

分なモニター下および十分な麻酔深度の全身麻酔，気管内挿管下に行なわれることが望ましいと考えられた。特に新生児期の重症例では，突然の重篤な合併症の出現を念頭におき，万全の体制で望むことが肝要である。

## 2) Wilson-Mikity 症候群患者の麻酔経験

岡本 学 (長岡赤十字病院 麻酔科)  
野口 良子・福田 悟 (新潟大学麻酔科)

Wilson-Mikity 症候群患者の鼠径ヘルニア根治術における全身麻酔を経験した。麻酔管理はマスクによる補助換気下に，酸素，笑気，セボフルレンの浅い吸入麻酔と仙骨硬膜外麻酔の併用で行い，経過はおおむね良好であった。本症候群の麻酔管理においては，潜在的な右心不全傾向に注意し，可能な限り自発呼吸を残した術中麻酔管理が望ましいと考えられた。

## 3) 尋常性乾癬を合併した Charcot-Marie-Tooth 病患者の麻酔経験

木下 秀則・本間 富彦 (竹田総合病院 麻酔科)  
遠山 誠・傅田 定平 (麻酔科)  
野口 良子 (新潟大学麻酔科)

尋常性乾癬を合併した CMT 患者の直腸切除術にあたり，乾癬の病態増悪もなく，ベクロニウムを用いた全身麻酔を経験した。一般に神経筋疾患は筋弛緩薬の反応性が問題となり，非脱分極性弛緩薬は効果の遷延が考えられる。今回筋弛緩モニターを使用し，ベクロニウム少量分割投与により過量投与を避け，その結果 0.07 mg/kg で挿管に必要な筋弛緩状態を得た。その後イソフルレン 0.4~1.5% で維持し，40分後に自発呼吸の回復をみたことから，本症例では特に高い感受性はみられないと思われた。

乾癬は膿疱性乾癬などに移行すると予後も悪く愛護的な術中術後管理が必要である。

## 4) 自動除細動器 (AICD) 植込術の術中管理

津久井 淳・鳥海 岳 (新潟大学麻酔科)  
渡辺 重行・木村 亮 (新潟大学麻酔科)  
本間 富彦 (竹田総合病院 麻酔科)

薬剤抵抗性の致死性心室性不整脈による突然死を予防す

る目的で，本邦においても自動除細動器の臨床応用が始まっているが，植込術の術中管理に関する報告は少ない。我々は，重度の心機能低下症例を含め，4例(5回)の自動除細動器植込術の術中管理を経験したので報告する。

麻酔はイソフルレンまたはフェンタニールで行い，脳保護対策として，脳波モニター，ステロイド投与などを併施した。いずれの症例も術中・術後経過順調で，現在まで除細動器の作動はない。

〔結論〕除細動器植込術においては麻酔法と不整脈誘発閾値の関係，心室細動誘発時の脳保護，モニタリング等に十分配慮した術中管理が必要なのことがわかった。

## 5) 術後心筋梗塞の1例

有馬 信男・飛田 俊幸 (新潟大学麻酔科)  
鳥海 岳

陳旧性心筋梗塞及び，閉塞性動脈硬化症 (ASO) での人工血管置換術後に抗凝固療法が行なわれている患者の麻酔を経験し，術後に心筋梗塞を起こしたので報告する。(症例) 73歳男性。平成2年9月急性心筋梗塞，10月 ASO にて，右腋窩動脈-両大腿動脈バイパス術施行され抗凝固療法を受けていた。平成4年5月17日，頸椎症性脊髄症にて頸椎脊柱管拡大術施行。術前の心機能は良好だった。麻酔導入前のトロンボテストでは17%で，導入前より硝酸イソソルビドを持続投与した。麻酔は GOI にて維持した。術中のトロンボテストは20%と低値だったが，止血は十分可能で，血行動態に著変なく，心電図上にも異常は認めなかった。術後1日目，胸部痛が出現，心電図より前壁梗塞が疑われ，左前下行枝に狭窄を認め PTCA を施行，軽快した。(結語) 血管の閉塞及び再梗塞の危険性をふまえ術後での厳密な管理が要求される。

## 6) 術後対麻痺を生じた大動脈縮窄症の1例

佐久間一弘・鳥海 岳 (新潟大学麻酔科)

大動脈遮断を必要とする手術では脊髄虚血による対麻痺が問題となる。大動脈縮窄症の術後に対麻痺を生じた症例を経験したので報告する。5カ月女児。生下時より心雑音を指摘され大動脈縮窄症及び動脈管開存の診断の下，パッチによる拡大術及び動脈管結紮術が施行された。術中大動脈遮断は32分，遮断中体温は 38.7℃であった。呼吸・循環等に関しては術中・術後経過良好であったが

下肢の運動低下を生じ、L<sub>1-2</sub> 以下の虚血性脊髄障害と診断された。本症例では遮断中の体温が術後対麻痺の一因と考えられる。また遮断遠位部の血圧モニターは必要であり、体性感覚誘発電位等の脊髄機能モニタリングの適応も考慮されるべきである。短時間ではあっても大動脈遮断を伴う手術に対しては厳重な脊髄保護が必要である。

消化管の腹腔内還納手術が予定された。麻酔は GOI とフェンタニルで行い、S-G カテーテルで循環動態をモニターし、肺動脈楔入圧が急激に変動しない様に輸液量を調節しながら、心収縮力増大、後負荷軽減等を目的にカテコラミン、PGE<sub>1</sub> を持続投与した。胸腔内臓器の還納に伴い、心拍出量の著明な増加が認められた。その後も術中・術後を通じ良好に経過した症例である。

7) ラリングアルマスクを用いた挿管方法が有用であった1症例

小村 昇・丸山 洋一 (県立がんセンター)  
高橋 隆平 (新潟病院麻酔科)

今回我々は乳癌の頸椎への転移性腫瘍に起因する四肢麻痺、横隔神経麻痺のため頭部の後屈を禁じられ、やや前屈の状態を保ったままでなければならない症例に対し、ラリングアルマスクを利用し安全にかつ迅速に挿管し2回の全身麻酔を無事終了し得たので報告する。用意するものはラリングアルマスク、気管支ファイバースコープ(オリンパス社製 LF-1 で直径4.0mm)、誘導用チューブ、オブチュレーター、スパイラルチューブで、誘導用チューブはポルテックス社製ダブルルーメンチューブ5.0を2本に分解し、約45cmのカフなしチューブに作り直したもので、オブチュレーターは、直径2.5mmのガイドワイヤーケースで約60cmの長さにしたものである。

9) 原因不明の術中急性循環不全：インフルレンとの関係について

阿部 崇・永田 幸路 (新潟市民病院) 麻酔科  
丸山 正則  
丸山 洋一・高橋 隆平 (県立がんセンター) 新潟病院麻酔科  
藤岡 斉・油井 勝彦 (県立新発田病院) 麻酔科  
羽柴 正夫 (県立吉田病院) 麻酔科  
馬場 洋 (新潟大学麻酔科)

インフルレンは'90年に市販された麻酔薬だが、その使用中に原因不明の急性循環不全が新潟県内で5例(うち1例は2度)生じた。循環不全の原因として、浅麻酔による迷走神経反射の著現や、冠スパスムの発生、術前からの hypovolemia が考えられた。coronary steal を含めたインフルレンの関与は断言できないが、十分な注意が必要と思われる。発表時に他県の施設からも賛同を得られた。

8) 胸腔内消化管ヘルニアにより高度に呼吸循環機能が障害された症例の術中、術後管理

多賀紀一郎 (済生会新潟第二) 病院麻酔科  
川口 正樹・相馬 哲朗 (同 外科)  
石崎 悦郎 (新潟大学麻酔科)  
福田 悟 (新潟大学麻酔科)

症例は69才女性。主訴は呼吸困難。既往歴としては、H2年に右視床出血を起こし、この時に高血圧と食道裂孔ヘルニアの存在を指摘されている。現病歴は、50才頃より気管支喘息発作をくり返していたが、本年になって息切れ感増悪、頻呼吸、心悸亢進、下肢の浮腫等の症状が出現。以前は利尿剤等の投与で軽快していた上記症状も今回は改善せず、胸部レ線でもCTRの増大が認められた。その他呼吸機能検査では著明な混合性の呼吸障害が、心エコーでは後縦隔に入り込んだ消化管が心臓を圧迫し、拡張不全を起こしている事が確認され、胸腔内

10) 側弯症手術における術中脊髄機能モニタリング

藤岡 斉・油井 勝彦 (県立新発田病院) 麻酔科

側弯症手術患者134例を対象に、上行性脊髄誘発電位C-SEPを指標として、脊髄機能モニタリングを行い、C-SEPの振幅と頂点潜時の変化と循環動態の変動及び術後の神経障害を比較検討した。脊椎矯正操作によりC-SEPの振幅がコントロールの50%未満にまで減弱した12例中2例と、矯正操作中に、C-SEPの頂点潜時が0.2ms以上遅延しかつ振幅が50%未満にまで減弱した4例中1例で、術後、一過性の下肢筋力と異常知覚が出現し、また、矯正操作により、波形が消失した6例中の2例では、術後重篤な神経障害が生じた。矯正操作中のC-SEPの振幅がコントロールの50%以上であった症例では、全例術後神経障害が認められなかったことから、