

た。さらに $\epsilon 2$ 選択的 NMDA 受容体阻害薬はニューロパシックペインを含むさまざまな急性や慢性疼痛モデルに有効であることが示された。

しかし $\epsilon 1$ サブユニットの役割に関する実験データは依然不十分である。本研究では三つのペインモデル（ホルマリンテスト, CFA 慢性炎症モデル, spared nerve injury モデル）を用い、 $\epsilon 1$ ノックアウトマウスの疼痛関連行動への影響を調べた。すべてのモデルで $\epsilon 1$ ノックアウトマウスは野生型マウスと似た行動変化パターンを示した。この結果から $\epsilon 1$ と $\epsilon 2$ サブユニットは末梢組織や末梢神経の損傷によって起こる疼痛行動において異なる役割を果たすことが示唆された。

11 ディスポーザブル持続注入器を利用した小児 MRI 検査時における鎮静法

種岡 美紀・岡本 学・飛田 俊幸
富士原秀善

新潟大学麻酔科

2歳11ヶ月の男児（体重10.8kg）と4歳10ヶ月の女児（体重14kg）のMRI検査時に、DIBカテーテル[®]を用いてプロポフォールの持続静注による鎮静を行った。導入時にプロポフォール20mgを静注し、検査中はプロポフォール30mg/時の持続静注で維持した。2症例とも検査に支障をきたすような体動を生じることなく、検査を終了した。気道閉塞を認めず、酸素3L/分の投与でSpO₂ 100%を維持できた。当施設のMRI室で利用できるモニターは、パルスオキシメーターのみであり、麻酔科医が患者の胸郭運動を観察することにより、呼吸状態を確認した。このように、MRI室では通常のモニターが使用できないので、麻酔科医は普段からモニターに頼らず、患者を観察する目を養う必要がある。

12 電気神経刺激装置による陰茎海綿体神経温存の前立腺全摘術の麻酔経験

石井 秀明・佐藤 一範・西山 勉*
黒川 公平**

厚生連長岡中央総合病院麻酔科
同 泌尿器科*
群馬大学泌尿器科**

前立腺全摘術においては術後性機能障害が問題となる。これを解決するために近年、陰茎海綿体神経を温存する術式が考案され、施行されている。前立腺全摘術中に、電気刺激装置により陰茎海綿体神経を同定し、陰茎海綿体神経を温存するもので、今回、我々は本術式の麻酔を経験したので報告する。

症例は45歳、男性。麻酔はTIVAとしL1/2から硬膜外麻酔を施行した。導入後、挿管し、propofol, 0.75% Ropivacain, fentanylで維持した。

本術式において、陰茎海綿体神経の同定には浅麻酔が必要不可欠であり、術中覚醒予防の目的でBISモニターは有用である。

13 高濃度ジルチアゼム投与後昇圧薬不応の低血圧をきたした症例

六角 由紀・小原 伸樹・篠原 由華
佐藤 弘健・北原 泰・荻野 英樹
竹田総合病院麻酔科

【症例】74歳、女性。くも膜下出血の診断にて、発症2日目にクリッピング術が予定された。術前ジルチアゼム55~70mg/hで降圧されていた。

【経過】手術室入室時血圧125/75、心拍数85であった。GOIフェンタニルで麻酔維持した。術中の低血圧に対しDOA/DOB、ノルアドレナリン、アドレナリンの持続投与で昇圧できず手術中止となった。手術終了後、血圧が上昇したためニカルジピン2~15mg/hで降圧された。心エコーと頭部CTは異常なく、心電図はjunctional rhythmだった。手術12日後の再手術時は昇圧可能だった。

【考察】術後心電図でjunctional rhythmであり、ニカルジピンによる降圧で再手術時は昇圧できたことより、術前のジルチアゼム投与が昇圧できな