

## 第39回新潟麻醉懇話会

第18回新潟ショックと蘇生・集中  
治療研究会

日 時 平成5年12月18日(土)

午前10時より

会 場 有壬記念館 2階

## I. 一 般 演 題

1) 気胸を合併しやすい軟部組織腫瘍切除術の  
麻酔管理和栗 紀子・木村 亮  
高田 俊和 (新潟大学麻酔科)

今回術前から頻回に気胸をおこし、手術中に気胸を発生した既往を持つ症例の麻酔管理を経験したので報告する。

〈症例〉29歳男性、1982年右手第1指に腫瘍(類上皮肉腫)が発生し、1985年以降右上肢切断術を含む5回の手術を施行、6回の気胸を合併。1991年の腋下リンパ節転移に対する手術中に気胸が発生。その後、頻回に気胸を繰り返した。今回、局所再発、肺転移に対して切除術が予定された。術前の胸部X線写真では左肺気胸が認められていた。

〈麻酔経過〉導入時・術中と気道内圧の過度な上昇に注意した。また麻酔維持は酸素-空気-イソフルレンで行い笑気は使用しなかった。術中・術後を通じ気胸の増悪は見られなかった。腫瘍の右内頸静脈の浸潤により、内頸静脈より出血し止血困難であった。その後、肺塞栓が疑われた。

2) Tracheobronchopathia Osteochondroplastica (TO) を合併した肺葉切除術の麻酔経  
験安宅 豊史・飛田 俊幸  
渡邊 逸平 (新潟大学麻酔科)

TOは気管・気管支粘膜下に軟骨性・骨化した組織を形成し結節状に隆起する原因不明の疾患である。今回TOを合併した肺癌患者に対しダブルルーメン(DL)気管支チューブの挿管を要する肺葉切除術の麻酔を経験した。症例は70歳女性、肺腺癌と診断。胸部X線右上肺野腫瘍と気管壁の石灰化を、気管支鏡で気管壁の小隆起を認めた。手術時、35Fr. DLチューブを挿管した。

術後明らかな粘膜炎はなかった。本症の麻酔管理上の問題点として、気管内挿管時のTO病変からの出血、カフの損傷、気管狭窄による挿管困難など挙げられるが、本症例では術前の胸部X線、気管支鏡による評価を行い、挿管操作等に注意を払い、麻酔管理をすることができた。

3) 再生不良性貧血患者の肺葉切除術の周術期  
管理山浦 昌史・高田 俊和(新潟大学麻酔科)  
大和 靖 (同 第二外科)  
市川健太郎 (同 第二内科)

25年以上の慢性の経過をたどり、精査中に肺癌が発見された再生不良性貧血患者の肺葉切除術の周術期管理を経験した。大量の血小板濃厚液の輸血にもかかわらず血小板数、出血時間ともに正常化せず手術は3度延期になった。ランダムドナーからの血小板輸血により患者血清中には抗HAL抗体陽性であり、HLA適合血小板濃厚液の輸血により出血時間は正常化し、手術は無事終了した。麻酔管理において、硬膜外麻酔は選択しなかった。術後ICUでもHLA適合血小板濃厚液輸血がおこなわれ、経過良好であった。

4) 新生児嚢胞性肺疾患の麻酔経験  
—HFOを用いて—岡本 学・渋江智栄子(新潟市民病院)  
市川 高夫 (麻酔科)

CCAMの右肺上葉切除術の麻酔管理を経験した。

HFOの使用で嚢胞拡大による心肺障害の発生を予防できた。

術後の呼吸管理にもHFOが利用され良好な臨床経過を示した。

HFOはCCAMの術中及び術後の呼吸管理に有用であった。

5) 慢性呼吸不全患者における開腹術の麻酔経  
験渋江智栄子・油井 勝彦(新潟市民病院)  
遠藤 裕 (麻酔科)

今回われわれは在宅酸素療法導入中の慢性呼吸不全患者の開腹術の麻酔症例を経験したので報告する。

症例は85歳女性。身長：139cm、体重：25kg。術前

診断：イレウス，呼吸機能は% VC 30%，FEV 1.0% 測定不能（混合型換気障害）高炭酸ガス血症を呈す慢性呼吸不全が存在した。麻酔は硬膜外麻酔併用全身麻酔とし術中，術後とも DOP，aminophylline 持続静注施行。術後は ICU にて低流量酸素療法および doxapram 持続静注にて人工呼吸を必要とせずに術後管理した。

慢性呼吸不全患者の麻酔では，術後の急性増悪を予測した慎重な管理が必要である。

#### 6) 腹腔鏡下副腎腫瘍摘出術中に褐色細胞腫を疑われた1症例

北原 泰・渡邊 逸平  
渡邊 重行 (新潟大学麻酔科)

クッシング症候群，右副腎腫瘍の術前診断で腹腔鏡下摘出術が行われたが，術中の激しい血圧変動により，褐色細胞腫が疑われ，術後，病理診断で褐色細胞腫の合併が確認された比較的稀な症例を経験した。症例は32才の男性。術前褐色細胞腫を疑わせるような，症状はなかった。手術開始後，腫瘍操作により血圧が大きく変動し(200~60)，PGE<sub>1</sub>，DOA によってもコントロール困難であった。出血も多量のため，開腹手術に切り替えられた。腫瘍摘出後は，循環は安定し，無事麻酔終了した。本症例は，実は，術前の尿中カテコラミンで高値を示していたが検査結果を待たずに手術が行われたものである。副腎腫瘍の麻酔に際しては，常にこのような状況が起こり得るものと考え，麻酔科医としては，術前からこれに備えた対策を講じておく必要があると考えられた。

#### 7) 拡張型心筋症2症例の麻酔経験

岡本 学・油井 勝彦 (新潟市民病院)  
遠藤 裕 (麻酔科)

拡張型心筋症を合併した2症例の麻酔管理を経験した。

フェンタニルを主に笑気と低濃度の吸入麻酔薬，または硬膜外麻酔を併用した全身麻酔にて比較的良好に麻酔管理を行い得た。

ドパミン持続注入により術中の心不全を予防した。

反省点として，循環動を慎重にモニターしながらの積極的な血管拡張薬の使用がのぞまれた。

#### 8) 開腹術中に冠スバズムを起こした4症例

黒川 智・丸山 洋一 (県立がんセンター)  
高橋 隆平 (新潟病院麻酔科)

硬膜外麻酔併用全身麻酔下開腹手術中に冠スバズムを起こした4症例を経験した。

浅麻酔状態で，血圧低下，手術手技を契機に起きた。

麻酔法，麻酔薬の影響より麻酔深度，手術手技などの影響が強いと考えられた。

#### 9) 術直後に急性心筋梗塞を発症した1症例

油井 勝彦・岡本 学 (新潟市民病院)  
市川 高夫 (麻酔科)

手術年齢の対象が高くなるに従い，様々な合併疾患を有する事になるが，心疾患とくに虚血性心疾患はその代表的な合併疾患である。術前に虚血性心疾患の既往歴のある患者では術前後の心筋梗塞の発生率は6~7%といわれ術後心筋梗塞の死亡率は40~70%と高率であり，その発生予防はきわめて大切である。以下に基本的対策を記す。

1. 麻酔による血圧の変動（とくに導入時，覚醒時）を最小限にする
2. 出血，排液，輸液，輸血による水分出納を適切に保つ
3. 手術時間をなるべく短くする
4. 術前服用していた亜硝酸剤，β-ブロッカー，カルシウム拮抗剤等は直前まで連用
5. 60%は3日以内に起こるため，この間 ICU で管理

#### 10) 術中心停止をおこした局麻下緊急手術の1症例

阿部 崇・北原 泰 (県立中央病院)  
丸山 正則 (麻酔科)

症例は頸部を自傷した43歳の女性。局麻下で止血術を行うため手術室に運ばれた。手術室入室時，ショック状態にあったため，鼠径部に静脈路を確保し急速な輸液を開始した。呼吸状態が悪化したため，マスクによる気道確保と補助呼吸をおこないつつ，消毒を開始した。消毒の最中に，心電図上，急激な ST 上昇を認め，直後に心停止となった。ただちに心肺蘇生術および急速輸血をおこなったところ心拍動は2分以内に，自発呼吸も30分程度で再開した。心拍再開直後の Hb は 4.9 g/dl で