

症例:患者は60代女性. 内科的疾患は特になく, 定年を機に歯科医院を受診. 上顎抜歯終了後, 上顎印象採得時に嘔気のため治療中断となった. 日を改めるも嘔気のため印象採得困難となり, 当科への紹介となった.

治療経過:患者は以前, 通法での歯科治療が可能であり, 突然の異常絞扼反射出現で患者自身も困惑していた. 当科受診の際, ミラー操作が不可能であり, 染矢の分類で中等度から重症と考えられた. 当科で抜歯は可能であるが, 義歯作製については困難なため, 鎮静下でのインプラント治療も考慮するよう説明したが, 患者自身が義歯での治療を強く希望した. 全身麻酔下で抜歯, 概形印象採得を行った. 残存歯は上顎左側3番, 下顎左側7番右側3番のみとなった. 抜歯窩の治療後, 静脈内鎮静法下で, 精密印象採得, 咬合採得をそれぞれ行った. 義歯試適は, 患者の希望もあり外来で行った. その際, 異常絞扼反射で難渋したが, 患者から飴を舐めながら装着してみたいと提案があり, 飴の持ち合わせがないことから, 子供用フッ化合物配合ジェルを蝨義歯に塗布したところ, 3~5分装着可能であった. その後義歯は完成し, 当初は Oral Peace® を塗布することで装着可能であった. 現在, 経過は良好で, 何も付けなくても義歯装着可能となった.

考察:今回は患者が早期の義歯完成を希望したが, 時間的制約がなければ, 系統的脱感作法も併用すべきであったと考えられた.

結論:当初治療不可能と考えていた為, 残存歯の治療が後手となったが, 今後は先入観なく通法どおり治療を行うことが肝要と思われた.

6. 静脈路確保直後に血管迷走神経反射を発症した症例

A case of vasovagal reflex appeared immediately after securing intravenous line

○宮前 善尚, 大熊 嵩英, 筑田 真未,
三浦 仁, 四戸 豊, 坂本 望,
佐藤 雅仁, 佐藤 健一

岩手医科大学歯学部口腔顎顔面再建学講座
歯科麻酔学分野

【緒言】歯科治療への不安や恐怖心は血管迷走神経反射を発現しやすいので, 予防のため静脈内鎮静法が推奨されている. 今回, 静脈内鎮静法施行前の静脈路確保直後に血管迷走神経反射を発現した症例を経験したので報告する.

【症例】症例は27歳の男性. 不安神経症の既往があり, ベンゾジアゼピン系抗不安薬を常用中である. 上顎両側智歯および左側埋伏過剰歯に対し, 抜去術を予定した. 患者は過去に歯科治療中に不快症状を訴えたことがある. それ以降, 歯科治療恐怖症となり, 今回, 静脈内鎮静法が施行された.

【経過】モニタを装着し, 血圧120/80mmHg, 心拍数65bpm, SpO₂99%であることを確認後, 手背への静脈路確保を試みたが失敗したので, 前腕部に静脈路を確保した. 留置針固定中, 血圧と心拍数が測定不能となり, SpO₂が76%に低下し, 冷汗を認め, 意識消失した. 直ちに, ショック体位にしたが, 血圧と心拍数は測定不能のままであり, SpO₂も86%までしか上昇せず意識回復を認めなかった. そこで, アトロピン硫酸塩0.5mgを静脈内投与したところ, 血圧は110/60mmHg, 心拍数は50bpm程度まで上昇し意識の回復を認めた. 患者の意思疎通が良好であることおよびバイタルの安定を確認後, 術者と相談の上, 患者の同意を得て静脈内鎮静法下で抜去術を開始した.

【考察】患者は不安神経症を伴う歯科治療恐怖症であり, 静脈路確保時の不安や緊張感を十分に緩和できず, 信頼関係を築けなかったことが, 血管迷走神経反射を誘発したと考える. 緊張や不安を解消する手段としては, 仰臥位での静脈路確保, 適切な言葉かけによる患者の緊張緩和, 貼付用局所麻酔剤の使用および笑気吸入鎮静法がある. さらに, 下肢緊張運動(レッグクロス運動)により, 脳の血流量を増加させることで意識消失を予防することができる. 今後は, 上記手段を状況に応じて適切に選択し, 積極的に活用して患者の不安や緊張を和らげるようにしていきたい.

7. 大腸穿孔による長期禁食および人工呼吸器管理後の高齢患者に対する摂食嚥下リハビリテーション

Dysphagia rehabilitation for elderly patients

after long-term non-oral feeding and mechanical ventilation due to colon perforation

○小野寺 彰平*, 古屋 純一*, **,
村上 智彦*, 玉田 泰嗣*, 近藤 尚知*

岩手医科大学歯学部補綴・インプラント学講座補綴・インプラント学分野*, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科地域・福祉口腔機能管理学分野**

【緒言】高齢者では、入院による手術後に全身状態の廃用が生じやすい。今回、大腸穿孔後に長期禁食および人工呼吸器管理となった高齢入院患者に対して、摂食嚥下機能を適切に評価しリハビリテーションを行うことで、安全かつ円滑な経口摂取の回復に至った症例について報告する。

【症例と経過】78歳の男性。大腸穿孔により入院したが手術後の呼吸状態が安定せず、約2か月人工呼吸器管理となった。抜管後、言語聴覚士による簡易嚥下機能検査を経て（喀痰可能、RSST：5回で経口摂取訓練可能との判断）、摂食嚥下リハビリテーション目的のため当科口腔リハビリ外来依頼となった。当科初診時の検査では、RSST：4回、MWST：3点、FT：3点、安静時に湿性嘔声を認めた。口腔内の咬合接触は、前歯と左側第一小臼歯のみで義歯は不所持であった。介入6日目の嚥下内視鏡検査（VE）では、安静時の唾液咽頭貯留と不顕性誤嚥を認め、唾液誤嚥レベルとし経口摂取は困難と判断した。短期的目標は直接訓練開始、長期的目標は3食の経口摂取とし、口腔ケアと間接訓練を実施した。介入35日のVEでは、喉頭侵入や咽頭残留はあるが機会誤嚥レベルで、トロミ付き水分、全粥ペースト食は摂取可能と判断し、段階的摂食訓練を開始した。介入63日の口腔問題レベルまで回復し、少ない残存歯による窒息のリスクを考慮し、患者本人とも相談してトロミなし水分、全粥・トロミキザミ食とし、全量摂取可能な状態で転院となった。

【考察】高齢入院患者では、手術後に廃用により経口摂取が困難となりやすいが、不顕性誤嚥も多く摂食嚥下機能の正確な判断が困難な場合も多い。そのため、嚥下内視鏡検査や口腔の問題を含めた高齢者の摂食嚥下機能の評価と対応

を実施し、安全・円滑な機能回復を行うことで、高齢者の自立支援やQOL向上につながると考えられた。

8. 顎矯正手術によって閉塞性睡眠時無呼吸症候群が改善した1例

A case of obstructive sleep apnea syndrome improved by orthognathic surgery

○太田 藍理, 古城 慎太郎, 川井 忠,
宮本 郁也, 佐藤 和朗*, 泉澤 充**,
田中 良一**, 山田 浩之

岩手医科大学歯学部口腔顎顔面再建学講座口腔外科学分野, 岩手医科大学口腔保健育成学講座歯科矯正学分野*, 岩手医科大学口腔顎顔面再建学講座歯科放射線学分野**

目的：睡眠時無呼吸症候群（SAS）は、睡眠中に繰り返し起こる呼吸停止といびきなどを特徴とする睡眠障害である。このうち上気道閉鎖が原因であるものは閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSAS）と分類され、顎顔面形態がその病態に関与することがある。今回われわれは、小顎症により気道の狭窄が認められる患者に対し、Le Fort I型骨切り術、下顎枝矢状分割術を行い、OSASの改善が認められたので報告する。
症例：患者は59歳、女性。2014年に睡眠時の呼吸障害を主訴に紹介元病院を受診した。終夜睡眠ポリソムノグラフ検査（PSG）にて無呼吸低呼吸指数（AHI）22.4であり、中等度のSASと診断され、経鼻的持続陽圧呼吸療法（CPAP）を使用開始した。2016年10月にOSASに対する口腔内装置（OA）製作依頼のため、本学矯正歯科を紹介受診した。矯正歯科で顎骨の分析を行ったところ、顎変形症（下顎後退を伴う骨格性上顎前突）と、それに伴う上気道の狭窄が認められたため、顎矯正手術を目的に当科を紹介受診した。術前のPSGによるAHIは56.8であった。2018年8月、全身麻酔下にてLe Fort I型骨切り術、下顎枝矢状分割術を施行した。上顎は前歯部を4mm、臼歯部2mmの上方移動と2mmの後方移動、下顎は上前方に5mm移動させた。