

### 9) 歯肉縁下の炎症が歯肉縁上プラークにおよぼす影響について

○田代 俊男, 築館 勇樹<sup>1</sup>, 齋藤 高弘<sup>1</sup>, 鎌田 政善  
(奥羽大・歯・診療科学・歯科保存<sup>1</sup>)

(目的) 歯肉縁下の炎症が歯肉縁上プラーク形成に影響を与えるかどうかを検討した。

(被験者) 被験者は本学附属病院総合歯科に来院した, PPD>4mmかつBoP+の部位を多数持つ患者5名(男性3名, 女性2名, 平均年齢48.4歳)。なお患者には検査のデータを研究に使用することについて承諾を得た。

(治療) 1. 歯周組織検査を実施。2. 患者の来院毎にプラーク付着状況の診査, 口腔衛生指導, PTCを実施。3. 患者自身による口腔衛生が十分な水準に到達したのち, 歯肉縁上スクレーリングを実施。4. 再び歯周組織検査を実施。5. この検査の結果PPD>4mmかつBoP+の部位に対してSRPを実施。

(データの分類) a: SRP不要部位のSRP実施前のプラーク付着部位率。b: SRP不要部位のSRP実施後のプラーク付着部位率。c: SRP実施部位のSRP実施前のプラーク付着部位率。d: SRP実施部位のSRP実施後のプラーク付着部位率。e: SRP不要部位のSRP実施前後のプラーク付着部位率の差(b-a)。f: SRP実施部位のSRP実施前後のプラーク付着部位率の差(d-c)。それぞれの値はMann-WhitneyのU検定にて統計学的に処理した。

(結果) aは21.1%, bは22.2%, cは56.4%, dは33.2%。ab間に有意差はみられなかった。cはaと比べ有意に高値であった。dはcと比べ有意に低値であった。eは1.1%, fは-23.2%で, fはeと比べ有意に低値であった。

(考察) 歯肉縁下の炎症は歯肉縁上プラークをより増加させる可能性が示唆された。これは歯周疾患患者のプラーク除去能力を過少評価する可能性を意味し, これはSRPや歯周外科の治療に移行する時期を遅くしてしまい, その間に歯周疾患が進行してしまう可能性を示唆した。

(結論) 歯肉縁下の炎症は歯肉縁上プラーク形成に影響を与える因子であることが示唆された。

### 10) 歯科治療に先立った慎重な対応が重度の心疾患を明らかにした1症例

○山崎 信也, 清野 浩昭, 小澤 幸恵, 伊藤 寛  
川合 宏仁, 大野 敬, 島崎 政人<sup>1</sup>, 清野 和夫<sup>1</sup>  
奥秋 晟<sup>2</sup>, 久野 弘武<sup>2</sup>

(奥羽大・歯・口腔外科, 歯科補綴<sup>1</sup>, 総合臨床医学<sup>2</sup>)

(緒言) 医療水準の進歩および高齢社会への移行により, 歯科においてハイリスク患者に遭遇する機会が多くなる中, 全身管理をより重要視した歯科医療が必須になると思われる。今回, われわれは, 総合歯科(補綴系)担当医が患者の全身状態に疑問を感じ, 歯科麻酔科に連携を求めた症例において, 心停止に直結する重度の心不全, 不整脈が発覚した症例を経験したので若干の考察を含めて報告する。

(症例) 患者は71歳男性で, 歯痛による食欲低下あり, A歯科医院受診, 心疾患を合併していることから, 紹介により当院初診となった。心疾患

(不整脈, ペースメーカー挿入など)にてM病院通院中であり, アルツハイマー型痴呆による歩行困難にて車椅子を使用していた。内服薬は, 降圧薬, 脳代謝改善薬, 前立腺の薬など合計10種類を内服していた。初診のデンタルX線写真撮影から, 抜歯が2本, 感染根管処置が1本予定されたが, 担当医は歯科麻酔科へ連携を求め, 歯科麻酔科もかかりつけのM病院循環器科に対診した。その結果, 2度の心不全増悪の経過中, 心室細動により蘇生した経緯があり, 循環はいつ破綻してもおかしくない状態との返信があった。患者家族へは相当のリスクがあることを説明し, 観血処置前の抗菌薬投与(急性心内膜炎の予防), 観血処置術前の抗血小板薬中止(後出血と感染の防止), 循環モニター下処置(循環状態変化の早期把握), 静脈路の確保と救急カートの準備(重症不整脈等への緊急対処), 局所麻酔薬の選定(シタネストオクタプレシン<sup>®</sup>)下に, 抜歯と感染根管処置を行った。処置中には, ショートラン心室性不整脈や, 多原性多発性心室性期外収縮など危険な不整脈が見られた。

(結論) 大学病院は, 合併疾患を有する患者に対して, 設備や連携を駆使して安全に歯科治療を行う任務を担っており, 初診での漏れのない既往

歴聴取は重要である。また、担当医は、患者の全身状態に注意を払い、疑問を抱いた場合には速やかに他科に連携を求め、安全かつ最適な治療を提供することが重要と思われる。

### 11) 重症筋無力症患者における全身麻酔下埋伏智歯抜歯術の経験

○小澤 幸恵, 川合 宏仁, 長谷川良樹  
中江 次郎, 高田 訓, 大野 敬  
(奥羽大・歯・口腔外科)

(緒言) 近年、全身麻酔の安全性が向上し、当院でも、従来精神鎮静法や局所麻酔下にて行われていた小手術や歯科処置が全身麻酔下にて行われるようになった。しかしながら、その一方で、全身的な合併症を有する患者も増加しており、同時に麻酔科的にリスクの高い症例も増加している。今回我々は、重症筋無力症（I型）を合併した患者に対する埋伏智歯抜歯術を全身麻酔下にて行った症例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

(症例) 患者16歳女性で左側第三大臼歯完全骨性埋伏歯、下顎左側第二大臼歯埋伏歯診断の下歯科恐怖症があり、両親、本人希望により全身麻酔下での抜歯術、開窓術となった。既往歴に1歳時重症筋無力症の診断を受け、現在も投薬加療中である。

(周術期管理) 経口摂取は前日の21時絶飲食とし、Ope当日の朝7時に持参薬を内服その後は、入室前にステロイド剤の投与、硫酸アトロピン筋注し、入室。導入はpropofol, GOS, fentanylで施行し、筋弛緩薬を使用せず、キシロカインスプレーの使用と筋弛緩モニター使用により気管内挿管を行った。維持はGOS, fentanylを使用した。手術終了後、呼吸抑制が無く、術後呼吸管理の必要性がない状況、すなわち、十分な換気量、呼吸回数、上肢挙上、嚥下咽頭反射、呼名による開眼など筋弛緩作用が無いこと、バイタルサインが得られていることを確認し、抜管した。自室に帰室後はスムーズで次の日には退院した。

(結論) 今回我々は、重症筋無力症を合併する患者に対し、全身麻酔下における埋伏歯抜歯術および開窓術を無事に終了することができた。重症

筋無力症を合併する患者の全身麻酔では、筋弛緩薬を使用せずに術中の適切な麻酔深度を保ちながら術後の呼吸抑制が残らないように管理することが重要である。

### 12) 会津中央病院歯科口腔外科における他科入院症例の口腔内環境と口腔管理に関する臨床的検討

○平野 千鶴, 宮島 久, 強口 敦子, 馬庭 暁人  
関 康宏, 師田 智子, 古田 摂夫, 大溝 裕史  
(会津中央病院歯科口腔外科)

近年、歯科疾患による口腔環境の悪化は、全身健康状態を悪くするばかりでなく、全身疾患に対して悪影響を与えることが指摘されており、特に歯周病は糖尿病や心疾患のリスクファクターとして周知され、医科領域でも、そのリスクについての報告が散見されるようになってきた。また、摂食嚥下リハビリテーションや誤嚥性肺炎などとの関連からも口腔内管理の重要性が認知されるようになり、医科疾患に対する術前の口腔内精査や処置、医科入院症例の口腔管理依頼が増加傾向にある。その一方で、医科担当医、担当看護師など、病棟単位での認識には偏りがある。そこで今回、会津中央病院における医科入院症例を対象に、口腔内環境や管理について、その実態を把握する目的に本検討を行った。対象は平成14年4月から平成16年3月までの2年間に当科を受診した医科入院症例の内、歯周検査を行い得た症例を、病床群を急性期と慢性期に分け、その口腔内の状況を調査し、比較検討した。その結果、歯性疾患と全身疾患との関わり、それに伴う口腔疾患、特に歯周疾患の管理の重要性などの認識不足や、認識していても人手の不足などにより適切な口腔ケアをしてあげられないなどの問題点があり、慢性期病棟に入院している症例の口腔環境が悪くなっているものと思われた。このことは、在宅医療を受けている症例群とも相関していると考えられる。これらの改善として、口腔疾患に対する認識を上げ、口腔管理の重要性を、看護師などを含めた医療スタッフに、啓蒙することが重要で、それに加え、歯科医師、歯科衛生士などを中心に、より効率的なケアシステムの構築、定期的な検診や指導も重