

# 口腔顔面神経機能学会会報

2006年12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/

## 口腔顔面神経機能学会 小委員会発足

第10回口腔顔面神経機能学会理事会（平成18年3月4日 東京医科歯科大学にて開催）にて以下の委員会が承認されました。

### 学会のあり方委員会

委員長：白砂 兼光（九州大学）  
委員：天笠 光雄（東京医科歯科大学）  
浦出 雅裕（兵庫医科大学）  
古郷 幹彦（大阪大学）  
古澤 清文（松本歯科大学）

### 口唇麻痺判定認定制度設立準備委員会

委員長：古郷 幹彦（大阪大学）  
委員：金子 明寛（東海大学）  
川辺 良一（聖路加病院）  
中村 典史（鹿児島大学）  
堀之内康文（九州中央病院歯科口腔外科）

### 口腔領域感覚異常診断基準検討委員会

委員長：小林 明子（東京医科歯科大学）  
委員：浅田 洸一（鶴見大学）  
高崎 義人（東京歯科大学水道橋病院）  
高田 訓（奥羽大学）  
安田 浩一（松本歯科大学）（敬称略）

平成18年5月11日「名古屋国際会議場小会議室213号室」にて委員会が開催されました。

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

平成18年10月12日「九州厚生年金会館ウェルシティ小倉足立の間」にて委員会が開催されました。

第2回口唇麻痺判定認定制度設立準備委員会  
第2回口腔領域感覚異常診断基準検討委員会

## 目 次

口腔顔面神経機能学会 小委員会発足 .....	1
第11回口腔顔面神経機能学会のご案内.....	18
平成17年度収支決算報告、平成18年度収支予算案.....	19
口腔顔面神経機能学会会則.....	19
入会申込と年会費のお知らせ.....	20
理事名簿.....	21
編集後記.....	21

## 一般演題

## 1. 下顎枝矢状分割法術後における知覚障害の長期経過例に関する臨床的検討

東京歯科大学 水道橋病院口腔外科、口腔健康臨床科学講座 口腔外科分野  
藤田 圭子、関根亜里沙、桑山 真寧、北浦 宏明、秋元 善次  
高崎 義人、高野 正行、柿澤 卓

## 緒 言

下顎枝矢状分割法（以下SSRO）術後の下歯槽神経知覚障害に関しては多くの報告が認められる。しかし、長期経過観察例が少なく検査方法や評価基準に統一性がないため最終的予後の比較検討を行うことが困難である。そこで、我々は客観的知覚検査と自覚症状の聴取を行いSSRO術後の長期経過例の知覚障害発現率について検討し、若干の興味ある知見を得たので報告する。

## 対 象

2003年8月～9月に東京歯科大学水道橋病院口腔外科においてSSROが施行された28例56側である（男性10名女性18名、平均年齢：20.7歳）。観察時期は術前（一日前）・術直後例（1週目）・長期経過例（術後12～18ヶ月後）とした。

## 方 法

知覚障害の発現率について、客観的知覚検査としてSW知覚テスト（以下SW）静的・動的二点識別法（以下s-2PD・m-2PD）を用いた。またその他の自覚症状も聴取し、自覚症状残存症例について検討を行った。自覚症状の聴取は藤川の方法に準じ知覚脱失・知覚鈍麻・異感覚・錯感覚について聴取した他、長期例ではこれら以外の違和感を訴えるものも認めるためその他の症状とその有無についても聴取した。SWは静的触覚受容器に対する域値検査である。測定方法はWernerの方法に準じ、測定部位は高崎の方法に準じ下唇枝・口角枝・オトガイ枝とした。術前値より上昇を認めたものを知覚障害と定義し発現率を算出した。s-2PDは静的触覚受容器の支配神経分布密度を、m-2PDは動的触覚受容器の速順応性受容器の神経支配密度を対象としたものである。検査器具にはディスククリミ

ネーターを用い、測定部位は菊池の方法に準じ下唇枝・オトガイ枝とした。基準値は全症例の平均値 $\pm 2SD$ とし、s-2PDは下唇枝：4.64 $\pm 3.0$ 、オトガイ枝：5.89 $\pm 4.2$ 、m-2PDは下唇枝：4.23 $\pm 3.8$ 、オトガイ枝：5.52 $\pm 6.2$ であった。

## 結 果

自覚症状は53.5%から10.7%へ減少した。これらのうち不快感を訴えるものは0%で、そのうち全く気にならないものが33.3%、日常生活に支障ないものは66.6%であった。自覚症状があり検査でも知覚障害発現を認める患者は3.5%であった。SWは下唇枝：25.0%から5.3%、口角枝：28.5%から1.7%、オトガイ枝：28.5%から3.5%へ減少した。s-2PDは下唇枝：19.6%から3.6%、オトガイ枝：28.6%から12.5%へ減少した。m-2PDは下唇枝：16.0%から3.6%、オトガイ枝：28.6%から12.5%へ減少した。

## 考 察

客観的検査では他報告とほぼ同様に、術前レベルまで回復した。しかしその値は検査法により様々な発現率を示し、検査法別の結果に違いがあった。知覚障害を評価する場合には多角的な方法が望ましいが、これらの検査法別の値の違いは客観的評価や他施設との比較を困難にする。より精確に知覚障害を比較・把握するためには、標準化された定量的な検査法で統一されることが望ましいと考えられる。また客観的検査では検出し得なかった主観的な自覚症状を認めるものがあることから、長期例では定量的検査に加え、自覚症状も含めた判断が重要と考えられた。今後は患者の自覚症状を含めた長期経過観察についてより詳細な検討を行い、それを元に術直後における予後の推察や治療法獲得のための検討を行う予定である。

## 2. 熱流束による下歯槽神経障害回復過程の観察

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科  
口腔機能再構築学系口腔機能再建学講座顎口腔外科学分野<sup>1)</sup>  
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科  
口腔機能再構築学系口腔機能再建学講座麻酔・生体管理学分野<sup>2)</sup>  
佐藤百合子<sup>1)</sup>、樺沢 勇司<sup>1)</sup>、丸岡 豊<sup>1)</sup>、神野 成治<sup>2)</sup>  
小村 健<sup>1)</sup>

## 緒 言

従来、温度覚閾値は温度差によって測定されてきたが、測定

法が煩雑であり、様々な要因によって値が変動する欠点があった。熱流束とは温度の異なる物質間で温度の高い方から低い方に流れる単位面積あたりの熱量のことで、測定が簡便な上に影

響因子が少ないといわれている。そこで本研究は、両側下顎枝矢状分割術（以下 BSSRO）術後の患者を対象に、熱流束方式によるオトガイ部皮膚温冷覚閾値を測定し、下歯槽神経障害の回復を評価する目的で行った。

### 対象および方法

対象は BSSRO を施行した男女12名、24側で、平均年齢は28.0歳だった。熱流束閾値の測定にはインタークロス社製熱流束方式温冷覚閾値計、インタークロス200を使用した。測定項目は SW 知覚テスターによる触覚閾値、熱流束方式温冷覚閾値計を用いた温冷覚閾値の3項目とし、測定は術前、術後2週間、1か月、3か月、6か月に行った。

### 結果

術前の熱流束閾値平均±標準偏差は、温覚が  $-513.1 \pm 111.9$  W/m<sup>2</sup>、冷覚が  $681.9 \pm 147.5$  W/m<sup>2</sup> だった。今回、温冷覚閾値は、術後2週間で術前と比較して100W/m<sup>2</sup>以上数値が上昇した患者を、触覚閾値は、2.44以上の患者を知覚異常ありと判断したところ、術後2週間での知覚異常は温覚で66.7%、冷覚で

54.2%、触覚で62.5%に認められた。知覚障害が認められた患者群の閾値は、温覚と触覚は術後2週間でピークをむかえ、冷覚は術後1か月でピークをむかえた。その後、温覚閾値は徐々に回復したのに対し、冷覚と触覚閾値は3か月まで急速に回復し、それ以降の回復はゆるやかであった。術後6か月の回復率は温覚で12.5%、冷覚で23.1%を示し、触覚の53.3%に比べ回復率が悪かった。

### 考察および結語

今回われわれは、下歯槽神経障害の回復過程を、新しい熱流束による皮膚音冷覚閾値で評価した。下歯槽神経障害は神経線維の太い順、すなわち触覚 Aβ 線維、冷覚 Aδ・C 線維、温覚 C 線維の順に回復する傾向があった。また、温覚の受容器は樹枝状終末で、神経損傷後の再生率は1割程度と報告されており、本研究の温覚の回復率とほぼ一致した。一方、冷覚の受容器は被覆性終末で、未治療でも4割が再生するといわれている。しかし、本結果の回復率は2割程度と悪く、受容器のみの影響ではないことが示唆された。今後は、手術条件などを加味してさらに検討する必要があると思われる。

## 3. 下顎嚢胞手術後の下唇・オトガイ部の知覚異常についての検討

鶴見大学歯学部口腔外科学第2講座

田坂 明子、浅田 洸一、栃原しほみ、山本 英雄、石橋 克禮

下顎嚢胞手術後の下唇・オトガイ部の知覚異常について、ニューロメーター、SW テスターにより術後1週と術後最大6か月までの経時的な測定をおこなった。対象はパノラマX線ならびにCT像で下顎管に近接した嚢胞27例で、含歯性嚢胞13例、歯根嚢胞13例、歯原性角化嚢胞1例である。手術時に下顎管の露出を認めたものが11例、認めなかったものが16例で、そのうち2例に創底部からの異常出血を認めた。術後1週間の調査で、下顎管露出を認めた11例中5例（45.5%）、下顎管露出を認めなかった16例中5例（31.3%）計10例に知覚異常の訴えを認めた。訴えとしては、しびれ感、鈍麻感、ピリピリ感であった。それら知覚異常の訴えがあった10例中7例に SW テスターで異常値を認め、一方、ニューロメーターでは10例中6例に異常を認め、両者ともに異常値を認めたのは4例であった。

今回、SW テスターの基準値は健常者66名の測定結果を用いた。測定部位は本学会で定めた旧分類を用い、測定は左右側についておこない、1定点に対し3回刺激し、被験者の識別をみた。測定部位の、1から7部位のいずれもが98.5%以上でAまたはB（ $2.36 \log_{10}$  Force (mg)）が識別可能で、今回はAとBを基準として用いた。

ニューロメーターの基準は健常人の96名の測定結果を用いた。刺激電極をオトガイ部に固定し、計測は左右側について行った。5 Hzの平均が13 CPT、250 Hzは28 CPT、2 KHzは136 CPTであった。それらの値の1 SDを今回の基準とした。これは、ニューロメーターに添付されている、三叉神経領域の値と比べると、基準の幅が5 Hzと2 KHzでせまい傾向であった。

次に知覚異常の訴えの有無とニューロメーターとSW テスターの計測値の関係を13例について検討した。症状の訴えがある患者さんではSW テスターでCとD程度の軽度の異常値がみられ、その部位は主に1と2と4と5で、異常を認める部位が少なくても、患者さんには知覚の異常として感じられると思われた。ニューロメーターの値をみると、5 Hz、250 Hz、2 KHzすべてにおいて異常値は軽度の低下を示すものが多い傾向であり、また2 KHzで異常を認める頻度が高い傾向がみられた。2 KHzはAβ線維の異常を反映するといわれ、嚢胞壁剥離などによる刺激では太い神経への影響が大きいと思われた。

次にこの知覚異常の有無とSW テスター、ニューロメーターの検査結果の関係をみると、症状の訴えがあった10例中SW テスターとニューロメーターの3つ全ての値で異常値を示すものは1例、SW テスターとニューロメーターの3つの値のいずれかが異常値を示すものは3例、SW テスターが異常値を示しニューロメーターが基準内を示すものは3例、SW テスターが基準内でニューロメーターの3つの値のいずれかが異常値を示すものは2例、SW テスター、ニューロメーターともに基準内を示すものは1例であった。症状の訴えのない3例中、SW テスターとニューロメーター3つ全ての値が異常値を示すものが1例、SW テスターが基準内を示しニューロメーターのいずれかの値が異常値を示すものは2例であった。以上の結果より、下顎嚢胞摘出後に生じる軽度の知覚異常の評価にあたっては、1つの検査方法のみで異常値を示さなかった例が半数以上の5例あり、軽度の知覚異常の評価にはSW テスターとニューロ

メーターを併用が望ましいと思われた。  
なお、術後の経過観察では知覚異常を訴えた10例中1例を除

き、6か月後にSWテスター、ニューロメーターの値は基準内に、自覚症状も消失していた。

### 4. オトガイ正中部皮膚感覚の評価

奥羽大学歯学部口腔外科学講座

福山 悦子、菅野 勝也、渋澤 洋子、高田 訓、大野 敬

#### 目 的

口腔領域における下唇の感覚異常を正しく診断するために、本学会では判定基準や計測点を設定しプロトコルを用いて検討を行っている。しかし、オトガイ正中部の知覚は、両側のオトガイ神経に支配されていることから現在の計測点のみでは感覚異常を正確に捉えるのは難しいと考えられる。

そこで口腔内への局所麻酔施行後の電流知覚閾値検査（以下；CPT）および二点弁別閾検査（以下；2PD）における皮膚感覚の変化について、従来の計測点とオトガイ正中部の計測点それぞれにおいて比較検討した。

#### 対 象

本学口腔外科学講座において局所麻酔の実習を行っている臨床研修医で、局所麻酔施行前のCPTおよび2PDにおいてオトガイ部皮膚感覚に異常のない男性5名、女性1名の計6名とした。

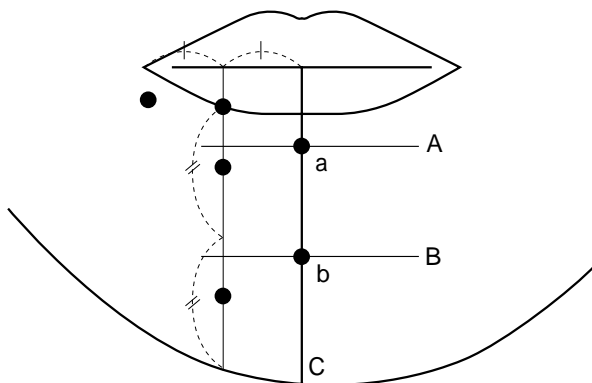


図1 二点弁別閾検査の計測点

#### 検索方法・項目

局所麻酔の施行部位は下顎正中唇側歯肉類移行部（正中麻酔施行群）と下顎右側第一小臼歯根尖相当部（小臼歯部麻酔施行群）の2か所とした。局所麻酔の術式として2分間の表面麻酔施行後、30G麻酔針により粘膜下5mmの位置に0.5mlの粘膜下局所麻酔を施行した。皮膚感覚の測定は局所麻酔施行後10分経過したのちに開始した。

右側オトガイ部のCPTはオトガイ孔をはさむ位置で測定し、2PDは本学会提案の4点で測定した。また、オトガイ正中部のCPTは下唇正中線をはさむ位置で測定し、2PDはA（粘皮境界線より3mm下方のa点を中心とした水平方向の線上）、B（a点とオトガイ下の midpoint b点を中心とした水平方向の線上）、C（上方をa点に固定した正中線上）の3か所で測定した（図1）。

#### 結 果

##### 1. 右側オトガイ部のCPTの結果、対照群、正中部麻酔施行群

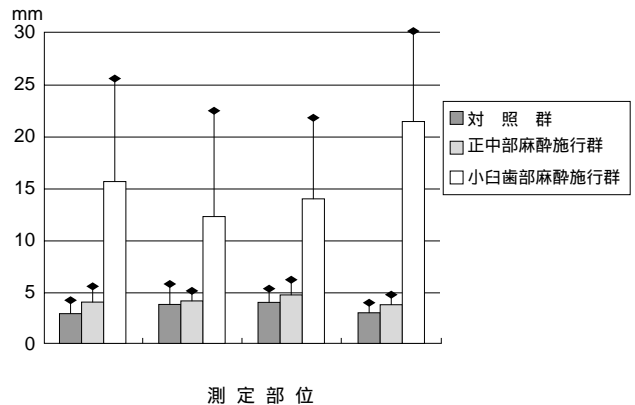


図3 右側オトガイ部における2PDの結果

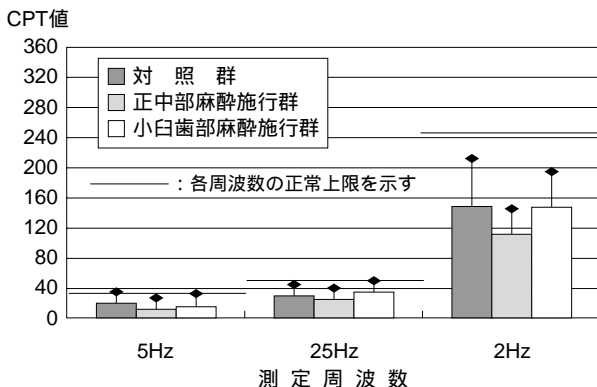


図2 右側オトガイ部におけるCPTの結果

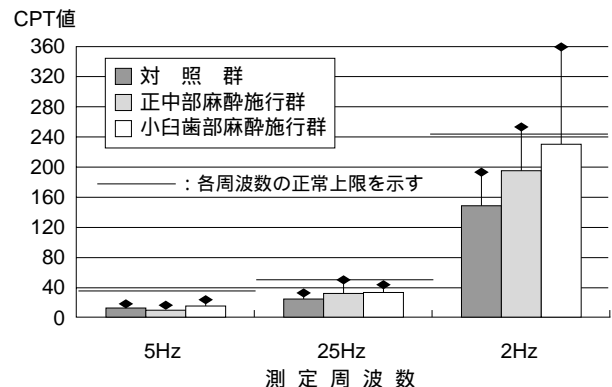


図4 オトガイ正中部におけるCPTの結果

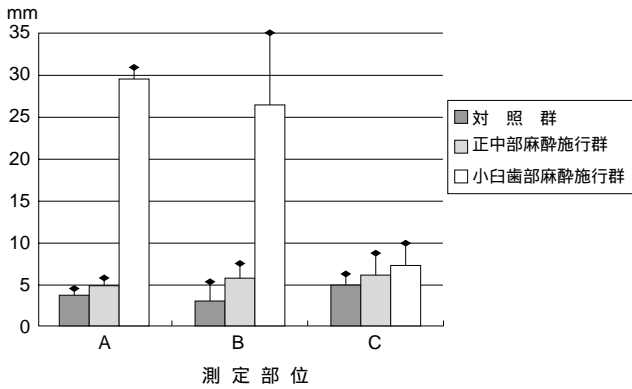


図5 オトガイ正中部における2PDの結果

行群、小白歯部麻酔施行群の三群間に差は見られず、すべて正常域の範囲内であった(図2)。2. 右側オトガイ部の2PDの結果、正中部麻酔施行群では閾値はほとんど変化しなかったが、小白歯部麻酔施行群は閾値の著明な上昇がみられた(図

3)。3. オトガイ正中部のCPTの結果、右側オトガイ部と同様に三群間に差はみられず、すべて正常域の範囲内であった(図4)。4. オトガイ正中部の2PDの結果、正中部麻酔施行群の閾値の上昇はわずかであったのに対し、小白歯部麻酔施行群の閾値は著明に高くなっていった。特にAとBの測定部位で高く、Cにおいても正中部麻酔施行群に比べ、小白歯部麻酔施行群の閾値が高い傾向を示した(図5)。

まとめ

局所麻酔による皮膚感覚の変化はCPTで捉えるのは困難であった。また、オトガイ正中部の2PDの結果より、正中部への麻酔施行後に比べ、小白歯部への麻酔施行後に閾値の著明な上昇がみられたことから、オトガイ正中部の皮膚感覚は中枢側からの影響を強く受ける範囲であると考えられた。よって正中部の感覚異常を正しく診断するためには、従来の計測点のみでは難しいと考えられた。

5. 下顎埋伏智歯歯根と下顎管の位置関係 埋伏智歯抜歯症例のパノラマX線による検討

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、石田 喬史、下松 孝太、李 知午、西久保 舞、大河内孝子  
朝田 重史、比地岡浩志、守山 泰司、宮脇 昭彦、西原 一秀、平原 成浩  
野添 悦郎、中村 典史

目的

下顎埋伏智歯抜歯に際して、智歯と下顎管の位置関係を把握することは、抜歯後の知覚障害発現を回避予防するために必要であり、また、その位置関係のタイプにより、下顎槽神経の知覚異常出現の頻度を明らかにする事は、智歯抜歯時の知覚異常出現に関する患者への説明と同意を得るための資料として有用と考える。

今回我々は下顎埋伏智歯抜歯症例についてパノラマX線写真上で下顎埋伏智歯と下顎管の位置関係・形状について判定し、分類を試みたのでその結果を報告した。

対象

2003年1月から2005年12月までに当科にて下顎智歯抜歯を行った患者のうち、歯根が3/4以上完成し、抜歯後1週間以上経過を観察しえた478名548本とした。

検討方法・項目

抜歯前に撮影したパノラマX線写真を当科医局員が読影し資料とした。検討項目は

- 1. 智歯歯根と下顎管との重なり
  - 2. 智歯歯根近接部位での下顎管白線の消失の有無
  - 3. 智歯部での下顎管の屈曲の有無
  - 4. 歯根と下顎管の交点
- とし、重なりについては図1のごとく分類した。

結果

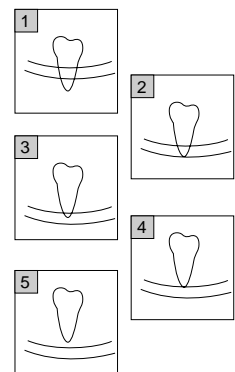
歯根と下顎管の交差・接触を認める1型、2型、3型が382本、69.7%であった。

智歯歯根が近接した部位で下顎管の白線が消失していたのは548本中183本、33.4%で、智歯部で下顎管が屈曲していたものは40本、7.3%であった。

歯根と下顎管が重なる1型、2型、3型4型の382本について、歯根を3等分し、交点の位置を分析した。接点あるいは交点が歯頸部側3分の1にあったのは29本7.6%、根中央部3分の1に交点があったものが92本24.1%、根尖側3分の1に交点があったものは261本・68.3%であった。

歯根と下顎管の重なりタイプ別に、白線消失の有無および下顎管の屈曲の有無を調べたところ、白線の消失は下顎管に交差・接触する1から4型に認め、2型77.8%、3型59.2%で

- 1型; 下顎智歯が下顎管の幅径の1/2を超えて重なり、歯根が下顎管下壁を完全に越えている症例
- 2型; 下顎智歯が下顎管の幅径の1/2を超えて重なり、下顎管下壁を超えていない症例
- 3型; 下顎智歯が下顎管上壁に重なっているが、下顎管の幅径の1/2を超えていない症例
- 4型; 下顎智歯が下顎管の上壁に接触している症例
- 5型; 下顎智歯が下顎管と重なっていない症例



歯根と下顎管との重なり分類

術後に知覚障害が出現したものの548本中3本(0.55%)

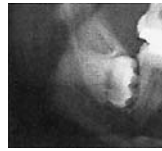
	年齢	性別	歯根と下顎管の重なり	下顎管の白線消失	下顎管の屈曲	歯根と下顎管の交点の位置
Case 1	33	F	3	なし	あり	根尖側
Case 2	28	M	3	あり	なし	根尖側
Case 3	37	F	1	あり	あり	歯頸側



Case 1



Case 2



Case 3

あった。下顎管の屈曲は2型で15.9%と、やや多い傾向を認め

た。

今回検討した548本の中で、術後にオトガイ部の知覚障害を生じたものは3本、0.55%であった(表1)。

## 考 察

本学会発足後、当科でも智歯抜歯に際しては術後知覚障害の可能性を含めた同意書をとると共に、術後知覚障害を生じないように細心の注意を払っている。この3年間で術後にオトガイ部の知覚障害を生じたものは548本中3本、0.55%で、パノラマX線所見と術後神経障害との関連を詳細に論ずることは出来なかった。今後も継続して分析すると共に、歯根の数、形態、ならびに術中の所見なども考慮に入れる必要があると思われた。また、多施設での調査分析が出来ればより有用と考えた。

## 6. 感覚異常と自覚症状との関連性に関する検討 第2報～日本語版マギル疼痛質問票を用いて

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 顎顔面外科学分野

渡辺 裕子、小林 明子、澤田 真人、望月 美江、岡田 尚子

天笠 光雄

### 目的・対象

感覚異常をあらわす自覚症状の表現には実に様々なものがある。今回われわれは日本語版マギル疼痛質問表を提示し、自覚症状の聴取条件を行った。対象者は2005年9月から2006年2月までにオトガイ部に異常感覚を自覚した21症例(25~66歳:中央値43.0歳、男性8名女性13名)水平埋伏智歯抜歯10症例、良性腫瘍2症例、顎矯正手術2症例、嚢胞摘出術2症例、歯科治療2症例、その他3症例。

### 検査方法

今回行った検査は圧感受能検査、電流知覚閾値検査、温覚検査、温覚検査、5 Hz 矩形波微小電流刺激装置、二点識別能検査。自覚の聴取には痛みの多面的評価法である日本語版マギル疼痛質問表に膜が張った、電気が走ったような、の異常感覚の自覚症状として頻用される2表現を追加した。

### 結 果

選択された度数が2以上のものが22表現あり、ぴりぴり、腫

れたような、引っ張られるような、重苦しい、びりびり、じーん、にぶい、わずらわしい、しびれたようななどが選択度数5以上であった。感覚閾値を各検査ごとに点数化しその合計点数によりレベル分け(0~3)をすると比較的軽症なレベル1においては腫れたような、重苦しい、しびれたようなが、レベル2ではピリピリ、引っ張られるような、しびれたようなの選択割合が10%を超えていた。重症であるレベル3においてははれたような、としびれたようなの選択割合が10%を超えていた。表現数の合計とレベルを比較したところ、レベルと選択した自覚症状の合計数に差は認められず、重症度と自覚症状の訴えの多さとは一致していなかった。

## 考 察

異常感覚特有の項目を選別できる可能性が示唆された。異常感覚の重症度と訴える自覚症状の数は必ずしも一致せず、心理的要因の関与をうかがわせる結果となったため、今後これらの項目も考慮に入れて検査を行う必要があるのではないかと思われた。

## 7. 右側オトガイ孔部に生じた外傷性神経腫の1例

東京歯科大学 水道橋病院 口腔外科<sup>1)</sup>  
 東京歯科大学 口腔健康臨床科学講座 口腔外科分野<sup>2)</sup>  
 東京歯科大学 病理学講座<sup>2)</sup>  
 大山 定男<sup>1,2)</sup>、柿澤 卓<sup>1,2)</sup>、高野 正行<sup>1,2)</sup>  
 高崎 義人<sup>1,2)</sup>、秋元 善次<sup>1,2)</sup>、桑山 真寧<sup>1,2)</sup>  
 橋本 貞光<sup>3)</sup>、嶋 香織<sup>3)</sup>

外傷性神経腫は切断神経腫や断端神経腫ともよばれ、神経損傷部における神経線維の過剰再生により生ずる腫瘤状の病変である。

本疾患は、口腔領域での発症はまれと言われており、オトガイ孔部や頬粘膜、舌などの三叉神経に関連した報告が散見的に認められる。今回私達は、右側オトガイ孔部に発生した外傷性神経腫に対して、切除手術を行い、切断神経をマイクロサージャリー下に再建したので術後の知覚回復過程を含めてその概要を若干の文献的考察を加え報告した。

### 症 例

42歳女性臨床診断：血管腫、外傷性神経腫疑い

### 主 訴

歯肉の黒色腫瘍

### 既往歴

甲状腺機能亢進症

### 家族歴

特記事項なし

### 現 病 歴

約7年前、右側下顎臼歯部の支台歯形成中に回転切削器具が破折し同部歯肉を損傷。同日より右側下唇部の鈍麻感を軽度自覚するも放置。他院受診後当科紹介されたが本人の希望にて経過観察とした。

### 初診時所見

10mm大の暗黒色弾性硬の無痛性腫瘍を認め、周囲歯肉との境界は不明瞭でした。知覚検査ではSW知覚テストは1.65 Fmgで二点識別閾検査は静的は7mm、動的は8mmでした。

初診より2カ月後に同部の腫瘍の増大と疼痛の発現、知覚閾値の上昇を認め、当科を再診された。

### 再診時所見

腫瘍の増大を示し軽度の自発痛を自覚されていた。

知覚検査では口角枝SW検査1.65 Fmg、下唇枝SW検査4.17 Fmgオトガイ枝部SW検査2.44 Fmgでした。二点識別閾検査は測定不能であった。

### C T 所 見

画像上石灰化物様の構造物を認め、造影CTでは、血管と比較してやや境界不明瞭な像を示していた。

全身麻酔下に腫瘍切除を行い、オトガイ神経との癒着を認めため神経切断を行い切除神経をマイクロサージャリー下に縫合を行った。

### 病理所見

不規則に再生した末梢神経線維束が癒着化した肉芽組織中に認められ、神経束や血管周囲に金属片とリンパ球の浸潤が観察された。金属片は神経線維束などの組織に広範囲で沈着しており、異物巨細胞が金属を貪食している像が観察された。

### 術後所見

強度の知覚鈍麻があり知覚検査の結果、SW検査では口角部で1.65 Fmg下唇部で4.17 Fmg、オトガイ部で2.44 Fmgでした。

二点識別閾検査では静的は測定不能、動的は下唇部で14mm、オトガイ孔部で15mmでした。術日よりステロイド剤・ビタミンB12製剤の投与を行い、術後5日目で星状神経節ブロックを開始した。術後8日目で退院、過観察とした。

経時的に知覚回復を認め、知覚検査は12ヶ月目で正常値となり現在では軽度の違和感を残すのみにまで回復している。

### ま と め

今回われわれは回転切削器具の経損傷により起因した外傷性神経腫を経験したので報告した。

切除神経の再建を行い、知覚回復過程において良好な結果が得られた。最終的予後は、術後12ヶ月で各検査値は基準値内となり自覚症状として軽度の違和感のみとなった。

## 8. 歯科治療薬剤漏洩が原因と思われたオトガイ神経麻痺の2例

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・顎顔面外科学分野<sup>1)</sup>

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科・口腔機能再構築学系・  
口腔機能再建学講座・口腔病態診断科学分野<sup>2)</sup>

石川 均<sup>1)</sup>、小林 明子<sup>1)</sup>、中村恵理奈<sup>1)</sup>、岩城 博<sup>1)</sup>

岡田 憲彦<sup>2)</sup>、天笠 光雄<sup>1)</sup>

日常の歯科臨床において、フォルマリン・クレゾール(FC)など多くの薬剤が使用されている。こうした薬剤の中には、劇薬も多くその使用に関して注意を要することが多い。今回、われわれは、歯科治療薬剤の漏洩が原因と思われたオトガイ神経麻痺の2症例に遭遇したのでその概要について報告した。

症例1：30歳台、女性。近歯科で左側下顎第二大臼歯の抜髄処置を受けるも、根尖部に残髄の可能性があるとの診断で亜ヒ酸が髄腔内に貼薬された。その8日後、左側下唇・オトガイ部に知覚異常を自覚し、症状の改善が認められないため、近歯科受診から約2か月後、当科を紹介受診した。初診時のエックス線で、左側下顎第二大臼歯は根尖周囲の骨と一塊で分離していた。また骨シンチグラムでも左側下顎骨部に高度の集積を認めた。感覚検査の結果は、SW テスターで、右側下唇・オトガイ部は1.68で反応が認められたが、左側下唇・オトガイ部は上限である6.65でも反応が認められず、矩形波電流刺激検査では、右側・下唇オトガイ部は0.2mAで反応が認められたが左側下唇・オトガイ部は、上限値と定めた1.0mAでも反応が認められず、温度刺激検査では、右側下唇・オトガイ部は38.0で反応が認められたが、左側・下唇オトガイ部は上限と定めた55でも反応が認められなかった。左側オトガイ部は閾値が高度に上昇し感覚の脱失状態であった。初診から4か月経過後に、局所麻酔下に左側下顎第二大臼歯抜髄術、腐骨除去術を施行した。当科初診から4年経過しているが、依然として患者の自覚的異常感は残存している。

症例2：30歳台、男性。右側下顎第二大臼歯の補綴物が脱離

し近歯科受診したところ麻酔抜髄処置が行われ、FCが根管内に貼薬された。麻酔の効果が消失するにつれ疼痛を自覚したが、この時点で患者は下唇・オトガイ部の感覚異常は自覚していなかった。その後、2回根管治療が行われるも痛みが取れず、その度毎にFCが貼薬された。同歯科受診から14日後右側下唇・オトガイ部に感覚異常を自覚し、その範囲が拡大したため、同歯科初診から約1か月後に知覚異常の精査目的で当科を紹介受診した。初診時のエックス線写真では、根尖部に異常所見は認められなかった。感覚検査結果は、SW テスターで左側下唇・オトガイ部は、2.83で反応が認められたが、右側下唇・オトガイ部は、上限である6.65でも反応が認められず、矩形波電流刺激検査では、左側下唇・オトガイ部は0.2mAで反応を認めたが、右側オトガイ部は、上限の1.0mAでも反応が認められなかった。当科初診から約4年経過した時点の感覚検査の結果は、SW テスターで左側オトガイ部は2.36、右側下唇・オトガイ部は2.44、矩形波電流刺激では、左右側ともに0.3mAで反応が認められた。閾値は低下しているものの、患者の自覚的異常感は残存している。

2例ともその臨床経過および紹介元からの情報により、歯科治療薬剤漏洩が原因と思われ、発症直後の感覚検査では閾値が高度に上昇し感覚の脱失状態であった。これらの結果から歯科薬剤漏洩による下唇・オトガイ部の知覚異常は重度に発症し、4年経過後も自覚的異常感は残存する可能性があることが示唆された。

## 9. 咬合の異常が招来した歯痛、三叉神経痛および頤神経麻痺

兵庫医科大学歯科口腔外科学講座  
長谷川誠実、浦出 雅裕

### はじめに

痛みや麻痺は多くの要素が重なり合い発症する。それゆえに痛みや麻痺治療において、学際的治療またはエゾン治療が必要であると主張されて久しいが、一般化しているとは言い難い。今回、咬合の異常が原因となって発症した三叉神経痛および下唇麻痺症例を通じて、各専門の連携が不足したことにより生じた問題点について考察し、今一度痛みおよび麻痺治療のあり方に関して問いかけたい。

### 症 例

患者：56歳、男性。現病歴：初診の10日前、起床とともに左側顔面に痙攣を自覚し、その後洗顔時に同部位に激痛を生じた。痛みはやがて口腔内に広がり左側下顎第一大臼歯に激しい自発痛を認めた。顔面痛が強いことから、近医外科を受診しカルママゼピンの投与を受けるが効果を認めず、当該外科を通じて当院ペインクリニック紹介来科。ペインクリニックでは星状神経ブロックを施行し、歯痛が強いことから当科紹介受診となった。現症：左側顔面および下顎第一大臼歯に強い自発痛。



周囲歯肉には強い接触痛。

経過：初診の段階では、痛みの原因不明として、下歯槽神経に2%塩酸リドカインエピネフリン入りの1.8mlを用いて伝達麻酔のみ施行。帰宅後歯牙に激しい自発痛を生じ、近医歯科を受診。左側下顎第一大臼歯の抜髄処置と左側上顎第二大臼歯の抜髄処置を受けた。3日間経過をみるが、痛みは激しさを増し、左側下唇には知覚麻痺を認めた。再び当科緊急来科。舌神経ブロックを1カ月間毎日続けたが特記すべき効果はなく、断続的に同方法を繰り返しつつ1年4ヶ月経過した時点で演者が治療を引き継ぐ。まず治療法を整理する目的で問診から診査をやり直した(表1)。特記事項としては、咬筋部にトリガーポイントとしての条件を満たす局所収縮を認めた。診査結果から、診断を筋・筋膜痛とそれに伴う関連痛とし、治療方針を、トリガーポイントのブロック、咬筋の理学療法(理学療法士に実地指導)、ナイトプレート療法(顎機能専門医による治療計画)、星状神経ブロック(ペインクリニックによる三叉神経痛治療)、麻痺は、痛み治療で対応、中断している根管処置歯の早期終了、と定めた。演者は歯内療法専門の立場から、抜髄歯に治療継続の意義はなしとして、根管充填および補綴処置を終了させるとともに、全歯牙歯髄の診断を行い、上記治療を施行した。さらに顎機能専門医の示唆に従い、咬筋のストレッチに併せて咀嚼運動目的にマウスフィットネス(メディカルビューン社製)の使用および経皮消炎軟膏を併用したマッサージを施行したところ治療効果が顕著に認められ、約2ヶ月で痛みの発作発現回数の激減、自発痛の著しい軽減が認められた。現在、ペインクリニックと共に治癒を目指して治療継続中である。

表1 痛みに対する問診事項

痛みの部位	左側下顎第一大臼歯、左側下顎大臼歯部の舌側歯肉および耳前部から頤にかけての広範囲の顔面
痛みの性状	口腔内：持続的自発痛、刺激物が触れると焼け付くような激痛 顔面：びりびりとしびれるような痛み
痛みの強度	VAS 90~100mm
痛みの持続時間	自発痛は途切れず、激痛の発作は生じると約20分持続
痛みの頻度	今回初めて、痛みの発作は1日に5~6回
伴う関連症状	頭痛
時間的变化	朝食時および就寝前にもっとも強い発作が多い
誘発因子、増悪因子	刺激物が触れる(歯磨き、ラーメンの汁等)、顎角部圧迫で痛み増強
改善因子	入浴でわずか痛み軽減、顔面のマッサージ
随伴症状	下顎の不随運動、顔面のチック、下唇麻痺

### 考 察

痛みや麻痺の治療に対する専門の偏在は、治療上大きな弊害以外のなにものでもない。痛み、麻痺に対する治療は、その発症要因となり得る個々疾患の整理と、それぞれの専門分野における痛みの見地からの診断に開始すると考える。本症例は、歯内療法、補綴、歯科口腔外科およびペインクリニックが共同で治療に当たることが遅れたために、痛みおよび麻痺の治療に必要以上の期間を要した典型例である。痛みおよび麻痺治療においては、各専門医が参画する口腔顔面神経機能の臨床部門の確立が何より急務であると言えよう。

## 10. 歯科処置後に発症した顔面神経麻痺の5例

静岡市立静岡病院 口腔外科

大山 巖雄、長谷川和樹、宮本日出雄

突発性の顔面神経麻痺はまれに歯科処置後に継続的に発症することが報告されている。今回我々は過去1992年から2004年の

12年間に静岡市立静岡病院口腔外科に紹介された歯科治療後に発症した顔面神経麻痺5例について検討したので報告する。

## 11. 過去2年間に当科を受診した末梢性顔面神経麻痺患者7名の検討

日本大学歯学部付属歯科病院 口腔診断科<sup>1)</sup>、ペインクリニック科<sup>2)</sup>、麻酔科<sup>3)</sup>  
坪井 栄達<sup>1,2)</sup>、荒川 幸雄<sup>1)</sup>、市川 太<sup>1)</sup>、牧原 保之<sup>1)</sup>、原 和彦<sup>1)</sup>  
阿部 郷<sup>1)</sup>、小川 明子<sup>1,2)</sup>、篠崎 貴弘<sup>1)</sup>、小池 一喜<sup>1)</sup>、後藤 實<sup>1)</sup>  
大井 良之<sup>2,3)</sup>、今村 佳樹<sup>1,2)</sup>

末梢性顔面神経麻痺は近年、水痘・带状疱疹ウイルス、あるいは単純疱疹ウイルスの再帰性感染が主な原因と考えられているが、予後を良好なものとするには、一概に抗ウイルス薬などを投薬するのではなく、神経障害の把握を含め、初期診断を正確に行うことが重要だと思われる。

表1に示すように、今回我々は、2004年8月から2006年1月の間に、当院、日本大学歯学部付属歯科病院、ペインクリニッ

ク科を受診した末梢性顔面神経麻痺患者7名(男性3名、女性4名)について、その病態把握のための診査内容、治療法、転帰について比較し、検討を行った。患者7名は、他院からの紹介が4名、患者の知人からの紹介が2名、院内からの紹介が1名であった。発症から来院までの日数はいずれも早い患者で2日、もっとも日数がかかった患者で30日と、大きく偏りがあった。

受診時点で、中枢性の顔面神経麻痺を除外する、麻痺が発症した経緯、期間、耳介周囲の水疱、疼痛の有無の確認、全身疾患の有無の確認、麻痺の重傷度（神経障害の部位の把握）治療法の選択という点を診査、診断した上で、予後を左右する因子は？という点を、転帰を判定した上で、考察をおこなった。

さらに、麻痺の重症度判定において、客観的な評価法として顔面神経研究会の40点法を用いた。当科ではルチンに、顔面神経研究会の40点法を用い、受診初期の麻痺スコアを記録しているが、客観性と再現性という意味において問題があると考えられる。客観性という意味においては、受診初期の判定と治療後の

表 1

症例番号	年齢・性別	初診日	来院の経緯	発症から来院まで	左右
1	53・女性	16. 8. 17	一般歯科から紹介	7日	右
2	55・男性	17. 1. 25	院内から紹介	7日	右
3	46・男性	17. 2. 1	患者知人から紹介	30日	右
4	48・女性	17. 6. 13	一般歯科から紹介	3日	右
5	69・女性	17. 9. 29	一般歯科から紹介	2日	右
6	57・男性	17. 11. 24	一般歯科から紹介	25日	左
7	64・女性	18. 1. 20	患者知人から紹介	16日	右

転帰の判定には、同一の術者が行う事を常としている。

顔面神経誘発電位図については、精度、再現性の良好な結果が得られず、ルチンには実施していない。大錐体神経の障害は、涙の分泌量を sirmer's test により計測し、明らかな左右差という点を重視し、判定した。あぶみ骨筋神経の診査は、当科では、インピーダンスオージオメーターなどの機器がないため、実際の意味での精査は不可能であったが、聴覚過敏を訴える患者はいなかった。鼓索神経の機能は、電気味覚計による患側の閾値上昇と左右差が明らかである場合、機能障害とした。

治療には、全身状態、患者の希望等を加味し、治療に用いる薬剤の選択として、抗ウイルス薬、内服ステロイド薬、高浸透圧液輸注、ATP 製剤、VB 12 製剤を用い、さらには、星状神経節ブロック、入院下大量ステロイド療法（いわゆる stennert 法）、低周波治療、リハビリテーション、そして、その他関連する基礎疾患に対する治療や指導を行った。

表 2 において、発症から来院までの日数、初期の麻痺の程度、40点法及び、ENoG (%) の値、末梢神経の障害部位及び障害の有無、これらと転帰とを比較した。さらに、表 3 において、全身疾患、治療期間、治療方法、と転帰についても比較した。

最終的な転帰は40点法によるものとした（表 2）。

発症から来院までの日数が一週間以内であった患者、症例番号 1、2、4、5 は、完治 2 名と略治 2 名であり、良好な転帰をたどった。2 週間以上経過して受診された症例番号 3、6、7 の患者は、不変のまま治療途中に受診が途絶え、中止となった例が 1 例、軽快するも良好な転帰とは言えなかった例が 2 例

表 2

症例番号	年齢性別	発症から来院までの日数	受診初期の40点法	ENoG (%) (比健側)	電気味覚閾値	sirmer's test	最終の40点法	転 帰
1	53 F	7日	0 / 40	N / A	右 - 6 db 左 - 4 db	右 5 mm 左 2 mm	40 / 40	完 治
2	55 M	7日	0 / 40	16.7	N / A	N / A	40 / 40	完 治
3	46 M	30日	0 / 40	8.8	右 14 db 左 16 db	N / A	0 / 40	不変 (中止)
4	48 F	3日	18 / 40	50.0	右 30 db 左 0 db	右 9 mm 左 5 mm	36 / 40	略 治
5	69 F	2日	6 / 40	10.0	右 26 db 左 - 6 db	右 5 mm 左 15 mm	36 / 40	略 治
6	57 M	25日	16 / 40	N / A	右 2 db 左 20 db	N / A	20 / 40	軽 快
7	64 F	16日	10 / 40	25.0	右 - 6 db 左 - 6 db	右 3 mm 左 2 mm	32 / 40	軽 快

表 3

症例番号	年齢性別	全身疾患	治療期間	治療方針	治療概要	転 帰
1	53 F	B 型肝炎キャリア	18日間	入院治療のみ終診	連日 SGB、total 25回、高浸透圧液輸注、プレドニン注輸注、6 日間かけ暫減、その後プレドニゾロン内服に切り替え、2 週間かけ暫減し中止	完 治
2	55 M	特になし	161日間	通院治療のみ終診	SGB、total 20回、TENS、プレドニゾロン内服、暫減し中止	完 治
3	46 M	HT	28日間	通院治療のみ途中で脱落	SGB (12回) TENS、VB 12、ATP 製剤内服	不変 (中止)
4	48 F	片頭痛	33日間	入院 + 通院終診	パラシクロビル、VB 12、ATP 製剤内服高浸透圧液、プレドニン注を輸注、7 日間かけ暫減、その後、内服ステロイドに切り替え 2 週間かけ暫減し中止。SGB、total 22回	略 治
5	69 F	DM HT	141日間	通院治療のみ終診	パラシクロビル、ATP 製剤、VB 12製剤 SGB、total 34回	略 治
6	57 M	HT	99日間	通院治療のみ現在も治療中	SGB (現時点で16回) TENS、VB 12、ATP 製剤	軽 快
7	64 F	DM	38日間	入院 + 現在も通院治療中	入院、SGB (現時点で37回) TENS、高浸透圧液輸注	軽 快

であった。神経障害の程度および障害部位及び障害の有無と、転帰との関連は、この7例では判定できなかった(表3)。

症例番号5はコントロール不良な糖尿病と高血圧を現在内科にて治療中で、入院下の大量ステロイド治療が行えなかったが、通院による内服薬とSGBによる治療を長期に行い、良好な転帰となった。症例番号7は受診までの日数が2週間以上たったが、入院下での連日のSGB、投薬を行うことが出来、2006.3月現在も治療中ではあるが、軽快となっている。

考察・結語

末梢性顔面神経麻痺において、当科での通法による治療を行った場合、その予後の良否を決める要点は、発症から治療開始までの期間にあると思われた。

また、この期間が長い患者は、難治ゆえに来院までに時間がかかったと思われ、必ずしも受診が早い症例が、予後が良いと、一概にはいえない。

現時点で末梢性顔面神経麻痺の程度を客観的に評価できる簡便な方法として、顔面神経研究会の40点法があるが、客観性と再現性に問題がある。

顔面神経麻痺において、歯科医師の関与すべきは、審美的問題はもとより、味覚や、咀嚼機能、そして口腔内の食渣停滞に伴う清掃性の低下がある。

従来の40点法に優る、客観的な、簡便で、再現性の高い、口腔顔面機能評価法の検討が必要である。

12. 三叉神経痛における頭蓋内精査の有用性について

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<sup>1)</sup>

九州中央病院歯科口腔外科<sup>2)</sup>

九州大学大学院歯学研究院口腔顎顔面病態学講座顎顔面腫瘍制御学分野<sup>3)</sup>

九州大学大学院医学研究院脳神経外科<sup>4)</sup>

守谷 智樹<sup>1)</sup>、佐々木匡理<sup>1)</sup>、堀之内康文<sup>2)</sup>、中村 誠司<sup>3)</sup>

松角宏一郎<sup>4)</sup>、竹之下康治<sup>1)</sup>、佐々木富男<sup>4)</sup>、白砂 兼光<sup>1)</sup>

目 的

三叉神経痛は、臨床的に原因不明の特発性三叉神経痛と脳腫瘍、血管奇形、多発性硬化症などによる症候性三叉神経痛に分けて考えられている。近年、頭蓋内精査にて特発性三叉神経痛の原因として脳血管による神経圧迫が高頻度に認められることと、また約5%に腫瘍性病変がみられることより、三叉神経痛が疑われる症例に対して頭蓋内精査を行うことは重要と考えられる。今回われわれは、当科での三叉神経痛症例に対して臨床的検討を行い、頭蓋内精査の有用性について検討を行ったので報告した。

対象および結果

昭和60年～平成17年の過去21年間に当科にて三叉神経痛の診断のもと治療を行った177例を対象とした。

初診時年齢は22～95歳であり、50代～70代で全体の約75%を占めていた。性差は女性が63.8%、男性が36.2%で約2:1の

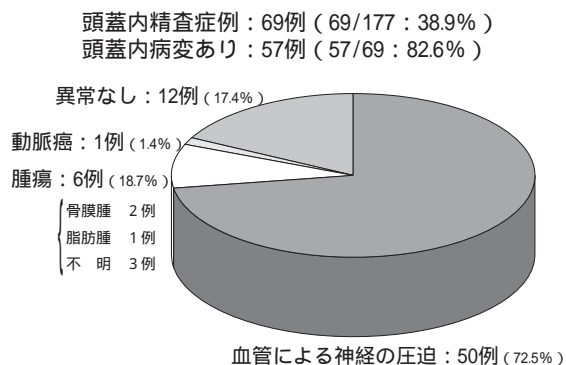


図1 頭蓋内精査を施行した症例

割合であった。また、病悩期間は最短で1ヵ月、最長で15年であり、平均2年2ヵ月であった。罹患側別症例数は左側90例、右側87例で左右差はみられず、罹患枝別症例数では第1枝が88例(49.7%)、第2枝54例(30.5%)、第1枝と第2枝の複合型28例(15.8%)であった。

頭蓋内精査を行った69例(38.9%)のうち、血管による神経圧迫像を認めたものは50例(72.5%)、腫瘍性病変6例(8.7%)、動脈瘤1例(1.4%)であり、頭蓋内病変は57例(82.6%)に認められた。また、残りの12例(17.4%)については画像上頭蓋内に明らかな異常所見はみられなかった(図1)。

脳血管による神経圧迫が認められた50例のうち、薬物治療によって改善が認められなかった症例と手術を希望された症例23例(46.0%)に神経血管減圧術を施行した。脳血管による神経圧迫症例に対する神経血管減圧術の有効率は87.0%(20/23例)であった(図2)。

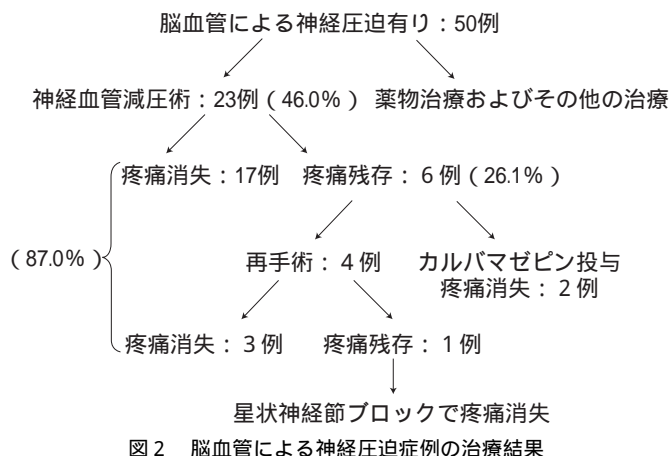


図2 脳血管による神経圧迫症例の治療結果

## まとめ

頭蓋内精査を行った三叉神経痛症例の82.6%に頭蓋内病変が認められたことから、同疾患での頭蓋内精査は大変有用であ

り、今後は初診時検査の一つに加えていくことを考えている。また、神経圧迫症例において薬物療法などの治療効果が乏しい場合は、神経血管減圧術も治療の選択肢として早期に挙げる必要があると思われた。

## 13. 当科における味覚検査の臨床統計

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分野

澤田 真人、小林 明子、岡田 尚子、渡辺 裕子、天笠 光雄

マスメディアで味覚障害という言葉が取り上げられる機会が増えるにつれ口腔外科や耳鼻咽喉科の外来に味覚異常を主訴とする患者様の受診数も増加し、味覚障害は比較的一般的な疾患の一つになりつつある。近年の高齢者の増加、生活習慣病の増加も受診患者数の増加に大きく影響を与えていると考えられる。また、若年者の食生活習慣悪化に伴う味覚障害も問題であり、このような背景から味覚に対する関心は高まっている。当科でも味覚検査を通じ診療に当たっており、外来の現状について臨床的な検討を報告する。

対象は2003年4月から2006年2月までの34ヶ月間に当科外来を受診した62名（男性18名、女性44名）で、延べ検査数は76例（男性24例、女性52例）、平均年齢56.31歳であった。対象患者年齢別頻度は60代が最も多く14名、次に70代13名、50代が12名であった。

当科来院までの病期期間は発症、または自覚してから3ヶ月以内に受診している方が58%で半数以上となり、また、発症後、比較的回復が見込まれやすいとされている6ヶ月以内では全体の70%を越えた。

現在当科で行っている診査・検査については、問診として現病歴・既往歴・家族歴・喫煙・飲酒・常用薬を、舌・口腔内所見として舌圧痕・呼吸様式・舌緊張・歯牙接触癖を、味覚検査として電気味覚検査・濾紙ディスク法を、血液検査として血清亜鉛・血清銅・血清鉄を、心理テストとしてSDS（自己評価

式抑うつ性尺度）を使用している。

電気味覚検査値では、脳内に医療用機器を使用している方、嘔吐反射が強い方もいたが、支配神経領域別の患者数は同一ではないが、全ての支配神経領域において各領域別の基準値を上回っている方が半数を越えていた。初診時の濾紙ディスク検査値のうち、塩味の舌尖部での結果を代表して示すと認知閾値では正常範囲内とされる3以下で認知したのは30%以下であった。血清亜鉛値は基準値以下の16名（27%）も割合は多いが、富田らによる79 μg/dl以下を潜在的な亜鉛欠乏症とすると52名（83%）と非常に高値を示したのが特徴的であった。富田らの治療方針を取り入れ、潜在性亜鉛欠乏の範囲にある方には亜鉛剤の投与を行った。血清鉄値、血清銅値は正常範囲内の方がそれぞれ94%、90%であった。SDSは60点を超えてくる中等度うつ状態以上は11名（17%）であった。

今回、治療前後の自覚的味覚改善度と各種味覚検査における改善度のあいだに乖離があると考えられる症例があった。全体として電気味覚検査・濾紙ディスク法の結果では、共に検査値に改善を認められなかったが、自覚的味覚は改善が見られた。

味覚障害の原因として心因的なものがあることや長期間の味覚減退の状態に慣れてしまうことが考えられる。

今後の課題は、前述の問題を考慮しながら、味覚障害の原因疾患別治療法と効果、長期を要する治療期間と予後などの検討を行う予定である。

## 14. 当科における口腔癌症例の術後機能評価について 摂食・嚥下障害に関わる要因の検討

松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座

内橋 隆行、田中 晋、檜本 浩子  
高橋 昌宏、安田 浩一、古澤 清文

### 背景ならびに目的

進行癌の治療成績は再建技術の進歩により著しく向上したものの、術後の機能障害のために社会復帰が遅れ、日常生活のQOLが損なわれるケースも少なくない。術後機能障害の一つである嚥下障害は、時に生命維持にも関わることからその評価は重要である。藤本・松浦らにより提唱された嚥下機能評価基準（1997）は、MTFスコアと嚥下障害スコアから成り（表1）、問診形式で評価を行うことから内視鏡検査・造影検査に

比較して簡便で有用性が高いとされる。

今回われわれは1998年4月から2005年3月までに当科を受診し、手術療法を行った口腔癌一次症例の内、原発巣の制御が良好で術前ならびに退院時、術後1年前後での評価が可能であった40症例（舌癌21症例、口底癌3症例、歯肉癌12症例、頬粘膜癌4症例）を対象にMTFスコア、嚥下障害スコアの推移を検討したので報告した。

表1 嚥下機能評価基準：Swallowing Ability Scale  
(藤本・松浦ら、1997)

MTF スコア (1 5点の5段階評 点)	1. 栄養摂取方法 (Method of intake) 2. 食事時間 (Time of intake) 3. 摂取食品群 (Food)
嚥下障害スコア (0 2点の3段階評 点)	1. 残留 2. 搬送 3. 保持 4. 逆流 5. 誤嚥

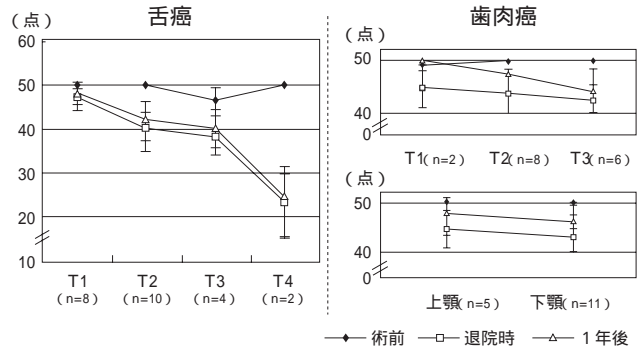


図2 嚥下障害スコア (発症部位別)

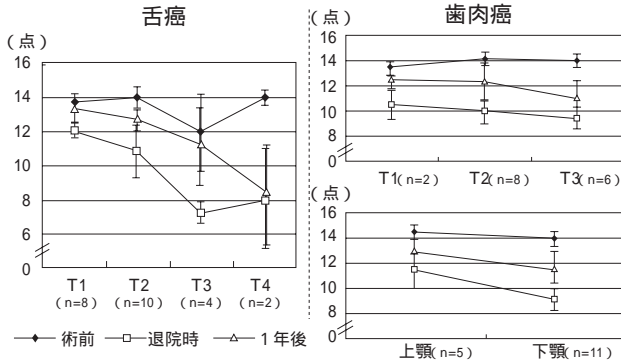


図1 MTFスコア (発症部位別)

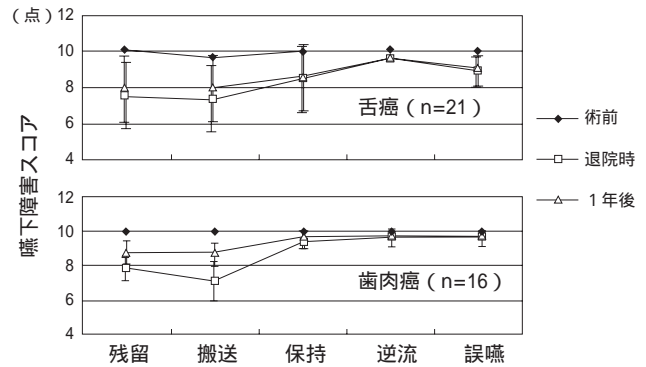


図3 機能別嚥下障害評価

結果

1. 全症例のT分類別 MTF スコア、嚥下障害スコアは共に、Tの進展度に従って総スコアが有意に低下する傾向がみられ、両スコアは強い相関 (相関係数=0.977) を認めた。
2. 発症部位別 MTF スコアは、舌癌、歯肉癌ともにTの進展度に従いスコアは低下し、その傾向は舌癌においてより顕著であった。また、歯肉癌では上顎より下顎において障害が大きく現れる傾向がみられた (図1)。
3. 発症部位別嚥下障害スコアは、舌癌、歯肉癌ともに MTF スコア同様にTの進展度に従ってスコアが低下した (6 - 62%)。術後1年での機能回復率は舌癌で平均約4%、歯肉癌では平均約10%であった (図2)。
4. 機能別に嚥下障害スコアを検討したところ、舌癌では残留、搬送、保持といった嚥下前期に関わる機能が主に障害されたが、舌根部への侵襲が加わるに従い、誤嚥など嚥下後期に関わる障害を併発する傾向がみられた。一方、歯肉癌では残留、搬送といった嚥下前期での障害が主に観察され、舌・

軟口蓋の動きに依存する保持、逆流、誤嚥といった機能への影響は殆どみられなかった (図3)。

結論ならびに考察

今回の検討より、原発巣切除後の摂食嚥下機能は原発巣の大きさに従って有意に低下し、発生部位別では舌癌が歯肉癌に比較して術後のスコア低下は顕著であった。また嚥下障害スコアにおいて舌癌では残留、搬送、保持、誤嚥機能が、歯肉癌では残留、搬送機能がそれぞれ主に障害を受けることが明らかとなり、機能回復率は舌癌に比較して歯肉癌で有意に高い傾向がみられた。このことは、歯肉癌では顎補綴などにより比較的容易に機能の回復が得られるのに対し、舌癌では軟組織の再建のみでは運動機能の回復は困難で、運動機能は残存組織に依存せざるを得ないことを示すものであり、舌癌では術後の適正な機能評価に基づいた系統的かつ有効なリハビリテーションが必要不可欠であると推察された。

15. 歯科治療後に舌の感覚異常、味覚異常を発症した1例

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 顎顔面外科学分野  
望月 美江、小林 明子、澤田 真人、渡辺 裕子、岡田 尚子、  
天笠 光雄

緒言

舌の感覚異常、味覚異常は様々な原因でおこり、その回復に

難渋する例もある。今回私たちは歯科治療後に発症した舌の感覚異常、味覚異常に対して、投薬とスーパーライザー®による近赤外線照射を行い、症状の改善をみたので報告した。

## 症 例

患者：30代、女性。現病歴：歯科処置後に右側舌背、下顎舌側歯肉、口底部の異常感が出現し、その症状が消失しなかったため、紹介により当科受診。既往歴・家族歴：特記事項なし。

## 検 査

知覚検査は舌背部の14点について、触圧覚刺激（SW 知覚テスター<sup>®</sup>）、温度刺激（痛覚計<sup>®</sup>）を行い、舌尖部で電流知覚閾値測定（ニューロメーター<sup>®</sup>）を行った。味覚検査は左右舌の前方、後方と軟口蓋部の計6点について濾紙ディスク法、電気味覚検査法による検査を行った。自覚症状を把握する目的で日本語版マギル疼痛質問票による症状の聴取を行い、また、味覚障害がうつ症状に起因する場合もあることと、舌の症状による2次的なうつ症状発症を把握するため、SDS うつ性自己評価尺度による評価を行なった。さらに、脳神経外科の疾患による症状の発症を危惧し、専門医の診察とMRI 検査をうけ、異常のないことを確認した。

## 治 療

器質的疾患が除外されたため、対症療法として、理学療法、投薬についての情報を提示し、加療の希望があったため、ビタミンB12製剤および神経賦活剤の投与と、スーパーライザー<sup>®</sup>による、近赤外線照射を行った。患者の強い希望により週4日のペースで来院し、3か月間で計55回スーパーライザー<sup>®</sup>による近赤外線照射を行った。

## 検査結果

SW 知覚テスター<sup>®</sup>と温度刺激による検査は歯科治療後9日

目の初診時、1か月後、3か月後に行った。初診時には右側舌根部で知覚の脱出を認め、舌尖部でも高度な閾値の上昇を認めたが、その後良好に回復し、3か月後には両検査において左右差はなくなった。ニューロメーター<sup>®</sup>では、初診時250 Hzと5 Hzにおいて舌以外の部位に痛みが出現したため閾値の測定は不可能であったが、3か月後の測定値にはほぼ左右差はなかった。

味覚検査結果は判定基準でみると右舌尖部およびその他の部位で閾値の上昇が認められた。右舌尖においては初診時の塩味と2か月後の甘味以外、すべて高度閾値上昇していた。しかし、全体的に初診時より2か月後の検知閾値は低下しており、回復傾向であった。電気味覚検査法では、初診時、2か月後ともに右側舌背部は左側に比べ有意に閾値が上昇していた。

痛みを多角的に評価する日本語版マギル疼痛質問票の結果は、初診時に比べ3か月後では用語選択数が減っていた。また、SDS うつ性自己評価尺度では初診時から3か月後まで同様で、軽度抑うつ状態という結果であった。

## ま と め

今回私たちは歯科治療後に発症した舌の感覚異常、味覚異常に対して、治療として投薬と近赤外線照射を行った。初診時の検査閾値は高度であったが3か月後には知覚閾値の良好な回復がみられた。味覚検査においてもある程度の回復は認められたが、知覚ほど良好な回復ではなかった。検索し得たこれまでの報告でも舌の感覚異常が出現した場合知覚の回復に比べて、味覚の回復は遅れるというものが多かった。本症例では感覚の変化を検査結果として提示することで、患者さん医療側双方がより客観的に症状を把握することができた。また、患者さんには回復しているという安心感をもっていただくことができた。

## 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  
端山 智弘

#### 略歴

- S 47 東京医科歯科大学歯学部卒業
- S 47 東京医科歯科大学歯学部第三保存
- S 49 衆議院第二議員会館歯科診療室勤務
- S 51 下北沢歯科診療所開設
- S 62 東京都国保審査委員

- H .3 世田谷区歯科医師会理事
- H .7 東京都社保審査委員
- H .9 東京都歯科医師会理事（医事処理担当）
- H .15 東京医科歯科大学 講師
- H .16 日歯生涯研修セミナー講師
- H .17 東京都歯科医師会 医事処理常任委員会 委員長

## シンポジウム

## 歯科受診患者における主訴とその対応

大阪大学大学院歯学研究科 統合機能口腔科学専攻

顎口腔病因病態制御学講座（第一口腔外科）

妹尾日登美、飯田 征二、足立 忠文、山田 武史、古郷 幹彦

歯科を受診する患者のほとんどが、疼痛を含め多様な口腔顔面の感覚の異常を主訴に来院する。これら患者において主訴に対する適切な診断治療が必要であるが、時としてその対応に苦慮する患者に遭遇する。今回、これら患者について検討を行ったので報告した。

調査対象は2005年1月1日から1年間にわたり、大阪大学歯学部附属病院を初めて受診した患者6697名を対象とし、しびれや感覚異常を主訴とした33名について検討をおこなった。尚、感覚異常とは、本学会の診断基準に則り、痛覚、触覚の脱失や鈍麻および自覚的異常感を含めた、異常感覚を主訴とするものを対象とし、神経痛による疼痛や歯髄炎や舌痛症による異常感覚は除外した。

調査項目は1.しびれ感覚異常の部位 2.初診時に受診した診療科と実際に治療が行われた診療科 3.初診時の臨床診断名と最終診断名 4.診断法、検査法、治療法 5.感覚異常の原因 6.感覚異常の転帰について調査を行った。

感覚異常の発生部位は通常どおり、片側の下口唇、および上下口唇部に最も多く、ついで、歯肉および歯槽部、片側の上下口唇部、口蓋部に認められた。

さらに、1例ずつではあるが、頬粘膜や顎部皮膚、両側上口唇、上下口唇に感覚異常が認められた。

33例中実際に知覚低下を認めたものは25例であり、のこりの8例は抜歯後や根尖性歯周炎、過去の外傷等に起因するもの

で、知覚低下はないものの、自覚的異常感を伴う感覚異常を伴ったものであった。

感覚異常に対して、ほぼ全例において、画像診断が行われており、感覚異常の原因精査には必須と考えられる。初診時診断と画像診断後の最終診断との相違は8%に認められ、三叉神経痛と診断されるも、術後性上顎のう胞や上顎洞炎であった場合や、上顎腫瘍が疑われた場合で、結局、根の破折が原因であった場合があり、しびれを主訴とする場合、神経のみに関する場合でなく様々な場合を考慮する必要があると考えられた。

感覚異常の原因別では原因不明のものが最も多く、ついで炎症によるもの、インプラント、のう胞、外傷、抜歯後などが続いた。

治療においては原因が明らかであり、原因除去が可能な症例においてはまず原因除去を行い、それに追加してビタミンB12製剤の投与が行われているものが多く、これで軽快しない場合には星状神経節ブロックや鍼灸療法が行われた。奏効率は40%であった。

原因不明の感覚異常では、女性が多く平均年齢は58歳で45歳～60歳にかけて最も多く認められた。治療効果があったのは1例のみであった。

感覚異常を主訴として来院されたものでは原因不明のものが多く、これらに対する的確な診断、治療が行えていない場合が多く、診断治療基準の確立が必要と思われた。

## 最近経験した印象に残る神経麻痺症状を呈した3例

東海大学医学部外科学系口腔外科

唐木田一成、太田 嘉英、中戸川倫子

大鶴 光信、伊澤 和三、金子 明寛

口腔外科を受診する患者さんの主訴は様々であるが、神経麻痺症状を伴ったものには重篤な疾患が関与していることが多く、慎重に診断と治療を行う必要がある。

最近経験した印象に残る神経麻痺症状を呈した症例に

1. 下口唇の知覚異常を初発症状とした下顎骨原発骨肉腫
  2. 下口唇の知覚異常を伴った疣贅癌疑い
  3. 舌の知覚異常から発症したBell麻痺
- を経験したのでそれぞれの問題点を含め報告した。

1. 症例は67歳、女性

右側下口唇の知覚鈍麻を初発症状とした下顎骨原発骨肉腫の症例で当科来院の8ヶ月前に紹介医を受診していた。歯性感染症の診断にて抜歯と抗菌剤投与が行われた。途中から下顎部の膨隆とパノラマX線の変化から腫瘍性病変であることに気づ

いたが、その時点では既に腫瘍は皮膚にまで浸潤がおよんでいた。

紹介医では最初の時点できちんと組織生検を行っていたが炎症性の変化だけで悪性の所見は陰性であったことが、診断を遅らせた最大の原因と考えられる。また右下顎大臼歯部の歯根膜炎の存在により右下口唇の知覚鈍麻は炎症性病変すなわち歯根膜炎との思い込みをしてしまったことも重なったと思われた。

2. 症例は82歳、男性

抜歯後に右下口唇知覚鈍麻と右下顎部痛が出現した顎骨浸潤を伴う下顎歯肉の疣贅癌疑いの症例である。病理組織診断にて明らかな悪性所見が得られず異形成病変の診断にて掻爬術を行った。創部は次第に乳頭状を呈した白色の粘膜となり、時間の経過とともに縮小傾向を認めたが、術後10ヶ月を経過した時

点で左舌縁部に疣贅癌を発生した。舌部分切除術を行い再発転移は認めていない。

しかし、現在もその周囲の粘膜に白板症を認めており、知覚鈍麻と痛みが残存していることを考えると完全に切除すべきではなかったのか、また飛躍した考えではあるが、そうしていれば舌癌は発生しなかったかも知れないと考えさせられる症例であった。

3. 症例は55歳、女性。

舌の痛みとしびれ感を主訴に2004年8月、紹介来院。現病歴は3日前より舌尖部から右舌縁にかけて、ヒリヒリした痛みが出現。翌日から同部の痺れ感および味覚異常が出現した。現症としては口腔および舌に器質的变化を認めなかったが。念のため舌の疼痛を有する部位にケナログを塗布したところ症状の軽減を認めため、舌炎と診断しケナログを処方し診察終了とした。

ところが、翌日の夜に右目の閉眼が困難となり、初診から2

日後の朝、当院救命センターを受診し、耳鼻科の当直医の診察にて、Bell 麻痺と診断された。その後は、耳鼻科を主体として治療を行い、約4ヵ月後に治癒を認めた。発症時にはBell 麻痺の症状としては一般的な味覚障害も前駆症状としては僅か3%の出現率あり、舌の疼痛も極めてまれであると考えられ初診時での診断は非常に難しいと思われた。

以上の3例を経験して教訓になったことは

1. 下口唇の知覚鈍麻は顎骨の悪性病変が潜んでいる可能性が非常に高いこと
2. 不定愁訴が多い患者さんに於いても知覚異常がある場合には十分に慎重な観察と診断が必要であること
3. とくに舌痛症を疑う症例においても症状が左右のどちらかに偏っている場合には重大な疾患が潜んでいる可能性があることに注意が必要であること
4. 診断がつかなくとも、終了にせず再診の予約をすることを改めて痛感した。

## 神経学的疾患による嚥下障害のリハビリテーション

東京厚生年金病院歯科口腔外科  
立花 忠夫

21世紀になって、日本の社会は急速に高齢化が進んでいます。国立社会保障・人口問題研究所の推計では2015（平成27）年には65歳以上人口は3,188万人、高齢化率は25.2%になり、人口の4人に1人が高齢者になることが予想されています。この傾向に伴い、脳血管障害をきたす症例も増加すると考えられます。そこで今回、当院リハビリテーション科から依頼のあつ

た嚥下障害患者のリハビリを行った症例に検討を加えたので報告した。嚥下反射に関与する脳神経は三叉神経、舌咽神経、迷走神経、舌下神経などである。延髄周辺にあるこれらの神経核が障害をうけると「球麻痺」になると考えられる。延髄より高位の中脳神経が障害をうけると「仮性球麻痺」になると考えられる。今回の対象症例は次の7例である。

症例	初診日	性・年齢	原因疾患	訓練前の栄養摂取方法	訓練方法	訓練期間(通算)	改善状況
1	2000.3.10	男性71歳	陳旧性脳梗塞	経口摂取(要1時間)	アイスマッサージ	3日	普通食摂取
2	01.7.13	男性56歳	左椎骨動脈解離性動脈瘤	胃瘻	アイスマッサージ メンデルゾーン法 バルーン法 舌マッサージ	215日	胃瘻抜去 経管栄養 経口摂取
3	05.1.6	男性46歳	脳出血(左被殻)	O-E法、嚥下困難食	アイスマッサージ 飲み込み体操 へび笛	182日	普通食摂取 言語障害改善
4	05.6.21	男性51歳	脳出血(左被殻)	嚥下困難食	アイスマッサージ 飲み込み体操	20日	普通食摂取 失語症改善
5	05.7.6	女性88歳	両側基底核領域多発性小梗塞、うつ状態	経管栄養(時々、誤嚥)	アイスマッサージ	55日	効果なし 胃瘻造設術施行
6	05.10.17	男性38歳	脳幹部梗塞	胃瘻	アイスマッサージ メンデルゾーン法 飲み込み体操	100日	嚥下機能向上
7	05.11.16	女性84歳	脳梗塞	嚥下困難食	アイスマッサージ 飲み込み体操 義歯作製	29日	普通食摂取

対象患者の年齢は38歳から88歳と広範囲にみられた。

主な訓練方法は下記の通りである。採用した訓練方法は症例によって異なり、アイスマッサージのみの場合もあった。

- 1) 飲み込み体操
- 2) アイスマッサージ

3) メンデルゾーン法

4) バルーン法

訓練期間は3日～215日とまちまちであった。ほとんどの症例で改善がみられたが、症例5のようにうつ状態であるとか痴呆があり訓練に非協力的であると改善の見込みはないと考えられ



た。

## インプラントによる下歯槽神経損傷例への対応 特に神経修復手術の適応基準について

東京歯科大学水道橋病院口腔外科、東京歯科大学口腔健康臨床科学講座口腔外科学分野  
高崎 義人

### 緒 言

近年インプラント埋入に伴う神経損傷例が急増している。これらの知覚障害例への対応としては、SGBを中心とした治療体系が確立されつつある。しかし、SGB治療にも限界があり神経修復手術が適応と考えられるケースも少なく無い。そこで本報告ではインプラントによる神経損傷例の神経修復手術の適応について検討した。

### 研究方法

神経損傷程度を図1の如く分類しLevel 3に相当する3症例（SGB施行例）を評価した。

知覚評価法は自覚症状においては今村らの分類<sup>1)</sup>により特に不快感を伴う異常感覚や痛みを伴う症状の有無、客観的定量知覚検査としてSW知覚テスト（SW）と静的二点識別検査（s-2PD）を菊池らの計測点（下唇枝・オトガイ枝<sup>2)</sup>における経時的推移を観察した。また、これらの結果は過去の神経移植症例（腫瘍切除例）の回復過程（自覚症状、SW）と比較した。

### 結 果

Level 3の3症例はいずれも初診時より中等度以上の触覚閾値の上昇と数ヶ月後にDysethesia（不快感を伴う異常感覚）とallodynia様の症状が認められた。神経移植症例との触覚閾値の比較では症例2、3は移植例に比べ回復過程は劣っている結果であった。尚、神経移植例ではすべての症例で軽度の鈍麻や不快感を伴わない異常感覚が軽度で認められるのみでDysethesiaには至っていなかった（図2）。

### 考 察

インプラント埋入に伴う下歯槽神経損傷に対しては、術直後の知覚障害程度から迅速な治療方針の選択をすべきである<sup>1,3)</sup>。重篤な障害患者に対し保存療法のみを行っても、Dysethesiaが残存するケースが少なくない。この理由としては損傷による外傷性神経腫の形成が疑われる（図3<sup>4)</sup>。以上のことよりLevel 3のケースでは、早期の神経修復手術の適応が妥当と考えられた。

### 引用文献

- 1) 今村佳樹：三叉神経障害の診断と治療．Clinical Research in Dentistry 1：58-64．2004
- 2) 菊池徹行：健常日本人のオトガイ神経支配領域における感覚閾値に関する臨床的検討．口腔顔面神経機能学会誌 7：26-27．2004．
- 3) 高崎義人：インプラント埋入時の下歯槽神経損傷．口腔外

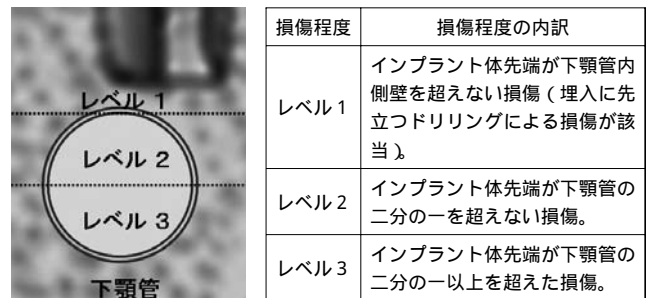


図1 インプラント損傷程度による分類

損傷程度による分類を行うために、試験的にデンタルCT画像から図の3つに分類。基準は下顎管とインプラント体先端の位置関係から図の様に定義した。一般にインプラント体先端よりドリリング刃部長は長く設定されているため、レベル1はこれらによる損傷や下顎管上壁の迷入によるものが該当する。尚、著しく側方にずれた損傷は除外した。

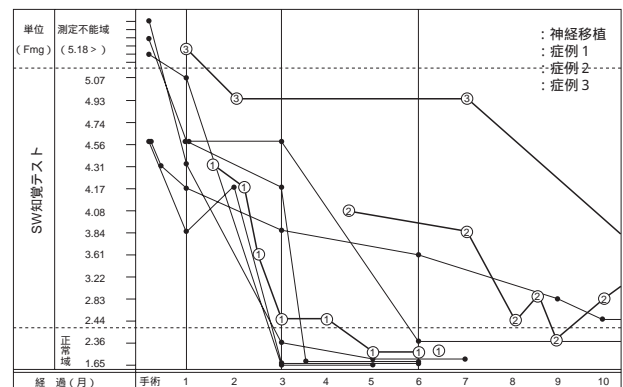
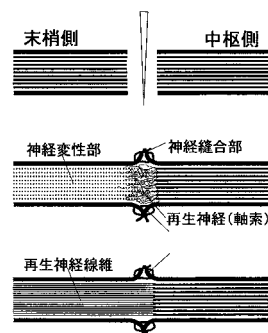


図2 神経移植例とIP損傷例の比較

#### 神経切断・即時縫合



#### インプラント損傷(放置例)

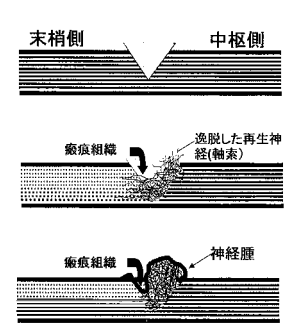


図3 下歯槽神経損傷例の再生機序

- 科ハンドマニュアル'06．クイッテッセンス出版，東京，2006，111-121頁．
- 4) Gregg JM: Neuropathic complications of mandibular implant surgery; Review and case presentations, Ann Roy Australas Coll Dent Surg 15: 176-180．2000．

## 当科における三叉神経ニューロパシー患者の対応

九州歯科大学 歯科侵襲制御学分野 口腔神経・疼痛外来  
椎葉 俊司

神経障害患者には、あらゆる面でひじょうに気を使う。当科での対応について以下の3点について述べる。

### 検査と予後予測

「神経が回復するには時間がかかります。2年経てば必ず治ります。」という説明を受けている患者様は少なくない。この根拠はどこにあるのだろうか？簡単に予後予測をする方法はないのだろうか？

### 治療

神経障害起こってからの経過時間、症状、患者様の希望などによって治療法や投薬内容は変わってくる。どの時期に何をしたら、何を投与したらよいのだろうか？

### 話

患者さまの大部分は知覚麻痺や異常感覚、歯科医師の対応、治療費など様々な不満を持っている。どのように説明し治療を進めたらいいのだろうか？

## 学会長から会員の皆様へ

第11回口腔顔面神経機能学会会長  
奥羽大学歯学部口腔外科学講座 教授  
大野 敬

この度、第11回口腔顔面神経機能学会を当教室が主催することになり、教室員共々誠に光栄なことと深く感謝申し上げます。

本学会では、歯科治療時の偶発症として生じる知覚障害・運動障害の様々な事例およびその障害に対する評価方法と診断基準の確立、偶発症発生の予防策とその対応策、知覚障害・運動

障害に対する有効な治療法などの検討がなされてきました。今回も白砂理事長のもと、本学会の方向性にそった講演発表とより活発なご討議をお願いしたいと存じます。

学会を開催するにあたり、寒さの厳しい時期の東北の地ではありますが、教室員一同、全力で学会運営にあたりますので、会員の皆様の多数のご発表とご参加をお願い申し上げます。

## 第11回口腔顔面神経機能学会のご案内

第11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** 2007年（平成19年）2月24日（土）

**場 所** 奥羽大学 歯学部 第2講義棟

**特別講演** 奥羽大学歯学部口腔機能分子生物学講座口腔生理学分野 丸井隆之 教授

**シンポジウム** 未定

**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器 Windows版 Power Point 2003、発表内容は平成19年2月20日（火）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18年12月31日

4) **申し込み先**：奥羽大学歯学部口腔外科学講座

第11回口腔顔面神経機能学会準備委員会 準備委員長 高田 訓 宛

TEL 024-932-9354 FAX 024-932-9356 E-mail ohu-os 2@safins.ne.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17年度収支決算報告、平成18年度収支予算案

平成17年度収支決算報告 (平成17年2月1日 - 平成18年1月31日) (単位:円)		平成18年度収支予算案 (平成18年2月1日 - 平成19年1月31日) (単位:円)	
<b>収入の部</b>		<b>収入の部</b>	
前年度繰越金	791,726	前年度繰越金	855,824
会費 平成13年度分 20,000 × 1	20,000	会費	455,000
5,000 × 1	5,000	計	1,310,824
平成14年度分 35,000 × 1	35,000	<b>支出の部</b>	
5,000 × 1	5,000	第11回学会開催補助	150,000
平成15年度分 35,000 × 3	105,000	会報発刊事業	
5,000 × 1	5,000	会報発行費 (Vol. 10)	300,000
平成16年度分 35,000 × 5	175,000	管理費	
5,000 × 2	10,000	消耗品費 (文具費等)	50,000
平成17年度分 35,000 × 10	350,000	通信運搬費	50,000
5,000 × 2	10,000	ホームページ更新費	60,000
平成18年度分 5,000 × 1	5,000	会議・旅費等	400,000
広告費 (日本ストライカー)	100,000	その他	300,824
利息	9	計	1,310,824
計	1,616,735		
<b>支出の部</b>			
第9回学会開催補助金	150,000		
第10回学会開催補助金	150,000		
会報発刊 Vol. 9	161,532		
管理費			
消耗品費 (文具費等)	3,864		
通信運搬費	17,415		
ホームページ更新費	29,610		
会議・旅費等	248,490		
計	760,911		
次年度繰越金	855,824		

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・都道府県あるいは郡市歯科医師会など) 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ある。
- 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つてこれにあてる。

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者とする。

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 都道府県あるいは郡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18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教室	〒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学	〒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 講座	〒540 0008	大阪府大阪市中央区大手前1 5 17
加 藤 信 次 (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
金 子 明 寛	東海大学医学部 歯科口腔外科学教室	〒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因病態制御学講座	〒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栞尾町3番地の8
杉 山 勝	広島大学歯学部口腔保健学科口腔保健衛生学講座 社会歯科保健学分野	〒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口腔生命科学専攻 口腔健康科学講座顎顔面口腔外科学分野	〒951 8514	新潟市学校町通二番町5274番地
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
中 村 典 史	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 口腔顎顔面外科学分野	〒890 8544	鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8 35 1
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	公立学校共済組合 九州中央病院歯科口腔外科	〒851 8588	福岡市南区塩原3 23 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会報10号をお届けします。平成19年2月24日に第11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。なお、本学会のご質問、ご意見

等ございましたら事務局までご連絡ください。

（中山洋子、富田真貴）