

口腔顔面神経機能学会会報

■2007年11月6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/>

第11回口腔顔面神経機能学会開催

平成19年2月24日、福島県郡山市にて第11回口腔顔面神経機能学会（学会長 奥羽大学 口腔外科学講座 大野敬教授）が開催され、奥羽大学 丸井隆之教授による特別講演と、一般演題16題が発表されました。

特別講演

味覚の病態

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

味覚というと、我々は「おいしさ」とか「甘い」などの食物の味に結びつける。味覚は原始的な感覚で、生きる上で合理的にできている。けれども、現在では飽食の時代にあって、人は味覚という感覚で意外と深刻な状況に面している。味覚と関連して、「拒食症」、「嚥下障害」、「味覚不全」などの疾病が増加しているのはよく知られている。このうち、味覚異常という点では、視覚や聴覚などと異なり、自覚症状があっても余り日常

生活に差し障りがないためか、検査と治療を受けようとする人が少なく、まだまだ隠れた「味覚不全症」の人が相当数いるように思われる。一方で「味覚異常」の原因には様々なものがあり、検査や治療にはこれといって確立されたものは未だ少ないのが現状である。このような観点から、「味覚の科学」の基礎から解説し、臨床におけるそのような現状と将来の展望を紹介する。

目 次

第11回口腔顔面神経機能学会開催	1
口腔領域感覚異常診断基準が改訂	16
第12回口腔顔面神経機能学会のご案内	23
平成18年度収支決算報告、平成19年度収支予算案	24
口腔顔面神経機能学会会則	24
入会申込と年会費のお知らせ	25
理事名簿	26
編集後記	26

一般演題

1. 下顎智歯抜去後に味覚障害のみが生じた一例

松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座

○森 亮太、中村 雅明、安田 浩一、古澤 清文

下顎智歯の抜歯時の偶発症として歯牙の口底部への迷入などにより舌神経の障害により、舌の感覚障害が生じる事が主に知られてる。今回我々は、下顎智歯抜歯時の歯牙の口底迷入によって術後味覚障害のみが生じ、他の感覚が正常であった一例を経験したのでその概要を報告した。

症 例

26歳女性。

主 訴

左側舌の味覚異常。

既往歴、家族歴

特記すべき事項を認めず。

現 病 歴

2006年2月9日某歯科医院にて左側下顎埋伏智歯の抜歯が試みられたが、抜歯できず中断。術後より著しい左側舌の味覚異常を認めた。同医にて経過観察が行われたが、味覚障害の改善が認められないため2月23日に患者の判断にて当科受診。

初診時所見

顔貌は左右対称性。開口障害を認めた。

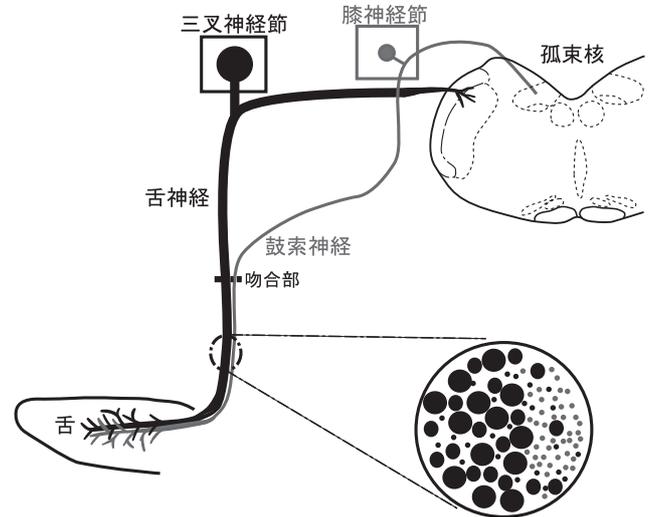
口腔内所見

左側智歯部の創部は上皮化が認められ、明らかな感染所見は認められなかった。パノラマX線写真において、左側下顎智歯相当部に抜歯窩とは異なった部位に歯牙様の不透過像が認められた。CTにおいても、左側下顎智歯舌側皮質骨の骨欠損像と左側下顎骨体部内側の口底部に歯牙様の像が認められた。

初診時に味覚検査ならびに舌とオトガイ部の感覚検査を行った。味覚検査法として、テストディスクを用いた濾紙ディスク法を行った。結果、患側の舌前方2/3の鼓索神経支配領域の甘味・酸味など全ての項目で味覚が脱失していた(表1)。感覚検査においては、SW テスターを用いて検査を行った。舌・下唇の感覚は、健側との左右差は無く異常は認めなかった。以上のことから歯牙の口底迷入による鼓索神経の障害による味覚障害と診断致した。同日より、味覚障害の改善目的としてビタミンB12製剤の投薬を開始した。

処置ならびに経過

3月2日全身麻酔下にて迷入歯牙の摘出術を施行した。術後



翌日に再度、味覚検査と感覚検査を行ったが、術前と比較し味覚異常の増悪は認められず、舌の感覚も正常であり、今回の摘出術による神経障害は認められなかった。

摘出翌日、摘出後1ヵ月、2ヵ月、4ヵ月、10ヵ月と味覚検査を行ったが味覚の回復は認められなかった。

考 察

下顎智歯抜歯時の偶発症として味覚障害のみが生じた報告は、我々が渉猟した範囲では、窪田らの臨床統計の報告において1例のみ報告されていたが詳細な検討はされていなかった。抜歯後の舌の感覚障害の原因として、智歯相当部舌側歯槽骨の破折などの外傷によるものが多いと考えられているが、外傷によって本症例の様に味覚障害のみが生じることは舌神経と鼓索神経の解剖学的関係から考えにくいと思われた。本症例は迷入した歯牙が舌神経にある一定の機械的刺激が加わったことにより、結果として、鼓索神経のみに障害が生じたものと考えられた。鼓索神経のみに障害が生じた理由としてZottermanらの報告では鼓索神経や舌咽神経の大部分の神経線維は4μ以下の直径の細い線維であるということから細い神経線維は障害を受けやすいと考えられた。

味覚障害の症状発症後、約1年経過した現在も味覚障害の回復は認められていない。その理由として、佐藤らの下歯槽神経障害後の回復過程の検討で、神経線維の太い順に回復する傾向があると報告されていることから神経線維の種類に違いはあるが、この様な理由から回復に時間を要するのではないかと推察された。

2. 下顎智歯抜歯後に生じた舌神経麻痺の2例

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
○山村 哲生、山田 清貴、高崎 義人
高野 正行、柿澤 卓

緒 言

下顎智歯抜歯後に生じる合併症の一つとして、舌神経麻痺が報告されている。治療の経過が長く完全回復は困難であり、その治癒は難治性であると言われている。時には舌の火傷や咬舌などの傷害を引き起こすことがある。舌神経麻痺の診査は自覚症状の他に冷温覚検査、痛覚検査や味覚検査などの定性的なもので行ってきた。今回私達はSW知覚テスターを用いて定量的に評価し、良好に経過した2例についてその回復過程を経時的に観察したので、概要を報告する。

検査方法

SW知覚テスターにより、舌尖部とその後方へ1cm間隔で舌背と舌側縁を計測した。

症 例

症例1：患者；37歳女性。主訴；舌の左半側のしびれ。現病歴；2001年3月8日、下顎左側智歯を歯冠分割し抜歯を試みるも、歯冠部のみ抜歯を行い中断した。2001年4月18日、残りの歯牙の抜歯を行う。2001年4月19日より舌の左半側にしびれとビリビリ感自覚。2001年4月24日、舌のしびれが継続しているため、紹介にて当科初診となる。初診時、舌の左半側と舌尖部にしびれを自覚。SW値テストでは、左側は2.83～5.88、右側は2.44～3.22であった。当日よりビタミンB12製剤とATP製剤の内服および星状神経節ブロックによる治療を開始した。治療開始4ヵ月後にしびれは軽減し、SWテストでは左側は2.36～3.22、右側は2.36～2.44と改善した。5ヵ月後にビリビリ感は軽減した。SWテストでは左側は1.65～3.22、右側は1.65～3.22であった。11ヵ月後に症状は軽微で患者が慣れてしまったとのことで治療を終了した。SWテストでは左側は1.65～2.83、右側は1.65であった。

症例2：患者；32歳女性。主訴；右側の舌と口唇のしびれ。

現病歴；2004年8月30日、局所麻痺下に下顎右側智歯の抜歯を行うも歯冠のみ抜歯して、中断となる。2004年8月31日、右側の舌と口唇のしびれが発生し、ビタミンB12製剤の投与を受ける。2004年9月7日、口唇の感覚はやや改善を認めるも、舌の温度感覚と味覚が回復しないため当科を紹介される。2004年9月10日、当科初診。初診時、右側下唇に麻痺があり、右側大白歯部歯肉は多少ビリビリ感あった。舌右側縁の大白歯部付近に麻痺があり、触覚、冷温覚、味覚はなく、SWテストでは患側で舌尖より後方2cmと3cm舌背部で3.84と3.61であった。健側は1.65と2.36であった。当日よりビタミンB12製剤、ATP製剤、ステロイド剤の内服と星状神経節ブロック、レーザー照射による治療を開始した。治療開始1ヵ月後に味覚障害が舌右側全体に拡大し、舌下面にビリビリ感あり。SWテストでは2.44と3.22と改善した。治療開始5ヵ月後に舌の知覚鈍麻とビリビリ感は軽減した。SWテストは全計測点で1.65と2.36であった。治療開始7ヵ月後、舌尖部に軽微なビリビリ感と、右舌側縁に違和感と知覚鈍麻が残る以外は自覚症状無し。SWテストは1.65～2.44であった。2005年3月4日、舌尖部ビリビリ感消失し、知覚鈍麻も舌の右側縁大白歯部付近が時に鈍いと感じる程度まで回復したため治療を終了した。SWテストは1.65～2.44であった。

考 察

舌神経麻痺の診査は患者の自覚症状で診査していたが、今回SW知覚テスターを用いて舌の各部位を検査したところ、自覚症状の軽減とともに閾値も軽減している過程が観察された。そのため自覚症状とSW知覚テスターの計測値には相関関係があると考えられる。SW知覚テスターによる診査の意義は知覚障害を定量的に評価できることであり、舌神経麻痺についても今回の観察によりその治癒過程を反映していた。SW知覚テスターによる舌神経麻痺の診査は、定量的に判断できる検査項目の一つをして有用であると考えられる。

3. 下顎智歯歯根と下顎管の位置関係—パノラマX線像の読影項目の設定と判定—

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

○赤田 典子、野添 悦郎、田中 千絵、大河内孝子
 五味 暁憲、比地岡浩志、古川美智代、西原 一秀
 宮脇 昭彦、平原 成浩、中村 典史

目 的

下顎智歯抜歯後のオトガイ神経の知覚異常を予測回避するためには、パノラマX線を用いた下顎智歯と下顎管の位置関係を把握することが必要であり、また下顎智歯抜歯後の知覚異常出現に関するEBMを得るデータ収集を他の施設との協力により行う際、評価項目と評価結果のばらつきがない事が必要である。

当科ではこれまでパノラマX線写真を用いた下顎智歯と下顎管の位置関係について分析し、報告してきた。今回これまでの3年間に2006年の症例を加え分析を行い(表1)、717本中4本(0.65%)に可逆的なオトガイ神経障害を認めたものの、パノラマX線写真における特徴との関連性を見出すことは困難であった(表2、図1)。

そこで今回、下顎智歯抜歯後のオトガイ神経知覚異常の出現

とパノラマX線像との関連性を見出すべく、より多くの施設でのデータ収集を目指し、分析項目の再検討とX線読影に際しての評価者による判定結果のばらつきの有無について検討を行ったので報告する。

対 象

2006年1月から12月までの1年間に当科で下顎智歯の抜歯を行った142名169本を対象とした。内訳は男性59名70本、女性83名99本で、抜歯時の平均年齢は男性30.2歳、女性29.2歳であった。

分析方法・項目

抜歯前に撮影したパノラマX線写真を用い、読影を行った。読影項目は以下の通りである。

- ①智歯歯根と下顎管の重なり(1~5点): 5つの型に分類
- ②智歯と下顎管の交点の位置(1~3点): 3つの型に分類
- ③下顎管の白線の消失(1、2点): 消失あり・なし

表1 下顎埋伏智歯抜歯症例
(2003年1月~2006年12月)

	総数	男性	女性
患者数 <名>	620 (142)	245 (59)	375 (83)
抜去智歯数 <本>	717 (169)	286 (70)	431 (99)
平均年齢 <歳>	29.7 (29.6)	30.2 (30.2)	29.0 (29.2)
オトガイ神経知覚異常出現症例 <本>	4 ; 0.65% (1)	1 ; 0.41% (0)	3 ; 0.80% (1)

() 内は2006年1~12月の症例

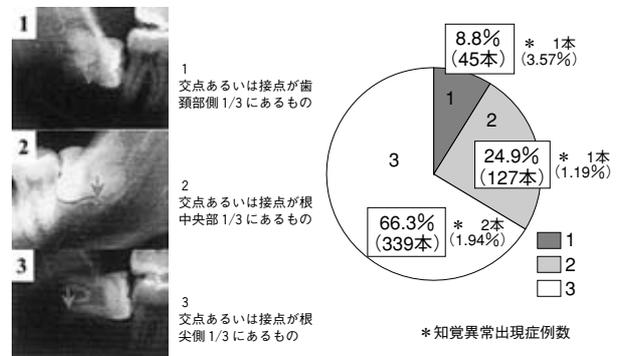


表2 歯根と下顎管の重なりと下顎管の白線消失、屈曲 本数(%)

智歯歯根と下顎管との重なり	1 2 3 4 5					
		28	84	195	204	206
白線の消失	あり	8*1 (28.6)	54 (64.3)	103*3 (52.8)	51 (25.0)	0 (0)
	なし	20 (71.4)	30 (35.7)*2	92 (47.2)*4	153 (75.0)	206 (100)
下顎管の屈曲	あり	6*1 (21.4)	11 (13.1)	18*4 (9.2)	24 (11.8)	0 (0)
	なし	22 (78.6)	73 (86.9)*2	177 (90.8)*3	180 (88.2)	206 (100)
オトガイ神経知覚異常出現症例	1 (3.57)	1 (1.19)	2 (1.94)	0	0	

*知覚異常症例

図1 歯根と下顎管の交点の位置
(歯根と下顎管が接触・交差した511本)

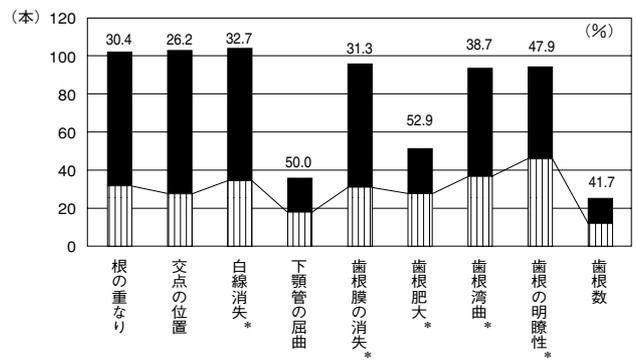


図2 各読影項目での7人以上一致した症例の一致率

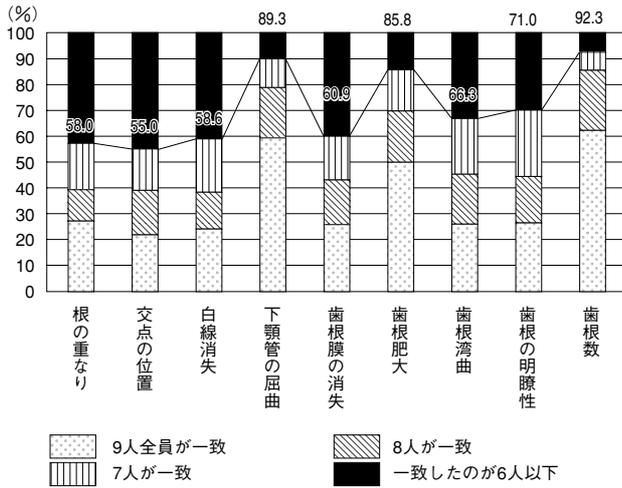


図3 判定の容易でない症例の一致率 (9人中8人以上が一致した症例を除いた結果)

- ④下顎管の屈曲 (1、2点)：屈曲あり・なし
- ⑤歯根膜の消失 (1、2点)：消失あり・なし
- ⑥歯根肥大 (1、2点)：肥大あり・なし
- ⑦歯根湾曲 (1、2点)：湾曲あり・なし
- ⑧根尖形態の明瞭性 (1、2点)：明瞭・不明瞭
- ⑨歯根の数 (1、2点)：単根・複根

判定は臨床経験6年以上の当科医局員9名が行い、各項目について9人中7人以上が同一の判定をした場合を一致とした。

判定結果と評価者との関連性については、判定者を経験年数に応じて、3グループに分け (平均年数21.7年・15.3年・8.3

年)、各症例で判定値の平均を求め、 χ^2 検定、危険率5%にて有意差を検定した。

結果

各計測項目の一致率を算出したところ、下顎管の屈曲、歯根肥大、歯根の明瞭性、歯根数の項目において70%を超える高い一致率を示した。下顎管の白線の消失と歯根膜の消失は約60%の一致率にとどまった (図2)。

9人中8人以上一致する症例、すなわち判定が容易な症例が多ければ一致率は上昇するため、8人以上一致した症例を除き一致率を算出したところ下顎管の屈曲、歯根の肥大の項目以外は50%に満たない一致率となった。また、評価者の違いにより読影結果の差について検定を行ったところ、歯根と下顎管の重なり、歯根と下顎管の交点、下顎管の屈曲、歯根の数の項目には有意差を認めなかった (図3)。

考察

下顎管の白線の消失の有無については、多くの報告で、歯根と下顎管との近接を示唆する所見として用いられているが、今回の分析では、判定が困難な項目として考えられた。また、他に読影結果に差の生じやすい項目も多く、読影・評価訓練、判定基準の見直しが必要であると考えられた。

今後、さらに症例を追加して分析を行い、評価項目等について検討していくと共に、ばらつきの無い評価項目と評価結果を前提として、他の多くの施設の協力によりデータ収集を行い、オトガイ神経麻痺の出現とパノラマX線像の関連性を調査分析していきたい。

4. 下顎骨区域切除後の近位骨片における疼痛に卵円孔ブロックで対処した1例

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¹⁾
 新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命科学専攻顎顔面再建学講座 歯科侵襲管理学分野²⁾
 新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命科学専攻顎顔面再建学講座 顎顔面放射線学分野³⁾
 ○児玉 泰光¹⁾、瀬尾 憲司²⁾、田中 礼³⁾、嵐山 貴徳¹⁾
 安島 久雄¹⁾、飯田 明彦¹⁾、高木 律男¹⁾

緒言

下顎骨区域切除術後に即時再建が困難な症例や移植骨および再建プレートの除去を余儀なくされた症例では、術後の顔貌変化や機能障害など、骨片の偏位に伴い様々な問題が生じる。今回、私達は、このような症例の近位骨片に生じた痛みに対し、CTガイド下で卵円孔ブロックを行ったので、若干の文献的考察を加え報告した。

症例

患者：49歳女性。
 主訴：左側下顎の手術部が痛い。
 既往歴：上部消化管潰瘍のため内服治療中。乳癌にて48歳時に乳房切除施行。
 現病歴：47歳時、左側下顎潰瘍の診断で下顎骨辺縁切除術を施

行。術後約2年にて局所再発を認め、下顎骨区域切除術および金属プレートによる即時再建術を施行した。術後3週目にプレート周囲炎を来し、プレートを除去した。その直後から左側下顎に鋭痛を認めるようになり、経時的に悪化した。

現症：

(全身所見)；身長163.8 cm、体重54.0 kg。
 (口腔外所見)；オトガイは左側に偏位し、左側下顎骨体部は陥凹している。同部に自発痛および開閉口時に運動痛あり。
 (口腔内所見)；右側下顎骨は前下内方に偏位して鉗状咬合を呈し、左側近位骨片は内側に跳ね上がり、上顎白歯に接触している。同部粘膜に潰瘍形成や発赤は認めないが、骨片前縁の触診にて強い接触痛あり (写真1-A、1-B)。
 (画像所見)；両骨片とも下顎頭内側を支点に内側傾斜し、左側近位骨片は前下方に移動しながら時計回りの回転あり (写真

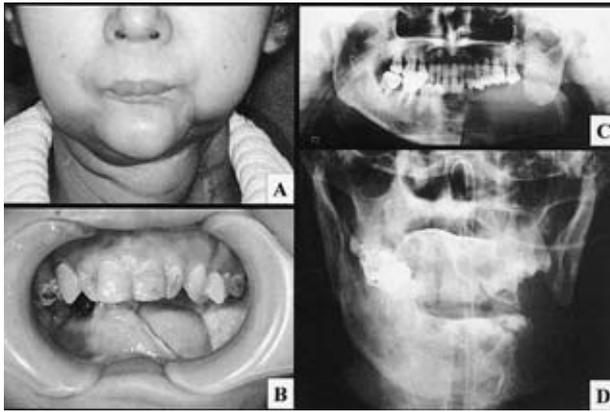


写真 1

表 1 3D-CT 画像を利用した CT ガイドのブロック

手 順	<ul style="list-style-type: none"> ・ 静脈内鎮静法を開始 (ミタゾラム 計 6 mg) ・ 通法の口腔外法に従いガイド針を刺入 (下の写真 A) ・ 3 D-CT 画像から、ガイド針を基準とした卵円孔の 3 次元方向を設定 (下の写真 B) ・ ブロック針を刺入し 3 D-CT 画像で再度確認後、麻酔薬を注入し効果を診断
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・ 神経破壊薬 (無水エタノール) を 0.7 ml 注入 ・ 解剖的特長の把握 ・ 処置時間の短縮 ・ より確実に安全な対応 ・ 患者への侵襲軽減

松井ら: 日歯麻誌 2000, 28(2), 250-252.



1-C、1-D)。

経過 ①

当初、痛みに対しては少量の NSAID で制御していたが、徐々に使用量が増しオピオイドを併用した。その後、左側近位骨片と干渉する左上 7 番を抜歯し、症状は一旦軽快するもすぐに再燃した。痛みの増強に伴い鎮痛薬の使用が増加し、今後も増える傾向にあったため、神経ブロックの適否について歯科麻酔科に対診した。

処 置

卵円孔ブロックでは、針先の 3 次元的位置および下顎切痕な

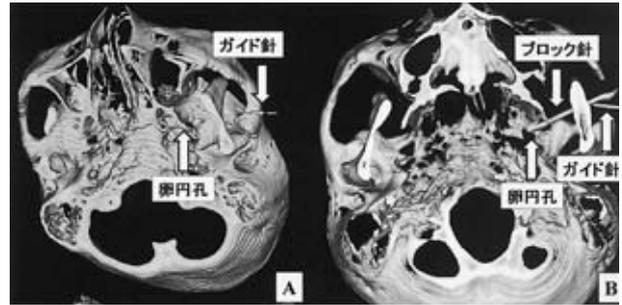


写真 2

どの解剖学的基準点の把握が重要となる。本症例は左側近位骨片が偏位し、下顎切痕が通常よりも前下方に位置していた。従って、病的変化した形態を把握する目的で通常のレントゲン透視下ではなく CT ガイド下での処置を選択した。ブロックの手順を表 1 に示す。CT ガイド下の穿刺は解剖学的位置関係の把握に優れ、結果として処置時間の短縮、患者様の負担軽減につながる (松井ら: 日歯麻誌 28, 250-252, 2000)。他方、被爆の問題もあるため、頻回かつ長時間撮影の回避に努め、撮影範囲を工夫することが肝要と考えられた。実際は、左側近位骨片の偏位により、通常の手法でガイド針は予想より前下方に進んでいたため (写真 2-A)、3D-CT 画像から角度計算を行い、ブロック針を正確な位置に刺入する事が可能であった (写真 2-B)。CT 撮影は計 2 回、撮影範囲は軸位断約 2 センチとし、約 20 mGy の被爆に止めた。処置は約 1 時間で終了し、総じて患者様の負担軽減につながったと考えられた。

経過 ②

処置後 3 日目に以前あった痛みは完全に消失し、ブロック時の処置による痛みも自制内となった。その後、鎮痛薬の使用は必要なくなり、処置後 7 か月経過した現在も、症状の再発は認めていない。

ま と め

術後に生じた近位骨片における疼痛は、近位骨片断端における神経組織に起因した変化に上顎が干渉したためと考えられた。形態学的に複雑化した患者様における卵円孔ブロックでは、CT ガイド下での対応が有用であった。下顎骨区域切除後の近位骨片における痛み、卵円孔ブロックによる除痛は効果的で、本症例では患者様の QOL 向上に大きく寄与していた。

5. 口腔症状から確定診断に至った筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の2例

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¹⁾

九州大学病院顎顔面口腔外科言語療法室²⁾

公立学校共済組合九州中央病院歯科口腔外科³⁾

○金城 亜紀¹⁾、大山 順子¹⁾、吉住 潤子¹⁾、松崎 幸代²⁾

佐々木匡理¹⁾、堀之内康文³⁾、竹之下康治¹⁾、白砂 兼光¹⁾

筋萎縮性側索硬化症 (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS) は、大脳皮質運動野から脳幹下部の運動性脳神経核・脊髄前角細胞にいたる上位運動ニューロンならびに運動性脳神経核や脊髄前角細胞から筋に至る下位運動ニューロンを選択的に障害する進行性の変性疾患であり、呼吸筋麻痺を呈するため生命予後は不良である。発病初期には症状は片側性であるが、やがて両側に進行する。口腔症状は比較的早期から発症する症状のひとつである。

今回われわれは口腔初発症状から診断に至った ALS の2例を経験したので報告した。

症例 1

患者：56歳、女性

主訴：呂律が回らない

現病歴：平成15年2月頃より口笛が吹けなくなったことを自覚し、近医 (耳鼻咽喉科、内科、脳神経外科) を受診したが、CT、MRI 検査でも異常はなく、原因不明であった。しかし症状が徐々に増悪したため、精査目的に11月11日当科初診。

現症：嚥下困難の自覚はあるが、栄養状態は良好、四肢の筋力低下や萎縮なし。顔面皮膚の知覚鈍麻はないが、全体的にピリピリとした知覚異常があった。口唇閉鎖不良、舌の萎縮や緊張性の低下、線維束性収縮、軟口蓋の挙上不良が左側にみられ、発話明瞭度が3と構音障害が認められた。嚥下造影検査では舌による送り込みが不良で、軟口蓋の挙上もやや減弱しているなど口腔期の障害が主で咽頭期、食道期の障害は認められなかった。運動障害性構音障害と神経筋疾患疑いと診断し、神経内科に精査を依頼した。

経過：平成16年2月当院神経内科に ALS の確定診断となった。以降、当院神経内科、当科および自宅近くの医療機関や地域保健所と連携をとり、加療を継続し、当科では主に摂食・嚥下に関する指導を行なった。症状は徐々に進行し、平成17年8月以降は胃瘻からの栄養摂取となり、平成18年12月より人工呼吸器を夜間のみ使用し、現在も在宅療養中である。

症例 2

患者：55歳、女性

主訴：舌の運動障害、嚥下障害、構音障害

現病歴：平成15年6月頃より舌の違和感と右側下顎臼歯部の疼痛を自覚し、近歯科を受診するも原因不明といわれたが、その後も舌の運動障害が増悪、嚥下障害も出現したため、大学病院

の神経内科や近医 (脳神経外科、耳鼻咽喉科) など4医療機関を受診。CT、MRI にても異常所見はなく、原因不明とされていた。平成16年3月頃より構音障害が顕著となったため、平成16年4月30日紹介により当科初診。

現症：嚥下困難があり、栄養状態はやや不良。発音困難 (カ行、ラ行) や鼻漏も認められ、時々呼吸苦も自覚していた。後頭部の疼痛があり、左側上肢の筋力低下を認めた。嚥下造影検査で舌による送り込みの著しい低下、軟口蓋の挙上不良など口腔期の障害が主で咽頭期、食道期の障害はほとんどなかった。運動障害性構音障害と神経筋疾患疑いと診断し、神経内科に精査を依頼した。

経過：平成16年8月当院神経内科入院下に精査、運動ニューロン疾患、進行性球麻痺の診断となった。後日、当院神経内科にて ALS の最終診断となった。同年12月以降は自宅近くの医療機関にて加療とリハビリテーションを希望されたため、転院となった。

ALS は徐々に進行する疾患であり、初期では自覚症状に乏しいため発病時期がはっきりしないことが多い。初発症状は上下肢の筋力低下の他、舌の運動障害・萎縮・線維束性収縮、流涎、構音障害、嚥下障害などの口腔症状が多い。本症例のように診断が困難となっている症例も多く、われわれ歯科医が初発症状として認識し、専門医に精査を依頼するなど適切な対応の必要性があると考えられた。

〈厚生省神経変性疾患調査研究班診断基準〉

下記1～5すべてを満たすもの

1. 成人発症
2. 進行性
3. 神経所見：次の①～③いずれか2つ以上がみられる
 - ①球麻痺所見
 - ②上位運動ニューロン徴候 (錐体路徴候)
 - ③下位運動ニューロン徴候 (前角細胞徴候)
4. 筋電図：①針筋電図にて a) 高振幅電位、b) 多相性電位
 - ②神経伝導検査にて a) 運動・感覚神経伝導速度は原則正常、b) 複合筋活動電位の低下
5. 鑑別疾患で他の神経・筋疾患が否定される

例) 脊髄性進行性筋萎縮症、原発性側索硬化症、多発性硬化症、頸椎症、脊髄空洞症、ポリニューロパチー、筋ジストロフィー、偽性球麻痺など

6. 舌痛症と診断されていた脳幹の空間占拠性病変の1例

日本大学歯学部附属歯科病院口腔診断学講座
○荒川 幸雄、小川 明子、篠崎 貴弘
小池 一善、今村 佳樹

脳幹部腫瘍は脳神経を巻き込んで多様な症状を呈することが考えられる。今回我々は三叉神経痛様の疼痛を呈することな

く、舌痛症と診断されて経過を見られていた脳幹部腫瘍患者を経験したので報告する。

7. 下顎骨区域切除後に大耳介神経の遊離自家移植を行った1例

東京歯科大学口腔健康臨床科学講座口腔外科学分野
○横山 葉子、渡辺 玲子、今井 崇之
高崎 義人、高野 正行、柿澤 卓

緒言

下顎骨に発生するエナメル上皮腫に対しては下顎骨区域切除が行われている。この場合根治性の観点より、下歯槽神経は腫瘍とともに切除されることが多く、知覚機能の回復のために神経移植術が行われている。しかし神経移植後の知覚回復過程を詳細に観察した報告は少ないようである。

今回私たちは下顎骨切除後に大耳介神経の遊離自家移植をおこなった症例で、知覚機能の回復経過を複数の検査方法で観察したのでその概要を報告する。

症例

症例：N.Y 39歳 男性

初診：2005年4月22日

主訴：左側下顎臼歯部の腫脹

現病歴：数年前より左側下顎臼歯部の腫脹を繰り返していたが、徐々に増大してきたため近医歯科を受診した。その際レントゲン診査で左側下顎骨透過像を認めたため、精査依頼で紹介により当科来院した。

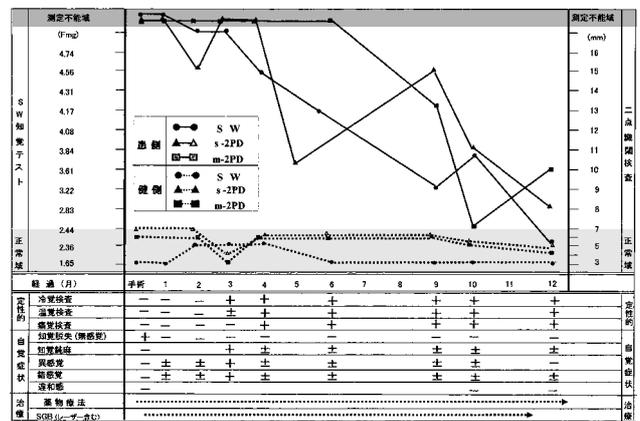
現症：顔貌は左頬部にびまん性の腫脹を認めた。口腔内は左側下顎第二大臼歯に打診痛を認め、第三大白歯は失活していた。

X線所見：初診時のパノラマX線写真で、左側下顎大白歯部に境界明瞭な2房性骨透過像が認められ、第二、第三大白歯の歯根はナイフカット状に吸収していた。CT写真で、腫瘍の範囲は第二大臼歯部より下顎角部におよんでおり、頬舌的に軽度の骨膨隆を認めた。また腫瘍の境界は比較的明瞭で腫瘍と下歯槽管は接触しており神経の下方にも及んでいた。

処置および経過：2005年11月10日 GOP 全身麻酔下に手術を行った。手術は、オトガイ孔部より、下歯槽神経血管束を掘り出し、結紮切断、次いで第一大白歯後方より下顎角前方まで骨切りを行った。以上の操作により腫瘍および周囲骨と下歯槽神経血管束が一塊として切除された。

次いで4.5 cmの神経欠損に対して左側大耳介神経を約5 cm採取した。神経縫合は8-0と9-0 プイゾープの吸収性糸を

表1 知覚機能回復経過



用い神経上膜縫合を手術用顕微鏡下に行った。顎骨欠損部に対しては腸骨ブロック骨とプレートによる再建を行った。

知覚機能回復評価：知覚機能回復過程はSW 知覚テストと静・動的2点識別検査(以下s-2PD、m-2PD)、冷覚、温覚、痛覚および今村らの自覚症状判定法、により観察した。

結果

術後の知覚の定量的、定性的検査および自覚症状の経時的経過を表1に示す。SW テストでは術後3ヶ月より回復傾向が現れ、術後1年で正常域に回復した。2PDではやや遅れて術後6ヶ月より回復傾向が現れ、12ヶ月で完全には回復していないが正常値に近くなった。冷覚、温覚、痛覚は術後6ヶ月で出現した。自覚症状は術後3ヶ月まで異感覚錯感覚ともにあったが4ヶ月目より軽減し術後12ヶ月では自覚症状は軽度になった。

なお治療は術後早期よりビタミンB12製剤の投薬と星状神経節ブロックを行った。

考察

今回私たちは下顎骨切除後の神経欠損に対して大耳介神経の遊離自家移植を行い術後の知覚回復過程を観察した。その結果、自覚症状は順調に回復し、術後12ヶ月で疼痛などの不快症

状は認められなかった。一方、定量検査では自覚症状とほぼ同様に経時的に順調に回復していることを示した。以上より、定量検査は術後の回復程度を観察する上で有用と思われた。また、神経移植術は、各種検査で完全回復までにはいたらなかつ

たとはいえ、切除例と比べて有効な回復程度を示すため積極的に行うべきだと考えられた。

今後さらに症例を重ね検討していく所存である。

8. 下顎神経障害後のオトガイ部皮膚表面温度の変化

九州歯科大学 生体機能科学専攻生体機能制御学講座
歯科侵襲制御学分野

○椎葉 俊司、坂本 英治、坂本 和美、長畑佐和子
江藤 梨絵、日高 和美、原野 望、仲西 修

はじめに

歯科治療による下顎神経障害の程度や予後の予測のために様々な検査が行われている。神経障害後には知覚鈍麻に加え allodynia, hyperalgesia, dyesthesia などの神経因性疼痛が発症する。また、経過が長期におよぶと患者にとって知覚麻痺より神経因性疼痛が主訴となることが多い。しかし、熱刺激、電流刺激を用い知覚を客観的に定量する有用な方法はあるが、同様に神経因性疼痛を評価するはない。

ラット坐骨神経を縫合糸で緩徐に縫合し神経因性疼痛を発症させた CCI (chronic constriction injury) モデルでは足底部皮膚表面温度に変化が現れる¹⁾。また、臨床でも神経障害患者の疼痛部の皮膚温度変化の報告もある。今回われわれは歯科治療による下顎神経障害後のオトガイ部皮膚表面温度と神経因性疼痛の関係について検討し若干の知見を得たので報告する。

対象と方法

歯科治療による片側下顎神経障害患者58名 (Neuropathy: N 群) で、神経障害が起こって6か月以上のものとした。表面温度測定は室温26°Cの静寂な部屋の診療台で10分真の安静後に NEC 社製 TH 3100 を用いて測定した。測定値の処理は以下の方法で行った。

- 1、正面からとらえた全体像の領域 (A) 内の平均温度を求めらる。
- 2、オトガイ部に正中を反対側との境界とした領域 (B) を設定する。
- 3、領域 (B) と合同で同ピクセル数をゆする領域を左右反転し領域 (C) とする。
- 4、領域 (A) の平均温度を cut off 温度とする。cut off 温度以上の領域の占める割合 (網掛) を求めその%差を測定値とする。(図1)

(実験1) 健康成人ボランティア35名を対照群 (Control: C 群) とし、下顎神経障害群 (Neuropathy: N 群) と比較した。

(実験2) 神経障害1年後の回復程度を患者自訴で評価した場合、予後良好と不良群の初診時矩形波電流刺激の境界値は2.15 mA であった²⁾。N 群を EDT が2.15 mA 以上の予後不良群の N-Heavy (NH 群)、未満の予後良好群 N-Slight (NS 群) に分けて比較した。

(実験3) N 群をピンブリックテストによる hyperalgesia、プ

ラシ擦過による allodynia の片方あるいは両方がある群 (N-abnormal sensation: NA) とない群 (N-none abnormal sensation: NN) に分けて比較した。

(統計) 全てのデータは平均±標準偏差で表した。比較は各群の分散が等しいことを確認し、Fisher's PLSD を用い危険率5%以下をもって有意差とした。

結果

(実験1) C 群に比較して N 群で有意に皮膚表面温度差が大きかった。障害側が高温域は86.2%と多かった。(図2)

(実験2) NS 群に比較して NH 群で有意に皮膚表面温度差が大きかった。NS、NH 群とも C 群に比較して有意に皮膚表面温度差が大きかった。(図3)

(実験3) NN 群に比較して NA 群で有意に皮膚表面温度差が大きかった。NN、NA 群とも C 群に比較して有意に皮膚表面温度差が大きかった。(図4)

考察

実験1でC群に比較してN群で優位に温度差が大きかったことにより神経障害に伴って、その支配領域での皮膚表面温度に変化が現れることが分かった。神経障害側が低温域の症例では中枢での自律神経調整機構の異常、異常な求心性興奮による体性神経交感神経反射による交感神経の興奮性の高まりと除神経性過敏による血管平滑筋収縮が考えられる。一方、神経障害側が高温域の症例では神経性炎症による軸索反射や脊髄反射による逆行性の血管拡張が原因であろう。

経過が長くなった場合の知覚検査の問題点として電流刺激閾値検査が示す神経障害回復度と患者自訴が一致しないこと、神経因性疼痛の評価が明確に行われていないことがある。実験2で初診時矩形波電流刺激閾値が2.15 mA をこえる NH 群で NS 群に比較して有意に皮膚表面温度差が大きかったことより患者の症状を反映した神経障害程度把握に皮膚表面温度差は判断材料の1つとなる可能性がある。また、同様に神経因性疼痛の存在する NA 群で NA 群に比較して有意に皮膚表面温度差が大きかったことより神経因性疼痛存在の証拠となる可能性もある。更なる検討は必要ではあるが長経過症例の神経障害程度把握と神経因性疼痛の有無の判断に皮膚表面温度変化が有用である可能性がある。

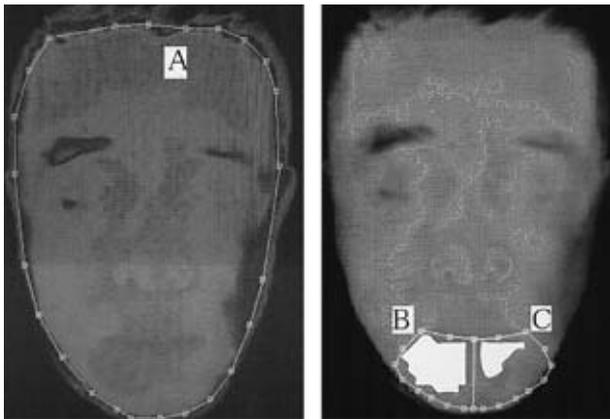


図1 領域の設定法

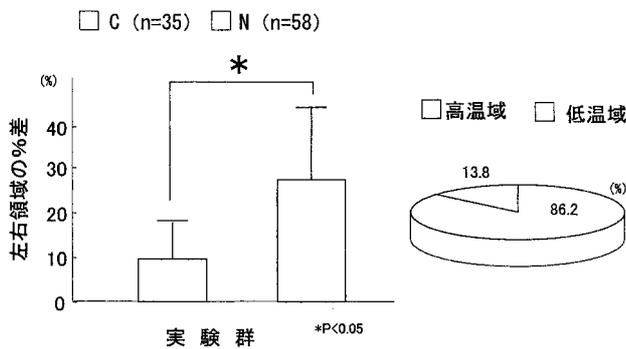


図2 皮膚表面温度差と低高温域の割合

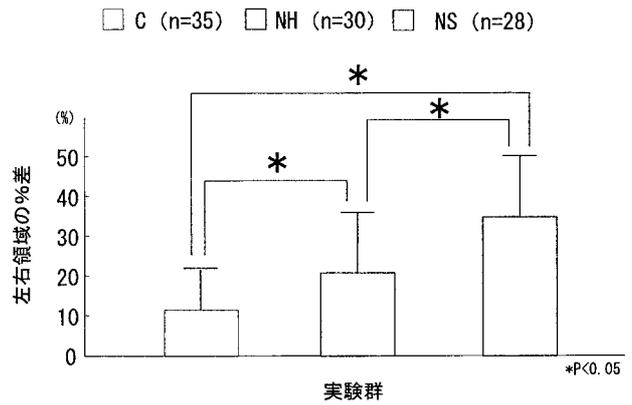


図3 初診時 EDT による分類

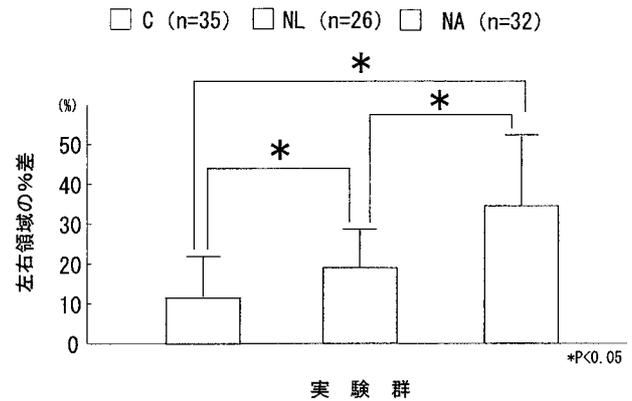


図4 異常感覚の有無での分類

参考文献

1) Bennett GJ, Ochoa JI : Thermographic observation on rats with experimental neuropathic pain, Pain 45(1), 61-67, 1991.

2) 今村佳樹, 坂本英治, 椎葉俊司他 : 歯科治療後にみられる知覚異常の予後診断に関する研究、日本歯科麻酔学会雑誌 28巻 1号

9. 口腔粘膜の温覚、冷覚、触覚、熱痛覚閾値の定量的評価

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

○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

歯科治療後に舌のしびれや、口腔粘膜の感覚異常を訴える患者に遭遇することがあるが、口腔粘膜各部位の正常な感覚閾値に関する詳細な報告はなく、その判定が難しい。したがって、口腔粘膜の感覚閾値を知ることは異常を判定する上において重要なことと思われる。そこで、われわれは健常人の口腔粘膜各部位の温覚、冷覚、触覚、熱痛覚閾値を測定し、部位による感覚閾値の差について検討したので報告した。

対 象

健常人ボランティア30名(男性14名、女性16名、平均年齢30.1±6.2歳(24~45歳))を対象とした。除外利潤は脳梗塞・神経系疾患の既往があること、頭頸部外傷・手術の既往があること、三叉神経領域に神経損傷などの既往があること、口腔顎

顔面領域に自覚的異常感覚をもっていること、妊娠中であることとした。

検 査

検査部位は下唇、舌尖、舌尖から35mm後方の舌背、口角から5mm後方の頬粘膜前方、切歯乳頭部付近の口蓋前方とした。温覚と冷覚はダイヤメディカル社製の温冷刺激装置®を使用し、触覚はSW知覚テスターを使用した。熱痛覚はユニークメディカル社製の痛覚計®を使用し、上限温度は55℃とした。

検査結果

温覚：中央値と比較すると舌背後方の閾値が最も高く、下唇、舌尖の閾値が低かった。統計学的有意差は下唇・舌背間、舌尖・舌背間、舌尖・頬粘膜間、舌尖・口蓋間にあった。触

覚：中央値で比較すると舌背後方の閾値が最も高く、下唇、舌尖、頬粘膜前方の閾値が低かった。統計学的有意差は下唇・舌尖間、頬粘膜・口蓋間以外のすべての部位間にあった。冷覚：どの部位間にも統計学的有意差はなく、中央値を比較しても全部位間にほとんど閾値差は認められなかった。熱痛覚：口蓋前方の中央値は上限温度である55℃以上であり、他部位にくらべて統計学的にも有意に高かった。また、中央値で比較すると下唇、舌尖において熱痛覚閾値が低かった。各感覚閾値間の相関：温覚、触覚、冷覚、熱痛覚閾値間に強い相関は認められなかった。

結 論

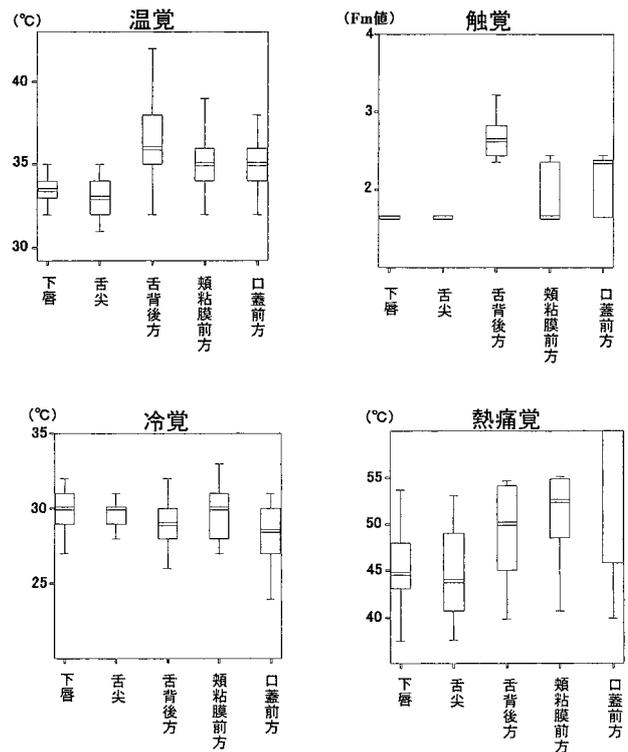
健常人の口腔粘膜各部位の温覚、触覚、冷覚、熱痛覚閾値を測定し、以下の結果を得た。

中央値で比較すると温覚、触覚閾値は舌背後方部で閾値が高く、下唇・舌尖部で閾値が低かった。

熱痛覚は口蓋前方部が優位に閾値が高く、下唇・舌尖部で閾値が低かった。

冷覚閾値はどの部位間にも有意差は認められなかった。

口腔粘膜の温覚、触覚、冷覚、熱痛覚閾値間に強い相関は認められなかった。



10. 熱流束方式温冷覚閾値計の三叉神経第Ⅲ枝領域への応用

鶴見大学歯学部口腔外科学第2講座

○田坂 明子、浅田 洸一、幾世橋かおり
山本 英雄、石橋 克禮

微細な温度管理が可能な熱流束方式温冷感覚閾値計の臨床導入の目的で、健常人について三叉神経領域の温冷感覚閾値を測定し、一部知覚異常を認める患者について測定した。

対象は健常ボランティア40名で男女各20名とした。第Ⅲ枝領域の測定はプローブの面全体が片側のオトガイ皮膚に当たるように、第Ⅱ枝領域は眼窩下縁にプローブの上端がくるようにし、プローブの面全体が皮膚にあたるように設置した。室温は23~25℃の静かな部屋で被験者を閉眼させ、熱流束方式温冷覚閾値計（インタークロス社、intercross-200）を用いて計測した。

機器の精度を確かめるために第Ⅲ枝領域の左右側を比較すると、男女ともに冷覚・温覚閾値で左右間に有意差は認められず、また個々の左右側に強い相関を認めた。

第Ⅲ枝領域の性差についてみると、冷覚測定時の女性の温度差の中央値は-0.13℃、男性のそれは-0.28℃であった。温覚測定時の女性の温度差は0.33℃、男性のそれは0.81℃であった。温冷覚ともに、温度差に有意差を認め、女性は、温冷覚ともに感受性が高い傾向がみられた。第Ⅱ枝領域についても、温冷覚ともに女性の感受性が高い傾向を認めた。

男女を合わせた健常人の第Ⅲ枝、第Ⅱ枝領域のそれぞれの領域での温冷覚の温度差をみると、第Ⅲ枝領域の冷覚の中央値の絶対値は0.22℃、温覚は0.52℃、第Ⅱ枝領域の冷覚の絶対値は

0.18℃、温覚は0.51℃で、冷覚と温覚を比較すると、第Ⅲ枝、Ⅱ枝領域ともに有意差がみられ、温覚より冷覚の感受性が高い傾向であった。

Ⅲ枝領域とⅡ枝領域の温冷覚閾値を比較すると、温冷覚ともにⅢ枝とⅡ枝の間に有意差は認めず、2枝間に熱の変化の感受性に差は認められなかった。

第Ⅲ枝領域の知覚異常を訴えた患者6名について、触圧覚閾値、電気知覚閾値（OPT）、温冷覚閾値を合わせて測定した。

健常者と患者の温冷覚閾値を比較してみると、冷覚測定時の健常人の温度差は-0.22℃に対し、患者の温度差は0.48℃であった。温覚測定時の健常人の温度差は0.52℃、患者の温度差は1.04℃であった。温冷感覚ともに、健常者と患者間に有意差を認め、患者は温冷覚閾値ともに上昇していた。

健常者群の温冷覚閾値の2SDを正常範囲として扱い、患者群を評価した。今回対象としたのはSW知覚テスターで異常を認めない軽度の知覚異常を訴える患者6例であった。そのうちCPTで異常を認めたのは4例、温冷覚閾値で異常を認めたのは3例であった。

熱流束方式温冷覚閾値計を用いて、健常人の三叉神経第Ⅱ枝・第Ⅲ枝領域の温冷覚閾値を計測したところ、温冷覚ともに微細な温度変化が感受され、また知覚異常を訴える患者の冷覚とともに閾値の上昇を認めたことにより機器の有用性が示唆さ

れた。

測定機器により伝達神経を異にすることから、臨床においては、SW 知覚テスター、ニューロメーターならびに熱流束方式

温冷覚閾値計を併用することにより、知覚異常の患者の客観的評価の精度が向上すると思われた。

11. VB12投与例から考察した口腔外科領域における神経障害について ～とくに下唇粘液嚢胞摘出術について～

大阪大学大学院歯学研究科口腔外科学第一教室

○石濱 孝二、飯田 征二、小泉 英彦

田中 晋、妹尾日登美、榎本 明史

米満 幸司、住岡 聡、古郷 幹彦

緒 言

日常臨床において神経障害の出現頻度が比較的高い下顎智歯抜歯術や下顎枝矢状分割術での検討は詳細に行われているが、それほど多くない手術や障害頻度の少ない術式に関してはまとまった報告はない。しかし、術後神経障害の予防策、インフォームドコンセントを考慮した場合、稀少な症例についても検討を行う必要がある。そこで今回われわれは、VB12製剤の投与歴を検索し、その主病名と術式について調査した。また、下唇粘液嚢胞摘出術について焦点を絞り、検討を行った。

対象と方法

2001年4月から2005年12月までの間に当科でVB12製剤を処方した患者で、同じ疾患で複数回処方1例とした720例から、悪性腫瘍56例と実際には知覚異常は認めていなかった102例を除いた562例を対象とした。そして原因となった手術、疾患について調査した。また、下唇粘液嚢胞摘出術症例については2001年1月から2006年12月に期間を拡げてVB12投与群と非投与群と比較検討した。

結 果

手術が原因で処方したのは441例であった。下顎埋伏智歯抜歯術が129例でもっとも多く、顎変形症手術113例、菌原性嚢胞摘出術が79例と続いた。疾患によるものは109例で外傷50例、炎症36例であった。

神経の障害部位は下歯槽神経が379例、眼窩下神経57例、オトガイ神経52例、舌神経27例、顔面神経16例であった。なかでもオトガイ神経はもっとも高い割合（52例中48例）で手術によって障害を受けていた。

調査期間中の手術数から各術式におけるVB12投与率を検討した結果、下顎枝矢状分割術が140例中109例、78%、術後性上

顎嚢胞摘出術22例中16例、73%と高い投与率の術式だった（術直後の腫脹による感覚異常に対する数日間のVB12投与も含む）。投与患者数をもっとも多かった下顎埋伏智歯抜歯術は手術数が4873例であり、投与率は3%であった。菌根嚢胞摘出術は374例中28例8%、下唇粘液嚢胞摘出術は99例中8例、8%であった。

下唇粘液嚢胞摘出術について調査期間を拡げて検討した結果、139例中12例、9%にVB12が投与されていた。VB12投与群12例と非投与群127例を比較検討した。粘液嚢胞の左右的位置では両群に左右差は無かったが、上下的位置（口唇近くの前庭粘膜 vs 前庭の下方部）では両群に差を認めた。投与群では7例が口唇に近く、5例が前庭粘膜下方に位置していたのに対し、非投与群は同様に52例と7例で、非投与群ではほとんどが口唇知覚に認められた粘液嚢胞であった。大きさや、切開線（水平的 vs 垂直的）では両群の差は検出できなかった。

考 察

今回の調査ではすべて診療録をもとに行ったので本当の知覚異常出現率は算出できなかった。算出したVB12投与率は、下顎枝矢状分割術の場合では術直後の腫脹による感覚異常に対しても投与されたものも含まれている。そのため実際の知覚異常出現率より高くなっている。それとは反対に、感覚神経の末梢端近傍に位置する舌腫瘍、口唇・頬粘膜腫瘍切除術、粘液嚢胞摘出術などでは感覚異常が出現したすべての症例にVB12を投与しているとも限らないため、実際の知覚異常出現率より低くなっている可能性がある。

下唇粘液嚢胞摘出術では上下的な位置関係でVB12投与群と非投与群の間で差があった。切開線では両群に差は無かったことから、剥離操作が障害の原因となっている可能性がある。知覚異常の完全回復に至らない頻度は少ないが、可能性はあるため、術前の説明は必要であると考えられる。

12. 口腔内の知覚リハビリテーションとしての咀嚼訓練

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

重度の認知症患者は、知覚の表現方法を持たない。知覚を回避反応で表現する。そして、その回避反応を口腔内に生じた時、神経科の医師も看護師も歯科疾患を疑い、歯科受診を促す。しかしながら、認知症患者の多くは、歯科医師の指示通りの開閉口もできず、診査に対する応答も不可能でさらにレントゲン写真の撮影すら困難を極め臨床診査そのものがない。さらに歯科処置も不可能に近い。その状況下でいかに患者の口腔内の状態を明確にし、さらに疾患があればいかにして治療するかについて考えてみた。

症 例

患者は48歳の女性。2年前にアルツハイマー病を発症。認知症は急速に進み、系統だった言語機能や表現能力を持たず、摂食は嚥下補助剤を使用し介助のもとに経口で行うが、むせが激しく、誤嚥性肺炎を繰り返していた。医師側は経口の摂食の断念も検討するが、家族の強い希望で経口による摂食を続けている。最近、摂食時に拒否的な態度をとるようになり、2ヶ月で10kgの体重減となった。医師側からの要望として、口腔内の問題の有無を明確にして欲しい、う蝕等があれば治療して欲しい、可能なら摂食機能の改善と誤嚥性肺炎対策も講じて欲しいとのことであった。患者の問題としては、レントゲンを含めてあらゆる口腔内診査が不可能である、言語、表情表現一切なく意思の疎通は全く不可能で、診査治療に対して非協力的であるだけではなく暴力的でもある。そこで、まず咀嚼リハビリテーションを兼ねて咀嚼訓練を行うことから開始した。

治療および経過

大塚¹⁾の方法に準じ、咬合時に直径が10 mm になるように調整したガーゼ棒にキシリトールを浸み込ませ、三食のサイクル

に合わせて40回の咀嚼を行わせた。3週間で喜怒哀楽の表情が認められ、同時に嚥下補助剤なく摂食が可能となり、摂食時一時折痛みの訴えらしき表情を確認できるようになった。4週間経過で診査が可能となり、右側上顎第一小臼歯と下顎第二大臼歯に慢性潰瘍性歯髄炎を確認した。その部位に食塊が触れる際に痛みを発生しているものと診断し、抜髄処置を行った。抜髄処置後、摂食は問題なく行うことが可能となり、誤嚥性肺炎も生じることはなくなった。

考 察

3年前に、精神科病院（仁明会病院、兵庫県西宮市）看護部から摂食行為を失った認知症患者の摂食機能と誤嚥性肺炎改善の相談を受け、HDS-R および MMSE ともに0点の認知症患者を対象に咀嚼訓練を施したところ、約1ヶ月で唾液緩衝能および嚥下機能に改善を認め、ほとんどの患者で嚥下補助剤が不要になるとともに知的活動も改善し、それまで表現できなかった歯にものが詰まったしぐさや熱い冷たいの表現が現れた。咀嚼訓練がどのように脳活動賦活に作用するかは不明であるが、認知症患者が咀嚼訓練をすることにより、前述種々機能の改善を短期間で認めることは間違いない。その経験をもとに、本症例に咀嚼訓練を行い、口腔内の知覚と反応の整合性を得ることが出来た。その結果、おそらく認知症患者に対して行う歯科治療で最も困難と考えられる歯内療法処置が可能となった。今後、この咀嚼訓練の脳活動に対する作用機序を明確にすることは、真の意味での口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーションに繋がるものと考えられる。

文 献

- 1) 大塚恒子：咀嚼による嚥下障害の改善と日常生活行動の変化、日精協誌、25(5)、27-31、2006。

13. 感覚異常と自覚症状との関連性に関する検討 第3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 顎顔面外科学
○渡辺 裕子、小林 明子、望月 美江
澤田 真人、岡田 尚子、天笠 光雄

本施設では感覚異常症例に対して感覚検査時に日本語版マギル疼痛質問票を提示し、自覚症状の聴取を行っている。前報よ

り症例を増やし、新たな知見が得られたので報告する。

14. 三叉神経第三枝領域の CPT について

鶴見大学歯学部口腔外科学第2講座

○浅田 洸一、田坂 明子、幾世橋かおり、山本 英雄、石橋 克禮

Neurometer の臨床応用における位置づけを明らかにする目的で、健常者ならびに知覚異常を訴える患者について、三叉神経第三枝領域の電気知覚閾値 (CPT) と触圧覚閾値を併せ計測した。被験者は健常ボランティア96名で、女性49名、男性47名を対象とした。患者は三叉神経領域第三枝領域に知覚異常を訴えた患者50例で、下顎骨嚢胞、腫瘍、顎変形症などの手術後や抜歯後に下唇、オトガイ領域の知覚異常を訴えた患者と骨折などによる訴えのあった59側を計測した。検査までの期間は1週以内 (35例) が多く、患者の訴えとしてはしびれ感 (27例) が多かった。

触圧覚閾値は SW 知覚テスターを用い、本学会の旧分類の下唇・オトガイ領域7点を計測した。CPT はニューロメーターを用い、電極は口角より1cm下方の下唇・オトガイ皮膚に貼付し計測した。健常者群の左右側の比較を行ったところ、男女とも各周波数いずれも左右側に有意差は認めなかったが、個々では相関関係が弱いものがみられ、CPT の絶対値の比較は問題があると思われた。

健常者と患者の CPT を比較してみると、健常者の各周波数 (2 kHz、250 Hz、5 Hz) の CPT の中央値は136、20、7であったのに対し、患者のそれらは260、46、19で健常者と比較すると各周波数において有意に閾値の上昇を認めた。このことは、各周波数刺激に対応する A β 線維、A δ 線維、C 線維ともに変化している可能性を示唆する。次に患者における異常値の出現頻度をみるために、健常者の各周波数 (2 kHz、250 Hz、5 Hz) の平均 CPT の 2 SD の範囲を正常として扱ったところ、各周波数の CPT の上限はそれぞれ246、69、39であった。

その値を基準として患者の閾値を評価したところ、異常値を認めたのは40例 (67.8%) で、残りの19側 (32.2%) は CPT では患者の知覚異常を評価しえなかった。CPT の上昇を認めた患側において、2 kHz 単独で異常値を認めたのは16例40.0%、250 Hz 単独は1側2.5%、5 Hz 単独で異常値を認めたものはなく、2 kHz・250 Hz の組み合わせと250 Hz・5 Hz の組み合わせで異常値を認めたのはそれぞれ3側7.5%であり、2 kHz・250 Hz・5 Hz いずれも異常値を認めたのは17例42.5%であった。この結果から、周波数別では2 kHz が最も高く (90%) 知覚異常を検出した。

次に CPT で異常を認めた患側について、SW 知覚テスターによる触圧覚閾値の測定結果との関連について調べた。触圧覚閾値は7計測点のうち、最も閾値の高かったものを採用し、閾値の単位は Fmg とした。2 kHz 単独で異常を認めた16例すべて3.61 Fmg 以下であったのに対し、3周波数ともに異常を認めた17例では4.56 Fmg 以上であったものが半数の9割を占めた。すなわち CPT で3周波数ともに閾値の上昇を認めると SW 知覚テスターで知覚閾値の上昇程度が高いものが増えるのに対し、2 kHz 単独で以上を認めると SW 知覚テスターで知覚閾値の上昇を認めないものや閾値の上昇程度が低いものを認めた。

以上の CPT と触圧覚閾値の測定結果から、三叉神経第三枝領域の疾患やその術後において、神経損傷程度が低い場合は、2 kHz 刺激に対応する A β 線維に異常を認めるのに対し、神経損傷の程度が高い場合は2 kHz、250 Hz、5 Hz 刺激に対応する A β 、A δ 、C 線維ともに異常を認めることが示唆された。

15. 下歯槽神経麻痺の長期的な評価と自覚症状について

奥羽大学歯学部口腔外科学講座

○菅野 勝也、渋澤 洋子、高田 訓、大野 敬

今回われわれは、口腔領域の知覚異常を訴え、長期にわたり定量的に知覚閾値を観察し得た症例に対し、その評価結果と自覚症状を検討したので報告した。

対象は外科手術を施行し、2回以上 CPT・2PD による評価を行い、3か月以上経過観察し得た7症例8側である。症例1は、外来局所麻酔下に左側下顎水平埋伏歯抜歯術を施行し、左側下唇オトガイ部に知覚異常を自覚した。症例2は、両側下顎枝垂直骨切り術を施行し、左側下唇オトガイ部に知覚異常を自覚した。症例3は、右側下顎智歯抜歯術および過剰埋伏歯抜歯術を施行し、右側下唇オトガイ部に知覚異常を自覚した。症例4は、両側下顎枝矢状分割術を施行し、左側下唇オトガイ部の知覚異常を自覚した。症例5は、左側下顎第1小臼歯普通抜歯術、左側頬部瘻管切除摘出術を施行し、左側下唇オトガイ部に

知覚異常を自覚した。症例6は、左側下顎第2大臼歯普通抜歯術および嚢胞摘出術を施行し、左側下唇・オトガイ部に知覚異常を自覚した。症例7は、両側下顎枝矢状分割術施行後のプレート除去術を行い、両側下唇・オトガイ部に知覚異常を自覚した。7症例のうち、現在も自覚症状が残存している症例を自覚症状残存例、自覚症状が消失した症例を自覚症状消失例とした。自覚症状残存例は5例5側、自覚症状消失例は2例3側であった。

症例1は、術直後より自覚症状として知覚異常、術後1か月からは異感覚を訴え、一時回復傾向を認めたが、術後1年5か月から錯感覚が出現し、以降は回復が認められなかった。2PD、CPT においても回復は認められなかった。症例2は、術後1週より異感覚を訴え、その後術後11か月まで緩やかな回復

を認め、術後1年5か月が経過する現在も錯感覚を訴えており、症状が固定していると思われた。定量的評価では症状と一致し、術後2週では2PDに閾値の上昇を、術後1か月ではCPT、2PDともに最高値を示し、以降回復している。症例3は、術直後より知覚異常を、術後1か月からは異感覚を訴えた。9か月まで異感覚を示し術後1年以降も違和感が残存している。定量的評価ではCPT、2PDともに回復はみられなかった。症例4は、知覚鈍麻を術後1週より訴えており、術後6か月で回復傾向があったが、術後9か月経過する現在も自覚症状を訴えている。定量的評価では2PDで術後閾値の上昇を認め、1か月後には対照値まで回復した。CPTは症状と一致しなかった。症例5は、術後1週で知覚鈍麻を、術後2週で錯感覚を訴えた。症状の程度や範囲は改善を認め、現在も自覚症状を訴えている。2PDでは術後2週で閾値の上昇を認め、CPTでは術後1か月後で重度の知覚鈍麻を示した。術後4か

月と5か月で定量的評価では回復傾向を認め、自覚症状は残存していた。症例6は、術後1週に異感覚が出現したが、速やかな回復を認め、術後1か月には自覚症状は消失した。CPT、2PDでも術後に閾値の上昇を認め、自覚症状と一致していた。症例7右側は、術後1週より異感覚を示したが、術後3週より回復傾向を示し、術後2か月には自覚症状は消失した。CPT、2PDともに自覚症状にあわせて閾値の上昇を認め、症状消失した術後3か月で2PDにて閾値の上昇を示した。症例7左側は、術後1週、2週で異感覚を示し、術後3か月には自覚症状は消失した。CPT、2PDでも術後に閾値の上昇を認め、自覚症状と一致していた。

以上より、自覚症状残存例では定量的評価の値にかかわらず、自覚症状は4か月から6か月で固定する傾向がみられた。また、自覚症状消失例では術後1か月から2か月にかけて速やかな症状の回復を認める傾向があった。

16. 下顎骨切除時における下歯槽神経修復手術後の静的触覚閾値変化

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

東京歯科大学口腔外科学講座*

○高崎 義人、山村 哲生、横山 葉子、高野 正行

柿澤 卓、浜瀬 真紀*、柴原 孝彦*、野間 弘康*

下顎骨切除時における下歯槽神経損傷に対しては神経修復手術が行われている。しかし、これらの術後回復過程に関する定

量的検討は認められない。そこで神経縫合と神経移植後の知覚回復程度を統計的に検討した。

17. 頤部の感覚閾値と心理的要因の検討

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面頸部機能再建学系
顎顔面機能修復学講座 顎顔面外科学

○澤田 真人、望月 美江、小林 明子、岡田 尚子

渡辺 裕子、天笠 光雄

当科では、口唇（下唇）・オトガイ部皮膚の感覚検査（SW知覚テスト、温覚、2点弁別閾、ニューロメーター、微小電流刺激）を行う際に心理テスト質問票（Self-rating Depression Scale (SDS (うつ性自己評価尺度))、Hospital Anxiety and

Depression Scale (HADS)、Eysenck Personality Questionnaire Short form (S-EPQ アイゼンク人格質問票短縮版))を併用している。同部の感覚閾値と心理テストの得点との関連について検討を行ったので報告する。

口腔領域感覚異常診断基準が改訂

口腔領域感覚異常診断基準検討委員会にて検討を重ね、新しい口唇・舌感覚異常審査プロトコールが完成しました。

口唇感覚異常プロトコール

名前 _____ ID _____ 検査日 年 月 日

I 生活支障度

↑

↑

支障なし これ以上ないほど生活に不便を感じている (支障最大)

どのような支障がありますか

II 自覚症状

↑

↑

全くない これ以上ないほど異常を感じている

どのような感じがしますか

異常と感ずる部位を描いてください



III 検査値

部位	SW知覚テスター		痛覚		2PD		追加検査	
	患側	(健側)	スコア	患側	(健側)	スコア	患側	(健側)
①	()	()		()	()		()	()
②	()	()		()	()		()	()
③	()	()		()	()		()	()
④	()	()		()	()		()	()
							()	()
							()	()

IV 異常感覚の種類

誘発感覚) 無感覚, 知覚低下, 痛覚低下, 痛覚過敏, 異痛症
不快感を伴う異常感覚, 不快感のない異常感覚

自発感覚) 不快感を伴う異常感覚, 不快感のない異常感覚

V 判定

検査施設名 _____
 検査者 _____

口唇感覚異常プロトコール 記入例

名前 _____ ID _____ 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I 生活支障度

↑ _____ ↓

支障なし これ以上ないほど生活に不便を感じている (支障最大)

どのような支障がありますか 食べ物が付いていてもわからない。たまに唇をかむ。いらいらすることがある。

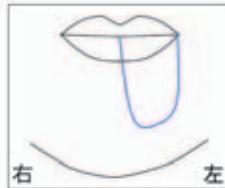
II 自覚症状

↑ _____ ↓

全くない これ以上ないほど異常を感じている

どのような感じがしますか しびれている。触ってもわからないところがある。重苦しい感じがする。触るとびりびりする。

異常と感ずる部位を描いてください



温冷覚、振動覚、CPT、等施設で行っている検査

III 検査値

部位	SW知覚テスター		痛覚		2PD		追加検査	
	患側 (健側)	スコア	患側 (健側)	スコア	患側 (健側)	スコア	患側 (健側)	
①	7 (1)	2	0 (0)	0	5 (2)	1	()	()
②	15 (2)	3	0 (0)	0			()	()
③	20< (3)	4	4 (0)	4	15< (4)	4	()	()
④	3 (2)	0	0 (0)	0			()	()
							()	()
							()	()

IV 異常感覚の種類

誘発感覚) 無感覚 知覚低下 痛覚低下 痛覚過敏 異痛症
不快感を伴う異常感覚 不快感のない異常感覚

自発感覚) 不快感を伴う異常感覚 不快感のない異常感覚

V 判定

VAS:生活支障度 60 自覚症状 64
 スコア:SW知覚テスター 4, 痛覚 4, 2PD 4
 下唇オトガイ部皮膚に誘発による無感覚、知覚低下、痛覚低下、異痛症、不快感を伴う異常感覚あり、自発感覚は不快感のない異常感覚

検査施設名 _____

検査者 _____

舌感覚異常プロトコール

名前 _____ ID _____ 検査日 年 月 日

I 生活支障度



どのような支障
がありますか

II 自覚症状



どのような感じ
がしますか

異常と感ずる部位
を描いてください



III 検査値

部位	SW知覚テスター		痛 覚		2PD		味覚検査			
	患側(健側)	スコア	患側(健側)	スコア	患側(健側)	スコア	S	N	T	Q
	患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)
①	()		()		()		()	()	()	()
②	()		()				()	()	()	()
③	()		()				()	()	()	()
	()		()				()	()	()	()
	()		()							

- IV 異常感覚の種類**
- 誘発感覚) 無感覚, 知覚低下, 痛覚低下, 痛覚過敏, 異痛症
不快感を伴う異常感覚, 不快感のない異常感覚
 - 自発感覚) 不快感を伴う異常感覚, 不快感のない異常感覚

V 判定

検査施設名 _____

検査者 _____

舌感覚異常プロトコル 記入例

名前 _____ ID _____ 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

I 生活支障度

↑ _____ ↓

支障なし これ以上ないほど生活に不便を感じている (支障最大)

どのような支障がありますか たまに舌をかむ。話しにくい。味がよくわからない。

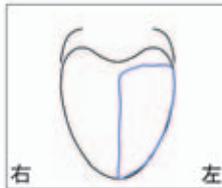
II 自覚症状

↑ _____ ↓

全くない これ以上ないほど異常を感じている

どのような感じがしますか しびれている。びりびりする。

異常と感じる部位を描いてください



III 検査値

部位	SW知覚テスター		痛覚		2PD		部位	味覚検査			
	患側(健側)	スコア	患側(健側)	スコア	患側(健側)	スコア		S	N	T	Q
								患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)	患側(健側)
①	5 (1)	2	0 (0)	0	9 (2)	3	鼓索	VI (II)	VI (II)	V (II)	VI (II)
②	10 (2)	2	4 (0)	4			舌咽	II (II)	II (II)	III (II)	II (III)
③	15 (2)	3	0 (0)	0			大唾液腺	III (III)			
	()		()								
	()		()								

IV 異常感覚の種類

誘発感覚) 無感覚 知覚低下 痛覚低下 痛覚過敏 異痛症
不快感を伴う異常感覚 不快感のない異常感覚

自発感覚) 不快感を伴う異常感覚 不快感のない異常感覚

V 判定

VAS : 生活支障度 53 自覚症状 58
 スコア : SW知覚テスター 3, 痛覚 4, 2PD 3
 味覚検査 : 左舌鼓索神経支配領域味覚感度V,VIで健側はII
 左舌に、誘発による知覚低下、痛覚低下、異痛症、
 不快感を伴う異常感覚あり、自発感覚は不快感を伴う異常感覚あり

検査施設名 _____

検査者 _____

スコア(指数)の基準

下唇・オトガイ部

	0	1	2	3	4
SW	0 ~ 2	3 ~ 5	6 ~ 9	10 ~ 19	判定不能
2PD	0 ~ 2	3 ~ 5	6 ~ 8	9 ~ 12	12 <

舌

	0	1	2	3	4
SW	0 ~ 1	2 ~ 3	4 ~ 9	10 ~ 19	判定不能
2PD	0 ~ 1	2 ~ 3	4 ~ 5	6 ~ 7	8 <

1. SW知覚テスター

便宜的に1.65を1、6.65を20として各ファイバーに1~20まで順次番号付けした場合の番号の健側と患側(あるいは患部の術前術後)の差を0~4に分類したものをスコア(指数)とする。各検査部位の中で最も大きいスコアを判定値とする。

例)下唇・オトガイ部の場合

部位	患側	健側	差	スコア (指数)
①	5	1	4	1
②	10	3	7	2
③	14	3	11	3
④	3	2	1	0

この場合は、
部位③の「3」
を判定値とする。

2. 痛覚

便宜的に「痛覚あり」を0、「痛覚なし」を4としてその差をスコア(指数)とする。各検査部位の中で最も大きいスコアを判定値にする。

3. 2PD

健側と患側(あるいは術前術後)の mm の差を0~4に分類したものをスコア(指数)とする。検査部位が複数ある場合は、上記同様、最も大きいスコアを判定値とする。

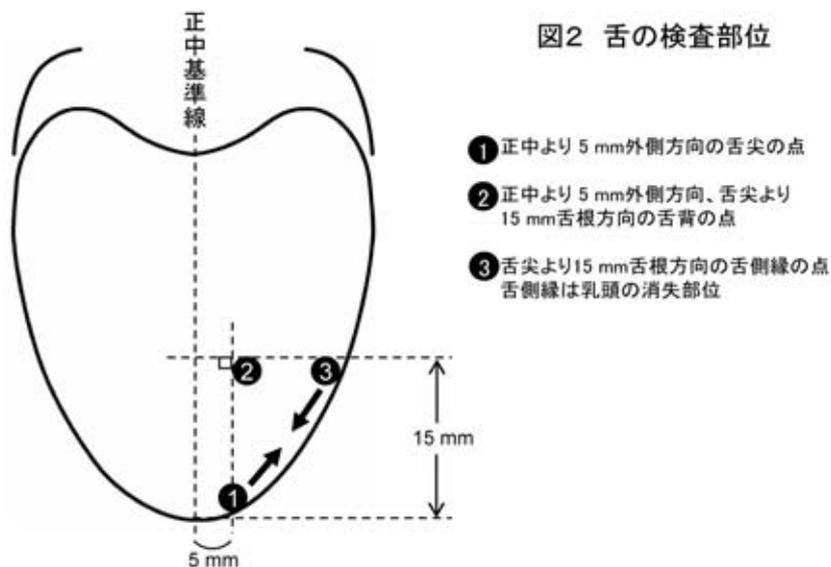
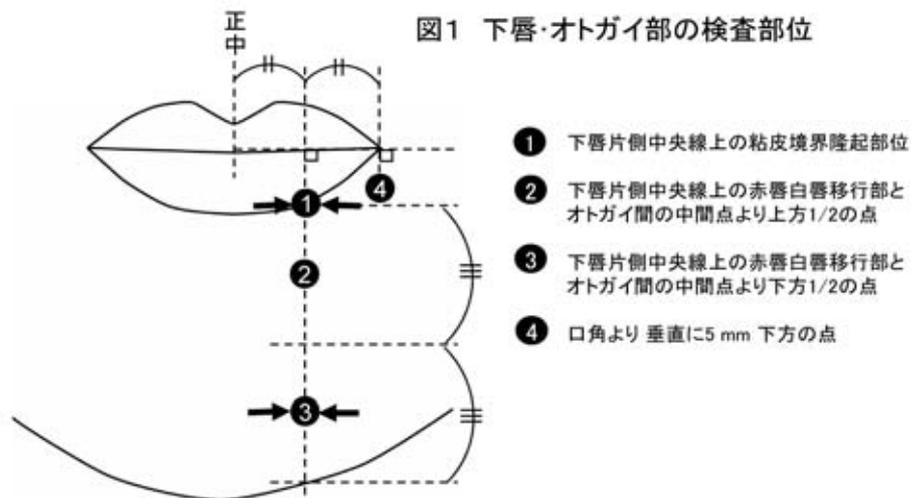
口唇・舌感覚異常プロトコール記載要項

- 1) I.生活支障度、II.自覚症状は患者に記入していただく。VASは相当部位に縦線を引くように口頭で説明し、図示は左右側について注意を喚起する。
- 2) III.検査値のSW知覚テストの検査部位は図1の4点、図2の3点とする。最も太い6.65が認知できない場合は「判定不能」とする。検査点の追加は可能な範囲で行う。異常部位の面積の縮小経過は必要に応じて記録する。
- 3) III.検査値の痛覚はpin prickが可能な器具を用いて定性的に測定する。
- 4) III.検査値の2PDは明らかに2点と認知される幅から0mmに狭めるように静的に行う。1点の刺激を2点と応答する場合は「判定不能」と診断する。下唇、オトガイ部の測定は図1の①、③の2か所とし、水平方向(矢印の方向)で各点に向かって幅を狭めるように測定する。舌の測定は1か所とし、図2の検査点①と③に2PD装置の片端をそれぞれ接触させ2点と認知した幅から矢印の方向で①と③の中心に向けて狭めるように測定する。
- 5) III.検査値の味覚検査はテストディスク®(ろ紙ディスクによる味覚定性定量検査用試薬)説明書に準じて行う。検査部位は鼓索神経領域を必須とし、舌咽神経、大錐体神経領域は必要に応じて行う。検査値は説明書における味覚感度I~VIで記入する。
- 6) III.検査値のSW知覚テスト、2PD、痛覚、味覚検査は健側、患側について行い、健側を基準とする。以前に行った検査結果を参考にしない。ただし、術前術後に関する検査結果はこの限りではない。
- 7) IV.異常感覚の種類は検査者がIIIの感覚検査結果および問診にて判断し、丸印をつける。

	anesthesia 無感覚	hypoesthesia 知覚低下	hypoalgesia 痛覚低下	hyperalgesia 痛覚過敏	allodynia 異痛症	dysesthesia 不快感を伴う異常感覚	paresthesia 不快感のない異常感覚
安静時の感覚 (自発的感覚)						不快感、疼痛、 びりびり、じりじり	異常感覚 (不快とは限らない)
非侵害性刺激 (通常は痛みとして感じない刺激) に対して	無感覚	感覚低下			過大に反応 疼痛認識	不快感、疼痛、 びりびり、じりじり	異常感覚 (不快とは限らない)
侵害刺激 (痛み刺激) に対して	無感覚	多くは 感覚低下	感覚低下	過大に反応 過剰に 疼痛認識		不快感、疼痛、 びりびり、じりじり	異常感覚 (不快とは限らない)

(今村佳樹氏, 仲西修氏: 下顎神経麻痺の診断 日本歯科評論 70 No.671 1998 より引用)

- 8) 感覚検査は3か月以上間をあけて最低2回行う。6か月以上検査値に変化がなければ症状固定とする。検査は発症から最長2年を目安とする。
- 9) 判定は各VAS値、各検査値のスコア(指数)、味覚感度、異常感覚について文章にて記載する。その判定を踏まえた診断は3施設以上の判定者が検討した上で行う。
- 10) 患者の現病歴、既往歴、主訴、処置等はカルテの記載を参照する。
- 11) 小児についてはこの限りではない。
- 12) 検査項目、検査部位は以上を必須とし、追加してよい。



口腔顔面神経機能学会 平成18年度収支決算報告、平成19年度収支予算案

平成18年度収支決算報告 (平成18年2月1日－平成19年1月31日)		平成19年度収支予算案 (平成19年2月1日－平成20年1月31日)	
(単位：円)		(単位：円)	
〈収入の部〉		〈収入の部〉	
前年度繰越金	855,824	前年度繰越金	670,690
会費 平成13年度分 20,000×1	20,000	会費	735,000
5,000×1	5,000	会費	100,000
平成14年度分 35,000×1	35,000	計	1,505,690
5,000×1	5,000	〈支出の部〉	
平成15年度分 35,000×3	105,000	第12回学会開催補助	150,000
5,000×1	5,000	会報発刊事業	
平成16年度分 35,000×5	175,000	会報発行費 (Vol. 11)	200,000
5,000×2	10,000	管理費	
平成17年度分 35,000×10	350,000	消耗品費 (文具費等)	10,000
5,000×2	10,000	通信運搬費	40,000
平成18年度分 35,000×12	420,000	ホームページ更新費	30,000
5,000×1	5,000	会議・旅費等	550,000
広告費 (日本ストライカー)	100,000	その他	525,690
利息	49	計	1,505,690
計	1,690,873		
〈支出の部〉			
第11回学会開催補助金	150,000		
会報発刊 Vol.10	198,870		
管理費			
消耗品費 (文具費等)	2,300		
通信運搬費	33,300		
ホームページ更新費	25,410		
会議・旅費等	562,215		
その他	47,563		
計	1,020,183		
次年度繰越金	670,690		

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任期は3年とし、再任を妨げない。
4. 役員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19年3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頸部機能再建学系 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
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
覚 道 健 治	大阪歯科大学口腔外科学第II講座	〒540-0008	大阪府大阪市中央区大手前1-5-17
金 子 明 寛	東海大学医学部歯科口腔外科学教室	〒259-1193	神奈川県伊勢原市下糟屋146
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因病態制御学講座	〒565-0781	大阪府吹田市山田丘1-8
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	広島大学歯学部口腔保健学科口腔保健衛生学講座	〒734-8553	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
澁 谷 徹	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 (財務担当)	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
山 城 三喜子	日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座	〒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
幹 事 安 田 浩 一	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
事務局 中 山 洋 子 (庶務担当)	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
事務局 富 田 真 貴 (会計担当)	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

編集後記

口腔顔面神経機能学会会報11号をお届けします。第11回口腔顔面神経機能学会総会において新しい口腔領域感覚異常診断基準のプロトコールが承認されました。郵送しますのでよろしく願いたします。

また、第12回口腔顔面神経機能学会が平成20年3月1日に開催されます。多数のご参加をお待ちしております。

なお、本学会へのご質問、ご意見等ございましたら事務局までご連絡ください。
(富田真貴)

