

常を認めず、圧迫止血にとどめたが、その後出血を繰り返したため、全麻下で、口腔外かたのアプローチにより精査したが、出血の原因を特定できなかった。本症例では、この5ヵ月後下顎舌側部骨瘤除去を行なった際も、術後9日目に出血を認めた。

症例2は24歳、男性で、8)半埋伏歯抜歯を行なったところ、翌日早朝より出血を認め、再来院時には、抜歯窩より血餅が盛り上がり、周囲から出血を認めていた。圧迫止血用床シーネを用いて止血を行ない、術後1週間で完全に止血した。

2症例ともに、出血の原因を解明すべく、凝血学的検査を進めた。2症例ともに出血性素因のスクリーニング

検査では、aPTTのわずかな延長とみとめたが、その他は異常を認めなかった。このことから内因系凝固障害も疑い検索を進めたところ、第VIII因子活性の軽度低下を認めた。しかしこの程度の低下では、異常出血の原因とはならないため、血小板機能を検査したところ、血小板粘着能の低下、リストセチン凝集の低下を認めた。

また、第VIII因子関連抗原および von Willebrand 因子活性も検査したところ、第1症例では両者とも低下を認め、第2症例では von Willebrand 因子活性の低下を認めた。以上のような所見から、2症例ともに von Willebrand 病である可能性が示唆された。

22. インプラントを利用した新しい無歯顎補綴

田中 収, 越野 寿, 平井敏博
麻生智義*, 村瀬博文*
(補綴 I, 口腔外科 II*)

演者らは無歯顎患者に対し、より高度の機能回復を目的として、骨内インプラントを無歯顎骨内に埋入し、これをテレスコープ義歯の維持装置とする新しい無歯顎補綴法を検討している。使用した骨内インプラントは強固な骨性結合を示すハイドロキシアパタイト two piece 骨内インプラントである。

維持装置は内外冠の2重冠構造を有し、内冠はインプラント支台部に合着、外冠は直接義歯内面に固定した。また外冠内面には高弾性ポリウレタン樹脂(バイオトロロンR)を介在させ、咬合時にインプラントに加わる衝撃の緩和を図った。義歯形態は通常の一部床義歯と基本的に同一であるが、インプラント部頬舌側床翼は大きく開放し OBL-type とした。

このインプラント義歯による咀嚼機能の回復程度を評価するために、本法施行後1年を経過する2症例について、旧義歯、および新義歯すなわちインプラント植立前の一部床義歯、そしてインプラント義歯の3者の咀嚼

機能を分析、比較した。その結果、MKGを用いたピーナッツ咀嚼時の下顎運動の分析では、義歯の改善に伴って閉口運動時の速度が増加し、その軌跡が一定化する傾向が伺えた。

筋放電持続時間分割分析法による咀嚼リズムの分析によれば、旧義歯では全部床義歯装着者のリズムの範囲から外れていたが、インプラント義歯では全部床義歯装着者のリズムの範囲の中央に近づくばかりでなく、有歯顎者のリズムにも近づくことが示された。また、摂取可能食品アンケートによる分析によれば、インプラント義歯で摂取しにくい食品はわずかに5群の1食品が残るのみであり、摂取可能率は全部床義歯装着者の平均値を大幅に上回っていた。

このように、骨内インプラントを維持装置として利用した本法は、従来の全部床義歯と比較して咀嚼能力の改善が著しく、臨床的経過も良好であり、無歯顎補綴における新しい補綴法として期待しうるものと考えられた。