

種の社会的問題と考えるが、それについて何か、お考えはありますか。

回 答：演 者

1) 養育者の年齢分布については調査していません。

2) 習癖の有無については、特に「指しゃぶり行動」についての相談が多い。なぜ指しゃぶりをするのか、あるいは、歯ならびに対する悪影響はどうかといった内容である。

3) 養育者が祖父母である場合の指導としては、間食摂取後の処置として、牛乳・果物と甘味食品との組み合わせを考慮するように指導している。

4) ウ蝕の発生要因としては、全身的影響よりも、食品環境を中心とした、局所的な要因を重視しています。

5) マスメディアの課題は、消費者側だけでなく、食品販売側も考えていただきたい。

演題6 小児における上唇小帯付着位置について

○佐々木 仁 弘, 野 坂 久 美 子, 守 口 修
 甘 利 英 一

岩手医科大学歯学部小児歯科学講座

上唇小帯異常の為害作用は、歯列への影響・萌出遅延・歯垢清掃の困難性、歯肉炎の誘発などがあるが、従来の研究は、解剖学的形態・小帯の歯列との関係およびその切除法が多く、付着位置に関する報告が数少ない。そこで、正常な上唇小帯の付着位置を知るために、2歳～14歳の正常歯肉を有している小児417名を対象として測定を行い、また同一人の経年的な石膏模型を観察した結果、若干の知見を得た。

測定は改良したノギスを用い、生体上で上唇小帯付着部最下点より乳中切歯、永久中切歯の歯間歯肉頂部までを測定した。

測定結果：各年齢群の正中離開の有無をその平均値と比較すると、5歳児を除き約0.3mmの差を示したが、有意差はなかった。各年齢群における総平均では、2歳児が約3mm値を示し、3歳児は約3.5mm、4歳児では約4.0mmと増加する。しかし4歳～6歳児の間は変化がなく、7歳児で再び0.4mm増加、8歳児でさらに増加傾向を示し、5.0mmとなる。9歳児は8歳児とほぼ同じ値であり、10歳児は約0.4mm増加し、付着位置が5.4mmを示した。その後14歳児ま

ではほぼ同じ値を示した。同一人の経年観察においては、増齢とともに付着位置が高くなり、異常と思われる小帯においても正中離開は小さくなり、小帯の萎縮傾向がみられた。

本研究は、牧、山本らと同様に、増齢的に小帯の付着位置が高くなるが、2歳～4歳と7歳～10歳に著しい増加傾向がみられ、これは、歯槽突起の発育の高まる時期と合致し、歯槽部の下方への発育によるものと思われる。また、正中離開の有無と付着位置の高さには有意差がないことと、同一人の石膏模型の観察から、Ceremelloの報告と同様に、本研究においても、両者間に関連性がないものと考えられる。さらに小児の上唇小帯形成術は、この付着位置の変化を考へて行う事が大切と思われる。

質 問：田 沢 光 正 (口腔衛生)

低年齢(1～3歳)の場合、上唇小帯付着位置の異常を訴える母親が多いが、その場合どのような指導・助言を与えているか。

質 問：工 藤 啓 吾 (第一口外)

増齢に伴って正中離開が少なくなっていく症例は、小帯の付着位置も高くなっていくように思う。従って正中離開と小帯は関連があると思うのですが如何ですか。

回 答：演 者

低年齢児(1歳前後)は小帯はほとんどが歯肉縁上にありますので、障害がない場合は、経年的観察を行った方がよいと思われます。

正中離開の原因は小帯の付着位置の高さとは関係ないと思われます。正中離開の有無による付着位置の高さに有意差はみられなかったことによります。

追 加：野 坂 久 美 子 (小児歯科)

どの年齢群でも同一年齢の中で正中離開のあるものとならないもの小帯は付着位置を調べた結果、あるものとならないもの間に付着位置には有意差がみられなかった事から、離開は付着位置には関連がないものと思われました。

しかし、年齢が増すにつれ、付着位置は、高くなって行きます。

座長 村 井 竹 雄

演題7 上顎前歯埋伏例の矯正治療について

○酒 井 百 重, 伊 藤 修, 田 中 誠
 亀 谷 哲 也, 石 川 富 士 郎

岩手医科大学歯学部歯科矯正学講座

一般に埋伏歯は、第3大臼歯を除くと、上顎前歯部に多く出現することが知られており、矯正臨床では、不正咬合の原因として、上顎前歯の埋伏例に遭遇する機会も少なくない。

そこで、今回は、この埋伏歯に対する矯正治療例、10例を通して、その臨床上の意義について考察してみた。

第1例：埋伏歯3]，牽引期間 10カ月，

動的治療期間 1年10カ月

第2例：埋伏歯3 1]3，牽引期間 16カ月，

動的治療期間 2年6カ月

埋伏歯に対して行い、開窓・牽引という処置によって、临床上、問題が生じてくることが多い。それらは、埋伏歯の形態によるもの、あるいは牽引の術式などの影響によるものと思われた。とくに、埋伏歯の歯根に彎曲のある場合は、牽引中、歯根吸収を起こしやすければかりでなく、過度に彎曲している場合は、根尖部が歯槽骨面から露出する場合もある。また、歯の移動量の大きいものや、移動前後の歯軸の変化の大きいものは、歯根吸収を起こしやすいことが認められた。また、歯根の完成度、治療時の年齢は、あまり影響ないようであった。隣在歯の歯根吸収は、10症例中3例みられ、これは埋伏歯の牽引のための固定源とした隣在歯に過度の荷重が加わった結果と思われた。その他の例では、一般の治療における場合と同様の結果であった。牽引後に歯肉退縮がみられたものは4例であった。

今回の症例を通して、埋伏歯に対する治療においては、埋伏歯の周囲組織への影響を配慮すると同時に、術後の安定についても十分な観察期間をおく必要があることを知った。

以上埋伏歯に対する臨床上の考え方について述べたが、とくに、前歯部では、歯の形態あるいは歯槽骨の形態から考えても、天然歯であることが望ましく、安易な抜歯に走るべきではないと考える。

質 問：野 坂 久美子（小児歯科）

1) 歯根の形成状態（埋伏歯の）で、その牽引力をどのように考慮していますか。

2) 埋伏歯に Anomaly の形態は見られませんでしたか。

3) 埋伏した原因に、どういう事が考えられますか。

質 問：工 藤 啓 吾（第一口外）

埋伏屈曲根の場合には歯根端切除するとのことですが、その時期は何時か。

回 答：演 者

1) 牽引時の牽引力は、optimal force を参考にしているのですが、犬歯では120g以下、切歯はもっと弱い力で行っている。

2) 犬歯には異常はみられなかったけれども、中切歯は、歯根の彎曲が見られた。

3) 原因は、全身的・局所的にいろいろ考えられるが萌出余地の不足が一番の埋伏を起こす原因ではないかと考えられる。外傷がよく埋伏を起こすと言われているが、それについては、既往歴で調べても、よくわからないことが多く、実際に外傷がひきおこした原因になったのかどうかは、わからなかった。

4) 歯根端切除術は、埋伏歯が咬合線上に並んで、咬合が安定してから、行うかどうかを決定するのであって牽引途中で行うのではない。

追 加：田 中 誠（矯正歯科）

1) 牽引の方法については、連続的な力を用いて短期間に牽引するよりは、断続的な力を用いて牽引する方が一般に望ましいと言われている。

2) 埋伏歯の原因については、解剖学的な歯胚の位置異常も大きな原因と考えられる。

演題8 反対咬合の子後に関する臨床的観察

—前歯被蓋改善後の上下顎歯槽基底部と中切歯歯軸傾斜度の変化について—

・中野 廣一，三浦 廣行，八木 實
亀谷 哲也，石川 富士郎

岩手医科大学歯学部歯科矯正学講座

岩手医科大学歯学部附属病院矯正歯科で治療を受けた反対咬合患者の中から21症例について、被蓋改善後に現われる顎顔面の形態変化を検討した。研究資料は歯齡ⅢA時に Chin cap と唇舌側弧線装置を併用して被蓋改善を行った症例であって、とくに初診時の頭部X線規格写真におけるANB角から、skeletal I（歯性の反対咬合）、skeletal III（顎性の反対咬合）との2群に分類し、両群とも、歯齡がⅢA、ⅢB、ⅢCの各段階での治療経過を平均5年間にわたった頭部X線規格写真上から検討を行った。その結果、歯齡ⅢAからⅢBにかけてはskeletal I、skeletal IIIの両群は、ともに上顎前歯の唇側傾斜と、下顎前歯の舌側傾斜、それに加えて下顎の後退によって被蓋が改善されていた。さらに増齢したⅢBからⅢCになると両群には明らかな変異が見られてきた。すなわち、skeletal