

麻酔説明書

1. はじめに

患者さんが手術を受ける場合、痛みをとるために必ず麻酔を受ける必要があります。局所麻酔による皮膚表面の麻酔だけで手術が行えるような場合は外科医が麻酔を行いますが、全身麻酔（手術中に意識・感覚が一時的に失われる）が必要な場合や、局所麻酔による麻酔であっても患者さんの全身状態を外科医以外の医師が監視したほうがよいと判断した場合、外科医が麻酔科による管理を依頼します。その依頼に応じて、当院では、麻酔のために特別のトレーニングを積んだ麻酔専門医師が、全身管理（手術による痛みを除去し、手術による身体や精神のストレスを監視し適切な処置を施すことで常に安全な状態に保つこと）を行っています。

2. 一般的な麻酔のながれ

1) 術前診察

麻酔と手術を可能な限り安全に行うために、麻酔科医は患者さんがどのような病歴を持ち、術前にどのような状態にあるのかどうかを、カルテ、術前検査（血液検査、胸部X線写真、心電図など）を通して確認します。また、患者さんの内科的合併症の程度によっては、専門家（たとえば循環器内科医など）への受診を依頼する場合があります。このような術前の医学的評価に基づき、麻酔科医は、手術する部位や患者さんの状態に最適な麻酔方法を決定します。麻酔方法の決定には、患者さんや外科医の希望も考慮しますが、患者さんの安全が第一に優先されます。したがって、麻酔による危険性が、手術によって得られる利益を上回ると判断された場合、麻酔科医は手術の中止・延期を外科医に申し入れることもあります。当院では主治

医からの口頭による説明と、この説明書で患者さんやご家族に麻酔についてご理解をいただき、手術同意書と同じように「麻酔同意書」を患者さん本人（未成年者や意識障害のある方の場合にご家族などの代理人）から手術前に頂いています。

2) 手術中

どんなに長時間の手術でも、手術中に麻酔科医が患者さんのそばから離れることはありません。麻酔科医は、手術の進行状況に応じて、適切な量の麻酔薬を投与し、患者さんが手術中に痛みやストレスを感じないように管理しています。それだけでなく、様々なモニターを用いながら、患者さんの全身状態を常に厳重に監視し、患者さんの生命機能をできる限り正常に維持するための治療や処置（人工呼吸、血圧や心拍数のコントロール、輸液や輸血、体温保持など）を行っています。

3) 手術後

手術が終了すると、麻酔から十分に覚醒しているかどうかを確認し、病室へ戻ります。病室に戻ってからもモニターを用い、手術直後の合併症（手術部位からの出血、術後の痛み、ふるえなど）の有無を厳重に監視します。麻酔に関する合併症が、病室に戻ってから明らかになる場合があります。手術中の麻酔に関して、何かご不明な点、お困りの点があれば、主治医、看護師まで遠慮なくお知らせください。

3. 麻酔を受けられる前に

麻酔を受けられる前にいくつか知っておいていただきたいことがあります。

- 1) 予定手術の場合、術前に食事、飲水の制限があります。詳細は患者さんの年齢、状態によって異なりますので、主治医の指示に従ってください。
- 2) たばこを吸われる方は禁煙をしてください。たばこを吸われている方の手術後肺合併症（肺炎など）

の発生率は、たばこを吸わない方と比べ、非常に高くなります。

- 3) 高い熱やひどい咳・痰といった風邪症状のある時や、それらが治癒した直後に麻酔をうけると、術後に肺炎などの合併症が多くなります。手術前に風邪をひかれた場合、手術が延期になることがありますので必ずご連絡ください。
- 4) 現在服用中の薬はすべて主治医にお伝えください。血液が固まりにくくなる薬剤、一部の経口血糖降下剤、経口避妊薬（ピル）、サプリメントに関しては、休薬が適切に行われていない場合、手術が延期になることがあります。
- 5) 手術前 1 か月以内に予防接種を受けた方は主治医または看護師にお伝えください。予防接種の種類によっては、接種後 4 週間は手術・麻酔を避けたほうがよい場合があります。

それでは次に、色々な麻酔法（全身麻酔、硬膜外麻酔、脊髄くも膜下麻酔）について方法や合併症についてご説明いたします。

4. 麻酔方法のいろいろ

(1) 全身麻酔

歯科の処置（抜歯や虫歯、歯周病の治療など）や、体表面の小さな傷口の縫合等は、多くの場合局所麻酔で行いますが、入院を必要とする手術の多くは全身麻酔で行われます。

1) 全身麻酔の方法

手術中の意識や記憶が無く、痛みを感じる事がなく、手術が行われるようにする目的で、鎮静薬（＝眠らせる薬）と鎮痛薬（＝痛みどめ）が投与されます。また手術中に、急に患者さんが動いてしまうと、手術の

成否に影響する場合もあるため、筋弛緩薬と呼ばれる体の動きを抑える薬もしばしば併用されます。このように薬物を用いて安全・快適に手術が行えるようにすることが全身麻酔の目的です。全身麻酔に必要なすべての作用（鎮静・鎮痛、不動化）を単一の薬物で得ることは難しいため、複数の薬物を併用投与する方法が、現在の全身麻酔法の主流になっています。

鎮静薬、鎮痛薬、筋弛緩薬のいずれも患者さん自身の呼吸（「自発呼吸」と称します）を強く抑制するため、全身麻酔がかかると事実上、患者さんの自発呼吸は停止します。もちろん、呼吸が停止したままでは体内の酸素が不足して、生命の危険が生じるため、麻酔科医は強制的に患者さんの肺に酸素を送り込みます。これがいわゆる「人工呼吸」と言われるものです。人工呼吸を確実にを行うために、気管の中にはチューブを挿入して気道（＝空気の通り道）を確保する方法を「気管挿管」と呼びます。通常は鎮静薬、鎮痛薬、筋弛緩薬が投与されて全身麻酔がかかった後で、口から気管内にチューブを入れる（経口挿管）ので、患者さん自身は気管挿管されることを感じることはありません。

気管挿管後、準備が整い次第手術が始まります。手術中は麻酔薬の静脈内投与や、気管内チューブを通して麻酔ガスを肺へ投与することにより麻酔の「維持」を行います。手術終了後、すべての麻酔薬投与を中止すると、通常は30分ほどで自発呼吸が出現し目が覚めてきます。ある程度意思疎通が出来るようになると、気管チューブを抜きます。患者さんが病室へ移動しても問題ないことを確認し、病室へ戻ります。

患者さんの病気や怪我を治すために、手術が必要になった時、その手術を苦痛無く、安全に行う上で麻酔は不可欠です。しかし、すでにご説明したように、麻酔に用いる薬物は呼吸、循環、意識といった生命に直結する身体の根幹に作用するため、時には合併症を生じることがあります。これらの合併症にはいろいろな種類があり、発生頻度は高いが生命への危険度は比較的低い合併症と、非常に稀ではありますが、危険性の高い

合併症があります。全身麻酔の合併症について少し詳しくご説明いたします。

2) 全身麻酔の合併症① – 頻度が高い合併症 –

術後の吐き気・嘔吐

手術後に気持ちが悪くなり、また実際に嘔吐することは、かなり頻度の高い合併症です。術後の吐き気・嘔吐の頻度は、手術術式や、患者さん側の要因によって異なります。眼科、耳鼻咽喉科、婦人科の手術、若い女性、乗り物に酔いやすい方、たばこを吸わない方は、術後の吐き気・嘔吐の発生頻度が高いとされています。麻酔科医は、比較的吐き気を起こしにくい麻酔薬を選び、予防的に吐き気止めの薬を投与して、できる限り吐き気の発生頻度を減らす努力をしています。

嗄声（声のかすれ）

多くの全身麻酔では、気管挿管によって気道を確保しています。気管内に挿入されるチューブは生体組織への刺激性は低い素材で作られていますが、術後に一時的にのどの炎症を起こすことがあり、痛みや声のかすれといった症状が現れます。ほとんどの場合数日間で軽快しますが、稀に声帯の動きがマヒしてしまい声のかすれや飲み込みづらさといった症状が長引くことがあります。このような場合は耳鼻咽喉科医による診察が必要になります。

歯、口唇の損傷

気管挿管を行う際、口腔内に挿入する口頭鏡と呼ばれる器具によって歯や唇を損傷する場合があります。特に歯周病で歯の根元が弱っている患者さんでは、歯が折れたり、抜けたりしやすくなります。予定されている手術までに時間の余裕がある場合は、あらかじめ歯科医を受診して治療を受けておくことをお勧めします。また、気管内に挿入したチューブは口の周りでテープを用いて固定しますが、手術が長時間に及んだ時などはテープに

よって皮膚に損傷が及ぶ場合があります。

手足のしびれ（術後神経障害）

手術中の姿勢によっては腕や足に分布する神経が、手術台によって圧迫あるいは伸展され、術後に手足のしびれや麻痺が生じ、稀にはこれらの症状が永続的に残ります。全身麻酔中、患者さんをご自分で身体の苦痛を訴えることができないので、麻酔科医や手術室看護師は不自然な姿勢になっていないか、四肢（腕および足）の姿勢を細目に観察して、術後神経障害の発生防止に努めています。

3) 全身麻酔の合併症② – 稀ではあるが重篤になり得る合併症 –

薬物やゴム製品に対する重篤なアレルギー（アナフィラキシー）

手術中には麻酔薬だけでなく、抗菌薬、造影剤などいろいろな薬物が投与される場合があります。時として、これらの薬物に対してアレルギー反応を示す患者さんがいます。アレルギー反応の内容は、皮膚の発赤、蕁麻疹（じんましん）程度から、血圧低下、気道の浮腫（むくみ）、呼吸困難といった重篤な症状まで、大きな幅があります。アレルギーの中で、生命の危険の伴う重症の反応をアナフィラキシーと呼びます。以前に受けた手術・麻酔時に、麻酔薬等に対するアレルギーを起こした患者さんは、使用を避けるべき薬物があるため、必ず麻酔科医にお伝えください。麻酔薬の一部は、大豆や卵の成分を含むものがあり、食品アレルギーのある方も注意が必要です。アボカド、キウイ、マンゴー、パパイア等、南洋系の果物やゴム製にアレルギーがある場合、手術室内でのゴム製品（手術用手袋等）使用を避ける必要があります。

嘔吐物による肺炎

全身麻酔がかかった後気管チューブを入れる際、吐くことがあります。吐いた物が肺に流れ込むと誤嚥性肺炎と呼ばれる肺炎になることがあります。一般に嘔吐物は胃酸の影響で刺激が強く、また無菌的な肺の中に

食べ物が入るため、誤嚥性肺炎は非常になおりにくく時には生命にも影響を及ぼします。予定手術の場合、医師の指示した時間から食べ物、飲み物の摂取制限が生じますのは、この肺炎を防ぐためです。緊急手術や消化管の通過障害がある場合、誤嚥性肺炎の危険は高くなりますが、少しでも危険を減らすよう麻酔科医は様々な工夫をしています。

喉頭けいれん・気管支けいれん

全身麻酔では呼吸を助けるために気管にチューブを入れて人工呼吸をすることになりますが、チューブの挿入や抜去などの刺激によって声帯や気管支がけいれんし、空気の通り道が狭くなることをいいます。十分な呼吸ができなくなり、人工呼吸で酸素を肺に送り込むことが困難になります。全身麻酔の導入時や覚醒前に起こりやすいですが、まれに局所麻酔での手術中にも起こることがあります。体に酸素がたりなくなる状態は一刻を争う事態ですので、麻酔科医が迅速に気管内にチューブを挿入したり、気管を広げる薬剤を投与したりします。多くはこれらの治療で改善しますが、緊急事態のさいは気管切開が必要になる可能性もあります。気管支喘息や呼吸器疾患のある方、乳幼児、喫煙者、席や痰の病状がある時や風邪が治って間もない方などでは発症しやすいとされています。そのため、手術前に呼吸器疾患の治療や禁煙指導が先行することがあります。風邪症状がある時や手術直前に喘息発作があった時などはリスクが高くなるため、手術を延期する場合があります。

悪性高熱

一般の方には聞きなれない病名と思いますが、夏季によくおこる熱中症とは全く違う病気です。吸入麻酔薬と一部の筋弛緩薬（スキサメトニウム、サクシニルコリン）を投与されると、全身の筋硬直、代謝の異常亢進、体温 40 度を超えるような異常発熱をきたす疾患で、遺伝性があり、特定の家系に集中して発生するこ

とが知られています。発生頻度は数万人に一人程度とされています。手術前に行われる一般的血液検査で、悪性高熱症発症の素因があるかを正確に知ることはできません。現在はダンドロレンという特効薬がありますが、予防（原因となる麻酔薬、筋弛緩薬を使用しない）が治療に勝ることは言うまでもありません。患者さんご本人やご家族の中に、過去の麻酔で異常な反応を起こした方がいらっしゃる場合、必ず麻酔科医にお知らせください。血縁の方の中に、全身麻酔中に上記のような症状を呈した方がいる場合、手術の前に特殊な検査（筋生検）が必要になる場合もあります。

脳障害（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）

手術中に脳に血液を供給する血管が詰まったり、脳内に出血が起きたりすると、全身麻酔から覚醒しない、あるいは覚醒しても術後の意識レベルが術前よりも低下する場合があります。全身の動脈硬化が強く、特に頸動脈（脳への主要な血管です）の動脈硬化や、血管内腔に血栓がある患者さんは、手術や麻酔に伴う血圧の変動によって、脳への血流が減少する危険性が高まります。高血圧症（特に降圧薬の内服による血圧コントロールが不良の場合）の患者さんは、正常血圧の患者さんに比べて、手術中のいろいろな刺激によって血圧が極端に変動（上昇あるいは低下）しやすく、血圧上昇によって脳出血や、脳動脈瘤の破裂によるくも膜下出血を起こしやすくなります。動脈硬化症、糖尿病や高血圧症のような全身の血管系病変がある方は、手術前から降圧薬など、内科的治療を始めることが重要です。麻酔科医は、麻酔薬の投与量を調節したり循環系に直接作用する薬を投与したりして、血圧変動をできる限り生理的な範囲内にとどめるように努めています。しかし、稀に脳の血管奇形（脳動静脈奇形）など、患者さんご本人にも全く自覚症状が無い血管の病変が存在して、これが手術中に出血あるいは閉塞することによって、術後の脳障害を生じる場合があります。このような特殊な疾患は、幸いにして比較的稀ですが、手術前にその存在を診断することは難し

いのが現状です。

麻酔中に起こり得る脳障害のその他の原因として、気道確保や人工呼吸が困難なために、血液中の酸素が著しく低下した場合（低酸素血症）、コントロール不十分な糖尿病で血糖値が下がりすぎた場合（低血糖）などがあります。

心筋梗塞

狭心症や心筋梗塞は、心臓の筋肉に酸素や栄養を供給する血管（冠動脈）の内腔が、動脈硬化、血栓、血管攣縮（れんしゆく：血管壁が収縮して血液が流れなくなる状態）のために、狭くなったり詰まったりして起こる状態（虚血性心疾患）です。典型的な狭心症がある患者さんでは、安静時には症状が無くても、階段を駆け上がったたり、精神的に興奮したりして心拍数や血圧が増える事態になると、胸部の圧迫感、痛みなどが生じます。麻酔・手術中は手術操作や出血の影響で、しばしば心拍数や血圧が大きく変動します。極端な心拍数の増加や、血圧の変動によって、手術中に心筋が酸素不足に陥ること（心筋虚血）があります。全身麻酔中、患者さんは意識が無いため痛みを訴えられないので、心電図や心エコー（超音波）検査を利用して、麻酔科医は心筋処決を早期に診断し、適切な治療を行います。以前に心筋梗塞を起こした方は、手術前から心臓の動きが悪いことがあり、手術中に再び広範囲の梗塞が生じると、心臓が全身に十分な血液を拍出できなくなったり、危険な不整脈（心室細動）によって心臓が停止したりする危険が高くなります。

手術中の心停止

手術前、特に大きな問題のない患者さんの手術中に心臓が止まってしまい救急蘇生が必要になる事態は、幸いなことにきわめて稀です。しかしながら術前から心臓や血管系に重度の病気がある方や、重症外傷でショ

ック状態にある方では、心停止の発生率は高くなります。もともと心臓に異常のない方が、心停止にまで至るのは、麻酔時の気道確保・人呼吸が適切に行われずに、血液中の酸素が著しく低下すること（低酸素血症）や、手術時の大量出血によって血圧が低下することが主要な原因です。麻酔科医は常に気道確保や人工呼吸の技術の向上、維持に努めており、大量出血時の対処も訓練していますが、それでも時として心停止に至ることがあります。手術室では心電図、血圧や血液中の酸素量を測るモニターで常時患者さんの循環や呼吸の状態を監視しているので、心停止の発見が遅れることは非常に少ないですが、元から非常に重篤の心疾患を持つ患者さんの場合は、心肺蘇生治療に反応せず、手術台上で死亡されることもあります。

術中覚醒

本来、全身麻酔では、意識が無い状態で手術が行われますが、約 1000 人に一人程度の確率で、手術中にいしきがあることがあり、「術中覚醒」と呼びます。患者さんの意識が無い状態を保つために必要な麻酔薬の量には、かなりの個人差があり、麻酔科医は脳は、血圧、心拍数などを参考に、個々の患者さんにとって適切な量を投与するよう調節しています。しかし、麻酔薬の多くは血圧を下げ、心臓の働きを抑制する作用があるため、外傷に対する緊急手術や、重い心臓病を持つ患者さんの手術等、血圧・心臓が不安定な状態では、手術中に十分な量の麻酔薬を投与できない場合があります。また、麻酔薬の投与が何らかの原因で中断した場合も術中覚醒が生じる可能性があります。術中覚醒は、手術中の医師、看護師の会話や物音が聞こえるといったものから、術中に痛みを感じるものまで、いろいろな種類があります。術後、よく眠れない、悪夢をみる、うつ状態になる等、いわゆる心的外傷後ストレス障害（PTSD）の症状が出る場合、精神科医や臨床心理士の治療が必要になります。一般的に術中覚醒の危険が高い手術として 1）外傷に対する緊急手術 2）心臓外科手術 3）帝王切開手術が知られており、これらの手術においては特に麻酔科医は

注意を払っていますが、術中覚醒を完全に防ぐことはできないのが現状です。

(2) 硬膜外麻酔

背骨付近の神経（脊髄神経）を包む膜（硬膜）の外側（ここを硬膜外空といいます）に薬を注入して痛みを和らげる麻酔法です。手術部位に応じて、首、背中、腰、臀部などの注射部位を使い分けることができます。カテーテル（細い管）を脊髄神経の付近に留置し、薬剤の入ったポンプをそのカテーテルに接続することによって数日間持続的に痛みを和らげることもできます。主に胸部、腹部、下肢の比較的大きな手術の麻酔の際に行われます。

1) 硬膜外麻酔の方法

手術室ベッドで横向きになって、背中が曲がるように、膝を曲げて腹へ近づけ、顔は臍を見るような姿勢をとっていただきます。背中・腰の皮膚を消毒したのち、清潔なビニールシートを背中にかけます。使用する針の痛みを減らすために、局所麻酔薬で刺す場所の痛み止めを行います。脊髄神経の付近にカテーテルを入れる操作中は、動く大変危険ですので、痛みが強い、あるいは違和感・痺れが強い場合には声に出して異常をお伝えください。カテーテルを入れた後は、消毒液を除去し、保護テープを貼ってから仰向けに戻ります。非常に細いカテーテルですので、カテーテルを入れたまま仰向けに寝たり、歩いたりといった基本的な動作を行うことに支障はありません。

2) 硬膜外麻酔の合併症

出血

神経周囲には沢山の血管があり、針が血管に当たり出血することがあります。通常、血液は自然に固まり、出血が止まりますが、体質や健康状態、サプリメントを含む使用中の薬剤によって出血が続くことがあります。

極めて稀ですが、出血量によっては脊髄神経を圧迫し痛みや麻痺（感覚がなくなったり足が動かさづらくなったりすること）が起こり、手術によって血液の塊を除く場合もあります。血液が固まりにくくなる薬やサプリメントを使用している場合には、適切な時期にこれを中止する必要がある、適切な休薬期間を取れなかった場合や血が固まりづらい病気をお持ちの方は硬膜外麻酔を施行することはできません。該当する場合は主治医や麻酔科医に必ずお知らせください。

感染

硬膜外麻酔では、細菌やウイルスなどがある皮膚に針を刺して目的とする硬膜外空の近くまで針を進めます。針を刺す前に十分な皮膚消毒を行いますが、細菌やウイルスを神経付近に運ぶ可能性があります。また神経の付近で出血が起これば、血液に細菌やウイルスが含まれた場合にこれが繁殖する可能性があります。通常はこれらの筋やウイルスに打ち勝つ仕組み（免疫）によって感染は起こりませんが、糖尿病や喫煙、およびすでに体の抵抗力が弱い状態になっている場合などでは感染になりやすいため、特別な治療（抗菌薬など投与、手術）が必要なことがあります。

神経損傷

神経の付近に針を進めるので、神経が針によって傷つく可能性、そして用いる薬剤（局所麻酔薬、麻薬、薬剤中の保存剤）などによって神経が損傷される可能性があります。しかし、極めて低い確率（麻酔1万件で数件）です。

硬膜穿刺

硬膜外麻酔では、硬膜の外側（手前）まで針を進めますが、時に硬膜に傷がつき穴が開く可能性があります。硬膜穿刺が起こった場合、術後に頭痛が生じることがあります。（この頭痛については、次項の「脊髄く

も膜下麻酔、合併症」を参照してください。)

(3) 脊髄くも膜下麻酔

背骨付近の神経（脊髄神経）を包む（くも膜）の付近に薬を注入して痛みを和らげる麻酔法です。他の名称として「腰椎麻酔、脊椎麻酔」などと呼ばれることもあります。下腹部や下肢の比較的短時間の手術の際に行われます。

1) 脊髄くも膜下麻酔の方法

上記の硬膜外麻酔と同様に、ベッド上で横向きになり、膝をできる限り腹部へ引き寄せ、背中を丸くする姿勢をとります。腰の皮膚を消毒したのち、清潔なビニールシートを背中にかけ、針の痛みを減らすために、局所麻酔薬で皮膚の痛み止めを行います。そののち針をくも膜の付近に進め、麻酔薬を注入します。注射中は動くと危険ですので痛みが強い、あるいは違和感・痺れが強い場合には声に出して異常をお伝えください。注入後数分で腰のあたりが温かく感じられ、次第に下肢の感覚が麻痺してきます。この麻酔法も硬膜外麻酔と同様に、血液が固まりにくくなる薬を使用している場合には、適切な時期にこれを中止する必要がある、適切な休薬期間を取れなかった場合や血が固まりづらい病気をお持ちの方に対しては施行することはできません。該当する場合は主治医や麻酔科医に必ずお知らせください。

2) 脊髄くも膜下麻酔の合併症

硬膜穿刺後頭痛

脊髄くも膜下麻酔では硬膜という膜を穿刺し、薬液を注入します。硬膜を針で破った後に起こる頭痛のことを硬膜穿刺後頭痛と言います。神経と硬膜の間には神経を包む液体（脳脊髄液）があり、硬膜の穴か

ら脳脊髄液が漏れ出ることによっておこります。針の太さによりこの頭痛が起こる確率が異なり、脊髄くも膜下麻酔用の針ならば5%前後とされています。麻酔後2日目ごろ、起きて頭を高くすると悪くなる頭痛があれば、これを疑います。この頭痛の多くは、特別に治療しなくても、多めの水分摂取、頭痛薬服用、カフェイン飲料摂取などにより数日で改善しますが、全く立ち上がれない程の痛みや、痛みが長く続く場合には脊髄の近く（硬膜外）に自分の血液を注入して血が固まる性質を利用して、硬膜の穴を塞ぐといった治療が必要になることもあります。

神経損傷

神経の付近に針を進めるので、神経が針によって傷つく可能性、そして用いる薬剤（局所麻酔薬、麻薬、薬剤中の保存剤）などによって神経が損傷される可能性があります、極めて低い確率（麻酔1万件で数件）です。

5. 術後の鎮痛

以前は手術を受けた後に傷が痛むのは当然のこととされ、痛み止めの使い過ぎは回復を遅らせると誤解されて患者さんは痛みを我慢していました。しかし、現在では積極的な術後鎮痛を図ることが、むしろ術後の回復を速めることがわかっています。術後の鎮痛法は、麻薬性の鎮痛薬を用いる方法と、局所麻酔薬を用いる方法が主なものです。術後疼痛のコントロールは患者さんの合併症や手術の内容によって異なります。術後に痛みを強く感じた場合は医師、看護師にお伝えください。以下は当院麻酔科で使用している疼痛コントロール法になります。

持続硬膜外

別項の「硬膜外麻酔」で解説されているように、硬膜外カテーテルを留置して、術後数日間、このカテーテル

から局所麻酔薬を持続的に注入することで鎮痛を得る方法です。胸部、腹部、下肢の手術後の鎮痛として用いることが多い方法ですが、背骨が変形していたり、血が止まりにくかったりする患者さんでは、技術的に硬膜外カテーテルの挿入が難しく、この鎮痛法を行えない場合があります。持続硬膜外カテーテルを挿入された患者さんは持続注入ポンプでの疼痛コントロールを行います。痛みが強い場合は流量を増やしたり自分でボタンを押したりとそれぞれの患者さんに合った方法で投与量を調整します。痛みが強い場合や術後 12 時間経過しても足のしびれが残る場合は医師、看護師にお伝えください。

6. その他知っておいていただきたいこと

安全に麻酔を受けて頂くために、これまでのご説明のほかいくつか知っておいていただきたいことがあります。

以下をお読みになり、ご理解ご協力をお願いいたします。

- 1) 手術日は 1 日数件の手術を行っております。それぞれの手術の進行状況により、患者様の手術室入室時間が早くなること、遅くなる場合があります。
- 2) 手術中の輸液管理のため点滴の留置針が増える場合があります。術後必要がなくなり次第抜去します。
- 3) 手術麻酔中の患者さんの状態を観察する一つに尿道カテーテルがあります。全身麻酔中の患者さんは自分で排尿できないため尿道カテーテルを留置し排尿を促します。術後主治医の指示のもと抜去となります。
- 4) 手術室入室後、麻酔と手術の準備で手術開始まで 1～1.5 時間ほどかかります。また手術終了後も麻酔から覚め、病室に戻るまで 30 分～1 時間ほどかかります。お待ちのご家族の方にとっては、手術室入室から帰室まで非常に長く感じられるかもしれません。患者さんの手術室滞在時間は手術時

間に加え 2 時間前後となります。

- 5) 過去に文献で報告されたような稀な合併症がおこる可能性はあります。それについての説明は当説明書では割愛させていただきますが、万が一起こった場合は、事後説明いたします。

7. 最後に

以上が麻酔のご説明です。手術を受けられる患者さんは、いろいろな不安でいっぱいだと思います。その不安を少しでも軽減し、主治医と協力して最高の手術結果が得られるよう質の高い安全な麻酔を提供することが麻酔科医の役割です。ご質問などがありましたら、遠慮なく麻酔科医までお知らせください。