

2007年度口腔四学会合同教育研修会にて

●日本口腔外科学会・日本歯科放射線学会・日本臨床口腔病理学会・日本顎顔面インプラント学会

AQBを用いた難症例の咬合再建などに注目集まる



富士ソフトアキプラザ

去る2月16日(土)、17日(日)の両日、2007年度口腔四学会合同教育研修会が、東京千代田区にある富士ソフトアキプラザで開催されました。今年の研修会のテーマは、『デンタルインプラントの基本とその応用』。特に二日目のAQBを用いた難症例における咬合再建などのご講演に注目が集まっていました。4会場をライブ中継で結んだ会場には、500名近くの学会員が参加されて熱心に講師の先生方のお話に耳を傾けていました。

口腔四学会が一堂に会し インプラント研修

『2007年度口腔四学会合同教育研修会』(教育研修会委員長・朝波惣一郎先生・国際医療福祉大学三田病院歯科口腔外科部長、準備委員長・西條英人先生・東京大学医学部附属病院顎口腔外科・歯科矯正歯科特任講師・本紙10Pにインタビュー記事掲載)は、日本口腔外科学会、日本歯科放射線学会、日本臨床口腔病理学会、日本顎顔面インプラント学会の口腔関連の4学会が一堂に会し、第29回日本口腔外科学会教育研修会にあわせ、各学会員の口腔分野における学術的な見識を高めるために開催されたものです。



併設のレセプションホールでは、展示会も行われ、AQBのブースにも多くの先生が訪れました。



会場は最新鋭のシステムが駆使され、4つの会場をライブ中継で結んで行われました。

今回の研修会のメインテーマは「デンタルインプラントの基本とその応用」。下の5つのテーマで二日間にわたって、各分野におけるオーソリティーの先生がご講演をされました。

2007年度口腔四学会合同教育研修会日程

2月16日(土)

1. インプラントの基礎
2. インプラントの基本手技

2月17日(日)

3. インプラントの臨床応用
4. インプラント治療における将来展望
5. リスクマネジメント

難症例における AQBを用いた症例に注目

インプラント治療を既に臨床に取り入れている先生が注目されたのが、二日目の午前中に行われた「インプラントの臨床応用」、午後の「リスクマネジメント」の2つのテーマです。日常に隣接した身近なテーマであり、また、ティッシュエンジニアリング分野における



東京大学大学院教授
高戸毅先生

第一人者、高戸毅先生(東京大学大学院教授・上写真)のご講演など、最先端医療におけるインプラント治療応用の現状等を知る絶好の機会とあって、出席された先生方は熱心に耳を傾け、質問を重ねていました。今回は、ご講演の中から、AQBを用いた難症例への応用、骨造成法、偶発症への対応など注目されたご講演主旨を抜粋してお伝えします。

口腔四学会

日本口腔外科学会・日本歯科放射線学会・日本臨床口腔病理学会・日本顎顔面インプラント学会。国内の口腔各分野における代表的な4つの学会である(データは2008年2月現在)。

- | | |
|----------------------|---|
| 日本口腔外科学会 | 1933年に前身の「日本外科集談会」発足。会員数約1万5千名。
理事長・福田仁一先生(九州歯科大学特任教授) |
| 日本歯科放射線学会 | 1960年に前身の研究会発足。会員数約1200名。
理事長・岡野友宏先生(昭和大学歯学部歯科放射線教室教授) |
| 日本臨床口腔病理学会 | 1988年に前身の研究会発足。現会員数540名。
理事長・山本浩嗣先生(日本大学松戸歯学部教授) |
| 日本顎顔面インプラント学会 | 1993年に発起人集会開催。現会員数約700名。
理事長・瀬戸皖一先生(鶴見大学歯学部歯学部部長) |

再建下顎における インプラント治療

東京大学大学院医学研究科
外科学専攻口腔外科学分野教授
高戸 毅先生

「口腔顔面領域において、特に腫瘍切除が骨にまで及んだ症例では、高度の変形を残すと同時に咀嚼障害を生じるため現在、腫瘍切除後における血管柄付骨移植などによる再建術が広く行われている。移植部位については、腸骨、肩甲骨、腓骨などが用いられるが、私は、安定性の高い血管柄付腸骨をファーストチョイスにしている。

瘢痕拘縮が著しかったり、再建された下顎骨が短いことにより咀嚼機能回復が充分でなかったり、下顎骨辺縁切除後に病的骨折を生じ拘縮のため下顎の著しい狭小化を認める症例がある。そのような症例では、下顎のアーチ拡大を行い、上顎歯列との調和を獲得することが咀嚼機能の回復の観点から必要とされている。腫瘍切除後に再建された下顎骨で十分な咀嚼機能の回復が得られない症例について、下顎骨延長術とインプラント治療を併用する必要がある。これら

症例において良好な結果を得るためにはインプラントを植立する骨に加え軟組織をいかにうまくつくるかが大きなポイントであろう。今後、臨床を重ねたエビデンスの確立が求められる」

歯槽骨造成における 適応症の選択と留意点

三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長
津山 泰彦先生

「21世紀に入り、インプラント治療への期待は1ピース、抜歯即時埋入、即時負荷など治療期間の短縮や、審美等へ潮流が変化してきた。また骨量が十分でない症例では、GBR、歯槽骨延長、骨移植などを併用した治療が必須となっている。歯槽骨造成を目的に2ピースインプラントを用いたGBR法では、重要点は下記の通り、減張切開と縫合にある。

- 1 メンブレンが露出しないために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
- 2 縫合面下に血腫を形成させないように全層に縫合糸を通すことができるか



三井記念病院
津山泰彦先生

3 縫合面が壊死しないように緊張なく縫合できるか

メンブレンが露出してしまえば、どんなに優れた人工材料を用いても、感染を起こし治療が失敗に終わる可能性が高い。歯槽骨造成症例においては、骨移植やメンブレンが注目されやすいが、スペースをメーカーし、キープすることが重要なポイントである」

チタンメッシュを用いた 顎骨再建とインプラント

東京大学大学院医学系研究科
外科学専攻口腔外科学分野准教授
飯野光喜先生

「外傷や腫瘍摘出による顎骨欠損に対してインプラント治療を行う場合、私は主に腸骨海面骨細片(PCBM=Particulate Cancellous Bone and Marrow)とチタンメッシュを用いた顎骨・顎堤再建を行っている。腸骨PCBMは、骨形成能が高い、比較的多量の骨を容易に採取できるなどの利点を有し、古くから顎顔面の再建材料として用いられてき



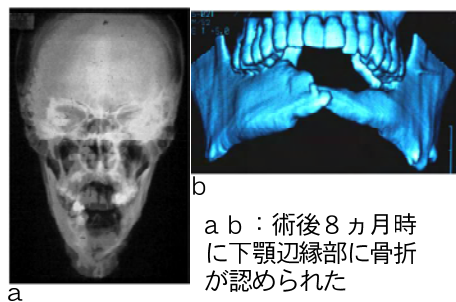
東京大学大学院
飯野光喜先生

高戸毅先生(東京大学大学院医学系研究科教授)

「下顎再建のインプラント治療」

【下顎拡張後に骨移植を行った症例】

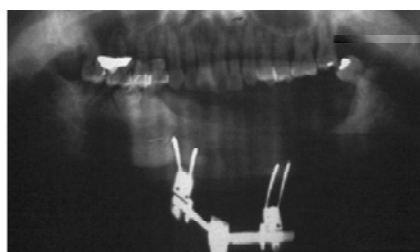
患者: 53歳男性
主訴: 咀嚼障害および審美障害
現病歴: 舌癌にて舌亜全摘、両側上頸部郭清術、下顎骨辺縁切除施行。術後8ヵ月で下顎骨辺縁切除部に骨折を生じ、以後口腔内スペースが狭小化、これに伴い咀嚼が不可能になる。
経過: 拘縮した下顎骨の拡大による口腔内スペースの拡大→拡大したスペースに血管柄付腸骨移植→分層植皮による口腔前庭形成→インプラント植立



a b : 術後8ヵ月時に下顎辺縁部に骨折が認められた



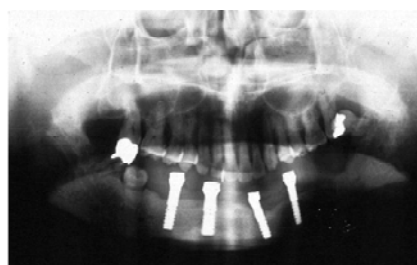
c : 狭小化した口腔内



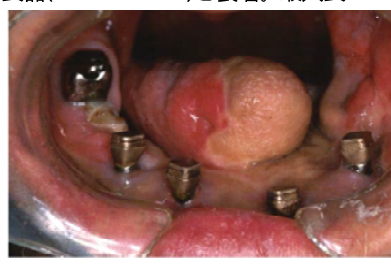
d : 下顎のスペースを確保するために骨延長器(Orthofix M407)を装着。最大長32mm



e : 拡張後3ヵ月時に血管柄付腸骨移植を施行



f g : 口腔前庭形成後、1ピースタイプインプラント(AQB)を植立



h : インプラント義歯装着

【上顎GBR症例】

主 訴: 上顎インプラント植立希望
現病歴: 上顎3 | 3はPIにより動揺
経 過: パーティカルストップ作成の
ち2ピースインプラント埋入し
GBR。術後2年経過したが予
後良好である。



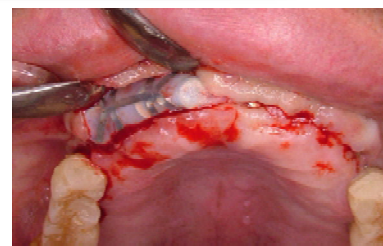
c: 術後4ヶ月口腔内写真。インプラント周囲に骨が造成されている



a: 術前パノラマX線写真



d: 術後2年目のパノラマX線写真画像



b: 術中口腔内写真。インプラント(AQB)埋入後、メンブレン添付



e: 補綴後口腔内写真。2年経過後も予後良好である

た。通常は前腸骨稜のPCBMを使用するが、骨欠損の大きい場合、後腸骨稜からのPCBMを用いる。チタンメッシュは生体連結性、安全性に優れ、メッシュの穿孔を通じた体液の交換が容易であるなどの利点を有する。ポイントは以下の通りである」



チタンメッシュを用いた例
写真提供: 日本ストライカー (株)

- 1 PCBMはできるだけ多量に採取する
- 2 PCBM移植前に周囲組織をメッシュと緊密に縫合し、死腔形成を防止する(オガイ部の再建では、特に重要)
- 3 再建は可及的に二次的再建とし、口腔外から手術を行う。術中は口腔に穿孔しないように注意する
- 4 PCBMは可及的緊密に充填する
- 5 閉創の際には減張切開を加え、緊張なく皮膚縫合を行う

インプラント治療における
合併症と対策

三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長
津山 泰彦先生
「インプラント治療においては様々な合併症を経験することがある。しかし、合併症の実態の把握とガイドラインの策定はなされておらず、上顎洞粘膜損

傷、上顎洞への迷入、下顎管損傷、術後、出血、感染など、各医療機関の治療方針において治療を進めている。三井記念病院でも経験に基づいたガイドラインを作成し治療を行っているが、今後明確なガイドラインの策定が早期に望まれている」

代表的インプラントシステムを紹介
出展ブースにてPRも

ランチョンセミナーでは、今回の準備委員長をお務めの東京大学医学部附属病院顎口腔外科・歯科矯正歯科特任講師・西條英人先生が、「各社のインプラントとその特長」と題して、ご講演をされました。



東京大学大学院
西條英人先生

「1965年にオッセオインテグレーションの概念が提唱されて以来、インプラント治療はいまや、歯科補綴治療の選択肢の一つとなった。現在、日本では30社以上のインプラントシステムがあるが、



ランチョンセミナーでは、西條先生が代表的なシステムをご紹介されました。

システムにより分類すると、1ピース1回法、2ピース1回法、2ピース2回法の3種類に分類される。また酸化チタンを芯材とし、プラズマコーティング、HAコーティングなどの工夫がなされている。現在インプラント治療における適応症が拡大、通常のインプラント埋入が不可能な症例でも骨移植術や歯槽骨延長法などの骨造成法が求められている」

こうインプラント治療の現状をご説明された後、展示会場に出展した11社の製品特性をご説明され、その中でもAQBは11社中、トップでご解説いただきました。また、西條先生の粋なお計らいで講演時間を調整、展示見学の時間を作ってくださいました。その間、多くの先生が展示会場に足を向けて、AQBのブースにもたくさんの先生方が訪れ、資料や展示物に目を向けてくださいました。

8月9日(土)、10日(日)には岡山で同内容の研修会が開催される予定です。

全身疾患からのインプラントの適応

- | | |
|--|--|
| 1 インプラントを埋入してもいいですか?
→人工物を体内に入れてはいけない疾患 | 3 インプラント手術時に血は止まりますか?
→抗凝固剤・抗血小板剤内服、肝障害患者 |
| 2 インプラント手術に耐えられますか?
→麻酔の問題、年齢、ステロイド内服 | 4 インプラント手術後の感染は制御できますか?
→糖尿病、人工弁、ステロイド内服 |

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

医療面接の実際

そのポイント17か条

インプラント治療における偶発症の回避と対応 ● 第1章 医療面接
vol.2

For Relief and Safe Dental Treatment

日本先進インプラント医療学会理事長
東京医科大学医学部口腔外科学講座 主任教授

千葉 博茂 先生

PROFILE

千葉 博茂先生
Chiba Hiroshige



日本歯科大学歯学部卒業、同大学院歯学研究科口腔外科学分野修了、歯学博士。日本歯科大学助教授などを経て現職。日本小児口腔外科学会(理事長)、日本有病者歯科医療学会(理事)、日本頭頸部癌学会(評議員)、日本口腔外科学会(評議員)など所属学会多数。本年より日本先進インプラント医療学会理事長。

前回からはじまった連載『インプラント治療における偶発症の回避とその対応』は、開始早々大変ご好評をいただいています。今回は、医療面接の実際について掲載します。医療面接は、患者さんとの会話の中から健康状態を判断する一つの技術であり、偶発症を回避するために重要なファクターといっても過言ではありません。

AQBインプラントを、安全かつ安心して臨床に活用していただくためにぜひ本連載をご活用ください。

講師は日本先進インプラント医療学会理事長、東京医科大学医学部口腔外科学講座主任教授・千葉博茂先生です。

医療面接の実際 ～そのポイント17か条～

今回は、実際に医療面接をどのように行うか、その具体的な手法17か条をご説明します。

1 Nonverbal Communication 非言語的コミュニケーション

患者とのコミュニケーションは言語だけではなく、非言語的コミュニケーションが言葉以上に多くを語ることがあります。

- 患者と適当に視線をあわせる(eye contact)
- 患者と医師の適切な垂直・水平空間を保つ
- うなずく、身を乗り出すような動作・姿勢
- そわそわしない(急いでいるという印象を与えない)
- 面接中は短いメモをとるにとどめ、診療録の記載は面接終了後にする

では、実際にインタビューの手順を踏みつつ医療面接の実際を体験してみましょう。

2 Neutral Question 中立的質問

まず、名前、住所、職業など、答えが一つしかない質問をします。最近では、患者の取り違えを防ぐために、患者自身に名前を名乗ってもらう傾向があります。

医師: 私は千葉と申します。あなたの治療を担当することになりました。お名前を教えてください。

患者: 江宮美太郎です。

職業や住所は病気との関連をみます。患者の年齢、性によって発症頻度が著しく異なる疾患も多いからです。

3 Open-ended Question 開かれた質問

非指示的質問ともいい、何をどう話すかを患者にゆだねる質問方法です。単に「はい」「いいえ」で答えるものではありません。◎初診患者と対面したら、最初の1～2分は黙って話を聴きます。患者の問題を理解するための有効で効率的な方法です。

医師: 今日はどうなさいましたか?

◎次に鑑別診断を進めるため、最も絞りの

インプラント治療における偶発症の回避と対応

【第1章】 医療面接 (Medical Interview)

■1 医療面接はなぜ今、必要とされるのか

■2 医療面接の実際

【第2章】 インプラント適応症の分岐点

【第3章】 トラブル対応

【第4章】 基礎疾患と偶発症

※掲載内容は予定です。

すい症状を手がかりに、焦点を絞った質問に移行(open-to-closed-cone)します。

医師: どんなあごの痛みなのですか?

患者: 食後のあとゆっくりと痛くなるのです。以前は次の食事までには痛みが引いたのですが、最近はずっと続きます。

◎さらに開かれた質問を続けることで、症状に関するストレス要因、環境要因を医師に伝えてくれることになります。

医師: あごの痛みについてもう少し話していただけますか?

患者: 痛みは、食後のあとだけでなく、仕事に熱中していてもふと気がつく痛いことがあります。

◎患者が自由に話すのを医師がどれだけ興味を持って注意深く聴くかが、患者が最終的に医師を信頼するかの重要な判断材料になります。

→好ましい患者・医師関係の構築

4 Closed Question 閉じられた質問

答えが「はい」「いいえ」の一言で終わってしまう質問は、一つの質問で一つの情報しか得られません。医師の一方的な問いかけになりがちで、患者・医師の相互参加型あるいは患者中心型の関係が築けず、過度に多用することは危険です。◎使い方によっては有用な情報を引き出せます。患者の気づいていない症状、兆候を明確にします。

患者: 何となくイライラして、体重も減って来ました。

医師: 食事は普通とおりに食べることができますか?

患者: いいえ、とても食べるににくいです。

医師: 口が開きにくくて食べるににくいではありませんか。

【解釈モデル】※1

焦点を絞った質問を組み合わせることで、特定の病気を診断したり、患者の考え方・信念を知るのに役立てようとする試みが行われている。

- ・あなたが自身どのような原因でこの病気になったと思いますか。
- ・どうしてその時に症状がでたと思いますか。
- ・病気になったために何か生活上の影響がでていますか。
- ・病気が治るまでに、どのくらいの期間が必要だと考えていますか。
- ・このような治療をうけるべきだと考えていますか。

→病気の原因や治療法などに対する患者の考え、信念を尋ねる質問
→医療者で当然と思っている病態整理や治療法と、患者が抱いている考え、信念との間にあまりにも大きな食い違いがないかをあらかじめ明確にする質問群。

【心理的落とし穴(ピットホール=pit hole)】※2

早期閉鎖 Premature Closure

認知心理学的に、いったん「こうだ」と思いこんでしまうと、新しい情報や手がかりが目の前にあっても、それにもはや注意を払わなくなってしまう。

鮮明な記憶 Vividness of Memory

劇的な症状を呈したり、強烈な印象を残した患者の記憶があまりにも鮮やかだと、それ以降に診る患者の症状の解釈を誤ってしまうことがある。

患者: はい。口を大きく開けようすると痛いんです。

◎局所だけでなく、数分の系統レビューが診断を確実にします。

→医師がどのような鑑別診断を頭に描いているかによって、必要に応じて全身の臓器のチェックも必要となる。

5 Focused Question 焦点を絞った質問

診断仮説を確かめる目的で、曖昧な細部を明確化し、方向づけをします。※1

→分野を絞った開かれた質問で、臨床によく用いられる。「閉じられた質問」より自由に、開かれた質問より自由の低い回答を患者に求める。

患者: 最近あごが痛くて困っています。あごの周りに重い痛みがありますが、ズキズキする痛みではありません。

医師: あごの周りの筋肉が痛いことはありませんか。

患者: はい、そういえば、あごの周りを押すと肩こりのような痛みがあります。

医師: 他にほどのような症状がありますか?

6 Facilitation 促し

不安や緊張でうまく話せない患者に話を促す言葉や表情をしめします。

→言葉や表情で促すことで、患者は安心して話を続けることができる。 ex: 「もう少し話していただけますか?」、「それで?」

し話していただけますか?」、「それで?」うなずく、相づちを打つなど。

7 Repeat 繰り返す

話の内容を繰り返し、次の話を促します。
→患者の使った最後の言葉を繰り返す。高度なインタビューテクニックではないが、タイミングよくつかえば有効。ただしあまり繰り返すと会話にメリハリがなくなる。

患者: 夜2~3時間おきに激しい痛みが襲ってきて起こされます。電気が走るような痛みです。

医師: 電気が走るような痛みなのですね。

患者: はい。でも2~3分で痛みは嘘のように消えてしまいます。

8 Interpretation 解釈

曖昧な患者の話を医師からわかりやすく説明し、確認します。

→あまり急がない。急ぐと重要な情報を聞き落とす危険性がある。

患者: 会社で仕事に熱中して、ふと気がつくと顎が痛いというか重苦しいというか、そんな症状に気がつきます。少し顎が腫れているようにも見えますし。

医師: 熱中時は気にならないのですね。

患者: そうです。あごをマッサージしたり口を開けたりしてリラックスしますが、あごに何か挟まっているような感じが、噛みにくいのです。

医師: 気がつくくと歯をきつく噛みしめているようなことはありませんか。筋肉が疲れているというように。

患者: なんとなくそうかなと思います。

→以上のやりとりで顎関節症が疑われるが、急いで決めつけてはいけません。腫瘍である疑いも捨てきれない。※2

9 Recapitulation 要約

患者のまわりくどい話を医師が手短かに整理し、確認を求めます。

→医師・患者双方の理解のずれを防ぐためであるが、将来のトラブルを避けるためにも重要なインタビューテクニック。

医師: 顎の痛みに気づいた頃やその前後に、何か他に異常は感じませんでしたか。

患者: 顎が痛くなる前から上の歯が痛かったのです。そのうち頭も重く感じられるようになり、風邪をひいてしまったのかなと思っていました。顎が痛くなったのです。

医師: 今まで肩がこったり、首が痛くなったことはありますか。

患者: あります。でもこんなに痛みが長引いたのは初めてです。今日はなんとなく口も開きにくいような気がします。

医師: 今までの話をまとめると、上の歯の痛みが続いた後、頭が重く感じるようになり、そのうち肩や首が痛くなり、顎も痛くなり口が開かなくなったのですね。

10 Confrontation 直面化

患者がはっきりと気づいていない感情をうまく気づかせます。

医師: あなたがそんなに入院を強く希望されるのは、家族から逃れたいからではありませんか?

→患者を傷つける可能性があるため、熟慮して用いる。

11 Legitimization 妥当化

患者の感情を受け入れて、その妥当性を認め伝えることです。

→患者自身、妥当か自信がもてないような気持ちや行動について、医師が当然であると保証することで、患者の不安な気持ちを払拭できる。

患者: 昨夜歯を抜いたところから出血し、救急外来で診てもらいました。今朝、必ず歯科口腔外科を受診するようにいわれました……カルテを診て診断していただき、あまり頻繁にうがいをしてはいけなと注意され詰め物をしていただきました。大騒ぎしてすみません。

医師: いいえ、あなたのとった行動は当然ですし、誰でもそうするでしょう。私も口の中の出血は唾液と混じると実際より多く見える、あまり頻繁にゆすいではいけ



患者さんが幼少の場合、親との信頼関係も重要である

【難しい患者との共感的コミュニケーション】※3

医学的に非常識な要求やクレームを繰り返す患者、すぐに怒りや悲しみなどの感情をあらわにし、これを医師の責任にする患者、摂食障害や医師の指示に従わない自己破壊的な患者とうまくコミュニケーションをとるためには・・・

共感的コミュニケーション (Empathic Communication)

「共感」も技量である。

共感的コミュニケーション を得る3つのステップ

- 1 患者の話を聴く
- 2 患者を理解する
- 3 理解したことを患者に伝える

具体的に・・・

- (1) 患者が感情をあらわにした瞬間に気づく。
- (2) 患者の抱えている感情がはっきりしない時は素直にその旨を説明し、分かりやすく説明を求める。
- (3) 医師の側から患者の感情について、こうなのですねと確認する。
- (4) 患者の感情や行動に理解を示す。
- (5) 今後できるだけ支援したい旨を伝える。
→ ただし、患者のこれまでの行動を認めたり、繰り返すよう促すものではない。

ないといった説明をよくしておくべきでした。私の配慮が不足していたわけで、どうぞご心配なさらないでください。

12 Empathy 共感

患者の立場に立って、感情を共感^{※3}していることを伝えます。

- 患者に対する「思いやりの心」が大切。
- 「それは大変でしたね」「さぞ苦しかったでしょう」「だいぶ痛そうですね」など。
- 思いやりの視線、肩に手を置くなど。

13 Exposition 説明

患者の訴える症状やそれに対する患者の解釈について医学的に説明します。
→ できるだけ優しい言葉で分かりやすく説明することが重要。

14 Silence 沈黙

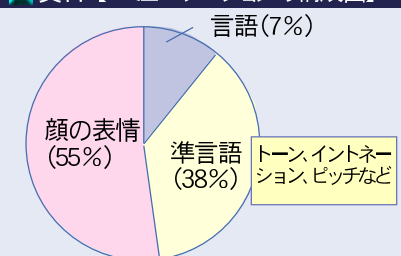
患者の精神世界、認知機能へ配慮します。

- お互いの沈黙を見守ることが、重要な情報を得るきっかけになることがある。
- 患者が沈黙している時は無造作に話しかけず、沈黙の気持ちを持ちたい。

15 Nonverbal Communication 非言語的コミュニケーション

コミュニケーションの大半は非言語的な情報で伝わります。^{※4}

資料1【コミュニケーションの構成図】※4



二者間のコミュニケーションの構成は上図の通り。コミュニケーションの93%は非言語的メッセージを介して伝わっているのがよくわかる (Mehrabianの研究による)。

16 Free Talking 雑談

患者をリラックスさせるような、医療と直接関係のない会話をします。

- 雑談のなかでこそ、患者の性格や知識、知性、興味の対象、人生観がわかる。
- 患者をリラックスさせ、治療の場の雰囲気や和らげる。
- 一方、患者にとっては医師の人となりを知る機会となる。
- 医師は、患者や同僚、コメディカルなどに信頼される存在でなければならない→生涯研修の必要性。

17 Discouraged Questions できるだけ避けたい質問

効果が悪いだけでなく、誤診を招く危険性があります。

a. 重複型の質問 (Double Question)

→ 一度に2つ以上の質問をすると、患者の側ではどう答えてよいかわかる。

医師: 下を向くと目の下が重くなり、頭も痛くなって、鼻の通りも悪くなるのですか?
患者: ええーと、目の周りが重く感じられるのですが、頭はそう痛くありません。もう一つは何でした?

b. 多選択肢の質問 (Multiple Choice Question)

→ 何通りの答えが出せるのに、その中から2, 3の例だけを取り出し選択を迫る質問。

患者: 時々、あごが痛くなるのです。
医師: 痛くなるのは朝起きた時ですか?
それとも夜寝る時ですか?
患者: いいえ、どちらでもありません。
医師: 出勤時ですか? それとも運動をした時ですか?
患者: いいえ
医師: それじゃあ、どういう時なのですか?

→ このような場合はOpen-ended QuestionあるいはFocused Questionで尋ねるべきである。たまたまかけるようなClosed Questionをしてはいけない。

c. 誘導的な質問 (Leading Question)

→ 病気になっている患者が医師の考えている方向に引きずられる危険性がある。

口調も一段高いところから患者を見下して詰問するようになりやすい。

d. 曖昧な質問 (Vague Question)

→ 感覚的・主観的な言葉づかいで尋ねる質問。曖昧で医師と患者が同じ言葉を使っても、程度の判断が異なる可能性がある。

患者: 歯を抜いたところから大分血がでました。
医師: 出血はかなり多かったのですか?
患者: ええ、ちょっとだけめまいがしてその日は一日横になっていて食事もできませんでした。

e. 不公平な質問 (Unequal Question)

→ 社会通念上、偏見や差別視を表すと受け取られやすい質問

医師: 女性がタバコを吸うなんて見苦しいとは思いませんか? それにもう良いお年でしょ?

☆ ☆

以上、医療面接の要点を2回にわたって掲載しました。さらに詳しい内容については、下に参考書をあげておきますので、そちらをご覧ください。

通常の歯科ではあまりなじみのない分野ですが、偶発症を防ぐためにもまず重要なのが、患者の状況を知ることです。ぜひこれからの臨床に役立ててください。

次回から適応症の分岐点についての章を開始します。

医療面接に関する参考書

- 「メディカルインタビュー」メディカル・サイエンス・インターナショナル
- 「メディカル・インタビューマニュアル」インターメディカ
- 「医療面接法」医学書院ほか

●地域医療に貢献

【北海道苫小牧市】

構造医学の観点からも、インプラント治療は究極の予防歯科だと考えています。

新中野歯科医院 八戸 正己 先生



「AQBインプラント北海道臨床研究会」は、初めてできたAQBユーザーの会です。年3回、発起人の津山泰彦先生のご指導のもと、講演会、症例検討会、ライブオペなど様々な活動を行っています。この活動の立て役者のお一人が、会長をお務めいただいている新中野歯科医院・八戸正己先生です。

「私自身、先輩の先生方には非常にお世話になりました。それを少しでもお返し、北海道の後輩の方々にも役立てて欲しいと思っています。情報交換の場として活用できますし、私自身、若い方にパワーもいただいているんですよ」
ライブオペの会場もご提供くださっている八戸先生は、穏やかな笑顔でお話されます。

先生がインプラント治療に初め



八戸 正己先生

で接したのは、岐阜歯科大学(現朝日大学)の口腔外科に在籍されていた時のことでした(1973~80年)。

「当時、主流はブレードタイプなどでしたが、批判も多かった。インプラント治療は普及しないのではないかと思ったものでした」

そんな先生がAQBを積極的に治療に取り入れるようになった背景をお聞きました。

「岐阜歯科時代に構造医学に興味を持ったことがあります。口

腔外科で顎骨の構造を見る内に全身構造にまで興味を持ち、構造医学の勉強を始めてみました」

『興味を持つと追求して行きたくなる性格』と自らおっしゃる先生は、日本構造医学学会に所属、昨年は指導医の資格も取得されるほどに造詣を深められました。

「全身的な見地からも、咬合喪失は大きな影響があります。歯一本の喪失が咬合破壊の始まりであり、インプラント治療は咬合破壊をくい止める、究極の予防歯科であろうと私は考えています。以前あったインプラントに対する不信感、AQBの症例でインテグレーションが非常にすばらしいのを見て払拭しました」

症例を次第に拡大されていらっしゃる八戸先生ですが、構造

医学から得た知識も患者さんに喜んでいただいているそうです。院内には歯科医院では見られない器具があちらこちらに置かれており、調子が悪いと先生に相談される方も多いのだとか。サービス精神旺盛な先生は、取材当日もお昼も惜しんで、器具の説明や蔵書を披露してくださいました。

“It's my pleasure!”

八戸先生は茶目っ気たっぷりにおっしゃいます。外はマイナス気温の厳寒の北の大地ですが、新中野歯科医院の院内は先生とスタッフさんの気配り、思いやりでいっぱい、ぽかぽかと春のようでした。



■今後の新中野歯科医院でのライブオペは3月8日(土)、6月に開催予定! ふるってご参加ください(お問合せAQB事業部:TEL03-3667-8797)

①昨年11月に新中野歯科医院で行われた津山泰彦先生のライブオペ ②④構造医学関連器具 ③最新の歯科医療器具も整備 ⑤気持ちよく整頓された医院待合室 ⑥新中野歯科医院のスタッフの皆さん

Information

【AIM・日本先進インプラント医療学会からのお知らせ】



「AIMインプラント指導医ならびに専門医認定試験」日程決定!



AIM設立後、初となる指導医ならびに専門医認定試験の日程が決まりました。詳細はAQBのホームページに掲載しています。日常の臨床の励みに、スキルアップに、ぜひこの制度ををご活用ください。

■実施日程

- 平成 20 年 5 月 8 日(木) 申請書類の締め切り (必着)
- 平成 20 年 6 月 22 日(日) 面接ならびに筆記試験
- 平成 20 年 8 月中 指導医ならびに専門医合格発表

■面接ならびに筆記試験日時・場所、その他

- 日時 平成 20 年 6 月 22 日(日) AM10:00~(予定)
- 場所 東京都 ※決定次第、AQBのHP等でお知らせ
- 審査料 1万円
- 登録料 専門医 3万円 指導医 5万円

■お問い合わせ先■ AIM事務局専門医制度係

TEL03-3667-8797

E-mail : aqb@advance.jp

詳細はこちらをご覧ください→

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

Series of
Simple Implant
AQB新聞
連続紙上講座

「インプラント治療の一連の流れ」

GPのための1ピースAQB講座 ● その1

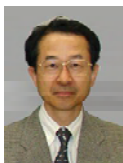
For Relief and Safe Dental Treatment

日本先進インプラント医療学会常任理事
杵渕 孝雄先生

杵渕 孝雄 先生

PROFILE

杵渕 孝雄先生
Kinebuchi Takao



東京医科歯科大学歯学部卒業。歯学博士。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、現在、杵渕歯科医院院長。

【新連載】

今回から杵渕孝雄先生の新連載【GPのための1ピースAQB講座】が始まります。これまで、杵渕先生には1ピースAQBの優位性を2ピースと比較してご検証いただき大変ご好評をいただきました。

新連載は、治験から20年近く1ピースAQBを施術されてきた杵渕先生ならではのご経験に基づくポイントと創意工夫をお話しいたします。AQBインプラントを、より安全に! より確実に! 明日からの臨床に、ぜひご活用ください!!

＜開講の目的＞

1年半、9回にわたり1ピースAQBの優位性を連載してきた。骨形態重視システムである1ピースAQBの治療計画は、フラップを開けて骨形態を露出させ、咬合時の対合歯との三次元的位置関係をよく観察し、どの位置にどのサイズのAQBをどの方向に植立し、それに対して最終的にどのような補綴物を装着するのかを頭をめぐらせて決定することで決まるシステムであると思う。これは透明レジンサージカルステントのガイドホールを使って植立方向を決め、骨量が不足している場合は同時にGBR膜と自家骨あるいは骨補填剤による骨増生を併用してフィクスチャーの埋入を行う補綴重視システムである2ピースインプラントとの決定的な違いであると思う。

1ピースAQBはシンプルな形態、シンプルな術式、シンプルな補綴物作成法ではあるが、その優位性を臨床の場で安全確実に実現するためには、多くの考慮すべき要因や注意点がある。そこで、日頃1ピースAQB研修会(ベーシックコースやアドバンスコース)で、「ここが肝心なこと」と口を酸っぱくして語っていること、手技向上に役立つ情報などを中心に「GPのための1ピースAQB講座」をスタートしてみようと思う。ここでお断りしておくが、2ピースでは上部構造という表現が一般的ではあるが、1ピースでは支台が一体化しているので天然歯と同様に補綴物と表現させてもらうことにする。

＜全体構想＞

開講にあたり、まず全体構想をまとめてみることにする。インプラント治療の一

■ GPのための1ピースAQB講座

インプラント治療の一連の流れ

- ①診断と治療方針の立案
- ②植立手術
- ③術後処置と管理
- ④暫間被覆冠
- ⑤最終補綴と咬合調整
- ⑥補綴後の口腔清掃
- ⑦トラブル時の対応

連の流れを大きく次の各段階に分けて考えてみることにする。

- ①診断と治療方針の立案 ②植立手術 ③術後処置と管理 ④暫間被覆冠 ⑤最終補綴と咬合調整 ⑥補綴後の口腔清掃 ⑦トラブル時の対応。

各段階で考慮すべき要因や注意点をさらに細かくみてみると以下のような項目が浮かんでくるように思う。

①診断と治療方針の立案

診断と治療方針の立案では視診、触診、X線診断(CT診断を含む)を参考に



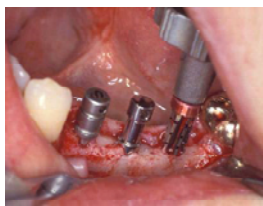
植立時期、植立位置ならびに植立サイズの決定、多数部位の植立の場合のインプラント窩形成の順序、遅延植立や時間差植立などの検討。この用語は一般用語ではなく私の診療所でわかりやすいため使っている用語なのであるが、遅延植立とは、抜歯予定部位も含めた欠損部に植立を予定し、抜歯部位の近傍の骨が既に安定している部位に先に植立し、抜歯部位には骨治癒を待ってから後日植立する手法をいう。

また、時間差植立とは、植立条件の良い部位に先に植立し骨結合した後、近

傍の条件のきびしい部位に植立し、もし初期固定が悪い場合には、先に植立したAQBを固定源にして連結固定し、骨結合を促進させる手法をいう。

そのほか、有床義歯からインプラントに置き換える場合はさらに綿密な植立順序の検討や、さらに審美性を要する部位では植立前増骨術の必要性の有無などの検討が必要となる。

②植立手術



植立手術に関しては、清潔な口腔外科手術の基本、切開（通常の歯肉縁切開、Y字切開、近心縦切開）、顎堤粘膜骨膜弁の剥離、植立部位の選定、骨の硬さを考慮したスターティングポイントの決定、補綴用ピーソーリーマによるガイド穿孔、ラウンドバーとガイドドリルによる方向チェッカーの挿入、方向優先か被覆部の長さ優先か、複数本植立時にはどの順にインプラント窩の形成をするか、窩底部の骨が硬い場合のリーミングドリルの使用、骨の血行を阻害しない「きつ過ぎず緩過ぎず」の嵌合力、試適ガイドによる植立サイズ決定、サーキュラーナイフでの角化性顎堤粘膜の切除法とメスによる減張切開法、顎堤粘膜骨膜弁の縫合法（縫合針と縫合糸、糸通しのみ先行させ最後に一気に糸むすび、縫合の順序と適度な縫合圧）、最低1mmのクリアランスを確保するための支台部削合、暫間被覆冠が必要な場合のアルジネート印象、術後のX線撮影など。

植立手術ではHApコーティング部を完全に骨の中に入れることと、骨が硬く血行に乏しい骨であればあるほど、きつ過ぎないようなインプラント窩の形成が重要である。

また、通常の植立とは異なり、適応症を拡大して上顎臼歯部のソケットリフト法を行う場合や顎骨の幅が狭く直径3mmAQBを植立する場合などでは、それぞれさらに工夫が必要となる。

③術後処置と管理

術後処置と管理では投薬法、翌日の術後洗浄と観察、口腔清掃法指導、初期固

定が悪かった場合の固定法、抜糸の時期、抜糸後の術後数週間の口腔清掃指導など。



なお、術後管理には口腔粘膜と骨の創傷治癒に関する知識が欠かせず、これは

常日頃の埋伏智歯の抜歯、FOPをはじめとする歯周外科手術、歯根端切除術など、歯科口腔外科治療によって養われる外科的なセンスが重要である。

④暫間被覆冠

前・小臼歯部の暫間被覆冠の作成法、簡便な口腔内即時連結固定法、遅延植立



あるいは時間差植立時の暫間被覆冠、必要な症例での歯肉切除術をはじめとするsoft tissue managementなど。

⑤最終補綴と咬合調整



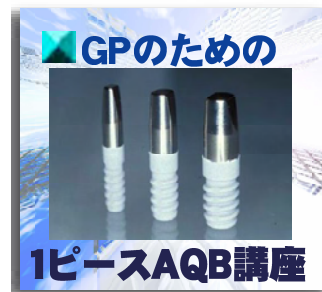
最終補綴と咬合調整では、1ピースインプラントでの形成印象技法（印象剤、細く長い支台ではエポキシ樹脂模型、連結冠やブリッジでは非分割可撤模型での技工作業）、単冠、連結冠あるいはブリッジの選択、審美性の工夫、補綴物の材質（MBCr、ハイブリッド冠、金合金冠、硬質レジン前装冠）の選択、合着（接着）余剰セメントの徹底除去、インプラントでの咬合調整の基本など。

⑥補綴後の口腔清掃

補綴後の口腔清掃では、インプラント周囲ポケットに対する毛先の細



いブラシによるブラッシング、入る箇所はデンタルフロスの併用、一口腔単位での定期的メインテナンス、半年後、1年



後、2年後、3年後（最小限ここまで）、可能なら5年後、8年後、10年後のインプラント健診など。

⑦トラブル時の対応

トラブル時の対応では、術後感染、顎堤粘膜離開に対する早期の暫間被覆材の適用、骨面露出創時の腐骨分離に対する知識と処置、初期固定が悪く動揺する場合の対応、骨結合が得られない場合の抜去再植の判断、上顎洞穿孔・迷入時、上顎洞炎、下歯槽神経麻痺、骨結合前の亜脱臼、経年的骨吸収、植立まもなくの感染や動揺による抜去後の再植立など。



<次回からの連載予定>

こうしてリストアップしてみると随分沢山あり、これらをほとんどクリアしてはじめて長期予後の良い1ピースAQBインプラントのCr-Brとなりうるわけである。シンプルで簡単なインプラントとはいえ、やはり完成度を高めるためには奥が深いものであることが改めて思い知らされる。

1989年3月にAQBの試作品を治験として植立してから19年間にさまざまな症例にそれぞれ工夫をして植立してきたが、その間数々の失敗を経験し、その教訓を反省材料にしながらやって来た。思いついてざっとリストアップした上記の考慮すべき要因や注意点以外にも、まだいろいろありそうであるが、次回より①から順に⑦まで時系列順に連載してみようと思う。内容の多い項目では1回では書ききれず、2、3回となるかもしれない。

今回は映画でいえば「予告編」で、項目の羅列で終始し、臨床写真も入れようがなかったが、次回からはテーマを絞るので、できるだけ臨床写真を入れてわかりやすく解説するつもりである。



Interview with Users of AQB Implant System

AQBユーザーインタビュー

全国各地の多くの病院、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。

今回は東京大学医学部附属病院顎口腔外科・歯科矯正歯科の西條英人先生、

医社) 恵歯会めぐみ歯科医院・安原剛先生、城北公園歯科・口腔外科クリニック・竹信保尚先生に

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歴
10年

●東京都文京区●
東京大学医学部附属病院

先進医療に不可欠な要素に
開発当初から注目していたAQB

先進医療の認定後、 難症例への施術機会が増加

「東京大学医学部附属病院(武谷雄二・病院長、以下東大病院)でのインプラント治療は、骨造成の技術進歩と、平成18年(2006年)に先進医療の認定を受け混合診療が可能になったことで、症例数が急激に増加しました。それまで施術をあきらめていた難症例においてもインプラント治療を行うようになった背景があります」

東大病院におけるインプラント治療の現状を、顎口腔外科・歯科矯正歯科(科長: 高戸毅東京大学大学院外科学専攻科教授)の特任講師・西條英人先生はこう答えてくださいました。

東大病院は、その前身が安政年間(1858年)の神田お玉ヶ池種痘所に端を発し、日本における医療分野の中核としてその任を遂行、今年で150年の節目の年を迎える歴史ある病院です。

「当科では、口唇口蓋裂などの顎顔面変形、顎顔面外傷、口腔腫瘍など、歯や顎に先天的な異常のある患者さん、重度の



顎口腔外科・歯科矯正歯科
特任講師 西條 英人 先生

全身疾患の患者さんの診療を主に行っています。歯科分野だけでは解決できない症例がほとんどであり、形成外科、口腔外科、歯科矯正、補綴、言語聴覚などそれぞれの分野のスペシャリティーがチームを組み、集学的に治療に当たっているのが特徴ですね」

難症例を多く扱う東大病院で、AQBを選択していただいているのは、どのような特性を認めてくださっているからでしょうか。お聞きしてみました。

**エラーが少なく治療期間が短い
難症例にも適応できるシステム**
「まず、術式がシンプルでテクニカルエ

ラー発生リスクが少ないことがあります。たとえばインプラント体埋入窩の形成において、一方は3つのツールで済み、かたや10のツールが必要なシステムがあったとします。私なら3工程のインプラントを選びます。10もの工程があれば、微少なりとも誤差が生じる可能性は否めませんし、この誤差が結果、オベ自体の障害になってしまうのです。AQBは手技修得が容易であるというメリットも大きいですね。また再結晶化HAの効果で骨結合が早く、難症例においても治療期間が短くなります。これもトータルのみると非常に重要な要素なのです」



東大病院でのAQB植立オペ

先駆的システムで 高次治療の実現を目指す

「現在、国内30以上のインプラントがしのぎを削って技術開発を行い術式の簡易化、治療期間の短縮にも取り組んでいます。その観点に初めから注目したのはAQBでしょう。先駆的なシステムといってもいいですね。ぜひ今後も改善改良を進めて、先を走っていただきたいですね。我々施術者も様々な工夫をして術域を拡大し、“安全、安心、思いやりのある高次治療”を実現して行きたいと思います」

これまでのAQB植立本数が700本にも及ぶという西條先生。お忙しい合間を縫ってご協力いただいた取材の最後に、医療への思いを熱く語っていただきました。



起源は安政年間(1858年)にも遡る東京大学医学部附属病院。診療時間における病院内人口は1万人を超える日本有数の医療機関です。

東京大学医学部附属病院
THE UNIVERSITY OF TOKYO HOSPITAL



AQB歴
11年

●静岡県島田市●
（医社）恵歯会 めぐみ歯科医院

「AQBを導入した当時、インプラントはBやIインプラントが主流でしたが、もっと簡易で1ピースのインプラントがあると知り合いの先生に教えてもらいました。色々なメーカーの研修会にも参加しましたが、一番シンプルな構造のAQBを導入しました」

三角の屋根に施されたステンドグラスの天窓が目をはくめぐみ歯科医院。理事長の安原剛先生は、ここ静岡県島田市で



夜になるとステンドグラスが美しく光る医院建物。院内は間接照明で優しい雰囲気演出されています

無歯顎症例にも1ピースAQBで予後良好、患者さんにもご満足いただいています。



安原 剛 先生

ご開業され14年です。AQBの利点をこうお話くださいました。

「1ピースの一番のメリットは、オペがシンプルで短時間で済み、チェアタイムも少ないので患者さんの負担が少ないことです。予後も良く、大変満足しています」

AQBを導入されて11年、今までに様々な症例をご経験される中、1ピースAQBを使った無歯顎症例も扱われています。

「フルデンチャーが合わな



1ピースAQBによる上顎無歯顎症例（70歳、女性）

い患者さんに、2症例植立しましたが、上顎も下顎も一ヶ月で印象採得、上部構造をセットしました。どちらも予後は良好で、患者さんにもご満足いただいています」

周辺には代々続くレタス農家が多く、ご家族三代でめぐみ歯科医院に通われている患者さんもいるそうです。患者さんは島田市内からだけでなく、藤枝市、焼津市、吉田町等、周辺市町村からも多く訪れます。これから導入される先生方にアドバイスを伺いました。

「今は患者さんが歯科医院を選ぶ時代、特にインプラントのような治療では説明責任が重要になってきます。AQBはシンプルで操作が簡便、営業も丁寧にフォローしてくれるので、とにかくまず始めてみてはいかがでしょうか。インフォームドコンセントに留意し、予後の良いAQBで症例を積み重ねていけば、よい口コミで患者さんが患者さんを選んでくれますよ」

AQB歴
2ヵ月

●静岡県静岡市●
城北公園歯科・口腔外科クリニック

1ピースのメリットを使ってみて実感 骨誘導の確実性は、まさに噂通りでした。

静岡県静岡市の北東部、週末には家族連れで賑わう緑豊かな城北公園のすぐそばに、城北公園歯科・口腔外科クリニックがあります。院長の竹信保尚先生は北海道大学歯学部ご卒業後、京都大学医学部口腔外科に在籍、その後、ここ静岡市の静岡県立総合病院歯科口腔外科で10年間勤務され医長も務められた後、2ヵ月前にこのクリニックをご開業されました。



取材当日はAQB植立オペが行われていました

「故郷は京都なのですが、10年間暮らした第二の故郷である静岡市を開業の地を選び、同時にAQBインプラントを導入しました。インプラントについて開業前に京大時代の同僚に相談したところ、AQBがいいよと強く薦めてくれたのがきっかけです。手技がシンプルで骨結合に優れ、治療期間も短時間で済むのがポイントになりました」

先生はご開業から2ヵ月で、早くも15症例のオペをご経験されました。

「ステップの少ない手技はリスクの軽減につながり、オペをやっている安心感があります。京大や県立総合病院時代にはチタン系インプラントを扱っていましたが、再結晶化HAのAQBの長所を実際に施術し



竹信 保尚 先生

て実感しています」

清潔感があり、洗練された院内のインテリアは、患者さんのための快適な診療空間への配慮がうかがわれます。これからの展望を伺いました。

「もともと口腔外科出身なので、インプラントは力を入れていきたい治療の一つですね。インフォームドコンセントは重要視し、カウンセリングルームで時間をかけて行っています。AQBは術式がシンプルで1ピースのメリットは非常に大きく、骨誘導の確実性はまさに噂通り、これからの私の目指す方向性に、ぴったりと一致しています」



上) スタッフの皆さんと 下) 院内は洗練されたデザイン、居心地よい空間が広がります

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

ソケットリフト法② ドリル貫通法によるソケットリフトのポイント



AQBインプラント植立のテクニック ● 応用編
vol.4

Advance Course for Best Implant

日本先進インプラント医療学会常任理事
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。

再び、大反響!! 『今までにないABC理論でソケットリフトが身近に感じるようになった』、『ABCテクニックでソケットリフトができた』など話題騒然。今回は『ドリル貫通法によるソケットリフトのポイント』を掲載します。

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お願いします。

ソケットリフト法② ドリル貫通法による ソケットリフトのポイント

1. ドリル貫通法による ソケットリフトについて

私の記憶が確かならば、AQBインプラントシステムを用いたドリル貫通法によるソケットリフト法をはじめて発表されたのは、杵渕孝雄先生だと思います。私が三井記念病院に医員として勤務しはじめた当時、部長が寶田博先生、科長が杵渕孝雄先生でした。両先生はAQBインプラント1ピースにとって、上顎臼歯部での良好な初期固定を得るためにはBicorticalにインプラントを固定することが重要であるとよくお話を聞いていました。そのため、両先生は上顎洞底側皮質骨から挙上する一般的なオステオームによるソケットリフト法は上顎洞底側皮質骨が不規則に骨折し、Bicorticalな固定ができないため否定的な意見でした。しかし、その当時上顎洞底粘膜だけを挙上するアイデアや技術はなく、それに代わるものを検討されていたことを覚えています。

今回、ドリル貫通法によるソケットリフト法の解説を行ないますが、そのオリジナルは杵渕先生の長年の症例の蓄積から開発されたものです。杵渕先生のオリジナルな方法は第六回IAI学術総会后抄録集を参照してください。今回、私が解説する方法は、杵渕先生の手術手順とは異なりますが、その本質は全く同じです。つまり、上顎洞底側皮質骨が不規則に骨折せず、上顎洞底粘膜のみを挙上するテクニックです。

私なりに杵渕先生がこの方法をどのようにしてマスターされたのか考察してみます。そこから、本法のテクニックのポイントがみえてきます。まず第一点は杵渕先生の並外れた器用さにあります。杵渕先生は日本口腔外科学会の専門医を取得

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

- ① AQBオステオームを用いた方法
- ② ドリル貫通法による方法
- ③ ソケットリフト中止の基準と再ソケットリフト法

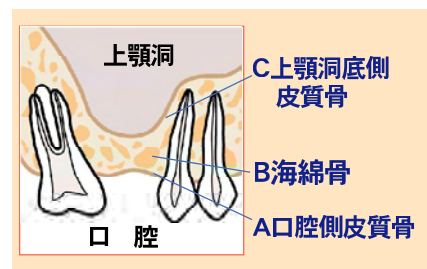
サイナスリフト

- 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

- ① 1ピースを用いた方法
- ② T-typeを用いた方法
- ③ 2ピースを用いた方法

されているため、口腔外科だけを専門にされていると思われがちですが、杵渕先生は一般歯科治療にもかなりのこだわりを持って治療をされています。また、矯正治療から口腔癌の治療までを行う器用さは誰にでも真似できないものです。これらを身近に見てきましたので、杵渕先生なら上顎洞底粘膜を破らずに上顎洞底側皮質骨をドリルで貫通させられたと思います。これからソケットリフトをはじめられる先生方は、まず、口腔側皮質骨(A層)、海綿骨(B層)、上顎洞底側皮質骨(C層)でのドリルの手指感覚を習得しそして上顎洞底粘膜を損傷しないように、C層をドリルで貫通させる感覚をマスターしてください。



第二点は、杵渕先生は口腔外科の手術の中で上顎洞根治手術を得意とされ、上顎洞について幅広い見識をお持ちであることです。私自身も杵渕先生から上顎洞底粘膜は上顎洞側壁粘膜に比べてやや厚く、上顎洞底側の骨から剥離しやすいこ

表■ドリル貫通法を用いたソケットリフト法のポイント

- ① ABC理論を十分理解し、その手指感覚をマスターする
- ② C層で抵抗が変化するところでドリルを中止する
- ③ A+B+2mm以上は挙上しない
- ④ インプラント植立前に損傷の有無を必ずチェックする
- ⑤ インプラント植立後、スーパーボンドによる2ヵ月間の固定



と、洞底の形態が平らよりも斜めのほうが剥離しやすいこと、上顎洞底が口腔側まで発達していても口蓋側には皮質骨が残っていること、レントゲンには撮影されにくい、第一大臼歯と第二大臼歯の間には隔壁が存在することが多いことなど、教科書には記載されていないことを伝授していただきました。

第三点は、上顎洞洗浄のタイミングとポイントを完全に自分のものにされていることです。読者の先生方には上顎洞洗浄のイメージがつきにくいと思います。私も三井記念病院に勤務し、はじめて経験しました。菌性上顎洞炎において原因菌の抜歯を行なった後、その抜歯窩から上顎洞を洗浄するテクニックですが、上顎洞に洗浄液を注入する際に、患者さんに鼻から呼吸を排出させるようにタイミングよく指示を出すことがポイントです。私もこの上顎洞洗浄を繰り返すことにより、上顎洞粘膜が動く感覚がわかるようになりました。上顎洞粘膜を挙上する際に患者さんに息を鼻から大きく吸ってもらえるようにすることで上顎洞粘膜は上顎洞内に吸い上げられます。このテクニックにより上顎洞粘膜の損傷を少なくすることができると考えています。

2. ドリル貫通法とオステオーム法によるソケットリフトの相違点

ドリル貫通法によるソケットリフトとオステオームを用いたソケットリフトの大きな違いは、上顎洞底側皮質骨(C層)を破壊するか、しないかにあります。そのことにより、臨床的にはドリル貫通法のほうが初期固定が得られます。両方のテクニックを習得されている先生方には、オステオーム法では、その初期固定に物足りなさや不安感を感じられると思います。

共通点は二つあります。一つは、人工骨や移植骨を挿入しての挙上は不要であることです。前号にも記載しましたが、これまでの臨床の蓄積により、挙上したAQBインプラント周囲に骨ができてくることがわかっているからです(図2)。もう一つは、植立後スーパーボンドによる固定を行なうことを推奨します。上顎洞への迷入を防止することと初期固定を安定させるためです。固定期間は約2ヵ月を目安にしてください。

3. ドリル貫通法とオステオーム法によるソケットリフトの選択基準

まず、いずれのソケットリフト法においても上顎洞内に病変がないことが最低条件です。上顎洞病変に関しては前号を参照してください。

では、ドリル貫通法によるソケットリフトと

オステオームによるソケットリフトの選択基準について説明します。まず、第一に術者の技量が大きなポイントになります。ドリル貫通法によるソケットリフトを行なう場合、次の2点をマスターしていることを確認してください。

- ① ABC理論を十分に理解し、A+Bを残すことなくスパイラルドリルで形成することができること。
- ② スパイラルドリルやエンドミルリーマーでC層を超える感覚を身につけていること。

症例による選択基準については、いずれの方法でも $4\text{mm} < A+B < 10\text{mm}$ の症例を推奨します。その中で $4\text{mm} < A+B < 6\text{mm}$ の症例はオステオームによるソケットリフト法よりもドリル貫通法によるソケットリフト法を推奨します。理由はそのような症例ではC層の上顎洞底側皮質骨による初期固定を最大限に生かしたいからです。

4. ドリル貫通法によるソケットリフトの手技

ここでは、 $\phi 4\text{mm}$ インプラントの植立を前提に説明します。ガイドドリル、 $\phi 2.5\text{mm}$ 、 $\phi 3.5\text{mm}$ スパイラルドリルでBを残さないように、Cの手前まで確実にA+Bを拡大形成します。この時、正確にA+Bが何ミリなのか把握しておきます。さらに、 $\phi 3.5\text{mm}$ スパイラルドリルでC層を約 1mm ゆっくりとすすめます。抵抗が変化しそうになったらそれ以上は絶対にすすめないでください。この過程がポイントです。次に $\phi 3.75\text{mm}$ エンドミルリーマーでA+B+ 1mm を拡大形成します。通常はこの段階で抵抗感が変化します。抵抗感が存在している場合はC層やB層の一部が残っている可能性があります。術前に予想していたA+Bの長さと比較してください。大きく異なる場合には、ガイドドリルから再度行うようにします。C層を

形成した後、十分に洗浄してください。水圧により上顎洞粘膜が剥離されやすくなります。

ここで、 $\phi 3\text{mm}$ 用アラームゲージを慎重に挿入し、抵抗感を感じながら、A+B+ 2mm まで挿入します。絶対にそれ以上は挙上しないでください。次に $\phi 4\text{mm}$ 用アラームゲージを慎重に挿入しA+B+ 2mm まで挿入します。この際に骨の抵抗感を感じたならば、再度 $\phi 3.75\text{mm}$ エンドミルリーマーでA+B+ 2mm まで拡大形成します。ここでも絶対にそれ以上は挙上しないでください。

ドリル貫通法での挙上が終了した後、インプラント植立窩を十分洗浄し、この際に患者さんに『鼻から水が流れてきませんか』『鼻の感覚がいつもと違いませんか』などと声かけを行ない上顎洞粘膜の損傷有無を確認します。インプラント植立窩をよく観察してください。 $\phi 4\text{mm}$ では難しいですが、 $\phi 5\text{mm}$ まで拡大した場合、上顎洞粘膜を直接みるができます。

仕上げ用リーマーによる拡大形成は省略します。 $\phi 4\text{mm}$ 、歯根長A+B+ 2mm の長さのインプラントをHA層が完全に骨に隠れるまで植立します。この際に患者さんに息を鼻から大きく吸ってもらえるようにします。最後に縫合を行ない、インプラント植立を終了します。

5. 植立後の留意点

ドリル貫通法によるソケットリフト法でも植立直後にスーパーボンドによる固定を必ず行なうようにしています。私のスーパーボンドによる固定法については、口腔外科コースを参照してください。

患者さんには以下のことを説明します。約2週間、鼻をかまないこと、強いふくぶくうがいをしてはいけないことです。そして、入浴は避け、シャワー程度にすること、翌朝に鼻出血が出現する可能性も説明しておいてください。

ドリル貫通法を用いたソケットリフトのポイント

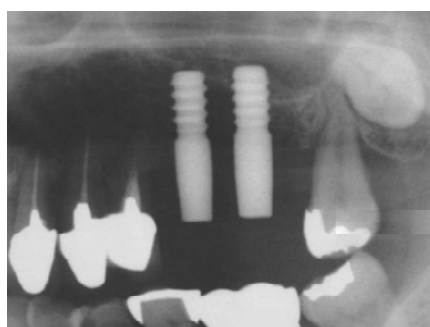


図1 | 56 | ドリル貫通法によるソケットリフト直後



図2 | 56 | ソケットリフト2年後。インプラント底部に骨新生が見られる。



change from other Implants to AQB

AQBに変えました

「AQBに変えて

院内DVDを流してから患者さんの質問が増えました



皆川 象洋 先生

「10数年前Iインプラントを使っていたが手技が複雑なシステムで4年で撤退した経過があります。しばらくインプラント治療から遠ざかっていたんです」

こうお話される愛知県知多市・医療法人皆川歯科医院の皆川象洋先生は、歯科医師会のご友人のお薦めもあって、AQBを導入、インプラント治療を再開しました。半年前のことです。

「AQBは術式がシンプルなのがいいですね。比較的簡単といわれる単独欠損症例などから施術を再開しましたが、口腔外科が専門でなくても扱いやすいなど実感しました。1ピースだとオペも一回で済みまし早期負荷が可能です。これまでのA

QBを用いた症例では術後の痛みもほとんどなく予後も良好。患者さんからも『こんなに簡単なんですか?』と喜んでいただいています」

最近、歯科医師の年収平均の統計が雑誌(アエラ、朝日新聞社)で発表され、話題になりました。

「我々歯科医にとって、非常に厳しい時代ですね。自由診療をやっていない医院さんは今後大変でしょうね。同じく自由診療の矯正治療は治療期間が非常に長い。その点、インプラントの中でもAQBは1~2ヵ月で補綴完了、6ヵ月ほど経過観察、あとはリコールです。終着点がある治療として、歯科医師としてのやりがいを感じま



→
院内も気持ちよく、清潔に整理されています

●愛知県知多市● (医)皆川歯科医院



愛知県西尾市、J R 西尾駅から徒歩15分。大手スーパーに隣接しています。

す。仲間と「一日一本インプラント!」を合言葉に、がんばっています」

先生はAQBアドバンスコースにもチャレンジ、骨造成法などについても積極的に勉強され、手技向上に取り組んでいらっしゃる。

「AQBのDVDも待合室に流しています。けっこう患者さんは見てくれているようです。質問も増えました。患者さんの負担を少しでも少なく、よりよい治療を提供したい。そのために今後も慎重かつ積極的に治療に取り組んで行きたいと思います」

●宮城県仙台市● ながさわ歯科医院



宮城県仙台市、ながさわ歯科医院の長澤裕先生は、以前Bインプラントをお使いでした。

「一年程使っていたBは埋入後、生着しなかった経験が何回もあり、骨との接合に課題がありました。他にいいインプラントを探していたところ、ちょうどAQB研修会の講師で、大学の同級生でもある尾崎和郎先生の話聞く機会があり、付きの良さというAQBを使ってみようと思いました」

実際にAQB施術された感想を、先生はこうお話しくださいました。

「再結晶化HAの骨誘導能により骨との結合性が高く、初期固定までが短期間に

AQBは噛み合わせ治療に大変役立っています

なった上、抜歯即時等にも大変使いやすいインプラントだと思います。また、1ピースでオペが1回で済むことは、患者さんにとって大きなメリットになりましたね」

ながさわ歯科医院では、顔や身体の歪みが噛み合わせに大きく関係している点に着目、左右の歯でバランス良く噛めるよう、噛み合わせを整えることに重点を置き治療をしています。

「来院される99%の方が、普段左右どちらか一方の歯で片噛みされているのが現状です。片噛みは、顔や身体のバラン



長澤 裕 先生

スにも影響します。ですから私はまず、患者さんが左右均等に噛める環境を整えることに努めています」

「噛み合わせ治療にも、噛む力を低下させず欠損治療のできるインプラントは大変重要です。オペの負担が少なく、着きの良いAQBにしてからは、患者さんにも自信を持ってお勧めできるようになりました。今では、医院HPの治療の紹介を見て、最初からインプラントに興味を持って来院される方も多いですね」

医院コンセプト実現に、AQBも大いに役立っていると話してくださいました。



ながさわ歯科医院のスタッフの皆さん

良かった」という全国の8名の先生の医院を訪問しました(掲載取材順)



臨床家に繁雑なシステムはいらない、シンプルが一番です



谷口 雅人 先生

鳥取県東南部に位置する八頭郡八頭町は、一昨年3月の市町村合併で誕生した新しい町です。この地に開業され20年の谷口歯科医院・谷口雅人先生にお話を伺った日は、冬の時期の日本海ならではのしんと雪の降る日でした。

「2月は既に15本AQBを植立しました。なかにはAQB以外のインプラントの再植立もあるんですけれどもね」

インプラント治療はP、B、Gなどのシステムを用い18年以上の豊富な経験をお持ちの谷口先生ですが、他システムからAQBに変えたのには理由があります。

「2回法インプラントは、どうしても破折し

たりネジが緩んだりすることがあり1回法に変更したいと考えていたんです。ちょうどAQBの営業さんが来院し、勧めてくれたのが導入のきっかけになりました。導入後のフォローも細かくしてくれて助かっています。また杵渕孝雄先生、津山泰彦先生、田中強先生など、臨床経験と専門性に優れた研修会講師の先生がいらっしゃるのも心強いです」

「2回法でなければインプラントではな

●鳥取県八頭町● 谷口歯科医院



スタッフのみなさんと。

い”という他システムの権威もありました。でも臨床家には繁雑なシステムは必要ない、骨結合が良く予後良好なインプラントが一番です。それに日本人にはやはり日本人の作ったインプラントが顎骨にも適合するのではないかな。その意味でも国産のAQBの1ピースが私のインプラント治療においてはベストですね」

他インプラント埋入9年でダウングロスを起こした症例などでは、先生はAQBを材料費程度で再植立されています。

「自分の施術した患者さんですから。定期的なメンテナンスもこまめに行っています。でもこれが口コミで広がり、新しい患者さんが来院されているんですよ」

先生の細かい対応と暖かい思いやりが患者さん増加につながっているようです。

兵庫県伊丹市、阪急伊丹駅から1分ほど歩くと、賑やかな大通りに面した炭本歯科医院が見えてきます。長年この地でご開業されている、院長の炭本圭之先生にお話を伺いました。

「以前はチタン系インプラントのSやEを使っていたのですが、特にS等は埋入後のインテグレーションが弱いという感触がありました。そこで、付きのよいと評判のAQBインプラントを5年程前に導入することになりました。再結晶化HAは評判通りで、骨と

●兵庫県伊丹市● 炭本歯科医院



炭本歯科医院入り口。伊丹市・阪急伊丹駅近くにあります。

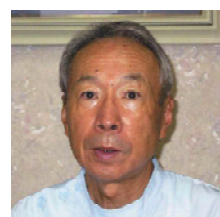
の結合に優れ、植立後、しっかりと固着してくれています」

AQB導入後、炭本先生は性能以外にも利点を感じているそうです。

「営業担当のアフターフォローが素晴らしいですね。こまめに足を運んでくれていて、これまでのシステムとの違いを感じました。特に、購入済みのインプラント体を、異なったサイズへ無料で交換してくれるAQB独自のシステムには、大変助かっています。インプラント臨床では、術前の診断と異なり様々なサイズが必要になるケースに遭遇する場合があります。そういった場合でもストックを多く持たなくて済むのでありがたいですね。経営的な観点から考えた、在庫管理の面でも助かっています」

炭本歯科医院では患者さんの利益を最優先し、残っている歯をより多く保存できるよう、MIの視点に立った治療を行って

アフターフォローしっかりで利便性が高いインプラント



炭本 圭之 先生

います。長年、誠心誠意、患者さんの診療にあたっていらっしゃる炭本先生に、これからAQBを導入される先生方へアドバイスをいただきました。

「初期固定がよく、予後のよいAQBインプラントは、これからインプラント治療を始める先生にとっても、大変扱いやすいインプラントだと思います。また、他社システムと違い、売りっぱなしではなくアフターフォローがしっかりしているところは大変利便性が高く有効であると考えています。他の先生にもぜひお勧めしたいインプラントシステムですね」



change from other Implants to AQB

AQBに変えました

▶ 早期結合とシンプルな術式 結果が早くわかるインプラント



羽賀 義晃 先生

北海道旭川市内の住宅地にある北西歯科医院の院長・羽賀義晃先生は、インプラント歴20年以上、今までに数多くの症例をご経験されています。

「古くはサファイアインプラントからS、I、Cインプラントなどを経験してきました。しかし、同じHA系インプラントでもAQBのインテグレーションは従来のものより早く、初期固定までが1ヵ月以上短縮しました」

先生はシンプルな術式とシステム、結合の良さの評判を聞き、8年前にAQBを導入されたそうです。

「早期結合に加え1回法の術式がメリットです。また、1ピースは、2ピースの場合に危惧されるネジ部破折の心配がなく、植

立後、結果が早くわかるという利点があります。AQB導入前は、埋入から3～4ヶ月後二次切開をして初めて固定を確認していましたが、それでも付いていない、ということもありました」

「AQBは、特に初心者の方には扱いやすいシステムだと思いますね。私も昨年、インプラント導入が初めてという後輩にAQBを勧めました」

羽賀先生は日頃、診察時にはアロハシャツをユニホームとして着用されます。「北海道でアロハですが(笑)これを着は



アロハシャツを着た先生に合わせ、院内には随所に“いやしグッズ”が置かれています。

●北海道旭川市● 北西歯科医院



じめて十数年になりますね。患者さんの緊張感を取り除き、親しみを持って医院に気軽に来てもらえるようことを考えました。インプラントにしても、患者さんにできるだけ経済負担等がかからない方法を考えてあげていくことを心がけています。AQBにしてから精神的にも物理的にも患者さんの負担は以前より軽くなりました。臨床ではお金をかけた複雑な症例よりも、患者さんにとって満足できる治療が一番ですからね」

常に患者さんありきで治療にあたる羽賀先生の、患者さんへの温かな配慮がうかがえました。

●茨城県稲敷郡阿見町● 永林堂歯科医院



医院敷地内には広々とした駐車場が完備されています。

「HA系インプラントのMもわりと初期固定が早かったのですが、AQBインプラントはそれよりも早いと先輩から聞き、一年半くらい前に導入しました。固定までが短縮でき、上部構造も早く装着でき、患者さんに大きなメリットになりましたね。GPIにとっては、患者さんのために治療期間をいかに短くできるかが大変重要です」

こうお話されるのは茨城県稲敷郡阿見町、永林堂歯科医院院長の加藤良一先生です。加藤先生は日本口腔インプラント学会専門医、ICOI フェローシップ(国際口腔インプラント学会)会員インプラント

▶ より早い固定は、患者さんに大きなメリット

認定医)の資格もお持ちで、日々インプラントの技術や知識について研鑽を積んでいらっしゃいます。

「1ピースの形態は植立後、支台部が突出しているため直接触って固定を確認でき、非常に安心感がありますね。また、補綴までの工程がシンプルで作業もしやすいと感じています。昨年、T-typeもラインナップに加わりましたので、上顎の症例等に活用し、術域を拡げていきたいと思っています」



スタッフの皆さんと、先生のお人柄で和気あいあいな雰囲気です。



加藤 良一 先生

霞ヶ浦湖畔の街・阿見町でご開業されて9年目、患者さんは周辺住宅街の方も多く、より地域に密着した歯科医院にと、加藤先生は青年会議所に所属、地域ボランティア等にも参加されています。

「これからもこの土地で、地域の患者さんのために貢献していきたいですね。今後も、患者さんにメリットの大きいAQBインプラントで、症例を積み重ねていきたいと思っています」

午後からの診療の患者さんが続々訪れ始めたお昼休みの最後に、先生は笑顔で語ってくださいました。



「杉並区歯科医師会の先輩方に『術式が簡単で付きがいい』と教えてもらい、AQBを導入しました。最初は半信半疑だったのですが、実際に施術してみると本当に初期固定が早く、しかも以前使っていたよりも強固に固定しているという感触でした。パーツやツールがシンプルな分、以前よりコストも下がりました」

杉並区の住宅街にある村上歯科医院の院長、村上昇先生はAQBを導入された感想をまず、こうお話しくださいました。先生はAQB導入後、補綴の面でも特長を感じられたとおっしゃいます。

●東京都杉並区● 村上歯科医院



バス停の前の便利な場所にあります。

シンプルでありながら、精度に優れたインプラント

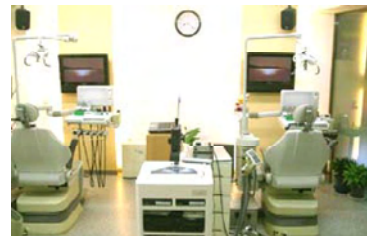


村上 昇 先生

「1ピースですので、審美面で若干心配していたんです。しかし支台歯形成をすることにより、補綴の自由度が高いことに気がきました。Ⅱに比べ技工操作もシンプルなので、技工士さんにも評判がいいですよ。しかもこれまでの複雑な技工操作がなくなった分、技工料を下げることで、患者さんにインプラントをさらに安価でご提供できるようになりました。これはできるだけ多くの方に、リーズナブルに、ご満足いただける治療をご提供する上で、大きなメリットですね」

こうおっしゃる村上先生は、常に患者さんの身になって治療を施すことに努めて日常の臨床に取り組んでいらっしゃるま

す。保険診療はもちろんのこと、自費診療においても妥協は許されないとおっしゃる先生は、最後にAQBのメリットをこう付け加えてくださいました。



整理整頓が行き届いた気持ちの良い診療室です。

「AQBはシンプルであるがゆえにチェックアタイムが短縮でき、それでいて精度も優れている。国産社製なので、より日本人の顎骨の規格に近いと感じます。購入後のインプラント体のサイズの無料交換のほか、AQB新聞での実践的な情報提供や、営業担当の親身なアドバイス等、サポート体制も充実しているのも他にはない特長だと感じます。心強く、安心して治療に取り組めますね」

着きがよく、フォローも良い、納得のインプラント



スタッフの皆さんと。皆さん長期にわたり藤井歯科医院に勤務。家族ぐるみのおつき合いでアットホームな医院さんです。

「様々なメーカーの研修会を受けた後、Oを導入、しかしOは支台部が細く、技工操作がしにくいという点、ネックから支台部が折れてしまうことがありました。次に導入したKの1ピースは脱落が数ケースあり、他に患者さんの負担が少ないインプラントを探していました。そんな折、埼玉県歯科医師会、福祉厚生部の杉澤満先生にAQBの評判を聞き、導入することにしました」

埼玉県所沢市、藤井歯科医院院長、藤井優先生は導入後の感想をこう続けてくださいました。

「AQBは1ピース、2ピースがあり、適応症の幅が広がった上に、付きがよく、多少

状態の悪い骨に埋入した場合でもしっかり固着します。予後が良いので施術をする上でのストレスが軽減されましたね。また、OやKは拠点が地方にあり、アドバイスを求めてもレスポンスに時間がかかっていました。その点、営業担当とすぐに連絡がとれ、フォローが充実しているAQBに、非常に利点があると感じます。工場が所沢にあるというのも、何か縁を感じますね(笑)」

先生は日本大学歯学部をご卒業後、東

●埼玉県所沢市● 医) 優希会 藤井歯科医院



医院を一步入ると、かわいらしい装飾で和やかな気分になりました。



藤井 優 先生

京都中央区の高橋歯科医院に4年間勤務したのち、北海道医師対策協会の要請で穂別町(現むかわ町)立歯科診療所の所長として8年間勤務、そののち所沢市でご開業されました。

「どの土地でも、みなさんに色々とお世話になりました。大変感謝しています。『町に一軒の診療所』の北海道から人口30万人の所沢に開業し16年になりますが、これまで順調にやってこれたのも多くの方々のお陰だと思っています。これからも基本を忘れず、患者さんのためにコツコツと診療を続けていきたいですね」

スタッフの方は、新人スタッフに加え16年、15年、9年勤務とみなさんファミリーの様な間柄です。藤井先生の温かいお人柄で、院内は今日も笑いが絶えません。

●AQBサポートシステムのご紹介

Introduction of the AQB leader

課題解決、手技向上に役立つサポートシステム、AQBならではの充実した内容でお届けします。

AQBインプラントシステムはユーザーの先生を強力にサポートしてくださる臨床経験豊富な先生が沢山いらっしゃいます。今回は東京都台東区で開業、歯科材料会社の社長もお務めの佐藤文昭先生の医院へ、術前診断依頼に同行しお話を伺いました。

Q: AQBを導入したきっかけを教えてください。

佐藤先生 地区歯科医師会の学術理事を務めていた際、杵渕孝雄先生にAQBインプラントのお話を伺いました。製品の特長、メリットが非常によく理解でき、導入することになりました。

Q: 先生はご自身が日本で初めて導入された歯槽骨再生法を治療に役立てていると聞きました。具体的な内容を教えてください。

佐藤先生 PRGF (プラズマリッチグロースファクター) は、患者さんの血液から採取した成長因子を抽出し歯槽骨や歯周組織の再生を行う スペイン・BTI社の技術です。私はスペインの再生治療の権威 Dr. Eduards Anituanから直接指導を受け、臨床に取り入れています。従来のPRPテクニックでなしえなかった歯槽骨の再生を可能にした、インプラント治療にも欠かさない技術であり、これによりAQBの特性を生かした施術の可能性も飛躍的に拡大したと考えます。AQBインプラントへ応用した症例は、昨年のIAI研究会の学術大会でも発表しました

(「IAI研究会vol.10-1」70-71)。

Q: 歯科材料店の社長も兼務されていますが、今後どのような活動をされていく予定ですか。

佐藤先生 日々新しい

←取材当日、PRGF法を用いたAQB植立オペの後にお話を伺いました



医療法人社団 藤智会
佐藤歯科医院 院長
佐藤 文昭 先生

■PROFILE

日本大学松戸歯学部卒業。佐藤歯科医院院長、佐藤歯材(株)社長。スペインBTI社PRGF公認インストラクター、アカデミーオブオステオインテグレーションUSA 会員、OZの会会員。

技術や材料が誕生する昨今ですが、国内外の最新の歯科材料を扱い、また様々な最新の情報を提供し、歯科医の臨床に役立てていただきたいと思います。また歯科医としては、PRGF技法の普及に努めたいと思います。

Q: 先生方にメッセージをお願いします。

佐藤先生 優れた特性を持つAQBですが、临床上、より有効に活用するには、インプラント治療の周辺の様々な知識が必要です。そのような面でも先生方のフォローができると思います。多くの先生方にAQBを活用していただきたいと思います。

今回の佐藤先生への術前診断の内容をお伝えします

専門医の診断

依頼内容 患者さんは、下顎567欠損。インプラント治療を希望しています。適応サイズ、施術法など教えてください。

佐藤先生 咬合状態を見ると、まず7咬合面削除を行うのが第一歩です。術前パノラマX線写真画像を見ると、5は骨量不足のため、PRGFを用いた施術が考えられます。施術の手順としては、まず76の植立時には、低速回転50rpmトルク40-50、無注水で行い、ついで5の埋入窩を現在の抜歯窩深部まで形成します。76には1ピースであれば4MS、2ピースであれば7は4102、6は4122が適当でしょう。5にはPRGF法テクニックで抽出した成長因子に76植立孔形成時に採取した自家骨を混入。骨が足りない部分に補填します。サイズは1ピースならば4MSですが、できたら2ピース・4102が望ましいと思います。その後8もEXTすればより良好な咬合が可能となるでしょう。



佐藤先生から■PRGF法についてご興味をお持ちの方は、オペ見学も可能ですので、ぜひご連絡ください(ご連絡は右のAQB事業部へどうぞ)。

安心、安全の「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したり、ネット上でサポートを受けられる、独自のシステムがあります。

AQB
オンラインサポート、
またはお電話にて
お問合せください。



初めてのオペが不安。
診断は正しいかな...
難しい症例だ...



認定医にご依頼

▼こんなこと引き受けます

- 術前診断
- スタッフ指導
- 手術環境、手術器材の指導
- 出張オペ
- 施術後のアフターフォロー
- 特殊器材の使用に関する指導
- 投薬に関する指導
- 補綴に関する指導
- その他

こんなに!



サポートシステムに関するお問い合わせ

●AQB事業部●

TEL03-3667-8797

E-mail aqb@advance.jp

● AQB研修会レポート

The Report of AQB Basic Seminar in SAPPORO

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、全国各地で随時、研修会を開催しています。今回は1月20日(日)北海道札幌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(北海道札幌市・札幌市生涯学習センター「ちえりあ」)
- 講師: 尾崎和郎先生(尾崎歯科医院院長)

am10:00

まず理論でAQBの特性理解

「最近、発表されているデータでは、どのインプラントも『95%以上の生存率を有している』と表記されています。これはすばらしい特効薬と同等の数字です。しかし

開業医にとってはこの5%のロスが致命傷になりかねない。オベを成功させるのはインプラントの品質、それに施術者の技

術です。AQBは1ピース1回法、再結晶化HAを特徴に、発売以来15年にわたり安定した品質を維持しているインプラントです。ぜひ本日の研修会で正しい知識と手技を身につけていただきたい」

1月20日(日)札幌市生涯学習センターちえりあで行われたベーシック研修会の冒頭、講師の尾崎和郎先生は研修会の意義を強調され、AQBの開発の経過、インプラント治療の潮流へと講義を進行しました。



まず尾崎先生が手技見本を提示、植立の感触を実際に体得されていました



症例を持ち込み、適応症か否かの判断や適応サイズなどを相談できる参加型の研修会です



その後先生は1ピースと2ピースの用途による選択法、昨年8月に発売開始となったAQB-T-typeをご説明され、参加された先生方はまず、理論でAQBインプラント治療を修得されました。

pm1:00

手技実習で様々な工夫を披露

午後のメインは植立実習です。実習に先立ち、尾崎先生は手技、術式のポイントを説明をされました。

「一つの目安として、1本の植立であれば20分以内に終了するのが、患者さんにとっての負担も少

AQBベーシック研修会の内容

- AQBの開発経緯、特長
- 治療計画と基本術式
- 臨床例
- システム説明
- 基本手技実習(動物骨使用)
- 質疑応答



臨床例

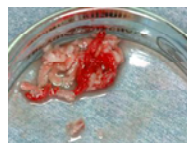
【下顎前歯部症例】
研修会で尾崎先生が披露してくださった症例をご紹介します。



①術前口腔内写真



②インプラント植立時口腔内写真



③植立孔穿孔時にでた骨片



④③をHA露出部分に充填

講師ひとこと interview

『正しい知識に基づいた正しい知識修得に
研修会を役立てていただきたいと思います』尾崎 和郎先生

最近、大学でもようやくインプラント教育が行われるようになってきました。これはインプラント治療の有効性が知られ普及し始めたということでしょう。しかし、安易に治療を導入するケースも耳に、危惧しています。術者たる我々歯科医は、正しい治療を行うために、正しい知識を持って臨むことが重要です。AQBでは随時研修

会などを開催しています。大いに活用して欲しいですね。私も研修会では、成功症例だけでなく、失敗症例や予後不良の症例などもご紹介し実際の臨床をお伝えするよう心がけています。インプラント治療は患者さんが

Happyになる治療です。AQBはevidenceのしっかりした抜歯即時、即時加重にも対応できるインプラントです。正しい手技を身につけ術域を広げて欲しいですね。



Dr. Kazuo Ozaki

■PROFILE 東北大学歯学部卒業、北海道大学歯学部第二補綴入局、1991年尾崎歯科医院開業。北日本口腔インプラント研究会理事、日本顎咬合学会認定医、日本口腔インプラント学会評議員・認定医、日本先進インプラント医療学会(AIM)専門医。

※懸田明弘ら、表面構造分析によるハイドロキシアパタイトコーティングインプラントの実験的研究、日本口腔インプラント学会誌、2007、12-529



お一人お一人が時間をかけ納得するまで手技を修得されていました。

ないオペになります。それ以内で完了しない場合、術者側の準備不足であるケースが多いですね。オペをスムーズに進めるためには、事前の十分な準備とイメージトレーニングが重要です」

先生はこう説明された後、先生自身の症例を紹介されました。『尾崎先生の研修会は症例が豊富で勉強になる』と定評があります。先生が初めて植立した症例を初め、上顎下顎のあらゆる部位の症例を、良好な症例だけでなく、予後不良症例、失敗症例も検証しながら提示。先生方は熱心にスクリーンを見つめていました。

実習ではまず、尾崎先生が手技見本を披露し、先生方は実際に植立したAQB1ピースインプラントを手で直にさわり植立の感触を確認したのち、豚骨を用いた実習に入りました。

研修会に参加された先生の大きなメリットの一つは、実際の症例を持ち込み、インプラント臨床の経験が豊富な講師の先生に、セカンドオピニオンをいただける点にあります。今回の研修会においても持込症例に関する質問が尾崎先生に寄せられました。その内、『50代

参加者ひとこと interview

研修会に参加された先生にお話を伺いました

■AQBの特性がよく理解できた



岩見沢市
西村 拓夫 先生

非常に勉強になった研修会でした。私自身は既に他インプラントで手術の経験はありますが、AQBのメリットを聞いて研修会に参加しました。AQBはやはり術式がシンプルで取り扱いやすいという印象です。安全な治療提供のためにも、手技をきちんと修得してオペに臨みたいと思っています。尾崎先生の研修会は、豊富な臨床経験に基づいた内容で、AQBの特性がよくわかりました。充実の一日でした。

■実習がわかりやすく内容濃い研修会



江別市
藤井 梓 先生

昨年9月にAQB研修会に初めて参加し、今回はアドバンスコースを入れて3回目です。手技を確実にし実際の臨床に役立てたいと考え参加しました。他システムに比べてAQBの研修会は実習がわかりやすいと感じています。また、講師の尾崎先生は、理論的な内容もちろんですが、臨床例を数多くご紹介くださり大変勉強になります。会場で実際の症例をご相談し、適切なアドバイスをいただきました。

男性の骨幅がない下顎無歯顎症例』に関しては、

「顎骨が非常に薄い難症例で熟練の先生でも苦慮するでしょう。適応症の判断が必要ですね」

こうアドバイスされ、スケールを用いながら検証を重ねていらっしました。また『小臼歯先天性欠損』に関するインプラントの適応時期に関する質問には、

今回の実習ツール一式、豚骨を使用し4mmサイズのAQB 1ピースを植立しました



「基本的に身長が発育が止まるのが17歳くらいでしょう。しかし歯列の安定は20歳すぎると変化します。その点も加味して適応時期を判断します」

症例を持ち込んだ先生はもちろん、他の参加者の先生も持論を述べながら最適なインプラント治療を模索されていました。

「マーフィーの法則の一つにあるように、今日先生方がAQBを学習されたことで、明日、適応症に出会うというケースもあるでしょう」



研修会終了後にも、尾崎先生のアドバイスを求めて質問が後を絶ちませんでした

鉄は熱い内に打てともいう。本身体得した知識を生かして、早い内にまず一症例行ってみてください。私もできる限りのサポートをさせていただきます」

最後に尾崎先生は、参加された先生にこうエールを贈り、寒い冬の、熱い研修会を終了しました。

植立時にも、また他の先生が実習されている時にも、真剣な目は変わりません



ぜひ、AQBインプラントをご体験ください……全国各地で研修会開催中!

当社では、毎週、全国各地で「AQBインプラント研修会」を開催しております。コースは、以下の通りです。

(コースの内容は講師によって若干異なります、この他ライブオペなどの特別研修会も、適宜、開催しております)

アドバンスコース

ベーシックを修了され、さらに手技を向上させたい先生のためのコースです。

【研修内容(2日間の例)】

- 患者さんへの説明及び契約書
- 現在のGBRの考え方と手法
- GBRの臨床症例
- 抜歯直後インプラントの臨床症例
- ソケットリフトの手法と臨床症例
- サイナスリフトの手法と臨床症例
- PRP応用の効用と臨床症例
- 骨造成法
- 1回法と2回法の使い分け

※顎模型を使った実習形式の講義です。

口腔外科コース

インプラント治療に必要な口腔外科の基本知識と手技を修得するコースです。

【研修内容】

- インフォームドコンセントの方法
- 手術計画の立て方(術前診断)
- 前進疾患への対応及び麻酔
- 切開、剥離について
- 切開、剥離、縫合の上達のために
- 縫合について
- 術後処置及び合併症への対応

※ガム模型を使った実習形式の講義です。

2ピースコース

AQB2ピースの手技を修得し、術域を拡大されたい先生のためのコースです。

【研修内容(2日間の例)】

- 2ピース2回法インプラントの概説
- 2ピース2回法インプラント埋入の実際と留意点
- アバットメント装着と補綴
- 2ピース2回法インプラントを用いたソケットリフト
- 2ピース2回法インプラントを用いたGBR
- 埋入実習

アシスタントコース

AQB植立時のアシスタント業務とチームでの効率的な連携の進め方を修得したい先生向けのコースです。

【研修内容】

- AQBインプラントの位置づけ
- AQBの治療の流れ
- AQBインプラント植立のためのアシスタントワーク
- アシスタントの役割と必要手技
 - ・手洗い、手袋のつけ方、
 - ・脈の取り方、血圧測定
 - ・縫合のアシスタント

※今後の研修会開催予定は次頁の通りです。AQB-HPでも内容のご確認とお申込が可能です(<http://www.aqb.jp/>)