

#### 14) 三叉神経領域の帯状疱疹痛に対する頸部硬膜外脊髄通電法

穂刈 環・渡辺 重行 (新潟大学麻酔科)

三叉神経領域の帯状疱疹及び帯状疱疹後神経痛の患者6例において、頸部硬膜外脊髄通電法 (ESCS) を試みた。

発症から比較的早期に初診した新鮮例 (急性痛) 3例については、あまり効果がみられなかったが、他のブロック療法、投薬等で退院可能であった。一方、他の治療で充分除痛の得られなかった陳旧例 (慢性痛) 3例では、ESCS により2例に顔面の皮膚温上昇がみられ、50~60%の除痛効果が得られた。1例では植え込み術も考慮中である。

除痛機序としては、星状神経節ブロック様効果、中枢の下行性疼痛抑制系の賦活、三叉神経脊髄路核 (C2 付近まで存在) への通電効果等が考えられる。

#### 15) 当科における喉頭展開の難易度に関する術前評価

一頭部規格側方X線写真を用いた小顎症の分析法一

荒矢 由美・高山 治子  
瀬尾 憲司・三浦 勝彦 (新潟大学歯学部)  
染矢 源治 (歯科麻酔科)

小顎症においては、舌根の後退による気道狭窄、最大開口度の不足、また、口腔の軸、咽頭軸、咽頭軸が一直線にならないことなどにより、咽頭展開が困難となりやすいといわれている。今回、頭部側方規格X線写真を用いて、小顎症が原因と思われる挿管困難例の顎態分析を行い、咽頭展開の難易度の予測方法を検討した。咽頭展開の難易度の判定には SNGn, ANGn 両者の測定が有用であると思われ、SNGn<70°, ANGn>8.5° の両者を満たすものは咽頭展開の難度が高いと予測された。また、この2つの要素を含む SNGn/ANGn<8 というパラメーターも難度の判定に利用できることが示唆された。

#### 16) 腹腔鏡下胆嚢摘出術における動脈血炭酸ガス分圧について

山倉 智宏・野口 良子 (竹田綜合病院)  
榎木 永・遠山 誠 (麻酔科)

炭酸ガスの気腹下に行われる腹腔鏡下胆嚢摘出術にお

ける、動脈血炭酸ガス分圧の経時的推移について検討した。

方法：対象は ASA I~II の心肺機能に異常を認めない12症例で、気腹前 PaCO<sub>2</sub> が 30 mmHg の I 群 9 例と 35 mmHg の II 群 3 例に分類した。それぞれの気腹前 PaCO<sub>2</sub> を得るように換気条件を設定し、以後その条件を変えずに調節呼吸を行った。気腹後1時間までは10分おきに、1時間以後は30分おきに、動脈血液ガス、終末呼気炭酸ガス分圧を測定した。

結果および考察：I 群の結果では、気腹前 PaCO<sub>2</sub> 30.4 ± 1.1 mmHg に対し、気腹後10分から有意に上昇し、最高値は 42.8 ± 2.5 mmHg であった。終末呼気炭酸ガス分圧は常に PaCO<sub>2</sub> より低かったが、その較差は異なる測定時点間で差はなく、最大でも 3.8 ± 2.0 mmHg であった。また、炭酸ガス一換気式より、PaCO<sub>2</sub> の最高値への上昇量と気腹前値の比が一定であることから、II 群での最高値は 50 mmHg に近いことが予想され、実際 II 群の3症例の平均値は 50.7 mmHg であった。

#### 17) 喘息2症例の治療経験

本多 忠幸 (新潟大学手術部)  
田中 剛・傳田 定平  
下地 恒毅 (同 麻酔科)  
佐藤 一範 (同 集中治療部)

気管支喘息は、その大部分が薬物療法やエアゾル吸入療法で寛解するが、重積発作症例では、呼吸管理を中心とした ICU での治療が必要となる。我々は、呼吸困難が著しく搬送された症例と心停止を来した症例2例を経験し、いずれも気管内挿管を施行し数日間の人工呼吸管理を行った。その際、塩酸プロカテロールのネブライザー投与と気管支ファイバーによる頻回な選択的吸引が有効であった。今回は吸入麻酔薬を使用しなかったが、これは、2症例とも経過とともに改善傾向を示したため使用しなかった。しかし、吸入麻酔薬をどの時点で適応とするかあるいはしないのかを判断するのにかなり検討を要した。喘息重積発作に対する吸入麻酔薬の明確な適応を表した物は少なく、尚、検討を要すると思われた。