

平成 8 年 3 月
9 卷 1 号

日本口腔 インプラント学会誌

Journal of Japanese Society of Oral Implantology

日口腔インプラント誌

J. Jpn. Soc. Oral Implant.

ISSN 0914-6695

1996

日本口腔インプラント学会

A-35. 下歯槽神経移動術の3例

(鶴見大歯・口外)

渡辺 孝夫, 中尾 泉, 岩野 清史

日高 豊彦, 清水 治彦, 瀬戸 暁一

下顎臼歯部歯槽堤高度吸収症例での人工歯根植立にあたっては、下歯槽神経への損傷を少なくすることが要求される。このため従来は自家骨、人工補填材を使った歯槽堤増大、GTRによる骨造成、骨膜下インプラントによる対応、短い骨内インプラントによる対応などの工夫がなされてきた。このような工夫の中で、1985年 Jensen により報告された下歯槽神経移動のもとに、骨内インプラントを植立する方法は、神経本体を直接取り扱う点で他の方法と区別される。本法は下顎下縁の皮質骨を人工歯根の維持固定源に使えることで安定した予後が期待できる。しかし術後の感覚への影響が懸念される。また本法に関する報告が散見されるがいずれも術後の麻痺は消失するとされるものの、詳細については不明な点が多い。今回、われわれは5症例（男1人、女4人、平均年齢52.6歳）6部位（例）について本法施術後の感覚の回復状況を検討したので報告した。

方法：施術は局麻、一部全麻下に行った。下歯槽神経へのアプローチはオトガイ孔周囲と下歯槽神経側壁の骨を除去したもの、および下歯槽神経側壁のみ除去したものの2本を行った。使用人工歯根は Screw Vent Imp. 総数12本、いずれも臨床的不快症状はなかった。感覚の回復は触覚、痛覚、痛覚過敏、2点間識別閾、違和感について検査し Highet 分類で判定した。最終検査は最短術後3カ月、最長3年であった。

結果：最終検査時点での感覚の回復状況は Highet 分類 S4 1例、S3+ 3例、S2+ 2例で全例、触覚、痛覚は回復していた。また、下歯槽神経側壁のみ開窓したものはオトガイ孔周囲骨を含めて開窓したものに比較し、感覚の回復程度は早くて良好であった。

結語：以上より本法を施術するに当たっては術後の感覚への影響を十分考慮し行うことが重要と考えられた。