

8) Cardiomyopathy を合併した泌尿器科手術 (TUR-P, TUL) の麻酔経験

佐久間一弘・高田 俊和 (新潟大学)
下地 恒毅 (麻酔科)

肥大型心筋症は左室壁と心室中隔の肥厚により左室コンプライアンスの低下と拡張障害, 左室流出路の閉塞, 心筋の酸素需要の増大と冠血流の減少による心筋虚血がその病態生理である。

麻酔管理上では, 血管内容積を保ち洞調律を維持して左室充満を維持すること, 前負荷・後負荷を保ち収縮力の増強を避け流出路の閉塞を防ぐことが重要である。また心筋虚血の防止に努めねばならない。

我々は肥大型心筋症合併患者の泌尿器科手術に対して全身麻酔と硬膜外麻酔の併用, 及び腰椎麻酔を行った。術中硬膜外麻酔によって交感神経の緊張を抑制し, 高血圧, 頻脈, 心収縮力の過度の増強を防止した。また低血圧に対してメトキサミン, 徐脈に対してアトロピンを用いることにより安定した循環動態が得られた。この麻酔経験を通して肥大型心筋症合併患者の麻酔管理について考察を加え報告する。

9) 皮フ表面温度インジケータ・プロチェッカの使用経験

清水 裕幸・渡辺 逸平 (東京都立神経病院)
小野 信吾 (神経麻酔科)

神経ブロック施行15例において皮フ貼付型皮フ温インジケータ・プロチェッカにより皮フ温の推定を試みた。プロチェッカは径10ないし18mmの紙片に25から41までの奇数が一般印刷してあり, 各数字の周囲に配られた可逆性熱変色素(メタモカラ)の濃度変化により皮フ温を読み取る。すなわち, 温度表示は2℃刻みだが, メタモカラ背景色の濃度により中間温度の推定が可能である。演者らは, この背景色を四段階に区分, 0.5℃以内であった。以上より, プロチェッカにより0.5℃の精度でプロチェッカによる皮フ温を推定した。また, 同時に測定したサーモフィル M202 による皮フ温との差異は0.5℃の精度で皮フ温測定が可能であることが示唆され, 簡便な皮フ温インジケータとしてプロチェッカは広い臨床応用の可能性があるものと考えられる。

10) 尿中 NAG 排泄量からみた麻酔及び手術の腎尿細管機能におよぼす影響

樋口 昭子・窪 秀之 (富山県立中央病院)
麻酔科

中丸 勝人 (富山医科大学)
附属病院手術部

麻酔及び手術に際し, 腎尿細管のうける影響を尿中 NAG 排泄量を指標に検討した。

対象は開腹手術症例29例, 非開腹手術症例23例であった。平均年齢, 身長, 体重, 手術時間には有意な差は認められなかった。尿中 NAG 活性は, 麻酔導入後, 導尿で得られた尿の値を対照値とし, 以後1時間毎, 手術終了あるいは麻酔開始後5時間まで1時間毎に測定, 手術翌日の8時から9時までの尿の値を術後1日の値とした。尿中 NAG 活性は麻酔開始2時間以降から開腹手術群で上昇し, 非開腹手術群との間に有意差を認めた ($P < 0.01$)。麻酔時間, 術中の低血圧の有無では, 有意の差を認めなかった。

11) 硬膜外穿刺によると考えられる下肢の運動障害の1例

山岸真由美・遠藤 裕 (新潟市民病院)
渡辺 重行・丸山 正則 (麻酔科)

硬膜外麻酔は, 技術的に習熟すれば安全な麻酔法であるとされているが, 種々の合併症の報告もされている。われわれは, 硬膜外穿刺により下肢の運動障害をきたしたと思われる症例を経験したので報告する。

症例は82歳女性, 昭和63年4月21日, 膀胱腫瘍にて回腸導管, 後腹膜リンパ節郭清術。5月17日, 膀胱尿道全摘出術, リンパ節郭清術を施行した。麻酔はGOE+硬膜外麻酔で Th_{12}/L_1 より穿刺を試みたが入らず, この時右下肢に paresthesia を認めた。 $Th_{11}/12$ より硬膜外カテーテルを挿入して, 特に異常なく手術を終了した。覚醒後, 患者は右下肢痛と右下肢運動障害を訴えた。インドメサシン坐薬を使用し6月12日, 歩行可能, 軽度の右下肢痛を残して退院した。

本症例では, 当初 dural cuff region で L_2 の神経根を損傷したものと考えたが, その後の経過から, 硬膜外穿刺により, 脊髄が損傷したと考えざるを得なかった。