

〔症例1〕54歳男性。Tolosa-Hunt症候群に対してテグレトール<sup>®</sup>、ナイキサン<sup>®</sup>、リンデロン<sup>®</sup>など開始約1ヵ月後より、発熱と頸部に紅斑を生じた。初診時、略全身に浮腫性紅斑が多発し、口腔粘膜には発赤を認めた。紅斑の病理組織像では、表皮細胞の浮腫と表皮内にリンパ球の侵入、真皮上層の著明な浮腫と血管周囲にリンパ球を主体とする細胞浸潤を認めた。白血球、好酸球、肝酵素の上昇あった。PSL 50mg/日の内服を開始し、皮疹は約1ヵ月後に軽快した。経過中にHHV6の再活性化は認めなかった。DLSTはテグレトール<sup>®</sup>で陽性であった。

〔症例2〕48歳女性。頭痛に対してテグレトール<sup>®</sup>とロキソニン<sup>®</sup>開始34日後に発熱と紅斑が出現した。初診時、略全身に浮腫性紅斑があり、膿疱も認めた。口腔粘膜の発赤とリンパ節腫大を伴った。紅斑の病理組織像では表皮に海綿状態、真皮上層に浮腫と血管周囲にリンパ球主体の細胞浸潤を認める。白血球、異型リンパ球、肝酵素の軽度上昇を伴った。PSL 40mg/日の内服で軽快傾向となったが、発症24日後に血清中のHHV6 DNAが陽転化した後、紅斑の再燃を認めた。PSLは増量せずに軽快がみられ、漸減し発症約5ヵ月後に中止した。発症10日後に80倍であったHHV6 IgG抗体が31日後には1280倍に上昇した。DLSTはテグレトール<sup>®</sup>で陽性、ロキソニン<sup>®</sup>は陰性であり、テグレトール<sup>®</sup>によるDIHSと診断した。

#### 4. 化学療法施行後に発症した敗血症性ショックにバソプレシン少量持続投与が奏功した1例

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 血液内科)

岩淵裕子<sup>1</sup>・三橋健次郎<sup>2</sup>・

近藤年昭<sup>2</sup>・風間啓至<sup>2</sup>・志関雅幸<sup>2</sup>・

森 直樹<sup>2</sup>・寺村正尚<sup>2</sup>・泉二登志子<sup>2</sup>

症例は66歳男性。びまん性大細胞型Bリンパ腫の中樞神経浸潤による再発のため入院となった。大量メトトレキサート療法を開始したが、第5日目に悪寒・戦慄とともに39.8℃の発熱を認め、血圧が60~70mmHgに低下し、脈拍数128/分、呼吸数24回/分などから、臨床的に敗血症性ショックと診断した。セフェピム 4g/日、アミカシン 400mg/日、バンコマイシン 2g/日を始めるとともに、補液を開始し、ドパミンおよびドブタミンを各10μg/kg/分まで増量するも、血圧の回復が得られず、バソプレシン 0.033U/分の持続投与を開始した。バソプレシン開始約90分後に血圧90/50mmHg台と上昇を認め、尿量の増加が得られた。その後カテコラミンを漸減するも血圧は110/75mmHg前後で安定し、36時間後にはバソプレシンを中止し、42時間後にはカテコラミンから離脱した。その後、血液培養からEscherichia coliが検出され、同菌による敗血症と確定し、セフェピムおよびアミカシンによる治療を継続したところ、解熱し、CRPも陰性化した。造血管腫瘍に対する化学療法後に発症する敗血症は、最も懸念される重症感染症であり、時に致死的であ

る。本症例のように、カテコラミン不応性の敗血症性ショックに対しては、バソプレシン少量持続投与も試みるべき治療法と考えられた。

#### 5. 周術期に感染性心内膜炎を合併した直腸癌の1症例

(<sup>1</sup> 東医療センター卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 同外科, <sup>3</sup> 同 心臓血管外科)

望月春香<sup>1</sup>・吉松和彦<sup>2</sup>・

山口晶子<sup>3</sup>・板垣裕子<sup>2</sup>・大谷泰介<sup>2</sup>・

藤本崇司<sup>2</sup>・横溝 肇<sup>2</sup>・小川健治<sup>2</sup>

〔はじめに〕右心系の感染性心内膜炎は比較的まれで、薬物乱用、アルコール中毒、心室中隔欠損症に多いとされる。今回我々は、周術期に三尖弁感染性心内膜炎を合併した直腸癌の1例を経験したので報告する。〔症例〕60歳代男性。長期間の下痢を主訴に平成19年3月下旬に当院内科を受診、下部消化管内視鏡検査で全周性の直腸癌を指摘され、外科に入院した。発熱を認め、準緊急的に超低位前方切除術(D3郭清)、回腸瘻造設術を施行。術後第9病日に縫合不全を認め、同日緊急洗浄ドレーナージ術を施行。術後第34病日に40度の発熱を認め、胸部CTで両肺野に空洞を伴う結節、両側多発肺動脈塞栓症を認め、ヘパリン・ウロキナーゼを開始、呼吸器内科を受診しseptic emboliと診断された。また、経胸壁心エコーで三尖弁に疣贅(21×13mm)を認めた。その後、徐々に疣贅が増大し、心臓血管外科に転科、初回手術後第84病日、三尖弁置換術を施行した。三尖弁は三弁ともに疣贅がみられ、Carpentier-Edwards ウシ心膜弁 31mmで弁置換し、術後の経過は良好で弁置換術後第17病日に退院した。三尖弁の病理所見では原因菌の同定は出来なかったが、鏡検上は球菌のコロニーがみられ、また、白血球中細菌拡散同定検査では腸球菌が陽性であった。〔結語〕直腸癌の周術期に三尖弁感染性心内膜炎を合併し、弁置換術を施行した1例を経験したので報告した。

#### 6. 心移植後の子宮体癌手術に対する麻酔経験

(<sup>1</sup> 東医療センター卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 同麻酔科, <sup>3</sup> 同 内科)

井出早苗<sup>1</sup>・小森万希子<sup>2</sup>・

西山圭子<sup>2</sup>・近藤 泉<sup>2</sup>・平井えい子<sup>2</sup>・

平久美子<sup>2</sup>・川真田美和子<sup>2</sup>・布田伸一<sup>3</sup>

〔はじめに〕今回、心移植後の患者の麻酔を経験したので報告する。〔症例〕53歳、女性、167cm、49kg。4年前、拡張型心筋症による難治性心不全に対して米国にて心移植術を受け帰国後は当院内科で移植後の治療・管理を行っており経過は順調であった。子宮体癌(Ia)に対し根治手術が施行された。〔麻酔経過〕前投薬に硫酸アトロピン 0.5mg、ミダゾラム 2mg筋注、麻酔導入はチオペンタールナトリウム、ベクロニウム、維持にセボフルラン、亜酸化窒素、フェンタニルを使用した。リバーズ薬は使

用しなかった。循環系モニターとして非観血的血圧測定および中心静脈圧測定、心電図および心拍の連続モニタリング、心拍変動の指標としてR-R間隔(30秒間)の標準偏差(SDNN)を測定した。麻酔中、心拍数は60bpm台、覚醒時は80bpm台となった。〔結果〕麻酔中、心拍は60~80bpmの変動が見られた。心拍連続モニター、R-R間隔のSDNNで、術前8.11ms、術中8.16ms、術後8.27

msであった。〔考察〕移植心の神経支配の回復は様々であると報告されている。この症例では、術前、術中、術後とも心拍数の変動はみられたものの、SDNNの有意な変化はなかった。心拍変動は迷走神経支配の要素は少なく、洞房結節由来と考えられる。また移植心では心拍出量は前負荷依存性であり、中心静脈圧を指標とした水分管理で安定した循環管理が出来た。