

度にMS感染が起こることが明らかとなった。しかし、一部の母子では検出状況が一致しない組も認められたことから、少ないながらも母子間以外の感染経路も存在することが示唆された。

また、口腔レンサ球菌種の感染状況の母子間における一致率を検討した結果、多くの組で高い一致率を認めた。特に、分離 *S. mutans* 株の相同性が一致した組で、その他の口腔レンサ球菌種の感染状況も高い一致率を示した。

考察：小児へのMSの感染源はその多くが母親であること、さらにMSのみならず、その他の口腔レンサ球菌種についても母子感染が認められることが強く示唆された。

### 演題3. 開口障害を主訴として来科した破傷風の1例

○角田 直子, 熊谷 章子, 松本 直子,  
飯島 伸, 星 秀樹, 杉山 芳樹

岩手医科大学歯学部口腔外科学講座  
歯科口腔外科学分野

緒言：破傷風はワクチンの開発により、罹患率、死亡率ともに減少しているものの、治療開始時期が遅れると患者の生命予後、機能予後を損なう疾患である。今回我々は、開口障害を主訴に当院を受診した破傷風の一例を経験したので報告する。

症例：患者：44歳、男性。初診：2010年4月。  
主訴：顎の筋肉痛と開口障害。現病歴：初診前夜に突然開口障害が生じ、当院歯科医療センターを受診した。既往歴：特記事項なし。現症：強制開口量5mm、咬筋と肩のこわばりを認めた。

治療および経過：エックス線写真、血液検査では異常を認めず、当日は筋弛緩薬を処方し帰宅させた。遠方在住のため、2日目からは電話で症状の報告を受けていた。経口摂取困難が訴えられたため、自宅近くの総合病院にて、点滴投与を受けるよう指示した。初診から4日目に歩行困難となったとの報告を受け、当院救急センターに救急搬送させた。開口障害に加え、背部の硬直と左側第IV指の外傷歴から破傷風と臨床診断した。汚染創のデブリードマンとこれから

生じうる呼吸困難に備え気管切開術が施行され、抗破傷風ヒト免疫グロブリン、ペニシリンGの大量投与が開始された。左側第IV指から採取した汚染組織から破傷風菌が同定され、確定診断が得られたのは入院から42日目の事であった。その後、筋硬直が寛解し、入院より47日目に一般病棟へ転床し、70日目に軽快退院した。

考察：開口障害を主訴に来院する患者の多くは、歯性炎症や顎関節症によるが、悪性腫瘍と共に破傷風は見過ごすことのできない疾患として、鑑別診断を行う際に常に注意が必要と考えられる。本症例では比較的早期に原因に対する処置、痙攣に備えた管理が行なわれたが、発症後はICUを有する病院で早期治療、管理を行うことが重要である。

### 演題4. 東日本大震災により全身麻酔下手術中の手術中止を余儀なくされた1症例

○三浦 仁, 佐藤 健一, 城 茂治

岩手医科大学歯学部口腔外科学講座  
歯科麻酔学分野

緒言：本年3月11日14時46分、国内観測史上最大であるマグニチュード9.0の東北地方太平洋沖地震が発生、東日本に甚大な被害をもたらした。我々は、本地震により全身麻酔下手術中の手術中止を余儀なくされた症例を経験したので報告した。

症例：患者は61歳男性。身長168cm 体重51.6kg。これまで、正中上顎癌にて上顎部分切除、右側全顎部郭清術を施行。今回、左側頸部リンパ節転移を認めたため、平成23年3月11日13時より、全身麻酔下での左側頸部郭清術が予定された。

経過：11時35分から麻酔が開始され、手術開始約2時間後の14時46分に、震度5強の地震が発生し、発生直後より予備電源に切り替わった。その後も余震が続き、また、予備電源も2時間しか確保できないとの情報があり、続行不能と判断されそのまま閉創された。その間、我々は麻酔器と点滴スタンドの転倒、移動を徒手で防止していた。覚醒後、病棟への帰室はエレベーターも使用出来ないため、3階の手術室

から6階の踊り場までは階段を利用して、担架にて搬送した。6階の踊り場から病室まではストレッチャーにて搬送した。酸素ボンベや補液を運ぶ介助も行なった。

考察：岩手医科大学手術室における災害対策マニュアルでは、手術室内では地震発生後手術進行の一時中断、患者への無影灯の落下防止、麻酔器や点滴スタンドの自動移動に注意、尖刀類と針の回収及び清潔野の確保、また、患者の搬送では、ストレッチャーでの移動が困難な場合には担架での術者・麻酔科医と協力して徒手搬送と記載されており、今回の震災時には概ね上記のマニュアルに沿った行動を行なうことが出来たと考える。

結語：今回の震災では、災害対策マニュアルに沿って対応しえたが、一部マニュアルと異なったところもあり、課題が見出されたため、マニュアルを見直すと共に、訓練も定期的に行なっていく必要があると思われる。