

口腔顔面神経機能学会会報

■2023年11月30日発行

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号
 兵庫医科大学歯科口腔外科学講座内
 口腔顔面神経機能学会事務局 TEL: 0798-45-6677
 FAX: 0798-45-6679
 E-mail: jsofnf3@gmail.com
 ホームページ: <http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/index.html>

口腔顔面神経機能学会 理事長挨拶



本年は、ワールドベースボールクラシックでの大谷選手の素晴らしい活躍からの優勝に始まり、日本人初のMLBでのHR王の戴冠、日本のプロ野球では阪神タイガースの1985年からの38年ぶりの日本一と、いまだコロナの影響で蓄積した雰囲気が漂う社会の中で、野球の世界では、全く想定以上のドラマが生じた年であったかと思えます。ちなみにこの1985年は、私が歯学部最終学年であることから「私の歯科医師年数」=「阪

神が優勝できなかった年数」であったと考えると、今更ながらとてつもなく長い間、大阪は静かだったのだと感じ入る次第です。

今年度の大きな変化としてはCOVID19が第5類感染症へ移行したことかと思えます。街中にも活気が戻ってきて(といっても外人が増えただけのよう)、学術集也会对面開催が公式的にも認められることとなり多くの学会が正常運転に戻りました。本学会でも、これまで奥羽大学、北海道大学、大阪歯科大学での開催をWeb開催で行われ、主催をされました大会長ならびに準備委員長には、慣れない状況の中、通信環境や費用の面で多大なご尽力をいただきましたが、ようやく対面開催が叶い、今年度の和歌山の地での学会開催を皆様も心より楽しみにしているかと思えます。

このコロナ禍の間の大きな変化としては一般社会では在宅勤務の増加かと思えますが、我々の世界では、学会での各種委員会会議がWeb開催で行われるようになったことかと思えます。コロナ禍までは、重要な会議はたとえ1時間程度であっても対面開催が原

則であり、それ以外の会議はメール会議ですまされていましたが、コロナ禍でのZOOMやTEAMSなどのWEB会議が浸透し、学内の会議であってもわざわざ集まることなくWEB会議で済まされることも増えました。移動時間や経費、また、WEB会議中での内職などを考えると、それまで如何に会議という名目で貴重な時間が浪費されていたのかと思えてきます。しかし、その反面、会議外での出席者との情報や意見交換などDiscussionの機会の喪失が大きく、モチベーションや発想力の低下を招いて、活気のない、いわゆる内向きの社会を形成していつているのではないかと思っています。実際、学内であっても対面で会う機会の減少から、お会いしても「ご無沙汰しています」と、平気で話すような、疎遠な社会になっていると感じるとともに、対面での討論から生まれる新たな発想の機会は減ってさらに変化の少ない社会になっているように思います。

若い人々にとっては学術集会对面開催は発表だけでなく会場内外での個々の討論や交流こそが、学術的な発想の源になると思います。口腔顔面神経機能学会は決して大きな学会ではないがゆえ、より親密な交流がなされるものと思ひ、ぜひこの距離感のない学会で懇親を深めていただければとおもいます。この1年でこの交流が具現化した事例として、金子明寛名誉会員の総監修による「歯科におけるくすりの使い方2023-2026」の発刊があります。本書では多くの本学会の理事の先生が執筆を担当されていますが、特に神経障害治療関係に今村名誉会員や高田副理事長、野添理事、中村前理事長が執筆されており本学会での活動の成果をもとに専門性を持った内容が記されています。次世代を担う若い学会員の先生方もぜひ対面学会を通して交流を深めていただきたいと思います。

目次

理事長挨拶	1
認定施設及び認定医	2
第14回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について	3
口唇・舌感覚異常判定認定医資格更新のお知らせ	3
口腔顔面神経機能学会主催公開スキルアップセミナーについて	3
口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程	4
口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則	5
第26回口腔顔面神経機能学会開催される	6
特別講演	6
一般演題	7
第27回口腔顔面神経機能学会のご案内	22
令和4年度収支決算報告書	23
口腔顔面神経機能学会会則	23
入会申込と年会費のお知らせ	24
理事名簿	25
編集後記	25

認定施設及び認定医

認定施設一覧

登録番号	施設名	更新年
1	大阪大学大学院歯学研究科 第一口腔外科学教室	2025
3	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学	2025
4	兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座	2028
5	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2025
6	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2025
7	大阪歯科大学 口腔外科学第二講座	2025
8	東海大学医学部外科学系 口腔外科	2025
11	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2025
12	九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面外科学分野	2025
13	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
14	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
16	公立学校共済組合 九州中央病院 歯科口腔外科	2025
17	公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科	2025
18	日本歯科大学付属病院 歯科麻酔・全身管理科	2025
19	NHO 高崎総合医療センター 歯科口腔外科	2026
21	大阪警察病院 歯科口腔外科	2028
22	浜瀬歯科医院	2025
25	岡山大学大学院歯学総合研究科 顎口腔再建外科学	2027
27	医療法人社団 ムラヤマ歯科	2024
28	社会医療法人大道会 森之宮病院	2025
29	医療法人新正会 ひまわり歯科クリニック	2025
30	医療法人社団松和会 池上総合病院口腔外科	2026
31	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第二教室	2027

認定医一覧

認定番号	登録名称	機関名	更新年
CP-001	古郷 幹彦	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2025
CP-008	金子 明寛	医療法人社団 松和会 池上総合病院 歯科口腔外科	2025
CP-009	川辺 良一	社会医療法人財団互恵会 大船中央病院 口腔外科	2025
CP-011	澁谷 徹	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2025
CP-013	高木 律男	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
CP-014	中村 典史	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-016	堀之内康文	九州中央病院 歯科口腔外科	2025
CP-019	飯田 征二	岡山大学大学院歯学総合研究科 顎口腔再建外科学	2025
CP-020	田中 晋	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2025
CP-021	小林 明子	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2025
CP-022	望月 美江	ミエ歯科医院	2025
CP-024	高田 訓	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2025
CP-027	高崎 義人	社会医療法人 大道会 森之宮病院 歯科診療部	2025
CP-028	中嶋 正博	大阪歯科大学 口腔外科学第2講座	2025
CP-030	谷山 貴一	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2025
CP-032	大山 順子	九州大学病院 口腔顎顔面外科	2025
CP-033	佐々木匡理	九州中央病院 歯科口腔外科	2025
CP-034	児玉 泰光	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
CP-036	野添 悦郎	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-039	石井庄一郎	公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科	2026
CP-041	中村 仁也	日本歯科大学付属病院 歯科麻酔・全身管理科	2025
CP-042	飯田 明彦	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
CP-044	沢井奈津子	神奈川歯科大学顎顔面病態診断治療学	2026
CP-045	石濱 孝二	大阪警察病院 歯科口腔外科	2026
CP-046	宮 成典	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2026
CP-047	山崎 裕子	自治医科大学 歯科口腔外科	2028
CP-048	浜瀬 真紀	浜瀬歯科医院	2026
CP-049	澤田 真人	本山デンタルクリニック	2026
CP-051	稲川 元明	国立病院機構高崎医療センター 歯科口腔外科	2026
CP-052	松永 和秀	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第二教室	2027
CP-053	熊谷 順也	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2027
CP-054	磯村恵美子	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2027

CP-055	菅野 勝也	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2027
CP-057	原田 丈司	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2028
CP-058	正元 洋介	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-059	中村 康典	国立病院機構 鹿児島医療センター 歯科口腔外科	2023
CP-062	川原 一郎	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2028
CP-064	石畑 清秀	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2024
CP-065	濱田 智弘	会津中央病院 歯科口腔医療センター	2024
CP-066	高橋 進也	たかはし歯科クリニック北本	2024
CP-067	辻 忠孝	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2024
CP-070	小橋 寛薫	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2024
CP-077	山田 智明	岡山大学大学院歯学総合研究科 顎口腔再建外科学	2025
CP-80	関 壮樹	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2021
CP-082	永井 孝宏	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2026
CP-083	小嶋 忠之	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2022
CP-084	菊地 隆太	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2022
CP-085	原 崇之	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2022
CP-086	和気 創	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2027
CP-087	久米 健一	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2027
CP-088	松本 幸三	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2027
CP-089	香月 佑子	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2027
CP-090	栗原 網枝	東京歯科大学市川総合病院歯科・口腔外科	2028
CP-091	大山健太郎	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2023
CP-092	山田 早織	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-093	大貫 尚志	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2023
CP-094	白田 真浩	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2028
CP-095	岐部 俊郎	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2023
CP-096	樋口 将隆	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-097	高畑 惣介	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-098	松下 豊	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-099	村山 雅人	医療法人社団 ムラヤマ歯科	2023
CP-100	高岡 一樹	兵庫医科大学医学部 歯科口腔外科学講座	2028
CP-101	豊留宗一郎	近畿大学医学部奈良病院 歯科口腔外科	2024
CP-102	大河内孝子	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2024
CP-103	勝見 祐二	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2024
CP-104	黒川 亮	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2024
CP-105	石井広太郎	九州大学病院 顔面口腔外科	2025
CP-106	古閑 崇	医療法人社団貴望会 古閑歯科医院	2025
CP-107	品川 憲穂	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-108	淵上 貴央	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-109	石田 喬之	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-110	矢内 雄太	九州大学病院 顔面口腔外科	2025
CP-111	今利 一寿	九州大学病院 顔面口腔外科	2025
CP-112	上野山敦士	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2025
CP-113	西山 明宏	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2025
CP-114	片倉 朗	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2025
CP-115	藤下 陽平	大阪大学大学院口腔外科学第一教室	2027
CP-116	藤本 愉莉	大阪大学大学院口腔外科学第一教室	2027
CP-117	山下 翔平	大阪大学大学院口腔外科学第一教室	2027
CP-118	野元菜美子	鹿児島大学大学院口腔顎顔面外科学分野	2027
CP-119	川嶋 雅之	奥羽大学歯学部口腔外科学	2027
CP-120	柳田みづき	会津中央病院	2027
CP-121	飯島 康基	奥羽大学歯学部口腔外科学	2027
CP-122	高橋文太郎	奥羽大学歯学部口腔外科学	2027
CP-123	中島 朋美	奥羽大学歯学部口腔外科学	2027
CP-124	服部 洋一	兵庫医科大学医学部 歯科口腔外科学講座	2028
CP-125	阪本 勝也	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第1教室	2028
CP-126	趙 正秀	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第1教室	2028

認定医施設、認定医については2023年10月31日時点で更新手続き確認されたものを掲載しています。更新年の3月31日が認定期間終了日となり、更新手続きはその前年末までに完了する必要があります。

第14回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について

●認定医試験会場および日程

会場：和歌山県立医科大学

日時：2024年2月18日（日）予定

●認定医の申請手順はHPを参照ください。

●試験の詳細については随時HPにてお知らせいたします。

●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：jsofnf3@gmail.com

口唇・舌感覚異常判定認定医資格更新のお知らせ

口唇・舌感覚異常判定認定医認定証の有効期限が2024年（3月31日）までの認定医の先生（P2に掲載）は、2024年1月31日までに認定医資格更新申請を行ってください。更新資格として、学会参加10単位、学会発表者10単位、共同演者5単位、神経機能に関するセミナー等（10ないし5単位）合計30単位以上が必要となっておりますのでご留意ください。今年度より認定医更新申請書の変更を行っています。現時点で単位不足の先生は、2024年3月末日までの「単位取得見込み」での更新申請ができるようになり、第27回学術大会での参加と発表等にて、更新申請が可能となりました。

また、認定医登録時の所属機関から本学会の非会員機関に異動された先生は、個人会員あるいは機関会員として遡って年会費をお支払い下さいますようお願いいたします。

ご不明な点、ご質問、お問い合わせは学会事務局までご連絡ください。

*更新手数料納入済領収書（写）を必ず添えて申請願います。

口腔顔面神経機能学会主催公開スキルアップセミナーについて

●今後の公開スキルアップセミナーについて

第5回スキルアップセミナー

日時：2024年2月18日（日）詳細未定

（今後の案内等は、学会HPにて掲載予定ですので、随時ご参照ください。また、スキルアップセミナー当日には、精密触覚機能検査の研修会も開催予定です。）

学会賞を授与しました

第26回学術集会にて発表された演題に対して、学会賞を授与いたしました。

今回の受賞者は以下の通りです。

◆最優秀学会賞

・ラット舌動脈への選択的動注投与方法による鼓索神経一般体性感覚レセプターの解明

大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室 岸上波輝 先生

・舌腫瘍による舌知覚変化が顎口腔機能に及ぼす影響について

大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第二教室 紀ノ定紘子 先生

◆学会賞

・下顎エナメル上皮腫に対する反復処置法における下歯槽神経障害についての検討

北海道大学大学院歯学研究科口腔病態学分野 口腔顎顔面外科学教室 格口渉 先生

・ALSモデルマウスの摂食行動特性の解析

大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室 北岡好大 先生

*最優秀学会賞受賞者は翌年の大会にて受賞講演を行うこととなっています。

口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程

〔平成26年3月1日一部改訂〕

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。

5. 平成26、27、28年度に限り特例として3期目を認めるとする。

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

- 4) 口腔顔面領域の神経機能に関するセミナー、シンポジウムへの参加

本学会が主催、共催等しているもの 10単位
本学会以外の学会等が主催しているもの 5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26回口腔顔面神経機能学会開催される

下記日程にて第26回口腔顔面神経機能学会が開催されました。

開催形式：WEB（ZoomによるLive配信）およびオンデマンド視聴

Live配信日時：2023年3月4日（土）

オンデマンド配信日時：2023年3月20日（月）～3月31日（金）

会長：大廣 洋一先生（北海道大学大学院 歯学研究院 口腔病態学講座 顎顔面外科学教室 主任教授）

第26回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会を終えて



会長 大廣洋一
大会準備委員長 松下和裕

2023年3月4日（土）、第26回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会を開催いたしました。理事会では対面での開催も検討されましたが、新型コロナウイルス感染症の終息が見通せなかったことから、第25回大会と同様に当日はLive配信とし、3月20日から31日までの12日間オンデマンドで配信いたしました。COVID-19感染症下で発達したWeb形式で開催することは不安を伴いましたが、教室員で工夫し大きな問題もなく終了することができました。

学術大会の概要は、特別講演1演題、学会賞受賞講演1演題、一般演題10演題、アドバンスセミナー1演題で、会期中に90名の先生にご参加いただきました。特別講演では、北海道大学大学院歯学研究院歯科麻酔学教室の亀倉更人先生が、「当科における歯科・口腔外科治療に関連する神経障害への対応」と題して臨床に即した内容でご発表され活発な質疑応答がなされました。学会賞受賞講演は、東京歯科大学口腔病態外科学講座千葉歯科医療センターの山本裕義先生にご担当いただき「当院における末梢三叉神経障害症例に対する神経修復術の予後について」と題し、神経修復術のご専門のお立場からご講演いただきました。さらに、アドバンスセミナーでは、社会医療法人大道会 森之宮病院 歯科診療部 口腔外科部長 高崎義人が「下顎神経損傷に対する外科的対応—特に神経修復手術について—」と題してご講演くださいました。このセミナーは、学術集会翌日3月5日（日）に兵庫医科大学で開催された口唇・舌感覚異常判定認定医試験の受験者に対して行われました。学術大会ならびに認定医試験を無事終了することができましたのは事務局ならびに関係各位のご協力によるものとこの場をお借りして感謝申し上げます。

次回学術大会は和歌山で対面開催の予定です。次期大会の盛会ならびに本学会の益々の発展を祈念しております。

特別講演

【当科における歯科・口腔外科治療に関連する神経障害への対応】

北海道大学大学院歯学研究院 口腔病態学分野 歯科麻酔学教室
亀倉更人

北海道大学歯学部附属病院（現・北海道大学病院）は1967年に開院したが、当時から、鍼治療、薬物治療、SGBなどを用いて、顔面の疼痛、麻痺に対する治療が行われていた。東洋医学に精通した先生が在籍されていたことから、鍼治療が比較的よく行われていたようだ。その後、2000年くらいから、小生がこの領域の患者を担当することが多くなり、現在に至っている。当科では、顔面の麻痺、疼痛の治療を専従のスタッフで行う余裕はなく、小生は木曜日の午後をこれらの患者の治療に当てている。年間新患数はおおむね20名弱、年間治療回数はいくつか400回であり、投薬治療、鍼治療、半導体レーザー照射、SGBなどを行っている。2010年のプレガバリンの薬価取裁、2018年の精密触覚機能検査の保険取裁、2019年の歯科治療による下歯槽神経・舌神経損傷の診断とその治療に関するガイドラインの発行など、治療の進歩はあるものの、十分な治療効果を得られない患者が相変わらず存在する。プレガバリンの発売当初、カルバマゼピンを凌駕する有効性を期待した。しかし、はっきりとした効果を示す場合は少なく、一方でめまい・ふらつき、眠

気、頭痛などの副作用のため、用法、用量にきめ細かい配慮が必要であり、治療成績を一変させる程のインパクトはなかった。保険取裁された精密触覚機能検査においては、軽症例と非軽症例の区分が示された。すなわち、感覚異常の部位と対照部位との閾値の差が2段階以内の症例で触覚鈍麻ならびに痛覚鈍麻以外の神経症状を有さない症例は軽症例、それ以外を非軽症例とするものである。重症例の判断材料として有益ではあるものの、非軽症例とされたそのあと、有効な治療が行えるかどうかは、現状でははなはだ心許ない。2019年のガイドラインでは、治療方法として、ビタミンB12製剤、SGB、ステロイド、ATP、低出力レーザー、外科的療法が取り上げられているが、いずれも強い推奨となっていない。神経障害による症状が後遺すると、現時点では残念ながら顕著な改善が期待できる治療法は限られ、症状との共存を余儀なくされる場合が多い。治療法の開発と同時に、QOLの維持や向上を目指した対応を考える必要がある。

一般演題

1. ラット舌動脈への選択的動注投与方法による一般体性感覚受容体の解明

大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔病因病態制御学講座 口腔外科学第一教室
○岸上波輝 山内かれん 趙 正秀 阪本勝也 藤本愉莉
磯村恵美子 田中 晋 横田祐介

背景

広義の味覚は、各種受容体の解明が進んでいる5基本味（甘・塩・酸・苦・うま味）を中心に、その他の味覚（辛・渋味等）や嗅覚、そして一般体性感覚が複雑に絡み合った複合感覚として理解されているが、その詳細な機構については不明な点が多い。舌前方における一般体性感覚応答では、舌神経が主たる支配神経として機能しているが、同部の味覚神経である鼓索神経にも温度や機械的刺激のみに応答する単一ニューロンが存在することが明らかとなった（Yokota Y and Bradley RM, Neuroscience 2017; 367: 147-158）。舌神経とは別に、鼓索神経にも一般体性感覚に反応するニューロンが存在する意義についてはよく分かっていないが、複合感覚としての味覚を考えるうえでも、その詳細な分析は今後重要な知見になると考えている。

また、Transient Receptor Potential (TRP) チャネルファミリーはその多くが、センサーとしてさまざまな細胞外刺激の感知を行っていることが判明し、“物理刺激センサー”に関する実態が明らかとなってきた。その代表的なチャネルであるTRPV1やTRPA1、TRPM8については、口腔内粘膜にも存在しており、疼痛センサーとしての機能などについて研究されているが、味覚とくに鼓索神経との関連性については不明のままである。

そこで本研究では、味覚神経である鼓索神経に存在する一般体性感覚応答ニューロンに着目し、前述のTRPチャネルがそれぞれどのような物理刺激センサーとして機能しているか、を明らかにする目的でin vivo環境での電気生理学的実験を行い、各チャネルのブロッカー投与前後におけるラット鼓索神経からの刺激応答変化について検討を行った。

方法

雌性SD系ラット（150-200g）を使用。ウレタン（1.5g/kg）の腹腔内投与による深麻酔下で実験を行った。左側鼓索神経を剖出し、記録用電極を用いて神経活動を記録した（whole nerve recording）。味覚物質による刺激応答にて、剖出した鼓

索神経が良好な状態であることを確認後、舌前方に対して4℃の蒸留水による冷刺激、ヘアブラシによる擦過刺激を加え、各種ブロッカー投与前の神経活動をコントロールとして記録した。

続いて、左側外頸動脈を剖出してカテーテルを挿入。記録側の舌動脈へ薬剤が直接流入するよう、先端位置を調整し留置した。カテーテルより、各チャネルのブロッカー溶液 SB-366791: TRPV1 ブロッカー、1 mg/4 ml/kg、HC-030031: TRPA1 ブロッカー、10mg/4 ml/kg、TRPM-8 antagonist 2: TRPM8 ブロッカー、1 mg/4 ml/kgを緩徐に注入投与。薬剤投与から10分経過後、前方舌へ冷刺激・擦過刺激を加えて神経活動を記録した。

結果

SB-366791の投与により、前方舌への擦過刺激に対する神経応答のみが有意に低下した。HC-030031の投与により、前方舌への擦過刺激、ならびに冷刺激に対する神経応答がともに有意な低下を示した。TRPM-8 antagonist 2の投与により、前方舌への冷刺激に対する神経応答のみが有意に低下した。

考察

物理刺激センサーとしてのTRPチャネルは非常に多様であり、同一のチャネルであっても臓器間や種の違いにより、複数の機能を示すことが多い。一般的に、TRPV1はカプサイシンに代表される温熱刺激、TRPA1とTRPM8は中等～侵害性の冷刺激により活性化するとされているが、これらすべてのチャネルは機械的な刺激による活性化についても報告されている。本研究では、鼓索神経支配領域である舌前方において、TRPV1は擦過刺激、TRPA1は冷・擦過刺激両方、TRPM8は冷刺激の受容体として機能していることが示唆された。ただし、応答が完全に消失しないことから、単一のチャネルのみが受容体として機能している可能性は低いと考えられる。味蕾には他にも、TRPV3・TRPV4・TRPM5などの存在が確認されているため、これらのTRPチャネルが複雑に絡みあい、物理刺激センサーとしての機能を果たしているものと推察される。

2. 当科における精密触覚機能検査の実施状況

- 1) 奥羽大学歯学部口腔外科学講座口腔外科学分野
 2) 奥羽大学大学院歯学研究科口腔病態学顎口腔外科学
 ○澤 弘平^{1, 2)} 臼田真浩¹⁾ 月村義隆²⁾ 月村久恵²⁾
 宇根岡大典²⁾ 倉賀野徹²⁾ 池田丈博²⁾ 高田 訓¹⁾

はじめに

2018年4月より精密触覚機能検査が新規に保険収載され、460点の保険算定が可能となった¹⁾。これに伴い当科では三叉神経に何らかの原因で機能障害が生じ感覚の異常をきたす三叉神経ニューロパチーを有する患者に対し精密触覚機能検査を実施している。今回われわれは当科における精密触覚機能検査の実施状況について三叉神経ニューロパチー症例の発症の要因を含めて調査した。

対象および方法

2018年4月から2022年3月まで当科で三叉神経ニューロパチーと診断され精密触覚機能検査を実施し算定した患者131例を対象とした。評価項目は、男女比、初回算定時平均年齢、精密触覚機能検査を算定した患者数の推移、算定件数の推移、算定回数、精密触覚機能検査の実施要因とした。

結果

- 1) 男女比
男性50例、女性81例であった。
- 2) 初回算定時平均年齢
46.7±18.0歳であった。
- 3) 精密触覚機能検査を算定した患者数の推移
2018年度から2019年度にかけて患者は増加傾向にあったが、2020年度以降は減少傾向にあった。(図1)
- 4) 算定件数の推移
患者数の年次推移と同様に2020年度以降は減少傾向にあった。(図1)
- 5) 患者1人に対する算定回数
1回86例、2回24例、3回12例、4回以上9例であった。
- 6) 精密触覚機能検査の実施要因
偶発症91例、炎症21例、外傷5例、嚢胞・腫瘍3例、不明11例であった。
 - ①偶発症91例の内訳
抜歯術39例、外科的矯正手術27例、嚢胞・腫瘍摘出術12例、インプラント埋入術3例、根管治療3例であった。他にも観血的整復固定術やプレート除去術、唾石摘出術、スケーリングなどがあった。
 - ②炎症21例の内訳
骨髄炎13例、蜂巣炎5例、上顎洞炎2例、薬剤関連顎骨壊死1例であった。

まとめ

三叉神経ニューロパチーの多くが術後偶発症により発生すると報告されており^{2, 3)}、当科で精密触覚機能検査の実施が術後

偶発症患者に多いのと矛盾はしない。三叉神経麻痺や三叉神経痛は女性に多いとの報告もあるが^{4, 5)}、当科における精密触覚機能検査の実施が女性に多かった理由の1つとして、当科での外科的矯正手術患者が女性に多い傾向があり、要因の1つとなったと考えられる。

算定人数や算定件数が2020年度以降減少した要因として、COVID-19の流行や、福島県沖地震により休診期間があったことが要因であると考えられる。

精密触覚機能検査の結果は三叉神経ニューロパチーの診断および治療方針立案の根拠となり、また三叉神経ニューロパチーの診断がついた患者においては経時的な神経機能の評価のために用いることも可能である。今後さらに検査数を重ね、術後の経過や症状の推移を調査し、二点識別覚やVisual Analogue Scaleとの相関性についても検討していきたい。

参考文献

- 1) 今村佳樹：保険収載された「精密触覚機能検査」について。日本歯科評論, 79: 63-66, 2019.
- 2) 臼田真浩, 柴田達也, 他：抜歯に起因した神経障害性疼痛の1例。奥羽大学歯学誌, 49: 83-87, 2022.
- 3) 高田 訓：歯科口腔領域の末梢神経障害の予防と診断。日本口腔外科学会雑誌, 66: 530-539, 2020.
- 4) 山本裕義, 西山明宏, 他：当院における医原性末梢三叉神経障害症例の臨床的検討。日本口腔内科学会雑誌, 27: 13-20, 2021.
- 5) 平賀智豊, 三邊正樹, 他：東京歯科大学市川総合病院における三叉神経痛患者の臨床的検討。日本口腔内科学会雑誌, 26: 22-30, 2020.

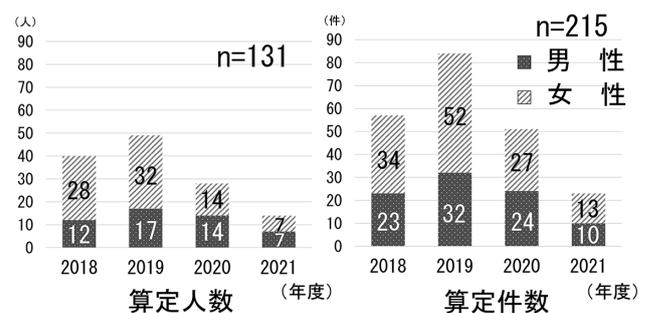


図1

3. 下顎エナメル上皮腫に対する反復処置法における下歯槽神経障害についての検討

1) 北海道大学大学院 歯学研究院 口腔病態学分野 口腔顎顔面外科学教室
 2) 北海道大学病院 高次口腔医療センター 顎口腔機能治療部門
 ○格口 渉¹⁾ 関口珠希¹⁾ 松下和裕²⁾ 足利雄一¹⁾
 大廣洋一¹⁾

緒言

反復処置法はエナメル上皮腫や歯原性角化嚢胞などの顎骨良性腫瘍および嚢胞に適応される顎骨温存療法である。エナメル上皮腫は再発率が高く、単純な摘出術のみでは33-90%に再発を認めるとされ、下顎区域切除術などの根治的切除術を選択しても再発率は0%になるとは言えず、7-25%で再発を認めるとされている。根治的切除術は咬合や顔貌に与える影響が大きく、QOLの低下は免れない。反復処置法はこれら双方の欠点を改善し、腫瘍の完全除去と骨再生の促進を目的として、当科で開発された治療法である (Fig.1)。反復処置法では、病理組織学的に腫瘍陰性が2回確認されるまで反復処置を繰り返すことが原則であるため、術中に下歯槽神経血管束が露出する症例では、神経損傷の機会が増える。今回、われわれは下顎エナメル上皮腫に対して、反復処置法を適応した症例の下歯槽神経障害について検討した。

方法

症例は2007年4月から2022年9月までに北海道大学病院口腔外科を受診し、病理組織学的にエナメル上皮腫と診断され、CT上でエナメル上皮腫が下顎管に接する、または圧排している所見があり、反復処置法を適応した16例を対象とした。患者背景はFig.2に示した。腫瘍径はパノラマX線写真での計測値とした (Fig.3)。腫瘍と下顎管の関係は、パノラマX線写真またはCTで下顎管の位置異常がない症例を接触、下顎管の位置異常がみられる症例を圧排とした (Fig.4)。

結果

男性7例、女性9例、年齢は16-70歳 (中央値25歳) であり、パノラマX線写真上での腫瘍径は13-103mm (中央値67mm) であった。CT/MRI上で単房性は6例、多房性は10例であり、腫瘍のsubtypeはUnicystic typeが3例、Solid/multicystic

typeが13例であった。腫瘍は3例で下顎管に接しており、13例で下顎管を圧排していた。術中の下歯槽神経血管束の露出は12例でみられ、術後の下歯槽神経障害は8例にみられた。反復処置1回目に腫瘍が陽性であった症例は9例であった (Fig.2)。

下歯槽神経障害発症は全例摘出後に生じており、腫瘍径が大きい症例では神経回復までに時間がかかっていたが、最終的に全例治癒していた。全例反復処置が1回以上行われており、3回以上は行われたのは9例で、最多は7回であった (Fig.5)。

下歯槽神経障害に対する因子をFisherの正確確率検定で検索したところ、3回以上の反復処置施行例では、神経障害の出現に有意差がみられた。また、有意差はないものの、25歳以下、腫瘍径が70mm以上、または反復処置1回目に腫瘍陽性となった症例では、神経障害が生じる確率は高かった (Fig.6)。

考察

反復処置法では、腫瘍径が大きい、複雑な形態、および病理組織学的に腫瘍陽性が継続する場合に手術回数が多くなる。そのため、下歯槽神経血管束が露出し、腫瘍径が大きい症例では、下歯槽神経血管束が骨に被覆されるまで数回の反復処置が必要となり、神経損傷のリスクが増え、治癒までに時間がかかる。今回の検討では、3回以上の反復処置が必要となる症例では有意に下歯槽神経障害を生じることがわかった ($P=0.041$)。3回以上の反復処置が行われた症例では腫瘍径が70mm以上である確率が有意に高い ($P=0.041$) ことから、腫瘍径も神経障害に関係している可能性が考えられた。また、25歳以下では腫瘍径が70mm以上である確率が有意に高い ($P=0.041$) ため、下歯槽神経障害の確率が高くなると考えられた。

結語

今回、われわれはCT上で腫瘍が下顎管に関係するエナメル上皮腫に対して、反復処置法を適応した16例の下歯槽神経障害について検討したので報告した。

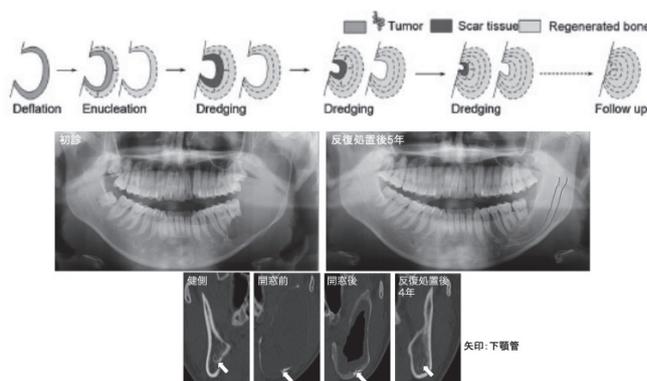


Fig. 1 反復処置法

	例数
年齢 (16-70歳, 中央値: 25)	≤25: 9, >25: 7
性別	男性: 7, 女性: 9
腫瘍径 (13-103mm, 中央値: 67mm)	<70: 8, ≥70: 8
CT・MRI上の単房性・多房性	単房性: 6, 多房性: 10
腫瘍のSubtype	Unicystic: 3, Solid/multicystic: 13
腫瘍と下顎管の位置関係	接触: 3, 圧排: 13
術中の神経露出	なし: 4, あり: 12
下歯槽神経障害	なし: 8, あり: 8
手術回数* (開窓術は除く)	2-3: 7, ≥4: 9
反復処置1回目での腫瘍陽性	なし: 7, あり: 9

*【手術回数】
 1: 摘出術
 2: 摘出術, 反復処置1
 3: 摘出術, 反復処置1, 2
 4: 摘出術, 反復処置1, 2, 3...

Fig. 2 患者背景

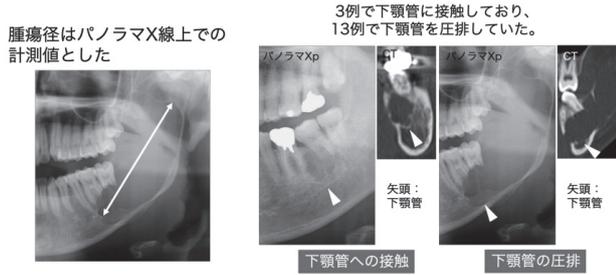


Fig. 3 腫瘍系の計測法

Fig. 4 腫瘍と下顎管の位置関係

摘出術と反復処置の回数		下歯槽神経障害	
例数(総数16)		例数(総数8)	
摘出・反復処置1回	16	開窓術後	2
摘出・反復処置2回	12	摘出後(分割適出術も含む)	8
摘出・反復処置3回	9	反復処置 1回目後	5
摘出・反復処置4回	5	反復処置 3回目後	4
摘出・反復処置5回	3	反復処置 4回目後	2
摘出・反復処置6回	2	反復処置 5回目後	1
摘出・反復処置7回	1	反復処置 6回目後	0

Fig. 5 神経障害と手術回数

		神経障害		P-value
		なし	あり	
年齢	≤25	3	6(67%)	0.315
	>25	5	2	
性別	M	4	3	1
	F	4	5	
腫瘍径	<70mm	6	2	0.132
	≥70mm	2	6(75%)	
CT・MRI上の単房性・多房性	単房性	4	2	0.608
	多房性	4	6	
腫瘍のSubtype	Unicystic	2	1	1
	Solid/multicystic	6	7	
腫瘍と下顎管の位置関係	接触	2	1	1
	圧排	6	7	
術中の下歯槽神経血管束の露出	なし	3	1	0.569
	あり	5	7	
手術回数* (開窓術は除く)	2-3	6	1	0.041
	≥4	2	7(78%)	
反復処置1回目での腫瘍陽性	なし	5	2	0.315
	あり	2	7(78%)	

Fig. 6 神経障害に対する因子

4. 神経修復術から得た外傷性神経腫の超音波所見の1例

- 1) 東京歯科大学口腔病態外科学講座
 - 2) 東京歯科大学口腔顎顔面外科学講座
 - 3) 東京歯科大学歯科放射線学講座
 - 4) 東京歯科大学病理学講座
- 岩崎 亮¹⁾ 西山明宏¹⁾ 音成実佳³⁾ 有泉高晴²⁾
 田中 齊²⁾ 佐藤仁美³⁾ 中島 啓⁴⁾ 菅原圭亮¹⁾
 松坂賢一⁴⁾ 高野正行²⁾ 片倉 朗¹⁾

緒言

口腔領域に生じる医原性神経障害は、下歯槽神経と舌神経の損傷が大半を占めている。末梢性三叉神経損傷では、大きさに関わらず外傷性神経腫を形成することがあり、神経機能を著しく低下すると言われている。外傷性神経腫の有無の評価には、これまではほとんどが、MRIによる形態学的評価を行ってきたが、標的神経の損傷箇所を撮像する際に制約が生じ撮像できない症例も少なくない。このような状況下においても客観的な評価ができる超音波検査 (US) に注目した。そこで今回われわれは、外傷性神経腫の超音波所見について神経修復術を通して検討した。

対象・方法

患者は54歳の女性で、2021年11月に某歯科医院にて#36のヘミセクション中にダイヤモンドバーで左側口底部粘膜を損傷。処置後より左側舌の知覚鈍麻を自覚し、症状が改善しないため、2022年2月当科を受診した。Semmes-Weinstein testと二点識別閾値検査では健側と比較して閾値の上昇が、温度検査では冷覚、温覚ともに感度の低下がみられた。以上の所見から舌神経のNeurotmesis (神経幹断裂) が疑われ、また随伴症状として強いAllodyniaを認めたため、全身麻酔下に神経修復術を行った。手術開始前と術中に、歯科放射線科の歯科放射線専門

医1名によって左側口底部の超音波検査を撮像した。使用した超音波装置はSuperSonic Imagine社製超音波診断装置Aixplorerの小型リニアプローブ (6~20 MHz) であった。超音波検査画像と術中所見を比較し、超音波検査画像における神経の走行と外傷性神経腫、および周囲解剖の再現性の精度を評価した。

結果

手術開始前の撮像では、舌下腺構造物の下方、血管の近傍に神経と思われる低エコーの索状構造物を認めた。術中の撮像では、3本に分枝した舌神経が描出されており、最も深部に描出された神経は、一部が腫大した病変として描出された。腫大した部分は約7mm×約3mm、境界明瞭で、やや不均一な低エコーから中等度のエコー強度を示した。口腔内で実際に外傷性神経腫と思われる病変を測定したところ、約7mm×約3mmで超音波検査の所見と概ね一致した (図1)。病理組織学的検査では、外傷の既往と無秩序の神経線維束の増生と周囲に膠原線維量の多い結合組織であることから外傷性神経腫との診断を得た。

考察

口腔外の末梢神経領域の形態学的評価は、MRIに加えて超音波検査を使用している。ただし、MRIは口腔領域では、口腔内の金属補綴物やバーの切削片がアーチファクトを起こし病変を

正確に描出するのを困難にすることや、閉所恐怖症の患者では撮影ができないなど様々な制約が考えられる。超音波検査は口腔外の末梢神経領域では、神経病変の感度もMRIと比較すると優れているという報告もある。

手術開始前の超音波検査画像では、舌神経と血管、舌下腺を描出することができていた。概ね口底部の構造物が描出されていた。今回は、手術開始前では外傷性神経腫を描出できなかったが、術中では、腫大した中等度のエコー強度の病変として描

出されていた。これは臨床所見と神経線維が増殖している病理所見とも整合性が取れており、過去の口腔外領域の外傷性神経腫の所見ともおおむね一致している。舌神経損傷の原因の大半を占める下顎智歯の抜歯が原因の場合は、舌神経の損傷部位が下顎舌側歯肉の直下に位置している場合が多いため超音波検査での描出も可能であると考えられる。このことから、術前の超音波検査による神経損傷の診断が有用となる可能性が示唆された。

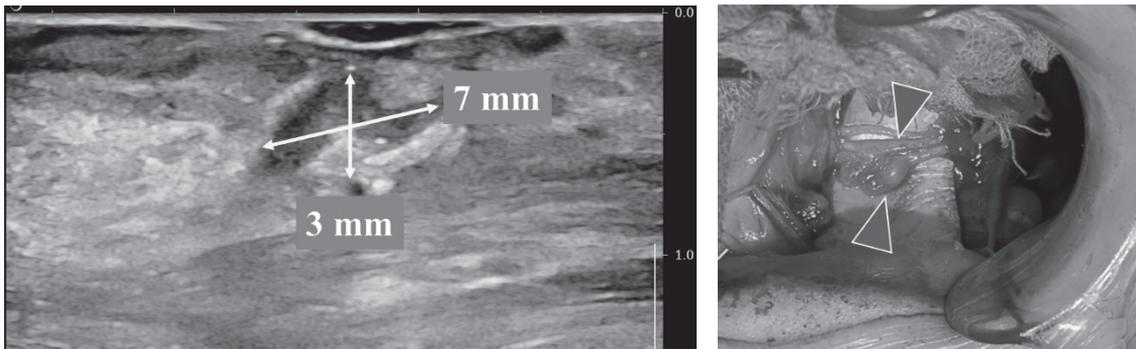


図1：外傷性神経腫のUS撮像所見と術中所見
矢頭：外傷性神経腫

5. 下顎智歯抜歯後の舌神経麻痺に対して人工神経リナーブ®を用いた1例

和歌山県立医科大学 歯科口腔外科学講座

○鈴木 滋 家田晋輔 田坂ゆかり 武田佑也 上田眞道
角谷有吏子 水間庸介 畑 美緒 井原健太 大林建夫
松村達志

緒言

下顎埋伏智歯抜歯の合併症の一つに舌神経障害がある。その頻度は0.1%前後¹⁻³⁾であるが、患者に与える影響は大きい。今回、下顎智歯抜歯後の舌神経障害に対して、人工神経(リナーブ®)を用いた1例について報告する。

症例

患者：40歳、女性。初診：2021年11月上旬、主訴：右舌の感覚が分からない。既往歴、家族歴：特記無し。内服薬：トコフェロール酢酸エステル、メコパラミン。現病歴：2021年9月上旬、某歯科医院にて右下8番抜歯、翌日から右舌の知覚麻痺を自覚し、9月下旬病院歯科口腔外科に紹介受診。ビタミンE、ビタミンB12製剤投与されるも知覚麻痺に著変無く、11月上旬に当科紹介受診した。

現症：顔貌左右対称、下歯槽神経支配領域に知覚異常は認めなかった。右下8番抜歯窩に、明らかな感染所見は認めなかった。初診時のパノラマXP、CTでは、右下8番部の抜歯窩に垂直位の骨欠損を認めた。切創器具による明らかな骨欠損像は認めなかった。術前の神経学的検査では、初診時、ブラッシュストロークや温刺激、冷刺激はすべて判別不能、2点識別も20mm以上、SW知覚テストでも2.0g以上、チネル徴候も陽性

であった。再診時にはアロディニア症状が出現し、2点識別やSWテストも改善認めなかった。臨床診断：右舌神経麻痺、セドン分類⁴⁾神経幹断裂、サンダーランド分類⁵⁾5度。

処置および経過：右下8の抜歯処置を受けた3か月後、全身麻酔下に神経修復術を施行した。切開線は①口底、②頬側歯頸部切開と遠心切開、③舌側歯頸部切開と口底の切開線をつなぐ設定とした(図1)。まず正常舌神経の末梢側を同定し、中枢に向かって神経損傷部まで進めていき、次に正常舌神経中枢側を同定した。神経損傷部位は、右下8番抜歯窩の舌側に接する位置に認めた。右舌神経中枢側から末梢側に剥離を進め、癒着した損傷部位を周囲から遊離させた。損傷部の長さは15mmであった。顕微鏡視野下に神経損傷部を切離し、直径3.7mmの人工神経(リナーブ®)を使用し、8-0バイクルルにて縫合固定、閉創して手術終了(写真1、2)。術後はヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム100mgを術翌日まで投与し、術後7日にて退院となった。摘出物は線維性組織内に神経線維の結節性増殖を認め、病理組織学的診断は、外傷性神経腫であった。術後6か月経過以降、ブラッシュストロークや温刺激、冷刺激が判別可能となり、2点識別、SWテストも改善傾向で、チネル徴候やアロディニアも陰性となった。味覚の回復は認めなかった(図2)。

考 察

「歯科治療による下歯槽神経・舌神経損傷の診断とその治療に関するガイドライン (2019)」では、感覚の回復のために外科的治療を用いることを、「弱く提案」するとなっている。外傷性の神経損傷の手術適応について、Seddon分類 軸索断裂以上、SWテスト1.4g以上かつSNAPが46m/sec以上、画像所見で明らかな異常所見有り、受傷後6か月以内、6か月以上でもアロディニアが強いといった検査基準が報告⁶⁾されている。本症例では、Seddon、SWテストで基準を満たし、再診時にアロディニアを発症しており、外科治療の選択となった。

神経修復では、直接に神経を縫合した方が成績がよいとされている⁷⁾。しかし、舌神経損傷について直接縫合を行い縫合部を保護のために静脈を巻きつけて被覆した群と、人工神経(リナーブ[®])を用いた群では、両群は同程度の成績という報告⁸⁾もある。本症例では、欠損長15mmで、直接縫合では長さが足りないため、人工神経を用いた。損傷部位が長すぎれば適応外の問題はあるが、自家神経を採取する侵襲や時間も必要なく、有用と考えられた。

引用文献

1) 三浦康次郎, 他. 下顎埋伏智歯抜歯後の神経麻痺. 口病誌

65 (1) 1-5, 1998

2) 上松晃也, 他. 2014年における下顎智歯抜歯599歯の臨床的検討. Niigata Den. J. 45 (2) 35-42, 2015

3) Mason DA. Lingual nerve damage following lower third molar surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. Oct; 17 (5) : 290-4, 1988

4) Seddon HJ: Three types of nerve injury. Brain 66: 237-288, 1943

5) Sunderland S: A classification of peripheral nerve injuries producing loss of function. Brain 74: 401-516, 1951

6) 柴原孝彦, 三叉神経障害の手術療法—下歯槽神経と舌神経について—. 日口外誌 67: 7-23, 2021

7) Pogrel MA: The results of microsurgery of the inferior alveolar and lingual nerve. J Oral Maxillofac Surg 60: 485-489

8) Shigeyuki Fujita, Itaru Tojyo, et al: Comparison of prognosis in two methods for the lingual nerve repair: direct suturee with vein graft cuff and collagen allograft method. Maxillofac Plast Reconstr Surg. 44 (1) : 6, 2022

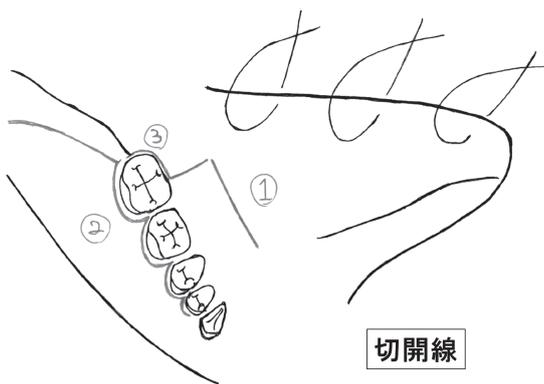


図1 切開線

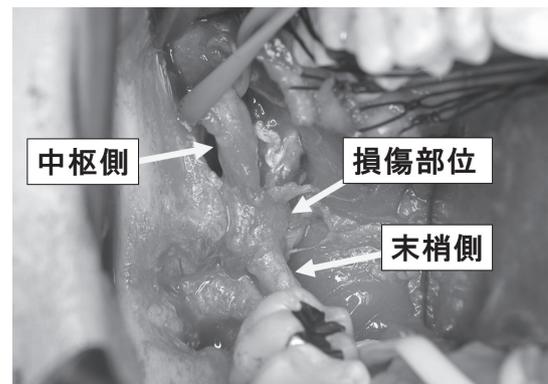


写真1 右舌神経損傷部位

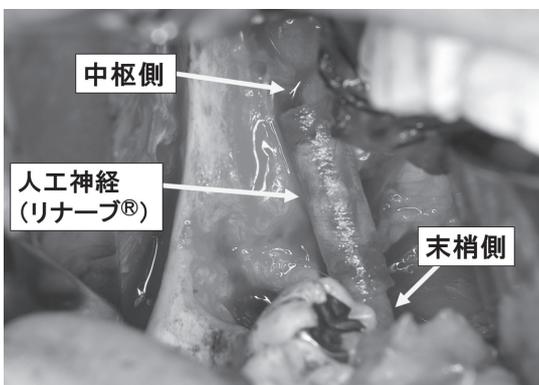


写真2 人工神経(リナーブ[®])で修復

		健側 初診時	患側 初診時	手術(抜歯後3か月)		
				術前	術後6か月	術後1年
Brush Stroke(%)	舌尖	100	0	0	100	100
	舌背	100	0	0	100	100
冷刺激	舌尖	+	-	+	+	+
	舌背	+	-	-	+	+
温刺激	舌尖	+	-	-	-	-
	舌背	+	-	-	-	-
痛覚	舌尖	+	-	-	-	-
	舌背	+	-	-	-	-
	舌縁	+	-	-	-	-
	舌背	+	-	-	-	-
2点識別(mm)	舌尖	4	20>	20>	13	9
	舌背	8	20>	20>	16	14
	舌縁	6	20>	20>	16	15
SW知覚テスト(g, 番号)	舌尖	0.008, ①	2.0g, ⑩	2.0g, ⑩	1.0g, ⑧	1.0g, ⑧
	舌背	0.04g, ③	6.0g, ⑫	6.0g, ⑫	4.0g, ⑪	2.0g, ⑩
	舌縁	0.04g, ③	4.0g, ⑪	6.0g, ⑫	2.0g, ⑩	1.4g, ⑨
味覚(5段階)	甘	2	-	-	-	-
	塩	2	-	-	-	-
	酸	3	-	-	-	-
	苦	3	-	-	-	-
Tinel's sign	-	+	+	-	-	
アロディニア	-	-	+	-	-	
日常生活支障度(VAS)	0	34	55	50	27	

図2 患側舌神経の神経学的検査所見

6. Intraoral vertico-sagittal ramus osteotomy (IVSRO) を施行後に発症した 下歯槽神経麻痺の1例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 顎口腔再建外科学
○徳重 侑 天野克比古 永田祐樹 有村有紀 中辻和樹
飯田征二

緒言

骨格性の不正咬合である顎変形症とは上下顎骨や歯、歯槽骨に変形を持つ病態で、上下顎の前突/後退症、開咬症、顔面非対称などが分類される。下顎の手術方法には代表的なものとして下顎枝矢状分割術 (SSRO) や下顎枝垂直骨切り術 (IVRO) がある。SSROとIVROの中間の性質を備えたIntraoral vertico-sagittal ramus osteotomy (IVSRO) がある。IVSROの術式は、下顎枝の外側皮質骨の骨切りを、'antilingual' prominenceから内側の下顎枝後縁へ、矢状方向と平行の向きに行い、遠位骨片を骨切り面に沿って後方にslidingさせ、セットバックする。今回、下顎骨骨切り術としてIVSROを適応した症例を経験し、術後に下歯槽神経麻痺を発症した1例に関して、若干の考察を加え概要を報告する。

症例

患者：38歳女性。主訴：下顎が右にずれている。術前のセファロ分析：骨格性I級、上下顎骨の前後的位置はともに前方位、下顎骨は右方に3mm偏位。矯正治療に加え、外科的手術適応となり、Le Fort I型骨切り術+IVSROを施行。術後2日から左側口唇部、オトガイ部に明らかな知覚異常が出現したため、知覚検査やCT検査、投薬やレーザー治療を行った。術後1週間で顎間固定解除を行い、術後12日で退院。退院後も外来で知覚検査を引き続き実施した。

方法

術前と術後にSW知覚テスターによる精密触覚機能検査と2点識別閾検査を行った。右側と左側の1. 下唇片側中央線上の粘皮境界隆起部位 2. 下唇片側中央線上の赤唇白唇移行部とオトガイ間の中間点より上方1/2の点 3. 下唇片側中央線上の赤唇白唇移行部とオトガイ間の中間点より下方1/2の点 4. 口角より垂直に5mm下方の点の4点で測定した。SW知覚テストは術前、術後2か月、術後3か月、術後6か月に行い、2点識別閾検査は術前、術後2か月、術後3か月に行った。

加えて、セファロ、パノラマ、パノラマ4分割の撮影を術前、

術後1か月、術後3か月、術後6か月に行った。

結果

1. SW知覚テスト検査 (図1)

左側の知覚異常は術直後より出現し継続しているのに対し、右側は術後3ヶ月まで、正常で術後6ヶ月から知覚異常が出現。

2. 2点識別閾検査 (図2)

左側で術直後より知覚異常が出現したが、術後3ヶ月で改善。右側は術後に知覚異常はなし。

3. セファロ、パノラマ、パノラマ4分割

下顎頭の位置に注目すると、術前と比べ、術後1か月はやや前下方に下がっているが、術後6か月には、やや後上方に移動。

考察

術直後のCT画像を確認すると左側の骨切り線が、幅を持ち、下顎管のすぐ横を通っていた。一方で、右側の骨切り線は、下顎管を避けて通っていたが下顎小舌と近接していた (図3)。このことより、左側に術直後から知覚異常が出た原因は、骨切り線が下顎管と近接したことがあげられる。右側に術後6か月で知覚異常が出た原因は、セファロ、パノラマ、パノラマ4分割により、骨片が移動していることが確認でき、術後に骨片が経時的に移動したことにより、下顎管の圧迫が出たと推察される。まとめると、今回IVSROに伴い、下歯槽神経麻痺を発症した要因としては、矢状方向で斜め後方への骨切りを行う際に、角度により下顎管に相当近接してしまうことや、神経血管束の保護のためソノベットを使用しているが、骨切り線の幅が生じてしまうこと。また、経時的な神経機能障害の発症については、遠位骨片をSlidingさせ移動させているが顎内固定をしていないため、術後の骨片間の移動が神経への物理的な刺激となりうるということが考えられる。

引用文献

Choung PH; J Craniomaxillofac Surg, 1992 May-Jun; 20 (4): 153-62

He P et al; Cures, 2017 Dec 9 (12): e1924

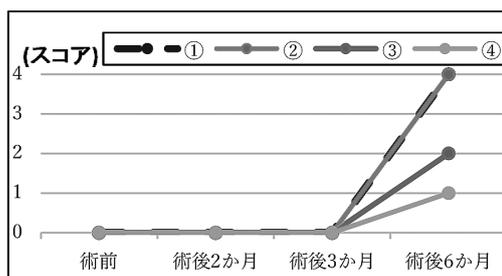


図1 SW知覚検査結果 右側

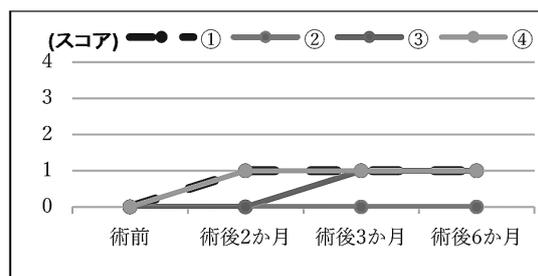


図2 SW知覚検査結果 左側

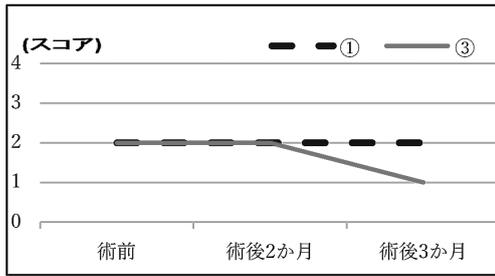


図2 2点識別閾検査結果 右側

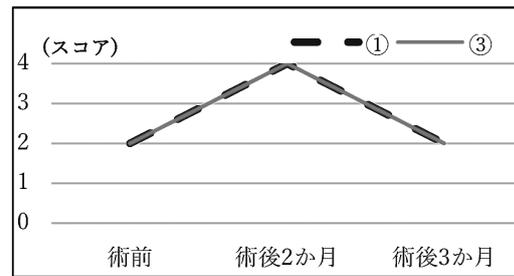


図2 2点識別閾検査結果 左側



図3 術直後のCT画像

7. 舌腫瘍による舌知覚変化が顎口腔機能に及ぼす影響について

大阪大学大学院 歯学研究科 口腔外科学第二教室

○紀之定紘子 鈴木真央 松永和秀 竹下彰範 森田祥弘

松宮由香 柏木孝文 加島佳奈 鷗澤成一

緒言

舌がんで手術を受けた患者は、術後の舌知覚低下にともない嚥下や咀嚼機能の低下を訴えることが多いが、過去に、舌知覚と顎口腔機能との関連について解析した研究はほとんどなされていない。本研究では、1) 術前の舌知覚の低下の有無について、2) 術前を基準に術後経時的舌知覚の変化について、3) 舌知覚変化と顎口腔機能との関連について検討した。

対象および方法

対象：舌腫瘍（舌がん含む）患者23例（男：10例、女：13例、平均59.7歳）を対象とした。術前は、舌白板症群（以下、白板症群）：4例、舌がんT1症例（以下、T1群）：8例、舌がんT2症例（以下、T2群）：8例、舌がんT3症例（以下、T3群）：3例に分類した。術後は、舌部分切除・縫縮術症例（以下、縫縮群）：12例、舌切除（舌半切以下）・前腕遊離皮弁再建症例（以下、皮弁再建群）：11例に分類した。

方法：

1) 舌知覚閾値

気刺激装置（STG 4002R Multi Channel Systems）を用いて測定を行った。評価部位は、健側・患側の舌尖、舌縁、舌背の

合計6か所を設定した。刺激は200 μ Aから開始し、100 μ Aごとに上昇させ、認知できた値（上限閾値）を3回計測し、その平均値を舌知覚閾値とした。舌知覚閾値は、0～500 μ A未満：6点、500～1000 μ A未満：5点、1000～1500 μ A未満：4点、1500～2000 μ A未満：3点、2000～2500 μ A未満：2点、2500～3000 μ A未満：1点、3000 μ A以上：0点とスコア化した（図1）。

2) 顎口腔機能

舌機能は、舌運動（7点満点）と舌圧（KPa）、嚥下機能は、水飲みテスト（5点満点）、咀嚼機能は、グミゼリー咀嚼能力（9点満点）と咬合力（N）を評価した。

舌知覚および顎口腔機能は、術前、術後1か月（1M）、術後3か月（3M）、術後6か月（6M）で評価した。

結果

1) 舌知覚閾値

術前の舌知覚を図2に示す。白板症群は、知覚なし（スコア0）の症例は認めなかった。T1群は、患側のみ知覚なしが8例中2例、両側とも知覚なしが1例認められた。T2群は、両側とも知覚なしが8例中3例認められた。T3群は、両側とも知覚なしが3例中2例認められた。

術前・術後経時的舌知覚変化を図3、4に示す。縫縮群の健側は、術前と比較し、健側の舌背は術後改善した症例が多かったが、患側の舌縁は術後経時的に改善なく、低下したままであった(図3)。皮弁再建群は、術前と比較し、健側の舌全体の知覚が、術後改善した症例が多かったが、患側舌全体の知覚は、術後も低下したままであった(図4)。

2) 顎口腔機能

舌運動は、縫縮群は術前・術後経時的に変化はなかったが、皮弁再建群は術前と比較して、ほとんどの症例が術後低下していた。舌圧は、縫縮群は術後1か月目低下したが、術後6か月目には術前まで改善した症例が多かったが、皮弁再建群は術前よりさらに低下した症例が多かった。

水飲みテストは、両群とも術前・術後経時的に変化はなかった。

咀嚼力および咬合力に関しては、縫縮群は術前と比較し、術後1か月目低下したが、術後経時的に改善し、皮弁再建群は、術前と比較し、術後経時的に改善した症例が多かった(図5)。

考察

皮弁再建群では、術後健側の舌全体の知覚が改善し、かつ術後咀嚼力および咬合力が改善していた。そこで、皮弁再建群における術前を基準に術後6か月目の舌知覚変化と咀嚼力および咬合力の変化との関連を調べたところ、健側舌知覚と咀嚼力および健側舌知覚と咬合力との変化の合致率は、それぞれ75%、75%と、比較的高い合致率を示した。以上のことから、健側の舌知覚の術後経時的変化は、咀嚼力と咬合力の変化に影響を及ぼす可能性が示唆された。

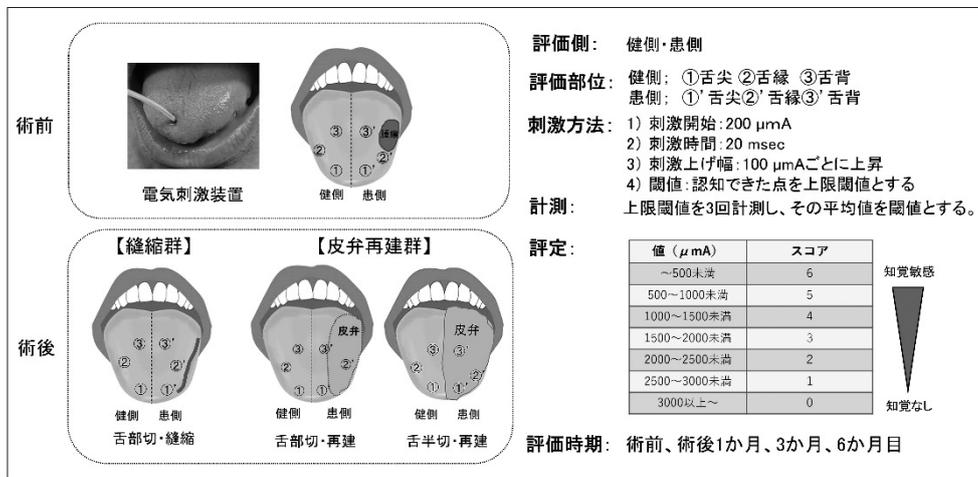


図1 電気刺激装置を用いた舌知覚(冷温覚と痛覚主体)の定量的評価

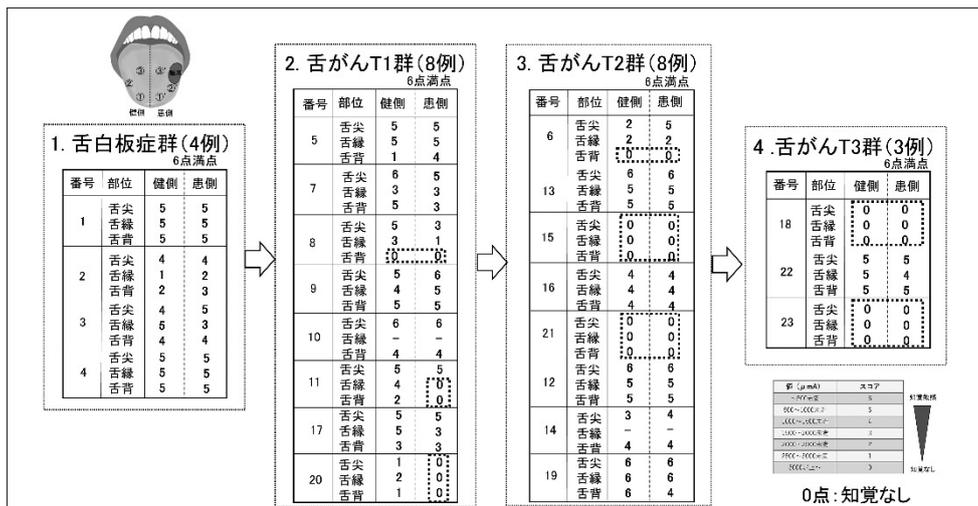


図2 舌腫瘍患者における術前の舌知覚スコア

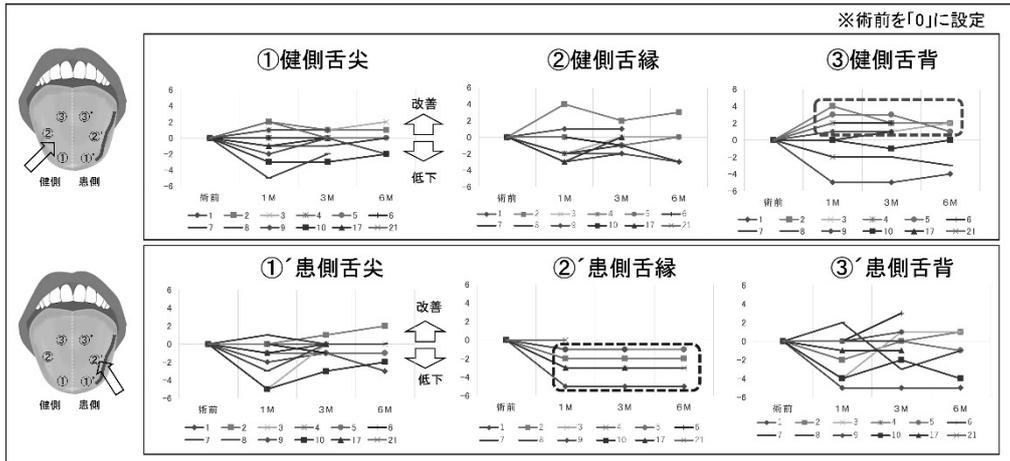


図3 縫縮群における術前・術後経時的舌知覚スコアの変化

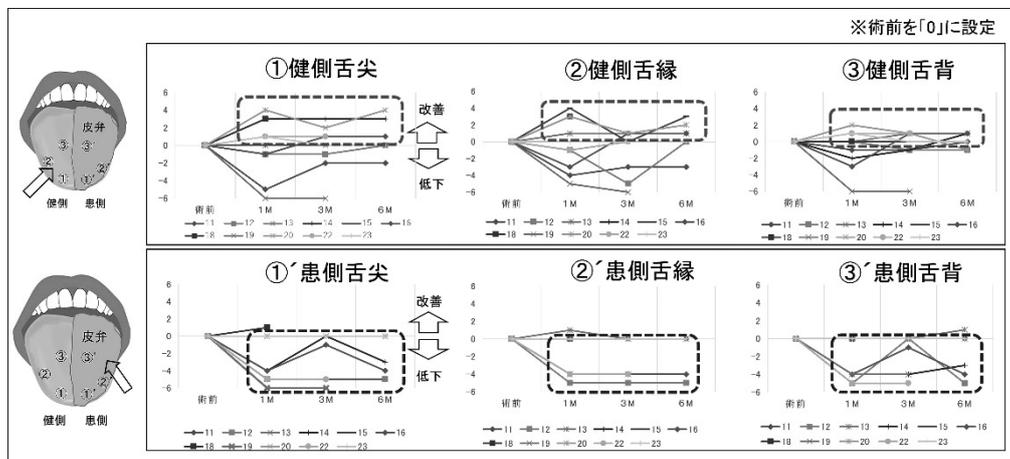


図4 皮弁再建群における術前・術後経時的舌知覚スコアの変化

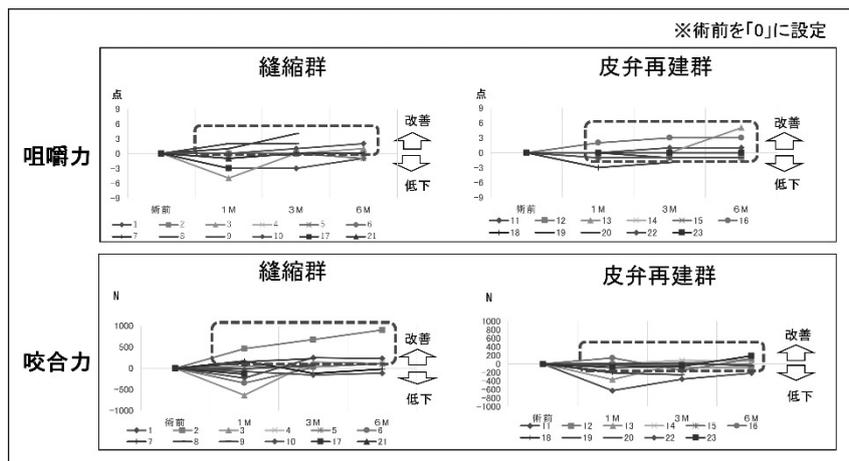


図5 各群における術前・術後経時的咀嚼機能の変化

8. 下顎骨輪郭形成術後に下歯槽神経障害をきたした1例

兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座

○野阪幸子 高岡一樹 服部洋一 牧原佑菜 正賀 元
柿本知毅 野口一馬 岸本裕充

緒言

近年、美容整形を告白するインフルエンサーに影響され、美容外科手術は若者にとって身近に行われるようになった。しかしそれに伴いトラブルも多く発生しており、その中には下歯槽神経障害を含むものもある。今回我々は、顔貌の美容目的で下顎骨輪郭形成術として下顎下縁切除後に両側の下歯槽神経障害をきたした症例を経験したため、報告する。

症例

患者：24歳、女性。

主訴：下唇の知覚麻痺

現病歴：2022年2月に他院歯科口腔外科にて下顎枝矢状分割術を施行、同年11月に美容整形外科にて下顎の輪郭の形成目的に両側下顎骨輪郭形成術を行った。術後より両側の下唇～オトガイ部に知覚麻痺を認めたが、美容整形外科からの説明や対応はなく終診となっており、不安を感じ当科を受診。

既往歴：特記事項なし

現症：初診時、顔貌腫脹および、下顎周囲に皮下出血斑を認めた。口腔内は両側下顎歯肉頬移行部に切開線が設定されており、縫合されていた。パノラマX線にて、右側下顎骨下縁が切除されている像を認めたが、左側は明らかではなく、右側の骨

切除ラインは下顎管の走行と近接していた。CT所見では右側は下顎骨下縁が切除されており、下顎管の下壁にも一部及んでいた。左側は下顎骨の下縁頰側が切除されており、下顎管とは十分な距離を認めた（図1-4）。

知覚検査所見では、下顎骨輪郭形成術10日後の当科初診時、両側オトガイ部から下唇にかけて、痛覚反応はなく、2点弁別は測定不能であった。SWテストでは右側オトガイ枝：5.46、右側下唇枝：6.10、左側オトガイ枝：6.10、左側下唇枝：5.46と重度の知覚鈍麻を認めた。

診断および治療

診断としては痛覚反応なし、2点弁別測定不能で、CT所見より右側は下顎管下縁が一部切除されており、手術操作によるneurotmesisとした。

治療としては、まず現在の状態と症状の原因を説明し、初診日よりメチコパールとアデホスコワ顆粒の投薬を行った。また、当院ペインクリニックへ対診し、星状神経節ブロックを行い、受診日に合わせてSWテストにて経過を観察した。

SW検査の推移では、当初neurotmesisにより知覚の改善は難しいと考えていたが、時間経過とともに、両側ともに症状の改善を認めた（図5、6）。

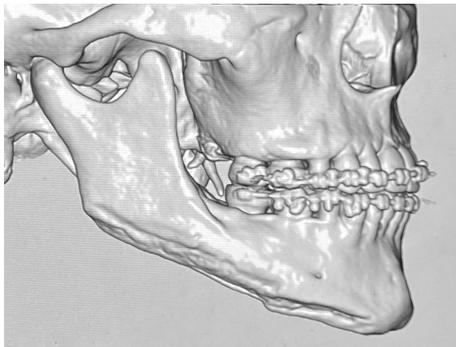


図1

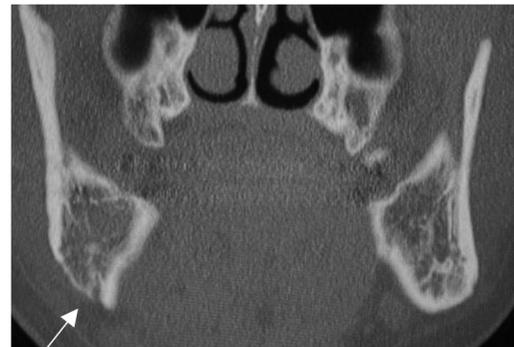


図3

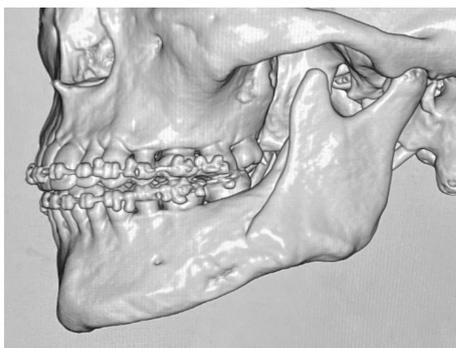


図2

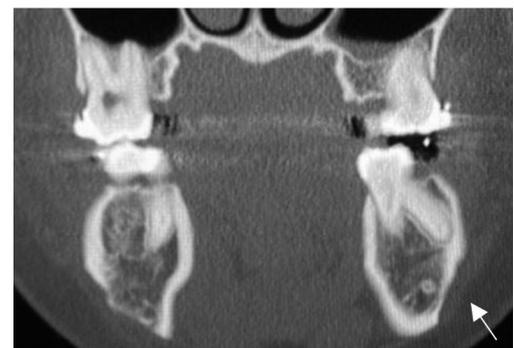


図4

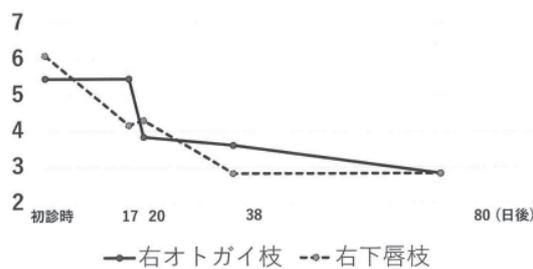


図 5

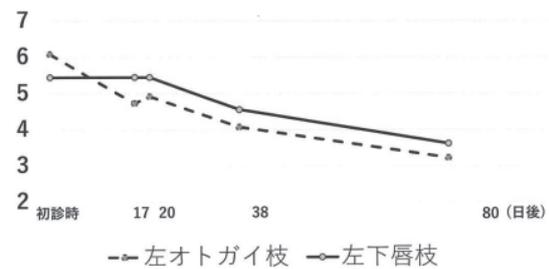


図 6

考 察

顎顔面の美容形成手術における下歯槽神経障害の主な原因は、手術操作によるneurotmesis、下顎骨外板削除による神経幹の露出、神経周囲癒着による絞扼、鉤による牽引、圧迫があり、大部分は術野確保のために行われる牽引などにより、オトガイ孔外のオトガイ神経レベルでneurapraxiaやaxonotmesisが生じている。

本症例は、経時的に知覚の改善があったことから、右側は下顎管下縁切除によるaxonotmesis、及び術中の牽引、圧迫によるオトガイ神経レベルのaxonotmesis、左側は術中の牽引、圧迫によるオトガイ神経レベルのaxonotmesisと考えられた。原因位置が異なる下歯槽神経障害が生じていると考えられるが、

SW検査の結果、左右での症状改善の明らかな差は認めず、異なる障害位置での症状経過に差はないことが示唆された。近年顎変形症の手術症例は増加傾向で、本症例のように顎変形症術後の美容目的の顔面輪郭形成術の増加も見込まれる。

結 語

今回我々は、顔面の輪郭形成を目的に美容外科手術として下顎骨輪郭形成術後に両側に下歯槽神経障害を生じた1例を経験した。

本症例は美容外科手術後に術後経過の説明やフォローがされておらず、強い不安感を感じていた。本学会発表を通して障害後の対応の重要性を示せば幸いである。

9. ALSモデルマウスの摂食行動特性の解析

大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室

○北岡好大 西浦 輝 川田 創 蓑原雅人 島岡祐加子
高畑惣介 山田早織 関 壮樹 田中 晋

緒 言

筋萎縮性側索硬化症 (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS) は上位・下位運動ニューロンが障害される進行性の疾患で、人口10万人あたり1~2.5人の発症率であり、四肢の筋力低下、呼吸困難や摂食・嚥下障害などを起こし、死に至る。現在までに有効な治療法のないALSにおいて、摂食障害を解明し、栄養状態を改善することで、ALS患者の延命につながる可能性が示唆されている。ALSモデルマウスを用いた過去の研究では、ALS発症時期より嚥下障害が認められることが報告されており (Teresa et al., 2009)、咀嚼障害の出現時期や全身への影響は不明である。ALSモデルマウスを使った咀嚼障害の解明において、目視によるマウスの開閉口運動の解析は困難であり、多大な時間を必要とする。そこで開閉口運動の解析を効率的に行うために、人工知能 (Artificial intelligence, AI) を用いてマウス開閉口運動の検出モデルを開発し、咀嚼運動に関して検証を行った。

方 法

ALSモデルマウス (SOD1-G93A) (N=10) と野生型マウス (N=9) を用いて7週齢から18週齢の摂食行動を観察した。ケージに飼料を固定し2台のビデオカメラで側方2方向よりマウスの摂食行動を30分間撮影した。開閉口運動の動画情報から3009枚の開閉口画像を作成し、Deep Learningによる物体検出モデルに画像を学習させることによりALSモデルマウスの開閉口運動検出AIの開発を行った。

開閉口運動検出AIを用いて、7週齢から18週齢までのALSモデルマウス、野生型マウスの開閉口運動の動画情報より、開閉口運動の検出を行った。連続した開閉口運動において、開口と検出された場面を開口相と定義し、閉口と検出された場面を開口相と定義した。得られた検出結果より開口相時間、閉口相時間をそれぞれの週齢ごとに計測し、比較検討を行った。

結 果

ALSモデルマウスの開口相時間は12週齢より延長傾向を示し、15週齢以降では野生型マウスと比較し、有意な延長が認め

られた。閉口相時間について有意差は認められなかった。ALSモデルマウスの体重は12週齢で減少に転じ、14週齢以降で野生型マウスと比較し有意な減少が認められた。12週齢以降のALSモデルマウスでは、体重減少と開口相の延長に負の相関が認められた。野生型マウスでは相関関係は認められなかった。

考 察

ALSモデルマウスで認められた体重減少と、開口相時間の延長との間に相関関係があり、閉口相時間との間には相関関係がないことから、ALSモデルマウスにおける体重減少は閉口筋筋活動の変調と同時期に起こる事が推察された。

過去の研究では、咀嚼時間が延長すると体重が減少するという報告があり (Hollis et al., 2018) 開口相時間の延長の原因を解明し、改善することでALSにおける体重減少を予防し生命予後を延長することができる可能性がある。

展 望

マウスの開閉口運動をモニタリングすることで、病気の発症と進行を定量的に測定することが可能となりえる。開閉口運動のモニタリングを用いて病態の評価を行うことによりALSの病状の進行や治療効果を評価するための有用なマーカーを開発する一助としたい。

10. 鹿児島大学口腔顎顔面外科における神経系腫瘍の臨床統計

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

○高見芳野 石田喬之 石畑清秀 大河内孝子 岐部俊郎
手塚征宏 鈴木 甫 吉村卓也 中園賢太 上栗裕平
小野裕右 平野憂花 高山大生 多田亮平 椎木彩乃
芹澤慎生 右田裕乃 下拾石雄大 渡邊祐奈 大浦教仁
中村典史

緒 言

神経系腫瘍は末梢神経の構成細胞であるSchwann細胞と膠原線維からなり、全身の軟部組織に見られる良性腫瘍である。頭頸部腫瘍のなかでは比較的まれであるが、鑑別疾患のひとつとして考慮すべき疾患である。

対象・方法

2006年から2022年までに当科で病理組織学的診断を行った良性腫瘍を対象として神経系腫瘍の臨床統計学的検討を行った。なお、病理診断は2017年WHO分類に基づいて行い、過去の病理診断については、2017年の分類に従って再検証した。

また診断・治療に苦慮した2症例については詳細を報告する。

結 果

良性腫瘍全862例のうち、神経系腫瘍は16例で1.9%を占めた。神経鞘腫9例、神経線維腫5例、外傷性神経腫2例で、神経線維腫症例うち2例が神経線維腫1型であった。

症例①

患者：38歳男性
初診：2020年7月
主訴：下顎右側大臼歯部の冷水痛
現病歴：2020年6月8日の冷水痛を自覚し、近歯科でパノラマX線写真撮影を受けたところ右側下顎の多房性X線不透過像を指摘され、精査加療目的に当科紹介受診となった。
既往歴：咳喘息、群発性頭痛
使用中薬剤：なし
現症：全身所見、局所所見ともに特記事項は認めず。顔面の

知覚異常も認めなかった。

画像所見：CTでは右側下顎管の多房性拡大と、卵円孔の拡大を認めた。MRIでは下顎骨管から卵円孔まで連続した充実性病変を認めた。

臨床診断：

経過：神経系腫瘍以上より三叉神経由来の神経系腫瘍を疑い、脳神経外科に紹介。当科で生検後に治療方針決定となった。全身麻酔下に右下8抜歯と顎骨内腫瘍の生検を行った。病理診断神経線維腫であったため脳神経外科で経過観察の方針となった。現時点で増大傾向認めていない。

症例②

患者：57歳女性
初診：2016年12月
主訴：下顎左側歯肉の腫脹と違和感
現病歴：2016年12月初旬に下顎左側大臼歯部歯肉の腫脹と違和感を自覚。徐々に腫脹が増大してきたため近歯科を受診したところ、当科での精査加療を勧められて初診。
既往歴：von Recklinghausen病、左中大脳動脈狭窄
家族歴：父、兄、長女がvon Recklinghausen病
使用中薬剤：なし
現症：全身所見は頭頸部、四肢、体幹皮膚に無数の大小不整な腫瘤形成、カフェオレ斑多数認めた。口腔内所見は左下顎小臼歯～大臼歯部に50×35mm大の表面細顆粒状、一部びらんを伴う、弾性やや硬の腫瘤を認め生検の結果扁平上皮癌の診断であった。
臨床診断：左側下顎歯肉癌cT2N0M0、神経線維腫症1型(von Recklinghausen病)に伴う全身多発性神経線維腫
経過：左側下顎歯肉癌に対して根治的手術療法を計画した。

手術時の注意点として文献的には神経線維腫の内在する豊富な血管により切除時には出血のリスクが高く出血対策に十分配慮する必要があること、合併した腫瘍に対する放射線治療は二次的な悪性腫瘍（特に悪性末梢神経鞘腫瘍）のリスクを高めることされていたため、本症例では軟組織再建は採左前腕は神経線維腫が比較的少ない左前腕からの前腕皮弁再建を行うこととし、また術後補助療法を行わないようにするため頸部の予防郭

清術を行うこととした。神経鞘腫に対しては患者の希望で上唇とオトガイ部の大きな神経鞘腫も切除することとした。神経鞘腫からの出血対策として切除する神経鞘腫には前日か腫瘍基部を絹糸で結紮した。手術時所見としては下顎歯肉癌切除の切開線上に大小複数の神経線維腫が含まれたが、止血困難な出血は認めず、術中輸血も必要なかった。現在術後5年経過したが再発・転移所見を認めず経過良好である。

第27回口腔顔面神経機能学会

第27回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会開催にあたって



第27回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会 大会長
和歌山県立医科大学 医学部 歯科口腔外科学講座 教授
松村達志

この度、第27回口腔顔面神経機能学会を開催させていただくにあたり、ご挨拶申し上げます。

本学会は、1997年に口唇麻痺研究会として設立され、その後、口腔顔面神経機能学会に改名されて複雑な口腔顔面領域の神経に生じる障害への集学的検討の場として今日を迎えております。この度、第27回学術大会の大会長にご指名いただきましたことは誠に光栄であり、このような機会を与えて下さいました学会員の皆様に心より感謝申し上げます。

さて、本年5月にCOVID-19が5類感染症となってから初開催となる本総会・学術大会は従来行われていた現地開催方式で行わせていただきます。ご存じの通り、COVID-19により、第24回総会・学術大会が2020年2月から2021年3月に延期となり、それ以降、オンラインでの開催となっております。オンライン開催に慣れ、その利点も分かってきた半面、益々対面の重要性をお感じになっている先生がたも多いのではないのでしょうか。

今回の特別講演では、本学脳神経内科学講座准教授の宮本勝一先生に、「口腔顔面痛をきたす神経疾患」(仮題)と題してご講演いただきます。日々、中枢側から神経疾患を診られている先生のご講演は、普段、末梢側から神経に生じる障害を診ている我々にとって興味深い講演となるものと楽しみにしております。久しく行われていなかった現地開催ですので、総会・学術大会後に懇親会も企画いたしました。ご参加の先生がたが忌憚なく交流をふかめていただける場としてご活用いただければと考えております。また、翌日には、認定医試験を実施すべく委員会の皆様のご協力のもと準備を進めてまいります。

今回が和歌山での初開催となります。是非とも多数の一般演題への応募と多くの皆様の参加をお待ちしております。

第27回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会のご案内

第27回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会

大会長 松村達志

準備委員長 鈴木 滋

第27回口腔顔面神経機能学会学術大会を下記の要領にて開催いたします。
皆様の多数の発表とご参加をお待ち申し上げます。

記

開催形式：現地開催

日時：2024年2月17日（土）

会場：和歌山県立医科大学 紀三井寺キャンパス 基礎教育棟3階 講義室

〒641-8509 和歌山市紀三井寺811番地1

TEL：073-441-0643（歯科口腔外科学講座医局）

参加費：2,000円（学会当日に受付にて徴収いたします）

役員理事会：2024年2月17日（土）

特別講演：「口腔顔面痛をきたす神経疾患」（仮題）

和歌山県立医科大学 医学部 脳神経内科学講座 准教授 宮本勝一 先生

会員懇親会：学会大会終了後、和歌山マリーナシティホテルにて開催予定（詳細が決まり次第、学会HP上でお伝えいたします）

演題募集要項：

- 発表形式：発表は口演のみとし、スライド単写、Windows Power Pointを使用したコンピューターとプロジェクターによる発表といたします。口演時間6分、質疑応答時間3分を予定しています。
- 演題申込方法：演題名、所属、発表者（演者に○）、連絡先（住所、電話番号、FAX番号、E-mailアドレス）、内容抄録（全角100字程度）、を記載したMS Wordファイル（.docx）を添付し、下記事務局E-mailアドレスへお送り下さい。なお、会員懇親会への参加希望についても併せて記載していただければ幸いです。
- 演題・抄録申込締切：2024年1月12日（金曜日）
- 後抄録：演題番号、演題名、所属、発表者（演者に○）を記入の上、1,200～1,500字程度の後抄録を、学会当日までにメールで下記事務局E-mailアドレスまでお送り下さい。本文以外に4、5点の写真、図表を加えていただいて結構です（カラー不可）。なお、ファイルサイズは合計5MB以下として下さい。また、学会当日にプリントアウトした後抄録を提出して下さい。

演題申込・問い合わせ先

第27回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会

準備委員長 鈴木 滋

〒641-8509 和歌山市紀三井寺811番地1

和歌山県立医科大学 医学部 歯科口腔外科学講座内

TEL/FAX：073-441-0643

E-mail：kouge@wakayama-med.ac.jp

口腔顔面神経機能学会 令和4(2022)年度収支決算報告

(2022年2月1日～2023年1月31日) (単位：円)

収入の部		支出の部	
前年度繰越金	1,968,395	第26回	150,000
会費	235,000	会報発刊	0 (次年度支払い)
認定医審査料 (更新を含む)	20,000	認定医賞状印刷代	10,450
認定医登録料	0	消耗品費	0
広告料	50,000	通信運搬費	6,916
その他	8	HP更新費	17,600
		会議費	0
		旅費	0
		年会費・登録費返還	0
		学会協議会会費	0 (次年度支払い)
		次年度繰越金	2,088,437
合計	2,273,403		
		合計	2,273,403

口腔顔面神経機能学会会則

〔平成28年3月6日一部改訂〕

- | | |
|---|--|
| <p>第1章 総 則</p> <p>第1条 本会は、これを口腔顔面神経機能学会とよぶ。</p> <p>第2章 目的及び事業</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>第3章 会 員</p> <p>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。</p> <p>会員は正会員・賛助会員および名誉会員よりなる。名誉会員は本会に対して特別に功労のあった者で理事会が推薦し、総会で承認された者。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>第4章 役 員</p> <p>第8条 本会に、次の役員を置く。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 会 長 1名 2. 理事長 1名 | <ol style="list-style-type: none"> 3. 理 事 20名以上30名以内 4. 監 事 2名 <p>第5章 幹 事</p> <p>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。</p> <p>第10条 役員会の組織と職務は次による。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。副理事長は理事長を補佐する。 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。 <p>第11条 役員を選出等は次による。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 理事長と副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会員の中から選出され、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。 <p>第12条 役員任期は次による。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 会長の任期は1年とする。 2. 理事長と副理事長の任期は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
4. 学術委員会

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できる。

入会申込と年会費のお知らせ

年会費は以下の通りです。

機関会員年会費 35,000円
個人会員年会費 5,000円

入会申込先

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号
兵庫医科大学歯科口腔外科学講座内
口腔顔面神経機能学会事務局

学会振り込み口座（入会金、年会費、更新料等の振り込み先）

中国銀行（0168）店110（清輝橋支店）
普通預金 2527562
口腔顔面神経機能学会 理事長 飯田征二

理事名簿

理事長 飯田 征 二	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 顎口腔再建外科学分野
副理事長 高田 訓	奥羽大学歯学部口腔外科学講座
相川 友直	広島大学大学院医系科学研究科 口腔外科学
石井 庄一郎	近畿中央病院口腔外科
石濱 孝二	大阪警察病院歯科口腔外科
大廣 洋一	北海道大学大学院歯学研究科口腔顎顔面外科学教室
片倉 朗	東京歯科大学口腔病態外科学講座
岸本 裕充	兵庫医科大学歯科口腔外科学講座
古郷 幹彦	大阪大学大学院歯学研究科口腔外科学第一教室
小林 明子	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
澁谷 徹	松本歯科大学歯科麻酔学講座
田中 晋	大阪大学大学院歯学研究科口腔外科学第一教室
高崎 義人	社会医療法人大道会 森之宮病院歯科診療部
竹信 俊彦	大阪歯科大学口腔外科学第二講座
富原 圭	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
中村 典史	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科口腔顎顔面外科学分野
濱田 智弘	会津中央病院歯科口腔医療センター
平木 昭光	福岡歯科大学口腔腫瘍学分野
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
松村 達志	和歌山県立医科大学歯科口腔外科学講座
村岡 渡	川崎市立井田病院歯科口腔外科
依田 哲也	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
野添 悦郎	社会医療法人青雲会 青雲会病院歯科口腔外科
河村 達也 (代表委員)	大阪府歯科医師会
若野 正人 (代表委員)	大阪府歯科医師会
事務局幹事	
高岡 一樹	兵庫医科大学歯科口腔外科学講座
服部 洋一	兵庫医科大学歯科口腔外科学講座

2023年3月1日現在

編集後記

学会事務局が兵庫医科大学へ異動になって早二年が経とうとしています。至らない点が多く、会員の皆様にご心配やご迷惑をおかけしたことをこの場をお借りしてお詫び申し上げます。今後も、会員の皆様からご教示を賜りながら、業務に励んで参

りますので、何なりとお申しつけください。

本年度の総会から現地開催形成が再開されますので、会員の皆様にface to faceでご挨拶できることを楽しみにしております。(高岡・服部)