

My First Stage

患者の背景を踏まえて治療にこだわる若手 Dr. にご登場いただく欄

臼歯離開咬合の獲得を目的に、咬合平面の改善を行った症例

小木曾 縁

東京都勤務 岩本町デンタルクリニック
連絡先：〒101-0032 東京都千代田区岩本町3-5-2 フォアサイトビル2F



キーワード：診断用模型、プロビジョナルレストレーション

臨床経験年数

2010年3月明海大学卒業後、同大学臨床研修プログラムを修了。岩本町デンタルクリニックに勤務、現在に至る。東京 SJCD、スタディグループ赤坂会、WDC 会員。審美修復ハンズオンコース（土屋賢司先生）受講。

診療方針

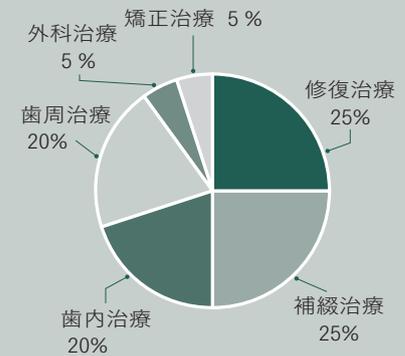
医院のコンセプトである「やり直しのない長期にわたる口腔管理」をめざして、全顎的な診査・

診断を行い、患者1人ひとりに合った治療を心掛けるようにしている。

1 日々の臨床

オフィス街であるため、近隣に動いている働き盛りの30～60代の患者の割合が多い。患者担当制で治療を行い、初診時から資料採得し、問題点を整理し、治療計画を立案している。

日常臨床で行う治療の内訳



初診時の状態



図1a | 図1b | 図1c
図1d | 図1e | 図1f

図1a～f 初診時口腔内写真。主訴は③の欠損部の修復であったが、ロングスパンブリッジである⑧76⑤④の⑧はウォッシュアウトしていた。欠損放置のために⑧の近心傾斜、⑦⑥の挺出を認め、右側臼歯部に平衡側干渉を認める。



図2 初診時のパノラマエックス線写真。

患者のバックグラウンド

患者

60歳，男性．明るく温厚な性格であるが，喫煙者で口腔衛生への関心は低い．

主訴

「3」欠損部の部分床義歯を紛失してしまい，みたくが悪いので，歯を入れてほしい．

歯科既往歴

6年前にう蝕によって抜歯した「3」部には，隣在歯を切削するブリッジに抵抗があったため，部分床義歯を装着していた．単身赴任で転勤を繰り返しており，問題の生じた部位の治療をそのつと赴任先で受けていた．

その他

本社での勤務に戻り，時間的・経済的な余裕が多少できたため，これ以上歯を失わないような長持ちする治療を希望された．

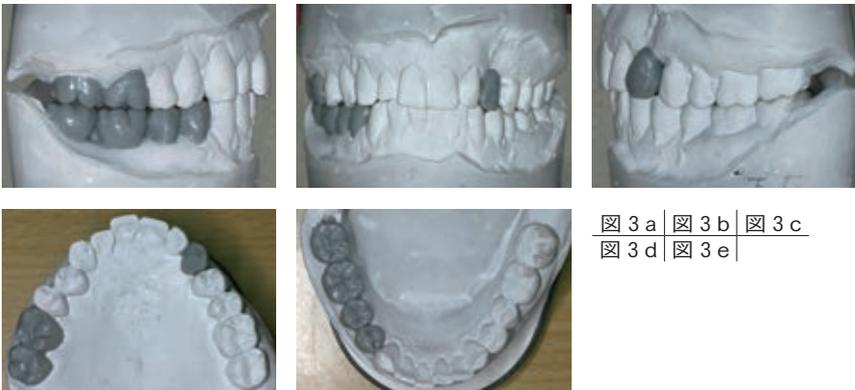


図 3 a～e 診断用ワックスアップ。

図 3 a | 図 3 b | 図 3 c
図 3 d | 図 3 e |

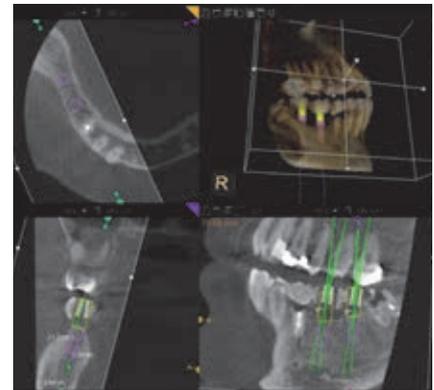


図 4 診断用ワックスアップをもとに製作した診断用テンプレートを装着して撮影した CT 画像。

診査・診断，治療計画

■**どのように診査を進め，診断したか：**白歯部補綴物にはシャイニングスポットが認められ，ガイディングトゥースには咬耗や頬側歯肉退縮を認めたため，白歯部補綴物の干渉により夜間のブラキシズムを助長した可能性を疑った．診断用模型を咬合器に CR マウントし，チェックバイトを用いた咬合器の顎路調節を行い，診断用ワックスアップを行った．「7 6」が挺出しているため，左側側方運動時の平衡側干渉を除去し白歯離開を得るためには，「3」の補綴による適切な側方ガイドの回復だけでなく，右側白歯部咬合平面の是正が必要であると診断した．

■**診査結果および治療計画説明時の患者の反応：**診断結果をお伝えし，とくに右側白歯部は補綴物の再

製作が必要であることを診断用模型を用いて説明した．また一定期間プロビジョナルレストレーション（以下，PR と略）を装着し，付与した形態の機能面での評価が必要なことにも理解を得たうえで治療を開始した．

■**治療の実際：**右側白歯部補綴物の再製作に際して下顎欠損部はインプラントを用いることとなった．診断用ワックスアップをもとに，欠損部へのインプラント埋入位置の決定と PR の製作を行った．装着した PR でインプラント周囲の歯肉形態を調整しながら，約 6 か月間咬合の安定を確認した後，最終補綴へと移行した．

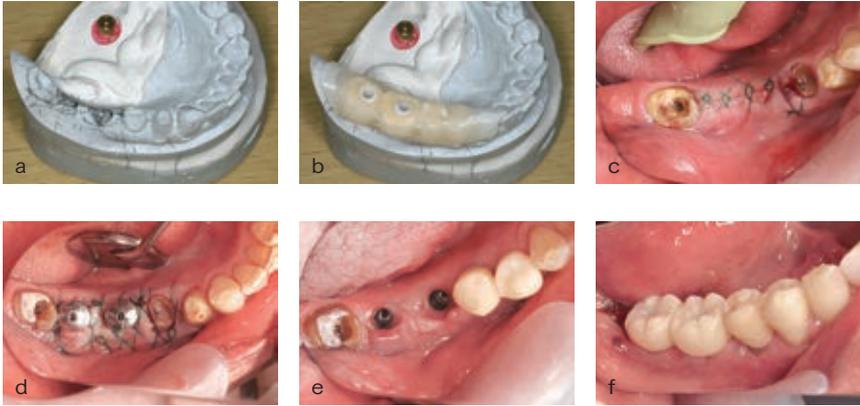


図5a 外科用テンプレート製作用作業用模型.

図5b 作業用模型に外科用テンプレートを装着した状態.

図5c インプラント一次手術後.

図5d インプラント二次手術後，ヒーリングアバットメントを装着した状態.

図5e 軟組織の治癒後，ヒーリングアバットメントを外した状態.

図5f テンポラリーアバットメントの装着と同時に8]の抜歯を行った.



図6a | 図6c | 図6e
図6b | 図6d | 図6f

図6a,b プロビジョナルレストレーションの調整前.

図6c,d 診断用ワックスアップを参考にプロビジョナルレストレーションの調整を行った.

図6e,f プロビジョナルレストレーション調整後の咬合面観.



図6g 下顎大白歯のテンポラリーアバットメント.

図6h プロビジョナルレストレーション調整後の右側方面観. 咬合平面をコントロールすることにより，第一大臼歯のⅠ級関係を確立でき，適切な咬合面形態が付与できた.

治療結果の自己評価と患者の様子

■**自己評価**：Ⅱ]の補綴だけでなく，右側臼歯部の咬合関係を改善することで，目標とした側方運動時の臼歯離開を与えることができた。治療開始前に咬合器上で診査・診断することは，問題点の抽出を容易にし，治療目標の設定や患者への説明に対しても大変有用であった。

■**患者との信頼関係が築けたと感じた瞬間**：口腔内

の潜在的な問題に関し，しっかりと診査を踏まえて説明したことで，全顎的な処置を受け入れてくれた。それにともない治療期間は長くなったが，患者の口腔衛生に対する意識が高くなり，治療終了後のメンテナンスはかかさず来院され，禁煙も達成された。

■**今後の課題**：診査・診断や再評価の重要性がわ



	図 7 a	
図 7 b	図 7 c	図 7 d
図 7 e	図 7 f	図 7 g



図 7 a～g 治療終了時の口腔内写真. 右側は $\frac{3}{2}$ ガイド, 左側は $\frac{2}{2}\frac{3}{4}$ ガイド. 術中から術後を通して, ガイディングツールの咬耗や歯肉退縮の進行は認められていない.

図 8 治療終了時のパノラマエックス線写真.

かっているつもりでも, 治療の途中で見落としに気づき, 後戻りしなければならない状況をしばしば経験する. 治療が複雑になればなるほど気をつけなけ

ればならない点は増えるため, さまざまな視点から口腔内をみることができるよう今後も勉強していきたい.

message

先輩ドクターから

▶ケースから感じること

著者がきちんと基礎資料を収集され, それらをもとに1つひとつの処置を確実にやっている姿勢がみてとれる. また, 診断用ワックスアップから外科治療, 補綴治療など, たしかな治療技術を有していることがわかる.

さて, 本症例のディスカッションポイントの1つに, 8]の抜歯の是非, さらにその抜歯のタイミングが挙げられる. まずは感覚受容器を有する最後方歯の8]の抜歯の必要性であろう. もし補綴を行ううえで上顎大臼歯と咬合するのであれば, 最後方歯における感覚受容器は確保される. 清掃性, フードインパクション等の問題は考えられるが, たとえ小臼歯タイプの咬合面であっても中間欠損へのインプラント埋入の優位性も鑑別診断する余地はあったであろう. また, 8]を抜歯して下顎右側臼歯部に理想的にインプラントを埋入するのであれば, 8]を残したままの埋入処置はポジションに細心の注意が必要である. おそらく8]が邪魔となったために7]のインプラントポジションがやや近心寄りに埋入されて



土屋賢司

東京都開業・土屋歯科クリニック & works

いるのがわかる. 今後, 7]遠心へのオーバーロードや, それにとまなうチップングなどに注意が必要である.

▶さらに成長してもらうためのメッセージ

インプラント治療を行う際に大切なのは, 感覚受容器を有する天然歯との共存であると筆者は考えている. そのために, インプラント治療の予後と患者の時間軸を踏まえたうえで, 両者ができるかぎり共存できる環境を整えることが求められる. 13]インプラント補綴部は12, 3, 4]のアンテリアグループファンクションになっているようだが, 14]までガイドに参加させるか否かは歯根サイズ, 歯肉退縮等を考慮に入れながら行うことが大切である.

著者はすでに多くの知識や高い治療技術をもちあわせているのだから, 歯科医師としてこれからさらに成長してもらうためには, 個々の患者に対して理想像を追求しすぎずに, 治療の予知性や長期展望を考えることがポイントとなろう. 著者のますますの活躍に期待している.