限界運動を近似的に再現するが，咬合器への Transfer 操作が煩雑であるため，日常臨床では後者が広く採用されている。今回，演者らは Check Bite 法の問題点について種々の観察を行い検討を加え，得られた矢状顆路角の測定結果を電子的パントグラフである Pantronic による矢状顆路角の測定値と比較し検討を行った。

健常有歯顎者4名の精密上下顎模型を Denar Mark II咬合器に，Pantronic と同一基準平面で付着した。Gothic Arch 描記装置で規制した4，6，8 mm の下顎前方突出位，さらに切端咬合位において，Xantharo と Coprwax の二種のバイト材を用いて，各5組の前方 Check Bite を採得し，前方突出量・Bite 材の違いが咬合器の矢状顆路角調整に及ぼす影響について比較検討した。

Pantronic の矢状顆路角における精度，再現性の検定を Denar Mark II咬合器で行った後に，被験者に Pantronic を装着し，矢状顆路角の計測を行い，Check Bite 法による矢状顆路角と比較検討を行い以下の結論を得た。

(1) Check Bite 様得時の下顎前方突山量は矢状顆路角に影響を及ぼし，前方突出量の増加に伴い矢状顆路角は減少し，また計測値は安定した。(2)切端咬合位で採得した Check Bite は下顎前方突出量8 mm における矢状顆路角とほぼ近似した値を示した。(3) Check Bite 材の違いによる矢状顆路角の調整能については，Xanthano よりも Coprwax の方が計測値に大きなバラツキを示した。(4)Pantronic の精度検定を行った結果，矢状顆路角計測における精度，再現性が確認された。(5) Pantronic の矢状顆路角の測定値と，Check Bite 法による下顎前方突出量8 mm および切端咬合位で計測した矢状顆路角とは，ほど近似した値を示した。

質　問：亀田　務（歯理I）

測定値の誤差検定などは理解出来るが，許容誤差はどの程度か。

回　答：関合　正行（歯補1）

測定値の許容誤差については確かな意見は持っていない。

しかし，Cr Br 等と総義歯では，その許容量は異なると考えられる。Watt によれば総義歯の場合10°程度とされている。

演題10　局麻剤による重症ショック既往を有する患者2症例の歯科治療経験

○中里滋樹，新津二郎，千葉寛子

県立中央病院歯科口腔外科

今回我々は既往歴で局麻剤によると思われる重症ショックを併発した2症例の歯科治療を経験した。2症例とも各種検査を施行したがある程度の原因は推定しえるも，ショックの原因を確定する事ができなかった。加えてショックが重症型であったため局麻剤の使用は避け，抗ヒスタミン剤で展所麻酔を有する塩酸プロメタジンを代用薬として2症例に応用した。塩酸プロメタジンの局所麻酔効果はジブカインより弱くプロカインより強いとされている。抗ヒスタミン剤を局所麻酔材としてアレルギー患者に適応し抜歯した報告は今回我々が検索した中では Smith，早雲らの報告があるのみで極めて少ない。我々は塩酸プロメタジン2％溶液を作製して10万倍ボスミンを含有した代用薬とボスミンを含有しない代用薬を各々作製し2症例に使用した。

症例1，患者16才男性，診断 $\underline{|7}$：C_3，潰瘍性歯髄炎，$\underline{2|12}$：C_2，既往歴，昭和50年本院耳鼻科にて扁桃腺手術の際キシロカイン局所麻酔後約5分経過して収縮期圧30mmHg，呼吸停止，意識不明のショック状態となり救命処置を受けた。昭和55年岩手医科大学小児歯科にて局麻下歯科処置は不可能との事で全身麻酔下に処置を受けている。各種検査から局麻剤の中毒が確定されたが，確定診断が得られず，塩酸プロメタジンを局麻剤の代用薬として抜髄及び充塡処置を施行し術中偶発症の発現をみず施行しえた。症例II，患者32才，女性，診断 $\underline{1|1}$：P_3 $\overline{4|}$：C_4，既往歴，昭和51年市内某歯科にて抜歯後30分経過して呼吸困難，強度の手肢の筋緊張，意識不明の状態となり救命処置を受ける。昭和54年にも抜歯後同様の病状を呈し救急処置を受けている。各種検査の結果，局麻剤のアレルギーの他 Hyperventilation syndrome が考えられたが確定診断は得られず，入院下で cercine による静脈内鎮静法下に塩酸プロメタジンを用いて $\underline{1|1}$ および $\overline{4|}$ の抜歯を施行し，術中偶発症をみる事なく施行しえた。

演題11　下顎関節突起骨折に対するキルシュナー鋼線による固定の2例

○塚本行雄，小早川隆文，山口一成
工藤啓吾，藤岡幸雄

岩手医科大学歯学部口腔外科第一講座

下顎骨骨折の中でも，関節突起骨折の治療は，とくに困難であることから，従来，非観血的に行われてきた。しかしその後に下顎運動が不良となることが多いため，できるなら観血的治療が望ましい。そこで我々は，このような2症例に対し，1952年 Stephenson らが報告した

キルシュナー（以下Kと略す）鋼線を用いての観血的治療を試みた。

術式は，下顎角から1.0～1.5 cm 前方の下顎骨下縁に，径約5 mm 大の骨孔を形成し，ここから下顎骨後縁に沿うように，K鋼線を関節突起に向かって手動ドリルを用いて刺入した。

症例1：17才，男性。右顔面を殴打され，右側下顎骨骨体骨折および左側関節突起頸部介達骨折をきたした。受傷後12日目に前述の術式で，頸部骨折片を再植し，整復固定を行った。術後にK鋼線を撤去した。1.5年後の現在，経過良好である。

症例2：13才，男性。自転車による転倒で顔面を打撲し，右側下顎頸部の介達骨折をきたした。受傷後10日目に同様の観血的処置を行った。術後21日目に顎間固定を除去し，術後1.5カ月の現在，経過観察中である。なおK鋼線はまだ撤去していない。

本術式には，K鋼線の刺入方向に難点があるため，1977年田代らは，刺入方向に沿って下顎枝に誘導溝を設定し，良好な結果が得られたと報告している。我々は，2症例のみの経験からではあるが，術中，透視下にK鋼線を刺入することを考えている。術後の合併症は Frey syndrome による発汗や眼裂閉鎖不全などが発現しやすいので，術中の切開，剝離を慎重に行う必要がある。

我々は，顎関節突起骨折の2症例に対し，再植後にK鋼線を用いて固定を行ったところ，術後の開口時における偏位もなく，良好であったので，これらの術式を中心に報告した。

質　問：亀田　務（歯理I）

材質は何か，生体組織との関連はどうか。

質　問：小野　実（口外2）

1．ケース1で，観血的にトライした理由。最初非観血的にやって目標の咬合が得られたのならそのまゝでよかったのではないか。

2．非観血的または観血的整復の選択基準をどこにおいているか。

回　答：塚本行雄（口外1）

○亀田先生の質問に対して

キルシュナー鋼線の材質は18.8鋼線と思いますが，詳細は問い合わせてみます。生体への為害性はとくにないといわれています。

○小野先生の質問に対して

1．従来，非観血的治療が行われて来たので，現在はっきりした手術適応症はまだない。しかし臨床所見や下顎運動などの異常が後遺すると考えられる症例については，今後観血的治療を考慮していくべきものと思う。

2．エラステック固定をしたあとに開口運動をさせたのではなく，すでに観血的整復をすることにしており，その準備として，やったのである。

演題12　過去10年間の全身麻酔下緊急手術症例の臨床統計的観察

○野舘孝之，水間謙三，木村貞昭*
岡村　悟，駒井豊一，藤岡幸雄
関山三郎*，岡田一敏**，涌沢玲児**

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座
岩手医科大学歯学部口腔外科学第二講座*
岩手医科大学歯学部麻酔学講座**

全身麻酔下緊急手術では予定手術時とは異なり術前の十分な検査，管理ができないことから危険度が大きい。本大学歯学部は昭和40年に開設以来，医学部麻酔学教室の協力のもとに全身麻酔下の手術が行われているが，このたび昭和50年から昭和59年11月まで過去約10年間に歯学部附属病院において行われた全身麻酔下緊急手術症例の臨床統計的観察を行ったので報告した。

歯学部の過去約10年間の全身麻酔症例総数は1868例であり，そのうち緊急手術症例数は41例であった。これを年齢別にみると幼小児が最も多く，性別においては男子が女子をうわまわっていた。疾患別では外傷が半数以上をしめ，緊急手術の原因としては裂傷によるものが多かった。手術方法別症例数は原因別にほぼ対応しており，縫合，整復固定処置が過半数であった。麻酔開始時間においては9時～21時が約9割をしめており，深夜における緊急手術は稀であった。術前合併症としては循環器系のものが多くみられたが，A.S.A. の RISK 別においては危険度の大きい high risk 症はみられず，危険度の低い RISK I が過半数をしめていた。また前投薬においてはベラドンナ剤と Minor tranguillizer との併用が多くみられ，導入薬としては Thiamylal 使用の rapid induction が半数以上であった。挿管方法は経口挿管，経鼻挿管が各々，約½，⅓をしめていた。維持麻酔薬別では GOF が圧倒的に多く，その他は GOE，NLA 変法などであった。手術時間としては3時間以内のものがほとんどであり，麻酔時間はこれに対応することから，それよりやや長く3.5時間以内のものが大半であった。術中の出血量としては，大量出血は少なく大部分が500 ml 以下の出血量で終わっていた。術後合併症は稀ではあるが，それでも麻酔管理上に由来するもの，原疾患及び手術侵襲によるものが各々数例みられた。以上過去約10年間の緊急全身麻酔症例の検討を行った。

追　加：野舘孝之（口外1）

1．緊急手術となった悪性腫瘍は primary の症例では