

The 39<sup>th</sup> Kanto Clinical Dental Anesthesia Conference

# 第39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：2023年6月24日(土)

会場：文京シビックセンター 小ホール  
東京都文京区春日1-16-21  
TEL:03-3812-7111

大会長：重枝昭広  
東京都立心身障害者口腔保健センター  
東京都新宿区神楽河岸1-1  
セントラルプラザ8・9階  
TEL:03-3235-1141(代表)

学会事務：日本歯科大学生命歯学部 歯科麻酔学講座  
東京都千代田区富士見1-9-20  
TEL:03-3261-6083  
E-mail：ndu.masui@gmail.com

## 《大会長挨拶》

第39回関東臨床歯科麻醉懇話会  
会長 重枝昭広  
東京都立心身障害者口腔保健センター



梅雨の候、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

このたび、令和5年6月24日に文京区シビック小ホールにおいて、第39回関東臨床歯科麻醉懇話会学術集会を対面で開催する運びとなりました。

教育講演は歯科専門医機構共通研修として、日本歯科大学附属病院総合診療科の石垣佳希教授に、「新興・再興感染症を踏まえた感染経路と予防法」の演題での講演をお願いしています。講演では、換気に関する企業との共同研究に関する御報告もしていただけるとのことで、新型コロナを含め、感染症に関する知識見識を深められる内容となっています。

以前に日本歯科大学生命歯学部卒業式にあたって、学長訓示の中に、「人生には三つの坂があります。一つは上り坂、二つ目は下り坂、三つめはまさかという坂です。」というお話がありました。「まさか」とは、2011年3月11日の東日本大震災であり、2019年から始まった新型コロナウイルス感染症（COVIT-19）によるパンデミックでした。東日本大震災の津波被害や原子炉のメルトダウン、新型コロナ発生以降の3年間の生活様式の変化はまさに、「まさか」の連続でした。今後も、いつ、どこで、どんな「まさか」が現れるかはわかりません。

令和5年5月8日より、新型コロナ感染症が2類相当から5類に引き下げられましたが、基本的な感染対策に留意しながら、対面での有意義な学術集会が開催できればと思います。

# 《プログラム》

13:00-13:05

開会の辞 東京都立心身障害者口腔保健センター 重枝昭広

13:05-13:35

一般口演① 座長：筒井友花子（日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座）

## 1-1 顎矯正手術に用いる2種類の静脈麻酔薬が術後悪心嘔吐の発生率および術中血圧に及ぼす影響の比較検討

○蓮沼 和也, 吉田 香織, 金子 瑠実, 高島 恵子, 中久喜 藍, 林 真由子, 宮本 佳織, 山本 真歩, 小鹿 恭太郎, 一戸 達也

東京歯科大学 歯科麻酔学講座

## 1-2 paperChartによるJSA麻酔台帳へのデータ出力と運用

○河野亮子, 安藤楨之介, 清原悠貴, 林春花, 高木沙央理, 大野由夏, 小長谷光明  
海大学歯学部病態診断治療学講座歯科麻酔学分野

## 1-3 口腔外科手術における術前炭水化物負荷の導入および成績

○小柳裕子, 安藤美羽, 比嘉真美, 岡 俊一

日本大学歯学部歯科麻酔学講座

13:45-14:45

教育講演 日本歯科専門医機構 歯科専門医共通研修

座長：重枝昭広（東京都立心身障害者口腔保健センター）

『新興・再興感染症を踏まえた感染経路と予防法』

日本歯科大学附属病院 総合診療科 教授 石垣 佳希

14:55-15:25

一般口演② 座長：座長 田中純子（東京都立心身障害者口腔保健センター）

## 2-1 全身麻酔中に漏水のため手術室を移動した1症例

○久家章宏 横山実希 佐藤裕 伊藤孝哉 馬場有希子 前田茂

東京医科歯科大学 歯科麻酔・口腔顔面痛制御学分野

## 2-2 強直性脊椎炎患者に対してマジック・ベッドを使用してLeFort I型骨切り術および両側下顎枝矢状分割術を行った麻酔経験

○楊 苡詢, 阿部 陽子, 吉田 優子, 石井 滋, 杉田 武士, 有坂 博史

神奈川歯科大学附属横浜クリニック・横浜研修センター 麻酔科・歯科麻酔科

## 2-3 消毒薬のアルコール成分によるものと思われる角膜損傷をきたした症例

○山口敦己<sup>1)</sup>, 片桐法香<sup>1,2)</sup>, 水谷文子<sup>1)</sup>, 片山朋美<sup>1)</sup>, 月本翔太<sup>1,2)</sup>, 黒田英孝<sup>1,2)</sup>, 今泉うの<sup>1,2)</sup>, 讃岐拓郎<sup>1,2)</sup>

1) 神奈川歯科大学附属病院 歯科麻酔科

2) 神奈川歯科大学歯科麻酔学分野

## 《プログラム》

15:35-16:15

一般口演③ 座長：座長 小柳裕子 (日本大学歯学部歯科麻酔学講座)

### 3-1 迷走神経刺激装置埋入術が施されたLennox-Gastaut症候群患者に対する口腔外科手術時の全身麻酔経験

○工藤 淳平<sup>1,3</sup> 穂保 由衣<sup>1,2</sup> 押切 孔<sup>2</sup> 原 基<sup>3,4</sup> 齋藤 芳秀<sup>3</sup> 富田 優也<sup>2</sup> 高橋 靖之<sup>3</sup>  
井口 麻美<sup>2</sup> 大橋 誠<sup>2,3</sup>

1 日本歯科大学 大学院新潟生命歯学研究科

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

4 日本歯科大学 新潟生命歯学部 薬理学講座

### 3-2 左室補助人工心臓装着患者の全身麻酔管理経験

○今井有蔵<sup>1)</sup>, 岸本直隆<sup>2)</sup>, 田中裕<sup>1)</sup>, 倉田行伸<sup>2)</sup>, 金丸博子<sup>2)</sup>, 佐藤由美子<sup>1)</sup>, 山本徹<sup>1)</sup>, 氏田倫章<sup>1)</sup>, 沢田詠見<sup>2)</sup>, 瀬尾憲司<sup>2)</sup>

1) 新潟大学医歯学総合病院歯科麻酔科

2) 新潟大学大学院医歯学総合研究科歯科麻酔学分野

### 3-3 Currarino症候群患者の静脈内鎮静法経験

○和島陽菜<sup>1</sup>, 大和田央子<sup>1</sup>, 清原歩実<sup>1</sup>, 宮田知行<sup>1</sup>, 寒竹容子<sup>1</sup>, 井上瑛美子<sup>1</sup>, 五井貴大<sup>1</sup>, 塩谷伊毅<sup>1</sup>, 砂田勝久<sup>2</sup>

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

### 3-4 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群患者の全身麻酔経験

○中本和花奈, 古賀悠太, 卯田昭夫, 福田えり, 戸邊玖美子, 佐々木貴大, 辻理子, 鈴木正敏, 下坂典立, 山口秀紀

日本大学松戸歯学部歯科麻酔学講座

16:15-16:20

閉会の辞 東京都立心身障害者口腔保健センター 重枝昭広

## 《教育講演》

座長 重枝昭広  
東京都立心身障害者口腔保健センター



『新興・再興感染症を踏まえた感染経路と予防法』  
日本歯科大学附属病院 総合診療科  
教授 石垣 佳希

本年5月8日、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染症法上の位置付けが「2類相当」から季節性インフルエンザ等と同じ「5類」に移行されました。それに伴い行動制限に関する法的根拠がなくなり、感染対策が個人の判断に委ねられたことで状況に応じた対応の変化が必要になります。とはいえいまだ収束を見ない現状では今後の感染拡大はもちろんのこと、また別の新たな感染症や再興感染症も想定して我々は必要な感染対策を維持していかなければなりません。

この約3年間における医療関連感染対策は、新たに強調された対策などもありましたが多くの部分がこれまで推奨されてきた標準予防策、感染経路別予防策、環境の感染管理などを粛々で行うというのが基本でした。しかし我々歯科医療従事者が手指消毒や個人防護具についてこれほどまでに配慮しながら診療業務に臨んでいたかと言えば疑問の余地はあるかもしれません。

環境の感染管理では「エアロゾル」というカテゴリーへの対策が非常に注目されました。これにより診療ユニット周辺の感染対策だけでなく診療室全体の環境による感染が協調されたことで「換気」に対する考え方がこれまで以上に重要な要件として扱われるようになったと感じています。

そこで今回はCOVID-19蔓延期に行ってきた臨床経験が無駄にならないよう、今後の歯科診療における感染経路別の予防策についてあらためて確認したいと思います。

### 【略歴】

1990年 日本歯科大学歯学部 卒業  
1994年 日本歯科大学大学院歯学研究科（口腔外科学）修了  
2000年 日本歯科大学歯学部口腔外科学教室第1講座 講師  
2008年 日本歯科大学歯学部附属病院 准教授  
2021年 日本歯科大学歯学部附属病院 教授

### 【資格】

日本口腔科学会（日本医学会分科会）指導医・認定医  
日本有病者歯科医療学会（日本歯科医学会専門分科会）指導医・専門医  
日本口腔外科学会（日本歯科医学会専門分科会）専門医  
日本障害者歯科学会（日本歯科医学会専門分科会）認定医  
日本顎顔面インプラント学会（日本歯科医学会認定分科会）指導医  
(公社)全日本病院協会・(一社)日本医療法人協会 医療安全管理者  
ICD制度協議会 インфекションコントロールドクター  
American Heart Association BLSリードインストラクター、インストラクタートレーナー

## 《一般口演①》

座長 筒井友花子

日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座

1-1 顎矯正手術に用いる2種類の静脈麻酔薬が術後悪心嘔吐の発生率および術中血圧に及ぼす影響の比較検討

○蓮沼 和也, 吉田 香織, 金子 瑠実, 高島 恵子, 中久喜 藍, 林 真由子, 宮本 佳織, 山本 真歩, 小鹿 恭太郎, 一戸 達也

東京歯科大学 歯科麻酔学講座

【緒言】プロポフォールは吸入麻酔薬と比較して、PONVの発生率を低下させるが循環抑制作用により術中低血圧が生じやすい。その一方で、レミマゾラムは循環抑制作用が少なく血圧が低下しにくいとされるが、顎矯正手術におけるPONVの発生率に対する影響についてはまだ明らかにされていない。そこで今回これらの2種類の静脈麻酔薬を用いた顎矯正手術を対象に、PONVの発生率と術中の平均収縮期血圧をレトロスペクティブに比較検討を行ったので報告する。

【方法】対象は2021年1月から2022年3月までにプロポフォールまたはレミマゾラムによる全静脈麻酔下にて下顎枝矢状分割術(SSRO)またはLe Fort I 型骨切り術+SSROの手術を行った患者126名とし、診療録および麻酔記録から後ろ向きに調査した。統計解析はカイ2乗検定およびマン・ホイットニーU検定を行った。(本学倫理承認No.1065)

【結果】PONVの発生率は術後2時間まではプロポフォール群で有意に低かったが、術後2~24時間後では2群間に有意差はなかった。術中の平均収縮期血圧については2群間に有意差はみられなかった。

【考察】PONVリスクが高い顎矯正手術においてはプロポフォールの使用が適していると考えられる。しかし、レミマゾラム使用時のPONVは制吐剤併用で抑制できる可能性もあり、今後さらなる検討が必要と考えられる。平均収縮期血圧については本研究の対象者がASA-PS 1-2の60歳以下と比較的若く健康な成人であったため差がみられなかったと考えられた。

1-2 paperChartによるJSA麻酔台帳へのデータ出力と運用

○河野亮子, 安藤慎之介, 清原悠貴, 林春花, 高木沙央理, 大野由夏, 小長谷光

明海大学歯学部病態診断治療学講座歯科麻酔学分野

【緒言】JSA PIMS (Perioperative Information Management System : JSA麻酔台帳 (JSA)) は日本麻酔科学会が独自に開発したソフトウェアで、歯科麻酔学会ではその導入が見込まれる。電子麻酔記録フリーソフトpaperChartからJSAへのデータ送付・設定について報告する。

【方法および結果】サイト上のjsaPatchのADM、BIN、CONFフォルダの内容をダウンロードしpaperChartフォルダのADM、BIN、CONFフォルダに上書き保存した。paperChart上ではjsatmpl.txtでレボブピバカインの設定、DMG-人名.txtでJSAに呼応するコード付きの人名設定、calcnf.txtで薬剤のコード設定を行う。JSAで設定すべき項目は診療科コード、診療科名、職員コード、職種、職員名である。麻酔終了後paperChartより暗号化されたxml形式ファイルをイントラネット上のファイルサーバーに送付し、JSAサーバーからそれを読み取ってJSA上でインポート内容を確認しデータを確定した。

【考察】JSAの導入方法はマニュアルが構築されており、paperChartとの連携に支障はない。学会提出用ファイル作成に当たり病院コード、歯科病名・術式の設定は今後の課題である。

# 《一般口演①》

座長 筒井友花子

日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座

1-3 口腔外科手術における術前炭水化物負荷の導入および成績

○小柳裕子, 安藤美羽, 比嘉真美, 岡 俊一

日本大学歯学部歯科麻酔学講座

【緒言】術後回復促進 (ERAS®) プログラムの一環として, 手術前の炭水化物 (CHO) 負荷は絶食による術後のインスリン抵抗性を軽減させ, 術後合併症の発生率を減少させるとして推奨されている。これまで当院の入院下全身麻酔症例では, 手術前日21時より絶食, 手術当日朝7時まで水のみ摂取可としていたが, 2023年3月より炭水化物負荷を導入した。炭水化物負荷実施の概要およびこれまでの成績について報告する。

【方法】炭水化物負荷には12.5%マルトデキストリン含有飲料 (アクアファン®MD100: アクアファン) を使用した。12時までに手術室入室予定の患者では手術前日21時より絶食, 手術当日朝7時までにアクアファン400 mL摂取, 7時以降は絶飲食とした。12時以降入室予定の患者では手術前日21時より絶食, 手術当日朝10時までにアクアファン400 mL摂取, 10時以降は絶飲食とした。周術期血糖値について, LeFort I型骨切り術および下顎枝矢状分割術を行った症例のうち手術開始時と手術終了時に血糖値測定を行った症例において, 後ろ向きにCHOあり群 (n = 17) とCHOなし群 (n = 22) で比較した。

【結果】2023年3~4月に入院全身麻酔下口腔外科手術を行った72例のうち, 67例 (93.1%) で炭水化物負荷を実施した。炭水化物負荷実施による偶発症は認めなかった。術中血糖値について, 手術開始時はCHOあり群で $155 \pm 24.1$  mg/dL, CHOなし群で $160 \pm 35.1$  mg/dLであった。手術終了時の血糖値は手術開始時と比較してCHOあり群で $-64 \pm 30.1$  mg/dL, CHOなし群で $-58 \pm 46.4$  mg/dLであり, 両者に有意な差はみられなかった ( $p = 0.62$ )。手術翌日の血糖値はCHOあり群で $130 \pm 36.5$  mg/dL, CHOなし群で $130 \pm 23.9$  mg/dLであり, 両者に有意な差はみられなかった ( $p = 0.99$ )。

【考察】炭水化物負荷の耐糖能異常抑制効果はおよそ2時間程度との報告がある。当院でLeFort I型骨切り術および下顎枝矢状分割術を行う際の麻酔時間はおよそ5時間であることから, これらの手術を受ける患者において術後のインスリン抵抗性に対する炭水化物負荷の影響は少ない可能性が考えられた。

## 《一般口演②》

座長 田中純子  
東京都立心身障害者口腔保健センター

### 2-1 全身麻酔中に漏水のため手術室を移動した1症例

○久家章宏 横山実希 佐藤裕 伊藤孝哉 馬場有希子 前田茂

東京医科歯科大学 歯科麻酔・口腔顔面痛制御学分野

災害などにより手術中断となることがある。今回、全身麻酔中に突然天井からの漏水により、手術続行不可能となり、気管挿管したまま別の手術室へ移動するという稀な経験をしたので、報告する。2023年3月、患者は、予定通り午前9時10分に手術室へ入室し、9時18分に麻酔開始。9時51分に手術開始となった。10時18分ころに天井から一部漏水を見つけた。その部屋では前日、室内灯の一部から水漏れの報告がされたが、手術台から離れていたため、部屋を使用していたが、10時21分頃に患者足元側の天井の空気洗浄機からも漏水し、大雨のようになり手術中断。術野を清潔な覆布で保護した。スタッフ間で協議し、使用されていなかった同フロアにある歯科麻酔科外来の小手術室へ移動して手術を続行することにした。10時50分頃、ジャクソンリース回路で用手換気を行いながら、ストレッチャーに乗せ、小手術室へ搬送した。手術は11時23分に再開し、終了した。漏水から手術室移動までの時間は約30分だった。

当院では2022年6月より、長時間手術後の患者を隣接する医学部の集中治療室に搬送して管理しており、その経験を安全な患者の搬送に生かすことができた。また、スタッフが一丸となり、素早い対応で代わりの手術室を準備し、手術を継続することができた。

### 2-2 強直性脊椎炎患者に対してマジック・ベッドを使用してLeFort I型骨切り術および両側下顎枝矢状分割術を行った麻酔経験

○楊 苡詢、阿部 陽子、吉田 優子、石井 滋、杉田 武士、有坂 博史

神奈川歯科大学附属横浜クリニック・横浜研修センター 麻酔科・歯科麻酔科

【緒言】強直性脊椎炎は稀な原因不明のリウマチ性疾患である。骨脆弱性を伴うため健常人の4倍の骨折リスクがあり、また脊椎骨折では重篤な神経学的合併症を引き起こすため、気管内挿管及び手術での体位や頭部の保持に注意を要する。今回我々は強直性脊椎炎の顎変形症患者に対してマジック・ベッド（陰圧固定具）を使用したLeFort I型骨切り術および両側下顎枝矢状分割術を麻酔経験したので報告する。

【症例】患者は53歳男性。

顎変形症に対してLeFort I型骨切り術、両側下顎枝矢状分割術が予定された。

既往歴として2015年に強直性脊椎炎と診断され、2017年セクキヌマブの治療により状態が安定し、現在経過観察中。

当科初診時は頸部の前後および外転運動は可能だが、側方屈曲が困難であった。対診では頸椎に負荷がかからないポジショニングを指示された。

【手術および経過】麻酔導入では、十分な麻酔導入薬、筋弛緩薬を投与した。マックグラスを使用し、頸部の伸展はせずに、容易に経鼻挿管が可能だった。

麻酔導入後にマジック・ベッドで頭頸肩部を固定した。

術中の頭頸部固定は安定しており、過度な負荷なく終了し術後の神経学的合併症および運動障害はなかった。

【結果および考察】今回我々はマジック・ベッドを用いた上下顎骨切り術を行った。強直性脊椎炎患者に対する顎口腔手術においては、頭頸部の保持がポイントであるが、今回マジック・ベッドによる適切な頭頸部の保持とポジショニングが有用であった。



## 《一般口演②》

座長 田中純子  
東京都立心身障害者口腔保健センター

### 2-3 消毒薬のアルコール成分によるものと思われる角膜損傷をきたした症例

○山口敦己<sup>1)</sup>, 片桐法香<sup>1,2)</sup>, 水谷文子<sup>1)</sup>, 片山朋美<sup>1)</sup>, 月本翔太<sup>1,2)</sup>, 黒田英孝<sup>1,2)</sup>, 今泉うの<sup>1,2)</sup>, 讃岐拓郎<sup>1,2)</sup>

- 1) 神奈川県立歯科大学附属病院 歯科麻酔科
- 2) 神奈川県立歯科大学歯科麻酔分野

【緒言】全身麻酔時の術操作や麻酔管理により眼損傷を生じることがある。特に口腔外科領域の手術は眼球と術野が近接していることから、眼損傷が生じるリスクは比較的高い。今回われわれは術中の眼球保護を行ったにもかかわらず、消毒液によると思われる眼損傷をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】患者は48歳の女性で全身麻酔下に上下左右8番抜歯が予定された。特記すべき既往・内服および麻酔管理上の問題点はなく、ASA-PSIであった。

【経過】全身麻酔導入し、気管挿管後に、眼軟膏の点入および角膜保護テープを両瞼の上から貼付した。その後、術者によるクロルヘキシジングルコン酸塩による消毒が角膜保護テープ付近まで行われた。手術は大きなトラブルなく終了し、麻酔覚醒後に帰室した。帰室直後は眼症状の訴えはなかったが、帰室後30分経過時点で右眼の疼痛の訴え、流涙および軽度の充血を認めた。直ちに生理食塩水による眼内洗浄を実施し、一時は疼痛の軽減がみられたが、約1時間後に疼痛が再燃し、右眼角膜に3×4mm程度の白濁領域を認めた。救急医療機関へ連絡したところ、緊急性はないとの返答あり、局所麻酔作用のある点眼薬使用のみ行った。術翌日に退院し眼科にて角膜剥離の診断が出た。その原因として術中に使用した消毒薬のアルコール成分による化学損傷の可能性を指摘された。角膜保護用コンタクトと点眼の抗生剤を同日眼科より処方され、術後5日目に眼症状は消失し、視力障害・視野障害の後遺症は認めなかった。

【考察】周術期の眼損傷は予防的処置と要因の除去が最も重要であるが、障害が生じた場合は早期の対応が必要となる。そのことを歯科麻酔科医は念頭に置き、管理・対応する必要がある。

## 《一般口演③》

座長 小柳裕子

日本大学歯学部歯科麻酔学講座

### 3-1 迷走神経刺激装置埋入術が施されたLennox-Gastaut症候群患者に対する口腔外科手術時の全身麻酔経験

○工藤 淳平<sup>1,3</sup> 穂保 由衣<sup>1,2</sup> 押切 孔<sup>2</sup> 原 基<sup>3,4</sup> 齋藤 芳秀<sup>3</sup> 富田 優也<sup>2</sup> 高橋 靖之<sup>3</sup>  
井口 麻美<sup>2</sup> 大橋 誠<sup>2,3</sup>

1 日本歯科大学 大学院新潟生命歯学研究科  
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  
4 日本歯科大学 新潟生命歯学部 薬理学講座

【緒言】Lennox-Gastaut症候群(以下:LGS)は、幼少期に発症する難治性てんかんを主徴とし知的障害を伴う疾患である。てんかんに対し、迷走神経刺激装置(以下:VNS)を埋入し、電気刺激を与えて発作を軽減させる方法がある。今回我々は、VNSを装着したLGS患者に対して、口腔外科手術の全身麻酔管理を経験したので報告する。

今回の発表に際し、関係する利益相反はない。

【症例】42歳女性。LGSの既往により、バルプロ酸Na1600mg/日、フェニトイン450mg/日、クロナゼパム1.0mg/日、ルフィナミド800mg/日(以下:常用薬)を内服している。38歳の時にVNS埋入術を受け、発作回数は減少している。6+6の慢化Periに対し、全身麻酔下で抜歯術が予定された。

【麻酔管理】手術当日も常用薬を継続とした。麻酔はO<sub>2</sub>+N<sub>2</sub>O+sevoで緩徐導入し、静脈確保後roc60mgで、経口挿管した。術中、術後を通じててんかん発作は認めなかった。

【考察】VNSは、0.25mAで30秒間ON、5分間OFFを繰り返しながら迷走神経に刺激を与える事により、てんかん発作を抑制する治療法である。今回、常用薬の継続とVNSの併用により、懸念されていた術中、術後のてんかん発作は認めることなく麻酔を終了し得た。

VNSは新しい治療法であり、全身麻酔との関連については未だ不明な点もある。今後、術中に使用する機材との関連等、更なる検討が必要と思われる。

【結論】今回我々は、VNSを装着したLGS患者に対する、全身麻酔管理を経験し、安全に麻酔管理を行う上では、本装置は有用であると考えられた。

### 3-2 左室補助人工心臓装着患者の全身麻酔管理経験

○今井有蔵<sup>1)</sup>、岸本直隆<sup>2)</sup>、田中裕<sup>1)</sup>、倉田行伸<sup>2)</sup>、金丸博子<sup>2)</sup>、佐藤由美子<sup>1)</sup>、山本徹<sup>1)</sup>、氏田倫章<sup>1)</sup>、沢田詠見<sup>2)</sup>、瀬尾憲司<sup>2)</sup>

1) 新潟大学医歯学総合病院歯科麻酔科  
2) 新潟大学大学院医歯学総合研究科歯科麻酔学分野

【緒言】左室補助人工心臓(Left Ventricular Assist Device: LVAD)は、左心室心尖部にある流入カニューレから血液を取り込み、流出ルートを通じて上行大動脈に血液を送り込むことにより左心機能を補助する装置である。今回、LVADを装着した患者の抜歯術に対して全身麻酔管理を経験したので報告する。

【症例】42歳男性、身長180cm、体重74kg。下顎智歯部に生じた顎骨嚢胞に対して抜歯および顎骨嚢胞摘出術を実施した。拡張型心筋症に対して2018年にCRT-D植え込み、2020年にLVADを装着しており、抗血栓薬を2剤内服していた。手術5日前に抗血栓薬を中止しヘパリンへ置換した。手術室入室3時間半前にヘパリンの投与を中止した。手術室入室後に感染性心内膜炎予防で抗生剤を点滴静注した。気管挿管後に動脈路を確保し、フェニレフリン、ドブタミンを持続投与した。VADの取り扱いに慣れた臨床工学技士立ち合いのもと手術が行われた。周術期通してVADの駆動不全は生じず、術後15日目に退院した。

【考察】LVAD装着患者では、右心不全が潜在していることに注意する必要がある。循環還流量が低下すると、右心からの還流が不足するために左室腔虚脱(サッキング)が生じてしまう。そのため本症例では昇圧剤により右心機能を維持し、前負荷を維持することで適切な循環を得ることができたと考えられた。

【結論】LVAD装着患者における全身麻酔では、右心機能を補助することが必要である。

## 《一般口演③》

座長 小柳裕子  
日本大学歯学部歯科麻酔学講座

### 3-3 Currarino症候群患者の静脈内鎮静法経験

○和島陽菜<sup>1</sup>, 大和田央子<sup>1</sup>, 清原歩実<sup>1</sup>, 宮田知行<sup>1</sup>, 寒竹容子<sup>1</sup>, 井上瑛美子<sup>1</sup>, 五井貴大<sup>1</sup>, 塩谷伊毅<sup>1</sup>, 砂田勝久<sup>2</sup>

<sup>1</sup>日本歯科大学附属病院歯科麻酔・全身管理科

<sup>2</sup>日本歯科大学歯科麻酔学講座

【緒言】Currarino症候群 (CS) 患者の静脈内鎮静法管理を経験したので報告する。

【症例】42歳、女性。154cm、84kg。1歳時に右腎摘出術、仙骨前腫瘤摘出術を受け、25歳時にCSと診断された。現在は神経因性膀胱のため自己導尿管管理が行われ、また、下肢運動障害による歩行困難を認めた。異常絞扼反射を有するため静脈内鎮静法下で歯科治療が予定された。術前血液検査はBUN 12.9 mg/dL, CRE 0.99 mg/dL, eGFR 49.6, K 4.1 mEq/Lであった。

【結果】入室直前に自己導尿による排尿を指示した。仙骨奇形による腰痛を認め、水平位保持が困難であったためクッションを用いて対応した。術中は輸液量に留意し、プロポフォールをTCI 1.5 μg/mlで導入および維持を行い、周術期において特記事項は認めなかった。処置終了後10分後に意識清明となり、2時間後に排尿および歩行に問題を認めないことを確認し、帰宅許可とした。

【考察】CSは仙骨前腫瘤、肛門直腸奇形、仙骨奇形を三徴とする稀な常染色体顕性遺伝疾患であり、腎臓・泌尿器の異常および下肢運動障害を有することがある。本症例では異常絞扼反射を認める点、軽度腎機能低下を認める点、歩行困難を有し平衡機能回復の評価が困難な点から、調節性の良いプロポフォール単独の持続投与を選択した。また、腰痛もCSの合併症の一つとして挙げられ、治療中の姿勢保持に対する配慮も必要となる。CS患者の静脈内鎮静法管理においては、腎機能および運動機能の術前評価が重要である。

### 3-4 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群患者の全身麻酔経験

○中本和花奈, 古賀悠太, 卯田昭夫, 福田えり, 戸邊玖美子, 佐々木貴大, 辻理子, 鈴木正敏, 下坂典立, 山口秀紀

日本大学松戸歯学部歯科麻酔学講座

【緒言】抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 (SIADH) は脱水や浮腫を伴わない低Na血症、低浸透圧血症などを呈する症候群である。今回SIADH患者の全身麻酔を経験したので報告する。

【症例】55歳の男性、身長173cm、体重69kg。全身麻酔下にて上顎前歯部顎骨嚢胞摘出術を予定した。既往歴にSIADH、高血圧症および腰椎椎間板ヘルニアがあり、また急性膵炎のため入院療養の既往があった。内服薬はオルメサルタン、ペルジピン、エチゾラム、ノイロトロピン、プレガバリン、セレコキシブを処方されていた。SIADHは2022年6月に低Na血症を認め精査の結果診断された。自覚症状が無く、特に加療も無かった。当院の術前血液検査でNa 130mEq/L, K 4.8mEq/L, Cre 0.86mg/dL, eGFR 72.44mL/min/1.73m<sup>2</sup>, RBC 371 × 10<sup>4</sup>/μL, Hb 11.9g/dL, Hct 33.7%であった。

【経過】プロポフォール、レミフェンタニル、ロクロニウムにて導入、経鼻挿管を行い、術中はTIVAにて管理した。輸液はラクトリンゲル液250mlと生理食塩水50mlを用い管理した。手術時間1時間11分、麻酔時間2時間17分であった。術前から術終了後にわたり、血清Na値の測定を行い入院時の値から逸脱しないことを確認した。

【考察およびまとめ】軽～中等度のSIADHの場合、原則として低Na血症の急速な補正は橋中心髄鞘崩壊症の危険があるため行わないとされている。患者は水分および塩分の摂取制限を受けていなかったことから、術前日入院時の血清Naの濃度を維持するよう心掛けた。また、手術侵襲や疼痛などのストレスがADH分泌を亢進しSIADHを悪化させる危険があるため、積極的な疼痛管理を行った。