

The 40th Kanto Clinical Dental Anesthesia Conference

第40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：2024年6月15日（土）13:00～17:20

会 場：日本歯科大学新瀉生命歯学部 九段ホール

大会長：大橋 誠

日本歯科大学新瀉生命歯学部歯科麻酔学講座

第40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：2024年6月15日（土）13:00～17:20
 - ・ 会 場：日本歯科大学生命歯学部 九段ホール
（東京都千代田区富士見1-9-20 TEL:03-3261-8311）
 - ・ 大会長：大橋 誠
日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座 教授
 - ・ 事務局：日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座
〒951-8850 新潟県新潟市中央区浜浦町1-8
TEL：025-211-8212 FAX：025-267-6477
E-mail：niigata-masui@ngt.ndu.ac.jp
 - ・ 参加登録：事前登録はありません。直接会場へお越しください。
※歯科麻酔認定医、専門医の更新単位が得られます。日本歯科麻酔学会
会員カードを当日ご持参ください。
 - ・ 参加費：会場での受付の際にお支払いをお願いいたします。また、お支払い時におつりが
出ないようにお願いいたします。
- | | |
|----------------------|-------------------|
| 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 |

注意事項

- ・ ホール客席内でのご飲食はご遠慮いただいております。
- ・ 敷地内は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。
- ・ 当日はプログラム抄録集の配布は行いません。各自ご用意下さい。
- ・ 会場内にクロークなどは御座いませんので、最寄り駅のロッカーなどをご利用ください。

演題発表の方へ

データ受付

- ・発表の30分前までに、PC受付でデータ登録と確認をお済ませください。
- ・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。
- ・演題上にはノートパソコン、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。
- ・発表時間：口演6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

- ・データは「Microsoft PowerPoint2021互換」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。
- ・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

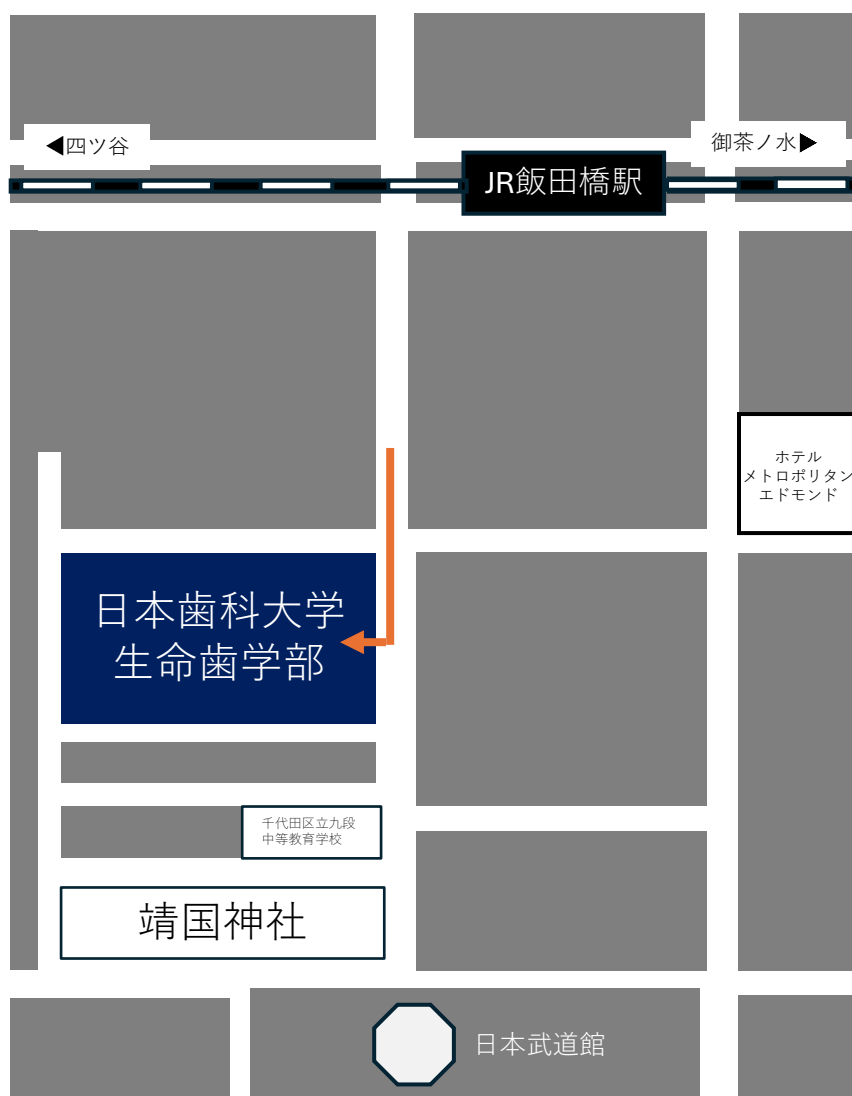
- ・演題発表をされる方は、発表スライドに利益相反状態を表示する必要があります。
- ・学術集会の当日発表の際に、発表者はスライドの2枚目（スライドタイトルの次）に表示して下さい。

歯科専門医機構共通研修受講予定の方へ

受講方法

- ・修了証は後日メールにて送付致しますので、受信用のメールアドレスをご準備ください。
- ・歯科専門医機構共通研修は途中退出不可の講演ですので、修了証をご希望の方は、講演を最後までお聞きください。
- ・修了証を希望される方は、当日お伝えしますメールアドレスに①氏名、②住所、③電話番号、④メールアドレス、⑤勤務先大学・病院・診療所名、をご記入の上、メールの題名に「修了証申請」と「氏名」を記載してください。（例： 修了証申請 麻酔つばさ ）
- ・修了証申請の締め切りは**2024年6月21日18：00まで**となっております。

アクセス



JR 飯田橋駅
総武線

飯田橋駅西口より徒歩約5分

大会長挨拶

第40回関東臨床歯科麻酔懇話会

大会長 大橋 誠

日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座 教授



この度大会長を仰せつかりました、日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座の大橋誠です。演題募集に際し多くの先生方にご協力を頂き誠にありがとうございました。第40回という節目の回お担当させていただき改めてこの研究会の歴史と重要性に身の引き締まる想いで医局員一同、準備に当たってまいりました。昔ながらの手作りの学会運営ですので、何かと行き届きの面もありますが予めご理解の上、ご容赦願えれば幸いです。よろしくお願い致します。

さて、わが国の人口構成は極端な少子高齢化が進行した結果、未曾有の高齢社会を呈しており、それに伴い医療者側に求められる医療も急性期医療の充実から療養型病棟や地域包括ケア病棟など、より患者個人々々の生活に密着し介護とも連携した医療が求められています。そのため本学ではアルツハイマー型認知症研究の第一人者である道川誠先生を高齢者医療学の教授として招聘し、健康寿命の延長に歯科としてどのように関わってゆくべきか、研究の途に着きました。今回の特別講演では道川教授に『認知症の発症・進行予防を目指した「攻めの歯科医療」』と題し、今後歯科に求められる高齢者との関りについて、示唆に富むご講演をお願いしております。是非ご期待ください。いずれにせよ、健康に不安のある高齢者が安心して歯科医療を受けるために、我々歯科麻酔科医には自分たちだけでなく歯科全体と医科との連携における橋渡し役も求められています。このため教育講演は『医療面接から得られる情報 -歯科医師に必要な他科との連携-』といたしました。皆様の日常の臨床の少しでも役立つものがあれば幸いです。

一般演題のセッションもございますので、特に若手の先生方に活発なご討論をお願い致したいと思っております。それでは短い時間ではありますが宜しくお願い申し上げます。

プログラム

13:00 – 13:05

開会の辞 日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座 大橋 誠

13:05 – 13:45

一般口演①

座長：小柳 裕子(日本大学歯学部歯科麻酔学講座)

1-1 先天性筋強直性ジストロフィー患者の歯科治療時の全身麻酔導入にミダゾラム経口投与が有効であった一症例

○石井麻未, 松村朋香, 池田七菜子, 杉田紘一, 仲村麻奈, 前田 茂
東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 歯科麻酔・口腔顔面痛制御学分野

1-2 遺伝性血管性浮腫が疑われた患者の全身麻酔経験

○宮川義基¹⁾, 田中 裕²⁾, 倉田行伸¹⁾, 今井有蔵²⁾, 山本 徹²⁾, 岸本直隆¹⁾, 氏田倫章²⁾, 沢田詠見²⁾, 瀬尾憲司¹⁾

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

1-3 スタンダードプリコーションの奏功により二次感染が防止できた症例

○瀧本綾一, 林春花, 安藤槇之介, 松本典子, 中村吉里, 河野亮子, 坂田泰彦, 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

1-4 解剖体にみられた気道管理困難にさせうる一例 —高度な気管偏位—

○井上卓俊¹⁾, 山本徹²⁾

- 1) 帝京大学医学部 解剖学講座
- 2) 新潟大学歯学部 歯科麻酔学分野

【休憩5分】

13:50 – 14:35

特別講演

座長：大橋 誠(日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座)

『認知症の発症・進行予防を目指した「攻めの歯科医療」』

日本歯科大学新潟生命歯学部高齢者医療学 教授 道川 誠

【休憩15分】

14:50 – 15:20

ミニシンポジウム「レミマゾラム」

座長：卯田 昭夫(日本大学松戸歯学部歯科麻酔学講座)

M-1 レミマゾラムベシル酸塩による導入方法の検討

○早川佳男, 阿部佳子, 針ヶ谷紘子, 矢島愛美, 河端和音, 河原 博
鶴見大学歯学部歯科麻酔学講座

M-2 レミマゾラムまたはプロポフォル麻酔下でのオンダンセトロン、デキサメタゾン併用投与における術後悪心嘔吐発生率の比較検討

○中澤正成, 小鹿恭太郎, 中久喜藍, 野村莉花, 西野桃加, 齋藤菜月, 吉田香織, 一戸達也
東京歯科大学 歯科麻酔学講座

M-3 レミマゾラムを用いた全身麻酔後にせん妄を発症した症例

○戸邊玖美子, 鈴木正敏, 古賀悠太, 辻理子, 濱田兼士朗, 溝谷萌, 三原唯華, 中本和花奈, 福田えり, 佐々木貴大, 吉崎里香, 竹森真実, 下坂典立, 卯田昭夫, 山口秀紀

日本大学松戸歯学部歯科麻酔学講座

【休憩5分】

プログラム

15:25 - 16:25

教育講演

座長：安田 麻子(日本歯科大学附属病院歯科麻酔・全身管理科)

日本歯科専門医機構 歯科専門医共通研修(研修項目：②患者・医療者関係の構築)

『医療面接から得られる情報 — 歯科医師に必要な他科との連携 —』

日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座 准教授 井口 麻美

【休憩10分】

16:35-17:15

一般口演②

座長：塩谷 伊毅(日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座)

2-1 星状神経節ブロック施行中に発症した局所麻酔中毒の経験

○佐藤米里子¹⁾, 安田麻子²⁾, 篠原健一郎²⁾, 酒井有沙¹⁾, 塩谷伊毅¹⁾, 砂田勝久¹⁾

1) 日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座

2) 日本歯科大学附属病院歯科麻酔・全身管理科

2-2 顎変形症手術において抜管後に呼吸困難による陰圧性肺水腫を発症した一例

○辻内美穂, 津村円華, 梶原美絵, 金子啓介, 岡 俊一

日本大学歯学部歯科麻酔学講座

2-3 全身麻酔及び静脈内鎮静法施行時に絶飲食時間を遵守していたが嘔吐してしまった症例

○内藤 希, 横田英子, 梶原美絵, 辻内美穂, 小柳裕子, 岡 俊一

日本大学歯学部歯科麻酔学講座

2-4 Dandy-Walker症候群患者の全身麻酔経験

○篠原麻緒¹⁾, 大和田央子¹⁾, 山本麻貴¹⁾, 今井智明¹⁾, 塩谷伊毅²⁾, 篠原健一郎¹⁾, 砂田勝久²⁾

1) 日本歯科大学附属病院歯科麻酔・全身管理科

2) 日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座

17:15-17:20

閉会の辞

日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座 大橋 誠

13:05 - 13:45

1-1 先天性筋強直性ジストロフィー患者の歯科治療時の全身麻酔導入にミダゾラム経口投与が有効であった一症例

○石井麻未, 松村朋香, 池田七菜子, 杉田紘一, 仲村麻奈, 前田 茂

東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 歯科麻酔・口腔顔面痛制御学分野

症例は先天性筋強直性ジストロフィー、精神発達遅滞を有する10歳女児。歯科治療に対して非協力であり、全身麻酔下での歯科治療が計画された。抑制下の静脈確保が困難であったため、麻酔開始10分前にミダゾラム10mgを炭酸飲料10mlと混ぜて服用させ、鎮静状態で治療室に入室し静脈路を確保した。その後、プロポフォール、レミフェンタニルを投与し経鼻挿管を行い、術中は全静脈麻酔で管理した。手術時間は43分で手術終了後、自発呼吸を確認し抜管した。筋強直性ジストロフィー患者は周術期における心機能低下、呼吸機能低下、麻酔薬や筋弛緩薬の効果の遷延の可能性があるため、麻酔終了後は病棟で管理し翌日退院した。本症例で患者は入室前に激しく抵抗したため鎮静下で静脈路確保を行う必要があった。揮発性麻酔薬を使用した緩徐導入は悪性高熱症や横紋筋融解症の危険性があり避けるべきであるためミダゾラムの経口投与による鎮静を選択した。本邦では経口鎮静薬として小児の前投薬として使用されているシロップ剤はあるが、体重によっては適切な量の投与が難しい。また、本症例ではミダゾラムの経口投与がスムーズに行われたものの、苦みのある鎮静薬を吐き出す可能性もあり、確実な効果が得られるとは限らない。抑制下での処置にはマンパワーも必要となり、医療者の疲弊にもつながる。簡便で確実な効果が得られる麻酔前投薬の開発が望まれる。

1-2 遺伝性血管性浮腫が疑われた患者の全身麻酔経験

○宮川義基¹⁾, 田中 裕²⁾, 倉田行伸¹⁾, 今井有蔵²⁾, 山本 徹²⁾, 岸本直隆¹⁾, 氏田倫章²⁾, 沢田詠見²⁾, 瀬尾憲司¹⁾

1) 新潟大学大学院医歯学総合研究科歯科麻酔学分野

2) 新潟大学医歯学総合病院歯科麻酔科

遺伝性血管性浮腫 (Hereditary Angioedema : HAE) は、感情的ストレス、肉体的ストレス (外傷、寒冷など) の誘因により、浮腫が生じる疾患であり、とくに口腔領域の手術の際には致命的な上気道閉塞を誘発する可能性がある。今回、HAEの疑いのある患者に対して、全身麻酔下で抜歯術を安全に施行した症例を経験した。患者は36歳女性、身長160 cm、体重46 kg、両側下顎埋伏智歯に対して埋伏智歯抜歯術が予定された。既往に血管性浮腫があり、かかりつけ皮膚科で内服加療されていた。術前に当院耳鼻咽喉科と皮膚科に対診を行い、周術期のバックアップ体制の構築した。また予め乾燥濃縮人C1-インアクチベータ注射用 (ペリナート®P) を用意した。手術室入室前にヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム25 mgの点滴静注、およびジアゼパム10 mgを経口投与した。手術室入室後にトラネキサム酸1 gを点滴静注して麻酔を導入し、McGRATH MACビデオ喉頭鏡を用いて、内径7.0のスパイラル気管チューブを愛護的に挿入した。術中は特にトラブルはなかった。手術終了後に気管支鏡を用いて声門部や気管内を観察するとともに、カフリークテストを実施し、上気道狭窄がないこと、自発呼吸が安定したことを確認して、深麻酔下で抜管した。抜管後も気道が開通し、合併症を認めないことを確認したのち病棟への入室を許可した。術後もトラブルなく経過した。HAEは、周術期に急性発作による気道閉塞を誘発する可能性があるため、考えられる誘発因子を調節することが重要である。

1-3 スタンダードプリコーションの奏功により二次感染が防止できた症例

○瀧本綾一, 林春花, 安藤慎之介, 松本典子, 中村吉里, 河野亮子, 坂田泰彦, 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

【諸言】スタンダードプリコーションの奏功により二次感染が防止できた症例を報告する。

【経過】7歳男児。身長128 cm、体重23.2 kg。自閉スペクトラム症。舌小帯短縮症の診断で舌小帯切除術を予定した。来院時体温37.4℃、鼻汁咳を認めたが、水島らのかぜスコア2点であった。インフルエンザ抗原検査を試みたが患児の拒否が強く検査を断念し、予定通り治療施行、術中検査の方針とした。セボフルラン、亜酸化窒素、酸素によるVIMA導入で就眠し経口挿管後、抗原検査を施行しインフルエンザA型陽性反応を認めた。直ちに手術室内の医療スタッフを最小限の人数とし、手術を続行した。術後、暴露レベルの高い医療スタッフは速やかにラニナミビルオクタン酸エステル水和物20 mg吸入またはオセルタミビルリン酸塩75 mg内服した。病室入室時は個人用防護具を装着し、退室時に分けられたゴミ箱に廃棄した。手術室内は体液血液による汚染部位の消毒を行った。病棟帰室時体温38.4℃、帰室1時間後36.8℃であり、排尿歩行可能、軽食摂取を確認し退院可能と判断した。退院後小児科受診を指示した。患児帰宅後、医療スタッフ、入院患者にインフルエンザの発症は認めなかった。

【考察】①患児に接触した医療スタッフの迅速なリストアップ②個人用防護具装着の徹底③ゾーニングの確立の以上3点により感染拡大を防止できた。

1-4 解剖体にみられた気道管理困難にさせうる一例 —高度な気管偏位—

○井上卓俊¹⁾, 山本徹²⁾

- 1) 帝京大学医学部 解剖学講座
- 2) 新潟大学歯学部 歯科麻酔学分野

【緒言】術前の胸部レントゲン写真で気管偏位が認められることは少なくない。気管偏位の原因は様々であるが、大動脈弓の蛇行によることもある。今回我々は、2023年度帝京大学医学部解剖実習において非常に稀な複数の大血管の蛇行による気管偏位を経験したので、気道確保の際の留意点や若干の知見を加え報告する。

【症例】81歳の女性。身長155cm、体重70kg。腕頭動脈および右総頸動脈の蛇行により、気管が右側へ著しく偏位していた。また、腕頭動脈は蛇行によって変形し、気管の前を通過していた。声門マーカ(IGM)の近位端を基準にした挿管では、チューブ先端が気管壁に接触し、チューブ先端を気管分岐部2 cm上の固定では、IGMが声帯ヒダより下部に位置した。

【考察】本症例はIGMを基準とした方法では、チューブ先端が理想的な位置に留意できないことが示唆された。また、甲状腺と輪状軟骨を確認できたことから、輪状甲状間膜(CTM)穿刺による気管切開を行う際に障害となる解剖学的異常はないと考えられたが、経皮的気管切開術の場合、腕頭動脈の蛇行が切開術の難易度を高くさせ、動脈を損傷する可能性があることが考えられた。

【結論】解剖体から、気道確保困難にさせうる一例を挙げた。気管挿管中の予期せぬ換気困難に遭遇した場合は、鑑別の一つとして気管偏位の可能性を考慮する必要がある。また、大動脈弓の蛇行による気管偏位の患者に対して気道管理計画を立案する際は、術前の胸部レントゲン写真だけでなく、CTなどを用いて気管と頸動脈の解剖学的位置関係も確認すべきである。

認知症の発症・進行予防を目指した「攻めの歯科医療」

日本歯科大学新潟生命歯学部高齢者医療学

教授 道川 誠



超高齢社会の我が国では、認知症患者数は472万人（予備群もほぼ同数）に達すると推計され、その6割を占めるアルツハイマー病への対応は急務です。昨年末に、疾患修飾薬・レカネマブ（抗体医薬）が米国ならびに日本で承認され、いよいよ実臨床での導入が始まりました。一方で、誰でもなり得る疾患であるがゆえに、真に有効な発症予防や進行予防法の開発は、医療経済学的観点からも重要です。私は、1996年3月から2012年3月まで国立長寿医療研究センター・アルツハイマー病研究部・室長および部長として16年にわたりアルツハイマー病発症機構と治療法開発研究に従事し、2012年4月より名古屋市立大学医学部教授として引き続きアルツハイマー病の基礎研究ならびに診療に従事してきました。特に2011年からは、疫学研究から認知症との関連が指摘されてきた歯科疾患（歯周病、歯の欠損、咀嚼機能低下など）とアルツハイマー病発症・病態進行との因果関係を明らかにする研究を開始し、我が国におけるこの分野の研究を牽引してきました。

本講演では、最初にアルツハイマー病とは何か、その臨床症状、脳内病態、治療・予防法開発の視点などをお話し、その後、歯科疾患とアルツハイマー病発症との因果関係についてアルツハイマー病モデルマウスを用いた私たちの研究成果を中心にご紹介いたします。歯周病治療・咀嚼機能改善や口腔ケアなどによってアルツハイマー病などの認知症の発症・進行予防を図る「攻めの歯科医療」の可能性についてお話したいと思います。今後、重要となるのは、歯科疾患治療・口腔ケア介入によって認知症発症を予防することを検証する大規模臨床研究であり、これが証明できれば、安価でだれでも容易に可能な認知症発症予防法が確立できると考えております。

略歴：

1985年 3月 東京医科歯科大学医学部卒業
1985年 5月 東京医科歯科大学医学部神経内科研修医
1986年 1月 武蔵野赤十字病院内科（神経内科）医員
1987年 4月 関東中央病院内科（神経内科）医員
1988年 5月 都立駒込病院内科（神経内科）医員
1990年 5月 東京医科歯科大学医学部神経内科・助手
1990年12月 University of British Columbia (Vancouver, Canada)留学
1994年 9月 東京医科歯科大学医学部神経内科助手
1996年 3月 国立長寿医療センター・アルツハイマー病研究部・室長
2005年10月 国立長寿医療研究センター・アルツハイマー病研究部・部長
2012年 4月 名古屋市立大学・大学院医学研究科 教授
2017年 4月 名古屋市立大学・大学院医学研究科長・医学部長
2019年10月 名古屋市立大学・大学院医学研究科・脳神経科学研究所長
2021年 4月 名古屋市立大学・学長補佐
2022年 4月 名古屋市立大学・副学長
2023年 4月 日本歯科大学新潟生命歯学部・高齢者医療学 教授 現在に至る

14:50 - 15:20

M-1 レミマゾラムベシル酸塩による導入方法の検討

○早川佳男, 阿部佳子, 針ヶ谷紘子, 矢島愛美, 河端和音, 河原 博

鶴見大学歯学部歯科麻酔学講座

【目的】

レミマゾラムベシル酸塩(アネレム®)は、超短時間作用型ベンゾジアゼピン系の静脈麻酔薬である。アネレムは麻酔導入にあたり意識消失が得られるまで12mg/kg/hでの持続投与を行うと添付文書に記載されているが、0.1-0.2mg/kgでの単回投与で意識消失を得られることが報告されている。本研究ではアネレムを用いた全身麻酔法において、0.2mg/kg 単回投与群と12mg/kg/h持続投与群で、意識消失までの時間並びに投与量について比較検討した。

【方法】

対象は全身麻酔下口腔外科手術を予定しているASAPS 1-2の18歳以上80歳未満症例とした。麻酔方法はレミフェンタニル0.5 μ g/kg/minとアネレム0.2mg/kgまたはアネレム12mg/kg/hで導入し、ロクロニウム臭化物により筋弛緩を得た。維持はアネレム1 mg/kg/hで行った。持続投与群と単回投与群意識消失までの時間、レミマゾラムの投与量について比較検討した。

【結果】

各群において年齢、身長、体重、麻薬使用量、手術時間、麻酔時間、抜管までの時間ならびに合併症の発生に有意差はなかった。

レミマゾラム0.2mg/kg投与群では12mg/kg/h投与群と比較して意識消失までの投与量は有意に少なく、入眠までの時間は持続投与が99秒に対して単回投与で80秒と有意に短縮した。

【考察】

アネレム単回投与による麻酔導入はアネレム12mg/kg/h持続投与での麻酔導入と比較して有意に少ない投与量で同様の効果を得られた。

M-2 レミゾラムまたはプロポフォール麻酔下でのオンダンセトロン、デキサメタゾン併用投与における術後悪心嘔吐発生率の比較検討

○中澤正成, 小鹿恭太郎, 中久喜藍, 野村莉花, 西野桃加, 齋藤菜月, 吉田香織, 一戸達也

東京歯科大学 歯科麻酔学講座

【緒言】

プロポフォールまたはレミゾラムを用いた全静脈麻酔において、制吐薬が予防投与されていない場合の術後悪心・嘔吐 (PONV) の発生率はプロポフォール群よりもレミゾラム群の方が有意に高いことが報告されている。そこで今回、レミゾラム麻酔時のPONV発生率の低下を目的としてデキサメタゾンとオンダンセトロンの予防投与の意義を検証するために、プロポフォール麻酔時のPONV発生率と比較検討をした。

【方法】

下顎枝矢状分割術またはオトガイ形成術が予定された患者92名を対象とした。全身麻酔はプロポフォール (P群 n=46) またはレミゾラム (R群n=46) とレミフェンタニルを用いて導入および維持を行った。ロクロニウムを投与後に経鼻気管挿管し、デキサメタゾン6.6mgを投与した。手術終了20分前にフェンタニルを2 μ g/kg投与し、手術終了15分前にオンダンセトロン4mgを投与した。抜管～麻酔終了直後、麻酔終了直後～2時間後、2時間後～24時間後の各期間におけるPONVの発生率を評価した。統計解析はChi-square または Fisher's exact testを用いて解析した。p<0.05を有意とした。(東京歯科大学倫理承認No.1182、UMIN000051512)

【結果】

術後24時間以内のPONV発生率は、P群2例 (4.3%)、R群8例 (17.4%) であったが、有意差はなかった (p=0.09)。また、各期間でのPONV発生率においても両群間に有意差はなかった。

【結論】

顎矯正手術に対しレミゾラム麻酔下にデキサメタゾンとオンダンセトロンの併用投与を行った場合の術後24時間におけるPONV発生率は、プロポフォール麻酔時のPONV発生率と大きな差を認めなかった。

M-3 レミゾラムを用いた全身麻酔後にせん妄を発症した症例

○戸邊玖美子, 鈴木正敏, 古賀悠太, 辻理子, 濱田兼士朗, 溝谷萌, 三原唯華, 中本和花奈, 福田えり, 佐々木貴大, 吉崎里香, 竹森真実, 下坂典立, 卯田昭夫, 山口秀紀

日本大学松戸歯学部歯科麻酔学講座

【緒言】

昨年、当院でも超短時間作用型ベンゾジアゼピン系静脈麻酔薬であるレミゾラム (RMZ) の使用が可能となり、現在さまざまな症例に使用している。今回RMZを用いた全身麻酔後にせん妄を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】

63歳の男性、身長161cm、体重57kg。全身麻酔下にて下顎骨体部骨折後の抜釘術を予定した。既往歴に特記事項はない。昨年、当院にて観血的整復固定術を行った際はプロポフォール、レミフェンタニル (RF)、ロクロニウム (RB) によるTIVAにて管理し、周術期を通して問題となる事象は認めなかった。

【経過】

RMZ 0.2mg/kg, RF, RBで導入し経鼻挿管した。術中はRMZ 1mL/h, RF 0.2 μ gで維持しバイタルサインの著変はなかった。手術終了後、RMZの投与を終了したが、1時間経過した時点で自発呼吸は安定していたものの、従命反応ないためフルマゼニル投与したところ開眼し応答明瞭となりハイケア室に移動した。移動後は傾眠していた。帰室から約5時間後、点滴を自己抜去しベッド柵を乗り越え転倒しているところを看護師に見られた。その後患者から尿意の訴えがあったため車イスにてトイレに移動した。翌日の聞き取りでは、手術室入室後から翌日の起床時までの記憶はないとのことであった。

【考察およびまとめ】

当院において、今後さまざまな症例でRMZを使用する予定である。超短時間作用型の特徴をもつRMZだが、術後せん妄を考慮した麻酔管理が重要である。

15:25 - 16:25

日本歯科専門医機構 歯科専門医共通研修 (研修項目：②患者・医療者関係の構築)

医療面接から得られる情報 — 歯科医師に必要な他科との連携 —

日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座

准教授 井口 麻美



現在、高齢社会となり、有病者の来院、最近ではパニック障害、不安神経症などの患者さんも増加しています。このような患者さんは、病院に通院してコントロールされている、健康診断などで指摘されているが病院には行っていない、途中で自己判断によって通院を中止しているなど様々です。歯科臨床では、神経原性ショック、過換気症候群、アナフィラキシーショック等の全身的偶発症への対応だけでなく、高血圧や心疾患など基礎疾患の急性増悪への対応も必須となっています。そのためには事前に患者さんから医療面接で情報を得ることが重要となってきます。本講演では、日常臨床で遭遇する全身的疾患を中心に“どのような医療面接を行い、どのような治療方針が良いのか”について実際の症例を通して解説し、さらに安全への対策等について概説を行います。

【略歴】

- 1999年 日本歯科大学新潟歯学部卒業
- 2004年 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科修了
- 2011年 日本歯科大学新潟病院歯科麻酔・全身管理科 講師
- 2014年 日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座 講師
- 2024年 日本歯科大学新潟生命歯学部歯科麻酔学講座 准教授

【免許・資格】

- 博士（歯学）
- 日本歯科麻酔学会 認定医・専門医
- 日本有病者歯科医療学会 認定医・専門医・指導医
- 日本歯科大学新潟病院 施設指導医

16:35 - 17:15

2-1 星状神経節ブロック施行中に発症した局所麻酔中毒の経験

○佐藤栄里子¹⁾, 安田麻子²⁾, 篠原健一郎²⁾, 酒井有沙¹⁾, 塩谷伊毅¹⁾, 砂田勝久¹⁾

1) 日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座

2) 日本歯科大学附属病院歯科麻酔・全身管理科

【緒言】

星状神経節ブロックは総頸動脈、上腕神経、反回神経周囲に局所麻酔薬を投与するため重篤な偶発症を生じることがある。今回、口腔外科手術後に生じた顔面神経麻痺に対して星状神経節ブロックを行ったところ、局所麻酔中毒を発症した症例を経験したので考察を加えて報告する。

【症例】

24歳、男性。身長172cm、体重93kg、BMI31.4であった。既往歴に小児喘息があるが、現在発作はない。クラインフェルター症候群、2型糖尿病（HbA1C6.5%）アレルギー性鼻炎に対してテルザ錠20mg、モンテカルスト錠10mgとオロパタジン錠5mgが処方されている。また、ナッツ類、リンゴで発疹が出現するがラテックス・フルーツアレルギーの診断は受けていない。反対咬合の診断により、下顎枝矢状分割術、上顎Lefort I 骨切り術を受けた。術後、右側顔面神経麻痺の症状を認めためたため当科にて、星状神経節ブロックを開始した。

【経過】

逆血のないことを確認し、1%リドカインを2.5ml程投与したところ、全身性に強直性痙攣が出現し、意識も消失した。直ちに酸素3ℓ/分を鼻カニューレで投与し静脈路を確保して、ジアゼパム5mgをボーラス投与したところ、痙攣は消退しバイタルサインも安定した。その後3時間経過したが、バイタルサインは安定しており意識も清明であったため帰宅を許可した。

【考察】

当科では超音波ガイド下ブロックも行っているが、本症例では複数回のブロックをランドマーク法で問題なく行ってきたために、超音波ガイドを利用しなかった。星状神経節ブロックでは中毒発症の可能性を常に念頭に置くべきである。

2-2 顎変形症手術において抜管後に呼吸困難による陰圧性肺水腫を発症した一例

○辻内美穂, 津村円華, 梶原美絵, 金子啓介, 岡 俊一

日本大学歯学部歯科麻酔学講座

【緒言】気管チューブ抜管後の気道閉塞は全身麻酔の重篤な合併症の一つである。今回我々は顎変形症手術において抜管直後に気道閉塞と陰圧性肺水腫を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】30歳の男性。身長170 cm、体重59 kg。顎変形症の診断で全身麻酔下にLeFort I 型骨切り術および下顎枝矢状分割術が予定された。26歳時に全身麻酔下で左右のO脚矯正手術と抜釘術、30歳時に慢性前立腺炎の既往がある。術前検査で異常所見は認めなかった。

【経過】フェンタニル、レミフェンタニル、プロポフォール、ロクロニウムで急速導入し、経鼻挿管した。術中の麻酔維持は全静脈麻酔法で行い、手術時間3時間30分、輸液量1900 mL、出血量672 mLで終了した。患者が覚醒し、呼吸回数、1回換気量、筋弛緩からの回復は十分であり、従命可能であったため抜管した。抜管後、患者が苦悶様顔貌を示した後にSpO₂が急激に50%台まで低下した。マスク換気を行ったが、SpO₂が70%台の上昇に留まったため経口挿管を行った。100%酸素投与下で用手換気を続けSpO₂は99%まで上昇した。気管チューブ内を吸引したところピンク色の泡沫状分泌物を多量に吸引した。気道閉塞による陰圧性肺水腫が疑われたため、患者は医科病院へ搬送された。翌日に抜管となり、全身状態が改善したため当院に再入院となった。

【考察】気道閉塞が起きた原因は喉頭への血液・分泌物の流入や抜管操作の刺激による喉頭痙攣が考えられた。口腔外科手術は術野と気道が近接する特性上、抜管前に口腔内の血液の貯留や気道評価を十分に必要がある。

2-3 全身麻酔及び静脈内鎮静法施行時に絶飲食時間を遵守していたが嘔吐してしまった症例

○内藤 希,横田英子,梶原美絵,辻内美穂,小柳裕子,岡 俊一

日本大学歯学部歯科麻酔学講座

【緒言】麻酔導入時の誤嚥及び嘔吐の発現が危惧されるため、絶飲食時間が設けられている。今回我々は絶飲食時間を遵守していたが全身麻酔及び静脈内鎮静法導入時に嘔吐が生じた症例を経験したので報告する。

【症例1】患者は7歳女性。上顎正中埋伏過剰歯の診断の下、全身麻酔下で抜歯術が予定された。最終摂取時間は前日の18時頃で全身麻酔開始予定の15時間前であった。当日朝8時頃にバス内で嘔吐したことを聴取した。セボフルランで緩徐導入後、挿管に難渋し右鼻に挿入した気管チューブから徒手換気を行っている最中に気管チューブ内と人工鼻に固形胃内容物の付着を認めた。気管挿管後、胃管を挿入し吸引したところ多量の固形胃内容物を吸引した。FiO₂が0.4でSpO₂が80%台まで下がるため全身麻酔の中止を決定した。覚醒2時間後に体温が39.5°Cに上昇したためアセトアミノフェンを投与した。覚醒後4時間経過しても37.6°Cと平熱に下がらないため医科病院に搬送した。

【症例2】患者は30歳男性。絞扼反射及び歯科恐怖症のため静脈内鎮静法下で根管治療が予定された。患者本人と母親に固形物の最終摂取時間が13時間前であることを確認し静脈内鎮静法を実施した。ミダゾラムとプロポフォールで導入し治療を開始した。局所麻酔を試みたところ嘔吐あり固形の吐瀉物を認めた。その後も嘔吐が続くため治療を中止し覚醒を待った。術後は特に問題は認められなかった。

【考察】絶飲食時間を遵守していたが胃に内容物が残留していた原因としてストレスおよび手術に対する恐怖と不安が大きく胃内容物の排出遅延が生じたと考えられる。

2-4 Dandy-Walker症候群患者の全身麻酔経験

○篠原麻緒¹⁾,大和田央子¹⁾,山本麻貴¹⁾,今井智明¹⁾,塩谷伊毅²⁾,篠原健一郎¹⁾,砂田勝久²⁾

1) 日本歯科大学附属病院歯科麻酔・全身管理科

2) 日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座

【緒言】

Dandy-Walker症候群（以下DWS）は、小脳虫部の形成不全と第四脳室の嚢腫状拡張を主な病態とする症候群であり、顔面奇形の合併が認められる。全身麻酔では気管挿管困難・換気困難（以下CICV）が予想される。今回、DWS患者の全身麻酔管理を経験したので報告する。

【症例】

23歳女性,130cm,25kg.出生後間もなくDWSと診断され、てんかん,重度知的能力障害,側弯,睡眠時無呼吸症候群を合併している。多数歯う蝕に対し全身麻酔下歯科治療を予定した。術前所見にて小下顎症を認めた。その他の気道評価は行えなかった。側弯は軽度であった。

【経過】

導入後,マスク換気を試みるも換気困難であった。右鼻孔に気管チューブを挿入し用手にて換気良好となった。McGRATH®にて喉頭展開を行いCormac分類Grade IIであったため,筋弛緩薬を投与後に挿管した。抜管時には,気管チューブを完全に抜去せず経鼻エアウェイ様に留置し,開眼を確認し完全抜去した。帰室後も経過良好であった。

【考察】

DWSの麻酔管理上の問題点にCICVがある。本症例では,正確な術前気道評価が困難であったため,入眠後,筋弛緩薬投与前に喉頭展開し挿管可能かの判断を行った。抜管時は気管チューブを一時的なエアウェイとして用いることで上気道閉塞を回避した。DWSでは合併症にも個人差があるため,関係診療科での情報共有,入念な麻酔計画,それに併せた備えが重要であることが再認識された。

