

口腔顔面神経機能学会会報

■2009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/>

認定医制度開始について

認定医委員長 古郷 幹彦

次期の学術大会は14回目となります。14年前の口唇麻痺研究会発足時と比較して口唇や舌の知覚異常、とくに抜歯やインプラント埋入後の知覚麻痺・鈍麻の症例が、最近、残念ながら多く見られるようになってきています。医療事故の観点からも適切な対応がとられることが肝要であり、まさに本学会の重みが日に日に増大していると言えます。設立当初から目標とされてきた学会認定医試験が大阪歯科大学の覚道教授のもとで次期学術大会にあわせて行われることになりました。

試験の方法、要求されるレベルなど様々な角度から口唇麻痺

判定認定制度設立準備委員会において検討され、ようやく試験を施行できる運びになりました。会員の先生方には是非とも受験していただきたく存じます。また、すでに特例認定医になられた先生方のお名前は学会ホームページ (<http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/>) に掲載されることになっております。医療事故・医療過誤を撲滅することは、臨床家にとって重要な課題です。今後、本学会認定医の先生方は歯科医療の中で大きな役割を担われることになると思います。学会活動と合わせてご活躍をお願いしたく存じます。

目 次

認定医制度開始について	1
特例認定医施設及び特例認定医	2
第1回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について	2
口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程	3
口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則	4
第13回口腔顔面神経機能学会開催される	5
一般演題	5
特別講演(石井 孝先生 兵庫県歯科医師会医療安全対策委員会 理事)	20
学会長から会員の皆様へ	21
第14回口腔顔面神経機能学会のご案内	21
平成20年度収支決算報告、平成21年度収支予算案	22
口腔顔面神経機能学会会則	22
入会申込と年会費のお知らせ	23
理事名簿	24
編集後記	24

特例認定医施設及び特例認定医

口唇・舌感覚異常判定認定医制度に基づいて、第13回口腔顔面神経機能学会理事会（2009年2月28日）にて特例認定施設18施設と特例認定医41名が承認されました。

特例認定施設一覧

1	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
2	鶴見大学歯学部 口腔外科学第2講座
3	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
4	兵庫医科大学病院 歯科口腔外科
5	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座
6	東京歯科大学口腔健康臨床科学講座口腔外科学分野 東京歯科大学水道橋病院口腔外科
7	大阪歯科大学附属病院 口腔外科第二講座
8	東海大学医学部外科学系口腔外科
9	聖路加国際病院 歯科口腔外科
10	九州歯科大学附属病院 歯科麻酔・疼痛外来
11	松本歯科大学 歯科麻酔学講座
12	九州大学病院 口腔顎顔面外科
13	新潟大学医歯学総合病院 口腔外科
14	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター
15	松本歯科大学 口腔顎顔面外科学講座
16	九州中央病院 歯科口腔外科
17	公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科
18	日本歯科大学附属病院 歯科麻酔・全身管理科

（平成21年2月28日登録）

特例認定医一覧

大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	古郷 幹彦 飯田 征二 田中 晋
鶴見大学歯学部 口腔外科学第2講座	浅田 洸一
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	天笠 光雄 小林 明子 望月 美江
兵庫医科大学病院 歯科口腔外科	浦出 雅裕 長谷川誠実

奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	大野 敬 高田 訓 洪澤 洋子
東京歯科大学口腔健康臨床科学講座口腔外科学分野 東京歯科大学水道橋病院口腔外科	柿澤 卓 高野 正行 高崎 義人
大阪歯科大学附属病院 口腔外科第二講座	覚道 健治 中嶋 正博 大西 祐一
東海大学医学部外科学系口腔外科	金子 明寛
聖路加国際病院 歯科口腔外科	川辺 良一
九州歯科大学附属病院 歯科麻酔・疼痛外来	椎葉 俊司
松本歯科大学 歯科麻酔学講座	澁谷 徹 谷山 貴一 大河 和子
広島大学歯学部口腔保健衛生学講座	杉山 勝
九州大学病院 口腔顎顔面外科	大山 順子 佐々木匡理
新潟大学医歯学総合病院 口腔外科	高木 律男 児玉 泰光
鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	中村 典史 杉原 一正 野添 悦郎
松本歯科大学 口腔顎顔面外科学講座	古澤 清文 安田 浩一 中山 洋子
九州中央病院 歯科口腔外科	堀之内康文
公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科	葉師寺 登 石井庄一郎
日本歯科大学附属病院 歯科麻酔・全身管理科	山城三喜子 高森 等 中村 仁也

（平成21年2月28日登録）

第1回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について

第1回口唇・舌感覚異常判定認定医試験が行われます。

●認定医試験実施会場および日程

会 場：大阪歯科大学内

日 時：2010年2月28日（日）

（詳細は後日にお知らせいたします）

●試験の申請についてはHPをご覧ください。

<http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/>

●不明な点についてはメールにて事務局にお問い合わせください。

e-mail: koushinmahi@po.mdu.ac.jp

口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程

第1章 総 則

第1条

本制度は、口唇・舌感覚異常の診断と治療に関わる広い学識と専門的技能を有し、口唇・舌感覚異常を鑑定できる医師、歯科医師を養成することを目的とする。

第2条

この目的を達成するため、口腔顔面神経機能学会（以下、「本学会」という。）は、口唇・舌感覚異常判定認定医（以下、「認定医」という。）を認定し、認定証を交付する。又、口腔顔面神経機能学会口唇・舌感覚異常判定認定施設（以下、「認定施設」という。）の認定を行い、認定証を交付する。

第2章 認定委員会

第3条

認定医制度に必要な事項を審議するために本学会理事長が指名する認定委員会を置く。

第4条

1. 認定委員会は、本学会理事長が指名する委員（以下、「認定委員」という）若干名をもって構成する。
2. 認定委員の任期は3年とし、再任は2期を限度とする。
3. 認定委員に欠員が生じた場合は、補欠委員を本学会理事長が指名する。任期は前任者の残任期間とする。
4. 認定委員会委員長（以下、「認定委員長」という。）は、理事長が指名する。副委員長は委員の中より選出する。

第5条

1. 認定委員会は、年1回以上、認定委員長が招集する。
2. 認定委員会は、委員の2／3の出席をもって成立し、その議事は、認定委員長を除く委員の過半数の賛成で決し、可否同数のときは、認定委員長の決するところによる。

第6条

認定委員会は下記の業務を行う。

- 1) 認定医の資格審査及び更新資格審査
- 2) 認定医試験の合否判定
- 3) 認定施設の資格審査及び更新資格審査

第3章 認定医の申請資格

第7条

認定医を申請する者は、日本国の医師あるいは歯科医師の免許を有する本学会会員で、十分な学会活動を行っているものとする。

第4章 認定医申請資格の特例

第8条

第7条の条件を満たさない場合でも、認定委員会が申請資格を有すると認めた者には申請資格を与えることができる。

第5章 認定施設

第9条

認定施設は本学会が認定した施設とする。

第10条

認定施設は下記の各号全てに該当することを要する。

- 1) 認定施設には認定医がいること。
- 2) 口唇・舌感覚異常判定に必要な設備を有していること。

第6章 認定医及び認定施設の認定

第11条

1. 認定医の認定は、認定委員会において資格審査及び認定試験結果をもとに総合的に判定し、理事会の議を経て決定する。
2. 認定施設の認定は、認定委員会の資格審査をもとに理事会の議を経て決定する。

第7章 認定医及び認定施設の認定証交付

第12条

認定証は、登録料を納入し登録申請書を提出した後、本学会理事長から交付される。その氏名又は施設名は、会報に掲載する。

第8章 認定医及び認定施設の資格更新

第13条

1. 認定医及び認定施設は、5年毎に資格の更新をしなければならない。
2. 更新の可否は、更新申請書をもとに認定委員会において審議し、理事会の議を経て決定する。

第9章 認定医及び認定施設の資格喪失

第14条

認定医及び認定施設は、下記の各号のいずれかに該当する場合には認定委員会、理事会の議を経てその資格を失う。資格回復については別途定める。

- 1) 認定医及び認定施設の資格の辞退届を本学会理事長宛に届け出たとき。
- 2) 医師、歯科医師の免許取消又は停止処分を受けたとき。
- 3) 本学会会員の身分を失ったとき。
- 4) 認定医及び認定施設の資格の更新を怠ったとき。
- 5) 認定医及び認定施設の名誉を毀損するような行為があったとき。

第10章 認定医及び認定施設の資格回復

第15条

認定医及び認定施設の資格喪失の場合、本学会理事会の議をもって回復することができる。

第11章 補 則

第16条

1. この規程の改正は、本学会理事会の承認を必要とする。
2. 本規程施行時に本学会に入会している施設より若干名ずつを本学会理事会の承認を経て認定医として認定する。
3. 本規定施行日から2年間は暫定期間とし、第1回認定

試験は平成21年度第14回口腔顔面神経機能学会総会開催以降に行う。

4. この規程に定めるもののほか、認定医制度規程の実施に関し必要な事項は、別に細則として定める。

付 則

本規程は、平成20年3月1日に制定し、この日をもって施行する。

口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則

第1条

口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程（以下「規程」という。）の施行にあたり、この規程に定められた以外の事項については、以下の施行細則に従うものとする。

第2条

認定施設在籍期間は、複数の認定施設での研修期間を合算したものでもよい。

第3条

認定医制度規程第7条でいう十分な学会活動とは、以下の各号に該当することを要する。

- 1) 認定医申請時に3年以上、本学会会員であること。
- 2) 本学会指定の認定施設に通算して3年以上在籍していること。
- 3) 学術大会において口腔顔面神経機能に関する発表をしていること。

第4条

認定医を申請する者は、審査料（5,000円）を添えて以下の申請書類を認定委員会に提出しなければならない。受理した審査料は、理由のいかんにかかわらず返却しない。

- 1) 申請書
- 2) 日本国医師、歯科医師免許証（写）

第5条

認定施設を申請する施設の責任者は、以下の申請書類を認定委員会に提出しなければならない。

- 1) 申請書
- 2) 認定医名簿

第6条

認定施設は、下記の診査器具を有していること。

- 1) SW 知覚テスター
- 2) 2点弁別
- 3) テーストディスク

第7条

1. 認定試験は、年に一回行う。
2. 認定試験は、書類審査および論述試験により行う。
3. 暫定期間中は細則第3条の条件を満たさない場合でも、認定委員会が申請資格を有すると認めた者には申請資格を与え、論述試験を免除することができる。

第8条

認定医登録料は10,000円とする。

第9条

1. 認定医資格の更新をする者は、本学会所定の認定医更新申請書一式と更新手数料（5,000円）を添えて本学会理事長に届け出なければならない。資格更新の申請は、認定失効期日の6ヶ月前から3ヶ月前までに終了しなければならない。
2. 長期の海外出張及び病気等で更新期間内に更新手続きができない場合には、その理由書を認定委員会に提出すれば認定委員会で審議し、更新期間の延長を認める場合がある。
3. 資格の更新をする者は、認定医資格取得の年から5年毎に、定める単位（30単位以上）を満たさなければならない。

1) 本学会参加 10単位

2) 本学会発表

講演演者 10単位

共同発表者 5単位

3) 本学会以外の学術大会での発表（口腔顔面神経機能に関するもの）

講演演者 5単位

共同発表者 3単位

付 則

本規程は、平成20年3月1日に制定し、この日をもって施行する。

第13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：2009年（平成21年）2月28日（土）

場 所：兵庫県歯科医師会館 5階ホール

主 催：兵庫県病院歯科医会・近畿中央病院口腔外科

会 長：薬師寺 登

一般演題

1. 筋束間剥離に伴う筋機能の変化

奥羽大学歯学部口腔外科学講座

○高田 訓、宮下 照展、林 由季

緒 言

筋組織にとって支配神経の断裂は大きな侵襲である。顎口腔領域では表情筋や軟口蓋諸筋のように筋束が小さくても審美的、形態的に重要で、発音や嚥下などの機能に不可欠な筋組織が存在する。これらの筋線維ではわずかな外科的侵襲で機能が失われてしまう場合もある。そこで本研究は、周囲組織から筋束を剥離する外科的侵襲が筋組織に及ぼす影響と経時的な回復様相を検索した。

実験方法

本研究では顎二腹筋前腹を使用した。実験群として①前復の起始と停止を温存し、筋腹を周囲組織と筋周膜との間隙で完全に剥離し、微少な神経や血管が周囲から剥離した群、（以下筋剥離群）。②顎二腹筋前腹の支配神経である顎舌骨筋神経を切断し、反転結紮した群、（以下神経切断群）の2群を検索し比較した。尚、対照には未処置の顎二腹筋前腹を使用した。観察方法は実験後3、7、14、21、28、42、56、84日例、各5匹を使用し、顎二腹筋前腹を摘出し、AChE染色、ATPase染色を施し、神経筋接合部のAChE活性について前腹中央部を横断面にて観察し、AChE活性を示す神経筋接合部の出現数を検索した。また、この標本をもとに筋線維タイプを識別し、タイプ

2 C線維の出現率を検索した。さらに脳幹を摘出する48時間前に10% WGA-HRP 溶液を顎二腹筋前腹起始部から中央部に向かってハミルトンマイクロシリッジを使用し、手動で10 μ l 注入し、48時間後に灌流固定した。TMB 法にて光学顕微鏡により明視野にて観察した。尚、三叉神経運動核に見られる HRP 神経標識細胞数は obex を最後方とした60 μ m の凍結連続切片にて出現数を測定し、実験例数の平均値を算出した。

結 論

①AChE 活性は両群ともに術後3日例で減少し7日例で消失した。以後、筋剥離群では28日例で再度出現した後、増加傾向を示したが対照群に対し51.7%までの増加にとどまった。一方、神経切断群では術後84日例でもみられなかった。②HRP 神経標識細胞数は筋剥離群では術後21日例以降に認められ徐々に増加する傾向がみられたが対照群に対し46.1%までの回復であった。一方、神経切断群では HRP 神経標識細胞はみられなかった。③タイプ2 C線維出現数は両群ともに術後14日例で出現し、以後84日例まで認められた。しかし、出現率は両群間に差がみられ、筋剥離群では術後28日例まで減少し、以後増加傾向を示したのに対し、神経切断群では術後21日例で最も多く出現し、以後84日例まで徐々に減少する傾向がみられた。

2. ラット下歯槽神経切断後の神経の回復過程

奥羽大学歯学部口腔外科学講座

○林 由季、渋谷 洋子、菅野 勝也、高田 訓
大野 敬

緒 言

口腔外科の手術手技において最も損傷を受ける可能性が高いのが下歯槽神経であり、下歯槽神経の損傷により下唇やオトガイ部に知覚異常を生じる。知覚異常の程度は神経損傷の部位や程度により異なるが、損傷部の形態回復に伴い知覚機能も回復

する。しかし神経損傷後の Waller 変性や逆行性変性、中枢側から伸長した軸索の再生過誤、損傷部への肉芽組織の介入により完全な形態回復が得られない場合も多い。一方、形態回復が認められていても機能異常が残存する場合もあり、形態と機能の回復様相は必ずしも一致しない。

そこで本研究では、顎骨内下歯槽神経切断ラットを用い、知

覚機能の回復過程を知る目的で、神経切断部末梢側の経時的変化を組織学的、定量形態学的に検索するとともに、オトガイ神経切断部末梢側より逆行性に取り込まれる WGA-HRP (horseradish peroxidase-wheat germ agglutinin) による神経切断後の HRP 神経標識細胞体の経時的変化を検討した。

実験方法

実験動物には生後 8 週齢の雄 Wistar 系ラットを用いた。右側下歯槽神経を実験側とし、フロセン全身麻酔下に下顎正中部に皮切を加え、オトガイ孔とオトガイ神経を確認、オトガイ神経に損傷を与えないように注意しながら、咬筋停止前方部を剥離して下顎骨を明示した。その後、オトガイ孔より後方 5 mm の下顎骨に幅 0.2 mm、深さ 2.5 mm で、歯科用ダイヤモンドディスクを用いて切断した。なお、反対側はすべて非実験側とし対照とした。

検索期間は神経切断後 3、7、14、28、42、70、91 日とした。

- 1) 切断部末梢側神経線維の組織学的観察：切断部から 1 mm 末梢側の顎骨内下歯槽神経を 2 mm の長さで慎重に摘出し、通法に従い脱水、パラフィン包埋した後、約 6 ヘマトキシリン-エオジン染色
- 2) 免疫組織化学的観察：三叉神経節内の HRP 神経標識細胞

の変化

- 3) 定量形態学的観察：下歯槽神経内軸索数、三叉神経節内の HRP 神経標識細胞数

結 論

1. 下歯槽神経の切断後 14 日までは、対照側と比べ髄鞘は扁平化し、軸索数は少なく、三叉神経節内の HRP 神経標識細胞もほとんどみられなかった。
2. 切断後 28 日では、髄鞘の形態回復と軸索数の増加傾向がみられ、HRP 神経標識細胞においても増加傾向を示し、HRP 逆行性輸送の再開が示唆された。切断後 42 日では、軸索数は対照側の約 1.5 倍に増加したのに対し、HRP 神経標識細胞数は対照側の約半分だった。
3. 切断後 91 日の軸索は、ほぼ均等な太さで密に存在し、対照側に類似した所見を示した。また、軸索数は対照側の約 1.3 倍、HRP 神経標識細胞数は約半数のまま推移した。

以上より、下歯槽神経切断後の末梢側神経では、形態学的および定量形態学的回復を示した。しかし、三叉神経節内の HRP 神経標識細胞数は対照側の約半数で、十分な機能的回復は認められないことが示唆された。

3. 歯根膜感覚による知覚麻痺評価の可能性

兵庫医科大学歯科口腔外科学講座
○長谷川誠実、浦出 雅裕

目 的

咬合咀嚼機構において、歯根膜感覚が重要な位置を占めていることは、今さら言うまでもないことである。しかしながら、口腔領域における知覚障害に対し、顔面皮膚知覚、舌の知覚そして味覚などについては詳細にその診査判定基準が示され、そして実践され治療の指標としての成果を上げているが、歯根膜感覚については評価の対象と考えられてはいない。口腔領域の知覚障害は、当然歯根膜感覚にも影響を与えると考えられる。そこで、今回、正常歯根膜感覚を知覚診査の観点から見直すことで、知覚検査としての有用性について考えてみた。

被験対象と方法

歯根膜感覚として、位置感覚、圧覚および厚さ弁別能を選んだ。検査対象として、位置感覚測定には、22 歳から 26 歳の男性 21 名および女性 19 名、圧覚閾値測定および厚さ弁別閾値測定には、24 歳から 31 歳の男性 8 名および女性 2 名を選んだ。また、当科受診の歯周管理中の患者の中から、他歯および他インプラントと連結されていない、下顎大白歯部にインプラント埋入後 2 年以上異常なく経過している 37 歳から 41 歳の男性 6 名および女性 4 名についても同検査を行った。

位置感覚測定は、自作の歯牙圧子 (20 g 荷重および 100 g 荷重)、圧覚閾値測定には、1 g から 100 g まで、0.5 g 間隔で作製した Frey の刺激毛を用い、さらに厚さ弁別閾値測定には、2.0

から 3.0 mm まで 0.1 mm 間隔で作製したスチールワイヤーを使用した。位置感覚測定では、下顎健全歯に対して、歯軸方向に 20 g の荷重を加えた後、どの歯を圧したかについて指で示してもらうことで判定した。インプラントに関しては 100 g の圧子を使用した。圧覚閾値測定では、下顎第一大臼歯、第二大臼歯およびインプラントに対し歯軸方向および頬舌方向に Frey の刺激毛を用いて、測定を 5 回ずつ行い全平均をもって圧覚閾値とした。厚さ弁別閾値測定では、3.0 mm のワイヤーを基準として、下顎第一大臼歯およびインプラントで基準のワイヤーをタッピングした後、0.1 mm ずつ直径を減じて直径の違いを認知可能かについて 5 回ずつ調べ、100% 認知可能な直径の差ごとに正答者数を調べることで判定した。

結 果

得られた結果を表 1、2 および図 1 に示す。

考 察

歯根膜感覚として、位置感覚、2 歯弁別、方向弁別、圧覚、厚さ弁別および硬さ弁別等があげられる。これらの中で、歯に特別な処理を必要とせず、そして臨床の場で測定可能なものは、位置感覚、圧覚、厚さ弁別および硬さ弁別であると考えられる。位置感覚は定量化が難しく、麻痺時の荷重圧の基準もないことから検査としての使用は難しい。圧覚は、最も定量化しやすいが、麻痺の多くは下顎に生じることから、麻痺時には強

表1 位置感覚の分布

健全歯

応答歯	1	2	3	被験歯	4	5	6	7
1	95.4	9.8	3.2					
2	2.0	86.2	17.1	9.0	4.4			
3	1.6	4.0	79.7	35.6	16.0	7.8	5.0	
4				49.6	31.1	19.9	20.3	
5				4.5	45.7	26.0	15.7	
6				1.3	3.8	46.5	33.8	
7								25.2

インプラント

応答 相当歯	被験歯 6	当量 7
6	100	80
7	0	20

い力で圧迫をする必要があり、その際顎関節や咀嚼筋の感覚も関わることを考慮に入れると不適当と言わざるを得ない。但し、麻痺が回復したかどうかについての検査としては有用であると考えられる。次いで、厚さ弁別であるが、同法は定量化も可能で、麻痺時であっても歯根膜感覚としての評価が可能である。ただ、個々歯牙ごとの評価は出来ない。しかし、麻痺側歯根膜感覚としての評価であれば十分に知覚麻痺検査として使用できるものと考えられる。

4. リン酸カルシウム骨ペーストのオトガイ神経に対する影響について

目 的

リン酸カルシウム骨セメント（以下 CPC）は、自己硬化型のペースト状セメントで粉剤と液剤の水和反応により比較的早期にハイドロキシアパタイトに変化する骨補填材として知られている。今回われわれは、CPC が補填部位に近接する末梢神経にどのような影響を与えるのかを明らかにするために研究を行ったので報告する。

材料と方法

実験1：静脈麻酔のもとに、ウサギの顎下部に切開を加えオトガイ孔を剖出した後、歯科用エンジンにて生理食塩液注水下にオトガイ神経を損傷しないようにオトガイ孔周囲の骨を削除した。手術部位に補填した骨の種類によって CPC 群、ポリメチルメタクリレート骨セメント（以下 PMMA）群、コントロール群の3群について比較検討を行った。骨補填材の成分は、CPC はセメント粉剤と鋳和液、PMMA はセメント粉剤と液体モノマーから構成されており、コントロール群においては手術後の骨補填は行わなかった。実験群において、術1週、1ヶ月、3ヶ月後に3羽ずつ薬殺し、同時に karnovsky の固定液

表2 圧覚閾値

健全歯		
被験歯	圧覚平均値(g)	S.D.
6	7.5(歯軸), 7.4(水平)	2.3(歯軸), 3.1(水平)
7	7.9(歯軸), 7.7(水平)	2.5(歯軸), 3.1(水平)

インプラント		
被験相当歯	圧覚平均値(g)	S.D.
6 相当部	88.6(歯軸), 57.5(水平)	17.5(歯軸), 37.6(水平)
7 相当部	90.0(歯軸), 66.3(水平)	17.8(歯軸), 35.3(水平)

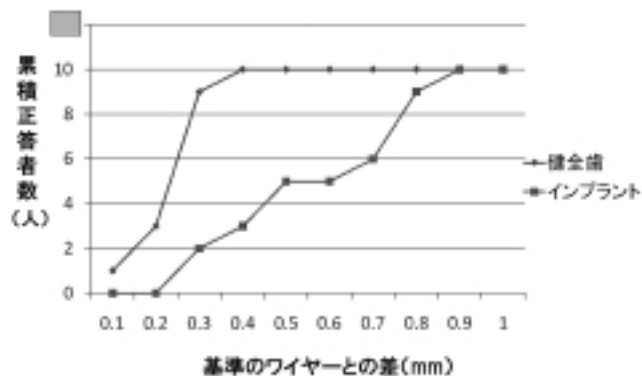


図1 厚さ弁別

三菱神戸病院歯科口腔外科¹⁾

神戸大学大学院医学研究科外科系講座口腔外科学分野²⁾

○宗本 幸子¹⁾、渋谷 恭之²⁾、村田 真穂²⁾、小林 正樹²⁾

竹内純一郎²⁾、池端 伯子²⁾、梅田 正博²⁾、古森 孝英²⁾

(2.5% G.A. + 2% P.A. + 0.1 M C.B.) を用いて灌流固定を行った。手術部位から神経を損傷しないように注意深く充填物を除去後、オトガイ神経が充填物と接していた部分を摘出し、電子顕微鏡による観察を行った。

実験2：myelin-associated glycoprotein（以下 MAG）を用い、CPC 充填による末梢神経の脱髄変化の有無をイムノブロット法にて確認した。動物はホワイトウィスターラットを使用し、ネブプタールによる腹腔内注射の後、大腿部中央部を切開して坐骨神経を露出した。その神経周囲をプラスチックチューブで囲んだ後、CPC を神経とチューブの間に填入し、固めてから閉鎖した。また対照には、坐骨神経を剖出後、絹糸で結紮しすぐに開放したものを用いた。術10日後に、CPC で囲まれた坐骨神経および結紮した神経をそれぞれ摘出し、同時に手術を行わなかった対側の坐骨神経も正常側とし摘出した。一次抗体としてウサギ抗 MAG ポリクローナル抗体を用い、ウェスタンブロット法にて解析を行った。

結 果

実験1：全ての切片において軸索の断裂は認められず、軸索の超微形態構造は保たれていた。また、髄鞘に一部脱髄変化が

みられたが電顕試料作製時の影響によるものか不明であった。

実験2：CPC群のバンドは結紮群よりも濃く検出されたが、正常群と比較すると低濃度であったため、CPC群におけるMAGのタンパク量の低下は軽度であると思われる。今回、CPCを直接末梢神経に接触させても組織学的に大きな影響は

みられなかったが、Seddonの神経損傷の分類のひとつであるNeurapraxiaの発生については完全に否定することができなかったため、CPCの臨床使用においては十分に配慮する必要性があると思われる。

5. 口腔粘膜感覚閾値を変動させる要因についての検討

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科・顎顔面外科学分野
○青柳 順也、小林 明子、望月 美江、天笠 光雄

目 的

温冷刺激条件下における口腔粘膜の感覚閾値（温覚・冷覚・触覚）の変化を検討をした。

対象及び方法

被験者は健常人ボランティア30名（男性15名・女性15名）で、年齢24歳～37歳、平均年齢28.5歳。
測定は同一検者が行った。
－US>testを用いた。

結果及び結論

舌尖、舌背、頬粘膜の3部位における安静時表面温度・閾値測定で舌尖が最も小さな値を示した。
表面温度は温刺激にて平均2～3℃の温度上昇が見られ、冷刺激にて平均8～10℃の温度低下がみられた。安静時と比較して各部位とも温刺激後・冷刺激後に有意に表面温度が変化し

た。

温刺激後に各部位の温覚閾値は3～7℃上昇し、冷覚閾値は3～6℃低下した。

冷刺激後に各部位の温覚閾値は3～5℃低下し、冷覚閾値は6～9℃上昇した。

触圧覚閾値は温冷刺激後に上昇したが、有意差がみられたのは冷刺激後で0.5～1上昇した。

頬粘膜の温冷覚閾値は刺激によって他の2部位より大きく変化し、冷刺激後の温覚閾値は測定機器の上限の50℃を逸する症例もあった。

変化した閾値が回復するまでに要した時間は両刺激とも触圧覚が最も短く、温刺激後の冷覚閾値及び、冷刺激後の温覚閾値の回復には時間がかかり、最長で16分を要した。

口腔内の感覚検査を行う場合の温冷刺激の除去は必須であり、飲食や喫煙などの生活習慣に配慮して、検査前の刺激を除去することが必要と考えられた。

6. 当科にて口腔領域の感覚評価を行った症例の検討

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
○望月 美江、小林 明子、澤田 真人、山崎 裕子
岡田 尚子、天笠 光雄

これまで当科にて口腔領域の感覚評価を行った症例の発症原因、加療および検査を行うことの意義、問題点等について検討した。

対象および検査部位

1998年1月から2008年12月までに当科で口腔領域の感覚評価を行った642名（年齢11～84歳、男性256名、女性386名）を対象とした。検査部位は下唇・オトガイ；518例、舌；54例、上唇・頬部；23例、上下唇・オトガイ・頬部；22例、下唇・オトガイ・舌；18例、その他；7例であった。

検査機器および質問票

微小電流刺激装置、SW 知覚テスター[®]、痛覚計[®]、Neurometer[®]、電気味覚計[®]、テイストディスク[®]、2 PD、温冷刺激装置[®]、マギル疼痛質問票、自己記入式質問票（SDS等）。

発症原因

顎変形症241例、抜歯122例、顎骨嚢胞70例、腫瘍54例、炎症35例、原因不明18例、インプラント15例、外傷15例、歯内療法10例、局所麻酔10例、舌痛症・異味症6例、唾石6例、下唇、頬粘膜粘液嚢胞4例、その他36例。

検査依頼主および術前説明

検査依頼を受けたのは圧倒的に当教室内からが多く462例で、医原性による感覚異常発症は437例であり、そのうち明らかに感覚異常出現に対する術前の説明がなかった症例は8例であった。当教室外からの依頼は180例、医原性は116例であり、術前の説明が明らかになかった症例は35例であった。

加 療

投薬（ビタミン製剤、ATP 製剤、他）399例、近赤外線照射（スーパーライザー[®]）6例、投薬および近赤外線照射37例、他科で治療または検査77例、治療なし119例であった。

検査を行うことの意義あるいは長所

1、感覚検査によってその異常の程度がわかり、若干の予後予測が可能となり、異常が軽度の場合、それを数値上で説明することができ、患者さんの不安を軽減することができる。

2、評価期間中で患者さん自身が軽快していないと感じていても、検査閾値が低下していることを示し、安心感を与えることができる。

3、何らかの加療と併用した評価期間中で閾値の低下が止まった場合、それを伝えることによりその後の治療をどうするか再評価するきっかけとなる。

4、非医原性の感覚異常については、検査自体が診断の手がかりとなる。

5、多くの報告で、自覚症状と検査閾値とは必ずしも一致しないことがあるとされており、診断書の記載等が必要な症例ではこれらを別個に評価するために、自覚症状の聴取と感覚閾値

検査が必要である。

問 題 点

1、感覚異常に対する根拠のある治療報告が少ないため、閾値が高かった場合、解決策が問題となる。

2、検査に時間がかかる。検査法、検査部位を減らせば時間の短縮にはなるが、客観性は低下する。しかし被験者の集中力の問題からも時間の短縮は必要と思われる。

3、他施設での処置で感覚異常が発症し、「待てばなおる」と言われ、そこでの検査、加療がなく、時間がたって患者自らあるいはまた別の医療者を通して紹介された場合、詳しい検査を行うと患者さんが前施設での処置に不満を持つことがある。

4、感覚異常、アロデニア（異痛症）などの加療には保険適応ではないものがあり、加療に関する説明に苦慮する。

術前に感覚異常に対する説明がない場合、診断書を求められ、訴訟になるケースがある。しかし医原性の場合、事前に感覚異常発症の可能性は告知できる例が多いため、今後さらに多くの歯科医療従事者に医原性の感覚異常の実態を知ってもらい、術前説明および説明内容のカルテ記載の徹底、早期検査、早期加療について認知してもらえたら良いと考える。

7. 皮膚温冷熱刺激が下口唇運動に及ぼす影響

大阪大学大学院歯学研究科 統合機能口腔科学専攻
顎口腔病態制御学講座 口腔外科学第一教室
○正元 洋介、田中 晋、飯田 征二、宮 成典
辻 忠孝、古郷 幹彦

緒 言

手術・外傷に伴う神経損傷により発症する口唇・オトガイ部の皮膚感覚異常が残存した際、口唇運動に不調和感を訴えることがある。我々は本学会において、片側のオトガイ孔伝達麻酔により、左右の口唇の協調した運動が影響を受けること（2004 飯田ら）や、温冷熱刺激による皮膚表面温度変化に伴い触圧覚、位置感覚は閾値が上昇するが、痛覚については閾値変動を認めないこと（2007 正元ら）を報告した。一方、顔面表情筋の活動が皮膚感覚受容器、特に機械受容器によって制御されているとの Nadine ら（1998）の報告もあることから、口唇の運動についても口唇周囲皮膚の末梢感覚により制御されている可能性が考えられる。そこで今回我々は、口唇周囲皮膚末梢感覚閾値を変化させた際の口唇運動への影響について検討を行った。

研究対象及び方法

研究対象は頭頸部に外傷・手術既往の無い健常人ボランティア8名（男性6名、女性2名、平均年齢27.5歳）とした。研究対象運動は口角牽引運動（[i]構音）、口唇突出運動（[u]構音）とし、口唇周囲筋の筋電図の記録を行った。口唇周囲感覚閾値を変化させる目的で左側下口唇・オトガイ部皮膚に対して、温冷熱刺激もしくは4%キシロカインを用いた表面麻酔を

行った。

皮膚表面温度はサーモグラフィー（NEC 社製 TH 3017 ME）にて経時的にモニターし、安静時皮膚表面温度（平均31.5℃）をコントロールとし、冷却刺激は氷嚢を用いてコントロール値より-15℃冷却した温度、温熱刺激はホットパックを用いてコントロール値より+10℃加温した温度となるように刺激を加えた。また、表面麻酔は左側下口唇・オトガイ部にガーゼに染み込ませた4%キシロカイン液（アストラゼネカ社製）を5分間貼付して行なった。

筋活動は口角牽引運動については左右口角下制筋相当部に、口唇突出運動については左右口輪筋相当部に設置した表面電極を用いて記録した。各運動をそれぞれ10回連続（1回/1秒）で行わせて、活動が安定する後半5回の運動を解析対象とした。解析にあたっては、先ず原波形より求めた積分波形の平均ピーク値を計測して、左右の平均ピーク値の比を安静時下（Lcont/Rcont）、各刺激条件下（L'/R'）でそれぞれ求めた。さらに、刺激に伴う運動量の変化として両者の比 [(L'/R')/(Lcont/Rcont)] を指標に検討を行った。

また、各刺激条件の前後においてSWテスト、二点識別法、ピンプリックテストを本学会のプロトコル（2007年）に準じて下口唇・オトガイ部の左右4点で行い、皮膚末梢感覚閾値に対する影響を検討した。

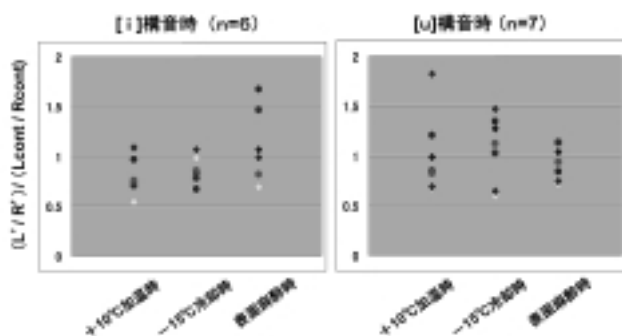


図1 皮膚表面温度変化、表面麻酔による口唇運動への影響

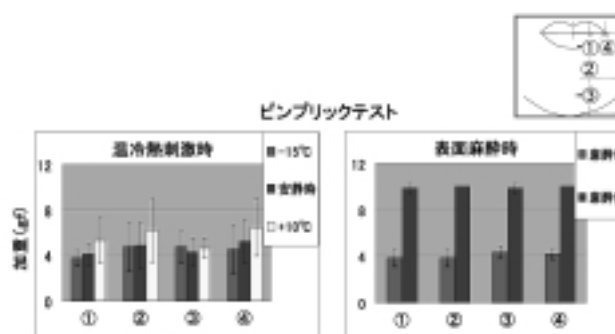


図3 温冷熱刺激、表面麻酔による痛覚閾値の変化

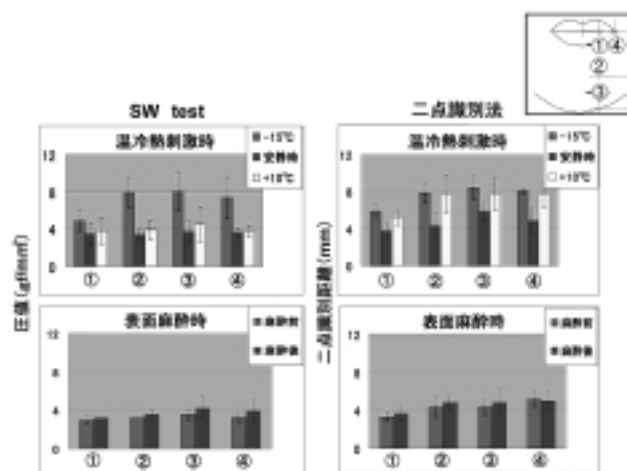


図2 温冷熱刺激、表面麻酔による触圧覚閾値の変化

結 果

1. 温冷熱刺激、表面麻酔による口唇運動への影響

[i]構音時、皮膚表面温度変化に伴う運動量の変化は小さ

かったのに対して、表面麻酔に伴う運動量の変化は大きく、 $[(L'/R')/(Lcont/Rcont)]$ 値の分散も大きい傾向が見られた(図1左)。一方、[u]構音時には表面麻酔による運動量の変化は小さく、皮膚表面温度変化による運動量の変化が大きい傾向が見られた(図1右)。

2. 温冷熱刺激、表面麻酔による皮膚末梢感覚閾値への影響

温冷熱刺激時は前回の本学会での報告同様に触圧覚の明らかな閾値上昇が見られ、痛覚閾値は殆ど変化が観察されなかった。これに対して表面麻酔時には、触圧覚の閾値変化が殆ど見られず、痛覚に関して明らかな閾値上昇が見られた(図2、3)。

結 語

今回の研究より、温冷熱刺激時には口唇突出運動([u]構音)、表面麻酔時には口角牽引運動([i]構音)においてそれぞれ左右の運動の協調性が損なわれる傾向が認められた。こうした傾向の背景には、口唇突出運動では触圧覚受容器、口角牽引運動では痛覚受容器の閾値変化がそれぞれ関与している可能性が示唆された。

8. 外科矯正術後の長期的な感覚異常の検討

緒 言

外科矯正術後におけるオトガイ神経支配領域の感覚異常の発症率や発症要因については多くの施設で検討されているが、長期的な予後についての報告は少ない。

近年、患者への術前説明では術後に高頻度で発現する感覚異常の予後について詳細な説明が求められるようになっている。今回我々は、外科矯正術後3年以上経過した患者を対象にアンケート調査を行い、若干の知見が得られたので報告した。

方 法

検討対象は、当科で3年以上前に下顎枝矢状分割骨切り術を施行し、骨片の固定にチタンミニプレートを使用した症例で、

松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座

○宮下みどり、中山 洋子、梅村 哲弘、山田 秀史
石濱 孝二、安田 浩一、山岡 稔、古澤 清文

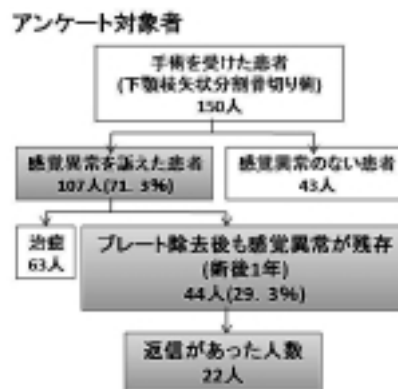


図1

資料が整っていた150例とした。

150例中107例で術後感覚異常を認め、1年後のプレート除去後も感覚異常が残存している44人に対してアンケート調査を行った。内容はできるだけ客観的に回答できるように、口腔顔面神経機能学会の口唇・舌感覚異常プロトコルを改変した自己診断用プロトコルを使用した(図1、2、3)。

来院可能な患者に対しては、歯科医師によるプロトコルを用いた検査も行いアンケート結果と比較した。

アンケート内容

1. 手術後に口の下皮膚に麻痺(違和感)がありましたか。
2. 麻痺(違和感)は現在も続いていますか。
3. 麻痺(違和感)はどのようなものですか、また左右どちらですか。
4. 麻痺(違和感)はいつ頃なくなりましたか。
5. 麻痺(違和感)により生活に支障がありますか。
6. 何%生活に支障がありますか。
7. 手術をしたことで何%満足されていますか。

図2

自己診断を行えるアンケート

図3

① ティッシュで異常を感じる部位



② つまようじで異常を感じる部位

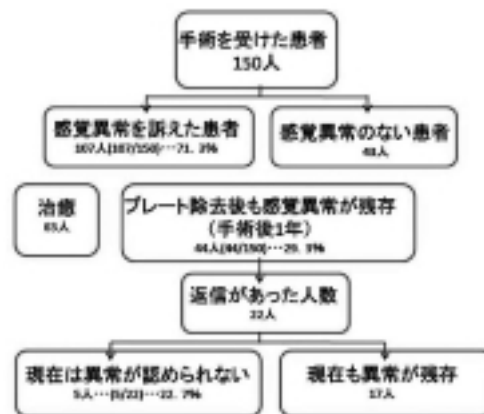


図5

他施設との比較

	術直後の感覚異常 (症例数)	術後1年の感覚異常 (症例数)	術後3年以上経たず感覚異常 (症例数)
道見ら(1968)	87.8% (80)	37.3%	-
永井ら(1996)	63.0% (77)	23.4%	-
松本(1999)	97.6% (179)	18.6%	-
当科	71.3% (150)	29.3%	22.7% (22)

図6

図7

1. 手術後に口の下皮膚に麻痺(違和感)がありましたか。
・はい・・・22人 ・いいえ・・・0人
2. 1で「はい」と回答された方にお聞きします。麻痺(違和感)は現在も続いていますか。
・はい・・・17人 ・いいえ・・・5人
3. 2で「はい」と回答された方にお聞きします。麻痺(違和感)はどのようなものですか、また左右どちらですか。
・右のみ・・・2人 ・左のみ・・・4人 ・両方とも・・・11人
(どんな感じですか)
・感覚が鈍い・麻痺が残っている感じ
・どりにする・食べ物が付いていてわからない etc...
4. 2で「はい」と回答された方にお聞きします。麻痺(違和感)はいつ頃なくなりましたか。
手術後2～4年程度
5. 2で「はい」と回答された方にお聞きします。麻痺(違和感)により生活に支障がありますか。
・はい・・・5人 ・いいえ・・・12人
6. 3で「はい」と回答された方にお聞きします。何%生活に支障がありますか。
5%・・・1人 10%・・・1人 20%・・・1人 30%・・・1人 80%・・・1人
7. 手術をしたことで何%満足されていますか。
100%・・・9人 90%・・・2人 80%・・・4人 60%・・・1人
30%・・・3人 20%・・・2人 0%・・・1人

図4

図8

結果および考察

アンケートを送付した44人中22人から返信があった(図1)。術後3年以上経過した返信者の22人のうち、5人は感覚異常が治癒していたことから(図4、5)、術後1年で感覚異常が残っていても、その後数年で1/4程度に治癒の見込みがあることがわかった(図6)。口唇・舌感覚異常プロトコル

を用いた検査と自己診断プロトコルを比較した結果、差異は認められなかったことから自己診断アンケートは、簡易検査として有効であると考えられた(図7、8)。

今後の課題として、かなり遅い時期に治癒した5人に対しての詳細な検討や、対象患者を増やし、長期的に経過を追ってみたいと考えている。

9. 下顎枝矢状分割術術後の知覚鈍麻に対する星状神経節ブロックの有効性

東京歯科大学口腔健康臨床科学講座 歯科麻酔学分野

(水道橋病院歯科麻酔科/口腔顔面痛みセンター)¹⁾

京歯科大学口腔健康臨床科学講座 口腔外科学分野²⁾

京歯科大学歯科麻酔学講座³⁾

○半田 俊之¹⁾、笠原 正貴³⁾、福田 謙一¹⁾、高崎 義人²⁾

高野 正行²⁾、柿澤 卓²⁾、一戸 達也³⁾、金子 譲³⁾

緒 言

下顎枝矢状分割術は、下歯槽神経に近接した手術であり、分割した下顎骨の移動による下歯槽神経の伸展や、術後の浮腫・血腫により、術後知覚障害を発症する。この術後知覚障害に対する治療法として、手術療法、薬物療法、理学療法、星状神経節ブロックなどの有用性が報告されている。今回我々は、下顎枝矢状分割術術後の知覚障害が重度知覚鈍麻のみの患者に対し、星状神経節ブロックを施行し、知覚の回復についてSW知覚テスターを用いた臨床的検討を行った。

研究方法

対象は、下顎枝矢状分割術術後1週間後のSW知覚テスターを用いた知覚検査にて4.56 Fmg (Bell-Krotoski らの Calculated stress 42.20 gf/mm²) 以上の閾値上昇を示した重症知覚鈍麻症例とした。この症例のうち、星状神経節ブロック施行に対する同意を得ることができなかった患者(N-SGB群)、同意を得ることができた患者(SGB群)の2群に分けた。両群ともに、術後翌日からメコバロミン1,500 µgの投与を行った。

星状神経節ブロックは第6頸椎に対し、1%リドカイン%5 mlを用い、約2回/週で行った。施行期間はBell's interpretation ScaleがLevel 1になるまでとした。星状神経節ブロックは術後1週後の知覚検査を行った後、施行した。

知覚評価は、SW知覚テスターを用い、術前値、術後1、4、12、24週の時点における、各群の回復過程、各測定時点の両群間の差について比較検討した。また回復率は、Bell's interpretation ScaleのLevel 1まで回復した割合とした。

なお測定期間中に、hyperalgesiaやdysesthesiaを併発した患者は除外とした。

結 果

対象患者は、N-SGB群14名(男性:6名、女性:8名)、SGB群14名(男性:7名、女性:7名)の28名。

回復過程は、SGB群は術前値と比較し術後4週の時点で有

意差がなくなったのに対し、N-SGB群は術後8週にて有意差がなくなった。各測定時点での両群間における有意差は見られなかった。

回復率は、各測定時点でSGB群が高い結果を得た。特に術後24週目では、N-SGB群においてLevel 1まで回復した症例は57.1%にとどまる結果となったが、SGB群では91.5%がLevel 1まで回復し、有意差を得た。

考 察

今回我々は、知覚鈍麻の回復に対する星状神経節ブロックの有用性を比較検討した。現在まで報告されている研究は、hyperalgesiaやdysesthesiaなどを含めた知覚障害の回復について検討されている^{1, 2)}。しかし、触覚閾値は1次求心性繊維の中でAβ線維により伝達されるのに対し、痛覚はAδ線維やC線維にて伝達される。よってhyperalgesiaやdysesthesiaを併発した知覚障害に対しSWテスターを使用し知覚検査を行うことにより、痛み刺激を与える恐れがあり、正確な触覚の回復の評価を得ることができないと考えた。よって、今回我々の報告はAβ線維の回復に星状神経節ブロックが有用であるか検討したといえるのではないだろうか。

本研究では、群内における回復過程の比較にてN-SGB群は術後8週にて術前と有意差がなくなったが、SGB群は術後4週の時点で有意差がなくなる結果を得た。知覚障害のメカニズムは、末梢組織の浮腫・血腫による神経の圧迫により、神経損傷後3週間程度の間にWaller変性が完了するためであると考えられている。群内の回復過程が、SGB群のほうが早かったのは、受傷早期からの星状神経節ブロックの交感神経活動の抑制による末梢循環改善作用により、神経の圧迫を予防し、神経損傷後に起こるWaller変性を最小限に抑え、そして神経の再生を促したと考えられた。そしてこの神経の再生により、Bell's interpretation ScaleのLevel 1まで回復した割合が全ての測定点においてSGB群の方が高い結果となったのではないかと示唆された。

結 語

今回我々は、下顎枝矢状分割術後の重度知覚鈍麻を発症した患者に対する、星状神経節ブロックの有用性について検討し

た。星状神経節ブロックは、下顎枝矢状分割術後の知覚鈍麻に対し、早期の回復、さらに長期予後に対し触圧覚の改善を促した。患者のQOLを損なわないよう、早期の的確な知覚鈍麻に対する診断、早期の治療の開始が重要であると考えられた。

10. 関節置換術後に生じ診断に苦慮した顎関節部難治性疼痛の1例

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（主任：高木律男¹⁾）

新潟大学大学院医歯学総合研究科歯科侵襲管理学分野（主任：染矢源治²⁾）

新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面放射線学分野（主任：林 孝文³⁾）

新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学分野（主任：朔 敬⁴⁾）

○児玉 泰光¹⁾、小林 孝憲^{1、4)}、瀬尾 憲司²⁾、林 孝文³⁾、小山 貴寛¹⁾

村山 正晃¹⁾、勝見 祐二¹⁾、庭野 将広¹⁾、田中 礼³⁾、朔 敬⁴⁾

高木 律男¹⁾

緒 言

疼痛を主訴とする顎関節症患者では、痛みの原因や種類を正確に把握する事が重要で、精神心理学的疼痛をはじめ、他の顎関節疾患や神経性疼痛などとの鑑別が大切である。また、病悩期間が長い症例や治療経歴が複雑な場合などは、処置に伴う二次的な病態も含めて、詳細な病状把握と客観的所見から原因を慎重に同定して治療方針を考えなければならない。今回、我々は、20年以上の治療歴がある顎関節症患者において、顎関節症顎関節置換術後に生じ診断に苦慮した顎関節部難治性疼痛を経験したので概要を報告した。

症 例

患者：52歳女性。

初診：2004年11月。

主訴：左側顎関節が痛い。

既往歴：喘息で投薬加療中。50歳時に右側聴神経腫瘍（神経鞘腫）で腫瘍切除術を受けた。

現病歴：24歳時から顎関節症にて様々な治療を受け、症状の改善なく紹介にて当科を初診した（表1）。

現症（2008年精査入院時）：当科初診時は左側顎関節の運動痛と咬合違和感の訴えであったが、今回は左側顎関節相当部に

軽度腫脹を、その後方に圧痛点を認め、圧迫で痛みは左側顔面に拡大した（写真1左上）。最大開口量は18 mmで咬合は安定していた。CT所見で圧痛点と一致した部位に軟組織の存在が示唆され、USにて18 mm×11 mmの低エコー域として確認された（写真1左下）。人工顎関節の破断や異常な骨変化は認めなかった（写真1右上）。

治療方針：左側顎関節の圧痛点に一致した低エコー域が痛みの原因と推察され、肥厚性瘢痕組織、外傷性神経腫などが疑われ

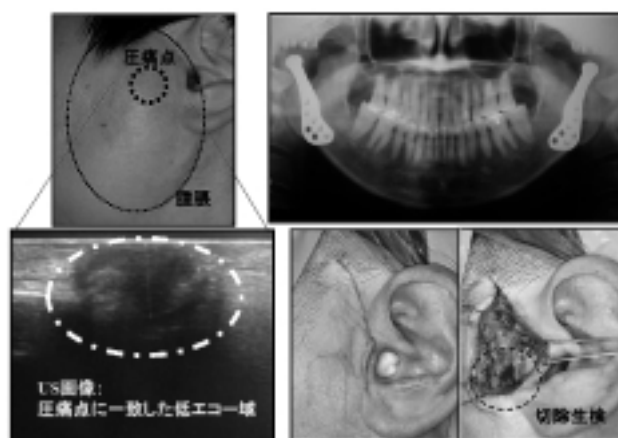


写真1

表1

1981年頃：左側顎関節痛を自覚。保存療法で軽快と再発を繰り返す。
1985年頃：両側顎関節円板切除術・プロプラスト埋入術施行。
1987年頃：両側顎関節癒着にてプロプラスト除去後に再度埋入術施行。
2002年頃：両側プロプラスト除去術（2回目）施行。
2004年11月：「顎を動かしづらい」ことを主訴に当科初診。
2005年4月：両側カスタムメイド顎関節（チタン製）埋入。
2007年2月：TMJ systemによる両側人工顎関節置換術施行。 ～以後、顎関節症状は寛解傾向～
2008年7月：左側顎関節の運動痛と左側耳前部の圧痛が突如出現、 ペインコントロールのため緊急入院（VAS 80）。
2008年8月：開口障害（5 mm）と左側顎関節痛の悪化。ペインコントロールのため緊急入院（VAS 94）。
2008年10月：精査を予定し入院（VAS 90）。

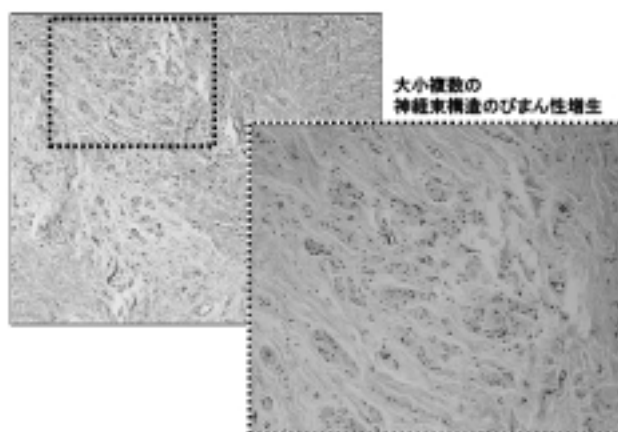


写真2

るため確定診断を得るべく切除生検を行なった（写真1右下）。

臨床診断：外傷性神経腫の疑い。病理組織学的には、広範に広がる比較的均質な瘢痕様の肉芽組織中に、大小複数の神経束構造がびまん性に増生していた（写真2）。

病理診断：外傷性神経腫。

ま と め

疼痛部位に一致した低エコー域の存在から肥厚性瘢痕組織も

しくは腫瘍性病変の存在が示唆され、切除標本より外傷性神経腫の病理診断を得た。疼痛を伴う疾患に認められる難治性疼痛では、本来の疾患による痛みに加えて、繰り返しの処置により二次的に生じる外傷性神経腫である可能性も考慮し、鑑別診断には慎重な病状把握が必要であり、発症部位に適した画像評価、特に今回のような浅在性病変ではUSによる精査が病変の抽出に有効であった。

11. 下顎智歯抜歯後の知覚障害に対して星状神経節ブロックを行った2症例

NHO 栃木病院手術部麻酔科¹⁾

東京歯科大学水道橋病院口腔健康臨床科学講座歯科麻酔学分野²⁾

浜瀬歯科³⁾、東京歯科大学歯科麻酔学講座⁴⁾

東京歯科大学水道橋病院口腔健康臨床科学講座口腔外科学分野⁵⁾

稲川 元明¹⁾、三科 博照¹⁾、半田 俊之²⁾、浜瀬 真紀³⁾

笠原 正貴⁴⁾、福田 謙一²⁾、高崎 義人⁵⁾、高野 正行⁵⁾

柿澤 卓⁵⁾

はじめに

下顎臼歯部における抜歯や歯内療法、下顎枝矢状分割術などの処置により生じた下歯槽神経の知覚障害の予後を客観的に検討した報告は少ない。今回我々は下顎智歯抜歯後の下歯槽神経知覚障害に対して星状神経節ブロック（SGB）を行った2症例の経過を、規格化された知覚検査と自覚症状について検討したので報告する。

症 例 1

41歳女性。下顎右側智歯の抜歯依頼で紹介来院した。下顎管に近接している完全埋伏歯であったため、抜歯にさいしては粘膜骨膜弁を形成し歯槽骨を一部削去したのちに分割して抜去し、ドレーンを留置後、4糸縫合した。抜歯2日後の診査では右下唇枝、オトガイ枝に知覚麻痺を認めた。初診時の自覚症状としては知覚脱失、知覚鈍麻、異感覚、錯感覚を認めた。抜歯1ヶ月後よりビタミンB12製剤とアデノシン三リン酸の投薬とSGBを開始し、約120日間で10回のSGBを行ったところ、

抜歯後200日以内に知覚はほぼ回復し、自覚症状は軽度の違和感が自覚される程度に回復した（図1）。

症 例 2

36歳女性。下顎左側智歯の抜歯中断で紹介来院した。デンタルパノラマエックス線像において残根は下歯槽管と重なっており、下顎角部の舌側皮質骨は損傷していた。当科初診時には知覚脱失と錯感覚が自覚症状として認められた。同日に抜歯を行い、ビタミンB12製剤とアデノシン三リン酸の投薬と抜歯後30日以内の合計24回のSGBが行われた。知覚検査では抜歯後120日以内に回復し、自覚症状においても180日後にはほぼ術前の状態に回復した（図2）。

考 察

知覚障害の客観的評価は困難であるために、規格化された知覚検査を行い、自覚症状を評価することによって的確な治療法を選択することが重要であると考えられる。

SGBは交感神経節である星状神経節に局所麻酔薬を作用さ

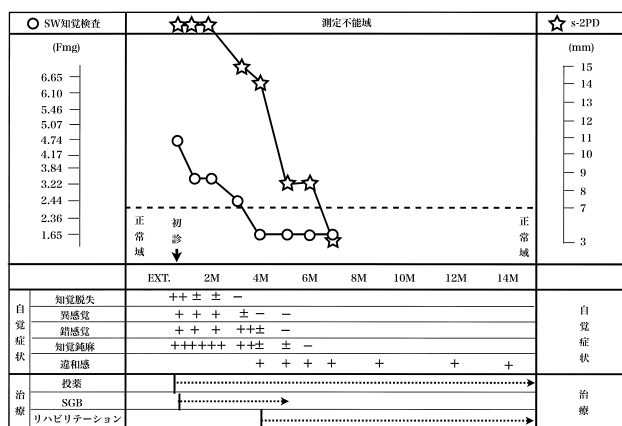


図1 症例1の経過

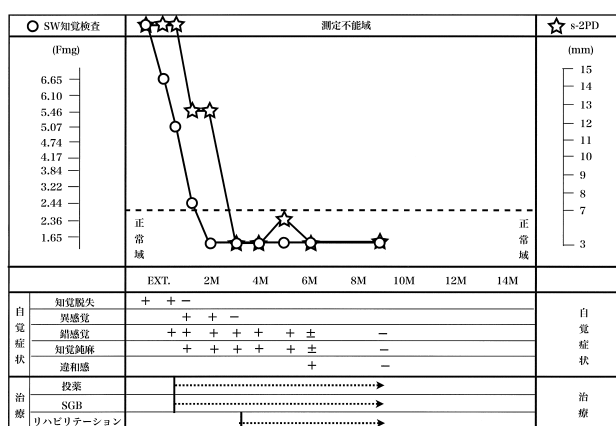


図2 症例2の経過

せることでブロック側を相対的に副交感神経優位にすることにより、1) 当該部の末梢血管拡張による血行改善、2) 交感神経依存性疼痛の改善を期待する治療法である。

今後はSGBの治療効果を検証するべく、SGBを行わなかった症例群との比較によりより厳密な治療効果の検討する必要があると考えられた。

供覧した2症例では健常側の計測、温冷覚、痛覚の評価を行っていない。規格化された検査項目を増やし、より精度の高

い評価を行うことが必要であると考えられた。

結 語

下顎智歯抜歯後の下歯槽神経知覚障害にたいして星状神経節ブロックは有効であると考えられた。今後は、規格化された検査を適正に行うことにより知覚障害の程度を正確に評価した上で治療効果の精度を上げていくことが重要であると考ええる。

12. インプラントによる下歯槽神経損傷に対し大耳介神経移植を行った1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（主任：柿澤 卓教授）

東京歯科大学歯科麻酔学講座（主任：一戸達也教授）¹⁾

東京歯科大学臨床検査学研究室（主任：井上 孝教授）²⁾

○高崎 義人、渡辺 玲子、高野 正行、柿澤 卓、笠原 正貴¹⁾

監物 真²⁾

緒 言

近年、インプラントによる下歯槽神経損傷例が増加傾向にある。重度神経損傷の治療法には神経修復術が適応とされているが詳細な報告は少なく、本邦での報告は認められない。私たちは左下顎大臼歯部に埋入されたインプラントによる神経損傷に対して神経移植を行ったのでその概要を報告する。

症 例

60代、男性。左下顎大臼歯部（#36、#37）にインプラント（以下IP）埋入翌日より、下唇・オトガイ部重度知覚鈍麻を自覚、症状の改善を認めず7ヶ月目に当科来院。知覚検査（下唇枝）はSW；4.08（健側：2.36）、2PD；不能（健側：4mm）、温冷痛覚はすべて認識不能（図1）。CT所見で#36、#37IP先端の下顎管下壁に達する埋入状態、レベル3の損傷状態と診断¹⁾。

全麻下に#5-7部の外側皮質骨除去術を行い、IPと下歯

槽神経血管束の位置関係を観察すると、神経血管束は#36、#37IPにより下方へ圧排され挫滅状態であった。損傷部を含めて神経血管束を切除後、神経欠損部（17mm）に大耳介神経（20mm）を手術用顕微鏡下に移植した。神経上膜縫合を中枢側、末梢側縫合部に各6針ずつ8-0吸収性縫合糸を用いて行った。

病理所見

切除部の病理所見では、#36、#37損傷部では神経線維の連続性はほとんど認められなかった。#36、#37間の所見では大部分が瘢痕組織に置換しており、ごく一部にシュワン細胞を伴った神経組織の残存が認められたが、大部分の神経組織のシュワン細胞は変性した状態であった。病理診断：神経変性と瘢痕組織。

術後知覚回復過程

知覚は経時的回復傾向を示し、温冷痛覚は術後13ヶ月より認識可能、術後16ヶ月でSW；2.36（健側：2.36）、2PD；11mm（健側：7mm）（下唇枝部）。24ヶ月後の所見ではSW；

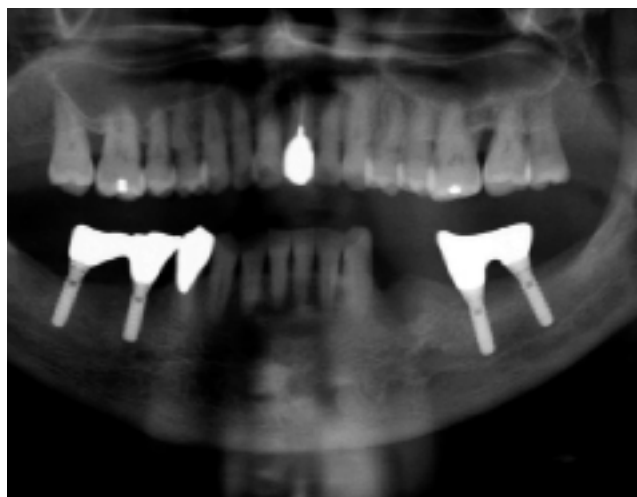


図1 初診時パノラマX線写真

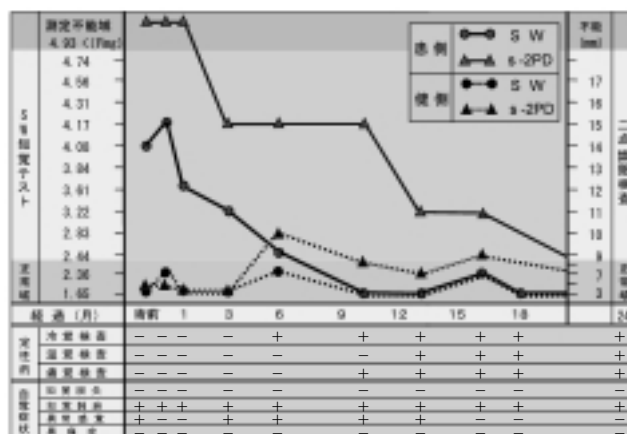


図2 術後経過

1.65 (健側:1.65)、2 PD; 6 mm (健側: 6 mm) (下唇支部) で、自覚症状は軽度の知覚鈍麻が認められるものの、不快感を伴う異常感覚 (Dysesthesia) や異痛症 (Allodynia) は認められない (図2)。

考 察

IP が原因の神経損傷への神経修復手術には、神経縫合術と神経移植術が報告されている²⁻³⁾。本症例では2本のIPによる広範囲な損傷であったため神経移植を選択した。これら神経修復の適応時期は3-6週までに行うのが良いとされ、12ヶ月後まで可能とも言われている。神経損傷後早ければ早いほど回復程度が良好なためである。本ケースではIP損傷後7ヶ月例であったために回復程度が不良ではないかと危惧されたが、予想以上の回復を示し他の腫瘍切除後の神経移植例よりも良好な経過を示していた。これは約5cmの移植神経が必要なエナメル上皮腫の場合よりも本ケースではより短い2cmの移植片であっ

たことが神経再生に有利に働いたためと考えられた。

引用文献

- 1) 高崎義人; 下歯槽神経損傷および知覚障害の診査・診断法、クイッテッセンス・デンタル・インプラントロジー Vol 16(1) 17-27, 2009.
- 2) Gregg, JM. et. al.: An outcome analysis of clinical trials of the surgical treatment of traumatic trigeminal sensory neuropathy. Oral & Maxillofacial Surgery Clinics of North America 13(2), 377-381, 2001.
- 3) Zuniga, JR., et. al.: Principles of microsurgery. Oral & Maxillofacial Surgery Clinics of North America 13(2), 331-342, 2001.
- 4) Pogrel, MA: The results of microneurosurgery of the inferior alveolar and lingual nerve. J. Oral Maxillo-fac Surg 60, 485-489, 2002.

13. 歯内療法による下歯槽神経知覚障害

浜瀬歯科 (三重県松阪市)、東京歯科大学水道橋病院口腔外科¹⁾
東京歯科大学口腔外科学講座²⁾
新潟大学大学院医歯薬総合研究科口腔生命科学専攻顎顔面再建学講座
組織再建口腔外科学分野³⁾

○浜瀬 真紀、高崎 義人¹⁾、野間 弘康²⁾、米津 博文²⁾
齊藤 力³⁾

緒 言

従来より歯内療法に起因する下歯槽神経知覚障害は多く報告されている。これらは医原性疾患であり、対応には十分な注意が必要である。しかしながら、これらの知覚障害の推移に関する詳細な報告は少なく、知覚回復の判定に定量的な検査を用いたものは認められない。そこで今回私たちは歯内療法後に知覚障害が認められた症例に対し、定量的知覚検査法を用いて回復過程の観察を行った。

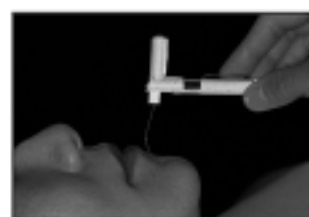
対象および方法

対象は歯内療法後に知覚障害が認められた5症例とした (表

表1

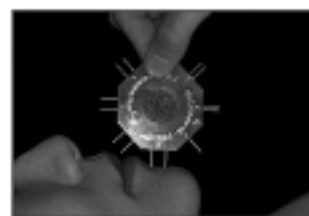
症 例		対象歯	原因の処置	治療法 対処法	投薬内容	初診までの 日数
1	30歳 女性	5	ビタベックス (根管充填)	経過観察 投 薬	メチコパール トリノシン	12日
2	50歳 女性	8	GP (根管充填)	原因除去 抜歯・投薬	メチコパール トリノシン	25日
3	50歳 女性	8	ペリオドン 麻酔抜髄	原因除去 投 薬	メチコパール トリノシン	20日
4	27歳 女性	7	ビタベックス (根管充填)	原因除去 抜歯・投薬	メチコパール トリノシン	13日
5	24歳 女性	8	ペリオドン 麻酔抜髄	原因除去	無し	11日

1)。検査方法は静的触覚検査としてSWテストと静的2点識別閾値検査 (以下、s-2PD)、動的触覚検査として振動覚検査を行い、あわせて自覚症状の聴取を行った (図1)。評価方法は、



SWテスト

正常値
: 1.65~2.36 Fmg



s-2PD

正常値
: 4.8~10.6 mm



振動覚検査

正常値
: 57.2~93.8 × 10⁻² G

図1

各検査法の正常値もしくは健側と同値になった日を回復時期とした。

症 例

症例 1 はガッタパーチャポイントとビタベックスによる根管充填により、疼痛と麻痺が発現した。エックス線所見ではオトガイ孔周囲へのビタベックスの漏出が認められた。患者の希望で経過観察となった症例で、SW テストは136日、s-2 PD は73日で正常値に回復した。自覚症状は最終的にはほとんど気にならない程度の軽度違和感となった。

症例 2 は右下智歯にガッタパーチャポイントの垂直加圧根充が行われた。処置直後から同部の疼痛、右下唇のしびれが発現したため根管内の根充材が除去されたものの、レントゲン所見ではガッタパーチャポイントは逸脱し、下顎管内に刺入していた。処置としては全身麻酔下で抜歯と根充材の除去を行った。SW テストは162日、s-2 PD は105日、振動覚検査は401日で正常値に回復した。自覚症状は終診時にはほとんど気にならない程度の軽度違和感のみであった。

症例 3 は左下智歯の麻酔抜髄後ペリオドンの貼薬が行われ、処置後より左下唇部のしびれが認められ、翌日には疼痛が増強したため4日後に根管内のペリオドンは洗浄除去された。SW テストは68日、s-2 PD は68日、振動覚検査は130日で正常値に回復した。自覚症状は終診時にはほとんど気にならない程度の軽度違和感のみであった。

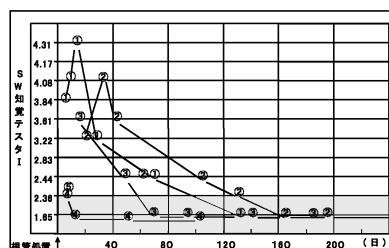
症例 4 はビタベックスの漏出によりしびれと鈍麻が発現、2日後にビタベックスは除去されたものの、エックス線所見では下顎管内に漏出したビタベックスが残存しているのが認められた。処置としては局所麻酔下で抜歯、ビタベックスの除去を行った。SW テストは10日、s-2 PD は48日で回復、振動覚検査では正常値にはならず、自覚症状も軽度の錯感覚を認めていたものの、日常生活では支障がないとのことで終診となった。

症例 5 は右下智歯の麻酔抜髄後ペリオドンが貼薬され、処置翌日より智歯周囲の疼痛とオトガイ部のしびれ感が発現したため、4日後にペリオドンは除去されました。紹介来院時にはしびれ感、疼痛の症状は消失していた。

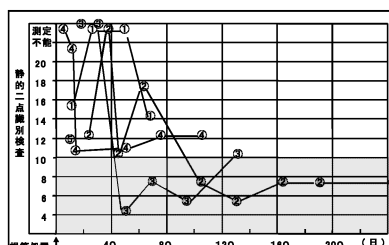
結 果

症例 1～5 に対して定量的知覚検査を施行したところ、いずれも経時的な回復傾向が認められた(表2)。検査法別では

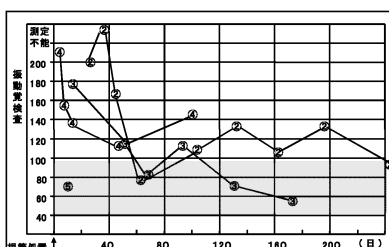
表2 症例1～5 定量的検査結果



SWテスト



s-2PD



振動覚検査

SW テスト、s-2 PD の静的触覚検査の方が、振動覚検査の動的触覚検査よりも早い回復であった。

結 語

知覚障害を主訴として来院した5症例に対して、定量的知覚検査を施行した結果、いずれも経時的な回復傾向を示しているのが確認された。検査法別では静的触覚検査の方が動的触覚検査よりも早い回復であり、他のオトガイ神経知覚障害の回復状態と同様であった。自覚症状については、症状発現の際にはしびれとともに疼痛を認めており、他の文献における報告例も同様で、歯内療法に寄る麻痺の特徴と考えられた。今後はより多くの症例に対し定量的知覚検査を行い、これらの予後の推察を行うとともに、診断・治療システムの確立の為に詳細な検討を行う所存である。

14. 当科における外傷性顔面神経麻痺症例の臨床的検討

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

○小林 洋輔、碓 竜也、佐々木匡理、大山 順子
堀之内康文、竹之下康治、白砂 兼光

口腔外科領域において、中顔面を含む多彩な顎顔面骨骨折症例を経験するが、その合併症として顔面神経麻痺を伴った症例の報告は少ない。

今回われわれは、1984年から2004年までの20年間に当科を受

診し、顎顔面骨骨折に頭部外傷を伴い、且つ、顔面神経麻痺を併発した3症例を経験したのでその概要をここに報告した。

症例1：18歳、女性

1984年12月17日交通事故により受傷。右頬骨、側頭骨、下顎

骨骨折とともに、左側の前額作皺困難、眼瞼閉鎖不全、口笛不能、口唇下制不全より、左側顔面神経麻痺を認めた。骨折に対しては顎間固定を行い、顔面神経麻痺については紹介医で経過観察となった。

初診時の May の採点は 5 点であったが、順次回復傾向を認め、受傷後 8 ヶ月で May の採点は 85 点と、満足のいく結果が得られた。

症例 2 : 50 歳、男性

1992 年 3 月 23 日ショベルカーで右側頭部、顔面部を受傷。頬骨・頬骨弓骨折、下顎骨骨折とともに前額作皺が困難であり、閉眼不全も存在する事から両側性の顔面神経麻痺を認めた。頬骨骨折及び下顎骨骨折に関しては、観血的整復固定術を行い、顔面神経麻痺に対しては経過観察となった。

その後 4 ヶ月経過後より徐々に改善を認め、1 年後の May の採点では 80 点となった。

症例 3 : 72 歳、男性

2004 年 12 月 6 日仕事中転倒し頭部受傷。下顎骨骨折とともに右側顔面神経麻痺を認めた。下顎骨骨折に関しては、観血的整復固定術を行い、顔面神経麻痺（初診時の May の採点は 10 点）に対しては当初、VB 12 投与による経過観察としたが、改善傾向を認めなかったため、プレドニン 30 mg/day の内服と星状神経節ブロック（計 17 回）を開始した。以後、回復傾向にあるも、完全治癒には至らず、33 日目で 35 点であった。

今回の症例において、受傷原因は事故が、受傷方向は片側が

多く、また部位に関しては下顎骨の骨折が全ての症例に含まれていた。また、麻痺発症の次期はいずれの症例も不明であったが、当科受診時には全ての症例になんらかの顔面神経麻痺が認められた。

外傷に起因する顔面神経麻痺症例は一般的に交通外傷などを原因とする場合が多く、頭蓋底骨折など頭部外傷のため、脳神経外科や耳鼻咽喉科領域を受診する傾向にあり、そのため口腔外科領域での報告が少ないように思われた。外傷性顔面神経麻痺の予後については約 50% 前後に不全治癒、後遺症が発生するという報告が多いようであり、当科でも 3 例中 1 例では受傷後 3 年が経過しても治癒が得られていなかった。Bell 麻痺や Hunt 症候群などと同様に初期治療としてステロイド、ビタミン製剤、星状神経節ブロックなどが行われているが、外傷性顔面神経麻痺の場合はその治癒過程が異なるという報告もある。

今回の 3 症例において、症例 1、2 に関しては経過観察のみで治癒を認めたが、症例 3 においては完全治癒が得られなかった。原因としては、つち骨頭から中鼓室内側壁、耳管鼓室開口部周囲にわずかな軟部組織を認め、この軟組織が顔面神経管の水平部に接するように存在し、麻痺の原因である可能性が示唆された。

頭部外傷後の顔面神経麻痺の対応に関しては、即発性が遅発性、神経管の損傷状態、麻痺の程度、回復傾向の有無などにより、外科的処置の適否が論じられているが、今回の症例においては保存的対応にて回復を認めた症例が 2 例あった。

15. 下顎智歯抜歯後の知覚鈍麻に関する prospective study

神戸大学大学院医学系研究科器官治療医学講座顎口腔機能学分野¹⁾
神鋼加古川病院歯科口腔外科²⁾、済生会兵庫県病院歯科口腔外科³⁾
新日鐵広畑病院歯科口腔外科⁴⁾、三菱神戸病院歯科口腔外科⁵⁾
川崎病院歯科口腔外科⁶⁾、新須磨病院歯科口腔外科⁷⁾
広野高原病院歯科口腔外科⁸⁾
柚島 宏和^{1、2)}、吉田 実代¹⁾、中村 枝里¹⁾、梅田 正博¹⁾
古森 孝英¹⁾、李 進彰²⁾、尾古 俊哉³⁾、西松 成器⁴⁾
平田 義博⁵⁾、竹野々 巖⁶⁾、福田 全孝⁷⁾、森鼻 一浩⁸⁾

歯科領域で最も頻度の高い外科処置は抜歯であるが、その中でも下顎智歯抜歯は手技が困難で長時間を要することが多く、術後の合併症をしばしば生じる。

下顎智歯抜歯後の合併症としては、術後の腫脹、疼痛、開口障害などの急性炎症や、後出血、ドライソケット、オトガイ神経、舌神経の知覚鈍麻などがある。このうちオトガイ神経知覚鈍麻は遷延化すると患者との間の補償問題にまで発展することもある。抜歯後の合併症に関する報告は多数あるが、そのほとんどが retrospective study で、多数例を対象とした prospective study は少ない。今回われわれは、下顎智歯抜歯後の合併症について、多施設共同で prospective study を行ったので、その概要について報告する。

対象患者

2003 年 9 月～2004 年 3 月までの間に、神戸大学大学院医学系

研究科器官治療医学講座顎口腔機能学分野、神鋼加古川病院歯科口腔外科、済生会兵庫県病院歯科口腔外科、新日鐵広畑病院歯科口腔外科、三菱神戸病院歯科口腔外科、川崎病院歯科口腔外科、新須磨病院歯科口腔外科、広野高原病院歯科口腔外科において、下顎智歯の難抜歯あるいは埋伏抜歯を行い、術後の経過観察が行えた 959 例を対象とした。患者の平均年齢 29.3 歳、男女比 2 : 3 であった。

方 法

患者の年齢、X 線所見、術者の卒後年数、麻酔方法、術式、抜歯時間、抜歯後の合併症（オトガイ神経知覚鈍麻、舌神経知覚鈍麻、ドライソケット、術後出血）について prospective に検討した。

結 果

下顎埋伏智歯抜歯後の神経麻痺に関する多施設共同 prospective study を行い、以下の結果を得た。

1) 959例中オトガイ神経麻痺が11例、舌神経麻痺が3例に生じ、両者を合わせると1.5%の発生頻度であった。

2) 患者の年齢が40歳代以上、傾斜度が水平埋伏、埋伏位置が深い、X線で歯根と下顎管とが接するか重なる、骨削除を要した、手術時間が60分以上、全身麻酔を要した、などの場合に、神経麻痺の発生頻度が高かった。

3) 麻痺の多くは3ヶ月以内に消失したが、2ヶ月後現在残存が2例、3ヶ月後残存が1例認められた。

16. 下顎埋伏智歯抜歯術後に生じたオトガイ神経知覚異常に関する検討

公立学校共済組合近畿中央病院口腔外科

○野村 公子、石井庄一郎、有年美穂子、薬師寺 登

平成20年1月からの1年間に当科で下顎の水平埋伏智歯もしくは完全骨性埋伏智歯抜歯術を行った823人(12~80歳、男性308人女性515人)、1,175本について検討を行ったので報告した。術後のオトガイ神経知覚異常を5症例(0.43%)に認めた(表1)。異常感覚の種類としてはすべての症例で知覚低下を認め、痛覚低下を認めるものと痛覚過敏を認めるものがそれぞれ1例あった。治療はいずれも抜歯翌日よりビタミンB₁₂製剤とATP製剤の内服を行った。その結果、3症例は治癒、2症例で著明に症状改善していた。

知覚異常の出現した5症例においてパノラマX線写真での智歯の埋伏状態、下顎管との位置関係を検討した。智歯の近心傾斜度は下顎第二大臼歯の歯軸を基準として45度未満が1症例、45度付近が2症例、90度付近が2症例であった。垂直的埋伏深度はすべて下顎第二大臼歯の豊隆部より下方にあった。また、すべての症例において智歯の歯根は下顎管の幅径の1/2を越えて重なっており、下顎管上壁の白線の消失を認めた。そのうちCTを撮影していた2症例において三次元的位置関係をみると下顎管が歯根の頬側に存在するものが1症例、舌側に存在するものが1症例であった。症例が少ないため、下顎管の位置と知覚異常出現の関係について詳しい検討はできなかった。

さらに術前にCT撮影を行った19人のうちパノラマX線写真との比較が可能であった15人、智歯28本について検討した。パノラマX線写真所見別に下顎管が智歯歯根の頬側、舌側、根尖側のいずれにあるかCTで検討したところ、智歯の歯根が下顎管の幅径の1/2を越えて重なり、下顎管の上壁の白線の消失を認めるものでは16例中12例が舌側に存在した(図1)。

従来、智歯の歯根と下顎管の頬舌的位置関係については舌側よりも頬側に位置するものが多いとされているが、下顎管と智歯の歯根の重なりが大きい症例では下顎管は舌側に存在する可能性も考慮する必要があると考えた。

当科における知覚異常の評価は、現在は本学会のプロトコールを使用している。プロトコールを用いることにより患者の主観に頼ったものであった異常感覚をある程度は定量化して把握できるようになり、共通の基準に沿った判定が可能となったと考えられた。

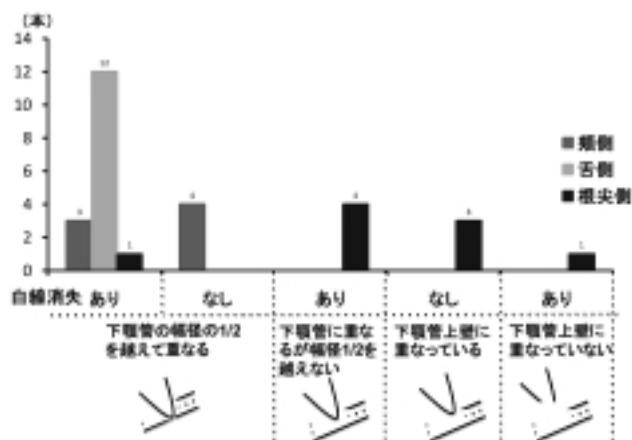


図1 下顎管と智歯の位置関係(パノラマX線写真とCT所見の比較)

表1 オトガイ神経知覚異常発生例

症例	年齢	性別	部位	異常感覚の種類	治療内容	治療期間	転帰	術前 CT
1	26	女性	左	知覚低下	ビタミン B ₁₂ 製剤・ATP 製剤	2ヶ月	治癒	なし
2	36	女性	左	知覚低下	ビタミン B ₁₂ 製剤・ATP 製剤	6ヶ月	改善	なし
3	26	女性	左	知覚低下・痛覚低下	ビタミン B ₁₂ 製剤・ATP 製剤	1.5ヶ月	治癒	あり
4	38	女性	右	知覚低下・痛覚過敏	ビタミン B ₁₂ 製剤・ATP 製剤	2ヶ月	治癒	あり
5	37	女性	左	知覚低下	ビタミン B ₁₂ 製剤・ATP 製剤	2ヶ月	改善(転医)	なし

特別講演

「医療安全対策委員会より病院の先生方への報告」

兵庫県歯科医師会医療安全対策委員会 理事
石井 孝

昭和40年に今の医療安全対策委員会の前身である医事処理委員会が設置されて40余年になります。平成元年を境に紛争の数が急激に増え、現在では880事例を数えるに至っています。大多数は話し合いにより解決していますが、最近ではさらなる権利意識の高まりや、治療の過程ではなく結果を重視する考えが大勢を占めるようになり、委員会のみでの対応では不十分で、法的手段によらざるを得ない事例も増えてきています。

麻痺事例については、平成9年の第一回の口唇麻痺研究会において、10年間に30例があって下顎智歯抜歯によるものが一番多かったこと、また、適切な解決の基準がなく大変苦勞していたことなどを報告させていただきました。それ以降、新たに50余の事例を経験しましたので、今回その詳細につきまして報告させていただきました。

学会長から会員の皆様へ



第14回口腔顔面神経機能学会会長
大阪歯科大学口腔外科学第二講座
教授 覚 道 健 治

このたび、第14回口腔顔面神経機能学会学術大会を大阪歯科大学が担当させていただくことになりました。今回は、神経機能の再生に焦点を当て、PGA チューブとマイクロサージェリーを使った末梢神経再生の臨床を精力的になさっておられる、京都大学再生医科学研究所・稲田病院の稲田有史病院長に特別講演をお願いいたしました。多くの先生方のご参加をお待ち申し上げます。

第14回口腔顔面神経機能学会のご案内

下記の要領で第14回口腔顔面神経機能学会を開催致します。
多数の先生方のご演題発表とご参加をお願い致します。

第14回口腔顔面神経機能学会 学術大会
大会長 覚 道 健 治
準備委員長 中嶋 正博

日 時：平成22年 2 月27日（土）

場 所：大阪歯科大学附属病院 5 階臨床講義室
〒540-0008 大阪市中央区大手前 1 - 5 - 17

アクセス：京阪電車天満橋駅または地下鉄谷町線天満橋駅下車 徒歩 3 分

特別講演：PGA-C tube を中心とする生体内再生治療の四肢・口腔領域への応用
稲田有史先生（稲田病院病院長、京都大学再生医科学臓器再建応用分野）

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、電話番号、FAX 番号、メールアドレス）を e-mail で下記の準備委員会までご送信ください。
- 2) 発表形式：口演、1 演題 7 分、質疑応答 3 分、スライド単写、PC 持込による発表とします。モニタ出力は、D-SUB 15ピンに限定致します。枚数は制限しませんが、時間厳守をお願い致します。
- 3) 演題募集中込締め切り：平成22年 1 月 8 日（金）
- 4) 申し込み、問い合わせ：大阪歯科大学口腔外科学第二講座
第14回口腔顔面神経機能学会準備委員会
準備委員長 中嶋 正博
〒540-0008 大阪市中央区大手前 1 - 5 - 17
TEL：06-6910-1510 Fax：06-6910-1030
e-mail：masa-na@cc.osaka-dent.ac.jp
- 5) 後抄録：演題番号、演題名、所属、発表者（演者に○）を、次に1200～1500字程度の抄録を記載し、学会当日までに e-mail で、ご送付ください。本文以外に少しの図表の掲載も可能です。
- 6) 学会参加費：1,000円

口腔顔面神経機能学会 平成20年度収支決算報告、平成21年度収支予算案

平成20年度収支決算報告				平成21年度収支予算案			
(平成20年 2 月 1 日～平成21年 1 月31日)		(単位：円)		(平成21年 2 月 1 日～平成22年 1 月31日)		(単位：円)	
〈収入の部〉				〈収入の部〉			
前年度繰越金			238,996	前年度繰越金			583,024
会費	平成18年度分	35,000×2	70,000	会費			700,000
		5,000×2	10,000	認定医登録料	10,000×37		370,000
	平成19年度分	35,000×8	280,000	広告費			100,000
		5,000×8	40,000				
	平成20年度分	35,000×13	455,000				
		5,000×13	65,000				
認定医審査料		5,000×37	185,000				
広告費（3社）			125,000				
利息			355				
	計		1,469,351				
〈支出の部〉				〈支出の部〉			
第13回学会開催補助金			150,525	第14回学会開催補助			150,000
会報発刊 Vol.12			299,770	会報発刊事業			
管理費				会報発行費（vol.12）			300,000
消耗品費（文具費等）			84,264	認定医登録（賞状印刷費など）			400,000
通信運搬費			35,720	管理費			
ホームページ更新費			19,110	消耗品費（文具費等）			50,000
会議費			76,450	通信運搬費			50,000
旅費			220,488	ホームページ更新費			30,000
	計		886,327	会議費			100,000
				旅費			150,000
				その他			523,024
					計		1,753,024
次年度繰越金			583,024				

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 役員の選出等は次による。
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。会費納入時にお名前をまとめて事務局までご連絡ください。

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21年3月現在）

(50音順)

理事長 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 口腔外科学第一	〒565-0781	大阪府吹田市山田丘1-8
理事 浅 田 洸 一	鶴見大学歯学部口腔外科学第Ⅱ講座	〒230-8501	横浜市鶴見区鶴見2-1-3
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
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	〒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二講座	〒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
椎 葉 俊 司	九州歯科大学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	〒803-8580	北九州市小倉北区真鶴2-6-1
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
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	〒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
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
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
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
葉師寺 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
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
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
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
安 田 浩 一 (幹 事)	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
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
宮 下 みどり (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第13号をお届けします。
 第12回口腔顔面神経機能学会理事会において承認されました
 認定医制度が始まりました。
 第14回口腔顔面神経機能学会（大会長：大阪歯科大学口腔外

科第二講座 覚道健治先生）が平成22年2月27日に開催されま
 す。多数の参加をお待ちしております。

（事務局：中山洋子、宮下みどり）