

Y5-09

術後嘔気嘔吐に対するP6経穴刺激の検討

岐阜赤十字病院 麻酔科

○高田 英里、山田 忠則、粕谷 由子

はじめに) 当院では婦人科良性疾患に対して多くの腹腔鏡手術が行われてきた。そして術後の嘔気嘔吐(PONV)に対し、麻酔法の選択、制吐薬の予防的投与等の様々な対策を講じてきた。さらに、術中のみならず、術後にも手軽に施行できるP6経穴刺激を取り入れその効果を検討したので報告する。

方法) 2010年8月から2011年12月までの婦人科良性疾患に対する腹腔鏡手術患者241名。術中の通常のPONV予防を行った群(N群)と術後、患者自身にP6経穴刺激を施行してもらった群(P群)に分け、その効果を検討した。

結果) 両群における基本的データに差はなかった。両群とも術後12時間以降にPONVを訴える患者が多い傾向が見られた。両群でのPONVの発症頻度に有意な差は認めなかった。

考察) P6経穴は内関とも呼ばれ、欧米でもその有用性が検討され、術後早期の有用性が報告されているが、今回の検討では統計的な差は認めなかった。本法を患者自身に施行してもらうにあたり、術後疼痛やPONVの程度が強い場合には、P6経穴刺激を行うのは無理があり、工夫する必要がある半面、利点としては、簡易に行える、副作用がないといった事があげられる。嘔気の段階で本法を施行したことにより、症状の軽快を得ることができた症例も多数認められたため、PONV予防の一法として施行する価値はあると考える。

結語) PONVに対するP6経穴刺激の有用性について検討し、有意な差を認めなかった。一方で術後、症状が軽度である時期に施行すると、12時間以降であっても、症状軽快を得られた症例もあり、PONV予防の簡易な方法としては有用であると思われる。今後は持続的にP6経穴を刺激する簡易な良い方法を工夫していく必要がある。

Y5-10

臨床経過から診断に至ったトキシックショック症候群の1例

熊本赤十字病院 内科

○國友耕太郎、吉岡加奈子、上田裕二郎、豊田麻理子、上木原宗一

症例: 31歳女性、2G2P。入院7日前に帝王切開術が行われ、術後2日間CEZ 2gを使用されていた。入院5日前から発熱がみられ、入院4日前に炎症反応高値となったため、PIPC 4gを3日間投与された。その後も発熱と炎症反応高値が持続し、全身の皮疹・混濁尿・下痢を伴ってきたため、入院前日から、AZMとCTRに抗生剤が変更された。入院当日の午前3時頃、呼吸苦を伴ってきたため当院に救急搬送となった。来院時、体温は38.4度、血圧92/43mmHg、脈拍140bpmとショックバイタルであり、敗血症性ショックと診断したが、診察上も、全身CTでも、明らかな感染源は不明だった。再度、身体診察を行なったところ、眼球結膜の軽度充血と手掌のびまん性斑状紅皮症がみられた。帝王切開術後の産褥期の女性で、発熱、低血圧、下痢なども伴っており、トキシックショック症候群が疑われた。血性悪露と子宮内容物のグラム染色で、両方からグラム陽性球菌が検出され、黄色ブドウ球菌によるトキシックショック症候群と診断した。VCM、CLDM、ABPC/SBTで治療を開始し、集中治療管理を行なった。入院4日目に、膿培養からMRSAが検出され、抗生剤をVCM・CLDMのみに変更した。治療開始後、入院5日目には収縮期血圧130mmHg、脈拍110bpmと循環動態は安定した。21日間の抗生剤投与を終了し、全身状態は改善したため、入院23日目に退院となった。トキシックショック症候群は、頻度は少ないものの、鑑別に上がらなければ、診断が難しい疾患である。本症例では、診断に至る過程で苦慮したが、診断後、速やかに適切な抗生剤の投与を行ない、症状の改善を認めた。

Y5-11

Trousseau症候群を合併した卵巣明細胞腺癌の1例

秋田赤十字病院 婦人腫瘍科

○石村まりこ、佐藤 宏和、太田 博孝、大山 則昭

悪性腫瘍を基礎疾患とし、脳血管に血栓を生じ神経症状を呈するものをTrousseau症候群という。卵巣明細胞腺癌に肺血栓塞栓症および脳梗塞を併発した症例を経験したので報告する。症例は49歳、女性。頭痛と不明熱のため当院を紹介受診。腹部CTにて左卵巣腫瘍を指摘され癌性腹膜炎が疑われたため、婦人腫瘍科紹介となった。経膈超音波検査では、充実性部分を伴う左卵巣腫瘍、ダグラス窩を中心とした播種病変を認めた。入院当初より、左下肢の浮腫、D-ダイマーの上昇を認めたため胸部・下肢CT施行。右肺動脈血栓塞栓症、下肢深部静脈血栓症を指摘され、ヘパリンを開始した。その後病状が安定していたため、入院7日目にヘパリンを中止の上、両側付属器摘出術、大網切除術を施行。左卵巣腫瘍は60x45x30mmの嚢胞性・充実性混合腫瘍で、組織型は明細胞腺癌であった。術直後よりヘパリンを再開したが、術後3日目のトイレ歩行時に呼吸困難が出現。CTを施行したところ、右肺動脈血栓の増大、左肺動脈血栓・左浅大腿静脈血栓の出現を認めた。直ちに下大静脈フィルターを留置し、ヘパリンを増量、その後は症状、検査データの改善を認めた。術後14日目より、weekly CBDCA単独療法を開始した。一時的に腹水の減少を認めたが、再貯留に伴い、消費性血液凝固異常が顕性化していった。その後、脳梗塞による右下肢の知覚鈍麻が出現、右片麻痺・失語へと進行した。化学療法の継続が困難となり、術後92日目に永眠された。担癌患者でD-ダイマーが異常高値を示した場合や、原因不明の脳梗塞を認めた場合、本病態を念頭に入れた検索が必要と思われる。脳梗塞予防のために、早期にヘパリン投与を考慮する必要があるが、原疾患の改善なくしては、予後は不良と考えられた。

Y5-12

卵巣過剰刺激症候群により脳梗塞発症し急激な凝固能の変動を認めた35歳女性例

水戸赤十字病院 神経内科

○大原まみか、大平 雅之、山口 啓二、小原 克之

35歳女性。他院にて不妊治療を施行中、卵巣過剰刺激症候群(OHSS)を発症しX-3日同院入院。X日早朝、意識障害を認めたため、当院産婦人科に転院した。その際、左片麻痺および頭部CT上脳溝の不明瞭化を認めたため、当日神経内科へ転科し、頭部MRI上右中大脳動脈～内頸動脈の閉塞、同支配領域の急性期脳梗塞を認めた。ヘパリン、エダラボンにて加療を開始し、APTTを確認しつつヘパリンを調節した。生理の到来とともにOHSSの臨床症状の改善を認めた。X+20日、APTTの延長を認め、頭痛の増悪を訴えた。頭部CT上、出血性脳梗塞を確認したため抗凝固療法を中止した。頸動脈MRAにて内頸動脈～中大脳動脈が再開通されており、その後は抗血小板剤や抗凝固療法などは行わず、リハビリ継続とした。OHSSに伴う脳梗塞の治療に際して、生理周期と関連して凝固能が大きく変動したと推察される一例である。若干の考察を加えて報告する。