

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、 $\beta$ 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、手術器具の変更に関わら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% R 5cc (B群)、0.75% R 10cc (C群) を注入、効果判定。筋弛緩モニター装着後プロポフォル (P) TCI (5 $\mu$ 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 $\mu$ g/ml) で行った。PLM抜去はTOF評価よりアトロピン1mg、ワゴスチグミン2mg投与後行った。ECは術中にモルヒネ (EM) 3mg/NS 5cc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、

嘔気、頭痛、肩部痛に関しては概ね良好に抑えられたが、EMによる搔痒感は再考の必要がある。

【結論】LC術中CP導入においては、LC麻酔セットとして使用薬剤、器材を看護師にオーダーするシステムを作り、患者に対しては麻酔方法、および術後起こりうる症状について出現頻度を明記したパンフレットを作成して情報提供していきたいと思う。

## 15 全身麻酔後、横紋筋融解症をきたしたと思われる症例

持田 崇・今井 英一\*・渡邊由紀子\*  
木下 秀則\*・北原 泰\*・佐久間一弘\*  
傳田 定平\*

新潟大学医歯学総合病院麻酔科  
新潟市民病院麻酔科\*

全身麻酔後、横紋筋融解症をきたしたと考えられる症例を経験した。術後すぐに、筋肉痛や褐色尿などの症状が出現したが特に治療はせずに、軽快していった。今回の症例ではサクシニルコリンが原因薬物であると考えられた。また、この患者が再び手術を受ける時は局所麻酔でできる限り行い、全身麻酔を行う時はサクシニルコリンを用いず、ダントロレンを用意し、悪性高熱症に準じた麻酔を行うことが望ましいと考えられた。

## 16 重症大動脈弁狭窄症 (AS) を合併した乳癌患者における麻酔管理の1症例

斉藤 直樹・大矢真奈美・飛田 俊幸

新潟大学医歯学総合病院麻酔科

心エコーにて大動脈弁の弁口面積は  $0.44\text{cm}^2$ 、圧較差は  $150\text{mmHg}$  と重度の AS を認めた 81 歳女性の乳癌手術の麻酔を経験したので報告する。

血行動態の安定化を図ることを目標に麻酔計画を立てたが、麻酔導入時、手術開始時、終了時には苦勞を要し、適宜鎮痛剤などの麻酔薬、昇圧剤を用いた。また、途中、Swan-Ganz カテーテルのトラブルで VPC 連発、VT が誘発された。

AS の麻酔管理では、冠血流量・左室拡張容量

を保ち、循環動態を安定させることが重要である。

## 17 小児における大腿静脈カテーテル (FVC) の挿入長についての検討

篠原 由華

茨城県立こども病院麻酔科

小児でも内頸静脈や鎖骨下静脈の中心静脈ラインに関する研究は多く、指標となる挿入距離も明らかにされているが、大腿静脈での情報は少ない。そこで、小児における FVC の適正な挿入長を検討した。

【対象】心臓カテーテル検査予定患児 64 名。

【方法】検査終了後、透視下に右鼠径部の穿刺部位から第 3 腰椎 (L3) までのカテーテルの長さを計測した。

【結果】測定値と体重の間には正の相関関係が見られ、回帰直線は  $Y = 0.47X + 7.71$ , X : 体重 (kg), Y : 挿入距離 (cm),  $R^2 0.87$  であった。

【考察】中心静脈カテーテルの位置異常は血栓症・血管穿孔・不整脈などの重大な合併症の原因となる。これらを防ぐためにも FVC の先端は、下大静脈に流入する主要静脈の血流を妨げない場所が望ましいと考え、L3 を至適位置とした。

【結語】小児の FVC 留置に際し、指標となる適正な挿入長についての予測式  $Y = 0.47X + 7.71$ , X : 体重 (kg), Y : 挿入距離 (cm) を提案する。

## 18 当院における off-pump CABG の麻酔管理

西巻 浩伸

新潟こばり病院麻酔科

今回、過去 2 年間の症例のまとめとともに当院での off-pump CABG の麻酔法を紹介する。

当院では CABG の 9 割が心拍動下に行われており、早期抜管を目指してセボフルレンまたはプロポフォールに、少量のフェンタニルを併用した麻酔を行っている。LCx 吻合時に生じる血圧、心係数の低下を除けば、冠動脈吻合中の循環動態は安定しており、術後の挿管時間は平均で 157 分と、現時点ではほぼ満足のいく麻酔法である。術後覚