

高い相関性が得られた。これらのデータは、今後、将来の永久歯列の状態を予測する参考になりえるものと思われた。

### 演題3. 平成5年度解剖学実習において遭遇した眼窩下孔副孔の一例

○寺田 裕, 鶴田 博文, 相場 隆広\*  
 鮎瀬 淳\*, 荒 光毅\*, 藤村 朗\*\*  
 野坂洋一郎\*\*

岩手医科大学歯学部4年

\*岩手医科大学歯学部3年

\*\*岩手医科大学歯学部 口腔解剖学第一講座

平成5年度歯学部解剖学実習において、眼窩下孔下内方に副孔を有する一例に遭遇した。実習の最終段階において発見したため、孔内を走行する神経が顔面に出現した後の分布は不明であったが、骨内の走行を追及することができた。

本症例は平成5年度歯学部解剖学実習で用いた41体82側中1側に認められた。副孔の出口はすでに剖出が終了しており、正確な計測は不可能であったが、本来の眼窩下孔とほぼ同じ大きさであった。末梢から中枢に向かって、副孔で認められた神経の剖出を進めると、副孔内側縁から9.8mmのところ下方に向かう分枝が上顎中切歯に入り込んでいた。さらに中枢側に剖出を続けると、上顎骨体内側壁内をほぼ水平に後方に向かい、後壁でやや下方に向きを変えながら骨壁を貫き、上顎結節から翼口蓋窩に出て翼口蓋神経節の下方5.6mmの大口蓋神経に合流していた。すなわち、大口蓋神経の分枝が上顎結節から上顎骨内に侵入し、上顎骨体内側壁を前走し、上顎中切歯および顔面に分布していた。過去の報告では、日本人の眼窩下孔副孔の出現率は10～30%と高いが、そのほとんどは眼窩下管内、または眼窩下溝での分岐した眼窩下神経の枝の通路となっているようである。今回報告した、大口蓋神経の分枝が上顎中切歯に分布したという報告は、演者らが涉猟したかぎり見当たらない。本例の神経は、分岐型から、大口蓋神経の分枝が上顎中切歯に分布したという見方や、上顎神経の後上歯槽枝の分岐および走行異常という見方もあるが、上顎中切歯への分布から、前上歯槽枝の走行異常と考えるのが妥当と考えられた。臨床的に、眼窩下孔伝達麻酔の際、上顎前歯部に知覚が残存することがまれにおこり、切歯管内を走行する鼻口蓋神経の分布が考えられているが、この神経

は上顎切歯に分布しないことが報告されており、本症例のような異常走行を示す神経分布が原因とも考えられる。

### 演題4. 試験成績と学生による講義の評価

○佐藤 方信

岩手医科大学歯学部口腔病理学講座

近年、大学の自己点検と自己評価の問題が取り上げられ、大学教員に研究能力のほか、教育能力の向上の重要性が要請されてきた。教育は教師の側とこれを受ける学生側の複雑な要因によってその効率が大きく左右される。学生の成績の評価は通常試験の成績により判定されているが、これまで教師が評価される事はなかった。

演者は自分の講義が学生にどう理解、評価されているかを知る目的で学生の試験成績を講義時の着席位置と欠席回数との関連および講義に対する学生の評価などについて検討した。

対象・方法：歯学部4年生の病理学の講義を対象とした。講義の際に講義室の机椅子の配置を記した着席表を回覧し、各自着席している椅子の位置に自分の学籍番号を記入することで出欠をとり、8割以上着席している位置をその学生の着席位置とした。これらの着席位置に基づき前4列をA群、中3列をM群、後3列をP群、そして位置の定まらない学生をN群とした。欠席回数と試験成績の関連の検討は47回の講義回数の中、全て出席した群(I)、1～4回欠席群(II)、5～9回欠席群(III)、10～14回欠席群(IV)の4群に分けて行った。試験成績は3回の試験の平均点を用いた。講義の評価は現在東海大学で使っている17評価項目について行い、記入にあたって学生には着席しているブロックのみ記入させ、氏名は記入させなかった。

結果：試験の成績(SD)はA群(38名)が72.7点(10.7)、M群(36名)が67.5点(8.4)、P群(11名)が65.3点(7.0)であり、N群(10名)は66.6点(7.9)と、概して悪く、留年者の半数(6名)はN群の学生であった。欠席回数と試験成績(SD)はI群(20名)が72.5点(11.3)、II群(39名)が70.2点(9.6)、III群(27名)が67.1点(7.5)、IV群(9名)が65.3点(8.0)で欠席回数が多くなるに従い試験の成績が悪い傾向が示唆された。講義に対する評価ではMおよびP群の学生に比較してA群の学生による評価が厳しかった。また、学生の自己評価ではP群の学生が自分自身に甘い

評価をしていた。

#### 演題5. 診断に苦慮した開口障害の一例

○菅 友弥, 石川 義人, 八幡智恵子  
青村 知幸, 樋口 雄介, 福田 喜安  
大屋 高德, 工藤 啓吾

岩手医科大学歯学部口腔外科第一講座

開口障害を主訴に受診する症例の診断は比較的容易なことが多い。しかし今回我々は、診断に苦慮した開口障害の一例を経験した。

症例は55歳の男性で、初診時の開口量が20mm、左側顎関節部より側頭部に自発痛があり、口腔内は8、8部歯肉の軽度腫脹が認められ、同部の智歯周囲炎が考えられた。また、部位的に顎関節疾患をも疑い、消炎処置を施行しながら精査を進めるも、特に異常所見は認められなかった。その後、開口量は次第に改善するも、開口時の左側顎関節部の圧迫感が残存したので26日経過後8、翌日8を抜歯した。その後、開口量は40mm以上に改善し、顎関節部の異和感も消退した。一般に開口障害は炎症性のものが最も多いが、これは通常の消炎処置によって改善する。本例も初診時の臨床所見から考えて、まず菌性感染症を疑い消炎処置を施行したにもかかわらず、なかなか症状の改善に至らなかった。そこで顎関節疾患も疑い、単純X線写真、CT、MRIなどの精査を施行した。しかし顎関節疾患を強く示唆する所見はなく、関節性の開口障害は考えにくかった。今回、我々は結果的に抜歯と抗生剤による消炎処置によって改善した菌性感染症の1例を経験した。炎症の感染経路は8部から上顎結節部、さらに翼口蓋窩から側頭下窩に波及し、開口障害を呈したものと考えられた。抜歯後に撮影されたパノラマX線写真では、8根尖相当部に過剰歯が認められ、炎症性開口障害の誘引になっていたものと考えられる。また、症例の既往に軽度の糖尿病があり、それが炎症の波及と関連し、より抗生剤を奏効しにくくし、さらに部位的にも顎関節疾患との鑑別が困難であった。なお、現在は全く臨床症状が改善し、経過良好である。

#### 演題6. アルジネート印象溶解除去液のトレー腐食に関する研究

○一戸 庸子, 南 清隆, 小山 昌子  
工藤 義之, 久保田 稔

岩手医科大学歯学部歯科保存学第一講座

緒言：今回我々は、現在歯科臨床において広く用いられているアルジネート溶解除去液が原因で、金属トレーを腐食させる事に着目し、金属トレーを腐食させにくいアルジネート溶解除去液を試作し、市販のアルジネート溶解除去液と比較、検討した。

材料および方法：被験トレーには、林歯科商会社製の局部用網トレーおよび、小貫医器社製の局部用アルミトレーを使用した。アルジネート溶解除去液には試作トレークリーナー（日本歯科薬品社製ニシカクリーナー、以下NC）、GC社製トレクリーン（以下TC）、および、松風社製スーパートレークリーナー（以下SP）を用いた。トレークリーナーを各社の指示どおりに調整し、その中にトレーを1日、7日、14日浸漬し、トレーの外観観察、トレーの浸漬前後の重量変化、除去液中の金属イオンの定量を行った。

結果および考察：1）トレーの外観観察 NCは、網トレー、アルミトレーとも、経時的变化はなかった。TCは、網トレーでは、1日後は変化は観察されなかったが、7日後、14日後では、茶褐色、黒色に色調の変化が観察された。アルミトレーでは経時的に白濁の度合いが高くなった。SPでは、網トレーの1日後では変化はなかったが、7日後、14日後では、黄色、黒色、茶褐色に色調の変化が観察された。アルミトレーでは、1日、7日、14日と経時的に白濁の度合いが高くなり、TCと比較し、高度であった。2）トレーの重量変化 網トレーにおいては、NC、TC、SP共に経時的に重量の減少が認められ、NC、SP、TCの順に減少が大きくなっていった。アルミトレーでは、NCでは、減少はほとんど無く、他の2種のみ減少が認められた。3）除去液中の金属イオンの定量 網トレーでは、その基材となる銅、ハンダ部分のほとんどを構成する錫、トレーの最表層のメッキ部分のニッケルについて、定量を行ったところ、SPは、ニッケルメッキより、TCはハンダ部分より腐食が進行するのではないかと推測される結果が得られた。アルミトレーではその基材のアルミニウムについて定量を行い、NCはほとんど溶出が認められず、他の2種は同程度の溶出が認められた。