

科医院に通院していたが、麻酔が十分に奏功していない状況で抑制下に治療を受けてから、歯科治療はもとより、歯科医師に対して強い不信感と恐怖感があり通院できなくなったことが判明した。意識下治療困難なため、歯科麻酔科医より全身麻酔や静脈内鎮静法などについて説明するも了承得られず、系統的脱感作法から始めることで合意。以後は歯科診療に徐々に慣れていったものの、浸潤麻酔を併用した治療はできずに10カ月が経過した。自発痛の増大により鎮痛剤も奏功しなくなり、最終的に静脈内鎮静を選択し、以後は計10回の静脈内鎮静下にすべての治療を終了することができた。

(結論) 歯科恐怖症には多くの原因が存在するが、われわれ歯科医師が原因になるようなことは絶対に避けねばならず、常日頃の態度、行動、言動には細心の注意が必要である。また、歯科恐怖症に対し、系統的脱感作法は有効であるが、多大な労力を必要とするため、歯科麻酔科と連携した治療方法を、患者に提供する価値は大きい。しかしながら、精神鎮静法は鎮痛や体動、気道管理の面では絶対ではなく、特に恐怖心の強い患者には深い鎮静が必要なため、状況により全身麻酔を選択すべきである。

#### 10) BISモニターが有用であった連合弁膜症、心不全を伴うハイリスク患者の全身麻酔経験

○清野 浩昭, 小川 幸恵, 伊藤 寛, 川合 宏仁  
山崎 信也, 河西 敬子, 金 秀樹, 大野 敬  
奥秋 晟<sup>1</sup>, 久野 弘武<sup>1</sup>

(奥羽大・歯・口腔外科, 総合臨床医学<sup>1</sup>)

(緒言) 重度心疾患を有する患者の全身麻酔においては、静脈麻酔薬や揮発性吸入麻酔薬による心抑制が顕著なため、麻酔薬を減量して麻酔を主体とした全身麻酔法にすることが多いが、その場合、麻酔深度の判定が非常に困難となり、時には浅麻酔による術中の体動や術中覚醒の可能性がある。今回われわれは、BISモニター (Bispectral index: A-2000: Aspect社) が有用であった連合弁膜症、狭心症、心不全を伴うハイリスク患者の全身麻酔を経験したので報告する。

(症例) 74歳、女性。下顎右側臼歯部セメント質腫の診断のもと腫瘍切除術、抜歯術が予定された。

(経過) 術前検査にて、胸部X線上で心拡大、大動脈弓の突出、大動脈弓の石灰化、上行および下行大動脈の一部に肥大を認める。胸部12誘導心電図上、Ⅲ、V1、V2にて陰性T波があり、左軸偏位も認められた。呼吸機能検査では拘束性換気障害が認められ、労作時の息切れや、夜間の心窩部痛もあった。心臓エコーの結果、中等度大動脈弁閉鎖不全の他、三尖弁、僧帽弁、肺動脈弁にも軽度の閉鎖不全が認められた。胸部CT検査では上行および弓部大動脈に中等度の拡大を認めた。導入はミダゾラム 2 mg、フェンタニール 0.2 mg、ベクロニウム 4 mg 静注にて行い、維持は酸素、空気、プロポフォールとした。BISモニターで60台を維持するように、プロポフォールをTCI (target control infusion) を用いて血中濃度が一定に保たれるように持続静注した。術中は安定した麻酔深度と循環動態を保ち、術後も良好な覚醒を得ることができた。

(結論) 循環系ハイリスク患者に対し、BISモニターを併用した麻酔管理にて術中安定した循環動態と、麻酔深度を得ることができ、かつ良好な覚醒状態が得られた。BISモニター単独で麻酔深度の判定はできないが、1つの指標として有効であり、高齢者や心疾患を有する患者において、患者個々に対する適切な麻酔薬投与量を決定する指標の1つとしてBISモニターは有効であった。

#### 11) 局所麻酔直後に一過性に Wide QRS Tachycardiaを呈した小児の1症例

○山崎 信也, 小川 幸恵, 伊藤 寛, 川合 宏仁  
大野 敬, 相澤 徳久<sup>1</sup>, 奥秋 晟<sup>2</sup>, 久野 弘武<sup>2</sup>  
(奥羽大・歯・口腔外科, 成長発育歯<sup>1</sup>, 総合臨床医学<sup>2</sup>)

(緒言) 一般的に小児は心室性不整脈の頻度が少ないと言われている。今回、われわれは、小児の全身麻酔下の歯科治療において、1/80,000エピネフリン添加リドカイン1.8mlを口腔粘膜に浸潤麻酔したところ、一過性に心室頻拍様の心電図所見を呈した症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。