

第 11 回 歯周病入門セミナー開催に際して

大阪ペリオインプラントセンター

代表 阪本 貴司

国民の 80% が歯周病！なぜ減らないのか

国民の 80% が歯周病！よく耳にする言葉ですが、国民の 8 割が罹患している病気など過去にどれぐらい存在したのでしょうか。コレラ、ペスト、スペイン風邪、現代には存在しません。歯科医が 10 万人もいるのになぜ歯周病は減らないのでしょうか。国民や厚生労働省の関係者は不思議に思っているでしょう。

歯科医の間に歯周病治療が定着しなかった、また現在も定着していないのには理由があります。1990 年代はまだバブルがはじけても、多くの歯科医は補綴中心の歯科治療を続けることで成り立っていました。しかし、歯周病に最初に関心を持ち始めたのは、患者さんでした。マスコミやテレビで歯周病の怖さが連日紹介され、患者さん自ら歯周病の専門医を探し始める時代になりました。

2000 年に入ると私の医院にも歯周病についてマスコミの取材依頼が入るようになりました。歯周病は症状がないままにじわじわと進行する恐ろしさは、連日テレビや新聞で紹介され、歯科医や歯科衛生士を対象としたセミナーも増えるようになって来ました。

その頃からさらに 14 年が過ぎました。歯周病を臨床に導入している歯科医は増えたのでしょうか。国民の 80% が歯周病！このキャッチフレーズに変化はありません。歯科医が増えても歯周病専門医や歯周病を臨床に取り入れている歯科医院は少ないままです。なぜでしょうか。

歯周病治療は歯科治療の延長ではないからです。歯科治療は欠損した歯を充填やクラウンで修復する医療です。しかし歯周病は歯の周りの骨の病気です。基本は歯髄腔内外の消炎と感染予防です。前者はエンド・ペリオの治療であり、後者はプラークコントロールの確立です。傾斜歯や捻転歯など咬合力が歯の支軸方向から外れている歯では矯正治療も必要になります。臼歯咬合が崩壊している欠損部には義歯やインプラントが必要になるでしょう。すでに補綴されている歯には、再補綴修復や多くの場合には再根管治療が必要になります。

つまり歯周病治療は歯科治療の中に含まれるのではなく、歯周病治療を成功させるためには、一般の歯科やエンド、インプラント、矯正治療などの多くの診療技術が必要です。歯周病医は多くの分野に精通している必要があります。

歯科医が 10 万人いても全ての分野に精通する歯科医はその 1% と考えると歯周病の専門医が少なく、歯周病が減らない理由が説明できます。

現在の歯周病治療における 2 つの問題点

現在の歯周病治療には 2 つの大きな問題があります。1 つは正しい検査と診断がなされていない現状があります。2 つめは軽度の歯周病すら治療できない歯科医が安易に中期・重度の歯周病をさわることで病状を悪化させてしまっていることです。歯科衛生士も SRP という保険用語の元にブラインドキュレタージュを行い、根面のセメント質を無意味に削除し続けている事も事実です。

根面のセメント質の厚みは 150 ミクロンとされています。1 回のハンドブレイニングで約 30 ミクロンのセメント質がなくなります。5 回ストロークでセメント質はなくなり象牙質が露出します。しかもブラインドのため根面の汚染箇所は残ったままになります。再生治療はおろか、これでは上皮付着による治癒さえ生じません。数年後、いや数ヶ月後に炎症が再発しポケットから排膿、出血が生じます。汚染根面への処置が正しく行われたかの検証はされないまま、その後抜歯され、なんちゃって歯周病治療の証拠は残りません。

ブラインドキュレタージュを行った歯科医や歯科衛生士が抜去歯の根面を見れば自身の治療がよくわかると思います。

根面処理はブラインドキュレタージュからマイクロの時代へ

歯科治療にマイクロスコープを導入している歯科医はまだ少ないと思います。マイクロはなくても、拡大鏡は使用している歯科医は多いでしょう。裸眼で診療してる歯科医もまだいらっしゃるかもしれません。しかし、目をつぶって診療している歯科医はいないと思います。ブラインドキュレタージュとは目をつぶって、手探りで根面の汚染セメント質を除去することです。

先に言いましたが、セメント質は歯の組織に元々備わっているものです。歯石は後から付着した石灰化物ですから、手についた泥と同じで除去しても問題ありません。しかしセメント質は泥ではなく、皮膚組織と同じです。垢すりで皮膚の下の真皮まで削り取って欲しい人はいません。汚染セメント質も入り混んだエンドトキシンのみ除去し、セメント質は極力残すようにデブライドメントする必要があります。根面を直視し、マイクロスコープを使用した環境で汚染箇所のみを選択的に確実に処理することで、歯根膜組織の再生や上皮付着による治癒がなされます。

汚染根面を何度も触ってセメント質を削り取り、その下の象牙質まで削り取られた患者さんが来られます。歯科に行く度に歯科衛生士さんにスクーリングと称して、ブラインドキュレタージュを受けたとのこと。

セメント質は薄く 150 ミクロンしかありません。そこに入り込んだ汚染物を除去するのに専門医が顕微鏡下で最小限度を確実に除去する治療と歯科衛生士が手探りでガリガリと根面を触ることを患者さんが選択できるとしたらどちらを選択されるでしょうか。

たとえ時間と費用がかかっても、**Open Flap Debridement**、直視下での根面の汚染セメント質除去を選択されるのでしょうか。

本セミナーでは各段階の歯周病の症例を見ながら、歯周病の治療に必要な検査、診断、治療、メンテナンスを基礎から学んで頂きます。院長先生と歯科衛生士とともに臨床に歯周病治療を導入してみませんか。
本セミナーはその第1歩となるはずですよ。

メンテナンス治療の目的と実際（講演から抜粋）

日本歯周病学会認定歯科衛生士
大阪ペリオインプラントセンター
森川 紗里

メンテナンスやSPTの呼称について

メンテナンス治療の有効性はさまざまな研究から証明され、歯周病の治療後にメンテナンスを行うのを行わないのでは、行う方が歯の喪失も防げると考えていると思います

このメンテナンスやSPTと言う用語ですが、少し整理して確認しておきたいと思います。1989年ごろまでは、ヨーロッパ諸国では **Supportive Periodontal care**（サポーティヴ、ペリオドンタルケア）と呼ばれ、アメリカ歯周病学会、AAPでは **Periodontal Maintenance**（ペリオドンタル、メンテナンス）と呼ばれ、日本ではメンテナンスと呼ばれていました。これが1989年のアメリカの全米歯周病学会ワークショップにて、**Supportive Periodontal Therapy**（サポーティヴ、ペリオドンタル、セラフィ）と言う呼び名に変更しました。理由はメンテナンスは予防ではなく、治療であるという事を強調するためです。

それを受けて日本もSPT（サポーティヴ、ペリオドンタル、セラフィ）との言い方に変更されました。つまり基本的にメンテナンスとSPTは同じで、呼び方が変わっただけです。

その後2007年、日本では、メンテナンスが医療保険に導入される事となり、その解釈の違いからメンテナンスとSPTを分けて用いる事となりました。その結果日本においては、メンテナンスとSPTの2つを同時に使うこととなり現在まで続いており次のように解釈されています。

メンテナンスは、治癒した歯周組織の健康管理で、PPDが3mm以下、BOPもマイナスで、動揺もない状態をいいます。

SPTは病状が安定した歯周組織を維持するための治療で、4mm以上のPPDが残っており、根分岐部病変や動揺があっても、臨床的に問題ない程度とされています。当然こちらはいつ再発してもおかしくない状態です。

ということはSPTの方がより危険な状態で定期的に継続して見てゆく必要があるという事です。

メンテナンス治療を成功させるために大切な2つのテーマ

メンテナンス治療を成功させるためには2つのポイントがあります。

1つ目は患者に継続して来院してもらうことです。

私どもの医院のメンテナンスへの移行率は約70%ですが、移行しても数ヶ月で来院が中断してしまっただけでは、意味がありません。

2つ目に大切な事は、プラークコントロールを確立し維持させることです。メンテナンスに来られているのに、患者さんの口腔内の状態が悪化していくようであれば、メンテナンスは成功しているとはいえません。

高いレベルの口腔清掃とプラークコントロールが重要です。

メンテナンスに継続して来院してもらうためには

患者に継続して来院してもらうためには、患者がメンテナンスの目的や効果を実感し、しかも治療内容に納得してもらう必要があります。

これは一般的なメンテナンスの目的です。

- 1)治療後の経過観察
- 2)歯周病の再発防止
- 3)新たな発症部位の早期発見
- 4)良好な歯周組織環境の長期にわたる維持

これをわかりやすく患者さんに理解してもらうことが大切です。

そして何よりもメンテナンス治療が患者さんにメリットがあると実感してもらう必要があります。メンテナンスに継続して来院してもらうためには、患者さんが来院してよかったと思える内容である必要があります。口腔内を単に清掃するだけのメンテナンスでは、“本当に時間と費用をかけて継続的に来院する必要があるのか”患者は疑問を感じてしまいます。

患者さんは自分の口腔内の状態を知りたがっています。

また悪い部分があれば、早く治したいと思っています。

メンテナンス治療について2つのメリット

当院のメンテナンス治療について2つのメリットを説明します。

1つ目は定期的に来院することで、計画的な検査が可能になるということです。人間ドックで全身の状態を毎年把握できるように、毎年歯周病を中心と

した口腔内の状態が把握できるというメリットです。このように説明すると、数年に1回来るのではダメかと聞かれる患者さんがいらっしゃいます。そのような患者さんには、2つめのメリットを説明して納得頂きます。

定期的に来院することで、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ということです。

数年に一度の来院や症状が出てからの来院では、現在の医療保険の制度上、多くの検査を一度に行うことが難しく、応急処置にならざるを得ないことなども患者さんに説明し、定期的な来院のメリットを理解して頂きます。

メンテナンスのメリットについて、実際の患者さんの動画を見ていただきたいと思います。(割愛)

患者は68歳、男性、2009年に当院で5年前にインプラント手術を行い、以後 現在もメンテナンスで来院されています。

本人の自覚症状は全くありませんし、エックス線写真でも異常は認めていませんでした。しかしメンテナンスの検査で、右上のインプラント部から出血が見られました。担当の先生に診てもらい、処置をすることになりました。

- 1) このようにプロービングで出血があります。
- 2) インプラント上部補綴のネジ固定を外し上部補綴を除去。
- 3) 口蓋側の清掃が上手くできずに、プラークが付着し、歯肉に炎症がみられます。局所の消毒を行い、患者さんにはこのビデオを見てもらい、口蓋からの清掃を再度指導しました。
- 4) 1週間後にはこのように出血もなくなり上部補綴を戻すことができました。

このようにメンテナンスの最大の利点は、症状が出る前に、病変を早期に発見できるということです。

メンテナンス治療に必要な検査

歯周病の治療に入る前に行う検査と同じです。

- ・ 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 などです。

インプラントのメンテナンスであっても検査項目は同じです。

エックス線検査も1年から2年に1度は行いたい検査です。

PPDやBOPは歯肉の状態を見て適宜行う必要があります。

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です。

当院で行っているメンテナンスの実際

スライドは、当院で行っているメンテナンスの実際です。

当院のメンテナンスの所要時間は30分から45分です。

治療の流れは、現在の口腔内、歯周組織の状態の把握、次にPCが維持できているかの確認、そして患者さんへの現状の説明です。

最後の患者さんへの現状の説明が最も重要と考えています。

当院で行っているメンテナンスの動画（割愛）

現在の口腔内の状態の把握を担当歯科衛生士が行った後、PCが維持できているかを確認します。必要があれば染色にてPCR値を算出して、その結果を元に再度清掃指導を行います。問題があれば担当歯科医や院長へ報告することは言うまでもありません。咬合などの異常を見つけた時は、担当歯科医に診てもらうようにします。

患者さんへの現状の説明では、先のビデオのように口腔内写真や動画を用いると効果的です。患者さんに、我々が検査して見つけた問題点を知って頂きます。

もし悪いところがなく、経過良好であれば、問題ないです、とさらっと言うだけでなく、”非常によく清掃ができていますよ”など大げさに褒めたり、口腔内の

良い部分を見せたりして、とにかく現状を丁寧に説明することが大切です。

もし悪部分があり、将来手術やかぶせ物を除去したり、最悪抜歯などにいたる事があっても、事前に動画や写真で病変部を見せることで、スムーズに治療に移行する事ができます。

プラークコントロールの重要性について

プラークコントロールとは、単なるブラッシング指導でなく患者の口腔清掃

への意識改善、日常の生活習慣までも考慮した口腔内管理指導です。

プラークコントロールの確立をゴールとして進めるためには、まず現在の患者さんの口腔内の清掃状態を我々が把握する必要があります。そして患者さんにも知ってもらう必要があります。

そのためには、汚れている部位を患者さんに理解しやすい指標で示し、改善した状態や悪化した状態を簡便に示す事ができる指標が必要です。

有名なオレリーの **Plaque control recode**、PCR と呼ばれる検査です。

この検査は、手鏡などを用いることで染まった部位を観察できる事、そして判定が染色の有無だけのため簡便で術者による誤差が少ない、などの利点があります。欠点としては、歯肉縁のプラークの染め出しはできるが、カリエスの多発部位である咬合面は観察対象部位から除外されることです。

つまりオレリーのPCR検査は歯周病の検査で、一般歯科のカリエス予防の染色には適さないということになります。

歯周病患者さんのメンテナンスには非常に使いやすい検査といえます。

日本人の平均的なPCR値は約60%とされています。

患者さんに清掃指導前に検査を行えばこれぐらいの数値と考えて良いと思います。実はPCR値を簡単に半分以下にするポイントがあります。平均60%のPCRとすれば、30%以下に簡単にできます。ほとんどの患者さんは、歯間部の汚れが残っていることが多く、そのため歯間ブラシを併用してもらうことで改善が期待できます。

2011年に我々が報告した歯間ブラシの効果についての研究です。

清掃指導前、歯ブラシのみの清掃を行った場合、そして歯ブラシと歯間ブラシを併用して行った場合の3つの場合のPCRの変化を10名の患者で調べた研究結果です。

スライドの数値は中央値を示しますが、指導前には69.9%であった値が、歯ブラシのみの指導で34.8%に下がっています。そして歯間ブラシの併用使用後は12.6%まで下がりました。歯間ブラシ併用の効果が有意に認められました。

私たちは、患者の年齢や性格、指導衛生士の経験年数などがプラークコントロールの確立に関連があるかどうかを調べるために2010年に調査を行いました。当院の歯周病科にて治療した30名の患者を対象としてプラークコントロールの改善度と患者さんの各種特徴との関連を検討しました。

その結果、患者の男女差、アポイントの時間を守るか否か、歯間ブラシの使

用経験の有無については、統計学的に有意にプラークコントロールの改善度に
関連がある因子と考えられました。なお危険率は5%です。

さてプラークコントロールの重要性について話してきましたが、ここまでの
話を少しまとめます。

口腔清掃を上手く進める上で、患者さんの性格など関連する要因が存在します。
女性で予約時間に遅れず、歯間ブラシの使用経験がある患者さんはP Cの確立
が容易と考えられ、歯間ブラシ併用によって、プラーク除去の効果は上がりま
す。

しかし、歯間ブラシは、患者さんの間ではそんなに使われていないという現
状があります。

では何回指導しても、清掃状態が良くならない患者さんはどうしたらいいの
でしょうか。そのような患者さんを担当して悩んでいる歯科衛生士さんも結構
多いと思います。

我々はPCRが20%以下になるのに4回以上の来院が必要だった患者さんを、
P Cの確立が困難な患者さんとして、そのような方10名のPCRの下がり方を
調べました。その結果P Cの確立までに必要であった来院回数の平均は5回で、
最も回数が多かった患者さんは7回の来院が必要でした。

P Cの確立が上手く進まない患者さんへの対応についてまとめます。
根気強く回数を重ねる事でP Cの確立は可能です。しかし一旦P Cが確立しても
治療後に元に戻ってしまう可能性が高く、治療後もメンテナンスを継続し、
注意深く経過をみて行く必要があります。そのため、そのような患者さんで
は、歯周外科手術やインプラント手術などへの移行を急がず、清掃性と動機づ
けの確立を確実に行うことが重要です。

アクセルソン先生からのメッセージ

アクセルソン先生は、P.M.T.C.は回転ラバーカップとペーストを使った歯面
清掃ではないと述べ、20年前に日本に間違って伝わった概念を否定しています。

P.M.T.C.は特別にトレーニングを受けたデンタルナース、認定歯科衛生士、
歯周病専門医らによって行われるものです。またP.M.T.C.は予防歯科プログラ
ムの一部であり、独立して考えるものではありません。

セルフケアが確立していない患者に行ったり、深いポケットが残存している
部位へ行う治療ではありません。その場合には、歯周病の専門医の下で治療計

画を立て、治療を行う必要があります。

ご静聴ありがとうございました。