

## 第9回日本包括歯科臨床学会 WEB 学術大会

以下はディスカッションの中で頂いた質問への回答です。

なお、ディスカッション中に回答した質問は省いております。

○樋口琢善先生

質問：

最終補綴時に左側方運動が後方に動いているケースがあったと思われませんが、元々が左偏位していた顎位が是正された結果左後ろに動くスペースができていると判断しても良いのでしょうか。

また、いずれ筋肉が補綴で与えられた左側方ガイドに慣れてきたら左後方の動きはなくなってくるのでしょうか。

回答：

鋭い質問有難うございます。質問された先生とゆっくりお話がしたいです。

おそらくフルマウスで治療を行なった症例だと思います。咬合崩壊していましたので顎位は偏位しているものと疑って治療を行いました。今回の発表には時間の都合で顎関節のCT像は省略していますが、最終的にももう少下顎が前方でも良いのではないかと思いましたが、前方にいくと3級傾向が強くなり補綴（アンテリアガイドランスなど）が難しくなると判断してタッピングの安定などを確認して作成しました。

経過をずっと見ていますが、今の咬合に慣れたとしても、左後ろに引く動きはそのままです。他のケースでも経験していますが後ろに引かれながらガイドして臼歯部がディスクルージョンします。この動きを、この様な動きもあると頭に入れておくのか、その動きは異常だと認識するのかでは対応も変わると思います。私はこの様な動きもあると認識して補綴物作成の際に気をつけています。もし質問の答えに対して聞きたいことなどがあればメールや電話でも構いません、連絡してください楽しいディスカッションをしましょう。

○藤田亨先生

質問：

メンテナンスしやすい環境の構築のため歯肉レベルの連続性が大切だと認識します。

インプラント部においても症例によっては、アバットメントの立ち上がりにスイッチングを行われていましたが、施術の基準をお教えください。"

回答：

この症例で使用しているのはアストラテックインプラントです。もともとプラットフォームスイッチタイプのインプラントシステムになりますので特に何もしていません。

あえて埋入時に気をつけているとすれば歯肉の厚いケースはクレスタルで浅めの埋入、歯肉の薄いケースは術後の骨吸収を予測してサブクレスタルで深め埋入するように気をつけています。

○筒井武男先生

質問：

先天的要因の強い歯列不正に関して、保険導入された MFT に代表される口腔機能訓練が同程度効果があるか先生の見解をお聞かせ下さい"

回答：

筋機能療法（Myofunctional Therapy）は矯正治療の中でとても重要な治療法の 1 つです。

口腔周囲筋の異常緊張や弛緩の改善により、歯列形態の長期維持が行えます。

ただし、筋機能療法を行う上での環境整備（舌房の確保など）も非常に重要です。

様々な治療法がバランス良く行えた結果、歯列形態の長期安定があると思います。

○西林滋先生

質問：

筋電計を用いて夜間のブラキシズムを測定し、比較するのはどうでしょうか？

回答：

現在、患者さん自身が自宅で使える簡易的な筋電計があるようで昔の機器、計測方法よりはるかにやりやすくなったようです。

従来の測定機器もそうでしたが 当たり前のこととして 咬筋の測定はやりやすいのですが顎二腹筋後腹や外側翼突筋の測定は、そのセンサーの取り付け位置から推測するとなかなか困難な状況が推測されます。筋活動の実態がグライインディングなのかクレンチングなのかの判別を明確にするには ナイトガードとの併用が理想と思えます。

ところが「測定したい患者さん」と歯科医が思っても エビデンスを担保できるような使用をしていただける人がなかなか十分ではありません。

このあたりが ブラキシズム全体をブラックボックスの中にとどめてしまう要因の一つのような気がします。

私はこの分野の専門家でもありませんし 論文も十分に読んでいるわけでもありません。

今回の受講者の中に詳しい先生がいらっしゃいましたら、ぜひ情報提供をお願い申し上げます。

連絡先 373-0817 群馬県太田市飯塚町1592 西ばやし歯科医院 西林 滋

電話 0276-48-1122 FX 0276-48-6744

メール sg-nishi@qb3.so-net.ne.jp

○川端秀治先生

質問：

早期接触の部位は、削除する基準 早期接触の部位が、正しい顎位の可能性はありますか？それを鑑別するには何か方法はありますか？

回答：

早期接触が生じた理由によると思います。ご質問から早期接触の出現した理由が顎位の変更に伴うものである場合と限定してお答え致します。

早期接触が起きた顎位が正しい顎位であるかどうかは「その事象のみで」結論をだすことは難しいのではないのでしょうか。ご質問のように早期接触部位を咬合調整（削除）で取り除いた場合、更に顎位がズレていく可能性があるからです。

これを繰り返すことで顎位がどんどんズレてしまい新たな病態を作り出してしまうことにならないのでしょうか。咬合調整を繰り返せば、いつか必ず正しい顎位で止まると確証があるのなら別ですが。

また、態癖により顎位の偏位を引き起こした場合、早期接触の出現は態癖によるものといえます。もともと顎位は正しかった。しかし態癖の影響を受けて顎位にズレが生じた。このような経緯で生じた早期接触の出現であったなら、『早期接触の部位が正しい顎位の可能性』は無いと言えるでしょう。むしろこの場合は、早期接触が生じる前の状態が正しい顎位といえるかもしれません。

上の考え方は両極端なケースを述べましたが、実際にはこの両方が絡んでいることも考えられます。ご質問にある『早期接触の部位が、正しい顎位の可能性はありますか？』にお答えするなら、有るとも言えますし無いとも言えます。

『鑑別する方法』についてのご質問ですが、「正しい顎位」がどこに位置するのかを把握する方法がご質問の答えになると考えます。

具体的には、主訴、態癖の問診、口腔内写真、顔貌、姿勢の写真とその評価の仕方、顎位の変更を伴っているのですから顎関節の診査診断は必要ですね。さらにリモデリング、リラッ

クスポジション、フレミタスといったこれらの用語の意味するところは理解されているでしょうか。スプリント療法には様々な形態がありますがそれぞれ適応というものがございます。どのような状態のときにどのようなスプリントを使用するでしょうか。その整理はできていますか。適切なスプリント治療が選択できるなら、顎位に対する一定の理解が得られていると考えて良いのではないのでしょうか。

これら全てが『鑑別する方法』であると考えます。勿論、患者さん全員に全ての検査・診査をする必要は無いと思いますし、忙しい日常臨床の中で現実的な対応方法とも言えません。患者さん毎に病態が異なるのですから、必用となる検査・診査は取捨選択されるべきだと考えています。医者患者関係が続いている間は、常に生体の中の下顎位というものを術者が把握しておく必要があるのでしょうか。そのためにしなければならない事柄全てが『鑑別する方法』です。

質問：

当症例において、力のコントロールの、コデンタルスタッフの関わりを具体的に教えて頂けたらと思います。

回答：

このケースにおいて第一期の治療期間における力のコントロールは歯科医師主体です。コデンタルスタッフが力のコントロールで活躍できた期間は、メンテナンス中になります。しかし、メンテナンスはセルフコントロールが中心となりますので口腔内の状況が安定している患者さんが対象となります。患者さんが歯科衛生士であったため来院の度に力のコントロールに指導介入するといったことはありませんでした。

メンテナンスだけではなく P 重防、SPT においても当院では歯科医師の介入はほとんどありません。歯科衛生士がその業務のなかで完結しています。従いまして歯科衛生士の気づきがなければ歯科医師がその変化に目を向けることが無いと言えます。第二期治療が開始することとなった口腔内の変化は歯科衛生士も気付いてくれます。この変化が起きていないメンテナンス期間（実際には変化はあったが、気づきに繋がるほど大きな変化では無かった）においては、力のコントロールという部分に歯科衛生士が注意を向けるのは難しかったのではないかと思います。もし対応を考えるとすると、一定の来院間隔毎に口腔内写真 5 枚法を規格できちんと撮影できるスキルと業務体系を確立すること。そしてその写真を歯科医師がチェックし、歯科衛生士と歯科医師の間で口腔内変化に対する認識を共有する事が有効だったかも知れません。変化していることに気付けば、歯科衛生士は必要な対応をとっていただろうと思います。

現実には全てを把握して完璧な業務を行う事は難しいですね。力のコントロールに対する

コデンタルの理解と協力は、サステイナブルな包括歯科医院に必須な要件であると思います。力のコーディネーターの活動がそれを支えてくれることを期待しています。

○増田長次郎先生

質問：

接着性を考慮して、メタルボンドを選択する場合にもデジタルスキニングは有用でしょうか？

回答：

そもそも論になるかと思いますが、CAD/CAM の発想がメタルフリーという概念から出発しています。例えば PFZ と PFM とを比較すると、双方に利欠点があります。接着性だけを取ると PFM かも知れませんが、それ以外は金属の高騰や審美性や効率などを考えると PFZ の方が有利で、現状では後者の PFZ を選択する方が多数を占めています。コバルトをレーザーシタリングして金属に置き換える方法や、ワックスを削り出して鑄造する方法も考えられなくはないですがメリットを感じません。

余談になりますが、弊社ではデジタルデータからチタン冠やカスタムアバットメントを削り出しており、適合もかなり優秀です。用途に応じて CAD/CAM 機械や思考を使い分けています。

○事務局より回答

質問：

患者さんの口腔内を観察するに当たり 包括歯科臨床は非常に重要かと考えております。多くの歯科衛生士にも学んで頂きたいものです。

最終講演で照子先生より [「力のコーディネーター」が育って欲しい] とあります。

おそらく衛生士向けのお話しかと思いますが

包括診療をされていない歯科医院で勤務する衛生士達も学べる様に何かしらの会があれば幸いです。

今現在 スタディグループ筒井塾 咬合療法研究会(会費 6000 円) AOB 会員(会費 3000 円)に登録しております。

今一度 会の精査統一が可能か否か？ 臨床から離れた衛生士も会員に登録出来るか等々御一考頂けたら幸いの極みです。

回答：

貴重なご意見ありがとうございます。

おっしゃるように現在、衛生士さんを含むコデンタルの方が参加されている会は「日本包括歯科臨床学会（スタディーグループ筒井塾・咬合療法研究会）のコデンタル会員」と「力のコーディネーター勉強会（AOB）」の2つになります。

ご指摘のように、コデンタル方が分かりやすく参加しやすい形に改善しようと、組織の在り方を模索しているところです。

先日の役員会では、「力のコーディネーター勉強会（AOB）」は「スタディーグループ筒井塾・咬合療法研究会」の1組織とし、両グループが連携してコデンタルの方の勉強の場を作っていくという方向になりました。

また、日本包括歯科臨床学会（スタディーグループ筒井塾）のコデンタル会員の会費も引き下げ、入会しやすいような形を模索してくることになっております。

今後は日本包括歯科臨床学会として「認定衛生士」の資格も立ち上げていく予定となっております。