

東京歯科大学千葉病院医療連携NEWS デンタルドットコム

2010年9月

錦秋号

東京歯科大学千葉病院 医療連携室 発行
TEL 043-270-3279(または3641)
URL: <http://www.tdc.ac.jp/hospital/ch>

千葉病院の今後について

東京歯科大学千葉病院は、昭和56年9月に開設されて以来、先進機能を有した特色ある診療体制と心の通った医療を心がけつつ、近隣の医療機関との連携を図るために医療連携室を設置したり、訪問診療等のための医療連携車を導入するなど、地域に密着した医療を目指してまいりました。

この度、大学機能の水道橋移転計画が決定されましたが、当院はこの美浜の地に残り、今後も更なる貢献ができるよう努力してまいります。これからも、より一層の厚い信頼とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

病 院 長 高野 伸夫
医療連携委員長 柴原 孝彦

医療連携車2台目始動！



8月上旬に、医療連携車を新たに追加導入いたしました。今まで以上に周辺地域の医療機関との連携を円滑に、また、より充実した医療連携を構築していきます。

医療連携講演会開催！

平成22年7月22日(木) 16:00より、東京歯科大学講堂にて医療連携講演会が開催されました。

本年度は千葉県が中心となって運用している「千葉県共用地域医療連携パス」を含めた5演題について講演し、各講演後の質疑応答も活発に行われました。

講演会には130名以上のご参加をいただき、講演後の懇談会にも、80名近くのご出席をいただき、誠にありがとうございました。

※次ページに、講演内容の抄録
(前半)を掲載しています。
後半は次号に掲載いたします。



口腔ガン検診(予定)

前号で印旛都市の口腔ガン検診の日程をご案内いたしましたが、日程に誤りがありました。大変失礼いたしました。正しくは下記の通りです。

誤: 10月24日(日)
正: 10月31日(日)

平成22年度 医療連携委員会メンバー

千葉病院医療連携委員

委員長: 柴原孝彦
副委員長: 中川寛一
委員: 浦田知明、大久保剛
大久保真衣、佐々木穂高
澁井武夫、杉山利子
高橋 賢、武田友孝
西堀陽平、萩田恵子
松坂賢一、間宮秀樹
三穂乙暁、村川 孝
茂木悦子、薬師寺孝
米津卓郎、和光 衛
顧問: 櫻井 薫、相馬克己
高野伸夫

学外委員

浅野薫之、板谷賢二
伊藤修一、江藤庸弘
斉藤浩司、中澤正博
宮野 貴

五十音順 (2010年9月現在)

東京歯科大学千葉病院 教授外来担当表

		月	火	水	木	金	土
保存科	午前		中川 寛一			山田 了	
	午後		中川 寛一			山田 了	
口腔外科	午前	柴原 孝彦 内山 健志		高野 伸夫 内山 健志	柴原 孝彦	高野 伸夫	
	午後	柴原 孝彦 内山 健志		高野 伸夫 内山 健志	柴原 孝彦	高野 伸夫	
補綴科	午前	佐藤 亨	櫻井 薫				
	午後						
矯正歯科	午前					末石 研二	
	午後	末石 研二		末石 研二			
小児歯科	午前			新谷 誠康	新谷 誠康	新谷 誠康	
	午後			新谷 誠康	新谷 誠康	新谷 誠康	
歯科麻酔科	午前			一戸 達也			
	午後			一戸 達也			
放射線科	午前	佐野 司	佐野 司	佐野 司		佐野 司	
	午後						
スポーツ 歯科	午前			石上 恵一			
	午後	石上 恵一					
総合診療科	午前	角田 正健	角田 正健	角田 正健		角田 正健	
	午後	角田 正健	角田 正健	角田 正健		角田 正健	
口腔イン プラント科	午前	矢島 安朝	矢島 安朝	矢島 安朝		矢島 安朝	
	午後	矢島 安朝	矢島 安朝	矢島 安朝		矢島 安朝	
臨床検査部	午前		井上 孝				
	午後		井上 孝				

※原則、上記の曜日で担当いたしますが、講義・手術・出張等で担当医が不在となる場合がございます。
ご了承下さい。

演題1. 「神経麻痺(三叉神経知覚障害)症例とその対応」

以前より、歯科治療における神経麻痺(三叉神経知覚障害)、とくに下歯槽神経・舌神経の障害が問題となっていました。日常の歯科診療の中にも、抜歯やインプラント埋入をはじめ、局所麻酔や根管治療などいたるところに神経障害を引き起こす危険が潜んでいます。下歯槽神経麻痺の発現率は、智歯抜歯で0.4~0.6%と決して高くはありませんが、中には完全回復に至らないこともあり、知覚異常が発現した場合、患者に大きな苦痛を与えるだけでなく、医療者サイドにも大きな負担を生じさせます。

神経麻痺の治療には、薬物療法、星状神経節ブロック療法、外科的神経修復術などがあります。薬物はメチコパール™やアデボス™を処方します。当院では、通常メチコパール錠(500μg)3錠を3回分服で14日量程度処方しています。知覚異常を抑制する抗うつ薬の投与や、星状神経節ブロック、外科的神経修復などは専門的治療となります。いずれにしても早期に対応することが重要です。

しかし、神経損傷の程度によっては、完治しない場合があります。神経障害による感覚の低下のみならず、知覚異常(触刺激で痛みを感じたり、じりじり・びりびりとした痛み、灼熱痛など)を伴う場合は、予後が悪いとされています。したがって、神経損傷を起さないように治療を行うことが最も重要です。

図 デンタルX線の読影ポイント

① 歯根が下顎管の1/2以上重複



② 下顎管上壁の白線の消失



③ 歯槽硬線の消失

そこで、特に知覚障害を招く可能性が高い、智歯抜歯やインプラント埋入において、トラブルを回避するための4つのポイントをご紹介します。

1. 下顎管との近接が疑われた場合は、デンタル・パノラマX線写真だけではなく、CTで精査し、十分に情報収集することが必要です。
2. 患者本人や保護者に対し、麻痺のリスクや発現率、対応法なども含め十分に説明し同意を得ることが重要です。
3. 術中も異常な出血や疼痛がなかったか、患者様に声をかけながら確認し、カルテ記載時には、「術中問題なし」や「異常所見なし」など、その旨を記載しておきます。
4. 万が一、神経障害が発現した場合には、真摯な態度での対応が必要です。麻痺の程度を把握し、十分な説明を行います。説明の内容や検査データをカルテに記載しておくことも重要です。必要があれば早急に専門医に依頼します。

【まとめ】
歯科治療における神経麻痺(三叉神経知覚障害)の問題については、予防が重要です。万が一神経麻痺が生じてしまった場合には、早期に診断をし、治療を開始する必要があります。



歯科麻酔学講座
講師 笠原正貴

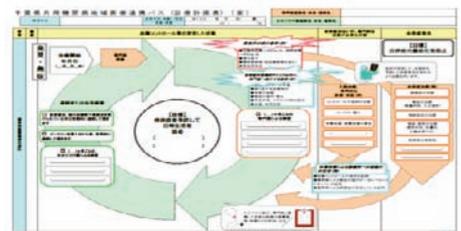


口腔外科学講座
助教 池田千早

演題2. 「地域医療連携パス(糖尿病)について」

平成18年6月に成立した医療制度改革関連法において、医療法に定める医療計画制度の見直しが講じられ、医療計画の記載事項として、新たに、「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の4疾病に係る医療連携体制に関する事項が追加されました。また、医療連携体制における医療機能に関する情報の提供を推進するとともに、4疾病について、地域の実情に応じた数値目標を定め、当該目標の達成状況についての調査・分析・評価を行うこととされました。

この内、糖尿病は日本人に最も蔓延している疾患の一つで、国もその政策である「健康日本21」で糖尿病を重大な疾病と位置付けています。平成21年度より千葉県共用糖尿病地域医療連携パス(以下、「連携パス」という。)が運用されています。連携パスの計画表には歯周病治療実施(歯科含む)が明記されており、この医療連携パスへの対応として東京歯科大学千葉病院ではこのパスに基づいて院内パス(内パス)を作製し運用しています。




内科
准教授 大久保剛



このパスを用いて 実際の患者で糖尿病の内科的治療と歯周病治療を平行して行ったところHbA1cが8.6から5.2%また9.2から7.5%と明らかな改善とともに歯周病治療の良好な経過が認められました。

	2月9日	2月22日	3月29日
血糖値(mg/dl)	250	113	123
HbA1c(%)	9.0	8.6	6.5

	5月7日	6月7日	7月6日
HbA1c(%)	9.7	7.9	7.5
血糖値(mg/dl)	150	138	107



歯周病学講座
講師 太田幹夫

今後はこのパスを大いに活用し、かかりつけ医、専門医、眼科医、歯科医が患者の治療経過を共有して、患者に安心で質の高い医療を提供するツールとなるものと考えています。

エナメル質の形成障害と小児歯科臨床における対応

小児歯科学講座 講師 米津卓郎 教授 新谷誠康

1. はじめに

歯の形成障害は決して稀な疾患ではありません。小児歯科ではそのような歯の治療を行うとともに、今後萌出てくる歯の状況などについて心配なさっている保護者に対し、十分な説明をする義務があります。ところで歯の形成障害には、先行乳歯の外傷や根尖性歯周組織炎が原因となって生じた後続永久歯のエナメル質減形成や、母体や小児自身の病気、服薬の既往を聴取することによって、その障害の原因を特定できるものがあり、このような場合は、病態や治療計画の説明を十分に行うことが可能です。また遺伝性の歯の形成不全症に関しても、ゲノム研究が飛躍的に進んだことから、提供できる情報ははるかに増えました。しかしながら、遺伝性のエナメル質形成不全症は乳歯、永久歯のすべての歯牙に形成障害が現れること、その症状も多様であることから、小児歯科での長期的な計画のもと、専門的な歯科治療が必要となります。

一方、最近になって、Molar Incisor Hypomineralization (MIH)と呼ばれる、第一大臼歯と切歯に限局して発症するエナメル質減形成が論文などで報告されるようになりました。しかしながら、原因は未だ説明されていないため、説明に苦慮することがあります。したがって、疫学的調査によって原因を類推するとともに、実験病理学的手法で原因を特定することも、大学における小児歯科の役目だと考えます。ただし、疫学的調査を行うには多くの症例が必要です。そこで今回は、エナメル質形成不全症に対する歯科治療をご紹介しますとともに、MIHと考えられる症例を提示しますので、患者さんの中に疑わしい症例がありましたら、ご紹介の程、宜しく願い申し上げます。

2. エナメル質形成不全症と重篤な症例に対する歯冠修復法

遺伝性エナメル質形成不全症は発生率が8,000人から15,000人に1人の疾患で、下表のように大きく4つのタイプに分類されます。

遺伝性エナメル質形成不全症の分類 (Witkopによる)

- 1. 低形成型(エナメル質形成不全症Ⅰ型)** 常染色体性優性・男性、X連鎖優性遺伝：7タイプ
エナメル質の石灰化は悪くないが、厚みが非常に薄く、そのため歯冠が小さく、歯列に空隙が生じる。冷温刺激に対しては過敏である場合とそうでない場合がある。
- 2. 低成熟型(エナメル質生成不全症Ⅱ型)** 常染色体性劣性、優性：3タイプ
エナメル質の厚みは正常であるが、石灰化が弱く、多孔な表面に着色を生じることがある。冷温刺激には概して敏感である。
- 3. 低石灰化型(エナメル質形成不全症Ⅲ型)** 常染色体性優性と劣性の2タイプ
エナメル質の厚みは正常であるが、石灰化が非常に貧弱で容易に剥離し、象牙質が露出する。冷温刺激には概して敏感である。
- 4. タウロント併発性低成熟・低形成型(エナメル質形成不全症Ⅳ型)** 常染色体性優性で2タイプ
エナメル質の厚みが非常に薄く、石灰化も弱い上、タウロントを併発するもの。冷温刺激に対しては過敏である場合とそうでない場合がある。

紙面の都合上、今回は低石灰化型エナメル質形成不全症について術前、術後の口腔内写真を示しますが、小児歯科における治療のコンセプトは、

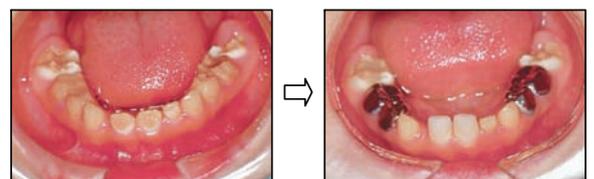
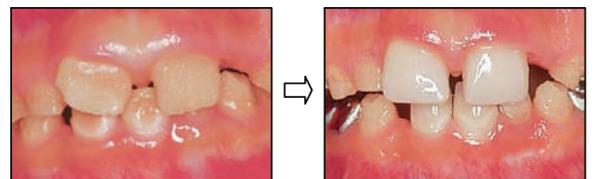
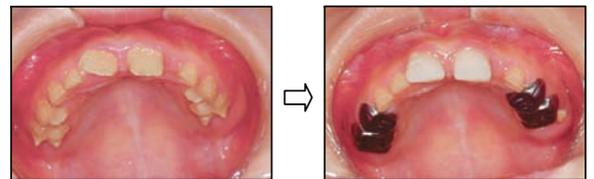
- ①歯冠および咬合崩壊の防止
- ②知覚過敏の抑制
- ③前歯部に対する審美的修復

であり、成人期に達するまで臼歯部は既製金属冠、前歯部はCR冠による修復を行い、歯列・咬合の誘導と管理を行います。そして、全顎的な補綴処置が可能であると判断した時点で補綴科にその後の治療と管理を依頼します。

3. Molar Incisor Hypomineralization (MIH)

MIHは第一大臼歯と永久切歯に限局して発症するエナメル質減形成であり、罹患率は報告によって2.9%～25%とばらつきがあります。家族性は確認されていません。重症度は必ずしも左右対称ではなく、変色の見られる程度のものから歯冠が大きく崩壊しているものまで様々です。そして、大部分の症例で著しい知覚過敏が認められます。したがって、著しい減形成を示す第一大臼歯は既製金属冠による全部被覆を行います。一方、前歯部における軽症例は低粘度光重合コンポジットレジンによる減形成部のコーティングを行います。

原因については、妊娠中の母体の要因、新生児期から乳児期にかけての要因などが考えられていますが、いずれも定かではありません。なかには、幼児期におけるアモキシシリン投与との関係を示唆する研究もあり、我々医療従事者はその因果関係を解明する必要があります。



エナメル質形成不全症に対する歯冠修復処置

・第一大臼歯は歯肉弁退縮後に既製金属冠を用いて修復する予定である。



第一大臼歯すべてにエナメル質減形成が認められる



永久切歯は切端から唇面にエナメル質減形成が認められる