

〔学会記録〕

東日本学園大学歯学会第2回学術大会

(昭和58年度臨時総会)

— 一般講演抄録 —

(昭和59年1月21日, 歯学部 476 講義室)

1. 口蓋裂形成手術と言語機能の改善について(ビデオテープ供覧)

堀越達郎, 金澤正昭*, 額賀康之*
(口外・II, *口外・I)

日本における唇顎口蓋裂児は新生児 500 人に対し 1 例の割合で出生する。唇裂は審美性を考慮し生後 3～5 カ月頃に形成手術を施行するのに対し、口蓋裂はその手術部位の手術侵襲が比較的大きいが、言語の悪習慣獲得を出来るだけ防ぐため 1～1.5 才時に手術を施行する。口蓋裂の形成手術は 1800 年代初期より行われていたが、その後絶えず改善が行われ、近年では十分な鼻咽腔閉鎖機能を発揮するよう多くの術式が考案されてきた。中でも Push back 法は適切な時期に適切な手技をもって行えば正常言語の獲得を容易なものとする。しかし、所期の目的を達し得なかった症例においては、鼻咽腔閉鎖を行うため Speechaid が用いられてきたが、患者の中には咽頭反射が強く装用不可能なもの、又発育に応じて製作を繰り返すことに煩わしさを訴えるものも少なくない。そこで、われわれはこれら症例に対し咽頭弁形成手術を積極的に応用し良果を得てきた。手術に際しわれわれは、手術前後に X 線テレビを用い、発語器官としての鼻腔、硬・軟口蓋、口唇、舌、咽頭、下顎をダイナミックに観察、分析し言語評価を行っている。

その結果、口蓋裂患者にとって正常言語獲得のためには完全な鼻咽腔閉鎖機能のみならず、舌の運動性が大き

く関与していることが確認された。すなわち、咽頭弁形成手術によって発音時呼気の鼻漏れが防止されても術後まだ舌運動が平坦な前後運動のみを示すものでは言語面での改善が認められず、反面術前より舌が適切な運動を示すもの、あるいは術後の言語治療により充分な舌の運動性を獲得したものにおいては良好な結果が得られている。それら成績の、ビデオを用いて解説、供覧した。

質問 賀来 享(口腔病理)

①咽頭粘膜弁形成術の適応年齢は？

②咽頭粘膜弁形成術をなされた患者の場合、口蓋形成術は何才におこなわれたのでしょうか。

回答 額賀康之(口外・I)

①咽頭弁形成手術は一次形成手術の結果が不十分なもの、あるいは、軟口蓋の絶対的長さが不足するものに対し積極的に行っております。手術時期は、患者の社会情勢の変化、すなわち入園、入学時に多く希望して参りますが、私たちの症例では 4～5 才時が多いようです。

②口蓋の 1 次形成手術は、言語の面からはなるべく早い方が望ましい訳ですが、手術部位の手術侵襲が大きいことから、発語時期前の 1～1.5 才時に施行致しております。

2. われわれの行った外科的矯正治療症例の検討

北村完二, 高橋弘忠*, 谷内正喜,
玄間美健, 花山文人, 道谷弘之*,
磯貝治喜, 原田尚也*, 沢田英一,

赤塚功, 原田江里子*, 千徳敏克*,
昔農秀夫*, 武田充弘*, 齊藤基明*,
今井三男*, 額賀康之*, 村瀬博文,
金澤正昭*, 堀越達郎

(口外・Ⅱ, *口外・Ⅰ)

歯列や咬合に異常をみる患者では、顎骨の変形による顔面形態の異常をみるものも少なくない。したがって、このような症例に対しては機能的ならびに形態的の両面からの改善が要求される。近年、顎変形症に対する外科手術の進歩により重症例に於いてもかなり満足すべき結果が得られるようになった。われわれも顎変形症に対して、矯正歯科治療とともに外科処置を積極的に施行しているが、その概要を以下に報告した。症例は、昭和54年12月から昭和58年12月までに手術を施行した25症例で、性別では男性7例、女性18例であった。これらの患者の年齢分布をみると男性では18才～31才で平均23.3才、女性16才～30才で平均20.3才であった。ここで若年者がいないのは、外科手術の適応は、顎発育停止以降を原則としているためである。患者の主訴をみると、審美障害15例、咀嚼障害9例、発育障害1例となっているが、咀嚼障害を主訴としている例でも、大部分の症例は審美的な面の改善を併せて希望していた。症型別にみると、下顎前突症19例、上顎前突症に小下顎症を伴うもの2例、その他、交叉咬合、開咬など4例であった。これら25症例に適応した手術々式のうちわけをみると、下顎枝矢状分割法12例、下顎前歯部歯槽骨切り術6例、上顎前歯部歯槽骨切り術2例、その他下顎骨体切除術、Le FortⅠ型骨切り術など5例であった。術前矯正を施行したものが5例であった。これは当科に於いては外科的処置による短期治療を希望して紹介来院する患者が多いためである。形成手術症例の予後をみると、経過観察中のものも

含め25症例中23例は良好な結果が得られているが、2例に軽度の後戻りをみ、いずれも下顎枝矢状分割法例であり、定期的かつ綿密な術後観察の重要性を痛感した。

質問 渡部 茂(小児歯科)
外科的矯正治療を行うか、矯正科による治療を行うかについての診断基準は確立されているのか。

回答 北村完二(口外・Ⅱ)
著しい骨格性の上、下顎前突症などの顎変形症や、矯正からの依頼などで行っています。

追加 金澤正昭(口外・Ⅰ)
外科処置の適応としては、顎の変形が高度で矯正治療のみでは治癒し得ないものを原則とするが、矯正治療で治療可能例でも短期間の治療を望む患者では外科手術を適応する。なお、外科処置は患者の成長が停止したと考えられる時期以降に施行するのを原則とする。

質問 高松隆常(保存・Ⅰ)
患者の主訴のうち、咀嚼障害の種類として、顎関節障害を含む場合があったか。

咀嚼障害、発音障害を主訴とした患者における、術後の— 術後の期間に関連するが — 改善度はどのくらいか。

回答 北村完二(口外・Ⅱ)
発音障害や咀嚼障害の患者では顎関節症などの患者はなく、ほとんど顎の変形などで咀嚼がしにくく、発音もしにくい患者であった。予後については、注意深く観察しており、ほぼ全部に満足すべき成績を得ています。

3. マウス味蕾細胞の形態と神経分枝パターンについて

鈴木裕子, 武田正子(口腔解剖Ⅱ)

味蕾はⅠ型、Ⅱ型、Ⅲ型(味細胞)および基底細胞より構成されており、多数の神経終末がそれぞれの細胞型に接触している。古くから味蕾には、求心性神経の他に遠心性神経の存在も推測されているが、その詳細は不明である。また一本の神経線維の味蕾細胞間における走行や分枝のパターンについても明らかにされていない。そこでマウス舌味蕾の一部の連続超薄切片を作製し、復構像を検索した。Ⅰ型、Ⅱ型、Ⅲ型細胞とも大部分は紡垂

形であったがⅡ型細胞の一部には小突起が認められた。Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型の各細胞型では1個の細胞に2～4本の神経線維が接触していたが、基底細胞に接する神経線維の数は少なく、1～2本であった。神経終末部と各細胞型との接触の様式には、終末が胞体で囲まれて終っているものと、広く胞体に接しているものとが認められた。複数の味蕾細胞と一本の神経線維との関係は、味細胞と求心性シナプスを形成した神経線維が次いでⅡ型細胞ともシ