

術中モニタリングのタスクシフト

～脳神経外科領域～

◎杉山 聡¹⁾一般財団法人 富士脳障害研究所附属病院¹⁾

臨床検査技師等に関する法律の改正に基づき、タスクシフト/シェアとして臨床検査の様々な分野で新しい業務が追加され、現在、厚生労働大臣指定講習会が座学を web 講習会として、実技を各都道府県で開催している。神経生理分野では術中モニタリングにおける体性感覚誘発電位検査 (somatosensory evoked potentials : SEP)、運動誘発電位検査 (motor evoked potentials : MEP) の頭皮下への針電極刺入が可能となり、電極装着から検査まで一貫して臨床検査技師が施行できるようになった。

当院では以前より臨床検査技師が医師の監督のもとに針電極の刺入を行ってきた。今回は現在まで行っている当院での針電極刺入方法について提示する。

脳神経外科領域ではほとんどが開頭手術であり、開頭場所と電極設置位置が重なってしまうことが多い。ここで適当な位置に針電極を設置してしまうと波形の大きさに影響が出るなど、術中モニタリングで苦慮することになる可能性がある。それどころか、偽陽性、偽陰性を引き起こしてしまう危険性もある。本講演では手術に応じたそれぞれの開頭場所において、電極設置位置をどのように変更するかということ誘発電位の知識をもとに示していく。

また、針電極と術野が近接していることなど針電極を刺入するにあたって注意しなければならないポイントも多く、この点についてはアーチファクト除去の観点も踏まえて示していく。

臨床検査技師が針電極を刺入することで、「再現性のあるアーチファクトの少ない波形を得られることができる」ということを目的に、実際の検査で我々にとってプラスになる針電極刺入方法を提示したいと考えている。

術中モニタリングにおけるタスクシフトはさらに発展していくと考えられる。今後のタスクシフトの進展を視野に入れて SEP、MEP のみならず、視覚誘発電位 (Visual evoked potentials : VEP) と聴性脳幹反応 (auditory brainstem response : ABR) の針電極刺入についても触れる。特に耳朶への針電極刺入について当院で工夫しているポイントを入れながら提示する。

富士脳障害研究所附属病院 検査科－0544-23-5155