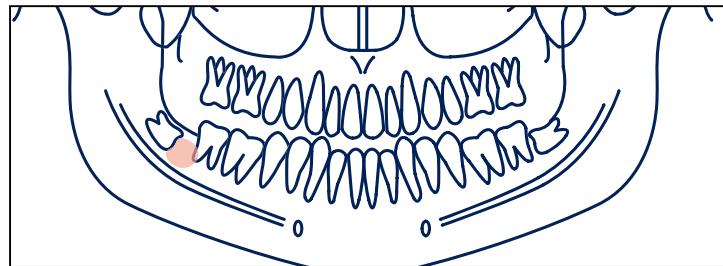


3 偶然見つかる透過像

(症例1) パノラマにて偶然右側下顎第三大臼歯の埋伏歯を含む透過像を認めた右側下顎含歯性嚢胞 (図II-5-8)



図II-5-8a 全身麻酔下に嚢胞摘出および埋伏歯抜去術を行った

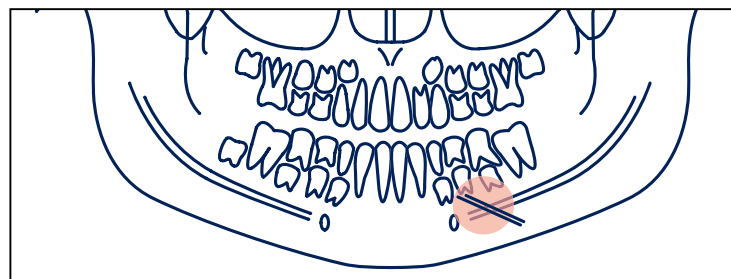


図II-5-8b

(症例2) オトガイ部打撲により撮影したパノラマで発見した左側下顎骨体部の骨折 (図II-5-9)



図II-5-9a 咬合の偏位を認めず、開口制限のみを行った

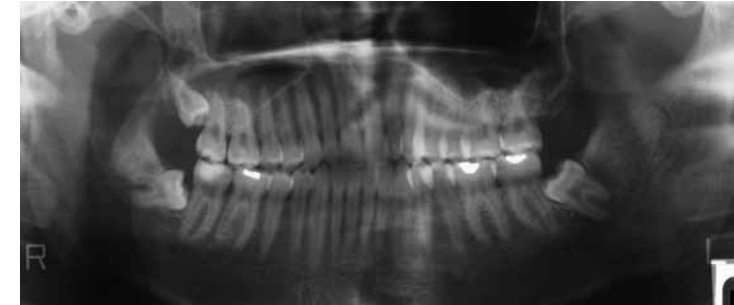


図II-5-9b

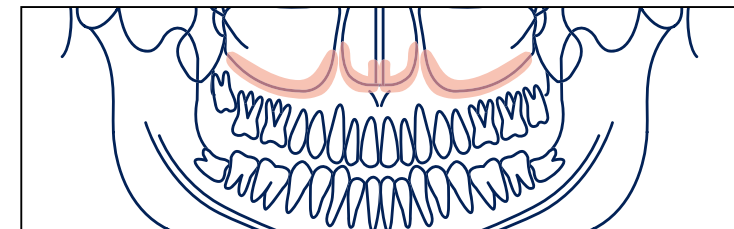
3 パノラマエックス線で異常像と誤りやすい正常構造

1 上顎洞底と鼻腔底をしっかりと把握

(症例) 右側上顎洞炎の症例であるが、上顎洞底、鼻腔底がわかりますか? (図II-5-10)



図II-5-10a 上顎洞底、鼻腔底を嚢胞と誤ることがある



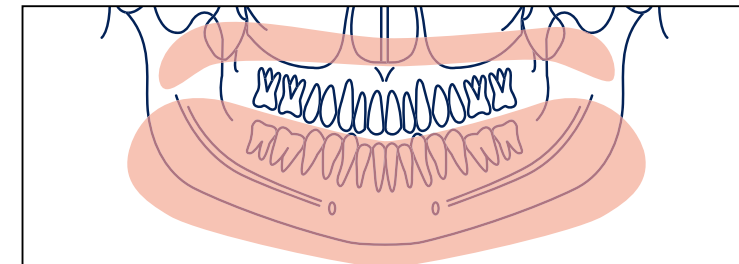
図II-5-10b

2 軟口蓋・舌の陰影はどこですか

(症例) 軟口蓋および舌の陰影? (図II-5-11)



図II-5-11a 軟口蓋や舌の陰影も異常像と見誤ることがある



図II-5-11b

1 注意すべき初期病変とは

1 びらんや潰瘍があるが明らかな原因がない

- 口腔粘膜にはさまざまな物理的刺激や炎症などに起因するびらん、潰瘍が生じることがしばしばある。このような病変は原因を除去することにより、比較的短時間で治癒することが多いが、明らかな原因が見当たらず、2週間以上経過しても治癒しないびらん、潰瘍性病変は口腔癌の初期病変である可能性もある。



図III-2-1 舌縁に小さなびらん性病変を認める。歯を削合し2週間経過観察を行ったが変化なく、生検にて早期浸潤癌と診断されたため、舌部分切除を施行した



図III-2-2 白後部から軟口蓋にかけて大きな潰瘍性病変を認める。洗浄と投薬により2週間後に病変は消失し、炎症性疾患と考えられた

2 白斑や紅斑はありませんか

- 口腔粘膜の白斑や紅斑は前癌病変あるいは初期癌の可能性もある。特に白斑と紅斑が混在するものや、びらんを伴うものは悪性の可能性が高い。



図III-2-3 舌白板症。後方に紅斑が混在しており、生検で早期浸潤癌と診断されたため、舌部分切除を行った

3 腫脹や硬結があるが炎症所見に乏しい

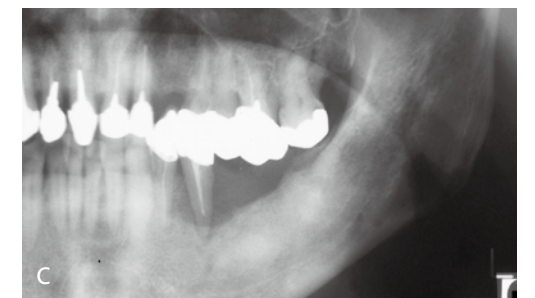
- 炎症性の腫脹は1日単位で増大、縮小がみられることや、腫脹部の周囲には通常硬結はみられないことなどから、比較的容易に判断できる。これに対して徐々に増大する腫脹や、腫脹部の周囲に硬結を伴うもの、表面にびらんや潰瘍があるもの、腫脹の原因が見当たらないものは悪性を示唆する所見である。



図III-2-4 (a):エプーリス、(b):骨肉腫。このように肉眼所見のみでは良性悪性の判断は困難な場合もあり、生検が必要である

4 疼痛や知覚鈍麻があるが原因不明

- 急性歯周組織炎や骨髄炎の急性期でも知覚鈍麻が生じることはあるが、通常は炎症性疾患で知覚鈍麻を生じることは少ない。明らかな急性炎症がないにもかかわらず、疼痛や知覚鈍麻を認める場合は、悪性疾患も疑うべきである



図III-2-5 歯周炎による歯肉膿瘍および外歯瘻 (a) と診断され、歯科医院で切開が繰り返されたが歯肉の腫脹は増大 (b) し、当科を紹介された。エックス線では一見骨吸収は下顎管まで及んでいない (c) が、オトガイ神経知覚鈍麻も認めており、生検の結果は下顎歯肉癌 (扁平上皮癌) であった。頸部郭清と下顎骨半側切除を行った

●電気メスによる切除 (図IV-8-3)

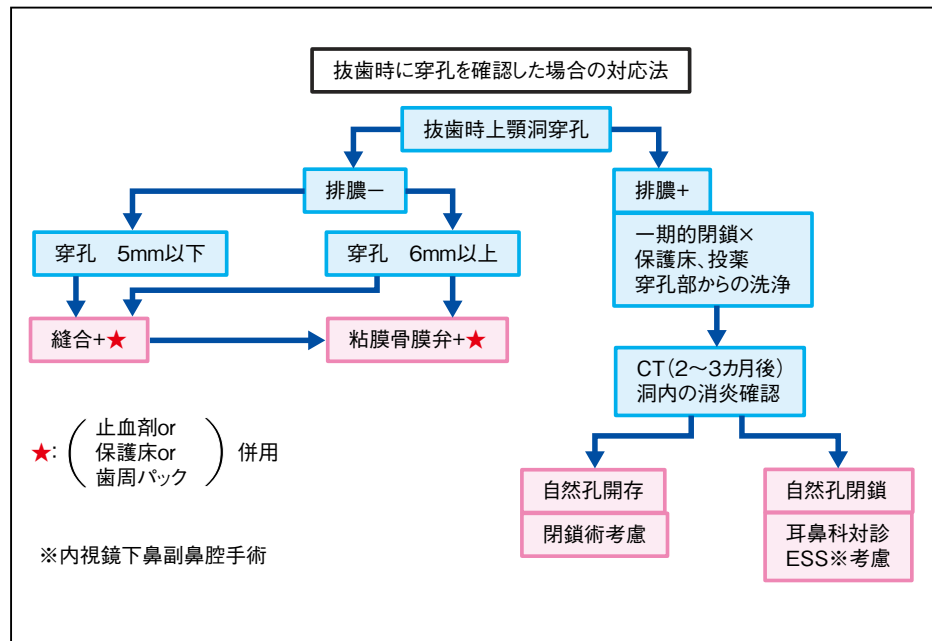
- ・局所麻酔施行後、エプーリスの周囲健康歯肉に電気メスを用いて切開を加え、基底部の病巣を残さず除去する。露出した骨面は歯周パックで被覆する。

がやや難しく、粘膜骨膜弁の移動時にたわみが出やすい。粘膜骨膜弁移動後の骨露出部はそのままでもよいが、接触時に疼痛を伴うため歯周パックや保護床での被覆や、人工真皮貼付が行われることが多い。

2 口腔上顎洞瘻孔閉鎖術

1 処置の基本方針

- ・上顎臼歯の抜歯後に上顎洞に穿孔し、口腔上顎洞瘻孔となることがある。上顎洞瘻孔が発生する可能性が高い場合は、抜歯前に保護床を作成して抜歯窩を保護する。歯周パックもよい。
- ・上顎洞瘻孔は5mm以下であれば、自然閉鎖を待ち、6mm以上であれば外科的閉鎖術が必要となることが多い (図IV-8-4)。



図IV-8-4 抜歯時に穿孔を確認したときの対応法

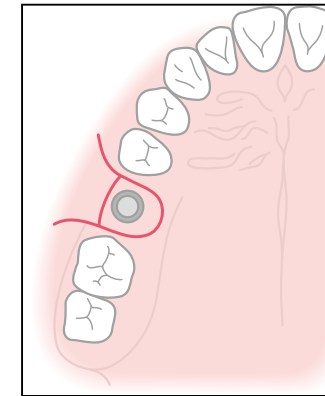
2 実際の臨床術式

●頬側粘膜骨膜弁 (図IV-8-5)

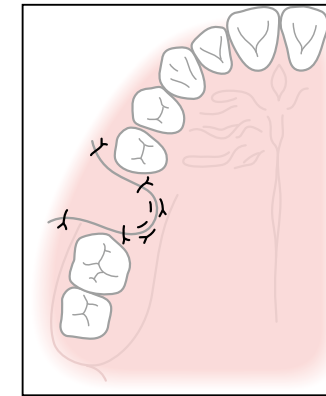
- ・抜歯窩の頬側から、歯肉頬移行部にかけて、裾広がり粘膜炎を形成する。縫合ラインが骨欠損上に設定されないことが望ましい。抜歯窩を十分に被覆するため、粘膜骨膜弁に減張切開が必要なことがある。

●口蓋粘膜骨膜弁 (図IV-8-6)

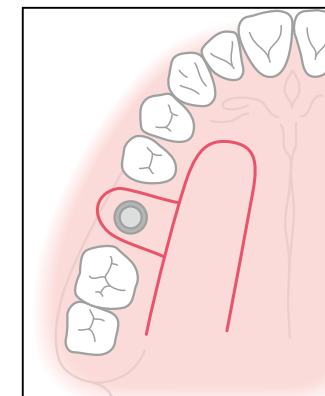
- ・口蓋粘膜骨膜弁は大口蓋動脈を含むため、良好な血行が保たれる。粘膜は分厚いので操作



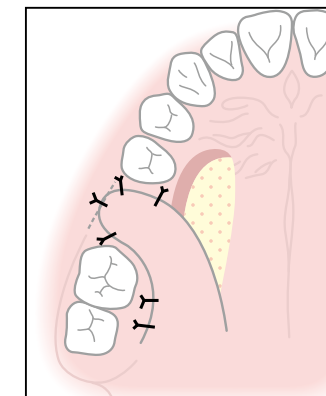
図IV-8-5a 頬側粘膜骨膜弁切開線



図IV-8-5b 頬側粘膜骨膜弁縫合



図IV-8-6a 口蓋粘膜骨膜弁切開線



図IV-8-6b 口蓋粘膜骨膜弁縫合

3 小帯切除

1 小帯異常とは

●上唇小帯について

- ・上唇小帯は、生後1歳未満までは歯の近くに付着し、年齢を重ねるにつれ上顎が発育するため、その付着部位は上方に移動していく。その付着部位が上方に移動せず、しかも太い場合は、上顎正中に隙間 (正中離開) が生じる。

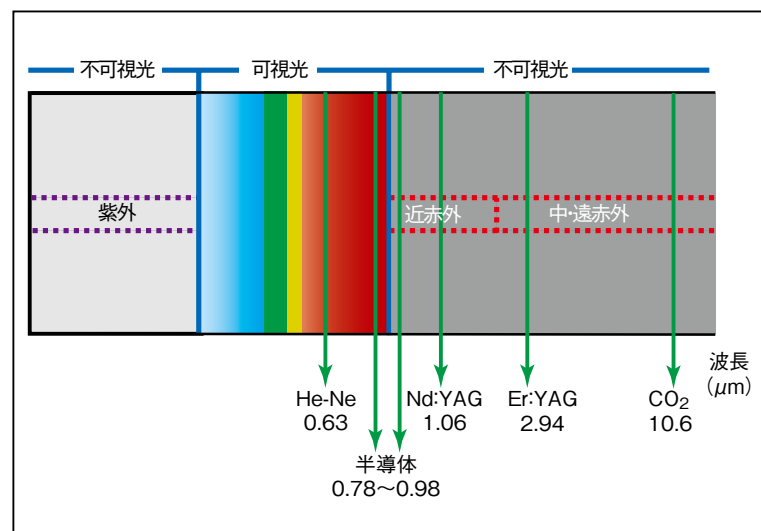
●舌小帯について

- ・舌小帯の付着異常を、舌小帯短縮症、あるいは舌小帯強直症などと呼ぶ。舌小帯が短いため、舌の前方への突出や後退が制限され、無理に舌を前に出そうとすると舌の先端が中央で陥没したハート形を呈する。舌が口底に癒着するような完全な舌癒着症はまれだが、軽

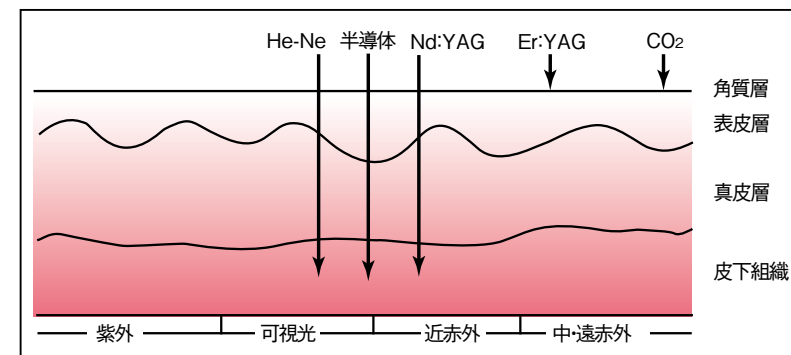
1 レーザーを用いる利点

1 種類はいろいろあります

- ・ 現在歯科臨床で使われているレーザーには、CO₂、Nd:YAG、Er:YAG、半導体、He-Ne などいろいろある。
- ・ それぞれ単一の波長が決まっており、その波長に応じて組織の反応が異なる。
- ・ 切開、蒸散と目で見て変化がわかるものを高出力（ハード）レーザー、消炎、鎮痛など弱い出力で不可逆的な変化を与えないものを低出力（ソフト）レーザーという。
- ・ レーザーのエネルギーのほとんどが組織の表面で吸収されるものを組織表面吸収型レーザー、組織の内部まで透過するものを組織透過型レーザーという。この違いを理解しておくことはたいへん重要である。
- ・ CO₂、Er:YAG は中・遠赤外域の波長をもつレーザーで組織表面吸収型である。一方、Nd:YAG、半導体、He-Ne は可視光・近赤外域の波長をもつ組織透過型レーザーである。
- ・ レーザーメスとしては組織表面吸収型のCO₂が主に用いられている（図IV-11-1、2）。



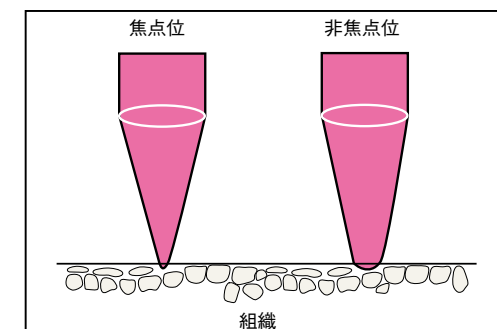
図IV-11-1 それぞれのレーザーの波長



図IV-11-2 それぞれのレーザーの組織透過性

2 止血は万能ではありません

- ・ **ハードレーザー**をレーザーメスとして用いる場合、毛細血管の止血能は非常に優れているので、表在性病変の場合出血せず手術野が見やすい。いわゆる無血手術が可能である。
- ・ 少し深い病変でレーザー処置中に出血した場合、非焦点位（デフォーカス）で凝固止血をするが、血液中の水分にレーザーのエネルギーが吸収されるので、止血困難となることもある。
- ・ 直径0.5mm以上の動脈および1.0mm以上の静脈の止血は困難で、電気メス凝固や結紮などの止血処置が必要であるが、このような止血処置を要する症例は通常は入院下に行われる。
- ・ 組織透過型レーザーをハードレーザーとして用いた場合は、処置後数日して組織が壊死脱落して後出血を起こす危険性がある。この点では組織表面吸収型レーザーのほうが安全である（図IV-11-3）。



図IV-11-3 焦点位ではレーザーのエネルギーが集中する。通常は焦点位で切開し、非焦点位で凝固止血する

3 習うより慣れるしかない非接触

- ・ レーザーには接触型と非接触型がある。
- ・ 非接触型のレーザーが多いが、レーザーメスとして用いる場合、組織と接触せず切開が行われるため、慣れるまで少し違和感を感じることもある。
- ・ 慣れてしまえば、空気のみで組織を切開する感覚で違和感はなくなくなる。また、視野が妨げられず術野が見やすい。
- ・ 非接触と止血能に優れていることで感染症の処置の際には有利となる（図IV-11-4）。



図IV-11-4 頬部線維腫をCO₂レーザーで切除しているところ。このタイプでは約1mm離れたところから非接触で照射する