

た。有機リンは弱毒化されたとはいえ、死亡例も少なくない。また救命し得る場合には長期の集中管理が必要となり、感染症対策を含めた全身管理の重要性を認識させられた。

## 12 非 Clostridium 性ガス壊疽により降下性壊死性縦隔炎を来した一例

木下 秀則・田中 敏春 (新潟市民病院)  
 広瀬 保夫・山崎 芳彦 (救急部)  
 国分誠一郎・清水美弥子  
 大黒 倫也・佐久間一弘  
 傳田 定平 (同 麻酔科)  
 桑原 史郎・片柳 憲雄 (同 外科)  
 大滝 一 (同 耳鼻科)

口腔内病変・糖尿病・外傷等の基礎疾患や誘因なく発生した非 Clostridium 性ガス壊疽による降下性壊死性縦隔炎の一例を経験した。降下性壊死性縦隔炎の治療は早期ドレナージと抗生剤の投与が基本となるが、抗生剤の選択にあたっては好気性菌と嫌気性菌の混合感染および薬剤耐性菌の関与について考慮する必要がある。またドレナージに関しては進行度を正確に評価し、その進行度に応じて適切な外科的処置を行うことが必要である。

## 13 ラリンゲルマスク下経皮穿刺的気管切開法の紹介

丸山 正則・渡邊 逸平  
 渡邊幸之助・小林 千絵 (県立中央病院)  
 林 隆宏 (麻酔科)

最近、気管に経皮的穿刺針からワイヤーを挿入し、ダイレーター、拡張鉗子、気管切開チューブのすべてをこのワイヤーを通して挿入する経皮穿刺的気管切開法が普及してきた。この方法は従来の気管切開法の経験がなくとも安全に施行可能な方法である。すでに気管挿管されている場合にはチューブが操作の邪魔になる可能性があり、予めラリンゲルマスクに変えることによりチューブの穿刺が避けられる。本法には、侵襲が少ない、伸展位を必要としない(ハローベスト患者)、坐位でも可能(起座呼吸患者)、装備が簡単(照明・電気メス不

要)、操作が容易、合併症が少ない、などの利点がある。気道確保の専門家を任じる麻酔科医であるならば、その最終手段である気管切開をも自ら行うべきであろう。

## 14 硬膜外 PCA による婦人科術後疼痛管理 —0.25%ブピバカインと0.2%ロピバカインの比較—

傳田 定平・森川 美緒  
 大黒 倫也・清水美弥子  
 木下 秀則・国分誠一郎 (新潟市民病院)  
 佐久間一弘 (麻酔科)

当院では現在、全身麻酔による婦人科手術症例の術後鎮痛に対しては硬膜外 PCA (Patient Controlled Analgesia) を用いている。今回、持続投与に使用する薬剤として0.25%ブピバカインとフェンタニルの混合液(B群)と0.2%ロピバカインとフェンタニルの混合液(R群)を用い比較した。投与量はともに2ml/h(フェンタニル12.5μg/h)でロックアウトタイム60分、ボーラス投与量は2mlとした。安静時及び体動時疼痛 VAS score, ボーラス投与回数はB群とR群に差はなかったがB群, R群とも安静時の痛みはコントロールされていたが、体動時の痛みの管理が不十分であった。他の鎮痛剤の使用回数においてR群が多い傾向にあった。R群では術中硬膜外投与した1%ロピバカインにより、最初のボーラス投与までの間隔が長くなった。B群, R群とも下肢の運動機能が障害される症例はなかった。硬膜外注入終了後に他の鎮痛剤を使用する症例がB群で80%, R群で67%あり、2日以上注入期間が症例によっては必要である。

## 15 塩酸メキシレチンが有効であった肢端紅痛症の1症例

和栗 紀子・安宅 豊史 (新潟大学医学部)  
 富田美佐緒・馬場 洋 (附属病院麻酔科)

症例は65歳、男性。加温で増悪し、冷却で軽減する NSAIDs 無効の両足部痛を主訴に当科を紹介受診した。サーモグラフィーにて足部の皮膚温上