

8) ロス オブ レジスタンス法は空気か生食か 相 田 純 久 (弁天橋病院ペイン クリニック科)

硬膜外ブロックの合併症の1つとして術後の頭痛がある。従来よりこの頭痛は、硬膜を穿刺したために起こる髄液漏と考えられてきた。しかしブロック後数十分で頭痛が発生するケースがしばしばで、数十分で頭痛を起こすほどの髄液漏が完成するとは考えられないことから、術後頭痛を訴えた患者の頭部 CT を施行したところ高率に空気の脳室内への迷入を認め、この空気が髄膜や神経組織を刺激している可能性が示唆された。そこでロス オブ レジスタンス法に使用する空気を生理食塩水にかけてブロックを行ったところ、術後の頭痛の発生率は激減し、空気のそれが0.4%であったのに対し生食では0.1~0.2%となった。このことより、絶対に硬膜を穿刺しないという自信のある術者を除いて、ロス オブ レジスタンス法には生食を用いることが望まれる。

9) パーソナルコンピューターによる麻酔・ 手術データベース

羽柴 正夫・里見 典史 (新潟大学麻酔科)
津久井 淳

麻酔・手術にまつわるデータベースの構築は統計に極めて有用である。さらに、疾患による麻酔法や合併症の有無を簡単に検索出来れば、新たな患者の麻酔管理に有意義な情報となる。我々は、パソコンを用いて、手術予定表の作成から症例検索までできるシステムを作成した。パソコンは PC9801-VM2, 20MB ハードディスク、プリンターを使用した。新たにオペレーターを必要としないように、従来のシステム分析から入力には英文としコード化は一切行わなかった。手術後のデータ入力は項目を選んで最小限にした。プログラムは BASIC を用い、d-BASE III でデータ検索が出来るようにデータ変換をおこなった。統計はもとより、症例検索などに有用となろう。今後、各項目の系統的コード化や病院病歴システムへの移行などを考慮する必要がある。

10) 手術患者監視システムについて

加藤 滉・尾野 隆 (山形大学手術部)
堀川 秀男・一柳 邦男 (同 麻酔科)

昭和62年3月に山形大学病院手術部に導入した「手術患者監視システム」を紹介した。本システムは、1) 心電図・血圧・体温等をモニタする患者モニタシステム、2) 呼吸気の酸素・炭酸ガス・吸入麻酔薬濃度をモニタ

する呼吸ガス監視システム、3) 小型 CCTV カメラで各手術室内をモニタする手術室全体監視システム、4) 手術野を TV カメラによりモニタする手術室モニタシステム、の4つの機構により成立し、全情報は麻酔医室のモニターコーナーに表示する。本システムの効果的利用を促進することが、今後の課題である。

11) パソコンによる誘発電位波形処理

清水 裕幸・本多 忠幸 (都立神経病院)
神経麻酔科
傳田 定平 (山口大学麻酔科)

当院 ICU では脳血管障害急性期や蘇生後脳障害などの意識障害例において、パソコン制御により誘発電位の連続モニタリングを行っている。今回、これら誘発電位のパソコンによる解析処理について供覧し、データ格納や波形解析などの技術的な面から誘発電位の電気信号としての特性について言及した。当院のシステムは誘発電位導出波形はすべてディスクに格納されており、キーボード操作によりパソコン管面に8~16掃引の波形表示が可能である。さらに、オートオフセット機構を用いれば多重かさね書きによる再現性の吟味がパソコン管面上で容易に行い得る。したがって、誘発電位モニタリング波形をパソコンの同一管面上に時系列モードで表示し、キーボード操作により詳細に波形分析を行うことが可能となった。以上より、誘発電位の検索では、導出波形のディスク格納と、パソコンを用いた波形処理が推奨される。

12) 市民病院救命救急センターの紹介

丸山 正則・遠藤 裕 (新潟市民病院)
森岡 睦美・渡辺 重行 (麻酔科)
本多 拓 (同 脳外科)

当院では本年4月20日より、厚生省認定の下越地区の救命救急センターがオープンした。同センターは救急外来に26床の入院ベッドが併設されている。26床の内訳は一般救急ベッド6、HCU 8、個室2、ICU、CCU 10でこの他4床の透析ベッド、及び一人用高圧酸素室、救急検査室、X線室がある。救命救急センターの本来の使命は第3次救急であるが、24時間オープンの救外は実際スタートして見ると必ずしも三次救急のみというわけには行かず、受診する患者の内容は種々様々である。5月1ヶ月間の救外受診者総数は588名(1日平均19名)で、ほとんどが時間外である。入院患者総数は152名(1日平均4.9名)であった。高圧酸素治療は開始後まだ間がないが最近では1日6~8名の治療を行っている。