

照射する予定です

- 4) 今回の実験では培養液中のリンパ球です
5) 我々の実験でも悪いという結果が出ています。

5. 慢性特発性血小板減少症の脾摘効果について (外科)

○鈴木 祐子・織畑 秀夫・倉光 秀麿・
鈴木 忠・神尾 孝子

(血液内科)

溝口 秀昭・泉二登志子・赤星 雅

昭和46年より昭和58年6月まで、当院外科において施行した慢性ITP13例の脾摘効果について検討し、さらに最近の新しい治療法の1つである γ -globulin大量投与の効果につき検討した。患者は、女性10例、男性3例と、女性が約8割を占めた。年齢分布は、23歳より65歳と多様であった。脾摘摘応の理由は、内科的治療の無効例が9例であり、ステロイドによる副作用出現により一期的根治術を期待したのが4例であった。脾摘前後の血小板数を比較すると、脾摘直後より血小板数の著明な増加が認められ、退院時(術後約2週後)まで全例に認められた。その後のステロイド服用状況等を含めた経過より、効果を判定すると、4例は著効、6例が有効又はやや有効、3例が無効であり、脾摘有効率は77%であった。このことは、他施設の報告とはほぼ一致していた。術前評価については、8例が不良であり、そのうちの3例は特に注意を要す状態であった。我々は、術前状態改善の目的にて、最近2年間の4症例に対し、1981年にImbachにより報告された免疫 γ -globulin投与治療を行なって、その後に脾摘を施行した。 γ -globulin 10gr/dと20gr/dについて、比較検討したところ、血小板数・IgGが、有意に増加したのは、20gr/dの症例であった。IgA・IgMについては、変化が認められなかった。本症の γ -globulin効果について、IgGが関与している可能性が考えられた。ITPに対する γ -globulin療法の理論的作用機序・具体的方法について、未だ一定の見解はないが、我々の症例に施行した結果、臨床的に有効と考えられた。 γ -globulin投与は、脾摘直前であり、その効果の持続性については不明であった。

6. 心拡張期送血補助循環法に関する実験的研究とくに灌流中の血行動態について

(外科)

○武田剛一郎・村瀬 茂・里村 立志・
上辻 祥隆・鈴木 忠・倉光 秀麿
織畑 秀夫

人工呼吸器管理下においても、なお救命困難に重症呼吸不全に対する、より積極的な治療法として、膜型肺を使用した補助循環法が取り上げられつつあるが、その使用については、いまだ安全な方法であるとはいえず、補助循環という操作そのものが人体にとって非常に大きな侵襲となる。この補助循環法を、より安全で効果的な治療法とするため、心拡張期送血法とするための心拍同期電磁開閉弁を作製し、酸素加装置を使用しない心拡張期送血静脈動脈灌流法について、その血行動態を定常流送血法と比較検討し、以下の結論を得た。

① 送血カニューレを右総腸骨動脈においた時、30ml/kg/m、40ml/kg/m送血で、大動脈弓部圧波形は、心拡張期送血法が定常流送血法と比較して心収縮期圧波形に支える影響が少なく、40ml/kg/m送血において心拍出量に有意差を認め、systolic unloading効果があると考えられた。

② 定常流送血法と心拡張期送血法における心拍出量の差は、単に心拡張期送血法のsystolic unloading効果だけに求められるものではなく、定常流送血による血液の末梢へのpoolingにより、静脈血帰来減少が大きな原因と考えられ心拡張期送血法は、末梢循環に与える影響が、定常流送血法より少ないと思われる。

③ 灌流量は、40ml/kg/m以上では、拡張期送血法といえども、全身循環に与える影響は経時的に大きくなり、流量比の増加、心拍出量の極端な低下をきたし、脱血トラブルをおこしやすく、循環系の破綻をきたす結果となる。補助循環における適正灌流量としては、30~40ml/kg/m程度と思われる。

④ 重症呼吸不全に対する補助循環法は、両心補助、呼吸補助と末梢循環の影響をすくなくすることに加え、冠循環、及び中枢神経系への酸素加血供給のため、心拡張期静脈動脈灌流法と静脈静脈灌流法の併用が最適であると考えられる。

7. 外傷性視神経障害の診断及び治療について

(脳神経外科)

○的場 愛子・森 伸彦・杉浦 誠・
谷川 達也・喜多村孝一

(神経放射線科)小野 由子・小林 直紀

外傷性視神経損傷は、機能予後が悪いため、急性期における適確な診断と治療がきわめて重要だが、その手術適応など未だ明確でない。演者らは過去13年間に経験した外傷性視神経損傷を比較検討したのでここに報告する。