

大幅な咬合調整が必要とされた症例

吉田 直人

Clinical Report : My Diagnosis of
Periodontal Diseases through the Initial
Preparation

Naoto Yoshida

住所：仙台市大町1-1-18 東邦歯科診療所
仙台臨床研修会

咬合との関係

開業医の立場から過去十余年の日本の歯周治療についての変遷(流行)を顧みると、まず、ナソロジーの考えにもとづく咬合を重視した解釈が一時代をなした。すなわち歯周疾患の原因の多くは咬合に由来するものとされ、X線による歯槽骨吸収像に対しても全て咬合にのみ焦点を絞った読影がなされていた。ごく最近までは咬合を抜きにした歯周疾患の治療方針は問題にされなかったのである。ところが、ここ数年来ブラーク・コントロールが歯周疾患治療の決め手として台頭し、脚光を浴びるようになると、それまでの咬合を中心とする考え方は一掃されてしまい、一変して歯周疾患と咬合はまったく無関係のように扱われているのが実状である。

私はここで歯周疾患に対するブラーク・コントロールの重要性を軽視するものではないが、同一疾患に対する治療方針が数年たらずの間にこれほど変貌をとげたことに驚きを感じ

ずるとともに、割り切れない思いがする。歴史的にみて、咬合の問題にしる、ブラーク・コントロールにしる突然現われた話しではなかったのである。思うに、私が尊敬しているDr.ダリル・ビーチが30年前に日本の歯科医師に提唱した「歯科医療の4つの治療目的」である、

1. 口腔衛生の確立と維持
2. 組織抵抗の増強または維持
3. 好ましい口腔内の力関係の確立と維持
4. 日常他の人に見える口腔範囲の自然な外観の創造または維持

は表現の違いはあるが、今日的な立場からみても歯科治療における原則にほかならない。Dr.ビーチがあらゆる場所、機会をとらえこれら4つの目的を具現化するには臨床の場でどのように具体化させるかを教示して来たにもかかわらず、日本の開業医がその理念を真に理解するまで、めまぐるしく廻り道をしていたのは何故だろうか。

最近の咬合を軽視する考え方の論拠となるものは、咬合性外傷が歯肉の炎症、歯周ポケット形成の直接の原因とはならず、たとえ外傷性咬合によって歯根膜の拡大が認められ、歯槽骨の吸収があろうとも病的盲嚢が存在しなければ歯周病に罹患しているとはいえないとするところにあるようだ。一方患者の立場からすると、たとえ病的盲嚢が存在しなくとも歯槽骨の支持を失いその歯で十分に噛むことができず、食物を選択して食せざるを得ない状態では咀嚼器官として満足に役割を果たしているとは言えない。そもそも歯牙の動揺を気にしながらの食事では不自然であろう。実際の臨床ではよほど口腔内環境が良好でない限り、長期にわたる外傷性咬合があるにもかかわらず病的盲嚢が存在しない例は稀有である。

臨床家が歯周疾患において対症療法のみ

●症例(図1～10)

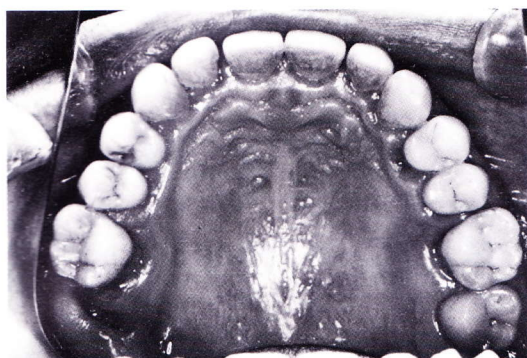


図1 術前の上顎口腔内写真。口蓋側歯肉辺縁のクレーター状のポケット形成と深化があり、歯肉は出血しやすく腫脹、発赤が見られる。6|6 口蓋ポケット6～7mm。



図2 術前の下顎口腔内写真。6|6 の不適合冠は除去されている。プラーク・コントロールは良い方であるが多少の歯石沈着による炎症が認められ、ブラッシングのみでは限界があるように思われる。

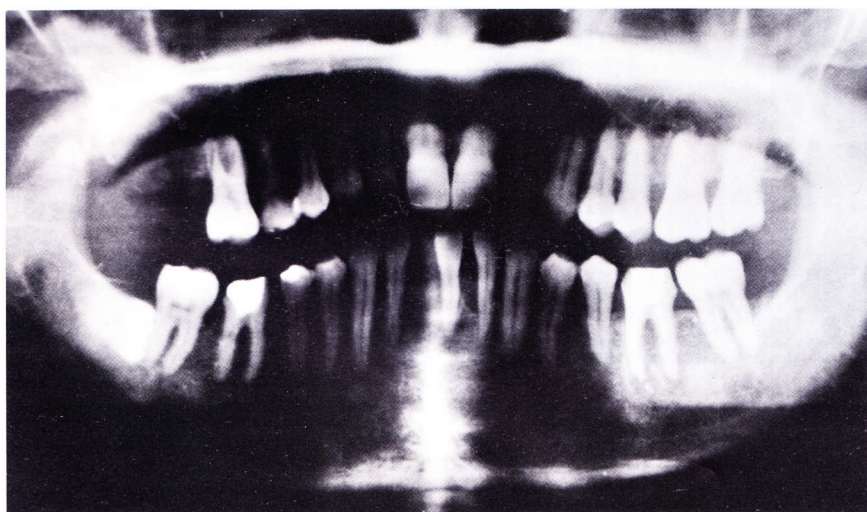


図3 初診時のパノラマX線写真。水平型歯槽骨吸収と6|6、7の根尖部近くに至る骨欠損が認められる。強いスピー彎曲と咬合平面の不揃いが目立つ。

専念し、その原因(プラーク)を患者に正しく知らせないことは大きな問題であるが、一方術者として当然なすべき対症療法を行わず、症状に対し適切な処置がなされなかったならば患者との信頼関係は得られないだろう。咬合の観点から見て、適切な対症療法を行なうためには咬合に対する正しい知識が前提条件であり、咬合を抜きにして歯科の最終目的で

ある咀嚼器官の回復は期待できないのではなかろうか。例えば悪いが、キュレットの使い方も不満足なドクターが流行に先んじてプラーク・コントロールや食餌療法のみを患者に強要することは対症療法だけに奔走していた過去の臨床と逆の意味で片手落ちになっているように思われる。



図4 術前、中心咬合位と思われる上下接触関係。繰り返しタッピングさせたが安定した咬合が決まらずこの位置がおよその咬頭嵌合位と想定。中心位との咬合高経の差は0.5mm程度。



図5 術前、中心位における咬合関係。 $\frac{7}{7}$ に早期接触が認められる。臼歯部の咬合干渉のため前方運動時の前歯群接触は不可能。オーバー・バイト17mm、オーバー・ジェット5.8mm。

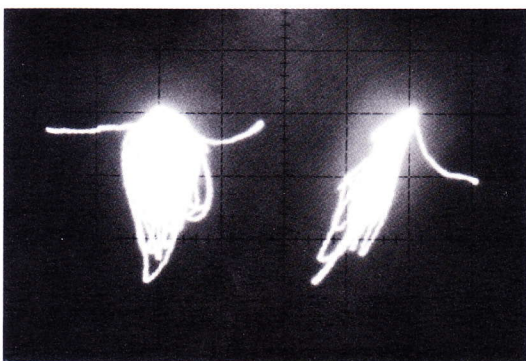


図6 術前、MKGによる随意開閉運動の矢状面と前頭面の同時的記録。下顎が一定の咬頭嵌合位に閉口していないことが判明。

症例（図1～8）

大幅な咬合調整が必要とされた症例 はじめに

初期治療としてのブラーク・コントロールとフィジオ・セラピーの励行によって歯肉の形態、色調、硬さなどが外見上健康であるように見える症例で、症状がいまひとつ臨床家にとって満足のいかない場合がある。このことはブラーク・コントロールやフィジオ・セラピーのみでは治療に限界があり、スケーリング、ルート・プレーニングは勿論のこと適切な外科処置と、場合によっては的確な咬合の改善

が要求されることがあることを教えている。外傷性咬合は歯周疾患の直接の原因ではないとしても、それを放置することにより病変は進行し、増悪することは日常の臨床で多く認められるところである。咬合の改善には口腔全体を修復物によって、リコンストラクションするものから1歯のみの咬合調整で完了するものまで様々なケースがあるが、たとえ1歯のみの外傷性咬合であってもやがて咬合全体のバランスを崩す引き金となる場合があり、咬合の診査、診断に対しては細心の注意と咬合に関する知識が要求される。

本症例の患者は過去数回、歯周疾患の治療



図7 咬合調整(中心域滑走、平衡側、作業側、前方位干渉の除去)完了後の咬合状態。術後のオーバー・バイト15mm、オーバー・ジェット4.5mm、歯肉炎症の消退と歯牙骨植の改善が認められた。再評価後、補綴的な終末処置に着手。



図8 術後11ヵ月目の中心咬合位における咬合状態。咬合は安定しており、骨植状態の改善を見る。プラーク・コントロールは良く維持されている。



図9 術後11ヵ月目の上顎口腔内写真。6|6の口蓋側ポケットは存在するが3～4mmと術前に比較して減少しており、骨植は良好である。歯肉の形態も全体的に改善されているように思う。

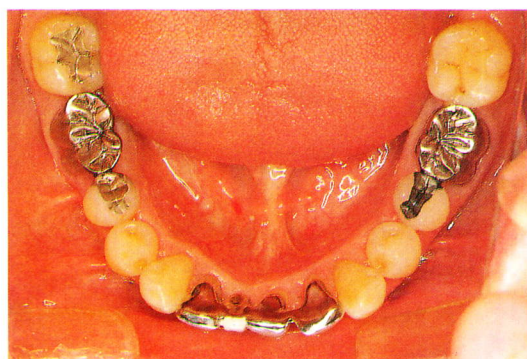


図10 術後11ヵ月目の下顎口腔内写真。患者の要望により、1欠損部に接着性レジンを用いた固定を兼ねた21①2ブリッジを装着。現在のところ保持されている。

を受けた既往歴があり、最近局所的に歯の動揺が強くなり咀嚼障害のため某歯科医院に通院、咬合不良の原因と思われる6|6の不良冠を撤去、1を歯周疾患で抜去後、顎関節異常と咬合不良で当院に紹介されたものである。

患者：佐○充○ 男性、49歳

主訴：咀嚼障害、顎関節異常

全身の既往歴：健康状態良好

診断：外傷性咬合を伴った歯周炎

診査：(紙面の都合上詳細な説明は省略させて

頂きます。)

行なった診査の手順

- ①口腔内写真
- ②プラーク指数
- ③歯周ポケット診査
- ④歯肉炎や歯肉出血指数による歯肉炎症の診査
- ⑤歯の動揺の診査
- ⑥根分岐部病変の診査(Lindhe & Nyman の分類使用)

⑦口腔内における咬合診査

⑧ X 線写真の診査(パノラマ、デンタル、顎関節規格写真)

⑨ MKG による顎運動の診査と現在のフリー・ウェイ・スペースの量を測定

これはのちの咬合調整の量と内容の基準となる大切な数値である。なお、本症例においては術前に見かけの安静位から既存の咬頭嵌合位への閉口路において同一軌跡を求めることは不可能であった。

⑩ スタディ・キャストによる咬合診査と咬合調整

咬合器に中心位でマウントし、中心咬合位とのずれの診査と MKG で測定したフリー・ウェイ・スペースの範囲内での咬合調整でどの程度改善可能であるかを試みた。

診査の結果

顎位が一定せず、安定した咬合関係を求めることが困難である。上下歯列弓の大きさの違いとも重なって、咬頭嵌合位ですら少数歯の点状のみの接触で咬合しており、患者は顎をどちらかに偏位させないと咀嚼できない状態である。スピー・彎曲が大きく、また各歯牙の辺縁隆線が不揃いなため $\frac{6}{7} \frac{6}{6} \frac{7}{7}$ に対する非生理的な咬合力(外傷性咬合)が強く作用しているものと思われ、特に $\frac{7}{7}$ は平衡側における咬頭干渉の原因になっており、前方運動時の

前歯群接触を障害していた。咬合器上での診査においては左側顎頭をトップウォールから前下方に遊離させないと前歯群の接触は不可能で、このことは生体において常に左側顎関節に無理な力を強制させる結果になると思われる。 $\frac{6}{7} \frac{6}{6} \frac{7}{7}$ の口蓋側の病理盲嚢は重篤で歯肉は歯頸部から剝離され、歯の動揺も 2 ～ 3 度を呈していた。これは炎症プラス外傷の形態となって病変が増悪されたものと推測される。

治療方針

以下の手順で治療を行なった。

① 一般的なブラーク・コントロールを励行

② 上顎にバイト・プレーン装着

炎症による歯の移動を元の位置に安定させるに障害にならないように配慮し製作した。

③ 初期治療としてのスケーリング、ルート・プレーニングを行なう。

④ 再評価

⑤ 咬合器上での咬合診断にもとづき口腔内での咬合調整開始

⑥ $\frac{6}{7} \frac{6}{6} \frac{7}{7}$ のみに簡単な歯周外科療法

⑦ 再評価

⑧ ⑤ を数回実施したのち、バイト・プレーン使用中止。

⑨ 再評価

⑩ 補綴的な終末処置

⑪ メインテナンス