

は著明な覚醒遅延と、縮瞳を示し、この時点で初めてモルヒネの過量投与を疑い、カテーテルのクモ膜下腔迷入を確認した。ナロキソン 0.6 mg の投与にて患者は一時的に覚醒したが、モルヒネ投与後8時間から16時間にかけて深い鎮静状態となり、呼吸管理を必要とした。

カテーテルによる硬膜穿破は稀ではあるが発生し得る合併症であり、特にモルヒネを硬膜外投与する場合には、髄液逆流の有無の確認とともに麻酔覚醒状態の注意深い観察が必要であろう。

#### 15) 胸郭形成術施行患者における対側肺巨大嚢胞切除術の麻酔経験

阿部 崇・丸山 正則 (新潟県立中央病院) 麻酔科  
北原 泰

53歳、男性。昭和10年頃、肺結核にて左側胸郭形成術をうけた。昭和63年、右側巨大肺嚢胞を指摘された。呼吸困難が増悪傾向にあったため、平成6年6月2日、肺嚢胞切除術を施行された。肺活量 1,800 ml (48.4%)、一秒量 1,200 ml (67.8%) と混合性障害を示していた。BGA は pH7.41, PaCO<sub>2</sub> 53.5 mmHg, PaO<sub>2</sub> 66.6 mmHg だった。麻酔は片肺換気、硬膜外麻酔、フェンタニルを併用した。手術は1時間10分で終了、約45分の片肺換気を行った。術中、SpO<sub>2</sub> は97~98%と安定していたが、ETCO<sub>2</sub> は70~50 mmHg と高値が持続した。咳嗽反射の出現を確認した後、筋弛緩拮抗薬を投与したが、自発呼吸の出現は遅延した。自発呼吸出現後も CO<sub>2</sub> 貯留を認めた。その原因として、呼吸中枢の PaCO<sub>2</sub> 上昇に対する反応性の低下とフェンタニルによる呼吸抑制が考えられた。

#### 16) 脳性麻痺を合併した先天性筋緊張性ジストロフィー患者の麻酔経験

本間 郁子・篠崎 克洋 (山形大学麻酔・蘇生科)  
工藤 雅哉  
三浦 美英・加藤 滉 (同 手術部)  
星 光 (同 集中治療部)

脳性麻痺と先天性筋緊張性ジストロフィーを合併した患者の麻酔を経験した。

このような症例においては、麻酔上の問題点として、呼吸機能障害の増悪や呼吸器感染症の合併を避け、麻酔導入・覚醒時の筋硬直や痙攣発作をできるかぎり予防するために、各種麻酔薬・麻酔補助薬の選択は慎重に行う

必要がある。

本症例においては、GO-Isoflurane 麻酔下に筋弛緩モニターをしながら、ベクロニウム使用し、重大な合併症もなく麻酔を終了することができた。

#### 17) HELLP 症候群患者の緊急帝王切開の2例

渡辺 博・田中 久雄  
小田 真也・高岡 誠司 (山形大学麻酔・蘇生科)  
天笠 澄夫・堀川 秀男

HELLP 症候群の緊急帝王切開術2例の麻酔を経験した。

2例とも GO にて急速導入し、児娩出後 GO イソフルランで維持した。術中高血圧に対しては、ニトロール持続静注、ニフェジピン点鼻で対処した。

術中出血傾向に対し、メシル酸ガベキサート、アンチトロンビンを早期投与した。術後、両例とも GOT, GPT の速やかな改善傾向を認め、母体を救命しえた。

HELLP 症候群を合併した帝王切開術の麻酔では、出血傾向に対し、メシル酸ガベキサート、アンチトロンビンの早期投与は有効であったと思われる。

#### 18) 脊椎手術後の疼痛管理

一術野からの硬膜外チューブ挿入・フェンタニルを用いて

加藤 寿嘉・河野 達郎  
国分誠一郎・遠山 誠 (竹田総合病院) 麻酔科  
傳田 定平  
笠間 典史 (同 整形外科)

脊椎手術に際し、術野から直視下に硬膜外チューブを留置してフェンタニルの持続注入を行なった。その7例(F群:フェンタニル 100 μg+生理食塩水を 10 ml 単回投与後、400 μg+生理食塩水、40 ml を24時間で注入)を、塩酸モルヒネ持続注入群の9例(M群:塩酸モルヒネ 2 mg+生理食塩水を 10 ml 単回投与後、4 mg+生理食塩水 40 ml を24時間で注入)と比較した。その結果、両者の鎮痛効果、合併症の間に有意差はみられなかった。薬液がドレーンから流出している可能性があり、投与量に改善の余地があると思われた。