

総義歯難症例への対応 その理論と実際

—ニュートラルゾーン理論によるデンチャースペース義歯—

刊行にあたって

高齢化が言われて久しく、我々歯科界での対応は、その進行のスピードにおいて遅れをとっている感じがある。

その1つは、健康なときには歯科医院に来院できていた患者さんが、何らかの障害で来院できなくなったとき、歯科医師側から出向いて診療をして差し上げる、いわゆる訪問診療である。いま、歯科医師過剰と言われているが、本当の意味で「食べるところまで診る」歯科医師はその数が足りなく、医療や介護の現場から強く求められているのが現状である。

自分で歯を磨けなくなってしまった患者さんに口腔ケアを行い、リハビリテーションを行ったうえで噛める義歯を作って調整し、その人の口腔機能に合った食形態を考えて食事指導をしてくれる歯科医師が求められているわけである。

このことに関しては、2007年に医歯薬出版より『食べられる口づくり 口腔ケア&義歯』を出版しており、そちらで詳しく述べているのでご参考にしていただければと思う。

もう1つは、前述のこととも関連するが、高齢化に伴い、無歯顎の患者さんのなかで、特に顎堤吸収が著しい患者さんの割合が多くなったことである。私が大学を卒業した30~40年前は、まだむし歯予防、歯周病予防という考えが一般臨床にはなく、総義歯の患者さんの大半には、優形な骨が残っていた。ところが、今の80歳、90歳を対象とする無歯顎の患者さんの顎堤は、下顎はフラット、上顎はフラビーガムなのが当たり前という、いわゆる難症例と言われる患者さんが総義歯製作の対象となる方々である。以前は、このような患者さんがたまに来院する程度であったから逃げてもらわれたが、現在は、このような条件の患者さんに真正面から対応しなければならない。

このような時代的背景、また患者さんの顎堤条件の変化に対して、旧来のセオリーでは対応できなくなってきているのが現状である。歯学部、歯科大学はもちろん、歯科技工専門学校でも、その解決のための新しいセオリーでの教育はいまだに行われていないため、総義歯難症例や在宅往診の現場では、患者さんも歯科医師も歯科技工士も苦勞しているのが現状ではないかと思う。我々が本書で執筆しようとしているニュートラルゾーン理論によるデンチャースペース義歯は、従来法の欠点を克服し、天然歯の元あった位置を人工歯の排列基準に求めるので、舌房の確保や周囲組織との調和がとれた義歯になる。

従来の考え方は、顎堤の印象をいかに精密に行い、吸着をもたせるかという考え方であるが、このデンチャースペース義歯における考え方では、周囲組織との辺縁封鎖で義歯の維持安定を求める。また、顎堤条件がよかろうが悪かろうが、理論は変わることなく、義歯の形態もほぼ同じにできる。このように顎堤条件に左右されることがないのである。これからの高齢社会に対し、我々が考えている義歯治療の方法が読者諸氏の道しるべとなれば幸いである。

2009年8月

加藤武彦