

ることが必要で、ポンティックと粘膜の接触をなくすことが重要である。一般的に、臼歯部は、清掃性と機能性を主体にデザインされるが、前歯部の場合、さらに、これに審美性の3者を満足させることが必要である。

咬合の設計については、私の場合、生体の親和性を考えて、より自然で、解剖学的咬合の確立をめざし、モンソンの球面説の論理と、カー

ブ・オブ・スピーと、ウイスソンのカーブの原則にしたがって下顎を作り、それにあわせて、上顎を作るようにしている。

最後に、インプラントを施行するにあたり、充分な診断と診査、さらに患者との信頼関係があれば、実用年数が長期間持続し、かつ成功するものと確信してある。

#### IV. インプラント将来への展望

梅原 正年

骨膜下インプラントは近年多くの臨床家によって行われるが要は通法に従った術式で適応症を間違わない限り成功するようになった。

例えば、下顎総義歯患者で数個の義歯を作製したにも関わらず不満足患者、教師等大きい声で話をする必要のある患者、口を使う楽器演奏者等、インプラントによってこの上もない幸福を蘇らすことは歯科医にとっても最大のよこびである。

この成功への術式は顎骨のアンダーカットを利用した安定性と印象、鑄造の発達による骨へのフレーム適合性、デザイン、手術時の鎮静麻酔等挙げられる。

この手術が将来より小さいフレームのデザイン(図1は、Dr. Cherchéveの最近のデザイン)、2回の手術を1回に治める時間の短縮、手術の簡素化等進歩したので、一般臨床家がどしどし手懸けるようになった。

更に、フレームの材質が現在Co—Cr—Mo、チタン合金等であるが、バイオセラム、バイオグラス、ゼルコニア、カーボン等更に組織に親和性のある材料が出現しているので骨膜下インプラントに於いても同じ材質が使えるようになれば今後の期待は大きい。

骨内インプラントは骨膜下インプラントと異なる意味で更に将来性のあるインプラント法である。例えば、下顎遊離端欠損部に局部床義歯をいろいろの維持装置を用いて行ったとしても患者にとってはBridgeの快適以上に優ることはない。最近このケースに骨内インプラントを

行い、Bridgeを装着すると咬合圧17kg~35kg程度まで回復するに至っている。この咬合圧は中間部欠損のパーシャルデンチャー以上の咬合力であり口腔清掃の完全な患者では20~30年経過しても異常のないまでになった。

骨内インプラントの場合、インプラントの材料も近代的なより組織に優れた親和性を有する材質がどしどし使われている。

又、骨内インプラントは、術中患者の苦痛も少なく、手術が簡素なので臨床家に今以上に行われることと思う。

併し、問題がないわけではなく、インプラントのデザイン、Bridgeの咬合の問題等、今後さらに研究され発展するものと思う。

歯内骨内インプラントは、上皮と接する部位が天然歯根で接するから一番発展する可能性をもっていた。

併し適応症が少なく、あくまでも歯牙延命の

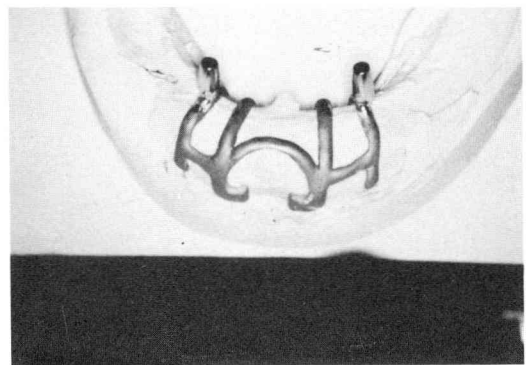


図1: Dr. Cherchéveの設計による骨膜下インプラントの1例。

一手段としてのみ用いること、閉鎖式インプラント法のと き切削物その他の原因で歯根尖端部が吸収することが多く、その割には急速に発展しなかった。

近年開窓式インプラント法が研究されてから

見直されるようになり、歯槽膿腫、その他の疾患でも抜歯せずに保存の傾向にある昨今、当然歯牙保存の一手段として静かなブームとして多くの臨床家に使用されることだろう。