

# Dental Comm



## 東京歯科大学千葉病院医療連携NEWS デンタルドットコム vol.5-2

2009年9月

金風号

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>

### ☆医療連携講演会を開催☆

平成21年7月16日(木) 16:00より、東京歯科大学講堂にて医療連携講演会が開催されました。

本年度は「医療にかかる安全管理のための研修会」も兼ねて実施し、内容も症例検討から行政が推進している医療連携パス、感染予防対策と新型インフルエンザへの対応など多岐にわたり、6演題について講演しました。

講演会には150名以上のご参加をいただき、講演後の懇談会にも100名近くのご出席をいただき、誠にありがとうございました。

※本講演会の開催について「ISHYAKU DENT WEB」に掲載されています。

※次ページに講演内容の抄録を掲載しています。



挨拶



講演風景



平成21年8月6日

(社) 千葉市歯科医師会主催による口腔がん検診モデル事業研修会開催

(社) 千葉市歯科医師会主催、東京歯科大学医療連携委員会・口腔がん検診小委員会協力により東京歯科大学千葉病院において口腔がん検診モデル(歯科診療所における個別検診)事業研修会が開催されました。当日は歯科医師会員の先生方39名の参加があり、口腔がんの早期診断についての講義と口腔内・頭頸部診察および細胞診実習を行いました。

講演風景



実習風景



### 口腔ガン検診(予定)

平成21年度の口腔ガン検診は以下の通りです。  
(平成21年9月現在)

10月25日: 印旛都市佐倉地区  
(印旛都市歯科医師会主催)

11月15日: 習志野市  
(習志野市歯科医師会主催)

11月29日: 市原市  
(市原市保健センター主催)

### 平成21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: 高野伸夫  
副委員長: 井上 孝、相馬克己  
委員: 大久保真衣、大塚 茂  
後藤久美子、澁井武夫  
杉山利子、高橋 賢  
武田友孝、萩田恵子  
古谷義隆、間宮秀樹  
三穂乙暁、村川 孝  
茂木悦子、薬師寺孝  
矢島安朝、米津卓郎  
米津博文、和光 衛  
顧問: 石井拓男、中川寛一

#### 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 (2009年9月現在)

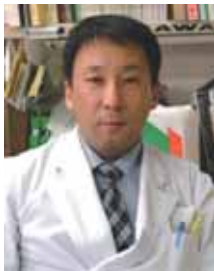
## 演題1.「根管治療における難治症例とその対応」

歯内療法処置において根管治療は歯科医師にとって最もストレス メーキングな処置であると言えます。それは処置対象が特別な場合を除いて直視が困難で、しかも解剖学的にもバリエーションの多い根管系で、さらに対象とされる組織も変化に富み、その生物学的反応も多岐にわたっているからです。

日常臨床でもっとも頻度の高い根管治療、中でも感染根管治療は根尖部における病態と病因としての細菌との戦いです。根管清掃→根管消毒→根管充填といった流れに沿ってスムーズに進行する症例もあれば、根管を原因とするもの、細菌を原因とするもの、偶発症が原因となるもの、などによって治療の経過が必ずしも術者の思うとおりに進行しない場合も存在します。さらに臨床的不快症状の存在が患者を苦しめることになります。

このような、日常臨床にあたっての難治症例としては、  
①：根管内環境と根管充填時期の判定  
②：根管治療に係わる痛み  
③：根管充填の質  
などが大きく係わっています。

症状の回復が認められないからといって根尖孔部の形成だけを繰り返すことは避けるべきです。レントゲン写真や根管探索時の感覚から根管内をイメージし、根管全体を清掃、消毒する事が重要です。根管拡大および根管形成の目的は、根管の歯髄組織や汚染物の清掃（除去）を行うことと、根管を根管充填に適した形態へ整備することであり、これらの目的を達成していない場合は高い確率で術後のエラーが発生することは避けられません。



歯科保存学講座  
教授 中川 寛一

### 根管治療における難治症例への対応

| 問題点     | 根管の環境                 |           |
|---------|-----------------------|-----------|
|         | 非感染（抜髄）根管             | 感染根管      |
| 診 断     | 非感染感染の境界判定            | 現病歴と汚染の程度 |
| 作業長の設定  | 抜髄位置                  | 正確な根管長測定  |
| 根管形成    | 根上部1/3-1/2における管緩衝域の設定 |           |
| 根管清掃    | 清掃効果（無機相 有機相 洗浄）      |           |
| 応用薬剤の選択 | 根管環境<br>消炎・鎮静＞消毒      | 根管内微生物相   |
| 病態の位置   | 根管内                   | 根管内・根尖孔外  |
| 再治療関連事項 | 穿孔<br>機器破折<br>歯の破折    |           |
| その他     | 齶窩の処置<br>仮封<br>防湿     |           |

(中川：2005)

## 演題2.「異常出血とその対策」

歯科診療において、出血に遭遇する機会は多いと思われます。抜歯等の術後に出血を来す全身的要因として代表的なものに、抗血栓療法が挙げられます。

抗血栓療法にはパナルジンやバファリン等を用いた抗血小板療法と、ワーファリンやヘパリンといった抗凝固療法があります。

抗血小板療法は局所出血にほとんど影響しないとされ、また歯科麻酔薬に多く含まれるエピネフリンには強い血小板凝集作用があるため、作用は局所によって減弱される事から、抜歯時に休薬の必要はないとされています。

抗凝固療法では、そのコントロールの指標として近年、PT-INR（Prothronbin Time- International Normalized Ratio）が重要視されるようになってきました。抜歯に関しては3以下であれば止血可能とされ、最近の報告では3.5以下とするものも見られます。しかしながら、安全な抜歯操作と十分な止血操作に配慮が必要です。

抗血栓療法は一時休薬を行うことにより、重篤な血栓症・塞栓症を引き起こす可能性が高くなると言われています。更に術後に服薬を再開しても数日後に脳梗塞を発症しやすいともいわれており、患者との間でトラブルになりかねません。調査によると未だ、抜歯時に服薬中止を指示する医師が多くいらっしゃるようです。医科への対診の際に、PT-INR3以下であれば抜歯は可能である事、抗血小板薬の中止は一般的に必要な事を歯科医師側から伝える事も重篤な副作用を未然に防止する一つの方法と思われます。

※文書は右上に続きます。



口腔外科学講座  
助教 高木 亮

抜歯後出血と遭遇した場合にはまずバイタルサインのチェックを行い、全身的に問題がなければ、出血点を確認し効率的に圧迫し止血をはかります。また、局所的要因として炎症性不良肉芽の残存や、周囲軟組織や骨の損傷、縫合不全、血餅の脱落等を疑い対処を行います。局所止血剤には様々なものが市販されていますが、大量の止血剤を抜歯窩に強圧で押し込むと神経損傷などの原因になります。また基本的に異物であり術後感染の原因となる可能性があります。

止血は、抜歯窩内部に局所止血剤を応用して緊密な縫合を行います。場合によっては、上部に軟膏リボンガーゼなどをおいて、その上から圧迫・縫合する、TieOverを行うことで抜歯窩の閉鎖が可能となります。また、事前に出血が予想される場合には、止血床を作製しておく事で、止血操作を容易にすることが可能となります。

## 演題3.「歯科金属アレルギー検査」

扁平苔癬（図1）など金属アレルギーを疑わせる患者さんや歯科治療後にアレルギー症状を呈した患者さんへの対応として本学千葉病院では歯科金属アレルギー検査を行っています。

歯科金属アレルギー外来では、パッチテストおよびDLSTについて患者さんへ説明しています。パッチテストは金属イオンを溶かした溶液あるいは軟膏を絆創膏に付けて、腕や背中に貼って反応をみる検査です（図2、3）。DLSTは金属イオンと一緒に培養した血液中のリンパ球の変化をみるものです。



図1：扁平苔癬の口腔内写真（左）と病理像（右）

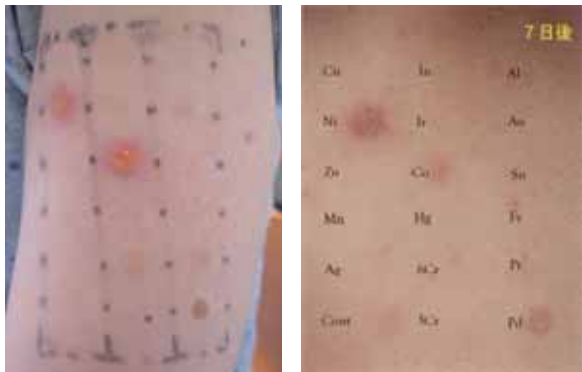
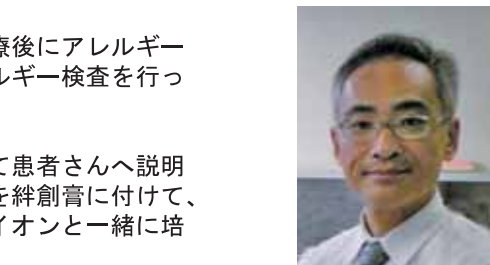
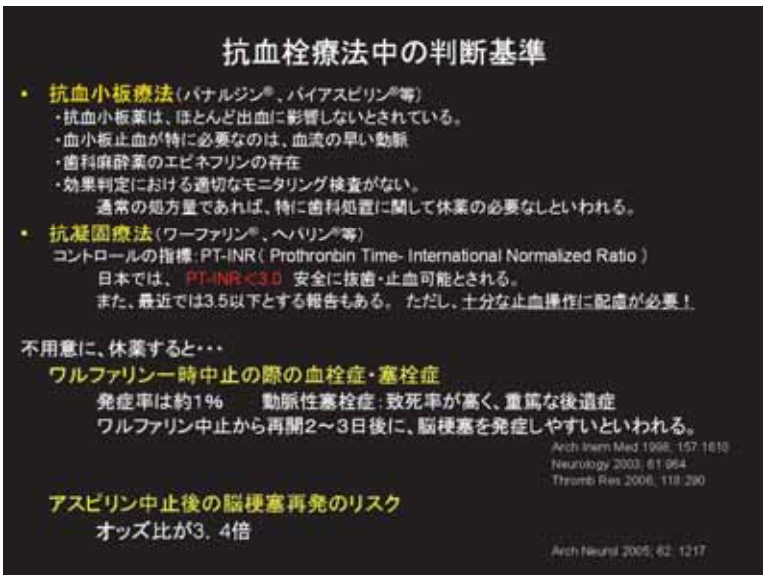


図2：パッチテスト



臨床検査学研究室  
准教授 松坂 賢一

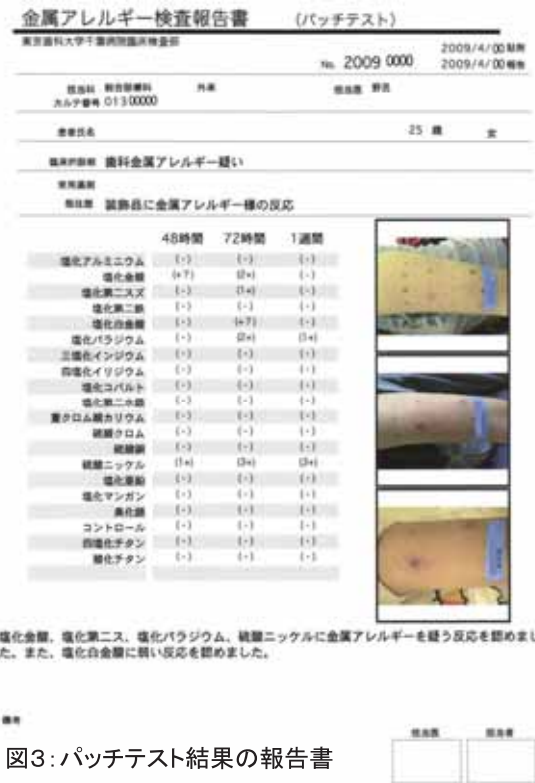


図3：パッチテスト結果の報告書

※今回、紙面の都合上、前半3演題についてご報告をさせていただきます。次号で後半3演題をご報告致します。



## リレーミニレクチャー

## ファイバーポストを用いた支台築造

クラウンブリッジ補綴学講座

助教 野本俊太郎

教授 佐藤 亨

失活歯の支台築造法には大きく分けて、メタルコアとレジンコア（ファイバーを使用）に大別されます。現在臨床では金属を使用しない、いわゆるメタルフリー修復が施されるようになってきています。これは金属を使用しない審美修復を要求する患者さんが増えたこと、ジルコニアをはじめとするセラミックスの向上によりクラウンブリッジに対する適応範囲が拡大したことが理由のひとつに考えられます。

失活歯支台築造法であるレジンコアには直接法と間接法があります。直接法で製作されるファイバーポストの支台歯形態は、図1に示す箇所に留意していただければと思います。  
①上顎前歯の場合、ファイバーポストの方向は歯軸方向あるいは少し舌側寄りにする。②帯環効果を得るため歯質を保存する。（Ferrule 1～2mmの高さ）③ポスト孔の太さとファイバーポストの太さをなるべく一致させる。④根尖から2～3mm以上はなす。

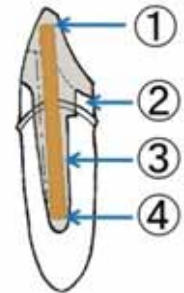


図1 レジンコア

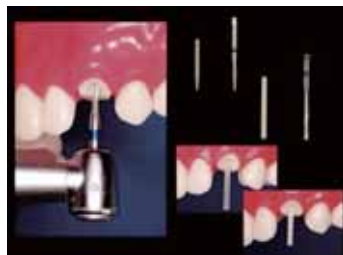


図2-a

←根管の拡大は根尖から2～3mmの根管充填材を残す。ファイバーポストの試適時、かたつきなく植立できるのが理想。



図2-b

←根管内は十分に水洗・乾燥する。ファイバーポストは主成分にあわせた表面処理を用法を守り行う。

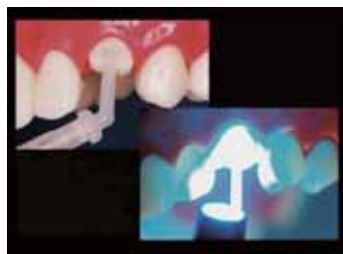


図2-c

←支台築造用コンポジットレジンの填入。光重合タイプの場合は重合深度を考慮し光照射をおこなう。

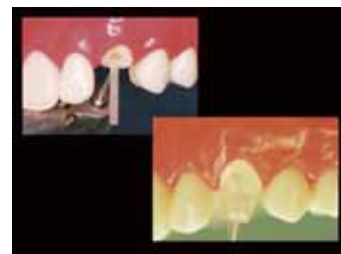


図2-d

←口腔内でファイバーポストを切断する場合、歯冠保持部を確保する。

また、ファイバーポスト直接法では口腔内で適切な処理を行わなければ歯冠補綴装置の脱落ばかりでなく、歯根破折などの原因となり得ます。一般的なファイバーポストを用いた支台築造法を紹介し（図2 a-d）、特に国内で発売されている各社ファイバーポストと築造用レジンの特徴についてお示しします（図3）。

| 種類                       | メーカー      | ファイバーポストの主成分                    | 処理剤  | 重合形式    | ポストの切断時期         |
|--------------------------|-----------|---------------------------------|------|---------|------------------|
| i-TFCシステム<br>&i-TFCファイバー | サンメディカル   | MMA系モノマー含浸FRP                   | SiCA | 光重合     | 植立重合後に<br>口腔内で調整 |
| ファイバーポスト                 | ジーシー      | グラスファイバー<br>マトリックスレジン (Bis-GMA) | SiCA | デュアルキュア | 試適後に<br>口腔外で切断   |
| ファイバーコア<br>ポストシステム       | ペントロンジャパン | S-2グラス                          | ※処理済 | デュアルキュア | 植立重合後に<br>口腔内で切断 |
| FRポスト                    | トクヤマデンタル  | グラスファイバー<br>マトリックスレジン (Bis-GMA) | SiCA | デュアルキュア | 試適後に<br>口腔外で切断   |

SiCA: シランカップリング剤

※レジンコーティング済みなので不要ですがシランカップリング処理による接着力向上が報告されています。

図3 各社ファイバーポストの特徴