

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

かった原因と考えられる。

14 長岡赤十字病院における冠動脈バイパス術 29例の検討

小川 充・尾山 真理・渡辺由紀子
野田 宗慶・榎木 永・田中 剛
藤岡 斉

長岡赤十字病院麻酔科

長岡赤十字病院における2002年4月からの冠動脈バイパス術29例(OPCAB 16例, cCAB 13例)を検討した。

麻酔方法では, OPCAB群でフェンタネスト使用量は少なかった。またcCAB群で手術時間, 麻酔時間が有意に長く, グラフト吻合数, 静脈グラフト使用症例数も多かった。輸血が必要だった症例はcCAB群で多かった。

cCAB群は入室時により多くのカテコラミンを必要とし, 開眼, 抜管に要する時間も長かったが, 鎮痛薬を使用した症例数は少なかった。ICU滞在日数には有意差はなかった。

15 安全, 確実なファイバー挿管のための工夫

飛田 俊幸・本田 博之・若井 綾子
石井 秀明*

新潟大学附属病院麻酔科
新潟県立中央病院麻酔科*

挿管困難時の対応のひとつにファイバー挿管があるが, 筋弛緩剤投与後の咽頭では内腔の狭さからオリエンテーションを失いやすい。この対策として, 特殊な器具等を必要としない経鼻ファイバー挿管補助法を考案した。

【方法】(1) 気管支ファイバーが通過可能なRubber diaphragm付L型コネクタをつけたスパイラルチューブを鼻内に置く。

(2) 助手が鼻孔および口を手動的に塞ぐ。

(3) コネクタに呼吸回路を接続し陽圧換気する。

(4) 陽圧換気下に気管支ファイバーを喉頭・気管内に誘導する。

(5) ファイバーをガイドとしスパイラルチューブ

を気管内に進める。

この方法は, ファイバー挿管中換気・酸素化が維持され安全であり時間的余裕を持って挿管操作が可能であり, 換気時の気道加圧により良好なファイバー視野が得られファイバー挿管の確実性が増し, 初心者にもマスターしやすい手技であると考えられた。

16 胸腹部大動脈瘤手術の麻酔経験

— 脊髄ドレナージ及び硬膜外冷却を試みた症例 —

傳田 定平・斉藤 直樹・清水美弥子
北原 泰・国分誠一郎・佐久間一弘
木下 秀則

新潟市民病院麻酔科

手術後の脊髄虚血の頻度が高率に出現する胸腹部大動脈瘤手術に対して, 当院ではじめて脊髄ドレナージと硬膜外冷却を併用して管理した症例を経験した。症例は69歳, 男性。胸部大動脈瘤, 腹部大動脈瘤それぞれに対し, 弓部置換術, Yグラフト術が施行。今回, 胸腹部大動脈瘤置換術が施行された。術前日, 脊髄冷却用に16G硬膜外カテーテル, 脊髄ドレナージ, 脳脊髄圧測定, 脊髄温測定の為5FS-GカテーテルをそれぞれT11/12, L3/4より留置した。術中下肢MEPが消失したにもかかわらず術後下肢麻痺を回避できたのは, 大動脈遮断中の脊髄液温度が硬膜外冷却により29.4℃~32.7℃に維持されたと考えられる。大動脈遮断中, 脊髄ドレナージが不良で脳脊髄圧が40mmHgまで上昇したことから脊髄ドレナージ用にくも膜下腔にカテーテルを留置する必要があると考えられた。

17 糖尿病合併 Ramsay Hunt 症候群の治療経験

今井 英一・安宅 豊史・和栗 紀子
富田美佐緒

新潟大学附属病院麻酔科

症例は, 53歳男性で左三叉神経第3枝領域にHerpes Zosterを発症した。耳介に発疹は認めな