

模型分析では、歯列弓幅径は、上顎が10mm、下顎より大きく上下顎歯列弓幅径の不調和が生じていた。このため、上下顎に問題がある骨格性下顎前突症に、上下顎歯列弓幅径の不調和が伴ったものと診断し、上顎を2mm前

方、下顎を12mm後方移動させ、また正中口蓋縫合部骨切り術により、歯列弓を狭窄させた。術後は、上下顎の関係が著しく改善され、顔貌および前歯の被蓋関係、臼歯の咬合関係も良好な結果が得られた。

5. ATP 顆粒剤を用いた咀嚼能率について

—その測定法—

山田 雄, 麻生智義*

(口腔外科 I, 口腔外科 II*)

咀嚼は、口腔機能の中で重要なものの一つで、外科的矯正手術、顎堤形成術、歯科インプラントなどにおいて、術前、術後の咀嚼機能の変化を知る事は、臨床上重要である。当科では、術前および術後の経過に伴う、咀嚼能率の測定を、横浜市立大学医学部口腔外科増田らにより考案された、ATP 顆粒剤を用いた吸光度法による咀嚼能率測定法に準じた方法により行っている。

本法は、被検者に ATP 顆粒剤 5 g を 50 回咀嚼させ、すべてを吐きださせ、含嗽させた後、それに蒸留水を加え全量を 2,000ml とし、ガラス棒にて 1 分間攪拌後その一部を濾過して、吸光度を測定するというものである。

この方法は、他の咀嚼能率測定法と比較すると、測定時間が短い、操作が簡便であり、再現性があり優れた点を有している。

今回我々は、ATP 顆粒剤の性質、測定中に誤差が生じ易いと思われる点について、実験を行い、以下の結果を得た。

結 果

1. ATP 顆粒剤の ATP 溶出量の経時的变化：1 分から 60 分の間で、0.061Abs 程度の蒸留水への溶出で ATP 溶出量の経時的变化はほとんど認められず、腸溶性被膜に覆われた状態では、ATP はほとんど溶出しなかった。
2. 粉碎粒子の ATP 溶出量の経時的变化：被膜が破壊されると、3 分を経過するころより、蒸留水への ATP 溶出量は、経時的に増加した。
3. 攪拌時間による ATP 溶出量の経時的变化：攪拌時間の延長に伴い、秒単位で ATP が溶出し、15 秒から 90 秒の間で約 0.5Abs もの溶出量の増加を認めた。

以上より、ATP 顆粒剤による咀嚼能率の測定では、攪拌の方法、攪拌時間、咀嚼から濾過までの時間などの点において、誤差が生じやすいことが判明した。今後これらの点に留意し、測定を行う必要があると考えられた。

6. われわれの試みた血小板凝集能検査の正常値について

武田 理, 道谷弘之*

(口腔外科 II, 口腔外科 I*)

血小板は、粘着・凝集によって止血血栓を形成するという、止血機構の中で重要な役割を担っており、その機能の低下により出血傾向を示す場合も少なくない。

今回われわれは、当科における血小板凝集能の正常値の設定を試みたので、その概要を報告した。

対象は、22 歳から 40 歳までの出血傾向のない健康成人 43 名で、方法は比濁法により、1977 年 Feinman らに準じて行った。血小板凝集計は、Lumi-aggregometer model 400 (Chrono-Log 社) を使用し、ADP、コラーゲン、エピネフリン、リストセチンの 4 種の凝集物質に

ついて、5 分以内の最大凝集率を検討した。結果は以下の通りで n, m, S.D. はそれぞれ被験者数、平均、標準偏差を示す。

ADP 10 μ M : 正常値 39-88

(n=11, m=63.6, S.D.=12.6)

ADP 5 μ M : 正常値 7-13

(n=17, m=40.0, S.D.=16.9)

ADP 2 μ M : 正常値 0-63

(n=11, m=24.7, S.D.=19.3)

コラーゲン 20 μ g/ml : 正常値 32-110