 初回は QB 250ml/min, QD 600ml/min, maxVP 200mmHg, minVP 100mmHg で行い徐々に条件を上げ施工した.

【結果】SND 開始直前と SND 最終回治療前のデータは BUN 52.9 が 67.1mg/dl, Cr 13.3 が 15.6mg/dl, K 5.2 が 5.2mEq/L, P に関しては 7.7 が 4.9mg/dl となった.

除去率は条件を上げた後のデータで BUN 56.5%, Cr 50.3%, P 51.0%, β 2MG 74.2%, α 1MG 20.5% となり, 手術前と比較し β 2MG では 12% の低下, その他項目では約 30% 程度の低下を認めた.

【考察】長期使用の際は十分な透析効率確保の為, 専用物品の使用, 透析膜の面積, 血流量を可能な限り最大にする事, 透析時間の延長が必須だと考える. しかし, 穿刺が 1 回で済む事は, 患者, スタッフとも穿刺に対するストレスの軽減, 血管の損傷の軽減に対しても効果があると思われ, 高齢者, または穿刺困難で返血側が確保できない症例に対する透析法として SND は選択肢の 1 つとしても良いのではないかと考える.

【結論】短期ではあるが専用の装置, 材料が必要なく SND を安全に行えた.

効率低下があるも, 透析前の BUN, Cr, K, P の著明な上昇は認めなかった.

10 難治性胸水に対して血漿増量剤が有効であった1例

医療法人清陽会ながけクリニック

○清水 涼雅, 門崎 弘樹, 村田 竜司, 溝手 伊乙, 中山 和典, 長宅 芳男

血漿増量剤は分子量が万単位の高分子物質を含む輸液剤であり、アルブミンなどの血漿タンパクと同様に血管内に分布し、血管内水分保持機能を持つ。今回私たちは、難治性胸水に対して血漿増量剤が有効であった糖尿病透析患者を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

患者は62歳男性、原疾患は糖尿病性腎症で、透析歴は10年、オンラインHDFを施行中である。胸部X線で右胸水が出現し、その1か月後の胸部X線で、右胸水が増悪していたため血液透析(オンラインHDF)による除水を試みた(day1)。

当初のdry weightは71.5kgであったが、同日に71.0kg(-0.5kg)に落とし、day3は69.7kg(-1.8kg)まで落としたが、血圧低下をきたし、これ以上の除水は困難に思えた。翌日(day4)も臨時血液透析を施行したが、血漿増量剤(ヘスパンダー輸液)を併用したところ67.6kg(-3.9kg)まで除水でき、翌日(day5)もヘスパンダー輸液を併用したところ66.6kg(-4.9kg)まで落とせた。胸部X線で右胸水は消失しており、腫瘍や炎症像は認めなかった。しかし、本人の倦怠感が強いため、以後は除水を緩めることにした。結局、day24には68.5kg(-3.0kg)まで戻っていた。day29の胸部X線では、右胸水の軽度貯留を認めた。

このように、血漿増量剤は、血圧低下を抑えながら除水が行え、胸水や浮腫のある透析患者に有効と考えられた。しかし現在、ヘスパンダー輸液は製造中止されている。そのため、同様の薬効がある低分子デキストランL注の有効性についても検討したので、併せて報告する。

11 卵黄腸管遺残と推定される索状物による腹膜透析カテーテル閉塞の一例

¹国立病院機構岡山医療センター 外科, ²国立病院機構岡山医療センター 腎臓内科,

³国立病院機構岡山医療センター 小児外科

○藤原 拓造¹, 塩入 幹汰¹, 津野 夏美¹, 伊達 慶一¹, 寺見 直人²,
北川 正史², 太田 康介², 高橋 雄介³

大網卷絡による腹膜透析 (PD) 液の注排液不全の報告は以前よりなされているが、小腸壁につながる索状物がPDカテーテル内に入り込み排液不全となった症例を経験した。症例は60代男性で、高血圧性腎硬化症にて腹膜透析導入例である。留置時には骨盤内にあったカテーテル先端は、出口部作成時には右下腹部に移動していた。CTでは先端周囲には小腸、腸間膜が存在しており。カテーテルよりの造影検査で先端部よりの造影剤流出はなく、側口より腹腔内に流出するも回収は不良であった。全身麻酔、腹腔鏡下で修復する方針とした。腹腔内を観察するとカテーテル先端部は小腸内に埋もれており、先端より小腸の一部が入り込んでいるように見えた。また、先端部は線維性の膜で覆われており。これを鈍的に剥がすと、小腸壁とつながり、カテーテルに入り込んでいた索状物を引き出すことが出来た。憩室様となった小腸壁の一部を含め索状物を切除し、カテーテルを腹壁に固定し手術を終了した。病理学的所見では、切除した索状物は線維性結合織で構成され、血管も認められた。切除した小腸の一部には胃粘膜等は認められなかったが、存在部位より索状物は卵黄腸管遺残あるいはその血管の遺残 (Mesodiverticular Band) と考えられた。症例は手術後、腹膜透析を継続している。

12 当院における90歳以上の高齢者による新規腹膜透析導入患者の検討

¹倉敷中央病院 腎臓内科, ²倉敷中央病院 小児科

○渡邊健太郎¹, 東 恭兵¹, 小西 智子¹, 田中 佑¹, 中田 美月¹,
木田 貴弘¹, 原 真里¹, 倉橋 基祥¹, 西川 真那¹, 澤田真理子²,
神崎 資子¹, 福岡 晃輔¹, 島田 典明¹, 浅野健一郎¹

【目的】当院での高齢者(90歳以上)の腹膜透析(以下PD)導入患者の生命予後と介護度に関して精査する。

【方法】2017年9月から2023年5月に当院で新規PD導入した90歳以上の患者7例に関して解析した。

【結果】平均年齢は91.8歳, 男性6例, 女性1例, 平均追跡期間は20.1か月, 原疾患は腎硬化症5例, 腎硬化症と糖尿病性腎症の合併が1例, 腎硬化症と慢性糸球体腎炎の合併が1例であった。PD導入時の要介護認定は, 認定なしが2例, 要支援1が1例, 要介護1が2例, 要介護2が2例であった。PD導入時の退院先は, 自宅が5例, 施設が2例であった。アシストPDは4例であり, そのうち2例が家族, 残り2例は訪問看護師がアシストしていた。死亡は4例(老衰1例, 誤嚥性肺炎1例, 脳梗塞1例, 急性心筋梗塞1例)であり, 死亡例のPD継続歴は, 1か月, 21か月, 24か月, 55か月であった。

【考察】わが国の人口の高齢化に伴い, 透析患者の高齢化も著しく進行している。PDは緩徐な透析であり, 循環動態の影響が少なく, 通院回数も少なくなるため, 高齢患者の生活スタイルに合わせた透析ができる可能性がある。既報では, 90歳以上の慢性透析患者の平均余命は2.0年前後となっている。導入後1か月で死亡した症例の死因は急性心筋梗塞であった。残り3例は2~4年の生命予後を得られており, 90歳以上の新規腹膜透析導入患者でも比較的良好な予後を得ることができたと考える。

【結語】90歳以上の高齢者でも腹膜透析は腎代替療法の選択肢の1つになりうる。

13 透析患者のBNP値と予後および死亡原因との関連

¹笠岡第一病院 内科, ²笠岡第一病院 透析部

○原田 和博¹, 宮島 厚介¹, 亀鷹 孝行², 藤井美佐子²

【目的】透析患者のBNP値と9年間に及ぶ生命予後および死亡原因との関連を調査した。

【対象】2014年に週明け透析前のBNPを測定し、以降9年間追跡できた当院の血液透析患者144名[68.9 ± 13.3歳、男88名(61.1%)、女56名(38.9%)]を対象とした。

【結果】BNPは331.8 ± 336.2 (20 ~ 2572) pg/mlと高値で、BNP値で群分けすると(心不全の目安とされているBNP値を2倍にして分類した)、BNP80未満は27名(18.8%) (56.7 ± 12.0歳)、80 ~ 200未満は32名(22.2%) (66.4 ± 12.7歳)、200 ~ 400未満は38名(26.3%) (70.9 ± 11.5歳)、400以上は47名(32.6%) (76.3 ± 10.2歳)であった。BNP値と年齢は正の相関を示した($r=0.38$)。3、6、9年後までの死亡者は各々41名(28.5%)、74名(51.4%)、90名(62.5%)に及び、死亡者90名のBNP測定時(2014年)の年齢、BNP値は、74.9 ± 9.8歳、419 ± 378pg/mlで、一方生存者54名では各々59.2 ± 12.5歳、186 ± 167pg/mlであった。BNPが高値の群ほど生命予後は不良であり、とくに400以上の群では、3年後までに21名(44.7%)が死亡し、9年後の生存者は7名(14.9%)だったが、一方80未満の群では9年後も22名(81.5%)生存していた。死亡患者90名の死亡時年齢は、79.3 ± 9.2歳(男78.4 ± 10.0歳、女80.6 ± 9.3歳)で、死亡原因別の人数、死亡時年齢およびそのBNP値は、①衰弱(主病名が明確でなく、衰弱にて透析を見合わせたもの)23名(25.5%) (84.4 ± 7.5歳、BNP: 435 ± 284pg/ml)、②感染症14名(15.6%) (76.1 ± 8.7歳、353 ± 226pg/ml)、③心不全12名(13.3%) (78.5 ± 11.1歳、709 ± 747pg/ml)、④ガン12名(13.3%) (74.5 ± 11.3歳、359 ± 271pg/ml)、⑤心筋梗塞・心突然死11名(12.2%) (361 ± 270pg/ml)などであった。

【結論】透析患者のBNPは高値であり、とくに400以上の高値は心不全のみならず衰弱が主因の死亡など、透析患者の予後不良と関連した。一方、80未満の患者は予後良好であった。

14 酢酸アレルギーによる透析困難症を呈した血液透析患者の1例

¹川崎医科大学附属病院 腎臓・高血圧内科学, ²川崎医科大学 高齢者医療センター

○加戸 学¹, 仙田 寛武¹, 和田 将史¹, 頼 聖凱¹, 岡本 叡明¹,
山内 佑¹, 板野 精之¹, 岸 誠司¹, 長洲 一¹, 佐々木 環¹,
柏原 直樹²

【症例】64歳男性

【病歴】糖尿病性腎症による末期腎不全で8か月前に血液透析を導入した。導入後から好酸球は上昇傾向にあったが、導入2か月後から後天性血友病を発症しステロイド治療を開始した。ステロイド治療開始後は経過とともに好酸球は改善傾向にあった。後天性血友病の治療強化が必要と判断され、当院へ2ヶ月前に入院となった。1か月前から透析中に顕著な血圧低下と呼吸苦を認め、透析困難となり腎臓内科に転科となった。

【経過】透析開始後30分後頃から急激な血圧低下、喘鳴と酸素飽和度低下を認めた。透析終了後は次第に一連の呼吸器症状は軽快・消失した。転科時に実施した採血検査では末梢血好酸球増多(8320/ μ L)、高IgE血症(334IU/mL)を認めアレルギーを疑った。ポリスルホン膜やナファモスタット等の透析機器関連アレルギーを疑い透析膜や抗凝固薬の変更を行った。しかし改善は得られず、透析液を無酢酸透析液へ変更したところ、明確な血圧の安定、呼吸器症状の消失が得られ、好酸球数も正常化した。

【考察】酢酸が関与した透析困難症のため酢酸不耐症を第一に疑ったが、本症例は透析導入から半年を過ぎて即時型アレルギー様の症状を伴って発症し、また他科でステロイド治療中にも関わらず顕著な臨床所見(喘鳴・酸素飽和度低下)を認めた。酢酸不耐症は好酸球増多やアレルギー症状を引き起こすことはないため、酢酸アレルギーが想定された。透析中の酢酸に対するアレルギーの症例報告は散見されるが、症状、透析導入から発症までの期間、アレルギー関連検査の所見は一様ではない。本症例は透析液のDLSTは陰性であったが、遅発性の経過を辿っており、自己免疫疾患を複数有した点から多様な病型があると考えられた。透析中に原因不明のアレルギー症状を伴う透析困難症を経験した際は、鑑別に酢酸アレルギーも想起することが重要である。

15 移植腎に発生した小径腎癌に対する経皮的凍結療法の2例

¹岡山大学医学部 泌尿器科, ²岡山大学医学部 放射線科,

³岡山大学医学部 腎臓・糖尿病・内分泌内科

○山野井友昭¹, 関戸 崇了¹, 吉永 香澄¹, 丸山 雄樹¹, 定平 卓也¹,
片山 聡¹, 岩田 健宏¹, 西村 慎吾¹, 宇賀 麻由², 別宮 謙介¹,
枝村 康平¹, 小林 知子¹, 小林 泰之¹, 大西 康博³, 竹内 英実³,
田邊 克幸³, 森永 裕士³, 和田 淳³, 平木 隆夫², 荒木 元朗¹

近年、小径腎癌に対して低侵襲かつ腎機能温存の観点から経皮的凍結療法の有用性が報告されている。今回我々は、移植腎に発生した腎癌に対して経皮的凍結療法を施行した2症例を経験したため報告する。

【症例1】49歳男性、腎硬化症による末期腎不全(血液透析歴1年)に対して弟をドナーとしたABO型一致生体腎移植を施行された。タクロリムス、ミコフェノール酸モフェチル、メチルプレドニゾロンを維持免疫抑制療法とし、術後Cr 0.8mg/dLと経過良好であった。術後5年の定期CTにて右自己腎に20mm大、移植腎に10mm大の腎腫瘍を認めたため、先行して腹腔鏡下右自己腎摘除術を施行され、病理はpapillary renal cell carcinoma : RCC (type2), G2>3, pT1aであった。移植腎腫瘍に対する精査加療目的に当院紹介となり、CTガイド下腎生検にてRCC(組織型断定困難)と診断された。経皮的凍結療法を施行し、術後5日目に自宅退院となった。その後腎機能低下なく5年間局所再発を認めていない。

【症例2】55歳女性、慢性糸球体腎炎による末期腎不全(血液透析歴3年)に対して父親をドナーとしたABO型一致生体腎移植を施行された。シクロスポリン、アザチオプリン、メチルプレドニゾロンを維持免疫抑制療法とし、術後Cr 0.9mg/dL前後と経過良好であった。術後26年目の定期CTにて移植腎に20mm大の腎腫瘍を認め、精査加療目的に当院紹介となった。CTガイド下腎生検にてclear cell RCC, G2と診断され、経皮的凍結療法を施行した。術後4日目に自宅退院、術後1ヶ月時点でCr 1.0mg/dLと僅かに上昇を認めたのみで、その後は不変、3年間再発を認めていない。移植腎に発生した腎癌は稀であり、その治療は制癌性に加え移植腎機能を温存することが重要である。小径の移植腎癌に対して経皮的凍結療法は有用な治療選択肢と考えられ、若干の文献的考察を交えて報告する。

16 腹膜透析導入時に発症した横隔膜交通症の一例

岡山大学病院 腎・免疫・内分泌代謝内科学

○中納 弘幸, 森永 裕士, 森本 志帆, 岡本 修吾, 大西 康博, 田中 景子,
竹内 英実, 辻 憲二, 田邊 克幸, 内田 治仁, 和田 淳

【症例】50歳代女性. X-43年より慢性腎炎症候群を認め, X-10年にCre 1.58mg/dLを指摘された. X-4年にCre 6.4mg/dLまで経時的に増悪しており, X-1年に腹膜透析を希望され当院紹介となった. 入院5ヵ月前に腹膜透析カテーテル留置術(SMAP1期)を施行した. 入院2週間前より浮腫増悪あり, 体液貯留を認めており腹膜透析導入目的で入院となった. 第2病日に出口部作成術を施行し, 第3病日から透析液貯留を開始したが, 排液不足が続き, 第5病日より呼吸苦が出現し, 胸部X線で入院時は認めなかった右胸水の貯留を認めた. 横隔膜交通症が疑われ, ヨード造影剤を混注しCTを撮影すると右横隔膜の2ヶ所に造影剤貯留を認めており, また胸水のCT値上昇を認めた. 腹膜透析の継続を希望されたため, 第17病日に胸腔鏡下で横隔膜縫縮術を行う方針となった. 瘻孔の確認目的に麻酔導入直後よりインドシアニングリーンを混注した腹膜透析液を1L注液した. 胸腔鏡で観察すると胸水貯留を認めており, 腹部圧迫により瘻孔からの流出を確認できた. 横隔膜縫縮を行い, 吸収性ポリグリコール酸シートで縫合部を被覆した. 第27病日より腹膜透析液の貯留を開始したが排液に問題なく, 第33病日に退院となり, 現在も腹膜透析を継続中である.

【考察】腹膜透析導入における横隔膜交通症の発症頻度は比較的稀ではあるが, 胸水貯留を制御することができなければ血液透析への移行を余儀なくされる重大な合併症である. これまでAlport症候群患者での横隔膜交通症は報告されておらず文献的考察を踏まえて報告する.

ご協賛企業団体一覧

第108回岡山透析懇話会の開催にあたり、多くの企業・団体からご協賛いただきました。
深く感謝し、御礼申し上げます。

《共催》

扶桑薬品工業株式会社

《協賛》

アステラス製薬株式会社

アストラゼネカ株式会社

大塚製薬株式会社

株式会社カネカメディックス

協和キリン株式会社

興和株式会社

株式会社三和化学研究所

株式会社ジェイ・エム・エス

第一三共株式会社

武田薬品工業株式会社

田辺三菱製薬株式会社

テルモ株式会社

鳥居薬品株式会社

日機装株式会社

ニプロ株式会社

ノバルティス ファーマ株式会社

ノーベルファーマ株式会社

バイエル薬品株式会社

バクスター株式会社

株式会社林寺メディノール

持田製薬株式会社

(50音順)

2023年8月7日現在

MEMO

**第108回岡山透析懇話会
プログラム・抄録集**

発行 2023年8月

編集 岡山大学病院 血液浄化療法部
〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1
TEL：086-235-7786 FAX：086-235-6096

印刷 株式会社メッド
〒701-0114 岡山県倉敷市松島1075-3
TEL：086-463-5344 FAX：086-463-5345