

Ⅲ 歯周治療の流れ

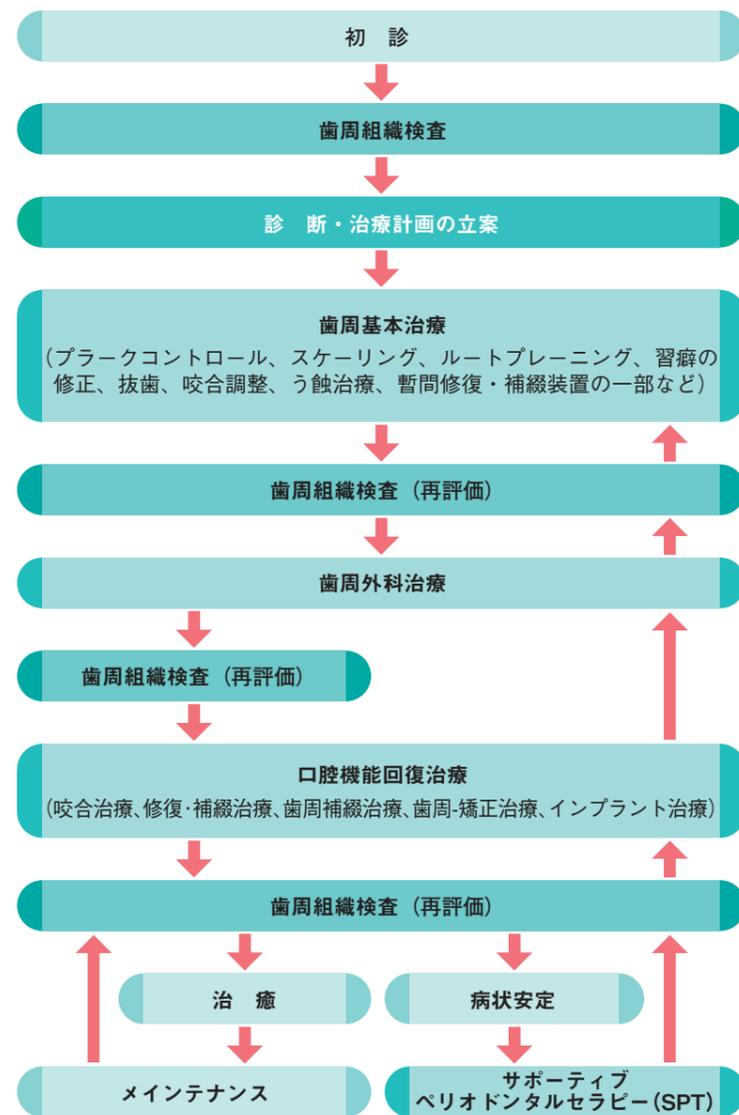


表3-1 歯周治療の流れ

歯周治療は、適切な歯周組織検査により明らかにされた病因を1つひとつ消していくことにより行われる。

はじめに、歯周組織の炎症を引き起こす発炎因子であるプラークの除去、および修飾因子である歯石、外傷性咬合、習癖などの除去および改善を行う歯周基本治療が行われる。この歯周基本治療は、歯周治療全体の成否を左右するきわめて重要な処置である。

次に、歯周基本治療後に歯周組織の再評価を行い、改善されていない深い歯周ポケットが存在する場合や、歯周組織の健康を維持するうえで妨げとなる病的な軟組織異常を改善する目的で歯周外科処置が行われる。歯周外科処置後の再評価により安定した歯周組織の状態が確立された場合、矯正治療・補綴処置などの口腔機能回復治療を行うこととなる。

歯周治療はここで終わるわけではなく、再発を予防し、長期にわたり歯周組織を安定した状態に保つことに大きな意義がある。治療により歯周ポケットが4 mm未満に改善できた場合は治療とみなし、メンテナンスとして定期的なリコールを行う。一方、治療後においても4 mm以上の歯周ポケットは残存するが、出血などが無い安定した状態である場合には、病状安定のためのSPT (supportive periodontal therapy) として定期的なリコールにより病状の維持安定を図る。

Ⅳ 歯周組織の検査

A 問診

1 一般的事項

氏名、性別、年齢、生年月日、職業 (occupation)、住所など。年齢、性別に特徴のある疾患との関連や、職業的なバックグラウンドを知ることは疾患の原因を探るうえで有用である。

2 主訴 chief complaint, haupt klage

患者の自覚症状のうちで、最も苦痛としていることを正確に知る。歯周病の主訴としては、歯肉が腫れた、歯がグラグラする、歯肉から血が出るなどの訴えが多い。歯石を取ってほしい、歯並びを治したいなどというのは希望であり、主訴ではない。主訴は患者の言葉で記載し、学術用語にとらわれない。

3 全身の既往歴と現病歴 systemic history (過去→現在)

過去に罹患したことのある病気、および現病について、発病の時期、その時の症状、原因、処置、投薬などについて聞き取る。

歯周治療を行ううえで以下のような疾患に特に配慮する。耳鼻科領域の疾患、消化器疾患、リウマチ、関節疾患、心臓疾患 (心筋梗塞、狭心症など)、糖尿病 (Diabetes)、高血圧症 (Hypertension)、肝疾患 (肝炎など)、出血性疾患、てんかん、アレルギー、心身症など。

4 口腔 (歯周病) の既往歴と現病歴

(1) 既往歴

これまでの口腔疾患に対する治療 (修復治療、歯内治療、歯周治療、補綴治療、矯正治療など) の理由、時期について記載する。麻酔経験、抜歯経験も確認する。

(2) 現病歴

現疾患の発病から現在に至るまでの経過。時期や症状の変化など。

過去 → 現在

- ・いつ頃から歯肉からの出血や排膿に気づいたか？
- ・歯が動揺しだしたのは？
- ・口臭、唾液の状態は？
- ・食片圧入の有無は？
- ・歯周治療の有無や内容は？
- ・ブラッシング指導の有無や内容などは？

5 現症

主訴とする部位の現在の状態を記載する。

6 家族歴

家族 (父、母、祖母、祖父、兄弟) における歯周病の状態

- ・父母は入れ歯か？

切除療法

4. 歯肉切除術 Gingivectomy (GE) (p.107-109、142-143参照)

- 適応
- ・骨縁上ポケット——仮性または真性ポケット
 - ・一般的に水平性骨吸収状態を示すもの
 - ・線維性に増殖した歯肉
 - ・歯肉の形態異常が存在するとき
 - ・慢性歯周膿瘍、根分歧部病変
 - ・十分な付着歯肉の幅がある場合
- 禁忌
- ・骨縁下ポケットを有するとき
 - ・垂直性骨欠損を有するとき
 - ・歯周ポケットが付着歯肉を超えて深部に達しているとき
 - ・付着歯肉の幅が狭いとき
 - ・骨欠損の形態が複雑なとき
 - ・小帯の付着異常
 - ・歯の著しい位置異常
- 利点
- ・術式が比較的簡単である
 - ・歯肉の形態修正が行いやすい
- 欠点
- ・創面が大きく、出血が止まりにくい

使用主要器具：クレン・カプランのポケットマーカ、カーランドメス、バックメスなど

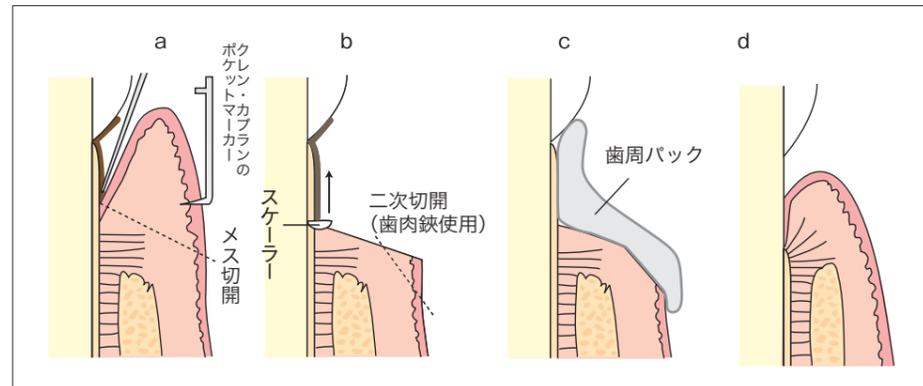


図8-5 歯肉切除術の術式と治療形態
 a: ポケット底部の印記。クレン・カプランのポケットマーカまたは歯周プローブ (ポケット探針) でポケット底部の位置を歯肉表面に出血点として印記する
 b: 歯肉切開と根面の清掃。切開線は出血点より約1~2mm根尖側の位置からポケット底部に向かって外斜切開 (30~45度) を入れる (メスはカーランドメス、替刃式メスNo.12、石川式メスを用いる。カーランドメスは臼歯に使いやすく、歯間乳頭部は刃幅の狭いナイフを用い、舌側の乳頭部は石川式メスが有効)。スケーラーで切開した歯肉片を除き、十分にスケーリング・ルートプレーニングを行う
 c: 歯肉の形態修正と歯周バックを貼布。歯肉鋏で歯肉形態を修正し (二次切開)、歯周バック (COE-pack、p.108-109参照) を貼布
 d: 治療形態

5. 歯肉弁根尖側移動術 (p.88、148-149参照)

歯肉弁根尖側移動術はポケット除去手術および歯周形成手術 (PPS) のなかに含まれる。歯周ポケットの除去を主目的として行う場合にはこの手術法はポケット除去手術のフラップ手術に含まれるが、付着歯肉の獲得を主目的とした場合にはMGSのなかに含まれる。特徴としては部分層弁により剥離し根尖側で歯肉弁を骨膜と縫合する。このため、確実なポケットの除去が可能であり、同時に付着歯肉の幅の獲得もできる。しかし、

大きく骨を削るような場合にはやや不向きである。短所としては、骨面が口腔内に露出するため、術後の歯槽骨頂部の吸収がウィドマン改良フラップ手術と比較すると大きい。

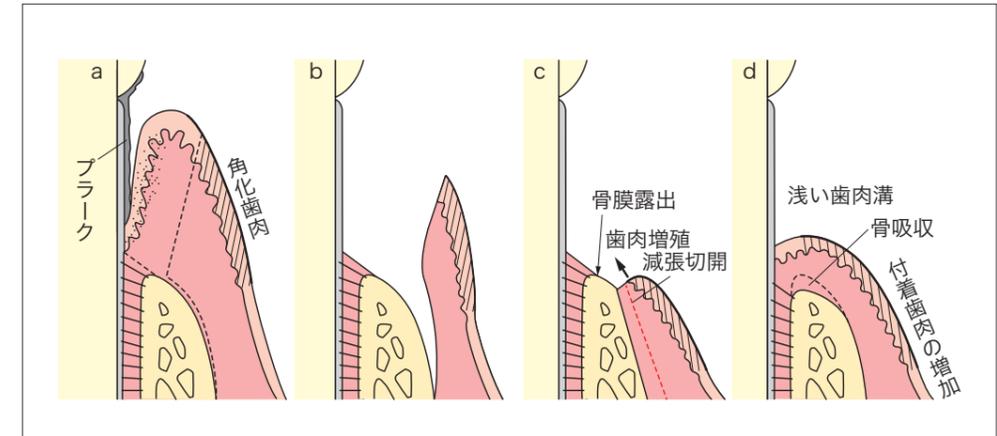


図8-6 歯肉弁根尖側移動術の術式と治療形態
 a: 切開。炎症のあるポケット壁歯肉を切除するように、歯肉辺縁から骨頂に向けて行う
 b: ポケット壁歯肉の除去とスケーリング後に骨から歯肉弁を剥離
 c: 歯肉弁を根尖側に移動し、辺縁が骨頂部に位置するように縫合 (まず縦切開部を縫合後、乳頭部を縫合)
 d: 術後。歯肉は根面に伸び出し、浅い歯肉溝と短い上皮性付着ができる (歯肉切除術と同じ)。付着歯肉は幅広く確保できるが、歯肉退縮と歯根露出が大きい

6. 歯槽骨整形術

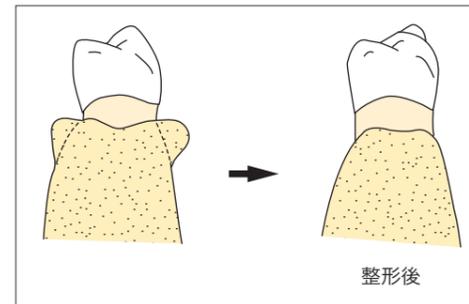


図8-7 歯槽骨整形術

歯周歯槽骨手術は、切除する歯槽骨の部位により大きく2つに分けることができる。1つは歯槽骨整形術であり、もう1つは歯槽骨切除術である。オーシャンビンのボーンチゼルやシュガーマンファイルなどを用いて行う。

歯槽骨整形術は歯根膜線維の付着している歯槽骨 (固有歯槽骨) を除去することなく、その外側の歯槽骨を削除し、解剖学的・生理学的形態に整えることである。

7. 歯槽骨切除術

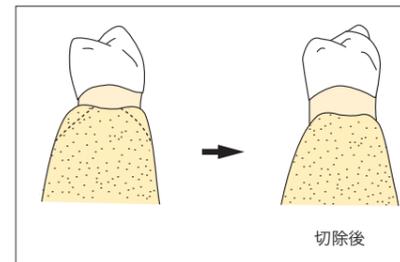


図8-8 歯槽骨切除術

歯根膜が付着している歯槽骨 (固有歯槽骨) の一部を切除して生理学的な歯槽骨形態に整え、自浄性やブラッシングによる清掃性を高めるような形態に調整することである。

その他の手術

8. Distal Wedge手術 (ウェッジオペレーション) (p.112、162-163参照)

欠損部歯槽堤および最後臼歯遠心部は歯周ポケットが残存しやすい部位である。そのため、以下に示す種々の切開法が考案されている。本実習では三角形切開法 (Distal Wedge手術) および四角形切開法 (Distal Wedge手術変法) について実習を行う。

(11) 骨膜縫合

歯肉弁根尖側移動術などの粘膜弁を扱う術式などに用いることが多い。針を歯肉に対し直角にして骨膜まで刺入する。骨膜をすくうように針を回転させ、骨膜・粘膜を一体として縫合する。

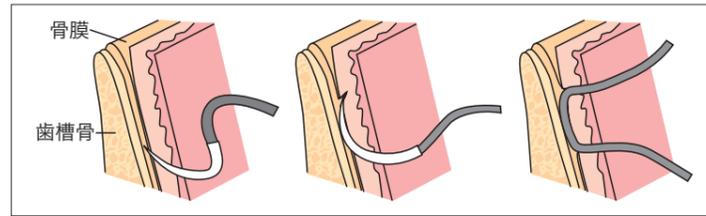


図8-68 骨膜縫合

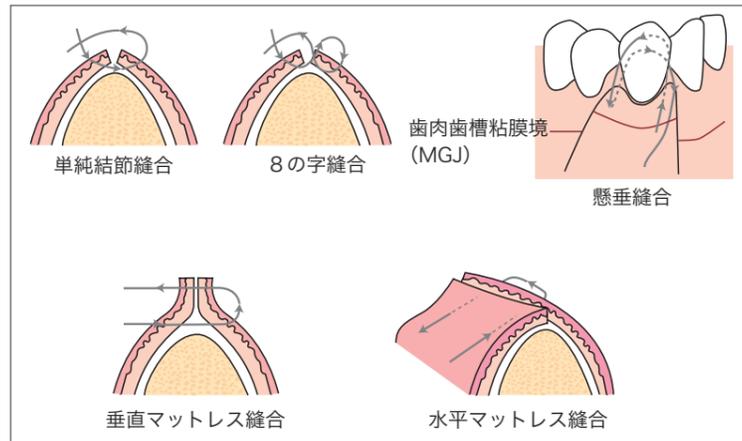


図8-69 各種縫合法の略図
(図8-68、69 沼部幸博ほか：ザ・ペリオドントロジー第3版，永末書店，2019より引用改変)

※縫合糸には絹糸、ナイロン糸、ポリエステル糸、吸収性のコットンなどがあるが、一般的には絹糸が用いられる。

E-1 歯周病顎模型での歯周ポケット搔爬術

1 スケーリング・ルートプレーニング

浸潤麻酔後、スケーリング・ルートプレーニングを行う。



図8-70



図8-71

2 歯周ポケットの歯肉壁の搔爬

キュレットタイプスケーラーの刃部を歯肉側壁に向け、ポケット内に挿入する。



図8-72



図8-73

歯肉外側を指やガーゼで押さえながら、ポケット内壁の上皮と炎症性結合組織を除去する。



図8-74



図8-75

3 創面の消毒と保護

搔爬後、ポケット内を洗浄する。歯肉を根面に圧接し、縫合または歯周パックをして終了する。

E-2 歯周病顎模型での新付着術

1 切開線のマーキング

・ポケット底部の印記

クレン・カプランのポケットマーカ―の目盛りのついた側をポケット底まで挿入し、もう一方の針のついた部分で歯肉表面に突き刺してポケット底を印記する。その印を油性マジックを用いてマーキングする(頬舌側)。



図8-76



図8-77

XI 歯周外科処置の実際

A 歯周ポケット搔爬術 p-cur/p-cur 術 (p.81、104-105 参照)

- ① 浸潤麻酔を十分に行う。
- ② ルートプレーニングを十分に行っておくこと。



図11-1 ①



図11-2 ②

- ③ 基本的にはユニバーサルキュレットを用いるが、グレーシーキュレットを逆に（刃を歯肉側）用いても行うことができる。ポケット底までしっかりとキュレットを入れる。
- ④ ポケット底にキュレットが入ったら、ガーゼを置いて歯肉を指で圧迫しながらキュレットで内縁上皮（ポケット内上皮）をこそぎ取るように引いてくる。



図11-3 ③



図11-4 ④

- ⑤ 正しくキュレットが扱われると、写真のように歯周ポケット内縁上皮が取れてくる。キュレットを引く方向を誤ると歯肉がズズズに切れてしまうので注意が必要である。
- ⑥ すべての部位にポケットキュレターが終了したら、生理食塩水などで洗浄し、JGなどを塗布する。



図11-5 ⑤



図11-6 ⑥

B 新付着術 ENAP (p.81-82、105-107 参照)

- ① ②-4 にかけて 4 mm ほどの骨縁上ポケットを認める。
- ② 浸潤麻酔後、歯周プローブ（ポケット探針）を用いてポケット底の印記を行う。このとき、クレン・カプランのポケットマーカ―を用いてもよい。



図11-7 ①



図11-8 ②

- ③ # 12 などのメスを用いて歯肉頂より歯槽骨頂に切開を加えることで、歯周ポケット内縁上皮を切り取る。
- ④ 次に、キュレットスケーラーにより切開した内縁上皮を掻き取る。根面のルートプレーニングも併せて行う。



図11-9 ③



図11-10 ④

- ⑤ 搔爬およびルートプレーニングが終了したら、ポケット内を生理的食塩水あるいはアクリノール液で洗浄する。
- ⑥ 歯間部を断続縫合し、手術を終える。



図11-11 ⑤



図11-12 ⑥

- ⑦ 必ずしも歯周包帯は必要ないが、症例に応じて歯周包帯材を用いる。
- ⑧ 治癒後の状態を示す。



図11-13 ⑦



図11-14 ⑧