

67. I H S Sを合併した胸腹部大動脈瘤の麻酔経験

(麻酔学) 亀山佳之 和気陽一朗 荻原幸彦
小宮 博 鈴木孝典 岡田二郎
畑山 聖 石井 脩 三宅 有

今回我々は、I H S Sを合併した胸腹部大動脈瘤患者における、人工血管置換術の麻酔を経験したので、若干の考察を加え報告する。

(症例) 70才 男性。近医にて胸部異常陰影指摘され入院。入院後、I H S Sを合併した胸腹部大動脈瘤と診断され、さらにペルサンチン負荷にて冠動脈狭窄の存在が疑われた。手術は左房脱血、左大腿動脈送血の一時バイパス下に人工血管置換術が予定された。

(麻酔方法) 前投薬として、麻酔導入30分前にスポコラミン0.3mg、塩酸ヒドロキシジン50mg筋注、麻酔導入は、フェンタニール60 μ g/kgの分割投与、ベクロニウム8mgで行った。麻酔維持は、酸素、フェンタニール、パンクロニウム、及び低濃度ハロセンの併用で行った。

(術中経過) 麻酔導入後より不整脈、冠動脈スパスム予防のためDiltiazem5~10 μ g/kg/min.の予防投与を行っていたが、大動脈遮断解除後、完全房室ブロック、心停止を来した。これに対し、直ちにペーシングを行い手術を行うことが出来た。手術終了後ペーシング中止し自己調律としたが、循環動態安定していたため、CCC入室となった。

(考察) 本疾患の麻酔管理においては、麻酔全経過を通して、循環動態の急激な変動を避け、心筋収縮力を過度に増加させないようにする必要がある。従って我々は、本症例の麻酔方法として、大量フェンタニール、低濃度ハロセンの併用を行った。ハロセンは濃度依存性に心筋抑制を示し有効であると考えた。また不整脈及び冠動脈スパスム予防に対しては、ニトログリセリンは、I H S Sの左室流出路狭窄を増悪させるため、ジルチアゼムの持続投与を行った。さらにI H S Sは不整脈を合併する事が多く、突然死を来すことが少なくない、従って術前からのペースメーカーの挿入、除細動等の用意は不可欠であると思われた。

68

ディスプレイ微量注入器を用いた
持続硬膜外ブロック

厚生中央病院麻酔科 O室園美智博

東京医科大学麻酔科 近藤ゆかり 本間
豊彦 木下幸大 石井脩夫 三宅 有

[目的] 硬膜外bupivacaine注入にシリコン製バルーンリザーバーを動力源としたDIBカテーテル(ディヴィンターナショナル社)を用い疼痛管理を行ったので報告する。[対象及び方法] 当科に入院中の帯状疱疹、頸肩腕痛、癌転移による疼痛患者20名を対象とした。男性6名、女性14名で平均年齢61歳(48~79歳)で、全例ポリエチレン製内径1mm、130cm硬膜外カテーテルを留置し朝夕の定時注入(0.25%bupivacaine 5ml +ブプレノルフィン0.1mg)のみのbolus群(n=10)と定時注入に加えDIBカテーテルを用いた群(n=16)をVisual analogue scaleにて検討した。DIBカテーテルは全例充填量20mlで流速10ml/hr仕様のもを使用し、硬膜外カテーテルとの間に三方活栓を接続し、患者が注入を希望した時点にて患者自身による投与を開始した、尚、予め三方活栓の操作は十分に説明し、同時にナースコール及びタイマーを用い30分間注入とし、効果不十分の場合は適時30分間注入した。

[結果] 定時以外に使用した0.25%bupivacaineの総量は、平均11.3ml \pm 7ml/dayであり平均流速は10.7 \pm 0.4ml/hrであった。Bolus群の定時注入時のペインスコア4.1 \pm 2.2に対しDIB群は1.6 \pm 1.2と有意差を認めた。[まとめ] PCA(Patient Controlled Analgesia)ポンプを用いた疼痛管理が効果を発揮しているが、高価なため台数の制限を受ける施設が多い、そこで安価なバルーンリザーバーを動力源としたディスプレイ微量持続注入器が開発導入された。DIBカテーテルによる注入量は硬膜外圧、回路の屈折等により影響を受け、多少の誤差を認めるが臨床使用に於いて満足出来るものであり重量3gと軽量で操作が簡単、三方活栓とタイマーのみでPCAが可能と考えられた。