

口腔顔面神経機能学会会報

2005年11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
口腔顔面神経機能学会事務局 TEL・FAX 0263 - 51 - 2076
 e-mail : koushinmahi@po.mdu.ac.jp
 ホームページ <http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/>

会則変更の要旨とこれまでの学術集会での発表傾向

松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座 古澤 清文

口腔顔面神経機能学会の学術集会も来年度で第10回を数えます。省みますと、平成9年2月に大阪大学のコンベンションセンターで、下顎智歯の抜歯に伴う口唇の知覚異常を主題として発足して以来、当初は大阪・東京の地での相互開催の予定でしたが、多くの先生方のご尽力によって全国各地で学術集会が開催され、徐々にではありますが医療行為に伴う口唇の知覚異常について各地の歯科医師会との連携も構築されつつあります。昨年、白砂 兼光先生が理事長に就任され、理事会および総会にて、今後ではできるだけ広く演題を募り、本学会の趣旨にご賛同頂ける多くの施設の先生方に参加していただき、議論を深めていく方針が示されました。それにともない、会則の一部手直しと会務運営に必要な委員会の設置が本年度の総会（平成17年3月5日）で承認されました。ここでは、口腔顔面神経機能学会に対して一層のご理解とご支援を頂くために、会則変更の要旨とこれまでの学術集会で発表内容の傾向について述べさせていただきます。

（会則変更の要旨）

口腔顎顔面の神経機能をより客観的かつ科学的に分析する必要があることから“口唇麻痺の診断と治療法の確立”という会の目的を“口腔顔面領域の神経機能障害の病態解明や治療法開発の研究、討議を通じて国民の健康と福祉に貢献することを目的とする”に変更しました。次に、新役員を受け入れるために“理事枠を20名以上30名以内”に設定しました。さらに、円滑な会務運営にあたり1)口

唇麻痺判定認定制度設立準備委員会2)口腔領域感覚異常診断基準検討委員会3)学会のあり方委員会以下の3つの委員会が設置されました。現在、それぞれのエキスパートに委員をお願いし発足の準備に入っています。

（これまでの発表内容）

都合8回の学術集会の演題数は119演題（シンポジウム、特別講演を除く）に及び、研究会発足当初に多くみられた医事紛争関係の演題が10題（約8%）とやや減少傾向にあるのに対して、従来から発表されている下顎智歯の抜歯および下顎枝矢状分割骨切術や炎症などの各種疾患に伴う神経障害（知覚あるいは運動障害）について報告は51題（43%）と相変わらず多くを占めています。最近では、神経機能の保護に焦点を絞ったMRIや三次元CTなどの画像診断の臨床応用や皮弁の知覚回復、本学会の口唇麻痺判定基準を用いた長期経過観察症例などの臨床研究が増加しています。また、継続的にシンポジウムが開催され、口腔領域感覚異常診断基準が討議されています。診断基準に関しては、個人情報保護との兼ね合いは難しいとは思いますが、今後デジタル化に伴う、簡便なデータの集積や共有化が課題になると考えています。

今後、本学会が多岐にわたる多数の研究発表の場となり、臨床に直結した口腔顎顔面領域の神経機能の解明が少しでも進捗すればと願っています。

目 次

会則変更の要旨とこれまでの学術集会での発表傾向.....	1
第9回口腔顔面神経機能学会開催される.....	2
第10回口腔顔面神経機能学会のご案内.....	12
平成16年度収支決算報告、平成17年度収支予算案.....	13
口腔顔面神経機能学会会則.....	13
入会申込と年会費のお知らせ.....	14
理事名簿.....	15
編集後記.....	15

第9回口腔顔面神経機能学会開催される

下記日程に口腔顔面神経機能学会が開催されました。

日 時：平成17年3月5日（土）

場 所：大阪大学コンベンションセンター

主 催：大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔病因病態制御学講座（口腔外科学第一教室）

会 長：古郷 幹彦

特別講演

支配神経損傷後の歯根膜機械受容器の再生

大阪大学大学院歯学研究科口腔分化発育情報学講座（口腔解剖学第一教室）

脇坂 聡

外傷等で感覚神経が損傷を受けたときに、その形態学的再生や機能回復が極めて重要である。哺乳動物においてほぼ共通して歯根膜の機械刺激を受容する感覚受容器としてルフィニー神経終末が存在する。歯根膜ルフィニー神経終末は皮膚のそれと異なり被覆構造を持たず、激しく分枝した軸索終末とそれに付随する特殊なシュワン細胞である終末シュワン細胞から成り立っている。軸索終末を覆っているシュワン鞘の間隙から軸索小突起がでており、これが歯根膜線維の伸展を直接受容していると考えられている。この歯根膜ルフィニー神経終末を組織化学的に検索すると、発生や再生に深く関わる神経栄養因子受容

体や成長関連蛋白が軸索終末あるいは終末シュワン細胞に認められることから、極めて神経可塑性に富んだ終末である。下歯槽神経を切断すると、切断1週間には再生軸索が表れ、4週間には分枝した軸索終末を形成する。この過程において終末シュワン細胞は本来神経要素の存在しない領域に遊走し、その後融合して索状構造を形成する。再生軸索が分枝を開始するとこの索状構造は徐々に消失してゆく。形態学的再生に要する期間は他の部位の機械受容器と比較してかなり短い。さらに神経再生に関して、交叉神経吻合や神経自家移植を行ったときの所見を紹介する。

一般演題

1. 下顎第三大臼歯抜歯後の下唇およびオトガイ部知覚異常発現の要因に関する検討

大阪大学大学院歯学研究科顎口腔病因病態制御学講座（口腔外科学第一教室）

八尾市立病院歯科口腔外科*

天野克比古、大倉 正也、中原 寛和、奥田 義彦、浜口 裕弘*

飯田 征二、古郷 幹彦

緒 言

下顎第三大臼歯抜歯後の偶発症として下唇およびオトガイ部知覚異常があげられる。この知覚異常はときに長期に及び憂慮すべき問題となり、訴訟問題にまで発展することもあると考えられる。

そこで今回われわれは下顎第三大臼歯抜歯後の知覚異常へ影響を及ぼすと思われる臨床的、X線的、外科的な要因を統計的に評価し、検討を行った。

研究対象

当科で平成15年度1年間に下顎第三大臼歯抜歯を施行した703人、870歯を対象とした。ただし術前に既に同部位に知覚異常を認めていた症例は除外した。

研究方法

Retrospective に、診療録およびパノラマX線画像より、

患者情報では年齢や性差、

臨床所見では手術側（左側または右側）、下顎第三大臼歯の口腔内への萌出度（完全萌出、部分萌出、完全埋伏）

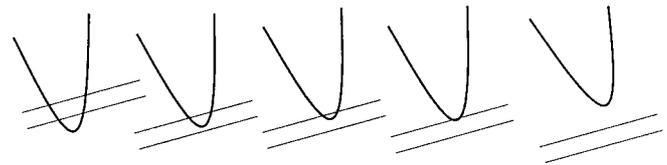
術式および手術所見に関しては局所麻酔法（伝達麻酔の有無、鎮静法の併用）、粘膜切開の有無、歯槽骨削除の有無、歯牙分割の有無、術中の下顎管の露出の有無、止血剤を必要とするほどの出血の有無、

術前のパノラマX線画像所見については Pell and Gregory の分類、Winter の分類を用いた下顎第三大臼歯抜歯の難易度の古典的分類、下顎第三大臼歯根尖と下顎管の位置関係を調査した。下顎第三大臼歯根尖と下顎管の位置関係を検討する際には図のような分類を用いた。

これらの ~ の項目について抜歯後の知覚異常の発生率を調べ知覚異常の発現に影響を及ぼす要因の検討を統計学的に行った。なお知覚異常の判定は、抜歯後3日から1週間の経過観察の間に患者自身の主観的に一過性の下唇およびオトガイ部の感覚異常を訴えた症例とした。

結 果

抜歯後の知覚異常の発生率は全870症例中21例、全抜歯数の2.41%であった。検討した項目については 患者情報 臨床所見 術式では知覚異常の出現に差は認められなかった。それに対し手術所見について下顎管の露出と出血という項目で知覚異常の発生率に有意差を認めた。下顎管の露出があった症例のうち22.6%が術後に知覚異常を発生し、一方無かった症例では1.7%しか知覚異常の発現が観察されなかった。出血については有った症例のうち6.4%に知覚異常を発生し出血が無かった症例では1.9%の発生率となった。次に 術前のパノラマX線画像所見に関して、下顎第三大臼歯抜歯の難易度の古典的分類の中で埋伏の深さと歯軸の傾きで有意差を認めた。埋伏の深さでは下顎第三大臼歯の最高部が下顎第二大臼歯の歯頸線より下にある最も深い埋伏状態で、歯軸の傾きでは、近心傾斜あるいは逆位で知覚異常の発生が有意に高い結果となった。また下顎第三大臼歯根尖と下顎管の位置関係については、や a といった根尖が下顎管の幅 1/2 より重なるレントゲン像を呈す群では、b、 、 という3つの群に比べ知覚異常のより高い発生率を示した。



I II a II b III IV

下顎第三大臼歯根尖と下顎管の位置関係

型	根尖が下顎管下壁に重なり根尖と下顎管が完全に交差している状態
a型	根尖が下顎管上壁に重なっているが下壁には重ならず、根尖が下顎管の幅 1/2 以上重なる状態
b型	根尖が下顎管の幅 1/2 より小さく重なる状態
型	根尖が下顎管上壁に接している状態
型	根尖が下顎管から離れている状態

ま と め

以上の結果より、術中下顎管の露出や出血、術前のパノラマ X 線像所見に関して、下顎第三大臼歯抜歯の難易度の古典的分類の中で埋伏の深さや歯軸の傾き、加えて下顎第三大臼歯根尖と下顎管の位置関係という項目で抜歯後の知覚異常との関連性が示唆された。下顎第三大臼歯を抜歯する際にはこれらの要因に着目し、患者説明、抜歯操作、知覚異常の発現の予想に役立てることができると思われる。

2. 下顎枝矢状分割術後のオトガイ神経知覚異常に関する検討

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
九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座口腔画像情報科学分野¹⁾
九州中央病院歯科口腔外科²⁾

小野田吉史、佐々木匡理、蔵原 慎一、樋口 惣、碓 哲也
徳森 謙二¹⁾、堀之内康文²⁾、竹之下康文、白砂 兼光

顎変形症に対する顎矯正外科手術が一般化するに伴い、術後の形態的評価とともに機能的評価として合併症に対する評価も重要になってきている。今回われわれは、下顎枝矢状分割術後のオトガイ神経知覚異常に対して自覚的及び他覚的評価を用いて観察し、若干の治験を得たので報告した。

対 象

2000年から2004年までの5年間で当科にて下顎枝矢状分割術(SSRO)を行なった49例98側を対象とした。性別は女性34名、男性15名で年齢は17~50歳、平均26.2歳であった。

方 法

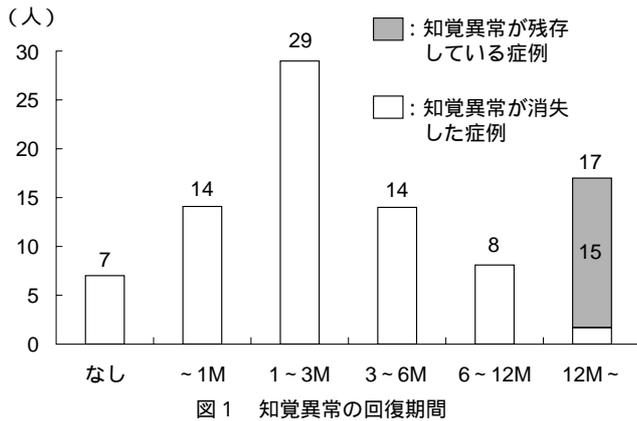
1. 下顎枝矢状分割術後2週間での自覚症状としての知覚異常の出現及びその後の知覚異常の回復に関連する因子として患者の年齢、性別、移動距離、固定法、手術時間、術者の経験年数についての検討を行った。
2. 本学会の推奨する精密法(ニューロメータ及びS-Wテスター)を用いた知覚異常の回復に関する検討を行った。
3. オトガイ神経を神経枝別分類(下唇枝、オトガイ枝、口角枝)と部位別分類(赤唇部、白唇部、オトガイ部)に分け、術後2週間でS-Wテスターでフィラメントの圧力を示す

log 10 force にて数値化し、その後の症状の消失、残存に対する検討を行った。

4. 術前CT検査による下顎管の位置と知覚異常との関係について、VGStudio MAXソフトウェアを用いて下顎孔から下顎第二大臼歯遠心部までの下顎管周囲骨硬化部と外側皮質骨内側の最短距離を測定して検討を行った。

結 果

1. 術後2週間後の自覚症状としての知覚異常の出現率は49例中49例(100%)、98側中90側(92%)に認められた。また回復期間は、約半数が3ヶ月以内で1年以内の回復率は85%であった。しかしながら、1年以上知覚異常が残存しているものは17側あり、現在も残存しているものは15側あった(図1)。
更に、知覚異常の出現、回復に関連する因子としては、唯一知覚異常の回復について年齢での有意差を認めたが、その他において、知覚異常の出現及び回復に有意差は認めなかった。
2. 自覚症状のみの症例は比較的症状の消失は早く、逆に他覚症状として感覚異常が認められたものは長期に渡り残存する傾向にあった。



- 各神経枝別分類、部位別分類ともに術後2週間での log 10 force と将来的な知覚異常の回復に相関は認められなかった。
- CT による分析の結果、下顎管の位置関係と知覚異常発現の有無に関しては有意差を認めなかった(表1)、下顎管の位置関係と知覚異常の回復期間では有意差が認められ(表2)、下顎管と頰側皮質骨との距離が近い症例では知覚異常の回復に期間を要することが示唆された。

3. 慢性下顎骨骨髓炎に対し下歯槽神経縫合を行った1例

奥羽大学歯学部口腔外科学講座

洪澤 洋子、福山 悦子、中江 次郎、高田 訓、大野 敬

外傷や手術による下歯槽神経の切断や損傷に対し、神経縫合術や神経移植術などの修復手術が適用されることがある。今回、われわれは慢性下顎骨骨髓炎に対し、下歯槽神経縫合を行った症例の下唇およびオトガイ部の知覚異常について電流知覚閾値検査(以下、CPT検査)および二点弁別閾検査を行い、その経過を観察したので報告した。

症 例

患者: 80歳の男性。初診: 平成15年1月9日。主訴: 右側下唇およびオトガイ部のしびれ感。現病歴: 平成14年12月28日頃より、右側の下唇およびオトガイ部にかけてのしびれ感を自覚し、平成15年1月6日某歯科医院を受診。その際、下顎の義歯調整を行うも症状が改善されないため、精査加療目的に当科を紹介された。

現症: 顔貌所見; 肉眼的に異常は認められなかった。口腔内所見; 下顎は無歯顎で全部床義歯を装着していた。下顎右側のオトガイ孔相当部から臼歯部の顎堤は吸収が著しく、平坦化していた。歯肉に発赤や腫脹はみられなかった。画像所見; パノラマエックス線所見では下顎右側骨体部に骨吸収像がみられ、下顎管は不鮮明であった。CT所見では下顎右側臼歯部のCT値の上昇および炎症反応性の骨硬化がみられ、オトガイ孔周囲には骨吸収が認められた。デンタル3D-CT所見では、下顎右側臼歯部歯槽頂が吸収し、オトガイ孔は歯槽頂上に位置していた。骨シンチグラフィでは、下顎右側臼歯部に限局し

表1 下顎管の位置関係と知覚異常の有無

	知覚異常(側)		有意(χ^2 test)
	あり	なし	
融合・接触	18	1	NS
近接・遊離	39	4	

NS: not significant

表2 下顎管の位置関係と知覚異常の回復

	知覚異常の回復(側)		有意(χ^2 test)
	消失	残存	
融合・接触	7	9	P<0.01
近接・遊離	37	4	

ま と め

SSRO 施行症例全例において知覚異常が認められ、1年以内に約85%回復がみられた。知覚異常の回復の評価に関して、術前CT検査は有用であり、下顎管と頰側皮質骨との距離が近い症例では術後知覚異常の長期残存の可能性が高く、術式の変更やステロイドによる浮腫の予防などの配慮が必要であると考えられた。

強い異常集積が認められた。臨床診断: 慢性下顎骨骨髓炎。

処置: 平成15年3月6日全身麻酔下に骨皮質除去術およびオトガイ孔下方移動術を施行した。術中、下顎右側臼歯相当部の顎骨内には肉芽組織が存在し、その周囲の骨は粗造であった。また、臼歯部からオトガイ孔周囲までの頰側には血行の乏しい皮質骨が認められた。同部の皮質骨と肉芽の除去を行ったところ脆弱な下歯槽神経が露出した。この際、下歯槽神経が脆く断裂が生じたため、下歯槽神経を可及的に長く剥離、伸長し神経縫合を行った。

経過: 術前の自覚症状は、錯感覚と違和感であったが、術後は2週まで知覚脱失が認められ、術後1か月頃より異感覚と知覚鈍麻に変化した。知覚脱失は術後3か月にはなくなり術後4か月には異感覚、知覚鈍麻とともに錯感覚がみられるようになった。その後1年4か月の時点で知覚鈍麻が消失し、現在は違和感のみとなっている(表1)。

CPT検査では、5Hz、250Hz、2000Hzともに術前はすべて正常域であった。術後は、5Hzと2000Hzは術後1週で異常域を示した後、術後2週以降は正常域となっていた。一方、250Hzでは、術後1週に正常域を示し、術後2週と術後1か月に異常域となり、術後3か月以降で正常を示した(図1)。

二点弁別閾検査では、術前の患側は平均6.4mmで健側の6.1mmとほぼ同等の値であったため、これをコントロールとして比較すると術後1週および2週の時点で9.0mm以上を示し、閾値が最も高くなっており、自覚症状における知覚脱失の時期と一致

表 1 臨床症状および治療経過

	経過	治療経過								
		術前	術後 1W	術後 2W	術後 1M	術後 3M	術後 4M	術後 1Y4M	術後 1Y11M	
自覚症状	知覚脱失		+	+	±	-				
	異感覚				+	+	+	-		
	錯感覚	+					+	±	-	
	知覚鈍麻				+	+	±	-		
	違和感	+					+	+	±	
治療	投薬	ビタミン B ¹² 製剤 (メチコパール®1 5mg/day)								
	レーザー	近赤外線療法 (スーパーライザー®照射)								

していた。その後、徐々に計測幅は小さくなり術後1年4か月経過した時点で閾値は6.6mmとほぼ術前と同程度に回復した(図2)。

まとめ

今回の結果から、CPT検査の値は知覚の回復経過中、周波数により正常域を示す時期に差がみられ、必ずしも自覚症状の回復経過とは一致していなかった。これに対し、二点弁別閾検査の結果は自覚症状の回復経過とほぼ同様に推移する傾向がみられた。

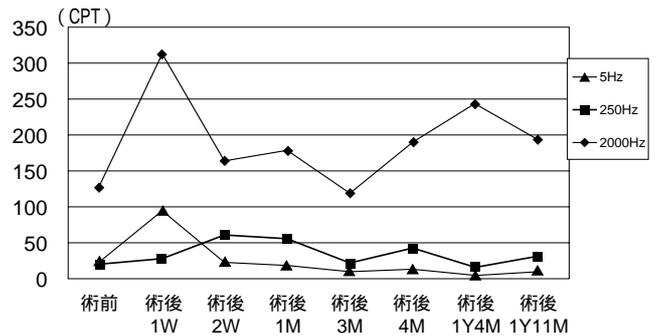


図 1 CPT 検査の推移

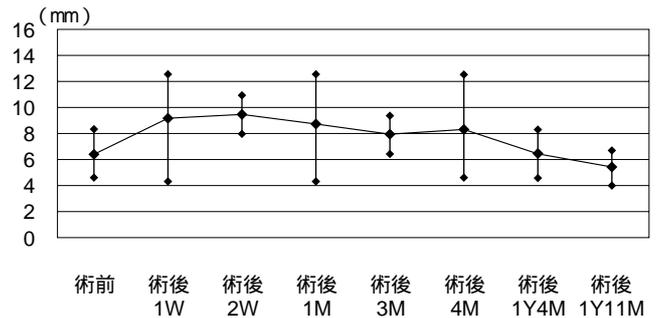


図 2 二点弁別閾検査の推移

4. 下顎埋伏智歯抜歯後に生じた下歯槽神経の神経因性疼痛の1例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
 顎顔面機能再建学講座口腔顎顔面外科学
 古川美智代、新中須真奈、五味 暁憲、西原 一秀
 野添 悦郎、三村 保

下顎智歯抜歯後に下歯槽神経損傷による知覚異常と神経因性疼痛を生じた1例を経験した。症例は30歳女性。当科入院全麻下に左下顎埋伏智歯抜歯術を行った。術後にオトガイ部知覚異

常を認め、その後、歯肉に異痛症が出現した。術後2年経過し症状は軽減傾向にあるが、現在も経過観察中である。

5. 術前画像診断における歯科用小型X線CTの有用性 正中過剰埋伏歯症例に対する検討

松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座
 松本歯科大学歯科放射線学講座*
 富田 郁雄、田中 晋、内田 啓一*、安田 浩一
 新井 嘉則*、小片 桂、小野 裕輔、古澤 清文

目的

上顎正中過剰埋伏歯の抜歯において、隣接永久歯歯髄に対する偶発症を避ける上で埋伏歯の三次元的な解剖学的位置関係を正確に把握することが重要である。歯科用小型X線CT(3DX)は、X線CTと異なり、小照射野で被曝線量は通常のデンタルフィルムとほぼ同等であり、高い空間分解能を有することから、顎骨内に限局した病変の診断に適していることが示唆されている。今回我々は、3DXと単純X線撮影法による正中

過剰埋伏歯の画像所見を比較し、3DXの有用性について検討したので報告した。

対象および検討項目

2002年4月から2004年12月までに当科を初診来院した正中過剰埋伏歯92症例の疫学的特徴(男女比、埋伏歯数、埋伏方向、初診時年齢、来院理由)について検索するとともに、特に3DX撮影を行った41症例を対象として、

- 1. 過剰歯の平均歯長・幅径

2. 過剰歯の歯列平行面、歯列横断面における埋伏位置
 3. 過剰歯と隣接永久切歯との距離
 4. 過剰歯と切歯管との距離
- についてそれぞれ検討を行った。

結 果

1. 男女比は2.3 : 1で男性に多い傾向がみられた。また埋伏歯数は1個が70症例76.9%で最も多く、埋伏方向は逆生歯が58.8%と優勢を占めていた。
2. 初診時年齢の約6割は5歳から10歳で、来院理由の約半数が隣接永久切歯の萌出困難、あるいは歯列不正であった。
3. 埋伏過剰歯41症例の平均歯長は12.0mm、幅径は5.6mmであった。
4. 過剰歯の埋伏位置を比較検討するために歯列平行面において隣接する上顎切歯根尖の高さを基準として過剰歯全体が切歯管側に位置するものをⅠ型、過剰歯が根尖部を介して位置するものをⅡ型、過剰歯全体が根尖より鼻腔側に位置するものをⅢ型にそれぞれ分類したところ、Ⅰ型、Ⅱ型がそれぞれ40%強を占めていた。歯列横断面において頬舌的な過剰歯の位置を検索したところ、ほぼ8割近い症例が口蓋側に位置しており、唇側に位置する症例はわずか2例であった。
5. 最も症型として多かった歯列平行面におけるⅠ型、Ⅱ型を対象に隣接する永久切歯根との最短距離を各断面間で比較して求めたところ、Ⅰ型、Ⅱ型ともに1mm以下に近接している症例が8割以上を占めていた。またⅠ型において永久切歯根尖との最短距離についても計測したところ、半数以上の症例

は2mm以上硬組織が介在していることが明らかとなった。硬組織の介在が認められなかった16歯の内5歯(31.3%)については、永久切歯歯根の形成不全あるいは一部吸収を疑う所見が観察された。

6. 過剰歯と切歯管との位置関係について検索したところ、54歯中25歯(46.3%)において過剰歯と切歯管との間に明らかな骨の介在が認められず、その内の14歯(56.0%)においては、切歯管壁の吸収、断裂が確認された。

ま と め

3DX画像を用いた検討より、当科を受診した正中過剰埋伏歯症例については、隣接する永久切歯歯根あるいは切歯管との解剖学的距離が高率に近接(1mm以下)していることが明らかとなった。さらに、3DX導入前後で過剰歯の処置率について検討を行ったところ、3DX導入後は41症例中23症例、56.1%と導入前の63.0%より減少し、平均処置年齢は9.7歳から11.9歳へ上昇する傾向がみられた。この背景には、3DX撮影にて過剰歯と周囲構造物との三次元的な位置関係が詳細に把握できるようになったことから、抜歯の必要性をより正確に診断することで未処置症例が増えた点、細部にわたる画像評価が可能になったことで逆に処置時のリスクを軽減させるために待機する症例が増えた点がそれぞれであると推察された。また、3DXは距離の計測が簡便で、任意の断面で瞬時に画像を表示することが可能であることから、正中過剰埋伏歯症例においても患者に対してより理解しやすい画像を提示してインフォームドコンセントを得ることができると考えられた。

6. オトガイ神経障害に対する電流知覚閾値の測定 2例の術後経過を中心として

鶴見大学歯学部口腔外科学第2講座

田坂 明子、栃原しほみ、田中 健雄、浅田 洸一
石橋 克禮

術後の神経症状の客観的評価ならびに回復の目安の基準を求めて検討しており、今回は、下顎骨線維性骨異形成症と下顎前突症の手術後に発症した神経症状の変化をニューロメーターとSWテスターを用いて観察した。

症例1は37歳の女性。2001年整形外科にて線維性骨異形成症と診断され、2002年2月22日に左顎の変形を主訴に来院した。顔貌は非対称で、右オトガイ部より左骨体部にかけて骨様硬の腫脹を認めた。パノラマ像で、同部に境界不明瞭なスリガラス様不透過像を認めた。CT水平断画像で、頬舌側的に著明な骨膨隆を認め、オトガイ孔は健側に比べ著明に外方に位置していた。2004年7月全麻下に病変部の頬側骨膨隆部を削除の際、オトガイ神経、血管束は強度の伸展を余儀なくされた。術前のCPT値は全て正常範囲内でSW値もAであった。術後6日目に左側オトガイ部より下唇に強い知覚鈍麻を認め、2か月弱で軽減した。CPT値の再高値はAβ線維とC線維で術後6日目に、Aδ線維で術後28日目に高値を示し、以後漸減した。SW値は最も知覚の低下した領域の値でみたところ、術後から28日目までMと強い鈍麻傾向の値を示した。術後47日では、SW値

がAと正常値であるのに対し、各線維のCPT値は鈍麻領域の値を示した。術後96日以降ではSW値と全ての線維のCPT値は正常を示したが、左下唇～オトガイ部に接触時の鈍麻感が残存した。神経症状に対する治療は、術後1日～110日までメコパミンを1500μg/日投与し、星状神経節ブロックと近赤外線照射の併用を知覚鈍麻の強かった術後7日～57日間17回、近赤外線照射のみを知覚鈍麻が軽減した術後96日～146日間7回施行した。

症例2は、患者22歳女性。2002年5月22日に歯並びが気になることを主訴に来院した。下顎前突症の診断にて術前矯正後、下顎枝矢状分割術による下顎後退術を2004年11月に行った。後退量は、左8.3mm右7.5mmであった。術前のCPT値とSW値ともに正常範囲で、術後、右側に鈍麻感や接触時の異常感が強く続いたが、左右とも2週後より症状の消失傾向を認めた。CPT値は、術後5日では右側はすべての線維で最高値を示し以後漸減したのに対し、左側はAδとAβ線維が正常範囲を少し超える値を示した。CPT値ならびにSW値ともに5日目を以降に右側は高く、左側は低く推移し、左側は61日目にCPT値ならび

に SW 値とも C と正常値を示した。右側は61日目にすべての線維の CPT 値は鈍麻領域の高値を示していたが、SW 値では C を示した。術後61日現在、右側の下唇に刺激時違和感を認める。治療は、術後8日～57日間メコパラミンを1500 µg / 日投与した。

2例の神経症状の評価にあたって、おおまかには CPT 値ならびに SW 値ともに自覚症状と関連した推移がみられたが、細かくみると CPT 値と SW 値の時間差や一部の自覚症状を反映しないなどの問題点があげられる。

7. 温冷覚検査方法に関して各種局所因子との関連性についての検討

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
東京医科歯科大学歯学部付属病院顎関節治療部*

渡辺 裕子、小林 明子、岡田 尚子、石川 高行*
澤田 真人、木野 孔司*、天笠 光雄

目 的

その温度感覚閾値に影響を与える因子の一つであるプローブサイズやスタート時温度設定などの局所的因子についてその関連性を検討した。

方 法

対象は健康人ボランティア16名（男性10名女性6名：中央値は26歳）。刺激部位は舌尖。感覚種の違いにより温覚、熱痛覚、冷覚の3種類について検討し、計測方法の違いにより反応時間に温度上昇を含むものいわゆる動的な温度刺激を与えるものと、反応時間に温度上昇を含まないものいわゆる静的な温度刺激を与えるものについて検討した。プローブは直径2mm円形と一辺1cm方形の、サイズの異なった2種を用い、各計測方法の再現性（一回目とその三週後）について閾値の比較検討をした。

結 果

初回とその三週後の閾値の検者内信頼性を級内相関係数 Intraclass Correlation Coefficients (以下 ICC) にて検討した。熱痛覚において ICC はプローブの小さいもので0.9454、0.9011、プローブの大きいもので0.7440、0.9086と0.7以上であり信頼性は良好であった。今回の計測において温覚および冷覚の信頼性については良好ではなかったが、臨床的には有用であり、なんらかの改善が必要であると思われる。サイズによる差について温覚、熱痛覚においてともにプローブの大きいものの方が有意に閾値は低かった。スタート温度については、冷覚では低くなるにつれその閾値も有意に低くなっていた。

結 語

温覚熱痛覚採取時にはプローブサイズを一定にする必要があることが示された。

スタート温度について、スタート温度を一定にする必要があることが示された。

8. 味覚閾値測定ならびに味覚閾値に影響する要因

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面顎部機能再建学系顎顔面機能修復学講座顎顔面外科学
東京医科歯科大学歯学部付属病院顎関節治療部*

澤田 真人、木野 孔司*、小林 明子、岡田 尚子
渡辺 裕子、石川 高行*、天笠 光雄

緒 言

歯科口腔外科にはしばしば味覚異常を訴えて患者が来院する。また下顎埋伏智歯の抜歯操作や歯冠形成時の舌縁や舌下部への損傷事故に後遺して味覚の鈍麻を訴える場合もある。

これらのことから味覚への影響因子について検討することを計画した。

対象方法

1. 対象

被験者は健康人ボランティアで年齢19～48歳の60名（男性22

名、女性38名、年齢中央値21歳）とした。

2. 検査方法

以下に示す味覚閾値検査ならびに味覚閾値に影響を与える可能性のある要因を検討するために、自記式質問票による心理検査、血液検査、問診と口腔内診査を行った。

1) 味覚閾値検査

- (1) 電気味覚検査（電気味覚計 TR - 06[®]、リオン株式会社、東京）
- (2) 濾紙ディスク検査（テストディスク[®]、三和化学研究所、名古屋）

2) 心理検査

表1 被験者特性

被験者特性	n
被験者数	60
性別 (%男性)	36.7
年齢 (中央値、25%、75%)	21 (20、24)
血清鉄値 ($\mu\text{g}/\text{dl}$) (男、女)	97.5 \pm 32.8、88.2 \pm 33.8
(平均値 \pm 標準偏差)	
血清銅値 ($\mu\text{g}/\text{dl}$) (平均値 \pm 標準偏差)	93.7 \pm 16.3
血清亜鉛値 ($\mu\text{g}/\text{dl}$) (平均値 \pm 標準偏差)	75.2 \pm 12.1
SDS 得点 (平均値 \pm 標準偏差)	45.9 \pm 7.7
GHQ 得点 (平均値 \pm 標準偏差)	10.5 \pm 6.0
GHQ 身体症状 (A)	3.7 \pm 1.9
得点 (平均値 \pm 標準偏差)	
GHQ 不安と不眠 (B)	3.2 \pm 1.8
得点 (平均値 \pm 標準偏差)	
GHQ 社会的活動障害 (C)	1 (0、3)
得点 (中央値、25%、75%)	
GHQ うつ傾向 (D)	1 (0、2)
得点 (中央値、25%、75%)	
HADS 不安得点 (平均値 \pm 標準偏差)	8.8 \pm 3.5
HADS 抑うつ得点 (平均値 \pm 標準偏差)	6.1 \pm 3.3
S - EPQ 神経症的性格傾向得点	16.5 \pm 3.4
(平均値 \pm 標準偏差)	
S - EPQ 外向的性格傾向得点	16.2 \pm 2.7
(平均値 \pm 標準偏差)	
口呼吸の有無 (%有り)	48.3
舌金緊張の有無 (%有り)	51.7
舌縁における歯牙圧痕の有無 (%有り)	66.7
喫煙習慣の有無 (%有り)	25.0
飲酒習慣の有無 (%有り)	30.0

- (1) SDS うつ性自己評価尺度
- (2) GHQ 28精神健康調査票
- (3) HADS
- (4) S - EPQ アイゼンク人格質問票短縮版

3) 血液検査

- (1) 血清鉄値
- (2) 血清銅値
- (3) 血清亜鉛値

4) 問診および診査

調査項目は年齢、性別、口呼吸の有無、舌緊張の有無(舌尖位置が上顎前歯歯茎部のリラックス位置にあるか、あるいは緊張して下顎歯列内に引き込まれているかによって判定した)、舌縁の歯牙圧痕の有無、喫煙習慣の有無(10本/1日)、飲酒習慣の有無(ほぼ毎晩自らの意志で飲酒をするかによって判定した)とした。

3. 解析方法

解析前に行った各データ構造の調査から、正規性のあるものとなないものが混在していることを確認した。この結果に従って検定にはそれぞれのパラメトリック手法とノンパラメトリック手法とを用いた。

. 結 果

表1、2に示す結果を得た。

表2-1 舌尖右側での塩味高閾値に関連する因子

因 子	オッズ比	95%信頼区間	P 値
飲酒習慣	8.14	1.11 - 59.90	0.040

表2-2 舌尖右側での苦味高閾値に関連する因子

因 子	オッズ比	95%信頼区間	P 値
女性と比べて男性	20.00	2.75 - 145.40	0.003

表2-3 舌尖左側での甘味高閾値に関連する因子

因 子	オッズ比	95%信頼区間	P 値
血清亜鉛濃度 (10 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 増加)	2.80	2.54 - 3.08	0.035

表2-4 舌尖左側での酸味高閾値に関連する因子

因 子	オッズ比	95%信頼区間	P 値
年齢 (5歳増加)	4.28	3.32 - 5.53	0.025
HADS 不安得点 (5点増加)	0.08	0.05 - 0.12	0.035

表2-5 舌尖左側での苦味高閾値に関連する因子

因 子	オッズ比	95%信頼区間	P 値
血清亜鉛濃度 (10 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 増加)	23.10	17.42 - 30.64	0.029
GHQ の不安と不眠得点 (1点増加)	0.13	0.017 - 0.985	0.048

. 結 論

味覚閾値測定ならびに味覚閾値に影響する要因について関係を検討した。舌尖の味覚に影響する要因として、血清学的、心理的ならびに行動学的要因について検討した。その結果、以下の結論を得た。

1. 舌尖の味覚閾値は舌根、軟口蓋に比べて低値であった。
2. 舌尖の味覚閾値は甘味と苦味が塩味、酸味に比べて低かった。
3. 舌尖の味覚に影響する可能性として以下のように考えられた。
 - 1) 年齢増加は舌尖左側での酸味閾値を増大させる。
 - 2) 男性は女性に比べて舌尖右側での苦味閾値を増大させる。
 - 3) 血清亜鉛濃度の増加は舌尖左側での甘味と苦味閾値を増大させる。
 - 4) 抑うつ得点の増加は味覚閾値への影響はみられない。
 - 5) 不安得点の増加は舌尖左側での酸味と苦味閾値を低下させる。
 - 6) 口呼吸、舌緊張による味覚閾値への影響はみられない。
 - 7) 喫煙による味覚閾値への影響はみられない。
 - 8) 飲酒習慣は舌尖右側での塩味閾値を増大させる。

今後は高齢者や若年者についても味覚閾値を測定し、さらに味覚異常のみられる患者において検討する必要がある。

9. 私たちの耳下腺良性腫瘍に対する術式

東海大学医学部外科学系口腔外科学¹⁾

いわき市立総合磐城共立病院歯科口腔外科²⁾

太田 嘉英^{1,2)}、唐木田一成¹⁾、金子 明寛¹⁾、椎木 一雄²⁾
内藤 博之²⁾、佐々木 剛²⁾

症例：56歳男性。右耳下腺浅葉および深葉に発生した Warthin 腫瘍。他院外科にて生検後手術依頼された。顔面神経を明示し

て切除した。術式の改善を目的としてビデオを供覧する。ご意見ご指導いただければ幸いである。

10. 耳下腺浅葉切除後の一過性顔面神経麻痺をきたした患者の対応に苦慮した 1 例

東海大学医学部外科学系口腔外科学

太田 嘉英、唐木田一成、中戸川倫子、大鶴 光信
伊澤 和三、金子 明寛

症例：75歳男性、前演題の術式に従い耳下腺浅葉切除を行った。炎症により神経周囲の剥離は困難であった。術後の一過性

顔面神経麻痺に対して男性の対応に苦慮した。概要、反省点について報告する。

11. 抗ウイルス薬とステロイドを併用した Bell 麻痺の治療経験

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 口腔腫瘍制御学部門

茂木 勝美、伊賀 弘起、山川倫太郎、吉田 秀夫、佐藤 光信

末梢性顔面神経麻痺の約60～70%は、原因不明の特異性顔面神経麻痺（Bell 麻痺）が占め、その発症率は10万人あたり、30～40人といわれている¹⁾。近年、この Bell 麻痺の原因が単純ヘルペスウイルス 1 型（herpes simplex virus type 1 : HSV - 1）の再活性化であることが明らかにされつつあり^{2,3)}、それに伴って治療法に関しても、これまでのステロイド剤を中心とした薬物療法に加えて、抗ウイルス薬も多く併用されるようになってきた。

今回我々は抗ウイルス薬とステロイド剤の併用投与によって良好な結果が得られた Bell 麻痺を経験したので報告した。

表 1 は当科において最近経験したベル麻痺の 7 症例の概要を示す。内訳は男性 2 例、女性 5 例。年齢は20歳から73歳で、平均年齢は42歳であった。当科においては初診時に唾液からのヘルペスウイルスの分離と PCR 法によるヘルペスウイルス

DNA の検索をおこなっているが、検索した全ての症例において結果は陰性であった。治療薬は軽症であった症例 5 を除いて、アシクロビルあるいはパラシクロビルとプレドニゾロンの併用投与をおこなった。

表 2 は各症例の発症前の特記事項と予後を示す。7 例中 5 例は顔面神経麻痺発症前に何らかのストレスを認め、特に 5 例中 3 例には神経麻痺発症前に歯科治療を受けたか、歯科疾患の急性症状を認めていた。予後は再診可能であった 5 例において治療開始 2 週から 4 週の間に症状の消失を認めた。

ベル麻痺に対抗ウイルス薬の使用は有効であるが、一方で薬剤耐性の観点から安易に抗ウイルス薬を使用するべきではないとの考えがある。その観点から、顔面神経麻痺を柳原法にて

表 2 発症前の特記事項と予後

症例	性別	年齢	発症前の特記事項	治療薬
1	女	36	上顎大臼歯の麻酔抜髄処置 2 日後に発症	2 週間で消失
2	女	58	一過性の血圧上昇の 1 週間後に発症	2 週間で消失
3	男	73	歯根嚢胞、歯根膜炎	2 週間で軽快
4	女	24	特記事項認めず	4 週間で消失
5	男	20	急性下顎智歯周囲炎急性の 2 日後に発症	2 週間で軽快
6	女	23	特記事項認めず	3 週間で消失
7	女	60	頭痛の翌日に発症	不明 (来院せず)
				不明 (来院せず)
				2 週間で軽快
				3 週間で消失

表 1 Bell 麻痺の 7 症例

症例	性別	年齢	ウイルス分離	HSV DNA	治療薬
1	女	36	(-)	(-)	ACY 1000 mg/day、プレドニゾン
2	女	58	(-)	(-)	ACY 1000 mg/day、プレドニゾン
3	男	73	(-)	(-)	ACY 1000 mg/day、プレドニゾン
4	女	24	(-)	(-)	ACY 1000 mg/day、プレドニゾン
5	男	20	(-)	(-)	複合ビタミン剤
6	女	23	(-)	(-)	ACY 1000 mg/day、プレドニゾン
7	女	60	(-)	(-)	パラシクロビル1000 mg/day、プレドニゾン

ACV : アシクロビル

評価したのち、麻痺スコア40点中20点以上の軽症例ではプレドニゾロンの単独使用、麻痺スコア40点中20点以下の中等および重症例においては、プレドニゾロンと抗ウイルス薬の併用が奨励されている⁴⁾。

また近年では、アシクロビルのプロドラッグである塩酸パラシクロビルによる治療効果が期待されている。今回我々はベル麻痺患者に対し、パラシクロビルとプレドニゾロンの併用投与をおこなった症例を1例経験した。パラシクロビル使用による顔面神経麻痺消失の期間短縮を期待したが、麻痺回復までの期間はアシクロビル使用例と同程度であった。今後、ベル麻痺に対してパラシクロビルの使用例を重ねて、麻痺消失までの期間

短縮が可能か否か検討を行いたいと考える。

参考文献

- 1) 小池吉郎、高橋伸郎、他：顔面神経麻痺の疫学。耳鼻咽喉・頭頸部外科 (JOHNS) 16 : 310 - 314, 2000 .
- 2) Baringer, J. R. : Herpes simplex virus and Bell palsy. Ann Intern Med 124 : 63 - 65, 1996.
- 3) Furuta, Y., Fukada, S., et al. : Reactivation of herpes simplex virus type 1 in patient with Bell's palsy. J Med Virol 54 : 162 - 166, 1998.
- 4) 村上信五、宮本直哉、渡邊浩、松田太志：日本臨床 vol. 58, No. 4, p 150 - 155, 2000 .

12. ケタミンイオン導入が有効であった帯状疱疹後神経痛の2症例

九州歯科大学生体機能科学専攻生体制御学講座歯科侵襲制御学分野
椎葉 俊司、坂本 和美、坂本 英治、仲西 修

【はじめに】帯状疱疹後（以下、PHN）は難治性疼痛で未だ治療法は確立されていない。神経ブロック、カプサイシン軟膏、抗うつ薬などの投与を行なっても効果がなかったPHNの2症例にケタミンイオン導入を行なった。

【結果】2症例とも1回/週のケタミンイオン導入で疼痛軽減

が認められた。

【結論】わずか2症例ではあるが、PHNにケタミンイオン導入が有効であった。あらゆる治療に抵抗性を示すPHNにケタミンイオン導入が有効である可能性もある。

13. 筋筋膜痛症候群の特徴

九州歯科大学生体機能科学専攻生体制御学講座歯科侵襲制御学分野
坂本 和美、椎葉 俊司、坂本 英治、仲西 修

筋筋膜痛症候群（以下、MPS）は口腔顔面痛の原因となる非歯原性疾患の多くを占める。MPSは深部体性痛に分類され原発部位より離れた部位に関連痛を誘発するため、MPSの認識がないと誤った診断治療を行なってしまう。また、MPS患

者に共通の心理状態があり、治療にあたって特別の配慮も必要と思われる。当科におけるMPS患者の関連痛および心理状態に関して検討したので報告する。

14. 口腔外科処置に起因する神経麻痺の治療について

大阪大学歯学部附属病院歯科麻酔科

久木富美子、瀧 邦高、小林 麻美、杉村 光隆、丹羽 均

口腔外科処置後に、知覚異常（知覚低下、知覚過敏、疼痛など）を生じることがあり、その治療は困難をきわめることが多

い。このような場合の治療法として、当科で行っている方法を紹介する。

シンポジウム

「学会活動の臨床へのフィードバック」

モデレーター 白砂 兼光 教授（九州大学）

シンポジスト

1. 天笠 光雄 教授（東京医科歯科大学）
2. 浦出 雅裕 教授（兵庫医科大学）
3. 古澤 清文 教授（松本歯科大学）
4. 古郷 幹彦 教授（大阪大学）

知覚異常評価における空間弁別閾測定の有用性について

下唇知覚異常をきたした悪性リンパ腫症例

兵庫医科大学歯科口腔外科学講座

浦出 雅裕、高岡 一樹、萬野 幸代、長谷川誠実

はじめに：知覚麻痺の検査法には、触覚検査、痛覚検査、温度覚検査、振動覚検査、電気歯髄診、2点間識別検査、神経活動電位の測定など種々のものがあるが、臨床では簡便で定量化できるものが望まれる。このような観点から、すでに本学会では口腔領域感覚異常検査のプロトコールが作成され、臨床データが集積されつつある。われわれの教室では、本学会設立当初から、知覚異常評価の1つとして空間弁別(2点弁別)閾測定に着目し検討してきたので、その結果をレビューするとともに、下唇知覚麻痺をきたした下顎悪性リンパ腫症例についての所見を述べる。

1. 健常人における下唇の2点弁別閾(2PD)について¹⁾

健常人男性25名(21~69歳、平均44歳)、女性25名(20~69歳、平均43歳)について、赤唇部およびオトガイ部皮膚の正中、左右側の中央の6点、また男性8名、女性9名(22~63歳、平均33歳)については、右側の中央で赤唇白唇移行部、その上方5mm、下方5、10、15mmの5点の2PDをオイレンブルヒ知覚計で測定した。測定はすべて同一検者により、上昇系列と下降系列で測定した。その結果、赤唇部はオトガイ部皮膚の約1/2の閾値で、ばらつきが少なかった。女性は男性よりやや閾値が低かったが、年齢による差は認めなかった。左右側中央の閾値には差がなかったが、左右側より正中で閾値が低かった。右側中央の5点測定では、赤唇白唇移行部で閾値が最も低く、ばらつきも少なかったが、オトガイ部下方へ移行するほど閾値が高くなり、ばらつきも強くなった。以上より、赤唇部の2点弁別閾値はある程度絶対的評価に耐えうると考えられる。

2. 下顎孔伝達麻酔後の知覚回復について²⁾

健常人男性3名、女性3名に対して、下顎孔伝達麻酔により下唇知覚麻痺を起こさせ、麻酔回復経過を歯牙圧覚、電気歯髄診断器(EPT)、2PDで測定した。すなわち、歯牙圧覚とEPTについては、左右下顎第1小臼歯から第2大臼歯に対して5回ずつ測定し、2PDは赤唇白唇移行部で左右側の中央を基点とし、上昇系列、下降系列それぞれ3回ずつ測定した。その結果、EPTは麻酔奏功後時間経過とともに対象側値に近づき、5時間後には同等の値を示した。圧覚もEPTとほぼ平行

に経時的回復を示したのに対し、2PDは麻酔奏功時には高い閾値を示したが、麻酔の回復間近の3時間後に急速な回復を示すことから、2PDは神経損傷回復の質的指標となりうることが示唆された。この結果は、痛覚、触覚、知覚過敏を経て2PDの順に回復するというHighetの知覚回復の判断基準³⁾とも一致する結果であった。

3. 悪性リンパ腫症例における下唇知覚麻痺

症例1：35歳男性。抜歯後感染が疑われた左側下顎智歯部の悪性リンパ腫症例で、CHOP療法3クール施行され歯肉腫脹は消退したが、左側顎下部の腫脹、下顎部の疼痛および左側下唇の知覚異常が改善されないため紹介来科。放射線治療40Gy行い、CTおよびGaシンチで腫瘍の消失を認めた。放射線治療前、中、後に赤唇白唇移行部の2PDを測定したところ、治療効果を反映して知覚の回復が示された²⁾。

症例2：69歳女性。下顎骨骨髄炎が疑われた右側下顎臼歯部歯肉の悪性リンパ腫症例。CHOP療法6クール、リツキサン4クール施行され、Ga、Tcシンチ上、集積の低下を認めた。治療前より右側下唇に知覚麻痺が見られたが、治療後2年を経過しても麻痺の範囲は自覚的に変化なかった。しかし、1年ほど前より赤唇部の知覚過敏が出現してきたこと、本学会プロトコールにより最近行った検査において、赤唇およびオトガイ部皮膚の一部に触覚、痛覚、温度覚の低下がみられるものの、左右の2PDに差がないことから、客観的には神経損傷の回復状態にあるものと考えられた。

文献

- 1) 高岡一樹：健常人における下唇の2点弁別閾について、口唇麻痺研究会会報 2, 5, 1998.
- 2) 萬野幸代、他：知覚異常評価における空間弁別閾測定の有用性について 下顎骨浸潤を来した悪性リンパ腫の症例も含めて、日口誌 16, 199-203, 2003.
- 3) 津山直一、黒川高秀(監修)：整形外科クルズ、改訂第3版、pp. 352-358, 南江堂、東京、1997.

口腔領域知覚検査の臨床への応用

大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔病病因病態制御学講座 口腔外科学第一教室
古郷 幹彦

日常の口腔外科外来における診療において口腔領域の知覚異常は頻度こそ少ないが、その性質上問題点となることが多い。本学会でその評価、治療法について分析を進めることは非常に意義があると考えられる。

今回、三叉神経痛、骨きり術後、抜歯後術後に発生した症例に対する評価の有用性について報告した。

三叉神経痛

三叉神経痛は症状が他覚的にはその程度がわかりにくく、治療する側に治療の基準となる指標を作り難い。私どもはSWテスターにより知覚異常を検査し、その知覚異常の程度の変化によりテグレートールの投与量を変えた。その結果適切な治療を行えるようになった症例を提示しその有効性を示した。

下顎骨骨きり術後下口唇知覚異常

下顎枝矢状分割法の術後においては下口唇の知覚異常は程度の大小はあっても良くあることとあってよい。問題は患者に不安感を与えずに速やかに回復させることである。術後に本学会

の基準に則り検査を施し、回復の程度を視覚的に示すことが出来ることは患者に安心感を与えることに非常に役立っている。その現状について説明した。

下顎埋伏智歯抜歯後下口唇知覚異常

下顎埋伏智歯抜歯の後、下口唇に知覚麻痺が起こり、その段階から口腔外科を受診される場合も時折見かけられる。その場合抜歯を行った医療機関と患者との間で訴訟が発生することもあり、後を引き受けた私共にとって病気の評価ということは非常に大事になってくる。その点で本学会の評価法を用いることは非常に有用である。実例を照会した。

その他、病変の下顎管への影響を推し量ることに用いることが出来る。

知覚障害の評価を学術的な裏づけをもってより確実なものにすることは口腔外科臨床にとって非常に重要であると考えている。

学会長から会員の皆様へ

第10回口腔顔面神経機能学会会長
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
顎顔面顎部機能再建学系顎顔面機能修復学
顎顔面外科学 教授

天 笠 光 雄

口唇麻痺研究会として発足した本学会も10回目となりました。当初、口唇麻痺研究会として発足し、医事紛争への対応、科学的客観的な事例の把握、予防法や治療法の検討などを目的に口腔顔面神経機能学会と名を改めてからますます活発な論議が持たれるようになり、第9回学会においては本学会の方向性、診断基準の妥当性、認定基準等について検討がなされました。口腔顔面領域の感覚は人間にとっては非常にデリケートなものでありかつ個体差があるので、その正常範囲の基準を設定することはきわめて困難です。しかし歯科治療には予期せずこの領域に感覚的な異常を発症させてしまうという危険が内在しており、これは患者術者双方にとって実に難しい問題となります。この危険性を極力小さくし、患者術者間のコミュニケー

ションを円滑にしていく上でも本学会の意義はますます重要なものになることと思います。今回も白砂理事長のもとに、このような学会の方向性などの実務的な論点も含め、さらにクローズアップされつつある口腔顔面領域の感覚異常について視野を広めてご発表、討論をお願いしたいと存じます。

今回の学会を開催するにあたり、感覚異常を発症してしまった方が来院した場合の対処法ということでシンポジウムを組んでみました。一般演題では感覚、運動、機能、心理、症例報告等、広い範囲でのご講演をお願い致します。教室員一同円滑に学会を進行させるべく努力してまいりますので、どうか多くのご発表、ご参加をお願い申し上げます。

第10回口腔顔面神経機能学会のご案内

第10回口腔顔面神経機能学会を下記の要領で開催いたします。多数の演題発表とご参加をお願いいたします。

日 時：2006年（平成18年）3月4日（土）

場 所：東京医科歯科大学 歯学部 特別講堂（東京医科歯科大学歯学部 外来事務棟4階）

交通アクセス J R 御茶ノ水駅下車（中央線、総武線）徒歩5分

地下鉄 御茶ノ水駅下車（丸の内線）徒歩2分

地下鉄 新御茶ノ水駅下車（千代田線）徒歩7分

バ ス 東京駅北口 荒川土手間 御茶ノ水駅前下車 徒歩5分

バ ス 駒込駅南口 御茶ノ水駅間 御茶ノ水駅前下車 徒歩5分

特別講演 医事紛争の最新動向 最前線現場からの報告

『事例に学ぶ医事紛争』

東京都歯科医師会 医事処理常任委員会 委員長 端山 智弘 先生

シンポジウム 口腔顔面領域の感覚異常を主訴とした患者さんが来院した時の対応について（診察、検査、治療、話等）

演題募集要項 1) **申し込み方法**：演題名、所属、発表者（演者に ） 100字程度の抄録および連絡先（住所、FAX、E-mail address）をE-mail または FAX にて下記準備委員会宛にご送付下さい。

2) **発表形式**：口演、1演題7分程度、スライド単写（10枚程度）PC プロジェクター使用対応機種 Windows XP（Microsoft PowerPoint 2002以上）発表内容は平成18年2月28日までにCDR にて送付して下さい。

3) **演題申し込み締め切り**：平成17年12月31日

4) **申し込み先**：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分野

第10回口腔顔面神経機能学会準備委員会 小林明子 宛

TEL & FAX 03 5803 5500 E-mail akko-k.mfs@tmd.ac.jp

5) **事後抄録**：A4版横書きで、1枚目に演題番号、演題名、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。本文以外に4、5点の図表の掲載も可能です。学会当日受付に提出して下さい。

6) **学会参加費**：1,000円

口腔顔面神経機能学会 平成16年度収支決算報告、平成17年度収支予算案

平成16年度収支決算報告 (平成16年2月1日 - 平成17年1月31日) (単位:円)		平成17年度収支予算案 (平成17年2月1日 - 平成18年1月31日) (単位:円)	
収入の部		収入の部	
前年度繰越金	780,024	前年度繰越金	791,726
会費 平成14年度分 35,000 × 1	35,000	会費	455,000
5,000 × 1	5,000	計	1,246,726
平成15年度分 35,000 × 6	210,000	支出の部	
5,000 × 3	15,000	第9・10回学会開催補助	300,000
平成16年度分 35,000 × 12	420,000	会報発行事業	
5,000 × 7	35,000	会報発行費(平成17年度分)	550,000
広告費(日本ストライカー)	100,000	管理費	
利息	7	消耗品費(文具費等)	50,000
計	1,600,031	通信運搬費	35,000
		ホームページ更新費	50,000
支出の部		会議・旅費等	200,000
第9回学会開催補助(2月に振込みのため次年度へ繰越し)		その他	61,726
会報発刊 Vol.7・8 合併号	602,910	計	1,246,726
管理費			
消耗品費(文具費等)	1,630		
通信運搬費	32,150		
ホームページ更新費	16,905		
会議・旅費等	154,710		
計	818,305		
次年度繰越金	791,726		

口腔顔面神経機能学会会則

(平成17年3月5日改訂)

- 第1章 総 則**
- 第1条 本会は、これを口腔顔面神経機能学会とよぶ。
- 第2章 目的及び事業**
- 第2条 本会は、口腔顔面領域の神経機能障害の病態解明や治療法開発の研究、討議を通じて国民の健康と福祉に貢献することを目的とする。
- 第3条 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。
1. 総会および学術大会の開催
 2. 会誌の発行
 3. その他本会の目的達成のために必要な事業
- 第3章 会 員**
- 第4条 本会の会員は、本会の目的に賛同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5条 本会に入会を希望するものは、所定の申込書に年会費を添えて本会事務局に申し込むものとする。年会費は機関(大学講座・研究機関・病院・都道府県あるいは都市歯科医師会など)ごととする。個人の年会費は別に規定する。
- 第6条 本会会員で、本会の体面を毀損するような行為があった場合、理事会の議を経て総会の承認により除名することができる。
- 第7条 2ヵ年以上会費を納めないものは、退会者と見做すことがある。
- 第4章 役 員**
- 第8条 本会に、次の役員を置く。
1. 会 長 1名
 2. 理事長 1名
 3. 理 事 20名以上30名以内
 4. 監 事 2名
- 第5章 幹 事**
- 第9条 理事会の会務を補助するため、若干名の幹事を置く。幹事は理事長が指名し、理事会の承認を得る。
- 第10条 役員会の組織と職務は次による。
1. 会長は当該年次の総会ならびに学会を主宰する。
 2. 理事長は本会を代表し、会務を掌理する。
 3. 理事は理事会を組織し、会務を執行する。
 4. 監事は会務および会計を監査する。
- 第11条 役員を選出等は次による。
1. 会長は理事会により推薦され、理事会の議を経て、総会の承認を受ける。
 2. 理事長は理事会により理事の中から選出される。
 3. 理事は理事会により正会員の中から選出され、総会の承認を受ける。

4. 監事は理事会により理事の中から選出され、総会の承認を受ける。
5. 役員選出に関する規程は別に定める。

第12条 役員の任期は次による。

1. 会長の任期は1年とする。
2. 理事長の任期は3年とする。また、原則として再任は2期までとする。
3. 会長および理事長を除く役員の任期は3年とし、再任を妨げない。
4. 役員の任期は総会の翌日から3年後の総会当日までとする。また、補充によって就任した役員の任期は前任者の残任期間とする。ただし、次期役員が決定されない場合は、次期役員決定までとする。

第6章 会 議

第13条 理事会は毎年1回以上理事長がこれを招集する。

1. 理事会は、理事現員数の3分の2以上（委任状を含む）が出席しなければ、その議事を開き、議決することはできない。ただし、理事が推薦する正会員を代理として認めることができる。
2. 理事長が指名した各種委員会の委員長および監事・幹事の出席を認めることができる。

第14条 通常総会は毎年1回、会長が招集する。

第15条 次に掲げる事項については通常総会の承認を受けなければならない。

1. 事業計画および収支予算
2. 事業報告および収支決算
3. その他必要と認められた事項

第16条 必要あるときは臨時総会を開くことができる。

第7章 会 計

第17条 本会の経費は会費、寄付金およびその他の収入をもってこれにあてる。

第18条 会費は正会員においては機関年会費35,000円、個人年会費5,000円とする。賛助会員は年額一口30,000円とする。

第19条 本会の会計年度は毎年2月1日に始まり、翌年1月31日に終わる。

第8章 委 員 会

第20条 本学会の会務運営に必要な委員会を置くことができる。

1. 口唇麻痺判定認定制度設立準備委員会
2. 口腔領域感覚異常診断基準検討委員会
3. 学会のあり方委員会

第9章 会則の変更

第21条 会則の変更は、理事会の議を経て総会の議決により行う。

第10章 付 則

1. 本会は事務局を置き、その所在地は理事長改選時に定める。
2. 本会則は平成16年3月6日より施行する。

役員選出に関する細則

第1条 理事は次の項目に該当する者で理事会が適当と認めたとする。

1. 本会の目的に賛同する機関の代表者、
 - 1-1 大学病院教授あるいは教室主任に相当する者
 - 1-2 都道府県あるいは都市歯科医師会代表者
 - 1-3 病院歯科、口腔外科の主任あるいはそれに相当する者
2. 本会の運営に必要な個人

第2条 理事会の指名により、顧問を若干名置くことが出来る。

入会申込と年会費のお知らせ

本学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 35,000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 0263-51-2076

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 古澤清文

理事名簿（平成17年5月現在）

（50音順）

理事長 白 砂 兼 光	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	〒812 8582	福岡市東区馬出 3 1 1
理事 天 笠 光 雄	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面顎部機能再建学系 顎顔面機能修復学講座顎顔面外科学	〒113 8549	東京都文京区湯島 1 5 45
石 橋 克 禮	鶴見大学歯学部口腔外科学第2講座	〒230 8501	横浜市鶴見区鶴見 2 1 3
今 村 佳 樹	日本大学歯学部口腔診断学講座	〒101 8310	千代田区神田駿河台 1 8 13
浦 出 雅 裕	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
大 野 敬	奥羽大学歯学部口腔外科学講座	〒963 8611	郡山市富田町字三角堂 31 1
柿 澤 卓	東京歯科大学水道橋病院口腔外科	〒101 0061	千代田区三崎町 2 9 18
覚 道 健 治	大阪歯科大学口腔外科学第2講座	〒540 0008	大阪府大阪市中央区大手前 1 5 17
金 子 明 寛	東海大学医学部 口腔外科学教室	〒259 1193	神奈川県伊勢原市望星台
川 辺 良 一	聖路加国際病院 歯科口腔外科	〒104 8560	東京都中央区明石町 9 1
古 郷 幹 彦	大阪大学大学院歯学研究科顎口腔病態制御学講座	〒565 0781	大阪府吹田市山田丘 1 8
佐 藤 光 信	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
椎 葉 俊 司	九州歯科大学学生体機能科学専攻生体制御学講座歯科侵襲制御学分野	〒803 8580	北九州市小倉北区真鶴 2 6 1
嶋 村 寛 (代表委員)	京都府歯科医師会	〒603 8415	京都市中京区西ノ京梅尾町3番地の8
杉 山 勝	広島大学展開医科学専攻顎口腔顎部医科学講座	〒734 8551	広島市南区霞 1 2 3
高 木 律 男	新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学分野	〒951 8514	新潟市学校町通二番町5274
田 口 洋 見 (代表委員)	大阪府歯科医師会	〒543 0033	大阪市天王寺区堂ヶ芝 1 3 27
竹 村 正 仁 (代表委員)	大阪府歯科医師会	〒543 0033	大阪市天王寺区堂ヶ芝 1 3 27
廣 瀬 伊 佐 夫	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
古 澤 清 文	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
古 屋 英 毅	日本歯科大学歯学部歯科麻酔学教室	〒102 8159	千代田区富士見 1 9 20
堀之内 康 文	九州中央病院歯科口腔外科	〒851 8588	福岡市南区塩原 3 23 1
三 村 保	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科顎顔面機能再建学講座 口腔顎顔面外科学	〒890 8544	鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘 8 35 1
薬師寺 登	近畿中央病院歯科口腔外科（兵庫県病院歯科医会）	〒664 0872	兵庫県伊丹市車塚 3 1

編集後記

口腔顔面神経機能学会の会報第9号をお届けいたします。第9回口腔顔面神経機能学会総会（平成17年3月5日）にて会則の改訂が承認され、3つの小委員会が設置されました。

平成18年3月6日に第10回口腔顔面神経機能学会が開催され

ます。多数のご参加をお待ちしております（12頁をご参照下さい）。なお、本学会の運営についてご質問、ご意見等ございましたら事務局までご連絡ください。

（安田浩一、中山洋子、杉浦真貴）