

4. 術後肺合併症により死の転帰をたどった症例

大友文夫, 遠藤裕一, 広川千都世
納谷康男, 高田知明, 國分正廣
新家 昇

(東日本学園大学歯学部歯科麻酔学講座)

術後肺合併症は、比較的頻度が高く、ことに高齢者の全身麻酔後には十分に注意を払う必要がある。今回我々は、下顎腫瘍摘出術後16日目に肺合併症が原因で死に至った症例を経験したので報告した。

患者は78歳の男性で体格、栄養共に佳良。既往歴として、77歳時に心房細動による脳梗塞があったが、入院時には日常生活に支障をきたさない程度に回復していた。入院時検査の異常所見は、胸部X線上で心肥大、心電図上で左心肥大、心房細動であった。入院後、プレオマイシン、マイトマイシン、5-FU等が投与されていたが、胸部X線では肺繊維症の傾向ならびにmetastasisは認められなかった。入院後約50日目に腫瘍摘出術を行うことになったが術後検査の結果は入院時の諸データとほとんど変化はなかった。麻酔はGOEで行い特に異常なく経過した。術後2日目にタール便、術後7日目に吐血とタール便の出現があり、これ以降タール便が続き適宜輸血その他の処置を受けていたが血圧は低下傾向にあった。胸部X線上は異常はなかった。疼痛にはインダシ

座薬、ソセゴン注が処方されており、節食、飲水には創部痛が大きいためマーゲンゾンデで行われていた。術後14日目で、胸内苦悶を訴え、血圧、脈拍が上昇し、喀痰が大量に吸引され、肺炎の診断を受けた。15日目、PaO₂、PaCO₂の低下、呼吸数の増大があり、O₂テント開始。時折胸内苦悶が出現。16日目左肺からの呼吸音が聴取されなくなり、右肺にも雑音出現、意識不明瞭となり浅在性努力呼吸を呈し、エア・ウェイ挿入しても呼吸停止、つづいて血圧測定不能となり死亡となった。

以上の経過から、単純なる肺炎ではなく片側の誤嚥性肺炎もしくはそれに続く肺水腫の疑いも考えられた。口腔外科領域においては術野が気道の一部をしめること、術後の口腔内分泌物のスムーズな嚥下が妨げられること、マーゲンゾンデの留置による胃液の逆流が起こり得ることなどから、術後肺合併症の可能性がことに高い。いずれにしても術後には麻酔側領域からも積極的に、呼吸管理その他に参加すべきことが痛感された。

5. Gow-Gates変法の臨床応用について

栗原延好, 納谷康男, 広川千都世
遠藤裕一, 金山精一, 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)

1973年、George A. E. Gow-Gatesにより発表された下顎神経の伝達麻酔法は、下顎骨骨頭頸部で下顎神経をブロックするため麻酔の奏効範囲は下歯槽神経はもとより、頬神経、耳介側頭神経にも及ぶ。しかも血管の損傷が少ないことが特徴である。また従来の下顎孔伝達麻酔法の成功率が70~80%程度にとどまるのに対し、本法での成功率はGow-Gatesによれば99%と驚くほど高い。しかし本法での臨床報告は土岐、榎淵らの報告があるにすぎず、その成功率も75%、66%と共に低い。この原因として欧米人と日本人との骨格による差も考えられる。そこで我々は第4回日本臨床麻酔学会においてGow-Gatesの提唱する口腔外指標を口角と耳珠切痕ではな

く口角と耳珠の上端求めた結果、針先が下顎骨骨頭頸部により近づき、成功率が高いことを報告した。しかし、この結果は、電気歯髄診断器による疼痛閾値の上昇を調べたのにすぎず、実際に抜髄処置などができるかどうかは不明である。そこで今回我々は、頬神経からの交通枝がある可能性の高い下顎大臼歯を対象としてGow-Gates変法の成功率を実際の臨床の場で検査したので報告する。治療内容は抜髄か窩洞形成で、口唇の麻痺発現までの時間、血液吸引の有無を調べた。この結果、麻痺発現までの時間は約12分、血液吸引の合併症はほとんどなかった。また浸潤麻酔の必要なく抜髄処置を終えることができたのは約60%であった。