

2008年度 日本先進インプラント医療学会

国内屈指の学会目指し、活動開始!

本年設立された日本先進インプラント医療学会(Japanese Society for Advanced Implant Medicine:略称AIM)は2008年度の活動を開始しました。

今回は注目される新たな取り組みを中心に本年度の活動方針をお伝えします。



学会の基本ロゴマークが決めました!

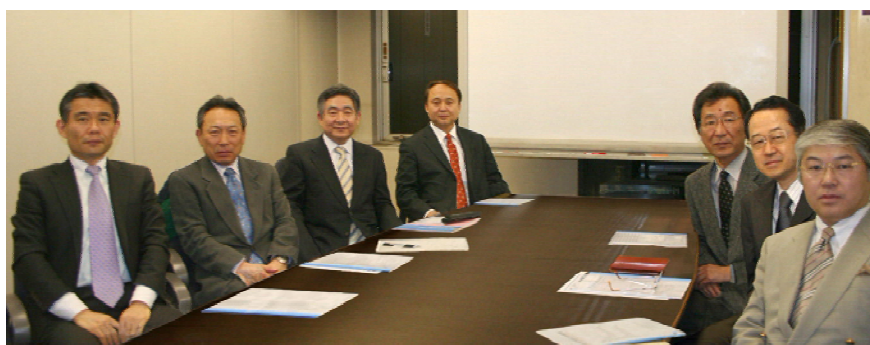
様々な教育の場を設け 成熟した学会に

「本年度はAIM発足後、本格的な活動を開始する初年度になります。AIMは今後、会員数3000名以上の大きな学会への成長が見込まれており、国内でも有数な規模の学会になるものと予想されます。我々、AIM常任理事会も学会運営にあたり、明確な方向性を提示し、会員の皆様にも様々な教育の場を設けて、インプラント治療を安全かつ安心できる国民医療の一つとして普及させ、啓蒙できるよう尽力したいと考えております。常任理事各位のご理解とご協力をお願いしたい」



千葉博茂先生
(東京医科大学主任教授)

去る3月27日(木)に行われた第1回AIM常任理事会の席上、理事長の千葉博茂先生は、AIMの今後の活動と常任理事会の役割をこう強調しました。今回のAIM常任理事会では、200



AIM 常任理事の先生方 ■左奥から、堤義親先生(外務省歯科診療所長)、柏田聡明先生(東京医科歯科大学非常勤臨床講師)、千葉博茂先生(東京医科大学主任教授)、津山泰彦先生(三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長) ■右奥から、白川正順先生(日本歯科大学教授)、杵渕孝雄先生(杵渕歯科医院院長)、黒山祐士郎先生(黒山歯科口腔外科医院院長)

8年度の活動方針が承認されました。ここでは主要な企画をご紹介します。

●指導医、専門医認定試験● 多数申込みいただき、試験準備中

本新聞およびAQBのHPなどでお伝えしました通り、AIMとして初の『AIMインプラント指導医ならびに専門医認定試験』の申請書類の受付が5月8日(木)完了、現在6月22日(日)の面接ならびに筆記試験の準備が進んでいます。本制度はAIMの前身、IAI研究会の専門医制度

を継承したものであり、合格された先生方は、すでに指導医の委嘱および専門医の認定を受けている122名の方々とともに、今後の学会活動に重要な役割を担っていただくことになります(次頁に白川正順・認定委員長のコメントを掲載)。

●第1回学会大会日程決定● 臨床に直結したテーマで開催

AIMとしては初となる学会大会の日程が決定しました。特別講演、教育講演では著名な先生方に骨や人工骨の最新

AIM(日本先進インプラント医療学会)第1回学会大会・総会 日程

AIM第1回学会大会開催概要

- 開催日 平成20年8月24日(日)
- 開催時間 AM9:30~PM5:30
- 会場 東京商工会議所(東京都千代田区)
- 大会長 AIM理事長 千葉 博茂先生
- 懇親会 東京商工会議所内

※プログラム、参加申し込み書、ポスター発表要項は5月20日以降、AQBのHPに掲載します。なお、学会大会へのご参加は、AIM会員の方に限らせていただきます。

AIM第1回学会大会シンポジウムのテーマ

- 1 インプラント埋入法を探る
—1回法か2回法かの選択は必要か
- 2 インプラント埋入時の医療事故をいかに防ぐか
—下顎管や上顎洞底への穿孔防止、安全な埋入術式の工夫

の知見や研究等に関するご講演をいただくほか、シンポジウムでは、インプラント医療に直結したテーマを企画しています。

昨年のIAI研究会学術大会では、偶発症シンポジウムに大きな反響をいただきましたが、本学術大会も会員に切実で興味あるテーマを選びました。また、会員の研究成果はポスター発表で行います。なお、本学術大会の詳細については近日、本新聞紙上、ホームページなどで紹介する予定です。

●AQBインプラントの専門書籍● 他にない充実の内容で編集開始!

現在AIM書籍編集委員会(編集委員長・堤義親先生)が中心となって、「AQBインプラントの基礎と臨床(仮題)」の編集作業を進めています。本書籍の発刊は、多くのAQBユーザーの先生からの強いご要望によって決定したもので、AQBインプラントのバイブル的内容のほか、インプラント医療における関連分野の学術情報を盛り込んだ内容となっています。執筆者は、各分野における経験豊富な先生方が決定しています。本書籍はインプラントシステムの学術書と



昨年のIAI研究会学術大会。偶発症シンポジウムなど実践的なテーマで大好評でした。

他のシステムに無い 専門性の高い書籍を目指します

AIM副理事長・
書籍編集委員長
堤 義親 先生
(外務省歯科診療所所長)



このたび、「AQBインプラントの基礎と臨床」の発刊が決定し、現在AIM書籍編集委員会が中心となって、編集作業を進めております。本書はかねてから要望の多かったAQBインプラントの専門書であり、この秋の刊行を予定しております。

掲載内容では、AQBインプラントシステムの詳細な解説に加えて、インプラント治療における周辺・関連分野の解説もふんだんに盛り込み、各分野の経験豊富な先生方にご執筆いただいております。他のシステムにはない広域かつ厚みのある専門書になっていると自負しております。刊行を楽しみにお待ちしております。

AIM・その他の活動

- AQB研修会の充実
- 地域活動の促進
- その他、学際的な活動

しては他に類を見ないので、この秋、創刊の予定です。

研修会、地域活動の強化など 臨床に即した研修の場を提供

AQB研修会は、これまで週末を中心に全国各地で開催してきましたが、今後はアドバンスコースを中心にさらに充実した体系的な内容で実施する予定です。AIM研修委員会が中心となり、開催日時、派遣講師を決定し、インプラント臨

日常臨床の励みとして、専門医を取得し 高度なインプラント治療を目指そう

AIM副理事長・
専門医制度認定委員長
白川 正順 先生
(日本歯科大学教授)



AIMとしては初となる専門医・指導医認定試験は、多くの先生の受験申込をいただきました。この場を借りて御礼申し上げます。現在、試験に向けた準備を進行しており、8月24日(日)の学術大会で合格者発表を行う予定です。本制度は、IAI研究会における同制度を継承したもので、合格された先生は、既に認定を受けている122名の先生方とともに、エビデンスに基づいたインプラント治療の促進、普及にご尽力いただきます。今後、当該制度の情報も随時AQBホームページに掲載して参ります。先生方の臨床の基盤を築くためにも、専門医取得にチャレンジしてください。



アドバンスコースを中心に体系的、より充実した内容で実施!

床に即した内容で現在企画中です。なお、参加者には学会の研修修了証も授与する予定です。また、今後強化する地域活動も組合わせ、地域の先生との交流も深めながら実施したいと考えています。

AIMの今後の活動に、ご期待ください。

「AQBインプラントの基礎と臨床」(仮題)執筆予定の先生(敬称略)

(掲載予定順)

川原 春幸 臨床器材研究所所長
寺島 達夫 東京医科歯科大学硬組織構造生物分野准教授
和泉 雄一 東京医科歯科大学歯周病学教授
東京医科大学口腔外科学講座
嶋田 昌彦 東京医科歯科大学疼痛制御学教授
深山 治久 鶴見大学歯学部歯科麻酔学講座教授
春日井昇平 東京医科歯科大学インプラント口腔再生学教授
物質材料機構生体材料センター 立石グループ
塙 隆夫 東京医科歯科大学学生体材料研究所教授
西條 英人 東京大学附属病院歯科口腔外科特任講師
日本歯科大学技工室
新谷 明喜 日本歯科大学歯科補綴学第二講座教授
三浦 宏之 東京医科歯科大学摂食機能保存学教授
永松 榮司 弁護士

千葉 博茂 東京医科大学口腔外科学講座主任教授
堤 義親 外務省大臣官房診療所副所長
白川 正順 日本歯科大学附属病院口腔外科教授
杵渕 孝雄 東京医科歯科大学非常勤講師・杵渕歯科医院院長
黒山 祐士郎 黒山歯科口腔外科医院
津山 泰彦 三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長
柏田 聡明 東京医科歯科大学非常勤臨床講師・恵愛歯科院長
丹羽 健 愛知学院大学非常勤臨床講師・医療法人丹羽歯科理事長
宮澤 利明 東京香川歯科院長
大森 桂次 大森歯科医院院長
林 正人 はやし歯科医院院長
山下 敦 岡山大学名誉教授・山下歯科医院院長
佐野 次夫 特定医療法人 徳洲会 東京西徳洲会病院口腔外科部長



(イメージ)

地域の歯科医同士の情報交換と交流深めつつ 実践に即した手技向上を習得する

◆ 北海道臨床研修会(会長 八戸正己先生・新中野歯科医院院長)
◆ 講師:津山泰彦先生(AM常任理事・三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長)

AQBインプラントシステムでは、AM(日本先進インプラント医療学会)を中心に、全国各地で活発な活動を行っています。今回は3月8日(土)開催の、北海道臨床研究会の模様をお伝えします。

「毎回、日常的には接することのない様々な症例の施術を目の当たりにでき、よい勉強になっています。歯科医師同士の交流を深め情報交換をする場としても有効な会ですね」

3月8日(土)に北海道苫小牧市の新中野歯科医院(院長:八戸正己先生)での北海道臨床研究会にご参加された先生は、こう話してくださいました。

北海道臨床研究会は一昨年11月発足、地元北海道の先生を中心に、遠く東京からも先生方がご参加されている活気のある会です。顧問のAM常任理事・津山泰彦先生(三井記念病院歯科・歯科口腔外科部長)の午前午後2回のライブオペ見学会の他、歯科衛生士さんへのAQB植立オペ



におけるアシスタント指導や、臨床検討会など、盛りだくさんの内容で開催され、今回で6回目を数えます。

まず午前中は1症例目のライブオペが行われました。今回の症例は上顎左側4, 6, 7欠損におけるAQBインプラント3本の施術です(下症例写真参照)。オペに入る前に、まず全員でパントモ、CT、マルモを回覧し、施術計画を検証。その間、スタッフの方々は植立



①ライブオペに入る前の術前診断
②ライブオペ ③手術着着用 ④アシスタントの方々の研修も行われました。



時におけるアシスタントワークの講習を行いました。

今回のライブオペ症例は歯槽骨の長さも幅も不足し、4,7にはソケットリフトが必要とされるうえに、4番への植立は骨増生法が必要な難症例でした。

「まず左上4番においてサインスリフトを行い、歯槽骨から採取した骨を移植、AQB1ピース4SMを植立し縫合後に右上6番のサインスリフト、AQB植立、7番植立へ

と進む計画です。途中、私自身がおやつという顔をすることがあると思います。その瞬間と対応も見逃さないでください」

津山先生は施術計画をご説明された後、オペに入りました。先生方もスタッフの方々も真剣に津山先生の手先を見つめ、ソケットリフトの際には、オステオームの打音の変化に耳を澄ませるなど熱気ある見学会になりました。午後も下顎のライブオペ後行われた親睦会でも、AQBユーザーの先生同士の良い情報交換の場となりました。成功裏の内に終了。次回の研修会では、今回の経過観察を含めたライブオペが企画されています。

合間には参加者の先生方が持ち寄った症例の診断も行われました。



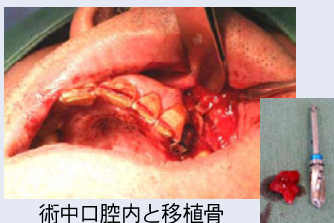
ライブオペ 症例紹介

【上顎左側へのソケットリフト及びAQBインプラントを3本植立した症例】

患者 ● 60代男性 施術内容 ● 上顎左側 4, 6, 7へAQBインプラント植立



AQB植立前パノラマX線写真



術中口腔内と移植骨



AQB植立1ヵ月後
パノラマX線写真

●次回の北海道臨床研修会●

6月7日(土)

お問い合わせ ■ AQB事業部
TEL: 03-3667-8797

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

患者の基礎疾患をいかに発見し、いかに扱うか

インプラント治療における偶発症の回避と対応 ● 第2章 適応症の分岐点

vo2.1

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。

ご好評いただいている連載『インプラント治療における偶発症の回避と対応』は、今回から、患者の全身疾患をいかに発見し、いかに扱うかについて、様々な全身疾患の中から具体的な疾患の対処法に入ります。

高齢化社会を迎える昨今、様々な基礎疾患を有する患者さんも増加しています。各疾患について正しい知識をもって、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。

患者の基礎疾患を いかに発見し、いかに扱うか

インプラント治療における偶発症を回避するためには、患者の基礎疾患を、いかに発見し、いかに扱うかが重要なポイントです。具体的な手法をお話しましょう。

いかに発見するか

1. 医療面接の技法を用いる
2. 問診票を活用する
3. 入室時の患者の容態を観察する

まずこれまで連載した医療面接の技法を生かし、患者にインタビューします。

- a. 患者のラポール(心理的共感)を得るように努める
- b. 問いに答えるのではなく、患者自身に話を促すような言葉をかける
→それはお辛かったでしょう。で、それでどうしました？

次に問診票の活用です。特に患者は歯科とは関係ないからと病気を記載しない傾向がありますので、要注意です。

- a. 患者の自筆で署名させる
- b. 日付を記載させる
- c. 人に知られたくない病気(性病や奇形など)を隠す傾向がある
- d. 歯科治療とは関係ないと、病気を記載しない傾向がある
- e. 医療面接を併用する

患者の入室時の容態も次にあづる注意点を見逃さずに、観察しましょう。

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

- 1 患者の基礎疾患をいかに発見し、いかに扱うか

【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。

- a. 自立歩行が可能か
- b. 態度や顔色に生氣があるか
- c. 通常の日常生活が送れているか
- d. 知的障害がないか
- e. 性格や精神に異常はないか

次に患者の基礎疾患を発見した場合の対応です。特に下の1～3の見極めが重要です。

いかに扱うか

1. 主治医に問い合わせる
→出来れば対診書を書いて、書面で返事をもらう
2. 大病院や総合病院との病診連携を利用する
3. 自分で対応できるようなら、投薬などの予防策を講じる
4. 治療に関するインフォームド・コンセントを充分に行う
→あまり安易な説明をしない

歯科・口腔外科治療に関係するさまざまな全身疾患を表1に示しました。知っておいていただきたい疾患のいくつかについて、簡単に解説を加え説明します。

歯科・口腔外科治療に関係する様々な全身疾患 (表1)

1 心・血管系疾患

- a. 血圧の異常(高血圧症、低血圧症)
- b. 虚血性心疾患、(狭心症・心筋梗塞)
- c. 不整脈

2 脳血管系疾患

- a. 脳梗塞
- b. 脳出血
- c. くも膜下出血

3 神経系疾患

- a. パーキンソン病
- b. てんかん

4 内分泌系疾患

- a. 甲状腺機能亢進症
- b. 甲状腺機能低下症

5 代謝系疾患

- a. 糖尿病
- b. 痛風

6 呼吸器系疾患

- a. 気管支喘息

7 消化器系疾患

- a. 消化性潰瘍(胃潰瘍、十二指腸潰瘍)
- b. 肝炎

8 腎・泌尿器系疾患

- a. 腎透析患者

9 血液・造血器系疾患

- a. 白血病
- b. 血小板減少性紫斑病
- c. 血友病

10 ウイルス感染症

- a. AIDS

さまざまな全身疾患

1. 心・血管系疾患

これから2回にわたり個々の疾患について解説します。大切なのは全身疾患に対する正確な知識を得たうえで、注意深く治療を行うことと思います。どこまでが自分で判断でき、対応できるかを見極める冷静さが大切です。自分では判断できない、あるいは危険だと判断したら、速やかに相応しい医療機関に対診しましょう。ではまず心・血管系疾患から説明します。

a. 高血圧症

【疾患の概要】

最高(収縮期)血圧が140mmHg以上、または最低(拡張期)血圧が90mmHg以上に保たれた状態を高血圧症といい、軽傷、中等症、重症に分類される。高血圧症自体、自覚症状を伴わないことが多いが、脳卒中、虚血性心疾患、腎不全、心肥大などの合併症の発症リスクが高くなる。

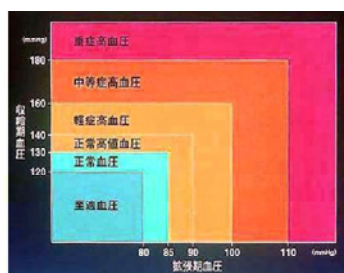


図1 成人における血圧レベル (mmHg) の診断と分類(世界保健機関の基準1999年)

- 原因の明らかなでない本態性高血圧症が90%以上を占める
- 30歳以下の若年者の高血圧症では腎性高血圧の割合が高い

【血圧上昇の原因】

1. 歯科治療に対する不安、恐怖
2. 治療中の疼痛
3. 局所麻酔薬に含まれるエピネフリンによる血圧上昇

【対処法】

1. 近医内科を受診させ、血圧をコントロール後、治療を開始する。
→血圧コントロールが出来ない患者は大学病院や総合病院に紹介する。
2. 治療前日からマイナートランキライザーを処方する。



高血圧緊急症に用いる静注可能な降圧薬(やむなく必要な場合以外用いない) (表2)

商品名	一般名	用量と使用方法	効果発現	持続時間
ペルジピン注	ニカルジピン	0.5 μg/kg/分で持続静注開始	2~5分	20~50分
ヘルベッサ注	ジルチアゼム	5 μg/kg/分で持続静注開始	5~10分	30~60分
ミリスロール注	ニトログリセリン	5 μg/kg/分で持続静注開始	2~5分	2~3分

→特に、治療開始約1時間前に来院させて落ち着かせ、30分前に内服させる。

3. 治療にあたって患者をリラックスさせる。

- a. 患者に話しかける。冗談を言う
- b. スキンシップも大切。それとなく肩をたたくなども重要
- c. 数回、深呼吸させる
- d. 患者に「頑張れ」などの言葉をかけることは逆効果

4. 術中の患者の血圧、脈拍、心電図などをモニタリングする。

5. 笑気吸入鎮静法、静脈内鎮静法の併用も有効。

6. 術前の最高血圧が180mmHg以上、あるいは最低血圧が110mmHg以上の場合には処置を中止する。

【治療中の対応】

1. 治療中に最高血圧が200mmHg以上、最低血圧が120mmHg以上となった場合は処置を中断する。

→血圧が急激に上昇すると、頭痛、悪心、嘔吐、意識障害、不穏状態が出現する。特に収縮期血圧130mmHg以上で、上記症状が出現した場合は高血圧緊急症と考え、降圧を急ぐ必要がある。

2. 緊急に血圧を下げる必要が生じた場合、従来ニフェジピン(商品名アダラート)の舌下投与が勧められていたが、「高血圧治療ガイドライン2000年版」では、この方法が急激な血圧降下や反射性の頻脈を引き起こす恐れがあり、血圧のコントロールが難しいため、「望ましくない」とされ、現在では「原則として禁忌」とされている。さらに、同ガイドラインは「血圧は急速に正常域まで下げる必要はない。むしろ、そのような降圧は重要臓器の虚血を来す危険を伴うので避けるべきである」と述べている。
3. 高血圧症患者の急激な血圧低下(80~90mmHgを切るような)は脳血流量が減少する危険があるため、避けなければならない。
4. やむなく必要な場合は、高血圧緊急症に用いる静注可能な降圧薬を使用する(表2)

なお、東京医大麻酔科の第1選択はペルジピン注で、1回投与量:1~2mg(2.5mlシリンジに原液1mg/mlを吸い、0.5~1mlずつ投与)、効果発現までの時間:1分以内、持続時間:中止後速やかに効果は低下する。

5. ニフェジピンの新しい使用法の提案(山陰労災病院)は、10mgカプセルに25

ゲージの針で穴を開け、コップに4滴落下して30mlの水に溶かして服用させる。

6. 歯科・口腔外科処置中に緊急に降圧処置を必要とする例は多くない。

b. 低血圧症

【疾患の概要】

最高(収縮期)血圧が100mmHg以下で、低血圧による臨床症状を呈する場合をいう。

- 血圧が低値でも自覚症状がない場合はあまり問題にはならない
- 低血圧症の90%を占めるのが本態性低血圧で、遺伝的要素が強い
- その他、けがによる大出血、心疾患、胃腸疾患による栄養不良、内分泌異常、末期癌で起こる「症候性(二次性)低血圧」、立ち上がった時に急激に血圧が低下する「起立性低血圧」がある

【共通する臨床症状】

1. 疲れやすい
2. 倦怠感
3. 肩こり
4. 頭痛
5. 立ちくらみ

【対処法】

1. 脈圧の少ない(例:最高血圧90mmHg、最低血圧70mmHg)患者に注意する。
2. 術中の患者の血圧、脈拍、心電図をモニタリングする。
3. 治療時に出来るだけ刺激やストレスを与えないように注意する。
4. 起立性低血圧症の患者ではチェア上で急激な体位変換を避ける。
5. 二次性低血圧症患者では原疾患の治療を優先する。

【治療中の対応】

1. 神経性ショックによる血圧低下の場合は、頭位を低くして(いわゆるショック体位)酸素を投与する。
2. 気道確保に注意する。
3. 点滴静注して、末梢循環を改善する。
血圧低下時に限らず、基本的には、処置開始時に静脈確保のうえ留置針を設置して、細胞外液類似液(ヴィーンF注、ピカーボン注など)を輸液しておき、必要に応じて輸液路の途中に設けた三方活栓から必要な薬剤を注入すると良い。
4. 血圧低下が改善しない場合、東京医大麻酔科では、昇圧剤エフェドリン(40mg/1ml/A)1Aを10mlに薄めて0.1mg/mlとし、0.5~1mlずつ緩徐に静注する。
→静注できる薬液は筋注しても差し支えない。

今回は狭心症、心筋梗塞、不整脈、糖尿病などの疾患を解説します。

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

「診断と治療方針の立案①」

GPのための1ピースAQB講座 ● その2

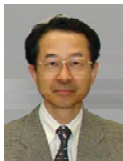
For Relief and Safe Dental Treatment

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。

杵渕孝雄先生の新連載【GPのための1ピースAQB講座】、第二回目の今回はいよいよ実践編、診断と治療方針の立案に入ります。治験から20年近く1ピースAQBを施術され非常に多くの症例に対応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が満載です。AQB1ピースインプラントを、より安全に！より確実に！そして長期に！明日からの臨床に、ぜひご活用ください！！



診断と治療方針で考慮すべきこと

1ピースAQBインプラント治療の一連の流れ(右表)の「診断と治療方針の立案」を3～4回に別けて取り上げることにする。

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)、歯牙欠損様式と咬合状態などを参考に植立時期、植立位置、植立サイズならびに植立方向の決定、複数部位の植立の場合はインプラント植立の順序、審美性を要する部位ではレジンTekの準備、骨結合後の最終補綴物の種類と形態(単冠でよいか連結にすべきか)などの検討が必要となる。そのほか、有床義歯から1ピースAQBインプラントのCr-Brに置き換える場合はさらに綿密な植立順序の検討や、さらに抜歯後に骨陥凹が進み、そのままの植立では審美的な補綴物で修復ににくい場合は、植立前増骨術(staged approach)の必要性の有無などの検討も必要で、植立順序を考える時に重要な要因となる。

また、筆者の診療所で比較的高頻度で実施している手技に、遅延植立や時間差植立などがあり、治療方針の立案では考慮すべき重要な手技となっている。この2

■GPのための1ピースAQB講座

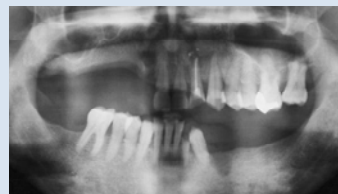
インプラント治療の一連の流れ

- (1) 診断と治療方針の立案①～④
- (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

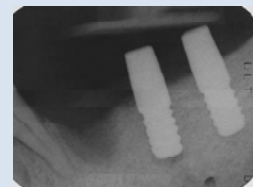
つの用語は一般用語ではなく私の診療所でわかりやすいため使っている用語なので解説する必要があるが、遅延植立とは、抜歯予定部位を含めた欠損部への植立の際、抜歯部位の近傍で骨が既に安定している部位に先に植立し、抜歯した部位には骨治癒を待ってから後日(4、5ヵ月後)植立する手法をいう。また、時間差植立とは、2本以上の欠損部に植立する時、そのうちの1カ所が相当に植立条件がきびしい場合、植立条件のよい部位に先に植立して骨結合させた後、近傍の条件のきびしい部位に植立し、もし初期固定が悪い場合には、先に植立したAQBを固定源にして即重レジンにて暫間固定し、骨結合を促進させる手法をいう。実際

症例 1

患者 ■61歳男性
現症及び治療計画■
前歯部だけの咬合接触で、Eichnerの分類ではB-4、咬耗、歯周炎など進み、すれ違い咬合ではないものの、有床義歯では極めて安定が得にくい症例。「456と5432」に順に植立して臼歯部の咬合支持を得たいが、2「4」は抜歯直後で抜歯窩の治癒待ち。そこで「56に先に植立補綴し、「4」は遅延植立を予定した。また、とりあえず咬合を安定させるため、7-2」部に有床義歯を作成した。



【2005/04/19初診時】2「4」は依頼元で半月前に抜歯済み



【2005/05/25】「56部に5MSを植立



【2005/07/27】「56部植立2ヵ月後

の臨床の場合では、条件の恵まれた症例ばかりではなく、厳しい条件を何とかクリヤーするにはこの2つの手技は有効な手段である。(症例1)

欠損様式に見合った治療方針の立案

一般的なインプラントの教科書に記載されているような診断、適応症、禁忌症や治療計画はそれらにゆずることにする。もっとも、教科書に書いてあることは一昔前のインプラントについてのもので、やや時代遅れの感は否めない。またさまざまな種類のインプラントに共通のことが書いてあるので、1ピースでかつアパタイトコーティングのインプラントにテーマを限定すると、参考になることはほとんど載っていないのが現状であると思う。そこで筆者は自分なりに試行錯誤しながらさまざまな症例に1ピースAQBを植立して補綴してきたが、インプラントの治療計画で重要なことは、先ずはその患者さんの欠損様式と咬合状態を詳しく観察し、その患者さんに相応しい理想的な咬合を模索して治療方針を立案することであると思う。

歯牙の欠損様式といえば、Eichnerの分類を思い出す(表2)。大多数の歯が残存して良好な咬合状態の患者さんに生じた少数歯欠損については、あまり迷う必要はない。すなわち分類A2,A3,B1の「4つの支持域のうち全部または3つに対合接触がある場合」は、そのまま残存歯の咬合に調和するように植立、補綴すればよい。分類B2,B3など「4つの支持域のうち2つまたは1つにしか咬合接触がない場合」は、一般に低位咬合になっていることが多く、咬合高径を幾分挙上する計画を組む必要があるが、インプラントの強大な咬合支

Eichner'sの分類(表2)

この分類は Kennedyの分類より30年ほど後に発表(1950年代)されたもので、有歯顎を左右側の小臼歯群と大臼歯群の4つの咬合支持域の有無で大分類し、さらに支持域数で小分類するような大雑把な分類であるが、明確に病態を把握しやすいといわれている。Aは4つの支持域すべてに対合接触のあるもの、Bは支持域すべてには対合接触のないもの、Cは対合接触のまったくないものである。

A-1	咬合支持域が4カ所あるもので欠損のない歯列
A-2	咬合支持域が4カ所あるもので片顎に局限した欠損のある歯列
A-3	咬合支持域が4カ所あるもので上下顎に欠損のある歯列
B-1	咬合支持域が3カ所あるもの
B-2	咬合支持域が2カ所あるもの
B-3	咬合支持域が1カ所あるもの
B-4	咬合支持域がなく前歯部のみで接触している歯列
C-1	咬合支持がなく上下に残存歯が存在する歯列
C-2	咬合支持がなく片顎は無歯顎の歯列
C-3	上下とも無歯顎

持能力は従来の方法では困難で繁雑であった咬合挙上をいとも簡単に実現できてしまうので、その意味では単純である。それに対して、多数歯欠損に起因して咬合が崩壊した患者さんでは、一筋縄ではいかない。すなわち分類B4の「前歯部(支持域外)の対合接触しかない場合」は前歯部のflare outを伴った低位咬合となっている症例が多い。分類C1の「上下顎に残存歯はあってもすれ違い咬合の場合」も一般に低位咬合となっている。これら分類B4,C1では第一段階で床義歯による適正な咬合高径と上下歯列弓のより好ましい咬合関係の回復を行い、第二段階としてそれを通常の咀嚼に使用しながら部分的に何段階かに分けて1ピースAQBのCr-Biに置き換えていくというのが最も堅実な方法であると思う。分類C2の「片顎無歯顎」、C3の「上下顎無歯顎」でも必要な場合は、適正な咬合高径と上下歯列弓のより好ましい咬合関係の回復のため床義歯の再作成を行った後、必要な部位に分類B4,C1に対するものと同様に治療方針を立てるべきであると思う。

方針立案上その他の考慮すべきこと

一般に歯牙欠損を放置すると、経年的に対合歯の挺出が起きて咬合関係が乱れてくることが多い。この場合は分類A2,A3,B1の場合でも、植立前に挺出部の削合調整や既に冠などが入っている場合では、冠などを入れ直して適正な咬合平面にしておくことが望まれる。

また、局所的には可能であっても欠損部すべてに植立するということではなく、経済的な要因も大きいので、患者さんとよく相談して、必要な部位を選ぶということも重要である。その場合、必要最小限の植立本数で最大限の効果を上げるには、大臼歯部での咬合支持を最優先にすべきと考える。

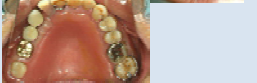
今回は治療方針の立案でも総論的な話になってしまい、臨床例では遅延植立の供覧に留めた。次回からは時間差植立、各種欠損様式と治療方針例、慢性歯周炎での欠損部に対する治療方針、植立前骨増生術の場合の治療方針など臨床例を豊富に供覧していただく予定である。



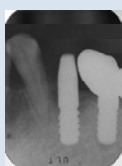
【2005/10/03】543 | 部に5SS4MM4MMを植立。54 | はソケットリフトにて植立した。



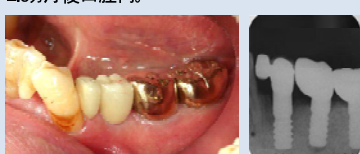
【2005/08/17】「56部に合金金単冠を装着。これにより左側大臼歯部の咬合支持を得る。なお、その際咬合挙上を行い、前歯部にはCR充填を行った。次は543 | に植立を予定した。



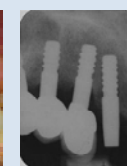
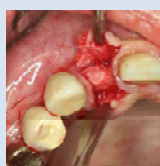
【2005/12/26】5 | に合金金冠、43 | に合金金冠連結冠を装着。2 | 部は有床義歯の人工歯で体裁を保っている。



【2006/03/03】4部に5MMを遅延植立。右は2.5ヵ月後口腔内。



2006/05/30 4 | 部に近心ポンティック付きのメタルボンド冠を装着。インプラントの近心にある天然歯が近心傾斜している場合は、インプラントの冠をコンタクトさせると不自然な清掃性の悪いover contourな冠になってしまうので、筆者はポンティック付きの冠でそれを解決している。歯ブラシを入れてもらうことは勿論、デンタルフロスをポンティックの下をくぐらせて、インプラント近心根面のポケット部にも入れてもらう。



【2006/07/19】2 | 部に4MMを遅延植立。既に3 | 部のAQBにメタルボンド冠が入っているため、切開線は歯肉縁切開を避けてY字切開として前後の歯の顎堤粘膜(歯肉)を温存した。実をいうと、筆者はこのY字切開を審美補綴に接する部位だけではなく、通常の切開として6、7年前から愛用している。いろいろなメリットがあるのだが、それに関しては2、3回先の植立手術で説明しようと思っている。



【2006/10/16】2 | 部にメタルボンド冠装着。前歯部のみ不安定な咬合接触から、早期に「56部と543 | 部で咬合支持を回復し、4 | 2 | 部は抜歯後の骨欠損が大きかったため、抜歯窩の骨が十分に安定形成されてから遅延植立し、強力な臼歯部の咬合支持が回復できた。



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。

今回は国立病院機構千葉医療センターの中津留誠先生、

澤歯科クリニック・澤明男先生、京橋デンタルクリニック・大川益実先生に

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
8年

●千葉県千葉市●
国立病院機構千葉医療センター

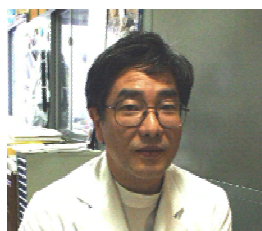
臨床家の用途と手技に対応できる
予後良好、実績ある国産インプラントです

院内他科医師との連携で インプラント治療への理解深まる

「国立病院機構千葉医療センター(院長増田政久先生・以下千葉医療センター)では、本年『頭頸部診療センター』を設置しました。通常の診療とは別に頭頸部の炎症、腫瘍、機能障害などを専門的に扱うチームです。たとえば『頭が痛い』という患者さんの訴えがあった場合、その主因が脳にあるか口腔にあるのか、境界領域における疾患は一科だけでは診断できないケースに多く出会います。そこで、耳鼻咽喉科の医長である沼田勉先生の呼びかけで『頭頸部診療センター』を設置し、歯科口腔外科、さらに脳神経外科が連携して治療に当たることによって診療がスムーズに進むようになりました」

歯科口腔外科医長・中津留誠先生は千葉医療センターでの最近の取り組みについて、次のように話してくださいました。

千葉医療センターは、平成16年(2004年)に、国立千葉病院から独立行政法人に移行、以後、現在の医療ニーズに適合した効率的な医療サービスを提供するために、高度な診療体制を構築、さまざまな



歯科口腔外科医長
中津留 誠 先生

取り組みを進めています。

「診療センターは、口腔外科の立場からみれば、口腔ケアの重要性、そしてインプラント治療の有効性を医科の先生方に知っていただくよい機会となりました。その結果、病院における歯科・口腔外科の役割を大きく担えるようになりました」

臨床家が最初に手がけやすく 最後に行き着くのがAQB

中津留先生は、8年前に寶田博先生のもとでAQBと出会いました。

「臨床家にとって最後に行き着くのがAQBだと聞いたことがあります。考えてみれば国内の約90%を海外メーカーのインプラントが占めています。国産でしかもHA

系で予後良好な成績を残しているインプラントはAQBの他にはないと思います。実際、術後垂直に骨吸収を起こし、チタンのインプラントでリカバリーが困難な症例でも、AQBではリカバリーできた症例が多くあるようです。そして国産ですから、メーカーへのコンタクトもスムーズにいきますし、術式もシンプルです。さらに臨床家にとっていろいろな手技と用途にあった使い方ができるのがAQBだと思います」

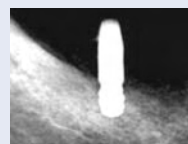
中津留先生は、骨補填剤「β-TCPビーズ」の臨床共同研究にも関わっていらっしゃいます。

「β-TCPビーズ」を用いた例

歯槽骨の骨幅増成のために表面にβ-TCPビーズを埋入した症例



β-TCPビーズ埋入時
口腔内写真



β-TCPビーズ埋入5ヵ月後、インプラント植立3ヵ月後デンタルエックス線写真

「現在のインプラント治療は骨のないところにいかに施術していくか、トップダウントリートメントの顎骨増生に大きなポイントがあります。骨再成には自家骨移植などの方法もありますが、患者さんの負担を考えた場合、有効な骨補填剤の開発は不可欠でしょう。共同研究でこれまでに約10症例を行い、全て予後良好な結果が得られており、大変有効な骨補填材であると考えています」

最後に先生はAQBの今後の展開について話してくださいました。

「AQBは米国やドイツなどヨーロッパにもぜひ進出して欲しいと思いますね。有効性は他に決してひけをとらない、採用されるのに十分値するインプラントだと思いますよ」



元は陸軍の施設だった千葉医療センターの建物。独立型の研修施設であると同時に、千葉大学の協力型研修施設でもあり、大型看護学校も敷地内に併設しています。

AQB 歴
8年

●愛知県春日井市●
医) 澤齒科クリニック

名古屋市のベッドタウンである愛知県春日井市、この土地で開業し11年になる澤齒科クリニックの院長・澤明男先生にお話を伺いました。

「1998年に、川原春幸先生(臨床器材研究所所長)が講師をお務めだった日本口腔インプラント学会専門医取得のための100時間コースを受講した時にAQBを初めて知りました。治験データを見るとシンプルなシステムで予後もよく、これは信頼できるインプラントシステムだと思い、2年後に適応症例が出た際に、早速導入しました」

様々な症例を扱われるなか、先生は



澤齒科クリニックスタッフのみなさん。

メリットの高い1ピースに加え、 症例拡大に T-type も大いに有効です



澤 明男 先生

昨年発売の T-type も大いにご活用されています。

「付きがよくシンプルであるという1ピース AQB の特長に加え、T-type は支台部のテーパーによりマージンの径が太く、しっかりとした結合感があります。上顎臼歯部症例の他、抜歯後間もない植立等、骨の状態が若干心配な症例にも非常に有効ですね。上顎前歯部等の骨の薄い症例では、骨造成を併用しなくても3mmサイズの T-type で対応できることが多くなりました」

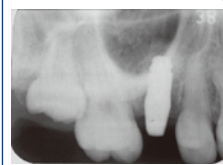
「また直径が太くなった分、特に歯頸部

において形状的に補綴処置が行いやすくなったと感じています。現在7症例施術しましたが、全て順調に経過しています」

これから導入をお考えの先生方に、アドバイスを伺いました。

「今の時代、経営的にも患者さんのニーズの部分でも、インプラントは不可欠な治療になってきています。AQBならシンプルで付きもよく、症例にあわせて1ピース、T-type、2ピースとラインナップが揃っていますので、骨の形態をしっかり確認し、それぞれの特性を活かしながら使い分ければ、日常的な臨床の手法の一つに十分になり得るでしょう」

AQB T-type を用いた症例



21歳、男性。
ソケットリフト
を用いて、 $\overline{16}$ に
T-type を植立

AQB 歴
4ヵ月

●東京都中央区●
京橋デンタルクリニック

東京都中央区京橋、オフィスビルが建ち並ぶ一画に京橋デンタルクリニックが入るビルがあります。昨年の12月にAQBを導入された院長の大川益実先生にお話を伺ってみました。

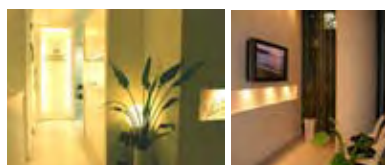
「一昨年の8月にこの場所に開院し、そろそろインプラント導入を検討しようと思っていた矢先に、営業の方が訪れたことがきっかけでAQBを知りました。AIM専門医の床井正之先生と偶然知合いで、導入コストも比較的安価だったため、やってみようということになりました。縁とタイミングが導入のきっかけといえきっかけですね」

実際にAQBを使われたご感想をこうお話しください。

「AQBインプラントは術式がシンプルでオペが非常に楽ですね。勤務医時代に他メーカーの2ピースインプラントを何種類か扱った経験がありますが、AQBの場合は1本あたり5～10分

で植立できます。これなら、インプラント未経験者だったり、経験があまりない方でも手をつけやすいのではないのでしょうか。コストも低く、患者さんへの提供価格にある程度反影できる点も、よいメリットだと思います」

京橋デンタルクリニックには大川先生が開業以前に勤務されていた頃からのお患者さんが、遠く北海道からも訪れるそうです。



オフィス街にある京橋デンタルクリニックは、院内も洗練されたインテリアが光ります。



大川 益実 先生

「基本的に、患者さんには自分の家族のように、たまたもし自分が患者だったらどのようにされたいか、という視点で診療や対応をするよう心がけています」

こうおっしゃる大川先生にこれから先生にとってのAQBの位置付けを伺いました。

「どの医院でもそうかもしれませんが、これからインプラントは経営面で大きな軸になっていくでしょう。正しい咬み合わせを作り出し、患者さんに良好な咬合を回復してもらう上での重要なツールとして、AQBを活用していきたいと思います」

お忙しい診療時間後、気さくにこう答えてくださいました。

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

ソケットリフト中止の基準と再ソケットリフト法③



AQBインプラント植立のテクニック ● 応用編
vol.5

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。

今回は『ソケットリフト中止の基準と再ソケットリフト法』を掲載します。『上顎洞粘膜が破れた時の対応は?』、『上顎洞にインプラントが入った』などソケットリフトでの合併症に対する読者の先生方からの質問が非常に多い項目です。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お願いします。

ソケットリフト法③ ソケットリフト中止の基準と 再ソケットリフト法のポイント

1. ソケットリフト中止の基準

オステオームによるソケットリフト法でもドリル貫通法によるソケットリフト法でも基本手技を遵守しなければ、簡単に上顎洞粘膜の損傷は起こります。直径3.5mmのスパイラルドリルでの手技までは、植立窩から直接、肉眼的に上顎洞粘膜の損傷を確認することは困難です。また、患者さんからの訴えも少なく、上顎洞粘膜の損傷に気づかないで手技を進めていることが多いものです。しかし、直径4.5mmのスパイラルドリルでの手技からは、肉眼的に上顎洞粘膜の損傷を確認することができます。デンタルミラーで確認することも可能ですし、吸引の音が異なることも確認することができます。また、患者さんから『のどに水が回ります』『鼻の感覚が違います』などの訴えもあります。

私の経験では、ガイドドリルや直径2.5mmスパイラルドリルでの過程において上顎洞粘膜を損傷した感触がある場合、その後の手技を注意深く進めても必ず植立窩の上顎洞粘膜は大きく損傷しているものです。そのため、上顎洞粘膜を損傷した感触がある場合には、それ以降の手技を進めないことが重要です。ソケットリフトを中止することを決断してください。そのことで上顎洞粘膜の損傷を最小限にし、再ソケットリフトを有利にします。

ただし、次の点を必ず確認しておいてください。上顎臼歯部は口腔側皮質骨(A層)、海綿骨(B層)、上顎洞底側皮質骨(C層)の3層構造がみられます。上顎洞に入らず、C層までのA+B+Cの長さを確実に把握しておくことが重要です。再ソケットリフトの時に大変役立ちます。

前号に上顎洞粘膜を損傷せずにC層をドリルで貫通させる感覚を習得することが

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

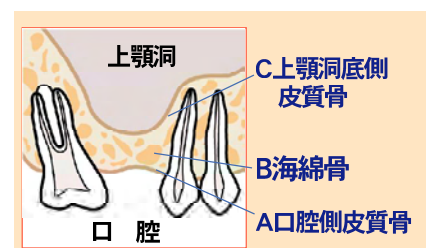
- ① AQBオステオームを用いた方法
- ② ドリル貫通法による方法
- ③ ソケットリフト中止の基準と再ソケットリフト法

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



重要であると記載しましたが、私の場合、何回か上顎洞粘膜を損傷して、はじめてその感覚が習得できたと思います。読者の先生方の中には上顎洞粘膜を損傷して落胆し、自信をなくしてソケットリフトを敬遠している先生も多いと思いますが、何回か上顎洞粘膜を損傷することで手技を得られることもあるのです。ただし、繰り返しますが、損傷後の手技は、中止してください。上顎洞への迷入(図1)や上顎洞炎などの合併症を引き起こす可能性を忘れないでください。

2. どの手技で上顎洞粘膜を 損傷しやすいか

オステオームによるソケットリフト法では、最初の直径2.5mmのオステオーム使用時に損傷しやすいものです。その場合、A+B+2mmを超えて挙上していることが多く、オステオームのストッパーがA+B+2mmのところにとっかかり固定されていないことがあり、必ず自分で確認してください。また、口腔側皮質骨が柔らかい場合、ストッパーが骨にめり込むことがありますので注意してください。

表■ソケットリフト中止の基準と再ソケットリフト法

- ① 上顎洞粘膜損傷後の手技は続けない。
- ② 中止する場合には、再ソケットリフトに備え、A+B+Cの長さを把握しておく。
- ③ 再ソケットリフト時のスパイラルドリルでの形成はA+B+C-2mmの長さまで、アラームゲージはA+B+C+2mmの長さまで挿入する。
- ④ 再ソケットリフトでの植立後、スーパーボンド固定を2ヵ月間行う。



先生によっては、音が変わるまで叩くことを基準にされている先生もいますが、私はその意見に反対です。A+B+2mmを超えても音が変わらないこともしばしばあります。そのような場合、頬口蓋側方向に斜めソケットリフトになっていることが多く、一側の上顎洞底側皮質骨が残っているケースでは、音は変化しません。そのため、一側の上顎洞底側皮質骨が残っていても反対側の上顎洞底側皮質骨は突破しているものです。上顎洞粘膜を2mm以上損傷せずに挙上させることは少なく、多くの場合破れて消失しています。

ドリル貫通法によるソケットリフト法では、直径2.5mmのスパイラルドリルでA+B+Cを形成した時に損傷が生じやすいものです。サージカルバーやガイドドリルでは上顎洞粘膜が損傷していても臨床的には問題が起こることは少なく、そのため気づきにくいと思いますが、最初の直径2.5mmのスパイラルドリルでC層を大きく突破した場合、上顎洞粘膜は一部破損では済まず、消失していることが多いものです。

3. 上顎洞粘膜損傷時の対応

上顎洞粘膜の損傷が確認された場合、それ以降の手技を続けられないことが重要ですが、次の4点を確認してください。

- ① 上顎洞粘膜の損傷の程度はどれだけかー肉眼的に一部破れているものか、完全に消失しているかを確認する。この時アラームゲージが役立つ。完全に消失している場合にはアラームゲージ挿入で全く抵抗感がない、抵抗感がある場合には一部損傷と判断することができる。
- ② 上顎洞内は空洞かー健康な上顎洞は空洞である。上顎洞の中から膿汁などがみられた場合、上顎洞に炎症があると考えられるので抗生剤の投与とともに原因精査を行う。また、植立窩が口腔上顎洞瘻孔になりやすいことにも配慮が必要。創を保護するシーネなどを準備しておきたい。
- ③ A+B+Cの長さを正確に把握しておくー再ソケットリフト時のメルクマールになる。
- ④ 次回、手術法の決定ー再ソケットリフトが可能か、サイナスリフトが必要なのかを判断する。

一部損傷の場合には、上顎洞粘膜と口腔粘膜の遮断を考慮し、止血剤などを植立窩に充填します。私の場合はサージセル(写真②)を使用しています。この時にサージセルを上顎洞内に押し込まないように注意しています。口腔粘膜は5mm間隔に単純縫合します。創が盛り上がりすぎないようにしめすぎに注意してください。

上顎洞粘膜が完全に消失している場合には、サージセルなどは植立窩に充填しません。上顎洞内に迷入し、感染源になる可

能性があるからです。口腔粘膜と創を保護するシーネを用意してください。この場合でも口腔粘膜のマットレス縫合は不要です。5mm間隔で単純縫合を行ないます。患者さんへの注意事項は以下の3点です。

- ① 鼻を約2週間かまないー鼻をかむことで上顎洞粘膜の治癒を阻害し、口腔上顎洞瘻孔を発生させる誘因となる。また、唾液などを上顎洞内に吸引する可能性があり上顎洞炎を引き起こすことがある。
- ② 強いぶくぶくうがいーを約2週間禁止するー口腔粘膜の創を離開させ、口腔上顎洞瘻孔の誘因となる可能性がある。
- ③ 約1週間のマクロライド系抗菌剤の内服ー上顎洞粘膜が損傷し、唾液により感染している可能性を考慮し、抗菌剤での予防を行う。

術後1週間目頃に抜糸を行ないます。術後5日目頃から頬部痛、鼻閉感、鼻汁などがみられた場合には、上顎洞炎を疑います。ウォーターズXp(写真③)などで上顎洞陰影が確認されたら、植立窩から上顎洞洗浄を行ないます。さらに同時にマクロライド系抗菌剤とは異なる抗菌剤を投与します。細菌検査で細菌を同定し、感受性のある抗菌剤を投与するのが原則ですが、私は、これまでの経験からテトラサイクリン系抗菌剤が有効なことが多く、上顎洞炎の場合よく投与しています。

4. 再ソケットリフトの手技

再ソケットリフトの時期に関して私の方針を説明します。私は最初の手術から1~2ヵ月前後が適切ではないかと考えています。その理由を以下に説明します。

- ① 上顎洞炎を継続していないかどうかの判断が必要ー私の経験では術後2~3週間後に生じたことがあり、術後1ヵ月は経過を観察したほうが良い。
- ② これまでの経験から手術がしやすい時期が1~2ヵ月頃であることー術後

3ヵ月を過ぎると植立窩に骨の新生がみられ、再度の形成が必要となる。

手技の上で最も大切なのはA+B+Cの確実な把握とそれに基づくスパイラルドリルの深さの設定です。A+B+C-2mmにスパイラルドリルの深さを設定します。

直径4mmインプラント植立を前提に説明します。粘膜骨膜弁を頬側、口蓋側に形成します。植立窩は肉芽で満たされています。ラウンドバー、ガイドドリルは省略します。直径2.5mm、直径3.5mmスパイラルドリルでA+B+C-2mmまで形成します。次に直径3mm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+C+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。次に直径3.75mmエンドミルリーマーでA+B+C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。最後に直径4mm用アラームゲージを慎重に挿入しA+B+C+2mmまで挿入します。

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。

リーマーによる拡大形成は省略します。直径4mm、歯根長A+B+Cmm+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うようにします。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

再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います。患者さんに対する注意事項も同様に説明します。約2週間、鼻をかまないこと、強いぶくぶくうがいをしないことです。そして、入浴時や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。

ソケットリフト中止の基準と再ソケットリフト法



写真1



写真2



写真3

- 写真1 上顎洞への迷入
写真2 止血剤(サージセル)
写真3 ウォーターズ法Xp、左側上顎洞内へのインプラント迷入

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

【総論】

咬合の理解と実践が、長期予後の要



AQBインプラント咬合・補綴講座

vol.1

For Relief and Safe Dental Treatment

日本先進インプラント医療学会理事
岡山大学名誉教授

山下 敦 先生

PROFILE

山下 敦 先生
Yamashita Atsushi



大阪歯科大学卒業。岡山大学歯学部歯科補綴学初代主任教授などを経て、現在岡山大学名誉教授、大阪歯科大学客員教授、山下歯科医院院長。国際学頭蓋機能学会(ICCMO)副会長、同日本支部(ICCMO Japan)会長、日本補綴歯科学会・日本顎関節学会・国際歯周内科学研究会の名誉会員など所属学会多数。

【新連載】

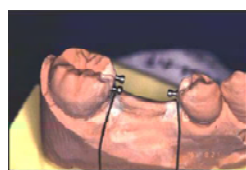
今回から 待望のインプラント治療における咬合・補綴に関する連載がスタートします！
優れた骨結合を有するAQBですが、長期にわたり良好な予後を得るのに不可欠なのが、適正な咬合を理解した上での理想的な咬合の構築です。
そこで、インプラント治療における咬合のポイントと極意を、
AM理事で補綴分野の権威でいらっしゃる岡山大学名誉教授の山下敦先生に、
様々な症例を用いながらご教授いただきます。
今回は連載の総論として、咬合の重要性について先生にインタビューを行いました。

「生体保全の補綴」の理念に合致した AQBインプラント

昭和47年、ブレードタイプインプラントが登場し、我が国のインプラント治療の幕開けとなりました。当時私は生体非侵襲(最小の歯質削除=Minimal Intervention)による欠損補綴の「接着ブリッジ」ならびに「動揺歯の固定」(平成7年2月、高度先進医療に旧厚生省認定)と、接着ブリッジに続く生体浸襲の極めて少ないピンによる欠損補綴の研究に傾注していました。インプラント



接着ブリッジによる欠損補綴



生体浸襲の極めて少ないピンによる欠損補綴

を手がけ始めたのは、残存歯に連結するインプラントが登場してからです。岡山大学でも平成2年にインプラント科を新設し、フリースタANDINGのインプラントが登場するに至って、私自身も積極的に治療に導入するようになりました。隣在歯を削らないMinimal Interventionのインプラント補綴は私の臨床理念である『生体保全の補綴』と合致したからです。

しかしその数年後、オステオインテグレーションの不獲得、ネジの緩み、動揺、脱離など様々なトラブルが発生しました。その対応に苦慮し、もうインプラント治療を断念しようと考えていた時に出会ったのがAQBでした。

AQBインプラントは、実に簡単な術式であり、しかも確実な骨結合が得られる、それまで使用していたインプラントとは違う、手応えのあるインプラントでした。しかも1ピースですから、以前のトラブルの原因となったネジの緩みや破損がない、臨床家にとって非常に有益なシステムです。以来、私もAQB

AQBインプラント咬合・補綴講座予定

1. 総論
「咬合の理解と実践が長期予後の要」
2. インプラントの咬合と機能的咬合系
3. インプラントを失うオーバーロード
4. 単独Imp.と遊離端部Imp.の咬合
5. 前歯Imp.と総義歯Imp.の咬合
6. 歯ぎしりとインプラントの咬合

※2～6は臨床例も合わせて解説します

インプラントを臨床に大いに用いるようになりました。

AQBインプラントは実に簡単な術式で確実な骨結合を得られる



患者にとっての利益とは？ DOSからPOSへ

ところで近年、口腔インプラントは欠損補綴の治療オプションとして確固たる地位を築きつつあります。治療を手がける先生も増加していますが、インプラント治療は医師・疾患中心の医療(Doctor・Disease Oriented System = DOS)でやるのではなく、換言すると儲かるからやるのではなく、あくまで患者・問題中心の医療(Patient・Problem Oriented System = POS)すなわち、患者さんがもつ問題を解決し患者さんが利益を得ることができるからやるのだという理念がなくてはなりません。患者さんがインプラント治療によって得る利益を、岡山大学での研究をもとに6点あげました(図1、図2)。この点を『術者』と『患

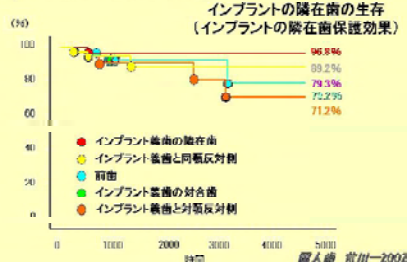
インプラント治療で患者さんが得る利益(図1)

- 1 隣在歯に人的介入がない
(Minimal Intervention)
- 2 初期の欠損に咬合支持を与え欠損が広がらないように食い止めることができる
- 3 局部床義歯のように鈎歯を駄目にしない
- 4 取り外しの入れ歯より物をよくかみ砕くことができる
- 5 口の中に違和感を感じない
- 6 インプラント義歯はかなり長持ちする

インプラント治療で患者さんが得る利益(図2)

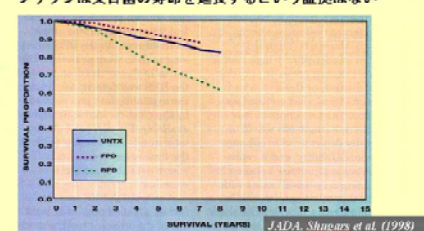
1.隣在歯に人的介入しない

(Minimal Intervention)

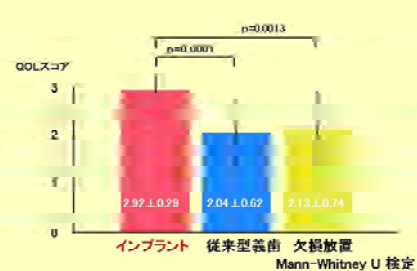


3.局部床義歯のように鉤歯を駄目にしない

中間欠損の場合、可撤性床義歯は鉤歯の寿命を短縮する。ブリッジは支台歯の寿命を延長するという証拠はない

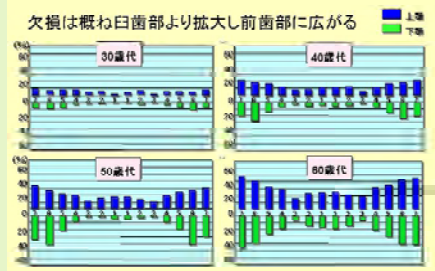


5.口の中に違和感を感じない

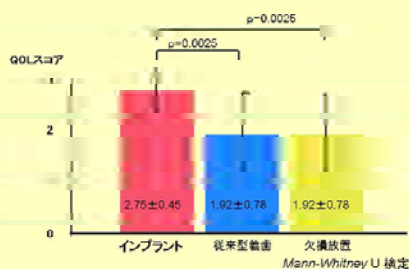


2.初期の欠損が広がらないように食い止めることができる

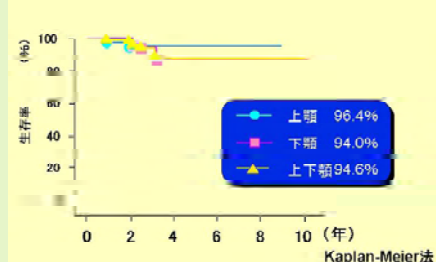
岡大 齋川—2002



4.物をよくかみ砕くことができる



6.インプラント義歯はかなり長持ちする



者』が十分に理解した上でインプラント治療を進めることが、現在の歯科医療においては非常に必要でかつ重要なことだと思います。

また昨今、インプラント治療は様々な工夫の元に臨床応用が拡大していますが、ともすれば、インプラント治療におけるリスクファクターである生体力学的因子への対応方法、すなわちどのような咬合を与えるかについては二の次ぎになる傾向にあることを憂慮します。

インプラントを長期に機能させ、POSを実現するためには、どうすればよいか考えてみましょう。

インプラントの生存率(図3)

オーバーロードと関係するファクター

- 1 歯列顎堤の持つリスク
- 2 咬合(下顎位、咬合調整など)
- 3 パラファンクション(歯ぎしり)
- 4 インプラント周囲炎

このうち歯列・顎堤の持つリスク(図4)では、抜歯後の歯槽骨の吸収や骨質、骨量の変化を十分に理解することが必要でしょう。そして咬合の理解と実践でインプラントの生存率は飛躍的に向上することもわかっています。では、イ

ンプラント治療における咬合はどのようなであれば良いのでしょうか。

インプラント治療を考える時、まずインプラント体自体には、確実な骨結合とインプラント同士の連結であることが求められます。この点、AQBの骨結合の優位性は、多くの臨床家が支持を広げていることから立証されています。

次ぎに上部構造に付与する咬合です。咬合の理解を深めて優れた特性を持つAQBで、より長期にわたる機能を保持しPOSを実現するために、これから数回に分けてインプラントの咬合についてお話ししたいと思います(談)。

サバイバルレートを上げる治療のポイントは咬合にある

一般的にインプラント治療における生存率・サバイバルレートは、5年で95～100%と言われます。またサバイバルレート10年以上の症例ではその何%かが破損など機械的合併症と支持骨の吸収など生物学的合併症を発生しています。

これらにおける生物学的合併症の原因は「主にオーバーロードである」との報告があります(Espositoら)。オーバーロードと関係するファクターを4つ挙げました(図3)。

歯列・顎堤の持つリスク(図4)

■歯槽骨の吸収 (Atwood JPD 1971)



・抜歯後経過: Width ⇒ Height

■骨量 (Misch, Judy 87)

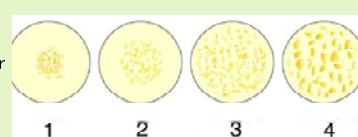


A B B-w C-w Ch D

- A 多くの骨 (Abundant Bone)
- B 十分でない骨 (Barely sufficient bone)
- C 支障をきたした骨 (Compromised bone)
- D 不十分な骨 (Deficient bone)

■骨質 (Lekholm, Zarb 85)

- Ant Mx/Mn good bone quality, fair prognosis
- Type 1,2,3



- I - Thick cortical bone
- II - dense trabecular bone with thick cortical bone
- III - dense trabecular bone thin cortical bone
- IV - loose trabecular bone with thin cortical bone

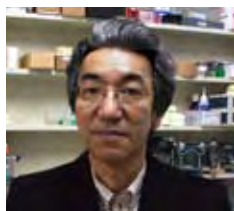


Change from other Implants to AQB

AQB に変えました

「AQB に変えて

▶ オペが1回で済むのは患者さんに大きなメリット



高橋 康則 先生

「AQBはこれからさらに伸びていくんじゃないかと思いますよ。最近改めて使うようになって、非常に良いインプラントだという実感を持ちました」

こうお話されるのは、北海道苫小牧市の歯科医師会会長もお務めの高橋歯科医院院長の高橋康則先生です。先生は、インプラント治療歴20年以上、日本インプラント学会専門医の資格も持ちます。サファイアインプラントに始まり、I、Mなどのシステムもご経験、AQBも10年以上前から導入しました。しかししばらくの間、臨床に用いなかった経過をお持ちです。

「もともとAQBに不満があって中断したわけではないのです。何年前まで2

ピースが主流だったでしょう。私もそちらに興味を持ったものですから。でも最近のインプラント治療の潮流は1ピースにあります。私も再度使うようになって、1回でオペが終わることが患者さんにとって非常にメリットがあり、QOL 向上に貢献できるのだとAQBを改めて見直しました

高橋先生は3月9日に苫小牧市の新中野歯科医院で行われた「北海道臨床研究会」に、今回初めてご参加されました。

「AQBを用いたソケットリフトやサイナスリフトも、津山泰彦先生のオペ見学で拝見してみようと思ったのですが、非常に勉強になりました。あれだけ臨床経験が豊富な先生が、技工に走った手技を



明るい院内ではスタッフが連携し、診療にあたります。



苫小牧市の閑静な住宅街の一角にあります。

用いずに、あくまで基本に忠実に施術していращやる。臨床家はこうでないといけないかと再認識しました。頭が下がる思いがしましたね」

高橋歯科医院は歯周治療、補綴、インプラントと自由診療がメインの医院です。

「歯科医は患者さんの10年後、5年後を見極めた治療をしていかなければいけません。そのために最善の方法を選択しながら医療に携わっていきたいですね。AQBはよい結果を得られる優れたインプラントです。あくまで手技に忠実に用いていけば臨床家の力になると思いますよ」

力強い励ましの言葉をいただきました。

●東京都杉並区●

小笠原歯科クリニック



高井戸駅から徒歩近い、住宅街に建っています。

京王井の頭線、高井戸駅から徒歩5分ほど歩いたところにある小笠原歯科クリニック、院長の小笠原任先生にお話を伺いました。

「骨との結合が大変早いところに魅力を感じ、AQBを導入してからちょうど1年くらいになります。以前使っていたIよりも、オペ時のパーツの種類が少なくて済み、手技がシンプルなので、大変使いやすいですね」

先生は、感想をこう続けてくださいました。

▶ 他社にない安心感。全面的に信頼し使っています

「チタン系インプラントは、きっちり隙間無く埋入したつもりでも、切開してみると付いていなかったり、逆に回すと抜けてしまうなどということもありました。それでは、患者さんとの信頼関係にも影響します。その点、AQBはしっかりと固着し、見た目でも、『カンカン』という音でも固着を確かめられるので、非常に安心感がありますね」

「専門医の杵渕孝雄先生にオペ後のサポートをしてもらうこともあります。アフターフォローがしっかりしているので、口腔外科専門でなくてもセミナーやサ



すっきりとして清潔感のある小笠原歯科クリニック受付。



小笠原 任 先生

ポートシステムを活用すれば安心して治療に取り組めるところも、他社にはない魅力ですね。全面的に信頼し、使っています」

“至誠一貫”をモットーに、高井戸で開業して20年、患者さんの中には、10年、20年と通われている地元の方も多くいらっしゃいます。

「心のこもった診療、患者さんの立場に立った治療」は開業から一貫して変えないようにしています」

とおっしゃる小笠原先生。ご高齢の患者さんの治療後、丁寧に治療説明をし、玄関に出て見送っていращやったお姿に、先生の真情を拝見しました。

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)



骨結合の威力でインプラント治療に積極的に



友辺 芳明 先生

「もともと、インプラント治療は 20 年前から取り入れていました。ただ私自身、予後の問題等からインプラントに疑問を感じていたため積極的ではなく、患者さんからご要望があった時にしか治療を行っていませんでした」

こうお話されるのは、大阪市生野区、友辺歯科医院の友辺芳明先生です。

「そろそろ本格的にインプラントに取り組もうと思っていた矢先、タイミングよく訪れた AQB の営業に勧められ研修会に参加、導入に至りました。また、“敵に塩を送る”ではないですが、HA 系他社インプラントの営業マンが、『HA インプラントのうち、結晶性に優れた HA

が使われているは、うちと AQB だけです』と言っていたんですよ。それもあって(笑)、やっぱり AQB はいいんだと導入を決めました」

実際に施術された感想をこう語ってくださいました。

「AQB はオペの際、歯頸部のギャップがわずかであれば、GBR 等を行わなくてもきちんと骨ができており、骨伝導能力の威力を実感しています。以前使ってい

●大阪府大阪市● 友辺歯科医院



大阪市生野区の住宅街の一画、地域の方たちが気軽に訪れる歯科医院です。



スタッフの方々と友辺先生

たチタン系の P は、きつくグッと入れ込む感じで埋入していましたが、AQB は逆にある程度ルーズに入れてちょうどいい。骨結合の力を借りて難症例の壁を乗り越えやすく、オペのストレスが軽減されましたね」

友辺歯科医院は、子どもからお年寄りまで、周辺住宅街を中心に地域の方々が多く訪れる人気歯科医院です。

「これからも、地元の方々に気軽に来院してもらえ、地域に好かれる医院を目指していきたいですね。患者さんのご要望に応えるという意味でも、AQB も非常に役立ってくれています。予後のよさで患者さんにもインプラントをお勧めしやすくなりました」

笑顔でこう語ってくださいました。

「勤務医時代には P、M、また、慶應義塾大学医学部歯科口腔外科学教室時代には I などさまざまなメーカーのインプラントを使った経験がありますが、AQB は“武器”になる部分が非常に多いですね」

こうお話されるのは、富士山が一望できるまち、静岡県富士市の KEIO デンタルクリニック院長の鈴木一成先生です。AQB のメリットを詳しく伺ってみました。

「特に、抜歯即時埋入の場合に大変使いやすいインプラントだと思います。中間歯欠損でロングパターンの場合など、3、4 本連結して一緒に TEK を装着できるので、審美的な回復が早く、非常に役立っています」

●静岡県富士市● KEIO デンタルクリニック



鈴木 一成 先生

「また、これはスタッフの意見なのですが、ツールがきれいに色分けされている、オペ時にアシストする際に、とても見やすく使いやすいそうです」

KEIO デンタルクリニックでは、患者さんに上部構造を装着する日、その場で新鮮なリングをかじってもらい、義歯との違いを体感していただくそうです。

「患者さんはしっかりと自分の歯で噛めることに非常に感激されます。1 ピース AQB は、上部構造装着までが早く、すぐに白い歯が目に見えるようになるので、患者さんも安心感があるようです。シンプルでご説明しやすいですし、私は大好きですね(笑)。AQB 導入後、インプ

ラントのご説明をすると、その場で即決してくれる患者さんが増えました」

鈴木先生は、ICOI (国際インプラント学会) や DGZ I (ドイツ国際インプラント学会) の認定医資格取得の際にも AQB を用いた症例をご発表され、日々研鑽を積んでいらっしゃいます。これから導入をお考えの先生方にアドバイスを伺いました。

「インプラントは患者さんにとって、咬合回復だけでなく、メンテナンスをするごとに口腔内全体のケアもできるメリットのある治療です。骨の状態をしっかり理解した上で治療をすれば、AQB はとても使いやすく、確実なインプラントだと思いますね」



院内には患者さんへの心遣いが光ります。



Change from other Implants to AQB

AQB に変えました

▶ 1 ピースでシンプルな術式と、コスト力が魅力です



和田 英樹 先生

「2 年程前に、他のセミナーで仲良くなった先輩の先生と一緒に色々なインプラントを検討した結果、AQB がよさそうだと丹羽健先生のベーシックコース研修会に参加したことがきっかけで導入しました。ちょうどその際、以前使用していた P では経験したことのない前歯部の抜歯即時症例が出て、出張オペを丹羽先生が快く引き受けてくださったことも大きいですね」

こうお話しくださったのは、静岡県浜松市・わだ歯科クリニックの和田英樹先生です。実際に施術されたご感想をこう続けてくださいます。

「やはり AQB は 1 ピースであり、シン

プルな術式が魅力ですね。P の 2 ピースでは埋入後、接合部でネジが緩んでドキッとしたことがあり、結局 3 症例しか扱いませんでした。AQB1 ピースではそういった心配がなく、マニュアル通りにきちんと手技を行えば、しっかりと付きます。コストも低いので、患者さんにある程度の価格で提供できるところも大きなメリットです」

信頼してきてくれる患者さんには、常に満足してもらえるような治療や接し方を心がけていらっしゃるという和田先生は、最後にこんな心強いお言葉をくださいました。



口腔ケア用チェア。明るく気持ちよい空間で、患者さんはケアを受けられます。

●静岡県浜松市● わだ歯科クリニック



玄関には植物が植えられ、和やかな印象です。

「勤務医時代、インプラント治療の経験もなく、自費診療にすぐ抵抗感がありました。しかし AQB を始めてみると、初めに手掛けた抜歯即時症例の患者さんが満足してくれて今度は上顎も希望されたり、施術した女性の患者さんが、旦那さんにも連れてきてくれたり、患者さんに喜んでいただけるメリットは大きいですし、症例を積んで行く中で勉強になることも多いですね。新しく学会 (AIM) も発足されましたから、これからも少しずつ研鑽を積んでいきたいと思っています」

●新潟県村上市● エクセレント歯科クリニック



2008 年 4 月 1 日に、周辺 5 市町村が新設合併したばかりの新潟県村上市・エクセレント歯科クリニック院長、佐藤大志先生にお話を伺いました。

「以前使用していたチタン系の S システムは、上部構造装着までの過程が長く、何ヵ月もかかることに問題を感じていました。そんな折、東京神田にあるヒロシデンタルクリニック院長・山田博司先生に AQB インプラントを紹介していただきました」

導入後、実際に使用された感想を話してくださいました。

「AQB 導入後、インプラントの治療期

▶ AQB 導入で治療期間が格段に短縮！

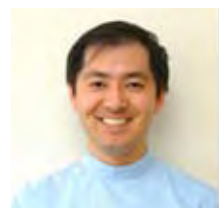
間が格段に短くなりました。シンプルな術式によるオペ時間の短縮に加え、骨との固着が早く、短期間で初期固定が得られます。また、印象採得の際に特別な操作や材料が必要ないので、非常にスムーズに治療が進みますね」

治療を受けた患者さんからの評判もよいそうです。

「近隣の歯科医院でインプラント治療を受けた人よりも、早く噛めるようになったというご感想をいただいています。患者さんにとって、やはり短期間で咬合を回復できることは大きなメリットですね」



佐藤先生を囲んで、スタッフのみなさんと。



佐藤 大志 先生

エクセレント歯科クリニックでは、訪れた患者さんにまずオーラルツアーを行い、口腔内の健康状態を把握してもらいます。また、随時初診患者セミナーを行い、予防歯科医療の地域への啓蒙活動を行っています。

「痛い時、困った時にだけ歯科医院に飛び込む、従来型の歯科診療スタイルでは日本人の歯は悪くなってしまふ。歯は自分の管理によって健康が保てることを知ってもらい、患者さんのデンタル IQ を高めることに努めています」

今では先生の取り組みが地域でも話題になり、いつまでも健康的な口元でいたいと患者さんに大変喜ばれているそうです。



岡山県美作市、野亀歯科医院院長の野亀一宏先生がインプラント治療を始められたのは、数年前に大病をされたことがきっかけでした。

「ある日突然心筋梗塞で倒れ、そのまま何日間かICUに入りました。幸い、通常の生活が送れるまでに回復しましたが、せっかく回復できたのだからこのままではいけない、何かしなければと思っていた矢先、義歯の調子が悪いという患者さんに『先生にインプラントをやってほしい』と言われたのです」

一念発起した先生はさっそくPシステムを導入、その患者さんに施術されたそうです。「ところが、初期固定までに半年かかりま

●岡山県美作市●
野亀歯科医院



▶ メリット大きい AQB で、患者さんを喜ばせたい



野亀 一宏 先生

した。その後二次オペを行うので、信頼し依頼してくれた患者さんに負担をかけ、大変申し訳ない思いをしました。結局、数症例経験しましたが、どれも治療期間が長く、もっと付きが早く患者さんの負担にならないものはないかと探していました。そんな折、この新聞を見て AQB を知ったのです」

営業に説明を聞いた先生はすぐに AQB を導入、感想をこう語ってくださいました。

「オペ後 2 ヶ月もすると、びくともせずにしっかり骨と結合しており、叩くと『カンカン』といい音がするのはうれしいですね。こんなに短期間でしっかりと付くのであれば、患者さんに対する勧め方も違ってきます。営業担当もこまめに来て

くれてありがたいですし、今では、インプラント導入時に AQB を知っていればよかったなと思いますね」

岡山の県北に位置する美作市はお年寄りが多く、義歯に不具合を感じ、インプラントを希望される方も多いそうです。

「病気をしてから、私には歯医者しかできないのだから、やるからには患者さんを喜ばせたいと強く思うようになりました。これからも患者さんにとってメリットの大きい AQB で、施術後のメンテナンスも含め、インプラントに力を入れていきたいと思っています」

穏やかな笑顔でお話してくださいました。



スタッフのみなさんと。みなさん和気あいあいとした雰囲気です。

▶ AQB インプラントで“究極の予防治療”を実践



赤沢歯科医院のスタッフのみなさん。

「以前使っていた E インプラントは、補綴処置までに上顎は 5~6 ヶ月、下顎は 3~4 ヶ月かかり、またコストが治療費用に影響してしまい、患者さんにインプラントのご説明をしても必要性をわかってもらえないことが多かったですね」

こうお話しされるのは、秋田県横手市・赤沢歯科医院院長の赤沢茂樹先生です。そんな折、たまたま地域のスタディグループで AQB の講習会を受けた先生はその後、佐藤孝治先生のベーシックコース研修会に出席し、AQB を導入されました。

「初期固定までの早さと、骨結合の良さが決め手になりました。実際使ってみると何しろ早い。植立から 1 ヶ月半で上

部構造が装着できた症例もあります。今までとこんなに違うのかと驚きました」

「植立後、患者さんが誤って噛んでしまっ

て骨吸収を起こし始めた症例等でも、スーパーボンドで固定したところ、再結晶化 HA の骨誘導能によりしっかりと結合してきました。AQB はリカバリーできるところがすばらしいですね。チタン系インプラントではこうはいかなかったでしょう」

横手市で先生のお爺様の代から三代続く赤沢歯科医院は、昔からの患者さん

●秋田県横手市●
赤沢歯科医院



赤沢 茂樹 先生

も多く通われています。

「患者さんには、生涯に亘り自分の歯を残す大切さ、予防の大切さを知ってもらいたいと思っています」

先生にとっての、AQB の役割をうかがいました。

「インプラントは他の歯を長持ちさせる“究極の予防治療”です。AQB に変えてから、特に部分床義歯の患者さんにご説明をすると『こんないいものがあるのか』とご選択いただくことが多くなりました。実は私もインプラントを入れています。自分の体験も踏まえ、しっかりと物を噛める喜びを、患者さんにお伝えしていきたいと思っています。患者さんに喜んでもらうことが、私の喜びですね」

患者さんのためにという、先生の真摯な姿勢が伝わってきました。

●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。

今回は北海道札幌市のおおつか歯科・大塚裕也先生をご紹介します。

Q: AQBを導入したきっかけを教えてください。

大塚先生 13年前に札幌で行われたAQBベーシック研修会に参加したのがきっかけです。講師の實田博先生のエビデンスに基づいた解説に納得して導入することにしました。AQBを実際に使ってみると初期固定が良いのに驚きました。他インプラントで失敗した症例でもAQBだと最終的に生着する、頼りがいのあるインプラントシステムで、口腔外科出身の人間としてフィーリングがあとと感じました。

Q: 先生はAIM専門医、オンラインサポート指導医として多くのユーザーの先生から術前、術後診断のご依頼があると聞いています。それら診断の最近の傾向などを教えてください。

大塚先生 特に最近感じているのは、インプラントの植立自体は成功しても、咬合回復後の変化まで視野にいれた術前計画がなされていないケースが、時々見られることです。インプラント治療を行うと劇的に咬合状態が変化しますが、それにより咬筋と内側翼突筋が発達し、顎位の変化も見られます。この点を考慮しないで施術を行った場合、2、3ヵ月後に「内側翼突筋と補綴物が接触し患者さんが違和感を感じているのだが」という相談を受けることがあります。そのようなケースは、歯の頬側を少し削ってあげれば解決します。

←おおつか歯科のHP、オリジナル動画で噛み合わせを説明しています

専門医の診断

依頼内容 患者さんは左上2の歯根が割れており、継続歯が何回もとれるうえに噛み合わせも悪く、前歯が出っ歯な感じがすると訴えています。AQBを用い全体的な咬合の回復を図りたいと考えています。治療計画はどのようにすればよろしいでしょうか。

大塚先生 パノラマX線写真画像では、左側67欠損で左の十分な支えがなく左の前咬みが強いために、左下の犬歯の突き上げで、左上2の歯根破折に至ったものと考えられます。まず治療計画としては術前に左下Brのダミーをカットし、左上2を抜歯します。次週に左下67にAQB1ピース・4MM2本が4102を2本、同時に左上2にも4102を植立します。インプラント固定後、両側の臼歯部の噛み合わせを挙上して、前歯の傾斜を起こします。これで出っ歯な感じを修正して補綴し直した後に、全体の咬合状態が落ち着いてから最終補綴に入るとよいでしょう。顎位は術後右に変化が予想され、左内側翼突筋が変化して内側に狭くなる場合があるので注意が必要です。左関節部の回復後、補綴物が低く感じる場合がありますので注意してください。



おおつか歯科(北海道札幌市)
院長 大塚 裕也 先生

■PROFILE■
明海大学歯学部卒業、防衛医科大学口腔外科、自衛隊中央病院、広島大学歯学部保存科などを経て1996年から現職。全身咬合学会会員。

治療計画を立てる上でこのような点を加味した咬合の回復を図らないと、インプラント体にも過度な応力が及び、骨吸収などを生じ結果、治療が失敗に終わってしまうことも考えられるでしょう。噛み合わせの変化や筋肉の変化を十分に予想した上での治療計画が重要だと感じています。

Q: 今後、先生はどのようなことに力を入れて行きたいですか。

大塚先生 優れた特性を持つAQBインプラントによる良好な咬合の回復を図り、またこれを広めて行きたいですね。AQBにはオンラインサポートなど便利な機能があります。ぜひ利用して患者さんのQOL向上に貢献していただきたい。そのためのサポートにも傾注したいと考えております。

大塚先生への術前診断の内容をお伝えします



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



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 FUKUOKA

すぐにでも役立つ実践的な講義が大人気

当社では、AQBの手技を習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、4月13日(日) 福岡県福岡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 (福岡県福岡市・福岡センタービル)
- 講師：松本恭宜先生 (マツモト歯科クリニック院長)

am 10:00

AQBの特長と治療の流れを解説

「今日はすぐにAQBを始めようとしている先生が多いと聞きましたので、実践的にわかりやすく、なるべく多くの情報をお伝えしていくつもりです。講義のどのタイミングで質問してもらってもかまいません」

4月13日(日)、福岡センタービルで行われたAQBベーシック研修会で、講師の松本恭宜先生はこう述べられ講義を始めました。まずインプラントの種類、AQBの特長から講義は進みます。

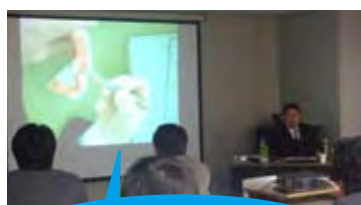
「AQB発売当時、1ピースタイプインプラントは“異端”だと言われていました。しかし今では主流



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

になりつつあります。1ピースの場合、マイクロギャップがないので破折や細菌侵入のリスクが軽減され、加えてシンプルなシステムによる低コストと術式の簡便



手元を小型カメラで映し出し、デモをしながら歯肉切開のポイントを説明されました

お昼休みには先生を囲み、参加者の方々の話がはずみます



pm 1:00

手技の実際を経験をもとに紹介

「お昼直後は眠くなる時間なので」という先生のお計らいでまず、歯肉模型とメスを用い、歯肉切開のデモをwebカメラで映し出しながら講義は進み、参加者の先生方は具体的な切開をイメージされながら、スクリーンに熱心に目を向けていました。

その後は実際に豚骨を用いた植立実習です。まず松本先生による手技見本の場面では、一つ

さの実現、GPにとって“安くて簡単”に越したことはないですね

AQBのメリットをこう強調された後、講義は治療計画、基本術式の説明へと移り、先生はご自身の、マツモト歯科クリニックでのある日のオペ風景をスライドで紹介しながら、基本的なオペ手順から具体的な装備や器具等をご説明されました。要所所で質問受け付けの時間を取り、参加者の方々の理解を確かめながら講義は進みました。

講師ひとこと interview

『一日でも早く導入するために、研修会を活用してください』 松本 恭宜先生

AQBは、基本的な知識や技術さえ押さえれば良好な結果の得られる、メリットの多い非常に優れたインプラントです。導入をお考えの先生には、これからの医院経営や患者さんのニーズという観点からも、一日でも早く導入することをお勧めしたいですね。

AQBにはこのような充実した研修会が全国で行われています。研修会では、講師の先生方がそれぞれのカラーで有意義な講義をしてくださいますので、多くの研修会に出て、多くの学びを得ることも一つの選択肢ですね。私の研修会では“GPによるGPのためのセミナー”という視点で、「明日からすぐにでも役立つ実践的な講義」を心がけています。AQBの基本的な技術や知識を正しく習得し、これからの治療に活かすためにも、ぜひ研修会を活用してください。



Dr. Yasugi Matsumoto

臨床例

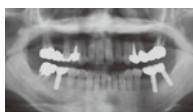
【下顎臼歯部症例】

患者：36歳、女性

【術前】



【術後】



■ PROFILE 東京歯科大学卒業、同大学院博士課程修了、歯学博士。東京歯科大学助手、国保国吉病院歯科医長を経て、1997年マツモト歯科クリニック開業。日本歯周病学会歯周病専門医、日本先進インプラント医療学会(AIM)専門医。



松本先生の説明にみなさん真剣に聞き入ります。手技説明の合間には、実際に先生が使っているオペ器具をご紹介。先生方は熱心に手に取り、オペ装備の実際を勉強されていました



植立実習ツール一式

一つの手技手順のポイントを実際に行いながら、丁寧に説明されます。

「フラップをきちんと開けること、ステントとX線写真をきちんととること、そしてそのステントとX線を基にインプラント体のサイズや距離をきちんと測ること。このポイントさえきちんと守れば、大きな事故が起こることはまずないでしょう。ご覧になった通り、AQBは手技のステップが少なく、また他の製品と違いきっちりと骨に結合するので、基本さえ守れば、オペを怖がることはありません」

また、説明の合間にはご持参



松本先生が普段使用されているオペ器具

した、普段先生が実際に使用されているオペ器具が実際に使用されているオペ器具方、参加の先生方は次々と手に取り、装備についても熱心に学ばれた後、豚骨を用いた手技実習へと進みました。

お互いに植立の様子を確認し合いながら、真剣な面持ちで何度も練習されていました。



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

■敷居が高いイメージが払拭しました



福岡県福岡市
平岡 貴紀 先生

今回、知り合いの先生からの紹介で参加させていただいたのですが、松本先生の講義を聞き、AQBはこんなに簡単にできるんだという印象を持ちました。短い6mmサイズも扱えることと、骨結合が早いところに魅力を感じましたね。他社セミナーや雑誌等でインプラントは難しいというイメージばかり先行していましたが、今回、ポイントさえ押さえれば、AQBは敷居の高い治療ではないことがよく理解でき、そのポイントをしっかりメモしておきました。特に臼歯部の症例等から、前向きに検討していきたいと思います。

その後は、先生が実際に手がけられた症例の紹介と一緒に、補綴方法やデンチャーとの併用等、さらに植立のための具体的な講義が続きました。質疑応答の時間には、「インプラント

体の径や長さの選択基準は」「ステントには

何を用いていますか」「保証期間についてはどう設定したら」等、次々と実践に即した質問が続き、先生はその都度、惜しみなくご自身の経験を踏まえたご回答をしてくださいました。

「インプラントは工夫次第で色々な症例に適応できます。患者さんの生

■最もわかりやすく、実践的な研修会



大分県中津市
角野 太一 先生

過去にも他社のセミナーを何回か受講したことがありましたが、今日は最もわかりやすく、印象的な研修会でした。今回はAQBを実際に導入するつもりで参加したので、松本先生の実践的な講義は大変役に立ちました。インプラント導入を決意するまで色々と思い悩んできましたが、患者さんからの要望も多く、今日の講義を聞き、治療の選択肢の一つとして、インプラント治療が必須のものだという認識を新たにしました。これから、患者さんのご要望に応えながら、適切な症例を選び、治療を重ねていければと思います。



参加者からの質問には、その都度、丁寧かつ熱心に答えてくださいます



活様式や咬合形態に合わせ、様々に応用していったほしいですね。そして、スタッフの方と一緒に一つのチームとして、ご自身の医院に合ったシステムを構築し、明日からでもすぐに、AQBを治療に役立てていってほしいと思います」

松本先生はこう話され、参加者の先生方は充実の一日になったようです。

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

AQB 2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
- アパ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

コーディネーター認定コース

インプラントコーディネーターに必要な知識・手技を習得するコースです。

【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
- 患者様とのコミュニケーションテクニック

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