

2020年11月7日(土)

B会場

認定医審査ポスター|ライブ

認定医審査ポスター G1

12:00 ~ 14:00 B会場

[認定P-01] 繰り返す脳梗塞による摂食嚥下障害が代替栄養と
歯科介入で改善が見られた1例

○田村 厚子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合
研究科高齢者歯科学分野)

[認定P-02] 進行性核上性麻痺患者に対する摂食嚥下リハビリ
テーションを行った一症例

○吉田 早織¹ (1. 東京医科歯科大学高齢者歯科学分
野)

[認定P-03] 舌の口蓋押しあて訓練が舌骨の挙上動態に及ぼす
影響

○並木 千鶴¹ (1. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総
合研究科 高齢者歯科学分野)

[認定P-04] 偽性球麻痺を呈した摂食嚥下障害患者に対して継
続した摂食嚥下リハビリテーションで経口摂取を
確立した1例

○今田 良子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合
研究科高齢者歯科学分野)

[認定P-05] 咽後膿瘍発症後に著明な舌下神経麻痺を生じた患
者に対し摂食嚥下リハビリテーションを行った一
症例

○小原 万奈¹ (1. 東京医科歯科大学医歯学総合研究科
高齢者歯科学分野)

[認定P-06] 下腿周囲長の地域在住の要介護高齢者に対する嚥
下機能評価の有用性

○黒澤 友紀子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総
合研究科 高齢者歯科学分野)

C会場

認定医審査ポスター|ライブ

認定医審査ポスター G3

12:10 ~ 14:10 C会場

[認定P-13] 口腔乾燥を伴った義歯安定不良による咀嚼障害に
対して、補綴治療および口腔機能訓練を行い改善
した症例

○石田 晃裕¹ (1. 東京歯科大学 老年歯科補綴学講
座)

[認定P-14] 多数歯残根状態患者の歯冠補綴治療前後の口腔機
能及び咀嚼機能を比較した症例

○山澄 尚大¹ (1. こばやし歯科クリニック)

[認定P-15] Von Recklinghausen病を有する患者に義歯作成
を行い口腔機能の改善が認められた一症例

○多田 剛之¹ (1. JAにじ歯科診療所)

[認定P-16] 患者の心理的な背景に配慮し、口腔リハビリ
テーションによる機能改善を図った無歯顎患者の
一例

○伊東 亜希子¹ (1. 鶴見大学歯学部高齢者歯科学講
座)

[認定P-17] 口腔機能低下症患者の一例

○鈴木 宏樹¹ (1. 医療法人 井上会 篠栗病院歯科)

[認定P-18] 口腔機能低下を呈する要介護高齢者に対して補綴
治療を行った一症例

○廣田 秀逸¹ (1. 大阪歯科大学高齢者歯科学講座)

認定医審査ポスター|ライブ

認定医審査ポスター G4

15:10 ~ 17:10 C会場

[認定P-19] 歯性感染症から縦隔炎に至った全身疾患を有する
高齢者の1例

○津川 恵里子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総
合研究科 高齢者歯科学分野)

[認定P-20] 骨髄異形成症候群患者における骨髄移植の口腔内
管理

○金子 聖子¹ (1. 東京医科歯科大学高齢者歯科学分
野)

[認定P-21] 全身疾患を伴う重度歯周炎による咀嚼障害に対し
て補綴治療を行った症例

○石井 悠佳里¹ (1. 東京歯科大学老年歯科補綴学講
座)

[認定P-22] バイアスピリン服用下で抜歯後止血困難であった
症例

○平井 杏里^{1,2} (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合
研究科 高齢者歯科学分野、2. 医療法人社団悠翔会
悠翔会在宅クリニック 歯科診療部)

[認定P-23] 抗凝固療法中の患者に補綴前処置として多数歯抜
歯を行った症例

○南 慎太郎¹ (1. 東北大学病院 総合歯科診療部)

[認定P-24] 誤嚥性肺炎後に胃瘻造設となった入院患者が、在
宅往診、外来受診へ移行し経口摂取を再開した一
例

○仲澤 裕次郎¹ (1. 日本歯科大学口腔リハビリ
テーション多摩クリニック)

B会場

認定医審査ポスター|ライブ

認定医審査ポスター G2

15:20 ～ 17:20 B会場

[認定P-07] 延髄外側症候群後の遷延した嚥下障害に対応した一症例

○真柄 仁¹ (1. 新潟大学 医歯学総合病院 摂食嚥下機能回復部)

[認定P-08] 重度嚥下障害患者に対して完全側臥位での直接訓練を指導した1例

○伊原 良明¹ (1. 昭和大学 歯科病院 口腔リハビリテーション科)

[認定P-09] 多職種連携により一部経口摂取が可能となった一例

○五十嵐 公美^{1,2} (1. 日本歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科、2. 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック)

[認定P-10] 下顎骨区域切除後の補綴治療と嚥下機能評価を実施した一症例

○白野 美和¹ (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科)

[認定P-11] 摂食嚥下障害を認めた脳梗塞既往患者に対して嚥下体操の指導を行い誤嚥の頻度が減少した1例

○圓山 優子¹ (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科)

[認定P-12] 中咽頭癌術後、全身状態を考慮し、摂食嚥下訓練を行うことにより、経口摂取開始可能となった一例

○田下 雄一¹ (1. 昭和大学 歯学部 スペシャルニーズ 口腔医学講座 口腔リハビリテーション 医学部門)

認定医審査ポスター | ライブ

認定医審査ポスター G1

2020年11月7日(土) 12:00 ~ 14:00 B会場

[認定P-01] 繰り返す脳梗塞による摂食嚥下障害が代替栄養と歯科的介入で改善が見られた1例

○田村 厚子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野)

[認定P-02] 進行性核上性麻痺患者に対する摂食嚥下リハビリテーションを行った一症例

○吉田 早織¹ (1. 東京医科歯科大学高齢者歯科学分野)

[認定P-03] 舌の口蓋押しあて訓練が舌骨の挙上動態に及ぼす影響

○並木 千鶴¹ (1. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

[認定P-04] 偽性球麻痺を呈した摂食嚥下障害患者に対して継続した摂食嚥下リハビリテーションで経口摂取を確立した1例

○今田 良子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野)

[認定P-05] 咽後膿瘍発症後に著明な舌下神経麻痺を生じた患者に対し摂食嚥下リハビリテーションを行った一症例

○小原 万奈¹ (1. 東京医科歯科大学医歯学総合研究科高齢者歯科学分野)

[認定P-06] 下腿周囲長の地域在住の要介護高齢者に対する嚥下機能評価の有用性

○黒澤 友紀子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

(2020年11月7日(土) 12:00 ~ 14:00 B会場)

[認定P-01] 繰り返す脳梗塞による摂食嚥下障害が代替栄養と歯科的介入で改善が見られた1例

○田村 厚子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科高齢者歯科学分野)

【目的】脳血管疾患では虚血性、出血性によらず脳の損傷の部位と大きさにより異なるが、嚥下障害が生じ、程度も様々である。慢性期では疾患の症状や加齢による予備力の低下などから嚥下障害が悪化することがあるため、状態に合わせた対応が必要となる。今回、繰り返す脳梗塞による摂食嚥下障害が胃瘻造設及び歯科的介入により改善が見られた症例を経験したので報告する。【症例および経過】84歳男性、164cm、64kg、BMI23.8、陈旧性脳梗塞により右上下肢麻痺、意識清明、構音やや不明瞭、PD（上顎のみ）、介護度5、H27,2月左小脳梗塞、3,4月右小脳梗塞、6月右橋～延髄梗塞。H28,3月左橋梗塞発症。H29,3月経鼻経管（800kcal）から胃瘻造設（バルーン型）へ変更。歯科的介入（直接、間接訓練、PAPの作製）、ベッド上リクライニング60～70°で胃瘻（900kcal）とお楽しみでプリン、ヨーグルトだけから軟飯、柔らかい牛肉（小片）、白身魚の煮つけなどの自己摂取が可能になった。端座位やポールにつかまりながらの立位が可能になり体幹機能の回復とともに口腔機能（口腔周囲筋力、口唇閉鎖力、舌圧、舌の可動域など）の向上や構音機能の明瞭化も見られ、摂食嚥下障害の改善もかなり見られた。【結果と考察】脳血管疾患では短期間に症状の悪化が進むため早い時期のリハビリの介入が必要であるが、しかし十分な栄養が得られなければ筋力の回復、強化は望めない。同様に摂食嚥下機能に関わる筋力の回復も望めず、経口摂取は難しくなる。本症例は、チューブ管理、栄養管理から歯科的介入が制限されやすい経鼻経管から胃瘻による代替栄養に変更することにより、体幹機能のみならず難しかった経口摂取が可能になる摂食嚥下機能の改善や端座位や立位が可能になるなどリハビリの進捗にもかなり良い影響が見られた。（COI開示：なし）

(2020年11月7日(土) 12:00 ~ 14:00 B会場)

[認定P-02] 進行性核上性麻痺患者に対する摂食嚥下リハビリテーションを行った一症例

○吉田 早織¹ (1. 東京医科歯科大学高齢者歯科学分野)

【緒言】

進行性核上性麻痺は50%生存率5-6年であり、病状に合わせた嚥下機能へのアプローチが重要である。今回、進行性核上性麻痺患者に対し継続的な嚥下評価および摂食嚥下リハビリテーション(以下嚥下リハ)、外食支援を行い、食べる楽しみを維持しながら摂食嚥下機能を支えた症例を経験したので報告する。

【症例の概要と処置】

82歳女性。2011年に進行性核上性麻痺と診断され、2017年11月に誤嚥性肺炎にて入院し主治医から胃瘻をすすめられた。退院後、入居先の施設嘱託医より嚥下評価および嚥下リハを目的に当科へ診察依頼があった。初診時は寝たきりであるが端座位が可能であった。地域訪問歯科により適合良好な上下顎義歯が装着され、週1回の口腔ケアにより口腔衛生は良好であった。舌圧、口腔粘膜潤湿度、舌口唇運動機能、咀嚼能力、咬合力等の口腔機能評価は全て基準値より低下していた。3食ソフト食（嚥下調整食2-1程度）を自己摂取しており、嚥下内視鏡検査では咽頭残留はあるが中間とろみ水による交互嚥下で摂食可能で、誤嚥は認めなかった。嚥下リハとして舌機能訓練と咀嚼訓練を追加し、廃用予防に努めた。その後、本人と家族の「形がある物を食べたい」との希望があり、嚥下評価に基づいた段階的摂食訓練により、持ち込みで軟菜一口大レベルの摂食が可能となった。そこで施設と相談の上、昼1食から軟菜一口大が提供開始となり、徐々に朝昼2食へ段階的に移行した。また、摂食嚥下関連医療資源マップを紹介することで、嚥下食の提供可能な飲食店にて家族で外食を楽しむことができ、外出頻度が向上した。半年後、徐々に体幹保持が困難となり頸部固縮を認め、食事は全介助となりムセが増えるように

なった。そのため、施設での食事はソフト食に変更し、食具の調整や食形態の指導、姿勢補助など適切な食環境の設定をするとともに、家族の持ち込み食を嚥下内視鏡で確認することで、食べる楽しみを維持している。

【結果と考察】

進行性核上性麻痺患者の死因は肺炎が最多であり、病状の進行に伴う頸部後屈と姿勢保持の乱れ、嚥下関連筋群の筋力低下、認知障害、協調運動障害など複合的な原因により嚥下障害が重症化し経口摂取困難となる。継続的な嚥下評価により病状に合わせた食環境を設定し、誤嚥性肺炎を予防しながら本人の食べたいという意思と食べる楽しみを尊重し安全な経口摂取の支援を行う必要性が示唆された。

(2020年11月7日(土) 12:00 ~ 14:00 B会場)

[認定P-03] 舌の口蓋押しあて訓練が舌骨の挙上動態に及ぼす影響

○並木 千鶴¹ (1. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

【目的】

舌圧は口蓋に舌が接触することにより生じ、食塊を口腔から咽頭に送り込む際には、舌圧が必要である。舌圧発生の直前には舌骨上筋群の活動が生じているとの報告がある。また舌圧の産生には、舌骨挙上による口腔底の挙上が必要である。既に、舌と口蓋でバルーンを潰す訓練が舌圧を増加させるとの報告があるが、舌骨上筋群の効果については報告がない。よって舌を口蓋に押し当てる訓練が舌筋だけでなく、舌骨上筋群に対しても効果があるのか検証した。

【方法】

食事中のむせや、喉が詰まるなどの症状がある、老人性嚥下障害を呈している、従命可能な18人の患者（平均年齢：76.8±6.2歳 男性11名 女性7名）を対象とした。訓練は、舌を口蓋に強く押し当てる運動と、その後の休憩を10秒間ずつ行うことを5回繰り返す事とした。この訓練を1日2回行い、1か月間継続した。舌筋の評価には、舌圧およびオーラルディアドコキネシス（ODKR）の ta と ka を計測した。舌骨上筋群および嚥下機能の評価には嚥下造影検査を用いて飲水時の舌骨の位置と、咽頭残留量、および誤嚥、喉頭侵入の有無を評価した。

【結果と考察】

訓練後、舌圧および ODKR の ta が (5.6±1.3) 回/S から (6.0±0.9) 回/S へ、ka が (5.2±1.1) 回/S から (5.6±0.9) 回/S へ、有意に向上した。また舌骨の上方および前方変位量が有意に上昇し、咽頭残留量が有意に減少した。さらに、誤嚥および喉頭侵入の有無が有意に改善した。結果より、舌の口蓋押し当て訓練により運動ニューロンが強化され、筋肉と神経接合部の伝達が改善されたことにより運動単位数が増え、舌圧および舌の運動機能も改善され ta および ka が有意に向上したと考えられる。また舌圧形成には舌骨上筋群の顎舌骨筋および顎二腹筋前腹が関与していることから、舌骨上筋群の機能改善が、舌圧向上にも関与し、嚥下機能の改善に繋がったと考察される。よって舌の口蓋押し当て訓練は舌圧の向上だけでなく、舌骨上筋にも効果があると考えられた。

(COI 開示なし)

(東京医科歯科大学歯学部倫理委員会承認番号 D2018-007)

(2020年11月7日(土) 12:00 ~ 14:00 B会場)

[認定P-04] 偽性球麻痺を呈した摂食嚥下障害患者に対して継続した摂食嚥下リハビリテーションで経口摂取を確立した1例

○今田 良子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

【緒言】脳血管障害における摂食嚥下障害の要因の1つに仮性球麻痺がある。仮性球麻痺による摂食嚥下障害は両側上位運動ニューロンの損傷により起こる。今回、重症の嚥下障害を来しながらも訪問言語聴覚士（以下ST）と連携し常食摂取が可能になった症例を経験したので報告する。

【症例】72歳男性。既往歴に脳梗塞と高血圧がある。平成29年11月構音障害と左不全麻痺を呈し、救急搬送。右内包後脚に脳梗塞を発症し、急性期病棟に入院した。その後歩行は左足部のつまづきが残存するものの独歩での階段昇降が出来るまで改善したが、入院リハビリ中の平成30年1月に左放線冠梗塞を発症。入院中体重は10 kg減少した。流涎や運動性の構音障害、舌や軟口蓋の麻痺出現し、平成30年2月嚥下障害改善目的で当科初診となった。初診時の嚥下機能評価では口唇閉鎖不全による食物の取り込み障害や送り込み障害、嚥下反射惹起遅延を認め、水分のとりみ付与や姿勢調整を指導した。また間接訓練を指導し、訪問 STとも情報を共有しながらリハビリテーションを進めた。

【経過】時々熱発や痰の増加は認めるものの、肺炎による入院もなく経過し、徐々に構音障害も改善した。平成30年11月より咀嚼訓練を開始した。その後徐々に食形態も改善し、介入より1年9ヶ月で常食の摂取が可能となった。入院中より体重も増加し、痰の量も減少した。嚥下機能評価では口唇閉鎖により食物の取り込みた流涎、送り込み障害、嚥下反射惹起のタイミング、咽頭収縮も改善し、咽頭の唾液貯留も認められなかった。

【考察】本症例では家族や訪問 STとの連携により、指導内容に理解が深まり栄養状態や食形態の向上に繋がったと考えられた。またより知覚探求活動に働きかけ、咀嚼運動など能動的な運動学習や経験を継続する事で、舌や頬などの協調した運動が改善したものと思われた。

(2020年11月7日(土) 12:00 ~ 14:00 B会場)

[認定P-05] 咽後膿瘍発症後に著明な舌下神経麻痺を生じた患者に対し摂食嚥下リハビリテーションを行った一症例

○小原 万奈¹ (1. 東京医科歯科大学医歯学総合研究科高齢者歯科学分野)

【目的】

咽後膿瘍により舌下神経麻痺を生じ嚥下障害を起こす例は稀である。今回、上咽頭癌への放射線治療後に咽後膿瘍を発症し舌下神経麻痺を生じた患者に対する摂食嚥下リハビリテーションにより、嚥下機能の改善を認めた症例を経験したので報告する。

【症例および処置】

80歳男性。本学医学部附属病院にて右上咽頭癌に対し入院でIMRT施行、70Gyを照射。経口摂取で退院したが、照射終了から2ヵ月後に咽後膿瘍を発症し再入院した。再入院当初から舌下神経麻痺による重度構音障害を呈していた。耳鼻咽喉科での嚥下機能検査にて、重度の嚥下障害のため経口摂取不可と診断されたが、家族の経口摂取への強い希望により当科紹介となった。

当科初診時は、軟口蓋のカーテン兆候、舌の線維束攣縮、右声帯運動麻痺を認め、VF検査では食塊を嚥下できなかったため、間接訓練を指導した。1ヵ月半後、姿勢の調整により直接訓練が可能なレベルまで改善した。同時にPAPの作成を開始した。3週間後にPAPが完成し、さらに1ヵ月後のVF検査では、PAP装着下でとろみ1%4ccを座位で誤嚥なく摂取できた。また、右声帯運動麻痺・軟口蓋のカーテン兆候も消失した。

【結果と考察】

舌下神経は上咽頭放射線治療後に障害される場合があるが、晩期障害であれば発症に平均3～10年を要するため、本症例は咽後膿瘍が原因である可能性が高い。咽頭周囲の感染症が原因で嚥下障害を発症した報告は複数あるが、本症例では壊死部位が非常に広範囲であり、舌下神経の著明な麻痺を認めた点で他に類を見ない。感染症による重度の嚥下障害に対しても、適切な摂食嚥下リハビリテーションにより嚥下機能が改善することが示された。

(2020年11月7日(土) 12:00～14:00 B会場)

[認定P-06] 下腿周囲長の地域在住の要介護高齢者に対する嚥下機能評価の有用性

○黒澤 友紀子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

【目的】

骨格筋指数の低下が嚥下機能低下の重要な危険因子であることが報告されている。また、下腿周囲長（CC）の減少は筋肉量および栄養失調と相関する事が知られている。嚥下障害もまた骨格筋量の減少および栄養失調と関連することが報告されている。しかし、要介護高齢者を対象とした嚥下障害とCCの関係を調査した報告はなく、またCCが嚥下障害のスクリーニングパラメータとして検討した報告はない。我々は地域在住の要介護高齢者の嚥下障害予測におけるCCの有用性を検討した。

【方法】

病歴、年齢、性別、身長、体重、簡易栄養状態評価表（MNA-SF）、基本的生活動作（ADL）、機能的経口摂取スケール（FOIS）、嚥下困難重症度スケール（DSS）の測定を行った。嚥下障害はDSSの1～4を嚥下障害有り、5～7を嚥下障害無しとした。統計解析は、Spearman分析によりCCと相関のある項目を検討した。男女別のCCによる嚥下障害のカットオフ値は受診者動作曲線を用いて検討した。

【結果と考察】

対象者を154名とし、CCがDSS、バーサルインデックス、MNA-SF、FOIS、およびBMIと有意に相関した。嚥下障害の有無に対するCCのカットオフ値は、男性で31.0 cm、女性で29.3 cmを示した。また年齢と性別を調整した後、嚥下障害の有無がCCのカットオフ値と関連していた。

これらは第一に脳血管疾患やパーキンソン病などにより嚥下機能が低下した高齢者では、疾患の影響から全身の骨格筋量が減少しADLが低下、それに伴いCCが低下する可能性がある。第二に、栄養失調や廃用から嚥下機能に影響しCCが低下する可能性がある。本研究でMNA-SF、バーサルインデックスとCCの相関結果から、CCが嚥下障害の有用な指標であると推測される。また、本研究で嚥下障害を予測するCCカットオフ値が男性で31.0 cm、女性で29.3 cmであることを実証した。

（COI開示なし）

（東京医科歯科大学歯学部倫理委員会承認番号 D2014-047）

認定医審査ポスター | ライブ

認定医審査ポスター G3

2020年11月7日(土) 12:10 ~ 14:10 C会場

[認定P-13] 口腔乾燥を伴った義歯安定不良による咀嚼障害に対して、補綴治療および口腔機能訓練を行い改善した症例

○石田 晃裕¹ (1. 東京歯科大学 老年歯科補綴学講座)

[認定P-14] 多数歯残根状態患者の歯冠補綴治療前後の口腔機能及び咀嚼機能を比較した症例

○山澄 尚大¹ (1. こばやし歯科クリニック)

[認定P-15] Von Recklinghausen病を有する患者に義歯作成を行い口腔機能の改善が認められた一症例

○多田 剛之¹ (1. JAにじ歯科診療所)

[認定P-16] 患者の心理的な背景に配慮し、口腔リハビリテーションによる機能改善を図った無歯顎患者の一例

○伊東 亜希子¹ (1. 鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座)

[認定P-17] 口腔機能低下症患者の一例

○鈴木 宏樹¹ (1. 医療法人 井上会 篠栗病院歯科)

[認定P-18] 口腔機能低下を呈する要介護高齢者に対して補綴治療を行った一症例

○廣田 秀逸¹ (1. 大阪歯科大学高齢者歯科学講座)

(2020年11月7日(土) 12:10 ~ 14:10 C会場)

[認定P-13] 口腔乾燥を伴った義歯安定不良による咀嚼障害に対して、補綴治療および口腔機能訓練を行い改善した症例

○石田 晃裕¹ (1. 東京歯科大学 老年歯科補綴学講座)

【緒言】

口腔乾燥は義歯の維持安定を阻害する主な要因である。義歯の維持安定不良は患者の摂取可能食品を減少させるとともに、全身的な栄養状態を悪化させる原因となる。口腔乾燥と義歯の安定不良により摂取可能食品が減少していた患者に対して、補綴治療と口腔機能訓練を行い、口腔機能および栄養状態を改善した症例を報告する。

【症例】

83歳の男性、2016年4月に上下顎総義歯の安定不良と咀嚼困難を主訴として来院した。2014年頃から徐々に義歯の不安定を自覚するも放置していた。その後徐々に口腔内の乾燥を自覚し、義歯の動揺も増大したため固形物の摂取が困難だったという。特に下顎義歯の維持安定は不良であり、床研磨面形態の不良と粘膜の乾燥による影響が原因として考えられた。舌粘膜には舌苔の付着を多く認めた。ムーカスを用いた口腔内湿潤度は19.7（中央値）であり口腔乾燥と診断した。またグルコース溶出量による咀嚼機能検査は69mg/dL、Satoらの咀嚼機能評価の結果は40%であり、咀嚼障害と診断した。BMIは17.5であり低栄養が疑われた。本報告の発表については、患者本人から文書による同意を得た。

【経過】

まず患者に対して唾液腺マッサージと、口腔内保湿剤による保湿を指導した。上顎義歯および下顎義歯研磨面に粘膜調整剤を貼付して経過を観察した結果、義歯の安定性が向上し、摂取可能食品の増加が認められた。新義歯製作時にはフレンジテクニックを利用し、床研磨面の形態と人工歯配列位置を決定した。治療期間中には咀嚼指導と栄養指導を行い、摂取可能食品の増加と栄養状態の改善を図った。治療後は義歯使用による疼痛や義歯不安定の訴えはなく、口腔粘膜水分量は中央値が25.2、Satoらの咀嚼機能評価の結果は80%、グルコース溶出量による咀嚼機能検査は131mg/dLに改善した。BMIも18.7に改善し、咀嚼障害と栄養状態の改善が行えたと考えられる。

【考察】

本症例では、機能運動時の義歯床研磨面形態を決定するためにフレンジテクニックを利用した。これにより口腔周囲筋の運動と研磨面形態の調和が図られ、義歯の安定を確保できたと考えられる。また口腔内の保湿は、義歯の物理的維持の向上に寄与したと考えられた。固形物を避けていた患者への咀嚼指導と栄養指導を行ったことは、摂取可能食品の増加と栄養状態の改善に寄与したと考えられた。

(2020年11月7日(土) 12:10 ~ 14:10 C会場)

[認定P-14] 多数歯残根状態患者の歯冠補綴治療前後の口腔機能及び咀嚼機能を比較した症例

○山澄 尚大¹ (1. こばやし歯科クリニック)

緒言

義歯装着を拒否しているため機能歯数が少なく咀嚼機能、口腔機能が低下してしまっている高齢者は多い。そのなかで保存可能な残根状態の歯が多く残っている患者に対し歯冠補綴治療を行い治療前後での咀嚼機能及び口腔機能を比較した一例を報告する。

症例

84歳、女性。

既往歴 高血圧、脂質異常症、アルツハイマー型認知症

前歯がなくて咬みにくいことを主訴に訪問歯科診療依頼。義歯は以前試したがどうしても使えなく義歯での治療は本人、家族ともに望まないとのこと。

多数歯 C4（12、16、24、26、27、31、32、33、41、42、43、44）。Eichner分類 B2。

43根尖部瘻孔あり。16骨縁下Cあり（視診）。

なお、本報告の発表について患者の代諾者から文書による同意を得ている。

経過

歯周病検査、デンタル撮影を行い、歯周治療、根管治療と並行し、歯冠補綴前の口腔機能精密検査、咀嚼機能検査を行った。根管治療後、プロビジョナルクラウン製作。1ヵ月経過観察。問題なかったため最終補綴物製作。（16は歯冠補綴困難だが抜歯は望まないとのことで経過観察。他のC4状態の歯に関しては全て歯冠補綴治療を行った。）さらに1ヵ月経過観察後、再度口腔機能精密検査及び咀嚼機能検査を行い、治療前後で比較した。治療前後で、咀嚼機能、咀嚼能率に大きな改善がみられた。

考察

今回の症例では、治療開始時より患者本人及び家族に義歯を用いた治療は望まないと明確な意思があり、患者の全身状態に大きな問題なく、開口保持も可能だったので、迅速な治療を行えた。また、Eichner分類 B2で右側小、大臼歯部に顎位が定まっていたので、プロビジョナルクラウンからの最終補綴へも早期に移行でき、大きな問題が生じず咀嚼機能の改善へとつながった。今後は、歯周病管理をしていきながら、口腔機能の管理も努めていきたい。患者の希望、状況に応じた適切な補綴治療を行い口腔機能の改善をはかることが大切である。

(2020年11月7日(土) 12:10～14:10 C会場)

[認定P-15] Von Recklinghausen病を有する患者に義歯作成を行い口腔機能の改善が認められた一症例

○多田 剛之¹（1. JAにじ歯科診療所）

緒言

要介護高齢者は咀嚼力低下や歯牙欠損による咀嚼障害や、口腔乾燥や口腔周囲筋力低下による嚥下障害等を認める事が多々見受けられるが、予備力が低下している高齢者において栄養摂取が出来ない事は死亡率上昇の誘因となる恐れがある。その為、患者の状態を十分に把握した義歯作成が望まれる。

今回義歯作成及び口腔機能管理を行う事で口腔機能の向上を認める事が出来た一例を経験したので報告する。

症例

72歳 女性

既往歴 右上腕骨骨幹部骨折 Von Recklinghausen病 第1腰椎破裂骨折 高血圧

治療・指導内容

患者は上記既往の為、長期臥床し自立困難であり、要介護度4の状態であった。「歯に穴があいている」を主訴に訪問歯科診療を開始した。右側上顎犬歯に C3のう蝕があり、患者希望で CR充填を実施した。CR充填により不快感が軽減したためか、754321┐123567 543┐12MTに対する義歯作製を希望されるようになり、上下顎の義歯を新規作製した。6か月後、鉤歯である右側上顎第一大臼歯、左側上顎第一小臼歯の脱離を認めたため、上顎総義歯を新規作製した。

舌、口唇の運動機能維持向上のため/pa/ta/ka/raを繰り返し発音する事を指導した。朝・昼・夜の食事前に10回ずつ頬のふくらし訓練を指導した。

経過

以前の食事形態はペースト食に近い形態であったが、義歯製作後は軟菜一口大食程度にまで改善する事ができた。食事時間に関しても義歯作製前と比べて約10分程度短縮した。清掃状態に関して以前は OHATスコア15だったのに対し治療指導後はスコア5にまで改善できた。以前より発音がはっきりして来たため、会話によるコミュニケーションが向上し、他の入居者と笑顔になる機会が増えた。誤嚥性肺炎由来と疑われた発熱の回数が減少した。

考察

患者は咀嚼できる部位がわずかにしか無く、食物の粉碎の能力低下を認めていた。義歯を作製する事により咀嚼能力の改善を獲得できたため、食事摂取量の増加及び食事時間を短縮させる事ができた。本人、介護者に口腔ケアの重要性を継続的に指導する事によって、う蝕や歯周病を抑制し、また肺炎に起因すると考えられた発熱の予防を行う事ができた。口腔内が清潔になる事で、舌、口唇粘膜の乾燥状態が改善され、口腔機能を回復する事ができた。会話が增える事でコミュニケーションの増加を起こす事ができ、患者の QOLを高める事ができたと考えられた。

(2020年11月7日(土) 12:10 ~ 14:10 C会場)

[認定P-16] 患者の心理的な背景に配慮し、口腔リハビリテーションによる機能改善を図った無歯顎患者の一例

○伊東 亜希子¹ (1. 鶴見大学歯学部高齢者歯科学講座)

【緒言】

加齢に伴い心身の機能は徐々に低下し自立度の低下へと陥る。歯科領域においてもオーラルフレイル、口腔機能低下、さらには心身の機能障害にまでつながる可能性がある。それらに対し、歯科的介入による口腔機能維持や向上が求められている。今回、審美的要望にも応えつつ、機能的な回復により日常生活のモチベーション向上に至った一例を経験したので報告する。

【症例】

患者は特別養護老人ホーム入所中の82歳女性。2017年1月に発音しにくい、食べ物が溜まりやすいとの主訴で診療依頼があった。口腔内所見は無歯顎、上下顎全部床義歯を装着していた。基礎疾患は骨粗鬆症、パーキンソン病、レビー小体型認知症、高血圧。要介護3度、意思疎通は可能、車椅子で自走可能で、食形態は一口大で自食、義歯の管理も自分で行っていた。診療を進めていく中で、以前より受け口の顔貌に対して悩んでいたという訴えもみられた。

【経過】

機能向上のため義歯の新製作を行う中で、排列位置の工夫を行い審美的な改善も行った。筋力低下による下口唇の翻転が認められたため、義歯調整と並行し嚥下体操の一部を用いてリハビリテーションを行った。義歯の機能向上が認められたが、他の利用者より食事時間が遅いなどと言われ本人のモチベーションが低下し、歯科治療に対して消極的となった。義歯の更なる安定をはかるため、下顎義歯の筋形成を粘膜調整材で行い、同時にボタンプル訓練を開始。口唇の機能が向上し、義歯の安定が認められた。食事に関しても軽度改善が認められ、本人から前向きな発言もみられるようになった。

【考察】

本症例では、義歯新製作に合わせて口腔リハビリテーションを合わせて実施することにより、義歯の安定をはかることができた。また、義歯製作時に審美面にも注意することにより患者のモチベーション向上につながった。心理状態に合わせリハビリの方法を変え、継続させることにより口唇の機能も改善し、義歯の使用感が改善することにより患者の笑顔も増え、QOL向上につながったと考えられた。

(2020年11月7日(土) 12:10 ~ 14:10 C会場)

[認定P-17] 口腔機能低下症患者の一例

○鈴木 宏樹¹ (1. 医療法人 井上会 篠栗病院歯科)

【緒言】近年、健康寿命にフレイルが影響を与えることが明らかになっている。また、そのフレイルと口腔機能の関連に対する報告も散見され、高齢者の口腔機能を維持・向上させることは重要視されている。平成30年度の診療報酬改定により、7項目の口腔機能精密検査において、3項目以上で口腔機能低下が認められた症例は口腔機能低下症と診断され、口腔機能の維持・向上のための管理・指導を行うことが認められた。今回われわれは、口腔機能低下症と診断された高齢者に対し歯科治療と口腔機能管理・指導を行うことで、口腔機能が向上した一例を経験したので報告する。

【症例】患者：86歳、男性。主訴：義歯が合わず食事がしにくい。以前より義歯が合わず食事に苦勞しており、近医に通院するも改善なく、紹介により当科受診となった。患者は義歯に対する不満が強く、開口により上顎義歯が脱落する状態であった。

【経過】義歯の咬合および適合の調整を行い維持・安定が向上するも、食事がしにくいという主訴は改善しなかったため、口腔機能精密検査を行ったところ、7項目全てに機能低下を認めた。そのため、義歯の新製と共に口腔機能向上のための口腔体操として唾液腺マッサージとあいうべ体操の指導と管理を行った。2ヶ月後より口腔機能の向上がみられたため、さらに嚥下おでこ体操を追加指導した。約1年後には7項目全てにみられた口腔機能低下が3項目に減少した。食事がしにくいという患者の主訴は解決したが、このことは嚥下のスクリーニング検査であるEAT-10スコアが初診時の18点から、0点に改善したという結果に矛盾しない。患者は現在も定期受診しており、約2年経過したが良好に推移している。

【考察】今回、口腔機能低下症に対し、歯科治療と口腔機能の管理・指導を行うことで患者の摂食状況が改善した。口腔機能精密検査により改善すべき口腔機能が明確となり、各々の口腔機能低下に対する的確な指導や治療を選択することができるため、口腔機能精密検査は高齢者の「食べる」機能の改善に有用な検査であると考えらる。(COI開示：なし)

(2020年11月7日(土) 12:10 ~ 14:10 C会場)

[認定P-18] 口腔機能低下を呈する要介護高齢者に対して補綴治療を行った一症例

○廣田 秀逸¹ (1. 大阪歯科大学高齢者歯科学講座)

【目的】

郊外の在宅要介護高齢者は歯科医院に通院困難な場合があり不適合義歯の長期間使用もしくは義歯の不使用により口腔機能の低下を進行させることがある。

本症例は、上顎義歯未装着により咬合低下を呈した要介護高齢者に対し補綴治療を行い、良好な結果を得たので報告する。

【症例および処置】

86歳、女性。咀嚼困難・審美不良を主訴に担当介護専門員から訪問歯科診療の依頼を受けた。

既往歴はくも膜下出血、左大腿骨転子部骨折で、現在は糖尿病のため投薬治療を受けている。要介護度は4で、座位での診療は可能であり、認知機能に問題はない。残存歯は中等度歯周炎で、上顎は残存歯7本のうち4本は残根で、1本は齲蝕が進行していた。上顎欠損部は放置されていたため咬合が低下していた。下顎は右側犬歯のみ残存しており、下顎義歯は床粘膜面が不適合であったが食事時のみ使用していた。義歯未装着時はすれ違い咬合を呈していた。口腔機能低下を疑い検査をした結果、口腔衛生不良、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、舌圧低下が認められた。診査の結果、上顎義歯未装着による咬合低下を伴う咀嚼障害、審美障害、ならびに口腔清掃不良、咬合力低下、低舌圧、舌口唇機能低下による口腔機能低下症と診断した。治療計画として、保存可能歯に対しう蝕処置と根面板処置後、残根上義歯を作製し咀嚼機能の回復を図った。その後、残根歯の抜歯、義歯の調整、口腔清掃指導を行い口腔清掃不良の改善を図った。並行して舌口唇運動機能低下、舌圧低下に対し筋機能訓練指導を行い口腔機能低下症の改善を図った。

【結果と考察】

う蝕処置後、義歯作製を行い咀嚼障害と審美障害が改善された。歯冠一歯根比が小さく歯冠修復が困難な歯牙をオーバードンチャーの支持に利用する事で義歯の安定を得る事ができたと考える。義歯装着後、食事形態は軟飯食から常食へ改善した。根面板形態、抜歯、清掃指導により清掃性の改善を得たと考える。間接訓練の指導により未だ低値であるが舌圧、舌口唇機能に改善傾向を認めた。

今後、担当介護専門員との情報共有を継続し口腔機能を維持するために、義歯使用状況の確認と残存歯の管理、機能訓練指導を継続する予定である。

認定医審査ポスター | ライブ

認定医審査ポスター G4

2020年11月7日(土) 15:10 ~ 17:10 C会場

[認定P-19] 歯性感染症から縦隔炎に至った全身疾患を有する高齢者の1例

○津川 恵里子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

[認定P-20] 骨髄異形成症候群患者における骨髄移植の口腔内管理

○金子 聖子¹ (1. 東京医科歯科大学高齢者歯科学分野)

[認定P-21] 全身疾患を伴う重度歯周炎による咀嚼障害に対して補綴治療を行った症例

○石井 悠佳里¹ (1. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

[認定P-22] バイアスピリン服用下で抜歯後止血困難であった症例

○平井 杏里^{1,2} (1. 東京医科歯科大学大学院医歯薬総合研究科 高齢者歯科学分野、2. 医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック 歯科診療部)

[認定P-23] 抗凝固療法中の患者に補綴前処置として多数歯抜歯を行った症例

○南 慎太郎¹ (1. 東北大学病院 総合歯科診療部)

[認定P-24] 誤嚥性肺炎後に胃瘻造設となった入院患者が、在宅往診、外来受診へ移行し経口摂取を再開した一例

○仲澤 裕次郎¹ (1. 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック)

(2020年11月7日(土) 15:10 ~ 17:10 C会場)

[認定P-19] 歯性感染症から縦隔炎に至った全身疾患を有する高齢者の1例

○津川 恵里子¹ (1. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

【目的】

全身疾患を有する高齢者は抵抗力の低下から炎症が重症化し全身に波及しやすいことが知られている。今回全身疾患を有する高齢者が、歯性感染症から重度の縦隔炎に至った症例を報告する。

【症例】

73歳男性、ADLは自立。既往歴には糖尿病、胃がん（全摘後）、脾臓部分切除、胆嚢摘出。内服薬は、ボグリホース、レパグリニド、クエン酸鉄Na、メコバラミン、シタグリプリチンリン酸塩水和物であった。

【経過】

2019年8月右側の歯の痛み、背部痛、臍周囲痛があり食事摂取できず、発症から2日後かかりつけ医を受診し入院となった。さらに2日後、炎症反応上昇あり縦隔に及ぶ右咽頭後膿瘍を認め手術目的に当院医学部 ERに転送となった。CTにて頸部～腎付近及び大動脈周囲にも膿瘍を認め、頸部切開排膿、緊急開胸ドレナージ術が施行された。当院入院4日後、医学部 ERより往診依頼を受け、歯科訪問した。下顎に多数の残根を認め縦隔炎の感染源と推測されたため、全身状態回復後早急な抜歯を行うこととした。入院18日目再度訪問時、血小板数 $4.5 \text{ 万}/\mu\text{l}$ と出血リスクが高かったため、血小板10単位を輸血し、翌日、下顎残根をプロピトカイン塩酸塩・フェリプレシン注射液にて浸潤麻酔後に抜歯し、縫合した。入院24日目に創部経過は良好であったため抜糸し、SP処置を施行した。同日CT上、膿瘍縮小傾向となっていたため入院38日目にドレーン類を全て抜去した。入院55日目全身状態が安定したため転院となった。

【結果と考察】

今回、う蝕歯が原因と思われる炎症が縦隔から大動脈に波及し全身状態の悪化を招いた症例を報告した。高齢かつ糖尿病患者であるため、易感染状態が引き金となった可能性がある。全身疾患を有する高齢者は、日頃から口腔内を清潔にするとともに炎症の要因となる病巣は早期に除去しておくことが望ましいと考えられる。

また、有病高齢者の抜歯においては、事前に血液検査で出血傾向を調べ対策と処置を検討しておく必要があると考えられる。

(2020年11月7日(土) 15:10 ~ 17:10 C会場)

[認定P-20] 骨髄異形成症候群患者における骨髄移植の口腔内管理

○金子 聖子¹ (1. 東京医科歯科大学高齢者歯科学分野)

【目的】

骨髄移植は易感染性となるため、移植後の感染予防として感染源となり得る部位を除去し、口腔内の感染コントロールを行うことは重要である。今回、骨髄異形成症候群のため骨髄移植を施行する患者の感染源となり得る歯牙の抜歯を行い、継続的に口腔環境のコントロールを行った1症例を報告する。

【症例の概要と処置】

67歳、女性。骨髄異形成症候群、糖尿病、腰椎狭窄の既往あり。2016年に糖尿病で貧血を指摘され、その後進行がみられたことから骨髄異形成症候群と診断された。2019年3月に移植予定で本学医学部へ入院し、移植前に感染源の評価で感染源となり得る部位の処置依頼があった。口腔内診査、パノラレントゲン写真より慢性根尖性歯周炎の部位が認められ16本の抜歯が必要と診断した。抜歯を行う際、血小板数がすでに減少しており血小板輸血後に抜歯を施行した。その後感染予防の口腔ケアと義歯作製を行い、継続的に管理を行った。

【結果と考察】

血小板減少により、止血困難であったが圧迫止血と止血剤を用いて止血を行なった。その後も抜歯部位に感染なく抜歯窩も良好となり骨髄移植となった。移植後は感染予防の口腔内ケアを徹底的に行なった。また、多数歯抜歯のため食形態が変わり栄養指導も必要となった。口腔ケアと同時に義歯を作製し食形態の回復まですることができ

た。本症例では、骨髄移植に向けて医師と歯科医師、歯科衛生士が協力して術前から術後まで連携し計画を立てスムーズに治療を行うことが出来、有病高齢者の骨髄移植が成功している。

(2020年11月7日(土) 15:10 ~ 17:10 C会場)

[認定P-21] 全身疾患を伴う重度歯周炎による咀嚼障害に対して補綴治療を行った症例

○石井 悠佳里¹ (1. 東京歯科大学老年歯科補綴学講座)

【緒言】

近年、歯周病を代表とした歯科疾患と全身疾患との関連が明らかになり、全身的管理に対する歯科の重要性は年々高くなっている。

今回、歯科受診により明らかになった糖尿病と高血圧症に対して、医科と連携し、口腔と全身状態の改善を行った一例を経験したので報告する。

【症例】

68歳の男性。咀嚼困難を主訴として来院した。数年前より歯が自然脱落し始めたが、約30年前に埋入した右側下顎臼歯部のインプラントで咀嚼可能だったため、歯科は未受診だったという。しかし、6か月前に46、47番部のインプラント上部構造が脱離し、咀嚼が困難となり来院した。口腔内は16、22、24～27、31、32、35～37、42～47番歯が欠如していた。歯肉腫脹が著明で、17、23、41番歯は動揺度3度、43、44部のインプラントは動揺度2度であった。これまで全身的既往歴はないとのことだったが、抜歯やインプラント除去などの観血処置が必要となる可能性が高く、血液検査を実施した。HbA1c 11.6%、血中グルコース濃度332ml/dl、血圧150/98mmHgと高値であったため、診断および治療を内科へ依頼した。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得た。

【経過】

内科での血糖・血圧コントロールと並行し、口腔衛生管理を行った。また、暫間義歯にて咀嚼機能の改善を図り、内科と歯科の両方で、食事療法と栄養指導（減塩食、食事方法と必要栄養量について）を行った。血糖値と血圧の改善後、すべてのインプラントの除去と動揺歯の抜歯を含めた歯周基本治療を行った。歯周状態の改善後、審美性の改善と歯軸改善を目的とした上顎残存歯の歯冠補綴装置と上顎可撤性局部義歯、33、34番歯に磁性アタッチメントを用いた下顎総義歯を製作し、最終補綴装置とした。補綴装置装着後、咀嚼機能は改善し、栄養指導に沿った食事を摂取可能となった。現在、正常高値血圧を維持しており、血糖値にも改善が認められた。

【考察】

一般的に歯周病の重症化から医科を受診することは少なく、また、重度歯周病の基に全身疾患が潜んでいる可能性も口腔内所見のみでは否定できない。本症例のように、全身疾患の初期症状が口腔内に出現している可能性を念頭におき、口腔衛生管理を行うとともに、必要に応じて全身検査を行い、医科受診を勧めるなどの積極的な医科歯科連携を図る必要があると考えられた。

(2020年11月7日(土) 15:10 ~ 17:10 C会場)

[認定P-22] バイアスピリン服用下で抜歯後止血困難であった症例

○平井 杏里^{1,2} (1. 東京医科歯科大学大学院医歯薬総合研究科 高齢者歯科学分野、2. 医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック 歯科診療部)

【諸言】

高齢化が加速する我が国において、有病高齢者患者が歯科診療所へ来院する機会が増加しつつある。『循環器疾患における抗凝固・抗血小板治療に対するガイドライン』及び『抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン』では、脳梗塞・心筋梗塞・狭心症罹患患者の歯科治療において血栓・塞栓再発のリスクがあるため、抗凝固薬や抗血小板薬は中断せずに実施することが望ましいとされている。

【症例】

患者は73歳男性である。65歳時に大動脈弁置換術および胸部大動脈瘤手術を行い、術後からバイアスピリンを服用していた。ガイドラインに従い、同薬剤を休薬せずに抜歯を実施したが、抜歯後出血を発症し止血に難渋したため報告する。

【経過】

患者は動揺歯があるので抜歯をして入れ歯を作りたいとのことで来院した。2019年2月に左上顎1・2の抜歯を実施した。縫合し、サージセルを填入、圧迫止血を行い止血確認した。ところが、抜歯1日後に血が止まらなると急患で来院した。PT-INRを測定したところ0.9であったが止血困難なため、止血用床副子を作製・装着した。抜歯2日後、再度急患来院され再掻爬・再縫合を実施した。その後も、3度にわたり出血が止まらなると来院された。抜歯12日後も依然出血しており、心臓血管外科の担当医に連絡をし、バイアスピリン休薬可能とのことでやむを得ず休薬をした。抜歯19日後、完全に止血したのを確認し、同薬剤を服用再開した。

【考察】

患者は過去にも出血イベントが頻発していた。2017年に右下顎6を抜歯後、10日間止血困難であった。これは後に判明した事だが、2016年に胆管結石摘出後、消化管出血があったとの情報があった。また、今回の抜歯の1か月前の血液検査では、血小板数は9.6万/ μ lで基準値より低い値ではあるが自然出血を呈するほどの値ではなかったため許容範囲内としていた。しかし、数値は正常でも機能異常であった可能性を考慮し、早期に医科に紹介し連携を図るべきであった。その後、患者は後頭部打撲によるくも膜下出血で死亡している。死因は出血部位が広範囲にひろがったことによるものだった。なんらかの血液疾患を疑い、迅速に血液内科へ紹介していれば偶発症や死亡が阻止できた可能性があり悔やまれる症例である。このように抜歯後出血を契機として、疾患が判明する可能性があるため、医科との連携をスムーズに行うことが重要である。

(2020年11月7日(土) 15:10 ~ 17:10 C会場)

[認定P-23] 抗凝固療法中の患者に補綴前処置として多数歯抜歯を行った症例

○南 慎太郎¹ (1. 東北大学病院 総合歯科診療部)

【緒言】

高齢者の増加により、心疾患をはじめ、循環器疾患を抱える患者が多くみられ、歯科的観血処置により、術後に偶発症や合併症を引き起こすことがある。本症例では、上下顎にわたり、保存困難な歯が存在する患者に対して、患者の全身状態と安全に配慮した上で、抜歯術を行い、その後の咬合回復で良好な経過が得られたので報告する。

【症例】

65歳、女性。下顎左側臼歯部ブリッジの動揺による咀嚼障害を主訴に来院。全身既往として、1980年頃に左頸動脈の高安動脈炎（大動脈炎症候群）を発症し、同動脈の人工血管置換術と同動脈の再感染による再手術、その後、大動脈弁閉鎖不全により1999年に大動脈弁置換術を行っている。現在、かかりつけ医でフォロー中であり、常用薬は、降圧薬・抗凝固薬である。診査の結果、当該部位以外に、上顎右側および左側臼歯部にも、歯根破折や重度慢性歯周炎による保存困難な歯がみられた。

【経過】

処置前に全身状態や血液データを確認するためにかかりつけ医に対診を行った。出血傾向を示す血液データは、プロトロンビン時間は26.1secで、PT-INR値は2.24であった。抜歯部位は下顎左側5、7、上顎右側3、6、上顎左側7の合計5本とし、上下顎で日を改めて抜歯を行った。抜歯当日は処置前の昼食を指示し、抜歯処置は、抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドラインと感染性心内膜炎（IE）予防のガイドラインに従い、ワーファリン継続下・術前抗菌薬（アモキシシリン2.0g）投与下で、生体監視モニターを用いながら、低侵襲処置を心掛けた。術中の血圧変動も概ね安定し、安静状態での処置ができた。抜歯後は樹脂製で残存歯被覆型の止血床を装着し、数日間装着するように指導した。その後、抜歯窩上皮が形成された段階で、治療用義歯を装着し、粘膜調整処置を数回行い、最終補綴を行った。治療用義歯には疼痛などはなかったが、患者から上顎口蓋部の義歯床に舌前方が触れが気になるとの訴えがあったので、上顎義歯にはパラタルバーを使用した。

【考察】

主訴以外の保存困難な歯にも同時期に対応したことは、IE予防の観点から非常に有益であったと思われる。患者は以前に、抜歯経験があり、その際に止血に時間がかかったことを申告していた。今回は医科と情報共有し、事前に抜歯後に想定される症状に適切に対応したことで安全で確実な処置が可能になったと思われる。

(2020年11月7日(土) 15:10 ~ 17:10 C会場)

[認定P-24] 誤嚥性肺炎後に胃瘻造設となった入院患者が、在宅往診、外来受診へ移行し経口摂取を再開した一例

○仲澤 裕次郎¹ (1. 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック)

【緒言】

摂食嚥下障害患者への対応においては多種職と連携しながらその患者に適した栄養摂取方法を指導する事が重要である。我々は入院中の胃瘻患者が在宅往診、外来受診へと移行しながら経口摂取を再開するに至った一例を経験したので報告する。なお本報告の発表については患者本人から文書による同意を得ている。

【症例】

70代、男性。平成30年某月に自宅で意識消失し救急搬送された。腸閉塞により脱水になり脳梗塞を起こした後、嘔吐により誤嚥性肺炎を発症したと診断されていた。翌月入院中の病院に訪問診療を行った。舌の巧緻性低下がみられ、嚥下内視鏡検査では咽頭感覚低下、著しい咽頭収縮力低下を認めた。同月栄養管理のため胃瘻造設

された。

【経過】

診断結果から院内の言語聴覚士(以下 ST)に間接訓練とゼリーによる直接訓練を依頼した。初診から1か月後再評価し、経管栄養と併用しながらミキサー食を昼食時のみ摂取する事を提案した。初診から2か月後退院に至り、在宅診療に移行した。口腔機能・嚥下機能を評価しながら安全な食事形態・訓練方法の指導を行う一方、管理栄養士を同行し調理方法の指導や、経口摂取量の状況から栄養指導を行った。7か月間の在宅往診での介入により、体重は退院時の41.0kgから42.4kgまで増加し、舌圧も19.8kPaから21.7kPaに増加した。初診から10か月後体調安定し、活動量も増加したため外来受診へと変更した。外来受診時嚥下造影検査により追加嚥下・交互嚥下により常食の経口摂取が可能であると評価したため、主治医へ情報提供し胃瘻の抜去へと至った。また、胃瘻抜去後も外来受診にて間接訓練の指導を行い、口腔機能ならびに摂食嚥下機能の向上を認めた。

【考察】

約一年間の介入により、Functional Oral Intake Scale(FOIS)が、経管栄養とお楽しみ程度の経口摂取が可能な level2から、制限なく常食摂取可能な level7に改善された。本症例は ST、管理栄養士、主治医と連携しながら、患者の状況に合わせて施設往診、在宅往診、外来診療と切れ目の無い介入を継続し、適切な栄養摂取方法と摂食嚥下機能のリハビリテーションについて指導出来た事が、栄養状態や口腔機能、摂食嚥下機能の改善に繋がったと考えられる。

(COI 開示 : なし)

認定医審査ポスター | ライブ

認定医審査ポスター G2

2020年11月7日(土) 15:20 ~ 17:20 B会場

[認定P-07] 延髄外側症候群後の遷延した嚥下障害に対応した一症例

○真柄 仁¹ (1. 新潟大学 医歯学総合病院 摂食嚥下機能回復部)

[認定P-08] 重度嚥下障害患者に対して完全側臥位での直接訓練を指導した1例

○伊原 良明¹ (1. 昭和大学 歯科病院 口腔リハビリテーション科)

[認定P-09] 多職種連携により一部経口摂取が可能となった一例

○五十嵐 公美^{1,2} (1. 日本歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科、2. 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック)

[認定P-10] 下顎骨区域切除後の補綴治療と嚥下機能評価を実施した一症例

○白野 美和¹ (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科)

[認定P-11] 摂食嚥下障害を認めた脳梗塞既往患者に対して嚥下体操の指導を行い誤嚥の頻度が減少した1例

○圓山 優子¹ (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科)

[認定P-12] 中咽頭癌術後、全身状態を考慮し、摂食嚥下訓練を行うことにより、経口摂取開始可能となった一例

○田下 雄一¹ (1. 昭和大学 歯学部 スペシャルニーズ口腔医学講座 口腔リハビリテーション医学部門)

(2020年11月7日(土) 15:20 ~ 17:20 B会場)

[認定P-07] 延髄外側症候群後の遷延した嚥下障害に対応した一症例

○真柄 仁¹ (1. 新潟大学 医歯学総合病院 摂食嚥下機能回復部)

【緒言】延髄外側症候群（ワレンベルグ症候群）は、延髄背外側の解剖学的特徴に基づいて多様な神経症状を示し、球麻痺症状を主体とした嚥下障害は50%以上に生じると報告されている。今回、遷延した重度嚥下障害に対し、間接訓練および歯科補綴的な対応を行うことで経口摂取レベルが改善した一症例を報告する。

【症例】患者は67歳男性、当院の初診より約3年半前に右側の延髄外側梗塞を発症、球麻痺を伴う重度嚥下障害をきたし、発症2か月後には胃瘻が造設された。以降、他院にて間接訓練を継続したが楽しみレベルの経口摂取から改善されず、嚥下機能評価および今後の加療方針の検討を主訴に当科を紹介にて受診となった。初診時嚥下機能評価では、軽度氣息性嘔声、開鼻声、右顔面運動不良あり。軟口蓋挙上の右側不良および口蓋垂の左偏位を認めた。また、口腔内は欠損歯が多数あり、Eichiner分類でC2、義歯未装着の状態であった。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】初診より8日目に嚥下造影検査を実施し、咽頭収縮の不良および食道入口部の開大不全に伴う食塊の咽頭残留が認められ、右側の運動感覚障害を伴う嚥下障害と診断した。患側回旋位での嚥下直接訓練の継続、間接訓練としてバルーン訓練を継続する方針とした。歯科治療として保存不可能な残根歯の抜歯および上下顎に可徹性補綴装置を製作開始、初診より3か月目に装着した。1か月程度の義歯の調整後、咀嚼機能評価を実施したところ、112 mg/ml（グルコセンサー GS-II）であった。また、初診より4か月目に嚥下造影検査で再評価を行い、嚥下動態の改善が確認された。また嚥下造影検査と同時に撮影した筋電図検査の所見から、義歯装着時ににおいて、舌骨上筋群の筋活動時間の短縮や嚥下時の舌骨位の挙上が確認された。更に頸部回旋位を併用して患側へのバルーンカテーテルを適応することで、患側の食塊通過が得られるようになった。以降、直接訓練食の内容と量の増加、経管栄養量の漸減を図ることができた。

【考察】延髄外側症候群の患者に対して、バルーン訓練の際に頸部回旋を併用することで効果的なリハビリテーションを行うことができた。更に、可徹性補綴装置の装着を行った結果、咀嚼機能の改善や嚥下時の下顎位の保持が可能となったことが嚥下機能改善につながったと考えられた。

(2020年11月7日(土) 15:20 ~ 17:20 B会場)

[認定P-08] 重度嚥下障害患者に対して完全側臥位での直接訓練を指導した 1 例

○伊原 良明¹ (1. 昭和大学歯科病院口腔リハビリテーション科)

緒言

口腔咽頭領域の腫瘍術後における摂食嚥下障害はしばしば認められ、重度嚥下障害に対しては胃瘻など経管栄養を選択することも多い。一方、姿勢調整法は嚥下障害を改善する代償法の一つとして様々な原疾患の患者に用いられており、その中でも側臥位は重度嚥下障害患者に適用されている。今回われわれは喉頭癌治療のため拡大水平部分切除術を施行した重度嚥下障害患者に対し、完全側臥位での直接訓練が奏功し、QOLが向上した症例を経験したので報告する。

症例

70歳、男性。

口から食べたいという主訴にてがん専門病院より紹介来院。

現病歴

2013年6月進展喉頭がんに対し右舌根部、舌骨、喉頭蓋を含めた拡大喉頭水平部分切除術を施行。以降栄養管理は全量胃瘻を使用。

経過

初診時機能評価において頸部可動域の軽度制限を認め、挺舌時に舌尖右側偏位、舌尖および舌中央での舌圧低下を認めた。口唇閉鎖機能は良好で、気息性嚥声を認めるものの、湿性音や明らかな構音障害は認めなかった。RSSTは1回であり、喉頭挙上量は1横指で、初診時のVF検査にて食道入口部開大不全、ヨーグルト状食品の不顕性誤嚥を認めた。一方、VE検査にて体幹右側傾斜姿勢でヨーグルト状食品の明らかな誤嚥は認めなかったため、間歇的バルーン拡張法、外来においてVE検査下で右側完全側臥位姿勢にて直接訓練を指導することとした。全身状態の明らかな変化は認めなかったため、自宅での直接訓練を開始し、その後全身状態を評価しながら経口摂取量ならびに食形態を適宜変更した。初診時より9か月後には朝、夕は全量が経口摂取となり、昼食のみ胃瘻を併用することとなった。食形態は主菜がお粥、副菜は常食が摂取可能であった。体重は初診時57kgから9か月後に61kgへと増加し、同期間にWHO-QOLは79から94へと改善した。その後も体調には著変を認めず、経口摂取状況は良好であったが原疾患である喉頭癌が再発し喉頭全摘術を含めたサルベージ手術が施行されたものの、術後容体が安定せず同手術から3か月後に他界された。

考察

本症例では重度嚥下障害に対し、姿勢調整法を厳密に指導することにより、患者の希望する食形態を安全に摂取することが可能となった。これは右側完全側臥位姿勢を遵守させることにより感覚・運動機能が保存された健側の咽頭のみを食塊が通過させることを可能とし、結果としてQOLの顕著な改善が得られと考えられた。

(2020年11月7日(土) 15:20～17:20 B会場)

[認定P-09] 多職種連携により一部経口摂取が可能となった一例

○五十嵐 公美^{1,2} (1. 日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科、2. 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック)

【緒言】

在宅では、生活環境によって経口摂取環境は強く影響を受ける。今回、脳出血発症後、約2年間にわたって経口摂取がなかった患者に対して、摂食嚥下評価および多職種によるサポートを行ったことで、一部経口摂取が可能となった一例を経験したので報告する。

【症例の概要と処置】

70歳代の男性、少しでも食べさせたいという妻の強い希望により、老人保健施設から依頼を受けた。現病歴は、初診－2年に脳出血、翌年胃瘻造設している。屋内のADLは概ね自立、MMSEは23点であった。摂食状況は、食物を用いない嚥下訓練を行っていた。口腔内所見は、全顎的な歯石沈着と歯肉発赤を認め、義歯は上下不適合であった。

患者は初診の翌日に在宅復帰予定であり、老健のスタッフおよび退所後に関わるスタッフが初診時に集ま

り、摂食嚥下リハビリテーションを含めた支援体制のカンファレンスを行った。摂食嚥下機能の精密検査の結果は藤島の Gr.4と判断した。

問題点として、高次脳機能障害により自食は誤嚥リスクが高いが、妻は経口摂取を進めたいという焦りがある半面、自ら介助することに対しては消極的であることが挙げられた。従って、まずは入所していた老健のデイケアで ST による直接訓練を開始し、同時に在宅での経口摂取開始を見据えて、介護保険の短期集中リハビリテーションを利用した多職種による在宅環境整備を行った。

【結果と考察】

デイケアでの経口摂取は週3回の頻度で嚥下調整食コード0から開始、初診+5か月後にはコード3となった。在宅訪問時には、ケアマネ、ST、PTが同席し、摂取状況や問題点を共有した。妻にも介助時の留意事項を徐々に説明し、多職種で不安感の解消に努め、短期集中リハビリテーションの終了とともに減少した経口摂取頻度を在宅で維持した。

本症例では、患者は2年間、経口摂取がなく過ごした。ステージは生活期に相当し、摂食嚥下機能の向上はわずかであった。在宅において評価およびカンファレンスを定期的に行い、摂食状況や問題点を共有し、経口摂取環境が整備されたことが今回の摂食嚥下機能の改善要因である。経口摂取は、夫婦の会話のきっかけや、本人の楽しみにつながっており、生活の質の向上に寄与したと考えられる。現状の機能を可及的に維持し、患者と家族の経口摂取の楽しみを多職種で継続的に支援していく。

なお、本報告の発表について患者本人と妻から文書による同意を得ている。

(2020年11月7日(土) 15:20 ~ 17:20 B会場)

[認定P-10] 下顎骨区域切除後の補綴治療と嚥下機能評価を実施した一症例

○白野 美和¹ (1. 日本歯科大学新潟病院訪問歯科口腔ケア科)

【緒言】

中咽頭癌放射線治療後の下顎骨壊死と嚥下障害を認めた症例で、下顎骨区域切除後の補綴治療と嚥下障害への対応を経験したので報告する。

【症例】

84歳、男性。他院で抜歯した左側下顎臼歯部の治癒不全を主訴に2017年5月当院口腔外科を受診した。

2002年に中咽頭癌のため他院にて放射線治療、化学療法を実施していた。2016年初旬に左側下顎大臼歯の抜歯を実施、同年11月に左側オトガイ部に知覚鈍麻を自覚したとのこと。

なお、本報告の発表については患者本人から文書による承諾を得ている。

【経過】

2017年8月に当院口腔外科にて放射線治療後の下顎骨壊死と診断。左側下顎骨区域切除を予定し、手術12日前に嚥下造影検査を実施。喉頭挙上量は不十分であり、食事について日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013（以下、分類）2-1程度、水分はとろみをつけること、息こらえ嚥下の指導を行った。2018年2月に左側下顎骨区域切除術を実施。術後23日、顎間固定外し嚥下内視鏡検査実施。分類2-1程度、水分との交互嚥下を指示。下顎は左側へ偏位しており咀嚼はできない状況であった。

2018年4月より新義歯の製作開始。下顎は左側に大きく偏位していたため、上顎義歯にはオクルーザルプレーンを付与し咬合の回復を図った。義歯装着後、患者本人から、噛んで食べることができるようになったとの話ある一方、食事後しばらくして咳をすると鼻から食べた物が出てくるとの話があった。義歯の状態が安定した時点で嚥下造影検査を実施した。家庭で食べているものを持参していただいたところ、常食に近い形態であった。繊維質の食品については十分に咀嚼されず咽頭残留の様子が観察された。分類2～3程度のものを交互嚥下するよう指導を行った。

【考察】

下顎骨区域切除後に硬性再建がなされていない症例では下顎の連続性が失われるため、下顎の患側への偏位を

避けることができない。補綴処置に際しては下顎の偏位を許容し、上顎へオクルーザルプレーンを付与することが有効とされている。本症例においてもオクルーザルプレーンの付与は有効であった。本人が食べられると回答していた食品についても、精査すると咽頭残留や水分誤嚥が認められ、客観的な評価の必要性和定期的な指導が必要であると考え。今後は加齢変化も考慮し、残存機能の維持に努める必要がある。

COI開示なし。

(2020年11月7日(土) 15:20 ~ 17:20 B会場)

[認定P-11] 摂食嚥下障害を認めた脳梗塞既往患者に対して嚥下体操の指導を行い誤嚥の頻度が減少した1例

○圓山 優子¹ (1. 日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科)

【緒言】

摂食嚥下障害は様々な原因により生じるが、脳梗塞をはじめとする脳卒中は最も頻度が高いと言われている。歯科外来通院高齢者にも脳梗塞既往のある者は少なくない。今回、摂食嚥下障害を認めた脳梗塞既往患者に対して嚥下体操の指導を行い誤嚥の頻度が減少した1例を経験したので報告する。

【症例】

91歳、女性。上顎義歯の不適合を主訴に来院。既往歴は脳梗塞、高血圧症、骨粗鬆症。脳梗塞は3年前に発症し入院、2年前にも脳梗塞を発症。1ヶ月前より義歯不適合を感じ当院歯科外来を受診。ゆっくりであるが独歩可能。やや発語の不明瞭。口腔内状態は上顎無歯顎であり総義歯装着、下顎は両側大臼歯欠損であるが義歯未装着。本報告の発表については患者本人から同意を得ている。

【経過】

初診時に義歯内面の適合改善及び咬合調整を行った。下顎義歯は患者より作製希望なし。初診2ヶ月後に患者より「食事中に咳が出る」との訴えあり、口腔機能精密検査を行った。結果は口腔衛生状態不良（舌苔の付着程度100%）舌口唇運動機能低下（オーラルディアドコキネシス/pa/4.6回/秒、/ta/4.0回/秒、/ka/3.2回/秒）低舌圧（舌圧検査11.5kPa）咀嚼機能低下（咀嚼能力検査59mg/dL）の項目で機能低下を認めた。受診時含嗽を行う毎にムセを認め、嚥下内視鏡検査にて咽頭期の評価を行った。固形物は咀嚼良好で、嚥下後の咽頭残留は認めなかった。少量の水分は嚥下可能であったが、コップ1杯の水を一気に飲むと嚥下前誤嚥を認めた。口腔機能低下による口腔内での水分保持不良が誤嚥の原因と考え、食事前の嚥下体操（あいうべ体操）を指導した。患者家族への聴取から指導前より食事中のムセの頻度は減少し、2ヶ月後の受診時には含嗽時のムセも減少した。半年後の口腔機能精密検査の再評価では、口腔衛生状態不良（100%）舌口唇運動機能低下（/pa/3.4回/秒、/ta/3.8回/秒、/ka/3.2回/秒）低舌圧（14.5kPa）咀嚼機能低下（44mg/dL）であった。

【考察】

本症例は脳梗塞及び加齢による口腔周囲の筋力低下が水分誤嚥の原因であったと考える。口腔周囲の筋力低下に対し、嚥下体操を行うことは筋力改善には繋がらなかったが含嗽時や水分嚥下時の誤嚥の減少に対し有効であったと考える。今後は口腔内の維持管理及び摂食嚥下障害の経過観察を継続して行う。

(2020年11月7日(土) 15:20 ~ 17:20 B会場)

[認定P-12] 中咽頭癌術後、全身状態を考慮し、摂食嚥下訓練を行うことにより、経口摂取開始可能となった一例

○田下 雄一¹ (1. 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔リハビリテーション医学部門)

【緒言】

頭頸部癌患者では外科的治療による器質的な変化や瘢痕部の拘縮，放射線療法による線維化により摂食嚥下障害を生じることが少なくない。今回，中咽頭から下顎骨にわたる広範囲の切除および術後放射線療法によって全量経管栄養となった患者に対し，全身および局所の状態を注意深く観察しながら，補綴処置および摂食嚥下機能訓練により経口摂取が可能となった一例を経験したので報告する。

【症例】

68歳男性。他院にて中咽頭癌（右側壁 T2N2bM0）の診断の下，右咽頭癌切除術，右下顎骨辺縁切除術，右頸部郭清術（Ⅱ－Ⅳ），右咽頭後郭清術，気管切開術，腹直筋皮弁による再建術施行。術後に胃瘻造設し，放射線化学療法（RT66Gy/33fr，CDDP3コース）を施行した。放射線化学療法終了時，栄養は全量胃瘻からの摂取であった。退院後，摂食嚥下困難，開口障害を主訴に当科を紹介受診した。既往歴として，糖尿病，高血圧症があり，他院にてフォロー中であった。当院初診時，開口量は18mm，右中咽頭から右下顎大臼歯相当部に腹直筋皮弁による口腔内再建を認め，瘢痕拘縮が顕著であった。また，気管切開部にはレティナが挿入され，口唇からは流涎を認める状態であった。

【経過】

初診時，舌運動障害，口唇閉鎖不全，開口障害を認めたため，間接訓練として舌負荷訓練，ボタンプル、開口訓練，瘢痕部伸展訓練を指導。嚥下造影検査では，直立坐位でヨーグルトを嚥下したところ，誤嚥を認めたため，左傾斜右回旋姿勢を指導した。また，代償姿勢の習得のため，短期間の入院下での直接訓練を施行した。直接訓練を開始するにあたり，糖尿病について，フォローされている医院に対診をとり，全身状態を把握しながら直接訓練を開始した。訓練開始後約1年10か月経過し，開口量は29mmまで拡大し，流涎も軽減した。栄養摂取は，毎食経口摂取が可能となり，食形態も直接訓練開始時はペースト食であったのに対し，現在は軟菜食となった。それに伴い胃瘻からの栄養摂取量を減量することが可能となった。

【考察】

本症例のように，既往歴のある患者に対する摂食嚥下訓練を行う際には，医科歯科連携を十分に行いながら，局所状態のみならず全身状態を十分把握した上で，直接訓練を実施する必要がある。本症例では，これらのことが遵守されたので良好な結果を得られたものと考えられる。