

## 岩手医科大学歯学部歯科放射線学講座

## た症例の検討

上顎前歯部における埋伏歯の頬舌的位置関係を診断する為、歯科用X線発生装置を用いた次の3方法について検討した。

- ① Occlusal Film を用いた歯軸方向投影法
- ② Dental Film を用いた正放線投影法と偏心投影法を組み合わせる方法

③ 幾何学的作図による方法 (Hauberrisser 法)  
実験にはファントームとして乾燥頭蓋骨を用い、埋伏歯のモデルとしては抜去歯牙を歯槽骨の舌側あるいは頬側に固定した実験を行った。

①法は正しい撮影が行なわれていれば診断は容易であるが、頭頂部から主線を投影する為、通常のOcclusal法によりX線線量を約4倍多くしなければ診断しうる写真にはならず、また正しい歯軸方向の撮影は熟練を要する。②法は埋伏歯と正常歯牙歯根との頬舌的な位置関係を簡単に知る方法としては有用である。しかし、萌出歯牙歯根に埋伏歯が近接している場合あるいは偏心させる角度が不十分な場合は判定が難しい。③法は埋伏歯の歯軸傾斜まで推測できたが、幾何学的作図の為に必要な歯牙全体のトレースを正確に行うことが難しい。

以上より埋伏歯の頬舌的位置関係の診断法として、患者への被曝線量が少ない事や撮影法が簡単な事から②法が第一に選択される撮影法と思われる。

質問:大屋 高德(口外1)

1. 正中(過剰)埋伏歯例などで唇・舌側の中央にある様な症例では、先生の講演された3つの方法でどの方法が宜しいのでしょうか。
2. 上顎大歯の完全埋伏歯例で、唇舌的に埋伏している場合、どのような撮影法がよろしいのでしょうか。

回答:後藤 浩美(歯放)

1. 偏心投影法で可能です。
2. 偏心投影法で可能で、もしオーダーが出ればdental 偏心撮影で確認いたします。

追加:坂巻 公男(歯放)

デンタルフィルム法等により埋伏歯の存在が確認された後、外科的処置等の必要から、埋伏歯牙そのものの形態、位置を確認する方法ですので、その場合、歯冠部、根尖を確認する必要がある場合には、2番目の偏心投影ではっきり出せます。

演題10. 歯科領域の吸入麻酔に際し、挿管困難を伴っ

- 佐藤 雄治, 水間 謙三, 木村 貞昭\*  
岡村 悟, 渋井 暁, 駒井 豊一,  
野館 孝之, 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\*

岩手医科大学医学部麻酔学講座\*\*

歯科領域の吸入麻酔下の治療では、術野と気道が併存し分泌物や出血が気道を閉塞し致死的トラブルとなるため気管内挿管を行なうことが原則である。しかし、種々の疾患のために通常の方法では挿管が不可能な症例がしばしば見られる。これらの症例でも、気管切開を避け、盲目的経鼻気管内挿管、逆行性挿管、内視鏡による挿管などが用いられている。最近約10年間に岩手医大歯学部附属病院で吸入麻酔下に治療が行なわれた全症例中、挿管困難な症例について検討し、いささかの知見を得たので報告した。

全症例1903症例中、挿管困難な症例は32症例で、その原因は、開口障害で口腔癌手術後の瘢痕によるものが最も多く、挿管方法は、盲目的経鼻気管内挿管14例内視鏡による挿管11例、逆行性挿管6例、気管切開による挿管1例で、その選択は麻酔医に委ねられ、概ね的確なものと思われた。

吸入麻酔下の治療においては、患者は無意識となり、生体の呼吸循環管理は全て麻酔医に委ねられるため、麻酔医は患者にとってより安全で快適な挿管法を考慮し、なすべきであると痛感した。

質問:工藤 啓吾(口外1)

4種の挿管法は、どの時点で決定されるのか教えて頂きたい。

回答:佐藤 雄治(口外1)

術前の主治医との検討時に、挿管困難症例であると認められたときは、その原因を検討するが、多くの場合確定は困難です。そのため、挿管時、意識を消失させ、筋弛緩を得た後に、はじめて確定される事が多いようです。

演題11. 最近の良性腫瘍に対する下顎骨欠損の修復・再建

- 入江 雅之, 瀬川 清, 福田 喜安,

横田 光正, 宮澤 政義, 山口 一成,  
栢植 信夫, 工藤 啓吾, 藤岡 幸雄

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

最近, われわれは下顎骨良性腫瘍治療後の欠損に対し, 以下のような骨移植による修復, 再建を試みた。これらは, 18歳から56歳までの ameloblastoma 3例, myxoma 2例, cementifying fibroma 1例の, 計6例で, 手術時にはできるだけ下顎骨下縁を保存し, その欠損部に3例のPCBM (particulate cancellous bone and marrow) 移植および3例の海绵骨を主体としたブロック状骨移植を施行した。

摘出術を行った fibromyxoma の1例では, PCBM移植を, また辺縁切除を行った ameloblastoma (follicular type) の1例では, ブロック状骨移植を施行した。しかし腫瘍の再発がみられたものの, 結果的には下顎骨下縁を保存でき, 機能面と審美面の温存がなされた。一方, ameloblastoma (plexiform type) で, 区域切除後にブロック状骨移植ならびに reconstruction plate による固定を併用した1例では, 移植骨の吸収および偽関節の形成がみられたため, 1年後に再び骨移植とプレート固定を行った。同様に ameloblastoma (plexiform and acanthomatous type) で, 辺縁切除後にブロック状骨移植を施行した1例では, 下縁が非薄なため, 義歯装着時に骨折をきたした。しかし顎骨の偏位はなく, 自然に治癒した。残りの myxoma と cementifying fibroma の2例では, 辺縁切除後にPCBM移植を施行したが, 両例ともほとんど術前の状態近くまでに歯槽堤が形成されていた。したがって義歯も装着でき, 機能的, 審美的な回復が得られた。

下顎骨即時再建術に用いられるPCBM移植およびブロック状骨移植は, ほとんど術後感染がなく, 移植後の経過が良好であった。しかしブロック状骨移植は, 移植骨が吸収されやすいため, 術後の義歯装用に難点があり, また骨採取量にも限界があった。一方, 下顎骨辺縁切除後の欠損に対する修復には, 海绵骨の塊状またはブロック状骨移植がきわめて有用であった。

質 問: 野坂 洋一郎(口解1)

海绵骨移植とかPCBMを移植しても, 架橋移植と同様に, 義歯を入れるだけの充分の強度が求められるか。

回 答: 工藤 啓吾(口外1)

架橋移植は義歯装着させやすいが, 海绵骨移植は吸

取されやすいので, 十分の量の骨移植を行わないと装着し難いようである。

演題12. エプーリスの病理学的検討

第2報: 妊娠性エプーリス

○福田 容子, 澤口 通洋, 石川 富美子,  
戸塚 盛雄, 武田 泰典\*, 鈴木 鍾美\*

岩手医科大学歯学部歯科予診室

岩手医科大学歯学部口腔病理学講座\*

妊娠時に発症したエプーリスは, 臨床的に妊娠性エプーリスあるいは妊娠腫などと呼ばれ, 非妊娠例に発症する他エプーリスと区別して扱われている。しかし, 妊娠性エプーリスに関する詳細な臨床ならびに組織学的知見は非常に乏しい。演者らは, エプーリスの病理学的検討を進めているが, 今回は妊娠性エプーリスについて報告した。

症例は過去18年間に本学口腔病理学講座において取り扱ったエプーリス 193例中, 妊娠時に発症した15例である。年齢は23歳から38歳までの平均27.6歳であった。腫瘍自覚時期は, 妊娠前期3例, 中期3例, 後期5例, 不明4例と妊娠前期に自覚されるものが多かった。エプーリスの切除時期は, 妊娠中期3例, 後期6例, 産後6例であった。発症部位は, 上顎前歯部が最も多く6例で, 次いで下顎臼歯部5例, 下顎前歯部と上顎臼歯部は各々2例であった。エプーリス切除時の大きさは, 症例の大部分が桜実大までの大きさであった。一般に, エプーリスは分娩後に腫瘍の発育が停止するか, または縮小するといわれている。本症例では, 分娩後に発育の停止あるいは縮小がみられたものが2例存在していたが, 分娩後も増大傾向がみられたものが3例存在していた。

また, エプーリスの組織所見により, 肉芽組織が主体をなすもの, 血管成分(毛細血管, 小静脈)が顕著なもの, 線維成分が主体をなすものの三つに大別することができた。その内訳は, 肉芽組織が主体をなすもの2例, 血管成分が顕著なもの10例, 線維成分が主体をなすもの3例と, 血管成分が顕著なものが全体の3/5を占めていた。エプーリスの組織像と妊娠経過との関連は, 妊娠後半期に切除されたものは血管成分が顕著なものが多く, 産後時間が経過するにつれて, 線維性のものが増加する傾向がみられた。

質 問: 大屋 高德(口外1)