

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 $\gamma$ 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 $\alpha$ ,  $\beta$ -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

停止を来たし、更に重篤な脳出血を合併したために、不幸な転帰を辿った声門下狭窄症患児の症例を経験した。

患者は8歳女児。気管支喘息発作のため気管内挿管、呼吸管理を施行され、一旦退院したが、約1ヶ月後、声門下狭窄を来し再入院した。全麻下気管切開を予定され、麻酔導入したが、狭窄が予想外に急速に進展していたため挿管不能であった。急速マスク換気下に気切が試みられたが、突然、気管支痙攣を生じ、換気困難から心停止に至った。蘇生処置により間もなく心拍再開したが、全身痙攣等神経症状が出現した。術後脳 CT にて、脳内出血・クモ膜下出血を合併する重篤な脳出血が判明し、脳波もほぼ平坦な状態であった。

患児は症状改善を見ることなく約1ヶ月半後、死亡した。本症例の様なハイリスク患者の麻酔に際しては正確な術前状態の評価とそれに基づく計画・準備が必要であると痛感させられた。

### 18) 高齢者重症熱射病の3例

佐久間一弘・丸山 正則(県立中央病院)  
小林 千絵・北原 紀子(麻酔科)

今年7月下旬-8月上旬上越地方は酷暑に見舞われ、特に高齢者の重症熱射病が多く発生した。いずれも高熱・呼吸不全・意識障害を特徴としたが、多彩且つ重篤な臨床症状を示した。また中枢神経特に高次機能の回復が著しく遅れ、日常生活に大きな障害を残す場合が多かった。病因としては高熱による直接の細胞障害の他に血管内皮細胞の障害や活性化、さらに各種サイトカインの関与が報告されている。しかし短時間の高熱が何故重篤な症状を惹起するかは明確ではない。高齢者の熱射病3例の症例を報告し考察する。

### 19) 救急部・集中治療部における鼓膜温測定の評価

大橋さとみ・本多 忠幸(新潟大学)  
遠藤 裕 (救急部)  
渡辺 逸平・佐藤 一範  
佐藤富貴子他看護婦一同(同 集中治療部)

当院救急・集中治療部の患者23名を対象とし、非接触式赤外線鼓膜体温計を用いて鼓膜温を測定した。同部職員23名による連続3回測定を平均を、同時に測定した肺動脈血液温、膀胱温、腋窩温と比較した。統計処理はピアソン相関係数および較差と一致限界を用いた。肺動脈

温、膀胱温、腋窩温は各々52回、52回、48回測定され、鼓膜温との比較で各々、相関係数は0.89, 0.89, 0.75、較差±一致限界は $0.25 \pm 1.15$ ℃,  $0.08 \pm 0.86$ ℃,  $0.397 \pm 1.258$ ℃だった。過去の報告に比べ、特に肺動脈温との較差と一致限界が大きく、中枢温の指標とするには問題があると思われた。今後、症例数を重ね更に検討を加える必要がある。

### 20) CT ガイド下経皮的肺生検中に発症した脳空気塞栓に対して緊急高圧酸素療法が著効した一例

渡辺 逸平・佐藤 一範(新潟大学)  
集中治療部  
大橋さとみ・本多 忠幸  
遠藤 裕 (同 救急部)  
古泉 直也・木原 好則(同 放射線科)

CT ガイド下肺生検術中に生じた脳空気塞栓によると思われる右半身麻痺に対し、緊急高圧酸素療法(HBO)が著効した症例を経験した。症例は75歳、男性。左肺癌の放射線治療後の右肺S9の空洞形成病変に対するCTガイド下肺生検術試行中、痙攣、意識消失、呼吸停止が生じた。同時に撮影した脳CTで右頭頂葉に空気が同定され、脳空気塞栓が強く疑われた。ICU入室時は意識消失と、上下肢の弛緩性麻痺が残存していた。緊急に高圧酸素療法を試行した(3ATA, 60分維持)ところ、加圧途中から開眼、発語を認め、翌日には意識もほぼ正常、麻痺も著明に改善した。予防的にHBOをもう一回試行して経過観察とした。翌日には神経症状の悪化は認められず、発語もほぼ正常、経口摂取も可能となり、ICU退室とした。

### 21) 早期発見のできなかった腹腔内臓器損傷の2例

丸山 正則・佐久間一弘  
岡本 学・小林 千絵(県立中央病院)  
北原 紀子(麻酔科)

重篤な腹腔内臓器損傷があつたにもかかわらず、症状の顕性化に時間を要した2症例を紹介し、問題点を考察した。1例は受診時高度の脳挫傷、肺挫傷、骨盤骨折で治療中、数時間後に血圧低下、腹部膨隆にて緊急開腹術施行されたが、執刀直後、腹腔内多量出血にて心停止となり、蘇生できず死亡。1例は多発肋骨骨折、肺挫傷、左血気胸で治療、経過観察中、血圧低下し、緊急開腹、