

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

れなかった。平成2年1月に行なった第3回目の全身麻酔時、37.2度の微熱と白血球数の軽度増加を認めたためにかぜ症候群を疑ったが、胸部聴診や口腔所見などに異常がなかったため、予定どおり全身麻酔を施行した。術中、体温は正常に戻り、分泌物の増加や気道狭窄音は認められなかった。しかし、術後、次第に体温が上昇しはじめ、経口摂水が可能となってからも発熱傾向が続いたため、解熱剤の投与を行なったが体温が下がらず、当日

は入院させることにした。平成3年4月、第4回目の麻酔時も前回とほとんど同様の発熱状態を示したが、心因性の発熱を疑い入院はさせず帰宅させた。帰宅後1時間ほどで平熱に戻り、以降異常は認められなかった。1週間後、5回目の麻酔当日、術前に再び発熱を認めたため、麻酔終了直前にジアゼパムを投与したところ、今まで生じていた術後の発熱は認められずスムーズに帰宅させることができた。

5. ハロセン麻酔に際しアトロピン投与後に生じた不整脈の1症例

今崎達也, 高田知明, 遠藤裕一
工藤 勝, 岩本 暁, 納谷康男
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)

今回我々は、ハロセン麻酔導入時に硫酸アトロピンを静注したところ心拍数の増加とともに心室性期外収縮をきたした症例を経験したので報告する。

患者は12才の男児で、精神発育遅滞を伴っていたために、全身麻酔下での歯科治療が予定されていた。術前検査において血液一般検査、生化学検査、胸部X線において異常を認めなかった。

麻酔の導入は笑気、酸素、ハロセンの緩徐導入にて行い、入眠後硫酸アトロピン0.3mgを静注したところ、心拍数の上昇とともに心室性の期外収縮があらわれた。ただちに純酸素にて換気を行い、同時にリドカイン30mgを静注し経過を観察していたところ、約2分後に洞調律に

戻ったため、サクシニルコリンクロライドを投与し、気管内挿管を行った。維持は、笑気、酸素、ハロセンにて行ったが特に異常はみられず麻酔時間2時間45分で無事終了した。

一般に心身障害者の全身麻酔に際しては、患者の協力を得ることが困難なことから、アトロピンは麻酔導入直後に静注されることが少なくないが、特にハロセン麻酔下においては不整脈を発生しやすいといわれる。その発生機序については、アトロピン自体の薬理作用の他に、種々の原因が考えられるが、いずれにしてもアトロピンは日常臨床において多用されるだけに、その使用にあたっては十分な注意が必要であると考えられる。

6. 無 γ グロブリン血症を伴った拡張型心筋症患者の麻酔経験

岩本 暁, 工藤 勝, 今崎達也
高田知明, 納谷康男, 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)

無 γ グロブリン血症は、本邦で数例しか認められていないまれな疾患で、T細胞が正常に存在するのに対し、B細胞が欠損状態であるために、化膿菌に対して易感染性で、肺、上気道、中耳、外耳道、皮膚、眼瞼などに反

復感染がみられる。また、慢性副鼻腔肺疾患を合併することも多く、免疫補充療法として定期的に免疫グロブリン製剤を投与する必要がある。一方、拡張型心筋症は、著しい心収縮力の低下と心内腔の拡大により、うっ血性