

2. 当科外来における高齢者患者管理の実態について (第6回北海道臨床歯科麻醉研究会プログラム)

著者名(日)	亀倉 更人, 飯田 彰, 木村 幸文, 熊谷 倫恵, 中村 光宏, 北川 栄二, 藤沢 俊明, 福島 和昭
雑誌名	東日本歯学雑誌
巻	10
号	2
ページ	130-131
発行年	1991-12-30
URL	http://id.nii.ac.jp/1145/00007683/

第6回北海道臨床歯科麻酔研究会プログラム

日時：平成3年6月22日（土）午後3時～午後6時

場所：きょうさいサロン 札幌市中央区北4条西1丁目 共済ビル

1. 口腔外科領域において、出血のため緊急に 全身管理を要した症例の検討

中村光宏，飯田 彰，木村幸文
熊谷倫恵，川田 達，谷脇明宏
北川栄二，亀倉更人，藤沢俊明
福島和昭

（北海道大学歯学部附属病院歯科麻酔科）

頸部や顎顔面の血流は、総頸動脈の分枝に支配されており、動脈への腫瘍細胞の浸潤や機械的損傷などにより、突然に大出血することがある。口腔内からの出血では、出血の部位と気道が一致しており、気道閉塞の危険性があるため、気道確保と止血処置が平行して迅速に行われなくてはならない。更に出血の部位を特定することが難しく、ガーゼによる盲目的なタイオーバーや、外頸動脈、更に総頸動脈を結紮して、止血を図ることもある。特に、後者は、脳梗塞となり片側麻痺や時には死亡することになる。

突然の出血では、正確な出血量が不明なため、適切な輸血量や輸液量を決めにくく、循環動態や血液検査などを参考にせざるを得ない。また、止血操作の初期では、

輸血用血液の確保や諸検査に時間を要するため、代用血漿剤や昇圧剤の使用を余儀なくされる。

一方、患者は、腫瘍のコントロールができていなかったり、腫瘍摘出術が施行されている場合が多い。特に後者は、手術後の肝機能低下、嚥下性肺炎や貧血などを合併していたり、また、出血性ショックに陥っている事もあり、止血処置の全身管理をどの様に行うか総合的な判断が必要とされる。

今回、私達は、北海道大学歯学部附属病院において、1981年1月から1991年4月までに、9回の緊急止血処置を依頼されたので、患者の背景因子、止血処置の概要および全身管理の問題点などについて検討を加え、若干の知見を得たので報告する。

2. 当科外来における高齢者患者管理の実態について

亀倉更人，飯田 彰，木村幸文
熊谷倫恵，中村光宏，北川栄二
藤沢俊明，福島和昭

（北海道大学歯学部附属病院歯科麻酔科）

近年、医療技術の進歩や社会環境の向上により、人口の高齢化が進んでいる。これに伴い、様々な全身的合併症を有する高齢者の歯科外来受診も増加していくと考えられる。

当科は昭和61年4月に新設され、それ以前は口腔外科麻酔班にて行われてきた外来患者の管理をより積極的にやっている。そこで昭和61年4月から平成3年3月までの5年間の当科外来における65歳以上の高齢者患者につ

いて、検討を加えた。

まず、当科初診患者の内訳をみると、5年間の外来新患者は1202名であり、このうち65歳以上の高齢者は186名であった。この中で受診が途絶えるなどにより十分な病歴を聴取し得なかった7名を除く179名を対象とし検討した。全身的合併症については、循環器疾患の合併患者が多かった。すなわち、合併症を有さない患者は24名、循環器疾患以外の合併症を有する患者は27名であり、残

る128名は循環器疾患を合併していた。また、常用薬を服用していない患者は42名にすぎず、137名は何らかの常用薬を使用していた。

ついで、この期間中に処理が行われた全身管理症例について検討した。外来全身管理症例数は1181例であり、このうち高齢者患者の症例数は204例であった。この中で入室後処置中止となった症例は4例あった。処置内容は

大部分が抜歯などの観血的処置であり、抜髄などの非観血的処置は10例であった。管理方法の内訳は、全身麻酔7例、NLA局所麻酔14例、IVS114例、IHS12例、モニター監視のみ43例であった。

さらに高齢者患者管理の特徴、問題点についても検討を加えたので報告する。

3. 開口訓練後に生じた顔面神経麻痺症例について

木村幸文，亀倉更人，飯田 彰
熊谷倫恵，中村光宏，北川栄二
藤沢俊明，福島和昭

(北海道大学歯学部付属病院歯科麻酔科)

末梢性顔面神経麻痺の原因としては、外傷や手術による損傷、炎症、腫瘍、感染症、寒冷刺激などがあげられ、下顎孔伝達麻酔後や抜歯、抜髄後における発症の報告もある。しかし、開口訓練後の顔面神経麻痺出現についての報告は、我々が渉猟した範囲では見当たらない。

今回、我々は、全身麻酔下の開口訓練後に顔面神経麻痺をきたした症例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

症例は16歳男性で、昭和52年開口障害を主訴に当院口腔外科を受診、右顎関節強直症の診断のもと、経過観察を続けていた。昭和58年頃より小下顎症が著明になり、昭和60年頃よりさらに下顎の右方偏位が増強したため、

平成2年7月に、全身麻酔下にて顎関節授動術を施行した。さらにその1カ月後、全身麻酔下に開口訓練が行われ、左上中切歯間で約40mmの開口を得た。しかし翌朝、患者は摂食事の漏水を訴え、口腔外科担当医が顔面神経麻痺に気付いた。当日より歯科麻酔科にて右星状神経節ブロック、ハリ通電治療を行い、さらにビタミンB剤、プレドニゾロンの内服治療を開始した。その後10日間治療を継続し、症状の改善を認め退院となった。その後経過観察を行っていたが、麻痺出現約3ヵ月後にはほぼ症状は消退し、4ヵ月後には症状は全く認められなかった。

4. 外来全身麻酔時の発熱症例に関する考察

納谷康男，高田知明，工藤 勝
岩本 暁，今崎達也，遠藤裕一
高橋 堯¹，大友文夫，國分正廣
新家 昇

(東日本学園大学歯学部歯科麻酔学講座)

(旭川歯科医師会¹)

外来全身麻酔では当日発熱が原因で治療を延期せざるをえない症例を経験する事は少なくない。発熱の原因としては、感染症や術前禁水による脱水、精神的な緊張、抗コリン薬の投与などいろいろな事が考えられるが、その原因を特定することは容易なことではない。殊に当日帰宅させるような症例では術後管理が不十分となりやすく、術後合併症の事を考えると容易に麻酔を行なうこと

は差し控えるべきであろう。今回我々は、道北口腔保健センターにおいて心因性発熱と思われる症例を経験したので報告する。

患者は精神発達遅滞と脳性麻痺を合併した25才の男性で、歯科治療を目的に昭和58年から平成3年までの9年間で5回にわたり全身麻酔を受けている。第1回および第2回の全身麻酔時は特に問題となるような事は認めら