

14. 気管分岐部粉碎症例の麻酔経験

市川 高夫・佐藤 祐次 (長岡赤十字病院)
 富田美佐緒 (麻酔科)
 佐藤 良智・中沢 聡 (同 胸部外科)

鈍的外傷による気管分岐部の完全粉碎断裂症例に対し受傷後2時間で緊急手術を行い、術中重度低酸素血症のもと6時間半の麻酔を管理し、救命し退院させ得たので報告する。

症例は35才男性で、工事現場でダンプとコンボのバスケットの間に胸を挟まれ、呼吸困難、意識混濁にて当院救急救命センターに搬入された。気管内挿管にて気道出血を認め、皮下気腫著明、胸部レ線写真にて両血気胸を認めた。両側胸腔内ドレーン挿入、気管支ファイバースコープ施行するも、気管断裂部がはっきりせず、そのうち全身痙攣が見られてきたので直ちに手術室に搬送し、緊急手術を施行した。右開胸で気管と左右気管支の3つともが完全に分離していることがわかった。術中片肺換気、左右分離肺換気、HFJV等にて呼吸管理を行い重度低酸素血症が長時間続いたが無事気管形成を終了し、その後2ヶ月半で徒歩退院させ得た。

15. DREZ tomy の術中術後管理

一循環動態を中心に

傳田 定平・清水 裕幸 (都立神経病院)
 西村 喜宏 (神経麻酔科)

慢性難治性疼痛患者に対するDREZ tomyの術中管理に於いて、麻酔導入後極端な血圧低下を生ずる例があり、この為23例中9例に於いて術中カテコラミン(CA)の持続投与が必要であった。この23例を術中CA使用群と非使用群に分け比較検討すると、術中CA投与された9例中60歳以上の症例が6例と高齢者の占める割合が多く、疼痛期間の長い例が多かった。更に術後死亡したものが2例あり他の1例は麻酔導入後極端な血圧低下の為手術を中止するなどCA非使用群に比しリスクの高いことが示唆された。又最近の2症例で術中スワン・ガンツカテーテルを用いて循環動態の検索を行った結果、麻酔導入直後より収縮期血圧が80mmHg以下と低下、心拍出量は2.0~2.5 l/minと極端に低下していることがわかった。

16. 輸液ポンプのコンピューター制御

羽柴 正夫・里見 典史 (新潟大学麻酔科)

カテコラミン等の投与や、小児の輸液のように正確な輸液速度及び量を必要とする場合、輸液ポンプが使用される。最近、特別なアクチュエーターを用いることなく

輸液速度などがコンピューターで制御出来る輸液ポンプを試用し、その精度のチェックと評価用のプログラムを作成したので報告する。ポンプはIVAC 560で、圧センサーを備えており、中心静脈圧の測定が可能である。パーソナルコンピューターPC 9801 F2とRC 232 Cケーブルで連結し、プログラムはBASICにより作成した。命令に対する誤動作はなく、RS 232 Cケーブルの遮断や、コンピューターの電源断に対しても、ポンプは警報を出して自動停止し、信頼性は高いと考えられた。硬膜外注入や輸液の制御などのオープンループコントロールには問題なく使用でき、クローズドループコントロールへの応用も可能と考えられた。

17. 癌転移による気管支狭窄に対しダブルルーメン気管内チューブを用いた呼吸管理の一例

穂苅 環 (新潟大学麻酔科)
 丸山 正則 (新潟市民病院)
 麻酔科

膀胱癌の転移により気管支狭窄をきたした症例に対し、ダブルルーメンチューブを用いて呼吸管理を行なったので報告する。

症例は69才の女性で、昭和60年11月に右広範腎摘除術を施行されている。昭和61年4月突然呼吸困難を訴え、胸部レ線にて、気管下部から左気管支にかけての狭窄が見つかった。透視下に、ダブルルーメンチューブを経口挿管し、十分鎮静させて一週間経過観察をした。経口挿管による長期管理は無理と判断し、気管切開をして、前のチューブにスタイレットを挿入しこれをガイドとして、ダブルルーメンチューブを入れ替えた。

家族と応答可能にするため、覚醒を図り、意識清明となってもファイティングはなく、血液ガス所見も良好であった。このまま長期管理が可能であろうと考えたが、気管切開孔からの思わぬ大出血のため永眠された。

18. エーテル吸入により寛解した重症気管支喘息重積の一例

益子 和徳 (中央綜合病院)
 麻酔科
 樋口 英嗣・高頭 正長 (同 内科)

症例。55才男性、昭和60年6月感冒を契機に咳、喘鳴が持続。同10月以降気管支拡張剤の投与で軽快・増悪を繰り返していた。昭和61年2月初旬より労作時呼吸困難が増強。同3月8日呼吸困難にて来院。アミノフィリン