

## 総 説

# 急性歯性感染症の診断と治療

和田 重人・古田 勲

富山医科薬科大学医学部 歯科口腔外科学講座

## Clinical diagnosis and treatment for acute odontogenic infection

Shigehito Wada, Isao Furuta

Department of Dentistry and Oral Surgery, Faculty of Medicine, Toyama Medical and Pharmaceutical University.

Key words : acute odontogenic infection, dental caries, periodontal disease

### 1 : 口腔の特殊性

顎顔面領域に発生する急性感染症の大部分は、ウ蝕（虫歯）や歯周病（歯肉炎や歯槽膿漏など）に起因している歯性感染症である。歯性感染症は発生部位の解剖学的な名称から臨床病名として分類されており、口腔外科領域では歯冠周囲炎、顎骨骨髓炎、顎骨周囲炎、蜂窩織炎、上顎洞炎などがこれに該当する。また口腔領域における感染症のほとんどが化膿性炎であり、その起因菌は口腔常在菌であるブドウ球菌、連鎖球菌のほかに、種々の嫌気性菌を伴った混合感性であることが多い。すなわち口腔には食物残渣、う蝕、歯周病、不適合な金冠や義歯、不完全に萌出する歯（智歯すなわち親知らずに代表される）等の感染源が常時存在し、感染が極めて成立し易い環境となっている。

### 2 : 臨床症状

全身各所の炎症徴候と同様に、疼痛、腫脹、発赤、発熱、そして機能障害が臨床症状として挙げられる。すなわち全身的には発熱、倦怠感、食欲不振が、血液検査所見では白血球数の増加、核の左方移動、CRPの上昇が認められる。また水分・食物の摂取量の低下から脱水状態や低栄養状態を呈する場合や、さらに重篤な炎症に移行すると縦隔炎、髄膜炎、敗血症を引き起こし、生死にかかわる症例も稀ではあるが存在する。

顎顔面・口腔症状として口腔外では、病変部に一致した顎下部や頬部の腫脹、熱感、皮膚の発赤が見られ、皮膚直下に膿瘍形成による波動を触れることがある。また所属リンパ節（顎下リンパ節、オトガイ下リンパ

節、深頸リンパ節）の圧痛を伴う腫脹も特徴的な所見である。口腔内では開口障害、咀嚼障害、嚥下障害、構音障害のために患者のQOLが著しく低下している症例も多く存在する。また、歯性感染症の特徴である原因歯の決定は、当該歯の動揺、打診痛、周囲組織（歯肉や歯槽粘膜）の炎症所見から容易に行えることが多い。

### 3 : 急性歯性感染症の分類と代表例の供覧

#### I : 急性智歯周囲炎（写真1）

下顎の智歯（いわゆる親不知）に多く、歯の萌出が不完全であるために、歯と被覆粘膜との間に自浄作用や歯ブラシの到達できない不潔域（感染病巣）が形成されることに起因している。一般に智歯の生える20歳代から30歳代に好発する。顎が小さくなる傾向の現代人においては、今後も出現頻度の増加が予想される歯性炎症である。

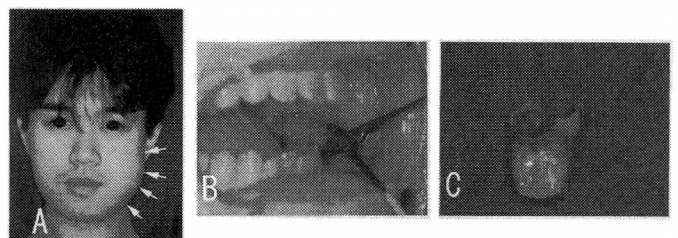


写真1 : 急性智歯周囲炎

- (A) 左側の下顎部に熱感を伴う瀰漫性の腫脹を認める。
- (B) 口腔内からの粘膜切開により排膿を認める。
- (C) 摘出（抜歯）された原因の智歯は、大部分がウ蝕により崩壊している。

## II：急性顎骨骨髓炎

ウ蝕を介して感染することが最も多いが、歯周病、歯冠周囲炎が顎骨に波及した際にも起こりうる。しかし一般に健康な状態で抵抗力が保たれている人では炎症の主座が骨髓腔内に移行することはまれであり、低栄養状態や免疫不全状態がない限り、多くの急性菌性感染症は次項で述べる顎骨周囲炎へと移行することがほとんどである。

## III：急性顎骨周囲炎（写真2）

急性炎症の主座が上顎あるいは下顎の周囲に存在するものであり、顎骨骨髓炎のように激痛は伴わないことが多い。また炎症の咀嚼筋隙への波及により高度の開口障害を伴うことも稀ではなく、原因歯の診察を行うことが困難となる。

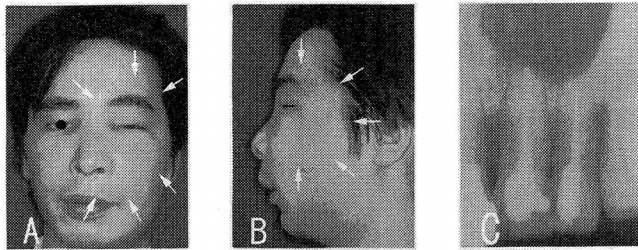


写真2：急性顎骨周囲炎

- (A) 左側の上顎部を中心とした慢性の腫脹を認める。開眼が困難な状態である。  
 (B) 腫脹は側頭部、頬部に及んでいる。  
 (C) 原因歯のレントゲン像では、根尖（根の先）に囊胞様の透過性病変が認められ、感染病巣の存在が疑われる。

## IV：急性上顎洞炎

解剖学的に歯牙の根尖（根の先端）が上顎洞と最も近接しているのは上顎の第一大臼歯であり次に上顎の第一および第二小臼歯、上顎第二大臼歯とされている。これらの歯牙経路でウ蝕や歯周病による細菌感染の上顎洞への波及が、上顎洞炎の成因である。一般に鼻性の上顎洞炎は両側性であるのに対して、菌性では片側性であることが多く、歯科口腔外科では後者が治療の対象となる。

## V：蜂窩織炎（口底炎、頸部、頬部：写真3）

限局性の炎症が、組織中にある程度の量の膿を蓄えた状態が膿瘍（Abscess）であるのに対し、小さく多数の膿瘍が疎性結合組織に蜂の巣状に飛散している状態は蜂窩織炎（Phlegmone）と呼ばれる。顎顔面領域は解剖学的に疎性結合組織に富んでおり、顎骨周囲炎等の拡大により口底蜂窩織炎、頬部蜂窩織炎、頸部蜂窩織炎が容易に生ずる領域である。これらの蜂窩織炎がさらに拡大すると縦隔炎、髄膜炎、敗血症などの重篤な炎症に移行し、生死にかかわる病態となる。

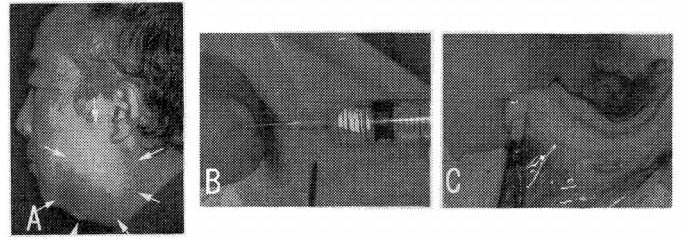


写真3：蜂窩織炎

- (A) 左側頸部を中心とした、皮膚発赤を伴う慢性の腫脹を認める。また発赤した皮膚直下に波動を触れる。  
 (B) 試験穿刺により膿汁の貯留を認める。  
 (C) 口腔外の皮膚切開により多量の排膿を認める。

## 4：当科の臨床統計（図1，2）

急性菌性感染症は、比較的軽度なものから極めて重篤なものまでその病態は様々である。一般に発熱、倦怠感、食欲不振などの全身症状の有無、抗生物質の経静脈投与の必要性、在宅における栄養管理の可否などから総合的に判断し、その入院管理が必要か否かが決定される。以下に最近当科で入院管理を行った急性菌性感染症の統計と傾向を示す。1996年4月から2001年3月までに、当科で入院管理を行った急性菌性感染症は53例であった。これは同期間における当科入院患者延べ総数721例の7.4%を占めていた。年代別では多くの症例（71.7%）が20歳以上60歳未満に分布しており、ウ蝕や歯周病の高度な進行が見られる年代に一致していた。疾患別では顎骨周囲炎が最も多く蜂窩織炎と併せると全体の81.1%を占めており、これは臨床的に全身症状を伴うことが多い両者に対する管理体制を反映しているものと考えられた。

図1：入院加療を行った急性菌性感染症(1)

1996年4月～2001年3月までの5年間 (同期間における当科入院患者延べ総数721例の7.4%)			
53例		年齢	症例数 (%)
男性	24例	<19	4 (7.5)
女性	29例	20～39	18 (34.0)
		40～59	20 (37.7)
紹介受診	44例	60～79	10 (18.9)
自意受診	9例	>80	1 (1.9)

図2：入院加療を行った急性菌性感染症(2)

疾患分類	(%)	基礎疾患の有無	
		なし	あり
顎骨周囲炎	26例 (49.0)	25例	8例
蜂窩織炎	17例 (32.1)	28例	0例
上顎洞炎	4例 (7.5)	高血圧症	6例
智歯周囲炎	3例 (5.7)	糖尿病	3例
歯周炎	2例 (3.8)	肝疾患	3例
骨髓炎	1例 (1.9)	腎疾患	3例
		虚血性心疾患	2例
		妊娠中	2例
		その他	0例

## 5：治療方法（歯に対する治療：根本的治療の重要性）

治療は原因療法、対症療法、根本的治療をそれぞれ適切なタイミングで行うことが重要である。

原因療法として、起病菌に感受性を有する抗生物質の投与がある。特に口腔領域の感染症は前述の如く口腔常在菌であるブドウ球菌、連鎖球菌が起病菌であることが多いため、ペニシリン系あるいはセフェム系第1・2世代か第一選択として投与される。その後、臨床推移や感受性試験の結果を踏まえ、2～3日使用し効果がなければ他剤への変更を考慮しなければならない。治療効果判定の基準として、口腔領域では開口障害の改善が有力な指標となることが多い。

対症療法として、まず生体の抵抗力を高めることが挙げられる。口腔領域の炎症では、疼痛、腫脹、咀嚼障害により水分や食物の摂取が著しく低下し、抵抗力の低下を伴う症例がしばしば認められる。全身・局所の安静を保ちつつ、軟食や流動食により十分な栄養と水分の補給が必須である。さらに重篤な摂取障害を伴う症例では、経鼻からの栄養チューブによる流動食や中心静脈への高カロリー輸液の投与を余儀なくされる症例も散見される。また膿瘍を形成している症例では、適切な時期に穿刺や切開を施し排膿をはかる。口腔内外のどちらからでも膿瘍への到達が可能な場合は、原則的に口腔内からの切開を行うべきである。また口腔外の切開の目安は、発赤した皮膚直下に波動を触れる状態と考えられる。その他の対症療法としては、口腔清掃を励行しつつ、全身各所の感染症と同様に抗炎症剤、鎮痛剤、解熱剤を適宜使用する。

根本的処置として、原因菌に対する処置はドレナージを目的とする時以外は、急性症状が落ち着いてから行うことを原則とする。具体的な処置として、根管治療（歯根の中の感染病巣を除去し、解剖学的死腔を歯科材料で埋める）、歯牙周囲の清掃（歯石除去、歯周ポケットの搔爬術）、拔牙、腐骨の除去などを行う。急性症状が消失した場合、これらの処置はなおざりにされることが多い。しかし原因菌に対する処置がなされない限り、感染病巣は自然消失・治癒することなく、抵抗力の低下時や体調不良時に必ず同様の急性症状が繰り返されることになる。治療過程において、患者に原因菌の存在とその治療の必要性を十分に理解していただくことが肝要である。

## 6：おわりに

ウ蝕（虫歯）や歯周病（歯肉炎や歯槽膿漏など）は、早期発見・治療によりほぼ100%制御できる疾患である。しかし、これらの病態を放置することにより様々

な程度の急性菌性感染症が併発し、中には生命を脅かす重篤な感染症に移行することさえある。急性菌性感染症では、治療は原因療法、対症療法、根本的治療を個々の症例に応じて適切なタイミングで行うことが重要であり、再燃を繰り返さないためには歯科口腔外科における根本的治療が必須である。

## 参考文献

- 1) 寶田 博：顎口腔の小外科。第1版，医歯薬出版，東京，1994。72-83頁。
- 2) 内田安信監修；顎口腔外科診断治療体系。第1版，講談社，東京，1991。
- 3) 瀧川富雄：口腔領域の炎症。上野 正，伊藤秀夫監修；最新口腔外科学。第3版，医歯薬出版，東京，1986，100-108頁。