

硬い物を嚥下できずに出してしまう者、あるいは流し込み食事をするものが比較的多かった。このような食行動は、若年層に多く、咀嚼の習慣が形成される時期の食行動が問題であると思われた。

1日の食事量を咬断回数により1日咀嚼運動量に直すと、高校生と20歳代が低い値を示し、この世代の食事パターンが不規則であった。ガム咀嚼による砂糖の流出量を見ると、全体として世体の進行とともに、咀嚼能は高くなるが、高校生と30歳で下降していることが知られた。これは、高校生における高い不正咬合の頻度と、また30歳での高い齲蝕率との関連性が推測された。各調査項目間の相関関係から、歯肉炎および硬い食べ物の摂取との間に関連性が認められたが、これらについてはさらに検討してゆきたい。

演題3. 多発性上顎歯肉癌の1例

○高橋 秀典, 小早川隆文, 横田 光正
工藤 啓吾, 藤岡 幸雄, 鈴木 鍾美*

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病理学講座*

われわれは、左右上顎歯槽、歯肉と口蓋の粘膜に発生し、興味ある経過を辿った多発性扁平上皮癌の1例を経験したので、これらの概要について報告した。

患者は65歳の女性で、約35年前から上下顎に総義歯を装着していたところ、昭和59年1月12日、右下頬部の腫脹と疼痛を主訴に当科を受診した。初診時は、右上顎臼歯部の歯肉頬移行部に21×14mmの潰瘍形成が認められ、生検ではWHO分類のGrade Iに相当する扁平上皮癌であった。また、左上顎前歯部と臼歯部の口蓋側粘膜に発赤と糜爛があり、さらに左上顎臼歯部の歯肉頬移行部に発赤を伴った白斑があって、生検ではいずれも上皮内癌であった。所属リンパ節は右頬部から顎下部にかけて、小鶏卵大と鳩卵大の腫瘤状転移巣として非可動性に触知された(T2N3M0)。

治療はPEP計77.5mgの静注と⁶⁰Co計30Gyの照射を併用し、また右頬部と顎下部の転移巣にはEB計30Gyを照射した。その後、左側口蓋部および歯肉唇頬移行部の上皮内癌は消失したので、全麻下に右上顎部分切除術および右全頸部郭清術を施行した。しかし、初診から3年後には上皮内癌のあった

左上顎大臼歯部に一致して直径5mmの潰瘍が認められ、生検ではGrade Iに相当する扁平上皮癌の再発であった。そこで、PEP計67.5mgの静注と⁶⁰Co計30Gyの照射を併用したのち、左上顎部分切除術を施行した。しかし、約1カ月を経過して左顎下リンパ節と上内深頸リンパ節に転移巣が認められたので、左側頸部郭清術を施行した。その後、現在まで経過良好である。

本例は以上の所見から、Warren and Gatesらが述べている多発癌の範疇に入り、また所属リンパ節への転移が多発性であることから、とくに慎重な経過観察を要するものと思われる。

演題4. 小児の下顎骨広範囲欠損に対するチタン製再建用プレートによる即時再建

○大屋 高德, 宮手 浩樹, 柴田 貞彦
山口 一成, 藤岡 幸雄, 大泉 貞治*

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理工学講座*

症例は10歳の女児で、昭和61年7月頃に左側頬部の腫脹に気き、同年8月13日に某歯科を受診しレントゲンで異常を指摘された。翌8月14日に当科を紹介され来院、生検によりエナメル上皮線維腫の病理組織診断を得た。レントゲン所見で左側犬歯部から同下顎枝中央にかけて強い骨吸収と骨膨隆を認め、触診により羊皮紙様感を呈していた。⁴⁵⁶⁷が未萌出で、歯肉組織に異常はないものの、歯槽突起の膨隆を認めた。手術は下顎区域切除は必須と判断され、再建方法について検討がなされた。第一に自家腸骨を移植する方法を考えたが発育期による腸骨のgrowth centerであるapophysis軟骨に影響が生じる可能性もあると思われ、父親からの移植を計画したが、保険で行えないとの理由でこれを断念した。そこで、オハラチタニウム研究所で作製された純チタン製下顎再建用プレート(99.5%)により再建することとした。手術は、10月28日に経鼻挿管による全身麻酔下(GOE)で行われた。皮膚切開は左側下顎下縁に約15cm入り、腫瘍組織と骨膜の関係、とくに周囲軟骨組織内への浸潤の有無を確認しながら注意深く剝離された。腫瘍は一部骨組織を完全に吸収していたものの、骨膜を保存し得た。また下歯槽神経は腫瘍から分離され保存することが可能であったが、オトガイ孔の付近で腫瘍と骨を分離する時に

切断されたため、マイクロサージャリー下で、神経断端を funicular suture した。下顎骨区域切除は、左側犬歯から左側下顎枝の上 $\frac{1}{3}$ の所で離断され、③は歯根端切除をした。再建は純チタン製下顎再建用プレート1本と、歯槽堤側に義歯の沈下を防止する目的でライピング社製(西独)の純チタンプレートを使用した。この時、咬合関係を右側上下顎第1大臼歯に顎間固定し、1985年に私どもが開発した下顎再建用の精密計測器を使用して、再建用プレートを微調整しながら顔貌を審美的形態に回復した。この結果、現在術後8カ月経過するが、下顎骨欠損部のプレート周辺部に新生骨の形成を認め、プレートのゆるみや局所の異常所見はない。約3カ月前より義歯を本学第一補綴科で作製し装着しているが、プレートの露出もなく、良好な咀嚼機能と審美的回復を得ることができたので、その術式を中心にビデオ供覧も合わせて行い報告した。

演題5. 気管切開に難渋した口腔癌末期患者の1例

○藤根 浩樹, 水間 謙三, 佐藤 雄治
野館 孝之, 洪井 暁, 藤岡 幸雄
後藤美智恵*, 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歯科放射線学講座*
岩手医科大学医学部麻酔学講座**

口腔癌末期に腫瘍の増殖が頸部に及ぶと、呼吸困難を来し、気管切開が必須となる。

今回我々は口腔癌末期患者の気管切開術中に気道閉塞が原因で、心停止に至り、人工呼吸、心マッサージにて蘇生した症例を経験した。そこでその経過とこのような症例の気管切開法について詳細に報告した。

症例は66才の男性で、上顎癌頸部転移により、進行性の呼吸困難があった。

本症例の気管切開時のトラブルの原因は、頭部後屈による気道狭窄の増強、局所麻酔薬による下喉頭神経麻痺や粘稠な気管内分泌物による気道の閉塞が考えられた。この他、一般的には口腔癌末期患者の気道確保には以下のような注意が必要と思われる。

(1)腫瘍増殖による上気道狭窄の進行が明白な場合、患者の同意を得て、早期に気管切開を行うことが望まれる。

(2)浸潤による気管の狭窄、圧迫、偏位等が予測され

るため、事前にそれらの程度をCT、FCR、エコー、胸部X線写真などにより確認する。

(3)気道狭窄のある患者は反射的に至適な頭位をとり気道を保持しており意識を消失すれば、気道閉塞の可能性が高いので、意識下に気管切開を行う。

(4)局所麻酔薬による気道構成筋の筋力低下により、気道閉塞の危険性があり、局所麻酔薬の使用は必要最少量にとどめる。

(5)腫瘍の浸潤や頸部郭清による傍倒循環が形成されており、術野からの大量出血に留意する。

(6)術中、気道確保が困難と思われる症例には、人工心肺の準備も考慮する。

演題6. 乳歯晩期残存と咬合位の低下がみられた症例についての一考察

○菊地 賢, 石川 成美, 藤沢 政紀
高瀬 真二, 石橋 寛二

岩手医科大学歯学部歯科補綴学第二講座

演者らは、乳歯11歯の晩期残存、永久歯18歯の先天欠如を伴い、咬合位の低下がみられた非常に稀な症例を経験したので、その概要と形態的、機能的改善を試みた経過について若干の考察を加え報告した。

症例は42歳の男性で、審美的不満と咀嚼障害を訴えて、第2補綴科を受診した。既往歴としては乳児期に高熱を発生し生死にかかわる大病をしている。上顎左右乳側切歯は自然脱落し、抜歯経験はない。家族歴は兄弟3人ともに乳歯晩期残存が認められ、両親に異常は認められない。口腔内所見としては低位乳歯がみられ、歯周組織はおおむね健康である。残存している乳歯は咬合に関与せず、動揺は認められない。X線所見で乳歯の歯根吸収はほとんど認められない。顎関節に異常は認められない。

本症例のような多数の乳歯残存、多数の永久歯先天欠如例では、咀嚼機能の低下、審美障害、発音障害などが著明に認められる。治療方針として、口腔清掃状態の改善をはかりながら、可能な限り残存歯を保存し、適正な咬合位を設定することにより審美性と咀嚼機能を改善することにした。

顔貌、安静空隙により形態的、機能的に適正な咬合位を設定し、乳歯は咬合力の分散が適切にはかられるならば、支台歯として十分負担可能であると判断した。加えて補綴物の強度、維持力、患者の希望、心理的背景を考慮し、長期のテンポラリーレストレー