

2021年11月26日 第3371回例会

於： よこすか平安閣6F



奉仕しよう みんなの人生を豊かにするために

<点鐘・開会> 12:30 八巻 会長

<斉唱> 「我等の生業」

<ゲスト紹介> *神奈川歯科大学歯学部

インプラント学講座 顎・口腔インプラント学分野 教授 河奈裕正様

*神奈川歯科大学歯学部企画推進室長 勝野賢一様

<会長報告> *第1グループ三役会 報告

*ガバナー事務所より

・標準定款/推奨細則に関するご案内

・小山クラブ支援推進委員会副委員長より補足

<委員長報告> *職業奉仕委員会 八木委員長より職業体験学習についてのお願い

*親睦活動委員会 小山委員長より年忘れビンゴ景品についてのお願い

<出席報告> *出席委員会 猿丸副委員長より11月26日の出席報告

会員数	出席対象者数	出席数(ZOOM出席数)	欠席数	メグアップ数	出席率
118名	106名	79名(6名)	27名	4名	78.30%

<ニコニコ報告>

- ・三 役 神奈川歯科大学歯学部インプラント学講座 顎・口腔インプラント学分野教授 河奈裕正様 ようこそいらっしゃいました。本日の卓話よろしくお願ひいたします。
- ・西村、大野、大石、小保内、長谷川、比護、梁井、澤田、木村、猿丸、小平、五十嵐、後藤、小佐野、松本、中村、福西、二瓶、高橋、江口、濱田、長尾、佐久間、谷、鹿島、田邊、白井、鈴木、杵淵、勝間、徳永、Enora、上林、飯塚、前川、兼城 各会員
神奈川歯科大学歯学部インプラント学講座 顎・口腔インプラント学分野教授 河奈裕正様、ようこそお出でくださいました。本日の卓話楽しみにしています。
- ・澤田 会員 誕生月祝いとして
- ・松本 会員 何症例のインプラント紹介患者様、大変満足されています。本日楽しみにしております。
- ・3番テーブル畑マスター、小保内サブマスター 11/22「イフウフ」の日に3番テーブルミーティング。みなさんありがとうございました。コロナ禍ですとできなかった分、沢山話しが盛り上がり楽しかったです。
- ・大野、三浦、大石、柴田、田村、田中、江口 各会員
3番テーブルMT楽しかったです！八巻会長、前田副会長、参加して頂きありがとうございました。畑テーブルマスター、小保内サブマスター楽しい時間をありがとうございました。猿丸会員、メルキュールホテルの食事とお酒美味しかったです。ありがとうございました。
- ・4番テーブル小山マスター、加賀本サブマスター 11月24日(水) 観音崎京急ホテルの「ル・ボリバージュ」にて4番テーブルミーティングを開催しました。八巻会長、前田副会長、齋藤幹事ご出席頂きありがとうございました。後藤会員、ワインもお食事もおいしく、ライトアップもきれいで楽しいひとときを過ごすことができ感謝です！
- ・長谷川、岡田、岩崎、齋藤、後藤、山田、野坂 各会員
4番テーブルミーティング楽しかったです。小山テーブルマスター、加賀本サブマスター一本当にお疲れ様でした。4番テーブルは永久に不滅です。
- ・澤田、田中、岩崎、福西、新倉、新倉、角井、山下、小林、上林、小山、八巻、齋藤 各会員
旧制中学校時代(90歳以上)の記憶を現役の高校生につなごうと県立横須賀高校の

OB会が寄稿をまとめた文集「偲ぶ記恩ヶ丘」を母校に寄贈しました。寄稿依頼や文集タイトル考案は上林茂会員が担当しています！素晴らしい！！

- ・勝見、澤田、椿、高橋、長尾、濱田、北村、小林、田邊、瀬戸、杵淵、鈴木、八巻、渡邊、齋藤、前川 各会員
平松会員が読売新聞の中の「本とわたし」のコラムの中で渋沢栄一の合本主義について説明しています。是非お読みください。
- ・瀬戸 会員 澤田様、お待ちしております。2か月振りの例会、お楽しみください。
- ・岡田、加藤、鈴木、小山 各会員 プロ野球日本シリーズ、接戦また接戦！ヤクルト3勝、オリックス2勝 やっぱりヤクルト高津監督に優勝してほしいな！
- ・鈴木 会員 写真をいただいて

<卓 話> 「インプラント治療を知りたい！」

～利点と欠点、心臓病・糖尿病・骨粗鬆症などの持病が有ってもできるのか～

神奈川歯科大学歯学部インプラント学講座
顎・口腔インプラント学分野 教授 河 奈 裕 正 様

本日はこの様な機会を頂きまして皆様に感謝申し上げます。私の今日の話は「インプラントを知りたい」という事で①自己紹介②インプラント治療の概要③適応症④利点と欠点⑤併発症の可能性と防止⑥持病が有ってもできるのか⑦未来のためにというお話で進めさせて頂きたいと思います。

① 自己紹介

私は東京都北区の出身です。そのあと群馬県に参りまして高校時代までそこにおりました。硬式野球部に所属しておりまして1年生の時に3年生が甲子園初の完全試合を行って、その時に球拾いをしておりました。そのあと大学は仙台に移りまして東北大学で6年間歯学口腔学を学びまして、東京の慶応義塾に就職しました。



② インプラント治療の概要

インプラントは文字通りイン(中に入れる)プラント(植える)という事で、正にあごの骨にその土台(人工物)を植えて、そこに上物を作って噛むようにすることです。体に入れるものはイン・プラントなのですが一般的用語としては歯科という事になっています。インプラントの歴史は非常に古くて紀元前600年、(飛鳥時代聖徳太子の時代)にホンジュラスで貝を削って入れる事が行われていました。1300年後時を経て現在のチタン製インプラントの時代に花開いたという事になります。どんどん材料も改良されておりインプラント治療が成り立っております。目的はよく噛んで頂いて、発音を良くして頂いて、見た目が良いという事で健康長寿に貢献するものでございます。インプラント自体、どのようなものを顎に埋め込むかと言いますと、削り出しのチタンを温かな塩酸と硫酸で洗いますと表面がゴツゴツになります。その上を骨原性の細胞が好んで這っていくという技術です。チタンがこの治療に導入されてから爆発的に伸びて行きました。治療法としてはあごの骨に埋め込むのですが、インプラントの上に上物をスクリューで固定したり、セメントで固めたりします。取り急ぎ骨とくっつくのに2か月から4か月くらい掛かります。その間インプラント

に上蓋をして安静を保ちます。一体化して歯肉が締った状態になりましたら上蓋を外して中ねじに土台を立てて型取りをします。それを歯科技工士が上物を作ります。作った上物をスクリューで締め付けると噛めるようになります。こういう流れです。最近ではデジタルカメラを使用して型を作る事もされています。

③ 適応症

適応症に関しましては最も多いのが「酷い虫歯」です。歯科検診でC 4の状態は歯の根だけが残った状態ですので、その後の代替としてインプラント治療をします。歯周病も炎症が収まってからインプラント治療をします。これが2大看板となります。あとは歯が折れた場合、ケガで折れた場合、交通事故で顎を失ってしまった場合も骨を腰から移植してそのあとインプラント治療をしたりします。あとは先天的に歯の無い方も歯の無い部分に骨を移植しまして、そのあとインプラントできれいに直してあげる事をします。腫瘍の中でも一番怖いのが口腔癌ですけども、癌を切除して歯もグラグラすると噛めなくなってしまったりしますので癌を取って、歯も抜いてそこにインプラントを入れて義歯タイプの義歯を安定させるためのインプラントも出来ますのでそういう治療も行います。

④ 利点・欠点

利点欠点は「義歯」「ブリッジ」「インプラント」の比較になります。「義歯」の利点は残存歯を削らなくて済む。調整が出来る。経済負担が少ないとかです。欠点は精度に劣る。取り外さなければならぬ。「ブリッジ」は制度に優れ、経済的負担が少ない利点があるのですが隣りの歯を削らなくてはならないという欠点があります。「インプラント」は精度に優れ、自然観があるのですが欠点として手術をしなければならない、保険治療が出来ません。長期的には汚れたり、色が劣化したりします。これを解決する方法は白いものを使ったり、土台を白くしたりします。現在の日本の現状ではインプラントを選択する人が増えており、義歯やブリッジを選択する人が減っています。しかしインプラントを手掛けている歯科医師の割合は25%です。最近では30%になって来ていますが少数派であります。あとは癌とかの特殊な場合を除いては保険適用にはなりません。安全性については時々マスコミからアゲインストの記事が載りますが、逆を言えば「こういった事を患者さん一番が怖がっているのだ。本当に心配なのだ」という事が分かるので、私達歯科医師が留意する事でもあります。トラブルで一番多いのが下顎の神経をドリルで傷つけてしまう事です。それを防ぐために現在はCTを使っています、歯科放射線学の先生と一緒に分析してデザインして行くという形になります。2番目に多いのが上顎にインプラントをする時に骨がとても薄い人がいらっしゃいます。それを無理にしちゃうと副鼻腔に抜けてしまう事が有ります。これを防ぐために骨の造成術を行います。大学病院を上手く活用してこの造成をやって欲しいとの依頼も増えています。

⑤ 持病があるのにインプラントが出来るのか？

「インプラントは良い事」を申し上げましたが失敗も考えなくてはなりません。インプラントが失敗する理由が色々あるのですが、その中でも全身疾患いわゆる持病がファクターになります。どのような疾患が留意すべき全身疾患なのかと申しますと「高血圧症」「心臓病」「糖尿病」「骨粗鬆症」「抗血栓治療中(血液サラサラ)」であります。「高血圧」につきましては診察時において、75歳未満であれば130/80、75歳以上であれば140/90以下であればコントロールは良いだろうという事になります。手術の時にはもっと血圧が上がりますので安静にして頂いて160/100が限界ではないかと言われていています。「心臓病」は狭心症と心筋梗塞がありますが、心筋梗塞の方は基本的に手術しません。狭心症の方は内科の先生と十分検討してから手術をします。その上で悪玉コレステロールが高かったり、高血圧であったり、糖尿病であったりと言う方は要注意です。特に心筋梗塞を患われてから半年以内の手術はやめた方が良いでしょう。続いて「糖尿病」は感染しやすい状態で傷の治りが遅くて、術後感染しやすい状態です。大体値の基準が有りましてヘモグロビンa1cの値がおおよそ7.0以下であれば手術できるという事になります。「骨粗鬆症」は、骨粗鬆症そのものはインプラント技術の発達によって解決されつつあります。ただビスホスホネートという薬を飲まれている方は骨の治りが悪い方が多く、膿が出てたり、骨の面が出っ放しになったりしている方はインプラントが出来ません。またインプラントをしている人でも骨が出てしまい、そのまま治ってこない状態もあります。「抗血栓治療中」血液サラサラの薬を飲んでいて、1957年は血液サラサラの薬を止めて手術をしていましたが、ワーファリンを止めてしまった後に多くの患者さんが亡くなってしまいう事が起こりました。現在は防護処置をしっかりと血液サラサラの薬を止めないで手術を行っています。最後に「喫煙」の影響

です。これは生活習慣なのですがインプラントの失敗は「糖尿」「喫煙」「汚い口」が3大柱です。喫煙は骨が治りづらかったり、粘膜が治りづらかったりします。何しろ注意しなければならないのが口腔癌です。舌癌になり易かったりします。口が臭いという事も有るかもしれません。インプラントの喪失率は非喫煙者の1.5倍から3倍と言われ最近では9倍と言う論文も有ります。インプラントをしてからは半年たったから吸っていいという事では無くて、ずっと吸わないという事が重要となります。昔はたばこの禁止マークでしたが現在では加熱たばこも体に有害な物質を取り込みますので禁止となります。

⑥ 未来のために

最後に研究の紹介をさせて頂きたいと思います。①コンピュータで支援手術です。耳が無い方で「議耳」を入れなくてははいけないインプラントの手術の時に、症例数が少ないのでオーストリア医科大学の経験のある先生とインターネットでやり取りしながら手術を成功させました。②ロボットに手術をさせる事です。インプラントの手術で間違ったところにドリルをしてはいけないのでコンピュータで読み込んだところに、手で持っているのですが外れると抵抗して行かせない。良いところに行ったら緩んでそこにドリルが刺せる。患者さんの頭が動いたときに正しい位置に追従して、ドリルが動いていくという事もやっています。あとはドリル感覚を学ばせるために、最初はドリルをする感覚が分からないものですから、それを国内外に飛ばす。映像と音は飛ばせますが、感覚を遠隔地に飛ばすという研究をしてシンガポールの大学と一緒にやっています。また損傷した神経を修復するのにIPS細胞を使って修復する研究も山中先生と行っています。

インプラントは入れたらよいのではなくて、その後に管理がある、引き続き治療を終えた方でも検診を行って頂く事がとても重要になります。インプラントに興味を持っていただいた方にもその前に留意点があります。①手術侵襲・手術回数②方法として確実なものか③治療中の違和感・社会生活の支障④治療費・治療期間⑤見た目のゴール⑥これは医師の側ですが、医療スタッフの研鑽とそれぞれの医師の連携した治療形態が、これから横須賀市のインプラントに関わる治療の中で重要になってくると思います。最後のスライドになりますが、白い服を着た先生が犬の実験をしていました。犬の骨にチタン製の計測器を埋め込んでいたのですが、終わった後取ろうとしたら骨とくっついて取れなくなっていました。これを口の治療にしようとしたのがインプラントの始まりです。横の背広の方が初めての患者さんです。足の組み方でお分かりになるようにこの2人の関係は非常に良い関係です。こういった関係を我々は患者さんと築いていきたいと思っ
て止みません。ご清聴有難うございました。

<閉会・点鐘> 13:30 八巻会長

週報担当 柴田文靖