

日本口臭学会第1回学術大会

「口臭患者さんを理解するために」

プログラム・抄録集

【会 期】 平成22年7月10日(土)・11日(日)

【会 場】 東京歯科大学水道橋病院 2階

血脇記念ホール・会議室

【大 会 長】 角田正健 (東京歯科大学教授)

【準備委員長】 杉山利子 (東京歯科大学講師)

口呼吸と口臭

○山内恵美、渡辺孝夫、吉井あい子、渡辺悦子、小日向秀子、山内泉美
厚生歯科 千葉県市川市

【目的】口呼吸の常習化は不正咬合や歯列不正を招く原因の1つであるばかりでなく、口腔内の環境にも悪影響を及ぼすと考えられている。

そこで私たちは矯正装置装着前の本人あるいは保護者が口呼吸を訴える矯正患者について口臭測定、唾液検査、口腔内診査を行い、口呼吸の訴えない一般矯正患者と差があるか比較検討を行った。

【材料と方法】2006年から2010年までに厚生歯科に来院した矯正患者で口呼吸の訴えのある患者11名（男：7名、女：4名）平均年齢16歳、口呼吸の訴えない患者23名（男：4名、女：19名）平均年齢：21歳を対象に行った。

口呼吸の訴えのある患者と口呼吸の訴えない患者について矯正装置装着前に、DMF歯数（永久歯のウ蝕経験の歯数）、プラークスコア（O' Leary's-のプラーク歯数-プラークの付着している歯面の合計/被検歯面数×100を4段階にスコア化、Class 0=15%未満 Class 1=15-30% Class 2=30-50% Class 3=50%以上）、唾液検査（刺激唾液量/5分間、ウ蝕比率-ミュータンス菌数/総連鎖球菌数×100-、（乳酸桿菌数、ミュータンス菌数、総連鎖球菌数-約唾液0.1ml中の細菌数で単位は、CFU/スワブ））、呼気と口腔内の口臭測定（半導体ガスセンサー、BBチェッカーmBA-21、タイヨウ（株））、嫌気性菌レベル（ウレアーゼ活性レベル測定、アテインmBA-400、タイヨウ（株））と10項目について検査した。

【結果】1)口腔内口臭、刺激唾液量、DMF歯数、総連鎖球菌数には両者に有意の差は示さなかった。2)呼気口臭、ウ蝕比率（ミュータンス菌数/総連鎖球菌数×100）、プラークスコアは有意の差は示されなかったが、口呼吸の訴えのある患者の方がやや多い傾向を示した。3)嫌気性菌量と乳酸桿菌数については大きな有意の差は見られなかったが、口呼吸の訴えのある患者の方が多い傾向を示した。4)ミュータンス菌数についても両者に有意の差はなかったが、口呼吸の訴えない患者の方が多い傾向を示した。

【考察と結論】口呼吸を訴えた矯正患者は鼻炎やアレルギーに罹患して鼻閉していることが多く、口臭の訴え、口腔内乾燥、ウ蝕や歯周病への悪影響の不安を訴えていた。今回の検査結果では、このような口呼吸の訴えのある矯正患者は口呼吸の訴えない矯正患者と比較すると、口臭測定値には影響を示さなかった。同様に刺激唾液量やDMF歯数にも影響を示さなかった。しかしプラークスコアはやや高い値を示し、口腔内が乾燥により唾液の自浄作用の不十分さで不潔になりやすいと予想される。またウ蝕比率もやや高い傾向を示し、嫌気性菌レベルや乳酸菌数は細菌を増加させる傾向を示した。口呼吸の常習化は口腔内の細菌増殖傾向を高め、口腔乾燥が不衛生さを招き口臭やウ蝕、歯周病になりやすい環境にすると予想される。