

5) セボフルレン麻酔のてんかん焦点脳波に及ぼす影響

飛田 俊幸・河田 啓介 (東京都立神経病院)
熊谷 雄一 (麻酔科)

セボフルレン麻酔がてんかん焦点の活動性に与える影響を調べるため、てんかん焦点切除術5例にセボフルレン麻酔を行い、硬膜下誘導脳波を記録する機会を得たので報告する。

アトロピン 0.5 mg 筋注の30分後、100%酸素とセボフルレンにて緩徐導入した。セボフルレン1%、2%マスクにて投与し、各々5分間硬膜下誘導脳波を記録。入眠後、ヴェクロナウム 8 mg 静注し気管内挿管した。人工呼吸下にセボフルレン3%、4%にて脳波記録をとった。

1~2%セボフルレンは、てんかん焦点活動を賦活した。3~4%セボフルレンによって誘発された側頭葉内側の棘波は、必ずしもてんかん焦点と一致しなかった。3%セボフルレンは側頭葉外側・頭頂葉のてんかん焦点部発作波を少なくとも抑制しなかった。

6) Transcranial doppler (TCD) により、体外循環中脳灌流障害を発見できた症例

傅田 定平・遠藤 裕
福田 悟 (新潟大学麻酔科)

冠動脈再建術の術中管理に於いて、TCDにより中大脳動脈の血流速を連続モニターしたところ人工心肺(CPB)からウイニングに際し測定不能となった。同時記録していた脳波は平坦化、及び舌の突出、顔面腫脹から頭蓋内血流灌流障害に起因すると考えられ、その原因を除去することにより事なきを得た。他の手術に比し脳障害が多いとされる心臓手術中の中枢神経系のモニターとして従来より用いられている脳波や誘発電位のモニターは体温の影響を受けCPB中是不確実である。この点、TCDはリアルタイムの脳血流を観察しているため、脳灌流障害の診断を速やかに行なえ、しかも簡便で、非侵襲的である。以上から、心臓手術中の中枢神経系のモニターとして従来のものにTCDを加えることは有用と考えられる。

7) AICD(埋込型自動除細動器)埋込術の麻酔経験

本間 富彦・津久井 淳
富田美佐緒・鳥海 岳 (新潟大学麻酔科)
相澤 義房・堺 勝之 (同 第一内科)
林 純一・諸 久永 (同 第二外科)

AICD(埋込型自動除細動器)埋込術の麻酔管理を経験した。症例は51歳の男性で、突然の失神発作で発症し、ECGにてTorsade de Pointes型のVFを記録した。種々の検査にて異常は見出されなかったが、電気生理学検査にてVFが誘発される焦点が存在するため手術適応となった。麻酔はミダゾラムで導入し、笑気、酸素、イソフルレンにて維持した。不整脈の誘発前に脳保護のためサイアミラール及びメチルブレドニゾロンを投与した。電気刺激にての不整脈誘発、直流通電による除細動は問題無く行われ、問題となる合併症もなく麻酔管理を終了した。

8) ドロペリドールによりアナフィラキシー様反応を呈した一症例

木下 秀則・富田美佐緒
福田 悟 (新潟大学麻酔科)

非アレルギー発現薬剤群(ブチロフェノン系)に属しているドロペリドールによりアナフィラキシー様反応を呈した症例を経験した。

45才男性。既往歴にアレルギー性鼻炎。91年7月9日てんかんに対する焦点切除術のため笑気酸素イソフルレンによる全身麻酔が施行された。NLA麻酔に変更するためドロペリドール10mg、フェンタニル0.1mg投与した直後、血圧低下、全身発赤が見られた。エフェドリン15mg、メトキサミン3mgにて昇圧得られず、アドレナリン0.025mgで速やかに血圧回復し、全身発赤も消退した。この経過よりドロペリドールによるαブロック作用ではなくアナフィラキシーが強く疑われた。その後の免疫学的検索にて、C3、C4の減少からIgEの関与しない免疫が示唆された。

9) ラリゲアルマスクによる筋弛緩剤投与下IPPVが有用であった症例の検討

海老根美子・丸山 正則 (新潟市民病院)
西村 喜宏・永田 幸路 (麻酔科)

ラリゲアルマスクは、新しい気道確保法であり、麻

酔や救急領域で広く使用されつつある。声門下肉芽腫が存在する開腹手術の患者に、筋弛緩剤投与下ラリゲアルマスクによる調節呼吸を行ない、合併症無く麻酔管理し得た症例を経験し、その有用性について考察した。ラリゲアルマスクは、一般的な適応の他に、挿管困難の患者、挿管を避けたい患者、緊急時の気道確保にも応用し得るので、常日頃からその使用法に習熟しておく必要があると考える。

10) 挿管困難症例に対するラリゲアルマスクを使用した挿管方法

馬場 洋 (新潟県立がんセンター 麻酔科)

最近、挿管困難症例に対するラリゲアルマスク (LM) を使用した挿管方法が報告されているが、それらに若干の改良を加え、3例の挿管困難症例に対して良好な結果が得られた。方法：まず通常の麻酔導入を行い、LMを挿入する。ID 5.0 気管内チューブ (ガイドチューブ) に気管支ファイバーを通し、LMを通して直視下にガイドチューブを気管内に挿入する。次にガイドチューブを残し気管支ファイバーを抜去する。次にガイドワイヤーのシースで作ったガイドカテーテルを挿入する。ガイドカテーテルのみを残し、LMとガイドチューブを抜去する。このガイドカテーテルをガイドにして挿管チューブを挿入する。以上のようにして、挿管困難症例に対しても極めてスムーズに挿管することが出来た。

11) 腰麻、硬膜外麻酔に伴うプリアピズムに対するアドレナリン局注の効果

西村 喜宏・丸山 正則 (新潟市民病院) 永田 幸路・海老根美子 (麻酔科)

最近、内視鏡の発達に伴い、泌尿器科領域で経尿道的に手術を行うことが多くなってきている。その際術中勃起のために、内視鏡を病巣まで挿入できず手術を遂行できなくなることがある。その対策として日本の報告では、治療法に決定的なものがなく、種々の処置にもかかわらず陰茎勃起が改善せず手術が中止された例が多い。ところが国外では泌尿器科領域の手術時の陰茎勃起17例に対して、陰茎海綿体ヘノルエピネフリンを 0.5~1.0 μg 投与し、陰茎を弛緩させるのに非常に有効であったとの報告がある。今回、経尿道的膀胱腫瘍切除術施行例で、脊椎麻酔後の勃起に対して10万分の1エピネフリン含有

キシロカインの陰茎海綿体への投与が劇的に有効であった症例を経験した。

12) 術後疼痛に対する硬膜外 DIB カテーテルの使用経験

小村 昇・小川 充 (長岡赤十字病院) 渋江智栄子・市川 高夫 (麻酔科)

今回携帯型ディスポーザブル持続注入器 DIB カテーテルを使用し術後疼痛管理を行う機会を得たので若干の考察とともにその使用経験を報告する。当院で予定された胸部外科開胸手術を受けた ASA リスク I~III の患者12名を対象とした。コントロール群として DIB カテーテルを装着せず第1病日以降1日2回モルヒネ 2 mg を生食 10 ml と共に注入する同手術後患者17名を選んだ。

モルヒネ1回注入と DIB カテーテルによる持続注入は術後疼痛評価において良好な結果を得た。術後の鎮痛薬投与回数も有意に少なかった。重篤な副作用は認められなかった。その簡便さと軽量性、静肅性において他の持続注入器と比べ優れていると思われる。DIB カテーテルは術後疼痛管理に有効と思われる。

13) 陳旧性顔面神経麻痺の2症例

渡邊 重行・穂苅 環 (新潟大学麻酔科)

末梢性顔面神経麻痺と診断され、その後治療を施行が回復が認められなかった陳旧例に対し星状神経節ブロックと点滴療法を併用し改善例を見たので報告した。症例は66才女性と18才男性で入院により連日の交感神経ブロックと後者にはステロイド、循環改善剤やプロスタグランジン E_1 の点滴療法を併用した。顔面神経麻痺の大部分は予後は良好であるが若杉らによれば15%前後は不完全治癒に終り後遺症を残す。このような陳旧性例の治療は困難であり有効な治療法はない。女性や若年者にとってはその心理的負担の多い疾患であることを考えると、陳旧例であっても決定的治療法の無い現状に於いて交感神経ブロックなどの治療を行ない、何らかの改善の見られる症例では治療を続けたほうが良いと考えた。