

# 逆Yの悲劇

廣田弘毅(富山大学附属病院麻酔科診療教授)

**頭**の中でアラートが点滅している。何か変だ…すごくおかしい…。

その頃まだ駆け出しの麻酔科医だった私は、椎間板ヘルニア(第4/5腰椎)手術の全身麻酔をかけていた。この手術は患者を腹臥位にして、椎体後方から細長い鉗子(髄核鉗子)で脱出ヘルニアを摘出するもので、通常なら出血もなく短時間で終わる。患者に特別なリスクはなく、何でもない麻酔…のはずだった。

その患者の血圧が58/42mmHgに下がっていた。術野に出血はなく、冠不全やアレルギ一の徴候もない。麻酔薬濃度を下げ、昇圧薬を投与するがショック状態は増悪する一方だ。患者の異変を執刀医に告げると、予期しない言葉が返ってきた。

「髄核鉗子が深く入りすぎたかもしれない」

鉗子とショックに何の因果関係が…? 私は訝しんだが、その刹那、ある解剖学的事実に思い至り戦慄した。腰椎前面には大動脈と下大静脈が併走している。後方から挿入された髄核鉗子が深く入り過ぎれば、それらの大血管を損傷する可能性がある。椎体前面の出血は術野から直接見えない。

静かだった午後の手術室は一転、コード・ブルーとなった。手術は中止して患者を仰臥位とし、輸液・輸血および昇圧薬を投与した。開腹して外科的に止血する手もあったが、その病院に血管外科医はいなかった。患者をICUに入室させ保存的に治療することとなった。

幸い約2000ccの輸血で患者はショック状態を脱した。「この程度の輸血で済むなら、血管の損傷は案外小さかったのかもしれない」と安堵していた矢先、突然の心停止となった。2度目のコード・ブルーである。何とか蘇生には成功したが、患者は広範な肺塞栓症を来していた。140/分の頻脈が続いている。

出血性ショック、離脱後も続く頻脈、肺塞栓症…。どこかちぐはぐだった。何か見逃している気がする。患者をくまなく診察し直した私は、腹部の血管雑音に気づいた。そうだ、これがmissing linkだ! 術中、髄核鉗子は大動脈(血管造影画像の赤い箇所。逆Y型)と下大静脈(青い箇所。本来なら写らない)の両方を貫き、その間に動静脈瘻(×印)を形成したのだ。意外に少ない輸血量、高拍出性心不全による頻脈、下肢静脈のうっ滞による静脈血栓から肺塞栓症…全て説明がつく。患者は後日、人工血管置換による修復術を受け、事なきを得た。

麻酔科学は小説より奇なり…その一端を紹介させて頂いた(詳しくは拙著「麻酔迷宮オデッセイ」(克誠堂出版)を参照)。(No.4914, 2018.6.30)



頭側  
右 ← → 左  
尾側