

図した通りに即応しない。これらが術中覚醒や術後覚醒遅延の原因となることも考えられる。そこで、三方活栓や小児用延長チューブを利用して点滴路の一部に狭窄を作り、乱流を発生させることにより乳化剤を均等に混合することができた。これにより、速やかな乳化剤注入速度の変化や停止が可能になった。本方法は手軽で安価な上に、どこにでもある器具を利用できるのが利点である。しかし、狭窄部を作ることは、点滴路の抵抗を増加させ、本来の目的と相反するものである。抵抗に影響しない水車などの有効な混合器具の開発が望まれる。

17) フサン持続投与により高血糖，高K血症をきたした1症例

田中 剛・渡辺幸之助
大橋さとみ・本間 富彦（長岡赤十字病院）
藤岡 斉（麻酔科）

症例は76歳男性。平成10年7月血尿を訴え当院受診。術前検査では肝下面下大静脈へ浸潤する左腎腫瘍と診断され、手術となった。腫瘍は左腎静脈，下大静脈へ浸潤し脾臓との癒着も強かったため，左腎臓摘出，脾臓摘出，下大静脈腫瘍塞栓摘出を施行した。術中大量出血による急性循環不全，DIC，及び術操作による術後肺炎に対して，ドーパミン，フサンを持続的に投与し人工呼吸管理のままICUに入室した。入室後血清カリウムは4日目に5.0 mEq/lを越えた。血糖値は7日目に400 mg/dlを越えインスリンにも反応しなかったためフサンを中止した。以後，カリウム，血糖値は改善し16日目に一般病棟に帰宅した。

以上の経過より本症例の高血糖，高K血症はフサンによることが，示唆された。

18) 術前ビソルボン®吸入にて喘息発作を生じた患者の麻酔経験

野口 良子（国立療養所西新潟）
中央病院麻酔科

間質性肺炎の確定診断目的で，胸腔鏡下肺生検術を予定された57才，女性の患者において，術前2日前に気道浄化目的でルーチンに使用しているビソルボン®の吸入により，中等度喘息発作を生じた。ビソルボン®の吸入には気道刺激性が示唆されているが，喘息発作の報告はきわめて稀である。

予定手術を1週間延期（喘息発作後9日目）し，周術

期喘息発作の予防対策を施行したにもかかわらず，ダブルルーメンチューブの気管内挿管直後及び覚醒時に喘息発作を生じた。

気道過敏性が残存している時期の気管内挿管には十分に深い麻酔レベルが必要である。さらに術前中等度喘息発作後の手術時期決定は，気道過敏性亢進が低下するまで最低2週間程延期することが望ましい。

19) 一酸化窒素（NO）吸入により救命し得た septic shock, 重症呼吸不全例

渡辺 逸平・佐藤 一範（新潟大学）
集中治療部
遠藤 裕（同）
救急医学教室

胃全摘出術後吻合部縫合不全による汎発性腹膜炎，Septic shock 例の急性呼吸不全（septic ARDS）に対し，NO吸入療法を施行したところ，吸入開始直後から劇的な酸素化能改善が得られ，shockからも離脱し，救命し得た（NO吸入は48時間で終了できた）。呼吸不全に対するNO吸入は，対症療法ではあるが，循環系に影響を与えずに施行可能で，これによる酸素化能の改善により，現在直面している呼吸・循環不全の悪循環を好転させるきっかけとなり得る。

20) 重症肺炎を併発した熱中症の1例

大橋さとみ・渡辺幸之助
本間 富彦・田中 剛（長岡赤十字病院）
藤岡 斉（麻酔科）

重症肺炎を併発した熱中症の1例を経験した。症例は21歳の男性で1998年9月20日，長距離走中に発症。横紋筋融解，腎不全，DIC，肝機能障害を合併，CTで脾腫大と後腹膜腔液体貯留も認めた。CHDF，FFP，PC投与，FOY^R投与でCPK低下，DIC改善傾向，血漿交換で肝機能障害も改善傾向を示した。肺炎に対しフサン^Rとイミベネム動注，腹腔洗浄を行ったが，第9病日40℃台の発熱，CRP上昇，CTで肺炎の進行を認めた。開腹ドレナージを行い，壊死性肺炎と診断された。術後，DICによる肺泡出血を合併し第13病日死亡した。熱中症の臓器障害として急性肺炎は一般的ではないが本例のように重症肺炎をきたす可能性もあり，注意が必要と思われた。