

# 線を引かない歯科臨床

Clinical Dentistry beyond Boundaries

押見 一

OSHIMI Hajime

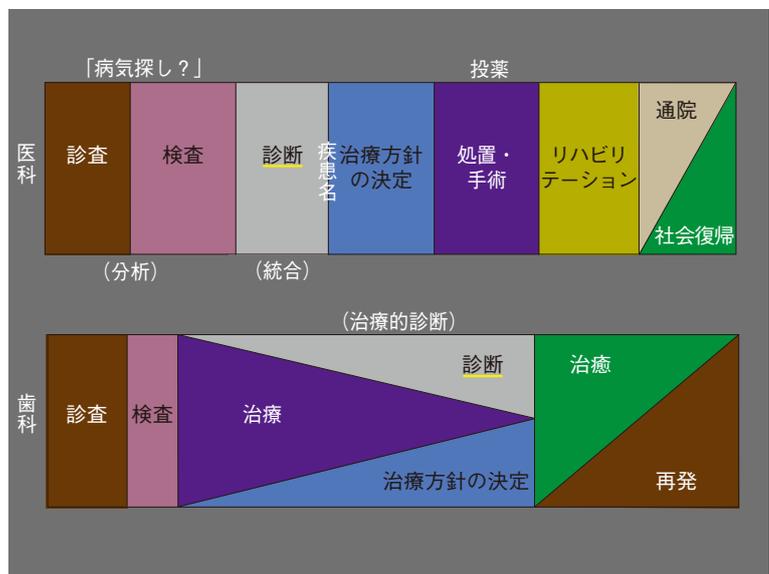
## 歯科臨床は治療を進めながら診断する

一般医科（といっても各科でそれぞれの特長があると思われるが）では、診断とは次に始まる治療、処置の方向性を決める決定的な行為である。診断が下されれば、あとのやることは一律に決まっているようにも思える。したがって、そのための検査が歯科とは比べものにならないくらいに多いこともあるようだ。

一方、歯科の場合はどうか。以前に比べればより科学的にしようと、歯周治療における細菌検査、カリエスに唾液の性状や分泌量の検査、咬合や顎運動にデジタル機器を使った診査などいくつもあるようである。なかでも最近話題になることの多いコーンビーム CT による診査は、インプラント治療の普及とともにその設置も増え、日本は世界的にも断然トップ（人口当たりアメリカの 3 倍、イギリスの 13 倍で世界の CT の 25%）のようだが、それでも設置率は開業医で 5% 程度（2014 年現在）らしい。インプラント以外にも三次元の硬組織を正確に相手にしなければならぬわれわれの仕事には大きな武器であろうが、被曝を少なく解像度を高くするためにどうしたらよいかなど、その運用には慎重を期さなければならない。通常はあくまでも CT 画像はデンタルエックス線写真を補うものであることを忘れてはならない。

ただ、毎日の歯科臨床を振り返ってみると、診断という場面は医科とはだいぶ違うことに気がつく。つまり、医科では決定的に重要な「診断名をつける」ということに、われわれ一般臨床歯科医はさほど苦労していないのだ。主訴を解決することから始めて患者の不安は何なのかを察知し、望んでいることに過不足なく対応するのに何が必要なのかを治療を進めながら診断し、治療方針を探っているように思える（1）。

1 医科と歯科の治療の流れを比較してみると、医科のそれはデジタルで、歯科はアナログといえるのでは、図のように、医科は診査から始めてケースによっては多くの検査をして診断をし、疾患名を探し当てればあとは自動的に治療方針が決まり、その後の投薬、処置、手術というようにある意味マニュアル通りにいくことも多いのではないかと。一方、歯科は医科と比べて少ない検査で早くに主訴に対応して治療が始まり、その経過をみながら診断しつつ治療方針も決まってくるようなことが多いのではないかと。口腔内という、無菌処置ができず、術式も繊細で医原性疾患を起こしやすい、患者の協力を頼る部分も多く、さらに自然治癒しない硬組織と人工物による修復処置があるために、多くの場合は再発と治癒が背中合わせであるという特殊性を免れることはできないのだ。（飯島国好：歯科臨床の治療と病理、歯界展望、72（4）：793～798、1988。に加筆）



# 診断で何を診るのか

全顎的に処置しなければならない複雑な症例の場合は、口腔内の状態以上に患者がどんな方でどんな生活を送っているのか、主訴の本当の意味はなんなのかを知らなければならない。しかし雑誌や講習会などでのケースプレゼンテーションは、ほとんどの場合がこのページに近いものである。

## CASE 1-22

1 48歳の女性。会社で事務の仕事をしている。初診から2カ月間、5回の診療は代診が担当していて、ブラッシング指導と咬合調整をしていた。



2 主訴は「口の中を見せるのが恥ずかしい」「1本でも多く歯を残したい」「美味しく食事がしたい」

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8						
			3	8	9	8	5		5	9	6	3	8	3	4	5	3	6	6		



Mrs K.N.(48)

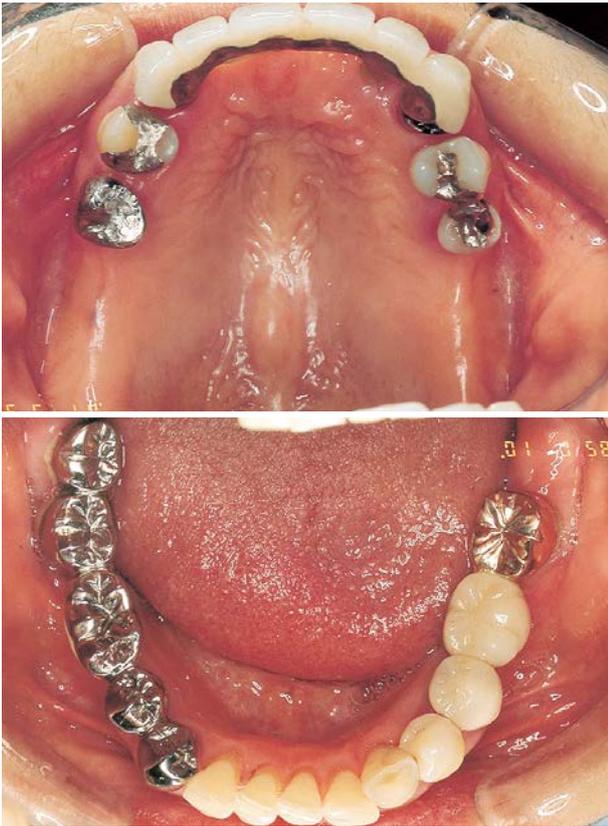
01 524

3 エックス線写真とプロービングデプスからは厳しい状態が診える。しかし、これだけの情報で実際に患者に会っていない人が、何を感じどのような治療方針が立てられるのか。



われわれは何を知らなければならないのだろうか。

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8						
3	3	9	9	5			4	7	7	5	3	4	3	10	9	9	4	3	4		
6	6	12					9	8			6	6	3	6			3	5	14		



4

既往歴：10年前に全体を処置。部分床義歯は使わなかった。

**20年間風邪をひかなかった。** 2年前に十二指腸潰瘍。

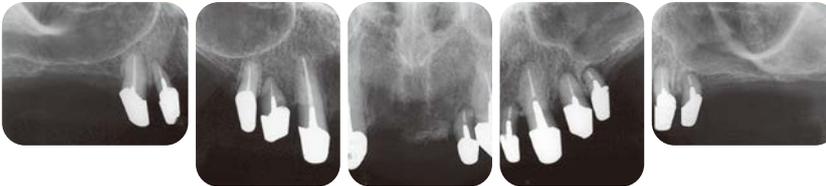
現症：前歯が動く。顎関節のクリック音、ザラザラ音すこい。

生活背景：パソコン作業の事務職。ご主人は良き理解者だが帰宅が遅い。長男は大学受験。姉あり。

性格：**明るい。笑うのが好き。静かな（落ち着いた）主体性。** ストレスは多いが引きずらない。

お話を聞いてみると、既往歴、現症、生活背景、性格などのことがだいぶ解った。その中でも私は「20年間風邪をひかなかった」というのと、「笑うのが好き」という明るい性格と「静かな主体性」に着目した。客観的には大変厳しい状態でも「免疫力」が強いこと、「自分で治す」という覚悟ができているということではなんとかなるのではと感じた。「治りたい」「助けてあげたい」の気持ちが共鳴したとき（禅の言葉「啐啄（そったく）」にあたる）、いわゆる歯の保存の適応症、永続予知性は影をひそめることがある。

×	×	×	×	3	3	4	×	×	×	3	4	3	3	3	×	×	×	×
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			



Mrs.K.N.(51)

04 8 11  
(3y 3m)



8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
3	×	×	×	3	3	3	3	×	×	×	×	3	4	4	3	×	×	7	×

5 3年3カ月後。失ったのはブリッジ除去時に脱落した 7] (根尖に歯石付着) だけである。他は骨の楔状欠損でも、プローピングデプスが 10 mm をオーバーしていても保存できた。分岐部のある複根歯がない、犬歯が 4 本ともあるなどの客観的条件の良さもあるが、それだけではこの結果は出てこない。既存のブリッジを利用した上顎のクロスアーチスプリントでは信じられないような固定感が得られた。|2 3 間に小さな骨移植を行った以外は外科処置はなく、ルートプレーニングのみ。8] の整直で歯根は長く見える。



5
9
7
2



(9m)



(1y 3m)



×
4
2

(4y)

6 |2 は当初抜歯予定であったが、固定とルートプレーニングだけで 9 カ月後、近心の骨の回復は想像以上であった。4 年後には遠心に 4 mm のポケットがあるだけになった。

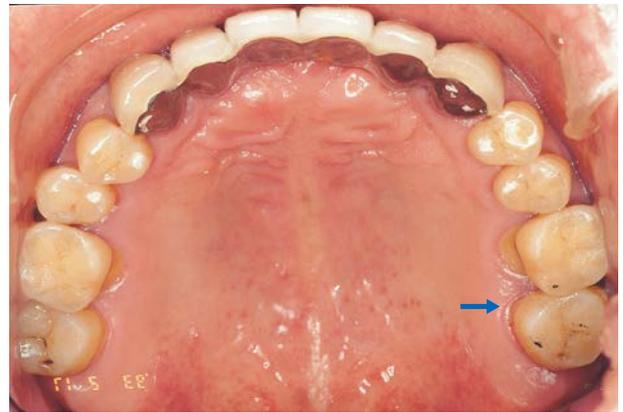
## ブラキシズムはストレスが原因？

昔からブラキシズムは精神的ストレスが原因なのか、咬合なのか、その両方なのか、はたまた単なる癖なのかという議論が続いているが、私は精神的ストレスが元凶だとずっと思っている。

### CASE 4-7



1 44歳の男性。CASE 4-6の患者と似ている。上下左右6番、1番が欠損したり歯周病に罹患していて、エックス線写真で歯石の付着が見られない。つまり、20歳くらいまでに限局性の若年性歯周炎であった可能性がある患者である。



2 前方から見ていないとわからないが、実は軽く上下を咬んでいただくと、当たっているのは|6 7|と|7|だけというとてもない咬合状態なのである。エックス線写真で|7|の歯根膜腔が拡大していることからもうなづける。このことに患者は気づいていないし、それによる症状、不都合も感じていなかった。これは患者が強く咬むことがないので、|6 7|が挺出してこのようなアンバランスな状態になっているのだと思う。舌をマウスピースとして使っていた可能性もある。しかし猛烈サラリーマンの若い頃は歯ぎしりが激しくて大変だったらしい。それは小白歯のファセットから読み取れるが、決してシャイニーではない。今は余裕のある生活ができているようである。

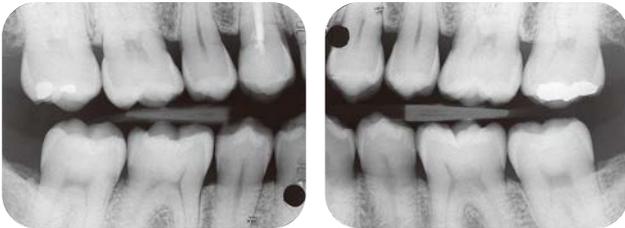


## CASE 4-8



06 8 15

1 一方、50歳の女性で教師。理想的な咬合状態なのに、精神的ストレスからのクレンチングによるクラックで歯髄症状が発現し抜髄した患者。



2 咬合面のエナメル質が咬耗せずに残っていて、形態が崩れていないのがわかる。唯一の失活歯 4] はカリエスからでなくクレンチングからのクラックによるものである。



06 8 15



3 咬合紙による接触点の状態はとても良い（咬頭嵌合位、側方運動時、前方運動時）。4] はクラックから歯髄症状が発現し、抜髄根充した。5] 近心にあるカリエスもよくある隣接面に見られるクラックからの疑いがある。



4 模型にしてみると咬合面形態が崩れていないのがよくわかる。それゆえ人工の充填物がどこにあるかもすぐ判る。