第33回新潟麻酔懇話会
第12回新潟ショックと蘇生・集中治療研究会

日　時　平成2年12月22日（土）
午前10時から

会　場　新潟大学医学部有壬記念館2階

一　般　演　題

1）眼科手術中に発生した肺水腫

滝井　尚子・遠藤　　裕（新潟大学付属病院麻酔科）

眼科手術中に塩酸フェニレフリンが誘因と考えられる肺水腫を経験したのでこれを報告する．症例は14歳，男性．網膜剝離にて3回の手術の既往があり，再剝離にて手術施行となった．術前状態に異常所見を認めなかった．麻酔は酸素・笑気・エンフルレンを使用した．

手術開始後，5％塩酸ファニレフリン 1ml の結膜下注射，1％アトロピンの点眼を施行直後，二段脈出現，血圧 220/110mmHg，脈拍170回／分となり，リドカイン，ニカルジピン，ピンドロールを静注し安定を得た．血圧上昇より20分後，$SstO_2$ 86％となり PEEP 5cm H_2O を開始し，改善し得た．術後，ピンク色泡沫上液体が気管内吸引された．塩酸フェニレフリンの血管収縮作用にて肺毛細管圧が上昇し，急性肺水腫が発症したと考えられ，血圧の上昇と同時にみられた頻脈はアトロピンが関与していると考えられた．薬物の眼内投与により全身性の副作用を起こすことがあり，麻酔科医は配慮しなければならない．

2）肺縫縮術中に対側に発生した気胸の1症例

渋江智栄子・多賀紀一郎（新潟大学麻酔科）
丸山　正則　　（新潟市民病院麻酔科）

今回われわれは，肺縫縮術中 $A\text{-}aDO_2$ の開大を生じ，手術終了後対側に気胸を生じていた事が判明した症例を経験した．

［症例］21才，男性．昭和60年左自然気胸に対し肺縫縮術施行の既往あり．平成2年右気胸に対し肺縫縮術施行．術中 $A\text{-}aDO_2$ の開大を生じ，術直後の胸部X線にて左側の気胸が判明．術前の胸部X線では左側に癒着性瘢痕を認めたが注意深く観察すると既に気胸が発生していたと読めないこともない．

非開胸側にも気胸を生じる可能性が予想される場合にはあらかじめドレーンを挿入しておく，HFJV 等の配慮が必要と考えられた．

3）大量の胸水貯留をきたした Meigs 症候群の麻酔経験

佐久間一弘・渋江智栄子
福田　　悟　　（新潟大学麻酔科）
羽柴　正夫　　（新潟県立中央病院麻酔科）

Meigs 症候群は卵巣腫瘍に胸・腹水を合併するものである．本症候群に対する麻酔中に大量の胸水により低酸素症を生じた症例を経験したので報告する．53歳女性．卵巣腫瘍に対し子宮全摘術・付属器切除術が施行された．約10日前に胸腔ドレナージにより胸水を吸引されていた．麻酔導入直後より血液ガスが悪化し $F_{IO_2}=0.5$ にて $P_{aO_2}=60.3$mmHg と著しい低酸素症を生じた．純酸素による換気・PEEP 等の処置により回復を見た．手術終了後胸水約 2000ml を吸引し，以後呼吸に関しては良好に経過した．胸水合併の本症候群に対しては術前・術中・術後を通し呼吸状態の厳重な評価と管理が必須と思われた．

4）セボフルレンによる全麻帝王切開

馬場　　洋・丸山　洋一（県立がんセンター麻酔科）
高橋　隆平

全身麻酔による帝王切開術の最大の欠点は麻酔薬による児の抑制である．当施設では，セボフルレンを用いて，娩出時に児の抑制を生じない帝王切開術の全身麻酔を行っている．

方法：まず，十分酸素化した後，笑気60％，酸素，セボフルレン4％で麻酔を導入する．約1分後に意識消失を確認後，サクシニルコリンを静注し，気管内挿管を行う．挿管後，ただちにセボフルレンを中止し，以後，児の娩出までの間，笑気 3L，酸素 2L とベクロニウムのみで麻酔を維持する．麻酔導入から児の娩出まで約10分である．児の娩出後，笑気3～4L，酸素 2L，低濃度セボフルレンで麻酔を維持する．この方法で10症例の全麻帝王切開術を経験したが，全例，児は娩出直後より啼泣し，麻酔薬による児の抑制は全く認められなかった．また，術中覚醒，誤嚥等の合併症は認められなかった．