

1. 歯科予防センターは、健康管理課内に設置されており、そのスタッフ（保健婦、栄養士など）と一体化して、妊婦指導、母子指導、部落巡回指導など有機的に活動している。

2. 歯科衛生台帳は健康台帳と別個のものである。妊婦時代から作製されている。その子供のファイルは、健康管理課の母子活動と一緒にできるように整理されている。

#### 演題4 歯科外来全身麻酔の検討. 第1報 他施設における現況報告

・水間 謙三, 池田 英俊, 中里 滋樹  
山口 一成, 松本 修, 二瓶 徹  
大坂 博伸, 藤岡 幸雄, 涌沢 玲児\*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座  
岩手医科大学医学部麻酔科学講座\*

一般歯科治療は術野が口腔内に存在するために処置終了まで開口が必要であり、かつ目の前で種々の器具が使用される。これらの特殊性の為に乳幼児、心身障害者や歯科治療恐怖症の人々は歯科治療を敬遠していた。しかし、近年医療の発達に伴い、これらの患者も意識或不随意運動を低下させる精神鎮静法や全身麻酔法の併用で治療を受けることが可能となって来た。なかでも全身麻酔法は奏効が確実に術者が納得できるまで治療可能で、しかも多数歯を治療できる方法である。通常、手術侵襲のほとんどない検査の為に全身麻酔法を施行する場合でも術前準備や麻酔後の患者管理に完全を期する為に最低数日間は入院させるのが原則である。しかし、全身麻酔下の歯科治療に関しては入院という急激な環境の変化、保護者との分離により受ける患者の精神的負担の増大、院内感染の危険性、歯科治療そのものの生体に与える侵襲が小さいこと、術後比較的早期に治癒しやすいことや経済的負担等から患者を入院させない外来全身麻酔法が応用される様になって来た。

今回歯科外来全身麻酔法を3施設で見学して来たので、その概要をもとに文献的考察を加え、更に今後各科の主治医より依頼のある時に備え、麻酔を研修している立場から歯科外来全身麻酔法施行時の方針を下記の項目について発表した。我々が麻酔を担当する時は麻酔後のトラブルを避けるために麻酔当日は原則として入院させ管理することにした。

1. 適応症
2. 術前検査の内容
3. 麻酔前の保護者への注意点
4. 前投薬、導入に用いる麻酔薬と方法、維持麻酔薬、気道確保の方法と術中の輸血
5. 麻酔時間
6. 回復室
7. 帰宅許可の判定規準
8. 帰宅許可時の保護者への注意点
9. 余剰麻酔ガスによる汚染

質 問：飯島 洋一（口衛生）

・頻回麻酔となる場合、どのような点に注意し判断していったらよいのか。

回 答：水間 謙三（口外1）

全身麻酔下での歯科治療は一回で処置を終了するのが理想であるが、患歯の数や処置内容により何回かに分けて治療しなくてはならない時も考えられる。頻回麻酔は麻酔薬の頻回投与により免疫反応が強く抑えられるという報告もあるが、小児の方が成人より頻回麻酔に耐えられると言われている。種々の理由により頻回麻酔となる時は麻酔により生体の危険にさらされる度合いと、それにより受ける利益との兼合により制限を受けると思われる。その時は麻酔薬の副作用も考慮して麻酔薬や方法を変えたりした方が良いと思われる。

質 問：小川 邦明（岩手県立中央病院歯科口腔外科）

1. 手術前何時間に来院させているか。また食事摂取制限はどうしているか。
2. パッキングはどのような種類のものを用いているか。
3. 今後、本学でどのように活用していく予定か。昭和42年頃 Walton V 麻酔器を購入しているので活用してもらいたい。

回 答：水間 謙三（口外1）

1. 麻酔導入30分から1時間前到来院させ、食事摂取制限は小児や精神障害者の患者は朝から絶飲絶食とし、午後からの患者は朝食は軽食を与え、麻酔導入4時間前まで水分は摂取させ以後は絶飲とする。

また、不随意運動が治療を妨げる脳性マヒの成人や健康な成人は朝から絶飲絶食とする。麻酔後の飲食は麻酔後2時間あたりから少量の飲水をさせ嘔吐のないことを確認し、その後の食事は軽い食事を少量づつ与え、嘔吐に注意しながら次第に普通食へ移行する。

2. パッキングには海綿やガーゼを折ったものや、

市販されているやや硬めのスポンジで作られたVパック歯科用のものを使用している。

3. 全身麻酔下でないと一般歯科治療が可能でない患者がいることはかねてより聞いているが、今までその依頼に対して満足できる処置ができなかったのは残念である。これからは可能ならば中央手術場で医学部麻酔科の管理下で処置して行きたいと考えている。

#### 演題5 口腔領域の小児腫瘍に関する病理学的検討

○八幡 ちか子, 畠山 節子, 武田 泰典  
鈴木 鍾美

岩手医科大学歯学部口腔病理学講座

#### I 緒言

小児の病変は臨床的にも病理学的にも成人のとは異なりその診断にあたっては慎重な配慮が必要である。口腔領域の小児病変についても同様のことが考えられるにもかかわらず、これらの病変に関する臨床病理学的な検索は2, 3の報告をみるにすぎない。そこで我々は本学歯学部付属病院を受診し病理組織検査の行われた15才以下の症例について種々検討を加えているが、今回はそれらのうち腫瘍について報告する。

#### II 検索症例

検索症例は1970年1月1日より1981年6月までの過去11年6ヶ月間に当科で扱った15才以下の小児症例総数 232例で、今回検索の対象とした腫瘍症例は69例である。

#### III 結果

1. 腫瘍症例数は小児症例総数の29.7%に相当していた。

2. 小児腫瘍症例数の年齢別比較: 小児全検体数に対する腫瘍症例数の割合は年齢的に大きな差はなかった。

3. 顎骨腫瘍と軟組織腫瘍の発生数とそれらの年齢別比較: 年齢が増すとともに顎骨腫瘍の発生頻度が高くなる傾向にあった。

4. 腫瘍の発生部位とその組織型の比較: 顎骨腫瘍は39例で、そのうち歯原性のものが34例であり、軟組織腫瘍では血管腫がその大きな割合を占めていた。腫瘍を良悪性別にみると良性腫瘍は95.2%, 悪性腫瘍は5.8%であった。

5. 顎骨腫瘍について: 上顎では歯原性腫瘍が92.9%を占め、なかでも Odontoma が最も多くみられ

た。下顎では歯原性のものは、77.8%を占め、なかでも Ameloblastoma が最も多くみられた。

6. 歯原性腫瘍について: Ameloblastoma は8例のうち Plexiform 3例, Follicular 2例, Cystic 1例, 不明2例であった。Odontoma は11例中8例が Compound type であった。

質 問: 小川 邦明 (岩手県立中央病院歯科口腔外科)

1. 材料は摘出標本のみで Probe によるものは含まれていないか。

2. 臨床診断で腫瘍として別な疾患であったとか、逆に別の臨床診断で腫瘍と診断された所謂、誤診例はどの位みられたか。

回 答: 八幡 ちか子 (口病理)

1. 材料は生検および手術摘出物です。

2. その点についてはまた検索しておりません。これからは是非検索したいと思っております。

#### 演題6 上顎洞癌に対する放射線治療, 化学療法および手術による治療成績の検討

○小松 賀一, 前田 光義, 松尾 芳明  
今沢 優, 後藤 美智恵, 新里 真理  
柳澤 融\*, 関山 三郎\*\*

岩手医科大学歯学部歯科放射線学講座

岩手医科大学医学部放射線学講座\*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第二講座\*\*

我々は、上顎洞癌の治療に放射線、制癌剤の局所動注に手術を加えたいいわゆる三者併用療法を行ってきた。今回、その治療成績を分析検討したのでその概要を報告する。

対象症例は1970年6月から1981年5月までの40症例である。

腫瘍の占拠領域については、Öhngren 平面を基準として、これより頭蓋底に近い部分を侵すものを上方型、頭蓋底より離れた部分を侵すものを下方型とした。症例数は各々20例ずつであった。

治療はいわゆる三者併用療法で、放射線療法としては線源を Linac X線, Tel <sup>60</sup>Co を用い、総線量3000~6000rad であった。化学療法は殆どが 5-Fu を用い総量は2000~5000 mg であった。手術はいわゆる開洞によるネクロトミーを行なった。

治療成績を実測生存率、追加療法の有無別および長