

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

臨床麻酔 (1994.03) 18巻3号:397～398.

慢性頭痛患者に対する全脊麻による乳房切断術

玉川進、浜田一郎、小川秀道、宮田睦彦

慢性頭痛患者に対する全脊麻による乳房切断術

<Brief Report>

Total Spinal Block for Mastectomy to a Patient with Chronic Headache, a Case Report

Susumu Tamakawa

Department of Anesthesiology, Wakkanai
Municipal Hospital

Ichiro Hamada and Hidemichi Ogawa

Department of Anesthesiology and Critical Care
Medicine, Asahikawa Medical College

Mutsuhiko Miyata

Department of Surgery, Wakkanai Municipal
Hospital

Total spinal block was used on a chronic headache patient during mastectomy. The patient was a 57-year-old-female who, in a traffic accident, had received injuries to the right frontal head. Half a year after the accident, severe pain developed around the scar. The pain was not relieved by stellate ganglion block or other blocking techniques. At this time, breast cancer was diagnosed and she was admitted to the hospital. Before the mastectomy an epidural catheter was inserted into subarachnoidal space from L₄₋₅. After induction with i. v. diazepam, 1% mepivacaine 30 ml was injected through the epidural catheter. An additional 5 ml of mepivacaine was injected 100 minutes later. The patient's pain decreased after the operation, and we were able to control the pain by stellate ganglion block thereafter.

(*J. Clin. Anesth. (Jpn.)* 18: 397-398, 1994)

Key words: Chronic headache, Total spinal block, Mastectomy

今回、われわれは全脊麻 (total spinal block, total spinal anesthesia)¹⁾ を難治性の慢性疼痛患者の乳房切断術に応用した。

症 例

57歳、女性。身長 161 cm, 体重 67 kg。

既往歴：47歳時に卵巣腫瘍で左卵巣卵管切除術を

受けている。

現病歴：1989年9月、バイクに跳ねられ、右前額部を強打し、右前額部裂傷、右頭部打撲で1週間入院した。1990年2月、鈍麻した挫創部周辺感覚が正常になった頃より前額部挫創痕部を中心に鈍痛が出現した。痛みは頭部全体に及び、夜半から明け方にかけて増強した。麻酔科受診時、挫創痕部の皮膚は菲薄化し、交感神経緊張性頭痛と診断された。星状神経節ブロック、大後頭神経ブロック、鎮痛薬投与によっても痛みは減弱しなかった。全脊麻を予定していたところ、左乳癌が発見され入院した。そこで手術時の麻酔は全脊麻で行い、その後は星状神経節ブロックで治療することを伝え、患者の同意を得た。

麻酔前投薬として麻酔導入1時間前にヒドロキシジン 25 mg とペンタゾシン 15 mg を筋注した。L₄₋₅ から硬膜外カテーテルの先端を穿刺部位 10 cm 頭側のくも膜下腔に挿入し、X線写真で位置を確認した。手術室でバイタルサインを確認後、ジアゼパム 10 mg を投与した。意識が消失したことを確認し、くも膜下腔に挿入したカテーテルより 1% メピバカイン 20 ml を注入し、さらにメピバカイン 10 ml を追加した。局麻薬注入後、患者の呼吸停止まで6分、下顎の緊張低下まで8分かかり、この時点で気管内挿管を行った。瞳孔が散瞳 (左右 6 mm) し全脊麻の状態になったことを確認できるまでさらに4分を要した。挿管後は酸素 2 l/min, 空気 5 l/min で調節呼吸とした。血圧が安定した段階で手術を開始した。メピバカイン投与 100 分後、患者は突然開眼し首を左右に振った。ただちに亜酸化窒素とセボフルランを吸入させメピバカイン 10 ml を追加した。投与 15 分後に手術が終了し、その 15 分後患者は開眼した。瞳孔径は 5 mm であった。患者は人工呼吸下であったが気管内チューブを嫌がり、首を何度も左右に振ったためジアゼパム 5 mg を静注し、早目に抜管しマスク換気を行った。呼吸状態が安定し気道閉塞の危険性がないと判断した時点で手術室を退室させた。

キーワード：慢性頭痛、全脊麻、乳房切断術

手術室退出後1時間で上肢が、3時間で下肢が可動性を回復した。脊麻後頭痛はみられなかった。術後患者は耐えがたい頭痛を訴えなくなり、星状神経節ブロックと鎮痛薬投与によってコントロールできる状態となった。

考 察

難治性の疼痛患者に対する全脊麻は様々なブロック方法が発達した現在でも難治性疼痛には欠かせない治療方法である。全脊麻の前投薬は、通常の全身麻酔時と同じでよいが、全脊麻時には口腔内および気道分泌物が殆どないことから、本症例ではアトロピンを投与していない。迷走神経反射の抑制については、呼吸再開後に一時的な徐脈が起こる可能性があり^{2,3)}、その時に対症的にアトロピンを静注することとした。

手術が1時間を越える場合、くも膜下腔にチューブを挿入する必要がでてくる。ペインクリニックの一環として行う場合には、本来ならば目標とする疼痛部位にチューブを挿入すべきである^{2,3)}。一般的に使用されている硬膜外用カテーテルをくも膜下腔に挿入する場合には、18G以上の太い Tuohy 針が必要である。脊髄損傷の危険性は太い針と太いカテーテルで増大することを考えると、臨床上、L₃以下の腰椎から穿刺することが実際的であろう⁴⁾。

投与量についてペインクリニック領域の報告は様々であるが18~40 mlとなっている¹⁻³⁾。投与量が少ないと高位脊麻にとどまり意識消失をきたさないため、腰部からの穿刺では30 mlが適当と考えられる^{2,3)}。また、局麻薬を脳幹部以上に到達させるためには、トレンデレンブルグ体位にして、ある程度注入速度を高める必要がある¹⁾。亜酸化窒素など吸入麻酔薬との併用に関しては議論が分れるところであろう。松木⁴⁾は亜酸化窒素の併用は本来必要ないとしているが、覚醒しても患者は気管内チューブを殆ど苦にしないことを理由にしているに過ぎない。麻酔覚醒時間をコントロールできない以上、吸入麻酔薬の併用もやむを得ないのではないかと思われる。

文 献

- 1) 津村泰男, 星賀高明: 陳旧性頸椎鞭うち損傷に対する全脊麻応用(くも膜下腔薬剤注入) 治験例について. 日災医学会誌. 17: 289-296, 1969.
- 2) 増田 豊, 塩谷正弘, 中崎和子・他: Total Spinal Block 法. 臨床麻酔. 2: 1111-1116, 1978.
- 3) 若杉文吉編: ペインクリニック-神経ブロック法. 医学書院, 東京, 1988.
- 4) 松木明知, 森田隆幸, 一戸兵部・他: 巨大腹腔内腫瘍摘出術に対する Total Spinal Anesthesia. 臨床麻酔. 11: 1450-1454, 1987.

* * *