

岩手医科大学歯学会第4回例会抄録

日時：昭和52年6月25日（土） 午後1時30分～5時10分

場所：岩手県歯科医師会館3階ホール

演題1. 鼻歯槽嚢胞の1例

○越前 和俊, 大淵 義孝, 小島 誠
水野 明夫, 関山 三郎, 鈴木 鍾美*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第2講座

岩手医科大学歯学部口腔病理学講座*

今回われわれは、左側鼻歯槽嚢胞の1症例を経験したので、その概要を報告した。

症例：47歳，女性。初診：昭和51年10月5日。主訴：左側鼻翼下部の腫瘍が気になる。現病歴：約5～6年前，左側鼻翼下部に圧痛を伴う腫脹が発生し某耳鼻科受診，口腔内より黄色粘稠性内容物を吸引した。その後症状は消退したが，約1年前より同様の症状が発生したため同耳鼻科受診し歯牙原因を疑われたため来科した。現症：顔貌所見では左側鼻前庭外側より底部にかけ，後方は鼻限を越えて下鼻道に至る，いわゆる Gerber 隆起が認められた。口腔内所見では|23| 相当歯肉唇移行部より鼻翼直下にかけて小指頭大の半球状の腫瘍を認め，やや暗赤色を呈していた。歯牙所見では，|234| は欠損し|156| を支台とする Bridge が装着されており，残存歯，歯牙欠損部には異常はみられなかった。口腔内より試験穿刺を行ない，約1mlの黄色半透明な粘稠性内容物が吸引されたが，コレステリン結晶は認められなかった。76%ウログラフィンによるX線造影写真では，梨状口左側下縁部上前方に16×15×11mmのひょうたん形の境界明瞭な造影像がみられ，歯牙との関連はなく，軟組織内に生じた嚢胞性疾患と考えられた。臨床診断：左側鼻歯槽嚢胞。処置及び経過：翌52年2月15日，2%リドカイン浸潤麻酔下に，口腔内より嚢胞摘出手術を施行した。嚢胞は鼻翼から鼻前庭直下において周囲組織と癒着が強固にみられた。摘出物は13×10×9mm 卵円形，暗赤色を呈していた。術後4カ月現在，経過良好である。病理組織所見：嚢胞壁内面は呼吸上皮や重層扁平上皮により被覆され，重層扁平上皮の一部には粘液変性をみる細胞群がみられた。上皮下は，粗な結合組織からな

り，一部には密な膠原線維ないし硝子化をみるところもあった。以上より臨床所見をも合わせ形態的に鼻歯槽嚢胞と診断した。

演題2. 口腔外科領域における凍結療法

—第1報— 貯留嚢胞に対して

○藤森 俊介, 千葉 清, 本間 隆義
工藤 啓吾, 藤岡 幸雄

岩手医科大学歯学部口腔外科学第1講座

我々は，粘液嚢胞に対し，Spemby TCC-10凍結装置を用いて凍結療法を行った。6症例について行い，2例は下口唇部の粘液貯留嚢胞，4例は舌下部のガマ腫であった。これらの症例につき凍結時間60～90秒で1回ないし数回反覆凍結を行った。2例の粘液貯留嚢胞は臨床的に嚢胞被覆粘膜が厚く，深在性の為，十分な凍結効果を得ることができず，1例については摘出，もう1例については再凍結によって嚢胞は消失した。4例のガマ腫については，3例は臨床的に浅在性であり，凍結後3週間後には消失した。あと1例については臨床的に深在性であり，凍結療法施行後に唾液瘻が認められ，嚢胞は1時縮小したが，再発した為，前処置として嚢胞内容物を前もって吸引し，再凍結療法を行った。現在経過は良好で，再々発の徴候は認められない。以上，嚢胞が浅在性のものは良好な結果を得たが，深在性のものは凍結方法について，前処置を含む何らかの工夫が必要と思われる。

質問：甘利 英一（小 歯）

凍結の深さはどの程度までおよぶか。

解答：藤森 俊介（口外I）

生体組織での凍結温度測定は行っていませんので，凍結の深さはわかりませんが，生理的食塩水でのプロ

ーベの iceball 形成は90秒で厚さ4~5mm 程度です。

演題3. 歯冠歯頸部の流れの可視化実験

・伊藤 一三, 大沢 得二, 野坂 洋一郎

岩手医科大学歯学部口腔解剖学第1講座

咀嚼時に食片が歯肉へ機械的刺激をあたえたり、咀嚼終了後歯頸部に食片が停留したりすることが、歯肉縁炎及び歯頸部ウ蝕の原因の一つに挙げられている。従って咀嚼による食片の流れの挙動を知ることは解剖学の立場からもこれを追求する価値が充分認められている。

すなわち食片の流れは歯冠の頬舌面形態と歯肉形態とが密接に関係していると言われ重要な課題とされてきた。しかし従来この点に関する議論が経験的なものであり推論によるものが多く、基礎的実験による裏づけがほとんどない。

本研究は流体力学的に解明する目的で、解剖生理学的事項と流体力学的事項を同時に満足させるため、咀嚼時の荷重速度、運動距離、所要時間及び頬粘膜の状態を再現するとともに、食片の流れや混合唾液による歯冠歯肉の自浄作用をみるためまず混合唾液の Reynolds number (Re 数) を決定する必要がある。すなわち、流れの状態を特徴づける無次元の数としてきわめて重要であり、動圧成分(慣性)と摩擦成分(粘性)との比が等しければ力学的に相似と考えてよいので、この値を計算すると、Re 数は、15前後であった。これらを考慮して、歯冠歯肉の10倍大の2次元模型を作製し、記録計のモーターを改造し、可変速度調整器を取りつけ咀嚼運動をおこなわせた。

可視化には、トレーサ用アルミニウム粉末を混入し、その軌跡から速度分布など測定し、歯頸部豊隆の機能的意義を実証すべく、その位置、量による影響を検討した。

結果

1. 可視化により食片などの移動の様子を知ることができ、定量的計測ができた。
2. 歯頸部の豊隆の量、位置の異なる歯牙では添窩部内の流れも異なっており、過豊隆の歯牙の添窩内の流れは、停滞や逆流による渦を像としてとらえることができた。
3. 今後の課題として粘模の動き等を加味し、非ニュ

ートン流体を用いた実験が必要である。

質問：上野 和之(保存Ⅱ)

1. 従来考えられている豊隆付与形態と異なるが、液体による液体力学をそのまま食物による流れに当てはめて考えることが可能か否か。
2. 辺縁部に生ずる渦ず巻き現象を利と考えるか、害と考えるか御教示願いたい。

解答：伊藤 一三(口解Ⅰ)

1. まだ実験の初期の段階であり具体的な食品を用いていないので直接臨床に応用できる段階ではない。その点に関して現在検討中である。
2. 一度歯頸部添窩に入り込んだ食片は再びそこから自然に流れたすことはなく、いつまでもそこに停留するため害があるのは明白である。

質問：甘利 英一(小 歯)

液体の粘張度はどの程度か。

解答：伊藤 一三(口解Ⅰ)

動粘性係数 $1.3209\text{mm}^2/\text{S}$ 程度でこれは混合唾液の粘度であり、 10°C の水の動粘性係数と一致するためこれを使用した。

演題4. 咬合調整について

清野 和夫

岩手医科大学歯学部歯科補綴学第2講座

咀嚼系の機能障害は、日常の臨床においてしばしば経験するところであり、その根本的治療法として、天然歯の咬合調整がなされる。

咬合調整とは、咀嚼系機能障害の誘因となる外傷性咬合を、天然歯の削除調整によって取り除き、歯と歯根膜に Balance のとれた機能的刺激を与え、歯の咬合面が均等な生理的摩擦にさらされるように歯列の機能的改善をし、更には、顎関節の機能を円滑ならしめることである。しかし、単に咬合調整といっても、種々な学説や術式があり、我々が咬合調整を考えたときには、いくつかの問題に出くわす。

それは、

- 1) 咬合調整の必要性と時期