

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.4-4

2009年1月

麗春号

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>



医療連携関係診療車両導入



本年4月に千葉病院に医療連携室を設置し、7月に摂食・嚥下リハビリテーション・地域歯科診療支援科を新設したことに伴い、今後、周辺地域の医療機関との連携をより円滑に、また、より充実したものにするため、「医療連携車」を千葉病院で導入する運びとなりました。

主な用途としましては、他の病院から顎口腔領域疾患についての救急要請があった場合や、摂食・嚥下リハビリテーションの依頼・指導の要請があった場合などです。

今日の歯科医療に対する患者様のニーズも多様化していることもあり、今後、医療連携車を最大限活用し、地域医療連携に積極的に協力していく所存です。



年末年始のお知らせ

< 年末の診療日 >

12月27日(土)まで通常通りの診療となります。

< 休診日 >

12月28日(日)～1月4日(日)

< 年始の診療日 >

1月5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

東京歯科大学外科的矯正治療 勉強会開催のご案内

日 時: 平成21年3月12日(木) 17:00～20:00

場 所: 東京歯科大学水道橋校舎 2F 血脈記念ホール

内 容: 2級症例、下顎後退症について

※詳細につきましては、下記までご連絡下さい。

東京歯科大学外科的矯正勉強会事務局

FAX: 03-3262-3213

E-mail: gekakyousei@tdc.ac.jp

平成20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、吉峯規雄

委員: 足立悦子、大久保真衣

大塚 茂、杉山利子

関口 浩、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、山本信治

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、阿左見葉子

齋藤 守、泉水孝夫

古屋 浩、吉岡三郎

五十音順 (2009年1月現在)

本年も千葉病院を
宜しくお願い申し上げます。



口腔ガン検診

H20年度の口腔ガン
検診はすべて終了し
ました。

H21年度の日程は決
定次第お知らせいた
します。

4. 「開業医のための静脈内鎮静法」

本年4月から健康保険適応となった静脈内鎮静法は、確実な鎮静効果が得やすい半面、過鎮静の危険もあり、導入にあたっては十分な準備が必要です。

1. 静脈内鎮静法の流れ（図1）

- （1）鎮静法担当医は呼吸・循環管理および鎮静法に関する十分な知識と経験、さらに緊急事態に対応できる能力と設備（モニター、吸引器など）が必要です。
- （2）鎮静法施行中は、患者の意識レベル、呼吸状態、循環動態の観察を行い（図2）、鎮静レベルを評価し、記録します。とくにパルスオキシメータによる連続的な動脈血酸素飽和度と脈拍数のモニタリングが重要です。
- （3）鎮静薬剤は標準的な投与量を考慮しつつ、患者を観察しながら至適鎮静レベル（表1）が得られるまで適度投与を行います。
- （4）術中合併症には呼吸抑制、むせ（肺内吸引）が多く、それぞれの対処法に習熟する必要があります。
- （5）患者の帰宅にはバイタルサインの安定、意識の回復、平衡機能・運動機能の回復が必要で、ロンベルグ・テスト、歩行テストにより確認します。



図1：静脈内鎮静法の流れ



図2：鎮静法施行中は患者にモニターを装着し、つねに患者のバイタルサインを監視する

2. 保険請求上の注意点

- （1）静脈内鎮静法の適応は、歯科治療に対して非協力的な小児患者、歯科治療恐怖症の患者、歯科治療時に配慮すべき医科的全身疾患を有する患者等とされています。
- （2）薬剤費（鎮静薬剤、輸液剤）は別途請求が可能です。しかし、現時点で「局所麻酔時の鎮静」が適応となっている鎮静薬剤はフルニトラゼパム（ロヒプノール®）のみです。
- （3）レセプトの摘要欄に鎮静法が必要な理由を記載します。
- （4）併せて実施した経皮的動脈血酸素飽和度測定および非観血的連続血圧測定の費用は算定できます。しかし、非観血的連続血圧測定はトノメトリー法の使用が本来の算定要件であり、一部不明な点があります。

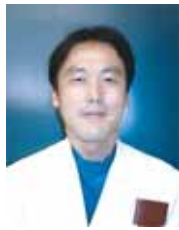
表1：鎮静度の評価方法

	鎮静度	自覚症状	他覚症状・徴候
1	浅い	安らぎの感じ	多弁、応答は迅速
2	中等度	緊張感消失 快適な気分	身体の緊張がとれる 呂律が回らなくなる 応答やや遅延 眼瞼下垂は軽度
3	深い	強い眠気 周囲に無関心	呂律が回らない 応答遅延 眼瞼下垂 放置すると就眠
4	眠り	なし	意識消失

（金子 謙 麻酔 1998; 47(suppl): S52-S60）

3. 静脈内鎮静法を行うにあたって

静脈内鎮静法を安全、効果的に行うためには、大学病院歯科麻酔科等において全身管理に関する一連のトレーニングを受ける必要があります。また、日本歯科麻酔学会HP（<http://www.soc.nii.ac.jp/jdsa>）では「静脈内鎮静法を行うにあたって」の注意を掲載しておりますので、ご参照ください。保険算定については現時点では不明な点があるため、今後、新しい情報が入り次第、Dental Commより発信していきたいと考えております。



歯科麻酔学講座
講師 間宮秀樹

6. 「テンポラリーアンカレッジデバイス（TAD）を応用した矯正治療」

今日、矯正関連のジャーナルではテンポラリーアンカレッジデバイス（Temporary Anchorage Device、以下TAD）についての研究や症例発表が載ってない月はないといっても過言ではありません。

* どのようなものか

TADとは、顎骨に埋入した小プレート、あるいはスクリューを歯を移動する際の固定として用いるものです。歯の移動完了後は撤去するのでテンポラリーという語がはいる、欠損部に埋入する“インプラント”と区別しています。

名称は、インプラントアンカレッジ、スケルタルアンカレッジシステム、マイクロスクリュー、ミニスクリュー、K-1、DTA（デュアルトップオートスクリュー）など、商品名も含めてさまざまですが、最近では総称としてTADと言われています。



歯科矯正学講座
准教授 茂木悦子

1980年にBranemark がosseointegrateを誘導する生体親和性を持つチタン・インプラントを開発したことがTAD普及の端緒となりました。

種類としては図1、2に示すように、小プレートタイプ、スクリュータイプや口蓋タイプなどがあります。材料は骨、顎骨あるいは歯槽骨骨折、破折時や骨、顎骨など顎顔面変形、および不正咬合時の外科的矯正治療として薬事法で認可されているチタン製骨接合用品と同様です。

* なぜ開発されたか

歯は勝手に動くことはあっても、目的の位置に歯を動かすためには固定が必要です。ある歯を固定歯として使う場合、固定歯にかかる矯正力を無視することはできません。むしろ、固定歯が動かないようにするには、どのようにしたらよいかを治療を始める前に計画することが必須です。



図1. プレートタイプ



図2. スクリュータイプ

5. 「摂食・嚥下リハビリテーション・地域歯科診療支援科の業務内容について」

当院では本年7月から「摂食・嚥下リハビリテーション・地域歯科診療支援科」が稼働しました。摂食・嚥下リハビリテーション（摂食・嚥下リハ）を主体とした医療連携の推進をめざし、外来、訪問診療、医療相談の3本柱による対応をさせていただきます。日頃、訪問診療あるいは外来の診療場面において、患者様の「口から食べたい」という訴えを聞かれ、お困りになる場合もあろうかと思えます。そのような場合、当科へご連絡くだされば、我々が親身にご相談に乗らせていただき、対応をさせていただきます。外来での対応が一般的ではございますが、当科の場合必要に応じて往診を行い、なるべく先生と患者様とのこれまでの信頼関係を維持いただけるよう支援し、地域歯科医療の推進に貢献したいと考えております。



摂食・嚥下リハ科
講師 石田 瞭

<対象の患者様>

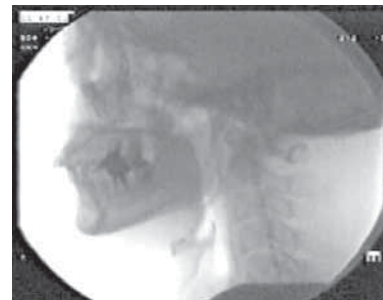
経口摂取にトラブルを抱える疾患は非常に多岐にわたります。大別しますと、
○神経・筋系疾患（脳血管障害、神経筋難病、脳性まひなど）
○形態の異常（口唇口蓋裂、口腔癌など）
○加齢に伴う機能減退
○心理・行動的問題（抑うつ、統合失調症など）
となりますが、発症年齢によっても症状は大きく異なってきます。当科では、小児、成人に関わらず、幅広く患者様を診察いたします。

<診療の内容>

摂食・嚥下リハのポイントは診断/評価とリハビリの二つです。評価に際して、外来であれば簡易評価だけでなく必要により嚥下造影検査（Videofluorography: VF）を、訪問では嚥下内視鏡検査（Videoendoscopy: VE）を活用して、安全でより高度な診療を目ざします。患者様により、発達的な視点、また栄養療法も加味して、バランスよく患者様のQOL向上を念頭に置いた診療を常に心がけています。



車いす、お子さんでも受診が可能な外来環境



嚥下造影検査（VF）



嚥下内視鏡検査（VE）

リハビリに際しては、必要により食事場面も拝見しながら、丁寧に指導をいたします。より効果的な訓練になるよう、キーパーソンである介護者様あるいはご担当歯科衛生士様へのアドバイスもしっかり行います。

当科は、摂食・嚥下リハを通じて、円滑な地域医療連携を築きたいと考えておりますので、是非活用くださいますようよろしくお願い申し上げます。

そこで、従来は複数の固定歯を連結したり、ヘッドギアなど頭部、頸部などに固定を求め、できるだけ最大の固定を得るような工夫がなされてきました。しかしながら、患者サイドからはヘッドギアを付けたくない、ドクターサイドからは患者さんをあてにせず確実な固定がほしいといった双方の願いを満たすものは現実的にはありませんでした。そこへ登場したのがこのTADです。

TADを応用すると、大臼歯の最大固定あるいは遠心移動、前歯の最大固定あるいは大臼歯の近心移動、歯列弓全体の遠心移動あるいは近心移動などこれまで臨床的に不可能に近い歯の移動が射程距離に入ってきました。

* プレートタイプ使用の1例

20代女性。上顎前突と咬む位置が定まらないというClassII上下顎前突症例です。治療方針として第一小臼歯4本抜去と最大固定としてプレートタイプのTADを用い、マルチブラケット法にて治療しました。治療期間は1年10か月で、ヘッドギアなどを使用せず、ほぼ“compliance free”で最大固定により前歯の遠心移動を行うことができました。良好な咬合と顔貌が得られ、治療後2年を経過し咬合は安定しています。

* 今後望まれること

TADによる不動の固定に対しては、新たな固定の概念を構築し、牽引方向、矯正力の大きさなどを明確にしなければなりません。また、スクリュータイプでは脱落率を軽減し、プレートタイプでは除去を簡便にするため形態の工夫などが必要でしょう。より低年齢者への適応のための材料開発、形態付与、さらに費用の軽減が計られればルティーンツールとしていっそう定着するものと考えられます。



図4. 最大固定で治療が行えた

図3. プレートタイプを埋入した状態

リレーミニレクチャー

犬歯は暴れます

歯科矯正学講座

助教 小林 誠

教授 末石研二

永久歯の埋伏が多い部位に上顎犬歯があります。100人中2～3人に起こると言われており、側切歯や中切歯の歯根吸収を引き起こすため、十分な注意が必要です。

【どこから埋伏歯として扱うか】

犬歯の萌出時期を表1に示します。平均萌出時期を過ぎても萌出しない場合、唇側歯肉を触診して、犬歯を触知出来ない場合はレントゲン撮影をしてみた方が良いでしょう。『平均萌出時期 +2S.D.』の時期を過ぎても未萌出は埋伏歯と考えられます。また、先に萌出した犬歯と比較して、通常は反対側も平均1ヶ月以内に萌出します。4ヶ月以上経過しても反対側が萌出しない場合には要注意です。パノラマ撮影をしてみて、萌出した側の犬歯の完成歯根長と比較して、未萌出歯の歯根長が2/3に達しても萌出しない場合にも、萌出遅延を疑います。

ひとつの基準として、パノラマX線写真を用いた診断方法があります。図1の分類において犬歯尖頭がSector2以上は萌出障害と判定できます。Sector1,2で近心傾斜が弱い場合には、残存乳犬歯の抜歯で90%以上に傾斜の改善が見られたと報告されています。一方Sector3以上かつ近心傾斜の角度が強くなるほど、自然な改善は難しく牽引か抜歯の可能性が高くなります。

	上顎犬歯			下顎犬歯		
	平均萌出時期	1S.D.	+2S.D.	平均萌出時期	1S.D.	+2S.D.
男児	10y10m	1y1m	13y0m	10y2m	11m	12y0m
女児	10y2m	11m	12y0m	9y3m	9m	10y9m

表1 犬歯の萌出時期と個人差の範囲

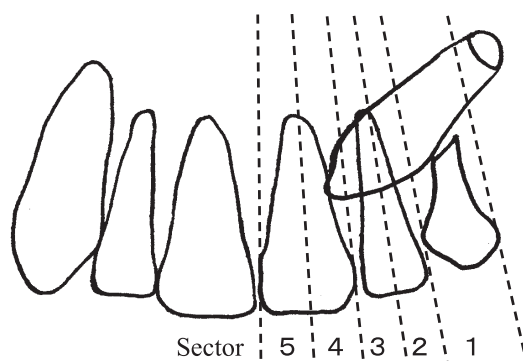


図1 Ericsonらの診断基準

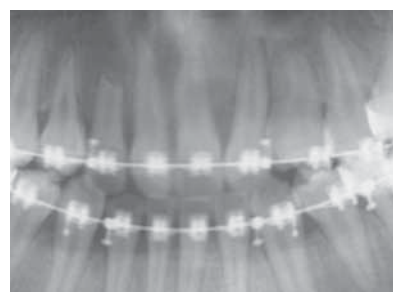
【埋伏歯への対応】

埋伏歯への対応法には①先行乳犬歯の抜歯と経過観察 ②開窓のみ ③開窓と牽引 ④埋伏歯の抜歯等があります。牽引をする場合、多くの場合は併せての矯正治療が必要となります。牽引方法の検討とその後の矯正治療まで、最初に計画を考えておく必要があります。

下段に、歯根吸収が進んでしまった症例のリカバリー治療の例を示します。東京歯科大学矯正歯科では、患者様にパノラマX線写真をお預けの上で来院していただければ、詳しい御相談が可能となります。疑わしい症例がある場合には、早めの御相談をお勧めいたします。



症例：14歳男子。上顎前歯の動揺と叢生を主訴に来院した。レントゲン所見により、犬歯の埋伏と右側中切歯、側切歯の歯根吸収を認めた。右側中切歯と左側側切歯、下顎両側第一小臼歯を抜歯のうえ、上顎両側犬歯を牽引し排列した。



初診時

4ヵ月後

1年4ヵ月後

参考文献：日本小児歯科学会：日本人小児における乳歯・永久歯の萌出時期に関する調査研究。小児歯誌，26(1):1-18, 1988.

Ericson S, Kurol J: Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of the primary canines.

Europ J Orthod, 10 : 283-295, 1988.