

2年間の間に約 $\frac{1}{3}$ の児童・生徒が卒業し、比較的重症の者が入学してきたためと思われる。

質問 高松隆常(保存・I)
歯肉炎の程度についての評価法は、どのように行っ

ているのか。

回答 伊藤総一郎(小児歯科)
今回は有無のみを調査致しましたので、次回は考慮させていただきます。

17. anterior mandibular ostectomy の経験

下顎前突症に於ては、前歯部の被蓋関係が反対を呈しているばかりでなく、臼歯部に於ても、上顎歯列弓幅径より下顎のそれの方が大きいために、逆の被蓋関係を呈する事が少なくない。この様な上下歯列弓幅径の不調和に対しては、矯正的あるいは外科矯正的に、上顎歯列弓の側方拡大によって対処する事が多い。

今回我々は、以上の様な症例に対して、外科的に下顎歯列弓を狭窄して上下歯列弓の調和を計るとともに、前歯部の被蓋をも改善する術式を試み、良好な結果を得たので、その概要を報告した。

我々の行っている術式は、両側第1小臼歯を抜去し、同部の歯槽骨を箱形に切除した後、切除腔底部の近心隅角より下顎骨頤正中部下縁へ向かって斜めに骨切りを行い、下顎前歯部を含んだdento-alveolar-mandibular segmentを形成する。その後、遠心隅角より頤部下縁に向かって骨切りを行い、下顎歯列弓幅径の減少に必要な量だけ骨体部を楔形に切除する。次いで、左右の後方下顎骨片を関節頭を中心に内転して、良好な咬合関係が得られる事を確認し、さらに前歯部を含むdento-alveolar-mandibular segmentは、頤部の筋群を付着したまま後方移動するとともに、3骨片を金属線により縫合固定する。

道谷弘之、松崎弘明、菱輪隆宏、
額賀康之、金澤正昭、館山良樹*
利根川一郎*、村瀬博文*、富田喜内*
(口腔外科・I, *口腔外科・II)

この度我々は、本手術法を3症例に施行して良好な結果を得たので、若干の考察を加えて報告した。

質問 高松隆常(保存・I)
咬合関係は、術前と術後とは異なってくると考えられるが、改善された術後の咬合状態で、Krankeは、咀嚼等に関して問題はないか。

回答 道谷弘之(口外・I)
外科矯正治療に於いて、咬合回復の最終目標は、機能的な面の改善と考えております。もちろん、審美性の回復も重要であると考えます。機能については、術中の目安となるものがございませんので、実際形態的な基準で咬合を決定しております。すなわち正常咬合にできるだけ近づける、或いはそれが不可能であれば、少なくとも被蓋の改善と臼歯部の緊密な咬合を得るという事と考えております。

質問 金子昌幸(歯科放射線)
3症例の中でGHの分泌異常によると思われるものがありましたか。また、GHの分泌異常による前突でも、この術式を用いてもよろしいですか。

回答 道谷弘之(口外・I)
今回は検討しておりません。今後、参考にさせていただきたいと考えます。