右房への血流は良好に改善し，静脈圧も低下した．数日後，右上肢と顔面の浮腫は消失した．

12. 生体腎移植後７年経過後に意識障害，発熱，眼球運動障害，失調を呈した１症例

（[1]卒後臨床研修センター，[2]神経内科）
○寺岡　瞳[1]・◎遠井素乃[2]・久保綾子[1]・宇羽野惠[2]・清水優子[2]・内山真一郎[2]

症例は39歳男性．32歳時生体腎移植術を施行し免疫抑制剤を服用していた．2010年７月中旬，魚介類摂取後から下痢・嘔吐が出現し第４病日泌尿器科入院．低Na血症を認め，ADH不適合分泌症候群（syndrome of inappropriate secretion of ADH：SIADH）を疑い加療開始した．血清Na値の改善に伴い一時症状は軽減したが，第9病日眼瞼下垂と呂律の回りにくさを自覚，第12病日から高熱が持続し，第13病日の頭部単純CTでは異常はなかったが，頭部の違和感が持続し神経内科コンサルトとなる．診察時，意識障害と構音障害，両側眼瞼下垂，注視方向性眼振，失調を呈し，髄液検査にて細胞数および蛋白高値のため第15病日神経内科に精査加療目的に転科した．頭部MRIでは左小脳半球は腫脹し，第四脳室圧排と脳室拡大所見から水頭症を合併した小脳炎と診断した．免疫抑制剤内服下の発症で，血清IgG低値を示し，神経免疫性疾患も否定できず，第16病日よりステロイドパルスおよび免疫グロブリン静注療法施行した．その後，髄液からCryptococcus neoformansが検出され，クリプトコッカス感染による小脳炎と診断した．泌尿器科，感染症科とコンサルトの上，第25病日よりリポソーマルアンホテリシンB（L-AMB）4mg/kg投与開始した．徐々に神経所見の改善を認めたが，髄液中の細胞数・クリプトコッカス抗原価（ク抗原価）は526倍で依然高く，第63病日よりL-AMB 6mg/kgに増量した．細胞数・ク抗原価は減少傾向を示したが，現在も治療継続中である．生体腎移植後７年経過後にクリプトコッカス髄膜脳炎を発症した貴重な１症例を経験したためここに報告する．

13. 周産期に肝被膜下出血を発症し，母子とも救命しえた１例

（[1]卒後臨床研修センター，[2]一般外科，[3]産婦人科，[4]血液内科）
○安川ちひろ[1]・◎廣澤知一郎[2]・野上真子[2]・種市美樹子[2]・春日満喜子[2]・飯野高之[2]・成田　徹[2]・松岡あづさ[2]・橋本拓造[2]・小川真平[2]・板橋道朗[2]・亀岡信悟[2]・松田義雄[3]・泉二登志子[4]

〔症例〕患者：25歳女性．主訴：右側腹部痛．既往歴：17歳時ネフローゼ症候群，妊娠11週２日に右下肢外腸骨静脈，膝窩静脈血栓症．家族歴：なし．現病歴：血栓症に対する加療としてカプロシンを使用し妊娠経過は良好であったが，妊娠37週０日に右側腹部痛出現し当院産科に緊急入院となった．入院時APTT＞150で高度の延長を認めた．入院後胎児仮死となり，同日帝王切開を施行した．開腹すると腹腔内に多量の血液を認め出産後，出血源を精査したところ肝右葉に巨大な被膜下血腫と被膜損傷を認めた．用手圧迫を試みたが止血困難でありタオルによるパッキング止血を行った．術後経過：術翌日のバイタルは安定していたがHbの低下，ドレーンより血性の排液が持続したため血管造影を施行した．S6, S8の末梢側にextravasationを認めIVR（Interventional radiology）を行った．術後２日目にも出血所見があり造影CTでS4からの出血が疑われたためIVRを施行し，第７因子製剤（ノボセブン®）を使用した．その後出血兆候はなく，術後１週間目にガーゼの摘出を行ったが出血はなく，止血シートを同部位に貼付した．術後経過は良好で母子とも健康である．〔考察〕出血した原因は先天性の血液疾患はなく肝臓に出血源となる所見がないことから，肝被膜と腹膜の癒着が妊娠経過中に剥離され凝固系の異常から被膜下血腫を来たしたと推測した．

14. 妊娠中の破裂AVM緊急摘出術後，遺残AVM摘出と同時に帝王切開術を施行した症例の麻酔経験

（[1]卒後臨床研修センター，[2]麻酔科）
○小林真之[1]・◎森岡宣伊[2]

〔はじめに〕妊娠中の緊急手術では母体優先が原則であるが，麻酔法の選択では可能な限り胎児の予後も考慮して，麻酔薬や麻酔方法を考え選択決定する．今回，母体の脳動静脈奇形破裂（AVM）に対して母体救命を優先した手術を経験したので報告する．〔症例・経過〕42歳女性．既往歴として19歳時にAVMを指摘される．33歳時に帝王切開術にて第一子出産．現病歴，妊娠18週から当院にて経過観察していたが，妊娠28週３日に意識障害（JCSIII-200）のため当院緊急搬送となった．入院後の経過は，AVM破裂により瞳孔不同，脳ヘルニアを来たしていたため緊急開頭血腫除去術，AVM摘出術，外減圧術を全身麻酔下に施行した．AVMは全摘出できなかった．第30病日に，児の発育良好であったため，全身麻酔下に選択的帝王切開術，それに引き続きAVM摘出術を施行した．第70病日後意識レベルはJCS１桁に改善し，リハビリ病院に転院となった．児はNICUに約50日間滞在し退院となった．〔考察〕初回緊急手術では全身麻酔は不可欠であったが，胎児の発育も期待して濃度依存性に子宮平滑筋収縮力抑制効果のある吸入麻酔を選択した．帝王切開時の麻酔は遺残AVM破裂のリスクを鑑み，sleeping babyの可能性が高いことを新生児科・産科と合意の上で，血行動態安定化を目的として十分に麻薬を用いた全静脈麻酔を選択し，良好な結果を得た．