

いて比較検討をおこなった。

【結果・考察】麻酔覚醒が速いプロポフォール使用群では疼痛が強く、麻酔方法の違いで疼痛に差が生じたが、PCA 1回量による違いは2群の手術侵襲が異なり比較できなかった。低血圧などの重篤な合併症はみられず、手術侵襲の大きさ、PCAの回数に違いはあったが、術後2日目の疼痛には有意差がなく、PCAが有効であった。

14 CTで予測計測したイメージ下経椎間板腹腔神経叢ブロック

高田 俊和・丸山 洋一(県立がんセンター)
高橋 隆平・海老根美子(新潟病院麻酔科)

悪性腹部腫瘍20例(膵癌8例,胆管癌3例他)を対象にブロック前CT像(L1/L2間)で穿刺部位・ブロック針の深さを予測計測した後、イメージ下に抵抗消失法を用いて経椎間板的に腹腔神経叢ブロックを施行した。正中一刺入点/刺入点一椎体前縁迄の距離の予測値(実測値)は各々右 3.7 ± 0.4 cm/ 9.9 ± 0.8 cm (9.8 ± 0.6 cm), 左 3.3 ± 0.4 cm/ 9.3 ± 0.6 cm (9.2 ± 0.4 cm)であった。全例に楔型造影像を確認し99.5%エタノール(18 ± 4 ml)を注入した。ブロック前及びブロック後6ヶ月迄のVASは 8.5 ± 0.5 及び 3.0 ± 0.9 *($P < 0.01$)と疼痛緩和効果を示した。全症例で大血管・臓器穿刺,気胸,体性神経障害を認めなかった。本法は安全で確実性の高い有効な手法と考えられた。

15 低肺機能患者の麻酔管理

篠原 由華・阿部 崇(県立新発田病院)
熊谷 雄一(麻酔科)

医療の進歩や患者の高齢化に伴い、一般病院においても低肺機能患者の麻酔管理を行う機会が増えている。今回、開腹手術が予定された重度低肺機能患者(Hugh-Jones分類Ⅲ~Ⅳ度,1秒量1000ml以下)5例の麻酔管理を経験した。硬膜外麻酔あるいは脊椎麻酔による局所麻酔を主体とした麻酔法を選択し,全例自発呼吸を温存した術

中管理を行った。呼吸補助手段としてNIPPV:noninvasive positive pressure ventilationを使用した。術後の呼吸不全や人工呼吸離脱時だけでなく,術中の呼吸管理にも応用できた。低肺機能患者において,自発呼吸を温存した脊椎麻酔や硬膜外麻酔による術中管理は,陽圧換気による肺の圧損傷や人工呼吸器の離脱困難を予防し,術後の鎮痛管理の点からも有用な麻酔法だと思われる。

16 超未熟児(700g・600g)に対するPDA結紮術の麻酔経験

北原 泰・小原 伸樹
北原 紀子・片山 貴晶(竹田総合病院)
荻野 英樹(麻酔科)

超未熟児の動脈管結紮術をNICU出張麻酔で管理する症例を経験した。母体感染徴候のため帝王切開で出生した超未熟児で,薬剤治療に抵抗性の動脈管開存症を認め,手術適応となった。患児の予備力が無いことを考え,手術室への搬送は危険性が高いと判断し,NICUでの出張麻酔管理を選択した。術中は心電図,血圧計,直腸温,酸素飽和度を上下肢2ヶ所でモニターしたが,条件が許せば観血的動脈圧,中心静脈圧,食道聴診器,呼吸炭酸ガスなどもモニターすることが好ましいと考えられた。術中低酸素,手術操作による一過性の徐脈を認めたが,特別な合併症なく麻酔管理を心得た。未熟児の特徴を理解し,十分な準備のもとに麻酔管理を行うこと,正確な記録を残して以後の症例に生かせるようにしていくことが重要であると思われた。

17 小児先天性心疾患患者の中心静脈カテーテル留置——頸部エコーを用いて;第2報——

傳田 定平・吉川 成一
渡辺幸之助・国分誠一郎(新潟市民病院)
榎木 永・佐久間一弘(麻酔科)
木下 秀則(同救命救急センター)
小川 充(長岡赤十字病院麻酔科)

小児先天性心疾患手術患者32例に対して,頸部

エコーガイド下に内頸静脈を穿刺し、中心静脈カテーテルを留置した。

内頸静脈径には左右差があり、盲目的に右内頸静脈穿刺を第一選択した場合、その径の大きさから誤った選択をしている可能性がある。内頸静脈径は6ヶ月から12ヶ月まで、月齢上昇とともに大きくなる。内頸静脈径は体重増加とともに大きくなる。今回、本方法を用いた成功率は94%で、そのほとんどが2回以内の穿刺で成功し、初回穿刺で成功すればガイドワイヤーを1分以内の短時間で留置することができた。留置不能例は10回以上の穿刺で、エコー上内頸静脈の構築が不鮮明となり断念せざるを得なかった。内頸静脈を確認する方法のひとつとしてカラードップラーが有用であった。

18 超巨大腹部腫瘍の麻酔・周術期管理

渡辺 逸平・小林 千絵
若井 綾子・林 隆宏 (県立中央病院)
丸山 正則 (麻酔科)

今回我々は自身の体重を超える重量(腫瘍 40 kg, 術後体重 30 kg)の超巨大腹腔内腫瘍(子宮筋腫)の周術期管理を経験した。3日間かけて著明な貧血(Hb: 3.0, Ht: 10.1)を補正し、摘出術を施行した。麻酔は側臥位のまま導入し、酸素-笑気-セボフルレン及び少量のフェンタニルで維持した。腫瘍の剥離開始から大量出血が生じ、大量輸血・輸液を余儀なくされた。完全な止血は困難であった。挿管のままICUに入室した。DIC, 再拡張性肺水腫, 胸水を生じ、循環, 呼吸管理ともに難渋した。特に大量の腹腔内出血・浸出液による体液出納の管理は困難を極めた。婦人科巨大腫瘍の大部分は嚢腫性で、腫瘍内容吸引後の摘出の報告が多いが、本症例のような充実性・超巨大腫瘍は術前処置が不可能で、きわめて困難な周術期管理となった。

19 機能的脊髄後根切除術の麻酔経験

——小児2症例——

野口 良子 (国立療養所西新潟中央病院麻酔科)

日本では未普及ながら、欧米では痙直性脳性麻痺児の治療で重要な役割を果たしている機能的脊髄後根切除術(functional posterior rhizotomy)の麻酔管理を経験したので報告した。手術適応は個々の症例で慎重に決定される必要があり、早期の段階で麻酔科も術前評価及び術前管理にかかわることが大切である。今回経験した2症例(3才と10才)はいずれも最重度の重症度であり、介護容易化を目的としていたが、高度の側弯が存在していた点で、これまでの適応基準を一部超えていた。結果的には2症例とも、手術目的のゴールが達成された。麻酔管理上、術中の神経生理学的モニタリングに配慮した麻酔方法の構築のほかに、術前日からの気管支痙攣予防の気管支拡張薬の投与やモルヒネによる術後鎮痛管理も重要と考えられた。

20 当院におけるSPDセンターの紹介

藤岡 齊・田中 剛
小川 充・高松美砂子 (長岡赤十字病院)
伊藤由紀子・尾山 真理 (麻酔科)

当院におけるSPDセンターの運営方針は①SPD部門の運営は病院職員の手で、②SPD部門における購買管理とは「何を買うか」ではなくて、あらかじめ買うことを決められた物品を「どこから」「いくらで」「どのくらい」買うかということにある、③病院内の物品は原則としてSPD部門で管理する、④キット化の推進、⑤医事部門との連携強化である。この方針に従って当院のSPDセンターは運営されている。当センターの組織構成・業務内容及び今後の目標について概説させていただいた。SPD部門の外注化が主流になりつつある今日、一石を投じたいと考えている。