

〔臨床〕 松本歯学 4 : 45~48, 1978

抜歯中に誤って口腔底に迷入させた下顎智歯の1症例

亀山嘉光, 龍方孝典, 鹿毛俊孝, 阿部伸雄

松本歯科大学 口腔外科学第一講座 (主任: 千野武広 教授)

A Case of the Lower Third Molar Pushed into Mouth Floor by an Uncareful Extraction

YOSHIMITSU KAMEYAMA, TAKANORI RYUKATA, TOSHITAKA KAGE and NOBUO ABE

First Department of Oral Surgery, Matsumoto Dental College

(Chief: Prof. T. Chino)

Summary

In this paper the complication occurred during the surgical extraction of the left lower third molar of a 22-year-old woman have been presented. Moreover some discussions were carried out.

はじめに

歯科口腔外科においては、抜歯術は極めて頻度の高い手術症例である。このため、ともすれば安易に取り扱われることも少なくないようである。ところが、稀には思いがけない事故を招来することがある。

なかでも下顎智歯に関しては、部位の狭隘さと歯牙の退化傾向の強さによって、困難な抜歯になる度合は多く、過去より抜歯操作中の偶発症として、歯牙の口腔底迷入¹⁾、下顎隅角部の骨折²⁾などが挙げられ、報告もなされて下顎智歯抜歯に対する注意が喚起されてきた。

我々は、今回、左下顎智歯抜歯中に誤って口腔底に迷入させたため紹介されて来院した症例を経

験したので、その概要を報告し臨床家諸兄の啓蒙に供したい。

症 例

患者：山○文○ 22才 ♀

初診：昭和51年10月28日

主訴：開口障害

家族歴、既往歴：共に特記すべき事項なし

現病歴：昭和51年10月23日、下顎慢性智歯周囲炎の診断のもとに抜歯術を受けるも、歯牙脱臼後抜歯鉗子にて把持しようとした際、当該歯牙が口腔底に迷入し、摘出困難と判断され手術を中止、化学療法剤の投与を受け帰宅した。翌日より開口障害が出現し、漸次増悪傾向を示したため当科に紹介されて来院した。

現症：体格は中等度、栄養可、全身的には特記すべき所見は認められなかった。

口腔外所見：顔貌は僅かに左右非対称性で左側

本論文の要旨は、第4回松本歯科大学学会例会(昭和52年6月)において発表された。(1978年4月10日受理)

下顎隅角部及び顎下部にかけて軽度の瀰慢性腫脹を認め、圧迫するに軽い疼痛を訴えた。所属リンパ節には著変を認めなかった。

口腔内所見：開口障害著明で一横指弱であった。|8抜歯窩は血餅に充たされ、周囲歯肉は発赤を伴う瀰慢性の腫脹を来とし、この腫脹は舌側歯槽底部より口腔底にまで及び、舌側歯槽底部直下の粘膜下に歯牙様硬固物を触知した。同部を圧迫するに強い疼痛を訴えた(図1)。

X線所見：|8抜歯窩後方に歯牙様のX線不透過像を認めた。歯牙は歯冠を後下方に向けてほぼ水平に位置していた。之を咬合法にて見ると、|7遠心部相当に根尖を顎舌骨筋線最後方に歯冠をおき下顎骨内側面に接していた(図2, 3, 4)。

処置及び経過：炎症症状と開口障害が著明であるため、直ちに消炎療法を開始した。約10日後、局所の急性症状が消失したので、11月18日局所麻酔のもとに摘出手術を行なった。

切開は|7近心より舌側歯頸部に沿って|8相当歯

槽頂の後方に至る横切開を加えた。そこで術者左示指頭にて粘膜面より歯牙を触知、深部への陥落を予防しながら骨膜起子にて下顎舌側骨膜を剝離、弛緩させたところの歯牙の一部を認めたので破骨鉗子にて把持、摘出した。

術後、化学療法剤の投与を続け、予後経過良好であったので1週間後に紹介医へ転医した。

考 察

我々歯科医にとって抜歯は、日常極めて多く、一部の症例を除いては、あらためて外科処置であるという認識すら忘れがちな程である。ところが、抜歯による偶発症と言われるトラブルは報告こそ少ないが、臨床で大過なく改善されるものまで考えると意外に多い様である³⁾。なかでも、困難な抜歯になり易い下顎智歯抜去に関しては、口腔底迷入¹⁾、下顎骨骨折²⁾などまれであるとしながら、時に報告されている。

本症例では、脱臼した歯牙を摘出する際に鉗子



図1：術前 来院時開口状態



図3：来院時X線写真 第3斜位

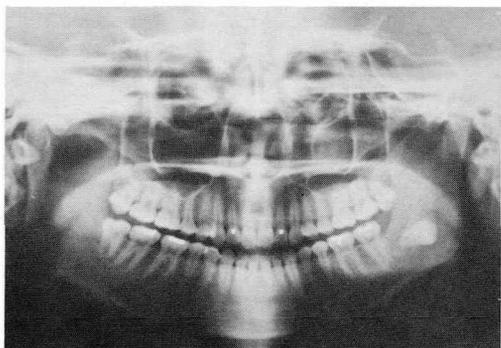


図2：来院時X線写真
パノラマ法



図4：術前X線写真
咬合法

で把持しようとした所、把持が充分でなく滑脱し深部へ迷入したということであった。即ち、顎舌骨筋線後端の隆起を越えて顎舌骨神経溝の陥凹部まで達し、骨膜によりはさまれて停滞していたものである(図5)。

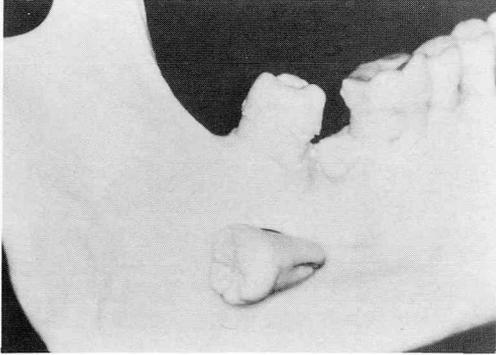


図5：顎舌骨神経溝(下顎骨)と摘出歯牙
(理解写真)

下顎智歯舌側歯肉が極めて剝離し易いことは周知のことで、これに連なる口腔底は解剖学的に複雑な隙を構成しており、僅かな刺激によっても、口底炎が惹起され易い。同部で下顎骨舌側は、舌側歯槽基底部に一致する顎舌骨筋線後端の隆起と翼突筋粗面の隆起とははさまれて顎舌骨神経溝に一致し、前下方へ陥凹している。本症例はここに滑落したもので、内田等(1974)¹⁾も同様な例を報告し、摘出が困難な部位であることを報告している。

また、下顎智歯は、術者にとって位置的に極めて操作のし難い部であることは言うまでもなく、本症例の如く、レントゲンにて推測するに、比較的正常に近い萌出状態の歯牙でも歯肉弁に一部或いは完全に被われていることが多い。然るに、術者は視野が制限され、歯牙脱臼をはかって鉗子にて把持摘出を試みる際、歯肉弁に邪魔されて把持に困難を来たすことが多い。これは歯肉弁の剝離を確実に行ない鉗子の適合が歯頸部まで達する様に心掛ければ避けられることである。

従来の、舌側における切開は、口底炎惹起の危険から避けるべきであるが、頬側に十分な粘膜骨膜弁を作成し、視野が確保されれば舌側は粘膜骨膜の剝離まで行なわなくても、環状靭帯の切離を確実に行なう⁵⁾ことにより鉗子の確実な歯頸部への適合が可能となり、不慮の事故を避けうると

考える。著者は、歯冠の一部を露出している場合、頬側粘膜骨膜弁作成のための切開と同時に、露出歯冠に沿って舌側においても第二大臼歯遠心までメスを入れることにより脱臼後、鉗子による把持を容易にしている。

また、抜歯に際して重要なことは、器具の選択を的確に行なうことである。歯科医にとって抜歯は決して稀な症例でないだけにややもすれば適当な器具の選択、あるいは習慣的、画一的な器具の限定のもとに使用されることが少なくない様である。そして、それで大過なく済むことが多いのも事実である。しかしながら、下顎第三大臼歯の如き、概ね困難な抜歯になる傾向の強いものでは、それなりの器具の選択と熟知の必要がある。この事は、過去の報告でも指摘され、器具取り扱いの未熟さが招いた事故と指摘しているもの¹⁾もある。更に、本症例の様な、困難さを増す要素をもった抜歯にあたっては、難抜歯になる様相が強くなっても慎重に取り組めるだけの時間的、精神的余裕をもって対処すべきであることは言うまでもないことである。

この様な症例の場合には、度々、医事紛争へ進展することがあり、その警告の意味で報告されることが少なくない²⁾。本症例の場合には、その点は問題なく、患者自身当科来院時必要以上に不安を抱きながら受診してくるということもなかった。これは、事故発生時、どの様な指導説明がなされたかは定かでないが、処置が適切であった結果と考える。

結 語

22才、女性、左下顎智歯抜去中に口腔底に迷入し来院、その歯牙を摘出する機会を得たので概要と併せて簡単な考察を試みた。

謝 辞

稿を終わるに臨み、御指導と御校閲をいただいた千野武広教授に深謝いたします。

文 献

- 1) 内田稔他(1974)抜歯操作中に誤って口腔底に迷入させた下顎智歯の3症例について。歯学, 62: 356—359.
- 2) 亀山忠光他(1975)抜歯の偶発症としての下顎骨骨折の一例。歯界展望, 45: 897—902.

- 3) Killey, H. C. and Kay, L. W. (1975) The Impacted Wisdom Tooth. 75~94. Chrcchill Living Stone. Edinburgh, London and New York.
- 4) 遠藤至六郎 (1968), 口腔外科通論及手術学, 638-640. 医学書房, 東京.
- 5) 平川直輝 (1968) 抜歯を中心とした口腔手術. 永末書店, 京都.