

28. 口腔・中咽頭扁平上皮癌に対する高線量率組織内照射の検討

○永易 裕樹¹⁾, 小村 健²⁾, 有末 眞¹⁾

(北海道医療大学口腔外科学第二講座¹⁾・千葉県がんセンター頭頸科²⁾)

口腔領域の扁平上皮癌に対する放射線治療は臓器温存や機能温存が可能であり、極めて有用な治療法である。今回われわれは口腔・中咽頭扁平上皮癌症例におけるRemote afterloading systemによる高線量率組織内照射(HDR High Dose Rate Brachytherapy)の有効性について検討したのでその概要を報告した。

対象は1996年6月から1999年4月までに千葉県がんセンターにおいて¹⁹²IrマイクロセレクトロンHDRで治療を行った口腔・中咽頭扁平上皮癌症例26例である。年齢は30歳から89歳で平均64.0歳であり、男性22例、女性4例であった。原発部位は舌12例、舌根3例、下唇3例、頬粘膜5例、口底1例、前口蓋弓1例、扁桃1例であった。T分類ではT1 6例、T2 18例、T3 2例であり、N分類はN0 25例、N1 1例であった。治療はHDR単

独10例、外照射+HDR16例であり、HDRアプリケータは2本から9本、平均4.1本を使用し、その刺入法は一平面刺入22例、二平面刺入4例であった。アプリケータ刺入は4例が局所麻酔下に、22例が全身麻酔下に行い、うち2例(舌根)では咽頭側切開を併用した。HDR照射は線源から5mmの点で3Gy/frとし、2fr/dayにて施行した。HDR単独例における照射総線量は48Gyから60Gy、平均56.4Gyであり、外照射+HDR併用例では56Gyから85.2Gy、平均70.2Gyであった。全26例中7例(舌5例、頬粘膜1例、下唇1例)に後発リンパ節転移の出現をみ、頸部郭清術を施行した。治療後の観察期間は短い、全26例で局所制御が得られ、24例は無病生存中であり、2例が他因死した。なおHDR後の障害として疼痛遷延が5例、潰瘍形成が5例において認められた。

29. 睡眠中に発現するフラキシズムと覚醒時意識下でのフラキシズム様顎運動の違いについて

○本庄 健一, 山本 卓生, 富岡 純,
横田 光弘, 小鷲 悠典

(北海道医療大学歯学部歯科保存学第一講座)

【目的】睡眠中のフラキシズムは、歯に異常な咬合力が加わることで歯周炎を高度に進行させる可能性があると考えられている。しかし、その運動様相や歯周疾患との関係は十分に解明されていない。これまで我々は、夜間睡眠中の下顎運動が観察可能な下顎運動記録装置を開発し、フラキシズム時に特有な下顎運動の存在について報告してきた。現在臨床におけるフラキシズムの診査時には問診やファセットの有無、あるいは患者に意識的にクラインテイングやクレンチングを行わせて、その時の顎運動などを観察しているが、夜間睡眠中に無意識に行われるフラキシズムと覚醒時に意識的に行わせたフラキシズム様顎運動との間にはかなりの違いがあるのではないかとと思われる。そこで、本研究は睡眠中のフラキシズムと覚醒時に意識的に行わせたフラキシズム様顎運動との間にどのような違いがあるかを知る目的で、両者の下顎運動と筋活動を記録し比較検討した。

【方法】被験者は臨床的に健康な歯周組織を有する25から37歳の男性3名と女性2名の計5名とした。測定項目

は、前後左右の2次元的な下顎運動、左右咬筋および側頭筋の筋活動電位、咬合接触による骨振動の3項目とした。睡眠中の記録は予め装置に慣れる期間を設けた後、本学歯科測定室において実際に夜間睡眠させて行った。覚醒時の記録は、まず前後左右に意識的に下顎を移動させて行い、次に意識的なクレンチングおよびクラインテイングをさせて行った。なお、この時下顎の位置、移動方向に関する指示は一切行わなかった。比較分析は、クレンチング時の下顎の位置、およびクラインテイング時の下顎の移動方向について、これらが睡眠中と覚醒時とで一致しているか否かについて行った。

【結果】1 クレンチング時の下顎の位置は、睡眠中と覚醒時で一致しない場合が約49%に観察され、一部には意識的な下顎の移動範囲を超えているものも認められた。2 クラインテイング時の下顎の移動方向は、睡眠中と覚醒時で一致しない場合が約32%に観察された。

以上のことから、睡眠中は覚醒時に予測できない顎運動が起こっており、それに伴う強い咬合接触が存在する

ことが示唆された。今後さらに歯周組織に与える影響についても調べる必要があると思われた。

30. 外斜線および内斜線についての文献検索

○田中 力延, 細川洋一郎, 佐野 友昭,
大西 隆, 福田 恵, 金子 昌幸
(北海道医療大学歯学部歯科放射線学講座)

目的) 歯科用X線撮影では, 下顎骨内に内斜線および外斜線と考えられているX線不透過像がみられる。しかし, これらの名称は, 文献によって, その部位に違いがあった。そこで, 外斜線と内斜線の定義, およびこれらを示すと考えられているX線不透過像について検討した。

材料と方法) 本学総合図書館3階の口腔解剖学, 歯科放射線学, 全部床義歯学, 歯科麻酔学の各コーナーの蔵書から索引欄に『外斜線』もしくは『内斜線』の記載があるものを検索し, その内容を分類した。

結果) 総検索数116冊中, 索引欄に『外斜線』『内斜線』の記載が存在するものは, 32冊(口腔解剖学8, 歯科放射線学8, 全部床義歯学8, 歯科麻酔学5, 歯学辞書3)だった。その内容では, 口腔解剖学, 歯科放射線学では, 図示もしくは部位の説明が存在したのに対して, 全部床義歯学では本文中に名称が記されているのみの場合が多かった。また, 本文中にその名称を用いている文献も多数存在する為, 本学学生にも広く親しまれていると思わ

れる一般的な文献の内容を検討すると, 口腔解剖学では, 外斜線(斜線)は下顎骨骨体部表面上の外側を斜走する隆線であり, 内斜線は骨体部内側の歯槽部に存在するとのに対し, 歯科放射線学では, 顎舌骨筋線を内斜線としていた。全部床義歯学では, 基本的には歯科放射線学と同様だったが, 便宜的に粘膜面上の『外斜線および内斜線相当部』も同様に呼称している場合がみられた。歯科麻酔学においては, 外斜線, 内斜線ともに下顎枝部に存在する隆線を示していた。

考察) 歯科で用いられる解剖学的名称の多くは, PNA学名集に基づくものが多いが, 臨床的便宜性から普及した名称も多数存在する。私たちは, その様な名称の中から『外斜線』『内斜線』を取り上げてその定義を検証したところ, その扱いに差がみられた。この他にも臨床・研究・教育上, 混乱を招く可能性のある名称が存在すると思われるため, 名称の定義の不一致性を認識し, 統一する必要性があると考えられた。

31. 当科における下顎神経麻痺治療の現状と問題点

○河合 拓郎, 工藤 勝, 大桶 華子,
加藤 元康, 國分 正廣, 新家 昇
(北海道医療大学歯学部歯科麻酔学講座)

当科では1991年より星状神経節ブロック(第6頸椎指標の頸部交感神経節ブロック, 以下SGB)療法を積極的に行っている。下顎神経麻痺患者の治療を経験したので報告する。

症例1 26歳, 女性, 他院で左側下顎埋伏智歯抜歯後, オトガイ部に知覚麻痺を生じた。再来院時, 主治医に知覚麻痺を訴えた。主治医はATP製剤とビタミンB12製剤を投与した。抜歯処置9日後, 本学歯学部附属病院歯科麻酔科に紹介来院となった。オトカイ神経領域(縦27mm×横35mm)に知覚麻痺を認めた。SGB療法の説明後, 初回の治療は磁気通電および投薬とした。抜歯処置22日後,

再来院時に効果を認めないため, SGB療法を行った。SGB施行10分後, Horner徴候確認し, 前回同様に磁気通電を行った。抜歯処置31日後, オトガイ部の知覚麻痺領域(縦24mm×横19mm)は減少した。しかしSGB療法の同意が得られず, 治療内容を針通電に変更した。次回来院時(抜歯処置49日目)に, 知覚麻痺領域は消失していた。

症例2 28歳, 男性, 下顎孔伝達麻酔施行後, 左側下唇部粘液嚢胞を摘出した。術後, 左下赤口唇, 左下唇粘膜部に知覚麻痺を認めた。しかし積極的な治療を希望せず, 8カ月間が経過した。知覚麻痺が回復しないため, 当科紹介来院した。治療法を説明したがSGB療法に同意