

した系統的診療の必要性が望まれる。そこで、私達はこのように多くの問題をかかえている口蓋裂患者の口腔管理にたずさわる一員として、患者の咬合育成という立場から、唇顎口蓋裂の術前、術後の顎発育、それに付随した口腔の健康管理を試みてきた。

現在、3才以前の唇顎口蓋裂児が約80%を占めているので低年齢時からの口腔管理を実施できる状態にある。しかし、3才以上の患児のうち罹患歯数および罹患患者率はともに高く、そのためこの様な患児ではその後の口腔管理に大きな影響を与えている。そこでまず、初期の形成手術前に、食生活指導を含めた口腔衛生指導や今後の顎顔面の成長および咬合誘導について、母親教室を開催し、母親を含めた家族に理解が求められる。そして乳歯咬合期では初期からう蝕に対する予防、処置、定期診査を繰り返しつつ、乳歯咬合完成時頃から初めて上顎骨の側方および前方への成長誘導の処置を始める。混合歯咬合期に入ると、歯列咬合には種々の変形があらわれ、積極的な処置が必要となり、顎骨の成長誘導を推めながら、上下顎歯列改善のため、個々の歯の移動および永久歯の交代誘導を行っていく。またこの時期において、第1大臼歯は他の患者に比べう蝕が原因で約3倍も抜歯されているため、再度口腔衛生指導が必要である。永久歯咬合期以降では最終的に機能と審美性の回復を図るため補綴処置がなされる。以上のような口腔管理のもとで、患者の望ましい形態と機能の発育を促し保持するよう努めている。

質 問：田 沢 光 正（口衛）

4才以下の患児の罹患率は、全国値とほぼ同程度であり、5才以上になると急激に、全国値の2倍以上の値を示すのはなぜか。また5才以の対象者数は。

回 答：守 口 修（小歯）

1. 3才前の患者にう蝕が少ないのは、初期の形成手術前から口腔管理を行なっているためと思われる。

2. 5, 6才児のうち罹患歯数および罹患患者数が高いのは、口腔管理が遅れて開始されたためと、例数が6例と少ないためと思われる。

追 加：石 川 富士郎（歯矯正）

広く唇、顎、口蓋裂の症例に対しては細分科された医療体制下ではチームアプローチを必要とする。それ故、かなり以前から、それは夫々の医療環境下でチームアプローチが実行されてきました。しかしその多くは、外科系から破裂部の手術に端を発したもので、それぞれ患児の成長発育に伴って発現する例えば言語障害、顎形態異常、歯列不正、う蝕、歯周疾患と症状の

出現によって各科の対症療法的参加であったきらいがありました。この種の患児を前むきにとらえたチームアプローチには限界があったようです。すでに、本学では医学部形成外科の方々が積極的に私共の矯正歯科とは観血手術前から患児に対する成長発育（異常を含めて）をフォローする取組みがなされて歯科的にはかなりの実績ができています。最近、演者の所属する小児歯科の有志もこの点に関心を深めて下され参加をいただいています。

医歯両学部を有する本学では唇、顎、口蓋裂の症例については、もっと各関係診療科の有機的な連携をもつだけでなく、両学部いずれでもよいですから一つこの種症例を取扱う特殊診療科を開設してもよい位に考えています。

#### 演題12 下顎前突症の surgical correction に対する2・3の考察

・沼 口 隆 二, 二 瓶 徹, 石 沢 順 子  
池 田 英 俊, 藤 森 俊 介, 大 屋 高 徳  
藤 岡 幸 雄, 田 中 誠\*, 亀 谷 哲 也\*  
石 川 富 士 郎\*

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矯正学講座\*

我々は、骨格型下顎前突症に対する surgical correction の術式として、各症例にかなう手術法を選択している。これらすべての症例については、常に矯正歯科とのチーム・アプローチにより、手術前の矯正治療や手術後の咬合管理を行っている。

これらの手術法を大別すると、下顎骨々体切断法と下顎枝切断法とがあり、我々が実施している方法は、前者では Converse 法（下顎骨々体短縮術）、後者では、下顎枝矢状分割法である。Obwegeser-Dal Pont 法、および Obwegeser 変法が主である。

今までの手術経験から、数多く下顎骨々体短縮術を施した症例のうち、とくに軽度或いは中等度の骨格型下顎前突症において、術後の顔貌の審美性が良好であったが、骨体部位を切断するために、下歯槽管内の神経・血管の損傷を招きやすく、或る症例では長期間にわたり術後に下口唇、オトガイを中心とした知覚麻痺が残ることがあった。また、一時的にオトガイ部筋群のたるみが現われた症例も認められた。

一方、Obwegeser-Dal Pont 法は重度の骨格型下

顎前突症や開咬症にも適応させた。下顎骨々体短縮術と比べてより顎角部を後方に移動ができて、この部での容貌の変化が大きく得られた。下顎枝において分割が行われるため、骨の接触面積は増加するが、分割された下顎枝の固定をはかるとき、分割された面とに間隙をつくることがあった。そのために顎関節の軸変位をきたす症例も認められた。また Obwegeser 変法は、Obwegeser-Dal Pont 法と比較して分割した骨の接触面積は幾分狭くなったが、顎関節の軸変位が少ない症例が多かった。

今後は各症例を詳細に分析し、とくに咬合関係や顎関節軸変位について関連性をもたせ、より良い手術法の確立を計るためにさらに検討してゆくつもりである。

質問：菅原 教修 (保存2)

① Obwegeser-Dal pont 氏法と Obwegeser 氏変法の適応症、利点、欠点などにつきましては、先ほどの講演で大体わかりましたが、もし巨舌症などが存在している場合に何か配慮をされておりますでしょうか。

回答：沼口 隆二 (口外1)

下顎後退術を施行しても、巨舌のためにこれを手術して縮小を要する症例は現在までありませんでした。

質問：甘利 英一 (小歯)

1. 術後の再発状態について
2. 再発を生ぜしめないための調整と固定にはどの程度の期間を必要とするか。

3. 術後の生理学的所見 (測定値があれば) お知らせ下さい。

回答：石川 富士郎 (歯矯正)

共同発表者の一人として発言いたします。先きの菅原先生のご質問である「舌が大きい」症例にはという問題ですが、舌の大きさはあくまでも個有口腔に対して考えられるもので、確かに観血手術によってこの口腔が狭少になりますので何らかの障害がでてくる可能性があります。従来の経験では予め新しい咬合環境に舌を含め口腔周囲筋を順応させるように治療思考をもち、単に観血処置は観血処置で対処するというのではなく、手術前後には矯正歯科の治療が行われています。筋機能の安定には術後の矯正治療 (保定を含めて) についてはかなりの処置と期間を必要としています。

基本的な考えとして、私は、舌の大きさの大小というよりも歯・顎の形態に及ぼす因子は舌の行動型によるものが強いと思っています。従って、いかにこの筋

機能が順応するかということが問題と思います。

甘利先生に対するご質問については、前に申したように観血手術の咬合管理について私どもが主に担当しております。

- (1) 従って、十分な再発防止のための努力が払われています。現在のところ大部分の症例が満足した結果が得られています。(治療結果の良否は単に外科手術法の問題だけでないと考えます。むしろ夫々の症例の把握とそれにあつた手術を含めた全処置に良否がかかっているものと思います。)
- (2) 保定の期間については各症例によって異なります。本演題は手術にテーマがおかれていますが、この手術後に矯正歯科治療が動的にも、静的にも行われていますので、どこからどこまでを期間とするかによって具体的な期間数にちがいがあります。通常成人の矯正患者と同じで手術前の矯正治療からはじまって手術そしてその後の一連の治療に要した期間、フォローアップしてゆく考え方であります。機械的保定後2~3年の観察はしています。
- (3) この種症例については術前、術後における口腔機能の検索(咬合力、筋電図など)がなされています。生理的所見は形態的所見の場合とちがって mean に対してどうということというらえ方よりも治療経過におけるパターン認知が大切です。一つ一つの症例について機会があつたら発表をさせていただきます。

演題13 下顎骨々折に対する金属プレートの応用例について

○渡辺 充泰, 柘植 信夫, 大津 匡志  
金子 克彦, 山口 一成, 若林 寿夫  
大屋 高德, 藤岡 幸雄

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

近年の交通事情を反映して顎骨々折患者が増加の傾向にあり、これら骨折患者の多くは、手術時において陳旧性症例となっている場合が多い。これらに対し治療法として、18—8銅線による骨内結紮を施行した例よりも、正確でかつ強固な固定を得るために、組織内副子の一法である金属プレートを6症例に応用した。この結果、骨折部は第1期骨折治療が生じ、さらに良好な咬合回復が得られたので報告する。

症例は最近2年間の下顎骨々折患者で、成人4例、