臨床（認定医・専門医）ポスター

（ポスター会場）

5月13日（土）	ポスター受付・貼付	8：30～10：00
	ポスター展示・閲覧	10：00～17：00
	ポスター討論	17：00～17：50
	ポスター撤去	17：50～18：20

ポスター会場

DP-01～61

再掲

最優秀臨床ポスター賞受賞

（第59回秋季学術大会）

DP-11 土岡　弘明

DP-11

2504

広汎型重度慢性歯周炎患者に対し，歯周-矯正治療を行った17年経過症例

土岡　弘明

キーワード：歯周基本治療，歯周－矯正治療，サポーティブペリオドンタルセラピー（SPT）

【はじめに】歯科恐怖症の広汎型重度慢性歯周炎患者に対し，歯周基本治療，歯周－矯正治療を行い，SPTを行っている17年経過症例を報告する。

【症例の概要】患者：44歳女性　初診：1999年11月10日　主訴：右上臼歯の動揺と右上前歯の歯列不正

全身的既往歴：歯科恐怖症，過敏性大腸炎，そば・にんにくアレルギー　喫煙歴：なし　現病歴：1998年11月ごろより右上臼歯の動揺を自覚するも家庭の事情により放置。歯肉の腫脹，消退を繰り返すようになり1999年11月初診。

【臨床所見】歯間乳頭部および辺縁歯肉部の発赤，腫脹を認め，一部排膿，自然出血を認めた。また，臼歯部には近心傾斜，前歯部には歯間離開，叢生を認めた。主訴である17には根尖付近に至るエックス線透過像が認められ，全歯に歯根長2/3程度の骨吸収像，根面には多量の歯石沈着を思わせるエックス線不透過像を認めた。

【診断名】広汎型重度慢性歯周炎

【治療方針】1. 歯周基本治療　2. 再評価　3. 歯周外科治療　4. 再評価　5. 矯正治療　6. SPT

【治療経過】口腔清掃指導後，スケーリング・ルートプレーニングを行い，同時期に17，28，38を抜歯した。患者のプラークコントロールは良好（PCR20％）であり，再評価時のプロービングポケットデプスは全歯3mm以内であった。細菌検査でも初診時に検出された歯周病原細菌が検出されなかったため，矯正治療へ移行し，歯列不正の改善を行い，再評価の後にSPTへ移行した。

【考察・まとめ】歯周治療に不用意に矯正治療を組み込むことは，歯周組織破壊の進行を急速化させる可能性があるが，炎症が十分にコントロールされていれば禁忌ではないと報告されている。むしろ病的な歯の位置異常が認められる患者に対して矯正治療を行うことにより，歯周組織破壊の進行した歯を保存することができ，より良好な機能と審美性が得られたと考えられる。しかし，残存する歯槽骨が少なく，患者の歯科恐怖症により外科処置が困難であるため，今後も注意深いSPTが必要である。

再掲

優秀臨床ポスター賞受賞
（第 59 回秋季学術大会）

DP-20 斎田　寛之

DP-20

2504

非外科で対応した重度慢性歯周炎症例

斎田　寛之

キーワード：歯周基本治療，自然挺出，部分矯正

重度歯周炎症例ではそのコントロールに外科処置が必要となることが多い。しかし，歯周組織の反応の良否は患者個々により様々であり，外科処置に必要性はそれらの要素も考慮して決定すべきと考える。

今回，初診時のスクリーニングにより歯周組織の反応が良いと予測した重度慢性歯周病患者に対し，非外科で対応し骨欠損の改善を目指した症例を提示する。

患者は50歳女性，非喫煙者。歯の動揺を主訴に来院された。臼歯部を中心に垂直性骨欠損が散見され，咬合性外傷がみられた。力の問題が考えられたが，リスクファクターが多くなかったこと，年齢などの要素から歯周組織の反応は良いと予測して，まずは歯周基本治療でどこまで治るかみていくこととした。

特に骨欠損が大きかった右下6，左上7は自然挺出を行いながら骨欠損の改善を待った。初診時に散見された骨欠損部位に対しては，初診時の治療計画では歯周外科を考えていたが，再評価時，初診時の予測以上に多くの歯周ポケットは改善し，垂直性骨欠損の改善も認められたため，歯周外科処行わなかった。

再評価後，臼歯部は補綴的に咬合平面の改善を図ったが，挺出した天然歯である左上12に対しては，患者の希望から大掛かりな矯正は行わずに，局所的にMTMを行い，審美性の確保に努めた。

現在，初診から8年が経過するが，順調に経過している。

歯周組織の反応が良いと予測されれば，できる限り歯周基本治療による治癒を目指し，残った歯軸傾斜や咬合平面などの問題に対しては補綴的に解決をするか，または可能であればMTMを併用することが有効であるということを考えさせられた症例であった。

DP-01
2504

歯周病の治療指針に基づいて治療した広汎型中等度慢性歯周炎の1症例

高橋　惇哉

キーワード：歯周病の治療指針，広汎型中等度慢性歯周炎，歯周外科処置，SPT

【はじめに】日本歯周病学会の「歯周病治療の指針」は歯周治療の規範であり，この指針に則り治療を施行した1症例を報告する。

【初診】34歳，男性，初診日：2014年5月，主訴：23-25歯肉腫脹現病歴：2014年4月に上顎左側臼歯部の歯肉疼痛と腫脹を自覚。発熱を生じ，近在の内科を受診。抗菌剤を1週間服用し改善したが，食欲不振，吐気，全身倦怠感，体重減少のため再受診。逆流性食道炎，慢性胃炎の診断がなされ，口腔内検査の必要性を指摘され，本院歯周病科を受診した。既往歴：1歳時に腎盂腎炎，6歳時にアトピー性皮膚炎，34歳時に逆流性食道炎，慢性胃炎

【診査・検査所見】歯肉辺縁部と歯間乳頭部が暗赤色を呈し，23-25の歯肉腫脹が著明である。軽度のメラニン沈着。エックス線所見から上下顎に軽度から中等度の水平性骨吸収，21遠心部，36近心部に垂直性骨吸収が認められた。

【診断】広汎型中等度慢性歯周炎，咬合性外傷

【治療計画】①歯周基本治療（TBI，SRP，咬合調整）②再評価③歯周外科処置④再評価⑤SPT

【治療経過】2014年5月～12月歯周基本治療，12月再評価検査，2015年2月～10月歯周外科処置：歯肉剥離掻爬術（14-17，34-37，44-47），エナメルマトリックスタンパク応用の歯周組織再生療法（24-27），2016年3月再評価検査，4月～SPT

【考察・まとめ】歯周病治療の原則を基に適切な治療法を選択し，内科的既往に配慮しながら患者の動機付け，良好なプラークコントロール状態を確立できた。歯周外科手術を実施した部位も経過良好である。患者に目的意識を低下させず，治療開始期からSPTに至る積極的な歯周組織の病状安定を図っていくまでの過程で，原則に従った歯周病治療の実施が重要であると考えられた。

DP-02
2504

咬合性外傷を伴う重度慢性歯周炎患者に外傷力除去を優先して良好な治癒が得られた一症例

加藤　昭人

キーワード：SRP，プロービングポケットデプス，咬合性外傷

【はじめに】咬合性外傷を伴う重度歯周炎にSRPより先に外傷力除去を優先して，良好な改善が得られた症例を報告する。

【症例の概要】患者：72歳男性　初診：2008年6月　主訴：歯肉腫脹口腔内所見：全顎的に清掃状態は不良で，歯肉の発赤，腫脹，排膿がみられ，多数の臼歯で動揺度2～3度，早期接触を示し，重度の垂直性骨欠損が認められた。6点法でのPPDは，平均4.5mm，1-3mmが49.3%，4-6mmが34.0%，7mm以上が16.7%であった。特に14はPPD 12mm，動揺度2度，根尖に及ぶ垂直性骨欠損が認められた。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎，咬合性外傷

【治療方針】14には咬合性外傷の改善後にSRPを行う。

【治療経過】歯周基本治療では，14のポケットに対して明らかな歯石の除去とイリゲーションのみとした。16・36D根・47の抜歯，46D根分割抜歯，臼歯部暫間ブリッジによる咬合回復後，14の咬合を解放した。14は3か月後，PPD7mm，動揺度1度に改善した時点でSRPを行った。再評価後に17・27ルートセパレーション，26B根分割抜歯，暫間ブリッジで3か月経過観察を行った結果，14は歯周組織の良好な治癒がみられたため最終補綴を行い，SPTへ移行した。現在良好な状態を維持している。

【考察・結論】14は外傷力を除去することでPPDが大きく減少し，骨が回復したことから，初診時は咬合性外傷で生じた骨欠損部にまでポケットプローブが穿通していたと考えられた。また，咬合性外傷による歯周組織破壊部分が修復してから歯肉縁下SRPを行ったため，スケーラーによる付着の破壊を避けることができ，良好な治癒に繋がったと思われた。

DP-03
3102

インプラント周囲粘膜炎と骨欠損に対し再生療法にて対応した症例：12ヶ月予後

白井　義英

キーワード：インプラント周囲粘膜炎，β-TCP，吸収性膜

【症例の概要】下顎左側臼歯部に植立された歯肉の疼痛，発赤および排膿を主訴として来院された患者（女性，48才）に対して，診査・診断を行い，吸収性膜とβ-TCP併用による再生療法を行うこととした。

【治療方針】1 歯周基本治療　2 再評価　3 再生療法　4 インプラント2次オペ　5 インプラント上部構造装着　6 再評価　7 SPT

【治療経過・治療成績】歯周基本治療終了後に患者の同意を得たのちに施術を行った。施術前にX線でインプラント植立部位の歯槽骨の状態を把握しておく。骨欠損が広汎であり垂直的にも骨移植材が填塞されているものの十分でない為に，β-TCPと吸収性膜を併用して再生療法を行うこととした。この症例の場合，1次オペが他院でなされており，口腔とインプラント体との交通の有無を調べた結果，インプラント体の露出も認めたため感染の疑いが拭えない事からインプラント体への処置も考慮しての施術となった。施術においては，露出部に近い歯槽頂からの切開は避けて頬側より切開・剥離を行った。術後9ヶ月のX線から骨移植材の不透過性が既存骨とほぼ同等であると判断したため実施している。インプラント上部構造体装着は粘膜の治癒期間も考慮して術後12ヶ月頃に行った。2次オペ後は常にBOP（-）が維持出来る様に患者へのプラークコントロール徹底を指導する事が重要であると考えられる。

【考察】インプラントの1次オペ後に来院された事でインプラントシステムの特定，術式の再確認，審美性が要求される部位であることから術式の考案と様々な要因が関与してきていた。

【結論】インプラント周囲粘膜炎に対しての対応，骨の造成を考慮した再生療法全ての観点から施術を行う事が重要と考えられた。

DP-04
2504

広汎型中等度慢性歯周炎患者に対して歯周組織再生療法を含む包括的治療を行った一症例

伊古野　良一

キーワード：骨縁下欠損，二次性咬合性外傷，歯周組織再生療法，磁性アタッチメント義歯

【はじめに】重度の骨縁下欠損のある歯を支台歯として用いる場合，その歯の予後を含め，対応に苦慮すくことが多い。今回，そのような予後不安な歯に対し，エムドゲイン®ゲル（以下EMD），コラーゲン複合骨移植材（ボーンジェクト®，以下TBC）を用い，包括的治療を行い，7年経過した一症例を報告する。

【初診】64歳女性　2008年3月29日初診。主訴：審美障害，咀嚼障害。既往歴：以前他院で，下顎前歯に暫間固定を行っていたが，5年前に治療中断。1か月前に41が自然脱落。見た目が気になるということで来院。家族歴，全身既往歴等，特記事項なし。

【診査・検査所見】17，16，14，24，25，26，35，37，41，45，47欠損，全顎的に4mm～14mmの歯周ポケット，歯の動揺を認めた。4mm以上のPPD率：70%，PCR66%，BOP率：100%であった。X線所見では特に13に，重度の骨縁下欠損，36に根尖までの骨吸収像を認めた。

【診断】広汎型中等度歯周炎，二次性咬合性外傷。

【治療計画】1）歯周基本治療　2）暫間補綴　3）再評価検査　4）歯周外科　5）再評価検査　6）補綴処置　7）SPT。

【治療経過】歯周基本治療後の再評価検査で36は保存不能と判断し抜歯。暫間補綴で臼歯部の咬合回復させた後，上顎前歯はウィドマン改良フラップ手術を行った。その後13はEMD，TBCを用いて歯周組織再生療法を行った。歯周組織の安定を確認後支台歯としての負担能力を考慮し，患者の審美的要求も踏まえ残存歯ならびに歯牙欠損部の補綴処置を行なった。その後SPTに移行した。

【考察・まとめ】外傷性咬合の除去が歯周組織の安定にとって重要である。そして，骨縁下欠損のある歯にEMDと骨移植材を用いることで，歯の保存と予後に良好な結果が得られたと考える。

DP-05
2504

広汎型重度慢性歯周炎患者に対し，歯周組織再生療法を行った術後10年経過症例

宮澤　進

キーワード：広汎型重度慢性歯周炎，歯周組織再生療法，骨内欠損

【はじめに】骨縁下欠損を有する重度歯周炎患者に対し，歯周組織再生療法を行い，経過が良好な10年経過症例を報告する。

【症例の概要】患者：51歳　女性　初診日2006年4月17日　主訴：左上の歯が動いて痛い。非喫煙者。全身疾患はなし。全顎的に歯槽骨の吸収が顕著であり，特に，25には根尖までの骨吸収，35には著しい垂直性の骨欠損が見られれた。歯間部にプラークの残存が多くみられた。また，歯周組織検査においては7mmを超える歯周ポケットは13.6％であった。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎

【治療計画】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科処置　4）再評価　5）口腔機能回復治療　6）SPT

【治療経過】歯周基本治療　2006年4月～8月　35遠心部に深い歯周ポケット残存，歯周組織再生療法を施術，術後再評価の結果　全顎的にすべての歯牙において歯周ポケット3mm以下となり補綴治療が終了後，SPTへ移行した。

【考察・まとめ】SPT移行後10年経過しているが，歯周病の再発もなく，良好に経過している。また，患者も3ヶ月に1回のSPTに途切れることなく来院している。今後も歯周治療後の合併症を防ぐためきめ細やかな対応を行っていきたい。

DP-06
2504

重度慢性歯周炎患者に歯周組織再生療法を含む包括的治療を行った一症例

矢野　亜希子

キーワード：広汎型慢性歯周炎，歯周組織再生療法，咬合性外傷

【症例の概要】本症例は咬合崩壊を伴う重度慢性歯周炎患者に対し歯周基本治療を行い，歯周組織再生療法，咬合再構築により，歯周組織の改善が認められた一症例である。患者65歳，女性。初診時：2012年4月10日。主訴：奥歯がぐらぐらしている，最近は前歯も揺れている。口腔内所見：全顎的に辺縁歯肉，歯間乳頭部歯肉に発赤があり，特に臼歯部・口蓋側に腫脹が認められる。エックス線所見は14・15・24・25・26・33・37・45・46・47歯に垂直性骨吸収が見られ，16・17・27歯には根尖に及ぶ骨吸収が認められた。

【治療方針】1.歯周基本治療　2.歯周基本治療再評価　3.歯周外科治療　4.歯周外科再評価　5.口腔機能回復治療　6.再評価　7.メインテナンス。

【治療経過】1.歯周基本治療（口腔清掃指導，スケーリング，スケーリング・ルートプレーニング，抜歯，治療用義歯装着，暫間被覆間装着）　2.歯周基本治療再評価　3.歯周外科治療（歯周組織再生療法：エムドゲイン24-26，33，37，45-47）　4.歯周外科再評価　5.口腔機能回復治療（15-26連結ブリッジ，臼歯部遊離端義歯）　6.再評価　7.メインテナンス。

【考察】本症例は，臼歯部咬合崩壊の結果，咬合高径が低下し前歯部に動揺が生じていた。基本治療時に大臼歯部に義歯，小臼歯から前歯にかけて連結暫間被覆冠を装着する事で咬合の再構築を行い，咬合性外傷を除去した。炎症のコントロールと咬合再構築後に再生療法を行った為，歯周組織の改善が認められたと考えられる。

【結論】現在，歯周組織，咬合共に安定している，今後ともメインテナンスを継続し慎重に経過観察を行うことが重要である。

DP-07
2504

重度慢性歯周炎患者に対し歯周組織再生療法および歯牙移植術，遊離歯肉移植術を行った一症例

永原　隆吉

キーワード：歯周組織再生療法，歯牙移植術，遊離歯肉移植術

【症例の概要】患者：65歳女性。初診日：2013年4月2日。特記すべき全身疾患はない。初診半年前から下顎左右臼歯部の動揺を自覚し近医を受診するも症状の改善はなく，精査加療を求めて来院した。

【検査所見】17と47，27と38に早期接触と咬頭干渉を認めた。臼歯部を中心に深い歯周ポケット（PPD）が存在し，27遠心と36舌側に根分岐部病変Ⅰ度，37，47は動揺度Ⅲ度で排膿も認めた。4mm以上のPPD: 30.2%，7mm以上のPPD: 6.8%，BOP: 24.1%，PCR: 33.3%。X線所見では，37，47は根尖に達する骨吸収，16，17に水平性骨欠損，36近心には垂直性骨欠損を認めた。コーンビームCT所見では，27遠心に3壁性骨欠損，36近心に2壁性骨欠損が存在し，舌側根分岐部にまで骨吸収が進んでいた。

【診断】重度慢性歯周炎，咬合性外傷

【治療計画】1）歯周基本治療，2）再評価，3）歯周外科，4）再評価，5）口腔機能回復治療，6）再評価，7）SPT

【治療経過】1）歯周基本治療：抜歯（37，47），歯牙移植術（37の抜歯窩治癒後38を移植），2）再評価，3）歯周外科：GTR法（27，36），遊離歯肉移植術（36），歯肉剥離掻爬術（16，17），4）再評価，5）口腔機能回復治療，6）再評価，7）SPT

【考察，まとめ】歯周組織再生療法と歯牙移植術，遊離歯肉移植術を行い，骨欠損や歯周ポケットが改善された。今後も移植歯の経過観察とともに，プラークコントロールと咬合力の調整に注意し，SPTを継続していくことが重要である。

DP-08
2504

高齢の広汎型重度慢性歯周炎患者の包括的歯科治療

金田　ゆかり

キーワード：広汎型重度慢性歯周炎，自己免疫性肝機能障害，病的歯牙移動，非外科，部分矯正

【症例の概要】患者：74歳女性　初診：2011年9月27日　主訴：セカンドオピニオン　既往歴：自己免疫性肝機能障害にてステロイド剤服用中，扁平苔癬，喫煙歴あり。

【診査・検査所見】全顎的に歯肉発赤・腫脹・排膿あり。PCR83.3%，BOP78.7%，PPD4-6mm61.1%，7mm以上9.3%。病的歯牙移動を認め，動揺は高度。X線検査では，全顎的に高度の骨吸収と歯石沈着を認めた。16，17，36歯にⅢ度の根分岐部病変，14，13，35歯には楔状骨吸収を認めた。診断名：広汎型重度慢性歯周炎，二次性咬合性外傷

【治療方針】1）歯周基本治療　2）暫間補綴による咬合回復　3）再評価　4）最終補綴治療　5）SPT　6）矯正治療

【治療経過】前医では全て抜歯し総義歯と診断されたが，患者の強い希望により最大限歯を保存した。そこで「成功の鍵は患者自身のプラークコントロール」と初診時から強調。高齢の患者だがコンプライアンスが高く順調にPCRを下げ，歯周組織の反応は良好だった。基本治療終了時7mm以上のPPDは0%で非外科で治療した。41歯の動揺もⅢ度からⅡ度に改善した為抜歯せず保存した。16，36歯はⅢ度の根分岐部病変だったが，分岐部が縁上でセルフケア可能な為，抜根せず保存した。早期に暫間固定と暫間補綴を行い，外傷力をコントロールした事で良好に治癒した。

【考察・まとめ】本症例の様な場合，治療のゴール設定が難しく，治療自体も敬遠される傾向だが，コンプライアンスの高い患者であれば充分歯を残せると実感した。また可及的に低侵襲で早期に咬合回復させた事がモチベーションアップに繋がり，SPTの継続，更に矯正治療が実現した。現在80歳，今後更に加齢し起こり得る問題を視野に入れたSPTを実践して行く所存である。

DP-09
2504

2型糖尿病を有する広汎型重度慢性歯周炎患者に対し包括的治療を行った1症例

平塚　俊志

キーワード：2型糖尿病，重度慢性歯周炎，歯周補綴，咬合性外傷

【はじめに】2型糖尿病を有する広汎型重度慢性歯周炎患者に対し，全顎的に歯周治療を行い歯周補綴処置後良好に経過している症例を報告する。

【症例の概要】患者：54歳　男性　初診日：2012年11月　主訴：歯がぐらぐらして咬めない　全身既往歴：2型糖尿病，高血圧症

【診査・検査所見】口腔清掃状態不良であり，全顎的に歯肉からの出血，排膿を認め，PPD6mm以上の部位100%，BOP率100%であった。全ての歯に動揺があり，咬合の低下による前歯部のフレアアウトを認めた。全顎的に歯槽骨の水平性骨吸収があり歯槽骨吸収度は歯根長の1/3～1/2以上に及んだ。2型糖尿病であり来院当初Hba1cは9.1%と血糖コントロール不良であった。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎・二次性咬合性外傷

【治療方針】①歯周基本治療②暫間補綴物による咬合回復③再評価④歯周外科処置⑤再評価⑥口腔機能回復治療⑦SPT

【治療経過】①血糖値の改善後，予後不良歯を抜歯。歯周基本治療後に暫間補綴物にて咬合の回復を図った。基本治療終了時のHba1cは6.7%に改善②上顎全歯及び下顎46に歯肉剥離掻爬術。14，24，46は根分岐部病変Ⅱ～Ⅲ度であり，歯根分割後暫間補綴物にて歯根間の離開を行った。③暫間補綴物にて組織の治癒を待ち，最終補綴（歯周補綴）処置。その後SPTへ移行。

【考察】歯周組織が高度に破壊された患者である為，動揺歯の連結固定が必須であり歯周補綴が必要な症例であった。歯周補綴は患者自身が清掃しやすい環境とする為，全て縁上マージンに設定した。現在患者のプラークコントロールに問題はなく，歯周組織及び血糖値ともに良好に安定している。今後ともSPTにて炎症と力のコントロールを継続していく必要がある。

DP-10
2504

Er:YAGレーザーを用いてインプラント周囲炎の治療を行った一症例

安田　忠司

キーワード：インプラント周囲炎，Er:YAGレーザー，歯周病細菌検査

【はじめに】インプラント周囲炎により表面がいったん汚染されると，表面性状を維持しつつ汚染物質や菌などを完全に除去することは難しく，様々な治療法が存在する。そこでわれわれはEr:YAGレーザーを用いて，汚染層を除染し，臨床評価，細菌検査，CTによる検査の結果より歯周組織の改善を図った一症例を報告する。

【初診】2010年3月68歳，女性；主訴：21インプラント部からの排膿

【診査・検査所見】レントゲン所見では全歯牙にわたる歯周支持歯槽骨の高度な吸収を認めた。CT像よりインプラント部位は1/2におよぶ骨吸収像を示した。また，21インプラント部の細菌検査は，*T. forsythensis, F. nucleatum*の存在を示し，本症例の病態に関与していることが考えられた。

【診断】インプラント周囲炎，広汎型重度慢性歯周炎

【治療計画】1）歯周基本治療2）再評価3）歯周外科治療4）再評価5）SPT

【治療経過】歯周基本治療としてプラークコントロール，スケーリング，ルートプレーニングを行った。再評価にて21インプラント部において9～13mmの歯周ポケットの残存を認めた。インプラント周囲炎部位に対しEr:YAGレーザーを用いて除染後，歯周組織再生療法を行った。その後の再評価で歯周ポケットは2～3mmに安定したためSPTに移行した。SPTを行い良好に5年が経過している。また細菌検査より*T. forsythensis, F. nucleatum*の減少が認められた。

【考察・まとめ】インプラント表面の汚染層にEr:YAGレーザーを用いて除染したのち再生療法を行うことで良好な結果を得ることができた。今後ともSPTを継続しプラークコントロールを良好に維持する必要があると考える。

DP-11
2504

咬合性外傷を伴った広汎型重度慢性歯周炎患者に歯周組織再生療法を含む包括的治療を行った一症例

八木　元彦

キーワード：広汎型重度慢性歯周炎，咬合性外傷，再生療法

【はじめに】歯の動揺を訴える咬合性外傷を伴う広汎型重度慢性歯周炎患者に対して，エムドゲイン®を併用した歯周組織再生療法を実施して，包括的治療を行い良好な経過が得られている症例を報告する。

【症例】55歳，女性。初診日：2013年8月。主訴：上下顎左右臼歯部の動揺による咀嚼障害。現病歴：1年前から下顎右側小臼歯部の動揺を自覚し始めた。他院にて3ヵ月毎の定期検診を受けていたが，症状は変わらず当院を受診した。

【検査所見】上顎左側大臼歯部および下顎右側小臼歯部の辺縁歯肉には歯肉退縮を認め，上顎左側小臼歯部にフレミタスを触知した。PCR：64.9%，4mm以上のPPD率：73.2%，BOP率：79.2%。デンタルエックス線画像検査において，25，26および41，42の歯間部に歯根長の2/3程度の水平性骨吸収像があり，33，43，44，45の遠心部に歯根長の2/3程度の垂直性骨吸収を認めた。

【診断】#1 広汎型重度慢性歯周炎，#2 二次性咬合性外傷

【治療方針】①歯周基本治療　②歯周外科治療　③口腔機能回復治療④SPT

【治療経過】歯周基本治療時に咬合の安定を目的に，35，44～47に暫間補綴物を装着した。再評価後，垂直性骨欠損が残存した33～43および44，45に対してエムドゲイン®を併用した歯周組織再生療法を実施した。34～37には残存する歯肉縁下感染源の除去および清掃性の向上を目的に歯肉剥離掻爬術を実施した。再評価後，口腔機能回復治療を行い，SPTへ移行した。

【考察】咬合性外傷に起因すると思われる垂直性骨欠損に対して，歯周組織再生療法を行う場合，炎症のコントロールと共に外傷性咬合に対する処置を行い，包括的なアプローチを行うことで良好な歯周組織の改善が示されたと考えられる。

DP-12
2504

広汎型重度歯周炎患者の23年後

安東　俊夫

キーワード：歯周炎，歯周外科，メインテナンス

【症例の概要】1993年6月初診，57歳，女性，非喫煙者。他医院にて全顎的な補綴治療を5年前に行った。最近口の中全体から出血する事が続き気になり来院，

【治療方針】1，歯周基本治療　2，再評価　3，歯周外科処置　4，再評価，5，口腔機能回復療法　6，メインテナンス

【治療経過，治療成績】歯周治療用装置を作製後歯周組織検査を行った。深い歯周ポケット，重度の骨吸収，BOP，動揺を認め広汎型重度慢性歯周炎と診断した。歯周基本治療中に17，14，26は抜歯となる。再評価後に歯周外科を行い歯周環境の改善を試みた。右臼歯部は咬合支持を増やす為にインプラントを植立した。再評価後に補綴装置を装着した。その後年に3～4回のメインテナンスを継続している。

【考察】早期に補綴物を歯周治療用装置に変更した。これは正確な歯周組織検査を行う為には有効であった。1993年当時は再生治療のオプションを持ち合わせておらず歯周外科は主に切除療法にての対応となった。仮に再生治療を行っていればさらに歯槽骨は安定していたと思われる。加齢，生活習慣の変化，ストレス，患者自身の不十分なセルフケア等が原因で病状が少しづ進行している。

【結論】広汎型重度歯周炎患者に対して補綴装置を装着後21年が経過している。患者も80歳になった。この間で失った歯はゼロで患者はこの結果に満足している。しかし，歯周病の活動期，非活動期のサイクル変化を予測するのは困難であり，患者の理解のもと，メインテナンスを継続する必要があると考えている。

DP-13
2504

限局型侵襲性歯周炎患者に対して歯周外科療法を行った一例

入佐　弘介

キーワード：限局型侵襲性歯周炎，歯周組織再生療法

【症例の概要】33歳女性。2013年8月6日，23部歯肉が腫れ疼痛が出現したため当院受診。家族歴・既往歴・嗜好歴：特記事項なし。初診時PCR25.9％，BOP（+）37.0％で，臼歯部および23・24部に深い歯周ポケットを認めた（PPD平均3.3mm，7mm以上6.2％）。エックス線検査では16・23・24・25・37・47に垂直性の歯槽骨吸収を認めた。診断は限局型侵襲性歯周炎とした。

【治療方針】1）歯周基本治療（炎症因子の除去，咬合調整）　2）再評価3）歯周外科処置4）再評価5）SPT

【治療経過・治療成績】歯周基本治療後の再評価では，PCRは改善したものの，臼歯部ポケットの改善があまり認められなかったため，再度アジスロマイシン投与後1週間以内にSRPを行った。その後，ポケットの残存した23にはエムドゲイン＋骨補填材を用いた歯周組織再生療法を施行した。術後の再評価では，歯周ポケットは安定していたためSPTに移行した。

【考察】本症例は，歯周基本治療の経過から治療抵抗性歯周炎と考え，抗菌薬物療法の併用を計画した。抗菌薬としては，①良好な組織移行性，②血中濃度の半減期が長い，③バイオフィルムを破壊している可能性がある。等の特徴があることよりアジスロマイシンを選択した。しかしながら抗菌薬物療法のリスクとして耐性菌の出現のなどがあげられる。そのため歯周基本治療を行ったが改善の認められない歯周炎患者（治療抵抗性歯周炎，難治性歯周炎など）に対してのみ抗菌薬物療法を併用するのが良いのではないかと考えられた。

【結論】侵襲性に対して抗菌療法を併用した全顎的なSRPと，歯周外科療法を行うことで良好な治癒が得られた。

DP-14
2504

複数歯の歯肉退縮にエムドゲインと結合組織移植を併用し歯肉弁歯冠側移動術を行った症例

江俣　壮一

キーワード：結合組織，歯肉弁歯冠側移動術，歯肉退縮，エムドゲイン

【はじめに】下顎両側犬歯，側切歯の複数歯にエムドゲインと結合組織移植を併用し縦切開を加えない歯肉弁歯冠側移動術を行い良好な結果が得られたので報告する。

【初診】2011年3月16日女性　39歳　主訴：歯肉が下がって凍みる。初診時の口腔清掃状態は良好であり，全顎的に4mm以上の歯周ポケットは認められなかった。全身疾患の既往はない。

【診査・検査所見】33，43の生活歯根面に7mm以上の歯肉退縮を認め，コンポジットレジン修復を行っている。

【診断】33，43の歯肉退縮Millerの分類Ⅱ　32，42の側切歯Millerの分類Ⅰ

【治療方針】知覚過敏と審美性の回復を行う目的でエムドゲインと結合組織移植を併用し歯肉弁歯冠側移動術を行い32，33，43，42に根面被覆を計画する。

【治療経過】患者自身によるブラッシング圧をコントロールできるように指導し，その後23，33に，エムドゲイン及び結合組織を用いて歯肉弁歯冠側移動術を行う。フラップデザインは歯間乳頭部にも切開を加え，縦切開なしのエンベロップテクニックで行う。3か月後34に同じ施術をおこなった。その結果，根面はほぼ被覆された。

【考察・まとめ】歯肉弁歯冠側移動術はシンプルで応用しやすい手技であるが，退縮量が大きい場合や歯根露出根面の根尖部の角化歯肉が不十分場合は不適である。今回縦切開を伴わないエンベロップフラップで，エムドゲインを用い結合組織移植を併用した歯肉弁歯冠側移動術をおこない審美的のも良好で，完全根面被覆の獲得と角化歯肉を増大した。術後4年2か月経過し，現在良好に経過している。

DP-15
2504

広汎型重度慢性歯周炎患者に包括的治療を行った一症例

大西　定彦

キーワード：咬合性外傷，歯周外科，歯周補綴

【症例の概要】咬合性外傷により広汎型重度慢性歯周炎に罹患した患者に対し，歯周外科，歯周補綴などで包括的治療を行った症例を報告する。初診2009年10月15日。45歳女性。上顎前歯部の腫脹，疼痛と臼歯部の腫脹の再発を主訴に来院。全身既往歴など特記事項なし。喫煙歴なし。全顎的に歯肉の腫脹，発赤が認められ，特に主訴の部位では著しかった。歯周ポケット検査では7mmを超える部位も多数存在し，同部位のエックス線所見では水平的および垂直的骨吸収像が認められた。

【治療方針】①歯周基本治療　②再評価　③歯周外科治療　④再評価　⑤最終補綴治療　⑥SPT

【治療経過】①歯周基本治療（歯周処置，齲蝕治療，根管治療14，15，17，22，23，25，27，36，37，46，47）　②歯周外科治療（16，17EMD，21，22，23，24，32，33，35，36近心根抜去，37，45，46，47）　③インプラント（36）　④抜歯（36遠心根）　⑤補綴治療（16，17連結冠，22，23連結冠，36，37連結冠，46，47連結冠，25，27単冠）　⑥オクルーザルスプリント　⑦SPT

【治療成績】全顎的に歯周ポケット値とレントゲン所見の改善が認められた。

【考察】歯周外科を行った17は，遠心から近心にかけて根分岐部病変Ⅲ度で予後不良と診断したが，骨移植とEMDの併用で術後6年が経過した。36に対しては，歯根の形状や隣在歯との距離など術前の診断ミスにより処置時間の浪費と抜歯のタイミングも遅くなった。

【結論】本症例は，咬合性外傷が認められた部位に対して，積極的に補綴物の除去を行い咬合力を弱めて，その後，歯周外科，歯周補綴など包括的治療を行った結果，歯周組織の改善と咬合機能の回復が得られた。現在，プラークコントロールは良好であるが，咬合管理とクレンチングなどの習癖に十分気を付けていかなければならない。

DP-16
2504

広汎型重度慢性歯周炎患者に対して包括的治療を行った14年経過症例

東　智子

キーワード：重度慢性歯周炎，歯周組織再生療法

【はじめに】重度慢性歯周炎患者に対し，FOP及び歯周組織再生療法を行った14年間の治療経過について報告する。

【初診】患者：62歳女性　初診：2002年5月20日　主訴：ブラッシング時の出血および歯牙の動揺　全身既往歴：2年程前から高血圧，不整脈

【診査・検査所見】全顎的に歯間乳頭部の歯肉発赤，腫脹が認められ，プラークコントロールは不良。BOP（+）の部位が多く，15，16，17では動揺度2度，また多くの部位で動揺度1度であった。16，17，26には根分岐部病変が認められた。X線所見では，全顎的に骨吸収像が認められ，特に13，14，15では垂直性骨吸収像が著明であった。上顎前歯部にはフレアアウトが認められた。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎，咬合性外傷

【治療計画】患者の希望で，なるべく歯牙を保存する方向で治療を行うこととする。1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療：FOP，エムドゲインを用いた組織再生療法　4）再評価　5）最終補綴　6）SPT

【治療経過】1）歯周基本治療：TBI, SRP　2）再評価　3）歯周外科治療：FOP，エムドゲインを用いた組織再生療法（13～18，23～26），保存不可能な部位の抜歯（11，21，27），欠損部の骨整形（46，47）　4）再評価　5）最終補綴　6）ナイトガード作成　7）SPT

【考察・まとめ】重度慢性歯周炎患者に対して，歯周外科治療と歯周組織再生療法を行い，良好な結果を得られていたが，歯冠破折や患者本人の意向で分岐部病変を残したまま保存していた臼歯にトラブルが生じ，抜歯となった。そのため，インプラントおよび再度補綴をおこない，咬合の再構築を行った。現在，口腔清掃状態も改善し安定した歯周状態を維持できている。咬合性外傷を予防するため，ナイトガードを作成し，力のコントロールも行っている。

DP-17
2504

リスクアセスメントに基づき広範型重度慢性歯周炎患者に歯周治療を行った一症例

倉治　竜太郎

キーワード：リスクアセスメント，楔状骨欠損，歯列不正，埋伏智歯

【はじめに】細菌・宿主・環境などの多様な修飾因子は歯周病の病態や治療効果と関連し，歯周治療において適切にコントロールされる必要がある。しかし，これら修飾因子の排除に伴う歯科的侵襲や社会的負担は患者に過剰な負荷を与える危険性があり，このため治療によるベネフィットとのバランスを考慮して，その必要性を個別に評価（リスクアセスメント）することが重要である。

【症例の概要】患者は初診時50歳の男性で，主訴である31，42と45歯には歯肉腫脹・排膿が著明に認められた。プロービングデプス（PD）4mm以上の部位は30.7%で，多数歯に6mm以上のPDと歯根長1/2を超える骨吸収像が観察された。また歯周病の修飾因子として，23，36，45歯の楔状骨欠損，上下顎前歯部の歯列不正，28埋伏歯などの局所関連因子が認められたが，全身的因子，環境因子は確認されなかった。

【診断】広範型重度慢性歯周炎

【治療計画】1）歯周基本治療，2）再評価，3）歯周外科治療，4）再評価，5）口腔機能回復治療，6）サポーティブペリオドンタルセラピー（SPT）

【治療経過】予後不良歯の抜歯と暫間固定を含めた歯周基本治療を行った後，11，23歯への歯肉剥離掻爬術と全顎的な口腔機能回復治療を実施した。

【考察・まとめ】患者のプラークコントロール状態を考慮して，科学的根拠に基づくリスクアセスメントを行った結果，23歯に残存した楔状骨欠損（Pontoriero et al. 1988, Sculean et al. 2008），歯列不正（Bollen et al. 2008），28埋伏歯（Nunn et al. 2013）などは十分に許容できると判断し，1ヶ月に一度のSPTへと移行した。現在は良好な状態を1年間維持しており，今後も慎重な経過観察を継続していく予定である。

DP-18
2504

広汎型慢性歯周炎患者に対して包括的治療を行った一症例

木田　芳宏

キーワード：慢性歯周炎，歯周組織再生療法

【はじめに】広汎型慢性歯周炎患者に対して，歯周組織再生療法を伴う包括的治療を行うことにより良好な結果を得られたので報告する。

【症例の概要】患者：64歳女性。初診日：2013年11月。主訴：奥歯の揺れが気になる。全身的既往歴：特記事項なし，非喫煙者。3年前他院にて臼歯部の治療を終了し，その後放置していた。その当時から臼歯部の動揺は継続している。特に24は動揺3度，10mmの歯周ポケットがあった。プラークコントロールは不良でPCR86%，全顎的に4-10mmの歯周ポケット，46は歯根破折が認められた。X線所見として局所的に垂直性骨吸収が認められた。

【診断】咬合性外傷を伴う広汎型慢性歯周炎

【治療方針】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療　4）再評価　5）口腔機能回復治療　6）メインテナンス

【治療経過】1）歯周基本治療（TBI，SRP，抜歯，不良補綴物除去，感染根管治療）　2）再評価　3）歯周外科治療（25-27及び13-16の垂直性骨欠損部に歯周組織再生療法，36欠損部にインプラント治療，44，46-48 遊離歯肉移植術）　4）再評価　5）口腔機能回復治療　6）メインテナンス

【考察・まとめ】不良補綴物及び修復物を除去し，歯周組織と調和した補綴治療を行うことによって咬合が安定化し清掃しやすい歯周環境になり，審美性も改善した。骨吸収が進行していた部位も歯周外科治療によって良好な状態を得られている。今後も歯周組織と咬合の長期的な安定を維持するために注意深く管理しながら経過をみていく予定である。

DP-19
2504

下顎大臼歯根分岐部病変に対する歯周組織再生療法

松延　允資

歯周治療において特に対応に苦慮するのが，根分岐部病変である。分岐部病変を有する大臼歯は，病変がない大臼歯に比べて歯周組織のアタッチメントを失うおよび抜去される傾向が強い，との報告がある。したがって，根分岐部病変を治癒に導く，もしくはLindheの分類Class ⅡからClass Ⅰへと改善させることで，歯の長期予後を良好にすると考えている。今回は，症例を通して特に下顎大臼歯の根分岐部病変への対応について発表させて頂く。

DP-20
2504

広汎型慢性歯周炎患者に歯周外科処置と自家歯牙移植により天然歯と咬合の保全に努めた一症例

白方　良典

キーワード：咬合性外傷，自家歯牙移植，歯周外科治療

【はじめに】広汎型慢性歯周炎患者に歯周外科治療と自家歯牙移植により，歯周組織と咬合の安定が得られた症例を報告する。

【初診】2007年11月初診。64歳女性。非喫煙者。主訴：上顎右側前歯部および両側大臼歯部の歯肉違和感とブラッシング時の出血。全身既往歴，家族歴に特記事項なし。

【診査・検査所見】上顎（17 PPD≧8mm，動揺度2，根分岐部病変Ⅱ度）および下顎左側臼歯部，右側小臼歯部に深い歯周ポケット（PPD≧4mm，30% 平均3.3mm），歯肉発赤（BoP陽性部位30%）と中等度～重度の骨吸収を認めた。

【診断】広汎型中等度慢性歯周炎，咬合性外傷

【治療計画】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療　4）自家歯牙移植（38→46無歯顎堤部）　5）再評価　6）口腔機能回復治療　7）再評価　8）SPT

【治療経過】1）歯周基本治療（TBI，17抜歯，スケーリング，SRP，咬合調整）　2）再評価　3）歯周外科処置（34-38 歯肉弁根尖側移動術 骨整形，15，16 Fop自家骨移植，13-23 Fop 骨整形　4）38抜歯，46相当部へ自家歯牙移植，歯内治療　5）再評価　6）口腔機能回復治療（15，16 連結冠，45，38（46）連結冠）　7）再評価（PPD平均1.5mm，BoP陽性部位0.7%）後，全顎的に歯周組織の炎症と咬合性外傷が解消されたため，8）SPTへ移行した。

【考察・まとめ】本症例では歯周外科治療による清掃性の改善と自家歯牙移植術による歯列の対称性の回復により，炎症と咬合のコントロールを行い易い口腔内環境を整備できたものと考える。現在，SPT開始より7年経過したが，16にやや炎症の再発傾向が認められるため今後も注意深い観察が必要である。

DP-21
2606

広汎型中等度および限局型重度慢性歯周炎患者の口腔機能回復治療にインプラント補綴を用いた包括的治療を行った一症例

玉木　理一郎

キーワード：口腔機能回復治療，インプラント補綴，包括的治療

【はじめに】口腔機能回復治療には様々な方法があるが今回，インプラント補綴を用いた理由は局部床義歯の支台歯に加わる負担過重や違和感，ロングスパンブリッジを装着した際に起こりうる再治療の煩雑さを避けるためである。

【初診】初診日2008年3月15日。患者は36歳男性，奥歯の違和感を主訴として来院。既往歴に特記事項無し。喫煙歴16年。

【検査所見】4㎜以上のPPDが75％，BOP14％，PCR32％。多数歯にわたりう蝕，根尖病変が認められた。

【診断】広汎型中等度および限局型重度慢性歯周炎

【治療計画】1）歯周基本治療口腔清掃指導，禁煙指導，スケーリング・ルートプレーニング，予後不良歯の抜歯，不良補綴物の除去，歯周治療用装置の作製および装着，う蝕処置，感染根管治療　2）再評価　3）歯周外科治療再評価後，4mm以上のポケットが残存している場合，ウィドマン改良フラップ手術を行う。4）再評価　5）インプラント手術　6）口腔機能回復治療　7）再評価　8）メインテナンスもしくはSPT

【治療経過】歯周基本治療（2008年3月～12月），再評価（2009年1月）後，歯周外科治療（2009年1月～4月）を行い，再評価後，インプラント手術（2009年8月～2010年4月），口腔機能回復治療を行い再評価後（2011年7月），メインテナンスへと移行した。またオクルーザルスプリントを作製し，使用法を指導した。

【考察・まとめ】インプラント補綴を用いたことにより残存歯の補綴装置製作の精度が向上したことに加え今後，再治療の必要が生じた場合の対処も容易である。また禁煙指導により歯周組織の著しい改善も認められた。今後はインプラント周囲炎，咬合の安定，歯周炎の再発に注意しながら定期的な管理を継続する予定である。

DP-22
2504

矯正治療後の歯肉退縮を予想し根面被覆をおこなった一症例

田村　太一

キーワード：矯正治療，歯肉退縮，根面被覆

【症例の概要】患者 30歳女性。2009年9月歯ぐきが下がってきたを主訴に来院。性格は温厚。喫煙なし。全身的既往歴　特になし。前歯部の逆被蓋を伴う歯列不正が認められ上顎2番は先天性欠損，23，24，34，35，32～42にMillerの歯肉退縮分類で1～2が認められ，4mm以上の歯周ポケットは認められない。

【治療方針】矯正治療を希望されたため，矯正治療後に歯肉退縮が予想される部位に対し，矯正前に根面被覆を行う。1初期治療　2再評価　3歯周外科（根面被覆）　4矯正治療　5最終補綴　6メインテナンス

【治療経過】矯正治療後歯肉退縮が予想される部位を矯正専門医と診断し，歯周基本治療後，23，24，34，42～32の歯肉退縮部位にエナメルマトリックスタンパク質を併用してModified Langer technique を行った。その後，矯正治療を行い，現在，矯正治療終了後メインテナンスを継続している。

【治療成績】矯正治療後4年，術後6年であるが歯肉退縮部位は改善され，良好な経過を保っている。

【考察，結論】歯肉退縮の原因として，解剖学的要素，外的要因などが報告されている。本症例においては，解剖学的要因もさることながら，矯正における歯の移動でさらなる歯肉退縮が予想される。矯正専門医と術前診断をすることにより，患者への歯肉退縮理解や矯正治療後の歯肉退縮を避けることができる。現在，本症例おいて，患者は良好なセルフケアが保て，良好な口腔内環境と健康を維持している。

DP-23
2504

広汎型重度慢性歯周炎患者2症例における治療方針の決定とその予後の検討

西村　紳二郎

キーワード:重度慢性歯周炎，患者の意向，インプラントvsクロスアーチスプリント，サポーティブペリオドンタルセラピー

【はじめに】50代の女性で広汎型重度慢性歯周炎患者2症例に対し①最小限のインプラントおよび補綴治療にて咬合回復を行い10年経過した症例と②インプラントを用いず天然歯のみでクロスアーチスプリントによる咬合回復を行い8年経過した症例について患者の意向を考慮して治療方針を決定した症例について予後の検討を行った。

【症例の概要】①50歳，女性。初診：2000年11月21日。臼歯部の動揺による咀嚼障害とブラッシング時の出血および口臭を主訴として来院。全顎的に歯肉の発赤・腫脹がありPCR77.8%。X線写真では多数歯に深い垂直性骨欠損が認められた。②53歳，女性。初診：2006年5月26日。前歯部11歯21歯の歯肉の腫脹と咀嚼障害を主訴に来院。全顎的に歯肉の発赤・腫脹および上顎に関して深い歯周ポケットが認められた。PCR62.5%。X線写真では特に上顎に深い垂直性骨欠損が認められた。

【治療方針及び考察】症例①は歯を残したいという患者の意向が強く矯正治療と最小限のインプラント治療を用い，矯正による骨のレベリングを行うことで清掃困難な部位をなくし残存歯の保護および咬合機能回復を行った。症例②は義歯，インプラントを希望されず，治療期間の短縮と快適性を考慮し残存歯を生活歯のままで保存することでクロスアーチスプリントによる固定性最終補綴処置を行った2症例ともブラキシズム予防のためのナイトガードの装着を行いつつ，3か月に1度のSPTにより良好な状態を維持している。歯周治療を行う際に患者の意向を最大限に考慮した治療計画を立案することがモチベーション維持と患者満足度を向上させ，長期メンテナンスを成功させる秘訣である。

DP-24
2608

歯周病患者におけるリインフォースドリングデンチャー（RID）の優位性

武井　賢郎

【目的】パーシャルデンチャーの力学的3要素には支持，把持，維持がある。最適なレスト，リテンティブアーム，ブレーシングアームが組み込まれるように鉤歯を形態修正し，メジャーコネクターにより各構成要素間を強固に連結し，水平的移動に対応することが重要であるが，歯周病に罹患し，歯冠歯根比が悪くなった歯牙を鉤歯にした場合，あるいは残存歯が少なく鉤歯が少数の場合は，多大な負担荷重がかかり，歯牙の予知性に不安がある。コーヌスクローネデンチャーは歯根膜支持が主体であるため支台歯への負担が非常に大きく，内冠の脱離，歯牙破折を起こす場合がある。それらの不安を解決するリインフォースドリングデンチャーの優位性について報告する。

【材料と方法】残存歯には着脱方向を同一にするため全て平行になるように内冠を装着し，その先端を丸くすることで水平的な力を分散させる形態をとる。テーパーはきつくならないようにすることで，垂直的なサポートと最小の維持を実現する。内冠周囲にリングがはまり込み，それぞれのリングをフレームで連結させ，それを床義歯の中に埋め込むことでレジンと一体となった強固な義歯となる。

【結果と考察】床義歯が2次固定としても働く事で予知性に不安がある天然歯をも支台として利用する事ができる利点があり，歯周病の進行，動揺の進行を防ぐことが出来る。

【結論】荷重力が粘膜歯槽骨維持及び歯牙歯槽骨維持となり，欠損部の床部分を小さくすることが出来，患者の快適性獲得の手助けになる方法である。

DP-25
2504

咬合性外傷を伴う慢性歯周炎に対して包括的治療を行った一症例

髙木　隆昌

キーワード：咬合性外傷，慢性歯周炎，歯周組織再生療法

【症例の概要】患者34歳　女性　初診　2012年7月　職業：主婦　主訴：歯周病を治したい。医科的既往歴：特になし　非喫煙者　歯科的既往歴：他院にて2か月前に前歯部の補綴処置を行った。2年前より歯周病と言われていたが，歯周病に対する処置は行っていないとのこと。就寝時にクレンチングにより目が覚めることがある。上下臼歯部に歯肉の発赤腫脹がみられ，16，26，43，46，47に10mm以上の歯周ポケットが認められ，BOP（＋）であった。X線所見では垂直性骨欠損が認められた。

【診断】咬合性外傷を伴う慢性歯周炎

【治療方針】①歯周基本治療　②再評価　③歯周外科治療　④再評価　⑤口腔機能回復治療　⑥SPT

【治療経過・治療成績】①歯周基本治療，咬合調整，ナイトガード装着　②再評価　③歯周外科治療（歯周組織再生療法（エナメルマトリックスタンパク質＋骨移植材16，43，47）　46歯根分割抜歯，26抜歯）④再評価　⑤口腔機能回復治療（補綴処置，ナイトガード装着）⑥SPT

【考察・結論】本症例では一部不良なプラークコントロールに加え不十分なアンテリアガイダンスと，クレンチングによる外傷性咬合により臼歯部の骨吸収が進み歯周炎が増悪したと思われる。そのため，歯周基本治療中に炎症のコントロールだけでなく，咬合調整やナイトガードによる力のコントロールを行うことによりその後に続く歯周組織再生療法に対しても良好な結果を得ることができたと考えられる。残念ながら歯列不正に対する矯正治療においては同意を得られなかったが，今後もナイトガードを使用していくことで咬合の安定をはかり，SPTを継続していく必要がある。

DP-26
2504

歯列不正を伴う重度薬物性歯肉増殖症患者に対して包括的歯周治療を行った一症例

二宮　雅美

キーワード：Ca拮抗薬，薬物性歯肉増殖症，包括的歯周治療

【症例の概要】70歳女性。2014年1月初診。主訴：全顎的な歯肉肥厚と咬合不全　全身既往歴：高血圧，高脂血症（アムロジン；Ca拮抗薬，プロプレス；A-Ⅱ拮抗薬，クレストール；高脂血症薬を服用）全顎的に重度の歯肉肥厚が認められ，上下顎前歯部はフレアーアウトしていた。全顎的に口腔清掃状態は不良であり，歯周ポケットは6～12mmの深い歯周ポケットが認められ，全歯においてBOP（+）であった。細菌検査では，*P.g, T.d, T.f, F.n*菌が高値に検出された。エックス線写真では，全顎的に中等度以上の骨吸収が認められ，11，21，47，41，32は根尖に及ぶほどの重度の骨吸収が認められた。

【診断】重度薬物性歯肉増殖症を伴う慢性歯周炎

【治療方針】1. 内科主治医とのコンサルテーション：Ca拮抗薬の変更，2. 歯周基本治療：TBI，SRP，抜歯，歯内治療，上下顎暫間補綴，MTM，3. 再評価，4. 歯周外科治療，5. 再評価，6. 口腔機能回復治療，7. メインテナンス

【治療経過】1. 内科主治医にCa拮抗薬変更の問い合わせを行い，アムロジンからフルイトラン（利尿薬）に変更した。しかし，血圧の上昇がみられたためアムロジンを再開し歯周治療を行った。2. 歯周基本治療：TBI，SRP，11，21，47，41，32，34抜歯，上下顎暫間補綴，12～17，22，23，25～27，33，42～45 歯内治療，3. 再評価，4. 歯周外科治療：Fop，5. 再評価，6. 矯正治療：13，44，43部 MTM，7. 口腔機能回復治療，8. SPT

【考察・結論】本症例は，血圧変動がみられたため歯肉増殖症の原因因子である降圧薬の変更をしないで歯周治療を行った。炎症を除去し歯列不正や咬合を回復することで歯周状態は顕著に改善したが，今後もSPTを継続して再発予防を図る必要がある。

DP-27
2504

広汎型侵襲性歯周炎患者の治療後7年経過症例

鵜川　祐樹

キーワード：侵襲性歯周炎，歯周組織再生療法，長期経過症例

【症例の概要】初診時（2008年1月）に31歳の男性，非喫煙者。主訴：ブラッシング時の出血。全身既往歴：てんかん（バルプロ酸ナトリウムでコントロール中）。家族歴：なし。現病歴：2002年5月頃からブラッシング時の出血を自覚し長期間近医を受診していたが，症状は改善しなかった。2008年1月に友人の紹介で当院を受診した。口腔内所見：プラークコントロールは比較的良好であったが，広範囲のアタッチメントロスがあった。患者はブラキシズムを自覚しており，臼歯部に咬耗および舌縁部に歯の圧痕があった。PCRは30%，BOP陽性部率は35%，4mm以上の歯周ポケット部率は87 %であった。エックス線写真所見：全顎的に歯根長1/3～1/2の水平性骨吸収が，多数歯に垂直性骨吸収があった。

【診断】広汎型侵襲性歯周炎

【治療方針】積極的に歯周治療を実施し，長期的に自己管理が容易な口腔内環境を構築すること。

【治療経過・治療成績】①口腔清掃指導と並行してスケーリング，SRP，そして暫間固定を実施。②再評価時，表在性の炎症の軽減を確認。再感染予防と口腔内環境を改善するため，歯周組織再生療法を伴う歯周外科治療を実施。③再評価時，口腔内環境改善を確認し，外傷力のコントロールを行うためにナイトガードを装着。④再評価時，炎症と咬合の安定を確認し，SPTへ移行（約7年経過）。

【考察と結論】急速なアタッチメントロスと骨吸収を特徴とする侵襲性歯周炎は，積極的に歯周治療介入することが重要である。本症例では，歯周組織再生療法を伴う歯周外科治療の後，SPTを7年継続し，自己管理のモチベーションを高く維持できている。

DP-28
2504

専門医を求めて受診した広汎型重度慢性歯周炎の一症例

岩本　義博

キーワード：広汎型重度慢性歯周炎，歯周病専門医

【症例の概要】初診時（2014年7月）患者は，45歳女性会社事務員，右上奥歯が咬めないことを主訴に来院した。全身既往歴にメニエール病，4年前まで喫煙歴有り。30歳頃から歯肉の腫脹を自覚する度毎に不定期に近医を受診していた。近医では咬めないのは仕方が無いと言われたため，日本歯周病学会HP上の専門医を調べて当医院を受診した。問診から，30歳以前で歯周炎を発症していたことがと推測できた。

【診査・検査所見】上顎前歯部のフレアーアウト，全顎的な広範囲のアタッチメントロスが特徴的であった。PCRは100%，6mm以上の歯周ポケット部率は31%，BOP陽性率は49%，動揺が多数歯にあった。エックス線所見では，全顎的に根1/3～2/3の水平性および垂直性骨吸収像があった。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎

【治療方針】長期的に維持しうる口腔内環境を整備を構築し，自己管理のモチベーションを維持しつつSPTを継続して口腔内を維持管理すること。

【治療経過・治療成績】①口腔清掃指導と平行し，スケーリング，SRP，抜歯，そして暫間固定を行った。②再評価後，再感染防止と口腔内環境改善のため全顎歯周外科治療を実施した。③再評価後，暫間被覆冠を装着して咬合の安定を確認した後，最終補綴処置を行い，咬合の安定維持のためにナイトガードを装着した。④SPTへ移行（1年経過）。

【考察・結論】推測される発症年齢から侵襲性歯周炎とも考えるが，現在の年齢と臨床所見から広汎型重度慢性歯周炎と診断して，歯周治療に介入した。現在良好に経過しているが，重要なことは歯周病専門医として常に適切な情報提供を行い，患者のモチベーションを維持し続けることである。

DP-29
2504

フェニトイン誘発性歯肉増殖症に対して歯周治療を行った一症例

奥井　隆文

キーワード：歯肉増殖症，フェニトイン

【はじめに】フェニトイン誘発性歯肉増殖症を有する患者の症例を報告する。

【初診】2013年11月21日。31歳，男性。主訴：歯肉が腫れているのが気になる。既往歴：1999年にてんかんを発症して以来，服薬治療を継続している。

【検査所見】全顎的な線維性歯肉の増大を認めた。プラークコントロールは不良で，全顎的に深い歯周ポケットとBOP陽性部位を認めた。26，27，36，37，46に中等度から重度の骨吸収が生じていた。

【診断】フェニトイン誘発性歯肉増殖症，26，27重度歯周炎，咬合性外傷

【治療計画】薬物変更の検討，歯周基本治療，歯周外科治療，メインテナンスまたはSPT

【治療経過】てんかんの主治医との対診の結果，薬物変更は不可であった。歯周基本治療。歯周外科治療：26，27フラップ手術，26遠心頬側根リセクション，全顎的な歯肉切除術。口腔機能回復治療：44－46ブリッジ，26FMC。SPT。

【考察・まとめ】薬物性歯肉増殖症では，プラークなどの炎症性因子により，歯肉増殖が進行しやすい。また，増殖した歯肉は，プラークリテンションファクターとなる。本症例では，SRP時に増殖歯肉を可及的に切除した結果，プラークコントロールが向上し，歯周状態が大幅に改善した。歯周外科治療では，骨縁下の真性ポケットが残存した26，27に対してはフラップ手術を，仮性ポケットまたは骨縁上の浅い真性ポケットに対しては歯肉切除術を選択して良好な結果を得た。原因（フェニトイン）が除去されていないため，いずれ歯肉増殖が再発する可能性があることを念頭に置きながら，SPTを継続していく必要がある。

DP-30
2504

矯正治療と自家骨移植を用いた再生療法を行い良好な経過が得られた慢性歯周炎患者の一症例

山城　圭介

キーワード：矯正治療，自家骨移植，再生療法

【概要】歯周組織再生療法後の適切な矯正治療開始時期に関する明確なエビデンスは不足している。今回，中等度慢性歯周炎患者に対して，自家骨移植を用いた歯周組織再生療法を行った6ヵ月後に矯正治療を開始し，良好な経過が得られた症例について報告する。

【初診】2010年11月初診。52歳女性。全身的特記事項なし。主訴は47の咬合痛。

【診査・検査所見】上下顎前歯部は，翼状捻転及び叢生のためにプラークコントロールが不良であった。デンタルエックス線写真所見では，31，33，41には垂直的骨欠損，27，37，47には根尖に及ぶ骨吸収が存在した。4mm以上の歯周ポケットの割合は全体の31%であった。

【診断】広汎型中等度慢性歯周炎

【治療計画】1）歯周基本治療，2）歯周外科治療（再生療法），3）矯正治療，4）口腔機能回復治療，5）SPT

【治療経過】歯周基本治療終了後に31，33，41 部に自家骨移植を用いた歯周組織再生療法を，13-23及び26-28に歯肉剥離掻爬術を行った。再生療法の6ヵ月後に，上下顎前歯部の部分矯正（MTM）を行った。矯正治療終了後の再評価の結果，SPTへと移行した。

【考察】本症例では，垂直的骨欠損部位に自家骨移植による歯周組織再生療法を行い，その6ヵ月後にMTMを開始した。同部には再生療法によるアタッチメントゲインがあり，矯正治療後も骨吸収はなく，SPT期間でも経過は良好である。根尖部に及ぶ骨吸収があった27と37では，依然4mm以上の歯周ポケットが残存するが，SPT期間に歯周炎の急性発作を起こすことなく良好な経過である。

DP-31
2504

上顎犬歯の歯肉退縮に上皮下結合組織移植術を併用した歯肉弁歯冠側移動術を用いて根面被覆を行った一症例

大森　裕斗

キーワード：上皮下結合組織移植術，歯肉弁歯冠側移動術

【はじめに】本症例では軽度の捻転を伴う上顎犬歯における歯肉退縮に対して，上皮下結合組織移植術を併用した歯肉弁歯冠側移動術を用いて根面被覆を行い，良好な結果を得たので報告する。

【患者概要】46歳男性　初診日：2015年1月26日　主訴：13の審美障害

13の歯肉退縮が1年ほど前から進行してきたため，心配になり明海大学付属明海大学病院に来院した。13は唇側の根の豊隆が強く，軽度の捻転を認め，唇側近心隅角部において最も歯肉が退縮していた。垂直的歯肉退縮量は5mm，角化歯肉幅は2mm，歯肉のバイオタイプはThin High scallopであり，Millerの歯肉退縮分類Class Ⅲの歯肉退縮と診断した。

【治療方針】13に対して，上皮下結合組織移植術を併用した歯肉弁歯冠側移動術を行うことにより，歯肉が退縮した根面を被覆するとともに，バイオタイプの改善を図る。

【治療経過】13の近心および遠心に縦切開を加え，台形状の部分層弁を形成した。上顎口蓋から上皮下結合組織を採取し，縫合固定した後，歯肉弁を歯冠側に移動させ移植片を完全に被覆した。6か月後，露出した歯根面は100%被覆されており，角化歯肉幅は5mmに増加した。また，歯肉のバイオタイプはThick High scallopに改善された。

【考察・まとめ】13は根の豊隆が強く軽度の捻転を伴っていた為，上皮下結合組織移植術を併用した歯肉弁歯冠側移動術を行った。その結果，露出根面が完全に被覆されたとともに，根の豊隆が強い唇側の歯肉が厚くなり，より安定した予後を期待できるようになったと考えられる。

DP-32
2504

広汎型中等度慢性歯周炎患者に対して自家骨移植を用いた歯周治療を行い5年経過した一症例

武井　宣暁

キーワード：広汎型中等度慢性歯周炎，自家骨移植，歯肉剥離掻爬術

【症例の概要】患者は36歳女性。全身的に特記事項はなし。歯ぐきが下がってしみるとの主訴で2010年11月26日当院受診。歯周組織所見で，全顎にわたり縁上縁下歯石の沈着を認め，辺縁歯肉に著明な腫脹，発赤を認めた。辺縁歯肉の形態は全体的に薄く脆弱な印象であった。PDは最小2㎜，最大7㎜であった。PDが4㎜以上の部位は6点計測156部位中93部位（60%），PDが6㎜以上の部位は6点計測156部位中13部位（8%）であった。デンタルX線所見において全体的には水平性骨吸収であったが，垂直性骨吸収を伴う部位には歯石の沈着を認めた。咬合診査では側方運動時に右側は12，13，15，16，43，44，45，46でガイドし，左側は23，25，26，34，35，36でガイドしておりグループファンクションであった。

【診断】広汎型中等度慢性歯周炎

【治療方針】1. 歯周基本治療　2. 再評価検査　3. 歯周外科処置　4. 再評価検査　5. 口腔機能回復治療　6. 再評価検査　7. SPT

【治療経過・治療成績】歯周基本治療後に再評価検査を行い，25～27，34～37，15～17，44～47に自家骨移植を伴う歯肉剥離掻爬術を行った。再評価検査後，口腔機能回復治療を行い，2012年5月からSPTに移行した。現在PDは最大3mmであり，PD時の出血もほぼ認めない。デンタルX線写真においても明瞭な歯槽硬線を認め，歯槽骨の平坦化を獲得できた。

【考察・結論】現在，プラークコントロールは良好で，歯周組織の状態は安定している。自家骨移植を行うことによって歯肉の術後の退縮を予防することができた。また，骨欠損部の骨再生がX線的に認められた。本症例において，自家骨移植は有効であったと思われる。

DP-33
2504

広範型慢性歯周炎患者に対してEMD（エナメルマトリックスタンパク）ならびにABG（自家骨移植）を併用した歯周組織再生療法を行い，良好に経過した一症例

笹田　雄也

キーワード：広範型慢性歯周炎，歯周組織再生療法，EMD（エナメルマトリックスタンパク），ABG（自家骨移植）

【症例の概要】患者：55歳女性，非喫煙者。初診：2011年4月。主訴：ブラッシング時に出血する。
他歯科医院での治療で改善がみられず紹介にて当院を受診。臼歯部を中心に歯肉の腫脹，発赤を認め，特に上顎右側臼歯部で顕著であった。PDは最大8mmで，4mm以上は76部位（46.9%），7mm以上は7部位（4.3%）であった。デンタルX線写真において，15，16，17，25，26，27，46，47に垂直性骨吸収を認めた。薄いバイオタイプであり，臼歯部を中心に多数歯にわたる歯肉退縮が認められた。
全身的リスク因子：特記事項なし　局所的リスク因子：プラーク，歯石
診断：広汎型中等度慢性歯周炎
【治療方針】1 歯周基本治療　2 再評価検査　3 歯周外科処置（EMD＋ABG）　4 再評価検査　5 口腔機能回復治療　6 再評価検査　7 SPT
【治療経過・治療成績】歯周基本治療後，垂直性骨吸収ならびに根分岐部病変の認められた部位にEMD及びABGを併用した歯周組織再生療法を行った。2012年9月より現在までSPTを行っている。現在PDは全て3mm以内であり，プロービング時の出血もほとんど認められない。全顎的にデンタルX線所見において，垂直性骨吸収が認められていた部位に歯槽骨の平坦化が獲得されている。また歯肉退縮量を最小限に抑えることができた。
【考察，結論】現在，歯周組織は非常に安定している。EMDはゲル状であるため，non-contained defectにおいて単独では歯周組織再生に必要なスペースの確保が十分に得られない懸念があり，このことは臨床結果を制限する可能性がある。本症例ではこの臨床的な限界を克服するためにEMDとABGとの併用療法を行ったことが有効であり，垂直性骨吸収部の顕著な改善が得られたと考えられる。

DP-34
2504

広汎型重度慢性歯周炎患者に対し，EMD（エムドゲイン®ゲル）単体による歯周組織再生療法，およびフルアーチスプリントによる歯周補綴処置を行い良好な治療経過を得た1症例

高尾　康祐

キーワード：歯周組織再生療法，エムドゲイン® ゲル，歯周補綴

【症例の概要】2012年5月，58歳女性が下顎両側臼歯部の動揺と咬合痛を主訴に来院。全身的な既往歴はなかった。口腔内所見として，全顎的な歯肉の腫脹，発赤，また縁上，縁下歯石の沈着を認めた。PPDは4～11mm，Ⅰ～Ⅲ度の動揺度およびX線学的に中等度から重度の骨縁下欠損を認めた。また，臼歯部の咬合崩壊のため咬合高径の低下が認められた。診断：広汎型重度慢性歯周炎
【治療方針】歯周基本治療として，Hopelessと診断した#11，13，22，31，32，41の抜歯，プラークコントロール，スケーリング，ルートプレーニング，およびレジン被覆冠による暫間固定を行う。再評価後にEMD単体による歯周組織再生療法および歯周補綴処置を行い，病状の安定を認めたのちSPTへ移行することとした。
【治療経過】著しい動揺度を認めた，#11，13，22，31，32，41はX線学的にも根尖にまでおよぶ骨吸収像を呈しており抜歯した。初期治療後，2012年8月から12月にかけてEMD単体での歯周組織再生療法を行った。2013年5月に再評価を行った後，動揺を有する歯が多数認められたので，フルアーチスプリントによる歯周補綴処置を行った。2013年8月の再評価で病状安定を認めSPTに移行した。
【考察，結論】X線所見や臨床所見を上回る高度な歯周組織破壊にもかかわらず，EMD単体の歯周組織再生療法によりPPDは2～4mmに減少し，顕著な歯周組織再生が認められた。SPTに移行して約3年が経過するが，このような重度歯周炎の治療において，フルアーチスプリントによる歯周補綴が，咬合力の均一化と咬合高径の回復をもたらし，再生組織の継続的な維持が達成されたと考えられる。また，歯周補綴は清掃性を考慮しすべて歯肉縁上のマージンとした。

DP-35
2504

咬合崩壊を伴う重度慢性歯周炎患者に対して咬合再建および非外科的に歯周治療を行った一症例

香月　麻紀子

キーワード：重度慢性歯周炎，咬合崩壊，インプラント

【はじめに】臼歯部咬合支持不足，咬合崩壊を生じ咀嚼障害や審美障害をきたした患者に対し，インプラント治療・矯正治療を併用した咬合再建治療および全顎的な歯周治療を行い，非外科的に歯周組織の安定を得られた症例を報告する。
【初診】患者：63歳男性　主訴：口臭が気になる　全身既往歴：糖尿病（HbA1c7.4～7.9%）心筋梗塞（3年前，抗凝固剤内服中）　喫煙習慣あり
【診査・検査所見】初診時のPCRは45.7%，全顎的に歯肉の発赤ならびにプロービング時の出血が見られ，全歯プロービングデプス 4mm以上，限局的に7mm以上であった。数年前から徐々に臼歯部が抜歯となるも歯周治療・補綴治療は受けず放置。歯牙移動による咬合高径の低下，過蓋咬合，右側臼歯部シザーズバイト，前歯フレアアウトが見られた。X線所見として，全顎的な水平性骨吸収，左側大臼歯部の近心傾斜および歯根長1/2以上の骨吸収を認めた。
【診断】限局型重度慢性歯周炎・咬合性外傷
【治療計画】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科　4）再評価　5）インプラント治療　6）矯正治療　7）最終補綴　8）SPT
【治療経過】歯周基本治療後，咀嚼障害・審美障害が顕著なため咬合機能回復治療を先行させた。結果として臼歯部咬合支持獲得および咬合再建により歯周組織の安定が得られたため歯周外科治療を行わずにSPTへと移行した。
【考察・まとめ】本症例ではワイヤー固定部に歯石が沈着しやすい事，プラークコントロールのモチベーションが低下しやすい事から月に1回のSPTを継続している。今後の歯周組織の長期安定のためには咬合性外傷に注意し，力のコントロールが重要であると考えている。

DP-36
2504

SPT中断中に生じた垂直性骨吸収に対しエムドゲインによる再生療法を行った一症例

村上　慶

キーワード：再生療法，SPT中断，エムドゲイン

【症例の概要】患者は40歳男性，右上臼歯部の痛みを主訴にH21年5月8日来院。来院時の全身状態に問題はないが喫煙の習慣があった。口腔内は47が欠損し，上顎左右臼歯部に深いポケットを認めた。
【治療方針】慢性歯周炎と診断し，初期治療でTBI, SRP, 28の抜歯を行い，再評価後ポケット残存部に対し再SRPとFOPを行う計画にした。
【治療経過】初期治療後の再評価で17，16，13，27，48にポケットが残存したため，17，16，27は再SRPで対応し13はFOPを行った。H22年1月12日より3ヶ月ごとのSPTに移行した。SPT移行から4年後に17は抜歯を行った。その後1年間患者の来院は途絶えてH27年2月14日に左上の痛みを主訴に来院された時には，左上臼歯部に6mmのポケットと36には8mmのポケットを認めた。レントゲンにて36には垂直性の骨吸収が観察された。再度歯周基本治療を行い，36にはエムドゲインによる再生療法を行った。その後歯周組織の状態が安定したためSPTに移行し，現在に至るまで歯周病の悪化は認めていない。
【考察】本症例ではブラッシング状態が良いため3ヶ月に一度のSPTを行っていたが，1年間中断された時に歯周病の再発を認めた。喫煙が止められていないことや咬合が左側での歯周病発生に関係していたのではと思われた。その後36部に対しエムドゲインを用いた再生療法を行い1年後にはアタッチメントはゲインしており骨も再生していると思われる。今後も禁煙などの指導やSPTを継続し予後を観察する必要があると思われる。
【結論】SPT中断によって発症した垂直性骨欠損に対しエムドゲインによる再生療法でリカバリーできたが，この症例を通じ禁煙やSPT継続の重要性を改めて認識させられた。

DP-37
2504

垂直性骨欠損に対し歯周組織再生療法で対応した一症例

早川　裕記

キーワード：垂直性骨欠損，歯周組織再生療法，根分岐部病変

【はじめに】Ⅱ～Ⅲ度の分岐部病変を伴う垂直性骨欠損を有する広汎型慢性歯周炎患者に対し，トライセクション，歯周組織再生療法を行い，良好に経過している症例を報告する。

【初診】2012年5月，63歳　女性。主訴：左上の歯がぐらぐらする。既往歴：特記事項なし。

【診査・検査所見】PCR57.4%で，プラークコントロール不良。臼歯部を中心に深い歯周ポケットを認めた。X線所見では全顎的に歯根長1/3に及ぶ水平性骨吸収がみられ，25，26，46には垂直性の骨吸収像が認められた。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎

【治療計画】①歯周基本治療②再評価③歯周外科治療④再評価⑤口腔機能回復治療⑥SPT

【治療経過】歯周基本治療時に，16の歯内治療を行い，ナイトガードを作製した。Ⅲ度の分岐部病変と歯周ポケットが残存した16はトライセクションを行い，分岐部病変Ⅱ度と垂直性骨欠損を有する25，26，46に対し，EMDを併用した歯周組織再生療法を実施した。再評価後，口腔機能回復治療を行い，SPTへ移行した。

【考察・まとめ】本症例では，歯周治療への良好な反応と患者自身の高いコンプライアンスが土台となり，EMD単独使用の適応とはいえない，分岐部病変を伴う深く幅の広い垂直性骨欠損の改善が可能であったと考える。現在，SPT開始2年で良好に経過しており，分岐部病変は改善し，清掃状態も安定している。引き続き，炎症のコントロールおよび咬合への配慮に留意していきたい。

DP-38
2504

臼歯部咬合崩壊を伴う広汎型侵襲性歯周炎に対して包括的治療を行った一症例

鈴木　瑛一

キーワード：侵襲性歯周炎，咬合崩壊，歯周治療

【症例の概要】多数歯にわたる著しい骨欠損および深い歯周ポケットを伴う侵襲性歯周炎に対し，炎症と咬合のコントロールを行い，良好な結果を得ることができた一症例を報告する。患者は28歳の女性。2012年4月に上顎右側臼歯部の自発痛を主訴として来院。全身既往歴としては緊張性高血圧と多数の食物，薬物アレルギーがある。プロービングデプスは平均5.2mm，4mm以上の部位は84%であった。現在歯数26本中25本で動揺を認めた。エックス線画像所見では全顎的に歯根長の1/2-2/3程度の水平性骨吸収がみられた。中心位において左右大臼歯部の咬合はなく#12，22，32，42に早期接触を認めた。広汎型侵襲性歯周炎と診断した。

【治療方針】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療　4）再評価　5）口腔機能回復治療　6）再評価　7）SPT

【治療経過】プラークコントロールを徹底し，全顎SRP，#17抜歯，#36齲触処置，#33-43暫間固定，#11，21欠損部に対し歯周治療用義歯の作成を行った。また，大臼歯部に対し歯周治療用装置の装着並びにCR築造を行い，臼歯部の咬合接触を付与した。再評価後にポケットが残存した部位に歯肉剥離掻爬手術，#26に自家骨移植を行った。口腔機能回復治療では部分矯正による上顎前歯部歯軸の改善を行い，最終補綴物の装着を行った。再評価にて病状安定と判断し，SPTへ移行した。

【考察および結論】初診時にみられた全顎にわたる深い歯周ポケットと動揺は，徹底した炎症のコントロールおよび咬合性外傷への対応により，大幅な改善を認めた。SPT経過1年時点で歯周組織の状態は安定しているが，今後もSPTを注意深く継続していく必要がある。

DP-39
2504

慢性歯周炎患者にエナメルマトリックスデリバティブを用い歯周組織再生治療を行った一症例

岩﨑　和人

キーワード：歯周組織再生治療，エナメルマトリックス，慢性歯周炎

【はじめに】広汎型中等度慢性歯周炎患者に対し，歯周基本治療，歯周組織再生治療，口腔機能回復治療，メインテナンスを含んだ歯周治療を行い，SPTにて良好に経過している症例を報告する。

【症例の概要】患者は47歳の女性，左下の歯の腫れと痛みを主訴に来院した。初診時における4mm以上のプロービングデプス（PD）は35.5%，7mm以上は1.1%，プロービング時の出血点（BOP）は26.1%，O'learyのプラークコントロールレコード（PCR）は32.5%であった。

【治療方針】2013年5月より歯周基本治療および歯周組織再生治療，口腔機能回復治療を行った。歯周組織再生治療では26，27，35，37にエナメルマトリックスデリバティブを行った。

【治療結果】口腔機能回復治療後の再評価の結果，4mm以上のPDは0%，BOPは0%，PCRは4.2%であったことから，メインテナンスへと移行した。

【結論】広汎型中等度慢性歯周炎患者に対し，歯周基本治療，歯周組織再生治療および口腔機能回復治療を行い，良好な予後を得ることができた。

DP-40
2504

根分岐部病変Ⅲ度を伴う広汎型重度慢性歯周炎患者に歯周外科治療を行った一症例

増田　勝実

キーワード：重度慢性歯周炎，根分岐部病変，歯周組織再生療法

【はじめに】根分岐部病変Ⅲ度を伴う重度慢性歯周炎患者に対して，トンネリング，歯根分離，歯周組織再生療法を行い，術後4年間良好に経過している症例を報告する。

【初診】2011年12月26日，72歳女性。主訴：歯の揺れと口臭が気になる。現病歴：他院で定期健診を継続してきたが歯周病とは診断されず。家族歴：父親は上下総義歯を装着。既往歴：高血圧症，喫煙歴なし。

【診査・検査所見】全顎的に辺縁歯肉に軽度の発赤，腫脹が見られる。PPD 7mm以上は10%，BOPは83%であった。エックス線所見として，46歯の根分岐部に透過像が見られ，全顎的に水平性と垂直性が混在した骨吸収が認められた。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎

【治療計画】1）歯周基本治療：口腔清掃指導，SRP，予後不良歯23歯 抜歯　2）再評価　3）歯周外科治療　4）再評価　5）口腔機能回復治療　6）再評価　7）SPT

【治療経過】1）歯周基本治療中に23歯を抜歯，SRP　2）再評価　3）17歯トンネリング，46歯 歯根分離，歯周組織再生療法　4）再評価　5）口腔機能回復治療　6）再評価　7）SPT

【考察・まとめ】17歯において近遠心の根分岐部病変Ⅲ度に対しトンネリング，46歯の根分岐部病変Ⅲ度に対し歯根分離と歯周組織再生療法を行うことで，口腔内の管理を簡便化することができた。その後歯周パラメータが安定し，エックス線所見にて歯槽硬線の明瞭化を認めた。再発リスクは中等度と考え，セルフケアーを徹底し，現在まで安定した歯周組織を維持している。

DP-41
2504

二次性咬合性外傷を伴う広汎型重度侵襲性歯周炎患者に対して歯周組織再生療法を行った一症例

塩見　信行

キーワード：侵襲性歯周炎，歯周組織再生療法，二次性咬合性外傷

【はじめに】二次性咬合性外傷を伴う広汎型重度侵襲性歯周炎患者に対して歯周組織再生療法を行い，経過良好な症例を報告する。

【症例概要】患者：35歳女性。初診：2015年1月14日。主訴：46補綴物脱離および動揺。

【診査・検査所見】：臼歯部を中心に歯肉の発赤腫脹，6mm以上の深い歯周ポケット，BOP，動揺を認めた。X線所見において，14，17，27，37，46，47に垂直性骨吸収が認められた。下顎偏心運動時において犬歯誘導による臼歯部離開は得られていない。

【診断】広汎型重度侵襲性歯周炎

【治療方針】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療　4）インプラント外科　5）再評価　6）口腔機能回復治療　7）再評価　8）SPT

【治療経過】歯周基本治療の際，2次性咬合性外傷を認めた部位に対して，咬合調整および暫間固定を行った。保存困難と判定した46，47，48は抜歯を行った。再評価後，深い歯周ポケットが残存した臼歯部に対して，エナメルマトリックスタンパク質を用いた歯周組織再生療法を行い，抜歯した欠損部にはインプラント埋入を行った。再評価後，プロビジョナルレストレーションを装着した。歯周組織，インプラント周囲組織が安定していることを確認し，最終補綴物およびナイトガードを装着し，SPTへと移行した。

【考察】歯周組織再生療法を行った部位も含めて歯周組織およびインプラント周囲組織は良好な状態を維持している。口腔インプラント治療の長期的予後は未だ不明な点も多い。天然歯，補綴治療歯，インプラント義歯が共存していることに配慮し，炎症と力のコントロールに注意を払い，継続的なSPTおよびSPiT（Supportive Peri-implant Therapy）が重要であると考える。

DP-42
2504

広汎型中等度慢性歯周炎の患者に対して一連の歯周治療によって炎症と力のコントロールを行った一症例

成田　大輔

キーワード：慢性歯周炎，固定，咬合調整

【はじめに】咬合性外傷を伴う広汎型中等度慢性歯周炎に対して一連の歯周治療による炎症と咬合のコントロールを行い良好な結果を得たため報告する。

【症例概要】患者：63歳　男性初診：2015年8月主訴：17の動揺，咬合痛診査・検査所見：臼歯部を中心に歯肉の発赤・腫脹，4～6mmの深い歯周ポケット，BOP，1度以上の動揺を認めた。17に関しては9mmの歯周ポケット，根尖付近に及ぶ骨吸収，3度の動揺を認めた。また，前歯部の歯列不正により，下顎偏心運動時は犬歯誘導による右側臼歯部離開が生じない。診断：広汎型中等度慢性歯周炎

【治療方針】1. 歯周基本治療　2. 再評価　3. 歯周外科治療　4. 再評価　5. 口腔機能回復治療　6. 再評価　7. SPT

【治療経過】歯周基本治療として予後不良と判断した17の抜歯，プラークコントロールの確立，感染源の除去，動揺歯に対する暫間固定および咬合調整を行った。再評価後，深い歯周ポケットが残存した右側下顎臼歯部に対しては歯周外科治療（二次齲蝕により保存困難と判断した遠心根のヘミセクションを伴う歯肉弁根尖側移動術）を行った。その後再評価を経てプロビジョナルレストレーションを装着した。歯周組織の安定を認めたため，最終補綴物およびナイトガードを装着し，SPTへと移行した。

【考察】歯周治療の基本的な指針に基づき，感染源の除去，咬合調整・連結固定による炎症と咬合のコントロールを行い，良好な結果が得られたと考えられる。しかしながら，下顎偏心運動時は犬歯誘導による臼歯部離開は得られていない。そのため今後も臼歯部への咬合負担を考慮し，咬合診査，ナイトガードの使用状態の確認を含めた継続的なSPTが必要であると考える。

DP-43
2504

重度慢性歯周炎の10年経過症例

板井　丈治

キーワード：歯周治療，インプラント，重度慢性歯周炎

【症例の概要】患者63歳男性，初診時2006年7月。主訴：左上奥が痛くて噛めない。全身的既往症：高血圧を有し降圧剤服用中，喫煙者

【診査，検査所見】現在歯数は26歯で，繊維性の歯肉でそれ程発赤，腫脹は著しくはないが，BOPは89%PDは深く4㎜から6㎜で58%，7㎜以上が28%あった。全額的に水平的骨吸収が著しく根尖にまで及ぶ骨吸収もあった。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎

【治療計画】1 歯周基本治療　保存不可能歯の抜歯　2 再評価　3 歯周外科治療　4 再評価　5 口腔機能回復治療　6 SPT

【治療経過】1 歯周基本治療　口腔清掃指導　禁煙指導　2 保存不可能歯の抜歯　14 15 16 27 47　3 歯周外科治療　23　4 再評価　5 インプラント治療　6 SPT

【考察・まとめ】歯周基本治療及び　外傷性咬合の因子を排除し現在歯周組織は安定している。保存不可能歯は抜歯をしたが，10年間新たな抜歯や補綴治療はしていない。インプラント治療を含めた咬合の安定と，プラークコントロール，禁煙の成功，長期的なSPTが安定の要因と考える。今後もSPTは必須と考える。

DP-44
2504

10年以上の病悩を有した患者に対する包括治療経験

小飼　英紀

キーワード：病悩，包括治療

【概要】病悩期間10年以上を有し，歯の自然脱落を主訴に来院した患者は，長期間の治療を要することが想定される。今回我々は，30代女性で度々の治療中断を経験しながら，機能障害及び審美障害を改善し治療完了に至った症例を経験したので治療経過の概要を報告する。

【症例】初診：2010年5月　39歳女性　主訴：物が咬めない，歯のぐらつき，歯が抜けた　現病歴：2004年，当院人間ドックにて口腔健診を受けた際，慢性歯周炎を指摘されるも放置。2008年に当科を受診も中断。2010年6月，21の自然脱落を主訴に再来。既往歴：抑うつ状態にて心療内科より睡眠導入薬，抗うつ薬処方

【診断】広範型重度慢性歯周炎

【治療方針】1. 歯周基本治療　2. 抜歯　3. 再評価　4. 再生療法（可能な部位）　5. インプラント埋入　6. MTM　7. 再評価　8. SPT

【治療経過】歯周基本治療および再評価後，12 43 44 45の抜歯，13～23暫間補綴，再評価16 26 37 44 45部インプラント埋入，暫間補綴にて臼歯部咬合の獲得。下顎前歯部MTM開始，その後約1年治療中断。2014.5再開。2015.10MTM完了。2016.11各補綴治療完了。SPTに移行。現在に至る。

【考察】20代より重度慢性歯周炎に悩んだ女性に対し，約6年に及ぶ治療を完了した。再初診当初は，治療に消極的で度重なる予約変更，長期治療中断等あったが，治療終盤になり患者とのラポールが確立できた。10年以上の病悩が解消できた患者は，心身ともに健康が回復できたと推察された。今後，メインテナンスを徹底し現状維持に努めたい。

DP-45
2304

PET（18F-FDG）/CT 検査を用いた慢性歯周炎患者における歯周組織炎症の評価

井手口　英隆

キーワード：慢性歯周炎，positron emission tomography-computed tomography，18F-fluorodeoxyglucose

【はじめに】PET（18F-FDG）/CT検査を用いて歯周治療前後における歯周組織の炎症性変化を可視化し，定量的に評価した症例を報告する。

【初診】患者：65歳，女性，主婦　主訴：48補綴物脱離　初診日：2014年4月既往歴：高血圧（アムロジピンベシル酸塩錠），乳がん（活性型ビタミンD3製剤，トレミフェンクエン酸塩錠）悪習癖：就寝中の歯ぎしり

【診査・検査所見】歯周組織検査所見：PCRは68%，PPD 4mm以上が39%，BOP陽性率は55%であり，全顎的に歯肉の発赤と腫脹，および局所的には排膿があった。特に口蓋側歯肉の炎症所見は著明であった。X線所見：全顎的に歯根1/2程度の水平的骨吸収像があった。上下顎両側犬歯，小臼歯，および36と46に垂直的骨吸収像があった。PET/CT検査所見：上顎に著明な18F-FDGの集積があった。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎，二次性咬合性外傷

【治療計画】①歯周基本治療，②歯周外科治療，③口腔機能回復治療，④SPT

【治療経過】歯周基本治療の後，感染源の徹底した除去を目的に歯肉剥離掻爬術を行って，歯周組織の炎症は概ね消失した。PET/CT検査では，歯周治療前と比較して口腔内への18F-FDGの集積が明らかに減少した。現在は，乳がんの膀胱への転移によって頻回の歯科受診が難しい状況であるが，定期的に専門的口腔衛生管理を続けており，回復した歯周状態を維持できている。

【考察・まとめ】本症例では，歯周治療による歯周組織の炎症消失に伴って18F-FDGの集積が減少したことから，PET/CT検査によって歯周組織の炎症変化を可視化し，定量的に評価することができた。今後，周術期患者におけるPET/CT検査が口腔内感染症のスクリーニング検査として応用されることが期待できる。

DP-46
2504

広汎型重度慢性歯周炎患者に包括的治療を行った一症例

久保田　義隆

キーワード：広汎型重度慢性歯周炎，クロスアーチブリッジ，矯正治療

【症例の概要】初診日：2011年6月6日。患者：43歳，女性。主訴：歯肉の疼痛，歯の動揺，審美性の改善。全身既往歴：貧血で2010年から約1年間服薬。口腔既往歴：歯科受診は約半年ぶり。約5年前より歯肉腫脹・疼痛を繰り返し，その都度近在の歯科医院を受診。家族歴：両親ともに部分床義歯を使用。診査・検査所見：全顎的に歯肉の発赤・腫脹，重度の歯槽骨の水平的骨吸収，および部分的な垂直性骨吸収を認めた。BOP：69.1%，PCR：66.7%。診断：広汎型重度慢性歯周炎，二次性咬合性外傷。

【治療方針】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療　4）再評価　5）口腔機能回復治療　6）再評価　7）SPT

【治療経過】1）歯周基本治療（11，27，28，37，47，48抜歯）　2）再評価　3）歯周外科治療，35～36部，15～17部（16頬側遠心根分割抜歯）　4）再評価　5）口腔機能回復治療：上顎はクロスアーチブリッジにて歯周補綴を行った。下顎は叢生の改善と適正なアンテリアガイダンスの獲得を目的とした矯正治療を行った。 6）再評価　7）SPT

【考察】クロスアーチブリッジの支台歯にMTMを行い歯軸を調整したことは，抜髄を避ける上で有用であった。患者の治療に対する理解・セルフケアの改善により，長期に渡る包括的な治療を行い歯周組織と咬合の安定を確立することができた。再評価を通した歯周組織改善の状態の共有はさらなる理解と協力を得られた。今後もSPTにおいて根分岐部病変のある歯・残存する付着の量が少ない歯・分割した歯は，特に注意深く観察していきたい。

DP-47
2504

広汎型重度慢性歯周炎患者において歯周基本治療と根分岐部病変治療（トンネリング）により改善を認めた一症例

両角　俊哉

キーワード：歯周基本治療，トンネリング，広汎型重度慢性歯周炎

【はじめに】広汎型重度慢性歯周炎患者に対し歯周基本治療および根分岐部病変治療（トンネリング）を行い，良好な結果が得られた一症例を報告する。

【症例の概要】患者：72歳 男性。初診：2009年3月。主訴：開業医より歯周治療のため紹介。全顎的に歯肉の炎症状態は重度。15 16 17 26 27 欠損部放置に伴い対合歯は挺出し，両側とも咬合平面は乱れ，前歯への咬合過重負担が増している。PCR：100%，4mm以上のPPD率：81%，BOP率：77%。エックス線所見では全顎的に水平的骨吸収が，36 46には根分岐部病変（Lindhe & Nymanの分類で3度）が認められる。14 36は根尖まで骨吸収が進行している。

【診断】広汎型重度慢性歯周炎，咬合性外傷

【治療方針】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療　4）再評価　5）口腔機能回復治療　6）SPT

【治療経過】プラークコントロール確立後，14 36 38を抜去した。プロビジョナルレストレーションにより両側の咬合を回復した後，全顎的SRPおよび46トンネリングを実施した。再評価後，口腔機能回復治療を行い，SPTへ移行した。

【考察・まとめ】歯周基本治療における徹底したプラークコントロールとSRPに対し生体は極めて良好な治癒反応を示し，歯周環境は大幅に改善した。46は生活歯であり，ミニマルインターベンションの観点や解剖学的歯根形態からトンネリングを選択した。口腔清掃の改善および継続したプラーク・咬合力コントロールにより，歯周炎進行や根面齲蝕も起きず良好に経過している。今後も歯周組織の安定および齲蝕予防に努め，SPTを継続していくことが重要であると考える。

DP-48
3103

再生治療とインプラント治療による歯の保存症例

山下　良太

キーワード：再生治療，インプラント治療

【症例の概要】51歳男性。初診：平成25年11月2日，主訴：上顎前歯部の動揺，痛み，歯肉の腫脹。出来るだけ自分の歯を残して欲しいとの希望。

【臨床所見】全額にわたり歯周病による歯肉の主張が認められ，下顎前歯部舌側歯肉縁上には多量の歯石付着が認められる。また，右上臼歯部には，歯肉退縮もあり縁下に及ぶカリエスも認められる。咬合状態も不安定であり歯の動揺度も2度以上認められた。

【治療方針】1）歯周基本治療　2）保存不可能歯の抜歯　3）歯周治療義歯セット　4）カリエス処置，固定　5）再評価　6）再生治療（エムドゲイン®：以下EMD）　7）インプラント治療　8）再評価　9）SPT

【治療経過】歯周基本治療時に保存不可能な歯の抜歯，カリエス処置，歯内治療を行いTEKにて暫間固定し，歯周治療義歯装着して，保存可能な歯に対して再生治療を行なった。その後，上顎左右臼歯部，右下大臼歯部にインプラント治療を行なった。

【考察・結論】保存不可能な歯は抜歯し，インプラント治療による再建処置を行い，保存可能な歯に対しては，EMDを使用した再生治療を行なった結果，咬合の安定，歯の保存をすることができた。1本でも多くの歯を残すことで，食事時の食感を残すことは，患者自身のQOLに寄与すると考えられる。これからは，しっかりとした自己管理，当院でのメンテナンスにより，より永く現在の状態を保たれるかが重要である。

DP-49
2504

広汎型重度慢性歯周炎患者に包括的治療を行った一症例

田中　佑輔

キーワード：広汎型重度慢性歯周炎，包括的治療

【はじめに】広汎型重度慢性歯周炎患者に対して，歯周組織再生療法を行い，歯周病学的な問題点の解決のみならず，審美的及び機能的改善を図り，SPTに移行した症例について報告する。
【初診】患者：50歳　性別　女　初診年月日：2012年9月23日主訴：歯周病を治して上の前歯の被せ物をやり直してほしい。全身既往歴：特記事項なし
【診査・検査所見】欠損歯は認められない。多数歯に歯肉退縮が認められる。また，辺縁歯肉や歯間乳頭部に歯肉の発赤・腫脹が認められる。X線所見では，全顎的に水平性の骨吸収が認められ，11，14，26，27，36部において垂直性の骨吸収が認められた。
【診断】広汎型重度慢性歯周炎
【治療計画】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療　4）再評価　5）補綴処置　6）SPT
【治療経過】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周組織再生療法（11-13，14-17，21，24-26，34-36，44-47）（同時に18，27，37，38，48抜歯）4）再評価　5）最終補綴　6）SPT
【考察・まとめ】本症例では，歯周基本治療後に垂直性骨欠損の改善を行う目的で歯周組織再生療法を行った。その結果，歯周組織の安定が得られSPTへ移行できた。また，患者の主訴であった前歯部の審美的な改善が得られた。現時点でインプラント治療を行わずに天然歯を保存することができた点が何よりも良かったのではないかと考える。今後も炎症と咬合のコントロールに注意を払っていく。

DP-50
2504

広汎型中等度慢性歯周炎に対し歯周組織再生療法を含む包括的歯周治療を行った1症例

那須　真奈

キーワード：慢性歯周炎，歯周組織再生療法

【はじめに】広汎型中等度慢性歯周炎患者に対して歯周組織再生療法を含む歯周病治療を行い，SPTにおいて良好に経過している症例を報告する。
【初診】65歳 男性　初診日：2013年9月　ブラッシング時の歯肉出血を主訴に来院。全身既往歴：高血圧　内服薬：ブロプレス，ノルバスク　喫煙習慣：あり（20本/日，45年間）
【診査・検査所見】PCRは76.9%でプラークコントロールは不良だが，辺縁歯肉の腫脹をやや認めるものの，全顎的には歯肉の炎症所見は乏しい。歯肉へのメラニンの沈着はさほど認めなかったが，歯の着色は顕著であった。47にⅢ度の分岐部病変を認める。エックス線所見において全顎的に歯石の沈着と水平性骨吸収，局所的に垂直性骨吸収を認める。
【診断】広汎型・中等度慢性歯周炎，喫煙関連歯周炎
【治療計画】1.歯周基本治療　2.再評価　3.歯周外科処置　4.再評価　5.最終補綴処置　6.SPT
【治療経過】1.歯周基本治療，口腔清掃指導，禁煙指導　2.再評価　3.歯周外科手術（37 Bio-Oss®及びEMDを用いた歯周組織再生療法，13，14，15，23，24，46 歯肉剥離掻爬術，47 抜歯術）　4.再評価　5.最終補綴処置　6.SPT
【考察・まとめ】全顎的に歯周ポケットは改善し，歯周組織再生療法を行った37はエックス線写真上で垂直性の骨吸収が改善した所見を認め，歯周組織は安定している。PCRは17%に改善しているが，体調によりプラークコントロールの変化が大きいため，今後も徹底した管理が必要である。上顎右側は大臼歯のない歯列のため，咬合関係を確認し前方歯に過重負担が掛からないよう注意する必要がある。周期的に変化するプラークコントロールを考慮し，SPTの間隔は1ヶ月程度で継続している。

DP-51
2504

臼歯部咬合性外傷およびブラキシズムを伴った広汎型慢性歯周炎患者の1例

田中　俊憲

キーワード：咬合性外傷，ブラキシズム，広汎型慢性歯周炎

今回，咬合性外傷を伴った広汎型慢性歯周炎患者に対して歯周治療を行い良好な経過が得られた症例を経験したので報告する。46歳　男性，2010年11月9日初診。30歳すぎから歯肉の違和感があったとのこと。40歳頃より歯肉からの出血および動揺を自覚したが，症状強くなかったため放置。1か月前右下痛みが強くなり，出張先の歯科医院を受診したところ，十分な説明もなく抜歯されたことから当院受診。
【診査・検査所見】残存歯の縁上縁下に歯垢・歯石の沈着がみられ，歯肉は高度の発赤，腫脹があった。PPDは79%が4mm以上，7mm以上が10%見られた。下顎に骨隆起がみられた。BOP は71.5%，PCRは53%であった。
【診断】広汎型・慢性歯周炎
【治療計画】歯周基本治療にて炎症と咬合力のコントロールを計った後，全顎的な歯周外科を行い歯周ポケットを減少させる。欠損部位についてはインプラントにて機能回復を行う。
【治療経過・治療成績】1，歯周基本治療　2，再評価（PCR 39.5%）　3，再SRP，抜歯およびスプリントセット　4，歯周外科　5，再評価　6，インプラントによる最終補綴　7，SPT（PCR 35.2%）。現在まで1か月に1回のSPTを行っているがPCRも10～20%台を維持しており，歯周組織に腫脹，発赤，排膿などの炎症所見は見られない。
【考察・結論】咬合性外傷とブラキシズムを伴った慢性歯周炎に対してスプリントによる咬合力のコントロールを行い良好な経過が得られた。本症例からPCのみならず咬合力のコントロールが重要であることが再認識された。そして定期的なSPTが歯周治療には必要不可欠であることが改めて理解できた。

DP-52
2504

臼歯部に高度歯槽骨吸収を伴う慢性歯周炎患者に対し行った包括的治療

大野　知子

キーワード：自家骨移植，歯周組織再生，インプラント，MTM

【症例の概要】臼歯部に高度な歯槽骨吸収を呈する慢性歯周炎患者に対し歯周組織再生療法，インプラント治療およびMTMを行ったため報告する。患者：52歳男性。初診：2006年11月8日。主訴：右下の奥歯が抜けそう。現病歴：近医にて加療するも44，46－48が抜けそうになり，積極的な歯科治療を希望して受診。
【治療方針】1）16，18，36，37，44，46－48抜歯，2）歯周基本治療，3）再評価，4）歯周外科治療，5）再評価，6）骨造成を伴うインプラント手術，7）暫間補綴，8）MTM，9）最終補綴，10）SPT
【治療経過】抜歯，歯周基本治療ののち再評価を行った。35に人工骨移植，14，24に対してPRPと自家骨移植を行った。再評価後，下顎臼歯部にインプラント手術，さらに両側サイナスリフトとインプラント手術を行い暫間補綴を行った。その後22と33の交叉咬合をMTMによって修正した。35にPFM装着後，16，17，26，27，36，37，44－47に最終上部構造を装着しSPTに移行した。現在，初診から10年経過したが，プラークコントロールレコードは10%台を保っており歯周炎の再燃はない。
【考察】患者は重度歯周炎であったが，プラークコントロールの確立が早かったことは治療を円滑に進める上で有利となった。臼歯部の歯槽骨吸収が高度であったため早期の抜歯と歯周組織再生療法を行った。さらにインプラント治療とMTMを行うことによって臼歯部の咬合を確保し，偏在していた前歯および小臼歯への咬合負担を是正したことは，本症例の長期予後を良いものとする可能性がある。
【結論】歯周治療において炎症および咬合のコントロールは予後に好影響を及ぼす。

DP-53
2305

35年間にわたり良好に経過した1症例

鈴木　基之

キーワード：メインテナンス，動機づけ

【はじめに】細菌性プラークに起因する歯周病の治療とメインテナンスは患者の協力なしには達成できない。患者教育は初診時より疾患についての知識と治療に対しての動機づけが肝要である。本症例は1980年初診後35年間のメインテナンス期間を通じて良好な結果を得たので報告する。

【初診】患者1939年生，女性。主訴：ブラッシング時の出血。数か月前より気付くも放置。家族歴，全身的特記事項ともなし。非喫煙者。

【診査結果】臼歯部に発赤腫脹を認め中等度のポケット形成を認めた。臼歯部ではBOPが認められた。臼歯部にインレー修復が認められるが齲蝕罹患性は低いと思われた。現在歯数27歯。

【診断】中等度慢性歯周炎

【治療方針】1）歯周基本治療。プラークコントロールを徹底させるため，原因因子除去のための口腔清掃習慣確立のための動機づけを確実に行う。2）歯周外科治療。骨欠損の無い深いポケットの認められた臼歯部に対しENAP（新付着手術）の実施。3）メインテナンス。確立された口腔清掃習慣の維持と定期診査

【治療経過】口腔清掃習慣確立には数回の来院を必要としたが，その後は良好に経過。歯周外科部位も術後経過は良好。メインテナンスは初期の数年は3か月に1度の来院であったが，現在は年に2回の来院でメインテナンスを行っている。

【結果及び考察】本症例では初診時に歯周病についての正しい理解を得て，患者の協力を必要とすることは伝えたため良好な治療への参加が認められ35年間の長きにわたり良好な経過となった。

DP-54
2504

前歯の病的移動により生じた正中離開を基本治療と咬合調整で閉鎖した後大臼歯に再生療法を行った一症例

齋藤　恵美子

キーワード：慢性歯周炎，咬合性外傷

【はじめに】歯周病を長期間放置したため，支持組織の量と機能が低下し，ブラキシズムを含む外傷性咬合によって正中離開が生じた症例に対して，咬合調整を含む基本治療の徹底，ブラキシズムに対する指導および大臼歯部に再生療法を行って，矯正治療を行わずに正中離開が改善し，良好な結果を得たので報告する。

【初診】62歳女性。2007年3月。主訴：右下臼歯部の冷水痛，左上臼歯部の食後の疼痛。全身既往歴：急性腎盂炎（22歳）。変形性膝関節症（50代）。歯科既往歴：近年まで，痛みが生じたときに歯科医院に通院するのみで，歯周治療の既往は無い。

【診査・検査所見】上顎前歯部の舌側歯肉に発赤・腫脹，下顎前歯の歯肉に退縮と発赤を認めた。広範囲にわたり中等度の歯槽骨吸収を認め，動揺度は48歯に2度，11-21，24-27，35-37，33-43，47に1度あり，11と21に正中離開を認めた。口腔清掃状態は歯間部にプラークの付着が多く，プラークスコアは48.3%であった。

【診断】慢性歯周炎，咬合性外傷

【治療計画】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療（歯周組織再生療法26，27歯），48歯の抜歯　4）再評価　5）上顎前歯部MTM，口腔機能回復治療，ナイトガード　6）再評価　7）SPT。

【治療経過】歯周基本治療によって歯肉発赤・腫脹が改善し，咬合調整を行って正中離開が改善したため，前歯部のMTMは行わなかった。また，歯の動揺も軽減したのでナイトガードは装着しなかった。

【考察・まとめ】歯周基本治療とブラキシズムへの指導，咬合調整を注意深く行うことによって咬合性外傷が改善し，正中離開は閉鎖したと考えられる。今後とも炎症と咬合性外傷の再発について管理を十分に行っていきたいと考えている。

DP-55
2504

重度慢性歯周炎が原因と考えられた敗血症性肺塞栓症に対して歯周治療を行った一例

鬼塚　得也

キーワード：重度慢性歯周炎，敗血症，歯周治療

【はじめに】重度慢性歯周炎が原因と疑われた敗血症性肺塞栓症に対して歯周治療を行った結果，歯周疾患と同時に基礎疾患も良好な治癒成績が得られたので報告する。

【症例の概要】初診日：2016年4月6日。患者：43歳女性。主訴：歯ぐきから出血する。現病歴：2016年4月1日胸痛が出現し敗血症と診断し，SBT/ABPC静注を入院にて加療。担当医より歯周炎を指摘され退院後，当院に紹介。既往歴：30歳に虫垂炎。2016年4月に敗血症を発症し退院後は血液検査のために通院。喫煙歴：1日10本。飲酒歴：なし。

【診査・検査所見】初診時のPCR55.1%。レントゲン所見：全顎的に水平性の骨吸収像を認め，上下顎前歯部に歯根長約2/3の骨吸収像を認めた。口腔内所見：全顎的に著明な歯肉退縮と下顎前歯舌側に歯肉縁上歯石の著明な沈着が認められた。

【診断】重度慢性歯周炎

【治療方針】血液検査データを確認しながら，プラークコントロール，スケーリング・ルートプレーニングを中心とした歯周基本治療を行い，安定後，歯周外科手術などの出血傾向のある観血的処置を行うこととした。

【治療経過】出血に注意してスケーリングを行った。急性炎症が消退傾向を示した時点で，かかりつけ医と連携し，局所麻酔下でのルートプレーニングを行った。その際，ペニシリン系抗生剤の前投薬と処置後の投薬を行った。さらに，血液検査データが安定し体調が良好であったため，オープンフラップキュレッタージを行い，メインテナンスへ移行した。

【考察・まとめ】敗血症の原因が重度慢性歯周炎とされ，患者の細菌に対する感受性や全身の抵抗力に十分注意しながら，徹底した歯周基本治療を中心に行った結果，良好な治癒経過が得られた。

DP-56
2504

広汎型中等度慢性歯周炎の一症例

倉富　覚

キーワード：広汎型中等度慢性歯周炎，垂直性骨吸収

【はじめに】咬合崩壊を伴う広汎型重度慢性歯周炎の患者に対し，MTM，歯周外科，補綴治療を行い，歯周組織の改善と咬合機能の回復をはかり，メインテナンスへと移行した症例を報告する。

【初診】2004年2月24日。64歳男性。下顎前歯の動揺と咬合痛，冷温水痛を主訴に来院。家族歴，全身既往歴は特記事項なし。喫煙歴なし。

【診査・検査所見】全顎的に歯肉縁下歯石の沈着と深い歯周ポケット，歯肉の腫脹が認めた。エックス線所見において全顎的に高度な水平的および垂直的骨吸収像が認められた。

【診断】広汎型中等度慢性歯周炎，咬合性外傷

【治療計画】1）歯周基本治療　2）再評価　3）歯周外科治療　4）再評価　5）最終補綴処置　6）SPT

【治療経過】1）歯周基本治療32抜歯　2）再評価　3）MTM（31・41～43）　4）歯周外科治療（26ヘミセクション，14・15フラップ手術）5）再評価　6）最終補綴処置（14·15連結冠31・41～43ブリッジ（32欠損）36・37部分床義歯　7）SPT　8）16ヘミセクション　9）再補綴処置（13・14・15・16連結冠）　10）SPT

【考察・まとめ】本症例においては，MTM，歯周外科，永久固定を目的とする補綴処置など，包括的な治療を行い，歯周組織の改善がみられた。根分岐部病変の予後に不安が残るため，継続的なSPTを行う必要がある。

DP-57
2504

包括的歯周治療によって咬合崩壊を回避できた症例

冨川　和哉

キーワード：慢性歯周炎，咬合崩壊，包括的歯周治療

【症例の概要】初診時（2009年2月）47歳の女性，禁煙して4ヶ月（喫煙期間7年，1日10本程度）。主訴：36欠損部に対するインプラント治療。全身既往歴：B型肝炎。家族歴：なし。現病歴：20歳頃から近医で断続的な歯科治療を受けていた。歯周病は指摘されていたが，特に治療は受けていなかった。36抜歯後にインプラント治療を希望したため，当院を紹介され受診した。口腔内所見：プラークコントロールはやや不良（PCR：30%）で歯肉の辺縁は発赤・腫脹していた。17，27，36は欠損しており，過蓋咬合であった。前方滑走時に17遠心部に咬合干渉があった。不適合補綴物が多数存在していた。BOP（+）部率は70%，4mm以上の歯周ポケット部率は35%であった。エックス線写真所見：全顎的に歯根長1/3から1/2の水平性骨吸収があり，17遠心部，35遠心部などに垂直性骨吸収があった。
【診断】慢性歯周炎
【治療方針】増悪因子と感染源の除去を行い，矯正・インプラント治療を含めた歯周補綴治療により感染と外傷力のコントロールしやすい口腔内を構築する
【治療経過・治療成績】①歯周基本治療：TBI，スケーリング，SRP，暫間固定，咬合調整，不適合補綴物を暫冠被覆冠へ置換②再評価後，矯正治療を踏まえた歯周外科治療③インプラント治療および矯正治療④再評価後，最終補綴装置を装着してSPTへ移行（約1年経過）。
【考察と結論】初診時，臼歯の欠損が進みつつあり，また，過蓋咬合であったことから咬合崩壊の一歩手前であったと考える。矯正・インプラント治療を含めた包括的歯周治療を行い，審美的・機能的な補綴装置を装着することで，長期的な安定が期待できる口腔内を構築できた。

DP-58
2504

臼歯部欠損を伴う広汎型慢性歯周炎に対する包括的治療の一症例

石川　聡

キーワード：慢性歯周炎，歯周組織再生療法，フレアーアウト，矯正的整直，インプラント

【はじめに】フレアーアウトを伴う広汎型慢性歯周炎を有する患者に，歯周組織再生療法を含む歯周外科，矯正的整直，インプラント，補綴治療を行い良好な経過が得られたので報告する。
【初診】49歳　女性　初診：2012年3月　主訴：左上痛む，歯が動く
【診査・検査所見】17，37，36，47が欠損　全顎的に発赤腫脹，前歯部のフレアーアウトが認められた。PD 4mm以上 84部位（55%）BOP 102部位（63%）でPCRは75%であった。
【診断】広汎型重度慢性歯周炎
【治療経過】1）歯周基本治療としてプラークコントロール，保存不可能歯の抜歯18，27，48，抗生剤を併用したスケーリング・ルートプレーニングを行った。16は暫定的に整直のためのアンカーとして利用後抜歯，38はブリッジの支台であり，左側の咬合関係を維持するために欠損部インプラントの咬合が立ち上がるまで抜歯の時期を遅らせた。2）再評価　3）傾斜歯の整直を目的とした矯正治療，歯周組織再生療法，サイナスリフトおよび欠損部インプラント治療を行った。4）最終評価　5）補綴治療　6）SPT
【考察・まとめ】本症例の様に前歯部にフレアーアウトが認められると，適切なアンテリアガイダンスの確立が困難なことが多い。歯周治療，矯正治療，補綴治療による包括的治療を行った。現在経過は良好であるが，今後あらゆることに配慮し，SPTを行っていく予定である。

DP-59
2504

限局性侵襲性歯周炎患者にエナメルマトリックスデリバティブによる歯周組織再生療法を行った一症例

讃井　彰一

キーワード：侵襲性歯周炎，歯周組織再生療法，エムドゲイン

【症例の概要】患者：36歳男性　初診：2008年3月　主訴：弟が他院にて侵襲性歯周炎と診断され治療を受けており，自身も不安に感じ歯周治療を希望。現症：著しい炎症所見は認められないが，限局型侵襲性歯周炎に特徴的である上下顎両側第一大臼歯と上顎前歯に6mm以上の歯周ポケットとBOPが認められた。X線検査所見から17遠心，26遠心，36近心，46近心に深い骨吸収が認められ，上顎前歯部には水平性骨吸収が確認された。
【治療方針】1）歯周基本治療，2）再評価，3）歯周外科治療，4）再評価，5）SPT
【治療経過・治療成績】歯周基本治療終了後，上下顎左側臼歯部の骨欠損形態は1壁性，または水平性骨吸収とみなし，組織再生の予知性は低いと判断し，17，24-27，35-37は歯肉剥離掻爬術を行った。一方，11，12間は3壁性であると判断し，出来るだけ前歯は歯肉退縮して欲しくないという患者の希望も重なり，46の近心と11，12間に歯周組織再生療法（エムドゲインゲル）を適応した。現在はSPTに移行し良好に経過している。
【考察・結論】SPT移行から約8年後の現在もすべて歯周組織は3mm以下で安定している。46に関しては，歯肉の退縮が最小限に抑えられ，X線検査所見において，近心の骨密度の増加と歯槽硬線の明瞭化が認められる。一方，上顎前歯の11と12間に関しては，歯肉退縮もなく，骨増生が生じ，歯槽硬線も確認された。この部位は3壁性と判断したものの，見方によっては水平性骨欠損で組織再生の予知性は低かったが，46近心も含めて再生治療が良く奏功したと思われる。また，上下顎左側臼歯部は深い歯周ポケットが改善され，清掃性が向上した。

DP-60
2504

包括的治療を行った広汎型重度慢性歯周炎患者の20年の治療経過

川崎　輝子

キーワード：サポーテイブペリオドンタルセラピー，広汎型重度慢性歯周炎，クロスアーチブリッジ

【はじめに】広汎型重度慢性歯周炎患者に包括的治療後，20年経過中，下顎は歯周炎の再発や根面カリエスに罹患し抜歯を余儀なくされた歯もあったが，クロスアーチブリッジのまま経過している症例について報告する。
【初診】患者：55歳女性，H8年11月5日，他医院で下顎前歯を治療するも咀嚼時痛と動揺のため来院した。
【診査・検査所見】上顎は多数歯欠損で16，15，14が残存し骨レベル1/3以下。下顎は37欠損で多数歯が残存するが骨レベル1/2～1/3であり1～2度の動揺を認めた。
【診断】広汎型重度慢性歯周炎・2次性咬合性外傷・根分岐部病変
【治療方針】①応急処置②基本治療：炎症性因子のコントロール，予後不良歯の抜歯，歯内処置，暫間修復③再評価　④修正治療⑤審美・咬合機能回復治療⑥再評価⑦メインテナンス
【治療経過】H8年11月，主訴の改善のため11抜歯し口腔状態の説明。H9年から基本治療開始。再評価後歯周外科治療，最終補綴装着しH10年10月メインテナンスに移行。H20年から23年歯周炎の再発・根面カリエスのため14，15，45，36抜歯。上顎はH21年に総義歯を装着した。SPTの説明をし残存歯のSRPとTBIを行い現在に至る。
【考察】広汎型重度慢性歯周炎患者に包括的治療を行い歯周組織と咬合機能は安定し経過良好だったが，メインテナンスに来院されなくなると共に再発し，対処療法のみの期間があった。長期のメインテナンスの理解は難しく押し付けでも成り立たない。患者と共に術者側のモチベーションも下がってしまう。お互のモチベーションを持ち続けることが歯周組織の維持安定の為に不可欠と考える。また，クロスアーチブリッジが非常に有効な症例であった。長期間下顎が義歯にならなかった事が最高のメリットである。

DP-61

2504

非外科的歯周処置にて対応をおこなった重度慢性歯周炎の26年経過症例

島袋　善夫

キーワード：重度慢性歯周炎，長期経過症例，非外科的歯周治療

【症例の概要】歯周基本治療は有効な歯周治療法であるが，単独では深い歯周ポケットに対しては限界があり歯周外科を必要とする場合が少なくない。しかしながら，歯周外科は全ての症例に適応出来るわけではない。深いポケットが残存したが，歯周外科をおこなわずに26年経過した症例について報告する。59歳女性 1988年8月17日初診 主訴：歯肉の違和感　歯肉の炎症所見は軽微であったが，歯肉縁下に歯石の沈着を認めた。4－6mmのポケットは39.1%，7mm以上は3.4%，BOP 33.9%であった。26，27に分岐部を巻き込む垂直性の歯槽骨吸収が認められた。診断：重度慢性歯周炎

【治療方針】・歯周基本治療・う蝕治療・再評価・不適合補綴物の再製・智歯（18，48）と歯列から外れた歯（22）の抜歯・再評価後に垂直性骨欠損および根分岐部病変部（26，27）の歯周外科処置を検討・メインテナンスあるいはSPT

【治療経過・治療成績】歯周基本治療，う蝕治療（15，35）および18，48の抜歯をおこなった。ほとんどの部位は歯周ポケットが3mm以下に改善した。深いポケットの残存した上顎大臼歯部は再評価後の時期に脳梗塞発症のため歯周外科処置をおこなわなかった。そしてSPTをおこない，長期に渡って比較的安定していたが，SPT20年後に27は抜歯となった。

【考察・結論】非外科的な対応の重度慢性歯周炎であってもSPTにより長期に歯を保存できると考えられる。