

東京歯科大学千葉病院医療連携NEWS デンタルドットコム

2012年9月

爽秋号

東京歯科大学千葉病院 医療連携室 発行
TEL 043-270-3279 / FAX 043-270-3648
URL: <http://www.tdc.ac.jp/hospital/ch>
デンタルドットコムのバックナンバーはホームページからもご覧になれます。

禁煙外来の御案内

禁煙外来を開始いたしました。(完全予約制)
内科外来へご相談ください。

TEL 043-270-3922



内科
教授 大久保 剛

喫煙が健康におよぼす悪影響については、もはや周知の事実です。慢性閉塞性肺疾患、肺がんを代表とする呼吸器疾患の原因であるばかりでなく、狭心症、心筋梗塞、高血圧といった循環器疾患のリスクファクターでもあります。また、しばしばこれらの疾患の治療上の大きな妨げにもなっています。そして、最近では歯周病との因果関係も明らかとなってきました。これらの事や、受動喫煙の問題から次第に喫煙場所は制限されているが社会現象となってきて、喫煙者の中の多くの方が一度は禁煙を考えたことがあるとの統計も示されています。

近年、抗喫煙薬の開発が進歩したことと、医療保険の下で服薬が可能になったことで、禁煙を治療の一環として行うことができるようになりました。当院内科でも、本年8月1日より、禁煙外来を開始いたしました。完全予約制となっています。是非とも禁煙をと希望される方は、内科外来まで御相談下さい。

そうは申ししても、禁煙の成功率は喫煙者御自身の健康に対する危機意識と、自覚によるところが大きいということを申し添えておきます。

内科科長 大久保剛

アドバンス・マウスガードセミナー 開催報告

スポーツ歯学研究室では、本年3月18日(土)に千葉県歯科医師会の依頼により「臨床スポーツ歯科に役立つアドバンス・マウスガード調製法」と題したセミナーを行わせて頂きました。本セミナー当日は、朝9時から定員の20名を超える受講者の方々に本学実習室にお集まり頂き、講義と実習を行いました。

カスタムメイドタイプのマウスガード(MG)は市販のMGと比較すると正確な印象採得・咬合採得を基に製作されるため、適合性や安全性に優れているとされています。しかし、競技種目やレベルによってはカスタムメイドタイプMG使用中の外傷も少なくなく、より汎用性が高く、より外傷予防効果の優れたMGの普及が望まれています。

これまで多くの実習セミナーでは、最もスタンダードな一枚法バキューム



タイプや二枚法ラミネートタイプのMGの製作が中心に行われてきました。

今回のセミナーでは、本研究室で考案し、内外の専門誌などにおいても掲載、高く評価されております従来の一枚法バキュームタイプの欠点を補った改良型一枚法MGおよび従来の二枚法ラミネートタイプに硬性材を挿入し、さらに外傷予防効果を高めるために歯面との間にスペースを設けたハード&スペースタイプMGをご紹介します。先生方自身の歯列模型を用いて実践的な製作を行って頂き、市販MGとの違いを体感して頂きました。

今後も、多くの先生方に、より良好なMGの提供をして頂けるよう、その開発、普及に努力して行きたいと研究室一同頑張っております。スポーツ歯学研究室 教授 石上恵一



口腔がん検診 H24年度

9月30日(日) 香 取 市
10月14日(日) 江戸川区
11月11日(日) 習志野市
11月18日(日) 市 原 市
3月24日(日) 江戸川区

千葉病院ロビーコンサートの御案内

日時：9月29日(土) 14:30~

午後のリサイタル

初秋の午後、ピアノ演奏でお楽しみください。一般の方もお気軽にご参加下さい。(入場無料)

曲目：ショパン 子犬のワルツ、モーツァルト トリコロ、ハンリーマンズニ ムーンリバー、ジャズより となりのトトロ、ほか

日時：平成24年 9月29日(土) 午後2時30分~

場所：病院1階待合ホール

演奏：ウィリアムス美由紀ほか

※お問い合わせは、内線5085迄まで

平成24年度 医療連携委員会メンバー

【委員長】柴原孝彦 【副委員長】矢島安朝 【顧問】高野伸夫 櫻井 薫 相馬克巳
【千葉病院委員】浦田知明、大金寛、大久保剛、大久保真衣、太田幹夫、大島仁、佐々木穂高、杉山利子、武田友孝、間宮秀樹、三穂乙暁、村上聡、村川幸、茂木悦子、薬師寺孝、米津卓郎、和光衛

【学外委員】浅野薫之、板谷賢二、伊藤修一、大越 学、斎藤浩司、斎藤祐一、中澤正博、原 昌嗣

五十音順

(2012年9月現在)

一般講演 演題1 歯科インプラント治療における合併症

1. 外科的合併症について



口腔インプラント学講座
講師 古谷 義隆

歯科インプラント治療における合併症で、外科処置に伴う重大なトラブルには、神経損傷、血管損傷、粘膜損傷があります。

神経損傷については、歯の喪失に伴う下顎歯槽堤の吸収によって歯槽骨の形態や骨量に変化し、オトガイ孔が歯槽頂付近に開口している場合や、歯槽頂の遠心方向に舌神経損が存在している場合があります。また、海綿骨が粗となって下歯槽管が判別しにくい場合もあります。神経走行の解剖学

インプラント埋入手術に伴う重篤なトラブルの予防と対処

トラブル予防法のまとめ

- ・神経走行や血管走行の解剖学的なバリエーションを知識として把握しておく。
- ・骨量、骨形態、解剖学的構造などをCT画像などから正確に読影しておく。
- ・骨量が少ない場合には、インプラントサイズの慎重な選択と、必要に応じて骨造成を行ってインプラント埋入リスクを軽減させる。

トラブルへの対処法のまとめ

- ・**神経損傷時**: CTによる原因の追求と、知覚検査による神経損傷の程度、範囲の把握をする。
- ・**血管損傷時**: 生命の危険を伴う場合があり、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。
- ・**粘膜損傷時**: 上顎洞炎、鼻出血をきたす場合があり、抗菌薬の投与や出血に対する対応(後鼻孔タンポンの応用など)を行う。

的なバリエーションを事前に把握しておくとともに、CT画像などの慎重な読影を含めた周知な埋入計画が必要です。神経損傷を疑った場合には、CT撮影などによる原因の追及と、知覚検査による病状の正確な把握がまず必要となります。

血管損傷については、インプラントの長径や位置を意識するあまり、ドリルの骨外穿孔をきたした場合に生じることがあります。事前に三次元的な骨形態を把握し、インプラントサイズを小さくしたり、必要に応じて骨造成を行って骨量を確保した上で、インプラント埋入を行います。

また、インプラント埋入部位の粘膜骨膜弁は十分に剥離してプロテクターを挿入し、ドリルが骨外穿孔しても軟組織内の血管を損傷しないよう配慮しておきます。血管損傷が疑われる場合は生命の危険を伴う場合があり、まず手指による圧迫止血を行って、設備の整った二次医療機関へ速やかに患者を搬送する必要があります。

粘膜損傷については、上顎洞底までの骨量と骨質の判断を誤り、十分な初期固定が得られない状況下で無理なインプラント埋入をすることによって生じることがあります。事前にCTなどによる骨の充分な精査を行い、必要に応じて骨造成を選択します。粘膜穿孔した場合は、上顎洞炎、鼻出血をきたすことがあり、抗菌薬の投与や出血に対する対応(後鼻孔タンポンの応用など)が必要となります。

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・紹介することが必要と考えます。

2. 上部構造製作に関して



口腔インプラント学講座
講師 本間 慎也

歯科インプラント治療の2次手術以降に生じる可能性の高い合併症は、スクリューの緩みや破折、インプラント周囲の骨吸収、インプラント体の破損および上部構造の破損が主なものであるが、それらの原因は、1) アバットメントの不適合、2) 上部構造の不適合、3) 上部構造の設計の不備の3つに集約されます。

アバットメントの不適合はインプラント周囲組織の干渉によって生じますが、術中にデンタルエックス線写真を撮影し診査をすることで、干渉の有無を判断することが可能です。特にインプラント体の埋入深度が深い場合、骨斜面に埋入を行った場合、封鎖スクリューが完全に締結できなかった場合では硬組織の干渉が生じやすく、インプラント周囲粘膜が厚い場合や極端に薄い場合は軟組織の干渉が生じやすくなります。

上部構造の不適合の原因は補綴処置や技工操作であり、従来の歯冠補綴物に対しインプラントの上部構造はより高い適合精度が求められます。よって各過程でのチェックを行うことが必要であり、デンタルエックス写真を用いた診査は有効な手段です。

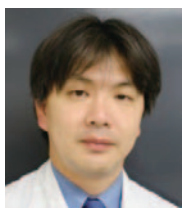
まず、暫間補綴物の適合精度をチェックすることで、印象採得・作業模型作成時のエラーのチェックと修正を行い、次にメタルフレームの適合精度をチェックすることで、鑄造精度の補正などを行うことができます。最後にグレース前の素焼きの状態、形態・咬合関係および隣在歯との接触強さをチェックすることで適合精度の高い上部構造が完成されます。

インプラントの上部構造の設計の基本は、過剰な側方モーメントや過大な咬合力が付加されないようにすることであり、咬合面の面積の狭小化・咬頭展開角の浅化および歯冠幅径に合わせたインプラント直径の選択が必要となります。さらに、延長ポンティックやロングスパンポンティックを有する設計は避けるべきです。また、部分欠損症例においては、天然歯との力学的挙動の違いにも配慮が必要となります。

合併症の種類		考えられる原因
2次手術に関連した合併症	回転防止機構の損傷	術後創面の裂開 アバットメントの不適合
	術後の出血	不完全な切開創の閉鎖 血管の損傷
	術後感染	不潔な手術環境 術後創面の裂開
	インプラント周囲の骨吸収	アバットメントの不適合 術後の感染
上部構造製作時の合併症	スクリューの緩み	アバットメントの不適合
	インプラント周囲炎	アバットメントの不適合 スクリューの緩み
	器具・スクリューの誤飲	器具の誤操作 予防の不備 過剰な負荷
	インプラント体の破損	アバットメントの不適合 器具の誤操作(過剰な力、不適合状態での使用)
	インプラントの動揺	骨吸収 インプラント体への感染 上部構造の設計の不備(ロングスパン、カンチレバー) アバットメントの不適合
メンテナンス期の合併症	スクリューの緩みと破折	過剰な力でのスクリューの締込み アバットメントの不適合 上部構造の不適合 上部構造への過重負担
	インプラント体の破損	過剰な力でのスクリューの締込み 上部構造の不適合 上部構造への過重負担 上部構造の設計の不備(ロングスパン、カンチレバー)
	上部構造の破損	上部構造の不適合 上部構造への過重負担 アバットメントの不適合
	インプラント周囲炎	上部構造の不適合 上部構造への過重負担 インプラント周囲の清掃不良 インプラント埋入位置の誤り
	発音および審美障害	上部構造の形態の不備 (例: 長い歯冠長、舌側の過剰な豊隆等) アクセスホールが存在、位置の不備
	インプラントの動揺	骨吸収 オッセオインテグレーションの喪失



3. インプラント周囲炎に対する対応



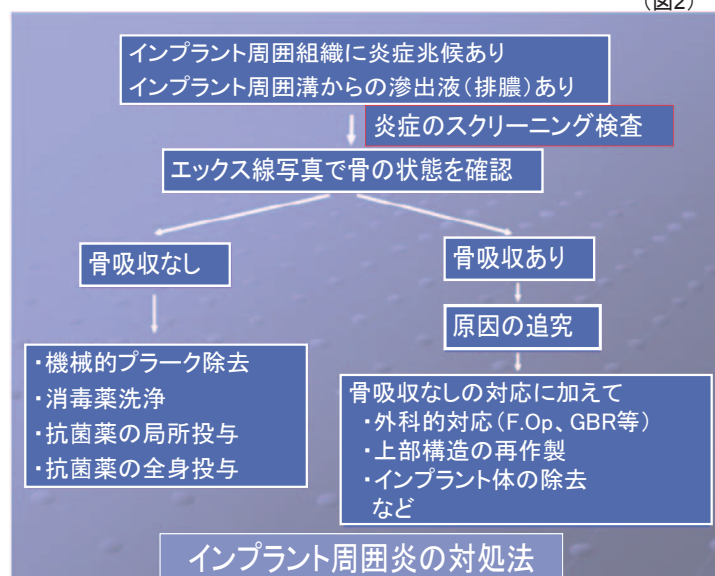
口腔インプラント学講座
講師 伊藤 太一

インプラント周囲炎は、骨結合が得られた機能下のインプラント周囲組織に細菌感染などにより生じた骨破壊を伴う炎症性病変であり、インプラントの長期安定性を妨げる合併症として臨床では困難な問題となっています。インプラント周囲炎の主な原因は歯周病関連細菌であり、歯周炎患者（特に重度）ではインプラント周囲炎に罹患するリスクが高くなります。（図1）

インプラント周囲炎に対する予防としては、インプラント埋入手術前の歯周病治療およびインプラント治療後のメンテナンスの徹底が重要となります。インプラント周囲炎の治療としては、累積的防御療法（Cumulative Interceptive Supportive Therapy: CIST）の活用が有効であると考えられます。（図2）

（図1）

（図2）



一般講演 演題2 実践！訪問診療における口腔のケア



摂食・嚥下リハビリ
テーション・地域
歯科診療支援科
講師 大久保 真衣

近年の超高齢社会のため、生活の場である在宅で歯科保健指導を行うことが多くなり、口腔のケアが在宅ケアの一環として位置づけられています。まず訪問する前に様々な疾患を持つ患者の全身状態の把握が必要となります。このためにはかかりつけ担当医や訪問看護師、ケアマネージャなどから全身の状態、ADLの状態を聞くことは必要不可欠となります。

日々刻々と変化する患者の状態を把握するためには密な連携、顔を合わせた関係が作れると更に望ましいと考えます。実際の現場でも開口保持が出来なかったり、誤嚥のリスクのある患者さんが多いので、衛生士との密な打ち合わせを行い、安全で効率のよい診療を行う必要があります。

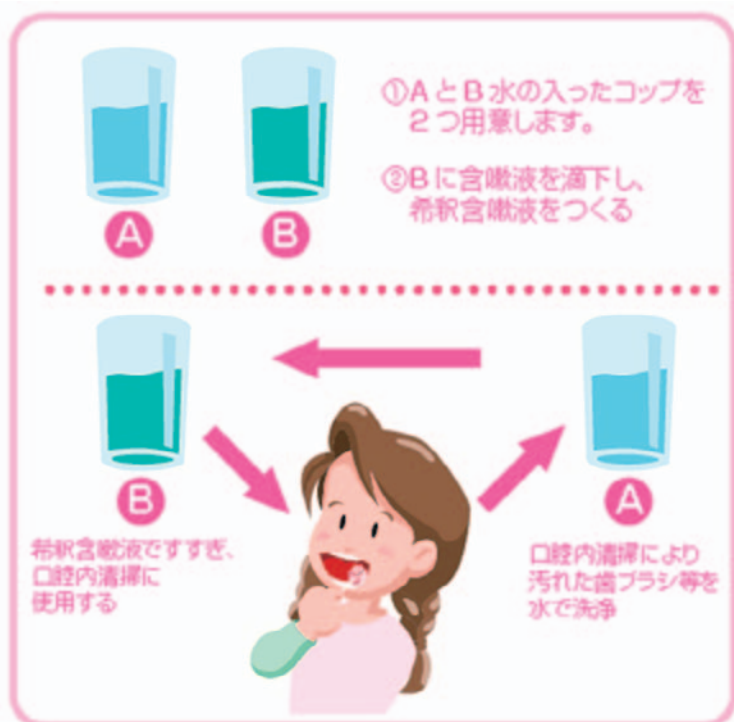
最初に口腔のケアを行う前に、バイタルチェックと誤嚥

のリスクを考慮した適切なポジショニングを設定致します。当たり前のことですが、事前に道具類の準備を行い、道具が揃った状態で行うべきです。

清掃の順番は、粘膜、舌、歯の清掃、そして義歯のある場合は義歯の清掃を行っていきます。この時に患者の負担を軽減するため、効率よくかつ短時間で行います。また清掃する時に、コップに水と含嗽液を二つ用意して、歯ブラシなどについた汚れを洗浄するものと、口腔清掃するものと使い分けると、汚い水分を口腔内に戻すこともなく試行できます（図）。

最後に、うがい出来る方には行ってもらうことが大切です。いわゆるブクブクうがい（洗口）でも構いませんので、工夫をしながら行ってください。誤嚥がある場合などには無理をせずガーゼなどで拭きとったりしてください。

口腔衛生状態が改善し、口腔の機能が向上する事によって、毎日の生活のなかで楽しみである食事や会話といった事が可能となり、これらを日常生活の中でスムーズに活かすことができると、ADLやQOLの維持・向上につながると考えます。



千葉病院専門外来の歯科臨床検査から(2)～味覚異常検査～

千葉病院臨床検査部 講師:村上 聡、助教:國分克寿、橋本和彦、准教授:臨床検査部長:松坂賢一、教授:井上 孝
臨床検査技師:草野義久、秦 暢宏、田村美智、吉橋裕子、生理学講座 教授:田崎雅和

今回のリレーミニレクチャーでは、本院臨床検査部で行っている味覚異常外来についてご紹介します。

近年、急速な高齢化や社会・心理的ストレスの増加に伴い、味覚の鈍麻や喪失、常に異常な味覚を感じるなど味覚異常を訴える患者が増えています。

1、味覚異常患者の訴え

味覚異常を訴える患者さんは60～70歳代の女性に多く、主訴としては多いものから順に、常に何かしらの味を感じる自発性味覚異常、特定の味が認識できない解離性味覚異常、味が認識しにくい味覚減退、本来の味と異なった味質として感じる味覚錯誤です。ほかにも舌の灼熱感や舌痛、口腔乾燥感(ドライマウス)などを主訴として来院する方も少なくありません¹⁾。

2、味覚検査の実際

1) 医療面接

基礎疾患、常用薬内服の有無、アレルギーの既往などのほかにも、どのような味覚異常なのかを詳しく聴取します。口腔乾燥症に起因する味覚異常だけでなく、心因性によるものも多くドライマウス外来と同様に十分な医療面接が必要です。

2) 口腔内の診察、口腔カンジダ菌培養検査

補綴物の状態、舌や頬の粘膜異常の有無などを確認します。舌苔の有無および舌痛の有無によっては必要に応じ、口腔カンジダ菌の培養検査(カンジダカラー®:関東化学(株))を行います(図1)。結果が陽性(+)以上の場合には抗真菌剤を処方します。

3) 血液検査

血清亜鉛(Zn)の低下による味覚異常や貧血の有無を確認するために、血液検査を行います。亜鉛低値の場合には亜鉛サプリメントの服用を勧めます。貧血が疑われる場合には内科への対診を行います。

4) 電気味覚診、ろ紙ディスク法検査

左右側の舌前方(顔面神経領域:前方2/3)、舌後方(舌咽神経領域:後方1/3)、軟口蓋部(大錐体神経領域)に対して、電気味覚診として電気味覚計(EG-II B:永島医科器械(株))を用いて電流刺激による定量的な検査を行います。引き続き、ろ紙ディスク検査を行います。4基本味(甘味、塩味、酸味、苦味)について濃度の異なる味質溶液をしみ込ませた直径5mmの円形ろ紙を各神経領域に貼付して半定量的に検査します(テストディスク®:(株)三和化学研究所)。

3、患者への結果の説明、対症療法の提案など

これらの検査の結果をふまえ、生理学的検討を加えたコメントを添えて総合的な検査結果報告書を作成します(図2)。患者への説明に際しては、まず口腔衛生状態の改善や歯周病の治療の必要性など歯科の立場から提案できる対応策を説明します。口腔乾燥症状を伴う場合にはドライマウス外来に準じて対応します。胃粘膜障害による亜鉛の吸収阻害や貧血が疑われる場合には内科へ対診し、鼻疾患の関与が疑われる場合には耳鼻科への対診すると同時に患者にも歯科以外の専門科への受診の必要性について理解してもらうことも重要です。感覚の異常には心理的要因が大きく影響しますが、心療内科や神経科などへの受診をお勧めする場合があります。本院では、内科だけでなく専門医による心療内科へのご紹介が可能です。

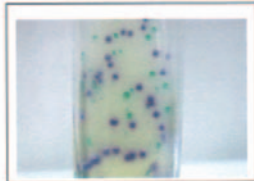
カンジダ培養検査報告書

患者ID	00000000	採取日	H16年4月1日
患者氏名			
生年月日	S30年4月1日	依頼科	口腔外科 外来
性別	男・女	担当医	
採取部位	右側頬粘膜		

カンジダ培養結果

Candida.albicans	(+++)
Candida.glabrata	(-)
Candida.tropicalis	(+++)
Candida.krusei	(-)

判定写真



<注意>
培地のバックグラウンドに着色することがありますが、唾液中の糖分解酵素等によるもので、カンジダではありません。

報告日 16年4月3日 検査者 川原

東京歯科大学千葉病院臨床検査部

図1 口腔カンジダ菌培養検査報告書

味覚検査 報告書

検査項目	検査結果	備考
検査日時	H16年4月1日	検査者 川原
検査部位	舌前部、舌中部、舌後部、軟口蓋部	検査結果
検査方法	電気味覚計(EG-II B)、ろ紙ディスク法	検査結果
検査結果	舌前部: 甘味(+)、塩味(+), 酸味(+), 苦味(+) 舌中部: 甘味(+), 塩味(+), 酸味(+), 苦味(+) 舌後部: 甘味(+), 塩味(+), 酸味(+), 苦味(+) 軟口蓋部: 甘味(+), 塩味(+), 酸味(+), 苦味(+)	検査結果

電気味覚計の検査結果

検査項目	検査結果
舌前部	0.5以下
舌中部	1.0以下
舌後部	2.0以下

ろ紙ディスク法の検査結果

検査項目	検査結果
舌前部	0.5以下
舌中部	1.0以下
舌後部	2.0以下

コメント

検査結果をふまえ、生理学的検討を加えたコメントを添えて総合的な検査結果報告書を作成します。患者への説明に際しては、まず口腔衛生状態の改善や歯周病の治療の必要性など歯科の立場から提案できる対応策を説明します。口腔乾燥症状を伴う場合にはドライマウス外来に準じて対応します。胃粘膜障害による亜鉛の吸収阻害や貧血が疑われる場合には内科へ対診し、鼻疾患の関与が疑われる場合には耳鼻科への対診すると同時に患者にも歯科以外の専門科への受診の必要性について理解してもらうことも重要です。感覚の異常には心理的要因が大きく影響しますが、心療内科や神経科などへの受診をお勧めする場合があります。本院では、内科だけでなく専門医による心療内科へのご紹介が可能です。

東京歯科大学千葉病院 臨床検査部

図2 味覚検査報告書