

山下浩歯科医院⑤

2022/12/10 14:00~17:00

名前：

本日の研修目的

SRP の知識から歯周治療を治せるキュレットの操作方法を知る

研修内容とタイムスケジュール

14:00~ (15) : 前回の振り返り

14:15~ (30) : SRP の知識②

14:45~ (45) : キュレットの操作方法

15:30~ (90) : ポジショニング・各部位のポイント

次回までの課題

- ① 2022 年 12 月 24 日 (土) : 「研修後の感想」
- ② 2023 年 1 月 14 日 (土) : 「研修の振り返り」
- ③ 次回の研修 (月 日) :

【研修目的】 歯周治療のゴールとメンテナンスを理解し、患者さんと長い付き合いに必要なスキルを身につける

研修後の感想☆12月24日(土)締め切り	研修の振り返り☆1月14日(土)締め切り
https://forms.gle/MyT3CcKnehDs4nm69	https://forms.gle/ftZP8UGAfBrsvX5q9
	

前回の振り返り

SRP の知識

レントゲン読影・歯牙解剖

キュレットの構造・シャープニング

SRP の知識

SRP で改善しないケースの 7 つのチェックポイント

- ① 歯肉縁上のプラークコントロールが維持されているかを再確認
→歯肉縁上のプラーク付着,細菌叢悪化は歯肉縁下にも影響する
- ② 歯周ポケットのプロービングの検査情報を再確認
→歯根表面,歯周ポケットの探査がきちんとされているかを確認
- ③ 使用している器具がきちんと管理されているかを確認
→キュレットなどのシャープニング,超音波スケーラーのチップの摩耗のチェック
- ④ 繰り返しの SRP に対して,きちんと組織が反応しているかを確認
→歯周ポケット内の環境が改善していれば,ポケットの深さにも改善があるはず
- ⑤ 歯肉縁下の再 SRP を根拠なく行わず,歯根面の保護を考える
→繰り返し治療で改善しない場合は器具の到達などに問題がある,原因を考える
- ⑥ 原因確認と明視野下での原因除去のためのフラップ手術を視野に入れる
→歯肉縁上からのインスツルメンテーションが限界なら,歯周外科治療が選択肢となるので歯科医師に相談
- ⑦ 患者さんの全身状態,生活環境,生活習慣の変化などを再確認
→基礎疾患の悪化(関節リウマチ,糖尿病など)や生活習慣に問題(喫煙など)が生じると病態が悪化

SRP 戦略～SRP で治せるか治せないか?～

SRP の効果に影響する因子

SRP は,歯周治療において高い効果を発揮する治療です。しかし,私たちはしばしば,十分な結果が得られない症例に遭遇します,そこにはいったい何が足りないのでしょうか?SRP の成否を左右する因子には,歯周ポケットの深さ,歯周組織の解剖学的要件(歯肉の質・歯肉形態・歯根形態・根面の状態),歯石の付着状態や範囲,術者の経験と技術,使用器具の状態,そして患者さんの歯肉縁上プラークコントロールの状態などがあげられます。しかし,歯周組織の情報の多くは,術前の検査で把握することが可能であり,また器具の管理は日々の業務の一環として心がけていれば問題はありません。さらに,術者はトレーニングを積むことで,迅速かつ確実な対応が可能となります。

※SRP で改善しないケースの 7 つのチェックポイントは前回の資料に記載

浸潤麻酔の有無

SRP 時の浸潤麻酔

- ① 無麻酔,無疼痛で最大限の効果が理想
- ② 無麻酔で痛みがある場合,痛みの出ない範囲でするか,浸潤麻酔をする
- ③ 麻酔する場合は,崖っぷちの気持ちで臨む

浸潤麻酔の功罪

深いポケットにSRPをする時には浸潤麻酔するのが当然と思いませんか?これには案外落とし穴があります。特にSRP初心者には要注意です。スキルの高い歯科衛生士であれば浸潤麻酔下のSRPで自分のテクニックを思う存分に発揮できますし、患者さんもSRP中に痛みを覚えることなく、ハッピーエンディングに終われることでしょう。しかし、スキルが未熟であれば痛みというオーバーデブライドメントの危険信号のないままSRPをすることになりますので、かえってスキルが上達しません。特にスケーラーの先がポケットからはみ出して周囲組織を傷つけていてもわかりませんので、先が常に根面のどこをどのようにストロークしているのかというイメージが身につきません。また浸潤麻酔下では、根面を削りすぎて知覚過敏を起こしやすくなるように思います。SRPはあくまで浸潤麻酔をしないで、スケーラーの先で周りの組織を傷つけることなく、また根面を削りすぎることなく行うことが基本ではないかと考えています。ただし、患者さん自身が浸潤麻酔を望まれる場合は、当然患者さんの希望にあわせます。患者さんの希望ではなく、担当歯科衛生士の希望で浸潤麻酔をする場合は、これが積極的な根面デブライドメントの最終処置になるかもしれないという"危機感"を持って臨んでもらいたいと思います。浸潤麻酔下でのSRP後再評価で改善せず、歯周外科処置が適応となった時に、また浸潤麻酔をして歯周外科処置を受けようと思う患者さんは案外少ないからです。

SRP時の痛みについての考え方

- ⑧ SRPで患者さんが痛みを訴える理由
 - ・ 歯周ポケット内壁を傷つけている・歯周ポケット底部の上皮付着やアタッチメントを傷つけている・歯周炎ではない病変にSRPを行っている
- ⑨ 歯周ポケットのSRPで患者さんに痛みを与えないために
 - ・ SRPの基本技術を習得する・術直前のプロービングで根面の状態を立体的に把握する・SRP中のポケット内の触知感を大切に

SRPのプラン

SRP前にすべきこと

- ① 歯根の形態が頭に入っている
- ② 前回の検査データやエックス線写真をチェックする
- ③ どこからどのようにするか、戦略を立てる
- ④ 適正にシャープニングされた器具を適材適所で選ぶ

ある程度進行した歯周病患者さんでは、一気に全顎のSRPをすることは少ないのではないのでしょうか?もちろん full mouth disinfection という方法もありますが、多くの場合ブロックに分けてSRPを進めると思います。その場合、どういう順序でSRPを進めるかという戦略を立てなければなりません。患者さんが改善を実感しやすく、次につながる順番が理想です。発赤や腫脹等の症状があったり、患者さんが気にされているところがあれSRPで改善の勝算が高い場合、そこから着手してもいいでしょう。炎症が強すぎる場合は慎重になった方がいいかもしれません。なって大慌てで準備するのではなく、日ごろから空いた時間を利用してスケーラーのシャープニングをしておきましょう。

スケーラーの選択

使い分けに役立つ 10 のポイント

ハンドスケーラーとパワースケーラーを、以下の 10 のポイントから比較してみましょう。

- 1. プラーク・歯石除去効果について**：Oosterwaal らは、歯周ポケット 6～9mm の歯に対し、両スケーラーによるプラーク・歯石内の細菌の除去効果を比較した研究を行い、術後の細菌叢、細菌の総数の減少は同等であると報告しています。また、抜去歯を用いた実験でも歯石除去効果は同等であるとする報告が多く、プラーク・歯石の除去効果はハンドスケーラーとパワースケーラーで違いはないものと考えられます。
- 2. 歯根面の削除について**：SRP では、歯根面のプラーク・歯石を除去することも目的としていますが、同時に歯根面そのものも削除されることが避けられません。歯周治療では基本的に治療後のメンテナンスが必要ですので、その削除量は治療からメンテナンスをとおして生涯にわたり蓄積されていきます。しかしながら、ハンドスケーラー、パワースケーラーそれぞれの器具による削除量の大小については、いまだ統一した見解は得られていません。SRP に伴う歯根面の削除量は、ハンドスケーラーでは①ブレードの研磨状態②歯根面とカッティングエッジの角度、③側方圧、④ストローク数、パワースケーラーでは①チップの種類、②歯根面へのチップ先端の角度、③側方圧、④出力パワー、⑤操作時間に依存して決まると考えられます。また操作法をみてみると、ハンドスケーラーはブレードの先端 1/3 を歯根面に沿わせて、一方向へ動かすことでプラーク・歯石を除去するため、面で除去されます。そのため、硬い歯石でも一塊で除去することでは有利です。一方、パワースケーラーはチップ先端を使用するため、歯根面との接触は点接触に近い状態になります。プラーク・歯石を除去するにはチップ先端をポケット最深部に挿入したのち、水平的なスウィーピングストロークを歯軸方向に繰り返し行うことが必要です。このように両スケーラーでは操作法が異なるうえに、さらに複数の要素により歯根面の削除量が決まるため、器具ごとの削除量を比較することが難しくなります。削除量が多くなると術後の知覚過敏症状や根面齲蝕の原因になってしまいますので、治療の目的を考えて器具を選択し、使用するようにしましょう。
- 3. SRP 後の歯根面の滑沢度について**：粗糙な歯根面に細菌性プラークが再付着しやすいとの報告から、SRP 後の歯根面は滑沢であることが求められています。5、これまで術後の歯根面の滑沢度は、ルートプレーニングを行うことができるハンドスケーラーのほうが高いとされてきましたが、近年の報告では超音波スケーラーであっても、適切な操作法で行えば同等の滑沢度の歯根面を作ることが可能とされてきています。ただし使用時のパワー、チップの形状によっては、歯根面を大幅に削除してしまうので注意が必要です。
- 4. 臨床的效果について**：Badersten らによる超音波スケーラーとハンドスケーラーによる非外科治療後、初診時と 2 年後のプロービングポケット深さ、臨床的アタッチメントレベル、歯肉退縮量などを比較した研究では、残存したプロービングポケット深さは、両群において差は認められませんでした。また多くの他の研究でも同様の結果が示されていることから、術後の歯周ポケットの減少量、プロービング時の出血などの臨床的效果は超音波スケーラーとハンドスケーラーで同等であると考えられます。
- 5. 器具の到達性について**：器具の到達性については、進行した根分岐部病変では超音波スケーラーのほうが明らかに有効であることがわかっています。Oda らの研究において、根分岐部はユニバーサルチップやハンドスケーラーに比べ分岐部の根面への到達性が優れています。その理由は、根分岐部の入り口は通常 1mm 以下であり、ユニバーサルチップやハンドスケーラーのブレードの幅はそれ以上であるために到達性が低くなるからです。また、処置時にはブレードを動かさなくてはならないので、ストローク幅に制限がある根分岐部内ではハンドスケーラーは不利といえます。その一方、超音波スケーラーでは、直径が 1mm 以下の根分岐部用チップを使用でき、またチップは目的の歯根面に当てるだけでほとんど動かす必要がないことから、根分岐部における到達性がハンドスケーラーよりも優れた結果となります。同じように考えると、開口量の少ない患者さんや最後臼歯の遠心面などといった器具操作の難しい部位では、パワースケーラーの到達性が高いことが理解できると思います。
- 6. 治療効率について**：ハンドスケーラーと超音波スケーラーをメンテナンスの患者さんに使用した Copulos らの研究では、臨床的パラメータや細菌学的観察には違いが認められませんでした。治療時間には差がみられました。結果は、ハンドスケーラーでは 1 歯あたり 5.9 分かかったのに対し、超音波スケーラーでは 3.9 分と、2 分程度の時間の短縮がみられました。このように、超音波スケーラーの SRP に要する時間がハンドスケーラーより短いこと多くの研究から示されています。また、フェザータッチで処置を行う超音波スケーラーは、比較的強い側方圧を必要とするハンドスケーラーと比べて、術者の疲労が少ないことも報告されています。
- 7. 薬剤による殺菌効果について**：近年、超音波スケーラーの冷却に、水の代わりにクロルヘキシジンあるいはポビドンヨードなどを使用し、その薬剤の効果を応用しようとする試みがなされています。しかし、全身疾患をもたない歯周病患者を対象にした多くの研究では、冷却水中の薬剤の付加的効果は明らかにされていません。一方、Grossi らは、0.05%ポビドンヨードと 0.12%クロルヘキシジンによる超音波スケーラーの使用が、重度歯周炎を有する糖尿病患者に効果があることを報告しており、今後、効果的な薬剤の開発、選択が期待されます。

8. **器具の管理について**：使用時の安全性に関しては、ハンドスケーラーでは頻回にシャープニングを行うためブレード幅が細くなり、SRP時に無理力がかかるとブレードの破折が起こる危険があります。破折したブレードは誤飲・誤嚥の原因ともなりますので、特に使用前・使用時にブレードの形態をよく確認することと、変形したブレードを作らないためにも正しいシャープニング法を身につけることが大切です。一方、パワースケーラーのチップはシャープニングの必要はありませんが、先端が摩耗して短くなるとチップの振動が変化することによる作業効率の低下や、患者さん、術者の不快感が増加しますので、規定の長さよりも短くなったチップは定期的に廃棄、交換する必要があります。
9. **使用時の注意について**：全身疾患に関する安全性として、心臓ペースメーカー使用者には超音波スケーラーは使用禁忌とされています。超音波スケーラー(特にマグネット型)は、磁場を発生させることにより起こる振動を利用しているため、蔵ペースメーカー誤作動の原因となる可能性があるからです。パワースケーラーを使用する場合は、エアスラーを選択するようにしましょう。患者さんだけでなく、術者自身、介助者の安全性にも配慮しなくてはなりません。パワースケーラーでは振動により発生する熱を冷却水により冷やしているため、術中に飛散物、エアロゾルが発生します。そのため術者介助者への感染の可能性があります。感染症患者の処置ではハンドスケーラーを優先的に用いるほうが安全です。どうしてもパワースケーラーの使用が必要な際は必ず口腔外バキュームを併用し、飛散による感染防御に配慮することも大切です。
10. **技術的な難易度について**：超音波スケーラーはハンドスケーラーより簡単でしょうか?上達までの時間は超音波スケーラーのほうがハンドスケーラーに比べて短いと思いがちですが、これまで紹介してきた超音波スケーラーとハンドスケーラーを比較した研究では、同じ術者が両者を使用したがないことを示しています、これは同じ術者で、どちらを使用しても同じ結果が得られるということの意味しています言い換えれば、ハンドスケーラー下手な人は超音波スケーラーも下手ということです。決して、超音波スケーラーには技術がいらぬわけではありません。ハンドスケーラーと同じように、日々の技術の精進が必要です。

まとめ～考えて器具を選択しよう!～

パワースケーラーがハンドスケーラーよりも優れている点は、効率と疲労度、根分岐部と狭く深い歯周ポケットのある歯肉縁下への到達性といえます。一方、ハンドスケーラーは手指の感覚がパワースケーラーに比べ優れています。臨床現場ではこれら両者の長所を活用して、有効に使い分けることが必要です。

歯周基本治療では強固な歯石が歯根面に付着しているため、効率的に除去する器具が必要になります。一方、メンテナンス期では基本的に強固な歯石は付着しておらず、歯肉縁下プラークの除去が目的になります。歯根の実質欠損を最小限にし、かつ細菌性バイオフィルムを効率的に除去する器具が必要となります。ソフトなチップによる弱いパワーでの根面デブライドメントを行い、ミニマルインターベンションを心がけるようにしましょう。

治療部位だけでなく治療のステージも考えながら器具を選択していくことが、歯周治療において最小限の侵襲で最大限の治療効果を得るカギとなるでしょう。

スケーラーの特性を活かした治療の流れ

1. **ユニバーサルチップを装着した超音波スケーラー**：まず、効率疲労度の点で優れているユニバーサルタイプを装着した超音波スケーラーで、歯肉縁上歯石除去と歯肉縁下4mm程度の歯石の除去を行う
2. **ハンドスケーラー**：次に手指の感覚の優れているハンドスケーラーを使用し、ざらつきがなくなるまでデブライドメントを行う。狭く深い歯周ポケットや歯間部には、アフターファイブやミニファイブを応用する
3. **デブライドメント用チップを装着した超音波スケーラー**：続いて、手指の感覚ではわかりにくい小さな歯石、深い部位の歯石に対し、デブライドメント用チップを装着した超音波スケーラーによるデブライドメントを行う。小さいパワーで、側方圧をかけすぎないように、根面をまんべんなくデブライドメントするように、フェザータッチで操作する
4. **根分岐部用チップを装着した超音波スケーラー**：最後に到達性の優れている根分岐部用チップを装着した超音波スケーラーによる根分岐部のデブライドメントを行う。根分岐部用のチップは分岐部の凹面に当て、根分岐部内の根面に沿わせるようにゆっくり動かす。根分岐部用のチップは左右2方向のチップがあるので、根分岐部病変の形態により使い分ける

歯肉の治癒過程

SRPを行った当日に十分に行えたかどうかの判断はできない

SRPで根面のプラークと歯石をていねいに取り除いたのち、根面を探知したときに、ざらざらした感じ(粗感)がなく、「緑下歯石はもうない」と判断しても、実は多くの場合で歯石が残っていることがわかっています。つまり、プローブ、エクスプローラーによる探知でざらざら感が「ない」ことは、根面に歯石がないことを必ずしも示しません。一方、探知でざらざら感が「ある」ことは、確実に根面に緑下歯石が残っていることを示します。そこで、緑下歯石がなくなった証拠はないけれど、「残っている証拠もない」状態を、ざらざら感がなくなったことで判定して、とりあえず当日のSRPを終了する基準にしています。

SRPの本来の標的である緑下プラークが残っているかどうかの判定にも同じ方法を使います。緑下プラークは目に見えませんが、プローブで触ってもわかりません。しかし、緑下歯石は硬くなったプラークそのものであるため、歯石が残っていればその周囲には必ずプラークも存在します。つまり、根面にざらざら感があればプラークも必ずあります。そこで、ざらざら感がなくなったことで、「プラークがないとはいえないが、あるという証拠もなくなった」状態を確認して、とりあえず当日の終了の基準にしています。治療効果のあるSRPができたかどうかは、SRPを行った当日には判定できないのです。

SRPの治療効果があつたかどうかを判定する方法はPPDとBOPで

SRPの目的は、歯周ポケットに面する歯肉の炎症をなくすことです。そのために、細菌性のプラークを取り除きます。しかし、歯根面は身体の一部ですので、細菌がまったくいない状態にするのは不可能です。一方、歯肉に炎症を起こすプラークの量や質は患者さん一人ひとり違います。そのため、SRPが十分かどうかはプラークをどれだけ取り除いたかでは判定できないのです。そこで、その患者さんにとってSRPが十分であったかどうかは、歯周ポケット内部の炎症が消えたかどうかで判定します。歯周ポケット底部までプロービングした後のBoPが(－)ならば、歯周ポケット内の炎症はなく、SRPの治療効果があつたことを示します。組織中の炎症がなくなれば、歯肉組織は緊張を取り戻し、歯周ポケットの閉鎖が起こり、プロービング深さも減少し、やはりSRPの効果を示します。次ページ図4の写真のように、BoP(+)ならば、歯周ポケット内部に炎症があることを示し、歯肉緑下プラークの取り残しを意味します。

歯周ポケットが6mmでSRPを数回繰り返してもBOPがある場合は…

歯周ポケットからのBoPが(+)であれば、必肉緑下プラークが存在します。SRP後に歯下プラークが存在する理由は、いくつか考えられます。歯周ポケットが深く、底のほうの歯肉緑下プラークまでキュレットなどの器具が届きにくいこともよく起こります。これはSRPの技術レベルと裏表の関係です。SRPの難易度に影響することとしては、歯周ポケットの深さだけでなく、歯根形態の複雑さ、前歯・大白歯といった歯の部位などがあります。臨床経験7～8年目の術者4人のSRPの結果を調べた研究(松尾1983)2)では、ポケット深さ(PPD)が5mmを超えると取り残しが増えること、前歯より大白歯のほうが取り残しの多いことを示しました。当然、より経験が浅く技術も未熟ならば、PPDが5mmより浅くても届かないでしょうし、逆により熟練した術者ならばもっと深い歯周ポケットや白歯部でも取り残しは少なくなるでしょう。

実際に、臨床研究では、8mmを超す深い歯周ポケットでもSRPが有効なことが報告されています(Baderstenら、1984)。つまり、SRPの限界は、術者の技術によってそれぞれ異なるということで、経験や修練で向上するという事です。この意識をもっていれば、経験を積みにしたがってより深い歯周ポケットにも届くようになり、SRPの限界は変わっていきます。歯肉縁上のプラークコントロールの不足もよく起こることです。いくらSRPで歯肉縁下のプラークを減らしても、歯肉縁上から再侵入してくれば意味がありません。BoPの原因がSRPの技術不足にある場合と、歯肉縁上のプラークコントロールの不良が原因である場合の区別は、BI(歯肉辺縁部からの出血で判定できません。歯周ポケット入口付近をプローブで擦って出血があれば縁上のプラークコントロールに問題がありますし、出血がなければSRPに問題があります。なお、BIを観察する際の注意点は、歯周ポケット内のプロービングを行う前に見ることです。これは歯周ポケット内からの出血と区別するためです。

SRPを繰り返してもBOP(+)のまま、しかし歯肉縁上のプラークコントロールは良好な場合

歯肉縁上のプラークコントロールが確立して、SRPを繰り返してもBoPが(+)なのは、歯肉縁下プラークの取り残しを意味します。取り残しは術者の技術的な要素が大きいため、より熟練した人が行えば取り切れる可能性が十分あります。また、フラップ手術で歯根面を明視野できれいにするのも正しい方法です。ただ、フラップ手術では歯槽骨上の健康なアタッチメントもある程度失うという欠点があります。SRPでも同じ危険性が多少ある。フラップ手術ではほぼ確実にアタッチメントロスが起こります。フラップ手術とSRPの治療効果のプラスの面とマイナス面を検討したシステムティックレビューでは、「PPD6mm」が1つの指標になっています(Heitz-Mayfieldら,2002)4。PPDが6mmより深い場合、フラップ手術による治療効果の「益」のほうがアタッチメントロスによる「損」を上回る可能性が高いことを報告しています。逆に、浅い歯周ポケットではSRPのほうが有益になります。

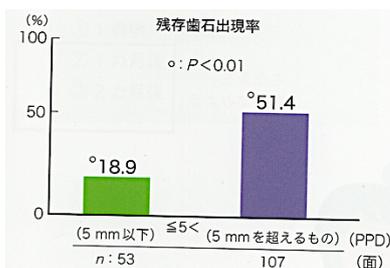


図5 PPD 5 mm を超える場合と 5 mm 以下の場合の残存歯石の比較²⁾

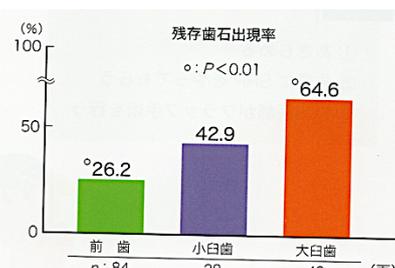


図6 部位別の残存歯石の比較²⁾

SRP終了後、BOPとPPDそれぞれどれくらい期間を空けて調べると良いか？

SRPと歯肉縁上のプラークコントロールの関係を調べた研究によると、プラークコントロールが確立した状態でSRPを行うと、歯肉縁下プラークが減少します。その結果、歯周ポケット内の歯肉の炎症が消え、BoPが(-)になるには、早い人で2週間、おおむね4~5週間の期間が必要であることを示しています。同じ研究で

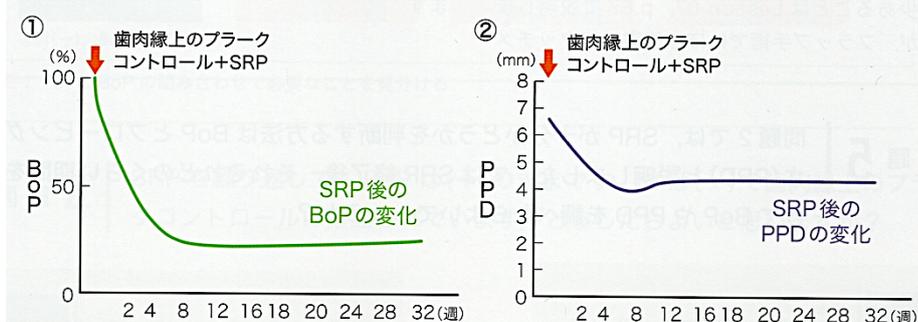


図8 SRP後のBoP(①)とPPD(②)の推移⁵⁾

は、PPDは、ほぼ8週間後に落ち着くようです。PPDの変化よりもBoPの変化のほうが約2倍早いので、治療効果の判定にはBoPが便利です。SRP終了後2週以降でBoP(-)ならば、SRPは有効であったことがわかります。しかし約1カ月経っても(+)の場合は、歯周ポケット内に歯肉の炎症を起こすのに十分なプラークがまだ残っていることを示します。PPDは、BoP(-)になってさらに約1カ月後から改善していきます。

SRPの評価

SRP当日は、

- ・SRPが十分であったかを判断する方法はない
- ・根面のざらざら感がないことで「歯肉縁下プラークがある証拠がない」状態として、終了の目安とする

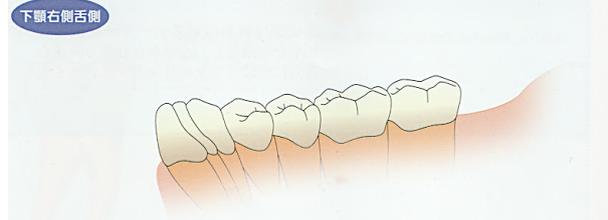
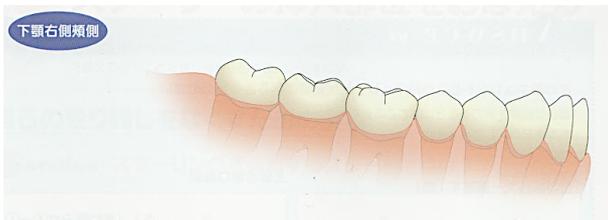
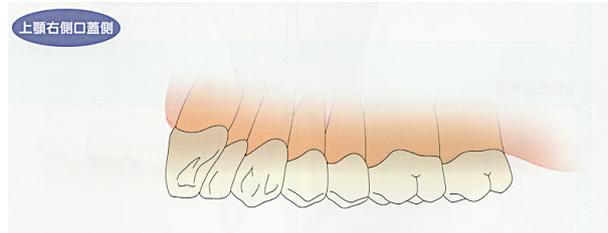
SRP終了後は、

- ・2週間~1カ月後に、BoPが(-)を示したら治療効果があったと判断できる
- ・約1カ月後のBoPが(+)だったら歯肉縁下プラークが残存すると判断できる

スケーラーの操作方法

グレーシーキュレットの遠心用・近心用の使い分けを覚えよう！

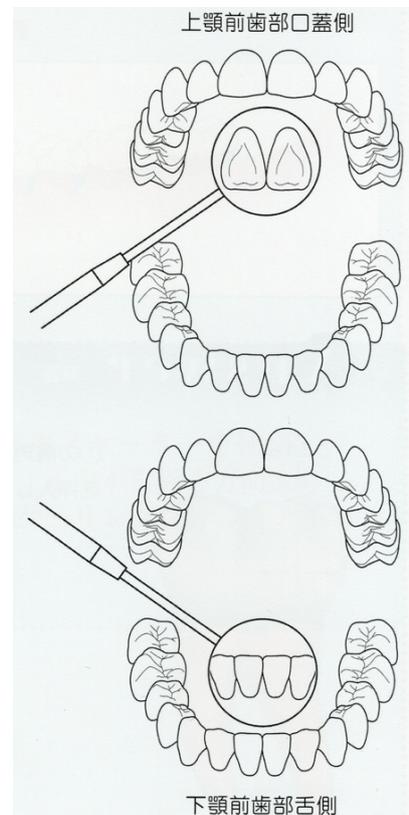
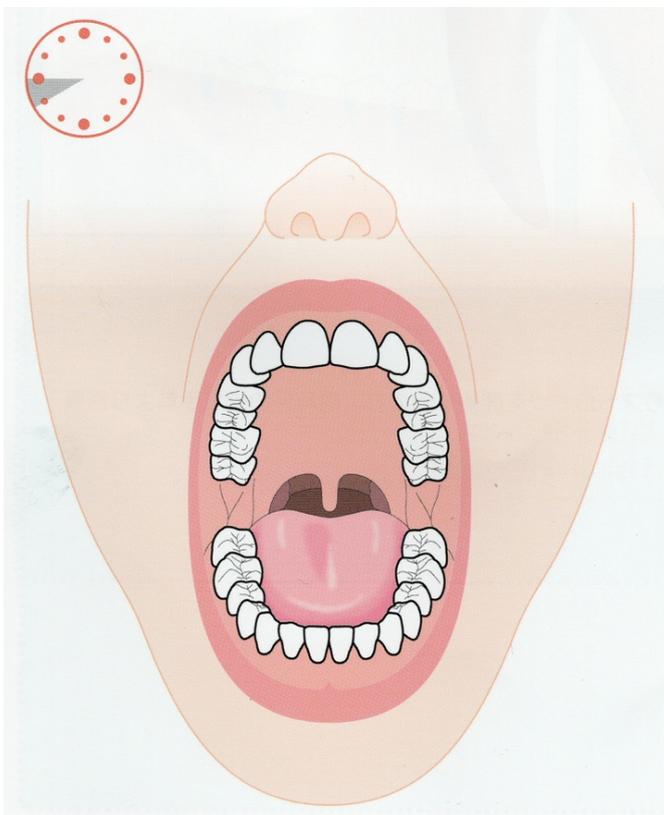
使用する器具の用途を正確に知ることは、操作のスピードアップにつながります。器具の役割を正しく把握しましょう。



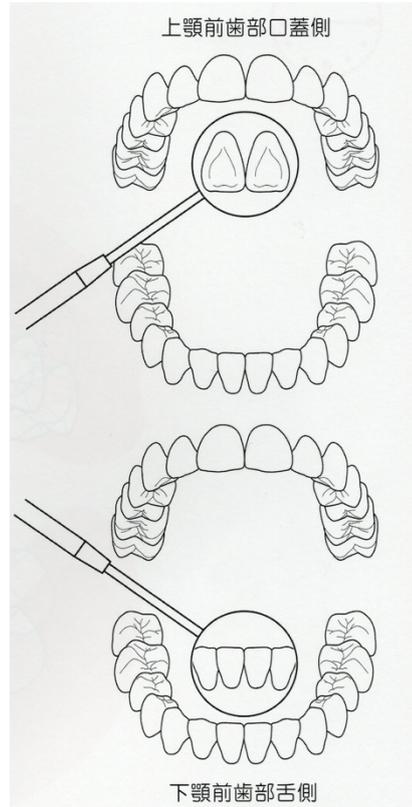
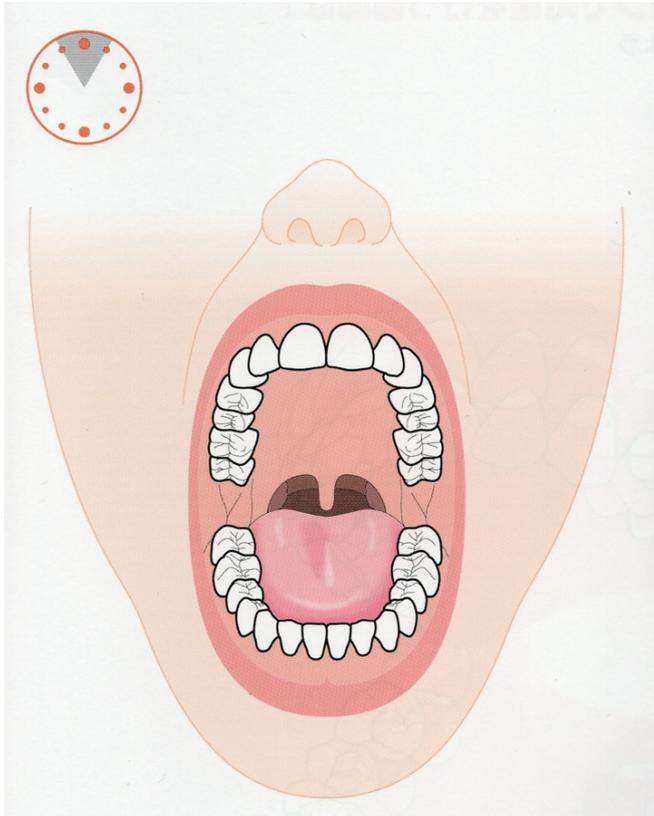
遠心用（ブルー）・近心用（オレンジ）

正しいポジションを知ることによって、効率的・効果的な歯石除去を行うことができます。術者の負担がかりにくくなります。

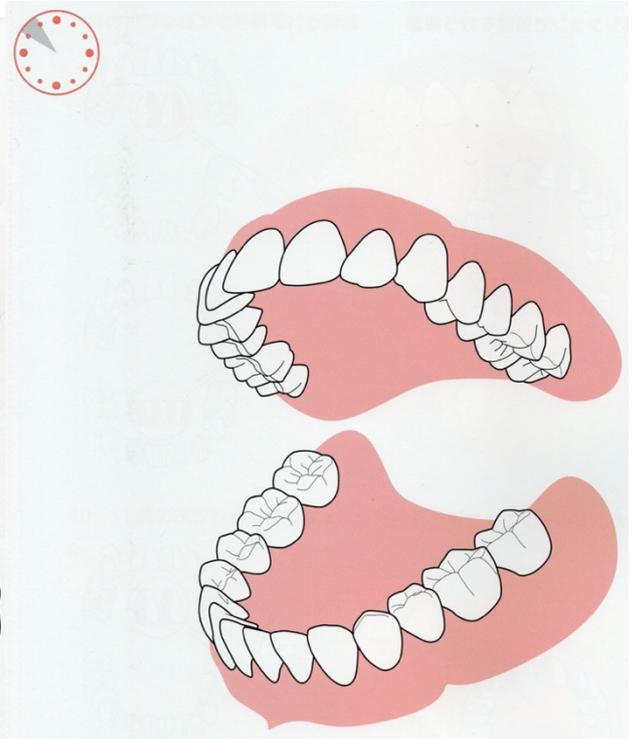
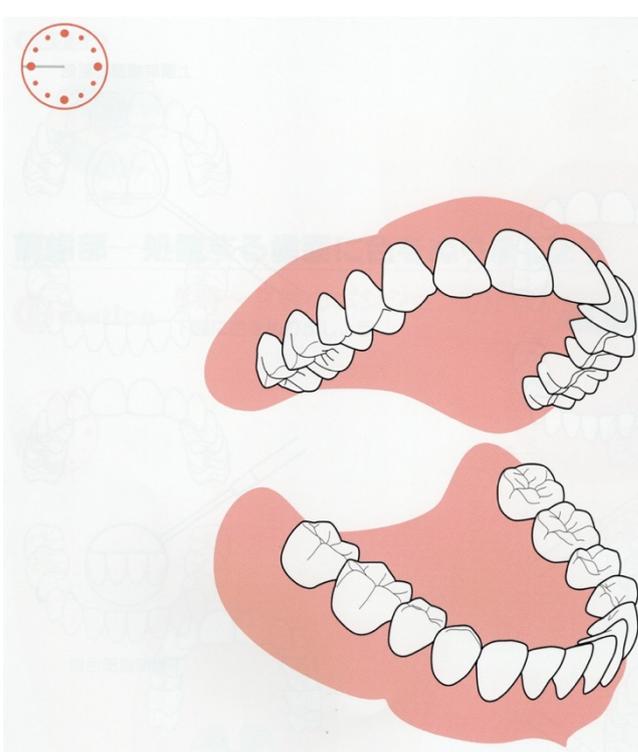
前歯部：8～9時のポジションで処置を行う歯面は？



前歯部：11～1時のポジションで処置を行う歯面は？



臼歯部：9時のポジションで処置を行う歯面は？10～11時のポジションで処置を行う歯面は？



レスト

手首前腕運動ができる「安定した支点」で、ブレードがインスツルメンテーションする面に対し70度で当たる「適切な作業角度」が得られるところにレストをとる。

口腔内レスト：薬指と中指をそろえて置く。

口腔外レスト：口腔内レストで適切な操作ができない部位に適用。手のひらが下向き(患者さん側向き)のレストをパームダウン、上を向いている時のレストをパームアップという。

作業部位に近いところで口腔内レストを置くのが理想的。しかし、症例に応じ口腔外や対合歯列上レストを用いる。このとき、支点と作業点が離れて不安定になりやすいので左手で補強し安定したレストを確保することがあり、ミラーが持てないので直視しなければならぬ。



パームダウンレスト



パームアップレスト

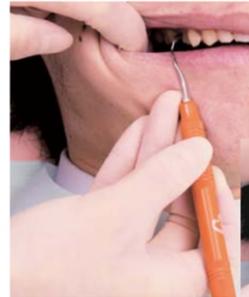
《下顎右側臼歯側面～近心面》



フィンガー オン フィンガー レスト(水平ストローク)

対合歯列上口腔内レスト。左手示指で補強する。
(斜め、垂直ストローク)

パームダウンレスト：しっかり固定するために手のひらを少し丸めて下顎を押さえる。



パームアップレスト：指の背面を当て、手と前腕を引くストロークを行う。



左手で補強する。

ポジショニング

スケーリング・ルートプレーニングを行う上で重要なことは、その姿勢である。姿勢が悪ければ腕が疲れたり肩が凝ったりしてしまうばかりでなく、患者さんにも苦痛を与えてしまう。

椅子の高さは、靴底が床に着く高さで、膝の角度がほぼ90度になるように設定する。

深く座り、背もたれに若干のスペースをあけ、背もたれには寄りかからないようにする。

これらを術者の基本姿勢とし患者さんとの位置を決める。

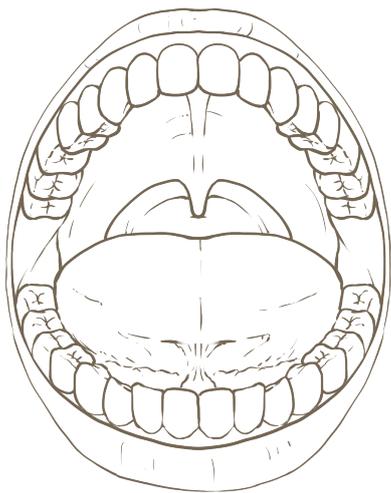
例えば、時計でいう11時から12時の位置、バックポジションを取る場合、術者は患者さんの足先方向に向き、膝をチェアの下へ入れ、しっかり固定する。また、9時から11時の位置、サイドポジションを取る場合も術者はしっかりと患者さんの方向向き、膝をチェアの下へ入れ固定する。



ポジショニング

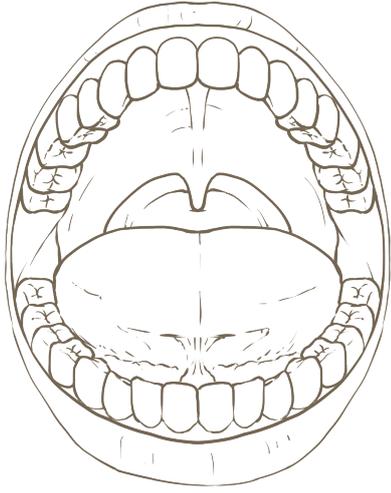
自分のいつものポジショニングを確認してみよう！

①術者の場所 ②患者頭部の左右の動き ③患者頭部の前後の動き ④下顎の開閉 ⑤患者全身の上下の動き

7-4		3-3		4-7	
B	P	B	P	P	B
①	①	①	①	①	①
②	②	②	②	②	②
③	③	③	③	③	③
④	④	④	④	④	④
⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤
					
B	L	B	L	L	B
①	①	①	①	①	①
②	②	②	②	②	②
③	③	③	③	③	③
④	④	④	④	④	④
⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤
7-4		3-3		4-7	

これからやってみたいと思うポジショニングを記録してみよう！

①術者の場所 ②患者頭部の左右の動き ③患者頭部の前後の動き ④下顎の開閉 ⑤患者全身の上下の動き

7-4		3-3		4-7	
B	P	B	P	P	B
①	①	①	①	①	①
②	②	②	②	②	②
③	③	③	③	③	③
④	④	④	④	④	④
⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤
					
B	L	B	L	L	B
①	①	①	①	①	①
②	②	②	②	②	②
③	③	③	③	③	③
④	④	④	④	④	④
⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤
7-4		3-3		4-7	