

老年者の麻酔と血圧管理

細山田 明義*

高齢化社会を迎え、病院を訪れる患者も老年者が年を追うごとに多くなってきている。手術を受ける患者も、高齢者が多い。疾病の複雑さと共に高齢者は、加齢による生理的变化に加え、各種合併症を併発している場合が多く、われわれ麻酔科医は麻酔管理に苦慮することが多い。とくに術中循環管理には十分な配慮が必要である。動脈硬化や虚血性心疾患、糖尿病を合併している割合は非常に高く、麻酔法、麻酔薬の選択は慎重でなければならない。循環系モニタリングの中心は言うまでもなく血圧測定であり、通常は非観血的法で行われる。患者の一般状態や手術侵襲の大小により、観血的動脈圧測定、肺動脈カテーテル挿入による中心静脈圧、肺動脈圧、心拍出量測定までのモニタリングが必要であり、患者の安全を守る。老年者に限らず、動脈硬化や他の原因で高血圧症と診断され、降圧薬を服用している患者は非常に多い。降圧薬の開発により、現在は β -遮断薬、Ca拮抗薬、アンギオテンシンII変換酵素阻害薬など新しい降圧薬が普及している。しかし、一昔前の時代は利尿薬やレセルピンなどを服用している患者が多く、とくにレセルピン等は交感神経のカテコラミン分泌に変調をきたし、吸入麻酔薬との相互作用により、著しい低血圧を来す恐れが指摘され、薬物の投与を2週間前に中止することが推奨された。その結果、麻酔では血圧の変動は少ないものの、メスによる強い侵害刺激によって著しい高血圧を来し、コントロールが困難で、以来、降圧薬は術直前まで服用させることの重要性が認識されるようになった。一方、麻酔法の変遷に伴い、

近年は、吸入麻酔法単独にたよらず pre-emptive analgesia、術後鎮痛を考慮し、硬膜外麻酔併用全身麻酔法（吸入麻酔、静脈麻酔）で維持する方法が推奨され、行われている。硬膜外麻酔により強い鎮痛効果が得られる反面、交感神経がブロックされるため、全身麻酔を併用することで、血圧は低下しやすい。本来、現在使用している揮発性吸入麻酔薬は交感神経活動抑制作用を有するため、両者の併用は血圧を低下させやすい。低血圧防止に、輸液療法や持続的昇圧薬投与で対処することもとられるが、吸入麻酔薬濃度を薄くすることの方が多。その結果、一見して血圧は安定し、強い侵害刺激が加わっても、吸入麻酔法単独に比べ血圧の変動は少ない。鎮痛効果は硬膜外麻酔で催眠効果は全身麻酔薬でという考え方だと思うが、その濃度を薄くするのも限度があろう。1 MACにも満たない吸入麻酔薬の濃度と筋弛緩薬の併用で、体動が無い、顔をしかめない、血圧は安定していると喜んでいるようでは、何のための全身麻酔法であろう。術中の冠動脈スパズムの誘因に浅麻酔を上げる麻酔科医も多い。催眠効果は十分なのか、聴覚は残っていないか、など十分考える必要がある。むしろ、1 MAC 程度の吸入麻酔薬で著しい低血圧が生じるようであれば、患者の一般状態に問題があるか、広範囲のブロックが生じているためだろう。もっと積極的な交感神経刺激薬（ドパミンなど）の投与や、輸液療法を考えることのほうが、先決問題ではないだろうか、全身麻酔法の本質を見失わないようにしたい。

*昭和大学医学部麻酔学教室