

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<sup>1</sup>，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<sup>1</sup>)

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