

を伴わず、上顎左側側切歯、上顎右側犬歯、上顎左右側第一小臼歯、上顎左右側第二小臼歯、下顎右側側切歯、下顎右側第一小臼歯、下顎左右側第二小臼歯の計10歯の先天性欠如を認める。セファロ分析から ANB: -0.4° , U1-FH: 111.4° , L1-Mp: 81.6° , Mp-FH: 22.0° であった。Multi Bracket System(Pre-adjusted Appliance .022" slot)による矯正歯科治療を行い、動的治療期間は2年9か月であった。保定移行11か月経過後に、7本のインプラントを1回法にて埋入し、埋入後4か月後よりプロビジョナルレストレーションを開始しているが、良好な咬合状態が維持されている。

【考察およびまとめ】多数歯の先天性欠如症例に対して矯正歯科治療を行う際は、歯の移動に伴う歯根や歯周組織への負担を避けるため歯周治療および補綴治療を含めた包括的歯科治療が必要である。本症例では、インプラントによる咬合構築をおこなうことで患者のQOLの向上に有意義であったと考える。包括的歯科治療は治療の流れに準じた情報収集および総合診断を最初に行い、治療計画を立案し、治療ゴールのイメージを他科と共有することが大切であると考えられる。

20) 多職種協働により口底癌術後の摂食嚥下障害から経口摂取再開となった1例

○鈴木 史彦^{1,2}, 北條健太郎¹, 山家 尚仁¹, 小松 憲明¹
鈴木 海路¹, 渡邊 聡¹, 渡部 謙之¹, 梅村浩二郎¹
高橋文太郎², 小嶋 忠之², 金 秀樹², 山森 徹雄³
(奥羽大・歯・附属病院¹, 奥羽大・歯・口腔外科², 奥羽大・歯・歯科補綴³)

【緒言】口腔領域における悪性腫瘍の手術後は、摂食嚥下機能が障害されることが多い。今回、口底癌の腫瘍切除術、下顎骨辺縁部切除術、右側全頸部廓清術、左側上顎部廓清術および植皮術が施行された摂食嚥下障害患者の経口摂取再開に向けて、多職種協働の有効性を経験したので報告する。

【症例】71歳の男性。口底癌手術後に経鼻経管栄養となり、経口摂取再開にむけて、地域医療支援歯科へ摂食嚥下機能評価の依頼となった。基礎疾患には糖尿病、高血圧症、胃潰瘍があり、内服加療中である。上顎は総義歯、下顎は両側遊離

端の部分床義歯が装着されていたが、手術後は義歯を外していた。舌圧は1.4Kpaと低く、発話明瞭度は4であった。また、血清総タンパクは5.6g/dL、血清アルブミン3.2g/dLと低栄養であった。経口摂取再開時は、均質なミキサー食は嚥下可能であったものの、舌の運動障害と嚥下時疼痛のため頻回のむせを認め、食事摂取量は1~2割であった。段階的摂食訓練、舌背挙上訓練、術後口腔ケアを実施した。下顎義歯は手術後の治癒期間中は装着困難であるため、上顎義歯を嚥下補助床として利用するため、総合歯科で調整した。手術部位のケア、栄養状態および血糖値の管理を口腔外科で実施し、必要に応じて補助栄養剤を提供した。食事形態の変更については、栄養室と連携を図った。経口摂取再開後24日目には舌でつぶせる硬さのものが摂取可能となり、退院に至った。

【考察】口底癌の切除術と頸部廓清術の術後には、舌の機能低下に加えて、喉頭挙上が阻害されるため、経口摂取再開までに時間を要する。本症例は上顎義歯を嚥下補助床として利用し、低栄養を考慮とした低負荷の舌背挙上訓練と段階的摂食訓練を実施したことが、摂食嚥下機能の改善につながったと考える。

【結語】口底癌の手術後に摂食嚥下障害をきたした患者に対し、多職種協働によるアプローチが有効であった症例を経験したので報告した。

21) 頰神経と周囲ランドマークとの位置関係の計測

○柳瀬 琴美, 伊澤 輝, 大谷 洋平
(奥羽大学歯学部学生)

【目的】顎口腔領域の外傷や手術において頰神経を損傷した場合、頰部に知覚異常が生じることがある。特に手術での頰神経損傷は、組織的変化以外に精神的にも障害を与え、医療訴訟に発展する場合もある。これまで頰神経の走行位置を把握するために、筋突起や下顎下縁などをランドマークとしていたが、これらは術中に目視できないといった課題があった。また、筋突起の形態や位置は個人差が大きいとの報告も散見されていた。

そこで本研究では、術中にランドマークにしやすくと考えられる下顎小舌を指標に頰神経の走行

位置を検索したので報告した。

【方 法】奥羽大学歯学部実習用遺体13体を用いた。従来のランドマークを把握するために筋突起、下顎下縁および頬神経を剖出し、水平に固定したオブジェクトステージ上に頭部を置いて剖出部を撮影した。その後、ImageJを用い、筋突起上縁から下顎枝前縁と下顎骨骨体部の交わる点までの直線をACとした。直線ACを延長し下顎下縁と交わる点までの直線をADとした。筋突起上縁から頬神経と下顎枝前縁の交点から直線ADへの垂線との交点までの長さを直線ABとした。頬神経が下顎枝における位置走行を調べるためにAB/AD、AB/ACを求めた。

次に、頬神経の下顎枝前縁での位置にボールペアリングを置いた。その後、コーンビームCTで13体の献体の頭頸部を撮影した。これらの画像上で、下顎枝前縁を基準として下顎小舌とボールペアリングでマークした下顎枝前縁での頬神経の高さを計測した。

【結 果】筋突起と下顎下縁を基準とした計測の結果、AB/ADが $32.9 \pm 7.1\%$ 、AB/ACは $53.2 \pm 12.7\%$ となった。下顎小舌を基準とした計測の結果、垂直な方向での下顎枝前縁の頬神経の位置と下顎小舌の距離は $7.5 \pm 4.2\text{mm}$ となった。全ての標本で頬神経の方が下顎小舌よりも上方に位置していた。

【考察および結論】筋突起と下顎下縁を基準とした計測結果では、従来の報告と本研究の結果は近似していた。本研究における新知見として、頬神経は下顎小舌よりも高い位置にある傾向が強かった。しかしながら、頬神経の位置が下顎小舌と同じ高さに位置している献体も認められたため、手術でのアプローチポイントは下顎小舌の高さよりも確実に低い位置に設定することで、頬神経の損傷を回避できると考えられた。

22) 当科における直接塗抹法と液状化検体細胞診に関する臨床的検討

○鈴木 菜月¹、関口静里奈¹、千葉駿一郎²、橘高あずさ²
中島 朋美²、小嶋 忠之²、御代田 駿²、川原 一郎²
金 秀樹²、高田 訓²

(奥羽大学歯学部学生¹、奥羽大・歯・口腔外科²)

【緒 言】擦過細胞診は組織診よりも外科的侵襲が少なく、病変部の細胞所見から収集できる情報が多いため、口腔をはじめとした様々な領域において悪性腫瘍のスクリーニングとして広く用いられている。

今回われわれは、当科における直接塗抹細胞診（従来法）と液状化検体細胞診（Liquid-Based Cytology；LBC法）の実施状況について臨床的検討を行った。また、細胞診で良性・悪性境界病変と判定されたが、組織診にて悪性腫瘍と診断された1症例について併せて報告した。

【材料・方法】当科において2013年1月～2017年9月までの57か月間に従来法で判定を行った291例と、2017年9月～2019年3月までの18か月間にLBC法で判定を行った141例を対象とした。性別および年齢分布、採取部位、臨床診断、不適正標本数の割合、不適正標本とその実施歯科医の経験年数、判定結果、病理組織診の施行症例について比較検討を行った。

【症 例】患者は70歳女性。左側舌縁部に腫瘤を自覚し、精査目的に当院口腔外科を受診した。初診時左側舌縁部に直径5mmの表面やや粗造で白色の弾性軟腫瘤を認めた。乳頭腫の臨床診断のもと、細胞診を施行しclassⅢの判定を得た。切除生検を施行し、病理組織診にて高分化型扁平上皮癌と診断を得て、全身麻酔下に舌部分切除術を施行した。現在術後経過は良好である。

【結果および考察】従来法とLBC法を比較し、性差、年齢分布、採取部位、臨床診断に差は認められなかった。

細胞診の標本不適正率は従来法と比較し、LBC法での不適正標本が減少していた。また、標本正検体を検出した実施歯科医の平均経験年数は、両法に大きな差は認められなかった。

細胞診施行例のうち、組織診にて悪性と診断されたものは、従来法で48.1%、LBC法で59.3%で