

第23回 O.P.I.C. (Osaka Perio Implant Center) 研修会

2012年8月4日

1) インプラントを行う前に必要な天然歯への検査と診断

鶴田 美緒

埋入部位の骨の状態や対合歯の診査を行わずに、インプラントを埋入する先生はいません。

しかし、インプラント補綴を計画するもっと前に行っておくべき必要な検査と診断があります。

インプラントの多くの講演では、埋入部位の骨の検査が重要視され、基本的な口腔内診査が正確に行われていない現状があります。残存歯のカリエスや咬合状態はもちろんの事、歯周病の検査と診断を行う必要があります。

歯を失う原因の第1位は歯周病です。2位がカリエス、3位が歯の破折です。インプラント補綴を予定している欠損部の歯の喪失原因を明らかにしておかねば、インプラント補綴後も同じリスクを背負うこととなります。インプラントが喪失する原因はインプラント周囲炎であり、その原因は残存歯の歯周病の細菌であることがわかっています。進行した歯周病を放置してインプラント補綴を行うことは、インプラントおよび歯周病のガイドラインから逸脱した医療行為です。

歯周病の2大症状は、骨の吸収と深いポケット形成です。この2つの症状がなければ歯周病と診断できません。言い換えれば、この2つの症状を診査することが歯周病の診断となります。

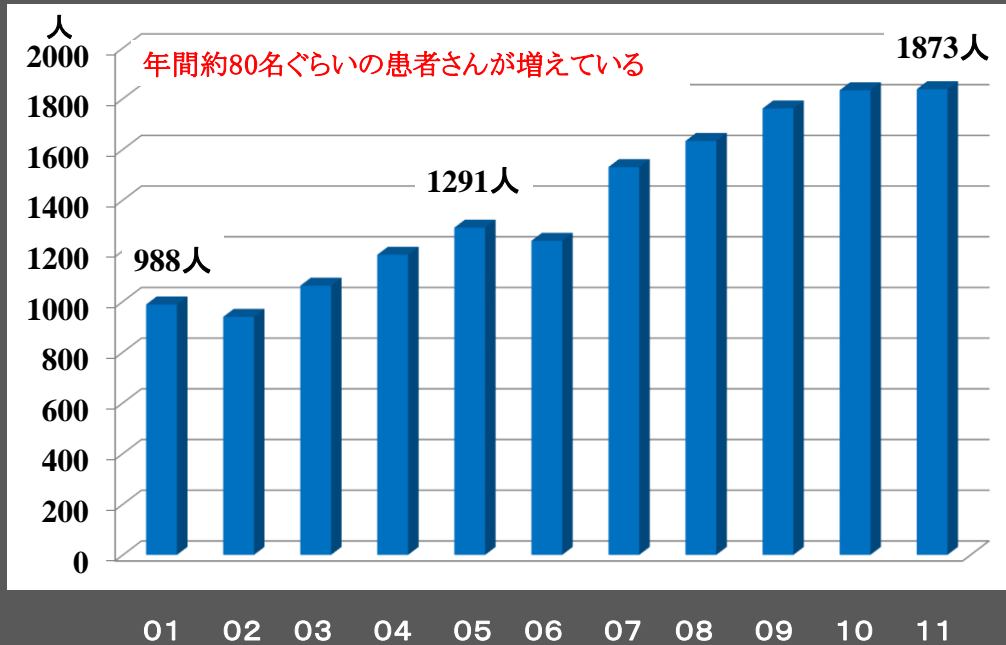
歯間部の骨の吸収は、エックス線検査によって行われますが、これはパノラマエックス線検査ではなく、デンタル14枚法検査でなければ診査できません。ポケットの診査は PPD (Probing Pocket Depth) や BOP (Bleeding on Probing) などの歯周組織検査によって行われます。これらの検査は歯科衛生士によって行われる事が多く、歯科衛生士の協力も重要です。

今回、重度の歯周病患者にインプラント補綴を行った症例を供覧しながら、インプラント補綴の前にどのような検査が必要かを説明したいと思います。また時間があれば、デンタル14枚法検査、歯周組織検査、印象採取、口腔内写真撮影などの実際の検査手技をビデオで解説します。

2) 当センターにおけるメンテナンス治療の目的と実際

(デンタルダイヤモンド社 歯科衛生士 2012年8月号 執筆取材から)

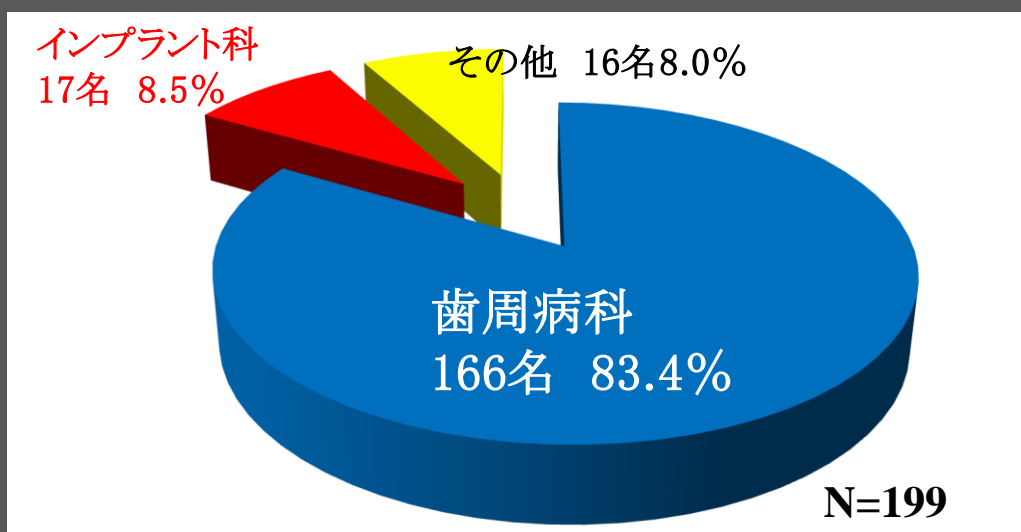
森川 紗里



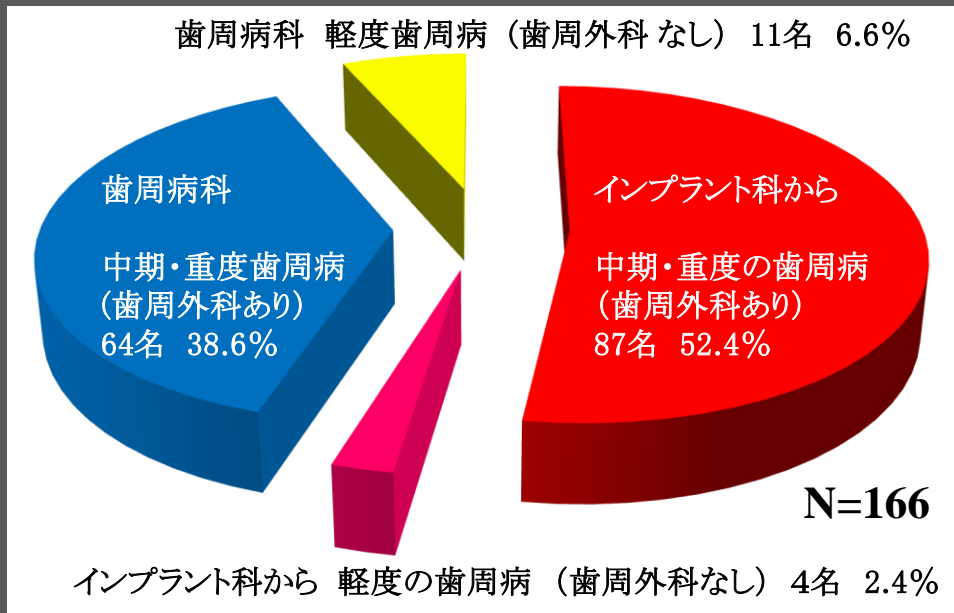
当院のメンテナンス来院患者の年間延べ人数 2001年～2011年

メンテナンス治療患者の各科の割合

2011年1月～12月 延べ人数1873名 199名 平均来院 9.4回/年



歯周病科のメンテナンス治療患者の詳細 2011年1月～12月



中期・重度の歯周病で歯周病外科手術を受けた患者さんはメンテナンス治療への移行率が高い

当院のメンテナンス治療の2つのメリット

当院では、年間のメンテナンスを通じて、計画的に歯周病の検査を行っています。

また歯周病およびインプラントの専門医が常勤しています。

- 1) メンテナンス治療で来院することで、計画的な検査が可能、毎年歯周病を中心とした口腔内の状態が把握できる。
- 2) 検査で治療が必要になれば、すぐに専門医の下で治療が受けられる。

歯周病患者のメンテナンス治療を行う上で必要な検査

歯周病の検査は

- デンタル14枚法エックス線検査
- パノラマエックス線検査
- PPD Probing Pocket Depth
- BOP Bleeding on Probing
- CAL Clinical Attachment Level etc です。

そのためメンテナンス治療を担当する歯科衛生士はこれらの検査を正確に行える技術と、個々の検査の意義と目的を理解できていなければなりません。

歯周病のメンテナンスを成功に導くポイントは、患者さんの現状を診断するための正確な検査ができるか否か、と考えています。

当院でのメンテナンス治療の流れ

- 1) 現在の口腔内(歯周組織)の状態の把握
- 2) PCが維持できているかの確認
- 3) 患者さんへの現状の説明

次につなげるための工夫・取り組み

メンテナンス治療が必要な患者さんとは、中期・重度の歯周病科の患者さん、またインプラント補綴を行った患者さんであり、そのような患者さんのメンテナンスへの移行率を100%となるように目指すことは望ましい。

3) 縁上プラーク除去による歯肉出血改善効果の検討

(日本臨床歯周病学会 30周年記念講演会 東京 2012年6月16日 発表から)

鶴田 美緒

目的

プラークコントロール(以下 PC)による歯肉出血の改善効果を知るために、当センター歯周病科患者の Plaque Control Record (以下 PCR)値と Gingival Bleeding Index (以下 GBI)値との関係を比較検討した。

方法

本研究に同意を得た 60 名の患者を対象とし、PPD が 3mm 以下の浅いポケット群の 20 名、4mm 以上の深いポケットが見られ歯周外科を行った 20 名、4mm 以上の深いポケットが見られ歯周外科を行わなかった 20 名の 3 群に分けた。非歯周外科群には縁上の SC は行ったが、縁下の処置は行わなかった。各群の PCR 値および PCR 改善度(指導前後の PCR の変化)と GBI 値との相関関係を検討した。判定には Spearman 相関分析を用いた。また歯肉出血の改善効果を知るために、術前後の GBI 値から GBI 改善率を算出し 3 群の比較検定を行った。有意差検定には Mann-Whitney U-test を用い、有意水準は 5%とした。

結果および考察

浅いポケット群と深いポケット外科処置群において PCR 値と GBI 値、PCR 改善度と GBI 値との間に強い相関関係を認めた($P < 0.01$)。また GBI 改善率において浅いポケット群と深いポケット外科処置群は、深いポケットを残した非外科処置群に比較して有意に歯肉出血の改善効果を認めた($P < 0.01$)。これらの結果は 3mm 以下の浅いポケットでは、PC のみで歯肉出血が改善する事を示している。また 4mm 以上のポケット群でもポケットを浅く改善することで同様に歯肉出血が改善することも示唆された。逆に 4mm 以上の深いポケットを残した状態では、PC のみでの歯肉出血の改善は難しいと考えられた。

4) 口腔清掃の確立が困難な患者への対応と実際

(日本顎咬合学会 30周年記念大会 東京 2012年6月10日 発表から)

稲田 明子

目的:

プラークコントロール(PC)の確立が困難な患者への対応について検討した.

方法:

当院歯周病科の患者で,PC の確立が特に困難であった 10 名の患者を対象とし,Plaque Control Record (PCR) の検査を用いて PC の確立までの指導回数を調べた. PC の確立は PCR 値が 20% 以下に達した時点とした. PC の確立までに 4 回以上の指導期間が必要であった患者を PC の確立が困難な患者とし,初診時,PC 確立時,メンテナンス開始時の PCR 値について検討した.

結果と考察:

PC 確立までに要した指導回数は平均 5.0 回で,最多指導回数は 7 回であった. 10 名全員が指導によって PC の確立を達成したが,10 名中 6 名はメンテナンス開始時には一旦確立した PCR が 20%以上に戻っていた. PC の確立が困難な患者でも時間をかけて指導することで PC の確立は可能であるとするが,一旦確立した PC も治療後に元に戻ってしまう事も予想され,そのため治療後も清掃指導は注意深く行う必要があると考えられた.