

2016年9月

特集号

東京歯科大学千葉病院医療連携NEWS デンタルドットコム

医療連携講演会開催報告

もっともっと顔の見える関係に

病院長

一戸 達也

千葉病院長として初めての医療連携講演会が無事終了しました。当日は126名の先生方に参加していただき、活発な質疑もあり、最後まで盛況でした。今回の講演内容は、昨年の医療連携講演会の際に実施したアンケートでご希望の多かったテーマを選んだことから、先生方にも興味を持っていただけたものと思います。

円滑な医療連携は地域医療にとって無くてはならない重要な機能です。近年、多職種連携やチーム医療の重要性が強調されていますが、医療連携は、診療所と病院のチーム医療の実践であり、安全・快適で質の高い歯科医療を求める患者さんにとって、満足度を高めるための重要な手段でもあります。医療連携を円滑に進めるためには、診療所と病院のスタッフが顔の見える気心の知れた関係を維持していることが大切だと考えます。

千葉病院は常に先生方との連携を大切にしながら、地域医療に貢献して参りたいと考えております。今回の講演会にご参加いただいたことに厚く御礼申し上げますとともに、これからも一層のご支援をお願いし、ご挨拶とさせていただきます。



平成28年度医療連携講演会を開催して

医療連携委員長

柴原 孝彦

7月7日(木)七夕の日に第16回講演会を本学第1教室において開催いたしました。斎藤千葉県会長、金子千葉市長を初め多くの地域歯科医師会の先生方にご参集いただき盛会裡に終えることができましたこと、心から御礼申し上げます。

今回の講演テーマは、事前に各歯科医師会にお伺いを立て要望が多かった課題の中から年2回の連携協議会(各歯科医師会連携委員が参加)で協議し決定したものです。当日は「症例検討会」「一般講演」の2部構成、そして好評の症例相談コーナーを設置しました。症例検討会では顎関節症と難治性根尖性歯周疾患について、先生方からご紹介いただいた症例を呈示し病態を探索し診断、治療への流れを解説しました。一般講演では up to date な話題として嚥下機能、CAD/CAM、BRONJを取り上げ最新情報を披露しました。相談コーナーでは6症例いただき矯正科、小児歯科、口腔外科の連携委員が face to face で対応させていただきました。先生方が日々の診療でお困りの内容が盛り沢山で十分に満足いただけたことと思います。

今回の講演会は千葉病院スタッフのみによって行いました。大学本部が移転しても千葉病院は以前と同様アカデミックな情報提供ができると自負しております。今後も先生方と共に有意義な診療に役立つ講演会を企画して参ります。

彦星と織姫のように年に一回の逢瀬ではありますが、是非、来年の講演会もご参集いただきますようお願い申し上げます。



医療連携講演会 第1部 症例検討会

座長：1. 2. 一般歯科系(保存科)病院教授 森永 一喜

1. 今日の顎関節症治療を考える～TCHは正と運動療法を中心に～



口腔外科系
(口腔外科)
レジデント 重野 健一郎

顎関節症(TMD)の病因は解剖要因、咬合要因、外傷要因、心理社会的要因および行動要因(上下歯列接触癖(Tooth Contacting Habit: TCH)、片咀嚼、不良姿勢など)と多因子にわたり、これら複数の因子が初発因子あるいは悪化・継続因子となります。現在、咬合異常は病因的役割として強く支持されておらず、また近年ではAADRにより公表された『TMD Policy Statement』(表1)が治療の基本概念となっており、安易に不可逆的な咬合治療を行うことは避けなければなりません。

TMDは年齢や性別、社会的背景などによって寄与因子が全く異なるため、各患者に対して十分医療面接を行い、原因を推定することが重要となります。治療目標は患者の抱える疼痛と機能障害を除去して日常の支障を無くすことです。患者に自身の病態を理解させ、習癖除去や運動療法などのセルフケアを実施させるよう患者教育を行うことが治療では必要不可欠です。

TMD治療に関するご相談や、貴院でのご対応が困難な場合は043-270-3901(口腔外科受付)顎関節外来までご連絡頂ければ幸いです。(表1)

TMDの診断と治療に関する基本声明 AADR, 2010

- OTMDは症状の自然消滅が期待できるself-limitingな疾患であるため自然経過を十分に考慮する。
- OTMD治療の第一選択は保存的で可逆的かつ証拠に基づく治療法が推奨される。
- 保存的治療の多くがほとんどの侵襲的な治療法と同程度に症状の改善をもたらす。
- 患者教育にて疾患、管理方法を理解させ、ホームケアを実施させながら専門治療を行うことで治療効果が向上する。

2. 難治性根尖性歯周疾患について



一般歯科系
(保存科)
講師 加藤 広之

当院保存科にご紹介の難治性根尖性歯周炎症例は大臼歯の比率が高く、これらは複雑な根管形態を有することから、対処の第一段階では主根管の再探索、分岐確認が必須となります。その代表格が本年の保険改訂で処置加算が収載された大臼歯4根管や槌状根で、その解剖学的バリエーションを踏まえ、如何に根管口を探索するかが実践上の要点です。

上顎大臼歯近心頰側(MB)根の約半数が2根管性で発現します。MB1、MB2根管口間は2mm程度、細いMB2も根管口が発見できれば7~8割が形成可能とされます。

また下顎大臼歯でも遠心根が2根性の発現率は3割弱ありますので、概ね4割ほどでは4根管の治療と考えられます。

槌状根(槌状根管)は下顎第二大臼歯で3割ほどを占めます。様々な形態で発現(図1)しますが、弧状の遠心~頰側の根管口に比べ、近心舌側根管口を見落とさないよう探索するのが重要です。

これらについて実践症例を通して解説いたしました。

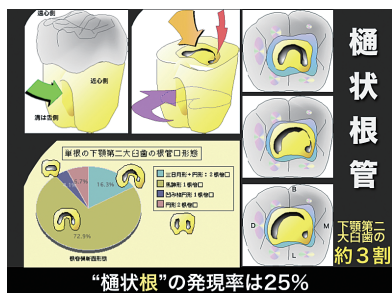


図1: 槌状根の根管口形態(発現率)

2. 歯科用CAD/CAMの変遷

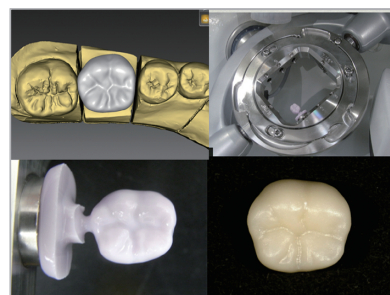


一般歯科系
(補綴科)
准教授 石崎 憲

近年、ジルコニアに代表される新素材の歯科治療への導入を主なきっかけに、目覚ましいスピードで発展、普及を遂げているデジタルデンティストリーを、その入り口である口腔内・外のスキャナーから出口のCAMまで最新機器ご紹介をさせて頂きながら、今後の展望を含めてお話しさせて頂きました。

歯科医はCAD/CAM用の形成をすればそれで良いというものではありません。歯科技工士はマージンの設定、マージン部の形態、咬合面形態、カントゥアー、コンタクトの位置、強弱、フレーム形態など非常に多くの項目をPC上で決定しデザインしていきます。従来法の印象または光学印象後、どのような作業工程を経て修復・補綴装置が製作されていくのかを知ることは、ご自身の支台歯形成、印象採得にフィードバックできますし、より詳細なオーダーを可能にします。

今回の講演が少しでも今後の先生方の臨床のお役に立てて頂ければ幸いです。



医療連携講演会 第2部 講演会

座長: 1. 専門歯科系(嚥下リハ科) 講師 杉山 哲也
2. 一般歯科系(総合診療科) 病院教授 高橋 俊之
3. 口腔外科系(口腔外科) 講師 薬師寺 孝

1. 摂食嚥下障害患者における病診連携の実践

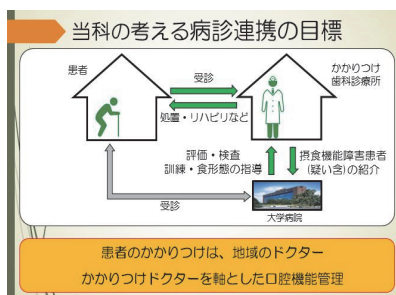


専門歯科系
(嚥下リハ科)
診療助教 山本 昌直

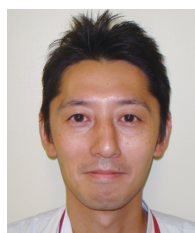
超高齢社会の現在、摂食機能障害患者は増加傾向にあり、一般開業歯科医の先生から当科への紹介も増加しております。今回は摂食機能障害患者の病診連携についてお話させていただきます。

まず摂食機能障害患者の見分け方です。診療中にむせる、何もしていないのにむせる、急に痩せた等の事例は摂食機能障害の疑いがありますので、嚥下スクリーニング検査を実施してみてください。このような摂食機能障害疑い患者紹介のキッカケは、患者・患者家族に相談されたとき、明らかに摂食機能障害を感じたとき、VE、VF等の画像検査ができないときが挙げられます。ただし、上手にしゃべれない、呂律がまわらない患者は、脳血管障害の可能性も考えられます。こういった症例は、まず医科へご紹介ください。

患者が安心して受診できるのは地域のかかりつけドクターです。そのドクターを軸とした口腔機能管理のバックアップとして、当科の専門的な知識や技術を提供することで連携を推進したいと考えます。



3. 薬剤・ビスホスフォネート関連顎骨壊死に対する診断と対応



口腔外科系
(口腔外科)
助教 森川 貴迪

ビスホスホネート関連顎骨壊死(BRONJ)は、ビスホスホネート(BP)製剤による治療歴がある患者に発生し、現在わが国で急増しています。経口薬で0.01~0.02%、注射薬で1~2%の発生頻度とされています。

わが国の特徴は、骨粗鬆症患者に投与された経口薬でも多く発生していることです。発症契機は、抜歯が多いとされており、根端性・辺縁性歯周炎が誘因であり、既存の歯性感染症が問題です。そのため処方医は投与前に歯科受診を促すことが望まれています。

さらに、2014年に米国より新たなポジションペーパーが発表され、薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)と名称変更ならびに対応の指針を示しています(図)。ここでもMRONJの制御には、薬剤投与前の歯科治療の重要性を強調しています。侵襲的歯科治療の際には2か月程度の休薬について検討し、術前の抗菌薬投与や完全閉鎖創等により感染予防を行うこと、再開は骨治癒を待つことが重要であるとされています。

BRONJ・MRONJの予防として歯科だけではなく、医師、薬剤師などの多職種との新たな医療連携の構築が重要です。当科でも医療連携を推進し、難治例やBRONJ・MRONJなどお力になれれば幸いです。

MRONJの診断基準

AAOMSが2014年に提唱した新たな診断基準は、以下の3項目の診断基準を満たした場合に、MRONJと診断する。

1. 現在あるいは過去に骨吸収抑制薬(BP製剤または抗RANKL抗体デノスマブ)が、血管新生阻害薬による治療歴がある。
2. 顎顔面領域に骨露出を認める。または口腔内の膿孔から骨が露出され(プローブ)、その状態が医療従事者が指摘してから8週間以上持続している。
3. 顎骨への放射線照射歴がなく、骨病変が顎骨へのがんの転移ではない。

ただしステージ0に対しては、この基準は適用されない。

●口腔がん集団検診開催予定
市原市/10月23日(日)

香取 匝 瑳 地区/10月2日(日)
印旛郡市佐倉地区/10月30日(日)

渋谷区/10月6日(木)
習志野市/11月13日(日)

医療連携協議会メンバー 【委員長】柴原孝彦 【副委員長】杉山哲也 【顧問】一戸達也 【千葉病院委員】石井哲、石崎憲、色川大輔、大久保剛、大畠仁、小笠原龍一、小澤卓充、神尾崇、菅沼弘春、杉山節子、野嶋邦彦、原正樹、松木由起子、村上聡、米津卓郎、和光衛 【学外委員】板谷賢二、伊藤修一、上田雄平、大越学、木屋和彦、斎藤英生、鷲二郎、谷内智徳 (五十音順)