

第五回北海道臨床歯科麻酔研究会

日時：平成2年6月2日（土）午後3時～午後6時

場所：きょうさいサロン 札幌市中央区北4条西1丁目 共済ビル

1. 術翌日心停止をきたした心疾患患者の1救命例

中村光宏，藤沢俊明，川田 達
北川栄二，亀倉更人，福島和昭
(北海道大学歯学部附属病院歯科麻酔科)

我々は、術翌日、更衣中に、突然意識消失、呼吸・心拍停止をきたした心疾患患者の救命例を経験したので、その概要を報告する。

〈症例〉65才，男性。左舌腫瘍の診断の下，気管切開，腫瘍摘出，左頸部廓清，口腔再建が予定された。高血圧症で薬物療法を受けていた。一度意識消失の既往があり，心筋症の診断を受けていた。術前ECGにて，一度房室ブロックが認められた。

〈経過〉麻酔導入直後に，一過性にWenckebach型房室ブロックが出現した。その他，問題もなく，無事手術を終了した。帰室後の循環動態は比較的安定しており，意識も清明で，呼吸状態も安定していた。翌朝座位で更衣中，突然倒れ，意識消失。当直医到着後まもなく呼吸停止。脈拍は触知不能。ただちに，CPRを開始。ECG装着時，高度の徐脈を認めたが間もなく心拍停止。約15分CPRを

継続し，蘇生に成功した。蘇生後のECGは，洞性頻脈で虚血を疑わせる所見は認められなかった。循内転科後は，低酸素脳症の治療と平行して精査を行なった。第3病日には，意識はほぼ回復した。頭部CT，MRI検査から，脳外科的疾患は否定された。肥大型心筋症も否定的であった。房室ブロックによる心停止を否定できず，再手術の可能性もあったため，一時的ペースメーカーを装着した。その後，時々2度房室ブロックとなり，ペースメーカーが作動することがあったので，永久ペースメーカーを装着した。また，転科後胸痛を訴え，精査の結果，狭心症の確定診断を受けた。今回の心停止は，不整脈，虚血性心疾患などの心臓由来の原因が最も考えられるが，確定できなかった。転科後の適切な治療により，低酸素性脳症の後遺症も残さず第74病日に退院した。

2. 歯科の小手術が心拍出量に及ぼす影響

藤沢俊明，亀倉更人，川田 達
北川栄二，中村光宏，飯田 彰
木村幸文，熊谷倫恵，福島和昭
(北海道大学歯学部附属病院歯科麻酔科)

近年，高齢化社会を反映し，循環器系疾患を有する患者に歯科治療を行う機会が増加してきた。このような患者に，安全かつ確実な治療を施すためには，血圧や脈拍数の測定だけでなく，心臓のポンプ機能を直接反映する心拍出量のモニタリングも時には必要と思われる。しかし，歯科治療時の心拍量測定には，観血的な熱希釈法は適さず，また，色素希釈法では，半減期，毒性の面から頻回測定に限界がある。そこで，今回，非観血的かつ頻回に心拍出量を測定し得る，超音波心拍出量測定装置

(Ultora COM，ローレンス・メディカル社製)を用い，歯科小手術時の心拍出量の変動を検討したので，報告する。

対象は，下顎埋伏歯抜去術をうける成人男性10名とし，麻酔法は，2%リドカイン2mlを用いた下顎孔伝達麻酔と，8万分の1エピネフリン添加2%リドカイン2mlを用いた浸潤麻酔の併用とした。術前日，及び術前，術中において，心拍出量，心拍数，血圧などの循環諸量を，また，ストレスの循環として血漿ACTHを測定した。

その結果、術前日の対照値に比べ、術当日は、局麻前においても、ストレスによると思われる、心拍出量の有意な増加を認めた。さらに、局麻施行後、及び、手術操作時にも、1回拍出量と心拍数の両者の上昇による心拍出量の有為な増加を認めた。また、局麻施行後、平均動脈圧の変動を認めなかったが、これは、心拍出量の増加

と総末梢血管抵抗の減少により、お互いの影響が相殺された結果であることがわかった。

以上、血圧測定だけでは明らかにならなかった循環動態の変動を検出でき、歯科治療時の心拍出量のモニタリングの有用性が示唆された。

3. 心臓手術に先立って歯科治療を行った症例の検討

熊谷倫恵，亀倉更人，飯田 彰
木村幸文，中村光宏，北川栄二
藤沢俊明，福島和昭

(北海道大学歯学部附属病院歯科麻酔科)

近年、社会の高齢化や、医療の進歩に伴い、全身疾患を有する患者の歯科受診が増加しているが、リスクの高い患者の歯科治療施行時には、術前・術後を通じた適切な全身管理が必要である。

特に心疾患を有する患者は予備力が低下しており、歯科治療による不安・恐怖・疼痛・機械的刺激等の精神的・身体的ストレスや、歯科用局所麻酔薬に添加されている血管収縮剤によって、偶発症が誘発される可能性がある。また、常用薬による凝固・出血時間の延長、常用薬と歯科治療時に使用される薬剤との相互作用等の問題を有する症例もある。しかし、このようなリスクのある患者に

対して、感染病巣の除去や病状の改善のために歯科治療を必要とする場合がある。

当科においては、内科担当医と連絡を密にとり、患者の全身状態、重症度、使用薬剤を把握し、また、感染症の予防、出血の管理、循環動態の安定化について配慮しつつ歯科治療を行っている。

今回、過去3年間における、弁置換術等の心臓手術に先だって歯科治療を必要とした症例について、その管理方法、特に鎮静法の併用、使用した局所麻酔薬、細菌性心内膜炎の予防、出血傾向への対処などを中心に検討を加えたので報告する。

4. 発作性心室性頻拍を有する患者の抜歯管理経験

木村幸文，北川栄二，飯田 彰，
熊谷倫恵，中村光宏，亀倉更人
藤沢俊明，福島和昭

(北海道大学歯学部附属病院歯科麻酔科)

今回、私たちは発作性心室性頻拍(以下PVTと略す)を合併する患者の抜歯管理を経験したので、症例の概要を報告する。

症例は、28歳の男性で、8の慢性歯周炎および齶蝕の診断にて抜歯が予定された。患者は20歳時に拡張型心筋症と診断され、以後、心室性期外収縮(以下PVCと略す)、PVTが頻発するようになり、その精査と治療目的で、本学循環器内科に入院していた。当科初診のNYHA分類はIII度であった。PVTは、多い時で1日累計850拍発症し、最高で1日につき159連発の発作を認めており、その誘因としては情緒的なストレス、興奮、疲労などが考えられ

ていた。また、PVTが誘因と考えられる失神発作を、過去4回経験していた。更に、25歳時に歯科開業医に抜歯を施行されているが、この際、動悸、意識レベルの低下を自覚しており、PVT発症が疑われた。

今回の歯科治療に際して、まず、循環器内科担当医と対診し、PVTの頻度、治療内容、経過等を確認し、発作の出現頻度が最も少ないと考えられる時期を選んで治療を行った。また、PVT発症を予防するために十分な疼痛管理を行い、静脈内鎮静法を併用した。さらに、PVT出現時に備え、循環器内科病棟において担当医が立会い、除細動器の準備下に抜歯を行った。その結果、鎮静法開