

A-1

言語聴覚士からみた摂食嚥下障害 —治療現場の症例を通して—

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター
神経内科言語治療室
○ 吉田真由美

我が国も医療現場で救命ばかりがもてはやされていた時代は終わり、救命後のその人の生活の質に視点が注がれるようになって久しい。看護や介護場面でも『寝・食・排泄・清潔分離』という基本的概念の下、人間、かつ個人としての尊厳が重要視されるようになった。

『食べること』も人としての尊厳を保つ重要な行為の一つだ。我々が生まれたときから無意識に当たり前に行っていることが病気や老化で、できなくなったらどうなるのか？

摂食嚥下障害を起こす原因は？

摂食嚥下障害が生じた時、どのような検査が必要？
有効な治療法は？

なぜ、言語聴覚士（ST）が摂食嚥下に関与？

最近、医療・介護に携わる多職種に大変注目されている摂食嚥下障害へのアプローチ。しかし効率の高い連携が持てないのはなぜ？

昨年、ひよんなことから歯科医師の先生方と同席する機会を得た。『STって、食べることにも介入するの？』とはある先生のお言葉。『はい、法律でも明記されています。』と答えたが、たった2時間足らずのその短い時間で私も『義歯食』『楽食』『一般高齢者の口腔内について』など、摂食嚥下には欠かせないにもかかわらず、STの専門領域には全く耳新しい情報を多々得ることができた。各専門分野の基礎の上から深く追求されたそれぞれの知識や技術、経験の情報は、それを合わせたときに爆発的なパワーになると痛感した時間でもあった。

我県はまだまだ医療後進県で、周囲の人の知識があったおかげで治療への道筋が立つという話も珍しくありません。臨床家にとって、不要な知識と経験は皆無と言うのが私の持論です。臨床の中の四方山話なども組み入れつつ、これらの疑問を紐解いていき、検査・診断・最新の治療、代替えの方法等について歯科関係の方々とともに理解を深め、それが今後の摂食嚥下障害へのスムーズな連携プレイの芽になればと願っております。

A-2

口腔癌の早期発見には“見て・聞いて・触って”がポイント

筑波大学臨床医学系歯科口腔外科
○ 鬼澤浩司郎

日常の歯科臨床の中で、めったに遭遇しないけれども患者の命に関わる疾患として口腔癌が挙げられます。口腔癌は、早期癌の状態で見えれば、口腔機能がほとんど障害されずに治りますが、進行癌になるとたとえ治療しても種々の機能障害を後遺します。口腔の健康を管理する専門家としての歯科医は、患者の口腔機能を守るという点から、口腔癌を早期に見出すべき義務を負っていると考えられます。また、口腔癌は高齢者の癌と言われており、高齢化社会を迎えるにあたり歯科の臨床で遭遇する機会は増えるものと思われます。口腔癌は、極早期の癌を除くと、概ね臨床的に診断が可能な疾患で、少し注意深く診察すれば適切に対応できると思われま。そこで、口腔癌を中心に、どのようなケースに悪性腫瘍を疑って、どのように対処するのが望ましいのかについてお話したいと思います。

診断に際しては、見て・聞いて・触って得られる所見が重要で、色や形態を見て、経過や自覚症状を聞いて、硬結を触ることで、悪性腫瘍か否かの鑑別ができます。もちろん、歯肉や硬口蓋などの骨の裏打ちのある組織では、硬結が触知しにくいこともあるので、X線所見も必要となりますが、臨床診断を勧める上では見て・聞いて・触ってが基本です。臨床所見から悪性腫瘍が疑われた場合は、早期に専門医へ依頼することになりますが、よくわからない場合や炎症性疾患である可能性が高いと考えられた場合は、刺激因子の除去や薬物療法で経過をみて判断します。経過を必要以上に長く見すぎた場合に、悪性腫瘍であった時は診断の遅延となるので注意が必要です。これらの内容について、症例を供覧しながら概説する予定です。

A-3

医科用CT応用による三次元インプラント術

(診断・治療計画・ガイド使用の外科手術)

アートインプラントセンターおおとも歯科(水戸支部)
○大友孝信

インプラント治療においては、これまで多く行われていた経験と歯科用X線のみを頼った術前診断から、近年ではCTを撮影後にPCソフトを用いてその三次元情報を基に診査・診断・治療計画を立案する方法が主流になりつつある。

当院では、2002年よりCTを持つ地域の病院と提携しCTを使用したインプラント画像診断ソフトを導入し診査・診断に用いて来た。

その間に、医科用CTよりも精密画像の得られる歯科用CTが開発、発売されているが、インプラント治療においては医科用CTの性能でも十分であると感じている。

医科用CTでどこまで出来るのか、実例も交えながらインプラント診断用ソフトの解説を行い、そのデータを用いて作成された外科用ステント(ドリルガイド)を用いたインプラント1次手術法も紹介したいと思う。

A-4

Dental hospitality 2007

小澤歯科医院(水戸支部)
○小澤永久

近年になり、“かかりつけ医”という言葉が死語(?)となった。

すべての歯科医が、かかりつけ医となったからであろうか?

患者様は、なにをもって一つの歯科医療機関をかかりつけ医とするのであろうか?

今回は、当院において新人スタッフが就職した際に行う院内研修の内容を中心に発表したい。

歯科医療はサービス業であり、チームアプローチとして患者様と接するときまでに身につけてほしい基本と、カウンセリングまでの流れを限られた時間ではあるが紹介したい。

茨城県歯科医学会で多くを学んでも、それを患者様が希望しなければ何もならないのだから・・・

P-1 (第1演題)

ご案内：P-1は演者2名2時間半のテーブルクリニックとなります。

【東京歯科大学の窓】 歯科処置における神経損傷

東京歯科大学口腔外科学講座
○主任教授 柴原孝彦

現在、歯科医療を取り巻く環境は急速に変化している。特に、国民の医療知識の向上と医療行為に対する要求の多様化などが、より臨床を複雑化している。そんななか、処置に関わるトラブルは可能な限り回避するよう努めるべきであるが、外科的処置を加える以上これをゼロにすることは不可能である。基本手技に則って処置したにも拘らず発症したトラブル、特に日常臨床で最近遭遇する機会が増えた神経損傷について、病態、評価そして対応を取り上げ解説する。

期せずして神経損傷が発症した場合、まずその程度を判定、評価しカルテの記録に残すことが必要である。後に万が一訴訟に発展した場合でも貴重なデータとなり、身を守る根拠にもなる。一般的に障害程度は組織学的に次の3型に分類される、①一過性局在性伝導障害

(neurapraxia)、②軸索断裂(axonotmesis)、③神経断裂(neurotmesis)。各型によって経過と予後が著しく異なる。①の麻痺は少なくとも数日か、遅くとも3か月以内にほぼ回復する。②は軸索やシュワン鞘の再生を要するので回復は遅れる。最終的な感覚の回復は概ね良好であるが、正常域に達しないこともある。③では神経再生の条件は悪く、損傷部位によっては神経縫合や移植が必要となる。臨床的には発症時の知覚検査で、鈍麻か、完全麻痺(知覚脱失)かを的確に客観的に評価することが重要となる。

知覚神経の再生過程で、異常疼痛(カウザルギー、CRPS II型)を発症することもある。ときに、術後の神経損傷を受けた患者が医療側の対応を不信・恨みに思っていると、本当に痛みの感覚(アロデニア=神経原性疼痛)が生じて泥沼に引きずり込まれることもあるので、説明には注意が必要である。

日常臨床で神経麻痺に遭遇した場合、経過を診るだけで良いか、手術等の処置が必要か、専門医に紹介した方が良いか、など迷うことが多いと思われる。この辺にも焦点をおき、そして解剖学者の賛助講演も加えて解剖学的なエビデンスも入れて解説を行なう。

P-1 (第2演題)

【東京歯科大学の窓】

口腔内小手術、インプラント治療における臨床解剖学 —臨床医が知らなければならない7つのチェックポイント—

東京歯科大学解剖学講座
○助教授 阿部伸一

高齢社会になり、合併症を伴った患者、また著しい歯槽骨の吸収を呈する患者などの難症例が近年増加の一途をたどっている。この難症例に対する口腔内小手術に対しては、確かな解剖学的知識をもって細心の注意を払って望まねばならない。さらに、歯科インプラント術、GTR・GBR法など近年の歯科臨床技術には、目覚ましい進歩がみられる。これらの新しいテクニックを臨床の場で成功させるためには、これまで以上に詳細な解剖学的知識が必要となる。

人体を構成する骨の中において、上・下顎の顎骨は歯を植立させ、歯を介して咬合力が直接的に骨内部にまで負荷されるという特殊な環境下にある。このため、顎骨の構造は、歯の植立状況の影響を大きく受ける。歯牙喪失後、顎骨のどこにどのような変化が現れるのかについて解説する。そして、その顎骨の変化によって、顎骨周囲、顎骨内部の神経、血管、筋、唾液腺組織など軟組織の位置関係が、口腔内からどのような部位に位置するように変化するかについて解説を加える。成書などでのこれら軟組織の解剖学的な位置の解説は、ほとんどが有歯顎の時のもので、その違いが判断の誤りにつながり、偶発症を引き起こす可能性があるのである。

チェックポイントの一例を挙げると、下顎舌側の顎舌骨筋線上を走行する舌神経の走行がある。患者の口腔内を覗き、下顎舌側粘膜を透かしたように舌神経の走行を指でたどれる歯科医がどれだけいるであろうか？全員がその走行を熟知していたら、偶発症(埋伏歯の抜歯の際など)によって舌の知覚、味覚神経麻痺、唾液の分泌障害などで苦しむ患者はいないはずであるが現実はそのようではない。

演者は、《臨床医が知らなければならない7つのチェックポイント》をかねてより提唱している。本講演を聞いていただいた次の日から、患者の口腔内を覗き、粘膜の中に潜む危険部位をチェックできるようになっていただきたいと思っている。

P-2

「口腔センター」に対する患者さんのニーズと歯科医のニーズとは？

茨城県身体障害者小児歯科治療センター

○大多和由美，林佐智代，大森勇市郎
大峰浩隆，鈴木潤一

茨城県身体障害者小児歯科治療センター（通称 口腔センター）も今年で開設 35 年になります。かつてのう蝕の洪水の時代障害（児）者を取りまく環境も変化してきています。いかにスムーズに治療を行っていくか、それぞれの口腔環境に合わせたメンテナンスをしていくかが鍵になっています。

口腔センターでは、平成 18 年 4 月から摂食指導を開始しました。また、9 月からは常勤歯科医師が東京歯科大学から派遣され赴任しています。現在、地域の歯科医院や施設との医療連携が残念ながらうまく行われていない状況ですが、これを機会に医療機関、各施設との連携をとっていきたいと考えております。

講演では、口腔センターのシステムや治療の内容を紹介させていただきました。テーブルクリニックでは「口腔センター」をもっと皆様のお役に立つものにしていくために、「口腔センター」に対する患者さん側のニーズと歯科医のニーズとは？と題して現在の問題点を述べ、地域障害者歯科医療センターが望まれる方向について考えてみたいと思います。

P-3

「歯」のことを再考していただけますか？

—「歯の冷凍保存」で新たな歯科治療が始まっています—

広島大学病院矯正歯科

○加来真人，河田俊嗣，丹根一夫

はじめに：「000は歯が命」とのキャッチフレーズを覚えていますか？

日本は、世界で徒たる長寿国です。一生自分の歯で終えられる方は100人中数人です。一生自分の歯で美味しくご飯を食べたいというのは、人類共通の願いです。

ティースバンクとは、親知らずや歯科矯正治療のためなど何らかの理由で抜かれる健康な歯を、自分のために冷凍保存しておくシステム。保存しておいた歯は将来虫歯や事故などで歯を失うことになったときに、解凍して再利用することができる新しい歯科医療です。広島大学病院で開発され3年経過しようとしています。

サービスの概要：抜いた健康な歯をティースバンクに預けると、磁場を使ったプログラムフリーザーで歯を凍結、次いで-150℃で長期にわたって保存される。預けられた歯は将来、虫歯などで歯を失ってしまったときに解凍され、抜けた部分に移植できる。冷凍保存に適した歯かは、広島大学病院以外に全国50箇所の歯科医院で行ってくれる。

以前より、親知らずを抜いた場合、即座に必要な部分に移すという技術は確立されていた。これは「即時自家歯牙移植」といって、保険適応にもなっているくらいポピュラーな方法だという。しかし、1時間以内に移植しないと歯の生着に必要な「歯根膜」という組織が機能しなくなることや、移植が必要になった時期には、移植する歯がすでに抜歯されていたりすることなどから、実際に治療を受けられる患者さんは少なかった。

開発した新技術は、入れ歯やインプラントに比べて、自分の歯を抜けた部分に移植することのメリットは、「歯根膜がついているので、“噛みごたえ”が得られることが一番の魅力」であることを強調したい。歯根膜の組織からは、神経や血管が再生するので、普通の歯と同じような噛みごたえが数年掛けて約7割が回復する。

P-4

睡眠時無呼吸症候群の診断と治療

東京医科大学霞ヶ浦病院口腔外科
○片岡一行

現在、睡眠時無呼吸症候群（Sleep Apnea Syndrome：SAS）に対する社会的認知が高まりつつある。記憶に新しいのは、2003年にJR西日本の山陽新幹線の運転手が居眠り運転をした後に、SASの診断を受けた事例である。睡眠時無呼吸症候群の原因や症状はきわめて多岐にわたっており、その治療法も様々である。睡眠時無呼吸症候群には、閉塞型、中枢型、混合型があるが、これらのうち閉塞型が圧倒的に多い。SASの重症度は、一般的に1時間あたりの無呼吸低呼吸指数AHIで表現される。メカニズムは、就寝時に咽頭部が虚脱することで、舌根部や口蓋垂が沈下し、上気道が狭小化することにより、いびきを生じることや、上気道の閉塞につながり無呼吸に至ることで説明される。おもなリスクファクターとして肥満による気道の狭窄とともに下顎の後退や小顎症、扁桃肥大などの形態的因子があげられる。また飲酒や上気道筋群の機能低下などの機能的因子も問題となる。睡眠中に呼吸停止が繰り返されるため、睡眠が障害され熟眠感がなくなり、日中の集中力の低下や傾眠、頭痛といった自覚症状を伴うことがしばしばある。このような状態が継続すると高血圧や不整脈などの循環器系の疾患や動脈硬化、脳梗塞、糖尿病など様々な疾患の発症もしくは悪化につながるとされている。また日中の強い睡魔を伴う場合など、社会活動の低下や事故につながるなどは周知の通りである。これに対する治療法は、内科的アプローチであるCPAP療法、口腔外科的アプローチであるスプリント療法、観血的治療方法では、口蓋垂軟口蓋咽頭形成術（UPPP）、口蓋扁桃摘出術、小顎症、上下顎劣成長に対する外科的矯正術や骨延長術など耳鼻科的、口腔外科的治療法が挙げられる。ここでは、睡眠時無呼吸症候群の病態と治療法の総論的解説、ならびに当科における歯科的治療の現状を紹介する。

P-5

前歯部審美領域における天然歯とインプラントの修復について

Study group D.Q.

珂北支部¹，日立支部²，大平歯科クリニック³
奥羽大学歯学部⁴
○寺門正徳¹，阿部英一¹，佐川武義¹
畠野尚人¹，鴨志田裕子¹，大平章裕²
佐藤伸一³，堀江正徳¹，小林克紀⁴

現在のインプラント治療は、日常臨床において一選択肢として導入され、1歯欠損から無歯顎までその欠損状態に拘わらず応用範囲が広がり、ミニマルインタベーションへの取り組みとしても使用されてきている。

しかし、エステティックゾーンエリアである前歯部においては、天然歯の審美修復治療と比較するとはるかに難易度が高くなる。つまり、一定条件が整っていない場合は術者が構築できるか否かが審美性の獲得の成否に大きな影響を与えることになる。

前歯部審美領域におけるインプラント治療は、天然歯とは異なったアプローチが必要であり、詳細な術前の診査・診断と患者のバイオタイプ等の条件が成功の鍵となることは、ここ最近多くの論文で取り上げられている。そこで今回は、上顎両中切歯部の天然歯 VS 天然歯、天然歯 VS インプラントの2症例を中心に、審美的アプローチを行う上での診査・診断の基準とシーケンスについて、私なりの見解を参考文献も含めて発表させていただきます。