

を注入した。術後経時的に下顎骨を摘出エポキシ包埋を行なったのち未脱半連続切片を作製し、フィブリン観察のために燐タングステン酸・ヘマトキシリン染色を施し、骨の形成状態の観察のためにトルイジンブルー染色を施し、光学顕微鏡で観察を行った。

結 果

- 1) フィブリンは術後10日から術後20日の間に吸収・消失した。
- 2) 形成された顎堤は初期より固定され良好な形態を

保っていた。

- 3) 早期からの骨形成を認め、それらは顎骨から骨膜まで連続するように形成された。
- 4) 骨膜下トンネル法顎堤形成術に、フィブリンを使用することは有効であった。
- 5) 臨床応用では、本法を用いることによって圍繞結紮は不要となり、術後1ヵ月程度で新義歯を作製することができるようになるため患者の負担を軽減することができるものと思われた。

33. 歯科麻酔外来におけるセボフルレンの有用性について

工藤 勝, 遠藤祐一, 納谷康男
國分正廣, 新家 昇
(歯科麻酔)

今回、我々は歯科外来の麻酔で現在使用しているセボフルレン (Sevo) の有用性について、従来から使用しているハロセン (Hal) と比較検討した。

対象は'89年から'92までの4年間に歯科治療を目的としたASA分類IまたはIIの患者で、合併疾患は精神発達遅滞者を多く認めた。症例数はSevoが35症例、Halが32症例の計67例だった。尚、挿管困難症例などは除外した。平均麻酔時間はSevoで191分、Halで182分だった。平均手術時間はSevoで140分、Halで125分だった。麻酔前投薬はBZP系薬物やベラドンナ剤を投与した症例が多かった。麻酔導入は全症例マスクによる緩徐導入を行った。導入時の吸入麻酔薬の平均濃度はSevoが3.9%、Halが2.2%で、多くの症例で筋弛緩薬を併用した。Halを使用した症例ではSCCを用いた症例が多かったが、現在では悪性化高熱の発生防止のため、非脱分極性弛緩薬のベクロニウムを多用している。麻酔維持は吸入麻酔薬の平均濃度でSevoが1.7%、Halが0.8%を吸入させ、筋弛緩

薬は併用しなかった。麻酔導入時間 (薬吸入開始から気管内挿管までの時間) はSevoが15.5分、Halが18.5分だった。覚醒時間 (吸入中止から抜管までの時間) はSevoが13.4分、Halが15.9分だった。また、手術時間が3時間以上のSevo 7症例、Hal 4症例について同様に覚醒時間を検討した結果、覚醒時間はSevoが10.9分、Halが22.0分となった。麻酔合併症の発生率はSevoで34.3%、Halで40.6%だった。術中不整脈の発現した症例数はHalで期外収縮が5症例認められたが、Sevoでは1症例のみだった。徐脈、頻脈の発現はSevoの方がHalよりも多く認められました。このほか合併症はHalでミオグロビン尿を2症例で認めたがSevoでは認めなかった。

以上の結果より、SevoはHalより麻酔導入・覚醒を速やかに行えた。合併症では期外収縮やミオグロビン尿の発現が減少した。以上から、歯科外来の麻酔ではSevoの有用性が認められた。

34. 下顎歯性感染症に起因した口底・頸部蜂窩織炎の1例

重住雅彦, 村瀬博文, 伊藤文敏
九津見雅之, 大森一幸, 永易裕樹
麻生智義, 斉藤基明, 柴田敏之
有末 眞

(口腔外科2)

患者は44才男性で、平成3年7月13日より $\overline{7}$ の歯牙挺出感と咬合痛が出現。7月14日夜間に38°C台の発熱を認

め、7月15日近医内科、歯科を受診、 $\overline{78}$ 原因の歯性感染症と診断され、抗生剤の投与を受けた。しかし、その後

開口障害と口底部に腫脹が生じ、疼痛も増大し、腫脹は更に左側顎下部から頸部にまでおよび、嚥下障害も出現し経口摂取困難となった。このため、紹介により7月20日当科を受診、即日入院となった。既往歴、家族歴に特記事項なし。入院時、体温38.9°C、全身倦怠感があり、顔貌は左側下顎部から顎下部、および頸部にかけて発赤を伴う慢性の腫脹を認めた。開口は切歯間で約20mm。口腔内所見では[7]の歯冠は崩壊し、[78]相当頬側歯肉、同部口底から咽頭側壁の粘膜に発赤を伴う慢性腫脹を認めた。X線所見では、[8]の水平埋状、[7]根尖部に小豆大の境界明瞭な透過像を認めた。臨床検査所見では、WBC 20400/mm³、CRP 24hr(3+)、ESR 66mm/1hr、ASLO値480倍であった。[7]根尖性歯周炎、[8]智歯周囲炎に起因した左側口底・頸部蜂窩炎の臨床診断にて、入院後、輸

液および抗生剤による化学療法を行った。栄養は、当初経管栄養を試みたが嘔吐反射が強く不可能であったため、中心静脈より高カロリー輸液を行った。入院2日目左側頸部より切開排膿を行い、その後、腫脹および嚥下障害は徐々に消失し、経口摂取可能となり、入院11日目に[78]を抜歯し、13日目に経過良好にて退院した。

近年抗生物質の進歩とともに、重篤な歯性感染症は減少してきている。しかし、本症例のように全身の安静が保たれず、また栄養の補給が十分に行われない場合には、炎症が周囲に波及し重篤な経過をたどる危険性もある。

このようなことより、急性歯性感染症の治療にあたっては、適切な抗菌剤を選択し投与するとともに、安静及び栄養補給等の全身状態の重要性を患者に十分説明する必要があるものと思われた。

35. 脳梗塞患者の診断に難渋した歯性上顎洞炎の1例

前田静一、村瀬博文、千徳敏克
渡辺一史、加藤元康、平博彦
北村完二、柴田敏之、有末真
(口腔外科2)

今回、我々は上顎骨に広範な骨欠損を認め、悪性腫瘍が疑われた歯性上顎洞炎の1例を経験したので、その概要を報告した。患者は64歳の男性で、当科初診約2週間前より[6]の頬側歯肉歯槽部に無痛性の腫脹が出現し、その後同部より排膿がみられたが約10日で症状は消退した。しかし右側鼻腔より悪臭を伴う排膿が持続し、平成3年11月9日に当科に来院した。既往歴では16歳頃に鼻中隔彎曲症、昭和50年頃、腎臓結核にて左側腎臓の摘出手術をうけ、泌尿器科に通院中である。また昭和58年頃、脳梗塞にて入院し、現在薬物治療を受けているが、右側に軽度の片麻痺が認められる。口腔外所見では、右側頬部に軽度の慢性の腫脹があり、同部に知覚鈍麻が認められた。鼻腔所見では、鼻中隔欠損を認め、右側鼻腔より腐敗臭を伴う排膿がみられた。顎下リンパ節は右側では拇指頭大1個、弾性やや硬、可動性で軽度の圧痛がみ

られ、左側は大豆大1個で、弾性軟、可動性で圧痛はなかった。口腔内所見では開口障害でなく、[87]は欠損し、同部の歯肉頬移行部、口蓋部に慢性の腫脹と圧痛を認め、骨性抵抗は触知されなかった。[6]の口蓋根は露出し、動揺が顕著であったが、周囲粘膜に異常は認められなかった。X線所見では、右側頬骨下稜から上顎結節にかけて、広範な骨欠損を認め、上顎洞壁、および頬骨に骨欠損像がみられた。CT所見では上顎洞の前壁、内側壁、後壁にも骨欠損がみられた。以上の所見から、悪性腫脹の可能性も考えられ生検を施行した。洞内は肥厚した粘膜様の軟組織に被覆され、内部に黄白色の豆腐カス状物を混入する粘稠性の膿汁が認められた。病理組織学的に上顎洞炎の診断が得られ、平成4年2月13日NLA局麻下に右側上顎洞根治術、対孔形成術、[6]抜歯術を施行し現在経過は良好である。