

## P3-60-7 婦人科腹腔鏡手術における鏡視下腹直筋鞘ブロックについての検討—二重盲検ランダム化比較試験—

産業医大<sup>1</sup>, 産業医大産業保健学部広域発達看護学<sup>2</sup>金城泰幸<sup>1</sup>, 栗田智子<sup>1</sup>, 青山瑠子<sup>1</sup>, 櫻木俊秀<sup>1</sup>, 田尻亮祐<sup>1</sup>, 村上 緑<sup>1</sup>, 卜部理恵<sup>1</sup>, 植田多恵子<sup>1</sup>, 鏡 誠治<sup>1</sup>, 川越俊典<sup>1</sup>, 松浦祐介<sup>2</sup>, 蜂須賀徹<sup>1</sup>

**【目的】**腹腔鏡手術で臍部の手術創に痛みを感じる患者は多い。エコーバイド下末梢神経ブロックが有用であるとの報告がある。鏡視下に行うことで安全性の向上が予想されるが同様の効果を有するかは疑問が残る。今回我々は術中鏡視下腹直筋鞘ブロックの有効性と安全性を評価するため、二重盲検ランダム化比較試験を行った。**【方法】**倫理委員会の承認後、2014年8月から2015年9月に当院で行った良性疾患への腹腔鏡手術を対象とした。術前に同意が得られた症例を、局所麻酔群とコントロール群に封筒法で無作為に割付けした。局麻群へ0.5%ロビパカインを3mg/kgで腹膜直下に投与し、両群ともに術後鎮痛薬の制限は設げずに使用した。術後6時間(6h), 12時間(12h), 術後1日(1POD)から3日目(3POD)までの痛みの評価を質問紙による5点満点で安静時と体動時で評価し、術中麻酔薬と術後鎮痛薬の使用状況についても評価した。**【成績】**局麻群は55例、コントロール群は42例であり、対照群の臨床背景に有意差はなかった。腹腔鏡手術全体と手術侵襲の少ない内膜症を除いた付属器手術(内膜症以外の付属器手術)に分けて疼痛値を比較した。腹腔鏡手術全体の体動時6h値は1.95/2.36(局麻群/コントロール群; p=0.125)であり、また内膜症以外の付属器手術の体動時6h値1.65/2.64(p=0.061)、体動12h値1.55/2.00(p=0.333)であり局麻群に低い傾向を認めたが、いずれも有意差はなかった。局麻群44例、コントロール群40例に麻酔科医が術後鎮痛薬の投与を行っていた。局所麻酔に伴う合併症は認めなかった。**【結論】**鏡視下腹直筋鞘ブロックは現時点で安全に行えており、鎮痛の有効性に関しては症例を重ね検討する。

一般演題  
—24日(日)—

## P3-60-8 腹腔鏡手術時に使用したフェンタニルにより引き起こされたと考えられるセロトニン症候群の一例

東京警察病院

神尊貴裕, 利光正岳, 浜井葉子, 今西由紀夫

セロトニン症候群(SS)は、選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)の増量後に発症することが多く、周術期に起きることは稀である。しかし、死亡例もあり、臨床症状が悪性症候群と類似することから周術期合併症として重要である。今回、我々は術中のフェンタニルの使用により引き起こされたと考えられるSSの一例を経験した。症例は23歳、うつ病と診断され近医で選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(デュロキセチン)を含む処方を受けていた。卵巣腫瘍に対して、腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術および骨盤腹膜子宮内膜症焼灼術を行った。手術は合併症なく終了し、術後鎮痛として麻酔終了時にフェンタニルを使用された。手術終了直後から多幸が見られ、翌朝にデュロキセチンを内服した3分後に強直性全身けいれんを起こした。37.6°Cの発熱や、130回/分の頻脈を認め、悪性症候群として治療を開始したが、頻脈や強直性痙攣は発作的に数時間に渡って出現し、痙攣による歯牙欠損や筋肉痛を認めた。血清クレアチニンキナーゼの上昇を認めなかつたため、デュロキセチン内服直後の発症である事やフェンタニルにSSRIの増強作用が報告されている事からセロトニン症候群を疑い、5-HT受容体遮断薬(シプロヘプタジン)の投与、β2選択的阻害剤を開始した。その後は発作は消失しSSであったと診断した。今回の手術は腹腔鏡手術であり、疼痛管理に必ずしもフェンタニルの使用は必要でなかった可能性がある。近年、SSRI内服患者に手術を行う機会は増加しており、内服量や手術侵襲の程度を麻酔科とよく連携し、SSの存在も念頭において周術期管理を行う事が重要と考えられた。

## P3-60-9 腹腔鏡下子宮全摘術におけるアイソレーションバッグを用いた当院での摘出子宮回収法

東邦大大森病院

高橋賢司, 土屋雄彦, 北村 衛, 森山 梓, 谷口智子, 前村俊満, 片桐由起子, 森田峰人

**【目的】**腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)時の摘出子宮は、経腔的アプローチが困難な場合には電動式モルセレータを用いて体外に搬出してきた。しかし、2014年FDAは、想定されていなかった癌組織、特に子宮肉腫を子宮以外の場所に播種するリスクがあるとして、腹腔鏡下手術での検体搬出に電動式モルセレータの使用を推奨しない旨を勧告した。今回、TLH時の電動式モルセレータ使用による組織片飛散防止の工夫として、腹腔内に組織回収用バッグを挿入し、バッグ内でモルセレーションを行う手法を試みた。**【方法】**手術は気腹法および右パラレル配置で行った。子宮検体切離後に右下腹部のトロカーペンチを抜去し、同部から組織回収用バッグを腹腔内へ挿入した。バッグを腹腔内で展開し、バッグ内へ摘出検体を還納後にバッグ開口部を同トロカーペンチより腹腔外へ搬出した。臍部カメラポートより、バッグ下端を腹腔外へ挙上し、同部よりバッグ内へスコープを挿入した。バッグ開口部から電動式モルセレータを挿入し、バッグ内でスコープ映像下にモルセレーションを行った。モルセレーション終了後は、スコープ挿入口を糸で結紮し、右下腹部のトロカーペンチより搬出した。**【成績】**2014年4月から2015年8月までに施行したTLH症例(バッグ使用群11例、バッグ非使用群47例)で比較した。検体重量に有意差を認めなかつた。手術時間はバッグ使用群110.1±14.40分、バッグ非使用群では96.7±21.25分と意差を認めた。**【結論】**手術時間はやや延長するほか、バッグの選別には検討の余地があるが、今回我々が用いた組織回収用バッグ内でのモルセレーションがFDAにより懸念された播種のリスクを回避する有効な手段となりうることが示唆された。