

Fri. Jun 10, 2022

認定医審査ポスター1

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター1

認定医審査ポスター1

3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター1 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-01] アルツハイマー型認知症の超高齢者に対して口腔健康管理を行い QOLが改善した1症例

○名城 嗣麿¹、平塚 正雄² (1. 医療法人 堅勇会 たけしま歯科・小児歯科、2. 医療法人 博仁会 福岡リハビリテーション病院)

[認定P-02] 肺癌診断後の ADL低下により外来診療から歯科訪問診療に移行した症例

○小宮山 貴将、服部 佳功 (東北大学大学院 歯学研究科 リハビリテーション歯学講座加齢歯科学分野)

[認定P-03] 認知症、パーキンソン病、脳梗塞後遺症を有する高齢者の咀嚼障害に対して歯科訪問診療を行った症例

○畑中 幸子、佐藤 裕二 (昭和大学歯学部高齢者歯科学講座)

[認定P-04] アルツハイマー型認知症後期患者の口腔ケアと摂食嚥下指導

○棚橋 幹基、玄 景華 (朝日大学歯学部口腔病態医療学講座障害者歯科学分野)

[認定P-05] 脳梗塞後遺症があり口腔内悪化した症例に対する居宅往診での口腔ケアと口腔嚥下体操を継続的に実施した症例

○今井 裕子、小向井 英記 (医療法人 小向井歯科クリニック)

[認定P-06] 認知症高齢者に発生した褥瘡に対して、姿勢と栄養の改善、義歯製作、摂食機能療法を多職種にて行った症例

○尾野 雄大、小金澤 一美 (医療法人白桜会小金沢歯科診療所)

認定医審査ポスター2

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター2

認定医審査ポスター2

3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター2 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-07] 脳卒中発症後、長期経過した高齢患者の摂食嚥下障害に対し、摂食嚥下リハビリテーションを行った1症例

○尾田 友紀¹、吉川 峰加² (1. 広島大学病院障害者歯科、2. 広島大学大学院医系科学研究科 先端歯科補綴

学研究室)

[認定P-08] 高齢重症筋無力症患者の嚥下障害に対し、全身状態に応じて摂食機能訓練と食形態調整を行なった一例

○芥川 礼奈、梅本 丈二 (福岡大学病院)

[認定P-09] パーキンソン病を有し、摂食嚥下障害のある高齢者に義歯治療と摂食機能療法を実施した1症例

○本釜 聖子¹、市川 哲雄² (1. 愛媛大学医学部附属病院 歯科口腔外科・矯正歯科、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部 口腔顎顔面補綴学分野)

[認定P-10] 加齢症状と説明されていたが病的な筋力低下を示し封入体筋炎が疑われた嚥下障害患者の1例

○安井 由紗佳^{1,2}、野原 幹司² (1. 医療法人 村内歯科医院、2. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部)

[認定P-11] 軟口蓋リンパ腫術後の患者に対し栓塞子により構音障害および摂食嚥下障害の改善を認めた1症例

○昔農 淳平、植田 耕一郎 (日本大学歯学部摂食機能療法学講座)

[認定P-12] 中咽頭癌治療後による嚥下障害患者に対し嚥下リハビリテーションの教育入院を行い全量経口摂取に至った1例

○野口 毅、高橋 浩二 (昭和大学歯科病院口腔リハビリテーション科)

認定医審査ポスター3

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター3

認定医審査ポスター3

3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター3 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-13] 高次脳機能障害を伴うパーキンソン症候群患者に対し管理栄養士と協働して摂食機能療法を行った一例

○加藤 陽子¹、菊谷 武^{1,2} (1. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学、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-14] 脳血管疾患後の認知症高齢患者への介入により、経口摂取再開およびADL改善を認めた一例

○市川 陽子^{1,2}、菊谷 武^{2,3} (1. 日本歯科大学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、3. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学)

[認定P-15] 経口摂取困難な脳梗塞発症患者への嚥下評価と訓練により、嚥下機能及び覚醒度や全身状態が改善された症例

○米田 早織、戸原 玄（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 歯歯学専攻 老化制御学講座 摂食嚥下リハビリテーション学分野）

[認定P-16] 訓練実施体制の構築により重度嚥下障害患者に対し安全な摂食嚥下リハビリテーションを行うことができた症例

○長谷川 翔平、戸原 玄（東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野）

[認定P-17] COVID-19肺炎入院後廃用による嚥下障害患者に対し経口摂取支援を行った症例

○石井 美紀、戸原 玄（東京医科歯科大学大学院 歯歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野）

[認定P-18] 扁桃癌放射線治療後の摂食嚥下障害

○森豊 理英子、中根 綾子（東京医科歯科大学摂食嚥下リハビリテーション学分野）

認定医審査ポスター4

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター4

認定医審査ポスター4

3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター4 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-19] 上顎癌切除術後の顎欠損を有する高齢者に対し顎補綴を使用して機能回復をはかった症例

○林 皓太、高橋 浩二（昭和大学歯科病院口腔リハビリテーション科）

[認定P-20] 口腔衛生・機能管理を行うことで初めての義歯を装着することができた要介護超高齢者の一例

○三浦 康寛¹、野原 幹司²（1. なかたに歯科クリニック、2. 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室）

[認定P-21] 糖尿病・脳血管障害を有する下顎高度吸収顎堤に対し義歯製作を行い、咀嚼の改善から自立支援につなげた症例

○益崎 与泰、西 恭宏（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野）

[認定P-22] 口腔癌に起因する開口障害に対して、口腔機能リハビリテーションを行い、新義歯を製作した症例
○西尾 健介^{1,2}、伊藤 智加^{1,2}（1. 日本大学歯学部歯科補綴学第1講座、2. 日本大学歯学部附属歯科病院 総義歯補綴科）

[認定P-23] 高齢者に対して新義歯製作および口腔機能に応じた指導により機能回復を図った一症例

○岸本 卓大¹、市川 哲雄²（1. 徳島大学大学院医歯薬学研究部歯科放射線学分野、2. 徳島大学大学院医歯薬学

研究部口腔顎顔面補綴学分野）

[認定P-24] 咀嚼・嚥下障害がある舌がん高齢患者に対し義歯を製作し口腔機能が改善した症例

○大野 愛莉、戸原 玄（東京医科歯科大学摂食嚥下リハビリテーション学分野）

認定医審査ポスター5

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター5

認定医審査ポスター5

3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター5 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-25] 心疾患を有する歯科治療恐怖症患者に全顎的治療および周術期口腔管理を行った症例

○奥 菜央理、柏崎 晴彦（九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野）

[認定P-26] 慢性心不全を有する余命半年の肺癌患者への歯科治療を行った症例

○朝比奈 滉直、小笠原 正（松本歯科大学大学院健康増進口腔科学講座口腔健康政策学分野）

[認定P-27] 顎下腺摘出患者に対し口腔機能訓練を行い口腔機能に改善が認められた症例

○原田 佳枝、西 恭宏（鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野）

[認定P-28] 脳梗塞を発症した高齢者に対して、入院早期から口腔管理を実施した症例

○松永 一幸¹、古屋 純²（1. 脳神経センター大田記念病院 歯科、2. 昭和大学歯学部高齢者歯科学講座）

[認定P-29] 高齢患者の歯性上顎洞炎に対して歯周炎との鑑別が困難だった症例

○玉井 恵子、内藤 徹（福岡歯科大学総合歯科学講座高齢者歯科学分野）

[認定P-30] 口腔内出血を契機に特発性血小板減少性紫斑病と診断された高齢者の一例

○小松 万純¹、片倉 朗²（1. 東京歯科大学 オーラルメディシン・病院歯科学講座、2. 東京歯科大学 口腔病態外科学講座）

認定医審査ポスター6

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター6

認定医審査ポスター6

3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター6 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-31] ブリッジ脱離・誤飲による摘出術を繰り返した重度認知症患者に対し、残存ブリッジ及び支台歯を

抜去した症例

○岡田 芳幸¹、小笠原 正² (1. 広島大学 医系科学研究
科 障害者歯科学、2. 松本歯科大学大学院 健康増進
口腔科学講座)

[認定P-32] 脳血管障害患者の習慣性両側性顎関節脱臼に対す
る咬合再建によって改善した症例

○高田 正典、江面 晃 (日本歯科大学 在宅ケア新潟ク
リニック)

[認定P-33] 左被殻出血後遺症の患者の嚥下機能評価を行
い、退院時にリハビリ継続のため地域医療連携を
行った症例

○宮原 琴美^{1,2}、戸原 玄³ (1. 医療法人社団相明会 岩
本歯科医院、2. 一般社団法人巨樹の会 原宿リハビリ
テーション病院、3. 東京医科歯科大学大学院医歯学総
合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-34] 被殻出血後、歯科治療と摂食嚥下リハビリ
テーションの介入により、食形態の向上及び生活
基盤が整った症例

○小谷 朋子、戸原 玄 (東京医科歯科大学大学院医歯学
総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-35] 多職種連携により常食摂取が可能となった症例

○高橋 育美¹、菊谷 武^{2,3} (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、3. 日本歯科大学大学院
生命歯学研究科臨床口腔機能学)

[認定P-36] 高血圧症を有する患者に対し抜歯を行い、義歯修
理により早期の機能回復を図った症例

○中嶋 千恵^{1,2,3}、小向井 英記¹ (1. 小向井歯科クリ
ニック、2. 奈良県立医科大学口腔外科学講座、3. 長尾
歯科医院)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター1

認定医審査ポスター1

Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター1 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

- [認定P-01] アルツハイマー型認知症の超高齢者に対して口腔健康管理を行い QOLが改善した1症例
○名城 嗣磨¹、平塚 正雄² (1. 医療法人 堅勇会 たけしま歯科・小児歯科、2. 医療法人 博仁会 福岡リハビリテーション病院)
- [認定P-02] 肺癌診断後の ADL低下により外来診療から歯科訪問診療に移行した症例
○小宮山 貴将、服部 佳功 (東北大学大学院 歯学研究科 リハビリテーション歯学講座加齢歯科学分野)
- [認定P-03] 認知症，パーキンソン病，脳梗塞後遺症を有する高齢者の咀嚼障害に対して歯科訪問診療を行った症例
○畑中 幸子、佐藤 裕二 (昭和大学歯学部高齢者歯科学講座)
- [認定P-04] アルツハイマー型認知症後期患者の口腔ケアと摂食嚥下指導
○棚橋 幹基、玄 景華 (朝日大学歯学部口腔病態医療学講座障害者歯科学分野)
- [認定P-05] 脳梗塞後遺症があり口腔内悪化した症例に対する居宅往診での口腔ケアと口腔嚥下体操を継続的に実施した症例
○今井 裕子、小向井 英記 (医療法人 小向井歯科クリニック)
- [認定P-06] 認知症高齢者に発生した褥瘡に対して，姿勢と栄養の改善，義歯製作，摂食機能療法を多職種にて行った症例
○尾野 雄大、小金澤 一美 (医療法人白桜会小金沢歯科診療所)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター1)

[認定P-01] アルツハイマー型認知症の超高齢者に対して口腔健康管理を行い QOLが改善した1症例

○名城 嗣麿¹、平塚 正雄² (1. 医療法人 堅勇会 たけしま歯科・小児歯科、2. 医療法人 博仁会 福岡リハビリテーション病院)

【目的】

われわれは、転倒し骨折・入院をきっかけに認知症が進み、口腔衛生状態不良・義歯不適合による食事摂取困難となった104歳の超高齢者に対し、歯科介入を行ったことで咀嚼機能の改善とQOL向上を認めた1例を経験したので報告する。

【症例の概要と処置】

104歳、男性、下の義歯が外れないため家族同伴で来院。家族より新義歯製作と口腔衛生状態の改善を希望された。2016年に転倒して骨折し、入院加療をきっかけに認知症が進行した。

既往歴は高血圧症、狭心症、ペースメーカー装着およびアルツハイマー型認知症があり、口腔衛生状態は不良で残存歯にう蝕と中等度歯周炎を認め、義歯不適合による食事摂取困難を疑った。全身状態はBP:133/65、PR:60、SPO₂:97%。現在歯は12歯（上顎右側65・上顎左側17、下顎右側41・下顎左側123457）、義歯不適合：上顎右側74321・上顎左側23456、下顎右側76532。

抜歯適応部位は、大学病院歯科口腔外科と連携して行い、当院では歯周基本治療、口腔衛生管理および義歯修理、新義歯製作を含む口腔健康管理を実地した。義歯装着後も歯科衛生士による口腔衛生管理を継続し、本人による義歯着脱は困難な時もあるため家族やデイサービススタッフの介助により義歯管理を行った。口腔衛生状態は比較的良好に維持されている。

【結果と考察】

アルツハイマー型認知症では症状の進行による口腔衛生のためのセルフケアや義歯管理が困難になりやすい。よって、家族や介護者との情報共有と口腔健康管理のための協働が大切になる。特に超高齢者では複数の基礎疾患の合併や予備力の低下などにより、高次医療機関との連携も必要になる。今回、循環器疾患と認知症のある超高齢患者において、咀嚼機能の回復を含む口腔機能管理によりQOLの向上に貢献することができた。今後、将来を見据えた口腔健康管理に努めていく予定である。

患者の娘に発表の同意を得ております。

COI開示：なし 倫理審査対象外

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター1)

[認定P-02] 肺癌診断後のADL低下により外来診療から歯科訪問診療に移行した症例

○小宮山 貴将、服部 佳功 (東北大学大学院 歯学研究科 リハビリテーション歯学講座加齢歯科学分野)

【緒言】

がん患者は、その早期や中期においては比較的ADLが保たれることが多い。一方、がん終末期において、ADLは著しく低下すると考えられている。がん終末期患者の歯科治療を行う際は、急激に変化するADLを考慮する必要がある。われわれは、肺癌進行に伴うADLの低下により外来診療から歯科訪問診療に移行した一例を経験したので報告する。

【症例】

82歳、男性。床下粘膜の疼痛および義歯脱落による咀嚼困難を主訴に来院した。既往歴はCOPDである。近医歯科にて上下顎全部床義歯を繰り返し作製したが、粘膜の疼痛および義歯の脱落が改善しなかった。口腔内は、

前歯部に著明なフラビーガムを有する上顎無歯顎、下顎が右下3番および左下1, 2, 4番が残根であった。口腔機能検査の結果、舌圧、咬合力、オーラルディアドコキネシス、嚥下機能に低下を認めた。

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】

当初は外来にて義歯調整や、並行して残根部の抜去を行った。その後、右側頬粘膜および舌体部の白色病変や床下粘膜全体に対しての疼痛が認められ、口腔カンジダ症と診断した。それらの症状が寛解したのち、最終義歯である上下顎全部床義歯を作製する途中で、体調不良のため入院し、肺癌と診断された。肺癌への対応は、有効な治療法なく BSCの方針となった。退院直後は著明な ADL低下を認めず外来診療を継続したが、経過とともに歩行困難、ユニット移乗困難、治療前の疲労感や頻繁の下痢を認めるようになり、診療中に従命困難となる場面も散見された。在宅医師と相談の上、新義歯装着直後より診療の場を居宅に切り替えて、切れ目なく義歯調整などの口腔健康管理を継続した。歯科訪問診療時は疲労感を認めず、歩行などの ADLも外来診療時と比較して向上していた。

【考察】

本症例は、がん終末期に起こる急激な ADLの低下に対して、診療の場所を生活の場へ切り替えることで対応した。在宅歯科医療の受療は、療養高齢者にとって身体的な負担が少ないことが示された。

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター1)

[認定P-03] 認知症，パーキンソン病，脳梗塞後遺症を有する高齢者の咀嚼障害に対して歯科訪問診療を行った症例

○畑中 幸子、佐藤 裕二（昭和大学歯学部高齢者歯科学講座）

【緒言】

高齢者は、口腔機能や口腔衛生に影響を及ぼす複数の疾患に罹患することが多い。要介護高齢者にとっても、食事は大切な生活の楽しみであるが、全身や口腔の疾患に起因する様々な問題によって、食事を十分に楽しめないことも多い。そこで本症例では、施設入所中の要介護高齢者に対して、基礎疾患や生活環境を考慮し、抜歯や義歯治療、食支援を含めた包括的な歯科訪問診療を行い、咀嚼機能と食べる楽しみを回復した一例を経験したので報告する。

【症例】

患者は76歳の男性、「入れ歯がないので噛んで食いたい」という主訴で訪問診療にて受診した。既往歴に心房細動、高血圧があり、脳梗塞を発症した後、認知症（病型不明）、パーキンソン病の進行もあり在宅生活困難となり、施設に入所した（要介護4）。口腔の著明な運動障害は認めなかったが、多数の残根と動揺歯、多量のプラーク付着を認め、上下顎義歯は紛失し、すれ違い咬合であった。食形態はソフト食で、食事と口腔ケアは自立していた。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】

咀嚼障害と診断し、口腔清掃指導を行った後、保存困難歯を医科対診後に抜歯し、1か月後に上下顎新義歯を装着した。義歯の設計や患者指導には、手指の巧緻性や認知機能低下を考慮し、また、義歯着脱や口腔ケアはケアワーカーにも支援を依頼した。義歯調整完了後には、咀嚼を要する食事の摂食場面の観察を行い、施設と相談の上で、食形態を段階的に常食に改善したことで患者の満足感を得ることができた。5か月後に右下臼歯部が歯根破折し、抜歯と義歯修理を行ったが、その後も良好に経過しており、患者の食べる楽しみを保つために、定期的に口腔管理と食事管理を行っている。

【考察】

本症例では、基礎疾患や居住環境を考慮した上で、抜歯や義歯新製作などの歯科治療、食事場面観察による食支

援、施設職員との連携を包括的に行うことで、患者の主訴を改善できたと考えられた。また、口腔衛生や義歯管理については、プラークが貯留しにくい口腔内に改善すること、口腔清掃指導を本人と施設職員に行うことで、自立支援も考慮しながら対応した。進行性疾患であることを考慮すると、今後も咀嚼機能や嚥下機能、生活機能を評価した上で、口腔管理と食支援を行う必要があると考えられた。

（COI開示：なし）

（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター1)

[認定P-04] アルツハイマー型認知症後期患者の口腔ケアと摂食嚥下指導

○棚橋 幹基、玄 景華（朝日大学歯学部口腔病態医療学講座障害者歯科学分野）

【緒言】

アルツハイマー型認知症は認知症の中の半数を占めていると言われている。脳のアミロイド β やタウタンパクが異常にたまり、それに伴い脳細胞が損傷したり、神経伝達物質が減少して、脳全体が萎縮することで引き起こされると考えられている。今回、アルツハイマー型認知症後期患者の口腔ケアと摂食嚥下指導を経験したので報告する。

【症例】

既往歴はアルツハイマー型認知症患者、初診時の身長150cm、体重42kgであった。口腔内は多数の齲蝕と口腔乾燥がみられた。患者の家族の希望で積極的な歯科治療は行わないこととした。なお、本報告の発表について患者の代諾者（患者の夫）から文書による同意を得ている。

【経過】

2013年6月より口腔ケアを希望し、月1回当センター障がい者歯科に通院していた。認知症の進行とともに食事動作ができなくなり、2017年より胃ろうとなった。主にラコールで栄養をとっている。以前はゼリー飲料を飲ませていたが、むせがみられるようになり、誤嚥性肺炎を罹患して入院後は経口摂取はなしであった。夫の希望は甘い物が好きだったので、楽しみ程度に何か食べさせたいとのことだった。2020年10月のVE検査時は、身長150cm、体重35kg、BMI15.6であった。生活は昼夜逆転していることが多く、身体の拘縮も認めた。摂食時にはヘッドレストが必要であった。VE所見は、エンゲリッドを3口食べ、咽頭に貯留すると嚥下運動がみられた。嚥下反射はあるが、唾液は少なく口腔運動の低下は著明であった。痰・分泌物の喀出は可能であった。1日1回5口程度（楽しみレベル）の経口摂取の継続を指示した。2021年12月現在、口腔ケアを中心に対応している。

【考察】

今回、アルツハイマー型認知症の胃ろうを伴った摂食嚥下障害の患者を経験した。夫の希望でVE検査を行い、嚥下反射の遅延を認めた。口腔ケア中にもむせがみられたりしていたが、嚥下反射は残存していた。経口摂取がない期間があったため、全体に廃用萎縮による嚥下機能の低下が顕著であった。ただし、唾液嚥下も含めて、嚥下機能は維持できるような取り組みが必要と考える。介助者である夫は経口摂取をさせたいが、肺炎での入院歴があるためむせに対して敏感であった。本人の体調や夫の希望も含め、無理のない範囲での摂食指導が継続できるとよいと考える。（COI開示：なし）倫理審査対象外

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター1)

[認定P-05] 脳梗塞後遺症があり口腔内悪化した症例に対する居宅往診での口腔ケアと口腔嚥下体操を継続的に実施した症例

○今井 裕子、小向井 英記（医療法人 小向井歯科クリニック）

【目的】

脳梗塞などの後遺症から口腔機能、嚥下能力の低下を認めることが多い。そのような症例に対し嚥下体操を施行することは、嚥下機能の改善、誤嚥性肺炎の防止に効果があることが知られている。

我々は、脳梗塞後遺症の患者に対して居宅往診で口腔ケアと口腔嚥下体操を継続的に実施した一例を経験したので報告する。

【症例の概要と処置】

69歳、女性。

既往歴：原発性高リン脂質抗体症候群、左側後頭葉脳梗塞、脳血管性認知症

歩行困難、四肢麻痺を生じ全身的な筋の拘縮も認め口腔清掃は全介助。認知症により意思疎通が困難で、介護者の口腔清掃不十分になりやすく誤嚥性肺炎のリスクがあった。嚥下機能低下にて食塊が形成できず口腔内残存による食事時間の延長を認めていた。

2020/11/9 初診。右下13に対して、う蝕治療施行。

口腔乾燥と舌苔の付着あり、プラークコントロール不良。口腔内清掃状態、義歯装着状態のチェックをした。

2020/12/21 口腔ケア実施。歯肉炎症を認め、ブラッシングで歯肉出血多量であった。歯ブラシ、歯間ブラシによる口腔清掃、スポンジブラシでの口腔粘膜清掃、歯肉マッサージを施行。

2021/ 2/15 口腔ケアに加えて、口腔嚥下体操、唾液腺マッサージを施行。歯肉腫脹はやや改善、プラーク付着は多量であった。

同年3～6月にかけて月1回口腔ケア及び口腔嚥下体操を継続し、プラークコントロールは改善傾向であり歯肉腫脹、出血も改善傾向となった。

7～12月にも同処置を継続し、更に歯肉腫脹は軽減し歯肉出血もほぼ消失。唾液腺マッサージの継続にて口腔乾燥も改善した。

2022年1月 低栄養からの体力減弱にて、かかりつけ医の判断で胃瘻造設。

現在1ヶ月毎にメンテナンスを継続している。

なお、本報告の発表について、患者の家族から文書による同意を得ている。

【結果と考察】

口腔ケア、口腔嚥下体操、唾液腺マッサージの継続により、誤嚥性肺炎の罹患を予防することができたと考える。嚥下機能の改善も認められ、安全な食環境を整備できた。口腔嚥下体操の継続的な実施は、唾液分泌量の増加や嚥下機能の回復に効果があると穴井らの研究でも示唆されており、この症例においても効果があったと考える。

食事量低下より胃瘻になったが、経口摂取の継続のために食事状況を観察し原因を追究して対応を模索する必要があった。

（COI開示：なし）

（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター1)

[認定P-06] 認知症高齢者に発生した褥瘡に対して、姿勢と栄養の改善、義歯製作、摂食機能療法を多職種にて行った症例

○尾野 雄大、小金澤 一美（医療法人白櫻会小金沢歯科診療所）

【緒言】

寝たきり高齢者における褥瘡は全身状態の悪化を招く。栄養状態は褥瘡治癒に影響を与える。今回、認知症の寝たきり高齢者に発生した仙骨部の褥瘡に対して、歯科医師、管理栄養士、リハビリ職、看護師、介護職員との多職種協働により褥瘡治癒に至った症例を経験したので、報告する。

【症例および経過】

80歳，女性。日常生活自立度はC1,Ⅳ。左半身の麻痺と拘縮，頸部の拘縮を認める。2021年3月仙骨部の褥瘡に生理食塩水による洗浄とゲーベンクリーム，ユーパスタを塗布し，ポリウレタンフィルムにて保護を行い，夜間2時間ごとの体位交換とエアーマットによる除圧を行ったが悪化傾向にあると施設職員より報告を受けた。褥瘡発生時の食事形態はトロミ付き全粥，ミキサー食を車椅子座位，全介助にて摂取していた。報告を受け，摂食状況と献立の確認，口腔機能の評価を行った。栄養状態の評価の結果，患者のBMIは17，摂取カロリーは815kcal/日，摂取タンパク質は35g/日，血清総蛋白は5.9g/dlと低値のため，摂取カロリーの目標値を1550kcalとし，食事へのタンパク質5.0g/日を追加した。また，座位での体幹の左傾斜，仙骨部への過圧が認められたため，体位変換クッション等で骨盤の偏位を補正し姿勢の改善を行った。口腔機能評価の結果，口唇閉鎖良好，舌の左半側運動麻痺，下顎左臼歯部欠損，嚥下時のムセや咽頭雑音はみられなかった。同年4月左側臼歯部に部分床義歯を装着し，咀嚼運動が認められたため食形態を軟飯，きざみ食へと変更した。同年6月褥瘡は治癒，7月の血清総蛋白は6.5g/dlと改善，現在再発防止に努めている。なお，本症例の発表において患者家族よりの同意を得ている。

【考察】

褥瘡発生時の食形態は全粥，ミキサー食であった。全粥は米飯との比較において，米の量に対して水分量が2.5倍必要であるため，相対的に水分量が多く摂取カロリー不足が懸念される。義歯作製による口腔機能のリハビリテーションと栄養状態の改善を継続した結果，褥瘡は治癒に至ったため，褥瘡に対する歯科の介入は重要な要素であると思われる。

(COI開示：なし)

(倫理審査対象外)

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター2

認定医審査ポスター2

Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター2 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-07] 脳卒中発症後、長期経過した高齢患者の摂食嚥下障害に対し、摂食嚥下リハビリテーションを行った1症例

○尾田 友紀¹、吉川 峰加² (1. 広島大学病院障害者歯科、2. 広島大学大学院医系科学研究科 先端歯科補綴学研究室)

[認定P-08] 高齢重症筋無力症患者の嚥下障害に対し、全身状態に応じて摂食機能訓練と食形態調整を行なった一例

○芥川 礼奈、梅本 丈二 (福岡大学病院)

[認定P-09] パーキンソン病を有し、摂食嚥下障害のある高齢者に義歯治療と摂食機能療法を実施した1症例

○本釜 聖子¹、市川 哲雄² (1. 愛媛大学医学部附属病院 歯科口腔外科・矯正歯科、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部 口腔顎顔面補綴学分野)

[認定P-10] 加齢症状と説明されていたが病的な筋力低下を示し封入体筋炎が疑われた嚥下障害患者の1例

○安井 由紗佳^{1,2}、野原 幹司² (1. 医療法人 村内歯科医院、2. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部)

[認定P-11] 軟口蓋リンパ腫術後の患者に対し栓塞子により構音障害および摂食嚥下障害の改善を認めた1症例

○昔農 淳平、植田 耕一郎 (日本大学歯学部摂食機能療法学講座)

[認定P-12] 中咽頭癌治療後による嚥下障害患者に対し嚥下リハビリテーションの教育入院を行い全量経口摂取に至った1例

○野口 毅、高橋 浩二 (昭和大学歯科病院口腔リハビリテーション科)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター2)

[認定P-07] 脳卒中発症後、長期経過した高齢患者の摂食嚥下障害に対し、摂食嚥下リハビリテーションを行った1症例

○尾田 友紀¹、吉川 峰加² (1. 広島大学病院障害者歯科、2. 広島大学大学院医系科学研究科 先端歯科補綴学研究室)

【緒言】

脳卒中発症後の急性期では、医学的治療が最優先されるが、誤嚥性肺炎の予防や口腔機能の廃用予防を目的としてリハビリテーションも同時期に可及的速やかに開始することが望ましいとされる¹⁾。しかし、介入されることなく長期経過した患者も少なくない。われわれは、脳卒中発症後16年が経過し、摂食嚥下障害が徐々に悪化した患者に対し、摂食嚥下リハビリテーションを行ったので報告する。

【症例】

80歳，男性。飲み込みの練習を主訴に来院した。

既往歴：1998年に左脳梗塞発症。以降，右片麻痺，高次脳機能障害

現病歴：摂食嚥下障害

現症：（全身所見）身長：172cm，体重：60kg。車椅子。重度の開鼻音ながら会話の聴取は可能であった。

意識清明であるが，従命は不確実。主な介護者は妻。

（口腔内所見）歯周炎は軽度。開口量3横指。舌は運動時右方に偏位。軟口蓋運動不十分。

なお，本報告の発表について患者本人および家族から文書による同意を得ている。

【経過】

62歳時に脳卒中を発症した。総合病院にて急性期を過ごした後自宅にて療養。初診6ヵ月前からむせが頻回となり，誤嚥性肺炎を発症したため，嚥下の精査を家族が希望した。初診時，食事は経口で普通食（EAT10スコア17点），食事時のむせは頻回で，随意的な咳は可能であった。訓練開始後10ヵ月間は，訓練を実施可能で，嚥下機能も現状を維持できていたが，11ヵ月目の大腿骨骨折により，訓練が途絶えた。17ヵ月後の再評価の結果，栄養の全量経口摂取は困難と判断された。本人と家族は代替栄養を希望せず，現在も自宅で日々リハビリテーションを継続している。

【考察】

本症例では，家族はリハビリテーションに対する理解が良好で，姿勢の保持や舌の訓練等を継続して行い得た。その際，継続可能な訓練法を見極め，患者と家族の負担を増やさないよう配慮した。

訓練開始後6ヵ月で，舌圧測定が可能となるなど一定の成果が出ていたが，大腿骨骨折加療のための入院を契機に，認知機能が急速に低下した。脳卒中ターミナル期のリハビリテーションの限界に対し，その判断の重要性について考えさせられた。

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

1) 栗原正紀．日本リハビリテーション病院・施設協会，口腔リハビリテーション推進委員会編：医科歯科連携実践マニュアル．三輪書店，東京，2-6，2014．

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター2)

[認定P-08] 高齢重症筋無力症患者の嚥下障害に対し、全身状態に応じて摂食機能訓練と食形態調整を行なった一例

○芥川 礼奈、梅本 丈二（福岡大学病院）

【目的】

抗 AChR抗体陽性重症筋無力症高齢患者(MG)の嚥下障害に対し、全身状態に応じて摂食機能訓練および食形態の調整を行った一例を経験したので報告する。

【症例の概要と処置】

79歳，女性。2021年2月，飲み込みづらさを主訴に来院した。同時期に抗アセチルコリン受容体(AChR)抗体 14.0 nmol/lで全身型 MGと診断された。他の既往歴は食道アカラシア。眼瞼下垂，複視があり，開鼻声を認めた。上下顎部分床義歯を装着しているが，咬合に問題はなかった。BMI:24.2，Alb:4.5であった。

嚥下造影検査(VF)では嚥下反射の惹起は遅れ，うすいとりみ水で一部喉頭侵入がみられた。中等度の咽頭残留が生じ，食道の逆流所見を認めた。舌圧は10.3 kPaであった。以上より，食事は嚥下調整食2-1(学会分類で記載)，水分にはうすいとりみを付与，食後30分は横にならないように指導した。翌日より言語聴覚士(ST)による摂食機能訓練を開始し，左梨状窩の残渣に対し，左回旋嚥下を指導した。その後，血漿交換療法や免疫グロブリン療法が施行された。

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。

【結果と考察】

1ヶ月後，VF再検査を施行した。検査中明らかな喉頭侵入・誤嚥所見はなかったが，食道の逆流を認めた。少量の咽頭残留が生じるが，残留物は追加嚥下にて通過した。顎引き嚥下が有効であった。舌圧は20.6 kPaに改善した。以上より，食事は嚥下調整食4(学会分類で記載)へアップとし，さらに2週間後，常食摂取とした。BMI:23.6，抗 AChR抗体は6.7 nmol/lであった。

MGは嚥下障害や構音障害を発症することがあり，症状の日内変動や，日差変動もみられるため，症状の変動，治療やリハビリテーションの経過に応じて嚥下機能を再評価し，食形態を調整することが必要となる。血漿交換療法や免疫グロブリン療法の経過については脳神経内科主治医と，嚥下訓練の経過についてはリハビリテーション部 STと情報交換を行った。本症例では，他職種と連携し，全身状態に応じた摂食機能訓練と食形態調整を行い，最終的には常食摂取に戻すことができた。

(COI開示:なし)

(倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター2)

[認定P-09] パーキンソン病を有し，摂食嚥下障害のある高齢者に義歯治療と摂食機能療法を実施した1症例

○本釜 聖子¹、市川 哲雄²（1. 愛媛大学医学部附属病院 歯科口腔外科・矯正歯科、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部 口腔顎顔面補綴学分野）

【緒言】

パーキンソン病（PaD）は，摂食嚥下障害の自覚に乏しく，不顕性誤嚥も少なくない。全身の筋の強剛や無動・寡動により運動開始の遅れ，協調性運動・嚥下反射も低下する。PaDを有し，摂食嚥下障害のある高齢患者に義歯治療と摂食機能療法を実施し，良好な結果が得られたので報告する。

【症例】

78歳，男性。咀嚼・発音障害とムセを主訴に来院した。PaDを有し，誤嚥性肺炎にて入退院を繰り返していた。残存歯は1^上 346で，上顎部分床義歯（PD），下顎全部床義歯（CD）が装着されていた。義歯は度重なる破損・修理で劣化し，人工歯の咬耗により咬合高径の低下を認め，舌の動かしにくさを感じていた。口腔機能検査

値は、口腔湿潤度以外の項目で低値を示した。さらに、嚥下内視鏡検査（VE）で咳反射・嚥下反射惹起の低下を認めた。診察・検査の結果から PD/CD不適合および PaDによる咀嚼・発音・嚥下障害、口腔機能低下症と診断した。舌可動域制限はなく、咬合高径の低下が咀嚼能力低下、食塊形成のしにくさの第一原因と判断し、PaD等による口腔機能低下が発音・摂食嚥下障害に繋がっていると考えた。このため咬合高径の挙上、義歯の維持安定と咬合関係を改善した義歯治療と摂食機能療法を計画した。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ている。

【経過】

義歯は通法に従って製作し、咬合高径は前歯部で5mmの挙上となった。摂食機能療法は、shaker訓練等を含めた内容を週1回実施し、自宅でも行うよう指導した。その結果、口腔機能検査値は改善を認めた。VEにて嚥下機能の改善はないものの、服薬状況確認と食姿勢の改善、ムセ時の対応が可能になり、誤嚥性肺炎の発症はなくなり、経過良好である。PaDの進行状況を把握しながら、定期的な口腔管理と摂食機能療法を継続している。

【考察】

今回、義歯治療と摂食機能療法を並行して行い、PaDの特徴を理解し、咀嚼・発音・嚥下障害に対して総合的にアプローチを行った。これによって、口腔機能が改善、QOLが向上し、誤嚥性肺炎予防につながったと考えられる。PaDは緩徐進行性の神経変性疾患である。今後も長期経過をたどる廃用症候群への介入が必要であり、神経内科主治医らと連携を継続しながら、義歯・口腔機能管理、摂食機能療法の継続が機能低下防止につながると考えている。（COI：開示なし）（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター2)

[認定P-10] 加齢症状と説明されていたが病的な筋力低下を示し封入体筋炎が疑われた嚥下障害患者の1例

○安井 由紗佳^{1,2}、野原 幹司²（1. 医療法人 村内歯科医院、2. 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部）

【目的】

一般に高齢者は加齢により筋肉量の減少、筋力低下を認めやすいと言われている。筋力低下は摂食嚥下障害を引き起こすが、筋力低下となる原因は様々である。今回、筋力低下の診査・評価が加齢にマスキングされ不十分となっていたものの、問診や嚥下所見、血液検査から病的な筋力低下を疑い、脳神経内科に対診した結果、封入体筋炎が疑われた症例を経験したので以下に報告する。

【症例の概要と処置】

74歳男性。BMI：20.2で既往歴は高血圧のみ、ADLは自立されていた。普通食を全量摂取しているものの、数年前からの食事時の鼻腔逆流や残留感、食事時間の延長を主訴として家族の促しにより受診された。問診時、開鼻声を認め、缶のタブが開けにくいなど手指の運動機能低下を疑う症状を聴取した。握力を測定し、右10kg、左7kg（平均値は37.36kg）であった。口腔内診査時は舌の萎縮、線維束性筋萎縮を認めなかった。嚥下内視鏡検査（VE）では、安静時の咽頭腔に唾液貯留が見られ、発音時には軽度の鼻咽腔閉鎖機能不全を認めた。摂取時は、嚥下反射良好で誤嚥や鼻腔逆流を認めなかったものの、著明な咽頭残留が見られた。病的な筋力低下を疑って血液検査を実施し、CK：396、LD：230、ALP：330を認めたため、脳神経内科に対診した結果、封入体筋炎疑い（病理検査を本人が辞退し、確定診断には至らず）であった。これに対して、適した食形態と交互嚥下を指導し、栄養剤を併用することで食事負担の軽減をはかった。現在まで食事量、体重を維持している。また、握力の低下など緩徐ながら筋力低下の進行がみられるため、医科や介護と情報共有し、介護認定の調整も含めた患者支援を行っている。

なお、本報告の発表において患者本人から文書による同意を得ている。

【結果と考察】

問診、握力検査、VE評価、血液検査から病的な筋力低下を疑ったため、脳神経内科に対診した結果、封入体筋炎

の疑いが認められた。一方、他院では本患者の不調は加齢症状と説明を受けていた。高齢者の筋力低下を認めた際に単純に加齢症状で片付けることなく、筋力低下の診査を十分に行う重要性が示唆された。また、筋力低下に対してはむやみにリハビリを勧めることなく、原因を推察し、問診時に筋疾患も疑われた際には可及的早期に適切な医療機関の受診を促すことが必要と考えられた。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター2)

[認定P-11] 軟口蓋リンパ腫術後の患者に対し栓塞子により構音障害および摂食嚥下障害の改善を認めた1症例

○昔農 淳平、植田 耕一郎（日本大学歯学部摂食機能療法学講座）

【緒言】

構音障害と摂食嚥下障害を認める頭頸部領域の悪性腫瘍術後の患者に対して、栓塞子を製作し、良好な結果を得た一例を経験したので報告する。

【症例】

84歳、男性。嚥下痛を主訴に腫瘍血液内科を受診し、軟口蓋リンパ腫と診断され、抗がん剤治療を受けた。治療経過は良好であったが、軟口蓋および硬口蓋後方の欠損により構音障害と摂食嚥下障害を認めたため当科の受診に至った。

【経過】

初診時の問診では、開鼻声のため家族との会話を途中で諦めることがよくあるとのことだった。嚥下内視鏡検査、嚥下造影検査（以下、VE、VF）より食塊移送不良、鼻咽腔逆流、嚥下後の咽頭内残留を認めた。そのため、頭部後屈位で食塊を移送し、鼻をつまんで頭部前屈位で舌を後方に引きながら嚥下するよう指導したところ、これらの症状に改善を認めた。さらに、体重減少に対して栄養補助食品を摂取するよう指導を行った。構音不明瞭を訴えるために栓塞子を製作することとした。欠損部位の栓塞子の形態は粘膜調整材を添加しながら製作し、必要に応じてVEやVFで視覚化しながら調整を行った。形態が安定したところで粘膜調整材を義歯床用硬質裏装材に置き換えた。装置を装着することで発音が明瞭になり会話が途切れることが減少した。当初は鼻をつまんでも4ml以上の水分は鼻咽腔逆流していたが、鼻をつままず装置のみで8ml以上の水分が嚥下可能となった。嚥下時の圧力が鼻腔へ抜けなくなったことで咽頭残留量が減少し、食事時間の短縮や食事摂取量の増加に繋がった。

【考察】

本症例は、軟口蓋リンパ腫の治療の後遺症により軟口蓋と硬口蓋後方が欠損し、構音障害および摂食嚥下障害を認めたが、嚥下方法の指導や栓塞子の装着が有効であったと考えられる。構音障害の改善により家族や電話越しの友人との会話が円滑になり前向きな気持ちに変化した。また、摂食嚥下機能の改善により食事時間の短縮と摂取量が増加し、体重が増えることで体力の回復に繋がった。術者の技量に合わせ論文などを参考にして、経験者と症例検討を繰り返しながら顎義歯製作したことは意義のあることであった。

（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。）

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター2)

[認定P-12] 中咽頭癌治療後による嚥下障害患者に対し嚥下リハビリテーションの教育入院を行い全量経口摂取に至った1例

○野口 毅、高橋 浩二（昭和大学歯科病院口腔リハビリテーション科）

【緒言】

頭頸部癌治療後の患者は嚥下機能障害をきたし、機能回復にあたり嚥下リハビリテーション（以下、嚥下リハ）の介入が必要となることが少なくない。当科では訓練手技を短期間に正確な方法で習得することを目的とし、入院下での集中的な嚥下リハを実施している。今回、経口摂取困難と判断され、経管栄養の中咽頭癌治療後患者で集中的な嚥下リハの教育入院により、全量経口摂取可能となり経鼻胃管抜去をし得た症例を経験したので報告する。

【症例】

65歳の女性。2007年5月、A病院にて中咽頭癌（T4aN2bM0）に対し舌垂全摘出術、両側頸部郭清術（右Ⅰ－Ⅴ、左Ⅰ－Ⅲ）、気管切開術、腹直筋皮弁による再建術が施行された。2015年7月、中咽頭に再発を認め、セツキシマブ併用放射線療法（RT66Gy/33Fr、セツキシマブ7回投与）が施行された。2021年6月、経口摂取および自力歩行が困難となり救急搬送され、低Na血症・脱水の診断の下、同病院にて入院加療を受け、経鼻胃管が挿入された。その後、経口摂取が困難であったため、胃瘻造設を提案されるも本人の経口摂取の希望が強く、嚥下リハ目的のため2021年7月当科に転院となった。既往に高血圧症がある。なお、本報告の発表は患者本人から文章による同意を得ている。

【経過】

入院時、外科侵襲後の瘢痕拘縮による頸部可動域と舌可動域の低下を認めたため、頸部ストレッチおよび舌可動域拡大訓練を指導した。また、VF検査より右傾斜左回旋姿勢にて全粥で顕性誤嚥を認め、前傾姿勢での排出により排出可能であることを確認した。本検査結果を踏まえ、当科スタッフの監視下で、3食/日の直接訓練を右傾斜左回旋姿勢にて実施し、一口の嚥下ごとに排出するよう指導した。なお訓練実施に先立ち、高血圧症については当院の内科医師の診察を受け、血圧をモニターしながら訓練を行う助言を得た。入院後短期間に全量経口摂取可能となり、経鼻胃管を抜去し、訓練手技も獲得され、4日後に退院した。その後、現在に至るまで発熱や誤嚥性肺炎の発症は認めていない。

【考察】

本症例では、入院時のVF検査で安全な経口摂取姿勢を右傾斜左回旋とし、顕性誤嚥と排出手技による誤嚥物の排出を確認した。以上の結果を下に、直接訓練時に患者が姿勢調整と排出を遵守することを摺り込み、早期の全量経口摂取が得られたと考えられた。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター3

認定医審査ポスター3

Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター3 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-13] 高次脳機能障害を伴うパーキンソン症候群患者に対し管理栄養士と協働して摂食機能療法を行った一例

○加藤 陽子¹、菊谷 武^{1,2} (1. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学、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-14] 脳血管疾患後の認知症高齢患者への介入により、経口摂取再開およびADL改善を認めた一例

○市川 陽子^{1,2}、菊谷 武^{2,3} (1. 日本歯科大学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、3. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学)

[認定P-15] 経口摂取困難な脳梗塞発症患者への嚥下評価と訓練により、嚥下機能及び覚醒度や全身状態が改善された症例

○米田 早織、戸原 玄 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 医歯学専攻 老化制御学講座 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-16] 訓練実施体制の構築により重度嚥下障害患者に対し安全な摂食嚥下リハビリテーションを行うことができた症例

○長谷川 翔平、戸原 玄 (東京医科歯科大学 大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-17] COVID-19肺炎入院後廃用による嚥下障害患者に対し経口摂取支援を行った症例

○石井 美紀、戸原 玄 (東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-18] 扁桃癌放射線治療後の摂食嚥下障害

○森豊 理英子、中根 綾子 (東京医科歯科大学摂食嚥下リハビリテーション学分野)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター3)

[認定P-13] 高次脳機能障害を伴うパーキンソン症候群患者に対し管理栄養士と協働して摂食機能療法を行った一例

○加藤 陽子¹、菊谷 武^{1,2} (1. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学、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】

高次脳機能障害を有する患者では、理解力の欠如や遂行機能障害、固執性や意欲・発動性の低下による摂取意欲低下をきたすことがある。われわれは、高次脳機能障害を伴うパーキンソン症候群患者に対し管理栄養士と協働して摂食機能療法を行った一例を経験したので報告する。

【症例】

80歳、男性。食事時のムセなどを妻に指摘され来院した。既往歴はパーキンソン症候群、胆嚢炎、前立腺肥大、高血圧、高次脳機能障害であった。Barthel Index 85点、Lowton Index 3点。常食およびとろみなし水分を90分かけて摂取していた。MNA-SFは11点で、栄養評価では一日あたり200kcal程度が不足していた。アイヒナー分類C-1で義歯使用し、口腔衛生状態は不良であった。口腔機能検査では7項目中6項目が該当し、EAT-10のスコアは0点であった。嚥下造影検査において嚥下反射惹起遅延、固形物の咽頭残留を認め、藤島 Gr. 7、DSS3と診断した。なお、本報告の発表について代諾者である妻から文書による同意を得ている。

【経過】

検査結果から、水分のとろみづけや食形態の変更、複数回嚥下または交互嚥下、食具の変更、高エネルギー栄養補助食品の導入を指導した。主治医への対診のもと抗パーキンソン病薬の服薬を食前に変更した。コロナ感染拡大中のオンライン診療を含め、毎回管理栄養士同席のもと指導を行った。介入翌月は一時的に食事時間の短縮や体重の微増がみられたが、病状の理解困難や、味や形態へのこだわりによる摂食意欲の低下により指導した食事内容が継続的には実施されず、介入後3か月目からは体重は-1 kg/月ペースで減少し続けた。服薬時間変更の効果は限定的であった。頻繁な介入により患者が受け入れ可能な方法を指導し続け、介入後1年6か月目、摂食嚥下機能の増悪による顕著な自覚症状に伴い、補食を継続摂取し始めた。しかし、介入後1年8か月目には初診時から17 kg減少し46.5 kgとなった。筋肉量は1年4か月目から36 kg台で推移している。

【考察】

本症例では、高次脳機能障害によると思われる理解力欠如やこだわりにより、対応に難渋した。管理栄養士と協働したことで補食の種類の変更や、通常の食事の範囲内でエネルギーやタンパク質の摂取量を増加させる方法など、様々な提案が可能となり、多職種連携の重要性が強調された。

(COI開示：なし) (倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター3)

[認定P-14] 脳血管疾患後の認知症高齢患者への介入により、経口摂取再開およびADL改善を認めた一例

○市川 陽子^{1,2}、菊谷 武^{2,3} (1. 日本歯科大学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、3. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学)

【緒言】

脳血管疾患患者の退院後の社会的サポートは、患者の機能回復にも関連するとの報告がある。今回、家族により質の高い介護が提供され、また多職種で連携することによって、経口摂取を再開し、ADL改善を認めた一例を経験したので報告する。

【症例】

93歳、女性。患者家族より経口摂取再開を希望し、在宅訪問診療の依頼があった。初診より3年前に脳梗塞の既往

があり、2ヵ月前に脳梗塞疑いで入院した。入院中にアテローム性血栓性脳梗塞を発症し、右片麻痺、失語症が出現した。胃瘻造設後、退院し、初診時は経管栄養のみの状態(FILS 1)であった。外部観察評価にて、右顔面神経領域に不全麻痺を認めた。食物認知は不良で、捕食に数秒要した。嚥下内視鏡検査にて、口腔咽頭移送時間の延長と嚥下反射惹起遅延および耐久性の低下を認めた。

【経過】

臨床的重症度分類3;水分誤嚥と診断した。問題点とその対応として、覚醒状態にむらがあることに對し、車椅子に移乗する時間を増やし日中リズムを整えるよう指導した。口腔咽頭移送時間延長に対しては、姿勢調整を行い、廃用による筋力低下に対しては、多職種で連携し座位保持訓練を行い廃用の改善を行った。リクライニング45度にて、食形態は、嚥下調整食学会分類 2021のコード0jで経口摂取を開始した。当初はためこみや疲れがみられたが、口腔咽頭移送時間も徐々に短縮し、座位でも摂取できるようになった。初診より3ヵ月半後に、コード3相当の食品の摂取が可能となり、初診5ヵ月後には体重が3.4kg増加した。初診6ヵ月半後には500kcal/dayを経口摂取可能となり、FILS 5となった。なお、初診4ヵ月後より PTが介入し、現在では ADLの改善がみられ、端座位保持が可能となり、訓練時に立位も可能となった。摂食時の動作としては一部自己摂取が可能となった。

【考察】

多職種で情報共有し介入できたこと、および家族の介護力が高いことが全体的改善の一助となった。日中リズムを整え、覚醒状態を改善させることで、食物認知が改善し、口腔咽頭移送時間を短縮させることができた。また、訪問時に摂食嚥下機能評価を行い、食形態を段階的に提案した結果、経口摂取量の増加につながったと考えられた。

なお、本報告の発表について患者家族から文書による同意を得ている。

(倫理審査対象外)

(COI開示：なし)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター3)

[認定P-15] 経口摂取困難な脳梗塞発症患者への嚥下評価と訓練により、嚥下機能及び覚醒度や全身状態が改善された症例

○米田 早織、戸原 玄 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 医歯学専攻 老化制御学講座 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

【緒言】

我々は、経口摂取困難である脳梗塞発症後の患者に適切な嚥下機能評価と段階的経口摂取訓練、全身訓練を行い、嚥下機能だけでなく覚醒度や全身状態も改善された一例を経験したので報告する。

【症例】

84歳女性、脳梗塞後遺症による嚥下障害のため入院後、経口摂取困難となり胃瘻を造設。退院後、口から食べたいを主訴に当科の訪問診療を開始した。義歯不使用、右麻痺や高次機能障害、低栄養や筋力低下を認め、傾眠傾向強く活動性は低下していた。身の回りの介護は長女が行っており、その他デイサービス通所、訪問リハビリ、訪問看護の介入があった。嚥下内視鏡検査 (VE) では咽頭に唾液貯留、披裂部から唾液の喉頭流入、唾液やとりみ水による不顕性誤嚥を認めた。なお、本報告の発表について患者代諾者から文書による同意を得ている。

【経過】

長女の経口摂取再開希望より、お楽しみレベルでの経口摂取を目指し、当科での摂食嚥下リハビリテーションを開始した。退院時嚥下機能評価は、ギャッジアップ45度で濃いとりみ水スプーン1杯のみ摂取可能であった。退院後1ヶ月のVEは中間とりみ水で嚥下反射遅延による不顕性誤嚥や被裂部から唾液の垂れ込み誤嚥が見られた。覚醒状態 JCS II桁の状態、間接訓練で1ヶ月経過観察とした。退院2ヶ月後、挺舌量や舌可動域、嚥出力も上がり濃いとりみ水での直接訓練を開始した。全身訓練も開始継続し、退院6ヶ月後には訓練前後の吸引と共にゼリーでの直接訓練が可能になった。食形態向上に合わせ義歯を訪問歯科に作成依頼、使用を徐々に開始した。退院7ヶ月後には覚醒状態も JCS I桁で安定笑顔も見られ、義歯やスプーンを使用し介助ありで摂食可能、退院10ヶ月

後には咀嚼訓練を始め咀嚼嚥下できる様になった。

【考察】

本症例は経口摂取不可だったが、当科の嚥下機能評価後、段階的経口訓練により、義歯やスプーン使用しお楽しみレベルでの経口摂取が可能となった。間接訓練にて舌骨上筋群や嚥出力が向上、直接訓練の継続や義歯使用により舌の動きや咀嚼能力、口腔感覚も賦活化できたと考えられる。嚥下機能向上に伴い、覚醒状態がJCS I桁で安定、患者の感情面も同時に改善が認められた。経口摂取支援は嚥下機能面だけでなく、患者の全身状態や精神面にも影響を及ぼすと考察された。

(COI 開示:なし) (倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター3)

[認定P-16] 訓練実施体制の構築により重度嚥下障害患者に対し安全な摂食嚥下リハビリテーションを行うことができた症例

○長谷川 翔平、戸原 玄（東京医科歯科大学 大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野）

【緒言】

摂食嚥下機能のリハビリテーション計画は、しばしば患者自身の残存機能だけでなく適切な訓練を実施できる体制の有無により制限を受ける。しかし、このような体制の構築に画一的な方法はなく、患者ごとに模索する必要がある。我々は、訪問診療に移行することで多職種との密な連携および居宅の環境にあった指導を行うことができた一例を経験したので報告する。

【症例】

87歳男性。「食べられるようになりたい」という主訴で、かかりつけの病院より紹介来院した。誤嚥性肺炎の既往あり。重度の食道入口部開大不全による経口摂取困難であり、初診時（20XX-3年12月）には既に胃ろうが造設されていた。

上肢下肢の動作は緩慢であるもののADLはほぼ自立である。発話は明瞭で嚙声は認めない。胃酸抑制を目的としてランソプラゾールおよび酸化マグネシウムの処方があった。往診開始時のBMIは22.3であった。

なお、本報告の発表について患者本人から文章による同意を得ている。

【経過】

初診時より継続した嚥下機能訓練を実施した結果、ペースト食の摂取を開始できるまでに機能回復を行うことができていた。しかし、20XX-1年6月に肺炎を発症し、これを契機に経口摂取を中断するよう指示。同年12月に検査を実施し、直接訓練を安全に行える方法を見つけることはできたが、厳密に実施しなければ誤嚥リスクは高い状況であると評価できた。

20XX年2月より在宅訪問診療を開始した。リクライニング80度右側臥位頸部左回旋にて、トロミ1% 2ccを5～10口摂取する指示で専門職同席時の直接訓練を再開した。以後、20XX年7月に胃ろう周囲の炎症のため入院加療され、一時的に直接訓練を中断した期間はあったが、それ以外では1ヶ月に1回程度の頻度で専門職、介護支援専門員同席下での往診を継続できた。20XX+1年1月現在、側臥位の姿勢は解除できており、リクライニング60度頸部左回旋にてトロミ1%を1～3ccを10口程度であれば安全に訓練として摂取できている。20XX年2月以降は肺炎は再発していない。

【考察】

全身状態が悪化している時期などがあったにも関わらず、訪問診療に移行してから肺炎の再発はしていない。これは、訪問診療に移行することで顔の見える関係を築くことができ、言語聴覚士、看護師と連携しながら適切な訓練を実施できたからであると考えられる。

COI開示：なし 倫理審査対象外

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター3)

[認定P-17] COVID-19肺炎入院後廃用による嚥下障害患者に対し経口摂取支援を行った症例

○石井 美紀、戸原 玄（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野）

【緒言】

近年 COVID-19が急速に拡大しており入院後廃用に伴い嚥下障害が表面化することも多い。高齢者の場合その他の既往にも配慮して支援を行う必要がある。COVID-19肺炎入院後廃用による嚥下障害患者に経口摂取支援を行ったので報告する。

【症例】

80歳男性。患者家族からお楽しみ程度の経口摂取希望があり訪問診療を開始した。既往歴はパーキンソン病,糖尿病,COVID-19肺炎であった。ほぼ寝たきり状態,車椅子移乗は可,栄養は胃瘻から摂っていた。体重56.4kg。開眼しないが食事時は声掛けに反応がみられた。本報告にあたり患者家族に書面で同意を得た。

【経過】

初診時,介助で煮豆数口の経口摂取は可能であった。咽頭残留あるが交互嚥下で除去できた。家族の希望でとろみ無しの水分を検査し,誤嚥あるが自己喀出可能であった。自宅ではお楽しみを重視し,食形態は厳格に制限せず一口量とペースの指導を行った。週3日のデイサービス先でも直接訓練を実施できるよう調整した。施設では安全性を重視し,姿勢と覚醒状態の見極めを指導しペースト食から訓練を行った。その後,検査結果に基づいて施設での食事は粥,1-2cm角刻みまで上げた。同年9月まで順調だったが(Alb 3.4,体重61kg),11月上旬,全身の湿疹と易疲労性,覚醒不良を認め,咽頭残留多量で嚥下後誤嚥あり,自己喀出不可であった。同月中旬に胸水貯留疑いで検査入院,肺を含め異常なく,Alb 3.4,体重69kgで下旬に退院となった。経口摂取はペーストやゼリーに限定し,併行してバルーン訓練(3ccを5回)を週1回実施したところ咽頭残留および嚥下後誤嚥はなくなり,機能改善を認めた。

【考察】

COVID-19肺炎の既往に対し特異的な訓練は必要なく,段階的摂食訓練で対応可能であった。パーキンソン病による覚醒不良は嚥下機能に影響が出るため,その見極めや状態に合わせた介助法を家族や介護者と共有したことが誤嚥性肺炎の防止や食形態変更に繋がったと考えられる。疲労に伴う嚥下機能低下の際は食形態調整だけでは対応できずバルーン訓練を選択した。バルーン訓練は受動的な訓練であり,訓練に慣れた実施者が手早く行うことで患者への負担を軽減し成果を挙げられたと言える。嚥下後誤嚥がなくなってむせが減り,むせる分の体力消耗が軽減し摂食嚥下に有利に働いたと思われる。

(COI開示:なし 倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター3)

[認定P-18] 扁桃癌放射線治療後の摂食嚥下障害

○森豊 理英子、中根 綾子（東京医科歯科大学摂食嚥下リハビリテーション学分野）

【緒言】

放射線治療の副作用により重度開口障害を認め、それに伴い口腔内清掃状態が劣悪であった患者に対し、口腔衛生管理から開始し、摂食嚥下リハビリテーションを段階的かつ多角的に実施した。外来通院と訪問診療を併用し、妻と二人暮らしの自宅設備に合わせ、直接訓練の環境作りを工夫した一例を経験したので報告する。

【症例】

86歳男性、左側扁桃癌放射線治療（20XX年）後、「食べる練習をしたい、話せるようになりたい」を主訴に20XX+5年7月当科外来受診。その他既往は甲状腺乳頭癌、胃瘻による3食経管栄養、栄養状態はBMI21.1、血液データはCRP2.32mg/dl。開口量は7mm、齲歯多数あり、プラーク付着、歯肉腫脹、全体に乾燥・痂皮・痰の貯留著明で悪臭が強い。嚥下内視鏡・造影検査では鼻咽腔閉鎖不全、舌の巧緻性低下による送り込み不全、舌骨の

挙上・咽頭収縮の減弱、水分の誤嚥を認める。発音不明瞭、湿性嚥声あり。口腔清掃方法と開口器による開口訓練を指導し、口腔衛生管理で週に1回外来通院を開始した。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ている。

【経過】

初診から3週間後、開口量15mmとなり、同年8月 PAP（舌接触補助床）を装着、装着時の舌圧は5.8kPaであった。9月、CRP1.04 mg/dlに改善。嚥下造影検査の再評価を行い、中間のとりみ水を2ml、姿勢はリクライニング60度・頸部回旋、代償法として追加嚥下を加え直接訓練を設定し、訪問診療で直接訓練とシャキア法、空嚥下、口腔周囲筋のストレッチ等の間接訓練を指導した。また、病院の言語聴覚士に構音訓練を依頼。直接訓練開始当初は3口程度であったが、20XX+6年1月時点で、舌圧8.3kPaに改善し、舌による送り込みも改善され、20口を確実に嚥下できるようになった。

【考察】

口腔内の状態や痰の貯留、CRP上昇より、軽微な日常的誤嚥の存在が疑われた。口腔内清掃状態が改善し、CRPが低下したことは、誤嚥性肺炎のリスク軽減を反映していると考ええる。嚥下内視鏡画像や開口量、舌圧等の数値を毎回説明することで、患者本人と妻の訓練へのモチベーションを維持した。直接訓練の内容について、訪問診療を併用し、実際自宅で妻とどのように再現できるかを具体的に設定し指導したことで、妻との直接訓練の効果を高めることができた。

（COI開示：なし）

（倫理審査対象外）

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター4

認定医審査ポスター4

Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター4 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-19] 上顎癌切除術後の顎欠損を有する高齢者対し顎補綴を使用して機能回復をはかった症例

○林 皓太、高橋 浩二 (昭和大学歯科病院口腔リハビリテーション科)

[認定P-20] 口腔衛生・機能管理を行うことで初めての義歯を装着することができた要介護超高齢者の一例

○三浦 康寛¹、野原 幹司² (1. なかたに歯科クリニック、2. 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室)

[認定P-21] 糖尿病・脳血管障害を有する下顎高度吸収顎堤に対し義歯製作を行い、咀嚼の改善から自立支援につなげた症例

○益崎 与泰、西 恭宏 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野)

[認定P-22] 口腔癌に起因する開口障害に対して、口腔機能リハビリテーションを行い、新義歯を製作した症例

○西尾 健介^{1,2}、伊藤 智加^{1,2} (1. 日本大学歯学部歯科補綴学第Ⅰ講座、2. 日本大学歯学部附属歯科病院 総義歯補綴科)

[認定P-23] 高齢患者に対して新義歯製作および口腔機能に応じた指導により機能回復を図った一症例

○岸本 卓大¹、市川 哲雄² (1. 徳島大学大学院医歯薬学研究部歯科放射線学分野、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔顎顔面補綴学分野)

[認定P-24] 咀嚼・嚥下障害がある舌がん高齢患者に対し義歯を製作し口腔機能が改善した症例

○大野 愛莉、戸原 玄 (東京医科歯科大学摂食嚥下リハビリテーション学分野)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター4)

[認定P-19] 上顎癌切除術後の顎欠損を有する高齢者対し顎補綴を使用して機能回復をはかった症例

○林 皓太、高橋 浩二（昭和大学歯科病院口腔リハビリテーション科）

【緒言】

上顎癌切除術後患者において顎欠損による鼻咽腔閉鎖機能不全、摂食嚥下・構音機能障害は多く認める。今回上顎癌切除術後による広範囲な顎欠損を有する高齢者患者に対し、顎義歯作製及び摂食嚥下訓練を行い、良好な結果を得た症例を経験したので報告する。

【症例】

85歳、男性。身長165.9cm、体重56.9kg、BMI 20.6、顎補綴装置の作製依頼にて当科受診。既往歴：狭心症、高血圧、糖尿病、高脂血症。現病歴：2018年12月左側上顎癌（T4aN0M0）に対し、切除術および上唇再建術を施行した。口腔内状態は上顎左側に正中を超える広範囲な上顎骨の実質欠損を認めた。初診時の評価では、シーネ装着下でピークフロー平均150ℓ/min（基準値:498）、舌圧測定不能（顎欠損のため）、嚥下造影検査にて全粥・ペースト食の嚥下は可能であった。しかし、胃瘻による栄養管理を本人は受容し、経口摂取の希望はなかった。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】

初診時の評価より上顎顎義歯作製および摂食嚥下訓練を立案した。上顎顎義歯の作製を行ったが、鼻唇溝皮弁による再建術により口腔形態が変化したため、顎義歯を再作製した。また、就寝時の口腔乾燥の訴えに対し鼻腔口腔交通を遮断する目的で上顎マウスピースを作製した。1年後には顎義歯装着下でピークフロー平均330ℓ/min、平均舌圧は（舌尖10.4N舌中央9.6N）、BMI 21.8に改善した。改訂水飲みテスト5点であるが、胃瘻からの栄養確保は継続し、本人と相談のもと直接訓練として毎食ゼリー状食品を経口摂取している。マウスピースの装着により口腔乾燥感は軽減し、現在まで使用を続けている。

【考察】

顎欠損部が大きく、顎義歯作製が困難な症例であった。顎欠損周囲の残存周囲組織のアンダーカットを利用することで顎義歯が安定し、機能向上を得られたと考えられた。また、起床時の口腔乾燥は鼻腔口腔交通を遮断する上顎マウスピースにより改善を認めた。直接訓練の継続により食への意欲が向上したため、今後は咀嚼訓練を行いながら食形態の向上を目指していく予定である。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター4)

[認定P-20] 口腔衛生・機能管理を行うことで初めての義歯を装着することができた要介護超高齢者の一例

○三浦 康寛¹、野原 幹司²（1. なかたに歯科クリニック、2. 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室）

【緒言】

歯科治療の主である咀嚼障害の改善の為には器質的な機能回復を行うが、老化や疾患による運動機能低下がある者には口腔運動の機能回復を並行して行わなければ摂食機能の改善には至りにくい。今回、要介護超高齢者である95歳の患者で初めて義歯を使用する症例を経験した。廃用による運動障害に対して口腔衛生・機能管理を行いながら義歯を使用し、摂食機能の改善に至った一例を経験したので報告する。

【症例】

主訴は歯が折れて舌に当たり痛みがある。既往歴は心筋梗塞、誤嚥性肺炎、前立腺肥大症にて内服加療中、下肢の廃用性萎縮にて外出は困難な状態であった。体格はやせ、姿勢傾斜はなし。湿性嚙声あり会話は聞き取りにくい、明らかな認知機能の低下はなし。口腔内は残存歯多くあるが、う蝕進行にて破折歯、残根歯を多く認めた。口腔清掃状態は悪く、歯肉炎症、出血を認めた。頬や口唇、舌運動は良好であったが巧緻性は低値で

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】

訪問にて歯科治療を行っていくと、患者より義歯製作の希望があった。残存歯は咬耗が進んでおり、咬合高径は低位になっていたが、口腔機能低下を考慮し、咬合高径を変えないように製作した。口腔健康管理にて口腔の清掃性は向上し、継続した訓練にて口腔機能の改善を認めた。初めは義歯装着できる時間が限られていたが、徐々に装着時間は長くなってきた。食事形態は変わらないが、摂取量の増加を認めた。誤嚥性肺炎など体調不良なく過ごされている。

オーラルデキアドコキネシス：2019.7 (2.0 2.2 1.6) 2020.3 (3.0 3.0 2.4) 舌圧値：2019.7 (22.5) 2020.3 (23.6)

【考察】

咀嚼機能障害には器質性咀嚼障害と運動障害性咀嚼障害がある。器質性だけの障害であれば歯科治療にて機能回復は達成されるが、疾患や老化による運動障害がある場合は補綴処置だけでは機能回復とは言えない。本症例では口腔機能低下を認めたが、疾患による機能低下ではなかった事、認知機能の低下がなく訓練の指示が入った事、なにより患者の希望が強かった事により口腔衛生・機能管理が継続でき、口腔機能の改善を達成できた。義歯製作などの器質的な機能回復のみならず、口腔機能低下に気づき、機能訓練を並行して行っていくことが重要である。

(COI開示：なし)

(倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター4)

[認定P-21] 糖尿病・脳血管障害を有する下顎高度吸収顎堤に対し義歯製作を行い、咀嚼の改善から自立支援につなげた症例

○益崎 与泰、西 恭宏（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野）

【緒言】

高度顎堤吸収により義歯が安定せず、さらに顎堤粘膜が菲薄なため疼痛が生じやすく咀嚼が困難になると偏った食事となり栄養バランスが不良になることがある。今回我々は義歯新製後、粘膜面に軟質リライン材を適用することで、咀嚼機能等の向上を得られ自立支援につながった一例を経験したので報告する。

【症例】

73歳、男性。下顎義歯使用時の顎堤疼痛による咀嚼困難で来院した。既往歴は糖尿病、高血圧、前立腺肥大、虚血性脳血管障害、肺気腫、右腎損傷で多数の薬剤を服用。2016年頃まで下顎は部分床義歯を使用していたが残存歯抜去、総義歯となり市販の義歯安定剤を用いて食事をしていた。上顎は5歯残存、下顎は無歯顎であり、高度の顎堤吸収が認められた。EichnerはC2。発表に対する同意を患者より得ている。

【経過】

歯周治療および義歯製作をおこなった。通法による義歯製作を行ったが、疼痛改善が十分でなかったため、ティッシュコンディショナーによる暫時的緩圧を行なった。インプラントオーバーデンチャーも含めた検討を行うも全身疾患も考慮し最終的に軟質リライン材による間接裏装を行った。咀嚼機能評価は21→98、OHIP-16は26→2とともに改善した。今後は栄養バランスが適切となる栄養指導を行っていく必要がある。

【考察】

本症例では義歯による顎堤疼痛が強かったため、炭水化物や柔らかい食事など糖尿病など悪い影響を及ぼす食事を摂取していた。インプラントの検討もあるが、全身疾患を考慮すると手術においてリスクが生じる。近年保険収載された間接法による軟質リライン材の適用により、観血的処置等の危険性もなく、比較的良好な咀嚼機能の改善を得ることができると考えられたが、まず形態・咬合に配慮した義歯製作・調整を注意深く行い、評価していった。また摂取可能な食品が増えたことはよいことだが、今後は栄養バランスの評価や指導も行い、全身疾患

の悪化による QOLの低下が生じないよう配慮する必要がある。本症例に対して開示すべき COIはない。また倫理審査対象外である。

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター4)

[認定P-22] 口腔癌に起因する開口障害に対して、口腔機能リハビリテーションを行い、新義歯を製作した症例

○西尾 健介^{1,2}、伊藤 智加^{1,2} (1. 日本大学歯学部歯科補綴学第Ⅰ講座、2. 日本大学歯学部付属歯科病院 総義歯補綴科)

【緒言】

口腔癌の後遺症により、新義歯製作が困難な場面は少なくない。今回、口腔癌の後遺症で開口量が著しく低下した患者に対し、義歯製作時に、口腔機能リハビリテーションを実施し良好な結果が得られたので報告する。

【症例】

64歳女性。義歯が合わず食事が取りにくいことを主訴に来院。30年前に下顎歯肉癌にて右側下顎骨区域切除・顎骨再建を行っている。下顎は無歯顎であり高度顎堤吸収を呈している。身長は148cm、体重は40kg、BMIは18.3であり痩せ型の体型である。上顎は11, 21, 27が義歯支台歯として残存している。上下共に義歯が装着されているが不適合であり、咀嚼機能は80mg/dlであった。患者は手術の影響で口腔周囲・口唇・頬粘膜の瘢痕収縮が顕著で、開口量は18mmであり、口腔内に印象用トレーを挿入することが困難であった。義歯の製作にあたり、開口量の改善が必要であると判断し、当院摂食機能療法科と連携し、口腔機能リハビリテーションを実施し、開口量の増大を図ったうえで、義歯の製作を行った。なお本症例の発表に対し、患者より同意は得ている。

【経過】

リハビリテーションの内容は、手指・インリップス・電動歯ブラシによる口腔周囲・口唇・左右頬粘膜のマッサージとストレッチ、ガーゼによる舌の牽引訓練、舌圧子による抵抗訓練を行った。その後、開口器による開口訓練を実施した。可能な範囲で、自宅でのリハビリテーションの実施も指示した。開口量は2カ月後に25mmまで回復し、口腔内に印象用トレーの挿入が可能になったので、この時点で上下新義歯の製作に移行した。新義歯装着後に数回義歯調整を行い、疼痛が消失したため治療終了とした。咀嚼機能は122mg/dlに改善し、現在は定期的に義歯の調整、開口量の維持・増大のための口腔リハビリテーションを実施している。現在の体重は42kgに増加し、BMIは19.2に改善された。

【考察】

本症例では40mm程度まで開口量を改善することはできなかった。これは、口腔癌の手術後から長時間が経過していたためと推察される。しかし開口量が改善することで義歯の製作を可能にしたことより、口腔機能リハビリテーションによって、本症例が良好な結果を認めたと考察する。さらに開口量の増大により、咀嚼運動がスムーズになり、十分な咀嚼機能の回復に繋がっていると考察する。(倫理審査対象外、COI開示：なし)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター4)

[認定P-23] 高齢患者に対して新義歯製作および口腔機能に応じた指導により機能回復を図った一症例

○岸本 卓大¹、市川 哲雄² (1. 徳島大学大学院医歯薬学研究部歯科放射線学分野、2. 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔顎顔面補綴学分野)

【緒言】

高齢の義歯装着者において噛みにくいという症状は、義歯の問題だけでなく筋力低下や粘膜性状など様々な要

因を考慮する必要がある。今回患者の口腔機能の状況を把握した上で旧義歯の問題を修正し、機能低下に応じた指導を行い、良好な機能回復が得られたので報告する。

【症例】

81歳，女性。義歯が落ちやすい，痛くて固いものが噛みにくいことを主訴に来科した。下顎の顎堤には著明な吸収と粘膜の菲薄化を認めた。上下顎全部床義歯が装着されており，人工歯の摩耗，咬合平面と人工歯の排列不正を認めた。また下顎義歯はレトロモラーパッドが被覆されておらず義歯の動揺が大きかった。口腔機能検査の結果，TCIによる口腔衛生状態が72%，ムーカスによる口腔湿潤度が25.4，デンタルプレスケールIIによる咬合力が60.3 Nと基準値を下回っており，摂取可能食品アンケートによる咀嚼スコアは55.9点，OHIP J-54による口腔関連 QOLは79点であった。診査の結果，口腔機能低下症，義歯不適合による咀嚼障害と診断した。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】

旧義歯の問題点を踏まえ，通法通り新義歯製作を行なった。また口腔乾燥を認め，唾液の自浄作用の低下，唾液粘着力による義歯の維持力が低下しやすいため，必要に応じて口腔保湿剤を義歯粘膜面に貼付し装着するよう指導した。舌苔の付着に対して誤嚥性肺炎のリスクを説明し舌ブラシによる口腔清掃を指導した。また顎堤粘膜の負担能力が低い状態を説明し，摂取しやすい食形態にする，一口量を減らす，ゆっくり咀嚼する等の食事指導を行なった。新義歯装着6ヶ月後の検査では，口腔衛生状態が50%，口腔湿潤度は26.1，咬合力は208.3 N，グミゼリーによる咀嚼能力検査は左側 123 mg/dL，右側128 mg/dLであった。食事指導により咀嚼スコアは98.2点，口腔関連 QOLは5点となり，機能の改善と高い患者満足度も得ることができた。

【考察】

本症例は義歯の問題に加えて，顎堤の著明な吸収，粘膜の菲薄化と口腔乾燥が原因と考えた。そのため患者自身に口腔機能の現状を理解させた上で，新義歯製作，負担能力に応じた食事指導や口腔保湿剤の使用により機能回復，患者の QOL向上に寄与できたと考える。今後も継続的な義歯の管理，口腔機能の維持に努めていく予定である。

(COI開示：なし)(倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター4)

[認定P-24] 咀嚼・嚥下障害がある舌がん高齢患者に対し義歯を製作し口腔機能が改善した症例

○大野 愛莉、戸原 玄（東京医科歯科大学摂食嚥下リハビリテーション学分野）

【目的】

舌がん術後は舌の可動域や機能が低下し，口腔期の摂食嚥下障害をきたしやすい。また不適合義歯の使用は咀嚼障害の要因となるため，術後の口腔機能および義歯の評価が重要である。今回，舌部分切除術後の患者に上下義歯を新製し咀嚼・嚥下障害が改善した症例を報告する。

【症例の概要と処置】

90歳女性。既往歴に高血圧症，大動脈閉鎖不全症，腹部大動脈瘤，右脚ブロックがあるが，いずれもコントロール良好である。88歳で右側舌縁に白斑を認め，他院で「classIIIの炎症性反応」と診断され経過観察していた。その後89歳で右側舌癌と診断され，本学口腔外科で舌部分切除術を施行した。術後，義歯不適合と食事のしにくさを主訴に当科を受診した。上顎は総義歯，下顎は部分床義歯使用中で，下顎義歯右側床縁は小さく削合され臼歯部が覆われていなかった。初診時の嚥下機能評価では，水分，固形物ともに誤嚥なく摂取可能であり，咽頭への送り込みも可能であったが咀嚼に時間を要した。舌圧21kPa，グルコセンサーによる咀嚼能率評価

78mg/dLで、義歯不適合と舌機能低下による咀嚼障害と診断した。

追加治療終了後に義歯新製を開始した。舌が右側に偏位し、咀嚼時に舌を噛みやすいことが問題であった。咬合調整および人工歯を形態修正し、舌の回避スペースを設けたことで症状は改善した。しかし義歯完成後1か月の咀嚼能率評価は39mg/dLで旧義歯の記録を大きく下回った。義歯形態の違和感や噛みにくさの訴えがあり、舌形態に合わせた形態調整および咬合調整を継続した。また舌の運動制限に対し機能訓練を指導した。完成後3か月、咀嚼能率評価106mg/dLで機能改善を認めた。舌圧は24kPaで維持された。また食事時間は40分から30分に短縮、疲労感が軽減したと報告があった。本報告の発表について患者から同意を得ている。

【結果と考察】

舌切除後の機能障害に加え、不良義歯が咀嚼機能を低下させる要因であった。義歯形態の大幅変更が必要だったため、新義歯に慣れるまでに調整と時間を要したが、舌圧やグルコセンサーによる口腔機能の客観的評価により結果を可視化し患者にフィードバックできた。また術後廃用予防に対し舌機能訓練の継続は必須である。口腔癌術後は口腔器官の形態変化が口腔・嚥下機能に影響するため、適切な評価と早期の対応が求められると考えた。

COI 開示：なし 倫理審査対象外

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター5

認定医審査ポスター5

Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター5 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-25] 心疾患を有する歯科治療恐怖症患者に全顎的治療および周術期口腔管理を行った症例

○奥 菜央理、柏崎 晴彦（九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野）

[認定P-26] 慢性心不全を有する余命半年の肺癌患者への歯科治療を行った症例

○朝比奈 滉直、小笠原 正（松本歯科大学大学院健康増進口腔科学講座口腔健康政策学分野）

[認定P-27] 顎下腺摘出患者に対し口腔機能訓練を行い口腔機能に改善が認められた症例

○原田 佳枝、西 恭宏（鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野）

[認定P-28] 脳梗塞を発症した高齢患者に対して、入院早期から口腔管理を実施した症例

○松永 一幸¹、古屋 純一²（1. 脳神経センター大田記念病院 歯科、2. 昭和大学歯学部高齢者歯科学講座）

[認定P-29] 高齢患者の歯性上顎洞炎に対して歯周炎との鑑別が困難だった症例

○玉井 恵子、内藤 徹（福岡歯科大学総合歯科学講座高齢者歯科学分野）

[認定P-30] 口腔内出血を契機に特発性血小板減少性紫斑病と診断された高齢者の一例

○小松 万純¹、片倉 朗²（1. 東京歯科大学 オーラルメディシン・病院歯科学講座、2. 東京歯科大学 口腔病態外科学講座）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター5)

[認定P-25] 心疾患を有する歯科治療恐怖症患者に全顎的治療および周術期口腔管理を行った症例

○奥 菜央理、柏崎 晴彦（九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座 高齢者歯科学・全身管理歯科学分野）

【緒言】

重症大動脈弁狭窄症患者では、感染性心内膜炎（以下、IE）の予防に配慮した検査と歯科治療が求められる。また、術後もIE予防の観点から、継続した口腔管理が必要である。今回、重症大動脈弁狭窄症患者に対して、IEに留意しながら義歯製作により口腔機能回復を行った症例に関して報告する。

【症例】

75歳女性。当院循環器内科より大動脈弁置換術の口腔機能管理依頼で当科初診となった。既往歴は重症大動脈弁狭窄症、関節リウマチ、脳梗塞後で、プレドニン錠内服やクロピトグレル錠内服による易感染性、出血傾向を有していた。初診時（2021年3月）の歯科的現病歴は、全顎的に中等度の辺縁性歯肉炎、 $\perp$ 456急性化膿性根尖性歯周炎、3 $\perp$ 1う蝕症第3度であり、歯冠崩壊により義歯不適合、清掃状態は不良で $\perp$ 4部歯肉には瘻孔痕を認めた。なお、本症例患者は急逝されたが、本報告の発表について患者本人より生前、複数回口頭による同意を得ている。

【経過】

IE予防のため処置の1時間前にアモキシシリン 1,250mg投与し、2021年3月に $\perp$ 456抜歯術を施行した。6月に重症大動脈弁狭窄症に対して経カテーテル大動脈弁置換術前後の周術期口腔管理と咬合の早期回復目的に義歯修理を行い、口腔機能検査を実施した。修理義歯でのグルコセンサーによる咀嚼能力は67.0mg/dL、デンタルプレススケールIIによる咬合力は305.1Nであった。新義歯装着直後（7月）に胸部大動脈瘤切迫破裂のため緊急手術となり、周術期口腔管理を再開した。術後2ヶ月後（9月）に、新義歯にて口腔機能検査を行ったところ、咀嚼能力78.0mg/dLと軽度の改善を認めたが、咬合力は112.5Nと依然低値のままであった。

【考察】

本症例は歯科治療に恐怖心を持ちながらも、患者自身が周術期管理をきっかけに歯科治療の必要性を理解した事、また術者も患者の恐怖心のある処置を把握した事、退院後も継続可能な治療計画を遂行できた事が、歯科治療の遂行に寄与した。一方、新義歯製作後も満足 of いく咬合機能向上までは得られなかった。不適合旧義歯の使用により、初診時には安定した咬合位が喪失しており、義歯新製のみでは十分な咬合力回復に繋がらなかった。長期間の習慣的な咬合関係が構築されている旧義歯を利用、調整しながら新たな咬合関係へ誘導後の新義歯製作が必要であった。（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター5)

[認定P-26] 慢性心不全を有する余命半年の肺癌患者への歯科治療を行った症例

○朝比奈 滉直、小笠原 正（松本歯科大学大学院健康増進口腔科学講座口腔健康政策学分野）

【緒言】

慢性心不全患者の歯科治療時には十分な配慮を要する。さらに末期癌であれば治療方針に苦慮することがある。今回、慢性心不全及び末期の肺癌患者に対し、終末期のQOLを考慮して歯科治療を行ったので報告する。本報告について代諾者より文書にて同意を得ている。

【症例】

84歳男性。「左上が疼いて食事し難い」を主訴にX年7月2日初診。現症として上顎は高度顎堤吸収による残根上義歯の維持力低下、不適合を認め、24、25番は残根、打診痛を認めた。問診にて慢性心不全(大動脈弁逆流症、冠動脈狭窄)、右肺癌(生命予後半年)の既往を聴取した。METs表より運動耐用能はNYHA II～III度と評価し、心

電図検査より多源性心室性期外収縮を認めた。主治医に疾患、投薬内容、現在の状態、今後の見通しを照会したところ、コントロール不良にて急性増悪を繰り返しているとのことであった。

【経過】

24, 25番う蝕症4度, 上顎義歯不適合と診断。治療方針として生命予後半年のため, 今後のQOLを考慮し, 24, 25番抜歯, 義歯修理・調整を優先した。7月23日に抜歯を行った。処置内容として抗菌薬を処置1時間前に内服させ, 術直前のバイタル評価にて歯科治療中止基準外であることを確認し, 抜歯術に移行した。術中は基礎疾患増悪にならぬよう無痛的処置に配慮し, 60%リドカインテープを用いた表面麻酔後に浸潤麻酔を行った。局所麻酔薬はキシロカイン®1.6mlとシタネスト®1.8mlを使用した。抜歯後止血確認し, 処置終了とした。術中に期外収縮を認めたが, 特に問題にならなかった。7月25日に予後観察し, 8月30日に適合, 維持力向上のため義歯裏層を行った。以後, 来院の負担を考慮し, 問題あれば義歯調整する旨を説明し, 終了とした。後日経過を確認した際, 問題なく使用できているとのことであったが, 基礎疾患増悪により入院され, Y年1月14日に亡くなられた。

【考察】

慢性心不全患者の歯科治療の際, 全身疾患を把握し, 処置可能か判断する必要がある。時には内科治療を優先し, 歯科治療を延期することもある。しかし本症例は末期癌のため, 今後のQOLを考慮し, 歯科治療を優先した。処置中は基礎疾患の増悪を防ぐため, 術前の一般状態評価のうえ無痛的歯科治療に努めた。その結果, 特に問題なく処置を終えることができ, QOLの向上に貢献できたと考える。(COI開示: なし)(倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター5)

[認定P-27] 顎下腺摘出患者に対し口腔機能訓練を行い口腔機能に改善が認められた症例

○原田 佳枝、西 恭宏 (鹿児島大学 大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面補綴学分野)

【緒言】

口腔機能低下症は、本来は加齢による口腔機能低下による疾患であるが、比較的若齢でも早期から多数歯を喪失し口腔機能が衰え老化が早まることが考えられる。今回は、多数歯欠損に対し長期間義歯を装着せず放置した患者が顎下腺摘出後に義歯製作を行ったところ、口腔乾燥による違和感を訴えたため口腔機能検査結果に基いた訓練を行った結果、症状改善が認められたので報告する。

【症例】

59歳, 男性。下の歯茎が腫れて噛めないことを主訴に来院した。現症: 上顎無歯顎, 下顎前歯・左下4残根以外欠損。既往歴: 歯科受診は20年くらい前から途絶えており, 義歯装着歴はなし。現病歴: 冠攣縮性狭心症, 高血圧症(服薬あり)。診断: 下顎3-4根尖性歯周炎, 右顎下腺唾石症。なお本報告の発表については, 患者から文書による同意を得ている。

【経過】

下顎残根の抜歯ならびに右顎下腺摘出術を行い, 新義歯を製作した。義歯治療後には咀嚼機能(グルコセンサー)は190mg/dLを示し回復したが, 患者は口腔乾燥による違和感を訴えるようになった。指導開始前の舌苔付着度は66%, ムーカスは18.8, 唾液量(サクソテスト)1.2g/2分, 舌圧も29.3kPaであることから口腔機能低下症と診断し, 訓練を開始した。訓練開始後, 舌圧は低下したものの, 舌苔付着度は38.9→11.1, ムーカス27.2→30.4と改善が認められた。

【考察】

本症例は初診時59歳と一般的な口腔機能低下症患者よりも若齢ではあったが, 唾液腺摘出による器質的な変化による機能障害だけでなく, これまで一度も義歯装着経験が無いことから, 口腔機能が低下している可能性がある

と考へた。検査の結果、口腔機能低下症と診断され、舌清掃指導や機能訓練を行った。訓練開始後は、主訴である口腔乾燥については熱心に指導内容を順守する傾向もあったためか、舌苔付着度や唾液分泌に関しては改善が認められた。今後も定期的な検査を実施して口腔機能、特に唾液分泌について管理していく必要がある。

（COI開示：なし、倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター5)

[認定P-28] 脳梗塞を発症した高齢患者に対して、入院早期から口腔管理を実施した症例

○松永 一幸¹、古屋 純一²（1. 脳神経センター大田記念病院 歯科、2. 昭和大学歯学部高齢者歯科学講座）

【目的】

脳卒中は、要支援・要介護の原因となり、高齢者の日常生活に多大な影響を及ぼしている。脳卒中発症後は肺炎を合併しやすく、肺炎を合併した場合は機能的予後の悪化に繋がるとの報告がある。一方で、脳卒中発症早期からの口腔管理は、肺炎予防に有用とされている。今回、脳梗塞を発症した高齢患者に対して、肺炎予防のために入院早期から口腔管理を実施し、口腔環境および食事摂取状況を改善した症例を経験した。なお、本報告の発表は代諾者から文書による同意を得ている。

【症例の概要と処置】

83歳男性、身長147.2 cm、体重52.7 kg（BMI 24.3 kg/m²）。既往歴は脳梗塞、高血圧症、腰椎圧迫骨折。2021年8月に左半身の脱力感を生じ、救急搬送となり、脳梗塞と診断された。入院時に左上下肢麻痺、左半側空間無視、軽度嚥下障害の症状があった。入院当日の看護師による口腔評価後、歯科紹介となり、入院3日後に歯科介入した。残存歯は上顎0本、下顎6本で、左下1・2番と右下3番は顕著に動揺し、周囲歯肉から排膿があった。上顎義歯は容易に脱落し、下顎義歯は残存歯の移動により、装着不可能であった。入院7日目までアルガトロバン水和物の静脈内投与があったため、出血リスクを考慮し、口腔衛生管理を主に実施した。その後、クロピドグレル硫酸塩とアスピリンの経口投与へ移行したため、主治医と相談の上、入院11日後に左下1・2番と右下3番の動揺歯を抜歯した。さらに、入院13日後に下顎義歯を増歯修理し、入院15日後に上下義歯をリラインした。

【結果と考察】

歯科介入前は、均質なペースト食を2～4割摂取していたが、歯科による口腔衛生管理および動揺歯の抜歯後は、8～10割摂取が可能となった。さらに、義歯修理後は、不均質なペースト食の10割摂取が可能となった。入院17日後に、回復期病院へ転院となったため、同病院の協力歯科医院へ継続的な口腔管理を依頼し、終診とした。転院後48日時点において、全粥・軟菜を自力摂取し、口腔環境も維持していると報告を得ている。本症例では、脳梗塞を発症した高齢患者に対して、入院早期から口腔管理を実施したことで、口腔環境および食事摂取状況の改善に繋がった。

（COI開示：なし）（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター5)

[認定P-29] 高齢患者の歯性上顎洞炎に対して歯周炎との鑑別が困難だった症例

○玉井 恵子、内藤 徹（福岡歯科大学総合歯科学講座高齢者歯科学分野）

【緒言】

副鼻腔炎は、鼻汁、鼻閉、悪臭、頬部痛等が主な臨床症状であるが、歯痛に類似した訴えがあることも多い。

ときに歯性疾患との鑑別が困難で、早期に適切な処置がとられない症例も散見される。今回、感染リスクの高い高齢の複数の疾患を有する患者に対して、適切に診断を行った上で関連医科との連携をとり、対応できた症例を報告する。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。

【症例】

86歳の女性。2019年5月に左側上顎歯肉の腫脹と疼痛を主訴に当科初診となった。既往歴は2型糖尿病、高血圧症、乳癌術後、リウマチ、メニエール病であった。主訴に相当する $\perp$ 7の遠心側歯肉に瘻孔を認めた。

【経過】

初診時に $\perp$ 7に8mmの歯周ポケットと瘻孔形成を認めた。デンタルエックス線では $\perp$ 7は生活歯と判断されたため、歯周炎の急性症状と判断し、ポケット内洗浄と抗菌薬の処方を行った。一時的に症状は改善したが、2か月後に再燃した。その後「黄色の鼻汁が出るようになった」との訴えが出現したため、同年9月、当院耳鼻科に紹介したところ、Computed Tomography (CT)で左側上顎洞の陰影と $\perp$ 7の上顎洞への交通を認め、左側歯性上顎洞炎と診断された。 $\perp$ 7は切削診にて歯髄失活を確認の後、感染根管処置を繰り返すも、明らかな改善は得られなかったため抜歯を行った。なお、抜歯に際しては、ビスホスホネート製剤を服用していたため、整形外科にも対診を行った。抜歯から2か月後、CTでは上顎洞粘膜の肥厚はみられたが症状の改善を認めたため、耳鼻科終診となった。抜歯部位については可撤性義歯による補綴治療を計画していたが、通院困難で義歯作製の希望もなかったため、2021年2月に終診となった。

【考察】

本症例は高齢患者の急性疼痛について、歯周炎と歯性上顎洞炎との鑑別が困難な症例であった。デンタルエックス線所見や口腔内所見だけにとらわれず、症状の経過や特徴を詳細に聴き取ることで、最終的に耳鼻科との連携に繋げることができた。歯性上顎洞炎と診断された後は、全身への負担を考慮して保存的処置を試みるも、最終的には保存困難となった。しかし、関連他科と適切に連携をとる事で、無事に良好な転帰を得ることができた。今後も高齢者の診察に際しては、可能な限り全身への負担が少なくなるような早期診断や治療を心がけたい。(COI開示：なし)(倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター5)

[認定P-30] 口腔内出血を契機に特発性血小板減少性紫斑病と診断された高齢者の一例

○小松 万純¹、片倉 朗² (1. 東京歯科大学 オーラルメディシン・病院歯科学講座、2. 東京歯科大学 口腔病態外科学講座)

【緒言】

特発性血小板減少性紫斑病(ITP)は明らかな原因や基礎疾患がないにも関わらず、血小板の破壊が亢進し、血小板数が減少する後天性疾患である。また、高齢者にも突然発症する疾患である。今回、高齢者において口腔内出血がITPの診断の契機となり、口腔機能管理を行った一例を経験したので報告する。

【症例】

88歳、女性。口腔内の出血を主訴に来院した。【既往歴】心筋梗塞、糖尿病があり、バイアスピリンを内服していた。【現病歴】当科受診前日より両側頬粘膜からの出血を自覚し、かかりつけ歯科を受診。精査加療目的に紹介受診となった。初診時の口腔内に舌背部や両側頬粘膜に血腫を認め、両側上肢・下肢にも点状紫斑が認められた。歯の動揺はなかった。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】

初診時、全身性の出血性素因を疑って、血液検査を行ったところ血小板数が $0/\mu\text{L}$ で、ITPの疑いで当院血液内科に対診し即日入院となった。入院当日・第2病日に濃厚血小板10単位の輸血を行った。第7病日に骨髓穿刺を行い、ITPと診断され、プレドニン・ビスホスフォネートの投与を開始した。当科では口腔内出血への対応を行うとともに、易出血性に配慮して軟毛ブラシによる口腔清掃指導を行うなど、口腔衛生管理を実施した。第12病日に再度血小板の減少を認め、レボレードの内服を開始した。第27病日に血小板数が $2.9 \times 10^4/\mu\text{L}$ に上昇し、口腔

内出血も認めず、第29病日に退院した。退院後は血液内科と併診し経過観察を行っているが、転倒予防が重要課題であり、サルコペニアやフレイルの予防の観点からも口腔管理を継続している。

【考察】

高齢者は様々な併存疾患やその治療薬から出血傾向を示すことが多い。本症例においては、臨床所見から出血性素因を疑い血液検査を実施し、迅速に血液内科に対診を行うことができた。高齢者の ITP 患者は増加傾向を示しており、原因不明の口腔内出血の際は鑑別診断に ITP も考慮する必要がある。本症例は出血傾向に加えステロイドやビスフォスフォネートが開始され、口腔衛生管理により歯周病の重症化と MRONJ を予防することも必要となった。また、ITP 患者にとって転倒は致命的になるため、サルコペニアやフレイル予防の観点からも口腔機能維持の必要性を説明し、口腔機能管理を行った。

（COI開示：なし）

（倫理審査対象外）

認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター | 認定医審査ポスター6

認定医審査ポスター6

Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター6 (りゅーとぴあ 2F スタジオAホワイエ)

[認定P-31] ブリッジ脱離・誤飲による摘出術を繰り返した重度認知症患者に対し、残存ブリッジ及び支台歯を抜去した症例

○岡田 芳幸¹、小笠原 正² (1. 広島大学 医系科学研究科 障害者歯科学、2. 松本歯科大学大学院 健康増進口腔科学講座)

[認定P-32] 脳血管障害患者の習慣性両側性顎関節脱臼に対する咬合再建によって改善した症例

○高田 正典、江面 晃 (日本歯科大学 在宅ケア新潟クリニック)

[認定P-33] 左被殻出血後遺症の患者の嚥下機能評価を行い、退院時にリハビリ継続のため地域医療連携を行った症例

○宮原 琴美^{1,2}、戸原 玄³ (1. 医療法人社団相明会 岩本歯科医院、2. 一般社団法人巨樹の会 原宿リハビリテーション病院、3. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-34] 被殻出血後、歯科治療と摂食嚥下リハビリテーションの介入により、食形態の向上及び生活基盤が整った症例

○小谷 朋子、戸原 玄 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野)

[認定P-35] 多職種連携により常食摂取が可能となった症例

○高橋 育美¹、菊谷 武^{2,3} (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、3. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学)

[認定P-36] 高血圧症を有する患者に対し抜歯を行い、義歯修理により早期の機能回復を図った症例

○中嶋 千恵^{1,2,3}、小向井 英記¹ (1. 小向井歯科クリニック、2. 奈良県立医科大学口腔外科学講座、3. 長尾歯科医院)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター6)

[認定P-31] ブリッジ脱離・誤飲による摘出術を繰り返した重度認知症患者 に対し、残存ブリッジ及び支台歯を抜去した症例

○岡田 芳幸¹、小笠原 正² (1. 広島大学 医系科学研究科 障害者歯科学、2. 松本歯科大学大学院 健康増進口腔科学講座)

【緒言】

高齢者は口腔機能廃用化により衛生状態が悪化すると、歯科疾患が把握されぬまま補綴物の脱離、誤嚥・誤飲に至ることがある。今回、胃瘻造設後に Br 脱離と誤飲を繰り返した要介護高齢者に対して基礎疾患に配慮し、残存 Br 除去及び支台歯をすべて抜去した一例を経験したので報告する。

【症例】

83歳，男性。Br除去を主訴に来院した。身長172cm，体重53kg。Ⅱ度高血圧，MRSA保菌，リスペリドン服用。77歳時に腰椎圧迫骨折，80歳時に左大腿骨転子部骨折で長期療養後に認知症進行(HDS-R; 4/30), ADL 全介助にて介護老人施設に入所した。その後，誤嚥性肺炎を繰り返し，廃用化が進行したため，胃瘻を造設した。以来，経口摂取はなく胃瘻栄養管理を継続中である。20XX年3月及び9月に相次いで下顎臼歯部 Brの脱落・誤飲があり緊急摘出術を2度受けた。初診時，上顎 Br (⑦⑥5④┐③④5⑥⑦) が残存，両側とも動揺度1度で，支台歯の歯周炎 (PPD>4 mm : 100%) を認めた。口腔粘膜は剥離上皮膜で覆われていた。尚，本発表について患者の代諾者から同意を得ている。

【経過】

Br動揺は軽度であったが，支台歯は中等度以上の歯周炎であること，口腔機能廃用化により，Br脱落で誤飲・誤嚥の可能性が高いこと，既に短期間で2度 Brを支台歯ごと誤飲したことから，Br除去と動揺支台歯の抜去を適応とした。初診日は処置中の誤嚥を防ぐ目的で剥離上皮膜を可及的に除去した。処置当日はMRSA，リスペリドン，高血圧に対して，感染防護ガウン着用，シタネスト選択，間欠の処置で偶発症を回避した。また，注水時は処置部と咽頭部で吸引を行うとともに，Br除去時の落下に備えフロスで結紮した。その後，動揺のない┐7を除く全ての支台歯を抜去し，創部縫合とアモキシシリン投与を行った。

【考察】

患者は寝たきりで，更なる廃用化と基礎疾患の増悪により今後は処置困難になること予想された。そのため，保存による有害リスクが抜去リスクを上回ると考えた。また，行動解釈による意思決定支援も困難であり，施設看護師，家族と協議し，抜去が最善の利益と判断した。処置中の偶発症回避に加え，処置後も施設と連携し，治療不全・術後感染予防に努め，抜去を安全に行えた。剥離上皮膜に対しては介助者に口腔ケアを指導し，誤嚥性肺炎の防止を継続している。(COI開示：なし，倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター6)

[認定P-32] 脳血管障害患者の習慣性両側性顎関節脱臼に対する咬合再建によって改善した症例

○高田 正典、江面 晃 (日本歯科大学 在宅ケア新潟クリニック)

【目的】

高齢者の顎関節脱臼は比較的多く遭遇する。さらに脳血管障害や精神疾患，パーキンソン病，認知症患者に対する治療は困難を極める。今回，脳血管障害患者に口腔環境整備，上下顎義歯作製によって脱臼防止に繋がった一例を経験したので報告する。

【症例の概要と処置】

69歳，男性。2018年5月に習慣性両側顎関節脱臼を主訴に来院した。既往歴は脳梗塞，その後再発を繰り返している。現病歴は2018年4月から顎関節脱臼を発症。その後，当院を受診するまで頻回な脱臼を繰り返していた。脳

梗塞発症以降、歯科治療歴はない。現症は身長164cm、体重 50kg, BMI:18.59。口腔内所見は、残存歯に僻蝕や動揺もあり、上下左右の臼歯部欠損と咬合異常を呈していた。口腔衛生環境は不良。パノラマ X線所見では顎関節部の器質的变化は乏しく、咬合高径の低下を認めた。

【結果と考察】

初期対応は顎外固定にて顎関節脱臼の予防に着手。しかしながら、再脱臼のため、外科的治療もしくは保存的治療（適正な咬合確立での顎外固定）を提案。これまでの病歴とご家族の意向より、保存的治療を開始した。治療内容は口腔環境整備（う蝕処置、歯周治療、外科処置）と上下顎義歯製作による咬合再建（咬合挙上）を施行。その後は顎関節脱臼の発症もなくなり、結果として栄養状態の改善にも繋がった。なお、本報告の発表について患者本人（もしくは代諾者）から文書の同意を得ている。

高齢者の顎関節脱臼は比較的多く遭遇する。特に基礎疾患や認知機能低下、意思疎通困難などの場合、苦慮する。習慣性顎関節脱臼の治療は、上下顎顎間固定、チンキャップや弾性包帯などにより開口制限を行う非観血的処置や様々な観血的処置が施行されてきた。一般的に非観血的処置の再発の可能性は高いとされるが、高齢者や基礎疾患を有する患者に観血的処置は適応外とされることが多い。今回、脳血管障害発症後、口腔環境悪化の状態にて顎外固定を施行したが、再脱臼防止には至らなかった。そこで歯科治療ならびに義歯作製による咬合再建と顎外固定で再脱臼を防止でき、適切な咬合再建による習慣性顎関節脱臼の治療に寄与できたと思われる。

（COI 開示：なし）

（倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター6)

[認定P-33] 左被殻出血後遺症の患者の嚥下機能評価を行い、退院時にリハビリ継続のため地域医療連携を行った症例

○宮原 琴美^{1,2}、戸原 玄³（1. 医療法人社団相明会 岩本歯科医院、2. 一般社団法人巨樹の会 原宿リハビリテーション病院、3. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野）

【目的】

脳血管疾患は経過とともに病態・療養環境も変化する。今回被殻出血後遺症の患者に対し嚥下機能評価を行い、退院時に訪問先クリニックへ情報提供を行うことで退院後のリハビリへつなげた一例を経験したので報告する。

【症例の概要と処置】

患者は77歳男性。X年12月に左被殻出血のため入院し X+1年1月に当院のKリハビリテーション病院に転院した。ミキサー食を3食経口摂取していたが、同年2月に38℃の熱発があり1週間ほど禁食・点滴投与した。その後経口摂取を再開し、むせが頻回に認められたため同年2月に当院へ嚥下機能検査の依頼があった。

初診時は安静時も湿性嚔声が認められ、口腔内は乾燥し清掃状態もやや不良であった。普通型車椅子で2時間程度の座位保持が可能で、問いかけに対する理解や発語も可能であった。嚥下内視鏡検査の結果ミキサー食で嚥下反射惹起遅延を認め、嚥下後に著明な咽頭残留がみられた。主治医や STと協議し、経鼻胃管にしたうえで咽頭収縮力や嚥出力の改善を目的とした直接訓練、間接訓練を計画し週2回の口腔ケアを歯科衛生士に指示した。その後の再評価で咽頭収縮力の改善を認めたが、経口摂取開始までには至らず X+1年4月に胃瘻を造設した。同年8月に中間のとろみ水を誤嚥なく摂取可能となり、湿性嚔声も改善し咽頭残留も殆ど無くなった。なお本報告の発表について代諾者からの同意を得ている。

【結果と考察】

本人の希望である経口摂取再開には至らなかったが退院時は初診時より嚥下機能の向上が認められ、お楽しみ程度の経口摂取が可能となった。Alb値は初診時2.3g/dLから3.8g/dLに、BMIは初診時19.0で一時18.1まで低下、退院時に18.4まで回復した。また当院 MSWと訪問先クリニック MSWの間で事前にカンファレンスする機会を設定し、退院後に訪問歯科診療による摂食嚥下リハビリテーションを実施するための患者情報の伝達、嚥下訓練の引き継ぎを行ったうえで X+1年8月に自宅退院となった。退院後環境が変化してもできる限り入院中の経過を活かせるように準備を整えることは、リハビリ病院に勤務する歯科医師の重要な役割の一つと考える。特に今回のよ

うな重い嚥下障害患者においては、退院時の十分かつ確実な情報提供がリハビリの迅速な再開に重要であり、誤嚥性肺炎発症・再入院のリスクを軽減できると考えられる。

COI開示：なし

倫理審査対象外

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター6)

[認定P-34] 被殻出血後、歯科治療と摂食嚥下リハビリテーションの介入により、食形態の向上及び生活基盤が整った症例

○小谷 朋子、戸原 玄（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野）

【目的】

急性期・回復期を経て生活期へと移行した患者においても、リハビリテーション介入が必要となる症例を多く経験する。今回、歯科介入と同時に、姿勢の崩れに対するリハビリテーションを実施し、食形態の向上及び生活基盤が整った症例に関して報告する。

【症例の概要と処置】

患者は68歳男性、20XX年4月右被殻出血を発症し、その後開頭血腫術、気管切開術を受けた。同年5月末に回復期病院へ転院し、気管カニューレの抜去、胃瘻造設術を受けた。20XX+1年4月8日、有料老人施設へ入所後、口腔管理目的で施設より紹介を受け、介入を開始した。

初診時、左片麻痺を認め、体幹は左へ傾斜、頭部は前屈状態であり、発語はほぼ認めなかった。口腔内は、動揺歯や残根を多く認め、咬合支持はなかった。既往歴としては症候性てんかんがあった。嚥下内視鏡検査より、左喉頭蓋谷・梨状窩への咽頭残留を認め、とろみ水は嚥下反射惹起遅延のため誤嚥し(DSS=3)、脳出血後の姿勢の崩れによる影響を感じられた。

以上より、まず保存不可歯を抜歯し上下義歯新製、そして姿勢調整のためのリハビリテーションを進め、義歯セット後に食形態を再検討する計画とした。

なお、本報告の発表について患者本人から同意を得ている。

【結果と考察】

4月8日より抜歯術を進め、義歯新製を進めた。リハビリテーションも開始し、腹筋・広背筋等の伸長、及び右上肢の伸長・舌骨上筋群強化・頭部位置コントロールを目的として、それぞれリハビリテーションメニューを考え、スタッフのマンパワーを考慮し指導した。すると徐々に体幹の左傾斜・頸部前屈位の改善を認め、更に会話が増加、発語も明瞭となった。

9月30日に上下部分床義歯を装着し、嚥下内視鏡検査を実施した。咀嚼状態良好で、全粥・常食で咽頭残留や誤嚥は認められなかった。少量の液体では誤嚥を認めなかった（DSS=5）が、自身で量のコントロールが難しく、食事に際してはムセやすいため、とろみ付与は継続とした。

今回の症例では、口腔管理と共に、全身的なリハビリテーションを取り入れたことにより、義歯を使用できる姿勢が整った。また施設スタッフと患者とのコミュニケーションとしても役立ったように思われる。リハビリテーションの専門職がいなかったが、看護師・介護士・歯科医師・歯科衛生士等で連携し、広く患者の生活の質に寄与できた。（COI開示：なし 倫理審査対象外）

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター6)

[認定P-35] 多職種連携により常食摂取が可能となった症例

○高橋 育美¹、菊谷 武^{2,3} (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、3. 日本歯科大学大学院生命歯学研究科臨床口腔機能学)

【目的】

在宅では生活状況によって経口摂取環境は強く影響を受ける。誤嚥性肺炎発症後に入院中の患者に対し摂食嚥下機能療法を行い、自宅退院後も多職種による支援を行ったことで経管栄養から常食の摂取が可能となった症例を経験したので報告する。本症例の発表に際し患者本人の同意を得た。

【症例の概要と処置】

78歳、男性。脳出血の既往あり。2018年に髄膜炎を発症後、誤嚥性肺炎となり経鼻経管栄養管理となった。回復期リハビリテーション病院に訪問し、摂食嚥下機能評価を行った。入院中は嚥下調整食コード4 1/4量の経口摂取を開始していたが、むせが多かった。初診時 ADLは Barthel Index 45点、認知機能は MMSE 25点であった。左下7番6番歯のみ欠損していた。全粥摂取時は舌の筋力低下、巧緻性不良に伴う食塊形成能低下を認めた。嚥下内視鏡検査にて嚥下後に咽頭残留を認め、水分との交互嚥下を試みたが残留は除去されなかったため、顎引き嚥下を指導した。藤島摂食・嚥下能力グレードは Gr.5一部経口摂取可能と判断した。食形態は嚥下調整食コード2-1相当、水分は中間のとりみ付与が適当であり直接訓練を兼ねた1日1食の経口摂取を指導した。

【経過と考察】

訪問先の言語聴覚士、家族と連携し舌の抵抗訓練および嚥下おでこ体操を指導した。初診+3か月後に経鼻経管栄養を離脱し、自宅退院となった。退院直後から多職種による環境整備を行い、訪問時には看護師、介護支援専門員が同席し、経口摂取状況を共有した。かかりつけ歯科医院に訪問歯科診療にて義歯製作を依頼した。初診+7か月後には常食の摂取が可能となり、体重は約4kg増加した。気分の落ち込みにより食事量が減少した時期には、一時的に食形態を変更し負担の軽減を図った。初診+2年後には体重は初診時から約10kg増加し、BMIは20となった。訓練頻度が増加したほか、散歩や階段昇降などの運動タスクを設け、表に記録することでモチベーションの維持を図った。食事摂取や全身状態が安定し、本人の希望もあったため初診+3年後に終診となった。入院時から介入したことにより、在宅復帰後迅速な対応が可能であった。段階的にレベルアップを図れたことが、安全な経口摂取に繋がったと考えた。多職種が介入することで本人のモチベーションを維持に繋がったことが摂食嚥下機能の改善要因であると考えた。

COI開示：なし(倫理審査対象外)

(Fri. Jun 10, 2022 3:15 PM - 4:45 PM 認定医審査ポスター6)

[認定P-36] 高血圧症を有する患者に対し抜歯を行い、義歯修理により早期の機能回復を図った症例

○中嶋 千恵^{1,2,3}、小向井 英記¹ (1. 小向井歯科クリニック、2. 奈良県立医科大学口腔外科学講座、3. 長尾歯科医院)

【緒言】

本邦の高血圧患者数は約4300万人と推定され加齢とともに罹患者は増加する。そのため高血圧症は高齢者の歯科診療で最も多く遭遇する合併疾患と言える。今回われわれは、咀嚼障害を主訴に来院した高血圧症を有する高齢者に対し、抜歯および義歯修理を同日に行うことで咀嚼障害からの早期回復を図った一例を経験したので報告する。

【症例】

75歳女性。既往、高血圧症。咀嚼障害を主訴に2021年10月8日初診となった。鉤歯である左上3が脱離し、もう一つの鉤歯である右上2は動揺していた。上顎義歯は安定せず多数歯が抜歯適応であった。なお本報告の発表は患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

10月8日に問診から高血圧症で現在内科に通院中であること、その他合併症はなく服用薬はリシノプリル1剤であ

ることを確認した。動揺の強い右上1、左上1、2を抜歯のうえ旧義歯を修理し総義歯とすることが義歯の機能不全の改善に有効と考え、患者に説明し同意を得た。10月19日に局所麻酔下で右上1、左上1、2を抜歯した。使用した麻酔薬は1%リドカイン塩酸塩（1/8万 Ad含有）計1.8mlで、血圧は来院時119/64mmHg、麻酔後125/78mmHg、術後125/70mmHgと大きな変動なく推移した。術中術後に特記事項なく、即日に義歯を総義歯に修理した。11月5日に局所麻酔下で左上3、4を抜歯した。血圧は術前138/75mmHg、麻酔後142/56mmHg、術後120/68mmHgであった。11月26日より義歯作製を開始し、12月28日に上顎総義歯、下顎部分床義歯を装着した。

【考察】

歯科治療時の循環を変動させる要因は、緊張や不安等による精神的ストレスと局所麻酔および歯科処置による痛みによる肉体的ストレスが大きな割合を占めるとされる。問診と十分な説明を行い治療に対するストレスの軽減を図り、麻酔前はあらかじめ刺入点に表面麻酔を塗布し無痛麻酔を心掛けた。抜歯前の血圧は、10月19日は正常で11月5日は高値血圧であった。今回は相当しなかったが、収縮期血圧が140～149mmHgのⅠ度高血圧であっても他の循環疾患を合併する場合は処置中に生体監視モニターによる監視が推奨されている。高齢者では血圧の動揺性が大きく変動しやすいことを念頭におき対応することが重要と考えられた。

（COI開示：なし）

（倫理審査対象外）