

## 「一般開業医が外科処置を行う際の注意点とその解決策」 智歯抜歯や小手術を円滑に行うために

3部 引場博仁

講師 塚原 宏泰 先生  
(東京都千代田区開業)

この埋伏歯の抜歯は自院で行うべきなのだろうか？

この大きさの根尖嚢胞を摘出すると良い予後を期待できるのだろうか？

私達、一般開業医も外科的な処置の必要性を迫られる時がある。自院に於いて処置を行うべきか、然るべき専門医に紹介をするべきかを悩むケースも少なくない。

今回は口腔外科医としての経験を持つ塚原宏泰先生を講師にお迎えして学術講演会を開いた。

我々一般開業医が外科処置を行う際にどのような事を注意すべきか、そしてケース難易度の見分け方、更には処置中に発生する問題点を解決するための対策について大局から詳細までとても解り易くフレンドリーに熱く語っていただいた。

埋伏智歯の抜歯を始めとする小手術は、自院にて外科処置を希望する多忙な患者にとって需要が高くスムーズに外科処置を完了する事で、患者からの信頼を得る事を私自身が多く経験している。

何でも専門医に紹介するのではなく、出来る限り自院で処置することはホームドクター・かかりつけ医としてとても大切な心構えだと思う。

しかし、思い通りの結果を得られない事もある。下顎智歯の抜歯や根尖病巣などの小手術の難易度の見分け方にポイントやコツのようなものがあるだろうか？

また一方で、近年はインプラント治療、歯周外科、歯の移植などの外科処置が一般開業医にも拡がりをみせ、またCBCTや切削器具などの発展も加担して、外科処置を行うことが日常的になっている医院も増えていると聞く。そして、処置中の事故や術後の不快事項やトラブルも散見する。



今回の講演会は、我々一般開業医に非常に的確で、明日の臨床から役立つ基本的な口腔外科手技の確認をすることで我々の今後注意すべき点が洗い出されたように思えた。

そして、紹介状を受け取る側（専門医）からの視点から見た的確な表現で書かれた文章を我々一般開業医が書く上での注意点について丁寧に解説して頂いた。

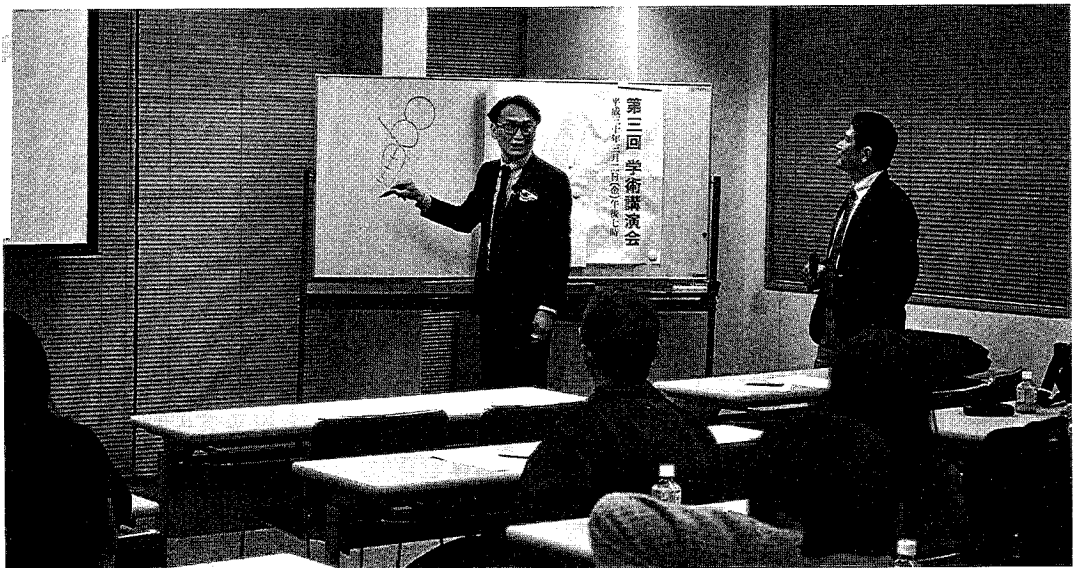
今回の講演内容の概要は以下の様になっている

「安全に手術を行うために」

- ① 診断と治療方針の決定
- ② 手術計画と患者への説明と同意
- ③ 全身状態の把握
- ④ 術後の経過や生活の仕方などの患者教育
- ⑤ 手術準備

「偶発症・合併症」

- ① 神経損傷による知覚異常や麻痺
- ② 治癒不全
- ③ 術中・術後出血
- ④ 浮腫
- ⑤ アレルギー
- ⑥ 針や器具の迷入



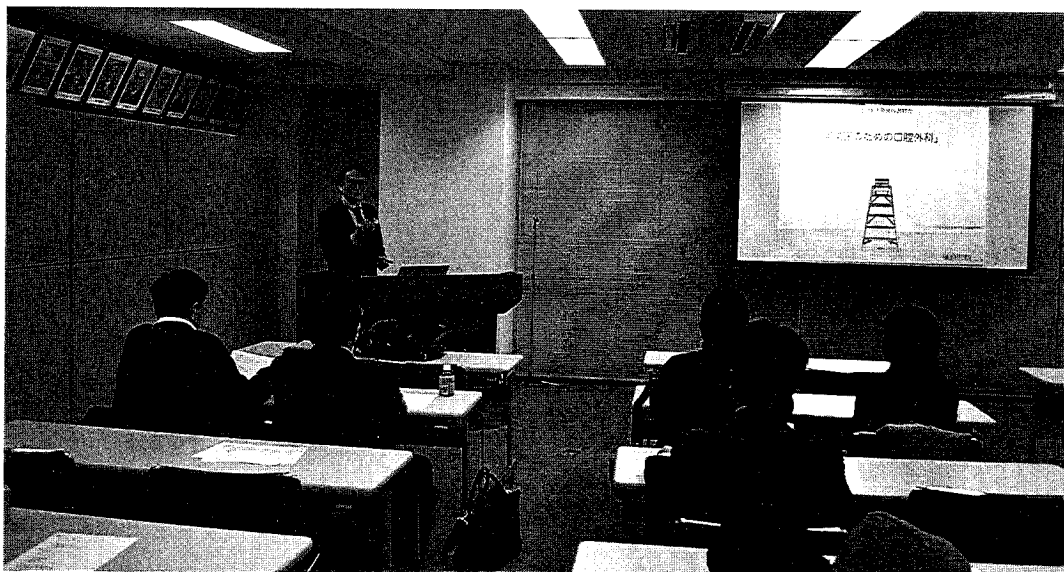
「成功する手術を行うために」

- ① 外科手術の基本原則
- ② 外科基本手技の修得
- ③ 基礎的な知識
- ④ 創傷治癒の理解
- ⑤ 術式の検証を繰り返すことで熟練度が上がる

「智歯抜歯難易度」 Winter の分類

- ① 第2大臼歯と下顎枝前縁間の距離
- ② 第2大臼歯の咬合面に対する智歯の深度
- ③ 第2大臼歯の歯軸に対する智歯の歯軸方向  
その他に関与する
- ④ 開口量
- ⑤ 年齢
- ⑥ 嘔吐反射
- ⑦ 頬粘膜や舌の緊張度
- ⑧ 術者の熟練度
- ⑨ 器材

上記の項目の一つ一つにボリュームがたっぷりあるために、紙面の都合上全ての項目の詳細に触れることが出来ない事が残念であるが、下顎埋伏智歯の難易度評価基準として以下の分類を抜粋する。



## Winters 分類による埋伏状態

第2大臼歯と下顎枝前縁の間のスペース

Class I : 智歯と歯冠の近遠心径より大きなスペースがある。

Class II : スペースはあるが、智歯の歯冠の近遠心径より小さいもの。

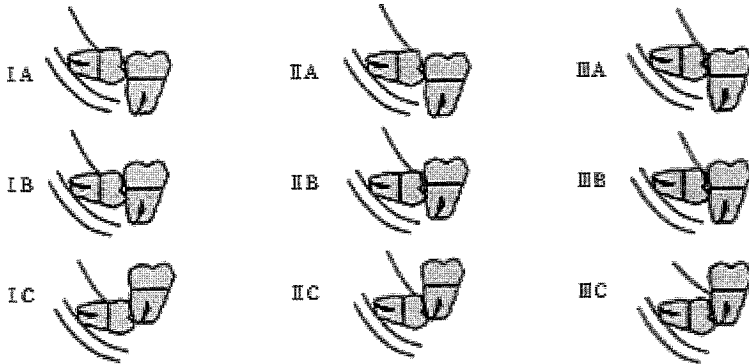
Class III : スペースがほとんどなく、智歯の大部分が下顎枝のなかにあるもの。

第2大臼歯の咬合面に対する埋伏の深さ

Position A : 埋伏智歯の最上点が第2大臼歯の咬合面またはそれより上にある。

Position B : 埋伏智歯の最上点が第2大臼歯の咬合面より下で、第2大臼歯の歯頸部より上にある。

Position C : 埋伏智歯の最上点が第2大臼歯の歯頸部より下にある。



私達、一般開業医と口腔外科医とは同じ目的の処置を行うのにその過程や結果が異なる事がある。

一体、何が異なるのだろうか。

勿論、その経験値や術式手技の訓練に差がある事は既知であるが、それ以上に処置に入るまでの準備に大きなポイントがある様に思えた。我々個人開業医院では診療、外科処置を診療室で行う場合、チームではなく一人の Dr で行うことも少なくない。そして術中に当初のプランとは異なる思いもよらぬハプニングに遭遇することも少なくない。その場所その時に不測の事態に臨機応変に対応する事が求められるのが外科処置の特徴とも言える。

切開して剥離してしまった状態で「この続きは明日に」という訳にはいかない。何事が起きても最善・次善を導き出し、どの様にリカバリーするかを短時間で判断して縫合まで至らなくてはならない。

スムーズにリズム良く処置を進行するには術前に手術のイメージを正確に持つ事が大切

だ。処置を始める前に頭の中で術式をシミュレーションして思い描く事でリズム良く的確に手術をすすめる事が出来る。

これらは私の臨床においてとても参考になった。そしてこれは正に口腔外科処置に限らず全ての歯科処置にとって必要とされる。今日、ここで再認識するということは日々の臨床において自分が日々の研鑽を怠る事が無いように自戒するには充分だった。

一方、無菌的操作を含めた組織の愛護的な取り扱い術後の創面の回復の速度や疼痛に影響が出る事は今まで以上に細心の注意を払う必要がある。粘膜・切開面を挫滅させないピンセットの使い方を心掛けることで歯周組織の術後回復に大きな差が出る。

私自身、抜歯の処置中のできる限り大きな力を加えない、縫合も歯周組織をきつくテンションをかけて締めけない様に心掛ける事で「腫れる」症例が減り術後痛も減少したと臨床的に実感している。

そして、特筆すべきは患者のパーソナリティーの把握の重要性について講師から次の様なコメントがあった事をあげたい。それは、どんな患者、疾患にもそれまでのストーリーがある。

当然、Kr 一人一人によって同じ病状でもその処置方針は異なる。治療計画は Kr の背景まで考慮して慎重に立てる必要がある。もしかしたら、これは歯科診療において最も重要なことかも知れない。

術前術後管理が出来そうもない kr には OPE しない事も選択肢に入れるべきとの考えは人として大切だと思う。

冒頭では、我々一般開業医が出会う頻度が低いであろう、全体的に見渡すような症例写真をたくさん見せて頂いた。スライドの展開も心地よいペースで、この先は何を見せてくれるのだろうとワクワクしながらスクリーンに見入った。

過ぎて行く時間の流れはいつもの日常とは異なり一時間半余りの講演時間は、あっという間に過ぎていった。毎日、一人一人の症例に考察を重ね洗練された臨床の一場面を切り取った様な素晴らしい内容のスライドをたくさんの一般開業医に見せ、伝えるのはとても価値がある。

多くの歯科医師の明日の臨床が改善し、患者が受ける恩恵は計り知れない。

二つの医院を切り盛りし毎日の臨床に注がれるその情熱は尊敬に値する。口腔外科症例のみならず補綴や保存等の難症例に立ち向かうその姿は凜として見えた。切れ味の良さはメスだけでは無かった。

塚原先生のこれからも更なる御活躍を祈念しています。