検索症例の２例にPRP, PPPおよびアテロコラーゲンを填入材料として用い，エックス線撮影を術後１か月と術後３か月に行った。対照症例は検索症例と年齢的に類似し，エックス線撮影を術後１か月と術後３か月に行ったものとした。

輝度では抜歯窩に７点を設定して画像編集ソフトウェア，フォトショップを用いてピクセル値で表した。ソケットプリザベーションを施行した症例は対照症例に比べ術後１か月から術後３か月の間で増加量が大きくなる傾向にあった。また，回復率で画像解析ソフトNIHイメージを用いて抜歯窩全体の面積と骨の再生が認められる部分の面積を比率で評価した。ソケットプリザベーションを施行した症例は対照症例に比べ術後１か月から術後３か月の間で回復率が高くなる傾向にあった。

今回の検索から，抜歯時にソケットプリザベーションを施行することにより抜歯窩の治癒促進に関して良好な成績を得ることができたが，ソケットプリザベーションの有用性を評価するには症例数も少なく観察期間も短いため，今後さらに症例数を増やし評価時期や評価方法を統一させ検討する予定である。

13）転移リンパ節により内頸静脈が狭窄・消失した１例

○酒井　進，宮島　久，吉開　義弘，強口　敦子
本間　済，堤　貴洋，佐々木健聡
（会津中央病院歯科口腔外科）

（緒　言）　口腔癌において頸部リンパ節に転移が存在する場合，頸部郭清術が行われることが多く，手術時には内頸静脈と共に摘出される。今回，転移リンパ節によって内頸静脈が狭窄し，手術が難渋した１例を経験したのでその概要を報告した。

（症　例）　73歳の男性。主訴：左側舌側縁部の疼痛。既往歴：16，7年前に脳梗塞。４年前より糖尿病にて加療中。現病歴：初診の約半年前より左側舌側縁部に疼痛を覚え，１，２週間前より疼痛が増大し紹介元を受診。舌腫瘍の疑いにて当科紹介。生検にて中等度分化型扁平上皮癌の診断。全身精査にて転移病巣なく，舌部分切除術を施行。術後10ヶ月目より左側頸部リンパ節の軽度腫大を認めたが精査の結果，転移病巣無しの診断。術後16ヶ月目にはっきりとした転移病巣を認め全頚部郭清術を施行。術中所見にて，転移リンパ節は節外浸潤しており，同部にて内頸静脈は狭窄，その中枢側で消失していた。頸部郭清術後５ヶ月，呼吸器不全で死亡退院。

（考　察）　予後不良に至った原因は転移リンパ節の迷走神経浸潤による呼吸器不全と考えられた。画像所見はリンパ節転移の診断に有用ではあるが，確定できない場合も多く，呼吸器症状などの所見も参考に診断や予後判定をする必要があるものと考えられた。また，呼吸器機能が悪化しても，口腔ケアを適切に行うことで，ＱＯＬの向上は期待できるものと思われた。

14）顎関節症状を有する患者の矯正再治療について

○板橋　仁，高田　訓
（奥羽大・歯・成長発育歯，口腔外科）

（目　的）　顎関節症状を有する患者で動的治療を終了し保定期間中に症状が悪化した症例について，再治療前後のアキシオグラフによる結果をもとに検討した。

（症例の概要）　初診時年齢14歳５か月の女子。打撲により上顎前歯を不完全脱臼し口腔外科で整復固定処置をうけた後，前歯の噛み合わせを治したいとして矯正歯科を受診した。アングルの分類はⅢ級で，前歯の被蓋関係は切端咬合を呈していた。顎関節には軽度のクリック以外の所見は見られなかった。下顎骨体部の過成長を伴う開咬傾向のskeletal Ⅲと診断し，骨格性要因は強いものの患者の希望により矯正単独で治療を行なった。

（治療経過）　上顎左右第二小臼歯，下顎左右第一小臼歯を抜去し，マルチブラケット装置にて治療を開始した。途中，クリック以外にも開口障害が見られるようになったが，被蓋改善を優先し２年６か月後に保定に移行した。その後事情により通院せずリテーナーも使用しない状態であったが，保定から３年後に前歯の噛み合わせが気になり矯正再治療を希望して来科した。上下顎とも前歯部に後戻り傾向が見られ，それに伴う早期接触も認められた。顎関節症状が悪化したため口腔外科にてスプリント療法を，引き続いて矯正再治療を行

なった。

（結　果）　再治療前後を比較すると上顎歯列弓は全体としてアーチが拡大されていた。アキシオグラフからは左側下顎頭の動きは治療前と比較して基本的な軌跡に変化はないものの，当初見られたズレは少なくなっていた。またCO-CRのズレはわずかとなり許容範囲に入っていた。再治療後２年の経過は良好であり，なお定期的に経過観察している。

（まとめ）　顎関節症状を有する患者の矯正歯科治療に際しては，治療の進行にともなう症状の変化に対して，動的治療期間中のみならず保定期間中においても注意する必要があり，保定はなお重要な位置を占めると考える。

15）小児歯科外来の特定ユニットでしか治療できない知的障害児の全身麻酔下歯科治療経験

○佐藤　潤，川合　宏仁，山崎　信也，大野　敬
相澤　徳久[1]，島村　和宏[1]，鈴木　康生[1]
（奥羽大・歯・口腔外科，成長発育歯[1]）

（緒　言）　当院では，障害児者の全身麻酔下歯科治療が年々増加している。たとえ全身麻酔の治療であっても，全身麻酔の導入のためには静脈確保や吸入麻酔薬の吸入などのためのユニット着座が求められるが，知的障害患者は非協力のことが多く，ユニットへの着座も拒否することが多い。今回，われわれは警戒心が強いために，小児歯科の特定のユニットにしか着座しない患児の全身麻酔下歯科治療を経験したので，若干の考察を加え報告する。

（症　例）　患児は16歳男性で，150cm，55kg，６歳から当院小児歯科に通院していたが，成長に伴い治療拒否行動が強くなり，意識下歯科処置困難となったため，全身麻酔下での処置が予定された。3900g満期正常分娩でDOWN症候群・精神発達遅滞と診断された。知的障害により意思の疎通が困難で，警戒心が非常に強いが，慣れた担当医とのコミュニケーションは可能で，小児歯科特定ユニットにしか着座不能であった。治療に対し非協力的であり，通常と違うことをするとさらに非協力的になる恐れがあったが，抑制帯下でのブラッシングは可能である。麻酔科ユニットへの着座は期待できず，静脈路確保不能のため静脈麻酔による導入が不可能と思われた。そこで，小児歯科特定ユニットで前投薬（経口）を服用させ，抑制帯下にブラッシングを行い，傾眠傾向が見られたら抑制帯ごと麻酔科外来に移動して全身麻酔導入を行い，歯科治療終了後に全身麻酔半覚醒で小児歯科外来へ移動させ，小児歯科外来の元のユニットで完全覚醒し，帰宅させた。

（結　語）　現在の全身麻酔管理は薬剤，モニター，方法の進歩により安全性が向上し，術中の痛みや呼吸・循環のコントロールのみならず，術前，術後の記憶などもコントロールすることが可能となっている。外来で意識下治療困難な知的障害児，治療拒否児，侵襲の大きな処置，強度の嘔吐反射および歯科恐怖症などは全身麻酔下の歯科治療が有用であると思われる。

16）歯周疾患患者に関する調査 第１報：歯周治療内容の分析

○鈴木　史彦，中山　大輔，山口　英久，高崎　俊輔
中島　大誠，塚本　康巳
（奥羽大・歯・歯科保存）

（目　的）　患者に対して実施された治療内容の実態を把握し，かつその後に出現した問題点を分析することは重要である。問題点を改善することにより，より良い臨床が行えると考えられる。本演題は２部構成の第１報として，歯周サポート治療(SPT)開始前の時点で調査した治療内容を分析した。

（方　法）　動的な歯周治療後，SPT前に診査を行った患者66名(男性33名，女性33名，平均年齢：57.3±10.4歳)の1,633歯(１人平均24.7歯)を対象とした。診査項目は外科・非外科の有無，残存する歯周ポケット最深部の深さと分布，残存する根分岐部病変最大値の分布，前歯部固定の有無とした。

（結　果）　非外科処置の人数は38人で，外科処置では28人であった。また，５mm以上の最深ポケットが残存している部位は上顎のほうが下顎よりも多く認められた。残存する根分岐部病変最大の割合は０度が39%，１度が29%，２度が24%，