

無職が最も多かった(65.5%)。全身疾患の有病率は25%で、高齢者ほど割合が多く、疾患の内容については循環器系が最も多かったが、糖尿病など歯科治療上注意を要する疾患もみられた。

#### 6. 印象採得時に脳梗塞を発症した一例

脇田 亮, 佐藤 実, 鈴木広隆, 相澤孝一<sup>1)</sup>, 岩月尚文 (歯科麻酔科, 看護部<sup>1)</sup>)

歯科診療に際し、基礎疾患の増悪や突発的な全身の合併症の発生により、重篤な後遺症を生じたり、時に死に至ること等が報告されている。今回、第一総合診療室にて印象採得時に脳梗塞を発症した症例を経験したので報告する。患者は53歳女性で、印象採得直後より吐き気を訴え、右手の震えも見られたため当科に往診依頼があった。診察したところ、軽度の痺れと高血圧以外特に異常は見られず、しばらく経過観察とした。2時間後、軽度の運動・言語障害及び意識レベルの低下を認めたため脳疾患を疑い、頭部CT撮影を行うと共に本学医学部神経内科に往診を依頼した。その結果、脳梗塞の疑いにて専門病院に緊急入院となり、抗血栓療法と脳浮腫対策が行われ、一ヶ月後に退院した。現在は重篤な後遺症も無く投薬のみで通院治療中である。

患者の全身状態は加齢と共に変化するものであり、処置内容に関わらず偶発症の予防と対策のためにも全身状態の把握は不可欠である。しかし今回の症例においては診療前問診が不十分であるにも関わらず、脳梗塞発症後に問診を行ったが、その内容は信憑性に欠くものであった。更に全身的偶発症の発生時にバイタルサインのチェックも行われていないなど全身管理の安易さも感じられた。また発症が疑われた場合は、仰臥位で安静にするのが望ましく、頭部挙上や過度の降圧などは行ってはならない。更に症状や神経学的診察を行うと共に、速やかに全身状態の把握に努め、必要があれば呼吸や循環管理を行いつつ、専門医に連絡を行わなければならない。今回の脳梗塞の発症と歯科治療との関連の有無は明らかではないが、我々歯科医師は当然の事ながら全身的偶発症に対する基礎知識を身につけて、予防や発症時の適切な判断や処置が出来るようにすべきである。

#### 7. 静脈穿刺後に高度徐脈をきたした一症例

猪狩俊郎, 佐藤 実, 下田 元, 伊藤 泰, 城戸幹太, 鈴木広隆, 脇田 亮, 立浪康晴, 岩月尚文 (歯科麻酔科)

44歳男性、職業、運送業。齶蝕治療にて近医歯科を受診。X線写真にて左側下顎臼歯部に嚢胞様透過像が認められたため、紹介により本院を受診。既往歴に特記なく、GPTが軽度の上昇を示す他は、血圧120/90 mmHg、心拍数66回/分と正常範囲内だった。

濾胞性歯嚢胞の診断のもと、静脈内鎮静法下に嚢胞摘出術を予定した。静脈穿刺直後から、心拍数は徐々に減少し9回/分ときわめて高度の洞性徐脈に移行し、収縮期圧も40 mmHg程度となり拡張期圧は測定できず、意識レベルはJAPAN COMA SCALEで30となった。

直ちに心臓ペーシングを目的として胸部叩打を施行。さらに副交感神経遮断に硫酸アトロピンを、また血圧上昇を目的に $\alpha \cdot \beta$ 両方の交感神経刺激作用を持つ塩酸エチレフリンを静注したところ、静注数分後に心拍数は入室直前値に近い60回/分程度まで、収縮期圧も120 mmHg前後まで回復し、その後のバイタルサインは安定した。

手術は延期し、回復室にて再度問診したところ、過去2度にわたる意識喪失があり脳神経外科、循環器内科で精査を行ったが何ら異常は認められず、以降の職場健診、また本院初診・入院時の問診の際には、職業上の理由により敢えて既往を申告していなかったとのことであった。この様に十分な術前診査が行われ、異常検査所見がなくとも、重篤な既往が隠されている場合のあることを念願におき、診療に当たる必要があると考える。

なお、都合3度の意識喪失は高度徐脈によると推察されるが、精査により心筋電導障害、動脈硬化による心筋虚血、薬剤の副作用、交感神経心臓枝の遮断や抑制、脳疾患が否定されていることから、迷走神経反射によるものと考えられた。また、今回発症の誘因は静脈穿刺によると思われた。

#### 8. 頬粘膜癌患者へのD-P皮弁及び人工骨(セラタイト®)による再健例

岡田みわ, 君塚 哲, 高橋正任, 伊藤正健, 越後成志 (口腔外科学 II)

顎顔面外科における再健法は遊離皮弁が用いられる機会が多くなってきたが、糖尿病や動脈硬化等の合併