

第50回新潟麻醉懇話会
第29回新潟ショックと蘇生
・集中治療研究会

日 時 平成11年12月4日(土)
午前10時より
会 場 新潟大学医学部第2講義室

I. 周術期管理 1

1) AR を伴った大動脈炎症候群患者の帝王切開術の麻酔経験

大黒 倫也・西巻 浩伸(新潟大学)
黒川 智(麻酔科)

AR を伴った大動脈炎症候群患者の帝王切開術の麻酔を経験した。心エコー上 ARⅢ度、上行大動脈、左室の拡大を認め、胸部レントゲンでは CTR の拡大を認めたが心機能は保たれていた。四肢血圧に圧較差は認められず、心電図上も異常所見はなかった。

この症例に、導入前にスワングアンツカテテルを挿入。心拍出量、肺動脈圧、肺動脈楔入圧をモニターし硬膜外麻酔(Th12-L1)併用脊椎麻酔(L3-4)を施行した。

導入時の血圧低下に伴う冠灌流圧低下、児娩出後の循環血液量変動に伴う心不全が危惧されたが、上記モニターによって事なきを得た症例であった。

2) 先天性第Ⅶ因子欠乏症の周術期管理

山崎 由華・渋江智栄子(新潟大学)
富士原秀善・下地 恒毅(麻酔科)
柿原 敏夫(同 小児科)

先天性第Ⅶ因子欠乏症は、常染色体劣性遺伝の稀な凝固障害であるが、実際に出血傾向を示す症例は少ない。今回、乳児期の繰り返す出血により同症と診断された患児の器質化硬膜下血腫除去術に対する麻酔管理を経験した。

【症例】1歳11ヶ月、男児。生後9ヶ月で左半身の間代性痙攣が出現、CTにて右硬膜下血腫が確認された。術前検査では貧血とPTの延長(61.0 sec 9%)を認めた。

【麻酔管理】GOSによる緩徐導入後GOIにて麻酔維持、プロトロンビン複合体製剤(ProprexTMST)を投

与し手術を開始した。異常出血なく手術終了、覚醒も良好で一般病棟へ退室となった。

【考察】凝固因子製剤の補充には第Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ、Ⅹ因子を含むプロトロンビン複合体製剤を用いた。第Ⅶ因子の血中半減期は2~7時間と極めて短く、事前に患児を入院させ、投与後のPT・第Ⅶ因子活性の推移を測定し効果を確認した。術中はPT・aPTTをモニターしながら同剤を投与し良好に止血管理できた症例である。

3) オリーブ橋小脳萎縮症の麻酔

渡辺幸之助・黒川 智(新潟大学)
麻酔科

脊髄小脳変性症の一つであるオリーブ橋小脳萎縮症を合併した症例の麻酔管理を経験した。症例は62歳、女性、身長160cm、体重56kg。97年よりオリーブ橋小脳萎縮症(OPCA)と診断された。99年5月頃より排尿困難が出現し、膀胱脱と診断され、同年10月に膈前壁縫縮術が施行された。入院時、起立性低血圧認めたがその他特記すべき事はなかった。脊髄病変の可能性も考え全身麻酔を選択した。また、筋弛緩薬の反応性に異常をきたす可能性を考え筋弛緩薬は使用せずラリリングマスクを用いた酸素・笑気・セボフルレン麻酔により麻酔管理を行った。術中、術後に合併症を認めることなく良好に管理し得た。

4) VV-ECMO が有効であった高度気管狭窄患者の麻酔経験

黒川 智・飛田 俊幸(新潟大学)
多賀紀一郎(麻酔科)

術中呼吸補助にECMOを必要とした高度気管狭窄患者の麻酔を経験したので報告する。【症例】33才女性。結核性瘢痕性気管狭窄に対して気管狭窄解除術が予定された。術前評価では声門直下、気管分岐部5cm及び2.5cm上方に3~6mmの狭窄を認めた。【手術・麻酔経過】局所麻酔下にVV-ECMOを導入した。麻酔はプロポフォール、フェンタニルで維持した。気管切開及びブジー、レーザー焼灼による狭窄解除がなされた。血液落ち込みによる一時的な気道内圧上昇及び血液ガス所見悪化を認めたが、ECMO離脱は比較的円滑であった。速やかな覚醒とともに十分な自発呼吸が得られ、術後経過は良好で自覚症状も改善した。【結論】VV-ECMOは高度気管狭窄に対する経気管的狭窄解

除術における術中呼吸補助に有効であった。

II. ペインクリニック

5) RSD 様症状を合併した上肢帯状疱疹後神経痛 4 症例の治療経験

大矢真奈美・安宅 豊史 (新潟大学)
富田美佐緒 (麻酔科)

反射性交感神経性萎縮症 (RSD) の原因に帯状疱疹後神経痛 (PHN) がある。RSD 様症状を合併した上肢 PHN 4 症例を経験した。初期の皮疹が直接指に出現しなくても、痛みの残存や、運動麻痺、関節拘縮が指に残る 3 例を経験し、注意深い経過観察の必要性を感じた。帯状疱疹による運動麻痺は、頻度は少ないが認められており数カ月で改善し後遺症が残ることはまれとされるが、三叉神経や、頸神経領域は残りやすいといわれている。1 例で PHN を起因とした肩関節可動制限、運動時痛が残存した。RSD の治療は疼痛に対し各種神経ブロック等でできるだけ除痛し、関節可動域制限や筋力低下の予防に理学療法を併用していくことも大切である。

6) 脊椎疾患による難治性疼痛に対する薬理学的疼痛機序判別試験の治療への応用

小林 美穂・小川 充
小村 昇・海老根美子 (新潟市民病院)
傳田 定平 (麻酔科)

今回我々は脊椎疾患による難治性の腰下肢痛患者を対象に薬理的疼痛機序判別試験を行い考察した。＜対象・方法＞1994年4月から11月までに当科を受診した腰椎椎間ヘルニア、椎管狭窄症などで手術後のいわゆる failed back syndrome の 5 例。用いた薬剤はチアミラル、ケタミン、リドカイン、フェントラミン。＜結果・考察＞チアミラルが有効で中枢性機序を示唆した例が多かったが、バルビタール剤服用が良好な鎮痛を得た例と治療に結びつかない例があった。ケタミンは同一患者でも部位によって効果が異なり腰下肢痛の機序が単一でないことを示唆した。＜結語＞数回の手術、様々なブロック療法にても除痛できない難治性疼痛患者に本試験は試してみる価値がある。

7) CABG 術後にバージャー病を発症した患者の治療経験

傳田 定平・小林 美穂
小川 充・小村 昇 (新潟市民病院)
海老根美子 (麻酔科)
木下 秀則 (同
救急救命センター)

CABG 術、約 4 ヶ月後に左手指にバージャー病を発症した患者の治療経験をした。CABG 術後、約 1 年間は嚴重な抗凝固療法の必要性からこの期間、長期の抗凝固剤の休薬が必要となる治療は控えざるを得なかった。CABG 術後、約 1 年間経過した時点で激痛発作があり硬膜外通電療法を行った。通電開始後、疼痛軽減、潰瘍改善し、左第 3 枝と 5 枝を壊死で切断されたが、疼痛は完全に除去された。

今回、硬膜外刺激電極埋込術と刺激発生装置埋込術を二期的に行ったが、これを一期的に行うことで抗凝固薬の休薬期間を短縮させることにより CABG 術後 1 年以内での硬膜外通電療法の導入も可能であると考えられる。

8) 転移性脊椎脊髄圧迫病変の疼痛緩和法の検討

高田 俊和・丸山 洋一 (県立がんセンター)
高橋 隆平・早津 恵子 (新潟病院 麻酔科)

転移性脊椎脊髄圧迫病変に伴う癌性疼痛 12 症例の緩和治療を検討した。再発から死亡迄の平均期間 19 ヶ月、麻酔科受診から死亡迄の平均期間 9 ヶ月と長期に及んだ。11 例は放射線治療を施行 (平均 1 ヶ月、42 Gy) し有効 (平均 VAS 3) であった。一方麻酔科受診した 12 例の平均治療期間は 8 ヶ月、平均 VAS 5.5 と有効とはいえなかった。緩和法として持続硬膜外ブロック 2 例 (VAS 4.5, 平均 5 ヶ月)、経口モルヒネ 2 例 (VAS 7, 平均 10 ヶ月)、モルヒネ持続静注 6 例 (VAS 3.5, 平均 1 ヶ月)、経皮モルヒネ 2 例 (VAS 6, 2 ヶ月) であった。鎮痛補助薬 (抗ケイレン剤、NSAIDs 等) の投与は麻酔科受診後 3 倍となり NSAIDs が有効であった。緩和治療に際し、病期に応じてモルヒネと鎮痛補助薬を効果的に組合わせて対処することが重要と考えられた。

9) 硬膜外カテーテル抜去困難を来した 2 症例

田部 宗玄・五十嶺伸二 (竹田綜合病院)
榎木 永・遠山 誠 (麻酔科)

スパイラル構造の硬膜外カテーテルは特長としてつぶれにくい、しなやかである、X 線不透過性を持つ等あるが、このカテーテルによる抜去困難を来した症例を経験