者歯科も増加していた。紹介元は歯科だけでなく，幅広い診療科に及んでいた。院内紹介は，顎顔面外傷を主に増加し，急性期医療を担う診療科の一つとなっていた。しかし，これらの機能を維持するためにはマンパワーが必要で，医師不足の会津医療圏にとっては，大学などの医育機関との連携が必要と思われた。

10）日帰り全身麻酔下にて行ったCT検査の1例

○川合 宏仁，八木下 健，青田 快雄，福島 雅啓
田中 克典，冨田 修，中池 祥浩，渡辺 正博
伊藤 寛，小川 幸恵，赤沼 龍一，山崎 信也
（奥羽大・歯・口外）

精神発達遅滞とLennox-Gastaut症候群の診断を受け，外来での意識下歯科治療が困難な患児の両側上顎中切歯慢性根尖性歯周炎および歯根嚢胞の画像診断に対し，日帰り全身麻酔下にCT検査を行い，良好に管理し得た症例を経験した。

第１回目の日帰り全身麻酔下歯科治療の際に，上顎右側中切歯歯根部の口蓋側に境界明瞭な小指等大の腫脹が認められ，術中のデジタルエックス線写真より嚢胞様透過像の存在が確認されたが，詳細を把握するまでには至らなかった。そこで，患者の安全性を考慮し，改めて病状の確認のために日帰り全身麻酔下にCT検査が予定された。CT検査当日，歯科麻酔科外来に患者を入室させ，搬送用ストレッチャー上で，笑気吸入鎮静下に静脈路を確保し，ミダゾラムとブトルファノールを用いて経口気管挿管を行った。気管チューブ固定後はデクスメデトミジンを投与し，100%酸素を投与しながら用手補助呼吸下にCT検査を行い，上顎両側中切歯歯根周囲の骨吸収状態を確認することができた。CT検査後は，歯科治療を行い，手術終了後から約４時間後に帰宅し，てんかんや他の合併症を起こすことなく無事に管理することができた。

ミダゾラム，ブトルファノールおよびデクスメデトミジンによる気管挿管を用いた日帰り全身麻酔管理は，てんかんを合併する協力の得られない障害者の３次元的な画像撮影に対し，有効な手段であることが示唆された。

11）認知症を有する高齢患者の全身管理について考えさせられた１例

○青田 快雄，冨田 修，中池 祥浩，渡辺 正博
伊藤 寛，川合 宏仁，山崎 信也，清野 晃孝[1]
齋藤 高弘[1]
（奥羽大・歯・口腔外科，診療科学[1]）

（緒 言） 認知症は，知能の低下，心と行動の障害，日常生活能力の低下，身体の障害などの症状を有し，特に重度な認知症患者は歯科治療の必要性が理解できず，治療を拒む場合がある。今回，重度認知症患者で，家族が全身麻酔下歯科治療を強く希望した症例を経験した。

（症 例） 患者は77歳女性，身長150cm，体重55kgで，補綴物動揺による咀嚼障害を主訴に某歯科医院を受診したが，重度認知症のため意識下歯科治療困難と判断され紹介となった。

（経 過） 初診時，患者家族は早期の全身麻酔下歯科処置を強く希望したため，医療面接および術前検査を施行した。血液検査では腎機能障害および境界型糖尿病が疑われ，胸部X線写真では，心拡大，気管変位および横隔膜挙上が認められた。また，12誘導心電図では，単源性の心室性期外収縮が認められた。患者の家族に対し，全身麻酔のリスクを十分に説明し，全身麻酔下歯科治療を再検討してもらう時間を設けたところ，後日，患者家族が意識下歯科治療よりも全身麻酔下歯科治療のリスクが高いと判断し，紹介元の歯科医院で，抑制下に補綴物が除去された。

（まとめ） 認知症患者の全身麻酔後合併症発症率は84％と高率で，せん妄，認知症の悪化，肺炎，呼吸不全などが発現すると報告されている。また，意思疎通が困難のため，術前の絶飲水食の指示が徹底できず，誤嚥や肺炎の発症率が上昇し，全身麻酔下歯科治療はハイリスクと考えられるため，緊急を要さない処置の場合は，医療側，家族側で一度適応を再考する時間を設ける必要がある。