

07-14

腎移植チームにおけるレシピエント移植コーディネーターの役割

名古屋第二赤十字病院 看護部

○今井 美登子、江上 菊代

近年の移植免疫抑制療法の進歩は、移植後の拒絶反応を減少させ、腎移植成績を著しく向上させた。その結果、従来の親子、兄弟姉妹間に限られていたドナーの適応が、非血縁である配偶者や血液型不適合まで拡大され、更にその成績も全く遜色のないものとなってきたことにより、生体腎移植希望者は年々増加傾向にある。移植件数の少ないわが国においては、今まで移植医が腎移植の希望受診時から手術計画そして術後ケアまでの全てを担当してきた。しかし、欧米並みに移植数が増加すれば毎日の業務に追われている移植医や看護師の管理に限界がある。移植医療の専門的知識を持ったレシピエント移植コーディネーター（以下RCoとする）が、移植チームと他部門をコーディネートし、また、患者や家族に対する移植情報提供、術前後の精神的ケアなどを担当することで、移植医、看護師の業務をスリム化し、各々がより専門性の高い医療を提供できると考えられる。当院ではこの様な理由から平成21年4月から専任RCoを配置し、腎移植チームと共に活動を開始した。腎移植チームの一員としてのRCoの医療業務のコーディネート、そしてRCoの主な役割である継続的な患者、家族への関わりについて報告する。

07-15

当院における入院透析患者の検討

伊豆赤十字病院 泌尿器科

○桐山 功、板東 隆文

【目的】当院で血液透析を受けている患者が入院透析を必要とする時の、医学的、社会的問題について検討する。

【対象と方法】2009年4月から2010年3月までの1年間に、当院で血液透析を受けた82名の患者を対象とした。それらの患者の内、1日以上当院に入院した49名について統計的検討を加えた。

【結果】入院期間は1日から最長175日であった。一年間における入院回数は1回から最大4回で平均1.35回であった。また、1回あたりの平均入院期間は23.4日であった。入院理由のうち最も多かったのは、延べ66回の入院中、透析導入に伴う入院理由が8回（12.1%）と最も多く、次がシャントトラブルによるもので7回（10.6%）であった。

【考察】外来透析が施行できない要因として、透析導入時を別にすると、シャントトラブルによるものが多かったが、社会的入院は比較的少なかった。これは、当院には老人保健施設が併設されており、そこより外来透析に通院可能であり、その施設の有効利用がなされている事が影響していると考えられた。

【結論】当院の透析患者82名について、入院透析が行われる場合の問題点について考察したが、透析導入とシャントトラブルによる入院透析が多く、社会的入院は比較的少なかった。

11月11日(木)
一般口演

07-16

当院における持続血糖モニタリングシステム（CGMS）の使用経験

横浜市立みなと赤十字病院 内科

○檜山 眞貴代、渡辺 孝之、千葉 恭敬、山崎 芳浩、南 勲

糖尿病の治療の目的は、種々の糖尿病合併症の発症、進展を予防し、患者の生活の質を損なわないようにすることである。そのためには血糖コントロールを良好に保つことが重要であり、食事管理、運動療法、それに加えて必要に応じた薬物療法が不可欠である。近年、24時間の血糖を測定するContinuous GLUCOSE Monitoring (CGM) が可能となった。CGMは皮下組織にセンサーを挿入し、間質液中のグルコース濃度を測定するものであり、実際に測定している値は血糖値ではない。しかし、血糖自己測定 (Self-Monitoring of Blood Glucose: SMBG) 値を入力し変換・補正するため、その測定精度は日常臨床ではほぼ問題なく使用できるとされている。CGMにより、従来のSMBGでは捉える事のできなかった詳細な血糖変動推移を把握できるようになり、より適切な血糖コントロールが可能になると考えられる。日本では2009年11月に厚生労働省の薬事承認を得て、今年4月より公的医療保険が適用されるようになった。一部の大学病院や大規模な病院でのみ使用されている現状で、当院では2010年3月よりCGMを導入し、月間平均2例の1型糖尿病や血糖不安定な2型糖尿病患者に、3日間連続でCGMを用いて24時間の血糖変動を測定した。食事内容による血糖値への影響や運動療法の効果、1型糖尿病患者や血糖変動の激しいブリットル型糖尿病患者の血糖変動パターン、いままで捉える事の困難であった夜間低血糖の把握ができた症例等を提示し、また、使用中に経験したいくつかの問題点なども含め、そこから得られた使用経験について報告する。

07-17

重症痛風結節に感染症が合併した一例

熊本赤十字病院 内科

○中田 志穂、濱之上 哲、加島 雅之、豊田 麻理子、上木原 宗一、早野 俊一、東 大弼

【症例】41歳男性

【主訴】両足部・両手関節の発赤・疼痛・腫脹、腫脹部位の腐敗臭を伴う潰瘍形成

【現病歴】約10年前（31歳時）より、腎機能低下、高尿酸血症にて当院内科通院中であつた。当時のCr値：1.2mg/dl、尿蛋白：3+、尿酸値：13.6mg/dl、腎生検では予後不良型IgA腎症であつた。アドヒアランスは悪く、疼痛時のみの通院であつた。約5年前（36歳頃）より尿酸値15mg/dl付近で推移し、たびたび痛風発作を認めていた。X年3月（今回受診時）は来院2週間前より痛風発作を認め、両足部・両手関節に発赤・疼痛・腫脹を認めていたが放置していた。腫脹部位に次第に潰瘍形成され腐敗臭が出現、また発熱を認めたため当院救急外来受診。白血球数：12750/ μ l、Cr値：2.58mg/dl、尿酸値：16.4mg/dl。痛風結節による足部骨破壊、関節拘縮、潰瘍部より尿酸結晶排出・同部位の感染を認め、痛風性関節症及び化膿性骨髓炎の診断となった。入院当日緊急手術となり両下肢切断。その後、維持透析導入となり、降尿酸療法を行った。

重症痛風結節のために高度の骨破壊が引き起こされ、感染を契機に両下肢切断に至ったケースを経験したので、若干の文献的考察を含めてこれを報告する。