

## 27 巨大プラを合併した破裂性脳動脈瘤患者の麻酔経験

山梨医科大学 麻酔科

船山忠久、真鍋雅信、松川 隆  
鈴木まほみ、熊澤光生

今回われわれは右上肺野に巨大プラを有する破裂性脳動脈瘤に対する緊急手術の麻酔管理を経験したので報告する。

## 症例

72才、男性、身長153cm、体重45kg

緊急手術であればあるほど限られた時間内に的確な情報を得ることが重要であり、今回術前に得られた主な情報としては以下のことがあった。①手術当日、早朝発症の動脈瘤破裂であり、食事は摂取していなかった。②心電図上V<sub>5</sub>V<sub>6</sub>でSTが低下していた。③胸部X線写真で右上肺野に巨大プラが認められ、誤嚥所見等みられなかった。また術前得られず術後得られた情報としては、20本／日を数十年という喫煙歴がある。

## 麻酔経過

前投薬は投与せず入室。導入10分前よりO<sub>2</sub>投与し十分なる脱窒素を行った。導入はTNGを併用しながらパンクロニウム1mgでプラキュラリゼーション後、サイオペンタール250mg、サクシニルコリン60mgを静注し crash induction に準じて、37Fr左用Broncho-cath tubeを挿管した。以後左肺のみをFiO<sub>2</sub> 1.0、480×12／分で換気した。右の囊胞側肺には圧をかけずO<sub>2</sub> 31／分を流すのみとした。吸入麻酔薬はセボフルレンを用いた。術中の動脈血ガス分析では良好な結果が得られた。手術終了まで麻酔深度を十分保ち、十分気管内吸引をし、自発呼吸のため硫酸アトロピン1.0mg、ワゴスチミン2.0mgを投与し、呼吸状態が良好であったので念のため経鼻挿管の用意しつつ抜管した。抜管後撮影した胸部X線写

真を術前のものと比べてみても、巨大プラ自体の進行などはみられなかった。

## 考察

今回の麻酔管理上問題点となったものは①破裂性脳動脈瘤に対する緊急手術②高齢③虚血性心疾患の疑い④巨大プラという点である。①～③に対してはTNGを0.1～0.5ug/kg/minで持続静注し中等度の低血圧麻酔とし、術中高血圧に対しては、塩酸ニカルジピン1回静注で対処した。今回の症例の麻酔管理にあたってもっとも注意しなければならなかつたのは、巨大プラ自体の進行阻止とプラ破裂によりおこる緊張性気胸の予防である。そのためわれわれは以下の工夫をした。右巨大プラには陽圧をかけず維持するため今回は37Fr左用Broncho-cath tubeを用いた。導入にあたっては気管カフが声帯をこえたところで右巨大プラに陽圧をかけないようカフはふくらまさず用手換気とした。以後左肺のみを換気し、右の囊胞側肺には圧をかけずO<sub>2</sub>を流すのみとした。また閉鎖腔圧を上昇させないため笑気は使用しなかった。また通常の開胸麻酔と異なり麻酔科医が患者の頭側にいることができず体位変換などには細心の注意をはらう。緊張性気胸やプラの進行の可能性に対しては速やかなに対処ができるよう、呼吸音、気道内圧、循環動態などを常時観察し、ドレナージの準備をしておいた。不本意な点は空気の使える麻酔器が他の症例は使用されており仕方なく酸素-セボフルレン麻酔とした点である。