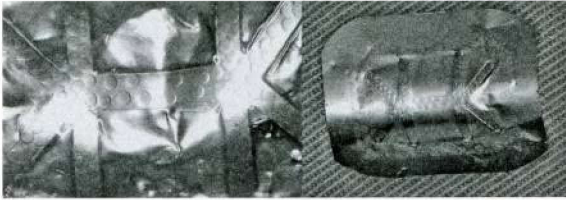


(写真1)

Ti-HMのハニカム構造。孔径20 μ mの孔間距離が50 μ mで付与されている。中央は、ハニカム構造の拡大像。骨面と粘膜面で構造が異なる。



(写真2)

臨床で使用した実際のフレーム付きTi-HMのハニカム構造。フレームは骨面に沿わせて使用する。

る。③減張切開は新しいメスを使用して剥離した歯肉頬移行部の内面再下端で骨膜繊維を十分に切り、Cut Back切開法も必ず応用する。④最初の縫合は、Ti-HMをGBR部位でしっかり固定する目的で頬舌の骨膜縫合（水平的マットレス縫合）を数か所で行う。骨膜縫合を行うもう一つの理由は、感染の原因となる血腫形成の予防のためである。次に切断端はTension freeの状態を確認して単純はLow surface to Low surface (Low to Low)で行う。⑤顔面腫脹の予防には外頬部からヒルドイド®（株：マルホ）塗布してクーリングを行い弾性包帯にて圧迫固定を行う。なお、チタンピン固定はTi-HMの外周部を構成している無加工部で行うこと。

V. 症例供覧

患者：T.S.

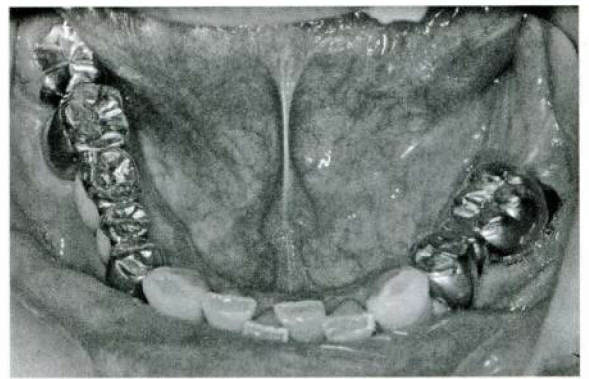
初診：平成28年9月9日

主訴：インプラント治療

家族歴：特記事項なし

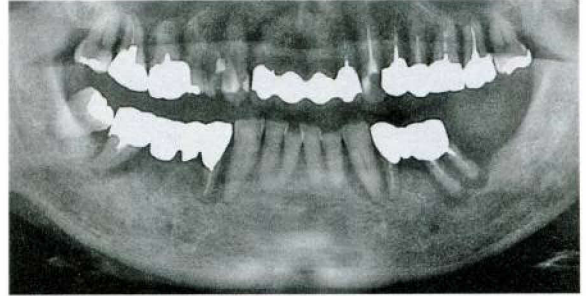
既往歴：

右側顎下腺がん、転移性肺腫瘍、脳梗塞にてバイアスピリンを服用中、頸部郭清術による右側内頸静脈閉塞（明らかな血流の低下）。血液凝固系



(写真3)

初診時の口腔内写真。歯周病の他には腫瘍性変化や異常感染は認められない。



(写真4)

初診時のオルソパントモグラフィー。全顎的に慢性歯周病に罹患している。

には異常はなく、出血時間の延長はない。

現病歴：

有床義歯の不適合および咀嚼困難から体重減少になり、友人から当院のインプラントセンターの存在を聞いて、近医歯科医院より紹介され来院した。

口腔内所見：全顎の慢性歯周病（写真3, 4）

X線所見：

35-36-37の垂直的および水平的骨吸収が著明であり下歯槽神経血管束が骨欠損の直下に存在する。34は既存骨の形態に問題はなかった。骨密度は、当院の分類でType3-bに相当。骨に関連する薬剤は服用していない。

臨床診断：

17～12、22～27、34～43の歯周病、36, 44, 47の根尖性歯周炎、48の智歯周囲炎。

治療計画：

口腔機能の回復のため36および44,47を抜歯して欠損部の骨化を待ってインプラント治療を行うことで文章にて承諾を得た。