

素2L/分, 笑気4L/分, 5%セボフルランにて導入し, その後は適切なセボフルラン濃度で麻酔維持を行った。

前投薬の有無に関しては, 導入時間に顕著な差はなかった。静脈麻酔薬による急速導入法と比較して就眠時間はVIMAの方が時間を要する結果となった。合併症に関しては特に大きな問題となることは発生しなく, 両群間に大きな差はない結果となった。

今後はVIMAの利点・欠点を十分理解した上でこの導入方法を検討していく必要がある。

2 新潟大学医学部附属病院における非心臓手術麻酔管理の経食道心エコー(TEE)利用状況

今井 英一・本間 隆幸(新潟大学)
岡本 学 (麻酔科)

今回, TEEは心臓手術のみではなく, 非心臓手術においても周術期管理に有効であり, 広く使用されている。当施設での平成14年1月~5月におけるTEEの使用は46症例であり, 7例が非心臓大血管手術であった。この7症例の麻酔管理におけるTEEの有用性を報告する。

心疾患合併患者の非心臓手術において, TEEは低侵襲, 簡便かつ鋭敏であるため心機能, 血行動態評価に有効である。

3 全身麻酔中に原因不明の心室細動をきたした1例

石井 秀明・佐藤 一範(厚生連長岡中央
総合病院麻酔科)
飛田 俊幸(新潟大学大学院
医歯学総合研究
科器官制御学講
座麻酔科学分野)

症例は51歳 男性。小児頭大の骨盤腔内腫瘍に対し骨盤腔内腫瘍全摘術が予定された。術前心電図に異常はなかった。手術開始から6時間後, 左閉鎖管近くの腫瘍摘出直後に突然心室細動となった。直ちに, 体外式心臓マッサージを施行, 4回の電氣的除細動で洞調律に復した。心拍, 血圧の安

定後に手術を再開し, 可及的すみやかに手術を終了させた。翌日, 患者は完全覚醒し, その後も神経学的後遺症は認めなかった。当初, 肺塞栓が疑われたが, 術後検査で否定され, 原因の特定には至らなかった。心室細動を惹起しうる病態・状況においてこれを予防することはもちろんであるが, 予期しない心室細動に対し迅速かつ適切な治療ができるよう備えておくことが重要であると再認識する一例であった。

4 脊髄モニタリングにより椎体スクリュー刺入方向異常に起因する脊髄損傷を予防できた脊柱側彎矯正術の麻酔管理

清水美弥子*・間庭 圭一(新潟大学)
馬場 洋 (麻酔科)
長谷川和宏 (同 整形外科)
*現新潟市民病院

17歳男性(174 cm, 67 kg)に対し, Th5-11の側彎症に対する胸腔鏡視下脊柱矯正固定術を行った。術中脊髄損傷を予防するため, 仙骨裂孔より留置した硬膜外電極を電気刺激し, 頸膨大部の硬膜外電極より伝導性脊髄誘発電位を記録した。麻酔は笑気, 酸素, セボフルランにフェンタニルを併用した。スクリュー刺入開始40分後, 同電位の消失に気づかれた。血行動態は安定していた。脊椎側面の透視画像上, Th8のスクリューの脊柱管内突出を認め, ただちにこれを抜去した。その直後より伝導性脊髄誘発電位が完全に回復し手術は終了した。術後, 一過性に左下肢のシビレを認めた。カールソンらの動物実験によれば, 脊髄圧迫により体性感覚誘発電位の一過性消失を認め, 1時間以内に除圧術を行うと, 電位は完全に復活したという。従って, 回復可能な脊髄損傷でも, 一過性に誘発電位が完全に消失しうる。血行動態の変化を伴わない術中脊髄損傷の早期発見には, 伝導性脊髄誘発電位測定が有用である。