

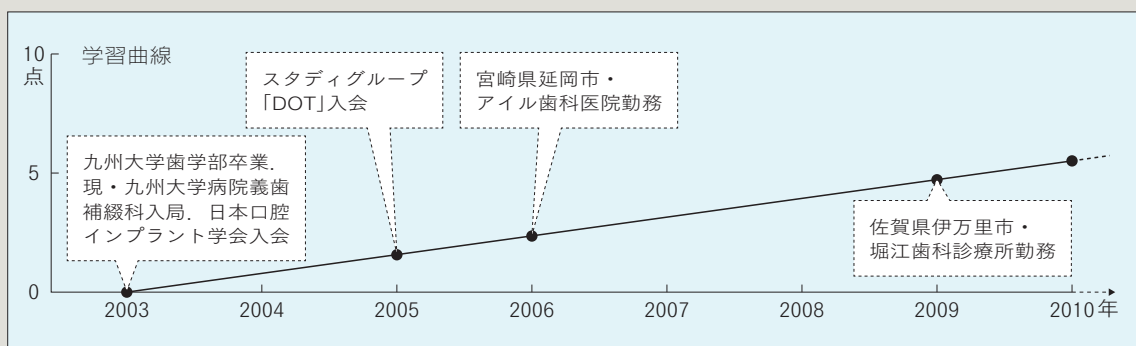
ポーセレンラミネートベニア修復による正中離開の改善

原田洋介

キーワード：正中離開，ポーセレンラミネートベニア，生物学的幅径

臨床経験

臨床経験8年目。大学卒業後、現・九州大学病院義歯補綴科にて研修後、宮崎県延岡市・アイル歯科医院にて研鑽。その後、佐賀県伊万里市・堀江歯科診療所に勤務し、現在に至る。

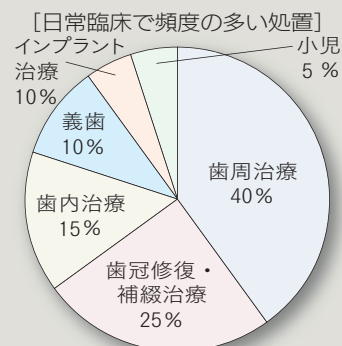


診療方針

より質の高い治療を患者に提供できるように、歯科衛生士と歯科技工士との連携をとりながら歯科医療に取り組んでいる。また、歯科医療の知識・技術の研鑽だけではなく、患者に信頼されるような人間性を高めていきたい。

日々の臨床

患者の主訴は1本のう蝕治療から咬合再構成まで、多種多様であるため、コンサルテーションと治療に必要な資料収集は必ず行っている。そして治療終了後にはメンテナンスに移行するようにしている。長期的予知性のある診療を行うためには、患者を取り囲む歯科医師(矯正医含む)、歯科衛生士、歯科技工士の連携が必須となるため、治療の成功が達成できるように日々の知識の習得と技術の研鑽を行いながら、取り組んでいる。



▲歯周治療，歯冠修復・補綴治療を中心に診療を行っている。

企画趣旨

患者の主訴や口腔内状態など、その背景はさまざまであるが、「1 歯の治療にこだわること」、それがすべての基本であり、はじめの1 歩といえよう。

本欄では、患者の背景を踏まえつつ1 歯に対する治療にこだわる若手歯科医師に、どのように診査・診断し治療計画を立て、治療結果を得たのか、その患者と信頼関係を築くまでの過程を自己評価も含め提示いただく。また、師匠や先輩歯科医師からのメッセージもあわせて掲載。

連携治療にこだわる！

原田洋介

Yosuke Harada

堀江歯科診療所
連絡先：〒848-0028 佐賀県伊万里市脇田町
169-4



初診時の状態



図 1a, b 初診時の正面観とスマイル時の顔貌写真。初診時では正中離開が認められる(2008年4月)。

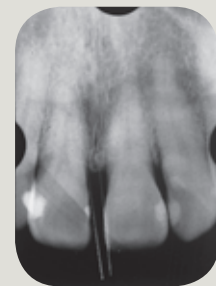


図 1c 初診時デンタルエックス線写真(2008年4月)。

患者のバックグラウンド

- 患者：54歳，女性，非喫煙者。初診日は2008年4月23日。職業は会社員。性格はおとなしく，あまり自分から意見をいわないタイプである。
- 主訴：2週間前から咀嚼時に6の違和感が認められ放置していたが，徐々に咬合痛が生じ当院を受診。
- 歯科的既往歴：う蝕治療，歯内治療は疼痛が生じた時のみの対症療法であり，今まで定期的にメインテナ

ンスは受けていない。ただ，患者の口腔内への意識は高く，毎食後のブラッシングは欠かさずされていた。

- バックグラウンド：会社員なので時間的制約があり，仕事が休みの時に来院される形となった。当初の主訴は6の治療であったが，コンサルテーションのなかで前歯の正中離開が気になって笑えないということがわかり，前歯部も含めて治療を行うことになった。

診査・診断，治療計画

- どのように診査を進め，診断したか：主訴である6の咬合痛は根尖病巣によるものであったため，感染根管治療を行った。また，並行して歯周組織検査・模型診査・顔貌での軟組織分析を行った。歯周組織検査においては上顎左右臼歯部に4 mmのポケットがあるものの，初期治療終了後にはすべて3 mm以下となり，動揺もみられなかった。模型診査においても正中離開

を引き起こすような前歯部の強い咬合接触，パラファンクションを思わせる歯の顕著な咬耗は認められなかった。また咬合に起因する病的症状は認められなかったため，生理的咬合と判断した。軟組織の分析についても，咬合高径・E-line, naso-labiale angle, スマイル時のリップラインにおいては問題なかった。

コンサルテーションのなかで，患者の正中離開につ



図2 歯肉切除をしない場合は形態的にも不調和をきたす。



図3 最終診断用ワックスアップにより、1 mm 強の歯肉切除が必要とわかった。



図4 ボーンサウンディング値は頬側で約5 mm であり、歯肉切除では生物学的幅径を侵襲しないと考えられる。



図5a | 図5b

図5a 診断用ワックスアップをもとに製作したモックアップをガイドにして歯肉切除を行い装着した(2008年6月)。

図5b ①の歯肉切除量はCEJを越えていない。



図6a~c 歯肉が安定した後、最終モックアップの製作・装着を行い、顔貌・スマイルの評価をする。

図6a | 図6b | 図6c



図7a~c ポーセレンラミネートベニア装着直後(2008年8月)とセット後1か月およびスマイル時の顔貌写真。図7a | 図7b | 図7c

いては徐々に①①が離開したわけではなく、患者が若い頃に①①間の歯肉腫脹が生じ、その時に前歯が離開し、それから閉じることなく現在に至るということであったことから、正中離開は咬合の問題、パラファンクションに起因するものではないと診断した。

●**診査結果および治療計画**：正中離開に対して行う治療として、矯正治療、コンポジットレジン充填による修復治療、ラミネートベニアによる修復治療の3つの

長所・短所を説明し提示した。患者はラミネートベニア修復処置を希望された。

前歯部の客観的な審美的条件として Kokich ら(1999)は、① crown length, ② crown width, ③ incisor crown angulation, ④ midline, ⑤ open gingival embrasure, ⑥ gingival margin, ⑦ incisal plane, ⑧ gingival-to-lip distance の8項目を挙げている。これらの項目の達成には歯科技工士との連携が必要であり、診断用ワックスアップ

ブを通じてシミュレーションを行った。ボーンサウンディング値が約5mmであり、1mm強の歯肉切除を行っても生物学的幅径を侵襲しないと考え、歯肉レベ

ルを整え、1|1の形態修正を行い、1|2の長径・幅径のバランス、切端の位置、歯軸、口唇との関係、歯間乳頭、隣在歯とのバランスをとっていくこととした。

治療結果の自己評価と患者の様子

●自己評価：2本の修復処置であったが、修復物のデザインや形態、正中とのバランス、歯肉の問題など、歯科技工士と密に連携をとりながら、診断用ワックスアップでシミュレーションを行い、それをモックアップで具現化しなければ患者の満足を得られなかったと感じた。

●信頼関係が築けたと感じた瞬間：初診時の顔貌写真ではなかなか笑えない感じではあったが、治療が進むにつれて“また顔の写真を撮るんですか？”といわれな

がらもにっこりと笑われるようになったことが少しは患者のコンプレックスを解消できたものと感じた。

●今後の課題、力を入れていきたいこと：少数歯の症例においても、こだわって診療を行うためには歯科衛生士・歯科技工士との連携は必要であると痛感した。

自己研鑽はもちろんのこと、同じような志をもち、同じ立場で議論ができるような歯科衛生士・歯科技工士とともにこれからの診療に携わっていきたい。

先輩 Dr からのメッセージ



加來慶久

1991年 長崎大学歯学部卒業。大分医科大学(現・大分大学医学部)歯科口腔外科勤務

1996年 大分医科大学(現・大分大学医学部)大学院卒業

2003年 加來デンタルオフィス開院
日本口腔外科学会会員、日本口腔インプラント学会会員、他

〔診療方針〕

口腔の健康を通して人びとの幸福のために尽くすことを常に念頭に置いている。広い視野での診査・診断に基づく、1人ひとりに最適なオーダーメイドの予防・治療・メンテナンスを行いつつ、全歯科医療関係者とともに歯科臨床の真理を追究したいと思っている。

▶ケースから感じること

すべての症例において少なくとも一口腔単位で力の因子と細菌因子、そして生体の解剖学的特徴を把握することが予防と治療に必須である。ところが、その診査・診断と治療計画について学べる機会が少ないのが日本の現状である。本内容で著者が卒後8年間でかなりの診断力と歯科治療の基本技術を習得していることがわかる。本症例では正中離開の原因を考察したうえで、比較的安定した咬合と判断し、顔貌と口腔内正面観から上顎中切歯と側切歯の大きさの不調和があるため中切歯のサイズアップが可能であると診断している。また、モックアップにて患者さんにも同意を得ながら治療過程で良好な信頼関係を築き、最小の侵襲で満足する結果を出しているところはすばらしい。

しかし、前歯の垂直被蓋が浅く、下顎中切歯の正中が上顎に対して左に偏位しておりアンテリアガイダンスは不適切で、偏心運動時に臼歯部離開咬合が得られていない状態である。1|1を含めた前歯に咬耗を認め、デンタルエックス線写真にて1|1と2|2に軽度の歯根膜腔が拡大していることからパラファンクションは現在進行形であることが強く疑われる。これらを踏まえて切端の位置や歯の形態を診断用ワックスアップで模索し、とくに今回のケースではプロビジョナルレストレーションの段階で審美面のみならずわずかな咬耗も読みながら形態を煮詰めていく繊細さが必要であった。さもないとセラミック

の脱落・破折、歯の動揺・移動、咬合痛などが生じることになる。

▶さらに成長してもらうためのメッセージ

繰り返しになるが、すべての患者さんを顔貌、口元、口腔内を総合的に診ていくことが大切であり、そのためには少なくとも顔貌および口腔内の写真、エックス線写真(パノラマ、デンタル)、ペリオチャート、そしてスタディモデルが必要である。それらの資料を詳細に分析し、予防・治療・メンテナンスに活かしていく。この総合診断力を養うことで初めて歯科全分野を深めることができ、それは木で例えるならば、見えない根に相当するのが歯科医療哲学や診査・診断力で、見える幹・枝・葉に相当するのが各分野の知識・技術と見なすことができる。診査・診断力と知識・技術をともにバランスよく養っていくことで歯科医療チームという木が大樹に成長していくと思う。著者はその点で双方に目を向け努力しており、勉強会でも積極的に発表している姿をよく見る。しかし、先輩として手厳しく言うならば、基礎資料の読み方、治療方針の優先順位、周囲の歯を含めた色調や形態の微調整、ポーセレンラミネートベニアのプレパレーションなどで改善すべき点があることが否めない。今回、論文を執筆して自ら問題・修正点に気が付いたことと思う。1つひとつ壁を越えて今後もよりすばらしいチーム医療の実践を期待している。

本欄に対するご意見・ご質問は、本誌編集部：edit-q@quint-j.co.jp までお寄せください。