

4_2 アブストラクト・テーブル (抄録一覧表)

[Meta-analysis, systematic review]

抄録 番号	著者 年(新しい順)	Patient	Exposure/Intervention	Outcome

[DB-RCT, RCT, CCT]

抄録 番号	著者 年(新しい順)	Patient	Exposure/Intervention	Outcome

[cohort study, case control study, case series, case report]

抄録番号	著者 年(新しい順)	Patient	Parameter	Result
#18	Clayman L J Oral Maxillofac Surg 2006;64(4):674-682	年齢が 18 から 69 歳まで (平均 49.6 歳) の 8 人の患者 (女性 7、男性 1)	長さ 7~15mm と直径が 3.75mm の 41 本の Branemark インプラントを移植して 6 ヶ月後に埋入。臨床試験および X 線撮影により骨の治癒、骨の高さの維持、インプラントの安定性を測定	41 本のインプラントのうち 34 本 (83%) が観察期間終了後も残存した。
#17	Jan Willem Verhoeven Clin.Oral Impl. Res. 17, 2006; 58-66	重度の萎縮下顎骨の患者 13 名(男性 2 人、女性 11 人 : 平均年齢 59.5 歳 ; 49-78 歳)	対象患者において Distribution of plaque and gingival indices, Peri-implantitis frequencies 等を評価。OLCRs によるオンレイ式骨移植骨高径の変化の検討	移植骨高径の平均 51%(95%信頼区間 42-61%)が、10~11 年後に残存していた。
#16	Hallman M, Int J Oral Maxillofac Surg. 2005; 34(3): 273-280	20 人(男性 6、女性 14) 48-69 歳、平均 62 歳	術前後の上顎洞底部の骨幅の評価。上顎洞の評価。アバットメントとインプラントの安定性の評価。臨床評価 (オトガイ神経の感覚、異常感覚や不快感の有無)	自家骨と牛の異種骨の混合物 (20 : 80) による上顎洞底挙上術は信頼できる手法である。
#14	Yerit KC, et. al. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004; 97(6): 683-692	1990 ~ 2001 年に HLFO を行った 36 人 (男性 8、女性 28 : 43~78 歳 ; 平均年齢 57.6±10 歳)	HLFO とインプラントの同時埋入と別々埋入の 2 群を比較。咀嚼機能、審美性の満足度については VAS を使用。また、X 線写真で術前、術直後、最終リコール時の犬歯部と第一大臼歯部の歯槽骨の高さを評価。	HLFO 後の長期観察は有用である。患者にとって 1 回法はより便宜的であるが、正確にインプラントを埋入し、治療の成功のため 2 回法を推奨する。

#13	<p>Hatano N Clin Oral Implants Res. 2004, 15(3), 339-345</p>	<p>上顎洞底挙上術を受けた患者 191 人 (男性 60、女性 131) 26-76 歳 (平均 55.5±9.7 歳)</p>	<p>インプラントの長さ (IL)、骨レベル (BL)、もとの上顎洞の高さ (OSH) 術後の上顎洞の高さ (GSH) の時。BL/IL、GSH/OSH</p>	<p>自家骨:異種骨を 2:1 で増生し、長期観察したところ、2、3 年で移植骨部の高さは減少した。上顎洞の高さの長期安定性は、インプラントの成功に重要な要素である。</p>
#12	<p>Christensen DK, Clin Oral Implants Res. 2003; 14(6): 680-6</p>	<p>45 名の非喫煙患者</p>	<p>bleeding on probing, modified plaque index, modified gingival index, levels of the mucosal margin in relation to the implant shoulder, peri-implant Probing depth, level of attachment, distance from the implant shoulder to the alveolar bone level</p>	<p>段階的アプローチは同時法より骨の喪失量のリスクがすくないと思われた。また、同じインプラントシステムを造成していない既存骨に埋入した場合に匹敵する結果となった。</p>
#11	<p>Sandor GK Dntal Traumatology. 2003; 19(4):221-7</p>	<p>21 患者 (9 男性、12 女性 ; 平均 13.6 歳) の 48 歯牙欠損</p>	<p>インプラント埋入術に骨移植を必要としたかどうか。</p>	<p>サンゴ顆粒は上顎臼歯部や下顎の欠損部において歯槽骨を吸収や萎縮による喪失から免れ、保存させることができる。</p>
#10	<p>Timmenga NM Clin Oral Implants Res. 2003; 14(3):322-8</p>	<p>自家腸骨稜の移植による上顎洞増多術を受けた 17 名患者 (6 男性、11 女性 ; 22-73 歳、53±15 歳)</p>	<p>上顎洞底増多術後の上顎洞病変の有無</p>	<p>上顎洞炎の徴候のない患者において、増多術は上顎洞機能に対して臨床的に有意な影響を</p>

				及ぼすものではない。
#9	Zvi Artzi Clin Oral Implants Res 2002; 13(4): 420-7	10 名患者(4 男性、6 女性 ; 36-58 歳平均 49.2 歳)の上顎骨	平均骨面積分画、平均層状骨／網状骨比率	B-S B は上顎洞増多術においてインプラントを同時埋入する際の適切な移植材料である事が証明された。
#8	Mayfield LJ Clin. Oral Impl. Res 2001; 12: 508-514	移植材料 Bio-Oss のみ(6 名)あるいは Bio-Oss と自家骨の併用によって顎堤増多術の治療を受けた 18 名の患者(平均年齢 71 才±9 才)	インプラント周囲の probing depth(Lang et al. 1994)、③Modified Plaque Index(Mombelli et al. 1987)④Modified Sulcular Bleeding Index (Mombelli et al. 1987)	喫煙は、歯科インプラント処理のための重要な危険要因であることが分かった。Bio-Oss® はチタンインプラント埋入と同時に臨床的に使用するのに適切な移植材料である。
#7	Gerry M. Raghoobar, Clin. Oral Impl. Res. 2001; 12: 279-286	患者 99 人(男性 41 人、女性 58 人、手術した時の年齢 17 - 75 歳、手術してから期間 12 - 124 ヶ月)	①bleeding index②gingiva index ③the probing index ④デンタル X 線写真およびオルソパントモによるインプラント周囲骨の状態	インプラント埋入のための、自家骨移植による上顎洞増多術は、良好な長期的結果を達成しうる信頼性の高い治療方法である。
#5	Massimo Simion Clin. Oral Impl. Res. 2001; 12: 35-45	crown-implant 比率、インプラントのサポートおよびまたは最終補綴物の	インプラント周囲溝からの排膿、Modified plaque index、Modified sulcus bleeding index、Probing depth、インプラントの動揺、レントゲン写真上での状態	GBR 法によって垂直的に増多した顎堤はインプラントの埋入に対

		審美性を改善するために垂直的な骨増多術を必要とする49人の、部分的に歯のなくなった患者		して生来の非再生骨と同様に反応する。
#2	Verhoeven JW Clin Oral Impl Res 2000;11: 583-594	重度の萎縮下顎骨を持つ8名の患者(男性1、女性7: 平均年齢59.1±9.3歳; 50~78歳)	オンレイ・グラフトの骨密度と骨高径の測定を行うことによって、骨移植後1年間の骨改造の複数の段階を客観的に捉える	主に術後6ヶ月間に、オンレイ・グラフトの厚み、(上部)皮質の放射線像上の密度が減少する。