第23回新潟麻酔懇話会
第5回新潟ショックと蘇生研究会

日　時　昭和60年12月14日（土）
午後1時30分～5時40分

会　場　新潟大学医学部
有壬記念館大ホール

1．発作性夜間血色素尿症の麻酔経験

出羽　厚二・丸山　洋一（新潟大学医学部麻酔科）

発作性夜間血色素尿症（以下 PNH）は唯一の後天性の内因性溶血性貧血で，異常赤血球クローンが補体に高い感受性を有するために溶血発作を生じるものである．

今回我々は60才男性の PNH 患者の麻酔を経験した．溶血性貧血を示す検査所見と HAM テスト陽性であることから PNH と確定診断され，内科入院中，肝生検の施行後，腹腔内出血を来し緊急手術となった．

PNH の麻酔では補体の輸注による溶血を防ぐため洗浄赤血球を輸血すべきであったが緊急のため濃厚赤血球を使用せざるを得なかった．また，溶血の誘因となりうる呼吸性，代謝性アシドージス，感染，発熱などの種々のストレスの予防を行った．さらに，副腎皮質ホルモンの投与，補液としてデキストランの使用なども考慮する必要があった．

2．非免疫性胎児水腫を伴う新生児胃破裂の麻酔経験

高田　俊和・野口　良子・下地　恒毅（新潟大学医学部麻酔科）

血液型不適合に起因しない非免疫性胎児水腫を伴なう新生児胃破裂という極めて予後不良かつ稀な症例の麻酔を経験した．本症例の病態は，先天異常の為の膠質浸透圧の調節機能の低下による血管外水分貯留に加え，胃破裂の広範な炎症の為に生じた血管内水分の非機能相への大量の移動によって重篤な循環不全・呼吸不全を呈する．我々は，膠質・血漿の投与により血中膠質浸透圧上げ血管外貯留水分を血管内へ引き込み循環血液量を一定に保ちつつ，水分制限・強心剤及び利尿剤の投与により水分排泄を促進し体内水分平衡・循環不全の改善を計った．同時に早期より人工呼吸管理下に置き呼吸不全の予防を計るとともに，感染・DIC の予防に努めて良好な成績を得た．本例の治療に際し ① 膠質・血漿の投与，強心剤・利尿剤の投与，水分制限等による循環不全の改善，② 早期よりの人工呼吸管理による呼吸不全の予防，③ 感染・DIC の予防が重要と思われた．

3．下咽頭狭窄症例に対する逆行性挿管の経験

佐藤　祐次・市川　高夫・藤岡　斉（長岡赤十字病院麻酔科）

下咽頭膿瘍および潰瘍で2回の入院加療をおこなった37才の男性が，下咽頭狭窄のため嚥下困難，呼吸困難をきたし，全身麻酔下に狭窄解除術が予定された．

喉頭鏡は輪状の狭窄の手前までしか進まず，喉頭蓋は狭窄直下に良く見えたが，展開はできず，気管内挿管は不可能だったため，逆行性挿管を行なった．輪状甲状靱帯よりテフロン留置針を気管内に刺入し，ここより硬膜外チューブを挿入し，口に出した．これをガイドに気管内チューブの挿入を試みたが，気管内チューブを少し回転して進めたときに挿管に成功した．気管内チューブ先端の切り口の向きによっては喉頭蓋とひっかかるためで，向きさえ気を付けておこなえば，容易な手技と思われた．

4．非開胸側に肺水腫を合併したブラロック手術症例

北原　智子・佐藤　一範（新潟大学医学部麻酔学教室）

ファロー四徴症に対して左 Blalock-Taussig 手術を施行した症例で，術後非開胸側に肺水腫を合併した．症例は4才女児（体重 14kg）で，心カテ所見で肺動脈発育不良のため，シャント手術の適応となった．シャント後の流量測定で，930ml/分と本症にしては，やや多めの流量が得られた．回復室でサーボベンチレータに接続した直後，水様性の分泌物が，続いて血性泡沫状分泌物が気管内チューブより放出した．胸部 X 線撮影で，右肺水腫が認められ，これに対して，純酸素投与，PEEP，ラシックス投与を行ない，利尿を図ったところ胸部 X 線にて肺水腫は改善された．本症の原因は，過剰輸液とシャントによる急激な肺血流の増加で，一過性の心不全を伴う肺毛細血管静水圧の上昇であると考える．