

口腔顔面神経機能学会会報

■2024年12月 2 日発行

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-8
大阪大学大学院歯学研究科顎顔面口腔外科学講座
口腔顔面神経機能学会事務局 TEL: 06-6879-2936
FAX: 06-6876-5298

E-mail: tei.souju@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

奥羽大学 歯学部 口腔外科学講座 顎口腔再建外科学 高田 訓



この度、2024年2月に開催されました理事会におきまして、理事長を拝命いたしました。微力ではありますが、本学会のさらなる発展を目指し、力を尽くしたいと存じます。

さて、発足して間もないと思っていたこの学会も歴史を重ね、四半世紀を超えました。1997年の第1回口唇麻痺研究会から携わってきた者として、本

学会の沿革とともに、大きな支えとなっていたいただいた事務局の軌跡を書かせてください。

発足時、研究会の運営委員長は大阪大学の松矢篤三教授、そして何故か事務局は松本歯科大学に設置されました。第5回口唇麻痺研究会の運営委員会で学会とする起案が出され、第6回から口腔顔面神経機能学会に名称が変わり、初代理事長に松矢教授が選出されました。第7回の学会から九州大学の白砂兼光教授が二代目の理事長になられましたが、この時も事務局は松本歯科大学にありました。2008年、大阪大学の古郷幹彦教授が三代目の理事長に就任され、翌2009年には認定医制度が立ち上

がり、2010年には第1回認定医試験が開催されました。これを機に事務局は大阪大学に移りました。2015年、第四代理事長に新潟大学の高木律男教授、2017年、第五代理事長に鹿児島大学の中村典史教授が就任されました。さて、事務局はというと、新潟大学に移ることなく、2017年に鹿児島大学に移転します。2021年、第六代理事長に岡山大学の飯田征二教授が就任されますが、不思議なことに事務局は兵庫県の兵庫医科大学に移るのです。そして2024年、福島県郡山市にある奥羽大学の私が七代目の理事長職を務めさせていただきますが、なんと事務局は大阪大学に戻りました。

長野県、大阪府、鹿児島県、兵庫県、大阪府、この順序の答えが解ける人は、そうはいないでしょう。これまでお支えくださった古澤清文先生、安田浩一先生、田中三貴子先生、中山洋子先生、富田真貴先生、宮下みどり先生、野添悦郎先生、石濱孝二先生、田中晋先生、高岡一樹先生、川邊睦記先生、ありがとうございました。もちろん学会は進み続け、事務局や財務の仕事は大変になるばかりかもしれませんが、これからも、何卒、よろしくお願いいたします。

目 次

理事長挨拶	1
認定施設及び認定医	2
第15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アドバンスセミナーについて	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27回口腔顔面神経機能学会開催	6
特別講演	6
一般演題	7
第28回口腔顔面神経機能学会のご案内	30
令和5年度収支決算報告書	31
口腔顔面神経機能学会会則	31
入会申込と年会費のお知らせ	32
理事名簿	33
編集後記	33

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 顎顔面口腔外科学講座	2030
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	2030
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	2030
6	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2030
7	大阪歯科大学 口腔外科学第二講座	2030
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	2030
12	九州大学病院 口腔顎顔面外科	2030
13	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	2030
14	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
17	公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科	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	2030
25	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 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	2030
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	名指認定医
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	2030
CP-013	高木 律男	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	名指認定医
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	2030
CP-019	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	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	2030
CP-021	小林 明子	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2030
CP-022	望月 美江	ミエ歯科医院	2030
CP-024	高田 訓	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2030
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	2030
CP-028	中嶋 正博	大阪歯科大学 口腔外科学第二講座	名指認定医
CP-030	谷山 貴一	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2030
CP-032	大山 順子	九州大学病院 口腔顎顔面外科	2030
CP-034	児玉 泰光	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	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-042	飯田 明彦	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	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医歯学総合研究科 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	2029
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	2029

CP-065	濱田 智弘	会津中央病院 歯科口腔医療センター	2029
CP-066	高橋 進也	たかはし歯科クリニック北本	2029
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	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 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	2025
CP-082	永井 孝宏	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	2025
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医歯学総合研究科 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医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2027
CP-090	栗原 絹枝	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	2029
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	2029
CP-093	大貫 尚志	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	2024
CP-094	臼田 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	2029
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	2024
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	2029
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	2029
CP-099	村山 雅人	医療法人社団 ムラヤマ歯科	2029
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	2029
CP-102	大河内孝子	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2029
CP-103	勝見 祐二	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	2024
CP-104	黒川 亮	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	2024
CP-105	石井広太郎	九州大学病院 顔面口腔外科	2030
CP-107	品川 憲徳	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2025
CP-108	測上 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	2030
CP-110	矢内 雄太	九州大学病院 顔面口腔外科	2030
CP-111	今利 一寿	九州大学病院 顔面口腔外科	2030
CP-112	上野山敦士	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	2030
CP-113	西山 明宏	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2030
CP-114	片倉 朗	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2030
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 口腔外科学第一教室	2028
CP-126	趙 正秀	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2028
CP-127	柿本 知毅	兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座	2029
CP-128	岸上 波輝	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2029
CP-129	山本 裕義	東京歯科大学 千葉歯科医療センター	2029
CP-130	手塚 征宏	鹿児島大学口腔顎顔面外科	2029
CP-131	藤永 貴大	九州大学病院 顔面口腔外科	2029
CP-132	林 光一	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2029
CP-133	松村 達志	和歌山県立医科大学 歯科口腔外科	2029

認定医施設、認定医については2024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15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：大阪大学大学院歯学研究科

日時：2025年3月2日（日）予定

●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：tei.souju@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2025年（3月31日）までの認定医の先生（P2に掲載）は、2025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注意ください。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、2025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28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アドバンスセミナーについて

●今後の公開アドバンスセミナーについて

第6回アドバンスセミナー

日時：2025年3月1日（土）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、アドバンスセミナー翌日には、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27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

・下顎埋伏智歯抜歯における患者の精神的発汗に関する検討

奥羽大学大学院歯学研究科 口腔病態学分野顎口腔外科学専攻 渡邊 輝 先生

・東京歯科大学急性期神経機能修復外来における神経障害性疼痛症例の臨床的検討

東京歯科大学 口腔顎顔面外科学講座 小原身知子 先生

◆学会賞

・当科で経験した舌神経麻痺症例の神経損傷程度と治療法

和歌山県立医科大学 歯科口腔外科学講座 家田晋輔 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

- 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27回口腔顔面神経機能学会開催

下記日程にて第27回口腔顔面神経機能学会が開催されました。

日時：2024年2月17日（土）～2月18日（日）

大会長：松村 達志先生（和歌山県立医科大学 医学部 歯科口腔外科学講座 教授）

第27回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会を終えて



和歌山県立医科大学医学部 歯科口腔外科学講座

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総会・学術大会は、2021年より続いておりましたオンライン開催から従来の対面方式に戻して、2024年2月17日・18日に和歌山県立医科大学で開催致しました。大会1日目は特別講演、総会、2題の学会賞受賞講演および15題の一般公演に加え、例年、認定医試験受験者対象に行ってきたアドバンスセミナーを学術大会内に組み込んだ構成で行い、2日目に認定医試験が行われました。

比較的アクセスの悪い中、58名の先生方にご参加頂き、対面方式らしい活発な討論が行われました。全国

から遠路ご参加頂きました先生方に深く感謝申し上げます。

特別講演では、和歌山県立医科大学医学部脳神経内科学講座准教授（2024年11月1日付けで本学の教授に御就任されました）の宮本勝一先生が「口腔顔面痛をきたす神経疾患」と題して講演されました。脳神経内科で扱う疾患のうち、口腔顔面痛を来す疾患を病巣別に中枢性、末梢性、機能性（非器質性）に分類されて分かりやすく解説して頂きました。アドバンスセミナーでは、岡山大学学術研究院医歯薬学域顎口腔再建外科学分野教授の飯田征二先生により「あまり知らない神経疾患」と題して、ベーシックからアドバンスに至る盛り沢山の内容を盛り込んだユーモア溢れる講義が行われました。また、特別な周年という訳ではございませんが、些少ながら懇親会を催させて頂きました。至らぬ点が多々あったかと思いますが、皆様のおかげで終始笑いの絶えない会となり、無事に終えることが出来ました。

次回、第28回は大阪大学大学院歯学研究科顎顔面外科学講座教授の田中晋先生を大会長として開催されます。大阪で皆様と再び会えることを楽しみにしております。最後になりましたが、今回の学術大会開催にあたり、ご支援賜りました多くの先生方に厚く御礼申し上げますとともに、口腔顔面神経機能学会の益々の発展を祈念致しまして、学術大会のご報告とさせていただきます。

特別講演

【口腔顔面痛をきたす神経疾患】

和歌山県立医科大学 脳神経内科学講座 准教授

宮本勝一

口腔顔面痛を責任病巣で分類すると、中枢性、末梢性、機能性（非器質性）に分けられる。中枢性は脳や脳幹などを障害する疾患が原因となる。外傷、脳腫瘍、脳梗塞や脳出血などの血管障害以外にも、多発性硬化症や視神経脊髄炎などの神経免疫疾患、髄膜炎や脳炎などの感染症も原因疾患となる。末梢性は三叉神経、顔面神経、舌咽神経などの脳神経および、それらの分枝の障害によって引き起こされる。う蝕や歯周病などによる歯性上顎洞炎や歯根膜炎などに起因する疼痛も末梢性であ

る。歯性疾患以外では、帯状疱疹や帯状疱疹後神経痛、顎関節疾患、副鼻腔炎や中耳炎などの耳鼻科疾患、トロサ・ハント症候群や巨細胞性血管炎（側頭動脈炎）などの炎症性疾患、さらには片頭痛や群発疼痛などの神経血管性疾患などでも認める。機能性は身体表現性障害、統合失調症、うつ病などの神経疾患や心理社会的要因によっても生じる。ジストニアや舌痛症なども機能性といえる。

一般演題

1. 当科での顎変形症治療後の知覚障害の傾向と予後不良症例に関する検討

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
○長尾有里香 天野克比古 徳重侑 永田裕樹 中辻和樹
有村友紀 飯田征二

緒 言

顎変形症手術におけるLe Fort I 型骨切り術 (LF I) や下顎枝矢状分割術 (SSRO) 施行後に、神経障害による知覚障害が生じることがあるが、その原因の一つである神経の直接的障害の頻度は超音波切削器具の導入により過去と比較して減少していると考えられる。当科でも超音波切削器具を積極的に導入して顎変形症手術を行っており、今回、症例に対し知覚障害の検討を行いその傾向を観察するとともに、その中で重度の知覚障害を生じた1例について報告する。

対象・方法

対象：2022年4月～2023年8月に施行された顎変形症手術17例 (LF I + SSRO 10例 (うち上顎2分割2例)、SSRO単独7例)
方法：Semmes Weinstein Monofilament (SW) テストによる感覚の状態の評価と自覚症状の有無の聴取を行った。SWテストでは、上顎では鼻翼と上唇、下顎では下唇とオトガイ部を測定し、知覚障害LevelをBellの評価基準の5段階を用いて評価した (図1)。自覚症状の有無については、ピリピリする、ぼんやりする等症状を認めたものを症状有と判断した。

結 果

術前にはいずれの患者も知覚障害を認めなかった。

上顎では術後1か月のSWテストにて、Level 1を7名、Level 2を2名、Level 4を1名認めた。術後3か月には、全員が触覚正常域まで回復した (図2)。

下顎では術後1か月のSWテストにて、Level 1を11名、Level 2を1名、Level 4を3名、Level 5を2名認めた。術後3か月にはほとんどがLevel 1、2まで回復し、術後6か月には1名を除き、全員が触覚は正常域まで回復した。一方で、自覚症状についてはSWテストにて回復している患者でも訴える症例が見られた (図3)。当科での顎変形症術後の知覚障害の傾向として、術後半年で改善傾向であることが示された。

また今回の調査において、SSRO施行患者で、術後1か月でLevel 5、術後3か月～1年でLevel 4のままであった1症例があった。

症 例

症例は53歳男性、顔貌は下顎右方偏位、Concave Typeであった。顎変形症の診断の下、全身麻酔下にてSSROを施行した。

矢状分割はソノペットを用いて骨切りを行い、遠位骨片の移動は左側で5 mmセットバックし、さらに下顎正中は3 mm左方へ修正した。左右各々、Stryker製4穴1.5 mm厚フラクチャープレート1枚とボーンスクリュー (2.0 × 6 mm) 2本、ロッキングスクリュー (2.0 × 6 mm) 1本、ロッキングスクリュー (2.0 × 8 mm) 1本を用いて骨片を固定した。術翌日より、下唇、オトガイ部に知覚鈍麻が出現したため、ビタミンB12静脈内投与を開始した。術後15日で退院し、ビタミンB12とアデノシン三リン酸二ナトリウム水和物 (アデホスコワ顆粒10%) の内服を継続した。星状神経節ブロック (SGB) については通院が難しく患者都合で希望されなかった。術後1か月～1年の間で自覚症状と触覚閾値は経過とともに若干の回復傾向であったが依然Level 4のままであった (図4)。術後1年でのCT撮影でスクリューによる下顎管の損傷が確認され、神経障害の原因と判断された。抜釘術後1か月では知覚障害は改善を認められず残存している。

考 察

今回の研究から超音波切削器具の導入により骨切削時の周囲軟組織への損傷は防がれ、また、出血の抑制から確実な骨切りが行われ、安全かつ確実な骨切りが行われていると考えられた。またCTによる術前の下顎管の位置の把握により盲目的分割操作の減少など、過去と比較して恒久的に神経損傷の頻度は減少していると考えられた。しかしながら、今回の神経障害が予後不良であった症例の検討から、骨切り術最終段階でのプレート固定での神経損傷を改めて考慮すべきと考えられた。当科では近位骨片にプレートを固定した後seatingを行うため遠位骨片での固定位置への配慮が不足する。通常はmonocortical固定であるため神経損傷のリスクは少ないが、顎間固定期間を短くすることを目的に強固な固定を行うために、大きなプレートや長いスクリューを選択する傾向があった。今後、プレートの種類や固定位置までシミュレーションした検討などを行い、各手術行程での神経損傷リスクを軽減していく必要を認めた。

結 語

当科の傾向として、顎変形症術後の知覚障害は術後半年で触覚正常域までに回復していた。今回経験した予後不良症例では、固定時のスクリューと下顎管の接触が神経障害の原因となったと考えられ、プレートの種類や固定部位までのシミュレーションの必要性を認めた。

障害Level	判定	Filament Number	Target Force(grams)
Level 1	触覚正常	1.65~2.83	0.008~0.07
Level 2	触覚低下	3.22~3.61	0.16~0.40
Level 3	防御知覚の低下	3.84~4.31	0.60~2.0
Level 4	防御知覚の消失	4.56~6.45	4.0~180
Level 5	測定不能	6.65以上	300以上

(図1) Bellの評価基準

SWテスト		Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	total
自覚 知覚 状態	+	6	1	0	2	2	11
	-	5	0	0	1	0	6
	total	11	1	0	3	2	17

SWテスト		Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	total
自覚 知覚 状態	+	7	2	0	1	0	10
	-	7	0	0	0	0	7
	total	14	2	0	1	0	17

(図3) SSRO施行患者の下顎知覚障害の経過

SWテスト		Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	total
自覚 知覚 状態	+	3	2	0	1	0	6
	-	4	0	0	0	0	4
	total	7	2	0	1	0	10

SWテスト		Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5	total
自覚 知覚 状態	+	3	0	0	0	0	3
	-	7	0	0	0	0	7
	total	10	0	0	0	0	10

(図2) LF I 施行患者の上顎知覚障害の経過

Bellの評価基準による経過表；()は触覚閾値		③右下唇	③左下唇	④右オトガイ	④左オトガイ
POM1		Level 4(60)	Level 4(15)	Level 5(300)	Level 5(300)
POM3		—	—	Level 4(4)	Level 4(80)
POM6		—	—	Level 4(31)	Level 4(32)
POY1		—	—	Level 4(12.5)	Level 4(12.5)

(図4) 神経障害が遷延した症例の経過

2. オトガイ孔移動術を併用した下顎骨骨体部骨切り術の一例

- 1) 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
- 2) 独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター歯科口腔外科
- 3) 社会医療法人青雲会青雲会病院歯科口腔外科

○霧田素子¹⁾ 高見芳野¹⁾ 大浦教仁¹⁾ 右田裕乃¹⁾
 芹澤慎生¹⁾ 下拾石雄大¹⁾ 椎木彩乃¹⁾ 多田亮平¹⁾
 平野憂花¹⁾ 高山大生¹⁾ 上栗裕平¹⁾ 中園賢太¹⁾
 木村菜美子¹⁾ 吉村卓也¹⁾ 手塚征宏¹⁾ 鈴木 甫¹⁾
 岐部俊郎¹⁾ 石田喬之¹⁾ 大河内孝子²⁾ 中村康典²⁾
 野添悦郎³⁾ 石畑清秀¹⁾

緒言

永久歯先天性欠如を伴う骨格性下顎前突症(Ⅲ級)患者に対する治療は、顎矯正手術の選択と合わせて、補綴治療や矯正治療による空隙の閉鎖が必要となる。しかしながら、先天性欠如部位は歯槽骨の頬舌の幅径が十分でなく、歯の移動が困難となることがあり、治療計画の立案に苦慮することもあり。下顎骨骨体部骨切り術(Mandibular Body Osteotomy: 以下、BO)は、小白歯の先天性欠如や臼歯部の咬合が安定している骨格性Ⅲ級症例に適応されるが、同術式は、下歯槽神経血管束の損傷リスクが高く、近年では施行頻度は少ない。

今回、下顎小白歯先天性欠如を伴う骨格性Ⅲ級症例に対して、オトガイ孔移動術を併用したBOを施行し、咬合改善を図った症例を経験したので報告する。

症例

患者: 18歳、女性 初診日: 2021年4月

主訴: 反対咬合

現病歴: 反対咬合を主訴に当院矯正歯科を受診。外科的矯正治療の適応となり、術式選択の検討を含め当科紹介受診となった。

既往歴: アレルギー性鼻炎

家族歴: 父が叢生

口腔外所見: Concave type、下顎は顔面の正中に対し右偏(図1)

口腔内所見:

上顎左側及び下顎両側第二乳臼歯の晩期残存

咬合関係:

犬歯関係: 右側Ⅰ級、左側Ⅲ級臼歯関係: Ⅲ級

Overjet=-1.0mm Overbite=-0.5mm

術式の選択:

骨格性Ⅲ級症例であるため、顎矯正手術による下顎骨後方移動が必要であった。本症例では下顎両側第二乳臼歯晩期残存部歯槽骨の頬舌的な骨幅が狭く、隣接歯の歯体移動が困難で、下顎矢状分割術を選択した場合欠損部に補綴治療が必要となることが想定された。骨幅の不足によってインプラント埋入が困難であり、ブリッジでは健全歯質の削除が必要であるため、下顎骨骨体部骨切り術による下顎骨の後方移動が選択された。

手術所見:

欠損部歯槽頂切開にて骨膜下剥離を行い、まずオトガイ孔を明示した。オトガイ孔周囲の骨を超音波切削器具にて削合、オトガイ枝を切離し予定骨切り線の後方へオトガイ孔移動術を行い、頬側より骨切り線を挿入した。骨の分割後は顎内固定用の

スプリント、線副子、1.0mmプレートにて骨片固定を行い、一次閉鎖した(図1, 右)。

術翌日よりオトガイ神経知覚異常を認めたためVitB12を処方し、7日間の顎間固定の後、術後14日目に退院となった。

術後の知覚異常変化

口腔顔面神経機能学会の口唇感覚異常プログラムに従ってSWテストを行い、術直後から術後7日目まで6.65以上の測定不能な知覚異常を認めたが、術後2週間より回復傾向を認め、術後3か月で1.65~2.83の正常域まで回復を認めた。当科のSSRO症例女性10例のSWテストによる知覚異常の経過に関して6か月目にほとんどの症例が正常域に収まることがわかった。また、今回のBO症例と比較するとBOは術直後から1ヵ月目までに知覚異常が著明に発現しているが、1ヵ月目以降に改善傾向を認め、3か月後にはSSROと同等の回復を認めていた

(図2)。

考 察

本邦における永久歯先天性欠如で最も高頻度にみられるのは下顎第二小臼歯とされ(山崎ら)、今回、同部位の先天性欠如を伴う下顎前突症患者を経験した。BOを選択することにより先天性欠如部位の矯正治療や補綴治療が不要となるが、骨切り線が下歯槽神経を横断するため知覚異常出現のリスクが高いとされている。超音波切削器具を併用し、オトガイ孔移動術などの愛護的な操作を施したものの、知覚異常は一過性に著明に出現したが、SSRO症例と同様に知覚異常は回復した。BOは、下歯槽神経血管束損傷の危険性、骨片間の接触面積が小さい、歯根損傷の危険性があるといわれているが、顎関節への影響はSSROよりも少ないともされ、症例によっては選択すべき術式であると考えられた。

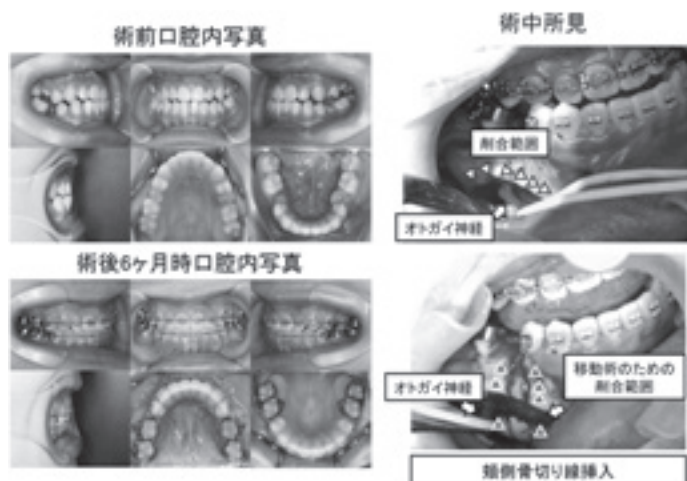


図1

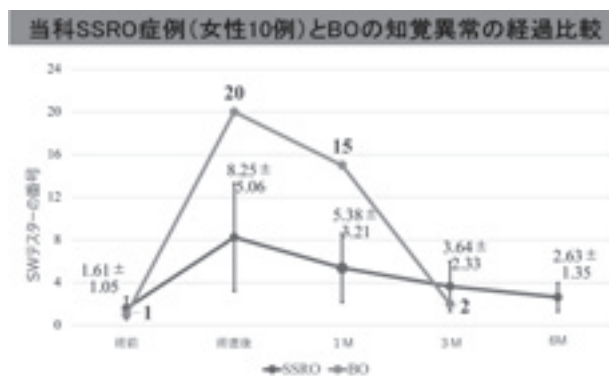


図2

3. 上下顎骨切り術後に末梢性顔面神経麻痺を来した1例

大阪大学大学院 歯学研究科 顎顔面口腔外科学講座

○林 光一 原田計真 関 壮樹 山田早織

島岡祐加子 新宅優子 川田 創 簗原雅人

西澤千晶 美馬志帆 高畑惣介 磯村恵美子

横田祐介 田中 晋

緒 言

顎矯正手術は、審美的改善に対する患者の意識の向上により増加傾向にある。術式や器具の改善がされ、より安全性が高まっているが、一定の確率で併発症が生じる。代表的なものに神経麻痺があげられる。神経麻痺の中では、顔面神経麻痺(FNP)は頻度が高いものではないが、一度生じると機能的な障害のみならず患者の精神的負担にも影響を大きく及ぼす。今回、我々は、上下顎骨切り術後にFNPを来した症例を経験したので報告する。

症 例

52歳、男性

現病歴：顎の歪みを主訴に歯科医院を受診し、顎矯正手術の存在を知った。外科的矯正治療を目的に当科を受診した。

既往歴：胆嚢良性腫瘍。

口腔外所見：骨格性3級。OJ-7mm/OB-4mm下顎正中は右側へ10mmの偏位を認めた。表情筋に左右差無し。

口腔内所見：咬合関係はAngle 3級であった。

処置及び経過

20XX年に全身麻酔下にLe Fort I 及びBSSOを施行した。手術時間5時間9分。出血量240mlであった。術直後より、口笛は不全、前額部のしわ寄せ及び閉眼は可能な所見を認めた。左側末梢性顔面神経麻痺と診断した。柳原法40点法を術後8日、16日、30日の3回施行しいずれも27点であった。術後に撮影したレントゲンやCT所見では茎状突起骨折や乳様突起などの顔面神経に関わる骨折は認めなかった。

ステロイド（プレドニン）を術後8日に初回投与量30mgで開始し、術後15日に15mg、術後19日に5mgと減量し、術後21日に終了した。ビタミンB12製剤（メチコバル）を術当日より1日1500 μ g投与した。合わせて、SGL及びSGBを施行した。術後3か月でFNPは完全に回復した。

考 察

顎矯正手術によるFNPの大半は、SSROによる後方移動症例の報告が多い。本症例は上顎骨（1.5mm上方4mm前方）、下顎骨（右7.8mm set back・左0.2mm set forward）を行ったが、前方移動を行った左側に来した。

SSRO術後のFNP出現率は、Vriesらの報告では0.52%（1,747人中9人）、望月らの報告では0.19%（1,037人中2人）、ongKyoonaらの報告では0.6%（3,105人中6人）である。SSRO術後のFNP発症についての本邦における過去の報告は、われわれが渉猟し得た限りでは、本症例を含めて23症例であった。当科では、過去20年間に於いて、3/1084で0.27%の頻度であり、これは、下顎智歯の埋伏歯抜歯術における舌神経麻痺の発症頻

度とはほぼ同程度である。

自験例を含め2例のみが下顎の前方移動で生じていた。本症例は、ほぼ移動量がないが、下顎の前方移動側に生じた。FNPは、下顎骨骨切り術で生じる症例の報告を多数認めるが、同時に上顎骨切り術を併用している症例もあり、下顎骨骨切り術単独で発症するとは断定できないと考える。その理由として上顎骨骨切り術において顔面神経の走行する領域の異常骨折などでFNPを来す可能性もあるからである。本症例では、術後のCT所見で上顎骨骨切り術による影響は否定的であり、術後3か月で回復したことから、器具による圧迫が第一の原因であったと考える。

年齢的にも術後の免疫機能の低下によるHSV、VZV感染も疑われたが、明かな臨床症状がないことから追加検査は行わず、ステロイド投与を行う事とした。VB12（メチコバル1500 μ g/日）の投与は術当日より行い、合わせてSGB及びSGLを施行した。

適切に評価を行い、神経周囲の浮腫を軽減し、血流増強により神経組織の酸素欠乏状態を改善させ、早期の神経組織の回復を促す事が肝要である。鑑別として、ウイルス感染の除外を行うことも必要である。顔面神経の直接的な損傷が明らかな場合は、外科的療法を行う必要がある。術直後より、原因検索と神経損傷の程度を評価し適切な治療を選択する事で治癒が見込めると考える。

結 語

今回、我々は、顎矯正術後に生じた末梢性顔面神経麻痺の症例を経験したので報告した。

4. 下顎骨内に発生した神経鞘腫の一例

症 例

患者：51歳、男性

初診：2023年8月

主訴：左側下顎智歯部の精査希望

既往歴：特記事項無し

現病歴：2023年4月近在歯科医院にてう蝕治療を目的に撮影したパノラマX線写真にて左側下顎骨体、部のレントゲン透過像を指摘され精査を目的に当科紹介に至った。

現症：

所見：左側下顎角部は右側に比較し腫脹があるが、発赤や圧痛は見られなかった。左側下歯槽神経領域に知覚異常は認めなかった。左側下顎臼歯部に異常所見は認めず、左側下顎智歯の触診も困難であった。

X線所見：パノラマX線写真では左側下顎骨体部に類円形の透過性病変を認め、病変内部に下顎管および左下8歯根を含んでいた。CTでは左側顎骨体部に筋肉と比較しLow densityな均一な病変を認め、同部の舌側皮質骨は菲薄化し、一部皮質骨が断

大阪警察病院 歯科口腔外科

○松川 誠 田中徳昭 藪野佑介 石濱孝二

裂していた。また、病変と下歯槽神経血管束は連続していた。MRIでは左側骨体部にT2WIで中～高信号、T1WIで等信号の辺縁に有意な造影効果を認める病変を認めた。骨破壊や周囲組織への浸潤所見は認めなかった。

臨床診断：左側下顎骨腫瘍

処置および経過：

2023年10月に局所麻酔下で左下8抜歯術および生検を施行し、神経由来の腫瘍を疑う所見を得た。同月に全身麻酔下にて腫瘍摘出術を施行した。頬舌側粘膜骨膜弁を剥離翻転し腫瘍周囲の骨削除を行い、腫瘍および下歯槽神経血管束を明示した。腫瘍と下歯槽神経血管束の癒着は強く剥離が困難であったため、下歯槽神経血管束の保存は困難と判断し、腫瘍両端で下歯槽神経血管束を切断した。舌側の骨欠損部で軟組織との軽度の癒着を認めたが、腫瘍の骨面からの剥離は容易であった。術直後から左側下顎および下唇の完全な知覚麻痺を認めた。

病理組織学的所見：卵円形から短紡錘形を有する腫瘍細胞が好酸性の基質を伴い錯綜して増生し、部分的なPalisading像が観察された。免疫組織化学染色ではS-100陽性像、AE1/3陰

性像を認めた。

病理組織学的診断：神経鞘腫

精密触覚検査：

術後3か月時点で精密触覚機能検査を行った。安静時痛や誘発痛はなく、左側下唇、オトガイ部、左下3-7頬側歯肉にDysetheniaが生じていた。健側下歯槽神経支配領域に知覚異常はなく、触覚閾値は0.008から0.03gであった。患側下歯槽神経支配領域の痛覚反応は認めず、いずれのフィラメントでの刺激も認識しなかった。

考 察

本症例では下歯槽神経本幹を切断したため、術直後から臼後枝、臼枝、下唇枝、オトガイ枝のいずれの支配領域で感覚脱失および異常感覚が生じていた。しかし、左側下顎中切歯、側切歯付近歯肉については異常感覚を自覚されていなかった。切歯枝は左右の吻合枝が存在することが報告されており、自験例に

おいても右側切歯枝からの吻合枝が機能したためと思われる。

我々が渉猟し得た、本邦における下歯槽神経から発生したと考えられる顎骨中心性良性腫瘍の報告は、自験例を含めて11例であり、下歯槽神経血管束の処理は3例が保存、6例が切断、2例が神経修復であった。神経鞘腫の予後は一般的に予後良好でされるが、神経鞘腫の発生母床は神経由来のため、神経保存による再発の可能性は否定できない。術中の神経と腫瘍の連続性を十分見極め、再発のリスクと術後の知覚異常について十分に検討したうえで術式を選択する必要がある。自験例では術前画像所見から腫瘍と下歯槽神経血管束の連続性が予想されたため、神経切断の可能性および神経症状についてインフォームドコンセントを行うも、神経修復については希望されなかった。術中所見にて明らかに下歯槽神経血管束と腫瘍が連続していたため、再発のリスクを考慮し、腫瘍と神経血管束を一塊にして摘出した。引き続き腫瘍再発の有無などの経過観察を行い、希望あれば神経修復処置についても検討していきたい。

5. 術後知覚障害を鑑み口外法で拔牙を行った低位下顎埋伏智歯の3例

- 1) 岡山大学病院口腔外科顎口腔再建外科部門
- 2) 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
- 3) 広島市立広島市民病院 歯科口腔外科

○中辻和樹¹⁾ 天野克比古²⁾ 田村庄平²⁾ 徳重 侑²⁾
永田裕樹²⁾ 佐藤亜希³⁾ 中野 誠³⁾ 飯田征二^{1,2)}

緒 言

下顎智歯の拔牙は、他の部位の拔牙と比較して合併症のリスクが高い。特に下顎管と近接する智歯は神経損傷から、恒久的な障害が残る可能性があり、他院から紹介を受けることが多い。今回われわれは、口腔外から拔牙を行うことにより、神経損傷を回避した低位下顎埋伏智歯の症例を3例経験したのでその概要を報告する。

症 例

症例1

患者は33歳男性。右側下顎智歯部の自発痛を自覚し、かかりつけ歯科にてパノラマ撮影を行ったところ、下顎管と埋伏智歯が近接していたため、精査加療目的に当院紹介となった。パノラマX線写真(図1)では、右側下顎智歯が低位に埋伏していた。CT画像では、下顎管は智歯の舌側を智歯に接するように走行しており、右側下顎智歯の歯冠周囲には空隙を認め、病変は口腔側と交通していた。治療方針は、事前に外来で右側下顎第一大臼歯の拔牙を行い、その後全身麻酔下にて口腔外から右側下顎智歯拔牙を行うこととした。術後下唇知覚鈍麻は認めなかった。

症例2

患者は58歳女性。左側頬部の腫脹を主訴にかかりつけ歯科を受診し、左側下顎智歯の異所性埋伏を指摘され、精査加療目的で当科紹介となった。パノラマX線写真(図2)では、左側下顎智歯は根尖の1/2が下顎下縁を超え突出しており、左側下

顎第二大臼歯の歯根周囲にX線透過像を認め、透過像は智歯歯冠周囲と連続していた。CT画像では、下顎管は左側下顎智歯の上方に透過像を迂回するように走行していた。全身麻酔下にて第二大臼歯は口腔内から拔牙を行い、智歯は、High perimandiblar approachにて口腔外から拔牙を行うこととした。術後下唇知覚鈍麻は認めなかった。

症例3

患者は48歳男性。10年ほど前から両側下顎智歯部の疼痛を自覚し、かかりつけ歯科にて投薬処置を受けていた。4週間ほど前に、左側オトガイ部の痺れを自覚後に近医受診し、精査加療目的で当院紹介となった。パノラマX線写真(図3)では、両側下顎智歯が低位に埋伏しており、両側智歯とも下顎管を超えるように埋伏していた。CT画像では、下顎管は左側下顎智歯の舌側を走行し、智歯の圧迫により扁平化していた。知覚鈍麻の症状のある左側から拔牙を行うこととなった。生検を行ったが腫瘍性病変は否定的であるものの確定診断はつかなかった。処置は全身麻酔下でHigh perimandiblar approachにて口腔外から拔牙を行い、口腔内から病変の摘出を行うこととした。術後下唇知覚鈍麻は初診時と変化はなかったが、その後は軽快傾向である。

考 察

埋伏智歯拔牙における知覚障害の原因としては、タービンやエンジンなどによる下歯槽神経の傷害や脱臼操作による神経の圧迫、拔牙後の神経露出などが挙げられ、拔牙に際しては、これら要因を考え手術法を選択する必要がある。特にマイグレー

ションしている歯は、抜歯の際には骨割合が多く、視野確保や器具の操作に難渋することが多い。そのため口外法が選択されることがある。近年、顎関節の観血的整復固定術で、術野確保が容易で、顔面神経損傷のリスクが低く、創部の傷跡が目立たないHigh perimandiblar approachが選択されることが多く

なっており、今回2症例で行った。低位埋伏下顎智歯で口腔内からの抜歯に難渋する場合は、High perimandiblar approachでの口外法が有用であると考えた。

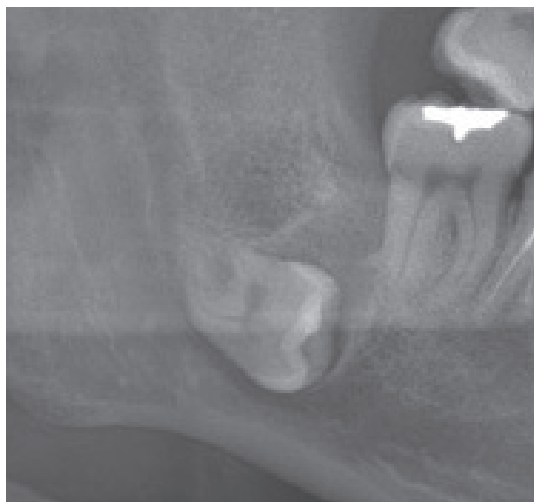


図 1

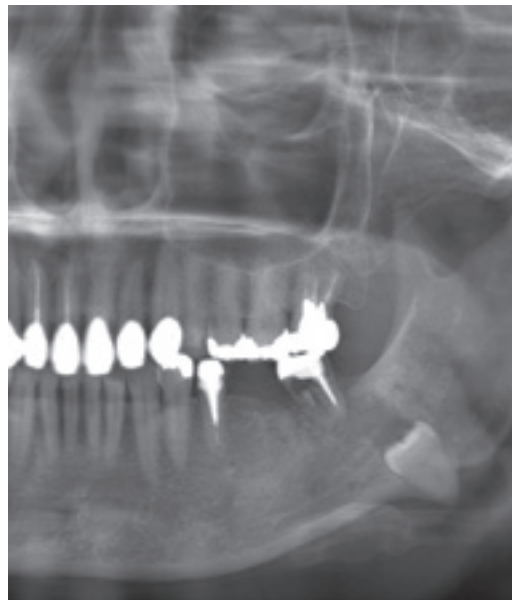


図 2

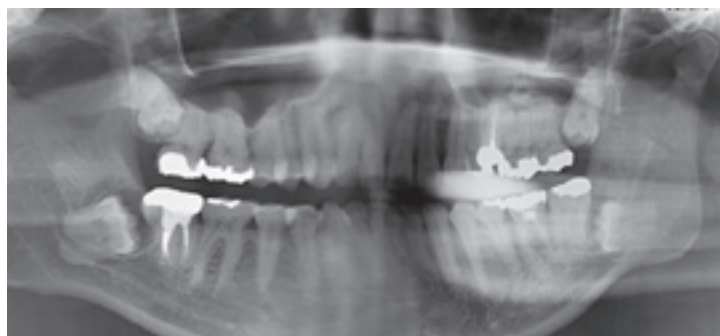


図 3

6. 当科における下顎枝矢状分割術後のオトガイ神経知覚異常発症における危険因子の検討：第二報

- 1) 大阪歯科大学大学院 歯学研究科口腔外科学専攻
- 2) 大阪歯科大学 口腔外科学第二講座
- 3) 大阪歯科大学 顎口腔外科学室

○長谷小町¹⁾ 本橋具和²⁾ 濱田翔央¹⁾ 西口雄祐¹⁾
池部祥司¹⁾ 藤井智子²⁾ 渡辺昌広²⁾ 窪 寛仁²⁾
竹信俊彦²⁾ 中嶋正博³⁾

目 的

下顎枝矢状分割術（SSRO）は現在もっとも多く用いられる手術手技となっているが、術中・術後の最も多い手術合併症として神経感覚障害（以下、NSD）は最も多い手術合併症とされ、SSROを受けた患者の大多数が術直後にNSDを訴えると報告さ

れている。今回、われわれはSSRO後に生じたNSD発症における危険因子について検討した。

方 法

大阪歯科大学附属病院口腔外科第2科で2021年2月から2022年1月までに下顎枝矢状分割術を施行した92症例（男性27名、

女性65名、184側)を対象とした。診療録より年齢、手術時間、出血量、性別、術者別、下歯槽神経露出の有無、下顎骨の移動方向を、術前CT画像より下顎枝の形態、下顎管と外側皮質骨との距離、下顎枝内斜線から上顎臼後部までの距離を計測した(図1-1、1-2)。術前、術後1か月、術後3か月、術後6か月、術後12か月に主観的評価と客観的評価を行った。主観的評価は自覚症状をVAS値で、客観的評価は静的触圧覚閾値検査SW-testで評価した。その結果、VAS値とSW-testがともに術前同様に回復したものをRecovery group (RG)、VAS値が回復しなかったものをNon-recovery group (NRG)とした。さらに、NRGをSW-testが術前同様まで回復したSW-recovery group (SW-RG)、と回復しなかったSW-non-recovery group (SW-NRG)に分類した。また、統計学的有意差検定は χ^2 -testあるいはMann-Whitney U検定を用いて行った。

結 果

RGは経時的に増加していた。年齢、手術時間、出血量および性別ではRGとNRGに有意差は認めなかった。移動方向では、NRGは後方移動に比べて前方移動が有意に多かったが、NRGのSW-RGとSW-NRGでは有意差は認められなかった。下歯槽神経の露出ではNRGは露出症例が非露出症例に比べ有意に多かった。CT画像においては下顎枝の厚み、骨分割操作が及ぶ

範囲における下顎管から外側皮質骨までの距離、下顎枝内斜線から上顎結節の最大膨隆部までの距離および下顎枝外側の前後の長さにおいてNRGとRGに有意差を認めた(図2)。下顎枝内斜線から上顎結節の最大膨隆部までの距離では、SW-RGとRGで有意差を認めた。また、下顎管と外側皮質骨の距離が下顎支部で1.4mm未満、下顎骨体部で4mm未満になると知覚障害の残遺症例を認め(図3)、その距離が小さくなると残遺する割合は高くなったが、術者による差は認めなかった。

考 察

術後知覚障害を惹起する因子として、主観的評価と客観的評価の両方に影響を及ぼしたのは骨分割操作が及ぶ範囲における下顎管から外側皮質骨までの距離、神経露出および下顎枝外側の前後の長さの距離であり、下顎骨の形態が厚く、分割操作時の直接的な神経損傷が生じにくい症例では、下顎骨の移動によるIANの伸展が、下顎枝内斜線から上顎結節の最大膨隆部までの距離は主観的評価に影響すると考えられた。

結 語

術前のCTによる下顎骨の形態を計測することによりIANの露出を予測することは、術後のNSDの発現および予後を術前に予測し、顎変形症患者の満足度の向上に寄与すると考えられた。

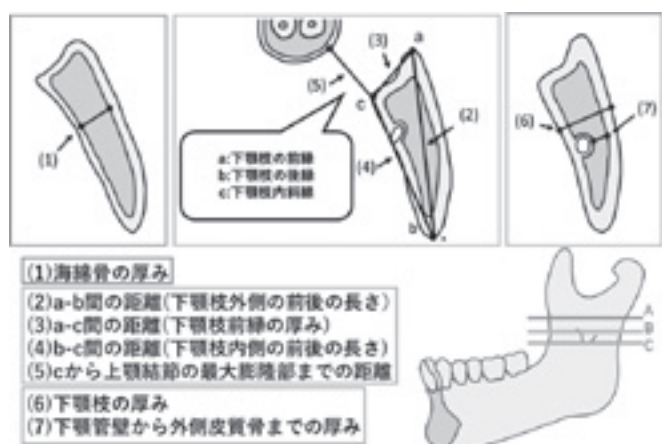


図1-1. CTの計測部位

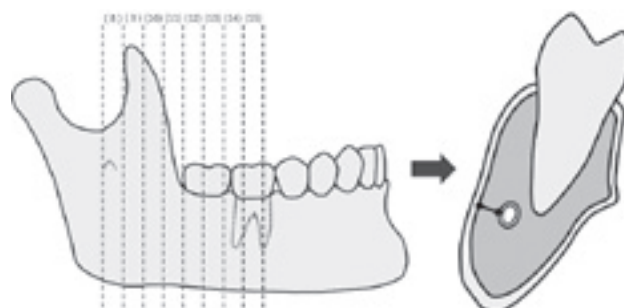


図1-2. CTの計測部

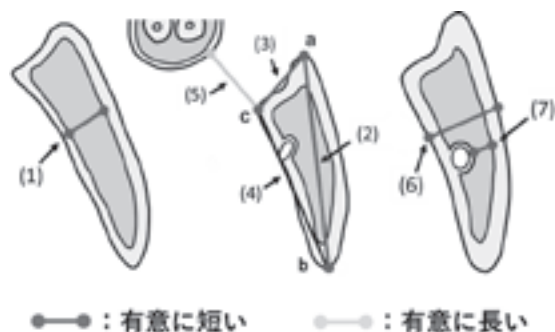


図2. 各CTの計測距離とNSD

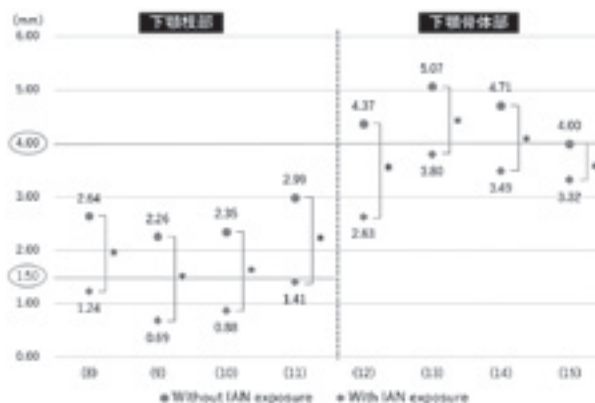


図3. CTの計測距離と神経露出

7. 口唇裂二次修正術による皮膚感覚変化に関する検討

大阪大学大学院歯学研究科 顎顔面口腔外科学講座

○日尾清太郎 高畑惣介 森田憲司 小林夏子

山内かれん 岸野史佳 藤田啓介 趙 正秀 藤本愉莉

並川麻理 関 壮樹 内橋俊大 山田早織 磯村恵美子

田中 晋

緒 言

両側唇裂初回手術後に残存する特有の上唇の形態異常あるいは重度の瘢痕形成に対して、下唇反転皮弁（Abbé flap）による修正術が適用される場合がある。今回われわれは、下唇正中中部より離断して形成する有茎皮弁が生着する過程で皮膚表在知覚がどのように変化するか、移植術ならびに移植後小修正術を同一患者に施行した症例を対象に、術前後の触覚・痛覚・二点弁別域について評価、検討を行った。

方 法

当科において15歳時にAbbé flapによる口唇二次修正手術、16歳時（術後16ヶ月）に左側白唇縫合部の小修正術（瘢痕切除）を実施した両側性唇顎口蓋裂患者を対象とした。触覚閾値はSemmes-Weinstein Monofilamentsを用いてWerner法による刺激を付与し、識別可能で最も細いモノフィラメントの番号とした。触覚閾値測定結果は、Bellの評価基準に従った。また、痛覚閾値は痛覚計にて刺激を付与し、識別可能な最も弱い刺激圧（g）とした。触覚、痛覚の計測点は図1に示す15カ所（非皮弁部：6点、皮弁部：9点）とした。二点弁別閾測定は、図2に示す上白唇皮弁部・左右非皮弁部の中央を測定範囲とし、ディスクリミネーターを用いて刺激を付与し、識別可能で最も狭い二点間距離（mm）を記録した。



図1. 触覚閾値、痛覚閾値測定部位



図2. 二点弁別閾測定範囲

結 果

1. 触覚閾値については、Abbé flap移植術後皮弁部に保護的感覚脱失（Bellの基準でLevel 4）を認めた。また非皮弁部にも軽度の閾値上昇を認めたが、いずれも3ヶ月以内に大きく改善がみられ、半年後には全ての測定部位で正常化がみられた。一方、小修正術後はBellの基準では正常範囲内（Level 1）で創部の皮弁側に軽度の閾値上昇（1～2）を認め、1か月には回復した（表1）。

イベント	経過(M)	下唇反転皮弁移植術						小修正術	
		0.5	1	2	3	5	6	0.5	1
非皮弁	①	1	1	1	1	1	1	—	—
	②	2	1	1	1	2	1	—	—
	③	2	3	1	2	1	1	—	—
皮弁	④	12	8	6	1	1	1	—	—
	⑤	10	14	11	1	1	1	—	—
	⑥	10	10	11	3	2	1	—	—
	⑦	13	17	7	1	1	1	2	1
	⑧	13	15	11	1	1	1	1	1
	⑨	10	12	10	3	1	1	2	1
	⑩	14	13	10	6	1	1	2	1
	⑪	12	12	10	1	1	1	1	1
	⑫	10	14	9	3	2	1	1	1
非皮弁	⑬	1	2	1	1	1	1	1	1
	⑭	1	1	2	1	1	1	1	1
	⑮	5	6	5	2	4	1	1	1

表1. 触覚閾値測定結果（単位：SWテストのフィラメント番号）

2. 痛覚については、Abbé flap移植術後皮弁全体に脱失を認め、術後1, 2カ月で回復傾向がみられ術後5か月時点で完全に回復した。非皮弁部でも全領域に閾値の上昇を認めたものの、術後3か月時点で回復した。一方、小修正術後は創部の皮弁側の一か所にのみ閾値上昇を認めたのみであった（表2）。

イベント	経過(M)	下唇反転皮弁移植術						小修正術	
		0.5	1	2	3	5	6	0.5	1
非皮弁	①	2	2	2	<1	<1	<1	—	—
	②	2	2	2	<1	<1	<1	—	—
	③	1	4	2	<1	<1	<1	—	—
皮弁	④	×	6	5	2	<1	<1	—	—
	⑤	×	×	5	2	<1	<1	—	—
	⑥	×	10	4	2	<1	<1	—	—
	⑦	×	×	5	2	<1	<1	<1	<1
	⑧	×	×	7	2	<1	<1	<1	<1
	⑨	×	10	5	2	<1	<1	<1	<1
	⑩	×	×	7	2	<1	<1	3	8
	⑪	×	×	5	2	<1	<1	<1	<1
	⑫	×	8	2	2	<1	<1	<1	<1
非皮弁	⑬	2	2	2	<1	<1	<1	<1	<1
	⑭	2	2	2	<1	<1	<1	<1	<1
	⑮	4	4	2	<1	<1	2	<1	<1

表2. 痛覚閾値測定結果（単位：g）

3. 二点弁別閾については、Abbé flap移植術後：皮弁部に脱失を認めたが、術後1カ月で感覚が再出現し、術後3か月で非皮弁部と同程度まで回復した。小修正術後は明らかな閾値の変化は認めなかった（表3）。

イベント		下唇反転皮弁移植術						小修正術	
経過(M)		0.5	1	2	3	5	6	0.5	1
非皮弁	右	2	3	4	5	2	4	2	3
皮弁	正中	×	9	6	2	2	2	2	3
非皮弁	左	5	3	2	2	3	4	3	3

表3. 二点弁別閾測定結果 (単位: mm)

考察ならびに結語

上下唇領域には感覚神経が顔面の外側から正中側に一対で分枝しており、予想される神経障害の範囲は本症例の結果とおおむね一致すると考えられる (図3)。

Abbé flapのように全層での組織離断を伴う皮弁では皮膚の知覚は完全に脱失することが予想される。対象症例では触覚が術後2週間の時点で存在しており、非常に短期間で神経が再生したと考えられる。皮弁における神経の再生は、周囲組織から侵入してくるか、神経付きの知覚皮弁の場合には神経縫合部からの伸長があると考えられている。また、非知覚皮弁の場合、皮弁の柔らかさ、厚み、血流、瘢痕形成が神経再生に関与すると言われている。本症例において早期に触覚、痛覚が回復し、ほぼ正常な知覚が獲得された点については、三叉神経感覚枝が密に分枝して支配している領域であることにより、神経切断端同士がより近接して軸索再生が誘導されやすい条件であったことが可能性として考えられる。枝分かれが密に分布していることで、断端同士の近接が生じやすく、距離が十分に近い箇所では

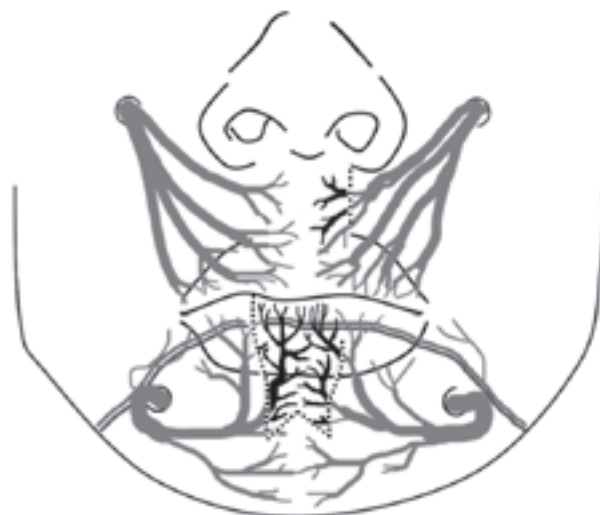


図3. 神経の走行と予想される障害の範囲

はあたかも神経縫合をしたように軸索再生が誘導された可能性が示される。

口唇修正術後は、二点弁別閾を含む皮膚感覚の一時的な閾値上昇を認めるが、いずれの術式でも術後比較的早期に回復することは経験的によく知られている。より組織侵襲の大きいAbbé flapを用いた口唇修正術においても、ほぼ正常な閾値で様々な知覚が皮弁部において獲得 (回復) される機序については未だ不明な点が多く、今後さらに症例を蓄積して検証する必要がある。

8. 当科で施行した顎関節形成術22例についての臨床的検討

東京西徳洲会病院 口腔外科

○瀬戸利宣 濱田智弘 細田真照 昆 喬紀 田代ひなの
大江将史 田中敏顕 中村彬彦 柳田みずき 長 太一
松本学知 藤田温志 木島 毅 佐野次夫

緒 言

顎関節形成術は、保存的治療にて効果が得られない難治性の変形性顎関節症や習慣性顎関節脱臼、顎関節強直症などに対して有効であることが報告されているが、各施設によりその術式は異なっている。今回、当科において施行している顎関節形成術の術式、治療効果、合併症等を検討したので報告する。

対象および方法

対象は、2023年4月から10月までに、当科で顎関節形成術を施行した22例26関節とした。年齢は平均68.2歳 (男性: 7名、女性: 15名。年齢: 29歳~92歳) で、術前の主訴は疼痛7症例、開口障害8症例、閉口障害8症例。臨床診断は変形性顎関節症が15症例、骨折5症例、習慣性顎関節脱臼4症例、腫瘍類似疾患と顎関節強直症がそれぞれ1症例ずつあった。調査項目は手術時間、出血量、術後臨床症状の変化、術後合併症とした。

当科で施行している顎関節形成術は、耳内切開から連続し上

下に1 cm程度延長するように切開線を設計するため、Al-kyat Bramleyなどの術式に比べ小さい手術創になる。皮膚を翻転した後、皮下組織および筋膜の切開剥離を行い、顎関節を触知し関節包に横切開を加え、顎関節を明示し下顎頭および関節円板の切除を行っている (図)。

結 果

手術時間は1関節あたり27~54分 (平均37.8分)、出血はいずれも少量であった。術後臨床症状については、症状消失19例、軽快3例であり、症状不変および増悪したものはなかった。合併症は一過性の顔面神経麻痺が11例42%、咬合不全6例23%、その他、創部感染2例、咬合違和感2例とめまい1例であり、いずれも4か月以内に改善した。

考 察

顎関節形成術において障害される可能性のある神経は耳介側頭神経と顔面神経側頭枝である。耳介側頭神経の走行について

われわれは本学会において詳細な報告をした（口腔顔面神経機能学会報 VOL23 2019）。男性で耳珠中央から平均14.1mm、女性で9.4mm前方にある耳介側頭神経は、9割以上の確率で浅側頭動脈と同一あるいは後方を走行しており、術野後方に避けることが容易である。今回検討した22例においては、耳介側頭神経障害は認めなかった。顔面神経側頭枝について覚道らは、外耳孔最前方点より17~23mm前方に位置すると報告しており、Al-kyatらは0.8~3.5cm、Milorらは1.68~2.49cmと報告しており、その範囲には差がある。顔面神経側頭枝の走行について今後、奥羽大学との共同研究にて明らかにしたい。また、顔面神経側頭枝の走行する層についても今後さらに検討する必要があると考えている。今回の検討において術後顔面神経麻痺は

26関節中11関節42%にみられたが、いずれも4か月以内に回復している。メス等で切断したとは考えにくく、前方に圧排して術野を確保するための鉤による圧挫、あるいは術後腫脹による圧迫が原因で不全麻痺が生じたと思われる。

結 語

当科において施行している顎関節形成術は、切開線が短く審美性に優れており、手術時間も比較的短時間であり出血量も少なく、顎関節開放手術術式の中では低侵襲であると思われる。また術後、臨床症状は概ね改善した。術後合併症、特に一過性の顔面神経麻痺の予防や対応については今後さらに検討していきたい。



図 当科で施行している顎関節形成術

9. 下顎埋伏智歯抜歯における患者の精神性発汗に関する検討

- 1) 奥羽大学大学院歯学研究科口腔病態学分野顎口腔外科学専攻
 - 2) 奥羽大学歯学部口腔外科学講座口腔外科学分野
- 渡邊 輝¹⁾ 川原一郎²⁾ 倉賀野 徹¹⁾ 宇根岡大典¹⁾
 西 祐也^{1,2)} 神林直大²⁾ 高橋文太郎²⁾ 臼田真浩²⁾
 小嶋忠之²⁾ 御代田 駿²⁾ 金 秀樹^{1,2)} 高田 訓^{1,2)}

緒 言

下顎埋伏智歯抜歯は口腔外科診療で最も多い手術であるが、手術侵襲は大きく患者にとって精神的にストレス負荷のかかる処置である。緊張時には精神性発汗によって手掌、腋窩、足裏から発汗することが知られており、それを連続的に測定することによってストレス反応を評価できるとされている。

今回われわれは、下顎埋伏智歯抜歯中の発汗について測定したので報告する。

対象と方法

2023年6月から2023年12月までの間に、当科外来で局所麻酔下に、下顎埋伏智歯抜歯術を施行した基礎疾患のない患者19名（男性6名、女性13名。平均年齢 28.1 ± 7.8 歳）を対象とした。測定時の環境は室内温度 $24.1 \pm 1.4^\circ\text{C}$ 、室内湿度 $57.2 \pm 10.6\%$ であった。

測定項目は、発汗量、手掌温度とした。測定は発汗センサー（マイクロ発汗計 TPL3520）を手掌に装着して、発汗量、温度を連続的に測定した。測定したデータは、抜歯説明から浸潤麻酔開始前までを「抜歯前」、浸潤麻酔開始から抜歯開始前ま

で「麻酔」、抜歯開始から切開剥離終了までを「切開剥離」、骨削除から歯冠分割抜去を経て歯根抜去までを「切削抜去」、抜去後から搔爬、骨鋭縁除去、洗浄、縫合を経て抜歯終了までを表す「搔爬縫合」、抜歯終了から止血確認までを表す「抜歯後」の6段階とし、それぞれにおける平均値を算出した（図1）。

各測定結果は、反復測定分散分析（post hocとしてNewman-Keuls検定）を用いて群間比較を行った。

結 果

発汗量は抜歯前（ $2.23\text{mg}/\text{cm}^2/\text{min}$ ）と比較し、麻酔（ $2.45\text{mg}/\text{cm}^2/\text{min}$ ）、切開剥離（ $2.44\text{mg}/\text{cm}^2/\text{min}$ ）、切削抜去（ $2.41\text{mg}/\text{cm}^2/\text{min}$ ）、搔爬縫合（ $2.38\text{mg}/\text{cm}^2/\text{min}$ ）、抜歯後（ $2.53\text{mg}/\text{cm}^2/\text{min}$ ）とすべての段階で増加しており、有意差が認められた。その後は徐々に減少しつつも大きな変化なく推移したが、抜歯後の間に増加が認められ、有意差が認められた（図2）。

手掌温度は、抜歯前は 32.9°C であったが麻酔時に 34.2°C に上昇した。その後、切開剥離（ 34.2°C ）、切削抜去（ 33.9°C ）、搔爬縫合（ 33.8°C ）、抜歯後（ 33.8°C ）との間では有意差を伴う大きな変化は認められなかった（図3）。

10. 東京歯科大学急性期神経機能修復外来における神経障害性疼痛症例の臨床的検討

1) 東京歯科大学口腔顎顔面外科学講座
 2) 東京歯科大学口腔病態外科学講座
 ○小原身知子¹⁾ 西山明宏²⁾ 山本裕義²⁾ 田中 斉¹⁾
 加藤禎彬²⁾ 有泉高晴¹⁾ 星野照秀²⁾ 村山雅人¹⁾
 片倉 朗²⁾

緒 言

神経障害性疼痛は、体性感覚神経系の病変や疾患によって引き起こされる疼痛。と定義されており、神経系の損傷や機能不全により発症する難治性疼痛である。痛み、は定量的な検査が難しく、精神的、感情的な修飾を受けやすいことから診断や治療の選択が困難である。今回われわれは神経障害性疼痛の実態を把握するために臨床的検討を行なった。

対象・方法

対象は、2021年4月～2023年12月に本学急性期神経機能修復外来に受診した患者383名。本調査では、異常感覚の分類のうち神経障害性疼痛に分類される痛覚過敏とアロディニアに焦点を絞り臨床的検討を行った。精密触覚機能検査において綿棒による刷掃試験やSWテストの刺激で痛みを呈するものをアロディニア、疼痛計の刺激に過敏に反応する場合を痛覚過敏とした。神経障害性疼痛症例については、外来診療録を用いて調査

項目（性別、損傷時年齢、損傷部位と原因、異常感覚の有無、治療法、NRS値、VAS値（生活支障度 自覚症状）、精密触覚機能検査（SW知覚テスト） 痛覚 2PD）について調査を行った。

結 果

神経障害性疼痛症例数は383例中6例であった。その割合は全体の約1.57%である。6例のうち現在までに施行した治療内容は保存療法単独3例、保存療法から手術療法に移行したものは3例。残りの377例は知覚低下やジセステジアが多くを占めていた。また、6例とも痛覚過敏を認め、そのうち3例はアロディニアも認めており、神経障害性疼痛のうち50%はアロディニアを呈していた。さらに、すべての症例でMRI撮像の結果、損傷部位と推察される箇所末梢神経の異常分枝等の外傷性神経腫を示唆する所見を認めた。症例の結果をまとめた一覧表と、下歯槽神経、舌神経それぞれ代表1例の損傷後と手術後の経過を下記に示す。

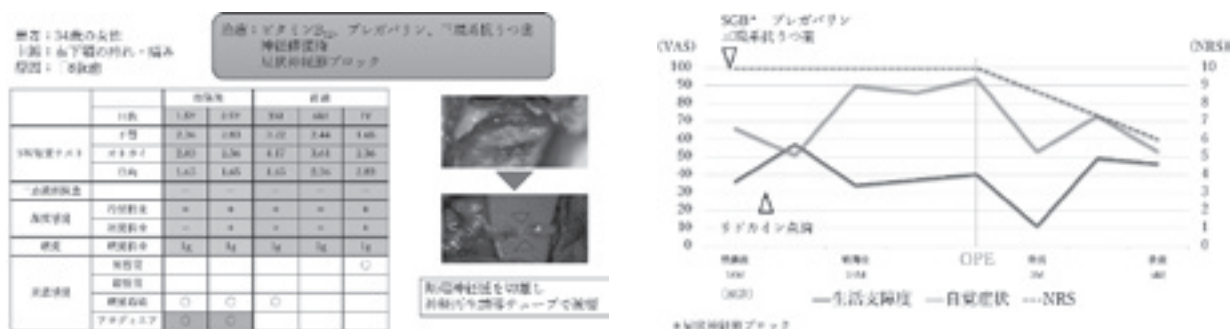
□ 手術症例

症例	性別	損傷時年齢	損傷側	損傷部位	損傷原因	SWスコア	2PDスコア	痛覚スコア	損傷から手術までの期間	NRS値の推移*
①	女	48	左	IAN	IP埋入	2	4	4		10→10
②	女	66	右	LN	智歯抜歯	2	4	0		10→9
③	女	66	左	IAN	Flap手術	1	4	0		10→10
④	女	61	左	IAN	IP埋入	3	4	0	656日	10→2
⑤	女	34	右	IAN	智歯抜歯	1	4	0	914日	10→6
⑥	女	53	左	LN	パーで口底部創傷→縫合止血	4	4	0	443日	10→6

①～⑥痛覚過敏、④⑤⑥はアロディニアを認めた

※初診時→現在

図1 神経損傷症例一覧



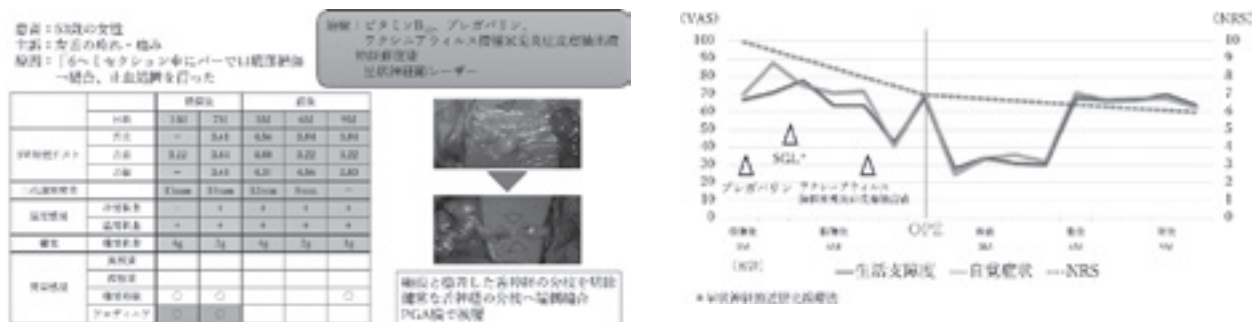


図3 症例⑥（舌神経）

考 察

自験例6例すべてMRI検査で外傷性神経腫を示唆する所見を認めており、薬物療法期間中のNRS値の変化が乏しかったという結果より、部分損傷によって外傷性神経腫を伴う場合は薬物療法による神経障害性疼痛のコントロールは困難であると考えられる。また、薬物療法単独と比較すると手術により痛覚過敏、アロディニアの症状が軽快しNRS値の低下がみられたことから手術療法は神経障害性疼痛の軽快に寄与することが示唆されます。一方で、手術療法により神経障害性疼痛の訴えが減少しても生活支障度・自覚症状のVAS値の変化は乏しく、機能障

害による症状が完全には消失することはなかった。手術直後は生活支障度、自覚症状のVAS値の低下を認めるも、神経が再生し感覚が回復するにつれてジセステジアの症状が再燃することが多く、また機能検査にて評価できない主観的な感覚の質の変化が術後であっても乏しいと考えられる。術前の患者説明でこの事をよく説明することも重要である。

結 語

今回われわれは神経障害性疼痛の実態を把握するために臨床的検討を行ったので報告した。

11. 舌神経損傷に対しスリットタイプ神経再生誘導チューブ（リナース[®]）を使用した治療経験

緒 言

末梢神経損傷に対する外科的な治療法には、神経縫合術や神経移植術、神経再生誘導術が行われている。本邦では末梢神経の断裂や欠損に対し、神経再生誘導チューブが2013年に認可されたが、移植を必要としない部分欠損症例に対しては用いることができなかった。2023年9月には新たに神経再生誘導チューブにスリット構造をもつリナース[®]が承認され、部分欠損症例に対して被覆できるような材質となった。今回われわれは舌神経損傷に対し、スリットタイプ神経再生誘導チューブを使用した症例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

症 例

患 者：31歳 男性

主 訴：左舌の痺れ

既往歴：特記事項なし

家族歴：特記事項なし

現病歴：2021年8月近在歯科医で左側下顎智歯抜歯し、術後より左側舌神経領域の知覚異常を自覚した。他院で、非定型性

- 1) 東京歯科大学口腔顎顔面外科学講座
 - 2) 東京歯科大学口腔顎病態外科学講座
 - 3) 帝京大学ちば総合医療センター歯科口腔外科
- 有泉高晴¹⁾ 西山明宏²⁾ 小原身知子¹⁾ 山本裕義²⁾
山崎 梓^{1,3)} 星野照秀²⁾ 片倉 朗²⁾

顔面痛と舌痛症の診断下に加療を行ったが症状改善しなかった。2023年4月、精査加療目的に当科受診となった。

現症：初診時の知覚検査結果では、しびれが強く痛みが出ており、生活支障度、自覚症状のVASは共に高い値であった。また精密触覚機能検査では、舌縁部において知覚の低下を認めた。

臨床診断：左側舌神経障害

処置および経過：4か月保存治療を行ったが症状の改善はなく、不快症状も強かったため、外科療法を計画した。全身麻酔下に左側舌神経を明示した。舌神経と左側智歯部の瘢痕が癒着した部位を認めたため、これを神経上膜とともに切除した（図1，2）。切除部位は神経上膜の欠損を認めたため、スリットタイプ神経再生誘導チューブで被覆することとした。

舌神経の直径は2mmであったため、内径2.8mmのチューブを選択した。再生誘導チューブと線維束の長さを調整し1分程度生食に浸漬した。血管テープで舌神経を持ち上げて再生誘導チューブを神経の下に潜り込ませ、スリット部からチューブ内に神経を入れ込み、スリット部から線維束を1本挿入し被覆した。8-0 ナイロン糸でスリット部を2糸縫合した。チューブ

の長さ調整から被覆、縫合までの所要時間は14分であり、手術時間は1時間37分であった。また、切除検体は外傷性神経腫の診断であった。術後2か月において、疼痛の症状は消失しており、患者からの満足も得られており、わずかに舌縁部の感覚の回復傾向も認められた。今後もさらに改善してくる見込みである。

考 察

これまでの部分欠損症例に対しては神経縫合術が行われていた。しかしながらX. Zhuらは縫合部にはgapが生じ、周囲組織との癒着や神経線維が異常方向へ伸長してしまう可能性があり、それに伴い神経線維の再生の阻害や二次的な外傷性神経腫の形成などを引き起こす可能性があるとして報告している。スリットタイプ神経再生誘導チューブは生体内の分解吸収期間は約6か月であり、管腔構造をもつことで神経線維の伸長方向や成長を誘導することができ、また、従来の誘導チューブと違いス

リット構造をもつため、神経を被覆しやすい形態を有している。欧米では同様の構造・組成をもつ誘導チューブが認可され、部分欠損症例に対して良好な結果が得られている。自験例でも同様に、疼痛もなく経過は比較的良好であるが、今後も長期的な経過観察が必要であると考える。またこれまでの部分欠損症例に対しての神経縫合術などのその他の外科療法では修復操作に最低でも30分以上を要していたが、自験例では14分まで短縮することができた。これはスリット構造により損傷部への修復操作が簡便で短時間であったことが要因として挙げられ、部分欠損症例であれば手術時間を短縮できる可能性が示唆された。今後も症例を重ね比較検討をする予定である。

結 語

今回われわれはスリットタイプ神経再生誘導チューブを使用した治療経験を報告した。

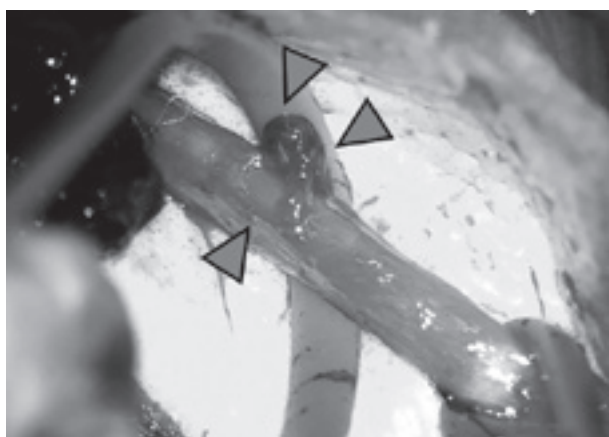


図1 神経と瘢痕組織の癒着

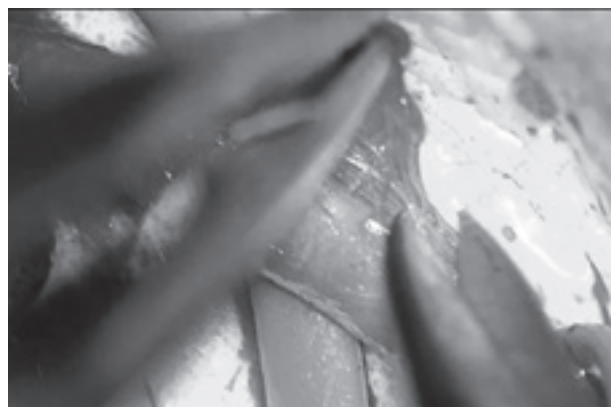


図2 瘢痕組織を切除

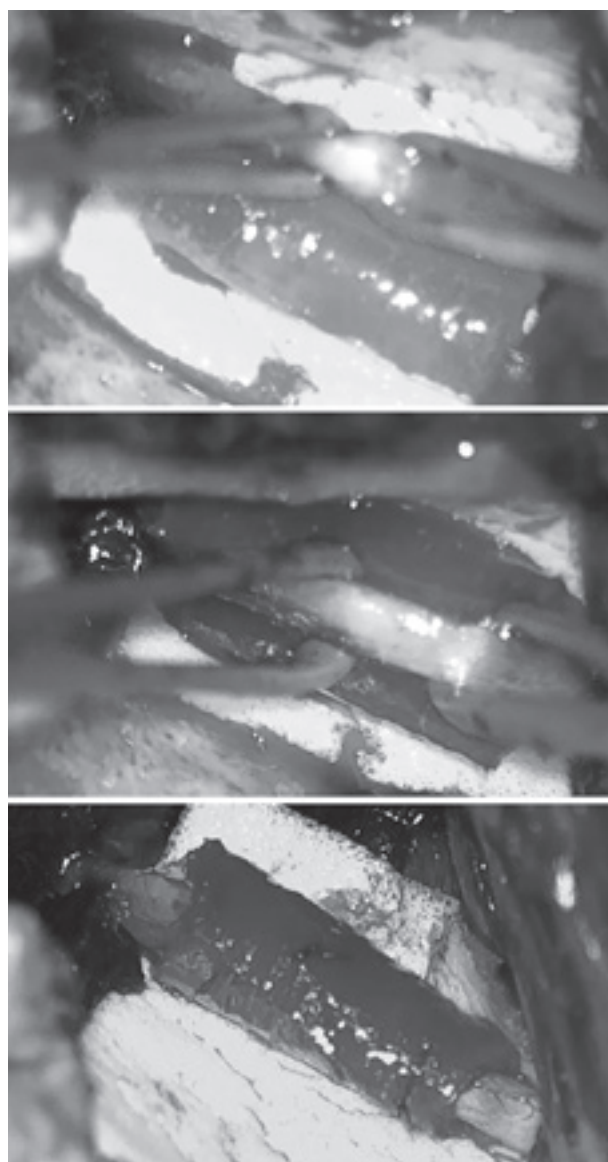


図3 スリットタイプ神経再生誘導チューブで被覆・縫合（上段：舌神経を挙上、中段：スリット内へ舌神経を挿入、下段：スリット部を縫合）

12. 舌神経損傷を神経MRIにて評価した2例

和歌山県立医科大学 医学部 歯科口腔外科学講座

○上田眞道 鈴木 滋 大友奈都子 長尾茉柚 井原健太
畑 美緒 松村達志

緒 言

近年、神経MRIまたはMRN(Magnetic Resonance Neurography)は神経損傷の可視化や神経障害の評価に広く用いられている¹⁾ものの、三叉神経領域では未だ一般的な検査には至っていない²⁾。智歯抜歯時に傷害を受けやすい下歯槽神経、舌神経に対するMRNでは、下歯槽神経の描出には比較的有用な検査になりつつあるものの³⁾、舌神経に対しては神経を評価できるほどの描出は未だ困難である。MRNで舌神経を描出することが確立されれば、舌神経の損傷程度の評価、手術の適応判断や手術シミュレーションに有用であると考えられるため、われわれが試験的に行なったMRNを用いた舌神経を描出・評価についてその概要を報告する。

対象および方法

対象は舌神経損傷患者のうちMRI検査の同意を得た二名とした。和歌山画像診断センターの協力の下、MRI装置 (Ingenia Elition® 3.0T) にて舌尖部から下顎枝までを撮像範囲とし、スライス幅を0.8mm、3D脂肪抑制T2強調画像のシーケンスを用いた。3Dボリュームデータを任意角度で多段面再構成像(MPR)の作成が可能であるが、今回は下顎体に対する冠状断で画像再構成を行った。なお、撮影時には、可及的に静止して嚥下も控えるように患者へ指示した。

経過と結果

〈症例1〉患者：33歳、女性。初診：2022年9月。主訴：左の感覚が分からない。既往歴：アトピー性皮膚炎。常用薬：ピラスチン。現病歴：近在歯科医院にて2022年8月に左下8抜歯した。術後より左側舌の知覚異常を自覚し、同年9月当科紹介受診した。現症：左側下顎智歯抜歯部位の口腔粘膜に異常所見は認めなかった。左側舌体に知覚異常、Allodynia、Tinel's reactionを認めた。画像所見：CT；左下8歯冠部舌側骨は一部欠損があった(図1)。MRI；健側の下顎枝内斜線付近に舌神経が描出されていた。患側ではCTで舌側骨損していた部位の舌側にT2強調脂肪抑制画像で健側よりも高信号の舌神経を認めた(図2)ものの、アーチファクトにより損傷部位での舌神経の描出は出来なかった。処置および経過：左側舌神経損傷の診断の下、神経損傷部を確認したところ、部分断裂を認めたため人工神経(リナープ®)を用いて神経修復術を施行した。

〈症例2〉患者：51歳、男性。初診：2023年7月。主訴：左舌のしびれ。既往歴：なし。常用薬：なし。現病歴：某病院耳鼻咽喉科にて2022年11月に唾石摘出術(口内法)を施行した。術後より左側舌の知覚異常と疼痛を認めた。2023年6月にかかりつけ歯科より同年7月当科紹介となった。現症：左側口底部粘膜から翼突下顎縫線にかけて切開痕を認めた。左側舌体に知覚異常、Allodynia、Tinel's reactionを認めた。画像所見：

CT(2022年11月)；左Wharton氏管内に唾石様の高吸収領域を認める(図3)。MRI；T2強調脂肪抑制画像において、下歯槽神経は描出されているが、舌神経は描出されなかった(図4)。処置および経過：左側舌神経損傷の診断の下、神経損傷部を確認したところ、完全断裂を認めたため人工神経(リナープ®)を用いて神経修復術を施行した。

考 察

症例1では、舌神経を比較的明瞭に描出できたが、アーチファクトにより損傷部位を評価するには至らなかった。一方、症例2では、同一撮像条件で、かつ予想される舌神経損傷部位周囲にアーチファクトが出なかったにもかかわらず、健側・患側ともに舌神経を描出できなかった。これらのことから、舌神経の描出が困難な要因として、神経と神経周囲のシグナル差や、撮影時の嚥下などの動作が原因と考えられた。また舌神経の走行は、下歯槽神経とは異なり、解剖学的に複雑な走行をしていることからMPRを行なっても神経描出が困難な神経であると考えられるため、立体構築して観察できることが望ましいと考えられた。

引用文献

- 1) Filler AG, Kliot M, et al: Application of magnetic resonance neurography in the evaluation of patients with peripheral nerve pathology. J Neurosurg 85: 299-309, 1996.
- 2) 照光 真. 三叉神経損傷のイメージングと診断. 歯界展望 136: 267-274, 2020.
- 3) Terumitsu M, Seo K, et al: Morphologic evaluation of the inferior alveolar nerve in patients with sensory disorders by high-resolution 3D volume rendering magnetic resonance neurography on a 3.0-T system. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 111: 95-102, 2011.

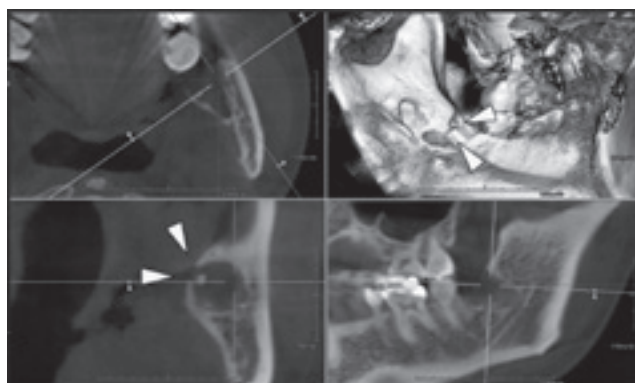


図1：CBCT 智歯歯冠部舌側骨に欠損を認める(矢頭)

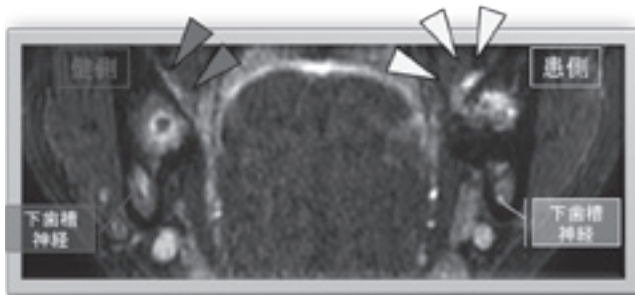


図2：MRI（T2強調脂肪抑制画像）
両側とも舌神経が描出されているが、患側の方がより高信号である（矢頭）

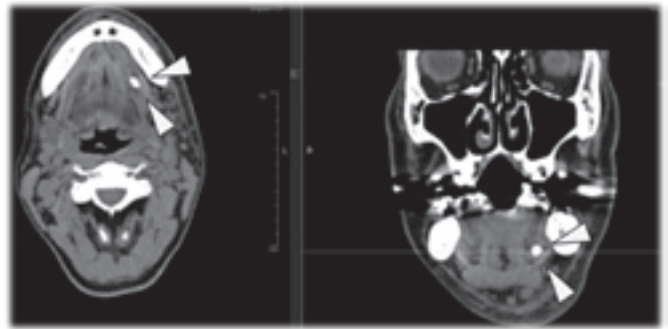


図3：CT Warton氏管内に唾石様の不透過像を認める（矢頭）

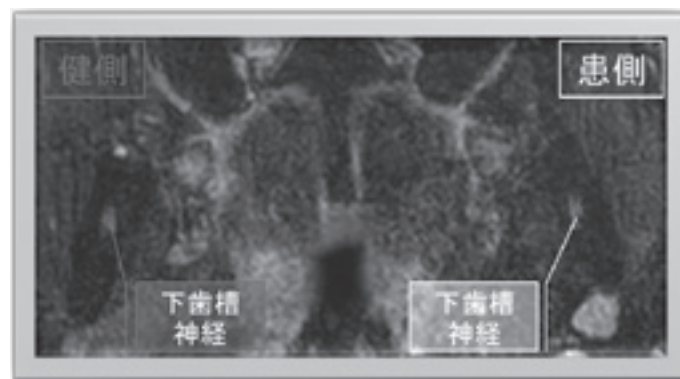


図4：MRI（T2強調脂肪抑制画像）
両側とも下歯槽神経が描出されているが、舌神経は両側とも描出できなかった

13. 当科で経験した舌神経麻痺症例の神経損傷程度と治療法

和歌山県立医科大学 歯科口腔外科学講座

○家田晋輔 上田剛義 大林建矢 鈴木滋 松村達志

緒言

医原性の舌神経麻痺に対し、治療法の選択（手術療法か保存療法）は重要である。回復が見込まれる症例に不要な侵襲を加えることや、早期に神経修復を行うべき症例に漫然と投薬することは避けなければならないからである。しかし、主な知覚検査は患者の主観に左右され易く、客観的な定量化が非常に難しいため適切な診断に難渋する。

近年では、客観的知覚検査方法として電気生理学的検査法が様々な領域で用いられている。これらは診断に益する評価方法であるが、単独では確定診断に至らず、従来の知覚検査や画像評価とあわせて総合的に診断される。

我々は、従来の知覚検査にチネル徴候を加えた方法で治療方針を検討したので報告する。

対象と方法

対象症例は2020年4月から2023年12月まで当科神経外来を受診した舌神経麻痺患者22名（男性9名、女性13名、平均年齢40.5歳）、受傷から初診までの期間4.5ヶ月（中央値）。診断方法は、口腔顔面神経機能学会の舌感覚異常プロトコルにチネル徴

候を加えて評価した（表1）。受傷から3ヶ月以内に1回目、3～6ヶ月以内に2回目検査を行った。その結果をHight分類に従い分類し（表2）、それを基にSeddonおよびSunderland分類に拠り神経損傷度を診断して治療方針を検討した（表3）。

結果

対象患者22症例中、13症例が手術適応（4症例を当科で手術）、7症例は保存療法（3症例を当科で治療）、2症例は自然回復を見込めるため経過観察とした（表4）。

- ① 手術適応症例の1症例はチネル徴候が陽性であったが、受傷後4.5ヶ月で陰性化したため保存療法とし、回復を認めた。
- ② 手術した4症例は、神経欠損長が15～25mmでリナープ®を用いて神経再生誘導術を行った。術後、3症例は触痛覚・SWテスト・二点識別閾・チネル徴候が概ね改善したが、味覚は不完全回復であった。1例は、チネル徴候のみ改善したが他は改善せず3年経過し、症状固定と診断した。
- ③ 保存療法の3症例では、ビタミンB12製剤とATP製剤を1年間に服用で回復した。

考 察

1. 受傷から診断および手術までの期間について

Susarla¹⁾らは、一過性伝導障害では受傷後3ヶ月以内の回復が期待でき、軸索断裂では受傷後1週間ほどでチネル徴候が現れるなど、受傷後に症状変化が現れることがあるため早急な診断は避けるべきとしている。また金谷²⁾は、明らかな神経断裂症例は、受傷後6ヶ月以内の神経修復術が好ましいと報告している。手術した4症例は受傷後4.5ヶ月(中央値)で施術しており、適切な時期に手術を行ったと考えている。

2. 予後不良について

Shahrokh³⁾らは、受傷後9ヶ月以上経過した陈旧症例であること、45歳以上であること等が予後不良の原因と報告している。当科の予後不良症例は、24歳時、受傷後5ヶ月で手術しておりこの要因に該当しないことから、診断法や術式の見直し等について精査が必要である。

3. チネル徴候について

チネル徴候陽性は、軸索回復の兆候とされてきたが、Miloro⁴⁾は、それだけでなく神経腫形成を示唆する可能性もあり、神経回復と重篤な障害という両面性があると報告している。Fujita⁵⁾らは、受傷後6ヶ月経過しても陽性を持続し、知覚検査が僅かでも改善しない場合は神経腫形成を伴う重度の神

経損傷であり、一方で受傷直後の知覚検査が悪くても、受傷後3～6ヶ月の間に知覚検査が僅かでも改善し、かつチネル徴候が陰性であれば軸索再生による自然回復が見込めるため、知覚検査とチネル徴候の評価は治療方針の判断に有用だと報告している。手術適応と診断した1症例で知覚検査では有意な改善は認めなかったが、チネル徴候が陰性化したため保存療法とした。経過は良好であり不要な侵襲を予防できた症例であった。

引用文献

- 1) Susarla SM, Kaban LB, et al. Does early repair of lingual nerve injuries improve functional sensory recovery? J Oral Maxillofac Surg 65:1070-1076, 2010.
- 2) 金谷文則. 末梢神経損傷の治療. Jpn J Rehabil Med 51: 52-60, 2014.
- 3) Shahrokh C, Roger AM, Husain AK, et al: Retrospective Re-view of Microsurgical Repair of 222 Lingual Nerve Injuries. J Oral Maxillofac Surg 68:715-723, 2010.
- 4) Miloro M: Peterson's principals of oral and maxillofacial surgery. 2nd edn. BC Decker Inc, Ontario, 2:819-837, 2004.
- 5) Fujita S, Tojyo I, et al. Application of Tinel's test combed with clinical neurosensory test distinguishes spontaneous healing of lingual nerve neuropathy after mandibular third molar extraction. Maxillofac Plast Reconstr Surg. 45(1): 21, 2023.

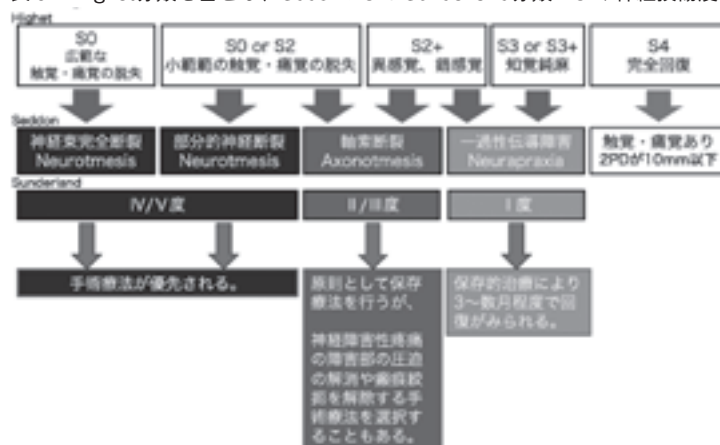
表1 知覚検査

主観的検査 (知覚検査)	
触覚検査	⇒筆を用いる
痛覚検査	⇒探針で軽く突く
温度覚検査	⇒温水、冷水
SW知覚テスター	⇒太さの異なるモノフィラメントで、静的触覚閾値を検査
二点識別閾検査	⇒ノギスを用いる
味覚検査	⇒濾紙ディスク法
チネル徴候	⇒舌神経の走行部位を近遠心方向へ触診
客観的検査 (画像検査)	
パノラマX線	
CT	
MRI	⇒T1, T2強調画像で外傷性神経腫と考えられる高信号を認めた。手術適応2例の術前評価として撮影。今後は対象を拡大の予定。

表2 Hightet分類により知覚異常を評価

触・痛覚	Hightetの分類
脱失(無感覚)	⇒S0: 完全な感覚の脱失 手術適応
※深部感覚は舌には該当せず	⇒S1: 深部感覚の出現
鈍麻(触・痛覚が極めて弱い)	⇒S2: 表在痛覚と触覚のある程度の回復
異感覚から鈍感覚へ	⇒S2+: 痛覚と触覚の完全な回復と痛覚過敏の出現
鈍麻(弱い感覚)	⇒S3: 痛覚と触覚は回復し、痛覚過敏は消失
鈍麻(弱い感覚)	⇒S3+: 位置感覚が回復し、二点識別がある程度回復 (2PD: 6~15mm)
完全回復(正常感覚)	⇒S4: 完全な感覚の回復 (2PD: 2~6mm)

表3 Hightet分類を基とし、SddonおよびSunderland分類により神経損傷度を評価



14. 舌腫瘍患者における舌知覚変化と音声認識ソフトウェアを用いた発語明瞭度変化との関連についての検討

大阪大学大学院 歯学研究科 顎口腔腫瘍外科学講座

○紀之定紘子 鈴木真央 松永和秀 森田祥弘

竹下彰範、松宮由香 田中信和、杉山千尋 柏木孝文

加島佳奈 鵜澤成一

緒 言

昨年度本学会にて、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発表し、舌切除・皮弁再建を行った症例における健側の舌知覚変化は、咀嚼力と咬合力の変化に影響を及ぼす可能性があることを報告した。その一方で、前回、舌知覚と構音機能との関連について評価できていなかった。そこで今回、わたしたちは、近年、客観的構音機能評価で有用とされる音声認識ソフトウェアを用いた発語明瞭度に注目し、1) 発語明瞭度の術前・術後経時的変化について、2) 術後経時的発語明瞭度と舌知覚変化との関連について検討したので報告する。

対象および方法

対象：

舌腫瘍（舌がん含む）患者27例（男：15例、女：12例、平均60.5歳）を対象とした。症例の内訳は、舌部分切除・縫縮術症例（以下、縫縮群）：13例、舌半切以下・前腕遊離皮弁再建症例（以下、前腕皮弁再建群）：11例、舌亜全摘・腹直筋遊離皮弁再建症例（以下、腹直筋皮弁再建群）：3例に分類した。

方法：

1) 客観的発語明瞭度

患者に題材文「北風と太陽」を通常の会話スピードで音読してもらい、タブレットPCにインストールしたUDトーク（音声認識ソフト）を用いて録音した音声を文字化した。その音声が正しく文字化していたものを正解とし、その正答率（%）を発語明瞭度として算出した。

2) 客観的舌知覚閾値

電気刺激装置（STG 4002R Multi Channel Systems）を用いて舌知覚閾値を測定した。評価部位は健側および患側の舌尖、舌縁、舌背の合計6か所を設定した。認知できた閾値を3回計測し、その平均値を舌知覚閾値とした。その舌知覚閾値をスコア化（0-6点）した（図1）。

いずれも術前、術後1か月、3か月、6か月、1年に評価した。

結 果

1) 客観的発語明瞭度の術前・術後経時的変化

発語明瞭度の術前・術後経時的変化を図2上段に示す。縫縮群は術前・術後経時的に変化がない症例が多かった。前腕皮弁再建群は術前を基準にすると術後1ヶ月目は低下したが、術後経時的に改善している症例が多かった。腹直筋皮弁再建群は、他群と比較すると明らかに術後低下した。

術後1か月を基準に発語明瞭度の術後経時的変化を図2下段に示す。縫縮群は、術後1か月目と比較し、術後3および6か月目著しく低下した2例を認めたが、術後1年目には1か月目より改善している症例が多かった。前腕皮弁再建群は術後1か月と比較し、術後3か月目著しく低下した1例を認めたが、多くの症例が術後1か月目より術後経時的に改善した。腹直筋皮弁再建群は、術後1か月と比較し3例とも術後1年目改善した。

2) 舌知覚閾値

術後1か月を基準に各群における舌知覚スコアの術後経時的変化を図3に示す。縫縮群における健側舌縁は術後1か月目と比較し、術後知覚が改善した症例が多くみられたが、患側は全ての部位で術後知覚の変化なしに改善した症例が多かった（図3上段）。前腕皮弁再建群における健側舌縁と舌背は術後1か月目と比較し、術後改善した症例が多くみられたが、患側では皮弁上も残存舌も術後改善しない症例が多かった（図3中央）。腹直筋皮弁再建群における健側は皮弁上も残存舌も改善した症例は少なかったが、舌背は3例中2例が改善した。患側でも皮弁上はすべての症例で術後変化がなかった（図3下段）。

考 察

術後1か月目を基準にすると3群とも発語明瞭度と健側舌知覚が術後経時的に改善した症例が多かった。そこで、術後各時期における発語明瞭度と健側舌知覚との関連を調べると、術後各時期とも発語明瞭度が高いと舌知覚も良くなる傾向にあった（図4）。以上のことから術後の構音機能変化と健側舌知覚変化は相関する可能性が示唆された。

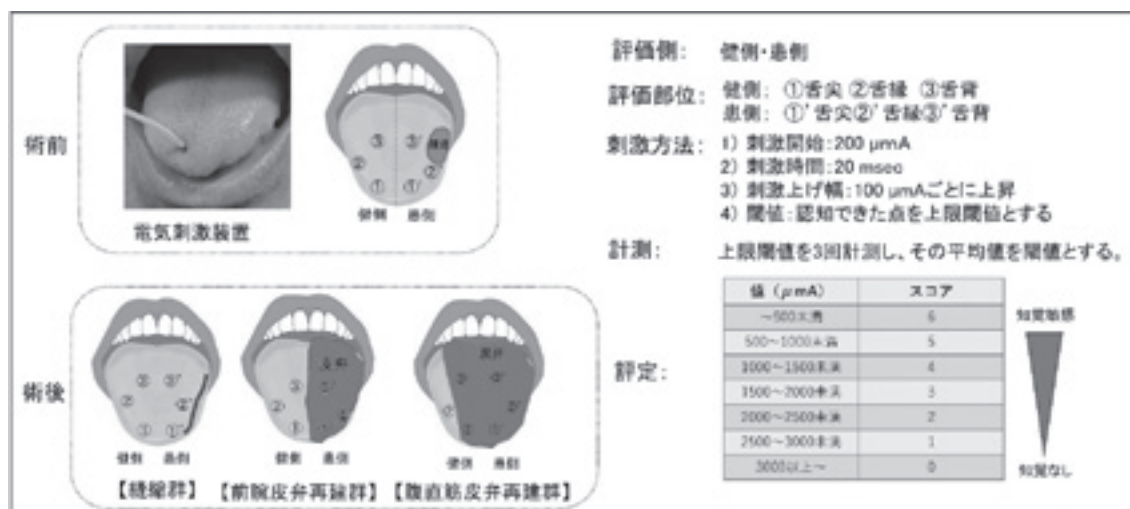


図1 電気刺激装置を用いた舌知覚閾値の定量的評価

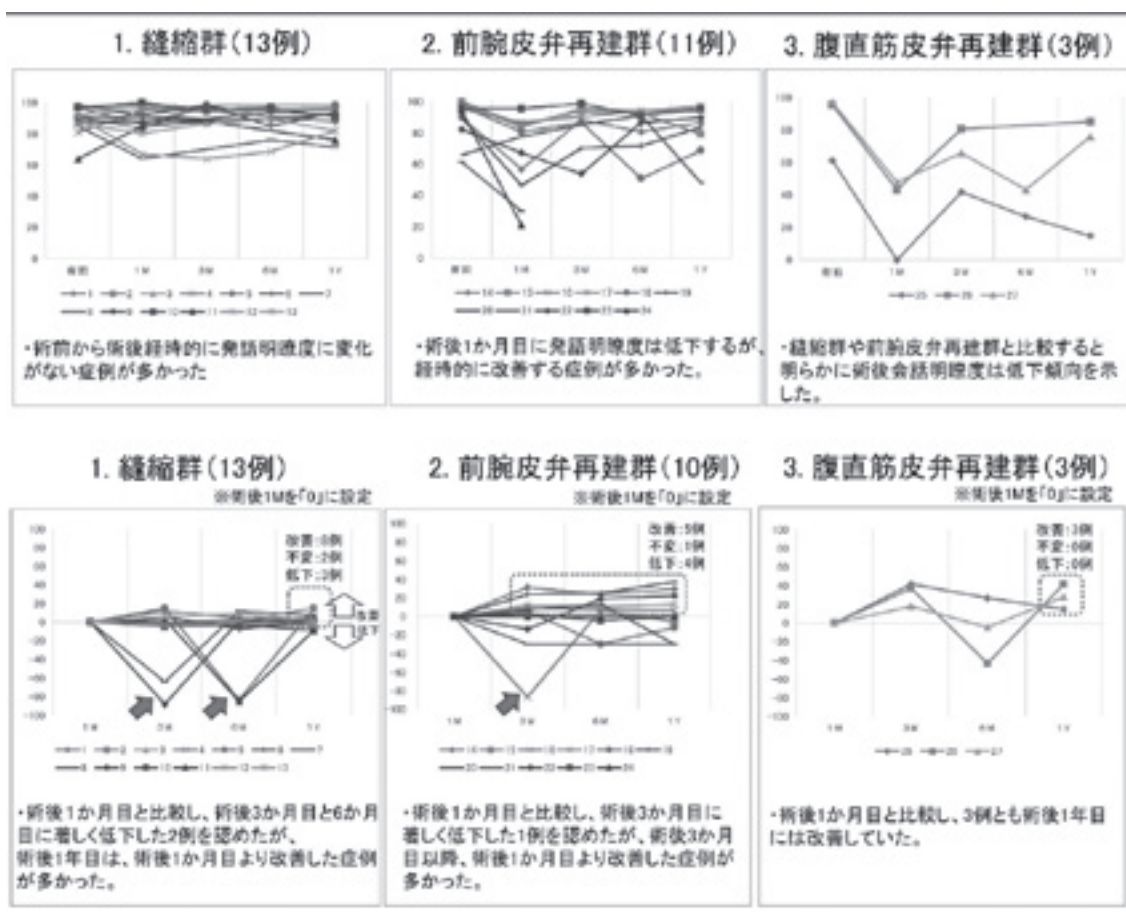


図2 各群における客観的発語明瞭度の術前・術後経時的変化

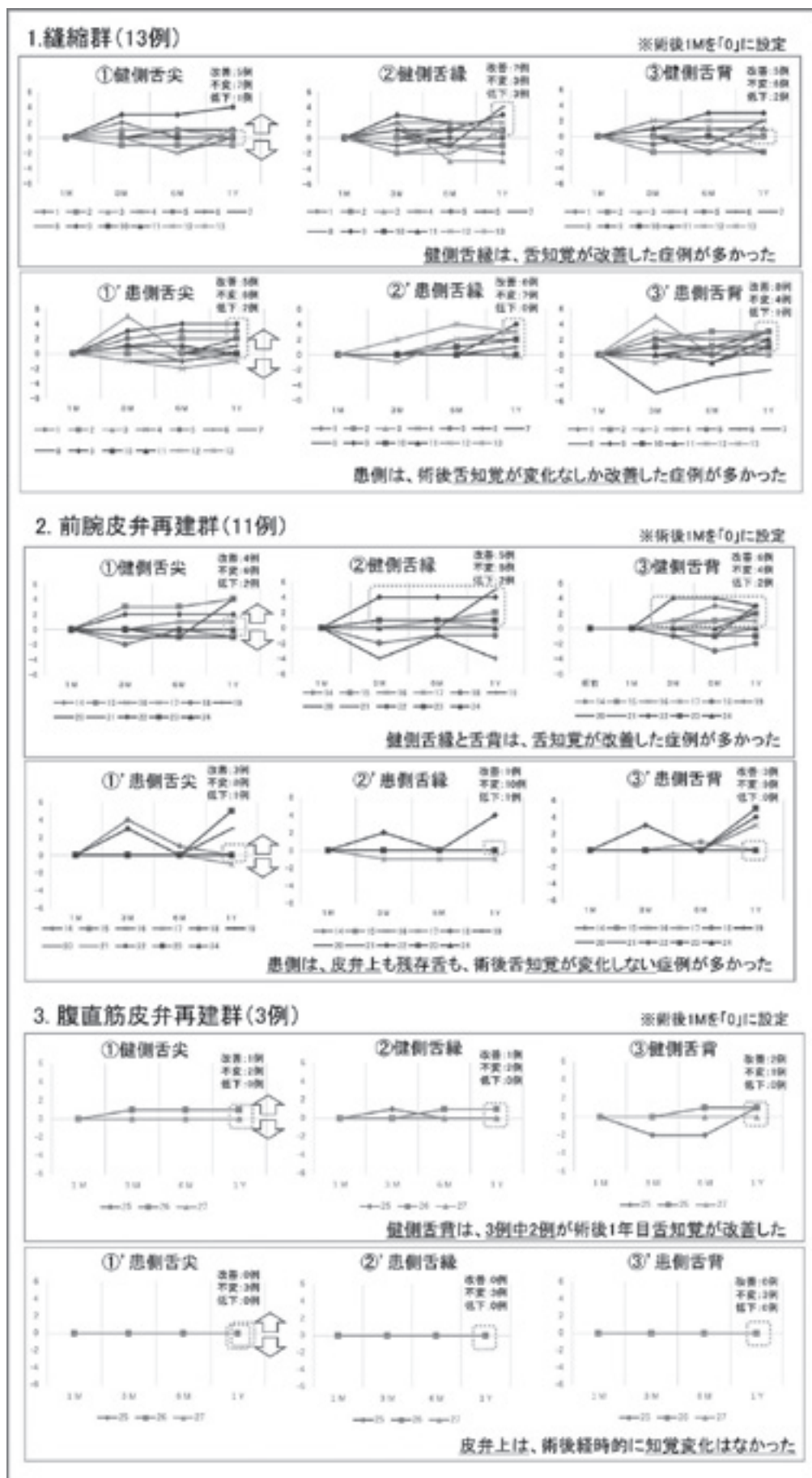


図3 各群における舌知覚スコアの術後経時的変化

15. 薬剤関連顎骨壊死の診断におけるVincent症状

兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座

○岸本裕充 高岡一樹 大和皓介 大前堯之 塙莊太郎
畑中彩花 富本康平 服部洋一 上田美帆 吉川恭平
野口一馬

背景

薬剤関連顎骨壊死は、2003年にMarxが米国口腔顎顔面外科学会（AAOMS）の機関誌に報告以降、AAOMSがポジションペーパーを発表するなど、MRONJの診断および治療をリードしてきた。MRONJの診断においては、対象となる薬剤がビスホスホネートのみからデノスマブ、さらにはペバシズマブのような血管新生阻害薬にまで拡大された他、骨露出が必須ではなくなり、骨を触知する瘻孔の存在でも診断可能と拡大した。診断基準の変更に伴って、ステージ分類も変更されてきた（図1）。今回、下唇・オトガイ部の知覚異常（いわゆるVincent症状）に注目し、MRONJの診断およびステージ分類の課題について考察した。

図1

2007:骨露出が必須、ステージ0なし
2009:ステージ0(神経感覚機能の変化)
2014:瘻孔から骨を触知でも診断可
2022: 同上

図1 AAOMSのポジションペーパーにおける診断基準、ステージ分類の変遷

MRONJと顎骨骨髓炎

MRONJのステージ1では「無症状で感染を伴わない骨露出…」、ステージ2では「感染を伴う骨露出…」とある。ステージ1でも骨露出や瘻孔を経由した微生物の暴露は避けられず、MRONJと一般的な感染性骨髓炎や放射線性顎骨壊死を見分けることができる特異的な病理組織所見は確立されていない。

MRONJの原因薬となるビスホスホネートやデノスマブの添付文書には、重大な副作用として「顎骨壊死・顎骨骨髓炎」と並記されている。治療方針を考える上で、感染しているが壊死には至っていない病態を薬剤関連顎骨骨髓炎（MROMJ）として捉えることが重要と考えている（図2）。壊死部分は、腐骨分離して自然に遊離するのを例外として、何らかの外科的治療が必要である。一方、壊死周囲の骨髓炎部分は、抗菌薬の投与や高気圧酸素療法などの保存的治療によって可逆性変化を期待できる場合もあり、区域切除を回避して辺縁切除で寛解できる可能性もある。

抗菌薬が普及した現在では典型例は見られなくなったものの、急性化膿性下顎骨骨髓炎の4期モデルはMRONJの病態の理解にも重要である。すなわち、4期は「初期」、「進行期」、「腐骨形成期」、「腐骨分離期」に分類でき、進行期の「前期」には

弓倉症状（隣在歯〔特に原因歯より近心〕の打診痛）・歯の舞踏様動揺を、「後期」には「Vincent症状」、開口障害、嚥下時痛を認める。

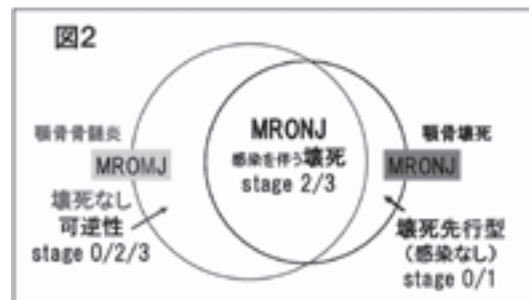


図2 薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）と薬剤関連顎骨骨髓炎（MROMJ）
感染の有無によって分類。MRONJには感染がなく壊死が先行する病態もある。壊死周囲の骨髓炎部分は、保存的治療によって可逆性変化を期待できる場合もある。

診断基準・ステージ分類の変更の根拠

Vincent症状は、ステージ0の中でも、特徴的かつ重要な症状である。AAOMSのポジションペーパーでは、2007年版では骨露出が必須で、ステージ0はなかったが、2009年版からステージ0が追加され、2014年版からは骨を触知する瘻孔の存在でも診断可能となった（図1）。ビスホスホネートやデノスマブを投与中で、Vincent症状を伴う下顎骨骨髓炎の症例で、口腔内および口腔外瘻孔の有無によって、AAOMSのポジションペーパーの各バージョンに当てはめてみた（図3）。

口腔外瘻孔があれば、いずれもステージ3となるが、2007年版では瘻孔がなければMRONJと診断できなかった。その反省から、2009年版ではステージ0が追加されたが、口腔内のみに瘻孔を認める場合にはMRONJと診断できなかった。

図3

瘻孔なし	瘻孔あり
2007:非MRONJ	内:非MRONJ、外:ステージ3
2009:ステージ0	内:非MRONJ、外:ステージ3
2014:ステージ0	内:ステージ2、外:ステージ3

図3 ビスホスホネートやデノスマブを投与中でVincent症状を伴う下顎骨骨髓炎のステージ分類（AAOMSのポジションペーパーのバージョン別）

ステージ分類における課題

2023年に改訂されたわが国のポジションペーパーでは、ステージ0は「分類」としては残すが、MRONJの診断・統計からは外すこととなった（表1）。これは、Vincent症状のような特徴的な症状は例外で、ステージ0での症状・所見は非特異的なものが多く、過剰診断につながるとの批判が多かったためである。ただ、前駆症状を的確に把握することはきわめて重要であり、臨床症状とMRIや核医学イメージングによる評価の組み合わせが期待されている。

表1 潜在性・非骨露出型病変（いわゆるステージ0） 臨床症状
臨床的に骨壊死の確証はないが、以下のような非特異的な症状または臨床所見を呈する患者、歯周病や顎骨性歯周炎の診断でもMRONJに進展するケースが存在するので注意を要する。
症状の例
・歯周病や顎骨性歯周炎と区別がつかない歯痛
・顎の骨の疼痛、顎関節部まで放散
・顎関節の疼痛、上顎洞部の炎症、粘膜炎の肥厚
・神経感覚機能の変化
臨床所見
・歯の動揺
・口腔内あるいは口腔外の腫瘍
※ AAO/OMFは「非特異性でないこと」を強調しているが、わが国では歯性感染症から進展したMRONJが多い現状から、潜在性・非骨露出型病変の症状の例から「非特異性でないこと」を列した。
※ 潜在性・不確定病変（いわゆるステージ0）は「分類」としては残すが、MRONJの診断基準（骨露出・壊死）を満たさないことから、MRONJの診断・統計から外すこととした。

表1 潜在性・非骨露出型病変（いわゆるステージ0）
（2023年に改訂されたわが国のポジションペーパーから引用）

第28回口腔顔面神経機能学会

第28回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会にあたって



第28回口腔顔面神経機能学会学術大会 大会長

大阪大学大学院歯学研究科 顎顔面口腔外科学講座 教授

田中 晋

この度、第28回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会を第1回口唇麻痺研究会（1997年）、第9回学術大会（2005年）以来20年ぶりに担当させていただくことになりました。振り返りますと、国内で医療安全に対する意識や医療機関における対策がまだ十分に浸透していなかった90年代後半に、「口唇麻痺」を主要課題に定めて学会の前身である研究会が設立された意義は大きく、その後、多様な口腔顎顔面領域の神経障害の評価基準の統一を目的としたプロトコルの策定、改訂と各施設での検証が行われ、口唇・舌感覚異常判定認定医制度の制定、そして他学会との連携、協力の中で精密触覚機能検査が新規保険収載されるまでに至り、学会として多くの実績を残してきました。そこで今回、特別企画として研究会設立当初から活動を支えてこられた現理事長の奥羽大学 高田訓先生と感覚プロトコル作成委員会委員長の東京科学大学（旧 東京医科歯科大学）小林明子先生に、「口腔顔面神経機能学会のあゆみと今後の展望」と題してご講演いただきます。また、睡眠-覚醒障害が身体の様々な機能に影響を及ぼすことは広く知られていますが、口腔体性感覚に対する影響については未だ不明な点が多く、特別講演は「睡眠が口腔感覚機能に及ぼす影響」と題して、睡眠科学研究の第一人者である大阪大学大学院歯学研究科口腔生理学講座の加藤隆史教授にご講演いただく予定です。アドバンスセミナーは大阪警察病院歯科口腔外科の石濱孝二部長にご講演いただき、大会翌日に第15回口唇・舌感覚異常判定認定医試験を実施する予定です。研究会設立総会が開催された大阪の地で次世代に繋げていけるような大会にしたいと思いますので、会員の皆様の多くのご参加をお待ちしております。

第28回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会のご案内

第28回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会

大会長 田中 晋

準備委員長 磯村 恵美子

第28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：2025年3月1日（土曜日）

会場：大阪大学中之島センター 10F 佐治敬三メモリアルホール
〒530-0005 大阪府大阪市北区中之島4丁目3-53
TEL：06-6879-2936（顎顔面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：2025年3月1日（土曜日）

特別企画：口腔顔面神経機能学会のあゆみと今後の展望

「口唇から口腔顔面への沿革と展望」奥羽大学歯学部口腔外科学講座 高田 訓 先生

「口唇・舌感覚異常プロトコルの「これまで」と「これから」

東京科学大学（旧 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 小林明子 先生

特別講演：「睡眠医学と歯科の接点（仮）」大阪大学大学院歯学研究科 口腔生理学講座 加藤隆史 先生

会員懇親会：サロン・アゴラ（Salon Agora）（大阪大学中之島センター9F）

（大会終了後開催予定 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：

1. 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致します。口演時間6分、質疑応答時間3分を予定しています。
2. 演題申し込み方法：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、下記事務局メールアドレスにお送り下さい。
3. 演題・抄録申し込み締め切り：2025年1月10日（金曜日）
4. 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メール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。

大会事務局

第28回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会

準備委員長 磯村 恵美子

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-8

大阪大学大学院歯学研究科 顎顔面口腔外科学講座内

TEL：06-6879-2936

E-mail：isomura.emiko.dent@osaka-u.ac.jp

口腔顔面神経機能学会 令和 5 (2023)年度収支決算報告

(2023年 2 月 1 日～2024年 1 月31日) (単位：円)

収入の部		支出の部	
前年度繰越金	1,786,183	学会開催補助	150,000
年会費	916,000	会報発行費	424,050
認定医の申請	40,000	認定医賞状印刷代	29,149
認定医の登録	100,00	消耗品費	20,173
広告代	130,000	通信運搬費	62,378
その他 (入)	12	HP更新費	27,600
		会議費	230,000
		旅費	0
		その他 (出)	70,000
		次年度繰越金	1,958,845
合計	2,972,195	合計	2,972,195

口腔顔面神経機能学会会則

[平成28年 3 月 6 日一部改訂]

第 1 章 総 則		3. 理 事	20名以上30名以内
第 1 条 本会は、これを口腔顔面神経機能学会とよぶ。		4. 監 事	2 名
第 2 章 目的及び事業		第 5 章 幹 事	
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 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 3 条 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。		第10条 役員会の組織と職務は次による。	
1. 総会および学術大会の開催		1. 会長は当該年次の総会ならびに学会を主宰する。	
2. 会誌の発行		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. その他本会の目的達成のために必要な事業		3. 理事は理事会を組織し、会務を執行する。	
第 3 章 会 員		4. 監事は会務および会計を監査する。	
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。		第11条 役員の選出等は次による。	
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。		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。	
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。		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。	
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。		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。	
第 7 条 2 ヶ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。		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。	
第 4 章 役 員		5. 役員選出に関する規程は別に定める。	
第 8 条 本会に、次の役員を置く。		第12条 役員の任期は次による。	
1. 会 長	1 名	1. 会長の任期は 1 年とする。	
2. 理事長	1 名	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
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

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-8
大阪大学大学院歯科学研究科
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）

みずほ銀行 郡山支店（724）
普通預金 3070508
口腔顔面神経機能学会

理事名簿

理事長 高田訓	奥羽大学歯学部口腔外科学講座
副理事長 田中晋	大阪大学大学院歯学研究科顎顔面口腔外科学講座
相川友直	広島大学大学院医系科学研究科口腔外科学
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
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
今村佳樹	日本大学歯学部口腔診断学講座
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
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
鄭漢忠	北海道大学大学院歯学研究科口腔病態学講座口腔顎顔面外科学
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
中嶋正博	大阪歯科大学口腔外科学第二講座
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 関壮樹	大阪大学大学院歯学研究科顎顔面口腔外科学講座

2024年3月1日現在

編集後記

今年は学会事務局が大阪大学顎顔面口腔外科学講座へ異動になった初年度となります。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・学術大会は大阪で再開されますので、会員の皆様にお会いできることを楽しみにしております。
(事務局幹事 関 壮樹)

ReBOSORB

(販売名:レボシス-MT) [整形外科:形成外科]

「綿形状」吸収性骨再生用材料

1. 高い操作性
大骨格のより大きな骨に
応じて簡単に成形できる。
自然な骨の再生が期待できる。

2. 良好な生体適合性
「生体」に馴染みやすい。
骨吸収がゆっくりと続く。

3. 優れた吸収性
骨に溶け込んでいくため、
最終的に骨吸収を促進しやすい。

4. 微細繊維構造
エレクトロスピニングにより、
繊維の繊維構造を再現。
骨吸収の促進として期待。

5. 高い気化性
骨形成に繋がる
細胞や成長因子が
入りやすい。

6. 吸収性材料
骨形成を促進するために、
体内で吸収される。

円滑な手術の進行
優れた骨伝導性

綿のような人工骨、
それが
ReBOSORBです
(販売名:レボシス-MT)
成形しやすい・詰めやすい
円滑な手術が可能です
優れた骨伝導性を有しています

製品名	Product name
品名	品名
ReBOSORB	レボシス-MT
0.2g	

※本製品の製造
販売は、株式会社
テijinメディカルテクノロジー
（以下、テijinメディカル）が行います。

株式会社
テijinメディカルテクノロジー株式会社

本社 / 〒530-0005 大阪府北区中之島2-3-53 (大阪証券取引所) TEL: 06-4706-2146
東京支店 / 〒142-0043 東京都品川区北品川2-2-1 (品川駅前) TEL: 03-4295-4223

お問い合わせ

ORTHOREBIRTH株式会社



<https://teijin-medical.co.jp/>

SuperFLXSORB[®]/MX

吸収性骨接合材

TEIJIN
Human Chemistry. Human Solutions.

販売名: スーパーフィクソープMX30
承認番号: 218005BZ10062000

販売名: スーパーフィクソープMX40
承認番号: 218005BZ10063000

世界初の高強度HA/PLLAコンポジット製吸収性骨接合材

独自の圧縮製造法により強化した非焼成ハイドロキシアパタイト (w-HA) 粒子とポリ-L-乳酸 (PLLA) との複合体からなる生体活性をもつ全吸収性骨接合デバイスです。



操作性を追及したデザイン

- ・定サイズ (厚さ 1.0mm, 1.4mm) のミニプレート
- ・スクリューヘッドのロープロファイル化



ミニプレート (厚さ 1.0mm)
(PLA-4-021.040)

ミニプレート (厚さ 1.4mm)
(PLA-4-021.044)

スクリューヘッドのロープロファイル

スーパーフィクソープ MX の特長

高強度

ヒト皮質骨以上の高い曲げ強度を持っています。

生体適合性

骨結合性、骨伝導性を有しています。
周囲の生体骨と直接結合し、安定した初期固定を示し、治癒を促進します。

生体適合性・安全性

生体材料として使用実績のある生体適合性・安全性が確認された材料のみで構成されています。

製品ラインナップの充実

基本的なプレート形状はもちろんのこと、様々な固定位置に適した形状を準備しています。

CT 透視性

CT の三次元画像により術後のインプラントの状態を容易に観察できます。

※ 製品の説明は必ずお読みください。下記までお問い合わせください。

製造販売元
テijinメディカルテクノロジー株式会社

本社 / 〒530-0005 大阪府北区中之島2-3-53 (大阪証券取引所) TEL: 06-4706-2146

<http://teijin-medical.co.jp>

Le Forte

OMFS

SYSTEM

ORAL &
MAXILLOFACIAL
SURGERY



ProSeed

株式会社プロシード

JEILMEDICAL

Making success the standard

Total Solution for Orthognathic Surgery



Mucosal Cutting

Colorado

Micro dissection needle



CORE2/TPX

Consolidated operating
room equipment



Bone Cutting

Stryker F1

Cordless small bone
power tool system



Sonopet iQ

Ultrasonic aspirator
system



Bone Fixation

Universal Orthognathic Module

Titanium plating system



AcuraFix

Absorbable plating system



Vari Speed

Battery driver



医療機器承認/認証番号

販売名

21300BZY00227000	コロラド マイクロディセクション ニードル電極
230AFBZX00051000	ストライカー社 CORE 2システム
302AFBZX00076000	ストライカー社 TPX システム
230AFBZX00035000	ストライカー社 F1システム
30100BZX00221000	ソノペット iQ
30100BZX00222000	ソノペット iQ 単回使用チップセット
21600BZY00185000	ユニバーサルCMF顎矯正モジュール
22600BZX00666A02	アキュラフィックス*
229AFBZX00006000	Vari Speedバッテリー式電動ドライバー

※本製品に関するお問い合わせは弊社営業までお願いいたします。

*製造販売業者

GUNZE MEDICAL
グンゼメディカル株式会社

販売業者

日本ストライカー株式会社

112-0004 東京都文京区後楽2-6-1 飯田橋ファーストタワー
P 03 6894 0000

www.stryker.com/jp