

21) クモ膜下出血に対する脳低温療法の検討

佐久間一弘・丸山 正則
 小林 千絵・北原 紀子 (県立中央病院)
 富田 雅彦 (麻酔科)

脳低温療法は頭部外傷を中心に重度の脳障害に対してその研究・適応が進められている。しかし脳血管障害については治療効果が明確にされていない。今回我々は再出血により grade V となり、クリッピング術後に脳低温療法を行った症例を報告する。脳低温療法中は循環虚脱、低酸素血症、急性腎不全、DIC など多臓器不全を呈した。その管理には難渋を極め、復温完了後数時間で死亡した。

脳低温療法、特に重症のクモ膜下出血に対する場合はその適応に十分な検討が必要である。また実際の施行にあたっては厳密な管理が要求される。

22) 悪性症候群と診断され MOF に至り救命しえたヘルペス脳炎の一例

肥田 誠治・宮崎 善史
 小川 理郎・丸山 正明
 工廣紀斗司・原 義明 (日本医科大学附属)
 中村 敏・嶋村 文彦 (千葉北総病院)
 大塚 祥・益子 邦洋 (救命救急部)

症例：48歳 女性。鬱病で近医入院中、悪性症候群を疑われ治療後、発熱、痙攣発作、意識障害、ショックとなり転院。入室時、血圧60/46 mmHg、脈拍140/min、意識レベル JCS 200。検査上、肝機能障害、腎機能障害を認め、ウイルス脳炎、敗血症、MOF を疑い、治療を開始、徐々に循環、呼吸状態は安定し、意識レベル JCS 3 となり転院となった。入室時エンドトキシン17 pg/ μ l、ヘルペス抗体価高値から、ヘルペス脳炎、敗血症性ショックによる MOF と考えられた。また、初診時に悪性症候群と診断されたが、ヘルペス脳炎には精神症状のみで発症する場合があります、鑑別に困難な場合がありますため注意が必要である。

23) 甲状腺クリーゼの救命例

本多 忠幸 (新潟市民病院)
 傳田 定平・小村 昇 (救命救急センター)
 小川 充・土田真奈美
 小林 美穂 (同 麻酔科)
 田村 紀子 (同 内分泌代謝科)

甲状腺クリーゼの救命例を報告した。

症例は身長155 cm、体重が推定25 Kg の36歳女性。甲状腺機能亢進症と診断されたが、3年前より治療を中断。腹痛、下痢・下血及び頻脈、呼吸困難のため当院へ紹介された。発熱はなかった。甲状腺クリーゼの診断で入院となったが、心肺停止となり、ICUへ入室となった。脱水が著明で、大量の補液に加え、昇圧剤も開始した。入室5時間後に体温が40℃以上になった。遊離 T4 と遊離 T3 は高値を示し、PTU 及びビルゴール液の胃管投与を開始した。プロプラノロールで心拍数を120前後にまで下げた。第3病日 DIC を併発し、また、黄疸が著明となった。経過良好で第21病日に抜管、第37病日に一般病棟へ転棟となった。

24) 胸腔鏡下胸部交感神経切除術後 Horner 徴候の出現をみた掌蹠多汗症の一例

岡本 学・早津 恵子
 富田美佐緒 (新潟大学)
 小林 美穂 (現新潟市民病院) (麻酔科)

掌蹠多汗症患者に胸腔鏡下胸部交感神経節切除術 (ETS) を施行した。ETS 中は X 線透視で第2肋骨を確認し、両側第2～4レベルの交感神経幹を切除した。頭側端を剪刀にて切離した。その際右側交感神経幹が左に比べ発達していた。術後の発汗抑制効果は良好であったが、術後1日目から右側に Horner 徴候が出現した。術後のサーモグラムでは両側顔面から乳頭レベルまで体温上昇があり、右側がより頭側に切除されたことを確認できなかった。また、顔面支配の交感神経節前線維の経路は個人差が多く、本症例はより下位レベルから節前線維支配が来ていた可能性が考えられた。

25) 反射性交感神経萎縮症の小児例の治療経験

富田美佐緒・岡本 学 (新潟大学)
 早津 恵子 (麻酔科)

小児の反射性交感神経萎縮症 (以下 RSD) は成人に比べ保存的な治療に対して反応がよい、精神的要因の関与が大きいといわれている。我々は8歳の RSD 症例を経験した。症例は、平成9年3月右足関節捻挫。その後も痛みが継続し、11月、右足の痛みで歩行不能となった。保存的療法で軽快せず、allodynia、皮膚温低下、骨萎縮が認められ、RSD と診断され、12月、当科を紹介され入院となった。持続硬膜外ブロックにレーザー照射、TENS、リハビリ、局所静脈内ブロックを併用し、つか

まり歩行が可能となり、入院28日目で退院した。その後もリハビリを継続し、退院後20日では、跛行ではあるが支持なしに歩けるようになった。疼痛が軽減してもなかなか学校生活へ復帰できず、痛みに精神的要因がかなり関与していると考えられた。幸い新学期の開始とともに患者の活動が高まり、6月には完治し得た。

26) 診断に難渋した急性化膿性脊椎炎の一例

丸山 正則・佐久間一弘
小林 千絵・北原 紀子 (県立中央病院)
富田 雅彦 (麻酔科)

54才男性で、頸部の激痛に対し、疼痛コントロールに難渋し、腕神経叢マヒの出現により化膿性頸椎炎と判明した症例を経験した。頸部痛は硬膜外ブロック、星状神経節ブロック、局麻浸潤、NSAID 投与などいずれの方法でも完全に消失することはなく、X線所見なく、神経症状にも乏しく、疼痛領域が神経学的走行に一致しない、などからヒステリー、詐病も疑われた。入院後11日目に腕神経叢マヒとともに当初見られなかったX線異常も出現し、化膿性頸椎炎と判明。整形外科に転科し、保存的治療で軽快退院した。

神経学的所見に乏しい頑固な頸部痛には、このような疾患もあることを銘記すべきであると考えられた。

27) 経椎間板的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 (新潟病院麻酔科)

腹部悪性腫瘍(3例)及び慢性膵炎(1例)による難治性疼痛に対し経椎間板的腹腔神経叢ブロックを施行した。ブロック前の平均VASスコアは9であった(持続硬膜外ブロック施行例は2例)。ブロックでの平均使用アルコール量は18mlであり、術中の造影像はいずれも楔形を示した。ブロック後の平均疼痛緩和期間は3.8カ月、平均VASスコアは3以下でブロックの効果は良好であった(2例の持続硬膜外ブロックは中止できた)。以上より経椎板的腹腔神経叢ブロックは骨穿刺や椎間板内でのブロック針の方向転換が難しい欠点はあるが、血管臓器穿刺・気胸及び体性神経ブロック等の合併症が起りにくい利点があり、腹部悪性腫瘍や慢性膵炎に伴う難治性疼痛に対し有用な方法と考えられた。

28) 持続大腰筋筋溝ブロックによる癌性疼痛治療の経験

傳田 定平・小村 昇
小川 充・土田真奈美 (新潟市民病院)
小林 美穂 (麻酔科)
本多 忠幸 (同 救命救急センター)
高井 和江 (同 血液科)

腰部から下肢にかけての癌性疼痛に対し持続大腰筋筋溝ブロックを施行した2例を経験した。症例1は71歳、男性。右腎腫瘍、L2骨転移、圧迫骨折による右腰部から右膝の疼痛。心筋梗塞、脳梗塞の既往にて抗凝固剤が投与されていた。症例2は66歳、女性。悪性リンパ腫による左臀部痛から左大腿部痛、しびれ、左下肢浮腫。2例とも抗凝固剤使用、あるいは血小板減少にて出血傾向が懸念されたこと、痛みの局在が片側の臀部から下肢の限局すること、本法が簡便に実施可能であることから持続大腰筋筋溝ブロックを実施した。本方法の実施するにあたっては、持続薬液の基本投与速度、および追加投与量の適切な設定、適正なPCAポンプ装置の用意が必要と考えられた。

II. 特別講演

「星状神経節ブロックの基礎的臨床的検討」

佐賀医科大学医学部麻酔・蘇生学教授

十 時 忠 秀 先生

第36回新潟救急医学会

日 時 平成10年7月25日(土)
午後2時～
会 場 新潟大学医学部
有壬記念館

I. 一般演題

1) カタボン・Low/Hi の製品紹介と塩酸ドパミンの最近の話題

笹本 高司 (日研化学株式会社)
学術部

カテコールアミンの1種である塩酸ドパミン(以下