

O-52 麻酔導入時の気管支喘息発作に対し イソフルラン吸入が有効であった 1 症例

昭和大学医学部麻酔科学講座

小林 玲音

症例患者は 49 歳、女性。身長 157、体重 45kg であった。慢性副鼻腔炎に対して内視鏡下鼻内副鼻腔手術を行う予定であった患者である。既往歴として 46 歳時に全身麻酔下で子宮筋腫核出術を行っており、数ヶ月前より近医から咳喘息を指摘されている。

喘息の疑いがあることから術前日にリン酸ベタメタゾン 4mg 内服していたが、術前回診時には吸気終末で湿性ラ音、強制呼気にて咳嗽誘発の所見がみられた。

術前のバイタルサイン、胸部レントゲン、心電図に異常はなく、血液データ上も RAST がスギのみ 3+、その他、炎症反応陰性、IgE も正常範囲内であった。

術前の前投薬投与は行われなかった。

入室時、バイタルサインは問題なかったが、術前日同様、強制呼気にて咳嗽が誘発された。

麻酔導入はミダゾラム 0.1mg/kg、フェンタニル 0.5 μ g/kg、ベクロニウム 1.5mg/kg で行い、就眠後、十分に筋弛緩が得られた後、気管挿管した。挿管直後より、用手換気が困難となり、カプノグラフで著しい呼気の延長認めた。イソフルランを挿管後から 1% で投与した。また、両肺野に著明な喘鳴が聴取された。

これらの臨床症状より、気管支喘息発作と診断した。

アミノフィリン 5mg/kg とコハク酸メチルプレドニドロンナトリウム 10mg/kg を静注したが、さしたる効果が認められなかったため、イソフルランを 2.5% まで増加させて調節投与を続けた。約 30 分後、徐々に呼吸囊が柔らかくなり呼気の延長も改善し、喘鳴は軽快した。その後、用手換気を 30 分続けた所、自発呼吸が改善したため抜管した。

バイタルサインは安定しており、SpO₂ は酸素 4L/min マスクで 98% であった。

リカバリールームでの胸部レントゲンでは術前と比較し明らかな異常は認められなかった。

第 1 病日、呼吸器内科転科となり、副腎皮質ステロイドとアミノフィリンの点滴静注、 β_2 刺激薬と去痰薬のネブライザー、吸入ステロイド薬、ロイコトリエン拮抗薬内服を 3 日間行い、第 4 病日に退院となった。以後喘息治療のため外来通院を続けており、手術は行っていない。

気管支喘息の診断が不十分であった患者に対して全身麻酔導入を実施したところ、麻酔導入が契機となって重篤な喘息発作を発症した症例を経験した。イソフルランの吸入が喘息発作に対し有効であった。