

Dental Comm vol.6-3



東京歯科大学千葉病院医療連携NEWS デンタルドットコム

2011年1月

中冬号

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>

当院の医療連携に関するホームページについて

この度、医療連携に関するホームページを新たに設置いたしました。内容は、医療連携に関するニュースの配信のほか、診療情報提供書（紹介状）や紹介患者担当表等のダウンロード、医療連携に関するQ&Aを掲載しています。

また、本誌Dental Commのバックナンバーも閲覧することが出来ますので、是非ご利用下さい。

※7月に開催した医療連携講演会での
 ご質問・ご要望も、ホームページに
 掲載しています。併せてご覧下さい。



GO
 医療連携
 (医療機関の先生方へ)



当院ホームページ、トップページ
 にある「医療連携車」が目印です。

口腔がん検診

平成22年度は右表の地域で検診を実施しております。

平成23年1月に香取市で口腔がん検診を予定しております。

各地域において口腔がん検診を検討されているようでしたら、検診方法などについての資料を提供いたしますので、医療連携室にお問い合わせ下さい。検診についての説明が必要な場合などは出張等も可能ですので、お気軽にご相談下さい。

日時	地域	主催者	
平成22年5月30日	実施済み	千葉市	千葉市歯科医師会
平成22年6月27日	実施済み	市原市	市原市保健センター
平成22年10月31日	実施済み	印旛郡市佐倉地区	印旛郡市歯科医師会
平成22年11月14日	実施済み	習志野市	習志野市歯科医師会
平成22年11月28日	実施済み	市原市	市原市保健センター
平成22年12月2日	実施済み	安房地区	安房歯科医師会
平成23年1月	予定	香取市	香取市歯科医師会



これまでに当院で行ってきた
 検診地区

千葉市歯科医師会
印旛郡市歯科医師会 佐倉地区
印旛郡市歯科医師会 八街地区
習志野市歯科医師会
市原市歯科医師会
安房歯科医師会
夷隅郡市歯科医師会
香取市歯科医師会

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 (2011年1月現在)

年末年始のお知らせ

- 年末の診療日
 12月27日(月)まで通常通り
 12月28日(火)は午前中だけの診療となります。
- 休診日
 12月29日(水)～1月4日(火)
- 年始の診療日
 1月5日(水)から通常通りの診療となります。

○休診中の連絡先: 043-270-3700

演題3. 「いわゆるフレキシブルデンチャーについて」

有床義歯補綴学講座
准教授 上田貴之

フレキシブルデンチャー、ノンクラスプデンチャー、メタルフリーデンチャー、ナイロンドデンチャーなどと呼ばれる軟質の床をもつ義歯は、近年急速に利用が広がっています。すでに臨床応用されている先生方も多いかと思いますが、統一された名称がないことからわかるように、その特性が明らかになっていない部分が多いのも事実です。

今回の講演では、本誌2010年1月号 (Vo. 5-3) のリレーミニレクチャーで紹介させていただいた内容を中心に、フレキシブルデンチャー適応にあたっての捉え方を解説させていただきました。ご覧になっていない先生がいらっしゃいましたら、医療連携室までご連絡いただければ掲載誌を差し上げます。また、日本補綴歯科学会が公表している、「ノンクラスプデンチャーに関する現時点における(社)日本補綴歯科学会としての見解」についても解説を行いました。こちらは、<http://www.hotetsu.com/>に全文が公表されておりますので、ぜひご覧ください。

本講演の結論としましては、金属アレルギー等の問題がなければ、フレキシブルデンチャーには金属製のレストや連結装置を併用した方が好ましいと現時点では考えます。義歯床が軟質であることが利点として患者のみならず歯科医師に対しても宣伝されております。

しかし、床下粘膜や支台歯に対して咬合圧が不均等に伝達されるなど、義歯床が軟質であるということは不利益をも併せ持つことを意識して使用する必要があるでしょう。最近では多種多様な材料が発売されており、臨床的にも研究面でも非常に興味深い材料です。今後研究が進むにつれ、適応基準がさらに明確になっていくことと思われます。



左のようにレストや連結装置を軟質材料で作製するよりも、右のように金属製のレストや連結装置を併用の方が好ましい。

演題4. 「インプラントに伴うトラブルと対応」

インプラント手術に伴うトラブルには、神経損傷、血管損傷、粘膜損傷の3つがあります。インプラントによる神経損傷が疑われる場合には、CT撮影による原因の追求と、知覚検査による麻痺の程度・範囲の把握が必要です。

また、血管損傷が疑われる場合は生命の危険を伴うこともあり、手指による圧迫止血を行ったうえで入院設備の整った二次医療機関への搬送を速やかに行う必要があります。上顎洞穿孔や鼻腔底穿孔などの粘膜損傷については、上顎洞炎や鼻出血をきたすことがあり、抗菌薬の投与や後鼻孔タンポンなどによる出血への対処が必要です。

いずれのトラブルでも謝罪すべき点があれば素直に謝るという姿勢が大切であり、予後や治療法、治癒までの期間を学問的に説明することが必要です。また、自己の手術技量と手術環境・設備で手に余る症例は、躊躇せずに二次医療機関に依頼・紹介することも大切です。

インプラント埋入手術に伴う重篤なトラブル

1. 神経損傷 オトガイ神経・下歯槽神経の損傷

対処法のポイント: CTによる原因の追求と、知覚検査による神経損傷の程度、麻痺範囲の把握を行い、予後を明確にする。

2. 血管損傷 舌下動脈・オトガイ下動脈・後上歯槽動脈・翼突静脈叢・蝶口蓋動脈などの損傷

対処法のポイント: 生命の危険を伴うので、手指圧迫による一次止血と二次医療機関への早急な搬送を行う。

3. 粘膜損傷 上顎洞穿孔・鼻腔底穿孔

対処法のポイント: 上顎洞炎や鼻出血をきたすことがあり、抗菌薬による感染防止と後鼻孔タンポンなどによる出血への対処を行う。

口腔インプラント学講座
助教 古谷義隆

演題5.「摂食・嚥下障害患者に対する歯科診療時の留意点」



摂食・嚥下リハビリテーション・
地域歯科診療支援科
講師 杉山哲也

超高齢社会となり、本人の自覚の有無に関わらず、摂食・嚥下障害を有する方が歯科医院を受診するケースが増えています。高齢者では安静時の喉頭の低位という解剖学的要因に加えて、嚥下と呼吸の協調性、咽頭期反射惹起、唾液分泌量および咳嗽反射が低下することにより、嚥下障害を生じやすくなっています。

患者さんから「飲み込みにくい」という訴えがあった場合には、食後の声変わり、咽頭部違和感や食物残留感はないか、咳や痰が出ないかなどの誤嚥を疑わせる所見の有無を確認したうえで、摂食・嚥下障害のスクリーニング検査を行うと良いでしょう。チェアーサイドで簡単にできる検査としては、反復唾液嚥下テスト(RSST)、改訂水飲みテスト(MWST)、段階的フードテスト(FT)、頸部聴診法、咳テストなどがあります。反復唾液嚥下テスト(RSST)は、喉頭挙上を触診で確認しながら、30秒間に何回空嚥下ができるかを判定するもので、3回以上なら正常です。改訂水飲みテストは冷水3mlを口腔底に注いで嚥下を命じ、その様子を観察して評価します(図1)。問診やスクリーニング検査で嚥下障害が疑われたら、専門医での精査を考えるべきです。

摂食・嚥下障害は様々な疾患から起こるので、その原因疾患についての知識を持つことが必要です。器質的原因としてアフタ、口腔腫瘍、食道炎など、機能的な原因として脳血管障害、脳腫瘍、多発性硬化症、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症など、心理的原因として認知症、拒食、うつ病など、多種多様な疾患がありますが、その疾患の確かな情報を主治医から得ることが必要となります。また、現在の疾患の状態や全身状態、特に栄養状態について把握しておくことも重要です。

口腔ケアや保険導入された舌接触補助床(PAP)の製作のみならず、摂食・嚥下障害患者への歯科の介入の要請は、今後ますます増加していくと思われます。当科では、先生方と協力して時代の要請に応えて参りたいと思います。

評価基準

1. 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫
2. 嚥下あり、呼吸切迫 (Silent aspiration の疑い)
3. 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿声嘔声
4. 嚥下あり、呼吸良好、むせない
5. 4. に加え、追加嚥下運動が30秒以内に2回可能

図1 改訂水飲みテストの評価基準

インプラント治療を契機にトラブルに陥った患者の主訴は様々であり、「痛み・痺れが取れない。」といった重篤なものから「担当の先生が話を聞いてくれない。」といった人間関係に関することまで様々ですが、「噛めない・見た目が悪い。」といった上部構造に関するものも高い頻度で存在します。

インプラントが埋入された後に生じるトラブルは、患者・術者間の治療に対する共通認識や信頼関係が構築されぬまま治療がおこなわれたことに起因することが多く、インプラント治療開始前の相談・説明をいかに的確に行うかがトラブル回避のためには重要であると考えられます。また、インプラント治療は従来の歯科治療に対して術式が煩雑となるため技術的なエラーが生じやすく、効率的に治療を進めるためには、そのチェック・改善を円滑に行う必要があります。

さらに、長期経過の中で「インプラントは必ず壊れるものであること。」を事前に患者に説明しておく必要があります。また、その際の迅速で的確な対応は、トラブルを回避する上で重要なことと考えられます。

インプラントに伴うトラブルと対応:上部構造について

1. 術者・患者間の信頼関係・共通認識の構築
 - ・ネガティブな情報も必ずインフォメーションする。
 - 治療期間、費用、治療中のQOLの低下等
 - ・最終上部構造の形態や機能回復の程度について共通認識を持つ。
 - 診断用ワックスアップ、暫間補綴装置の利用
2. 効率的な上部構造製作過程
 - ・プロビジョナルレストレーションを用いることで診療の効率化を図る。
 - 印象・作業用模型の精度の確認
 - メタルフレームの精度の確認
 - 最終上部構造に反映させるべき形態・咬合状態の確認
3. 長期経過の中でのトラブルへの対応
 - ・最終上部構造装着後 8~10年経過すると再治療の頻度は増加する。
 - 前装材の破折→接着技法を応用した修復
 - スクリューの緩み・破折→部品の交換、インプラントを損傷せぬよう除去
 - アバットメント・フレームの変形・破折→上部構造再作成



口腔インプラント学講座
助教 本間慎也



リレーミニレクチャー

口臭への対応 - 口臭はなぜでるの -

総合診療科 講師 杉山利子 教授 角田正健

1. 口臭測定の必要性

口臭の多くは、歯科口腔疾患の1症状として現れますので、口臭への対応はまず歯科医師が担当すべきと考えられます。しかし口臭の判断は曖昧で主観的でありますので、正確な診断(測定)が求められます。“臭い”は表現することも、話を聞いて臭気の本質を理解することもかなり困難です。

その理由は、

- 1) 嗅覚は疲労・順応する。
- 2) 臭いの評価は感情に左右される。
- 3) 臭気物質ごとに閾濃度が異なる。

など嗅覚・臭気の特異性に起因するといえます。臭いの表現には日常的に用いる「物差し」がありませんので、

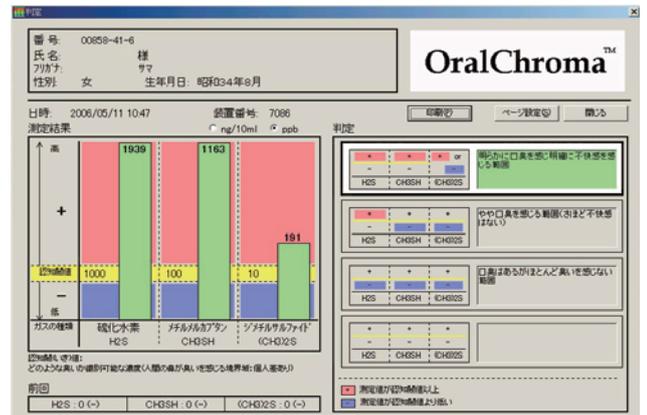
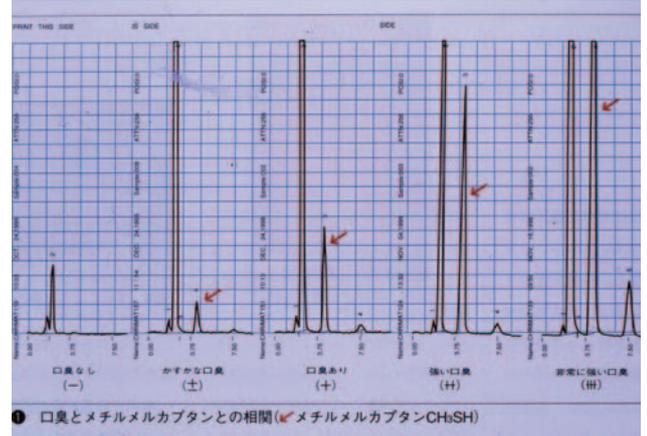
- ①口臭はありません。
- ②口臭といえる程ではありません。
- ③口臭があります。
- ④強い口臭があります。
- ⑤非常に強い口臭があります。

と5段階程度の差を付けて評価することが必要となります。

そこで臭気(口臭)を目で見えるグラフや数値(定量)で示す手段として、ガスクロマトグラフ(GCと略)による分析や、各種口臭測定器が使用されています。口臭の有る人と無い人で明らかにその濃度に差が認められること、超微量で人の嗅覚を刺激することなどから、口臭の臭気成分は揮発性硫化物(Volatile Sulphur Compounds=VSCと略)に代表されることが広く認識されています。

2. 臭気発生メカニズム

口腔内には500億を越す程の口腔細菌がおり、その中にはタンパク質分解能を有する細菌も多く棲息しております。一方、口腔内には多くのタンパク質が存在します。口腔上皮の代謝は旺盛で短期間で新たな細胞に置き換わっており、役目を終えた細胞は剥離上皮細胞として口腔内に捨てられております。また、細菌から口腔組織を守るために、白血球は常に細菌と戦っておりますが、その結果破壊された白血球・死滅した細菌これも分解の対象となるタンパク質であります。これらタンパク質の含硫アミノ酸がタンパク質分解酵素により分解された終末として、VSCである硫化水素(H₂S)やメチルメルカプタン(CH₃SH)という臭気物質が産生されます。



3. 口臭の分類と原因疾患

(1) 生理的口臭

口臭の発生は、タンパク質分解能を有する口腔細菌の増加あるいは口腔内のタンパク質総量の増加、またはその双方の増加に起因するものです。口腔に臭気があることはあたり前であり、他人が不快と感じない程の軽度の臭気が生理的口臭です。

(2) 飲食物などによる口臭

ニンニクやお酒に代表される臭気です。血液中の濃度が高いと、肺でのガス交換で呼吸とともに臭気は排泄されます。血中濃度の上昇に伴って感じられる臭気には薬物臭もあり、活性型ビタミン剤(アリナミン)などでは呼吸や尿に臭気が認められます。

(3) 口腔内の疾患による口臭

口臭の原因となる疾患のほとんどは、歯科口腔領域の疾患であり、中でも筆頭に挙げられるのは、歯周組織の慢性炎症である歯周炎です。炎症による組織破壊は、タンパク質分解の量が飛躍的に増加することを意味しています。また、舌の上にこびり付き白い(黄色)苔状の物体である舌苔は、消化器疾患・全身疲労・脱水などにより増加し、口臭の原因となります。

(4) 口腔以外の疾患による口臭

口腔以外で最も頻度の高い口臭原因疾患は、鼻炎・副鼻腔炎(蓄膿症)・咽頭喉頭炎など耳鼻咽喉科領域の疾患です。これらは口腔領域の炎症と同様であり、その主体はVSCです。内科的疾患に伴う臭気として、糖尿病によるアセトン臭、肝疾患によるアミン臭、腎疾患によるアンモニア臭などが昔からいわれていますが、果たして閾濃度を越える臭気が口腔から放出されているか、未だ検証されていません。

(5) 自己臭症

自己臭症とは、第三者の嗅覚では決して悪臭とは感じない口の臭い(呼気)にも拘らず、自己の口の臭いにもあまりにも強いこだわりを持ち、口臭があると思い込んでいます。真の口臭ではありません。患者の性格特性から、口臭神経症と口臭心身症に大別されます。口臭神経症は、社会や組織への順応力や協調性に欠け、自己中心的であり、原因を他に転嫁する他罰的な性格の人に多く、口臭心身症は、おとなしく内向的な性格で、周囲の人に迷惑を掛けることを極端に恐れています。いずれにしてもこのような心因性の口臭は、人間関係の軋轢や異常なまでの恐怖感によることが多いようです。

