申請症例 【保存修復治療系】No.(26)

申請者氏名		自筆署名	
申請症例	基本・専門	専門:Aの分類・番号を記載	A6

【1. 患者情報】

ID	686865	氏名	M.M.	性別	男・女	年齢	13	生年月日	1995年1月15日
全身疾患	有・無	「有」の場合の疾患名							
歯式	11,21	主訴	歯冠破折(歯の形態異常)						

【2. 病歴】

・2008年9月26日，中学部活(バレーボール)中の転倒時にネット支柱にぶつかり打撲．その際，11，21の切端部を破折．
・同日，＊＊＊＊大学附属病院口腔外科にて亜脱臼の診断で11，21の固定．その後に保存治療科を受診．

【3. 検査】

歯式	11,21						
う蝕・破折	無 /C1・C2・C3/ 破折(歯冠・歯根)	部位(MO等)	切端(近心-遠心)	既存修復物	無・有( )		
自発痛	[− ・ + ・ ++ ・ +++]	打診痛	[− ・ + ・ ++ ・ +++]	咬合痛	[− ・ + ・ ++ ・ +++]		
温度診	[− ・ + ・ ++ ・ +++]	根尖相当部圧痛	[− ・ + ・ ++ ・ +++]	歯髄電気診	未実施 ・ 反応 有・無		

画像検査結果(歯冠→歯根→根管→根尖部と順次記載)

・歯冠部:破折以外の特記事項なし．
・歯根部:特記事項なし．
・根管:特記事項なし．
・根尖部:歯根膜の拡大はあるものの，病変を疑う所見なし．

その他，特記事項 無・有(

【4. 診断】

歯式	11,21	診断名	歯冠破折(切端部)

＜上記診断に至った考え方＞(症状の経過，検査結果を含めて記載)

・受傷直後に口腔外科を受診しており，その直後の保存治療科における診査であった．
・今回，歯髄電気診において反応はなかったが，打撲時には歯髄電気診では反応が無いこともあるため，歯冠破折部に対する処置(コンポジットレジン修復)後の経過観察時に確認していくこととした．

【5. 治療内容】(1-4に記載できない内容は5に記載)

(1)処置名	(例)歯髄温存療法
(2)歯髄保護法	無・有(

(3)修復法	無・(有)（ コンポジットレジン修復 ）
(4)補助器具	無・(有)（ プラスチックマトリックス ）
(5)特記事項	無・(有)（ コンポジットレジン修復は，色調の異なるレジンを積層するレイヤリングテクニックにて実施

(6)う蝕マネジメント：予防管理内容を記載（別添で記載する場合はその旨を記載すること．）
・処置時は若干の歯肉腫脹があるが，審美的問題を解消するため，術後に口腔内の専門的清掃と追加のブラッシング指導を実施．
・定期的な経過観察時に専門的口腔清掃とブラッシング指導を実施．
・術後1年経過時の歯髄電気診で反応なく，画像所見で根尖病変が認められたため，感染根管処置を実施（術後10年で問題なし）．

(7)治療回数	コンポジットレジン修復の回数は1回（術後，年1回の経過観察で10年間にわたり経過観察）

【6. 術後経過】（術直後，3ヶ月以上，6ヶ月以上を記載．う蝕マネジメントでは術後1年，2年を記載．）

術直後（う蝕マネジメントでは開始時）			術直後 切端破折部に対する			
術後		月・年	術後10ヶ月 審美性は維持		術後4年 審美性は維持	
術後		月・年	術後7年5ヶ月 審美性は維		術後10年5ヶ月 審美性は維	

【7. 治療の根拠】（文献など．成書の場合はページを記載．）

（1）保存修復学第7版，p90-91，p147-170，医歯薬出版株式会社
（2）保存修復学21 第6版，p71-74，pp157-208，永末書店
（3）

【8. 指導医評価】（別資料「指導医評価指標（保存修復治療系）」の評価結果を記載）

評価項目	評価	備考（必要があれば記載）
検査		
診断プロセス		
治療内容		
治療経過		
治療の根拠資料（文献等）		
総計		

【総合的な講評】
適切な診断後，コンポジットレジン・レイヤリングによる審美性の高い修復処置が実施されている．
また，10年にわたる術後経過観察の状態から，専門性の高い処置とメインテナンスが実施されており，歯科保存専門医にふさわしい症例と言える．

専門医症例としての判定	(適)・不適	判定年月日		
		指導医氏名	歯科保存専門医認定委員会	印

申請症例 【歯内療法系】No.(26)

申請者氏名		自筆署名	
申請症例	基本・(専門)	専門:Bの分類・番号を記載	B1

【1. 患者情報】

ID	129820	氏名	N.K.	性別	男・(女)	年齢		生年月日	1962年9月10日
全身疾患	有・(無)	「有」の場合の疾患名							
主訴	上顎前歯部腫脹と鈍痛								

【2. 病歴】

・2017年5月初旬, 上顎左側前歯部の鈍痛と腫脹を自覚. 紹介元歯科医院を受診.
・腫脹は紹介元受診の2日前くらいから, 鈍痛は1日前くらいから自覚.
・2017年5月16日, 治療紹介で来院.

【3. 検査】 歯式 21,22

齲蝕・破折	(無)/C1・C2・C3/ 破折(歯冠・歯根)			補綴	無・(有)(21,22前装冠)	ポスト	無・(有)材質:メタル長さ:根の1/2)		
自発痛	[−・(+)・++・+++]	打診痛	[−・(+)・++・+++]	咬合痛	[−・(+)・++・+++]	瘻孔	無・(有)	歯肉腫脹	無・(有)
温度診	[−・(+)・++・+++]	根尖相当部圧痛	[−・+・(++)・+++]	歯髄電気診	(未実施)・反応 有・無				

画像検査結果(歯冠→歯根→根管→根尖部と順次記載)
＜21の所見＞
・歯冠部:補綴装置が装着されている. 透過像なし.
・歯根部:明瞭な破折ないが, ポスト先端周囲の歯根歯質は菲薄.
・根管:歯根長1/2を超えるポストあり. 根管充填不良.
・根尖部:根尖病変あり.
＜22の所見＞
・歯冠部:補綴装置が装着されている. 透過像なし.
・歯根部:明瞭な破折なし.
・根管:歯根長1/2を超えるポストあり. 根管充填不良.
・根尖部:根尖病変あり.

その他, 特記事項 (無)・有(

【4. 診断】 歯式 21,22 診断名 慢性根尖性歯周炎

＜上記診断に至った考え方＞(症状の経過, 検査結果を含めて記載)
・21, 22相当部に受診前から鈍痛と腫脹を自覚している.
・口腔内診査では, 21, 22とも打診痛, 根尖相当部圧痛を認める. また, 21相当部唇側歯肉の腫脹部に瘻孔が認められる.
・21の画像所見では, 不良な根管充填(ほぼ根管充填材が認められない)と根尖部透過像が認めれる.
・22の画像所見では, 根尖部の根管充填不良と根尖部透過像が認められる.
・以上の所見より, 21, 22とも, 慢性根尖性歯周炎と判断できる.

【5. 治療内容】 (1-4に記載できない内容は5に記載)

(1) 非外科的歯内療法 処置名:	(a) 根管長	21, 22
	(b) 根管形成法・器材	隔壁形成後に手用Kファイル, 超音波用チタンチップ(根管充填材除去用)

(例)感染根管処置	(c)根管洗浄法	スメアクリン(EDTA), アンチホルミン(NaClO), 根管用超音波洗浄機器併用
	(d)根管貼薬法	カルシペックスII(水酸化カルシウム製剤)
	(e)根管充填法・器材	シングルポイント法(ガッタパーチャポイント, ニシカキャナルシーラーBG)
(2)外科的歯内療法(穿孔封鎖含む)	(a)処置法	なし
	(b)使用器材	なし
(3)(1),(2)以外の処置	(a)処置法	なし
	(b)使用器材	なし
	(c)その他, 特記事項	・フロアブルレジンによる隔壁形成 ・全ての処置においてラバーダム防湿と顕微鏡下での処置を実施

(4)治療回数	2歯で10回(根管充填まで)	(5)治療期間(治療開始から完了までの月数・年数)	5ヶ月(根管充填まで)

【6. 術後経過】(術直後, 3ヶ月以上, 6ヶ月以上の経過で, 画像検査結果を含めた症状の経過を記載)

術直後		術直後 初診時と比較して根尖
術後	月・年	術後4ヶ月 根尖病変の縮小傾向は 術後9ヶ月 根尖病変の縮小傾向は
術後	月・年	術後4年1ヶ月 根尖病変は 術後5年8ヶ月 根尖病変の

【7. 治療の根拠】(文献など. 成書の場合はページを記載.)

(1)歯内治療学第5版, p115-142, p151-170, p225-234, 医歯薬出版株式会社
(2)エンドドンティクス第6版, p51-66, p124-171, 永末書店
(3)

【8. 指導医評価】(別資料「指導医評価指標(歯内療法系)」の評価結果を記載)

評価項目	評価	備考(必要があれば記載)
検査		
診断プロセス		
治療内容		
治療経過		
治療の根拠資料(文献等)		
総計		

【総合的な講評】
適切な診断後, 適切な感染根管処置および根管充填が実施されている.
また, 約6年にわたる術後経過観察の状態から, 歯内療法用バイオセラミックス系材料による専門性の高い処置とメインテナンスが実施されており, 歯科保存専門医にふさわしい症例と言える.

専門医症例としての判定	(適)・不適	判定年月日		
		指導医氏名	歯科保存専門医認定委員会	印