

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。