

東京歯科大学千葉病院医療連携NEWS デンタルドットコム

2013年1月

冬董号

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> 東京歯科 千葉 検索
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。

平成24年度 医療連携講演会ご報告



高野病院長ご挨拶

平成24年7月19日(木)午後3時より、東京歯科大学第5教室にて医療連携講演会が開催されました。おかげさまで100名以上のご参加をいただき、盛況のうちに無時終わることが出来ました。
本講演会は、医療連携協議会を構成する千葉県歯科医師会および近隣の歯科医師会の協力のもと、地域との連携強化を目的として毎年開催をしています。講演後の懇談会にも多数のご参加をいただき、誠にありがとうございました。なお、服装は、クールビズで行っております。



講演会場(第5教室)



柴原医療連携委員長ご講演



症例相談コーナー

※講演内容につきましては、前号に講演会前半の一般講演「歯科インプラント治療における合併症」「実践! 訪問診療における口腔のケア」、本号次ページに後半の「新しい専門外来の紹介等」の抄録を掲載しております。

ミニレクチャー/症例検討会のご案内

摂食・嚥下リハビリテーション・地域歯科診療支援科

摂食・嚥下リハビリテーション科ではミニレクチャーを2か月毎、症例検討会を毎週行っています。ご興味のある方は職種を問わず御参加可能です。会場、時間に変更する場合がございますので、当科では事前にメールでお知らせをお送りさせて頂いております。御参加希望の方は御連絡頂けると幸いです。

連絡先: mtashiro@tdc.ac.jp もしくは FAX 043-270-3570 大久保真衣

平成25年3月までの予定

【ミニレクチャー】

1/24(木)18:00~ 第2会議室「経口摂食支援に必要な栄養の知識」

3/ 7(木)18:00~ 第1教室「地域における摂食・嚥下リハビリテーションの展開」

【症例検討会】毎週木曜日(会場:摂食・嚥下リハ科医局)

*第1、3週は19時開催 *第2、4、5週は18時開催

年末年始のお知らせ

休診日: 12月29日(土)~1月4日(金)

○年末の診療日:

12月27日(木)まで通常通り

12月28日(金)午前中のみ診療となります。

○年始の診療日:

1月5日(土)午前中のみ診療

1月7日(月)から通常通りの診療となります。

休診中の連絡先: 043-270-3700

口腔がん検診 H24年度

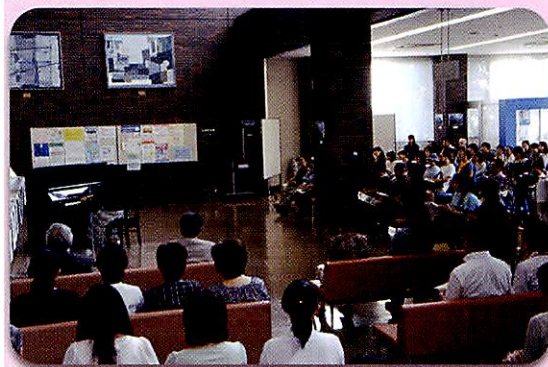
2月7日(木) 安房地区 安房歯科医師会

3月24日(日) 江戸川区 江戸川区歯科医師会

千葉病院ロビーコンサートご報告

9月29日(土)午後、千葉病院1階待合室にて、「千葉病院ロビーコンサート」が開催されました。本学ウィリアム准教授ご一家によるピアノ演奏で、曲目はショパン、モーツァルトなどのクラシックをはじめジブリのポピュラーなものなど、訪れた入院患者さん、外来患者さんやご家族などおよそ110名の皆様には和みのひとときだったようです。

次回は2013年1月26日(土)午後2:30より本学OBによるジャズ演奏を予定しております。どうぞお楽しみに!



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、大金覚、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、村川孝、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12月現在)

1. 悪性腫瘍患者への画像診断的アプローチ



歯科放射線学講座
助教 神尾 崇

＜悪性腫瘍性病変における歯科放射線科医の役割＞

頭頸部領域の腫瘍性病変診断において画像検査は、疾患を特定し状態を把握する上で重要な役割を担っています。その画像検査には歯科で最もよく行われる口内法撮影、パノラマエックス線撮影、各種口外法撮影のほか、特殊検査であるCT検査、MRI検査、超音波画像検査などがあります。我々歯科放射線科医は臨床医学や画像工学などに幅広く通じ、種々の疾患に関する総合的な知識をもとに画像を診断することを専門に、悪性腫瘍の診断にもこれら特殊検査機器を活用しています。

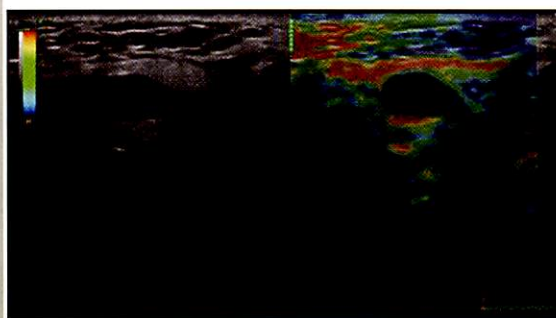
＜特殊検査機器の概要＞

1) CT 優れた空間分解能を有し、歯科領域においては骨など硬組織の形態評価に用いられることが多い機器ですが、悪性腫瘍に対しては硬・軟組織の評価に用います。性状把握や血管の詳細な描出には造影剤が必要となるため、少なからず副作用発現の可能性があります。

2) MRI 当院では現在1.5Tの高磁場MRI装置が稼働しています。CTと異なり電離放射線を使用しないため被曝の問題は生じません。軟組織の描出に優れ、病変進展範囲の評価や

頸部リンパ節の評価に用います。欠点としてはCTより検査効率は低く(1回の検査に30分程度要します)、空間分解能もやや劣ります。

3) US 超音波を人体表面より照射し、体内からの反射波を測定し画像化する検査法で、MRI同様電離放射線による被曝はありません。主に頸部リンパ節や唾液腺など比較的表層の軟組織病変の検査に用いられます。当院では2012年4月に最新鋭の超音波検査装置が導入され、組織弾性イメージング技術"Elastography"なども行えるようになりました。



新しい超音波検査装置とエラストグラフィ

2. 歯科特殊検査～味覚検査、ドライマウス検査、歯科金属アレルギー検査～



臨床検査部・
口腔病理診断科
講師 村上 聡

当日は歯科臨床検査として味覚検査、ドライマウス検査、歯科金属アレルギー検査をご紹介しますが、ここでは歯科金属アレルギー検査について記します。(ドライマウス検査と味覚異常検査については前号、前々号の本誌リレーミニクチャーを参照ください。)

歯科金属アレルギーは、いわゆるIV型アレルギーと言われる遅延型アレルギー反応に分類されます。遅延型アレルギー反応とはアレルギー反応の発現までに24時間以上、通常48～72時間を要するものをいいます。

本院臨床検査部での歯科金属アレルギー検査は検査初日にパッチを貼付し、2日、3日および7日後に来院いただき判定を行います。このため、金属アレルギー検査の初診は月曜日から火曜日となっています。事前にお電話にてご予約ください。

検査では原則としてパッチテスト(パッチテスター「トリイ」:鳥居薬品(株))を実施しています(図1)。この検査は健康皮膚にアレルギー性接触皮膚炎を人工的に再現させることで各種金属に対するアレルギー反応の程度を判定するものです。このため、皮膚症状のある患者様や強い抗炎症作用の薬剤を使用されている場合には検査を行えない場合があります。また、入浴の制限も伴うため、夏季期間(6月～9月)にはパッチテストは行いません。

近年、歯科金属アレルギーと掌蹠膿疱症の関連について注目されていますが、パッチテストの結果は必ずしも掌蹠膿疱症の原因追及にはならないことも留意していただきたいと思います。

金属アレルギー検査報告書 (パッチテスト)

東京医科大学千葉病院臨床検査部 No. 2010/4/6 2010/4/13 結果

検査科 臨床検査科 検査 検査 検査

患者氏名

臨床診断 歯科金属アレルギー疑い

検査結果 アレルギー

検査法 経皮、チタンプレートに金属アレルギー様の反応

検査時間 48時間 72時間 1週間

塩化アルミニウム (-) (-) (-)

塩化金 (-) (-) (-)

塩化第二スズ (-) (-) (-)

塩化第二鉄 (-) (-) (-)

塩化白金 (-) (-) (-)

三塩化インジウム (-) (-) (-)

四塩化イリジウム (-) (-) (-)

塩化コバルト (-) (-) (-)

塩化第二水素 (-) (-) (-)

重クロム酸カリウム (-) (-) (-)

硫酸クロム (-) (-) (-)

硫酸銅 (-) (-) (-)

硫酸ニッケル (2+) (2+) (2+)

塩化亜鉛 (3+) (4?) (4?)

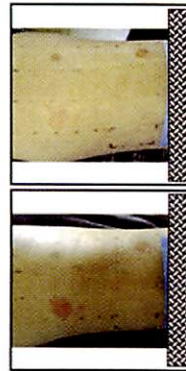
塩化マンガン (-) (-) (-)

臭化銀 (-) (-) (-)

コントロール (-) (-) (-)

四塩化チタン (-) (-) (-)

酸化チタン (-) (-) (-)



塩化パラジウム、硫酸ニッケル、塩化亜鉛に金属アレルギーを疑う反応を認めました。

備考 既アレルギー薬は2日前から服用中止

検査者 検査者



3. セカンドオピニオン外来



矯正歯科学講座
准教授 茂木 悦子

セカンドオピニオンとは、医師の診断や治療法について、患者が別の医師の意見を求めることで、患者がよりよい決断をするための行為のことをいいます。当院はセカンドオピニオン外来を設置し、このような場合に対応しております。

セカンドオピニオン外来の原則

1. 診療内容や治療法に関して当院の専門家の意見・判断を提供します。
2. 主治医からの情報提供書・検査資料等が必要であり、これのないものは応じておりません。
3. 主治医に対する不満・転医希望・医療事故に関する相談には応じておりません。
4. 当院での新たな検査は行ないません。
5. 当院での治療は行ないません。
6. 完全予約制としております。
7. 相談を担当する歯科医師は専門性を考慮して決定しております。
8. 受診は本人または本人の同意書を持参したものに限りしております。

まとめ

1. セカンドオピニオン外来として成立する患者さんは実際はあまり多くはありません。資料持参者が少ないということがいえます。
2. 別な見方をすると、セカンドオピニオン外来問い合わせ患者さんは、現在の治療に何らかの不安、不満などがありますが、主治医に資料提供の相談が出来ない方が多いようです。
3. 通常の予診患者さんのうち、セカンドオピニオン外来を通らないセカンドオピニオンの予診があり、数には入っておりません。
4. 通常は、セカンドオピニオン外来の方針にのっとり、主治医の先生によくご質問なさってください、といった対応をしております。

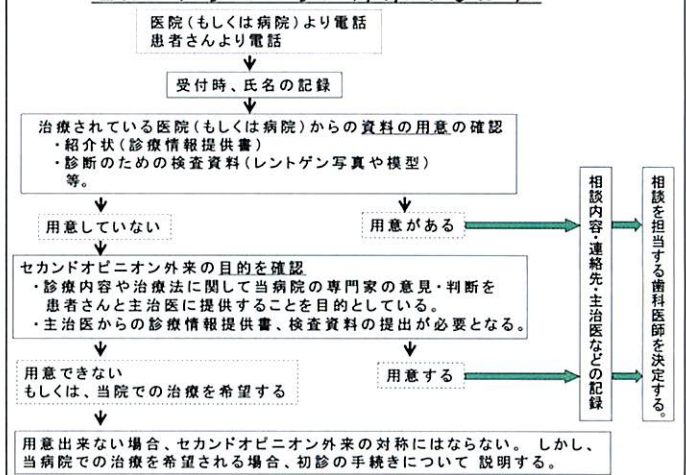
セカンドオピニオン外来の診療時間

- ・平日9:30～16:30（完全予約制）
- ・完全予約制で費用は30分5000円です。これは主治医への報告書並びに作成に要した時間を含みます。
- ・現在、矯正歯科（末石研二教授）が窓口になっております。

これまでのセカンドオピニオン外来患者さんの内訳

1. 咬合誘導、歯列矯正、外科矯正 平成24年6月現在
...8例中4例セカンド成立
2. インプラント関連のご相談...5例中1例セカンド成立
3. 歯の保存の可否についてのご相談 ...4例 相談のみで終了
4. 欠損補綴の治療方針についてのご相談...2例 相談のみで終了
5. 顎関節症関連についてのご相談 ...2例 相談のみで終了

セカンドオピニオン外来のながれ



4. 唇顎口蓋裂外来



口腔外科学講座
教授 内山 健志

唇顎口蓋裂外来は、当院における口唇裂・口蓋裂のbabyから成人まで幅広い一貫治療を専門とした外来です。

診療内容は、出生直後の哺乳床（Hotz床）を使用した新生児に対する哺乳管理から口唇形成術、口蓋形成術、顎裂部骨移植術といった基本手術はもちろんのこと、他院などで手術し、その後の二次修正術や重度の咬合不全に対する治療を希望する患者さんにも、当院矯正歯科と連携した外科的矯正治療（LeFort I型骨切り術や下顎枝矢状分割術）などを行っています。

また言語障害のある患者さんには言語訓練（言語聴覚士による）や、スピーチエイド、パラトルリフトなどの補助具の作製・調整、そして咽頭弁形成術、再口蓋形成術等の手術療法など、言語に関することも含めて唇顎口蓋裂患者に必要な治療のほとんどを当専門外来で行っております。

この疾患は環境要因だけでなく遺伝的要因もあるために患者さんや御家族は不安を抱えていることが多いようです。そのため各スタッフはコミュニケーションを大事に考え、少しでも不安を軽減できるよう診療にあたっております。乳幼児だけでなく、成人の二次治療も積極的に受け入れております。

上唇・外鼻の変形だけでなく、口蓋裂のために補綴（義歯など）が難しいといったケースでも構いませんので、もしこの疾患でお困りの患者さんがいらっしゃいましたら、お気軽にご連絡ください。

当院における一貫治療の流れ



ここに紹介しているのは治療の流れの一部です。
患者さんの状態や主訴によって多少変化します。

摂食・嚥下障害患者とVF(嚥下造影検査)

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 杉山哲也 准教授 石田瞭

今回のリレーミニレクチャーでは、本院摂食・嚥下リハビリテーション科で行っている嚥下造影検査(以下、VF)についてご紹介致します。

摂食・嚥下障害のある患者さんは、「のどに残る」「よくむせる」「飲み込みにくい」などを訴えられます。実際に診療では、反復唾液嚥下テストや改良水飲みテストなどのスクリーニング検査を施行したり、食品や水分を摂取したりして観察評価を行います。誤嚥などの摂食・嚥下障害の疑われる場合に、施行する精査法の一つにVFがあります。VFを行う目的には、「症状と病態を明らかにする。」「食物、体位や摂食方法などの調節により治療に反映させる。」ということです。このように診断だけでなく、治療目的にも使用されるため、その画像情報からの評価診断が重要です。今回は、患者の訴え、摂食時の外部観察評価とVF画像という点でご説明いたします。

実際の異常像

【誤嚥】

Logemannの誤嚥分類として、嚥下前誤嚥、嚥下中誤嚥、嚥下後誤嚥があります。嚥下前誤嚥は嚥下反射前に食物が気管内に流入してしまう事です。このためごっくと嚥下が起こる前に、むせを生じることが症状の一つの目安となります。ちなみに嚥下運動をみるには、聴診器を使用したり(図1)、甲状軟骨の動きを触知したりすると分かりやすいと思います。嚥下前誤嚥の危険性が高まりやすいのは、溜め込んでしまって、なかなか飲み込んでくれないといった症状などが挙げられます(図2)。嚥下中誤嚥は嚥下反射開始から終了までの間で誤嚥してしまう事です(図3)。例えば、嚥下とともにむせてしまうという事が症状の一つと考えてください。嚥下後誤嚥は嚥下反射終了後に、咽頭残留物が気管に侵入する誤嚥の事です。咽頭部の残留などが原因と言われています。



図1
頸部聴診法

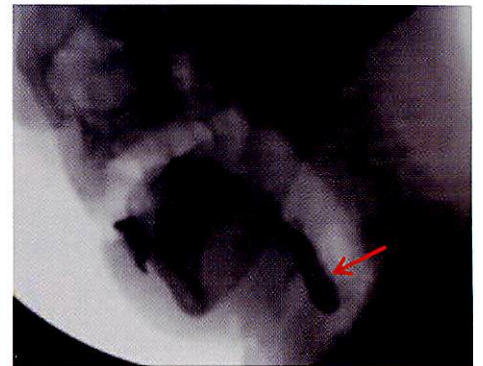


図2
嚥下前に食物が気管に流入

【口腔内残留】

口腔内残留は、食事摂取後に口腔清掃する際にかなり残留していたりするので、明視化されて分かりやすいと思います(図4)。舌が口蓋に接触不十分だったり、頬が陰圧形成不全だったりすると食物は口腔内に残留しやすいです。実際に舌がどのように動いているのか、咽頭部への送りこみの様子を見るには、VF画像をみながら行うと有効です(図5)。

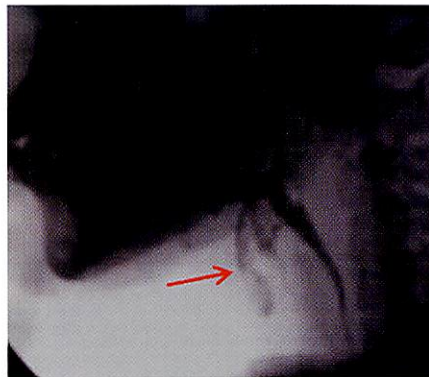


図3
嚥下中誤嚥



図4
嚥下後の口腔内の様子

【咽頭残留】

嚥下後に喉頭蓋などに食物が残留した所見のことをいいます。口腔内にはないので、次々と食事を介助しそうになりますが、咽頭には残留している場合があります。また患者さん自身で、喉に溜まった感じがすると訴える方もいます。実際にVF画像でみると貯留している状態が分かります(図6)。このような場合、交互嚥下や複数回嚥下を行ってもらうと効果的な場合があります。

実際に、食べている状態を我々が見て、その後患者さんやその家族に画像を見てもらいながら検査を行うと理解しやすく、説明の際も対応策やリハビリテーションの提案も行いやすいです。介護状態やマンパワー、本人の希望などで、出来る事が制限されることがあります。このため日頃から、歯科衛生はもちろん医師、看護師、ケアマネジャー、施設職員、ヘルパーなどのチーム作りが必須であると考えます。一丸となることで、患者さんの嚥下のみならず、生活を支える事が出来るのではないのでしょうか。



図5
舌での送りこみの様子



図6
咽頭残留