

総 括

1. 「唇顎口蓋裂の矯正治療の健保適用」について

この問題は、昭和50年以降、しばしば国会においても論議され、昨年（昭和57年）4月から、唇顎口蓋裂術後に起こる咬合異常の歯科矯正治療に限って、健康保険の医療給付の対象とすることになった。

これは、口蓋裂患者の咬合異常による咀嚼障害の治療が、患者の健康保持に極めて重要であると社会的にも、行政的にも認められたことを意味する。

とはいえ、

- ① 口蓋裂術後の咬合異常に対する治療は著しく困難なものが多く、治療術式も確立されたものとはいえない。
- ② 数万人と予測される潜在患者数に対して、いわゆる専門医が極めて少数であり、かつ専門医療機関が偏在しており、人材養成が急務である。
- ③ 卒後研修制度を含めて、口蓋裂矯正に関するカリキュラムをはじめ、教育体制を整備する必要がある。

日本矯正歯科学会は、これらの問題点について、健保導入以前に解決しておくべきであると関係方面に提言してきたにも拘らず、健保導入は「見切り発車」されたが、いささか問題が残ろう。

これまで、三浦班は、本異常に対する歯科矯正の治療術式の開発を中心に、咀嚼機能の改善ならびに言語機能の回復に深い関連を持つ諸問題について検討を進め、少なからぬ成果を得ている。

さらに、口蓋裂矯正の健保導入を契機に、医療担当者としての責任からも、これら一連の研究をより充実し、その治療指針を早急に確立するなど、行政上の改善と並行して、より具体的に患者福祉に貢献できるよう努力を重ねるべきであるとの認識をあらたにしている。

2. 研究の主旨

1) 治療術式について

① 唇顎口蓋裂による咬合異常の歯科矯正治療術式の開発に対し、昨年新たに開発された上顎歯列の拡大装置については、更に臨床経験を積み重ねる必要があり、本年度においては、実際の患者に適用し検討が加えられた。

上顎歯列の拡大にあたり、いわゆる collapse を起している片側歯列を選択的に拡大することは、従来不可能であったが、本法の開発によってこれが解決したと言っても過言ではなく、その成果は高く評価されよう。（大阪大学 作田）

② この上顎拡大については、単に狭窄が著しいものが困難であり、狭窄が少ないものが容易であるという訳ではない。

今回、歯槽突起の垂直的成長の良否が、この種の治療の難易判別の要因になりうるか否かを検討した。臨床研究の結果では、これは二次的要因に過ぎないことが、おおむね解明された。この問題

については、Cephalometric analysis など、以前から検討が進められてきたが、決め手となる難易判別の基準は今日なお確定できない。上顎歯列の狭窄を惹起せしめる要因の解明が急がれる。

(昭和大学 福原)

③ 唇顎口蓋裂の患者の顎顔面形態の特徴は、中顔面部の劣成長を主体とするものが多いことは既に内外の研究で明確である。

にも拘らず、これに対する矯正治療は従来対症療法的に、下顎骨の後方移動を主体とし、下顎骨を上顎骨に合わせる方法がとられてきていた。

こうした傾向に対し、昨年発表された上顎前方牽引装置 MPA の研究が、その使用条件の厳密なチェックのもとで継続された。

Roentgenographic cephalogram による判定の結果、FH 平面に対する前鼻棘の前方および垂直方向への移動量 HVR (Horizontal/Vertical Dimension Ratio) の測定による、上顎骨の前方成長促進に関する実験的治療効果は、昨年の子備実験を補強する結果であった。

これらのことから、MPA についてはできるだけ早期から使用することが望まれるが、一方、若年者に旺盛な顎発育があるのはむしろ当然で、Dental age II C ~ III C であっても、各症例の growth potential に依存する傾向があることも指摘され興味深い。(昭和大学 柴崎)

2) 顎態および成長パターンについて

片側性唇顎口蓋裂45名(A群)、単独口蓋裂38名(B群)について、その顎顔面頭蓋の形態および成長パターンを、裂をもたない健常者(C群)と比較検討した。

その結果、A群の顎態パターンは、上顎前歯の舌側傾斜を伴う上顎骨後方位による骨格性の反対咬合であり、成長パターンの特徴は上顎骨の前後劣成長による前後的不調和 anteroposterior discrepancy の増齡的悪化であった。

一方、単独口蓋裂の顎態パターンは、上顎中切歯の舌側傾斜を伴う上顎骨の後方位が特徴であるが、加えて下顎骨も健常者に比較して小さい傾向がみられた。成長パターンでは、上顎骨の前後劣成長が認められたが、下顎骨も増齡的に後方位をとる傾向が認められた。今後の治療術式の計画に重要な示唆となろう。(東京医科歯科大学 黒田)

3) 筋電図学的研究について

口輪筋、咬筋ならびに咬合力についての測定と、嚥下時における舌の口蓋との接触の特徴等についての研究がすすめられ、興味ある知見を得ている。

① 唇顎口蓋裂者においては、健常者にみられないような口輪筋の活動があり反対咬合の程度の著しい症例ほどその傾向は強いとの新知見を昨年発表した。本年は症例を増加し、側頭筋前部および咬筋についても同様な検索を行い、かつ咬合力の測定も実施した。

その結果、片側性唇顎口蓋裂者の一部に口輪筋活動に著しい左右差のあることが観察された。また反対咬合の程度の少ない場合、患者と健常者では、側頭筋前部、口輪筋、咬筋のいずれにおいても、筋活動は認められなかったが、反対咬合の著しい患者ではこれが観察された。

咬合力の測定では、反対咬合の著しい症例では、健常者の(16~20kg)に比べ極端に低い値(5~8kg)を示し、咀嚼能力の低下が明瞭であった。(東京医科歯科大学 三浦)

② 上顎拡大後における嚥下運動の変化が Electropalatography, 頬圧, 筋電図によって解析された。

これまで、狭窄していた上顎歯列弓拡大の前後における舌を中心とした口腔機能の変化に関する研究は皆無に近い。今回の研究は、嚥下運動中に経時的に形を変える舌と、複雑な形態を有する口蓋との関係を三次元的に把握観察することに成功した。患児では、拡大前に舌はかなり低位にあるが、拡大直後から舌背は上昇し、口蓋後方部の側方にもよく接触するようになることが分った。

ただ、口蓋裂児は健常児に比べ、口腔環境の変化に順応するのが遅いことも判明した。また、拡大量の大きい症例ほど頬圧が増加する傾向が見られた。(新潟大学 花田)

4) 人材の養成について

わが国の唇顎口蓋裂発現率は欧米諸国より高いことは周知の事実であるが、これら患者に対する歯科矯正治療施設は著しく少ない。この唇顎口蓋裂に起因する咬合異常の矯正治療が健保に導入されたことに伴い、人材の養成は急務である。

(1) 唇顎口蓋裂患者の受診状態を把握するため、国内の歯科大学付属病院矯正科、医学部付属病院歯科、一般病院歯科、一般診療所歯科、矯正専門の開業医等に対しアンケート調査を実施し、50通の注目すべき回答を得た。(東京医科歯科大学 黒田)

(2) 主要諸外国における、口蓋裂矯正の教育程度・内容および専門医の養成などについて調査し、110通の興味ある回答を得た。(大阪大学 作田)

現在、1年間に積極的な矯正治療を受けなければならない潜在患者は約3万人と推定されているが、昭和56年末の調査では、矯正歯科を標榜している者は3206名であり、日本口蓋裂学会に加入している者は昭和57年末で304名に過ぎず、独立して口蓋裂の矯正治療の実施できる者は、さらにその半数と推定される。

一方、口蓋裂患者の矯正治療は、ほとんど歯科大学病院歯科矯正科外来などの公的診療機関に集中し、開業医での受診率は5%以下と推定された。

特に、大学によっては、一般の不正咬合患者が口蓋裂患者によって、締めだされかねない状況を生みつつあり、診療・教育上の問題が指摘されている。

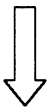
これらの調査結果から、

- ① 口蓋裂矯正の教育機関の充実
- ② 口蓋裂センターの設置
- ③ 歯学教育における卒後研修の実施
- ④ 保健所職員に対する口蓋裂問題の研修

など、既に日本矯正歯科学会が昭和55年、関係当局に対して行った提言の重要性が改めて確認された。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



これらの調査結果から、

□蓋裂矯正の教育機関の充実

□蓋裂センターの設置

歯学教育における卒後研修の実施

保健所職員に対する口蓋裂問題の研修

など、既に日本矯正歯科学会が昭和 55 年、関係当局に対して行った提言の重要性が改めて確認された。