

Table 5. A combined analysis of the IITR and NAITR: success rate as a function of historical and pre-ITT titres and dosing regimen ($N = 278$).

Historical titre (BU)	Pre-ITT titre (BU)	Dose ($\text{U kg}^{-1} \text{d}^{-1}$)	Successes # (%)	
<50	<10	<50	30/36 (83%)	
		50–99	33/38 (87%)	
		100–199	18/19 (95%)	
		≥ 200	23/24 (96%)	
	10–20	<50	2/3 (67%)	
		50–199	11/14 (79%)	
		≥ 200	3/4 (75%)	
		>20	50–199	3/9 (33%)
			≥ 200	1/3 (33%)
50–200	<10	<50	8/12 (67%)	
		50–99	14/17 (82%)	
		≥ 200	3/4 (75%)	
		≥ 200	3/4 (75%)	
	10–20	50–199	2/6 (33%)	
		≥ 200	3/4 (75%)	
	>20	50–199	8/12 (67%)	
		≥ 200	5/7 (71%)	
		≥ 200	5/7 (71%)	
>200	<10	50–199	5/11 (45%)	
		≥ 200	7/7 (100%)	
		≥ 200	3/4 (75%)	
	10–20	50–199	1/3 (33%)	
		≥ 200	3/4 (75%)	
	>20	50–199	1/23 (4%)	
		≥ 200	12/18 (67%)	
		≥ 200	12/18 (67%)	
		≥ 200	12/18 (67%)	

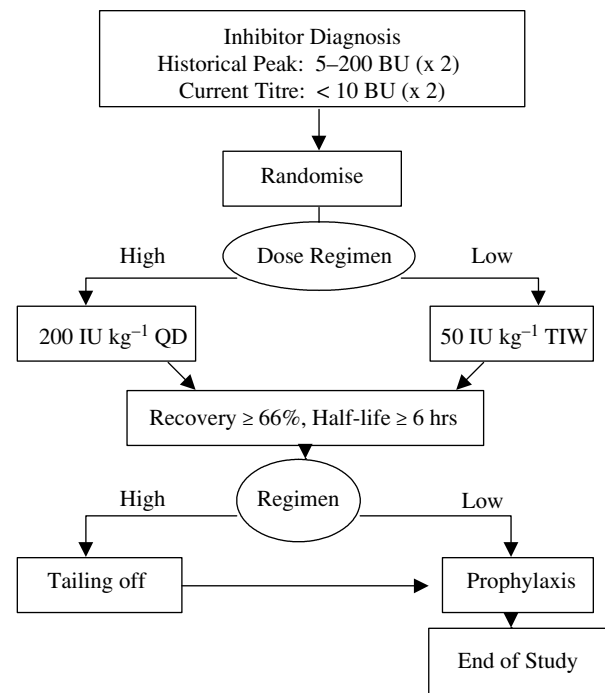


Fig. 1. International Immune Tolerance Study: treatment randomisation and course.

Abstract

持続輸注療法

Continuous infusion

S. Schulman

科学的には弱いエビデンスかもしれないが、高用量を用いた補充療法が必要な場合、持続輸注は費用対効果の改善につながることを示すエビデンスが得られており、数編の研究では必要とされる凝固因子製剤がより少量で済むことが示されている。また、1編のみではあるが、持続輸注を行った場合、出血に伴う合併症の発生がより少ないことが示されてい

た。さらに、2編ではトラネキサム酸を併用した持続輸注では出血に伴う合併症のリスクが低下することを示すエビデンスが得られていた。

今後の研究では、止血に必要なとされる最小限の定常状態凝固因子レベル、無作為化デザインによるボラス投与との比較、さらにインヒビター発生リスクについて検討されなければならない。