

PC-300

ポリニューロパチー患者の全身麻酔で筋弛緩が遷延した一症例

岐阜赤十字病院 麻酔科 (初期研修医)

○日比野 有輝、山田 忠則、粕谷 由子

【症例】44歳男性。168cm、76kg。3年前より手指の脱力を自覚するようになった。当院整形外科を受診し頸髄症と診断されミエログラフィーで手術適応と判断された。一方筋萎縮も認めることから神経内科で筋萎縮性側索硬化症や多巣性運動ニューロパチー等が疑われ、一旦手術は延期となった。診断的治療として免疫グロブリン療法を行ったところ軽度改善を得られた。さらに精査の結果、多巣性運動ニューロパチーが強く疑われた。しかし、手指の症状が残存しており、頸髄症による影響を除外するために全身麻酔下に椎弓形成術が予定された。前投薬はなく、プロポフォール、フェンタニル、レミフェンタニルで導入し、ロクロニウム70mgで筋弛緩を得て気管挿管した。プロポフォール、レミフェンタニルで麻酔維持し、適宜フェンタニルを投与した。ロクロニウム投与228分後でTOF比4となった。手術は順調に進行し、投与244分後に終了した。この時TOF比は4のままであった。ロクロニウム投与267分後にスガマデクス200mgを静注した。スガマデクス投与9分後にTOF比100%を確認し、抜管した。術後は特に問題はなく経過した。

【考察】以前からポリニューロパチー患者における筋弛緩薬を使用した全身麻酔ではその効果が遷延するという報告が散見される。他方で、神経筋疾患患者の全身麻酔における筋弛緩回復に対するスガマデクスの有用性も報告されているが、ニューロパチー患者における報告は未だない。本症例は比較的軽度の患者であったが、筋弛緩薬の遷延が認められた。術中に筋弛緩のモニタリングを厳重に行い、スガマデクスを投与することで速やかに筋弛緩からの回復を得ることが可能であったと考えられた。

PC-301

上顎神経ブロック後に脳幹部くも膜下麻酔となり、緊急対応を要した症例

京都第二赤十字病院 麻酔科

○堀井 靖彦、山田 瑠美子、早川 由夏、安達 康祐、横野 敦子、法幸 由起子、望月 則孝、横野 諭

はじめに：我々は局所麻酔下の内視鏡副鼻腔手術(endoscopic sinus surgery;ESS)で併用した上顎神経ブロックにより脳幹部くも膜下麻酔となり蘇生を要した症例を経験した。

症例：70歳男性。慢性副鼻腔炎に対してESSおよび鼻中隔矯正手術を行った。耳鼻科医が口腔外アプローチにより両側上顎神経ブロックを行ったが、薬液注入直後に呼吸停止、意識消失、両側瞳孔散大、弛緩性麻痺を認め、緊急コールし麻酔科医が招集された。頰脈を認めるも血圧低下はなかった。直ちに気管挿管、人工呼吸を行ったが、挿管時の体動はなかった。BISを装着すると値は80台後半であった。45分後に自発呼吸出現、意識レベル改善、50分後に意識清明となり抜管したが、瞳孔左右差(右>左)、右の対光反射消失は残存し、右の眼位異常も認めた。患者は挿管中の医師による瞳孔の確認を覚えていた。1時間20分後には瞳孔左右差改善、3時間半後には対光反射、眼位正常となっており、後遺症なく退院した。考察：上顎神経ブロックの合併症として稀であるが脳幹部麻酔が報告されている。本症例では局所麻酔薬注入直後に症状をみとめ、後遺症なく速やかに症状が改善しており脳幹部くも膜下麻酔が疑われた。また右で症状遷延しており右ブロックによるくも膜下麻酔が考えられた。

他施設にアンケートを行ったところESSに上顎神経ブロックを併用する施設は少なくなかった。球後麻酔による脳幹部麻酔の報告もあり、麻酔科医は勤務施設での各科管理の局所麻酔内容を把握しておく必要がある。また全脊麻や脳幹部くも膜下麻酔に対応する際は、本症例のように覚醒している可能性を考慮し、言動に注意する必要がある。

PC-302

局所麻酔下鼻腫瘍摘出術中に局所麻酔薬中毒が疑われた1症例

岐阜赤十字病院 麻酔科 (初期研修医)

○許沢 尚弘、山田 忠則、粕谷 由子

【症例】74歳 男性

【主訴】鼻閉

【既往歴】20年前アレルギー性鼻炎、30年前狭心症、高血圧

【現病歴】以前より鼻閉が続いていた。近医から紹介され両側鼻腫瘍摘出術が予定された。

【経過】20万倍エピネフリン加4%リドカイン合計20mlによる局所麻酔下に手術を施行した。また、止血目的も兼ねて20万倍エピネフリン加4%リドカインによる浸潤麻酔を適宜併用した。術中はミダゾラムで鎮静した。腫瘍摘出後の止血操作時に収縮期血圧170~180mmHgまで上昇し、ニトログリセリンおよびニカルジピンを適宜静注し降圧を図った。さらに5分後両上下肢に不随運動が出現、JCS3-300まで意識レベルが低下し、SpO2もさらに低下したため経口エアウェイを留置しフェイスマスク10Lで酸素を投与した。この時点で麻酔科医が呼ばれ、処置にあたった。ECG上ST変化はなかった。9分後頸部および全身に硬直を認めた。局所麻酔薬中毒を疑ったが、脳血管イベントも疑われたため、イントラリボス®(20%)投与しながら頭部CTを撮影した。CTへの移動中から硬直が減弱し、意識レベルは回復が確認された。CT上脳血管イベントは否定された。投与から15分後のICU入室時にはJCS1-1であった。その後経過良好で、翌日ICUを退室した。

【考察】リドカインによる局所麻酔薬中毒と考えられる症例を経験した。近年超音波ガイド下神経ブロックが盛んに行われるようになり、局所麻酔薬中毒の報告も散見されるようになった。中毒による心血管症状発症に対して、脂肪乳剤の投与(lipid rescue)は日本麻酔科学会のガイドラインにも記載されている。本症例では、心血管症状はなかったが、中枢神経症状の回復に対し脂肪乳剤が奏功したと考えられた。

PC-303

全身麻酔中の超音波下腹横筋膜面ブロックで予期せぬ画像に遭遇した症例

長野赤十字病院 麻酔科

○黒岩 香里、西澤 政明、高野 岳大、中川 秀之、持留 真理子、中澤 遙、吉山 勇樹

超音波装置の普及に伴い、麻酔中に超音波下神経ブロックや経食道心エコー診断を行う機会が多くなった。私たちは超音波下腹横筋膜面ブロック(TAPブロック)の際に予期せぬ画像に遭遇した症例について報告する。症例は66歳男性、右腎癌の診断で腎摘出術が予定された。患者は慢性腎不全のため36歳時から週3回の透析を受けていた。全身麻酔導入後、TAPブロックを行うためプローブを側腹部に当てたところ、高輝度映像が広範に分布していた。筋膜や筋層と紛らわしかったが、蠕動運動が観察されたため腸管内の画像と判断した。術後に腎臓内科医から、患者には約1年前から透析に伴う高リン酸血症に対し、炭酸ランタン水和物(ランタン)が投与されており、術前の腹部CT画像にも麻酔中に我々が見た超音波画像と同様な所見が認められた。ランタン服用によりX線写真やCT画像にアーチファクトが見られることは、放射線科医や腎臓内科医にはよく知られていたようだが、私たちにはその情報がなかった。従来の麻酔科術前診察は、担当予定の麻酔科医が問診し検査所見等も確認するのが一般的だったと思われる。しかし、最近は入院期間短縮のため、患者は術前日に入院する例が多く、しかも術前外来方式により一名の術前担当医が翌日の全症例を診察している施設も多いと考えられる。実際当院でも一人で午前中に10~15患者を担当しており、胸部X線写真以外の、たとえ患部の画像であってもチェックする機会は少なく、また投与薬剤についても情報不足になりがちである。本症例から、当該科との細かい術前情報のやりとりも必要な場合があると反省させられた。

一般演題
(ポスター)
10月16日(木)