

歯界展望

DENTAL OUTLOOK

10

VOL.114 NO.4 OCTOBER 2009



特集

臨床が変わる！ マイクロデンティストリー

鈴木真名・小出 哲・中山大蔵・森 章

座談会

デンティンボンディングを再評価する

伊藤和雄・田畑泰彦・茂野啓示

特集

未来歯科医学に向けて 2

瀬戸皖一・川添堯彬・小宮山彌太郎・山田 正・渡邊 誠・山田好秋・松下健二・佐藤貞雄
石崎恭子・竹澤保政・高井基普・大淵博子・高添一郎



特集

臨床が変わる！ マイクロデンティストリー

歯内療法へのマイクروسコープの導入

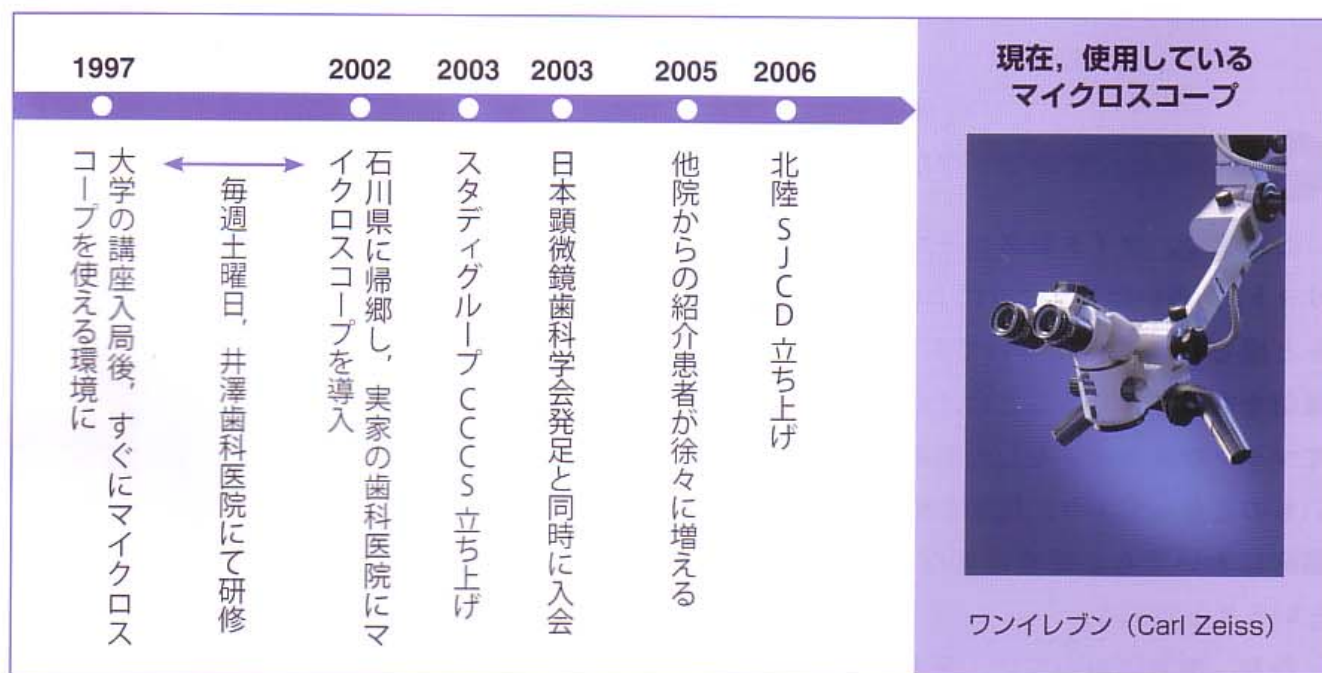
中山大蔵 Daizo Nakayama

● マイクロに触れることができた運

筆者は、歯科医師歴12年であるが、マイクروسコープ使用歴も12年である。この理由は、筆者が歯学部を卒業後、入局したのが東京医科歯科大学の第3保存学講座（現 歯髄生物学講座）で、当時の本講座は井澤常泰先生がペンシルバニア大学から帰国し、外来にもマイクروسコープが導入され、幸運なことに入局したての医局員でもマイクروسコープを使える環境にあったからである。そのお

げもあり、筆者は現在まで「マイクروسコープなし」の歯内療法をほぼ知らずに歯科医人生を歩んできた。

2002年になり、実家の歯科医院を手伝うため、石川県金沢市に帰郷したのだが、その際にマイクروسコープを導入したことは、当然の流れであった。実家の歯科医院は、同じビルのなかに自費専門の医院と保険診療を行う医院の2つがあり、自費の医院にマイクروسコープが比較的スムーズに導入できたことは、非常に恵まれた環境にあったとも言える。





実際どのように使用しているのか？

筆者は帰郷してからも歯内療法の専門医として仕事をするを望んでいたのだが、地方都市のためか、患者を紹介してくれる歯科医院はほとんどなく、当初は自身の医院におけるトラブルや難症例にマイクロスコープを用いていた。

自費専門の医院での根管治療のトラブルは、担当医の判断で筆者に引き継がれる。一方、保険診療を行っている医院では、2通りの対応がある。1つは、初診時にコンサルティングを行い、根管治療を自費で行う場合である。この場合は、自費専門の医院に紹介され、マイクロスコープによる根管治療が終了した後は元の医院で引き続き治療を行っていく（**症例 1**）。2つめは、根管治療時にトラブルが起きた場合である。この場合は、患者にメリットとデメリットを説明したうえで、患者の同意の下、その歯のリカバリーという観点から、筆者がマイクロスコープによる根管治療を行う。

いずれのケースにせよ、同じビル内で、歯内療法を専門分野とする歯科医に判断を求められることは患者にとっても、医院経営にとっても非常に有意義であると思われる。

筆者は、金沢に戻ってからすぐに CCCS という勉強会を主催し、多くの若手歯科医師と意見を交わしてきた。また、北陸 SJCD の立ち上げにも携わることができた。この頃になると、筆者の治療が認知され始め、他院からの紹介も徐々に増えてきた（**症例 2**）。

これには、ホームページの役割も大きいと思われる。筆者が普段とは違うところに食事に行く際は必ずと言っていいほどインター

ネットで検索するのと同様に、患者が歯科医院を選ぶ際にもかなりの割合で検索すると考えられる。また、マイクロスコープのような他医院との差別化を図れる治療を患者にアピールする方法はホームページしかないであろう。



まとめ

筆者は、一般開業医においても治療全般の技術にプラスして、専門分野を一つもつことが重要であると考えている。

インターディシプリナリーアプローチは最良な歯科医療を行ううえで重要であるが、日本の歯科医療制度において専門分野だけで、特に歯内療法のみで医院を運営していくことは非常に難しいと言わざるをえない。しかし、歯科医師過剰と言われる時代に他医院と差別化できない歯科医院は、今後より患者を確保するのが難しくなっていくであろう。

したがって、今後は歯科においても専門性をもつことが重要であり、マイクロスコープはその大きな手助けとなってくれるはずである。少なくとも、筆者の根管治療においてはマイクロスコープが必須である。

謝 辞

マイクロスコープを学ぶ機会を与えていただいた東京医科歯科大学歯髄生物学分野の須田英明教授をはじめ多くの先生方、マイクロエンドの基礎からアドバンスまでを教えていただいた井澤常泰先生、また診療の基盤となる礎をお教えいただいた山崎長郎先生、鈴木真名先生をはじめ SJCD の先生方、さらに、いつも自分を支えてくれる家族やスタッフに心より感謝いたします。

【症例 1；難症例で，保険診療の医院から自費の医院に紹介されたケース】

患者は 37 歳，女性。67 の審美障害を主訴に来院された。両患歯とも歯髄に達する齲窩を有しており，審美治療だけでなく根管治療が不可欠であった (1-1, 1-2)。

X 線写真では根管が容易に確認され，根管治療の難易度は低いと思われたが，肉眼では根管口が確認できなかった。しかし，マイクロスコープにて確認すると，石灰化が起きていると思われる部位が容易に特定できた (1-3)。

マイクロスコープ下で超音波ファイルを用いて慎重に石灰化部位を除去した後は，通法どおり根管形成をして，側方加圧充填を行った (1-4, 1-5)。その後はエンプレス II で修復を行った (1-6)。

術後 3 年 8 カ月の口腔内写真と X 線写真を 1-7, 1-8 に示す。



1-1, 1-2 術前の口腔内写真と X 線写真。67 には歯髄に達する齲窩が存在する

1-3 マイクロスコープにて石灰化が生じている部位を確認



1-4 石灰化部位を削除

1-5 側方加圧充填後の X 線写真

1-6 補綴物装着後の口腔内写真



1-7, 1-8 術後 3 年 8 カ月の口腔内写真と X 線写真

※口腔内写真はすべてミラー観



【症例 2；他医院から紹介されたケース】

患者は 30 歳，男性．他院では，「6」を抜歯してインプラントにすることを勧められたが，患者は歯を残すことを強く希望したため，当院に紹介された．

近心頬側根に破折ファイルが認められた (2-1, 2-2)．除去したファイルが他の根管に入ってしまうのを防ぐために，ワッテにて封鎖し，超音波ファイルを用いて破折ファイルの除去を行った (2-3, 2-4)．その後，通法に従って根管形成を行い，側方加圧充填した (2-5)．

術後 12 カ月，36 カ月の X 線写真を 2-6, 2-7 に示す．

2-1, 2-2 「6」近心頬側根に破折ファイルが認められる



2-3, 2-4 破折ファイル除去後



2-5 側方加圧充填後の X 線写真



2-6 術後 12 カ月の X 線写真



2-7 術後 36 カ月の X 線写真