

若年者であり、ブロック施行も手術室で行なっていたにもかかわらず重篤な合併症となった。回復期にも一時抗生物質によると思われる無顆粒球症を併発し、G-CSFでの反応も若干の低下が認められるなど、免疫機能が不安定であったと推察された。文献的にも穿刺部からの感染以外にも血行性による膿瘍形成の可能性も報告されている。今後癌患者ペインクリニックや在宅療法においても慎重に検討しなければならない問題であると思われる。

16) 傍腫瘍性天疱瘡患者の麻酔経験

土田真奈美 (県立中央病院) (麻酔科)
 土田真奈美・西巻 浩伸
 丸山 正則・海老根美子
 馬場 洋・下地 恒毅 (新潟大学麻酔科)

傍腫瘍性天疱瘡患者の気管切開術及び縦隔腫瘍摘出術の麻酔を経験した。麻酔管理上皮膚や気道粘膜の脆弱性、水疱びらんに伴う低蛋白、電解質異常や易感染等の問題がある。今回、食道狭窄のため、嚥下困難で膿性唾液が貯留し、仰臥位では誤嚥の危険がある患者に対し、気切術の麻酔導入は側臥位で経鼻ファイバー挿管とした。またその2週間後に行われた縦隔腫瘍摘出術には、特注の気切用ダブルルーメンチューブを挿管し、硬膜外麻酔により術後の疼痛管理を行った。ステロイド投与によると考えられる肺炎を併発したが、術中術後を通じて点滴や硬膜外チューブの固定テープ等の刺激による水疱形成や、挿管刺激による気道閉塞等みられず麻酔管理し得た。

17) 産婦人科腹腔鏡手術麻酔管理における気腹式と吊り上げ式の比較

榎木 永・関谷 正子
 安宅 豊史・河野 達郎 (竹田総合病院) (麻酔科)
 飛田 俊幸・遠山 誠
 河野 達郎 (新潟大学麻酔科)

産婦人科領域腹腔鏡手術の麻酔管理における気腹式と吊り上げ式(ラパロリフト)との比較を行った。対象は合併症のない成人患者とし、周術期の血液ガス所見、血圧、心拍数、気道内圧、直腸温の変化を記録して、2群間での有意差の有無を調べた。吊り上げ式腹腔鏡手術では、気腹式に比して、pHの低下やPCO₂および気道内圧の上昇が認められず、より安定した経過を示した。吊り上げ式腹腔鏡は、CO₂による呼吸・循環への悪影響を伴わず、全身管理の面から、気腹式に比べより有利であると考えられる。

18) 肝切除術中に認められた高乳酸血症の1例

鈴木 和恵・鈴木 規子
 吉岡 成知・渡辺 雅子 (山形大学医学部)
 横尾 倫子・堀川 秀男 (麻酔・蘇生科)

肝切除術中に著しい高乳酸血症を呈した症例を経験した。症例は71歳、男性。肝内胆管癌のため肝部分切除が予定された。術中、右肝動脈及び門脈への浸潤が判明し拡大右肝葉切除と門脈遮断下の門脈再建術が行われた。門脈遮断時間は41分、遮断中に突然 PH 7.22、BE-11.7 mM と代謝性アシドーシスが進行した。重炭酸 Na で補正しても改善しないため、血中乳酸値を測定したところ 127 mg/dl と異常高値を示していた。病棟帰室後 144 mg/dl とさらに上昇したが、帰室15時間後には代謝性アルカローシスに転じ、帰室36時間後 BE、乳酸値は正常化した。本症例の乳酸アシドーシスは術中の肝虚血による乳酸処理能の低下が原因と思われたが、腸管での乳酸産生亢進の可能性も否定できない。

19) 巨大褐色細胞腫摘出術の麻酔経験

山川真由美・鈴木 規子
 鈴木 和恵・横尾 倫子 (山形大学医学部)
 天笠 澄夫 (麻酔・蘇生科)
 星 光 (同 附属病院) (集中治療部)

私達は、成人頭大の褐色細胞腫摘出術に対して Propofol を用いた麻酔を経験したので報告する。症例は71歳男性。昨年12月下旬、右季肋部痛出現、褐色細胞腫の診断で当院泌尿器科入院となった。巨大な腫瘍は肝、下大静脈への浸潤はなかった。麻酔は吸入麻酔薬、亜酸化窒素を使用せず、Propofol、Fentanyl、硬膜外麻酔とした。手術開始までの血中カテコラミン濃度は変化なかったが、腫瘍操作に伴い上昇し、血圧は変動した。しかし、不整脈は見られず、良好な術中管理ができた。Propofol、Fentanyl、硬膜外麻酔の麻酔方法は、褐色細胞腫摘出術に対して有用であると思われた。

20) 最近経験した各種麻酔器のトラブル

鈴木 規子・鈴木 和恵
 吉岡 成知・横尾 倫子 (山形大学医学部)
 渡辺 雅子・加藤 滉 (麻酔・蘇生科)

最近、麻酔器のトラブルが4件続いたので報告する。(1)(2)(3)はA社の麻酔器(購入後4年)で、(4)はB社の麻酔器(購入後5年)で起こった。

(1) 手術終了後、抜管のため麻酔器を少し動かしたら、急にガス漏れが生じた。リークの原因はキャニスターの水抜き用ドレンコックがはずれたためであった。すでに自発呼吸が出ていたので大事には至らなかった。

(2) 挿管後、一回換気量 450 ml, 呼吸回数12回/分で人工呼吸器による換気を開始したところ、リーク音があり、最高気道内圧は 9 cmH₂O までしか上昇しなかった (PaCO₂ 40~41 mmHg)。リーク部位は人工呼吸器と麻酔器の接続チューブにあいた穴であった。原因は1)の水抜き用ドレンコックの突起が接続チューブに接触し、慢性的に圧迫したためと考えられた。

(3) 手術前の準備中、ガスアウトレットの突出部分とキャニスターの金属部分が噛み合い、キャニスターの可動性が制限されていたので力を加えてキャニスターを回したら、間に挟まれていたシリコン蛇管に約 3.5 cm 亀裂が生じた。

(4) 導入後人工呼吸器に切り換えたところ、人工呼吸器のベローズがほとんど上がらないことに気付いた。麻酔器を交換後に点検したところ、ベローズに数カ所の亀裂が入っていた。

21) 腹部大動脈瘤手術中に冠動脈スパズムをきたし、開胸心マッサージにより救命し得た1例

西巻 浩伸・丸山 正則 (新潟県立中央病院)
土田真奈美・和栗 紀子 (麻酔科)

患者は70歳男性。腹部大動脈瘤に対するY字グラフト置換術中、右総腸骨動脈解除時に収縮期血圧が40台に低下し、心電図上 ST 上昇を認めた。カテコラミン、Ca拮抗剤、亜硝酸剤の投与にも反応せず、開胸心マッサージを施行して循環動態は安定し手術を続行し得た。術後Achによる冠動脈スパズム誘発試験が陽性であったことから、遮断解除時の低血圧、浅麻酔、血中カテコラミン濃度の急激な上昇が冠動脈スパズムを引き起こし、極度の循環虚脱を招いたと考えられた。本症例の様な術中急激な血圧低下が予想される場合には、実際に極限的な低下を来す前に血圧維持の対策をとることが重要である。その際、虚血性心疾患のリスク患者では、低血圧時のカテコラミンの使用法を検討する必要がある。

22) 破裂性腹部大動脈瘤22例の周術期における検討

永田 幸路・和栗 紀子
渋江智栄子・小村 昇 (新潟市民病院)
遠藤 裕 (麻酔科)
本多 忠幸 (同救命救急センター)

破裂性腹部大動脈瘤の転帰に関する因子を過去5年間、22例について検討した。術前・術中合併症では術前ショックと術前腎機能異常の有無が転帰と有意に関連した。術中因子では大動脈遮断時間、出血量が死亡群、生存群で有意差がみられた。術後合併症は転帰と関連したものはなかった。これらの結果から、できるかぎり早急にショックに対する治療を行い、腎機能を保つこと、遮断時間の短縮、出血をおさえることが必要と考えられた。術前術中の心筋虚血に有意差はみられなかったが、循環動態が変動する疾患のため虚血に対する十分な加療は必要と考えられる。術後合併症は有意差がみられなかったが、さらに症例を集め検討する必要があると思われた。

23) 麻酔における「説明と同意」

一顔の見える麻酔科医をめざして

野口 良子 (国立療養所西新潟中央病院麻酔科)

説明と同意と訳されるインフォームド・コンセント(以下 IC と略す)は、今日の医療行為の前提条件である。麻酔科領域においても、最近種々の取り組みが報告されている。今回、昨年7月にオープンした当院において、新たに IC 用の4種類の文書(①麻酔前問診票、②麻酔小冊子、③“麻酔についての説明”、④麻酔同意書)を作成し、麻酔科医1名でも可能な運用システムを検討した上で、昨年9月から本格的に麻酔における IC に取り組んできたのでその概要について紹介した。手術前日の説明文を提示しながらの口頭での説明及び麻酔小冊子については比較的高い評価を得られた。麻酔の IC は、説明すべき内容を術前評価によって整理し、主治医との共通認識を持った上で、患者個々のオーダーメイドであることが重要と考えられた。