

kg) 使用したが、術後腎機能低下はなく、新鮮凍結血漿を併用することで凝固障害も認めなかった。大量出血時の緊急避難として HES の大量使用は有用であった。

15 頸椎疾患患者に対するビデオ喉頭鏡併用オブチュレーターによる気管挿管

佐治 祥子・濱 勇・佐藤 剛
北原 泰・西巻 浩伸・傳田 定平
本田 博之*

新潟市民病院麻酔科
同 救急救命センター*

74歳の男性患者の頸椎症性脊髄症に対して頸椎弓切除術が予定された。原疾患により頸部後屈が禁止のため、ファイバー挿管を試みたが成功せず、ビデオ喉頭鏡下でオブチュレーターを併用し挿管を試みた。挿管チューブが喉頭蓋を押し込んだり、披裂軟骨下端にあたりチューブが進まないことが確認された。ビデオ喉頭鏡では直視するより広範囲を視認することができ、挿管操作や解剖学的位置の確認に優れている。ビデオ喉頭鏡とオブチュレーターの併用は挿管操作の確認が可能であり有効である。また、オブチュレーター使用時の挿管チューブは直線的、先端が鈍的なものが有用である。

16 Difficult Air Way 症例の麻酔管理 3 例

傳田 定平・濱 勇・佐治 祥子
佐藤 剛・北原 泰・西巻 浩伸
本田 博之*

新潟市民病院麻酔科
同 救急救命センター*

気道狭窄を有する3例の麻酔導入について報告する。

〔症例1〕10カ月、男児。咽頭ファイバーでビニール様の異物確認。摘出目的で全身麻酔施行。亜酸化窒素-酸素-セボフルランで緩徐導入。喉頭展開で声帯確認されるも異物はなかった。ID4.0の気管チューブ挿入を試みるも不成功。取り出し

たチューブの先端につけ爪が付着していた。

〔症例2〕78歳、女性。甲状腺腫による気管圧迫による呼吸困難、起座呼吸のため緊急気管切開のため全身麻酔施行。十分な酸素化の後、プロポフォール、サクンシニルコリン静注、仰臥位として、ID6.5の挿管チューブ挿入は可能であったが換気不能、徐脈、チアノーゼ、SpO₂低下。直ちに気管切開施行。気管壁を気管チューブが穿破した所見を得た。

〔症例3〕36歳、女性。子宮筋腫の手術で全身麻酔施行。4年前に咽頭狭窄、喉頭蓋、声帯浮腫で気管切開が施行されていた。PLMの挿入を3回行うも換気不能。喉頭展開で狭窄した咽頭の背側の喉頭蓋、声帯が確認された。

【考察】症例1は異物により換気不能になった可能性がある。症例2は悪性腫瘍で気管壁に浸潤していれば挿管チューブが貫通し換気不能となる可能性がある。症例3は術前呼吸状態に問題なく、マランパチ分類もIであり咽頭狭窄に関しては全く考慮しなかった。

【まとめ】日々経験するであろう Difficult Air Way 症例について、それぞれに考察を加え、公にすることで今後の麻酔管理に役に立てられると考える。

17 新生児生体肝移植術の麻酔経験

種岡 美紀・外山 美紗・黒川 智
飛田 俊幸

新潟大学医歯学総合病院麻酔科

生後25日、3.5kgという日本で最低年齢、最少体重の生体肝移植術の麻酔管理を経験した。新生児ヘモクロマトーシスによる肝不全であった。これまで日本国内では、ヘモクロマトーシスに対する肝移植例は少なく、新生児期の肝移植術の成功例も少なかった。麻酔管理上の問題として大量出血の可能性があったが、出血量は予想より少なく、輸液管理も比較的難渋せず行うことができた。循環血液量の維持・輸液管理は、中心静脈圧からの判断は困難であり、出血状況・末梢循環・尿量から総合的に判断する必要がある。本症例では、こ

これらの指標に加え、経食道心エコーにて左室短軸像をモニターすることで、よりの確に輸液管理をすることができ有用であった。

18 異所性 ACTH 産生腫瘍摘出後に重篤な経過をたどった 1 例

濱 勇・佐治 祥子・佐藤 剛
北原 泰・西巻 浩伸・傳田 定平
本田 博之*

新潟市民病院麻酔科
同 救急救命センター*

症例は 45 歳男性。2006 年 1 月より全身倦怠感、顔面のむくみが出現。内分泌検査で ACTH およびコルチゾールの高値を認め、胸部 CT で前縦隔の腫瘍を指摘された。異所性 ACTH 産生腫瘍の診断にて 4 月 3 日に腫瘍摘出術を施行した。術当日より低酸素血症、汎血球減少を呈したため、MAP、FFP の投与、人工呼吸管理を開始したが、低酸素血症の改善なく急性呼吸不全にて 4 月 6 日永眠した。

【結語】異所性 ACTH 産生腫瘍摘出後に重篤な経過をたどった 1 例を経験した。異所性 ACTH 産生腫瘍は外科的切除により速やかな臨床症状の改善がみられることが多いが、本症例のように術後予期せぬ急激な病態の変化を来す場合もあり注意が必要である。

19 Vf で心停止に至り、救命しえなかった若年男性の剖検症例

齊藤 直樹・大橋さとみ・本多 忠幸
遠藤 裕 ほか
新潟大学医歯学総合病院救急部・
集中治療部

症例は 20 歳男性。学童期に喘息既往があるが、高校時代までは運動選手として活動していた。家族歴も特記なし。授業中に意識消失発作を起こし、救急隊到着時は Vf・心肺停止状態。DC で除細動されず、当院搬送後の蘇生処置にも反応せず、自己心拍再開することなく死亡が確認された。家族

の同意の下、剖検が行われた。明らかな心筋梗塞の所見はなかったが、冠動脈を含めた動脈系の狭細化を認め、突然死との関連が考えられた。胸腺やリンパ系過形成、甲状腺機能亢進を認め、不整脈誘発の可能性があった。臨床的には発作は否定されるが、重症喘息患者に見られる気管支内粘液貯留が認められた。

20 長時間の入浴により熱中症をきたした 1 例

林 悠介・本多 忠幸・大橋さとみ
肥田 誠治・木下 秀則*・遠藤 裕*
新潟大学医歯学総合研究科
救命救急分野
新潟大学医歯学総合病院集
中治療部*

症例は 73 歳女性で、入浴中に意識を失い救急車にて搬送された。搬送時自発呼吸あり、BP 80 台であった。

来院時 JCS III-200、痛み刺激に対し除脳硬直様の姿勢とることあり。HR 60-80regular、BP 90 台、SpO₂ 100% (O₂ 3l) であった。血液検査では脱水所見認めるが意識障害の原因となるような所見は認められなかった。頭部～胸腹部 CT 上も明らかな異常認めなかった。嘔吐認めたため挿管し ICU 入院となった。血圧 80 台と低下し脱水も認めたため輸液開始した。

翌日になり更に血圧低下したため昇圧剤開始。意識状態も改善せず。再び CT 施行するも明らかな異常認めなかった。また、ECG 上 V3-6 で ST 上昇認めたが心エコー上明らかな異常所見認めなかった。血液検査では肝酵素・CK・アミラーゼの著明な増加、凝固系の亢進、血小板の減少認め、DIC 呈したため FFP、血小板輸血および FOY 投与開始した。

この時点で、画像上脳血管系の異常は認めず、AMI もエコーよりショックの原因とは考えにくく、発熱や炎症所見認めないため septic shock も否定的であり、意識消失により長時間の入浴を強いられたことによる熱中症と診断した。

以後治療継続し、PMX・CHDF 開始したこと