

口唇麻痺研究会会報

■2001年3月1日発行

■399-0781 長野県塩尻市広丘郷原1780

松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座内

口唇麻痺研究会事務局 TEL・FAX 0263-51-2066

第1回口唇麻痺診断基準作成委員会開催される

第4回口唇麻痺研究会総会（平成12年3月4日）において設置が承認された「口唇麻痺診断基準作成委員会」の初回の会合が平成12年10月12日、松矢運営委員長出席のもと、幕張プリンスホテルにて開催され、診断基準作成委員会の委員長ならびに副委員長が決定しました。そこで今号の巻頭において、委員の先生方を紹介させていただきます。

「口唇麻痺診断基準作成委員」

委員長 鶴見大学歯学部口腔外科学第2講座
浅田 洸一 先生
副委員長 九州大学歯学部口腔外科学第2講座
堀之内 康文 先生
松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座
安田 浩一 先生
委員 奥羽大学歯学部口腔外科学講座
高田 訓 先生
東京医科歯科大学大学院
医歯学総合研究科顎顔面外科学
小林 明子 先生
兵庫医科大学歯科口腔外科学講座
長谷川 誠実 先生

広島大学歯学部口腔外科学第2講座
六日市病院歯科口腔外科
蜂須賀 永三 先生
鹿児島大学歯学部口腔外科学第2講座
古川 美智代 先生
大阪大学大学院歯学研究科
顎口腔病因病態制御学講座
古郷 幹彦 先生

第1回委員会では、現在各施設で使用している診断器具や診断基準を参考にして、口腔領域における神経麻痺の統一した診断基準を設定するため、活発な討議が行われました。決定事項につきましては、第5回口唇麻痺研究会にて皆様に御報告する予定であります。診断基準が統一されることにより、神経障害の評価が簡潔となり、客観的な予後判定ができます。また、研究発表や患者さんへの説明の場において、より明確な表現が可能となると思います。

委員会への御意見・御希望等は下記まで御連絡ください。

TEL・FAX 0263-51-2066

メールアドレス koushinmahi@po.mdu.ac.jp

第4回口唇麻痺研究会開催される

本年度も下記日程で口唇麻痺研究会が開催されました。研究会総会において、一般演題記録を後抄録の形で研究会会報に掲載することが承認されました。

日時：平成12年3月4日（土）

場所：鶴見大学会館 B1階メインホール

目次

第1回口唇麻痺診断基準委員会開催される	1
第4回口唇麻痺研究会	1
一般演題後抄録	2
第5回口唇麻痺研究会開催にあたって	13
収支決算報告および予算案	14
口唇麻痺研究会会則	14
入会申込と年会費のお知らせ	14
運営委員および幹事	15
編集後記	15

一般演題後抄録

1. 関節突起側方脱臼後に発症した Frey 症候群の 1 例

鶴見大学歯学部口腔外科学第 2 講座

○柝原しほみ、浅田 洸一、豊田 長隆、菊池健太郎、
白井 弘幸、勝呂 泰樹、山本 英雄、石橋 克禮

Frey 症候群は、耳下腺手術後の合併症として知られているが、関節突起骨折と脱臼に継発するものはまれとされている。今回我々は、左関節突起側方脱臼整復後に Frey 症候群を継発した症例を経験したので報告した。

症 例

患 者：38 歳 女性

主 訴：開口障害および顔面痛

初診日：1998 年 11 月 18 日

既往歴および家族歴：特記すべき事項なし

現病歴：初診当日の朝に、階段の上より転落しオトガイ部を強打した。意識消失なく、近病院を受診し、オトガイ部裂傷部の処置後、レントゲン所見より下顎骨骨折を指摘され、当科を紹介された。

現 症：体格中等度、中肉中背、栄養状態良好、体温 37.3 度、全身倦怠感と憔悴感を認めた。顔貌は左右非対称で、咬合不全があり開口域は 10 mm で、オトガイ部は左偏し、下顎正中は約 2 歯分 12 mm 左へ偏位していた。左耳前部の腫脹および膨隆を認め、下顎頭の著しい突出を認め開口時激痛を伴っていた。また左下唇からオトガイ部皮膚と側頭部皮膚に知覚異常を認めた。

X 線および CT 所見：右下顎骨前歯部の骨体骨折、左下顎頭縦骨折を認めた。下顎頭小骨片は内前方の下顎枝内側の下顎孔付近に存在し、左下顎骨体、下顎枝全体が外側に位置し、下顎頭は関節窩より逸脱していた。

顎関節 MR 所見：下顎頭小骨片上方の一部円板様構造を認め、側方脱臼に伴う関節包の断裂が示唆されたが、T 2 強調像では、下顎窩中央に joint effusion 様像を認めた。

臨床診断：右下顎骨骨体骨折、左下顎頭縦骨折、左関節側方

脱臼、左上関節腔血腫

経 過：初診に入院し、11 月 25 日全麻下に、右下顎骨体骨折の観血的整復術ならびに金属プレート固定術、左上顎関節徒手整復術、左関節腔関節鏡下で関節腔内の洗浄を行った。術後 5 日目より開口練習を開始し、現在開口域 40 mm で咬合に異常は認めない。術後 4 か月目の 1999 年 3 月 25 日頃より、摂食時や会話時に左耳介前方部に発汗を認め、時には流れ落ちる汗を認め、友人にも指摘されるようになった。受傷後 1 年 2 か月後、ヨード・でんぷん反応試験を行い、発汗の訴えのあった左耳前部皮膚に限局性の青紫色の着色を認め、Frey 症候群と診断した。患者が積極的な治療を希望していないことから、経過観察のみを行っており、術後約 1 年 5 か月現在も症状に変化はない。

考 察

関節突起骨折に Frey 症候群が合併したとの報告は少なく、これまでの報告をみると、片側骨折例 4 例、両側骨折例 3 例で、片側に Frey 症候群の発症を認めている。関節突起骨折保存的療法後に Frey 症候群を発症したものが多く、骨折時に耳介側頭神経が損傷され発症したものと思われる。本症例の関節に対する侵襲は穿刺のみで、下顎頭縦骨折または側方脱臼による耳介側頭神経の伸展または圧迫による障害が生じ、これに後遺して、Frey 症候群が発症したと思われる。解剖学的に耳介側頭神経は、関節突起を回って外面に出るので、側方脱臼による障害の可能性が高いと思われる。

Frey 症候群発症後の治療法としては、3% スコポラミン軟膏のような抗コリン剤の局所塗布による対症療法などが行われているが、患者自身が重篤な症状を訴えることが少なく、本例でも経過観察に留まっている。

2. ラット三叉神経末梢枝損傷に対する薬剤効果に関する組織学的研究

日本歯科大学歯学部歯科麻酔学教室

○篠原健一郎、西田 麻子、Pirjo Savolainen、住友 雅人
古屋 英毅

末梢性三叉神経麻痺の治療には各種薬剤が用いられているが、各々の組織学的回復過程の比較についての報告は少ない。そこで本研究では生後 7～8 週齢、体重 200～250 g の雄性ウィスター系ラット 164 匹を用い、その左側眼窩下神経を切断・縫合し、神経麻痺を同レベルとした眼窩下神経損傷モデルラットを作製し、そこからの損傷神経の回復過程を組織学的に観察し、末梢性三叉神経麻痺に対する各種薬物療法の有効性の検討を行った。

投与薬剤は、近年、末梢神経麻痺に対して、新しく活用され始めたプロスタグランジン E₁ (PGE₁、PG 群) を始めとして、アデノシン三リン酸二ナトリウム (ATP、ATP 群)、酢酸トコフェロール製剤 (VE、VE 群)、VB₁、VB₆、VB₁₂ からなる複合ビタミン B 製剤 (VB、VB 群) とし、対照薬剤に生理食塩液 (生食、生食群) を使用した。薬剤は各群 4 匹ずつ、1 日 1 回、連日、4 週間、腹腔内投与した。その一回量は、ATP 8 mg/kg、PGE₁ 4 μg/kg、VE 40 mg/kg、VB 製剤は VB₁、

VB₆は40 mg/kg、VB₁₂は400 µg/kg とし、対照薬剤である生食は0.2 ml とした。

観察時期は神経損傷 1、2、3、4 週後、2、3、6 ヶ月、1 年後とし、各観察時期において、各薬剤投与群、各々 1 群 4 匹ずつ、左側眼窩下神経の組織切片を摘出し、通法に従いエポキシ樹脂に包埋し、光顕および電顕観察にこれを供した。

得られた組織像について比較検討を行い、以下の結果を得た。

- 1) 投与 1 週後では、すべての群において逆行性変性を認めた。しかし、生食群以外では径が小さく髄鞘の薄い再生神経線維が出現しており、特に ATP 群で多く認められた。
- 2) 3、4 週後において、PG 群、次いで ATP 群で多数の再生神経線維が認められた。
- 3) 2、3 ヶ月後では、大径の有髄神経線維が増加し、髄鞘の

肥厚が進んでいた。

- 4) 6 ヶ月以降では、生食群と他の薬剤群との間では、組織像にほとんど差異を認めなかった。
- 5) 1 年後では、生食群、薬剤群ともに神経線維の再生・回復がほぼ終了していた。
- 6) 末梢神経線維の再生・回復に効果を示したのは PG 群 > ATP 群 > VB 群 > VE 群の順であった。

以上より、PG 群、ATP 群という血管拡張作用を有する薬剤の投与が Neurotmesis における神経組織の再生を促すことが示唆され、投与薬剤の有する血管拡張作用が損傷部周囲の栄養血管の拡張をもたらし、その領域における末梢血流の増加が、再生軸索の成長と髄鞘形成を促進し、損傷神経組織の組織学的再生に効果を示したのではないかと考えられる。

3. 解剖体10例における下顎管内の下歯槽神経と下歯槽動脈の位置関係について

鶴見大学歯学部解剖学教室

○小寺 春人、井上 孝二、田中 倫、下田 信治、
田中 秀、後藤 仁敏、佐藤 哲二、川崎 堅三

下顎管内を走行する下歯槽神経と下歯槽動脈の位置関係については、これまで報告例がすくない。本研究は、鶴見大学歯学部の解剖実習の過程で、下顎管を開放し、神経と血管の走行を実体顕微鏡下で剖出して観察したものである。観察した例数は8個体10例である。年齢、性別、歯の残存数などとの関係については今回は省いた。実体顕微鏡下での観察とは別に、下顎骨を頬舌方向に縦断した脱灰切片に通常の HE 染色を施した組織標本についても観察した。

実体顕微鏡下での観察：下顎管内の神経と血管は全体が結合線維で構成された鞘膜によって包まれている。この鞘膜を開放して下歯槽神経と下歯槽動脈を剖出したが、静脈については、静脈が鞘膜と結合するか、または鞘膜の線維層の中に含まれているため、分離して観察することはできなかった。

観察した10例のうち7例では、下顎孔の部位で下歯槽神経に対して下歯槽動脈が外側下方に位置していた。これより下顎管内では動脈が神経の下方から内側へ移行し、さらに神経の内側上方に位置するようになる。動脈が神経の内側上方を走行する範囲は、およそ大白歯の領域部である。さらに前方（近心）では、動脈が再び神経の下方をまわって下方外側に位置を変え、前歯部への枝とオトガイ動脈に分かれていた。この神経に対する動脈の配列タイプを内側型とする。

10例中2例では、下顎孔領域での神経と動脈の位置関係が上記の内側型と同様であったが、下顎管内に入ると動脈が神経の

外側から上方へ移行し、大白歯部領域では神経の上方を前方（近心）へ走行していた。そしてオトガイ孔よりやや遠心部で、今度は神経の内側を通り下方に向かっていった。つまり、動脈ははじめに神経の外側を回り、ねじれた走行をしていた。この配列タイプを外側ねじれ型とする。

観察した10例のうち1例では、下顎孔部では他と同様であったが、これより下顎管内において動脈は神経の下方から内側をまわってそのまま上方へと移り、大白歯部で神経の上方を走行したあと、オトガイ孔より遠心部で今度は神経の外側をまわって下方に位置を変えていた。つまり、動脈は神経に対してはじめは内側から回ってねじれた走行をしていた。この配列タイプを内側ねじれ型とする。

以上の下顎管内の下歯槽神経に対する下歯槽動脈の走行は、下顎孔に近い部位とオトガイ孔に近い部位では変異性があるが、すべての例において、大白歯部の領域では神経に対して動脈がおおよそ上方に位置していた。

組織標本の観察からも、第1大白歯部では神経の上方に動脈が位置し、第2小臼歯部では神経の下方に動脈があって、肉眼観察と整合した結果が得られた。

今後は、例証を付加えて神経・動脈の各配列タイプの出現頻度を明かにする必要がある。また、加齢的な変化や有歯顎と無歯顎による変化などを検討したい。

4. 歯科治療後に発生した帯状疱疹の2例

九州大学歯学部口腔外科学第2講座

○末崎 義朗、堀之内康文、窪田 泰孝、白砂 兼光

過去12年間に当科を受診した三叉神経領域の帯状疱疹はⅡ枝領域5例、Ⅲ枝領域2例、Ⅱ枝+Ⅲ枝領域1例であった。この内、歯科治療直後に発生した3例について報告した。

症例1：28歳の女性で左側顔面の水疱形成と疼痛を主訴に来院。左側上顎の歯痛を自覚後A歯科医院にて浸潤麻酔下に左上中切歯と第1大臼歯の保存処置を受け、同日夜間より左側上唇に掻痒感を自覚。翌日左側眼窩下部から上唇にかけて灼熱感、疼痛を伴う水疱が出現。別のB歯科医院の紹介にて当科初診。全身的には倦怠感が強く、左側の三叉神経第Ⅱ枝領域に水疱形成、発赤、疼痛が見られた。また、左側口蓋、左上中切歯から犬歯にかけての唇側歯肉にびらん、疼痛を認めた。VZV IgG抗体価は初診時160倍、10日目5120倍、3ヶ月後320倍であった。治療は抗ウイルス剤、抗生剤、テグレトール、ビタミンB12の投与、計11回の星状神経節ブロックを行った。左眼の角膜炎に対しては眼科を受診させた。初診5日後には皮膚および口腔粘膜の水疱は痂皮を形成し始め、約1か月後には左側頬部および左側上顎歯肉の疼痛はほぼ消失した。

症例2：83歳の女性で右側頬部腫脹を主訴に来院。歯痛を主訴に某歯科医院を受診し浸潤麻酔下に抜歯を受け、その直後より右側下顎臼歯部に自発痛が出現。翌日同部の疼痛は消失したが、全身倦怠感、右側頬部の腫脹、発赤が出現。翌々日右下臼歯部の急性辺縁性歯周炎の診断の下、紹介にて当科初診。右側の三叉神経第Ⅱ枝領域に発疹、発赤、腫脹、知覚鈍麻が見られ、右側口蓋部には水疱形成、発赤、びらん、右上顎臼歯部の打診痛を認めた。VZV IgG抗体価は、初診日160倍であった。治療は抗ウイルス剤の投与、計6回の星状神経節ブロックを行った。右側眼瞼結膜炎に対しては眼科を受診させた。初診4日目右側頬部の水疱は痂皮を形成し始め、2週間後には皮膚および口腔粘膜の水疱はほぼ消失した。約3週間後には疼痛もほ

ぼ消失した。

症例3：70歳の男性で左側頬部の腫脹と疼痛を主訴に来院。左上顎ブリッジ部の歯痛を自覚し、某歯科医院を受診。ブリッジ除去と抗生剤投与を受け、その後左上犬歯と第1大臼歯の感染根管治療を受けたが、左側頬部の発疹と腫脹が出現。同日夜より頬部の発疹、腫脹、疼痛が悪化し紹介にて当科初診した。全身的には倦怠感が強く、左側の三叉神経第Ⅱ枝領域に水疱形成、発赤、腫脹、疼痛を認めた。また左側頬粘膜、口蓋に水疱形成、びらん、疼痛を認め、左上犬歯と第1大臼歯に打診痛、頬側歯肉に圧痛、左上第1大臼歯根管開放部から排膿が見られた。抗体価は初診時40倍、10日目2560倍であった。治療は抗ウイルス剤と抗生剤投与にて翌々日には皮膚および口腔粘膜の水疱は痂皮を形成し、約2週間後には痂皮はほとんど脱落した。左側鼻翼基部に軽度の疼痛が残存したが、計13回の星状神経節ブロックを行い、約3ヶ月後にほぼ消失した。

症例1、2は前医との間で歯科治療後に発症したことから医療訴訟に発展する恐れがあったが、患者に対して帯状疱疹発症の病因や病態、治療内容等について十分な説明を行うことで、病状の改善と共に患者の態度は軟化し訴訟を回避できた。

歯科治療直後の帯状疱疹発症では、歯科治療に対する恐怖心や不安といった精神的ストレスや治療自体の局所的侵襲、また、全身のおよび局所的免疫能低下時の歯科治療などが誘因になると考えられる。一方、場合によっては、帯状疱疹の前駆症状として歯痛が生じ、それに対する歯科治療を受ける可能性も考えられる。いずれにしてもこれらの場合、歯科治療の時期と帯状疱疹の時期が一致するため、患者は、歯科治療に対して不信感を抱きやすく、訴訟に発展する恐れもあるため、十分な説明が必要と思われる。

5. 下顎智歯抜歯後の神経麻痺で決着に時間を要した1例

東海大学医学部口腔外科学教室、神奈川県歯科医師会*

○佐々木次郎、後藤 潤、金子 明寛、田中 晋也*

症 例

1993年10月4日に初診の当時57歳の女性。共同発表者の田中晋也から48番歯の抜歯以来で来院。佐々木が担当した。局所に軽度の炎症があり、洗浄してセフジニルの投与を開始。検査所見は、WBC 5400、RBC 450万、Hgb 14.1、HCT 42%、PT 14.6万、HBS（-）、HCV（+）であった。翌日の10月5日に佐々木が抜歯を行い局所麻酔下で50分を要した。抜歯の翌日に、患側の下歯槽神経のしびれの訴えがあり、後藤が診察して、プレ

ドニゾロン5 mg錠を4-2-0の1日量30 mgで、2-1-0の1日量15 mg、それ以後は2-0-0の1日10 mgを3週間持続投与して、症状の改善はなかったがPSLを離脱した。それ以後はメチコパールを49日間投与したが症状の改善はなかった。その後、1994年1月24日からアデホス®、アリナミンF®、デパス®を断続的に投与していた。最終来院日は1994年6月30日である。次の来院予定日に来院しないので自宅に電話をしたところ、家族らしい人の声で、他の病院で治療を受けていますとの返事であった。

それから2年後の1996年6月24日に訴状がきた。横浜市の横浜法律事務所からのもので損害賠償額は21,734,278円（うち弁護士費用が3,045,000円）他に印紙代104,600円というもので、傷病名は①オトガイ神経麻痺②顔面神経麻痺で診断書は東京の府中恵仁会総合病院口腔外科で記載されたものであった。東海大学に通院中と通院後に受診した病院は次の通り。

1994年4月18日 東京医科歯科大学口腔外科（通院1回）

1994年7月11日～1995年1月19日

鶴見大学歯学部口腔外科（通院10回）

1995年6月1日～1995年12月19日

東芝林間病院（通院119回）

1995年12月12日～1996年2月12日

府中恵仁会総合病院口腔外科（通院4回）

訴訟された当方（東海大学）も弁護士を依頼した。訴状の傷病名の①オトガイ神経麻痺は認めるとして、顔面神経麻痺は認めることができないという主張である。

＊ 訴訟はゆっくりと進む

第1回 1996年6月24日

第2回 1996年10月8日

第3回 1997年1月21日

第4回 1997年7月29日

第5回 1997年10月7日

第6回 1998年3月31日

この段階においても抜歯にともなう顔面神経麻痺の訴えを変えない。そこで口唇麻痺研究会事務局に依頼して専門医に対診

していただくようにというだけの説明書を届けた。その後、当方の弁護士からの連絡によると、原告側は対診してもらっても有利な回答をもらえるとは限らないのでということで、対診はおこなわれなかったという。1999年1月29日に東京地方裁判所民事36部和解室から本件の和解金として150万円を支払う、訴訟費用は各自の負担という和解調書が届いた。

＊ 両者の弁護士の確認不足が裁判を長引かせた

本来は、紹介状を持参して抜歯したのであり、抜歯後には神経麻痺が生じることもあるというパンフレットもわたしてある。何年間に裁判に振り回された患者さんが気の毒である。和解金が患者さんの手に渡ったのかどうかも分からない。

＊ 抜歯を担当した者としての反省

患者さんにとっては抜歯後の神経麻痺は非常に不愉快なものであり、口腔外科医はいつも細心の注意をしている。抜歯後の神経麻痺は短期間で消失する例もあれば、星状神経節のブロックをペインクリニックに依頼しても改善しない例も有る。更に、本症例では抜歯後の神経麻痺を担当した2人の意見が不一致であった。佐々木は治る見込みはありませんといい、後藤はそのうちに治ると信じて治療を続けましょうと説明していた。これも患者さんの不信を招いたのではないかと反省している。

ま と め

この症例のように実際に訴訟になった例を今後の参考にしていただきたい。受診した他の病院と弁護士事務所を実名で載せたのは、筆者の強い要望によるものである。

6. 医療事故における味覚障害の鑑定

徳島大学歯学部口腔外科学第二講座、徳島大学歯学部歯科麻酔科*

○吉田 秀夫、板東 高志、茂木 勝美、江口 寛*、
中條 信義*、佐藤 光信

歯科治療中に発生した舌損傷後の味覚障害について争われた裁判において、味覚障害の有無、舌損傷と味覚障害との因果関係について鑑定を担当した。

原告をA、被告をBとする。事件の概要は、平成9年7月14日、Aは左側下顎臼歯部の腫脹と自発痛を主訴にBの診療所を初診し、Bは左側下顎6のper, AAの診断の基、ダイヤモンドディスクで同歯の金冠除去中にAの左舌縁部に約1cmの切創を生じたもので、直ちに1糸縫合しその後歯の治療を行っている。8月6日にはほぼ治癒の状態であるが、Aの代理人と称するCから示談の要求があり、8月10日にBはAに15万円の額を呈示したが破談した。Aは19日に近在の病院の外科を受診し、外科医Dより舌尖末梢神経障害の診断を受け、平成10年4月24日にAはF弁護士を通じて400万円の損害賠償請求を徳島地方裁判所第二民事部に起こした。

11年6月に裁判所の担当官より切創と味覚障害の因果関係について鑑定の依頼があり、9月17日に鑑定を行った。血液検査、微量元素定量、電気味覚検査、濾紙ディスク味覚検査、全口腔味覚検査を行った・その結果、血液検査では、軽度から中等度の肝障害、境界領域の糖尿病が疑われる以外に所見はなく、微量元素も正常範囲である。電気味覚検査では、1回目は

極めてばらつきが大きく判定の対象にならない。これは接触刺激を誤認したためで、一般の知覚には障害がないことを意味している。2回目以降は右側で18dB以上、患側の左側で24dB以上と正常値の8dBをいずれも大きく上回っていた。濾紙ディスク味覚検査では、左右とも四味覚・各濃度において、味覚が検知されていない。これは、高度の味覚障害が存在することを意味し、電気味覚検査の結果とも矛盾しない。全口腔味覚検査では、甘味液4で認知、塩味液4で認知、酸味液4で認知、苦味液5で認知されており、味覚脱失、解離性味覚障害は認めない。いずれの味質も4以上の認知であり、味覚障害は高度であるとの結論を得た。口腔外科学的診査では、口腔衛生状態は普通で舌背中央部に軽度の舌苔を認める。舌尖より19mmの左側舌縁より舌背、舌腹にかけて長さがそれぞれ6mm、幅1mmの連続した色素沈着を認める。更に3mm後方に舌縁から舌腹にかけて同様の色素沈着を認め、舌腹において前方の色素沈着と不連続に繋がっている。この色素沈着部を中心に前後約6mmの範囲に接触痛、圧痛を訴え、更に前後約10mmの範囲に違和感を訴える。舌の軟組織のレントゲン撮影において、色素沈着に一致して微細な金属片と考えられる極めてかすかな不透過像を認め、切創に伴う局所異物性肉芽腫

と診断した。

以上より、切創に伴う局所異物性肉芽腫が存在するものの、1、原告に現在味覚障害が存在している。2、原告の味覚障害は、本件切創との因果関係は少なく、私病が影響している。3、原告の味覚障害が自然治癒する可能性は少ない。との鑑定

7. 顔面神経麻痺患者の臨床的検討

口腔外科を受診する顔面神経麻痺患者の特徴ならびに治療における問題点を明らかにする目的で、顔面神経麻痺と診断した24例について、臨床的に検討を行った。

対 象

対象は1988年から2000年までの約12年間に当科を受診し、顔面神経麻痺と診断した24例である。

結 果

男性13例、女性11例で、年齢は4～69歳、平均年齢は38.5歳だった。主訴は、顔面麻痺感9例、顔面違和感8例、閉眼不能3例で、麻痺により起こったと思われた会話困難2例、摂食困難1例、味覚消失1例認めた。

原因的事項として、原因不明で突然発症したものは21例(87.5%)、発症前に風邪症状および発熱を認めたもの3例(12.5%)だった。

1週間以内何らかの歯科治療を受けていたもの9例(37.5%)で、その治療内容の内訳は抜歯3例、根管治療2例、修復治療2例、除石1例、矯正治療1例で、このうち歯科治療と顔面神経麻痺との関連性の精査依頼が7例に見られた。

来院までの期間としては、発症当日から約2週間以内に来院した症例が18例で、全体の75%を占めており、比較的早期に口腔外科を受診していた。一方、6か月以上経過して来院した2例は、他科で顔面神経麻痺の治療を受け、略治または不完全治癒による second opinion を求めて来院していた。

顔面神経麻痺が発症し、当科受診前に他の医療機関を受診していたのは22例で、歯科が21例と最も多く、次いで内科5例、耳鼻科2例、眼科と脳神経外科はそれぞれ1例だった。このうち2ヶ所以上の医療機関を受診していたのは6例で、ほとんどが歯科の受診歴があった。他科受診歴のない症例は2例で、いずれも発症1週間以内の症例だった。

主要症状は前額皺形成不能17例(70.8%)、閉眼不能19例

結果を報告した。この鑑定報告の2ヶ月後に両者間に和解が成立し、訴訟費用を含め100万円で決着したとのことである。専門外の医師による安易な診断書とそれを塗誤する意見書が裁判を長期化させた一因と考える。

鶴見大学歯学部口腔外科学第2講座

○栃原しほみ、浅田 洸一、長島 弘征、臼井 弘幸、佐々木文彦、野上 貴史、荒井 智彦、石橋 克禮

(79.2%)、口角下垂15例(62.5%)、鼻唇溝消失16例(66.7%)、口笛不能19例(79.2%)、聴覚異常6例(25%)、味覚障害11例(45.8%)で、その他に人中健側偏位、顔面の脱力感などを認めた。合併症として、三叉神経痛および上顎洞炎を併発している2例があった。

今回の集計では、中枢性顔面神経麻痺を疑ったもの1例、Bell 麻痺21例で、Ramsay-Hunt 症候群は見られなかった。

新鮮症例の18例中8例に Herpes virus (Herpes simplex と Herpes zoster) の抗体価の検査を行っており、8例中3例に抗体価の上昇を認めた。治療として、当科で治療を行ったのは Bell 麻痺と診断した20例(87.5%)で、他の4例は、すでに他科で治療を開始していた症例と中枢性顔面神経麻痺を疑い、神経内科に転院を薦めた。薬剤は、ステロイドホルモン剤18例(75%)、ビタミンB製剤17例(70.8%)、ATP 製剤13例(54.2%)だった。ステロイド剤は主にプレドニゾロンを10mg～30mg から開始し、漸減し19日～31日間投薬していた。他の治療法としては、マイオモニター4例(16.7%)、ソフトレザー1例(4.2%)を行った。

当科で投薬を行った20例のうち、症状が消失した完全治癒10例、当科での経過観察中に症状の一部残存したものや Synkinesis 発症を認めたものを略治とし6例、治療を中断したもの2例、治療効果を認めず、脳神経外科に転院したもの2例であった。完全治癒を認めた症例の多くは、発症から来院までの期間が2週間以内の不全麻痺症例だった。また完全治癒に至るまでの期間は21日～120日で、略治では19日～378日であった。

考 察

当科で扱った顔面神経麻痺患者の問題点として、歯科治療後に発症した症例が4割近くあり、患者が歯科治療に対して、不信感を有しており、十分な説明を要した。また、治療上の問題点として、症状の軽快により受診しなくなることが多く、完治まで観察が出来なくなってしまった症例も認めた。

8. 顔面皮膚感覚の評価法の比較について

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面外科学

○小林 明子、石川 高行、吉増 秀實、小林 裕、
根岸 明秀、木野 孔司、天笠 光雄

歯科、口腔外科における処置で、術前の画像上での神経症状発生の予測と実際の感覚異常出現の程度、およびその6か月予後を調査する目的で、20例について術後の下唇オトガイ部の皮膚感覚を調査した。症例のうちわけは下顎の歯原性嚢胞13例、その他7例（良性腫瘍3例、骨髄炎1例、智歯周囲炎2例、歯内治療1例）であり、評価は微小電流刺激とSW テスターによる触圧刺激により行った。結果は画像診断上、術中に下歯槽神経束の露出が予測された15症例中、実際に露出したものが7例、露出しなかったものが8例であったが、ともに4例ずつ術後1か月の検査時点で2通りの検査法のうちのどちらかで閾値の上昇がみられた（表1）。術後1か月で閾値が上昇していた10例の閾値とその6か月後を表2に示す。術後6か月で閾値が上昇していたのは嚢胞と骨髄炎以外の症例全例であった。以上より、今回の対象症例20例中画像診断にて下歯槽神経の露出が予測された症例の53.3%は術後1か月時に下唇オトガイ部の検知閾値の上昇を認めた。術中操作での下歯槽神経束への接触の

表1 画像診断での予測と術後1か月における閾値の計測結果

画像診断	手術	症例数	術後1か月時に閾値の上昇がみられた症例数
○	○	7	→ 4
○	×	8	→ 4
×	×	3	→ 0
不明		2	→ 2
計		20	10

○は、CT上で病変と下顎管の接触が確認された、あるいは実際に術中操作により下歯槽神経束に接触したことを示す。

不明2例は術前にエックス線写真撮影のみの智歯抜歯症例と根管充填症例である。

表2 術後1か月に閾値の上昇がみられた症例の予後

症例	術後1か月			術後6か月			処置名
	電流	SW テスター	範囲	電流	SW テスター	範囲	
1	0.5	5.07	100	0.2	4.08	50	良性腫瘍切除
*2	0.3	3.61	80	0.2	2.83	0	嚢胞摘出
3	0.3	2.83	30	0.2	2.83	0	嚢胞摘出
4	0.3	4.74	100	0.2	1.65	0	嚢胞摘出
*5	0.6	4.94	100	0.4	4.31	100	智歯抜歯
*6	0.8	4.31	100	0.2	2.83	0	嚢胞摘出
7	1.0 (-)	6.65 (-)	100	0.2	3.61	70	良性腫瘍切除
*8	1.0 (-)	6.65 (-)	100	0.3	4.31	100	良性腫瘍切除
9	1.0 (-)	6.65 (-)	100	0.9	6.65 (-)	100	根管充填
10	1.0 (-)	6.65 (-)	100	0.2	4.56	100	智歯抜歯

*は術中下歯槽神経束に接触した症例、単位は電流はmA、SW テスターはフィラメント No. で、数値は各閾値の中で最も高い部位のもの。10(-)、6.65(-)は上限の閾値で検知できなかったことを示す。範囲は2通りの評価法でどちらか一方の閾値が上昇していた場合、片側の下唇・オトガイ部全体を100とした広さ。

有無と術後1か月での閾値上昇の有無との関連はなかった。また術後6か月では、嚢胞症例の閾値は神経束への接触の有無にかかわらずコントロールまで低下しており、腫瘍および歯の処置による閾値の上昇の方が著明であった。実際に神経束への接触が確認されなかった症例1、7、9、10における閾値上昇の程度および上昇していた範囲の方が、接触の確認された症例より大きい場合もあった。したがって感覚異常が出現するか否かは第一の問題であるが、その程度は術中操作で100%予測できず、思いがけず重度の感覚異常を出現させてしまうこともあることが示唆された。

次に第3回口唇麻痺研究会において顔面皮膚感覚の評価は定量化が可能な複数の異なる方法で行うのが良いであろうと報告したが、口腔領域では温度感覚も重要な機能的因子となる。温度感覚はある程度の広さをもって刺激されないと判別しにくいことを考慮し、前述の2評価法と温度評価を比較した。まずコントロール群11例22側について35℃から55℃まで5℃間隔で1cm²の広さで温度刺激したところ、40℃では54.5%が温かい、45℃では77.3%が温かい、13.6%が熱い、50℃では50%が温かい、50%が熱い、55℃では100%が熱いと返答した。同様の検査を顎変形症術後症例30側について行った。前2評価法にて閾値の上昇がみられた23側ではA、B、Cにおいて当該部の温度評価で異常が確認されなかった（表3）。さらに前2評価法で閾値の上昇がみられなかった部位の温度評価では、D、E、

表3 2通りの評価法で閾値の上昇がみられた症例の温度感覚と当該部の閾値

症例No	30℃	35℃	40℃	45℃	50℃	55℃	SW テスター	電流(mA)
1							6.65 (-)	1.0
2		○					6.65 (-)	1.0 (-)
3		○		○			5.88	0.7
4							6.65	1.0 (-)
5						◎	4.74	0.7
6						*	4.74	0.6
7			○	○	◎	◎	6.65 (-)	0.5 ← A
8	○						6.65	1.0
9			○	○	◎	◎	3.22	0.3 ← B
10					○		6.65 (-)	1.0 (-)
11				○	○	○	4.31	0.3
12			○	○	○	◎	4.31	0.4 ← C
13							6.65 (-)	1.0 (-)
14			○			○	4.31	0.4
15					*	*	6.65 (-)	1.0 (-)
16						◎	4.56	0.3
17					○	*	4.56	0.2
18						*	3.61	0.2
19							6.65 (-)	1.0 (-)
20							6.65 (-)	1.0 (-)
21						*	6.65 (-)	1.0 (-)
22						◎	5.18	1.0 (-)
23					○	*	4.31	0.2

○：温かい ◎：熱い *：痛い

表4 2通りの評価法で閾値の上昇がみられなかった側の温度感覚

症 例 №	30℃	35℃	40℃	45℃	50℃	55℃		症 例 №	30℃	35℃	40℃	45℃	50℃	55℃	
1			○	○	◎	◎		15			○	○	◎	◎	
2			○	○	○	◎		16				○	○	◎	
3			○	○	○	◎		17						*	← F
4			○	○	◎	◎		18			○	○	◎	◎	
5					○	○	← D	19			○	○	○	◎	
6			○	○	○	○	← E	20					*	*	← G
7			○	○	◎	◎		21			○	○	○	◎	
8				○	◎	◎		22			○	○	◎	◎	
9			○	○	◎	◎		23			○	○	◎	◎	
10			○	○	◎	◎		24			○	○	◎	◎	
11			○	○	◎	◎		25				○	◎	◎	
12			○	○	◎	◎		26				○	◎	◎	
13			○	◎	◎	◎		27			○	○	○	◎	
14				○	◎	◎									

○：温かい ◎：熱い *：痛い

F、Gにおいてコントロール群とは異なる結果となった（表4）。したがって下唇・オトガイ部の皮膚感覚は、複数の異なる刺激を用いて評価することによってより実態が解明されるも

のと考えられた。ただし温度感覚の測定にはある程度の面積が必要であることと、異常の程度の定量化が難しいことから、あくまでも付加的な評価法であると考えられた。

9. 顔面知覚麻痺に対する皮膚知覚テスト評価法

広島大学歯学部口腔外科学第二講座、六日市病院歯科口腔外科
○蜂須賀永三、石岡 康希、原田 直、杉山 勝、
石川 武憲

10. インプラント埋入後に生じた下唇麻痺の臨床経過

昭和大学歯学部第一口腔外科学教室
○寺田 麻理、代田 達夫、大野 康亮、道 健一

11. 下顎埋伏智歯抜歯後、オトガイ部に知覚過敏を生じた1例

横浜市立市民病院 歯科口腔外科*、自衛隊大湊病院 歯科口腔外科**
横浜市立大学医学部 歯科口腔外科***
○河内 四郎*、梅津 彰**、川辺 良一***

下顎智歯抜歯に際して、智歯根尖と下歯槽神経との密接な関係は術後オトガイ神経麻痺を認めることがあり、智歯抜歯の際に留意しなければならない。

今回、抜歯時に神経血管束の露出した症例とオトガイ神経麻痺の関係について報告すると共にオトガイ神経麻痺後、同部に知覚過敏を生じた1例について報告した。

症例は1999年1月より12月までの1年間に横浜市立市民病院において抜歯した215例の下顎埋伏智歯のうち、抜歯後に神経血管束を確認できた23例と神経血管束の露出がないにも拘わらず、術後オトガイ神経麻痺を生じた2例である。尚、この2例は表ではカッコ内に記載した。

年齢からみた神経血管束の露出は抜歯頻度の高い10代、20代について、10代では根未完成のためか2例と少なかったが、20代においては各年齢層をとうして最も多い13例、56%に神経血管束の露出を認めた。以下30代、6例の順であった。

オトガイ神経麻痺は神経血管束の露出が多数みられた20代では全く認められず、30代、40代のより年齢の高い層にみられ、また、神経血管束の露出が無く、術後オトガイ神経麻痺を生じた症例でも40代、50代の高い年齢層であった（表1）。

埋伏智歯の植立形態を水平位、近心傾斜位、垂直位の3群に分け、神経血管束の露出とオトガイ神経麻痺について分析した。神経血管束の露出は近心傾斜位が12例と最も多かったが、

表1 年齢とオトガイ神経麻痺

年 齢	男	女	麻 酔 例
17 - 19	1	1	0
20 - 29	2	11	0
30 - 39	0	6	1
40 - 49	0	1 (1)	1 (1)
50 - 59	0	0 (1)	0 (1)
60 -	1	0	0
計	4	19 (2)	2 (2)

オトガイ神経麻痺は水平位と同数の2例であった。垂直位では神経血管束の露出も少なく、また、オトガイ神経麻痺も確認されなかった(表2)。

下顎智歯歯根に対し、露出した神経血管束の位置を頰側、根尖側、舌側、歯根間の4群に分け、その出現数とオトガイ神経麻痺について検討した。神経血管束の露出については各群共に同数であった。しかし、オトガイ神経麻痺は歯根間に神経血管束を認めた症例のみに出現した。

パノラマX線写真上で智歯歯根と下顎管の重なり程度から神経血管束の露出とオトガイ神経麻痺の出現頻度を検討した。智歯歯根に対し下顎管の重なり程度についての分析には伊藤らの分類を用い、3型に分けた。1度は写真上、智歯根尖が下顎管幅径の1/2を越えないもの、2度は1/2を越えているが下顎管下壁に達していないもの、3度は下顎管下壁に達してい

表2 植立形態とオトガイ神経麻痺

植立形態	症 例	麻痺例
水 平 位	7 (1)	2
近心傾斜位	12 (1)	2
垂 直 位	4	0
計	23 (2)	4

るものである。神経血管束の露出は2度が54%で最も多く、3度、1度の順であった。オトガイ神経麻痺は3度が2例、1度と2度が各1例ずつであった。

パノラマX線写真上で、智歯と下顎管が重なった部分で、下顎管のわん曲を7例、30%に認め、抜歯時に神経血管束の露出の可能性を示す所見ではないかと思われた。

オトガイ神経麻痺の経過については知覚過敏を起こした1例を除き、全例2ヶ月以内に回復した。

抜歯後、オトガイ神経麻痺を生じ、その後、知覚過敏をきたした1例は41才の女性で、術前のパノラマX線写真で智歯根尖は下顎管下壁を越え、CTでは根尖に接する下顎管を認めた。神経血管束は歯根を貫通していたが、神経血管束を切断することなく抜歯した。

術後、オトガイ神経麻痺は薬物療法などで、徐々に麻痺領域は縮小したが、3ヶ月頃より、知覚過敏を訴えるようになった。

12. 下顎智歯抜歯後の「麻痺」に対する意識調査—第4報：2点識別検査との比較検討—

奥羽大学歯学部口腔外科学講座

○京野 信二、高田 訓、持永 将男、星野 弘一、小板橋 勉、
中江 次郎、広澤 英夫、宮島 久、大野 敬

13. 歯科口腔外科処置後の三叉神経麻痺についての統計的検討

鶴見大学歯学部歯科麻酔学教室

○野口いづみ、笹尾 真美、田中利加子、高野 宏二、
笹尾 真美、三浦 一恵、関田 俊介、雨宮 義弘

歯科口腔外科処置後の三叉神経神経麻痺によって最近3年間に当科を初診受診した患者30例対象とし、原因、治療、予後などについてretrospectiveに検討した。

三叉神経麻痺を生じた処置は、下顎後退術10例、抜歯12例(下顎智歯抜歯10例、下顎智歯以外の下顎臼歯抜歯2例)、その他8例(インプラント植立3例、下顎良性腫瘍摘出術2例、筋突起切除術1例、伝達麻酔1例、口腔前庭拡張術・遊離歯肉移植術1例)の3群、すなわち、後退術群、抜歯群、他群に分けられた。

年齢は後退術群 27.0 ± 3.5 歳、抜歯群 43.8 ± 15.4 歳、他群 51.1 ± 14.1 歳であった。後退群でな若く、手術を受ける年齢層を反映していた。性別では、男性は30例中3例のみであった。女性が多い原因として、時間的余裕があるという社会的要因や、心理的要因が考えられる。しかし、さらに、骨が薄く神経

損傷を受けやすく、また、神経線維が細いために回復しにくいという解剖的理由が存在する可能性も推測される。

麻痺神経を図1に示した(図1)。合併例も含めると25例83%が頤神経麻痺であった。左右別では、下顎後退術群の両側例7例を除くと、左側麻痺が23例中16例、70%と多かった。左側は術者の視野が得にくいために損傷を生じやすい可能性が推測される。

麻酔科受診するまでの期間を上段に、治療持続期間を下段に示した(図2)。後退術群で最短4日、最長3年、抜歯群で最短7日、最長6年であった。3群とも平均は8カ月前後と長く、麻痺発症直後は口腔外科などにおいて初期治療が行なわれ、奏効しない難症例が麻酔科へ紹介される傾向を示している。神野らは麻痺発症後2カ月以内に麻酔科における治療を開始すると回復率が高いことを報告しており¹⁾、他科担当医師が

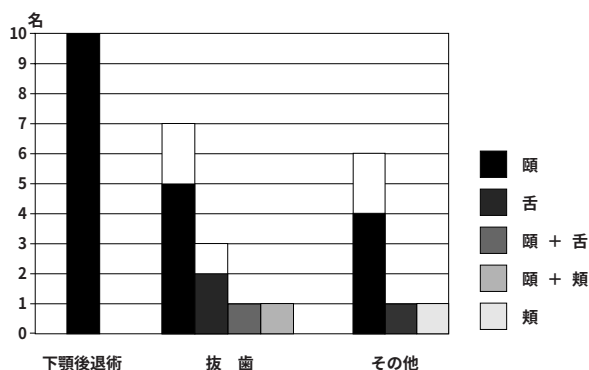


図1 麻痺神経

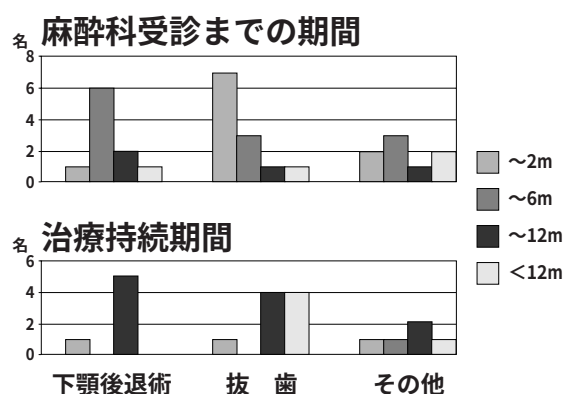


図2 上段；麻酔科を受診するまでの期間、下段；治療持続期間

麻酔科へ速やかに治療を依頼する必要があると思われる。ほぼ治療を終了したと考えられる症例は21症例であった。治療持続期間は、ほとんどの症例が6カ月以上であり、平均は後退術群で14.8カ月と長く、以下、抜歯群10.0カ月、他群9.3カ月であった。

治療法は、メピバカインを用いた星状神経節ブロック (63%)、直線偏光近赤外線 (スーパーライザー®) の星状神経節近傍照射 (37%)、末梢刺激療法として、直線偏光近赤外線の末梢照射 (43%)、低周波・温熱療法 (ハリポットQ®) (53%)、投薬 (100%) を行なった (図3)。投薬は、リン酸製剤

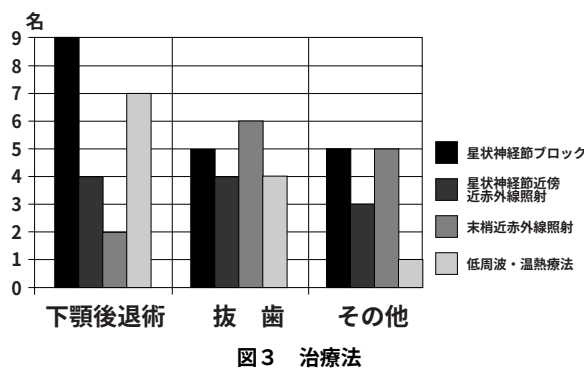


図3 治療法

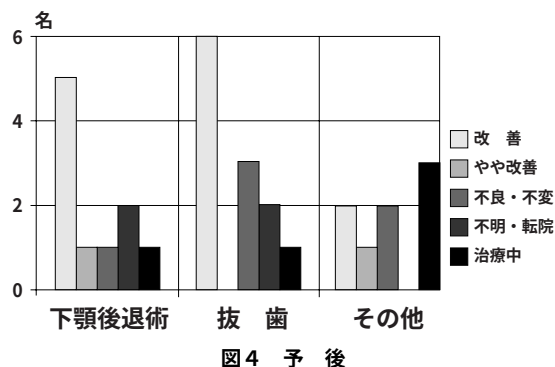


図4 予後

(100%)、ビタミンB製剤 (97%)、ビタミンE製剤 (77%)、漢方薬 (37%)、循環改善剤 (13%) であった。

予後は、ほぼ治療が終了したと思われる21例について、患者の自覚から評価した。8割以上の知覚が回復した場合を“改善”、4～7割を“やや改善”、3割以下を“不良”、全く改善しなかったものを“不変”とした。その結果、“改善”と“やや改善”を『回復』とすると、15例71%で回復したが、不変も5例17%みられた (図4)。治療法と効果の関係については、特に一定の傾向はみられなかった。本研究がretrospectiveな検討であり、症例による経過が多様であったことが関与していると思われる。今後、効果的な治療法について、検討したい。(文献) 神野成治ほか：日歯麻誌、1994、22 (3)：466—474。

14. 過去1年間の当科入院患者の術後知覚障害について

鹿児島大学歯学部口腔外科学第二講座

○井手山美佳子、野添 悦郎、古川美智代、濱崎 朝子、
宮脇 昭彦、守山 泰司、中村 康典、比地岡 浩志、
朝田 重史、平原 成浩、三村 保

今回我々は当科入院手術症例で術後に知覚異常を生じた患者を対象に、知覚障害の変化を検討し報告した。

対象は、平成11年4月以降の当科入院患者のうち術後、オトガイ神経ないし眼窩下神経領域に知覚障害が出現した21例で、男性6例、女性15例、年齢は16歳から62歳、平均27歳であった。手術の内訳は、下顎枝矢状分割術13例、上下顎同時移動術2例、エナメル上皮腫摘出1例、歯原性角化嚢胞摘出1例、下顎骨骨髓炎の掻爬と抗生剤局所灌流2例、感染したインプラントの除去1例、下顎骨骨折整復固定1例で、術中に神経を切断した症例はなく、手術前の知覚障害は下顎骨骨折例以外に認め

なかった。

測定には河野製作所製クラウン知覚検査セットを使用した。本セットは日本手の外科学会機能評価委員会の知覚機能評価法 (案) に基づいて作製されたもので、触・圧覚計と2点識別計からなる。触・圧覚計は、Semmes-Weinstein 知覚テスターの20本のフィラメントから4本を抽出して、コンパクトなペン状としたもので、2点識別計は5、6、10、11、15、16、20 mmの7種類の2点間距離の識別を判定する。測定は術後1週、2週、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月に行い、評価は日本手の外科学会基準にならない、知覚障害が強いものから順に0から4までの5

段階で評価した。測定部位は、オトガイ神経領域では下唇およびオトガイ部皮膚を8ヶ所、眼窩下神経領域では上唇皮膚および眼窩下皮膚を10ヶ所測定し、最小値を用いた。

知覚障害は18例がオトガイ神経領域で、眼窩下神経領域の知覚障害は上下顎同時移動術症例2例で、この2例にはオトガイ神経の知覚障害は認めなかった。術後1週の知覚障害の評価平均値は顎変形症で下顎枝矢状分割例が触・圧覚1.4、2点識別1.7とほぼ同じ値を示したものの、上下顎同時移動術例で触・圧覚が4、2点識別が2.5、その他の症例で、触・圧覚が1.3、2点識別が0.2と、触・圧覚と2点識別に差がみられた。下顎枝矢状分割術症例の術後オトガイ神経知覚障害評価平均値の経時的变化は、触・圧覚、2点識別とも術後2週から1ヶ月の間に著明な回復が認められた(図1)。上下顎同時移動術症例における術後眼窩下神経知覚障害の経時的变化は術後1ヶ月まで触・圧覚に比べ2点識別は低値であったが、術後3ヶ月以降改善していた。顎変形症以外の症例のオトガイ神経知覚障害の経

評価

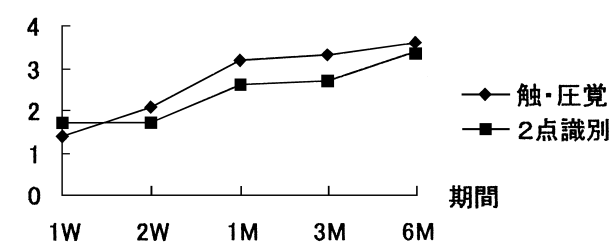


図1 知覚障害の変化 (下顎枝矢状分割術症例)

時的变化は触・圧覚が経時的に改善したのに対し、2点識別は低値にとどまっていた。

下顎枝矢状分割術後のオトガイ神経の麻痺は、触・圧覚、2点識別とも類似のパターンで術後1ヶ月から急速に改善していく、その他の手術を行ったものでは、回復が遅く、触・圧覚と2点識別の回復が必ずしも一致しない傾向を認めた。

15. 口腔腫瘍切除後のオトガイ部知覚回復および皮弁の知覚獲得について

大阪大学歯学部口腔外科学第一講座

○榎本 明史、浜口 裕弘、古郷 幹彦、小倉孝文、
石濱 孝二、鏡内 肇、江口 友美、松矢篤三

諸 言

口腔腫瘍切除に際して、オトガイ神経や下歯槽神経を切断、または切除することがある。こうした症例は術後オトガイ部の知覚異常が出現するが、経過とともに知覚の回復が認められる。一方、軟組織再建のために移植された皮弁にも、知覚の獲得が認められる。今回、我々は当科で口腔腫瘍切除手術を施行した患者を対象に、下口唇の知覚回復と移植皮弁の知覚獲得について検討したので報告する。

研究対象ならびに方法

1. 下口唇知覚回復についての検討

対象とした症例は下顎骨区域切除を行った口腔腫瘍切除後の患者、15症例で、測定方法は、下唇粘皮境界線上の口角から15

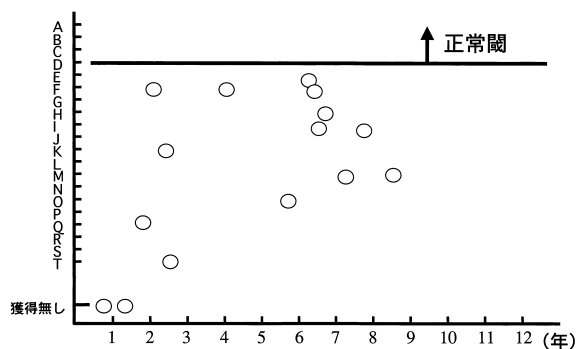


図1 SW テスターによる知覚 (触覚) 認識度

下顎骨区域切除を行った患者15症例の触覚についての認識度をSW テスターを用いて検討した。グラフ縦軸は知覚認識度を示し、横軸は術後期間を示す。2例を除き、いずれにも知覚回復が認められたが、正常閾まで回復する症例は認められなかった。

mm の位置を測定点とし、触覚については、SW テスターでAからTまでの20段階で評価し、痛覚はエキスポローラーで表面を1 mm 圧迫し、その知覚の有無を検討した。また、温感覚は45°Cに加熱したストーピングを、冷感覚は4°Cに冷却したガラスアンプルを用いて、その有無のみを検討した。

触覚についての認識度と、さらに、触覚、痛覚、温感覚、冷感覚のそれぞれについての有無を検討した(図1)(図2)。

2. 回復した下口唇知覚に対する健側オトガイ神経の関与についての検討

症例は下顎骨区域切除によるオトガイ神経切除症例と下顎骨辺縁切除によるオトガイ神経切断症例について、健側オトガイ孔に1%キシロカインにて伝達麻酔を施行した、前後の患側下口唇の触覚の変化についてSW テスターを用いて研究1と同様に、検討した。

下顎骨区域切除、すなわち、オトガイ神経切除症例では、患

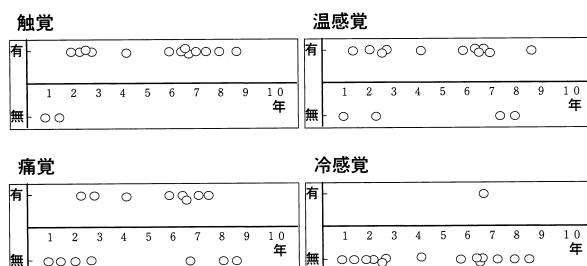


図2 触覚、温感覚、痛覚、冷感覚における下口唇知覚回復

横軸を術後年数とし、知覚の有無を上下に示したところ、触覚は術後約2年以降の症例ではすべてに知覚の回復が認められた。その他の知覚については温感覚、痛覚、冷感覚の順で遅延している傾向が認められた。しかしながら、冷感覚の回復は、1症例のみであった。

皮弁：前腕皮弁 筋皮弁：腹直筋皮弁、大胸筋皮弁

	触 感	温感覚	痛 覚	冷感覚
皮 弁	9/9 (100%)	6/9 (67%)	6/9 (67%)	4/9 (44%)
筋皮弁	3/8 (38%)*	4/8 (50%)	3/8 (38%)	2/8 (25%)

(*: $p < 0.05$)

図3 皮弁と筋皮弁の知覚獲得の比較

皮弁の知覚獲得状況は、触覚がもっとも多く獲得されており、温感覚、痛覚については、大きな差は認められなかった。これらに比較し、冷感覚は獲得率が悪いことが認められた。

術後2年経過した症例での知覚の獲得状況を皮弁、筋皮弁別に検討したところ、全ての知覚に関して前腕皮弁の知覚獲得は大胸筋皮弁、腹直筋皮弁に比べ、良好で、触覚に関しては有意差を認めた。

側はGからMに知覚認識の低下が認められ、反対側オトガイ神経が回復した知覚に関与していることが示された。これに対して、下顎骨部分切除のオトガイ神経切断症例は、伝達麻痺では患側の知覚認識はNのまま、変化を認めず、すなわち、同側のオトガイ神経による回復が示された。

3. 移植皮弁の知覚獲得についての検討

対象症例は軟組織再建に対し皮弁を用いた症例で、大胸筋皮弁（7症例）、腹直筋皮弁（3症例）、前腕皮弁（14症例）、D-P皮弁（1症例）、について、研究1と同様に知覚検査を行った。なお、測定点は移植皮弁内で知覚を認める点で最も認識度の低い点とした。

皮弁の知覚獲得状況は、触覚がもっとも多く獲得されており、温感覚、痛覚については、大きな差は認められなかった。これらに比較し、冷感覚は獲得率が少なかった。

術後2年経過した症例での知覚の獲得状況を皮弁、筋皮弁別に検討したところ、全ての知覚に関して前腕皮弁の知覚獲得は大胸筋皮弁、腹直筋皮弁に比べ、良好で、触覚に関しては有意差を認めた（図3）。

触覚

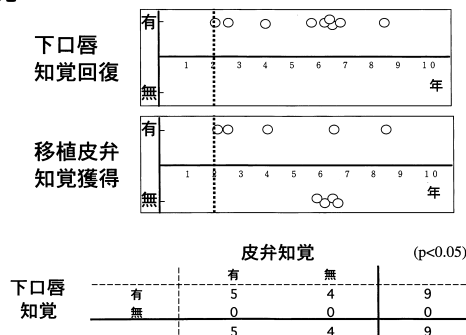


図4 触覚についての下口唇知覚回復と移植皮弁知覚獲得の期間の比較

下顎骨区域切除術と皮弁移植術を同時に施行した患者9症例を示す。横軸を術後期間とし、知覚の有無をその上下に示したところ、下口唇知覚回復は移植皮弁知覚獲得に比較し回復症例数が多かった。

4. 同一患者での下口唇知覚回復と移植皮弁知覚獲得の検討

対象は下顎骨区域切除術と皮弁移植術を同時に施行した患者で、術後2年以降の症例に関して比較検討した。測定点は研究1、2と同様で、検討した。

触覚では下口唇知覚回復が移植皮弁知覚獲得に比べ回復がよく、両群間には有意差が得られた。温感覚に関しても触覚と同様に両群間に有意差が得られた。

結 果

1. 下顎骨区域切除後の下口唇の触覚は回復はするものの、正常閾の回復はみとめられずその回復には健側オトガイ神経の関与が示唆された。
2. 下口唇の知覚回復、移植皮弁の知覚獲得ともに、触覚、温感覚、痛覚、に多く認められた。
3. 前腕皮弁の触覚の獲得は、他の皮弁に比べ早期に得られた。
4. 触覚、温感覚に関して下口唇の知覚回復は移植皮弁の知覚獲得に比べ、回復が多かった。



第5回口唇麻痺研究会開催にあたって

第5回口唇麻痺研究会会長
松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座 教授
山岡 稔

第5回口唇麻痺研究会の開催を担当させて頂くことになりました。期日、会場などは下記の通りです。

4年間研究会では、口唇知覚異常に関する症例検討、基礎的研究、臨床的評価法など多くの発表があり、医療事故としての社会的な面もとり上げられるようになり、口唇麻痺の臨床的基準を設定するための貴重な蓄積がなされてきた様に感じられます。

す。

今回の研究会では、これまで通り各種の報告をいただくとともに、シンポジウムとして基準案を御提示戴く機会を設け、評価法の確立に近づけたく考えております。

多くの方の御教示を賜りたく、御参加の程宜しくお願い申し上げます。

第5回 口唇麻痺研究会のご案内

第5回口唇麻痺研究会（会長：山岡 稔）を、下記の通り開催いたします。口唇麻痺に限らず、歯科治療や口腔外科治療に伴う合併症などの演題を受け付けます。多数の先生方のご発表とご参加をお願い申し上げます。

1. 会 期 2001年3月3日（土）

2. 会 場 松本歯科医師会館

3. 発表形式：口演発表で、講演時間は7分、討論時間は3分です。

スライドは35 mm フィルム単映です。

スライド枚数は20枚以内とします。

4. 演題申込

申込方法：演題の申し込みは、B5の用紙に、「演題名」、「所属」、「発表者氏名」（演者に○印を付けてください）、「100字程度の抄録」を記載し、さらに演者の連絡先、電話番号、FAX番号を明記して、下記締切日までに郵送でお送り下さい。なお、FAX、Eメールでの申し込みも可能です。

締 切 り：2001年2月5日

5. 事後抄録

B5版横書きの原稿を使用し、1枚目に演題番号、所属、氏名（演者に○）、を2枚目以降に1200～1500字程度の抄録を記載して下さい。また、本文以外に4、5点の図・表の掲載も可能です。

学会当日受付にて提出して下さい。

6. 学会参加費

当日会費は5,000円（懇親会込み）といたします。

7. 演題申込先、研究会の問い合わせ先

〒399-0781 長野県塩尻市広丘郷原1780

松本歯科大学 口腔顎顔面外科学講座内

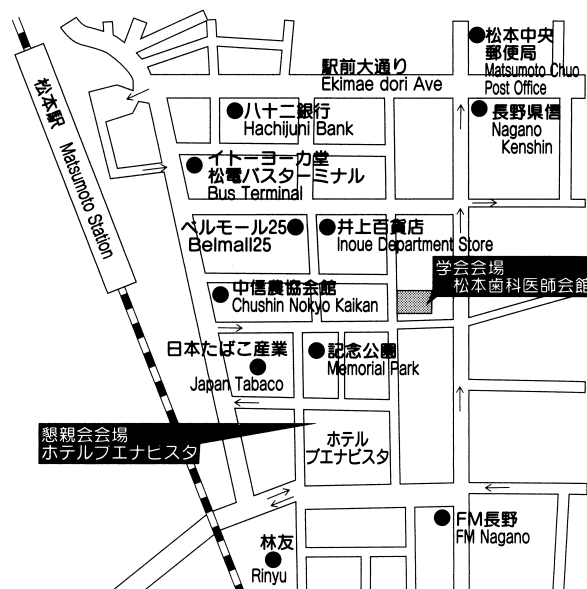
第5回口唇麻痺研究会準備委員長 安田浩一 宛

TEL・FAX 0263-51-2066

メールアドレス：koushinmahi@po.mdu.ac.jp

〈会場への交通〉

JR 松本駅より徒歩6分



口唇麻痺研究会 平成11年度決算書および平成12年度予算案

平成11年度収支決算報告

(平成11年2月1日ー平成12年1月31日) (単位:円)

〈収入の部〉

会費等収入	365,000 (20,000×17+5,000×5)
会誌等発行事業	200,000 (広告掲載料)
前年度繰越金	145,620
計	710,620

〈支出の部〉

第4回研究会開催補助	150,000
会誌等発刊事業	
会誌発行費	245,700
会員名簿発行費	89,760
管理費	
消耗品費	7,061 (文具費)
印刷費	15,775 (演題募集ちらし)
通信運搬費	45,180 (会誌発送費等)
什器備品費	5,932 (ゴム印製作費)
会議費旅費等	33,400
計	592,808

次年度繰越金 **117,812**

平成12年度収支予算案

(平成12年2月1日ー平成13年1月31日) (単位:円)

〈収入の部〉

会費等収入	365,000
広告掲載料	200,000
前年度繰越金	117,812
計	682,812

〈支出の部〉

第5回口唇麻痺研究会開催補助	150,000
会誌等発行事業	350,000
管理費	
消耗品費	15,000
印刷費	20,000
通信運搬費	50,000
什器備品費	10,000
会議費旅費等	40,000
予備費	47,812
計	682,812

口唇麻痺研究会会則

第1条 (名称)

本会は口唇麻痺研究会と称する。

第2条 (目的)

口唇麻痺の診断と治療法の確立を目的とし、以下の事業を行なう。

- 1) 研究会の開催
- 2) 会誌の発行
- 3) その他本会の目的を達成するために必要な事業

第3条 (会員)

本会会員は本会の主旨に賛同し、入会を希望する者をもって構成する。会員は正会員および賛助会員よりなる。

第4条 (役員)

本会には会長1名と運営委員、幹事および監事をおき、顧問を若干名おくことがある。会長は年次研究会を主宰し、

運営委員および幹事は会の運営に当たる。なお、会長の任期は1年、他は3年とする。

第5条 (会計)

本会の運営は、会員の年会費ならびに寄付金をもって維持し、会計報告は研究会にて報告する。

第6条 (会期)

本会の年度は4月1日より3月31日とする。

第7条 (会則の変更)

会則の変更は運営委員会の決議により行なう。

附則1 (事務・事務局)

本研究会の事務局は、当分の間松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座内におく。

附則2 (会則の施行)

本会則は平成9年2月末日より施行する。

入会申込と年会費のお知らせ

本研究会はその発会の目的に照らし、大学の研究機関に拘らず、広く会員を集うことが確認されています。開業されている先生方にも是非入会していただきたく存じます。なお、入会金は無料とし、会員の負担をできるだけ少なくするため、年会費は各機関ごととし、当分の間下記の如くいたします。各機関での入会人数に制限はございません。会費納入時に御名前をまとめて事務局まで御連絡下さい。

機関年会費 20,000円

大学講座・研究機関・都道府県あるいは郡市歯科医師会など

個人の場合年会費 5,000円

入会申込先

399-0781 長野県塩尻市広丘郷原1780
松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座内
口唇麻痺研究会事務局 TEL・FAX 0263-51-2066

年会費振込先

●八十二銀行松本駅前支店 (店番号412 口座番号 631-598)
口唇麻痺研究会 会計幹事 古澤清文

●運営委員および幹事●

(50音順)

運営委員長 松 矢 篤 三	教 授	大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔病因病態制御学講座	565-0871	大阪府吹田市山田丘 1-8	Tel 06-6879-5111 Fax 06-6876-5298
運営委員 天 笠 光 雄	教 授	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科顎顔面外科学	113-8549	東京都文京区湯島 1-5-45	Tel 03-3813-6111
生 駒 等	常務理事	大阪府歯科医師会	543-0033	大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27	Tel 06-6772-8884
石 井 孝	副委員長	兵庫県歯科医師会 医事処理常任委員会	650-0003	神戸市中央区山本通 5-7-18	Tel 078-351-4181 Fax 078-351-6653
石 川 武 憲	教 授	広島大学歯学部口腔外科学第二講座	734-8551	広島市南区霞 1-2-3	Tel 082-257-5670 Fax 082-257-5671
石 橋 克 禮	教 授	鶴見大学歯学部第2口腔外科学教室	230-8501	横浜市鶴見区鶴見 2-1-3	Tel 045-581-1001
浦 出 雅 裕	教 授	兵庫医科大学歯科口腔外科学講座	663-8501	兵庫県西宮市武庫川町 1-1	Tel 0798-45-6677 Fax 0798-45-6679
大 野 朝 也	教 授	奥羽大学歯学部口腔外科学第2講座	963-8611	福島県郡山市富田町字三角堂31-1	Tel 0249-32-8931
覚 道 健 治	教 授	大阪歯科大学口腔外科学第2講座	540-0008	大阪市中央区大手前 1-5-17	Tel 06-6910-1111 Fax 06-6941-5281
佐 藤 光 信	教 授	徳島大学歯学部口腔外科学第二講座	770-8504	徳島市蔵本町 3-18-15	Tel 0886-31-3111
佐々木 次 郎	教 授	東海大学医学部口腔外科学教室	259-1193	伊勢原市望星台	Tel 0463-93-1121
白 砂 兼 光	教 授	九州大学歯学部口腔外科学第2講座	812-8582	福岡市東区馬出 3-1-1	Tel 092-641-6388
高 木 律 男	教 授	新潟大学歯学部口腔外科学第二講座	951-8514	新潟市学校町通二番町5274番地	Tel 025-223-6161
竹 中 武 彦	常務理事	京都府歯科医師会	603-8164	京都市北区紫野東御所田町33番地	Tel 075-441-7171 Fax 075-441-2389
加 藤 秀 樹	常務理事	大阪府歯科医師会学術部	543-0033	大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27	Tel 06-6772-8886
廣 瀬 伊佐夫	教 授	松本歯科大学歯科麻酔学講座	399-0781	長野県塩尻市広丘郷原1780	Tel 0263-51-2125 Fax 0263-53-3456
松 浦 英 夫	教 授	大阪大学大学院歯学研究科総合機能 口腔科学専攻高次脳口腔機能学講座	565-0871	大阪府吹田市山田丘 1-8	Tel 06-6879-5111
道 健 一	教 授	昭和大学歯学部第一口腔外科学教室	142-0064	東京都大田区北千束 2-1-1	Tel 03-3787-1151 Fax 03-3787-7104
三 村 保	教 授	鹿児島大学歯学部 口腔外科学第二講座	890-0075	鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	Tel 099-275-5111 Fax 099-275-6248
山 岡 稔	教 授	松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座	399-0781	長野県塩尻市広丘郷原1780	Tel 0263-51-2075 Fax 0263-51-2076
庶務幹事 古 郷 幹 彦	助 教 授	大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔病因病態制御学講座	565-0871	大阪府吹田市山田丘 1-8	Tel 06-6879-2936 Fax 06-6876-5298
学会幹事 安 田 浩 一	講 師	松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座	399-0781	長野県塩尻市広丘郷原1780	Tel 0263-51-2066 Fax 0263-51-2066
会計幹事 古 澤 清 文	教 授	松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座	399-0781	長野県塩尻市広丘郷原1780	Tel 0263-51-2066 Fax 0263-51-2066
学会事務局 田 中 三貴子	助 手	松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座	399-0781	長野県塩尻市広丘郷原1780	Tel 0263-51-2066 Fax 0263-51-2066

編集後記

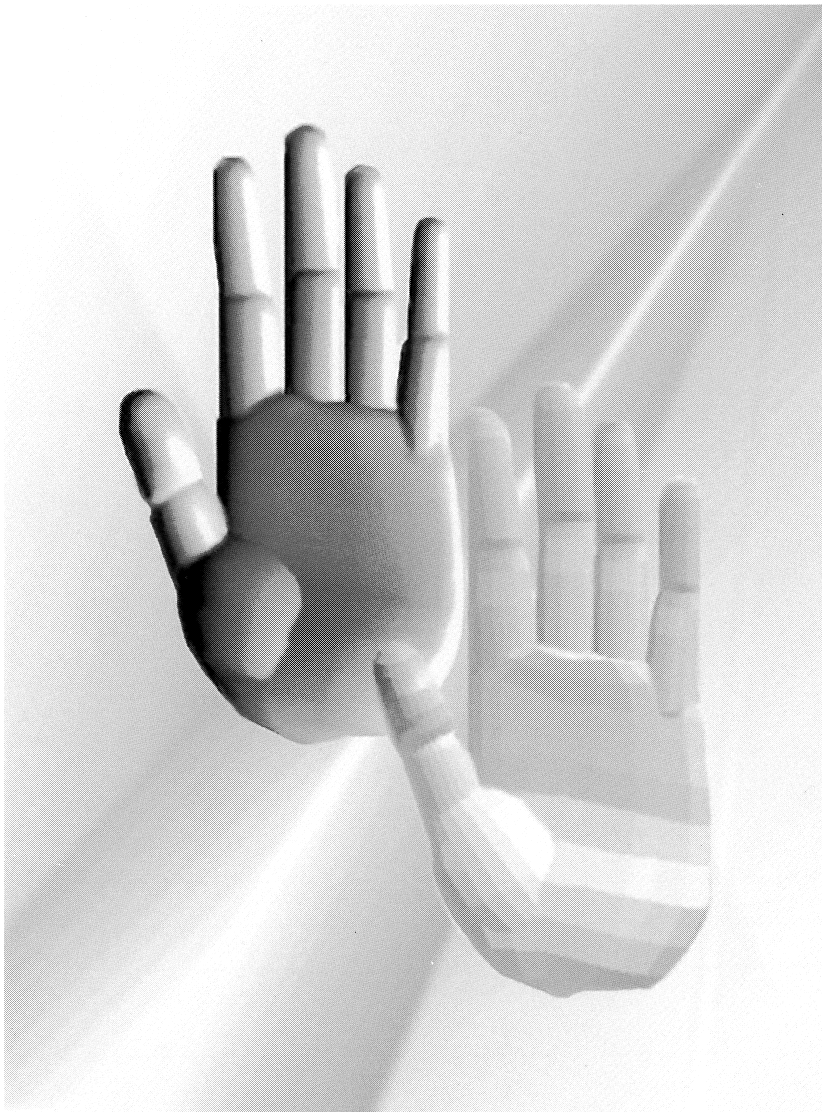
口唇麻痺研究会会報の第4号をお届けします。
第4回口唇麻痺研究会総会(平成12年3月4日)において、一般演題の抄録の掲載が承認されましたので、今号から、口演していただいた先生方の後抄録を掲載いたしました。また、各施設の委員の先生方に御足労いただき、平成12年10月12日に「第1回口唇麻痺診断基準作成委員会」が開催されました。ここでは、統一した診断作成のため、様々な御意見を頂きまし

た。今後、更なる御協力をいただき「口唇麻痺診断基準」として小冊子を作成し、皆様のお手元にお届けする予定にしております。会報の発行が遅くなり大変御迷惑をおかけいたしました。なお、今年度の会員名簿を発刊いたしますので各機関に所属する会員のお名前を事務局までお知らせ下さい。

(古郷幹彦・田中三貴子・古澤清文)

神・経・修・復

メチコバルはエーザイが独自に合成・開発した、メコバラミン（メチルB₁₂）製剤です。メチコバルは核酸・蛋白合成、リン脂質合成を促進し、障害された神経を修復します（フット、in vivo）。臨床的には末梢性神経障害に伴うしびれ・痛み・麻痺を改善します。注射は急性期や難治性の神経疾患、入院患者さんに適しています。副作用発現率は経口で〇・九六％（二四六／一五、一八〇例）で、主なものは食欲不振、胃腸障害、悪心、下痢などです。（一九八五年十一月）又、注射では〇・四五％（十三／二八七二例）で、主なものは発疹などです。（一九九四年四月）重大な副作用として、注射でアナフィラキシー様反応を起こすことがあります。



効能・効果

末梢性神経障害、
ビタミンB₁₂欠乏による巨赤芽球性貧血（注射液500 μ gのみ）
〈効能・効果に関連する使用上の注意〉
本剤投与で効果が認められない場合、月余にわたって漫然と使用すべきでない。

用法・用量

錠500 μ g：通常、成人は1日3錠（メコバラミンとして1日1,500 μ g）を3回に分けて経口投与する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。
錠250 μ g：通常、成人は1日6錠（メコバラミンとして1日1,500 μ g）を3回に分けて経口投与する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。
細粒：通常、成人は1日3包（メコバラミンとして1日1,500 μ g）を3回に分けて経口投与する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。
注射液500 μ g（末梢性神経障害の場合）：通常、成人は1日1回1アンプル（メコバラミンとして500 μ g）を週3回、筋肉内または静脈内に注射する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。
注射液500 μ g（巨赤芽球性貧血の場合）：通常、成人は1日1回1アンプル（メコバラミンとして500 μ g）を週3回、筋肉内または静脈内に注射する。約2ヵ月投与した後、維持療法として1～3ヵ月に1回1アンプルを投与する。

使用上の注意

1. 内服剤

1. 副作用

総症例15,180例中、146例（0.96％）の副作用が報告されている。（副作用発現頻度調査終了時）

	0.1～5％未満	0.1％未満
消化器	食欲不振、悪心・嘔吐、下痢	
過敏症		発疹

* 2. 適用上の注意

薬剤交付時（錠）
PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。（PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜に刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている）

3. その他の注意

水銀及びその化合物を取り扱う職業従事者に長期にわたって大量に投与することは避けることが望ましい。

2. 注射剤

** 1. 副作用

総症例2,872例中、13例（0.45％）の副作用が報告されている。（再審査終了時）

** (1) 重大な副作用（頻度不明）

アナフィラキシー様反応 血圧降下、呼吸困難等のアナフィラキシー様反応を起こすことがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には、直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2) その他の副作用

	0.1％未満	頻度不明
過敏症 注）	発疹	
その他	頭痛、発熱感	発汗、筋肉内注射部位の疼痛・硬結

注）このような症状があらわれた場合は、投与を中止する。

2. 適用上の注意

(1) 投与時

光分解を受けやすいので、開封後直ちに使用するとともに、遮光に留意すること。

(2) 筋肉内注射時

筋肉内に投与する場合は、組織・神経などへの影響を避けるため、下記に点に注意すること。

1) 同一部位への反復注射は避けること。なお、未熟児、新生児、乳児、小児には特に注意すること。

2) 神経走行部位を避けるよう注意すること。

3) 注射針を刺入したとき、激痛を訴えたり、血液の逆流を見た場合には、直ちに針を抜き、部位をかえて注射すること。

(3) アンプルカット時

本品はワンポイントカットアンプルであるが、アンプルのカット部分をエタノール綿等で清拭してからカットすることが望ましい。

●ご使用に際しては添付文書をご参照ください。

* 1997年5月改訂

** 1998年11月改訂



末梢性神経障害治療剤

メチコバル[®]

錠500 μ g・錠250 μ g/細粒/注射液500 μ g

メコバラミン製剤

〈薬価基準収載〉

hkc
ヒューマン・ヘルスケア企業



エーザイ

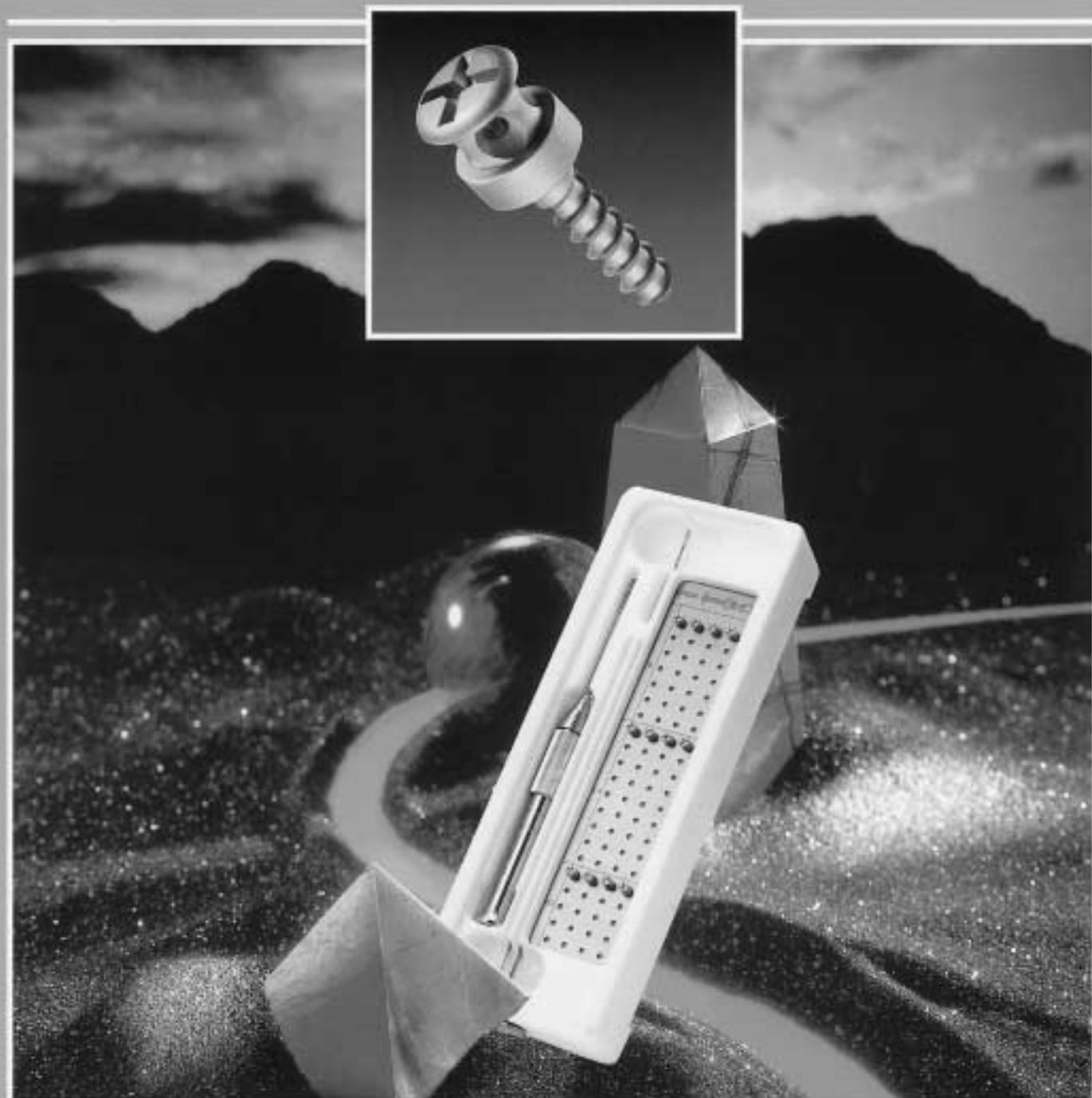
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
資料請求先：医薬企画部メチコバル係

H-K4 0011

IMF

Screw System for Intermaxillary Fixation

IMF スクリューシステム



stryker[®]
LEIBINGER