

無歯科医地区巡回診療における 乳幼児齲蝕治療の考え方

塩野 幸一

要約：乳歯の齲蝕はそれ自体歯の健全性を失うものであり、重度のものは永久歯胚を損傷する可能性も大きい。そのため齲蝕の進行度に応じた治療方法が開発されてきたが、それらは治療行為に何ら制限がないという前提で考えられている。今回は、無歯科医地区における巡回診療で、種々の制限下での齲蝕治療について検討した。

見出し語：無歯科医地区、乳幼児、歯科巡回診療、齲蝕治療

乳幼児の口腔の健康管理は、当然のことであるが自身では行えない。そのため、一般的には養育者としての母親による健康管理の一つとして委ねられている。この健康管理は、一部の専門的な医療機関を除いて、歯科医側からは歯ブラシの指導のみが不定期に行われていたのが現状のようである。しかし歯ブラシは不潔になった歯面を清掃するものであって、本来ならば口腔が有している自浄作用の一部を肩代りするものと位置づけることが忘れられがちである。ホスターの標語は毎食後3分以内に3分間の歯ブラシ使用を教えるものの、実生活の中で励行することは極めて困難である。齲蝕にならないために生活

するような錯覚に陥るようなもので、むしろ健康な生活を送るためにはなるべく齲蝕はない方が好ましいと考えたい。

1. 乳歯齲蝕の特徴

乳歯は、生後半年頃に萌出を開始し、学童期に永久歯と交換する。健全歯のまま交換することが望ましいが、それまでに齲蝕に罹患することも多い。乳歯齲蝕は、永久歯のそれに比較して進行が速やかで、広範囲に及ぶ性質がある。また乳歯は、歯髓腔の容積が歯冠全体に占める比率は永久歯よりも大きいので、容易に歯髓感染を伴う齲蝕の進行がみられる。そのため、齲蝕に罹患した場合には早

期に発見して、対応策を考えることが重要である。

齲蝕の好発部位は、歯頸部、小窩裂溝および隣接面であり、永久歯と同じである。歯頸部と小窩裂溝の齲蝕は肉眼的に診査可能であるが、隣接面齲蝕は軽度のものであればX線撮影にたよらざるを得ず、しばしば見過ごされ、短期間のうちに歯髄間近かまで進行する例が多い。この部位はほとんどの例が接触面として接しているため歯ブラシが到達することは不可能で、口腔の自浄作用に浴することもない。清掃法としてはデンタルフロスの使用が勧められるが、習慣的に施行する保護者は極く限られている。

2. 宮古島無歯科医地区の現状

われわれがモデル地区として乳幼児の歯科保健活動を行っている狩俣集落は宮古本島内に位置するが、もう1つの池間集落は西の浜港から船で約10分の沖合いの池間島にある。

両地区間を治療用の器具を運搬するため、治療終了後は直ちに荷造りして送り出す。歯科治療に使用する機材は、重量のかさむものや、手用器具、薬品あるいは他の消耗品など多岐にわたる。しかも治療内容によっては組合せが幾種類にも変化し、単調に増加する。これらの管理の繁雑さと、両地区を移動しての治療という面、さらに設備の不十分なことから、治療内容には自ずから制限が加わることになる。また1地区を1日で終了させるという時間的制限もある。これらの制限がなければ、都会地などで行われる治療とほぼ同等

の内容を維持することができるかもしれない。しかし現状では、治療を要する子供のすべてに、教科書にあるような処置を行うことは考えられない。とするならば、少数の子供に限定して多くの治療を行うか、逆に全ての子供に還元できるように治療の内容を変えてゆくかのいずれかになる。前者は先にも述べたように都会地などで行われるものに近く、後者はモデル地区のように、子供たちの置かれた環境に応じて、極めて流動的に対処していこうとする性格のものである。このようにモデル地区では治療の内容はかなり限定され、最前線における野戦病院の機能に近い性質を有するものと理解できるように思う。

3. 両地区における治療内容

先に述べた制限下で、多くの子供に供給できるような治療の内容について触れてみたい。

1つは設備に関してである。両地区とも治療を行うのは集落センターか公民館であり、歯科治療用のチェアーはない。集会用に使用する机の上に子供を寝かせ、子供が暴れる場合にはバスタオル等を利用して手足を押さえて治療している。またマンパワーとしては、術者1人と、器具準備と後かたづけあるいは暴れる子供を押さえるためとで2人、合計3人で行っている。4カ月間隔で、1地区1日の治療で多数の子供の治療を行うためには、根管治療や歯髄処置、あるいは義歯装着などは行えない。主な内容はサホライド塗布、アマルガム充填、抜歯である。齲蝕に罹患した乳歯の推移は大きく2つに分かれる。未処置

のまま推移して脱落か抜歯に至る場合と、もう1つは治療された後に脱落か抜歯に至るものである。再治療するものもあれば、2次齲蝕になってそのままのもの、あるいは2次齲蝕にサホライド塗布するものなどがある。

以前にアマルガム充填を行った乳白歯では、咬合面においてより隣接面に2次齲蝕が多く認められるようになってきた。2次齲蝕の発見はX線検査が最も確実な方法である。しかしこの設備がないため、発見の方法を以下のように工夫している。たとえば充填物の破折や、咬合面から隣接面に移行する充填物下の歯質の変色、あるいはアマルガムの辺縁と歯質との空隙の有無などである。この種の2次齲蝕の再治療では、アマルガム除去と周辺の軟化象牙質の除去が必須の事となる。しかしアマルガム下の軟化象牙質を除去すると健全な歯質が僅かしか残らず、再充填が不可能となる場合もある。また露髄の可能性も高く、生活歯髄切断法の適応となることも考えられる。生活歯髄切断は滅菌下で行わなければならないが、また長い時間を要するため、モデル地区では行いにくい。

そこで乳白歯の隣接面に齲蝕が認められると、タービンバーを用いてスライスカットを行って歯間に自浄性をもたせ、露髄せぬように軟化象牙質を可及的に除去してサホライドを塗布するように変更している。ほかに乳前歯隣接面や乳白歯咬合面にも、自浄性を確保するために遊離エナメル質やアンダーカットを除去し、サホライド塗布を反復して行うようにしている。これを数回にわたって行うと、

歯の表面は硬化し滑沢になるものも認められるようになってきている。

つぎに対象児たちの成長に伴い、永久前歯や第1大白歯が萌出するようになってきた。とくに第1大白歯は、萌出開始から対合歯と接触するまでは口腔の自浄性に関与することがほとんどないため、口腔の清潔でない幼児では咬合面の複雑で深い小窩裂溝が齲蝕に罹患しやすい。このような齲蝕ではエナメル質に白濁がみられ、進行は速く、広範囲に及び、深部にまで到達しやすい特徴があるが、萌出途上のときには確実な充填は望めない。萌出後にアマルガム充填のためラバーダム防湿下で直視すると、意外に深く進行している齲蝕が多い。したがって口腔の自浄性が十分得られていない幼児や、乳歯期の治療終了後に齲蝕の再発が頻繁に見られた幼児では、萌出中の第1大白歯にサホライドを塗布しておき、ラバーダム防湿が可能となった時点でアマルガム充填が必要になると考えられる。

種々の制限のもとでは、教科書的な齲蝕治療の方法に手を加えることが必要である。基本的には、全ての齲蝕を対象として同時に取り込み、最小限の治療内容によって最大限の効果を得るという前提に立って考えることが重要である。モデル地区においては現在でも齲蝕治療に追われているが、今後齲蝕の軽症化や減少傾向が認められたならば、集団としての齲蝕の病態に応じて治療の内容も流動的に対応させてゆくことが必要であろう。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:乳歯の齲蝕はそれ自体歯の健全性を失うものであり、重度のものは永久歯胚を損傷する可能性も大きい。そのため齲蝕の進行度に応じた治療方法が開発されてきたが、それらは治療行為に何ら制限がないという前提で考えられている。今回は、無歯科医地区における巡回診療で、種々の制限下での齲蝕治療について検討した。