

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る、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)

(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%,