

して各々①通常通りの抗痙攣薬の投与②前投薬でのアトロピンによる分泌抑制③H₂ブロッカー投与と導入前の胃管吸引を行った。発作誘因ともなる外界の刺激を与えないように普段の管理状況を変更せず麻酔導入し、GOI+局所麻酔薬のみの硬膜外麻酔で維持し、てんかんによる異常脳波を検出するために BIS モニターを用いることとした。プロポフォールで導入後気管内挿管したが、この時の喉頭展開では著しい口腔内分泌物は認めず、術中の呼吸・循環に問題なし。BIS モニターにおいても異常脳波を検出することなく麻酔終了となった。よって上記の対策を考慮した事で、問題なく麻酔を行う事ができた。

3 食道癌手術中に致死性不整脈を来した2症例

大矢真奈美・岡本 学 (新潟大学 麻酔科学教室)
 渋谷智栄子・多賀紀一郎 (新潟大学 麻酔科学教室)
 伊藤由紀子 (長岡赤十字病院 麻酔科)
 若井 綾子 (県立中央病院麻酔科)

食道癌手術中に、致死性不整脈である心室頻拍を起こした2症例を経験した。症例1は術前心電図で洞性頻拍と陰性Tがあった。術後精査の心カテで冠動脈は石灰化が散見されるが有意狭窄はなく、#2が75%で再開通していた。症例2では一側換気から両側換気にすると再現性をもって心室性不整脈がおきた。ドレーンの刺激や肺軸捻転の可能性や迷走神経反射から spasm を誘発したかもしれない。術前心電図で異常所見が認められた際には精査により術前評価で虚血性心疾患の検索を行う必要がある。術中冠動脈 spasm の可能性も念頭に、冠灌流圧低下に注意し麻酔管理を行う必要がある。

4 肥大型閉塞性心筋症患者の麻酔経験

渡辺幸之助・吉川 成一 (新潟市民病院)
 国分誠一郎・榎木 永 (新潟市民病院 麻酔科)
 佐久間一弘・傳田 定平 (新潟市民病院 麻酔科)
 木下 秀則 (救命救急センター)

肥大型閉塞性心筋症を合併する患者の上行結腸癌に対する回腸-横行結腸吻合術の麻酔を経験した。症例は72歳女性。麻酔導入はチアミラール 150 mg, ベクロニウム 6 mg で行い気管内挿管後、亜酸化窒素・酸素及びセボフルランで維持した。麻酔中は観血的動脈圧、経食道ドップラーエコーによる心拍出量の連続測定を行いながら循環動態を監視した。血圧の低下にはメトキサミン、ノルアドレナリンを用いた。また、アルブミン製剤とヒドロキシエチルデンプンを用いて容量負荷を行った。α刺激薬および膠質液による容量負荷により循環動態の変動は軽度かつ一過性であり覚醒は良好にて帰室した。本疾患においては前負荷を保ち心拍数を増加させないようにする必要がある。β刺激薬や静脈拡張薬は比較的禁忌とされている。また、今回は経食道ドップラーエコーによる心拍出量の連続的測定も循環動態の監視に有効であった。

5 プロポフォールによる slow induction

小原 伸樹・片山 貴晶 (竹田総合病院)
 北原 泰・荻野 英樹 (竹田総合病院 麻酔科)

予定手術30人に対し、propofol による導入を 10 mg/kg/h, 15 mg/kg/h, また TCI (Target Controlled Infusion) にて effect site の target level を 5.4 μg/ml として開始し、propofol の緩徐導入と TCI を使用した導入を循環変動と投与量について比較検討した。なお薬物動態モデルは RUGLOOP により Marsh-Schnider time to peak 1.6 を使用した。結果としていずれも血圧低下がみられたが気管挿管直前には TCI 群で有意に低下し、また意識消失までの時間も有意に短かった。意識消失時の propofol 必要量は TCI 群で有意に多く、効果部濃度 (Ce) も TCI 群で有意に高かったが、Ce を設定値まで上げる際に急速