

症例報告

すれ違い咬合により歯周病の増悪が懸念される症例に対する補綴的検討

矢作 達也 勝部 直人 長谷川 篤司

抄録：すれ違い咬合は有床補綴治療の中でも困難を極める症例であり、適切な支持及び把持によるリジットサポート、咬合付与における咬合力の適正配分への考慮を必要とされる。残存歯が多数にわたり中等度以上の歯周炎を有する症例において、Quality of Life を重視する床面積の少ない補綴装置は残存歯の歯周炎増悪因子となって咬合崩壊を起こす原因となることが危惧される。しかし、粘膜に支持負担を期待する大きな床装置に移行すると患者の使用感や満足度が下がることにより、歯科医師は適切な治療介入時期の判断に苦慮する。本症例では、治療による患者負担と将来の口腔の安定に配慮しながら、すれ違い咬合に対して全顎的に介入し良好な結果を得たので報告する。

キーワード：すれ違い咬合 咬合崩壊 歯周炎増悪因子 Quality of Life

緒言

すれ違い咬合の終末の多くは無歯顎であり、適正な補綴処置がなされていない場合、歯周炎は加速度的に増悪すると考えられる。咬合支持のアンバランスをできる限り回避するためには、残存歯及び顎堤粘膜に最大限の支持を求める必要がある^{1,2)}。しかし、十分な咬合支持負担を期待する大きな床装置に移行すると患者の使用感や満足度が下がることにより、歯科医師は適切な治療介入時期の判断に苦慮する。

本症例は、治療による患者負担と将来の口腔の安定に配慮しながらすれ違い咬合に対して全顎的に介入し良好な結果を得たので報告する。

症例の概要

患者：初診時 76 歳の女性。

初診日：平成 24 年 8 月 17 日。

主訴：上の入れ歯の歯がとれた。

現病歴：前日、食事中に上顎 2 の人工歯が脱離した。

既往歴：高血圧：服薬（カルシウム拮抗薬）にてコントロール。

現症：上顎部分床義歯の人工歯脱離を主訴に来院した。残存歯は $\frac{654}{321} + \frac{57}{123}$ 、Eichner 分類 C1 のすれ違い咬合で、全顎的に中等度歯周炎を有し、上顎臼歯部では 2 度の動揺、加えて咬合平面の不正、不適切な歯冠補綴、根面う蝕が認められた（図 1）。上顎には最小限の床面積で使用感を重視した金属床義歯を装着しており、人工歯脱離による審美障害を除いて患者に不満はなかった。

治療方針

4 年前の来院時と比較して 654 は動揺度の増加を認め、残存歯の歯周組織の状態は悪化していた（図 2）。その要因を装着義歯の支持・把持要素の不足であると診断し、支持力を十分に持たせた義歯の作製、咬合平面修正を含めた咬合再構成を行う全顎的な介入を検討した。治療介入することで理想的な咬合関係を付与しやすくなり、咬合崩壊を予防できる可能性が高くなることに比べ、介入しなければ現在の義歯を使用できるものの、将来的に残存歯数が少なくなり QOL が低下することが考えられた。この時点で患者は困っていないことと、金属床修理では対応できないという観点から、歯冠修復と同時に新義歯作製をすると、患者満足度が大きく下がると考えられた。

そのため治療介入による患者負担を配慮して、現状の残存歯をそのままにして、床面積の大きな第一の治療用義歯を作製し、患者が床面積拡大による異物感の増大をどの程度許容できるかを確認する事を検討した。その後、プロビジョナルレストレーションと第二の上下治療用義歯にて咬合再構成を行い、最終補綴への移行を画策した。

治療計画

ブランクコントロールの改善を目的とした歯周基本治療終了後、7 321|1234 に第一の治療用義歯である上顎部分床義歯の作製を計画した。咬合平面を変えずに現状の残存歯をそのままにすることで、咬合支持・把持を目的に床面積を最大限確保できるように設計された義歯の装着を患者が許容できるかを確認し、もし許容できないのであれば再び旧義歯を使用できるように配慮した。患者が第一の治療用義歯を許容でき



図 6 最終補綴装着時の口腔内写真

た場合、654 を暫間被覆冠、567 を暫間冠橋義歯に置き替えた後に、654 と 567 のプロビジョナルレストレーションと $\frac{7}{7651} | \frac{1234}{4567}$ に対する第二の治療用義歯で咬合平面を是正することとした。咬合再構成による補綴物と歯周組織の安定を確認した後、同部の最終補綴へ移行することを計画した。

治療経過および結果

まず人工歯脱離を緊急処置として修理し、歯周基本治療、う蝕除去等の感染源の除去を行った。次に、患者の口蓋を覆う義歯（図3）に対する適応を、“歯の欠損の補綴歯科診療ガイドライン 2008QOL アンケート³⁾”にて確認した（図4）。床面積の少ない金属床義歯と比較し、食事時における違和感を訴えているものの、それ以外の項目から口蓋を覆う義歯を受け入れられると判断した。この際、う蝕が骨縁下に及んでいた 3 を保存不可能と判断し抜歯し下顎義歯を修理した。次に不適切な歯冠修復物を暫間被覆冠に置き換え、プロビジョナルレストレーションと第二の治療用義歯にて咬合再構成した（図5）。咬合の支持及び把持を期待できる第二の補綴装置と咬合再構成によって 654 の動揺も消失し、歯周組織の安定が確認できたため最終補綴に移行した。

最終補綴装置として上顎は金属床義歯、連結の全部鑄造冠、ブリッジを新製し、下顎は既存の金属床の修理にて対応した（図6）。補綴物の作製にあたり、咬合再構成の状態を反映させるためクロスマウントテクニックを応用した。QOL アンケートの結果より床面積の大きな義歯を患者が許容していること、最終補綴装置を装着し患者満足度が回復してきていることを確認した（図7）。

○初診時 (H24. 8)
 ●第二の治療用義歯調整後 (H26. 6)
 ○最終補綴装置装着後 (H26. 11)

	全くない	ほとんどない	時々ある	良くある	いつも
外見が悪くなったと感じた	○	○	○		
味覚が鈍くなった	○	○	○		
食べていて不快な感じがした	○	○	○		
食べ物が飲み込みにくかった	○	○	○		
食べ物が噛みづらかった	○	○	○		
食事が十分に取れなかった	○	○	○		
入れ歯や被せ物がきちんと合っていないと感じた	○	○	○		
入れ歯や被せ物が不快だった	○	○	○		
発音しにくくなった	○	○	○		
歯科的な問題で、悩んだり不安を感じたりした	○	○	○		

図 7 最終補綴装着後の QOL アンケート

考 察

川井ら⁴⁾によると、近年の傾向では部分床義歯による補綴診療において、上下の残存歯で咬合位の保持が得られないことによる不安定咬合という点から、立体的な視点で咬合関係をとらえたすれ違い咬合症例が最も難症例であると報告している。本症例において、治療計画立案時に予想されたように治療過程や大きな床装置に移行することで患者の満足度は低下した。しかし、安定した咬合を付与し金属床に変更することで患者の満足度は大きく回復した。治療介入しなければ歯周炎が増悪し、短期的に抜歯に至ると予測され、治療介入によって長期的に自身の歯で噛めることで患者のQOLが保たれ、健康長寿に繋がると推察できる。川井ら⁴⁾によると、すれ違い咬合では、経年的に必ず発現する回転変位を定期的なりコールにより早期に発見し、リライニングなどの的確な処置を行う必要があると論ぜられており、本症例も、今後の継続的な管理が必要と考えられた。

利益相反自己申告：申告すべきものではありません。

文 献

- 1) 尾花甚一. すれ違い咬合の補綴. 第1版. 東京：医歯薬出版；1994. 50-52.
- 2) 宮地建夫. 欠損歯列の臨床評価と処置方針. 第1版. 東京：医歯薬出版；2005. 19-64.
- 3) 日本補綴歯科学会. 補綴歯科診療ガイドライン 2008. 2009年改訂版. 東京；2009. 116-118.
- 4) 川井善之, 宮田孝義. 前後すれ違い咬合 8年間の経過観察. 日本補綴歯科学会雑誌 1996；40：619-627.

著者への連絡先

勝部 直人 (矢作 達也)
 〒145-8515 東京都大田区北千束 2-1-1
 昭和大学歯学部 歯科保存学講座 総合診療歯科学部門
 TEL 03-3787-1151 内線 313 FAX 03-3787-1580
 E-mail：knao@dent.showa-u.ac.jp

A case of prosthetic treatment that exacerbation of periodontitis is concerned about by non-vertical stop occlusion.

Tatsuya Yahagi, Naoto Katsube, Tokuji Hasegawa

Department of Conservative Dentistry, Division of Comprehensive Dentistry,
Showa University School of Dentistry

Abstract : Non-vertical stop occlusion is a difficult prosthetic treatment, and rigid support by bracing for the occlusal force should be considered. We report a case of tooth loss and moderate periodontitis, in a patient with a small plate space prosthesis that was strongly influential on patient quality of life, and in this instance affected their unease that the modified factor periodontitis could cause bite collapse. However, the dentist has a hard time in a judgment on the treatment intervention time because the patient satisfaction is not given when I shift to the prosthesis of the big plate in hope of tissue borne.

This case raises the consideration of patients sharing the expenses to maintain future oral cavity health to prevent non-vertical stop occlusion and obtain a good result.

Key words : non-vertical stop occlusion, bite collapse, modified factor periodontitis, quality of life