

19) 局所麻酔薬により誘発された片頭痛発作の1例

安宅 豊史・早津 恵子 (新潟大学麻酔科)
李 青 (尉山大学麻酔科)
熊谷 雄一 (県立新発田病院)
麻酔科

片頭痛は種々の要因により誘発されることが知られている。しかし、局所麻酔薬(局麻薬)により誘発される片頭痛発作の報告はみられない。他院にてブロック治療後に意識障害や嘔気を頻回に生じ、心因性反応と診断された反射性交感神経萎縮症(RSD)症例を紹介された。発作時に閃輝暗点などの前兆を認めたことから、局麻薬により誘発された片頭痛発作と考えられた。そのためメシル酸ジヒドロエルゴタミンの内服を開始したところ、局麻を用いたブロック時の発作の頻度は減少した。また、発作が生じた際には、酒石酸エルゴタミンやジアゼパムの内服で症状は改善した。

20) 頸部硬膜外持続注入にて尿閉を来した1例

樋口 昭子・竹端 恵子
永川 保・若杉 雅浩 (富山県立中央病院)
吉田 仁 麻酔科

MCTDによる上肢の末梢循環不全に対し頸部持続硬膜外を行ったところ、1 ml/hr の持続注入で尿閉を来し0.4 ml/hr では尿閉を呈さなかった症例を経験した。尿閉時の臨床所見では、体幹、下肢に知覚障害を認めず、右 C8-T1、左 T1 領域のみの知覚低下を認めた。硬膜外造影の所見では、前方硬膜外腔を中心とした造影所見が得られた。

頸髄の障害のうち、中心部を主とした障害は、その分節を中心とした知覚運動障害と尿閉を来し、下肢の知覚運動障害を来さない。

この症例における障害は、前方硬膜外に留置されたカテーテルから持続注入された局所麻酔薬が、前方から脊髄を圧迫する結果となり、脊髄中心部の阻血による障害により引き起こされたものと推察された。

21) 硬膜外モルヒネが原因と考えられるミオクロウスの1例

傳田 定平・加藤 寿嘉
河野 達郎・国分誠一郎 (竹田綜合病院)
遠山 誠 麻酔科

症例は72歳男性。イレウス手術後、腹痛軽減せず硬

膜外麻酔下に開腹術となる。手術室入室1時間30分前に硬膜外カテーテルを Th 7/8 と Th 10/11 より挿入、1%リドカイン 3 ml ずつ注入し腹痛軽減した。手術室入室後2%リドカインを Th 7/8 より 6 ml Th 10/11 より 11 ml 注入、収縮期血圧 195 mmHg 心拍数 120/分が 70 mmHg、90/分と低下しエフェドリンの静注で対処した。術中傾眠なるも意思疎通可能で酸素吸入で SpO2 は 100%であった。手術時間は45分。手術終了11時間後に全身の震え、15時間後に全身性のミオクロウズ、74時間後ミオクロウズ、腹痛、呼吸状態の悪化にて人工呼吸管理となる。硬膜外モルヒネは総量 6 mg であった。以後、ドルミカム、ベクロニウム、クロナゼパム、バルプロ酸ナトリウムの鎮静、対症療法にて術後17日目にミオクロウズ消失、23日目に呼吸器より離脱した。経過中 MRI、CT、髄液所見、肝、腎機能、電解質に異常なく硬膜外より投与したモルヒネがミオクロウズの原因と考えられた。

モルヒネによるミオクロウズの発生は癌性疼痛治療のための大量のモルヒネ静注、経口投与での報告が多い。モルヒネのクモ膜下、硬膜外投与による報告も大量投与がなされている。本症例ではモルヒネの硬膜外総投与量が 6 mg と少なくともミオクロウズ消失まで17日と長期にわたっている。以上から通常投与される量の硬膜外モルヒネによるミオクロウズの発生を念頭におくべきと思われる。

22) 癌性疼痛(しびれ)に対して硬膜外脊髄電気刺激法が有効であった2症例

河野 達郎・加藤 寿嘉
国分誠一郎・遠山 誠 (竹田綜合病院)
傳田 定平 麻酔科

硬膜外脊髄電気刺激法は難治性疼痛に対して広く応用され、有効性が報告されている。症例1は69歳、女性。83年結腸癌で手術。91年右臀部痛出現。92年腸骨転移。93年両側臀部～下肢の疼痛・しびれにて持続硬膜外ブロック、クモ膜下フェノールブロックを行い疼痛軽減するも、しびれ軽減せず。硬膜外電極挿入刺激にてしびれ軽減。症例2は50歳、女性。92年右乳癌で手術。93年第8胸椎、右下肢寛骨転移。94年両側腰部～下肢のしびれにて、放射線治療を受けるが軽減せず、硬膜外電極挿入刺激にてしびれ軽減。癌性疼痛は各種モルヒネ製剤により、その管理が容易になったとされているが「しびれ」に対しては難治することが多い。今回の2症例は疼痛管理は可能