

メキシレチンのNa遮断作用が有効であったと考えられる。さらにメキシレチンによるサブスタンスP遊離抑制、 β エンドルフィン量の増加といった中枢の鎮痛作用機序の関与も有効であったと考えられる。

12 手掌に局限した多汗症における胸部交感神経切除範囲の検討

下畑 敬子・岡本 学・富田美佐緒
馬場 洋

新潟大学医歯学総合研究科麻酔科学分野

胸腔鏡下交感神経遮断術(Endoscopic thoracic sympathectomy, ETS)は、特発性手掌腋窩多汗症の治療法として低侵襲で有効率が高く、近年急速に発展した。手掌多汗症に対してはTh2, 3の切除が必要とされている。一方、合併症として代償性発汗や、T2遮断時の合併症としてHorner症候群の問題があり、近年胸部交感神経の切除範囲の検討がなされている。

今回、手掌多汗症に対し両側T3のみの胸腔鏡下交感神経遮断術を施行した。T3のみの焼灼であったためホルネル症状などの合併症の危険もなく安全に時間の短縮した手術が施行できた。また代償性発汗も軽度で高い満足度を得られた1症例を経験したので考察を含めて報告する。今後発汗抑制の最大の効果がみられ、かつ代償性発汗が最小となる交感神経遮断範囲と遮断法について検討が必要であると考えられた。

13 当院における胸腔鏡下胸部交感神経遮断術の変遷

岡本 学・下畑 敬子・富田美佐緒
馬場 洋

新潟大学医歯学総合病院麻酔科

1997年から現在まで、新潟大学医歯学総合病院麻酔科において胸腔鏡下胸部交感神経遮断術(ETS)を18名の患者に行った。開始当初交感神経切除により神経遮断を行っていたが2002年3月より神経焼灼遮断に術式を変更し、手術時間の

短縮を図った。さらに同年12月より胸腔鏡用ポート径を5mmから3mmものに変更し、手術の低侵襲化に努めた。その結果、入院期間も7日から5日に短縮した。術式、手術器具の変更に問わず治療成績及び合併症発生頻度の著変はなかった。現在のところETSにおいて、3mm径の胸腔鏡用ポートを使用した神経焼灼遮断法が標準術式として妥当と考えられた。

14 腹腔鏡下胆嚢摘出術の麻酔管理

～クリティカルパス導入をめざして～

傳田 定平・佐藤 孝道・渡辺由紀子
今井 英一・北原 泰・佐久間一弘
木下 秀則

新潟市民病院麻酔科

手術室でクリティカルパス(CP)が運用されない理由は、定型的な手術に対して様々な麻酔方法を用いられるためである。今回、腹腔鏡下胆嚢摘出術(LC)麻酔のスタンダードを作成し、術中の循環動態、術後の副作用について検討し、CP作成に役立てることとした。

【方法】アトロピンとミダゾラム筋注、硬膜外カテーテル(EC)(T7-10)留置し、1%ロピバカイン(R)5cc(A群)、0.75%R5cc(B群)、0.75%R10cc(C群)を注入、効果判定。筋弛緩モニター装着後プロポフォール(P)TCI(5 μ g/ml)で麻酔導入、ベクロニウム投与後、PLM喉頭鏡下挿入、ドレーンチューブより胃管14Fr挿入し胃内容吸引。麻酔維持は亜酸化窒素-酸素(40%)陽圧換気、P TCI(2 μ g/ml)で行った。PLM抜去はTOF評価よりアトロピン1mg、ワグスチグミン2mg投与後行った。ECは術中にモルヒネ(EM)3mg/NS5cc注入、術直後抜去する。今回、硬膜外で用いた3剤を比較した。

【結果】①R硬膜外麻酔併用PLM麻酔管理は気道確保で問題となる例はなく、胃管も容易に挿入でき良好な術野が得られる。②局所麻酔薬は術中の循環動態安定性からC群が最良であるが高齢者や小柄な患者では過度の低血圧が懸念されるためBが良いと思われる。③術後の疼痛、咽頭痛、