

抄録集

日本臨床歯周病学会
中国・四国支部教育研修会

2020 年 10 月 25 日(日)

ケースプレゼンテーション①

演題 口腔内への健康意識の向上により歯科の重要性を認識していただくことに繋がった一症例
氏名 齊藤順子
所属 和気歯科医院
キーワード 限局型重度慢性歯周炎 咬合性外傷 信頼関係の構築
I. 緒言 口腔内への意識の低い患者に対し、治療の重要性について詳しく説明し理解を得ることでモチベーションが向上し定期的な SPT の継続に繋げる事ができた限局型重度慢性歯周炎の症例を報告する。 II. 症例の概要 【初診・診査・検査所見】 患者:50 歳 男性 職業:会社役員 初診:2013 年 11 月 主訴:昨日、左上の前歯が食事中に欠けた 現病歴:メタルボンド Br 22 前装部破折 全身既往歴:特記事項なし 歯科的既往歴:子供の頃は治療の経験がほぼ無く 10 年前と 1 年前にカリエス治療をしたことはあるが、歯周病の治療、メインテナンスの経験はなく、痛い時のみ歯科医院に通院していた。診査所見:視診にてほぼ全顎的に歯肉に発赤腫脹を認めた。パノラマ X 線写真より全顎的に縁上縁下歯石の沈着、水平性および垂直性骨吸収を認めた。歯周組織検査よりほぼ全体的にブラークの付着、歯肉から多数の出血、多数の深い歯周ポケットを認めた。45 に動揺度Ⅲと排膿、47 に動揺度Ⅱを認めた。 【診断】 限局型重度慢性歯周炎 【治療計画】 歯周基本治療、再評価、口腔機能回復治療、メインテナンス 【治療経過】 初診日に主訴であるメタルボンド Br の 22 前装部が欠けたため 21・22・23 に TEK を装着。その後、歯周組織検査を行い歯周病の説明、ブラークコントロールの重要性について説明し歯周基本治療を進めた。並行してスプリント、カリエス処置、根管治療を行い歯周基本治療終了後、補綴治療を行なった。歯周基本治療終了後、歯周ポケットの残存を認めたため再 SRP を行なったが 17・14・13・27 の改善が難しかったため 1 ヶ月から 2 ヶ月ごとの SPT に移行し現在に至る。 III. 考察 歯周基本治療、セルフケアの向上により徐々に歯周病の改善を認めたが再評価後、主訴である前歯部の補綴を作製するにあたり再度破折の可能性を考慮しスプリントによる咬合治療を行なった。45,37 は垂直性骨吸収により保存不可能のため抜歯を行い、11 は歯根破折により抜歯となった。その後補綴を装着し現在に至るまで大きなトラブルもなく維持ができている。SRP では根面の粗造感を探知しイメージしながら根面や歯肉を傷つけることのないよう丁寧に施術し、生体が受け入れられる根面をつくる事が出来、結果として歯肉退縮と上皮性付着によって歯周ポケットが浅くなり、炎症が消退したと考えられる。 患者は初診時、口腔内への意識や口腔衛生の知識が乏しかったため、モチベーションの向上とセルフケアの重要性を認識することが重要だと考えた。回を重ねるごとにセルフケアの重要性を実感し口腔内に対する意識が向上し改善と同時に徐々に会話や笑顔が増え、現在まで SPT の継続に繋げることができたと思う。 歯肉縁上縁下のブラークコントロールを徹底し、咬合チェックを行っていく。 引き続き SPT を継続できるように患者と二人三脚で努めていきたい。

演題 多数の歯肉退縮に対して異なる根面被覆術を用いて対応した症例

田口 淳

田口歯科クリニック

キーワード 歯肉退縮、根面被覆術、結合組織移植術

I. 緒言

歯肉退縮により歯根が露出すると、知覚過敏、根面う蝕、根面の摩耗、審美障害などの問題が生じる。それらに対する処置として根面被覆術があり、様々な術式が存在する。

今回は、多数歯にわたって生じた歯肉退縮に対して上皮下結合組織を用いて異なる術式によって根面被覆を行った症例を報告する。

II. 症例の概要

症例1 患者:34歳,男性,非喫煙者。初診日:2015年9月。主訴:歯茎が下がってきて、歯がしみる。全身既往歴:特記事項なし。口腔内所見:全顎的に前歯から小臼歯にかけて1~7mmの歯肉退縮を認めた。隣接面の付着は存在する。歯肉退縮は左下犬歯のみ歯肉頬移行部を越えている。他の部位は歯肉頬移行部を超えていないが角化歯肉の幅は小さい。

症例2 患者:40歳,男性,非喫煙者。初診日:2018年2月。主訴:右上と左上の歯茎が下がってきた。全身既往歴:特記事項なし。歯科的既往歴:10代の頃に全顎矯正治療を受けた。口腔内所見:上顎は犬歯を中心に前歯から第一大臼歯にかけて、下顎は左下犬歯から第一大臼歯にかけて、1.5~5.5mmの歯肉退縮を認めた。隣接面の付着は存在し、歯肉退縮は歯肉頬移行部を越えていないが、角化歯肉の幅は小さい。

III. 診断 症例1の左下犬歯は、Millerの分類 Class IIの歯肉退縮

他の部位は、Millerの分類 Class Iの歯肉退縮

IV. 治療計画

①歯周基本治療 ②再評価 ③根面被覆術。症例1はランガー変法(MLT)、トンネリング法、症例2はトンネリング法 ④再評価 ⑤SPT

V. 治療経過

歯周基本治療、ブラッシング指導を行った後、上皮下結合組織を用いて根面被覆術を行った。術後の辺縁歯肉は、ほぼセメントエナメル境まで被覆でき厚みも増し、安定している。

VI. 考察, まとめ

完全な根面被覆が期待できる Miller の分類 Class I の症例では、一般的にどの術式を用いても良好な結果が得られやすい。MLT は角化歯肉の少ない症例や、多数歯にも応用できるが、歯肉の治癒に時間がかかり、瘢痕や段差が残しやすいという欠点がある。トンネリング法は MLT の欠点を補うことができ、審美的な結果が得られやすい術式であると考えられる。

演題 歯周基本治療のみで対応した広汎型重度慢性歯周炎の一症例

○渡部和美, 玉井ひかる, 東浦 愛, 菊池奈那, 松田 望, 大谷淳二

中四国支部 医療法人 丹心会 大谷歯科矯正歯科

広汎型慢性歯周炎, 歯科恐怖症, コミュニケーション

I. 緒言

歯科衛生士の仕事は対人援助職であるが、援助を必要とする患者が歯科恐怖症を有していた場合、歯周治療の介入は非常に困難であり、ラポールの形成に多くの時間を費やす必要がある。さらに、歯周治療において患者自身の前向きな行動変容を促すためには、歯科衛生士の知識や技術だけでなくコミュニケーション力が重要となり、我々には多様なスキルが求められる。今回は、歯科治療に対する恐怖心が非常に強い広汎型慢性歯周炎患者に対して、精神面に配慮しながら歯周基本治療を行い、初診時より5年経過した一症例を報告する。

II. 症例の概要

患者: 63 歳, 女性, 初診: 2015 年 3 月, 主訴: 38 番の咬合痛および全顎的な強い知覚過敏, 全身既往歴: 高血圧, 歯科的既往歴: 過去にも痛みがあれば歯科を受診していたが、歯科医師からの説明なく抜歯されたり、痛みを伴うクリーニングを受けてきた。その結果、歯科医院に対する恐怖心と不信感を抱くようになり、2007 年を境に歯科受診を中断していた。診査所見: 全顎的に清掃不良で歯肉縁上縁下に多量の歯石沈着が認められた。また、臼歯部と下顎前歯部を中心に深い歯周ポケットを認め、25-27, 38, 32-43 に動揺度 2 を認めた。X 線所見において、全顎的に水平性および垂直性骨欠損、16 に II 度、17 に I 度の根分岐部病変を認めた。

III. 診断

広汎型重度慢性歯周炎

IV. 治療計画

十分なコミュニケーションに配慮しながら患者教育, TBI を行う。患者の強い希望から、まずは非外科を基本とした歯周基本治療を行う。臼歯部における歯周ポケットへのアクセスが困難な部位に対しては、仮歯に置換してスクレーピング・ルートプレーニングを行う。PCR10%台を目標に SPT へと移行する。

V. 治療経過

2015 年 3 月から治療を開始し、まずは現状の説明と病態に対する理解を深めてもらうため、十分なコンサルテーションと情報の共有を試みた。歯科医師に対する恐怖心が顕著であったため、歯周治療は歯科医師の管理の下、担当衛生士のみが行う旨を説明し、将来の自立した口腔衛生管理のためにセルフケアの向上に基づく徹底したブラークコントロールを行った。また、歯肉腫脹が緩和する時期や部位を考慮しながら、臨機応変に縁上縁下歯石の除去を行った。2015 年 9 月の再評価時には、臼歯部を中心に残存ポケットが認められたため再度コンサルテーションを行ったが、やはり歯科恐怖心から歯周外科処置や抜歯の許可を得られず、補綴治療とスプリントを装着し SPT へと移行した。

VI. 結果 考察

患者は、過去の歯科治療のあり方から歯科恐怖心が強くなり、歯科受診が遅れることによって歯周病が増悪したと推察される。当院での歯周治療介入に際し最も苦労したことは、患者の極端な歯科知識の欠乏であったため、処置内容の説明とその理由、これを放置することによる将来の展望等について、治療過程を通じて常に患者との情報共有に努めた。その結果、患者とのラポール形成が得られたことで、歯周治療を継続し、SPT へと導くことができた。

ケースプレゼンテーション②

演題 トラブル予防のための臼歯部インプラント周囲粘膜の取り扱い
氏名 豊嶋 健史
所属 医療法人社団新樹会 豊嶋歯科医院
キーワード インプラント, 周囲粘膜, 連続性
I. 緒言 インプラント治療後には周囲組織の炎症などの併発症が散見される。治療の基本原則を逸脱して招いたものあれば、患者が高齢もしくはハンディキャップになり清掃不良になったことに起因するものもある。前者の対策は原則を遵守するほかないが、現在、インプラント周囲組織にトラブルが起こった際に再建する予知性の高い方法はないため、予防的観点から清掃性を担保する環境を整えることが第一である。 今回は、臼歯部インプラント周囲粘膜に着目して清掃性を獲得するための基本的事項を整理する。 II. 症例の概要 原則として、インプラント治療を計画する際には歯槽骨の高さ・厚みとトップダウントリートメントを基礎とした埋入位置の決定を行う。 歯槽骨吸収により欠損部と隣在歯との間に垂直的な段差が生じた症例では、歯槽骨の連続性を獲得するために積極的に垂直的骨増生術を行う。また、口腔前庭が浅く角化粘膜が少ない症例では、周囲粘膜のマネージメントにより清掃性を確保する。 具体的には、周囲粘膜の厚み、角化粘膜の有無、埋入深度を勘案することで清掃性を確保することもある。Palacciのフラップマネージメントやいわゆるロール法により、周囲粘膜の環境を改善できることもある。しかしながら、角化粘膜に関しては 2 次手術の際にパンチアウトを行えるほど角化粘膜が十分に存在する症例は少なく、歯肉弁根尖側移動術もしくは遊離歯肉移植術で対応することが多いかもしれない。 III. 考察 臼歯部インプラントの補綴装置では審美性よりも清掃性を優先することが多いが、それにも増して、清掃性を獲得する周囲粘膜のマネージメントがより重要である。また、欠損部の大きさや隣在歯の状態により、行うべき周囲粘膜のマネージメントの内容は異なる可能性もある。インプラント治療を受ける患者が高齢化していることを考えると、過剰医療は避けるべきであるが、予防的観点から清掃性を担保する環境を整えることが最重要である。

演題 唾液中乳酸脱水素酵素レベルと睡眠呼吸障害に関する研究：東温スタディ

氏名 ○三好 規子^{*1*3*4} 西岡信治^{*2*3} 丸山 広達^{*3} 谷川 武^{*4}

所属 ^{*1} 愛媛県口腔保健センター ^{*2} 西岡歯科医院 ^{*3} 愛媛大学大学院農学研究科 ^{*4} 順天堂大学大学院医学研究科公衆衛生学講座

キーワード: 歯周病, 唾液検査, 睡眠呼吸障害

I. 背景と目的

歯周病の確定診断手法であるプロービング法は高いコストと長い検査時間が必要であるため、簡易な手法として、唾液中の乳酸脱水素酵素(S-LDH)測定による口腔内炎症を把握する歯周病スクリーニング法が開発されている。S-LDH で定量的に歯周病の程度を評価し、睡眠呼吸障害(SDB)との関連を分析した研究は少ない。そこで本研究では、S-LDH と SDB との関連を検討することを目的とした。

II. 方法

2011～2015 年に実施された 30～84 歳の愛媛県東温市民を対象に実施した東温スタディの参加者で、歯周病検査、唾液検査、SDB 検査を受けなかった者、CRP10mg/dL 以上の者を除外した男女 1,686 人を対象とした。呼吸障害指数(RDI)が 20 以上の者を SDB と定義した。S-LDH を四分位に分け、第 1 四分位に対する他の四分位の SDB のオッズ比をロジスティック回帰モデルにて算出した。さらに、肥満(BMI $\geq$ 25)の有無別でも分析を行った。

III. 結果

第 1 四分位に対する他の四分位の SDB の多変量調整オッズ比(95%信頼区間)は、第 2 四分位で 1.19 (0.83–1.72)、第 3 四分位で 1.24 (0.87–1.78)、第 4 四分位で 1.52 (1.06–2.17)と、有意な関連が見られた(傾向性 $p=0.03$)。さらに肥満の有無別で分析した結果、非肥満者では SDB のオッズ比は S-LDH 最高位で 2.26 (1.47–3.48)となり有意差を認めた(傾向性 $p<0.01$)。非肥満者では、より明確な関連が見られたが、肥満者では関連が見られなかった。

IV. 考察

本研究では、特に非肥満者において S-LDH が高いほど SDB のオッズ比が高かった。歯周病の進行と SDB との間には炎症の亢進等共通するメカニズムがあるが、因果関係を明らかにするには今後コホート調査などが必要である。

V. 結論

非肥満者においては、歯周病が進行している者ほど、SDB を有している可能性が高いことが示唆された。

演題 咬合崩壊が起こりつつある重度慢性歯周炎患者に対して歯周組織再生療法とインプラント治療で対応した一症例

氏名:小倉嘉弘

所属:中国四国支部 小倉歯科クリニック

キーワード:炎症と力のコントロール, 歯周組織再生療法, インプラント治療, GBR

I. 緒言

歯周炎の治療では、炎症と力のコントロールが大切となる。プラークコントロールが不良であれば歯周組織の改善は期待できず、歯周治療を行っても良い治療結果は得られない。また、歯周病の進行により歯の喪失が起こり、咬合支持歯を失うことになれば、残存歯の歯周組織の状態もさらに悪化するものとする。本患者は他院で治療を受けメンテナンスに通っていたにも関わらず、ブラッシング指導をはじめとした十分な治療が行われず歯周炎が重度に進行していた。今回、咬合崩壊が起こりつつある重度慢性歯周炎患者に対して歯周組織再生療法とインプラント治療を行い、良好な経過が得られているので報告する。

II. 症例の概要(初診, 診査・検査所見)

患者:68 歳 初診:2014 年 5 月 主訴:他院を受診するが歯周病の改善がみられないので診て欲しい 歯科的既往歴:50 代の時に右側の上下臼歯は抜歯となり、義歯は作製したが使用していない。左側上顎臼歯部が1 週間前から痛む。

全身的既往歴:骨粗鬆症(初診の 10 年前からフォサマックを服用)、非喫煙者。

診査所見:PCR 84%, BOP 陽性率 83%, PISA 2,061mm²。26,27,37 は動揺度3度であった。骨格的2級で、側方運動時に 27,37 に咬頭干渉を認めた。X 線所見では、16,37 にそれぞれ classⅢ, class I の根分岐部病変を、26,27 に根尖部まで及ぶ高度の骨吸収を認めた。また、32 から 42 まで水平的骨吸収を、45 近心部に軽度の垂直的骨吸収を認めた。

III. 診断名:広汎型重度慢性歯周炎(ステージⅢ グレードC)

IV. 治療計画

まず、歯周基本治療を行い、特にブラッシング指導に力を入れる。そして、26,27 の抜歯処置、16,36,37 の歯周組織再生療法を行う。再評価を行い、口腔機能回復治療として、26,27 に歯肉、骨の平坦化を図るため GBR を行った後、インプラントの埋入を行う。また、46 にインプラント治療を行う。部分的再評価を行い、歯周病の病状が安定していると診断した部位は、治療時間短縮のため最終補綴治療を行う。26,27,46 に上部構造を装着し、歯周組織の再評価をした後、SPT に移行することを計画した。

V. 治療経過

歯周基本治療、再評価、その後 26,27 の抜歯処置を行った。そして、11,21 の最終補綴治療、36,37 に歯周組織再生療法、26,27 抜歯後に GBR を行い、26,27 部 GBR の治癒の間に 16 歯周組織再生療法、46 インプラント埋入および2次手術、45 の歯肉剥離搔把術を行った。スプリントにて顎位の確認を行った後、26,27 にインプラントを埋入した。口腔機能回復治療として 26,27,46 に上部構造を装着した。歯周組織の再評価を行った(PISA は 37.2mm²に低下した)後、SPT に移行した。

VI. 結果 考察

患者はプラークコントロールがなかなか安定せず、担当歯科衛生士も苦慮していた。治療が進み口腔内の状態が改善するにつれ、患者のモチベーションも上がり PCR 値が低下し、歯周組織の安定につながったと考える。また、歯周組織再生療法を積極的に行い歯周病罹患歯の保存に努めること、インプラント治療を行うことで、現在、咬合崩壊は抑制できていると考える。SPT 移行から 4 年経過し、歯周組織は安定しているが、今後も SPT を行うとともに、咬合管理を行っていく予定である。

特別講演①

補綴歯のための歯周外科治療

医療法人 貴和会歯科診療所
関西支部 水野秀治

歯科治療の目標は、天然歯をできるだけ保存し、生涯にわたり口腔内の機能と審美を維持することであると言える。たとえカリエスや歯周疾患などによって重篤な問題を呈する天然歯でも、歯周治療や補綴治療などの治療オプションを連携させて保存していくことは、多くの患者が希望するところである。また、根管治療、矯正治療、インプラント治療などの治療オプションを連携することは、今まで困難とされていた機能と審美の回復を可能にする。一方、治療結果が長期的に維持、安定することは、患者と術者の共通の求めるところであるにもかかわらず、とくに補綴歯において再治療を必要とする症例が多く見受けられる。補綴歯における再治療の要因には、歯周病や二次カリエス、歯根破折、根尖病変などさまざま考えられるが、そのなかでも不適合補綴物による二次カリエスの再発が非常に多い。二次カリエスを予防することが、補綴歯の長期安定において重要であるため、プラークコントロールを徹底すると同時に、清掃性の高い補綴治療を遂行することが必要になる。しかし、カリエスが歯肉縁下に進行した場合、その状態で補綴治療を行なってもカリエスを取り残したり、支台歯形成および印象採得が正確に行えず、適合の良い補綴物を製作することが困難になる。たとえカリエスを完全に除去できたとしても、生物学的幅径の侵襲やフェルールの不足などの問題が生じ、適切な補綴修復処置にならないことが多い。補綴治療の原則として補綴物マージンを健全歯質に設定することが必須であることから、歯肉縁下カリエスの問題を解決するためには、生物学的原則を考慮し、骨縁上に3mm以上の健全歯質が確保されるように骨を削除することが必要である。その結果、健全歯質を歯肉縁上に露出することができ、適切な補綴治療が可能になる。

治療結果を長期的に維持、安定するためには、清掃性、組織安定性の高い歯周環境を確立することが必要であり、生物学的幅径の構築と十分な付着歯肉の獲得が目標となる。歯周ポケットの除去は、清掃性の高い歯周組織の確立につながり、治療結果の長期的安定を期待できる。また、十分な付着歯肉の存在は歯周組織の清掃性と組織安定性を高めることが可能となる。とくに中等度から重度の歯周病患者において、安定した歯周組織を構築するためには、歯周ポケットや根分歧部病変などプラークが停滞しやすい部位を除去しておくことが望ましい。また、骨吸収により骨レベルの連続性が失われている場合、生理的な骨形態を付与しておくことが、歯周病の再発予防において重要である。

歯周外科処置と補綴治療を連携することで、それぞれの治療オプションだけでは得ることができなかった審美性の改善を図ることができる。とくに歯冠長延長を必要とする症例や歯肉ラインの左右対称性が失われ審美的な問題を呈する症例では、歯周外科治療が有効である。しかし、歯周外科処置を適用する場合、歯間乳頭の喪失や歯冠長の過延長など審美性に影響を与える要因に対して十分に配慮することが必要であり、術式の適用に明確な基準をもち、その治療目標に対する治療計画を立案することが重要である。歯周病学的および補綴学的な観点から矯正治療、歯周治療、補綴治療を密接に連携して、適切な歯冠長の獲得や審美性を考慮した骨レベル、歯肉ライン、歯の位置の連続性を獲得することが審美性の改善につながる。

今回の講演では、審美性の改善と治療結果の長期安定の両立を目指した臨床例を提示し、清掃性、組織安定性を考慮した歯周外科治療と補綴治療の連携について考察したい。

2000 年 大阪大学歯学部卒業
2000 年 医療法人貴和会歯科診療所勤務
2011 年 医療法人貴和会理事

日本臨床歯周病学会会員
アメリカ歯周病学会(AAP)会員
日本補綴歯科学会専門医
JIADS ペリオ、補綴コース講師

特別講演②

DH が行う術前・術後管理

医療法人 貴和会歯科診療所
関西支部 竹内 絵里

患者さんは歯の痛みだけでなく見た目が悪い、噛みにくいなど様々な悩みを抱えて来院されます。そのような患者さんに満足いく治療を受けていただくためには、まずはその悩みと治療に対する希望を聞き出すことが重要になります。多くの患者さんはできるだけ痛くない治療を希望されていますが、重度の歯肉縁下カリエスや歯周疾患に対して治療していくためには、歯周外科処置が必要になることがあります。歯周外科処置を受け入れていただき、さらに良好な治療結果につなげるためには歯科衛生士の果たす役割りは大きなものになると思います。歯周外科処置を前向きに考え同意していただけたとしても、外科処置と聞くと「痛い」「怖い」と言ったマイナスなイメージが浮かんでくると思います。そのイメージを無くすことはできませんが、少しでも不安の解消につながるようあらかじめ予測できる術後の疼痛の程度や腫脹、内出血斑の範囲と消失するまでの期間について説明し、患者さんの不安に対して一つ一つ丁寧にサポートすることが大切だと思います。

歯周外科処置を行う前には、患者さんの全身状態が初診時から変化してないか再確認することが必要になります。全身疾患（現病歴、既往歴、服用中の薬）の有無、喫煙（一日の喫煙本数、喫煙している年数）の状況など歯周外科処置に影響を与える可能性がある内容について問診します。もし、全身疾患の治療薬を服用している場合には、必ず術前にかかりつけ医師に歯周外科処置を行う旨を報告し、手術を行う上での注意事項について確認することが手術を安全に行うためには重要です。また、喫煙をされている場合には治癒の遅延、予後が不良になる可能性があることを説明し、禁煙（減煙）指導を行います。さらに、術部に炎症が残ったまま外科処置を行うと、術中の出血量が多くなったり、治癒が遅れたりすることがあるため、必要に応じて口腔清掃指導と歯肉縁上の歯石除去を行い、口腔内の細菌数をできるだけ減らしておくことが必要です。手術当日は楽な服装で来院していただくことや術後の飲酒はしばらく控えていただけるようにスケジュールを調整してもらうことを説明し、手術後のトラブルができるだけ起こらないように注意しています。

手術当日は、患者さんは不安を感じ緊張していますので、緊張がほぐれるような会話をしながら、少しでも安心して手術に臨める雰囲気を作ることが大切だと思います。

手術が終われば、麻酔が効いている間に鎮痛剤や止血剤を服用してもらい、術後の痛みや出血が出にくいように予防しています。時間の経過とともに患者さんの緊張がほぐれ、落ち着いてきたタイミングで抗生剤と鎮痛剤を服用してもらうこと、腫脹や内出血斑が出て問題ないこと、食事やブラッシングに関する注意事項などを記載した用紙を見てもらいながら説明するようにしています。

術後は、歯周組織の治癒に合わせて1～2週ごとに定期的に来院していただき歯ブラシや歯間ブラシを用いてプロフェッショナルケアを行い、口腔内を清潔に保ちます。患者さんのプラークコントロールは疼痛や不安により一時的に悪化するため、口腔内の不快感が増加してしまいます。そのため丁寧なプロフェッショナルケアを行い、患者さんが気持ちよく感じていただけるように努めることが大切だと思います。また、歯周外科処置の術式により治癒過程が異なるため、歯科衛生士はその違いを理解し、歯周組織の治癒に合わせたプロフェッショナルケアと各患者に応じたセルフケアをサポートしていくことが、歯周組織の健康回復と歯科治療の成功において重要であると思います。

今回の発表では、歯周外科処置において歯科衛生士が行わなければならない術前の準備と術後の治癒に合わせたプロフェッショナルケアとセルフケアについて述べたいと思います。

2010 年 医療法人貴和会歯科診療所勤務

特別講演③

上皮下結合組織を応用した根面被覆術の基本と応用

医療法人 木村歯科

九州支部 木村英隆

近年、歯肉組織の再生は審美歯周形成術の発展とともに進歩を遂げてきました。とりわけ審美領域における「根面被覆術」と「歯槽堤増大術」の要求は高まる傾向にあります。審美歯周形成術において、より審美的な成果を達成するために「上皮下結合組織移植術」は必要不可欠な術式です。

根面被覆および歯槽堤増大のために「遊離歯肉移植術」を適用してもその目的は達成できますが、移植した歯肉の色調に問題が生じます。移植した口蓋歯肉は白みがかったピンク色を呈し受容床である辺縁歯肉あるいは粘膜部分は赤みがかった色を呈し、明瞭な境界を作ってしまうため審美的問題から「遊離歯肉移植術」は有効な術式とは言えません。そのため審美的要求を満足させるためには、「上皮下結合組織移植術」が第一選択と考えられます。

上皮下結合組織移植術は遊離歯肉移植術とは異なり、表と裏からの血液供給が得られることです。そのため移植された上皮下結合組織は、受容床と部分層弁からの血液供給が得られることで移植片の生着が確実に行えます。根面被覆を目的とした場合であれば、歯根露出量が2～4mm、被覆する歯が2～3歯であれば、上皮下結合組織移植術で効果的に根面被覆を達成できます。上皮下結合組織の採取と形成した粘膜弁の歯冠側移動術との併用療法が成功の鍵となります。

そこで今回、上皮下結合組織による根面被覆術の適応症および術式について解説し、施術する際の留意点を述べたいと思います。

【略歴】

1990年 九州大学歯学部 卒業
1990年 船越歯科歯周病研究所 就職
1999年 船越歯科歯周病研究所 退職
木村歯科歯周病研究所 開業
2011年 医療法人木村歯科 法人成り

【所属学会・指導機関、及び主な役職】

九州大学歯学部 臨床教授
日本歯周病学会 理事・歯周病専門医・指導医
日本臨床歯周病学会 副理事長・指導医・歯周インプラント指導医
日本顎咬合学会 認定医
ITI Fellow
木村歯科歯周治療研修会 主宰

日本歯周病学会
日本臨床歯周病学会
日本顎咬合学会
米国歯周病学会
ITI Membership