

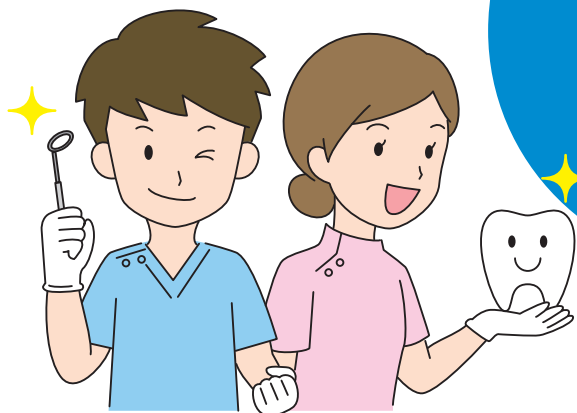
歯科臨床

まずはここから!

# 歯周治療

卒後5年を支える

スタート  
ガイド



# 1. 歯周病について

歯周病は歯周組織に引き起こされる疾患であるため、歯周疾患とも呼ばれている。歯周病の罹患率は他の口腔内疾患に比べ非常に高く、臨床で最も遭遇する疾患である。歯肉病変と歯周炎に大別され、歯周炎は歯肉に局限した炎症から歯槽骨の吸収、骨縁下ポケット等の深部歯周組織に広がる傾向にある。また、原因としてプラークリテンションファクターによるプラークの停滞、喫煙、ストレス、全身疾患等、様々な因子が関与しており、外傷性咬合による早期接触等は進行をさらに急速化させる。病状を改善していく上で生活習慣の見直しや、歯周病との関連性のある全身疾患を有する患者の診療に際しては医科との連携が必要である。

## 歯周組織の構造

### 1. 歯肉

臨床で、**遊離歯肉**、**付着歯肉**、**歯槽粘膜**に分けられ、その大部分は角化した重層扁平上皮である。また、歯肉の外側を覆う外縁上皮と内側を覆う内縁上皮から成り立ち、内縁上皮は歯肉溝上皮と接合上皮で構成されている。接合上皮はエナメル質と付着し、細菌の侵入を防ぐ役割がある。歯周組織とは、付着器官であるセメント質、歯根膜、歯槽骨と、それらを囲む歯肉の総称であり、歯肉は細菌や機械的刺激という過酷な環境から付着器官や歯を保護する役割がある（図1）。

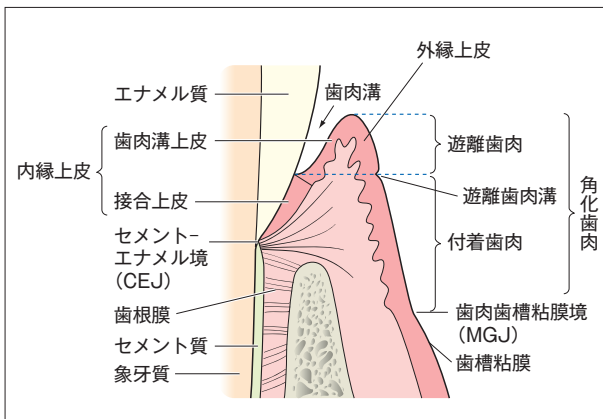


図1 歯肉の構造  
(文献<sup>1)</sup>を改変)

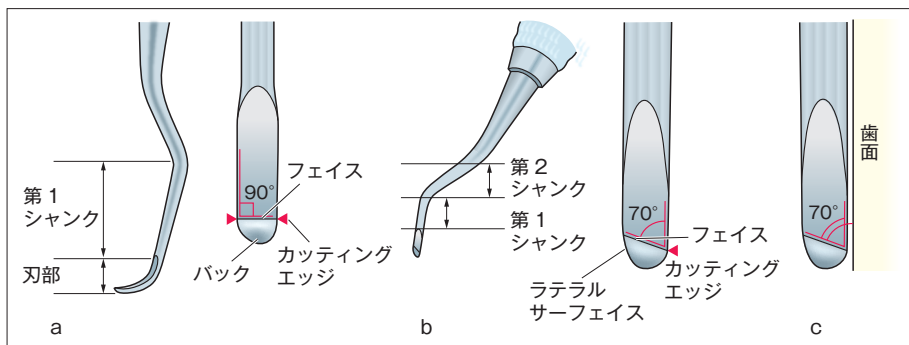


図9 キュレット型スケーラー

a: ユニバーサル型, b: グレーシー型

c: 第1シャंकを歯面(根面)と平行にすると、刃部と歯面の角度は70°となる(文献<sup>1)</sup>より)

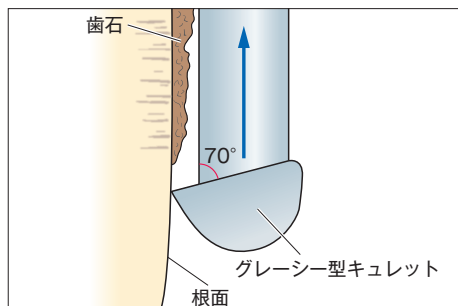


図10 グレーシー型キュレットのフェイスが傾いている理由

グレーシー型キュレットは第1シャंकに対してブレードが70°になっているので、第1シャंकを根面に平行にするとカッティングエッジが歯面に適切な角度で作業していることになる

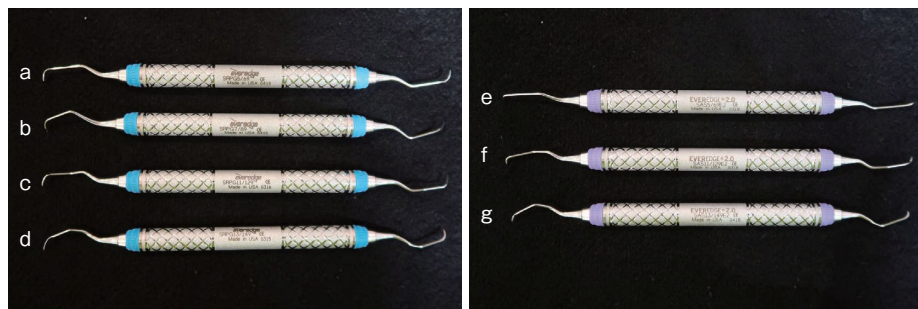


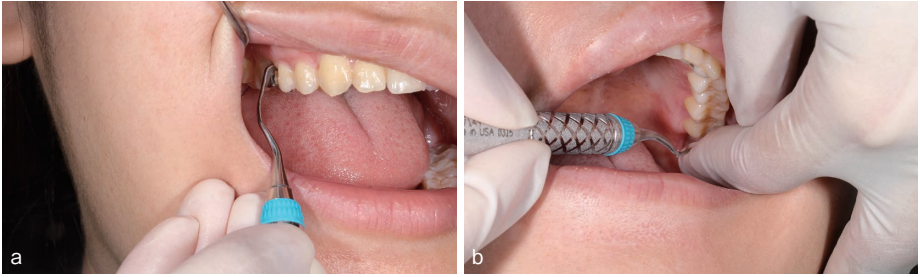
図11 キュレット型スケーラーの比較

a~d: 『エバーエッジオリジナル』(ヒューフレディ)

- a: # 5/6 (前歯部及び小臼歯部)
- b: # 7/8 (臼歯部の頬舌面)
- c: # 11/12 (臼歯部の近心面)
- d: # 13/14 (臼歯部の遠心面)

e~g: 『エバーエッジミニファイブ』

- e: # 5/6 (前歯部及び小臼歯部)
- f: # 11/12 (臼歯部の近心面)
- g: # 13/14 (臼歯部の遠心面)



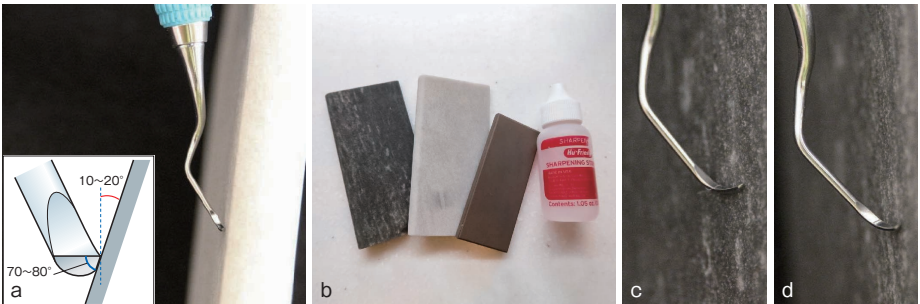
**図 23 口腔外レスト**

- a : 上顎右側臼歯部頬側の処置時レストは、右側頬から下顎にかけてとなる  
 b : 上顎左側最後臼歯遠心部の処置時レストは、下顎となる。左の人差し指でサポートしながら行っている

## シャープニング

シャープニングとは、使用後に摩耗したスケーラーの刃部を砥石を用いて鋭利に保つように研磨することである。刃物である手用スケーラーを適切な研磨状態に仕上げることは大変重要であり、研磨が不十分なスケーラーは手指の感知が鈍くなり、歯石の取り残しの原因となってしまう。また、器具のスムーズな動きを妨げ、周囲組織を傷つけてしまう。作業効率を上げるためにも、刃部の研磨状態を常に確認する必要がある。

シャープニングでは利き手で砥石を持ち、反対側の手でインスツルメントを持って行うのが一般的である。シャープニングの原則としてインスツルメントの構造を理解し、カッピングエッジのシャープさを見極め、インスツルメントが変形しない研磨のポイントを学ばなければならず、スキルの習得にはある程度のトレーニングが必要である（図 24）。



**図 24 グレーシー型キュレットのシャープニング**

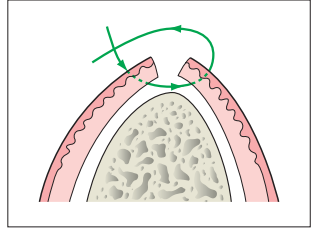
- a : フェイスと床の角度を平行にし、ストーンと刃部が  $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$  の角度で接触するようにする。この角度を維持しながら研磨する  
 b : シャープニングストーンとオイル。アーカンサスストーン（左 2 つ）は表面が細かい天然石で、目づまり防止に専用のオイルを使用する。セラミックストーンはオイルなしで使用できる  
 c, d : ツールに向かって移動しながら少しずつシャープニングしていく。移動中もフェイスと砥石の角度を一定に保つようにする

## 縫合法

### 1. 単純縫合

最も多く用いられる縫合法で、両側の創縁にループ状に縫合糸を通して結紮する。創縁同士を引き合わせることで緊密な創部の閉鎖が可能となる（図 27）。

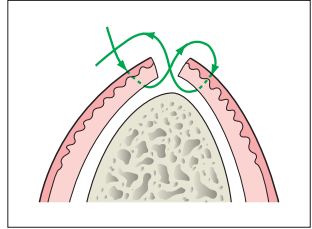
図 27 単純縫合（文献<sup>1)</sup>より



### 2. 8の字縫合

縫合糸が歯肉内面を通過するため、治癒遅延をもたらし可能性がある。歯肉弁根尖側移動術のように弁同士の緊密な封鎖が必要ない場合に用いる（図 28）。

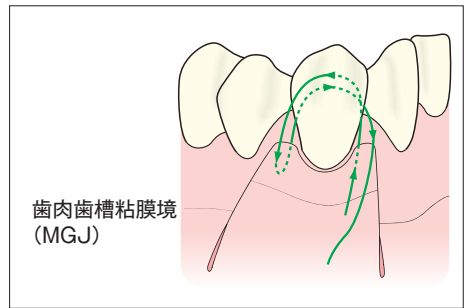
図 28 8の字縫合（文献<sup>1)</sup>より



### 3. 懸垂縫合

エブロンのように歯に縫合糸を引っ掛け、歯肉弁を歯冠側に持ち上げる方法である。歯肉弁歯冠側移動術等に用いる（図 29）。

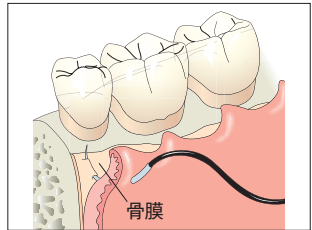
図 29 懸垂縫合（文献<sup>1)</sup>より



### 4. 骨膜縫合

部分層弁にて剥離した時に歯肉弁の固定で用いられる（図 30）。

図 30 骨膜縫合（文献<sup>2)</sup>より



### 5. 垂直マットレス縫合

1本の縫合糸で、創面に対して深部と浅部で垂直的に二重に糸を通すことで創面との密着性が深部まで高い縫合が可能となる。単純縫合に比べ縫合圧による歯肉の裂開等の治癒不全を防ぐことができる。また、創の下に空洞があって縫合層の裏打ちがない時や、粘膜下縫合が行えない時に有用であり、歯肉弁の血流を阻害することなく歯槽骨に緊密に適合させたい時に用いる。縫合糸が切開線の中を通るか外を通るかでⅠ型とⅡ型に分かれる（図 31）。

## インプラントメンテナンス

### 1. インプラントのセルフケア指導

インプラントは天然歯の歯根に比べて径が細いため、当然ながら歯肉縁下形態も天然歯に比べ豊隆が大きくなる。骨吸収が大きい場合、インプラントプラットフォームから歯肉縁付近までの距離がより大きくなることもあり、炎症が起きてしまった場合はインスツルメントの挿入が困難となる。上部構造を取り外しての清掃が必要になる場合もあるため、インプラントの状態に応じた清掃方法を指導する。また、審美領域では作り上げられた擬似歯間乳頭を歯間ブラシの不適切な操作で退縮させないように注意する。

### 2. インプラントのプロフェッショナルケア

プロフェッショナルケアでは、インプラント上部構造の形態と材質に考慮したケアを行う（図9）。バイオフィルムが形成され石灰化している部位には、チタン製もしくはプラスチック製のハンドスケーラーを用いる（図10）。いずれもインプラント体やインプラント周囲組織を傷つけないように注意して操作する。



図9 フロスによるプラークの除去

- a：インプラントは歯根に比べ径が小さいため、補綴部の歯肉縁下にてフロスを頬舌的に動かしながらプラークを除去する
- b：スーパーフロスの使用。上部構造の下までスーパーフロスを入れる。フロスのフィラメント残留に注意する



図10 チタン製のハンドスケーラー

ブレードの材質をチタン製にすることでアパットメントに損傷を与えるリスクが軽減する