

The 36th Kanto Clinical Dental Anesthesia Conference

第36回

関東臨床歯科麻酔懇話会

学術集会 プログラム抄録集

2019年6月29日(土) 日本大学歯学部 本館7階
創設百周年記念講堂



Carestation 600 シリーズ



クラス最小化*1 を実現、ハイブリッド手術室など
限られたスペースで麻酔医の作業をサポート

*1:当社麻酔器における最小サイズ

Carestation 650

Carestation 620

限られたスペースで快適な空間をお届けします

シンプルで使いやすいユーザインタフェイス



直観的に使える
ユーザインタフェイス



アナログ流量調節ノブ



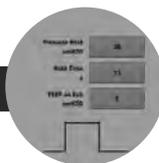
機械/手動換気の
ワンタッチ切替え



アナログトータル
フローメーター

環境・安全に配慮し、低流量麻酔をサポートする肺泡リクルートメントのプログラム機能* やecoFlow機能*など
先進のソフトウェアで患者の安全性の向上をサポートします

Recruitment



Vital Capacity

Cycling

ecoFlow



必要とされる最低酸素流量を視認
性高くナビゲーション表示します

* Carestation650に17 337で選択可能な機能です

販売名: Carestation 600 シリーズ
販売名: S/S 患者モニター
販売名: Tec7 気化器 セボフルレン
販売名: Tec7 気化器 イソフルレン
販売名: Tec6 プラス 気化器 デスフルラン
販売名: CARESCAPE™ ベッドサイドモニター B450
販売名: CARESCAPE ベッドサイドモニター B450

医療機器承認番号: 22700BZX00422000
医療機器承認番号: 21300BZY00457000
医療機器承認番号: 21500BZY00166000
医療機器承認番号: 21500BZY00167000
医療機器承認番号: 22300BZX00228000
医療機器承認番号: 22300BZX00157000
医療機器承認番号: 22500BZX00490000

JB38224JA

新製品 Carestation600シリーズなら、先生の課題を解決致します!

より詳しい製品情報はこちら

PCから検索

麻酔器 CS600

検索

スマホ・携帯・タブレットから



<http://gecommunity.on.arena.ne.jp/cs600/cs600.html>

Imagination at work

第 36 回関東臨床歯科麻酔懇話会学術集会 プログラム・抄録集

会期:2019年6月29日(土)13:00-18:00

会場:創設百周年記念講堂(日本大学歯学部 本館7階)

〒101-8310 東京都千代田区神田駿河台 1-8-13

大会長:岡 俊一

日本大学歯学部歯科麻酔学講座 准教授

大会事務局:日本大学歯学部歯科麻酔学講座

〒101-8310 東京都千代田区神田駿河台 1-8-13

Phone: 03-3219-8140

Email: de.2019kanrinshima@nihon-u.ac.jp

準備委員長:関野麗子

受付時間:11:45-17:15

参加費: 歯科医師(大学院生・研修医2年目を含む)	3,000円
歯科医師(研修医1年目)	1,000円
歯科衛生士	1,000円
学生	無料(学生証の提示をお願いします)
その他	3,000円

会場のご案内

アクセス



創設百周年記念講堂

日本大学歯学部 本館 7階

東京都千代田区神田駿河台 1-8-13

1. JR 中央・総武線
「御茶ノ水駅」聖橋口・御茶ノ水橋口から
徒歩 2分
2. 東京メトロ丸ノ内線
「御茶ノ水駅」1・2 出口から徒歩 5分
3. 東京メトロ千代田線
「新御茶ノ水駅」B1 出口から徒歩 2分

会場案内

- 通用口(建物向かって右端)からお入りください。病院からは7階にアクセスできません。

注意事項

- 講堂内での食事はご遠慮いただいております。また、廊下では一切の飲食をご遠慮いただいております。
- 館内禁煙となっております。
- 公共交通機関でのご来場をお願いします。
- クロークの用意はありません。ただし、遠方からの参加者で、大きいキャリーバッグのみお預かりします。
- 当日はプログラム・抄録集の配布は行いません。各自プリントアウトしてお持ちください。

演題発表の方へ

データ受付

1. 発表 1 時間前までに、PC 受付でデータ登録と試写をお済ませください。
2. 次演者の方は、一演題前までに次演者席へ移動をお願いします。
3. 演台上にはノートパソコン、マウス、ポインターが用意されております。登壇の際、1 枚目のスライドを投影します。その後は自身にて操作をお願いします。
4. 発表時間:口演発表 5 分、質疑応答 3 分を目安にお願いします。

発表機材データ作成

1. データは「Microsoft PowerPoint」にて作成してください。データは USB メモリに保存して、ご持参ください。
2. 用意しておりますコンピュータの OS とアプリケーションは以下の通りです。
OS: windows10
アプリケーション: PowerPoint2016/PowerPoint for Office365
3. スライド作成の際、下記にご留意ください。
 - ① スライドのサイズを「標準(4:3)」でデータを作成してください。
 - ② スライドショーの項目で「発表者ツールを使用する」のチェックを外してください。
4. 学術集会終了後、お預かりしたデータは速やかに消去いたします。

利益相反の申告について

1. 演題発表をされる方は、発表スライドに利益相反状態を表示する必要があります。下図を参考に作成してください。
2. 学術集会の当日発表の際に、口演発表者はスライドの 2 枚目(タイトルスライドの次)に表示してください。

利益相反の有無

発表者名：(全員の氏名)

演題発表に関連し、申告すべき利益相反関係にある団体はありません。

利益相反の有無

発表者名：(全員の氏名)

該当者氏名/企業・団体名(期間) 金額

〇〇△△/□□製薬会社顧問(20XX-20XX) 年間〇〇万円

プログラム

一般口演① (13:05-13:45) 座長：篠原健一郎先生 (日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座)

1.下顎智歯抜歯後の舌神経麻痺に対する治療の一例

○井村紘子¹ 山崎陽子¹ 坂元麻弥¹ 栗栖諒子² 川島正人¹ 嶋田昌彦^{1,2}

- 1)東京医科歯科大学歯学部附属病院ペインクリニック
- 2)東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科口腔顔面痛制御学分野

2.アナフィラキシーショックの既往と多種のアレルゲンを有する局所麻酔未経験患者の抜歯経験

○井上瑛美子¹ 深見隼人² 安田麻子¹ 塩谷伊毅¹ 篠原健一郎² 砂田勝久² 中村仁也¹

- 1)日本歯科大学附属病院歯科麻酔・全身管理科
- 2)日本歯科大学歯科麻酔学講座

3.カルバマゼピンのアレルギーによる著しい皮膚症状を呈した三叉神経痛の2症例

○廣瀬詩季子^{1,2} 太田雄一郎¹ 加藤英助¹ 國奥有希¹ 添田萌¹ 西岡さやか¹ 野口智康¹
縣秀栄² 福田謙一^{1,2}

- 1)東京歯科大学 口腔健康科学講座 障害者歯科・口腔顔面痛研究室
- 2)独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター

4.Leaky Gut Syndrome 患者の歯科治療経験をした1症例

○神保泰弘 石崎元樹 半田俊之 松浦信幸 一戸達也

東京歯科大学歯科麻酔学講座

一般口演② (13:45-14:15) 座長：大橋 誠先生 (日本歯科大学新潟病院歯科麻酔・全身管理科)

5.先天性無痛無汗症患者に日帰り全身麻酔を行った1例

○水城凱 川口潤 高野恵実 飯嶋和斗 高橋香央里 萩原綾乃 松浦信幸 一戸達也

東京歯科大学千葉医療センター歯科麻酔学講座

6.高度な肺高血圧症を有する Down 症患者に対する全身麻酔下歯科治療

○松本勝洋¹ 高島恵子¹ 上杉典子¹ 早川華穂¹ 河野亮子¹ 坂田泰彦¹ 安藤槇之介¹

松村真由美¹ 小林克江² 牧野兼三² 高木沙央理¹ 大野由夏¹ 長谷川彰彦³ 小長谷光¹

- 1)明海大学歯学部 病態診断治療学講座 歯科麻酔学分野
- 2)明海大学歯学部 社会健康科学講座 障がい者歯科学分野
- 3)明海大学歯学部 総合臨床医学講座 内科学分野

7.全身麻酔導入直後に下腹部膨隆を発見した症例

○島村直宏¹ 押切孔² 羽生美桜³ 原基³ 斉藤芳秀³ 高橋靖之³ 井口麻美² 大橋誠³
藤井一維^{1,2}

- 1)日本歯科大学大学院新潟生命歯学研究科 口腔全身機能管理学
- 2)日本歯科大学新潟生命歯学部 歯科麻酔学講座
- 3)日本歯科大学新潟病院 歯科麻酔・全身管理科

教育講演① (14:15-15:00) 座長：岡田明子先生 (日本大学歯学部口腔診断学講座)

DNICとCPMを用いた痛みの評価法 基礎から臨床研究へのトランスレーショナルリサーチ
大野由夏(明海大学歯学部病態診断治療学講座歯科麻酔学分野)

休憩 (15:00-15:05)

一般口演③ (15:05-15:45) 座長：鈴木正敏先生 (日本大学松戸歯学部歯科麻酔学講座)

8.大動脈に病変を有する患者への対応及び周術期管理

○船木雅子 中島 淳 阿保綱孝 松村朋香 脇田 亮 深山治久
東京医科歯科大学大学院 麻酔・生体管理学分野

9.覚醒剤使用歴のある患者に対する下顎骨観血的整復固定術の全身麻酔経験

○酒井龍太郎¹ 香川恵太² 片桐法香² 城戸幹太¹ 黒田英孝² 今泉うの²

1)神奈川歯科大学附属病院麻酔科

2)神奈川歯科大学大学院歯学研究科全身管理医歯学講座麻酔科学分野

10.強制開口時に Mobitz II 型の 2 度房室ブロックを呈した咀嚼筋腫・腱膜過形成症の全身麻酔経験

○早川佳男 阿部佳子 鈴木将之 河原 博
鶴見大学歯学部 歯科麻酔学講座

11.開口障害を伴う患者の手術中に開口操作によって血圧低下を反復した 1 例

○高野恵実 川口 潤 水城 凱 飯嶋和斗 高橋香央里 萩原綾乃 松浦信幸 一戸達也
東京歯科大学歯科麻酔学講座

一般口演④ (15:45-16:25) 座長：久木留宏和先生 (東京歯科大学歯科麻酔学講座)

12.酸素供給停止となり逆送システム酸素供給によって予定手術を施行した症例

○杉田武士 阿部陽子 山中美由紀 松本安紀子 妹尾美幾 有坂博史
神奈川歯科大学附属横浜研修センター 麻酔科・歯科麻酔科

13.経鼻挿管操作時に気管チューブで中鼻甲介を損傷した 1 例

○堀 愛梨 下坂典立 佐々木貴大 岡村里香 辻 理子 佐藤俊秀 中村真実 鈴木正敏 卯田昭夫
石橋 肇 山口秀紀 渋谷 鑛
日本大学松戸歯学部 歯科麻酔学講座

14.全身麻酔入室前の鼻出血が原因で換気困難となった一症例

○木村優紀 里見ひとみ 関野麗子 田口香織 岡 俊一 大井良之
日本大学歯学部歯科麻酔学講座

15.上顎骨切り術中に気管チューブが損傷された 1 例

○阿部陽子 山中美由紀 松本安紀子 妹尾美幾 杉田武士 有坂博史
神奈川歯科大学附属横浜研修センター 麻酔科・歯科麻酔科

一般口演⑤ (16:25-17:05) 座長：杉田 武士先生 (神奈川県川崎市立歯科大学附属横浜研修センター 麻酔科・歯科麻酔科)

16. BIS モニターにより接触性皮膚炎が生じた一症例

○清水律子 関野麗子 北山稔恭 岡 俊一 見崎 徹 大井良之
日本大学歯学部歯科麻酔学講座

17. 全身麻酔後に陰圧性肺水腫を発生したと思われる一例

○吉田香織 江里口麻子 久木留宏和 半田俊之 松浦信幸 一戸達也
東京歯科大学歯科麻酔学講座

18. インプラント埋入術の術前に抗凝固薬内服を中止し、術後に広範な心原性脳梗塞を発症した一症例

○栗原由佳^{1,3} 小原明香^{2,3} 西田梨恵^{2,3} 笠井早貴^{2,3} 坂崎麗奈² 鈴木尚志² 飯島毅彦³
1) 昭和大学横浜市北部病院歯科麻酔科
2) 昭和大学江東豊洲病院麻酔科
3) 昭和大学歯学部全身管理歯科学講座歯科麻酔科学部門

19. 日帰り全身麻酔を主体とする診療システムを構築した「スペシャルニーズセンター」における全身麻酔下歯科治療の実態調査

○西原正弘¹ 菊地公治¹ 渡邊信夫¹ 竹内梨紗¹ 星島 宏² 稲川元明³ 見崎 徹¹
1) 医療法人文光会 渡辺歯科医院 スペシャルニーズセンター
2) 埼玉医科大学病院 麻酔科
3) 高崎総合医療センター 歯科(歯科麻酔科)

教育講演② (17:05-17:50) 座長：見崎 徹先生 (日本大学歯学部歯科麻酔学講座)

不安とうつのための治療

渡辺 登(赤坂診療所)

救急車が来るまでに、 私たちにできること。



今まで元気になっていた人が突然倒れる。
原因の一つに「心室細動」という不整脈があります。
全身に血液が上手く流れない、とても危険な状態です。

心室細動が発生した場合、早期の心肺蘇生術と自動体外式除細動器 (AED) による除細動 (心臓の震えを取り除く処置) が、救命の鍵をにぎると言われています。

AEDで、私たちにできることがあります。



重量：2.1kg
(パッドカートリッジを含む)

自動体外式除細動器

Cardiac ResQ

カーディアックレスキュー

AEDで救えるいのちがある

日本ライフラインの AED を選ぶ 3つの理由

操作
しやすい!



電源を入れ、音声とランプに従うだけ

管理
しやすい!



成人小児兼用パッドとバッテリーが一体となった
カートリッジ方式

安心
する!



コールセンターにより 24 時間サポート

設置・メンテナンスも安心

- ・ PCソフト (心電図等取り出し用) 同梱
- ・ 設置/説明の実施

【操作説明用DVD付】



日本ライフライン株式会社 AED コールセンター



0120-001-332

製品ホームページ www.aed-rescue.com



販売名：カーディアックレスキュー RQ-5000

一般名称：半自動除細動器

医療機器承認番号：22600BZX00521000

高度管理医療機器

特定保守管理医療機器

製造販売業者 日本ライフライン株式会社

〒140-0002 東京都品川区東品川二丁目2番20号

JLL Japan Lifeline

【AED販売業者】
株式会社 丸山医療器械

〒111-0036 東京都台東区松が谷 4-2-6 ハイコーポ松が谷 101
TEL : 03-3485-5508

教育講演① (14:15-15:10)

座長：岡田明子先生
(日本大学歯学部口腔診断学講座)

DNICとCPMを用いた痛みの評価法 基礎から臨床研究へのトランスレーショナルリサーチ

明海大学歯学部病態診断治療学講座 歯科麻酔学分野 准教授
大野 由夏

身体のある部位に刺激を与るともとからある痛みが抑制される現象を Diffuse noxious inhibitory controls(DNIC・動物)および conditioned pain modulation(CPM・ヒト)という。本現象は内因性疼痛調節機構に大きく関与していることがわかってきた。CPM は術後急性痛および慢性疼痛発症予測, 疼痛治療における薬剤選択の指標および治療効果判定への応用が期待される。本講演では, CPM 機構と内因性疼痛調節機構の関連とその臨床応用の可能性をさぐり基礎から臨床まで一連の研究を行ってきたので報告する。

1. DNIC/CPMの神経薬理学的メカニズムの解明

動物の全身または局所(青斑核・大縫線核)および健康被験者の全身に Dexmedetomidine (DEX, α_2 作動薬), Phenylephrine(PE, α_1 作動薬)を投与した結果, DNIC/CPM を修飾する神経系が青斑核や大縫線核を含む脳幹に存在し, ノルアドレナリン系やセロトニン系の下行性抑制系が DNIC/CPMに関与していることが示唆された。

2. CPMの定性的・定量的研究

健康成人を対象とした研究から, CPM の疼痛抑制効果は条件刺激強度依存性であること, テスト刺激強度, 条件刺激部位, および被験者の性による差がないこと, 実験的急性疼痛により CPM が減弱しないこと等について明らかにした。また, 様々な手法による CPM の評価法について解析・検証を重ね, CPM の定量的な評価法を確立した。

3. 慢性疼痛患者および予定手術患者における CPM

顎関節症患者において CPM が減弱していることを報告した。また口腔外科領域, とくに顎変形症手術において術前の CPM 測定は術後痛発症予測に応用できる可能性がある。



【略歴】

2003年 東京医科歯科大学歯学部歯学科卒業
2007年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科麻酔・生体管理学分野博士課程修了
2009年 Center for Sensory-Motor Interaction (SMI), Aalborg University, Denmark 留学
2011年 Aalborg University, Doctoral School in Medicine, Biomedical Science and Technology 博士課程修了 (PhD in Clinical Science)
2013年 独立行政法人医薬品医療機器総合機構 (PMDA) 新薬審査部 審査専門員
2015年 明海大学歯学部病態診断治療学講座 歯科麻酔学分野 准教授

教育講演② (17:05-17:50)

座長:見崎 徹先生
(日本大学歯学部歯科麻酔学講座)

不安とうつのための治療

赤坂診療所 所長
渡辺 登

不安とうつを主な症状とするメンタル疾患とその薬物療法について症例を提示しながら紹介します。不安は異常な現象ではなく、この信号によって私たちは危機に備えたり、危険を回避したりしやすくなります。しかし、その信号が過剰だったり、危険でないものにまで出てしまったりすると、生活していく上で障害となります。その疾患の代表的が不安障害です。講演では多彩な身体症状を伴うパニック発作を繰り返すパニック障害の症例を示し、加えてそれ以外の障害についても簡略に説明します。不安障害に用いられる主な薬は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)などの抗うつ薬と抗不安薬です。SSRIは飲み始めてすぐに効果が出てくるわけではなく、飲み続けることによって徐々に効果が出てくる薬です。そのため、直ちに効果を得る必要がある場合には抗不安薬を用いる方が適切です。一方、抗不安薬には耐性や依存性の副作用があります。したがって長期にわたって予防的に使うには抗うつ薬を、緊急対応に使うには抗不安薬をというのが基本的な処方です。つぎに抑うつ気分や興味または喜びの消失に加えて、種々の症状があらわれる病気がうつ病です。たとえば食欲の減退や増進、不眠や睡眠過多、精神運動の制止や強い焦燥、疲れやすさ、集中力の低下、自殺への思いなどです。これらの症状が2週間以上続いたときにはうつ病と診断します。処方する薬は、ベンゾジアゼピン系薬剤を中心とする抗不安薬、抗うつ薬と抗精神病薬の3つに大きく分かります。抗不安薬は服用して数十分以内に効き目が出ますが、大量を長期間続けることでの依存性や耐性も指摘されています。一方で抗うつ薬は、服用してから効果が認められるまでに数週間から数か月かかりますが、うつ病への薬物療法の中心となる薬です。また抗精神病薬は本来、統合失調症の治療薬ですが、一部の薬剤は抗うつ薬と併用することで症状の改善が得られる場合もあります。



【略歴】

1976年 日本大学医学部卒業
1980年 同大学院(精神医学)修了
1984年 国立精神衛生研究所研究員 厚生省保健医療局精神保健課併任
1986年 国立精神・神経センター精神保健研究所研究室長
2001年 日本大学医学部精神神経科助教授
2007年 日本大学医学部精神医学分野教授
2015年 赤坂診療所所長

主な著書に『こころの病気がわかる事典』『「依存」する心理』『自分が「うつ」に思えてきたら読む本』(以上、日本実業出版社)『会社をあてにできない時代を生きる技法』『パニック障害』『依存症のすべてがわかる本』『職場不適應症』『精神科・心療内科の上手なかかり方がわかる本』『よい依存、悪い依存』(朝日新聞社)『いますぐできる!ポケにならない暮らしのテクニック』(実業之日本社)など。

1. 下顎智歯抜歯後の舌神経麻痺に対する治療の一例

○井村紘子¹ 山崎陽子¹ 坂元麻弥¹ 栗栖諒子² 川島正人¹ 嶋田昌彦^{1,2}

1) 東京医科歯科大学歯学部附属病院ペインクリニック

2) 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科口腔顔面痛制御学分野

【緒言】舌神経麻痺は、抜歯をはじめとする歯科治療で発生する可能性のある偶発症である。今回は、下顎左側智歯抜歯後に舌神経麻痺が出現した症例に対する治療として、薬物療法、近赤外線療法および鍼通電療法を施行した一例について報告する。

【症例】患者は41歳男性で、主訴は左舌縁のピリピリ感であった。X年7月他院にて左側下顎智歯抜歯を施行した。抜歯2週間後から左側舌縁に感覚障害を自覚し、ビタミン剤の処方を受けるものの改善しないため、X年8月東京医科歯科大学歯学部附属病院ペインクリニックを受診した。初診時、舌の左側部分の知覚麻痺を認め、電気味覚検査でも左側鼓索神経および舌咽神経領域での味覚消失を認めた。また食事時、熱刺激にて痛みが出現していた。以上より、左側舌神経麻痺と診断した。

【経過】治療は、薬物療法(メコバラミン 1500 µg/日、プレガバリン 300 mg/日)、近赤外線療法(スーパーライザー照射)及び鍼通電療法を行った。治療開始より6ヶ月にて、食事時の熱刺激による痛みおよび舌の左側の知覚麻痺に改善傾向が認められた。

【考察】舌神経麻痺に対する治療はいまだ確立された方法がなく、治療に難渋する 경우가多いが、本症例より薬物療法のみならず近赤外線治療や鍼通電療法などの物理療法が有効である可能性があると考えられる。

2. アナフィラキシーショックの既往と多種のアレルゲンを有する局所麻酔未経験患者の抜歯経験

○井上瑛美子¹ 深見隼人² 安田麻子¹ 塩谷伊毅¹ 篠原健一郎² 砂田勝久² 中村仁也¹

1) 日本歯科大学附属病院歯科麻酔・全身管理科

2) 日本歯科大学歯科麻酔学講座

【緒言】アナフィラキシーの既往を有する患者では、局所麻酔薬の選択に苦慮することも稀ではない。われわれはアナフィラキシーショックの既往と、多種のアレルゲンを有するものの局所麻酔薬の暴露経験がない患者に対して、in-vitro, in-vivo 検査によりリスクの低い局所麻酔薬を選択し、発症時の対応を整えた上で抜歯術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】27歳、女性。162 cm, 55 kg。26歳時にアナフィラキシーショックを発症し、27歳時には全身の蕁麻疹、咽頭部の違和感を2回経験していた。IgE抗体検査では、多くの物質に対して陽性反応を示していた。局所麻酔の経験は無かった。

【結果】術前に施行したリンパ球幼若化試験とプリックテストおよびチャレンジテストでは 1/73,000 アドレナリン含有 2%リドカイン(オーラ®注)が陰性であった。術当日は、アナフィラキシー発症時の対応として静脈路を確保し、アドレナリン等の緊急薬・バックバルブマスク・喉頭鏡・気管チューブを準備した。亜酸化窒素吸入鎮静法併用下にオーラ®注による浸潤麻酔及び下顎孔伝達麻酔を施行したが異常所見を認めず、上下顎両側智歯抜歯術を行った。エピペン®注射薬 0.3 mg の処方後に帰宅とした。

【結語】アナフィラキシーショックの既往と多種のアレルゲンを有し、局所麻酔薬の暴露経験がない患者の抜歯を経験した。リンパ球幼若化試験、プリックテスト、チャレンジテストによりリスクの低い麻酔薬を選択し、アナフィラキシー発症時の準備を整えて対応した。

3. カルバマゼピンのアレルギーによる著しい皮膚症状を呈した三叉神経痛の2症例

○廣瀬詩季子^{1,2} 太田雄一郎¹ 加藤英助¹ 國奥有希¹ 添田 萌¹ 西岡さやか¹ 野口智康¹
縣 秀栄² 福田謙一^{1,2}

1) 東京歯科大学 口腔健康科学講座 障害者歯科・口腔顔面痛研究室

2) 独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター

三叉神経痛治療薬の第一選択であるカルバマゼピン(CBZ)は様々な副作用を引き起こすことで知られている。私たちは、三叉神経痛に対するCBZ投与後、著しい皮膚症状を呈した2症例を経験したので報告する。**【症例 1】**66歳男性。右側頬部痛を主訴に来院。洗顔時の発作的電撃痛などから三叉神経痛と診断した。MRIでは上小脳動脈枝の圧迫所見を呈した。CBZ 300 mg/日で投薬治療開始し、治療開始後2ヶ月で600 mg/日まで増量し、ペインコントロールをしていたところ、肝機能の低下をともなう全身的皮膚症状が認められた。CBZの投薬を中止し、ペインコントロールはプレガバリンで行ったが、症状軽減しなかった。その後外科的手術を行い、症状は寛解した。

【症例 2】75歳女性。右側頬部痛と抜歯後痛を主訴に来院。化粧や摂食時の発作的電撃痛などの症状から三叉神経痛と診断した。MRIでは前下小脳動脈の接触所見を呈した。CBZ 200 mg/日で投薬治療開始し、著効していたが、25日目より発熱を伴う発疹が前腕に認められた。CBZ投薬中止により皮膚症状は落ち着き、プレガバリンとアミトリプチリンによるペインコントロールを行っている。

CBZによる皮膚症状は、時として薬剤過敏性症候群などの重症型を呈することがあり、投与開始後は定期的な診察が必要である。副作用の治療にはCBZの休薬が必須であるが、代替薬によるペインコントロールは難しいこともあり、ガンマナイフや外科的治療など複合的な治療による対応が必要であると思われた。

4. Leaky Gut Syndrome 患者の歯科治療経験をした1症例

○神保泰弘 石崎元樹 半田俊之 松浦信幸 一戸達也

東京歯科大学歯科麻酔学講座

【緒言】腸管粘膜の重要な機能として病原体の侵入を防ぐバリア機能があるが、細菌由来のエンドトキシンなどの影響でバリア機能の低下を起し、腸管の透過性が亢進した状態をLeaky Gut Syndrome(以下LGS)と呼ぶ。この病態は炎症性腸疾患や過敏性腸炎だけでなく糖尿病、AIDS、リウマチ、食物アレルギーなどの様々な全身疾患と関与していることが明らかになってきた。今回我々はLGSが原因と考えられる多剤アレルギー体質の患者に対して歯科治療を経験したので報告する。

【症例】患者は42歳の女性。リドカインを始めとする多剤にアレルギーがあり、近医での治療が困難なため紹介受診となった。上顎左側第一大臼歯には歯髄に近接したう蝕があり、治療には局所麻酔薬が必要であった。主治医と協議し、局所麻酔薬はメピバカインを使用し、使用した薬剤が腸管に暴露しないようにラバーダムを使用することを計画した。

【経過】モニター装着と静脈路確保を行い治療開始した。浸潤麻酔を行ったところ、患者から治療への過度な緊張の訴えと心拍数の軽度上昇が認められたが、その後異常所見なく治療を終えた。

【考察】LGS患者の歯科治療時の注意点として使用薬剤や金属の口腔内を通じての腸管への暴露を防ぐことが重要であると考えられる。また歯周病原菌もエンドトキシンを産生することからLGSに対し悪影響を及ぼす可能性もあるため、適切かつ定期的な歯周病治療は必要であると考えられる。

5. 先天性無痛無汗症患者に日帰り全身麻酔を行った1例

○水城 凱 川口 潤 高野恵実 飯嶋和斗 高橋香央里 萩原綾乃 松浦信幸 一戸達也
東京歯科大学千葉医療センター歯科麻酔学講座

【緒言】先天性無痛無汗症は全身性の無痛、無汗、および精神遅滞を特徴とし、痛覚の消失により骨折や自傷行為などが認められやすい疾患である。また体温調節能が乏しく、体温は環境温に影響されやすい。今回われわれは、先天性無痛無汗症患者に日帰り全身麻酔を行ったので報告する。

【症例】2歳の男児。身長85cm、体重12kg。既往歴として先天性無痛無汗症があった。精神遅滞のため歯科治療に協力が得られず、多数歯齲蝕に対して全身麻酔下に齲蝕処置および抜歯術を予定した。

【経過】麻酔導入は亜酸化窒素、酸素、セボフルラン、フェンタニルクエン酸塩を使用し、維持は空気、酸素、セボフルランで行った。術中は深部温モニタリングシステム(Spot On™, 3M)を使用し、体温のモニタリングをしながら温風加温装置(ペアハガー™, 3M)で体温管理を行った。また、術後の覚醒時興奮による受傷を避けるために、手術終了にかけてミダゾラムとフェンタニルクエン酸塩を投与し、術後管理を行った。周術期において特記事項はなく、麻酔終了2時間50分後に帰宅した。

【考察】ミダゾラムとフェンタニルクエン酸塩の投与によって、帰室後の呼吸循環パラメータは安定しており良好な鎮静状態が得られた。手術時の体温モニターとして直腸温、食道温、腋窩温が多く使用されているが、外界の影響を受けやすい。今回深部温モニタリングシステムと温風加温装置により良好な体温管理をすることができた。

6. 高度な肺高血圧症を有するDown症患者に対する全身麻酔下歯科治療

○松本勝洋¹ 高島恵子¹ 上杉典子¹ 早川華穂¹ 河野亮子¹ 坂田泰彦¹ 安藤慎之介¹
松村真由美¹ 小林克江² 牧野兼三² 高木沙央理¹ 大野由夏¹ 長谷川彰彦³ 小長谷光¹

1) 明海大学歯学部 病態診断治療学講座 歯科麻酔学分野

2) 明海大学歯学部 社会健康科学講座 障がい者歯科学分野

3) 明海大学歯学部 総合臨床医学講座 内科学分野

【緒言】心室中隔欠損症や動脈管開存症などで肺高血圧症を合併し、右-左シャントを生じる病態はEisenmenger症候群と呼ばれる。今回われわれは高度な肺高血圧症のEisenmenger症候群を伴うDown症患者に対して全身麻酔管理による歯科治療を経験したので報告する。

【症例】19歳男性、身長146cm、体重37kg。既往歴にDown症、心内膜欠損症、肺高血圧症(平均肺動脈圧:50mmHg)、Eisenmenger症候群があった。多数歯齲蝕を認めるが非協力であるため、全身麻酔下の齲蝕処置と抜歯が予定された。

【麻酔経過】ミダゾラム20mg服用後ストレッチャーで入室。入室時のSpO₂は85%であった。感染性心内膜炎予防に術前にアンピシリンナトリウム2gを静脈内投与した。麻酔導入はプロポフォール目標脳内濃度1.0µg/ml、レミフェンタニル塩酸塩0.1µg/kg/minを持続注入、ロクロニウム臭化物30mg投与し経口挿管した。導入後血圧低下を認めたため、一酸化窒素吸入を8ppmで開始し、ドパミン塩酸塩、ノルアドレナリンを持続投与した。覚醒時自発呼吸出現し、大きく体動みられたため抜管した。抜管後腹臥位で呼吸は安定しており、SpO₂84%で帰室した。

【考察】Eisenmenger症候群患者の麻酔管理に関しては、循環動態の変動を抑え、肺血管抵抗を増大させないことが重要である。高度な肺高血圧症を有する患者に対しては、術前に一酸化窒素の準備を行うなど、慎重な周術期管理が必要である。

7. 全身麻酔導入直後に下腹部膨隆を発見した症例

○島村直宏¹ 押切 孔² 羽生美桜³ 原 基³ 斉藤芳秀³ 高橋靖之³ 井口麻美² 大橋 誠³
藤井一維^{1,2}

- 1) 日本歯科大学大学院新潟生命歯学研究科 口腔全身機能管理学
- 2) 日本歯科大学新潟生命歯学部 歯科麻酔学講座
- 3) 日本歯科大学新潟病院 歯科麻酔・全身管理科

【緒言】知的能力障害患者の歯科治療時の全身麻酔で、導入直後に神経因性膀胱による下腹部膨隆を発見した症例を経験した。

【症例】患者は 38 歳、女性。身長 150 cm、体重 41.7 kg。知的能力障害、要介護度 4 だが、術前検査に異常所見はない。

【経過】術当日、緩徐導入後に静脈路を確保し、ロクロニウム、フェンタニルを投与した。換気状態の確認のため術衣を脱がしたところ、下腹部が直径約 20 cm の球状に膨隆しているのを発見した。触診、腹部 X 線写真、内科医によるエコー検査から、尿の貯留が原因と考えられたため、導尿カテーテルを留置した。留置直後に約 2,400 ml の流出が確認され、膨隆は徐々に消失した。術中は空気・酸素・セボフルランで維持し、適宜フェンタニルを投与した。その他の異常所見はなく、処置時間 4 時間 55 分、麻酔時間 6 時間 15 分で終了した。

【考察】術後、泌尿器科医に対診し、本症例は神経因性膀胱による尿の過剰な貯留が原因と報告を受けた。同科の精査では、膀胱は著しく伸び切った状態で、一部憩室も認められ慢性的な排尿障害の存在が疑われた。幸いにも、水腎症や尿路感染症などの腎機能障害の所見はなかった。今回、発見が遅れてしまった原因としては、本人からの尿意に関する意思表示がない、母親は 10 年以上前から繰り返す下腹部の膨張と収縮を、異常であると認識していなかった事などから、医療面接で聴取する事ができなかった。

【結語】障害を有する患者の医療面接では、普段から介護を行い、生活を共にしている人からの聴取が基本となる。診断されている疾患だけではなく、日常生活での変化や、長期の生活習慣などについても、詳しく聴取する重要性を再認識した。

8. 大動脈に病変を有する患者への対応及び周術期管理

○船木雅子 中島 淳 阿保綱孝 松村朋香 脇田 亮 深山治久
東京医科歯科大学大学院 麻酔・生体管理学分野

【緒言】大動脈瘤は、大動脈の一部の壁が拡大・突出した状態を指す。今回我々は胸部大動脈瘤を有する口腔外科患者の術前診察から、異なる対応をした2症例を経験したので報告する。

【症例 1】患者は 71 歳男性。左舌癌頸部リンパ節転移の診断の下、全身麻酔下で頸部郭清術が予定され、当科で術前診察を行った。既往歴に大動脈解離、高血圧などがあった。かかりつけの心臓血管外科に診療情報の提供を依頼したところ、嚴重な血圧管理下であれば全身管理は可能との返信があった。手術室入室時より 150 台と血圧が高かったため、入眠後にただちに動脈カテーテルを留置し、挿管時の血圧変動をモニタし、以降、術中は血圧に細心の注意を払って管理した。覚醒時の血圧変動に対してデクスメトミジンの持続投与と降圧薬投与で対処し安全に管理できた。

【症例 2】患者は 65 歳男性。右舌癌に対し全身麻酔下で舌半側切除、頸部郭清、大腿皮弁移植を予定された。既往歴として高血圧があり術前検査では心筋虚血と軽度閉塞性換気障害を認めた。しかし術前 PET 検査にて放射線科医より弓部大動脈瘤を指摘された。そこで心臓血管外科にコンサルトしたところ、口腔外科手術に先行して手術を行う方針となり、口腔外科手術は延期となった。

【考察】長期の経過観察により瘤径拡大を認めず安定している動脈瘤の症例ではかかりつけ医との連携により安全に麻酔管理を行うことができた。一方、未治療の動脈瘤が発見された場合は専門の医療機関での精査ならびに処置を優先すべきであると考えられた。

9. 覚醒剤使用歴のある患者に対する下顎骨観血的整復固定術の全身麻酔経験

○酒井龍太郎¹ 香川恵太² 片桐法香² 城戸幹太¹ 黒田英孝² 今泉うの²
1) 神奈川歯科大学附属病院麻酔科
2) 神奈川歯科大学大学院歯学研究科全身管理医歯学講座麻酔科学分野

【緒言】覚醒剤常用者に対する全身麻酔では様々な合併症が周術期管理を行う上で妨げとなる。覚醒剤乱用歴のある患者の全身麻酔管理を経験したので報告する。

【症例】44 歳女性。身長 165 cm、体重 52 kg。右側下顎骨骨折の診断で観血的整復固定術が予定された。32 歳から覚醒剤乱用歴があり、他既往歴として C 型肝炎、喘息、不眠症があった。入院後に不穏行動を認めため精神科への対診を行い、パニック、せん妄時の対応としてエチゾラム、オランザピンが処方された。術前の検査では血清 CK が 164 U/L と高値の他は問題なく、覚醒剤検査は陰性であった。

【麻酔経過】プロポフォール、レミフェンタニル、ロクロニウムで急速導入し、経鼻挿管を行い、空気、酸素、プロポフォール、レミフェンタニルで麻酔を維持した。麻酔中、循環動態に大きな変動は認めず、十分な覚醒と自発呼吸を確認し抜管した。手術時間 2 時間 1 分、麻酔時間 2 時間 53 分であった。帰室後も問題なく経過し、8 日後に退院となった。

【考察】本症例では、覚醒剤使用歴についての回答が一貫せず、入院中の不穏行動もあり、覚醒剤継続使用を考慮した周術期管理を行った。覚醒剤常用患者は薬剤の効果が不確定で、致死性不整脈による突然死の報告もある。また術後の不穏、せん妄などの可能性も高く、医科との連携や周術期のリスクに対するインフォームドコンセントの取得のための工夫も重要になると考えられる。

10. 強制開口時に Mobitz II 型の 2 度房室ブロックを呈した咀嚼筋腱・腱膜過形成症の全身麻酔経験

○早川佳男 阿部佳子 鈴木将之 河原 博
鶴見大学歯学部 歯科麻酔学講座

【緒言】強制開口時に Mobitz II 型の 2 度房室ブロックを呈した咀嚼筋腱・腱膜過形成症の全身麻酔経験を経験したので報告する。

【症例】46 歳，女性。身長 159 cm，体重 52 kg。28 歳時に開口障害が出現し，咀嚼筋腱・腱膜過形成症の診断のもと，両側筋突起切除術を施行された。徐々に開口障害が再燃したため，両側筋突起癒痕形成術が全身麻酔下に予定された。自力での開口量は 23 mm，強制開口量は 26 mm であった。28 歳時の両側筋突起切除術の全身麻酔術前検査では心室性期外収縮が認められたが，今回の術前検査では心電図に異常所見は見られなかった。

【麻酔経過】麻酔導入は急速導入を行い，マックグラス®を用いて経鼻挿管を行った。術中の心拍数は 50-60 台 bpm で安定していた。両側筋突起癒痕形成が終了し，術者が開口させた際，心拍数が 27 bpm になり，閉口で心拍数の若干の回復を認めたものの，心電図は Mobitz II 型の 2 度房室ブロックを呈した。経皮ペーシングを準備し，アトロピン硫酸塩を投与したところ，心拍数が 80 台 bpm および洞調律に回復し，循環動態が安定したため，手術を継続した。覚醒時および術後の合併症はなかった。

【考察】顎口腔領域の外科手技中に，三叉・迷走神経反射による高度な洞性徐脈を呈することが知られているが，今回は Mobitz II 型の 2 度房室ブロックを経験した。強制開口時の循環変動の可能性を常に注意する必要がある。

11. 開口障害を伴う患者の手術中に開口操作によって血圧低下を反復した 1 例

○高野恵実 川口 潤 水城 凱 飯嶋和斗 高橋香央里 萩原綾乃 松浦信幸 一戸達也
東京歯科大学歯科麻酔学講座

【緒言】全身麻酔下での両側咀嚼筋腱膜切除術および両側筋突起切離術において，手術中の開口操作によって血圧低下を反復した症例を経験したので報告する。本報告に際し患者本人から同意を得ている。

【症例】57 歳の女性。身長 156 cm，体重 53 kg。両側咀嚼筋腱膜過形成症の診断で，全身麻酔下に両側咀嚼筋腱膜切除術および両側筋突起切離術を予定した。開口障害のため気管支ファイバースコープを用いて挿管し，デスフルラン，レミフェタニル塩酸塩，フェンタニルクエン酸塩酸塩で麻酔を維持した。動脈圧は観血的に測定した。口腔内消毒時や手術中の開口操作により，収縮期血圧が一過性に 10~40 mmHg 程度低下し，同時に心拍数もやや減少した。閉口すると血圧は回復するが，開口操作の度に一過性の血圧低下が認められた。術中は必要に応じてエフェドリン塩酸塩およびフェニレフリン塩酸塩で昇圧した。術後は，全身状態は安定しており，食事の際の開口時に失神や気分不快などの症状も認められず，軽快退院となった。

【考察】口腔外科手術において，三叉神経領域の刺激によって三叉-迷走神経反射が生じ，徐脈や血圧低下を認めることがある。本症例では，術前より重度の開口障害を認めており，手術中の開口操作が原因となって三叉-迷走神経反射が発現し，血圧低下が生じた可能性が考えられた。

12. 酸素供給停止となり逆送システム酸素供給によって予定手術を施行した症例

○杉田武士 阿部陽子 山中美由紀 松本安紀子 妹尾美幾 有坂博史
神奈川県大学附属横浜研修センター 麻酔科・歯科麻酔科

【緒言】病院中央配管からの酸素ガス供給が絶たれ、逆送システムによる酸素供給により予定手術を行った症例を経験したので報告する。

【経過】麻酔器の始業点検時に酸素圧低下を認めたため、すぐに酸素の補充を行った。しかし、補充後数分間にポンベ圧が低下したため緊急点検を実施した。点検により漏洩があることが分かったが、手術室とは異なる区画であったため、詳細な漏洩部位の究明と手術を行う方法の模索を同時に行った。設備や環境条件を調査し、逆送システムによる酸素供給を行うこととなった。手術室を中央配管から遮断し、酸素ポンペを壁埋込アウトレットに接続し逆送システムによる酸素供給により合計約 8 時間 3 件の予定手術を行った。また、漏洩の原因は外来全身麻酔処置室のリールアウトレットのリングゴムパッキンの経年劣化によるものであったと判明し、当日に部品交換と再点検を行った。

【考察】全身麻酔時の酸素供給停止は患者に致命的な結果をもたらす可能性がある。各施設で設備や環境が異なるため、設備や環境に適した定期点検の実施や酸素供給停止時の対応を事前に協議する必要があると考えられた。

13. 経鼻挿管操作時に気管チューブで中鼻甲介を損傷した 1 例

○堀 愛梨 下坂典立 佐々木貴大 岡村里香 辻 理子 佐藤俊秀 中村真実 鈴木正敏
卯田昭夫 石橋肇 山口秀紀 渋谷 鑛
日本大学松戸歯学部 歯科麻酔学講座

経鼻挿管操作時に気管チューブで中鼻甲介を損傷した症例を経験したので報告する。

患者は 19 歳の女性、身長 164 cm、体重 43 kg。反対咬合の診断で全身麻酔下に下顎骨形成術が予定された。

レミフェンタニル塩酸塩、プロポフォールおよびロクロニウム臭化物を用いて急速導入を行った。気管チューブはマイクロカフ subglottic 気管チューブ®内径 7.0 mm を用いて、左側鼻腔から咽頭までの挿入は問題がなかったが、声門通過が難しく挿管できなかった。右側経鼻挿管に変更した。右側鼻腔挿入は鼻腔後縁に抵抗を認めたが通過に問題はなくそのまま挿管できた。

術者が口腔内消毒中に、少量の出血と口蓋垂後方に可動性有茎性軟異物を確認した。右側経鼻挿管操作による鼻腔内損傷と考えられた。損傷部位が明確でないことと同部位の術後出血の可能性から手術は延期とした。

麻酔覚醒にあたり、右側鼻腔からの出血に備え経鼻挿管チューブの抜管後、直ちに経口挿管を行っている。帰室後は医科病院耳鼻科に搬送し、右側中鼻甲介損傷の診断で局所麻酔下に有茎性遊離軟組織切除術が行われた。

経鼻挿管に当たっては事前にエックス線検査での鼻腔や、挿管前の鼻腔内処置時の鼻粘膜の確認をすべきである。また、気管チューブの鼻腔挿入に当たっては明らかな抵抗を感じた場合は無理な通過は避け、チューブのサイズダウンやより軟材質の変更などが考慮されなければならない。

14. 全身麻酔入室前の鼻出血が原因で換気困難となった一症例

○木村優紀 里見ひとみ 関野麗子 田口香織 岡 俊一 大井良之
日本大学歯学部歯科麻酔学講座

【緒言】小児は興奮により容易に鼻出血しやすい。今回、われわれは全身麻酔入室前の興奮による鼻出血の再出血により挿管・換気困難を経験したので報告する。

【症例】8歳の男児、身長 123 cm、体重 22 kg。全身麻酔下で上顎正中過剰埋伏歯の抜歯術が予定された。入室直前に緊張から鼻出血を認め、止血確認後に入室した。患児は入室後の拒否態度が強く暴れたため、人的抑制下でセボフルランによる緩徐導入を行った。マスク換気は可能であったが SpO₂ は 92%を示した。喉頭展開を行うと鼻出血による血液が声門付近に貯留しており、経口挿管に苦難した。挿管後、気道内圧は 20 mmH₂O 以上で SpO₂ は 93%であった。声門付近に認めた血液が気管内に流入した可能性を考慮し、気管内吸引したところ血液が吸引できた。その後 SpO₂ は 99~100%を示し、気道内圧も 16-18 mmH₂O を示した。以後、術中のバイタルは安定していた。帰室後、SpO₂ は 99~100%を示し経過は良好であった。

【考察】鼻出血が原因で挿管・換気困難となることがある。本症例でも入室後も憤激により再度鼻出血が起きたため、血液が声門・気管内に流入し換気・挿管困難になったと考えられる。血液が気管チューブ内で凝血塊となる危険性もあり、導入前に鼻出血を認めた場合には手術を延期する必要がある。特に小児では過度な興奮・号泣が生じないようにラポール形成や前投薬による不安除去を考慮することが大切である。

15. 上顎骨切り術中に気管チューブが損傷された 1 例

○阿部陽子 山中美由紀 松本安紀子 妹尾美幾 杉田武士 有坂博史
神奈川歯科大学附属横浜研修センター 麻酔科・歯科麻酔科

【目的】今回、われわれは術中に経鼻気管チューブ損傷があったが術中に原因を究明できなかった症例を経験したので報告する。

【症例】24歳男性。上顎左側開咬症に対し Wassmund 型上顎骨切り術が施行された。気管チューブは Portex® North Facing Polar Preformed Endotracheal Tube ID 7.0 (Smiths Medical) を使用した。手術開始 1 時間後、術者よりリーク音を指摘された。25~30 cmH₂O を維持していたカフ圧は 10 cmH₂O 近くまで低下したが、気管チューブの位置変位はなく SpO₂ は 99~100%に保たれ、カプノグラムの変化も認めなかった。カフ漏れを疑い咽頭パックを追加した。追加後リーク音は減少したが、頭位変動に伴いカフ圧は 10~20 cmH₂O と変動を繰り返した。手術は問題なく終了した。手術時間は 4 時間 00 分、麻酔時間は 4 時間 50 分であった。

【結果】術後に抜去した気管チューブを確認すると、外鼻孔部から約 5 cm のパイロットライン部位に 2 mm の微小な損傷を認めた。

【考察】カフ圧変動の原因は、気管チューブの素材であるアイボリーPVC が非常に柔らかい素材のため、頭位変動に伴う気管チューブの圧迫で微小な断裂面が開閉を繰り返していたことによると考えられた。この変動により術中は正確な判断が困難になった。Wassmund 型上顎骨切り術は気管チューブに対し垂直方向の骨ノミ操作が多い。常に気管チューブが損傷される可能性があることを認識することが大切である。

16. BIS モニターにより接触性皮膚炎が生じた一症例

○清水律子 関野麗子 北山稔恭 岡 俊一 見崎 徹 大井良之
日本大学歯学部歯科麻酔学講座

【緒言】BIS モニター(以下 BIS)は全身麻酔などにおいて麻酔深度を把握できる有効なモニターである。今回我々は全身麻酔中に BIS により前額部に接触性皮膚炎が生じた症例を経験したので報告する。

【症例】患者は 21 歳の女性。身長 156 cm, 体重 47 kg。全身麻酔下で Le Fort I 型骨切り術および両側下顎枝矢状分割術が予定された。既往歴として皮膚がかぶれやすいことがあるがアレルギーはなく、術前検査に特記事項はなかった。

【経過】入室後、BIS を前額部に装着した。術中のバイタルは安定しており、手術終了後に自発呼吸が十分であることなどを確認した後に抜管を行い、帰室直前に BIS を剥がした。この時点で前額部に皮膚症状は認められなかった。術 2 日後、前額部の BIS 電極貼付部に発赤膨隆が見られ、数時間経過を見るも改善されなかったため、近医皮膚科を受診させると接触性皮膚炎の診断を受けステロイド軟膏を処方された。術 3 日後、発赤膨隆に変化はなく、術 5 日後より発赤膨隆は軽減が認められた。術 10 日後には発赤膨隆は改善した。

【考察】皮膚症状は電極部周りの粘着テープ相当部にみられており刺激に対してアレルギー反応が出現したと考える。接触性皮膚炎が BIS によって発症する可能性があることを考慮し患者に可能性を術前に十分説明を行った上で使用し、皮膚症状の有無に関しては術直後のみではなく術後数日間は観察が必要である。

17. 全身麻酔後に陰圧性肺水腫を発生したと思われる一例

○吉田香織 江里口麻子 久木留宏和 半田俊之 松浦信幸 一戸達也
東京歯科大学歯科麻酔学講座

陰圧性肺水腫は上気道閉塞の解除後急速に発生するが、全身麻酔では抜管後の喉頭痙攣に由来するものが多いと報告されている。今回、障がい者に対する全身麻酔の抜管後に、明らかな喉頭痙攣を認めなかったものの、陰圧性肺水腫を発生したと思われる症例を経験したので報告する。本症例の発表にあたって、保護者から文書で同意を得た。

患者は精神遅滞とてんかんの既往がある 28 歳の男性で、多数歯う蝕を有し治療に非協力であることから日帰り全身麻酔下歯科治療を計画した。麻酔導入後、気管挿管のために開口したところ、多量の漿液性分泌物を認めたため十分な口腔内吸引操作後に経鼻挿管を行った。術中は PEEP を付与し従量式換気で管理した。治療終了後、十分な自発呼吸と体動を認めたため、口腔内を吸引後に加圧抜管を行った。抜管直後に SpO₂80%台まで低下した。酸素投与下に経過を観察したところ、SpO₂は 90%台前半までしか回復しなかった。その後、酸素マスク 5 L/分使用下で SpO₂99%まで回復したが、酸素投与を中止すると再度 80%台前半まで低下した。本人とのコミュニケーションは困難であったが、苦悶様表情や明らかな努力呼吸は認めなかった。胸部エックス線写真で両側中肺野に不透過性の亢進を認めたため、かかりつけの総合病院へ搬送した。抜管時に明らかな喉頭痙攣は認めなかったものの、胸部エックス線写真の所見から、分泌物による気道狭窄に由来した陰圧性肺水腫の可能性が考えられた。

18. インプラント埋入術の術前に抗凝固薬内服を中止し、術後に広範な心原性脳梗塞を発症した一症例

○栗原由佳^{1,3} 小原明香^{2,3} 西田梨恵^{2,3} 笠井早貴^{2,3} 坂崎麗奈² 鈴木尚志² 飯島毅彦³

- 1) 昭和大学横浜市北部病院歯科麻酔科
- 2) 昭和大学江東豊洲病院麻酔科
- 3) 昭和大学歯学部全身管理歯科学講座歯科麻酔科学部門

インプラント手術(OI)の術前に抗凝固薬を休薬し、これが誘因と考えられた心原性脳梗塞を術後に発症した症例に対する脳外科手術の麻酔を医科麻酔研修中に経験した。

【症例】71歳女性、154 cm、43 kg。僧帽弁狭窄症と心房細動のためにワルファリンが処方されており、直近9カ月のPT-INRは、1.7~2.1で推移していた。

【術前】上顎右側臼歯部に対するOIの際、内科医の指示により、術当日を含めて5日間本剤を休薬した。1病日に内服を再開したものの、3病日に自宅で倒れているところを発見されて昭和大学江東豊洲病院に搬送された。来院時は右片麻痺と完全失語を認め、意識レベルはGCSでE3V1M4に相当し、MRIで左前・中大脳動脈領域に広範な脳梗塞を認めた。血行再建療法の適応はなく、脳浮腫の予防や降圧などの保存的治療に努めたが、OI後9病日に瞳孔不同と脳ヘルニアの所見が出現したため、緊急減圧開頭術が施行された。

【術中・術後】プロポフォール、セボフルラン、レミフェタニル、フェンタニルで麻酔管理し、挿管下にICUに入室した。開頭術後3病日に抜管し、同23病日には頭蓋形成術を実施し、同50病日にE4V2M6の状態療養型施設に転院した。

【考察・結論】日本口腔インプラント学会のガイドライン(GL)によれば、PT-INRが至適域にあれば、ワルファリンの継続下にOIを実施することが推奨されている。しかし、すべての医療従事者が休薬の危険性を認識しているわけではない。歯科医はGLの存在を啓発すると同時に、休薬の是非を個々の症例で内科医と検討する必要がある。

19. 日帰り全身麻酔を主体とする診療システムを構築した「スペシャルニーズセンター」における全身麻酔下歯科治療の実態調査

○西原正弘¹ 菊地公治¹ 渡邊信夫¹ 竹内梨紗¹ 星島宏² 稲川元明³ 見崎徹¹

- 1) 医療法人文光会 渡辺歯科医院 スペシャルニーズセンター
- 2) 埼玉医科大学病院 麻酔科
- 3) 高崎総合医療センター 歯科(歯科麻酔科)

【緒言】障害(児)者および非協力(児)者に対する歯科治療は、全身麻酔下での治療が有益であることが多いが、開業歯科医院で全身麻酔下歯科治療を主体的に行っている施設は少ない。医療法人文光会スペシャルニーズセンター(以下、SNC)は、渡辺歯科医院に併設される形式で、日帰り全身麻酔下歯科治療を主体とした診療システムを取り入れている。今回、本施設で開業後3年間の全身麻酔下歯科治療について実態調査をおこなったので報告する。

【方法】SNCにおいて、平成28年4月から平成31年3月までの3年間で全身麻酔下歯科治療を受けた患者を対象として調査した。調査項目などはカルテより住所、年齢、処置内容、年齢分布、男女比等を抽出して分析した。

【結果】全身麻酔症例数は、平成28年度は306例、平成29年度は491例、平成30年度は631例であり、症例数は年々増加傾向にあった。受診圏は、3年間を通じて半径11キロ~20キロ以内が最も多かった。処置内容で最も多かったのは充填処置などの保存的治療で、ついで根管治療、外科的処置となったが、前年度からの増加率ももっとも多かったのは外科的処置で38%増(前年度比)となった。

【結論】SNCの開業から3年間における全身麻酔症例数とその処置内容について実態調査をおこなった。本調査結果を生かし、より社会貢献に努めていきたい。

偶発症や事故発生！ こんなときどうする？ まさかのときに、あわてないためのクリニック必備の 症状別対応マニュアル改訂第5版

フローチャート式 歯科医のための 救急処置 マニュアル

第5版



見崎 徹・伊東隆利・渋谷 鑛 編

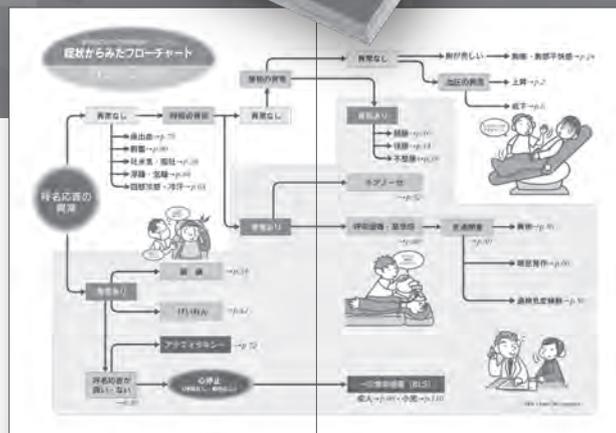
動画付き

〔本改訂版の特長&ポイント〕

高齢者・有病者の治療を安全に行うための
全身状態評価の手引きとなる一冊です。

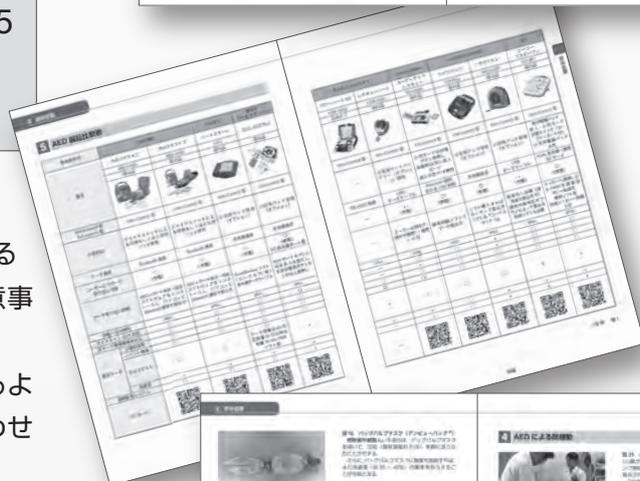
準拠

- 一次救命処置ガイドライン 2015
- 抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン 2015
- 高血圧治療ガイドライン 2014
- 顎骨壊死ポジションペーパー 2016



●「フローチャート」に従って頁をあければ、『そのとき』何をしたらよいか、「原因・症状・対処法」が一目でわかるようにまとめてあり、必要な救急処置のポイントや注意事項を、すばやく、的確に把握することができます。

●偶発症が発生した場合に適切な対応を迅速に行えるよう、一次救命処置を動画で確認でき、書籍の写真とあわせて確実にノウハウを学ぶことができます。



■B5判／188頁／2色 ■定価（本体 7,000円＋税）

ISBN978-4-263-44518-1



医歯薬出版株式会社

〒113-8612

東京都文京区本駒込 1-7-10 TEL.03-5395-7630 FAX.03-5395-7633

<https://www.ishiyaku.co.jp/>



α_2 作動性鎮静剤 劇薬，習慣性医薬品^{注1)}，処方箋医薬品^{注2)}

薬価基準収載

プレセデックス[®] 静注液200 μ g/50mL シリンジ「マルイシ」

<デクスメトミジン塩酸塩> Precedex[®]

注1) 注意-習慣性あり

注2) 注意-医師等の処方箋により使用すること

® 登録商標 (オリオン・コーポレーション所有)

【効能・効果】、【用法・用量】、【用法・用量に関連する使用上の注意】、【警告・禁忌を含む使用上の注意】等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元

® 丸石製薬株式会社

〒538-0042 大阪市鶴見区今津中2-4-2

2018年3月作成

フクダコーリン

歯科治療中における 全身管理を サポートします。

つなぐ、見るから見るへ

ACCUMIL

生体情報モニタ Accumil V5000/6000シリーズ



- ・重さはわずか 0.9 kg ※
- ・持ち運びしやすく設置もスムーズにできる
コンパクトデザイン

※バッテリー含まず (バッテリーは標準付属品です)

販売名: 生体情報モニタ Accumil V5000シリーズ
医療機器認証番号: 22600BZX00097000
高度管理医療機器 特定保守管理医療機器

- ・レコーダ内蔵のスタンダードモニタ
- ・12.1インチのタッチパネルディスプレイ
- ・SpO₂の変化が分かる同期音

販売名: 生体情報モニタ Accumil V6000シリーズ
医療機器認証番号: 22600BZX00264000
高度管理医療機器 特定保守管理医療機器

販売業者

フクダコーリン株式会社

〒112-0002 東京都文京区小石川一丁目12番14号 日本生命小石川ビル URL: www.fukuda.co.jp/colin/

製造販売業者 フクダ電子株式会社

TERUMO



Contributing to Society through Healthcare

昨日より今日、今日より明日。

テルモは、世界中の医療現場と、患者さんのために
いのちに寄り添い、新たな価値を創造しつづけます。

テルモ株式会社 www.terumo.co.jp