

若手麻酔勉強会 抄録集

日時: 2026年2月14日(土) 14:00~17:10

会場: 嬉野医療センター 3階 大会議室 (講堂)

1. 気管切開を要した咽頭異物の1例

宮崎 春菜、山田 康貴

嬉野医療センター 麻酔・緩和医療科

【はじめに】部分義歯を咽頭内に誤飲し、気管切開による気道確保後に全身麻酔下に異物除去を行った症例を経験したので報告する。

【症例】85歳、男性。身長173cm、体重58kg。食事中に部分義歯を誤飲し、前医にて内視鏡下摘出が試みられたが、金属部分が咽頭粘膜に刺入しており摘出困難であったため、当院へ救急搬送された。来院時、気道は開通しており、呼吸状態は安定していた。喉頭ファイバー検査では、部分義歯の冠部が下咽頭粘膜に刺入した状態で認められた。喉頭鉗子による摘出を試みたが、十分な把持ができず、局所麻酔下での摘出は困難と判断し、全身麻酔下で摘出を行う方針とした。声帯は開通していたものの、部分義歯が声門部を占拠しており挿管困難が予想されたこと、また摘出操作後に声門周囲の浮腫を来すリスクが高いと考えられたことから、局所麻酔下に気管切開を施行し、確実な気道確保を行った後に全身麻酔を導入した。全身麻酔下に部分義歯を喉頭鉗子で把持し、慎重に摘出した。摘出後、喉頭浮腫を認めた。翌日に施行した胸部CTにて縦隔気腫を認めたため、経管栄養による管理とし、抗菌薬投与を継続した。

【考察】咽頭・喉頭異物は気道閉塞や出血の危険を伴い、特に部分義歯は金属部分により粘膜へ刺入しやすい。本症例では異物が声門近傍を占拠しており、全身麻酔導入後の換気・挿管困難および摘出後の喉頭浮腫が強く懸念された。そのため局所麻酔下で気管切開を先行し、確実な気道確保を行った上で安全に摘出が可能であった。

【結語】咽頭異物症例では、異物の位置・性状を踏まえた周到的な気道戦略が重要であり、必要に応じて侵襲的気道確保を選択する判断が安全な麻酔管理につながる。

2. 帝王切開術後に股関節近位筋の運動障害を主体とした腰神経叢障害を来した 1 例

浦 知佳子、草場 真一郎、三浦 大介
佐賀県医療センター好生館 麻酔科

【背景】

分娩後、帝王切開術後の末梢神経障害は稀な合併症であり、その多くは外側大腿皮神経や大腿神経障害として報告されている。

【症例】

症例は 30 歳代女性。硬膜外麻酔併用脊髄くも膜下麻酔下に帝王切開を施行された。術後 1 日目より左下肢のしびれおよび歩行時の違和感を自覚した。診察上、左股関節屈曲および内転を含む近位筋力低下を認めた。また、左鼠蹊部～臀部にかけて軽度の感覚障害も認めた。術後 2 日目に硬膜外麻酔を抜去した。抜去後しびれは改善傾向となり、術後 8 日目に退院した。術後 1 か月の時点でも下肢の症状残存していたため、腰椎 MRI を施行したが、血腫や神経根病変などの異常所見は認めなかった。膝蓋腱反射も保たれており、病的反射は認めなかった。整形外科コンサルテーションにより、L1-3 領域の軽度運動麻痺および L5-S1 領域の感覚障害と診断され、保存的に経過観察となった。

【考察】

膝伸展筋力および膝蓋腱反射が保たれていることから大腿神経本幹障害は否定的であり、画像所見から神経根障害も考えにくい状況だった。股関節近位筋優位の運動障害の分布より、術操作による腰神経叢における部分的かつ一過性の障害の可能性が考えられた。

【結語】

帝王切開術後に股関節近位筋優位の運動障害を主体とする腰神経叢障害が生じた症例を経験した。術後の下肢神経障害の原因として鑑別にあげることが重要である。

3. 硬膜外麻酔を用いた周術期管理において直腸障害が遷延した 1 例

矢原 徹郎、山田 康貴、香月 亮

嬉野医療センター 麻酔・緩和医療科

【背景】硬膜外麻酔は有用な周術期鎮痛法である一方、神経障害という重篤な合併症を生じうる。今回硬膜外麻酔を実施し持続投与中に直腸障害が生じその後も症状が遷延した症例を経験したので報告する。

【症例】77 歳女性、身長 143cm 体重 43 kg、虫垂腫瘍に対し腹腔鏡下回盲部切除術が予定された。既往歴として高血圧、糖尿病、脂質異常症、大動脈解離に対し上行弓部血管置換術を施行され、術後に脊髄梗塞に伴う左下肢不全麻痺を認めた。慢性腎不全があり透析管理中であった。

【麻酔経過】麻酔は全身麻酔と硬膜外麻酔の併用で行う予定とした。硬膜外カテーテル留置後に麻酔導入を開始した。導入は塩酸モルヒネ、プロポフォール、ロクロニウム、維持はセボフルランと硬膜外カテーテルからの 0.375%ポプスカインの単回投与で行った。術後鎮痛として 0.25%ポプスカイン 100ml とモルヒネ 5mg を併用して持続硬膜外投与を行った。

【術後経過】退室後 1 時間後に下肢感覚障害、下肢麻痺があると主治医より連絡があった。Hypesthesia が Th3-S と広範囲に広がっていたため硬膜外麻酔によるものと考え持続投与を終了した。硬膜外への持続投与を中断して 2 時間後には下肢感覚の出現を確認した。術翌日には下肢運動も改善したが肛門の感覚低下、便失禁症状が持続した。脊髄MRI を実施し血腫や膿瘍、脊髄梗塞の所見はなく経過観察の方針とした。症状は徐々に改善したが、術後 21 日目の転院時点でも軽快傾向ながら残存していた。その後の外来では改善傾向を認めた。

【考察】硬膜外麻酔を行うにあたり脊髄神経障害はまれではあるが重篤な合併症の一つである。原因としては硬膜外血腫、硬膜下血腫、硬膜外膿瘍、前脊髄動脈症候群、神経の直接損傷、くも膜下腔へのカテーテル迷入等が鑑別に上がる。今回、退室後 1 時間で下肢麻痺および感覚障害が出現したため、硬膜外投与を中断した。その後、下肢麻痺は改善を認めたことから、カテーテルが硬膜外腔より深部へ迷入していた可能性が考えられた。直腸障害が残存した原因については後日撮影した MRI 検査より血腫や膿瘍、脊髄梗塞を認めず硬膜下腔への薬剤投与に伴ったものの可能性が考えられた。

【結語】

今回術後の硬膜外カテーテル持続投与後に下肢麻痺症状が出現しその後も直腸障害が持続した症例を経験した。術後の硬膜外管理では、運動・感覚だけでなく排便・排尿機能の評価も重要である。

4. 総体肺動脈吻合術 (TCPC) 後の鼠径ヘルニア修復術に対する麻酔管理の経験

上田 頼子

佐賀大学医学部附属病院 麻酔科蘇生科

【症例】3歳8か月男児。在胎週数35週3日、出生体重1816g、緊急帝王切開で出生。Apgar score 8/9。内臓錯位症候群（右側相同/無脾症）、単心室（心室中隔欠損症・左室低形成）、単心房、両大血管右室起始あり、生後8か月で両方向 Glenn 手術+肺動脈分枝絞扼術（肺動脈弁閉鎖）が行われ、2歳10か月で TCPC が行われた。3歳6か月、尿道下裂に対する診察時に左鼠径部の膨隆を指摘され、左鼠径ヘルニアの診断で手術の方針となった。

【麻酔経過】麻酔法は全身麻酔+伝達麻酔とした。導入はミダゾラム、フェンタニルで行い、LMA® ProSeal™ #2 を挿入後、セボフルランで麻酔維持、循環補助としてノルアドレナリンの持続静注を行った。0.25%ロピバカインでエコーガイド下に両側腰方形筋ブロック、肋骨弓下腹横筋膜面ブロックを行った。スタンダードモニターに加え、観血的動脈圧のモニタリングを行った。術後鎮痛としてアセトアミノフェン、PONV 予防にオンダンセトロンを静注し、手術終了後速やかに抜管した。麻酔時間3時間34分、手術時間2時間18分、総輸液量295ml、出血少量、尿量5mlだった。

【考察】Fontan 手術は二心室修復が困難なチアノーゼ性先天性心疾患に対して行われる機能的血行動態修復術である。以前は右房と肺動脈を直接吻合する APC (Atriopulmonary connection) が主流であったが心房性不整脈のリスクが高く、近年では IVC/SVC と肺動脈を吻合する心外導管法による TCPC が主な術式となっている。Fontan 循環では肺循環の駆出心室が存在せず、中心静脈圧・重力・胸腔の陰圧で肺循環を維持しているため、循環の維持には①肺血管抵抗の過度な上昇の抑制②適切な体血管抵抗および CVP の維持③洞調律の維持が必要となる。全身麻酔による急激な末梢血管拡張、陽圧換気、術後疼痛による腹圧上昇は Fontan 循環の維持には不利となる。本症例では導入に循環抑制の少ないミダゾラム、フェンタニルを使用し、術前に神経ブロックを施行することで自発呼吸を温存した麻酔管理が可能となり、肺循環、体循環の維持に有利であった可能性がある。

5. 若年男性に発症した三尖弁位感染性心内膜炎に対する弁置換術の1例

山田 康貴

嬉野医療センター 麻酔・緩和医療科

【はじめに】基礎的心疾患のない若年男性に発症した三尖弁位感染性心内膜炎（Tricuspid Valve Endocarditis; TVE）に対して弁置換術を行った症例を経験したので報告する。

【症例】30歳、男性。身長157cm、体重59kg。発熱、嘔吐を主訴に当院を受診した。腸炎の診断で加療を開始されたが、血液培養で黄色ブドウ球菌が検出され、心エコーで三尖弁に疣贅を疑う構造物を認め感染性心内膜炎の診断となった。心不全加療、感染症治療を行ったが、CTで肺炎、肺塞栓を疑う所見を認め、三尖弁の疣贅に伴う症状と考えられ外科的手術の方針となった。当初、弁形成術を行う予定であったが、術中TEEで明らかに弁下組織まで弁破壊を認めており、弁温存は困難と考え弁置換術を行った。術翌日には抜管され、術後経過は良好であった。

【考察】TVEは左心系の心内膜炎に比較して頻度は低い。さらに先天性心疾患、ステロイド内服、経静脈的薬物常用例などに多く発症し、本症例のように誘因を持たない健常人に発症することは稀である。TVEは保存加療が奏功しやすいという特徴がある一方で、繰り返すseptic pulmonary emboli (SPE)に起因する呼吸窮迫症候群が最大の死因と言われている。本症例でもCTでSPEを示唆する所見を認め手術適応と判断した。TVEに対する手術には三尖弁切除術、形成術と置換術がある。基礎疾患のない若年者であり、感染の観点からも人工物の移植は避けたいため形成術を予定していた。しかし、術中TEE所見を麻酔科医、外科医で供覧し、弁温存は困難と考え弁置換術を行った。このように若年者のVTEの診断、治療方針の決定には配慮すべき点が多く、術式決定には術中TEEが有用である。

【結語】基礎疾患のない若年者に発症したTVEに対し、術中TEEは病変評価と術式決定に有用であり、適切な外科治療選択に寄与した。

6. 救急外来で緊急心膜開窓術を施行した症例報告

中村 啓太

佐賀大学医学部附属病院 麻酔科蘇生科

今回、救急外来において救命目的に緊急手術を施行した症例を経験したため報告する。

症例は77歳、男性。高度房室ブロックに対し前医で一時的ペースメーカー植え込み術施行後、ショックとなった。心エコー検査で全周性の心膜液貯留を認めたことからペースメーカーリードの心内膜穿孔による心タンポナーデと診断された。外科的介入が必要と判断され、当院へ緊急搬送となった。

来院時、不穏で血圧測定困難、全身冷感を認め、著明な循環不全を呈していた。心膜穿刺を試みるも困難で、手術室への移動も難しく、救命を最優先と判断し救急外来で緊急心膜開窓術を施行した。

心膜開窓術施行後、循環動態改善し、手術室で試験開胸術を施行した。出血源の同定および止血、挿入されたペースメーカーリードの抜去、新たなペースメーカーリード縫縮を行った。術後は大きな合併症なく経過し、POD3に集中治療室から一般病棟へ転棟し、POD15に前医へ転院となった。

ペースメーカー留置による心タンポナーデ発生率は1%未満であるが、発生した場合は死亡率が非常に高い。本症例は、心タンポナーデの早期解除が必要と判断し、救急外来で心膜開窓術を行うことで救命し得た。循環破綻を来した重症心タンポナーデにおいて、手術室搬入を待たずに外科的介入を判断・実施することの重要性を痛感した。

7. FBSS(Failed back surgery syndrome)に漢方薬が奏功した 1 例

北村 静香

嬉野医療センター 麻酔・緩和医療科

【はじめに】

FBSS (Failed back surgery syndrome)は腰椎を中心とした脊椎疾患に手術を施行したが成功せず、腰痛・下肢痛・しびれなどの症状が残存・再発した状態である。心理的影響もみられることが多く、多面的・集学的な治療が必要となり、痛みコントロールが困難となることが多い。

FBSS の患者に対し漢方薬で痛みコントロールができた症例を経験したため、東洋医学的考察を踏まえて報告する。

【症例】

68 歳男性。左下肢痛、腰痛があり、プレガバリンの内服で経過を見られていたが、手術を希望し L3/4、4/5 椎間の腰椎椎弓切除が行われた。手術後デュロキセチン、ミロガバリンを内服していたが痛みの改善なく、手術から 5 か月後に当院ペインクリニックに紹介受診となった。

FBSS と診断し主治医処方デュロキセチン、ミロガバリンに加え、牛車腎気丸、抑肝散を開始した。その後も漢方薬調整と痛み教育を行った。デュロキセチンを中止、ミロガバリンを減量することができ、痛みは残存しているものの生活に支障なく過ごすことができるようになった。

【考察】

神経障害性疼痛治療薬がすでに処方されている FBSS に対し、漢方治療を中心に痛みコントロールを行った。東洋医学的病態に対し漢方薬を調整し痛みは軽減、神経障害性疼痛治療薬を中止・減量することができた。

神経障害性疼痛治療薬と漢方薬を組み合わせることで、神経障害性疼痛治療薬だけでは対応できない病態に対し漢方薬でアプローチし、痛みコントロールができ生活の質を改善することができたと考える。