

# 口腔顔面神経機能学会会報

■2016年12月 8 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/>

## 口腔顔面神経機能学会 理事長挨拶

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 高木律男



皆様におかれましては、日ごろから口腔顔面神経機能学会の活動にご理解とご協力を賜り、心より御礼申し上げます。さて、今年（平成28年）は正月から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 原田清教授のご逝去の報に始まりました。突然のことに驚き、ご冥福をお祈りするとともに、第20回の記念大会の大会長をお願いしていましたが、記念事業をそのまま3月初めの会で行うわけにもいかず、延期とさせていただきます。大会については山口聰先生を中心に準備委員長の黒原先生はじめ医局の先生方のご尽力のおかげで素晴らしい会となり、亡くなられた原田教授も喜んでおられると思います。改めて原田教授のご冥福をお祈りし、本学会への貢献に感謝いたしたいと思っております。また、大会運営にあたっていただいた医科歯科大学の先生方にも厚く御礼申し上げます。

今年度は平成29年3月4日（土）に岡山大学大学院医歯学総合研究科 顎口腔再建外科学分野の飯田征二教授に第21回の大会長をお願いし、岡山大学歯学部棟（鹿田キャンパス）において開催していただくことになっております。また、昨年度実施できなかった20周年記念事業についても懇親会等を含めた開催を提案させていただきました。昨年の会誌にも記載しましたが、過去に理事長を務められた松矢先生、白砂先生にもご出席頂く予定でございますので、会員の皆様には、この場をお借りして是非ご参加いただけますようお願いいたします。

前回の学会以後の活動としてご報告すべきことが2点ございます。一つは、日本歯科麻酔学会を中心とした口唇麻痺に関する診断・治療のガイドライン作成が始まり、関連する医科・歯科関係の学会から委員を出すこととなり、本学会からも中村副理事長に参加していただいております。もう一つは「一般社団法人 日本歯学系学会協議会」への入会案内をいただきましたので、多くの歯学系学会と足並みをそろえ、連携および協力することとし、理事会の書面（メール）審議を経て、年度途中ではありましたが、入会の意思表示をさせていただきます。会員の皆様には事後報告となりましたが、ご理解いただきたく存じます。

さて、長くなりましたが、私の理事長任期も、次回の大会までとなっております。あつという間の3年間ですが皆様のご助言ご協力のもと、何とか任期を全うできそうです。理事、評議員の皆様、事務を担当くださった皆様はじめ、会員各位に厚く御礼いたします。ありがとうございました。

最後になりますが、次の学会翌日の3月5日（日）には、例年通り口唇・舌感覚異常判定認定医試験を開催する予定です。一昨年から過去の問題の一部を公開する形としておりますので、ご確認の上、多くの先生方に受験していただけますよう、よろしく願いたします。

以上、お願いばかりで恐縮ではございますが、巻頭言とさせていただきます。3月4日に皆様とお会いできることを楽しみにしております。

## 目 次

理事長あいさつ	1
認定施設及び認定医	2
第8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20回口腔顔面神経機能学会開催される	5
特別講演	6
一般演題	6
大会長から会員の皆様へ	22
第21回口腔顔面神経機能学会の御案内	22
平成27年度収支決算報告書	23
口腔顔面神経機能学会会則	23
入会申込と年会費のお知らせ	24
理事名簿	25
編集後記	25

## 認定施設及び認定医

第7回口唇・舌感覚異常判定認定医試験にて、7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 口腔内科学講座
3	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学
4	兵庫医科大学病院 歯科口腔外科
5	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座
6	東京歯科大学口腔健康臨床科学講座口腔外科学分野 東京歯科大学水道橋病院口腔外科
7	大阪歯科大学附属病院 口腔外科第二科
8	東海大学医学部外科学系口腔外科
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	新潟大学大学院 歯科学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野
14	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター
16	公立学校共済組合 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
22	浜瀬歯科医院
23	社会福祉法人 恩賜財団 済生会松阪総合病院 歯科口腔外科
24	寺元記念病院
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

### 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 口腔内科学講座
5	大野 敬	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座
7	覚道 健治	大阪歯科大学
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	社会医療法人財団互恵会 大船中央病院歯科口腔外科
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
13	高木 律男	新潟大学大学院 歯科学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野
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	公立学校共済組合 九州中央病院 歯科口腔外科
17	薬師寺 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 生命歯学部
19	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
20	田中 晋	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
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
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
29	大西 祐一	大阪歯科大学
30	谷山 貴一	松本歯科大学 歯科麻酔学講座
32	大山 順子	九州大学歯学研究院 口腔顎顔面病態学講座 口腔顎顔面外科学分野
33	佐々木匡理	九州大学病院 顔面口腔外科
34	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

36	野添 悦郎	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター
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
44	沢井奈津子	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
45	石濱 孝二	大阪警察病院 歯科口腔外科
46	宮 成典	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
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
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	熊谷 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
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
63	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教室
64	石畑 清秀	鹿児島大学医学部・歯学部附属病院口腔顎顔面外科
65	濱田 智弘	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座
66	高橋 進也	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座
67	辻 忠孝	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
68	大槻 浩一	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
69	奥野 恵実	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
70	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
71	應谷 昌隆	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
72	山本 奈穂	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
73	伊藤 章	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
74	中山 歩	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面機能再建学講座口腔顎顔面外科
75	木田久美子	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
76	宮川 和晃	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
77	山田 智明	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 顎口腔再建外科学分野
78	永谷 俊介	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
79	前田 慶子	東京医科歯科大学大学院 顎顔面外科学分野
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
81	上松 晃也	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学講座
82	永井 孝宏	新潟大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学講座
* 83	小嶋 忠之	奥羽大学大学院歯学研究科 顎口腔外科学専攻
* 84	菊池 隆太	奥羽大学大学院歯学研究科 顎口腔外科学専攻
* 85	原 崇之	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室
* 86	和気 創	東京医科歯科大学大学院 顎顔面外科学分野
* 87	久米 健一	鹿児島大学病院
* 88	松本 幸三	鹿児島大学病院 口腔顎顔面外科
* 89	香月 佑子	東京医科歯科大学大学院 顎顔面外科学分野

認定施設（1-18）、認定医（1-55）については、平成28年11月1日時点で更新手続き確認されたものを掲載しています。

## 第8回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について

第8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：岡山大学歯学部棟4F第一講義室  
(鹿田キャンパス)

日時：平成29年3月5日(日)10時より  
(詳細は後日HPに掲載します)

●試験の詳細については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 : jsosnf@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平成29年2月28日までの認定医の先生は、平成28年10月1日から12月31日までに認定医資格更新申請を行って下さい。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、合計30単位以上が必要となっておりますのでご留意ください。

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致します。

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下さい。

●更新手数料5,000円

(更新手数料の振込先) 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

※更新手数料納入済領収書(写)を必ず添えて申請願います。

## 口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程

[平成26年3月1日一部改訂]

### 第1章 総 則

#### 第1条

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

#### 第2条

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

### 第2章 認定委員会

#### 第3条

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

#### 第4条

1. 認定委員会は、本学会理事長が指名する委員(以下、「認定委員」という)若干名をもって構成する。
2. 認定委員の任期は3年とし、再任は2期を限度とする。

3. 認定委員に欠員が生じた場合は、補欠委員を本学会理事長が指名する。任期は前任者の残任期間とする。

4. 認定委員会委員長(以下、「認定委員長」という。)は、理事長が指名する。副委員長は委員の中より選出する。

#### 第5条

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

#### 第6条

認定委員会は下記の業務を行う。

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

### 第3章 認定医の申請資格

#### 第7条

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

#### 第4章 認定医申請資格の特例

##### 第8条

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

#### 第5章 認定施設

##### 第9条

認定施設は本学会が認定した施設とする。

##### 第10条

認定施設は下記の各号全てに該当することを要する。

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

#### 第6章 認定医及び認定施設の認定

##### 第11条

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

#### 第7章 認定医及び認定施設の認定証交付

##### 第12条

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

#### 第8章 認定医及び認定施設の資格更新

##### 第13条

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

#### 第9章 認定医及び認定施設の資格喪失

##### 第14条

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

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

#### 第10章 認定医及び認定施設の資格回復

##### 第15条

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

#### 第11章 補 則

##### 第16条

1. この規程の改正は、本学会理事会の承認を必要とする。
2. 本規程施行時に本学会に入会している施設より若干名ずつを本学会理事会の承認を経て認定医として認定する。
3. 本規定施行日から2年間は暫定期間とし、第1回認定試験は平成21年度第14回口腔顔面神経機能学会総会開催以降に行う。
4. この規程に定めるもののほか、認定医制度規程の実施に関し必要な事項は、別に細則として定める。
5. 平成26、27、28年度に限り特例として3期目を認めるとする。

##### 付 則

本規程は、平成20年3月1日に制定し、この日をもって施行する。

### 口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則

##### 第1条

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

##### 第2条

認定施設在籍期間は、複数の認定施設での研修期間を合算したものでよい。

##### 第3条

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

- 1) 認定医申請時に3年以上、本学会会員であること。
- 2) 本学会指定の認定施設に通算して3年以上在籍していること。

- 3) 学術大会において口腔顔面神経機能に関する発表をしていること。

##### 第4条

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

- 1) 申請書
- 2) 日本国医師、歯科医師免許証（写）

##### 第5条

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

- 1) 申請書
- 2) 認定医名簿

第6条

認定施設は、下記の診査器具を有していること。

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

第7条

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

第8条

認定医登録料は10,000円とする。

第9条

1. 認定医資格の更新をする者は、本学会所定の認定医更新申請書一式と更新手数料（5,000円）を添えて本学会理事長に届け出なければならない。資格更新の申請は、認定失効期日の6ヶ月前から3ヶ月前までに終了しなければならない。

2. 長期の海外出張及び病気等で更新期間内に更新手続きができない場合には、その理由書を認定委員会に提出すれば認定委員会で審議し、更新期間の延長を認める場合がある。
3. 資格の更新をする者は、認定医資格取得の年から5年毎に、定める単位（30単位以上）を満たさなければならない。

- 1) 本学会参加 10単位
- 2) 本学会発表
 

講演演者	10単位
共同発表者	5単位

- 3) 本学会以外の学術大会での発表（口腔顔面神経機能に関するもの）
 

講演演者	5単位
共同発表者	3単位

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20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28年3月5日（土）

場 所：東京医科歯科大学歯学部附属病院 4階 特別講堂

大会長：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講座）

### 第20回口腔顔面神経機能学会学術大会を終えて



平成28年3月5日（土）に東京医科歯科大学にて第20回口腔顔面神経機能学会学術大会を主催させていただきました。全国から多くの先生方に参加していただき、まだ肌寒い時期ではありましたが、会場は熱気に包まれ活発な討論がおこなわれたことに感謝いたします。

学術大会前の平成28年1月3日に大会長でありました当科主任教授、原田清先生がご逝去されました。教室員一同が失意の念に捉われておりましたが、高木理事長をはじめ多くの先生方のご支援、ご協力のもとに学会を開催することができました。厚く御礼申し上げます。しかし、今回予定しておりました20回記念会員懇親会は中止させていただきました。会員の方々に深くお詫び申し上げます。原田先生は口腔顔面神経機能学会を重要視しており、第20回学術大会が当科担当と決定後、教室員一同にて準備してまいりました。大過なく主催することができ、原田清先生にも良い報告をさせていただきました。

第20回学術大会では一般演題15題、特別講演1題の充実した内容でありました。一般演題において最も多かった発表内容は下顎埋伏智歯抜歯と神経麻痺に関する演題でした。本学会における重要なテーマの一つであります。神経麻痺の臨床統計、2回法抜歯、智歯と下顎管の位置関係、症例報告など発表内容も多岐にわたっていました。埋伏智歯抜歯は頻度の高い歯科診療

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  
山口 聰

でありながら、抜歯後神経麻痺は患者さんとのトラブルにも成り得る事項であり、適切な診断、手術、対応が求められます。そのためか活発な質疑応答がなされていました。抜歯以外のインプラント治療、顎変形症手術、唇顎口蓋裂手術後の知覚異常に関する演題もあり非常に興味深い内容でありました。また、素晴らしい基礎研究発表もなされました。神経再生過程、抜歯後治療過程における一酸化窒素合成酵素（NOS）の発現、ショウジョウバエを用いた味覚異常に関する研究など難しい内容ではありましたが基礎研究の重要性を再認識いたしました。

特別講演では東京医科歯科大学歯科心身医学分野、豊福明教授にご講演いただきました。タイトル「その痛み本当に心因性ですか？」にて歯科心身症についての講演でした。近年、歯科においても心身症を合併している患者は増加しており対応には難渋いたします。具体的な症例提示も含め、難しい内容を分かり易く説明していただき、会員の先生方の今後の診療に役立つ内容であったと思われます。豊福先生の「重要なのは患者さんに対する『Love』と『Respect』です。」という言葉が印象的でした。

第21回学術大会は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、飯田征二教授がご担当されます。岡山での優れた研究発表、活発な討論を楽しみにしております。最後になりましたが、第20回学術大会開催にご支援いただきました理事、会員及び事務局の皆様にご挨拶を代表しまして深謝いたしますとともに、口腔顔面神経機能学会の今後の益々の発展を祈念いたしましてお礼の挨拶とさせていただきます。大会長、原田清先生も喜んでくださっていると思います。

## 特別講演

## 【その痛み、本当に「心因性」ですか？】

東京医科歯科大学（TMDU）大学院医歯学総合研究科  
 歯科心身医学分野  
 豊福 明

拔牙などの歯科処置後に生じる「痛み」や「しびれ」の中には、原因がはっきりせず、通常の治療でもなかなか回復しないケースもしばしば混在し、非常に対応に苦慮する。特に術後の神経症状は、賠償問題に発展することも少なくなく、その評価には慎重さが求められる。近年、患者の精神的問題に関して歯科医師の注意が高まった一方で、精神科既往歴があるだけで安易に「心因性」と判断されてしまうケースが散見されるようになった。この「心因性」という言葉はしばしば歯科医療の賠償責任を否定する論理に用いられ、患者側にとっては「仮病扱い」という含意につながる。その結果、治療可能な病態が看過されてしまい、問題をさらにこじらせるなど、由々しき事態を招いている。

そもそも「いたみ」「しびれ」などの漠とした訴えから主観を排することは難しい。現有する検査法にも限界がある。患者の訴える「ヒリヒリ」「ピリピリ」「ジンジン」「重苦しい」といった紛らわしい表現をどう解釈し、適切な治療に結びつけるため

にはどのような追加情報を如何に効率よく得たら良いか、が臨床現場の喫緊の課題となっている。当科では①PIPC (Psychiatry In Primary Care) (背景問診 & MAPSO) ②SSS-8 (somatic symptom scale-8) ④PCS (Pain Catastrophizing Scale) ⑤Manic episode check listなどを利用し、訴えの背景に潜む患者のメンタル面を評価している。また脳機能画像研究から得られたデータなどを用いて、「脳機能の表徴としての不快感」を説明すると患者側の理解と納得が得られやすいことを経験している。おそらく「原因不明」とか「心因性」とされてきた苦痛が脳画像による説明で「そういうことか」と折り合いがつけやすくなるのではないかと思われ、結果的に加害者-被害者関係の克服の一助になっている印象がある。

術後の神経麻痺事案においても、「知覚異常」に関する患者の訴えの解釈や評価の射程を広げることが（最初から訴訟目当てのケースは例外として）情緒的コンフリクトの回避に繋がるのではないかと期待している。

## 一般演題

## 1. 下歯槽神経動静脈が歯根を貫通する下顎埋伏智歯の2例

長岡赤十字病院 歯科口腔外科  
 ○山田瑛子 飯田明彦 小林孝憲 成松花弥

## 諸 言

下顎智歯と下顎管の位置関係については、歯根間を通過する頻度が最も低いと報告されているが、下歯槽神経動静脈が歯根を貫通した智歯の報告は極めて稀で、国内でこれまで2例にとどまる。今回わたしたちは下歯槽神経動静脈が歯根を貫通した智歯2例を経験したので報告する。

## 症 例

症例1：患者は60歳、女性。右側下唇とオトガイ部の知覚鈍麻を主訴に近医歯科を受診し、下顎右側智歯周囲炎を指摘され、精査加療目的に当科を紹介された。初診時、右側下唇とオトガイ部に知覚鈍麻が認められたが、下顎右側智歯は咬合面のみ萌出した状態で周囲の粘膜に発赤や排膿など炎症所見はみられなかった。パノラマエックス線写真では下顎右側第二大臼歯と智歯歯根周囲に透過像がみられ、下顎右側智歯歯根と下顎管は交差し、歯根と重なる部分では下顎管壁の白線は不明瞭であった（図1）。CTでは下顎右側智歯ならびに第二大臼歯の周囲骨に骨硬化像があり、骨髓炎の所見を呈していた。同時に、智歯の歯根中央の穴を下顎管が貫通していることが確認され（図2）、以上より右側下顎骨慢性骨髓炎、神経貫通を伴う埋

伏智歯と診断した。患者が神経損傷を危惧し拔牙を躊躇したため、まず根尖性歯周炎のみられた下顎右側第二大臼歯を拔牙したが、オトガイ部の知覚鈍麻は改善せず、その後同意を得て智歯の拔牙を行った。拔牙は粘膜骨膜弁を形成し、歯を脱臼させて可動性を得たのちに慎重なタービン操作で歯根を分割して神経動静脈を切断することなく行った。異常出血はなく、拔牙窩内には下歯槽神経の索状構造が確認された。拔牙後の智歯には神経動静脈が貫通していた穴がみられた（図3）。拔牙後に右



図1



図 2

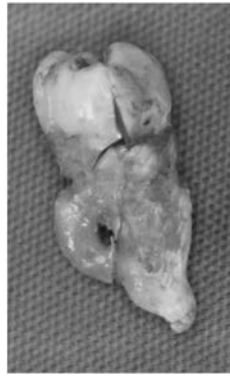


図 3



図 4

表 1 SW知覚テスト結果

術 後	2 か月	3 か月	4 か月	6 か月	7 か月	8 か月
下 唇	4.08	2.44	2.83	2.44	2.44	2.44
オトガイ	4.17	2.83	2.83	2.83	2.44	2.44
反対側 (対照)	2.83	2.83	2.83	2.44	2.36	2.36

側下唇とオトガイ部の知覚の消失がみられたため、メコバラミンの内服を開始した。抜歯1ヶ月後には知覚が回復しはじめ、SW知覚テストでは徐々に改善傾向がみられ抜歯7か月後には左右差はほとんど消失した(表1)。抜歯後の創部治癒は良好であった。

症例2：患者は79歳、女性。口腔乾燥症と舌炎にて経過観察中に、下顎左側智歯部の疼痛が生じ、智歯周囲炎の診断で抜歯の方針となった。左側下唇やオトガイ部に知覚鈍麻はなく、下顎左側智歯は咬合面のみ萌出し、周囲の粘膜は発赤や腫脹がみられ排膿もあった。パノラマエックス線写真では下顎左側智歯はほぼ垂直位で、歯冠周囲に著明な骨吸収がみられた(図4)。下顎管は歯根と交差していたが、下顎管壁の白線は明瞭で、歯根と下歯槽神経には頬舌的な位置のずれがあると思われたためCT撮影は行わなかった。抜歯は容易に脱臼可能であったが、歯を摘出しようとするたびに激痛を訴えたため、歯根を確認すると下歯槽神経と思われる索状構造が歯根を貫通していた(図5)。そこで、歯根をタービンにて慎重に分割することで神経を切断することなく抜歯可能であった。抜歯後に左側下唇とオトガイ部の知覚鈍麻がみられたためメコバラミンの内服を開始した。抜歯3ヶ月後には知覚鈍麻範囲の縮小が確認され、8か

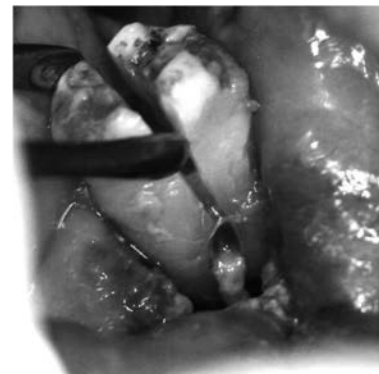


図 5

月後にはほぼ消失した。抜歯後の創部治癒は良好であった。

ま と め

歯根の発生途上で萌出が障害されると、歯根は下顎管を囲むように弯曲して頬側根、舌側根の形成をきたすと言われている。歯の萌出障害の成因は特定できていないが、今回の2例も垂直位でありながら低位萌出歯であったことから、歯根形成期になんらかの萌出障害が生じた結果、歯根が下顎管を取り囲んだ可能性が示唆された。下歯槽神経動静脈が歯根を貫通する智歯は非常に稀と思われるが、垂直位、低位、エックス線写真状での歯根と下顎管の完全な重なりなど下歯槽神経動静脈が歯根を貫通している可能性が疑われる場合にはCT画像が神経動静脈の保存のために有用と思われる。

2. 下顎管と重複する下顎智歯の段階的抜歯について

下顎管と根尖が重複している下顎智歯抜歯は下歯槽神経障害の発症に対し慎重に対応せざるを得ない。下顎智歯抜歯が日常臨床の大部分を占める病院歯科口腔外科では数をこなすだけでなく、医療の質、安全性、患者満足度も満たさなければならぬ中で行っている現状である。そこで、一般病院の歯科口腔外科で行っている抜歯手順について1つの提案として発表する。

根尖が下顎管を超えて重複しているような症例では、普通に

大阪警察病院 歯科口腔外科

○石濱孝二 増田智丈 永田雅英 樋口将隆

抜歯するだけでは配慮が足りず、慎重に抜歯することが要求される。具体的には下歯槽神経に配慮しヘーベルによる過度な楔作用を利用するのではなく、堀之内先生が紹介されているような背面グループを用いて下歯槽神経から引き離す方向に力がかかる方法である(詳細は昨年の日本口腔外科学会総会でのビデオレクチャー12の抄録を参照)。また、2回法抜歯、歯冠除去術などの術式もある。患者によっては抜歯しない場合もある

が、ここに挙げた方法はいずれも下歯槽神経障害を回避できる方法として知られている。

しかし、2回法抜歯や歯冠除去術は確立されている術式ではありませんが、保険診療における診療報酬では収載されていない術式であるため、自費診療で行うことや、施設によっては倫理委員会による承認などが必要になるなど、様々な問題がある。一般の病院歯科口腔外科においてそれらの手法について取り組むのは現実的ではない。

そこでこのようにまず抜歯の完遂を目指し、状況に応じて完遂か中断か対応する段階的抜歯法、または抜歯手順、を検討した。まず、通法で歯冠分割する。そして歯根にヘーベルをかけ、脱臼が容易かどうか判断する。容易な脱臼操作で脱臼できれば抜歯完遂となるが、容易な脱臼ではない場合、例えばさらに歯根周囲の骨削除が必要、単根でも分割が必要、かなり強い力での操作が必要、などは歯根を残し中断とする。ただし、エナメル質は完全に除去し、歯根のみ残存させることとする。そして、術後の経過により、症状なく経過良好な場合にはそのまま経過観察とする。結果的に歯冠除去術となる。また、術後何らかの

症状がある場合などは、2期的に抜歯を行う。歯根が近心移動し、下顎管から離れていれば結果的に2回法抜歯となる。

すなわち、最初のICで歯根が簡単に抜けそうだったら抜くが、下歯槽神経に対しダメージを与えるような抜歯操作になりそうであれば歯根は残す、また、残った歯根が問題となる場合は後日抜歯するが、何もない場合はそのまま大丈夫である、とする説明を行えばすべての抜歯法の調書を取り入れた方法ができることになる。

そのような説明で取り組んだ当科における埋伏抜歯症例数と術式の内訳は完遂が1751例、歯冠除去が5例、2期的抜歯が1例であった。下唇知覚異常の発症数は完遂で22例、歯冠除去、2期的抜歯では認めなかった。このような取り組みでもほとんどが抜歯完遂できており、この数字もICで患者に示し、説明している。下唇知覚異常認めた症例はいずれも3か月以内に改善している。下顎管と重複している下顎智歯抜歯で下歯槽神経障害に配慮する目的で段階的に抜歯を進めていく方法を紹介した。

### 3. 下顎智歯2回法抜歯時の歯牙移動に関する3次元解析

#### —歯根形態別の移動評価について—

#### 緒 言

下顎智歯抜歯時に起こりうる偶発症としてオトガイ神経知覚異常があげられる。

当科では下顎智歯が下顎管に近接している症例においては神経損傷の回避のために2回法抜歯術を勧めている。

歯冠除去後の歯根の移動様相に関して、前回本学会にてCBCT画像を用いた3次元解析方法を報告したが、今回さらなる検討を行い、歯根形態と歯根移動に関して分析・検討を行ったので追加報告する。

#### 対 象

当科において2013年10月～2016年1月に下顎智歯と下顎管の近接を認め、2回法抜歯術を適応した症例全44症例のうち、CBCTで術前・術後の画像評価を行った、水平および近心傾斜歯26例

(男性 9名、女性 17名で、平均年齢は 32.6歳)

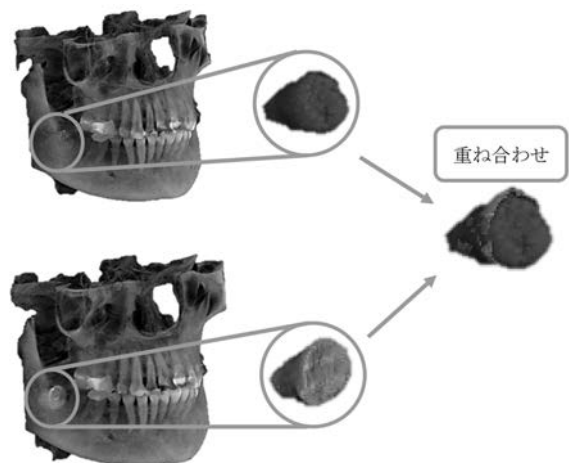
#### 分析方法

1回目処置前、2回目処置前のCBCT 3D画像データより下顎智歯部を抽出し、下顎骨を基準として重ね合わせを行った。

大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔病態制御学講座  
口腔外科学第一教室

○松下 豊 正元 洋介 宮川 和晃 須河内昭成  
高畑 惣介 毛利 真弥 藤本 愉莉 丸山 景子  
三ツ井 諒 関 壮樹 青海 哲也 天野克比古  
伊藤 章 助台 美帆 平岡慎一郎 田中 晋  
古郷 幹彦

重ね合わせには解析ソフト (Tri3D Bon 64: Ratoc社) を用いた。



重ね合わせた智歯部の3D画像で分割前の智歯より分割後の智歯部分を除き、その歯根側の体積を歯根の移動容積とした。

#### 結 果

##### ① 有害事象

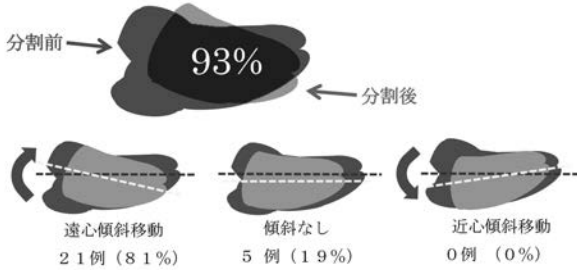
当科での2回法抜歯術による有害事象を表に示す。



	1回目処置後	2回目処置後
オトガイ部感覚異常	0/44	0/44
創部感染	4/44	0/44
冷水痛	6/44 (下記歯髄炎症状のものも含む)	
急性歯髄炎症状	2/44	

術後に感覚異常の生じた症例はなかった。

② 歯根の移動様式に関して



移動後の歯根部分はその体積の93%が術前の智歯部分内に含まれており、81%の症例で移動後の歯根の歯軸は遠心傾斜していた。

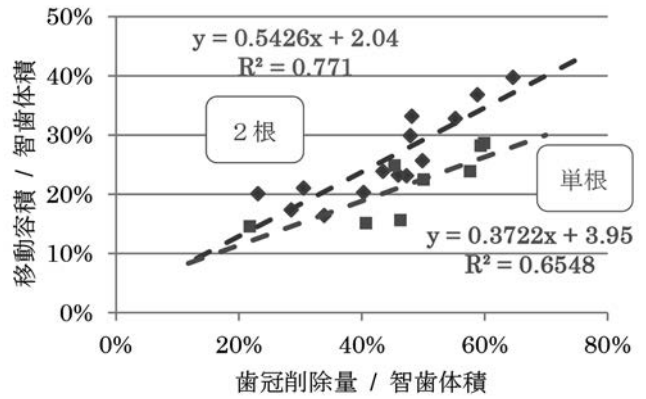
残存歯根の移動様式は、大部分が歯槽窩内での移動であるが、歯冠除去時に行う、歯冠周囲の骨削合部にも移動し、全体として遠心傾斜を伴い移動するものと考えられた。

③ 歯根移動の少なかった症例

歯冠切除後に歯根移動がほとんどみられなかった症例においてはCBCT画像より智歯部を抽出すると、1例においては歯根離開があり、もう1例では歯根肥大がみられた。



④ 2根歯の歯牙移動に関して



グラフ：歯冠削除量と歯根移動の関係

歯冠削除量と移動容積には正の相関がみられた。2根歯および単根歯ともに相関がみられ、それらの移動容積には有意差はなかった。

2根という条件のみでは歯根移動が困難となるリスクにはならず、歯根肥大や歯根離開といった根形態が歯根移動の妨げになっていると考えられた。

考 察

残存歯根の移動は歯槽窩内と骨欠損部での移動であるので、歯根が歯槽窩内で移動できないような形態のものは移動困難であることが予想され、2回法の適応が困難または術式に工夫が必要であると考えられた。

術前のCBCTで歯根形態を精査し、2回法の適応に対し、より慎重に吟味することが重要であると考えられた。

4. 下顎智歯歯根と下顎管の位置関係～下顎管に近接する智歯は増えている!?～

- 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面機能再建学講座  
口腔顎顔面外科学
- 久米 健一 野添 悦郎 比地岡浩志 大河内孝子
  - 石畑 清秀 石田 喬之 岐部 俊郎 鈴木 甫
  - 手塚 征宏 松本 幸三 田中 荘子 淵上 貴央
  - 吉村 卓也 大山健太郎 木村菜美子 豊留宗一郎
  - 村上 寿理 古閑 崇 品川 憲穂 本庄 希江
  - 中村 典史

緒 言

下顎管と近接する智歯の抜歯後に下歯槽神経障害の起こりやすいことは過去の報告においても知られている。下顎智歯抜歯後のオトガイ神経の知覚異常を予測回避するためにパノラマX線を用いた下顎智歯と下顎管の位置関係を把握することが一般的である。

2007年本学会にて、2003～2006年の智歯抜歯症例を分析し下顎管の幅径の1/2以上が重なる智歯は717本中112本15.6%であったことを報告した。近年、日常臨床においてパノラマX線像にて、下顎管と交差する智歯の割合が増加しているように感じられ、今回2014年に抜歯処置を行った智歯について智歯と下顎管のX線学的所見について分析するとともに、下顎管と交差する智歯の割合を調査した。

対 象

2014年1月から12月までの1年間に鹿児島大学病院口腔顎顔面外科にて下顎智歯抜歯を行った497本であった。そのうち根未完成歯や残根、嚢胞病変に含まれる智歯を除いた通常法の智歯抜歯症例279本と2回法1回目症例67本、合計304名346本(男性115名132本、女性189名214本)を対象とした(図1)。



図1 対象

方法・分析方法

抜歯前に撮影したパノラマX線およびCT像を用い、智歯歯根と下顎管の重なり(図2 Ap評価)を評価した上で、以下の項目に対し分析を行った。

- ・智歯の位置(Pell-Gregory分類; P-G分類)
- ・下顎管の白線の消失
- ・下顎管の屈曲の有無
- ・CT撮影率、下顎管との接触率

結 果

346本中Ap0が116本と最も多く、当科での2回法智歯抜歯基準としているAp評価2-d以上は25.4%を占めた。P-G分類とAp評価の関係では、class Iでは16.0%、class IIでは25.9%、class IIIでは45.7%と下顎枝と第2大臼歯との距離が近い智歯ほど、下顎管と近接する結果が得られ、Ap評価によって下顎管との重なりが大きい症例ほど白線の消失する症例が多く、同じく下顎管の重なりと下顎管屈曲の有無についても同様に評価したところ、下顎管の重なりが大きい症例ほど屈曲が見られやすい結果となった。

当科における過去報告例との比較では、Ap2-d, Ap3の割合は、2007年の報告では717本中112本、15.6%であったが、2014年では346本中88本、25.4%と有意に増加していた(図2)。

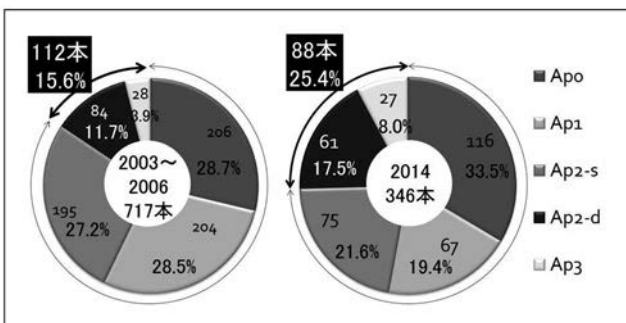


図2 Ap評価による症例内訳(過去の報告との比較)

術前X線CTは、Ap2-d, Ap3ではおよそ90%、Ap2-sでは61.3%撮影されていた。Ap評価別下顎管との接触率(図3、図4)について調査したところ、CTが撮影された症例のうちAp2-dは47.2%、Ap3は91.7%であり、Ap2-sでも43.5%が下顎管と接触していた。さらに、下顎管と歯根との接触の長さについて、Ap3では、下顎管円周の3分の1以上接触していた智歯の比率が他の症例群よりも多くみられた。

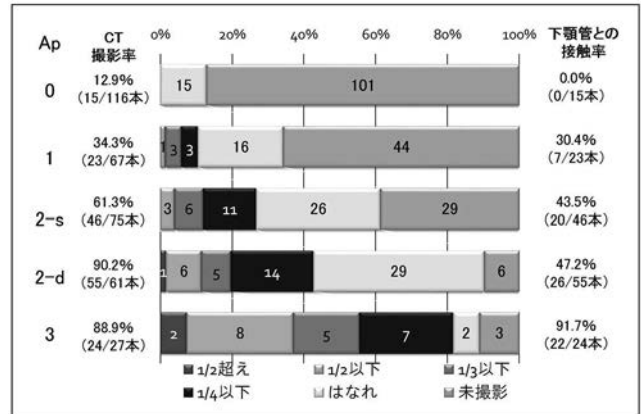


図3 Ap評価とCT撮影率および下顎管との接触率

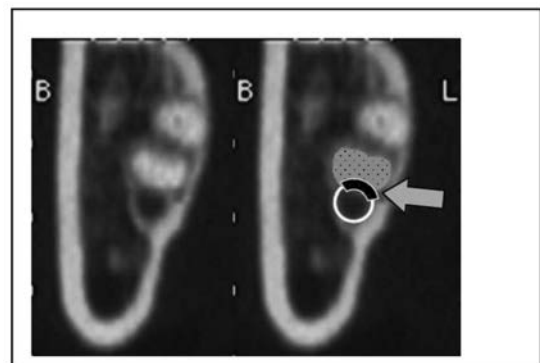


図4 智歯と下顎管の接触長さ

考 察

当科において、2007年の報告と比較して下顎管と近接が疑われる智歯の割合は増加しており、智歯抜歯の際、下歯槽神経障害への配慮を必要とする症例が増加していた。パノラマ像にて下顎管との近接が疑われる症例では、積極的にCTを撮影し、智歯と下顎管の位置関係を検索することで神経損傷を回避する措置が必要であると思われた。

## 5. 下顎智歯抜歯術後の知覚異常残遺に関する検討

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

○勝見 祐二 児玉 泰光 上松 晃也 大貫 尚志  
西川 敦 小玉 直樹 黒川 亮 小山 貴寛  
池田 順行 永田 昌毅 高木 律男

### 緒 言

下歯槽神経知覚異常発生リスク因子に関してはこれまで多数の報告によって共通の見解が得られている。その一方で、知覚異常が長期的残遺する症例の特徴を示した報告は少ない。今回我々は、術後知覚異常残遺のリスク因子の検証を目的に後ろ向き調査を行った。

### 対象と方法

2010年1月から2014年12月の5年間に当科で中央手術室にて下顎智歯抜歯を施行した162例257側のうち発生した下歯槽神経知覚異常17例19側を対象とし、回復群と残遺群に分類した。方法は患者カルテ、CT画像から術後知覚異常残遺の関連因子を調査した。調査項目は、年齢、性別、知覚異常の治療期間。CT画像を用いて下顎管の走行位置（頬側、舌側、下方、根尖間）、下顎管の変形（round/oval、teardrop、dumbbell）について。これに加えLekholm & Zarb分類およびMisch分類を用いて智歯周囲の骨質との関係を調査した。

### 結 果

下歯槽神経知覚異常は合計19側で発生率は7.4%、男女比は6:13で平均年齢は46.3歳、治療期間は平均4.2か月（2週～1年7か月）であった。このうち回復群は13側、対して残遺群は6側で男女比1:6、平均年齢57歳と女性および高齢層に多い傾向となった（図1）。CT所見に関しては、残遺と下顎管走行位置および下顎管の変形に関して明らかな関連性は認められなかった。骨質の評価としてLekholm & Zarb分類では骨質1から4へと骨が疎になるほど残遺の割合と治療日数が多く（図2）、CT値に関しては全例ではないものの智歯周囲海綿骨が低値の場合で長期残遺に至る傾向が示唆された（図3）。

### 考 察

知覚異常残遺に関し、今回の調査では智歯周囲の海綿骨のCT値が低値の場合に長期残遺する傾向を認め、骨質や骨密度が関連因子の一つとなる可能性が示唆された。柔らかく疎な骨ほど抜歯操作時に下顎管への応力が加わっていると考察し、今後は症例に応じて下顎管への応力を回避する抜歯方法を検討していきたい。

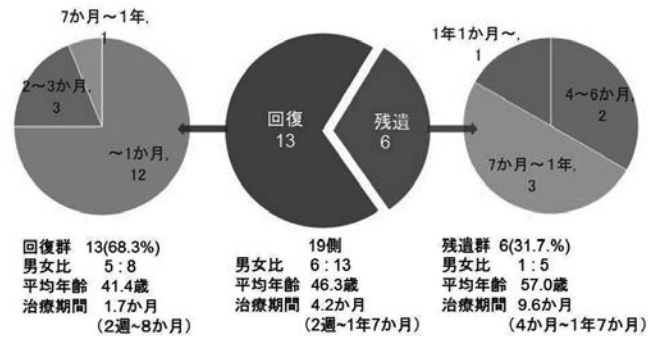


図1 知覚異常回復群と残遺群の比較

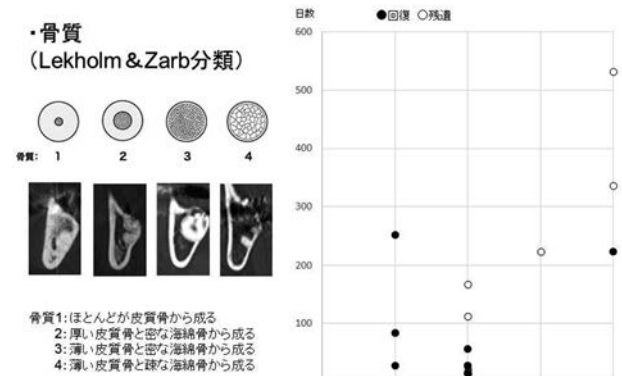


図2 Lekholm & Zarb分類と知覚異常残遺

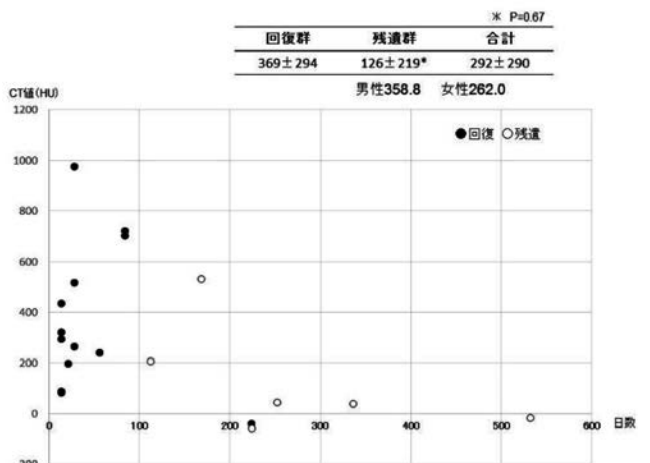


図3 CT値と知覚異常残遺

## 6. 東京医科歯科大学顎顔面外科における下顎埋伏智歯抜歯の臨床的検討 第2報

- 1) 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科
  - 2) JCHO東京山手メディカルセンター 歯科
  - 3) 今池デンタルクリニック
  - 4) 自治医科大学 歯科口腔外科
- 熊谷 順也<sup>1,2)</sup> 小林 明子<sup>1)</sup> 望月 美江<sup>1)</sup>  
 澤田 真人<sup>3)</sup> 山崎 裕子<sup>4)</sup> 原田 清<sup>1)</sup>

### 諸言

下顎埋伏智歯抜歯はもっとも頻度の高い口腔外科手術である。昨年、東京医科歯科大学顎顔面外科の外来における下顎埋伏智歯抜歯の臨床的検討を行った。今回、入院・全身麻酔下における埋伏智歯抜歯データを取り外来・局所麻酔下でのデータと比較・検討を行った。

### 対象と方法

2012年1月～2014年12月までの3年間で、当科で全身麻酔下での下顎水平埋伏智歯抜歯を行った92名、141歯を対象とした。埋伏位置が深く侵襲が大きい症例、複数本同時抜歯症例、また他部位の手術の際に抜歯を行った症例で、埋伏歯に嚢胞がある症例・術後に病理組織検査を行った症例・術前にすでに同部位に知覚異常を認めている症例は除外した。

診療録およびパノラマX線写真より年齢、性別、術者の経験年数、埋伏歯と下顎管との関係、吉増の下顎智歯抜歯における難易度分類、G. B. Winterの下顎智歯分類を調査し比較・検討した。オトガイ神経知覚異常については治癒経過、治療方法について調査した。なお、知覚異常の判定は抜歯後1週間の経過観察の間に患者自身が主観的に異常を訴えた症例とした。また治癒についても同様とした。

### 結果

オトガイ神経知覚異常は、141本中16例（13人、11.3%）で生じた。年齢別でみると30歳代以降で知覚異常出現率が高くなり、当科における外来での知覚異常出現率も30歳代以降で高くなっていった。下顎管と埋伏歯との位置関係では、重なるものは22.2%と高くなった。吉増の難易度分類では、症例数は難易度Cが一番多くなったが、難易度の高いものの知覚異常出現率が高くなった。G.B.Winterの下顎埋伏智歯の分類では同じポジションでもクラスが大きくなると知覚異常の出現率が高くなっていった。施術医入局年数では10年目以上は7.14%と低く、9～3年目と比較すると4倍近くの差があった。

知覚異常は16例（13名）で起き、経過は治癒・ほぼ治癒が14例、改善傾向が2例、残存は0例だった。

### まとめ

前回の学会報告にて、外来における局所麻酔下での抜歯では対象年齢30歳代以降の知覚異常出現率が高くなると報告したが、今回の全身麻酔症例でも同様の結果になった。知覚異常出現率は全身麻酔症例では141本中16例（11.3%）で、外来局所麻酔症例での2086本中16例（0.77%）より多い結果となった。

下顎管との位置関係や吉増・Winterの分類において難易度の高いものは知覚異常出現率が高くなる傾向があった。出現率の差はあるが局所麻酔下と全身麻酔下での傾向は同様であった。

知覚の回復について16例中14例は治癒・ほぼ治癒で、2例は改善傾向で終了となっていた。治癒・ほぼ治癒症例のうち12週以内に9例（81.8%）方が、16週以内に12例（85.7%）方が治癒していた。

今後はCTの解析を含めたうえで、手術方法や治療方法の参考としたい。

患者の年齢別抜歯本数

年齢	抜歯本数	知覚異常出現数	
		2012～2014手術	2012外来
10～19	11本(6人)	0例(0%)	0%
20～29	56本(33人)	2例(3.57%)	0.23%
30～39	28本(20人)	4例(14.2%)	1.73%
40～49	24本(14人)	6例(25%)	1.66%
50～59	14本(11人)	2例(14.2%)	0%
60～	8本(8人)	2例(25%)	1.69%
計	141本(92人)	16例(11.3%) 13人	0.77%

智歯と下顎管との位置関係

位置関係	抜歯本数	知覚異常出現数	
		2012～2014手術	2012外来
接触せず	26本	0例(0%)	0%
接触する	61本	4例(6.55%)	0.95%
重なる	54本	12例(22.2%)	3.03%

オトガイ神経知覚異常の経過

	2012～2014手術	2012外来
治癒・ほぼ治癒	14例 平均11.5週 (2日～52週)	8例 平均9.6週 (2～19週)
改善傾向	2例 平均16週 (10～22週)	4例 平均13週 (7～21週)
残存	0例	4例 平均22週 (3～50週)

## 7. 当科におけるインプラント埋入後の合併症に関する臨床的検討

大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室  
 ○三ツ井 諒 正元 洋介 松下 豊 田中 晋  
 古郷 幹彦

### 緒 言

インプラントを用いた欠損補綴は広く臨床応用されている一方で、周囲炎、知覚異常等の合併症が生じる例もある。インプラント治療後の合併症の対応を、大学病院へ紹介される症例は少なくないが、そのような症例を調査している研究は少ない。今回我々は、インプラント治療後に合併症が生じ、当科を紹介された症例の調査を行ったので報告する。

### 方 法

2011年1月から2015年12月までの5年間に、他院より当科へ紹介されたインプラントの合併症症例39例（男性11例、女性28例、平均年齢65歳）を対象とし、埋入部位、埋入から当科紹介までの期間、臨床診断、処置内容に関して検討を行った。

また、オトガイ神経領域に知覚異常が生じた4例は、当科受診までの経緯、当科での対応、知覚異常に至った原因について考察を行った。

### 結 果

埋入部位は右下臼歯部14例、左下臼歯部14例、右上臼歯部5例、左上臼歯部5例、右上前歯部1例と、下顎が上顎に比べ多く、左右差は上下とも認めなかった。

インプラント埋入後から当科を受診されるまでの期間では、10年以上の症例が13例と最多であった。次に多い埋入日不明の症例12例の内、7例がブレード型インプラントであったことから、半数以上が10年以上経過している症例と考えられる。

臨床診断は周囲炎が最も多く全体の72%であった。知覚異常はおよそ10%に見られた。その他はインプラント体の破折、埋入後の非定型疼痛、インプラント体の上顎洞内の迷入という結果となった。他院での摘出も含めると、39例中29例が紹介後インプラント摘出に至った。

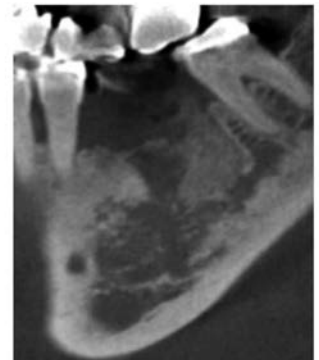
オトガイ神経領域の知覚異常を認めた4例についての詳細は以下の通りである。

症例	性別	年齢	埋入期間	当科受診までの経緯	当科での対応
①	女性	64歳	2日	知覚鈍麻のため、紹介元にて埋入翌日に撤去、その後当科紹介	VitB12製剤内服、鍼治療を12か月行い、症状改善
②	男性	60歳	2週間	知覚異常のため、紹介元にて埋入翌日に撤去、その後当科紹介	VitB12製剤ATP製剤内服、SGBを4か月行い、症状改善
③	男性	66歳	18か月	知覚異常のため、紹介元にて埋入翌日に撤去、再埋入するも症状改善なし、その後当科紹介	VitB12製剤内服、鍼治療を6か月行い、症状改善
④	女性	75歳	3か月	知覚異常を自覚したが、下顎管と接触なしと説明を受け、撤去せず、精査依頼で当科紹介	VitB12製剤内服、レーザー SGBを6か月行ったが、症状変化なし

いずれの症例も初診時のオトガイ神経知覚異常の種類は知覚低下であり、無感覚の症例はなかった。当科での対応は、ビタミンB12製剤による投薬治療を主に、SGBや鍼治療を行った。症例①～③は知覚低下域の縮小や症状改善を認めたが、症例④では症状改善は見られなかった。

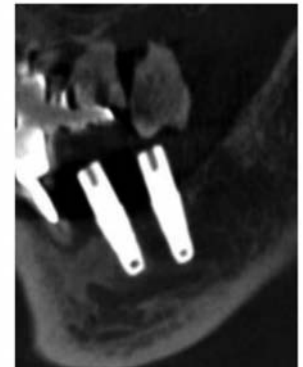
症例①

症例②



症例③

症例④



症例①、②は透過像と下顎管との接触が見られ、ドリリング時の接触が疑われる。

症例③は方向転換され埋入されたインプラントと下顎管に接触は認めず、画像での評価は困難である。

症例④の初診時オトガイ神経領域の機能検査では、患側、健側に有意差は認めなかった。紹介元で撮影されたCTでは、インプラント体下方と下顎管の間に接触が疑われ、インプラント体下方の浮腫性変化により、下顎管を圧迫し知覚異常が生じたと考えられる。客観的な知覚異常は認めなかったため、インプラント体を保存していたが、症状改善認めないため、インプラント体摘出を予定している。

### 考察・結語

インプラント埋入後の合併症としては周囲炎が最も多く、処置内容としてはインプラントを摘出した症例が多かった。ブレード型インプラント、破折したインプラント、上顎洞内に迷

入したインプラントの撤去といった、外科的な侵襲が大きい依頼が多くみられ、大学病院への紹介症例の特徴とも考えられる。

大島らの報告<sup>1)</sup>では、他施設から紹介されたインプラント合併症症例のうち、オトガイ神経領域の知覚異常が認められた症例は全体の2.6% (15/579) であり、当科では10% (4/39) と

多かった。

知覚異常が生じた際は、インプラントを除去した上で、VitB12製剤やATP製剤の投与、SGB、鍼治療を行うことは有効であった。神経症状への加療が1年以上経過した症例でも、症状改善は期待できると考えられる。

## 8. 下顎枝垂直骨切り術における下歯槽神経損傷防止に対する当科での取り組み

- 1) 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
- 2) 岡山大学病院 口腔外科 (再建系)

○松村 達志<sup>1)</sup> 合田 裕<sup>1)</sup> 森谷 徳文<sup>1)</sup>  
 田畑 光康<sup>1)</sup> 中辻 和樹<sup>1)</sup> 吉岡 洋祐<sup>1)</sup>  
 山田 智明<sup>1)</sup> 松原 正和<sup>1)</sup> 山近 英樹<sup>2)</sup>  
 飯田 征二<sup>1,2)</sup>

### 緒 言

下顎枝垂直骨切り術 (以下、IVRO) は、下顎枝矢状分割術と共に代表的な下顎骨形成術の一つであり、近位骨片と遠位骨片の骨接合が不要で手術時間の短縮化を図れる事や顎関節症を伴う症例でも適用しやすいといった利点を有する。しかし、IVROでは下歯槽神経損傷 (以下、IANI) を避けるために Antilingual Prominence (以下、AP) 等の下顎枝外側面形態を指標とした盲目的な骨切りが行われる事から、その形態によっては術中に骨切り線の設定で難渋する。そこで、確実な IANI回避を目的とした当科での取り組みとして、CTデータを用いた下顎孔 (以下、MF) と下顎枝外側面形態の位置評価および岡大式骨切りガイドを紹介する。

### 対象および方法

当科を受診した骨格性下顎前突症で顎矯正手術の適応と診断された患者67名 (男性28名、女性39名、平均年齢: 25.2±9.1歳) を下顎前突群、顎変形症以外の疾患でCT撮影を行った患者71名 (男性29名、女性42名、平均年齢: 24.9±8.0歳) を対照群とした。これら症例のCTデータをもとにDICOMビューワソフト (OsiriX ver. 5.6 32-bit) を用いて、APの存在率、APとMFの位置関係、咬合平面および下顎枝前後縁とMFの位置関係について検討した。

### 結果と考察

#### ・ APの存在率

APの存在率は下顎前突群60.4%、対照群54.9%と下顎前突群の方が高率であったが、群間に有意差を認めなかった。また、両群共に男性が女性に比べて高率であるが、男女間にも有意差を認めなかった。

#### ・ APとMFの垂直・水平距離

対照群に比して下顎前突群では前下方にMFが存在しており、水平距離では有意差を認めた。

#### ・ 咬合平面とMFの垂直距離

両群共に平均値では咬合平面より上方にMFは位置するが、下顎前突群が有意に下方に存在した。

#### ・ 下顎枝前後縁とMFの水平距離

下顎枝前縁からのMFの位置を検討した結果、対照群に比べ、下顎前突群の方が有意に短い結果であった。

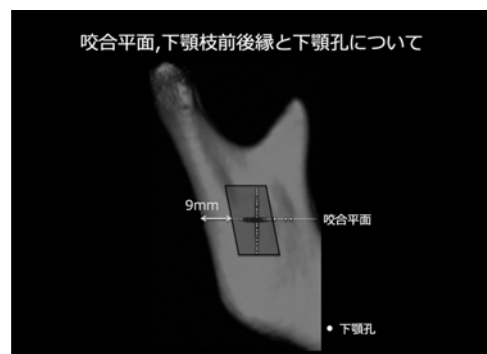
下顎枝後縁からのMFの位置の検討では、下顎枝後縁からのMFまでの距離の最小値は下顎前突群で9.82mm、対照群で9.28mmであり、両群間に有意差を認めなかった。

これらの結果より、APの存在率は約60%であり、APが必ずしもMFの位置を一定の傾向をもって示すものではなかった。MFの位置的評価では、咬合平面を基準とした下顎枝後縁からの距離を用いた評価 (図) がIANIの危険性を避ける上で最も有用であると考えられた。

IVROの骨切りの際に下顎枝後縁からの距離計測を行う事を前提とした場合、下顎枝後縁が内側への強く巻き込こんだ症例等、術中に下顎枝後縁の目視困難な症例では骨切り線設定で難渋する事になる。そこで当科ではIVROに用いる骨切りガイドを提案した。骨切りガイドは該当症例のCTデータより作成した三次元立体下顎骨模型上で予め作成するため、術前に新たな技工操作が増える事になる。しかし、下顎枝の形態にかかわらず安全に骨切り線の設定を行えるため、骨切り線設定困難症例での使用はもとよりIVRO初心者に対する教育ツールとしても使用可能であった。

### 結 語

IVROにおけるIANIに対する当科での取り組みについて紹介した。



図

## 9. 下唇反転皮弁による口唇修正術後の皮弁知覚変化に関する検討

大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔病態制御学講座  
口腔外科学第一教室

○石原 康貴 田中 晋 三ツ井 諒 松川 誠  
原 崇之 薄木 崇介 中川記世子 丸山 景子  
藤本 愉莉 正元 洋介 青海 哲也 大槻 浩一  
磯村恵美子 水谷 雅英 古郷 幹彦

### 緒 言

両側性口唇裂症例における上口唇形態改善の方法の一つに、下唇反転皮弁 (Abbe's flap) が挙げられる。これは下口唇正中中部に作成される有茎皮弁であり、上口唇へ移植することで組織量および形態の修正を図るものであるが、一度離断された皮弁組織の知覚が術後どのように変化するかについては現在まで報告されていない。そこで今回、下唇反転皮弁および周囲組織の術後触覚・痛覚・二点弁別閾に関して経時的な評価・検討を行ったので報告する。

### 対 象

当科において2015年1月～7月にAbbe's flapによる口唇二次修正術を施行された両側性唇顎口蓋裂2症例 (症例1:14歳女性 症例2:21歳男性) を対象とした。

### 方 法

上口唇において均等に分布するよう計測点を非皮弁部に6点、皮弁部に9点取り (図1)、触覚閾値測定はSemmes-Weinstein Monofilamentsを用いてWerner法にて刺激を与え、各点での識別し得る最も細いモノフィラメントの番号を記録した。

痛覚閾値測定は触覚閾値測定と同じ計測点において痛覚計にて刺激を与え、各点での識別し得る最も弱い刺激圧 (g) を記録した。最大値である10gを越えても痛覚を示さない場合は「痛覚なし」と判定した。

二点弁別閾測定は上白唇皮弁部・左右非皮弁部の中央に測定範囲を設定し (図2斜線部)、ディスククリミネーターを用いて刺激を与え、各範囲での識別し得る最も狭い二点間距離 (mm) を記録した。

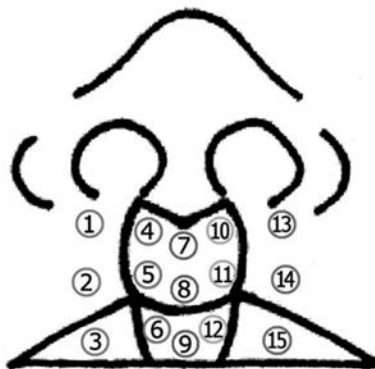


図1 触覚閾値および痛覚閾値測定点

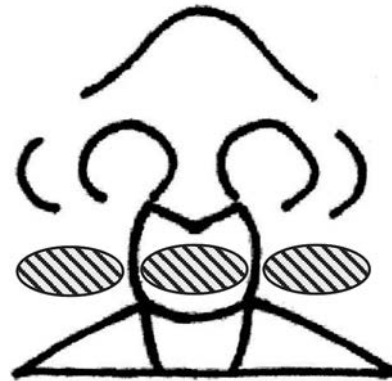


図2 二点弁別閾測定範囲

触覚閾値測定結果については、Bellの評価基準 (表1) を用いて5段階で評価し、段階ごとに対応した色を用いて表に示した。

表1 Bellの評価基準

		フィラメントナンバー
Level 5	触知不能	20にて触知不能
Level 4	保護的感觉脱失	11～20
Level 3	保護的感觉低下	7～10
Level 2	Light touch低下	5～6
Level 1	正常	1～4

### 結 果

触覚閾値について、非皮弁部では両症例とも閾値変化はなく正常の状態が維持されていた。皮弁部では両症例とも閾値の上昇が生じたが、術後5～7ヶ月で正常範囲へ回復した。また閾値上昇が長期間持続する部位は両症例において皮弁部赤唇に見られた。(図3)

痛覚閾値について、触覚同様に非皮弁部では正常状態が維持され、皮弁部においては両症例において部分的な閾値上昇を生じたが、術後5～7ヶ月で正常範囲へ回復した。(図4) ただし触覚閾値上昇が生じた範囲と、痛覚閾値上昇が生じた範囲に関連は認められなかった。

二点弁別閾においては、両症例とも閾値の変動が見られ、皮弁部についても症例1では改善が見られたのに対し、症例2では大きな変化はなかった。(図5)

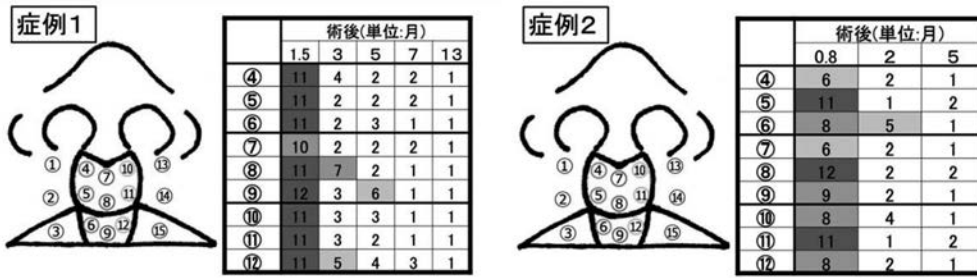


図3 皮弁部触覚閾値測定結果

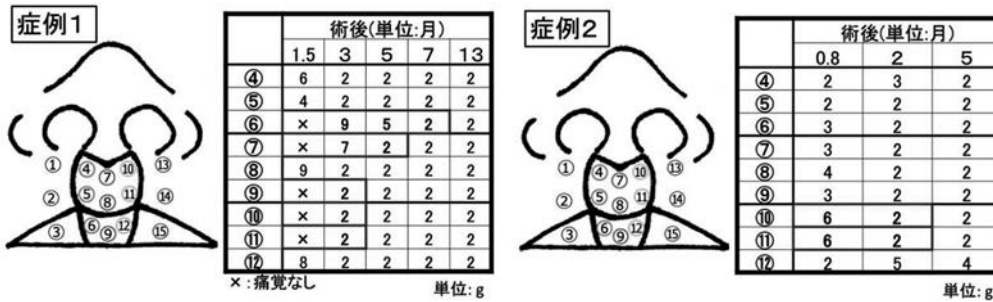


図4 皮弁部痛覚閾値測定結果

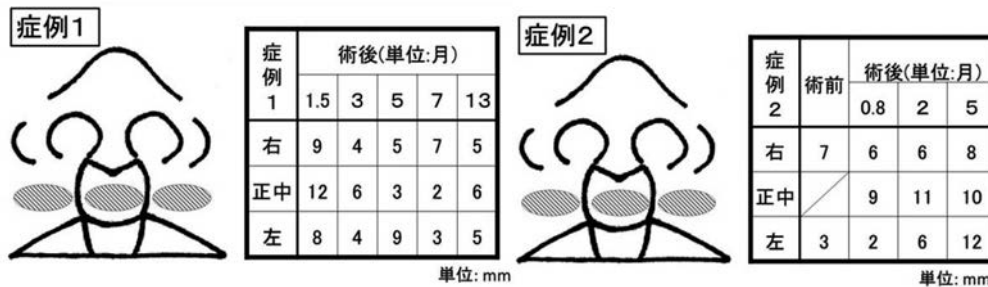


図5 二点弁別閾測定結果

結 語

下唇反転皮弁の形成により、皮弁部の限局した触覚閾値上昇および痛覚閾値上昇が生じるが、本症例では術後5～7ヶ月で非皮弁部と同程度まで回復し知覚神経の再生が推測された。創縁との距離、部位による閾値上昇の程度および回復期間の差は見られなかった。また赤唇部において触覚閾値上昇が持続した

ことについては、白唇との皮膚性状の違いや皮弁形成後7～10日で行われる皮弁基部切断に伴う侵襲を原因とする可能性があるが、今後症例数を増やし検証を行う必要がある。二点弁別閾測定においては閾値変化が今回設定した領域より狭小な範囲で生じていると考え、計測点数の増加や計測部位の指標設定を行い、より再現性の高い測定方法を検討すべきであると判断した。

10. マウス末梢神経切断後の神経再生過程における一酸化窒素合成酵素 (NOS) の発現

- 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
- 菊地 隆太<sup>1)</sup> 金 秀樹<sup>2)</sup> 小嶋 忠之<sup>1)</sup>
- 高橋 進也<sup>2)</sup> 菅野 勝也<sup>2)</sup> 川原 一郎<sup>2)</sup>
- 浜田 智弘<sup>2)</sup> 高田 訓<sup>2)</sup>

研究目的

末梢神経切断後、切断端中枢側には遊走したシュワン細胞が細胞塊をつくり、この中を軸索が伸長することが判明している。一方、一酸化窒素 (NO) は神経伝達や免疫応答、血管系の

調節などに関与していることがこれまでの研究で明らかになっている。現在まで種々の末梢神経で発現が報告されており、培養レベルでの神経細胞やシュワン細胞にNOを合成する酵素であるNOSが発現することが判明している。しかし、切断端における各種NOSの発現の詳細については分かっていない。



そこで本研究では、マウス坐骨神経切断後、切断端中枢側における軸索とシュワン細胞でのNOSの機能の一端を解明する目的で、各種NOSの発現とその局在を免疫組織化学的に検索した。

### 実験方法

実験動物には10週齢、雄性マウスを用いた。全身麻酔下に右側坐骨神経を切断し、切断後1日、7日、14日、21日目に坐骨神経を摘出し連続切片を作製した。切片は一次抗体として各種NOS抗体、シュワン細胞のマーカーであるS100タンパク抗体、軸索のマーカーであるPGP9.5抗体を用い、通法に従い免疫組織化学的染色を行い光学顕微鏡にて観察した。加えてnNOSの発現がシュワン細胞または軸索に発現しているかを判別するため、nNOS抗体とS100タンパク抗体およびPGP9.5抗体を用い二重蛍光免疫染色を行い観察した。

### 研究結果

nNOSの陽性反応は正常坐骨神経において神経組織の一部にわずかにみられたが、nNOSとS100タンパクの共発現が認められなかった。また、nNOSとPGP9.5を共発現する部位がわずかに存在した。切断後1日における神経切断端でのnNOSの反応は、切断端中枢側周囲に陽性を示す細胞が数多くみられた。切断後7日ではnNOSの陽性反応は切断端周囲の細胞にみられ、nNOSとS100タンパクの共発現がみられたが、PGP9.5とnNOSとの共発現はみられなかった。切断後14日では切断端から伸長

した細胞塊は切断後7日に比べて増加し、nNOSの陽性反応がみられ、nNOSとPGP9.5の共発現がみられた。切断後21日ではnNOS陽性細胞は伸長した神経組織内に散在し、nNOSとS100タンパク共発現はほとんど観察されなかった。これに対し、nNOSとPGP9.5の共発現がみられ、切断後14日に比べ増加していた。

### 考 察

切断後7日では、切断端中枢側から再生する神経組織の先端に、軸索の伸長に先立ち、nNOS陽性を示す細胞塊がS100タンパクと共発現していたことから、NOはシュワン細胞の増殖や遊走、シグナル放出や接着タンパクによる細胞塊形成に関与する可能性が伺われた。切断後14日では、切断端から伸びだした神経組織にnNOSとPGP9.5を共発現する部位をわずかであるが認められたため、軸索がnNOSを発現する状態となり、軸索でNOが産生されたことが示された。切断後21日では14日と同様に、シュワン細胞ではnNOSは発現しておらず、軸索でnNOSが発現し、その陽性を示す分布密度は14日に比べ増加していたことより、軸索の伸長や伝達物質として軸索がNOを産生する可能性が考えられた。

### 結 論

本研究結果から神経切断後の末梢神経の再生過程において、シュワン細胞の増殖、遊走および軸索の伸長にNOが働くことが明らかとなった。

## 11. 糖尿病モデルマウスの抜歯後治癒過程におけるNOSの局在

- 1) 奥羽大学口腔外科学講座
  - 2) 奥羽大学大学院歯学研究科顎口腔外科学口腔外科
- 高橋 進也<sup>1)</sup> 菊地 隆太<sup>2)</sup> 小嶋 忠之<sup>2)</sup>  
菅野 勝也<sup>1)</sup> 川原 一郎<sup>1)</sup> 浜田 智弘<sup>1)</sup>  
金 秀樹<sup>1)</sup> 高田 訓<sup>1)</sup>

### 緒 言

I型糖尿病は遺伝要因や環境要因が関与し、種々の自己抗体が検出され、膵臓に著明なリンパ球浸潤がみられることから、自己免疫疾患であると考えられている。NO（一酸化窒素）はI型糖尿病において免疫誘発された破壊的メディエーターとして考えられており、種々の自己免疫疾患の発現機構にNOの関与が報告されている。糖尿病モデルにおける検索の中で、口腔内組織のNOS（一酸化窒素合成酵素）についての検索はiNOS、eNOSの局在変化が行われているが、nNOSについての報告はない。また、抜歯後のNOの変動については現在まで報告されていない。

本研究では、controlマウスおよび糖尿病マウスにおける抜歯後の治癒過程において、NOSの発現に焦点を当て検索した。

### 材料及び方法

実験動物には生後12週齢のC57BL/6Jマウス24匹とAkita/

Slcマウス37匹を用い、下顎第一臼歯を抜歯した後の下顎骨を使用した。観察期間は、抜歯後1、4、10日とした。本研究に使用した一次抗体はnNOS、NOS2、NOS3の3種類を用いた。なお、本研究は奥羽大学動物実験動物実験ガイドライン（動物実験許可番号 H26-10）に基づき行われた。

### 結 果

抜歯後1日のcontrol群において、nNOSでは線維芽細胞が陰性を認めた。iNOS、eNOSでは陽性を示した線維芽細胞が認められた。AkitaマウスではnNOS、eNOSでは陰性を示した線維芽細胞を認めた。iNOSでは弱陽性を示す線維芽細胞が認められた。抜歯後4日のcontrol群においては、nNOSでは線維芽細胞や内皮細胞は陰性を認めた。AkitaマウスではiNOS、eNOSでは線維芽細胞や内皮細胞は弱陽性を認めた。nNOSでは陰性を示す線維芽細胞および内皮細胞を認めた。iNOS、eNOSでは陽性を示す線維芽細胞と内皮細胞を認めた。抜歯後10日のcontrol群については、nNOSでは骨芽細胞や内皮細胞に陰性を認めた。

iNOSでは陰性を示す骨芽細胞や弱陽性を示す内皮細胞を認めた。eNOSでは弱陽性を示す骨芽細胞および内皮細胞を認めた。AkitaマウスではnNOSは、陰性を示す骨芽細胞および内皮細胞を認めた。iNOS、eNOSでは弱陽性を示す骨芽細胞、陽性を示す内皮細胞を認めた。

## 考 察

抜歯後1日においてcontrol群ではeNOSは内皮細胞に陽性を示し、その細胞の分化や誘導に強く作用し、制御しているものと思われた。Akitaマウス群ではiNOSに弱陽性を示す線維芽細胞および内皮細胞が認められたことから、control群に比べ炎症

症反応やNOの働きが遅れることが考えられ、糖尿病では細胞の分化や誘導が遅れることが示唆された。抜歯後4日ではAkitaマウス群の方がcontrol群に比べ、iNOSが増加していることから、この時期に炎症が強く起こり、eNOSにも陽性を示すことから内皮細胞の増生が盛んに起こっていることが示唆された。抜歯後10日ではcontrol群、Akitaマウス群ともに細胞活性は落ち着く時期に来ていることが考えられた。nNOSは神経線維に主に発現し、血管系においてはnNOSがiNOSの代わりとして血管保護に働くと考えられている報告もあるが、今回の結果から、抜歯の治癒においては、このような作用は起こっていないと考えられた。

## 12. カルバマゼピンの長期服薬により低ナトリウム血症を発症した三叉神経痛の1例

大阪大学大学院 歯学研究科 口腔外科第一教室

○原 崇之 田中 晋 外川 健史 山田 早織  
薄木 崇介 藪野 佑介 古郷 幹彦

## 緒 言

カルバマゼピンは特発性三叉神経痛に対する第一選択薬と使用される。カルバマゼピンの副作用として眠気やめまい、肝機能障害などの発症頻度は高いが、低ナトリウム血症の発症はまれである。今回、我々はカルバマゼピン長期間内服中に低ナトリウム血症を認め抗利尿ホルモン不適合症候群（SIADH）が疑われた1例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

## 症例提示

[患者] 64歳、女性

[初診] 2012年1月11日

[主訴] 右側頬部からオトガイ部にかけての発作性電撃様疼痛

[現病歴]

2011年6月頃より右側下顎第一大臼歯部の疼痛主訴に近在歯科受診し同部の根管治療を開始した。治療開始後も症状改善認めないため同年11月に紹介元歯科医院受診となった。以降、同部の根管治療を再開するも症状改善認めず、同年12月初旬より洗顔時に右側頬部を中心とした発作性電撃様疼痛を自覚し、当科での精査加療を勧められ紹介受診となった。

[現症]

右側頬部からオトガイ部に発作性電撃様疼痛の誘発を認めた。口腔内において右側下顎第一大臼歯の自発痛、打診痛認めなかった。

[既往歴] 乳癌術後

[家族歴] 特記事項なし

[臨床診断] 三叉神経痛第2・3枝領域

[処置および経過]

上記診断の下、2012年1月11日よりカルバマゼピンを

100mg/day、就寝前投与より開始した。以降、症状の増悪、緩解に伴いカルバマゼピンの投与量を増減させながら経過観察としていた。2014年6月頃よりカルバマゼピン服薬後に気分不良を自覚するようになり、6月26日に嘔吐認め近医内科受診した際、低ナトリウム血症（Na：122mEq/l）を指摘されたが経過観察となった。その後8月15日に近医内科で施行した血液検査結果より低ナトリウム血症（Na：125mEq/l）の持続を認め、ナトリウム補正治療の開始となるも、8月28日に再度嘔吐認め近医内科にて入院加療となった。

## 考 察

カルバマゼピンは特発性三叉神経痛に対する第一選択薬である。一般的な用法としては初回投与量100mg/dayを1日2回分服または就寝前投与より開始し、2～3日ごとに100mgずつ増量しながら疼痛発作が緩解する量を維持量とする。通常維持量は200～400mg/dayであり、最大1,200mg/dayを超えない。副作用調査例数1,613例中614例（38.1%）に1,282件の副作用が認められ、主症状としては眠気13.8%、めまい9.1%がみられ、臨床検査異常値としてγ-GTP上昇18.1%、ALT上昇7.7%がみられる。副作用としての低ナトリウム血症、SIADHの発症に関しては頻度不明とされているが、須藤らはカルバマゼピン服薬中の入院患者64例中、130mEq/l未満の低ナトリウム血症を4例：6.3%（小児2例、成人2例）認め、カルバマゼピン内服開始3ヶ月以内に低ナトリウム血症を出現しやすいと報告している。本症例ではカルバマゼピン内服開始の2年3ヶ月後より低ナトリウム血症を認めたため、長期間服薬中の場合においても定期的な血液検査、尿検査による水電解質異常の評価が必要であると考えられた。

### 13. ショウジョウバエにおける末梢性塩味味覚障害が摂食量および寿命に与える影響

1) 奥羽大学大学院顎口腔外科学

2) 奥羽大学口腔外科学講座

○小嶋 忠之<sup>1)</sup> 浜田 智弘<sup>2)</sup> 菊地 隆太<sup>1)</sup>

高橋 進也<sup>2)</sup> 菅野 勝也<sup>2)</sup> 川原 一郎<sup>2)</sup>

金 秀樹<sup>2)</sup> 高田 訓<sup>2)</sup>

#### 研究目的

味覚障害による味覚閾値の変化や摂食量の低下は健康状態の悪化をまねき寿命にも影響を及ぼすことが懸念される。本研究では、塩味に焦点を絞り、末梢味覚系の機能欠損がどのような味覚障害症状をもたらし、末梢由来の味覚障害が全身状態にどのような影響を与えるのか、さらに、塩味味覚障害による塩分摂取量変化が摂食行動および寿命にどのような影響を与えるのかを明らかにすることを目的とした。

#### 研究方法

コントロールとして野生型で味覚器の正常なw1118を用いて、末梢味覚器欠損系統としてGr5a-rpr、ΔXBs6を用いて餌摂食量定量実験、寿命の測定、産卵場所識別能力実験を行う。餌摂食量定量実験では、シャーレの中に0～320mMのNaClを寒天で固めた餌に食物色素で色を付け暗室下に摂食させる。摂食終了後、バッファーと共にサンプリングチューブに入れ、ホモジネートを行い、上澄み液の吸光度を測定し1匹あたりの摂食量を各濃度で測定する。寿命および産卵場所識別能力アッセイではオス、メスそれぞれ2匹ずつ50mlコニカルチューブの中に入れ、プレパラートに寒天で固めた300mMショ糖と80mMのNaClおよびyeastをおき1日ごとにどちらに何個卵を産み付けたか数える。寿命および産卵場所識別能力アッセイではNaCl摂食量の多いメスのみを研究対象とした。

#### 研究結果

コントロール群やGr5a-rpr群では80mMをピークとするNaCl

摂食量のNaCl濃度依存性を示したが、ΔXBs6群でのNaCl摂食量には有意な変動は見られなかった。メスのNaCl摂食量をオスの摂食量で除してみると、遺伝変位の有無にかかわらず、メスの方がオスよりも摂食量が多く、その比は80 mMで有意に、コントロール群、Gr5a-rpr群、ΔXBs6群の順で小さくなった。寿命の測定では、コントロール群とΔXBs6群の生存曲線は類似しており、有意差は認められなかった。産卵場所識別能力アッセイでは、羽化後4日までの観察でΔXBs6群でのPI値がほとんどゼロを示しており味覚器特有のpoxnの欠損が産卵場所識別能力を著しく低下させることが示された。

#### 考察・結論

味覚器機能を遺伝的に欠損させたショウジョウバエを味覚障害モデルとして使用することを初めて試み、以下の結果を得た。1. 摂食量定量実験ではコントロールに対し、重度の味覚器欠損があるΔXBs6において大きくNaCl摂食量が低下し、塩味識別能力も失われた。一部の味覚器の欠損したGr5a-rprではNaCl摂取量に大きな変化は見られなかった。2. 寿命の測定の結果ではコントロールとΔXBs6の間に有意差は見られなかった。3. 産卵場所識別能力アッセイではコントロールがNaClにたいして嗜好性を示すが、ΔXBs6では選択ができなくなっていた。

以上より、末梢性塩味味覚障害では、味覚障害に伴う塩味感受性の変化がNaCl摂取量をに影響を及ぼすが、寿命に対する影響は小さいことが示唆された。

### 14. 自発性異常味覚および異味症に関する臨床的検討

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 山口 聡

原田 清

#### 緒言

自発性異常味覚とは口の中に食べ物や飲み物がないのに特定の味が持続するものであり、異味症とは食べ物や飲み物が本来の味と異なった味に感じられるものである。共に味覚異常の自覚症状の1つではあるが、味覚の減退が主訴ではなく、その原因は不明とされている。今回われわれは2014年1月から2015年12月の間に味覚異常を主訴に当科を受診し、自発性異常味覚あるいは異味症と診断された患者24名について検討した。

#### 対象

異味症の対象患者は8名、平均年齢は64.8歳で、主訴は水がしょっぱいまたは苦い、甘いものが苦い、甘くないものが甘い、醤油が苦いなど様々であった。

自発性異常味覚の対象患者は16名、平均年齢は62.8歳で、主訴は口の中が苦い患者が7名、しょっぱい患者が4名、甘い患者3名、酸っぱい及び鉄分の味がする患者が各1名であった。

方法・診断基準

味覚はろ紙ディスク法による検査を行い、味覚障害診療の手引き（池田稔著金原出版）を参考に、鼓索神経領域および舌咽神経領域の全検査閾値の平均値を用い（正常；3.5未満、軽症；3.5以上4.5未満、中等症；4.5以上5.5未満、重症；5.5以上）味覚障害の重症度を判定した。その他細菌検査、血液検査、心理検査（HADS）、唾液分泌量検査を行った。

味覚障害の原因別診断基準として、亜鉛欠乏は血清亜鉛値が70 μg/dl未満のもの、薬剤性は服用薬剤の副作用欄に味覚障害が明記されているもの、感冒後は感冒罹患後に味覚障害を自覚したもの、全身性は味覚障害を引き起こす全身疾患をもつもの、心因性は心理テストでうつ・不安がmoderateやsevereまたはうつ病などの診断をうけているもの、医原性は中耳手術などの手術後に発症したもの、口腔疾患はカンジタ症や口腔乾燥症などによる舌炎があるもの、特発性は誘因や原因が不明の味覚障害とした。

結果

濾紙ディスク法による味覚検査の結果で異味症は正常0名、軽症3名、中等症3名、重症2名であり、自発性異常味覚は正常5名、軽症4名、中等症6名、重症1名であった。主訴で味覚の減退を訴えていないのに味覚障害が中等症以上の患者も数多く存在した。異味症では血液検査を行った4名中1名が亜鉛欠乏、カンジタ症は5名中0名、心理テストの不安でmoderate以上が8名中2名、うつが1名、低唾液分泌量の患者は3名中0名であった。自発性異常味覚では14名中6名が亜鉛欠乏、カンジタ症は12名中3名、心理テストの不安は13名中4名、うつは13名中3名、低唾液分泌量の患者は9名中2名であった。味覚障害の原因において、他の報告では対象1名につき1つの原因にしぼっているが、担当医または施設ごとの主観で評価され曖昧なため、考えられる全原因を列挙した。異味症の原因は薬剤性が一番多く5名、次に全身性が3名、続いて心因性が2名、亜鉛欠乏性が1名、医原性が1名、自発性異常味覚は薬剤性が10名、亜鉛欠乏および心因性が各6名、口腔疾患が5名、感冒後が3名、全身性が2名、特発性が1名という結果であった。

まとめ

味覚異常を主訴に当科を受診し、自発性異常味覚あるいは異味症と診断された患者24名について検討し、以下の結果を得た。

味覚低下の主訴はないが、味覚検査では味覚感度の低下が中等症以上の患者も多く認められた。

異味症の原因として考えられたのは薬剤性が5名、次に全身性が3名、続いて心因性が2名であった。

自発性異常味覚の原因として考えられたのは薬剤性が10名、亜鉛欠乏および心因性が各6名、カンジタおよび口腔乾燥による口腔疾患が5名であった。

表1 異味症の対象患者

症例	年齢	性別	主訴	既往	紹介元など
1	45	F	すべてしょっぱい	うつ病、解離性障害、身体表現性障害、糖尿病	近歯科
2	58	F	甘いものが苦い	ピロリ菌除菌後、高脂血症	近内科
3	62	M	水がしょっぱい、舌がびりびりする	右口狭咽頭部腫瘍摘出後、慢性胃炎	当院の他科
4	69	F	苦くないものが苦い	口渇、胃炎	当院の他科
5	69	F	甘くないものが甘い	アレルギー性鼻炎	近病院口外
6	70	M	醤油が苦い	胃癌にて胃切除後、高血圧症、高血圧症	自身にて来院
7	71	M	水が変な味	糖尿病、前立腺肥大、高脂血症	近歯科
8	74	F	水を飲むと苦い、舌が痛い	舌痛症、ドライアイ	近歯科

表2 自発性異常味覚の対象患者

症例	年齢	性別	主訴	既往	紹介元など
9	39	F	口の中が酸っぱい、舌がひりひりする	更年期障害	近皮膚科
10	43	F	口の中が苦い、舌がしびれる	うつ	近歯科
11	50	F	口の中がしょっぱい、舌がびりびりする	うつ、胃炎	当院の他科
12	52	F	口の中がしょっぱい	下顎骨髄炎	当院にて療養中
13	55	F	口の中が苦い	感冒症状で投薬後、糖尿病、高脂血症	近歯科
14	57	F	口の中がしょっぱい	なし	近歯科
15	59	M	口の中が鉄分の味	糖尿病	近内科
16	60	F	口の中が苦い	胃炎にて投薬あり	近内科
17	68	F	口の中が甘い	なし	近歯科
18	69	F	口の中が苦い、舌がしびれる	感冒時ゾスロマック投与後症状出現、胃潰瘍	近歯科
19	69	F	口の中が甘い	高血圧症、不眠症	近内科
20	70	F	口の中がしょっぱい	高血圧症	近内科
21	76	F	口の中が苦い	高血圧、不眠症、骨粗鬆症、高血圧症	当院の他科
22	78	M	口の中が苦い	感冒時抗生薬使用後、高血圧症	入院中の近内科
23	79	F	口の中が苦い	鼻炎、高血圧症、高脂血症、慢性心不全	自身にて来院
24	80	F	口の中が甘い	骨粗鬆症、高血圧症、胃炎、不眠症、高脂血症	当院の他科

表3 味覚障害の原因

症例	異味症		症例	自発性異常味覚				
	原因	原因		原因	原因	原因	原因	
1	全身性	心因性	9	亜鉛欠乏				
2	薬剤性		10	心因性	口腔疾患			
3	心因性	医原性	11	心因性				
4	薬剤性		12	薬剤性	口腔疾患			
5	薬剤性		13	亜鉛欠乏	薬剤性	感冒後	全身性	心因性
6	薬剤性	全身性	14	心因性	口腔疾患			
7	薬剤性	全身性	15	薬剤性	全身性			
8	亜鉛欠乏		16	亜鉛欠乏	薬剤性	心因性		
			17	特発性				
			18	薬剤性	感冒後	口腔疾患		
			19	亜鉛欠乏	薬剤性	心因性		
			20	薬剤性				
			21	亜鉛欠乏	口腔疾患			
			22	薬剤性	感冒後			
			23	薬剤性				
			24	亜鉛欠乏	薬剤性			

## 15. どうして味がわかりにくくなるの?～味覚減退患者の味覚閾値特性について～

自治医科大学歯科口腔外科学講座

○山崎 裕子 神部 芳則 山本 亜紀 岡田 成生  
早坂 純一 土屋 欣之 野口 忠秀 森 良之

### 目 的

味覚異常患者の自覚症状としてもっとも頻度が高いのは「味がわかりにくくなった。」いわゆる味覚減退である。味覚異常患者には様々な自覚症状があるが、その自覚症状ごとの味覚閾値特性については明らかになっていない。そこで我々は味覚減退患者の味覚閾値特性について検索したので報告する。

### 方 法

2010年4月から2016年1月までに味覚異常を主訴に味覚検査を受けたもののうち「味がわかりにくい」いわゆる味覚減退を主訴とした患者45名(男性28名、女性17名)平均年齢60.2歳の全例に、問診、血液検査、ガムテスト、細菌検査、電気味覚計検査、濾紙ディスク法、全口腔法を施行し、他に併発症状がなく「味覚減退のみ」を訴えた患者を対象に「すべての味がわかりにくくなっている」:全味質減退群18症例と「ある味がわかりにくくなっている」:特定味質減退群8症例を統計的に解析した。

### 結 果

#### ・全味質減退群

本当に「すべての味がわかりにくくなっているのかその閾値について検討した。

全味質減退群の全口腔法検査の結果は図1に示す。各味質間に統計的有意差は認められず、全口腔法における味質特異性はなかったが、味覚減退を示す9以上の症例は甘味4症例、塩味6症例、酸味7症例、苦味6症例で味質ごとに差が認められた。全味質ともに正常域以上に閾値が上昇している症例は1症例のみであった。

濾紙ディスク法検査結果は図2に示す。全部位、全味質において閾値が上昇している症例は5症例のみで、部位ごとの比較では鼓索、舌咽、大錐体神経領域の順に味覚減退症例の割合が高くなっていった。各部位、味質ごとの比較では鼓索神経領域の苦味を除いてすべて70%以上の高い割合で閾値が上昇しており、味質別においては各部位で塩味がもっとも高い割合で閾値が上昇していた。

#### ・特定味質減退群(図3)

塩味減退群では濾紙ディスク、全口腔法において症例ごとに自覚を裏付けるような塩味の閾値上昇が確認された。甘味、塩味減退症例で全症例において濾紙ディスク法検査の閾値は他の味質との差は認められなかったが、全口腔法において塩味は全症例で閾値の上昇を認め、甘味は閾値の上昇を認めたのは1症例のみであった。

また他の味質に比べ酸味閾値が上昇しているものが多数見られるが、患者自身の訴えはなかった。

### 考 察

全味質減退群では、全口腔法において全味質で閾値が上昇している症例は少なく、濾紙ディスク法検査において全味質、全部位で閾値が上昇している症例は少ないが、部位ごとの味質別味覚閾値では高い割合で各閾値が上昇しており部分的な閾値の上昇でも「すべての味がわからない」と訴えている可能性が示唆された。

特定味質減退群においては特に塩味閾値の低下と自覚が一致する症例が多く認められた。また、酸味閾値はその閾値が上昇しても自覚しにくい味質である可能性が示唆された。

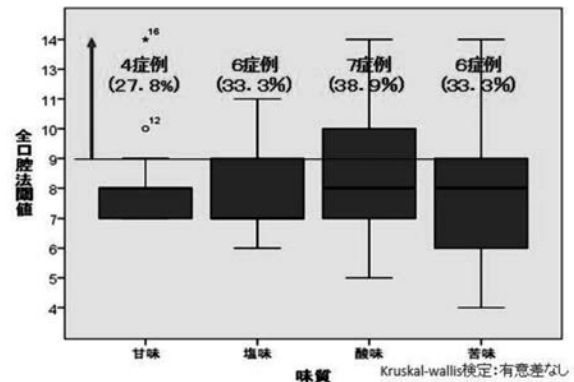


図1 全味質減退群～全口腔法検査

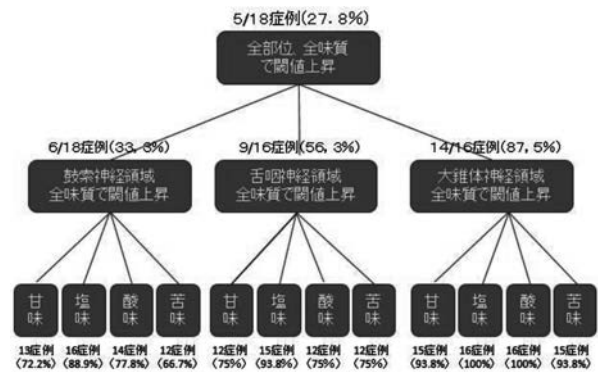


図2 全味質減退群～濾紙ディスク法検査

	濾紙ディスク法								全口腔法			
	鼓索				舌咽				甘	塩	酸	苦
	甘	塩	酸	苦	甘	塩	酸	苦	甘	塩	酸	苦
① 塩味	2.5	5	3	3	4	6	5.5	3	7	7	7	5
② 塩味	6	6	6	6	6	6	6	6	9	14	11	8
③ 塩味	3.5	6	6	2.5	3.5	5	3	1.5	9	7	5	4
④ 塩味	2	6	3	4	5.5	6	6	6	7	11	7	4
⑤ 甘塩味	6	6	6	5.5	6	6	6	4.5	11	12	9	8
⑥ 甘塩味	6	6	6	6	6	6	6	6	11	14	13	14
⑦ 甘塩味	6	6	6	6					10	12	12	12
⑧ 甘塩味	3	3	3.5	3.5	4.5	3	4	5	6	9	9	7

図3 特定味質減退群味覚閾値

## 大会長から会員の皆様へ

### 第21回口腔顔面神経機能学会にあたって



第21回口腔顔面神経機能学会会長  
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科  
顎口腔再建外科学教授

飯田 征二

この度、第21回口腔顔面神経機能学会を開催させていただくことになりました。

口唇麻痺研究会として設立されました当初は、埋伏智歯抜歯術を中心とした術後下歯槽神経障害に対し客観的評価基準を設けることを目的としておりましたが、複雑な口腔顔面領域の神経に生じる障害への集学的な検討の場として、口腔顔面神経機能学会として活動を広め、研究会から通して20年目の節目を昨年迎えました。研究会設立時はまだまだ若輩者で、多くの重鎮の先生方の薫陶をうけてきた私が、本学会を開催させていただくこととなり、非常に光栄に感じるとともに、月日の流れの速さを痛感しております。

今回、本学会が設立より20年の節目を迎えましたことを記念し、本学会の歴史を築き上げてきていただきました先生方をお招きし、また、今後の本学会の益々の発展を期して会員懇親会を企画しております。また、記念講演では本学会の趣旨でもある複雑なかつ繊細で、また、QOLに著しく影響を及ぼす口腔顔面領域の神経の機能を改めて認識していただくべく、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科口腔生理学分野の松尾龍二教授に「さまざまな神経が紡ぐ口腔機能」(仮題)と題してご講演をいただくこととしました。

この度が初めての岡山の地での開催であります。ぜひとも多数の演題と多くの皆様の参加をお待ちしております。

### 第21回口腔顔面神経機能学会のご案内

第21回口腔顔面神経機能学会 学術大会  
大会長 飯田征二  
準備委員長 松村達志

第21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

日 時：平成29年3月4日(土)  
会 場：岡山大学 歯学部棟 4F 第一講義室(鹿田キャンパス)  
〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1  
TEL086-235-6697(顎口腔再建外科学医局)  
参 加 費：2,000円(学会当日受付にて徴収いたします)  
役員理事会：平成29年3月4日(土)  
岡山大学 歯学部棟 2F 第一会議室(鹿田キャンパス)  
特 別 講 演：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 口腔生理学分野 松尾 龍二 教授  
「さまざまな神経が紡ぐ口腔機能」(仮題)

会員懇親会：学会HP上で詳細が決まり次第お伝えする予定です。

#### 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 2010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。詳細は各演者に改めてお知らせ致します。
2. 演題申し込み方法：題名、所属、発表者(演者に○)、連絡先(住所、電話番号、FAX番号、メールアドレス)、内容抄録(100字以内)、をE-mailにてお送りください(郵送での申込は受付致しません)。E-mail: tatsushi@md.okayama-u.ac.jp
3. 演題・抄録申し込み締め切り：平成29年1月31日(火)
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で結構です(カラー不可)。なお、ファイルサイズは合計5MB以下として下さい。また、学会当日にプリントアウトした後抄録を提出して下さい。

#### 演題申込・問い合わせ先

〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1  
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科顎口腔再建外科学  
第21回口腔顔面神経機能学会 準備委員長 松村達志  
TEL: 086-235-6697 FAX: 086-235-6699  
E-mail: tatsushi@md.okayama-u.ac.jp

## 口腔顔面神経機能学会 平成27年度収支決算報告書

(平成27年2月1日～平成28年1月31日) (単位：円)

〈収入の部〉

前年度繰越金	913,263
会費合計	730,000
認定医審査料 (更新を含む)	
5,000× 19	95,000
認定医登録料	
10,000× 4	40,000
広告費 (9社)	290,000
利息	97
その他	50,000
計	2,118,360

〈支出の部〉

第20回学会開催補助金	150,000
第20回記念大会補助金	200,000
会報発刊Vol.19	262,116
管理費	
折りたたみキャリアカート	6,264
その他 (雑費)	24,306
認定医審査	160,000
認定証発行	14,521
通信運搬費	22,970
ホームページ更新費	17,280
会議	135,172
謝金	365,000
旅費	216,550
次年度繰越金	544,181
計	2,118,360

## 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

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・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。

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。副理事長は理事長を補佐する。
3. 理事は理事会を組織し、会務を執行する。
4. 監事は会務および会計を監査する。

第11条 役員の出選等は次による。

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

第12条 役員の出選は次による。

1. 会長の任期は1年とする。
2. 理事長と副理事長の任期は3年とする。また原則として再任は2期までとする。
3. 会長および理事長を除く役員の出選は3年とし、再任を妨げない。
4. 役員の出選は総会の翌日から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。

#### 一役員選出に関する細則一

第1条 理事は次の項目に該当する者で理事会が適当と認めた者とする。

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

第2条 理事会の指名により、顧問を若干名置くことが出来る。

## 入会申込と年会費のお知らせ

本学会はその発会の目的に照らし、大学の研究機関に拘らず、広く会員を集うことが確認されています。開業されている先生方にも是非入会していただきたく存じます。なお、入会金は無料とし、会員の負担をできるだけ少なくするため、年会費が各機関ごととし、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 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	〒951-8514	新潟県新潟市中央区学校町通二番町 5274番地
副理事長 中村 典 史	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科顎顔面機能再建学講座 口腔顎顔面外科学分野	〒890-8544	鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘 8-3-51
理事 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	〒700-8525	岡山県岡山市北区鹿田町 2丁目 5-1
今村 佳 樹	日本大学歯学部口腔診断学教室	〒101-8310	東京都千代田区神田駿河台 1-8-13
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 (監事)	東海大学医学部外科学系口腔外科	〒259-1193	神奈川県伊勢原市下糟屋143
川辺 良 一	社会医療法人財団互恵会 大船中央病院歯科口腔外科	〒247-0056	神奈川県鎌倉市大船 2-13-5
岸本 裕 充	兵庫医科大学歯科口腔外科学講座	〒663-8131	兵庫県西宮市武庫川町 1-1
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	〒565-0871	大阪府吹田市山田丘 1-8
椎葉 俊 司	九州歯科大学学生体機能科学専攻生体機能制御学講座 歯科侵襲制御学分野	〒803-8580	福岡県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学科口腔保健衛生学講座社会歯科保健学	〒734-8553	広島県広島市南区霞 1-2-3
高崎 義 人	独立行政法人国立病院機構高崎医療センター 歯科口腔外科	〒370-0829	群馬県高崎市高松町36
高田 訓 (財務担当)	奥羽大学歯学部口腔外科学講座	〒963-8611	福島県郡山市富田町字三角堂31-1
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教室	〒060-8586	北海道札幌市北区北13条西7丁目
古澤 清 文	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	福岡県福岡市南区塩原 3-2-1
北村 龍 二	独立行政法人 労働者健康福祉機構 関西労災病院歯科口腔外科	〒660-0064	兵庫県尼崎市稲葉荘 3-1-69
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	東京都千代田区富士見 1-9-20
河村 達也 (代表委員)	大阪府歯科医師会	〒543-0033	大阪府大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27
若野 正人 (代表委員)	大阪府歯科医師会	〒543-0033	大阪府大阪市天王寺区堂ヶ芝 1-3-27
事務局 田中 晋 (幹事)	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	〒565-0871	大阪府吹田市山田丘 1-8
石濱 孝二 (幹事)	大阪警察病院歯科口腔外科	〒543-0035	大阪府大阪市天王寺区北山町10-31

編集後記

口腔顔面神経機能学会会報第20号をお届けします。本年は東京医科歯科大学 原田教授の突然の悲報に接する中、準備委員会、会員の皆様のおかげをもちまして無事に第20回の大会を終えることができ、事務局一同心より感謝申し上げます。また本学会にご尽力いただきました原田教授のご冥福を心よりお祈り申し上げます。学会は節目の20年が過ぎましたが、本会のさら

なる発展のため、引き続き皆様のご協力をお願いいたします。次回大会は平成29年3月4日(土)岡山にて開催いたします。20周年記念式典を皆様とともに迎えることができますよう、多くの方々のご参加を心よりお待ちしております。

(事務局幹事 田中 晋)

Thinking ahead. Focused on life.



# Utilio II

ユーティリオ 2

コンプレッサー、モーター、給排水装置を内蔵し

コンセントひとつで診療が開始できる

オールインワンモデル

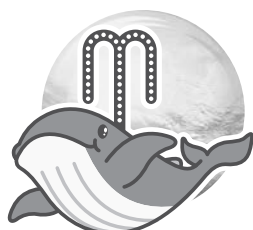
可搬式歯科用ユニット「ユーティリオII」は、  
エアーを供給するコンプレッサーと吸引を行うための  
バキュームモーター、給水タンクと汚水タンクを本体内にすべて内蔵。  
ユーティリオIIを配置した瞬間、その場所が診療空間へと変わります。



装備内容

エアーコンプレッサー 300W 冷却ファン・サーモスイッチ付  
バキュームモーター 380W 冷却ファン・サーモスイッチ付  
ツインパワータービン (ライト付)  
トルックス TR-91-Q (ライト付)  
3WAY シリンジ WS201  
バキュームシリンジ手元スイッチ式タイプ VS112  
フットスイッチ (コードリール式)  
水タンク 1L  
汚水タンク 1.2L (フロートスイッチ付)  
スケーラー ニュートロン・ニュートロンLED (オプション)  
バキュームカップ (オプション)  
バキュームカップホルダー (オプション)  
HEPA フィルター (バキュームモーター排気用) (オプション)  
本体カバー (ビニール製) (オプション)

発売 株式会社 MORITA 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 MORITA 東京製作所 本社工場: 埼玉県北足立郡伊奈町小室7129 〒362-0806 TEL 048-723-2621  
販売名: ユーティリオII 標準価格 2,100,000 円~ (消費税別途) 2015 年 4 月 21 日現在 一般的名称: 可搬式歯科用ユニット 機器の分類: 管理医療機器 (クラス II) 特定保守管理医療機器  
医療機器認証番号: 226AKBZX00170000 法定耐用年数 (償却年数): 7 年  
www.dental-plaza.com



経口用セフェム系抗生物質製剤 薬価基準収載

処方箋医薬品<sup>※</sup>

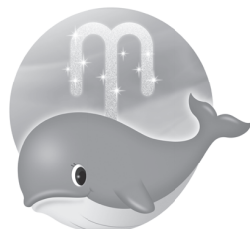
日本薬局方 セフジトレン ピボキシル錠

## メイアクトMS<sup>®</sup>錠100mg

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

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

処方箋医薬品<sup>※</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%

注意一医師等の処方箋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

処方箋医薬品<sup>※</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: 2014.6

まだないくすりを  
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。



明日は変えられる。

 **astellas**  
Leading Light for Life  
アステラス製薬

[www.astellas.com/jp/](http://www.astellas.com/jp/)

## 研究開発 支援企業として、 「産・学・官・医」を 支えています。

株式会社カークは、「創造と努力」  
「誠実と感謝」の企業理念のもと、  
試薬、分析機器、検査薬、工業薬品などの  
販売を通して社会に貢献しています。  
研究開発支援企業として  
あらゆるニーズにお応えいたします。

 **株式会社 カーク**

〒460-0002 名古屋市中区丸の内 3-8-5 TEL.052-971-6533(代)  
営業一部 TEL.052-971-6771 営業二部 TEL.052-971-6551  
営業三部 TEL.052-971-6772 愛知東営業所 TEL.0564-66-1580  
愛知南営業所 TEL.052-624-5819 浜松営業所 TEL.053-431-6801  
岐阜営業所 TEL.058-268-8151 三重営業所 TEL.059-236-2531  
東京営業所 TEL.03-3868-3951 神奈川営業所 TEL.045-326-6651  
四日市営業所 TEL.059-337-9700 大阪営業所 TEL.06-6389-2411  
静岡出張所 TEL.054-654-3550

# MatrixORTHOGNATHIC JAPAN SYSTEM

Japan originated plating system for orthognathic surgery



**製造販売元**

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社  
 デピューシネセス・ジャパン  
 コッドマン & CMF 事業部  
 〒101-0065 東京都千代田区西神田 3 丁目 5 番 2 号  
 T.03 4411 7912 F.03 4411 7669  
 depuysynthes.jp

販売名: MOJ システム  
 承認番号: 225008D00054000  
 販売名: MOJ2 システム  
 承認番号: 225008D00280000  
 販売名: MOJ システム手術器械  
 届出番号: 1381X002045C0014

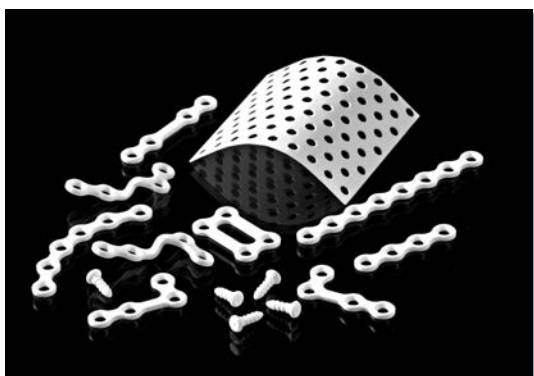
©J&J2014・D5CD035-01-201409

今日を支える、明日を変える。 **タキロン**

## SuperFLXSORB® MX

吸収性骨接合材 **骨伝導性**

販売名: スーパーフィクソープ MX30  
 承認番号: 21800BZZ10062000  
 販売名: スーパーフィクソープ MX40  
 承認番号: 21800BZZ10063000



### 操作性を追及した新デザイン

- ・2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



フィクソープMX (プレート厚さ1.5mm) スーパーフィクソープMX (プレート厚さ1.4mm) スーパーフィクソープMX (プレート厚さ1.0mm)



スクリューの把持力アップ

### 世界初の高強度HA/PLLA コンポジット製吸収性骨接合材

独自の圧縮鍛造製法により強化した非  
 焼成ハイドロキシアパタイト (u-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。

### u-HA/PLLAコンポジット材料の 骨結合性、骨伝導性

家兎大腿骨中に埋入した径3.2mm円柱  
 状標本の25週後の断面のCMR像  
 (u-HA/PLLA=30/70 (wt%))

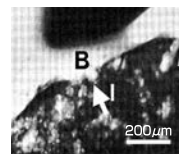
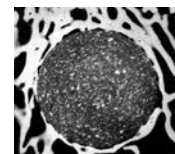
### スーパーフィクソープ MXの特長

- 高強度**  
ヒト皮質骨以上の高い曲げ強度を持っています。
- 生体活性**  
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。

- 分解吸収・骨置換性**  
従来のPLLA製インプラントに比べ、より短期間  
に分解吸収され、骨と置換されます。

- X線造影性**  
X線写真により術後のインプラントの状態変化を  
観察できます。



B: 生体骨、Scale=200µm  
 I: Super FLXSORB MX

※ 商品のお問い合わせにつきましては、下記の営業所までお願い致します。

**製造販売元**

**タキロン株式会社** メディカル事業部

〒650-0047 神戸市中央区港島南町7-1-19  
 〒108-6031 東京都港区港南2丁目15番1号 (品川インターシティA棟)

TEL.078(306)2820  
 TEL.03(6711)3717

# LactoSorb®

Silent strength.

## 吸収性骨接合材料 ラクトソープ®

「ラクトソープ」は、1996年に米国にて販売開始以来、全世界において、65,000症例を超える豊富な実績を持つ、生体吸収性プレート・スクリューシステムです。インプラントは術後ほぼ12ヶ月で分解・吸収されます。

**BIOMET®**  
MICROFIXATION

Anticipate. Innovate.™



株式会社 **メディカルユアードエイ**

URL: www.mua.co.jp E-mail: info@mua.co.jp  
販売名: ラクトソープ 承認番号: 21900BZG00010000

本社大阪営業所 / PHONE(06)4796-3151 FAX(06)4796-3150  
札幌営業所 / PHONE(011)709-6137 FAX(011)709-6127  
仙台営業所 / PHONE(022)739-8786 FAX(022)739-8796  
東京営業所 / PHONE(03)3518-0211 FAX(03)3518-0220

名古屋営業所 / PHONE(052)218-2820 FAX(052)201-0320  
岡山営業所 / PHONE(086)212-0556 FAX(086)227-3060  
福岡営業所 / PHONE(092)415-4861 FAX(092)415-4870

集光性能を追求した結果、  
低出力で患者さんに  
優しい治療を実現しました。

集光径が小さいので、  
精密な処置に向いています。

## OPELASER PRO

炭酸ガスレーザー  
オペレーターPRO

一般的名称: 炭酸ガスレーザー  
承認番号: 21600BZZ00246000 (高度管理 特管 設置)  
製造販売元: (株)吉田製作所 東京都墨田区江東橋 1-3-6



診療スタイルを選ばず、  
使いやすさを  
さらに追求しました。

フレキシブルな中空ファイバーが  
取り回しの煩わしさを  
感じさせません。

## OPELASER Lite

炭酸ガスレーザー  
オペレーターLite

一般的名称: 炭酸ガスレーザー  
承認番号: 21400BZZ00009000 (高度管理 特管 設置)  
製造販売元: (株)吉田製作所 東京都墨田区江東橋 1-3-6





# 生命を未来に つなげるために。

## Challenge & Realize

私たちは「命の大切さ」を念頭に  
真心をこめて信頼をお届けする企業をめざし  
医療を通じて社会に貢献します。

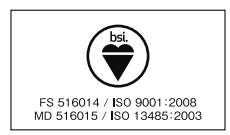
### KNS 小西医療器株式会社

<http://www.kns-md.co.jp/>

本社 ☎ 06-6941-1363  
東京営業所 ☎ 03-5303-7887  
京都営業所 ☎ 075-693-9225  
神戸営業所 ☎ 078-686-0120  
広島営業所 ☎ 082-501-3702

鳥取営業所 ☎ 0857-28-7107  
米子営業所 ☎ 0859-33-4671  
松江営業所 ☎ 0852-25-1590  
出雲営業所 ☎ 0853-22-9255  
浜田営業所 ☎ 0855-24-3533

大阪物流センター ☎ 06-4805-7231  
近畿SPDセンター ☎ 06-4805-7281  
山陰物流センター ☎ 0859-33-6611  
山陰SPDセンター ☎ 0859-33-8080  
松江SPDセンター ☎ 0852-25-1520



# Muranaka

優れた医療器を、世界から・・・

EOG滅菌済 単回使用

### BONIMED マイクロニードル電極

- 鋭利な先端形状により、低出力での切開・止血操作が可能
- 耐熱性に優れた高い硬度のタングステンを使用
- スリーブ先端は無剃毛切開の際に見分けやすいコントラストの高い黄色を採用しています。

先端チップ部

管理医療機器  
認証番号 226ADBZK00137000  
販売名 BONIMED マイクロニードル電極

## 村中医療器 株式会社

〒540-0036 大阪市中央区船越町 2-3-6 ☎06-6943-1221(代)  
総合センター 〒594-1157 大阪府和泉市あゆみ野 2-8-2 ☎0725-53-5541(代)  
<http://www.muranaka.co.jp/>

東京支店 ☎03-3813-9211(代) 札幌営業所 ☎011-737-9121(代)  
仙台営業所 ☎022-274-7780(代) 埼玉営業所 ☎048-844-3500(代)  
金沢営業所 ☎076-286-4531(代) 名古屋営業所 ☎052-709-7111(代)  
村中船越ビル ☎06-6943-1159(代) 米子営業所 ☎0859-33-6231(代)  
広島営業所 ☎082-532-1800(代) 福岡営業所 ☎092-473-0123(代)

# Leibinger MP Mini Plating Module

ライビンガー MP ミニプレーティングモジュール

stryker



- 豊富なインプラント (未滅菌)
  - Wurzburg システムと Steinhauser システムの統合
  - セルフドリリングスクリュー
  - スライディングプレート/チンプレート
- 把持力の強化
  - クロスピンズスクリューヘッドデザイン
  - スクリューのピックアップを容易にする収納トレイ "Smart Load"
- 使いやすい器械
  - 操作性の良いシンプルな器械
  - ライトアングル スクリュードライバーによるアプローチの拡大

医療機器承認番号	販売名
22300BZX00342000	ユニバーサル CMF ミニプレート (MP) モジュール
22100BZX00828000	ユニバーサル CMF スライディングプレート

※本製品に関するお問い合わせは弊社営業までお願い致します。

製造販売業者

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  
tel: 03-6894-0000

[www.stryker.co.jp](http://www.stryker.co.jp)

・医療従事者向けサイト-Stryker Medical Professional Site  
[www.stryker.co.jp/mp2/](http://www.stryker.co.jp/mp2/)



The new era in  
Craniofacial osteosynthesis

Pin Fixation with Ultrasound

SonicWeld Rx<sup>®</sup>

**KLS martin**  
GROUP

<http://www.klsmartin.com>

日本マーチン株式会社

東京 〒113-0024 東京都文京区西片1-15-15  
大阪 〒540-0026 大阪市中央区内本町2-4-16

TEL: 03-3814-1431 / FAX: 03-3814-1430  
TEL: 06-6809-6092 / FAX: 06-6809-6093

# 研究機器オンラインが検索しやすくなって新登場!!

(研究機器カタログ)

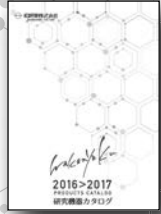
リニューアル



② 研究機器オンライントップへ!

① HPTトップバナーから

研究機器カタログ



研究機器カタログも配布中です!



HPTトップから一目でラクラク検索だワン!

- ◎ 研究用途に合わせた検索もラクラク!
- ◎ 予算申請の金額に合わせた検索もラクラク!

- 予算申請に便利..... 指定範囲の金額で検索が可能!
- 研究用途から機器検索..... 細胞解析、有機合成、次世代シーケンサーなどのカテゴリー検索!
- あのメーカーのあの機器を..... フリーワード検索やメーカー別索引も可能!
- 製品情報の充実..... 各製品の仕様表が詳細になりました!

和研薬の **NEW** 研究機器オンラインは、PC、スマートフォンやタブレット端末からアクセス!

WEBサイト随時更新中 URL <http://www.wakenyaku.co.jp/ctg/>



技術と信頼でライフサイエンスの明日を担う  
**和研薬株式会社**  
WAKENYAKU CO., LTD.

本社営業部 〒606-8171 京都市左京区一乗寺西水千町17番地  
TEL(075)721-8111/FAX(075)721-8189

京都営業部 〒610-0343 京都府京田辺市大住池ノ端6番地5  
TEL(0774)65-2521/FAX(0774)65-2557

滋賀営業部 〒525-0029 滋賀県草津市下笠町945番地1  
TEL(077)568-2481/FAX(077)568-2410

神戸営業部 〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町5丁目2番5  
TEL(078)306-6060/FAX(078)306-6070

大阪営業部 〒562-0035 大阪府箕面市船場東1丁目12-8  
TEL(072)749-5200/FAX(072)749-5230

Home page: <http://www.wakenhd.co.jp/>