

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、気管断裂部ははっきりせず、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 RC232 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

静注によっても軽快せず入院。食事摂取不可能。

入院後経過。輸液、アミノフィリン、ステロイド化学療法(CMX)にもかかわらず症状増悪。酸素療法下で PO_2 66.2 torr Pco_2 89.9 torr となり意識障害も出現してきたので全身麻酔を施行することとした。気管内挿管後の最大吸気圧(MIP)は30 cmH₂O 以上で、ハロセン、エンフルレン吸入で変化なく、エーテル8~10%吸入により気管内分泌物の大量吸引が可能となり、MIPは徐々に低下、血液ガスも正常化した。48時間を要した。以後現在まで喘息発作を認めない。

19. ICU 管理と誘発電位

一脳死例、蘇生後脳障害例における
検索から一

清水 裕幸・傳田 定平 (都立神経病院)
西村 喜宏 (神経麻酔科)

パソコン制御による誘発電位の連続自動測定システムを開発し、ICU 管理において臨床応用した。主要機器はパソコン(PC-9801, NEC)と誘発電位測定装置(CA-5200A, Cdcoell)で、脳血管障害により脳死へ移行した2例と蘇生後脳障害の1例において誘発電位の経時的变化をCT所見や臨床症状と対比して検討した。脳血管障害の2例では、頭蓋内病変が極めて重篤であったため脳波とSEPの消失後24時間内にABRが潜時の遅い成分より順次消失した。一方、約1時間の心停止後蘇生した症例ではABRのII~V波が蘇生後7日まで残存し、1波は8日目に消失した。以上より、本システムはICU管理上中枢神経系の病態把握に極めて有用であることがわかった。

特別講演

腎障害と麻酔

岡山大学医学部麻酔・蘇生学教室

小坂 二度見 教授

第15回新潟画像医学研究会

日時 昭和61年7月12日(土)

午後2時より

会場 新潟大学医学部第IV講義室

一般演題

1. CT 上視床に低吸収域をみとめた単純ヘルペス脳炎の1例

藤森 勝也・小池 亮子 (新潟大学脳研究所)
湯浅 龍彦・宮武 正 (神経内科)

症例、27歳、男性。数日前より発熱、頭痛があり、意識障害を主訴に来院した。髄膜刺激症状、反射の著明亢進、病的反射の出現、上下肢の麻痺などを認めた。髄液検査では、細胞数515/3(リンパ球511, 多核球2, 赤血球2)蛋白77mg/dl、脳波では、3~6Hzの徐波が広汎に認められた。入院時の頭部CTでは、び慢性脳腫脹が示唆された。以上よりウイルス性髄膜脳炎、特に単純ヘルペス髄膜脳炎が疑われ、acyclovir、ステロイド剤等投与し、入院後約50病日にはまったく異常を認めなくなった。経過を追って頭部CTを実施したところ、第6病日には、左視床・被殻後部・帯状回に低吸収域が出現したが、第51病日にはまったく異常を指摘できなくなった。血清、髄液での単純ヘルペスウイルス抗体価の推移より、単純ヘルペス脳炎と診断できた。単純ヘルペス脳炎で、視床に低吸収域を認めた興味ある例である。

2. ヘルペス脳炎の1例

谷口 禎規・渡辺 正人 (長岡赤十字病院)
外山 孚・渡辺 正雄 (脳神経外科)

ヘルペス脳炎では、抗ウイルス剤の投与をめぐる、発症後1週間前後での早期診断の重要性が叫ばれている。これに伴いCT、Angioの有用性を示す報告が増えている。今回当施設でも発症後1週間前後にCT、Angioを施行する機会を得たので報告する。

症例は69才の女性。発症後1週間目のCTにて右側頭葉底部に低吸収域を認めた。同日のAngioでは、本症に特徴的とされるearly venous drainage, mass effect, stainなど有意な所見は得られなかった。follow up CTにて、低吸収域の拡大、gyral enhancement, 高吸収域が認められた。Angioに関し、CT上造影剤による増強効果がみとめられる時期に施行すれば何らかの所見が得られた可能性があったと思われる。