

1 病因論の歴史から 一組織の回復からバランスの改善へ

1. 1970年代 治療目標は歯周組織の回復だった

1970年代に、図1-1に示すように、歯周ポケットが諸悪の根源とされ、骨吸収部位は非生理的であり、組織を生理的な形態に回復させるために歯周外科処置が不可欠と現場では考えられていました。

図1-1 1970年代の現場の思い込み。

1. 歯周炎は、放置するとどんどん悪化し、骨吸収が進行して歯が抜けてしまう
2. 歯周ポケットが諸悪の根源。だから、歯周ポケットを除去することが重要だ
3. 骨吸収部位は、できるだけ生理的な形態に切除整形しておくべきである
4. ゆえに骨整形切除してポケットをできるだけ減らす外科的術式こそ、根治療法である
5. または重度歯周炎の歯は、放置すると骨吸収が著しく進行するため、早期の抜歯により顎堤を保存し、義歯が安定するようにせねばならない

「1970年代の現場での思い込み」を
今なら図1-2に修正すべきでしょう

図1-2 今なら、こう修正できる。

1. 歯周炎の進行には、活動期と静止期があり、一直線に進むものではない。歯周炎が進行して抜歯に至るにはかなりの時間がかかり、ましてや、無歯顎になるものは少ない
2. 歯周ポケットは、浅い方が望ましいが、深くてもメンテナンスで十分に維持管理できる
3. 骨吸収は疾患の結果であって、切除整形する意味はない
4. 顎堤は歯を失うと経時的に吸収するため、早期の抜歯は得策とは言えない

2. 2000年代 治療目標は歯周組織と細菌の均衡の回復と維持

現在では、歯周病原菌は内因性感染と理解されるようになりました。そして、歯周病の本質は図1-2aのように、バイオフィルムの性状の細菌と歯周組織の均衡が崩れた状態とわかっています。

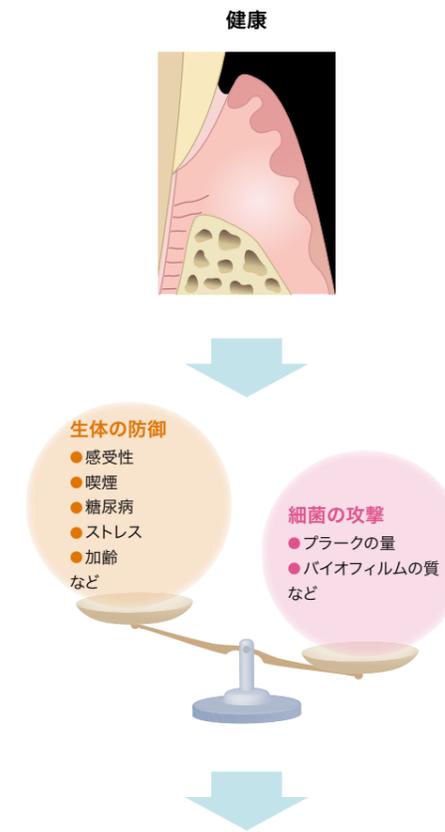
歯周治療の概念も、1970年代の組織の回復ではな

く、細菌と歯周組織の均衡の改善、すなわち、歯周基本治療（プラークコントロール、除石、SRP）と継続したメンテナンスに変化しました（図1-2b）。

この知識を、毎日の臨床に生かすことが求められています。

現在の歯周炎の概念

ホームケアの不良や生体の感受性が高い場合、喫煙などにより生体の抵抗性が落ちることにより、均衡が崩れ歯周炎を発症する。



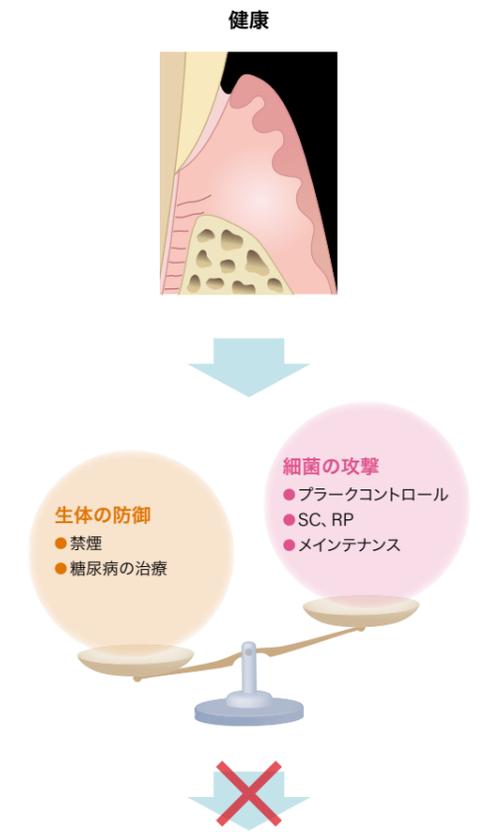
歯周炎 = 生体の防御 < 細菌の攻撃



図1-2a

現在の歯周治療の概念

歯周治療は生活習慣の改善と適切な歯周基本治療、メンテナンスによって均衡を改善し、維持すること。



歯周治療 = 生体の防御 > 細菌の攻撃

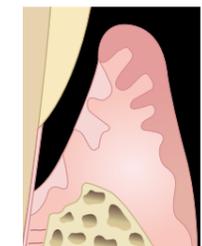


図1-2b

第6章

歯周基本治療 の実際

Step 2 歯石の探知!

①事前に必ずエックス線写真で情報を得る

1つ目は必ず事前にエックス線写真で情報を得ることです。

あらかじめ歯根の解剖学的な形態を頭に入れて

Advice1 ポケット底までプローブを届かせる

プロービング時には、プローブがきちんとポケット底まで届いていることが重要で、これを確認しながら根面をくまなくチェックし歯石の有無や量、沈着の仕方を把握します(図6-12)。注意

おき、そのうえで改めて歯根の形態や歯石のつき方、骨吸収を確認しプローブの挿入角度や方向、挿入深度の参考にします。

点として、歯石の上でプローブが止まらないように(図6-13)、プローブを様々な角度から挿入しオーバーラップするように探ります(図6-14)。

プローブをポケット底まで届かせる

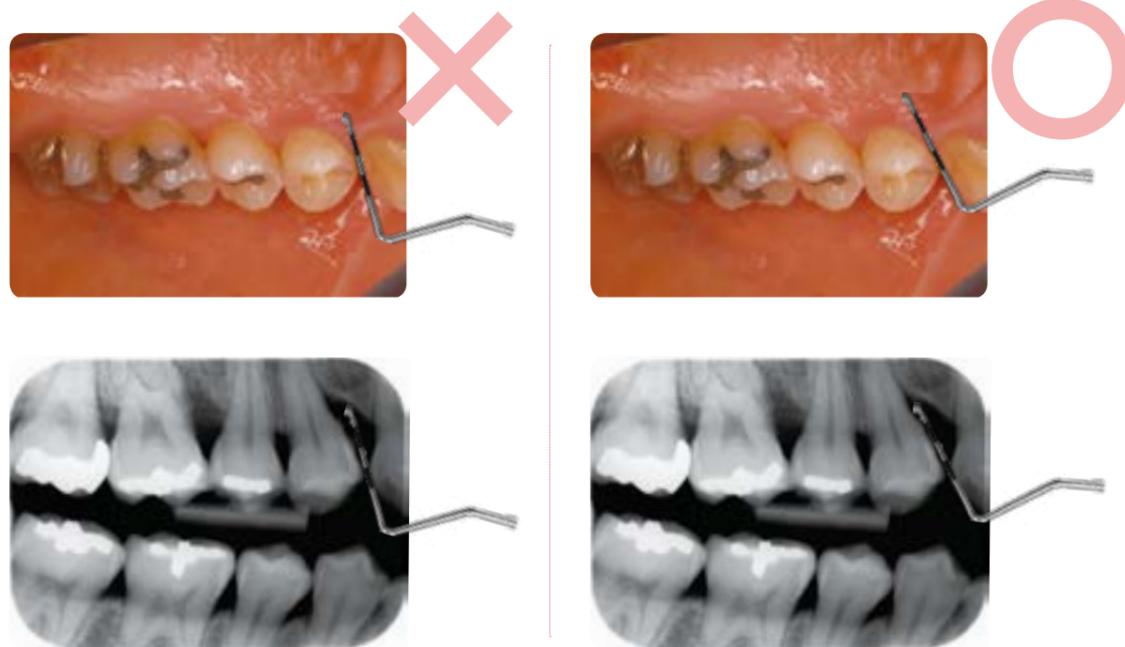


図6-12 左はポケット底を探知できていない。右のように根面に沿わせて挿入することが大事。

歯石の上でプローブが止まらないよう注意

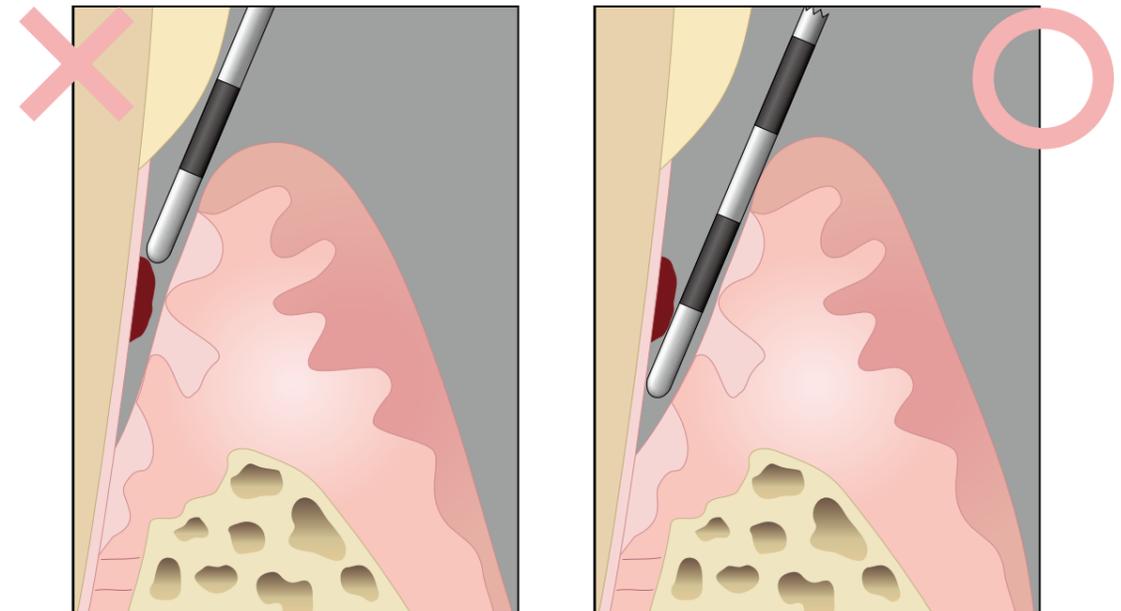


図6-13 特に大白歯の遠心はプローブが挿入しにくいので歯石の上で止まらないように気をつける。

様々な角度から挿入する

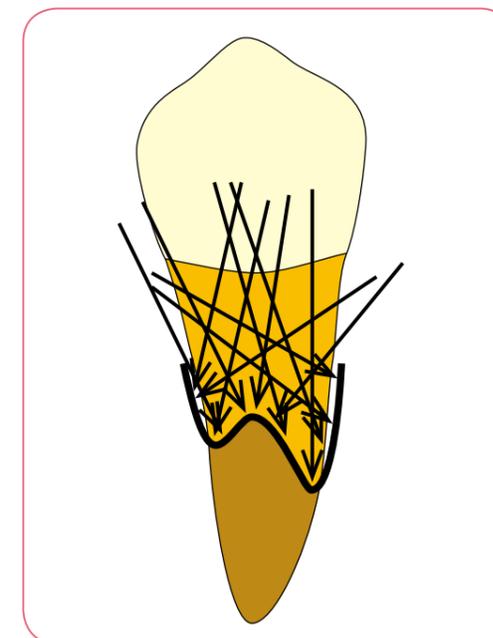


図6-14 歯石を見落とさないために様々な角度からプローブを挿入する。

10.SRP の技術を上げるためのアドバイス

Advice1 SRP の技術の習得は段階を踏んで

医院の成熟度や先輩の歯科衛生士の有無など医院によって条件は異なりますが、SRPは段階的なステップを踏み基本動作を繰り返し時間をかけて身につけていくしかありません。

臨床経験が浅く、技術的に未熟であるにもかかわらず、

あれもこれもとアドバンスなケースに手をつけてしまうと治らないばかりか、患者に苦痛を与え信頼を失う原因となってしまいます。できる部位、できる根面を確実にものにし、徐々に難易度を上げていくようにします。

Advice2 自分の施術を見直す習慣を持つ

施術に問題がある場合は決してそのままにせず必ず立ち止まって施術を見直すことが重要です。

課題があれば半年おきに振りかえり、達成レベルを再評価し少しずつ成功体験を積み、確実に守備範囲を拡げていきます。

もちろん模型や抜去歯牙で練習をしますが、模型はあくまで模型にすぎません。実際の臨床で場

数を踏み、失敗から学ぶことで施術の幅が広がり臨機応変な対応が可能になります。失敗は少ないにこしたことはありませんが、キャリアの浅いうちに色々なケースに出会い、失敗から学び考察し、次の臨床に活かしていければよいと思います。

Advice3 中等度までの歯周病を治せる技術を

実際の臨床で歯周病を発症して来院される患者は、歯周ポケットが5~6mmまでの中程度の慢性歯周炎に罹患している方が圧倒的に多いため、最低限、中等度までの歯周炎をきちんと治癒に導けるだけの技術を身につけ、その質と効果を高める必要があります。

歯周ポケットが5~6mmになると治癒は半減するというデータもありますが、決してそうではありません。スキルを磨けば治る確率がぐんと上がります（特に単根歯はその可能性が高いです）。

最初からポケットの深さだけで治りを諦めたり、すぐに外科処置に踏み切るのは先入観で可能

を不可能にしているのと同じです。

中等度の歯周炎を治せるようになれば、誰がどう対処しても限界のあるアドバンス症例に力を注ぐより、はるかに有益と思います。

しかし、実際の臨床では重度の歯周炎患者も来院されるのが現実です。重度に進行した歯周炎において少しでも保存の可能性があれば、プロとして対応能力を磨くことも必要です。難易度が高い分、治癒に導けた時はやりがいを感じますし、生体の治癒能力の高さに驚かされるケースもあり、経験を積むことで手技の限界値を上げることもつながります。

11.SRP の失敗の原因とその対策

①歯石の取り残し（アンダーインスツルメンテーション）

原因1 プロービングでの探知力が甘い

プローブを軽く持ち力を抜く癖をつけます。キュレットワークの延長で力を入れて把持すると指先の感覚が鈍り、正しく探知できません。肩の力を抜き腕を下げ、一度タイミングをずらし意識的に脱力させるなど工夫をします。

また、前述のようにプローブが歯石の上で止まらないよう操作角度を変えて歯石の最下端を正確

に捉えることが重要です(図6-53)。歯肉が引き締まっている場合、プローブが入りづらく途中で止まったままになってしまうことがよくあります。落ち着いてじっくり押し込んでみるとジワジワ入っていったり、プローブの挿入角度を変えるだけでピンポイントで入る場所が見つかったりするため、プロービングは慎重に念入りに行います。

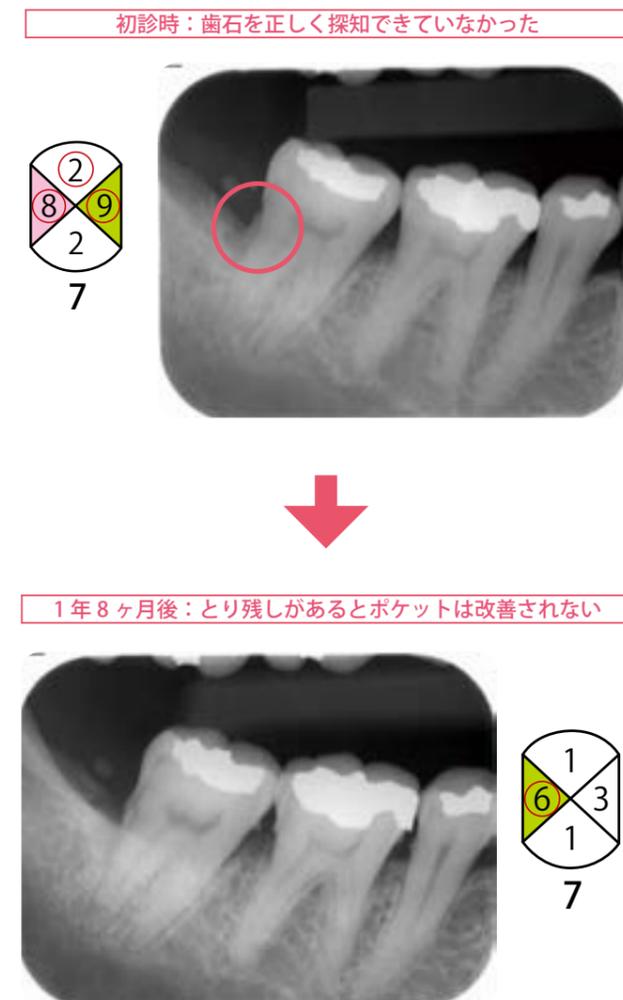


図 6-53 7の遠心の縁下歯石をとり残したままになっている。既述のように歯石の最下端を正確に捉えることが重要である。

Step 4 キュレットによるルートプレーニング!

原因2 歯石を研磨してしまう

歯石が硬くて多量なケースでは術中にエッジの切れが落ちやすく、歯石を薄く研磨してしまいがちです。このようなケースではまず超音波スケーラーで可能な限り歯石を除去し、キュレットの切れが鈍いと感じたら早めに交換します（あらかじめ予備のキュレットを準備しておきます）。

切れないキュレットを使い続けると取り残しの原因となるだけでなく、より側方圧をかけないと取りづらくなり、オーバーの原因にもなります（図6-54）。薄く取り残してしまった歯石はキュレットに引っかかりにくいいため通常よりエッジを立てて操作する必要があり、通常のルーティンワークでは対応しきれない場面もでてきます（図6-55）。

術中に気づこう！切れなくなったキュレットと切れるキュレットの違い

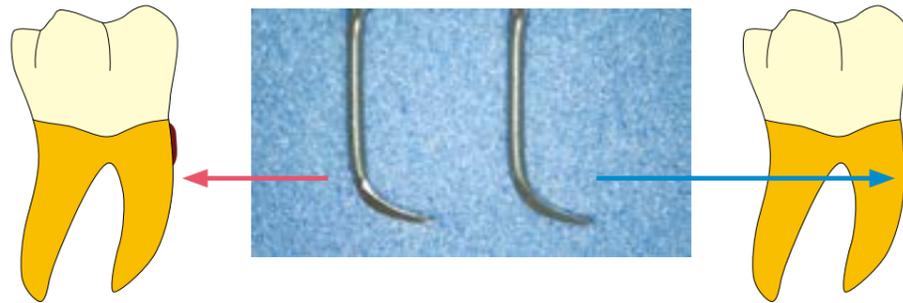


図6-54 左は切れなくなったキュレット（反射光が見られます）、右は切れるキュレット。術中に切れなくなっていることに気づくことが重要。

薄く取り残した歯石への対応



図6-55 右のように薄く取り残してしまった歯石には、あえてエッジを立てて操作することも必要となる。

原因3 キュレットワークの不備

大臼歯の遠心は開口が大きくとれたとしても垂直方向の施術では、操作の途中で刃先が外れ、上滑りしやすくなります。また、大臼歯の遠心は近心に比べ根に丸みがあり、歯冠の豊隆が邪魔しやすいため、最初から水平方向に動かす方が多くの場合操作しやすくなります（図6-56）。

最後臼歯の遠心は苦手意識の高い部位ですが、8番がない場合はキュレットさえ入れば、その動きに制限が少ないため、逆にアクセスしやすいとも言えます。

この他にも頬側面や舌側面の歯頸部近くや隅角部も水平的なストロークの適応になります。スト

ローク中はキュレットの軸にブレがないか確認しながら操作します。

臼歯部のグループなどの陥凹部へのアクセスはブレード全面をあてる方法ではフィットしないため、キュレットのかかとを浮かせ、つま先を凹みにフィットさせるように歯肉縁下でキュレットをゆっくり回転させ角度をつけてあてます（図6-57）。

また、支持骨が少ない場合は側方圧をかけると歯牙が動揺するため圧が逃げてしまいます。このような場合は歯牙が動かないよう指で保持しながら適切な側方圧が伝わるようにします。

大臼歯遠心へのキュレットワークの工夫



図6-56 大臼歯の遠心には第一シャンクの長いアフターファイブを使用する。垂直ストロークでは開口を大きくとり（左）、水平ストロークでは開口を小さくした方が（右）アクセスしやすい。

臼歯部の陥凹部へのキュレットワークの工夫



図6-57 臼歯部のグループなどの陥凹部へのアクセスは通常のブレード全面をあてる方法ではフィットしないため、それぞれ左図のようにキュレットのかかとを浮かせ、つま先を窪みにフィットさせるように角度をつけてあてる。

12. 分岐部の扱いについて

Advice1 分岐部を2つの小さな小白歯とイメージすると操作しやすい

分岐部へのSRPはアドバンスな処置となるため、前述の基本操作が十分身につけていることを前提とします。

進行度にもよりますが、複根歯それぞれを単根

歯として捉え整理しながら操作します。

例えば、下顎大臼歯の分岐部を2つの小さな小白歯とイメージし、1根ずつ操作するとわかりやすくなります(図6-63)。

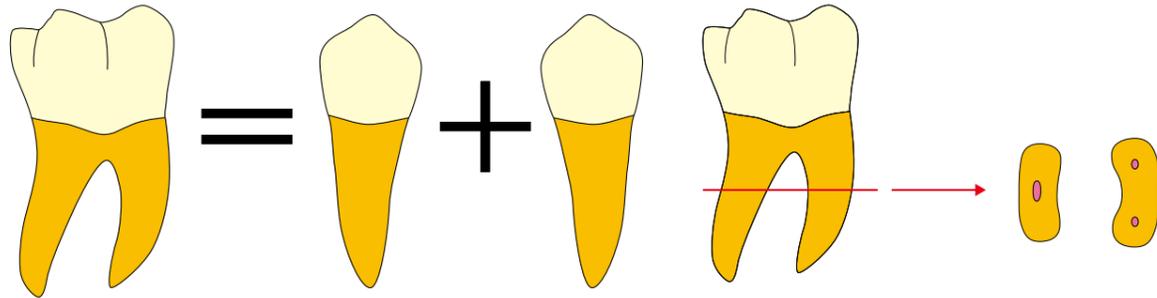


図6-63 複根歯は単根に分けて施術するとイメージしやすい。

Advice2 キュレットだけでアクセスしにくい時の対策：先の細い器具を使用する

進行した分岐部病変内部の天蓋部や歯根の内面の陥凹部などはキュレットだけではアクセスに限界があります。そこで超音波スケーラーの細くて

屈曲したチップや、先がスプーン状の小さいエキスカベータなどを用いて可能な限り感染源を除去します(図6-64、65)



図6-64



図6-65

分岐部に使用するキュレット以外のインストルメント。図6-64の2本は超音波スケーラーのチップでブレードのないBDRのTK2-1R,TK2-1L。図6-65の4本はLMのエキスカベータ。左端から259-260、651-661、612-622、61-62。

Advice3 根が離開している場合は慎重に

また、根が離開している場合は天蓋部にアクセスしやすいのですが、ストロークがすぎると後に

天蓋部からう蝕になることもあるため、慎重に操作します(図6-66)

天蓋部よりう蝕が進行してしまった例



図6-66 16の分岐部のSRP後、天蓋部よりう蝕が進行してしまい、抜歯になってしまった。

Advice4 進行した分岐部病変でも保存の可能性をあきらめない

進行した分岐部病変があっても、歯周基本治療でできるだけ感染源を除去できればメンテナンスで長期にわたって維持できるケースもありま

す。最初から諦めないことが大事です(非喫煙者に限る)(図6-67)。

初診時：3度の分岐部病変だった

20年後：良好に維持できた

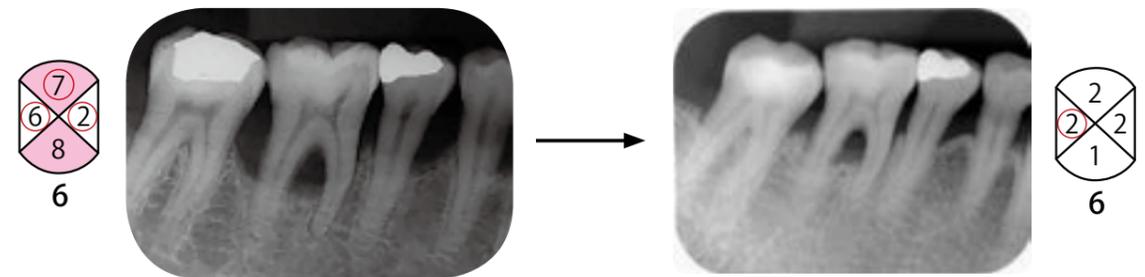


図6-67 11に3度の分岐部病変があるが、歯周基本治療後、20年が経過しても良好な状態を維持できている(分岐部内にも歯間ブラシを使用してもらっている)。