

年以後は経口挿管, adrenaline の局注のため GOP が主となり出血量の減少をみている。

6. 大動脈瘤手術の麻酔学的考察

○和田裕治, 福田邦雄, 淵上 隆 (千大)

昭和 42 年より 現在まで千葉大学麻酔科で行なった 11 例の大動脈瘤手術の麻酔について, 年齢, 性別, 大動脈瘤の部位と術式, 麻酔剤と麻酔法, 大動脈遮断中の人工心肺の使用の有無および, 脳脊髄液吸引法, バイパス法併用の有無, 遮断中, 後の合併症の有無などについてまとめて報告した。

7. 本学における新生児麻酔について

○仁藤章夫, 伊賀恵美子, 平賀一陽 (千大)

過去 2 年 9 カ月間に生後 10 日以内の新生児麻酔は 80 例あり, 異常手術が 80% を占め, 夜間に行なわれるものが大部分である。全麻が安全であり, 維持に halothane の使用が 90% を占める。出血量 5 ml/kg 以上が全体の 66%, 輸血を 77% におこなっており, 新生児には新鮮血輸血が望ましく, 補液は 10 ml/kg/hour 平均で行ない, 胃穿孔などではその 4 倍量を補ってやる。Monitor としては血圧, 脈拍, 尿量, 出血量, 体温測定, できれば C. V. P. を経時的に測定する。重篤な体温下降を 2 症例に経験したが, 体温の保持には赤外線ランプ, warming mat などを用いて対処している。

座長 伊東和人 (国立千葉)

8. ポルフィリアと麻酔管理

○長谷川洋機 (東京厚生年金)

2 例のポルフィリアが疑われる症例の麻酔経験を機会に, ポルフィリアの麻酔管理に考察を加えた。急性ポルフィリアは barbiturate 剤投与によって発症, 増悪し, 最悪の場合呼吸不全に陥る点で麻酔医と密接な関係を持ち, その麻酔管理も次のような注意を有する。

①麻酔前, 中, 後を通じて, 誘因剤は禁忌。②麻酔法はとくに制限なし。③麻酔前後で神経症状の増悪の有無を確認するため検査は十分に行なう。④急性ポルフィリアは腹部症状が激しく脱水に注意する。⑤循環系は急激な血圧下降が起ることがある。⑥呼吸不全の発生に十分配慮する。

9. 閉塞性無尿患者の麻酔と術後管理の一定例

○三枝陸朗, 瀬戸屋健三 (東京厚生年金)

われわれは, ICU にて子宮癌による閉塞性無尿緩解

後の補液管理を経験したので報告する。閉塞緩解初期の補液療法は, いわば調節機能を失った尿管管に取って替るものと考え, 次の 3 点を念頭におき管理した。①補液量は, 尿量よりやや少な目とした。②電解質は, 尿中排泄量並びに血清値の変動を見つづ, 推定量を投与した。③低カリ血症を防止すべく, 血清値, 心電図の頻回チェックにより, 早期より K 投与を開始した。

10. 欧州およびアジア麻酔学会の印象

瀬戸屋健三 (東京厚生年金)

4 週間にわたって病院視察をかねて出席した第 4 回の両学会の印象を述べた。ICU 運営に関しては極めて常識的であり, 長期人工呼吸の気道確保法で, オーストラリアと英国の意見の対立が興味深かった。ショック肺に対する C. P. P. V., 膜型人工肺の適応の報告には, 改善の著しい印象がなかった。鍼麻酔に関してはオーストラリアおよび本邦での症例発表が多かったが, 全般的には無批判な適応の限界もわかってきた。とくにアジア麻酔学会でのオーストラリアと本邦の麻酔学会の指導的立場にも十分評価されるものがあつた。

座長 瀬戸屋健三 (東京厚生年金)

11. Aspiration Pneumonia の一例

○下山一郎, 長谷川洋機 (東京厚生年金)

このたび, 当院 ICU にて経験した燕下性肺炎の一症例について検討と, 文献的考察をし, 再認識した。すなわち水分バランス, 血清電解質, 尿素窒素, 滲透圧, 血液酸塩基平衡, 動脈血ガス分析をし, 他方, 文献的には, 組織学的, 病理学的, 病態生理学的な変化および治療法などについて調べた。

12. 術中肺水腫の一治験例と考察

○水口公信 (国立がんセンター)

肺水腫の成因については種々の検索がなされているが, まだ十分な明確な機序の説明はなされていない。最近術中肺水腫を経験し P. A. M (Pyridine-2-aldoxime methiodide) を使用し, 軽快した症例について述べる。

13. 気切後傷害について

○黒須吉夫, 稲見浩三, 田村京子,
柿島八千代, 齋藤信彦, 山本泰久
(東邦大)

気管切開は救急で行なわれる場合が多く, 粗雑な術式により, 気道の狭窄をきたしカニューレ抜去困難症に陥

る点が問題となる。気切施行例の病理組織によると、ポリープ状の肉芽発生がみられ、とくにカフ付チューブ使用が多い。気管の損傷は 1 週間目でひどく、部位別では気切口、次いでカフ部位である。気切後の治療が軽視される傾向があるが、十分な注意を払う必要がある。またわれわれの考案によるカニューレ各種もあわせて供覧した。

14. 過去 1 年間の I. C. U. における救急患者の実際

○近藤良晴, 長谷川洋機, 瀬戸屋健三
(東京厚生年金)

昭和 48 年 11 月より昭和 49 年 10 月までに救急入院した患者は 95 例に及んだ。外科のイレウス, 吐血, 内科の心筋梗塞などの循環器系疾患が大部分であり, その死亡率は 17 例, 17.9% と高く, その死亡原因は出血が多い。気管切開施行例は 7 症例, その全例が死亡した。ショック発現率は 33.3% であり, 死亡率は 47.2% であった。吐血, イレウス, 腹膜炎などの発症から死に至るまでの模式図を作成し検討を加えた。

15. Acrylic Cement による循環動態の変化

○吉田豊, 崎尾秀彰, 小林英夫, 曾原道和,
嶋村欣一 (千葉県がんセンター)
中村哲雄 (千大・整外)

Bone cement の使用時, 低血圧, 心停止などの合併症がおこることが知られている。われわれはその原因が何であるかを, 雑犬 6 頭を用い, 右大腿骨に bone cement 0.5g/kg を挿入しその前後での変化を Wezler 法および Holldack 法を用い, 循環動態の面より検討

した。その結果低血圧をきたす原因は心抑制による分時心拍出量の減少と, 大動脈の緊張性の低下によるものであり, 全末梢抵抗はむしろ増大した。肺動脈圧は変化が少ないが肺血管抵抗は増加した。

16. 脱血ショック時における脳・肝・腎血流量の変化とその対策

○平沢博之, 小高通夫, 小林弘忠,
田畑陽一郎, 大川昌権, 佐藤 博
(千大・二外)

脱血ショック時の脳, 肝, 腎皮質, 腎髄質血流量を交叉熱電対法で測定し次の結論を得た。①脱血ショックで一番保たれるのは脳であり, 一番減少が大きいのは腎皮質である。②還血により一番早く戻るのは脳血流であり, 腎皮質が一番遅い。③脱血後 α -stimulator を全身投与し, 腎皮質の α -receptor を block すると, 脳, 腎皮質とも比較的良く保たれる。④還血後 α -blockade および steroid を使用すると腎皮質をはじめ各血流量とも良く保たれ, 尿量もある。

座長 嶋村欣一 (千葉県がんセンター)

〈創立 10 周年記念講演〉

麻酔時の局所循環を中心とする研究

千大麻酔 ○米沢利英

後日報告予定

閉会の辞 黒須吉夫 (東邦大麻酔)