

第22回日本臨床麻酔学会

関 誠*

第22回日本臨床麻酔学会は山梨医科大学麻酔科熊澤光生会長の御主幹の下に2002年10月31日から11月2日の日程で開催されました。

会場は駐車場2,000台完備の結婚式場ということで、自家用車をご利用の先生方には大変便利だったと思います。ただ朝の会場周辺の大渋滞には、朝一の発表予定の先生方は少々焦ったかもしれません。一般演題は、ポスタープレゼンテーションでしたが、会場が1つにまとまっているのが回りにやすく良かったと思います。

熊澤会長の挙げられたメインテーマは「麻酔の深さと質の再評価」であり、特徴は「きわめて臨床的」、「女性重視」、「併行開催」とのご挨拶でした。熊澤会長のお言葉の通り、周術期の鎮痛法、麻酔深度、安全管理など様々な視点からの「麻酔の質」に関するシンポジウムや講演が行われました。また女性重視（重要）とのお考えを反映してミニセミナー「日本の女性麻酔科医に望む」が開催されました。麻酔科医不足が取りざたされている昨今、女性麻酔科医が子育てや妊娠中の時に如何に問題なく働けるか、そのキャリアを続けていけるかということは重要な課題であると思います。おもしろいことはこのセミナーでは出席者が中年以上の男性が多かったことです。女性の部下を多くかかえた上司が、普段頭を抱えている問題を真剣に聞いているのかなと勝手に想像してしまいました。

循環管理や周術期心血管合併症の問題では、招待講演(2) "Off-pump Coronary Artery Bypass grafting : Role of the Anesthesiologist", 教育講演(3)「虚血性心疾患治療の最前線」, 教育講演(4)

「麻酔科医のための心臓手術式入門」, 教育講演(5)「麻酔科医のための心臓ペースメーカーの基礎知識」, 教育講演(7)「抗不整脈薬の基礎知識」, 教育講演(10)「周術期輸血の現状と輸血副作用の考察」, 教育講演(13)「肝移植の現状と将来展望」, 教育講演(14)「周術期体温に関する基礎知識」, シンポジウム(6)「周術期深部静脈血栓症」, シンポジウム(7)「心疾患合併患者の術前評価と麻酔計画」, ワークショップ1「ACLS Provider Course」, ワークショップ2「症例から学ぶ: Problem-Based Learning Discussion (PBLD)」, ワークショップ3「TEE 入門セミナー」等が企画されていました。時間の関係上すべてに参加できなかったわけではないので、もれなく触れるわけにはいきませんが幾つかを挙げてみたいと思います。

途中からでしたが教育講演(3)「虚血性心疾患治療の最前線」では、急性心筋梗塞に対する冠動脈インターベンションの成績や進歩、最新のステント素材による成績などが話されました。またスタチンの抗コレステロール作用以外の動脈硬化抑制作用等について興味深いお話が聞けました。教育講演(5)「麻酔科医のための心臓ペースメーカーの基礎知識」, 教育講演(7)「抗不整脈薬の基礎知識」, ではともに麻酔科医として覚えておいて損のない知識を提供していただきました。シンポジウム(6)「周術期深部静脈血栓症」の一部とイブニングセミナー(5)の「わが国における静脈血栓症の現状と対策」の両方を聞くことができました。深部静脈血栓症は欧米では昔から危険性が指摘され対策が講じられていましたが、日本ではエコノミークラス症候群などの名称によりマスコミに取り上げられるようになるまで一般の方にはなじみの薄い疾患でした。10数年前に読ん

*癌研究会附属病院麻酔科

だ文献で、欧米では虫垂切除術の術後でさえ、血栓症予防の為にヘパリン投与を行うことを読んでびっくりした事を思い出し、隔世の感があったのは筆者だけだったでしょうか。筆者の施設でも深部静脈血栓に由来すると思われる肺塞栓症が問題となっているので、興味深く拝聴しました。どちらのセッションでも早期のガイドラインの作成を強調していましたが、予防策の弾性ストッキングやフットポンプの効果に対してのエビデンスが無いことやそれに伴う保険適用の無いことが問題とされていました。筆者の施設でも、ほぼ全例の麻酔科管理症例でフットポンプを装着していますが、術後も使用するため、その数の確保と費用に関しては頭の痛い問題があり他の施設の実状を聞く事は勉強になりました。

シンポジウム(7)「心疾患合併患者の術前評価と麻酔計画」、は筆者が熊澤会長より司会を仰せつかりました。基調講演(2)の「History of Preoperative Cardiac Evaluation」でMerin先生より今までの術前の心機能評価の歴史と新しい評価項目や β -blocker使用を含めた対策を話していただきイントロダクションとさせていただきました。講演では1.「術前心エコー図検査の位置づけ」として大澤恭浩先生(JA 広島総合病院麻酔科)に、2.「非血管手術を受ける心疾患合併患者の術前リスク評価におけるドブタミン負荷心エコー法」として中西一浩先生(日本医科大学附属病院麻酔科)に心エコー・ドブタミン負荷心エコー等のお得意な分野の術前評価法と麻酔計画について述べていただきました。3.「術前回診から得られる情報とその対策」として金子高穂先生(東京医科歯科大学医学部麻酔蘇生ペインクリニック科)には心危険因子の把握と対策・麻酔計画について述べていただき、4.「弁膜疾患合併患者の非心臓手術における術前評価と麻酔管理」では斉藤龍建先生(兵庫県立姫路循環器病センター麻酔科)に、前三者の先生方の症例が虚血性心疾患のデータが中心になるので、弁膜疾患や低心機能の症例の患者の術前評価と麻酔管理について述べていただきました。超上がり症の筆者の拙い司会にも関わらず、4人の演者の先生方に大変勉強にな

るご講演をしていただき、紙上をお借りし深謝いたしますと思います。討論では、司会が具体的な症例を呈示し、硬膜外麻酔を併用しますか、とか血管拡張薬は何を使いますか等と各シンポジストの御意見をうかがう形式をとりました。後で聞いたところによれば、この方法は聴衆にわかりやすく、良かったようです。古くて新しいこのような演題で明確な結論を導くことはできませんでしたが、一般的に輸液は少なすぎるよりは多めがよい。その理由として、輸液を少な目にとると血液が粘稠となり心筋梗塞やそれに基づく突然死の可能性が高くなるが、輸液が多い場合の心不全ならば、まだ治療の時間があるのでそれに対処できるのではないかと。内科医のコメントは大体輸液制限なので意見の相違を生じる。その相違に対しては麻酔科医も術後をきちんとみて、麻酔科医が対処できるようにするか、コメントができるようなシステムを構築すべきであると、このへんが結論めいたところでしょうか。

循環関連ではありませんが、シンポジウム(4)の「より良い術後鎮痛を求めて—各施設の方法から模索する—」を興味深く聞きました。術後鎮痛を麻酔科管理で行っている施設の先生方がシンポジストとして討論し、鎮痛方法、麻酔科管理の利点・欠点、外科系医師や病棟看護師との協力体制の構築等について活発な議論が交わされていました。この中で、シンポジウムの本筋とは違うのですが、神戸市立中央市民病院の石田先生の「術後鎮痛を麻酔科管理で行うのは麻酔科のボランティアであり、その労力が病院の収入に結びつかず学会で検討して欲しい」との趣旨の御発言がありました。筆者のように市中病院で常に病院収入に関しての突き上げを感じている者としては思わず肯いてしまいました。これからの医療報酬制度を考えると、周辺事情の整備も重要なのではないのでしょうか。

学会期間を通して感じたのは熊澤会長の明確なコンセプトと山梨医大の先生方の学会にかける熱意でした。この場をお借りして感謝と御礼を申し上げます。