

から再挿管となり ICU で人工呼吸管理を行ったが、短時間で癌性胸膜炎、癌性リンパ管炎の進行から多臓器不全状態に陥り、死亡した症例を経験した。

甲状腺未分化癌は、甲状腺腺腫に比べてその頻度は低いが全癌腫中でも極めて予後不良とされ、短期間で急速に増大し、周囲組織への浸潤、全身への血行性転移、強い全身症状も来しやすい。有効な治療法は早期診断と外照射・化学療法を併用した積極的手術療法とされるが、5年生存率は0%である。また、分化癌からの悪性転化もあり、甲状腺腺腫においては、常に未分化癌の存在も念頭に置き、検査項目やその時期の選択・評価から患者術前状態の把握に努める事が重要で、癌腫進行に伴う全身状態の悪化に際しては、手術適応の有無も含めた治療方針の再検討を考慮する必要があると思われる。

10) 経皮的硬膜外脊髄刺激による難治性疼痛の治療：疾患と疼痛部位による鎮痛効果の差異

早津 恵子・富田美佐緒
下地 恒毅 (新潟大学麻酔科)

1970年～1995年に当教室および関連施設で、難治性疼痛に対して硬膜外脊髄刺激をおこなった474例について検討した。

硬膜外脊髄刺激の期間は1週間以内～1年以上(植え込み症例を含む)であった。併用の鎮痛剤や鎮静剤の使用量の変化を調べたところ、半数以上で減量または中止であった。50%以上の鎮痛が得られた症例では、疾患別では癌性疼痛やカウザルギーでより顕著で($p < 0.001$)、性別では女性が有意($p < 0.05$)に多かった。疼痛部位では、下肢では有効性が低かった($p < 0.001$)。大きな合併症が認められた症例はなかった。

11) myotonic dystrophy の麻酔経験

本間 富彦・小村 昇 (長岡赤十字病院)
田中 剛・藤岡 斉 (麻酔科)

myotonic dystrophy は筋緊張性症候群の1つの希な疾患である。本症患者に対する胆嚢摘出術の周術期管理を経験したので報告する。

症例は35歳、男性、学童時、精神薄弱とされ、その後 Myotonic dystrophy と診断された。

前投薬は使用せず緩徐導入、GOIにて維持し、少量のバンクロニウムを使用した。モニターとしてパルスオキシメータ、終末呼吸炭酸ガスモニター、血液ガス分析、

観血的動脈圧・肺動脈楔入圧測定、連続心拍出量測定を行った。覚醒良好で、手術終了20分後に抜管した。

術後、軽度の高炭酸ガス血症、喀痰排出力低下が持続し頻回に気管内吸引を行った。心電図上1度の房室ブロックをみとめた。少量オピオイドと局所麻酔薬を硬膜外注入し良好な鎮痛を得た。長期の厳重な循環・呼吸管理により、重篤な合併症なく管理できた。

12) 術後の気道狭窄に対する予防的経皮的気管カニューレ挿入の有用性

和栗 紀子・西巻 浩伸 (新潟県立中央病院)
丸山 正則 (麻酔科)

我々は、術後一過性に気道狭窄が予想された顔面外傷、気管支異物、環軸椎間関節亜脱臼、下顎骨骨折の4症例に対し、経皮的気管カニューレを予防的に挿入した。経皮的気管カニューレは Seldinger 法を用いて挿入するもので、手技が簡単で特別な熟練を要さない、通常の気管切開と比較して合併症が少ない、などの利点がある。経皮的気管カニューレ挿入の適応としては、術後一過性の気道狭窄が予想される、気管内分泌物が多量で喀痰排泄困難である、カニューレ留置が短期間と予想される、口腔内からの喀痰や血液の気管流入が少ない症例が挙げられる。カニューレ挿入を行った4症例は重篤な合併症もなく2～5日後にカニューレを抜去することができ、気道を良好に保つことができた。

13) 胆道癌術後に四肢麻痺を来し、後縦靭帯骨化症が判明した1例

西巻 浩伸・丸山 正則 (新潟県立中央病院)
和栗 紀子 (麻酔科)

今回我々は、胆道癌術後に引き続き長期呼吸管理後に、四肢麻痺に気付かれ、後縦靭帯骨化症(以下 OPLL と略す)が判明した症例を経験した。患者は74歳男性。胆管切除術、肝部分切除術、長時間麻酔であったこともあり、一時的な呼吸抑制があったが翌日には抜管された。しかしながら、第3病日に PO2 が低下したため再挿管し、鎮静剤投与下に人工呼吸を行った。2週間後に抜管、覚醒させたところ患者は四肢麻痺を呈しており、OPLL と診断された。2ヶ月後、頸椎椎管拡大術が施行されたが、現在両下肢は完全麻痺のままである。本症例は術後長期間の鎮静剤投与、人工呼吸管理下に置かれたため、麻痺の発見が遅れる結果となった。本症例のごとく、術

前には不顕性の OPLL が、手術や麻酔操作で顕性化する可能性もあり注意を要する。

14) 麻酔導入時の誤嚥5症例の検討

永田 幸路・田中 敏春
国分誠一郎・渋江智栄子 (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)

最近3年間で麻酔導入時に誤嚥を生じた5症例について検討した。

誤嚥性肺炎のリスクファクターは高齢者、胃内容物の停滞時間の延長、緊急手術、食道下部括約筋機能低下などがあげられる。5症例とも誤嚥のリスクは高く crush induction を施行したが誤嚥を防げなかった。

5例中3例で誤嚥性肺炎を生じ細菌性肺炎を併発した。3例とも PEEP をかけた人工呼吸管理、気管支拡張剤や抗生剤の使用、頻回の気管内吸引などにより細菌性肺炎は改善し、第4から8病日の間に抜管できた。

麻酔導入時には常に誤嚥の可能性を疑い予防することが重要である。誤嚥性肺炎3症例では適切な治療で細菌感染を悪化させなかったことが予後を良好にした理由と考えられた。

15) 術中高炭酸ガス血症を持続したブラ切除症例

野口 良子 (国立療養所西新潟中央病院麻酔科)

気胸に対する開胸肺縫縮術中に、著しい高炭酸ガス血症 (PaCO_2 80~100 mmHg, pH 7.0~7.15, 2時間持続) を呈した症例 (61才, 女) を経験した。本症例は、胸腔ドレナージのため術前呼吸機能検査を施行できなかったが、術後データ等より、陳旧性肺結核を合併した、拘束性換気障害を主体とする低肺機能患者 (%FVC 27.4%) と考えられた。両側肺ブラを有する低肺機能患者の術中分離肺換気において、高い最高気道内を避け、肺の過伸展を防止する結果生じた高炭酸ガス血症は、循環器系・中枢神経系・腎機能などに重篤な合併症がない場合、本症例のようなレベルまで容認しうると考えられた。

16) 不幸な転帰をとった急性喉頭蓋炎の経験

北原 泰・森田 佳明
安宅 豊史・飛田 俊幸
遠山 誠 (竹田病院麻酔科)

生来健康な47才の男性。2日前から咽頭痛を認めていた。急に呼吸困難が強くなり救急車で来院。気管支鏡により急性喉頭蓋炎と診断され、呼吸困難症から2時間、座位で緊急気管支切開術が行われた。術中、SpO₂の低下を認め麻酔科医に協力が依頼された。

麻酔科医到着時には呼吸はほぼ不可で意識混濁・痙攣を認め、気管内挿管を試みたが、サクランボ状に高度腫脹した喉頭蓋により挿管に約5分を要し、心肺停止となった。

直ちに蘇生術施行、頭部冷却を行ったが、心拍再開までに約40分を要した。

中等度低体温等で脳保護をはかったが、2日後のCTでも膜下出血を認め、意識の回復を見ずに9日後、死亡した。

本疾患は極めて急速に気道閉塞を来すため迅速な対応の必要性を痛感させられた。

17) 心機能低下を合併した腹部大動脈瘤手術の麻酔経験 (第2報)

—持続心拍出量測定装置を用いて—

渋江智栄子・田中 敏春
国分誠一郎・永田 幸路 (新潟市民病院)
遠藤 裕 (麻酔科)
本田 忠幸 (同救命救急センター)

今回我々は心機能低下を合併した腹部大動脈瘤手術2症例の麻酔を経験した。症例1は陳旧性心筋梗塞の既往があり症例2は急性心筋梗塞を合併し駆出率25%と高度心機能低下がみられた。両症例とも麻酔導入後サーモダイリューションカテーテルを挿入し持続心拍出量測定装置によりモニタリング施行。麻酔導入後心係数の低下がみられたが硝酸イソソルビド、ドパミンなどの持続静注や、肺動脈圧を指標にしての輸液負荷により血行動態の改善をはかった。術中特に大動脈遮断前後の循環動態の変動を最小限に抑えることが心虚血を防ぐ為に肝要であり持続心拍出量測定装置は麻酔管理上大変有用であった。