

Continuous Kidney Replacement Therapy: CKRT in Sepsis/Septic AKI: global update



2025年 3月15日 土 12:20~13:20

第7会場 福岡国際会議場 4階 404-406

座
長

土井 研人 先生

東京大学大学院医学系研究科救急・集中治療医学

演
者

Nattachai Srisawat 先生

Division of Nephrology, Department of Medicine,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University and
Center of Excellence in Critical Care Nephrology

**Role of CKRT in Sepsis associated
AKI Patients : an update**

仲村 佳彦 先生

福岡大学医学部 救命救急医学講座

敗血症に対するメディエーター除去を期待した
持続的腎代替療法を再考する



学術集会ホームページ

<https://www.jsicm.org/meeting/jsicm52/>

Continuous Kidney Replacement Therapy: CKRT in Sepsis/Septic AKI: global update

Role of CKRT in Sepsis associated AKI Patients : an update

演
者

Nattachai Srisawat 先生

Division of Nephrology, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University and
Center of Excellence in Critical Care Nephrology

Sepsis associated Acute kidney injury (AKI) is a leading cause of AKI and associated with substantial mortality in ICU. Kidney replacement therapy (KRT) is essential for improving the outcome for patients with AKI in the ICU for decades. The popular KRT modes that are provided for AKI patients in developed countries include intermittent hemodialysis (IHD), sustained low efficiency dialysis (SLED) and continuous (C)KRT. Previous CKRT evidence has revealed similar outcomes in relation to mortality and probably better renal recovery, compared to IHD or SLED. The 2012 KDIGO AKI guideline suggested initiating KRT emergently in the presence of life threatening changes in fluid, electrolyte, and acid base balance. Since 2012, several RCTs could not show the benefit of early KRT over standard KRT initiation. In real clinical practice, KRT initiation should be considered when metabolic and fluid demands exceed the kidney capacity. This concept admits the dynamic nature of acute illness and stresses importance of regular evaluation of the demand and renal capacity. But the methods for quantification demand and capacity are still unknown. Current evidence does not support using biomarkers when deciding whether to initiate KRT. Use of a standardized furosemide stress test can be considered to assess the likelihood of AKI progression and integrated into the spectrum of clinical data available when planning for and deciding to initiate KRT. In determining to start KRT, sharing decision making with family, complications risk, prognosis and potential for recovery should be considered.

敗血症に対するメディエーター除去を期待した 持続的腎代替療法を再考する

演
者

仲村 佳彦 先生

福岡大学医学部 救命救急医学講座

敗血症の病態にはPathogen-associated molecular patterns (PAMPs)、Damage-associated molecular patterns (DAMPs) が関与し、これらメディエーターを血液浄化療法にて体内から除去することで生命予後が改善する可能性がある。また、敗血症はacute kidney injury(AKI)を高頻度で合併し、敗血症性AKIに対し、ICUでは持続的腎代替療法(continuous kidney replacement therapy; CKRT)が施行される。さらに、CKRTによるメディエーター除去により、敗血症の病態改善も期待できる。CKRTを早期に開始し、浄化量を上げることで敗血症の病態改善が期待できるが、日本版敗血症診療ガイドライン2024では“敗血症性acute kidney injury(AKI)に対して、早期の腎代替療法を行わないことを弱く推奨する”または“敗血症性AKIに対して、血液浄化量を国際的な標準量(20-25mL/kg/h)よりも増やさないことを強く推奨する”ことが記載されており、敗血症性AKIに対し、CKRTの早期開始および浄化量の増加は推奨されていない。一方で、CKRTに用いられるヘモフィルターにはそれぞれ特性が存在し、AN69STは吸着によるメカニズムでメディエーターを除去することが知られている。メディエーター除去を目的としたCKRTが生命予後を改善させることを検証した大規模なランダム化比較試験は存在しない。本セミナーではヘモフィルターのメディエーター吸着能に着目した当センターの検討結果を紹介するとともに、敗血症に対するメディエーター除去を期待したCKRTを再考する。