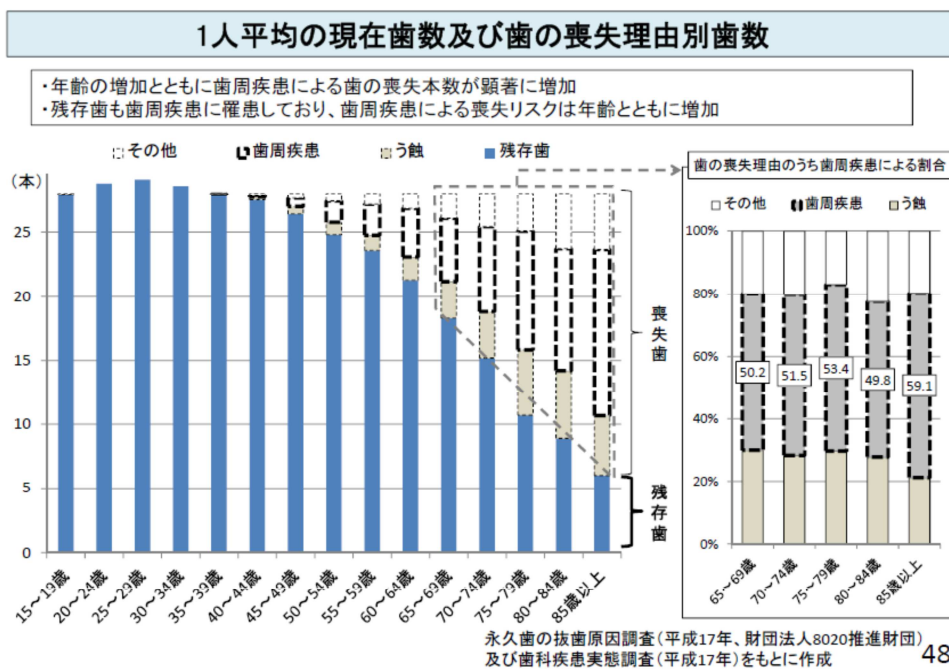


5、疾病と予防

3) 歯周病の予防

歯科疾患のもうひとつの代表が歯周病です。



48

(23年11月30日 中医協資料より)

上記のグラフにあるように歯をなくす一番の原因です。

歯周病とは

- 歯周病は、歯の周囲組織(歯肉、セメント質、歯根膜および歯槽骨)の炎症や破壊を来す疾患をいい、その原因は、歯に付着している白または黄白色の粘着性の沈着物(プラーク)中の口腔細菌が原因となって生じる炎症性疾患である。歯周病は、歯肉に限局した炎症が起こっている歯肉炎と、他の歯周組織にまで炎症が起こっている歯周炎に大別される。
- 歯周病の原因となる細菌を完全に除去することは極めて困難であり、増殖する環境があれば、再度生体に為害性を与える数に容易に増殖するため、再発しやすい疾患である。
- 近年は歯周病と全身疾患との関わりが注目されており、糖尿病患者は歯周病が悪化しやすい傾向があること等の報告がされている。
- 歯周病は、生活習慣病としても位置付けられ、治療の成功のためには、患者個人の生活習慣の改善、自助努力が必要である。

(「歯周病の診断と治療に関する指針」(平成19年日本歯科医学会)より)

健康な歯周組織

歯肉炎

歯肉の腫脹

歯周炎

歯槽骨の吸収

(口腔内写真: 東京医科歯科大学和泉先生提供)

49

(23年11月30日 中医協資料より)

上記の資料には

- 歯周病は、歯の周囲組織（歯肉、セメント質、歯根膜および歯槽骨）の炎症や破壊を来す疾患をいい、その原因は、歯に付着している白または黄白色の粘着性の沈着物（プラーク）中の口腔細菌が原因となって生じる炎症性疾患である。歯周病は、歯肉に限局した炎症が起こっている歯肉炎と、他の歯周組織にまで炎症が起こっている歯周炎に大別される。
- 歯周病の原因となる細菌を完全に除去することは極めて困難であり、増殖する環境があれば、再度生体に為害性を与える数に容易に増殖するため、再発しやすい疾患である。

とあります。

ちょっとわかりにくい文章ですが、わかりやすく整理すると、

歯周病→炎症性疾患

原因→歯に付着している白または黄白色の粘着性の沈着物（プラーク）中の口腔細菌

症状→歯の周囲組織（歯肉、セメント質、歯根膜および歯槽骨）の炎症や破壊

ということのようです。

例えば、H I V感染症の場合。

「HIV 感染症」

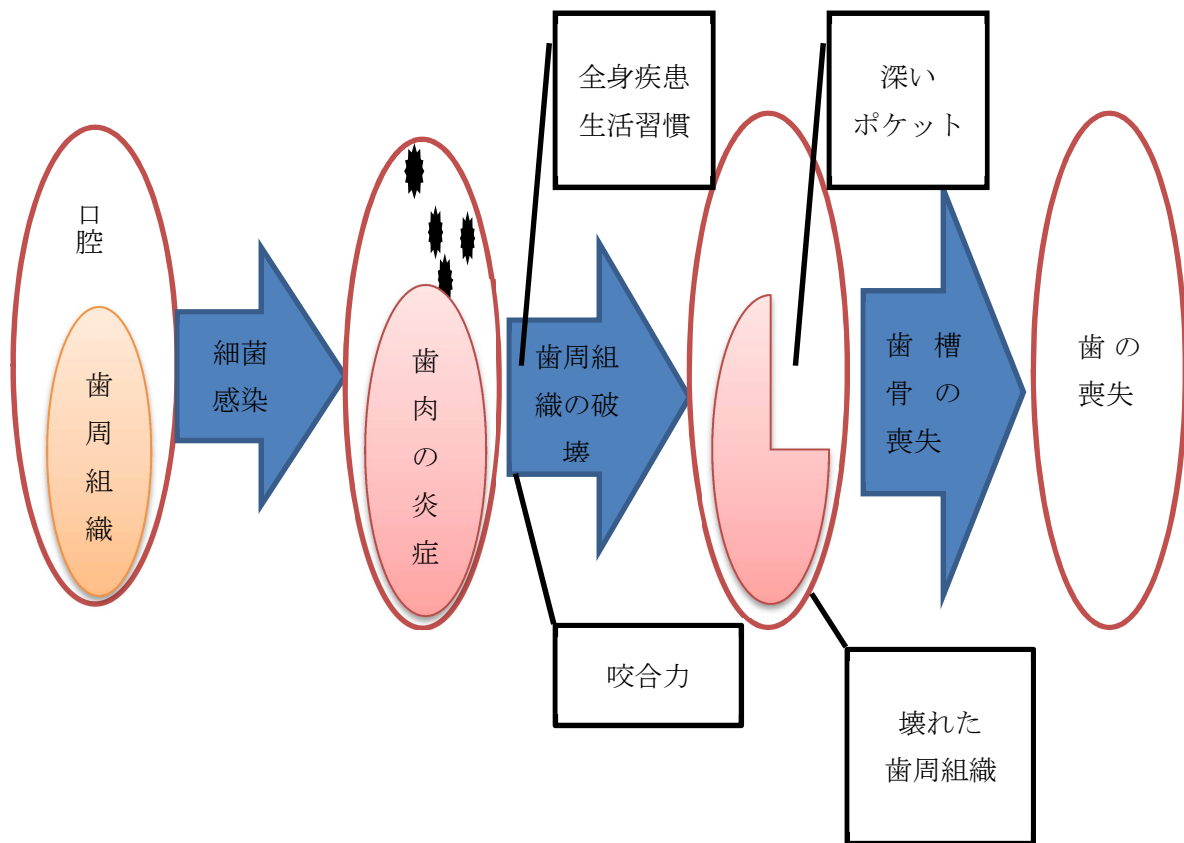
<http://100.yahoo.co.jp/detail/HIV%E6%84%9F%E6%9F%93%E7%97%87/>

「後天性免疫不全症候群（AIDS）」

<http://health.yahoo.co.jp/katei/detail/?sc=ST090240&dn=2&t=key>

H I V感染症とエイズには、違いがあります。エイズは症候群です。H I V感染症の場合、エイズを発症する前、つまり、エイズという症状が出る前のウィルス感染の時点から「治療」が行われます。

現在の歯周病の保険診療においては、歯周組織検査という触診が行われますが、この検査でわかるのは、「歯の周囲組織（歯肉、セメント質、歯根膜および歯槽骨）の炎症や破壊」であって、細菌感染については、わかりません。歯周病は、「口腔細菌が原因となって生じる炎症性疾患」といいながら、歯周炎、つまり、「P」は、歯周病の結果起きている症状自体を疾病と定義しているのが現状です。現在は、歯周炎というのは、「歯の周囲組織（歯肉、セメント質、歯根膜および歯槽骨）の炎症や破壊」という症候群のことなのです。



上記の図の後の方にある、「壊れた歯周組織」を疾病とするのではなく、HIV感染症のように、細菌感染自体を疾病として、それを「治療」ということにすれば、現在よりも早く「治療」を始めることができるはずです。

原因菌に感染した時点で、疾病として、それを「治療」することができれば、現在、「予防」とされていることを、保険制度に取り込むことができるのです。

一方で、原因菌は、以前は特定の物がいわれていましたが細菌の検出感度が上がり、日和見感染的な考え方にシフトしているともいわれます。また、ウイルス説や、遺伝子異常の説もあります。そして、歯肉炎から歯周炎に移行するプロセスはまだ分かっていなくて必ずしも、細菌感染だけが原因とは言い切れないのが現状のようです。歯周病は、むし歯に比べるとまだ未解明の部分が沢山あるのです。

また、臨床的な感覚では歯周病の病因としては細菌感染より咬合の因子が大きいという意見もあります。力の定量分析ができるようになれば、「異常」な咬合力自体が「疾病」と定義されるかもしれません。

細菌に感染していても発症しない人、逆に検出結果がわずかな量でも、重篤な人がいて、プラーク量と疾病の重篤度はパラレルではないという現実にも目を向けなくてははいけません。

そういった現状を加味したとしても、歯周組織が破壊されてから治療するのと、破壊される前から「治療」するのと歯を失うひとの数は、どちらが少ないでしょうか。ポケットを「検査」して、「歯周組織の破壊」を「P」という疾病にして、原因となる「歯に付着している白または黄白色の粘着性の沈着物（プラーク）中の口腔細菌」を除去するよりも、中医協の資料にもあるように、「歯周病の原因となる細菌を完全に除去することは極めて困難であり、増殖する環境があれば、再度生体に為害性を与える数に容易に増殖するため、再発しやすい疾患」なのであれば、細菌感染を「疾病」として、「歯周組織の破壊」前から、「歯に付着している白または黄白色の粘着性の沈着物（プラーク）中の口腔細菌」を除去して、「患者個人の生活習慣の改善、自助努力」促すことを「治療」とし、歯周組織の破壊を防ぐことができれば、そのほうがいいはずです。F・O pやG T Rをすれば、必ず歯を失わないというわけでもないのですから。

例えば、ノルバスクやメバロチンの服用を止めたとしても、止めたすべてのひとが、脳血管障害になるわけではありません。けれども、脳血管障害になるひとは、服用している時に比べれば、確実に増えるはずですよ。そう考えれば、感染していても発症しない人があるからといって、細菌感染を疾病とできない理由にはならないと考えます。

もちろん、科学としての、探究も続けなければいけません。その結果、別の原因（たとえば免疫）が見つかって、それに対する治療方法が確立されれば、それを「新技術」として、保険導入すればいいのです。

2011/12/08

みんなの歯科ネットワーク

sato