下肢の運動低下を生じ，L_{1-2} 以下の虚血性脊髄障害と診断された．本症例では遮断中の体温が術後対麻痺の一因と考えられる．また遮断遠位部の血圧モニターは必要であり，体性感覚誘発電位等の脊髄機能モニタリングの適応も考慮されるべきである．短時間ではあっても大動脈遮断を伴う手術に対しては厳重な脊髄保護が必要である．

7）ラリンゲアルマスクを用いた挿管方法が有用であった1症例

小村　昇・丸山　洋一（県立がんセンター新潟病院麻酔科）
高橋　隆平

今回我々は乳癌の頸椎への転移性腫瘍に起因する四肢麻痺，横隔神経麻痺のため頭部の後屈を禁じられ，やや前屈の状態を保ったままでなければならない症例に対し，ラリンジアルマスクを利用し安全にかつ迅速に挿管し2回の全身麻酔を無事終了し得たので報告する．用意するものはラリンゲアルマスク，気管支ファイバースコープ（オリンパス社製 LF-1 で直径 4.0 mm），誘導用チューブ，オブチュレーター，スパイラルチューブで，誘導用チューブはポルテックス社製ダブルルーメンチューブ5.0を2本に分解し，約 45 cm のカフなしチューブに作り直したもので，オブチュレーターは，直径 2.5 mm のガイドワイヤーケースで約 60 cm の長さにしたものである．

8）胸腔内消化管ヘルニアにより高度に呼吸循環機能が障害された症例の術中，術後管理

多賀紀一郎（済生会新潟第二病院麻酔科）
川口　正樹・相馬　哲朗
石崎　悦郎（同　外科）
福田　悟（新潟大学麻酔科）

症例は69才女性．主訴は呼吸困難．既往歴としては，H2年に右視床出血を起こし，この時に高血圧と食道裂孔ヘルニアの存在を指摘されている．現病歴は，50才頃より気管支喘息発作をくり返していたが，本年になって息切れ感増悪，頻呼吸，心悸亢進，下肢の浮腫等の症状が出現．以前は利尿剤等の投与で軽快していた上記症状も今回は改善せず，胸部レ線でも CTR の増大が認められた．その他呼吸機能検査では著明な混合性の呼吸障害が，心エコーでは後縦隔に入り込んだ消化管が心臓を圧迫し，拡張不全を起こしている事が確認され，胸腔内消化管の腹腔内還納手術が予定された．麻酔は GOI とフェンタニルで行い，S-G カテーテルで循環動態をモニターし，肺動脈楔入圧が急激に変動しない様に輸液量を調節しながら，心収縮力増大，後負荷軽減等を目的にカテコラミン，PGE_1 を持続投与した．胸腔内臓器の還納に伴い，心拍出量の著明な増加が認められた．その後も術中・術後を通じ良好に経過した症例である．

9）原因不明の術中急性循環不全：イソフルレンとの関係について

阿部　崇・永田　幸路（新潟市民病院麻酔科）
丸山　正則
丸山　洋一・高橋　隆平（県立がんセンター新潟病院麻酔科）
藤岡　斉・油井　勝彦（県立新発田病院麻酔科）
羽柴　正夫（県立吉田病院麻酔科）
馬場　洋（新潟大学麻酔科）

インフルレンは'90年に市販された麻酔薬だが，その使用中に原因不明の急性循環不全が新潟県内で5例（うち1例は2度）生じた．循環不全の原因としと，浅麻酔による迷走神経反射の著現や，冠スパスムの発生，術前からの hypovolemy が考えられた．coronary steal を含めたインフルレンの関与は断言できないが，十分な注意が必要と思われる．発表時に他県の施設からも賛同を得られた．

10）側弯症手術における術中脊髄機能モニタリング

藤岡　斉・油井　勝彦（県立新発田病院麻酔科）

側弯症手術患者134例を対象に，上行性脊髄誘発電位 C-SEP を指標として，脊髄機能モニタリングを行い，C-SEP の振幅と頂点潜時の変化と循環動態の変動及び術後の神経障害を比較検討した．脊椎矯正操作により C-SEP の振幅がコントロールの50%未満にまで減弱した12例中2例と，矯正操作中に，C-SEP の頂点潜時が 0.2 ms 以上遅延しかつ振幅が50%未満にまで減弱した4例中1例で，術後，一過性の下肢筋力と異常知覚が出現し，また，矯正操作により，波形が消失した6例中の2例では，術後重篤な神経障害が生じた．矯正操作中の C-SEP の振幅がコントロールの50%以上であった症例では，全例術後神経障害が認められなかったことから，