

序

歯を抜くのは難しい。

長年臨床に携わる口腔外科医にとっても、すべての症例で意図した通りにスムーズに抜けることはないといってもよいだろう。それは必ずしも深部水平埋伏智歯とは限らない。簡単に抜けそうに見えた大白歯であったり、時には単根の前歯であったり。患者年齢、骨質、歯質、歯の傾斜、歯根の数…。困難な状況に陥った時の対応は、それぞれのドクターによって異なるかもしれないが、経験のあるドクターほど、その対応と切り替える判断が早いといえる。

研修医や若手ドクターの抜歯介助をすると、先入観や恐怖心から自ら困難な状況を作り出していることによく遭遇する。そのような状況下での説明時には、言葉で幾ら説明するよりも、模式図を示して具体的なポイントを示す方が効果的である。抜歯に限らず、口腔外科手術全般として、術前にイメージできない手術は実際には完遂できず、いかに入念に手術計画を頭で描けるか、そして上手くいかない時の状況を想像でき、対応を検討できるかが重要である。

コンピューター技術が発展した現代や近い将来でも、抜歯というアナログな手術はしばらく続くことが予想される。術前のイメージングには、その解剖学的要素やエックス線画像が、そして術式については教科書がスタンダードである。また、抜歯に限らず多くの良い手術書、特に海外のものには解りやすいイラストが用いられている。本書は、手術写真を一つも用いずに、想定しうる症例に対する抜歯戦略について解説している。おそらくそのイラストのリアリティーに関心する読者も多いと思うが、イラストを担当する小山先生が口腔外科医であるため、その勘所が上手く表現できているのが本書の特徴である。

“イラストの力”を信じ、本書が一人でも多くの臨床歯科医の日常臨床に貢献できることを願う所存である。

令和元年7月

著者 山内 健介

謝辞

本書を発刊するにあたり、これまでご指導ご鞭撻を頂いた東北大学顎顔面・口腔外科学分野の高橋 哲 教授、オランダ・マーストリヒト大学頭蓋顎顔面口腔外科学分野 Peter Kessler 教授、これまで一緒に診療を行ってきたすべての同僚の先生方、また、出版に際してご尽力を頂いたインターアクション（株）の畑 めぐみ 氏に感謝申し上げます。

ヘーベルの効果的な使い方

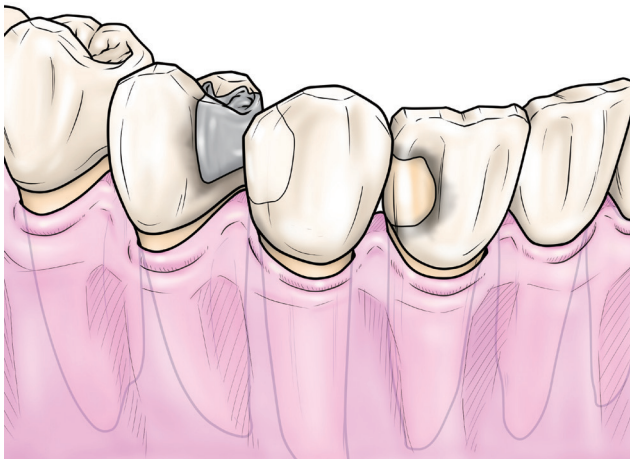


図 2-1

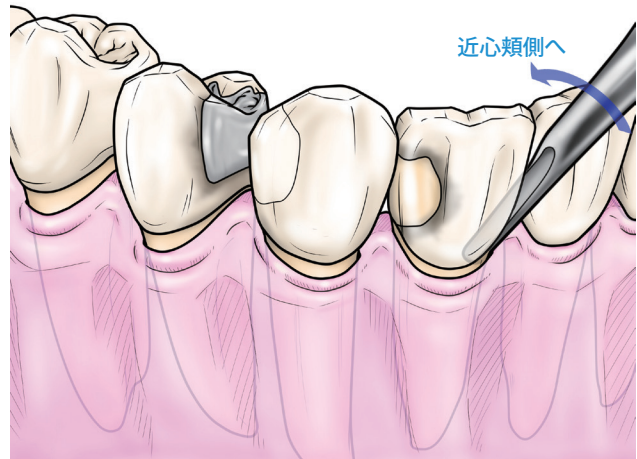


図 2-2

普通抜歯の原則は近心頬側にヘーベルを挿入して、脱臼操作を行う。

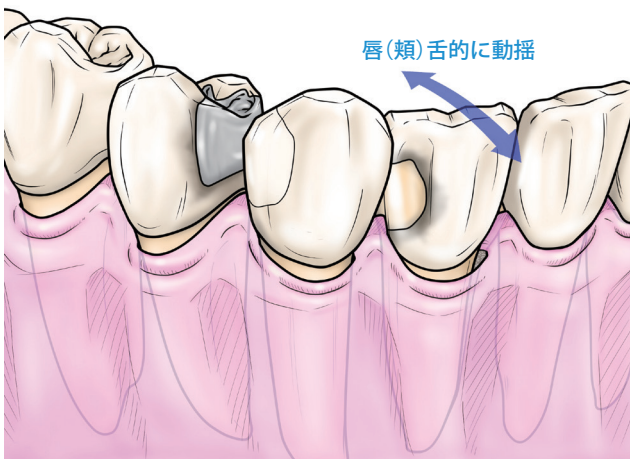


図 2-3

唇(頬)舌的な動揺がしっかり得られているかを確認する。

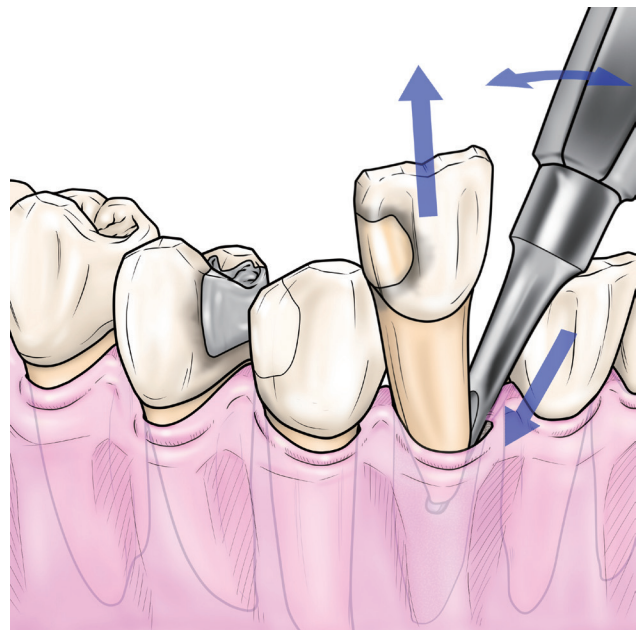


図 2-4

単根の場合、動揺が確認できれば、徐々にヘーベルを深部に入れていくことで歯は上方へと脱臼し、抜去できる。

口腔内を想定した結紮練習法

割り箸の位置を深く、紙コップをそのまま置いて練習することが最も難しいが、最初は割り箸の位置を浅めにして、紙コップの底にテープなどで固定して行うと練習はやりやすい（**図 2-23、24**）。また、糸を締める際に、うまく締まらない、または締めていくと糸が切れる、ということに遭遇する。これは、結紮時の糸を引く向きが不適切な時に起こることであり、普段行っている手の動きが正しいかどうかについては、太いヒモやロープで確認してみることも重要である（**図 2-25、26**）。

用意するもの：紙コップ、割り箸、糸（たこ糸でもよい） 難易度の調整：紙コップの固定具合、割り箸の高さ

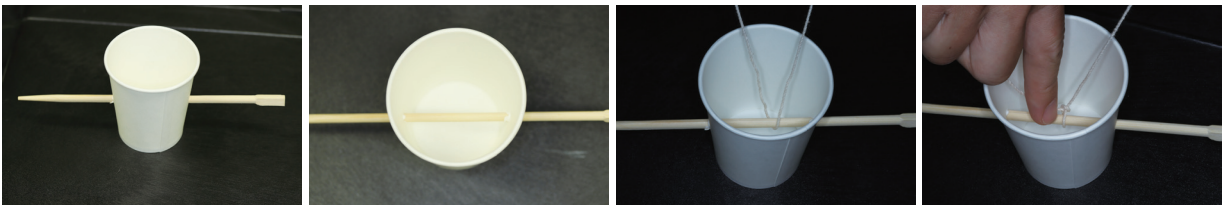


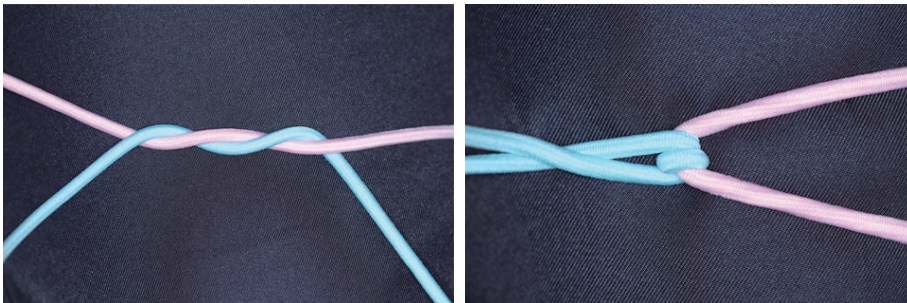
図 2-23

図 2-24

注意点：結紮を行う時は、人差し指で糸どうしが水平（180°）になるように締める。結紮と結紮の間に、コップが大きく動かないように糸を操作する。



糸を引っ張る方向

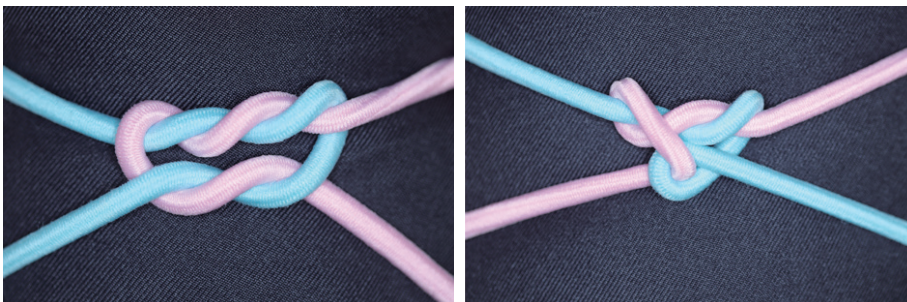


左が正しい方向だが、右のような関係であれば糸は切れる。

図 2-25

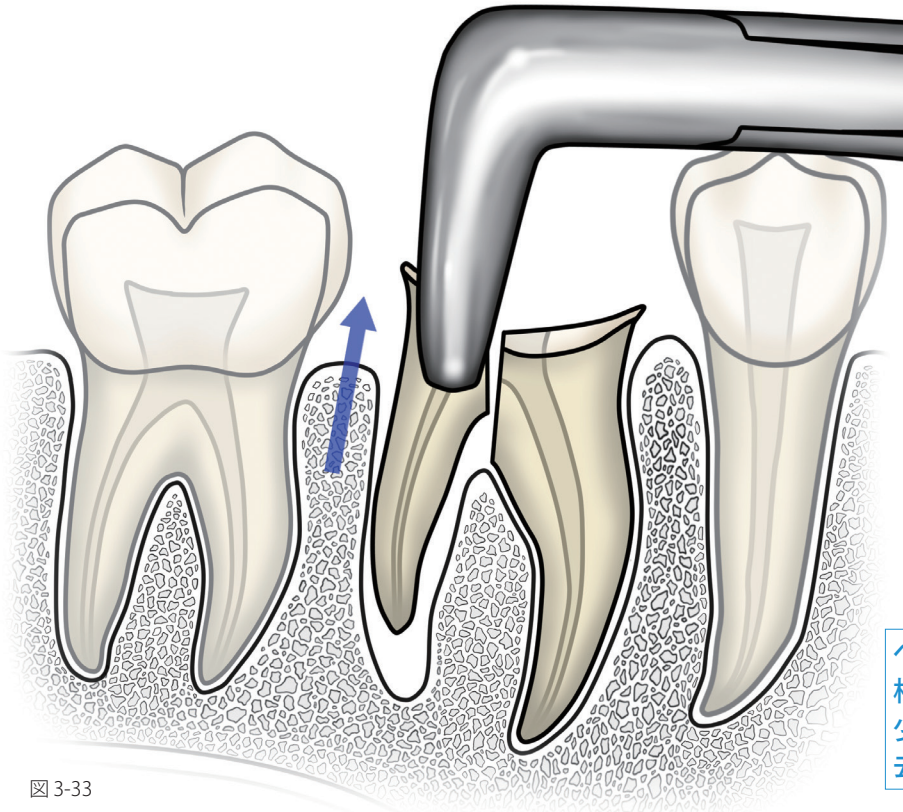


外科結びの結紮



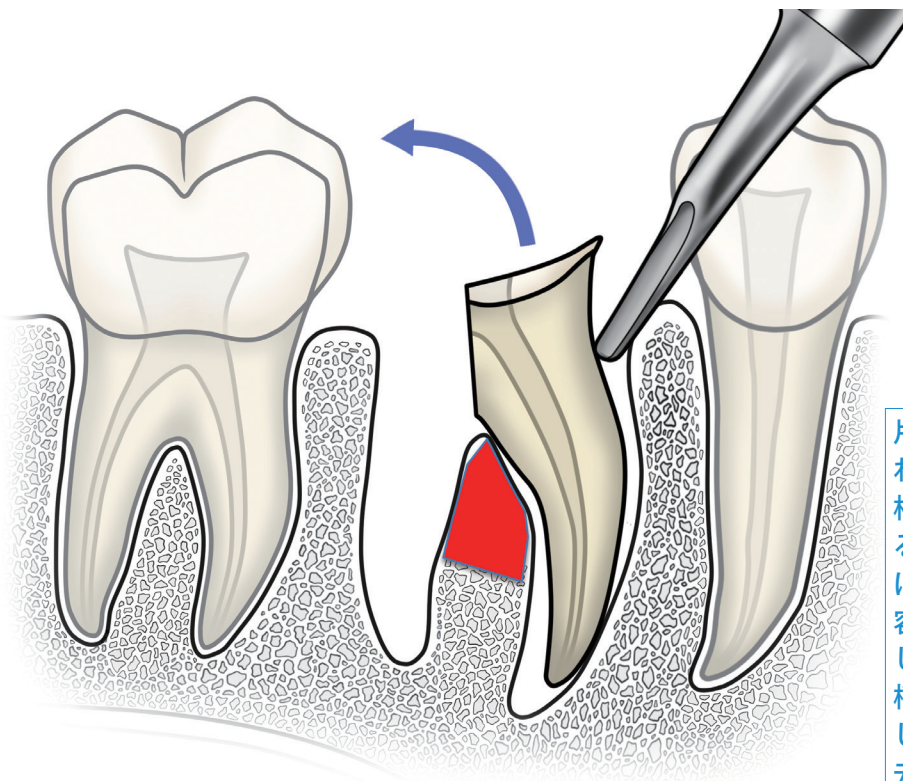
左のような状態が正しいが、糸の持ち方と引き方が間違えれば右のようになる。間違った結紮は縫合の緩みや糸の断裂の原因となる。

図 2-26



ヘーベルまたは残根鉗子で、弯曲の少ない方の根を抜去する。

図 3-33



片方の根を抜去すれば、もう一方の根の可動域が増えるため、ヘーベルによる脱臼操作が容易になる。脱臼しにくい時は、歯槽中隔の骨を削合して干渉部位を除去すると効果的である。

図 3-34

手順 5

歯根抜去：歯冠除去スペースを活用する

歯冠を除去したスペースを利用して、歯根を脱臼、抜去する（図 5-9）。この操作で難渋することもあるので、そのパターンについては後述する。

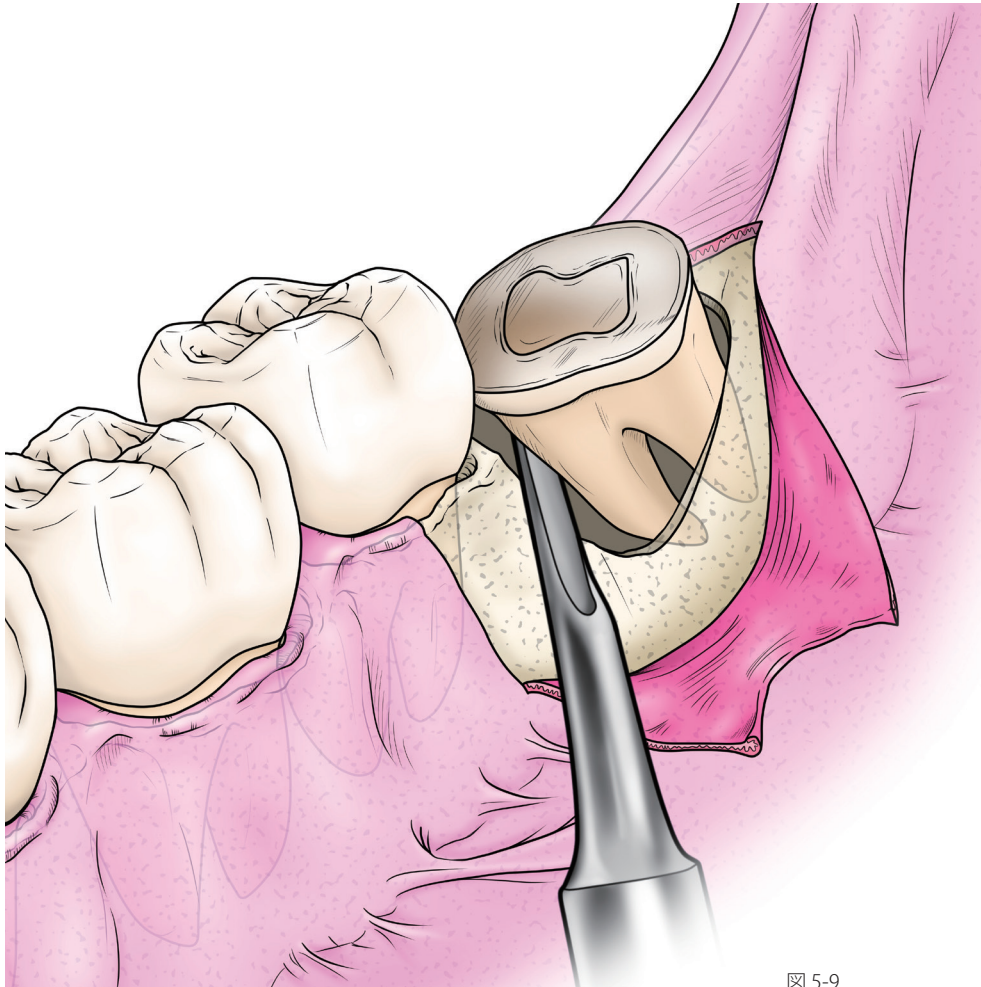


図 5-9

歯根除去

手順 6

搔爬・洗浄：止血をきっちり完了させる

埋伏智歯で根尖病巣を有することは少なく、ほとんどは歯冠周囲に感染性の肉芽組織または嚢胞様組織を認めることが多い。これらの組織を鋭匙でしっかり搔爬して除去し、止血が完了していることを確認する。

3 術後出血への配慮事項

出血傾向のある患者での抜歯では術後出血への配慮として、下記に関する注意が必要である。

① 術中止血の不徹底

軽度の持続的出血があるにも関わらず、ガーゼを咬ませた状態で終了する時に生じやすい。不良肉芽の残存、縫合の不徹底、不適切な止血処置によることが多い。

② 患者説明の誤りや不足

手術終了時にはガーゼを圧迫（咬む）することを指示するが、圧迫が効かない状態であれば、ガーゼの毛細管現象によって、より出血しやすくなる。創部に垂直的な圧迫が加わるようにガーゼの配置と量を考慮する（**図 6-20、21**）。また、頻回の含嗽や吐唾も不適切で、術後の注意説明を徹底する必要がある。

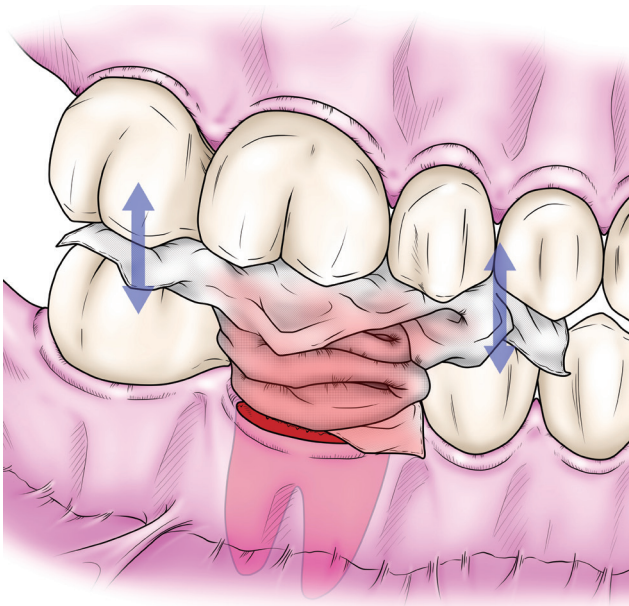


図 6-20

ガーゼを咬むといって、抜歯窩への垂直的な圧迫が加わらない場合。ガーゼによる毛細管現象により、抜歯窩からの血液を吸い込んでしまい、止血がはかられない。

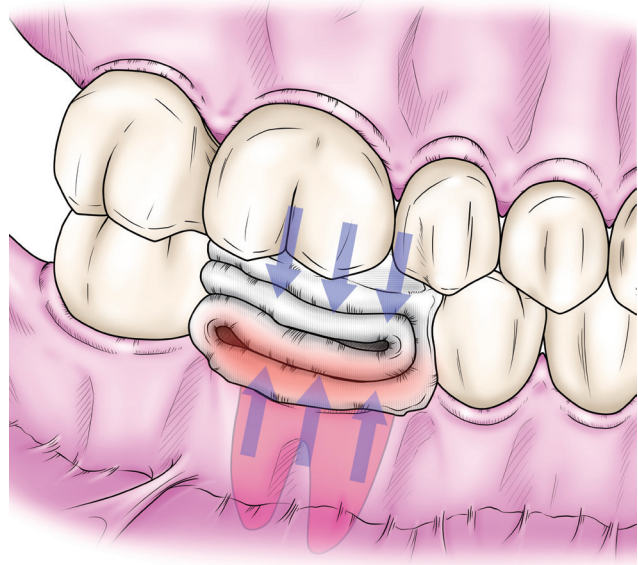


図 6-21

抜歯部位に対する圧迫はガーゼを抜歯部位の大きさに折りたたみ、抜歯窩上部から垂直的に十分な圧迫が加わるように咬む。