

一ポリグラフによる検討一

(口腔外科)

○名倉 真弓・扇内 秀樹・山田 義雄・
岩淵 澄夫・沢田 昌春・河西 一秀

歯科口腔外科処置に対し、患者がいかなる心身の状態にあるかを知る目的で健康調査表を作り、患者の自覚症を臨床的に調査し、第204回本学会例会において発表したが、今回抜歯処置時の医師の言葉や操作により患者がいかなる反応を示すかを、ポリグラフを用い、指尖脈波、ECG、GSR、呼吸曲線の諸現象を同時記録し、その変化を検討し、若干の知見を得たので報告する。

被験者は本学歯科口腔外科外来患者で、問診により全身的疾患のないと思われる者で、抜歯を必要としたものである。

また、全く歯科治療が初めてのもの、以前に歯科治療中いわゆる脳貧血様発作を起した事のある者との比較検討も行なつてみた。

23. うつ病の断眠療法 (第一報)

(神経精神科)

○堀川 直史・吉増 克実・田村 敦子

内因性うつ病の断眠療法は1970年以降主としてドイツで実施され、その臨床的效果が確かめられつつある。一方、内因性うつ病の基本障害は日リズムの病的変化にあり、断眠は直接それに影響を与え得るとの仮説が提唱されているが、この点に関する時間生物学的病態生理学的知見はなお極めて乏しい。本邦では千谷らが早くから内因性精神病における日リズム変化に注目し、それが尿中電解質排泄リズムの変化として生理学的にも把握可能である事を示した。その中で内因性うつ病では日リズムの遅滞が確認されている。

今回われわれは断眠療法の臨床的效果を確認し、尿中電解質排泄リズムに現われる断眠の影響を検討するために、単極性6名、双極性3名、計9名の内因性うつ病患者、延べ11例に断眠療法を行ない、同時に断眠の前後合わせて1週間の尿中電解質排泄リズムを測定した。

全症例11例中7例に臨床症状の明らかな改善が認められた。この7例中5例で臨床症状の改善に伴う尿中電解質排泄リズムの日内変動型ないし無律型から正常型への移行が認められたが、無効と見られた1例では、尿中電解質排泄リズムにも殆ど変化は認められなかつた。一方、断眠当夜の尿中電解質排泄リズムは断眠による影響を全く受けないものと、その深夜に頂点を持つ48時間型リズムを示すものとに大別された。

24. 脈波伝達速度による動脈硬化症の判定

(内科)

○山口 晴子・坂口 潤子・清水 幹子・
竹宮 敏子・丸山 勝一

目的：指尖容積脈波と心電図の同時記録から得られるTp(脈波伝達時間)は大多数の症例で、正常例との有意差がみられない。そこで大動脈系と細動脈系のそれぞれの脈波伝達速度を求め、大動脈硬化と細動脈硬化を比較すると共に、それぞれの脈波速度とTp、RI(末梢血管抵抗指数)およびEI(細動脈弾性指数)との相関について研究することを目的とする。

方法：大動脈系の脈波速度は、頸動脈脈波と股動脈脈波の立ち上り点の時間的差と脈波を記録した部位の距離から算出し、細動脈系の脈波速度は、橈骨動脈と手指動脈の脈波の立ち上り点の時間的差と記録した部位の距離から算出した。測定部位は、頸動脈は右鎖骨上縁より上方2~8cmで拍動の十分認められる部位、股動脈は右ソケイ靭帯上部で拍動の明らかな部位、橈骨動脈は右手関節から1~2cmで通常医師が脈を触れる部位、指尖脈波は右第2指で通常行なわれている方法で測定した。装置は頸動脈、股動脈、橈骨動脈については、トランスジューサーはフクダ電子製TY-302、増幅器は同社製UA-110、指尖脈波は透過性トランスジューサーと増幅報からなるUA-510、記録器は三栄測器製レクテグラフ8S型を使用した。体位は安静仰臥位とし、紙送り速度は125mm/sec。対象は当内科通院又は入院中の動脈硬化並びに高血圧症患者より、任意に抽出した。

成績：1) 大動脈脈波速度は多くの例で年齢の増加と共に増大傾向を示し、細動脈脈波速度は反対に減少の傾向を認めた。2) 大動脈脈波速度が増大するとTpは短縮する傾向にあり、細動脈脈波速度とTpは相関は認められない。3) 大動脈脈波速度とRIには相関は認められないが、細動脈脈波速度の減少している例ではRIの低下が認められた。4) 大動脈脈波速度が増大するとEIは短縮する傾向にあり、細動脈脈波速度とEIの相関は認められない。

25. CCUにおける緊急にペーシングについて

(心研内科)

○関口 守衛・堀江 俊伸・沼尾 嘉時・
青崎 正彦・中村 憲司・早崎 和也・
川守田英男・佐藤 千美・白 秀郷・
山口いづみ・村上 健志・荷見 葉子・
広沢弘七郎

(心研外科)

遠藤 真弘・長柄 英男・金 公一・
中江 世明・中島 昌道・林 久恵

過去7年間に心研CCUに収容した1180名の患者のうち、511名の急性心筋硬塞例を経験したが、うち109例(21%)に一時的ペースメカ治療を緊急的におこなったので、その結果を報告する。

なお、異型狭心症発作時にみられる徐脈性不整脈に対するペースメカの意義について、若干の知見を得ているので報告を加える。

結果：1969年9月1日より1975年12月31日までに入院した心筋硬塞患者511名のうち前壁硬塞245例中30例(12%)、後(下)壁190例中74例(38%)、その他5例にペースメカをおこなった。ペースメカの対象となつたのは後壁心筋硬塞例が多く、そのうちⅢ度房室ブロック37、Ⅱ度22例が最も高頻度であつた。前壁心筋硬塞ではbifascicular block(6例)や心停止(6例)などがその対象であつた。

最近3年間の後壁心筋硬塞ペースメカ26例では7例死亡にとどまり、多くは発症後2週以内に洞調律に改善し、ペースメカを抜去することが可能であつたのに比し、前壁14例では心原性ショック例などが多く、11例がペースメカの効果をみることなく死亡した。

異型狭心症53例中、高度房室ブロックを呈したのは14例であつた。その多くはニトログリセリン投与などにより短時間に回復するが、Adams-Stokes発作が頻繁に生じ、治療に難航したことがある。これに対しペースメカは有効ではなく、発作中生じている低血圧にもとづくものであることがわかつた。

結論：急性心筋硬塞発症にともなつて生じる徐脈性不整脈に対し、緊急ペースメカは徐脈や併発する心室性不整脈解消のため有効な治療法であるが、心原性ショックを合併する重篤例には効果を発揮しえない。異型狭心症に伴う徐脈性不整脈にペースメカは必ずしも有効でない。

26. 心臓外科における深部体温の計測とその意義

(第二病院 循環器外科)

○辻 隆之・中島 一巳・竹内 靖夫・
井上 健治・城間 賢二・山口 隆美・
菊地 利夫・小山 雄二・須磨 幸蔵

心臓外科は他科に比べ、対象が生命そのものともいふべき心臓であるので、術中、術後の血行動態のたえざる監視が重要である。今回われわれは、深部体温計を術

中、術後の血行動態の監視に応用した。

第二病院循環器外科で管理した開心術88例を対象とした。平均年齢は10.4歳、平均体重は21.6kgであつた。24°Cに空調された手術室、回復室で、前額、胸部、手掌、足踵、深部温と、症例によつては直腸温、皮膚温を同時測定し、打点式記録計で平均50.0時間連続記録した。術後、症例によつては、スワンガンとカテーテルで心拍出量と同時に肺動脈血温を経時的に測定した。

術中、体外循環を行い、良好な経過をたどつた大部分の症例では、GOF麻酔、クロールプロマジン投与下の術前は身体各部の深部温が2°C以内に収束した。電気メス使用時には、深部温が上昇した。前額深部温が体外循環による冷却、加温に最も速く反応し、足踵深部温が最も反応が遅い。体外循環加温中止と同時に前額深部温は下降し、足踵深部温は急速に上昇し、すべて1~2°Cの幅に収束する傾向を示した。前額深部温の体外循環中止後の一時的下降、再上昇傾向は90%に認められた。また手掌にも同様の傾向が22%に認められた。体外循環後、電気毛布などによる加温を中止しても、前額深部温は術前以上に上昇する傾向がみられた。

術後、血行動態の良好なものでは、各深部温ともに1~2°C以内に収束安定した。収縮期血圧が正常(90mmHg)以下であつても、中枢、末梢深部温が2°C以内に収束した状態であれば安全である。中枢深部温が上昇し、末梢深部温が下降し、両者が解離する傾向にあるものは注意を要する。

本方法による身体各部の深部温の連続監視は、患者に苦痛を与えず、安全容易に行い得、かつ血行動態の監視に有用であることを認めた。

27. 成人病予防定期検診において発見した疾患の検討(第1報)

(成人医学センター)

○前田 淳・柴田 泉・斉藤 明子・
松野 堅・上地 六男・佐藤 千美・
海村 幸子・阿部 光樹・山下 克子・
横山 泉・市岡 四象・渋谷 実

昨年4月、成人医学センター健康管理科発足以来、本年3月までの1カ年間に成人病定期検診受診者の延数は2260名である。

これらの受診者中、早期胃癌6例を含む多くの疾患が発見されている。

またこの1年間に新入会した会員305名について検討してみると、高血圧14%、心電図、負荷心電図異常30