

欠損歯列の性質を考慮した 補綴治療

縄田 竜哉

福岡県勤務 しらしげ歯科医院
連絡先：〒811-2202 福岡県糟屋郡志免町志免3-1-8

キーワード：欠損歯列，補綴治療



臨床経験年数

2008年九州歯科大学卒業後，同大学病院臨床研修医(第1補綴科/別府市まつもと歯科)。2009年ひがし歯科勤務。2011年医療法人楽歯会しらしげ歯科医院勤務，現在に至る。船越歯周病研修会ベーシックコース，カボジャパン補綴コース受講。STEP，熊本矯正歯科研究会所属。日本ヘルスケア歯科学会会員。

診療方針

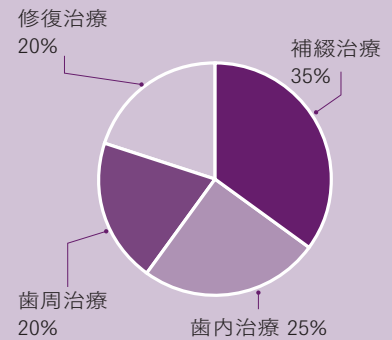
患者の希望を第一に治療計画の立案を行うが，現在の病態と治療

法，予後に関してわかりやすい説明を重視し，問診，資料採得，診査・診断，治療計画，患者説明の流れを大切にしている。

1 日々の臨床

当院は開業して27年が経過しており，紹介患者が多い。人口増加地域でもあり，小児から高齢者まで幅広く来院される。担当医制であるため，初診からその後の予防管理まで一貫して行うことができる。診療は全般的に行うが，長期間放置され，病態が複雑化したケースに出会うことも多い。

日常臨床で行う治療の内訳



初診時の状態



図1a 初診時の口腔内写真。



図1b 初診時のパノラマエックス線写真。

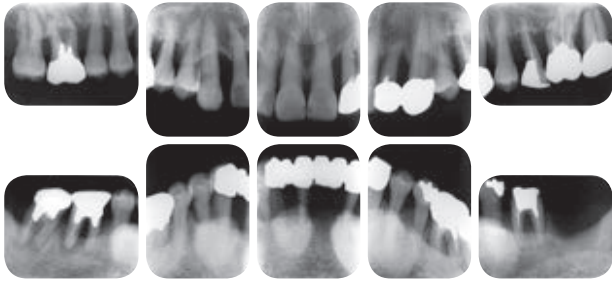


図 2 a 初診時デンタルエックス線10枚法。

排膿	+	+	+			+			+	+		+	+	
動揺度	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	
PPD	766	667	676	423	317	315	722	238	626	527	327	545	676	
	544	557	645	563	657	325	633	346	666	436	427	566	926	
部位	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
PPD	-	-	523	633	436	317	-	-	556	835	647	346	676	
			423	333	318	657			325	623	566	516	776	
動揺度					1		1			1		1	1	1
排膿						+	+	+		+				+

図 2 b 歯周組織精密検査。

1. 欠損の進行スピード

- i) 残存歯数：初診時26歯→抜歯後21歯(欠損のステージII)
- ii) 歯の生涯図より：遅い

2. 生物学的条件～疾病のタイプ～

ペリオ・パワーの混合型

3. 力学的条件

- i) 咬合三角：エリアII(咬合欠陥レベル・予後の分かれ目)
- ii) 咬合支持域：Eichnerの分類 A→B1
Occlusal Units(OUs) 6/12(50%)
- iii) 咬合支持数：初診時 12→抜歯後 8
- iv) 受圧加圧の条件：比較的良好

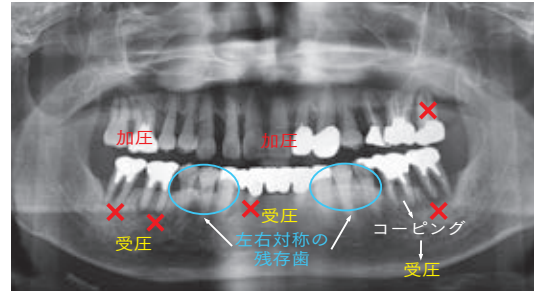
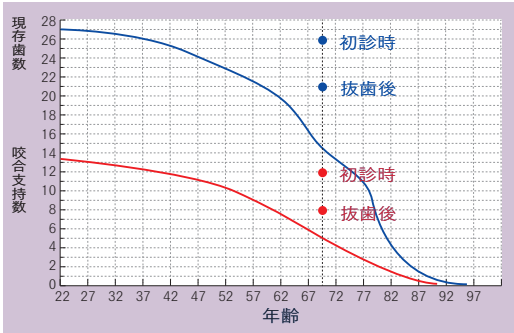
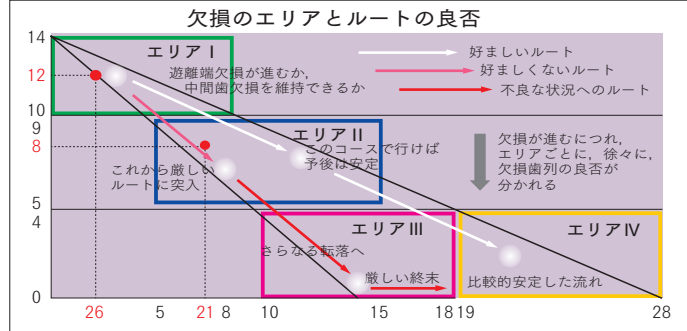


図 2 c 力学的診査表(宮地建夫, 症例でみる欠損歯列・欠損補綴. 東京: 医歯薬出版, 2011より改変引用).

患者のバックグラウンド

患者

68歳, 女性. 上品で理解力も高い. 恐がり
で多少神経質なところはあるが, きちんと
説明すれば治療には非常に協力的に
応じてくれる.

主訴

1週間ほど前から左下の奥歯の歯ぐきが腫
れて痛い. 今までも腫れることはあったが,
今回はなかなか治らないのでみてほしい.

歯科既往歴

近医にて20年来定期受診しており, 現状を
説明するとショックを受けていた. しかし,
自身でも腫れたり痛むのは歯周病のせいでは
ないかと考えていたので納得したとのこ
と.

その他

時間的, 経済的自由度は高い. 今後, 年齢
を重ねてから苦勞しなくてよいように, 今
回しっかりと治療したいとのこと.



診査・診断，治療計画

■ **どのように診査を進め，診断したか：** 生物学的診査として残存歯の病態(う蝕・ペリオ・咬合性外傷等)，欠損部顎堤の状態，加齢現象等を把握する。力学的診査として咬合支持(支持域/支持数)，対向関係(受圧/加圧)，歯列の対称性を把握する。これらから，欠損歯列自体がもつリスクとその補綴後のリスクを診断する。

■ **診査結果および治療計画説明時の患者の反応：** 中～重度慢性辺縁性歯周炎で，今後バーティカルストップが不安定になり，上顎の欠損が進行すると機能回復が難しくなる歯列と診断した。幸いにも上顎前歯部への外傷を疑わせる所見はないため，現時点での積極的な治療介入が必要と判断した。まず，徹底した歯周基本治療を行うこと，その後に咬合の安

定が得られる欠損補綴が必要なことを説明した。下顎の補綴様式は患者の希望を考慮しながら，リジッドサポートが得られ，残存歯の固定効果と歯周組織の診査・メンテナンスの容易性，経年的な変化への対応のしやすさから AGC テレスコープによる二次固定を選択した。また，破折のリスクを下げるために生活歯で行うこととした。

■ **治療の実際：** 主訴部位である[7]は消炎後に抜歯した。歯周初期治療(7か月)の後，患者固有の顎位を変化させないように注意しながらプロビジョナルレストレーションへと置き換えた。歯周組織が減弱しているためにガイドの与え方に苦慮したが，干渉なくスムーズな顎運動が可能な状態をガイドテーブルにて最終補綴へと反映させた。

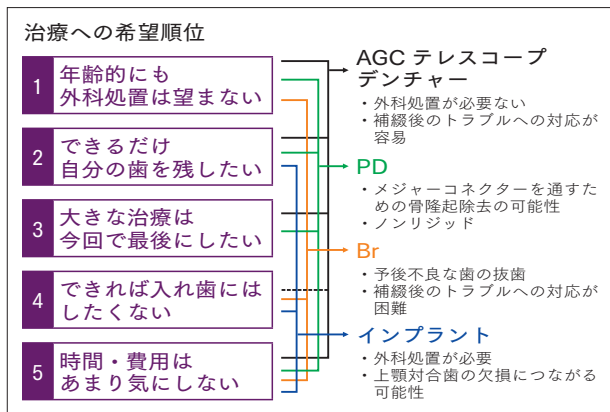


図3 下顎治療計画。



図4a 初期治療終了時の口腔内写真。形成の前に垂直的顎間距離を計測しておく。

排膿															
動揺度		1	1	1	1	1									
PPD	473	324	313	313	313	212	312	212	214	313	312		314		
	433	425	424	423	324	313	313	322	236	225	325		413		
部位	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	
PPD			323	322	313					222	323	324	363		
			213	312	213					212	313	324	463		
動揺度			1	1											
排膿															

図4b 初期治療終了時の歯周組織精密検査。[6]に関しては，予後不良の場合は抜歯後に義歯増床する旨を説明し，根面板として保存。

治療結果の自己評価と患者の様子

■ **自己評価：** 歯周病に関しては，初期治療をしっかり行ったことでひとまずの歯周組織の安定は得ることができた。欠損歯列に関しては，経験不足を補うために種々の統計や分類を用いながら診査・診断し，患者の希望と術者の治療の目的を両立させるには今しかないと判断し，全顎の治療を行えたことは



図5 a 最終補綴物装着時の口腔内写真.

よかった。

■患者との信頼関係が築けたと感じた瞬間：2年近い治療期間のなか、身内の介護や自身の体調等、初診時から多くのことが変わっていったが「もう歯医者は怖くないから」といってキャンセルもなく予約どおりに通院して下さったことに心から感謝する。

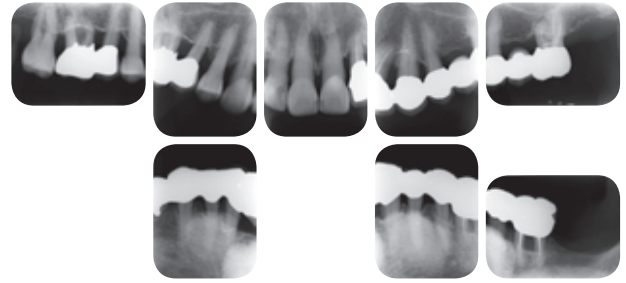


図5 b 治療終了時のデンタルエックス線写真10枚法。明瞭な歯槽硬線を認めるが、下顎においては歯根膜腔が拡大しており、注意深く経過観察を行う。

■今後の課題：形成・印象・バイトと、1つひとつのステップの確実性を上げることや、診査・診断と長期の経過観察に耐えうるだけの資料の規格性など、課題は山積みである。病態はつねに変化することを念頭に置き、それに対応できる「診断力」を身につけることを目標に日々研鑽していきたい。

message

先輩ドクターから

▶ケースから感じること

患者の年齢や欠損補綴に対する力学的評価から、口腔内全体をみて治療計画を立案していることは評価に値する。また、AGC テレスコープ内冠の支台歯を安易に抜髄せず、有髄歯のまま補綴したことも将来の破折リスクを考えると大変効果的であろう。初期治療から1つひとつの治療ステップをていねいに進めていることも歯科治療に対しての真摯な姿勢が垣間見られる。AGC テレスコープデンチャーは、残存歯に対してスプリントの役割と適正な咬合力のコントロールが可能になる点でとても有利な補綴方法である。また、残存歯の経年的変化に対しても対応しやすい。しかしながら、補綴治療としては難易度の高い治療方法である。本ケースのようにバランスのよい残存歯の位置配分とコントロールされた歯周組織など、適応症を選ぶことが肝要でなる。



田中秀樹

福岡県開業・田中ひでき歯科クリニック

▶さらに成長してもらうためのメッセージ

これから臨床経験を積みながら、よりコントロールされた歯周治療、より高いレベルの補綴の適合精度へとステップアップしてほしい。そして今、全力で臨んだ症例を、患者との信頼関係を深めつつ、長期間メンテナンスを続けていくと、小さな治療介入から、いつかは再治療も必要になるであろう。そのときに、これまでの資料から治療結果の評価をすることで、学ぶこともたくさんある。つねに規格性があり、客観的評価のできるクオリティの高い資料採取と診断力が重要であるということを肝に銘じ、そこから生まれた経験とエビデンスに基づいた治療を行うことを忘れないでほしい。