

口腔外科 研修ハンドブック



公益社団法人

日本口腔外科学会

編集 公益社団法人日本口腔外科学会
原田浩之
桐田忠昭
鄭 漢忠
池邊哲郎
岸本裕充

医歯薬出版株式会社

1章 診察

1 問診と診察

1. 概要

診察は問診で始まる。患者も担当医もお互いが緊張する場面である。そこで患者の緊張を和らげ話しやすい雰囲気を作り、専門用語を控えて患者の理解しやすい言葉を選んで話しかける。その一方で、必要であれば聞きづらいことも問わなければならない。つまりコミュニケーション能力が大切となる。問診・診察の最終目的は「診断」である。診断に至る「診断根拠」は診療録に記載されなければならない。そのためには客観的で科学的な診察が必要である。まず、問診・診察の前に心がけることは以下になる。

1) 個人防護具 (PPE)

手指衛生の後、マスク、グローブ、アイガード（ゴーグル）を装着する。エアロゾル感染防止の観点から、必要に応じてエプロンやガウンを装備する。

2) 接遇の意識

初診患者であれば初めて患者と対面することになる。人と人との初対面であるから、言葉遣いや表情等、接遇マナーを心がけるのが基本である。接遇の最初は自己紹介である。「本日担当させていただきます口腔外科の〇〇と申します。どうぞよろしく申し上げます」と丁寧に挨拶する。また、小児や高齢者では家族が付き添っていることも多いので同様に接する。時間外の急患に対しても、落ち着いて穏やかな態度で接するのがよい。

3) 患者確認

診察の前に、診療録および他院からの紹介状と目の前の患者とが同一人物かを確認する。姓と名前、場合によっては生年月日を患者本人に言ってもらうのが基本である。

2. 問診の仕方

問診の目的は「診断根拠」の探索にある。

1) 主訴

最初に主訴を確認する。主訴とは患者が来院した目的である。予診票や紹介状に記載された主訴と患者自身の主訴とが食い違

② 各種検査

1. 頭頸部 X 線

1) 単純 X 線撮影法

画像診断の進歩により，迅速かつ正確な診断が可能となっている．X 線被曝の問題や CT，MRI の普及により，現在用いられなくなった単純 X 線撮影法も多い．ここでは，日常臨床で汎用するものについて解説する．

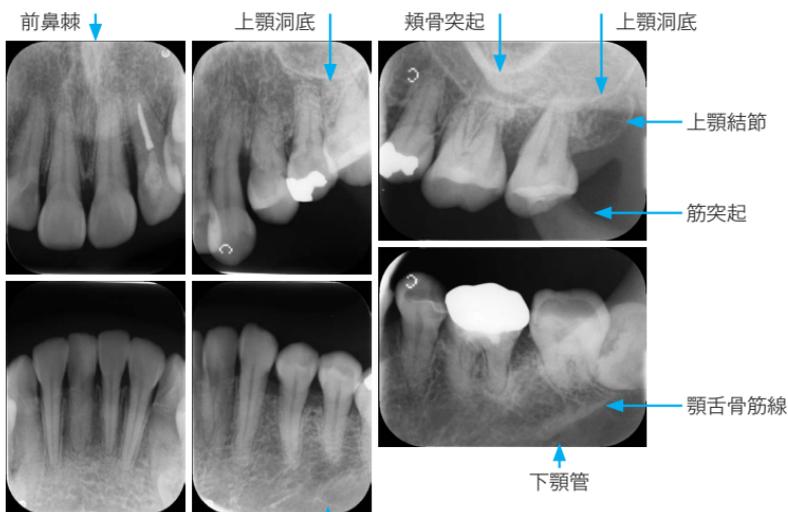
(1) 口内法

歯およびその周囲組織の疾患に対する診断，治療後の確認，経過観察に用いる．う蝕，歯髓腔，歯根膜腔拡大，歯槽硬線（白

表 1 デンタル X 線画像撮影における，失敗しないデンタル X 線装置のヘッドの角度

上下顎をそれぞれ 3 分割して覚えると便利である

	前歯			小白歯		大白歯	
	1	2	3	4	5	6	7
上顎	+55°			+45°		+35°	
下顎	-25°			-15°		-5°	



オトガイ孔 **図 1** デンタル X 線画像で確認できる事項

2章 外来での処置・対応

1 各疾患の診断の流れ

1. 顎口腔の先天異常

先天異常は、出生前の原因により生じる形態的・機能的異常を総称し、複数の形態異常（奇形）や症候を同時に認める場合（症候群*）もある。遺伝子変異や染色体異常等の遺伝的要因、ウイルス感染や胎内感染症等の感染性要因、薬物、放射線、栄養不良等の環境要因が原因とされる。近年の出生前診断技術の向上により、産前コンサルテーションの積極的な導入と出生後の早期治療が可能となっている。以下、顎口腔領域の先天異常について記載する。

1) 歯の異常

(1) 萌出時期・歯数の異常

生下時や新生児期に萌出が見られるものを先天歯といい、授乳時に舌下面小帯部に潰瘍を形成する場合（Riga-Fede病）には治療が必要となる。萌出遅延には、内分泌障害、甲状腺機能障害、ビタミンD欠乏症、骨代謝異常等の全身的要因や、乳歯の晩期残存、歯胚の位置異常等局所的要因が関与する。埋伏歯の好発部位として上下顎第三大臼歯、上顎犬歯、小臼歯があげられる。歯の先天性欠如は、遺伝的要因や母体の栄養障害、感染等による歯胚の形成異常により引き起こされる。部分性無歯症は上顎側切歯、第三大臼歯、第二小臼歯によく見られ、全部性無歯症は外胚葉性異形成症や鎖骨頭蓋異骨症*の一症候として知られている。歯胚の過形成による過剰歯は、上顎前歯部と下顎臼歯部に多く見られ、上顎正中過剰埋伏歯は正中離開や永久中切歯萌出障害の原因となる場合には抜歯を必要とする。また大臼歯部頰側、遠心側に見られる臼傍歯、臼後歯も、う蝕や歯周炎の症状が見られる場合には抜歯する。

(2) 形態異常・形成異常

正常形態で極端に大きい巨大歯、小さい矮小歯がある。円錐歯は形態的に萎縮したもので、上顎側切歯や過剰歯に多く見られる。その他の形態異常として、基底結節（前歯部）、中心結

症候群

特定の共通する原因（遺伝子、染色体異常）による奇形、症候の集合像を症候群（Syndrome）という。これに対して、1つの形態異常により連続して他の異常、症候が起きるものをシーケンス（Sequence, 107頁参照）、原因不詳だが偶然異常の頻度で合併するものを連合（Association）という。

鎖骨頭蓋異骨症

鎖骨の低形成または無形成と頭蓋骨縫合癒合の遅れによる開大した泉門と多彩な歯の異常（乳永久歯の過剰歯、萌出遅延、形態異常）を特徴とする。抜歯、埋伏歯の開窓術や牽引治療を含めて長期にわたり咬合治療管理が必要となる。

表 6 代表的な顎口腔領域嚢胞

	由来上皮	嚢胞名
歯原性嚢胞 (顎骨内嚢胞)	Malassez 残遺上皮 退縮エナメル上皮 歯堤・Malassez 残遺上皮	歯根嚢胞 含歯性嚢胞 (歯原性) 角化嚢胞
非歯原性嚢胞	鼻口蓋管上皮 上顎洞粘膜上皮 (多列線毛上皮)	鼻口蓋管嚢胞 術後性上顎嚢胞
偽嚢胞	なし	単純性骨嚢胞 脈瘤性骨嚢胞 静止性骨空洞

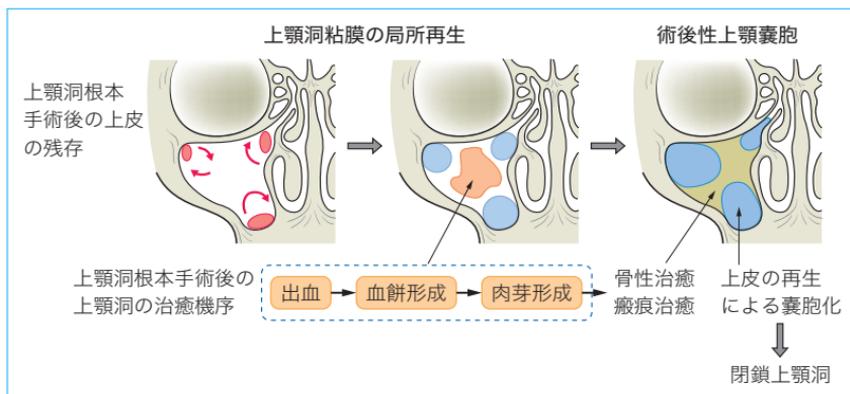


図 20 術後性上顎嚢胞の発生機序

きず，対症療法しか治療はない。つまり，上顎洞根本手術，すなわち上皮を除去する手術は，治療のための手術ではなく術後性上顎嚢胞を発症させるための手術である。（横尾 聡）

6. MRONJ

薬剤関連顎骨壊死 Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw；MRONJ は従来，ビスホスホネート Bisphosphonate；BP 関連顎骨壊死 Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw；BRONJ とよばれていた疾患である。2003年に Marx



図9 切開



図10 排膿処置



図11 ペンローズ
ドレーン

(3) 試験穿刺

膿瘍が小さい場合や表在性の場合には必須ではないが、炎症範囲が広い場合や深部に膿瘍がある場合、膿瘍形成の確認が必要な場合等には試験穿刺(図8)を行い、膿瘍形成の確認や膿汁の採取(原因菌の同定や薬剤感受性試験に使用する。嫌気性菌の検索には嫌気ポーター等を使用する、35頁参照)を行う。

(4) 膿瘍切開*, 膿瘍腔の開放

膿瘍腔が確認できたら、切開排膿処置を行う(図9, 10)。深部にある神経や血管等の損傷を防ぐために、メスによる切開は表皮・上皮のみに留める。表皮・上皮の切開だけでは膿瘍腔に達しない場合は、モスキート鉗子等の先の鈍な器具を用いて、鈍的に皮下および深部組織の剥離を進めて膿瘍腔を開放する。

(5) 膿瘍腔の洗浄, ドレーンの挿入

膿瘍腔からの排膿が確認できたら、生理食塩液等により膿瘍腔の洗浄を行う。洗浄に使用する針は、深部組織の損傷を避けるために先が鈍な洗浄針を使用する。排膿路を確保しておく(切開創が閉じて、再び膿瘍が貯留しないようにする)目的でドレーンを挿入する(図11)。用いるドレーンは、ガーゼドレーン、ゴムドレーン、シリコンドレーン等があり、膿瘍の部位やサイズによって使い分ける。口腔内の浅在性の膿瘍ではガーゼドレーンが使いやすい。ドレーンの迷入、抜け落ち、誤飲の可能性がある場合は周囲に縫合糸で固定しておく。

(6) 切開排膿後の処置

薬物療法(抗菌薬, 消炎鎮痛剤)を続ける。翌日または数日後に来院を指示し、必要に応じて膿瘍腔の洗浄, ドレーンの抜去や交換を行う。

切開時の注意点

表皮・上皮の切開は基本的に口腔粘膜や皮膚や粘膜の割線に沿って行う。重力(膿瘍の貯留)を考慮して、膿瘍腔中心よりやや下目に切開線を設定するとよい。切開により出血が見られることがあるが、大量の出血(深部にある血管の損傷)でなければ、圧迫や後のドレーン挿入により止血は可能である。