

異所性歯牙の治療は抜歯と間隙確保にあり、間隙確保は萌出の支援と観血的なブラケット処置および矯正の牽引の必要性の低減のためである。歯槽骨不調和および叢生歯の治療がこの時期に開始しえる

#### 思春期歯列期

永久歯萌出完了時には機能的咬合異常に対する矯正が行われる。

#### 早期成人歯列期

智歯の位置およびその萌出間隙について評価し、適応がある場合は抜歯となる。適応があれば全体的な矯正も行う。

### 口腔習癖

#### 考慮すべき治療

口腔習癖の管理は習癖が歯牙顔面発達あるいは健康に悪い影響を及ぼす場合または習癖が永久歯列の発達上余病を惹き起こす可能性がありその適応がある場合に行われる。いずれの治療も小児の発達、理解、および応諾能に対して適正なものである必要がある。習癖治療法には患者/両親指導、生活様式変容法、筋機能療法、矯正装具法、あるいはここに限定するわけではないが他の施設の矯正歯科医、心理療法士、筋機能療法士、あるいは耳鼻咽喉科医への紹介が含まれる。習癖治療上矯正装具の使用については小児がその習癖を止めず忠告の有効性を理解しない場合に限る。

#### 目的

治療は習癖の抑制と排除に対してであり、歯牙顔面への悪い影響を最小限に留める事にある。

### 乳歯および永久歯の先天性欠損

#### 考慮すべき治療

先天性の上顎永久切歯あるいは下顎第2小臼歯欠損がある場合は、治療法として乳歯の抜歯、矯正の間隙維持—対—矯正の間隙閉鎖、および種々事情を考慮した補綴物あるいはインプラントがある。上顎側方歯群に対し、(1)上顎犬歯を中央方向に移動させるか犬歯を側切歯として使用するかあるいは、(2)間隙を作成してその後の補綴物やインプラントに備えるべきである。判断を左右する因子は患者年齢、犬歯の形、犬歯の位置、小児の咬合と叢生歯の数、咬合の深さ、および無歯顎領域の歯槽骨の量と質である。乳歯の犬歯そしてまたは側方歯群の早期抜歯が必要ともなる。補綴物やインプラントに対する間隙確保にはあまり歯の移動の必要性はないが、仮の補綴物による間隙維持が必要となり、これは特にインプラントの場合必要になる。犬歯を側方方向に移動させる場合多く容貌に影響はないが、歯の大きさの違いによってしばしば咬合不全が生ずる。

先天性小臼歯欠損の場合は、乳臼歯をそのままにするか、あるいは抜歯し後に補綴物を処置するか矯正的にその間隙を閉鎖するかである。第2乳臼歯をそのままにした場合第2小臼歯に比較して大きい近遠心径のため咬合障害が起こりえる。第2乳臼歯の幅径を縮める事を考慮すべきであるが、歯根吸収とそれに伴う脱臼が起こりうる。叢生のある歯列弓あるいは複数の小臼歯欠損があると乳臼歯の抜歯を考慮しえ、特にこれは軽度の Class III で考慮する。小臼歯欠損が1歯である場合は、乳臼歯の維持が困難であれば補綴物の設置やインプラントを考慮する。矯正歯科医そしてまたは補綴歯科医との相談が必要ともなる。更に乳歯の保存は一定条件下に限定され得る。

目的

治療は患者の咬合機能性の満足に対してである。

### 過剰歯(乳歯、永久歯、および正中歯)

考慮すべき治療

過剰歯に対する管理と治療はそれが乳歯の場合と永久歯の場合とで異なる。乳歯の過剰歯は通常歯列弓内に収まり、通常併発症状を起こすことなく萌出ならびに脱落する。乳歯歯列期には未萌出過剰歯の抜歯は通常行わずそのまま萌出させ、未萌出過剰歯による永久切歯に障害あるいはその位置移動が考えられる場合には観血的抜歯を行なう。正中歯あるいは他の永久歯の過剰歯抜歯により隣接した永久歯の切歯が75%に正常に萌出する。早期混合歯列期の未萌出過剰歯の抜歯は正常な隣接した永久切歯の萌出を促す。正中歯の遅い抜歯は隣接正常永久切歯の萌出を抑制するようであり、特に根尖が正常の切歯は少なくなる。逆円錐過剰歯はそれが下顎内に深く移動する可能性があるため抜歯が遅れると抜歯し辛くなる。過剰歯の抜歯後、正常切歯が萌出している場合は6ヵ月以内に再来させる。6~12ヶ月間萌出がなく十分な間隙が確保されていれば観血的萌出や矯正の牽引が必要となる。

目的

過剰歯の抜歯は永久歯の萌出促進と正常歯列の確保である。正常歯列あるいは自然萌出が見込めない場合はその後矯正の治療が必要となる。

### 異所性萌出

考慮すべき治療

治療は臨床的およびX線像的な埋伏状況に依る。第1大臼歯の埋伏が軽度であれば、即ち第2乳臼歯下の埋伏があまりなければ、弾性あるいは金属製または矯正歯間離開器を第1大臼歯遠心部に楔を入れる。更に埋伏状況が悪ければ大臼歯に対する遠心傾斜法が必要となる。傾斜操作は開放コイルスプリングの付いた離断線、パチンコ型装置、Halterman装置の様な真鍮線のできたバネを用いた着脱式の固定式矯正装置あるいは観血的アップライティングを用いる。

上顎埋伏犬歯の早期診断と治療により埋伏程度を軽減できこの歯の萌出を促進できる。混合歯列期の乳犬歯の抜歯は、歯槽内において触知不能で側方に出た歯根が X 線像上重なっているようであれば適応となる。11~16 歳児のような小児で遅くなって犬歯の埋伏が診断されても犬歯が水平になれば乳犬歯の抜歯は永久犬歯の埋伏程度を軽減でき、75%に萌出が見られる。第 1 乳臼歯の抜歯も第 1 小臼歯の萌出を促進し犬歯の萌出を支援するとの報告もある。必要性はパノラマ X 線検査で判断する。固定式矯正治療は通常犬歯の間隙確保と歯列確保のため行われる。矯正治療後の埋伏犬歯の遠心的歯周状況は非埋伏犬歯のそれと同じである。

異所性萌出切歯の治療はその萌出形態による。壊死および保存修復のため歯髄治療した乳切歯は早期混合歯列期で抜歯が適応となる。早期混合歯列期の過剰切歯の抜歯は隣接永久切歯の異所的萌出を低減する。切歯萌出後は矯正的治療として抜歯あるいは固定療法が考えられる。

#### 目的

異所性大臼歯、犬歯および切歯萌出の治療によりその萌出位置の改善が得られる。正常な歯列ではない場合はその後包括的矯正治療が歯列弓や適正咬頭咬合維持に必要となり得る。

#### 骨性癒着

##### 考慮すべき治療

乳臼歯の骨性癒着により通常歯の正常な脱落が起こらない。乳臼歯の晩期残存がある場合には抜歯が適応となる。重症の辺縁稜異常形成がある場合は抜歯が考慮されるべきでこれにより隣接歯の遠隔操作や間隙狭小を防止できる。永久歯の置換的吸収(歯根吸収)によりは通常乳臼歯の脱落が起こる。永久歯の代生歯のない軽度ないし中等度の乳臼歯骨性癒着はそのまま保存して歯牙叢生なく歯列弓内に保存し得る。これらの乳臼歯の抜歯は複雑性あるいは矯正を必要とする歯牙叢生がある場合の解決法として適応する。矯正的萌出を意図した骨性癒着した永久歯転移は早期抜歯に対する一つの代替法として扱われている。

#### 目的

骨性癒着の治療は永久歯列の健全な発達維持にある。あるいは永久歯の置換的吸収がある場合は適切な装置による置換が考慮されるべきである。

#### 歯の大きさ/歯列弓周長・弓長径の異常と叢生歯

##### 考慮すべき治療

限定はしないが考慮すべき治療としては乳犬歯抜歯により永久切歯の萌出および正常成長のための間隙確保と間隙/歯列弓周長・弓長径の維持、萌出後の可及的速やかな永久歯の歯列矯正、可及的速やかな歯列弓周長・弓長径の伸張と補正、全ての小臼歯および犬歯の萌出までの混合歯列期の歯列弓保持、永久歯の抜歯、および患者の元の歯列弓の維持である。他治

療法として、これに限定するものではないが、保存的固定、ベニア、クラウン、インプラント、および正顎維持手術がある。

#### 目的

時系列的治療により切歯叢生を予防し、長期に亘る切歯の安定化、異所生萌出と永久犬歯埋伏の低減、矯正的治療回数と余病の低減、および歯肉と全般的歯列健康の改善が可能となる。

#### 間隙維持

##### 考慮すべき治療

残存期間を待たず早期に乳歯の喪失があった場合は間隙維持に関し慎重な配慮が必要となる。考慮すべき因子として特異的歯の喪失、歯の喪失からの経過日数、以前からあった不正咬合、好ましい歯列弓評価、永久歯の代生歯の存在とその歯根発達、代生歯周の歯槽骨の骨量、患者の健康状態、治療応諾能、口腔習癖、および口腔衛生である。間隙保持装置処置前に間隙評価が必要な場合には、適正な X 線検査と評価法の検討がなされるべきである。特定乳歯別の歯の喪失に対する間隙保持装置使用に関する文献には専門家の意見、症例報告、および装置詳細が記されている。これに限定はしないが治療法として、固定装置(例としてバンドやループ、クラウンループ、受動的舌側弧線、ディスタルシュー、Nance 装置、上顎アーチ)と着脱可能装置(例えば部分有床義歯、Hawley 装置)がある。間隙保持装置の処置とその維持には患者の継続した応諾性が必要となる。間隙保持装置装着例の追跡にはセメント質の統合性評価と支台歯の評価とその清掃が必要となる。装置は代生歯が歯列弓内に萌出するまで機能する必要がある。

#### 目的

間隙維持の目的は現在の歯列の相対的位置を維持し、歯列弓長径、弓幅径、および弓周長の短縮の防止である。

#### 間隙の回復

##### 考慮すべき治療

限定はしないが治療法として固定装置あるいは可徹性装置(例えば Hawley 装置、リップバンパー、ヘッドギア)がある。間隙喪失および歯牙顔面の骨組織の発達により間隙の回復ができなくなる。これは包括検討を行って決定すべきである。乳臼歯の早期喪失後の間隙回復の治療開始時期が決め手となる。

#### 目的

間隙回復治療の目的は弓幅径および弓周長の回復とそしてまたは代生歯萌出の位置の改善にある。回復した間隙の維持は隣接永久歯が完全に萌出し終えるまで、そしてまたはその後実施予定の包括的矯正治療を開始するまで継続する。

#### 前方歯列および後方歯列の交叉咬合(歯の機能性と形態性)

#### 考慮すべき治療

交叉咬合は患者の一連の必要な治療を考慮した上で考えるべきである。前方歯列交叉咬合の矯正により歯の咬耗の減少、歯の形態の改善、骨の転嫁成長、歯・歯槽骨関係の改善、および弓周長の増加を見る。前方歯列の単純交叉咬合は、十分な間隙がありあるいは最初に間隙確保処置を行った上での診断後可及的速やかに治療を開始する。アクリル斜面板、リングスプリングが付いたアクリル保定装置、あるいは固定装置のような装置はいずれも有効である。間隙を必要とする場合は拡張装置を用いる。後方歯列交叉咬合の矯正も同様な目的で行われ、後方代生歯の萌出位置の改善を見る。片側後方歯列交叉咬合の早期矯正により機能性が著しく改善され多くは下顎の形態的・位置的非対称性が消失する。非対称性が見られる前に早期に矯正を行えば機能障害はなくなる。上顎(口蓋)狭小の矯正治療としては均衡化、装置療法(固定あるいは着脱可能)、抜歯、あるいはこれらの組み合わせがある。正中線部の融合が起こるまで固定あるいは可撤性の口蓋拡張器を使用する。治療方針の決定は移動の大きさと型式(傾斜移動対歯体移動、捻転、あるいは歯対整形外科的移動)によるが、確保し得る間隙；前後方向；横行および縦方法の関連性；成長段階；および患者の応諾性にも依る。Class III の不正咬合のある交叉咬合例そしてまたは歯の非対称性がある交叉咬合例には Class III 不正咬合の項に記した包括的治療が必要となる。

#### 目的

交叉咬合の治療は口蓋側(上顎内)歯列の改善と適正な歯槽提間距離の咬合と機能性を得ることにある。

### Class II 咬合不全

#### 考慮すべき治療

Class II 咬合不全に対する矯正治療を計画する場合に考慮すべき因子は顔面の成長型式、前方・後方歯列の咬合上の乖離度、患者年齢、想定される患者の応諾度、間隙の評価、固定の必要度、および患者と両親の希望である。治療法としては、口腔外装置(ヘッドギア)、機能的装置、固定装置、抜歯および歯槽提間距離の移動、および正顎性維持手術による矯正がある。

#### 目的

Class II 不正咬合の治療目的は過蓋咬合、上顎前突、および後方歯列の嵌合の改善と患者の歯列にあった歯の形態の維持である。

### Class III 咬合不全

#### 考慮すべき治療

Class III 咬合不全の治療は顔面の美観低下の低減あるいは回復により小児に対する心理社会面での満足性の提供と、調和性のある成長を促進する事による咬合不全重症度の低減である。ここ数年早期の Class III の治療が望まれ、同世代の矯正歯科学上の必須手技とされてきている。Class III 咬合不全の矯正的治療を計画する上で考慮すべき因子は顔面発達

型式、前方後方歯列の咬合上の乖離度、患者年齢、想定され得る患者の応諾度、間隙評価、固定(ヘッドギア)、機能性装置、固定装置、抜歯、歯槽提間距離の移動性、および正顎性維持手術による矯正である。

#### 目的

早期 Class III 治療により成長上の好ましい環境を提供し、咬合、機能および形態の改善が可能である。早期治療により咬合不全の最小限化とその後の正顎維持手術の回避が可能ではあるが、これがいつもできる訳ではない。特に Class III 患者が成長期間が長く可変性が多ければ、それだけ矯正を伴う手術が最も良い結果を生む場合もある。Class III 咬合不全の治療により過蓋咬合、下顎前突、および後方歯列の嵌合の改善と、歯列にあった歯の形態の維持が得られる。

## 11. Nursing management of oral hygiene

### 口腔衛生の看護的管理

Singapore Ministry of Health; 2004 Dec. 33 p. [29 references]

[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=7153&](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=7153&)

#### 推奨要旨

推奨度(A, B, C, D) およびエビデンスレベル (1++ to 4)の定義は推奨要旨の最後に記す.

#### 評価

##### 指針 1: 口腔評価指針

通常評価における口腔衛生の指導の必要性に関しては口腔評価指針(OAG) (引用は Eilers, Bergers, & Peterson, 1988; 原文の指針は付録 1 参照)を使用. (C/2++)

##### 指針 2: 口腔評価部位

以下の 8 部位に関し次の尺度を用いて評価する ;

1 = 正常所見

2 = 粘膜構造の完全性があり易感染性を認めない軽度の異常所見あるいは機能の喪失のない軽度の異常所見

3 = 粘膜構造の完全性があり易感染性あるいは機能の喪失のある重度の所見 (B/2++)

- 声

患者と対話し聞く

1. 声は正常 ; あるいは
2. 声の低音化/掠れ ; あるいは
3. 発生困難あるいは咽喉の疼痛がある.

- 嚥下反射

嚥下させて観察

1. 嚥下が正常 ; あるいは
2. 嚥下時の軽度疼痛 ; あるいは
3. 嚥下不能

- 口唇

口唇を観察して評価

1. 平滑、桃色、湿潤性 ; あるいは

2. 乾燥あるいは亀裂、あるいは
3. 潰瘍もしくは出血

- 舌

舌を観察し評価

1. 桃色、湿潤性、および舌乳頭の存在；あるいは
2. 皮膜あるいは発赤の有無にかかわらず舌乳頭がなく光沢のある外見；あるいは
3. 水疱あるいは亀裂

- 唾液

スパチュラを口腔に挿入し、舌中心部と口腔底を触り観察

1. 唾液は水性；あるいは
2. 唾液は粘性；あるいは
3. 唾液が認められない

- 粘膜

口腔内粘膜を観察し評価

1. 桃色で湿潤性；あるいは
2. 発赤あるいは潰瘍のない苔舌(白色化)；あるいは
3. 出血を伴わないあるいは出血を伴う潰瘍

- 歯肉

スパチュラの先端で軽く歯肉を押して観察

1. 桃色、点状、硬い；あるいは
2. 発赤の有無にかかわらず腫脹がある；あるいは
3. 自然出血あるいは加圧による出血

- 歯と歯周組織

歯と歯周組織を観察し評価

1. 付着物がなく清潔；あるいは
2. 歯間の歯垢あるいは付着物；あるいは
3. 歯肉縁あるいは有床義歯装着部に沿った沢山の歯垢あるいは付着物



### 指針 3：推奨処置

各評価部位の看護的処置は以下の通りである。(D/4)

尺度	所見	看護的処置
1	正常	今までの口腔衛生の維持 無処置
2	軽度異常	今までの口腔衛生の維持 頻回の観察 担当医への連絡
3	異常	口腔衛生に注意 担当医への連絡 指示通りの処置

### 指針 4

患者の必要治療状況に応じた口腔評価回数を設定する。(D/4)

### 口腔内清掃法

#### 歯ブラシ

##### 指針 1

#### 歯磨き

患者に頻回の出血、疼痛あるいは aspiration がなければ一時的な口腔衛生は歯磨きに依る。(C/2++)

##### 指針 2

#### 歯磨き回数

歯磨きは1日2回以上で起床直後と就寝前が望ましい。(D/4 - Adair et al., 2001)

##### 指針 3

柔らかく、植毛部が小さい歯ブラシを使用。

(D/4 - Dykewicz et al., 2000; Madeya, 1996; Miller & Kearney, 2001)

#### 発泡スワブ

##### 指針 1

歯磨きができない場合例えば高齢者あるいは出血傾向のある患者では、クロルヘキシジンあるいは歯磨剤発泡スワブ/ブラシを使用。(D/4 - Griffiths et al., 2000)

##### 指針 2

必要以上長期に発泡スワブを使用してはならない。(B/2++)

#### マウスケア

##### 指針 1

マウススクエア/綿スクエア/ゲージを使用してはならない。(D/4)

口腔含嗽剤

指針 1

フッ化物配合歯磨剤

フッ化物配合歯磨剤で1日2回歯を磨きしう蝕の予防と進行抑制。(A/1+)

指針 2

グリセリン基剤製品

グリセリン基剤口腔含嗽剤を使用しない。(D/4 – Bruner et al., 1998)

指針 3

レモン入りグリセリン基剤製品

レモン入りグリセリン基剤製品を使用しない。(D/4)

指針 4

重曹

粘性の高い粘膜に対して説明書に従い適正に重曹希釈溶液を使用。(D/4)

指針 5

過酸化水素水

過酸化水素水は医師または歯科医の指示あるいは処方があった時のみ使用。連日使用はしない。(A/1+)

指針 6

クロルヘキシジンによる口腔含嗽

処方による1日2回のクロルヘキシジン口腔含嗽は副次的な口腔衛生処置である。(B/1+)

指針 7

生食口内含嗽

生食による口腔含嗽は口腔病巣がある例に対してである。(D/4)

口腔衛生実施回数

指針 1

口腔衛生実施回数は患者の口腔状態や応諾性を考慮して決定する。1日少なくとも2回行う。(D/4)

有床義歯の手入れ

指針 1

少なくとも1日1回は有床義歯の清掃を有床義歯ブラシ/歯ブラシと洗剤/歯磨剤で行う。洗剤や水に加え有床義歯化学洗剤も使用可能である。(D/4 - Johnson & Chalmers, 2002)

指針 2

就寝時あるいは非使用時、市販義歯洗剤をきれいな水で薄めその中に有床義歯を浸す。(D/4 - Johnson & Chalmers, 2002)

指針 3

少なくとも週 1 回石鹸水の入った有床義歯保存容器に入れて洗浄するかその中に浸す。

(D/4 - Johnson & Chalmers, 2002)

#### 指針 4

全ての有床義歯保存容器には日付と患者の名前を記したラベルを貼る。 (D/4 - Johnson & Chalmers, 2002)

#### 患者教育

##### 指針 1

医療関係者は患者およびその保護者に口腔衛生教育を実施する。 (D/4)

##### 定義：

個々の研究の妥当性評価

++

全てあるいは多くの判定基準が記載されている。記載されていない判定基準により研究あるいは総説の結論が変わると考えられないもの。

+

いくつかの判定基準は記載されている。記載されていない判定基準あるいは記載不備の基準により結論が変わると考えられないもの。

-

判定基準の記載がないあるいは殆どない。結論の変更の可能性が高いあるいは極めて高いと考えられるもの。

研究デザインの内容

研究デザイン内容を数値で示す：

"1" シスマティックレビューあるいはメタ・アナリシスあるいは比較対照試験。

"2" コホート研究あるいは患者－対照研究

"3" 症例報告/1 例報告

"4" 専門家の意見/論理的反論/医学的常識

エビデンスレベル

各研究についてエビデンスを研究デザイン(1, 2, 3 あるいは 4)と妥当性(++ , + あるいは -)

双方を組み合わせで示す。エビデンスレベルは以下に示す：

1++

質の高いメタ・アナリシス、比較対照試験を材料にしたシスマティックレビュー、あるいはバイアスの入り込む余地が極めて少ない比較対照試験。

1+

計画性の良いメタ・アナリシス、シスマティックレビュー、あるいはバイアスの入り込む余地の少ない比較対照試験。

1-

メタ・アナリシス、シスマティックレビュー、あるいはバイアスの入り込む余地の高い比較対照試験

2++

患者一対照試験あるいはコホート研究の質の高いシスマティックレビュー  
質の高い患者一対照試験あるいはコホート研究でバイアスの入り込む余地の少なく結論に影響する事が少ないと考えられるもの。

2+

計画性が高い患者一対照試験あるいはコホート研究でバイアスの入り込む余地の少なく結論への影響が中等度あると考えられるもの。

2-

患者一対照試験あるいはコホート研究でバイアスの入る余地が高く、結論に影響するリスクが極めて高いもの。

3

非解析性研究（例えば 1 例報告、症例報告）

4

専門家の意見

推奨内容に相関するエビデンス分類

A

少なくとも 1 つの 1++ に評価されるメタ・アナリシス、シスマティックレビュー、あるいは比較対照試験があり特定集団に対して直接適応可能であるか；あるいは 1+ に評価され原則性がある研究が 1 つあり直接特定集団に対して適応でき、結果の全般的一貫性が示されているもの。

B

2++ と評価される研究が 1 つあり特定集団に適応可能で、結果の全般的一貫性が示されているもの；あるいは 1++ もしくは 1+ と評価される研究が複数あり同様な結論が得られている。

C

2+ と評価される研究が 1 つあり直接特定集団に適応可能で結論の全般的一貫性が示されているもの；あるいは 2++ と評価される論文が複数あり同様な結論が得られているもの。

D

エビデンスレベルが 3 あるいは 4 である論文がある；または 2+ と評価される研究が複数あって結果が同様であること。

D/4 の解釈

この等級付けは研究の質によって推奨度が決まる事を意味するものである。 D/4 は下記のいずれかである：

- 該当事項が論理的に明白で比較対照試験を行うことは意味をなさないと考えられる.
- 推奨は既存の実証に基く指針より引用されたもの. 利用者には原点のガイドライン作成者が分かるように表記する. 例えば (D/4 - Fantl et al., 1996).

## 12. Oral health management of children and adolescents with HIV infections

### HIV 感染の小児および思春期例の口腔衛生管理

New York State Department of Health; 2004 Jun. 9 p. [11 references]

[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=5905](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=5905)

#### 推奨要旨

##### 口腔衛生におけるプライマリケアでの医師の役割

プライマリケアを行う医師は最初約 12 ヶ月齢 HIV 感染小児に対し歯科検査を実施する。人工栄養、その後起こる発疹、および小児口腔衛生に関する予防情報提供および事前指導をこのときに両親に行う。24 ヶ月齢までに口腔衛生管理を行っている施設に紹介する。プライマリケアを行なう医師は口腔衛生管理を行っている施設に重要な小児の変化事項と小児の病期、投薬内容、栄養状態、および臨床検査結果(例えば最近の CD4/CD8 数、HIV ウィルス数、および血小板数)を含んだ歯科治療に影響する最新情報を提供する。プライマリケアを行なう医師と歯科医は予防的および保存的歯科治療計画、歯科処置に対し禁忌となり得る疑義に対する解決上の役割分担、および各担当での診察日調整に関して相談する必要がある。

##### 予防の重要性

事前(予期)指導に関しプライマリケアチームは米国小児歯科学会(AAPD)の指針に従う。

プライマリケアを行う医師は患者および保護者に口腔衛生維持に関して指導する。

##### 治療計画上の考慮

小児および思春期例に対する歯科治療の部分変更は患者の HIV の進行状況よりもむしろ医科的状態と治療内容に基かなくてはならない。

医師は各患者に対して最善の治療を勧告するには以下を考慮する：

- 小児/思春期例の年齢（歯科的清掃、充填、および定期的に行う歯の特定治療は年齢により異なる）
- 医科的状態（HIV の進行は処置のリスクに影響し、あるいは易感染性となり、HIV の治療薬によりう蝕原性となるかあるいは麻酔のリスクを高める可能性もある）
- 歯科治療歴（歯科治療歴によりより侵襲的治療が必要になる事もある）

思春期の HIV 感染例では矯正処置の必要性を判定し、適正な矯正処置を行う。

##### HIV 感染小児の口腔疾患と歯周疾患

歯科医とプライマリケアを行なう医師は協力して小児口腔粘膜の完全性破壊の原因となる病巣の診断、観察、および治療を行う。

### 口腔カンジダ症

プライマリケアを行なう医師は患者および保護者に明確に口腔衛生管理法を指導する。口腔衛生管理によりカンジダを防止でき口腔カンジダ症の発症を遅延させる事もできる。この予防法は生まれた時から若年小児までは保護者がその責を負い、年長小児となれば個人がその責を負う：

- 口腔組織(粘膜、歯肉)および歯に付着した食物および薬の洗浄もしくは機械的清掃
- 栄養および服薬管理
- 粘膜および歯肉全領域の洗浄

表 2 の推奨の抗真菌療法を参照。

### 口角糜爛

医師は口角糜爛を呈した小児の食事、口腔習癖そしてまたは HIV 進行性を評価する。口角糜爛のある HIV 感染小児に対し、プライマリケアチームは協力して栄養補給およびビタミン補充に関する指導を行う。

### う蝕と歯肉炎

プライマリケアを行なう医師は患者に広汎なう蝕あるいは慢性脱灰があれば可及的速やかに保存修復処置の紹介を行う。

### 口腔乾燥症

医師は口腔乾燥症軽減のため無糖のガムおよび水分もしくは多目に薄めたフルーツジュースの頻回補給を推奨すること。

### アフタ性口内炎

アフタ性口内炎の治療はコルチコステロイドおよび局麻剤の局所塗布による。

### ヘルペス性口内炎

ヘルペス性口内炎を呈した小児に対し経口剤に加え局麻剤の塗布剤等を処方し、水分補給および食物摂取を奨める。

*National Guideline Clearinghouse (NGC)よりの脚注:* 原文の指針には耳下腺腫脹、ヘアリーセル白血病、カポシ肉腫、線状歯肉紅斑、および歯周炎に触れているがそれらに対する推奨事項は記載されていない。

13. Oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults  
機能依存性の認知障害高齢者の口腔衛生管理

University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center; 2002 Nov. 48  
p. [50 references]

[http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=3611](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=3611)

推奨要旨

処置の記述

口腔衛生の支援と提供に関して要求される行為は複数のものである：

1. 口腔疾患を起こすリスクのある因子の特定
2. 最初の口腔衛生評価（原文の指針の付録 A.1 参照）
3. 現在の口腔衛生管理の評価（原文の指針の付録 A.2 参照）
4. 口腔衛生管理計画の作成（原文の指針の付録 A.4 参照）
5. 口腔疾患予防に対する口腔衛生実施情況の記述：一般的口腔衛生方法
  - 行動/意思疎通/痴呆障害
  - 有床義歯と有床義歯に関連した口腔内障害
  - 生活歯
  - 口渇、流涎および嚥下障害
  - 姑息的口腔衛生方法

口腔障害のリスク因子

口腔以外の考慮すべき因子：

1. 歯垢による歯疾患のリスクの高い高齢者を特定する場合には認知障害度の評価が必要となる。これには種々の認知度評価方法がある。多く使用されているものを挙げると、Mini-Mental Status Examination (MMSE), (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) the Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg et al., 1982) および clock-drawing examination (Sunderland et al., 1989)がある。

高齢者で認知障害そしてまたは行動上の障害があると口腔衛生処置中に特異的意思疎通技術が必要となる（原文の指針の付録 A. 3 参照）。

2. 機能障害のある高齢者には他人に対する依存度評価を Instrumental Activities of Daily Living (IADL)および Activities of Daily Living (ADL)の検査によって行う。
3. 患者の住居場所も口腔疾患のリスク因子となり得る。例えば、養護施設高齢者は通



常重い障害あり、他人に対する介護依存が一般にあるため口腔疾患に罹患するのが高率である。更にこの養護施設の職員数が患者数に対して少なければあるいは職員の入替わり数が多ければ口腔衛生管理がお粗末となる。養護施設が口腔衛生を軽視した場合あるいは介護職員が適正な口腔衛生教育を受けていない場合は、他人依存度の高い入居者は口腔予防衛生が連日は受けられないことになる。

在宅障害高齢者は養護施設のそれらよりは多いが、必要であれば社会支援組織の支援が受けられる。該当人数を評価する場合研究方法が妥協性となるため在宅障害高齢者の口腔疾患の罹患率評価は難しい。しかしながら最近の研究では在宅障害高齢者の口腔疾患罹患率は高いことが示され、口腔疾患で長期療養施設に入居している事も判明している(Chalmers, 2002; Chalmers et al., 2002)。何時の時点でも高齢者の長期療養施設入居者の割合は低い、今後高齢者の長期療養施設への入居の確率は高い。歯科領域ではその事は何時の時点でも高齢者は口腔疾患の罹患率が一定範囲内にあり、種々のハイリスク亜型群の高齢者には高率に口腔疾患が起こるが、多くの高齢者はハイリスクに入り将来いつかは重症の口腔疾患に罹患する可能性が高いことを示すものである。

4. 全身性疾患に薬物および放射線療法が用いられると種々の副作用により口腔疾患罹患率に影響を及ぼす。薬物によっては唾液腺機能低下(SGH)、口腔乾燥症、歯肉過形成、苔癬化反応、遅発性ジスキネジア(口腔筋系運動)および構音・嚥下・味覚障害が起こる。いずれもが毎日のプラークコントロールや口腔爽快感に影響するものである。多剤服用あるいは全身性疾患による頭頸部放射線照射の高齢者に対しては医師および歯科医師間の協議が必要となる。

#### 考慮すべき口腔関連因子

1. 他のリスク因子としては口腔障害が起こる前の口腔状態と習癖がある。高齢者に口腔疾患の既往があれば口腔衛生を疎かにした場合には口腔疾患に罹患しやすい。例えば患者に歯周疾患やう蝕の既往があると毎日のプラークコントロール行為を疎かにした場合(通常は機能障害や認知障害による)これらの再発の可能性が高くなる。口腔衛生維持がなされずう蝕ができると保存修復(充填)した歯に影響が出る可能性がある。
2. 既述のように口腔乾燥症(口渇の自覚症状)そしてまたは唾液腺機能低下症(唾液分泌低下)がある場合口腔疾患になる主要因子である。全身性疾患に対する薬物療法や治療による副作用のみではなくレモン-グリセリン口腔スワブでも口腔に障害を起こす。このスワブは通常対症療法として口内粘膜乾燥の治療に使用される。皮肉にもこのスワブは口腔内湿潤性を更に低下させ以前これにより治療した状態をさらに

悪化させる事が研究で判明している。

唾液分泌能は高齢者のう蝕を惹き起こす主要因子である。唾液分泌低下は口腔環境を酸性にし同時に緩衝性を低減しう蝕を惹き起こす。唾液分泌低下の症状として咀嚼・嚥下・あるいは構音障害、味覚障害、口腔組織の灼熱感/疼痛、舌浮腫や舌の発赤、および有床義歯装着時間短縮が起こる。高齢者に通常投与される多くの薬剤は唾液分泌に影響し、口渇(口腔乾燥症)そしてまたは唾液腺分泌機能低下症を惹き起こす。抗精神病薬、抗うつ薬、静穏剤、鎮静剤、利尿剤、降圧剤、抗パーキンソン病薬、麻薬性鎮痛薬、抗痙攣剤、抗ヒスタミン薬、および制吐剤は副作用として重症の口渇や唾液腺機能低下症を惹き起こすこともある(薬剤による口腔内為害作用と歯科治療の要約に関しては本指針の付録B参照)。体液バランス障害、ストレス、喫煙、およびカフェインもまた唾液分泌低下の原因となる。シェーグレン症候群や他の自己免疫疾患の様な疾患でも口渇や唾液腺機能低下症の直接因となる。頭頸部放射線照射例同様アルツハイマー罹患高齢者でも唾液分泌低下が起こる。

頻回の飲水や水性口腔含嗽剤使用で口渇の軽減が見られ、含嗽剤を舌や口腔組織に散布しても良い。砕いた氷でもある程度の軽減が見られる。アルコール含有口腔含嗽剤や含嗽・芳香剤添加の歯磨剤は口腔内の乾燥した組織を刺激するため使用してはならない。人工唾液を乾燥した口腔組織に塗布する事によりその湿潤作用と水分補給作用により改善が得られる。薬剤師がこの人工唾液を調製するが、このスプレイ、ゲル、あるいは錠剤が市販されている(例えば Oral Balance Gel [Laclede, USA]; Optimoist あるいは Xerolube [Colgate Oral Pharm]; Moi-Stir [Kingswood Labs]; Salix SST tablets [Scandinavian Pure and Naturals])。ワセリンあるいは同様の湿潤剤の口唇へ塗布しても良い。洗剤無添加および芳香剤無添加歯磨剤でも良い(例えば Biotene toothpaste [Laclede, USA] および Floran HA toothpaste)。無糖チューインガムを噛むことにより唾液産生を促進する。糖含有トローチ・薄荷あるいは飴はう蝕誘発の可能性があるので高齢者はこれらを舐めてはならない。口渇や唾液腺機能低下症が酷い場合は医師あるいは歯科医師に申し出ればピロカルピンの様な唾液促進剤の処方もあり得る。

3. 高齢者によっては唾液産生亢進があり、管理が難しい事もある。嚥下障害および筋系支配神経障害により唾液の口腔内貯留が起こりこれが流涎の原因となる。パーキンソン病のような神経疾患のある高齢者では唾液の口腔内貯留や流涎が起こる。医師に申し出れば流涎を低減する薬剤の処方も可能である。しかしながら、この種の薬剤に他の副作用があり通常推奨はできない。歯科医は唾液貯留を抑制する口腔内挿入特殊装置を作成しうる。残念ながら通常はこの装置は嚥下障害や口腔筋支配神経障害のある高齢者には適応できない。可能な限り高齢者には唾液を飲み込ませ、

可能であれば立位をとらせ、閉口状態の維持に集中させ嚥下時には前方に頭を手向けさせる事が支援となる。

4. 定期歯科健診の必要性を理解し、歯科治療を求め、そして定期治療に対し支払能力のある患者は、症状があつて歯科治療を受ける患者よりも重症の口腔疾患にはなりにくい。これらの患者は一般的に定期的予防治療を受けていて、拡大的保存的治療を回避できそしてまたは口腔疾患に罹患しにくい。しかしながら、一旦重い認知障害になると自身ではその定期歯科受診はできなくなり、口腔疾患や口腔症状が起こりやすくなる。

#### 口腔衛生度評価

口腔状態/衛生を多面的に評価する方法は多数ある。非歯科医が研究目的で使用しやすいものはそう多くはない。多くは高齢者の自己申告による情報を集める形式である。しかしながら認知障害高齢者の場合はそれらは不適で、本来の評価尺度の妥当性を欠くような改変が必要となる。

米国連邦規制局は患者個々に合った包括評価を認め、長期療養型施設での治療計画作成上では最小限の償還(Medicare および Medicaid)の範囲しか認めていない。これに合致したものとして Minimum Data Set (MDS) および Resident Assessment Protocol (RAP)がある。この何れもはスタッフが各病態(口腔状態も含む)を系統だって評価でき、指導や紹介の必要性が判定できる。MDS の口腔と歯の病態に関する項目は少なく、外観上の口腔衛生度と口腔乾燥症の有無の判定ぐらいである。この評価表は全国で使用されているが、規制当局はMDSを用いた口腔衛生度評価の方法やその使用訓練に関し一貫した方向性を示していない。これらに関する規制は州ごとに異なる可能性があるので照会されたい。恐らく、使用法の訓練により評価の正確性と妥当性が向上する。1つの国家的検討委員会(national task force)はこの評価表を見直しており、この評価法の使用者は各州の規制に合うよう定期的改変を推奨している。

Brief Oral Health Status Examination (BOHSE) は以前認知障害のある高齢者およびそれのない高齢者で評価されている。更にそれは改変され認知障害高齢者で使用されており、Certified Nurses' Assistants (CNAs) and nurses for oral assessments で有益と評価した。MDSとは異なり、BOHSEは評価欄があり使用者に評価方法が直接分かるようになっており使用方法の説明書の該当部を参照しなくとも済むようになっている。

BOHSEはスクリーニング時のみに使用するものである。それは診断に使用するものではなく、歯科医の定期健診に替わるでもない。BOHSEの使用の前に School of Dentistry faculty, dentists in private practice or dentists contracted to provide services to a nursing home に属する歯科医あるいは歯科衛生士による教育が必要である。

Oral Health Assessment (原文のガイドライン付録A.1参照)はBOHSEを改変したものである。歯垢に起因した口腔疾患低減目的の個々の口腔衛生管理計画を作成する前にこれ

による評価を完了する事、この評価を済ます事により口腔内の状態把握および口腔疾患のリスク因子特定ができ歯科医への支援となり、妥当な患者管理計画の開始が可能となる。

#### 定時点の口腔衛生度評価表

患者が連日口腔衛生管理を維持しているかどうかの判定のため定時点での口腔衛生度評価が必要である(原文の指針の付録A.2参照)。患者自身の口腔衛生維持能の判定によって、歯科医はどの程度の口腔管理の必要性かを判定し得、忠告、支援、介護、あるいは姑息治療のいずれかを決定する。口腔衛生用具(歯ブラシの型および口腔衛生用品)およびその使用頻度に関する情報は適切な口腔管理計画の作成上必要である。この口腔衛生度評価表による定期的評価により口腔管理計画の追跡を行う。

#### 口腔衛生管理計画の作成

個々に合わせた口腔衛生管理計画(原文の指針の付録A.4参照)は個々の患者に対する適正な管理に重きを置いている。計画を作成し患者の認知あるいは機能障害、口腔状態、あるいは患者の自立性に変化があれば常に更新する。

口腔衛生管理計画には管理上の必要事項同様、適正な患者の口腔状態情報、口腔管理上の支援水準を盛り込む。患者に障害があればこれも記入し、その事によって歯科医の治療法選定の支援となる。

口腔疾患予防のための口腔衛生実施状態の既述：一般的な口腔衛生管理方法

口腔衛生管理方法には5項目を含む：

1. 行動/意思疎通/痴呆障害
2. 有床義歯と有床義歯に起因した口腔内障害
3. 生活歯
4. 口渇、流涎、および嚥下障害
5. 姑息的口腔衛生処置

注：口腔衛生管理法の詳細が得られるところを数箇所上げると：

Laclede (Biotene products); 800-922-5856; [www.laclede.com](http://www.laclede.com)

Specialized Care Co; 800-722-7375; [www.specializedcare.com](http://www.specializedcare.com)

Colgate Oral Pharmaceuticals; 800-225-3756; [www.colgateprofessional.com](http://www.colgateprofessional.com)

Kingswood Labs; 800-968-7772

目視できる多くの方法が示されたビデオテープおよび本は以下の所から得られる。

右記参照：*Chalmers et al., 2002 for purchasing details.*

1. 行動/意思疎通/痴呆障害