

岩手医科大学歯学部保存学第二講座

ポケット内のスクレーピングとルートプレーニングを完全に行うためには、ポケットが再現性をもって客観的に評価し得ることが必須条件である。現在、これらの見地から、測定圧を一定にした荷重プローベの考案や、刃先に改良を加えたスクレーラーの開発がなされている。しかし、これら種々の器具を用いた場合のポケット内到達度に関する検索は少ない。

今回、我々はこれらプローベおよびスクレーラーのポケット内到達度について、従来の器具によるものとの比較を試みたので報告する。

ポケットプローベについては、従来の通常丸型のもの、最近市販されている25g荷重丸型の2種を、またスクレーラーについては、従来のキュレット、および超音波と、近年用いられることの多くなったグレースー4種、および形態の異なるシクルとキュレット2種の計9種を採用した。

検索は歯周疾患により抜去が必要と診断された症例の5歯、および便宜抜去と診断された症例の1歯の唇・頬側中央部と近遠心部の計18部位について行なった。2名の検索者により、通常および荷重のプローベでポケットを測定した後、種々スクレーラーで到達度を肉眼的およびX線的に測定した。また、測定後、当該歯を抜去し、メチレンブルーで染色し、ポケットの実測値との比較を試みた。

その結果、プローベでは、便宜抜去の健全歯部を除いて、荷重プローベの方が通常プローベよりもポケットは一般に高い数値を示しており、荷重プローベでは、実測値よりも高い数値を示す例もみられた。しかし、これらの平均値について、統計学的には有意差は得られなかった。また、スクレーラーについては、殆どどの器具とも、ポケット底部に近い所まで到達しているのが確認されたが、中でもスクレーラーの刃先が他よりも細い形態の異なる2種で到達度は優れていた。荷重プローベがポケット実測値よりも高い値を示すのは、病変の進んだ部位では、加圧により、ポケット底部が根尖側に押し下げられることによると思われた。また、超音波スクレーラーも、手用スクレーラーと同程度に到達することが判明した。

演題6. 歯牙と係わりあると思われた術後性上顎嚢胞の症例について

○藤原 秀世, 横田 光正, 宮沢 政義,
大屋 高德, 藤岡 幸雄, 坂巻 公男*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

岩手医科大学歯学部歯科放射学講座*

今回、私どもは昭和51年から58年の8年間における当科の術後性上顎嚢胞と診断された146症例中、歯牙と係わりあると思われた術後性上顎嚢胞の症例について検討したので報告した。

その発生因子には従来より種々あげられるが、私どもは臨床所見、X線所見、ならびに手術時所見より、洞底部に多くの肉芽形成が認められたタイプの32症例と歯根尖が損傷されたタイプの9症例、計41症例について検索しえた。

タイプⅠは洞底部肉芽形成型で、すなわち上顎洞炎根治術時に歯根尖と洞底部が近接しているため、歯槽窩が破壊され歯髓壊死から同部に歯性炎症が生じたり、また洞底部が複雑な症例では特に洞粘膜の一部残留が生じ、これより炎症性の肉芽形成を促進させたのではないかと考える。一方、タイプⅡは歯根尖損傷型で、歯根尖と尖底部が近接しているため、これが損傷され歯髓壊死から歯性炎症が根尖部に波及したもので、嚢胞の発生因子と考えられる症例である。

上顎洞炎根治術後、洞内は対孔部に向い骨性に充塞されていくとされているが、その術後の治癒機転において、洞底部に残留した洞粘膜や根尖部の歯性炎症が長期にわたる嚢胞の発生に関与すると推測される。

1981年、朝倉は術後性上顎嚢胞と歯牙との関係について3つのグループに分類しており、上顎洞根治術時に歯牙と関係ある症例では、歯牙処置を施さないと歯性炎症をくり返し、そこに嚢胞が生じると報告している。

以上のことにより、上顎洞炎根治術時に、歯牙と係わりある症例では、歯牙歯髓処置も同時に行なう必要があることが強く示唆された。

演題7. 陳旧性下顎骨々折の観血的整復術の1治験例

○大屋 高德, 伊藤 信明, 工藤 啓吾,
藤岡 幸雄, 清野 和夫* 石橋 寛二*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

岩手医科大学歯学部歯科補綴学第二講座*

近年、交通事故件数の増加に伴い、顎・顔面の外傷患者も急増しており、かつ又、複雑な損傷を受けることも少なくない。当科に於いても咬合機能の回復という点に最大の治療ポイントを置いてとりこんできた。今回、私共は開咬を呈していた陳旧性多発下顎骨々折の1例に対して観血的整復術を施行し、良好な経過を認めたので16mm 映画を供覧し、この手術法ならびに治療経過を中心に報告した。

症例は34歳の男性で、昭和54年7月1日に交通事故により腹部と顎・顔面を受傷し、某県立病院外科で腹部外傷の手術を行ない良好な経過を認め、術後4週間に当科へ紹介され転送されて来た。精査の結果、右側第1大臼歯相当部の骨体部骨折と左側関節突起の頸部骨折による下顎頭の内方への転位、並びに下顎前歯部歯槽突起骨折と歯牙の脱臼を認めた。そして上・下顎第2大臼歯のみ接触した強度な開咬状態を呈し、オートガイが左方へ偏位していた。手術は経鼻挿管による全身麻酔下で、右側下顎下縁内側に約7cmの皮膚切開を入れ、顔面動・静脈を保存しながら骨折部迄剝離を進めた。骨折部は斜状に骨折し、すでに線維性結合

組織による偽関節の状態で不正癒合し、歯槽突起部の一部が粉碎され遊離していた。そしてこれらを除去して骨折断端の全層を新鮮創として露出した。次に左側関節突起骨折部に対して切開は頭皮の部分冠状切開による Temporal approach により顔面神経に損傷を与えることなく、かつ骨折部への手術操作が容易にそして確実に進めることができた。転位している関節突起は取り出され、すでに損傷していた関節円板を除去した。そして術前に作製しておいたレジンシーネを装着して元の咬合位に整復し、上・下顎々間固定を施行した。最後に骨折片断端を整復し、A—O金属プレートを関節部には3穴のものを、右側の骨体には4穴のものを使用して強固に固定し、通法の如く縫合し手術は終了した。総出血量は270gで、手術時間は2時間40分であった。術後、顎間固定は4週間施行し、金属プレートは顎間固定除去直後、局麻下ではずされた。その後、下顎前歯部の補綴処置を行ない、術後4年10ヵ月を経過した現在、下顎運動には制限がみられるものの、咬合機能はほぼ満足すべき結果が得られている。