

は入院患者にも多く投与された。各科別投与量では、モルヒネ及びフェンタニルパッチは内科・外科で各々全科中73.7%及び77.4%を占めた。フェンタニルパッチはモルヒネの嘔気・嘔吐等の副作用を軽減し、入院時のモルヒネ持続点滴に伴う行動制限を緩和した。しかしフェンタニルパッチとモルヒネとの用量力価比が不明確なこと、急性疼痛時の対処ができない問題点があり、この点を克服すればさらにその利用率が上がると考えられた。

16 クーデック®気管支ブロッカーチューブを使った永久気管瘻患者に対する肺切除術の麻酔管理経験

大矢真奈美・渋江智栄子・飛田 俊幸

新潟大学医歯学総合病院麻酔科

気切口からシングルチューブとクーデック®気管支ブロッカーを挿入して狭小化した永久気管瘻患者の分離肺換気が良好に行えた症例を経験した。

症例は68歳女性で気切口口径が約9mmの制限と左気管支分岐直後の腫瘍のためチューブの気管支部分の長さが問題であった。そのためトラキオポート®やブロンコキャス®は使えなかった。細めの気管支ファイバーで位置確認は容易であり、術中の分離肺換気はおおむね安定したが、脱気時、虚脱側の脱気は蓋を開放してもうまくいかずブロッカーカフの空気を抜いて両肺とも吸引で一旦脱気する工夫が必要であった。気管切開患者や小児などで分離換気を必要とする麻酔管理に非常に有用と思われた。

17 下肢のターニケット加圧直後に発症した肺塞栓

六角 由紀・小泉 俊光*・篠原 由華**

飯田 裕司・佐藤 弘健・萩野 英樹

竹田総合病院麻酔科

東北大学*

茨城県立こども病院麻酔科**

症例は78歳女性、163cm、65kg。膝蓋骨骨折の

観血的整復内固定が予定された。狭心症症状あったが、心臓超音波検査と心筋シンチでは虚血性変化は認められなかった。

【経過】入室時血圧165/72mmHg 心拍数92bpm SpO₂88%であった。L3/4より0.5%等比重ブピバカイン2.6cc注入した。下肢のターニケットを320mmHgで駆血した直後、心拍数が70bpm、収縮期血圧が60mmHgに低下し、心電図上STが低下したため、ニコランジル、ドパミン、エピネフリンの持続投与を開始した。呼吸状態が悪化し気管挿管したが呼気二酸化炭素はほとんど検出されなかった。閉胸心マッサージ、除細動を施行し、PCPSを開始後集中治療室に入室したが、昇圧薬に対する反応性が乏しくなり、第2病日に死亡した。ターニケット駆血時、駆血解除時には十分な注意が必要と思われた。

18 挿管直後に著明な瞳孔不同に気づいた一症例

野口 良子

国立療養所西新潟中央病院麻酔科

術中管理における瞳孔不同は、中枢神経系の緊急病変を疑い、麻酔科医は即時診断治療を開始すべき事態である。しかし、今回術前から存在していた眼科的異常を見逃し、気管挿管後にはじめて著明な瞳孔不同に気づき、直後の対応に苦慮した症例を経験した。

〔症例〕肺癌にて右肺上葉切除術を予定された78才、男性において、気管挿管直後外傷性を疑わせる著明な瞳孔不同に気づいた。麻酔科医をはじめ関係スタッフによる術前瞳孔の評価が不明なため、手術を中止し、覚醒をはかった。覚醒は速やかで、神経学的にも異常を認めなかった。その後の眼科的診察により外傷性あるいは先天性虹彩萎縮症と診断された。術前診察における瞳孔チェックは、比較的に見落とされがちであるが、周術期管理における中枢神経系緊急イベントの正しい評価を行う上でも、忘れてはならないポイントである。