

## 患者さんへ 「歯周外科手術」説明文書・手術同意書

### 1. はじめに

歯周病は、歯と歯肉の間隙に歯周病細菌が感染することで発症・進行する慢性感染症です。歯周病は、進行しはじめると歯周ポケットといわれる溝を形成します。多くの場合、この歯周ポケットに接する歯根面に感染源が存在しています。感染源の多くは、「歯肉縁下歯石（細菌の塊）」と「壊死した組織」です。これら感染源を除去しない限り歯周病は徐々に進行し、最終的には歯の喪失を来します。近年これら歯周病は、軽微な炎症として捉えられつつあります。すなわち、軽微な炎症が長期的に持続することで、生体の様々な弊害を生じることがわかってきました。

歯周疾患の治療としての「歯周外科手術」には、大別して起炎性因子の除去を目的にした初期治療に属するものと、歯周病の再発を防ぎメンテナンスしやすい歯周環境をつくることを目的にした確定的歯周外科があります。起炎性因子を除去する目的で行う処置は、初期治療における歯周ポケット搔爬と、直視下で病変を除去・廓清する flap curettage がその代表的なものです。歯周病が進行した症例においては、その炎症状態が改善された後にも、歯周ポケットや付着歯肉の喪失あるいは骨のイレギュラーな形態が残存するため、再発の危険性が高く、また審美的な障害が残ります。そこで、起炎性因子の除去に加えて、歯周環境を改善するという積極的な歯周外科手術が必要となります。

今日行われている歯周外科手術は 1918 年 Leonard Widman によって発表されて以来、Neumann 法 (1920, 1926)、Kirkiand 法 (1931) へと発展し、現在の術式は、Ramfjord と Nissle (1974) の Modified Widman flap 法が基礎となっています。その後、現在に至るまで様々な術式が確立されてきており、的確な診断のもと適応と考えられる術式を選択し、良好な予後を得ています。

一般的な歯周外科手術の適応症を以下に示します

- 1) 初期治療では感染源が除去できない場合
- 2) 深い歯周ポケットが残存している場合
- 3) 歯槽骨（歯を支えている骨）が不整な場合
- 4) 軟組織（歯肉）の付着状態が悪い場合
- 5) 再生療法を行い骨の再生を期待する場合
- 6) 歯周外科手術後、再度歯周病が再発した場合
- 7) 歯根の部分切除を必要とする場合
- 8) 外科的歯内療法を必要とする場合
- 9) 審美的に軟組織の改善を必要とする場合
- 10) 歯周外科手術後に定期的メンテナンスに受診できること

### 2. 治療目的

歯周病が進行した患者さんに対して、慢性炎症性疾患の改善を目的として感染源除去・歯周環

境の改善をおこない、患者さんの日常生活の質を改善します。また、歯周外科手術を行ったからといって、歯周病が完治するわけではありません。歯周外科手術後は、外科処置後に得られた口腔内環境を長期的に維持するためのメンテナンス（S.P.T.）を継続しなければなりません。

### 3. 歯周外科手術の利点

歯周病変の外科的治療は、非外科的方法よりも明らかに、根面が直視でき診査および廓清ができる点で利点を有します。確実に、歯周ポケットおよび感染源を除去することで歯周病の進行を抑制し、歯周環境を改善することで再発を防止することが可能となります。しかしながら、長期的にそれらの口腔内環境を維持するためには、メンテナンス（S.P.T.）の継続がかかせません。

### 4. 合併症

- (1) 歯周外科手術時のアレルギー反応、一過性血圧低下、出血および血腫、手術による創傷感染、皮下末梢神経の損傷、骨折、歯の脱臼・亜脱臼、修復物の脱離が挙げられます。手術には、上記に示す合併症が起こらないように十分な対策をしていますが、致命的となるような重篤な合併症も起こりえます。
- (2) 歯周外科手術後の合併症として
  - 1) 歯が長くみえる
  - 2) 知覚過敏症を併発する
  - 3) 根面う蝕の罹患リスクの増大

### 5. 麻酔について

手術には局所麻酔を使用します。ここで用いる局所麻酔薬は、通常の歯科診療で頻用しているもので特別な麻酔薬ではありません。現在使用されている局所麻酔薬のアレルギーは1%未満といわれています。これまでの局所麻酔薬アレルギーの報告の多くは、防腐剤であるパラオキシ安息香酸メチル（メチルパラベン）が原因とされており、局所麻酔薬のアレルギーとして申告されたものの大半は、ストレスによる心因性の反応、神経性ショックや過換気症候群であるといわれています。

手術部位が広範囲に及ぶ場合や長時間を要する場合は、静脈内鎮静法を行う場合もあります。しかし、不安感や恐怖心の強い患者さん以外は静脈内鎮静法の副作用を考慮すると、局所麻酔のみで治療すべきです。静脈内鎮静法を併用する場合は、麻酔の導入、覚醒が必要であるため付き添いの方が必要となります。一般的には外来での処置ですが、場合によっては入院していただく必要もあります。この場合は、第3総合診療室で歯科麻酔医の全身管理のもと治療をおこないます。

### 6. 手術後の管理

歯周外科手術は、感染巣の手術であるため術後は抗菌薬を投与したほうがよいと考えられてい

ます。通常、抗菌薬を1日3回毎食後、3日間服用していただきます。術後は、術式、手術部位、範囲、侵襲の程度によって、腫脹、疼痛、開口障害、嚥下痛をみることがあります。したがって消炎鎮痛剤または鎮痛剤を使用したほうが苦痛を軽減させられると思われるため、術後に頓用で服用していただきます。

抗菌薬投与の目的は、術中、術後の感染した病原細菌の菌量を減少させ、宿主感染防御能と病原細菌の力関係を宿主に有利にすることです。必要以上の過剰投与および連用は、耐性菌を助長します。一般的に歯周外科手術後は、口腔レンサ球菌と嫌気性菌に抗菌活性がある抗菌剤を使用します。

消炎鎮痛剤の連用も、他の感染症などの症状をマスクする可能性があること、また薬剤の副作用が出現する確立が高くなることが考えられるため頓用で服薬していただきます。また、薬剤の副作用については、使用する薬剤によって異なるため薬剤ごとに随時説明させていただきます。

手術後は、創面を保護する意味で歯周パックを行う場合もありますが、術式によっては必要ない場合もあります。また術野は縫合しているため通常1週間後に抜糸をします。縫合した状態で1週間生活していただきますが、飲食制限はほとんどありません。ただし、創面に対するブラッシングは、術式によって開始する時期が異なるため担当医からの指示に従ってください。

## 7. 歯周外科手術の非適応症

- 1) 手術の同意が得られない場合
- 2) 定期的メンテナンス（S.P.T.）受診できない場合
- 3) プラークコントロール不良な場合
- 4) 全身疾患を有しているが、専門医のもとでコントロールされていない場合
- 5) 悪性新生物の場合

## 8. 別の方法の可能性

はじめに述べたように、感染源を除去しない限り歯周病は徐々に進行し、最終的には歯の喪失を来します。歯周外科手術は、これら感染源を除去する方法のひとつです。他の方法として、根本的治療ではありませんが、歯周病の進行を遅らせる対処療法として、スケーリング・ルートプレーニング（暗視野での）、薬物療法、ブラッシング療法が挙げられます。薬物療法は、長期的に用いるよりスケーリング・ルートプレーニングと併用した方が良好な予後が期待できます。ブラッシング療法も、スケーリング・ルートプレーニングと併用した方が良好な予後が期待できます。

歯周病治療のゴールは、「歯周病」という軽微な慢性炎症性疾患をコントロールすることで、全身の健康に寄与することです。歯周外科手術は、それらを達成するための一方法でしかありません。患者さんは、主治医とよく相談されてから、この治療（歯周外科手術）を受けられることを承諾されましたら、手術同意書にご署名をお願いします。