メッシュの目開きが小さくなるにつれ篩上粒子は少なくなった。

Ⅱ．咬合面形態と舌側貯留率

咬合面形態の違いによる舌側貯留率はLOで64.1％，FBOで72.9％であり，FBOで有意に大きな値を示した。頬側貯留率はLOで35.9％，FBOで21.1％とLOで有意に大きかった。

【結　論】健全歯列者の舌側貯留率は78.2％と頬側に比較して高く，粉砕度も高かった。また，全部床義歯の人工歯咬合面形態の違いによる舌側貯留率はFBOがLOよりも高く，食塊形成に有利であることが推測された。

15）疫学によるう蝕ハイリスク児検出指標の検討

○結城　昌子[1]，五十嵐　栄[2]，中川　正晴[2]，廣瀬　公治[1]
（奥羽大学・歯学部・口腔衛生学講座[1]
山形県米沢市歯科医師会[2]）

【目　的】「児童・生徒健康診断票」から得られる情報を基に，小学１年生の乳臼歯，永久歯の萌出，さらに発育に関与する出生月や性別の要因検索を行い，う蝕ハイリスク児抽出の指標を導き出すことを試みた。

【調査対象と方法】調査対象は某市の小学校へ平成７年に入学し，中学３年まで毎年定期健診を継続受診した994名（男506名，女488名）の健診票を基に，乳臼歯う蝕，永久歯萌出およびう蝕罹患，出生月によるう蝕罹患状況の解析を行った。

【結果及び考察】小学１年生の永久歯萌出は，中切歯のみ萌出のⅠ型12%，中・側切歯と第一大臼歯萌出のⅡM型32%，中切歯と第一大臼歯萌出のⅠM型34%，第一大臼歯のみ萌出のM型8%，永久歯の萌出がないN型13%の５類型に分けられた。類型別の中学３年時DMFT指数は，ⅡM型が最大で4.5歯，ⅠM型3.7歯，M型3.2歯，Ⅰ型2.6歯，N型2.2歯となり，類型と中学３年時DMFT指数の間に強い関連性が認められた。小学１年時乳臼歯数は男女とも7.9歯と脱落が殆どなく，この時期の乳臼歯喪失はう蝕による喪失が妥当であると考えられ，乳臼歯う蝕経験をdmf歯数で集計した。その結果0歯群11.3%，1，2歯群10.3%，3，4歯群13.2%，5，6歯群20.2%，7歯群13.1%および8歯群32.2%の6群に分類された。歯群別の中学３年時DMFT指数は，8歯群が5.2歯，7歯群4.4歯，5，6歯群3.6歯，3，4歯群2.4歯，1，2歯群1.6歯，最低の0歯群1.2歯と，萌出型と同じく両者間に強い関連性が認められた。出生月による発育差が将来のう蝕罹患性に及ぼす影響を解析するため，出生月を４-６月26.6%，７-９月27.8%，10-12月21.2%，1-３月24.4%の４群に分けた。出生月別の中学３年時DMFT指数は，４-６月3.8歯，７-９月3.4歯，10-12月3.1歯，１-３月3.6歯となり，両者間に関連性が認められなかった。また，出生月は萌出型および乳臼歯との関連性もなく，蝕罹患性に影響しないことが明らかになった。

そこで，う蝕罹患リスクを乳臼歯う歯数と永久歯萌出型の２要因による中学３年時DMFT指数でクロス集計した。その結果，永久歯萌出型よりも乳臼歯う歯数のほうがより影響力が強く，なかでも乳臼歯う歯数が８歯群で萌出型がⅡM型とⅠM型，7歯群でⅡM型の者は高いう蝕罹患が認められ，精度の高いハイリスク児選出基準を示すことができた。

【結　論】小学１年生の乳臼歯う歯数と永久歯萌出型を指標とすることで，中学３年生時のハイリスクう蝕罹患の生徒を抽出することが可能となった。

16）歯科治療時に発見された凝固異常の１例

○川合　宏仁，八木下　健，福島　雅啓
田中　克典，冨田　　修，中池　祥浩
渡辺　正博，赤沼　龍一，山崎　信也
（奥羽大・歯・口腔外科）

【緒　言】総合歯科担当医が患者の歯肉からの不正出血に疑問を感じ，歯科麻酔科に協力を求め，血液検査を行ったところ，PT-INR異常高値が判明した症例を経験したので，若干の考察を加え報告した。

【症例概要】74歳男性。上顎左側頬部腫脹と疼痛と不正出血を主訴に某歯科医院を受診した。そこで，クラリスRを処方されたが，症状軽快せず，当院を受診した。総合歯科担当医は左頬部蜂巣炎を疑い，抗菌薬の静脈投与を予定した。原因歯と疑われる上顎左側犬歯部の洗浄を行った際，ポ

ケットからの不正出血とその止血困難が確認された。問診の結果，既往歴に心房細動，高血圧症，高脂血症があり，ワルファリンカリウム，アスピリン，塩酸アミオダロン，塩酸プロパフェノンなどを常用していた。

【症例経過】ポケットからの不正出血は止血困難で，観血処置の可能性もあるため，歯科麻酔科に協力が求められた。緊急血液検査を行った結果，PT-INR 8.4と異常高値が判明した。そこで，初診当日は抗菌薬の静脈投与のみとし，それ以上の処置は中止し，医科と連携してワルファリンカリウムのコントロールを開始した。ワルファリンカリウムの投与量は初診当日に3mg/day から2mg/day となり，４日後には PT-INR は3.3まで低下し，不正出血の止血も確認できた。結果的には，観血処置は行わず，感染根管治療のみで腫脹および疼痛は改善した。

【考　察】PT-INR 3.0以上の場合には観血処置は延期するべきとされており，PT-INR 8.4は当然のことながら禁忌といえる。ワルファリンカリウムは抗菌薬の併用で作用が増強するが，前医でのクラリスＲ投与により PT-INR が上昇した可能性も考えられる。しかしながら，これほどまで増加したという報告はなく，もともと PT-INR が高値であったことも否定できない。ワルファリンカリウム投与量とその効果には単純な相関関係がないため，歯肉からの出血や観血処置の可能性がある場合にはあらかじめ PT-INR を確認しておく必要がある。

【結　語】ワルファリン服用中の患者は，事前に PT-INR を確認する必要があり，高値の場合は，医科との連携が不可欠である。

17）外傷により歯根破折した患歯を抜歯後ソケットプリザベーションを行いインプラントを待時埋入した１症例

○森　慎一郎，高橋　慶壮
（奥羽大・歯・歯科保存）

【緒　言】上顎前歯部の喪失による骨吸収により唇側骨が高度に吸収し審美治療を困難にする。今回上記部位の歯根破折に続くインプラント治療を経験したので報告した。

【症例概要】
患者：29歳　男性
初診日：2009年８月６日
主訴：歯がグラグラする
現病歴：格闘技の練習中に患部を殴打され，その後食事中に上顎右側中切歯の動揺が生じたため，精査加療を目的に当科を受診した。
既往歴：特記事項無し
症状および経過：初診時上顎右側中切歯に７mm のポケット，唇舌的な動揺および打診痛を認めた。歯科用 CT にて精査後歯根部１/２の水平破折と診断した。ソケットプリザベーションを併用した抜歯，インプラント埋入，最終補綴物を装着した。

【治療経過】
1. 歯周基本治療：TBI，スケーリング
2. 抜歯およびソケットプリザベーション
3. CT による骨評価
4. インプラント一次手術
5. インプラント二次手術
6. プロビジョナルレストレーションによる軟組織形態の回復
7. 最終補綴およびメインテナンス

【考　察】上顎前歯部の骨は歯軸が唇側に傾斜しそれに唇側骨が１mm と大変薄い。栄養も前歯歯根膜からのみとなっており，歯牙喪失後に唇側骨の急速の骨吸収が認められる。そのため保存不可能と判断した時点で唇側骨の保存を考えねばならない。上顎前歯部のインプラント治療で生存率を向上させる条件として唇側骨前方とインプラント間の最低２mm の骨のバルコニーを形成することである。人工骨を使用したソケットプリザベーションを行うことで唇側の骨吸収可能な限り抑える。インプラント埋入時は切歯孔の位置関係およびインプラントを口蓋側に埋入することにより，唇側２mm の骨のバルコニーを設定する。このことにより確実な初期固定を得，インプラント体と上部構造の角度を小さくするため，補綴物の形態をインプラント軸に近づけた補綴物を装着することが可能となった。埋入部は隣在歯の歯頸線より１～２mm 下に設定することで，隣在歯と調和したガムラインを得ることが出来た。