



ズバリ上手くいく根管治療

世界一超簡単な根管治療法



- 1) 抜髄・感染根管・根管再治療をキメル術式
- 2) 振動系ホルダー（超音波・可聴域チップ）で治療時間と回数削減
- 3) 器具・器材・薬剤を厳選し、ズバリ経費削減

第一部 「安全」「安心」「安価」な根管治療

根管治療成功への近道は根管壁スマー層を除去し、ガッタパチャポイントと酸化亜鉛ユーージノールセメントで根管充填という選択に大きな意味があります。

そこで、即戦力となる明石術式を手に入れ「安全」「安心」「安価」な根管治療が身に付く術を伝授します。実際にはまさかの高額な機材、高価な器材・薬剤、消毒水酸化カルシウム、根管貼薬剤を排除し、抜髄・初発感染根管・根管再治療歯の処置をコンパクトにアレンジした治療法です。

一般社団法人 日本臨床歯科研究学会 理事長

プログラム開発者 明石 俊和 先生

日本大学大学院歯学研究科（歯内療法学専攻）修了 歯学博士
ニューヨーク州立大学バッファロー校ペリオ・エンド講座元助教
日本大学元診療教授
日本大学歯学部兼任講師

第二部 振動系根管治療器具による根管治療

振動系根管治療器具である振動系ホルダー（超音波・可聴域チップ）とエンドチップは回転系器具（ニッケルチタン、ファイル）に比べ髓腔開閉、エンド三角除去、髓床底面表示、根管口（探索、明示、拡大）、根管拡大・形成、支台築造形成にも楽々で行えます。

本器具の特色は根管形成・処置と根管洗浄・清掃が同時に行える他にはない便利な根管治療器具です。

そして根管内の細菌、バイオフィルム、根管壁に形成されたスマー層除去、根充材

（剤）、スクリューポスト・CR築造、破折ファイル除去が出来ます。

以上、超音波・可聴域ホルダーに装着した各種エンドチップは根管治療必需品、活用は皆さんの強い味方となるでしょう。

講義一部紹介

歯内療法概論

- ・見極めてください歯牙、天然歯の言葉が意味するもの
- ・セメント質は根管に細菌侵入と侵出を防ぐ隔壁である
- ・根尖病変は体を守る正義の味方
- ・根管治療の目的はバイオフィルム除去にあり
- ・再根管治療の成功率を上げる
- ・難治化してしまう根管とは

根管形成

- ・アピカルシート形成はK型ファイル#30番まで
- ・振動系エンドチップを難治化根管に使用する
- ・MB2の見つけ方
- ・Cシェイプ（桶状根）攻略
- ・破折ファイル、ガッタパーチャの除去

根管洗浄・根管貼薬

- ・次亜塩素酸ナトリウムで根管内無菌化
- ・時代遅れの水酸化カルシウム根管消毒
- ・根管洗浄の秘訣はエンドチップにあり
- ・マイクロでは発見できない根管壁スマー層
- ・まだ各種根管貼薬剤をお使いですか

根管充填

- ・根管充填時期の決め方
- ・根尖部が開いている難症例への根充法
- ・明石式栓テックテクニック根管充填法
- ・側枝・分枝根管への根管充填法
- ・根管充填材料電気加熱注入器使用禁止理論

各日程

2023年 4月16日(日) 5月21日(日)
6月11日(日) 7月16日(日)

10:00～16:00（受付9:30～、昼休憩1時間有）

会場

全国町村会館 www.zck.or.jp
〒100-0014 東京都千代田区永田町1-11-35 TEL 03-3581-0471

受講料

35,200円（税込）

新型コロナウイルス感染症の状況により、開催を中止、延期させていただくことがあります。また、三密を避けるため定員を削減しての講演となる事もあります。

〈申込方法〉申込書にご記入し、FAX、郵送、e-mail、学会の申込フォームからお送りください。https://jacms.jp/seminar
お振込みをもって正式な申し込みとさせていただきます。その後、「受講証」をお送り致します。なお、受講料の振込期限は開催日の二週間前です。期日までに入金が確認できなかった場合はキャンセルとみなされます。

〈問合せ先〉〒107-0062 東京都港区南青山3-14-24-104

一般社団法人 日本臨床歯科研究学会 TEL 03-6455-4542 FAX 03-3401-0882 E-mail: rinshoushika@gmail.com

〈振込先〉みずほ銀行 青山支店（211）口座種別：普通 口座番号：2204655 口座名義：一般社団法人 日本臨床歯科研究学会 ※振込手数料は各自ご負担願います。

※お振込みの控えをもちまして領収書に代えさせていただきます。

※お振込み時にセミナー受講の日付と受講者名を入力してください。例）受講日 氏名 8月25日 根管治療 ―― 825 コンカン チリョウ

キリトリ線

世界一超簡単な根管治療法講演会申込書

2023年 <input type="checkbox"/> 4月16日(日) <input type="checkbox"/> 5月21日(日) <input type="checkbox"/> 6月11日(日) <input type="checkbox"/> 7月16日(日) ※ご希望日に✓印	歯科医院名	フリガナ
	歯科医院住所(〒)	受講者氏名
	歯科医院電話番号 ()	携帯番号
		E-mail

※記載された個人情報は厳重に取扱致します。また、各種セミナーの案内などの送信・送付データとして使用させていただく場合があります。

