

Q3-5:最近、着替えるときに手が届きにくかったり、びんのふたが開けにくかったりと生活の中で不便さに気付くことが多くなりました。

関節の動きが悪くなったり、力が出なくなったりすることが、最近多く感じられるようになったことだと思います。これは、「歳のせい」と決めつけることや「サリドマイドの被害のため」ということを、すぐに関係づけることは難しいです。また、生まれた時からいろいろな生活の工夫に努力して頑張ってきたので、できないことが増えてくると不安も大きいと思います。これからも、関節の動きや筋力を維持することは、自分の調子やペースに合わせて続けることは必要かもしれません。ただし、頑張るだけでは、かえって関節や筋肉に負担をかけて痛めてしまうこともあるので注意が必要です。また、「自助具」などの道具を使うことで、関節などの負担を軽減しながら生活自体を便利に工夫していくことも大切です。近くの施設に作業療法士が勤務していれば、自助具や福祉用具について相談^{注)}してみてください。

Q3-6:仕事でパソコンを使うことが多いのですが、手指がしびれます。最近では、マウスが使いにくくなったような気がします。

パソコンの仕事による手指のしびれなどは「手根管症候群（しゅこんかんしょうこうぐん）」によるものが主な原因で、サリドマイド胎芽病患者だけではなく、社会的な問題にもなっています。ただし、サリドマイド胎芽病患者の方では、もともと「手根管症候群（しゅこんかんしょうこうぐん）」になりやすい傾向がありますから、注意が必要です。一般的には、手首の関節を下げるようにするために、市販されているリストパッドなどを使います。パッドの高さで手首の関節の角度を調節するので、個人差がありますから、いろいろな高さや材質で試すことができるといいでしょう。マスの使用も、サリドマイド胎芽病患者では手指の長さが違っていたり、構造が異なっているので、個人に合わせた工夫をすることで調整ができます。ある程度、自助具などに経験のある作業療法士に相談^{注)}できると、個人に合わせた工夫をすることができるでしょう。

3、よく受ける質問（作業療法士）

Q3-7:目が乾いたり、目を動かして周りを見るのが難しくなってきました。

聴覚障害の方、特に顔面の筋肉の麻痺がある人に多い悩みのようなようです。「目が乾く」の他にも「涙目になりやすい」など、症状は様々です。まずは、眼科を受診して検査・診察を受けましょう。「目を動かして周りを見るのが難しいこと」は、眼球を動かすための小さな筋肉が十分に働いていないことが考えられます。症状によって適応する方法はさまざまですが、視能訓練士がいる病院・医院などを受診するとよいでしょう。

Q3-8:両親の介護がだんだん必要となるようで、不安です。介護保険などの仕組みもよくわかりません。

ご両親も、おそらくは75歳前後以上の年齢となっているので、だんだん手助けが必要になってきます。介護保険は、一般的には65歳以上の方が利用できるものですが、住んでいる市区町村に申請して、認定を受ける必要があります。申請をすると、「要介護度」が決定して、「要介護度」に応じたサービスが受けられます。認定を受けたら、介護支援専門員（ケアマネージャー）を選んでください。担当となった介護支援専門員が、ご本人やご家族と相談しながら、ケアプランを作成します。ケアプランには、通所サービスや訪問サービス、福祉用具の給付や貸与などさまざまなものがありますので、ご本人の希望などに合わせて選択しましょう。なお、サービスの利用には、1割の自己負担が原則です。詳しくは、住んでいる市区町村の担当窓口（例えば、高齢福祉課など）にお問い合わせください。

Q3-9:自分自身（サリドマイド胎芽病者）も、介護保険を利用できますか。他に、利用できる制度はありますか。

介護保険は、原則的に65歳以上の方が受けられる制度です。40歳

以上から受けられる場合は「特定疾病」（例えば、脳血管疾患やパーキンソン病、関節リウマチなど）に該当する必要があります。しかし、現在のところではサリドマイド胎芽病は特定疾病には該当しませんので、介護保険を利用することはできません。その他、「障害者自立支援法」を利用して、介護保険と同じような流れで、住んでいる市区町村で障害程度区分の認定を受ける制度があります。ただし、平成25年4月1日からは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」になりますので、事前に「いしずえ事務局」に相談してみてください。

Q3-10:障害年金とはなんですか。「いしずえ年金」とは違うのでしょうか。自分自身（サリドマイド胎芽病者）も、年金を受けることができますか。

障害年金は、年金に加入中（保険料を払っている）または20歳前後に初診のある疾患が原因で障害の状態になったときに支給されるもので、「いしずえ年金」とは違います。障害年金は「障害基礎年金」と「障害厚生年金」がありますが、いずれにしても申請することが必要です。申請には、医師の診断書などの書類や申請する窓口が個人によって異なりますし、障害等級の認定基準も障害によって区分されています。このように、いろいろな条件があるので、申請する前に「いしずえ事務局」に相談してみてください。

注) 作業療法士は、身体や精神の障害のある方や障害が予想される方々に、生活動作の訓練や工夫などの指導・支援・援助をする専門職です。特に、「生活することを支援する」ための自助具や福祉用具などの紹介や適応だけではなく、必要に応じて、その人に合わせた製作や工夫をします。作業療法士の指導・支援・援助を受けるには、施設によって医師の診察を必要としたりします。まずは、お近くの施設に相談してみるか、いしずえ事務局にご連絡ください。

4、採血

執筆担当：吉澤篤人

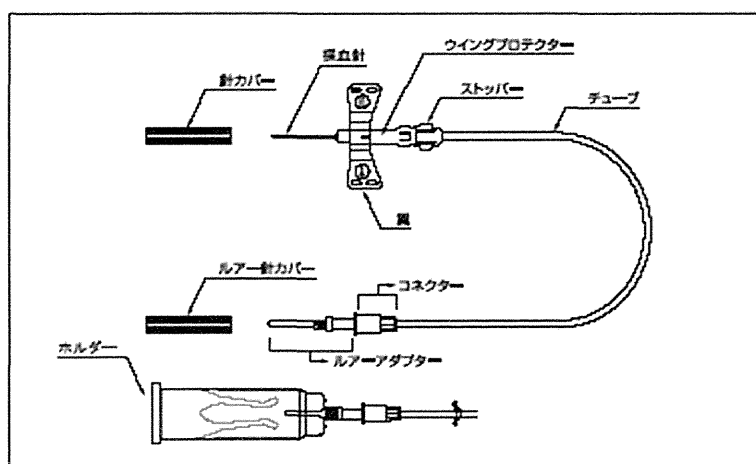
Q4-1: 上肢障害の方で採血が難しい人にはどのようにしていますか

サリドマイド胎芽病患者の中には、採血がうまくできなかった経験から、採血や注射に対して強い不安や恐怖心を抱いている方も少なくありません。まず、本人に聞いて過去に何回かうまく採血でき部位があれば、その部位の血管で実施します。穿刺部位に迷う場合は、複数の看護師で確認して穿刺部位を決めます。一度失敗した場合は何度も穿刺せず、医師へ依頼することも必要です。

穿刺が困難だと予想される場合は、穿刺部位を温めてから実施します。下肢で採血する場合はお湯を張ったバスタブで足を温めてから採血することも有効です。

Q4-2: どのようなキットを用いていますか

採血に適した血管がある部位の進展や固定が困難な症例もあるのでニプロ社の「ルーアアダプター付きセーフタッチP S Vセット」を用いて採血しました。



<各部の名称>

このセットを用いて採血する際は、ルート内にある空気が1本目の採血管に吸引されるため、血算・凝固系などサンプルサイズが小さい採血管は2本目以降に採取することが必要です。

4、採血

図1 右足の第一指の内側からしか採血できない症例 (24G)



図2 左膝内側からしか採血できない症例 (24G)

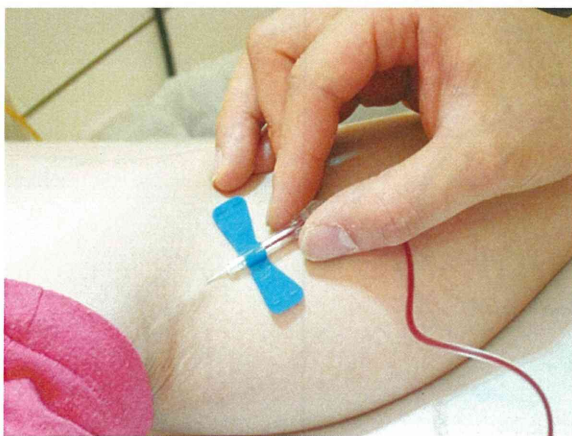


図3 右上肢の皮静脈から採血できた症例（22G）

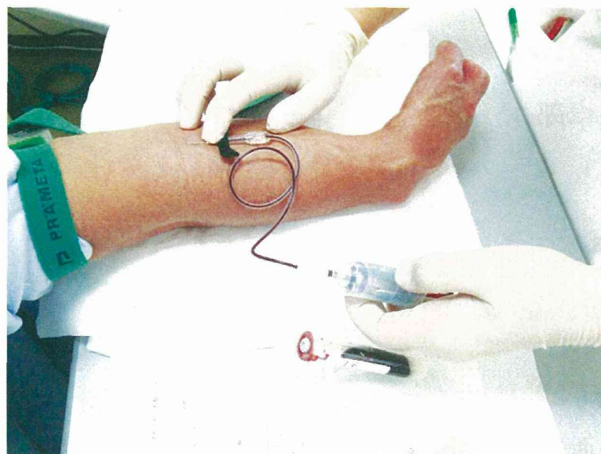


図1、2について

標準予防策（スタンダードプレコーション）として通常は手袋を装着しますが器具の持ち方や指先の向きをお見せするため、手袋を装着せず撮影しています。

5、血圧測定のやり方、考え方

執筆者

Q5-1,5-2:吉澤篤人、金久恵理子、新保卓郎

Q5-3:志賀由佳、前原康宏、吉澤篤人

Q5-4:新保卓郎、金久恵理子

Q5-1:上肢障害の方はどうのように血圧を測定しますか

研究課題として現在も検討を進めているところですが、電子血圧計（オシロメトリック法）で下肢の後脛骨動脈の血圧を測定する方法を推奨しています。

図1、図2のように外布の「○マーク」に後脛骨動脈の位置が合っていないと正しく計測できませんのでご注意ください。

図1



図2



5、血圧測定の様子、考え方

Q5-2:この部位の周囲径は上腕より短いと思います。通常のMサイズの腕帯で測定して正確な値が出るのでしょうか？

現在検討中です。

ご指摘のように、腕帯のサイズは周囲径にあったものでなければなりません。平成 23 年度に 22 名の方に協力していただき検討した結果足関節周囲径は男女とも 20 cm 前後でした。通常サイズ (Mサイズ) の腕帯は上腕の周囲径が 24~32 cm の方が適応となっているため、Mサイズの測定では結果が過小評価される可能性があります。本来は適応周囲径が 17~26 cm の Sサイズの腕帯で測定することが望ましいのかもしれませんが。現在、データを収集しているところです。

Q5-3: Sサイズの腕帯を用いて測定したオシロメトリック法による血圧測定(間接測定法)結果と観血的血圧測定の結果を比較しないと正確に測定できているかどうかわからないのではないですか

足関節周囲径に適応する Sサイズの腕帯で測定した血圧測定結果はおおむね正確であると評価しています。

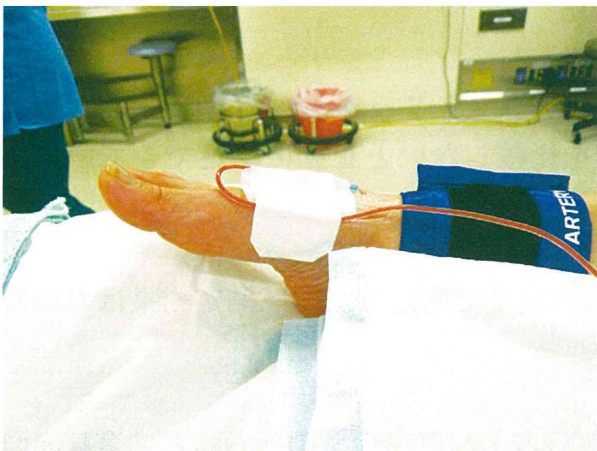
我々は平成 24 年にサリドマイド胎芽病で上肢無形性型の患者さんに全身麻酔と硬膜外麻酔で管理した症例を経験しました。手術室入室後、左足に家庭用血圧測定のカフ (Terumo、S サイズ 13 cm、適応周囲径 17-26 cm) を使用し、術中は 5 分間隔で測定しました (図 3)。右足には麻酔器モニターのカフ (日本光電、小児用 10 cm、適応周囲径 15-23 cm) を装着し右足背動脈を用いて観血的動脈圧測定を行いました (図 4)。

観血的動脈圧は、非観血的血圧より収縮期血圧で 10-20mmHg 位低い傾向でしたが、ほぼ同様の変動を示しました。オシロメトリック法による血圧と観血的血圧測定との間には、収縮期血圧は低く、拡張期血圧は高く、その誤差は 5mmHg 程度といわれています。また、動脈ライン挿入による測定法では上肢と下肢の血圧値はほとんど同じであるとされています。今回の差は測定方法の差によるものと考えられました。以上より、少なくとも足関節周囲径に適応する Sサイズの腕帯で測定した血圧測定結果はおおむね正確であると評価しています。

図 3



図 4



Q5-4: 下肢と上肢では間接測定法では血圧に差があると思います。後脛骨動脈の測定結果から上肢血圧を予測する式はありますか

下肢で M サイズ腕帯を用いて測定した場合、本来の上肢血圧は $0.88x$ (下肢血圧+8) になりそうです。

一般人で、下肢血圧から上肢血圧を予測できるかを検討しました。Ankle-Brachial index は正常人では 0.9~1.3 と言われていますが、下肢血圧から上肢血圧を予測するための回帰式を MEDLINE で検索しましたがそのような回帰式は見つかりませんでした。このため米国内の調査であり、上下肢の血圧測定値も含めた解析用データを公表している National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2000 年の 1892 名のデータを用いて上肢血

5、血圧測定のやり方、考え方

圧を下肢血圧から予測する回帰式を作りました。その結果「上肢血圧=0.88 x 下肢血圧」が得られました。

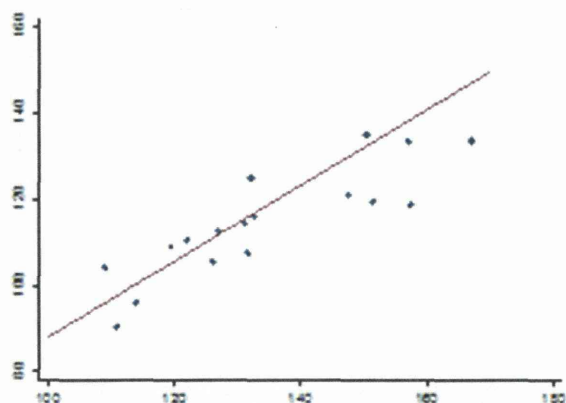
次に、サリドマイド胎芽病者の健診受診者のうち、上下肢のデータが利用可能であった17例でこの予測式の妥当性を検討しました。図5のようにこの予測式のあてはまりは比較的良好でしたので、現時点ではこの式を用いて上肢血圧を評価することを推奨しています。なお平成25年3月までの時点の調査では下肢でMサイズ腕帯を用いた場合、Sサイズより8 mmHg 過小評価することがわかりました。このため、下肢でMサイズ腕帯を用いて測定した場合、本来の上肢血圧は

$$0.88x \text{ (下肢血圧}+8)$$

と考えています。現在も症例を集積しつつ検討を続けているところです。

なお動脈硬化が強くなり PAD (peripheral artery disease) の場合、測定される血圧は低くなり正確な評価が容易ではないことにご注意ください。

図5 サリドマイド胎芽病患者における上肢と下肢血圧の関係。横軸が下肢血圧、縦軸が上肢血圧、赤の直線が「上肢血圧=0.88 x 下肢血圧」の予測式を示す。



Q5-5: 上肢無形性ではなく上肢が低形成の方の場合、血圧は上肢で測定してもよいのでしょうか

上腕の周囲径が17~26cmの方であればその周囲径に適応する小児用やSサイズの腕帯で測定することが望ましいと思います。

血圧計の腕帯のサイズは本人の周囲径にあったものでなければなりません。上肢が低形成の方はこれまで上肢で血圧を測定していた方が多いようですが、通常のサイズ（Mサイズ）の血圧計は上腕の周囲径が 24～32 c mの方を対象としています。したがって、上腕の周囲径が 24 c m未満の方を通常の血圧計で測定した結果は血圧が過小評価される可能性があります。上腕の周囲径が 17～26 c mの方であれば、その周囲径に適応する小児用やSサイズの腕帯で測定することが望ましいと思います。

Q5-6:PAD (peripheral artery disease) が疑われる方の場合どのように評価すべきでしょうか

PADがあると、狭窄のある下肢での測定値で体血圧を予測するのは難しくなります。また、両側の下肢に狭窄が及ぶ可能性があります。したがって、基本的には血圧測定が困難ということになります。したがって、サリドマイドの患者さんは、動脈硬化の予防が非常に大切ということになると思います。

糖尿病や心血管疾患などがある場合は本来であれば四肢の血圧を測定することが望ましいのですが、上肢無形成の方は下肢の血圧しか測定できません。したがってABI(ankle brachial pressure index)も測定することができません。そこで、両下肢の血圧の左右差がないことを確認していただきたいと思います。左右差があった場合は大腿動脈、膝窩動脈を触診し脈の強さに左右差がないかどうかを触診で確認してください。

両下肢の血圧に差があることが疑われた場合は上腕測定用の腕帯を足首に巻いてドプラー血流計で足背動脈と後脛骨動脈の収縮期圧を測定します。どちらか高い方を下肢血圧と考え、これに左右差があるかどうかを確認します。ドプラー血流計がない場合は後脛骨動脈や足背動脈の圧を聴診することで収縮期圧が測定できる場合もあります。しかし、PADがある場合は聴診できないこともあるので、聴診法でPADを否定することができません。

5、血圧測定のやり方、考え方

Q5-7:家庭血圧を測定する場合、お勧めの機種はありますか

一部の方から (株)エー・アンド・デイ社の上腕式血圧計 UA-621 (スマート・ミニ血圧計) が使い勝手がよいとの意見が寄せられています。

自宅で血圧を測定する手順は以下ようになります。

- 1、 座位で腕帯を足関節上部に巻く
- 2、 外布の「○マーク」に後脛骨動脈の位置に合わせる
- 3、 仰向け(仰臥位)になって2～3分安静にする
- 4、 首だけ上げて測定しないほうの足の親指でスタートボタンを押す
- 5、 結果を確認する

ボタンが大きくて足の指で操作しやすいもの、足だけで装着するため「巻きやすい」ものである必要があります。現在、被害者の方々に数種類の機種を試用していただいて意見を集約しているところです。現時点では一部の方から (株)エー・アンド・デイ社の上腕式血圧計 UA-621 (スマート・ミニ血圧計) が使い勝手がよいとの意見が寄せられています。

6、サリドマイド胎芽病患者の看護

執筆担当：国立国際医療研究センター病院 16階病棟 看護師

<上肢障害のある方の場合>

Q6-1: 血圧や脈拍の測定はどのように行いますか？

まず本人に確認し、普段から測定している箇所があればその箇所で測定します。特にない場合、障害の程度によって上肢で測定することが困難であれば下肢(内踝もしくは膝窩)で測定します。ただし、上肢よりも下肢の方が血圧の値は高くなるため、注意が必要です。

Q6-2: 採血はどのように行いますか？

普段から採血している血管があれば、その箇所で実施します。

サリドマイド胎芽病患者の中には、過去に採血がうまくできなかった経験から、採血や注射に対して不安や恐怖心を抱いている方も少なくありません。穿刺部位に迷ったら、複数の看護師で確認した上で穿刺部位を決め、それでも難しい場合は何度も穿刺せずに医師へ依頼することも必要です。穿刺が困難な場合は、穿刺部位を温めてから実施します。下肢で採血する場合は足浴も有効です。また、肘関節を伸展させることが難しい方は看護師が腕の固定を行ったり、自身での止血が難しい方は介助を行うなどの援助が必要です。

Q6-3: 採尿検査で工夫することはありますか？

普段の採尿方法を尋ね、自身で実施できる方には行ってもらいます。普段は採尿カップを直接床に置いて採尿している方などには、ユーリパンなどの尿器があれば使用してもらおうとよいと思います。また、カップからスピッツへの尿の移し替えや、ズボンの上げ下ろしなど必要であれば介助を行います。普段からご自身で着脱しやすい衣服を着用してきてもらおうとよいでしょう。

6、サリドマイド胎芽病患者の看護

Q6-4:腹部超音波検査で工夫することはありますか？

必要であれば検査後のジェルのふき取りを行います。また、両上肢拳上を保持することが難しい方は、看護師が保持します。

Q6-5:心電図検査で工夫することはありますか？

障害の程度により、検査技師の判断で両上肢の電極をグリップタイプからテープタイプに変更して実施したり、両上肢の電極を両肩に貼って実施します。

Q6-6:聴力検査や耳鼻科診察の際、注意することはありますか？

普段から耳垢をとることが難しく、耳垢で塞がっている方もおられます。その場合耳垢を除去してから検査、診察を行います。

Q6-7:上部消化管内視鏡検査で工夫することはありますか？

検査前に患者の障害や特徴について内視鏡室の看護師に事前に申し送りをしておくことが大切です。上肢に障害がある方は特に力が入りやすく、呼吸できないように感じる方もいるため、肩や背中をさするなどの援助を行います。

検査中、側臥位の体位保持が難しく後方にずれてしまう場合は、看護師が体を支えます。

また、薬剤使用時の静脈刺入部を選択する際、受診者が希望する血管があればその部位を選択するようにします(Q6-2参照)。穿刺が困難な場合は事前に病棟で末梢静脈ルートを確保しておくことも考慮します。

Q6-8:その他、検査の際に注意することはありますか？

自身で着脱しやすい衣服を着て来られる方もおられますが、必要があれば衣服や下着の着脱を介助します。検査着を着用してもらうのであれば、上下セパレートタイプのものではなく、ワンピースタイプの方が着脱しやすいでしょう。検査によって同一体位をとる時間が長い検査では、疼痛が生じる場合もあるため、肩などに枕やクッション、バスタオルを入れて苦痛を軽減する工夫も必要です。

＜聴覚障害のある方の場合＞

Q6-9:全ての検査に共通して、注意することはありますか？

検査を実施する前には患者に検査内容を丁寧に説明しておくことで患者も不安が軽減し、スムーズに検査が実施できると思われれます。説明の際には手話、筆談、読唇など患者が理解しやすい方法でコミュニケーションをとります。

検査担当者には、患者の障害について検査前に説明し、筆談や読唇を交えながら検査を進めてもらいます。検査手順の複雑なものはあらかじめ検査の流れを記載したプラカード等を準備しておくといでしょう。

Q6-10:診察や栄養指導で工夫することはありますか？

筆談、読唇、ジェスチャーなど患者が理解しやすい方法でコミュニケーションをとりながら行っていきます。栄養指導ではパンフレット等を使用して説明を行うと分かりやすいです。

Q6-11:上部消化管内視鏡検査で工夫することはありますか？

検査中は、検査手順やアドバイス(「力を抜いて」「唾液はたれ流してかまいません」等)を記載したプラカードを使用するとよいと思います。検査中の内視鏡室は暗いため、プラカードの字体は明るめの色で大きめのフォントがよいでしょう。

医師を介助する看護師の他にも、コミュニケーション補助や精神的安定を図るため、もう一人看護師やスタッフが付き添うことが望ましい場合もあります。

7、上部消化管内視鏡検査（経口編）

執筆担当：櫻井俊之

Q7-1:検査の手順は他の患者さんと同じですか？

検査室入室、モニタリング、咽頭麻酔、鎮静剤、内視鏡検査、など通常通りの手順で検査を行って問題ありません。

Q7-2:上肢が欠損ないし低形成の方の血圧のモニタリングはどのようにしましたか？

血圧は下肢の後脛骨動脈で測定しました。

Q7-3:鎮静剤は必要ですか？

上部消化管内視鏡検査を初めて受ける方も多いため、通常を受検者より抵抗感や恐怖感が強い方が多いので、鎮静剤は基本的に使用した方がよいでしょう。何度も検査を受けた経験がある方では鎮静剤を必要としない方もいます。検査前に受検者から検査の経験と鎮静剤希望の有無を聞くとよいでしょう。

Q7-4:鎮静剤投与時の注意点はありますか？

2点あります。第1は、上肢が欠損ないし低形成で静脈注射できない人がいることです。その場合は、下肢の血管から静脈注射を行いますが、下肢の血管も確保が難しい受検者もいました。繰り返し失敗された経験がある人は静脈注射そのものに恐怖感を感じる方が多いので、やさしく声をかけながら実施する必要があります。

第2は注射する量です。上肢が欠損している受検者の場合、使用する量が相対的に多くなる可能性があるので注意が必要です。

Q7-5:どのようなスコープを用いましたか？

どのようなスコープでも挿入できないことはありません。しかし、恐怖感から通常の径の経口内視鏡を受けられず、経鼻用スコープを経口から挿入した方もいました。体格的に小柄の方が多いため、体型や恐怖感などを加味してスコープを選択しました。

7、上部消化管内視鏡検査（経口編）

具体的には、Olympus 社製、H260、Q260、Q240X、XQ 240 を用いました。全体には通常よりやや径が細めのものを多く使用しました。

Q7-6:内視鏡施行時に適切な体位はとれるのでしょうか？

上肢欠損の方でも左側臥位になることは可能です。ただし、肩が内側に入り込むような姿勢になるため、長時間の検査は他の方と比較して辛くなる可能性があります。

Q7-7:内視鏡の挿入で気をつけることはありますか？

咽頭および喉頭、食道入口部に解剖学的な異常があり、スコープが入らないことはありません。挿入に対する恐怖感が強い方には細径内視鏡で挿入するとよいでしょう。

Q7-8:観察する上で注意する点がありますか？

特別に注意することはありません。これまでの検査で見つかってはいませんが、解剖学的な異常がないか注意深く観察してください。

Q7-9:リラックスしてもらえるようにするためにするコツはありますか？

緊張や不安が強い方が多いので、早口や威圧的な態度など受検者に説明してはいけません。受検者を緊張させるような言動は控えましょう。

Q7-10:難聴の方への対策はどうしたのでしょうか？

検査の説明や「これから始めます」「唾液は飲み込まないでください」「息をはいて」といった検査の際の具体的な指示を書いたボードを予め用意し、これを見せながら検査を施行しました。（別紙資料参照）

Q7-11:解剖学的な異常所見はみられなかったのでしょうか。

咽頭～十二指腸までよく観察しましたが、解剖学的に特記すべき異常はありませんでした。

Q7-12:他に注意点はありますか？

サリドマイド胎芽病の方は検査に対する緊張感・不安感が高いという印象がありましたので、検査施行医は経験が豊富な上級医が望ましいでしょう。リラックスして検査を受けていただくことが重要です。受検者の状態にあわせて、決して無理をせず、早目に径が細いスコープに変更することも検討しましょう。

Q7-13:検査に立ち会う看護師が配慮すべき点がありますでしょうか？

検査施行医と同様ですが、安心して受けていただける雰囲気を作るよう心がけましょう。検査中は背中をさすったり、鎮静剤を使用していない方には声かけや指示を書いたボードを積極的に見せるなどするとよいでしょう。

8、麻酔

執筆担当：志賀由佳、前原康宏

Q8-1:術前回診で特に気を付けるべき点がありますか？

既往歴、現病歴、身体所見や検査所見など、通常の注意点と同じです。しかしとくに身体所見で、上肢の低形成や欠損がある場合は、下肢など点滴をとる部位やモニターの位置を事前に確認します。下肢の血管確保も難しい場合もあるので、優しく声をかけながら行いますが、必要に応じて中心静脈ラインの挿入も考慮します。硬膜外麻酔や脊髄くも膜下麻酔を行う場合は、姿勢がとれるかどうかを確認します。

Q8-2:麻酔方法において禁忌はありますか？

特に禁忌というものはありませんが、各々の患者さんの合併症や状態に応じて麻酔方法を決定します。

Q8-3 前投薬は必要ですか？

特に手術を初めて受けられる方などは、通常の患者さんよりも緊張や不安感が強い場合があります。そのような場合は前投薬を使用しても良いですが、術後の覚醒遅延の原因になることもあります。術前によく話をし、前投薬の希望の有無を聞くと良いでしょう。

Q8-4:特に準備しておくものはありますか？

各々の患者さんの状態や合併症に応じて、モニターや薬の準備は通常通り行います。体格的に小柄な方が多いので、体型に合わせた細めのチューブや針、モニター類などを準備しておきます。血管の走行などを確認するのにエコーがあるとよいかもしれません。

8、麻酔

Q8-5: 上肢が欠損ないし低形成の方の血圧のモニタリングはどのようにしますか？

血圧は下肢にマンシェットを巻いて（後脛骨動脈で）測定します。下肢での血圧測定が困難な場合は、大動脈（大腿動脈など）での観血的血圧測定なども考慮する必要があります。

Q8-6: 難聴の方への対応はどうしますか？

術前回診では、紙面と図による麻酔方法の説明を行い、手術当日は具体的な指示を書いたボード（「深呼吸してください」「これから眠くなります」など）を予め準備しておき、それを見せながら麻酔を行うとよいでしょう。

Q8-7: 麻酔薬の量は他の患者さんと同じですか？

年齢や体重を考慮して薬剤の投与量を決定しますが、薬剤の必要量がより少量であった報告もあります。適切なモニタリングを行い、薬剤の投与量を調節する必要があります。

Q8-8: 挿管時に気を付けることはありますか？

特に挿管困難が多いという印象はありませんが、体格的に小柄な方が多いです。挿管チューブの径や深さは、写真や身体所見をみて注意深く決定してください。

Q8-9: 術後の注意点はありますか？

通常と同じく、術後は循環・呼吸状態を確認し、必要に応じて疼痛管理を行います。