

下肢の運動低下を生じ、L₁₋₂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、PGE₁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、

側弯症手術に於ける脊髄機能評価に際し、C-SEP はきわめて鋭敏な指標となることが示唆された。

11) 気道熱傷の治療経験

本多 忠幸・佐藤 一範 (新潟大学医学部附
属病院集中治療部)
吉川 恵次 (同 救急部)
吉谷 克雄 (同 第二外科)

我々は、気道熱傷で大量初期輸液を必要とし、治療過程で瘀血塊で気道閉塞を起こした症例を報告した。症例は60歳、男性。車内で発火し受傷、気道熱傷が疑われ、ICUへ入室した。受傷面積は顔面等15%でIからIIであった。初期輸液をバクスターの公式で開始、ショック期離脱に2倍量が必要とした。気管支ファイバー(BF)では、気道粘膜蒼白と多量の煤を認め、呼吸指数(RI)3.9だった。調節呼吸とし、第8病日で気管切開を施行、呼吸器離脱を試みた。翌日気道内圧の急激な上昇、徐脈及び低血圧を呈し、蘇生した。BFで右主気管支の瘀血塊による閉塞を確認、生検鉗子で除去した。その後再開塞なく退室した。ショック期離脱には大量輸液が必要で、また、閉塞の原因は、気道粘膜からの出血や脱落或いは気切部の出血が考えられる。

12) 腹腔鏡下胆嚢摘出術後のCO₂ナルコーシスの1例

里見 恭子・里見 典史 (県立中央病院
麻酔科)

腹腔鏡下胆嚢摘出術中、気腹に用いた炭酸ガスにより著明な皮下気腫となり、術後皮下気腫の吸収のためと思われるCO₂ナルコーシスをきたした症例を経験した。高炭酸ガス血症、皮下気腫は、術後2時間ほどで軽快したが、内転麻痺を残した。腹腔鏡下手術での呼気炭酸ガス濃度モニターの重要性を痛感した。

13) 急性腹症と間違われた、腹痛を伴った原因不明の高度アシドーシスの1例

丸山 正則・阿部 崇 (新潟市民病院)
永田 幸路・遠藤 裕 (麻酔科)

〈症例〉64歳男性、アルコール依存症、アルコール性肝障害、腸閉塞の手術既往あり。入院当日の早期より、腹痛、心窩部痛訴え、次第に意識レベル低下、全身冷汗

などの症状あり、AMIの疑いで、当院緊急入院。ECG、心エコーよりAMI否定され、四肢末梢のチアノーゼ、BE-30、血液乳酸257mg/dlと高度のアシドーシスに加え、腹部単純レ線で小腸ガス像見られ、拘約性イレウスの診断で、緊急開腹術が行われた。腹腔内には、肝硬変以外所見なく、術後一過性にショックとなったが、翌日には回復し、全身状態も短期間に改善した。高度アシドーシスの原因として、アルコール常用に伴う、Vit B₁欠乏症が考えられ、早期のVit B₁投与が、全身状態の早期改善に役立ったものと考えられた。

14) 三叉神経第三枝の永久ブロックにおけるレ線透視の有用性

丸山 正則・永田 幸路 (新潟市民病院)
阿部 崇・遠藤 裕 (麻酔科)

近年、三叉神経痛に神経血管減荷術が奏効することから、次第に三叉神経の永久ブロックが行われない傾向にある。しかしながら、種々の理由により、手術が適応とならない三叉神経痛も存在し、これらに対しては、やはりブロックが最も有力な治療手段である。

最近、手術が適応とならなかった2症例に、三叉神経第3枝の永久ブロックを、レ線透視下に行い、レ線透視せずに行った時に比べて、はるかに容易に、かつ確実に行われることを、体験したので、その概要を紹介する。三叉神経の永久ブロックは、患者に与える疼痛負担をできるだけ少なく、しかも確実なブロックをすべきである。ある特定の人の名人芸に頼るのではなく、誰にでも確実に施行できるブロックのためには、レ線透視下に行うことが、必須条件と思われる。

15) 硬膜外脊髄通電療法が、抗痙攣、除痛に奏効したpainful tonic seizureの1例

穂刈 環・富田美佐緒 (新潟大学麻酔科)

硬膜外脊髄通電療法(epidural spinal cord stimulation; ESCS)は、その適応疾患が広がっているが、今回われわれは、多発性硬化症の患者で、頑固なpainful tonic seizureに対しESCSを試み、良好な経過を示したので報告した。

症例は昭和46年に発症した44歳の女性である。昭和63年頃より右下肢の痙攣が始まり、徐々に抗痙攣薬が無効となり、平成3年7月当科にコンサルトされた。当初持続硬膜外ブロックで対処したが、しだいに局所麻酔剤が