

技術シンポジウム

GI-1 慢性関節リウマチの病態と治療

順天堂大学医学部膠原病内科

津田裕士

慢性関節リウマチ(RA)は、多発関節炎を主症状とする全身の炎症性疾患で、長期にわたり寛解と増悪を繰り返すがその原因は不明である。RA治療の根幹は抗リウマチ剤(DMARD)と非ステロイド系消炎鎮痛剤(NSAIDs)であるが、病態によっては免疫抑制剤、ステロイド剤の使用も必要となることもあり、寛解をいかに長く維持するかが問題となる。

このようなRAの治療の中でアフェレシス治療の位置づけについて述べてみたい。

GI-2 RA患者に対する二重膜濾過法

社会保険中央総合病院 人工透析部

山家 敏彦

【緒言】慢性関節リュウマチ(以下RAと略す)は、原因不明の難病として周知であるがApheresisは、体外循環による有効な治療法として普及している。その方法は二重膜濾過法、冷却濾過法、免疫吸着法などの方法が適用されるが、いずれも操作手技や方法的に確立されているとはいえない。本シンポジウムでは、当院でのRAに対する二重膜濾過法の実施方法や操作手技、操作上の留意点を主に報告する。【二重膜濾過法の実施法】1)血漿成分分画器の選択；分画器によって溶質分離能が異なるため、アルブミン篩い係数が1.0に近く、除去物質の篩い係数は可能な限り0に近い血漿成分分画器を選択するのが理想である。当院では血漿成分分画器の入口圧の安定維持が容易で、かつこのことがアルブミン篩い係数を一定に得やすくするなどから、AC1760か4Aを用いている。2)blood accessと各流量；blood accessとして脱血は前腕の正中皮静脈かその付近の皮静脈、返血は反対側前腕の皮静脈を用いることが多い。この方法で得られる血液流量は平均 $78.8 \pm 10.2 \text{ ml/min.}$ ($n=28$)であった。また血漿流量は $24.8 \pm 4.1 \text{ ml/min.}$ ($n=28$)であった。3)血漿処理量；当院での目標血漿処理量は原則的にAC1760及び4Aを使用したときで3000ml、1740及び2Aを使用したときは2000mlとしている。4)置換液；アルブミン製剤と電解質液とを混合したアルブミン置換液を使用する。アルブミンの濃度は、峰島の提唱した設定式により患者個々に算出している。設定式で得られたアルブミン濃度はAC1760で8%、4Aで7%であった。またpartial discard法でのアルブミン置換液量は1回の治療で600mlを要した。【除去率】症例T.M.に対してAC1760及び4Aを使用した際の免疫グロブリンやフィブリノーゲンの除去率を表に示した。

	AC1760 (n=17)	4A (n=14)
血漿処理量(ml)	2896 ± 216	2943 ± 150
廃棄血漿量(ml)	481 ± 149	467 ± 142
IgG(%)	49.4 ± 7.7	53.5 ± 7.4
IgA(%)	50.7 ± 6.0	57.9 ± 5.0
IgM(%)	67.2 ± 5.1	72.2 ± 5.2
フィブリノーゲン(%)	70.3 ± 7.3	69.2 ± 3.3

表. 除去率

以上、二重膜濾過法の操作手技及び留意点を中心に、リンパ球除去療法との比較も併せて報告する。