

18) 難治性てんかんを有するLennox-Gastaut症候群患者の全身麻酔下歯科治療経験

○川合 宏仁¹, 古山 昭¹, 大須賀謙二¹, 山崎 信也²

(奥羽大・歯・口腔機能分子生物¹,

奥羽大・歯・口腔外科²,

【緒言】Lennox-Gastaut症候群(以下, L-G症候群)は, 小児期に発症する年齢依存性の難治性てんかんで, 主に, 脳波異常および精神発達遅滞を合併する。今回われわれは, L-G症候群を合併する患者に対し, 数回にわたり日帰り全身麻酔下に歯科治療を行ったので, 若干の知見を加えて報告する。

【症例】患者は23歳の男性で, 身長155cm, 体重30kgであった。意識下歯科治療困難のため, う蝕治療を主訴に歯科麻酔科へ紹介となった。既往歴としては, 3か月時にてんかん発作が発現し, 薬剤治療が開始された。1歳頃に抗てんかん薬の調整を行い, その後, 服薬治療が開始され, 18歳時にL-G症候群の診断を受けた。現在の内服薬は, エグセグラン(ゾニサミド), テグレートル(カルバマゼピン), ダイアモックス(アセタゾラミド), プリミドン細粒(プリミドン), イーケプラ(レベチラセタム), ネキシウム, メチコバル, マグミット, フォリアミンであった。口腔内所見では, 多数のう蝕歯と歯石沈着が認められた。

【麻酔経過】当院にて合計7回の日帰り全身麻酔を施行し, 導入は酸素・亜酸化窒素・セボフルレンを用いて行った。静脈確保後は, プロポフォールとレミフェンタニルの投与を開始し, 気管内挿管を施行した。酸素・空気下呼吸管理を行いながら, 歯科治療を行った。平均全身麻酔時間は113±27分, 平均処置時間は56±27分であった。術後管理では, 一時病棟に滞在させ, 水分摂取, 自己排尿可能となり, 痙攣発作, 発熱および嘔吐がないことを確認後帰宅させた。帰宅後は, 毎回全身麻酔当日の夜と翌日に体調確認を行い, てんかんの重積発作や体温上昇は認められなかった。

【考察】L-G症候群は難治性てんかんの一つで, その特徴である脳波の異常は睡眠や傾眠で誘発されやすく, 意識レベルの低下が痙攣発作の誘因と考えられている。全身麻酔の周術期では, 麻酔薬による意識レベルの消失や変化により痙攣発

作の誘因となることから, 日常の痙攣発作のコントロールが重要となる。本症例では, 1日約2回のでんかん発作が認められ, 1週間に1~2回の割合で重積発作が起こる状態であった。本症例では, 静脈確保がてんかん発作の誘因となることを避けるために全身麻酔導入後に静脈確保を行った。また, セボフルレンはてんかんを誘発させる作用があるものの, 現在の他の揮発性吸入麻酔薬と比較して, 有害な反射や事象を起こす可能性が低いことから使用した。しかしながら, 長時間のセボフルランの使用を避けるために, 静脈確保後はプロポフォールを全身麻酔の維持薬として投与した。さらに, 深麻酔下に保つことが全脳の代謝抑制となり異常脳波発生の抑制につながることから, 速やかな覚醒と強い鎮痛作用を有するレミフェンタニルを使用した。

【まとめ】L-G症候群患児に対し, てんかんの重積発作を起こすことなく日帰り全身麻酔下歯科治療を行うことができた。難治性のてんかんを有する患児の周術管理において, プロポフォール, レミフェンタニルの使用は問題ないと考えられた。

19) 先天性部分(性)無歯症患者に対する包括的歯科治療の1例

○三宅 菜麻¹, 川鍋 仁¹, 山野辺晋也¹, 宗形 真希²
船川 竜生², 関根 秀志², 福井 和徳¹

(奥羽大・歯・成長発育歯¹, 奥羽大・歯・歯科補綴²)

【目的】一般的に矯正歯科治療は健康保険の適用ではないが, 2012年4月に「6歯以上の非症候性部分性無歯症(現在, 疾患名変更)」として特定疾患に追加され, 6歯以上の永久歯の先天性欠如を呈する患者の矯正歯科治療が健康保険の対象となった。今回, 歯の本数が足りないことを主訴として来院した6歯以上の先天性部分(性)無歯症患者に対して, 矯正歯科治療とインプラント治療を行い, スペース確保後にインプラントを埋入することで良好な結果が得られたので報告する。

【症例】初診時年齢21歳6か月の女性。初回資料では, 側貌所見はストレートタイプ, overjet +2.5mm, overbite +5.3mm, 臼歯関係右側 Angle Class II, 左側 Angle Class I, 全身疾患

を伴わず、上顎左側側切歯、上顎右側犬歯、上顎左右側第一小臼歯、上顎左右側第二小臼歯、下顎右側側切歯、下顎右側第一小臼歯、下顎左右側第二小臼歯の計10歯の先天性欠如を認める。セファロ分析から ANB: -0.4° , U1-FH: 111.4° , L1-Mp: 81.6° , Mp-FH: 22.0° であった。Multi Bracket System(Pre-adjusted Appliance .022" slot) による矯正歯科治療を行い、動的治療期間は2年9か月であった。保定移行11か月経過後に、7本のインプラントを1回法にて埋入し、埋入後4か月後よりプロビジョナルレストレーションを開始しているが、良好な咬合状態が維持されている。

【考察およびまとめ】多数歯の先天性欠如症例に対して矯正歯科治療を行う際は、歯の移動に伴う歯根や歯周組織への負担を避けるため歯周治療および補綴治療を含めた包括的歯科治療が必要である。本症例では、インプラントによる咬合構築をおこなうことで患者のQOLの向上に有意義であったと考える。包括的歯科治療は治療の流れに準じた情報収集および総合診断を最初に行い、治療計画を立案し、治療ゴールのイメージを他科と共有することが大切であると考えられる。

20) 多職種協働により口底癌術後の摂食嚥下障害から経口摂取再開となった1例

○鈴木 史彦^{1,2}, 北條健太郎¹, 山家 尚仁¹, 小松 憲明¹
鈴木 海路¹, 渡邊 聡¹, 渡部 謙之¹, 梅村浩二郎¹
高橋文太郎², 小嶋 忠之², 金 秀樹², 山森 徹雄³

(奥羽大・歯・附属病院¹, 奥羽大・歯・口腔外科²,
奥羽大・歯・歯科補綴³)

【緒言】口腔領域における悪性腫瘍の手術後は、摂食嚥下機能が障害されることが多い。今回、口底癌の腫瘍切除術、下顎骨辺縁部切除術、右側全頸部廓清術、左側上顎部廓清術および植皮術が施行された摂食嚥下障害患者の経口摂取再開に向けて、多職種協働の有効性を経験したので報告する。

【症例】71歳の男性。口底癌手術後に経鼻経管栄養となり、経口摂取再開にむけて、地域医療支援歯科へ摂食嚥下機能評価の依頼となった。基礎疾患には糖尿病、高血圧症、胃潰瘍があり、内服加療中である。上顎は総義歯、下顎は両側遊離

端の部分床義歯が装着されていたが、手術後は義歯を外していた。舌圧は1.4Kpaと低く、発話明瞭度は4であった。また、血清総タンパクは5.6g/dL、血清アルブミン3.2g/dLと低栄養であった。経口摂取再開時は、均質なミキサー食は嚥下可能であったものの、舌の運動障害と嚥下時疼痛のため頻回のむせを認め、食事摂取量は1～2割であった。段階的摂食訓練、舌背挙上訓練、周術期口腔ケアを実施した。下顎義歯は手術後の治癒期間中は装着困難であるため、上顎義歯を嚥下補助床として利用するため、総合歯科で調整した。手術部位のケア、栄養状態および血糖値の管理を口腔外科で実施し、必要に応じて補助栄養剤を提供した。食事形態の変更については、栄養室と連携を図った。経口摂取再開後24日目には舌でつぶせる硬さのものが摂取可能となり、退院に至った。

【考察】口底癌の切除術と頸部廓清術の術後には、舌の機能低下に加えて、喉頭挙上が阻害されるため、経口摂取再開までに時間を要する。本症例は上顎義歯を嚥下補助床として利用し、低栄養を考慮とした低負荷の舌背挙上訓練と段階的摂食訓練を実施したことが、摂食嚥下機能の改善につながったと考える。

【結語】口底癌の手術後に摂食嚥下障害をきたした患者に対し、多職種協働によるアプローチが有効であった症例を経験したので報告した。

21) 頬神経と周囲ランドマークとの位置関係の計測

○柳瀬 琴美, 伊澤 輝, 大谷 洋平
(奥羽大学歯学部学生)

【目的】顎口腔領域の外傷や手術において頬神経を損傷した場合、頬部に知覚異常が生じることがある。特に手術での頬神経損傷は、組織的変化以外に精神的にも障害を与え、医療訴訟に発展する場合もある。これまで頬神経の走行位置を把握するために、筋突起や下顎下縁などをランドマークとしていたが、これらは術中に目視できないといった課題があった。また、筋突起の形態や位置は個人差が大きいとの報告も散見されていた。

そこで本研究では、術中にランドマークにしやういと考えられる下顎小舌を指標に頬神経の走行