インプラント療法に対する全人的なアプローチ

阿 部 成 善

あべ歯科インプラントクリニック

平成 16 年 7 月 15 日受付

平成 16 年 7 月 21 日受理

The Holistic Approach to Implant Therapy

Naruyoshi Abe

Abe Dental Implant Clinic, Oita, Japan

Abstract

Health care has made a significant progress as science, and we dentists are required to make a full use of specialized techniques in the name of health care, when we treat patients. Implant therapy was once focused on restoration and improvement of chewing function itself, which was the major demand of patients until 1980s. With the advent of osseointegration, more functional implant therapy was devised, and together with development of bone augmentation procedures the range of indications was extended. Now aesthetic result can be achieved in anterior regions, and maintenance care can achieve the outcome with high predictability and long-term stability. Since the year 2000, immediate loading and immediate placement of implants have been added to acceptable alternatives, which have contributed to reduction of treatment period. A variety of patient's demands can be satisfied now.

However when we dentists treat a patient who wandered into our clinics as a stray sheep, asking for implant therapy, we have to make efforts to understand the patient with full empathy for his/her pain, suffering or mental agony. If a dentist is too focused on specialized technique per se., he tends to pay attention to the mouth or the edentulous site in the mouth only, ignoring mental aspects of the patient, falling into a pitfall to try to use all possible techniques available with overconfidence in techniques. There is danger that he will fall into patient care without thorough communication with a patient.

Clinicians should try to see the whole being of a patient including his/her family life, work, relatives, friends, pleasure, sorrow, hope and fear, as if he saw the impressionist's painting, rather than seeing a patient lying on dental equipment. Otherwise a dentist will not be able to see what is in the bottom of his/her mind as a person, and will not be able to provide care that can satisfy a patient as well as people around him/her. We should try to provide care, keeping in mind the patient's surroundings including his/her personality, life style, availability of time in a clinic, economic conditions as well as systemic health

conditions, etc.

In an attempt to consider what is the holistic approach to implant therapy based on my clinical experiences, I will introduce some cases in which I could fully grasp the patient's mind and achieve mutual satisfaction and other cases which I suspected of psychosomatic disorders, and were quite difficult for me to handle.

Key words: Informed consent/Patient's personality/Dentist's response and attitude/Holistic health care

緒 言

医療が科学として進み、歯科医が患者に行う治療は医療という中でいろいろと専門化した技術を駆使せねばならなくなった。患者の口腔内を診査診断するにあたり、口腔内の所見、全身所見から患者の既往歴までを把握し、患者が望む回復すべき疾患、また患者が自覚しているといまいが改善すべき疾病を正確に示し、患者と対等の気持ちの上で納得して貰い、患者のラポール（信頼）を得たインフォームドコンセントを行い、お互いが納得して治療を行うべきであります。そこに患者が見える全人的なインプラント療法となりえるのである。

インプラント療法は1980年代までは患者の求める咀嚼という機能回復の改善のみに目が向けられていた。インプラントと骨が癒着を起こすオッセオインテグレーションインプラントの出現により、より機能的なインプラント療法が施せるようになってきた。さらにインプラントを植立する骨が必要なだけの幅がない場合に必要な骨造成術が発達して適応症の拡大を成し得、また前歯部における審美歯科治療が追求できるようになり、その上長期安定を望めるメンテナンスが行えるようになった。2000年になるとインプラント手術後、即時に噛み合せができる症例も条件が良ければ出来るようになった。また抜歯後即時にインプラント埋入などの治療時間短縮の技術を投入出来るようになって、いろいろな患者の要求が満たされるようになってきた。

しかし、われわれ歯科医はStray Sheepとして迷い込んだインプラント希望患者を1人の医療人として対面、観察するにあたり、科学を駆使した技術屋である前に、痛み、苦悩、悩み、恐怖に苦悶する患者にたいして共感を持って対応できるより良き理解者であらねばならない。歯科医があまりにも専門化した技術に熱中しすぎると歯牙欠損部位、口の中のみを見て患者の心の内を無視し、持っている技術を全て使おうとする危険、技術を

過信する危険に陥り、患者とのコミュニケーションに欠けた危険な医療に落ち込んでしまうことがある。

臨床医は患者の臨床像をみるにつれ、ただ診療台に寝た患者の姿ではなく、家庭、仕事、親戚、友人、喜び、悲しみ、希望、そして恐怖にとりかこまれた患者の印象派的な“画”であることを信念に診療にあたれば患者の個人の心の奥は見えてこないし、患者が納得し、患者を囲む全ての人が満足した診療はできない。患者の個性、生活習慣、時間的制約、経済的な問題、全体的疾患などを含め患者を取り巻く環境まで把握して治療に取り組むべきである。

インフォームドコンセント

1970年代になってOsseointegrationを獲得できるインプラント療法が現れ、歯を失った患者に咀嚼回復という希望の光が見えてきた。しかし患者にとって見ればどんな治療法か皆目わからず、歯科医院を訪れたものの恐怖心でいっぱいである。インターネットで調べたり、インプラント療法を受けた周囲の同病の知人より情報を得たりしてなんとなく理解したような気分になって歯科医院を訪問するが、不安、心配、苦悩、悩みなどを持った迷える羊の患者には間違いないのである。

そこで歯科医は患者に十分な説明を行い納得させてから同意を得、治療に当たらねばならない。条件の違う患者にバランス良く理解させることが重要となる。

理想的なインフォームドコンセント像

- 1) 患者の現在の症状
- 2) 実施予定の治療方法
- 3) 治療の結果、危険性があるか
- 4) 他に取るべき治療方法
- 5) それに付随して起こる危険性
- 6) 全く治療しなかった場合の予後

などを基本的に説明せねばならないが、これも人間性のある歯科医師が最新の医学知識を持ち優れた技術を習得

し、患者の気持ちになって思考した説明ではじめて納得し信頼関係が確立し患者が歯科医師に協力するのである。花岡青洲の弟子で、大分中津藩の藩医雲沢寛州は“医は不仁の術、努めて仁と為さんと欲す”とし、医療はどんな場合でも善とは限らないので医師はいつでも患者のために最善を尽くすべきであると説いている。医は仁術といわれる所以もいにしえの昔から日本人には宿っていたかもしれない。

一般に患者と良好なコンプライアンスを得るには次のことが挙げられる。

- 1) コミュニケーションの満足度
- 2) 医師の説明に対する理解度
- 3) 患者が期待することの実現度

診療についての患者の不満について健康保険組合連合会が1992年に行ったアンケートでは医師の診療について不満や疑問を持つ人は26.5%で、その半数以上が病状や治療について充分説明をしてもらえなかったと回答している(対象: 成人男女2000人, 回収率73%)。説明不足はコミュニケーションの欠落につながっていくのである。コミュニケーションの満足度とコンプライアンスは正の相関にあるといわれている。患者はコミュニケーションに満足すると医師の診療上の指示によく従うということである¹⁾。

しかし医師が説明したと認めていても患者との認識には大きなずれがあることも多い。

病状の説明をしたと考えている医師が97%に対し、十分な説明を受けたと思っている患者が50%という統計もある¹⁾。

患者の心理と行動

インプラント療法を希望してきた患者のほとんどが自分の歯を喪失したという悲しい経験を持っている。歯の喪失の受け止め方は人によってさまざまであるが次のような悲嘆過程を過ごしている²⁾。

初期(驚愕)	ショック	変様感	否認
第1期(抵抗)	怒り	罪責感	敵意 取引
第2期(絶望)	憂鬱	自尊心の低下	
第3期(虚脱)	無力感		
現実受容	平静	理性的思考	
見直し	希望	発想の転換	

患者の落ち込んだ心理状態からインプラントに掛ける希望に満ちた期待感には回り知れない。しかし未知のインプラント療法には患者はいろいろな不安と期待を感じる。その対応を山崎²⁾のいう義歯使用者の不安とその対

応を改変して考えてみる。

1) 醜貌, 変形の不安

治療によって自己イメージが変わったり、容貌が醜くなるかもしれないという不安がある。

対応: 患者の満足度が高まるように十分気を配る。患者の要望をよく聞きインプラント植立の方法により、改善の余地を知らせる。また上部構造の大きさ、色、形、性状などをはじめ、口元のしわの寄り方にも十分気を配る。また患者の老いの受け入れに対して積極的に援助する。

2) 治療への不安

虫歯や入れ歯の治療は受けたことはあっても、インプラントの依頼がはじめての患者は受けたことのない治療への不安は大きい。

対応: 検査の目的や治療の概略(方法、所要時間、苦痛の程度、特にインプラント手術の方法)を事前に説明し余分な心配や不安を軽減しておく。

私はある患者に抜歯後1.5ヶ月でインプラント手術を行ったためインプラント頸部に骨不足を生じ、骨移植を必要として、術中に患者に了解を求めてGBRの手術を併用した。術前にGBRが必要となる可能性を説明していなかったため、患者より不信感を抱かれ、結局、患者は転院した経験がある。

3) 治療中の容貌, 咀嚼への不安

治療期間中、自分が満足する状態を得られにくい場合、不安を抱き、期待が裏切られたような失望が生じる。

対応: 治療の期間中の容貌、咀嚼の限度などおおよその見通しと、患者の希望や気持ちを聞いておく。

4) 通院への不安

通院を継続するには、いろいろな条件が整うことが場合によっては必要となる。体力、仕事や家事労働をやりくりしての通院時間の確保、長い待ち時間、付き添いへの遠慮などである。

対応: どのくらいの通院が必要かおおよその見通しの説明。体力への配慮、予約制の導入、患者の希望の尊重、近隣医へ紹介、社会資源の活用。

5) 対人不安

他人からの変化に対する指摘。発音の変化によりコミュニケーションをとるのが億劫になる。

対応: コンプレックスを隠すために、人間関係が逃避的、自閉的にならないように周囲のものは気をつけねばならない。

6) 治療内容の理解への不安

患者の口腔内状態、処置に対する説明の不十分さが患

者に不安を与える。

対応：患者の状態（歯牙欠損、咬合崩壊の程度、理解力、パーソナリティー、心理状態、欲求のあり方）を見きわめたうえで、適切かつ十分な説明や情報を患者に与える。

当医院で1995年に行った患者アンケート（87人）で歯科医師のインプラント治療の説明に患者の納得度を見たところ 1）十分説明を受けて納得した57% 2）よくわからないが信頼した42% 3）もっと説明してほしいが1%であった。このうち2）は経年的に若くして経過不良となると患者とトラブルの発生の可能性を秘めていると思っても過言ではなからう。

7) 経済的不安

インプラント導入で家計に及ぼす経済的負担を心配する患者がいる。金銭感覚の乏しい人や、身内に入れ歯の使用者がいない場合は、自分が金もうけの対象者にされるという、被害的不安をもつこともある。

対応：治療費に関する詳細な情報の提供は、とくに非扶養者や年金生活者にとっては大きな意味をもつ。図1は1995年の当医院のアンケートによるインプラント満足度と料金認識の関係をみるといくら期待以上の満足をしていてもインプラント料金は高いと認識し、安いと思う人はいなかった。

8) 見放される不安

大切にされたい、わかって貰いたいと言う気持ち強い場合、かえって医療スタッフから見放される不安をもつ。要求がましいかもしれないという思いが激しい場合、受容されない不安を抱くこともある。

図1 インプラント満足度と料金認識の関係。

患者は期待以上に満足してもインプラント治療は高いと認識している。

対応：医療関係者の態度への不満があると、この不安が助長されるので、注意が必要である。

インプラント療法希望患者の不安と期待への対応も医院のなかで適任者が取り組むべきで歯科医師、コデンタルに対して関わりの度合いをきめている。

インフォームドコンセントに対する歯科医師と衛生士の関わり合いの度合いをみると、

	歯科医師	衛生士
1) 醜貌、変形の不安	◎	○
2) 治療への不安	◎	○
3) 治療中の容貌、咀嚼への不安	○	○
4) 通院への不安	○	◎
5) 対人不安	○	◎
6) 医療内容の理解への不安	◎	○
7) 経済的不安	○	◎
8) 見放される不安	○	◎

上記不安を持ちながらインプラント希望患者は治療を求めてくるのである。その心理過程は人が物を購入する過程 AIDMA の法則に因っている。

AIDMA の法則

Attention	注意を引く
Interest	興味を持つ
Desire	欲望が沸く
Memory	記憶する
Action	行動を起こす

患者には行動特性がありインプラント治療を受けようするとき、歯科医師はその特性を認知して対応せねば治療中患者と問題を起こすことがある¹⁾。

1) 依存的で要求の多い人

医師に何でもしてもらいたいと思う。要求が満たされないと不満を言う。「甘え」と「我がまま」が混在している。頻回受診、不必要な電話連絡をする。

対応：意気込みのある態度を示す。忌避すると余計依存的になる。直接的な対決は避ける。こちらの限界を知らせる

2) 支持的で支配的な人

あらゆることを自分でコントロールしたが、病気に對して感情的反応を示さない。医師に指示されることを嫌う。

対応：病気について詳しく説明する。診療に関する意志決定や実行を本人に参加させる。

3) 演技的で情緒的な人

病人であることを強調したい願望をもつ。病歴や症状を印象的に言う。しばしば医師に魅力的であろうと振

る舞う。

対応: 患者の感情にのらず平静にかかわる。患者の鬱積した感情を吐き出させ、満足させる。惜しまずにほめる。

4) 自己犠牲的で苦悩をもつ人

長い年月の病気に耐えて来た人。不運や災難の根底に罪業意識をもつ。いかに自分が不幸であったかを訴える。

対応: 避けずに共感する。病気のあることは事実なのだから、病状検査結果など、あからさまに伝えない。医師のかかわり得る限界を示す。

5) 用心深く疑い深い人

医師の何気ない言動も悪い方へと誤解する。医師との十分な信頼関係が得難いので注意する。

対応: 疑いをとるために診療の内容をできる範囲内で患者に知らせる。とくに礼儀正しく、堅い態度で接する。患者の疑いにそのまま同意してはいけない。疑いをもたざるを得ない気持ちを認める

6) VIP 待遇を求める人

過大に自分の職業や社会的地位を自慢したが。高慢で VIP であることを求める。思う通りにしないと怒り散らす。

対応: それ相当の人だと、まず認めてあげる。言われる通りにすると、患者の要求はエスカレートするので、患者の納得できる最小限を認めてあげる。

7) ひきこもりがちな人

1 人を好み、情緒的なかわりを避けている。医師の対応にも無関心。来院がしばしば遅れる。

対応: 患者が距離を置きたいという気持ちを尊重し、無理に入りこまない。医療を受けることへの安心感をもたせる。

8) 衝動的な人

少しの症状でも我慢できないので、治療により改善されないと攻撃的になる。医師の悪態をつき、不満、文句を言う。もっとも対応しにくい患者。

対応: 治療をはじめる前に医師のできる限界を説明する。公然とした対決を避ける。衝動的な行動により生じた結果は患者に責任を取らせる。

以上、患者の個性、生活習慣、時間的制約、経済的な問題、全身的疾患などを含め十分な患者を取り巻く環境まで把握して治療に取り組むべきである。

患者の口腔内を診査診断するにあたり、口腔内の所見、全身所見から患者の既往歴までを把握し、患者が望む回復すべき疾患、また患者が自覚していようといまい

が改善すべき疾病を正確に示し、患者と対等の気持ちの上で納得して貰い、患者のラポール (信頼) を得たインフォームドコンセントを行い、お互いが納得して治療を行うべきである。特に審美的なもの、お金が掛かるもの、時間が掛かるもの、また糖尿病などの有病者に対してはより配慮しながら治療に掛からねばならない。

症 例

美を求める患者、経済的に問題のある患者、全身疾患を持っている患者、身体表現性障害の患者の症例などを示し種々の全人治療を考察する。

美を求める患者: 症例 1: 18 歳, 女,

主訴: 上顎前歯の審美障害, 1 の頬側歯肉のへこみを回復したい。(図 2)

現病歴: 2 年前にカリエスにて 1 の抜歯の処置を受け、隣接歯を削除する bridge への治療を拒否し、1 本義歯を装着。経日的に大きくなる頬側の吸収とクラスプの存在に美的不満が益々大きくなっていった。

現症、局所所見: 1 の欠損、同部頬側歯槽骨の軽度の atrophy。1 本義歯装着

全身所見: 記すべき事項なし

治療経過: 患者の望む最終の機能的審美的状態、治療に掛かる経費や時間、手術方法などのインフォームドコンセントを十分に行った。1 欠損へはインプラントを審美的に植立し、両隣接歯 virgin tooth への侵襲を避けた。同部頬側歯槽骨の軽度の atrophy に対しては、口蓋

図 2 1 頬側歯肉の atrophy.

部よりの結合組織の遊離移植で回復を行った(図3). 術後6年の前方面観で, 11 頬側根頸部の突出感は左右均等に保たれており, 1, 2 との鼓形空隙は歯肉で被われ, 審美障害症状の1つである black hole は見られない(図4). 患者の満足度は100%以上であった.

症例2: 40歳, 女

主訴: 上顎前歯部の審美障害, 義歯を固定式の bridge としたい.

現病歴: 3年前交通事故にて4±1の歯牙喪失, 同部の頬側歯槽骨骨折脱落, 創傷治癒後, 同部へ義歯を装着.

現症, 局所所見: 4±1に亘る水平垂直の歯槽骨の欠損(図5). 同部は反対咬合となる.

全身所見: 特記すべき事項なし

治療経過: 患者の望む最終の機能審美的状態を詳しく聞き, 治療に掛かる経費や時間, 手術方法(修復による審美的回復状況を含めて)などのインフォームドコンセントを十分に行った. まず同部へ上顎結節よりの自家骨移植+βTCP人工骨+チタンメッシュを用い歯槽骨の回復を図り, 新生骨へインプラントを4本植立した.

図3 口蓋側より結合組織の遊離移植.

図4 両隣接歯と調和の取れた11の上部構造.

その後口蓋粘膜を頬側へ有頸弁移植し, 角化粘膜を確保して上部構造を装着した(図6~11). 経過4年後機能審美的に患者は満足している.

図5 前方面観, 咬合面観の欠損状態.

図6 骨造成手術後7ヶ月, 上, 歯肉の状態, 下, 歯肉剥離メッシュ除去前.

経済的に問題を抱えた患者：症例 3：25 歳，女

主訴：多数歯カリエスのためによる咀嚼障害，審美障害，インプラントを入れたい。

現病歴：カリエスにて全顎ポーセレン冠の修復をして

いたが，数日前に上顎 13 本，下顎 2 本がカリエスのため冠の脱落を起こす。それ以後咀嚼障害，審美障害を伴う。前医より冠脱落歯は抜歯して全てインプラントで修復し

図 7 インプラント植立後 3 ヶ月。
インプラントは新生骨に植立されている。

図 8 上部構造装着後 3 年のレントゲン像。

図 9 上部構造装着後 3 年の前方面感。

図 10 上部構造装着後 3 年の側方面の CT 像。
頬側の皮質骨の形成が認められる。

図 11 上部構造装着後 3 年の横断面の CT 像。

かないと宣告を受けて来院。

現症：局所所見：7～2|1～7，7|7 残根状態 1|6＋6 ポーレン冠，4| 完全水平埋伏（図 12，13），

治療経過：患者は 25 歳と若く，経済的余裕はあまりなく4 6 7，7|7 を抜歯，他歯は根管処置，歯周治療，根尖側移動術，歯根尖切除術などを種々の療法を駆使してほぼ全歯保険で保存を図る。しかし予知性を考えると無理をして保存した歯も含まれた。7 のみにインプラントを行い，（図 15，16）のように全顎 固定性の連冠，

bridge で治療を終えた。しかし，予知性のない歯が数本あることを周知させ，メンテナンスの一法に頻回のリコールの必要性を説いた。しかし，3 年後5 が要抜歯となり抜歯後，インプラントを追加した。

全身疾患を持っている患者：

図 12 術前咬合面観。

図 13 術前のパノラマ像。

図 14 インプラント以外の上部構造。

図 15 術後のパノラマ像及びインプラント部の頬側面観。

図 16 術後の前方面観.

図 17 術前のパノラマ像.

糖尿病の患者: 症例 4: 58 歳, 男

主訴: 多数歯欠損による咀嚼障害

現症: 局 所 所 見: $\overline{7\ 3\ 2\ 1\ 3}, \overline{5\ 4\ 6}$ P, $\overline{6\ 5\ 4\ 1}$
 $\overline{2\ 4\ 5\ 6\ 7}, \overline{7\ 6\ 5\ 7}$ 欠損 (図 17)

全身所見: 糖尿病 HbA1c6.2%, 血糖値 FBS180 mg/dl

治療経過: 16 年前に糖尿病の診断を受けるが, HbA1c6.2%である現在, 血糖コントロールはうまく行われていると判断した. Hope less の $\overline{3\ 2\ 1\ 3}$ を抜歯. $\overline{6\ 4\ 3\ 1\ 2\ 3\ 5\ 7}$ 部 $\overline{7\ 6\ 5}$ 部にインプラントを植立した. $\overline{4\ 3\ 1}$ が Osseointegration を起こさず $\overline{4\ 1}$ に再度植立をする. Osseointegration を達成後, $\overline{6\ 4}$

図 18 術後のパノラマ像.
 上下顎で 10 本のインプラント装着 (1 本 sleep).

図 19 上部構造装着直後の上顎前方面観.

図 20 上部構造装着 5 年後インプラント脱落.

図 21 インプラント脱落后の咬合面観.

図 22 上部構造装着直後の咬合面観.

7, 7 6 5]の上部構造を装着した(図 18, 図 19)しかし装着後リコールに来ず, 5年後6 4 1|2 5 7部のインプラントが重度の周囲炎にて脱落するした(図 20, 21).

上部構造装着後の頻度のリコールを厳しく要求しなかったことを, またインプラントの長期安定には血糖コントロールの大切さを徹底して教えなかったことが悔やまれる症例であった.

身体表現性障害の患者: 症例 5: 71 歳, 女

主訴: 上顎総義歯の後縁部違和感

全身所見: 高血圧, 上顎総義歯の後縁部違和感のためデスパ 0.5 mg を常時服用

局所所見: 7 1 7, 7 6 5 4|4 5 6 7 義歯装着, 7 1 7 義歯後縁部粘膜肥厚?

治療経過: 8 7 4 3 1|3 4 5 7 8 部にインプラント植立, 上部構造を装着する(図 22)が, 上顎上部構造, 最後臼歯の違和感, 上顎上部構造への舌の接触違和感, 胸, 後頭部, 胸部の痛み足のしびれ, 睡眠不足. デスパ 0.5 mg 1/4 ~ 1/3 1/2 錠など 適当に服用(かかりつけ内科より投薬)で半日くらいおさまる. 8|8 のインプラント除去により, 胸の痛み, 足のしびれが一時的に収まるが, 上顎上部構造への舌の接触違和感, 胸, 後頭部, 胸部の痛み足のしびれ, 睡眠不足, デスパ 0.5 mg 1/4 ~ 1/3, 1/2 錠など 適当に服用(かかりつけ内科より投

薬)は変わらなかった(図 23, 24). 結局上記症状を取るには残念なことに植立インプラントは全て除去することで一様消失した. 結果的にまた総義歯に戻ってしまった. 患者, 術者共に最悪の結果となってしまった.

図 23 上部構造撤去後テンポラリー冠装着.

図24 種々の不満や要求を訴えるメモ書き。

考 察

美を求める患者：医学が発達してきた中で、患者自身が思う美的満足度に支障があるといろんな医療を駆使してでも最高の医療を受けたいと歯科医を受診してくる患者がある。こういう患者にはどの程度の美的回復を望んでいるのかよく問診を行い、そのレベルを自分の技量で達成できるかをまず自問自答すべきである。患者とよく話し合い両者がそのレベルで納得できることをまず確認すべきである³⁾。

患者は一度に多くの歯を喪失したときなどは、その現状をなかなか把握しきれなく、歯のあるときの状態への哀愁がつよく以前の状態への回復希望が強いことが多い。

症例2では患者の希望は審美的に回復することはかなり高度のテクニックを要し、術者の診断能力、手術手技の習得が必須となる。多数歯へのインプラント植立での鼓形空隙の回復は現在の手法では難易度が高く患者に最初にインフォームドコンセントをしておくべきである。

患者は概して誰でも治療費は安い方がいいにきまっている。それに反してインプラント療法は健康保険が適用できず高価となってしまふ。しかし固定性 bridge への執着の強い人、また医学的に bridge が必要なひとにはそれなりの治療法を考えて、1度での完璧な姿でなくとも経済的に満足、医学的に許される治療法を見つけ出し、彼らの生活の中で時間を掛けて係りつけ歯科医としてゆっくり見守ってメンテナンスをおこなっていく方法も患者の望む治療法ではなかろうか。

図25 糖尿病患者におけるインプラント周囲炎のメカニズム。

糖尿病患者は歯を喪失しやすく (図25)、咀嚼機能が低下してくることが多い。しかし定められたカロリーを摂取せねばならず、咀嚼機能回復を必須とする。わが国で増え続ける糖尿病患者もインプラント装着希望で歯科医院を訪れる人も多くなってくることだと思われる。血糖値を低レベルでコントロールできる人であれば、健康者と同様にインプラント治療が行えると思われる。しかしインプラント手術で低血糖などの急変症状を起こし低血糖性昏睡をおこす危険性があり、易感染性のため創傷治癒に気を配り、術直後のみならず継続的に頻回のメンテナンスが必要である。また歯科医が患者の低レベルでの血糖コントロールを確認しておくことがインプラントの長期安定につながるのである⁵⁾。

身体表現性障害といわれる症状をインプラント治療後に訴える患者がいる。身体表現性障害は米国精神医学会が作成した精神疾患の診断・統計マニュアル第4版 (DSM-IV)⁶⁾ によると鑑別不能型身体表現性障害、疼痛性障害、心気症、身体化障害、転換性障害、身体醜形障害、特定不能の身体表現性障害があり、前者3つがインプラント治療後に現れやすい。適切な検索を行っても、既知の身体疾患や物質 (例えば、インプラントの素材) の直接的作用として十分に説明できない。1つまたはそれ以上の身体的愁訴 (例えば、噛みあわせの異常感、唾液の粘ちょう性、量、味などに関する訴え) が6ヶ月以上にわたって続いており、なおかつ患者は、その症状により、臨床的に著しい苦痛や、社会的・職業的に支障を

きたしているものをいう。

インプラントの治療は成功しているにもかかわらず、トラブル症例となり訴訟まで発展しかねない。こういう患者に出会わないことに越したとはないが疑われるような時はうつ病判定の CMI Test で患者の状況を把握しておくことも大切である。身体表現性障害の治療への取り組み方として以下の7ヶ条を井川⁶⁾があげている。

- 1) 治癒の期待は禁物
- 2) 症状コントロールの援助
- 3) 患者との面接は必ず定期的な予約
- 4) 薬物療法
- 5) 患者によるストレス自覚の手助け
- 6) ストレスと症状の安易な結びつけは厳禁
- 7) 家族との治癒協力

結 論

- 1) 患者の治療に対する不安や行動特性を考慮しながらインフォームドコンセントを確実に行うこと。
- 2) 診査診断・治療計画を的確に行う。

3) 最高の技術を駆使しながらも簡単な治療法を最適とする。

4) 患者の心身からすべてを診る全人的医療を常に心掛けること。

文 献

- 1) 橋本信也: コミュニケーション. 医療言論. 弘文堂. 東京. 109-124, 1996.
- 2) 山崎久美子: 歯牙喪失に伴う変化. 日歯医学会誌 17: 41-46, 1998.
- 3) 阿部成善: 歯科審美の基本とは. 歯科審美 15: 1.1-8, 2002.
- 4) 阿部成善: 糖尿病患者へのインプラント治療. Quintessence DENTAL Implantology 8: 4.47-56, 2001.
- 5) American Psychiatric Press. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC: APA, 1994.
- 6) 井川雅子, 山田和男: インプラント治療後, 突然, 不定愁訴を訴え始めた患者にどう対応するか/上. Quintessence DENTAL Implantology 11: 1.53-60, 2004.