

症 例 報 告

総合歯科医療における卒後研修の実践

——強度の嘔吐反射を有する患者へチーム歯科医療を行った症例——

田中千香子¹⁾, 有田 裕一²⁾, 笹原妃佐子³⁾
 小川 哲次^{4,5)}, 谷 亮治²⁾, 阿部 泰彦⁶⁾
 清水 慶隆¹⁾, 赤川 安正⁶⁾

Management of a Patient with Gagging Reflex in Post-Graduate Dental
 Clinical Training Course at General Dentistry

Chikako Tanaka¹⁾, Yuichi Arita²⁾, Hisako Sasahara³⁾,
 Tetsuji Ogawa^{4,5)}, Ryouji Tani²⁾, Yasuhiko Abe⁶⁾,
 Yoshitaka Shimizu¹⁾, Yasumasa Akagawa⁶⁾

(平成13年3月29日受付)

緒 言

従来、広島大学歯学部附属病院において、研修医教育はその研修医の所属する診療科に一任されており、各診療科独自の教育が行われてきた。つまり、それぞれの研修医は、主に各診療科の専門とする診療内容についての研修を受け、他の診療科の診療内容についての研修を受けるチャンスはわずかであった。また、研修医がある一人の患者を診療する場合においても、その科の診療内容だけを施術し、ひき続いて行われる治療には参加することができなかつた。このように、当時、研修医に一人の患者を総合的に診療させるための体制が作られていなかった。

しかし、歯科医師の卒後臨床研修の法制化に伴い、研

修医の教育体制は総合歯科研修方式に改められ、平成10年度より研修医教育専門の第一総合診療室が設けられた。そこに各診療科から熟練した教官が配属され、この時点において始めて、総合的な歯科治療をめざした卒後および卒直後研修に対する教育が行われることとなった¹⁾。

今回、我々は第一総合診療室において、歯科麻酔科、予防歯科、保存科、口腔外科、補綴科の指導教官のもと、強度の嘔吐反射を有する神経症患者に対し、研修医による総合的な歯科医療を行い、良好な結果を得たのでここに報告する。

資料および方法

1. 症 例

患 者：30歳、男性、1969年4月15日生

主 訴：下顎右側第一大臼歯の自発痛

初診日：1998年7月6日

家族歴：特記事項なし

既往歴：小学生の頃より、軽度の嘔吐反射を自覚するも放置。その後、同症状が増大傾向にあったため、1993年12月頃精神科を受診。同科にて神経症を指摘され、以降投薬加療中であった。常用薬を表1にしめす。

現病歴：小学生の頃、保存治療を受ける。当時から嘔吐反射あるも治療可能であった。16歳の時、嘔吐反射増悪するも下顎左側第一大臼歯の抜歯術を受ける。1995年、某歯科医院で当院での治療勧められるも放置。1997年、某歯科にて上顎右側中切歯、上顎右側側切歯

- 1) 広島大学歯学部顎口腔医療学講座（歯科麻酔学講座）（主任：河原道夫教授）
- 2) 広島大学歯学部応用口腔医学講座（口腔外科学第一講座）（主任：岡本哲治教授）
- 3) 広島大学歯学部口腔健康発育学講座（予防歯科学講座）
- 4) 広島大学歯学部附属病院第一総合診療室（室長：小川哲次講師）
- 5) 広島大学歯学部応用口腔医学講座（歯科保存学第二講座）（主任：栗原英見教授）
- 6) 広島大学歯学部口腔機能修復学講座（歯科補綴学第一講座）（主任：赤川安正教授）

本論文の要旨は、第33回広島大学歯学会総会（平成12年6月24日）において発表した。

表1 常用薬

四環系抗うつ薬	: 塩酸ミアンセリン (30 mg/day)
ベンゾジアゼピン系抗不安薬	: プロマゼパム (15 mg/day)
	: ロラゼパム (3 mg/day)
自律神経遮断薬	: クロルプロマジン (25 mg/day)
H ₂ 受容体遮断薬	: ファモチジン (20 mg/day)
抗ヒスタミン薬	: 塩酸プロメタジン (25 mg/day)

の根管治療を受けるも嘔吐反射強く途中で中断した。1998年7月6日紹介にて当院受診。

2. 現 症

図1は、初診時のパノラマX線写真である。口腔内写真は嘔吐反射のため撮影不可能であった。右下第一大

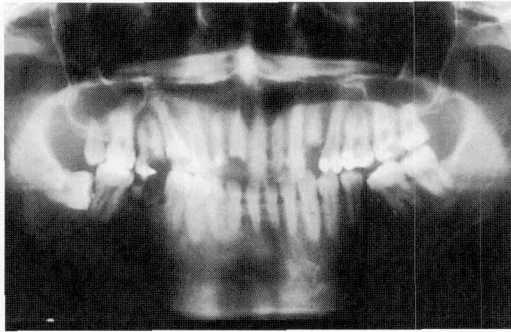


図1 パノラマX線写真 (初診時)。

臼歯、右上第二小臼歯、左上第一小臼歯は残根状態であり、その他の歯牙にも多数の齲蝕を認めた。歯面には多量の歯石沈着とプラーク付着を認め、口腔衛生状態は極めて不良であった。これは、神経症に起因した異常嘔吐反射により、ブラッシングが出来ない事が主な原因と思われた。さらに、患者は嘔気を自覚した際、気分を和らげるために、飴を常用しており、1日10個以上の飴を長時間かけてなめていたことも、多発性齲蝕を進行させる要因の1つになったと考えられる。また、右下智歯の水平埋伏および、右上側切歯に歯根嚢胞を認めた。

3. 治 療

1) 治療計画の検討

本症例においてはまず、嘔吐反射の対策を含めた治療計画の検討を、研修医を中心に歯科麻酔科、第一口腔外科、第二保存科、予防歯科、第一補綴科で行った。その際、この患者において、治療上の問題点として強

表2 治療経過

回	年月日	処 置 内 容	管理方法
1	1998. 7. 24	6 抜歯	静脈内鎮静
2	1998. 9. 4	5 4 抜歯 2 1 感染根管治療 123 カリエス処置 3+3 スケーリング	静脈内鎮静
3	1998. 9. 18	6 5 抜髄, 即日充填 2 感染根管治療, 根管充填	静脈内鎮静
4	1998. 9. 30	6 2 5 コア形成, レジンコア装着 1 コア形成, 印象	静脈内鎮静
5	1998. 10. 30	1 クラウン形成 4 7 インレー形成 2 歯根端切除 8 抜歯	
6	1998. 11. 24	7 6 5 , 3 4 5 ブリッジ形成 1 クラウンセット 4 7 インレーセット 7 6 5 , 3 4 5 ブリッジセット	全身麻酔 静脈内鎮静

上記以外に 1998. 11. 2, 11. 3, 11. 4 (入院時) に、無麻酔下で全顎の刷掃指導を行った。

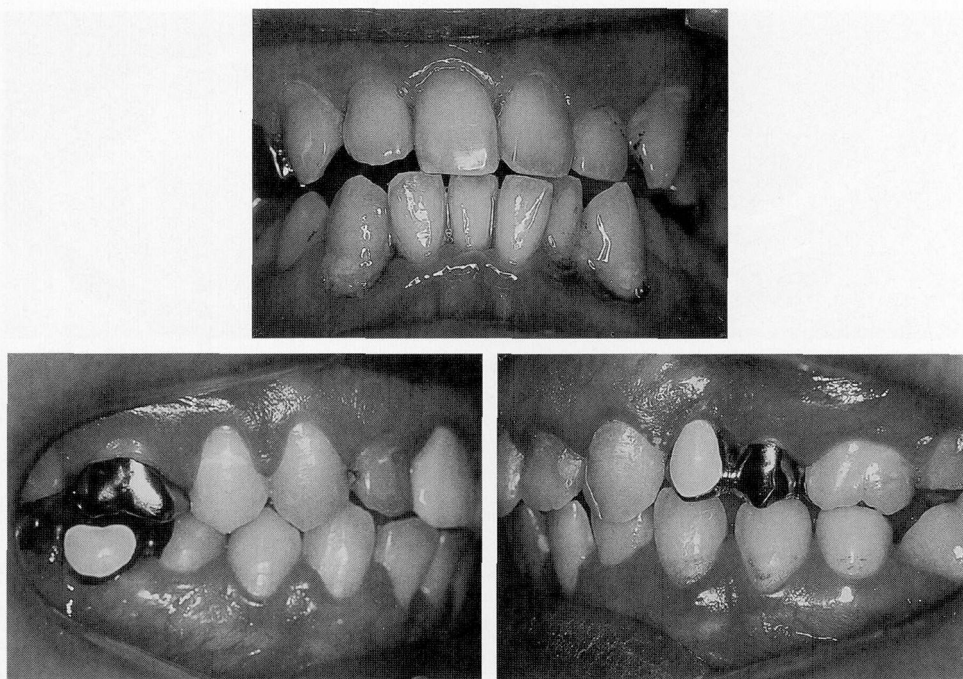


図2 口腔内写真（治療後）.

度の嘔吐反射，神経症に対する対応，口腔衛生状態の改善の3つを検討した。その対策として強度の嘔吐反射には，静脈内麻酔薬による精神鎮静術および全身麻酔術，神経症に対する対応には研修医が中心となったチーム医療，口腔衛生状態には，生活指導および口腔衛生指導がそれぞれ考えられた。

2) 治療経過

治療の流れを表2に示す。最初の治療は，比較的治療時間の短い下顎右側第一大臼歯の残根抜歯を行った。2回目の治療では抜歯を2歯に増やし，前歯のレジン充填，2歯の感染根管治療，3回目の治療では，2歯の抜髄・即日根管充填，4回目の治療では，前回根管充填した歯にコア形成および印象採得を行った。以上のすべての治療は入院下，プロポフォルによる精神鎮静下で行い，異常嘔吐反射を予防した。また，口腔内違和感を減少させ，誤嚥を防止する目的で，ラバーダムを装着し治療した。5回目の治療として注水下での歯牙切削，侵襲の大きな智歯の抜歯，歯根端切除を全身麻酔下にて施行した。同時に予防歯科にてTBIを開始した。また，6回目の治療として補綴物装着はプロポフォルによる鎮静下にて行った。

図2，3に治療後の口腔内写真およびパノラマX線写真を示す。

なお，治療にはプロポフォルによる静脈内鎮静または全身麻酔を施行しているため，治療当日には，患



図3 パノラマX線写真（治療後）.

者を入院させ，病棟にて，第一口腔外科ならびに歯科麻酔科により術前，術後管理を行った。術前は，病歴の検討，術前検査の検討，患者診察を行い，前投薬の決定，経口摂取制限を指示した。術後は，血圧，脈拍，呼吸，体温，尿量，意識などのバイタルサインの監視，酸素療法，輸液管理，疼痛対策を行った。

以上のように，静脈内鎮静下での治療を繰り返すことによって，歯科治療に対する不安，恐怖心は，治療が進むごとに軽減し，診療を重ねるごとに治療時間を延長させることが可能となった。

3) リコール

患者は，現在も，月1回のリコールを第一総合診療

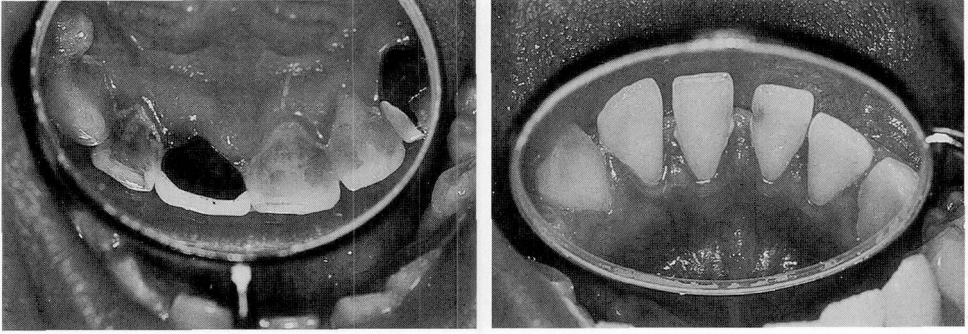


図4 口腔内写真（デンタルミラーを挿入して撮影）。

室で行っている。面談と無鎮静下でのブラッシング指導を繰り返し、患者自身によりブラッシングによる口腔清掃が行えるようになった。現在のところ二次齲蝕は認められていない。また、図4のようにデンタルミラーを挿入することも可能となった。

考 察

卒後臨床研修は、一般歯科研修を目標とする卒後および卒直後歯科医師を対象に生涯研修のための基礎づくりと考えられ、全ての歯科医師が必ず身につけておくべき基本的臨床能力についての研修とプライマリ・ケアについての基礎研修が期待されている^{1,2)}。本学附属病院では、第一総合診療室において、予防歯科、第一保存科、第二保存科、第一補綴科、第二補綴科、第一口腔外科、第二口腔外科、矯正科、小児歯科、歯科放射線科、歯科麻酔科、障害者歯科診療室、臨床検査室からの研修指導医がそれぞれの立場から卒後臨床研修の指導を行っている¹⁾。本症例報告においては、前述の11科2室のうち、歯科麻酔科、予防歯科、第二保存科、第一口腔外科、第一補綴科の指導教官のもと、研修医主体で強度の嘔吐反射を有する神経症患者に対し加療を行った。

神経症は、器質的病変が認められない機能的精神神経障害であり、主として心因性に発症する異常反応状態と定義されている³⁾。歯科治療時に問題となる神経症に起因する嘔吐反射の原因は生理学的には、a) 口腔・咽頭粘膜刺激が舌咽神経および三叉神経の求心路を経て嘔吐中枢に至るもの、b) 大脳皮質からの情動ないし精神性因子の刺激が嘔吐中枢を刺激することによって起こるとされている^{4,5)}。このように、嘔吐反射を持つ神経症患者は、治療に対する極度の恐怖心などの心因的要素があり、歯科治療が困難な場合が多い⁶⁾。このような患者に対する対応としては、受容的な態度と共感を持った面接、事態に対しての正確な認知、緊張からの解放と心身の弛緩、心理的脱感作が挙げられ、それら

が主治医と患者との良好な治療関係（ラポール）を作ると考えられている⁷⁾。

本症例においては患者は強く歯科処置を希望し、精神科でのコントロールもうまく行われていた。しかしながら、嘔吐反射は著しく、口腔内に歯科用ミラーを近づけるだけで、粘膜と接触することなしに反射が出現した。従来までの本院の治療では、この症例のように、抜歯、充填、予防処置等さまざまな処置が必要な場合、診療室の移動や主治医の変更が必要とされる。しかし、このような患者においては、診療室の移動や主治医の変更は緊張を高める要因となりうる。今回の第一総合診療室担当の治療では、主治医として一人の研修医が常に患者と対応し、全身麻酔下での処置以外は全て第一総合診療室で行うことが可能となったことは、患者側からのメリットとして高く評価されるべきであろう。

一方、研修医にとっては、ある症例の主治医として、多診療科にわたる治療に一貫して関与できることは、非常に有意義であると考えられる。本症例のように、広範な専門分野の知識と技術が必要とされる症例に対して、歯科大学の附属病院などで専門各科によるチームアプローチを行い、良好な治療効果をあげたとされる報告は多い⁸⁻¹⁰⁾。しかし、実状はある診療科がイニシアティブを取り、一人の患者を同時に多くの診療科で診療したにすぎないことも多い。まして、診療に関与する歯科医師も、各診療科の中堅以上の歯科医師であり、このような診療に研修医が参加するチャンスを得ることは非常にまれである。このような現状の中、当広島大学歯学部附属病院では、一人の研修医が一人の患者の主治医として、第一総合診療室という一つの診療室で、各診療科からの指導医の対等の話し合いのもとに治療を進めていくという新しい方式をとっている。一般歯科研修を目標としている研修医にとって、これまでのように自分の所属している診療科の診療内容のみを学ぶというのではなく、さまざまな診療科の診療

内容を一貫して研修できる場が提供されることは重要であろう。

なお、本症例では、歯科治療に対する恐怖心や不安による緊張、さらには痛みの知覚を和らげる目的で静脈内鎮静を併用した。静脈内鎮静法のみで嘔吐反射が消失し、スムーズに歯科治療を終えた例は多い^{6,11)}。今回使用した静脈内麻酔薬プロポフォールは、1995年より日本で臨床応用されるようになった麻酔薬で、全身麻酔の導入、鎮静薬として幅広く使用されており、制吐作用も期待されている¹²⁻¹⁴⁾。特に、制吐作用については、本症例では有効であったと考えられる。

文 献

- 1) 小川哲次, 田口則宏, 笹原妃佐子, 富士谷盛興, 谷 亮治, 伊藤良明, 吉田光由, 玉本光弘, 田中栄二, 岡田 貢, 田口 明, 杉村光隆, 石川武憲, 赤川安正: 広島大学歯学部附属病院の卒後臨床研修報告—総合歯科医療研修—. 広大歯誌 32(2), 89-93, 2000.
- 2) 十河基文, 前田芳信, 玉川裕夫, 生澤 操: 大阪大学歯学部附属病院における卒後臨床研修制度の経過と現状. 日誌教育誌 15, 327-342, 2000.
- 3) 末松弘行: 心身症; 内科学 (杉本恒明, 小俣政男編). 7版, 朝倉書店, 東京, 58-59, 1999.
- 4) 足立裕康, 植村和嘉, 坂尻光春, 中村重治, 太田光, 仁木 寛, 上田 裕: 異常絞扼反射を有する患者の歯科治療時の管理について. 日歯麻誌 10(1), 29-33, 1982.
- 5) 高久史麿, 尾形悦郎監修: 新臨床内科学. 7版, 医学書院, 東京, 78-79, 1997.
- 6) 吉田幸弘, 小出茂代, 岡 俊一, 見崎 徹, 小林雅文, 工藤逸郎: 強度の絞扼反射を伴った歯科治療恐怖症患者の歯科治療経験. 日歯心身 11(1), 75-79, 1996.
- 7) 佐藤田鶴子: 心身症の患者; 歯科医の知っておきたい医学常識103選 (佐々木次郎, 西田紘一, 鳥居正雄, 吉田清幸編): デンタルダイヤモンド社, 東京, 130-131, 1990.
- 8) 新谷明幸, 小林尚樹, 蛭間崇善, 菅沼岳史, 古屋良一, 川和忠治, 吉屋 誠, 南雲正男, 滝沢良之, 小澤浩之, 高橋 豊, 柴崎好伸: 全額的な歯冠補綴処置を必要とした成人顎変形症に対するチームアプローチによる一治験例. 昭歯誌 15(3), 203-212, 1995.
- 9) 橋口さおり, 落合亮一, 武田純三: 徹底分析シリーズ 緩和医療—チーム医療として緩和医療の実践—. LiSA, 5(5), 450-455, 1998.
- 10) 土屋 滋, 大貫 稔, 福屋靖子, 江口 清, 小松崎房枝, 赤沢陽子, 磯岩壽満子, 高橋美智: 医療総論とチーム医療実習の役割. 医学教育 21(4), 241-247, 1990.
- 11) 鍋谷麻理江, 長谷川岳志, 岡本順孝, 阿部 郷, 今村 靖, 高橋誠治, 住友雅人, 古屋英毅: 歯科治療時に強い嘔吐反射を起こす患者の検討. 歯学 77(4), 1524-1525, 1989.
- 12) 坂元麻弥, 見崎 徹, 高田耕司, 京田直人, 島本智恵, 岡 俊一: 歯科外来患者に対するプロポフォールによる静脈内鎮静法に関する検討. 日歯麻誌 26(1), 117-120, 1998.
- 13) 稲田英一: 徹底分析シリーズ Propofol Revisited. LiSA, 4(6), 533-554, 1997.
- 14) 沼田克雄監修: ディプリバン麻酔の手引き. Excerpta Medica, 東京, 1-108, 1995.