



IAI研究会10周年記念学術大会盛大に開催

学会設立に向け稼働 T-type発売開始、認定医合格発表 3つの大きな発表に会場の熱気、最高潮に

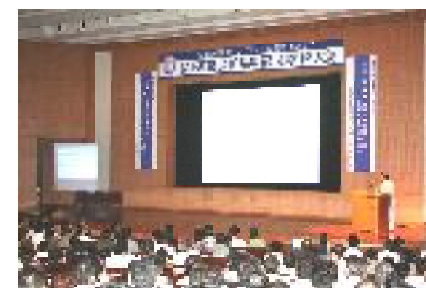
「逆風の中にある
歯科医療ですが、イ
ンプラント臨床にお
いては、国民の健全
な理解が進み、特に
AQBインプラントへ
の評価は近年、急速
に向上しユーザー
の先生も急増して



理事長・大会長挨拶
寶田 博先生

いるのはIAI研究会としても喜ばしい状
況です。外部の先生を多く招き開催(次
頁)するこの10周年記念大会から、多くの
実)ある成果を得て、今後の臨床のベ-
スの一つとなるよう期待しています」

IAI研究会第10回記念学術大会の冒
頭、理事長・大会長の寶田博先生はこう
挨拶されて、大会は開幕しました。今回
の学術大会は、過去最高の600名近くが



参加し、会場内は2階席を含め満席。立
ち見の先生も、他、朝直接会場に來ら
れた先生のために急遽、別室でライブ中
継も開催するほど大盛況、活気あふれる
会になりました。

- 学会設立準備委員会設置
- T-type会場にて発売開始
- 認定医試験初の合格発表

大好評を博した午前のシンポジウ
ム『インプラント植立時の偶発症への
対応』の興奮さめやらぬ内に、午後1時
から急遽行われた追加発表において、
初めに壇上に立った学会設立準備委
員会委員長のIAI理事・千葉博茂先生
(東京医科大学教授)は、

「会設立10年の節目を機に、今後臨
床だけでなく学際的な活動もしていくた
めの学会への転向であり、実現すれば
4000名を会員に持つ大きな組織が誕
生します。先生方も学会設立後も会員と
してともに活動していただきたいと考え



←急遽詰めかけた先
生のために、別室で
ライブ中継も
↓熱心にメモを取る
参加者の姿が印象的
でした。



ます(3Pに詳細掲載)」

と現会員の先生方へ協力を求めました。
また新製品「T-type」については、開
発者のIAI理事・堤義親先生(外務省歯
科診療所所長)がご説明されました。

「T-typeはこの8月21日厚生労働省
の認可を得、発売が開始になりました。
従来の1ピースで施術しにくいとされた
症例に対し、マージンにテーパ-をつけ
ることで対応、先生方の臨床の幅を広
げる製品です(4, 5Pに詳細掲載)」

IAI理事・白川正順先生(日本歯科大
学教授)から当日初の合格者発表になっ
た認定医制度のご説明がありました。

「ぜひ多くの先生にチャレンジしてい
ただくとともに、臨床の場に生かしてい
ただきたいと考えます(3Pに詳細掲載)」

注目される3つの発表に、先生方の
興味は最高潮に達し、会場は外の暑さ
に負けない熱気に包まれていました。

新製品 AQB インプラント T-type 8月26日発売開始

1ピースの臨床適応範囲を広げ より患者さんのQOLに貢献

開発者 堤義親先生に聞く製品コンセプト

AQB T-typeのそもそもの発端は、術式がシンプルな1ピースでは難しいとされる難症例に対し、形状にプラスαすることで施術を容易にできないか？ という発想からだそうです。開発者の堤先生にお話を伺いました（文中敬称略）。

Q AQB T-type開発の背景を教えてください。

堤 AQBインプラントは、歯台部における再結晶化ハイドロキシアパタイトコーティング



堤 義親先生

（以下HA）の骨伝導能による早期の骨結合で治療期間短縮を実現し、またツールを極力少なくすることで施術方法を簡素化し、仕様変更のない安定した扱いやすいシステムとして、国内有数のインプラントにまで成長しました。1ピースタイプの発売から14年経過し、その間にユーザーの先生から様々なご要望も届いています。そのご要望のうち「1ピースの術域を難症例にまで安全に拡大できたから、臨床により生かせる」という声を実現したのが、今回発売のT-typeなのです。

Q T-typeの特長を教えてください。

堤 従来のAQB1ピースを改良した形

状で支台部にテーパー6°を付与しており、皮質骨と接するアバットメント部の径が約0.4mm、通常サイズのものより太くなっています（右図）。

Q その改良の結果生まれたT-type固有の強みを教えてください。

堤 次の3点がT-typeの特長でしょう

T-type 3つの特長

- 難症例の確実性・安全性の向上
- 中間サイズ誕生
- 外部応力に対する抵抗力UP

まず、従来の1ピースでは施術しにくいとされているソケットリフト、サイナスリフト、鼻腔底挙上などを必要とする症例において、沈下、迷入の防止策に加え、安全性が向上、初期固定の確実性を高めたことが最大の特長でしょう。またアバットメント部の径が約0.4mm拡大したこと



より強度がアップしたことに加え、結果的に従来のAQBラインナップの中間サイズが誕生したことになります。例えば、歯槽骨の幅が狭く直径3mmしか適応しない症例においても、T-typeであればアバットメントは約0.4mmマージンの径が太くなり、補綴的な処置にも審美的な面においても有効であろうと考えます。下は臨床試験におけるT-type症例で、予後も順調に経過しています。

Q ツールは従来と一緒ですか？

堤 術式、ツールともに従来の1ピースと同様ですが、T-type専用のフィクサーが必要となります。この点、営業担当者などに聞いていただき、手技を確実にして臨床に生かしていただきたいですね。

T-type で難症例施術の 安全性、確実性の向上を実感

臨床例 黒山祐士郎先生に聞く臨床応用

今回発売のAQB T-typeは、難症例の施術がより安全に1ピースタイプで実現できる待望の製品です。実際に臨床でT-typeの施術を行い、学術大会でも発表された黒山先生にお話を伺いました（文中敬称略）。

Q AQB T-typeにおける工夫と特長を教えてください。

黒山 AQB T-typeは2005年、堤義親先生の発案で開発が開始されました。支台部



黒山祐士郎先生

先端にRを施し、患者さんの舌を傷つけないような工夫がなされており、また従来のAQB1ピースに対して支台部に6°のテーパーを施し、直径が最大で約0.4

mm太くなっています。上顎洞への迷入、沈下防止に役立つものと考えます。フィクサーのネジの支台部分を移行的に形成した結果、従来の同サイズより強度アップしたのも特長の一つでしょう。

Q 実際にT-typeを臨床に用いられた症例における感想をお聞かせください。

T-type 3つの工夫

- 支台部に6°のテーパーを付与、直径は最大約0.4mmUPし確実性・安全性に貢献
- 支台部先端にRを付与
- ネジ切り形状変更で強度UP

黒山 ソケットリフト、サイナスリフト症例に関しては、AQB1ピースより沈下防止



T-type専用フィクサー



ねじ切りの工夫

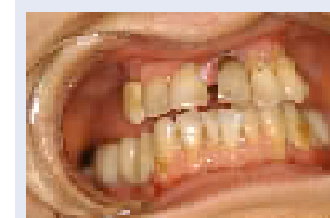
の効果が実感できました。下記症例は、皮質骨の薄い患者さんのたっのご希望によりサイナスリフトでインプラントを施術した症例です。術後経過は良好でありT-typeの効果とAQBの骨誘導能を改めて実感しています。

また抜歯即時症例にも数例適応しましたが、すべて良好な経過をたどっています。通常の症例にもT-typeは対応することが可能だと考えますが、フィクサー12mmのものがあればさらに適応症例が広がると考えています。

いずれにしても様々な工夫を施しながら、基本手技に忠実に施術して適応症例を拡大したいものです。

AQB T-type サイナスリフト症例

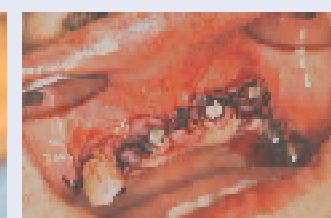
患者:40代女性 インプラント治療を希望するも、2つの医療機関で治療を断られた後に来院。抜歯即時、鼻腔底挙上。サイナスリフトを用いた症例。



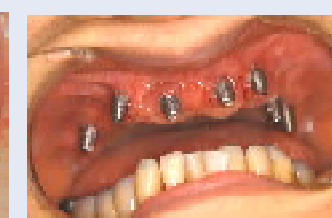
術前口腔内写真



前歯部抜歯及び左側サイナスリフトの術中



インプラント植立後口腔内写真



上顎右側犬歯抜歯即時及び右側サイナスリフト後の口腔内写真



術前X線写真



術後口腔内



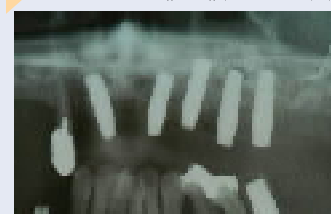
術後X線写真



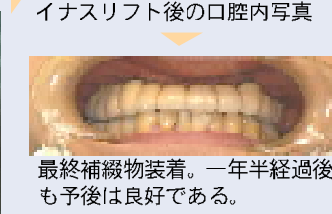
術前パノラマエックス線写真



サイナスリフト部CT画像（皮質骨の厚さ約2mm）



術後パノラマエックス線写真



最終補綴物装着。一年半経過後も予後は良好である。

座談会 治験施設・三井記念病院関係者が語る②

歯科医療におけるインプラント治療の今後

大変ご好評をいただいた、前号の「長期症例が証明！ 予後に優れたAQBの特長」座談会。今回はAQBインプラントをより生かす治療とは何か、また他メーカーの1ピース撤退の背景を考察するとともに今後のインプラント治療はどうなるかなどについて個々の先生のお考えをお聞きしています。



■ 特性をより生かす施術とは
口腔外科の基本知識など基礎の確立が大切

杵淵 AQBユーザーはインプラントのスペシャリストの先生から一般GPまで臨床家の経験の幅が広いというのが実態です。中には口腔外科の知識が不足していたりまだ慣れていないと不安を感じている先生もいらっしゃるでしょう。そのような場合は、ぜひ津山先生の口腔外科講座に出席したアドバンスコース研修会などを併用しながら手技を高めていただきたいですね。こうすることで、より安全で確実な施術が可能になるのではないかと思います。シンプルな手技のAQBですが、押さえてはいけないポイントが随所随所にあるのです。

堤 確かにAQBインプラントはHAの効果や手技をなるべくシンプルにすることで、我々歯科医の負担を少なくする

■ 座談会ご出席者

寶田 博 先生 (IA研究会理事長、東京セントラル歯科院長)
杵淵 孝雄 先生 (IA研究会理事、杵淵歯科医院院長)
津山 泰彦 先生 (IA研究会理事、三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長)
(司会) 堤 義親 先生 (IA研究会理事、外務省歯科診療所・所長)

コンセプトのもとで作られました。しかし「簡単＝いい加減」ではない。どんなに優れたものもいい加減に行ったら成功するものもしないでしょう。ですから簡単であってもきちんと行うことが重要だといえるでしょう。

■ 2ピースも発売開始！

臨床のさらなる領域拡大を可能にした

堤 AQBは1ピース1回法を特長とするインプラントシステムですが、2002年、適応症例の拡大を図ることを目的に2ピース2回法のAQBインプラントが発売されました。2回法について先生方のご意見を伺いたいと思います。

寶田 骨が不足し骨造成が必要な症例では、臨床的に2回法の方がやりやすい症例もあります。実はAQBは2度、2回法の開発を行っているんですよ。製品のラインナップを豊富にすることで、あらゆるユーザーに取り扱いがしやすいシステムにしようという企画意図で開発が進みましたが、一度目は環境が整わずに中断し、そして2002年の2度目の挑戦が成功し発売されたわけです。2回法の誕生で適応症例も拡大しましたし、他メーカーの2回法イ

ンプラントを使っていた先生などは、慣れた2ピースを1回法で使っているケースもあります。ただ私個人としては、1ピース1回法がメインで、2ピースはまれに使う程度ですね。

堤 実は一度目の企画の時、私は2ピースには消極的だったのです。しかしフルデンチャーの支台としての植立時などでは、2ピースがあつてよかったと思っていますが、でもあくまでファーストチョイスは1ピースであるというのが私の考え方です。

杵淵 私は「シンプルインプラント講座 - 2ピースシステムと比べた1ピースの優位性」を連載しておきます通りパリの1ピース派です(笑)。

堤 1ピースで施術できるものまで2ピースで行う先生も時々見られますが、それはいかがだと思いますね。ただすべてのインプラントシステムに言えることですが、2ピースの場合、ネジの緩みなどの構造からくる問題が発生する場合があるのが課題で改善に各システムが傾注しています。

津山 MIの観点から考えても、患者さん身体への侵襲が1回で済めば済んだ方がいいですね。どうしても2ピースでしかできない症例を除き、やはりファーストチョイスは1ピースであるべきだと私も考えます。

■ 他社の1ピース撤退の背景
論理的に成功が望めない形態だった

堤 近年、他メーカーで1ピースインプラントの撤退がありました。

寶田 ブローネマルク ノーベルバイオケア)ですね。このことより日本国内において1ピースインプラントはAQBの牙城になったともいえるでしょう。

杵淵 そもそもあのインプラントは、ノンフラップで植立するので骨が十分な位置に植立される可能性があるなどの無理がありました。最初からダメになるのが分かっていたと思いますね。

堤 ブローネマルクの1ピースはそもそもデザインが問題だと思います。京都大学の堤教授らの分析では、インプラント体の応力分布はマージンの皮質骨部分に集中する傾向があるというデータを出しています。しかしブローネマルクの1ピースタイプはセルフタッピングの刃で一番肝心なマージン部の皮質骨に応力が掛かった時に損傷を与えてしまうと思われま。良好な予後を見込めない製品を販売し続けるということは、ノーベルバイオケアとしてもできなかったのでしょう。一番肝心な皮質骨マージンを傷つけてしまっている、だからうまく行くはずがなかったのです。日本ではまだ在庫を販売しているようですが、海外だったら間違いなく損害賠償ものでしょうね。

杵淵 表面のタイユナイトという加工もかなりざらざらしてましたね。あの状態で口腔内に入れたら、歯肉内縁上皮との親和性も望めない、失敗が続出しても仕方なかった気がします。

津山 いかなるインプラントでもノンフラップ法では成功率に限界があると思います。AQBでも、失敗例の多くはノンフラップ法で完全にHAを骨に入れられない症例が多いようです。

■ 今後のインプラント治療は？
いまや、やっていないでは済まされない

堤 では最後に、インプラント治療そのものが、歯科治療においてどのようなウエイトを占めていくか、実際の臨床に

携わる歯科医としてのご意見を伺いたと思います。

杵淵 インプラント治療は特に大臼歯部における咬合の要として今後ますます重要な役割を果たして行くものと考ええます。昭和40～50年代においては臼歯部から歯を失い、咬合を代替する前歯に負担がかかり結局、口の中が崩壊していく患者さんも多くみられました。しかし「8020運動」などが定着し、しっかりと噛むことが寿命と大きく関係していることが知られるようになってきました。咬合回復の手段として、パーシャルデンチャーでは本当の咬合支持は得られないし、骨吸収も経年的に少しずつ進んでしまう。かたやインプラント治療では良好な咬合回復を得て、それが持続している患者さんも徐々に増え、口コミでその良さが広がっています。欠損補綴にはインプラントが最良であるという認識が広がっていくものと思います。



寶田 今から十数年前に補綴が専門の先生にお話を伺ったのですが「インプラントは条件が揃った場合に用い、通常の補綴はデンチャーですね」とおっしゃっていました。しかし、今は違うインプラントに対する国民の理解も進んでいます。経済的な面がクリアできたら、インプラントは有効な治療法として、補綴治療の第一選択肢となっていると言えるでしょう。20年後の将来をみたとき、予防歯科の理念が定着し天然歯の生存率が高まることで、欠損自体が少なくなり、インプラントでの治療は単独植立がメインになっていくという傾向はあると思います。しかし直近の状況を見れば、団塊世代のいわゆる「2007年効果」による需要や健康志向の高まりで裾野が一気に拡大し、インプラント治療が国民的治療になって行くと感じています。

堤 AQB発売開始当時は、研修会において、私も含めた講師の先生方皆

さんが「インプラントは十分な事前審査をして、確実な部位に確実に埋入することが重要です」と話されており、インプラント治療は欠損補綴治療のファーストチョイスではなかったと思います。しかし今は状況が様変わりし、ファーストチョイスにインプラント治療を選択する先生も多くなっています。寶田先生がおっしゃるように時代とともに盛衰があるわけですが、しかし今は差別化の時代です。どの時代にも患者さんがいることは変わらず、ドクターサイドでどのような治療を提供するかが、患者さん獲得の大きなファクターになれます。その意味でも、インプラント治療の提供は歯科医にとって有用であると考えられるわけですが、いかがでしょうか。

津山 大学歯学部における学生教育も変わってきています。学生に質問すると6年前までは補綴治療の第一選択肢としての回答は義歯やブリッジでした。しかしここに来て天然歯を傷つけない治療として、インプラントを選択するという回答が変わってきています。過去の経過からインプラントは早期に抜去になるものだ悪いイメージをもたれている先生方もいらっしゃるでしょう。しかし、教育の現場が変わってきているのです。以前から歯科の現場で治療に携わっている先生方が認識を変化させないといけない、インプラント治療ができませんでは済まない時代になっているように思いますね。

杵淵 MIの考え方も広まってきています。天然歯はできるだけ削らないにこしたことはありません。その観点からもインプラント治療は有益であるといえるでしょうね。

堤 先生方におっしゃっていただいた通り、我々歯科医にとってインプラント治療は大きなウエイトを占める治療法になっています。その中でもAQBは、他のインプラントと比較しても良好な結果が得られる、臨床の現場にいる歯科医にとって有効なインプラントだといえるということが改めて認識されました。今後さらに臨床の幅を広げるためにも、AQBを提供する側としても、よりユーザー本位に立った製品の提供なども模索していきたいところです。(END)

座談会掲載内容

① AQB新聞No.16(前号)

- AQB誕生の背景
- 治験開始、そして申請へ
- 逆風の中での船出
- 高い生存率を誇るAQB
- AQBの有用性の背景
- AQBを用いた症例拡大

② AQB新聞No.17(本号)

- 特性をより生かす施術とは
- 2ピースも発売開始！
- 他社の1ピース撤退の背景
- 今後のインプラント治療は？

※ AQB新聞16号掲載の座談会・前半は、<http://www.aqb.jp/>でご覧いただけます。

Series of
Simple ImplantAQB新聞
連続紙上講座

第7回 シンプルインプラント講座

2ピースシステムと比べた1ピースの優位性

ソケットリフトにおける手術操作性の良さ

IAI研究会常任理事 杵渕歯科医院院長 杵渕 孝雄先生



1ピースの優位性についてこれまで右の通りに述べてきた。今回は「ソケットリフトにおける手術操作性の良さ」というテーマで1ピースAQBの優位性を論じることとする。

1. 上顎洞底挙上術とは

上顎洞底挙上術とは、上顎洞粘膜を洞底部から剥離挙上してつくられた空隙に、自家骨や骨補填剤を充填して上顎洞底部の骨量を増大させる手術であり、上顎臼歯部領域におけるインプラントの適応を拡大するためのテクニックである。この手術に対する名称の統一はなく、sinus lift, sinus lift graft, sinus elevation、上顎洞底挙上術、上顎洞底骨造成術などの用語が用いられている。上顎臼歯部の適応症拡大において、上顎洞底挙上術は今や欠かせない存在となっている。

術式としては、上顎洞側壁に窓を開ける Lateral Window Technique (いわゆるサイナスリフト術) と、形成したインプラント窩からオステオームで1歯単位で洞底骨皮質を槌打挙上して植立する (オステオームによるソケットリフト法) 術式が従来から行われていた。しかし、Dr.Coscの開発した Sinus Lifting Drill Kitt や筆者が第6回 IAI 学術大会で発表した 3mm 用と 4mm 用の試適ガイドを洞底粘膜の剥離挙上で剥離子代わりに使用しながら、5mm 用のスパイラルドリルで洞底皮質骨を貫通し、bicortical anchorage で植立させ初期固定を強化する術式など、ドリルによるソケットリフト術も行われているのが現状であると思う。また、チタン系インプラントでは剥離挙上した部分には自家骨や骨補填剤を充填するのが一般的である。

連続紙上講座【シンプルインプラント講座】第7回目は、「ソケットリフトにおける手術操作性の良さ」の続編で1ピースAQBの優位性をお伝えします。今回もシンプルインプラントの提唱者のお一人、杵渕孝雄先生に臨床上のヒントを交えながら論じていただきます。

2. サイナスリフトとソケットリフトの適応症

サイナスリフトの各種術式の適応症では、上顎洞形態が犬歯部から上顎結節部までフラットに広い範囲で垂れ下がっている場合は側壁開洞によるサイナスリフト術、上顎洞が第1大臼歯相当部に向かって垂れ下がるように比較的狭い範囲で下がっている場合はオステオームまたはドリルによるソケットリフト術ということになっている。また、洞底までの骨高径が4～5mm以上あって、初期固定が得られる場合は、洞底挙上術とインプラントの同時植立 (simultaneous approach) を、洞底までの骨高径が3mm以下で初期固定が得られ

2ピースシステムと比べた1ピースの優位性(これまでの連載)

- 1 総論
- 2 2ピースシステムと比べた1ピースの発想上の優位性
- 3 植立後の骨結合の程度を判定しやすい1ピースの優位性
- 4 ネジの緩み破折からの解放
- 5 緊ぎ目の位置に規制されない無理のない審美性①
- 6 緊ぎ目の位置に規制されない無理のない審美性②
- 7 ソケットリフトにおける手術操作性の良さ

ない場合は、洞底挙上術のみを行い、後日インプラントを植立する遅延植立 (staged approach) の適応症になっている。

しかし、遅延植立の場合、2回の手術となることや、1回目の洞底挙上術で挙上部に充填した骨が徐々に吸収して目減りする傾向があることなどのため骨高径が少なく、多少初期固定が甘くても同時植立をする傾向にある。すなわち側壁開洞のサイナスリフトで、初期固定が得られないくら

いに骨高径が少なく、かつ洞底挙上術中に洞底粘膜に穿孔、裂開が生じた場合くらいは、遅延植立の適応となっているのが現状かもしれない。

3. AQBでのLateral Window Technique (いわゆるサイナスリフト術)

前述したように上顎洞までの骨高径が3～4mmを境に初期固定が得られるか否かの境界となっているが、実際はインプラントの種類、チタン系かHA系か、1ピースか2ピースか、また術者の技量などで大きく異なる。一般にサイナスリフト部にはチタン系のインプラントよりHA系の方が向いているといわれている。その意味では、純度の高い再結晶化HAでコーティングされたAQBインプラントは優位性が高い。またチタン系では自家骨や骨補填剤を充填する必要があるが、AQBなどHA系では途中で採取できた細片骨があればそれを充填すればよい程度で、もし、なくても自然の血餅があればテント状に挙上した上顎洞粘膜と洞底骨の間に骨新生がみられることは多くの臨床例で確認されている。

また、サイナスリフト術を行うような臼歯部においては、角度付きアバットメントの必要性は少ないと思われる。また余程初期固定が良くない限り、2ピースの場合はマルチアバットメントを除去したりヒーリングキャップを取り付けたりする最中に初期固定が緩んだりしやすい。そのため、側壁開洞サイナスリフトの同時植立では1ピースの方が操作性が優れていると思われる。

遅延植立の頻度は少ないと思われるが、増生した骨に初期固定させるわけで、手術回数を減らすという意味や、手術操作中に

緩まないよう最小限のトルク操作で済ませるとい意味からも1ピースが優れている。

4. AQBをソケットリフト術で植立する場合

口腔外科やインプラントのスペシャリスト以外の大部分のGPインプラントロジストは、手術侵襲の大きなサイナスリフトや骨増生術にチャレンジするより、手術侵襲の少ないソケットリフトなどを選択した方が無難であると思っている。萎縮診療と誤解されるかもしれないが、ソケットリフト後のX線像を観察していると、インプラントを支えるのに必要な骨がテントを張ったように形成されている例が多く見られるため、わざわざ洞底粘膜の穿孔裂開や術後感染などのリスクを犯して手術侵襲の大きいサイナスリフト術を実施しなくてもよいのではないかなと思ってしまっただけである。同じ効果を、侵襲の少ない手術で済ませられるのであればそれに越したことはない。すなわちソケットリフトを第一選択とし、上顎洞形態から明らかにサイナスリフトの適応症である場合や、ソケットリフトでどうしても上手くいかない場合にサイナスリフトを行うのがいいと思って私自身実践している。また、HA系の中でも骨伝導性の強いAQBはソケットリフト時、他のインプラントと違い、自家骨や骨補填剤を必要としないという利点がある。これは骨採取という第二の手術侵襲を必要としないわけで、上顎洞底挙上術の中で最も侵襲の少ない理想的なインプラント植立術だと思っている。

オステオーム法にしろドリル法にしろ、通常の植立でなくソケットリフトで植立する必要があるということは、洞底までの骨高

■ PROFILE

杵渕 孝雄 (Takao Kinouchi) 先生

東京医科歯科大学
歯学部卒業。三井
記念病院歯科・歯
科口腔外科科長、
東京医科歯科大学
非常勤講師(兼務)
などを経て、現職。



径が少ない症例である。上顎は下顎と異なり、海綿骨の占める割合が大きく、顎骨表層の皮質骨も頼りならず、洞底皮質骨が初期固定にとって最も頼りになる存在であることは間違いない。サイナスリフト術の場合も記述したが、よほど初期固定が良くない限り、2ピースの場合、マルチアバットメントを除去したりヒーリングキャップを取り付けたりする手術操作中、初期固定が緩んだりしやすい。サイナスリフトに比べて手術侵襲の少ないソケットリフトを選択したからには、後日開窓手術を要する2ピースではなく1ピースの選択が理にかなっている。

実際、骨高径が3mm以下では、まともな初期固定は期待できないことが多い。無理に2ピースを埋入しようとして、剥離した洞底粘膜と洞底骨の間にフィクスチャを押し込んでしまったら、洞底粘膜に穿孔や裂開があった場合など、上顎洞にフィクスチャが迷入してしまうこともある。骨での初期固定が期待できない場合は、むしろ口腔内に露出した支台部で即時連結固定をして、骨癒合の促進を図ると割り切った方がよいと思う。その場合、すでに近傍に植立したAQBがあると、強力な固定源となって、連結レジン冠やBrで連結固定できるという安心感がある。私は植立直後、初期固定の悪いAQBがある場合、隣接歯あるいは隣接AQBを研磨用槍状ダイヤモンドポイントで表面をつや消しにした後、CR充填用ボンディング剤(光重合)と即重レジン(筆塗り法)での即時連結固定を行い、極めて有効な結果を得ている。

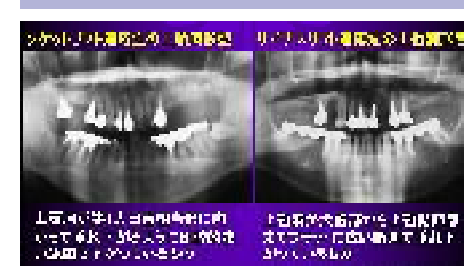
私の工夫しているドリル貫通式ソケットリフト法の詳しい術式や注意点に関しては、紙面の都合上割愛したが、詳しくは第6回IAI学術大会の後抄録集をもとにアドバンスの作成した小冊子(研修会時使用)や、東京医科歯科大学歯科同窓会学術部主催のCDE実習コース(卒後研修)を参照して欲しい。さて、次回は「直径3mmAQBという1ピースにしかない選択肢」というテーマで述べてみようと思う。

ソケットリフト時穿孔で遅延植立での対応症例

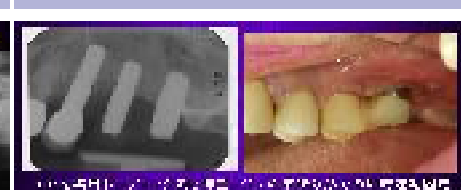


洞底粘膜の剥離挙上中、穿孔や裂開が生じることもあり、その場合は植立直前までインプラント窩の形成を完了してから、1ヵ月後の植立を予定して顎堤粘膜を縫合閉鎖する。LZは穿孔後の植立例約6年後であるが、インプラントを支えるのに必要な骨がテントを張ったように形成されている。

上顎洞形態によるソケットリフトとサイナスリフトの選択基準



ソケットリフトにおける1ピースAQBインプラントの利点



- ・純度の高いHA系であるため自家骨や骨補填剤が不要
- ・支台部分があるため手術操作は2ピースより容易
- ・初期固定の難しいような薄い骨でも支台部分で即時連結固定が容易

Interview with
Users of AQBAQBユーザー
インタビュー

沢山の病院・医院でご利用いただいています

AQBは、全国各地の沢山の病院・医院でご利用いただいています。
今回は東京通信病院歯科口腔外科・柳谷謙一先生、
吉木歯科・吉木洋二先生、前田歯科医院・前田寛治先生に、
AQBを歯科医療の現場でどうご活用いただいているかなど、うかがいました。

AQB
5年シンプルで確立されたシステムとして、
合併症の施術でも役立っています

総合的な治療の一環として
AQBインプラントを活用

JR飯田橋駅から徒歩5分、外壕公園に面した緑の多い場所に位置する東京通信病院は、1938年(昭和13年)通信省(現郵政公社)職員とその家族の健康を守る職域病院として診療を開始しました。86年(昭和61年)からは地域住民の方にも開放し、現在は25科514床を有する地域の基幹病院としての役割を果たしています。

今回は、東京通信病院歯科口腔外科の柳谷謙一先生にインプラント治療の現状をお話いただきました。



東京通信病院(右)

「当科では患者さんのご要望に応じて2002年からインプラント治療を開始、AQBを導入しました。現在までに約200本、97症例を経験、症例数は毎年右肩上がりになっています。患者さんは70歳代の方が37%で、年代別では最も多くの割合を占めています。もともと当病院に長年通われている方や、入院中に義歯の治療で当科を訪れ、『ぜひやってほしい』とご要望されるケースが大部分ですね」

「総合病院の歯科口腔外科であるため、代謝疾患や循環器疾患等、様々な合併症をお持ちの患者さんが多いのが特徴であり、インプラント手術に限らず、必要であれば歯科口腔外科処置を、入院全身管理下で行っています。現病歴や投薬内容、臨床検査データなどさまざま



柳谷 謙一 先生

まな医療情報を複数科のドクターが共有して、患者さんへ最良の医療を提供することを目指しています。また、口腔外科診療において必要であればCT、MRI、血液検査などを主体的に行うことで、リスク軽減を図り、安心安全な治療を行うよう努めています。

最近では、20歳代前半の歯牙先天性欠損患者さん二例にAQBを応用しました。歯牙を切削するブリッジによらず、矯正治療によって植立部位を確保し、インプラントによって審美性の回復を図りました。これらは超長期症例のスタートであり、慎重にフォローしていきたいと考えています」

AQBをどのように臨床に役立てていたかをお聞きました。

「AQB1ピースは、術式・システムともにシンプルで単純なことが一番の利点だと思います。臨床の現場では、システムが煩雑になればなるほどミスも起きやすくなります。特に、合併症をお持ちの患者さんでは、麻酔や投薬、術中のバイタルサインなど様々な注意が同時に必要ですから、手技が簡単なことに越したことはありません。私自身、他社の2回

東京都千代田区

東京通信病院
歯科口腔外科

柳谷 謙一 先生

法インプラントのジョイント部分が緩んだものも見てきていますので、シンプルで確立されたシステムとして、これからも1ピースAQBを使っていくつもりです」

柳谷先生に、これから導入の先生へのアドバイスを伺いました。

「まず、患者さんに完全に理解していただくことが重要だと思います。私はインフォームドコンセントの一環として実物のAQBインプラント体を患者さん手にしてもらった。今まで手掛けたインプラント症例を術中写真やレントゲン、模型などを使って詳しくご紹介しています。院内の患者さん向け冊子などでインプラントについても紹介していますが、インプラントを希望される方の多くはすでに治療した患者さんからの口コミで来られています。

インプラントは、今後の発展によって部分床義歯を超える治療になり得ると思います。最初は症例をよく選び、簡単確実なものからスタートしてはいいかでしょう。成功例を少しずつ増やしていくことが自信につながります。1回法でシンプルなAQBは導入としては最適だと思います」



インプラント治療



植立されたインプラント ポーセラレン冠による修復

東京通信病院HP・歯科口腔外科のインプラント治療紹介ではAQB症例をご掲載くださっています。

AQB
10年

AQBは構造・手技がシンプルで簡易

臨床の現場で必要不可欠な性質を備えています

「私がこれまでインプラントを施術した患者さんは、100%の方がやってよかったと喜んでくれています。偶発症などのトラブルにあっても、『先生、またやってください』とは言ってくる。それほど自歯に近い噛み心地が得られるのです。患者さんにとっては何よりですね。現代の歯科臨床の現場ではインプラントは有効な欠損補綴法として、不可欠な治療といえるでしょう」

こうお話される愛知県名古屋市・吉木歯科の吉木洋二先生は、インプラント歴30有余年、「インプラントは10年生存すれば成功だ」といわれた頃から施術されており、治療に精通されていらっしゃる先生です。

「AQBを導入したのは、形状が1ピースであること、術式がシンプルであることに興味を持ったからです。それまで2ピース2回法を用いていたのですが、当初2回法



だと、ネジの緩みの課題がどうしてもついてまわる。その不都合を1ピースだと解消できるのではないかと考えました。また臨床の現場にいる歯科医にとって、手技が簡単なことは重要です」

ベテランの吉木先生ですが、院内の先生のデスク周りには、最新の歯科関連雑誌や資料、切り抜きでいっぱい。先生が常に新しい学術情報を手に入れながら、日々臨んでおられることが一目でわかります。

「整理が大変なんです(笑)。しかし、我々開業医も常に最新の情報を入手し、治療に役立てていくべきだと思っています」

山口県宇部市

前田歯科医院院長
前田 寛治 先生AQB
8ヶ月
まず一步を踏み出させてくれた
それがAQBインプラントでした

『他の医院で相談を』と話さなければならぬ状況を改善しなくてはとずっと考えていました。そんな折、ふとしたきっかけで営業の置いていったAQB新聞を見て、『これなら簡単そうだと、研修会に参加してみる気になったのです』

AQB研修会が比較的足を運びやすい福岡で開催されていたことも、参加のきっかけになったそうです。早速、津山泰彦先生のベーシックコース研修会に参加、実習で実際に実技を体験され、導入を決意されました。

「実際に植立してみると、本当に手技が簡単だと実感しました。加えて導入コストも低く、サポートも熱心。『まずやってみてください』と肩をポンと押してくれたことに本当に感謝しています。シンプル、システムティック、サポート。これがAQBの最大利点だと思います。今では、患者さんへの欠損治療のご説明も満足のいくものができる

愛知県名古屋市

吉木歯科院長
吉木 洋二先生

す。そして『あの先生だから安心だ』と患者さんに考えていただく歯科医でいたいですね。まだまだ、日々研鑽です」

これからAQBを導入される先生に、アドバイスをいただきました。

「初めは、少数欠損など比較的施術が容易な症例から手がけ、慣れてきたらステップアップして2ピースも修得して前歯などの部位にも挑戦してはいかがでしょうか。躊躇もあるかもしれませんが、勇気を持って臨んで欲しいですね。1ピースAQBは手技がシンプルで、扱いやすいだけではなく患者さんにも安価での提供が可能です。考え方にもよりますが、経営面でも大いに役立ってくれると思います」

先生は患者さんに接する時を彷彿する穏やかに説得力ある口調で話してくださいました。



ようになり、本当に行ってよかった、やってよかったという感じです」

これからAQBを導入される先生にアドバイスをいただきました。

「特に、私のようにインプラントを初めて導入される先生にはAQBはぜひお勧めです。最初に他社の複雑なシステムのものを使って、インプラント自体に苦手意識を持つよりは、まずAQBで1本目のインプラントを打ってみることをお勧めします。私も今では様々な症例にAQBで挑戦してみたいと感じています。最初の一步、それが一番大きいですからね」

Series of
Simple Implant
AQB新聞
連続紙上講座

GBRに必要な減張切開と縫合のポイント

AQBインプラント植立のテクニック●応用編
vol.1

Advancing Concepts For Better Implant

IAI 研究会理事 三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長 津山 泰彦先生

PROFILE

津山 泰彦先生
Tsuyama Yasuhiko

九州大学歯学部卒業。東京大学医学部口腔外科助手、近畿大学医学部形成外科講師などを経て、現在、三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長、日本口腔外科学会認定医・指導医。今回の連載は前号までの「口腔外科の基本手技」の続編として本連載をご執筆いただく。



今回から新連載『AQBインプラント植立のテクニック●応用編』が始まります。第一回めの本号は、『GBRに必要な減張切開と縫合のポイント』を掲載します。読者の先生方が一番の『お待ちかね企画』ではないでしょうか。インプラントジストとして、今後スキルアップするためには欠かせない事項です。それでは、三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長津山泰彦先生をお願いします。

AQBインプラント植立のテクニック●応用編	
■GBR	①減張切開と縫合のポイント ②骨移植のポイント
■ソケットリフト	①AQBオステオームを用いた方法 ②ドリル貫通法による方法
■サイナスリフト	①基本手技と応用 ②上顎洞粘膜損傷時の対応
■抜歯即時埋入	①1ピースを用いた方法 ②T-typeを用いた方法 ③2ピースを用いた方法

GBRに必要な減張切開と縫合のポイント

1. GBRの手技と減張切開、縫合の重要性

AQBインプラント2ピースを用いてGBRを行なう手技を表に示しました。

表1 ■2ピースインプラント+GBRの手技

- 1) 理想的な位置に2ピースインプラントを植立
- 2) 被覆粘膜骨膜弁の確認
- 3) メンブレンの調整
- 4) 減張切開
- 5) 骨移植
- 6) メンブレンの添付
- 7) 縫合

おそらく先生方が最も興味がある項目は、5)骨移植、6)メンブレンの添付ではないかと思います。確かに重要なことですが、骨移植を上手に行ない、最高のメンブレンを使用してもメンブレンが露出してしまえば、GBRは失敗になります。

私は、GBRで重要な手技は4)減張切開と7)縫合だと考えています。メンブレンが露出しないためには、減張切開によって緊張なく粘膜骨膜弁でメンブレンを被覆させられるか、縫合面下に血腫を形成させないように全層に縫合系を通すことができるか、そして縫合面が壊死しないように緊張なく縫合することができるか、この3点が

GBRを成功させるために極めて重要なことだということを覚えておいてください。

2. 減張切開の前準備

下の表2は減張切開の手術手技です。減張切開だけに焦点をあてるならば表2が重要ですが、その前準備として麻酔と粘膜骨膜弁の形成も重要な項目です。

麻酔に関しては、唇(頬)側では歯槽粘膜までの十分な浸潤麻酔が必要です。AQBインプラント1ピース植立に必要な口腔外科の基本手技『麻酔』(AQB新聞No.11掲載)で、付着歯肉への浸潤麻酔を基本とし歯槽粘膜への浸潤麻酔はできるだけ避けるように述べましたが、GBRでの減張切開では歯槽粘膜に相当する骨膜を切開しますので、歯槽粘膜までしっかりと麻酔を効かせることが重要です。麻酔を行なう前に、付着歯肉の範囲、縦切開の位置および減張切開のおおよその位置を予想しておくことも大きなポイントです。麻酔の後では、歯肉がやや膨れあがり、それぞれの位置が分かりにくくなるからです。そのため、ビオクタンなどでマーキングしておくことも考慮してください。

粘膜骨膜弁の形成では、切開線の設定と骨膜下での剥離が重要です。切開線の設定は、歯槽頂より先粘膜骨膜弁基底部分が広がるように、縦切開は必ず約30度外開きに設定してください。狭くした場合には、歯槽頂部の血流が悪くなり、歯槽頂部の縫合不全を引き起こすことがあります。次に歯槽頂の切開では、ややメスの頭を口蓋(舌)側に傾け、一度に歯槽頂部骨膜まで切開を加えます。メスの頭を口蓋(舌)側に傾けることで、口蓋(舌)側の骨膜の明示が容易となり、縫合時に口蓋(舌)側の歯肉の全層に縫合系を通しやすくするた

表2 ■減張切開の手技と留意点

1. 減張切開予定部に浸潤麻酔を行う
左手で粘膜骨膜弁を引っ張りあげながら、骨膜に少しずつ浸潤麻酔を行う。
2. #11メスにて骨膜のみを切開。
粘膜骨膜弁に垂直に、近心、遠心断端が切れているか確認。露出した粘膜固有層に浸潤麻酔を行い、止血を確認。
3. 緊張なく粘膜骨膜弁で被覆できるか確認。

Point

めです。歯槽頂部の粘膜面をきれいにすることも縫合不全を起こさない上で重要です。剥離は骨膜を破らないように慎重に行ないます。また、一箇所だけ深く剥離するのではなく、全体を剥離するように心がけてください。その際、上顎では、鼻腔底粘膜、下顎ではオトガイ孔をできるだけ露出させないように留意してください。

3. 減張切開線の設定

まず、粘膜骨膜弁を反転させ、骨膜をよく観察してください。骨膜を貫通している小さな神経血管束から出血していることがあります。出血点に浸潤麻酔を行うことで止血されますが、止血されない場合には歯科用電気メスを用います。この時、出血点だけに電気メスを当てるように留意してください。

減張切開線は歯槽粘膜相当部の骨膜とし、縦切開部と連続するようにします。私は、減張切開部をイメージするために、減張切開予定部の骨膜下にごく少量ずつ浸潤麻酔を行うようにしています(図1)。骨膜下に麻酔を行うことで骨膜が浮かび上がります。そうすることで減張切開が直線的になり、また、骨膜だけの切開が容易になります。

4. 減張切開

減張切開は#11メスで行ないます。左手で粘膜骨膜弁を引っ張りあげながら、#11メスにて骨膜のみを切開します(図2)。その際、次の点に留意してください。

- ・粘膜骨膜弁に垂直に骨膜切開を行なう。
- ・減張切開部の近心と遠心断端まで切れているか確認する。

緊張なく粘膜骨膜弁でメンブレンが覆えるか確認します。覆えない場合や緊張

がとれていない場合は、近心と遠心断端が切れていないことが多いものです。縦切開と連続しているか、再度確認してください。最後に骨膜切開し、露出している粘膜固有層からの出血の有無を確認します。出血している場合には浸潤麻酔を行ない、ガーゼで圧迫を行ないます。不完全な止血によりメンブレンの動揺をきたすことがありますので十分に確認してください。また、術後に皮下出血斑(青あざ)が出現することもありますので止血には、十分留意してください。

5. 縫合針と縫合糸

AQBインプラント1ピースに必要な縫合のポイント(AQB新聞No.14掲載)では、縫合針は1号以下の針を基準とすること、縫合糸は絹糸、ナイロン糸の4-0以上を使用するように述べましたが、GBRでは、さらに留意することがあります。

歯槽頂部の粘膜は非常に挫滅しやすい組織です。そのため、縫合針は先端の刃形が丸針のものを使用してください。針の大きさは0号もしくは1号とし、2号以上の縫合針は使用しません。また、全層に通しやすくするように強彎を使用します。

縫合糸については、私はナイロン糸を用いています。絹糸はしまりが良かったため、しめすぎる可能性があるからです。また、ナイロン糸の組織反応が少ない点も考慮しています。縫合糸の太さは4-0以上を使用します。3-0以下は使用しないようにしてください。

6. 縫合

『全層に縫合針を通して、しめすぎない』このテクニカルタームは、すべての

GBRにおける減張切開と縫合のポイント



図1



図2

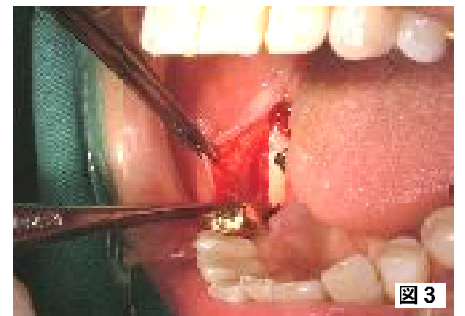


図3



図4



図5

- 図1 ■減張切開予定部の骨膜下にごく少量ずつ浸潤麻酔を行う。
図2 ■#11メスにて骨膜のみを切開。
図3 ■骨膜切開にて粘膜固有層が露出。
図4 ■近心から縫合開始。
図5 ■5mm間隔に盛り上げられないように。

change from other Implants to AQB AQBに 変えました

「AQBに変えて良かった」の声、続々到着！

他社インプラントからAQBインプラントに変更した先生の、喜びの声が
全国から届いています。今回も8名の先生に登場していただきました。
特集してお送りします。(取材順)

東京都足立区●前田歯科医院 前田 亨 先生

“最善の歯科治療提供”の理念からAQBになりました

東京都足立区、都心の住宅街にある前田歯科医院では、患者さんのことを「クライアント」と呼びます。

「患者さんというのは、まさに病んだ方のことを指しますね。でも私の医院では、健康な方にさらに健康になり、笑顔で生活していただくための協力者でありたいとの考えから、クライアントと呼ぶことにしました。クライアントにとって常に「イチバン」の医院で

あり、気持ち良く過ごしていただくために最善の歯科医療をご提供することが医院の基本理念なのです」

こうお話される院長の前田亨先生は、基本理念実現のために、院内をウッドハウス調にデザイン、スタッフさんも白衣ではなく、一見、美容師さん風の親しみやすい制服を着用、そして歯科医院としてはまだ珍しいISO9001(組織おける品質マネジメントシステム:QMS=Quality Management System)も取得しました。

「AQB導入も医院の基本理念に沿っています。システムでは煩雑かつ複雑だったGBR併用の症例が、AQBで容易になり適応症例が広がりました」

システムはアバットメントの直径が広く、ゴア幕で覆う際にかなりのボリュームになってしまい、先生はGBRを1度施術して、

もうやめようと思ったそうです。しかし、同時に適応可能なインプラントを探して、AQBに出会ったそうです。

「まず津山泰彦先生の口腔外科コースに出席し手技を修得できたのが大きかったと思います。GBRを修得したことでインプラント治療をより薦めやすくなりましたね。今後の歯科医療は『予防』がその比重を占めて行くでしょう。健在歯の保護のためにもインプラントに必要な不可欠な治療です。健康な生活と笑顔のために、よい治療をどんどん取り入れて行きたいと思います」

より早くクライアントのご要望に応えようと、いつも診療室を走り回っている前田先生は満面の笑みで語ってくださいました。



山口県山口市●こだま歯科医院 児玉 高明 先生

AQBは、予防歯科に大いに役立っています



「AQBインプラント導入の決め手は、最終補綴物装着までの期間短縮でした。以前使っていたPやEシステムでは補綴まで半年、これでは患者さんにとっては長過ぎます。AQB導入後、他インプラントを既に施術した患者さんの他部位にAQBを植立しましたが、『今回は待つ期間が短くなった』と喜びの声をいただきました」

山口県山口市にこだま歯科医院を開

業されている児玉高明先生は、一年前にAQBを導入、着実に症例数を伸ばし、今では約100症例を経験されています。

「実際に使ってみて驚いたのは、若干ルーズな固定でも初期固定がきちんと得られるということです。HAインプラントは、かつて他社が出していた非常に予後の悪いものの印象が強かったのですが、AQBは全く違いますね」

児玉先生は平成17年5月、地域のさらに多くの方の健康を守るため、予防歯科を主軸に置いた診療を目指して20年来の医院をリフォーム、デンタルエステルームを新設し、歯科医療に積極的に取り組んでいらっしゃいます。

「予防歯科を受けに来る患者さんが、インプラントに興味を持たれることが多いですね。いつまでも自分の歯で食べたい、そのためにいかに歯を残して行くかが予防歯科の心髄です。欠損に対し、一番多くの歯を残せる可能性を秘めた技術がインプラントであり、予防歯科重視という当院の医療方針において、AQBは大いに役立ってくれています」

広々と清潔感のある新しい待合室では、患者さんにリラックスしていただけるようにと飾られた、週替りの美しいフラワーアレンジメントが、外からも目をひきます。

「この花を楽しみに来られる患者さんも多いんですよ」

こう笑顔でおしゃる児玉先生。たくさんの方々が遠隔地からも治療を受けにやって来るのは、こういったきめ細かな心遣いにも理由があるようです。



大阪府大阪市●よしの歯科医院 芳野 純一 先生

“患者さんのニーズに沿った治療”にAQBは貢献



にAQBをお役立ていただいています。

「術式がシンプルで簡単、1ピースで手術が1回で済むので患者さんに負担が少ない。予後の経過がよいので大変利便性を感じています。AQBに変えてから、ランニングコストが下がったという点もありがたいですね」

芳野先生は、日々治療をする中で、常

に“患者さんのニーズに添った治療”を心がけ患者さんを第一に考えた治療をされています。

「私がインプラント治療を始めた頃と比べ、インプラントについては認知度も向上し、患者さんのニーズは確実に高まってきていると感じます。多様化する患者さんのご要望に応える治療をご提供するために、AQBはとても役立ってくれています。また、例えば欠損があるが入れ歯をしたくないという患者さんも多いのですが、そんな患者さんにも、インプラントという選択肢を提供できる、ということは大きなメリットだと考えています」

「11月に、川口市歯科医師会でインプラントの研修会を開催することになりました。昨今、医療事故発生がマスコミにぎわっていましたが、安全な歯科医療のご提供のために勉強を重ねて手技を高めようというもので、各論で僕も講師を務めます」

こうお話される埼玉県川口市・かしま歯科の鹿島健司先生は、以前はPインプラントをお使いでした。5年前のことです。

「咬合力の強い男性の犬歯などに施術する場合、どうしてもネジの緩みが生じ困っていました。メーカーに相談したところ、市販品でない抜去ツールを持ってきた。ツールが整備されているほど同様のトラブルが多かったんですね。そこで他のインプラントを探していたのです」

鹿島先生は、IAI理事の黒山祐士郎先生の大学院のご先輩、黒山先生のお薦めでAQBを導入されました。

「仲の良い後輩の薦めですからね笑」

埼玉県川口市●(医)かしま歯科 鹿島 健司 先生

初期固定の良さは他インプラントににまさる。強みですね



でも実際にAQBを使ってみて、まずAQBの術式のシンプルさが大きな魅力だと感じました。また初期固定が良い。今、日本の中には数多くのインプラントメーカーがありますが、この初期固定の良さはPRできる。AQBの強みだと思いますよ」

お褒めの言葉をいただきました。しかし、骨密度の低い顎骨への植立の

場合、AQBですら初期固定が難しいと感じる症例に出会うことがあるそうです。

「即時レジンで隣在歯と固定、ワイヤー使用など工夫してよい結果を得ています」

日本口腔外科学会指導医、日本矯正歯科学会指導医と連携して専門外来も行い、川口市歯科医師会では学術部長もお務めの鹿島先生。学会・研究会などで研鑽を重ねていらっしゃいます。

「予防に重点を置き歯だけでなくお口全体から全身を診るようになっています。臨床の現場にいる我々は常に最新の治療をお届けしたい。AQBの施術でも工夫しながら安全な治療をご提供したいですね」

千葉県佐倉市●勝田台フルヤ歯科 古谷 彰伸 先生

患者さんのことを思えばこそ、AQBを選択しました

「インプラントはシステム、Pシステムなど使ってきましたが、1ピース1回法のAQBインプラントは、従来にないすばらしい発想だと思います」

千葉県佐倉市で勝田台フルヤ歯科を開業されている古谷彰伸先生は、他社インプラントのリカバリー症例のためにAQBを導入されました。

「チタン製2回法インプラントのを、20年以上前に顎骨骨髓炎の既往のある患者さんに施術したところ、骨が予想より軟らかく、生着せずに抜けてしまいました。そのリカバリーとして植立したAQBは、初期固定も良く、現在も予後良好です。歯根部と支台部が一体型で空洞がないので、多少支



台部を削っても強度に問題がないうえに、他社製品に比べネジ切りが良く、植立時に骨にしっかりと食い込むのでしっかり定着し、不安感がありません」

古谷先生は、1ピースAQBの利点をさらにこうお話しされます。

「シンプルで使いやすい術式に加え、1ピース1回法は2回法に比べ、早い段階で予後の経過が一目で分かる安心感があります」

す。一般的に1ピースは植立後、アパットメントが歯肉から突出しているため、側方からの力に弱いとされていましたが、AQBの場合は隣在歯とスーパーボンドで固定できるという従来にない発想がすばらしいと思います」

古谷先生は昭和大学歯科補綴学教室で兼任講師や臨床に直結した様々な認定資格（日本補綴歯科学会専門医、日本歯科審美学会認定医）や、ケアマネージャーの資格もお持ちで、日々患者さんの多様なニーズに応えられるよう努めていらっしゃいます。

「患者さんには低レベルな治療は提供しません。インプラントもやるからには丈夫で長持ちするものしか選ばない。その観点からAQBも選択しました。自分でもやってみて、信頼できるシステムだからこそ患者さんにもお勧めしています」

患者さんのことを思えばこそ、厳しい目でAQBを選んでくださったようです。

東京都世田谷区●芹澤歯科医院 芹澤 直記 先生

東京都世田谷区で芹澤歯科医院をご開業の芹澤直記先生は、以前、1社インプラントをお使いでした。

「1社の製品は、上部構造のコアやアパットメントの仕様変更が頻繁にあり、その度に、それまで使用していた部品も器具も、すべて買い直しを余儀無くされました。それに付随して、印象採得やツールの取り扱いも覚え直す必要があり、ランニングコストでも労力の面でも不満に思っていました」

そんな折、営業の訪問を受け、研修会に参加後AQBを導入。実際に使用された感想を芹澤先生はこうお話しされます。

「手技もツールもシンプルで、上部構造装着までが早いので、患者さんに喜ばれています。特に上顎では平均6ヵ月待っていたのが2ヵ月になった。この差は大きいですね。インプラントをご紹介しやすくなりました。また、購入済みインプラントの異な



るサイズへの無料交換もAQBの大きな特徴です。非常に助かっています」

芹澤先生は、日々患者さんを治療する中で、最近とりわけ感じられていることがあるそうです。

「長年歯科の治療を受けられているうちに、咬合平面に歪みが出てきて、その状態で何とか咬んでいるうちに下顎の位置

もずれてきている方がよく見かけられます。そんな方に正しい咬み合わせを作ってあげることで、下顎の位置を元に戻していきたい。咬合は、体全体の健康に関わってきますから」

「正しい咬み合わせを作るためには、インプラントは実に有効な手段です。ある程度費用でできるだけ多くの人にとって機能回復してもらうのが当院の方針であり、『町医者』のやり方だと思っています。そのため、患者さんに低価格でインプラントを提供できるAQBはまさに必要不可欠ですね」

患者さんの咬合機能回復と健康のために、AQBも一役買っているようです。

北海道旭川市●医社)クリア歯科クリニック 藤田 浩孝 先生

AQBに変えて難症例にも手が出せるようになった



北海道旭川市で開業されている藤田浩孝先生は、お知り合いの先生の紹介で、2年ほど前にAQBを導入されました。

「それまで使っていたインプラントに特に不満はなかったのですが、AQBを紹介されて術式のシンプルさに驚きました。それに加え予後も良いので、これはいいシステムだと考え導入することになりました。以

前は確実な症例を選んで施術していましたがAQBは手術時間が短いため、難症例にも手を出せるようになりました」

もともと、藤田先生のインプラント導入は、他医院で埋入した不具合のあるインプラントの抜去から始まったそうです。

「リカバリーのためにインプラントの勉強を始めたんですよ。抜くためには、まず埋めることを知らなくてはならないなと。ですからインプラント治療も積極的にはお勧めしていなかったのですが、気付いてみたら、段々と症例が増えていました」

クリア歯科クリニックでは、在宅医療に力を置いており、自力で来院できない患者さんの元へ、毎日時間を設けて往診を

都内有数の繁華街、豊島区池袋で開業される沼田歯科医院・沼田先生にお話をうかがいました。

「母校 日本大学歯学部」の近くで研修を重ねながら医院をやりと選んだ土地ですが、多様な人間模様が渦巻くおもしろい場所ですね。外国の方も多いですから、英語も学んで治療に当たっています。少数予約制で短期間に集中治療、再発しない／入れ歯にしない／無駄のない”治療”を目標にしています。もう開業37年になりますね」

沼田先生はインプラント治療歴も30年以上、Pインプラント、Mインプラントなど様々なインプラントを手がけて来た大ベテランです。AQBを導入された理由は『1ピースであることとHAに興味があった』とのこと。最初は他のインプラントと大差はないだろうと考えていたそうです。

「施術した実感は、AQBは即時加重が望

東京都豊島区●医)沼田歯科 沼田 尚文 先生

患者さん本位の治療に有効なインプラントです



めるインプラントだということです。テンポラリークラウンを早期に装着できますから、私の目指す無駄のない治療が可能です。今後は抜歯即時埋入やMIの理念から外科的侵襲を最小限にした治療も増えるでしょう。術式がシンプルでアーリーローディングも可能なAQBに期待していますよ」

豊富な臨床例を持つ先生にインフォー

行っています。

「数年前に、麻痺性の摂食嚥下障害の患者さんの診療をしたことがきっかけで、在宅医療・口腔ケアの必要性を実感しました。今は衛生士と一緒にポータブルユニットを持って、寝たきりの患者さんのところを車で回っています」

そんな藤田先生に今後の展望とAQBの役割を伺ってみました。

「ご高齢の患者さんが増えていくなか、この地域の患者さんに歯科医としてどう貢献していけるか、常に、患者さんにおける、患者さんのための診療を目指していきたいと思います。咀嚼機能や嚥下機能が低下した人にとって、インプラントは生活歯を長く使えるメリットの多い治療です。AQBは治療の手法の一つとして大変役立ってくれています」

地域の患者さんのためにという、藤田先生の熱意が伝わってきました。

ムドコンセントのポイントをお聞きました。

「患者さん本位の治療をすることでしょうね。また多くの症例の中で、様々な患者さんの声も聞いていますが、一度痛い思いをされた患者さんは二度とインプラントを希望されません。ですから、まず慎重な審査、治療計画を患者さんに提示し、理解と信頼獲得のためにアカウンタビリティ（説明責任）を果たすのが、インプラント治療に携わる歯科医の義務だと思っています」

オーストラリアにも家を持ち、歯科医を退いた後はあちらで、という先生ですが、先生を頼って通う患者さんの予約で、スケジュールは今日もいっぱいです。

Introduction of the AQB leader

AQB認定医の ご紹介

臨床で有用なAQBの良さを
ぜひ実感してください

「ブレードの時代から、インプラントを数々
経験しましたが、発売後、AQBは一般ユー
ザーに支持され、国内インプラントにおける
一つの流れを作ったと思います。その治療
の早さと優れたコスト面が開業医のニーズ
に合っていた。GPのチョイスというのは、い
わゆる患者さんのチョイスですからね。今
後需要はますます増えて行くでしょう」

こうお話されるAQB臨床
認定医の青森県弘前市の
佐藤孝治先生は、1996年
にシンガポールで開催され
た「アジアインプラント学会
(Asian Oral Implant
Academy=AOIA)」にお
いて「Clinical Application of AQB」と
題し、AQBインプラントの再結晶化HAに

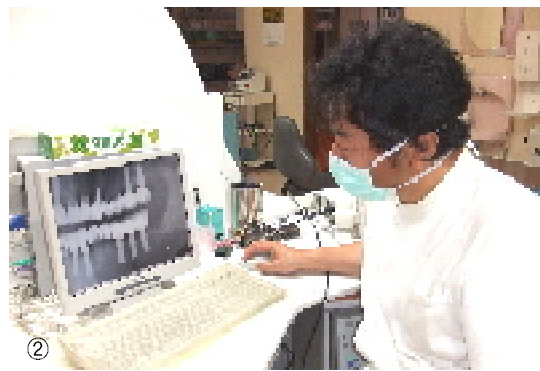


写真) ①Asian Oral Implant Academy
(1996)で発表される佐藤先生 ②PCを
使い代理オペ後の経過観察。笑顔が消
えて、厳しい目が光ります。

課題解決、手技向上に役立つ AQBならではのシステムをぜひご利用ください

AQBユーザーの先生方の強い味方・強力にサポートしてくださる
臨床経験豊富なAQB臨床認定医の先生の中から
今回は、青森県弘前市・佐藤歯科医院の佐藤孝治先生をご紹介します。

ついて発表されたご経験をお持ちです。
「一夜漬けで英語でのスピーチの練習を
し会場に向かいましたが、日本製の画期
的なインプラントだと注目され、思いもかけ
ず私の講演が Special lecture 1 になって
いたんですよ。発表はメイン会場で観客は
超満員、緊張で足が震えるのを、人生で初
めて経験しました(笑)」

学術的な活動にも力を注がれる先生は
現在、東北地区でAQBベーシックコース
研修会の講師もお務めくださっており、その
気さくなお人柄とわかりやすい講義が大好
評です。また、AQBオンラインサポート認定
医としてもHP上でユーザーの先生からの
質問に、丁寧にご回答いただいている人
気回答者のお一人でもあります。

「AQBは、論文の数では他メーカーに比
べまだ少ないかもしれませんが、我々
歯科医にとっては臨床の現場でいかに有
用であるかが重要です。失敗しに
く、コスト面でも優れたAQBは導
入しやすいインプラントだと自信を
持ってお勧めしています」

これから導入される先生にアド
バイスをいただきました。

「まず、インプラント導入自体に



佐藤歯科医院
院長 佐藤 孝治 先生

悩む先生には、今やインプラントはしつかり
と確立された治療であらう悩む必要はない」
といたい。そして、メーカーの選択で悩ま
れている先生には、後発の国産インプラント
でありながら、これだけ口コミでユーザーが
広がっているAQBの良さをぜひ実感して
もらいたい。「折れない、緩まない、簡単、何
より早い」。隣の医院で他社インプラントを
やっているならなおさら優位です。AQBに
は実力派の認定医の先生がたくさんいま
す。まだ手技に慣れない先生も、ぜひわ
我々、認定医のサポートを利用してAQB
の臨床に役立ててください」

力強いお言葉を頂戴しました。

■ PROFILE

佐藤孝治 (Koji Sato) 先生

北海道医療大学歯学部卒業、1986年佐藤歯科
医院開設、北海道医療大学非常勤臨床講師を
兼務。

AQB Seminar in MAEBASHI

AQB研修会

豊富なご経験に基づいた治療のポイントが人気

当社では、AQBの手技を修得していただくため、全国各地で研修会を開催してい
ます。今回は去る8月5日に群馬県前橋市で開催した研修会の模様をお伝えします。

ベーシックコース研修会(群馬県前橋市・群馬県公社総合ビル)

講師:佐野 次夫 先生 (IA研究会理事、東京西徳洲会病院副院長)



詳細かつ実践的な解説が人気

「埼玉医科大学口腔外科に在籍してい
た当時、顎骨治療の骨移植の際に即時加
重が可能なインプラントを探していました。
歯科専門雑誌や文献も調べましたが、なか
なか本当のことは書いていない。自社製品
の優れたデータしか発表していないのです。
そんな時に口腔外科の教授たちの間で
骨誘導に優れているというインプラントの噂
を耳にした。それがAQBだったのです」

8月5日(日)夏の猛暑で知られる群馬県
前橋市で開催したAQBベーシック研修会の
冒頭、暑さを押してお集まりくださった先生
方に、講師の佐野次夫先生はAQBとの出会

時には白きん板を使い講義は進行①、手技研修
②のあとは先生方が実習し、手技を修得します③。

いをご話されました。

「口腔外科では、インプラントの失敗症例
の抜去などを扱うケースも多く、治療に否定的
な先生が多かった。しかしその先生方が
認めて評判になったのですから、それこそA
QBの優位性の証明でしょう」

「咬合力の
変化とアルツ
ハイマーなど

研修の合間には先生
に症例の診断依頼も。
熱心な質問に先生も丁寧
にお答えくださいました



痴呆症の関係性の実証が、現在スウェー
デンにおいて進んでいます。高齢化社会を迎
える今、健康で過ごすことは、マクロに見た
社会保障の面でもミクロにおける個人の生
活においても重要なポイントでしょう。この
点、デンチャーやブリッジより咬合力維持の
面でインプラントが優れているのは、既に先
生方もご存じの通りであり、治療は今や不可
欠といえるでしょう」

佐野先生の講義は、インプラント治療の理
論、AQBの特性、そして実際の手技へと進
みます。特に、エビデンスを交えた各部位に
おける臨床例と実践的な手技のポイントは
「わかりやすい」と参加者の先生方に大好
評。豚骨を使った研修でも、佐野先生の手元
を真剣に見つめる参加者の先生方の姿が
印象的で、その後の実習でも、手に覚え込
ませるように手技を修得されていました。

「インプラント治療でかつて禁忌であった
症例も現在は施術が可能になっています。
骨が疎な症例も現在は52%骨があれば治
療が可能となるように、技術は日進月歩してい
ますが、まだ導入間もない先生は確実な症
例から始めて一歩一歩手技を向上していく
ことが大切です」

ご質問は時間を押して続き、先生方はA
QBの手技をじっくり学ばれ、「勉強になりました
」との声を多くの先生からいただきました。

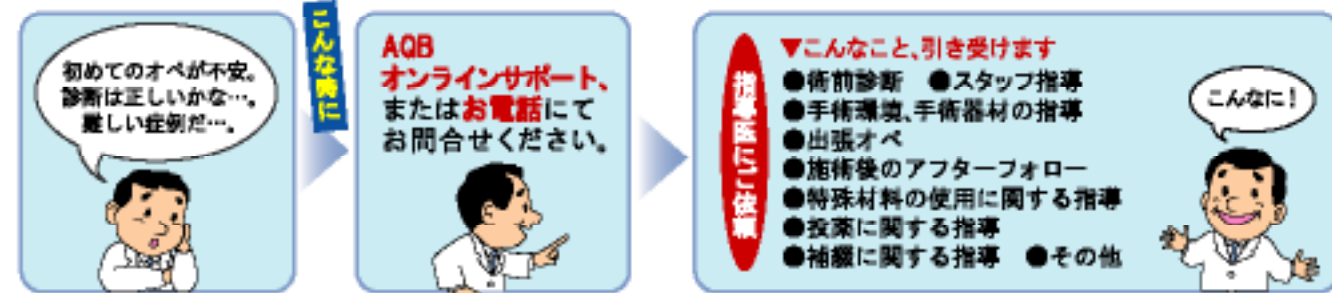
■ 講師 PROFILE

佐野 次夫 (Tsuguo Sano) 先生

岐阜歯科大学卒業、医学博士(埼玉医科大学)。
埼玉医科大学口腔外科講師、白根徳洲会病院
副院長などを経て平成18年から現職。鶴見大
学、明海大学、昭和大学非常勤講師を兼務。

安心、充実の「AQBサポートシステム」が評判です。

AQBインプラントシステムには、AQBインプラントに精通した臨床医の先生を派遣するサポート制度があります。



初めてのオペ時や診断が不安な時、困難と感じる症例……上顎洞底挙上、骨造成歯肉補綴など、AQBインプラントに関連
した様々な症例に対して、臨床医が来院まで出張執刀、オペなどサポートいたします。ぜひこのシステムをご活用ください。

サポートシステムに
関するお問合せ

アドバンスAQB
オンラインサポート

<http://www.aqb.jp/>

※ホームページよりご利用いただけます。

アドバンスAQB
サポートセンター

Tel.03-3667-7897

全国各地でAQB研修会開催中

当社では、毎週日曜日(原則)、全国で様々な「AQBインプラント研修会」
を開催しております。コースは、下記の通りです。

- ベーシックコース ● AQB導入を計画されている先生など対象の基本講義
- アドバンスコース ● すでにAQBを導入、ステップアップを目指す先生への講義
- 口腔外科コース ● AQBに必要な口腔外科の基本知識・手技に関する講義
- アシスタントコース ● AQB植立時のアシスタントに必要な講義

今後の研修会開催予定を裏表紙に記載しています。ぜひAQBインプラントを
一度ご体験ください。



夏休み期間の開催にも多くの先生がご参加(8月19日・東京、講師:西條先生)

AQB研修会へのお問合せ ● 株式会社アドバンスAQB事業部 TEL03-3667-8797