

研究講座

外来口腔外科小手術のコツとポイント①

大阪歯科大学口腔外科学第二講座
准教授 中嶋 正博

第1回 膿瘍の切開

はじめに

日常の歯科臨床の治療内容は保存的治療や補綴的治療がほとんどを占めますが、外科的処置を避けて通ることは不可能であり、外科的処置を安全に行うことは日常の歯科臨床においてきわめて重要です。臨床医にとって小手術が上手くなるコツは器具を正しく使用するとともに外科手技の基本操作を忠実に行うこと以外に無いと言っても過言ではありません。外科の基本手技には切開、縫合、止血、剥離などがあります。これらの基本手技も日ごろ習熟しておく必要があります。

歯科外来において行われる外科処置として膿瘍の切開などの消炎手術、抜歯術、歯根嚢胞摘出術、歯根端切除術などがあげられます。このうち膿瘍の消炎手術は特に頻度が高い外科処置の一つです。

第1回目は膿瘍切開時のポイントについて概説します。

1. 切開時の基本事項

口腔粘膜の切開では審美性はあまり考慮する必要はありませんが、できるだけ粘膜割線に沿った切開を行います(図1)。



図1 口腔粘膜の粘膜割線（口腔外科臨床ヒント集、クインテッセンス社より引用）

局所解剖を熟知しておくことは手術を行ううえで基本ですが、特に、切開線設定部の神経、血管や唾液腺管などの走行に注意し、損傷しないように気をつけます(図2)。

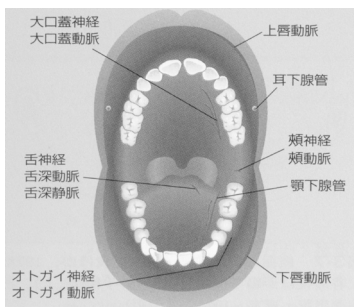


図2 神経・血管・唾液腺の走行（口腔外科臨床ヒント集、クインテッセンス社より引用）

2. 麻酔

炎症巣への麻酔は十分な効果が得られないことがあります。注意点としては膿瘍腔に麻酔液を注入しないようにする必要があります。大量に麻酔液が膿瘍腔に注入されると内圧の上昇により疼痛を憎悪させるとともに炎症の拡大を招く恐れがあります。麻酔は膿瘍腔内への刺入を避け、膿瘍周囲を取り囲むようにあるいは膿瘍の中核側に十分に浸潤麻酔を行います。

3. 膿瘍の確認

膿瘍の切開に際しては、切開のタイミングを的確に判断することがポイントです。まず膿瘍が形成されているか、触診により波動の確認を行います(写真1)。

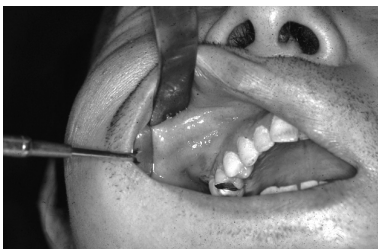


写真1 右側上顎大臼歯部の骨膜下膿瘍

4. 試験穿刺

臨床的に膿瘍が表在性で、膿の存在が明らかな場合は必ずしも必要ありませんが、膿の形成が疑わしい場合や深部に存在する場合には試験穿刺を行い、膿瘍形成の有無を確認します(写真2、3)。膿が認められれば切開・排膿処置を行います。穿刺による膿の確認は膿瘍腔の深さの確認や切開の方向のガイドになり、可能な限り行うようにします。また、採取した膿は原因菌の同定を行うとともに抗菌薬の感受性検査を行います。

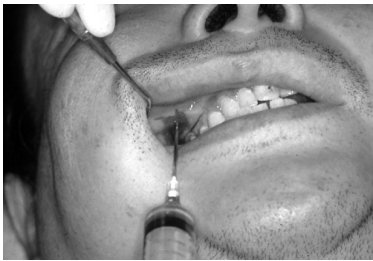


写真2 試験穿刺による膿の確認



写真3 試験穿刺に用いる18G注射針とディスポーザブルの注射筒

5. 膿瘍切開・膿瘍腔の開放

表在性の浅い歯槽膿瘍の場合には波動が確認された部位（すなわち膿瘍腔に膿が貯留している部位）にNo11の尖刃刀を用いて先端を逆向きに穿刺し、メスの先端を持ち上げるように切開すると容易に排膿が可能です(図3)。

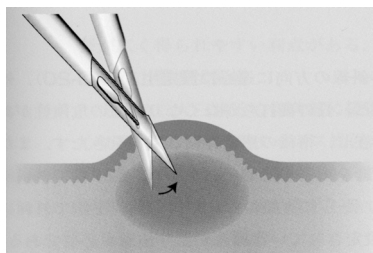


図3 No11の尖刃刀を用いた小膿瘍の切開

骨膜下膿瘍の場合には切開は骨膜まで切開したのち、剥離子や止血鉗子などを膿瘍腔内に挿入して、鈍的に操作を行い、膿瘍腔を開放します(写真4)。特に口蓋、口底、オトガイ孔部では切開は粘膜表層にとどめ、神経・血管を損傷しないように鈍的に操作し、膿瘍腔を開放します。



写真4 歯列に平行に切開し膿瘍腔を開放

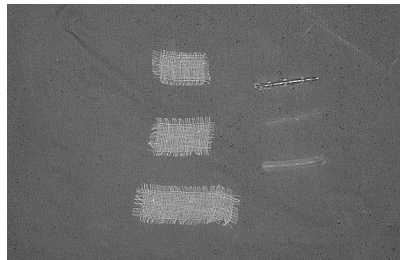
6. ドレーンの挿入

切開創が小さいと排膿が不十分となり、再閉鎖を起こすため、確実に膿瘍腔を開放します。膿瘍腔には廃液路を確保するために、ゾンデを用いてドレーンを切開創より膿瘍腔内に挿入します(写真5)。



写真5 ガーゼドレーンの挿入

ドレーンの一端を確実に膿瘍腔の中に挿入し、創部が閉鎖しないように創口部にガーゼを挿入して、一部を創外に出しておきます。ドレーンにはガーゼドレーン、ゴムドレーン、シリコンドレーンなどがあります(写真6)。

写真6 各種ドレーン
ガーゼドレーン(左)、ゴムドレーン(右)

歯肉膿瘍・骨膜下膿瘍切開時の注意点

歯肉部では解剖学的に重要な血管、神経が存在せず、また粘膜割線も不明瞭であるため切開方向はあまり考慮する必要はありませんが、一般的には歯列に平行に切開します(図4)。下顎小臼歯部ではオトガイ神経・血管束の存在に注意し、必ずオトガイ孔の位置をエックス線写真で確認をしておく必要があります。

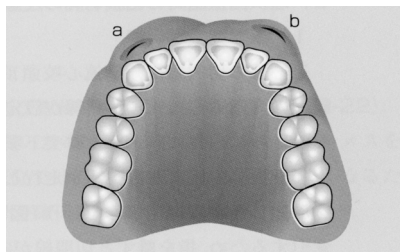


図4 歯肉膿瘍(a)、骨膜下膿瘍(b)の切開線

口蓋膿瘍切開時の注意点

口蓋には大口蓋神経・血管束が存在するため、切開線は神経・血管側の走行部位を避け、さらに神経血管を損傷しないように、神経、血管の走行に平行に切開します(図5)。

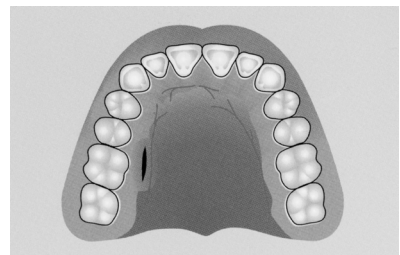


図5 口蓋膿瘍の切開線

口底膿瘍切開時の注意点

口底部は舌下腺、舌動脈、舌下動脈、舌神経、顎下腺管などが存在し、切開時にこれらの神経、血管、唾液腺管を損傷しないようにこれらの走行に平行に行います(図6)。切開は粘膜表面のみに行い、深部までメスを入れないようにすることが重要で止血鉗子や剥離子などを用いて鈍的に操作し、膿瘍腔を開放します。

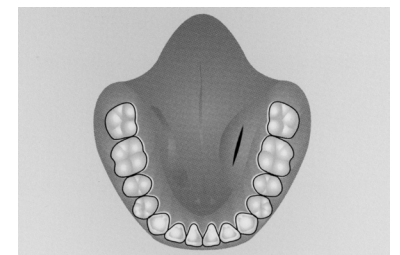


図6 口底膿瘍の切開線

切開後の処置

炎症巣の切開は出血を伴いますが、大きな血管を損傷していなければ圧迫で止血が得られます。ガーゼや綿花などで圧迫止血を、十分に時間をかけて行います。ドレーンは切開翌日から翌々日には撤去し、長時間留置しないようにします。また、排膿が持続するようであれば再挿入を行います。

参考文献

- 1) 大関 悟, 覚道健治, 又賀 泉編: カラーアトラス口腔外科臨床ヒント集, クインテッセンス出版株式会社
- 2) 覚道健治, 平井義人, 前田義信編: 歯科臨床研修マニュアル 起こりうる問題点と解決法, 永末書店(つづく)