

した。症例1は22才の女性で、事故による第一腰椎圧迫骨折による腰痛をコントロールする目的で、硬膜外カテーテルが挿入された。その後カテーテル抜去困難が生じたが、局所麻酔下にて硬膜外直針を用いて無事抜去することが出来た。症例2は32才の男性で、バジャー病の疼痛をコントロールする目的で硬膜外カテーテルが挿入された。カテーテル抜去困難にて症例1と同様の方法にて抜去試みられたが、この時、カテ先が切断され、体内に残存してしまった。後に外科的にカテーテル除去術が施行された。

スパイラル構造の硬膜外カテーテルは上記の特長を持つが、その性質故、挿入時狭いところにも容易に入り込んでしまう。このような性質をとらえた上で、使用の際には注意が必要である。

10) 9年経過して再治療した PHN の経験

一加工ブシ末が効を奏した若年者の症例一

熊谷 雄一・阿部 崇 ( 県立新発田病院 )  
麻酔科

帯状疱疹後神経痛 (以後 PHN) は、比較的若年者では少ない。我々は、9年間の未治療期間の後に再度ペインクリニックを受診された症例を経験したので報告する。

患者は30才台 PHN の10年以上経過した症例で、初期の治療では、ブロック治療後、抗うつ薬、バルビツレート製剤、抗痙攣薬、が使用され一応の効果が得られた。しかし、眠気が強く、活動期の年齢には不適当であり、満足いく結果が得られず、治療を中断した。今回、ブロックより内服薬でかつ日常作業に支障の少ないものをとという患者の要求もあり、ブシ末と芍薬甘草湯とノイロトロピン® とエチプラムの組み合わせで十分効果が得られた。長期経過の PHN でも薬剤の組み合わせによっては患者の満足いく効果もありうることを認識した。

Ⅲ. 周術期管理 2

11) ペースメーカー・リード抜去術の麻酔管理

五十嶺伸二・田部 宗玄 ( 竹田総合病院 )  
榎木 永・遠山 誠 ( 麻酔科 )

今回、人工心肺待機下にペースメーカー (PM) ・リード抜去術を行った2症例を報告する。

症例1. 女性, 66才. 洞不全症候群にて PM 挿入されたが、感染出現。局麻下にリード抜去試みられるも抜去できず。全麻施行され、リードは COOK 社製リード

リムーバルキットを用い、ようやく抜去となった。

症例2. 女性, 57才. 高度房室ブロックにて PM 挿入。感染出現し、局麻下にリード抜去試みるも抜けず。全麻下にリードリムーバルキットを用いたが抜去できず、開心術となった。心房リードは、心房壁合併切除にて除去できたが、心室リードは、完全に除去できず約2cm 心筋内残留となった。

PM・リード抜去時には、心穿孔、血胸、心拍出量の低下など、重篤な合併症がみられる。特に抜去困難時には、開心術への移行も考慮した上で、全身麻酔を行う必要がある。

12) 「エホバの証人」信者の腹部大動脈瘤破裂に対する緊急手術の麻酔経験

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

症例は47歳、女性。1999年1月、某病院で腹部大動脈瘤破裂と診断、手術目的で当院へ搬送された。患者は「エホバの証人」信者であり手術は希望したが輸血は拒否した。手術に際しては、輸血をしないことによって起こるいかなる不利益に対しても責任を問わない旨の「医療上の事前の指示兼免責證書」を患者及び家族より取得し、人工血管置換術を開始した。術中、最低の収縮期血圧は60mmHg、Hb 値は2.8g/dlであった。手術時間は3時間32分、麻酔時間は4時間20分で終了した。術後、一時的に尿量減少するも利尿剤、カテコラミンを増量させることで改善、術後18日目に、合併症をきたすことなく退院した。「エホバの証人」信者の大血管破裂による緊急手術の麻酔に際して、左肘動脈より下行大動脈へ occlusion balloon を留置し低血圧に備えたこと、術野からの回収血やアルブミン製剤の使用が可能であったこと、経食道心エコーにより循環血液量、心機能をモニターしたことが有用であり、本症例が比較的若年者で、手術が短時間で終了したことなどにより救命し得たと考えられた。

13) Hermans 症候群の麻酔経験

田中 剛・北原 紀子  
小川真有美・肥田 誠治 ( 長岡赤十字病院 )  
藤岡 斉 ( 麻酔科 )

今回我々は、Hermans 症候群患者の胃切除手術の麻酔を経験したので報告する。

症例は51歳男性。1985年肺炎のため近医で治療を受けた。そのときの検査で免疫グロブリンの低値を認めたため、精査の結果、Hermans 症候群と診断された。99年の検診にて胃癌の診断を受け、手術目的に入院となった。術中術後経過良好で感染症もみられなかった。

Hermans 症候群は、分類不能型免疫不全症もしくはIgA 単独欠損症に加えて腸管結節性リンパ過形成を認めることを特徴とする。その他、低 $\gamma$ グロブリン血症や気道感染などを認める。

麻酔管理上では、消毒や手袋着用などを行い清潔操作に注意する必要がある。また輸血にアレルギー反応を示すので、その対策も必要となる。

#### 14) 当院における手術室構造の問題点、余剰ガスからの検討

遠山 誠・田部 宗玄(竹田綜合病院)  
五十嶺伸二・榎木 永(麻酔科)

全身麻酔中の笑気ガス濃度を測定し、余剰ガスによる手術室汚染状況を調査し、手術室構造の問題点を指摘した。

余剰ガス排出装置作動状態では各ベットとも NIOSH の基準(笑気, 25ppm 以下)をほぼ満たす結果が得られた。ベットにより測定値のばらつきがみられたが、手術室の構造によるものと思われた。それは排気口が1ベットを除き天井にあるため、床に漂うガスを排出できないと、2, 3, 5, 6ベットは隔壁の無い長屋構造で、空気の流れに淀みが生じ、余剰ガスの溜まりができるためである。余剰ガス排出装置が作動していない状態では1ベットを除き手術室構造の欠陥から高濃度の余剰ガスに汚染されていたことが示唆された。

#### 15) 慢性腎不全に合併した褐色細胞腫3症例の麻酔経験

小川真有美・北原 紀子  
肥田 誠治・田中 剛(長岡赤十字病院)  
藤岡 斉(麻酔科)

慢性腎不全透析患者に合併した褐色細胞腫3例の麻酔を経験した。

症例1: 27歳女性。82年 HD 導入。96年5月頃より動悸、頭痛、一過性高血圧が出現。発作時血中カテコラミン上昇あり。CT, MIBG シンチで左副腎褐色細胞腫疑われ、97年5月8日左副腎+左腎摘除術施行。麻酔はGOI に硬膜外麻酔を併用。フェントラミン、ノルエピ

ネフリン持続投与で循環動態は保たれた。

症例2: 48歳女性。94年 HD 導入。96年 CAPD に移行。98年7月頃より CAPD 排水時に動悸、頭痛、嘔気、一過性高血圧、不整脈が出現。著しい発作時血中カテコラミン上昇あり。MRI などで右副腎褐色細胞腫が疑われ、99年6月15日右副腎+右腎摘除術施行。麻酔はGOS にフェンタニル併用。フェントラミン、ニカルジピン、ノルエピネフリン持続投与で循環動態は保たれた。

症例3: 55歳男性。88年 HD 導入。99年 CT, MIBG シンチで左副腎褐色細胞腫が疑われたが、特徴的な所見はなく、血中カテコラミン値も正常。99年9月28日左副腎+左腎摘除術施行。麻酔はGOS で、内服中の $\alpha$ ,  $\beta$ -blocker の影響か、血圧は低めで徐脈だったが循環動態は安定していた。術後病理で褐色細胞腫と確定診断された。

慢性腎不全透析患者における褐色細胞腫摘出術の麻酔では、慎重で厳重な循環管理が要求されることになる。今回の貴重な3症例は周術期を通して大きな合併症なく管理することができた。

#### 16) 痴呆患者3症例におけるプロポフォールによる術後鎮静

野口 良子(国立療養所西新潟中央病院 麻酔科)

術前から高度の痴呆にて種々の問題行動を認めた62から77才までの3症例において、術後創部の安静と各種ライフラインの保持を目的として、プロポフォールによる術後早期(術後第1日目早朝まで)の鎮静を試みた。3症例とも術中から、全身麻酔及び鎮静目的でプロポフォールを使用し、手術終了後、引き続き1.5~2mg/kg/hr を投与した。3症例とも術後 Ramsay 鎮静スコア3以上の効果が得られた。鎮静中、高度の呼吸抑制や血圧低下を生じることなく、覚醒も速やかで著明なリバウンドも認められず安定した術後管理が可能であった。麻酔後にはじめて顕在化する術後痴呆や譫妄は予防が第一であるが、術前から重症痴呆を認める場合は、プロポフォールによる術後必要最小期間の鎮静は有用と考えられた。

#### 17) 小児気管切開術中に心停止を来し不幸な転帰をとった1症例

榎木 永・五十嶺伸二(竹田綜合病院)  
田部 宗玄・遠山 誠(麻酔科)

気管切開術中に気管支痙攣による換気困難を生じて心