

2) カテコラミン心筋症を合併した褐色細胞腫摘出術の麻酔経験

渋江智栄子・遠藤 裕
福田 悟 (新潟大学麻酔科)

カテコラミン心筋症は褐色細胞腫の重篤な合併症だが、その麻酔報告は稀である。今回我々はカテコラミン心筋症を合併した褐色細胞腫摘出術の麻酔を経験したので報告する。

〔症例〕25歳女性。検診で高血圧を指摘された。心不全症状出現し、精査の結果、褐色細胞腫と診断された。術前心エコーで駆出率36%、心電図上 ST 低下所見あり。〔麻酔経過〕観血的動脈圧、SG カテーテルを装着しモニターしながら、笑気、酸素、イソフルレンにて維持。麻酔導入後よりニトログリセリン持続投与。循環動態をみながらドパミン、ドブタミン、ノルアドレナリンの持続投与も行い無事術中管理を終了した。〔結語〕循環動態をモニターして至適に保つことが肝要である。

3) 当院における麻酔法選択状況

馬場 洋・丸山 洋一 (新潟県立がんセンター)
高橋 隆平 (ター新潟病院麻酔科)

現在、当院では、7室において全身麻酔が行われており、エンフルレンの気化器が7台、イソフルレンの気化器が3台、セボフルレンの気化器が3台使用されています。セボフルレンの気化器のうち1台は移動用で、いずれのオペ室においても使用可能です。尚、ハロセンの気化器はすべて取り外され、現在使用されていません。セボフルレンは胸部外科で硬膜外麻酔と併用して行われたり、耳鼻科やその他体表部の比較的短時間の手術にGO-セボフルレン単独で、しかも比較的高濃度で使われることが多く、イソフルレンは脳外科で静脈麻酔薬と併用したり、腹部外科で硬膜外麻酔と併用で使われることが多いようです。エンフルレンはイソフルレンやセボフルレンの気化器が取り付けられていない麻酔器を使用する場面に使われることが多いようです。

4) 超未熟児の先天性下肢巨大腫瘍摘出術の麻酔経験

海老根美子・西村 喜宏 (新潟市民病院)
渡辺 逸平・丸山 正則 (麻酔科)

出生体重1000g以下の超未熟児の手術症例は少ない。我々は、日齢25日、体重878g男児の右下肢巨大腫瘍摘出術の麻酔を経験した。パルスオキシメーター、経皮

酸素モニター、心電図、血圧計、動脈ライン、直腸温プローベ、膀胱カテーテルを装着し、アトロピン、フェンタニル、ヴェクロニウムで麻酔を導入した。網膜症予防のため、PaO₂を60-90mmHgに保つようにFiO₂を調節した。術中、出血のため血圧低下、徐脈となったが回復し、NICUへ帰室した。摘出標本151g、出血量274g、尿量0.4ml、輸液量70ml、輸血量284mlであった。

超未熟児の麻酔では、各臓器の未熟性や予備能の低下により容易に全身状態が変化するため、きめ細かですばやい対応が必要である。

5) 毎回長時間に及んだ頻回手術症例の麻酔経験

榎木 永・山倉 智宏 (竹田綜合病院)
遠山 誠・野口 良子 (麻酔科)

下顎部の放射線潰瘍のため遊離皮弁による再建を受けたが、皮弁の血行不良によるトラブルのため、1年余の間に前後10回に渡る頻回の手術を受け、しかも度々長時間に及んだ60才女性の麻酔を経験した。この間の麻酔時間は合計78時間40分に達した。また患者は入院期間を通じて著しい疼痛を訴え、多種類かつ大量の鎮痛剤、向精神薬を投与されていた。

麻酔に際しては、GOIにフェンタニルを併用して極力薬剤用量を抑えるよう努力した。患者は、入院中トランスアミナーゼの一過性の上昇を来したのみで、輸血に伴う血清肝炎やその他の麻酔合併症は見られなかった。

顕微鏡下微細手術による遊離血管柄付組織移植術では、感染等の危険因子が存在すると、再手術・長時間手術に至る可能性が大きくなるので、麻酔管理の上でも配慮を要する。

6) 小児重症熱傷の治療経験

本多 忠幸 (新潟大学手術部)
傳田 定平・木村 亮
多賀紀一郎・下地 恒毅 (同 麻酔科)
佐藤 一範・下地 恒毅 (同 集中治療部)
吉川 恵次 (同 救急部)

小児広範熱傷は、その管理が困難であると同時に受傷部位が顔面に及ぶ場合は、その後生じる癒痕拘縮が問題となるが、その易感染性から早期にかつ頻回に植皮術が必要な場合もある。今回我々は、2歳の男児の受傷面積60%、burn index 55の小児広範熱傷の症例を経験した。初期輸液は、Shrinerの公式を原則として用

い、熱傷ショック期から離脱できた。5回の植皮術とデブリードマンを行った。人工呼吸管理も必要で、ICU滞在日数は49日間であった。本症例は、顔面瘢痕拘縮を来し、挿管困難症となり、以後に行われるであろう植皮術のリスクを高めている。また、初期輸液を若干の浴槽熱傷例とともに比較検討した。

7) 神経系 ICU における持続緩徐静一静脈血液限外濾過透析法 (CVVHDF) の 3 経験

熊谷 雄一・飛田 俊幸 (都立神経病院 麻酔科)
河田 啓介

当院は、神経系専門病院で ICU には MG を対象とした血漿交換装置が従来より配置されていたが、腎不全専門の血液透析装置はなかった。そのため、入院患者の急性腎不全時には腹膜解析にたよるか、他院への転院を余儀なくされていた。しかし、高度の神経障害がある場合は転院紹介先を捜すのは困難であった。そこで、血漿交換装置の増設を機会に持続的静脈血液限外濾過透析法を3例に施行した。

急性腎不全時、血液透析法は有効な手段であるが、循環状態が不安定な時期には循環系への影響が大きく、その施行はむずかしい。又、水処理施設などの設備的な問題もある。その点、CVVHDF は、循環状態への影響が少なく、透析液が大量に必要という問題はあがるが、管理し易く簡便かつ安全な方法であった。

8) HFJV 重畳を併用した誤嚥性肺炎患者の呼吸管理

多賀紀一郎・傳田 定平 (新潟大学麻酔科)
本多 忠幸 (同 手術部)
佐藤 一範 (同 集中治療部)
吉川 恵次 (同 救急部)

症例は68才の男性。うつ状態で入院治療中、口に吐物を含み転倒していたところを発見された。酸素吸入等の治療を行っていたが、チアノーゼが増悪するため ICU へ入室、集中治療を開始した。入室後、直ちに挿管呼吸管理を行い、循環動態をモニターする目的で S-G カテテルを留置した。入室早期には肺動脈圧 (肺血管抵抗) と気道内圧が異常に高値を示し、前者に対して PGE₁ の少量持続投与 (0.01 μg/kg/min)、後者には頻度 200 の HFJV を通常の陽圧換気に併用した。入室9日目頃より両者の低下傾向が認められ、PaO₂/FiO₂ 比の改善を伴い、22日目に退室した。

9) 長時間にわたる昏睡を呈した都市ガス (メタンガス) 中毒の 1 例

丸山 正 則 (新潟市民病院麻酔科)
小野寺真由美 (新潟大学麻酔科)

自殺の目的で都市ガスを吸入し、長時間にわたる昏睡を呈したメタンガス中毒の1例を経験したので、治療経過の概要を紹介する。

患者は21歳男性、19:40アパートで都市ガスを吸入し意識消失状態で発見された。来院時、深昏睡ではあるが呼吸循環には問題なかった。メタンガス中毒に低酸素性脳障害が加味された状態と判断し、脳浮腫対策に加え、高圧酸素療法を施行した。翌日の午後ようやく呼名に應ずるようになったが譫妄状態がさらに翌日まで続き、意識がほぼ清明になったのは3日後であった。その後は脳波も正常化し、なんの神経学的欠落症状もなく退院した。

都市ガスの主成分はメタンで、その毒性は比較的低下が、意識障害を伴う場合には、低酸素性脳障害も加わっている可能性があり、これに準じた治療を行うべきである。

10) 大量輸血は術後呼吸状態を悪化させるか?

傳田 定平・多賀紀一郎 (新潟大学麻酔科)
本多 忠幸 (同 手術部)
佐藤 一範 (同 集中治療部)

1987年より現在まで本学で施行された約10,000の麻酔症例のうち、心臓、肺手術を除き42の大量輸血症例があった。手術部位で分けると、上腹部16例、下腹部11例、骨盤・下肢9例、脊椎・脊髄5例、頭部1例であった。出血量は骨盤・下肢が他に比し多く、手術時間は1例以外、いずれも4時間を越える長時間手術であった。麻酔導入時と手術終了時での oxygenation index の比較では大量輸血後、動脈血酸素分圧を悪化させる一定の傾向はなかった。術後呼吸管理では上腹部で人工呼吸や酸素投与の呼吸補助期間が長期化した。それ以外の部位で術後呼吸管理に難渋する程の悪化はなかった。また、高齢者、緊急手術での全身状態の悪さも術後呼吸状態に影響を及ぼしていると考えられた。大量輸血が呼吸状態を悪化させる原因として微小凝集塊による肺微小血栓や ARDS の発症であるが、今回の研究では、大量輸血自体は術後呼吸状態を悪化させないことがわかった。