

## P-266

### 周術期に発症したアナフィラキシーショックの2例

岐阜赤十字病院 麻酔科

○山田 忠則、粕谷 由子

周術期に発症したアナフィラキシーショックを2例経験したので報告する。症例1 14歳女児、全身麻酔下に扁桃摘出術した。チオペンタール、フェンタニル、レミフェンタニル、セボフルレンで麻酔導入し、ロクロニウムで筋弛緩を得て気管挿管した。その後から換気困難、血圧低下がおこった。体幹部を中心に皮膚の発赤を確認、アナフィラキシーショックと診断した。手術は中止とした。純酸素投与、全ての薬剤投与を中止し、エフェドリン、ネオフィリン、ステロイド投与した。10分後、呼吸、循環動態が安定し、皮膚症状も消失した。麻酔からの覚醒をはかり抜管した。8週後のブリックテストで、原因薬物はロクロニウムと診断した。5カ月後、全身麻酔下に筋弛緩薬を用いず、手術を施行した。症例2 65歳女性、上腕骨骨折に対し、全身麻酔下に観血的固定術を施行した。プロポフォール、フェンタニル、レミフェンタニルで導入し、ロクロニウムで筋弛緩を得て気管挿管した。プロポフォール、レミフェンタニルで麻酔を維持した。手術終了後、スガマデクスを投与し、5分後に抜管した。その2分後血圧低下と体幹部に皮疹を伴う発赤を確認し、アナフィラキシーショックと診断した。アドレナリン0.2mg投与により循環動態が安定した。8週後のブリックテストでスガマデクスが原因薬物と診断した。考察 症例1のように術前に発症したアナフィラキシーショックは、手術中止の上で原因薬物を同定し、後日、その薬剤の使用を避けて麻酔を施行する事が多い。しかし、スガマデクスが使用されるようになって以降、症例2のような場合、原因薬物の同定が多くなる場合なされていない。これは、手術が終了してしまっている事が大きな原因と思われる。原因薬物の同定は薬剤を投与した麻酔科医の責任とも考えられ、積極的なテストの施行と、各科の協力が望まれる。

## P-268

### 遊走脾の茎捻転により脾梗塞をきたした一例

熊本赤十字病院 診療部

○早野 聡史、大木 伸吾、岡野 雄一、原富 由香、  
奥本 克己、桑原 謙、井 清司

【はじめに】遊走脾の茎捻転による脾梗塞は致死率が17.6%に及ぶとの報告があり、早期に診断と治療が必要な疾患である。今回我々が経験した一例を報告する。

【症例】16歳、男性

【現病歴】就寝中に発症した臍周囲の間欠痛を主訴に来院。嘔吐・下痢なし。意識清明、血圧125/66mmHg、脈拍68回/分、体温37.4℃

【既往歴】特記事項なし。

【経過】身体所見は臍周囲圧痛と左季肋部叩打痛のみ。WBC13,680、CRP0.10。腹部エコーにて少量の腹水と脾腫、脾臓の位置異常を認めたが診断には至らず。次いで造影CTを施行し、脾動静脈の走行異常と脾実質の位置異常・造影効果の欠損を認め、遊走脾の茎捻転による脾梗塞と診断し、緊急手術となり、腹腔鏡下脾臓摘出術・脾臓大網内移植術を施行した。手術所見は脾臓が脾門部にて180度捻転した状態であった。術後経過は良好で、第9病日に退院となった。

【考察】遊走脾による脾梗塞は有病率が低く、身体所見・血液検査も非特異的で術前診断率が4%と低い疾患である。しかし、画像検査での診断率が腹部超音波検査では66%、造影CTでは72%との報告があり、急性腹症の鑑別に挙げる事が診断のために重要である。

## P-267

### 炭酸リチウム内服中に腎不全となりリチウム中毒となった2例

長浜赤十字病院 神経内科<sup>1)</sup>、国立滋賀病院 神経内科<sup>2)</sup>

○岡崎 郁恵<sup>1)</sup>、平居 昭紀<sup>1)</sup>、中村 英樹<sup>1)</sup>、前田 憲吾<sup>2)</sup>

【症例1】88歳男性。意識障害とミオクローヌス。躁うつ病のため炭酸リチウムを内服していたが、3ヶ月前から躁症状の悪化のため、100mgから300mgに増量された。入院10日前より歩行困難が出現。5日前から内服を中止したが、次第に不随意運動が出現し昏睡（JCS200,GCSE4V1M4）となり当院救急へ紹介搬送となった。全身にミオクローヌスを認める。Cre 4.74mg/dl（前値1.7）、K 6.25mEq/L [Li] = 2.4mEq/L。リチウム中毒による意識障害、腎不全と診断し、入院当日と翌日に、血液透析を行った。不随意運動は速やかに改善された。多弁、独語が出現したが、徐々に意識障害は改善した。気分障害は、オランザピン5mg、クロナゼパム0.5mgで退院可能となった。

【症例2】65歳女性。躁病性興奮のため精神科病棟に入院した。バルプロ酸ナトリウム、オランザピン、クロナゼパム、炭酸リチウムにて加療を開始したが、傾眠となり、ミオクローヌスが出現。その後昏睡（JCS200,GCSE3V2M4）、血圧は低下しショックとなった。Cre 1.99mg/dl（前値0.73）[Li] = 3.2mEq/L。リチウム中毒による意識障害、多臓器不全と診断し、輸液と昇圧剤治療による全身管理を行ったところ症状は速やかに改善した。気分障害はオランザピン5mg、クロナゼパム0.5mgで、退院可能となった。炭酸リチウム治療中に中毒となり、集中治療管理が必要であった2例を経験した。炭酸リチウムは、多臓器に毒性をもち、潜在的な腎機能低下や併用薬との相互作用により重篤な中毒症状を呈しうるため注意を要すると考えられた。

## P-269

### 救命救急センターにおけるこころのケア～第1報 患者や家族への介入～

徳島赤十字病院 臨床心理士<sup>1)</sup>、徳島赤十字病院 ICU<sup>2)</sup>、  
徳島赤十字病院 救急部<sup>3)</sup>

○高芝 朋子<sup>1)</sup>、藤河 周作<sup>1)</sup>、元木 靖代<sup>1)</sup>、庄野まゆみ<sup>2)</sup>、  
藤田 昌子<sup>2)</sup>、福田 靖<sup>3)</sup>

1. 問題と目的：精神症状の重篤化を予防するために、速やかに患者のこころのケアを開始することが非常に重要である。同時に、患者の治療意欲や退院後の生活を支える家族のこころのケアも重要である。A病院の救命救急センターにおける臨床心理士の活動を通して、患者や家族への介入について検討した。

2. 対象と結果：2007年4月～2011年3月に救命救急センターで介入した89名（男性47名、女性42名）を対象とした。平均年齢は51.3歳（0～83歳）で、依頼対象は患者本人が81例（91%）であった。入院背景は、疾病が41例（46%）で最も多かった。主たる依頼理由は、自殺企図22例（25%）、急性ストレス反応疑い14例（16%）、精神科既往12例（13%）、表情が暗い9例（10%）であった。患者や家族との面談にあたっては、医師や看護師、理学療法士など医療チームと情報を共有した。家族面談を実施したところ、不眠や動悸、呼吸苦など急性ストレス反応を呈している例があった。そのため、ストレス時のセルフコントロールや、患者への対応の助言など、家族のこころのケアを目的に面談を実施した症例は75例（84%）であった。家族面談後、「眠れるようになってきた」「面会時の家族の表情が明るくなった」等の報告が得られた。

3. 考察：患者や家族に対するこころのケアとして次の3つが考えられた。＜1＞予防的役割（PTSDやうつ病などを予防するために支持的・心理教育的に関わる）、＜2＞支援的役割（精神的または身体的に不可逆的な状態に対して、喪失悲嘆に寄り添う。更に、意思決定や体験の再構築を支援する）、＜3＞動機付けの役割（継続した精神医療を要する場合、専門医療への動機付けを行ない確実に繋げる）。