

討論のまとめ

木谷 泰治

演題20～23は何れも減圧症に関係したもので、シンポジウム：減圧症と再発療法をめぐる諸問題を更に追求したものである。

まず演題20は、酸素再圧法を改良した50%の酸素窒素混合ガスを用いて Table-6A 表及び CO-MEX 社の CX30表を用いた実際の臨床報告で、脊髄型減圧症でも発症後早期のものでは、軽度の急性酸素中毒症状を認めたのみで、諸症状の改善が見られたことが報告された。この方法に対して海上自衛隊病院の大岩弘典先生から減圧症治療方法に対する確認の質問がされた。シンポジウムでも、臨床では様々な面で差異があり、最も治療困難とされた脊髄型減圧症に対する治療法に対して今後の臨床での追試を期待したい。演題21～23は減圧症の実験的研究に関するものである。特に、発症原因である気泡のガス分析を行い、その組成を明らかにしようとしたものである。演題21でその測定法を述べると共に、演題22で、ヘリウム-空気の混合気体中の高圧暴露後減圧症ラットで、演題23では、空気の高圧暴露後減圧症状で、何れも

CO₂が高値を示し、減圧症発症に炭酸ガスの影響が大きいと結論された。これに対し、埼玉医大後藤潔四之先生から、この実験モデルで得られた気泡採取法に問題があり、CO₂濃度%が上昇しているのは当然で、これが直ちに減圧症発症の生理学的な現象ととらえるのは早計であるという質問がなされた。演者らは気泡について、気泡数やガス量測定を更に進め、その構成比率について検討、採取部位や吸入ガス条件を変えることによって、形成気泡中の構成比率測定値の意義を追求した点で注目される。確かに血管内ガス採取方法を含めた実験方法、及び in vivo 中でのガス測定が可能になれば、構成比率の意義がより明らかにされると思われ、綿密な実験の期待が大きいと共に、示唆の多い演題であり、討論時間がなかったのは残念であった。高圧酸素療法の臨床効果判定の困難さは、条件設定のむずかしい基礎実験のそれを裏づけており、減圧症治療に対する両面での積み重ねが望まれると共に、学会誌の中で充分討論される事を期待する。