

# 口腔顔面神経機能学会会報

■2012年12月1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 口腔外科学第一教室内  
 口腔顔面神経機能学会事務局 TEL: 06-6879-2936  
 FAX: 06-6876-5298  
 E-mail: jsfnf@gmail.com  
 ホームページ: <http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/>

## 学会の今後に拡がりに期待を込めて

口腔顔面神経機能学会 理事長 古郷 幹彦

東日本大震災の報道も以前と比べると少なくなりましたが、被災地の復興もさらに進むことを期待しております。

被災された会員の皆さまに心からお見舞いを申し上げますとともに、被災地の一日も早い復興をお祈り申し上げます。

さて、16年前の本学会誕生の発端ともなった下顎智歯抜歯における下唇オトガイ知覚麻痺に対して2回法抜歯の有用性について最近多くの施設から報告がされています。しかしまだ保険診療における保険請求上の問題点も残されています。本件については本学会としてはその賛否も含めてさらに十分に検討すべき課題だと認識せざるを得ません。前回の理事会において2回法抜歯の有用性についてワーキンググループを作るよう提案致

しました。会員の先生方のご意見を伺いたいと存じますがその際はご協力お願い申し上げます。学術集会についてですが、徐々に発表演題の臨床の内容が拡がってまいりました。今後はさらに基礎研究や訴訟に関連した内容にまで拡げ会員の皆様方に幅広い情報を提供し、共有して参りたいと考えております。次回学術集会からの試みになりますが今後の方向性が問われる場となりますので、自由闊達なご討論をお願い申し上げます。本年度は九州中央病院の堀之内先生のパワーあるご努力で3月2日に福岡県歯科医師会館で立派な学会企画が計画されております。どうぞご多数ご参加いただきますようお願い申し上げます。

## 目 次

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 理事長あいさつ.....                | 1  |
| 特例認定医施設及び認定医.....           | 2  |
| 第4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制度規程.....      | 3  |
| 口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則.....    | 4  |
| 第15回口腔顔面神経機能学会開催される.....    | 5  |
| 特別公演.....                   | 5  |
| 一般演題.....                   | 6  |
| 学会長から会員の皆様へ.....            | 18 |
| 第16回口腔顔面神経機能学会のご案内.....     | 18 |
| 平成22年度収支決算報告.....           | 19 |
| 口腔顔面神経機能学会会則.....           | 19 |
| 入会申込と年会費のお知らせ.....          | 20 |
| 理事名簿.....                   | 21 |
| 編集後記.....                   | 21 |

## 特定認定施設及び認定医

第3回口唇・舌感覚異常判定認定医試験にて、1認定施設と、6名の認定医が新たに認定されましたので、追加致します。(※印)

### 認定施設一覧

| 登録番号 | 施設名  |
|------|--|
| 1    | 大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室                     |
| 2    | 鶴見大学歯学部 口腔外科学第2講座                          |
| 3    | 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学                 |
| 4    | 兵庫医科大学病院 歯科口腔外科                            |
| 5    | 奥羽大学歯学部 口腔外科学講座                            |
| 6    | 東京歯科大学口腔健康臨床科学講座口腔外科学分野<br>東京歯科大学水道橋病院口腔外科 |
| 7    | 大阪歯科大学附属病院 口腔外科第2科                         |
| 8    | 東海大学医学部外科学系口腔外科                            |
| 9    | 聖路加国際病院 歯科口腔外科                             |
| 10   | 九州歯科大学附属病院 歯科麻酔・疼痛外来                       |
| 11   | 松本歯科大学 歯科麻酔学講座                             |
| 12   | 九州大学病院 口腔顎顔面外科                             |
| 13   | 新潟大学医歯学総合病院 口腔外科                           |
| 14   | 鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター                          |
| 15   | 松本歯科大学 口腔顎顔面外科学講座                          |
| 16   | 九州中央病院 歯科口腔外科                              |
| 17   | 公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科                       |
| 18   | 日本歯科大学附属病院 歯科麻酔・全身管理科                      |
| 19   | NHO 高崎総合医療センター歯科口腔外科                       |
| 20   | 今池デンタルクリニック                                |
| ※ 21 | 大阪警察病院 歯科口腔外科                              |

※

### 認定医一覧

|    |       |  |
|----|-------|--|
| 1  | 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                     |
| 2  | 浅田 洗一 | 鶴見大学歯学部 口腔外科学第2講座                          |
| 3  | 天笠 光雄 | 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学                 |
| 4  | 浦出 雅裕 | 兵庫医科大学病院 歯科口腔外科                            |
| 5  | 大野 敬  | 奥羽大学歯学部 口腔外科学講座                            |
| 6  | 柿澤 卓  | 東京歯科大学口腔健康臨床科学講座口腔外科学分野<br>東京歯科大学水道橋病院口腔外科 |
| 7  | 覚道 健治 | 大阪歯科大学附属病院 口腔外科第2科                         |
| 8  | 金子 明寛 | 東海大学医学部外科学系口腔外科                            |
| 9  | 川辺 良一 | 聖路加国際病院 歯科口腔外科                             |
| 10 | 椎葉 俊司 | 九州歯科大学附属病院 歯科麻酔・疼痛外来                       |
| 11 | 澁谷 徹  | 松本歯科大学 歯科麻酔学講座                             |
| 12 | 杉山 勝  | 広島大学歯学部 口腔保健衛生学講座                          |
| 13 | 高木 律男 | 新潟大学医歯学総合病院 口腔外科                           |
| 14 | 中村 典史 | 鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター                          |
| 15 | 古澤 清文 | 松本歯科大学 口腔顎顔面外科学講座                          |
| 16 | 堀之内康文 | 九州中央病院 歯科口腔外科                              |
| 17 | 葉師寺 登 | 公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科                       |
| 18 | 山城三喜子 | 日本歯科大学附属病院 歯科麻酔・全身管理科                      |
| 19 | 飯田 征二 | 大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室                     |
| 20 | 田中 晋  | 大阪警察病院 歯科口腔外科                              |
| 21 | 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                 |

|      |       |  |
|------|-------|--|
| 22   | 望月 美江 | 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                 |
| 23   | 長谷川誠実 | 兵庫医科大学病院 歯科口腔外科                            |
| 24   | 高田 訓  | 奥羽大学歯学部 口腔外科学講座                            |
| 25   | 洪澤 洋子 | 奥羽大学歯学部 口腔外科学講座                            |
| 26   | 高野 正行 | 東京歯科大学口腔健康臨床科学講座口腔外科学分野<br>東京歯科大学水道橋病院口腔外科 |
| 27   | 高崎 義人 | NHO 高崎総合医療センター歯科口腔外科                       |
| 28   | 中嶋 正博 | 大阪歯科大学附属病院 口腔外科第2科                         |
| 29   | 大西 祐一 | 大阪歯科大学附属病院 口腔外科第2科                         |
| 30   | 谷山 貴一 | 松本歯科大学 歯科麻酔学講座                             |
| 31   | 大河 和子 | 松本歯科大学 歯科麻酔学講座                             |
| 32   | 大山 順子 | 九州大学病院 口腔顎顔面外科                             |
| 33   | 佐々木匡理 | 九州大学病院 口腔顎顔面外科                             |
| 34   | 児玉 泰光 | 新潟大学医歯学総合病院 口腔外科                           |
| 35   | 杉原 一正 | 鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター                          |
| 36   | 野添 悦郎 | 鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター                          |
| 37   | 安田 浩一 | 松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座                           |
| 38   | 中山 洋子 | 松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座                           |
| 39   | 石井庄一郎 | 公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科                       |
| 40   | 高森 等  | 日本歯科大学附属病院 歯科麻酔・全身管理科                      |
| 41   | 中村 仁也 | 日本歯科大学附属病院 歯科麻酔・全身管理科                      |
| 42   | 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                 |
| 43   | 山西 整  | 大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科第一講座                      |
| 44   | 沢井奈津子 | 大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科第一講座                      |
| 45   | 石濱 孝二 | 大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科第一講座                      |
| 46   | 宮 成典  | 大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科第一講座                      |
| 47   | 山崎 裕子 | 自治医科大学歯学部 歯科口腔外科学講座                        |
| 48   | 浜瀬 真紀 | 浜瀬歯科                                       |
| 49   | 澤田 真人 | 今池デンタルクリニック                                |
| 50   | 梅村 哲弘 | 松本歯科大学 口腔顎顔面外科学講座                          |
| 51   | 稲川 元明 | NHO 高崎総合医療センター歯科口腔外科                       |
| 52   | 松永 和秀 | 鹿児島大学 口腔顎顔面外科                              |
| 53   | 青柳 順也 | 東京医科歯科大学大学院 顎顔面外科                          |
| 54   | 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                     |
| 55   | 菅野 勝也 | 奥羽大学歯学部 口腔外科学講座                            |
| 56   | 蜂須賀永三 | 社会医療法人 石州会 六日市病院                           |
| ※ 57 | 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                     |
| ※ 58 | 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                     |
| ※ 59 | 中村 康典 | 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面機能<br>再建学講座口腔顎顔面外科     |
| ※ 60 | 小野 雄大 | 大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室                     |
| ※ 61 | 山田 謙一 | 大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室                     |
| ※ 62 | 川原 一郎 | 奥羽大学歯学部口腔外科学講座                             |

## 第4回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について

第4回口唇・舌感覚異常判定認定医試験が行われます。

●認定医試験会場及び日程

会 場：福岡県歯科医師会館

日 時：2013年3月3日（日）

（詳細は後日にお知らせいたします）

●試験の申請についてはHPをご覧ください。

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

●不明な点についてはメールにて事務局にお問い合わせ下さい。

e-mail : jsfnf@gmail.com

## 口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程

### 第1章 総 則

#### 第1条

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

#### 第2条

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

### 第2章 認定委員会

#### 第3条

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

#### 第4条

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

#### 第5条

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

#### 第6条

認定委員会は下記の業務を行う。

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

### 第3章 認定医の申請資格

#### 第7条

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

### 第4章 認定医申請資格の特例

#### 第8条

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

### 第5章 認定施設

#### 第9条

認定施設は本学会が認定した施設とする。

#### 第10条

認定施設は下記の各号全てに該当することを要する。

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

### 第6章 認定医及び認定施設の認定

#### 第11条

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

### 第7章 認定医及び認定施設の認定証交付

#### 第12条

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

## 第8章 認定医及び認定施設の資格更新

### 第13条

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

## 第9章 認定医及び 認定施設の資格喪失

### 第14条

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

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

## 第10章 認定医及び認定施設の資格回復

### 第15条

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

## 第11章 補 則

### 第16条

1. この規程の改正は、本学会理事会の承認を必要とする。
2. 本規程施行時に本学会に入会している施設より若干名ずつを本学会理事会の承認を経て認定医として認定する。
3. 本規定施行日から2年間は暫定期間とし、第1回認定試験は平成21年度第14回口腔顔面神経機能学会総会開催以降に行う。
4. この規程に定めるもののほか、認定医制度規程の実施に関し必要な事項は、別に細則として定める。

### 付 則

本規程は、平成20年3月1日に制定し、この日をもって施行する。

## 口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則

### 第1条

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

### 第2条

認定施設在籍期間は、複数の認定施設での研修期間を合算したものでよい。

### 第3条

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

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

### 第4条

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

- 1) 申請書
- 2) 日本国医師、歯科医師免許証（写）

### 第5条

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

- 1) 申請書
- 2) 認定医名簿

### 第6条

認定施設は、下記の診査器具を有していること。

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

### 第7条

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

### 第8条

認定医登録料は10,000円とする。

### 第9条

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

- |          |      |
|----------|------|
| 1) 本学会参加 | 10単位 |
| 2) 本学会発表 |      |
| 講演演者     | 10単位 |
| 共同発表者    | 5単位  |



3) 本学会以外の学術大会での発表（口腔顔面神経機能に関するもの）

講演演者 5単位  
共同発表者 3単位

付 則

本規程は、平成20年3月1日に制定し、この日をもって施行する。

## 第15回口腔顔面神経機能学会開催される

下記日程に口腔顔面神経機能学会が開催されました。

日 時：平成24年2月18日（土）

場 所：日本歯科大学附属病院 8階 牛込ホール

会 長：山城 三喜子

### 特別講演

#### 歯の再生 ～その実現性と国民の期待～

日本歯科大学 生命歯学部 発生・再生医科学

中原 貴

近年、歯の再生と称する基礎研究が数多く報告され、一部の成果は歯の再生医療が到来するかのようメディアを通じて伝えられて、少なからず世間の注目を集めている。しかし、臨床現場では、ますます歯科用インプラントが賑わいを見せ、新たな歯の再生法の気配は全く感じられない。

過去の歯の再生研究は、マウスの歯胚細胞から凝集物を作り、動物体内に移植して歯の形成を誘導する体内培養法に基づく。見方を変えると、マウスの歯の成長過程を人工的に再現できる‘発生’研究と捉えることができる。こうした高度な細胞操作技術がもたらす歯の再構築実験は、基礎生物学における意義は極めて大きいものの、ヒトを対象とする再生医療としては、臨床応用が困難なアプローチと言わざるを得ない。

私たちの研究グループは、リアルな医療として貢献できる再生研究を掲げ、抜去歯から得られる幹細胞を用いて研究活動を行っている。そして、歯の再生医療の実現に挑戦すべく、臨床から得られる細胞・材料を用いた新たな体外培養システム“器官再生法”を開発した。そして、本手法によって、従来は不可能と言われた体外培養による歯根と歯周組織ユニットの再生に成功した。この成果は、多くのメディアを通じて世間に紹介され、歯の再生を待望する患者の声は後を絶たない。

本講演では、マウスで完結してきた再生研究とは一線を画し、臨床応用までを念頭に置いた私たちの歯の研究戦略とその成果を紹介する。21世紀を担う新たな歯科医療の萌芽の息吹を感じていただければ幸いである。

〈主な参考文献〉

1) 中原 貴：8020を支える新しい歯科医療～歯の再生と患者の期待～、8020推進財団 会誌「8020」、2012（印刷中）

- 2) 中原 貴：特別講演・講演後論文「新世代型一再生歯インプラント—その実現に向けて」、日本先進インプラント医療学会誌, 2012（印刷中）
- 3) 中原 貴：体外培養で歯の再生をめざす, ビオフィリア, 7（3）, 32-37, 2011.
- 4) 中原 貴：Nikolay Ishkitiev, 富永徳子, 井出吉昭：抜去歯由来の幹細胞にみる再生医療の未来, 日本歯科医師会雑誌3月号, 62（12）, 21-29, 2010.
- 5) 中原 貴：将来の歯科医療はどうなるのか？～再生医療研究から見た展望～、東京都歯科医師会雑誌8月号, 57（8）, 3-10, 2009.
- 6) Nakahara T. Potential feasibility of dental stem cells for regenerative therapies: stem cell transplantation and whole-tooth engineering, *Odontology*, 99（2）, 105-111, 2011.
- 7) Nakahara T. Tooth/periodontal organ engineering : the ultimate goal of tooth regeneration. In: Greco GN, ed. *Tissue Eng Res Trends*, New York: Nova Science Publishers, 7-13, 2008.
- 8) Nakahara T and Ide Y. Tooth regeneration: implications for the use of bioengineered organs in first-wave organ replacement. *Hum Cell*, 20（3）, 63-70, 2007.  
（平成22年8月 日本ヒト細胞学会 学術論文賞 受賞）
- 9) Nakahara T. A review of new developments in tissue engineering therapy for periodonitias. *Dent Clin North Am* 50（2）, 265-276, 2006.

一般演題

1. 口腔内の表面温度変化による知覚・味覚への影響についての検討  
—大錐体神経・舌咽神経・鼓索神経領域での比較—

奥羽大学歯学部口腔外科学講座

○川原 一郎 浜田 智弘 菅野 勝也、佐藤 淳  
金 秀樹 高田 訓 大野 敬

緒 言

口腔内の知覚および味覚に対する検査は確立されつつあり、感覚異常の診断あるいは治療効果判定に広く用いられている。しかし、口腔内は飲食物等による様々な温度刺激を受けるため、検査時の条件を一定に保つことは難しい。

今回われわれは、冷・温刺激を与え表面温度が変化することによって、知覚および味覚の閾値がどのような影響を受けるかについて、大錐体神経・舌咽神経・鼓索神経支配領域で比較検討したので報告する。

対象および方法

対象は28歳から38歳までの健常人ボランティアの男性9名、女性1名の計10名とした。検査方法は、知覚検査としてSW知覚テストを、味覚検査として濾紙ディスク検査を大錐体神経・舌咽神経・鼓索神経支配領域に実施した(図1)。温度刺激は、安静時表面温度(29~31℃)をコントロールとして、冷・温刺激を与えて検査を行った。各条件とも検査中は赤外線放射温度計で表面温度をモニターし、温度が条件に満たない場合は再度冷・温刺激を与えた。冷刺激は口腔内に氷水を含ませて表面温度を10~14℃とした。温刺激は口腔内に温水を含ませて表面温度を36~40℃とした。

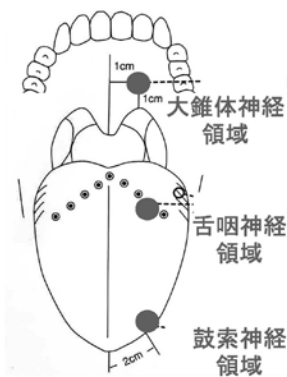


図1 検査部位

結 果

1. 知覚

(常温時)

常温時の知覚閾値について、大錐体神経・舌咽神経支配領域は、鼓索神経支配領域と比較して高かった(図2)。

(温度刺激時)

冷刺激時の知覚閾値について、大錐体神経・舌咽神経・鼓索

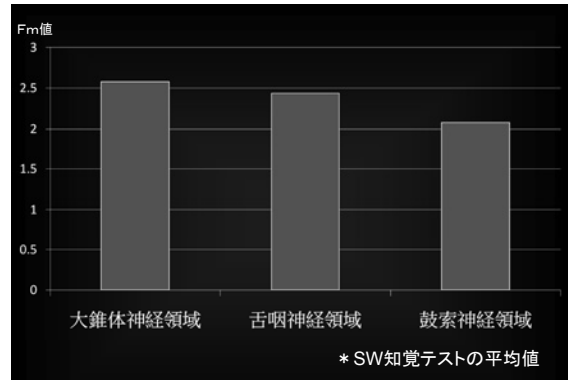


図2 常温時の知覚閾値

神経支配領域のすべてにおいて、常温時と比較して上昇した(図3)。温刺激時の知覚閾値について、大錐体神経・舌咽神経・鼓索神経支配領域のすべてにおいて、常温時と比較して上昇した(図4)。

2. 味覚

(常温時)

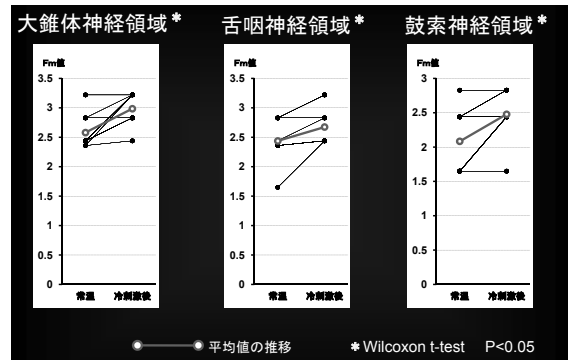


図3 冷刺激による知覚閾値の変化

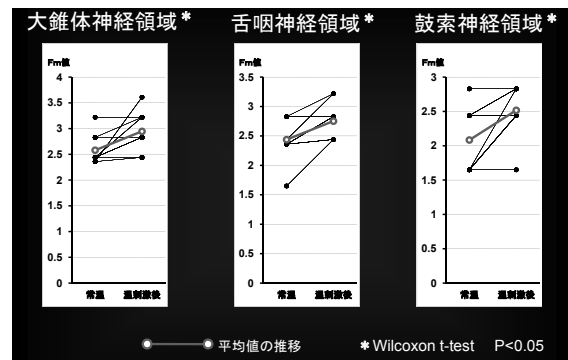


図4 温刺激による知覚閾値の変化

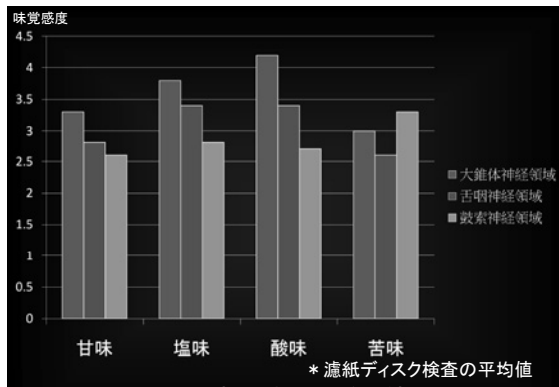


図5 常温時の味覚閾値

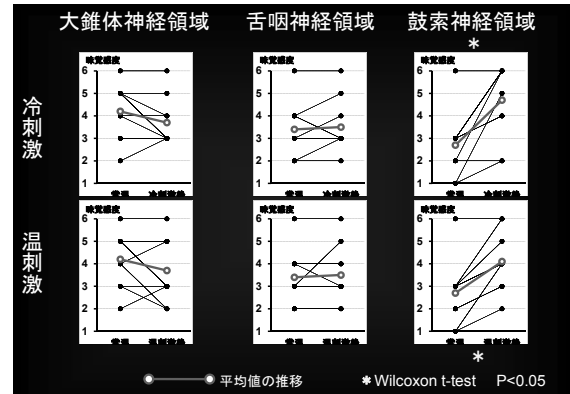


図8 温度刺激による味覚（酸味）閾値の変化

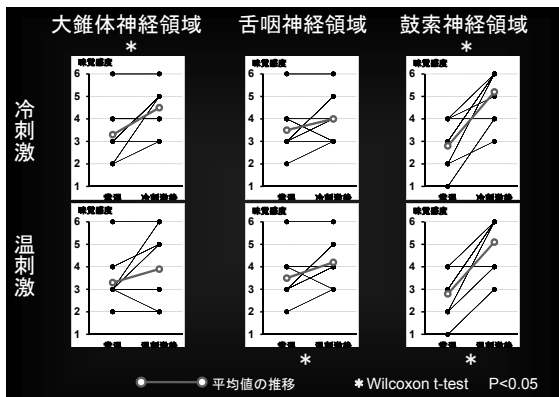


図6 温度刺激による味覚（甘味）閾値の変化

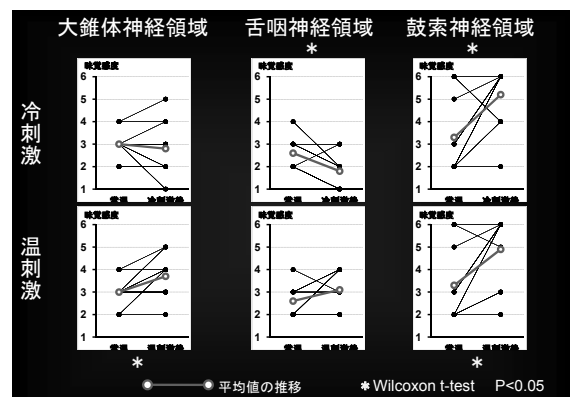


図9 温度刺激による味覚（苦味）閾値の変化

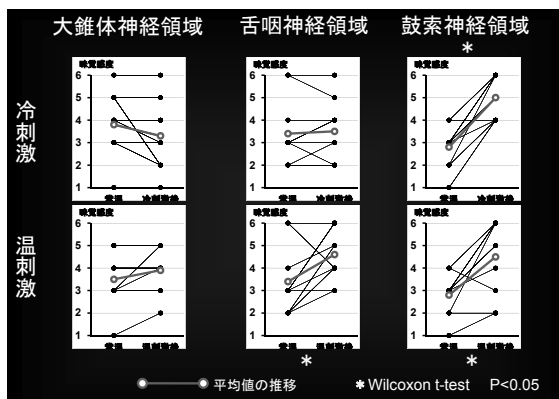


図7 温度刺激による味覚（塩味）閾値の変化

常温時の味覚閾値について、甘味・塩味・酸味は大錐体神経支配領域が一番高く、苦味は舌咽神経支配領域が一番高かった(図5)。

(温度刺激時)

温度刺激時による味覚の閾値について

・甘味

鼓索神経支配領域は有意に上昇した。大錐体神経・舌咽神経支配領域は上昇傾向を認めた(図6)。

・塩味

鼓索神経支配領域は有意に上昇した。大錐体神経・舌咽神経支配領域は大錐体神経領域の冷刺激を除いて上昇傾向を認めた

(図7)。

・酸味

鼓索神経支配領域は有意に上昇した。大錐体神経・舌咽神経支配領域は大きな変化を認めなかった(図8)。

・苦味

鼓索神経支配領域は有意に上昇した。舌咽神経支配領域の冷刺激時は有意に低下した(図9)。

## 結 語

本研究によって以下の事が示唆された。

(常温時)

鼓索神経支配領域は知覚および味覚に対して敏感であったが、苦味だけは、大錐体神経・舌咽神経支配領域の方が敏感であった。

(温度刺激時)

知覚は、大錐体神経・舌咽神経・鼓索神経支配領域のすべての領域で閾値は上昇した。味覚は、鼓索神経支配領域が温度刺激の影響を強く受けた。大錐体神経・舌咽神経支配領域は、全体的に味覚閾値の上昇傾向を認めたが、舌咽神経支配領域における冷刺激時の苦味のみ閾値は有意に低下した。

## 2. 味覚障害に影響する要因について

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

顎顔面外科学分野<sup>1)</sup>

今池デンタルクリニック<sup>2)</sup>

○青柳 順也<sup>1)</sup> 小林 明子<sup>1)</sup> 望月 美江<sup>1)</sup> 澤田 真人<sup>2)</sup>

山崎 裕子<sup>1)</sup> 山城 正司<sup>1)</sup>

### 諸 言

歯科・口腔外科において味覚異常を訴える患者は少なくない。味覚異常に影響する因子は様々に報告があるが、今回われわれは味覚障害を主訴に当科を受診した患者に対し、味覚障害に影響する要因について検討した。

### 対象と方法

対象は2007年から2011年の5年間に当科にて味覚検査を行った患者71名のうち、臨床診断名が味覚異常と診断された者で、血液検査・心理検査を受けた患者17名について検討した。(男性5名 女性は12名 年齢は36～86歳で平均65.5歳)

味覚検査は鼓索・舌咽・大錐体神経支配の3部位において、ろ紙ディスク法と電気味覚検査を行った。どちらかにおいて味覚感度がVIもしくは EGMが34 dBよりも大きい場合を味覚障害ありと判定した。

血液検査は鉄、亜鉛を行い、心理テストはHADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)とEysenck性格テスト(Eysenck Personality Questionnaire Short-form)を行った。

### 結 果

17名中、味覚障害ありと判定された者は12名だった。

味覚障害のありなしで要因と考えられるものを検討した結果、平均年齢は味覚障害ありの方が約5歳高く、また影響する因子として内服薬剤・血清亜鉛濃度の低下が抽出された。(表1)

表1 味覚障害と要因

| 要因            | 味覚障害    |       |
|---------------|---------|-------|
|               | あり12名   | なし5名  |
| 平均年齢          | 67.0歳   | 61.8歳 |
| 全身疾患あり        | 7(58.3) | 3(60) |
| ライフイベントあり     | 3(25.0) | 1(20) |
| 鼻疾患あり         | 4(33.3) | 1(20) |
| ガムテスト(<10ml)  | 3(25.0) | 0(0)  |
| カンジダ症あり       | 1(8.3)  | 1(20) |
| 血清亜鉛濃度(<65μg) | 6(50.0) | 1(20) |
| 血清鉄濃度(<43μg)  | 1(8.3)  | 0(0)  |
| 内服薬剤あり        | 9(75.0) | 1(20) |

カッコ内は%

表2 心理・性格テスト

| 心理・性格テスト    | 味覚障害    |         |
|-------------|---------|---------|
|             | あり12名   | なし5名    |
| HADS(得点>8)  |         |         |
| 不安傾向        | 7(58.3) | 1(20.0) |
| 抑うつ傾向       | 5(41.6) | 0(0.0)  |
| Eysenck テスト |         |         |
| 神経症的性格傾向    | 14.5    | 12.8    |
| 外交的性格傾向     | 15.6    | 16.8    |

カッコ内は%, Eysenckは平均値

心理・性格テストについて、HADSでは、味覚障害ありの群は不安・抑うつ傾向が高くなった。Eysenck性格テストでは、味覚障害ありの群は神経症的性格傾向得点も高い結果だった。(表2)

味覚障害ありで内服薬ありの9名の内服薬は全部で44種類ありましたが、厚生労働省の重篤副作用疾患別対応マニュアルの薬物性味覚障害の中に掲載されている薬物に、20種類が該当した。一番多い方で13種類の薬を服用していましたが、この方の内服薬の中には上記薬剤が6種類含まれていました。

### ま と め

今回我々は味覚障害に影響する要因について検討した。

男女比では女性が多く70%を占めていた。また高齢者の訴えが多く見受けられた。

高齢のため、全身疾患や薬剤性の要因を持つ者が多いと考えられ、また薬剤の長期服用に伴う潜在的な亜鉛欠乏も多いと思われる。

また心理的要因として、不安・抑うつ傾向が高いことも要因の一つと考えられた。

今後、高齢化社会が進むと、味覚異常を訴える高齢者患者がますます増加することが考えられる。そして不安定な社会情勢の中、不安・抑うつ傾向の高い患者さんも増えてくると思われる。

そのときに歯科医療に携わる者として患者の心理・生理状態を十分把握し、対応しなければならないと思われた。



### 3. 各種感覚検査における検査閾値再現性の検討

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面頸部機能再建学系 顎顔面修復学講座 顎顔面外科学分野<sup>1)</sup>  
今池デンタルクリニック<sup>2)</sup>

○小林 明子<sup>1)</sup> 望月 美江<sup>1)</sup> 熊谷 順也<sup>1)</sup> 澤田 真人<sup>2)</sup>  
山崎 裕子<sup>1)</sup> 岡田 尚子<sup>1)</sup> 前田 慶子<sup>1)</sup> 山城 正司<sup>1)</sup>

感覚検査で生じる検査再現性の問題に関わる原因として、検査者によるもの、被験者によるもの、機器によるものなどが考えられる。臨床の検査でこうした原因による誤差をすべて排除することは困難と思われる。当科では複数の検査者が検査を行っているため、同一被験者を複数の検査者が日にちを変えて検査した場合、検査方法によって再現性に違いがみられるかどうかを検討した。

#### 検査方法

圧感受能検査 (SW知覚テスター)、二点識別閾検査 (Disk-Criminator)、温・冷・熱痛覚検査 (温冷刺激装置)、5 Hz矩形波電流刺激検査 (SEM4201)、正弦波電流刺激検査: CPT (Neurometer)

#### 検査部位

下唇、オトガイ部皮膚、舌

#### 対象

抜歯、良性腫瘍手術などが原因で片側の下唇・オトガイ部皮膚・舌に感覚異常が発症した51名の健常側検査閾値。内訳は男性21名女性30名、年齢11~71 (平均42.9) 歳。これらを対象に、日にちをあけて3回以上検査した閾値を変動係数にて評価した。

#### 結果

検査法間の比較をすると、同一被験者の健側閾値において最

も再現性が低かったのはCPTで、次いでSW知覚テスターと二点識別能検査であったが、いずれにおいても被験者によって差があり、再現性の良好な症例とそうでない症例とがみられた。対象症例全体において再現性が良かったのは温覚であった (表1)。

表 1

|                   | 検査再現性(変動係数)                             |                                       |                       | 平均値(SD)<br>最小-最大 [%] |
|-------------------|---|---------------------------------------|-----------------------|----------------------|
|                   | オトガイ部皮膚                                 | 下唇                                    | 舌                     |                      |
| SW知覚テスター          | 22.3 (20.8)<br>0-86.5                   | 24.3 (19.6)<br>0-86.5                 | 39.4 (26.3)<br>0-72.1 |                      |
| 二点識別閾             | 23.1 (14.0)<br>5.6-52.9 <sup>1)除外</sup> | 22.2 (19.6)<br>0-62.5 <sup>1)除外</sup> | 8.3 (11.7)<br>0-16.5  |                      |
| 5Hz矩形波電流          | 12.5 (11.4)<br>0-33.3                   | 9.7 (10.6)<br>0-24.9                  |                       |                      |
| 温覚                | 4.3 (2.2)<br>0-9.3                      | 3.4 (1.4)<br>1.5-8.4                  | 4.7 (3.3)<br>1.6-8.3  |                      |
| 冷覚                | 6.0 (5.2)<br>1.7-17.5                   | 4.4 (2.7)<br>1.9-10.3                 | 4.6 (4.4)<br>0-10.3   |                      |
| 熱痛覚               | 5.3 (2.7)<br>1.4-8.5 <sup>6)除外</sup>    | 4.3 (2.1)<br>1.6-8.9 <sup>2)除外</sup>  |                       |                      |
| Neurometer 2000Hz | 35.9 (35.5)<br>4.7-115                  |                                       |                       |                      |
| 250Hz             | 54.3 (28.2)<br>14.4-98.4                |                                       |                       |                      |
| 5Hz               | 57.1 (27.0)<br>19.3-109.1               |                                       |                       |                      |

除外症例: 二点識別閾検査では全ての応答が(1点刺激でも)「2点」であった症例  
熱痛覚検査では上限温度(50℃)でも熱痛覚認知がなかった症例

#### 結論

複数の検査者が同一被験者を検査した場合、温覚閾値の検査再現性が良好であった。

### 4. 舌の部位別感覚検査閾値の比較検討

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顔面外科学分野

○前田 慶子 小林 明子 熊谷 順也 望月 美江  
山城 正司

#### 緒言

今回、当科において新たに口腔内用に感覚検査器具を改良し、舌の部位別の感覚検査を行い若干の知見を得たので御報告した。

#### 対象および方法

2011年12月から2012年1月末日までに東京医科歯科大学歯学部付属病院顎顔面外科において同意を得られた健常ボランティア

ア10名。平均年齢は35.5歳、性別は男性5名、女性5名。検査は、①二点識別能検査 (口腔内用二点識別能テスター; KGS社製; 埼玉)、②触圧覚検査 (SW知覚テスター<sup>®</sup>)、③温・冷覚検査 (Thermal Stimulator, TI-3101; KGS社製; 埼玉) の順に行った。測定部位は、舌前方は、尖端から20mmまでやや舌縁よりの領域、後方は、尖端から20mm~有郭乳頭間のやや舌縁よりの領域と設定した。またSWテスターのFm値は、細い方から1.2.3...と数値対応させた。

結 果

いずれの検査においても閾値に左右差はなかった。前方後方の比較においては冷覚では前方領域の閾値のほうが、他は後方領域の閾値のほうが高く、有意差をみとめた (Table 1・2)。

Tabel 1  
～左右差の比較～

| 検査      | 部位 | n  | R                               |                                  | L    |      | P-value |
|---------|----|----|---------------------------------|----------------------------------|------|------|---------|
|         |    |    | Mean (SD)<br>Median (25-75%ile) | Mean (SD)<br>Median (25-75%ile)  |      |      |         |
| 2点識別能検査 | 前方 | 10 | 3.4 (0.84)<br>3 (3-4)           | 3.4 (0.52)<br>3 (3-4)            | 0.97 |      |         |
|         | 後方 | 10 | 4.2 (1.62)<br>4 (4-4.75)        | 4.9 (2.03)<br>4 (4-7)            |      | 0.32 |         |
| 触圧覚検査   | 前方 | 10 | 2.6 (0.70)<br>3 (2.25-3)        | 2.8 (1.03)<br>3 (2.25-6)         | 0.80 |      |         |
|         | 後方 | 10 | 4.2 (1.03)<br>4 (3.25-5)        | 4.5 (1.08)<br>4 (4-5)            |      | 0.58 |         |
| 温覚検査    | 前方 | 10 | 33.4 (1.51)<br>33.5 (32.25-36)  | 34.1 (2.85)<br>33.5 (32.25-35.5) | 0.79 |      |         |
|         | 後方 | 10 | 39.1 (3.25)<br>40 (36.75-40)    | 39.7 (3.71)<br>40 (37-40)        |      | 0.58 |         |
| 冷覚検査    | 前方 | 10 | 30.1 (2.28)<br>30 (29-31.75)    | 30.6 (2.46)<br>30 (29-31.75)     | 0.80 |      |         |
|         | 後方 | 10 | 33.0 (0.84)<br>33.5 (32-34)     | 33.0 (2.62)<br>34 (30.5-34.75)   |      | 0.85 |         |

Wilcoxon's signed rank test

考 察

舌の感覚検査では、従来の器具では挿入困難で、部位別の閾値を測定することが困難であった。今回、器具の改良により舌根をはじめ口腔内後方領域の測定が簡易にできるようになった。他、温度感覚検査器具は大きさがポータブルタイプで小さく、場所を問わず測定可能となった。今回の測定結果では、舌の左右差はみられなかったが、前方・後方領域の比較では有意差がみられた。この結果をふまえさらに測定人数を増やし、有病者の測定および器具の改良を行っていく予定である。

Tabel 2  
～前後方の比較～

| 検査      | n  | 舌前方                             |                                 | 舌後方     |  | P-value |
|---------|----|---------------------------------|---------------------------------|---------|--|---------|
|         |    | Mean (SD)<br>Median (25-75%ile) | Mean (SD)<br>Median (25-75%ile) |         |  |         |
| 2点識別能検査 | 20 | 3.4 (0.68)<br>3 (3-4)           | 4.5 (1.81)<br>4 (4-5.5)         | < 0.001 |  |         |
| 触圧覚検査   | 20 | 2.7 (0.86)<br>3 (2-3)           | 4.4 (1.04)<br>4 (3.75-5)        | < 0.001 |  |         |
| 温覚検査    | 20 | 33.8 (2.24)<br>33.5 (32-34.25)  | 39.4 (3.41)<br>40 (36-40)       | < 0.001 |  |         |
| 冷覚検査    | 20 | 30.4 (2.32)<br>30 (29-32)       | 33.0 (2.43)<br>34 (31.5-34.25)  | 0.002   |  |         |

Wilcoxon's signed rank test

5. 口唇麻痺を招来した歯根尖切除後の治癒不良および閉鎖根管根尖部の根尖病巣に対する歯内療法

兵庫医科大学歯科口腔外科学講座  
長谷川誠実 浦出 雅裕

緒 言

下顎管やオトガイ孔に近接している根尖部の慢性病巣の急性化は、当該神経支配領域の知覚障害を招来する可能性がある。その場合、治療の第一選択は根尖性歯周疾患罹患歯の感染根管治療となるが、歯内治療が困難とされる場合、治療上やむなく抜歯処置の判断を下されることも決して稀ではない。しかし、その歯内治療困難の判断は、多くの場合基本的歯内療法処置に対する理解不十分に原因があることも多い。巷間歯内治療困難とされる代表例は、根尖部の喪失と根管閉塞であろう。そこでその二点に関して、慢性根尖性肉芽性歯周炎が急性化するに伴い下唇知覚障害を呈した症例をもとに、それらの対応法を再確認したい。

症 例

症例 1

主訴：右側下顎第二小白歯の自発痛および下唇の麻痺感。  
患者は34歳女性である。3年前に当該歯の歯根嚢胞（当時担当医診断）摘出目的に歯根尖切除術が施行された既往がある。

患者は1週間前から咬合痛を自覚し始めたがそのまま放置していた。しかし咬合痛は増悪し、3日前からは自発痛とともに右下の下唇に知覚鈍麻を認め当科受診となった。

現症は、持続的自発痛を認め、根尖部の圧痛が著明で、デンタルエックス線写真で3年前の歯根尖切除より認めたセメント質の肥大部分は残存していたが根尖部の切除が確認された (図1)。切除時に引き伸ばされたマスターコーンが認められることから、逆根管充填は施されていないと判断された。診断は右

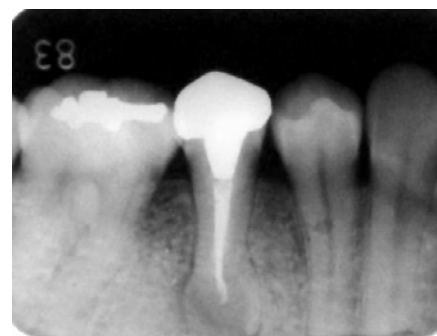


図 1

側下顎第二小臼歯慢性根尖性肉芽性歯周炎の急性転化と考えられる。

治療方針はApexificationとした。根尖部の喪失に対するApexificationの場合、まず根尖の状態を、先端を屈曲させたK-fileを用いて断面の情報を得、三次元的な形態把握を行うことに始まる。次のBackup preparationを行う際にはApical reference pointの設定のみでは不十分で、Working widthも定めることが、根尖部の均一なセメント質誘導のためには必要である。根管充填法も、Apexificationの状態を三次元的に把握することで決定する。知覚障害は、治療開始後2週間改善し、Apexification確認後、Sectional point法による根管充填を施行した(図2)。

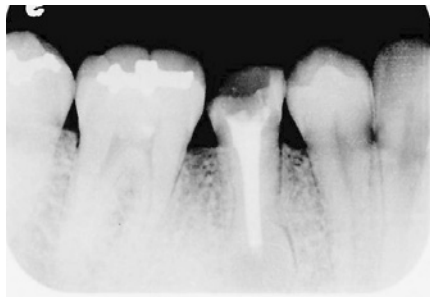


図2

症例2

主訴：右側下顎第二大臼歯の自発痛および右側下顔面の麻痺感。

患者は37歳男性である。1年前に、当該歯のPer(レセプト病名以外のカルテ記載なし)で感染根管処置を受けた既往を有する。処置後担当医から、閉塞根管なので、今後急性症状を持てば抜歯してインプラントが適応との示唆を与えられていた。歯痛は処置直後からしばしば生じていたが、鎮痛薬の服用で治まっていたとのことである。今回も、自発痛に対し鎮痛薬を服用し経過を観察していたが、右側下顔面に知覚鈍麻を認めるようになり当科受診となった。

現症は、根管の閉塞を思わせる根管充填が施されており、明確な根尖病巣を有していた(図3)。症状は持続的自発痛と、



図3

根尖部の圧痛および打診痛が著明であった。診断は、右側下顎第二大臼歯の慢性根尖性肉芽性歯周炎の急性転化と診断された。

治療法には、イオン導入法を選択した。その際の重要な点は、根尖部への薬剤導入の確実性の確保で、本症例では導入ガイドの根管形成と導入電極の先端以外の絶縁が該当する。処置後、顔面の知覚障害は約10日で軽快し、3ヵ月後には根尖病巣の治療傾向も確認された(図4)。

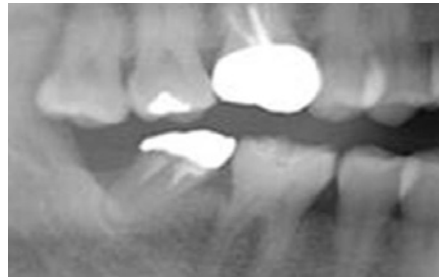


図4

考察および結論

歯内療法処置も従来の処置法に明確なエビデンスを得るべく、診断、根管の化学的清掃および器械的清掃法、根尖側基準点の設定方法、器械的清掃の基準方法等、治療法におけるスタンダードの確立が行われ成文化した形で報告されている。それらの術式を確実に用いることにより、従来難症例と判断されていた根尖の異常形態を伴う感染根管であっても対応可能で、抜歯の選択は最小限に抑えられると考える。

6. 当センターに来院したインプラント術後知覚異常の臨床的検討

- 1) 日本歯科大学附属病院 歯科麻酔・全身管理科
- 2) 日本歯科大学附属病院 インプラント診療センター
- 大島 正充<sup>1,2)</sup> 小倉 晋<sup>1,2)</sup> 山田麻衣子<sup>1,2)</sup>
- 新崎 公子<sup>1,2)</sup> 篠原健一郎<sup>1,2)</sup> 高森 等<sup>2)</sup>
- 中村 仁也<sup>1)</sup>

I. 緒言

他施設でインプラント治療を行った後、経過不良などを訴えて来院するいわゆる問題症例のなかには、知覚異常に関連したものが含まれる。今回われわれは、2001年から2011年までの11年間に当センターへ初診で来院した問題症例のうち、インプラ

ント術後の知覚異常に関連したものについて検討したので報告する。

II. 対象

2001年1月～2011年12月までの11年間に日本歯科大学附属病

院インプラント診療センターへ来院した初診患者は4836名、平均年齢53.1歳。このうち問題症例は579名、平均年齢57.9歳であった。対象は問題症例のうち、インプラント術後に知覚異常が認められたもので15名、平均年齢55.7歳であった。検討項目は1.紹介状の有無、2.来院までの期間、3.当院での処置内容、4.知覚異常の予後5.対象の内訳の5項目とした。

### Ⅲ. 結 果

1. 紹介状の有無は、施術医の紹介で来院した例が4例26.7%、紹介医から来院した例が2例13.3%、紹介なく患者の判断で来院した例が9例60.0%であった。2. 知覚異常を発現してから来院までの期間は1か月未満の来院が、6例40.0%、1か月~6か月未満での来院は4例26.7%、6ヶ月以上が経過した後の来院は5例33.3%であった。症状発現から最短の来院は8日で、最長で8カ月であった。3. 当院での処置内容は、薬物療法のみが2例13.3%、薬物療法+理学療法の併用が11例73.4%、薬物療法+理学療法+星状神経節ブロックの併用が2例13.3%で、薬物および理学療法の併用が最も多くを占めていた。4. 知覚異常の予後については、何らかの改善を認めた例が9例60.0%、全く改善なしが6例

40.0%であった。5. 対象の内訳は全症例、下歯槽神経損傷によるオトガイ神経領域知覚異常の診断で、埋入されていたインプラント体はすべて歯根タイプ、原因と思われるインプラント体はすべての例で除去が行われていた。インプラント体埋入部位は左側が6例、右側が9例で、右側のほうが多い傾向であった。来院までに施術医、紹介医において、知覚異常に対する何らかの処置を受けた例は6例認めた。知覚異常発現から1カ月以内に受診した例の予後は、6例中4例でなんらかの改善を認めた。

### Ⅳ. 考察および結論

当センターに来院した問題症例のうち、インプラント術後の知覚異常を主訴に来院した15例について検討した。1. 知覚異常に対する主な対応として、薬物療法および理学療法が約7割と多くを占めていた。2. 知覚異常の予後は何らかの改善が認められたものが約6割であった。インプラント術後の知覚異常は症状の発現後、比較的早期、約1カ月以内に来院した例で、より良い改善傾向を認めた。しかし、改善を認めない例も少なからず認められ、神経損傷の程度により左右されることが示唆された。

## 7. 末梢性神経障害性治療薬プレガバリンの使用報告

- 1) 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔病病因態制御学講座  
口腔外科学第一教室
  - 2) 大阪大学大学院歯学研究 高次脳口腔機能学講座  
歯科麻酔学教室
- 永谷 俊介<sup>1</sup> 石濱 孝二<sup>1</sup> 瀧 邦高<sup>2</sup> 田中 徳昭<sup>1</sup>  
山西 整<sup>1</sup> 原田 丈司<sup>1</sup> 平岡慎一郎<sup>1</sup> 正脇 綾<sup>2</sup>  
樋口 将隆<sup>1</sup> 石本 俊介<sup>1</sup> 奥野 恵実<sup>1</sup> 杉村 光隆<sup>2</sup>  
丹羽 均<sup>2</sup> 古郷 幹彦<sup>1</sup>

### 緒 言

末梢性神経障害性疼痛治療薬プレガバリン 商品名リリカ®は痛みの伝達に関わるカルシウムチャネルの働きを抑制することで痛みを止める作用機序をもった新しい疼痛治療薬である。末梢性神経障害性疼痛とは痛み刺激を受け取る神経が、何らかの原因で傷つくことで、痛みを発したり痛みの感受性が高くなることで起こる。口腔顎顔面領域では、帯状疱疹後神経痛や三叉神経痛が神経障害性疼痛に包括される疾患となっているが、口腔外科領域での同治療薬のまとまった使用報告はない。そこで、リリカを処方した患者について後方視的に検討を行った。

### 対象及び方法

対象は2010年7月1日~2012年1月31日までの1年7カ月の間に、大阪大学歯学部附属病院第一口腔外科、および歯科麻酔科にてプレガバリンを処方した患者24名、男性：6名、女性：18名で、これら対象の疾患、年齢、性別、プレガバリン投与による効果について診療録の記載から調査した。

リリカ投与による効果判定は以下のように定義した。

著効：疼痛症状が消失

有効：疼痛症状の改善

無効：2週間以上の投与に対しても疼痛症状の改善を認めなかった症例

不明：副症状の出現により服薬の継続を余儀なく中止した症例、とした。

著効、有効例を効果ありとし、副症状による中止例を除いた例数で除した割合を奏効率と定義した。

また詳細な副症状について確実に記載されていないこともあり、副症状発現率については算出せず、副症状による脱落率を求めた。

疾患の内訳では非定型顔面痛が6例と最も多く、次いで三叉神経障害性疼痛と帯状疱疹・帯状疱疹後疼痛がそれぞれ5例、三叉神経痛が3例、慢性下顎骨髄炎が2例、その他3例であった。

プレガバリンの臨床評価は、著効を示したのは帯状疱疹後疼痛と慢性下顎骨髄炎の2例、有効であったのが11例であった。奏効しなかった無効例は7例、副症状により、投与中止となり効果が不明であったのは4例であった。したがって、奏効率



は20例中13例で65%、また、副症状による脱落率は17%であった。

結 果

有効例13例と無効例の7例を比較したが、年齢分布では両群に差は見られなかった。男女比では、男性の無効例がなかったが、統計学的にあきらかな性差は認められなかった。

疾患別では、非定型顔面痛で無効例が多く、反対に、三叉神経障害性疼痛、慢性下顎骨髄炎では全例で効果を示していた。プレガバリンは痛みの伝達に関わるカルシウムチャネルの働き

を抑制することで鎮痛作用を発揮するが、外傷や炎症による侵害受容性疼痛とは異なり、原因となる疾患が治癒しても疼痛が消失しない神経障害性疼痛に有効とされている。したがって、口腔外科領域で処方された疾患のなかで、三叉神経障害性疼痛に有効である可能性が示唆された。また、慢性下顎骨髄炎寛解時における疼痛にも有効であったことから、炎症による神経障害の可能性も考えられた。

口唇麻痺に頻繁に遭遇する我々にとって、知覚鈍麻と合併した知覚過敏や疼痛に対してプレガバリンは有用な治療薬であると思われた。

8. 舌神経修復術後の知覚の回復過程について

浜瀬歯科<sup>1)</sup> 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター<sup>2)</sup>  
東京歯科大学口腔外科学講座<sup>3)</sup>  
浜瀬 真紀<sup>1,3)</sup> 池田 千早<sup>3)</sup> 高崎 義人<sup>2)</sup> 柴原 孝彦<sup>3)</sup>

緒 言

下顎智歯抜歯に起因する神経損傷の中では下歯槽神経損傷が最も頻度が高いものの、舌神経損傷もしばしば経験されるようになった。今回、1997年から2007年の間に東京歯科大学千葉病院口腔外科を受診し、舌神経修復術を行った5症例のうち、手術後9年から11年という比較的長期の予後を観察できた2症例について若干の考察を加え報告する。

症 例

症例 1

患者：35歳（受傷時年齢）、女性  
主訴：舌右側の麻痺感  
既往歴：特記事項無し  
現病歴：近医歯科において下顎右側水平埋伏智歯抜歯を施行、

歯根周囲の骨削去時に激痛を認めた。麻酔覚醒後より、舌右側のしびれ、麻痺、運動障害を認めたために受傷から5日後初診来院。

現症：口腔内所見として、下顎右側第2大臼歯からの遠心切開はやや舌側に向かっていた。右側舌縁部は知覚脱失し、同部に咬傷を形成していた。また、同部の味覚は消失していた。

臨床診断：下顎右側智歯抜歯後の舌神経損傷

処置ならびに経過（表1）：

受傷から1ヵ月後、全身麻酔下に神経修復術を施行した。抜歯窩を明示したところ、舌側の皮質骨はほとんどなく、舌神経は切断されており、その周囲は癒痕組織で覆われていた。また、神経断端は切削器具に巻き込まれたかのように挫滅していた。切断された神経を癒痕組織から剥離し、神経の断端を新鮮化した後に神経縫合術を行った。

SWテストでは、初診時には患側の舌後方で6.65が触知で

表 1

|         | 初診時（手術1か月前）      |       | 手術3か月後           | 手術6か月後               | 手術1年後 | 手術2年後           | 手術3年後            | 手術6年後           | 手術11年後            |       |      |
|---------|------------------|-------|------------------|----------------------|-------|-----------------|------------------|-----------------|-------------------|-------|------|
|         | 健側（左）            | 患側（右） | 患側（右）            | 患側（右）                | 患側（右） | 患側（右）           | 患側（右）            | 患側（右）           | 患側（右）             | 患側（右） |      |
| SW test | A                | 2.36  | 5.07             | 4.93                 | 4.93  | 4.56            | 4.31             | 4.93            | 5.88              | 2.36  | 3.61 |
|         | B                | 2.36  | 4.56             | 5.07                 | 4.93  | 4.17            | 5.18             | 4.74            | 6.10              | 1.65  | 4.08 |
|         | C                | 2.36  | 6.65 (-)         | 5.07                 | 4.93  | 4.56            | 5.18             | 4.93            | 5.88              | 1.65  | 3.61 |
| 自覚症状    | 右側舌縁部の知覚脱失、味覚の脱失 |       | 舌尖部のビリビリ感、味覚変化無し | 右側舌縁部の異・錯感覚あり、咬傷形成なし |       | 異・錯感覚は消失、知覚鈍麻あり | 知覚鈍麻あり、軽度の咬傷形成あり | 知覚に変化なし、慣れてしまった | 咬傷形成なし、長時間の会話で疲労感 |       |      |

表 2

|         | 初診時        |       | 手術直前<br>(初診から2か月) | 手術1か月後                  | 手術6か月後           | 手術1年後                 | 手術1年6か月後  | 手術2年後 | 手術3年後           | 手術4年後              | 手術5年後              | 手術9年後                     |       |
|---------|------------|-------|-------------------|-------------------------|------------------|-----------------------|-----------|-------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------------|-------|
|         | 健側（左）      | 患側（右） | 患側（右）             | 患側（右）                   | 患側（右）            | 患側（右）                 | 患側（右）     | 患側（右） | 患側（右）           | 患側（右）              | 患側（右）              | 健側（左）                     | 患側（右） |
| SW test | A          | 2.36  | 5.46              | 3.22                    | 4.93             | 4.31                  | 4.56      | 4.31  | 4.31            | 3.61               | 4.08               | 2.83                      | 3.22  |
|         | B          | 2.36  | 4.74              | 4.08                    | 6.65             | 4.74                  | 4.56      | 4.31  | 4.17            | 4.56               | 4.93               | 4.17                      | 4.93  |
|         | C          | 2.44  | 4.56              | 4.31                    | 6.65             | 4.74                  | 5.17      | 4.31  | 4.74            | 4.17               | 5.88               | 4.93                      | 5.07  |
| 自覚症状    | 舌右側の知覚鈍麻あり |       |                   | 舌右側のビリビリ感あり、腫れぼったい感じは軽減 | 咬傷形成なし、自覚症状はやや増悪 | ビリビリした痺れから、ジンとした痺れに変化 | 腫れている感じあり |       | しびれた感じは改善、味覚はなし | 咬傷形成なし、食感わかるが味覚はなし | 咬傷形成なし、食感わかるが味覚はなし | 舌右側のしびれ、右下8部触診で舌にビリビリ感を発現 |       |

きず、知覚脱失の状態であった。手術後は若干の回復を認め、手術から約2年後では4.31～5.18が触知可能となったが、その後数年間はあまり変化がなく、症状固定かと思われた。しかしながら、手術10年後くらいから知覚鈍麻の回復を自覚し、咬傷形成を全くしなくなった。手術11年後の検査では3.61が触知可能となり、検査値、自覚症状ともに回復を認めた。

#### 症例2

患者：29歳（受傷時年齢）、女性

主訴：舌右側の麻痺感

既往歴：特記事項無し

現病歴：近医歯科において下顎右側智歯を抜歯し、処置時に異常疼痛などは認めなかった。しかしながら翌朝より舌右側の鈍麻感と膨張感を自覚し、抜歯窩の消毒時には舌右側にピリピリと電気の走るような感覚を自覚した。その後、症状が改善しないために受傷から1週間後に初診来院した。

現症：初診時、最大開口距離28mmで軽度の開口障害あり。舌右側の知覚鈍麻を認め、同部の味覚も消失していた。

臨床診断：下顎右側智歯抜歯後の舌神経損傷

処置ならびに経過（表2）：

受傷から約2ヶ月後、全身麻酔下に神経修復術を施行した。

抜歯窩を明示したところ、舌神経は部分的に切断されていた。瘢痕組織を剥離し、新鮮面を露出させ神経修復術を行った。再度瘢痕組織に覆われて瘢痕絞縮が起こるのを防ぐために、舌神経周囲を吸収性膜で被覆し創を閉鎖した。

SWテストでは、手術直後は4.93～6.65と初診時と比べても閾値が高かったものの、手術1年後には4.56～5.17が触知可能となり、回復傾向を認めた。手術3年後から9年後を比較すると初診時よりは改善していた。自覚症状については、初診時は著しい知覚鈍麻・腫れぼったい感じがあったが、手術1年後からジーンとしたしびれの症状を認めた。手術9年後では咬傷形成はほとんどなくなったものの、異感覚のようなしびれた状態が継続しているとのことであった。

#### まとめ

今回、舌神経修復術後11年と9年という、比較的長期の経過をみることができた。

2症例ともに、受傷してから比較的早期に神経修復術を施行することができ、初診時に比べると知覚の回復傾向を認めた。とくに症例1においては、手術10年を経過してから、検査値、自覚症状ともに改善傾向を認めており、長期にわたり経過観察を行うことは非常に有用であると考えられた。

## 9. 前腕皮弁にて再建した舌の知覚に関する検討

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科・顎顔面外科学

○望月 美江 小林 明子 青柳 順也 山城 正司

### 緒言

1978年に中国のYangらによって報告された前腕皮弁は薄く、可動性に富み、口腔、顎顔面領域では最も頻繁に用いられている移植組織の一つである。術後のquality of life も重要視される現在では、創部の形態回復のみならず、機能面の回復程度の把握も必要であると思われる。

今回われわれは、舌癌切除と同時に前腕皮弁による即時再建術を行った症例の、舌の温冷覚、熱痛覚、触覚閾値を検討したので報告した。

### 対象

対象は前腕皮弁により軟組織再建を行った舌癌術後患者11名（男性8名、女性3名、平均年齢63.7歳）とした。対象の内訳は舌部分切除1例、舌半側切除9例、舌の半側をやや超える程度の舌垂全摘1例で、健側の舌神経への影響を考え、全例患側のみの頸部郭清術を行っている症例とした。術後経過日数は12か月から226か月であった。

### 方法

検査部位は前腕皮弁による軟組織再建部の舌背相当部中央と、前腕皮弁検査部の反対側舌背相当部の2か所とした。温覚と熱痛覚はユニークメディカル社製の痛覚計<sup>®</sup>を使用した。検査時間を短縮し、対象者の負担を軽減するために、検査温度は

35℃から開始し、5℃ずつ上昇させ、50℃までのそれぞれの検査温度で感じた感覚を答えていただいた。冷覚はダイヤメディカル社製の温冷刺激装置<sup>®</sup>を使用し、検査温度は20℃とした。触覚はSW知覚テスターを使用し、Wernerの方法に準じて行った。

### 検査結果

温覚および熱痛覚において、健側では35℃または40℃で全例温覚を認知し、熱痛覚は1名を除いて45℃または50℃で認知した。患側では1例が45℃で、1例は35℃で温覚を認知し、その他の9名は温覚を認知できなかった。熱痛覚は2名のみ認知した。冷覚は温覚と違い、11名中9名が患側に冷覚を認知した。SW知覚テスターの一番小さいFm値1.65のプロープを1とし、6.65のプロープまで順番に番号を付けた。患側で触覚を認知できたのは11名中7名であった。健側と患側のプロープ番号の差は4から8で、測定できた症例の平均プロープ差は5.6であった。温覚、熱痛覚、冷覚、触覚の結果をまとめてみると、すべての感覚が認知可能であったのが1名、温覚、冷覚、触覚が認知可能であったのが1名、熱痛覚、冷覚、触覚が認知可能であったのが1名、冷覚、触覚が認知可能であったのが4名、冷覚のみ認知可能であったのが2名、すべて認知不可能であったのが2名という結果であった。

結 論

舌癌切除と同時に前腕皮弁による即時再建術を行った症例の、舌の温覚、熱痛覚、冷覚、触覚閾値を測定し、以下の結果を得た。

温覚はほとんどの症例で回復しておらず、2例のみ認知できた。触覚は11例中7例が認知できた。冷覚は11例中9例が認知可能で、最も多くの症例が回復していた。熱痛覚は50℃までしか測定しなかったため、認知できた症例は2例のみであった。

10. 下歯槽神経の外傷性神経腫に対しPGA-collagen tubeを用い神経再生術を施行した2例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野<sup>1</sup>  
 新潟大学大学院医歯学総合研究科 歯科侵襲管理学分野<sup>2</sup>  
 新潟大学 脳研究所 統合脳機能研究センター<sup>3</sup>  
 京都大学再生医科学研究所 臓器再建応用分野<sup>4</sup>  
 ○池田 順行<sup>1</sup> 飯田 明彦<sup>1</sup> 小玉 直樹<sup>1</sup> 高木 律男<sup>1</sup>  
 照光 真<sup>2,3</sup> 瀬尾 憲司<sup>2</sup> 松澤 等<sup>3</sup>  
 中村 達夫<sup>4</sup> 茂野 啓示<sup>4</sup> 稲田 有史<sup>4</sup>

緒 言

外傷性神経腫は、損傷部から異常増殖した神経線維と結合組織の腫大を特徴とし、難治性の慢性痛を誘発する。稲田らは、四肢における複合性局所疼痛症候群の治療において、京都大学再生医学研究所で作製されたポリグリコール酸の線維で編み込んだチューブにコラーゲン線維を充填した人工チューブ(PGA-collagen tube)を用い良好な成績を治めている。今回私達は、下顎第三大臼歯抜歯後に生じた下歯槽神経の外傷性神経腫に対し、関係各科と連携のもとPGA-collagen tubeを用いた外科的治療を施行したので報告した。

MR Neurography (3DVR-MRN) では、抜歯窩底部で下歯槽神経が腫大し抜歯窩内の軟組織と連続していた。処置：PGA-collagen tubeを用いた外科的治療を行った。頬側皮質骨を一旦除去して下歯槽神経を剖出し、顕微鏡下で神経周囲の軟組織を剥離した。神経本幹の連続性はある程度保たれていたため、剥離後に同部をPGA-collagen tubeで包んで縫合した。外した頬側皮質骨は吸収性プレートで固定した。病理組織診断：外傷性神経腫。経過：術後2～3か月で神経再生痛と思われる疼痛が出現したが約6か月後に消失した。SW testと2点識別検査でも、術後一過性に値の上昇がみられたが、6か月後頃より改善傾向を示し患者の満足が得られた。

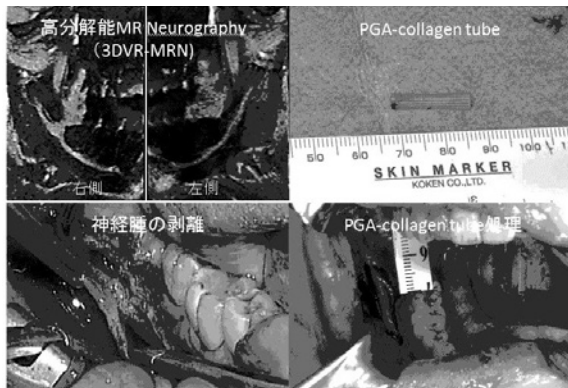
症 例

症例 1

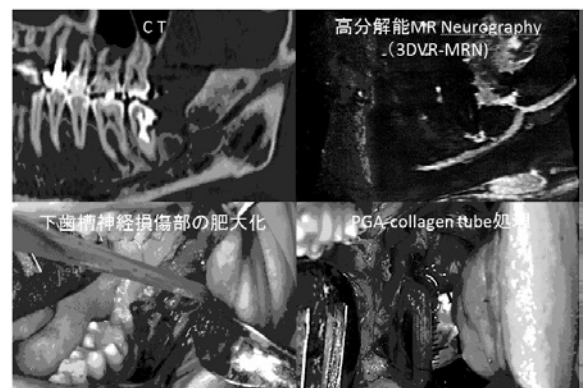
患者：35歳、女性。現病歴：2007年12月某病院歯科にて全身麻酔下で両側下顎智歯を抜歯。右側では下歯槽神経の露出があり、直後より右下唇周囲の知覚鈍麻が出現。投薬を受けるも改善なく、右下唇周囲の自発痛と接触痛が出現したため2009年7月に紹介初診。現症：右オトガイから下唇にかけて軽度の知覚鈍麻があり、同部にピリピリとした接触痛を認めた。智歯抜歯部の圧迫でオトガイ部に疼痛も誘発された。画像所見：CTで抜歯窩骨欠損と下顎管は連続していた。本学脳研究所撮影の

症例 2

患者：43歳、女性。現病歴：2008年2月某病院歯科で左下智歯の抜歯を施行。直後より左オトガイ部にしびれが出現し2か月後頃から同部に疼痛が出現。投薬や抜歯窩再搔爬をうけ、星状神経節ブロックも施行したが改善がないため同年12月紹介初診。現症：左オトガイから下唇にかけて知覚鈍麻があり、同部にピリピリとした接触痛を認めた。智歯抜歯部の圧迫にて同様の疼痛も誘発された。画像所見1：CTで抜歯窩骨欠損には軟組織が充填し下顎管と連続していた。処置1：抜歯窩内の軟組織を切除した。病理組織診断1：肉芽組織。経過1：疼痛に変化がなかったため再度画像評価を行った。画像所見2：CTに



症例 1



症例 2



て上方に湾曲した下顎管が抜歯窩の骨欠損と連続し、3 DVR-MRNで、下歯槽神経は抜歯窩内の軟組織と連続し上方に湾曲していた。処置2：PGA-collagen tubeを用いた外科的治療を行った。頬側皮質骨を一旦除去して下歯槽神経を剖出したところ、下歯槽神経にはわずかな連続性しかなく損傷部には線維性の肥大化がみられた。線維化部と連続部を切除し、PGA-collagen tube両端に神経切断面を断端縫合した。外した頬側皮質骨は吸収性プレートで固定した。病理組織診断：外傷性神経腫。経過：術直後に神経を切断したことによる知覚の喪失がみられたが、術後3か月で一過性の再生痛の出現とともに知覚の回復が認められた。SW testと2点識別検査でも、術後一過性

に値の増加がみられたが、3か月後頃から回復傾向を示し患者の満足が得られた。

### まとめ

今回われわれは、慢性疼痛を有した下歯槽神経の外傷性神経腫2例に対し、PGA-collagen tubeを用いた外科的な治療を施行した。術後数か月で再生痛と考えられる疼痛が一時出現したが、術前にみられた疼痛は消失し、知覚も徐々に改善傾向にあった。PGA-collagen tubeを用いた外科的治療は、疼痛を有した外傷性神経腫に対する一つの治療戦略になりえると考えられた。

## 11. 下顎骨内に生じた外傷性神経腫の一例

外傷性神経腫は切断神経腫や断端神経腫とも呼ばれ、神経損傷部における神経線維の過剰再生により生ずる腫瘍性病変と言われており、下顎骨内での発症は稀とされている。今回、私たちは下顎第二大臼歯部嚢胞摘出後に生じた下歯槽神経の外傷性神経腫の一例を経験したので報告する。

症例は60代女性。1年前に近医歯科において左側下顎第二大臼歯部歯根嚢胞の診断の下、抜歯および嚢胞摘出術が施行された。翌日よりオトガイ神経支配領域の知覚脱失を自覚、3ヶ月目より知覚鈍麻となるも異常感覚が増強し、某総合病院において投薬治療が行われたが、症状変化無く東京歯科大学水道橋病院口腔外科を紹介された。初診時、下唇オトガイ部の知覚鈍麻と異常感覚、ブラッシング時の歯肉部疼痛の訴えを認めた。オトガイ枝においてSW 2.44Fmg (健側 1.65Fmg)、二点識別測定不能 (健側 7 mm)、温覚と痛覚が認識不能であった。CT所見では下顎管は上方に屈曲した以上な走行を示していた。外傷性神経腫の臨床診断の下、全身麻酔下に神経腫切除手術と大耳介神経移植を施行。病理診断は「外傷性神経腫と瘢痕組織」の

- 1) 国立病院機構 高崎総合医療センター 歯科口腔外科
  - 2) 東京歯科大学 口腔外科学講座
  - 3) 東京歯科大学 オーラルメデイシン・口腔外科学講座
  - 4) 東京歯科大学 口腔健康臨床科学講座 口腔外科学分野
- 柴野 正康<sup>1,2)</sup> 萩原 僚一<sup>1,3)</sup> 弓井 恵里<sup>4)</sup>  
 山村 哲生<sup>4)</sup> 稲川 元明<sup>1)</sup> 本橋 佳子<sup>1)</sup>  
 花上 健一<sup>1,2)</sup> 高崎 義人<sup>1,4)</sup> 高野 正行<sup>4)</sup>

診断であった。術後の治療としては星状神経節ブロックとメチコバルによる治療が行われた。術後1年後の知覚評価では知覚鈍麻は軽微残存、異常感覚が認められた。SW 3.61Fmg、二点識別 8 mm (健側 6 mm)、温冷痛覚はすべて認識可能であった。

本症例の神経症状の推移は、術後約24ヶ月で術前より回復している結果であったが、鈍麻やびりびりとした異常感覚は残存し、異痛症には至っていないが、不快感を伴う異常感覚が疑われる時期もあり、比較的強いエッセテージアが残存した。即時に神経修復を行った場合に比べて、神経症状の回復は非常に悪い結果であった。神経切断部にギャップがあると、再生軸索が末梢断端にたどりつくまでに線維組織がギャップに入り込み、軸索再生を阻害するばかりでなく、断端神経腫を形成し、これが神経因性疼痛の原因とも言われている。本ケースでは、明らかな神経断裂症例と考えられ、早期診断と外科的対応が可能であれば、異常感覚や異痛症類似の不快感は回避出来たと思われる。



## 12. 学生相互実習中の下顎孔伝達麻酔後舌神経知覚鈍麻の1症例

1) 日本歯科大学附属病院歯科麻酔・全身管理科

2) 日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座

塩谷 伊毅<sup>1)</sup> 今井 智明<sup>1)</sup> 生駒久美子<sup>1)</sup>

大越久美子<sup>1)</sup> 三井 陽介<sup>1)</sup> 平林 幹貴<sup>1)</sup>

小林 清佳<sup>1)</sup> 石井 達也<sup>1)</sup> 阿部 恵一<sup>1)</sup>

山城三喜子<sup>2)</sup> 中村 仁也<sup>1)</sup>

### 緒 言

今回私たちは病院臨床実習での学生相互実習により発生した下顎孔伝達麻酔後の舌神経知覚鈍麻に対して投薬ならびに近赤外線照射療法を行い、症状の著明な改善が見られた症例を経験したので考察を加え報告する。

### 症 例

患者：22歳男性。本学5年生。

初診：2011年10月。

学生相互実習にて、右側下顎孔伝達麻酔を実施。伝達麻酔に際しては27G21mm注射針とオーラ注<sup>®</sup>カードリッジ1.8mlを使用した。術者役が針を刺入した際に舌の放散痛を自覚。オーラ注<sup>®</sup>カードリッジ半筒注入し、麻酔は右舌神経領域のみ奏功した。気分不快などの症状はなし。翌日朝も舌の知覚鈍麻が残っていると本人から当科に申し出があった。

現症：右側舌前方および下顎右側舌側歯肉の知覚鈍麻を認めた。右側の知覚異常範囲の中でも、得に舌尖部の症状が強いとのこと。味覚異常は認めなかった。

治療方針：発症翌日の初診時に本学会推奨の舌感覚異常プロトコルを用いてVAS値を評価。治療については投薬、理学療法を併用し、経過によっては星状神経節ブロックを施行することとした。理学療法はスーパーライザー<sup>®</sup>を使用し、右側の星状神経節近傍と顎下部を照射部位とし、1日2回施行した。薬物療法として、合成副腎皮質ホルモン製剤を30mg、20mg、10mg、5mgを各2日間、計8日間漸減的に、アデノシン3リン酸ナトリウムを1日120mg、メコバラミン製剤を1日1500 $\mu$ g処方した。

経過：初診時のVAS値は、生活支障度では30%、自覚異常では100%を示した。3日目では知覚異常改善を自覚し始め、発症直後よりも知覚異常範囲は縮小傾向を認めた。23日目では舌尖部を除いて、知覚異常は気にならなくなってきたとのこと。36日目から知覚異常改善を著明に自覚し始め、44日目では自覚症状は消失した。たまたま舌が引っ張られるような感覚が有ることなので、理学療法を一日1回に変更し、治療を継続した。

67日で治癒と診断し、治療を終了。治療終了時のVAS値は生活支障度、自覚異常、共に0%であった。治療期間内でのスーパーライザー<sup>®</sup>照射は合計86回であった。星状神経節ブロックは施行しなかった。

### 考 察

舌神経麻痺について、Harnら<sup>1)</sup>は下顎孔伝達麻酔を行った9,587例のうち3.6%で注射針が舌神経に接触し、13.6%で知覚障害がみられ、0.3%で術後麻痺を認めたことを報告している。また、これらの回復過程は6割が1～2週間以内、1割が3カ月以上持続したことも報告している。

本症例では、週を追うごとに自覚症状の軽減を認め、経過は良好であり、最終的に治癒に至った。その要因として、発症翌日から薬物療法、理学療法を開始した点が挙げられる。加えて、患者が病院実習中の学生であり、症状に対しての理解度が高く、治療に積極的であったため、頻回な近赤外線照射療法が可能であった点も挙げられる。頻回な照射により患部の末梢循環が良好になり、知覚異常が早期に治癒したものと考えられる。このことは、知覚異常に対する早期、ならびに頻回な治療の重要性を示唆している。

また本症例では、知覚異常の判定として主観的評価であるVASのみを採用したが、SW知覚テスターによる定量的な検査や、味覚異常が存在する場合は味覚検査を併用し、神経損傷の程度を的確に評価し、治療計画に反映していく必要があると考えられた。

### 結 語

舌神経知覚鈍麻に対して、投薬ならびに近赤外線照射療法を行い、症状の著明な改善が見られた。早期からの治療の開始、ならびに頻回な近赤外線照射療法の有効性が示唆された。

### 引用文献

- 1) Harn DS, Durham MT : Incidence of lingual nerve trauma and postinjection complications in conventional mandibular block anesthesia, JADA, 1990, 121, 519-523.

## 大会長から会員の皆様へ

第17回口腔顔面神経機能学会会長  
公立学校共済組合 九州中央病院歯科口腔外科

堀之内 康 文



このたび、第17回口腔顔面神経機能学会学術大会の開催を仰せつかりました。

感覚障害は他覚的所見に乏しいことから軽視されがちですが、いったん損傷された神経組織の治療法は少なく、機能障害も大きいことから患者の苦悩は大きく容易に訴訟に発展します。その意味で今後本学会の果すべき責務はますます重くなるものと思われまます。

今回は特別講演として福岡県歯科医師会の嘱託弁護士、福岡市歯科医師会の顧問弁護士である酒井辰馬先生に「歯科に関する医療訴訟の現状」と題して、法律的な立場からの御講演をお願い致しました。

年度末のお忙しい時期とは存じますが、万障繰り合わせのうえ多数の先生の御出席を賜りますようお願い申し上げます。

## 第17回 口腔顔面神経機能学会のご案内

第17回 口腔顔面神経機能学会 学術大会  
大会長 堀之内康文  
準備委員長 小野田慈美

下記の要領で第17回口腔顔面神経機能学会を開催致しますので御案内申し上げます。  
多数の先生のご発表とご出席をお願い申し上げます。

### 記

日 時：平成25年3月2日（土）  
会 場：福岡県歯科医師会館 5階視聴覚室  
〒810-0041 福岡市中央区大名1丁目12番43号  
電話：092-771-3534 URL：http://www.fdanet.or.jp

特別講演：「歯科に関する医療訴訟の現状」

酒井辰馬 弁護士（福岡県歯科医師会嘱託弁護士、福岡市歯科医師会顧問弁護士）

演題募集要項：

- ①申し込み方法：演題名、所属、発表者（演者に○）、100字程度の事前抄録および連絡先（住所、電話番号、FAX番号、メールアドレス）をE-mailで下記の準備事務局宛ご送信下さい。
- ②発表形式：PC使用による口演のみ、1演題7分程度、質疑応答3分以内、スライド単写、Windows Power point 2010で作製して下さい。Macの場合はPCを御持参下さい。スライドの枚数の制限はありませんが口演時間を厳守して下さい。
- ③演題申し込み締め切り：平成25年1月31日（木）
- ④後抄録：演題番号、演題名、所属、発表者（演者に○）を記入のうえ、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も結構です（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。

参加費：1000円

演題申込、お問い合わせ先（大会事務局）

〒815-8588 福岡市南区塩原3-23-1

公立学校共済組合九州中央病院 歯科口腔外科  
準備委員長 小野田慈美

TEL：092-541-4936（代表） FAX：092-541-4540（代表）

E-mail address: megdon@dent.kyushu-u.ac.jp

## 口腔顔面神経機能学会 平成23年度収支決算報告

(平成23年2月1日～平成24年1月31日) (単位：円)

〈収入の部〉

|           |          |           |
|-----------|----------|-----------|
| 前年度繰越金    |          | 532,486   |
| 会費        | 平成20年度分  | 35,000    |
|           | 5,000×0  | 0         |
|           | 平成21年度分  | 35,000    |
|           | 5,000×0  | 0         |
|           | 平成22年度分  | 210,000   |
|           | 5,000×5  | 25,000    |
|           | 平成23年度分  | 350,000   |
|           | 5,000×14 | 70,000    |
| 第2回認定医審査料 | 5,000×1  | 5,000     |
| 第2回認定医登録料 | 10,000×5 | 50,000    |
| 第3回認定医審査料 | 5,000×5  | 25,000    |
| 広告料       | 110,000  | 110,000   |
| その他       |          | 4,800     |
| 利息        |          | 57        |
| 計         |          | 1,452,343 |

〈支出の部〉

|                |         |
|----------------|---------|
| 第15回学会開催補助金    | 151,140 |
| 会報発刊Vol.15     | 255,622 |
| 管理費 消耗品費(文具費等) | 0       |
| 通信運搬費          | 29,160  |
| ホームページ更新費      | 16,905  |
| 会議費            | 5,784   |
| 旅費             | 60,000  |
| 認定医証印刷、額代      | 24,990  |
| 認定委員会日当        | 200,000 |
| 20,000×10      |         |
| その他            | 39,041  |
| 計              | 782,642 |
| 次年度繰越金         | 669,701 |

## 口腔顔面神経機能学会会則

〔平成17年3月5日改訂〕

### 第1章 総 則

第1条 本会は、これを口腔顔面神経機能学会とよぶ。

### 第2章 目的及び事業

第2条 本会は、口腔顔面領域の神経機能障害の病態解明や治療法開発の研究、討議を通じて国民の健康と福祉に貢献することを目的とする。

第3条 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。

1. 総会および学術大会の開催
2. 会誌の発行
3. その他本会の目的達成のために必要な事業

### 第3章 会 員

第4条 本会の会員は、本会の目的に賛同する者をもって構成する。

会員は正会員および賛助会員よりなる。

第5条 本会に入会を希望するものは、所定の申込書に年会費を添えて本会事務局に申し込むものとする。年会費は機関(大学講座・研究機関・病院・都道府県あるいは郡市歯科医師会など)ごととする。個人の年会費は別に規定する。

第6条 本会会員で、本会の体面を毀損するような行為があった場合、理事会の議を経て総会の承認により除名することがある。

第7条 2ヵ年以上会費を納めないものは、退会者と見做すことがある。

### 第4章 役 員

第8条 本会に、次の役員を置く。

1. 会 長 1名
2. 理事長 1名
3. 理 事 20名以上30名以内

4. 監 事 2名

### 第5章 幹 事

第9条 理事会の会務を補助するため、若干名の幹事を置く。幹事は理事長が指名し、理事会の承認を得る。

第10条 役員会の組織と職務は次による。

1. 会長は当該年次の総会ならびに学会を主宰する。
2. 理事長は本会を代表し、会務を掌理する。
3. 理事は理事会を組織し、会務を執行する。
4. 監事は会務および会計を監査する。

第11条 役員を選出等は次による。

1. 会長は理事会により推薦され、理事会の議を経て、総会の承認を受ける。
2. 理事長は理事会により理事の中から選出される。
3. 理事は理事会により正会員の中から選出され、総会の承認を受ける。
4. 監事は理事会により理事の中から選出され、総会の承認を受ける。
5. 役員選出に関する規程は別に定める。

第12条 役員任期は次による。

1. 会長の任期は1年とする。
2. 理事長の任期は3年とする。また、原則として再任は2期までとする。
3. 会長および理事長を除く役員任期は3年とし、再任を妨げない。
4. 役員任期は総会の翌日から3年後の総会当日までとする。また、補充によって就任した役員任期は前任者の残任期間とする。ただし、次期役員が決定されない場合は、次期役員決定までとする。

### 第6章 会 議

- 第13条 理事会は毎年1回以上理事長がこれを招集する。
1. 理事会は、理事現員数の3分の2以上（委任状を含む）が出席しなければ、その議事を開き、議決することはできない。ただし、理事が推薦する正会員を代理として認めることができる。
  2. 理事長が指名した各種委員会の委員長および監事・幹事の出席を認めることができる。
- 第14条 通常総会は毎年1回、会長が招集する。
- 第15条 次に掲げる事項については通常総会の承認を受けなければならない。
1. 事業計画および収支予算
  2. 事業報告および収支決算
  3. その他必要と認められた事項
- 第16条 必要あるときは臨時総会を開くことができる。
- 第7章 会 計
- 第17条 本会の経費は会費、寄付金およびその他の収入をもってこれにあてる。
- 第18条 会費は正会員においては機関年会費35,000円、個人年会費5,000円とする。賛助会員は年額一口30,000円とする。
- 第19条 本会の会計年度は毎年2月1日に始まり、翌年1月31日に終わる。
- 第8章 委 員 会
- 第20条 本学会の会務運営に必要な委員会を置くことができ

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

#### 第9章 会則の変更

第21条 会則の変更は、理事会の議を経て総会の議決により行う。

#### 第10章 付 則

1. 本会は事務局を置き、その所在地は理事長改選時に定める。
2. 本会則は平成16年3月6日より施行する。

#### —役員選出に関する細則—

第1条 理事は次の項目に該当する者で理事会が適当と認めた者とする。

1. 本会の目的に賛同する機関の代表者、
  - 1-1 大学病院教授あるいは教室主任に相当する者
  - 1-2 都道府県あるいは郡市歯科医師会代表者
  - 1-3 病院歯科、口腔外科の主任あるいはそれに相当する者
2. 本会の運営に必要な個人

第2条 理事会の指名により、顧問を若干名置くことができる。

## 入会申込と年会費のお知らせ

本学会はその発会の目的に照らし、大学の研究機関に拘らず、広く会員を集うことが確認されています。開業されている先生方にも是非入会していただきたく存じます。なお、入会金は無料とし、会員の負担をできるだけ少なくするため、年会費が各機関ごととし、当分の間下記の如くいたします。各機関での入会人数に制限はございません。会費納入時にお名前をまとめて事務局までご連絡ください。

**機関年会費 35,000円**

大学講座・研究機関・都道府県あるいは郡市歯科医師会など

**個人年会費 5,000円**

#### 入会申込先

口腔顔面神経機能学会事務局

〒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口腔外科学第一教室内

TEL: 06-6879-2936

FAX: 06-6876-5298

e-mail: jsfnf@gmail.com

#### 年会費振込先

●三菱東京UFJ銀行 千里中央支店

(店番号 240 口座番号 0143730)

口腔顔面神経機能学会 古郷 幹彦



理事名簿

(50音順)

|                     |  |           |                    |
|---------------------|--|-----------|--------------------|
| 理事長<br>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                          | 〒565-0781 | 大阪府吹田市山田丘1-8       |
| 理事<br>浅田洸一          | 鶴見大学歯学部口腔外科学第II講座                              | 〒230-8501 | 横浜市鶴見区鶴見2-1-3      |
| 今村佳樹                | 日本大学歯学部口腔診断学教室                                 | 〒101-8310 | 千代田区神田駿河台1-8-13    |
| 浦出雅裕                | 兵庫医科大学歯科口腔外科学講座                                | 〒663-8501 | 兵庫県西宮市武庫川町1-1      |
| 覚道健治                | 大阪歯科大学口腔外科学第II講座                               | 〒540-0008 | 大阪府大阪市中央区大手前1-5-17 |
| 金子明寛                | 東海大学医学部歯科口腔外科学教室                               | 〒259-1193 | 神奈川県伊勢原市下糟屋143     |
| 川辺良一                | 聖路加国際病院歯科口腔外科                                  | 〒104-8560 | 東京都中央区明石町9-1       |
| 原田清                 | 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面頸部機能再建学系顎顔面機能修復学講座顎顔面外科学 | 〒113-8549 | 東京都文京区湯島1-5-45     |
| 椎葉俊司                | 九州歯科大学生体機能科学専攻生体機能制御学講座<br>歯科侵襲制御学分野           | 〒803-8580 | 北九州市小倉北区真鶴2-6-1    |
| 澁谷徹                 | 松本歯科大学歯科麻酔学講座                                  | 〒399-0781 | 長野県塩尻市広丘郷原1780     |
| 杉山勝                 | 広島大学歯学部口腔保健学科口腔保健衛生学講座社会歯科保健学                  | 〒734-8553 | 広島市南区霞1-2-3        |
| 高木律男                | 新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命科学専攻<br>口腔健康科学講座顎顔面口腔外科学分野  | 〒951-8514 | 新潟市学校町通二番町5274番地   |
| 高崎義人                | 独立行政法人国立病院機構高崎医療センター<br>歯科口腔外科                 | 〒370-0829 | 群馬県高崎市高松町36        |
| 高田訓                 | 奥羽大学歯学部口腔外科学講座                                 | 〒963-8611 | 郡山市富田町字三角堂31-1     |
| 中村典史                | 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科顎顔面機能再建学講座<br>口腔顎顔面外科学分野       | 〒890-8544 | 鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8-3-51  |
| 古澤清文<br>(財務担当)      | 松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座                               | 〒399-0781 | 長野県塩尻市広丘郷原1780     |
| 堀之内康文               | 公立学校共済組合九州中央病院歯科口腔外科                           | 〒851-8588 | 福岡市南区塩原3-2-1       |
| 薬師寺登                | 近畿中央病院歯科口腔外科 (兵庫県病院歯科医会)                       | 〒664-0872 | 兵庫県伊丹市車塚3-1        |
| 山城三喜子               | 日本歯科大学生命歯学部歯科麻酔学講座                             | 〒102-8159 | 千代田区富士見1-9-20      |
| 深田拓司<br>(代表委員)      | 大阪府歯科医師会                                       | 〒543-0033 | 大阪市天王寺区堂ヶ芝1-3-27   |
| 河村達也<br>(代表委員)      | 大阪府歯科医師会                                       | 〒543-0033 | 大阪市天王寺区堂ヶ芝1-3-27   |
| 事務局<br>石濱孝二<br>(幹事) | 大阪大学大学院歯学研究科口腔外科学第一教室                          | 〒565-0781 | 大阪府吹田市山田丘1-8       |

編集後記

口腔顔面神経機能学会会報第16号をお届けします。  
大阪大学大学院歯学研究科口腔外科学第一教室に事務局が移転し2年目となりました。まだ慣れない事務局運営により会員の先生方にはご不自由、ご迷惑をおかけしております。そのような中でも、次はこうにしてみよう、と新しい企画も考

えています。会員の先生方のご意見もお聞かせ頂ければ大変嬉しく思います (E-mail:jsfnf@gmail.com)。また、学会ホームページ (<http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/>) もどうぞご活用ください。

(事務局：石濱孝二)

より身近でスピーディで安価な印刷システム

# オンデマンド印刷

小ロット、ローコスト、ハイクオリティ。白黒からカラーまで対応。  
面倒…時間がない…予算がない、そんなお悩みもオンデマンド印刷で即解決。

## 是非ご活用ください。

### 便利な3つのメリット

**1** コピーの手軽さで安く、速い仕上がり、  
しかも通常印刷と変わらなく綺麗です。  
少ない数量の印刷に対応できます。

**2** 無駄な在庫(古い情報)を残さない。  
必要なときに、必要なだけの量と  
最新の情報を。

**3** 可変データ(バリアブル)プリント。  
ナンバリング、文字(名前)、  
色、写真の差し替えもできます。

プラス対応! ●封筒印刷 ●クリアファイル印刷

お気軽に  
お問い合わせ  
ください。



ISO9001・プライバシーマーク・エコアクション21 認証取得

## 電算印刷

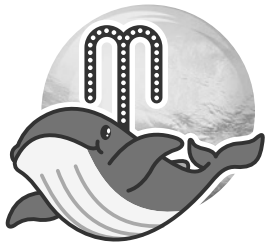
for your DECENT PROSPERITY

[本社・工場] 〒390-0821 松本市筑摩1-11-30  
TEL.0263-25-4329 FAX.0263-25-9849

<http://densan-p.jp/>

明日をもっとすこやかに

**meiji**



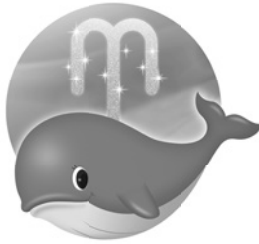
経口用セフェム系抗生物質製剤 薬価基準収載

処方せん医薬品<sup>注1)</sup>

日本薬局方 セフジトレン ピボキシル錠

**メイアクトMS<sup>®</sup> 錠100mg**

MEIACT MS<sup>®</sup> TABLETS 100<sub>mg</sub>



経口用セフェム系抗生物質製剤 薬価基準収載

処方せん医薬品<sup>注1)</sup>

日本薬局方 セフジトレン ピボキシル細粒

**メイアクトMS<sup>®</sup> 小児用細粒10%**

MEIACT MS<sup>®</sup> FINE GRANULES 10%

注意—医師等の処方せんにより使用すること

※「効能・効果」、「用法・用量」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意」等、詳細は製品添付文書をご参照ください。



経口用カルバペネム系抗生物質製剤 薬価基準収載

処方せん医薬品<sup>注1)</sup>

テビペネム ピボキシル細粒

**オラペネム<sup>®</sup> 小児用細粒10%**

ORAPENEM<sup>®</sup> FINE GRANULES 10% FOR PEDIATRIC

製造販売元 [資料請求先]

**Meiji Seika ファルマ株式会社**

東京都中央区京橋 2-4-16

<http://www.meiji-seika-pharma.co.jp/>

くすり相談室 電話(0120)093-396、(03)3273-3539

作成：2012.7

Thinking ahead. Focused on life.

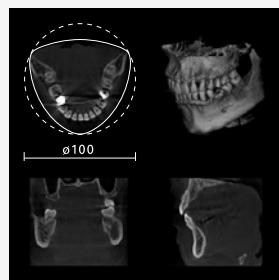
**MORITA**

# Veraviewepocs 3Df

New Frontier of the X-ray

Ø40x40の局所領域からØ100相当x80のフルマウスまで対応する、撮影領域。CT、パノラマ、セファロ撮影までカセット交換不要の、CMOSセンサー内蔵式。パノラマ画像撮影後のフォーカス微調整を可能にした、可変断層パノラマ機能。関心領域のクリックによりCT撮影の位置付けを自動で行う、パノラマスカウト。

## Debut



**Dental-Arch FOV (歯列弓型撮影領域) を新搭載**

より少ない照射線量で全歯列の撮影を可能にする新搭載のDental-Arch FOV。歯列がちょうど収まるØ100相当の撮影を行うことを可能にしました。

発売 株式会社 **モリタ** 大阪本社: 大阪府吹田市垂水町3-33-18 〒564-8650 TEL 06-6380-2525 東京本社: 東京都台東区上野2-11-15 〒110-8513 TEL 03-3834-6161  
製造販売・製造 株式会社 **モリタ製作所** 本社工場: 京都府京都市伏見区東浜南町680 〒612-8533 TEL 075-611-2141 久寿山工場: 京都府久世郡久御山町大字市田小学新珠城190 〒613-0022 TEL 0774-43-7594  
販売名: ベラビュー エポックス 標準価格: 3Df: 40 16,800,000円〜(消費税別途)、3Df: 100 19,800,000円〜(消費税別途) 2011年12月1日現在 一般名称: アナログ式歯科用パノラマ・断層撮影X線診断装置  
機器の分類: 放射線機器(クラスII) 特定保守管理医療機器 高圧機器製造番号: 209009Z200259000

[www.dental-plaza.com](http://www.dental-plaza.com)



# 安全なインプラント治療のための4項目



BioNa®

ビオナは鮮明な画像で非常に診断しやすいシミュレーションソフトです。

## ✓ 1. CT検査

安全・安心なインプラント治療においては、CT検査が必要です。

## ✓ 2. 診断・治療計画の立案

CTデータを元にBioNaを使用して症例の検討・精査を行います。

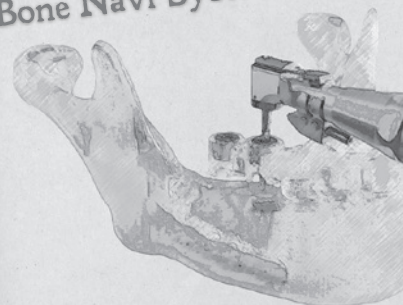
## ✓ 3. インフォームドコンセント

BioNaを使用して患者さまにわかりやすく説明します。

## ✓ 4. サージカルガイド

CAD/CAMで作製したサージカルガイドを用いて安全性の高い手術を行います。

Bone Navi® System



シミュレーション結果を正確に反映するサージカルガイドは、歯牙適合精度が高いことが特長です。あらゆるインプラントメーカーのドリルシステムに対応します。

【製造販売元】

**和田精密歯研株式会社**  
Wada Precision Dental Laboratories Co., Ltd.

【お問い合わせ先】 和田精密歯研株式会社  
〒532-0002 大阪市淀川区東三国1-12-15 辻本ビル6階  
TEL (06)4807-6700 FAX (06)4807-6788 URL <http://www.labowada.co.jp>

歯科用インプラント手術器具  
「サージカルガイド Bone Navi」  
製造販売届出番号 27B1X00122000015