

「口腔外科疾患の治療における病診・医療連携」

第5回

顎顔面領域の外傷治療における 病診・医療連携

大分大学医学部附属病院歯科口腔外科 助教 神崎夕貴



1. はじめに

口腔顎顔面の外傷は、皮膚や口腔粘膜などの軟組織損傷、顎骨骨折などの硬組織損傷、歯牙脱臼や破折などの歯牙損傷に分けられます。損傷部位が顔面や頭蓋を含んでいる場合や、交通事故などによる多発外傷などの場合は関連する医科との適切な連携が必要です。また歯牙損傷では、当科で外科処置を行った後、補綴治療などはかかりつけ歯科医院で継続していただいております。

今回、顎顔面多発骨折症例と歯牙脱臼症例をみながら、医療連携の現状について説明します。

症例1 顎顔面多発骨折、眼球損傷例

自宅階段から転落して受傷。同日市中病院に搬送後、治療目的に当院救急部受診となりました。当院受診時、意識障害なし。脳神経外科医の診察で神経学的異常なし。CTでは両側上顎骨頬骨複合体骨折、下顎骨正中骨体部および両側下顎頸部骨折、左眼球破裂を認めました(写真1)。さらに鼻出血、右肋骨骨折がみられました。

鼻出血に対して耳鼻科医により止血処置が行われ、続いて全身麻酔にて緊急手術を施行。眼科医が左眼球摘出術、当科歯科医師が顎顔面多発骨折の観血的整復固定術を行いました(写真2)。術後14日目に転院となりました。

【解説】 基本的に、下顎骨骨折の整復固定手術は、骨折による舌根沈下で気道閉塞(図1)の危険性がなければ急ぐ必要はありません。一方、上顎骨は複雑な骨折が多く、時間が経って骨折部に線維組織が入り込むと手術が困難になるため、早期(術後2~3日、遅くとも10日以内)に行うのがよいとされています。

しかし症例1のような顎口腔領域に留まらない外傷症例では、直ちに手術を行うか否かの判断に医科と共同で診察する必要があります。まず、頭

蓋内損傷、脊椎損傷など生命に関わる障害の有無をチェックし、もしそれらがあれば脳外科や整形外科の治療を優先されます。顎骨骨折に対する手術操作が、安静が必要な脳神経障害を増悪させる可能性があり、緊急の顎骨骨折手術は禁忌だからです。顔面皮膚裂創があれば縫合処置を、呼吸困難があれば気管切開により気道確保を行っておき、骨折手術は容態が落ち着いてから行えばよいのです。症例1では脳神経障害なく、来院日直ちに顎骨骨折手術を施行できました。

図2は顎顔面外傷患者が救急車で当院救急部に搬送された場合を示しています。搬送後、救急部医師が診察し、関連する科の医師を招集して治療方針を決定します。顎骨骨折や口腔周囲の皮膚損傷があれば、私ども歯科医師も呼ばれます。その他に形成外科、耳鼻科、眼科、脳外科、整形外科、一般外科などが診察にあたります。

症例2 歯牙脱臼・口唇裂創症例

転倒して下顔面を強打した症例です。当科受診時、左下1、2の脱臼と上唇裂創を認めました。左下2は紛失していました。局所麻酔下に左下1の再植術と裂創縫合処置を行いました。3週間後に暫間固定を除去し、以後かかりつけ歯科医院に歯内治療と経過観察を依頼しました。

【解説】 再植歯の根尖孔が大きく開いており、口腔外では湿潤状態で保存され、再植までの時間が2時間以内の場合、歯髓血管の再生が起こる可能性があるため、抜髄せずに再植します。それ以外は抜髄後に再植します。本症例では抜髄せずに再植を行いました。

抜髄せずに再植した場合、再植後10日前後で歯内処置を開始するのがよいとされています。暫間固定の期間は、3~4週間が目安です。

まとめ

顎顔面骨折の治療で大切なことは機能の回復、審美性の回復です。とくに顎骨骨折では咬合機能、眼窩骨折では眼球運動機能の回復は重要です。もし適切な初回治療がなされず、咬合異常や、眼球運動や眼球位置の異常による複視が残ると、その二次修正手術は非常に困難です。関連する専門科間の連携が必要な理由はここにあります。

また歯牙外傷は1~2歳の乳幼児と7~8歳の学童の根未完成歯に多いため、再植術などの処置後は長期間の経過観察が必要となります。

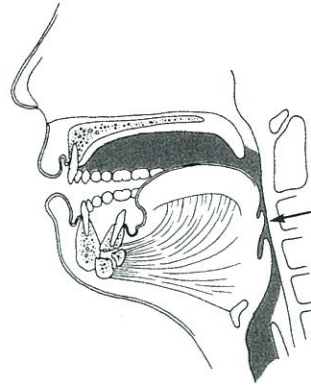


図1. 下顎骨骨折では折れた骨が口腔内に倒れ込み、気道閉塞を起こすことがあります。
(「Contemporary Oral andmaxillofacial Surgery」より)

症例 1

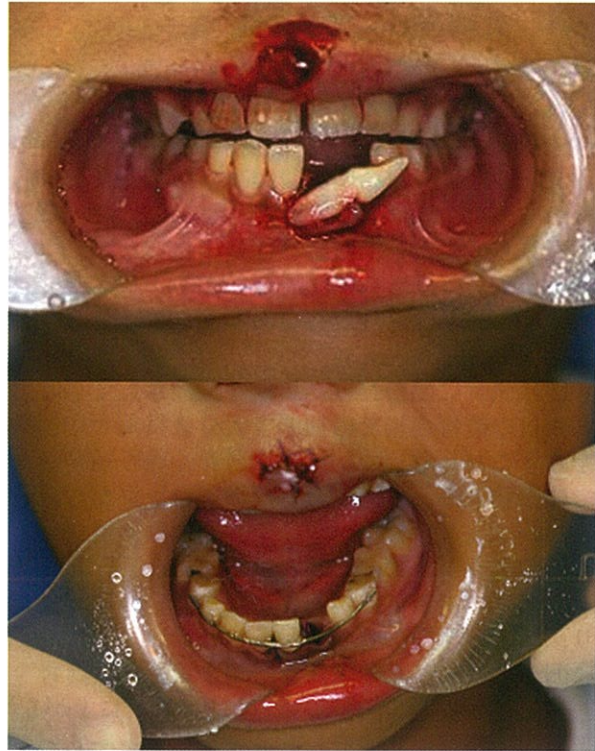


写真1、手術前

写真2、手術後

症例1. 顔面多発骨折の症例です。受傷後脳挫傷など認めなかったため、受傷同日に手術を行いました。

症例 2



症例2. 上口唇裂創と下顎前歯脱臼の症例です。創部洗浄後、縫合と脱臼した歯牙を整復・固定しています。

図2. 当科における顎顔面治療の流れ (救急車搬送例)

