

遊離端義歯の長期症例

——テレスコープ義歯症例——

五十嵐 順 正

Long Term Clinical Results with Distal Extension Saddle

——Cone-Crown-Retained-Dentures (CCRD's)——

Yoshimasa Igarashi

Long term clinical results with distal extension saddle cone-crown-retained-dentures (CCRD's) were discussed. Distal extension type of tooth loss may contribute to one of the etiologic factors of TMD's. The concept of shortened dental arch (SDA) advocated by Käyser et al was seem to be still controversial from the researches by the present author. Some of the clinical implications are stressed in this article when one treats the distal extension case using the cone-crown-telescope as direct retainers giving the design of RPD as the rigid supported concept. In conclusion, CCRD's are one of the standard methods in treating the distal extension cases with good and long term clinical results over 20 years.

はじめに

ヒトの歯の欠損傾向は通常まず第一大臼歯の欠損から始まるのが一般的である。多くの症例ではこの段階で小さな固定性補綴装置、ブリッジによって修復が図られ順調に経過する。なかには支台歯である第2大臼歯が製作物に起因する二次う蝕やブリッジの不適合などによりいわゆる片側離脱を生じ、第2大臼歯の存在が危うくなる場合や、ブリッジ装着経過時に第2大臼歯の歯周病変を生じ、近心の支台歯と連結されていたために、かえって不顕性に炎症が進行し、経過観察がないがしろにされたり、術者、患者双方がメンテナンスを怠りやすいことがあれば、第2大臼歯の喪失を生じることもある。したがって、治療しようとした結果がさらなる欠損を生じる可能性を含むという

逆説がここに生じ、ある人は「こんな治療はしないほうがむしろ良い」ということの根拠にもなりかねない。このようにして大臼歯2歯欠損が生じる。その欠損が片側性の場合には往々にして患者の自覚も乏しく、義歯装着の意義もまたその的確な説明も付けにくいのであるが、実は片側性、両側性の遊離端欠損は顎口腔系の健康の保全にとって見逃すことのできない危険性を胚胎している可能性が高い、臨床家にとって要注意の欠損型である。

このような遊離端欠損についてオランダなどの西欧の国では少なくとも小臼歯すべてが残存しており、大臼歯のみが欠損したような症例は特に補綴処置を行わず短縮歯列 (Shortened Dental Arch: SDA) としておいても経年的になんらの機能障害も生じないし、先のブリッジによる処置と同様、むしろ義歯を装着し残存諸組織にう蝕や歯周病の弊害を惹起するよりはこの SDA でゆくほうが良く、さらに医療経済の観点からも望ましい

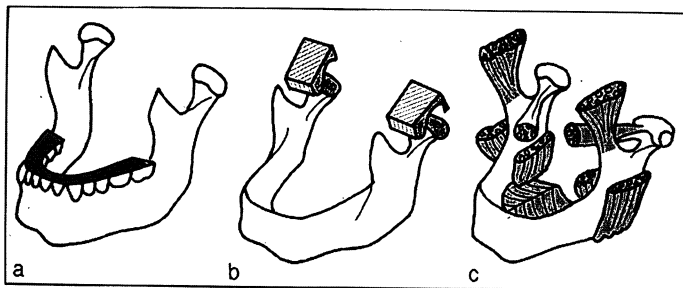


図1 顎口腔系の運動を誘導する3つの要素, a. 咬合接触, b. 顎関節, c. 咀嚼筋群, これら三者が協調して活動する。歯科医師が関与し、良くも悪くも改変できるのはaの咬合接触だけであるので、補綴物による咬合の再建については、十分な知識と確実な技術で対応しなければならない (Köber, K. H. 1985 年からの引用)。

という主張がある。筆者は実験研究的にまた臨床的にもこのSDAの問題に取り組んでいるが、現在までの中間的な結論では、「すべてSDAでいけるとは到底考えられない」と考えているし、その辺りがTMD患者の臨床経験からみても妥当なものだろうと思っている。遊離端義歯による補綴処置が長期的にみて成功であるか失敗であるかはいくつかの評価項目で検討される。ここでは主に支台装置がテレスコープである場合について述べてみたい。

義歯による欠損補綴の目標

1. 咬合接触と義歯

歯の欠損は正常者においては協調して機能している咬合、咀嚼筋、顎関節という三者間の関係を乱し、筋には疼痛、拘縮、組織変化、顎関節には顎頭の変位、関節円板および軟組織の負担荷重およびそれらの組織学的変化を生じる危険因子となる。そこで歯の欠損が生じたならば、その欠損が顎機能の保持にどの程度影響を与えるかを、下顎の支持、そして滑走運動の両面から診断し、義歯補綴が必要かどうかを検討する。必要と診断されたなら口腔内前処置を終えて最終義歯を装着する。義歯の設計としては確実な咬合支持を再現できるものが望ましい(図1)。このような義歯としては支台歯と欠損部顎堤に最大の支持を求めていく設計の義歯が望ましく、これにより、的確でし

かも永続的な咬合接触の回復が図られることは部分床義歯の臨床において具現化されている。これの意味するところは、健康な支台歯上の支台装置にはテレスコープのような連結強度を有するもの、欠損部上の有床部は十分な適合と必要な床外形を有し、いわゆるリジッドサポートの状況になっていることが望ましい。

2. 咬合接触のストレス軽減

負担組織による力の受圧要素を以上のように最大にリジッドサポートの考えで求める一方、咀嚼と下顎位の支持に必要不可欠である咬合接触の量的側面を検討することが必要である。

OsborneとLammieによれば遊離端義歯の設計にあたり残存歯と欠損部顎堤を保護するという意味で義歯により生じる咬合圧の抑制を重視している。これは義歯部人工歯排列において、(a)大臼歯の代わりに犬歯、小臼歯を排列する、(b)頬舌径の狭い人工歯を排列する、(c)第2大臼歯を除き排列する、の3点を挙げ、特に(c)では維持歯へ遊離端床から伝達される負荷が軽減されることを実施理由に挙げている。

これについては筆者が行った実験的研究からも明らかとなった。特に支台歯の状況が不良な場合、そしてII級欠損で片側性の設計を行わねばならないような場合、支台歯への負荷の軽減のうえから大きな効果が期待できると考えられた。遊離端欠損において咬合圧の軽減を図り義歯へ代償性の安

定を供給する支台歯、欠損部顎堤の負荷軽減を重視することを提唱した者はほかにも、すでに Kantorowich (1949) がおり、遊離端義歯の床の沈下は遠心端の沈下が重要であり沈下を抑止するには遠心側 1/3 には咬合圧が加わらないように人工歯を排列しないようにするのが良いとしている。松元 (1981) は実験的な研究の結果、遊離端部人工歯の頬舌径を狭めることが残存歯、顎堤の保護にとって有効であるとしている。筆者は、義歯の下顎位支持機能、咀嚼能率、支台歯の負荷軽減作用の 3 点より遊離端義歯の人工歯排列において第 2 大臼歯を削減することの可否を検討した。その結果からみると確かに咀嚼能率はある程度低下するが、第 2 大臼歯の削減処置は義歯の下顎位支持機能にはほとんど影響を与えず、また支台歯の負荷軽減に大きく寄与することが明確に示された。後方遊離端欠損のはじまりである Kennedy II 級欠損の場合、片側性の下顎咬合支持域の欠如は顎機能異常の有力な原因の 1 つであり、欠損の生起後、義歯により咬合支持を早急に回復しなければならない。しかし、この型の欠損は少数欠損である場合が多く、患者の要求性と、装着習慣からみて片側性の設計が現実には要求されることが多い。この場合、テレスコープやアタッチメントを使用した義歯設計が好んで用いられる。Kennedy II 級欠損で対側に残存歯が多く残存していれば当該欠損の人工歯排列で第 2 大臼歯を削減しても全体的な咀嚼能力の低下には影響は少ないと考えられる。むしろ支台歯の負荷は軽減され、下顎位の支持機能も十分に回復されていればこの形の義歯の機能的要件は十分に得られたと考えるべきであろう。

3. 遊離端義歯に必要な咬合接触

下顎位を咬頭嵌合関係によって規定し、関節窩中の関節頭をいわゆる顎頭安定位に位置付け、あらゆる下顎運動の開始、終末位を構成する状態が正常者における特長であるといえる。これは欠損歯列患者においては機能回復の最大の目標であることは明らかである。咬頭嵌合関係が崩壊し、下顎の咬合支持機能を担う大、小臼歯の咬合接触が失われると下顎位も次第に変化することを筆者は

報告してきたが、完全な咬頭嵌合関係が損なわれ、量的、経時的に消失した場合、下顎位の変位にどの程度の影響が生じてくるかについては不明であった。

欠損が生じた後、ただちに装着される即時義歯について下顎位の回復能力を臨床的に検討した Steinhardt らは、即時義歯が下顎位の保持に及ぼす影響を強調しており臼歯部の咬合支持を構成する部位を抜歯することにより臨床的にはほとんどの症例で下顎上方変位が生じ、これにより顎関節障害の生起する可能性を指摘している。さらにこの可能性を予防するには即時義歯の適用は有効であり、臨床における即時遊離端義歯の製作にいたるステップ例を示している。

抜歯後どれほどの期間に下顎位の不安定性が生じ、易変位性 (Labilität : Steinhardt) を生じるようになるかについては今日まで報告がなかった。筆者は即時義歯適用例において義歯咬合面を削合する観察例により咬合接触を失い下顎「支持域」が消失した場合に下顎位が定量的、経時的に変化する過程の一端を明らかにした。

このような下顎変位の様相についてはすでに著者らにより報告されているが、調査対象とした個体のうちにも大臼歯、 $\overline{6|6}$ の咬合接触が欠如しても下顎位にほとんど変化を生じないものと $\overline{6|6}$ の咬合接触が欠如すると下顎位が変化しはじめ、 $\overline{5|5}$ の欠如に伴い変化がより増大するものとが認められること、そして全体として $\overline{6|6}$ までの欠如よりは $\overline{5|5}$ までの欠如のほうが下顎の咬合支持能力をより損なう傾向の大きいことが明らかとされた (図 2)。

このような所見とは逆に Käyser らは、臨床的な観察をもとに、大臼歯群の咬合支持よりも小臼歯群の咬合支持の能力の高いことを示し、単に大臼歯が欠損したのみの場合には補綴処置に伴う残存諸組織損傷の可能性を考慮し、その欠損は補綴せず放置したままで良いという見解を示している。しかし、咬合接触の減少と下顎の変位傾向を詳細に観察すれば先に示した著者らのような結果が導かれるわけで、確かに全般的には小臼歯部の咬合接触が下顎の咬合接触に及ぼす影響は大臼歯に比べ格段に重要ではあるが個体によっては第 1

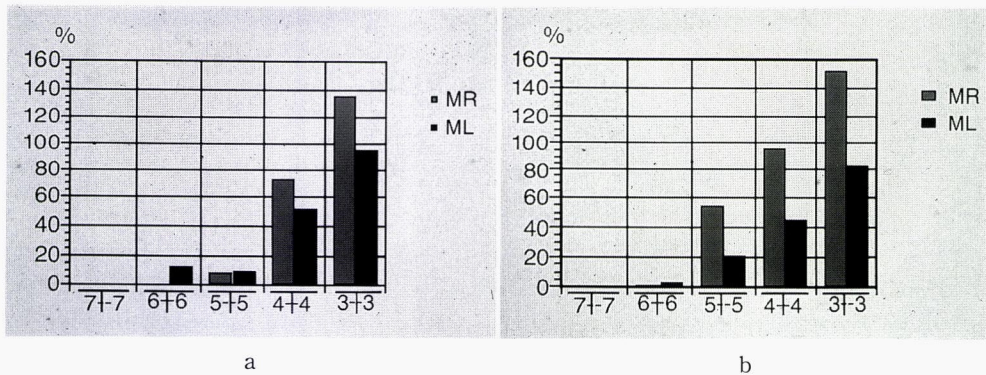


図 2 2週間ごとに使用中の義歯の咬合を次第に低位とした。

a : Pat. B. では 5+5 の咬合接触がある場合と、ない場合とで大きな差異がみられた。
b : Pat. C. では 6+6 の咬合接触がある場合と、ない場合とで大きな差異がみられた。

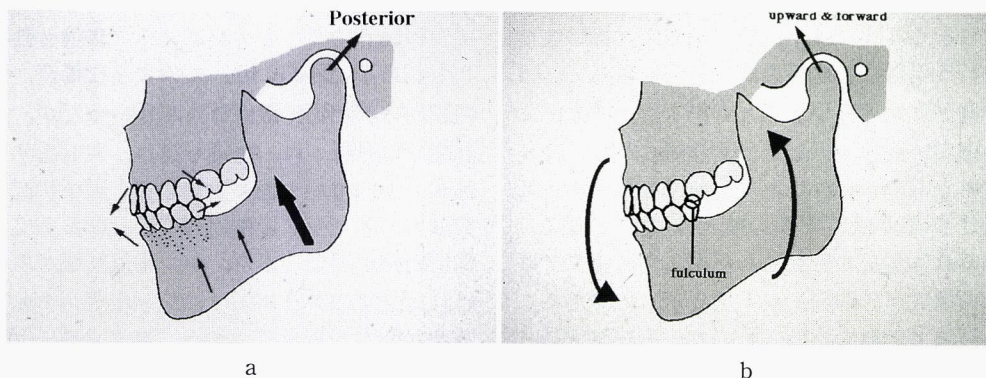


図 3 Bell, W. E. による下顎変位の説明。残存歯が骨植不良の場合にはクレンジングを生じると関節頭(顎頭)は後上方へ変位する(a)。残存歯の骨植が正常の場合、最後方歯の咬合接触部に回転軸が形成され下顎は回転偏位する(b)。そして顎頭は前上方に変位する。

大臼歯の咬合接触の喪失からすでに下顎位の変位が開始してくるという事実を看過してはならないと考える。これは、このような遊離端欠損患者で、さらにクレンジングなどの症状が併存した者では顎機能異常の発症例がきわめて多いという臨床事例からも裏付けられる。

4. 遊離端欠損への対応について

Kennedy I 級, II 級の両側性, 片側性遊離端欠損では欠損状態を放置したまましていると後方歯の咬合支持の欠如(Loss of posterior occlusal stop)が生じてくることが知られている。Bell は臼歯部後方欠損があり、クレンジングを伴う患者におい

ては Posterior over closure を生じ、前方残存歯が歯周病などで十分な咬合接触を構成不能な場合、下顎関節頭は後方に変位すること、また前方残存歯が骨植堅固な場合には最後方歯(多くは小臼歯)に下顎の回転変位軸が形成されここに Overclosure が生じ関節頭は前上方に変位するという所見を臨床的に示し、これら臼歯部の欠損と咬合力のアンバランスが関節頭の変位、ひいては顎関節の退行性の変化を生じる病因となることを示した(図 3)。

大臼歯、小臼歯欠損がある患者においてすべての症例で顎関節の退行性変化が生じるとは考えにくい、われわれが臨床で対処している患者群に

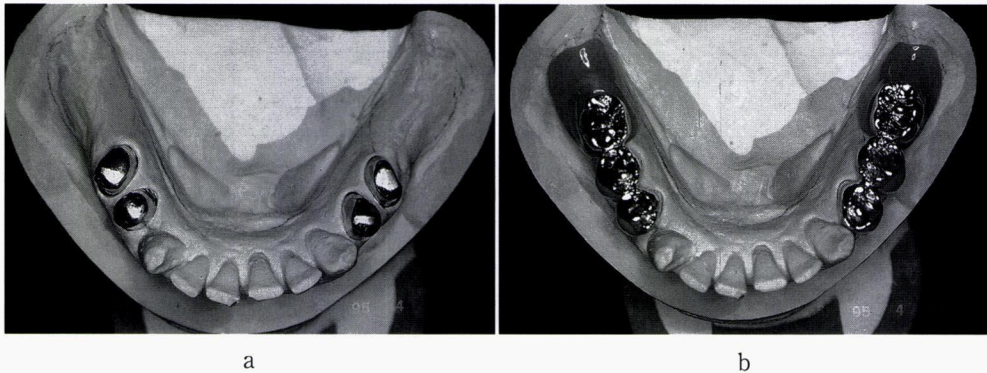


図4 まれにみられる左右側分離型の設計。上顎は天然歯列

においては上記の可能性が厳として存在することを忘れてはならない。また実際に遊離端欠損の咬合回復を行う場合には著者の観察結果からみて、また臨床経験上からも少なくとも第1大臼歯までの咬合を確実に回復すべきことを強調したい。確かに先にみた Käyser らのような主張もあるが先に述べたような理由で下顎の咬合支持に十分な、いってみれば安全率を見込んだ第1大臼歯までの咬合の再構成が必要であると考ええるものである。以上からみて遊離端欠損は咬合支持の回復という観点からみると補綴処置の安全率を考慮し、少なくとも第1大臼歯までは咬合接触を回復する必要があると考える。

遊離端義歯の経過を危うくする因子

1. 義歯設計のあり方

上下顎片顎で大白歯4歯欠損～小臼歯2歯欠損つまり、残存歯数で10～8歯の場合、対顎が健全と仮定すれば下顎の咬合支持はかろうじて残存小臼歯で確保されているが、これらの歯には極端な咬合圧が集中し、義歯の支台歯としてのストレスを受ける以前にすでに過酷な状況にある場合が多い。もし、単に大白歯4歯欠損のみの場合、テレスコープの設計を行うことはかなりまれであろう。筆者の四半世紀の臨床経験中この設計を行ったものはただ一例のみで、それもその後に片側性ずつの設計に変更してしまった。両側性の義歯設計を行った場合、大連結子が不可欠であり、クラ

スプ義歯との差異はない。きわめてまれには片側ずつの設計で2つのテレスコープ義歯を装着することがある(図4a, b)。このような場合、患者は口腔内の異物感に敏感な人が多いのだが、この設計案では納得され、経過も良い。大白歯すべてに加え、小臼歯が2歯欠損するとこれは状況によってはテレスコープ義歯の適応症となる。支台歯の歯周組織が健全であり、かつ歯冠崩壊がみられなければ通常のクラスプパーシャルデンチャーで十分な設計となる。この場合、筆者は好んでRPPIの設計を行う。上記の条件に外れた場合、特に支台歯が、連続的に骨植不良で、十分な歯の支持が期待できない場合には全残存歯を支台歯に組み込む設計を行う。以下に示す症例はそれぞれ装着後17年(A)、11年(B)を経過したものであるが、部分的には失敗を含み、全般的には経過良好例であったといえるだろう。

2. 症例の経過

(A) 患者 ■■■ (83歳女性)

1980年に筆者が東京医科歯科大学在職中に下顎4下4を支台歯とするテレスコープ義歯により両側性遊離端義歯にて欠損補綴、当時から上顎は無歯顎で全部床義歯を同時に製作した。4下4をすべてテレスコープとした理由は術前に同部には犬歯、前歯を支台歯とする延長ブリッジが装着され、歯冠修復がいずれ必要であったこと、残存歯の歯周組織が全般的に崩壊していたためで、骨植も部分的に不良であり、ポケットも一部残遺して

いたためであった。装着後、数年間は特に異常もなく経過したが、1985年に4が歯髄反応を起こし、内冠を穿孔し根管処置を行った。1989年に歯周炎症により、44を抜去し、義歯床を延長し、そのまま義歯を使用させた。装着当初から口腔清掃にあまり理解を示さず、プラークコントロールも不十分であったが、徐々に前歯部の支台歯はポケットが深行し動揺も増加してきた。1993年筆者が転勤のため東京を離れるに当たり、このような補綴処置に造詣の深い友人の歯科医師に後事を託したのであったが、この患者は同歯科医院へはほとんど通院せず、症状が出たときに某大学附属病院にて診療を受けたとのことである。1997年筆者が大学附属の東京診療所所長を兼任するようになり、連絡のうえ再び経過を拝見することとなった。

口腔内の状況は313のみが残存し、それでも1980年の義歯を修理して使用していた。このたびは本格的な歯周処置を行い、一方旧義歯を活用し、金属部のみを再利用することで、パーシャルデンチャーにおけるリベースを行った。これは旧義歯を用い、裏装印象し、旧義歯の咬合関係によりそのまま咬合器装着を行った。この状態で、レジン部、前装部をすべて除去し前装を新しくし、有床部を広げ、外冠内部にレジン床が入る構造とした部分もある。こうして、80年製の義歯は97年型としてリニューアルできた。患者にしてみれば旧義歯とほとんど変化はなく、補修の経費もわずかである。このようなテレスコープ義歯では製作当初にかなりの経済的負担があるが、長期的なランニングコスト、口腔内の変化や修理に対応できるメリットなどを考えると結局患者にとって良き補綴装置であるということが出来る。本症例はほんの一例であって、このような事例がきわめて多いことを付記したい。しかし、支台歯の歯周組織の管理が不十分であったことは否めず、この点約20年前の自分が未熟であったことも反省させられる(図5~12)。

(B) 患者 (53歳女性)

1986年に筆者が昭和大学在職中に歯周病科からの紹介で上下顎の遊離端義歯による欠損補綴処置を行った症例である。上顎は43213残存、下顎は4321134残存で術前は不適合な前装

冠によるブリッジが上顎に、下顎は44にクラウンが装着され、上下顎ともクラスプ遊離端義歯が装着されていた。歯周病科で処置を受けたにもかかわらず上下顎の残存歯とも歯周組織は健康な状態ではなく、ポケットも部分的に残遺し、歯肉は全般的に浮腫状態であった。筆者自身もプラークコントロールの重要性を指摘し、種々の指導を加えたが、顕著な変化はみられなかった。上下顎とも装着感の良好な義歯を要求されたため、歯周組織の改善がやや認められた下顎は大連結子を除く設計で、また、支台歯の歯周組織に改善がみられず、トラブルの予想される支台歯を抱き込んだ上顎は残存歯の舌側をレジン床で取り巻くHorseshoe型の床外形としたスケルトン義歯とした。なお、使用金属はCo-Cr-Ti合金デンティタンとし、同合金のテレスコープへの試用と義歯軽量化を図った。装着後、ほぼ0.5年おきにリコールを行い、特に義歯の安定と、残存歯の歯周の管理に配慮したが、度重なる清掃指導にもかかわらず、上下顎とも浮腫上の歯肉はあまり改善せず、将来が危惧された。当初5歯あった上顎の支台歯は歯周炎症のポケットの深行と、歯根破折により、次第に失われ、装着後10年を経過した1995年に311の2歯になってしまった。この時点で床外形を口腔内で直接法により全部床義歯に準じた辺縁封鎖を有する形態に変更した。一方下顎は歯間空隙の狭い32間でしばしば炎症を生じたが、ポケットの深行は顕著でなくむしろ歯肉退縮が生じてきた。1997年3がついに弛緩、動揺し抜去した。残存歯は1のみとなってしまった。こうなると小手先のみの補修ではなく、有床部の拡大、辺縁封鎖と後縁封鎖が必要となり、長時間待機のうえ、義歯床を拡大し、義歯の維持は辺縁封鎖で、義歯の把持は支台歯で、またオーバーレイデンチャーとして、支台歯による感覚の保存に期待することとした。下顎は支台歯の歯肉の退縮はみられるが、義歯の動揺はほとんどなく義歯床の適合も11年間良好であり、リライニングの必要は全くなかった。現在歯周組織も落ち着き、安定な状態に入ったものと思われる(図13~18)。

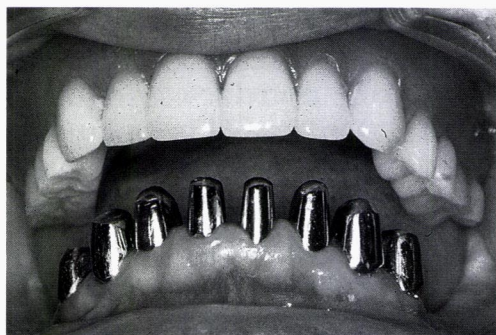


図 5 1988 年の口腔内所見. 4 3 間など清掃できていないところが見られた。



図 6 ディスプラークで染色すると、清掃がおろそかとなっていることがわかった。

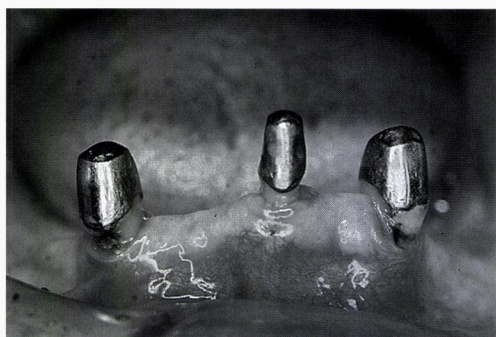


図 7 1997 年 9 月の口腔内. 残存歯は 3|1 3 のみとなり、義歯は欠損部を補修使用していた。

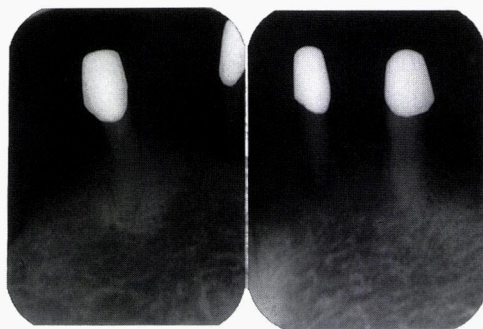


図 8 同 X 線所見. 3|3 は骨レベル 1/2 程度残遺し、骨植は良好である。



図 9 1980 年新作時の義歯粘膜面観

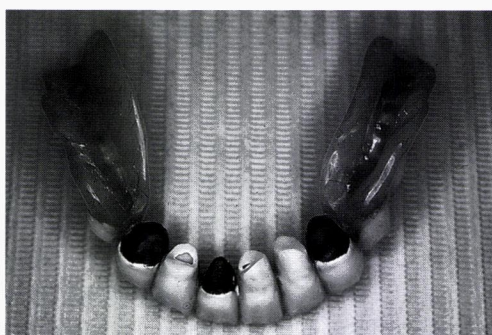


図 10 1997 年義歯改造時の義歯粘膜面観

テレスコープ義歯の臨床的評価

筆者と後藤はコーヌステレスコープ義歯患者で

10 年以上の装着者 211 症例について経過観察を行った。使用中のものは 152 症例、平均装着年数 12 年、平均年齢 62 歳、男性 43%、女性 57%であった。これらの症例を Kennedy 分類, I 級 (29 例),

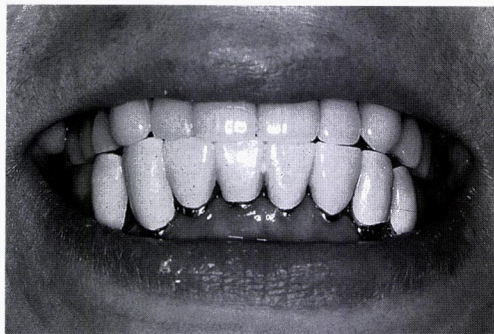


図 11 1980 年新作時の装着状態

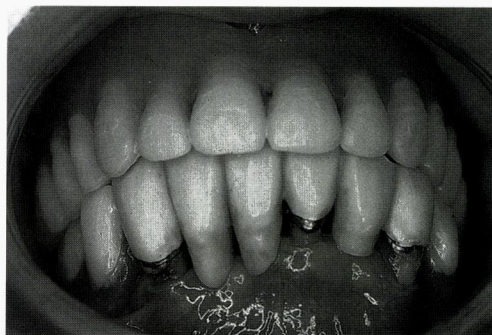


図 12 1997 年義歯改造時の装着状態。上顎義歯は新作した。図 11, 12 の間に格別の差異はみられない。

II 級 (54 例), III 級 (45 例) および少数残存歯症例 (24 例, 以下 FR と略記) の 4 群に分けて比較した。

1. 人工歯の咬合接触

咬合紙の引き抜き抵抗により, 咬合の緊密性を評価した。咬合接触が緩いか, あるいは全くないものは, FR 群では 54% となったが, I 級ならびに II 級群では 1/4 強にとどまった。一方, III 級群では 4% とわずかであった。

2. 義歯の動揺

義歯人工部へ間欠的な指圧を加えて触診によって, 義歯の動揺の程度を判定した。FR 群では 46% のものが, 視診で判別できるほどの大きな動揺を示した。ほかの症例群では動揺なしが, 触診で認める程度のものが大多数であった。

3. リライニング

152 症例のうちほぼ 1/3 の 55 例においてリライニングが行われた (同一症例での重複を含む)。なかでも FR 群では 24 例中 22 例の 92% もの高い頻度となった。遊離端を含む I 級群では 55%, II 級群では 2% であったが, 中間欠損の III 級群ではわずかに 4% であった。装着期間との関連は特に認められなかったが, 2~6 年の間が頻度が多かった。

4. 義歯の維持力

FR 群では 58% のものが維持力の不足を示し

た。また I 級群では 1/4 が弱い維持力であったが, II および III 級群では維持力不足のものはわずかであった。

5. 義歯の破損

いろいろな種類の義歯部の破損が 141 例とかなりの頻度で起こっている (同一症例での複合を含む)。ことに I 級群と FR 群では破損の頻度が 150% に及び, 1 症例が 1.5 回破損したことを示した。

6. 支台歯の状態

支台歯は I 級群が 29 症例 170 歯, II 級群が 54 症例 148 歯, III 級群が 45 症例 172 歯, 少数歯残存 (FR) 群が 24 症例 40 歯, 総数 530 歯であった。FR 群では中等度の炎症ものが 40%, 5 mm 以上のポケットのものが 35%, 視診でわかる動揺 m₂ のものが 28% であった。これに対して, ほかの群ではいずれも数% から 10% ほどであり, FR 群の経過がかなり不良な状態を示した。

調査より以前に喪失した支台歯は, I, II, III 群では 10% 前後であったが, FR 群では 35% に及び, 維持歯の 1/3 が失われたことが示された。

7. 義歯の使用中止

義歯の使用中止にいたったものは 27 例であったが, FR 群が 15 例と過半数を占めた使用中止の原因は歯周疾患が 17 例と最も多く, ついで支台歯



図 13 患者 K.O. 女性 (53 歳), 初診: 1986 年, 当初の設計によるテレスコープ義歯内冠の状態

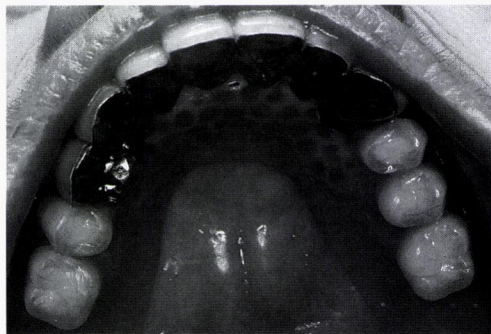


図 14 上顎義歯は支台歯の喪失が想定されたため舌側をレジン床とし, 床の拡大の可能性に備えた。

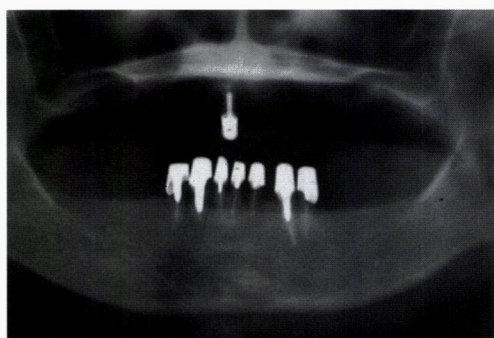


図 15 1997 年 9 月のパントモ写真



図 16 下顎は歯間の狭いところなどで, 歯周炎が生じ骨植不良の支台歯もあるが, 全般的にはほぼ良好な経過であった。

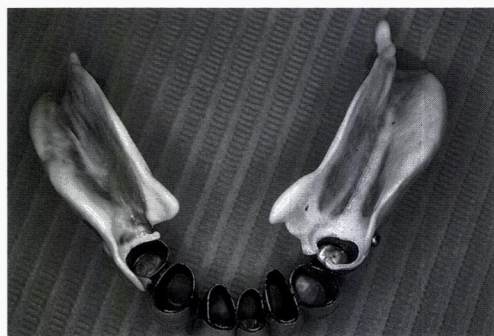


図 17 同粘膜面観, 適合は良好であり, 11 年間義歯のリライニングの必要はなかった。

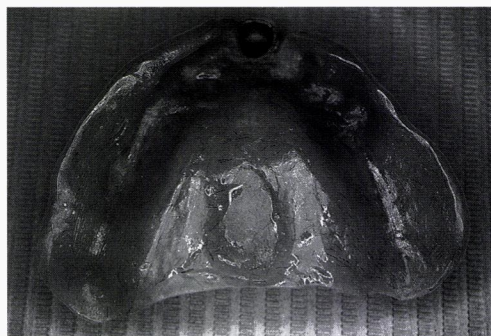


図 18 床辺縁は全部床義歯に準じ辺縁封鎖を行うように変更し, 後縁封鎖も行っている。

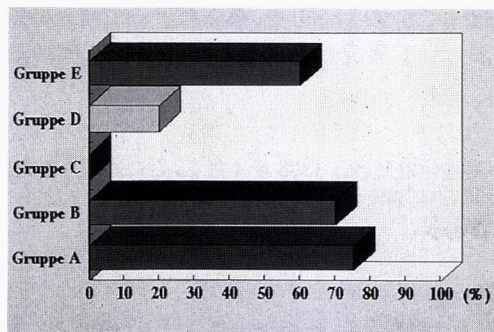


図 19 チュービンゲン大学, E. Körber の欠損歯列分類による義歯装着 8 年後の各欠損型症例の生存率

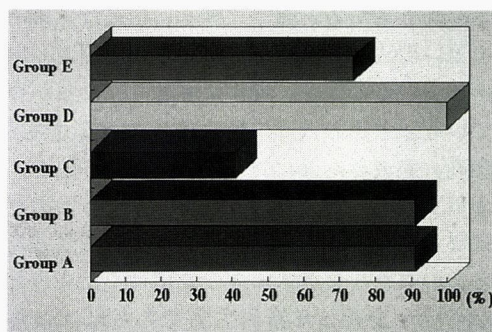


図 20 五十嵐, 後藤 (1996 年) による 211 例のテレスコープ義歯の装着 12 年後の各欠損型症例の生存率

の破折が 6 例であった。なお経過不明および死亡のものが 32 例あった。

以上のように 10 年を越える長期経過の調査結果からみると、個々の症例については改良すべき点も認められたが、コーヌステレスコープ義歯が臨床的に価値のあるものであることが示された。

ここで E. Körber らの主にクラスプ義歯を対象とした経過観察と本調査を比較してみる。「チュービンゲン分類」(Tübinger Gruppeneinteilung)に従って分類をし直し比較する。これは、グループ A: 全歯根膜支持型, 中間欠損, グループ B, C, D はどれも歯根膜, 顎粘膜混合支持型であり, B はレストを結ぶ仮想回転軸が良好な場合, C はこの軸が良好でなく, 義歯の不安定の予想される場合, D はこの軸が短く, C よりなお不安定が予想される場合である。グループ E は孤立歯, または孤立歯群の場合で, ほとんど顎粘膜支持型の場合である。本経過観察の対象群の分類を E. Körber の提唱する Tübingen 分類に分類し直し, E. Körber の調査した装着後 8 年の症例群と平均装着年数 12 年の本経過観察群との成功率について比較した。その結果, A, B 群では E. Körber の調査で 70~80%であったが, 本調査群では 90%以上となった。D 群では前者が 20%, 後者が 100%, E 群では前者 60%, 後者 75%であり, 前者では個体数不足であった C 群でも後者は 40%以上の症例が成功と判定された(図 19, 20)。

要すれば, 全般的にみてテレスコープ義歯の臨床成績はいずれの欠損型においてもクラスプ義歯

を越え, 特に条件が不利なグループにおいての好成績が特徴的であった。

経過観察からみた臨床経済的な示唆

しばしば, 補綴処置は経済的な問題とともに論じられ, 患者に一般診療を自由に選択してもらうことに昨今は後ろめたい気分とさせるようなご時世となってきたようである。しかし, 補綴装置の対価を経過とともに考え, 長期経過観察群における患者の声を聞いてみると, 「20~25 年前に 30 万円なにかしを負担して義歯を入れてもらったけれど結局, 長年細かな故障はあっても定期的にみてもらい自分の体の一部として使え, 本当に良かった」という声が大多数である。もちろん, 「精密な義歯が, 早く, しかも廉価で, あたかも: 上手い, 早い, 安い」といった大量生産製品の謳い文句のように三拍子揃うようなことは有り得ない。国民のパラダイムの転換でも起こって, あたかもスウェーデンのような高税率高福祉とでもなれば話は別であるが, 資本主義国日本ではここ当分一般診療の消滅というものはないと思う。もし一般診療が個々の患者に適応であるとなり, 患者にチャージをするときは社会的な常識を十分考慮し, もし自分が逆の立場であったらどうかを考える必要がある。かつて国立大学病院で北は北海道から南は鹿児島まで東京と同じかなり高設定の全国統一料金制に一般診療料金を規定したが, ここにきて逆に地域差を考慮した個別料金制に改めた

いと動きもあると聞く。確かに広範なフルマウスに近い補綴処置は存在しないほうが望ましいに決まっているのだが、現実には患者さんたちが存在している以上その方達の役に立たないで、当の欠損歯列の患者さん達に対していまさら予防だ、カリオロジーだと御託を垂れても、患者さんのためにはならない。美味しく老後の食生活を送るためにもこのような患者さん達の要望にこたえられる know-how を持った歯科医師であらねばならない。そのためには人格の陶冶、自己研鑽など歯科医師側にも為すべきことはたくさんあるし、患者さんたちとの情報交換が十分できるようなゆとりのある診療体制でないといけない。高額な治療費を支払っていただいて、それっきり経過をみない、後始末ができないなどという手合いはわれわれの業界から放逐しなければいけない。

超低金利の昨今である。高齢者が心配して筆筒預金をするよりも自分の体に投資して、ここ当分

は達成できない 8020 を、義歯によって自分の体の一部として獲得してくれたらばと思う次第である。

本論分の要旨は 1998 年 4 月 25 日に開催された第 16 回日本顎咬合学会においてシンポジウムとして発表した。

参考文献

- 1) 五十嵐順正：パーシャルデンチャーの設計。第 1 版：1-66, 口腔保健協会（東京）, 1996.
- 2) Igarashi, Y. and Goto, T.: Ten-year Follow-up Study of Conical Crown-Retained Dentures. *Int. Journal of Prosthodontics*, 10(2): 149-155, 1997.

別刷請求先：五十嵐順正

松本歯科大学歯学部歯科補綴学第一講座