

キルシュナー（以下Kと略す）鋼線を用いての観血的治療を試みた。

術式は、下顎角から1.0~1.5 cm 前方の下顎骨下縁に、径約5 mm 大の骨孔を形成し、ここから下顎骨後縁に沿うように、K鋼線を関節突起に向かって手動ドリルを用いて刺入した。

症例1：17才、男性。右顔面を殴打され、右側下顎骨骨体骨折および左側関節突起頸部介達骨折をきたした。受傷後12日目に前述の術式で、頸部骨折片を再植し、整復固定を行った。術後にK鋼線を撤去した。1.5年後の現在、経過良好である。

症例2：13才、男性。自転車による転倒で顔面を打撲し、右側下顎頸部の介達骨折をきたした。受傷後10日目に同様の観血的処置を行った。術後21日目に顎間固定を除去し、術後1.5カ月の現在、経過観察中である。なおK鋼線はまだ撤去していない。

本術式には、K鋼線の刺入方向に難点があるため、1977年田代らは、刺入方向に沿って下顎枝に誘導溝を設定し、良好な結果が得られたと報告している。我々は、2症例のみの経験からではあるが、術中、透視下にK鋼線を刺入することを考えている。術後の合併症は Frey syndrome による発汗や眼裂閉鎖不全などが発現しやすいので、術中の切開、剝離を慎重に行う必要がある。

我々は、顎関節突起骨折の2症例に対し、再植後にK鋼線を用いて固定を行ったところ、術後の開口時における偏位もなく、良好であったので、これらの術式を中心に報告した。

質問：亀田 務（歯理1）

材質は何か、生体組織との関連はどうか。

質問：小野 実（口外2）

1. ケース1で、観血的にトライした理由。最初非観血的にやって目標の咬合が得られたのならそのままよかったのではないか。

2. 非観血的または観血的整復の選択基準をどこにおいているか。

回答：塚本 行雄（口外1）

○亀田先生の質問に対して

キルシュナー鋼線の材質は18.8鋼線と思いますが、詳細は問い合わせてみます。生体への為害性はとくにないといわれています。

○小野先生の質問に対して

1. 従来、非観血的治療が行われて来たので、現在はしっかりした手術適応症はまだない。しかし臨床所見や下顎運動などの異常が後遺すると考えられる症例については、今後観血的治療を考慮していくべきものと思う。

2. エラスティック固定をしたあとに開口運動をさせたのではなく、すでに観血的整復をすることにしており、そ

の準備として、やったのである。

演題12 過去10年間の全身麻酔下緊急手術症例の臨床統計的観察

○野舘孝之、水間謙三、木村貞昭*

岡村 悟、駒井豊一、藤岡幸雄

関山三郎*、岡田一敏**、涌沢玲児**

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口腔外科学第二講座*

岩手医科大学歯学部麻酔学講座**

全身麻酔下緊急手術では予定手術時とは異なり術前の十分な検査、管理ができないことから危険度が大きい。本大学歯学部は昭和40年に開設以来、医学部麻酔学教室の協力のもとに全身麻酔下の手術が行われているが、このたび昭和50年から昭和59年11月まで過去約10年間に歯学部附属病院において行われた全身麻酔下緊急手術症例の臨床統計的観察を行ったので報告した。

歯学部の過去約10年間の全身麻酔症例総数は1868例であり、そのうち緊急手術症例数は41例であった。これを年齢別にみると幼児が最も多く、性別においては男子が女子をうまわっていた。疾患別では外傷が半数以上をしめ、緊急手術の原因としては裂傷によるものが多かった。手術方法別症例数は原因別にほぼ対応しており、縫合、整復固定処置が過半数であった。麻酔開始時間においては9時~21時が約9割をしめており、深夜における緊急手術は稀であった。術前合併症としては循環器系のもものが多くみられたが、A.S.A. の RISK 別においては危険度の大きい high risk 症はみられず、危険度の低い RISK I が過半数をしめていた。また前投薬においてはベラドンナ剤と Minor tranquillizer との併用が多くみられ、導入薬としては Thiamylal 使用の rapid induction が半数以上であった。挿管方法は経口挿管、経鼻挿管が各々、約1/2、1/2をしめていた。維持麻酔薬別ではGOFが圧倒的に多く、その他はGOE、NLA変法などであった。手術時間としては3時間以内のものがほとんどであり、麻酔時間はこれに対応することから、それよりやや長く3.5時間以内のものが大半であった。術中の出血量としては、大量出血は少なく大部分が500 ml 以下の出血量で終わっていた。術後合併症は稀ではあるが、それでも麻酔管理上に由来するもの、原疾患及び手術侵襲によるものが各々数例みられた。以上過去約10年間の緊急全身麻酔症例の検討を行った。

追加：野舘 孝之（口外1）

1. 緊急手術となった悪性腫瘍は primary の症例では

なく、1～数回の全麻下手術を行っている症例で、原因は腫瘍の急速な増殖による気道狭窄と術後出血であった。

2. 緊急に気管切開だけした1例は癌末期患者で、病室にて延命効果を期待し、気管切開を試みたが、後屈の体位が不可能のため、全麻下にて気管切開を施行したものです。

演題 13 ポケットプローベ、スケーラーの歯周ポケット内到達度について

○鎌田英史, 清水隆公, 高山 透
森川伸彦, 中林良行, 菅原教修
上野和之

岩手医科大学歯学部保存学第二講座

ポケット内のスケーリングとルートプレーニングの徹底は、その後の治療の成否のみならず治療法の選択とも関連して重要である。歯周外科の是非に対する見解などは、複雑なポケット内のスケーリングやルートプレーニングがどの程度まで可能であるかという検索なしに、これを論ずることはできない。今回、通常と荷重スケーラー、および種々プローベによるポケット内への到達度についての実験を試みたので、その検索結果について報告する。

検索に用いた器具は、現在市販されている数社製のシクル型およびキュレット型のプローベと、超音波プローベであり、検索部ポケットは荷重と通常のプローベ両者によって評価した。また、被験歯は抜去予定歯を用いて、測定終了後抜歯を試み、予め刻印した歯根面についても、ポケット底相当部までの距離をノギスを用いて測定した。検索者は実験Ⅰでは2名、実験Ⅱでは経験13年以上の者2名、2年未満の者2名の4名で行ない、測定面は1歯につき、頬側近遠心、舌側近遠心の4面とした。

その結果、ポケット深度では、経験13年以上の検索者の頬側近遠心面のみ通常と荷重プローベの間に有意差がみられた。また、プローベによるポケット測定値が実際のポケットの深さより高い数値を示すことがあるかどうかという点に関しては、ポケットの深い例では測定時にポケット底部を根尖部に押し下げるといった従来の検索結果と一致していた。この傾向は荷重プローベのほうが強かった。各種スケーラーのポケット内到達度についてみると、種類よりも刃部の形態に関連があり、刃幅の狭い器具で到達度は良好であった。プロービング、スケーリングともに、測定部位間、検索者間、検索者の経験年数間には、特に有意差はみられなかった。また、超音波プローベは予想以上に深部に達していた。

質 問：塩山 司(補綴2)

1. 荷重プローベの方が通常プローベよりも、測定値が深くなっているが、逆のものはなかったか。

2. 一般臨床において、正常歯肉においての荷重プローベの使用についてはいかがでしょうか。

回 答：鎌田 英史(保存2)

1. 今回は、高度の歯周疾患罹患歯のみを抜去し測定しているため、健全歯では測定しておりません。

2. 荷重プローベは、健全歯で疼痛を訴える例が多かったため使用しておりません。

演題 14 トンガ人成人の歯科疾患

○田附敏良, 亀谷哲也

岩手医科大学歯学部歯科矯正学講座

トンガ王国では、近年、都市化が急速に進むと同時に食環境の変化も著しく、成人病や歯科疾患の増加が問題となっており、1984年度文部省海外学術調査によって医学、栄養学調査が行われた。演者らはこの調査で口腔診査を担当し、同国の歯科疾患の実態を知ることができたので、今回は成人のそれについて報告した。

方法：診査対象者は、首都のコロフォウ地区(K地区)で197名、離島のウイハ地区(U地区)126名、総計305名で、齲蝕、歯周疾患、不正咬合のそれぞれを歯科総合調査の基準に従って診査した。

結果：(1)齲蝕；成人全体の齲蝕有病者率は49.8%、齲蝕率7.0%、処置歯率54.0%、重症齲蝕率24.0%、喪失齲蝕率28.0%であった。(2)歯周疾患；歯肉炎の重症度では健康な者が22.1%であった。また歯肉ポケットを表すperiodontal indexでは、上顎は20歳代から60歳以上まで10歳毎にそれぞれ1.3, 1.4, 1.7, 1.9, 2.3で、下顎は1.2, 1.4, 1.8, 1.9, 2.4であった。K, U両地区を比較すると、K地区では上顎1.5, 下顎1.6, U地区では上顎1.8, 下顎1.8となりU地区の方が高い。前歯、側方歯、大白歯と歯群別に見ると上顎では1.5, 1.7, 1.8で、下顎は1.8, 1.7, 1.5となり、上顎は大白歯群に、下顎は前歯群に病像の進行が認められた。(3)咬合；正常咬合81.9%、不正咬合18.1%、下顎前突2.4%、反対咬合4.4%、叢生8.5%、上上顎前突2.8%の割合で認められ、不正要因では骨格型2.8%、機能型6.5%、discrepancy型12.5%であった。

考察：成人に見られた歯科疾患は日本人に比較して低い。しかし、食環境の近代化に伴う口腔内環境汚染とdiscrepancyの増加は今後強くなることが考えられる。一方、歯科医療環境はまだ十分に整備されておらず、将