

P5-09 入院患者の義歯管理についての取り組み ～部分床義歯誤飲事例より

○船津 真友子¹、沖 彩加¹、宇佐美 康子¹、尾崎 式美¹、小瀬 裕美子³、吉田 明美²、佐藤 康太郎²、関 行雄⁴

¹名古屋第二赤十字病院 脳卒中センター、²名古屋第二赤十字病院 口腔外科、³名古屋第二赤十字病院 医療安全推進室、⁴名古屋第二赤十字病院 脳外科

【背景と目的】脳卒中センターである当病棟では、義歯を装着した高齢患者が多い。また認知機能に問題のある患者や嚥下障害のある患者が少なくない。これらの患者に対して看護師による義歯管理が必要となるが、管理方法が明確でなかった。今回見当識障害のある患者が部分床義歯を誤飲し、食道内で発見され内視鏡下で除去するという事例が発生した。以前にも義歯の紛失事例があったが今回の事例を経験し、安全に義歯管理を行うために、他職種とも連携し入院中義歯装着患者の危険と予防・管理方法について、院内統一マニュアルを作成したため報告する。

【事例紹介】80歳代男性、右被殻出血にて入院中。GCS = E3 ~ 4V4M6。左上下に部分床義歯1個ずつ装着していたが、患者の妻が来院した際上部義歯が無いことに気がついた。レントゲン撮影時に食道内に義歯を認めたため、内視鏡下で除去した。軽度食道損傷あり、数日間欠食・抗生剤使用となった。

【取り組み】以前より病棟内の義歯管理について電子カルテの機能を活用していたが、マニュアルがなく管理方法が曖昧であったため、根拠を持ち義歯のケア・管理を行っていくために病棟内で義歯管理方法の再検討を行った。また医療安全推進室、口腔外科医師・歯科衛生士と共同し、義歯装着患者の注意項目についてマニュアルを作成した。

【結果】事例の振り返りにより義歯管理の意識が高まり、管理方法を統一したこと、2014年1月下旬以降現在までに義歯に関するインシデントはゼロである。口腔ケア時に義歯の種類・部位・個数を確認し、電子カルテに記録する方法は義歯の誤飲や紛失防止として有用である。また院内統一マニュアルに「義歯装着患者管理の危険と予防」として掲載し運用を開始した。

【考按】義歯の装着は経口摂取の為に不可欠であるとともに、経口摂取をしていない患者にとっても口腔内の廃用を予防するために必要である。しかしながらその義歯を誤飲・誤嚥し危険に晒さないためにも、統一した管理を実施していく必要がある。病棟内でも今回の事例を元に危機管理についての教育を継続していくとともに、今回作成したマニュアルを運用することで、安全管理を徹底し正しく義歯が使用できるように周知していく。

P5-10 歯科診療所におけるインシデント模擬事例の作成

○宮本 智行¹²、瀬古口 精良²³、溝渕 健一²⁴、松尾 亮²⁴、片山 繁樹²⁵、武藤 智美²⁶、中里 茜⁷、笹井 啓史²⁸、森崎 市治郎⁹

¹東京医科歯科大学 歯学部附属病院、²医療安全全国共同行動 歯科診療所部WG、³大阪府歯科医師会、⁴京都府歯科医師会、⁵神奈川県歯科医師会、⁶北海道歯科衛生士会、⁷昭和大学 歯科病院、⁸日本大学 松戸歯学部、⁹大阪大学 歯学部附属病院

【背景と目的】我が国の歯科医療の中心を担う6万8千を超える歯科診療所は、無床の個人開業形態の小規模な診療所が大半であり、インシデント等の医療安全に関連する情報は共有されにくい環境にある。歯科においてもインシデント等を収集・分析し、その情報を臨床現場で共有し、医療の安全を高めていく必要があるが、現状では様々な困難がある(医療の質・安全学会誌、2012)。そこで我々は簡略な歯科診療所に特有の模擬事例を作成し、歯科診療所従事者が誰でも想起しやすいものを考案した。

【取り組み】本事例の作成にあたり、経験の未熟な者でも分かりやすい平易な文章で、歯科診療所における代表的な事例について、架空の登場人物のインシデント等を読み手が臨場感を持ち理解しやすい内容で構成することとした。

【結果】計12事例を作成した。以下、一例を示す。

院長室にて、

A先生「院長、報告があります。昨日、患者Pさんの右上6のインレーをセットしようとしたところ、調整中に口腔内に落としてしまいました。(中略)むせて起き上がったので、インレーを飲んでしまいました。」「Bさん、きちんと吸ってくれませんかよ。」

B歯科衛生士「先生こそ、先週の印象の時も大変だったじゃないですか。Pさんの血圧がとっても高くなってしまっし。Pさんはご高齢ですし、脳梗塞で左麻痺が若干ありますから、もともとむせやすいのを御存知じゃないのですか?」

A先生「そんなことは受付Gさんからまったく聞いてへんよ。」

C院長「まあまあ、その件なら、Gさんから昨日の夕方ぐらいに、電話をもうたよ。Pさんに直接電話してみたら、呼吸苦などはないらしい。知り合いの○病院の○院長先生に直接連絡して、胸腹部のレントゲン写真をお願いしておいたよ。」「念のためやけどね。」

【考按】歯科診療所に特化した、インシデント等の模擬事例を作成した。今後、検討を進め、医療安全の教育・研修等にも活用できるものとし、歯科診療所における自律的な事故防止体制強化に資するものとして改良したいと考えている。

【謝辞】本研究は、平成26年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「歯科診療所における恒常的な医療安全管理の基盤構築に関する研究」の助成を得て行われた。

P6-01 新入看護職員の医療安全宣誓

○高松 淑美

兵庫県立尼崎病院

【目的】日本看護協会の2004年「新卒職員の早期退職離職実態調査」では、事を辞めたい理由の上位3項目中、2位に「医療事故を起こさないかという不安」と3位に「ヒヤリハット報告を書いた」が報告されている。当院では新人の医療安全に対する目標管理として、3年前より入職時の医療安全研修会を受けた後に安全宣誓を行い、年度末には、その達成についての評価やヒヤリハット報告に対する思い、2年目に向けての目標などについてアンケート調査を行っている。その結果、新人の安全宣誓の達成度が70%であることがわかり、目標項目をカテゴリー化することができた。また先輩看護師の安全確認が有効だったことも示すことができたので報告する。【方法】4月に新入職した看護師 H24年度44名、25年度50名 新人オリエンテーションの医療安全研修受講後に、安全宣誓を行い、部署の看護師長やプリセプターと共有し1年間の安全目標として支援してもらった。年度末に宣誓やヒヤリハットの体験に対するアンケート調査を実施。【結果】安全宣誓を分類すると、手順や基準に沿った安全行動を持つ、看護師としての責任を持った行動をする、ヒヤリハットから学び再発防止、コミュニケーションを円滑にする、自己研鑽を怠らないであった。また、ヒヤリハット体験においては、ヒヤリハットをしてしまった自責の念、患者さんへの申し訳ない気持ち、ヒヤリハットを書くことによる振り返り等であった。ヒヤリハットは全員が体験しており、97%が報告をしていた。未だに発見されたレベル0を報告した数は、H24年・25年で平均10%であるが、アンケートの回答では全員が経験をしていた。そしてその体験が内容は先輩らの気づきや声掛け、Wチェック時による発見と、自分自身がもう一度みなおしてみることで発見につながり回避できていることも分かった。【考按】新人が行った安全宣誓は、研修内容で重要としているものを記載できていた。また目標とした安全宣誓は日頃の業務において先輩看護師の支援を受け、大きな医療事故の体験がなかったため、達成度が高い状態であることが分かった。今回の結果を踏まえ、新人を含めた安全教育を継続していくように思っている。

P6-02 新人看護師教育のための医療安全eラーニング教材開発プロジェクト・OQT9(3年目)

○奥津 康祐¹、藤森 玲子²、今泉 光代³、帯金 秀行⁴、清水 恵子⁴、渡辺 久子⁵、深田 久子⁶、北原 克晃²、広瀬 ともみ⁷

¹東京女子医科大学 医学部 医療・病院管理学、²北社市立甲陽病院、³大月市立中央病院、⁴白根徳洲会病院、⁵山梨赤十字病院、⁶甲府共立病院、⁷市立甲府病院

【目的】医療事故への不安や医療安全教育の負担は各医療機関の重要案件である。本研究は、地域中小医療機関の連携のもと、管理者層の負担が軽減され、若者が楽しく学べる医療安全eラーニング教材を低額の予算で作成するプロジェクト(名称：OQT9)である。

【取り組み】山梨医療安全研究会を通じ、その会員から医療安全教育の研修資料・教材等を提供していただき、あるいは、研究者自身で教材を製作し、Microsoft社のPower Point形式で大部分の体裁を整えた上、adobe社のCaptivate等eラーニングオーサリングソフト(イラスト制作ソフトあわせて約10万円)で教材化して、希望する山梨県内医療施設に配布する。技術面では、施設ごとに異なるネットワークやPC環境に広く対応する、教材は実際に画面を見て操作しなければ先に進まない(ズルができない)仕組みとする、長くても20分程度とする等の点に配慮した。教育効果面では、若者が楽しく勉強できるデザインにする、受講後に印をもらうことで達成感を持たせる、全教材受講後に修了証を発行する、各施設の管理者用に別途試験問題用紙・解答のデータをMicrosoft社のWord形式で用意する等の点に留意した。

【結果】教材は、2014年度開始時点で約30題完成し、CD-Rに収め10施設に配布し、100名以上の新人看護師等が利用している。追加分はCD-Rやインターネットにて順次配布予定である。なお、準備しやすいものから作成してきたこともあり、20題を過ぎたあたりから教材作りに時間を要することが多くなった。手術室等の専門性の高い領域や、実地訓練を要する内容等についてどう作るか検討を重ねている。

【考按】本研究は、各施設がそれぞれ行う新人看護師医療安全教育を、各施設から知恵やノウハウを出し合う形で補完するものである。その施設での教育の形式であり、その施設の医療安全文化の醸成にも役立つ。PCやPower Point、eラーニング製作ソフト等の普及した21世紀に実行が可能となった取り組みである。将来、新人教育の完成形にして、教育の質の水準化や医療安全の質の向上、各施設での教育担当者層の負担軽減を現実化していきたい。一般的な医療安全教育や再就職を希望する離職者への再教育プログラムとしての利用も期待できよう。

歯科診療所におけるインシデント模擬事例の作成

○宮本 智行^{1, 2)}, 瀬古口 精良^{2, 3)}, 溝渕 健一^{2, 4)}, 松尾 亮^{2, 4)},
片山 繁樹^{2, 5)}, 武藤 智美^{2, 6)}, 中里 茜⁷⁾, 笹井 啓史^{2, 8)}, 森崎 市治郎⁹⁾

1) 東京医科歯科大学 歯学部附属病院, 2) 医療安全全国共同行動 歯科診療所部会WG,
3) 大阪府歯科医師会, 4) 京都府歯科医師会, 5) 神奈川県歯科医師会, 6) 北海道歯科衛生士会,
7) 昭和大学 歯科病院, 8) 日本大学 松戸歯学部, 8) 大阪大学 歯学部附属病院

【背景と目的】

我が国の歯科医療の中心を担う6万8千を超える歯科診療所は、無床の個人開業形態の小規模な診療所が大半であり、インシデント等の医療安全に関連する情報は共有されにくい環境にある。歯科においてもインシデント等を収集・分析し、その情報を臨床現場で共有し、医療の安全を高めてゆく必要があるが、現状では様々な困難がある¹⁾。そこで我々は簡略な歯科診療所に特有の模擬事例を作成し、歯科診療所従事者が誰でも想起しやすいものを考案した。

【取り組み】

本事例の作成にあたり、経験の未熟な者でも分かりやすい平易な文章で、歯科診療所における代表的な事例について、無床歯科診療所に特化した25項目のインシデント事例分類¹⁾を参考に、架空の登場人物のインシデント等を読み手が臨場感を持ち理解しやすい内容で構成することとした。

【無床歯科診療所に特化した事例分類】

- I. 受付・応対
 1. 受付、彫刻、接遇
 2. 情報収集、情報伝達の不備
- II. 検査・診断
 3. 検査、エックス線写真
 4. 歯槽膿瘍
 5. 診断関連
- III. インフォームドコンセント
 6. インフォームドコンセント
 7. 患者(家族)等とのトラブル、院内暴力
- IV. 診療
 8. 口腔内への落下、誤飲、誤嚥
 9. 歯や口腔、鼻、顔面等の損傷
 10. 異物等の残存、迷入、陥入
 11. 衣服、所持品の汚染、破損、遺失
 12. 機械、器具の誤操作、破損、紛失
 13. 部位の間違い
 14. 神経麻痺等の合併症
 15. 処置、手術に関連したその他の有害事象
 16. 薬剤
 17. 感染制御、院内感染
 18. 全身状態悪化、救急搬送
 19. 転倒、転落、打撲
- V. 施設・管理
 20. 歯科医療機器、材料、設備等の管理、監査
 21. 診療録記載、管理
 22. 歯科技工関連
 23. 防災管理、火気取扱
 24. 診療従事者管理
- VI. その他
 25. その他

【考按】

歯科診療所に特化した、インシデント等の模擬事例を作成した。今後、検討を進め、医療安全の教育・研修等にも活用できるものとし、歯科診療所における自律的な事故防止体制強化に資するものとして改良したいと考えている。

【参考文献】

1) 宮本智行. 我が国の歯科医療における良質かつ安全な医療の推進をめざして. 医療の質・安全学会誌. Vol.7. No.3. 246-251. 2012.

【謝辞】

本研究は、平成26年度厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「歯科診療所における恒常的な医療安全管理の基盤構築に関する研究」の助成を得て行われた。

【結果】

計12事例(右欄赤字)を架空の設定をし、作成した。以下「8.口腔内への落下、誤飲、誤嚥」の一例を示す。

- ・発生日時：201X年1月X日 14時頃
- ・当事者および関係者：
湯島太郎, 歯科医師, 経験年数5年, 勤務年数1年
茶水花子, 歯科衛生士, 経験および勤務年数2年
山上一, 歯科医師(院長), 経験年数25年, 開業年数18年
丸内桜子, 受付, 勤務年数18年
- ・患者： 田中八郎, 男性, 70歳代



院長室にて。

湯島太郎

「院長、報告があります。昨日、患者田中八郎さんの右上6のインレーをセットしようとしたところ、調整中に口腔内に落としてしまいました。舌根部に落下したインレーが見えていたので、花子さんがバキュームをしてくれましたが、急に喉の奥にいれたものですから、田中さんがむせて起き上がってしまったので、インレーを飲んでしまいました。」
「花子さん、きちんと吸ってくれなあかんよ。」

茶水花子

「太郎先生こそ、先週の印象の時も大変だったじゃないですか。田中八郎さんの血圧がとっても高くなってしまおうし、田中さんはご高齢ですし、脳梗塞で左麻痺が若干ありますから、もともとむせやすいのを御存知じゃないのですか？新年早々、なんでも、人のせいにしないでください。」



湯島太郎

「院長の特別の患者さんとは聞いているけど、そんなことは桜子さんからまったく聞いてへんよ。」

山上一

「まあまあ、昨日は新年会で、不在でごめんねえ。その件なら、桜子さんから昨日の夕方ぐらいに、電話をもうたよ。八郎さんに直接電話してみたら、呼吸苦などはないらしい。知り合いの猪鹿病院の猪鹿院長先生に直接連絡して、胸腹部のレントゲン写真をお願いしておいたよ。」

「念のためやけどね。」

「その後、八郎さんから連絡があって、猪鹿先生から消化管内にあり、症状もないので様子を見ましようと言われたそうです。」

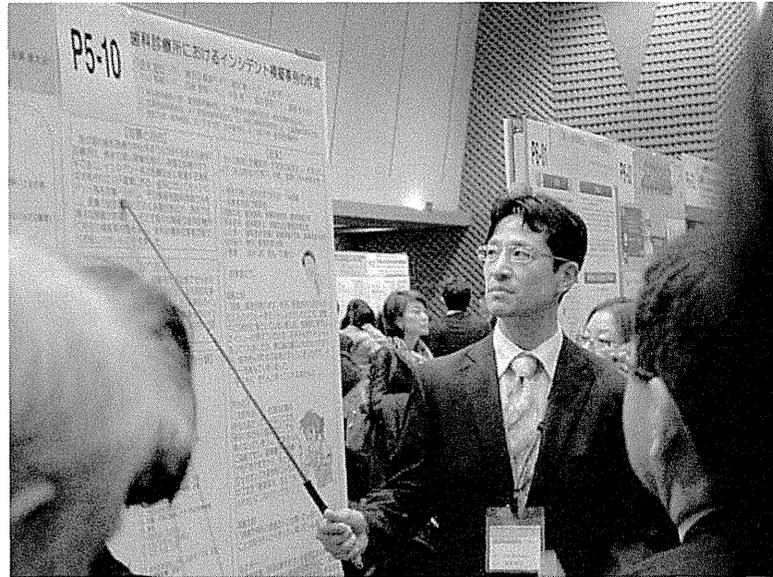
湯島太郎

「御迷惑をおかけして、本当に申し訳御座いませんでした。」



丸内桜子

「今朝、担当の馬野先生から連絡があって、以前に八郎さんは大腸癌で手術しているので、排泄されるまではこちらでも経過を観察しますとのことでしたよ。」



別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
松本 勝洋, 宮本智行, 灰田 悠, 深山 治久.	口蓋裂を伴ったStickler症候群の患児の周術期気道管理に配慮した1症例.	日本歯科麻酔学会雑誌.	42巻2号.	P. 220-221	2014

口蓋裂を伴った Stickler 症候群の患児の 周術期気道管理に配慮した 1 症例

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 医歯学系専攻 口腔機能再構築学講座 麻酔・生体管理学分野

松本勝洋 宮本智行 灰田 悠 深山治久

I. 緒 言

口蓋裂、小下顎症を有する Stickler 症候群の小児患者の麻酔管理では、気道確保に難渋した報告がある¹⁾。今回われわれは、Stickler 症候群と診断された小児患者に行われた口蓋形成術における周術期管理を経験したので報告する。

II. 症 例

患者は 1 歳 7 カ月の女児、身長 86 cm、体重 10.1 kg。口蓋形成術と鼓膜切開・チューブ留置が予定された。

在胎 38 週、普通分娩、体重 3,105 g で出生した。出生時より小下顎症、口蓋裂を伴い無呼吸を認め、Stickler 症候群と診断された (Fig. 1)。出生後から哺乳時に SpO₂ が 80% 台に低下しチアノーゼがみられ、仰臥位での睡眠でいびきを伴う上気道閉塞を認めた。術前の血液検査、胸部エックス線写真、心電図上で異常所見は認められなかった。

III. 経 過

西野²⁾による気道確保困難の評価における気管挿管困難予測の項目のうち、小下顎、特殊疾患 (Stickler 症候群) の 2 項目が該当し、術前より気管挿管困難が予想された。また術後の上気道閉塞なども考えられたため、それらに対応できる麻酔計画を立てた。

入室時の血圧は 99/55 mmHg、心拍数は 135 回/分であった。十分な酸素化の後、酸素 6 l/min、セボフルラ



Fig. 1 The picture showing the facial profile of the patient at 1 month old (left) and the full face of the patient at 19 months old (right).

ンの吸入による緩徐導入を行った。就眠後、経口エアウェイを使用してマスク換気は良好だった。静脈路を確保し、アトロピン硫酸塩水和物 0.1 mg とベクロニウム臭化物 1.0 mg を投与した。気管チューブは Cole の式より内径 4.0 mm、カフなし経口 RAE[®] チューブを用い、気管チューブ内にはガムエラスティックブジー (以下 GEB) を挿入しておいた。小児用イントロック[®] を装着したエアウェイスコープ[®] (以下 AWS) で声門を確認し、GEB を喉頭内に進めた後気管チューブを挿入し、麻酔経験の少ない入局 1 年目の者が、麻酔指導医の立会いの下、1 回で円滑に経口挿管を行えた。気道内圧 20 cmH₂O でわずかにリークを認め 13 cm で固定した。パッキングガーゼ挿入時、喉頭展開したが声門を確認することはできなかった。術中は空気、酸素、プロポフォルで麻酔を維持した。手術終了後、覚醒前に術後の気道確保のため右鼻に経鼻エアウェイとして内径 3.0 mm PORTEX[®] カフなし気管チューブを 8 cm 挿入した状態で留置し、さらに舌根沈下時の上気道閉塞を防止するために舌尖部に縫合糸を縫い付けた。開眼、呼吸回数、一回換気量を確認後、抜管した。抜管後、上気道閉塞などはみられず呼吸状態は良好だった。術後約 2 時間マスク下で酸素投与とモニタリングを継続した。翌日、舌尖部の縫合糸を除去し、経鼻エアウェイを抜去したが呼吸状

A Case of Perioperative Airway Control in a Pediatric Patient with Cleft Palate of Stickler Syndrome

Department of Anesthesiology and Clinical Physiology, Division of Oral Health Sciences, Medical and Dental Sciences Track, Graduate School of Medical and Dental Science, Tokyo Medical and Dental University
Katsuhiko MATSUMOTO, Tomoyuki MIYAMOTO, Haruka HAIDA and Haruhisa FUKAYAMA
2013 年 11 月 7 日受付

態は安定していた。その後も経過は良好で、術後9日目に軽快退院となった。

IV. 考 察

Stickler 症候群は、遺伝性進行性関節眼症ともいわれる常染色体優性遺伝の疾患である。1~2万人に1人の頻度で出生し、Pierre Robin sequence (以下 PRS) と診断された小児の30%がこの疾患を有するとされている。臨床症状として、口蓋裂、小下顎症、顔面の平坦化などの顔貌異常、硝子体網膜変性、感音性難聴、骨軟骨異常がみられる³⁾。本症例は出生時より口蓋裂、小下顎症を認め、さらに骨エックス線所見と父親の眼症状から Stickler 症候群と診断された。本症候群は合併する疾患のため、幼少期より顎顔面領域の手術が必要となり、全身麻酔を受ける可能性が高い。しかし、その特徴的な所見から気道確保が困難であったとの報告がなされている¹⁾。

また、小児の全身麻酔では低酸素血症になりやすい傾向にあるため、呼吸や気道に対する配慮が重要となる。気管挿管時には迅速な操作が要求されるだけでなく、喉頭浮腫を起こしやすいため低侵襲であることが望まれる。

以上のことから本症例の麻酔計画を立てる際には患者の酸素化を第一に考えた。麻酔導入時にエアウェイやラリンジアルマスクなどを使用しても換気が不可能であれば麻酔を覚醒させることも考慮した。換気が可能であれば熟練者の指導の下で愛護的に挿管することとし、本症例においては小児の挿管困難に対しても有効との報告がある AWS^{4,5)}による挿管法を第一選択とした。しかし、AWSは操作法が喉頭鏡とは異なることや、声門を画面上で確認できてもターゲットマークに声門を位置づけられないと、取り付けられているチューブを円滑に気管に挿入できない場合がある。そのため、あらかじめ操作法を習熟し、GEBと併用することとした⁶⁾。

本症例は出生時の写真では明らかに下顎が小さく挿管困難が予想された。いくつかの症候群では成長するにつれ挿管困難度が変化する場合があり、本症候群も PRS⁷⁾と同様に、年齢とともに下顎が成長する場合がある。ただその場合でも、下顎は成長したが Cormack/Lehane 分類はⅣ度で盲目的な挿管を余儀なくされたと報告されている⁸⁾。本症例も挿管後喉頭展開したが、声門を直視することができなかった。また口蓋形成術は言語発達を考慮し、遅くとも2歳までに終了しておくことが望ましい⁹⁾とされ、下顎の成長を待たずして手術をしなければならない場合もある。

さらに本術式は手術野が気道を形成する部位であるため、術式自体が気道を狭くする手術となる¹⁰⁾。また気道確保が困難であった患者は抜管後に上気道閉塞を起こす可能性が高くなる¹¹⁾。そのため術後の呼吸管理にも留意しなければならない。幸い本症例では気道閉塞を生じることもなく、術中・術後の呼吸管理も問題なく経過した。

V. 結 語

口蓋裂を伴った Stickler 症候群の小児患者の全身麻酔管理を経験した。周術期に気道確保困難が予想されたが、安全な気道管理を行うことができた。

文 献

- 1) 横田 啓, 高畑 治, 仙石和文, 岡田華子, 岩崎 寛: Stickler 症候群患児の麻酔管理, 麻酔, 2006, 55, 1487-1489.
- 2) 西野 卓: 麻酔危機管理, Anesthesia 21 Century, 2007, 9(2), 1706-1707.
- 3) 大関武彦, 近藤直実: 小児科学, 第3版, 医学書院, 東京, 2008, 431-432.
- 4) 鈴木康之: エアウェイスコープによる気管挿管 (エキスパートの気管挿管), 中外医学社, 東京, 2010, 159.
- 5) 青山和由, 鈴木康之, 大島正行, 金澤伴幸: 小児用イントロック® 装着 Airway Scope® を用いた挿管困難患者の気道管理, 臨床麻酔, 2010, 1137-1140.
- 6) 上嶋浩順, 浅井 隆, 新宮 興, 井上 久, 橋本雄一, 榎本善朗, 奥田泰久: エアウェイスコープにブジーを併用し気管挿管が可能であった症例, 麻酔, 2008, 57, 82-84.
- 7) Figueroa AA, Glupker TJ, Fitz MG, BeGole EA: Mandible, tongue, and airway in Pierre Robin sequence: A longitudinal cephalometric study, Cleft Palate Craniofac J, 1991, 28, 425-434.
- 8) Küçükyavuz Z, Özkaynak Ö, Tüzüner AM, Kişnişçi R: Difficulties in anesthetic management of patients with micrognathia: report of a patient with Stickler syndrome, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2006, 102(6), e33-36.
- 9) 日本口腔外科学会: 口唇裂・口蓋裂診療ガイドライン, 2008, 21, http://jsoms.or.jp/guideline20080804/mg_cpf20080804.pdf (2013.11.1)
- 10) 泉 廣次, 工藤逸郎監: 口腔外科学, 第4版, 学建書院, 東京, 2008, 375-377.
- 11) Hines R, Barash PG, Watrous G, O'Connor T: Complications occurring in the postanesthesia care unit: A survey, Anesth Analg, 1992, 74, 503-509.

