

および心理的因子が挙げられる。本症例は心理的因子により GR が出現したものと考えられた。静脈内鎮静法を用いても、GR 患者の中には極度の恐怖により、脱抑制状態となり、無意識のうちに治療を拒否する行動が見られることがある。静脈内鎮静法による歯科治療が困難な GR 患者には全身麻酔が選択される。本症例は歯科用器具を口腔内に挿入することが不可能であり、全身麻酔が適応となる重度 GR と診断した。心理的因子のうち、過去の歯科治療が原因となっているものでは、全身麻酔で歯科治療を行うことにより、治療ができた体験を患者が実感することで、GR が軽減したことが報告されている。本症例も治療の最終段階で患者が部分床義歯の装着トレーニングができるようになったことから、GR は軽減されたものと考えられる。GR 患者の義歯装着に関しては、義歯の GR 誘発部位との接触回避や装着トレーニングが有効であると報告されており、本症例においても効果が認められた。

【結語】重度 GR 患者に対し、全身麻酔下歯科治療と系統的脱感作により部分床義歯装着までの歯科治療を経験した。

14) 鼻腔側より抜歯した正中埋伏過剰歯の 1 例

○角田 隆太¹、川原 一郎¹、金 秀樹¹、菅野 勝也¹
馬庭 暁人¹、河西 敬子¹、高橋 進也¹、浜田 智弘¹
高田 訓¹、大野 敬¹、相澤 徳久²
(奥羽大・歯・口腔外科¹、奥羽大・歯・小児歯科²)

【緒言】正中埋伏過剰歯は臨床においてよく遭遇し、口腔内から抜歯することは多いが、鼻腔側より抜歯するのはまれである。今回われわれは、鼻腔側より抜歯した正中埋伏過剰歯の 1 例を経験したので報告する。

【症例概要】現病歴：平成 24 年 2 月に近歯科医院にて正中埋伏過剰歯を指摘され、同年 3 月に精査・加療を目的に当科初診となった。

症状および経過：初診時自覚症状なく、炎症・歯列不正・萌出遅延等の異常所見は認めなかった。画像所見より鼻腔に一部歯冠が萌出しているのが認められた。全身麻酔下に埋伏歯抜歯術を施行した。術式は、2～3 の唇側に Wassmund 切開を加え、剥離を行い梨状口下縁と鼻腔粘膜を明示し

た。左側鼻腔粘膜を剥離したところ、鼻腔底部に一部歯冠を認めたため、歯冠周囲の骨を削除し抜去した。抜歯窩からの出血は少量であった。鼻腔側から抜去した歯牙は犬歯様を呈しており歯根は完成していた。術後は鼻出血等なく経過良好であった。

【考察】正中埋伏過剰歯の抜歯は、歯科口腔外科領域において唇側や口蓋側からの抜歯は一般的であり、外鼻孔や鼻腔側から抜去している報告は少ない。当科において正中埋伏過剰歯を鼻腔側から抜去したのは本症例のみであった。

本症例では、歯冠の一部が鼻腔側に萌出していたが、外鼻孔から抜去するには術野の明示が困難であり、また、唇側や口蓋側からでは骨削除量が多くなるため鼻腔側より抜去した。本症例における鼻腔側からの抜歯は、手術時間や骨削除量の観点からみて低侵襲であり、適切な選択であった。

【結語】今回われわれは、逆性埋伏過剰歯を鼻腔側より抜歯した 1 例を経験したので若干の文献的知見を加えて報告した。

15) 止血困難であった上顎智歯抜歯後の大量出血の 1 症例

○渡辺 正博¹、小松 泰典¹、福島 雅啓¹、菅野 勝也¹
川原 一郎¹、濱田 智弘¹、金 秀樹¹、高田 訓¹
(奥羽大・歯・口腔外科学)

【緒言】歯科治療時のストレスは、様々な循環変動を及ぼす。特に外科処置における侵襲や患者の生理的・心理的变化は循環に強い影響を与える。今回、圧迫止血困難のため緊急全身麻酔下に循環管理を行った症例を報告する。

【症例概要】現病歴：A 歯科医院にて上顎右側智歯抜歯後、止血困難にて当院に救急搬送された。

既往歴：高血圧症

経過：来院後、直ちに生体モニター装着し、圧迫するも止血及び出血点の確認が困難であった。また患者の血圧は徐々に上昇し、出血量の増加が見られたため、緊急全身麻酔下の止血術予定となった。全身麻酔下の止血術により止血認められたが、覚醒時に血圧の上昇が見られ再出血した。再び患者を入院させ、止血術施行した。覚醒前にフェンタニル、塩酸デクスメドミジンを活用し、