

1. 咬合処方とは

咬合器は顎運動の再現装置である。1950年頃までは咬合器の最終的な目的は精密な顎運動の再現に向けられていた。完全な再現に至る歯科医たちの努力は多大なものであったし、それらがある程度達成された今日においても、咬合器で顎運動の再現を図ることは簡単なことではない。余りにも多大すぎる労力の中で、現実的には平均値咬合器でも十分ではないかということをも多数の歯科医たちが考えるようになった。

一方で、咬合の微妙さは歯科医であれば誰でも十分に知っている。咬合器は平均値を使用するが、咬合付与は個人により微妙な調節が必要であるというギャップを現場の歯科医たちは知っている。このギャップを埋める具体的な方法が見出せないまま半世紀が過ぎた。歯科医たちは、平均値咬合器上で製作された補綴物を口腔内で削合して咬合調和を図るという技術に慣れてしまったようだ。

このような状況の中で、重要な意味を持つてくるのが「咬合処方」(Prescribed Occlusion)という概念である。

1969年に Guichet は “Why use Gnathological Instruments” の中の “Pantograph and Articulator in Diagnosis and Therapy” の文末で「顎運動を(精密に)再現するように咬合器を調節することがわれわれの目的ではない。われわれの目的は患者に生理的な咬合を付与することである。」と述べた (“Procedures for Occlusal Treatment” Denar Co., 1969. この論文は “Applied Gnathology; Why and How” Vol.13,687-700,Dental Clinics of North America,1969. に再録している。)。注意をしたいのは、Guichet はここで精密な再現は必要ではないと言っているのではないことである。

私たちが病気をして医師に薬を処方してもらうように、歯科医は患者にその人個人に合った生理的咬合を処方すべきであると言っているのである。平均的な用量を処方して、効きすぎれば減量し、効果が少なければ増量するという処方はいわば平均値咬合器による咬合処方である。個人にとって、安全と危険の境界域を知った上での咬合付与でなくてはならない。咬合異常をきたしている患者には、現状の咬合を精密に再現するだけでは済まされない。その患者の生理的状态に照らし合わせてどのような咬合を与えるべきか、これがすなわち咬合処方である。

2. 前方運動時の矢状顎路傾斜度が生体よりも大きすぎることは危険である。

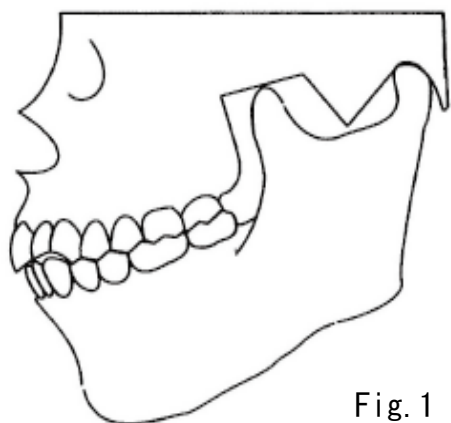


Fig. 1

ここに前歯・臼歯・関節が前方運動時に調和滑走する模型を用意してみた。

咬合器の矢状顎路傾斜度を平均値30°で補綴物を製作した。しかし、生体は矢状顎路傾斜度が0°であったとしよう。

一体何が起るであろうか。

生体の矢状顆路傾斜度が咬合器のそれよりも小さかった場合は前方運動時に最後臼歯が早期接触する。これは非常に危険な咬合付与となる。

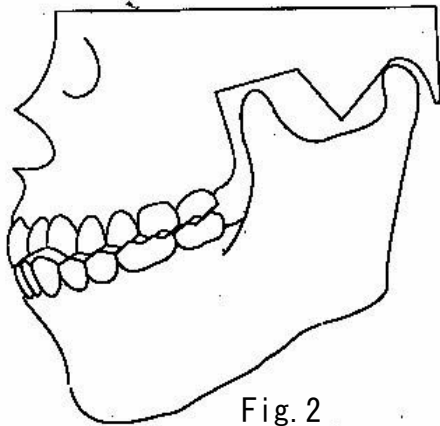


Fig. 2

咬合器上では矢状顆路 30° でフルバランスで製作されたでしょう。

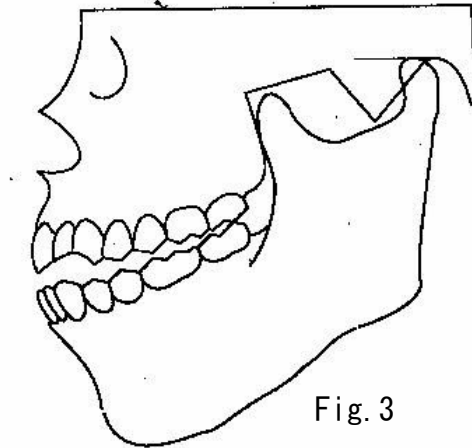


Fig. 3

しかし、生体では矢状顆路傾斜度が 0° であった場合は、前方運動で最後臼歯が早期接触する。

3. 平衡側の側方矢状顆路傾斜度が大きすぎることは危険である。

咬合器上で嵌合位から前歯・臼歯・関節が側方に調和滑走する模型を用意してみた。しかし、生体では側方矢状顆路傾斜度（平衡側）が咬合器よりも小さかったでしょう。さて、どうなるか。

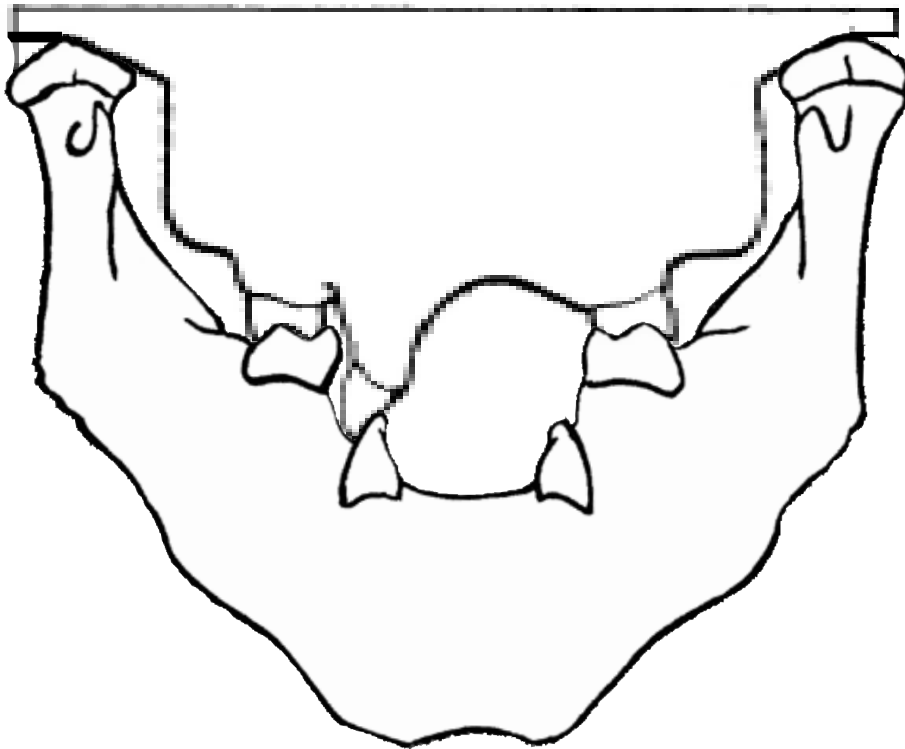


Fig. 4

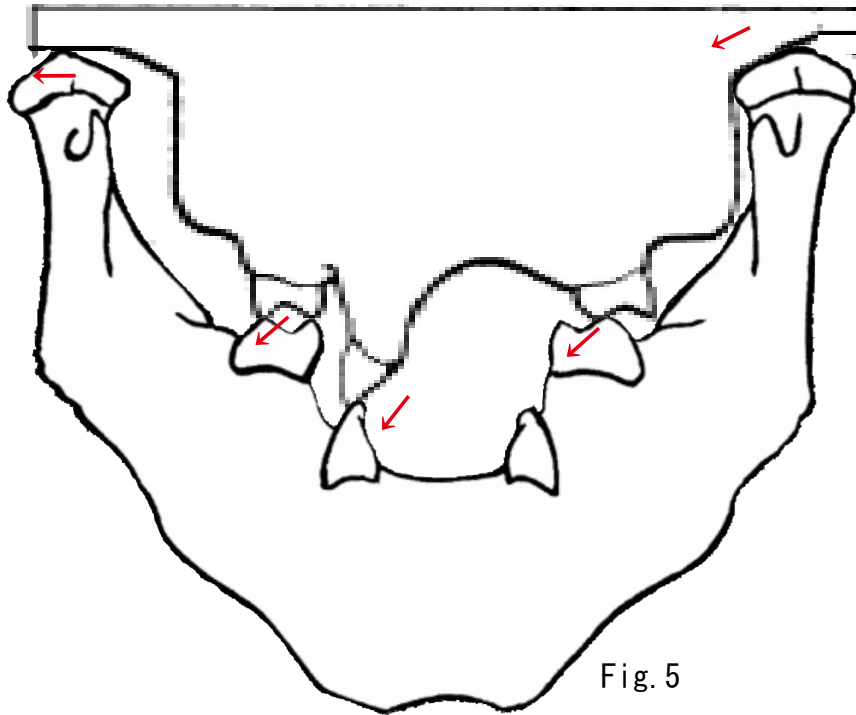


Fig. 5

平均値咬合器上でフルバランスに製作された補綴物。
側方矢状顆路傾斜度は 30° 。

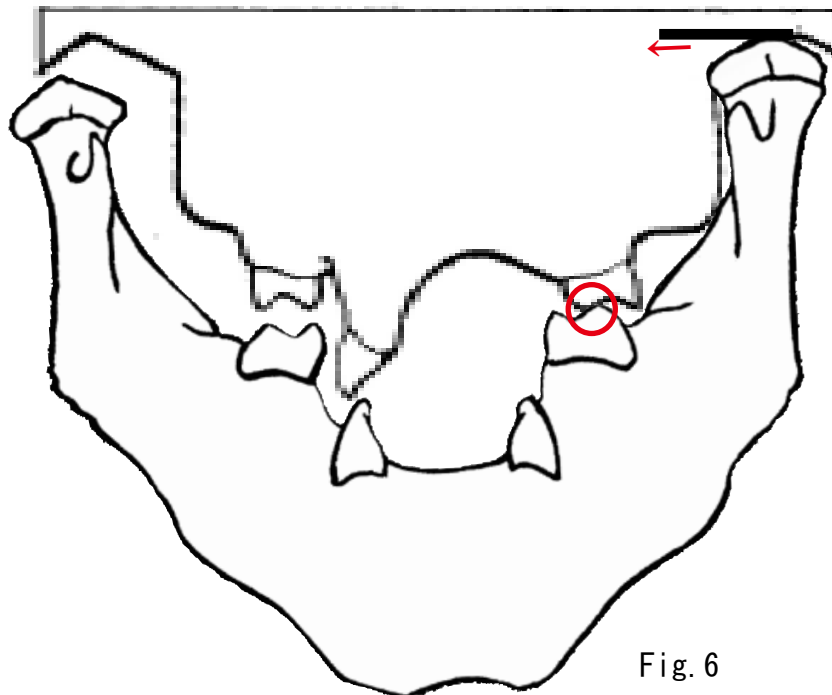
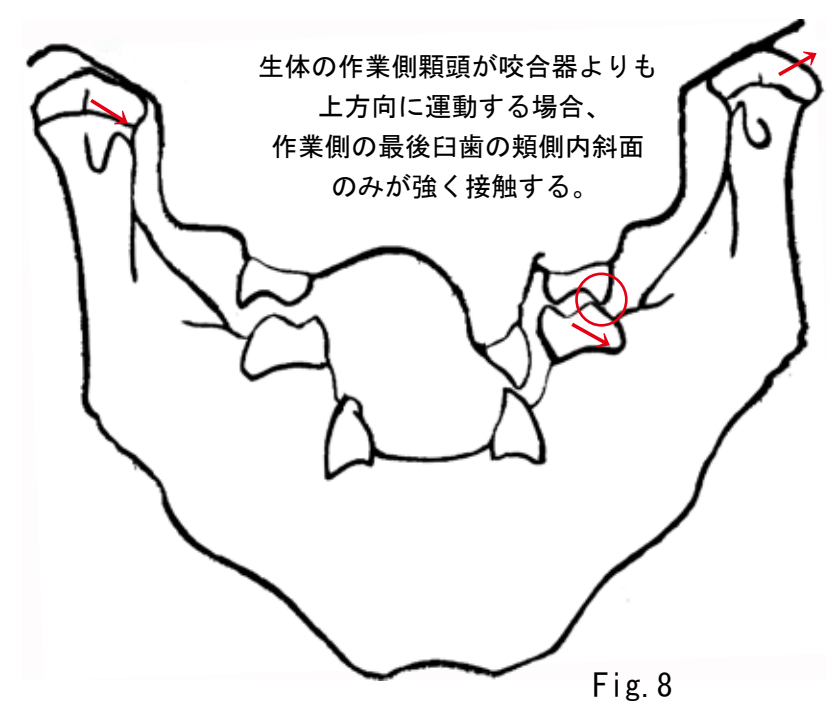
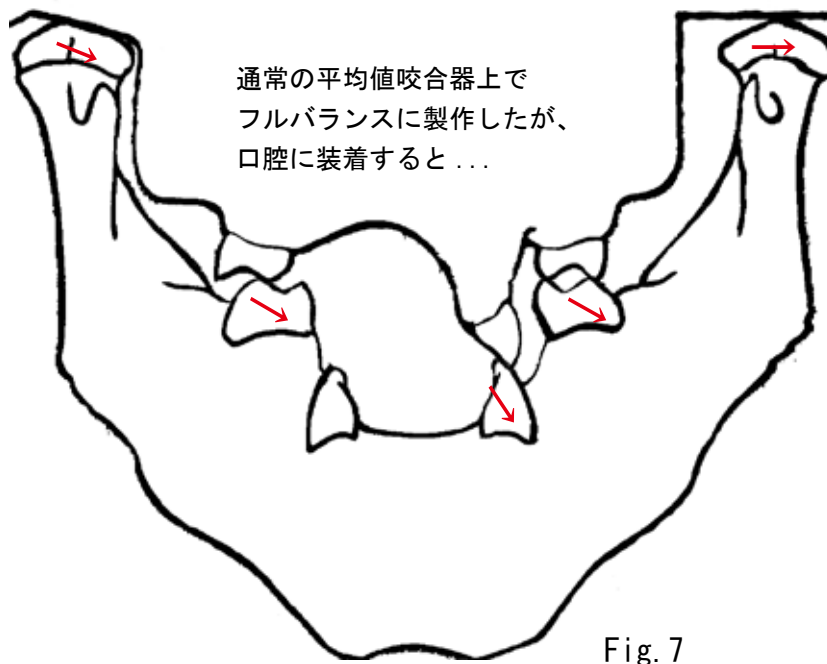


Fig. 6

生体の側方矢状顆路傾斜度（平衡側）が小さい場合は、平衡側早期接触を生じてしまう。咬合器の側方矢状顆路傾斜度は生体のそれよりも大きいのは危険である。

4. 作業側の外方角度が大きすぎることは危険である。



平均値咬合器上で製作された補綴物の咬合の修正は口腔内では達成できない。観察に限界があると同時に、生体は咬合器のように接触部位を術者に見えやすいようには運動してくれないからである。患者さんから訴えられないためにも咬合処方重要であるし、それを実現してくれる咬合器は必要である。

終わり