



2013年10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

医療連携講演会参加者 過去最高204名

平成25年7月25日(木) 15:00から講堂において、医療連携講演会が開催された。千葉県歯科医師会 斎藤会長、千葉市歯科医師会 金子会長をはじめとした多数の方の参加により、来場者数は過去最高の204名に上った。

病院長・医療連携委員長より
ご参加いただいた方へ感謝の言葉にかえて

■「先生方の漲るパワー」

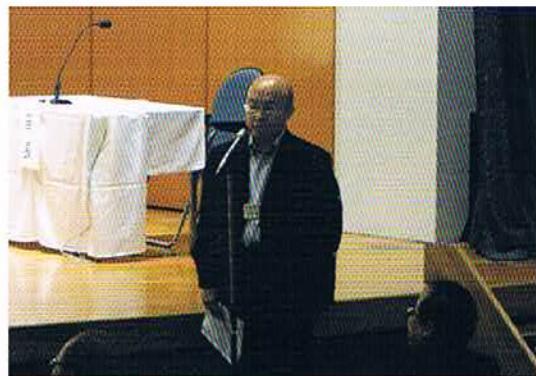


病院長 井上 孝

医療連携は、地域における中核病院（千葉病院）とかかりつけ医（開業医の先生方）が、各々の役割分担を明確にしお互いに協力し合い、地域医療を支えていくという明確な目標があると思います。現在千葉病院には、開業医の先生方から多くの患者さんを紹介頂いておりますが、様々な面で十分な対応ができるとは言えず、日々病院内で検討改善を続けているところです。そんな中、医療連携講演会では、情報を提供することで、より円滑かつ充実した地域医療連携のトリガーになればと思っています。今回は、医療連携講演会始まって以来の参加者となり、活発な質疑が行われ、その重要性を実感致しました。講演のテーマにタイムリーなものが選ばれたのもその一つの理由であったかと思います。また、60歳代以上の先生方も多数参加され、その意欲の高さ、熱心さに敬服しました。

There's no reason why the hopes of your youth should disappear as you grow older. (年をとっても、若い日の希望は年を取るわけではない) これからも、千葉病院の医療連携が益々良い方向に行くことを、そして講演会が有意義なものとなることを、さらには会員の先生方のご健康とご多幸を祈念して文章を閉じさせて頂きます。

■ 医療連携委員長 医療連携講演会実行委員長 柴原 孝彦



平成25年度医療連携講演会にご出席いただき誠にありがとうございました。猛暑にもかかわらず、事前登録で237名、当日参加者204名と言う、今までにない多くの方々にご参集いただき、主催者としてこれ以上の喜びはありません。先生方の地域代表者と綿密に構想を練り、ご意見を頂戴した結果と思料し改めて関係各位に感謝申し上げます。講演会をサッカーの試合に例えれば聴講の方々はサポーターに匹敵します。サポーターが多く、熱くなれば自ずと選手も実力以上の力が漲ります。今後も先生方のサポートを糧に、情報の共有と最新情報の提供に奮励努力したいと考えます。

ワークショップ 1. 「いま注目されるメタルフリー治療」 座長:クラウンブリッジ補綴学講座 講師 野本 俊太郎

(1) メタルフリーで行う補綴治療①クラウンブリッジ領域での対応



クラウンブリッジ
補綴学講座
教授 佐藤 亨

近年、CAD/CAMを応用した新しいメタルフリー修復のオールセラミッククラウンが臨床応用されてきた。なかでも、優れた曲げ強度を有するジルコニアは、全部鋳造冠あるいは陶材焼付鋳造冠に代わる歯冠修復として注目されている。

1. オールセラミッククラウンの前装タイプとジャケットタイプ

オールセラミッククラウンは従来の全部被覆冠の分類のように、2種類のセラミックスで製作する前装タイプと単一のセラミックスで製作するジャケットタイプに分類される(図1)。

オールセラミッククラウン前装タイプ、特にジルコニアの前装方法は、陶材を築盛・焼成する方法、フレームにヒートプレス法で前装する方法、CAD/CAMで作製した前装部を焼き付けたり専用セメントを用いて接着させる方法、などがある。

一方、最近ではジャケットタイプのフルジルコニアクラウンが臨床応用されてきている。これはステイニングによる色調再現をしているため、主に臼歯部に応用されている。

2. オールセラミッククラウンのマージン・支台歯形態

基本的マージン形態は半径1mmのディープ(ヘビー)シャンファー、ラウンドドショルダーを基本とする。支台歯外形は半径1mmのラウンド形態で仕上げる。

3. ジルコニアブリッジの設計時の注意事項

基本的に前装タイプのジルコニアブリッジフレームが破断することはない。ただし、対合歯列の挺出等で歯の欠如部のクリアランスが不足している場合や最後臼歯の歯冠修復で歯冠の高径が短い場合など連結部高径が不足する場合には、連結部形態・連結部面積を考慮した設計をしなくてはならない。

4. まとめ

今回は時間の都合でオールセラミッククラウンの分類と支台歯形態、ジルコニアブリッジ設計時の注意事項を中心にお話をした。臨床においては、症例に合わせたセラミッククラウンを選択し、正しく臨床応用することで、満足のいく予後が得られるものと確信する。

(2) メタルフリーで行う補綴治療②有床義歯領域での対応

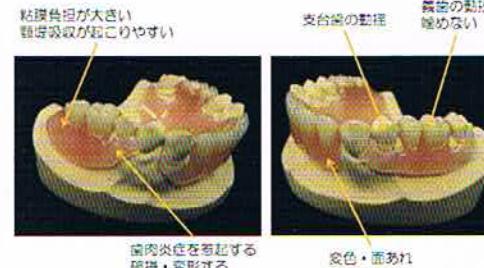


有床義歯
補綴学講座
講師 大神 浩一郎

ノンクラスプデンチャーの先進国でもあるアメリカでは、金属構成要素を全く含まずポリアミド系熱可塑性樹脂のみで製作された義歯が、フレキシブルデンチャーあるいはナイロンデンチャーと呼ばれています。日本では認可されてから約5年間で多くの種類が開発され、メーカー・ラボにより幾多の呼び名が濫用され、それらを総称してノンクラスプデンチャーと呼ばれています。

そのフレキシブルデンチャーは、主に審美

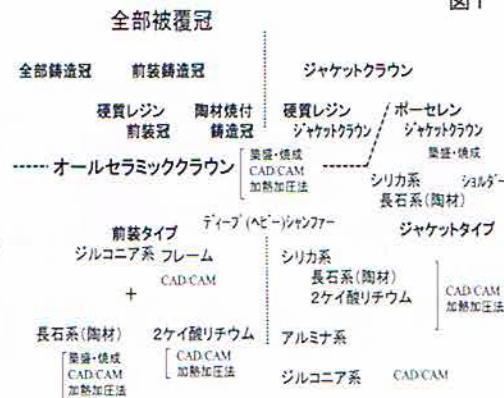
フレキシブルデンチャーの 考えられる問題点



性がよいという理由から使われています。その反面、修理や調整が困難、樹脂クラスプが破折しやすい、維持力が減退しやすい、着色や劣化、大連結子の変形などの多くの問題点を抱えています。

パーシャルデンチャーの基本設計原理は、義歯の動搖の最小化、義歯の剛性、歯周組織の保護です。しかし、フレキシブルデンチャーはこの原理の真逆です。そのため、フレキシブルデンチャーは剛性より柔軟性があり、機能時には義歯の動搖を引き起こします。また、樹脂クラスプは歯質のみならず、辺縁歯肉を覆っていることから、自浄性を低下させます。そのため日本補綴歯科学会のガイドラインでは推奨していません。適応にあたっては、フレキシブルデンチャーの特徴を十分に理解し、利点を生かすような配慮が必要です。金属アレルギーがない場合は、金属製のレスト、ガイドプレートおよび大連結子などを用いて、頬側のみ樹脂クラスプを用いたメタル混在タイプが好みないと考えます。

今後、フレキシブルデンチャーの材料開発の進化や長期経過の報告がなされるにつれ、適応症や設計基準も明確化されると思われます。



(3) 東京歯科大学千葉病院における歯科臨床検査 -歯科金属アレルギー検査(パッチテスト)について-



臨床検査病理学講座
講師 村上 聰

本学千葉病院臨床検査部の歯科金属アレルギー検査外来は2000年12月の開始以来、約1100人の患者が受診しました。感作陽性率は56%であり、男性に比べ女性が若干高く、金属元素毎の陽性率ではNi(20%)>Zn(12%)>Pd(11%)>Co(8%)>Hg(6%)の順でした。受診動機は金属アレルギー疑いが最も多く、掌蹠膿疱症、扁平苔癬が続きました。歯科金属アレルギー疑い患者ならびに掌蹠膿疱症患者の陽性率は約60%、口腔扁平苔癬患者の陽性率は約47%でした。

これらの結果からは難治性の皮膚疾患や口腔粘膜疾患の患者に対しては安易に歯科金属アレルギーと結びつけず、より広範な検査が必要と考えられました。金属アレルギーの原因がすべて歯科金属によるものではなく、メタルフリーな歯科治療が求められる理由も歯科金属アレルギー患者に限定したことでもありませんが、歯科金属アレルギー検査を通じて考えると、百年に亘り、検査もないまま患者の口腔内に金属を使用してきた代償に思えてなりません。歯科医療における検査の普及と実践の一助となるよう努めて行きたいと考えます。

パッチテスト注意事項

検査ができない

- ④ステロイド系薬剤(副腎皮質ホルモン剤)を服用している場合は原則として検査はできない。

- ④妊娠、妊娠の可能性がある方は検査は控えさせていただく。

- ④急性の皮膚炎などがある場合は検査は控えさせていただく。

検査中に守っていただきたい

- ④検査開始から72時間後の判定までは貼付部分を濡らさない。
- ④検査中にアルコールや刺激物の過剰摂取は控えてください。

その他

- ④副作用:全身症状(発疹、尋常疣、呼吸器症状など)、刺激反応、陽性反応の持続、色素沈着、皮膚炎の再燃、膿包、感染等を起こす恐れがあります。

(1) ビスホスホネート製剤投薬患者における歯科的対応

口腔外科学講座
准教授 野村 武史

BP製剤を服用している患者の歯科治療は、その対応に苦慮することがあるため敬遠されがちである。しかし通常の歯科治療(非侵襲的)であれば問題なく行うことができるし、侵襲的歯科治療を行うための必要性(benefit)とリスク(risk)を鑑みれば、すべての患者を大学病院に紹介する必要はないと思われる。他に症状を回避する手段がなく、抜歯の必要性が十分にある場合は、ためらわざず抜歯すべきである。しかし、一方ではBP製剤服用患者の侵襲的歯科治療で、ONJを完全に回避する治療法は現在のところ確立していない。我々にとって唯一の指針は、2012年10月に改正されたポジションペーパーであろう。

現在BP製剤内服中(デノスマブ(ランマーク®)、プラリア®)投与患者を含む)の患者の歯科治療は、右記フローチャートを参考にして治療が進められている。しかし、ここで重要なのはBP

製剤を処方している主治医と事前に綿密な情報交換を行い、かつ患者に十分に説明することである。

こうして、もしも歯科治療中に予後が不良となった場合は、ある程度の観察期間を持って、以降は速やかに大学病院に紹介する柔軟さも必要である。当然医師側に対しては、投与開始前に口腔清掃を我々歯科医師に依頼すること(患者に対する説明を含めて)、そして仮に歯科治療が終了したとしてもONJのリスクがゼロにはならないことを理解すべきである。これは細菌感染に罹患しやすい口腔内の特殊性の問題である。

BP製剤を服用する患者は積極的な口腔管理を受け、かつ自身による積極的なプラークコントロールを実践すべきである。

(2) 歯科治療と抗凝固療法薬

口腔外科学講座
助教 右田 雅士

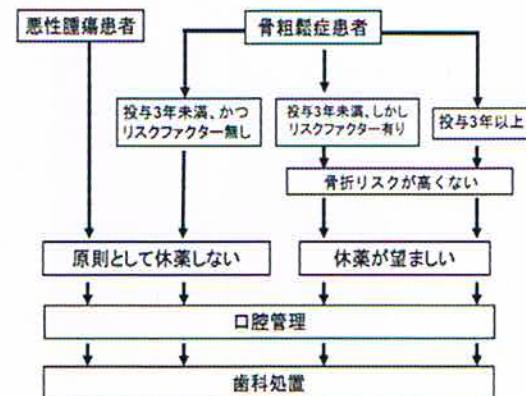
高齢化社会に伴い様々な疾患を持った方が歯科を受診されることが多いと思います。観血処置時に注意が必要なことは薬物療法の影響による出血があげられます。薬物療法の中の抗凝固療法薬は心房細動、人工弁置換術後の血栓予防や人工関節による深部静脈血栓症の予防、心筋梗塞の治療などに用いられています。抗凝固療法薬を予防で内服している方と治療として内服している方は状況が少し異なり、特に治療で内服している方には休薬や投薬には注意が必要となります。

2011年以降、抗凝固剤に4種類の抗凝固薬が承認されました。直接トロンビン阻害薬のプラザキサ®(ダビガトラン)、活性型血液凝固第X因子阻害薬のリクシナ®(エドキサバン)、イグザレルト®(リバーコキサン)、エリキュース®(アピキサバン)が新規の抗凝固剤です。従来のワーファリン®と比較すると半減期が短くなり、薬物の影響が少なく、食べ物の影響が少ないことが特徴です。

歯科治療において新規抗凝固剤の休薬は必要ないと考えますが、データが少ないためエビデンスが確立されていないのが現状です。抗凝固療法患者に安全な処置を行うためには①医科主治医に対診をとること、②なるべく抗凝固療法薬の休薬はさけること、③PT-INRやaPTTの計測を行うことが重要になってきます。PT-INRやaPTTの計測は従来のワーファリン®と同様に止血の指標となります。ただし、新規抗凝固療法薬の半減期が短くなったため処置前に計測することが有効です。止血処置には圧迫止血は長めに行い、局所止血剤や止血床を応用していくといいと思います。

新規抗凝固療法薬のデータはまだ不足しているため無理はせずに処置をしていくことをお勧めします。何か不明な点があればいつでもご連絡いただければ幸いです。

新規抗凝固剤



(3) 歯科治療時におけるHBV、HCV感染対策

内科学
教授 大久保 剛

はじめに:

歯科治療に用いられる器具は、注射針に限らず先端の鋭利なものが多く、充分に注意はしていても針刺し事故を起こす可能性は高い。それに伴う感染症でもB型、C型肝炎は慢性化すると生命の危機にかかる恐れがあるので対策が必要である。

B型、C型肝炎の違い:

図1に示すように、両者ともに慢性化し、癌化の可能性がある事は共通しているが、B型では予防ワクチンがあるのに対して、C型には無いのが最大の違い。

<B型・C型肝炎ウイルス>		
	B型 (HBV)	C型 (HCV)
ゲノム	DNA	RNA
潜伏期	1~6ヶ月	2週~5ヶ月
感染経路	血液・体液	血液
血清診断	IgM-HBc 抗体 HBs 抗原 HBV-DNA	HCV 抗体 HCV-RNA
予防ワクチン	あり	なし
慢性化・癌化	あり	あり

図1

対策 :

1. 患者がHBVを有していた場合。

医療従事者がHBs抗体(-)であればグロブリン製剤、ワクチンの投与。

医療従事者がHBs抗体(+)であれば経過観察。

2. 患者がHCVを有していた場合

医療従事者のHCV抗体の有無や肝機能(GOT、GPT)定期的(1ヶ月ごと)に採血し検査する。(1年間)

万一、感染を認めた場合は、専門医を受診しインテフェロンを投与して慢性化を防止する。

ワークショップ 3.

座長:歯科矯正学講座 准教授 茂木 悅子

(1) 歯の外傷の固定法 最新ガイドライン



小児歯科学講座
講師 米津 卓郎

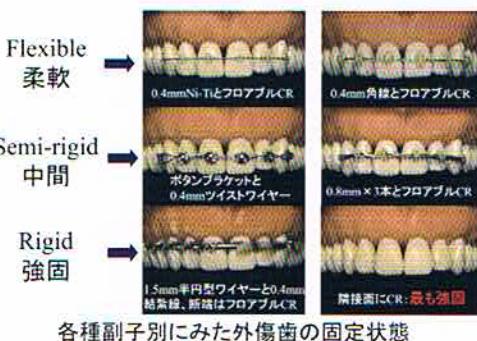
1. 外傷歯に応用される副子(スプリント)

国際外傷歯学会の外傷歯の固定法に関するガイドラインをみると、ほとんどの症例において「フレキシブル」な副子の応用が推奨され、固定期間も歯根破折や歯槽骨の骨折を伴う脱臼以外は2週間までという短期間の固定期間が記載されている。この背景には、Andreasenらの膨大な数の症例の追跡調査やKahlerらによる洗練された文献展望から、①強固な固定を行った症例は、歯髓においては壊死を来たしやすく、歯周組織においては歯根の置換性吸収の発現率が高率であり、その結果、骨性癒着を来たしやすい、②固定期間が長いほど歯根吸収や骨性癒着の発現頻度が高くなる、③歯に機能的な刺激を加えた方が歯周組織の治癒が促進する、などといったエビデンスが存在する。

ところで、現在まで様々な固定法が紹介されているが、どの方法がフレキシブルであるか不明であった。そこで、Bertholdは様々な固定法について、固定された歯の垂直的ならびに水平的な動搖度を調査した結果、最もフレキシブルであったのは、0.4mmのNi-Ti製矯正線をコンポジットレジンで接着したものであり、逆に、最も強固であったのは、歯の隣接面から唇面までをコンポジットレジン単独で接着したものであるとしている(図)。したがって、「スーパーボンド」等を単独で応用した固定は避けるべきである。

2. 外傷歯固定の実際

Ni-Ti製矯正線やSSW製角線は弾力があり、そのまま固定すると、外傷歯に矯正力が加わる危険性がある。そこで小児歯科学講座では、矯正用結紮線(0.20mm)2本で自家製のツイストワイヤーを作製して副子とし、エナメル質の表面処理を行った後、フロアブル(低粘性)のコンポジットレジンで固定している。本法は、いかなる歯列であっても容易に歯面に適合することが可能であること、フレキシブルであること、審美性にも優れていること、更に撤去が容易であることなど、利点が多いので日常の臨床で参考にして頂きたい。



(2) 酸蝕症とブラッシング 一食後30分間、ブラッシングを避けることは非について一



社会歯科学講座
教授 真木 吉信

『歯みがきによる歯のダメージを防ぐには、少なくとも食後30分以上経つてから歯みがきをするのが望ましい』という言説が各メディアによって喧伝され、様々な波紋を呼んでいる。本学会関係者においても、様々な場で「食後30分後にブラッシングを行うことの科学的根拠は何か?」「その疫学的根拠は何か?」という質問を受けている実態がある。特に学校歯科保健の現場では「給食後のブラッシングをどうすべきか」という混乱も生じている。ある言説が科学的裏付けを離れて拡大することは、私たち歯学研究者にとって不本意なことである。しかしながら、これまでにない視点からブラッシングを捉え直し、新たなブラッシング法の提唱に挑むことは、将来の歯学を構築する上で大変重要なことでもある。

そこで今回は日本口腔衛生学会の自由集会4における討論を基に、「食後30分間、ブラッシングを避けることは非」について報告した。その結果、①「食後30分間、ブラッシングを避ける」は誤りで、「酸性飲食物摂取後のブラッシングは30分たってから」が正しいことが判明した。②これは成人期の問題であり、小児・未成年期には適用されないという合意ができた。③食後30分間というブラッシングを避ける時間的なエビデンスについては明確にされなかつた。この続きは、2013年秋の日本歯科保存学会(秋田)でシンポジウムとして行なわれた。今回の話題は、歯学の特徴的疾患である齲歯や酸蝕症に対する関心の高さを改めて示したものといえる。



コンセンサス

- ①「食後30分間、ブラッシングを避ける」は誤りで、「酸性飲食物摂取後のブラッシングは30分たってから」が正しい。
- ②これは成人期の問題であり、小児・未成年期には適用されないという合意ができた。
- ③30分間については、主に試験管内での酸蝕実験の結果に基づくものであり、今後の検討課題であることが確認された。

(3) 壮年期矯正治療の現状



歯科矯正学講座
教授 末石 研二

千葉病院矯正歯科における平成23年度初診患者では、10歳代までが約70%を占めており、40-50歳代(壮年期)は5%を占めるのみであった。また、壮年期患者の主訴を調査すると、不正咬合を主訴とするものは50%であり、他には頸関節症(14%)、発音(8%)、補綴のため(6%)、歯周病治療のため(5%)などがあった(図1)。

すなわち、主訴が多様化し、不正咬合以外に頸関節症、発音等の機能的な側面を主訴にするものが多い。また、歯周疾患有する症例、保存、補綴治療で矯正治療を必要とする症例があることが示された。

症例として、歯周疾患有する下顎前突症の本格矯正例を提示し、その治療手順を示した。歯周疾患有の治療とその再発防止が矯正治療の実施のみならず、保定期間ににおける咬合の維持にも重要な事を強調した(図2)。

壮年期の矯正治療では、包括的治療における矯正治療として対応する必要があり、その点で医療連携が重要である。

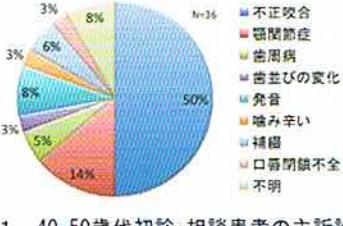


図1 40-50歳代初診・相談患者の主訴



図2 歯周疾患有する症例(東郷、村瀬による)
初診時49歳6ヶ月 男性
上段:治療前、下段:治療後(保定期1年7ヶ月)