

は術中の気道確保及び換気方法である。過去にも自作の気管チューブを用いて麻酔管理した報告は幾つかみられるが、腫瘍が気管分岐部直上の場合には両肺換気を行なうためには、チューブ先端からカフまでの距離及びカフの長さが短くなければならない。

今回われわれは、気管腫瘍のため通常の気管チューブでは固定が困難な症例に対して、市販のショートカフチューブであるディフェンサーⅡ®を使用し、良好な結果を得たので考察を含めて報告する。

6) 術中、周期性の徐脈が認められた頻脈患者の1例

瀬尾 憲司・荒矢 由美
高山 治子・三浦 勝彦 (新潟大学歯学部)
染矢 源治 (歯科麻酔科)

術前に頻脈が指摘された患者の全身麻酔を行ったところ、著明な徐脈が周期性に出現するという現象を経験したので報告した。

患者は19歳の女性。術前診査で120程度の頻脈を認めたが、甲状腺機能や心機能には明らかな問題は認められなかった。麻酔はミダゾラムで導入、ベクロニウムで筋弛緩を得た後経鼻挿管を行い、笑気、エンフルレンで維持した。麻酔導入時から術中にかけて、32程度の徐脈が突然発生、しばらく持続した後急に頻脈となり、これもまたある程度持続するという現象が計4回認められた。この現象の発生周期は43秒から1分25秒であった。またこうした現象は硫酸アトロピンの投与で認められなくなった。これらの現象は迷走神経系と中枢神経活動の影響があると思われた。

7) Lowe 症候群の麻酔経験

西巻 浩伸・多賀紀一郎 (済生会新潟第二
病院麻酔科)
福田 悟 (新潟大学麻酔科)
鳥海 岳 (倉敷中央病院
麻酔科)

Lowe 症候群は、非常に稀な遺伝性疾患である。白内障、緑内障、高度な知能障害、腎尿管機能障害による代謝性アシドーシス、蛋白尿、糖尿、全般性アミノ酸尿、くる病、筋緊張低下など多彩な臨床症状を呈する。

したがって麻酔管理上の問題点も多いが、特に、代謝性アシドーシスや血中の電解質バランスに注意した輸液管理、筋弛緩薬の投与の適否、脱水や発熱、骨軟化症に対する配慮などが重要である。

今回我々は、本症候群患者における停留嚢丸手術に対する麻酔を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

8) 重症熱傷患者の麻酔経験

国分誠一郎・河野 達郎
宮田 玲子・熊谷 雄一 (新潟大学麻酔科)

85%に及ぶ全身重症熱傷患者の、計4回にわたる早期壊死組織除去術、植皮術の麻酔を経験した。手術は急性期離脱後の受傷7日目から行われた。この時期における患者管理上の問題点、および、植皮術そのものにおける問題点も考慮した上で麻酔管理を行い、無事手術麻酔をおこなうことができた。

しかし、術中のモニターや体温管理、感染予防などの点でなお検討を要する部分も指摘され、今後の課題としたい。早期手術の意義は多くの点で認められており、広範囲に及ぶ熱傷患者の場合でも可能であり、かつ有用であることが認められてきている。今回の経験を生かし、今後も積極的に麻酔管理を行ってゆくための参考にした。

9) 術中冠動脈スバズムの1例

本間 富彦・木下 秀則 (竹田綜合病院)
遠山 誠・傅田 定平 (麻酔科)

術前、虚血性心疾患は否定的とされながら、術中に冠動脈スバズムを発症した症例を経験した。症例は63歳の男性で、高血圧、境界型糖尿病の既往を持つ、胸痛発作もあるも狭心症は否定的とされていた。結腸癌にて Miles の手術が行われた。サイアミラール、フェンタニール、ベクロニウムにて麻酔導入し、笑気、酸素、イソフルレンの吸入に1%メピバカインによる硬膜外麻酔を併用し維持した。手術終了直前まで、循環動態は安定していたが、心電図上冠動脈スバズムが認められた。これは自然緩解したが、手術終了直後、再びスバズムが再発し、ニフェジピン 10mg 点鼻投与、ジルチアゼム 10mg 静注により速やかに緩解した。

術後、心筋梗塞への移行もなく退院した。

10) 腰痛性疾患に対する持続硬膜外ブロック治療と運動神経伝導速度

相田 純久 (新潟大学麻酔科)

腰痛性疾患を持つ31例の患者において、症状の重症度と運動神経伝導速度との相関、およびそれらに対する持

続硬膜外ブロックの影響を検討した。その結果、運動神経伝導速度は疼痛、坐骨神経痛、ラセーグ症状などが強く見られる症例では有意に低下しているのが観察された。特に、疼痛の強さと運動神経伝導速度との間には有意に負の相関が見られた。これらの症状は持続硬膜外ブロックによる治療により有意に改善し、それに伴って運動神経伝導速度は有意に速くなるのが観察された。これらのことは実際に障害を受けている部位より末梢側の軸索にも影響が及んでいることを示唆し、これらの症状の改善と障害の回復に対し硬膜外ブロック治療が有用であり、これにより回復可能であることが示唆された。また、これらの疾患において末梢神経伝導速度を測定することは、その重症度、治療効果と予後の判定において有用であると考えられる。

11) 胸水と肺水腫を併発した胎状奇胎の1例

本多 忠幸・藤田 康雄 (新潟大学附属病院
集中治療部)
佐藤 一範
倉林 工 (同 産婦人科)

今回、胎状奇胎に肺水腫を併発した症例を経験したのでその肺水腫発生機序について若干の考察を加え報告した。

症例は43才の女性。咳嗽増強、生理不順、体重増加が出現、胎状奇胎の診断を受け、本院婦人科に入院となった。両側にかなりの胸水が指摘されたが、転移はなかった。入院8日目に呼吸困難が増強、直ちに気管内挿管したところピンク色の泡沫状の痰が吸引され肺水腫と診断された。そこで呼吸管理目的にICUに入室となった。肺動脈圧は40 mmHg以上と高く、respiratory indexで12と非常に呼吸状態が悪かった。両側胸水をドレーンジし、PEEP 10 cmH₂Oを中心とした呼吸管理を行い、入室4日目にD&Cを施行、全身状態良好で翌日退室となった。胎状奇胎でも強く妊娠中毒様の症状を呈するものでは何らかの要因により肺水腫を来す可能性があることが示唆された。

12) 股関節手術における誘発電位モニターの有理性

河野 達郎・熊谷 雄一
飛田 俊幸 (新潟大学麻酔科)
傅田 定平 (竹田綜合病院
麻酔科)

体性感覚誘発電位 (SEP: somatosensory evoked potential)、脊髄誘発電位 (SCP: spinal cord potential)

は近年<術中モニタリング>として行うことが多くなってきた。

今回、我々は人工股関節置換術において、下肢伸張時における術後の神経障害を防止するために術中SEP、SCPをモニタリングした。

方法は、SCPは総腓骨神経を刺激部位とし、腰膨大部(Th12附近)に刺入した硬膜外電極から導出した。SEPも同様に総腓骨神経を刺激部位とし、足部の感覚領域から導出した。

2回のモニタリングを行った。SEPは導出が不完全であった。SCPは2回目に波の振幅の減少が見られ、術後下肢の感覚麻痺、運動麻痺が認められた。

SCPは人工股関節置換術における術後の神経障害の予後判定に有用であると考えられた。

13) 脊椎脊髄外科手術における術中脊髄機能モニタリング

藤岡 斉 (県立新発田病院
麻酔科)
高田 俊和・穂刈 環
富田美佐緒 (新潟大学麻酔科)

脊椎脊髄外科手術患者を中心に319例を対象として上行性もしくは分節性脊髄誘発電位を指標として術中脊髄機能モニタリングを行った。手術操作により脊髄損傷をきたす危険性のある側弯症、脊髄々内腫瘍、結核性脊椎炎及び大血管外科手術においては脊髄誘発電位を指標として脊髄機能をモニタリングすることにより、術中の脊髄損傷を予防することが可能と考えられた。また、頸椎症性脊髄症、後縦ジーン帯骨化症及び低位円錐症においては、脊髄誘発電位を経時的に導出記録することは、術後の神経機能回復を含む予後の判定に有用と考えられた。

14) 緊急手術を要した慢性II型呼吸不全の1例

渡辺 逸平 (県立小出病院
麻酔科)

症例は70歳、男性。肺結核によって35年前に左胸郭形成術を施行され、その後特別な治療は受けていなかった。入院時、胸部X線で左肺の含気はまったく認められず、呼吸機能検査では著明な拘束性障害を呈していた。胃癌の手術が予定されたが、健側肺の気胸を契機に著明な低酸素血症と高炭酸ガス血症が生じ、経過より慢性II型呼吸不全の急性増悪と判断、集中管理を行った。しかし、患部より出血も持続し、全身状態の悪化も著しいため、緊急開腹胃全摘術と気管切開を施行した。術後人工呼吸