

“DH” あなたの 出番です!

重度歯周病患者に対する 口腔ケアの重要性とメンテナンス

かのう まゆみ¹ コメント / みずかみ まさる²
加納真弓¹ コメント / 水上 克²

水上歯科医院

¹ 歯科衛生士 ² 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

私たち歯科衛生士は、治療が長期間に及ぶ重度歯周病患者さんに対して、どのような場面でのどのような関わりをもち、口腔ケアの重要性についてお伝えしていくかを考えなければなりません。

当院では患者担当制になっており、毎日の臨床の中で患者さんとの意思の疎通を図るよう心掛けています。治療の進行途中においても院長による複数回にわたるカウンセリングなどで、患者さんの不安や疑問についての的確なアドバイスができるようにしています。患者さんが口腔の健康を取り戻し、その後のメンテナンスの必要性を理解していただくためには、歯科衛生士の果たすべき役割は大きいと考えます。

今回ご紹介させていただく症例は、重度の歯周病のため当初は難症例になるであろうと推測されましたが、治療計画に基づき進めることで一口腔単位での機能回復を図った症例です。

症例の概要

初診時所見

患者：51歳，男性，喫煙者

初診：2008年10月（図1）

主訴：上の入れ歯が合わなくなり，外していたら前歯に隙間ができた。歯が動いて食べ物が噛めない。

口腔内所見：上顎前歯において歯周組織診査時に5～7mmのプロビング値が確認され，PCRは58.75%で部分的に歯肉の腫脹や排膿も認められました。歯の動揺は1～3度，BOPは35%を認めました（図2）。上顎前歯部は著しい動揺を示し， $\overline{6}$ も残根状態でした。患者さんがその状態のまま放置していたことから，口腔の健康に対する関心は低いと感じました。

エックス線所見：全体的に水平性の骨欠損を認め， $\overline{1}$ においては根尖病変および垂直性骨縁下欠損が確認できます（図3）。

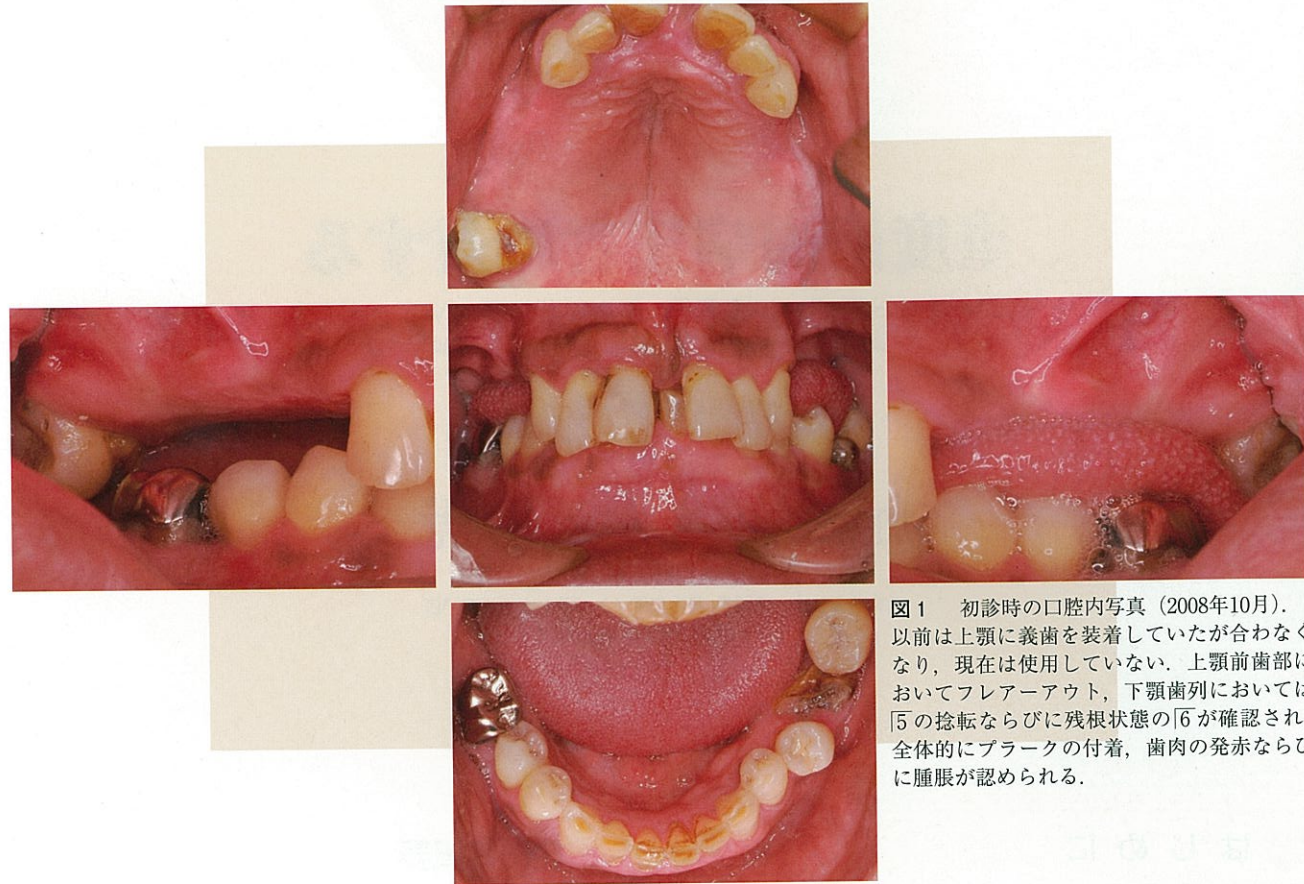


図1 初診時の口腔内写真(2008年10月)。
以前は上顎に義歯を装着していたが合わなくなり、現在は使用していない。上顎前歯部においてフレアーアウト、下顎歯列においては5の捻転ならびに残根状態の6が確認され、全体的にプラークの付着、歯肉の発赤ならびに腫脹が認められる。

治療計画

治療計画としては、まず初期治療として全顎に対するブラッシング指導ならびにスクレーピングによる炎症のコントロールを行い、上顎白歯欠損部に対しては治療義歯により咬合の安定を図ることにしました。

初期治療後の再評価診査の結果により、歯周組織再生療法を含めた歯周外科処置および歯の欠損部に対してインプラント埋入の適用を検討するとともに、歯周病の進行に伴った病的歯牙移動に対しては、矯正治療により咬合の安定を図ることを治療計画として立案し、患者さんの理解を得ました。

◎ Dr.MIZUKAMI のコメント

治療計画の立案にあたっては、患者さんの背景を知る必要があります。デンタルIQという言葉がありますが、単に患者さんのIQが高い、低いを論じ

るのではなく、患者さんの口腔内状況について、医院側から正確に伝えることで相互理解を深め、そのうえで治療計画の立案を行うよう心掛けています。その立案にあたっては「幅」をもたせることで“患者さんにとって無理のない選択が可能な状態”にしておくことが肝要であると考えます。

また、治療完了後にはメンテナンスを継続することが必須事項となるため、メンテナンスの重要性については治療前に必ず患者さんにお伝えし、治療中も事あるごとに強調しておくことが大切だと思います。

● 治療経過

初期治療として口腔清掃指導を徹底しました。初診時はプラークの付着も多く、歯間離開している上

歯周精密検査		PCR : 58.75 % PLI : 0.98																	
動揺度	0	1	2	3	3	2	1												
EPP (頬)	3 2 3																		
EPP (蓋)	3 3 4																		
アラーク																			
	8																		
		6	5	4	3	2	1	1	2	3									
アラーク																			
EPP (舌)																			
EPP (頬)																			
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

図2 初診時のプロービングチャート(2008年10月)。



図3 初診時のデンタルエックス線写真。歯肉縁下には歯石が認められ、一部、垂直性骨縁下欠損が確認できる。6には根尖病変がみられる。



図4 本症例で指導した歯ブラシおよび歯間ブラシ。歯肉に炎症が残っていた時は毛の形状がフラットタイプで軟毛のものを使用するなど、清掃用具は治療段階ごとに変更した。

顎前歯部には歯肉縁下歯石が沈着していました。3+3に関しては最終的に抜歯せずに保存可能かどうか、歯周外科を含めて経過観察が必要でした。

● 治療段階ごとのプラークコントロール

初診時、ブラッシングにはあまり関心がない様子

で、持参していただいた歯ブラシも3カ月以上使用している毛先の開いたものでした。私が患者さんに合ったブラシを選択し、使用方法について指導しました(図4)。

初期治療の段階で、患者さんご自身でのケアも良好になり、外科処置や矯正治療と治療が進んでいくうちに治療段階ごとに清掃用具を変え、歯間ブラシ

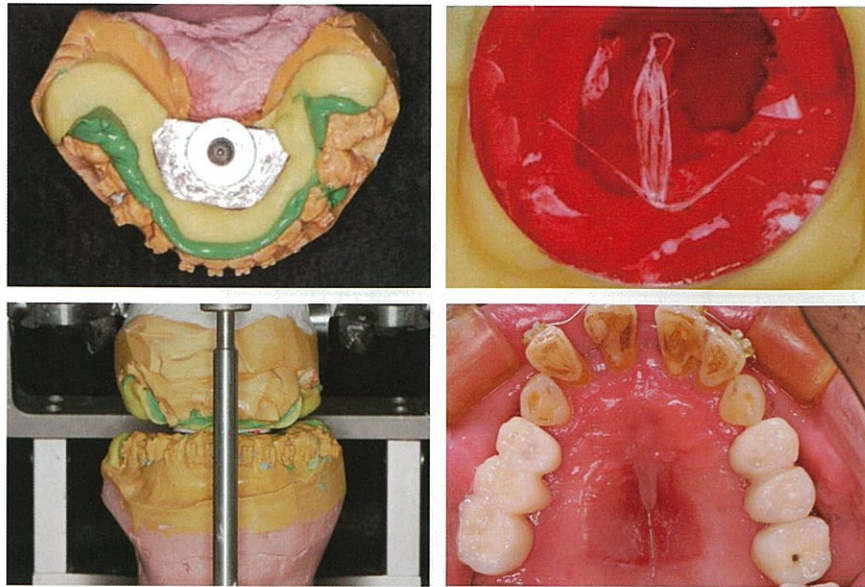


図5 上顎インプラントにおけるプロビジョナルレストレーションの装着。上顎臼歯部インプラントのプロビジョナルレストレーション作製にあたり、インダイレクトチェックバイトとしてゴシックアーチトレーシングを行い、CRポジション（中心位）で装着した。

やタフトブラシを併用するようにし、来院時には治療内容にかかわらず必ず口腔内の状況をチェックするようにしました。

● インプラント治療

歯周疾患が進行して歯の位置異常を起こしている上顎前歯部の矯正治療にあたっては、強固な固定源と移動させるためのスペースを確保する必要があり、上顎臼歯欠損部にインプラントを適用することにしました。インプラントのオッセオインテグレーションを待った後に、インプラントのプロビジョナルレストレーションを中心位にて口腔内に装着しました（図5）。

◎ Dr.MIZUKAMI のコメント

本症例の場合、上顎臼歯部は頬舌的に骨吸収をきたしており、本来であれば頬側方向にGBR（骨誘導再生）を行ったほうが、よりよい咬合関係を構築できると思われます。しかしながらGBR後は長期にわたり上顎欠損部に治療義歯の装着が行えなくなり、本症例では中心位を採得したうえで、外科用ステントの作製ならびにインプラント埋入手術を行い

ました。

矯正治療を行う場合には、①固定源の確保、②移動スペースの確保、③干渉のコントロールの3要素が必要になります。本症例の場合、上顎臼歯欠損部にインプラントを適用することで①～③の要素を満たすことができました。インプラントのプロビジョナルレストレーション装着を中心位で行うことで、その後に予定している上顎前歯の矯正治療の目標も明確になると考えました。

● 歯周組織再生療法

①は根尖部を越える位置まで垂直性骨縁下欠損が確認されたため、現状のままでは矯正治療に耐えられないと判断し、初診から3カ月の時点で歯周組織再生療法を適用しました（図6）。この時点では、極力喫煙を控えていただくよう指導を行いました。

歯周組織の治癒を待つ間、ワイヤーによる暫間固定を行い、1週間ごとに医院サイドでの歯肉縁上のプラークコントロールを行いながら経過観察を続けました。その期間は清掃が困難になり、患者さんのモチベーションが低下した時期でもありました。

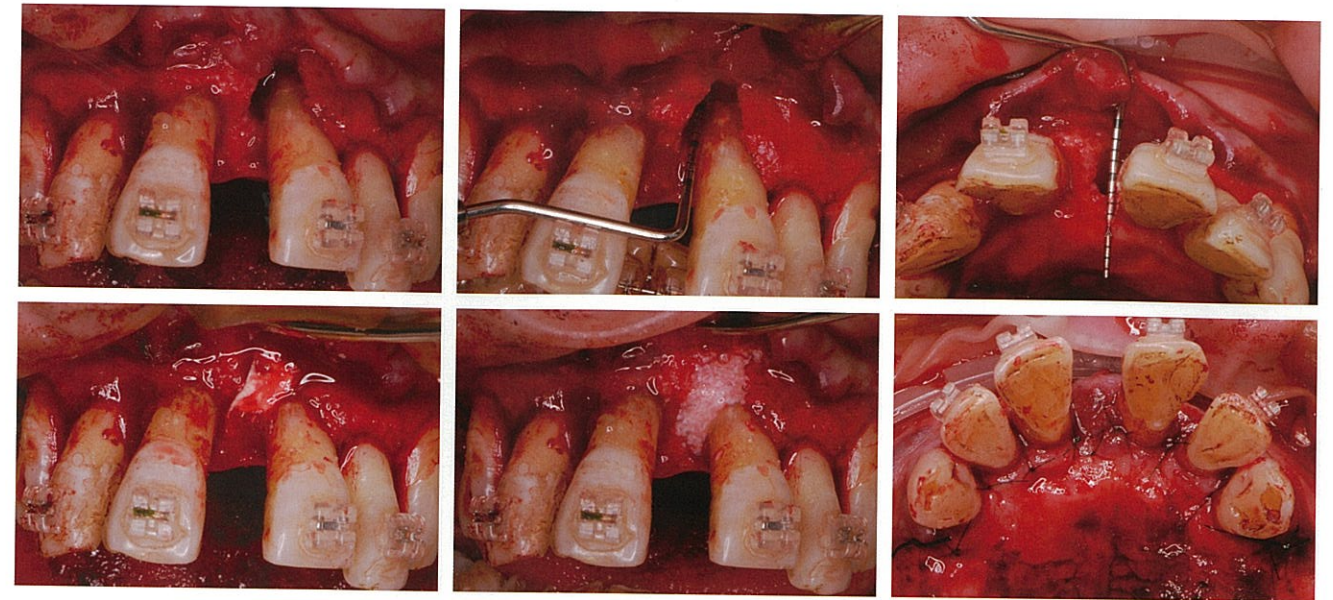


図6 歯周組織再生療法。3x3フラップ手術時の口腔内所見。①は10mmに及ぶ垂直性骨縁下欠損が認められたため、歯周組織再生療法を適用した。



図7 下顎矯正治療。⑥欠損部に埋入したインプラントを固定源に加えて、下顎歯列を整えた。

◎ Dr.MIZUKAMI のコメント

歯周疾患の進行に伴って病的歯牙移動が認められる場合には、歯周組織の安定を得るために矯正治療が必要になる場合が多いと考えます。Ericsson (1977) や Ericsson と Thilander (1980) の報告にあるように、矯正治療の適用前に炎症のコントロールを十分に行っておく必要があり、歯周支持組織の破壊が著しい場合には歯周組織再生療法の適用も検討する必要があると考えます。

● 矯正治療

下顎歯列については、回転を示して歯列から外れていた⑤に対して⑥部に適用したインプラントを固定源に加えた矯正治療を行い、下顎歯列を整えました（図7）。

上顎歯列については、上顎前歯部外科処置後の経過観察を行いながら、矯正治療に移行しました。動



図8 上顎前歯の圧下処置。上顎前歯においてはレベリング後、コントラクションUAの適用ならびに矯正用ミニインプラントを併用し、圧下処置を行った。



図9 上顎両側中切歯のデンタルエックス線写真。骨レベル圧下状態の確認。左から初診時、矯正途中、矯正終了時。

揺歯にブラケットを装着したことにより、患者さん
はご自身によるケアについて“ちゃんと磨けている
のか？”“歯がグラグラする”などの不安を訴える
ようになりました。その都度、患者さんとのコミュ
ニケーションをとり、不安などを取り除くよう院長
と相談しながら解決するよう心掛けました。患者さ
んにも少しずつ“歯を守ろう”という意識がみられ
るようになり、来院時の口腔清掃状態も良好になっ
ていきました。

上顎前歯、特に歯周組織再生療法を適用した¹⁾
に対しては、慎重に治療が進められ、歯周支持組織
の回復を持つ間、適時、エックス線写真により骨レ
ベルや圧下処置の進行状態の確認を行いました(図

8)。

初診時の上顎両側中切歯と矯正治療途中の上顎両
側中切歯のエックス線所見の比較から、歯根周囲の
支持骨量の改善を確認しました(図9)。この時点
で、歯間ブラシのサイズ変更も行っています。

◎ Dr.MIZUKAMI のコメント

Garat (2005) の報告にあるように、歯周炎をコ
ントロールして適切な矯正力を加えることは、歯槽
骨の量ならびに質を改善させる可能性があると考え
ます。一方で、矯正治療時には歯根吸収の危険性
について考慮しなくてはなりません。Smale (2005)
は、矯正治療開始3～9カ月で平均1.5mm以上の
歯根吸収が上顎4前歯の4.1%に観察された、と報

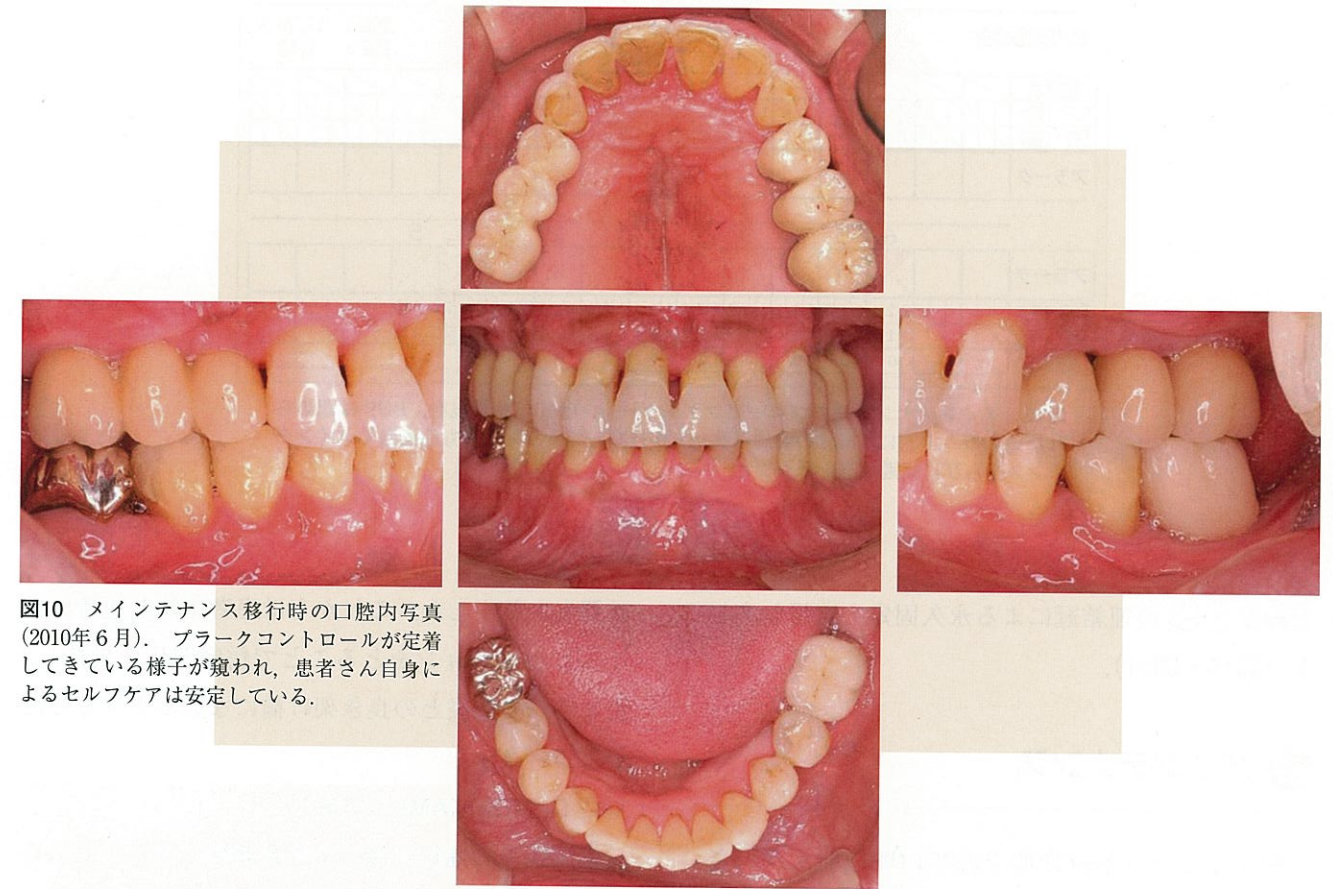


図10 メインテナンス移行時の口腔内写真(2010年6月)。プラークコントロールが定着してきている様子が窺われ、患者さん自身によるセルフケアは安定している。

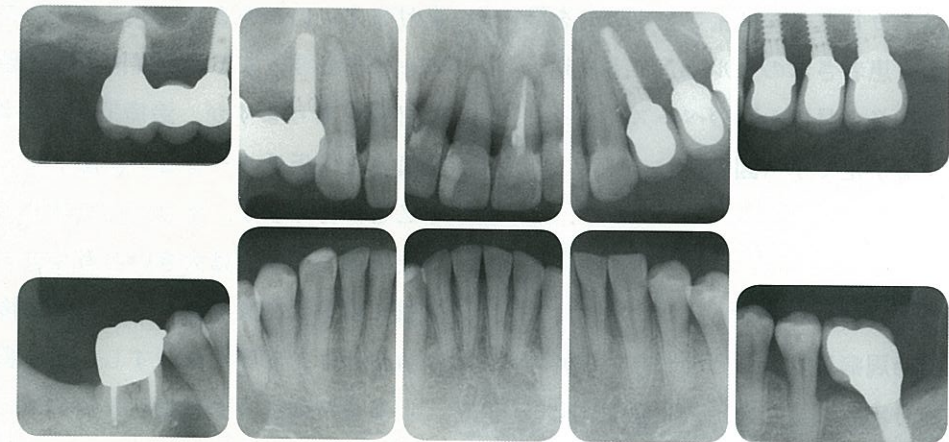


図11 メインテナンス移行時のデンタルエックス線写真。

告しています。本症例のように歯周支持組織が乏し
く、なおかつ歯体移動と圧下処置を同時に行わな
くてもならない場合には、適時に、エックス線写真
でその移動状況を把握する必要があると思います。

● 最終修復処置

矯正治療が終了し、最終補綴に入ることになりま
した。上顎前歯部は外科後約1年半経過し、今後の
セルフケアを踏まえて、支台歯形成を歯肉縁上にと

歯周精密検査		PCR : 11.76 %																						
		PLI : 0.12																						
動揺度							0	0	0	0	0	0												
EPP (頬)							1	1	2	2	1	2	4	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
EPP (蓋)							2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1
アラーク																								
								3	2	1			1	2	3									
								6	5	4	3	2	1			1	2	3	4	5				
アラーク																								
EPP (舌)							2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
EPP (頬)							2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
動揺度							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

図12 メンテナンス時のプロービングチャート。2010年9月現在、BOPは認められないものの、1に4mmの歯周ポケットが残存しており、今後も注意深くメンテナンスならびに経過観察を行う予定。

どめた3+3の連結冠による永久固定を適用しました(図10・図11)。

● メンテナンス

約2年という治療期間を経て口腔機能も改善され、患者さんによる口腔ケアが行いやすい環境となりました。最初は1か月ごとのメンテナンスを継続していましたが、患者さんのセルフケアも安定してきたため、今後は2カ月に1回のペースでメンテナンスを継続する予定です(図12)。

● まとめ

今回、進行した歯周病患者さんと関わり、改めて歯周治療の難しさを実感しました。生涯変化し続ける口腔内に対し、健康な状態を維持していくためには、治療終了後も定期的なメンテナンスが必要であることを患者さんに理解していただかなければなりません。そのためには、私たち歯科衛生士は患者さんの治療段階に応じた口腔ケアの仕方を的確にアドバイスできる技術を身に付けることが必要です。今回の症例では、患者さんの訴えを十分に把握することができず、清掃状態を悪化させてしまった

時期もありました。これからは患者さんと適時にコミュニケーションをとることで信頼関係を維持し、患者さんと院長との良き架け橋になれるよう努めたいと思います。

◎ Dr.MIZUKAMIのコメント

歯周疾患の進行に伴って咬合崩壊をきたしている症例の場合、治療のゴールを明確に設定する必要があります。いわゆるインターディシプリナリーアプローチを必要とする症例は治療を段階的に進めていく必要がありますが、治療期間が長期に及ぶため、患者さんのモチベーションが低下する時期を経験することがあります。そういった時期における歯科衛生士の果たす役割は大きいと考えます。歯周外科処置後に良好な結果を導くためには術後のプロフェッショナルケアが不可欠です。日々患者さんと接している歯科衛生士が患者さんとのコミュニケーションや口腔内の状況の把握を通じて行うアドバイスは、患者さん自身によるケアや意識の確立ならびに維持に寄与するものと考えます。

われわれ歯科医療に携わる人間は、患者さんの口腔の健康を維持・安定させることで社会貢献していく存在である、と考えます。その気持ちを忘れずに、これからもスタッフと共に日々の臨床に取り組んでいきたいと思ひます。