

Series of Simple Implant AQB新聞 連続紙上講座

For Relief and Safe Dental Treatment

「植立手術」

①

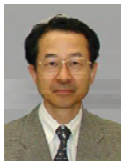
GPのための1ピースAQB講座 ●その6

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・歯科口腔外科科長などを経て、現在、杵渕歯科医院院長。東京医科歯科大学非常勤講師を兼務。

杵渕孝雄先生の新連載【GPのための1ピースAQB講座】、第6回目は、植立手術に入ります。今回は、①清潔な口腔外科手術の基本 ②切開、剥離 についてご説明いただきます。治験から20年近く1ピースAQBを施術され多くの症例をお持ちの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。AQBインプラントを、より安全に！より確実に！そして予後良好に！明日からの臨床に、ぜひご活用ください！！

※これまでの連載はAQBのホームページ
<http://www.aqb.jp/>に掲載しています



はじめに

1ピースAQBインプラント治療の一連の流れ(右表)の「1. 診断と治療方針の立案」が4回シリーズで終了し、やっと本題の「2. 植立手術」の番が回ってきた。これこそ5～6回に分けて1年がかりで執筆することになりそうである。

今回は、①清潔な口腔外科手術の基本 ②切開、剥離 にテーマを絞って、考慮すべき要因や注意点を述べてみようと思う。すなわち、ツールセットの器具を使う以前の段階ということになる。

① 清潔な口腔外科手術の基本

よくインプラント手術は、専用の手術室を作り、無影灯や空気清浄機を備え、大病院のオペ室用の本格的な術衣を着用し物々しく行うような写真がインプラント関連雑誌に載っている。またそうあるべきと指導するインプラントメーカーもある。筆者は三井記念病院歯科口腔外科時代、手術室で行う全身麻酔下でのいわゆる口腔外科手術では、そういう出で立ちで行っていた。しかしインプラント植立術については、例外的に行われた全麻下での一括多数歯植立術などを除いて、一般に外来で局麻下にて通常の歯科口腔外科手術として行っていた。すなわち埋伏智歯の抜歯や歯肉剥離搔爬手術などと同様のスタイルで実施していたし、開業してからそのスタイルで実施していて特に感染が起きやすいとは思っていない。よく雑誌で見る写真は物々しい出で立ちで、高級感や高価なイメージを患者さんに与え、高額な治療費を戴くためのパフォーマンスとしか筆者には思えない。要はきちんと清潔のチェーンを切らずに行うかであり、それは術衣を着ているか否かではない。とはいっても、大学や病院で口腔外科的トレーニングの機会がなかった先生方の中には、清潔のチェーンという観念が比較的乏しく、術後感染を起こ

GPのための1ピースAQB講座(表1)

- はじめに 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①
 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

して抜去のやむなきに至る可能性も考えられると思うので、いかにしたら清潔な外来口腔外科手術ができるかという話をしようと思う。

まずは手術以前の問題として、患者さんの口腔内が清潔である必要がある。あらゆる歯科治療のベースは患者さんのブラークコントロールのレベルアップから始まる。これはインプラント治療においても例外ではない。いや、それどころか最もハイスコアの清掃レベルがインプラント治療前に達成されていなければならぬ。すなわち口腔清掃がきわめて良好な患者さんへのみ、インプラント治療という選択肢があるといえる。不幸にしてそれまでの生涯で、素因、環境、教育(口腔清掃指導)に恵まれず、慢性歯周炎として残存歯の歯周組織の健康が損なわれている場合も、来院後の初期治療の段階で、徹底的な口腔清掃指導、除石治療、骨縁下ポケットに対する歯周外科治療により、健康な歯周組織を取り戻している必要がある。ブラークだらけで、ポケットからの排膿や残根の放置された口腔内にインプラントを植立するなど言語道断である。

研修会講師をやっているのだから、よく症例相談を受ける。来月植立予定という模型、X線像や口腔内写真を見せられて、歯周初期治療や根管治療をやってから植立計画を立てるのがよいのではと辛口にコメントすること多い。口腔清掃のレベルが上がった患者さんへは、来院前によく口腔清掃し、術野の口腔内が清潔に保たれているので問題ないが、その時たまたまブラークで汚れている場合は、そ



の場でブラッシングをしてもらってから手術に入る必要がある。

次に外来手術スタイルであるが、簡単な歯科小手術なら歯科用ユニットのターンテーブルの上に置いたトレーに器具を並べることで事足りるが、埋伏智歯の抜歯、歯肉剥離搔爬手術、歯根端切除術、インプラント植立術などいわゆる歯科口腔外科手術はそれでは不十分である。手術の機械器具を並べるスペースが狭すぎ、器具が重なり合って必要とする器具がすぐに探せず、そのうち器具やトレーが転がり落ちて不潔になったりし易い。また何にも増してストレスが多く、手術時間も長くなる。それゆえ、どここの診療所にもあると思われるが、キャスター付きの引き出しのあるワゴン(サブテーブル)の天板を利用し、そこをアルコール綿で清拭し、その上に滅菌した敷布を被せ、その上に手術の機械器具を並べるとよい。広いので機械器具が重なり合わずひと並びで一目瞭然となり、転がり落ちることもないので清潔を保つことができる。敷布はビニールコーティングの使い捨ての紙製でもよいが、筆者の診療所では布製のものをオートクレープで滅菌して繰り返し使用している。ちなみに敷布の上に並べる器具はオートクレープ後に壁の殺菌灯付きの機械棚に格納してあるものや、滅菌バックを開けて列べるものなどで、手術ごとにリストができていて、アットという間に歯科衛生士さんが準備してくれる。また穴布は紙製や既製品のものでは小さすぎる。埋伏智歯の抜歯など口の中でタービンを回す手術では血液が広い範囲に飛び散り、患者さんの衣服を汚す危険性があるので十分な大きさの穴布



が必要である。筆者は特注で作ってもらった(株)ナガイレーベン製造)穴布を使い重宝している。毎日オートクレープ滅菌しても、4、5年の耐久性はある。また、エンジンのマイクロモーターとホースはいくらアルコール綿で清拭してもそのままでは不安が残る。滅菌したエンジンのハンドピースを接続したのち、その上からストックネットのカバーを被せると安心である。ビニール製のディスポの製品はあるようであるが、メリヤス編みの布を買ってきてチューブ状に縫製、端に紐を付けるといった簡単な裁縫で作ることができるのでお勧めしたい。これなら繰り返しオートクレープにかけられる。これらの配慮で清潔な口腔外科手術の環境が整えられる。



② 切開、剥離

インプラントの植立予定部位の顎堤頂部に切開を入れ、唇(頬)側と舌(口蓋)側に顎堤粘膜骨膜弁を剥離して顎骨を露出させるということが最初の手術操作であるが、この基本的な手術操作にも多くの考慮すべき要因や注意点がある。見るからに立派な顎堤が残っており、角化性粘膜も十分ある場合には、対合歯との三次元的関係を観察して、植立予定部位の中心を通る顎堤頂部切開でよいが、実際は抜歯後に唇(頬)側部が陥凹していることが多く、また角化性粘膜も少なく、特に下顎臼歯部の顎堤では顎堤頂部をわずかに超えると頬側は可動性頬粘膜となっていることが多く、遊離端欠損の場合にはそれが顕著となる。インプラント周囲粘膜は天然歯の付着歯肉のように角化性粘膜で取り囲まれている方がインプラント周囲組織の健康を保ちやすい。そのように角化性粘膜が少ない部位でも頬側の顎堤粘膜骨膜弁の縁に角化性粘膜を最低でも1mm幅付けなければいけないので、顎堤粘膜頂部の切開線はインプラント植立予定部位の中心よりかなり舌側に位置することになる。そのような部位ではサー

キュレーナイフで十分に顎堤粘膜のトリミングができず、特殊な減張切開で対応することになるが、それについては後に縫合の段で説明する。

顎堤粘膜頂部の切開線は隣在歯まで達し、その隣在歯では歯肉縁切開を行って唇(頬)側と舌(口蓋)側に顎堤粘膜骨膜弁を剥離するのであるが、顎骨形態が抜歯後十分な年月が経ち蒲鉾型になっている場合はツリと簡単に剥離できるが、抜歯窩の形態が残っていてその結合組織が粘膜固有層とつながっている場合や歯槽骨の鋭縁が残っていて、顎骨形態がデコボコな場合など単純な剥離が困難で、無理に行くと粘膜がズタズタにちぎれたりするので、そのような場合にはメスで結合組織を切除しながら剥離したり、近心隣在歯の頬側付着歯肉部に縦切開を入れ、そこから剥離した方がよいこともある。いずれにしても骨と骨膜の境をよく見ながら剥離しないと骨膜を不必要に挫滅させることになり、術後の炎症や治癒に大きく影響する。そのため、剥離子は1本ではなく、剥離できたところまでを1本の剥離子を金鈎のように使って明示しておき、もう一方の手で2本目の剥離子を骨と骨膜の間にに入れてペロリと剥離することが重要である。



また近遠心隣在歯(天然歯の場合もインプラントの場合も)にMBCrのような審美的な補綴物が入っており、術後に歯肉退縮を起こしてブラックマージンが出ないようにするため、顎堤粘膜頂部の切開線が隣在歯に達する1.5mmから2.0mm手前で唇(頬)舌(口蓋)側にY字形に分かれる切開をすることもある。筆者はこの切開をY字切開と名付けて審美補綴の歯以外にも多用している。そのメリットとして、隣在歯の審美性の維持のほか、剥離した顎堤粘膜骨膜弁に対する近遠心側からの血行の早期回復や、サーキュレーナイフによる粘膜切除量の最小化による唇(頬)側角化性粘膜の温存などがある。これらの切開、剥離時の配慮で、術後に好ましいインプラント周囲粘膜が形成できる。