

を得られないため、針通電および投薬を行った。患者の都合により治療を中止した。

下顎神経麻痺の原因は主に下顎孔伝達麻酔や埋伏抜歯で、その多くが医原性である。そのため、再び針を刺す

ことに対して患者の同意が得られにくく、今後説明方法に工夫する必要があると考えられた。また、症例1の神経麻痺は早期の対応により発症後49日で回復した。

32. 歯科麻酔科における全身管理症例の現状

○加藤 元康, 河合 拓郎, 工藤 勝,
大桶 華子, 國分 正廣, 新家 昇
(北海道医療大学歯学部歯科麻酔学講座)

北海道医療大学歯学部歯科麻酔科において1980年(昭和55年)6月より1999年(平成11年)12月までの19年6カ月間に行った全身管理症例は1830症例であった。全身管理法として、全身麻酔、精神鎮静法およびモニター監視であった。1980年(昭和55年)では、全身麻酔17例、精神鎮静法11例、総数28例であったが、平成6年では、全身麻酔69例、精神鎮静法42例およびモニター監視2例、総数113例と年間100例を越え、平成8年には全身麻酔症例が101例と年間100例を越えた。さらに、平成10年には全身管理症例が年間200症例まで増えた。また、外来全身麻酔症例は、歯科麻酔科開設当初より行っているが、平成6年までは年間数例であった。平成7年より徐々にその症例数が増え、平成11年には全身麻酔症例91症例中23症例になった。

平成6年より全身管理症例が増えた理由として、精神鎮静法の増加が挙げられる。この精神鎮静法の増加は、歯科麻酔科による広報活動、加えて平成5年より口腔外

科から研修に来るようになったためと考えられた。それにより、埋伏智歯抜歯などの小外科手術に対し、精神鎮静法の依頼が年々増加している。その他にインプラント手術を行っている補綴科からの依頼が増えてきたことが挙げられる。また、全身麻酔に関しては障害者の歯科治療の増加に起因している。

近年、当科においても外来全身麻酔(日帰り)を積極的に行っている。その多くは、障害者および小児であり、障害者においては口腔外科・保存科・補綴科のチームアプローチにより計画的な歯科治療がなされている。また、麻酔薬には、平成3年にハロタンからセボフルラン、平成6年よりミタソラム、そして平成9年からプロポフォルが使用されるようになった。それにより、導入・覚醒がすみやかになったこと、加えて麻酔薬による全身への障害性が軽減されたこと、外来全身麻酔症例が増えた。今後、口腔外科および小児歯科だけでなく、保存科および補綴科からの依頼が望まれる。

33. 医科歯科クリニックにおけるHAコーティングインプラント8.5年の臨床成績

○佐藤 友昭, 田中 収, 舞田 健夫,
田村 誠, 山須田貴久

(北海道医療大学医科歯科クリニック・北海道医療大学医療科学センター)

北海道医療大学医科歯科クリニックでは、1991年5月よりHAコーティングインプラントの臨床応用を開始して、これまでに男性96名、女性120名、計216名の患者に対し、922本を埋入した。最長で8.5年を経過するが、極めて安定した成績を得ている。使用したHAコーティングインプラントは米国Calcitek社製832本(「Integral®」「Omniloc®」「Spline®」)、Steri-Oss社製90本、合計922本で、そのうち35本がスクリュー型で、それ以外は全てシリンダー型である。

患者は上部構造装着後6カ月ごとにリコールし、パノラマX線検査を含む定期検査を行った。これらの全症例について、埋入患者の年代、部位、埋入インプラントの幅径、長径を調査し、生命表分析にて残存率および成功率を求め、また頸部の経年的な骨吸収量をパノラマX線写真にて計測した。

撤去・脱落に至ったインプラントは2次手術時に2本、補綴物装着後に14本であったため、単純残存率(残存数/埋入数)は98.59%、生命表分析による累積残存率は

95.63%であった。また、インプラント頸部の骨吸収量は年間平均約0.12mmであった。

上下顎別では、撤去数は上顎で7本、下顎で9本であり、いずれも約98%の残存率を示しており、有意差は認められなかった。幅径-長径別では、撤去は10mm以下の短いインプラントに多い傾向が認められた。インプラント

頸部の骨吸収量は8年間で平均約0.8mm(0.09mm/年)であり、報告されている無歯顎顎堤の年間平均骨吸収量よりはるかに小さい値であった。

HAコーティングインプラントは適切な診断と術式、メンテナンスが行われるならば、長期に安定し、歯の欠損に対する有効な補綴法であることが示唆された。