

口腔顔面神経機能学会会報

2002年 9月20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

口腔顔面神経機能学会事務局 TEL・FAX 0263 - 51 - 2076

第5回口唇麻痺研究会開催される

下記日程に口唇麻痺研究会が開催されました。

日時：平成13年3月3日（土）

場所：松本歯科医師会館 3階 デンタルホール

一般演題後抄録

1. 口腔内感覚測定を試み

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、天笠 光雄

歯科治療や口腔外科処置後に生じた舌・歯肉の感覚の変化をどのように評価したらよいか。実際に口腔外で用いている検査法を口腔内、特に症状の訴えが多い舌に用いて、各評価法の口腔内検査における問題点を考察した。

1. 検査法

微小電流刺激 温度刺激（痛覚計：ユニークメディカル社製） 触圧覚刺激（SW 知覚テスター）

2. 対象

症例1）右顎下腺唾石症による右顎下腺摘出術（口内法）後の舌の感覚異常

症例2）右舌腫瘍切除後の舌の感覚異常（欠損部には真皮欠損用グラフト、商品名テルダームス使用）

3. 結果

症例1

舌背、舌側縁の16か所について検査した（図1）。術後4か月では微小電流刺激のみの検査であったが、10か月には温度刺激を、18か月にはさらに触圧覚刺激による検査を付加した（表1）。右舌半側の微小電流刺激による閾値は術後4か月での0.5~1.6mAから術後18か月では0.5~1.0mAまで低下した。同部の温度刺激による閾値も10か月から18か月の間に低下していた。患側では舌根より舌尖方向の閾値の低下が確認された。健側における微小電流刺激では舌尖より舌根方向の閾値の方が高かった。この時の対象症例の自覚症状は右舌根部のぴりぴり感であった。

目次

第5回口唇麻痺研究会開催される.....	1
一般演題後抄録.....	1
口腔領域感覚異常の判断基準について.....	10
プロトコール紹介.....	11
第6回口腔顔面神経機能学会開催にあたって.....	17
収支決算報告および予算案.....	18
入会申込と年会費のお知らせ.....	18
運営委員および幹事.....	19
編集後記.....	19

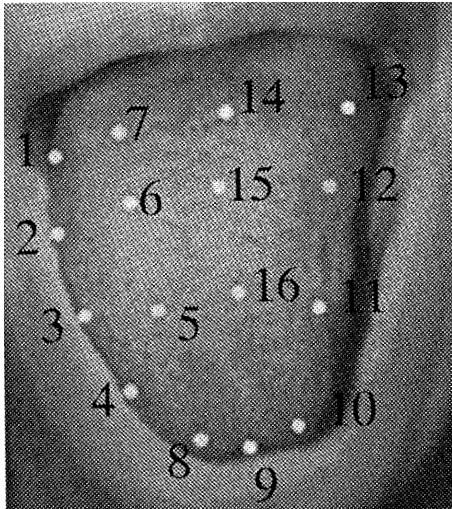


図1 症例1

表1 症例1の術後経過

部位	4か月		10か月		18か月		
	電流	電流	温度	電流	温度	触圧覚	
患側	1	1.6	1	55 p	1	40	3.84
	2	1.6	0.9	55 p	0.9	40	2.44
	3	1.6	0.5	45	0.5	45	2.44
	4	1.6	0.5	45	0.5	40	2.83
	5	1.6	0.9	45	0.9	40	2.44
側	6	1.6	0.9	45	0.9	40	3.22
	7	1.6	1	45	1	40	3.61
	8	0.5	0.5	40	0.5	40	2.36
健側	9	0.2	0.2	40	0.2	40	2.36
	10	0.2	0.2	40	0.2	40	2.44
	11	0.5	0.5	40	0.5	40	2.44
側	12	0.5	0.5	40	0.5	40	2.44
	13	0.9	0.9	40	0.9	40	3.22
	14	0.9	0.9	40	0.9	40	2.83
	15	0.9	0.9	40	0.9	40	2.83
側	16	0.9	0.9	40	0.9	40	2.83

電流：微小電流刺激での閾値 [mA]
 温度：温度刺激による閾値 [°C] p は痛みとしての反応を表す
 触圧覚：SW 刺激テスターによる閾値。数値はフィラメントナンバー

症例2

患部を縫縮して舌の突出が困難であったため、10か所のみ検査した(図2)。検査法も舌突出維持、乾燥が困難であったため、温度刺激のみとした。術後5か月から12か月までに患側の温度閾値は低下したが、依然舌尖部は温度を痛みで検知し、舌根方向の部位より閾値が高かった(表2)。自覚症状は舌尖のしびれ感であった。

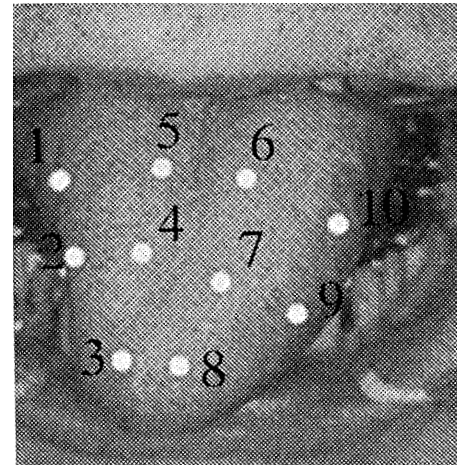


図2 症例2

表2 症例2の術後経過

部位	5か月	12か月	
患側	1	50	45
	2	50	45
	3	55 p	50 p
	4	45	45
	5	45	45
健側	6	35	35
	7	35	35
	8	35	35
	9	35	35
	10	35	35

温度刺激による閾値 [°C]
 p は痛みとしての反応を表す

考 察

舌の各部位の閾値を測定することにより、どの部位に異常があるかを明瞭に判定することができた。症例1は舌根、2は舌尖に異常が残っており、これは障害された舌神経の枝が異なることによるものと考えられた。症例1では舌の突出が可能であったため、3通りの検査法を各点において十分に行うことができた。微小電流刺激では患部の乾燥が必要なため、舌の突出維持が困難な症例では、検査に時間がかかり被験者にも苦痛を与えてしまう。SW 知覚テスターも舌の突出維持またはある程度の開口維持ができなければ、狭小な口腔内で1点のみ刺激するのは困難となる。症例2では舌の運動が制限されていたため、部位的には舌根部の検査ができず、また開口量が少なかったため、これら2検査法は施行困難であった。温度刺激による検査は患部の温度が高くても、開口量が少なくても容易に行え、かつ被験者の検知の有無も明瞭であった。

以上から、口腔内では温度刺激による閾値の測定が、感覚異常の判定に有効なのではないかと考え、30歳代健常人5人の口腔内温度感覚について調査した。検査部位は口唇6か所、歯肉8か所、口蓋2か所、舌6か所。頬粘膜2か所とした(図3)。各部位で刺激プレートの温度を35 から60 まで5 間隔で上昇させ、最初に温かさあるいは痛みを感じた温度を閾値とした(表3)。その結果口唇では全員が35~40 で温かさを検知できたが、歯肉では全員が温度刺激を痛みとして検知し、閾値も高かった。舌では舌尖方向の部位は35~45 で温かさが検知で

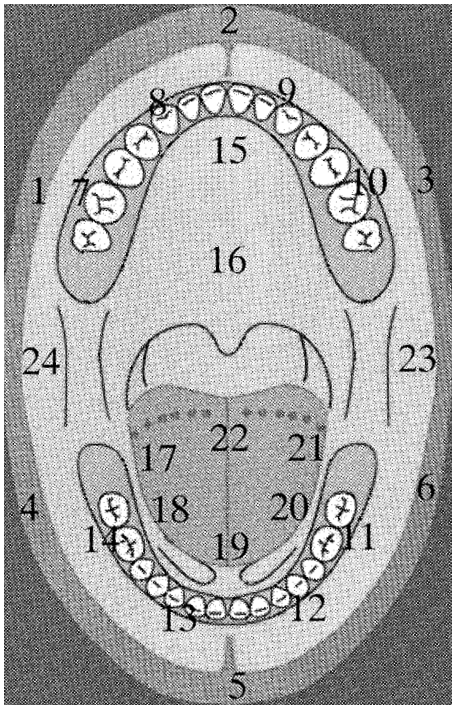


図3 口腔内検査部位

きたが、舌根方向の部位は閾値が高い傾向にあった。口蓋、舌、頬粘膜は個人差が大きく一律の評価ができなかった。口唇および舌尖には35~40 という一定の閾値があるようだが、他

表3 健常人口腔内各部位の温度感覚 []

	口唇						歯肉							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
A	35	35	35	35	35	35	60	60	60	60	60	60	60	60
B	35	35	35	35	40	40	55	50	50	60	55	55	55	55
C	35	35	35	35	35	35	55	55	55	*	*	55	55	*
D	35	35	35	35	35	35	*	50	50	50	55	50	50	55
E	35	35	35	35	35	35	55	55	55	55	55	55	55	55

	口蓋		舌						頬粘膜	
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
A	40	*	45	45	35	45	45	50	35	35
B	45	40	40	40	40	40	40	40	55	55
C	40	50	35	35	35	35	35	40	50	50
D	50	55	40	40	35	35	40	40	*	*
E	55	45	45	40	35	40	45	45	*	*

下線は痛みとして感じた温度
*は判定不可であった部位

部位では各個人の健側はコントロールとなりうるものの、被験者間での正常、異常の比較はできないものと考えられた。さらに歯肉は温度を痛みとしか検知できず、その閾値も高かった。今回は刺激温度の上限を60 と設定したがこれでは異常が判定できないことになる。歯肉には痛点が最も多く分布し、次いで触・圧覚点があり、温点はあまりみられないという報告から考慮すれば痛みあるいは触覚で評価するのが妥当と考えられるが、これについては今後さらに検討を加えていきたい。

2. 知覚検査結果は麻痺の状態を反映しているか

兵庫医科大学歯科口腔外科学講座

長谷川誠実、鹿谷 宗司、高岡 一樹、西村 則彦、浦出 雅裕

緒言

歯科治療に伴い生じる知覚異常は、殆どの場合偶発症として発症するため、患者の日常生活に及ぼす影響は大きく、その精神的負担は計り知れない。知覚異常を発症した際、我々は種々の知覚検査を試行錯誤して行なうが、今回歯内療法処置に伴い生じた重篤な口唇周囲の知覚麻痺を経験するに当り、知覚検査の在り方そのものについて再考する機会を得たので報告する。

症例

患者：34歳、女性。

初診：平成11年5月26日。

主訴：15の自発痛および下唇周囲皮膚の知覚麻痺。

現病歴：平成11年5月17日近医にて15の根管治療（内容不明）を受け、5月24日根管充填終了後より自発痛を認め始め、当夜には激烈な自発痛への経過をたどり、当該歯科にて応急処置を受けるも軽快なく、同時に下唇に強い麻痺感を自覚したことから、自己判断により兵庫医科大学病院歯科口腔外科を受診した。

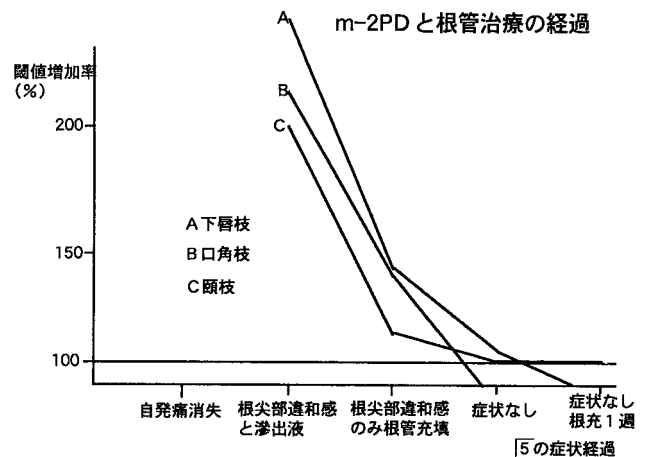
現症：15に強い自発痛、打診痛、根尖部圧痛。左側下唇から

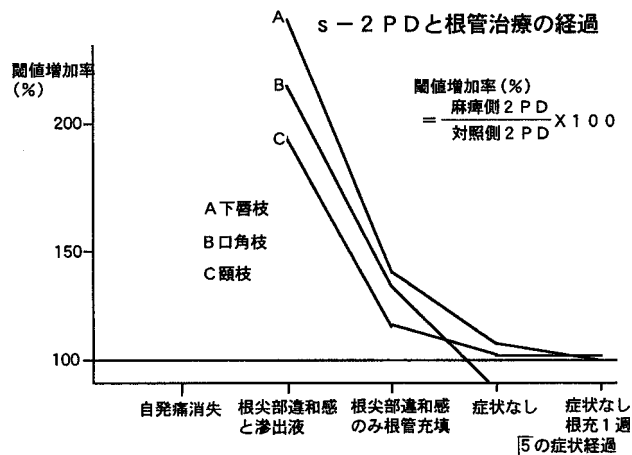
頰にかけて完全知覚麻痺を認める。レントゲン像では、15の根尖孔より多量の根管充填用シーラーが、頰孔に至る範囲にまで溢出している状態が観察された。

診断：15慢性根尖性化膿性歯周炎の急性化。

左側下唇知覚完全麻痺。

治療経過：15は、根管充填材を除去した所、多量の排膿を認





めたことから、開放療法を開始し、その後通常の感染根管処置を行なった。麻痺に関しては、シーラーと言う異物が存在すること、知覚完全脱失と言う重篤な所見から、外科処置を要する可能性と完全回復には至らないかも知れない可能性を説明した上で、治療方針立案の目的で、1～3か月知覚検査による観察を開始した。しかしながら、Ⅴの消炎処置に呼応するよう

3. ニューロメーターの有用性について

大阪大学大学院歯学研究科統合機能口腔科学専攻顎口腔病態制御学講座
(口腔外科学第一教室)

原田 丈司、飯田 征二、浜口 裕弘、榎本 明史、古郷 幹彦、松矢 篤三

緒言

知覚障害の患者に対して、現在、有用な判定基準が確立されておられません。そのため、主観的な患者からの訴えに大きく左右され、臨床的な評価が難しいのが現状である。知覚障害の判定基準は、従来からいくつかの方法が提唱されていますが、信頼性があり、また、客観的に一定の基準で評価することは難しい状況である。今回、三叉神経領域の知覚異常に対しても有用であるとされる、神経機能診断装置であるニューロメーター[®]を用いて、電流知覚閾値(以下CPT)の測定を行った。その測定結果から、この装置に関しての知見と、知覚障害の判定基準の一助となるべき所見が得られたので報告する。

ニューロメーター[®]とは、測定部位の皮膚に電極を貼付し、微小電流による刺激を加え、知覚神経の感覚閾値を設定する装置である。つまり、患者が感じる最小の電流量を測定することになる。

また、神経を選択して興奮させることができ、周波数2000 Hz、250 Hz、5 Hzでは、各々 Aβ、Aδ、C 線維を興奮させることができる。

研究対象ならびに方法

1. 正常者についての検討

オトガイ領域の知覚障害を訴えない正常者(男性38名/女性20名、年齢分布:19~39歳)において、ニューロメーター[®]によるCPTを測定し以下の知見が得られた。

に、急速な知覚の回復を示した。回復が始まってから静的二点弁別能(図s-2PD)および動的二点弁別能(図中m-2PD)により経過を観察したが、その回復の傾向はⅤの消炎の効果と合致し、初診から41日目には完全回復に至った。

考察

本症例は、当初臨床所見および知覚検査結果から、頤神経の重篤な傷害が予測されたが、麻痺回復の経過から、Ⅴ根尖部の炎症による一時的な阻血状態程度のものであったと考えられる。現在歯科領域で施行されている知覚検査は医科領域の準用に他ならない。医科領域における麻痺の症例は、明確な原因を有するものを扱うことが多く、従って麻痺の治療効果判定上の意義を有する。それに対して歯科領域における麻痺の多くは偶発症の結果で、その麻痺の原因把握が何より優先される。麻痺の様相は多彩で、現行の知覚検査から原因を把握することは不可能に近い。本症例においても、不明確な診断のため、結果として患者に不必要な不安を与えたことは否めない。歯科領域の特殊性を鑑みると、現在行なわれている知覚検査に加え、麻痺の原因を診断する検査法の考案が是非とも望まれる所である。

- ・左右差がないので、同一患者において健常側をコントロールとし、患側の知覚異常の評価をすることが可能と考えられた。
- ・測定回数による有意差がなく再現性があるため、経時的に測定することが可能である。また、術前術後の測定値の比較や、術後数回の測定により、知覚異常出現の有無や出現時の回復過程を比較評価することができる。
- ・性差があり、男性の閾値は女性のそれに比較して高値を示した。

また、測定結果より、男性、女性それぞれにおけるCPTの正常上限値、正常下限値、平均値を決め、正常範囲を設定した。

2. 知覚異常者についての検討

オトガイ領域に知覚障害が生じている患者において、同様にしてCPTを測定しました。13名の患者(腫瘍摘出術後の患者:10名/顎変形手術後の患者:3名)に協力してもらい、左右のオトガイ領域において、ニューロメーター[®]によるCPTの計測と、同時に、SW知覚テスターによる計測を施行し、両者の相関性についても検討した。

測定部位は全部で26部位です。男性6部位、女性18部位であり、少なくとも1つの周波数における知覚異常、つまり、正常上限値よりも高い値を示すCPTが確認できたのは、男性で5部位、女性で9部位全てに認められた。

また、各周波数におけるCPTの値とSW知覚テスターによる測定結果とを比較すると、各周波数において、各々正の相関

男性	最小値	最大値	平均値
2000 Hz	28	268	153.5
25 Hz	4	105	32.8
5 Hz	1	70	14.9

女性	最小値	最大値	平均値
2000 Hz	16	268	116.5
25 Hz	5	50	17.5
5 Hz	1	34	8

性が認められた。さらに、正常領域に比較して知覚異常領域では、その傾きが大きくなっていることが認められた。

4. 各種2点弁別閾測定装置の誤差と有用性

奥羽大学歯学部口腔外科学講座

山口 学伸、高田 訓、金 秀樹、星野 弘一、持永 将男、宇治 信博、
 渋澤 洋子、菅沼美野恵、佐藤 英朗、大野 敬、大野 朝也

はじめに

2点弁別閾の測定は、比較的簡便な方法で装置の種類も豊富である。そこで6種類の器具を用い、様々な条件下に2点弁別閾を測定し検討した。

測定器具および対象

測定器具：器具1は測定間隔が1 mm、測定領域は3 mm～130 mm、先端部が10 gの圧力で一定になる。器具2は2 mmから13段階で100 mmまで。器具3、4、5は測定間隔が1 mm、測定領域は0 mm～100 mm、先端材質が異なる。器具6は5 mmから7段階で20 mmまでである。

被験者：健康な男女各2名。

測定者：臨床経験1～4年の歯科医師5名。

測定部位：下唇粘皮境界隆起上の左右口角部と中央。

検索方法

1. 2点弁別閾の測定方法

被験者には閉眼（測定に関する情報を全く与えない）または開眼（測定条件や器具を示す）を指示し測定した。測定の時間帯別は朝、昼、夕方とし、広い値から徐々に狭める方法と狭い値から徐々に広げる方法で行い、これらの条件下にそれぞれ3回ずつ測定した。

2. 各器具別の検索方法

2点弁別閾の測定結果をもとに各器具別の平均値と標準偏差を比較検討した。また、各器具の遠心先端と近心先端の片方ずつを測定部位に当てた際に、被験者がどう感じたかを「温」、「冷」、「触」、「圧」、「痛」の何れかで表現してもらい比較検討した。

結果

1. 2点弁別閾の測定結果

下唇部分の測定値の平均は右側が4.60 mm、中央が3.74 mm、左側は4.29 mmであった。時間帯別では朝、昼、夕の順に測定値が低くなる傾向が見られ、広い値から測定する方法

結果

1. ニューロメーター®を用いたCPTの測定は、知覚異常のスクリーニングテストとして有用であると考えられた。
2. 経時的にCPTを測定することは、知覚異常の客観的な評価に有用であると考えられた。

は、狭い値から測定する方法に比べ測定値が低い傾向を示した。また、閉眼による測定は、開眼による測定に比べ測定値が低い傾向を示した。

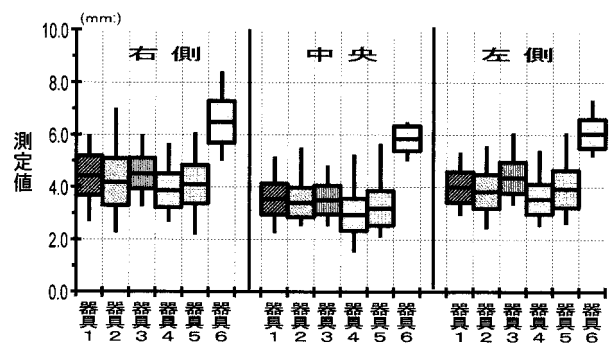


図1 器具別の2点弁別閾測定値結果

2. 各器具の誤差

器具1、器具2、器具3、器具4、器具5の2点弁別閾の測定値の差は0.3 mm以内であったが、器具6のみ他の器具に比べ2 mm以上大きい値を示した（図1）。測定値のばらつきが大きい器具は器具6、器具2、器具4、ばらつきが少ない器具は器具1、器具5、器具3、さらに標準偏差が小さい器具は器具6、器具1であった（図2）。各器具の遠心先端と近心先端の触れた感じが、同じように感じた器具、すなわち相似形を示した器具は器具1、器具5、器具6であった。一方、異なっていたのは器具4であった。6種類の器具のうち、器具6のみ、痛みを感じない器具であった（図3）。

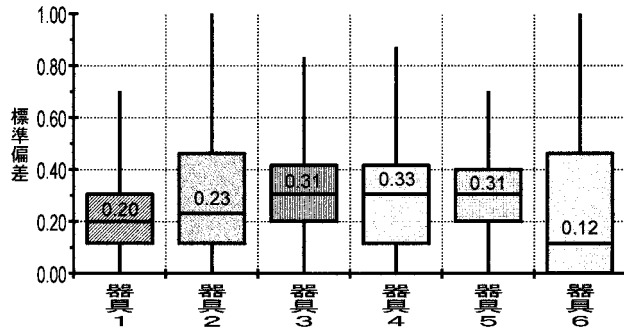


図2 器具別の測定値のばらつき

まとめ

測定する時間帯や測定方法、測定回数、さらに被験者が閉眼で測定されるか開眼で測定されるかにより測定値が僅かに異なっていた。また、検索に用いた測定器具のひとつは他の器具に比べ2 mm 以上大きな測定値を示した。

各測定器具に生じる誤差の範囲は、それぞれ異なっていた。その要因として各器具における先端の形状の違い、さらに2本ある先端部分が被験者に与える感覚の違いが関与していることが示唆された。

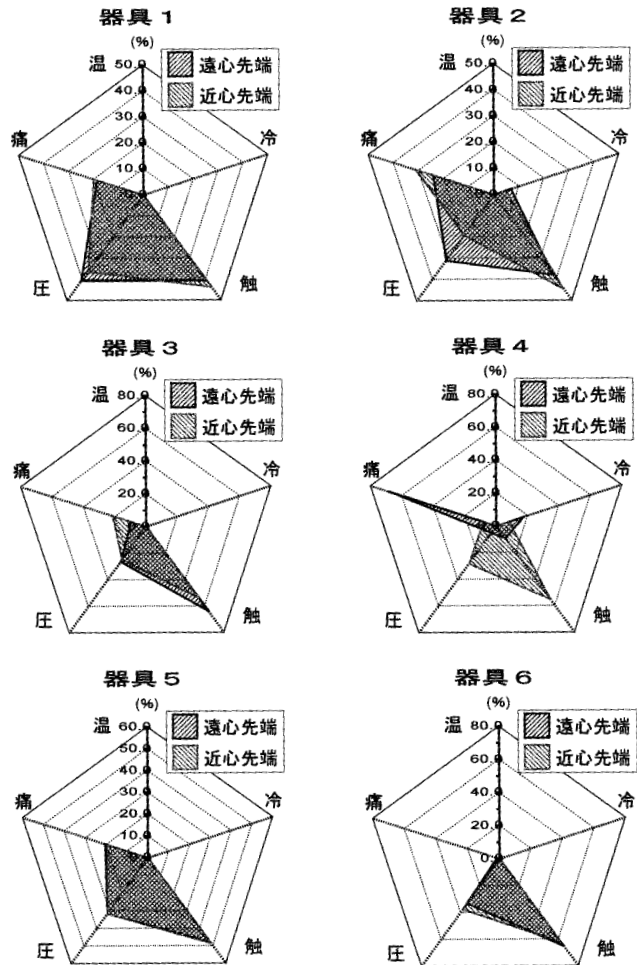


図3 各器具における先端部分の感じ方の違い

5 . 下顎智歯抜歯後に舌神経麻痺をきたした2例の治療経験

鹿児島大学歯学部口腔外科学第二講座

古川美智代、新中須真奈、岩崎 由美、石畑 清秀、森山 誠士、渡邊 暁顯、赤田 典子、岩切 博宣、篠原 勝久、太田 剛史、大河内孝子、園田 隆紹、伊藤 雅樹、五味 暁憲、中村 康典、梁 少銘、守山 泰司、西原 一秀、濱崎 朝子、宮脇 昭彦、平原 成浩、野添 悦郎、三村 保

下顎智歯抜歯後に生じやすい知覚神経麻痺には、下歯槽神経麻痺と舌神経麻痺がある。今回我々は下顎智歯抜歯後に舌神経麻痺をきたした2例を治療する機会を得たので、若干の文献的考察を加えて報告した。

【症例1】

30歳男性。主訴；右舌半側しびれ感。
 近歯科医での右側下顎智歯の普通抜歯後に舌右半側のしびれが残ったため紹介により受診した。
 初診時、開口障害や嚥下障害はなく、血腫形成や急性炎症所見も認めなかった。抜歯創は1系縫合してあるも、周囲組織の発赤や挫滅もなく治癒は良好と思われた。肉眼的に運動障害はみられず、触覚、圧覚、痛覚の反応がなかった。
 診断；右舌神経麻痺。

【症例2】

35歳女性。主訴；左舌半側しびれ感。
 近歯科医にて左側下顎智歯の埋伏抜歯後に舌の左半側にしびれ感が残った。同院より投薬をうけていたが、症状改善がないため精査を希望し当科を受診した。
 初診時、抜歯創の治癒は良好で、舌の運動障害はみられず、触覚、圧覚、痛覚の反応がなかった。
 診断；左舌神経麻痺
 触覚、圧覚は河野製作所製知覚テスターを、痛覚は歯科用ピンセットを用いて検査した。触覚は知覚テスターのフィラメントで擦過し、認識できるか否かで判定した。圧覚は知覚テスターのフィラメントが軽くたわむまで押しあて、認識できるまで順次交換した。痛覚は舌縁部を歯科用ピンセットではさみ、

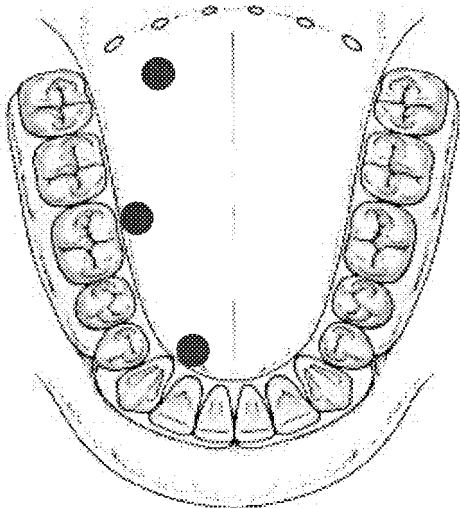


図1 テーストディスク

痛いか否かで判定した。

味覚検査は三和化学研究所社製「テストディスク」を用いた。5濃度に調整された「甘味」「塩味」「酸味」「苦味」の4種類の試液を円形濾紙に滴下し、図1に示す3点およびランダムに決めた1点の計4点に置き、数秒後に味質指示表上の該当項目を指してもらった。

【経過】

症例1は初診時に舌の右側ほぼ半側と右下3～7部舌側歯肉に味覚麻痺を認め、味覚検査で無味との回答をえた。抜歯2週後より歯肉、舌尖、舌背正中付近では回復がみられた。抜歯後

2ヶ月目には麻痺は舌背部に収束し、その後、舌背部位も触・圧覚および痛覚が回復しはじめ、抜歯後5ヶ月目には痛覚は完全に回復した。触・圧覚は一部鈍磨部が残っているが、それ以外の部位で左右差はなくなった。しかし、味覚の回復は全くなかった。

症例2は初診時に舌の左側半側の触・圧覚はなかったが、左下4～7部舌側歯肉は知覚テスター#20で触・圧覚がみられた。舌尖部より知覚は少しずつ回復し、抜歯後約6ヶ月目には、痛覚は回復した。舌尖部は健常側と同じ#4で触・圧覚があるも、それ以外の部位は#20での知覚にとどまった。知覚は回復傾向にあると思われたが、麻痺側の違和感が強く、現在当院歯科麻酔科にて星状神経節ブロックを行っている。

Carmichaelらは下顎智歯抜歯後の神経麻痺発現率は下歯槽神経の平均3.4%に対し、舌神経は平均6%であると報告しており、舌神経麻痺発現の危険性が高いことが伺われた。

下顎智歯抜歯後の舌神経麻痺の原因には 外科的な神経損傷、異物での神経圧迫等がある。Robinsonらは、切開した歯肉を器具などで舌側に圧排した場合は高頻度で舌神経麻痺を発現すると報告している。これ以外に、縫合時の絞扼損傷にも注意が必要である。

今回の症例は麻痺出現時の状況や治癒経過から神経損傷の程度はAxonotmesisもしくはNeurapraxiaであると判断し保存療法を選択した。舌神経麻痺では神経損傷の程度により経過、予後は様々で、定期検査を通じての症状観察や、適宜必要な検査と処置とを組み合わせた柔軟な対応が重要と思われた。自験例では味覚の回復が全く見られなかった。舌神経損傷後の味覚の回復については今後の検討課題であると思われた。

6. 下顎智歯抜歯時に生じた顎骨骨折の1例

松本歯科大学 口腔顎顔面外科学講座

倉 雄宏、安田 浩一、羽山 尚和、古澤 清文

下顎骨骨折の合併症としての下唇およびオトガイの感覚異常は比較的良好に遭遇する。今回演者らは、下顎智歯抜歯時の偶発症としては稀な下顎骨骨折によって生じたオトガイおよび下歯槽神経支配領域の感覚異常の1例を報告した。

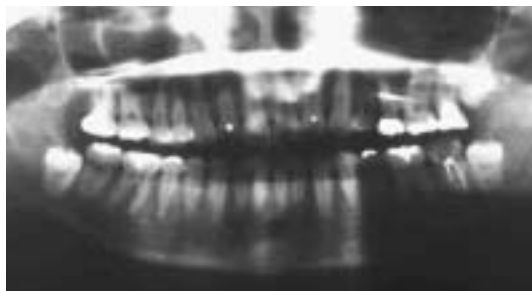


図1 パノラマX線写真(左側下顎智歯抜歯前)

患者は33歳の女性。平成12年5月16日、某歯科医院にて慢性智歯周囲炎(図1)の診断のもと、左側下顎智歯抜歯術を施行された。術後よりオトガイ部の感覚異常と咬合不全および左側顎角部腫脹を認めており、抗生物質(アンピシリン1000 mg/

day)を投与されていたが症状が改善しないため平成12年5月25日に当科を受診した。

初診時、左側下顎智歯抜歯窩より排膿を認め、左側下顎第二大臼歯は亜脱臼し挺出していた。また左側オトガイ部、下唇、

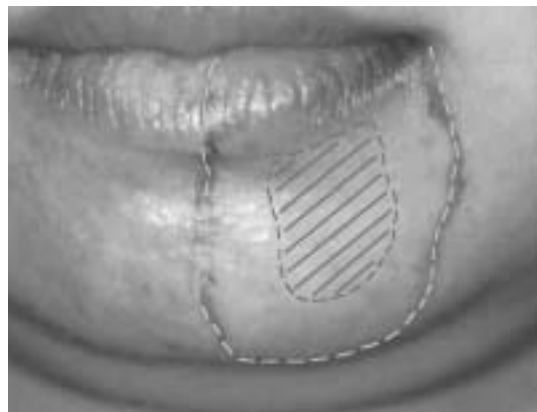


図2 オトガイ部の感覚異常範囲(初診時) 点線部は感覚鈍麻範囲を、斜線部は感覚消失範囲を示す。



図3 歯肉および頬粘膜の感覚異常範囲（初診時）



図4 パノラマX線写真（初診時）

左側下顎歯肉および頬粘膜に感覚異常を認めた（図2、3）。単純X線写真にて左側顎角部に骨折線が認められた（図4）。血液検査結果は白血球数4400個/ μ l、CRP値0.1mg/dl、赤血球沈降速度23mm/hrであった。同日より入院下で、局所洗浄と抗生物質（アスピリン4g/day）の静脈内投与するとともに、顎間固定を行った。排膿が消失した入院20日後に、全身麻酔下で観血的整復固定術を施行した。左側下顎角部の骨は智歯抜歯窩から下縁付近まで約1cm欠損しており、整復は困



図5 術中写真



図6 パノラマX線写真（術後）

難で、下歯槽神経束は断裂していた。このため、咬合を参考に可及的に骨片を整復した後にミニプレートで固定し（図5、6）3週間の顎間固定を行った。現在、術後7ヶ月経過しているが感覚異常の改善はほとんど認められていない。本症例は、現在歯科医と患者とともに弁護士を介して示談中であるが、骨片の可動や局所感染による下歯槽神経束の損傷は著しく、今後とも感覚異常の回復は困難であることが予想される。

7. 下顎埋伏智歯抜去後のオトガイ神経鈍麻に関する臨床的検討

広島大学歯学部口腔外科学第二講座

石橋 隆平、石岡 康希、伊藤 良明、井上 伸吾
石原 直、杉山 勝、石川 武憲

術後のオトガイ部知覚異常の自覚的発現例に関してS-W知覚計で客観的評価を行ってきた。今回、8埋伏歯の抜去後に

生じたオトガイ部知覚異常例における改善や回復経過を検討した。

8. 当科にみる三叉神経病患者の臨床統計

九州大学歯学部第二口腔外科

碓 竜也、堀之内康文、中川 統充、白砂 兼光

昭和60年から平成12年までの16年間に、初診時三叉神経痛および三叉神経痛疑いと診断し治療を行った145症例について、診断および治療法を再考する目的で臨床統計を行った。

年別患者数は年間10例前後で、年間新患者数の0.3%から0.7%であった。性別は男性35%、女性65%であった。初診時年齢は

最年少22歳、最高齢95歳で、男性平均53.2歳、女性平均64.8歳で、50~70歳代で全体の72%を占めていた。罹患側は右側72例、左側73例であった。罹患枝は 枝のみが46%、 枝のみが32%、 枝+ 枝が17%、 枝+ 枝が3%、 枝のみが1%、3枝全体に及ぶものが1%であった。発症から当科初診

までの期間は、平均2年2ヶ月であった。既往歴は高血圧症が28%、心疾患が15%、糖尿病が4%、高脂血症が3%に認められた。これらの基礎疾患は血管の変化を生じやすく、脳血管の神経圧迫による三叉神経痛の発症との関連が窺われた。

治療内容では、カルバマゼピンを128例88%、NSAIDを44例30%に投与し、また治療経過のなかで32例22%に神経ブロックなどの治療を施行していた。カルバマゼピン投与群では、87%が有効であった。カルバマゼピン投与群での副作用の発現は、ふらつき、眠気、眩暈などを多くの症例で認めたが、副作用のため投与中止した症例は8.6%で、薬疹、掻痒感、好酸球上昇などアレルギー症状を認めた症例であった。

カルバマゼピン著効33例と無効16例で、臨床症状における相違点を検討するために7項目について比較を行った。結果、トリガーポイントや疼痛誘発動作があり、持続時間が短く、電撃痛で間歇性、放散性である三叉神経痛の典型的症状を示す症例で奏功している傾向を認めた。しかし、非典型的な症状を示す症

例でもカルバマゼピンが有効である症例も多く認められたため、非典型的な症状であっても明らかな原因がみられない場合には三叉神経痛を考慮すべきと思われた。

脳神経外科を受診し頭蓋内精査を行った症例は全体の41%であった。そのうち頭蓋内病変を認めた症例は受診者の82%であった。内訳は脳血管による神経圧迫が71%、良性腫瘍による神経圧迫が8%、動脈瘤による神経圧迫が2%で、18%は不明であった。脳血管による神経圧迫を認めた43例のうち、神経血管減圧術を施行した症例は49%で、有効率は86%であった。

頭蓋内精査を施行した症例は41%であったが、そのうちの82%と高率に原因となる頭蓋内病変を認めたこと、また若年者では頭蓋内腫瘍の存在を認めたことから、頭蓋内精査の必要性が示唆された。三叉神経痛の治療ではカルバマゼピン投与と平行して脳神経外科への受診を積極的に勧めるべきであると考えられた。

9. 下顎枝矢状分割術によるオトガイ知覚障害の発生要因について CT画像による下顎管の観察の有用性について

昭和大学歯学部第一口腔外科学教室、*大和徳州会病院歯科口腔外科

山本 麗子、中村 篤*、秋月 文子、鈴木 学、大野 康亮、道 健一

下顎枝矢状分割術によるオトガイ知覚障害の発生要因を明らかにするために下顎骨の軸位CT画像を用いて検討したので基礎的検討結果を含めて報告した。

対象症例：下顎枝矢状分割術が施行された男性6名、女性14名の計20症例40側とした。

計測方法：フランクフルト平面に平行に2mm間隔で術前にCT撮影をおこない、下顎孔最下部が含まれる断層面を基準面とし、そこから22mm下方までの11断層面において、1/2縮尺のX線フィルム上で0.1mmまで計測可能なノギスを用いて、下顎管から外側皮質骨の内側までの骨髄腔の距離を計測した。

評価方法：術後1年時に知覚検査を行い評価した。触覚、痛覚、温覚、冷覚は、手術の影響がないと考えられる頬部と下唇および、オトガイ部皮膚との感覚の差を比較し、頬部と差のないものを正常、差のあるものを異常と判定した。二点間識別域は識別域が2mm未満のものを正常、2mm以上のものを異常とした。これら5項目の内、1項目以上異常の認められたものを知覚障害ありとした。

計測精度：成人乾燥頭蓋骨の両側下顎枝の下顎管後方部を下顎管の長軸に添って削除し、水中に浸漬した状態で生体と同様の条件でCT撮影を行い、実測値と画像上の計測値とを求めた。実測値と画像上の計測値との差を検討したところ、その差は、最大0.2mm平均0.02±0.14mmであり、下顎骨上の実測値とCT画像上での計測値との間に有意な差は認められなかった。

結果：術前のCT画像の12断層面のうち1断層面以上で下顎

管が外側皮質骨に接している群と、接触が認められない群の2群に分類し、知覚障害の発生頻度に差があるか否かをFisherの直接確立検定を用いて検定した。

下顎管と外側皮質骨との間に骨髄腔を認めたものは30側(75%)で、そのうちの6側20%に知覚障害が発生した。下顎管と外側皮質骨との間に骨髄腔を認めなかったものは10側(25%)で、全側(100%)に知覚障害を認めた。

下顎管と外側皮質骨が接触していた10側において下顎管と外側皮質骨の接触する範囲すなわち、上下の距離を算出した。1側を除いて複数の断層面で骨髄腔が認められず、下顎管と外側皮質骨は、上下的に最小2mm、最大18mm、平均10.6±4.9mmにわたって接触していた。

全症例において撮影された12断層面の中から下顎管が外側皮質骨に最も接近する断層面を選び下顎管から外側皮質骨までの骨髄腔の距離を計測し、計測された骨髄腔の距離と術後の知覚障害の有無との関係を検討したところ0.8mm以上では知覚障害は認められなかった。

結論：

下顎管が外側皮質骨に接していた全症例に術後知覚障害が認められた。また、下顎管と外側皮質骨との距離が0.8mm以下では、知覚障害の発生頻度が有意に高いことが示唆された。従って、このような症例では、SSRO以外の術式の検討を行うべきと考えられた。

術前に下顎管から外側皮質骨までの距離を把握するには、CT画像上で、下顎孔から下方へ連続的に観察することが必要であると考えられた。

10. 抜歯器具の破折片が顎骨内に迷入した2例

鶴見大学歯学部口腔外科学第2講座

清河 年剛、浅田 洸一、佐藤 徹、栃原しほみ、石橋 克禮

鶴見大学歯学部歯科麻酔学講座

野口いずみ、関田 俊介

歯科治療時に器具の不注意な取り扱いや誤用により、医療器具が破折し、組織内に迷入することがある。今回我々は、顎骨内に抜歯器具の破折片が迷入した2例を経験した。

症例1：31歳女性。近歯科にて左下埋伏智歯抜歯時にヘーベル破折により同日当科を紹介来院した。口腔内所見は、 $\overline{8}$ 部に粘膜骨膜弁が形成され、智歯は抜去されていたが、抜歯窩の遠心部に金属片の一部を認めた。X線写真にて $\overline{8}$ 抜歯窩後方部の顎骨内に1 cm大の金属様不透過像を認めた。異物迷入と診断し、局麻下に金属片周囲の骨削し、比較的容易に摘出した。摘出物は10×2 mm大の金属片でヘーベルの先端であった。術中、下顎管内容の露出は認めず、術直後および術後1年7か月現在、下唇の知覚異常は認めていない。

症例2：24歳女性。下唇の知覚異常を主訴に紹介来院した。初診の2か月前に近歯科にて、右下水平埋伏智歯を抜歯した。このとき、ルートチップの先を顎骨内に迷入したが、異物が小さく障害になることは少なく、神経に近いので摘出不用と説明を受けていた。術直後から右下唇正中中部より口角にかけて痺れと疼痛を認め、同医院にて、ソフトレーザー治療を受けていたが、知覚異常は改善せず紹介された。初診時下唇正中中部より右口角のオトガイ皮膚にかけて、痺れ感と知覚鈍麻を認め、一部は痛覚も鈍麻していた。口腔内所見で、 $\overline{8}$ 部の粘膜は正常で、同部に陥凹はなく、創の治癒は良好であった。また $\overline{6-1}$ の頬側歯肉から歯肉頬移行部にかけて、痺れ感と咬合時の違和感を認めた。初診時X線写真で、 $\overline{8}$ 抜歯窩直下で、下顎管外側に4 mm大の矢じり状の金属様不透過像を認めた。局麻下に

抜歯窩内の肉芽組織と幼若骨を鋭匙にて除去し、下顎管内容を認め、その頬側に金属片を確認し、摘出した。摘出物の大きさは約4×1.5 mmで、ルートチップの先端であった。下唇の知覚異常の治療として、初診よりATP製剤とVitamin B剤を投与したが、金属片除去後、下唇の痺れ感は一時的に増大を認めたため、Vitamin E剤も追加投与した。しかしながら、症状に著明な改善を認めないため、手術1か月後より本学麻酔科にて、星状神経節ブロック療法を開始した。投薬は2年5か月継続し、星状神経節ブロックは、はじめの1年6か月間に2週間ごとに34回行い、知覚異常は徐々に軽快を認め、若干の違和感はある程度にまで改善したため、治療を終了とした。

過去約30年間に、抜歯時に器具の先端が破折し、顎骨内に迷入した報告は6例あった。抜歯部位は $\overline{6}$ が3例、 $\overline{6}$ が1例、 $\overline{7}$ が1例、 $\overline{8}$ が1例で、迷入物は挺子の先が3例、鉗子の先が2例、メス刃の先が1例であった。2例は迷入当日に摘出し、4例は迷入後2か月から14年を経過していた。これらの報告例の中では、術者が迷入に気づいていない症例や迷入のことを十分に説明していない症例もあり、患者の不信感を招く可能性が高いと思われた。我々の報告例では、術者が迷入に気づき、迷入について患者に十分に説明しており、医事紛争になることはなかった。

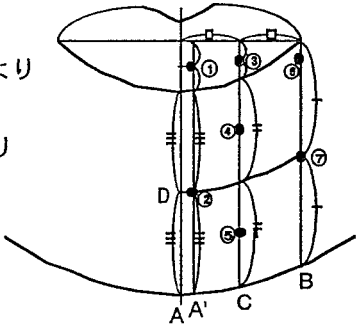
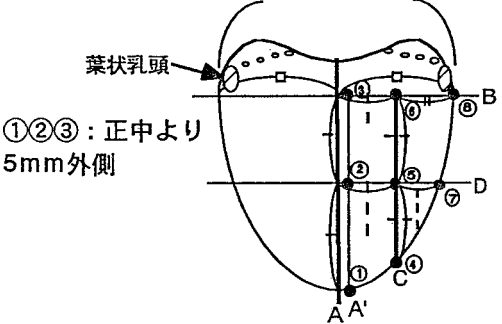
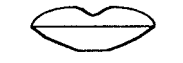

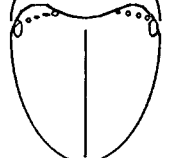
医療に伴う異物迷入は、医事紛争につながる事が多いと思われ、事故の発生防止に努めるとともに事故発生時は患者への説明と適切な対応が重要と思われた。

口腔領域感覚異常の判断基準について

「口腔領域感覚異常診査」のプロトコールが完成しました。
本号にて御紹介いたします。

口腔領域感覚異常診査

簡便法

ふりがな 氏名		男 女	明 大 昭 平	年 月 日生	歳			
カルテ番号	住所							
処置の原因となった病名								
処置日および処置内容								
感覚異常発現日とその部位				年 月 日	自覚 他覚			
来院日と主訴								
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: left;"> <p>①②：正中より 5mm外側</p> <p>⑥：口角より 5mm下方</p> </div>  <div style="text-align: left;"> <p>葉状乳頭</p> <p>①②③：正中より 5mm外側</p> </div>  </div>								
初 回 検 査 時 自 覚 症 状	  	摘要						
検査日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	触 痛 温	触 痛 温	触 痛 温	触 痛 温	触 痛 温	触 痛 温	触 痛 温	触 痛 温
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
判定								

1. 「年齢」は初回診査時のものとする。
2. 「処置の原因となった病名」は、感覚異常を発現させるに至った処置はどのような疾患あるいは症状を改善するために行ったものかを記載。
3. 「感覚異常発現日とその部位」は、異常と判断したのが患者自身の場合は「自覚」に○をし、それがいつ、どの部位であったかを記載する。自覚的訴えが無く、治療者が気づいた場合は「他覚」に○をする。
4. 「来院日と主訴」は、感覚異常の出現とは関係なく診療所を訪れた時のものとする。
5. 検査器具は次のものとする。
 - ・ 触（圧）覚：（1）ブローチ綿花（ブローチで巻いた綿栓）
（2）4-0ナイロン糸・・・3cmのナイロン糸をブローチホルダーに固定したもの
 - ・ 痛覚：（1）安全ピン
（2）歯科用探針の先端
 - ・ 温覚：バイトワックスを厚さ6mmまで（約3枚）重ね、術者が手で触れて熱と感じる程度に軟化した直後に2～3秒接触させる。
触（圧）覚は、皮膚・粘膜に接触させ、さわっていることがわかれば手をあげてもらおう。
計測点おのおのにつき2回行い、2回ともわかった場合認知可能とする。
なお健常側が認知不可能であれば、「摘要」にその旨を記載する。また、計測器具についても記載する。
痛覚は傷にならない程度の圧を短時間に2～3回加え、チクチク感がわかれば認知可能とする。一計測部位につき1回行う。
6. 計測は下唇、オトガイ部については最低7点について、舌については最低8点、図示した部位について行う。症状に応じて追加してよい。エリアとして図示できる場合は写真あるいは描画にて記載してもよい。
7. 検査部位が「下唇・オトガイ」か「舌」かで不必要な方の図に斜線を引く。
8. 自覚症状の部位を患者に示してもらい、「摘要」欄に図示する。写真でもよい。
9. 次の基準で判定する。
 - Level I 触（圧）覚、痛覚、温覚に検査上は異常が認められないが、自覚症状はあるもの。
 - Level II 触（圧）覚の消失している部分を認めるが、痛覚に異常がないもの。
 - Level III 一部の痛覚（触・圧覚を含め）が消失しているもの。
 - Level IV 全ての触（圧）覚、痛覚、温覚が消失しているもの。
10. 評価間隔は発症後、1週、2週、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、1年とするのが好ましい。

口腔領域感覚異常診査

精密法

ふりがな 氏名		男 女	明 大 昭 平	年	月	日	生	歳
カルテ番号	住所							
処置の原因となった病名								
処置日および処置内容								
感覚異常発現日とその部位				年	月	日	自覚 他覚	
来院日と主訴				年	月	日		
検査日 (1) 年 月 日 ()				検査日 (2) 年 月 日 ()				
	触 (圧)	痛	〔機器〕		触 (圧)	痛	〔機器〕	
1	()	()		1	()	()		
2	()	()		2	()	()		
3	()	()		3	()	()		
4	()	()		4	()	()		
5	()	()		5	()	()		
6	()	()		6	()	()		
7	()	()		7	()	()		
8	()	()		8	()	()		
〔自覚症状〕			〔自覚症状〕					
〔診断〕			〔診断〕					

検査日 (3) 年 月 日 ()				(4) 年 月 日 ()			
	触 (圧)	痛	〔機器〕		触 (圧)	痛	〔機器〕
1	()	()		1	()	()	
2	()	()		2	()	()	
3	()	()		3	()	()	
4	()	()		4	()	()	
5	()	()		5	()	()	
6	()	()		6	()	()	
7	()	()		7	()	()	
8	()	()		8	()	()	
〔自覚症状〕				〔自覚症状〕			
〔診断〕				〔診断〕			
検査日 (5) 年 月 日 ()				(6) 年 月 日 ()			
	触 (圧)	痛	〔機器〕		触 (圧)	痛	〔機器〕
1	()	()		1	()	()	
2	()	()		2	()	()	
3	()	()		3	()	()	
4	()	()		4	()	()	
5	()	()		5	()	()	
6	()	()		6	()	()	
7	()	()		7	()	()	
8	()	()		8	()	()	
〔自覚症状〕				〔自覚症状〕			
〔診断〕				〔診断〕			
検査日 (7) 年 月 日 ()				(8) 年 月 日 ()			
	触 (圧)	痛	〔機器〕		触 (圧)	痛	〔機器〕
1	()	()		1	()	()	
2	()	()		2	()	()	
3	()	()		3	()	()	
4	()	()		4	()	()	
5	()	()		5	()	()	
6	()	()		6	()	()	
7	()	()		7	()	()	
8	()	()		8	()	()	
〔自覚症状〕				〔自覚症状〕			
〔診断〕				〔診断〕			

1. 「年齢」は初回診査時のものとする。
2. 「処置の原因となった病名」は、感覚異常を発現させるに至った処置はどのような疾患あるいは症状を改善するために行ったものかを記載。
3. 「感覚異常発現日とその部位」は、異常と判断したのが患者自身の場合は「自覚」に○をし、それがいつ、どの部位であったかを記載する。自覚的訴え無く、治療者が気づいた場合は「他覚」に○をする。
4. 「来院日と主訴」は、感覚異常の出現とは関係なく診療所を訪れた時のものとする。
5. 検査部位が「下唇・オトガイ」か「舌」かで不必要な方の図に斜線を引く。
6. 検査日の（ ）に発症後経過日数を記入する。
7. 検査法

(1) 触(圧)覚: Semmes-Weinstein Monofilament Test er (EP-107)での20段階診査

SW知覚テスターを測定部位に1~2秒かけて垂直におろし、1~2秒かけて離す。これを3回繰り返し、細いファイバーから段階的に診査する。測定部位を正確に指示できた場合、当該部の閾値とする。ひずみゲージ、他計測値がSWテスターと比較可能な機器であれば使用可とする。

(2) 痛覚: 微小電流刺激、ニューロメーター、疼痛計(ユフ精機)にて各部の閾値を数値で表す。

(3) 温度覚: 温度刺激プレート、輻射熱刺激装置などにより、各部位で最初に温かいと感じた最低温度を閾値とする。

(4) 二点弁別: 二点識別用ノギス、河野製作所社製のディスク、高田式二点弁別器などにより各部位の弁別閾値を測定する。

すべての健側同部位あるいは術前の検査部位の閾値をコントロールとする。各閾値の（ ）にコントロール値を記入する。最低でも(1)(2)は行う。

8. 検査部位: 図に準じて行う。各基準線、点は以下のように設定する。

(1) 下唇・オトガイ部

基準線

A: 下唇正中線(オトガイ下縁までのばす)

B: 口角から口裂に垂直に下顎下縁まで正中線と平行におろした線

C: AとBの中央にA,Bに平行に下顎下縁までおろした線

D: Aの赤唇白唇移行部からオトガイ下縁までの中点とBの中点を結ぶ線

A': Aより5mm患側でAに平行な線

計測点

①: A'上の赤唇の中央点

②: A'上の白唇の中央点

③: C上の赤唇の中央点

④: C上の赤唇白唇移行部とCDの交点の中央点

⑤: C上のCDの交点と下顎下縁の中央点

⑥: B上の口角より5mm下方の点

⑦: BとDの交点

(2) 舌

基準線

A: 舌正中線

B: 左右最舌尖よりの葉状乳頭を結ぶ線

C: Bの患側中点を通りAに平行な線

D: 舌尖とBの中央でBに平行な線

A': Aより5mm患側でAに平行な線

計測点

①: 舌縁A'上の点

②: A'とDの交点

③: A'とBの交点

④: 舌縁C上の点

⑤: CとDの交点

⑥: CとBの交点

⑦: 舌縁D上の点

⑧: 舌縁B上の点

9. 記録法

- (1) 自覚症状部の記録・・患者に違和感のある部位を手で示してもらい、病変範囲を写真またはシェーマにて記録する。
- (2) 病変範囲の記録・・行った検査法を記載し、各部位の閾値とその範囲を写真またはシェーマにて記録する。
- (3) 評価部位における判定・・プロトコールで定められたポイントについて検査結果を記録する。

10. 感覚異常の評価基準

以上の結果から最も閾値の高い評価をもって、①痛覚消失（脱失）②痛覚低下（鈍麻）③触（圧）覚消失（脱失）④触（圧）覚低下（鈍麻）⑤異常感覚に分類する。ただし、この場合の⑤異常感覚の定義は「行った検査法全てにおいて閾値の上昇は認められないが、自覚的異常感がある」こととする。①～④の評価は複数あってよい。また触（圧）覚、痛覚以外の検査法を併用した場合は各検査法での異常の有無を併記する。

11. 評価期間

発症直後、1週、2週、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、1年、それ以降、で評価するのが望ましい。途中来院患者については、来院日を起点として評価する。



第6回口腔顔面神経機能学会開催にあたって

第6回口腔顔面神経機能学会会長

九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座

口腔顎顔面外科学分野教授 白砂兼光

口唇麻痺研究会は昨年の会議で、研究会から学会に、名称も口腔顔面神経機能学会と改められました。改名してはじめての学会を福岡で開催させて頂くことになりました。本会の当初の目的であった口唇麻痺診断基準は前回、作成委員会の案が修正、承認されました。決定された口唇麻痺診断基準を用いて、各施設で評価・分析が行われているものと思われます。この診断基準の有用性をさらに確認、評価するため、この診断基準を用いた演題を頂ければ幸いです。また、本会発足のもう一つの目的であった医療事故、医療裁判、ヒアリハットなどに関する

演題も歓迎いたします。さらに、学会名を改めた主旨をご理解頂き、口腔・顔面の神経機能に関する基礎的研究もご紹介頂ければ、幸いです。昨年同様、口唇麻痺診断基準に関するシンポジウム、その他、教育講演なども企画したいと考えています。先生方にとって福岡は距離的に遠いように思えるかも知れませんが、福岡空港は博多や天神まで地下鉄で5-10分のところにあり、交通の便は東京や大阪よりも便利です。多数の先生方にご参加して頂き、活発な討論をして頂けることを心待ちにしています。

第6回 口腔顔面神経機能学会のご案内

第6回口腔顔面神経機能学会（会長：白砂兼光）を、下記の要領にて開催致します。ご発表につきましては、内容を限定するものではありませんが、前回の本学会で決定されました診断基準を評価、検討する目的で当学会診断基準による検査、診断の結果や基準の有用性、問題点などに関するものを歓迎致します。

その他に口腔、顔面の神経機能、歯科や口腔外科治療に伴う合併症、医療裁判等、広く演題を募集致します。

多数の皆様のご発表とご参加を御願い申し上げます。

1. 会 期：平成14年3月2日（土）
2. 会 場：福岡県歯科医師会館（092-771-3531）
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。
スライドはライカ版（35mm）の単映写で、20枚以内とします。
4. 演題申込み：
演題の申込みは、B5の用紙に、「演題名」、「所属」、「発表者氏名」（演者に印を付けて下さい）、「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。
5. 演題締切り日：2002年1月10日

7. 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。

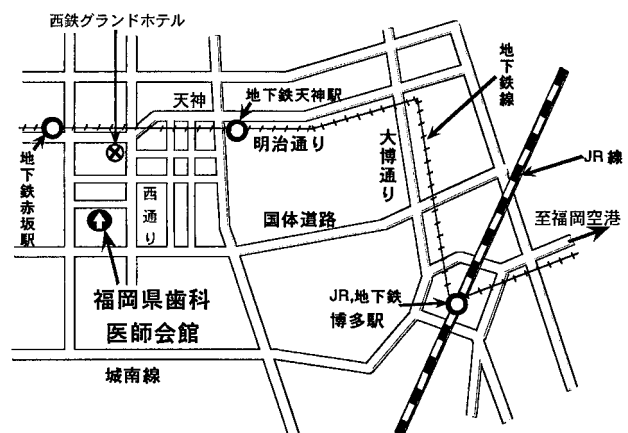
また、本文以外に4、5点の図・表の掲載も可能です。学会当日受付にて提出して下さい。

7. 演題申込み、学会開催についてのお問い合わせ

〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出3-1-1
九州大学歯学部顎顔面病態学講座内
第6回口腔顔面神経機能学会準備委員長
堀之内康文
TEL：092-642-6452
FAX：092-642-6392

会場への交通

福岡空港または博多駅から地下鉄を御利用下さい。
地下鉄天神駅下車、徒歩10分、または赤坂駅下車、徒歩5分です。



口腔顔面神経機能学会 平成12年度収支決算報告および平成13年度収支予算案

平成12年度収支決算報告 (平成12年2月1日 - 平成13年1月31日) (単位: 円)		平成13年度収支予算案 (平成13年2月1日 - 平成14年1月31日) (単位: 円)	
収入の部		収入の部	
会費等収入	355,000 (20,000 × 16 + 5,000 × 7)	会費等収入	355,000
会誌等発行事業	200,000 (広告掲載料)	広告掲載料	250,000
前年度繰越金	117,812	前年度繰越金	25,572
計	672,812	計	630,572
支出の部		支出の部	
第5回研究会開催補助	150,000	第6回研究会開催補助	150,000
会誌等発行事業		会誌等発行事業	300,000
会誌発行費	260,000	管理費	
会員名簿発行費	91,000	消耗品費	20,000
管理費		印刷費	30,000
消耗品費	12,840 (文具費等)	通信運搬費	50,000
印刷費	29,400 (演題募集ちらし等)	会議費旅費等	60,000
通信運搬費	4,870 (会誌発送費等)	予備費	20,572
会議費旅費等	99,130 (診断基準作成委員会開催費含む)	計	630,572
計	647,240		
次年度繰越金	25,572		

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・都道府県あるいは都市歯科医師会など

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

口腔顔面神経機能学会事務局 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)

口腔顔面神経機能学会 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 堀之内 康 文	助 手	九州大学歯学部第2口腔外科	812-8582	福岡市東区馬出 3・1・1	Tel 092-642-6452 Fax 092-642-6392
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 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
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

口腔顔面神経機能学会会報の第5号をお届けします。
「口唇麻酔研究会」から「口腔顔面神経機能学会」になり、初めての会報となります。また、「口腔領域感覚異常診査」の
プロトコールも完成し、徐々に学会としての基盤が出来てきた
様に思えます。プロトコールに関しては何分不都合な点多々

あるかと存じますが、ご意見等ございましたら事務局までご連絡下さい。また、本学会のホームページが開設されましたので御利用下さい。ホームページアドレスは <http://www.mcci.oi.jp/www/shinkei> です。

(安田浩一・田中三貴子)