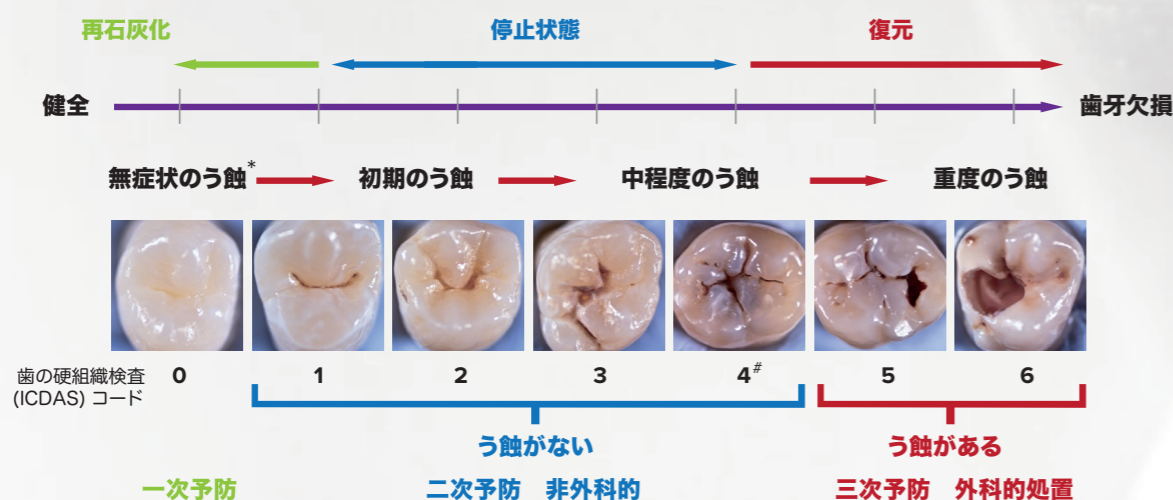


う蝕予防とマネジメント チェアサイドガイド

目標は、将来の歯の破壊の管理にできるだけ早く介入して、再石灰化のためにう蝕のプロセスを反転させることです。理想として、早期う蝕病変のマネジメントには、疾患の進行を予防し、患者自身の口腔衛生の改善と維持を可能にする侵襲の少ない方法を含む必要があります。

病変活動性の理解

重要な課題は、現在活動的であり、脱灰と再石灰化のバランスが脱灰に傾いた状態でミネラルの純損失を受け続ける病変と、それに近い重症度ではあるが、「スイッチがオフ」の状態で活動していない病変、例えば抑制状態や再石灰化している病変、を識別することです。正しい活動性の評価が持つ臨床的かつ経済的な影響は重大です。



歯の硬組織検査 (ICDAS) コード

歯の硬組織検査 (ICDAS) 歯科用語	健全	エナメル質に認められる初期の視覚的な変化	エナメル質の明確な視覚的な変化	限局性のエナメル質の喪失	下層にある象牙質の色調変化	象牙質が視認できる明確なう蝕	象牙質が視認できる広範囲にわたる明確なう蝕
歯の硬組織検査 (ICDAS) 診査検出	0	1	2	3	4 [#]	5	6

* う蝕はう蝕病変を指します

[#] 色調変化のある象牙質は外科的処置が必要な場合があります

う蝕リスクの診査検出

患者のう蝕リスクの評価は、適切なレベルの予防処置を決定する上で不可欠です。以前のう蝕の臨床経験はしばしば最良の指標ですが、リスクを評価するにはいくつかの他の要因を考慮する必要があります。

高リスク	中リスク	低リスク
過去2年間に3つ以上の初期、もしくは一次または二次的う蝕病変がある	過去2年間に1つか2つ以上の初期、もしくは一次または二次的う蝕病変がある	過去2年間に初期、もしくは一次または二次う蝕病変はなく、う蝕を増加させる可能性のあるリスク要因の変化もない
補足の予防措置: ・ 患者の教育 (口腔衛生、食事カウンセリング) ・ 保護要因 (フッ化物、シーラント、唾液刺激)		補足のインターベンション表示なし

う蝕病理学と保護要因のバランス調整

病理学的要因

- ▶ 食物糖の頻繁な摂取
- ▶ 不十分なフッ化物
- ▶ バイオフィーム恒常性の不均衡
- ▶ 唾液腺の機能障害

保護要因

- ▶ 歯に健康的な食事
- ▶ フッ化物配合歯磨剤を1日2回使用
- ▶ 専門家によるフッ化物局所応用
- ▶ 予防およびシーラント処置の施行
- ▶ 正常な唾液腺機能

脱灰

罹患
病変の進行

う蝕リスク ▶ 高い

再石灰化

健康

病変の停止状態、もしくは回復状態

う蝕リスク ▶ 中程度

う蝕リスク ▶ 低い

アクションポイント

- ✓ 病変活動性の評価
- ✓ 適切な治療レベルの的を絞る
- ✓ 更なるダメージを防ぐ
- ✓ う蝕リスクの評価
- ✓ 予防措置を優先する
- ✓ 外科的処置を最小限に抑える
- ✓ 活発に進行している病変を、停止状態に制御された病変に転化させる
- ✓ 患者の口腔衛生に関する行動の改善

以下のう蝕リスク評価システムは、一生涯の様々なリスク要因を年齢別に分類してあります

全般的なリスク要因

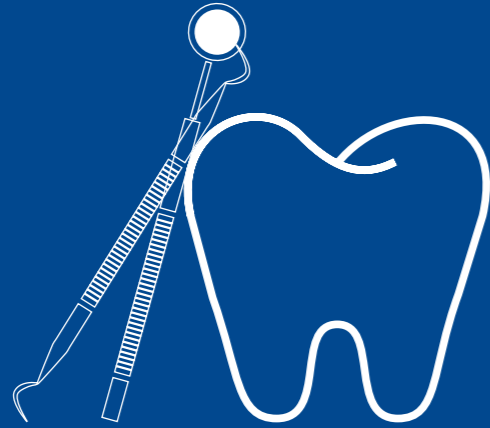
- ・ 活動的または過去のう蝕病変
- ・ 社会経済的地位の低さ
- ・ 食用糖の頻繁な摂取

- ・ 唾液流量または唾液pHの低下
- ・ 不良な口腔衛生
- ・ 次善最適なフッ化物の応用

- ・ 家族性リスク要因(親・兄弟の口腔健康状態の教育レベル)

1 う蝕リスクの評価

- ・ 長期間にわたる加糖薬の摂取
- ・ 肥満
- ・ 病気または障害 > 器用性および・またはコンプライアンスの問題



- 永久歯の萌出後:
- ・ 固定歯科矯正器具
 - ・ 発達歯科疾患 (MIH, エナメル質形成不全症, など)

- ・ 飲酒と喫煙

- ・ 乏しい口腔衛生の知識
- ・ 教育・学校制度に関する情報(食堂、寄宿学校)

- ・ 不健康な食事
- ・ 摂食障害

- ・ 病歴(既存の罹患、または障害)
- ・ 第三大臼歯の萌出
- ・ マウスガード

- ・ 遺伝的背景
- ・ 口のピアス
- ・ 薬物

- ・ う蝕原性食

- ・ 病歴(一般及び口腔の健康病理・併存疾患)
- ・ 多剤併用

- ・ 次善最適による修復、歯科補綴物および義歯

- ・ 家族のネットワークとサポートネットワーク
- ・ 非社会交流化:衛生コンセプトの喪失

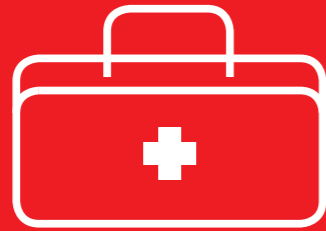
- ・ 味覚障害や食習慣の変化(栄養不足のリスクと砂糖摂取の増加)
- ・ 食事の機能障害
- ・ 食事のアドバイスの、患者のニーズと期待とのバランス

- ・ 依存度の上昇、細かい運動技能の低下、または障害の可能性

- ・ 取り外し可能なプロテーゼの経歴:歯やインプラントボーン義歯
- ・ 貧しい口腔衛生を伴う既存の複雑な修復

2 専門家によるメンテナンス

- ・ 3歳以上のすべての小児には22,600 ppmのフッ化物ワニス処置を年2回、高リスクの小児には最多年4回まで応用する



- ・ フィッシャーシーラントは、第一永久臼歯の萌出時に応用されなければならない

- ・ う蝕リスクが高い場合は、少なくとも年に2回専門家のクリーニングを
- ・ う蝕リスクが高い場合は、第1及び第2の永久臼歯部をシーリングする
- ・ う蝕リスクが高い場合は、年間3ヶ月ごとに22,600 ppmのフッ化物ワニス処置を施行する

- ・ 空洞化していないう蝕病変:22,600 ppmフッ化物ワニス処置を年に4回
- ・ 再石灰化剤、樹脂浸透技術、もしくは治療用シーラントを療法の選択に
- ・ 修復が必要な病変:できるだけ歯の構造を保存する、そして修復後に局所フッ化物(ゲル・フォーム・ワニス)応用を確実にを行う
- ・ 可能であれば不完全な修復物をシールまたは修復する必要なものを交換する

- ・ 患者のニーズと能力を信頼したケア施設プログラム
- ・ 予防的クリーニングと歯垢保持力の除去
- ・ シーラントの充填とバイオアクティブフッ化物シールそばの病変
- ・ 清掃した表面において22,600 ppmのフッ化物の単独または消毒ワニスの塗布と併用して、年間最低2回、最多4回まで施行

3 患者の教育と管理

- ・ 毎日2回(朝食後と就寝直前)、フッ化物含有練歯磨剤を使用して(親・保護者)監視下での歯磨き

- フッ化物含有歯磨剤量のレンジ*:
- ・ 6-12ヶ月: 1,000 PPMのフッ化物を米のサイズ以下の量を塗抹、もしくは乳児用歯ブラシに
 - ・ 1-3歳: 1,000 PPMのフッ化物を米のサイズ以下で
 - ・ 3-6歳 低う蝕リスク: 1,000 PPMのフッ化物をエンドウ豆の大きさ
 - ・ 3-6歳 高う蝕リスク: 1,450 PPMのフッ化物をエンドウ豆の大きさ



- ・ 毎日2回(朝食後と就寝直前)、フッ化物含有歯磨剤を使用して(親・保護者)監視下での歯磨き

- フッ化物含有歯磨剤量のレンジ*:
- ・ 低う蝕リスク:1,000/1,500 ppmフッ化物
 - ・ 高う蝕リスク:6-10歳はフッ化物1,500 ppm、そして10-12歳はフッ化物2,500 ppm

- ・ フッ化物含有うがい薬、デンタルフロスおよび歯間ブラシ、舌のブラッシングおよび特用の歯ブラシ

- ・ フッ化物含有練歯磨剤を使用して、一日二回(朝食後と就寝直前)、二分間の歯磨き、すすぎをせずに吐きだす

- フッ化物含有歯磨剤量のレンジ*:
- ・ 1,500 ppmフッ化物

- フッ化物含有歯磨剤量のレンジ*:
- ・ 16歳までは2,800 ppmまでのフッ化物、そして、リスクが非常に高い場合は5,000 ppmまでのフッ化物(16~18歳は処方箋または専門家の推奨による)

- フッ化物含有歯磨剤量のレンジ*:
- ・ リスクが非常に高い場合は5,000 ppmまでのフッ化物(処方箋または専門家の推奨による)

- ・ 口内乾燥症、もしくは低唾液分泌の場合は、シュガーフリーのガムと唾液代用剤

- ・ 義歯衛生
- ・ 軟部組織のケア
- ・ クロルヘキシジン、もしくはフッ化物を使用してのマウスウォッシュを異なる時間に

! 想起

子供のために年に2回 (欧州小児歯科学会のガイドラインと高リスクの子供のための全国ガイドラインを参照してください)

すべての患者:1年に1回 - 高リスク:1年に2回を適応する (高リスク患者のための国内ガイドライン*を参照)

免責事項:フッ化物に関する国のガイドラインも参照してください。フッ化物のリスクがある場合は、幼児には1000 PPMの歯磨剤の塗布(0.1 MG F)に相当)が必要とされています。このガイドラインで言及されているフッ化物濃度は、FDIの推奨を遵守しています。