

# 臨床口腔外科学

## 一からわかる 診断から手術

角 保徳 *Yasunori Sumi*  
樋口勝規 *Yoshinori Higuchi*  
梅村長生 *Osami Umemura*  
柴原孝彦 *Takahiko Shibahara*

編著

外木守雄 五十嵐 勝  
佐分利紀彰 高木律男  
中村康典 宮田 勝  
森本佳成 松下恭之  
堀之内康文 佐々木匡理  
喜久田利弘 薬師寺 登  
中村典史 中村誠司  
宇佐美雄司 山本信治

著

# 医療連携と周術期管理

柴原孝彦, 梅村長生

## 1. 医療提供体制改革と口腔外科

従来歯科医療は、自院において診察、診断そして治療が完結できる診療体制になっている。しかし、未曾有の高齢社会を迎えたため多くの基礎疾患をもつ患者が、複数の薬剤を内服している病態が増え、さらに患者の医療に対する高度な要求が多様化しており、自院完結型の歯科医療は困難になりつつある。特に口腔外科疾患の場合では、1つの医療機関を受診すればすべて完結できる訳ではない。まず歯科診療所を窓口とした地域包括型医療を主体に、適切な口腔外科医療が受け入れられる病院歯科のある地域の医療施設を最大限に活用する医療機能分担と連携の促進をはかり、地域全体で患者の歯科医療ニーズを受け止めていこうとするのが、地域包括型医療のあり方である(図1)。

一般的に、口腔外科疾患の場合、専門医への紹介までに要する期間は開業医師よりも開業歯科医師のほうが長くなる傾向がある。これは医師の場合、自分の分野以外には精通していないため専門機関に躊躇なく紹介するのに対して、歯科では菌性感染などを疑って処置に時間を要することが多くなるためである。特に口腔癌では顕著にその傾向がみられる(図2)。欧米では漫然と経過観察を続けて専門機関に紹介が遅れることは訴訟に発展する十分な理由となる。日本でも同様のケースが増えてきていることを肝に銘じてほしい。したがって、口腔外科治療が患者本位の医療サービスとして提供されるには、一次医療での歯科診療所の役割、二次医療での病院歯科における入院医療を主体とした機能、さらには、三次医療での先進的な技術や特殊な医療を行う大学病院や400床以上の大病院歯科の機能を見直し、連携ネットワークを構築して住民、患者の視点に立った医療連携体制への転換が求められる(表1)。

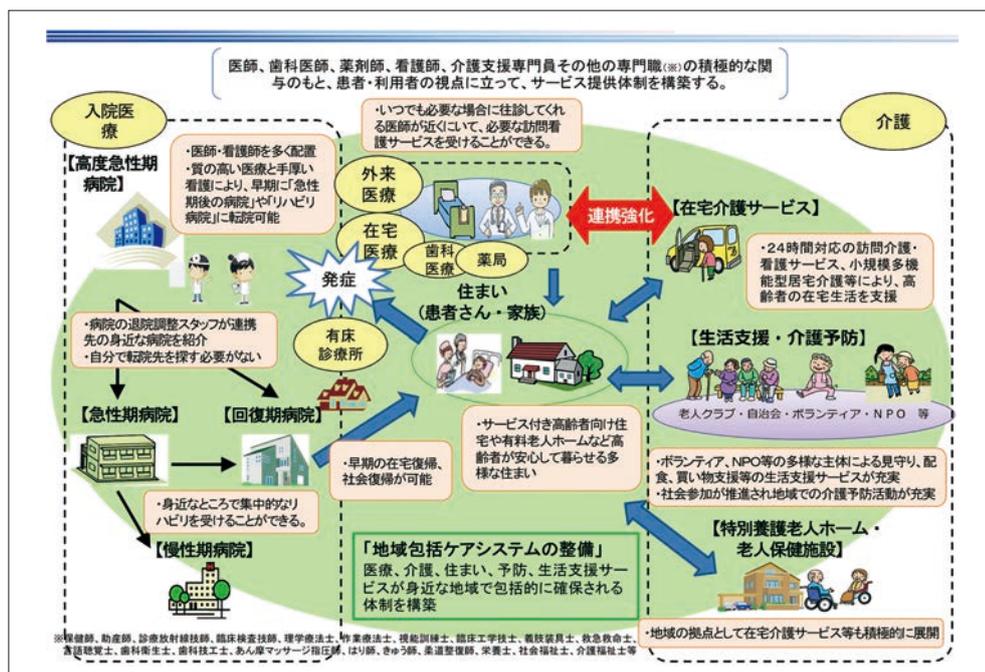


図1 医療提供体制改革後の姿

# 歯の外傷

traumatic injury of tooth

★★★

外木守雄

部位分類 歯・歯肉

症状分類 疼痛を訴える疾患，形態異常を示す疾患，X線にて異常を示す疾患

**診 査** 12歳，男児 **主 訴**：歯がめり込んだ。歯冠の破折，しみる，痛い，出血している

**現病歴：**

- ①いつから：約2時間前
- ②どこが：上顎前歯
- ③症状：歯冠破折，噛み合わせの異常
- ④どの程度：出血，痛み，噛み合わせられない

**既往歴：**特記事項なし

感染症／易感染性／出血性素因／薬剤アレルギー／輸血歴／常用薬：なし

**家族歴：**特記事項なし

**現 症：**

**視診：**

**全身所見：**体温36.6℃。体格，栄養状態良好。  
**顔貌所見：**上唇の腫脹，上唇皮膚の擦過傷  
**口腔内所見 (図1)：**上顎前歯の嵌入，咬合異常を認める。



図1 歯の嵌入例

**ここが大切**

歯の外傷の発生頻度は上顎前歯が最も多く，続いて下顎前歯である。年齢では若年者に多く，性差では男性が多い。発症原因は，低年齢児では転倒が多く，高学年になるにつれスポーツ，交通外傷，けんかなど要因がさまざまとなる。

## 診断・治療

**診断に至る過程**▶ 受傷時の状況を，本人，付添者などからよく聴取することで，外力の方向と程度などから，診断は容易となる。また，視診およびデンタル，パノラマX線写真にて，組織の損傷状況を精査できる。歯槽骨骨折，歯根破折を伴っていることもしばしば認められるため，要注意である。

**初診時所見▶▶** 歯の埋入.

**MEMO**

歯の外傷の場合、歯が折れるほどの外力が加わったので、頭部には何らかの損傷があると考え、周囲の歯槽部、顎骨はもとより、顔面頭部の損傷について精査するのは当然である。歯科医師であるから、歯以外は診れないというのは、昨今の医療を取り巻く社会情勢では許されない可能性が高い。頭部外傷が疑われる場合には、速やかに関連診療科へ相談が必要である。また、乳歯の嵌入の場合には、永久歯胚を損傷することがあり、その結果、エナメル質形成不全など永久歯への影響も考慮する必要がある。

**ここが大切**

本症例のように埋入性の脱臼は、ソケットが破壊されているので歯の脱臼のなかで一番予後が悪いとされている。

**治療▶▶** 嵌入がわずかな場合には、経過観察のみ。嵌入が著しい場合には、牽引し、固定が必要である。露髄していない場合は、抜髄せずに再固定し経過をみる。歯髄の失活症状がみられたら、歯内療法を開始する。

**ここが大切**

歯冠破折で露髄している場合や、歯髄出血、変色などがある場合を除き、歯髄は温存したほうがよい。特に幼若永久歯などの場合、歯髄も再生することが多く、生着する確率が高い。ただし、固定後、十分な観察を行い、自発痛、打診痛などが続いたり、歯が変色してきたらただちに歯内療法を開始することが重要である。

**脱臼歯の生着のポイント**

- ①歯根膜を乾燥、損傷させない。
- ②可及的に速やかに再植する。
- ③適正な固定を施す(3～4週)。
- ④歯の再植養生中は咬合力を加えない。
- ⑤受傷時の歯髄処置は原則行わない。

**その他特記事項▶▶** 現在、各学校施設などで、歯の救急ビンを常備しているところが増えている。

**MEMO**

**対処例**

- 歯冠破折  
歯髄に及んでいない場合：必要に応じて歯髄覆髄し、歯冠形態修正。  
歯髄に及んでいる場合：抜髄、根充後、歯冠修復。
- 歯根破折：原則抜髄であるが、根側であれば保存も可能。
- 歯槽骨骨折：整復固定、要経過観察。
- 歯牙埋入：整復固定、要経過観察。



図2 歯牙保存液「ネオ」 Teeth Keeper NEO

## 鑑別診断



## 打撲歯

歯髄壊死により変色したもの。右は治療後。



## 歯の脱落例

再植後、周囲との固定を施した。



## 歯冠破折例

(歯髄に及んでいない)



## 歯冠破折例

(歯髄に及んでいる)



## 歯槽骨骨折例



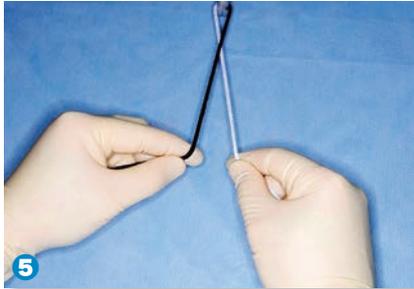
## 歯の埋入例

## 2. 結紮法の実際

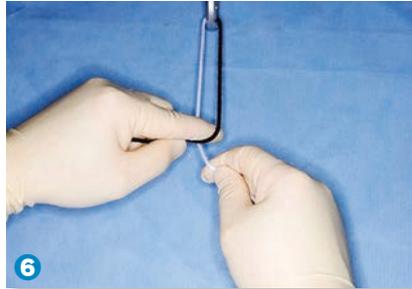
### ①手指結び（⑤～⑰）

バラ糸（切り糸）での縫合時の結び方。

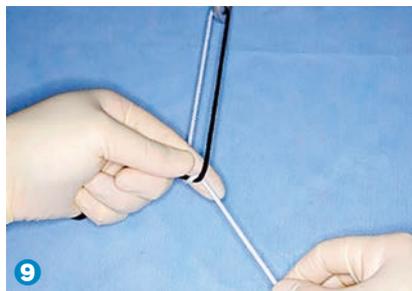
### 結紮法（手指結び）⑤～⑰



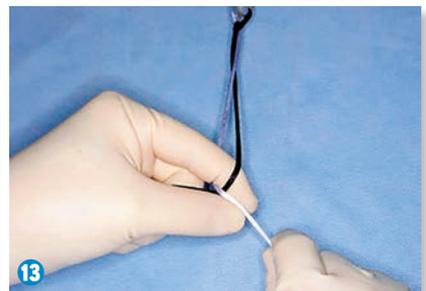
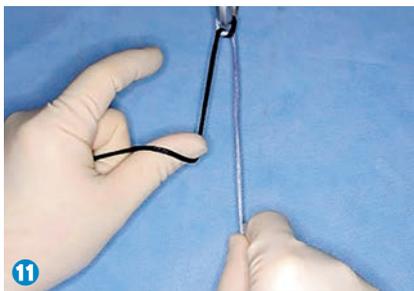
⑤はじめから交叉させて持つ。



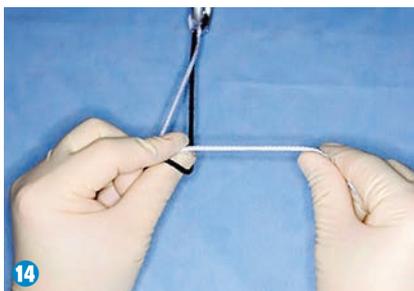
⑧示指で輪の中を下へ押し出す。



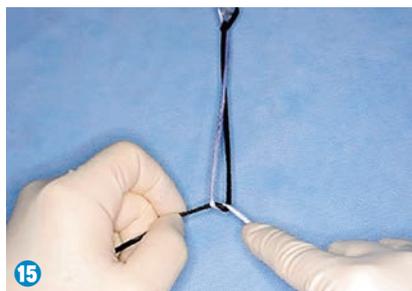
⑩両方の示指で締める（1回目）。



⑬拇指で輪の中を上へ押し出す。



⑭輪から押し出したあと、右手で白いほうを取り直す。



⑰手を交叉させて締める（2回目）。  
以降にもう一度⑤から⑩を繰り返して締める（3回目）。