

Title	35 : 東京歯科大学水道橋病院における最近6年間の 口腔外科手術症例の臨床的検討
Author(s)	石田, 結実香; 勝見, 吉晴; 濱田, 裕嗣; 菅原, 圭亮; 村松, 恭太郎; 渡邊, 章; 山本, 信治; 笠原, 清弘; 高 野, 正行; 齊藤, 力; 柴原, 孝彦
Journal	歯科学報, 114(5): 519-519
URL	http://hdl.handle.net/10130/3475
Right	

No.35: 東京歯科大学水道橋病院における最近6年間の口腔外科手術症例の臨床的検討

石田結実香, 勝見吉晴, 濱田裕嗣, 菅原圭亮, 村松恭太郎, 渡邊 章, 山本信治, 笠原清弘,
高野正行, 齊藤 力, 柴原孝彦 (東歯大・口外)

目的:近年の高齢社会の到来と医療技術の進歩, 患者の需要・歯科医療の多様化により, 安全性や快適性が強く求められるようになってきている。今回われわれは, 水道橋病院口腔外科における入院手術症例から, 当院口腔外科の現状を把握し今後の発展と臨床に活用するため, 最近6年間の入院手術症例の臨床的検討を行ったので報告する。

方法:平成20年4月1日から平成26年3月31日までの6年間に東京歯科大学水道橋病院口腔外科の入院手術症例を対象として, 性別, 年齢分布, 月別手術件数, 手術術式, 手術時間, 出血量について調査し, 臨床的検討を行った。

結果:6年間の総手術件数は2,626件で, 月別手術件数では8月が312件と最も多かった。性別は男性1,200件, 女性は1,426件で, 1:1.2で女性が多かった。手術時年齢は20歳代が812件で最も多く, 次いで30歳代が504件であった。手術術式では顎矯正手術が1,337件と最も多く, その中では下顎枝矢状分割術が555件と多かった。次いで嚢胞摘出術が599件であった。手術時間は1時間以上2時間未満が最も多く893件で, 最長はエナメル上皮腫で下顎骨辺縁切除術, 腸骨ブロック骨移植術および金属プレート

による再建術, 大耳介神経移植術を行った9時間16分であった。出血量は50ml未満が最も多く1,648件, 最大出血量はLe Fort I型骨切り術, 下顎枝矢状分割術, 上顎埋伏智歯抜歯術を行った1,101mlであった。

考察:最近6年間では年間平均438件の手術が行われていた。比較的若年者が多かった。顎変形症をはじめとして, 嚢胞, 菌性感染症など手術症例は多岐にわたっていた。そして, 今年度からは大学本部の移転に伴い, 口腔外科学講座の主体も水道橋病院となり, 唇顎口蓋裂や悪性腫瘍などの症例が徐々に増加している。今後は, 更なる治療範囲の拡大が見込まれ, より多種多様な要求を持つ患者にも対応が必要になる。一口腔単位の治療の中の口腔外科だけでなく他科との診療協力を行い, チーム医療をより一層推進していくことで患者満足度を上げられるように努めていき, 専門性を持った歯科病院としての責務を果たしたいと考えている。今後は, 水道橋病院, 市川総合病院, 千葉病院の三病院の特徴をいかした連携をより深めていき, 水道橋病院は様々な症例に対する窓口となるべく専門性の充実を図り診療技術のさらなる向上に努めていきたいと考える。

No.36: 積極的に摂食嚥下の介入を行った重複癌症例の1例

井口達也¹⁾⁴⁾⁵⁾, 萩尾美樹²⁾⁴⁾, 鈴木大貴³⁾⁴⁾, 酒井克彦³⁾, 山内智博⁴⁾, 野村武史⁴⁾, 石田 瞭⁵⁾,
佐藤道夫⁶⁾, 新井 健⁷⁾, 片倉 朗³⁾, 柴原孝彦¹⁾, 高野伸夫⁴⁾ (東歯大・口外)¹⁾
(東歯大・有床義歯補綴)²⁾ (東歯大・オーラルメディスン口外)³⁾ (東歯大・口腔がんセンター)⁴⁾
(東歯大・千病・摂食・嚥下リハ)⁵⁾ (東歯大・市病・外科)⁶⁾
(東歯大・市病・リハビリテーション科)⁷⁾

目的:東京歯科大学口腔がんセンターでは, 術後に摂食嚥下機能障害が予想される症例に対して摂食嚥下リハが術前より積極的に介入し, ①呼吸訓練, ②手術担当医との術式の検討, ③顎補綴医と協力した摂食嚥下機能補助床の作成, ④術後早期の嚥下訓練などを行っている。

今回, 下顎歯肉癌と胃癌の重複癌症例に対し, 上記に基づいた摂食嚥下に関するリハビリテーションの介入を行ったので, その概要を報告する。

症例および経過:患者は71歳男性。2014年5月に下顎義歯不適合を主訴に来院。下顎左側歯肉癌と上部消化管内視鏡検査にて進行胃癌を認めた。当院外科と併診し, まず当科での手術を先行して行うこととした。手術に先立ち, 呼吸機能低下による喀出不良が嚥下機能悪化を招くため, 術前から呼吸訓練法を指導した。

6月下旬, 下顎左側歯肉癌(T3N2bM0・stage IVa)の診断下に気管切開を行い, 下顎骨区域切除, プレート再建, 左側機能的頸部郭清, 前腕皮弁再建を施行した。

術後8日目に嚥下内視鏡検査(以下, VE)および間接訓練を開始。術後16日目に気切カニューレを

抜去して直接訓練を開始したが, 同日に行ったVEにて, 咽頭部に食塊残留を認めていた。そこで, 不顕性誤嚥および肺炎のリスクを考慮し, 経鼻栄養から経口摂取への移行はVEにて継続的に観察しながら行い, 期間は3週を要した。順調に経過すると思われたが, 嚥下造影検査(以下, VF)では嚥下中誤嚥を認めたため, さらに継続的に機能訓練を要した。

8月初旬に当科を退院, 中旬には当院外科にて, 幽門部胃癌(T3N0M0・stage IIa)の診断下に幽門側胃切除を施行した。開腹術後も, 呼吸および嚥下機能の低下に対し, 継続的に摂食嚥下機能訓練を行った。その結果, 消化器領域の重複癌にも関わらず, 比較的早期に社会復帰をさせることが出来た。

考察:胃切除後の患者の経口摂取は, 摂取量の制限や, ダンピングなどのリスクを考慮する必要があるが, 口腔癌術後の嚥下障害を伴った症例であれば, これに加え食形態の制限も重要な因子となる。重複癌症例では, 術後の嚥下障害リスクは高く, 本症例に施行したような一環した積極的な嚥下リハビリの介入が望まれる。