

(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。