

歯の保存液

移植・再植用 ティースキーパー「ネオ」
Teeth Keeper NEO

自家歯牙移植及び再植（意図的・外傷歯）の予後を左右する因子には、移植・再植歯の歯根に残存する歯根膜組織の量、保存状態、保存時間、抜歯窩の処置、固定方法、根管処置の有無などがあります。特に、歯根膜の損傷を可及的に少なくすることが、良好な予後を得るために最も重要な因子となります。

ティースキーパー「ネオ」は、移植・再植歯の歯根に残存する歯根膜組織を保護するために開発された保存液で、歯根膜の乾燥を防ぎ、浸透圧とpHの安定化により歯根膜を構成する細胞の活性を維持します。

〔組成〕

塩化カリウム、塩化マグネシウム、硫酸マグネシウム、塩化カルシウム、その他

浸透圧：280 mOsm

pH：7.2

〔用途〕

移植・再植歯の保存及び洗浄

〔使用方法〕

1. 移植・再植歯の歯根膜の損傷範囲を確認後、本品に浸漬保存する。
2. 抜歯窩又は移植床の処置後、移植・再植歯を本品から取り出し、移植・再植する。
3. 口腔外で移植・再植歯の根管等の処置が必要な場合には、歯根膜の乾燥を防ぐため、本品を含ませた滅菌ガーゼ等で保持しながら処置をする。

〔使用上の注意〕

1. 容器のふたは使用直前に開けること。
2. 移植・再植歯を浸漬保存する場合には、低温（約4℃）で保存し、移植・再植は24時間以内に行うこと。
3. 移植・再植歯を洗浄する場合には、歯根部を圧迫したり、こすらないよう注意すること。
4. 移植・再植が可能と診断された症例にのみ使用すること。
5. 外傷歯の再植は歯根膜の損傷状態、歯槽窩の状態、感染状況等を総合的に判断して行うこと。
6. 移植・再植歯は最良の治療を行っても失われる場合があります。
7. 本品は、説明書に記載の用途以外には使用しないこと。

〔取扱い上の注意〕

1. 一度開封されたものは使用しないこと。〔無菌性が損なわれている。〕
2. 本品は凍結させないこと。〔浸透圧が変化する。〕
3. 使用期限の過ぎたものは使用しないこと。〔浸透圧等が変化する。〕
4. まれに結晶が析出することがありますが、品質には影響ありません。

〔保管方法〕

室温（1～30℃）

〔使用期限〕

外箱、容器底部に記載

〔包装〕

40 mL（滅菌済）・2本

製造販売元：ネオ製薬工業株式会社

住所：〒150-0012 東京都渋谷区広尾 3-1-3

電話番号：03-3400-3768 Fax：03-3499-0613



ネオ製薬工業株式会社

ケガで抜けた歯の保存

ケガにより歯が抜けてしまった場合には、その歯をティースキーパー「ネオ」に入れ、できるだけ早く歯科医院へ行き、適切な治療を受けてください。

歯の根の部分には、歯根膜とよばれる歯を支えている組織がありますが、この組織は乾燥に対して非常に弱く、口の外での生存は 30 分が限界とされています。しかし、歯根膜が生きていれば歯を元の位置に戻す（再植）ことにより、歯は再び機能を回復する可能性があります。ティースキーパー「ネオ」は再植までの間、歯根膜を乾燥から守り、生存させる環境を与えます。

〔使用方法〕

1. ミシン目にそってフィルムをはがし、ふたを回して開ける。
2. 抜けた歯をそのまま容器の中に入れる。
歯を持つ際には、歯の根の部分を持たないこと。
3. ふたをしっかりと閉め、すぐに歯科医院へ行く。
状況カードに必要事項を記入して、いっしょに持っていくこと。

〔注 意〕

- ・歯根膜を損傷するおそれがあるので、抜けた歯の根の部分には触れないでください。
- ・容器のふたは、使用直前に開けてください。
- ・容器には本人以外の歯を入れしないでください。
- ・抜けた歯を入れた容器は、できるだけ揺らしたり衝撃を与えたりしないでください。
- ・本品は 4℃ で 24 時間、歯を保存できることが確認されていますが、できるだけ早く歯科医院へ行ってください。
- ・再植した歯は最良の治療を行っても失われる場合があります。
- ・本品は無害ですが、飲用しないでください。
- ・一度開封されたものは無菌性が損なわれているので、使用しないでください。
- ・使用期限（外箱、容器底部に記載）の過ぎたものは使用しないでください。
- ・本品はまれに結晶が析出することがありますが、品質には影響ありません。

----- キリトリ線 -----

【状況カード】

氏 名	歯を保存液に入れる までの時間	抜けた歯が落ちた場所 (路上、グラウンド、床等)
日 時 月 日 午前 午後 時 分		

* 本人の歯であることを確認すること。

----- キリトリ線 -----

【状況カード】

氏 名	歯を保存液に入れる までの時間	抜けた歯が落ちた場所 (路上、グラウンド、床等)
日 時 月 日 午前 午後 時 分		

* 本人の歯であることを確認すること。