

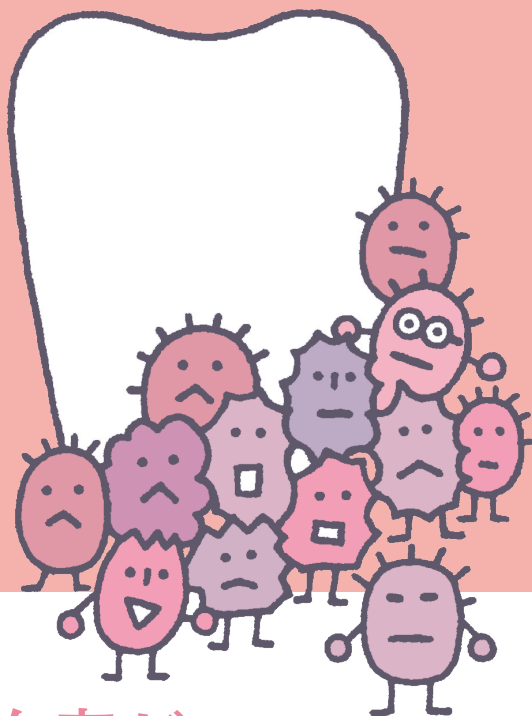


デンタルハイジーンBOOKS

みるみる身につく

ペリオの教養

関野 愉 著



明日からの
歯周基本治療が
ちょっと楽しくなります。

エビデンスと臨床をつなげ、確かな実力にするための一冊

医歯薬出版株式会社

1. 歯周病はいつ発症する？

よくマスコミなどでは、「日本人の8割が歯周病」といわれます。しかし、これは軽度の歯肉炎も含んだ数値で、本当に歯周炎が重症化する「感受性の高い人」は1割ほどと考えられています。そして、歯周病の多くは40～50代に多くみられます。しかし、そもそも歯周炎はいつ発症するのでしょうか。昨日までは歯周炎ではなく、今日から突然歯周炎になった、という話は聞きません。おそらくこのような慢性の疾患は、「気がついたら進行していた」ということがほとんどです。したがって、発症の瞬間をとらえることは不可能ですが、おおよそのことを知ることはできます。

Kassebaumら¹⁾によるシステマティックレビューでは、歯周炎はほとんどの場合30～40代の間に発症し、そのピークは38歳という結果が報告されています(図1)。また、Thorbert-Mrosら²⁾によると、30～45歳の比較的若い、感受性が高いと考えられる患者さんを後ろ向きに調査した結果、22～28歳の間に発症していました。したがって、一般

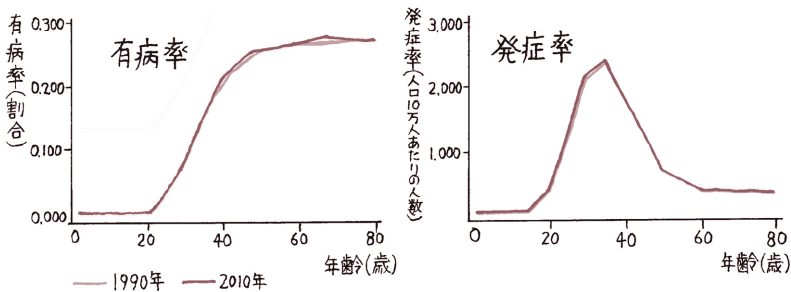


図1 アメリカにおける1990年と2010年の重度慢性歯周炎の有病率および発症率。ほとんどの場合30代から40代の間に発症し、そのピークは38歳である。

的には歯周炎は、30～40代に発症することがほとんどですが、感受性の高い患者さんでは20代あるいはそれ以前から発症することが考えられます。予防を行うにあたっては、これらのことに配慮する必要がありますでしょう。

2. そもそもリスクファクターって何？

よく「リスク」という言葉を聞くとと思います。これは簡単にいえば、「疾患の起こりやすさ」を意味します。また、これに関連してリスクファクター、リスクインディケーター、リスクプレディクター、リスクマーカー、予後因子など、さまざまな用語が存在し、しばしば混同されているようです。このなかで「リスクファクター」という用語は「その存在が疾患の発症する確率を増加させることと、当該因子を排除すれば発症の確率が減少することが縦断研究により証明されているもの」と定義されています。したがって、単に関連性が疑われる要因ではなく、時間の経過とともにその疾患が発症する確率を高めることが証明されているものに限られるわけです。ちなみに、「リスクインディケーター」は断面



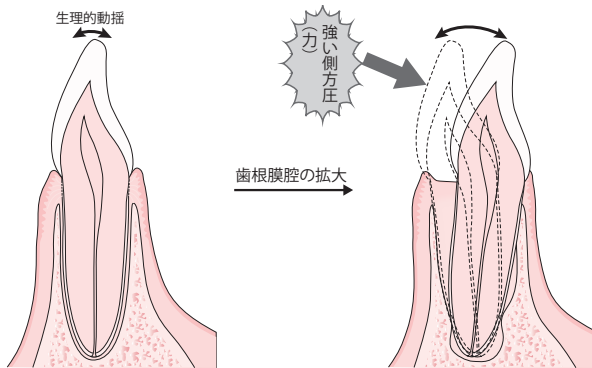


図3 咬合性外傷により歯根膜腔が拡大することにより歯の動揺が増大する

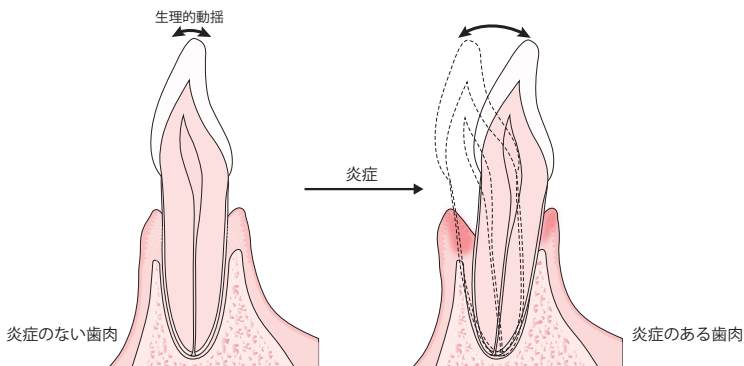


図4 支持組織の高さや歯根膜腔の幅が同じでも歯肉に炎症があると動揺が大きくなる

ようとして、歯根膜腔の幅を広げ、歯は動揺します。このように歯根膜腔の幅が広がりつづけているのは病的な状態ですので、咬合調整などの処置が必要となります。場合によっては、歯周炎と咬合性外傷が混在して動揺が生じることもあります。

また、歯肉の炎症の状態によっても歯に動揺が生じます。歯肉にも歯を支える役割があるため、支持組織の高さや歯根膜腔の幅が同じでも、歯肉に炎症がある場合はない場合と比較して動揺が大きくなるのです(図4)。そのほか、歯の破折や根尖性歯周炎などでも動揺は生じます。

Clinical Advice

歯周炎によって歯が動揺している場合、骨吸収が起こっているはずなので、まずはX線写真である程度確認することができます(図a)。加えて、歯肉の炎症状態をBOPの有無で確認します。この場合の治療方針は、ブラッシング指導、歯肉縁下デブライドメントを主体とした歯周治療です。これがうまくいくと、BOPは消失し、歯の動揺が小さくなる場合があります。

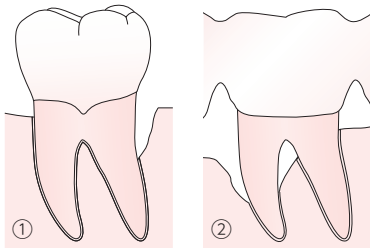
では、BOPが消失したにもかかわらず歯の動揺が残った場合はどうすればよいのでしょうか？ 答えの1つは固定することです。しかし、動揺があっても患者さんが機能的に問題ないならば固定する必要はありません。逆にいうと、固定をすれば見かけ上の歯の動揺は治まりますが、それだけで治療を終わらせてはいけないということです。

注意しなければならないのは、限局した歯面のみで骨吸収がある場合や、ブリッジの支台となっていたり、固定装置が入っている場合、歯周炎が進んでいても臨床的に動揺がみられない場合があります(図b)。この場合ももちろん歯周治療は必要です。また、X線写真上で歯根膜腔が拡大し(図c)、明らかな早期接触や咬頭干涉があり、それに伴う歯の動揺が進行的に増加している場合は、咬合性外傷が疑われるため、咬合調整などが必要になります。

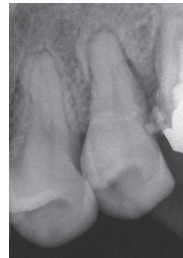
このように、動揺の原因はさまざまなので、それぞれに応じた対応が求められています。



図a 歯槽骨の吸収



図b 骨吸収が限局した歯面に起こっている場合(①)や連結固定などが施されている場合(②)には、臨床的に歯の動揺がみられないことがある



図c 歯根膜腔の拡大

3. SRPはどこまで行うべき?～臨床での勘所

これまで紹介してきた研究により、セメント質を完全に除去しなくても、原因であるプラークなどの沈着物を除去すれば、歯周炎は治癒するといえます(図3)。ただし、これらの研究では、フラップを開けた状態で処置が行われたので、根面からプラークが除去できたことが視覚的に確認できたわけです。歯科衛生士が担当する歯周基本治療においては、視覚的に沈着物が除去されたかどうかを確認することができません。

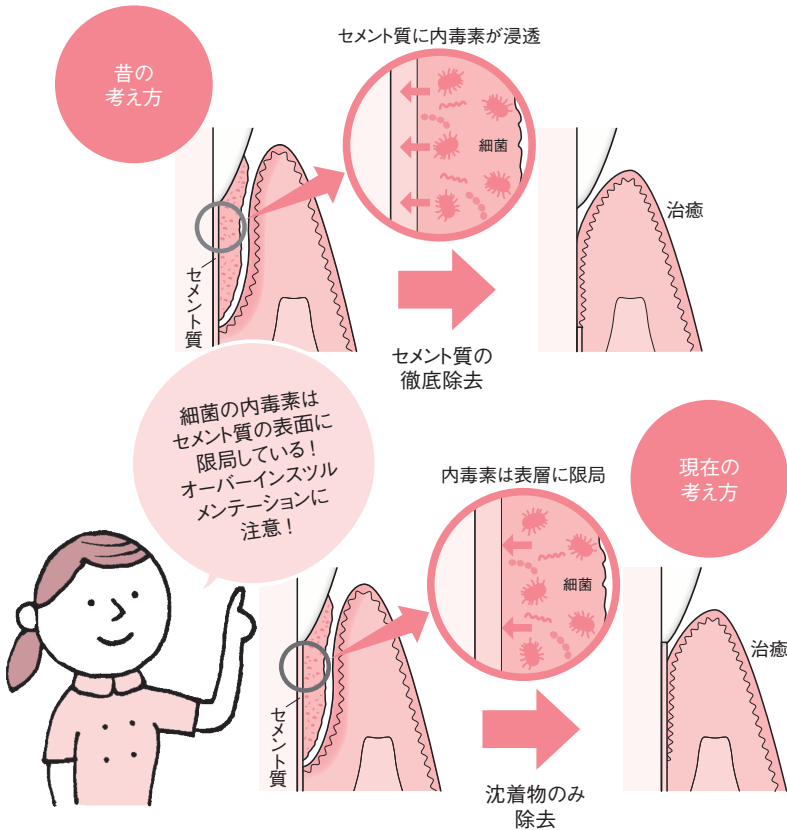


図3 沈着物除去の考え方