

## 13) 精神分裂病患者の麻酔経験

遠山 誠・北原 智子 (竹田綜合病院)  
 佐藤 一範 (麻酔科)

精神分裂病患者は、抗精神病薬を多量に連用しているため、術後突然死など死に至る重篤な合併症があり、麻酔管理上問題点が多い。今回我々は、甲状腺腫瘍手術の全身麻酔を経験したので報告する。患者は27才女性。昭和47年分裂病発病。昭和57年頸部腫瘤指摘。昭和62年2月手術のため当科紹介。多量に服用していた抗精神病薬は、手術当日朝まで服用。

手術入室後も不穏状態なく、良好に麻酔導入が出来た。麻酔はGO・エンフルレン・フェンタニルで維持、術中安定した経過であった。術後も問題なく、ICUを退院した。抗精神病薬の急な中断は激しい維体外路症状、自律神経症状を惹起すると言われており、薬は当日まで服用させた。浅麻酔で、術中安定した結果であった。これは、抗精神病薬と麻酔薬の相乗作用と思われる。

## 14) 異所性(膀胱)褐色細胞腫の麻酔経験

多賀紀一郎・阿部 崇 (長岡赤十字病院)  
 野口 良子 (新潟大学麻酔科)

褐色細胞腫は、その10%が副腎外に発生すると言われている。今回、我々は膀胱に発生した褐色細胞腫の麻酔を経験したので報告する。

症例は27才の男性。数年前より動悸・頭痛が出現。健診で尿糖も指摘され、インスリン等で治療していた。昨年年初め頃より排尿時高血圧があり、泌尿器科受診。膀胱発生褐色細胞腫の診断で、腫瘍摘出術が計画された。麻酔はGOEを主麻酔に、硬膜外麻酔、フェンタニル等も適宜使用。血圧の異常上昇には $\alpha$ -blockerのフェントラミンで、頻脈にはプロプラノロールで対処した。また、循環血液量補正の目安としての肺動脈楔入圧連続モニターは、輸液・輸血の早期対応に非常に有用であった。

## 15) 低血圧発作をきたし緊急摘出術を施行した褐色細胞腫の麻酔管理

渋谷 伸子 (立川綜合病院)  
 増田 明・山崎 光章 (富山医科薬科)  
 伊藤 祐輔 (大学麻酔科)

57歳男性。急激な動悸・高血圧を主訴に緊急入院した。CTで副腎腫瘍と診断されたが入院後血圧変動が激しく、高血圧発作からやがて低血圧となりアドレナリン点滴が必要となった。DIC発症が疑われ緊急手術がなされた。アドレナリン点滴しつつ導入した。腫瘍操作時の血圧は

180mmHg前後と安定していたが、摘出後血圧は80mmHgに急激に低下したため輸液・輸血とノルアドレナリンにて対処した。出血量1,000ml、尿量50mlに対し、輸液3,200ml、輸血1,900mlを行い、約4,000mlのプラスバランスであった。重篤な不整脈の発現は認められなかった。

低血圧発作を主体とする激症型褐色細胞腫の病態につき考察する。

## 16) 重症熱傷患者植皮術の麻酔経験

北原 智子・遠山 誠 (竹田綜合病院)  
 佐藤 一範 (麻酔科)

今回我々は、当院形成外科にて1年間に10回にわたり施行された重症熱傷患者の植皮術の麻酔を経験した。症例は35才男性で、灯油をかぶり、顔面、頸部、胸部、両上肢、左下肢にⅢ度30%の熱傷を受傷した。デブリードマン及び植皮術において、露出面積が広いため低体温が著明であった。また不感蒸泄の算定、出血量の算定が困難であるため、中心静脈圧測定による輸血、輸液管理が必須である。本症例は顔面全体がⅢ度熱傷であり、その治療経過中、口唇周囲の瘢痕拘縮が著明となり、経鼻挿管を余儀なくされた。本症のような、頻回手術における頻回麻酔を必要とする症例では、麻酔薬などによる肝腎機能障害が問題となる。本症では、術後肝機能障害を併発したが軽快し、10回の手術を終了し、無事退院した。

## 17) 当院における肺外科の術中管理

丸山 洋一・高橋 隆平 (県立がんセンター新潟病院)  
 麻酔科

昭和61年4月より62年3月までの1年間に、ダブルルーメン気管内チューブを用いた肺外科手術146例(うち原発性肺癌103例)の麻酔管理を経験した。麻酔は硬膜外(Th<sub>4/5</sub>、メピバカイン使用)併用、GOE(エトレン0.4~1%)麻酔にて行ない、主にポーテック社製ツインルーメンチューブを用い、開胸側開放無換気の片肺換気とした。PaO<sub>2</sub>の低下は片肺換気開始後15~30分をピークとし(平均152mmHg)、約20%の症例で70mmHgを割ったが、吸入酸素濃度を増す以外、特に処置は行なわなかった。手術終了後通常のシングルルーメン気管チューブに変更し、吸引チャンネル径2mmの気管支ファイバーにて念入りに喀痰吸引を施行后、原則として抜管、帰室させた。原発性肺癌症例に限れば、抜管不可能の症例は2例のみであった。