

た。

1例目は体表からもCTでも外傷まったくなく、司法解剖でも心停止の原因となるような所見なく、頸髄振盪による機能障害が死因とされた。2例目はいくつかの外傷あるがそれ自体では心停止に至るとは考え難く、後日搬送時のECG検討で急性心筋梗塞と判明した。

CPAで死亡した外傷患者で、外傷性ショックとして片づけられているが、直接死因不明の症例の中には、このようなものも含まれている可能性があり、興味深いと考えられた。

## 25 脳死患者臓器摘出術の管理を体験して

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

平成13年8月に新潟ではじめての脳死患者からの臓器摘出が行われ、臓器摘出術の麻酔管理を体験した。早朝に臓器搬送をしなければならなかったため、臓器摘出開始は午前2時に設定された。午前2時13分手術室入室。午前2時15分手術台に移動後、ベクロニウム 10 mg 静注し筋弛緩を得た。人

工呼吸の設定は一回換気量 600 ml, 1 分間12回,  $F_{1}O_{2}$  1.0 で  $PaO_{2}$  76 mmHg,  $PaCO_{2}$  43 mmHg, 経皮的酸素飽和度は計測されなかった。直腸温は 41度, 観血的収縮期動脈圧は 200 mmHg であったが, 執刀後から徐々に低下し, 直ちにドパミン, ドブタミンの投与を開始した。開胸, 肺の操作開始後, 血圧が再低下し, ドパミン, ドブタミンを増量するも反応悪く, ノルアドレナリンの投与を申し出たところ, 臓器摘出チームから拒否され, 肺の摘出は断念された。血圧維持は輸液の負荷で対応した。午前3時23分ヘパリン 2 万単位静注。午前3時40分, 胃管よりイソジン液 200 cc 注入クランプ。午前3時43分, 大動脈遮断, 血圧は急低下し, 心室細動を経て心静止を確認し, 午前3時47分, 人工呼吸を停止し, モニターの電源を切った。以後, 臓器・脾臓, 左右腎臓を摘出し, 午前4時51分手術は終了された。第1回法的脳死判定から臓器摘出が終了するまで約24時間要した。この間, 法的脳死判定, 移植コーディネーターとの打ち合わせ, 臓器摘出チームとのミーティングに招集された。注目されるなか, 関係者の気苦労も多かったと思われる。一連の作業に, 手術室業務に従事する多くの人員, 手術室がさかれ, 通常手術室業務が少なからず犠牲になった。