0.054，ICGRmax0.327，PA54/18，CI1.57 であった．大量フェンタニル麻酔，拍動流体外循環，術後の肝庇護療法等の実施により，肝不全を生じることなく回復した．進行した慢性肝炎やその終末像である肝硬変を合併した患者は従来開心術の適応外と考えられてきたが，周術期の管理の進歩により今後この様な症例は増加することが予想される．麻酔管理上は肝うっ血の防止と血流の維持が重要であろう．

6）右房内腫瘍血栓を併う腎腫瘍摘出術の麻酔経験

佐藤　祐次・渋谷　伸子（立川綜合病院麻酔科）
君川　正昭

全身倦怠感，右腰部痛を主訴とする60才の男性が，精査の結果，下大静脈及び右房内に腫瘍血栓を伴う腎悪性腫瘍と診断され，全摘出術が予定された．笑気，ハロセン麻酔下に肝と右腎を剝離した．大量フェンタニル麻酔に変更した後，体外循環を開始し，膀胱温20℃の低体温を得て，循環遮断とし，下大静脈，右房内の血栓の摘出を行なった．腎門部より下方の下大静脈に進展した腫瘍血栓症は取りきれず，全摘出は断念し，手術を終了した．軽い腎機能障害は残したが，肝機能，神経機能に異常は残さなかった．肺動脈圧と呼気炭酸ガス濃度をモニターし，肝と腎の静脈還流路を確保する事が，術後合併症の予防に重要と思われた．

7）Funnel chest の麻酔

山岸真由美・福田　　悟（新潟大学麻酔科）
星　　栄一　　（新潟大学整形外科）

漏斗胸患者のラヴィッチの手術において術中心室性不整脈発生率と術後早期の呼吸機能障害につき，笑気・酸素・ハロセン麻酔（以下ハロセン麻酔）12例と笑気・酸素・エトレン麻酔（以下エトレン麻酔）36例とで比較検討した．

ハロセン群では，術中心室性不整脈発生率がエトレン群に対して有意に高かった．不整脈の発生率からは漏斗胸手術の麻酔法としてはエトレン麻酔が適している．

肺酸素化能の指標となる PaO_2/FiO_2 値につき，術前・術中・術後1～2日めを比較すると，両群とも術前・術中は不変，術後で有意に低下した．また術中・術後の PaO_2/FiO_2 値は両群間に差はなかった．術後の肺酸素化能低下の原因としては，胸部単純写真から，主に無気肺，胸水，気胸があげられた．

8）CCI を指標とした開頭術の術中術後管理

小野　信吾・本多　忠幸（都立神経病院麻酔科）
清水　裕幸

我々は，Cerebral Circuratory Index（CCI）を指標にして開頭術管理を行っている．術後過換気の為に意識障害を来たした後頭蓋窩手術の一症例を報告した．

症例は69歳女性，脳幹部の障害の為，術後重篤な過換気を来たし，皮質には障害がないにも拘らず，脳血流が減少し意識障害を来たした．低下した CCI を上昇させる為に，高濃度酸素投与と機械的死腔増加として手段を試みた．

開頭術の術後管理には，意識レベルの注意深いチェックが必須であり，麻薬などの意識レベルに変化を来たす薬剤の使用は，極力，避けるべきである．CCI は異常状態の発見のみならず，治療の効果判定にも有効であった．

9）当院における虚血性心疾患を有する患者の麻酔管理について

遠藤　　裕・森岡　睦美（新潟市民病院麻酔科）
渡辺　重行・丸山　正則

昭和62年4月1日より同年12月12日までの約8ケ月間に当科にて麻酔管理を受けた1620例（開心術症例を除く）中，術前心電図にて虚血性変化を認めたもの，既往に心筋梗塞，狭心症を有するもの，AC-Bypass 施行例，および PTCA，PTCR 施行後症例計71例につき，その麻酔管理，転帰について検討を加えた．

診療科として腹部外科症例が41例で多く，年齢的には60～70歳代にピークが認められた．麻酔法としては，導入に麻薬を用いた症例が全麻例の34％を占め，維持にはエンフルレン，ハロセンおよび硬膜外麻酔併用例が多く認められた．PA-カテーテルは6例に挿入されたのみで，約半数の症例において，亜硝酸薬の投与がなされていた．周手術期心筋梗塞は1例，心筋虚血は1例に認められた．

10）胸部大動脈瘤の麻酔経験

渋谷　伸子・佐藤　裕次（立川綜合病院麻酔科）

最近の胸部大動脈瘤手術10症例について，術前状態，術中管理，術後合併症を調査した．

32～75歳の男8例，女2例で，解離性大動脈瘤が8例，嚢状動脈瘤が2例であった．

緊急例はいずれも急性大動脈解離で，DeBakey Ⅰ型が4例，Ⅲ型が1例であり，術前挿管例2例を含め3例がショック，4例が無尿状態であった．麻酔は大量フェ

ンタニル麻酔で血圧コントロールにニトログリセリン，トリメタファン，ドパミン，ドブタミンを用いた．Ⅰ型は人工心肺使用し，Ⅲ型は片肺換気と一時体外バイパスを使用して人工血管置換術を行った．術後意識障害が1例，呼吸不全3例，急性腎不全透析2例，高度溶血性黄疸1例，右下肢麻痺1例の合併症がみられた．

11）小児の内視鏡的食道静脈瘤硬化療法の麻酔管理　―覚醒遅延を生じた1例―

野口　良子（新潟大学麻酔科）
小形　雅子（弁天橋病院麻酔科）

食道静脈瘤に対する内視鏡的硬化療法（以下硬化療法）は小児において主に肝前性門脈閉塞症や，先天性胆道閉鎖症術後症例で侵襲の少なさからその応用が積極的に検討されている．今回我々は根治的手術適応のない先天性胆管低形成の1才，男児の食道静脈瘤に対する硬化療法の麻酔管理を経験した．栓塞剤（オレイン酸エタノールアミン）注入直後，徐脈と血圧低下を生じ，全身循環への流入が推測された．アトロピンの投与後まもなく回復したが，その後覚醒は遅延した．術後2日目には肺炎および DIC が顕在化し，術後4日目に制御不能の気道出血を生じ死亡された．硬化剤による直接，間接的影響が原因として考えられた．術前肝機能障害の著しい児では術中，術後の合併症に十分留意すべきであろう．

12）突然の CO_2 ナルコーシス発作を繰り返した慢性呼吸不全の1例

森岡　睦美・渡辺　重行（新潟市民病院麻酔科）
遠藤　　裕・丸山　正則

呼吸不全や喘息発作の既往もなく，理学的に胸部レ線でも異常所見が見られないにもかかわらず，突然意識消失をきたし，脳幹部梗塞と誤診された慢性呼吸不全患者を紹介する．頸部悪性腫瘍廓清術のため入院した38才女性で，尋常性天疱瘡でステロイド剤内服の他既往歴に異常ない．第1回目の手術麻酔経過は問題なかった．1カ月後の早朝突然の意識消失発作を来たし，脳幹部梗塞が疑われた．人工呼吸に際し異常な気道内圧上昇を示し，人工呼吸後数分で意識の回復をみたことより，喘息発作による CO_2 ナルコーシスと考えられたが，理学的所見に乏しく内科医は否定的であった．第2回目の手術中には，呼吸管理に難渋し高炭素ガス血症を来たした．その後，COPD と診断され内科に転科されたが，再々度の発作をコントロールできず，死亡した．

13）術後，心室性頻拍を来したQ・T 延長症候群の1例

遠山　　誠・木村　　亮（竹田綜合病院麻酔科）
佐藤　一範

QT 延長症候群は，死に至る重篤な不整脈を呈することがあり，周術期の管理が重要である．今回我々は，術後 Torsade de Pointes（TdP）型心室性頻拍を呈した症例を経験したので報告する．症例は，69才女性．主訴は貧血，腹痛．既往歴，家族歴は特に問題なし．G・O エンフルレン麻酔で，盲腸癌手術後，第一病日に TdP 型心室性頻拍発作を呈した．リドカイン静注無効で，カウンターショックで洞調律に回復した．手術前後の ECG で QTc の延長が見られ，遺伝性・二次性の原因なく，散発型 Q・T 延長症候群と診断された．本例は，Q・T 延長があるため，手術ストレス等により TdP を起こしたと考えられる．

14）高圧酸素療法後著明な気胸を生じた症例

渡辺　重行・森岡　睦美（新潟市民病院麻酔科）
遠藤　　裕・丸山　正則

鎖骨下静脈穿刺後，胸部X線で気胸が認められなかったにもかかわらず，高圧酸素療法（以下 OHPと略）の減圧時に著明な気胸を生じた症例を経験した．

結腸癌末期患者に併発した麻痺性イレウスに対し OHP を施行．13回目の OHP に先立ち経静脈栄養のため鎖骨下静脈穿刺が試行されたが，胸部X線写真にて異常は認められなかった．3時間後 OHP を施行したところ，減圧時に強い胸痛と呼吸困難を訴え，胸部X線で著明な気胸が確認された．OHP 施行前には気胸の臨床所見はなかったことより，本例における気胸の発生には，OHP の減圧による影響が関与した可能性が考えられた．鎖骨下静脈穿刺施行後に OHP を行う場合には，たとえ臨床所見が見られなくとも気胸合併の可能性につき充分に留意する必要がある．

15）長期エーテル吸入により寛解した重症喘息発作の2症例

冨士原秀善・福田　　悟
羽柴　政夫・高田　俊和
西村　喜宏・冨田美佐緒（新潟大学麻酔科）
下地　恒毅
吉川　恵次　　（同　救急部）

第1例；39歳男性．ステロイド投与により治療されていたが，重症喘息発作出現．呼吸困難を主訴とし救急部入室．第2例；41歳女性．昭和52年，鼻ポリープ摘出後，