

5) セボフルレン麻酔のてんかん焦点脳波に及ぼす影響

飛田 俊幸・河田 啓介 (東京都立神経病院)
熊谷 雄一 (麻酔科)

セボフルレン麻酔がてんかん焦点の活動性に与える影響を調べるため、てんかん焦点切除術5例にセボフルレン麻酔を行い、硬膜下誘導脳波を記録する機会を得たので報告する。

アトロピン 0.5 mg 筋注の30分後、100%酸素とセボフルレンにて緩徐導入した。セボフルレン1%、2%マスクにて投与し、各々5分間硬膜下誘導脳波を記録。入眠後、ヴェクロナウム 8 mg 静注し気管内挿管した。人工呼吸下にセボフルレン3%、4%にて脳波記録をとった。

1~2%セボフルレンは、てんかん焦点活動を賦活した。3~4%セボフルレンによって誘発された側頭葉内側の棘波は、必ずしもてんかん焦点と一致しなかった。3%セボフルレンは側頭葉外側・頭頂葉のてんかん焦点部発作波を少なくとも抑制しなかった。

6) Transcranial doppler (TCD) により、体外循環中脳灌流障害を発見できた症例

傅田 定平・遠藤 裕
福田 悟 (新潟大学麻酔科)

冠動脈再建術の術中管理に於いて、TCDにより中大脳動脈の血流速を連続モニターしたところ人工心肺(CPB)からウイニングに際し測定不能となった。同時記録していた脳波は平坦化、及び舌の突出、顔面腫脹から頭蓋内血流灌流障害に起因すると考えられ、その原因を除去することにより事なきを得た。他の手術に比し脳障害が多いとされる心臓手術中の中枢神経系のモニターとして従来より用いられている脳波や誘発電位のモニターは体温の影響を受けCPB中是不確実である。この点、TCDはリアルタイムの脳血流を観察しているため、脳灌流障害の診断を速やかに行なえ、しかも簡便で、非侵襲的である。以上から、心臓手術中の中枢神経系のモニターとして従来のものにTCDを加えることは有用と考えられる。

7) AICD(埋込型自動除細動器)埋込術の麻酔経験

本間 富彦・津久井 淳
富田美佐緒・鳥海 岳 (新潟大学麻酔科)
相澤 義房・堺 勝之 (同 第一内科)
林 純一・諸 久永 (同 第二外科)

AICD(埋込型自動除細動器)埋込術の麻酔管理を経験した。症例は51歳の男性で、突然の失神発作で発症し、ECGにてTorsade de Pointes型のVFを記録した。種々の検査にて異常は見出されなかったが、電気生理学検査にてVFが誘発される焦点が存在するため手術適応となった。麻酔はミダゾラムで導入し、笑気、酸素、イソフルレンにて維持した。不整脈の誘発前に脳保護のためサイアミラール及びメチルブレドニゾロンを投与した。電気刺激にての不整脈誘発、直流通電による除細動は問題無く行われ、問題となる合併症もなく麻酔管理を終了した。

8) ドロペリドールによりアナフィラキシー様反応を呈した一症例

木下 秀則・富田美佐緒
福田 悟 (新潟大学麻酔科)

非アレルギー発現薬剤群(ブチロフェノン系)に属しているドロペリドールによりアナフィラキシー様反応を呈した症例を経験した。

45才男性。既往歴にアレルギー性鼻炎。91年7月9日てんかんに対する焦点切除術のため笑気酸素イソフルレンによる全身麻酔が施行された。NLA麻酔に変更するためドロペリドール10mg、フェンタニル0.1mg投与した直後、血圧低下、全身発赤が見られた。エフェドリン15mg、メトキサミン3mgにて昇圧得られず、アドレナリン0.025mgで速やかに血圧回復し、全身発赤も消退した。この経過よりドロペリドールによるαブロック作用ではなくアナフィラキシーが強く疑われた。その後の免疫学的検索にて、C3、C4の減少からIgEの関与しない免疫が示唆された。

9) ラリングアルマスクによる筋弛緩剤投与下IPPVが有用であった症例の検討

海老根美子・丸山 正則 (新潟市民病院)
西村 喜宏・永田 幸路 (麻酔科)

ラリングアルマスクは、新しい気道確保法であり、麻