

Series of
Simple Implant
AQB新聞
連続紙上講座

For Relief and Safe Dental Treatment

「術後処置と管理 (1)」

GPのための1ピースAQB講座 ●その12

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任。

杵渕孝雄先生の新連載【GPのための1ピースAQB講座】、今回から 3. 術後処置と管理に入ります。植立後のスケジュール、感染を防ぐための投薬法などを細かく解説！
治験から20年近く1ピースAQBを施術されている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！！

※これまでのご連載は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)で、前回までは6回にわたり「2. 植立手術」についての考慮すべき要因や注意点について述べてきたが、今回は「3. 術後処置と管理」にテーマが移り、①植立後のタイムスケジュール ②投薬法 ③翌日の術後洗浄と観察にテーマを絞って、考慮すべき要因や注意点を述べてみようと思う。

①植立後のタイムスケジュール

従来の一般歯科治療と異なり、インプラント治療の場合、その内容と治療の流れを予めいくら患者さんに説明しておいても、我々医療者が思っているほど理解できていないことが多い。そのためには治療のステップ写真を見せたり、治療の流れをリーフレットにして患者に読んでもらい理解を深めてもらうということが不可欠である。参考までに筆者の医院で患者さんに渡す「当院でのインプラント治療」のリーフレットから、植立手術、通院、術後の注意、メンテナンス・定期健診の頁を図1に載せる。

植立手術とその後の補綴までのステップについては、以前、歯科雑誌に執筆したものをカラーコピーして別のリーフレットを作り渡している。手術日以降は、翌日の消毒・観察(前・小臼歯部の時は

GPのための1ピースAQB 講座

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)(2)(3)(4)(5)(6)
3. 術後処置と管理(1)
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

Tekも含む)、1週間後の抜糸・消毒、2週間後と4週間後の経過観察、順調な場合は2ヵ月経過後の形成印象、その2週後の冠装着とさらにその1週後の咬合調整というのが当院の補綴までのタイムスケジュールである。

②投薬法

インプラント植立術は植立本数やインプラント窩のサイズによっても異なるが、外来で行う歯科口腔外科手術の中でも、比較的手術侵襲の高い処置で、一般的には埋伏智歯の抜歯後に準じた投薬が必要となる。軟組織のみの手術と異なり、顎骨にインプラント窩を形成するという侵襲的な手術であり、いくら感染予防投与とはいえ、抗生剤は抗菌力の強いセフェム系(当院ではフロモックス300mg/日)が第一選択になると思う。ただし患者さんの問診票で、薬剤アレルギーがある場合は、アレルギーの出にくいマクロライド系(当院ではルリッド300mg/日)などを使用することも

ある。消炎鎮痛剤もやはり埋伏智歯に準じて、ボルタレン25mg錠1日3回を使用している。ただし術後経過により漸減することが多い。一般的に硬い顎骨では術後疼痛が強くまた遷延化しやすく、軟らかい骨では疼痛も弱く短期間で消退するようである。植立本数が多

い時や顎骨が硬い患者さんの場合、術直後に麻酔が切れて痛みが出ることもあり、そんな時は、コップ一杯の水とともにボルタレンを服用してもらうこともある。抗生剤や消炎鎮痛剤は食後の服用では胃粘膜が荒れることは少ないが、予防的に胃粘膜保護のため当院ではセルベックス150mg/日も投与している。また口腔内手術であるため、イソジンガーグル30ml1本は勿論投与して含嗽してもらっている。ただしヨードアレルギーのある患者ではネオステリングリーンを使用するが、血液内に造影剤としてヨードを投与するわけではないので、ヨードアレルギーはそれほど神経質になる必要はないと考えている。また、術当日と翌日はあまり神経質に含嗽をし過ぎないように注意を与えている。通常の抜歯後も同様であるが、創部は血液中のフィブリンが凝固して創部の接着剤となるため、術後1~2日間は頻回な含嗽を避けてもらうことが重要である。内服の投与日数は5日間を標準とし、また当院では処方箋を出している。その場合、インプラント治療は保険外診療であるため、欄外に「自費」と朱書きする必要がある。

③翌日の術後洗浄と観察

ここで行うべき内容は、1)創部の洗浄・消毒 2)インプラント周囲粘膜の治癒過程の観察 3)支台部の打診音の聴取 4)咬合性外傷が作用していないことの確認 5)舌縁、口底部や頬粘膜潰瘍のチェックなどから成る。

1)創部の洗浄・消毒はハイアミン綿球(筆者の医院では強酸性水綿球)による清拭となる。術直後から翌日の来院時までの出血具合や疼痛の程度に関しても問診が必要である。支台部をカバーするようなフィブリン凝血塊(通称コアグラ)の雪ダルマ状態(図2)あるいはマフラーを見ることがあるが、このようなコアグラを見ると我々術者は一安心である。コアグラは血行の良い顎骨であることの証明であり、血行の良い顎骨ではほとんど術後感染が起きないから



図2コアグラの付着 上から植立縫合直後、翌日来院時、コアグラ除去してTekのための概形成後

である。コアグラは皮膚の瘡蓋(カサブタ)に相当するものであり、2~3日以内に自然脱落するので、直ぐにTekを仮着する場合を除いて、無理に除去する必要はない。時たま、ジワジワ出血が持続してコアグラが盛り上がり、口の中が血だらけで来院する場合があるが、その場合はコアグラを除去し、インプラントの頬舌側粘膜を小折りガーゼを介して術者の親指と人差し指で3~5分間圧迫していると止血することが多い。抗凝固療法を行っている患者の場合など、追加縫合を検討することもないわけではないが、その場合は糊代を多く取った縫合をしないと圧迫縫合としての機能を果たさない。術後疼痛はほとんどが消炎鎮痛剤でコントロールできるが、硬い顎骨に圧迫が加わった植立になってしまった場合など、消炎鎮痛剤の定時服用だけではコントロールできない疼痛が数日続くこともある。そんな場合は、定時服用の合間に、いわゆる鎮痛剤を服用してもらうと、何とか疼痛をコントロールできるようである。

2)インプラント周囲粘膜の治癒過程の観察は、前日に植立したAQBの周囲に縫合閉鎖した顎堤粘膜骨膜弁の血行がよいか、無理なtensionで血行障害を起こしていないか、時に生じる浸潤麻酔の影響による壊死性潰瘍ができていないか、などの観察を行うことになる。粘膜骨膜弁の血行は顎骨の血行を反映しているので、術中に骨の血行が悪く、インプラント窩の形成時にあまり出血のなかった症例などは、粘膜骨膜弁も血行が乏しく遷延治癒する可能性が高いので特に要注意である。tensionがかかり過ぎ、粘膜骨膜弁が白く虚血状態になっている場合、該当部分の縫合糸を早期抜糸して循環改善を図ることにより、粘膜骨膜弁の部分壊死を免れることができる(図3)。また数日後、不幸にして壊死となってもそ



図3 血行の悪い粘膜骨膜弁と1週間目の抜糸時の回復治療 6541の植立で、61部近心頬側粘膜が翌日の洗浄・消毒時、虚血性であったため、そのみ早期抜糸したが、7日目の全抜糸時、回復治癒している



図4 口蓋粘膜に生じた広範な壊死性潰瘍 上から術後1週後、2週後、3週後、6週後

の範囲を最小限に抑えることができる。その意味からも、植立した翌日の術後洗浄と観察は重要である。浸潤麻酔の影響による壊死性潰瘍は口蓋粘膜での頻度が最も高い(図4)が、その他のどこの粘膜骨膜弁にも予期せずに生じる厄介なものである。浸潤麻酔の量が多くなるにつれ頻度は高くなるようであるが、口蓋粘膜や舌側粘膜への刺入は最小限に留めるというのが防衛策かなとは考えている。比較的広範囲に発症した時には、コーパックなどで保護するという対症療法が有効であると思う。

3)支台部の打診音の聴取は、1ピースAQBの場合のメリットの一つである(AQB新聞No.13 2頁)。血行を阻害しない適度な嵌入圧で初期固定よく植立され、予期せぬ咬合性外傷が加わっていない限り、翌日の観察時も軽快な打診音で、安泰であることを確認できる。歯科用ピンセットの頭での通常の打診検査であるが、筆者はその打診音を5段階で評価している。初期固定が悪くほとんど打診音にならないものから、ドンドントントンコンコンカンカンという擬聲音で評価する。あくまでも主観的な評価であるが、同一患者の経過をカルテに記載するには便利である。ただし、打診音があってもピンセットで揺さぶると動揺が認められることがあるので、初期固定がやや悪く、その後の経過を追う場合には、打診音とともにピンセットによる動揺度のチェックも必要である。(次号に続く)

図1「当院でのインプラント治療」のリーフレットから抜粋(杵渕歯科医院)