

日帰り全身麻酔の術前診察から当日までに 患者の状態が急変した知的障害者の2症例

福島雅啓 田中克典 八木下 健
助川絵美 宮腰義隆 横山絵里
吉田健司 川合宏仁 山崎信也

Condition of Two Mentally Retarded Patients Ambulatory Anesthesia Took a Sudden Turn for the Worse between the Preoperative Visit and the Planned

Masahiro FUKUSHIMA, Katsunori TANAKA, Ken YAGISHITA
Emi SUKEGAWA, Yoshitaka MIYAKOSHI, Eri YOKOYAMA
Kenji YOSHIDA, Hiroyoshi KAWAII and Shinya YAMAZAKI

We experienced two cases in which ambulatory anesthesia had been scheduled for mentally retarded patients but it was postponed or canceled because their condition suddenly deteriorated before the operation. The first case was a 31 year-old mentally retarded female with epilepsy, who was scheduled for dental treatment under ambulatory general anesthesia. However, the operation was postponed because abnormalities in ECG (strain ST and negative T) and in chest X-ray (cardiomegaly) were recognized in the preoperative examination. After few days later, the patient collapsed and required immediate hospitalization due to heart failure with severe pulmonary hypertension. The second case was a 30 year-old mentally retarded female with epilepsy, who was also scheduled for dental treatment under ambulatory general anesthesia. However, the patient suffocated due to aspiration in the predawn (2:00 AM) of the operation day. These two cases suggest that preoperative management and confirmation are very important to avoid anesthetic incidents.

Key words : preoperative management, mental retardation, epilepsy, dental treatment, ambulatory general anesthesia

緒 言

知的障害者の診察では、コミュニケーションが取りづらい上に、診察に対して協力が得られない場合が多く、術前診察が困難であり、重要な医療

情報が得られないことがしばしばある。そこで、知的障害者に対して日帰り全身麻酔を安全に行うには、術前診察を十分に行い、危険な心機能などの異常がないかなどを見極めることが重要となる^{1,2)}。今回、術前診察から麻酔当日までの間に患者の状

受付：平成24年1月10日，受理：平成24年4月24日
奥羽大学歯学部口腔外科学講座歯科麻酔学分野

Division of Dental Anesthesiology, Department of Oral
Surgery, Ohu University School of Dentistry

態が急変した2症例を経験したので、若干の考察とともに報告する。

症例1

患者：31歳女性

現症：身長145cm，体重50kg

現病歴：冷水痛を主訴に、当院を受診した。

上顎前歯部の齲蝕症と診断されたが、意識下の治療が困難であると判断し、日帰り全身麻酔下での歯科治療が予定された。治療拒否が強く、術前には口腔内を診察することができなかった。

既往歴：知的障害，てんかん，甲状腺機能低下症，低カルシウム血症

内服薬：レボチロキシン，バルプロ酸ナトリウム，フマル酸クエチアピン，カルシウム製剤

症例1の処置および経過

術前診察において、胸部X線上でCTR53%，肺紋理増強がみられた (Fig. 1)。心電図上ではストレイン型ST，陰性T波，右軸変位，右室肥大がみられた (Fig. 2)。血液検査では血小板数低下 (8.2万/ μ L) を認めた。全身麻酔の日程を延期して、1週間後に当院内科での心エコー検査を予定していたが、患者は検査の前日に倒れて緊急入院した。精査の結果、重度の肺高血圧症による心不全と診断された。

症例2

患者：30歳女性

現症：身長145cm，体重37kg

現病歴：歯痛を主訴に、近医受診するも知的障害があり、意識下の治療が困難であると判断し、紹介により当院を受診した。重度齲蝕症と全顎的な歯周病と診断され、日帰り全身麻酔下に歯科治療が予定された。治療拒否が強く、術前には口腔内を診察することができなかった。

既往歴：てんかん，脳性麻痺，知的障害

内服薬：バルプロ酸ナトリウム，フェニトイン

症例2の処置および経過

日帰り全身麻酔の1か月前の術前診察において、胸部X線上でCTR56%，側彎と気管偏位が見ら

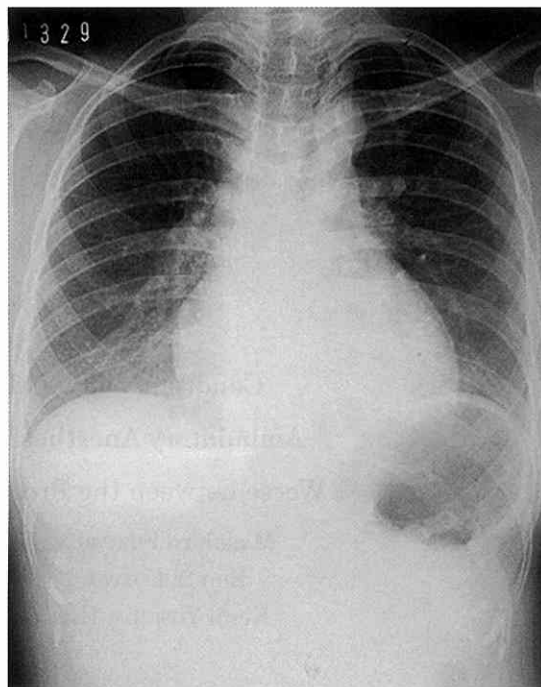


Fig. 1 Preoperative chest X-ray in Case 1

The findings were CTR53%, and enhancement of pulmonary marking.

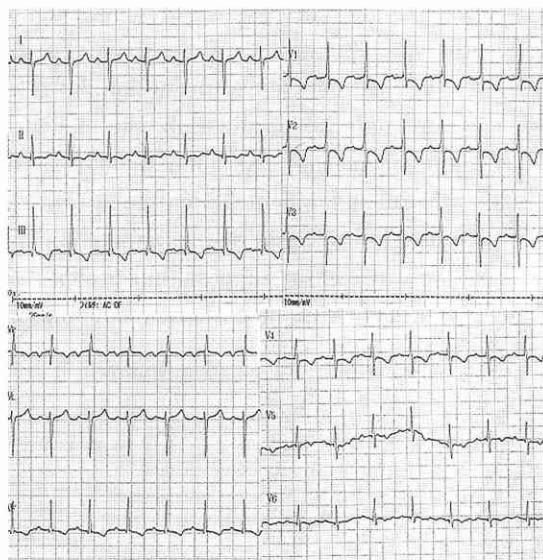


Fig. 2 Preoperative 12 leads electrocardiogram in Case 1

The findings were strain pattern ST, negative T, right axis deviation, and right ventricular hypertrophy.

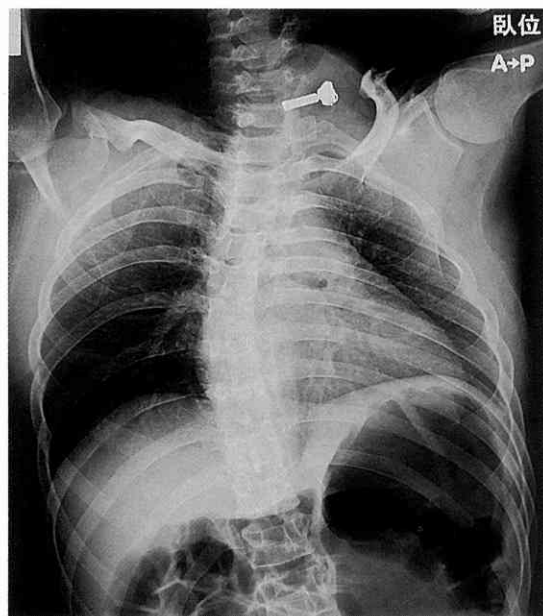


Fig. 3 Preoperative chest X-ray in Case 2

The findings were CTR56%, scoliosis, tracheal deviation, and air in intestine.

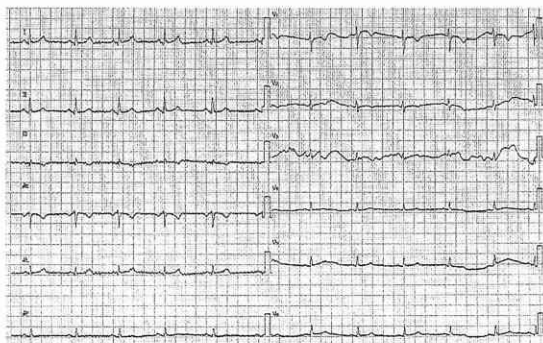


Fig. 4 Preoperative 12 leads electrocardiogram in Case 2

There was no specific finding.

れた (Fig. 3)。心電図には特に異常は認めなかった (Fig. 4)。予定した日帰り全身麻酔下歯科治療の当日朝9時に来院しなかったため連絡したところ、その当日午前2時に死亡したことが明らかとなった。死亡原因は嘔吐による窒息ということであった。

考 察

当院で全身麻酔を行う際、術前診察として、医

療面接、バイタルサインの確認、胸部エックス線写真、血液検査、12誘導心電図、呼吸機能検査をルーチンで行うこととしている。その結果により心エコーやCTなどの検査を追加する場合もある。

症例1では、術前診察を担当した歯科麻酔科医が検査異常に疑問を持ち、医局内で話し合い手術の日程を延期して、追加の精査を依頼したことは適切であったと思われる。以前にも当院では、術前診察の胸部X線写真と12誘導心電図の検査異常に疑問を持ち、心エコー検査を追加したところ肥大型心筋症の存在が判明した症例や¹⁾、心雑音にて全身麻酔直前で中止し、後に精査したところ重度の大動脈弁狭窄症が判明した症例があり²⁾、歯科麻酔科による術前診察が、非常に重要であることが示唆される。従って、どこかに問題がないかという疑問を持ちながら、診察にあたり必要に応じ心エコー検査などを追加するべきである。

また、日帰り全身麻酔の術前診察時には、術前絶飲食の指示や、日常生活の注意事項などを記載した文書を説明して渡し、また治療前日にも担当する歯科麻酔科医から患者へ電話による体調確認と再度絶飲食の指示を行うこととしている。

症例2においても、全身麻酔予定日の前日の夕方6時に患者の入所施設に電話をして夜9時以降の術前絶飲食の指示と体調確認を行ったが、特に問題ないとの回答を得ていた。しかしながら、その7時間後の午前2時に患者は嘔吐物による窒息で死亡した。術前経口摂取制限指示が確実に守られたか否かまでは、患者が知的障害者であるため正確な確認はできなかったが、少なくとも前日に電話で再度絶飲食の指示を行ったことは適切であったと思われる。しかし、知的障害者の場合、健常者以上に患者の生活のリズムや自立度を考慮した術前管理を徹底すべきであると考えられる。具体的には、術前経口摂取制限の指示などが確実に患者に実行されるように、口頭および文章での伝達や、家族のみならず施設への伝達などを何重にも行うべきと思われた。

結 語

患者が知的障害者の時は、問診から得られる情

報が乏しいため、客観的なデータを十分に精査する必要があり、術前診察の結果に疑問を抱いたときには、精査を追加することを怠ってはならないと痛感した。

また術前管理も、保護者および家族、施設関係者の理解と協力が重要であり、歯科麻酔科医も再度前日に電話で指示と状態確認を行うべきと考えられる。

文 献

- 1) 福島雅啓, 八木下 健, 赤沼龍一, 中池祥浩, 渡辺正博, 伊藤 寛, 川合宏仁, 山崎信也: 全

身麻酔術前検査にて肥大型心筋症が発見され鎮静下管理となった1例, 日歯麻誌 38; 504 2010.

- 2) 清野浩昭, 小川幸恵, 伊藤 寛, 川合宏仁, 山崎信也, 関 康宏, 師田智子, 関 宗浩, 田中 一歩: 導入直前の心雑音にて全身麻酔を中止した後重度の大動脈弁狭窄症が判明した症例, 日歯麻誌 33; 449-450 2005.

著者への連絡先: 福島雅啓, (〒963-8611) 郡山市富田町字三角堂31-1 奥羽大学歯学部附属病院歯科麻酔科

Reprint requests: Masahiro FUKUSHIMA, Department of Dental Anesthesiology, Ohu University, School of Dentistry

31-1 Misumido, Tomita, Koriyama, 963-8611, Japan