

めた小梗塞例につき検討した。

＜方法＞刺激は表面血電極を用い、刺激部位は口唇正中と口角のほぼ中央の口唇上に陰性電極を、約1 cm 口角より陽性電極を装着。刺激強度は、感覚閾値(T)を決めて、T・2T・3Tで刺激。記録は血電極を用いて、導出部位は10-20法のCzと耳道孔を結ぶ線分の中点(以下C5'及びC6')、基準電極はFpzを用いた。

＜症例＞40才、女性。H.10年1月10日頃より、耳鳴り・左口唇のしびれ・左頬部の違和感が出現、2週間で改善したが、下口唇の違和感と、朝だけ左手指のしびれ・こばりがあり、1月30日当院受診。左口唇に違和感あり、触覚痛覚温覚やや低下。四肢の感覚は異常無し。頭部MRI:右放線冠に小梗塞を認めた。

＜結果＞正常では感覚閾値刺激で潜時約8 ms, 17 ms, 29 msにN1, P1, N2が得られた。対側感覚野の各振幅は同側より高く潜時は0.4 msから1 msはよい、2T, 3Tでも差はせばまるが同様の傾向である。本症例では、当初感覚閾値の上昇と2Tの左(患側)口唇刺激でも、対側同側とも波形の出現が悪く、右(健側)口唇刺激では、対側はよいが、同側波形の出現が悪かった。経過とともに感覚閾値の低下と波形の潜時と振幅が改善した。

＜結論＞三叉神経刺激SEPは、顔面の感覚異常を客観的に評価する上で、有用と思われた。左右の刺激部位が近いために刺激が強い場合は両側刺激になっている可能性があり、刺激強度をかえて検査する必要があると思われた。

## II. 特別講演

### 「MRによる脳機能解析」

新潟大学脳研究所脳機能解析学教授

中田 力 先生

## 第47回新潟麻醉懇話会 第26回新潟ショックと蘇生 ・集中治療研究会

日時 平成10年6月13日(土)  
午前10時より  
会場 新潟大学医学部  
第2講義室

### I. 一般演題

#### 1) 巨大卵巣腫瘍患者の麻醉経験

肥田 誠治・傳田 定平  
多賀紀一郎 (新潟大学麻醉科)  
渡邊 逸平・佐藤 一範 (同 集中治療部)

巨大卵巣腫瘍患者で、術後再拡張性肺水腫をきたした症例を経験した。症例、62歳、女性。1977年より、右卵巣腫瘍の診断を受け、1997年、腹部膨満、呼吸困難が顕著になり、手術予定となった。麻醉は、硬膜外併用の全身麻醉で行った。術中、著明な循環変動は来さなかったが、術後、再拡張性肺水腫の所見を認め、ICUに入室となった。術後の経過は良好で、特に合併症もなく、退院した。肺コンプライアンスの急激な変化が、要因の一つとして考えられた。

#### 2) 片側内頸動脈完全閉塞患者の麻醉

渡辺幸之助・木下 秀則 (新潟大学)  
飛田 俊幸 (麻醉学教室)

片側内頸動脈完全閉塞を伴った腹部大動脈瘤のY-graftingの麻醉を経験した。症例は78歳、女性。身長146 cm、体重44 kg。97年夏頃より腹部の拍動性腫瘍を自覚していた。入院時、聴診にて両側頸部にbruitを聴取したため頸部超音波検査を施行した。左内頸動脈は完全に閉塞し、左椎骨動脈はパルス流となっていた。また、右内頸動脈は70%閉塞し、右椎骨動脈の血流のみ正常であった。麻醉中は脳血流の指標としてTCDを用いた。左側の中大脳動脈の血流速度の検出は困難であった。右側のみ収縮期血圧130 mmHg以上にて検出が可能であった。収縮期血圧を130～150 mmHgに維持することを目標に麻醉管理を行った。術後は神経学的所見に異常はなく経過は良好であった。TCDは術中の脳血流の維持の指標として有用であった。