くま経プレス

医療　早期発見・早期治療のススメ

シリーズ　歯科治療最前線

虫歯予防で歯の喪失を防ごう

簡単にできる虫歯予防対策法

歯を失う2大歯科疾患の一つが「虫歯」。多くの人が一度は虫歯治療の経験を持っています。現在でも歯科医院での治療件数は圧倒的に多いとされています。そこで今月号では「虫歯治療と予防」をテーマに取材しました。

「虫歯治療と予防」

80歳超で虫歯が1本もない

昨年、あるテレビ番組で、80歳を超えた女性が現在でも虫歯が1本もないというのが紹介され、ゲストや視聴者からは驚きの声があがりました。ではどのようにして虫歯や歯科疾患を予防してきたのかが、ゲストなどの疑問点でした。難しいことを行ったのではなく、歯磨きの励行、規則正しい食生活を続けたことと、最大のポイントは歯科医院で定期的な歯垢・歯石の除去と健診を受け続けてきていることです。

その女性は、若い頃受けた定期健診の際、虫歯になりかけた歯（COの段階）があったため、その治療を受け、歯科医のアドバイスで定期的にフッ素塗布などをしてもらっていることで虫歯を予防しているそうです。もちろん入れ歯なども入れていません。歯科医院には何十年も通い続けているそうですが、「かかった費用は本当に安いと思いますし、治療も簡単で短時間で済んでいます」とは主治医の歯科医の談話でした。

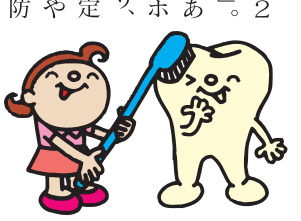
初期段階では自覚症状なし

虫歯は歯周病と同じように初期の段階ではほとんど自覚症状がありません。ところが水やお湯、甘味で歯がしみる、時々痛みが出る、ズキズキするなどの自覚症状が出た段階ではある程度、虫歯が進行している状態です。症状が進めば進むほど治療にも時間がかかり、費用もかさみます。「自覚症状がないため、来院される時はほとんどの方が虫歯がある程度進んでいます。予防と早期発見のためにも定期健診を患者さんには薦めています。虫歯以外の疾患の予防にもつながりますから」とは先の歯科医。

歯垢・歯石取りは保険適用と自費診療

虫歯予防対策の一つとして、歯科医院での歯垢・歯石取りがありますが、保険適用の場合は初診で約2000円、2回目以降はさらに安くなりますが、ある面制限がつきます。制限がつかない歯の特別なクリーニングのPMTC（プロフェッショナル・メカニカル・トゥース・クリーニング）は、保険適用外（自費診療）ですが、40分程度で費用は7000円前後が一般的といわれています。

歯の喪失の原因の2大疾患の一つ「虫歯」。今からでも遅くはありません。歯科医のホームドクターをつくり、先の女性のように、定期的な受診で虫歯やほかの歯科疾患を防ぎましょう。



専門医からのアドバイスQ&A「虫歯治療と予防」

熊本インプラントセンター
添島歯科医院
添島　英輔ドクター
日本口腔インプラント学会 会員
日本矯正歯科学会 会員

ある統計によると成人の8割以上が、少なからず一度は虫歯に罹患しているそうです。歯並びの良し悪しも虫歯になるリスクを高めています。そこで今回は「虫歯治療と予防」について、添島歯科医院（熊本市桜町、添島義和院長）の添島英輔ドクターに、お話を伺いました。

虫歯のリスクが高い悪い歯並び

Q　まず歯並びと虫歯の関係を具体的に教えて下さい？

A　歯並びがよくない人は虫歯や歯周病に罹患するリスクが、良い人に比べて高いことは実証されています。一つには歯を十分に磨けていないことで、歯垢が溜まりやすく、虫歯菌が増殖して虫歯になったりします。特に多いのは歯間部分からの発症です。また、歯茎の形もよくありませんので、弊害を起こす例がいろいろとあります。

CO（シーゼロ）の段階で虫歯をストップへ

Q　虫歯の症状の中で、最近ではCOもあると聞いていますが？

A　はい。COは虫歯になりかける前の段階です。この段階は歯の表面のエナメル質が少し溶けかけている状態です。歯を削らずフッ素塗布などの処置をして経過観察します。多くの患者さんは歯がしみたり、痛み出すなどの自覚症状が出るC2からC3の段階で初めて来院されますので、治療期間も長引きますね。初期段階で治療した方が楽に終えることができます。

基本治療は「詰める」「埋める」「被せる」

Q　基本的な虫歯の治療方法について教えて下さい？

A　まず、C1（小さな虫歯）からC3（大きな虫歯）までは、歯を削る範囲や量が違います。小さな虫歯は少し削りレジンという材料などで穴を塞ぐ（詰める治療）だけで済みます。中程度の虫歯（C2）は少し深く削りますので穴を塞ぐだけでは済まない場合があり、歯の型をとって虫歯部分にピッタリ収まる物を作り入れます（埋め込む治療）。大きな虫歯や深い虫歯（C3）は虫歯部分が大きいので、歯の周囲を削り、歯の型をとり丸ごと被せる場合が多いですね（被せる治療）。重度（C4）の虫歯は抜歯治療です。

歯垢・歯石取りの受診を推奨

Q　最後に虫歯予防と対策はどのようにすればよいでしょうか？

A　まず小さい頃からよい歯並びになるようにしてください。次に虫歯は就寝中に進行しやすいので、就寝前の歯磨きを徹底すること。また、朝や昼の食後の歯磨きも大事です。間食する人は回数を減らし、規則正しい食生活をおくる。そして定期健診や歯垢・歯石の除去を歯科医院で受けられることをお薦めします。これは保険でもできます。

（社）日本口腔インプラント学会指定研修施設
熊本インプラントセンター
添島歯科医院
熊本市桜町1-28-205 桜町センタービル2階
0120-354-508
http://www.soejima-sika.com/

がん医療最前線・・・・食道がん

食道がんの危険因子は喫煙と飲酒

人気ロックグループ・サザンオールスターズの桑田佳祐さんが食道がんを公表。コンサートツアーを休止するというニュースは、ファンのみならず多くの人が関心を寄せました。食道がんは、40歳代後半以降の、特に男性に多いがんであり、喫煙と飲酒が発症の大きな要因とされています。

今回は食道がんについて、内視鏡専門施設である服部胃腸科（熊本市新町2丁目）の後藤英世院長に話を聞きました。

ー食道がんの特徴は。

後藤　食道は、のど（咽頭、喉頭）から胃に至るまでの細長い、約25㎝の管状の臓器です。食道の壁は厚さ約4㎜で、粘膜上皮、粘膜固有層、粘膜筋板、粘膜下層、固有菌層で構成され、一番内側の粘膜は重層扁平上皮（じゅうそうへんぺいじょうひ）で覆われています。日本人の食道がんの90%以上は、この粘膜の表面を覆っている重層扁平上皮から発生する扁平上皮がんで、40歳代後半以降の男性に多く発病します。

食道がんに罹る割合、死亡率ともに男性の方が高く、女性の5倍以上といわれています。他には腺癌（せんがん）と呼ばれるタイプの食道がんがありますが、現在のところ日本人には少ない（10%以下）タイプのがんです。しかし、食生活の欧米化に伴い、今後増加することも予測され注意が必要です。

ー食道がんに罹る要因は。

後藤　現在、ほぼ間違いないと考えられている危険因子は、喫煙と飲酒です。アルコールは体内で数段階の酵素によって分解されますが、その中間産物であるアセトアルデヒドという物質に発がん性が証明されており、食道がんの発生に重要な役割を担っていると考えられています。

日本人は、アルコール代謝の主要な酵素のうち約4割が欠損しています。酵素欠損者では、少量の飲酒でも顔が赤くなり、眠気や動悸といった反応が起こります。中には飲酒を繰り返すことで訓練され、耐性を獲得し大酒飲みになることができる人もいます。しかし、そうした人は飲酒後のアセトアルデヒド血中濃度が正常者に比べ非常に高値になり、発癌の危険が高くなるのです。

厚生労働省の研究班よると、日本酒換算0～1合未満のアルコール代謝酵素が正常な男性を基準にした場合、代謝酵素が正常であっても3合以上で食道がんのリスクは20倍になります。代謝酵素欠損者では1～2・9合で46倍、3合以上では164倍に上ると報告されています。

現在、飲酒すると赤くなる、もしくは以前は赤くなったという体質があれば、約90%の確率で代謝酵素が欠損しています。赤くならない人でも、3合以上の飲酒で食道がんリスクは11倍、現在か過去に赤くなった人では、1～2・9合で21倍、3合以上で94倍です。

大酒飲みの喫煙家になると、相乗効果でがんになる確率もいっきに高くなります。口、咽・喉頭から食道にかけては、アルコールとたばこの流れの「交差点」であり、さらに危険度が上がるのです。

腺癌の原因については明らかではありませんが、食道への胃酸の逆流が関係すると考えられています。これは胃酸の食道への逆流により、食道の粘膜が炎症を繰り返し、がんが発生するのではないかということです。

ー初期症状は。

後藤　食道がんは、小さいうちはほとんど症状が見られず、健康診断や人間ドックで偶然に発見されることが多いといわれています。

早期のがんでも粘膜がただれるようになっている場合は、のどがチクチクする違和感、刺激物（熱いものやすっぱいもの）を食べたとき、飲んだときに胸がしみるなどの症状が出現します。いずれも日常生活に支障をきたすほどではないので、見過ごされがちです。

しかし、これらの症状は早期発見のために注意してほしい症状です。これらの症状＝食道がんではありませんが、症状を感じた時には、早めに内視鏡検査を受けることをお勧めします。

NBIで発見率は大幅に向上

ー検査法は。

後藤　現在、最も確実な検査法は内視鏡検査です。とりわけ粘膜表層の血管の走行状態を描写するNBI（Narrow Band Imaging＝狭帯域フィルター内視鏡）システムにより、切除可能な微小ながんの発見率は大幅に向上しています。

NBIは、光学特性に最適化したスペクトル幅の狭い光（狭帯域光）を使うことで、消化器表面の微細構造や毛細血管を観察するシステムです。消化管の腫瘍性病変は、表層の毛細血管に変化が現れ、特に腫瘍からがんに変化すると血管の走行異常、形態変化が顕著になります。この変化を拡大内視鏡との併用でとらえ、早期のがんを発見します。

当院においては、早期食道がんの発見数が年間3例だったのに対し、NBI導入後は年間17例に、中・下咽頭腫瘍を7例発見しています。

ー治療法は。

後藤　進行性の食道がんは、根治が難しいがんとされていますが、初期の段階で発見できれば、治る確率は高くなります。治療法は外科手術、放射線療法、化学療法（抗がん剤治療）が主な柱となります。

食道がんが、食道壁の粘膜下層にとどまる表層がんのうち、粘膜層にとどまり、リンパ節転移のないものが早期食道がんと定義されます。この粘膜層にとどまった早期食道がんは、内視鏡での治療が可能です。

内視鏡治療には、粘膜切除術（EMR）や粘膜下層剥離術（ESD）があります。内視鏡手術が可能であれば、食道はそのまま残りますし、入院期間も短く、肉体的・精神的負担は大幅に軽減できます。

国立がんセンターの集計では、内視鏡的に切除された「ステージO」の段階で見つかった食道がんは、5年生存率はほぼ100%ですが、「ステージI」70%、「ステージII」約48～55%、「ステージIII」26%、「ステージIV」20%と、進行するとともに5年生存率が低下します。

このように発見が遅くなるほど予後が不良になっていきますので、症状がないうちに発見することと、発生の予防のために禁煙、節酒が重要です。

〈参考文献〉
国立がん研究センター
がん対策情報センター
がん情報サービス

▲NBIシステムを導入し、早期がんの発見に取り組む後藤院長（右）

服部胃腸科 院長
後藤　英世
■日本消化器内視鏡学会認定指導医
■日本消化器内視鏡学会認定専門医
■日本消化器病学会認定専門医
■日本内科学会認定内科医

◆食道内視鏡の画像

通常の内視鏡画像。中央やや下に病変が写っている

拡大内視鏡像＋NBI併用。表面の微細な変化をとらえることによって、病変の境界面を際立たせ、病変自体も詳細な観察・診断が可能に

The medical treatment front

医療法人　社団　魁正会
服部胃腸科
〒860-0004 熊本市新町2-12-35
☎096-325-2300
FAX096-325-8845　http://www.hattori-clinic.com
全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診認定医療機関