

根も造影されなかった。本症例は failed back surgery syndrome であり、難治性の疼痛に硬膜外腔の線維化による癒着の関与が考えられた。治療方針としては、エピドラスコピーによる癒着剥離、または脊髄電気刺激療法が考えられる。特に脊髄電気刺激療法は、80～90%の症例で有効であり、期待できる治療法である。

13 ペインクリニック診療中に発症した感染2例

傳田 定平・今井 教雄・清水美弥子
北原 泰・国分誠一郎・佐久間一弘
木下 秀則

新潟市民病院麻酔科

〔症例1〕41歳、女性。左肩から前胸部の帯状疱疹疼痛に対してC7/T1より硬膜外カテーテル留置後3日目に硬膜外感染を疑いカテーテルを抜去し抗生剤投与し、14日目に症状消失した。

〔症例2〕51歳、女性。腰から下肢にかけての痛みに対して手術室にて透視下、右S1神経根ブロック施行した翌日の夜、熱発、ブロック針刺入部の腫脹、疼痛出現。抗生剤投与によりブロック施行7日目に症状軽減した。今回の感染原因の検索から、従来の感染対策に加え、神経ブロックに際しての感染予防として、

1. 術前日の入浴、シャワー励行。
2. 手洗い、速乾性手指消毒薬擦り込み後滅菌手袋着用。
3. 帽子、マスク、(場合によっては滅菌ガウン)の着用。
4. ブロック手技の熟練(時間を要せば抗生剤の投与)。
5. カテーテル刺入部は滅菌ガーゼで包交、乾燥維持を行っている。

14 脊椎麻酔が関与していると考えられる殿部難治性疼痛の一例

清水美弥子・今井 教雄・北原 泰
国分誠一郎・佐久間一弘・傳田 定平
木下 秀則*

新潟市民病院麻酔科
同 救命救急センター*

〔症例〕53歳女性、153cm 49kg、主婦。H14年5月、近医産婦人科にて子宮筋腫に対し、脊椎麻酔下に単純子宮全摘を受けた。術後8日目より、仙骨部より両下肢へ放散するビリビリする自発痛を自覚するも退院。H15年2月、当院神経内科を受診され当科を紹介受診されるまで、鎮痛薬の投与はなく、仙骨部の症状も不変であった。初診時、痛みのために坐位は5分が限界、家事ができない、不眠、思考鈍麻などを訴えられた。下位腰椎より殿部のCTに異常所見はなかった。術後数日を経て症状が出現したこと、膀胱直腸障害や下肢の運動麻痺を伴わないこと、CTに異常所見を認めないことから transient neurologic symptoms (TNS) と診断した。三環系抗うつ薬、漢方薬、NSAIDsの内服、イオントフォレーシス、痛み日記によって症状の軽減がみられ、VASは5となり現在も治療中である。

脊椎麻酔の合併症としてTNSを認識し、脊椎麻酔施行時にはTNSを起こさない工夫が必要である。TNSの症状に対し、必要ならNSAIDsなどを投与するべきである。

15 当院におけるフェンタニルパッチの使用現況

高田 俊和・丸山 洋一・高橋 隆平
海老根美子

県立がんセンター新潟病院麻酔科

当院の2002年度一年間のフェンタニルパッチ及びモルヒネの使用現況の検索を行った。モルヒネ及びフェンタニルパッチの総投与量は1283g及び15.3gで、フェンタニルパッチは全麻薬投与量の30%を占めた。モルヒネ及びフェンタニルパッチ投与量の入院対外来比は各々68.6%：31.4%、72.8%：27.2%で、フェンタニルパッチ

は入院患者にも多く投与された。各科別投与量では、モルヒネ及びフェンタニルパッチは内科・外科で各々全科中73.7%及び77.4%を占めた。フェンタニルパッチはモルヒネの嘔気・嘔吐等の副作用を軽減し、入院時のモルヒネ持続点滴に伴う行動制限を緩和した。しかしフェンタニルパッチとモルヒネとの用量力価比が不明確なこと、急性疼痛時の対処ができない問題点があり、この点を克服すればさらにその利用率が上がると考えられた。

16 クーデック®気管支ブロッカーチューブを使った永久気管瘻患者に対する肺切除術の麻酔管理経験

大矢真奈美・渋江智栄子・飛田 俊幸

新潟大学医歯学総合病院麻酔科

気切口からシングルチューブとクーデック®気管支ブロッカーを挿入して狭小化した永久気管瘻患者の分離肺換気が良好に行えた症例を経験した。

症例は68歳女性で気切口口径が約9mmの制限と左気管支分岐直後の腫瘍のためチューブの気管支部分の長さが問題であった。そのためトラキオポート®やブロンコキャス®は使えなかった。細めの気管支ファイバーで位置確認は容易であり、術中の分離肺換気はおおむね安定したが、脱気時、虚脱側の脱気は蓋を開放してもうまくいかずブロッカーカフの空気を抜いて両肺とも吸引で一旦脱気する工夫が必要であった。気管切開患者や小児などで分離換気を必要とする麻酔管理に非常に有用と思われた。

17 下肢のターニケット加圧直後に発症した肺塞栓

六角 由紀・小泉 俊光*・篠原 由華**

飯田 裕司・佐藤 弘健・萩野 英樹

竹田総合病院麻酔科

東北大学*

茨城県立こども病院麻酔科**

症例は78歳女性、163cm、65kg。膝蓋骨骨折の

観血的整復内固定が予定された。狭心症症状あったが、心臓超音波検査と心筋シンチでは虚血性変化は認められなかった。

【経過】入室時血圧165/72mmHg 心拍数92bpm SpO₂88%であった。L3/4より0.5%等比重ブピバカイン2.6cc注入した。下肢のターニケットを320mmHgで駆血した直後、心拍数が70bpm、収縮期血圧が60mmHgに低下し、心電図上STが低下したため、ニコランジル、ドパミン、エピネフリンの持続投与を開始した。呼吸状態が悪化し気管挿管したが呼気二酸化炭素はほとんど検出されなかった。閉胸心マッサージ、除細動を施行し、PCPSを開始後集中治療室に入室したが、昇圧薬に対する反応性が乏しくなり、第2病日に死亡した。ターニケット駆血時、駆血解除時には十分な注意が必要と思われた。

18 挿管直後に著明な瞳孔不同に気づいた一症例

野口 良子

国立療養所西新潟中央病院麻酔科

術中管理における瞳孔不同は、中枢神経系の緊急病変を疑い、麻酔科医は即時診断治療を開始すべき事態である。しかし、今回術前から存在していた眼科的異常を見逃し、気管挿管後にはじめて著明な瞳孔不同に気づき、直後の対応に苦慮した症例を経験した。

〔症例〕肺癌にて右肺上葉切除術を予定された78才、男性において、気管挿管直後外傷性を疑わせる著明な瞳孔不同に気づいた。麻酔科医をはじめ関係スタッフによる術前瞳孔の評価が不明なため、手術を中止し、覚醒をはかった。覚醒は速やかで、神経学的にも異常を認めなかった。その後の眼科的診察により外傷性あるいは先天性虹彩萎縮症と診断された。術前診察における瞳孔チェックは、比較的に見落とされがちであるが、周術期管理における中枢神経系緊急イベントの正しい評価を行う上でも、忘れてはならないポイントである。