

腹臥位の手術時にも標準型より変位しにくい。④ CT などでも有用等があげられる。一方欠点として、① 誤嚥は完全には防止できない（標準型と同じ）。② 内径が細いため呼吸抵抗が大きい。③ MRI には使用できない。④ 小児における180°回転による変位の報告がある。⑤ 挿入が標準型より難しい。⑥ 蘇生時には標準型の方が好ましい、があげられる。C. Vergheze らの6ヶ月間、2,359例で検索でも大きな合併症はなかったと報告されており、LMの安全性は確立したと思われる。それでも時々初歩的な技術的ミスによると考えられる症例報告があり、考案者のJ. Brainは彼の“Studies on the laryngeal mask; first, learn the art”という文献の中で再度LMの基本を強調している。

挿入法は、Brainの強化型LM用の基本の方法以外に、カフなしのチューブをスタイレットにして挿入する方法がある。標準型で利用できるback to front法は使えない。

4才と12ヶ月の子供において#2Rで180度、術中に回転した報告がある。我々は50例以上の小児のみならず、成人例の腹臥位の手術にも使用し非常に有効であった。しかし、常にその使用には基本に立ち返り十分な注意観察とともに技術の習得が重要であると思う。合併症の早期発見のためにも、県内の病院でのガスモニターの普及が望まれる。

5) ムコ多糖症IS型(Scheie症候群)の麻酔経験

和栗 紀子・阿部 崇 (県立中央病院)
丸山 正則 (麻酔科)

AVR+MVR+TAP術後のScheie症候群患者の肺嚢胞切除術の麻酔管理を経験した。喉頭鏡を用いた挿管は不可能でラリンジアルマスク、気管支ファイバースコープを用いてダブルルーメンチューブを気管内挿管した。術後2日後に突然の不整脈で死亡した。

ムコ多糖症はムコ多糖の臓器沈着により心疾患、呼吸機能低下、全身性の骨・軟骨変化、肝機能低下等様々な症状を呈し、気道確保を含め麻酔管理上問題が多い。また、これらの異常は若年より存在し加齢とともに進行するとされている。周術期死亡率は20%と高く、術中・術後を通じての注意深い管理が必要である。術前より挿管困難症についての十分な準備、全身評価特に心機能、呼吸機能の評価が最も大切と思われた。

6) 無痙攣性電撃療法の麻酔経験

北原 泰・安宅 豊史 (竹田総合病院)
山際 浩史・飛田 俊幸 (麻酔科)
遠山 誠 (新潟県立新発田
病院麻酔科)
河野 達郎 (新潟大学麻酔科)
傳田 定平 (新潟大学麻酔科)

薬物療法に抵抗性のうつ病・分裂病、4例に対し筋弛緩薬を用いた無痙攣性電撃療法の麻酔管理を経験した。心電図・血圧・動脈血酸素飽和度をモニターし、thiamylal 5mg/kgで入眠させ、SCC 2mg/kgにて筋弛緩を得て、前額部に110V 5秒間の交流で刺激、てんかん大発作様の状態を起こす治療法である。高齢などで、電撃療法の強い全身痙攣で、骨折などの危険のある症例でも比較的 safely に治療可能である。今回3症例では著効し、1例は、効果不十分であった。

患者の状態把握のため主治医との情報交換、向精神薬と麻酔薬・筋弛緩薬との薬物相互作用への注意が、重要であると考えられた。

7) Carney 症候群の麻酔経験

田中 剛・永田 幸路 (長岡赤十字病院)
宮田 玲子・小村 昇 (麻酔科)
高田 俊和・藤岡 斉 (同 心臓血管外科)
佐藤 良智 (同 内科)
金子 兼三 (同 外科)
和田 寛治 (同 外科)

カーネー症候群は、原発性副腎皮質結節性異形性、粘液腫(心房、皮膚、乳腺)、皮膚色素沈着、睪丸腫瘍、末端肥大症、巨人症などを合併する希な疾患である。今回我々は、カーネー症候群患者の右房粘液腫摘出術の麻酔を経験し、術中、術後とも、特に問題なく管理できた。麻酔管理上の問題点としては、1. 副腎皮質機能亢進に伴う、糖尿病、高血圧、低カリウム血症、オステオポロシス 2. 末端肥大症に伴う挿管困難 3. 心房粘液腫に伴う血栓症が挙げられる。本症例は両側副腎摘出術を受けていたが、そのような場合には、副腎皮質機能低下に伴う低血圧、低血糖などに注意する必要があると考えられる。