

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

For Relief and Safe Dental Treatment
GPのための1ピースAQB講座 ●その1

「インプラント治療の一連の流れ」

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いただきます。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ういう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 surgical 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。

■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、植立条件のよ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を固定源として連結固定し、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HA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工法(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ンテナンス、半年後、1年

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。

