

第 35 回 九州歯科麻酔シンポジウム (日本歯科麻酔学会九州地方会)

テーマ
～歯科麻酔科医のあるべき姿を問う～

抄録集



会 期 2025 年 2 月 8 日 (土) 13:00-17:00

会 場 九州大学 病院キャンパス 歯学部棟 1 階 講義室 A・B・C

(福岡県福岡市東区 3-1-1)

大会長 横山 武志

(九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 歯科麻酔学分野)

目次

大会長挨拶	2
会場案内	3
運営委員会のご案内	5
参加者の皆様へ	6
発表者の皆様へ	6
感染対策について	6
プログラム	7
抄録	8
特別講演	9
シンポジウム	11
一般演題	15

大会長挨拶

九州歯科麻酔シンポジウム参加者の皆様

謹啓

時下皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。さて、第35回九州歯科麻酔シンポジウムを2025年2月8日（土）に福岡で開催いたします。前回の鹿児島に続き、対面での現地開催とさせていただきます。

少しでも有意義なシンポジウムとなるように教室員一同、鋭意準備を進めてまいりました。

近年、歯科関連の事故が報道され、その中には局所麻酔薬に関する事故や、歯科麻酔科医が関わる事件もありました。

そこで今回は「歯科麻酔科医のあるべき姿を問う」というテーマにさせていただきました。医療の原理原則を踏まえた上で歯科麻酔と医科麻酔の関連性や、われわれ歯科麻酔科医が目指すべき目標などについて全員でしっかりと考えることが大切だと存じます。

特別講演は東京大学大学院医学系研究科外科学専攻臓器病態外科学講座心臓外科学 小野稔 教授に「わが国における心臓移植と植え込み型人工心臓」についてご講演を賜る予定です。

本シンポジウムがこれからの歯科麻酔の将来を担う若い先生方にとって有益なものになれば幸甚です。是非、活発な質疑応答をお願い致します。

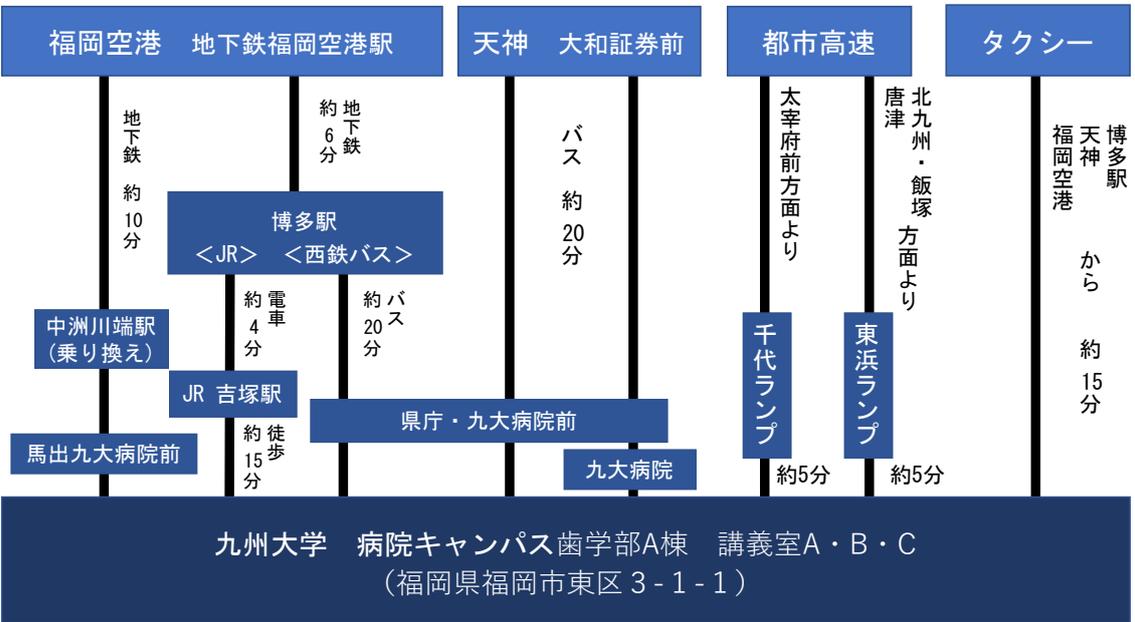
謹白

大会長 横山 武志

会場案内



地下鉄 / JR / バス 都市高速 / タクシー



お車でご来場の場合は近隣のコインパーキングをご利用ください

東門入り口から見た図



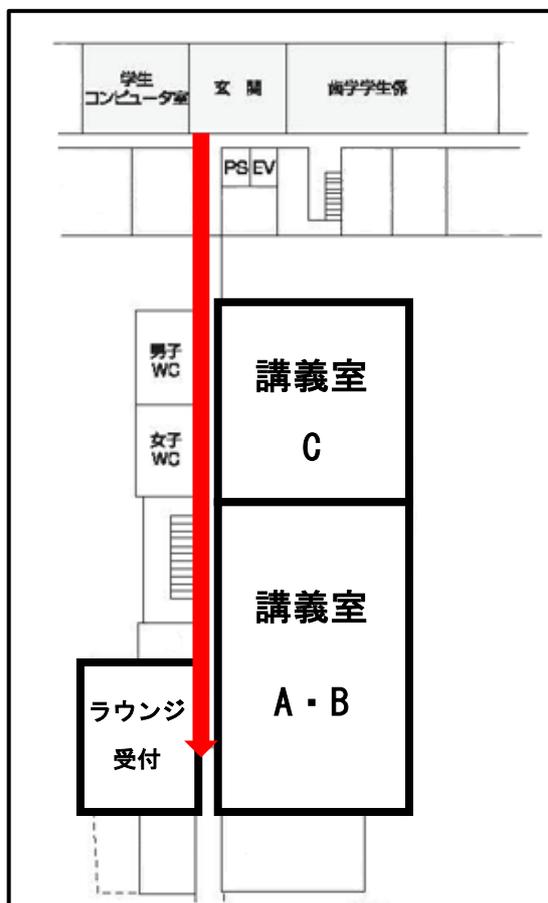
地下鉄7番出口よりアーケードをお進みください



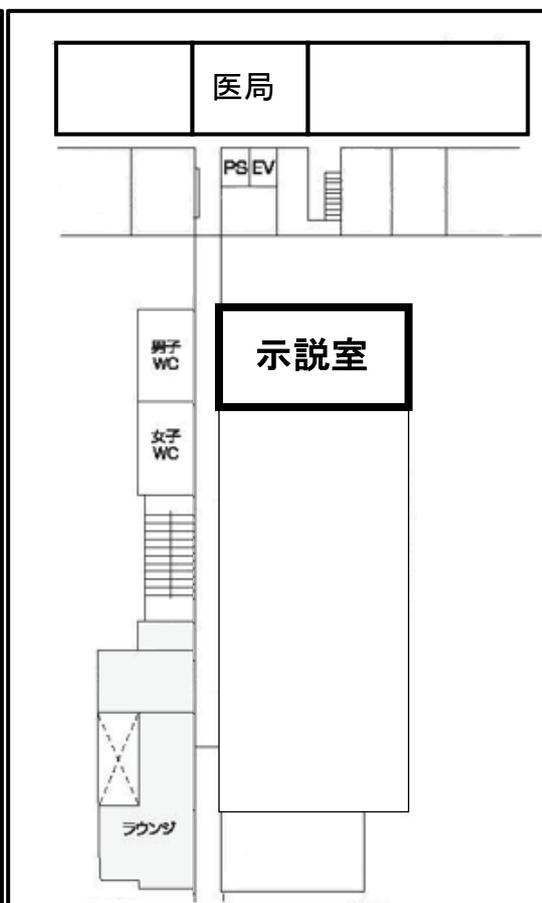
右下図モニュメント奥の玄関よりお入りください



<1階>



<2階>



<1階>

- ラウンジ:受付（受付開始 12:45）先ずは受付へお越しください
 - 講義室A・B:メイン会場
 - 講義室C:機器展示会場、フリースドリンクコーナー
- ※託児・荷物のお預かりはございません、ご了承ください

運営委員会のご案内

日時:2025年2月8日(土) 11:30-12:30

会場:九州大学 病院キャンパス 歯学部A棟 2階 示説室

※資料は当日お配り致します

参加者の皆様へ

開催形式：対面による会場開催

参加登録：

- 1) 登録期間：2024年11月25日-2025年1月25日
- 2) 登録方法：申し込みフォームによる事前登録
- 3) 参加費（3,000円）支払方法：
学会HP記載の口座に参加登録時の氏名でお振り込みください
- 4) 領収書：参加登録・参加費の振込みが確認できた方は、領収書を登録メールアドレスへ送信させていただきます
- 5) 参加証明書：会場でお渡しします
- 6) 問い合わせ先：運営事務局にメールでお問い合わせください
運営事務局：shikamasui.kyushu.d@gmail.com

発表者の皆様へ

<一般演題募集要項>

- 1) 演題抄録締め切り：2025年1月10日（金）（締切りました）
- 2) 発表形式：口演（発表6分、質疑応答4分）
※時間をお知らせするため発表開始より5分/6分時点でベルを鳴らします
- 3) 発表スライド：当日会場にご自身のパソコンをご持参いただくか、USBメモリ等の記録媒体をご持参ください
尚、当方の設備は下記の通りです
OS：dynabook（Windows 10 Pro）
※Mac OSの対応はございません
アプリケーション：Microsoft PowerPoint（2019年）
スライドの画面サイズ：16:9
※ご自身のパソコンを使用の場合はサイズに指定はございません
- 4) 利益相反：第52回日本歯科麻酔学会総会・学会集会に準じた利益相反状態の表示をお願いいたします

感染対策について

- ・ご自身の体調を鑑みてご来場ください
- ・各所に手指消毒剤を設置しておりますので、適宜ご利用ください

プログラム

- 13:00-13:05 **開会の辞** 大会長：横山 武志（九州大学）
- 13:05-13:45 **一般演題Ⅰ** 座長：塚本 真規（鹿児島大学）
- I-1. 女性スタッフによる男性患者のデンタルチェアから床への移動について
九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座歯科麻酔学分野 一杉 岳
- I-2. 挿管時に脱落した歯牙を再植した1例
久吉医療センター 歯科口腔外科 石神 哲郎
- I-3. 長崎大学歯学部ペインクリニックにおける臨床と研究最前線
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科歯科麻酔学分野 岡安 一郎
- I-4. 麻酔導入時にアナフィラキシーショックを起こした一例
伊東歯科口腔病院歯科口腔外科・麻酔科 前田 真寛
- 13:45-13:55 休憩（10分）
- 13:55-14:55 **特別講演** 「わが国における心臓移植と植込み型補助人工心臓」
座長：横山 武志（九州大学）
演者：小野 稔（東京大学大学院医学系研究科心臓外科）
- 14:55-15:05 休憩（10分）
- 15:05-15:45 **一般演題Ⅱ** 座長：一杉 岳（九州大学）
- II-1. 先天性上下顎癒合症に起因した開口制限のため口唇形成術を中止とした症例
鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 顎顔面機能再建学講座 歯科麻酔全身管理学分野
奥 友輔
- II-2. 気管チューブの種類による鼻孔周囲の皮膚障害の発生状況
久留米大学医学部麻酔学講座, 九州歯科大学附属病院歯科麻酔科・ペインクリニック
須佐 愛
- II-3. 静脈内鎮静後に陰圧性肺水腫が疑われた症例
福岡歯科大学 麻酔管理学分野 松村欣吾
- II-4. オトガイ部への浸潤麻酔により異常絞扼反射をもつ患者への口腔内処置が可能となった2例
諏訪歯科医院, 順天堂大学医学系研究科歯科口腔外科学研究室 諏訪 一郎
- 15:45-15:55 休憩（10分）
- 15:55-16:55 **シンポジウム** 「歯科麻酔科医のあるべき姿を問う」
座長：山下 薫（鹿児島大学）
シンポジスト 横山 武志（九州大学）
コメンテーター 久保田 敦（クボタ歯科醫院, Pennsylvania U）
廣川 惇（宮崎歯科福祉センター）
- 16:55-17:00 **閉会の辞** 大会長：横山 武志

抄 録

特別講演
シンポジウム
一般口演

特別講演

わが国における心臓移植と植込み型補助人工心臓

東京大学大学院医学系研究科心臓外科

小野 稔

薬物治療・外科手術・通常のデバイスによる治療によっても症状改善が得られないような重症心不全の予後は極めて不良である。高齢化に伴って心不全患者数は増加するものの、青年期や働き盛りの中年期においても心不全患者は少なくない。心不全の重症化に伴い社会活動が大きく障害され、労働生産性は著しく低下し、長期の自宅療養を経て、最後は退院が望めないような長期入院生活を余儀なくされる。この重症心不全を劇的に改善し、社会復帰可能とする治療法が心臓移植と植込み型補助人工心臓である。

1999年に臓器移植法の下に心臓移植が開始されてから、2023年以降は年間100例を超える移植が実施され、2025年夏には通算1000例に到達する見込みである。日本では10年生存率85%以上という驚異的に高い生存率を誇っている。現状とその背景についてお話ししたいと思う。

2011年に心臓移植を安全に年余にわたって待機することを目的として保険適用された植込み型補助人工心臓は、2021年からは心臓移植を前提とせず、植込み型補助人工心臓を装着して生涯を全うするdestination治療も保険適用されるようになった。装着数は間もなく2000例に到達するが、予測1年生存率20～30%の重症心不全の患者さんが5年生存率80%を達成するという国際的に極めて優れた成績を日本から発信している。補助人工心臓の進歩も著しく、現状と将来展望についてお話ししたいと思う。

【略歴】

- 1987年 東京大学医学部医学科 卒業
- 1987年 東京大学医学部附属病院第2外科系 研修開始
- 1988年 社会保険中央総合病院外科 医員
- 1990年 東京大学医学部附属病院胸部外科 医員
- 1992年 杏林大学医学部附属病院胸部外科 助手
- 1993年 総合病院 国保旭中央病院心臓外科 主任医員
- 1994年 東京大学医学部附属病院胸部 外科医員
- 1994年 東京大学医学部附属病院胸部外科助手
- 1998年 医学博士学位 授与（東京大学）
- 1999年 米国オハイオ州立大学心臓胸部外科 臨床フェロー
- 2001年 東京大学医学部附属病院心臓外科 助手
- 2004年 東京大学医学部附属病院心臓外科 特任講師
- 2004年 東京大学医学部附属病院心臓外科 講師
- 2009年 東京大学医学部附属病院心臓外科 教授
- 2013年 東京大学医学部附属病院医工連携部 部長（併任）
- 2023年 東京大学医学部附属病院臓器移植医療センター長（併任）
- 2024年 東京大学臨床生命医工学連携研究機構長（兼担）

【学会・資格等】

- 日本心臓血管外科学会 理事長 心臓血管外科修練指導者・心臓血管外科専門医
- 日本胸部外科学会 次期分野会長 指導医
- 日本移植学会 理事長 移植認定医
- 日本バイオデザイン学会 代表理事
- アジア胸部心臓血管外科学会 事務総長
- 国際人工臓器学会 理事長 2025年度大会長

歯科麻酔科医のあるべき姿を問う

九州学大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座歯科麻酔学分野

横山 武志

医療者にとって基本となるのは「良い医療を提供する」ことです。医療者である麻酔科医には「安全で質の高い麻酔を提供する」ことが求められます。そのために麻酔科医は多くのエビデンスで支えられた麻酔管理、すなわち現時点での世界で標準的と言える麻酔管理の知識や技術を学ぶ必要があります。

私はこれまでのキャリアの前半を医学部の麻酔科（東大、高知大）で、後半を歯学部麻酔科（九大）で過ごしてきました。歯科麻酔に異動してすでに15年以上過ぎましたが、いまだに「歯科麻酔」とは何かがよく理解できません。九州大学に赴任するまでは、私は歯科麻酔も心臓麻酔や産科麻酔などと同様に一つの専門領域であり、「口腔領域の疾患の手術や治療、侵襲的検査がスムーズに受けられるように麻酔の技術を用いて全身を管理すること」だと考えていました。しかし、実際には他の麻酔の専門領域と異なり、組織を構成する歯科麻酔科医の集団自体がかなり閉鎖的に歯科麻酔という領域を築いているように感じています。

例えば、舌癌で舌部分切除術を受ける患者さんに、医師が手術して医師が麻酔する場合と、歯科医師が手術して医師が麻酔する場合、歯科医師が手術して歯科医師が麻酔する場合の3通りがあります。同じ診断名で、同じ手術を受けるのに医科麻酔や歯科麻酔という区別が生じることには大きな矛盾を感じます。また、当然のことですが、患者側から見てそれぞれの組み合わせで手術や麻酔の安全性や質に有意な差があることは許されないはずです。

九大に赴任してすぐのことですが、医局の症例検討会で心筋梗塞の既往のある高齢の顎骨骨折の症例について当時の医局員から「この症例はリスクが高いので医科に麻酔をお願いしましょう」という意見がありました。心エコーの結果を見る限りでは心機能も保たれており全身麻酔に支障があるとは思いませんでした。医科に麻酔管理をお願いすればそれだけで手術が遅くなります。当時の九大病院歯科麻酔科だけの問題かもしれませんが、歯科医師にハイリスク症例を診る能力がないというのであれば、患者の側からすれば大きな問題です。速やかに手術を受けられないとか、隠れたリスクがあっても気づいてもらえないということにもなります。

もちろん医科とか歯科にかかわらず、施設の設備や人材の状況によってはハイリスク症例を受け入れられないこともあります。しかし、九州大学病院歯科

麻酔科でリスクの高い患者さんを受け入れないと、医科の麻酔科医も少ない現状で、歯科のハイリスク患者は北部九州のどこにもかかれず、必要な治療が全く受けられない可能性すらあります。医科と併設された ICU も備えた施設で、口腔疾患の治療に麻酔が必要にもかかわらず、歯科麻酔科で麻酔が受けられないなどということは歯科麻酔の存在意義自体が問われます。

また、歯科麻酔では、患者さんの有する疾患を専門とする医師の意見を常に正しいと絶対視している人が多いように感じます。しかし、内科医は麻酔のスペシャリストではありません。意見として参考にすることは良いと思いますが、周術期の管理は全く異なるため、内科医の意見を盲信することはできません。麻酔管理を行うのは麻酔科医なのです。例えば、腎臓が悪い症例で腎臓内科医から「輸液はK⁺フリーで」というコメントをもらうことがよくありますが、麻酔の世界ではナンセンスな話です。医師ときちんと意見交換ができずにただ言いなりになるようなレベルで麻酔管理をすることは許されません。

朝日新聞の 2002 年 4 月 16 日号の『私の視点』に「医学を学んだ君に問う」という有名なコラムがあります。外科医である前金沢大学医学部附属病院長の河崎一夫先生が書かれたものです。その一節に「君自身や君の最愛の人が重病に陥った時に、勉強不足の医師にその命を任せられるか？医師に知らざるは許されない。医師になることは、身震いするほど怖いことだ」という文章があります。これは歯科麻酔科医であっても同じだと思います。患者さんの命を預かる立場である以上、麻酔を辞めるまで勉強を続ける必要があります。「歯科麻酔科医は、医師に比肩する知識や技術を有しているのか？」「医師に比肩する知識や技術を得るために努力しているのか？」ということは問われ続けるべきことなのです。わずか数年の医師との教育の違いを「歯科医師は麻酔管理の能力が劣っても仕方ない」という言い訳にはできません。

私は臨床家であり、常に患者の立場を尊重しています。もし自分や家族が患者であれば、それが医師であろうと歯科医師であろうと、知識や技術が劣るために標準的な麻酔ができない麻酔科医による麻酔を受けたいとは思いません。もちろん自分が受けたくないような麻酔管理を推奨することはできません。いつの時代であってもグローバルスタンダードに基づいた最善の麻酔管理を受けることは患者の有する当然の権利です。

私は、若い歯科麻酔の先生たちには世界の標準的な麻酔管理とそれを支えるエビデンスを学んでほしいと思っています。しかし、歯科麻酔で参加することをよく勧められる学会は歯科医療を中心に置いた学会がほとんどです。そのような学会は麻酔科学の主流からは離れているため、参加しても最新の麻酔管理について学ぶことは難しいでしょう。そもそも世界のほとんどの国では歯科医師が全身麻酔することを認めていません。しかし日本では、歯科医療に限定さ

れてはいますが、歯科医師にも全身麻酔を実施することが認められています。全身麻酔を実施する以上、グローバルスタンダードとなる麻酔管理を学ぶことは当然の義務です。そのためには、ESA（欧州麻酔学会）やSSRI（北欧麻酔学会）、もしくはASA（米国麻酔学会）、せめてASEAN麻酔学会やアジアオーストラリア麻酔学会のような国際的な麻酔の学会に参加し、海外の麻酔科医と交流する必要があります。

私は、プロフェッショナルとして麻酔臨床に従事しています。もちろん満点は無理ですが、医師と対等に議論できる歯科麻酔科医だと胸を張って言える存在でありたいと思っています。また、大学人である以上、麻酔臨床に貢献できる研究を実施し、その成果を国際学会で発表して歯科麻酔科医だけでなく関連分野の医療者に周知するようしてきました。また、海外の医療者と交流し新たなエビデンスなどを持ち帰ることに努めてきました。歯科における医療安全としては、歯科治療中の心停止に対する方策として、ヨーロッパ蘇生評議会のガイドラインで私の考案した方法が推奨されています。しかし、日本歯科麻酔学会への学問的貢献としては評価されていないように感じます。このような学会への貢献について、より客観的かつ広い視点で見たいと思っています。

歯科医師であっても、麻酔科医として患者さんに質の高い麻酔を提供できているということや、学問的な業績をあげ、麻酔に関わる医師たちとも共に学んで全体の臨床レベルが高まるように努めることはとても大切です。これからの若い歯科麻酔科医の先生にもプライドを持って麻酔臨床や研究に従事してほしいと思います。

このシンポジウムでは、「歯科麻酔とは何か、歯科麻酔学とはどのような学問か」「歯科麻酔専門医とはどうあるべきか」「歯科麻酔学会とはどのような学会か、学会に貢献するとはどのようなことか」のそれぞれについて一緒に考えていただき、さらに「私の考える臨床家像について」ご意見をいただければ幸いです。

【略歴】

昭和 61 年 3 月 東京大学 医学部 保健学科 卒業
平成 2 年 3 月 大阪大学 歯学部 歯学科 卒業（歯科医師）
平成 4 年 4 月 国立がんセンター研究所 リサーチレジデント
平成 6 年 3 月 東京大学大学院 医学系研究科 修了（医学博士）
平成 6 年 10 月 東京大学 医学部附属病院 麻酔科 医員
平成 9 年 5 月 高知医科大学 麻酔科蘇生科 助手
平成 15 年 6 月 高知医科大学 器官制御医学講座 麻酔・救急・災害医学 講師
平成 16 年 6 月 高知大学 医学部 麻酔科学講座 助教授
平成 17 年 7 月 アイオワ大学留学
平成 20 年 9 月 高知大学 医学部附属病院 麻酔科 科長代行
平成 21 年 4 月 九州大学大学院 歯学研究院 歯科麻酔学分野 教授
現在に至る

一般演題

I-1. 女性スタッフによる男性患者のデンタルチェアから床への移動について

(歯科治療時の心停止患者に対する CPR 改善に向けて)

- 1) 九州大学大学院 歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 歯科麻酔学分野
- 2) 九州大学大学院 歯学府 口腔顎顔面病態学講座 歯科麻酔学分野
- 3) 九州大学病院 歯科麻酔科

○一杉岳¹、窪田麗²、河野桃子²、羽野和宏²、大島優¹、衛藤理³、四道瑠美³、上田結衣³、横山武志¹

目的：デンタルチェアへの乗り降りは通常右側からだけで、機種によっては柔らかいクッションが備えられている。また、背板の下には支えがないため、胸骨圧迫の際にはその効率の低下が考えられる。本検討では心停止を想定した患者の床への移動に必要なマンパワーおよび移動時間、スタッフの疲労について検討した。

方法：女性ボランティアによる患者の床への移動について、移動に必要な人数、移動に必要な時間、疲労度を評価した。模擬患者として体格の異なる4名の男性が参加した。移動に必要な人数は、第三者が移動の可否を評価した。移動時間は、床への移動に要した時間を評価した。疲労に関しては、血圧と心拍数に加えて主観的スケール（RPE法）で評価した。

結果：男性患者を床へ移動させるには、最低3人の女性スタッフが必要であった。デンタルチェアのモデルや患者の体型によっては5人のスタッフが必要になった。移動時間は20秒以上必要であった。疲労については、血圧や心拍数には有意な違いを認めなかったが、移動可能な最小人数の場合に疲労度が大きかった。

考察：歯科治療中の患者急変時には、実際の移動に加えて、患者の異常を察知し、スタッフが集まるなど、スタッフらが状況の理解と行動開始の時間が必要になる。そのため、胸骨圧迫の開始が遅れる。多くの国際救命ガイドラインが推奨する「心停止30秒以内に CPR を開始する」に沿うためにはデンタルチェア上での心肺蘇生を考慮すべきである。

I-2. 挿管時に脱落した歯牙を再植した1例

人吉医療センター 歯科口腔外科

○石神哲郎、松永千恵 田中亜里沙、北之園莉弥

【緒言】

挿管中の歯牙の損傷は、誤飲誤嚥などのリスクとなるだけでなく、術後の審美的な問題や患者さんとの信頼関係にも影響を及ぼすことがあり慎重な対応が必要である。今回我々は、気管挿管時に脱落した歯牙を即時に再植した症例を経験したので、その概要を報告する。

【症例】

患者：66歳、男性

主訴：挿管操作中に歯が欠けた

現病歴：

202X年6月4日、整形外科手術を目的に入院。

6月5日、手術実施。

手術室から、挿管時の歯牙損傷の連絡が歯科外来にあり、手術室に急行した。偶発的なL1完全脱臼、脱落であったので、直ちに再植した。

術後、歯科医が病室へ訪問し、本日の顛末と対応を説明した。術後1週間目にL1の即抜即根充を実施した。術後約1か月目に固定除去。植立状態良好につき終診とし、紹介状を作成し経過観察をかかりつけ歯科に依頼した。

【考察】

気管挿管時の歯牙損傷は上顎前歯部が多いと報告されている。また、覚醒時も経口挿管であれば患者さんがバイトブックと強く噛んだ時に骨植の悪い歯は容易に脱臼する可能性もあり、周術期の口腔内の評価は重要である。

今回、状態の良好ではないと推測された歯牙であっても、挿管時に脱落したため、術前の現状回復を目的に再植し生着したことは、即時に歯槽窩に復位して固定したことが良好な経過に結び付いたと考えられ、病院とのトラブルも回避しえた。

I-3. 長崎大学歯学部ペインクリニックにおける臨床と研究最前線

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科歯科麻酔学分野

○岡安一郎、達 聖月、尾崎 由、馬渡遥香、石塚裕葵、倉田眞治

2002年4月、長崎大学歯学部附属病院に開設されたペインクリニックは、2012年3月、長崎大学病院「オーラルペイン・リエゾン外来」としてリニューアルした。

口腔顎顔面領域における痛み全般（口腔顔面痛）を対象に、1. 十分な医療面接、2. 丁寧な診察と検査、3. 的確な診断と管理、4. 緊密な医療連携をモットーとし、診療を行っている。特に、心身医学・精神医学的対応が必要な患者に対しては、傾聴・共感を主体としたカウンセリング、身体面・心理面・社会面（バイオ・サイコ・ソーシャル）からのトータルな見方と対応、必要に応じて、精神科医・心療内科医とのリエゾン治療を検討する。三叉神経痛や外傷後三叉神経障害性疼痛の他、舌痛症、顎関節症、非歯原性歯痛、頭痛等、対象疾患が広がったこと、また、医科歯科連携により、歯科単独で行っていた以前に比べて、痛みの管理がスムーズに行えるようになったこともあり、患者数が倍増した。

当科を受診する患者において、舌痛症および Burning mouth syndrome (BMS) が過半数以上を占めている。舌痛症 (BMS) は、病態が不明な難治性口腔疾患で、これまで、運動機能反射（瞬目反射）や定量的感覚検査 (QST) を用いた研究が行われてきた。

私達は、BMS患者の自律神経機能に着目し、新たな手法で研究を開始した。当科の二十余年の変遷と、現在、当外来で行っている BMS の臨床研究を紹介する。

I-4. 麻酔導入時にアナフィラキシーショックを起こした一例

伊東歯科口腔病院 歯科口腔外科・麻酔科*

○前田 真寛、村上 怜子、飯村 宗一郎、藤高 若菜、竹部 史朗、吉武 博美、後藤 俱子*

〔緒言〕周術期のアナフィラキシーショックは約 5000 例に 1 例の発症頻度とされている。今回我々はロクロニウムの投与直後にアナフィラキシーショックを呈した症例を経験したので報告する。

〔症例〕15 歳男性，身長 170cm，体重 59kg。全身麻酔下で左側上顎犬歯埋伏歯抜歯術を予定した。9 歳時に注意欠陥・多動性障害，トゥレット症候群と診断され，エビリファイ®を内服していた。

〔経過〕手術室入室後，血圧 121/72mmHg，心拍数 60 回/分，SpO₂98%であった。フェンタニル 100 μg，プロポフォール 120mg，セボフルランで急速導入し，ロクロニウム 36mg 投与後に，心拍数 48 回/分となりアトロピン 0.25mg 投与した。その直後に心拍数 140 回/分となり，全身の発赤を認め，SpO₂，EtCO₂は一過性に消失した。喉頭痙攣を疑い，McGRATH®を挿入すると声門は開大していたが，挿管困難のため，ラリングマスクを挿入し，AOS で麻酔維持した。血圧 52/34mmHg と低下したためエフェドリン 8mg，ポララミン®5mg，ソル・コーテフ®100 mgを静脈内投与し，輸液を急速静注した。血圧 78/40mmHg，心拍数 120 回/分，SpO₂100%と改善したため，手術を施行した。二相性反応を危惧して当日入院した。

〔考察・結語〕原因薬剤としてロクロニウムが考えられたが，ヒスタミンとトリプターゼの検査には特殊な採血管が必要であり，好塩基球活性化試験も測定できず，皮内テストも同意を得られなかったため，原因物質の特定には至らなかった。筋弛緩薬によるアナフィラキシーは MRGPX 2（Mas 関連 G 蛋白質受容体）を介する脱顆粒反応とされ，IgE を介する反応より早く脱顆粒が始まり短時間で終了することが報告されている。アナフィラキシー発症の可能性の臨床スコア (>21) では，本患者は 32 点と高いスコアでありアナフィラキシーショックと考えられる。

II-1. 先天性上下顎癒合症に起因した開口制限のため口唇形成術を中止とした症例
鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 顎顔面機能再建学講座 歯科麻酔全身管理学分野
○奥 友輔、塚本真規、吉嶺秀星、宇都明莉、杉村光隆

緒言

挿管困難の症例では、挿管できることが歯科麻酔科医にとって必要な技術である。しかし、今回、先天性上下顎癒合症に伴う開口制限で挿管困難が予想された症例において、挿管はできたが、癒合部の切除後も開口制限が改善せず、術後管理を念頭に口唇形成術を中止とした症例を経験したので報告する。

症例

患者は0歳6カ月の男児、身長62 cm、体重6 kg。生後、両側性唇顎口唇裂、先天性上下顎癒合症と診断された。術前気道評価で開口量は1横指程度であった。そのほか術前検査で異常は認めなかった。今回、両側性唇顎口唇裂に対して、全身麻酔下で口唇形成術が予定された。

経過

口腔外科医との申し合わせで、挿管困難となった場合、又は癒合部索状物の切除後も開口制限が認められた場合は、術後の気道管理が難しくなる可能性を考慮し、手術を中止することを決めていた。

麻酔は緩徐導入で行い、筋弛緩効果を確認後に開口量を計測したが、術前同様に1 cm程度であった。カフなし3.5mmの挿管チューブを、サイズ0のミラー型喉頭鏡で挿管後、癒合部索状物の切除を施行したが開口量は1 cm程度と変わらないため、術前の申し合わせに従い手術終了とした。その後、CTで顎関節に異常ないことを確認した。また、開口量が3cm程度となったため、今後、口唇形成術を予定している。

結論

本症例は挿管後に十分な開口量を得られず口唇形成術を中止としたが、術前の顎関節評価や術後のICU管理などを考慮してもよい症例であった。

II-2. 気管チューブの種類による鼻孔周囲の皮膚障害の発生状況

久留米大学医学部麻酔学講座¹

九州歯科大学附属病院歯科麻酔科・ペインクリニック²

○須佐愛^{1,2)} 佐藤爽^{1,2)} 原将人¹⁾ 左合徹平²⁾ 平木照之¹⁾

【はじめに】

経鼻挿管に伴う鼻孔周囲の皮膚障害が発生することがある。気管チューブによる圧迫が原因とされるが、気管チューブの種類による皮膚障害の発生状況はわかっていない。当院では、経鼻用レイチューブおよび経口用リンフォースチューブを使用してきたが、鼻孔周囲の皮膚障害が続けて発生したため、新たに経鼻用プレフォームドチューブを使用することとなった。そこで、今回気管チューブの種類による皮膚障害の発生数および原因となる因子を調査する。

【方法】

本院の倫理委員会の承認を得て、後ろ向きに検討を行った。2020年1月から2024年11月までに、経鼻挿管を行い術後に鼻孔周囲の皮膚障害が発生した患者において、気管チューブの種類別に年齢、性別、太さ、挿管時間、平均血圧、BMIを調査した。

【結果】

経鼻挿管を行った総患者数は1181人。そのうち皮膚障害の発生数は17人（1.4%）であった。種類別の発生状況は、経鼻用レイチューブ763人中10人（1.3%）、経口用リンフォースチューブ157人中4人（2.5%）、経鼻用プレフォームドチューブ261人中3人（1.1%）であった。皮膚障害を発生した17人の挿管時間は198±68分であった。

【考察】

経鼻挿管での鼻孔周囲の皮膚障害の発生状況について調査した。経口用リンフォースチューブ、経鼻用レイチューブ、経鼻用プレフォームドチューブの順に皮膚障害の発生率が高かった。また、挿管時間も皮膚障害に影響していることが示唆された。

II-3. 静脈内鎮静後に陰圧性肺水腫が疑われた症例

福岡歯科大学 麻酔管理学分野

○松村欣吾、白川由紀恵、百田浩大、守永紗織、永富史也、野上堅太郎、池田水子

緒言

静脈内鎮静法は障害者の歯科治療に広く用いられるが、呼吸器系有害事象のリスクがある。今回、静脈内鎮静後に陰圧性肺水腫が疑われた症例を経験したため報告する。

症例

患者は29歳男性。精神発達遅滞があり、プロポフォールによる静脈内鎮静下に前歯部齶蝕治療を行った。鎮静終了後に咳嗽反射が出現し、SpO₂が80%台に低下、多量の分泌物を認めた。口腔内吸引とマスク陽圧換気で一時的にSpO₂は回復したが、マスクフィットを中止すると再び低下した。血液ガス分析でPaO₂ 56mmHg、胸部X線で両側肺門部に斑状影を認めた。酸素投与を継続し、3時間後にフェイスマスクでSpO₂が96%以上を維持可能となった。当院入院のうえ抗生剤を投与し、術後3日で画像所見と血液検査所見が改善し、独歩退院となった。

考察

陰圧性肺水腫は上気道閉塞解除後に急激に発症し、全身麻酔症例の0.05～0.1%にみられる。本症例では、鎮静終了後の半覚醒状態で分泌物が気道を刺激し、喉頭痙攣を引き起こした可能性が高い。気道確保後も低酸素血症が持続し、胸部X線所見と発生時の状況から陰圧性肺水腫が最も疑われた。治療は、酸素投与と必要に応じて非侵襲的陽圧換気が有効で、適切な対応で予後は良好とされる。しかし、数時間かけて肺水腫が増悪した症例も報告されており、また誤嚥を併発した場合は人工呼吸が必要になることもあるため慎重な経過観察が求められる。

Ⅱ-4. オトガイ部への浸潤麻酔により異常絞扼反射をもつ患者への口腔内処置が可能となった2例

1. 諏訪歯科医院, 2. 順天堂大学医学系研究科歯科口腔外科学研究室

○諏訪一郎¹、中家純麗¹、梅山遼²

【緒言】異常絞扼反射の発現により口腔内操作が難渋した際、オトガイ部への浸潤麻酔をしたところ円滑な処置が可能となった2症例を経験したので報告する。

【症例1】20代男性。下顎第二大臼歯のPreparationによる舌側の粘膜損傷の予防をするため、舌根部にリトラクターを挿入したところ異常絞扼反射が発現し、一時操作が困難となった。そこで、オトガイ部に歯科用キシロカイン0.5mlを浸潤麻酔したところ、舌側粘膜を圧排しても反射を惹起することなく歯冠形成と精密印象を安全に行うことができた。

【症例2】60代男性。強度の異常絞扼反射を持ち当院にて歯周病管理をしていたがミダゾラム5mgを静脈内投与し上顎の全顎トレーを口腔内に挿入したところ異常絞扼反射が発現した。そこで、オトガイ部に歯科用キシロカイン0.5mlを浸潤麻酔したところ、反射を惹起することなく、印象と咬合採得を行うことができた。

【考察】本邦では異常絞扼反射の患者に対して経穴に置針して歯科治療をすることは多くない。とりわけ、国内では承漿（下唇と下顎下縁の中央）の利用は少ないが、海外では歯科治療や経食道心エコー施行の際の嘔吐反射を抑えるツボとして様々な報告がなされている。今回、有意識下と鎮静下で承漿への浸潤麻酔が制吐に一定の効果を示した。このことから、承漿への浸潤麻酔は静脈内鎮静法下で管理する高度異常絞扼反射患者への鎮静剤の反復使用量を抑え、安全で快適な麻酔管理に寄与することが示唆された。