

23) 人工肛門部に発生した大腸癌を長期に渡り肉眼的に観察し得た1例

村上 博史 (両津市民病院外科)
 酒井 靖夫・須田 武保 (新潟大学第一外科)
 畠山 勝義

症例：82才，女性。

既往歴：昭和62年より慢性肝炎による肝性昏睡を3回起こす。平成4年，S状結腸癌の診断で，他院にて腰椎麻酔下にハルトマンの手術を施行。

現病歴：平成6年8月，人工肛門より出血あり，当科受診。同部粘膜に小潰瘍を認め，軟膏を処方。その後も出血を繰り返していた。平成6年11月24日，潰瘍は3.0×1.8cmに増大し，辺縁不整となってきたために生検施行。病理診断はadenocarcinomaであった。11月26日より5FU軟膏の塗布を開始し，12月20日より5FU 150mgの内服を開始した。平成7年1月17日の根治手術までに腫瘍径は2.0×1.2cmに縮小し，CA19-9は12月29日の991IU/mlから534IU/mlに減少した。手術後の経過は良好であった。

以上，人工肛門部に発生した異時性重複大腸癌を約50日に渡って肉眼的に観察し得た1例を経験したので報告した。

24) 大腸癌手術症例の検討

—新しい進行癌の形態分類の提案—

平山 一久・工藤 進英 (秋田赤十字病院)
 日下 尚志・中嶋 孝司 (胃腸センター)
 福岡 岳美

従来のBorrmann分類に準じた肉眼形態分類は，その分布に著しく偏りが分類として不適切である(1型5.9, 2型84.3, 3型8.6, 4型0.2, 5型1.3%)。

我々は，発育進展を念頭に入れ，大腸進行癌を，純粹陥凹型72例，周堤形成陥凹型223例，隆起型91例，LST由来65例に分類した。陥凹型進行癌(純粹陥凹型，周堤形成陥凹型)の肝転移率は15.4%と有意に(p<0.05)隆起型進行癌(隆起型，LST由来)の7.1%よりも高く，リンパ節転移率にも同様の傾向を認め，陥凹型癌の方が予後も不良であった。今回提案した進行癌の新しい分類は，腫瘍の発育進展のみならず，病理学悪性度，予後も反映することが示唆された。

第43回新潟麻酔懇話会

第22回新潟ショックと蘇生・集中治療研究会

日 時 平成8年6月8日(土)

午前10時より

会 場 有壬記念館 2階

I. 一 般 演 題

1) PTPV 5症例の麻酔経験

小村 昇・和栗 紀子 (新潟市民病院)
 渋江智栄子・永田 幸路 (麻酔科)
 遠藤 裕 (同)
 本多 忠幸 (救命救急センター)

先天性心疾患の約10%を占め新生児及び乳児重症例に対し手術が第一選択だった先天性肺動脈弁狭窄症(PS)に対し，1982年Kan等の報告の後多くの施設で経皮的肺動脈弁形成術(PTPV)が施行報告されている。critical PSを含む5症例に対し当病院放射線科透視室に於いて全身麻酔下でPTPVが施行されたので報告する。

PTPVの麻酔管理上最も問題となる点は，重症心疾患患児に対する麻酔にもかかわらず手術室ではない事で，マンパワーも適切な間接介助も期待できない。またバルーン拡張時血行の完全遮断となれば一過性の徐脈，不整脈，低血圧などが出現するが8~10秒以内であれば恒久的な障害は残らないと言われている。以後このような麻酔が増えてくるのではないと思われる。

2) 麻酔導入時に異常高血圧を示し，判明した悪性褐色細胞腫の1症例

和栗 紀子・渋江智栄子 (新潟市民病院)
 小村 昇・永田 幸路 (麻酔科)
 遠藤 裕 (同)
 本多 忠幸 (救命救急センター)

我々は，術前に診断できなかった悪性褐色細胞腫の開腹生検症例を経験した。症例は35歳，男性。1994年より高血圧を指摘され内服治療を受けていた。1996年3月9日，左腰部から側腹部にかけての激痛を主訴に当院救急外来受診し，左腹部腫瘤を指摘され同日入院。CTで，後腹膜の巨大腫瘤と肺内に転移巣と思われる複数の結節が認められた。3月11日，開腹生検術を施行。挿管時に異常高血圧を示したため初めて褐色細胞腫を疑った。

術中は Ca 拮抗薬、PGE1 を投与したが降圧できずフェントラミン投与により降圧できた。術後カテコラミン測定・病理組織診断により、ノルアドレナリン優位型の悪性褐色細胞腫であることが判明した。

3) 術中異常高血圧発作を生じた腎腫瘍の1症例

津久井 淳・市川 高夫 (済生会新潟第二
病院麻酔科)
吉水 敦 (同 泌尿器科)
石原 法子 (同 病理検査科)

術前検査では副腎腫瘍を認めず、術後の病理検査でも髓質過形成のみの所見であったにもかかわらず術中異常高血圧発作を生じた腎腫瘍の1症例を経験した。症例は67才の女性。15年前より糖尿病、高血圧症にて治療中。4ヶ月前には他院にて甲状腺癌の摘出術を施行するも術中異常の記録はない。今回、左腎腫瘍に対し、根治的腎摘除術が予定された。術中左副腎部を操作中に最高 227/126 mmHg に及ぶ高血圧発作を生じた。発作は治療によく反応し、再発作も生じなかった。術後は特に合併症なく独歩退院となった。病理所見では副腎髓質の顕微鏡的過形成のみで褐色細胞腫は認められなかった。副腎操作を伴う手術では未診断の腫瘍、髓質過形成などによるカテコラミン放出が生じ、循環動態の著明な変化をきたす可能性があり、注意が必要と考えられた。

4) プロポフォールによる無痙攣性電撃療法 (ECT) の麻酔管理

安宅 豊史・関谷 正子
柁木 永・飛田 俊幸 (竹田総合病院)
遠山 誠 (麻酔科)
星野 修三 (同 精神科)

症例は68歳男性、肺炎を契機にうつ病発症し、当院精神科に入院した。向精神薬を投与開始されたが腹部膨満増強し、投与をすべて中止された。無痙攣性 ECT の適応と判断され、計4回施行された。麻酔はプロポフォールもしくはチアミラルールで導入し、スキサメトニウムで筋弛緩を得て通電を行い、基準電極導出法にて痙攣持続時間を測定した。両者で痙攣持続時間、呼名応答までの時間に大きな差はなかった。欧米での報告では、プロポフォールで最も痙攣持続時間が短縮している。循環に対する影響では、プロポフォールによって一過性の血圧上昇を抑えられる。また痙攣期の酸素消費量の増加とそれ

に伴う脳血流量の増加、脳圧の亢進が報告されている。

5) プロポフォール麻酔による尿混濁

増田 明・広田 弘毅
釈永 清志・藤村 純子
若杉 雅浩・山田 正名 (富山医科薬科大学)
伊藤 祐輔 (麻酔科)
佐藤根敏彦 (同 手術部)
山崎 光章 (同 集中治療部)

当科では本年2月よりプロポフォールを使用し始め、これまでにプロポフォール麻酔を行った10症例で淡いピンク色の混濁尿を認めた。麻酔前投薬には硫酸アトロピンと通常量のヒドロキシジンあるいはミダゾラムを用いた。手術部位としては膝手術などの体表の手術が多く、麻酔開始時刻は全例午後よりの開始で、麻酔時間は1時間から5時間ほどであった。麻酔法はプロポフォールで導入後、笑気を併用したものが6例、笑気を使用しないいわゆる TIVA が4例であった。出血量は少なく、尿量もおおむね少ない傾向にあった。析出した物質は今のところ同定されていないが、輸液の不足による乏尿状態にプロポフォールが何らかの引き金となって起きたものと考えられた。尿の混濁は一過性で障害はないが、プロポフォールでは適切な輸液量および尿量確保が必要と考えられた。

6) プロポフォール鎮静下の咽頭反射

坂巻 緑・増田 明 (富山医科薬科大学)
伊藤 祐輔 (麻酔科)

今回、健康成人でプロポフォール鎮静下の咽頭反射を研究した。13人の医学部学生を被験者とした。呼吸運動、心音、酸素飽和度、呼気終末炭酸ガス濃度、おとがい表面筋電図、脳波をモニターした。鼻腔から硬膜外カテーテルを上咽頭に挿入し、カテーテルから蒸留水を注入して嚥下反射を誘発した。注入量は、0.25、0.5、0.75、1.0 ml とした。測定は安静覚醒時で行った後に、プロポフォールを 2 ml/kg/h あるいは 4 ml/kg/h で持続注入しながら行った。プロポフォール投与中は、鎮静深度の評価を行い、鎮静深度による嚥下反射の潜時、嚥下回数を比較した。嚥下反射の潜時は、深い鎮静時には覚醒時と比較して、注入量が少量の場合、即ち 0.25 ml、0.5 ml の場合に有意に延長した。嚥下回数は鎮静により減少する傾向にあったが、鎮静深度による有意差は認めなかった。