

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。オトガイ神経領域(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

を得られないため、針通電および投薬を行った。患者の都合により治療を中止した。

下顎神経麻痺の原因は主に下顎孔伝達麻酔や埋伏抜歯で、その多くが医原性である。そのため、再び針を刺す

ことに対して患者の同意が得られにくく、今後説明方法に工夫する必要があると考えられた。また、症例1の神経麻痺は早期の対応により発症後49日で回復した。

32. 歯科麻酔科における全身管理症例の現状

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

北海道医療大学歯学部歯科麻酔科において1980年(昭和55年)6月より1999年(平成11年)12月までの19年6か月間に行った全身管理症例は1830症例であった。全身管理法として、全身麻酔、精神鎮静法およびモニター監視であった。1980年(昭和55年)では、全身麻酔17例、精神鎮静法11例、総数28例であったが、平成6年では、全身麻酔69例、精神鎮静法42例およびモニター監視2例、総数113例と年間100例を越え、平成8年には全身麻酔症例が101例と年間100例を越えた。さらに、平成10年には全身管理症例が年間200症例まで増えた。また、外来全身麻酔症例は、歯科麻酔科開設当初より行っているが、平成6年までは年間数例であった。平成7年より徐々にその症例数が増え、平成11年には全身麻酔症例91症例中23症例になった。

平成6年より全身管理症例が増えた理由として、精神鎮静法の増加が挙げられる。この精神鎮静法の増加は、歯科麻酔科による広報活動、加えて平成5年より口腔外

科から研修に来るようになったためと考えられた。それにより、埋伏智歯抜歯などの小外科手術に対し、精神鎮静法の依頼が年々増加している。その他にインプラント手術を行っている補綴科からの依頼が増えてきたことが挙げられる。また、全身麻酔に関しては障害者の歯科治療の増加に起因している。

近年、当科においても外来全身麻酔(日帰り)を積極的に行っている。その多くは、障害者および小児であり、障害者においては口腔外科・保存科・補綴科のチームアプローチにより計画的な歯科治療がなされている。また、麻酔薬には、平成3年にハロタンからセボフルラン、平成6年よりミタソラム、そして平成9年からプロポフォルが使用されるようになった。それにより、導入・覚醒がすみやかになったこと、加えて麻酔薬による全身への障害性が軽減されたことで、外来全身麻酔症例が増えた。今後、口腔外科および小児歯科だけでなく、保存科および補綴科からの依頼が望まれる。

33. 医科歯科クリニックにおけるHAコーティングインプラント8.5年の臨床成績

○佐藤 友昭, 田中 収, 舞田 健夫,
田村 誠, 山須田貴久

(北海道医療大学医科歯科クリニック・北海道医療大学医療科学センター)

北海道医療大学医科歯科クリニックでは、1991年5月よりHAコーティングインプラントの臨床応用を開始して、これまでに男性96名、女性120名、計216名の患者に対し、922本を埋入した。最長で8.5年を経過するが、極めて安定した成績を得ている。使用したHAコーティングインプラントは米国Calcitek社製832本(「Integral®」「Omniloc®」「Spline®」)、Steri-Oss社製90本、合計922本で、そのうち35本がスクリュー型で、それ以外は全てシリンダー型である。

患者は上部構造装着後6か月ごとにリコールし、パノラマX線検査を含む定期検査を行った。これらの全症例について、埋入患者の年代、部位、埋入インプラントの幅径、長径を調査し、生命表分析にて残存率および成功率を求め、また頸部の経年的な骨吸収量をパノラマX線写真にて計測した。

撤去・脱落に至ったインプラントは2次手術時に2本、補綴物装着後に14本であったため、単純残存率(残存数/埋入数)は98.59%、生命表分析による累積残存率は