

症例は51歳男性。1985年肺炎のため近医で治療を受けた。そのときの検査で免疫グロブリンの低値を認めたため、精査の結果、Hermans 症候群と診断された。99年の検診にて胃癌の診断を受け、手術目的に入院となった。術中術後経過良好で感染症もみられなかった。

Hermans 症候群は、分類不能型免疫不全症もしくはIgA 単独欠損症に加えて腸管結節性リンパ過形成を認めることを特徴とする。その他、低 γ グロブリン血症や気道感染などを認める。

麻酔管理上では、消毒や手袋着用などを行い清潔操作に注意する必要がある。また輸血にアレルギー反応を示すので、その対策も必要となる。

14) 当院における手術室構造の問題点、余剰ガスからの検討

遠山 誠・田部 宗玄(竹田綜合病院)
五十嶺伸二・榎木 永(麻酔科)

全身麻酔中の笑気ガス濃度を測定し、余剰ガスによる手術室汚染状況を調査し、手術室構造の問題点を指摘した。

余剰ガス排出装置作動状態では各ベットとも NIOSH の基準(笑気, 25ppm 以下)をほぼ満たす結果が得られた。ベットにより測定値のばらつきがみられたが、手術室の構造によるものと思われた。それは排気口が1ベットを除き天井にあるため、床に漂うガスを排出できないのと、2, 3, 5, 6ベットは隔壁の無い長屋構造で、空気の流れに淀みが生じ、余剰ガスの溜まりがができるためである。余剰ガス排出装置が作動していない状態では1ベットを除き手術室構造の欠陥から高濃度の余剰ガスに汚染されていたことが示唆された。

15) 慢性腎不全に合併した褐色細胞腫3症例の麻酔経験

小川真有美・北原 紀子
肥田 誠治・田中 剛(長岡赤十字病院)
藤岡 斉(麻酔科)

慢性腎不全透析患者に合併した褐色細胞腫3例の麻酔を経験した。

症例1: 27歳女性。82年 HD 導入。96年5月頃より動悸、頭痛、一過性高血圧が出現。発作時血中カテコラミン上昇あり。CT, MIBG シンチで左副腎褐色細胞腫疑われ、97年5月8日左副腎+左腎摘除術施行。麻酔はGOI に硬膜外麻酔を併用。フェントラミン、ノルエピ

ネフリン持続投与で循環動態は保たれた。

症例2: 48歳女性。94年 HD 導入。96年 CAPD に移行。98年7月頃より CAPD 排水時に動悸、頭痛、嘔気、一過性高血圧、不整脈が出現。著しい発作時血中カテコラミン上昇あり。MRI などで右副腎褐色細胞腫が疑われ、99年6月15日右副腎+右腎摘除術施行。麻酔はGOS にフェンタニル併用。フェントラミン、ニカルジピン、ノルエピネフリン持続投与で循環動態は保たれた。

症例3: 55歳男性。88年 HD 導入。99年 CT, MIBG シンチで左副腎褐色細胞腫が疑われたが、特徴的な所見はなく、血中カテコラミン値も正常。99年9月28日左副腎+左腎摘除術施行。麻酔はGOS で、内服中の α , β -blocker の影響か、血圧は低めで徐脈だったが循環動態は安定していた。術後病理で褐色細胞腫と確定診断された。

慢性腎不全透析患者における褐色細胞腫摘出術の麻酔では、慎重で厳重な循環管理が要求されることになる。今回の貴重な3症例は周術期を通して大きな合併症なく管理することができた。

16) 痴呆患者3症例におけるプロポフォールによる術後鎮静

野口 良子(国立療養所西新潟中央病院 麻酔科)

術前から高度の痴呆にて種々の問題行動を認めた62から77才までの3症例において、術後創部の安静と各種ライフラインの保持を目的として、プロポフォールによる術後早期(術後第1日目早朝まで)の鎮静を試みた。3症例とも術中から、全身麻酔及び鎮静目的でプロポフォールを使用し、手術終了後、引き続き1.5~2mg/kg/hr を投与した。3症例とも術後 Ramsay 鎮静スコア3以上の効果が得られた。鎮静中、高度の呼吸抑制や血圧低下を生じることなく、覚醒も速やかで著明なリバウンドも認められず安定した術後管理が可能であった。麻酔後にはじめて顕在化する術後痴呆や譫妄は予防が第一であるが、術前から重症痴呆を認める場合は、プロポフォールによる術後必要最小期間の鎮静は有用と考えられた。

17) 小児気管切開術中に心停止を来し不幸な転帰をとった1症例

榎木 永・五十嶺伸二(竹田綜合病院)
田部 宗玄・遠山 誠(麻酔科)

気管切開術中に気管支痙攣による換気困難を生じて心