

司会の言葉

畔 政 和*

体外循環離脱困難症例に直面したとき、心臓血管外科医のみならず麻酔科医や臨床工学技士などその場に居合わず全ての人が危機感を抱く。離脱出来ない原因は、さまざまで、迅速に判断をして対策を講じなくてはならない。著者らの施設で1994年1月から1996年10月までの2年10ヶ月間に、弁置換もしくは弁形成術を施行した431例中、離脱に1度以上失敗したり、再度体外循環に移行したり、心マッサージを受けた症例は78例で実に18%にも及んでいた¹⁾。通常の離脱困難症例の頻度は1%前後と言われる²⁾が、著者らの施設の症例はその後順調に経過した症例を含んでいるので比較的多くなった。しかし、当初は強い危機感を抱き対処しなければならない症例であった。この離脱困難に対して何らかの対策を講じることは、正に戦略という言葉に相応しく、心筋保護法が進歩し、使用できる薬物が増え、経食道心エコー法による手術の評価が出来るようになって、多くの人が直面している事柄である。このワークショップでは、心臓血管外科医、麻酔科医、循環器内科医、臨床工学技士の立場から、日々の戦略を話して頂いた。東京女子医科大学循環器外科北村昌也先生には、離脱困難症例に対する戦略として補助循環を検討して頂き、多変量解析の結果から、迅速な判断とともに補助循環法の選択が重要であることを御講演いただいた。帝京大学医学部附属市原病院麻酔科新見能成先生には、心機能評価にあたって経食道心エコー法の有用性と、強心薬としてPDE阻害薬について御講演いただいた。

NTT東日本関東病院循環器内科大西哲先生には、持続性心室頻拍・心室細動に対するカリウムチャンネル遮断薬塩酸ニフェカラント（シンビット®）の有用性から、体外循環離脱困難症例に用いる意義についてお願いした。自治医科大学大宮医療センター臨床工学部百瀬直樹先生には、人工心肺脱血回路側に設置した脱血液酸素飽和度を指標とした、離脱時の人工心肺操作についてお話しいただいた。討論は、①体外循環離脱時の条件 ②原因の特定 ③対策について行った。体外循環離脱時の条件として、体温、末梢温、心機能などの目安は、ほぼ同じ意見であり、原因の特定に経食道心エコー法が有力な手段であることも、演者の全ての方々が認めるところである。対策として、補助循環の選択は迅速に的確でなければならないことも討論された。また、今回の討論に、日本循環制御医学会では初めて、日本における学会でも先駆的に、会場の聴衆からアンケートがリアルタイムに取ることの出来るアナライザーシステムが導入された。この手段は双方向性に演者と聴衆が意見を交歓できるため、聞くだけの学会から参加する学会へ学会が変化する契機になる手段であることを予感させる。会長小柳仁教授の画期的なアイデアと戦略という言葉に相応しいワークショップであった。

- 1) 大西佳彦：人工心肺離脱困難症 術式に即した対応を。LiSA 4：62-68, 1997
- 2) 佐藤正光：人工心肺離脱困難症 強心薬の限界とIABPの適応。LiSA 4：50-55, 1997

*国立循環器病センター麻酔科