

第5章 疼痛管理と切開・剥離について

1) 疼痛管理について

インプラント手術は、長時間にわたり大きな開口位の保持が要求され、舌運動や開閉運動などの口腔の活動を停止させる必要があります。さらに、顎骨を大量の注水下で穿孔、掘削することによる振動や音、咽頭への流水など、私たちの想像をはるかに超えたストレスを患者さんに与えてしまうこととなります。過度の緊張やストレスは、生体の自律神経のバランスを崩し、免疫力を低下させ、外科的侵襲に対する抵抗力を弱めてしまいます。患者さんの不安や恐怖、そして術中のストレスを和らげることは、インプラント治療を成功へと導くために大変重要なことです。

通常のインプラント治療は、従来の歯科治療と同じく局所麻酔下で行いますが、最近では笑気吸入鎮静法や静脈内鎮静法(図5-1～5-4)などを用い、手術に対する精神的なストレスの軽減をはかる方法なども併用されてきています。恐怖感の強い患者さんには大変有効な方法となり、術者にとっても手術を円滑に進めやすいことなど、インプラント治療にとって大きなメリットがあります。しかし、正しい実施法とモニタリング、そして緊急事態への対処に関する知識と技術がない限り患者さんの生命を危険に陥れる危険性もあるので相応の知識と技術が必要です。

最近では多くの大学病院が歯科麻酔医の出張をおこなっていますので、麻酔医との提携も可能です。

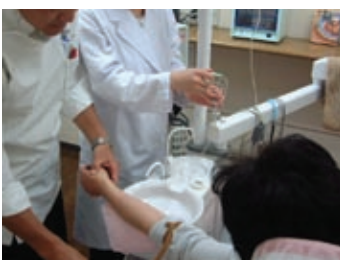


図5-1：患者の皮静脈を触知します。



図5-2：輸液の注入量をコントロールします。



図5-3：静脈路を確保します。



図5-4：術前から術中・術後にいたるまで、患者の呼吸・循環動態をモニタリングします。

2) 粘膜切開と粘膜骨膜弁の形成

インプラントを埋入する場合の切開は、基本的に歯槽頂切開を用います（図 5-5）。それは角化粘膜保存を考慮した粘膜弁のデザインを行いインプラントと粘膜の緊密な適合を得るためです。角化粘膜が少ない場合は、角化粘膜の範囲内で切開を入れインプラントの頬舌側に均等に角化粘膜を残すように切開線を考慮してください。切開の長さは、骨面が明視野となるよう必要十分に切開します。初心者のうちは、やや大きめの切開を心がけておいたほうが良いでしょう。上顎前歯部の場合は、やや口蓋側に切開線を入れ、必要以外は頬側粘膜に縦切開は入れないようにします。歯間乳頭は、術前の形を壊さないよう注意深く扱うことが大切です（図 5-6、5-7）。



図 5-5：歯槽頂切開を行います。



図 5-6：歯間乳頭の形態を損なわないように慎重に隣接歯に至る歯肉溝切開を行います。骨面を広い範囲で視認する必要がない場合は、縦切開を行わずに最小限の切開でとどめます。



図 5-7：骨膜を傷つけないように全層弁で剥離します。



図 5-8：縫合糸などを利用して弁を開き、術野を確保します。

粘膜弁に縫合糸を粘膜から骨膜方向に刺入して、2本の糸を持針器で挟み、反対側の口角に垂らすことにより、術野が広がるとともに、唾液などの汚染から創面を保護できます（図 5-8）。

角化粘膜獲得のメリット

- 治癒期間中の創面の安定とプラーク停滞の予防
- 上皮の深部増殖の防止
- 感染予防
- 術後の粘膜形態の獲得
- メンテナンス性の向上
- 外部の刺激からのインプラント保護