

Tenovuo 教授講演の臨床的序論として 臨床で遭遇する唾液への疑問

J Health Care Dent 2002; 4: 40-44

熊谷 崇 Takashi KUMAGAI
歯科医師 Private practice

日吉歯科診療所
酒田市日吉町 2-1-16
Hiyoshi Dental Office
2-1-6, Hiyoshi-cho, Sakata, Yamagata,
Japan

非常に良好にメンテナンスしているにも関わらず、唾液分泌の減少が原因で、口腔内が劇的に悪化傾向を示す例がある。

唾液分泌については、チェアサイドで打つ手がなく、唾液分泌抑制の副作用のある薬の処方の変更を依頼するような医師とのコミュニケーションが取れないことも少なくない。実際にその薬を止められない場合、破壊していく口腔内をどうやって守ったらいいのか。そういう副作用のある薬をどうやって医師や市民、国民に認知させていくことができるか。そして歯科医師は何をすべきか。

4年前に日本ヘルスケア歯科研究会を設立した際、「口腔の健康維持の障害要因」として具体的な改善目標を掲げた。そして国民の健康口腔維持の障害となっているこれらの要因を改善するために、さまざまな活動を

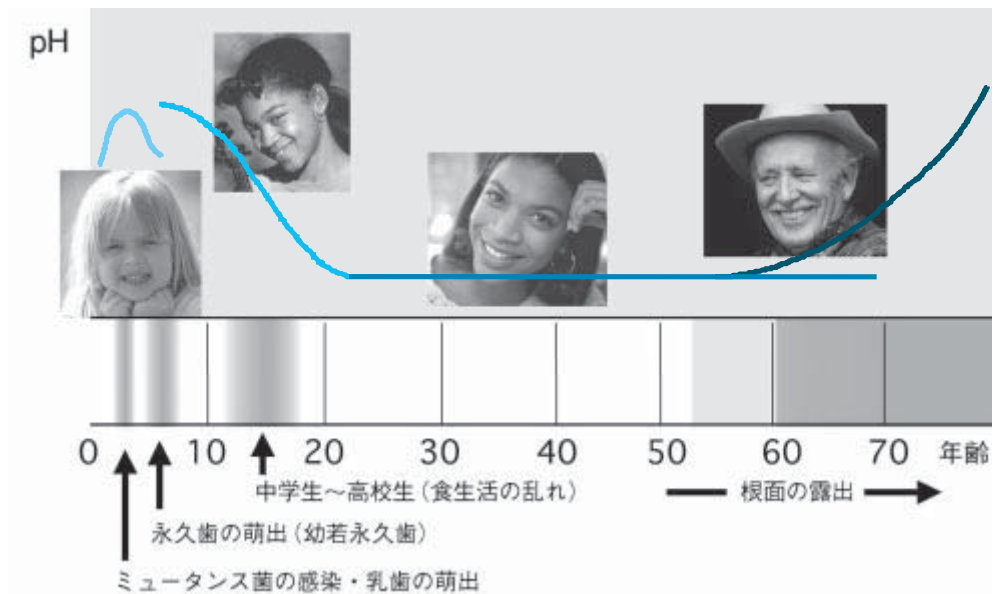
行ってきた。「口腔乾燥を引き起こす副作用のある薬剤を周知させる」は、そこに掲げられたひとつの課題である。

口腔乾燥を引き起こす副作用のある薬物が現実的にはどれくらいの人に使用され、どういう場合に服用されているのか。また主に唾液分泌抑制の副作用に影響されたマージンカリエスや根面う蝕の現状についても、ほとんど明らかにされていない。この問題に関する調査活動を進める必要があるだろう。

人の生涯におけるカリエスリスクは一定ではない。それは極めて起伏に富んでいる(図1)。

①乳歯列期～混合歯列期

- ・不安定な結晶構造(臨界 pH 5.7～6.2)
- ・唾液腺の未発達



・高頻度の飲食回数の必要性(長い脱灰時間)

②中高生

・生活習慣の乱れ
不規則な食生活(夜食・就寝前の飲食)
ブラッシングの怠慢
・不定期的な来院(メインテナンスの中断)

③成人期

歯質は成熟(臨界pH 5.5~5.7)
マイクロレケッジ・歯牙破折
修復の繰り返しによる歯質の脆弱化

④向老期

50歳を過ぎた時、唾液分泌の低下、薬剤服用、根面露出、老後の飲食回数増加、欠損のために咀嚼が十分に営めず、噛まない飲食習慣、根面の露出、マージン不適合の補

綴物によりさらにリスク増加。

⑤高齢

高齢者に対する唾液分泌抑制には、どういう要素が関わっているだろうか。薬剤副作用のほか、咀嚼機能の減弱が刺激唾液の分泌抑制に影響を与えているようである。

・唾液分泌抑制¹⁾

1. 咀嚼機能の減弱
2. 唾液分泌抑制の副作用をもつ薬剤服用患者
3. 唾液腺・唾液腺管の破壊、萎縮(X線療法、加齢現象など)

日吉歯科診療所の2001年12月31日現在のデータから、初診時のカリエスリスク、DMFT、服用薬の有無が入力された4,376人について検索してみた。男女比は、男性1,616人(36.9%)、女性2,760人(63.1%)であ

った。その年齢群ごとの唾液分泌量の違いは図2のとおりである。このうち口渇の副作用をもつ薬剤の服用者の割合は高齢になるほど多く、60歳以上では半数を超える(図3)。

30歳以上の2,811名(服薬あり711名、服薬なし2,100名)について、初診時唾液量のクラス別に薬剤服用者の人数を比較すると、クラス3で服用者が特異的に多くなる(図4)。その初診時の単位時間あたり唾液量をもっとも少ないクラス3グループ(30歳以上初診時唾液量クラス3の322名<薬あり133名、薬なし189名>)の年齢群別の薬剤服用者の人数を見ると50歳代では51.7%、60歳代では62.5%という高率で薬剤服用者がいる(図5)。

それでは、唾液分泌の減少に関する

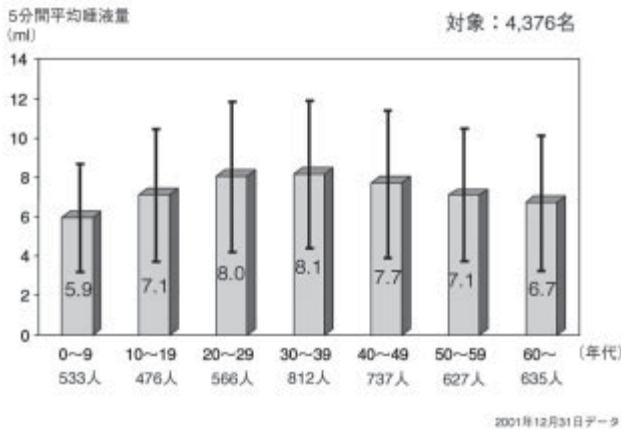


図2 初診時年齢別唾液量

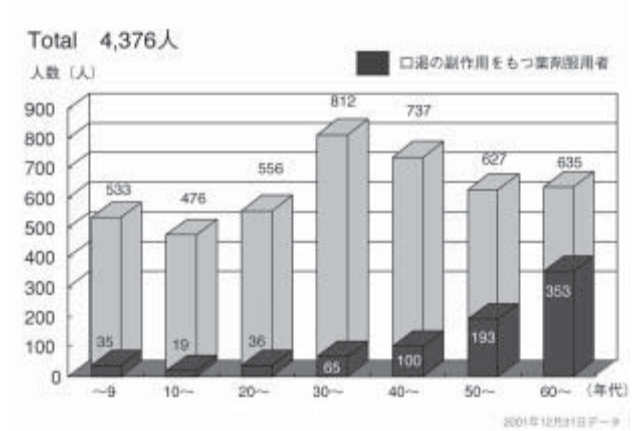


図3 対象年齢別人数比

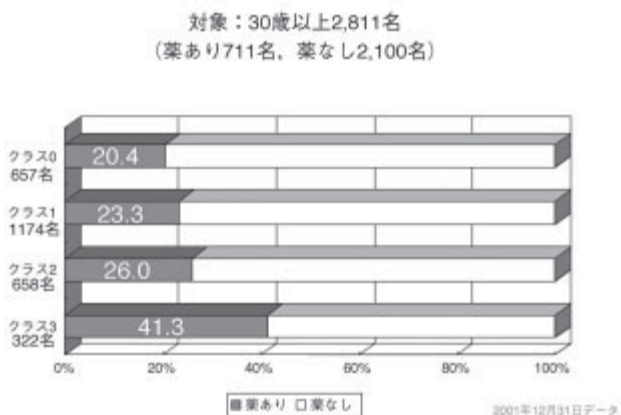


図4 初診時唾液量クラス分類別薬剤服用者の人数比

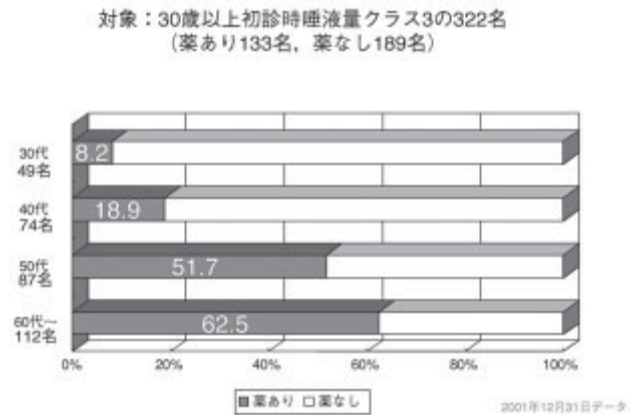


図5 初診時唾液量クラス3における年代別薬剤服用者の人数比

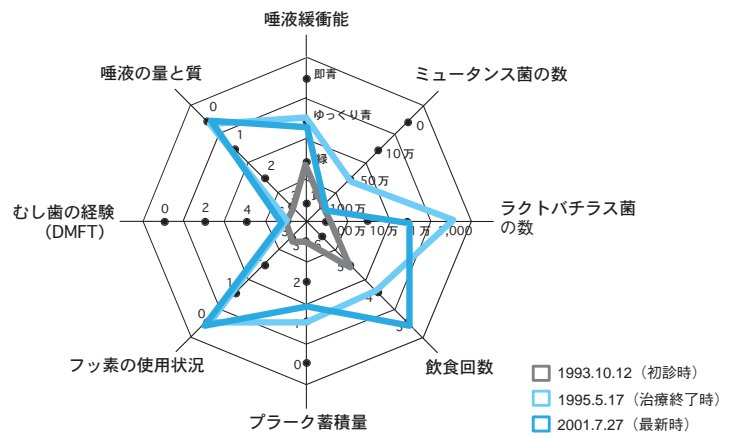
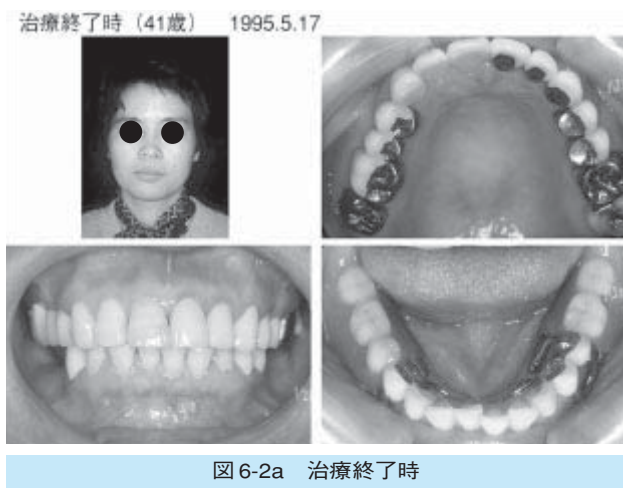
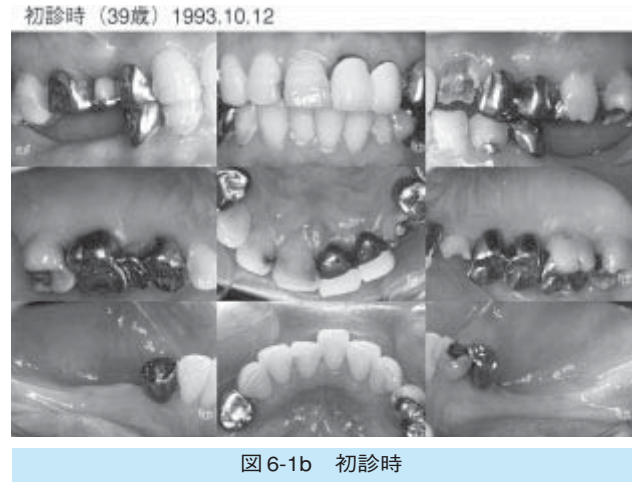


図 6-3 カリエスリスク・レーダーチャート

る代表的な臨床例を3例見てみよう。

症例 1.

補綴的機能回復によって唾液量が復活した症例(図6)

生年月日：1953年12月5日
 初診日：1993年10月12日
 初診時：39歳

病歴

1977年腎臓病(ネフローゼ)の投薬を7年間受けた。現在は完治している。

1993年10月より、治療とメンテナンスを受けたが、1998年3月から来院が途絶えてしまった。

その後、2001年7月に口腔内のあ

ちこちが欠けてしまったという主訴で再来院。

1993年から2001年のカリエスリスクの変化をレーダーチャートで見ると、治療完了時には唾液量、唾液緩衝能が大きく変化し、リスクの改善に重要な役割を果たしたことがわかる。

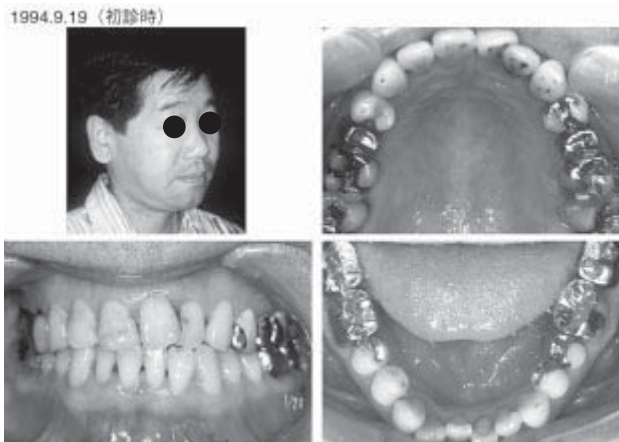


図7-1a 初診時



図7-1b 初診時

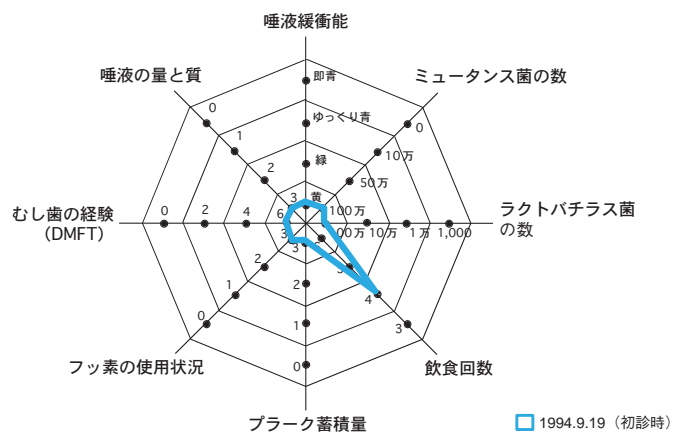


図7-2 カリエスリスク・レーダーチャート

症例2. 放射線治療症例(図7)

生年月日：1945年2月20日

初診日：1994年9月19日

初診時：39歳

病歴

1985年十二指腸潰瘍で1ヵ月入院。
1990年上咽頭腫瘍で6ヵ月入院。
その際に、3ヵ月間で30回の放射線治療を受けた。それから唾液が出にくく口腔内が常に乾燥した感じがある。退院後も2ヵ月に1度、山梨医科大学に通院し、放射線治療を受けている。治療開始3ヵ月くらいまでは、味覚障害や唾液分泌障害による言語障害もあった。お茶、水をよく口に、常に飲み物を取りながら食事している。

喫煙：18歳より40～60本/1日；39万4,200本，36歳より禁煙。

唾液分泌量は極めて少なく，カリエスリスクは極端に高い。

症例3. 主治医に照会して薬物服用を中断してもらった症例(図8)

生年月日：1939年2月22日

初診日：1991年4月11日

初診時：52歳

病歴

アレルギー(日光過敏症)
胃腸(もたれる程度)
1995年12月，不眠やめまい，肩こり等の体調不良を自覚したため，近所の内科医を受診して投薬を受けた。しかし体調の改善は認められず，内科医を受診するごとに薬の数が増えていき，体調を整えようとまじめに服用すればするほど食事食べられなくなり，気持ちも落ち込むばかり

であった。

このとき全部で7種類の投薬を受けていて，そのうち5種類の薬剤は副作用に口渇があった。その後，内科医と相談の上，服薬を中止することで，口渇等の症状も改善した(図8-4)。

常用していた薬剤の一覧

- ユーロジン (睡眠鎮静剤)
- セレナル (精神安定剤)
- セファドール (鎮痛剤)
- プロモチン (循環器系薬剤)
- プレマリン (女性ホルモン)
- プロゲストン (女性ホルモン)
- テルネリン (骨格筋弛緩剤)
- 副作用として口渇が挙げられている薬剤

服薬中止から1ヵ月後，唾液の分泌量が改善した。



図 8-1 初診時 1991.4.11



図 8-2 1991.6.6



図 8-3 1993.3.25

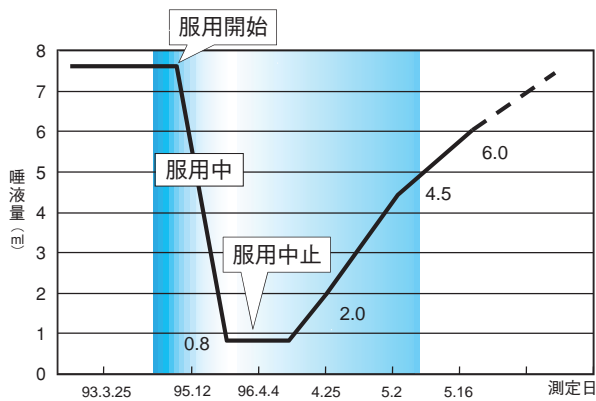


図 8-4 5分間刺激唾液量の推移



図 8-5 最新時 1996.5.2

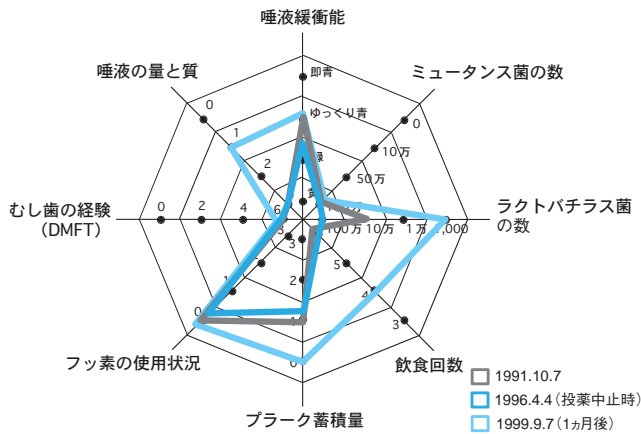


図 8-6 カリエスリスク・レーダーチャート

参考文献

- 1) 村上恵子：患者さんが来院，見落としてはならないこと．
 歯科衛生士，26(3)：60～66，2002.