

# “DH” あなたの 出番です!

## 初めて担当した 重度歯周疾患患者の一症例

嵯峨亜矢子<sup>1</sup> コメント / 水上 克<sup>2</sup>

水上歯科医院

<sup>1</sup> 歯科衛生士 <sup>2</sup> 院長, 日本口腔インプラント学会専門医

〒010-0916 秋田市泉北1-8-9

### はじめに

私が歯科衛生士になって3年目を迎えようとしています。最初は戸惑うことばかりでしたが、院長や先輩から指導を受け、何とかここまで来ました。院長は常々、「歯肉縁上のプラークコントロールは患者さんの責任だが、そのモチベーションを引き出して、維持させるのは医院の責任だよ」と話しています。常日頃、そのことを意識しながら、患者さんと接するよう心がけていますが、“まだまだ足りないな……”と反省させられることも多く経験してきました。当院では患者担当制をとっておりますが、本稿では私が初めて経験した重度歯周疾患の患者さんとの初診からメンテナンスまでをご紹介しますと思います。

### 重度歯周疾患の患者さん

患者さんは50代半ばの女性で、主訴は「下の前歯

がグラグラして噛めない」というものでした。2カ月前まで通院していた歯科医院が休院したため、当院を受診されました。当院では緊急処置を行った後には、原則として初診時にスタディーモデルを作製します。これは院長の方針によるもので、歯周治療には必ず咬合診査が必要であり、歯周治療を行う上で咬合の管理が重要である、との考えに基づいています。

初診時に歯周組織診査と口腔内規格写真撮影を行いました。口腔内規格写真を観察していると、変なことに気がつきました。なぜか正面観が曲がって見えるのです(図1)。フェイスボウトランスファーを行ったスタディーモデルと口腔内規格写真の正面観の歯軸傾斜が一致しました。院長に尋ねたところ、「基準のない補綴修復処置」が行われた結果、とのことでした(図2)。

歯周組織診査ならびに規格X線写真からは、至るところに垂直性骨縁下欠損が確認でき、非常に進行した歯周炎の患者さんであることがわかります(図3)。

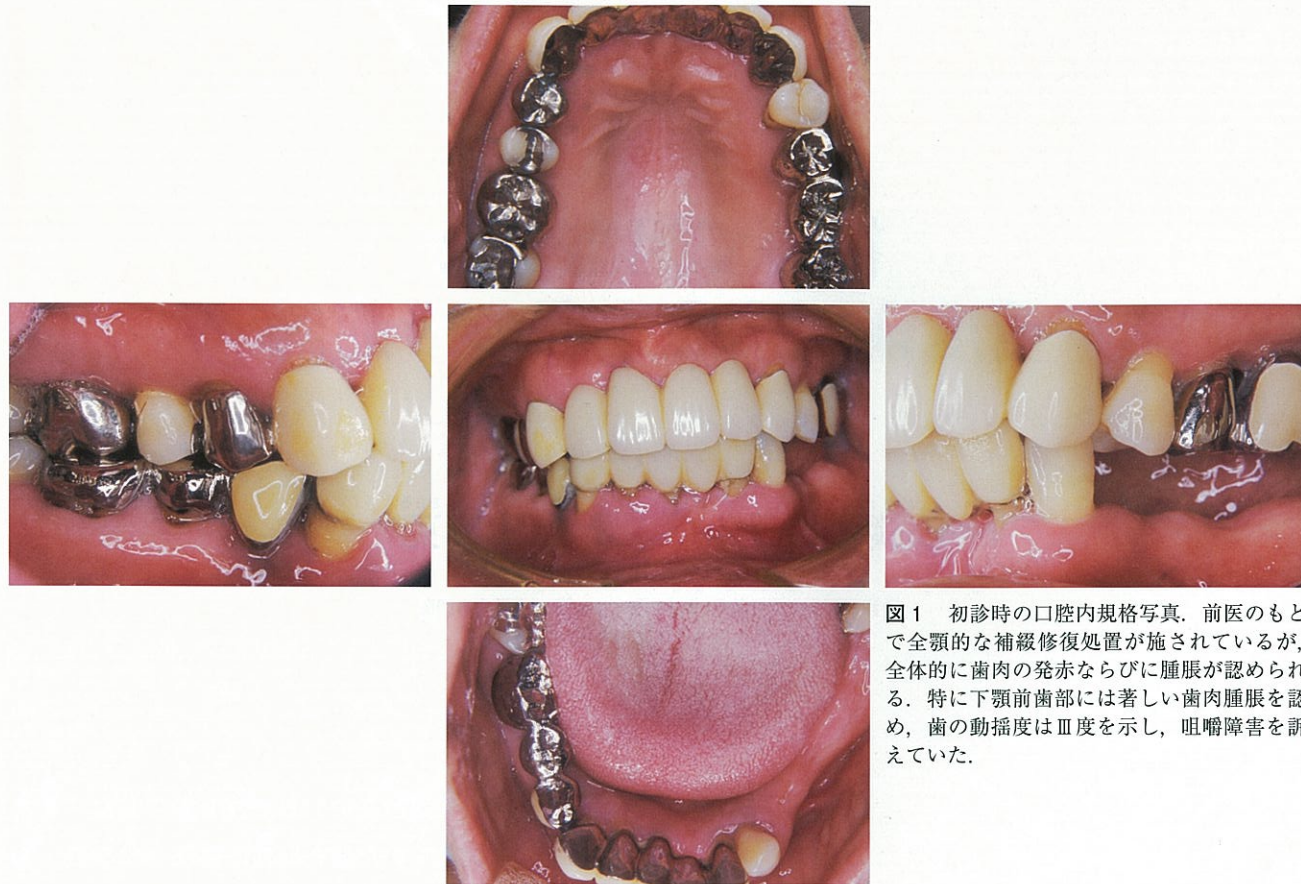


図1 初診時の口腔内規格写真。前医のもとで全顎的な補綴修復処置が施されているが、全体的に歯肉の発赤ならびに腫脹が認められる。特に下顎前歯部には著しい歯肉腫脹を認め、歯の動揺度はⅢ度を示し、咀嚼障害を訴えていた。

◎ Dr.MIZUKAMI のコメント

重度歯周疾患症例の場合、歯の病的移動、残存歯の挺出や傾斜、歯の欠損などにより歯列の連続性が失われることがあります。また、臼歯部の咬合崩壊を伴う場合には、下顎位が偏位して咬合性外傷を併発していることが多いため、術前の咬合状態の診査は不可欠であり、歯周疾患の患者さんではその治療において咬合の安定を図ることが重要です。

\*

主訴の部位である下顎前歯は保存不能との診断の下、抜歯処置を行いました。抜歯した歯ならびに補綴物周囲には夥しい歯石の沈着が見られます(図4)。2カ月前まで歯科医院に通院していた患者さんが「なぜ?」と思いました。院長の目は少し怒っているように見えました。患者さんが帰られた後、院長と話していると「きちんとした診査、診断なしに行われている歯科治療が多すぎる。天然歯を残す

ための治療が行われていないため、結局は患者さんの歯科治療に対する価値観が向上しない」とのコメントがありました。

● 患者さんの背景

翌日、抜歯後の患者さんとゆっくり話すことができました。患者さんは前医には4カ月に1回のペースで10年以上通院しており、通院中に歯周病が進行したら歯を抜くことを繰り返していたそうです。前医では「歯周病は治らないから、悪くなったら抜きます」と説明されていたとのこと、患者さん自身も「自分は歯周病だから、歯がなくなるのは仕方ないですよ」と話してくださいました。患者さん自身、歯周病は治らない病気だと思い込んでいる様子でした。

後日、院長によるカウンセリングが行われまし

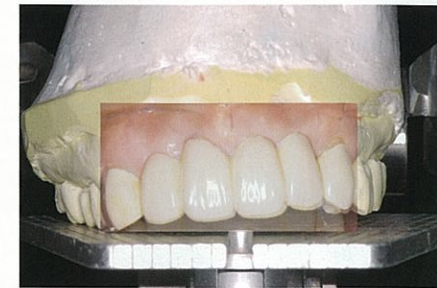
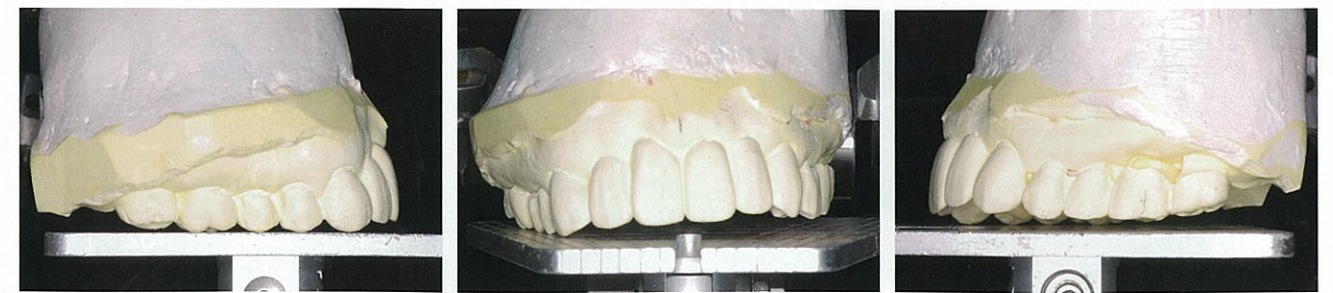


図2 フェイスボウトランスファーしたスターディーモデルに対して、咬合平面診断装置を装着した。顔面正中に対して正面観では右下がり、左上がりの状態を示しており、口腔内規格写真の正面観と一致していた。

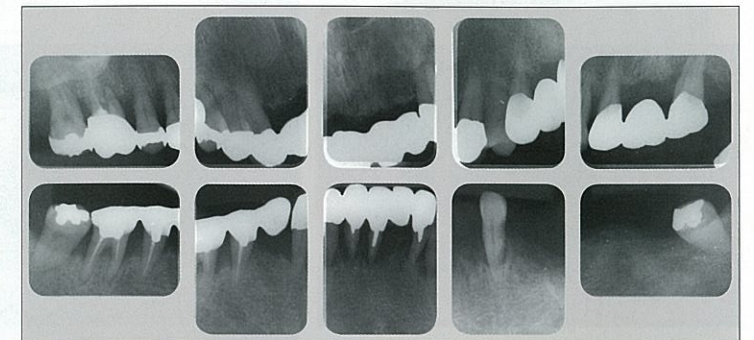


図3 初診時のX線規格写真ならびにプロービングチャート。多くの部位に出血を伴った6mm以上の歯周ポケットが確認され、X線所見から多部位に垂直性骨縁下欠損を認める(プロービングチャートの赤字は検査時の出血を示す)。

365	664	654	623	415	313	724	325	945
7	6	5	4	3	3	4	5	7
636	625	735	737	536	334	525	445	526
578	846	523	554	645	787	898	346	644
7	6	5	3	2	1	2	3	8
435	645	533	613	675	576	746	414	536

た。現在の歯周疾患の進行状況や今後予測される口腔内の変化、現状からの脱出方法など、約1時間にわたるカウンセリングが3回行われ、患者さんは“できる範囲内”(経済的な面も含めて)で治療していくことになりました。

● 治療経過

この時点で、歯肉縁上のプラークコントロール指導が始まりました。患者さん自身、時間をかけてブラッシングするという習慣がなかったので、まず1回当たり15分間のブラッシングを行うことから指導を始めました。最初の段階ではブラッシング方法などについてあまり細かいことは説明しないで、新聞を読みながら、テレビを見ながらでも構わないので、時間をかけてブラッシングしていただくよう指

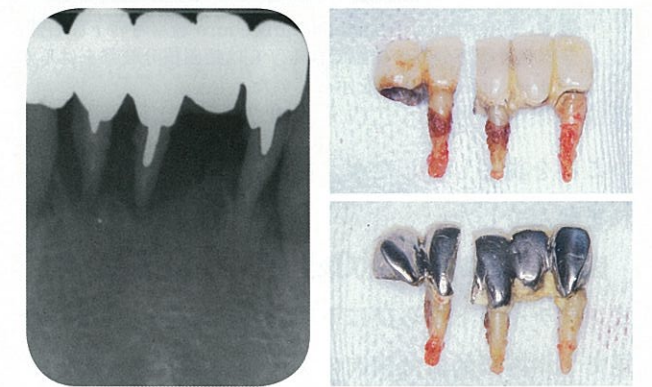


図4 下顎前歯部に装着されていたブリッジは3支台歯から外れた状態で、著しい動揺を示しておりX線所見から保存不能と診断し抜歯処置を行った。抜去歯の根尖付近まで歯石沈着が確認され、補綴物周囲にも夥しい歯石の沈着を認めた。

導しました。下顎前歯の抜歯部位は旧義歯を修理して使用していただき、ブラッシング指導と並行して、スケーリング、ルートプレーニング、再根管治療などの初期治療を行いました。患者さんには喫煙習慣があり、歯周疾患の改善には禁煙したほうがよ



図5 初期治療終了後、再評価診査時の下顎右側臼歯部口腔内所見，X線所見ならびにプロービングチャート。肉眼的には歯肉の炎症は改善しているが，X線所見ならびにプロービングチャートから垂直性骨縁下欠損の存在が推測できる。

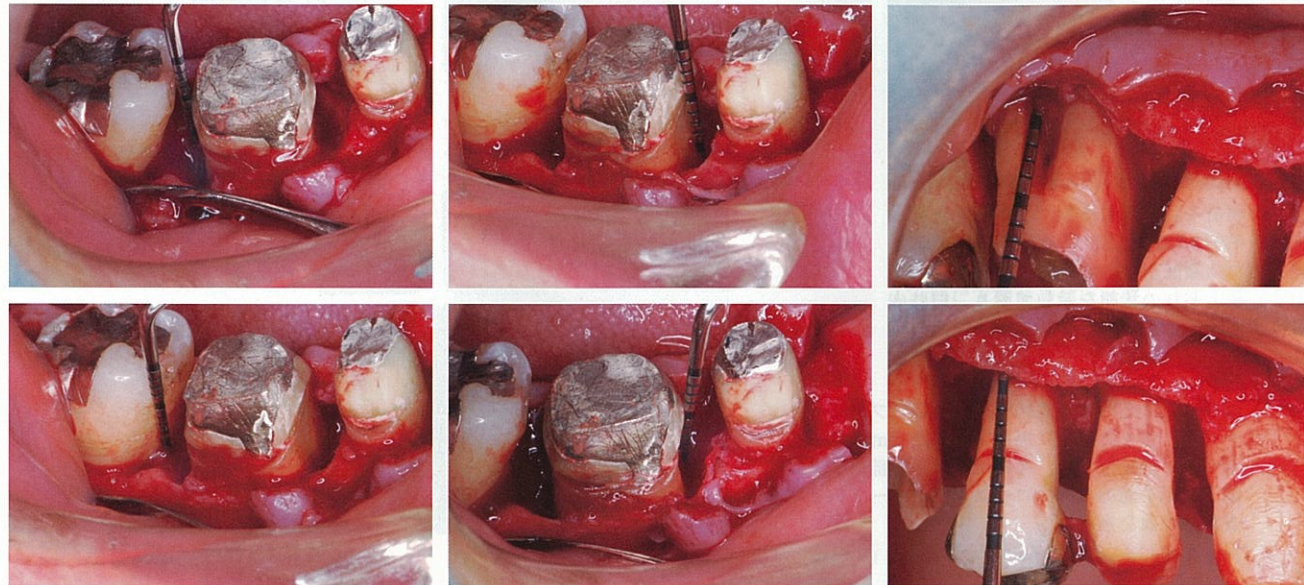


図6 Interdenal denudation procedure 適用時の下顎右側ならびに上顎右側臼歯部の口腔内所見。下顎右側臼歯部には2，3壁性骨縁下欠損が確認できる。6は頰側根分岐部をはるかに超えた部分にまで骨破壊が及んでおり，ルートトランクも短く deep defect の状態を示していた。

いことを説明しましたが、なかなか禁煙には踏み切れませんでした。

図5は、初期治療終了後、再評価診査時のプロービングチャートならびに下顎右側臼歯部の口腔内所見です。肉眼的には歯肉の炎症は消退してきましたが、歯周ポケットの数値は改善してきてはいえ、6mm以上の数値が散見されます。歯周外科を行う必要がありましたが、患者さんの喫煙習慣は継続したままです。

### ● 歯周外科処置

臼歯部の歯周ポケットや骨縁下欠損の改善のため

に歯周外科処置を行いました。本来ならば、GTRやEMDといった歯周組織再生療法の適応症になるケースですが、患者さんには喫煙習慣があり、費用的な制約も存在したため、オープンフラップキュレクターを適用しました(図6)。

#### ◎ Dr.MIZUKAMI のコメント

Waerhaugら(1978年)やStambuaughら(1981年)の報告にあるように、非外科療法には限界があり、深い歯周ポケットの改善には外科処置が必要とされます。その際、再生療法を選択するか否かは、患者さんの喫煙習慣の有無も関係します。Tonettiら(1995年)やCoretelliniら(1996年)の報告から、喫煙者ではその効果が低くなることを前提に

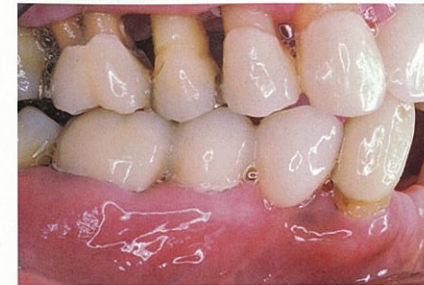
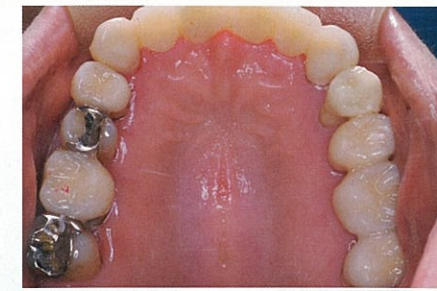


図7 顔面正中矢状面を基準として、上下顎残存歯にプロビジョナルレストレーションを装着した。



考えなくてはなりません。

### ● プロビジョナルレストレーション

歯周外科処置適用後、メンテナンスを継続し、歯周組織の治癒を待つ間に中心位でのプロビジョナルレストレーションの作製ならびに口腔内装着を行いました。この頃になると、患者さんご自身の口腔内状態が改善してきていることを実感できるようになり、歯周外科処置を適用した部位のより良い術後経過を得るためにも再度、禁煙を勧めたところ、患者さんは禁煙に踏み切りました(図7)。

#### ◎ Dr.MIZUKAMI のコメント

Westfeltら(1983年)やCortelliniら(1996年)の報告にあるように、歯周外科処置後のメンテナンスは重要であり、少なくとも6カ月は歯周外科処

置後の治癒期間と考えて、患者さんによるセルフケアの強化と医院サイドにおける定期的メンテナンスを継続的にを行います。そのことが治療結果の安定性に大きく関与します。

### ● 欠損部補綴方法の決定

プロビジョナルレストレーションを装着後、歯の欠損部に対する最終修復処置について患者さんと院長との間でディスカッションが行われ、下顎左側臼歯部と6欠損部にインプラントを適用することになりました。

#### ◎ Dr.MIZUKAMI のコメント

右側の上下臼歯部には歯周外科処置が選択されていることや下顎左側中間欠損部の間隔が広いことなどから、下顎左側臼歯部と6欠損部にインプラン

