

### 3 フルマウス-SRP の手順 (図4)

#### 1 概要

実際の手順について述べる。患者に対して口腔清掃指導とスクレーリングを行い、その反応性を再度の歯周組織検査によって評価し、必要がある場合にアジスロマイシン併用フルマウス-SRPを行う。

- ①アジスロマイシン 500mg を患者に渡し、処置3日前から服用を開始するように指示する。
- ②処置当日に、服薬状態を確認したうえで浸潤麻酔を行う。
- ③超音波スケーラー、グレーシー型キュレット、オコクリーナー (図10)などを駆使して、ポケット内根面の滑沢化を行う。
- ④処置後は、定期的にプロフェッショナルメカニカルトゥースクリーニング (professional mechanical tooth cleaning : PMTC) を行う。

以下に、治療のフローチャートを示す。

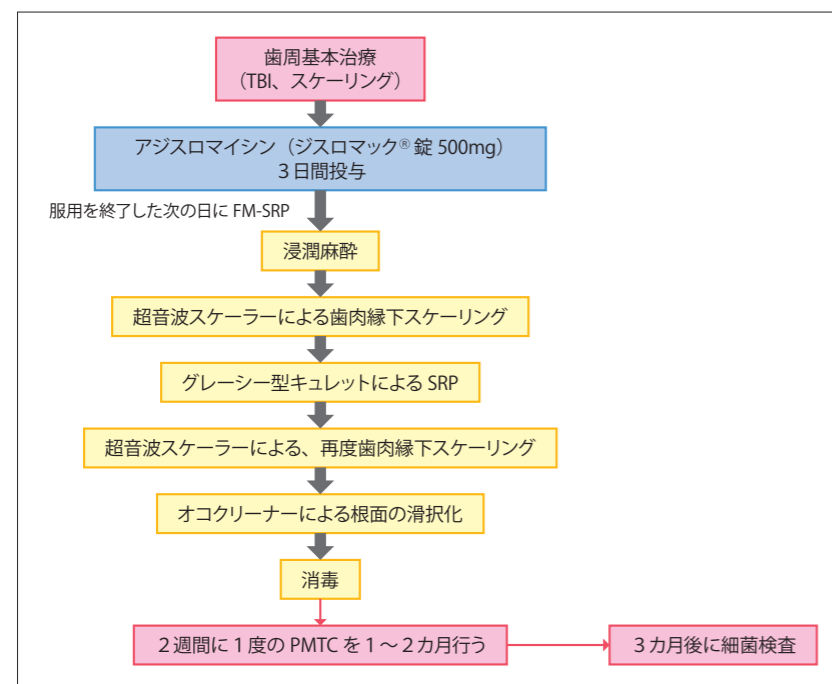


図4 アジスロマイシン (AZM) 併用フルマウス (FM) -SRP 実施のフローチャート

#### 2 手順

実際の手順を以下に示す。

十分なプラークコントロールの確立とスクレーリングを行った後、アジスロマイシン (ジスロマック®錠 500mg) を1日1回 (食間服用) 3日間処方し、処置前日に服用が終わるように指導する。また、服用により腸の動きが活発になり、下痢をしやすくなることを伝えることが重要である。

##### フルマウス-SRP 当日の流れ

- ①処置部位のポケット最終検査 (図5)
 

深い歯周ポケットの位置を確認し、SRP に伴う傷害を最小にする。
- ②確実な浸潤麻酔 (歯肉頬移行部のみの麻酔でも十分) (図6)
 

写真は歯間乳頭に浸潤麻酔を行っているが、歯肉頬移行部のみに行い、しばらく待って処置を行うことで、浸麻時の疼痛を軽減できる。



図5 処置部位のポケット最終検査



図6 浸潤麻酔

- ③超音波スケーラーでの歯肉縁下歯石の除去 (スクレーリングパワーは強めで行う) (図7)
 

いきなりキュレット型スケーラーを使うのではなく、超音波スケーラーで大きな歯肉縁下歯石を除去することで処置時間が短縮できる。スクレーリング時のパワーはやや強めとする。
- ④グレーシー型キュレットによる SRP (図8)
 

キュレット型スケーラーを用いて、注意深く SRP を行う。



図7 超音波スケーラーでの歯肉縁下歯石の除去



図8 グレーシー型キュレットによる SRP

- ⑤超音波スケーラーによるポケット内の洗浄
 

超音波スケーラーでポケット内を洗浄する。
- ⑥オコクリーナー (図10) による根面の滑沢化 (図9)
 

オコクリーナーをコントラエンジンにつけ、軽圧で歯根表面を滑沢化するイメージで歯根表面を処理する。



図9 オコクリーナーによる根面の滑沢化

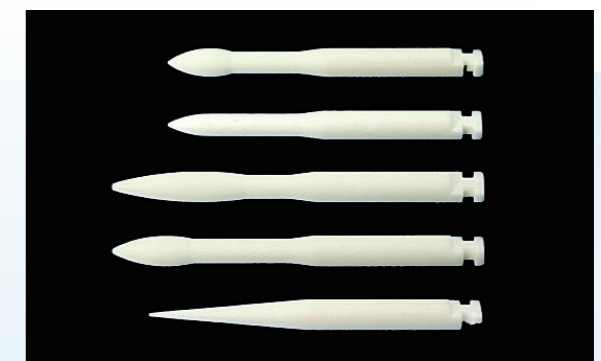


図10 オコクリーナー (写真提供: マイクロテック) レジンとガラスファイバーでできているパーで、根面の滑沢化に用いる。



症例

# 2 重度歯周組織破壊を伴う歯周炎患者への応用

## 歯周薬物療法応用の症例ポイント

歯周外科治療等の積極的な歯周治療を行うことで歯の寿命を縮めてしまい、患者のQOLを損なうことが考えられる症例

## 患者情報

- 患者：65歳、女性
- 主訴：歯茎が腫れて痛い。物がかめない。
- 現病歴：近医にて歯周病の治療を受けていたが、進行が止まらず、開業医より本学を紹介。
- 全身的既往歴：特記事項なし
- 家族歴：母、父ともに部分床義歯を装着していた。抜歯経緯については不明。

## 初診時の状態

全顎にわたり歯肉からの自然出血、腫脹および歯の動揺を認める。多くの大白歯がすでに抜歯され、6のみが残存している。軽度の刺激でも出血が認められ、歯ブラシも十分に行えていない。炎症は付着歯肉にまで拡大し、歯根露出も著しい。

### エックス線所見

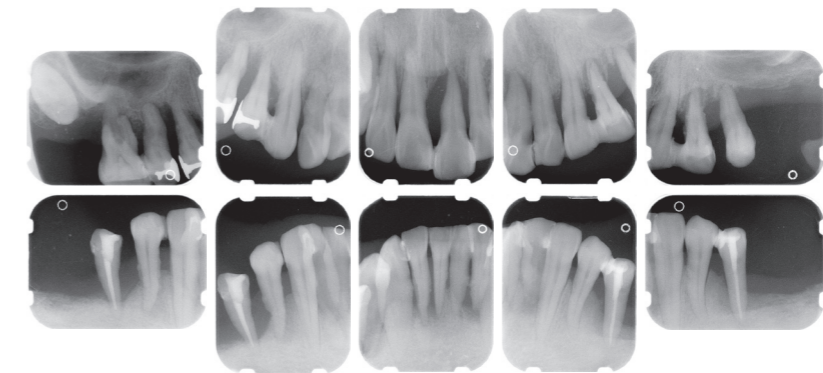
全顎的に歯槽骨の吸収が著しい。1は根尖まで及ぶ歯槽骨の吸収を認める。

### PISA

2,305.8mm<sup>2</sup>

### 診断

広汎型慢性歯周炎（ステージIV、グレードC）



動揺度			2	1	2	0	2	2	2	2	2	2	3			
根分岐部病変			II	II												
PD	B		8 4 7	4 5 9	8 5 7	6 4 4	10 4 4	4 3 3	8 8 2	4 3 6	8 4 5	8 3 3	5 4 3			
	P		6 5 6	6 6 7	5 5 8	6 4 7	6 6 7	6 4 4	8 7 6	4 5 8	8 7 8	8 6 7	4 4 4			
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
PD	L				4 5 6	4 4 5	4 4 5	8 5 10	11 4 5	6 4 8	8 8 8	3 4 5	5 5 6	6 6 5		
	B				6 6 6	7 6 8	8 8 8	9 9 10	2 8 7	6 6 7	8 10 9	5 5 4	4 7 9	6 7 6		
根分岐部病変																
動揺度				3	3	2	3	3	2	3	2	2	2			

図1 初診時の口腔内写真、エックス線写真、歯周組織検査表

## 歯周基本治療

咬合調整ならびにスクラッピング法によるTBIを行い、スケーリングを実施すると同時に、白歯部に対してA-スプリントによる暫間固定を行う。歯周ポケットは残存しているが、歯周外科治療を行うことで歯の寿命を縮め、患者のQOLを引き下げることが考えられた。

表1 初診時の細菌検査

	細菌数	比率(%)
総菌数	2,400,000	
red complex	<i>P.gingivalis</i>	110,000 4.58
	<i>T.forsythia</i>	130,000 5.42
	<i>T.denticola</i>	17,000 0.71
<i>P.intermedia</i>	4,700	0.20
<i>A.actinomycetemcomitans</i>	10未満	0.00

## 本症例の問題点と歯周薬物療法の選択理由

- ・ 重度の歯周炎であること。
  - ・ 初診時の細菌検査で *P. gingivalis*、*T. forsythia* の検出率が高いこと（表1）。
  - ・ 歯周基本治療での改善が顕著でないこと。
  - ・ 歯周外科治療を行うと歯の寿命が縮まることが考えられる。
  - ・ 比較的的水平性骨吸収状態であること。
- 歯の保存を最優先として、アジスロマイシン（azithromycin：AZM〈ジスロマック®〉）投与下でのフルマウス-SRPを選択した。

## 投薬

ジスロマック®錠 500mg 1日1回 24時間ごとに食間服用（食後3時間後に服用、服用後3時間は食べない）、3日間投与

ロキソニン®錠 60mg 2回分 疼痛時服用

PISA

144.0mm<sup>2</sup>

表2 歯周薬物療法後1カ月の細菌検査

総菌数		細菌数	比率 (%)
red complex	<i>P.gingivalis</i>	980	1.81
	<i>T.forsythia</i>	660	1.22
	<i>T.denticola</i>	120	0.22
<i>P.intermedia</i>		130	0.24
<i>A.actinomycetemcomitans</i>		10未満	0.00

### 歯周外科治療



図3 6]、4]再生療法 (エムドゲイン®+バイオオス®) 歯周薬物療法後、残存した6]および4]の近心の骨縁下欠損部位に対して、エムドゲイン®とバイオオス®を併用した歯周再生療法を行った。

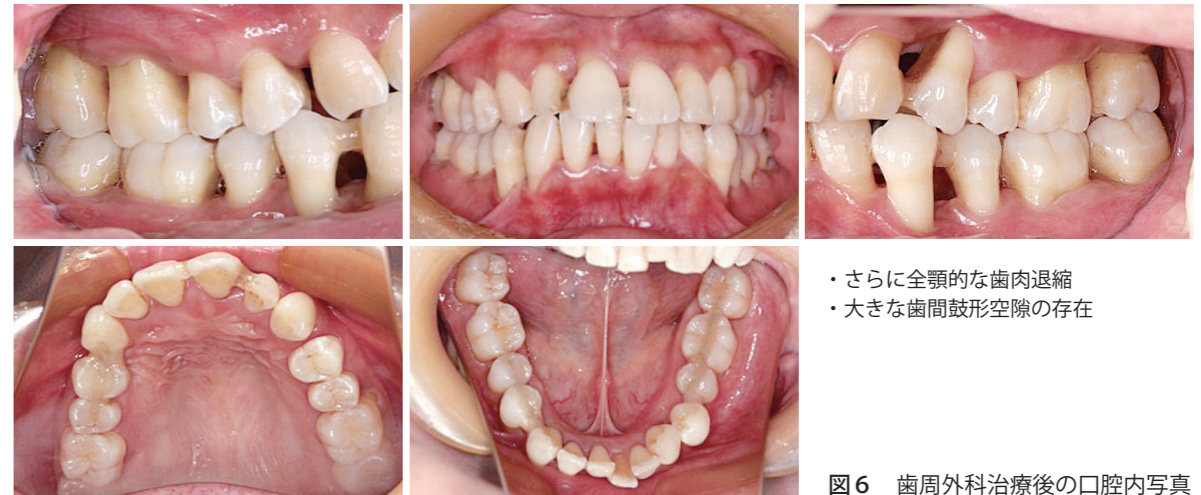


図4 6]再生療法 (エムドゲイン®+バイオオス®) 歯周薬物療法後、残存した6]近心の骨縁下欠損部位に対して、エムドゲイン®とバイオオス®を併用した歯周再生療法を行った。



図5 3-7 フラップ手術 3-7]に残存した深い歯周ポケットに対しては、フラップ手術で対応した。

### 歯周外科治療後再評価



- ・さらに全顎的な歯肉退縮
- ・大きな歯間鼓形空隙の存在

図6 歯周外科治療後の口腔内写真

### 矯正治療



図7 矯正治療時の口腔内写真 歯周組織の炎症の改善が認められた後、プラークコントロールの行いやすい歯列を作り、歯周病の再発を防ぐ目的で矯正治療を行った。

### メンテナンス移行時 (初診から5年 / 歯周薬物療法後4年7カ月 / 全顎歯周外科治療後2年 / 矯正治療後1年)



- ・歯周組織は安定している
- ・叢生は改善している
- ・大きな歯間鼓形空隙の存在

図8 メンテナンス移行時の口腔内写真、エックス線写真、歯周組織検査表 (その1)