

口腔顔面神経機能学会会報

■2018年11月30日発行

■〒890-8544 鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8-35-1
 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野内
 口腔顔面神経機能学会事務局 TEL: 099-275-6242
 FAX: 099-275-6248
 E-mail: jsfnf2@gmail.com
 ホームページ: <http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/index.html>

口腔顔面神経機能学会 理事長挨拶

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野 中村典史



皆様におかれましては、日頃より口腔顔面神経機能学会の活動にご協力いただき御礼申し上げます。私が理事長を拝命し、また当科で事務局を担当するようになって今年で2年目を迎えました。今年度に入って急に慌ただしくなりました。

今年度より精密触覚機能検査が保険収載となり、その普及に向けて本学会を含む

関連6学会（日本顔面痛学会、日本-口腔外科学会、日本薬物療法学会、日本歯科麻酔学会、日本口腔診断学会、口腔顔面神経機能学会）が精密触覚機能検査研修協議会を組織し、精密触覚機能検査研修会を実施することになりました。本研修会を受講したのち、施設認定を行ったうえで、研修修了者のみがSWテストを用いた精密触覚機能検査の保険算定ができるという仕組みとなっています。そこで、急速平成30年10月14日に大阪警察病院、石濱孝二先生のご協力のもと、大阪市内で本学会員向けに第1回公開スキルアップセミナーと精密触覚機能検査研修会を開催させていただき、多くの会員ならびに歯科医師に参加いただき有り難うございました。さらに、平成31年1月13日（日）に福岡市で第2回公開スキルアップセミナーと精密触覚機能検査研修会、同年3月9日開催の第23回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会にあわせて翌3月10日（日）に精密触覚機能検査研修会を計画しております。

かねてより、口腔顔面領域の感覚異常の診断、治療の研鑽を積んでこられた本学会の会員の皆様が、各地域の歯科医師に対して神経損傷に関する啓蒙、ならびに精密触覚機能検査の普及活動に活躍していただくことを期待しております。本研修会を受講されていない学会の皆様には、是非受講していただきたくお願いする次第です。

末尾となりましたが、皆様のますますのご健勝をお祈りいたしますとともに、本年は更新の必要な口唇・舌感覚異常判定認定施設ならびに認定医が多くなっております。更新を迎えられた施設、ならびに認定医の皆様には、滞りなく更新いただけますようお願い申し上げます。

更新の必要のない施設、ならびに認定医の皆様には、滞りなく更新いただけますようお願い申し上げます。

目次

理事長挨拶	1
認定施設及び認定医	2
第10回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について	3
口唇・舌感覚異常判定認定医資格更新のお知らせ	3
口腔顔面神経機能学会主催公開スキルアップセミナーについて	3
口腔顔面神経機能学会提案 日本口腔顔面痛学会主催の精密触覚機能検査研修会について	3
口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程	4
口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則	5
第22回口腔顔面神経機能学会開催される	6
特別講演	7
一般演題	7
大会長から会員の皆様へ	22
第23回口腔顔面神経機能学会学術大会のご案内	22
平成29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
学会振り込み口座（入会金、年会費、更新料等の振り込み先）	24
理事名簿	25
編集後記	25

認定施設及び認定医

新たに2認定施設と4名の認定医が追加されました（*印）。

認定施設一覧

登録番号	施設名	更新年
1	大阪大学大学院歯学研究科 第一口腔外科学教室	2019
2	鶴見大学歯学部 口腔内科学講座	2019
3	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学	2019
4	兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座	2021
5	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2019
6	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2019
7	大阪歯科大学 口腔外科学第二講座	2019
8	東海大学医学部外科学系 口腔外科	2019
11	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2019
12	九州大学大学院歯学研究院 口腔顎顔面外科学分野	2019
13	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2019
14	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2019
16	公立学校共済組合 九州中央病院 歯科口腔外科	2019
17	公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科	2019
18	日本歯科大学付属病院 歯科麻酔・全身管理科	2019
19	NHO 高崎総合医療センター 歯科口腔外科	2020
21	大阪警察病院 歯科口腔外科	2022
22	浜瀬歯科医院	2019
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	2019
24	寺元記念病院	2019
25	岡山大学大学院歯学総合研究科 顎口腔再建外科学	2021
* 26	会津中央病院歯科口腔医療センター	2023
* 27	医療法人社団 ムラヤマ歯科	2023

認定医一覧

認定番号	登録名称	機関名	更新年
CP-001	古郷 幹彦	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2019
CP-002	浅田 洗一	鶴見大学歯学部 口腔内科学講座	2019
CP-005	大野 敬	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2019
CP-007	寛道 健治	大阪歯科大学 口腔外科学第2講座	2019
CP-008	金子 明寛	東海大学医学部外科学系口腔外科	2019
CP-009	川辺 良一	社会医療法人財団互恵会 大船中央病院 口腔外科	2019
CP-011	澁谷 徹	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2019
CP-012	杉山 勝	広島大学大学院歯学保健学総合研究科 口腔健康科学専攻	2019
CP-013	高木 律男	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2019
CP-014	中村 典史	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2019
CP-015	古澤 清文	松本歯科大学 口腔顎顔面外科学講座	2019
CP-016	堀之内康文	九州中央病院 歯科口腔外科	2019
CP-017	薬師寺 登	公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科	2019
CP-018	山城三喜子	日本歯科大学歯学部歯科麻酔学教室	2019
CP-019	飯田 征二	岡山大学大学院歯学総合研究科 顎口腔再建外科学	2019
CP-020	田中 晋	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2019
CP-021	小林 明子	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2019
CP-022	望月 美江	ミエ歯科医院	2019
CP-023	長谷川誠実	兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座	2019
CP-024	高田 訓	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2019
CP-027	高崎 義人	社会医療法人 大道会 森之宮病院 歯科診療部	2019
CP-028	中嶋 正博	大阪歯科大学 口腔外科学第2講座	2019
CP-029	大西 祐一	大阪歯科大学 口腔外科学第2講座	2019
CP-030	谷山 貴一	松本歯科大学 歯科麻酔学講座	2019
CP-032	大山 順子	九州大学病院 口腔顎顔面外科	2019
CP-033	佐々木匡理	九州中央病院 歯科口腔外科	2019
CP-034	児玉 泰光	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2019
CP-036	野添 悦郎	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2019
CP-039	石井庄一郎	公立学校共済組合 近畿中央病院 口腔外科	2019
CP-040	高森 等	日本歯科大学附属病院 歯科麻酔・全身管理科	2019
CP-041	中村 仁也	日本歯科大学附属病院 歯科麻酔・全身管理科	2019
CP-042	飯田 明彦	長岡赤十字病院 歯科口腔外科	2019

CP-044	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	2020
CP-045	石濱 孝二	大阪警察病院 歯科口腔外科	2020
CP-046	宮 成典	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2020
CP-047	山崎 裕子	自治医科大学 歯科口腔外科	2020
CP-048	浜瀬 真紀	浜瀬歯科医院	2020
CP-049	澤田 真人	本山デンタルクリニック	2020
CP-051	稲川 元明	国立病院機構高崎医療センター 歯科口腔外科	2020
CP-052	松永 和秀	近畿大学医学部奈良病院 歯科口腔外科	2021
CP-053	熊谷 順也	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2021
CP-054	磯村恵美子	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2021
CP-055	菅野 勝也	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2021
CP-057	原田 丈司	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2022
CP-058	正元 洋介	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2022
CP-059	中村 康典	国立病院機構 鹿児島医療センター 歯科口腔外科	2022
CP-062	川原 一郎	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2022
CP-064	石畑 清秀	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2023
CP-065	濱田 智弘	会津中央病院 歯科口腔医療センター	2023
CP-066	高橋 進也	サニーデンタルクリニック	2023
CP-067	辻 忠孝	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-070	小橋 寛薫	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2023
CP-074	中山 歩	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2019
CP-075	木下久美子	吹田徳洲会病院 歯科口腔外科	2019
CP-076	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	2019
CP-077	山田 智明	岡山大学大学院歯学総合研究科 顎口腔再建外科学	2019
CP-078	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	2019
CP-079	前田 慶子	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2020
CP-080	関 壮樹	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2020
CP-081	上松 晃也	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2020
CP-082	永井 孝宏	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2020
CP-083	小嶋 忠之	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2021
CP-084	菊地 隆太	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2021
CP-085	原 崇之	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2021
CP-086	和気 創	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2021
CP-087	久米 健一	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2021
CP-088	松本 幸三	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2021
CP-089	香月 佑子	東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2021
CP-090	栗原 絹枝	東京歯科大学市川総合病院歯科・口腔外科	2022
CP-091	大山健太郎	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2022
CP-092	山田 早織	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2022
CP-093	大貫 尚志	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2022
CP-094	白田 真浩	奥羽大学歯学部 口腔外科学講座	2022
CP-095	岐部 俊郎	鹿児島大学大学院歯学総合研究科 口腔顎顔面外科学分野	2022
CP-096	樋口 将隆	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2022
CP-097	高畑 惣介	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2022
CP-098	松下 豊	大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室	2022
CP-099	村山 雅人	東京歯科大学水道橋病院 口腔外科	2022
CP-100	高岡 一樹	兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座	2022
* CP-101	豊留宗一郎	近畿大学医学部奈良病院 歯科口腔外科	2023
* CP-102	大河内孝子	鹿児島大学病院 口腔顎顔面センター	2023
* CP-103	勝見 祐二	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2023
* CP-104	黒川 亮	新潟大学大学院歯学総合研究科 顎顔面口腔外科学分野	2023

認定医施設、認定医については平成30年3月31日時点で更新手続き確認されたものを掲載しています。更新年の3月31日が認定期間終了日となり、更新手続きはその前年末までに完了する必要があります。

第10回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について

第10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：松本歯科大学30周年記念棟会議室

日時：平成31年3月10日（日）8：30開始（予定）

●試験の詳細については随時HPにてお知らせいたします。

●3月9日第23回大会終了後、受験者を対象に
直前セミナーを開催します。

●不明な点についてはメールにて事務局にお問い合わせください。

e-mail : jsfnf2@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2019年（3月31日）までの認定医の先生（P2に掲載）は、平成30年12月31日までに認定医資格更新申請を行ってください。更新資格として、学会参加10単位、学会発表者10単位、共同演者5単位、合計30単位以上が必要となっておりますのでご注意ください。

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

ご不明な点、ご質問、お問い合わせは学会事務局までご連絡ください。

●更新手数料 5,000円（P24の学会口座へ振り込んでください）

*更新手数料納入済領収書（写）を必ず添えて申請願います。

口腔顔面神経機能学会主催公開スキルアップセミナーについて

●第1回セミナーを開催しました。

第1回公開スキルアップセミナー

「今、口唇知覚異常を考えなおす」（セミナーリーダー；大阪警察病院 石濱孝二先生）

日時：2018年10月14日（日）13：00～14：00 於大阪警察病院講堂

座長 大阪歯科大学附属病院院長 中嶋正博先生（同大学口腔外科学第二講座教授）

講演1. 「口唇知覚の基礎と臨床」

講師 口腔顔面神経機能学会副理事長 高田 訓先生（奥羽大学歯学部口腔外科学講座主任教授）

講演2. 「下顎智歯抜歯での神経麻痺を防ぐ」

講師 大阪警察病院歯科口腔外科部長 石濱孝二先生

●今後の公開スキルアップセミナーの予定

第2回公開スキルアップセミナー（セミナーリーダー；九州中央病院歯科口腔外科部長 堀之内康文先生）

日時：2019年1月13日（日）15：30～17：00（予定）於福岡県歯科医師会館

第3回公開スキルアップセミナー（セミナーリーダー；松本歯科大学歯科麻酔科教授 澁谷 徹先生）

日時：2019年3月10日（日）8：45～10：00（予定）於松本歯科大学

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

口腔顔面神経機能学会提案 日本口腔顔面痛学会主催の精密触覚機能検査研修会について

●平成31年1月13日 13：00～ 於 福岡県歯科医師会館（第2回公開スキルアップセミナーと同日開催）

●平成31年3月10日（第23回大会翌日）10：30～ 於 松本歯科大学

（「口唇・舌感覚異常判定認定医試験」を受験される方も、研修会参加可能です。）

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22回口腔顔面神経機能学会開催される

下記日程にて第22回口腔顔面神経機能学会が開催されました。

日 時：平成30年3月3日（土） 12：00～18：00

場 所：兵庫医科大学 9号館 9-1講義室

大会長：岸本 裕充先生（兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座 教授）

第22回口腔顔面神経機能学会を終えて

兵庫医科大学歯科口腔外科学講座 岸本 裕充



平成30年3月3日（土）に、兵庫医科大学西宮キャンパス9号館9-1講義室を会場として、第22回口腔顔面神経機能学会学術大会を開催させていただきました。4月から「精密触覚機能検査」が保険収載される直前という時期にも恵まれて、当日の参加者は80名でした。ご協力を賜りました多くの先生方に、この場を借りまして、心より感謝申し上げます。

以下、報告させていただきます。

今回は、新しい試みとして軽食付きの若手向きレクチャーを企画し、公立学校共済九州中央病院歯科口腔外科部長の堀之内康文先生に「今、もう一度、考える！安全な智歯抜歯 診断と手術手技について」のご講演をいただきました。テンポよい語り口とわかりやすいスライドで、若手のみならずベテランにとっても口腔外科臨床の基本のキである智歯抜歯を再考する貴重な機会になったと思います。

特別講演は本学先端医学研究所神経再生部門教授の松山知弘先生に「脳卒中中の幹細胞治療」をお願いしました。脳梗塞などの虚血病変では血管壁に分布する血管周皮細胞（ペリサイト）がリプログラミングを受けて幹細胞（虚血傷害誘導性多能性幹細胞：ischemia-induced multipotent stem cells: iSCs）になる、という実に魅力ある研究で、本学会で扱う末梢神経障害にも通

じることから、聴衆は深い感銘を受けました。

総会の後のシンポジウム「抜歯に起因する舌神経麻痺を検証する」では、繁田歯科口腔外科クリニック院長の繁田幸慶先生に、兵庫県歯科医師会医療安全委員のお立場から「兵庫県における舌神経麻痺事例」について、東京医科歯科大学大学院の小林明子先生に「舌神経麻痺の診断」について、そして当科川邊睦記先生に「抜歯後の舌神経障害の対処法に関するアンケート調査」について、それぞれご発表いただきました。知覚障害の（自然）回復を期待できるのか、早期に手術すべきなのか判断は難しいところですが、各施設での取り組みも含め、現状を知ることができました。

一般演題は基礎から臨床まで、幅広い内容で計15題の発表があり、それぞれ活発な討議がなされ、実りある学術大会となりました。

翌日には、奥羽大学歯学部口腔外科学講座の高田 訓先生による直前レクチャーの後、第9回口唇・舌感覚異常判定認定医試験があり、4名が受験されました。

平成ラストの3月9日の第23回は、松本歯科大学歯科麻酔学講座の澁谷 徹先生が大会長となられて開催されます。会員の皆様との再会を心待ちにしています。

特別講演

【脳卒中の幹細胞治療】

兵庫医科大学先端医学研究科神経再生研究部門 教授
松山 知弘

人工万能幹細胞 (iPS) の発見は再生医療における大きな希望となった。iPSはいくつかの遺伝子導入によって生み出されるが、普通の体細胞でも低酸素・無グルコースなどの刺激により幹細胞性を獲得することが知られている。これらのことは、体細胞であっても何らかの刺激により再生に関与する可能性を示しているものと思われる。

血管壁に分布する血管周皮細胞 (ペリサイト) は脳では血液脳関門 (Blood-brain barrier: BBB) を構成する重要な細胞であるが、我々は脳梗塞などの虚血病変ではペリサイトがリプログラミングをうけて幹細胞 (虚血障害誘導性多能性幹細胞;

ischemia-induced multipotent stem cells : iSCs) になることを見出した。このiSCsは山中4因子のうちSox2、Klf4、c-mycを発現しており、神経系のみならず血管系細胞や脳以外の組織障害後でもみられる可能性があるため、その幹細胞化のメカニズムや分化細胞の役割などが今後解明されることが望まれる。

従来、脳血管障害の治療標的として主役の座を占めていたのはニューロンや血管内皮細胞でペリサイトはその脇役でしかなかったが、我々の研究からはペリサイトこそ、その病態研究の対象とすべき細胞ではないかと考えている。

一般演題

1. 有限要素解析を用いた下顎垂直埋伏智歯抜歯の神経損傷リスク検討

- 1) 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
- 2) 新潟大学大学院医歯学総合研究科歯科矯正学分野
- 児玉泰光¹⁾ 丹原 惇²⁾ 藤田 瑛²⁾ 上野山敦士¹⁾
勝見祐二¹⁾ 黒川亮¹⁾ 齋藤 功²⁾ 高木律男¹⁾

緒 言

埋伏智歯抜歯後に生じる下歯槽神経知覚異常のリスク因子は、患者要因、智歯関連要因、手技的要因など様々である。当科の検討では、術中に下歯槽神経が露出していない症例にも知覚異常が散見されることから、歯と下顎管が近接している症例では、直接的な侵襲がなくとも菲薄化した歯槽骨を介して神経組織に間接的に侵襲が加わる可能性が示唆された。そこで、三次元有限要素解析法を用い、下顎水平埋伏智歯における抜歯操作が周囲の歯槽骨にどのような力学的な影響を与えているか解析したところ、抜歯操作の圧力が菲薄化した歯槽骨を介して神経組織に間接的に影響を及ぼしていることが明らかとなった (児玉ら、口腔顔面神経機能学会会報 21:13-14, 2017)。今回、下顎垂直埋伏智歯で同様の解析を行ったので報告する。

方 法

埋伏歯の根尖と下顎管が近接する任意の症例 (垂直位/II B/Ap 2-s) を選択し (写真1)、単純CT画像データを抽出後、三次元モデルを製作して実際に骨削する部位を再現した (写真2左)。このモデルを参考に、皮質骨、海綿骨、歯、歯根膜の各組織別要素を有限要素解析ソフト (Autodesk Simulation Mechanical) に入力し、過去の報告 (Nihara et al. Eur J Orthod. 37: 95-100, 2015) から解析条件を設定した。解析では、歯冠頰側にヘーベルを当てて加圧した状況を想定し、下顎下縁部の完全拘束として①舌側下方、②舌側水平、③舌側上方、そ

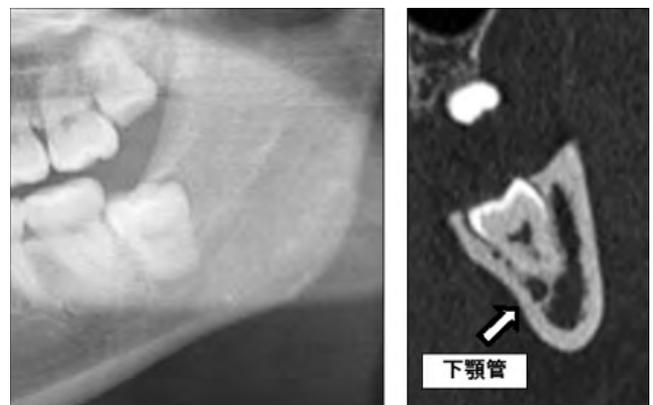


写真1

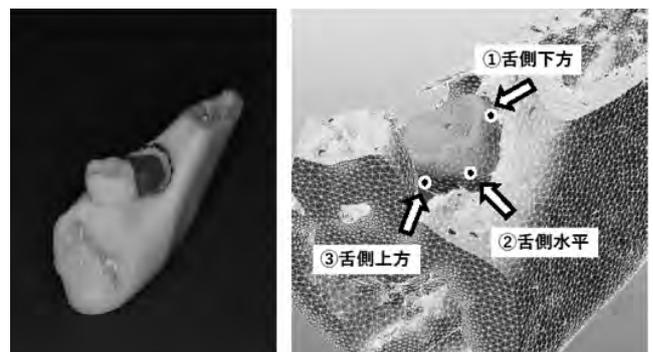


写真2

それぞれで検討した(写真2右)。荷重は50Nとし、線形静解析を抜歯窩表面について応力算出した

結 果

写真3に③舌側上方加圧時の応力分散を示す。左下図内の白丸に示す応力集中部位は、埋伏智歯の根尖直下で下顎管上方の菲薄化した歯槽骨の部位と重なっていた。一方で①舌側下方加圧および②舌側水平加圧では、加圧する方向により応力の強さと分散に変化は観察されたが、応力が集中する部位は根尖直下で菲薄化した歯槽骨付近であり、概ね下顎管の走行に一致していた。

考 察

今回の解析から、下顎垂直埋伏智歯症例においても、下顎水平埋伏智歯症例と同様に抜歯操作の圧力が歯および菲薄化した歯槽骨を介して神経組織に対して間接的に影響を与えていることが確認された。また、水平埋伏智歯ではその応力分散が「面状」であったのに対し、垂直埋伏智歯では、根尖直下に「点状」に集中していた。さらに、その応力の強さは垂直埋伏智歯で大きくなる傾向が伺えた。以上より、下顎垂直埋伏智歯の抜歯に

関しても、各症例の解剖学的特徴を画像診断を用いて十分に把握し、抜歯操作に伴う応力の向きと大きさを勘案した対応(適切な骨削除量と部位、歯冠分割や抜去方向の工夫など)が神経損傷リスクを軽減するために重要と思われた。

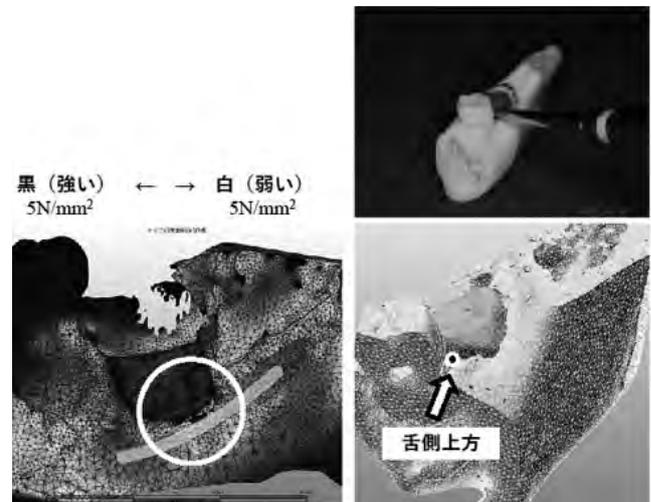


写真3

2. 抜歯に起因した神経障害性疼痛の治療経験

奥羽大学歯学部口腔外科学講座口腔外科学分野

○臼田真浩 菅野勝也 早乙女大地 浅倉彬人 角田隆太
御代田 駿 川原一郎 金 秀樹 高田 訓

口腔外所見：顔貌は左右対称であり、皮膚色に異常は認められなかった。

口腔内所見：左側上顎臼歯部の抜歯窩は肉眼的に正常な治癒を呈していた。同部の強い自発痛と接触痛を認めた。

画像所見：初診時のエックス線写真では左側上顎臼歯部の抜歯窩を認める以外に疼痛の原因となる異常所見を認めなかった(写真1)。

臨床診断：抜歯後疼痛

処置および経過：初診時は抜歯後2日目ということもあり、抜歯後疼痛を疑いNSAIDsによる鎮痛を図った。2週間を経過後も患者は激しい疼痛を訴えており、症状の改善はほとんど認めずVAS値の低下もわずかであった。さらにCTと臨床検査を施行した。CT画像では抜歯部位に抜歯窩と思われる骨欠損を認めたが、その他異常を認めず、上顎洞炎を疑う所見も認めな

緒 言

神経障害性疼痛は「体性感覚神経系の損傷や疾患によって引き起こされる疼痛」と定義されている難治性の慢性疼痛である。末梢の原因を取り除いても改善せず、消炎鎮痛薬に強い抵抗性を示す。他覚所見に乏しいことから、心因性疼痛との鑑別や診断および治療に難渋することも多い。今回われわれは抜歯に起因した神経障害性疼痛の治療を経験したのでその概要を報告する。

症 例

患 者：54歳、女性。

初 診：2015年12月下旬。

主 訴：左側上顎臼歯部の精査加療。

既往歴：特記事項なし。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：2015年11月下旬より左側上顎臼歯部に疼痛を自覚し近歯科医院を受診となった。同院で左側上顎第二大臼歯と智歯を保存不可と判断し抜歯術を施行した。抜歯後2日を経過しても激しい疼痛が継続するため当科での精査加療を勧められ初診となった。

現 症：

全身所見：体格中程度、栄養状態良好であった。疼痛のため、睡眠不足であった。



写真1 初診時エックス線写真
左側上顎第二大臼歯と智歯の抜歯窩が確認できる

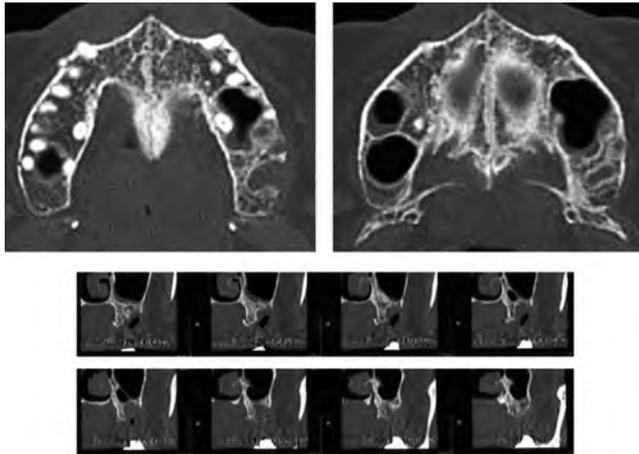


写真2 CT写真

抜歯部位の骨欠損を認める。上顎洞炎を疑う所見は認めない

WBC	6900/ μ L	RBC	416万/ μ L
Neutro	80.3% \uparrow	Hb	12.4g/dL
Eosino	0.1%	Ht	38.4%
Baso	0.4%	MCV	92fL
Lymph	14.1%	MCH	29.8pg
Mono	5.1%	MCHC	32.3%
CRP	0.04mg/dL		
ESR	10mm/h		
	14mm/2h		

表1 臨床検査所見

血液像で好中球の割合が高い以外に異常を認めない

かった(写真2)。臨床検査では、血液像で好中球の割合が高値を示す以外に異常は認めなかった(表1)。これまでの所見より抜歯後疼痛や術後感染は否定的であった。神経障害性疼痛診断アルゴリズム(図1)に従い、抜歯部位に痛覚過敏とAllodyniaを認めたことから神経障害性疼痛と診断した¹⁾。カルシウムチャンネル $\alpha 2 \delta$ リガンドであるプレガバリンを処方したところVAS値は低下した。真性三叉神経痛との鑑別のためカルバマゼピンを投与したが、改善を認めなかった。プレガバリンの投与に加え、直線偏光近赤外線治療器による星状神経節照射(以後SGL)を開始し、VAS値は徐々に低下していった。抜歯後8か月の抜歯窩は肉眼的に正常な治癒を呈している(写真3)が、依然抜歯部位に痛覚過敏とAllodyniaを認め、VAS値は6.2と高値を示していた。そこで直線偏光近赤外線治療器に代わり、1回に1%リドカイン5m1による星状神経節ブロック(以後SGB)を開始した。VAS値は徐々に低下していき、患者からも楽になったとの訴えがあった。しかし患者が頸部への針の刺入に抵抗があり、希望によりSGBを休止したところ、VAS値は上昇を認めた。再度リドカインによるSGBを再開したところ症状の改善とVAS値の低下を認めた。SGBを休止とし、プレガバリンの処方のみを行った。その後VAS値は若干の上昇を認めた。そこで非侵襲的なSGLを再開しVAS値は徐々に低下を認め、初診より19か月目でVAS値は0となった。現在は経過観察のみを行っている(表2)。

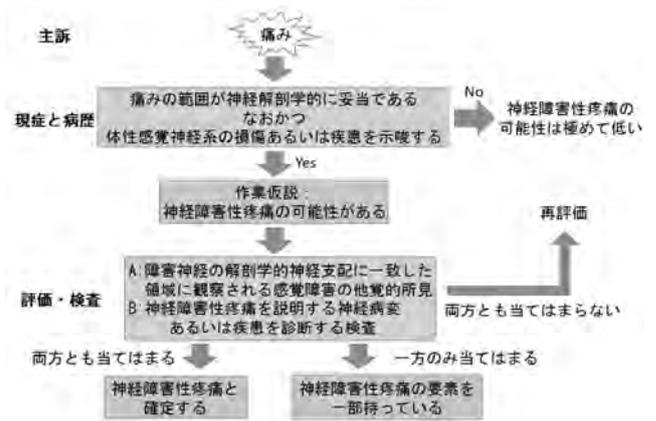


図1 神経障害性疼痛診断アルゴリズム
(国際疼痛学会神経障害性疼痛分科会提唱)



写真3 抜歯後8か月口腔内写真
抜歯窩は肉眼的に正常な治癒を呈している

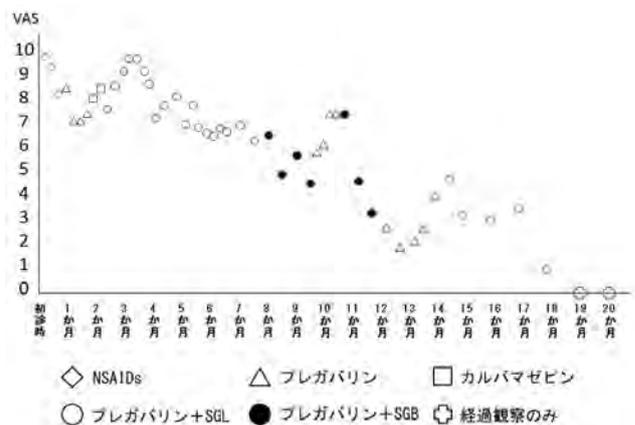


表2 治療内容とVAS推移

考 察

本症例は現病歴より、抜歯により神経が障害・変性したことが原因と思われ、口腔内診査により障害を受けた範囲に痛覚過敏やAllodyniaといった他覚的所見を認めたことから、抜歯に起因した神経障害性疼痛と診断した²⁾。神経障害性疼痛は従来から決定的な治療法が無いとされているが、プレガバリンの投与や、交感神経機能を一時的に抑えるSGLやSGBは効果があったと報告されており^{3,4)}、自験例では非常に有効であった。し

かし、神経障害性疼痛の予後に関してはいまだに不明な点が多く、今後も経過観察を継続していく予定である。

結 語

抜歯後に生じた神経障害性疼痛の治療経験を報告した。

参考文献

- 1) Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, et al: Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. Neurology 70:1630-1635,2008
- 2) Hansson P: Neuropathic pain: clinical characteristics and diagnostic workup. Eur J Pain 6:S47-50,2002
- 3) van Seventer R, Bach FW, Toth CC, et al: Pregabalin in the treatment of post-traumatic peripheral neuropathic pain: a randomized double-blind trial. Eur J Neurol 17:1082-1089,2010
- 4) 水間 謙三、池田 代子、岡村 悟他：第7頸椎横突起における星状神経節ブロック療法で対処した下顎第三大臼歯抜歯後に生じたニューロパシクペインの3例。日本歯科麻酔学会雑誌 35:373-380,2007

3. 下顎智歯抜歯後に生じた舌神経麻痺の2例

- 1) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科口腔顎顔面外科学分野
- 2) 独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター歯科口腔外科
- 3) 宮崎県立宮崎病院歯科口腔外科

野村 綾子¹⁾、鈴木 甫¹⁾、村上 寿理¹⁾、大河内孝子¹⁾、野添 悦郎¹⁾、石畑 清秀¹⁾、石田 喬之¹⁾、岐部 俊郎¹⁾、久米 健一¹⁾、手塚 征宏¹⁾、淵上 貴央¹⁾、吉村 卓也¹⁾、木村菜美子¹⁾、豊留宗一郎¹⁾、古閑 崇¹⁾、品川 憲穂¹⁾、本庄 希江¹⁾、中村 康典²⁾、松本 幸三³⁾、大山健太郎¹⁾、中村 典史¹⁾

下顎智歯抜歯後の舌神経麻痺は、患者のQOLに重大な支障をきたす合併症であり、その原因を検索し予防策を確立するこ

とが望まれる。今回、他院での下顎智歯抜歯後に生じた舌神経麻痺の2例を経験したので報告する。

4. 下顎管と接する下顎智歯抜歯症例について

- 1) 大阪警察病院 歯科口腔外科
 - 2) 吹田徳洲会病院 歯科口腔外科
- 石濱孝二¹⁾、水谷雅英¹⁾、樋口将隆²⁾、原 崇之¹⁾、外川健史¹⁾

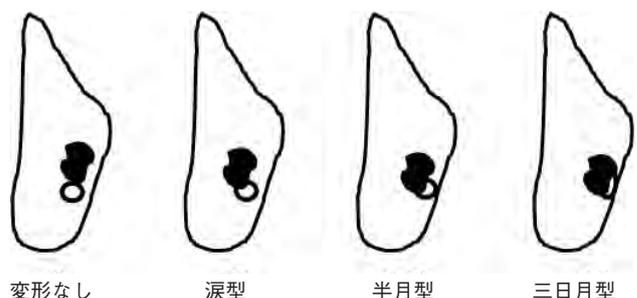
目 的

大阪警察病院における下顎智歯抜歯症例に対し、歯軸傾斜（Winter分類）、埋伏状態（Pell-Gregory分類）、歯根と下顎管の重なり（Apex Position分類）、CT撮影の有無、オトガイ神経領域の知覚異常出現の有無について、昨年の本学会で報告した。要点を抜粋するとパノラマX線写真で智歯歯根と下顎管が離れていたのは92歯（Ap0）で、接していたのは114歯（Ap1）、重複していたのは132歯（Ap2s、Ap2d、Ap3）で重複症例が多くみられた。抜歯によるオトガイ神経領域の知覚異常は1例も認めなかった。智歯歯根と下顎管の接触状態については検討しておらず、今回演者らは、下顎管変形度分類を用いて調査したので報告する。

方 法

2016年1月から12月の1年間に1人の術者（K.I.）が外来局

所麻酔下で施行した下顎智歯抜歯症例250例338歯のうち、CT撮影した86歯を対象とした。智歯歯根と下顎管の接触状態については、CT断面画像から下顎管の変形について、吉見ら*の分類を用いて検討した（図）。変形なし：下顎管の断面が下顎智歯と接していない、もしくは接していても下顎管の形態が維持されて、ほぼ円形、楕円形を呈している。涙型：下顎管の断面



(図)

が本来想定される下顎管の断面の3分の1未満の領域で変形を認める。半月型：下顎管の断面が本来想定される下顎管の断面の3分の1以上3分の2未満の領域で変形を認める。三日月型：下顎管の断面が本来想定される下顎管の断面の3分の2以上の領域で変形を認める。また、それぞれの群で歯根と下顎管との重なり（Apex Position分類）についても分類した。

結 果

下顎管変形度分類での変形なしは33歯（38%）、涙型25歯（29%）、半月型16歯（19%）、三日月型12歯（14%）であった。変形なしの群ではAp 2sが19歯と最も多く、三日月型の群ではAp 3が8歯と最も多かった。パノラマX線写真でAp 2sと診断されても3歯はCT断面画像で三日月型に分類され、歯根と下顎管は広く緊密な接触をしていた。反対に、Ap 3であっても歯根と下顎管は頬舌的に距離があり、変形なしに分類される症例もあった（表）。歯根の脱臼が困難で歯冠除去で抜歯中断となった2歯のうち、1歯は本対象に含まれており、Ap 2dで三日月型に分類されていた。

（表）

	Ap 1	Ap 2s	Ap 2d	Ap 3
変形なし	5	19	7	2
涙 型	3	11	7	4
半 月 型	1	8	4	3
三日月型	0	3	1	8

5. 顎智歯抜歯後の下唇知覚鈍麻と術前のパノラマX線および多断面再構成CT画像所見との関係

本発表では下顎智歯抜歯においてパノラマX線及びCTを撮影した440歯を対象とし、多断面再構成CT画像を用いて下顎智歯と下顎管との位置関係を正確に診断し、下顎智歯抜歯後の知覚鈍麻発症リスクについて検討した。

目 的

下顎智歯抜歯後の合併症として下唇の知覚鈍麻があり、その発症頻度は0.4%~8.4%と様々である。これらを予防するためには、術前診査が極めて重要であり、特に智歯根尖と下顎管との位置関係を正確に把握しておく必要がある。本研究の目的は、多断面再構成CT画像を用いて下顎智歯と下顎管との位置関係を正確に診断し、下顎智歯抜歯後の知覚鈍麻発症リスクに対し

考 察

下顎管の変形度が高いものほど、オトガイ神経領域の知覚異常が発生する可能性が高いと吉見ら*は報告し、三日月型は智歯歯根が下顎管とより広い範囲で緊密に接している可能性が高いため抜歯操作による下歯槽神経への影響が大きくなると考察している。演者らは強固な骨性癒着など脱臼困難な場合はやむなく抜歯中断となる可能性もあることを説明して臨んでいる。今回、338歯のうち、そのような理由で抜歯中断となったのは2歯であったが、いずれも癒着例で、さらなる脱臼操作で下歯槽神経への過剰な外力が生じると思われ中断した。また、外来局所麻酔下では強い疼痛が生じた場合は患者が訴えることも出来るため、神経への為害作用が生じる可能性を考慮しながら脱臼操作できる利点もある。それらの理由から、今回の報告で智歯歯根が下顎管と広く緊密に接している下顎管の三日月型の変形を認めた11歯の抜歯でもオトガイ神経領域の知覚異常が認められなかったのではないかと考えられる。

結 語

CT断面画像で下顎智歯による何らかの下顎管変形は86歯中53歯（62%）に認められた。下顎管の断面が本来想定される下顎管の断面の3分の2以上の領域で変形を認める三日月型は12歯（14%）だった。そのうち11歯は抜歯完遂しているがオトガイ神経領域の知覚異常は認めなかった。

参考文献

*：吉見涼子、林康司、他：下顎智歯抜去によるオトガイ神経領域の知覚異常とCT画像との関連性について。日口外誌64：13-18, 2018.

- 1) 神戸大学大学院医学研究科外科系講座口腔外科学分野
- 2) 加古川中央市民病院歯科口腔外科
- 長谷川巧実¹⁾、明石 昌也¹⁾、橘 進彰²⁾、古土井春吾¹⁾、古森 孝英¹⁾

て、有用な情報を得ることである。

対象と方法

2006~2010年の4年間に下顎智歯抜歯において、パノラマX線及びCTを撮影した295名440歯（男性122名、女性173名）を対象とした。平均年齢36.2±12.2歳（16~71歳）であった。観察方法はパノラマX線及びレントスキャンCT画像を用いて、埋伏状態、下顎管との距離・位置関係、下顎管の走行、白線の鮮明度、術後の麻痺の有無について比較検討した。知覚鈍麻の判定は抜歯後1か月残存したものとした。埋伏状態はWinters分類で行い、下顎管との関係は田中らの方法（日口外誌46（5）:251~261.2000）に従い1~5型に分類した。

結 果

パノラマX線とCTにおける下顎管との位置関係が不一致であったものはPanorama (以下P) 1型で173例中104例(60.1%)、P2型で93例中75例(80.6%)、P3型で110例中64例(58.2%)、P4型で38例中27例(71.1%)、P5型で26例中5例(19.2%)であった。全体で62.5%の不一致率であった。

知覚鈍麻が出現した症例のうちパノラマX線、CTともに1型であったものは85.7%であり、下顎管が埋伏歯の舌側に位置したものは75.0%であった。また、下顎管が根尖間にあった症例では全抜歯中100%で知覚鈍麻が出現した。単変量解析において、高齢、Pell and Gregory分類(深部埋伏)、白線の消失、下顎管の湾曲、智歯根尖と下顎管の交差所見、下顎管の走行位置、術中下顎管の露出、異常出血、骨削除が、知覚鈍麻のリスク因子として抽出された。性差、左右、歯軸方向、執刀医経験年数はリスク因子から除外された。また多変量解析において、異常出血(オッズ比(OR):99.04)(P=0.006)、白線の消失(OR:13.56)(P<0.001)、下顎管の湾曲(OR:10.41)(P=0.001)、

CT所見におけるType 1(OR:43.77)(P<0.001)がリスク因子として抽出された。

考 察

本研究結果から、パノラマX線及びCTにおける下顎管との位置関係が不一致であったものは全体で62.5%あり、下顎管の走行を正確に把握するにはパノラマX線だけでは不十分であると考えられた。したがって、特にPanorama X線所見において、下顎管との交差所見、下顎管の湾曲所見、白線の消失等が認められた場合には、CT撮影が必要であると考えられた。また、下顎管との位置関係がP1型及びCT1型であり、舌側及び根尖間を走行する症例に知覚麻痺の出現が高いと予想された。

結 語

本研究により、多断面再構成CT画像を用いて下顎智歯と下顎管との位置関係を正確に診断することは、下顎智歯抜歯時に有用であることが示唆された。

6. 全身麻酔下顎智歯抜歯症例における最近の動向と術後知覚異常の検討

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

○上野山敦士、勝見祐二、伊藤元貴、新垣元基、山田瑛子、齋藤太郎、大貫尚志、西川 敦、小玉直樹、黒川 亮、小山貴寛、池田順行、児玉泰光、永田昌毅、高木律男

緒 言

前回の報告において、当科2014年1年間における下顎智歯抜歯全症例の術後下歯槽神経知覚異常(以下術後知覚異常)の発生率は0.83%であった。その一方で、2010年から2014年の5年間における全身麻酔併用症例では、8.2%と高い結果となり、リスク因子としてPell-Gregory分類(以下PG分類)ⅢC、女性・高齢者、全身麻酔、CT所見において下顎管が歯根の舌側および根尖間を走行する場合、術中の下顎管露出が挙げられた。これらの結果を踏まえ2015年以降は、術後知覚異常発生率の減少および回避を目的に、リスク因子を情報共有し、全身麻酔の適応や症例ごとの術前リスク評価とそれに応じた術式の検討を医局内で行うようになった。そこで、今回我々は全身麻酔下顎智歯抜歯における最近1年間の動向と術後知覚異常発生率の変化を把握することを目的に調査を行ったのでその概要を報告した。

対象と方法

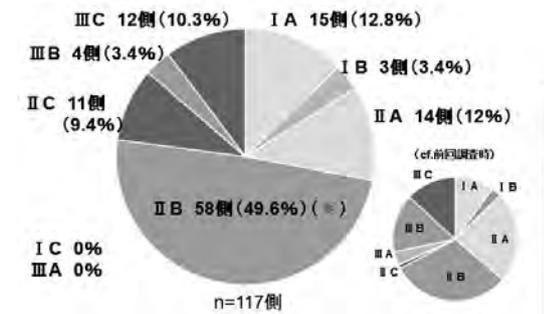
対象は2017年1月から12月の1年間に当科で下顎智歯抜歯を目的に全身麻酔を併用した71症例117側とした。方法は患者カルテ、パノラマX線、CT画像から情報を収集し、調査項目は、年齢、性別、術後知覚異常発生率について、パノラマX線写真からPG分類、Apex Position(以下AP)を、CT画像から下顎管の走行位置(頰側、下方、舌側、根尖間)を調査した。

結 果

性別では、男性27例43側、女性44例74側で平均年齢は37.3歳であった。術後知覚異常は女性の1側に認め、発生率は0.85%であった。PG分類の内訳は前回同様にⅡBが最も多く、前回調査と比較すると、ⅡBの割合も増加していた。また、Class Iの割合は概ね横ばい、Class IIの割合は増加し、Class IIIの割合は減少していた。さらに詳細な分類ではⅠAの割合が若干増加し、ⅢCの割合が若干減少していた(図1)。APの内訳は若干AP-1の割合が増え、AP-3の割合が減っていたが前回と比較して顕著な変化はなかった(図2)。下顎管の走行位置に内訳についても下方が7割近くと大部分を占め、前回と比較して割合に大きな変化はなかった(図3)。術後知覚異常が生じた1側1症例はPG分類ⅡB、AP-3で下顎管は歯根の頰側を走行していた。

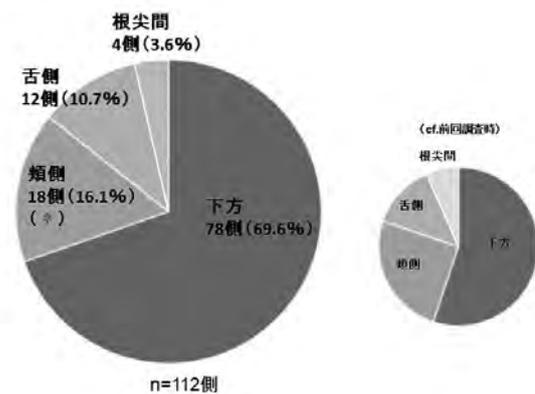
考 察

今回の調査において、過去の調査と比較するとPG分類ⅠAやAP-1の症例の割合も増加していたが、全身麻酔を選択する1つの理由として両側下顎智歯の一次的な抜歯を希望したことが考えられ、単純に低リスク症例が増加したことで術後知覚異常発生率が低下したわけではないと考えられた。また、ⅢCの減少やAP-3の割合の減少理由としては、より低位で、症状が出にくいことから不要な抜歯が回避された可能性が示唆された。下顎管の走行位置の割合には大きな変化はなかった。術後



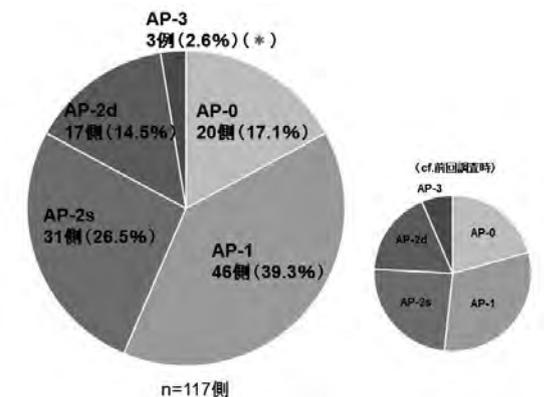
*) 術後知覚異常発生症例

図1 PG分類における内訳



*) 術後知覚異常発生症例

図3 下顎管の走行位置



*) 術後知覚異常発生症例

図2 Apex positionの内訳

表1



知覚異常が生じた1症例に関しては過去のリスク因子とは合致しなかった。リスク因子の原因を検証する目的に行った当科最近の臨床研究（術後知覚異常と智歯周囲の骨質骨密度との影響(2016)や抜歯操作時の有限要素解析を用いた応力分布(2017)）の報告も参考に、下顎管の位置を把握しその方向への応力を避

ける抜歯操作を心掛けた結果、対象症例の大きな変化を認めない中で術後知覚異常の発生率を0.85%に減少させることができた(表1)。外科的侵襲を考慮し全身麻酔を選択した困難抜歯症例においてもリスクに合わせた術式や使用機材の選択肢が広がり術後知覚異常の発生を抑制できることが示唆された。

7. 自発性異常味覚患者の味覚閾値に関する検討

自治医科大学 歯科口腔外科学講座

○山崎裕子 神部芳則 中村知寿 山本亜紀 山川道代
杉山知子 早坂純一 大谷津幸生 野口忠秀 森良之

自発性異常味覚とは「口腔内には味覚を刺激するような物質はないが、特定の味を持続して感じる状態」と定義され、国内では1984年に学会で初めて報告され、以後各施設にて味覚障害患者のうち30%を超える合併率で報告されおり、味覚障害において稀な愁訴ではない。しかしながら病態ははまだ解明されておらず、詳細は不明であるため、今回我々は自発性異常味覚患者の特徴的な臨床所見、味覚閾値の検索と、味覚閾値と自覚との関連性について検索したので、その詳細を報告する。

対象

2010年1月から2018年11月に味覚障害を主訴に当科を来院し、自発性異常味覚を訴えた23(男性7名、女性16名、年齢中央値は63歳)

その症状味質の頻度は苦味で63%、次いで塩味の21%、酸味と甘味または酸味と塩味が8%、甘味4%、渋み4%であった。また、原因としては心因性が30%と最も多く、味覚減退患者の原因を比較すると心因性、口腔疾患性が自発性異常味覚患者において多く、突発性の割合が低い結果となった。<図1>

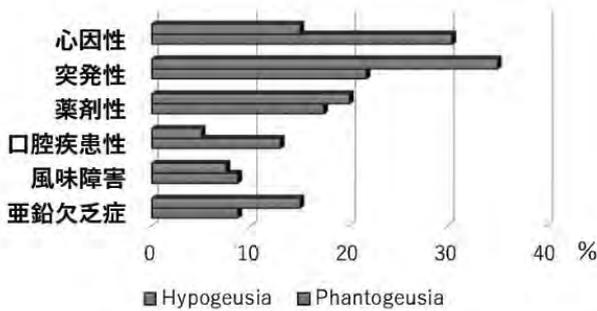


図1 自発性異常味覚患者の原因 (味覚減退患者との比較)

方法

臨床検査として血液検査 (亜鉛、鉄、銅)、唾液分泌量検査 (刺激時唾液分泌量)、細菌検査を施行した。味覚検査として、電気味覚検査(TR-06®, RION)、濾紙ディスク法検査(テストディスク®, 三和化学研究所)、日大山内らの方法に準じた全口腔法検査を行った。

結果

臨床症状

自発性異常味覚患者においてカンジダ、BMS、ドライマウスの合併率はそれぞれ18.7、34.8、45.5%で、味覚患者と比較するとカンジダは少なく、BMSとドライマウスは多くなっているが、統計学的な有意差は認められなかった。血清亜鉛、銅、鉄においても統計学的な有意差は認められなかった。(図2)

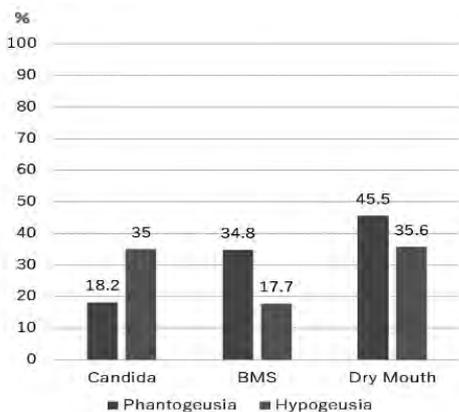


図2 自発性異常味覚患者の随伴症状合併率 (味覚減退患者との比較)

味覚閾値

電気味覚計検査、濾紙ディスク法検査、全口腔法それぞれにおいて、自発性異常味覚患者と味覚減退患者の味覚閾値は両群間に優位差は認められず、自発性異常味覚特有の味覚閾値は認められなかった。(図3)

自発性異常味覚の自覚と味覚閾値との関連性

次に、自発性異常味覚と自覚味質が他味質と比較してその閾値が低下しているかを検討した。評価方法として濾紙ディスク法検査において、他味質が脱失していない症例では両側の平均値が他味質の平均値はより1以上低い事、他味質が脱失している場合は認知可能であることを評価基準といたした。全口腔法においては他味質が脱失していない場合、2段階以上低い事、

	Phantogeusia	Hypogeusia
電気味覚計 鼓索	2(-3.3 11.8)	5(-1 5)
電気味覚計 舌咽	11(5 22.5)	9(4 23)
濾紙ディスク 鼓索 甘味	5(3.5 5.5)	5(3.5 6)
濾紙ディスク 鼓索 塩味	5.5(4 6)	5(3.5 6)
濾紙ディスク 鼓索 酸味	5(3.6 6)	5.5(4.5 6)
濾紙ディスク 鼓索 苦味	4.25(3.5 5.4)	5.5(3.5 6)
濾紙ディスク 舌咽 甘味	5(3 5.9)	5(3.5 6)
濾紙ディスク 舌咽 塩味	6(5.1 6)	6(3.5 6)
濾紙ディスク 舌咽 酸味	5.5(4.6 6)	5(3.5 6)
濾紙ディスク 舌咽 苦味	4.5(3.1 5.5)	5(3 6)
全口腔法 甘味	8(7 9)	8(7 9)
全口腔法 塩味	8(6 9)	8(7 9.5)
全口腔法 酸味	8(6 9)	8(6.5 10)
全口腔法 苦味	8(7 9)	8(5.5 9)

Median(25%tile 75%tile)

図3 自発性異常味覚患者と味覚減退患者の味覚閾値

他味質が脱失している場合は認知可能であることを評価基準とした。

自発性異常味覚患者23症例中、渋みを自覚する1症例を除外した22症例を対象とした。

自覚と味覚閾値の一致が認められた症例が10症例、一致が認められなかった症例が12症例であった。一致が認められた症例群では濾紙ディスク法で検出可能であったのが7症例 (鼓索神経領域が3症例、舌咽神経領域が1症例、両部位3症例)、全口腔法で検出可能であったのは3症例であった。自発性異常味覚で最多であった心因性が一致群においては10症例中5症例、非一致群においては12症例中わずか1症例であった。(図4)

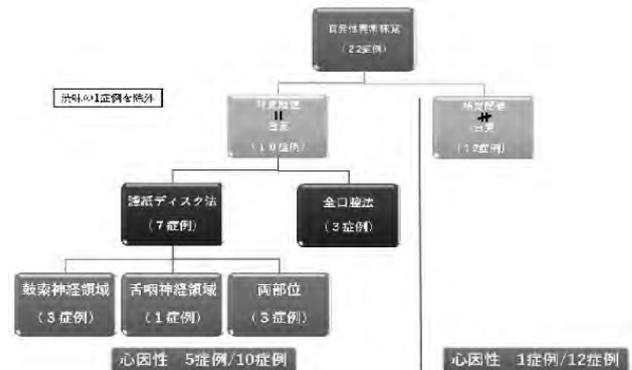


図4 自発性異常味覚患者の自覚と味覚閾値との関連性

結語

自発性異常味覚患者は臨床症状、味覚閾値について味覚減退患者と有意差はなく、特徴的な所見は認められなかった。自発性異常味覚の味覚閾値と自覚については、一致する群と一致しない群に分かれ、その自覚を裏付ける閾値の低下が濾紙ディスク法、全口腔法それぞれで認められ両検査法の併用が望ましいと思われた。また自覚を一致する群の原因としては心因性が多く、心因性であっても中枢性ではなく、受容体レベルの末梢性変化を示唆する結果であった。

8. 当科における上顎骨骨切り術後の眼窩下神経領域の知覚障害の変化に関する検討

- 1) りつりん病院 歯科口腔外科
- 2) 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 顎口腔再建外科学分野
- 3) 児島中央病院 歯科口腔外科
- 4) 太子病院 歯科/口腔外科
- 5) 広島市立広島市民病院 歯科・歯科口腔外科
- 6) 岡山大学病院 口腔外科(再建系)
- 7) 大阪母子医療センター 口腔外科
- 松井裕一¹⁾ 松村達志²⁾ 森谷徳文²⁾ 田畑光康³⁾
 中辻和樹⁴⁾ 吉岡洋祐⁵⁾ 明石 翔²⁾ 徳善英紀²⁾
 橋本和樹²⁾ 岡田亜由美⁵⁾ 薬師寺翔太^{2,7)} 飯田征二^{2,6)}

緒 言

Le Fort I型骨切り術(LFI)の合併症として眼窩下神経領域の知覚障害は臨床においてしばしば遭遇するものの、眼窩下部皮膚の知覚に関する報告はまだ少ない。また、眼窩下神経の分枝である上歯槽枝の支配を受ける上顎歯牙の歯髄反応についてLFI術後の経時的変化に関する検討はほとんど行われていない。今回我々はその双方について当科でLFIを施行した症例に対して知覚検査によりその双方について検討したので報告する。

対象と方法

対象は2015年1月から2016年12月の2年間にLFIを施行した症例のうち、術前、術後1か月、術後3か月、術後6か月、術後12か月の下記検査データを追跡できた11例22側とした。検査内容は、主観評価項目として生活支障度と自覚症状に対するVAS評価を行い、客観評価項目として眼窩下神経支配領域である鼻翼部(鼻枝)と上唇部(上唇枝)に対するSW知覚テストを用いた知覚検査(SW)とノギスを用いた2点識別法(2PD)、ならびに上顎中切歯または側切歯(前上歯槽枝)と上顎第一または第二小白歯(中上歯槽枝)に対する電気歯髄診(EPT)を測定した。

結 果

検査結果を以下の図1～3に示す。

考 察

①主観評価項目(図1)

生活支障度は残存率が低く早期に改善した。一方、自覚症状は術後1か月で約半数に残存し、VASによる自己評価でも高いスコアとなっており改善に時間を要する傾向であったが、術後12か月ではほぼ改善していた。自覚症状としては「感覚の鈍さ」「違和感がある」が多かったが、不快感を自覚する症例は少なかった。

②客観評価項目

鼻枝および上唇枝では術野の展開等による機械的進展によって、主に軸索断裂が生じていると考えられる。SWと2PDを用いた評価を行ったところ、その結果には評価法により異なる傾向が認められた(図2)。すなわち、SWでは両枝ともに術後1か月で悪化し術後3か月ではほぼ改善を認めたが、2PDでは術後1か月で若干の閾値の上昇が生じた後、術後3か月では術前よりも閾値が低下した。SSROを対象とした検討では、SWと2PDにおいて、本研究のSWと同様の経過を辿る報告を多数認めるが、我々の渉猟し得る範囲で閾値が低下するとの報告は認めなかった。本結果は、術式の違いや測定時のエラーが関係している可能性が考えられ、症例数を増してさらなる検討を要すると考えられた。

上歯槽枝群では骨切りによる神経幹断裂が生じていると考えられ、EPTを用いて評価した。神経幹断裂という損傷様式のため、術後の悪化は著しく、鼻枝および上唇枝と比して改善に時間を要する傾向を認めた(図3)。前上歯槽枝に比べ中上歯

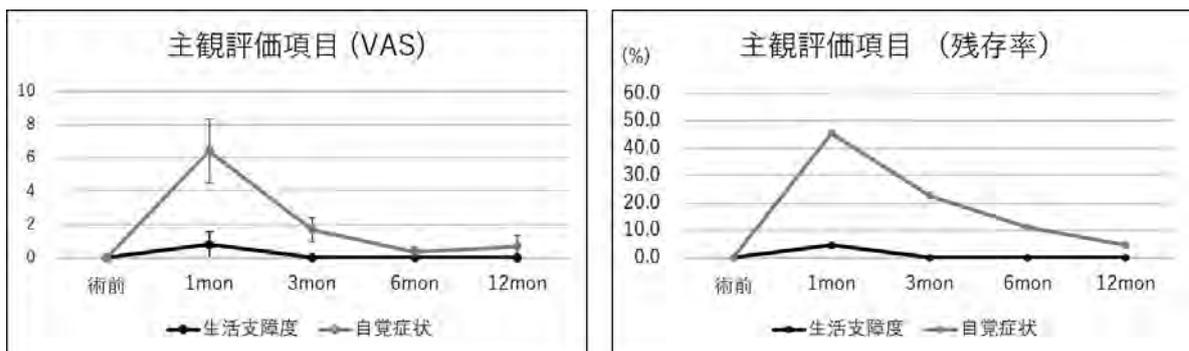


図1 主観評価項目(生活支障度・自覚症状)

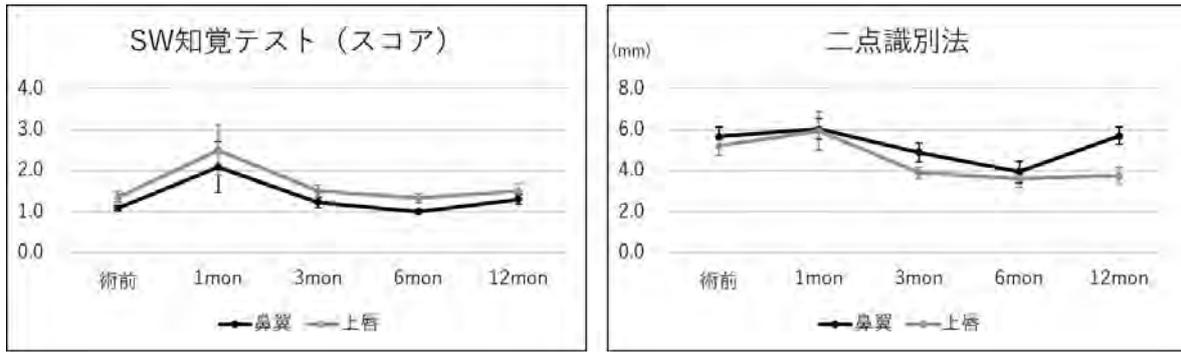


図2 客観評価項目1 (SW知覚テスト)

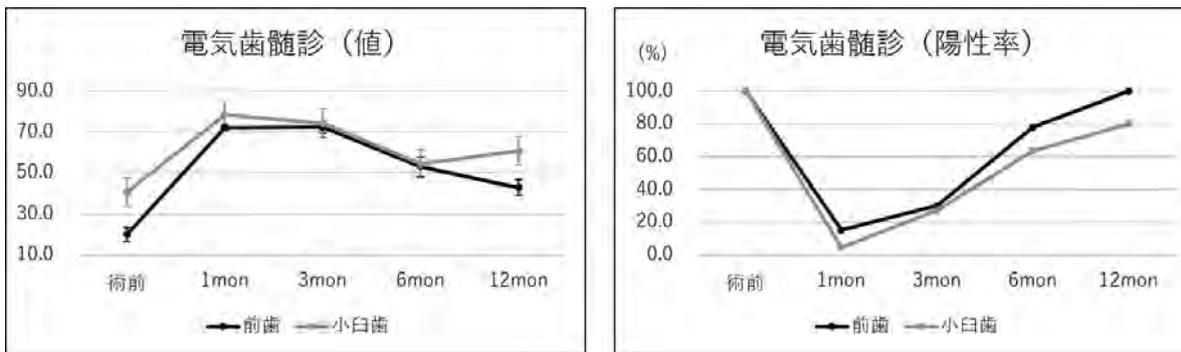


図3 客観評価項目2 (電気歯髄診)

表1 過去の報告と本結果の比較 (%: 治癒率)

		Pre	1wk	1mon	3mon	6mon	12mon~	対象
SWテスト	1990 Karas			80%	96%			
	当科			81.8%	90.9%	100%	100%	鼻翼部
					63.6%	81.8%	94%	95%
二点識別法	1990 Karas	6.8mm	7.5mm	6mm		4.5mm		
	当科	5.7mm		6.1mm	4.9mm	3.9mm	5.7mm	鼻翼部
		5.2mm		6.0mm	3.9mm	3.6mm	3.8mm	上唇部
電気歯髄診	1975 Tajima (LFII前歯+LFII型骨折)					29% (8mon)	85% (14mon)	全歯牙
						8%/36% (8mon)	23%/50% (14mon)	中切歯/側切歯
	1989 Vodtofte						94% (11-58mon)	
	1995 森川						94.5%	
	2001 岡田			20%		72%	94%	
	当科	100%		15%	30%	77.8%	100%	中切歯or側切歯
	100%		4.6%	27.3%	63.6%	80%	第一or第二小白歯	

槽枝はより改善に時間を要する傾向を示し、より重度の損傷を受けていると考えられた。Le Fort I型骨折の症例を含む過去の報告では、術後12か月で55~77%と報告により多様な結果であるがEPT陰性症例が残存するとされている(表1)。本検討における陰性率は、前上歯槽枝で0%、中上歯槽枝で20%であり、移動様式による骨削除量の差からこのような差が生じた可能性も考えられるため、今後の研究課題としたい。

結 語

・ LF IIにより眼窩下神経障害はほぼ必発するが、評価項目によ

り結果に差異を認めた。

- ・ 眼窩下神経の分枝により知覚障害の程度、回復に要する時間が異なることが示され、その違いは損傷様式の違いに起因する可能性が示唆された。
- ・ 今後も症例数を蓄積し、より詳細なデータの分析が必要である。

9. 顎顔面骨折における末梢神経障害の臨床的検討

- 1) 医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院 歯科口腔外科
 2) 兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座
 3) 大阪大学大学院 歯学研究科 招聘教員
 ○首藤 敦史^{1,2)} 松本 憲^{1,3)} 姜 良順¹⁾
 村山 敦¹⁾ 黒田 卓¹⁾

緒 言

顎顔面骨折における末梢神経障害は、受傷時損傷による外傷性神経障害のほか、手術時侵襲による医原性神経障害としても生じる可能性がある。今回、当科での顎顔面骨折における末梢神経障害の臨床的検討を行ったので、概要を報告する。

対象と方法

2015年1月から2017年12月の3年間に当科を受診した顎顔面骨折495例のうち、末梢神経障害を合併していた症例は114例であった。その中で、骨折部位別評価が困難な顔面多発骨折症例は除外し、受傷後3か月以上の経過観察が可能であった症例を対象とした。診療録から、患者情報として性別および年齢、骨折部位、末梢神経障害領域とその症状、発症機転、症状残存の有無について調査・検討した。なお、末梢神経障害の詳細については、診療録記載内容にて判断した。

結 果

通院中断や転院などによって経過が不明な症例を除き、有効症例は103例であった。男性は66例で年齢は43.7±21.4歳（範

囲：8～85歳、中央値：39.5歳）、女性は37例で年齢は50.6±23.3歳（範囲：7～85歳、中央値：52歳）であった。骨折部位は中顔面が72例（うち両側受傷症例が9例）、下顎が31例（うち両側受傷症例が13例）と、中顔面に多かった。骨折部位の内訳としては、中顔面では頬骨上顎骨複合骨折、下顎では下顎骨体部骨折が最も多かった。

末梢神経障害領域とその症状としては、中顔面では全例が三叉神経第2枝領域の異常知覚であったが、下顎では三叉神経第3枝領域の異常知覚のほか、顔面神経下顎縁枝の運動障害を10例に認めた。末梢神経障害の発症機転は、中顔面では受傷時すでに発症していたもの（術前からの発症）が多いのに対し、下顎では術後からの発症が多かった。末梢神経障害の症状残存は下顎よりも中顔面の方が高頻度に認め、特に術前から発症していた症例では末梢神経障害症状が残存しやすい傾向がみられた。

結 語

顎顔面骨折における末梢神経障害は、中顔面と下顎では発症契機や発症後経過の傾向が異なるため、加療に際しての合併症説明において考慮すべきであると思われる。

10. 口唇粘液嚢胞摘出後および下唇生検後の知覚異常

宝塚市立病院 歯科口腔外科

○橋谷 進、富田 英、澤井成美、藤原正識、柳澤高道

緒 言

埋伏智歯抜歯後の知覚異常に関しては多くの報告がみられるが、それ以外の口腔外科小手術後の知覚異常についての報告は少ない。

今回われわれは、口唇粘液嚢胞摘出後とシェーグレン症候群の診断に必要な口唇腺生検後の知覚異常について、臨床的検討を行ったのでその概要を報告する。

対象および方法

2013年1月～2017年12月の5年間に、当科で施行した口唇粘液嚢胞摘出および口唇腺生検症例のうち、術後経過を追えた61例と185例を対象とした。

口唇粘液嚢胞摘出群は術後知覚異常の有無、年齢、性別、病期期間、大きさ、自壊の有無、発症部位について、口唇腺生検群は術後知覚異常の有無、年齢、性別、病理組織検査でのGreenspan gradeについて後方視的に検討した。

結 果

口唇粘液嚢胞摘出群は6人（9.8%）に術後知覚異常がみられた。性別では知覚異常あり群が男性1人女性5人、知覚異常なし群が男性32人女性23人であった。年齢は知覚異常あり群が15～77歳（平均41.3歳、中央値41.5歳）、知覚異常なし群が5～74歳（平均29.7歳、中央値25歳）であった。病期期間は知覚異常あり群が1週間～7か月（平均2.6か月、中央値1.5か月）、知覚異常なし群が5日～5年（平均4.7か月、中央値2か月）であった。大きさは知覚異常あり群が3～12mm（平均7.7mm、中央値8mm）、知覚異常なし群が2～15mm（平均6.2mm、中央値5mm）であった。自壊は知覚異常あり群があり3人なし3人、知覚異常なし群があり30人なし25人であった。発症部位は知覚異常あり群が右側1人正中2人左側3人、知覚異常なし群は右側17人正中12人左側26人であった。いずれの項目も有意差はみられなかった。

口唇腺生検群は11人(5.9%)に術後知覚異常がみられた。性別では知覚異常あり群が男性0人女性11人、知覚異常なし群が男性8人女性166人で有意差はみられなかったが、年齢は知覚異常あり群が37~89歳(平均56.2歳、中央値50歳)であったのに対し、知覚異常なし群が36~91歳(平均66歳、中央値67歳) $P < 0.05$ で統計学的有意差を認めた。病理組織検査での Greenspan gradeでは知覚異常あり群が0:0人、I:0人、II:6人、III:2人、IV:3人、知覚異常なし群が0:11人、I:39人、II:30人、III:29人、IV:65人であった。0 I群とII III IV群で比較検討したときに統計学的有意差がみられたことから、リンパ球浸潤が中等度以上になると知覚異常の出現する可能性が高くなることが示唆された。

考 察

三叉神経の第三枝である下顎神経の分枝であるオトガイ神経

は、下唇部とオトガイ部の皮膚や粘膜の知覚を担っている。オトガイ神経支配領域は粘膜切開の対象となる機会が多く、またそれに伴い神経損傷による知覚障害が惹起されることがある。これまでわれわれが渉猟し得た限り、口唇粘液嚢胞摘出後に知覚異常がみられた報告は7.8~15.1%であった。一方、口唇腺摘出後の知覚異常がみられた報告は3.4~11.6%であった。自験例は両症例ともこれまでの報告と同程度の知覚異常出現率であった。知覚異常がみられた粘液嚢胞摘出症例は病理組織学的に小唾液腺や筋層近くの神経束が太い傾向にあったとの報告もあるが、処置時に神経の位置を確認することは困難である。下顎埋伏歯抜歯後の知覚鈍麻の出現率が1%程度であることから、これらに比較しても口唇の外科処置後の知覚異常出現率は高い傾向にある。口唇の外科手術をする際には術前に知覚異常の出現する可能性を十分説明する必要がある。

11. 下顎骨区域切除後にアロディニアを発症した1例

大阪警察病院 歯科口腔外科

○原崇之 水谷雅英 外川健史 石濱孝二

緒 言

外傷や手術に伴う下歯槽神経の損傷により口腔顔面領域に引き起こされる感覚異常の一つとしてアロディニアがある。アロディニアは通常痛みを惹き起こさない刺激によって生じる疼痛と定義されNSADIsやオピオイドが奏功しない場合が多く治療に難渋する。今回、薬剤関連顎骨壊死に対する下顎骨区域切除後に発症したアロディニアに薬物療法とリハビリテーションの併用が有効と考えられた1例を経験したため、その概要を報告する。

症 例

患者:83歳、男性。初診:2015年3月。主訴:左側下顎臼歯部の自発痛。既往歴:前立腺癌・骨転移(左大腿骨頭部、上部頸椎、下部腰椎)、肺癌、脊柱管狭窄症、糖尿病を認めた。

2013年7月より前立腺癌に対して化学放射線療法開始した。同年8月より骨転移に対し抗RANKLモノクローナル抗体(ランマーク)投与開始した。現病歴:2015年2月頃より左側下顎臼歯部の咬合痛を自覚した。近在歯科医院を受診したところ、左側下顎第一第二大臼歯が抜歯適応であると診断され抜歯を施行した。抜歯後も疼痛改善を認めず、さらに疼痛範囲が拡大してきたため当院紹介受診となった。診断:骨吸収抑制薬関連顎骨壊死。処置および経過:初診時から抗菌薬・鎮痛薬投与により保存的加療にて経過観察を行っていた。泌尿器科主治医と相談の上、骨転移のコントロールが得られている状態であったためランマークを2015年7月に最終投与し以降休薬することとした。その後も腐骨形成範囲は拡大を認め、外科療法を再三提案するも患者の同意は得られなかった。2017年7月に右下葉肺腺癌に対して化学療法を開始した。化学療法5日目より左側下顎部の疼痛増強、同部の感染・炎症症状が増悪し化学療法は中断

となった。呼吸器内科主治医と相談の結果、下顎骨骨髓炎の加療を優先して行うこととなり、顎骨壊死に対して下顎骨区域切除、プレート再建術を計画した。術後10日目になり突如、左オトガイ部に触れるだけで疼痛が出現するようになり、アロディニアの発症が考えられたため、プレガバリンの増量を行った。術後17日目より、開口訓練、口唇運動訓練強化したところ徐々に疼痛緩和を認め、プレガバリンの漸減を行うことが可能となった。現在、外来通院中でアロディニア再発なく、他院にて肺癌治療を継続している。

考 察

神経障害性疼痛の治療方法は薬物療法、神経ブロック、低周波電気治療、レーザー照射、リハビリテーション、心理学的療法と多岐にわたる。神経障害性疼痛は痛み以外に睡眠障害、意欲低下、抑うつ、不安、食欲不振など様々な依存症を伴う場合があり、これらの症状は痛みとともに増悪し、ADL、QOLの低下を助長させる。疼痛緩和には薬物療法が基本となり、段階的に実施する薬物療法が無効ないし効果不十分な場合には、神経ブロックが検討される。またリハビリテーションの導入が効果的であるとする報告もあり、神経障害性疼痛の治療は様々な治療アプローチを組み合わせる集学的な治療が重要と考えられた。神経障害性疼痛に対して疼痛コントロールとADL・QOLの観点から治療計画を立案する必要があると考えられた。

結 語

下顎骨区域切除後に発症したアロディニアに対して薬物療法とリハビリテーションの併用が有効と考えられた1例を経験したため、その概要を報告した。

12. オトガイ神経支配領域の感覚異常における感覚検査閾値と自覚症状との関連

- 1) 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学
- 2) JCHO東京山手メディカルセンター 歯科
- 3) 自治医科大学 歯科口腔外科
- 4) 今池デンタルクリニック
- 5) 美浦中央病院 歯科
- 6) みどり小児歯科
- 小林明子¹⁾ 望月美江¹⁾ 熊谷順也^{1,2)} 山崎裕子³⁾
 澤田真人⁴⁾ 香月佑子^{1,5)} 和気 創^{1,6)}
 Dulguun Batbold¹⁾ 前田慶子¹⁾ 山口 總¹⁾

下歯槽神経支配領域に感覚異常の訴えがある179例の感覚検査スコアと患者の訴え、性格傾向、心理状態との関連について調査した。さらに時間の経過により感覚検査スコアが改善した55例について訴える症状、性格傾向、心理状態に改善がみられるか調査した。

結果)・感覚検査スコアと訴え (JMPQ, VAS値) には相関がみ

られた。

- ・感覚検査スコアと性格傾向 (MS - EPQ), 心理状態 (HADS)には関連がみられなかった。
- ・時間の経過に伴う感覚検査スコアの改善は訴え (JMPQ, VAS値), 性格傾向 (MS -EPQ), 心理状態 (HADS)の変化と関連がみられなかった。

13. 放射線性下顎骨壊死における下歯槽神経変性の臨床病理組織学的検討

- 神戸大学大学院医学研究科外科系講座口腔外科学分野
- 明石昌也 長谷川巧実 古土井春吾 古森孝英¹⁾

本発表は顎骨壊死病変に対し手術を施行した13例における術前CT上の下顎管形態と、切除検体における下歯槽神経線維束を臨床病理学的に評価し、下顎管及び下歯槽神経変性の程度と疼痛等の臨床症状との相関を分析した。

域切除施行15症例 (放射線非照射群) についても評価した (年齢中央値68歳: 57-81歳)。術前の疼痛管理のために投与されていた鎮痛薬の種類などをもとに術前疼痛の強かった群 (extreme pain group) と術前疼痛の弱かった群 (slight pain group) に分類した。評価項目は①CT画像上の下顎管の欠損範囲 (部分欠損・全周欠損・欠損なし)、②切除検体における下歯槽神経線維束数・線維束面積である。また、切除検体における下歯槽神経線維束を「判別できるものと「判別できないもの」とに分類した。

目 的

頭頸部痛に対する放射線治療の、稀ではあるが深刻な有害事象の一つに放射線性顎骨壊死が挙げられる。放射線性顎骨壊死の重症例では、オトガイ神経支配領域の知覚鈍麻や、断眠を惹起する程の激しい疼痛 (神経性障害性疼痛) を認めることがあり、患者のQOLは著しく損なわれる。適切な治療法の決定には発症メカニズムに関する理解が不可欠であるが、顎骨壊死病変における神経症状を病理組織学的に詳細に検討した研究は稀少である。本研究は、顎骨壊死病変における疼痛の背景機序に関する理解を深めることを目的とし、重症放射線性顎骨壊死における下顎管の形態変化と下歯槽神経の変性の程度、疼痛等の患者の臨床症状との相関を分析した。

結 果

まず放射線照射群 (ORN群) と放射線非照射群間で神経線維束を病理学的に比較した結果、両群間で年齢・神経線維束数に統計学的有意差は認めなかったもの (P=0.96, P=0.51)、神経線維束面積が非照射群で照射群 (ORN群) に比べ有意に大きかった (下歯槽神経線維束面積中央値: ORN群1.31mm² 放射線非照射群2.01mm² P=0.02)。次に放射線性下顎骨壊死に対する手術前の疼痛の重篤度をもとにextreme pain group とslight pain group間で比較した結果、年齢・照射線量・化学療法の有無・術前オトガイ神経支配領域の知覚鈍麻や下顎骨骨折の有無・CT画像上の下顎管欠損範囲について両群間に統計学的有意差は認めなかったものの、slight pain groupで病理組織学的に下歯槽神経線維束が判別できない割合が有意に多かった (P=0.03)。

対象と方法

2013~2017年の4年間に重症放射線性下顎骨壊死に対し下顎骨区域切除と遊離腓骨皮弁移植術を施行した15症例の内、初回手術時に下顎骨辺縁切除が施行され下顎管が切除側に含まれた2例を除いた計13症例である (osteoradionecrosis of the jaws: 以下ORN群。男性12名・女性1名、年齢中央値65歳: 58-80歳)。13例中1例で、両側下顎臼歯部に顎骨壊死を認めため、計14病変を評価した。比較対照として無作為に抽出した、口腔癌に対し下顎管浸潤及び放射線照射歴のない下顎骨区

考 察

切除検体において下歯槽神経線維束が病理組織学的に判別で

きないことは、下歯槽神経の変性が重篤であることを意味している可能性がある。神経変性が重篤であることが患者の術前疼痛が比較的弱いことと相関しているとする、疼痛の強弱が病

変の進行を反映していないかも知れず、留意が必要であると考えられた。

14. 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死患者に合併したVincent症状に関する分析

- 1) 兵庫医科大学歯科口腔外科学講座
- 2) 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院歯科口腔外科
- 服部 洋一¹⁾ 川邊 睦記¹⁾ 首藤 敦史^{1,2)}
- 高岡 一樹¹⁾ 野口 一馬¹⁾ 岸本 裕充¹⁾

緒 言

本邦の骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（以下ARONJ）の2016年版ポジションペーパー（PP2016）では、Stage 0の臨床症状の一つとして、“下唇の感覚鈍麻または麻痺（Vincent症状）”と記載されているが、ARONJにおけるVincent症状について検討した報告は少ない。今回、われわれは、ARONJ患者におけるVincent症状の有無や治療による改善・悪化について、患者背景やCT画像を用いて分析したので報告する。

対象と方法

2013年1月から2016年12月までの4年間に当科を受診したARONJ患者のうち、下顎臼歯部に発症した55例を対象とした。Vincent症状の有無については、診療録の記載から後方視的に調査した。性別、年齢分布、骨吸収抑制薬使用の原疾患、骨吸収抑制薬の種類・投与期間、PP2016によるStage分類、Vincent症状の出現から外科的療法までの期間について調査した。さらにCT上でのARONJ病変から下顎管までの最短距離とVincent症状の有無に関する検討を行った。腐骨分離を認めた症例に関しては外科的療法直前のCT画像を用い、腐骨分離が不完全な症例に関しては撮影した中で最も新しいCT画像を用い、腐骨分離を認めないもしくは骨硬化像が主体の症例に関しては下顎管までの距離が測定困難であるため、CTの評価から除外した。

結 果

55例のうち、19例（34.5%、A群）で初診時もしくは初診から早期にVincent症状を認め、36例（65.5%、B群）でVincent症状を認めなかった。A群、B群をさらに細分化した（図1）。A群は、B群と比較して骨吸収抑制薬使用の原疾患として悪性腫瘍の割合が高かった。また、B群はStage 0や1の例も含まれるが、A群は全例Stage 2以上であった。術後にVincent症状の改善を認めたA1群は、A2群と比較して骨吸収抑制薬の投与期間が短く、Vincent症状の出現から外科的療法までの期間も短かった（表1）。CTでの検討において除外した症例は17例であり、CT上でのARONJ病変と下顎管までの平均距離は、A群（n=18）は0.30mm、B群（n=20）は2.24mm、A1群（n=3）は0.59mm、A2群（n=14）は0.13mm、B1群（n=9）は2.30mm、B2群（n=4）は0.76mmであった。A群とB群における下顎管までの平均距離の差は、Mann-WhitneyのU検定により有意差を認め（ $p < 0.05$ 、図3）、ROC曲線よりVincent症状が出現するか否かのカットオフ値は0.94mmと求められた。

考 察

原疾患が悪性腫瘍で、Stageが進行するほどVincent症状は出現しやすく、骨吸収抑制薬の投与期間が長く、Vincent症状の出現から外科的療法までの期間が長いほどVincent症状は改善しにくい傾向にあった。長期的な下歯槽神経の変性はVincent症状の固定につながると考えられ、CT上でARONJ病変と下顎管との距離が0.94mm以下であった場合、Vincent症状が出現す



図1 ARONJ症例（55例）のグループ分け

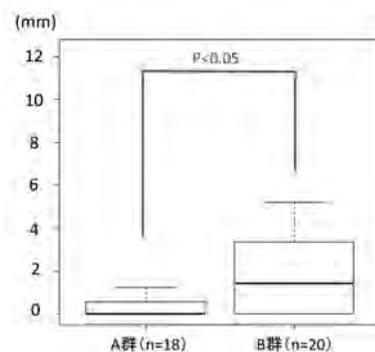


図3 A群とB群のARONJ病変と下顎管までの距離の統計学的検討（Mann-WhitneyのU検定）

る可能性を考慮する必要がある。今回の調査では、Stage 0 および 1 でVincent症状を認めた患者はいなかった。ポジションペーパーの改訂により、骨を触知できる瘻孔があれば骨露出が

なくてもStage 1 以上の診断が可能となったことから、Vincent症状を生じる患者では、いずれもStage 2 以上の下顎骨骨髓炎の進展によるものと考えられた。

表 1 各群の背景因子

		A群 (Vincent症状あり) 19例	A1群 (術後改善あり) 3例	A2群 (術後改善なし) 14例	B群 (Vincent症状なし) 36例	B1群 (術後Vincent症状なし) 11例	B2群 (術後Vincent出現あり) 4例
性別	男	8 (42.1%)	1 (33.3%)	8 (42.9%)	9 (25%)	3 (27.3%)	0
	女	10 (52.6%)	2 (66.7%)	6 (57.1%)	27 (75%)	8 (72.7%)	4 (100%)
年齢(歳)	平均	77.4	79.3	77.5	75.8	79.3	80.5
	範囲	52-95	79-83	52-95	31-96	66-96	73-87
骨吸収抑制薬 使用の有無	骨粗鬆症	8 (42.1%)	2 (66.7%)	6 (42.9%)	24 (66.7%)	7 (63.2%)	1 (25%)
	悪性腫瘍	3 (15.8%)	1 (33.3%)	6 (57.1%)	12 (33.3%)	9 (81.8%)	3 (75%)
Stage分類	Stage 0	0	0	0	2 (5.6%)	1 (9.1%)	0
	Stage 1	0	0	0	12 (33.3%)	1 (9.1%)	0
	Stage 2	10 (52.6%)	3 (100%)	5 (35.7%)	22 (61.1%)	9 (81.8%)	4 (100%)
	Stage 3	9 (47.4%)	0	9 (64.3%)	0	0	0
外科的療法までの 骨吸収抑制薬の 投与期間(月)*	骨粗鬆症	60.1	34.5	76.2	60.8	46.0	60.0
	悪性腫瘍	45.0	12.0	49.9	52.4	35.5	61.0
Vincent症状出現 ～外科的療法まで の期間(月)*	骨粗鬆症	7.9	7.5	8.3			
	悪性腫瘍	7.5	4.0	10.8			

※A群、B群に関しては*の調査において外科的療法なしの症例は除外している A群(n=19⇒17)、B群(n=36⇒15)

15. 下口唇・オトガイ神経知覚異常に対する近赤外線療法の治療効果

大阪大学大学院歯学研究科 口腔外科学第一教室

山下翔平 原田丈司 横田祐介 内橋俊大 小橋寛薫
坂晃 宏 阪本勝也 趙正 秀 田中 晋 古郷幹彦

緒 言

下口唇・オトガイ神経知覚異常に対する治療法の1つとして星状神経節ブロックが挙げられる。当科では星状神経節への近赤外線療法として、スーパーライザー PX®を導入している。今回その治療効果を検証したので報告する。

方 法

スーパーライザー PX®を導入した2017年1月から2017年12月までに、当科で診察した下口唇・オトガイ神経知覚異常の113例を対象として、当科で施行した治療法について検証した。VB12やATP製剤等の薬物療法のみ症例と、薬物療法と近赤外線療法を併用した症例に対して、患者の自覚症状が、完全に消失した症例を治癒、完全ではないが軽減した症例を改善、全く改善しなかった症例を効果なしとして、治療の効果を検証した。

結 果

薬物療法のみを施行した症例は85例あり、治癒が42例(49.4%)、改善が43例(50.6%)でした。下口唇・オトガイ神経知覚異常に対する治療期間は、平均2.8カ月でした。一方薬物療法と近赤外線療法を併用した症例は28例あり、治癒が3例(12.5%)、改善が24例(85.7%)、治療期間は、平均5カ月でした。(表1)

考 察

当科で施行しているスーパーライザー PX®を用いた近赤外

線療法は、VB12やATP製剤による薬物療法と併用しても、明らかな乗せ効果は認められなかった。しかしながら、近赤外線療法の併用により、著しい改善が認められた症例も経験しており、照射回数を増やした場合や、知覚異常発症後の早期に照射した場合、知覚異常の早期回復が期待できると考えられた。当科では、知覚異常の程度が軽度であれば、薬物療法のみで対応することが多く、知覚異常の程度の重い症例に対して近赤外線療法を併用する傾向があるため、今後、知覚異常の程度を考慮した評価が必要と考えられた。

結 語

星状神経節への近赤外線療法、スーパーライザー PX®の治療効果を検証したので、若干の考察を加えて報告した。

表 1

		薬物療法 (VB12/ATP)	薬物療法+近赤外線療法
症例数		85	28
症状	治癒	42(49.4%)	3(12.5%)
	改善	43(50.6%)	24(85.7%)
	効果なし	0(0%)	1(4.2%)
平均治療期間(月)		2.8	5

大会長から会員の皆様へ

第23回口腔顔面神経機能学会学術大会にあたって

第23回口腔顔面神経機能学会学術大会 大会長
松本歯科大学 歯科麻酔学講座 教授

澁谷 徹



この度、第23回口腔顔面神経機能学会学術大会を担当させていただくこととなりました。長野県での本大会の開催は、第5回口唇麻痺研究会として松本歯科大学口腔顎顔面外科学講座の山岡 稔教授が開催されて以来となります。

神経損傷に伴う神経麻痺では、単に痺れが生じるだけでなく、神経障害性疼痛へと移行する場合があります。そこで特別講演では、松本歯科大学口腔解剖学講座の金銅英二教授に、「顎顔面領域における神経障害性疼痛の分子基盤」と題してご講演いただきます。また、本年4月から精密触覚機能検査が保険請求できるようになり、本学会学術大会に併せて、口腔顔面神経機能学会提案、日本口腔顔

面痛学会主催の精密触覚機能検査研修会も開催する予定です。

学会場は松本歯科大学を予定しています。JR中央線の塩尻駅から車で約5分のところにあり、塩尻へは新宿から約2時間30分、名古屋からは約2時間で、福岡と札幌からは信州まつもと空港への航空便もあります。多数の一般演題お申込みとご参加をお待ちしております。

第23回口腔顔面神経機能学会学術大会のご案内

第23回口腔顔面神経機能学会 学術大会
大会長 澁谷 徹
準備委員長 谷山貴一

第23回口腔顔面神経機能学会学術大会を下記要領にて開催いたします。
皆様の多数のご発表とご参加をお待ち申し上げます。

記

日 時：平成31年3月9日（土）
会 場：松本歯科大学 図書館2階学生ホール
〒399-0781 長野県塩尻市広丘郷原1780
Tel 0263-51-2126（歯科麻酔学講座医局）
参 加 費：2,000円（学会当日に受付にて徴収いたします）
役員理事会：平成31年3月9日（土）
松本歯科大学創立30周年記念棟3階会議室（前穂高・奥穂高）
特 別 講 演：「顎顔面領域における神経障害性疼痛の分子基盤」
松本歯科大学 口腔解剖学講座 金銅英二 教授

演題募集要項：

1. 発表形式：発表は口演のみとし、スライド単写、Windows Power Pointを使用したコンピューターとプロジェクターによる発表といたします。詳細は各演者の先生方に改めてお知らせします。
2. 演題申込方法：演題名・所属・発表者（演者に○）・連絡先（住所、電話番号、Fax番号、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（なお郵便でのお申し込みは受付いたしません）。
E-mail：kiichi.taniyama@mdu.ac.jp
3. 演題・抄録申込締め切り：平成31年1月25日（金）
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E-mailでお送りください。本文以外に4,5枚の写真・図表を加えていただいて結構です（カラー不可）。なお、ファイルサイズは5MB以下としてください。また、学会当日にプリントアウトした後抄録を受付にご提出ください。

演題申込・問い合わせ先

〒399-0781 長野県塩尻市広丘郷原1780

松本歯科大学歯科麻酔学講座

第23回口腔顔面神経機能学会学術大会 準備委員長 谷山貴一

Tel & Fax: 0263-51-2126

E-mail: kiichi.taniyama@mdu.ac.jp

口腔顔面神経機能学会 平成29年度収支決算報告書

(平成29年2月1日～平成30年1月31日) (単位：円)

〈収入の部〉

前年度繰越金	805,909
会費	605,000
認定医審査料（更新を含む）	75,000
認定医登録料	110,000
広告費	250,000
利息	6
その他	
計	1,845,915

〈支出の部〉

第22回大会開催補助金	0
会報発刊 Vol22	262,116
日本歯科系学会協議会年会費	50,000
管理費（その他 雑費）	28,219
認定審査	200,000
認定証発行	32,431
通信運搬費	51,480
ホームページ接続・更新料（謝金含む）	107,496
会議	83,004
謝金	90,000
旅費	69,680
次年度繰越金	871,489
計	1,845,915

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、年会費か各機関ごととし、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

〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科口腔顎顔面外学分野内

TEL: 099-275-6242 FAX: 099-275-6248

Email: jsfnf2@gmail.com

(H29年より事務局が移転いたしました)

学会振り込み口座（入会金、年会費、更新料等の振り込み先）

●ゆうちょ銀行以外からの振込みの場合

<口座名> ゆうちょ銀行 <店名> 七八八

<店番> 788

<預金種目> 普通預金 <口座番号> 3225249

●ゆうちょ銀行から振り込み用紙、口座振替等にて振り込む場合

<記号> 17880 <番号> 32252491

<口座名> 口腔顔面神経機能学会

<なまえ> コウクウガンメンシンケイキノウガッカイ

理事名簿

(50音順)

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	鹿児島市桜ヶ丘8-35-1
副理事長 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
飯田征二 (監事)	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	〒700-8558	岡山市北区鹿田町2丁目5-1
石濱孝二	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
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
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	大船中央病院 歯科口腔外科	〒247-0056	鎌倉市大船6-2-24
岸本裕充	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
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
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	九州歯科大学学生体機能科学専攻生体機能制御学講座 歯科侵襲制御学分野	〒803-8580	北九州市小倉北区真鶴2-6-1
澁谷徹	松本歯科大学歯科麻酔学講座	〒399-0781	長野県塩尻市広丘郷原1780
杉山勝	広島大学大学院医歯薬保健学研究科 口腔健康科学専攻	〒734-8553	広島市南区霞1-2-3
高木律男	新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔生命科学専攻口腔健康科学講座 顎顔面口腔外科学分野	〒951-8514	新潟市学校町通二番町5274番地
高崎義人	社会医療法人 大道会 森之宮病院 歯科診療部	〒536-0025	大阪市城東区森之宮2丁目1-88
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
中嶋正博	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
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
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
依田哲也	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科顎顔面頸部機能再建学系 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
河村達也 (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
若野正人 (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
北村龍二	兵庫県病院歯科医会	〒660-8511	兵庫県尼崎市稲葉荘3-1-69 関西労災病院歯科口腔外科
事務局 野添悦郎 (幹事)	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	鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

編集後記

事務局を引き継ぎ1年半が過ぎました。今年度は「精密触覚機能検査」の保険導入により、これまで「口唇麻痺」に深くかかわってきた本学会の認定医の先生方に早く研修会を修了していただくと共に研修会のインストラクター（講師）になっていただきたく、10/14大阪にて本学会提案の「第8回精密触覚機能検査研修会ならびに講師養成講習会（日本口腔顔面痛学会主催）」を開催するとともに、第1回スキルアップセミナー（セ

ミナーリーダー；大阪警察病院石濱孝二先生）を開催いたしました。定員一杯の参加者となり、大変有意義な1日となりました。石濱先生ならびに大阪警察病院のスタッフの皆様には会場の確保から参加者の募集に至るまでお世話になりました。誠にありがとうございました。今後もスキルアップセミナーならびに研修会開催の予定がありますので学会HP等閲覧いただけますと幸いです。（事務局幹事：野添悦郎）

小規模事業向け
情報発信支援サービス **CoCoa**

Compact Communication Assistant for your business.



各種学会・協会・研究会の
WEBによる情報発信と交流を
リーズナブルにアシストします。

Compact ホームページ制作パック



制作コストが
コンパクト



便利な機能が
標準装備



シンプルで
動作が軽快



スマホ・タブレット
対応

費用面のみではなく、運用の手間も最低限に。
制作・運用に関わるコストを極力を抑えながら、
だれでも簡単に、ホームページを制作・運用できるパックです。

<https://densan-p.jp/files/cocoa.pdf>



電算印刷
for your DECENT PROSPERITY

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

松本本社 〒390-0821 長野県松本市筑摩1-11-30

TEL.0263-25-4329

東京営業所 〒101-0051 東京都千代田区神田神保町3-10-3 スリースタービル TEL.03-5226-0126

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

TEIJIN

Human Chemistry, Human Solutions



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。

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。

製品ラインナップの充実

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

CT視認性

CTの三次元画像により術後のインプラントの状態を容易に観察できます。

操作性を追及したデザイン

- ・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



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)



スクリューの把持カアッ

※ 商品のお問い合わせにつきましては 下記までお願い致します。

製造販売元

帝人メディカルテクノロジー株式会社

本社 / 〒530-0005 大阪市北区中之島2-3-33(大阪三井物産ビル) TEL:(06)4706-2160 <http://teijin-medical.co.jp>

漢方医学と西洋医学の融合により 世界で類のない最高の医療提供に貢献します



自然と健康を科学する

漢方のツムラ

<http://www.tsumura.co.jp/>

●お問い合わせは、お客様相談窓口まで。

【医療関係者の皆様】Tel.0120-329-970 【患者様・一般のお客様】Tel.0120-329-930

(2016年9月制作) OWCA604-K®

osada **OPAL** *comfort* RENEWAL!

オサダオパルコンフォート

全てが優しさに包まれる。

New
.01



アシスタントアーム
アシスタントエリアが
確保しやすい形状に変更。

New
.02



サポートアーム
握りやすいラバーと
患者さんのステッキ
ホルダーを付けました。

New
.03



可動式ステップ
車椅子からの移乗が
しやすくなりました。

オパルの主な特長



治療時

チェア回転
側面、後方からでも乗り降りできるように180°回転します。



乗降時



前チルト
チェアが前方に5°傾斜する
ため、ステップの位置が
低くなり、乗り降りが楽に
なります。



ショックレス
上下の静かな動きにより、
チェアの動き始めや停止時の
ショックが無く、恐怖心を
抱かせません。



鉢自動回転
チェアと連動して鉢が自動で
動くため、楽な姿勢でうがい
ができます。

商品名：オサダオパルコンフォート 認証番号：226AHBZX00022000 クラス分類：管理医療機器（クラスII）特定保守管理医療機器 設置管理医療機器 取扱価格：¥4,947,800～

販売元



長田電機工業株式会社

〒141-8517 東京都品川区西五反田5-17-5
TEL.03(3492)7651 FAX.03(3492)7506

製造販売元 長田電機工業株式会社

[http:// osada-group.jp/](http://osada-group.jp/)

品質マネジメントシステム



長田電機工業(株)

品質マネジメントシステム



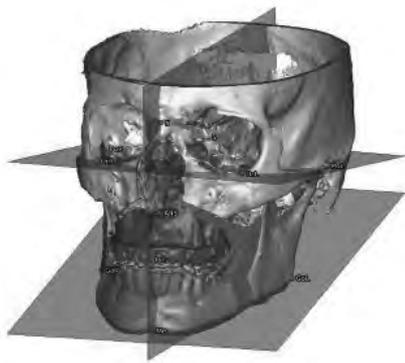
ISO9001 ISO13485
長田電機工業(株) 名古屋工場

環境マネジメントシステム



ISO14001
JAER0211
長田電機工業(株) 名古屋工場

※商品は改良の為、予告なしに仕様を変更することがありますので予めご了承下さい。又、ご不明な点はオサダ営業所にお問い合わせ下さい。
※表示価格は消費税抜きの価格です。消費税は別途申し受けます。



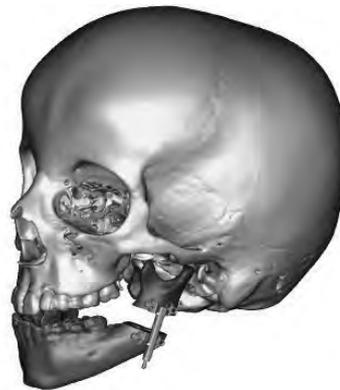
1 精確な3次元セファロ分析



2 顎骨再建シミュレーション



3 術前と術後の比較



4 顎骨延長シミュレーション

Materialise ProPlan CMF プランニングソフトウェア

Materialise ProPlan CMFは、治療方法の決定を支援するユーザーフレンドリーな手術プランニングソフトウェアです。

CB/CTデータから、3Dビジュアルデータを作成でき、時間や手間をかけずに手術のシミュレーションが行えます。

L-100258

マテリアライズジャパン株式会社 メディカル事業部
〒221-0052 神奈川県横浜市神奈川区栄町8-1 ヨコハマポートサイドビル3階
045-450-1070
info@materialise.co.jp materialise.com/ja

materialise mimics
care suite

MatrixMANDIBLE™

The comprehensive mandible plating system



depuysynthes.jp

製造販売元：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 デビュー・ソリューション事業本部 CMF & オートペディック・ソリューション事業部 〒101-0065 東京都千代田区西神田3丁目5番2号
販売名：AO MatrixMANDIBLE Reconstruction システム / 医療機器承認番号：22500BZX00041000 / 販売名：AO Matrix Mandible システム / 医療機器承認番号：22100BZX00639000 / ©I&JK2018・091997-180518

Nerbridge®

断裂、欠損した末梢神経の
再生を促進させる治療用医療機器です

神経再生誘導チューブ

ナーブリッジ®

医療機器承認番号 22500BZX00106000

神経治療の
選択肢を拡大

手術範囲・
時間を短縮

早期のQOL
向上に貢献

※本製品をご使用前には添付文書を必ずお読みください。
※ナーブリッジ®・Nerbridge®は東洋紡株式会社の登録商標です。

製造販売元 **TOYOBO** 東洋紡株式会社

医療機器事業部
〒530-8230 大阪市北区堂島浜二丁目2番8号
TEL: 06-6348-3339 FAX: 06-6348-3696

販売元 **alfresa** アルフレッサ ファーマ株式会社

営業本部 メディカルデバイス営業統括部 MD推進部
〒540-8575 大阪市中央区石町二丁目2番9号
TEL 06-6941-0303 FAX 06-6941-4866

Thinking ahead. Focused on life.



2018年 診療報酬 新規収載

SW テスターの点数化が実現!

三叉神経ニューロパチーの感覚障害の程度の評価を、
セメスワインスタインモノフィラメントで検査することで算定できるようになりました。

歯科 精密触覚機能検査 460 点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た
保険医療機関において、当該検査を行った場合に月1回に限り算定する。

- (1) 精密触覚機能検査は、口腔・顎・顔面領域の手術等に伴う神経障害や帯状疱疹や骨髄炎等に起因する神経障害によって生じる神経症状（感覚の異常）を呈する患者に対して、当該検査に関する研修を受講したものが、Semmes-Weinstein monofilament set を用いて知覚機能を定量的に測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、検査の実施に当たっては、「精密触覚機能検査の基本的な考え方」（平成30年3月日本歯科医学会）を遵守するとともに、検査結果は関係学会の定める様式又はこれに準ずる様式に記録し、診療録に添付すること。
- (2) 当該検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査に関する研修を受けた歯科医師が配置されていること。
(2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。

※施設基準にある研修とは、日本口腔顔面痛学会が行う研修会です。（日本口腔顔面痛学会 <http://jorofacialpain.sakura.ne.jp/>）
※十分な機器とは、医療機器のセメスワインスタインモノフィラメント（SWテスター）セットです。



精密触覚機能検査の算定には、

フルセット 20本セット又は歯科用 10本セットが必要です。

検査対象は、何らかの理由で三叉神経領域の触覚の異常を自覚する患者でその原因は問われません。
診断名が三叉神経ニューロパチーであり、
三叉神経ニューロパチーの原因病態は、
外傷（手術を含む）であっても各種疾患であってもかまいません。

セメスワインスタインモノフィラメント歯科用
10本セット / 20本セット



歯科用
10本セット

販売名：セメスワインスタインモノフィラメント 一般的名称：手動式皮膚痛覚計 クラス分類：一般医療機器（クラス1） 医療機器届出番号：13B2X00081000045
製造販売：源井医療株式会社 東京都新宿区山吹町358-6 〒162-0801
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 T 06.6380 2525 東京本社：東京都台東区上野2-11-15 〒110-8513 T 03.3834 6161
お問合せ お客様相談センター <歯科医療従事者様専用> T 0800.222 8020 (フリーコール)
www.dental-plaza.com

