

cc により脊髄麻酔を施行した。薬剤注入約5分後激しい幻肢痛を訴えた。ペンタゾシン 30 mg 静注するも無効であり、プロポフォール 50 mg 静注し、酸素・笑気・セボフルレンの全身麻酔に移行した。覚醒時、幻肢痛は消失していた。幻肢痛特に脊髄麻酔を契機として発現するものは、報告が多いにも関わらずその機構は不明である。下肢切断術後の脊髄麻酔には注意が必要と考えられた。

13) 「Preemptive Analgesia」の信頼性について

相田 純久 (県立十日町病院
麻酔科)

疼痛感覚は脊髄後角細胞の NMDA 受容体活性化と c-fos の発現によって鋭敏化すると考えられている。これらに基づき外科手術前に、鎮痛を行い、または NMDA 拮抗薬を投与する preemptive analgesia が提唱されている。しかし、その臨床的信頼性を疑問視する意見も多い。全身麻酔で上腹部手術を受けた患者に硬膜外麻酔、ケタミン、フェンタニル、硬膜外麻酔・ケタミン併用を、それぞれ術前より手術終了まで継続して投与し続けた。その結果、硬膜外麻酔・ケタミン群では術後疼痛は最も軽く、術後鎮痛薬を全症例で必要としなかった。硬膜外麻酔群がこれに次いだ。フェンタニル群では preemptive 効果は低かった。これらより、臨床的信頼性のある preemptive analgesia には、完全な疼痛刺激の遮断と NMDA の遮断を並行して手術全経過を通して行う必要が示唆された。

14) モルヒネ投与による嘔気で癌性疼痛治療に困難を来した症例

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)

1996年から1997年の2年間で癌性疼痛のペインコントロール依頼のため麻酔科受診した59例について、モルヒネ投与による嘔気のためにペインコントロールに困難を来した症例について検討した。麻酔科受診後モルヒネの増量となった症例は47例(80%)。うち嘔気を生じたのは34例で、抗ドーパミン薬(プロクロロールペラジン、ハロペリドール)を中心とする複数の制吐剤の増量により嘔気を抑えてペインコントロールできたものは27例あった。制吐剤の増量でも嘔気を抑えられなかった残りの7例中

4例は持続皮下注によるモルヒネ投与に変更、2例は局麻薬のみによる持続硬膜外ブロックと NSAIDs を併用、1例はフェノールグリセリンブロックにより嘔気を抑えペインコントロール可能であった。癌性疼痛のモルヒネ投与に際し、嘔気対策はペインコントロールを行なう上で重要と考えられた。

15) 癌性疼痛に対するモルヒネ・ケタミン間欠投与の効果と問題

樋口 昭子・神谷 和男
宮本 裕子・竹林 毅
野原 明美・山田 正名 (富山県立中央病院
麻酔科)
吉田 仁

ケタミン・モルヒネを PCA ポンプを用いて間欠投与し痛みのコントロールを試みた。【症例1】49歳男性。原病巣肺癌。初診時に多発性の骨転移、脳転移が認められた。体動や腹圧で全身の痛みを訴えた。ケタミン・モルヒネ・ミダゾラムを1回当たり 7 mg・2 mg・0.7 mg 静脈内投与した。投与間隔は1時間毎となった。132日目に死亡した。【症例2】51歳男性。食道癌術後。右大腿骨、左腸骨転移。坐位での睡眠もとれずケタミン・モルヒネ・ミダゾラムを1回 5 mg・5 mg・0.6 mg、上限1時間5回で投与した。就眠時起床時に頻回の投与を要したが日中は車椅子で散歩が可能であった。30日目に死亡した。

16) 麻酔中アナフィラキシー発生の検証

—医療行為により3回のアナフィラキシーショックを発症した患者の麻酔経験から—

岡本 学・多賀紀一郎 (新潟大学
馬場 洋 (麻酔学教室)
阿部 崇・熊谷 雄一 (県立新発田病院
麻酔科)

アナフィラキシーショックは発生頻度はそんなに多くないものの、一度発症すると迅速な診断と治療を必要とする点で麻酔合併症の中でも注意すべきものの1つであると考えられる。今回演者らは、食道ガンに対する食道全摘術の麻酔中に2回、内科治療中に1回の計3回にわたる急激な循環動態の変動をきたした症例を経験した。この循環動態の変動の原因は、第2回目発症時に観察したヘマトクリット値上昇、血中ヒスタミン濃度上昇、血中トリプターゼ濃度上昇からアナフィラキシーショックによるものと推察された。原因物質としてはヘパリンの