



長谷川 嘉昭 先生

### 略歴

- 1988年 日本大学歯学部卒業
- 1993年 東京都葛飾区にて開業
- 1998年 日本歯周病学会専門医
- 2007年 日本臨床歯周病学会指導医
- 2008年 東京都中央区にて移転開業
- 2009年 日本歯周病学会評議員
- 2014年 日本臨床歯周病学会歯周インプラント指導医  
東京医科歯科大学非常勤講師

## 歯周治療における臨床検査の重要性

東京都中央区開業  
長谷川 嘉昭

歯周治療をするうえでの今までの常識は、本当に正しいのでしょうか。経験に裏付けされた診断は、実は思い込みからの誤りであった可能性はないのでしょうか。私は多くの過ちを犯してきた気がします。何故なら病因の診査より病態の診査に重点を置き、治療戦術としてのクオリティーばかりに目が行ってしまったように思うからです。ですから、過去の悩みや思い込みを解くために、まずバイオフィルムの細菌叢と炎症の度合いを数値化することから始めました。口腔内の細菌数より細菌叢が重要であると大阪大学の天野敦雄先生から教わり、歯周病原細菌検査としてRed Complexの3菌種およびP.g菌のfimA遺伝子型検査を実施し、炎症の判断としては高感度CRP値（以下hsCRP値）を測定することにしました。歯周病原細菌検査はかなり以前から実施していますが、hsCRP値においては一昨年の8月から開始し、まだまだ検査数が約350名と少ないため正確なことは申し上げられませんがスクリーニング検査としての有効性は少しずつわかってきました。たとえば、骨破壊が著しいにも関わらずPCR値は10%以下であり、細菌検査からもバイオフィルムの特徴を特定できず、hsCRP値も正常範囲内という不可解なケースに遭遇するようになりました。歯周炎は細菌感染症ですから炎症が存在すれば、hsCRP値が上昇し、歯周病原細菌が検出されると誰もが考えるはずではないでしょうか。まさにこれこそが思い込みに他ならないと思うのです。だとすると旧態依然の病態検査（プロービングデプス値・デンタルエックス線画像・動揺度等）から歯周基本治療を進めていくプロトコルは、本当に正しいのか疑問が生じてきました。今後の歯周治療の検査として注目される歯肉溝滲出液からのタンパク分析や遺伝子検査には大いに期待しておりますが、まだまだ現実的なものではなく患者一人一人の病因診査は確立していません。しかし、少なくとも現時点で可能な臨床検査を行い、その患者に合った治療戦略を立てるべきではないでしょうか。

歯科において臨床検査が普及しない最大の理由は、保険請求できず私費での検査料金が高額であることが挙げられますが、私が考える理由は他にもあります。それは数値の信憑性と判断基準の曖昧さです。今後これが必ずボトルネックになってきます。歯周病原細菌検査は、各検査会社によって同一患者の検体を出しても結果が一定しないことがしばしばあります。（当然のことかもしれませんが）これでは信憑性に欠けると言わざるを得ません。またhsCRP値においては正常値を0.02mg/dlと定めていますが医科のCRP値は0.1mg/dl未満であれば正常と判断するため、歯科領域の0.03mg/dlから0.09mg/dlまでの慢性微小炎症の数値をどう判断するのか基準がありません。ある糖尿病専門医の医師によると、0.04mg/dl前後を歯肉炎、0.4mg/dl前後を歯周炎と判定するそうですが、私の臨床結果とは乖離があり、まだまだ問題点も多いのが実情です。しかし臨床検査を続けることでデータが集積し、新たな臨床診断が確立するのではないかと考えています。今後急増する高齢者医療を目前に控えて、全身疾患との関わりを熟知し、血液検査データを読むことが必須になります。今から始めなければ手遅れになりかねません・・・

本講演では臨床例をもとに各種臨床検査の活用方法について解説し、今後の歯科界の臨床検査の普及につながれば幸いです。