

診断：イレウス，呼吸機能は% VC 30%，FEV 1.0% 測定不能（混合型換気障害）高炭酸ガス血症を呈す慢性呼吸不全が存在した。麻酔は硬膜外麻酔併用全身麻酔とし術中，術後とも DOP，aminophylline 持続静注施行。術後は ICU にて低流量酸素療法および doxapram 持続静注にて人工呼吸を必要とせずに術後管理した。

慢性呼吸不全患者の麻酔では，術後の急性増悪を予測した慎重な管理が必要である。

6) 腹腔鏡下副腎腫瘍摘出術中に褐色細胞腫を疑われた1症例

北原 泰・渡邊 逸平
渡邊 重行 (新潟大学麻酔科)

クッシング症候群，右副腎腫瘍の術前診断で腹腔鏡下摘出術が行われたが，術中の激しい血圧変動により，褐色細胞腫が疑われ，術後，病理診断で褐色細胞腫の合併が確認された比較的稀な症例を経験した。症例は32才の男性。術前褐色細胞腫を疑わせるような，症状はなかった。手術開始後，腫瘍操作により血圧が大きく変動し(200~60)，PGE₁，DOA によってもコントロール困難であった。出血も多量のため，開腹手術に切り替えられた。腫瘍摘出後は，循環は安定し，無事麻酔終了した。本症例は，実は，術前の尿中カテコラミンで高値を示していたが検査結果を待たずに手術が行われたものである。副腎腫瘍の麻酔に際しては，常にこのような状況が起こり得るものと考え，麻酔科医としては，術前からこれに備えた対策を講じておく必要があると考えられた。

7) 拡張型心筋症2症例の麻酔経験

岡本 学・油井 勝彦 (新潟市民病院)
遠藤 裕 (麻酔科)

拡張型心筋症を合併した2症例の麻酔管理を経験した。

フェンタニルを主に笑気と低濃度の吸入麻酔薬，または硬膜外麻酔を併用した全身麻酔にて比較的良好に麻酔管理を行い得た。

ドパミン持続注入により術中の心不全を予防した。

反省点として，循環動を慎重にモニターしながらの積極的な血管拡張薬の使用がのぞまれた。

8) 開腹術中に冠スバズムを起こした4症例

黒川 智・丸山 洋一 (県立がんセンター)
高橋 隆平 (新潟病院麻酔科)

硬膜外麻酔併用全身麻酔下開腹手術中に冠スバズムを起こした4症例を経験した。

浅麻酔状態で，血圧低下，手術手技を契機に起きた。

麻酔法，麻酔薬の影響より麻酔深度，手術手技などの影響が強いと考えられた。

9) 術直後に急性心筋梗塞を発症した1症例

油井 勝彦・岡本 学 (新潟市民病院)
市川 高夫 (麻酔科)

手術年齢の対象が高くなるに従い，様々な合併疾患を有する事になるが，心疾患とくに虚血性心疾患はその代表的な合併疾患である。術前に虚血性心疾患の既往歴のある患者では術前後の心筋梗塞の発生率は6~7%といわれ術後心筋梗塞の死亡率は40~70%と高率であり，その発生予防はきわめて大切である。以下に基本的対策を記す。

1. 麻酔による血圧の変動（とくに導入時，覚醒時）を最小限にする
2. 出血，排液，輸液，輸血による水分出納を適切に保つ
3. 手術時間をなるべく短くする
4. 術前服用していた亜硝酸剤，β-ブロッカー，カルシウム拮抗剤等は直前まで連用
5. 60%は3日以内に起こるため，この間 ICU で管理

10) 術中心停止をおこした局麻下緊急手術の1症例

阿部 崇・北原 泰 (県立中央病院)
丸山 正則 (麻酔科)

症例は頸部を自傷した43歳の女性。局麻下で止血術を行うため手術室に運ばれた。手術室入室時，ショック状態にあったため，鼠径部に静脈路を確保し急速な輸液を開始した。呼吸状態が悪化したため，マスクによる気道確保と補助呼吸をおこないつつ，消毒を開始した。消毒の最中に，心電図上，急激な ST 上昇を認め，直後に心停止となった。ただちに心肺蘇生術および急速輸血をおこなったところ心拍動は2分以内に，自発呼吸も30分程度で再開した。心拍再開直後の Hb は 4.9 g/dl で

あった。損傷した動静脈を結紮し手術は終了した。その後、患者は覚醒し合併症を残さず退院した。心停止の原因は Hb 低下による心筋虚血と考えられた。出血量は 2,000 ml 以上はあったと思われる。局麻下で緊急手術を行う場合も術前に患者評価を確実にすることが重要と考えられた。

11) 脊髄損傷後20年して生じた脳出血の中脳痛(知覚脱失部疼痛)に対する脊髄硬膜外通電の試み

佐藤 舜也・間庭 芳文 (県立吉田病院)
高橋 純一・早津 和則 (整形外科)
羽柴 正夫 (同 麻酔科)

患者は 1921 年生まれ男性、72 年 4 月に労災事故で第 12 胸髄節以下の完全麻痺となる脊髄損傷となり、75 年より吉田病院で主に外来患者として治療を受けていた。いつからともなく VAS 2~3 程度の知覚脱失部である大腿前面の疼痛をうっていたが、92 年 6 月に左頭頂部の脳出血による右片麻痺で入院。脳出血の mass effect がある間は知覚脱失部の疼痛をまったくうたえなかったが、麻痺が改善するにつれて、VAS 7~8 程度の両側大腿前面の強い痛みをうったえた。いろいろな薬剤は無効であり、92. 12 に脊髄硬膜外通電を行なうことで VAS 1~2 程度に痛みが改善した。それから 1 年たった現在も通電は有効であり、患者も家人もともに満足している。

12) 脊椎手術後の疼痛管理

一術野からの硬膜外カテーテル挿入一

速水 正・河野 達郎
国分誠一郎・遠山 誠 (竹田総合病院)
傳田 定平 (麻酔科)
笠間 史文 (同 整形外科)
野口 良子 (新潟大学麻酔科)

脊椎手術に対し術中に硬膜外カテーテルを留置し塩酸モルヒネの持続注入により術後の疼痛管理を行った。当院では 92 年 1 月より 34 症例に対し術中に硬膜外カテーテルを留置しており今回、最近の 9 症例について覚醒時、術後 2 時間後、12 時間後、24 時間後、48 時間後、72 時間後に Visual Analog Scale (VAS) を用いた疼痛状況、他の鎮痛剤の使用状況、合併症の有無について検討した。VAS では覚醒から 2 時間までが不十分であり術後急性期の痛みに対してなんらかの対応が必要と考えられた。呼吸抑制など重篤な合併症はみられなかった。また 91 年

以降のカテーテル留置例 28 例とカテーテル非留置例 27 例で他の鎮痛剤使用状況をみると 12 時間後、24 時間後、72 時間後で有意にカテーテル留置例で鎮痛剤使用回数が少なかった。カテーテル留置例で鎮痛剤を術後 3 日間で、1 回以内の使用の有効例は全体の 75% であった。また最近では頸椎の手術についても留置を試み、良好な鎮痛を得ている。

13) Orbitalgia に対する ciliary ganglion block の適応と効果

相田 純久・熊谷 雄一
早津 恵子・李 青 (新潟大学麻酔科)

強い Orbitalgia を主訴 (平均 VAS \pm SD=88.3 \pm 7.3) とする 6 例の患者 (RSD 2 例, TCS 1 例, PHN 1 例, 非定形顔面痛 2 例) に対して ciliary ganglion block (0.25~0.5% bupivacaine, 0.8 ml: CGB) を行った。このうち 3 例は SGB 無効例であった。平均罹患期間は 29 カ月、平均ブロック回数は 6.7 回、平均治療期間は 35.3 日であった。CGB 治療の結果、これらの患者の平均 VAS は 17.0 \pm 11.8 と有意に ($p < 0.01$) 減少した。眼窩内の自律神経支配は ciliary ganglion により、また知覚支配は nasociliary nerve によりなされており、orbitalgia に対して CGB を行うことは有効性が高いことが示唆された。

14) 閉塞性動脈硬化症による間欠性跛行を疑われてペインクリニックを受診した 2 症例

早津 恵子・熊谷 雄一
相田 純久 (新潟大学麻酔科)

閉塞性動脈硬化症 (以下 ASO) による間欠性跛行を疑われペインクリニックを受診したもののなかで、間欠性跛行の原因がそれぞれ脊柱管狭窄と腹部大動脈瘤という対照的な疾患であった 2 症例を経験したので報告する。

(考察) ASO による間欠性跛行を主訴にペインクリニックを受診する患者は多く、その治療には、交感神経ブロックは有効な手段である。しかし間欠性跛行は、血管性と神経性に分類され、各々の治療法には大きな差異がある。症例 1 は脊柱管狭窄症による神経根症状と考えられ、症例 2 は腹部大動脈瘤内の血栓による塞栓症と ASO によるものと考えられた。以上の 2 症例から、同様な症状からも多彩な病変が推測される間欠性跛行には、その診断に十分な注意が必要と考えられる。