

W-P-W症候群は1930年 Wolff-Parkinson-Whiteにより報告されて以来、数多くの報告があり、これらの疾患を有する患者を全身麻酔下で手術する機会も多くなって来た。全身麻酔時に問題となるのは高頻度で発生する頻拍発作であり、重篤な循環不全をもたらすこともある。今回、我々は口唇形成術を施行した W-P-W 症候群患者の全身麻酔を経験し、特に異常なく麻酔を終了することができたので若干の文献的考察を加え報告した。

症例は18才の女性で生後3ヶ月と3才時に全身麻酔下で口唇口蓋裂の手術を受けているが、特に異常なく経過している。術前検査では心電図がW-P-W型心電図を呈する以外に一般検査は異常は見られなかった。

麻酔方法は前投薬に Diazepam, Hydroxyzine, Pethilorfan と Atropine を用い、導入に Droperidol と Thiamylal を用い、SCC静注後、8% Xylocaine を気管内に噴霧して挿管した。術中の麻酔維持はGO+NLA変法とし、炭酸ガス蓄積を防ぐために調節呼吸とした。

麻酔中は軽度の脈拍と血圧の変化は見られたが、過換気することと、鎮痛剤の Pentazocine を追加静注することで安定し、頻拍発作は起こらず、麻酔を終了することができた。

質 問：村 井 繁 雄（歯業）

W-P-W症候群患者において、手術中に頻脈が発現したら、その時の処置はどのようなものか？

回 答：水 間 謙 三（第一口外）

W-P-W症候群の不整脈は多種見られるが、麻酔中に頻拍発作が出現したら積極的に治療を行う。まず、純酸素で人工呼吸しながら、迷走神経刺激の目的で頸動脈洞マッサージを行い、効果がなければ抗不整脈作用薬剤の Quinidine, Procainamide や Propranolol 等を用いるが、これらの薬剤は心電図や血圧等をモニターしながら選択して使用する。それでも頻拍が停止しない時はDCショックが必要となる。尚、薬剤投与する場合は、1つの薬剤が常に有効なわけではなく、状況によってはかえって副作用が症状に出る場合も少なくないので注意が必要である。

質 問：伊 藤 忠 信（歯業）

Pentazocine 大量投与による嘔吐の問題にどう対処したか。

回 答：水 間 謙 三（口外1）

Pentazocine の副作用に眩暈、悪心、嘔吐、発汗や呼吸抑制などがあるが、我々の症例では見られなかった。神経遮断剤として使用した Droperidol の制吐作

用効果があった為ではないかと思う。

座長 伊 藤 一 三

#### 演題7 岩手県上里遺跡出土人骨の歯牙について

・野 坂 洋 一 郎, 伊 藤 一 三, 大 沢 得 二  
横 須 賀 均, 都 筑 文 男, 佐 々 木 利 明

#### 岩手医科大学歯学部口腔解剖学第一講座

岩手県二戸市上里遺跡の縄文時代前期末の住居址廃絶後につくられたフラスコ形ピットから出土した人骨の歯牙についての観察を行う機会を得たのでその結果を報告する。この上里人骨は成人女性2体、成人男性1体、性別不明の青年1体および小児3体の計7体が互いに重なり合い、しかも不規則な姿勢をとりながら埋葬されていた。人骨の保存状態はよくなく、象牙質がなくなりエナメル質のみが発掘されたものが多数あった。咬耗は2~3度のものが多く、ほとんどの歯牙が象牙質の露出を認め、成人の4体においては上下顎切歯の切縁が咬耗が著明であり、特に上顎中切歯の舌面には咬耗が存在しないことから咬合様式は鉗子咬合であったと思われる。調査の対称となった189歯には齶蝕は認められなかった。このことは行形の2.5人に1人、小金井の石器時代人の卒に比べやや少なかった。歯槽縁の状態は正常で歯周炎による骨吸収像は認められない。歯冠の長径は咬耗により正確に測定出来ない為幅径、厚径のみの測定にとどまった。切歯群と第1大臼歯を除くと全て現代日本人の平均値より小さい値を示し、特に上下顎第2大臼歯において幅径が小さくなっていた。形態的には上顎切歯はシャベル型を示すものが多く、HRDLICKA (1920) の Shovel-Shape が半数以上を占めている。棘突起は著明で2本存在するものが12歯中5歯存在した。下顎第2小臼歯の裂溝型は舌側咬頭の発育が良好で中央に存在するためH型が大部分を占めていた。

上顎大臼歯の遠心舌側咬頭の大きさを測定すると第1大臼歯は20.27%で現代人とほぼ同程度であるが、第2大臼歯は8.0%で現代人の値のほぼ半分第2大臼歯は矮小化している。下顎大臼歯においては、第1大臼歯14歯中3歯に第6咬頭が出現し、残り11歯はY<sub>5</sub>型を示し、全てドリオピテックス型であるが、第2大臼歯は11歯中+<sub>4</sub>型が5歯、X<sub>4</sub>型が4歯、Y<sub>5</sub>型が2歯で、幅径が小さく咬合面溝、咬頭の数も矮小化

の傾向が強いことがうかがわれる。

質 問：甘 利 英 一（小歯）

1. 歯の大きさと、顎の大きさの比は現代人と比較して、どの様でしたか。

2. 5,000年前の上里地区は人種的に、現代と異なると思われるが、この点ではどの様ですか。

回 答：野 坂 洋一郎（口解1）

1. 顎骨の大きさが計測不可能であった為顎骨の大きさについては比較出来なかったが、骨格がぎゃしゃで小さいのが縄文前期人の特徴である。

2. 人種的にはアイヌと思われるが現代アイヌ人と比較してもやはり小さい値である。

演題8 嵌植義歯装着後に疼痛を惹起した支台歯の病理学的補綴学的考察

。谷口 雄二, 根本 秀樹, 田中 久敏

岩手医科大学歯学部歯科補綴学第一講座

種々のインプラントを通じて最も問題とされる所は組織の反応である。インプラントと接する骨、結合組織、粘膜上皮がどんな反応を示すか、特にポスト頸部は歯肉によってどの様に閉鎖されるか関心がもたれている。

今回我々は、某歯科医院にて432111の欠損で右側第二小白歯、第一大臼歯、右側犬歯部骨内インプラント、及び左側側切歯を支台歯とする嵌植義歯の装着後、インプラント部に異和感と疼痛に悩まされて当科を訪れ、予後不良のため、義歯を除去し、インプラント摘出手術を行い、これを10%ホルマリン固定し、H. E. 染色の矢状断面組織標本と患者の臨床的診断をもとに、病理学的検索ならびに補綴学的考察を行ったので、その結果を報告する。

1. ブレード頸部におけるブレードと歯肉の粘膜上皮は、炎症増殖した上皮の深部進入により境され、外界との閉鎖はみられなかった。上皮直下には、高度の炎症細胞浸潤が認められた。

2. ブレード体部から先端部は厚い線維性結合組織によって囲まれ、一部には線維性結合組織内に浮腫変化や、歯槽骨吸収など破壊的改造変化などの像が認められた。

3. ブレードの長軸方向に走行する神経線維束は、歯頸部における骨組織の破壊された基質化部に移行していた。その神経線維束がブレード頸部の動揺などに

よって常に刺激をうける環境が生じたことが疼痛をひき起した原因と考えられる。

4. 最後に、補綴学的には基本的な補綴物のデザインニングと咬合を充分に考慮したインプラント義歯を考慮すべきであると考えます。

質 問：伊 藤 信 明（口外1）

1. 現時点で、嵌植義歯に用いる材料やその形態、嵌植技術等を考慮した場合、嵌植義歯はかなり成功するものなのか、それとも否定されるべきものなのか？

2. この症例が結果的に失敗に終わった原因はどこにあると考えるか？

質 問：伊 藤 一 三（口解1）

3. 人工歯根の歯根が歯冠の3倍という長さであったが、この補綴学的意義と市販されているものを使用していた症例であったのかどうか。

回 答：田 中 久 敏（歯補1）

1. 嵌植義歯の現状と将来

1) 未解決の研究が盛んになされているが問題点は多いと考える。特にブレード頸部と口腔との交通の閉鎖に問題があると考える。

2) 使用材料、型、太さの改良を必要とする。

3) 適応症をまちがった例が多いのでその点考慮する必要がある。

回 答：谷 口 雄 二（歯補1）

2. ブレード埋入時に歯槽骨の破折とその後に加えられた異常な咬合力によってその部に修復機転が生ぜず、神経線維束が露出し、ブレード頸部の動揺などによって常に刺激をうける環境が生じたことが患者が持続的疼痛又は片頭痛様疼痛を訴えた原因である。

それと補綴学的には、固定性橋義歯のデザインニングと咬合を充分に考慮したインプラント義歯でなかったことが失敗の原因であると思われる。

3. この症例で使用されたインプラントは、ブレードタイプE4Sで既製のものである。

演題9 Myo-monitor 使用により研究模型を利用した顎関節症の治療経験

。三 隅 健三, 松本 修, 三輪 芳雄  
石 沢 順子, 大 津 匡夫, 藤 森 俊介  
拓 植 信夫, 藤 岡 幸雄

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

昭和53年から昭和55年の100例の顎関節症の症例に