

## 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 (岡山大学麻酔科)  
 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

であったが、しびれが強く、他の治療では効果がなく、硬膜外脊髄電気刺激法が有効であった。しびれは脊髄において触覚線維の痛覚線維への抑制が消失し、脊髄で抑制を受けずに高位中枢へ上行し出現してくると言われているが、この方法は脊髄後角における直接的な抑制や下行性抑制系の賦活化によってしびれが軽減すると考えられる。しびれに対して確立した治療がない現在、この方法は有効であると思われる。

### 23) 心肺蘇生後の Lance-Adams syndrome の1例

渡邊 逸平・佐藤 一範	(新潟大学集中治療部)
吉川 恵次	(同 救急部)
川嶋 義章	(同 精神科)
三瓶 一弘	(同 神経内科)
佐久間一弘	(同 麻酔科)
野口 良子	(石心会狭山病院麻酔科)

脳低酸素症からの回復期に出現するミオクローヌスは Lance-Adams 症候群と呼ばれている。その原因として、脳内セロトニン伝達の障害が示唆されているが、詳しい機序は不明である。

今回、我々は心肺蘇生後に、著明な全身痙攣様運動を呈した1例を経験した。その後の神経内科的診察により、この不随意運動がミオクローヌスと判明し、Lance-Adams 症候群と診断された。蘇生直後より出現した痙攣様運動に対し、バルビタール療法を行ったが、コントロールは不良で、抗痙攣剤の併用も効果がなかった。ミオクローヌスと診断された後、クロナゼパムの投与を開始したところ、不随意運動は著明に減少し、バルビタールも不要となった。その後の患者の回復は著しく、意識も清明となり、呼吸器からも離脱でき、自力歩行も可能となった。経口摂取も再開され、第22病日に ICU 退室となった。

Lance-Adams 症候群という概念は、救急医療の場ではそれほど浸透していないと思われるが、低酸素症後の痙攣様不随意運動に接した場合には、鑑別診断の1つとして記憶にとどめておく必要があると思われる。

### 24) 熱傷急性期の臓器障害の検討

本多 忠幸・油井 勝彦	(新潟市民病院 麻酔科)
淡江智栄子・本間 富彦	
大橋さとみ・遠藤 裕	

熱傷による臓器障害は、ショック期から受傷5日間位まででは、感染の影響は極めて少なく、熱による組織障害、生体反応、輸液等によって招来される。肺、心血管系、凝固・線溶系、腎について、実際に、臓器障害の頻度、程度を調べた。新潟市民病院救命救急センター開設から(昭和62年4月20日)から昨年末(平成5年12月31日)までに、同センターに入院した熱傷患者総数125名のうち、Burn Index $\geq$ 15以上の同センターで初期治療がなされた34名を対象とした。検討の結果、早期からの輸液療法が行われれば少なくとも熱傷ショックは乗り切る可能性が示唆された。熱傷早期には様々な臓器障害が起こる可能性があるが、心肺腎等に合併がない症例では、迅速に対応すれば、少なくとも熱傷ショックを乗りきれると考えられた。

### 25) 黄色ブドウ球菌による Toxic Shock Syndrome を疑われた1症例

岩田 香織・天竺 澄夫	(山形大学麻酔・蘇生科)
小田 真也・高岡 誠司	
堀川 秀男	
星 光	(同 集中治療部)

Toxic Shock Syndrome (TSS) と思われる症例を経験したので報告する。

38歳の女性。昨年12月に左下腿に挫創を受傷した。本年2月、下腿の腫脹、紅斑性皮疹、圧痛さらに発熱、嘔吐、下痢が出現した。左下腿蜂窩織炎の診断でデブリドメントと抗生物質の投与を開始した。創部培養から黄色ブドウ球菌を検出したため、TSS を疑い ICU に入室した。抗生物質、 $\gamma$ グロブリン、メシル酸ガベキサート、ウリナスタチン、メチルプレドニゾロンを投与。症状はしだいに軽快したが、経過中2回 MRSA に感染した。約3ヶ月後に退院できた。