口腔顔面神経機能学会会報

■2025年12月26日発行

〒565-0871　大阪府吹田市山田丘 1 - 8
大阪大学大学院歯学研究科顎顔面口腔外科学講座
口腔顔面神経機能学会事務局　TEL：06－6879－2936
FAX：06－6876－5298
E-mail：tei.souju@gmail.com
ホームページ：https://www.mcci.or.jp/www/shinkei/index.html

口腔顔面神経機能学会　理事長挨拶

奥羽大学歯学部　口腔外科学講座　高田　訓



―憧れの８時間勤務―

「サラリーマンは気楽な稼業と来たもんだ～♪」と歌った植木等をご存じだろうか。では“釣りバカ日誌”で西田敏行が演じた浜ちゃんはどうでしょう。

昭和37年“ニッポン無責任時代”という映画で「たいらひとし」という主人公を演じた植木等は、会社の仕事はせず、自分がやりたいことだけをするサラリーマンを演じている。会社のために働くのが当然の時代、サラリーマンの鬱憤を大いに晴らしてくれた。“釣りバカ日誌”も、出世には興味がなく、釣りのことしか考えないサラリーマンが主役である。努力や常識、上下関係を重んじてゴマを擂るサラリーマンの中で、公私の“私”だけに生きる気楽さが描かれている。この浜ちゃんへの憧れだろうか、映画はシリーズ化され21本製作された。

一方、格好良いサラリーマンとして描かれたのは、島耕作や矢島金太郎だろう。ジャパニーズビジネスマンの姿として“勤勉、忠実、熱血感、責任感、道徳心”を備えたサラリーマンに憧れた。言い換えれば、誰にもできないことだからこそ、主人公に陶酔したのだろう。しかしその裏で、実際には僅かしかいない理想的な人物を勝ち組、それ以外を負け組としてレッテルを張り、頑張れない人も頑張らなくてはいけないという社会風潮を生みだしたようにも思う。

日進月歩が秒進分歩にスピードアップしたSNS時代に、働き方も大きく変わろうとしている。新案にはいつも“但し”という保険がかけられる。そのひとつが「自己研鑽は労働時間に含まない」である。私たちの仕事は、地道で空振りの多い自己研鑽の上に成り立っている。その成果を披露する場が学術大会で、それは昭和のずーっと前から変わっていない。しかし今は、学術大会に集い、視野を広げ、仲間を増やし、意欲を高め合うことは、ハッキリと労働時間ではなくなった。学術大会は“公”ではなく“私”なのだろうか。

職場で上司は部下にストレスを掛けてはいけないし、上下の隔たりをなくし、平等で勝ち負けなく、平均的に８時間勤務をこなせるよう配慮しなければならない。私的なことに口出しせず、旅行や遊び、飲みに誘ってはいけない。いよいよ憧れていた“気楽な稼業”として働ける“ニッポン無責任時代”が到来した。

ちなみに、植木等が演じた「たいらひとし」という主人公は、漢字で“平均”と書く。

目　　次

理事長挨拶……1
認定施設及び認定医……2
第16回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について……3
口唇・舌感覚異常判定認定医資格更新のお知らせ……3
口腔顔面神経機能学会主催公開アドバンスセミナーについて……3
口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程……4
口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則……5
第28回口腔顔面神経機能学会開催……6
特別講演・特別企画……7
一般演題……8
第29回口腔顔面神経機能学会のご案内……36
令和６年度収支決算報告書……37
口腔顔面神経機能学会会則……37
入会申込と年会費のお知らせ……38
理事名簿……39
編集後記……39

認定施設及び認定医

認定施設一覧

登録番号	施設名	更新年
1	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2030
3	東京科学大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面外科学	2030
4	兵庫医科大学 歯科口腔外科学講座	2028
5	奥羽大学歯学部　口腔外科学講座	2030
6	東京歯科大学水道橋病院　口腔外科	2030
7	大阪歯科大学 口腔外科学第二講座	2030
8	東海大学医学部外科学系　口腔外科	2030
11	松本歯科大学　歯科麻酔学講座	2030
12	九州大学病院　口腔顎顔面外科	2030
13	新潟大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面口腔外科学分野	2030
14	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2030
17	公立学校共済組合　近畿中央病院　口腔外科	2030
19	NHO 高崎総合医療センター　歯科口腔外科	2026
21	大阪けいさつ病院　歯科口腔外科	2028
22	浜瀬歯科	2030
25	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　顎口腔再建外科学	2027
27	医療法人社団　ムラヤマ歯科	2026
28	社会医療法人大道会　森之宮病院	2030
29	医療法人新正会　ひまわり歯科クリニック	2030
30	医療法人社団松和会　池上総合病院口腔外科	2026
31	大阪大学大学院歯学研究科　顎口腔腫瘍外科学講座	2027

認定医一覧

認定番号	登録名称	機関名	更新年
CP-001	古郷　幹彦	学校法人平成医療学園なにわ歯科衛生専門学校	2030
CP-008	金子　明寛	医療法人社団　松和会　池上総合病院　歯科口腔外科	名誉認定医
CP-011	澁谷　徹	松本歯科大学　歯科麻酔学講座	2030
CP-013	高木　律男	新潟大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面口腔外科学分野	名誉認定医
CP-014	中村　典史	インドネシア大学歯学部　口腔顎顔面外科	2026
CP-016	堀之内康文	九州中央病院 歯科口腔外科	2030
CP-019	飯田　征二	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　顎口腔再建外科学	2030
CP-020	田中　晋	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2030
CP-021	小林　明子	東京科学大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2030
CP-022	望月　美江	ミエ歯科医院	2030
CP-024	高田　訓	奥羽大学歯学部　口腔外科学講座	2030
CP-027	高崎　義人	社会医療法人 大道会 森之宮病院　歯科診療部	2030
CP-028	中嶋　正博	大阪歯科大学	名誉認定医
CP-030	谷山　貴一	松本歯科大学　歯科麻酔学講座	2030
CP-032	大山　順子	九州大学病院　口腔顎顔面外科	2030
CP-034	児玉　泰光	新潟大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面口腔外科学分野	2026
CP-036	野添　悦郎	社会医療法人青雲会　青雲会病院　歯科口腔外科	2030
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	2030
CP-042	飯田　明彦	新潟大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面口腔外科学分野	2026
CP-044	沢井奈津子	神奈川歯科大学顎顔面病態診断治療学	2026
CP-045	石濱　孝二	大阪けいさつ病院　歯科口腔外科	2026
CP-046	宮　成典	堺近森病院　歯科口腔外科	2026
CP-047	山﨑　裕子	自治医科大学　歯科口腔外科	2028
CP-048	浜瀬　真紀	浜瀬歯科医院	2026
CP-049	澤田　真人	本山デンタルクリニック	2026
CP-051	稲川　元明	国立病院機構高崎医療センター　歯科口腔外科	2026
CP-052	松永　和秀	大阪大学大学院歯学研究科　顎口腔腫瘍外科学講座	2027
CP-053	熊谷　順也	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2027
CP-054	磯村恵美子	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2027
CP-055	菅野　勝也	奥羽大学歯学部　口腔外科学講座	2027
CP-057	原田　丈司	関西ろうさい病院　歯科口腔外科	2028
CP-058	正元　洋介	しょうげん歯科医院	2023
CP-059	中村　康典	国立病院機構 鹿児島医療センター　歯科口腔外科	2029
CP-062	川原　一郎	奥羽大学歯学部　口腔外科学講座	2028
CP-064	石畑　清秀	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2029
CP-065	濱田　智弘	医療法人徳洲会東京西徳洲会病院　歯科口腔外科	2029
CP-066	髙橋　進也	たかはし歯科クリニック北本	2029
CP-067	辻　忠孝	留学中	2026
CP-070	小橋　寛薫	こばし口腔外科・歯科総合クリニック箕面	2026
CP-077	山田　智明	留学中	2026
CP-80	関　壮樹	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2030
CP-082	永井　孝宏	日本赤十字社　長岡赤十字病院　歯科口腔外科	2030
CP-083	小嶋　忠之	奥羽大学歯学部　口腔外科学講座	2022
CP-084	菊地　隆太	奥羽大学歯学部　口腔外科学講座	2022
CP-085	原　崇之	大阪けいさつ病院　歯科口腔外科	2022
CP-086	和気　創	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2027
CP-087	久米　健一	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2027
CP-088	松本　幸三	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2027
CP-089	香月　佑子	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 顎顔面外科学分野	2027
CP-090	栗原　絹枝	東京歯科大学市川総合病院歯科・口腔外科	2028
CP-091	大山健太郎	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2029
CP-092	山田　早織	大阪けいさつ病院　歯科口腔外科	2029
CP-093	大貫　尚志	おおぬき歯科クリニック	2026
CP-094	臼田　真浩	奥羽大学歯学部　口腔外科学講座	2028
CP-095	岐部　俊郎	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2029
CP-097	髙畑　惣介	九州大学歯学研究科	2029
CP-098	松下　豊	医療法人徳洲会　吹田徳洲会病院　歯科口腔外科	2029
CP-099	村山　雅人	医療法人社団　ムラヤマ歯科	2029
CP-100	髙岡　一樹	兵庫医科大学医学部　歯科口腔外科学講座	2028
CP-101	豊留宗一郎	近畿大学医学部奈良病院　歯科口腔外科	2029
CP-102	大河内孝子	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2029
CP-105	石井広太郎	九州大学病院　顔面口腔外科	2030
CP-107	品川　憲穂	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2026
CP-108	渕上　貴央	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2026
CP-109	石田　喬之	鹿児島大学病院　口腔顎顔面センター	2030
CP-110	矢内　雄太	九州大学病院　顔面口腔外科	2030
CP-111	今利　一寿	九州大学病院　顔面口腔外科	2030
CP-112	上野山敦士	新潟大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面口腔外科学分野	2030
CP-113	西山　明宏	東京歯科大学水道橋病院　口腔外科	2030
CP-114	片倉　朗	東京歯科大学水道橋病院　口腔外科	2030
CP-115	藤下　陽平	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2027
CP-116	藤本　愉莉	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2027
CP-117	山下　翔平	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2027
CP-118	野元菜美子	鹿児島大学大学院口腔顎顔面外科学分野	2027
CP-119	川嶋　雅之	奥羽大学歯学部口腔外科学講座	2027
CP-120	柳田みずき	会津中央病院	2027
CP-121	飯島　康基	奥羽大学歯学部口腔外科学講座	2027
CP-122	髙橋文太郎	奥羽大学歯学部口腔外科学講座	2027
CP-123	中島　朋美	奥羽大学歯学部口腔外科学講座	2027
CP-124	服部　洋一	兵庫医科大学医学部 歯科口腔外科学講座	2028
CP-125	阪本　勝也	さきがけ歯科クリニック	2028
CP-126	趙　正秀	水野歯科医院	2028
CP-127	柿本　知毅	兵庫医科大学医学部歯科口腔外科学講座	2029
CP-128	岸上　波輝	寺元記念病院　歯科口腔外科	2029
CP-129	山本　裕義	東京歯科大学　千葉歯科医療センター	2029
CP-130	手塚　征宏	鹿児島大学口腔顎顔面外科	2029
CP-131	藤永　貴大	九州大学病院　顔面口腔外科	2029
CP-132	林　光一	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2029
CP-133	松村　達志	和歌山県立医科大学　歯科口腔外科	2029
CP-134	小原身知子	東京歯科大学水道橋病院　口腔外科	2030
CP-135	有泉　高晴	東京歯科大学水道橋病院　口腔外科	2030
CP-136	岩﨑　亮	東京歯科大学水道橋病院　口腔外科	2030
CP-137	鈴木　滋	和歌山県立医科大学　歯科口腔外科	2030
CP-138	紀之定紘子	大阪大学大学院歯学研究科　顎口腔腫瘍外科学講座	2030
CP-139	木附　智子	九州大学病院　顔面口腔外科	2030
CP-140	宮本　浩樹	関西ろうさい病院　歯科口腔外科	2030
CP-141	日尾清太郎	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2030
CP-142	外川　健史	関西ろうさい病院　歯科口腔外科	2030
CP-143	原田　計眞	大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座	2030

認定医施設、認定医については2025年11月30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16回口唇・舌感覚異常判定認定医試験について

●認定医試験会場および日程
会場：東京歯科大学口腔病態外科学講座　水道橋校舎
日時：2026年３月15日（日）予定
●試験の詳細については随時HPにてお知らせいたします。
●不明な点についてはメールにて事務局にお問い合わせください。
e-mail：tei.souju@gmail.com

口唇・舌感覚異常判定認定医資格更新のお知らせ

口唇･舌感覚異常判定認定医認定証の有効期限が2026年（３月31日）までの認定医の先生（P２に掲載）は、2026年１月31日までに認定医資格更新申請を行ってください。更新資格として、学会参加10単位、学会発表者10単位、共同演者５単位、神経機能に関するセミナー等（10ないし５単位）合計30単位以上が必要となっておりますのでご留意ください。今年度より認定医更新申請書の変更を行っています。現時点で単位不足の先生は、2026年３月末日までの「単位取得見込み」での更新申請ができるようになり、第29回学術大会での参加と発表等にて、更新申請が可能となりました。

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

ご不明な点、ご質問、お問い合わせは学会事務局までご連絡ください。

＊更新手数料納入済領収書（写）を必ず添えて申請願います。

口腔顔面神経機能学会主催公開アドバンスセミナーについて

●今後の公開アドバンスセミナーについて
第７回アドバンスセミナー
日時：2026年３月14日（土）詳細未定
（今後の案内等は、学会HPにて掲載予定ですので、随時ご参照ください。また、アドバンスセミナー翌日には、精密触覚機能検査の研修会も開催予定です。）
「口腔顔面神経機能学会・アドバンスセミナー」が口腔外科学会の関連学会として研修単位（５点）になりました。

学会賞を授与しました

第28回学術集会にて発表された演題に対して、学会賞を授与いたしました。
今回の受賞者は以下の通りです。

◆優秀口演賞

・舌切除・前腕皮弁再建患者における術前・術後の舌知覚変化と客観的発語明瞭度変化との関連について
大阪大学大学院歯学研究科　顎口腔腫瘍外科学講座　松永 和秀 先生

・マウス酸味細胞のGABAの役割について
岡山大学病院　顎口腔再建外科部門　三上 彩可 先生

・下歯槽神経障害の病態を考慮したインプラント撤去法
医療法人社団ムラヤマ歯科、東京歯科大学水道橋病院口腔外科　村山 雅人 先生

＊優秀口演賞受賞者は翌年の大会にて受賞講演を行うこととなっています。

口唇・舌感覚異常判定認定医制度規程

第１章　総　　則

第１条
本制度は、口唇・舌感覚異常の診断と治療に関わる広い学識と専門的技能を有し、口唇・舌感覚異常を鑑定できる医師、歯科医師を養成することを目的とする。

第２条
この目的を達成するため、口腔顔面神経機能学会（以下、「本学会」という。）は、口唇・舌感覚異常判定認定医（以下、「認定医」という。）を認定し、認定証を交付する。
又、口腔顔面神経機能学会口唇・舌感覚異常判定認定施設（以下、「認定施設」という。）の認定を行い、認定証を交付する。

第２章　認定委員会

第３条
認定医制度に必要な事項を審議するために本学会理事長が指名する認定委員会を置く。

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

第５条
１．認定委員会は、年１回以上、認定委員長が招集する。
２．認定委員会は、委員の２／３の出席をもって成立し、その議事は、認定委員長を除く委員の過半数の賛成で決し、可否同数のときは、認定委員長の決するところによる。

第６条
認定委員会は下記の業務を行う。
１）認定医の資格審査及び更新資格審査
２）認定医試験の合否判定
３）認定施設の資格審査及び更新資格審査

第３章　認定医の申請資格

第７条
認定医を申請する者は、日本国の医師あるいは歯科医師の免許を有する本学会会員で、十分な学会活動を行っているものとする。

第４章　認定医申請資格の特例

第８条
第７条の条件を満たさない場合でも、認定委員会が申請資格を有すると認めた者には申請資格を与えることができる。

第５章　認定施設

第９条
認定施設は本学会が認定した施設とする。

第10条
認定施設は下記の各号全てに該当することを要する。
１）認定施設には認定医がいること。
２）口唇･舌感覚異常判定に必要な設備を有していること。

第６章　認定医及び認定施設の認定

第11条
１．認定医の認定は、認定委員会において資格審査及び認定試験結果をもとに総合的に判定し、理事会の議を経て決定する。
２．認定施設の認定は、認定委員会の資格審査をもとに理事会の議を経て決定する。

第７章　認定医及び認定施設の認定証交付

第12条
認定証は、登録料を納入し登録申請書を提出した後、本学会理事長から交付される。その氏名又は施設名は、会報に掲載する。

第８章　認定医及び認定施設の資格更新

第13条
１．認定医及び認定施設は、５年毎に資格の更新をしなければならない。
２．更新の可否は、更新申請書をもとに認定委員会において審議し、理事会の議を経て決定する。

第９章　認定医及び　認定施設の資格喪失

第14条
認定医及び認定施設は、下記の各号のいずれかに該当する場合には認定委員会、理事会の議を経てその資格を失う。資格回復については別途定める。
１）認定医及び認定施設の資格の辞退届を本学会理事長宛に届け出たとき。
２）医師､歯科医師の免許取消又は停止処分を受けたとき。
３）本学会会員の身分を失ったとき。
４）認定医及び認定施設の資格の更新を怠ったとき。
５）認定医及び認定施設の名誉を毀損するような行為があったとき。

第10章　認定医及び認定施設の資格回復

第15条
認定医及び認定施設の資格喪失の場合、本学会理事会の議をもって回復することができる。

第11章　補　　則

第16条

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

付　　則

本規程は、平成20年３月１日に制定し、この日をもって施行する。

口唇・舌感覚異常判定認定医制度施行細則

第１条

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

第２条

認定施設在籍期間は、複数の認定施設での研修期間を合算したものでもよい。

第３条

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

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

第４条

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

１）申請書
２）日本国医師、歯科医師免許証（写）

第５条

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

１）申請書
２）認定医名簿

第６条

認定施設は、下記の診査器具を有していること。

１）SW 知覚テスター
２）２点弁別
３）テーストディスク

第７条

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

第８条

認定医登録料は10,000円とする。

第９条

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

１）本学会参加　　10単位
２）本学会発表
　講演演者　　10単位
　共同発表者　　５単位
３）本学会以外の学術大会での発表（口腔顔面神経機能に関するもの）
　講演演者　　５単位
　共同発表者　　３単位
４）口腔顔面領域の神経機能に関するセミナー、シンポジウムへの参加
　本学会が主催、共催等しているもの　10単位
　本学会以外の学会等が主催しているもの　５単位

付　　則

本規程は、平成20年３月１日に制定し、この日をもって施行する。

第28回口腔顔面神経機能学会開催

下記日程にて第28回口腔顔面神経機能学会が開催されました。
日時：2025年３月１日（土）～３月２日（日）
大会長：田中　晋（大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座　教授）

第28回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会を終えて

大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座
大会長　田中　　晋
準備委員長　磯村恵美子



このたび、第28回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会を、2025年３月１日に大阪大学中之島センター佐治敬三メモリアルホールにおいて無事開催することができました。ご参加くださいました皆様に、心より御礼申し上げます。

本学会は、1997年に「口唇麻痺」を主要課題として設立された口唇麻痺研究会を前身とし、これまで、口腔顎顔面領域の神経障害に関する評価基準の統一を目指したプロトコールの策定、口唇・舌感覚異常判定認定医制度の創設、さらには他学会との連携・協力のもと精密触覚機能検査の新規保険収載など、多くの意義深い成果を積み重ねてまいりました。

今回の特別企画「口腔顔面神経機能学会のあゆみと今後の展望」では、研究会設立当初より活動を牽引されてきた現理事長・奥羽大学の高田訓先生より「口唇から口腔顔面への沿革と展望」を、東京科学大学（旧東京医科歯科大学）の小林明子先生より「口唇・舌感覚異常プロトコールの『これまで』と『これから』」をご講演いただき、これまでの歩みを振り返りつつ未来への視座を共有する貴重な機会となりました。また、特別講演では「睡眠が口腔感覚機能に及ぼす影響」と題し、大阪大学大学院歯学研究科口腔生理学講座の加藤隆史教授より、睡眠－覚醒障害が口腔体性感覚に与える影響について、基礎知識から最新の研究成果まで大変分かりやすくご講演いただきました。

当日は110名を超える先生方にご参加いただき、学会賞受賞講演２演題、一般演題19演題の発表において活発な討論が行われました。その結果、３題が新たに学会賞に選出され、次回大会にて受賞講演をお願いする予定です。さらに、アドバンスセミナーでは大阪けいさつ病院歯科口腔外科の石濱孝二先生より「下顎智歯抜歯における下歯槽神経障害の現状」をご講演いただき、大会翌日には第15回口唇・舌感覚異常判定認定医試験も実施いたしました。

本大会の開催に際し、ご支援とご協力を賜りましたすべての関係者の皆様に、改めて深く感謝申し上げます。

次回、第29回大会は、東京歯科大学 口腔病態外科学講座の片倉朗先生を大会長として開催されます。次回大会のさらなるご盛会と、本学会の一層の発展を心より祈念いたします。

特別講演

【睡眠医学と歯科の接点】

大阪大学大学院歯学研究科口腔生理学講座
加藤隆史

「眠る」という行動は人生の約３分の１を占める重要な生活行動である。しかし、現代の「24時間社会」において、睡眠に問題を抱える人が増加しており、これらの問題は睡眠関連疾患のみならず、不適切な生活習慣や環境が大きく関与している。近年、睡眠歯科医学（Dental Sleep Medicine）という領域が世界的に広がりを見せており、歯科的に治療可能な睡眠障害がある一方で、睡眠障害が口腔内に何らかの問題を引き起こすケースに対し、歯科医師が睡眠医学の視点を持ち、積極的に取り組むことが求められている。こうした背景のもと、歯科領域においても睡眠と関連する疾患が多数報告されている。その代表的なものとして、閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSA）、睡眠時ブラキシズム（SB）、口腔顔面痛などが挙げられる。これらは、従来の歯科臨床領域でも知られていたが、睡眠医学的なエビデンスの蓄積によって、その捉え方が変わってきている。

睡眠時ブラキシズムは、長きにわたって歯科領域で注目されている睡眠関連運動異常症である。SB睡眠の調節と密接に関連しており、睡眠周期や浅いノンレム睡眠時に発生することが知られている。その発生機序は中枢性であり、様々な治療介入に対する反応に個人差がある。また、リスクファクターが多様であり、多因子性の疾患と考えられている。SBが顎関節症の原因とする従来の歯科的な考え方は、近年の研究では否定されつつある。また、診断や臨床管理では、様々な睡眠関連疾患と併存を考慮する必要が出てきた。

OSAは近年の報告によると、軽症度以上の発生率が９～38%、中等度以上の発生率が６～17%とされており、その有病率は非常に高い。また、OSAは未診断のまま放置されているケース（unrecognized OSA）が存在し、見過ごされやすいことが課題である。さらに、近年のエビデンスから、OSAは顎関節症や睡眠時ブラキシズムのリスク因子としても報告されており、OSAの臨床管理においては、これらの疾患の併存を把握した対応が求められる。

顎関節症の患者はしばしば睡眠の質が低下しており、不眠症やOSAなど複数の睡眠障害を有することが報告されている。特に、筋痛を伴う患者や全身性にびまん性の疼痛を訴える患者では、睡眠の質の悪化が顕著である。疼痛症状に関しても、睡眠の質が低い患者ほど症状が強く、痛みの程度が高い患者ほど睡眠に対する不満を抱えていることが指摘されている。また、顎関節症にとどまらず、舌痛症など原因不明の口腔顔面痛においても睡眠障害との併存が報告されている。したがって、これら口腔顔面痛の疼痛管理において、睡眠の不良と疼痛症状の悪循環を断ち切る方策が注目されている。

このように、歯科が関与できる睡眠関連疾患は多岐にわたり、それらは時に単一の患者で併存することがある。本講演では、睡眠の仕組みと重要性を踏まえ、歯科医療が関わるべき睡眠関連疾患について概説し、睡眠と歯科医療の統合的なアプローチが、今後ますます重要になることについて述べた。また、今後の臨床および研究においては、より多くのエビデンスを得ることが重要であり、睡眠時ブラキシズムやOSAの動物モデルを用いた基礎研究をもとに、これらの疾患の病態関連メカニズムの解明に取り組んでいることも紹介した。

特別企画

【口唇・舌感覚異常プロトコールの「これまで」と「これから」】

東京科学大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面外科学分野
小林明子

1997年（平成９年）「感覚異常の客観的評価の更なる推進と共通化」「後遺感覚異常発症の可及的抑制と治療法の向上」「後遺症に悩む患者への理解」「関連する医療技術の発展」「関連各界各位の叡智を求める」という理念のもとに口唇麻痺研究会が発足しました。

「感覚異常の客観的評価の更なる推進と共通化」にはまず感覚検査機器および検査方法の統一が必要であるということから、2000年口唇麻痺診断基準作成委員会が結成され、2002年には「口腔領域感覚異常診査」いわゆる旧プロトコールが完成しました（会報VOL５）。ここではまず感覚異常の客観的評価の普及に主眼をおいて特別な検査機器がなくとも歯科のチェアサイドで行える定性検査にて触圧覚、痛覚、温覚を記入する簡便法と、定量検査ができる感覚検査機器を備えた施設で行う精密法とが作成されました。ともに検査部位はオトガイが７点、舌では８点でした。

施行後の各施設のデータをまとめ、検討した結果（会報VOL７，８）さらなる問題点が抽出され、2006年口腔領域感覚異常診断基準検討委員会が発足しました。施設を問わず共通の検査法を決め検査用紙を統一すること、検査部位を減らすこと、味覚検査を加えること、を主として検討を重ね、2007年現在の「口唇・舌感覚異常プロトコール」が完成しました（会報VOL11）。共通の検査は、すでに多くの報告があるSWテスターによる触圧覚検査と二点識別閾検査そしてテーストディスク®による味覚検査を軸とし、これに痛覚検査や自覚症状などを加えて、検査機器が入手しやすくかつ多方面から評価できるものとしました。

現在、薬事法上の問題からテーストディスク®が販売停止となっており、味質溶液は各施設での製造に任されています。神経修復等の手術を行っている施設では評価の必要性から独自に行う方向に進んでいるようですが、多くの施設ではそれが困難

となっています。暫定処置としてそれにおいて保険請求可能とのことですが一日も早い検査キッドの販売が待たれるところです。

本学会会報を渉猟しますと神経移植・修復、顎顔面領域の再建に伴う感覚や機能の回復に関する報告が近年さらに多くみられるようになっています。歯科処置や外傷などに伴う神経障害の評価のみならず、このような症例のフォローアップにもぜひプロトコールをお役立てください。

特別企画

【～口腔顔面神経機能学会のあゆみと今後の展望～ 口唇から口腔顔面への沿革と展望】

口腔顔面神経機能学会理事長　奥羽大学歯学部口腔外科学講座
高田　訓

口唇麻痺研究会の会報VOL１に「口唇部感覚異常を診断して神経障害の対応と予後判断ができるようになること、感覚異常を客観的に評価して医療紛争の場では中立的、客観的、定量的に意見できるようになること」とある。これが本学会の前身である口唇麻痺研究会が目指した目標であった。第１回の開催は1997年２月22日（土）、あれから28年を経て、抄録集や事後抄録を検索して本学会の歴史を振り返り、今後の目標を考えた。

第１回から第５回は口唇麻痺研究会として、第６回以降は口腔顔面神経機能学会と名称を変えて学術大会が開催されてきた。これまでに、特別講演やシンポジウムを含め、463題の発表があった。共同演者を含む演者の所属は、口腔外科が78.5％と最も多く、次いで歯科医師会や歯科医院、麻酔科系であった。第10回頃までは、ほとんど口腔外科からの発表であったが、最近10年は、歯科医院や歯科医師会からの発表が増えていた。演題内容では症例報告が52.4％、次いで近年増加傾向であった研究関連の発表が33.9％であった。演題を機能別に検索した結果、感覚や知覚に関する演題が62.6％と最も多く、次いで疼痛、味覚、運動に関する報告が多かった。第10回頃までは感覚や知覚、第10回から20回頃は疼痛、近年は味覚に関する発表が増えていた。それに伴い扱ってきた神経と領域は、三叉神経に加え、顔面神経が増えつつある。

この特別講演を機に、本学会が進む方向を参加者とともに考えることができた。

一般演題

１．下顎頭骨折における観血的処置後の顔面神経麻痺に対する評価

１）独立行政法人労働者健康安全機構　大阪ろうさい病院　歯科口腔外科
２）大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座
３）公立学校共済組合　近畿中央病院　歯科口腔外科
○簑原雅人[1)]　栗本聖之[2)]　小橋寛薫[2)]　薄木崇介[3)]
石田杏奈[1)]　磯和真帆[1)]　吉岡秀郎[1)]

緒　言

下顎骨骨折は顎顔面骨折の中で、最も機能障害が高度となる外傷の一つである。下顎頭および関節突起骨折に対する治療の多くは保存療法が選択される場合が多い傾向があったが、近年術式の改変や専用プレートの開発などから、外科的療法が実施されることが増えてきている。関節突起に対する外科的療法は、術後合併症の一つとして顔面神経麻痺が出現することがある。しかし、観血的処置時のどのようなリスク因子がどの程度顔面神経麻痺に関与しているのかについて報告は少ない。今回、我々は当院で実施された下顎頭骨折に対する観血的処置に関して、様々な顔面神経麻痺のリスク因子とその関係について解析検討した。

方　法

当院で2017年から2024年の８年間で実施された下顎頭骨折に対する観血的処置16例19側を対象とした。術後48時間の顔面神経麻痺の有無、麻痺の程度を評価した。顔面神経麻痺の程度は柳原法（40点法）を用いて実施した。骨折部位、術式、手術時間を顔面神経麻痺出現のリスク因子と設定し関係を解析した。骨折部位は関節頭部、上頸部、下頸部、基底部の４つに分類し、術式はHigh perimandibular approach（以下HPA）、Risdon approach（以下RA）、Transmasseteric Anteroparotid approach（以下TMAP）の３つに分類した。統計学的検討はＸ２乗検定、相関分析を用いた。

結　果

１．骨折部位と顔面神経麻痺に有無の関係

上頸部骨折では、２例中１例、下頸部骨折では６例中２例、基底部骨折では11例中２例で顔面神経麻痺が出現した。骨折部が頭側になる程顔面神経麻痺の出現率が上がる傾向を認めた。

２．術式と顔面神経麻痺の有無の関係

HPAでは顔面神経麻痺を認めず、TMAP、RAはそれぞれ60％、40％の確率で顔面神経麻痺が出現した。統計的解析にお

いて、HPAはTMAP、RAに対して有意に顔面神経麻痺発生率が少ない結果となった。

3．術式別の手術時間と顔面神経麻痺の程度の関係

平均手術時間はHPAが一番短く、RAが長い結果となった。術式別の顔面神経麻痺の程度を評価すると、柳原法scoreにてHPAが40点、TMAPとRAが35.6点であった。術式別の手術時間と顔面神経麻痺の程度に相関を認める結果（|r|=0.607）となった。

考　察

下顎頭骨折の外科的療法では骨折部が基底部側より頭側になると術中の視野確保の難易度が上がり無理な牽引などが行われる。その結果、顔面神経麻痺の出現率が高くなってしまう可能性が示唆された。このことは、骨折部に対して適切な視野確保が可能となる術式の選択が重要であることを示す。TMAPは下顎頭に対し視野確保が比較的容易であり下顎頭骨折に適切な術式であると思われる。今回、TMAPで半数以上の症例において顔面神経麻痺が出現したのは、複数の顔面神経が術野に近接していることが原因であると考える。しかし、長期的予後では顔面神経麻痺は回復し良好な経過を認めることから、特に上頸部の下顎頭骨折に対しTMAPは適切な術式である。HPAは顔面神経麻痺の出現率が非常に少ないことが予想でき、基底部や下頸部骨折に対する外科的療法に適切な術式である。切開線の位置より、RAはHPAに対して骨折部までの距離が長くなる事が考えられる。それに伴い視野確保が困難となり顔面神経麻痺の出現率が高くなり、麻痺の程度も悪化することが今回の結果から考えられる。

結　果

下顎頭骨折に対する観血的処置後に生じる顔面神経麻痺は、術式の違いが大きく関与する。また、術野確保や手術難易度の違いも顔面神経麻痺の発生率や程度に関与する可能性が示唆された。

2．当科における過去6年間の下顎埋伏智歯抜歯後に生じたオトガイ神経知覚異常に関する検討

1）大阪大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔外科学講座
2）関西ろうさい病院歯科口腔外科
○清水克俊[1)]　川村晃平[1)]　小山愛結[1)]　喜多涼音[1)]
梶原大誠[1)]　今泉洋裕[1)]　小林拓弘[1)]　朝田真深[1)]
熊谷七恵[1)]　宮本浩樹[2)]　児玉晨吾[1)]　安田卓司[1)]
柏木美樹[1)]　原田計真[1)]　関　壮樹[1)]　磯村恵美子[1)]
横田祐介[1)]　田中　晋[1)]

緒　言

下顎埋伏智歯抜歯は外来における口腔外科手術では行う頻度の高い手術であり、下歯槽神経損傷によるオトガイ部知覚異常は抜歯後の合併症の1つである。しかしながらオトガイ部知覚異常の継続期間に影響する因子については未だ議論がある。今回われわれは、過去6年間に当科外来で下顎埋伏智歯抜歯を行なった症例について、オトガイ部知覚異常の継続期間と、カルテ情報や抜歯時の臨床所見との相関を調べたので報告する。

方　法

カルテデータベースをもとに当科外来で行った2019年1月から2024年12月までの下顎埋伏智歯抜歯症例は8154例であった。そのうち、「オトガイ神経知覚異常」「末梢神経障害」病名が登録された患者を抽出し、カルテ記載より実際に抜歯後に知覚異常を生じた症例は64例であった。さらに、詳細な臨床所見が不明な症例、または抜歯後感染を認めた症例を除外した57例を統計対象とした。

57例を対象にオトガイ神経知覚異常の継続期間について下記項目を検討した。

・性別
・年齢
・側性（左右）
・埋伏智歯の分類（Pell&Gregoryの分類）
・術中下顎管露出の有無
・執刀医（研修医か否か）
・ステロイド、ビタミンB12 投与の有無
・星状神経節ブロック、低出力レーザーの施行の有無

なお、オトガイ神経知覚異常の継続期間の基準については知覚異常出現から当科におけるフォロー終了までの期間とした。

結　果

それぞれの症例数の内訳は以下の通りであった。（表1）

オトガイ神経知覚異常の期間を目的変数とした統計解析の結

性別（症例）	男	12				
	女	45				
年齢（歳）	20 ～ 68(中央値39)					
側性（例）	右側	15				
	左側	42				
Pell & Gregoryの分類（例）	IA	1	IIA	7	IIIA	12
	IB	2	IIB	9	IIIB	10
	IC	1	IIC	5	IIIC	10
執刀医（例）	研修医	32				
	上級医	25				
術中の下顎管露出（例）	あり	10				
	なし	47				
知覚異常の期間（日）	2 ～ 1095(中央値: 45.5)					

表1

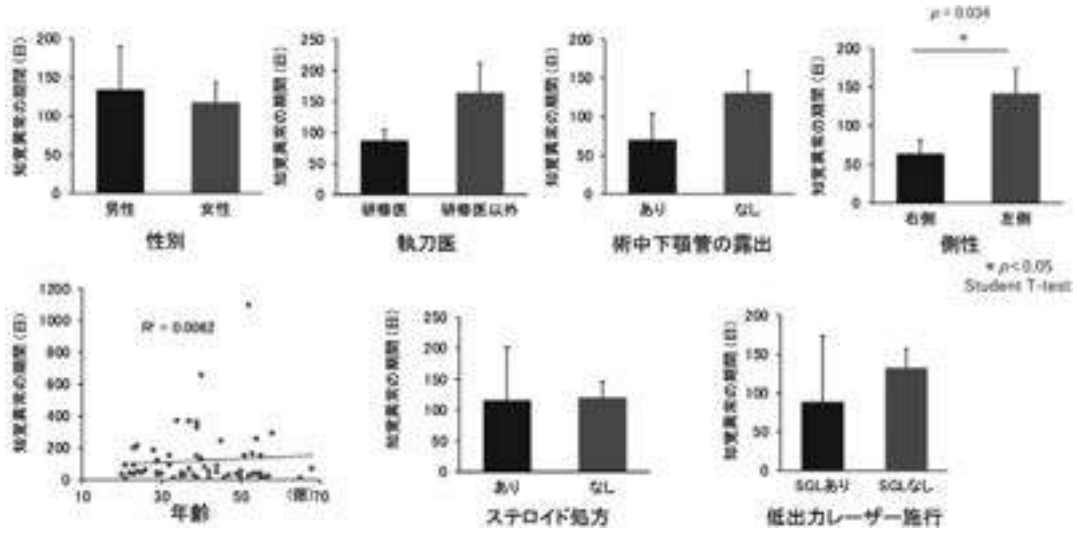
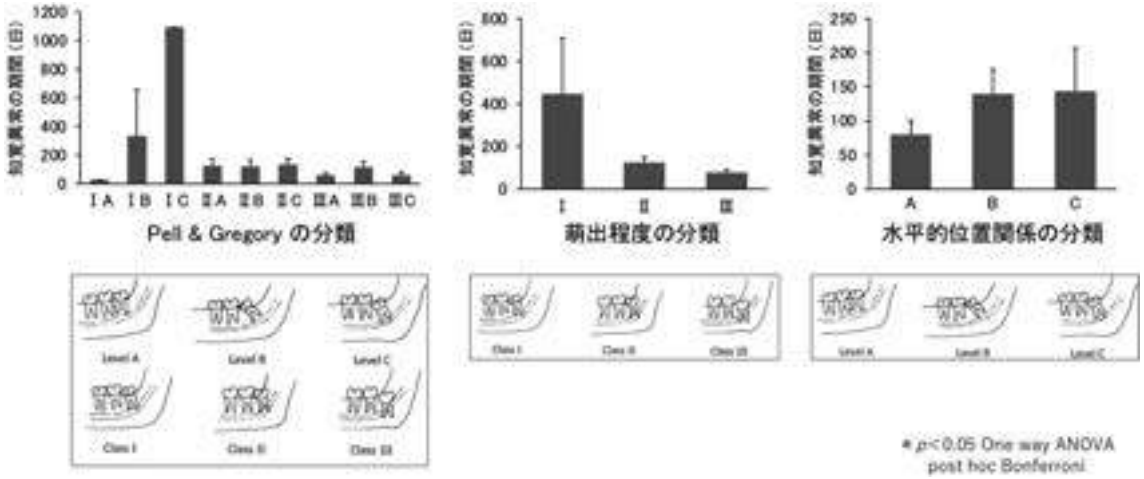


図 1



図はKlatt, J.C., Sorowka, T., Kluwe, L. et al. Head Face Med 17, 33 (2021)より引用

図 2

果を（図１、２）に示す。今回の検討においては年齢、性別、執刀医、術中下顎管露出の有無、ステロイド処方の有無、SGL施行の有無には有意な差を認めなかった。側性は左側の方が右側と比較し、有意に知覚異常の期間が長い結果であった。（図１）

また、Pell&Gregoryの分類では有意な相関は認めず、特定の傾向を示さなかった。一方で、下顎智歯の萌出程度（Class）と水平的な埋伏位置（Level）にそれぞれ着目し検討した結果、統計学的には有意ではなかったが、水平的位置関係が低位になるほど、知覚異常の期間が長くなる傾向を示した。（図２）

考　察

過去６年間に当科外来で行なった下顎埋伏智歯抜歯のオトガイ部知覚麻痺の発生率は0.78%で、過去の報告（0.35%～8.4%）と相違はなかった。永久麻痺の発生に影響する因子としては、術者の熟練度と相関するという報告があるが、本研究では知覚異常の継続期間には術者の熟練度は相関しない結果であった。また、神経障害に対する治療的介入は、ステロイド処方や低出力レーザー等の非観血的治療の有効性には未だ議論があり、今回の検討においても、それらの有用性を支持する結果ではなかった。また、下顎智歯の埋伏様式に関しては、萌出の程度よりも水平的位置関係に着目した方が、知覚異常の期間を予測しやすい可能性が示唆された。左側の症例の方が知覚異常の期間が有意に長い結果となった原因については不明であるが、術者の手術位置や術野が関係している可能性が予想され、今後検討が必要である。本研究の課題の１つに、SWテストにて完全治癒の客観的な評価が行われている症例が少なく、知覚異常の期間のエンドポイントをカルテ記載やフォロー期間を参考にして決定していることが挙げられる。今後さらに症例数を増やし、知覚異常の客観的評価が可能な症例に着目した上で、治癒期間に影響する他の因子、治療の有効性、より有用な埋伏様式の分類等についての検討が必要と考える。

結　語

今回われわれは、過去６年間に当科外来で下顎埋伏智歯抜歯を行なった症例について、オトガイ部知覚異常の継続期間に影響する因子を検討したので報告した。

3．当科神経外来における三叉神経障害の臨床統計学的検討

和歌山県立医科大学　歯科口腔外科学講座
○鈴木　滋　家田晋輔　田坂ゆかり　溝端直樹
武田侑也　上田眞道　畑　美緒　大林健矢　金尾　光
長尾茉柚　乾　真衣　大友奈都子　島　陽菜　松村達志

緒　言

智歯抜歯後の舌神経麻痺や下歯槽神経麻痺といった、三叉神経障害がQOLに与える影響は大きい。当科では三叉神経障害の専門外来を、神経外来として１週間に半日（木曜午前）の頻度で診療をしている。そこで、2020年４月から2024年12月までに、当科神経外来を受診した、三叉神経障害患者の臨床統計を報告する。

対象および方法

対象は、2020年４月１日から2024年12月31日の４年９ヵ月間に、当科神経外来を受診した,のべ146例とした。検討項目は、年齢、性別、紹介元、障害部位、原因（受傷機転）、受傷機転の内容、受傷機転の施設種類、受傷日から当科初診日までの日数、初診時神経診断とし、カルテを用いて後方視的に調査した。

結　果

総数146例（延べ人数／４年９か月）、初診数は34例、男女比:は１:1.62（男性13人、女性21人）、年齢は平均44.6歳（中央値43.5歳,22～76歳）であった。紹介元は、病院歯科が17例（50%）、開業歯科が14例（41%）、開業医科が２例（６%）、紹介無しが１例（３%）であった（n = 34）。神経障害部位は、舌神経が17例（50%）、下歯槽神経が10例（29%）、舌および下歯槽神経が５例（15%）、眼窩下および下歯槽神経が１例（３%）、眼窩下神経が１例（３%）であった。神経障害の原因（受傷機転）は、医原性が33例（97.1%）、その他１例（2.9%）であった（n = 34）。その他１例の原因は、シェーグレン症候群に伴うニューロパチーであった。医原性（受傷機転）の内訳は、下顎智歯抜歯21例（63.6%）、インプラント埋入が３例（9.1%）、局所麻酔が３例（9.1%）、顎矯正手術が２例（6.1%）、その他４例（12.1%）であった（n = 33）。その他４例は、唾石摘出術、サイナスリフト、下顎骨折手術、Er:YAGレーザー照射であった。医原性（受傷機転）施設の種類は、開業歯科が22例（66.7%）、病院歯科が９例（27.2%）、病院医科が２例（6.1%）であった（n = 33）。受傷機転日から当科初診日までの日数は、中央値が86.5（日）、最小値が６（日）、最大値は18（年）であった（n = 33）。受傷機転日から１ヵ月以内の初診数は、６例（18.2%）、６ヵ月以内は23例（69.7%）であった（n = 33）。

当科神経外来における神経障害の診査診断は、①Clincal Neurosensory Testing（CNT）[1]を、アルゴリズムに沿って行い（図1，２）、　②MEDICAL RESERCH COUNSIL SCALE（MRCS）[2]に基づいて診断し（図３）、③舌神経障害の場合は、チネル反応の検査を追加で行っている[3]。

初診時の神経障害診断は、Sunderland Iが３例（8.8%）、IIが10例（29.4%）、IIIが５例（14.7%）、IVが６例（17.6%）、Vが10例（29.4%）　であった（n = 34）。MRCSは、S０が10例（29.4%）、S１が０例（０%）、S２が６例（17.6%）、S２+が１例（82.9%）、S３が０例（０%）、S３+が12例（35.3%）、S４が５例（14.7%）であった（n = 34）。智歯抜歯後の舌神経麻痺に限ると、Sunderland Iが２例（10%）、IIが２例（10%）、IIIが１例（５%）、IVが５例（25%）、Vが10例（50%）であった（n = 20）。同じくMRCSは、S０が10例（50%）、S１が０例（０%）、S２が５例（25%）、S２+が０例（０%）、S３が１例（５%）、S３+が１例（５%）、S４が３例（15%）であった（n = 20）。同じくチネル反応は、陽性が15例（75%）、陰性が５例（25%）であった（n = 20）。さらに舌神経の受傷後１か月以内に限ると、Sunderland Iが０例（０%）、IIが０例（０%）、IIIが０例（０%）、IVが３例（50%）、Vが３例（50%）であった（n = ６）。



図１：Clincal Neurosensory Testing（CNT）[1]

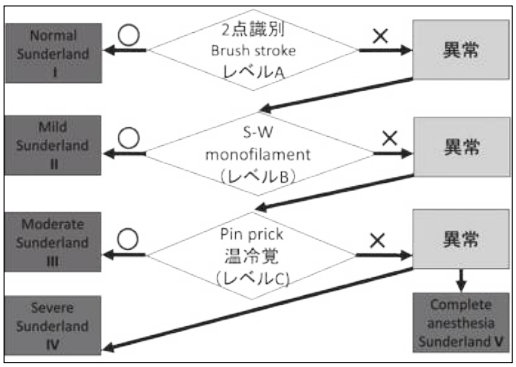


図２：CNTアルゴリズム[4]

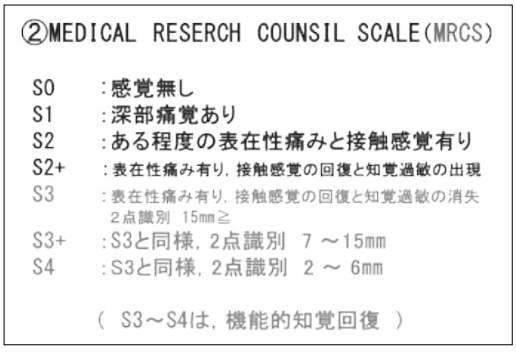


図３：MEDICAL RESERCH COUNSIL SCALE（MRCS）[2]

同じくMRCSは、S0が3例（50%）、S1が0例（0%）、S2が3例（50%）、S2+が0例（0%）、S3が0例（0%）、S3+が0例（0%）、S4が0例（0%）であった（n＝6）。同じくチネル反応は、陽性が6例（100%）、陰性が0例（0%）であった（n＝6）。6例全て重篤な神経障害であったが、1例を除き経時的に改善した。

まとめ

受傷機転日から6か月以内の初診受診割合（69.7%）が最も多く、他施設[5]と同様であった。受傷機転理由として、下顎智歯を含む抜歯が最も多いことは、他施設[5,6]と同様であった。紹介元の開業歯科医院の割合（41%）は、他施設[5]に比較して低かった。受傷後1ヵ月以内の初診時神経障害診断では、重篤な結果であっても回復の可能性があるため、外科的処置の判断は、再診時の経過をみて判断するべきと思われた。

引用文献

1）Ghali GE, Epker BN. : Clinical neurosensory testing : practical applications. J Oral Maxilllofac Surg. 47(10) : 1074-8, 1989.
2）Macklinnon SE, Dellon AL. : Surgery of the peripheral nerve. New York : Thieme, 1988.
3）Fujita S, Tojyo I, Suzuki S, Tajima F. : Application of Tinel's test combed with clinical neurosensory test distinguishes spontaneous healing of lingual nerve neuropathy after mandibular third molar extraction. Maxillofac Plast Reconstr Surg. 45(1) : 21, 2023.
4）Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P. : Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery 4 th Ed. Springer Nature Switzerland AG : 2022, p1313-44
5）山本裕義,西山明宏, 他. : 当院における医原性末梢三叉神経障害症例の臨床的検討. 日口内誌 第27巻 第1号 : 13-20, 2021.
6）柴原孝彦. : 三叉神経障害の手術療法－下歯槽神経と舌神経について－. 日口外誌 67: 7 -23, 2021.

4．当科を受診した歯科治療後に発生した神経障害症例の臨床的検討

1）福岡歯科大学口腔・顔面外科学講座
2）福岡市歯科医師会
3）九州中央病院　歯科口腔外科
○廣田千太郎[1)]　秋本琢磨[1)]　有田英生[1)]　横尾嘉宣[1)]
宮原　慧[1)]　勝俣由里[1)]　佐々木三奈[1)]　吉住潤子[1)]
橋本憲一郎[1)]　枌　泰生[2)]　後藤恵一[2)]　堀之内康文[3)]
平木昭光[1)]　池邉哲郎[1)]

抄　録

オトガイ神経、下歯槽神経、舌神経の知覚障害は、日常的な歯科診療において引き起こされる可能性がある。

福岡市歯科医師会では開業医が神経障害を発生させた際に、規定の紹介状を使用して市内の3大学病院に紹介を行い、客観的な評価と治療を依頼する麻痺事案フローチャートを作成している。今回、当科を紹介受診した麻痺事案症例について臨床的検討を行ったので報告した。

神経障害事案の対応策として福岡市歯科医師会において2003年よりフローチャートを使用したこのシステムを確立している。神経障害が起きた場合は放置せず、早急に大学病院を紹介することで早期治療による症状の改善を期待でき、患者の被害感情を和らげることを目的としている。紹介医の精神的負担の軽減となり、大学にも神経障害事案のデータを蓄積できるというメリットが生じる。

2017～2023年の6年間で歯科治療中に生じた神経障害について、福岡市歯科医師会が作成したフローチャートに則って当科を紹介受診した38症例に、症状に対する検査、評価、治療内容の検討を行った。

SW知覚テスターによるSWテストおよび異常感を問診する方法（感覚テスト）を用いて知覚異常の評価を行った。

初診時のSWスコア・感覚スコアが0である場合は、本人の希望により当科でビタミンB12製剤を処方した。スコアのどちらか、もしくは両方が0以上の場合に、麻酔科受診を行い、ATP製剤の追加、キセノン照射、近赤外線照射を行い、高度知覚異常の症例には星状神経節ブロック（以下SGB）を行った。

結果として、男性14例、女性24例、年齢は18～67歳（平均41.4歳）が受診をしていた。

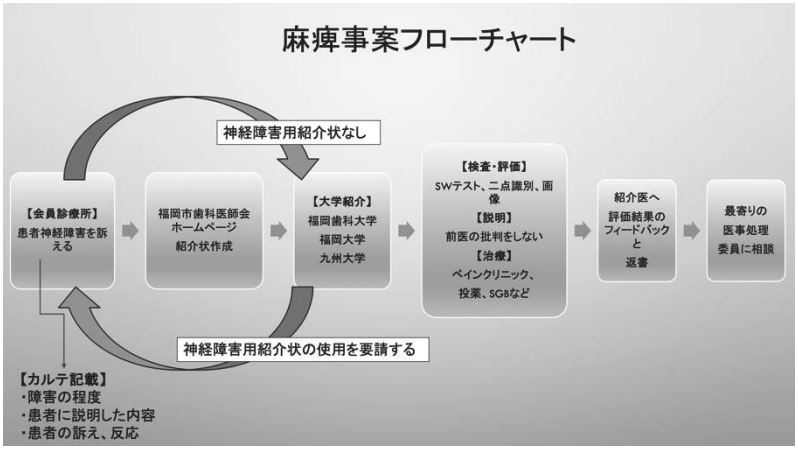
当科及び麻酔科での治療内容は、VB12製剤のみを投与したのは8例あり、そのうち改善となったのは4例で50%を占めていた。VB12、Xe・近赤外線照射を行った症例は6例で66.7%であり、SGBを行った例は5例あり、全ての例で変化は認めなかった。

神経障害の原因となった処置で最も多かったものは、智歯抜歯18例、臼歯抜歯が5例であった。次に、浸伝達麻酔、根管治療、インプラント治療の順であった。

神経障害の発生領域で最も多かったのは下歯槽神経領域が26例、次に舌神経領域に8例認めた。

知覚鈍麻以外の異常感覚を生じた例は18例あり、その内訳は痛覚過敏が1例、アロディニアが3例、ジセステジアが2例、パレステジアが6例であった。そのうち、改善に至ったものは6例、変化のなかったものは8例であった。

転帰に関しては、主観的評価で改善した症例、初診時から約



半年間経過し症状に変化がなかった症例を不変とした。また、通院が途絶え評価ができなかった症例は不明とした。改善となったのは12例で31%、不変が17例で45%であった。

歯科治療中に生じた神経障害は損害賠償請求に発展することもあり福岡市歯科医師会の麻痺事案のフローチャートでは、患者への説明の際に前医の批判をしないことを明記している。神経障害が発生した後、速やかに大学病院へ紹介することにより患者の被害感情の緩和にもつながることが考えられる。また、紹介医の負担も軽くなる。

今回検討した事案の中で、訴訟に発展した症例は認めておらず、フローチャートを使用による緊密な病診連携が寄与していることが示唆された。

以上より、フローチャートを使用した本システムは有用であり、さらに普及を進めていくことが肝要と考えられた。

5．当科における外傷性三叉神経障害性疼痛に対する薬物療法効果の検討

1）東北大学病態マネジメント歯学講座顎顔面口腔再建外科学分野
2）東北大学病院歯科顎口腔外科
3）山形県立中央病院歯科口腔外科
○江副祐史[1)]　高山慎騎[2)]　野上晋之介[1)]　千葉雅俊[3)]
山内健介[1)]

緒　言

外傷性三叉神経障害性疼痛（Post-Traumatic Trigeminal Neuropathic Pain: PTNP）は末梢での外科的手術による直接的外傷で生じることが多い。難治性で患者とのトラブルも多く適切な検査、的確な診断が必要となる。PTNPの急性期対応としてステロイド療法、ビタミンB12製剤投与が推奨される。慢性期対応も薬物療法があるが、痛みだけでなくQOLの改善に留意が必要である。選択基準や効果に関する報告は少ない。今回われわれは当科におけるPTNP慢性期に対する薬物療法の効果について調査を行うこととした。

対象および方法：2020年1月から2024年12月に当科受診した、国際口腔顔面痛分類（ICOP）によるPTNPの患者とした。その中で慢性期対応として単一の薬物療法を3か月以上継続し、かつ口腔顔面領域に他の疼痛性疾患がない患者を対象とした。薬剤の選択の際は、各薬剤のおける①漸増減の必要性の有無、②副作用のリスク、③腎機能への影響を考慮し、第一選択薬を優先しながら選択した。調査項目：患者背景として年齢、性別、発症契機、発症部位、病悩期間、精神疾患の有無とした。治療経過として投与薬物、NRS（投与前、投与3か月後）とした。

結　果

対象患者は9例であった（図1）。発症契機について8例は歯科治療または手術であり、外傷が1例であった。投与薬物はプレガバリン2例、ミロガバリン5例、ノイロトロピン2例であった。薬物毎の、投与前後のNRSの変化を表すグラフを示す。（図2）NRS変化=（投与後NRS/投与前NRS）×100とした。各薬物によるNRSの変化に有意差は認めなかった。病悩期間とNRS変化についての表を示す（図3）。病悩期間と投与薬

	性別	年齢(y)	発症契機	部位	精神疾患	病悩期間(M)	投与前NRS	投与薬物	投与後NRS
1	F	47	右上6根治	右V2		12	6	ミロガバリン	3
2	M	89	左下6根治	左V3	不眠症	14	6	ミロガバリン	1
3	F	58	左上6根治	左V2		8	4	ミロガバリン	3
4	F	38	右下8抜歯	右V3		1	4	ミロガバリン	3
5	M	51	右上7抜歯	右V2		5	3	プレガバリン	2
6	F	39	左下8抜歯	左V3		1	6	ミロガバリン	3
7	F	51	右上6インプラント体埋入	右V2		21	2	ノイロトロピン	2
8	F	46	SSRO	左V3	うつ	0	7	プレガバリン	6
9	F	77	左側上顎洞前壁骨折	左V2		0	5	ノイロトロピン	2
平均		55.1				6.9	4.8		2.8

図1　対象患者の調査項目結果

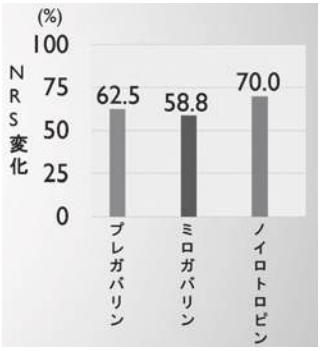


図２　薬物毎のNRS変化

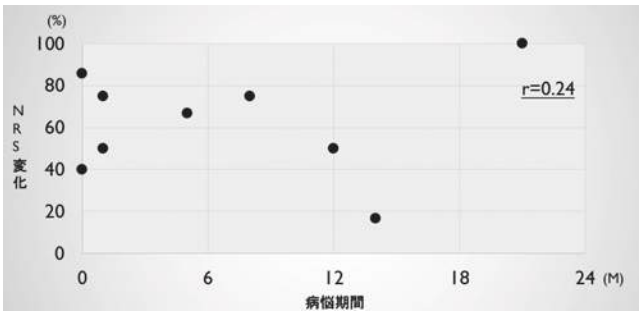


図３　病悩期間とNRS変化

物によるNRS変化に相関関係は認めなかった。

考　察

PTNPの原因は一般的歯科治療をはじめ、末梢三叉神経に対する機械的、温度的、化学的、放射線による障害を含む外傷がある。本研究では歯科治療、手術が９例中８例と最多で、外傷が１例であった。三叉神経走行部位を損傷するリスクのある歯科治療、手術時には①可及的に愛護的に行うこと、②偶発症としてPTNPの可能性を説明しておくことが重要と考えられる。第一選択薬の中でもプレガバリン、ミロガバリンを当科では選択しており、アミトリプチリン、デュロキセチンは選択していなかった。アミトリプチリンの副作用であるQT時間延長、またデュロキセチンの副作用である希死念慮を主治医が回避する傾向があったと推察される。PTNPは障害神経支配領域の持続性灼熱痛と発作性電撃痛が特徴であり、さらにアロディニアや痛覚過敏を伴いやすい。ただ疼痛性状も考慮した研究とするには症例数が少なく本研究ではNRSの変化推移のみの調査とした。PTNPの問題点として、咀嚼筋の疼痛など三叉神経領域に二次的影響を及ぼす可能性がある。三叉神経脊髄路核への長期間の連続した疼痛入力により、隣接したニューロンも興奮するためといわれている。本研究では投薬開始までの病悩期間と薬物効果には相関はみられなかった。単純な病悩期間だけでなく、中枢感作の進行などが影響していると思われる。精神疾患の有無、病状の影響は、症例数が少なく評価できなかった。今後はサンプルサイズを見直し、PTNPを含む神経障害性疼痛に対する薬物選択につながる臨床研究を行いたい。

結　語

当科ではPTNP慢性期にプレガバリン、ミロガバリンを主に選択しており、各薬物の効果に差は認めなかった。今後はより多くの症例での臨床研究で各薬物の効果を明らかにしていきたい。

６．舌切除・前腕皮弁再建患者における術前・術後の舌知覚変化と客観的発語明瞭度変化との関連について

１）大阪大学大学院 歯学研究科 顎口腔腫瘍外科学講座
２）市立豊中病院　歯科口腔外科
３）名古屋市立大学医学研究科　地域医療連携推進学寄附講座
４）大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室
○松永和秀[1)]　紀之定紘子[1)]　鈴木真央[2)]　森田祥弘[1)]
竹下彰範[1)]　小山史穂子[3)]　杉山千尋[4)]　松宮由香[1)]
加島佳奈[1)]　小笠瑛美子[1)]　鵜澤成一[1)]

緒　言

舌がん患者に術後の顎口腔機能に関する聞き取り調査を行ったところ、舌の知覚低下にともない、構音機能の低下を訴えた症例が多かった。そこで、舌がん患者における舌知覚と構音機能との関連について評価する必要があると考えた。近年、様々な領域で、音声認識ソフトウェアを用いた客観的評価が注目されている。今回、舌を切除し、皮弁再建手術を受けた患者を対象に音声認識ソフトウェアを用いた発話明瞭度変化と舌知覚変化との関連について検討した。

対象および方法

１）患者：舌がんで舌切除し、前腕遊離皮弁で舌を再建した12例を対象とした。12例の内訳は、性別が、男性：５例、女性：７例、年齢が30歳から76歳（平均55.9歳）であった。切除範囲は、舌部切が10例、舌可動部半切が２例、健側舌尖を含め切除された症例が３例であった。

２）音声認識ソフトウェアUDトークを用いた客観的発話明瞭度：①音声の録音：iQ６マイク（軽量コンパクト設計のXYステレオマイク）をiPad に接続する。患者の口から約 45 度下方で20 cm程度離した位置にマイクを設定した。口腔がん患者の構音評価で汎用されている「北風と太陽」を対象患者に音読してもらい、音声を録音した。②録音した音声をPCに取り込み、iPadなどのタブレット端末にインストールした『UD トーク』を用いて音声を文字化した。③文字化した語句が正しければ正解とし、発話明瞭度を100点満点で算出した。

３）電気刺激装置を用いた舌知覚閾値評価：電気刺激を用いた方法で定量的に測定しました。測定は、健側および患側の舌

尖、舌縁、舌背の合計６か所で行った。評価は、知覚閾値をスコア化（最高６点、最低０点）した。

発語明瞭度と舌知覚閾値の評価時期はいずれも、術前、術後１、３、６、12か月に行った。

結　果

１）UDトークを用いた客観的発話明瞭度変化：図１に発話明瞭度の経時的変化をグラフに示す。術後１か月目の発話明瞭度は、術前と比較し、有意に低下を認めたが、経時的に改善傾向にあり、術後12か月目には、術後１か月目より有意に改善した（図１）。

２）電気刺激装置を用いた舌知覚閾値評価変化：図２に舌知覚変化の経時的変化を示す。健側の舌知覚は、全ての部位で、術前と比較し、術後１か月目は知覚が低下したが、経時的に知覚が改善もしくは回復する傾向にあった（図２上段）。患側の舌知覚は、全ての部位で、術前と比較し、術後知覚は低下し、経時的に改善した症例は少なかった（図２下段）。

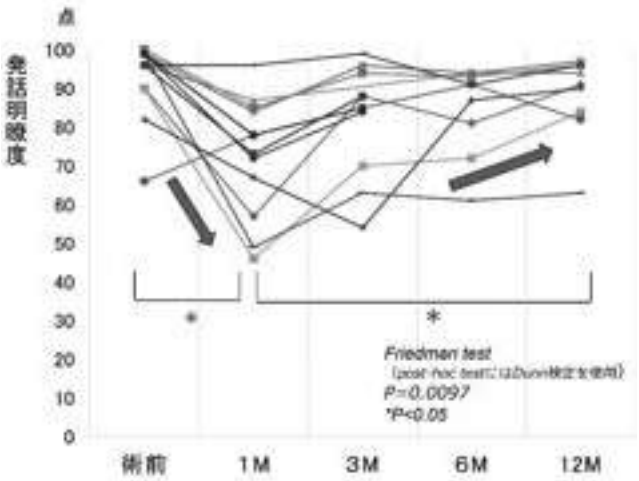


図１　UDトークを用いた客観的発話明瞭度変化

考　察

１）UDトークによる客観的構音評価と言語聴覚士による主観的構音評価との関連について：口腔がん患者の構音評価は、主に言語聴覚士や健聴者による主観的評価が報告されている。そこで音声認識ソフトウェアによる客観的構音評価と言語聴覚士による主観的構音評価との関連について考察した。言語聴覚士による評価は、１名の言語聴覚士が音読明瞭度と音読自然度について評価した。症例は舌部切・一次縫縮した14例、舌切除・前腕遊離皮弁で再建した９例で評価した。図３-A,Bのごとく、UDトークによる発話明瞭度と言語聴覚士による音読明瞭度および音読自然度とも有意な正の相関を示したことから、UDトークを用いた舌がん患者の構音評価は有用な方法の一つとなりうることが示唆された。

２）発話明瞭度変化と舌知覚変化との関連について：発話明瞭度と健側の舌知覚は、どちらも術後１か月目低下するも経時的に回復傾向にあり、同様の変化を示した。そこで、発話明瞭度変化と健側の舌知覚変化との相関について考察した。健側舌知覚変化と発話明瞭度変化は正の相関がみられ、特に健側舌尖および舌縁の知覚変化と発話明瞭度変化は有意な強い相関が認められた（図４）ことから、前腕遊離皮弁で舌を再建した舌がん患者における術前・術後の発話明瞭度変化は健側の舌知覚変化に関連がある可能性が示唆された。

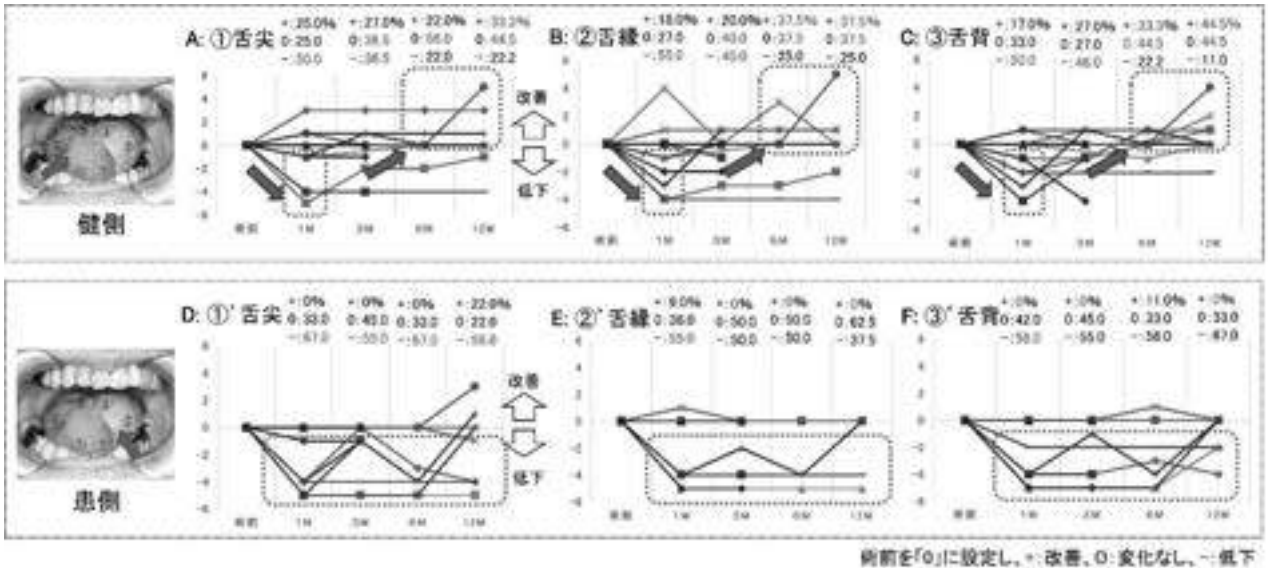


図２　電気刺激装置を用いた舌知覚閾値評価変化

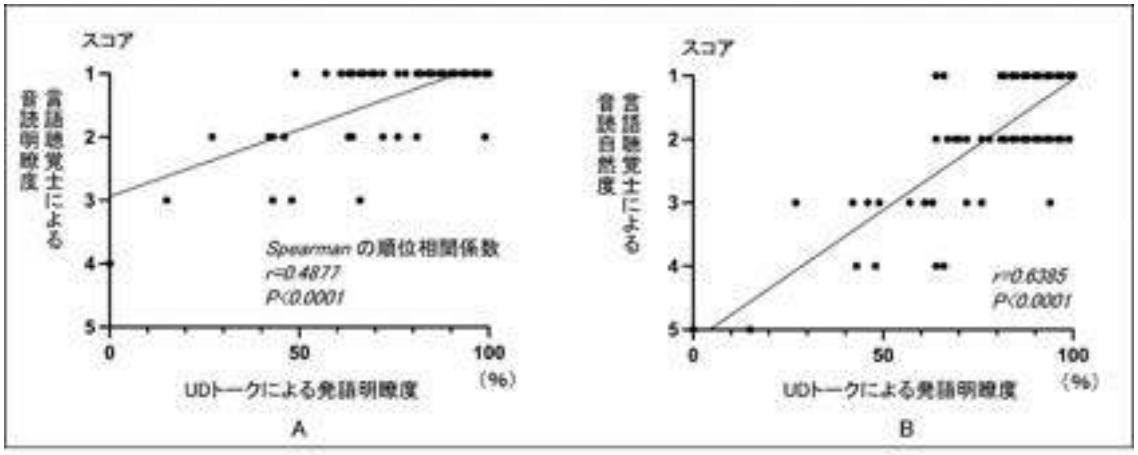


図３　UDトークによる客観的構音評価と言語聴覚士による主観的構音評価との相関関係

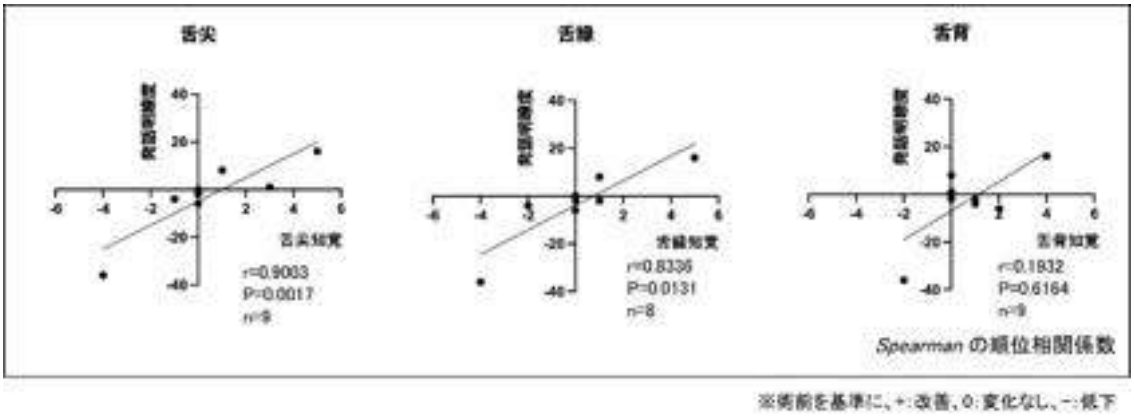


図４　術前を基準にした術後12か月目の発話明瞭度変化と健側舌知覚変化との相関関係

７．下歯槽神経障害の病態を考慮したインプラント撤去法

１）東京歯科大学口腔顎顔面外科学講座
２）医療法人社団ムラヤマ歯科
３）東京歯科大学口腔病態外科学講座
○村山雅人[1),2)]　小原身知子[1)]　有泉高晴[1)]　加藤禎彬[3)]
山本裕義[3)]　西村光正[3)]　片倉　朗[3)]　渡邊　章[1)]

緒　言

筆者らはインプラント埋入による神経障害は損傷程度を３つに分類できると提唱している[1)]。この分類は『インプラント埋入による下歯槽神経障害の分類（村山の分類）』（図１）として、それぞれの対応方法が異なる事を説いている。

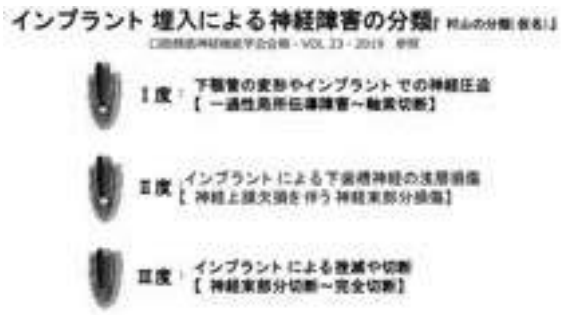


図１

特に分類Ⅱ度は注意が必要で、インプラントを撤去すると神経上膜損傷部から撤去窩に向かって再生神経線維が伸長、エファプス接合しながら外傷性神経腫を形成、これがアロデニア発症要因となる。そのためこの対応としては下顎管上壁までのインプラント体の挙上を行うことを推奨している。

本症例は村山の分類Ⅱ度を疑う神経障害に対し、インプラントの段階的撤去をおこない外傷性神経腫を予防できる方法を考案し実施したので報告する。

症　例

患　者：50代男性
主　訴：左側下唇部の鈍麻感
現病歴：某歯科医院で37部のインプラント埋入後、左下唇部

の鈍麻感を自覚。症状に改善がなく、損傷８日後に他院受診し下歯槽神経障害と診断され、その翌日に当科紹介受診となる。

初診時検査所見：デンタルＸ線とCBCT（図２）は、37部インプラント先端で下顎管上壁は一部消失し、インプラント埋入による下顎管上壁の破壊を疑う所見を認めた。主観的知覚検査では触圧覚の重度閾値上昇は認めたが、痛覚、２点識別、温度感覚の機能は残存しており、自覚症状は異感覚だった。



図２

診　断：以上の検査所見より左側下歯槽神経障害の軸索切断、又は神経束の部分損傷とした。これは村山分類のⅠ度かⅡ度に相当する。つまり分類Ⅱ度の場合、安易にインプラント撤去すると、外傷性神経腫を形成する可能性がある。しかし37部インプラントは位置不良だったため撤去を余儀なくされた。そのため一旦、インプラントを下顎管上壁まで挙上した後、神経上膜が再生する期間を考慮した段階的撤去を計画した。

次にインプラント体の特定と挙上量を検討した。インプラント体の特定はデンタルＸ線にてカムログスクリューラインと特定した。これは360°回転で0.6㎜埋入できるスレッドデザインである。またCBCTにてインプラントを0.5～0.8㎜挙上する必要があると判断した。しがたってインプラント体を360°逆回転し0.6㎜挙上させ、その後神経上膜が再生する４週後[2)]に撤去するとした。

インプラントStability dipの４週前後を目安に、損傷40日後に挙上を行った。歯肉切開し、フィクスチャーマウントとトルクレンチを装着し（図３）360°逆回転させた。

挙上後のCBCT画像（図４）にてインプラントは下顎管上壁



図３

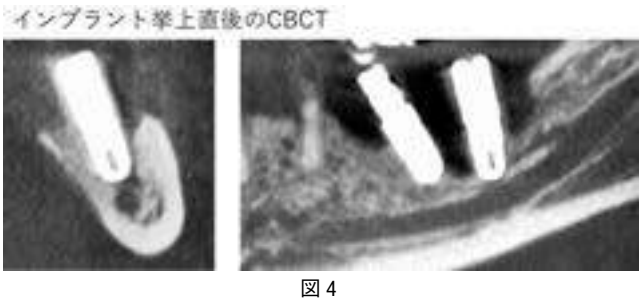


図４

知覚検査項目	損傷0日 初診時	損傷1ヶ月 挙上前	損傷2ヶ月 撤去当日	損傷5ヶ月
SWテスト	4.56	2.36	2.36	1.65
痛覚	8g	2g	4g	4g
2PD	21㎜	19㎜	12㎜	11㎜
冷覚	4回	4回	7回	8回
温覚	4回	5回	7回	8回
臨床症状	異感覚	異感覚 痛覚過敏	異感覚	錯感覚

図５



図６

相当部まで挙上されていた。挙上後は感染や自然脱落の兆候はなく、予定通り挙上４週後に撤去した。

知覚は損傷１ヶ月後から回復傾向を示し、２ヶ月後には全ての検査値が基準値になり、８か月後には異感覚が錯感覚に回復した（図５）。この期間に不快症状の出現はなかった。

撤去６ヶ月後CBCT所見では良好な形態の下顎管上壁の骨再生を認めた（図６）。

考　察

インプラント挙上法について、今回はスレッドデザインによる回転角度の埋入深度に準じた挙上を実践した。挙上量はメーカーが提唱する回転角の埋入深度とほぼ一致していたため、当手法は下顎管上壁まで正確に挙上できると考える。しかし挙上したインプラントを補綴する場合は多くのケースでＧＢＲが必要になるため。その際はオープンフラップでの挙上が推奨される。

本症例は損傷８ヶ月の時点で２点識別閾値や温度感覚の低下、そして錯感覚が残遺していたことから、損傷は軸索切断以上であり、神経上膜損傷の可能性はあったと考えている。また撤去６ヶ月後のCBCTにて下顎管上壁の再生をみとめたこと、回復過程で不快症状が出現しなかったことから、挙上したインプラントを４週間、下顎管上壁部で静置したことで神経上膜の再生または下顎管上壁の骨再生を促し、外傷性神経腫の形成を予防できたと考える。

引用文献

１）村山ら：口腔顔面神経機能学会会報・VOL 23：11－12（2019）
２）Sugimoto, et al : An experimental study on the perineurial window. Journal of the Peripheral Nervous System 7 :104-111（2002）

8．下顎枝矢状分割術中の下歯槽神経断裂による下唇・オトガイ部の知覚異常の経時的変化について

1）東北大学大学院歯学研究科　病態マネジメント歯学講座
顎顔面口腔腫瘍外科学分野
2）東北大学大学院歯学研究科　病態マネジメント歯学講座
顎顔面口腔再建外科学分野
3）東北大学病院歯科顎口腔外科
4）気仙沼市立病院歯科口腔外科
○梶田倫功[1)]　野上晋之介[2)]　菅井優生[3)]　鈴木飛佳理[4)]
杉浦　剛[1)]　山内健介[2)]

抄　録

下顎枝矢状分割術（SSRO）は顎矯正手術において最も一般的な外科手術で確立された術式である。 SSROの術中合併症の１つに下歯槽神経の断裂が挙げられ、術後に長期的な知覚異常をもたらすとされている。今回われわれは、術中に神経断裂を認めた症例の術後における下唇・オトガイ部の知覚回復について臨床的検討を行った。

目　的

下顎枝矢状分割術（以下SSRO）は顎矯正手術において最も一般的な外科手術で確立された術式である。 SSROの術中合併症の１つに下歯槽神経の断裂が挙げられ、術後に長期的な知覚異常をもたらすとされている。今回われわれは、術中に神経断裂を認めた症例の術後の下唇・オトガイ部の知覚の回復について臨床的検討を行った。

対象および方法

2017年１月から2022年12月までに当科において顎変形症と診断されSSROを施行した255症例（510側）を対象とした。下唇・オトガイ部知覚の評価は静的触圧覚閾値検査であるSemmes-Weinstain（SW）検査および二点識別検査を術前、術後１か月、術後３か月、術後６か月、術後１年で評価した。 術中に神経断裂を認めた症例を神経断裂群とし、神経断裂や損傷を認めなかった症例を非神経断裂群とした。 神経断裂群の経時的変化はDunnett's testで行い、神経断裂群と非神経断裂群の比較はMann-Whitney U testで統計学的評価を行った。

結果および考察

神経断裂群は11症例（11側）であった。性別では男性が６例、女性が３例で男女比が２：１であった。 手術時の平均年齢は25.4 ± 7.2歳であった。下歯槽神経の損傷程度は完全断裂が３例、一部断裂が６例であり、全症例で６-０ナイロンを用いて神経縫合を行なった。 非神経断裂群は90症例（151側）であった。 性別では男性が27例、女性が63例であった。 平均年齢は24.9 ± 9.2歳であった。 神経断裂群の結果は以下の通りであった。 SW検査では術前; 1.81 ± 0.30、術後１か月; 3.69 ± 1.98、術後３か月; 3.05 ± 1.20、術後６か月; 2.26 ± 0.62、術後１年; 2.10 ± 0.62であった。 二点識別検査では術前; 8.22 ± 2.35 術後１か月; 18.56 ± 2.71、術後３か月; 15.8 ± 2.71、術後６か月; 13.9 ± 3.99、術後１年; 12.0 ± 2.11であった。 NRSは術前; 10.0、術後１か月; 3.36 ± 2.83、術後３か月; 5.18 ± 2.60、術後６か月; 6.86 ± 1.88、術後１年; 7.14 ± 1.78であった。 非神経断裂群の結果は以下の通りであった。 SW検査では術前; 1.68 ± 0.15、術後１か月; 1.89 ± 0.69、術後３か月; 1.80 ± 0.46、術後６か月; 1.72 ± 0.33、術後１年; 1.70 ± 0.20であった。 二点識別検査では術前; 8.08 ± 2.63 術後１か月; 9.75 ± 3.40、術後３か月; 9.00 ± 3.08、術後６か月; 8.89 ± 2.95、術後１年; 8.89 ± 2.67であった。 NRSは術前; 10.0、術後１か月; 7.76 ± 2.48、術後３か月; 8.69 ± 1.95、術後６か月; 9.06 ± 1.61、術後１年; 9.33 ± 1.37であった。 結果から客観的評価では術後12ヶ月の時点で知覚が術前に近い水準まで改善していることが示唆された。 一方で主観的評価では経時的に改善は認めるが術前とは乖離した程度で症状固定すると考えられた。 今後は神経断裂症例の長期的な評価をさらに行う必要があると考えられた。

9．下歯槽神経を切断・再吻合した5例

1）鹿児島大学大学院医歯学総合研究科口腔顎顔面外科学分野
2）独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター歯科口腔外科
3）社会医療法人青雲会青雲会病院歯科口腔外科
○右田裕乃[1)]　吉村卓也[1)]　金竹春華[1)]　靏田素子[1)]
高見芳野[1)]　大浦教仁[1)]　芹澤慎生[1)]　下拾石雄大[1)]
多田亮平[1)]　平野憂花[1)]　上栗裕平[1)]　中囿賢太[1)]
木村菜美子[1)]　手塚征宏[1)]　鈴木　甫[1)]　岐部俊郎[1)]
石田喬之[1)]　大河内孝子[2)]　中村康典[2)]　石畑清秀[1)]
野添悦郎[3)]　西條英人[1)]

緒　言

口腔外科手術では、下顎骨に発生する腫瘍性疾患や骨髄炎に対する下顎骨切除術において、根治性の観点から下歯槽神経が同時に切除されることが多い。上顎歯肉癌において、翼口蓋窩など後上方への進展例では明視野を得るために、顔面皮膚切開の一種である下唇部正中切開展開（Lip splitting approach, Lower cheek flap）を用いるが、下唇・頬粘膜の剥離を後方へ進める際に、オトガイ神経は切断を余儀なくされる。

口腔外科手術に伴う下歯槽神経切断後、患側の下口唇やオトガイ部皮膚の半永久的な知覚障害により流涎、咬傷、熱傷、飲食物の漏出といった機能障害が生じ、術後QOLの低下が著しい。下歯槽神経切断後、神経移植や神経再縫合が有用であると報告されているが数は少なく、神経吻合について確立されたプロトコールはないこと、治癒過程で再生痛が起こること、違和感が残存することなど不明な点は多い。

今回我々は、下顎骨骨髄炎において神経周囲の腐骨や肉芽組織による圧迫を認め、下歯槽神経全長の温存が困難であった2例と、上顎歯肉癌伸展例へのアプローチのために、下唇部正中切開展開を用いた3例において、下歯槽神経切断と同時に再吻合を行った。いずれの症例についても、良好な経過を得られたのでその概要を報告する。

症　例

2018年4月～2023年3月までに該当手術を施行した5例（表1）に対し、術前後の精密触覚機能検査（SWテスター）、痛覚、二点識別能（2PD）について調査を行った。

症例1、2：下顎骨骨髄炎に対して、下顎骨区域切除を施行し、下歯槽神経を切断

術中所見（症例2）：肉芽組織の下歯槽神経への癒着が強い部分は剥離が困難であったため、下歯槽神経切断を行い、挫滅の強い部分を切断し、顕微鏡下で9-0ナイロンを用いて神経上膜吻合を行った。（図1）

術後経過（症例1、2）：術直後で完全な知覚の喪失を認めたが、現在は回復を認める。いずれの症例も異常疼痛（アロデニア）の訴えはないが、症例1において、二点識別能の低下が残存を認め、患者の自覚症状としてわずかなしびれ感の残存を認める。（表2）

症例3、4、5：上顎歯肉癌に対して、下唇部正中切開展開を施行し、オトガイ神経を切断

術中所見（症例5）：吻合可能な長さまでオトガイ神経を明示し、切歯枝をも同時に切断した。腫瘍切除後、顕微鏡下で9-0ナイロンを用いて神経上膜縫合を行い、スリットタイプのリナーブで被覆固定し、削合した骨内に神経を戻した。（図2）

術後経過（症例3、4、5）：術直後で完全な知覚の喪失を認めたが、現在は回復を認め、いずれも異常疼痛（アロデニア）の訴えはなく、痛覚、二点識別は正常範囲内である。症例3,5において、患者の自覚症状としてわずかなしびれ感の残存を認める。（表3）

表1

	年齢	性別	診断	術式	リナーブ併用	メコバラミン1500μg/日	術前神経症状	周囲肉芽組織の癒着や圧迫
1	79	F	右側下顎 骨放射線性骨髄炎	下顎骨区域切除， 肩甲骨皮弁再建	なし	60日間	なし	あり
2	53	F	右側下顎骨 慢性硬化性骨髄炎	下顎骨区域切除， 肩甲骨皮弁再建	なし	なし	なし	あり
3	67	M	右側上顎 歯肉癌 （cT4aN1M0）	気管切開，右側頸部郭清術， 下唇部正中切開展開， 上顎部分切除，前腕皮弁再建	あり	50日間	なし	なし
4	90	F	右側上顎 歯肉癌再 （rcT1N1M0）	気管切開，右側頸部郭清術， 下唇部正中切開展開， 上顎部分切除，植皮	あり	なし	なし	なし
5	63	M	左側口蓋癌 （cT2N0M0）	気管切開，左側頸部郭清術， 下唇部正中切開展開， 上顎部分切除，前腕皮弁再建	あり	なし	なし	なし

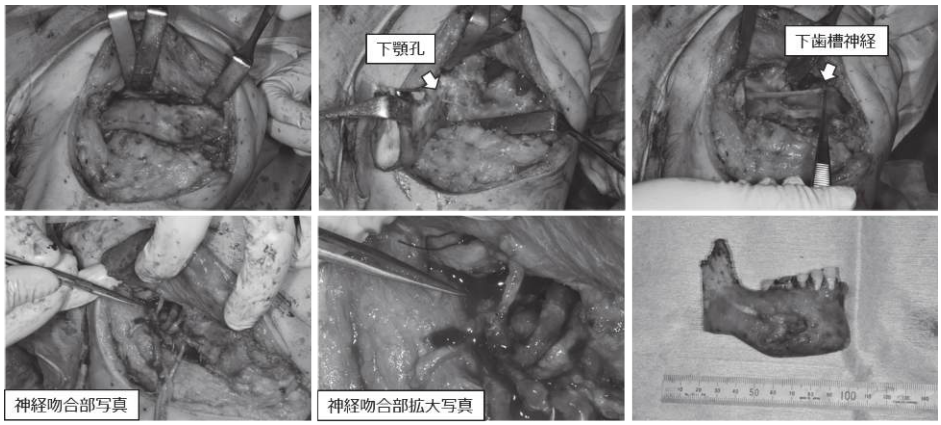


図 1

表 2

症例 1

検査部位	健側	術直後	術後6Y
①	0.08g(1.65)	2.0g< (4.31<)	0.08g(1.65)
②	0.08g(1.65)	2.0g< (4.31<)	0.08g(1.65)
③	0.08g(1.65)	2.0g< (4.31<)	0.08g(1.65)
④	0.08g(1.65)	2.0g< (4.31<)	0.08g(1.65)

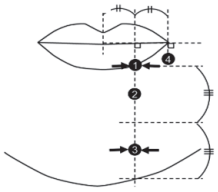
	術後6Y	
検査部位	痛覚	2 PD
①	+(+)	20mm(5mm)
②	+(+)	-
③	+(+)	10mm(5mm)
④	+(+)	-

症例 2

検査部位	健側	術直後	術後5Y
①	0.08g(1.65)	2.0g< (4.31<)	0.08g(1.65)
②	0.08g(1.65)	2.0g< (4.31<)	0.08g(1.65)
③	0.08g(1.65)	2.0g< (4.31<)	0.08g(1.65)
④	0.08g(1.65)	2.0g< (4.31<)	0.08g(1.65)

	術後6Y	
検査部位	痛覚	2 PD
①	+(+)	5mm(5mm)
②	+(+)	-
③	+(+)	5mm(5mm)
④	+(+)	-

＊ () はフィラメントNo.



口腔顔面神経機能学会、口唇感覚異常プロトコール

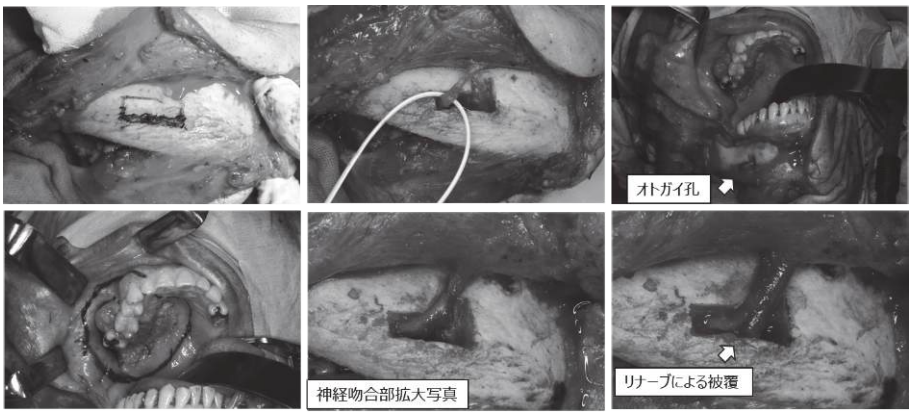


図 2

表３

症例３						術後12M	
検査部位	健側	術直後	術後3M	術後6M	術後12M	痛覚	2 PD
①	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	−	−	0.08g(1.65)	+(+)	5mm(5mm)
②	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	−	−	0.08g(1.65)	+(+)	-
③	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	−	−	0.08g(1.65)	+(+)	5mm(5mm)
④	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	−	−	0.08g(1.65)	+(+)	-
症例４						術後12M	
検査部位	健側	術直後	術後3M	術後6M	術後12M	痛覚	2 PD
①	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	2.0g<(4.31<)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	+(+)	5mm(5mm)
②	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	2.0g<(4.31<)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	+(+)	-
③	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	2.0g<(4.31<)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	+(+)	5mm(5mm)
④	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	2.0g<(4.31<)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	+(+)	-
症例５						術後12M	
検査部位	健側	術直後	術後3M	術後6M	術後12M	痛覚	2 PD
①	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	+(+)	5mm(5mm)
②	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	+(+)	-
③	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	+(+)	5mm(5mm)
④	0.08g(1.65)	2.0g<(4.31<)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	0.08g(1.65)	+(+)	-

＊（）はフィラメントNo.

考　察

下顎骨骨髄炎の手術において、当科では、神経掘り出し術を選択するが、今回の症例のように、肉芽組織の癒着が著明な場合は困難なことがある。知覚神経の縫合において、神経周膜縫合と神経上膜縫合の両者の大きな差は報告されておらず、口腔外科領域においては神経上膜縫合を用いることが多い。今回我々は。肉芽組織により挫滅した神経を除去したうえで、神経上膜縫合を用いたことで、良好な知覚回復を認め、異常疼痛の出現は認めなかった。

神経外癪痕は、時として、神経の血流阻害や線維化をもたらすことが報告されており、神経保護のために皮弁や人工被覆材の使用が報告されおり、我々は３例に対し、リナーブ®スリットタイプを併用した。術後補助療法について、その期間や効果について統一した見解はなく、今後さらなる検討が必要である。

10. 神経再生誘導材使用症例の術後評価の検討

１）東京歯科大学口腔顎顔面外科学講座
２）東京歯科大学口腔病態外科学講座
３）帝京大学ちば総合医療センター歯科口腔外科
４）高崎総合医療センター歯科口腔外科
○有泉高晴[1)]　西山明宏[2)]　西村光正[2)]　小原身知子[1)]
岩﨑　亮[2)]　杉浦　慧[2)]　田中　斉[1),4)]　山本裕義[2)]
加藤禎彬[2)]　山﨑　梓[1),3)]　星野照秀[2)]　片倉　朗[2)]
渡邊　章[1)]

緒　言

末梢神経損傷に対する外科的な治療法には、神経縫合術や神経移植術、神経再生誘導術が行われている。本邦では末梢神経の断裂や欠損に対し、２種の神経再生誘導材が2013年と2016年にそれぞれ認可された。治療成績としてはそれぞれが良好なものであったと報告されているが、それら２種の治療成績についての比較は行われていない。今回、舌神経損傷に使用した２種の神経再生誘導材の治療成績の比較検討を行ったので報告する。

対象と方法

2020年から2023年までに東京歯科大学水道橋病院を受診した、外科療法を行った舌神経麻痺患者50例のうち、神経再生誘導材を用いた17例（誘導材A：10例　誘導材B：７例）を対象とした。手術は日本口腔外科学会専門医２名で行い、調査項目は性別、手術時年齢、損傷から手術までの期間、手術時間、出血量、損傷程度（Seddon分類/Sunderland分類）、感覚検査（触覚　痛覚　２点識別　温度感覚）、術前MRCS、術後MRCSとした。

MRCSにおいては術前後で比較を行い、S３以上を機能的感覚回復（FSR）と評価した。

結　果

損傷程度は誘導材AにおいてはSeddon分類でNeurotmesisが10例、Sunderland分類で５度が10例であり、誘導材BにおいてはSeddon分類でNeurotmesisが６例、Axonotmesisが１例、Sunderland分類で５度が６例、４度が１例であった。手術時間においては統計学的有意差を認めたが、手術時年齢、損傷から手術までの期間、出血量、術前MRCSにおいて統計学的有意差はなかった。感覚検査（触覚　痛覚　２点識別　温度感覚）、術後MRCSおいては術前と比較し両群とも良好に回復を認めたが、統計学的有意差は認めなかった。術後FSRとなったのは誘導材Aで70％、誘導材Bで85.7％であった（図１）。

神経再生誘導材	割合（%）	FSR(+)/FSR(-)
A	70.0	7/3
B	85.7	6/1
全体	76.5	13/4

図１　術後機能的感覚回復（FSR）の割合

考　察

西山ら、saekiらはそれぞれナーブリッジ®、リナーブ®ともに神経再生の良好な結果が得られたことを報告している。しかしながら両郡を比較している文献は渉猟しえた限りでは散見されなかった。本研究からはそれぞれを使用した症例の治療成績を比較したが、感覚検査、ＭＲＣＳの回復に有意な差は認められず、同等の回復が得られたと考える。しかしながら平均手術時間においては誘導材Bにおいて長かった。それらは２種の神経再生誘導材の性質の違いが関連していると考えられる。藤原らは関節部に使用する場合は柔軟性のある再生誘導材を用い、２ｃｍ以上の長い欠損距離がある場合には強度のある再生誘導材を用いると述べている。そのため本研究では材質的に柔らかい誘導材Ｂにおいて縫合時の操作がより慎重になったことで手術時間が長くなったことが示唆された。また、FSRについては、有意差はなかったものの誘導材Bの方が若干高い割合であった。WaitayawinyurらやShinらは中空のPGA導管と中空のⅠ型コラーゲン導管を用いた神経再生の治療結果を比較したところ、Ⅰ型コラーゲン導管の方が優位に再生したと報告した。その要因としてはコラーゲンが細胞増殖の足場となったことで再生が促進されたこと、コラーゲンの多孔質な構造により成長因子の導管内への輸送を行うことができたためと述べており、外筒の性質が結果に影響した可能性が考えられる。しかしながら本研究においてFSRとならなった症例を調査すると神経の欠損距離が長いものや損傷から手術までの期間が長いものが多い傾向であった。神経欠損長や手術までの待機期間は予後に影響することが報告されており、本研究ではそれらは誘導材Aを用いた症例において多い傾向が認められたた。それに伴い誘導材AのFSRの割合が下がった可能性も考えられる。本研究では比較ができなかったため、今後材質による違いだけではなく、再生に関わる要因に関しても検討する予定である。

結　語

２種の神経再生誘導材の治療成績の比較検討を行い、治療成績に有意な差はなく良好な結果が得られた。

11．舌神経損傷における欠損距離は神経縫合術の予後に影響を受けるのか

１）東京歯科大学口腔顎顔面外科学講座
２）東京歯科大学口腔病態外科学講座
○小原身知子[1)]　西山明宏[2)]　西村光正[2)]　岩﨑　亮[2)]
杉浦　慧[2)]　山本裕義[2)]　田中　斉[1)]　加藤禎彬[2)]
有泉高晴[1)]　星野照秀[2)]　片倉　朗[2)]　渡邊　章[1)]

緒　言

末梢神経の修復手術での神経縫合術は損傷部位の欠損距離が短い場合に選択される術式の一つである。緊張状態で無理に端々縫合を行うと神経軸索は伸長損傷を招いて予後不良となるが、口腔顎顔面領域での神経縫合術の欠損距離に対する適応限界の報告はない。その選択基準、手術予後について詳細な検討についての報告も少ない。今回、舌神経損傷における神経縫合術症例について欠損距離の違いが予後に影響するのか臨床的検討を行ったのでその概要を報告する。

対象・方法

対象は、2017年４月～2023年12月までに本学急性期神経機能修復外来において舌神経損傷に対し神経縫合術を行った14例。外来診療録を用いて年齢、性別、損傷側、損傷から手術までの期間、Seddon分類、損傷距離、感覚検査（SW-test、２点識別検査）、Medical Research Council Scale（MRCS）、生活支障度、自覚症状について調査を行った。

結　果

１．年　齢
21～58歳、平均36.9歳であった。
２．性　別
男女比は１：1.8であった。
３．損傷側
右：左は４：３であった。
４．診　断
14例ともSeddon分類のNeurotmesisであった。

	preope	POM6	POY1
①	S2	S3	**S3**
②	S2	S3＋	**S3＋**
③	S2＋	S3＋	**S3＋**
④	S0	S3＋	**S3＋**
⑤	S2	S3＋	**S3＋**
⑥	S2	S2	S2
⑦	S2	S3	**S3**
⑧	S2	S2	**S3＋**
⑨	S2＋	S2＋	**S3＋**
⑩	S2	S3	**S3**
⑪	S1	S2	S2
⑫	S1	S2	S2
⑬	S1	S2	S2
⑭	S1	S2	S2

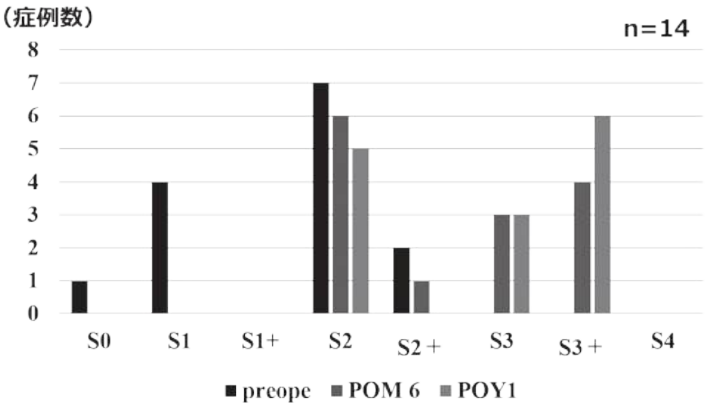
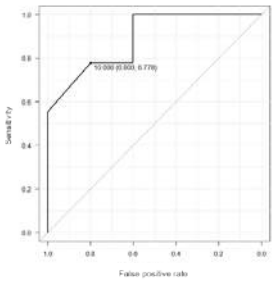


図 1

	defect (mm)	MRCS	FSR
①	8	S3	1
②	5	S3＋	1
③	5	S3＋	1
④	5	S3＋	1
⑤	10	S3＋	1
⑥	13	S2	0
⑦	12	S3	1
⑧	12	S3＋	1
⑨	10	S3＋	1
⑩	5	S3	1
⑪	11	S2	0
⑫	15	S2	0
⑬	15	S2	0
⑭	10	S2	0

※FSR “Yes”を１，“No”を０と表記。



AUC = 0.889
cut-off value = 10 mm

図 2

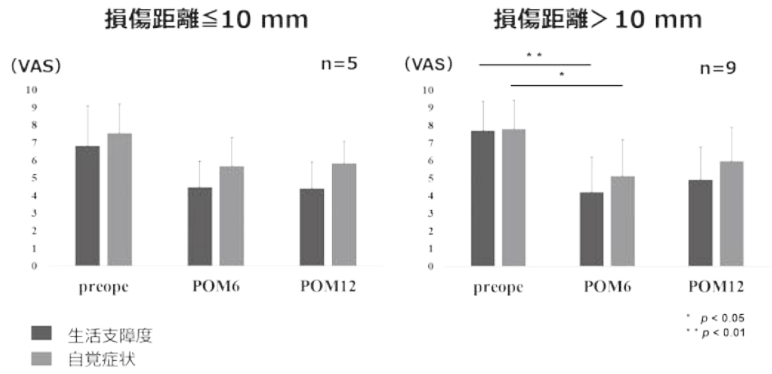


図 3

5．損傷から手術までの期間
103～299日、平均222.1日であった。

6．損傷距離
５～15mm、平均9.7mmであった。

7．SW-test、二点識別検査の結果をMRCSに置き換えると図１の結果となった。全症例を通して術後１年を示す棒グラフの推移が全体的に右方に移動し、術後MRCSの軽快を認めることができる。また、術後１年でFSRを示したのは14例中９例（約64.3%）であった。その一方で、最高値はステージ３＋であり、完全回復を示すステージ４は術後認めなかった。
欠損距離、MRCS、FSRをROC曲線に当てはめると図２の結果となり、カットオフ値は10mmであった。

8．生活支障度、自覚症状
VASの経過を術前、術後６か月、術後12か月と調査した結果を図３に示す。一元配置分散分析の後、ボンフェロー二補正により検定を行い、10mmを超える欠損での術前から術後６か月の間で、２つの項目ともに有意差を認めた。

各期間での欠損距離10mmを超える症例の患者の回答を図４

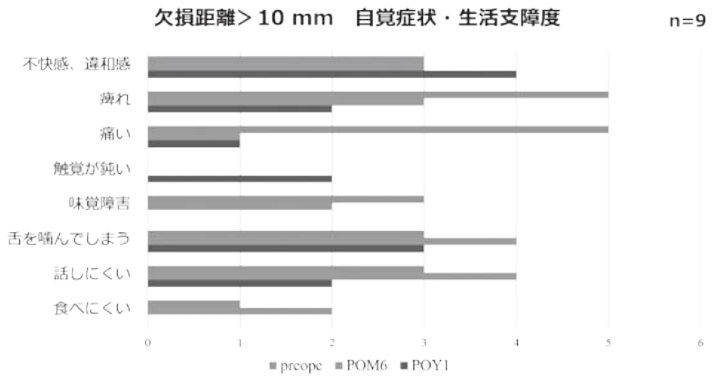


図 4

に示す。自覚症状では、術前での痛み、痺れなどが、術後 6 か月で不快感、違和感へと変遷し、生活支障度では、食べにくい、話しにくい、舌を噛んでしまうなどは、術後 6 か月で回答数に大きな変化はなかった。

考　察

今回の調査でカットオフ値は10mmであり、神経縫合術の欠損距離の適応は10mm以下であることが示唆された。神経の緊張は神経束の断面積が小さくなり内圧が上昇し栄養血流が悪くなることや、シュワン細胞の活性化を低下させ軸索伸展が悪化することが報告されている。さらに、欠損距離が10mmを超える症例では術後 6 か月で生活支障度、自覚症状のVAS値に有意差を認めた。神経縫合術後の回復の兆候は術後 3 ～ 8 か月に現れ、回復率は最初の 6 か月が最も高いという報告がある。患者からの回答では麻痺、疼痛の程度が減少しているが、回復が進むにつれてジセステジア、パレステジアなどの自覚症状が顕著にみられたと考える。話しにくい、舌を噛んでしまうという訴えは患者の回答ではほとんど変化はなかったが、その程度は術前と比較すると減少していると考えられる。生活支障度の結果より詳細に変化があったのか確認するためには今後は各動作についてのVASを設ける必要がある。

結　語

今回、舌神経損傷における神経縫合術症例について欠損距離の違いが予後に影響するのか臨床的検討を行った結果、カットオフ値より欠損距離の適応は10mm以下であることが示唆された。

12. 歯科心身症に関連した口唇症状の 5 例

1）北海道医療大学病院「口腔内科相談外来」
2）北海道医療大学歯学部臨床口腔病理学分野
○宇津宮雅史[1),2)]　安彦善裕[1),2)]

第28回口腔顔面神経機能学会において、口唇麻痺や違和感を伴う 5 症例を報告し、原因や診断、治療経過について考察した。特に、口腔灼熱症候群（BMS）やParkinson病の前駆症状としての口唇違和感に着目した。これらの症例を詳細に検討し、歯科臨床において口腔症状の背景にある全身的要因や神経疾患の重要性を示唆することを目的とした。

口唇麻痺の要因

口唇麻痺や違和感の原因としては多岐にわたるが、口唇の違和感や麻痺は、局所的な問題だけでなく、全身的な疾患や心理的要因とも関連している可能性がある。その中に、歯科心身症に関連するものにBMSがある。BMSは、口腔粘膜に明らかな器質的異常所見が認められないにも関わらず、持続的な灼熱感や痛みを伴う疾患である。灼熱感に加え口腔乾燥症、知覚異常、味覚異常を伴うことが多い。症状は、舌の先端および前方 2 / 3 が最も好発部位であり、次いで舌縁、口唇、口蓋にも生じる。

症例報告

症例 1 （60代女性）：口唇と舌のヒリヒリ感を訴え、BMSと診断。漢方薬（抑肝散）を処方し 4 週間後にVAS10以下に低下（図 1 ）。

症例 2 （70代男性）：新義歯作成後に口唇と舌の違和感が発生。抗真菌薬処方後も改善せず、BMSと診断されロフラゼプ酸エチルを処方。20週後にVAS10以下に低下（図 2 ）。

症例 3 （60代女性）：感染根管治療後、口唇の荒れと味覚異常を訴えBMSと診断。ロフラゼプ酸エチルでは改善せず、ミルナシプラン50mg/日を処方し20週後にVAS10まで低下（図 3 ）。

症例 4 （60代女性）：口腔乾燥感と口唇腫脹を訴え、BMSと診断。ロフラゼプ酸エチルを処方後一時改善するも、症状が再燃。既往にパニック発作があったため、SSRI（セルトラリン）を半錠投与し、36週後にVAS10以下に低下（図 4 ）。

症例 5 （60代男性）：長年のうつ病歴があり、口唇の違和感

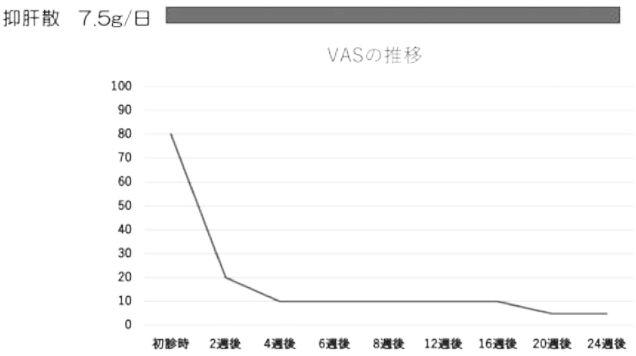


図 1

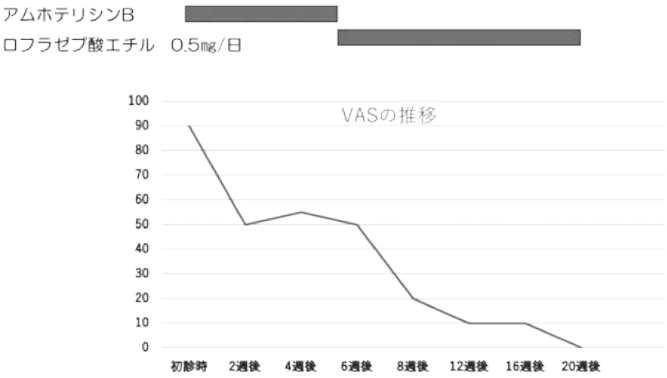


図 2

を訴える。支持的精神療法と認知行動療法を実施したがVASは改善せず（図５）、24か月後にかかりつけ内科よりParkinson病と診断があった。Parkinson病の前駆症状として口腔違和感が現れる可能性が示唆された。

考　察

本報告では、口唇麻痺や違和感を訴える５例について、BMSや神経疾患との関連を検討した。BMSは心理的要因との関連が深く、抗不安薬や抗うつ薬が有効な場合があることが示唆された。一方で、口腔違和感が神経疾患の前駆症状である可能性も指摘される。特に、症例５ではうつ病の既往があり、最終的にParkinson病と診断された。Parkinson病の前駆症状期間は比較的長く10年前後ともいわれており、うつ病との合併率は約30～40%である。うつ病の既往歴があるとParkinson病発症リスクは２～４倍に増加すると報告されている。本症例はうつ病歴のある患者であったが、舌のジスキネジアは当科受診時には訴えはなく消失していたため、当時内服していたアモキサンによる薬剤性Parkinsonismの可能性が考えられた。薬剤性Parkinsonismは、元々Parkinson病になる傾向の人が薬剤により症状が出現する可能性が指摘されている。口腔内に異常感を訴える患者の中に、Parkinson病の非運動症状も含まれる可能性があることを考慮する必要がある。

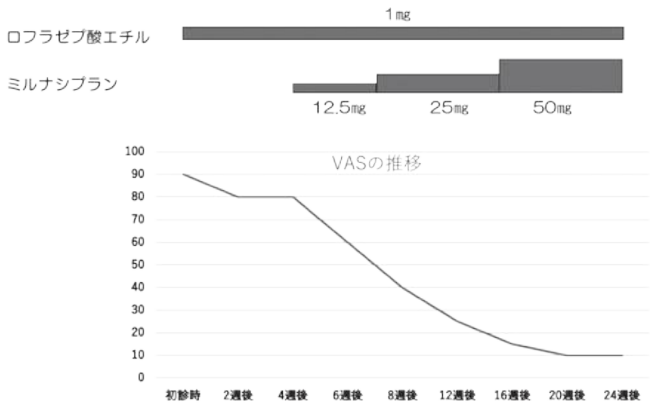


図 3

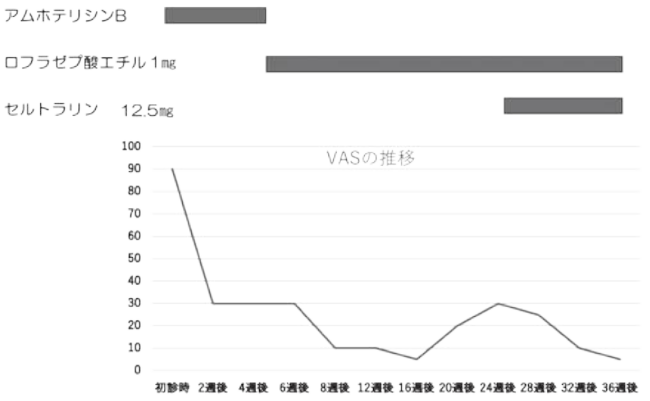


図 4

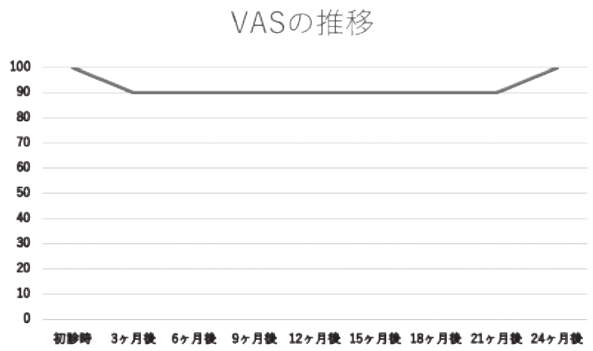


図 5

結　論

口腔症状の背景には、精神的要因のみならず全身疾患や神経系の異常が関与している場合があり、慎重な診断が求められる。特に、口唇の違和感が神経疾患の前駆症状である可能性があり、BMSや精神的要因との鑑別診断が重要である。本報告は、歯科領域における口腔症状の診断と治療の一助となることを期待する。

13. 重複良性腫瘍（耳下腺多形腺腫と舌神経鞘腫）を同時に切除した一例

公立学校共済組合近畿中央病院歯科口腔外科
○薄木崇介　野添　彬　石井庄一郎

緒　言

神経鞘腫はSchwann細胞に由来する良性腫瘍で、口腔領域では舌に発生することが比較的多い。また耳下腺に生じる唾液腺腫瘍の中でも多形腺腫の頻度は高いが、舌神経鞘腫と同発した報告は渉猟し得なかった。今回我々は、耳下腺多形腺腫と舌神経鞘腫を同時に切除した経験について報告する。

症　例

患者：50代男性
主訴：舌下部病変の精査希望
既往歴：気管支喘息
現病歴：2022年12月に頚椎椎間板ヘルニアの精査中に舌下部の腫瘍が発見され、精査依頼にて当科紹介初診となった。
口腔内所見：右舌下腺相当部に20mm大の可動性を伴う硬結を触知され、表面粘膜は滑沢で視診上明らかな膨隆は認めなかった。
口腔外所見：右耳下腺下縁相当部に、触診でかろうじて触れる程度の腫瘤を認めた。
MRI所見：舌下腺部の腫瘍は23mm×15mm程度で類縁形、周囲境界明瞭な内部均一像を認め、舌骨舌筋より頭側、舌下腺より深部に位置していた。T１にて筋組織と同等の低信号を示し、T２にて強調像を示した。また右耳下腺浅葉に同様に類縁形で周囲組織と境界明瞭なT２高信号を示す腫瘤形成を認めた。内部は均一像であった。（図１）

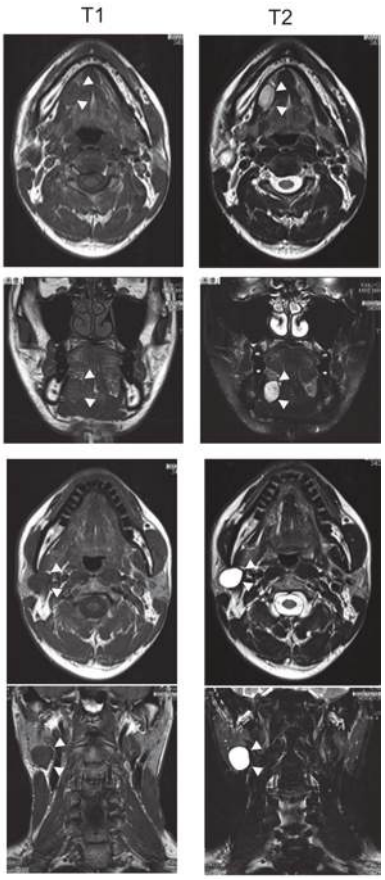


図１

処置及び経過：局所麻酔下で舌下部腫瘍の生検、右側耳下腺病変のエコーガイド下でのFNAを施行した（図２）。舌下部病変に関しては神経束由来と思われる所見が得られ、耳下腺部の細胞診結果では多形腺腫を疑う所見であった。臨床診断を右側耳下腺多形腺腫の疑い、右側舌神経鞘腫とし、全身麻酔下で口腔内アプローチによる右側舌腫瘍摘出術、経皮的アプローチによる右側耳下腺腫瘍切除術を計画した。
手術所見：右側耳下腺部より手術開始し、右側耳前部から顎下部にかけてS字切開を行い、皮弁挙上し、耳下腺を露出した。顔面神経を愛護的に扱いながら耳下腺本体と腫瘍の剥離を進めたところ、顔面神経の切断なく腫瘍摘出を行った。続いて口腔内手術を開始。右下３～７舌下部粘膜を切離し、舌下腺被膜を明示、周囲を被膜に沿って剥離した。舌下腺上内側に舌神経と思われる索状組織が透見されたので、同様に鈍的に剥離、剖出した。このとき、舌下腺は病変と癒着しており、同時に摘出することとした。病変は顎舌骨筋より上方に認め、筋膜上で挙上し、後方は舌神経を下方に牽引して病変と切離して摘出した。（図３）


図２

病理組織学所見：舌病変は境界明瞭な腫瘤性病変が採取され、内部には疎な線維性背景中に核の大小不同を伴う紡錘形細胞の渦紋状の配列を認められた。大小の類臓器構造も見られ、一部瘢痕化、軽度の炎症性細胞浸潤を伴っていた。病変に隣接して粘液腺主体、一部に漿液腺を含む舌下腺と思しき唾液腺組織が採取されていた。内部には比較的大型の末梢神経線維束が含まれており、腫瘍がこれに由来する可能性が考えられた（図４A，B，C）。耳下腺病変は線維性被膜を有する境界明瞭な腫瘤で、組織学的には豊富な粘液腫様間質を背景に多角形ないし紡錘形の筋上皮細胞は疎な索状、一部胞巣状の配列を取りながら増殖していたが、明確な２層性腺管構造には乏しかった（図４D，E，F）。

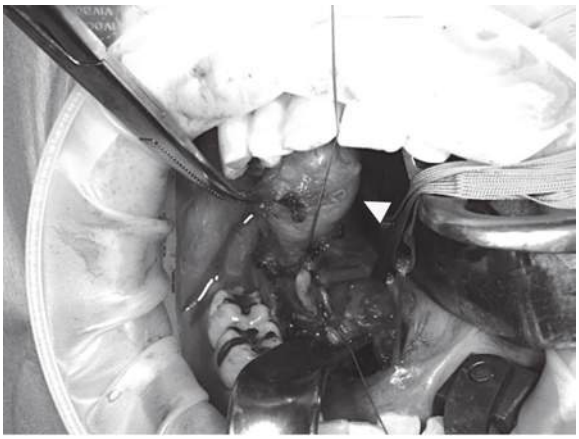


図 3

病理組織学的診断：耳下腺多形腺腫、舌神経鞘腫

術後経過：術後顔面神経麻痺は生じなかったが、舌神経麻痺は残存した。健側舌神経支配領域に知覚異常はなく、触覚閾値は0.008から0.02gである一方、患側舌神経支配領域の触覚閾値は0.02gから0.16gであった。およそ１年半年を経過しているが再発の兆候はない。

考　察

口腔顎顔面領域の神経鞘腫は舌に、多形腺腫は耳下腺に好発するが、同時期に認めることは比較的稀であった。文献的には同一唾液腺内に組織型の異なる腫瘍が混在する報告は散見されるが、組織学的に異なる良性腫瘍が頭頸部領域に限局して他部位に同時発生する報告はなかった。神経鞘腫、多形腺腫共に発生学的に共通点がなく、本症例は偶発的に生じたと考えられる。

結　語

今回我々は、耳下腺多形腺腫と舌神経鞘腫が同時期に診断され、切除へと至った比較的稀な経験について報告した。

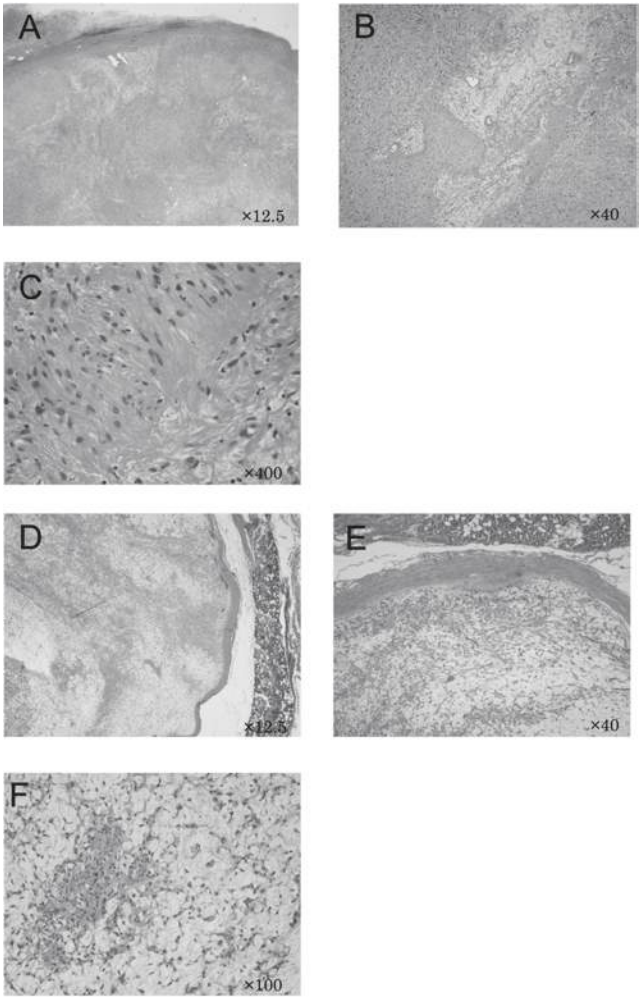


図 4

14. Numb chin症候群を初発症状としたB細胞性非ホジキンリンパ腫の１例

大阪けいさつ病院 歯科口腔外科
○有川千尋　田中徳昭　山田早織　松川　誠　下岡拓矢
瀧井知恵　石濱孝二

症例は84歳男性、2022年５月上旬両側下口唇の痺れを主訴に紹介元歯科医院を受診。左下２perが原因と考えられ同部の抜歯術を実施するも症状改善が認められず、５月下旬当科紹介のはこびとなった。初診時、視診上口腔内外に特記すべき異常所見は認められず、両側下口唇からオトガイ部皮膚にかけて知覚異常および知覚鈍麻が認められた。単純CT画像において下顎骨広範囲に硬化性変化が認められたものの腫瘍性病変を疑う所見は認められなかった。後日撮影された造影MRI画像においては下顎骨体に不均一な信号変化が認められ、左側頬側歯肉に増強効果が認められた。また両側頸部の小リンパ節が散見され反応性腫大が疑われた。血液検査にてLDH 273U/l、sIL-２R 676U/mlと高値を認め造血器悪性腫瘍が疑われ当院血液内科へ紹介、全身評価のため撮影された単純CT画像にて腸間膜および傍大動脈にリンパ節腫大が認められた。後日実施された骨髄生検の結果、B細胞性非ホジキンリンパ腫の診断が得られた。血液内科の精査に平行して当科においても診察を行っていたが６月中旬頃より右側顎下リンパ節が腫大、硬結を認めるようになり口腔内では右側下顎歯肉に腫瘤の出現が認められた。B細胞性非ホジキンリンパ腫の診断後６月下旬より入院、化学療法が開始された。腸間膜リンパ節は縮小傾向だったが傍大動脈リンパ節は増大傾向にあり、化学療法に伴い全身状態も悪化傾向にあったことから緩和療法へ移行、10月某日患者は永眠となった。Numb chin症候群とは下顎神経の末梢枝である下歯槽神経およびオトガイ神経の単麻痺によって生じる下口唇からオトガ

イ部の痺れや感覚鈍麻・脱失をきたす症候群である。原因疾患としては転移性腫瘍や造血器腫瘍が大半を占めており良性疾患では下顎骨髄炎や薬剤性、多発性硬化症や糖尿病性多発神経炎など免疫疾患でも生じると報告されている。原因となる悪性腫瘍の頻度として乳癌、悪性リンパ腫、前立腺癌、白血病の順に多いと報告がある。悪性腫瘍が原因となりNumb chin症候群が生じる機序は ①髄膜や脳神経根の中枢性への浸潤 ②乳癌など骨転移による腫瘍浸潤 ③造血器腫瘍細胞の下顎骨内の直接浸潤による障害が考えられている。本症例においては３つ目の腫瘍細胞の直接浸潤が考えられる。下顎骨は下顎管を囲んで海綿骨に富み、海綿骨の周りを厚い皮質骨が覆われている状態である。そのため微小な腫瘍が下顎管内の神経を囲み進展し先に下歯槽神経が障害され、画像所見も明確に認められる前から先行し知覚障害が生じたと考えられる。神経知覚異常を呈する症状に対しては軽微なことから軽視される傾向にあるが、知覚異常を初発症状の一つとして悪性腫瘍が存在することを念頭におき、その原因検索を十分に行うことが重要と考えられる。

15. 舌下神経麻痺から診断に至った術後30年を経過した甲状腺癌後発転移の一例

九州大学大学院歯学研究院　口腔顎顔面病態学講座
口腔顎顔面外科学分野
○久保慧乃葉　吉濱直哉　忽那重彦　今利一寿　高畑惣介
木附智子　藤永貴大　今城育美　大山順子　森山雅文

諸　言

顎口腔領域において、神経機能異常に起因する知覚異常または運動障害は、numb chin症候群に代表されるように、その神経の走行領域に腫瘍性病変の存在を示唆することがある重要な所見の一つであり、日常の診療において注意すべき症状である。今回われわれは、舌下神経麻痺を契機として、術後30年経過した甲状腺癌後発転移の診断に至った一例を経験したので報告する。

症　例

72歳女性。舌のひきつり感と滑舌不良、嚥下困難感を主訴に、耳鼻咽喉科ならびに病院歯科口腔外科を受診し、それぞれ舌扁桃肥大および口腔乾燥症と診断され経過観察となった。滑舌不良に対して舌房確保のため矯正治療を行うも症状の改善を認めないため、症状自覚より２年４ヶ月後に、かかりつけ歯科より精査加療目的に当科初診となった。特記すべき既往歴として初診時より約30年前に甲状腺癌に対して甲状腺全摘出術ならびに放射性ヨウ素内用療法の治療歴を認めた。全身所見としては、摂食状態は問題なく、顔貌は左右対称で、顔面領域の知覚障害および運動障害は認めなかった。口腔内所見としては、滑舌はやや不良で、安静時の左側舌の萎縮と挺舌時の左方偏位を認めた（図①②）。舌乳頭萎縮などの器質的変化や舌知覚異常、味覚障害ならびにカーテン徴候などは認めなかった。以上より、左舌下神経領域に限局した麻痺と判断した。造影MRIを施行したところ、左側総頸動脈分岐部前方に20×20mm大のＴ２軽度高信号の内部不均一な病変を認め、前方は顎下腺を圧排し後方では総頸動脈および外頸動脈と接していた（図③）。その後下方にも20×15mm大の同様の所見の病変を認め、前方は総頸動脈と接し外側では胸鎖乳突筋を圧排していた（図④）。悪性腫瘍のリンパ節転移が疑われたために当院耳鼻咽喉・頭頸部外科に紹介し、PET-CTを施行した。造影MRIで認めた病変に一致してそれぞれSUVmax=18.9、14.6と高集積を認め、さらに両肺野に集積を伴う微小な結節性病変を計５カ所認めた。その他、甲状腺周囲を含め有意な集積は認めなかった。内視鏡検査では咽頭から喉頭にかけ有意な粘膜病変は認めなかった。頸部リンパ節穿刺吸引細胞診は血液成分のみで判定不能であった。しかし、血液検査にてサイログロブリン値が185ng/ml（基準値33.7ng/ml以下）と高値であったことと、甲状腺癌の既往から、甲状腺癌術後頸部リンパ節後発転移ならびに肺転移疑いと診断した。肺の病巣が微小であることや、頸部の病変が重要臓器と近接していたことなどから、先行して頸部の局所制御目的に頸部郭清術を施行した。病変は舌下神経および迷走神経と癒



図１　安静時



図２　挺舌時

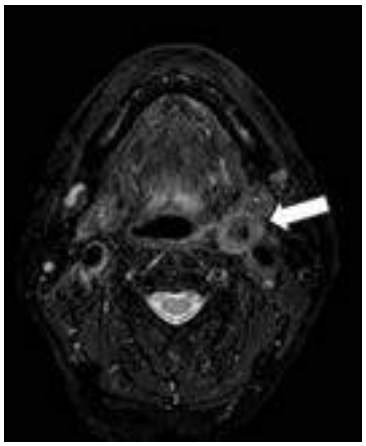


図 3

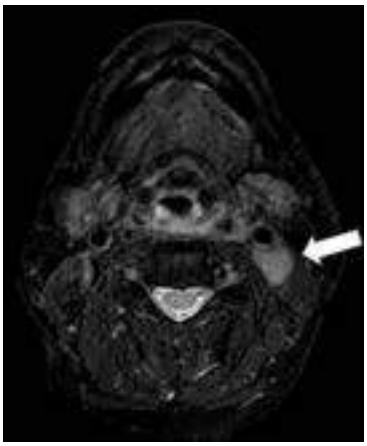


図 4

着していたが、機能障害を考慮し剥離温存とした。乳頭状または濾胞状に増生する腫瘍細胞、核内細胞質封入体、コーヒー豆様の核溝、腫瘍細胞間のコロイド形成などの病理組織学的所見から、甲状腺乳頭癌頸部リンパ節転移の診断を得た。節外浸潤を伴う計４か所の転移リンパ節を認めたため、術後放射線療法（70Gy/35Fr）を施行した。遺伝子学的検査にて*BRAF-600E*遺伝子変異陽性、*RET*遺伝子陰性が確認された。術後より嚥下困難感は改善したが舌運動は著変なく経過している。また、肺転移病変の増大や頸部再発の所見は認めておらず慎重な経過観察を継続している。

本症において、舌下神経麻痺を発症した原因として腫大した転移リンパ節による神経圧迫や節外浸潤した腫瘍細胞の神経浸潤の可能性が考えられた。また、甲状腺癌は発育増大が非常に緩慢な傾向にあるため、罹患後の経過の長短に関わらず転移の可能性を考えた精査が必要と考えられた。

結　語

顎口腔領域における知覚異常や運動障害を訴える患者が受診した際には、常に頭頸部や頭蓋内の腫瘍性病変の存在を疑った診査診断が必要である。

16. 舌の局所味覚と全口腔法による味覚閾値の比較

奥羽大学歯学部口腔外科学講座口腔外科学分野
○伊澤　輝　西　祐也　高橋文太郎　臼田真浩
小嶋忠之　川原一郎　高田　訓

緒　言

４基本味の中で、味覚障害の自覚症状が最も少ないとされる「酸味」について，鼓索神経領域の局所味覚と全口腔法による味覚閾値を検査し、NRSにより評価した。

対象および方法

味覚異常や味覚障害のない健康成人６名を対象に実験を行った。局所味覚検査、全口腔法味覚検査ともに室温25度、湿度20％の外来診療室で、16時30分から17時30分の間に実施した。酸味の味質液は、（一社）日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会による「味質液の標準的な調製方法」に基づき酒石酸水溶液を作製し（図１）、水溶液の温度を21℃に統一した（図２）。

１）局所味覚検査

テストディスクの規格通り５段階の酒石酸水溶液をJHPIA規格の直径５mmレギュラータイプの綿棒にそれぞれ浸



図１　味室原料

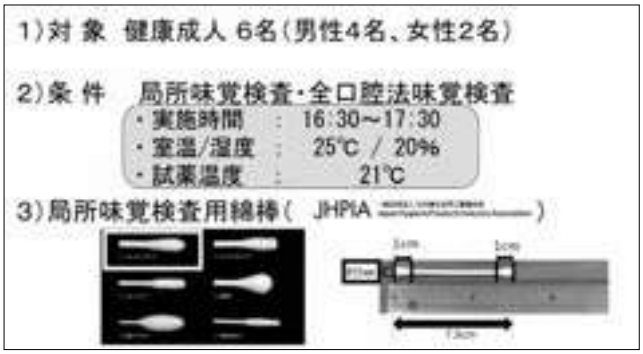


図２　検査条件および綿棒の規格



図３　局所味覚検査

潤させ、舌先より２cmの部位に３秒間あて、感受性をNRSで記録した。左右の平均値を算出した結果、濃度4.0％のNRSは4.25 ± 0.88であったが、他の濃度ではNRSの標準偏差の大きく、ばらつきがみられた。そこで、改めて酒石酸水溶液の濃度4.0％を基準に、１/10 の0.4％、２倍の8.0％の３種類のみを用いて検査を行った（図３）。

２）全口腔法味覚検査

0.4％、4.0％、8.0％の酒石酸水溶液５mLを口に含み、口腔内全体に行き渡らせるよう10秒間ぶくぶく嗽いさせ、吐き出したのちにNRSを記載した。

結　果

0.4％では、局所検査は1.67 ± 0.88、全口腔法では5.67 ± 2.58となり、全口腔法は局所検査の約３倍のNRSを示した。4.0％では、局所検査は4.25 ± 0.88、全口腔法は9.33 ± 1.03で、約２倍の値を示した。8.0％では、局所検査7.17 ± 1.37、全口腔法は全被検者が口腔内に10秒間含むことができず、NRSは10以上であった（表１）。

濃度	0.4%		4.0%		8.0%	
No.	局所NRS	全口腔NRS	局所NRS	全口腔NRS	局所NRS	全口腔NRS
A	2	7	4	10	5	10
B	0.5	3	4	8	7.5	10
C	1.5	2	5.5	8	8.5	10
D	1	8	3	10	6	10
E	2	6	5	10	8	10
F	3	8	4	10	8	10
AVG±S.D	1.67±0.88	5.67±2.58	4.25±0.88	9.33±1.03	7.17±1.37	10

表１　局所味覚検査および全口腔法味覚検査の結果

結　論

局所味覚検査と全口腔法味覚検査における「酸味」の感受性をNRSを用いて比較検討した。その結果、全口腔法における「酸味」の味覚閾値は、局所の閾値に比べて明らかに低く、検査法によって試薬濃度の調整が必要であると考えられた。

17. 濾紙ディスク法にて味覚検査を行った患者の臨床統計

１）東京科学大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面外科学分野
２）JCHO東京山手メディカルセンター　歯科・口腔外科
３）美浦中央病院　歯科
４）ミエ歯科医院
５）今池デンタルクリニック
６）ゆうデンタルクリニック
７）みどり小児歯科
○熊谷順也[1),2)]　小林明子[1)]　香月佑子[1),3)]　望月美江[4)]
澤田真人[5)]　山崎裕子[6)]　和気　創[1),7)]　依田哲也[1)]

緒　言

味覚異常には様々な病態や原因が報告されている。また濾紙ディスク法、全口腔法による検査において有意な相関があると報告されている。そこで東京科学大学病院口腔外科外来（顎顔面外科学分野）を受診した133名を対象に、臨床症状および検査結果にどのような違いが出るのかを検討した。

対象、方法

対象は2010年～2020年に味覚異常を主訴に当科を受診し濾紙ディスク法（テーストディスク®）による味覚検査を行った133名。性別は男性38名　女性94名　不明１名。

年齢は17歳～86歳　（平均52.0歳）。

臨床診断別人数は味覚減退64名、自発性異常味覚43名、解離性味覚障害10名、異味症14名、悪味症　２名。

検査部位は濾紙ディスク法が鼓索神経、舌咽神経、大錐体神経支配領域、左右で計６か所。全口腔法は舌尖部に滴下し、検査を行った。

味覚感度の正常上限を濾紙ディスク法では60歳未満を　３、60歳以上を　４、全口腔法では２　とした。

結　果

臨床診断別味覚感度について、味覚減退を量的味覚障害、他を質的味覚障害とすると量的味覚異常は６部位で、質的味覚異常４・６部位に異常値を示した人が多くった。（図１）

濾紙ディスク法の左右平均の度数分布では鼓索神経、舌咽神

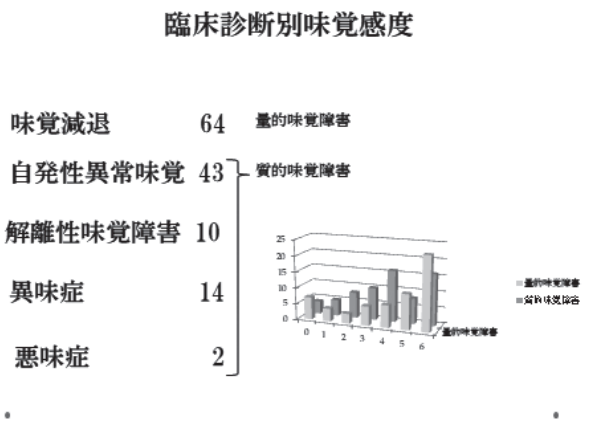


図 1

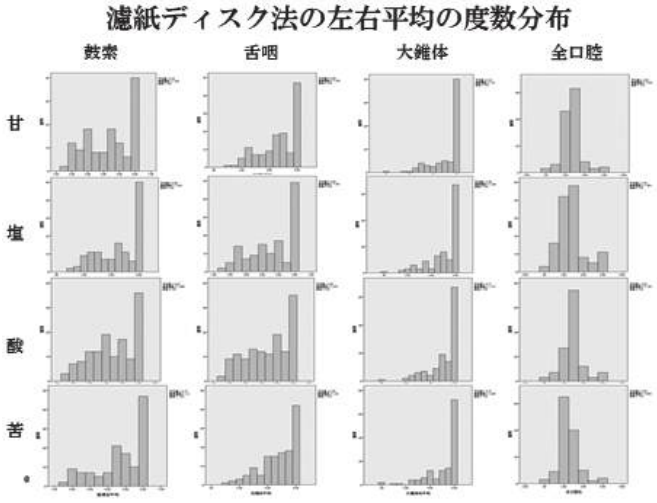


図 2

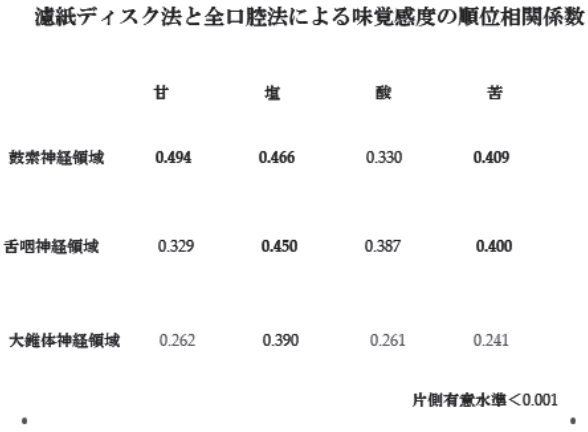


図 3

経、大錐体神経支配領域ともに味覚感度が認知閾値最大 6 のものが多くなった。

鼓索神経、舌咽神経の認知閾値は分散が認められるが、大錐体神経は認知閾値最大のもの（すなわち味質溶液 5 が認知できない症例）が突出して多くみられた。

全口腔法では味覚感度が 2 ～ 3 が最も多くなった。正常上限を 2 とすると甘・塩・酸味は 3 の人数が多く、苦みでは 2 以下の正常が多くなっていた。（図 2 ）

濾紙ディスク法と全口腔法による味覚感度の相関について、大錐体神経では 3 味質で相関なし、鼓索神経、舌咽神経とも 4 味質で弱い相関となったが鼓索神経がより強く相関ありとなった。（図 3 ）

味質別の味覚異常部位数と全口腔法との関係では、全ての味質で異常部位数が 0 部位の時は全口腔法でも異常は少なく、部位の増加に伴い全口腔法でも異常値となることが多くなっていた。（図 4 ）

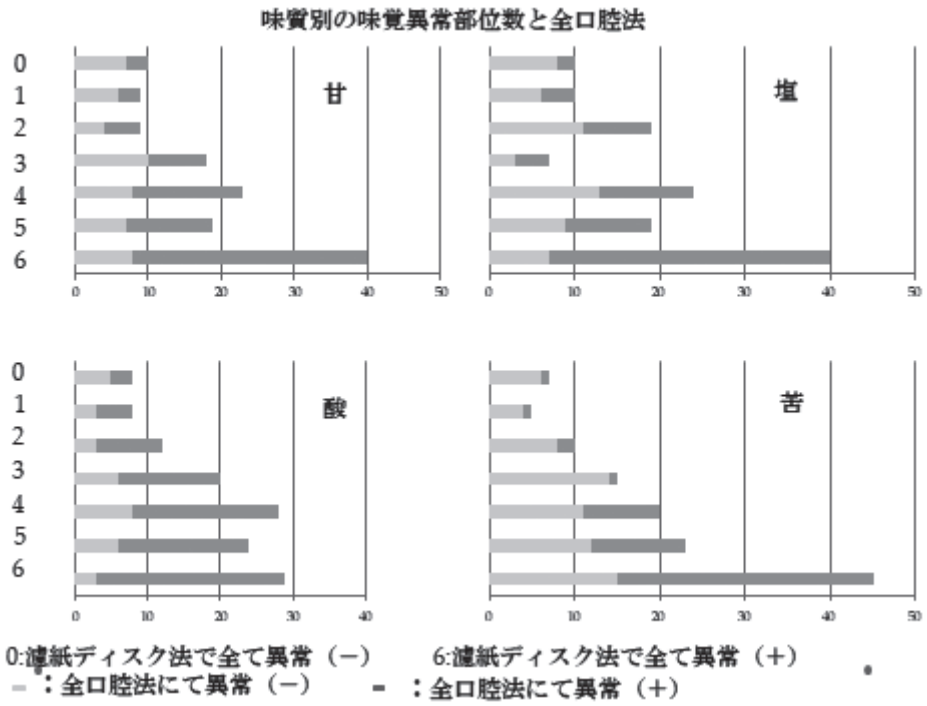


図 4

まとめ

今回は臨床診断と味覚感度との関連、濾紙ディスク法と全口腔法との関連を検討した。

臨床診断の半数は味覚減退で、左右の鼓索・舌咽・大錐体神経支配領域6部位で異常値を示した人数が多くなった。

濾紙ディスク法では4味質すべてにおいて、味覚感度6が最も多く、特に大錐体神経領域では突出していた。全口腔法では味覚感度2・3が大多数だった。

全口腔法との相関では鼓索・舌咽神経は相関がみられたが大錐体神経は塩味以外で相関関係はみられなかった。

18. 電気味覚検査（TR-06）とテーストディスク®による検査結果の比較

1）東京科学大学大学院医歯学総合研究科　顎顔面外科学分野
2）JCHO東京山手メディカルセンター　歯科・口腔外科
3）美浦中央病院　歯科
4）ミエ歯科医院
5）今池デンタルクリニック
6）ゆうデンタルクリニック
7）みどり小児歯科
○小林明子[1)]　熊谷順也[1),2)]　香月佑子[1),3)]　望月美江[4)]
澤田真人[5)]　山崎裕子[6)]　和気創[1),7)]　依田哲也[1)]

緒　言

味覚検査には味質溶液による検査と電気味覚計による検査がある。これらの検査結果の違いを味覚異常の臨床診断も含めて比較検討したので報告する。

対象・方法

2010年から2020年に味覚異常を主訴に来院した133名（男性38名、女性94名、不明1名、年齢17歳～86歳：平均52.0）を対象に電気味覚計TR-06（以下EGM）とテーストディスク®による味覚検査結果を比較検討した。

結　果

1）濾紙ディスク法（4味質平均値）とEGMの左右差

【Wilcoxon順位検定】

濾紙ディスク法：鼓索神経支配領域：なし

舌咽・大錐体神経支配領域：あり（<0.001）

EGM：鼓索・舌咽神経支配領域：なし

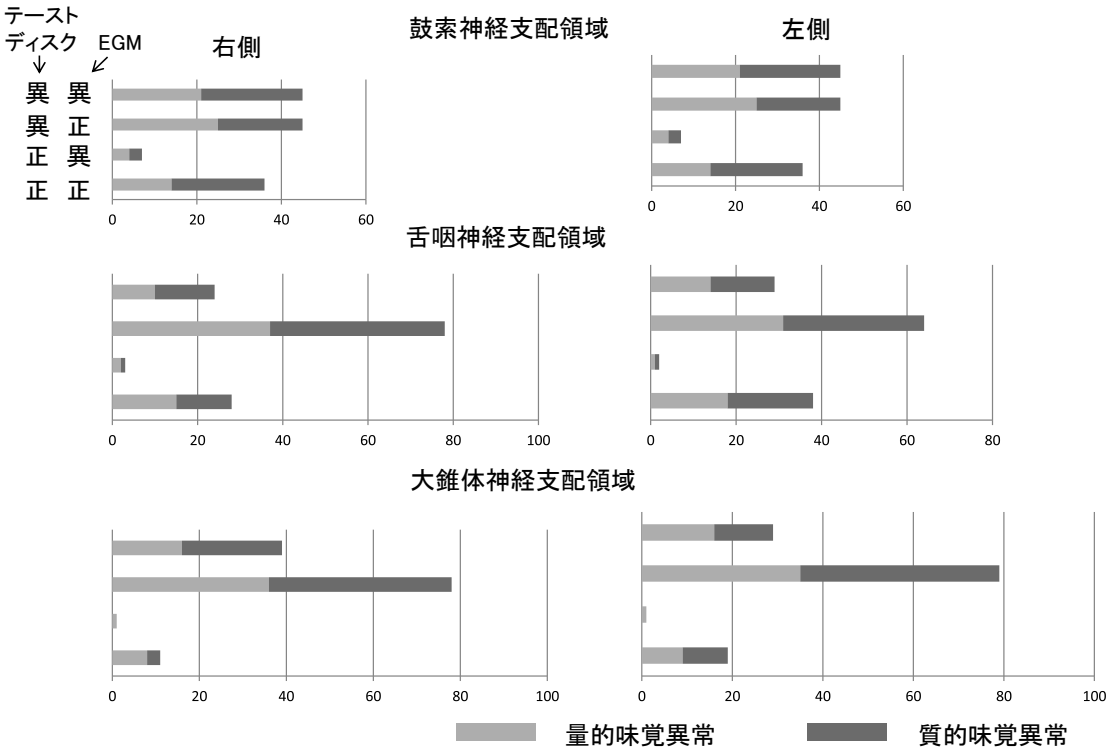


図1　臨床診断別濾紙ディスク法、EGMで正常または異常と判定された人数

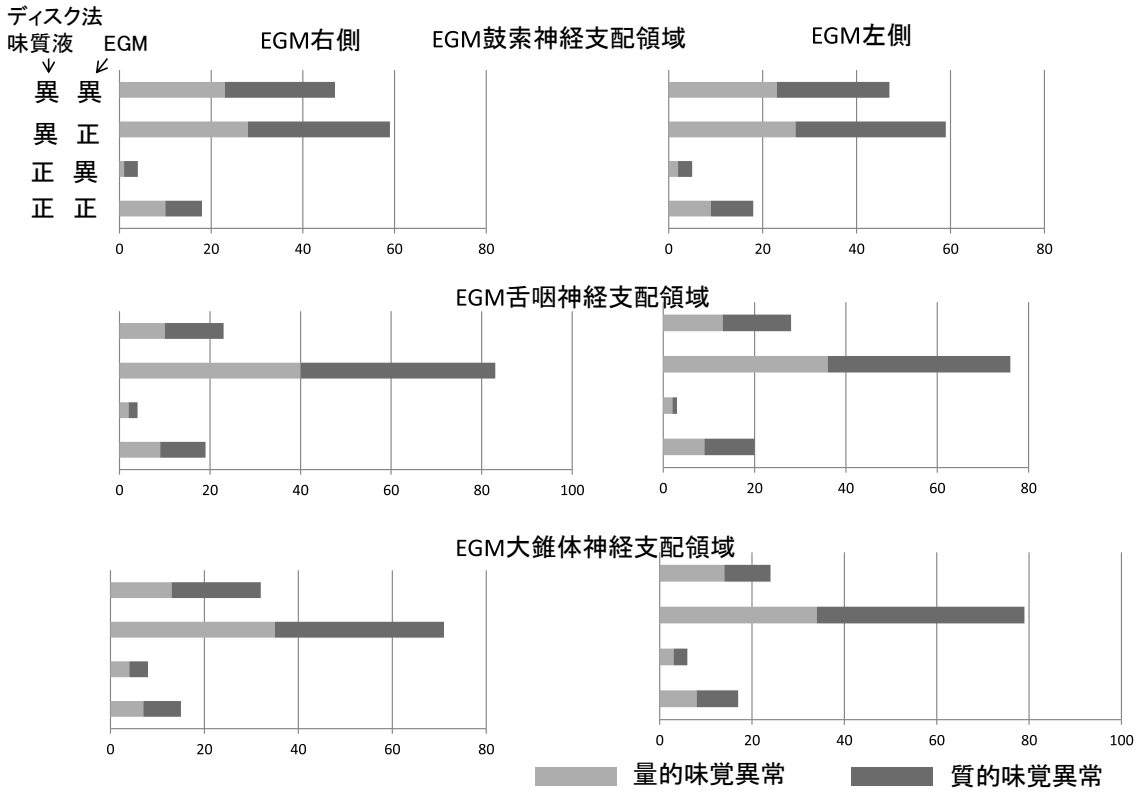


図２　臨床診断別全口腔法、EGMで正常または異常と判定された人

大錐体神経支配領域：あり（<0.001）

２）濾紙ディスク法（４味質平均値）とEGMの関係

【Spearman順位相関係数】

右側　鼓索・舌咽神経支配領域：弱相関あり
（鼓索0.472, 舌咽0.444）
大錐体神経支配領域：相関なし

左側　鼓索神経支配領域：相関あり（0.597）
舌咽・大錐体神経支配領域：弱相関あり
（舌咽0.451, 大錐体0.441）

３）テーストディスク®とEGMの異常判定の関連性

正常異常の基準：テーストディスク®の部位別味覚感度を60歳未満は３、60歳以上は４を正常上限とし、全口腔法では２が認知できなければ異常とし、EGMでは鼓索神経支配領域０±８dB、舌咽神経支配領域４±14dB、大錐体神経支配領域10±22dBを正常とした。

臨床診断：対象133名のうちわけは味覚減退64名、自発性異常味覚43名、解離性味覚障害10名、異味症14名、悪味症２名であった。味覚減退を量的味覚異常、その他を質的味覚異常とした場合それぞれにおいて検査の数値的にどれだけの人数が正常あるいは異常と診断されるかを検討した（図１、２）。

質的量的味覚異常双方においてテーストディスク®の味質溶液を用いた検査では異常と診断されてもEGMで正常と診断される症例が多く、その逆はわずかであった。

鼓索神経支配領域では濾紙ディスク法の４味質平均値が異常でEGMでも異常と診断された人数と濾紙ディスク法では異常、EGMでは正常と診断された人数がほぼ同じであった（図１）。

舌咽・大錐体神経支配領域では濾紙ディスク法で異常と診断されてもEGMでは正常と診断される人数が多くみられた（図１）。

量的味覚異常と質的味覚異常の人数分布には明らかな差はみられなかった。

テーストディスク®の味質溶液を用いた全口腔法と各部位のEGMとの比較では全部位において全口腔法で異常、EGMで正常と診断される人数が多くその逆は最少であった（図２）。各棒グラフにおける量的質的味覚異常の割合には濾紙ディスクでの比較同様あきらかな差がみられなかった。

19. マウス酸味細胞のGABAの役割について

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）口腔生理学分野
3）国立大学法人岡山大学学術研究院医歯薬学域顎口腔再建外科学分野
4）岡山大学病院口腔外科顎口腔再建外科部門
○三上彩可[1),2)] 吉田竜介[2)] 兵藤藍子[2),4)] 堀江謙吾[2)]
美藤純弘[2)] 天野克比古[3)] 飯田征二[3)]

緒　言

味覚を受容する味蕾は4種類の味細胞によって構成され、そのうちⅡ型細胞は甘味、うま味、苦味の受容を担い、酸味細胞（Ⅲ型細胞）は主に酸の受容を担うことで知られている。なかでも、Ⅲ型細胞は、中枢神経系で主に抑制性神経伝達物質として機能するγ-アミノ酪酸（GABA）を発現することが報告されているが、酸刺激時にⅢ型細胞から放出されるGABAの生理学的なメカニズムは十分に明らかにされていない。本研究では、Ⅲ型細胞特異的なGABA合成酵素であるグルタミン脱炭酸酵素67（GAD67）を味蕾において欠損したマウス（*Gad67*-cKOマウス）を作製し、GABAの役割について検討した。

方　法

Krt5 Creマウスを用いて作成した*GAD67*-cKOマウスの味蕾におけるGAD67の発現を免疫組織学的実験で確認した。また、野生型マウスおよび*GAD67*-cKOマウスの5基本味刺激（甘味、塩味、うま味、酸味、苦味）に対する鼓索神経応答を記録した。次に、野生型マウスおよび*GAD67*-cKOマウスの5基本味に対する嗜好性を調べるために、行動学的実験（リック応答試験）を行った。さらに、GABAが酸味と甘味の相互作用へ及ぼす影響を調べるために、野生型マウスと*GAD67*-cKOマウスにおいて、酸味溶液と甘味溶液を個別に与えた応答の総和の大きさと酸味甘味混合溶液に対する鼓索神経応答の大きさを比較した。もし仮にGABAが何らかの神経伝達物質として機能するならば、これらの大きさに何らかの違いがあるはずである。

結　果

GAD67-cKOマウスの味蕾内ではGAD67が欠損していることを確認した。また、5基本味に対するリック応答試験および鼓索神経応答、いずれについてもマウス間で有意な差は認められなかった。一方、酸味甘味混合溶液によって味覚刺激をした場合の鼓索神経応答は、野生型マウスでは各味物質を個別に与えた応答を合計した場合よりも有意に小さかったが、*GAD67*-cKOマウスでは有意な差は認められなかった。

考　察

本研究では、Ⅲ型細胞におけるGABAの役割について検討した。5基本味に対するリック応答試験および鼓索神経応答記録の結果から、Ⅲ型細胞から放出されたGABAは、その対応する味覚神経線維への直接的な信号伝達には関与しないことが示唆された。また、酸味甘味混合溶液を与えた野生型マウスの鼓索神経応答において、抑制性の相互作用が認められたことから、近傍の甘味細胞へパラクライン作用を発揮し、抑制性の神経伝達物質として機能している可能性が示唆された。味覚間相互作用は、摂食の際に必ず生じるが、その具体的なメカニズムについては不明な点が多い。本研究において、Ⅲ型細胞から放出されるGABAが酸味と甘味の相互作用に関与する可能性が示唆された。

第29回口腔顔面神経機能学会

第29回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会にあたって



第29回口腔顔面神経機能学会学術大会　大会長
東京歯科大学口腔病態外科学講座　教授
片倉　朗

この度、第29回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会を担当させていただくことになりました。本学の口腔外科では1980年代から下歯槽神経を中心にした末梢神経障害に関する基礎的、臨床的研究が行われてきました。その実績を活かして2011年から急性期神経機能修復外来（水道橋病院・千葉歯科医療センター）を設置し、口腔外科・歯科麻酔科・ペインクリニック科・歯科放射線科が協力して、顎口腔領域の末梢神経麻痺や神経痛の検査・診断・治療にあたっています。2024年は約160例の初診患者さんが全国から来院されていますが、抜歯に伴う舌神経麻痺の症例が増加している傾向が顕著です。また、2025年11月に福岡で開催された第70回日本口腔外科学会総会・学術大会のシンポジウム２「痛みと麻痺、神経疾患の現状」は初日の早朝のセクションにもかかわらず、大変多くの先生方の参加をいただき、治療にあたる先生方の関心の高さがうかがわれました。

今回の大会では、東京歯科大学の生理学講座講師の黄地健仁先生に「幹細胞と痛み」、口腔健康科学講座教授・ペインクリニック科主任の福田謙一先生に「医原性神経障害患者の実態」というタイトルで、その豊富な経験を活かして基礎と臨床の立場から痛みの治療に関わる新たな知見について講演をいただきます。これに先生方に御発表いただく研究成果や臨床経験も合わせまして、本大会が参加いただく先生方にとって顎口腔領域の神経障害の診断と治療に関しての知見をUpdateしていただく機会となり、それが患者さんのより良い予後に繋がることを期待しています。

講座に関わることなく、本学の神経機能に関わるスタッフが総出で本大会の運営にあたります。多くの皆様の参加をお待ちしております。

第29回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会のご案内

第29回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会
大会長　片倉　　朗
準備委員長　西山　明宏
有泉　高晴

第29回口腔顔面神経機能学会学術大会を下記の要領にて開催いたします。
皆様の多数の発表とご参加をお待ち申し上げます。

記

開 催 形 式：現地開催
日　　時：2026年３月14日（土曜日）
会　　場：東京歯科大学新館校舎11階　第１講義室
〒101-0061　東京都千代田区神田三崎町２－１-14
TEL：03-6380-9246（口腔病態外科学講座医局）
参 加 費：５,000円（学会当日に受付にて現金にて徴収いたします）
役員理事会：2026年３月14日（土曜日）
特 別 講 演：**「医原性神経障害患者の実態」**
東京歯科大学 口腔健康科学講座 教授　福田謙一 先生
「幹細胞と痛み」
東京歯科大学 口腔生理学講座　講師　黄地建仁 先生
会員懇親会：東京メルカート　東京ドームシティ店（ミーツポート３階）
（大会終了後開催予定　詳細が決まり次第、学会HP上でお伝えいたします）

演題募集要項：

1．発表形式：発表は口演のみとし、スライド単写、Windows Power Pointを使用したコンピューターとプロジェクターによる発表と致します。口演時間６分、質疑応答時間３分を予定しています。
2．演題申し込み方法：演題名、所属、発表者（演者に○）、連絡先（住所、電話番号、FAX番号、E-mailアドレス）、内容抄録（全角100字程度）、を記載したMS Wordファイル（.docx）を添付し、下記事務局メールアドレスにお送り下さい。
3．演題・抄録申し込み締め切り：2026年１月31日（土曜日）
4．後抄録：演題番号、演題名、所属、発表者（演者に○）を記入の上、1,200~1,500字程度の後抄録を、学会当日までにメールで下記事務局メールアドレスまでお送り下さい。本文以外に４、５点の写真、図表を加えていただいて結構です（カラー不可）。なお、ファイルサイズは合計５MB以下として下さい。また、学会当日にプリントアウトした後抄録を提出して下さい。

大会事務局
第29回口腔顔面神経機能学会総会・学術大会
準備委員長　西山　明宏、有泉　高晴
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町２－９-18
東京歯科大学口腔病態外科学講座、口腔顎顔面外科学講座
TEL：03-6380-9246
E-mail：nishiaki@tdc.ac.jp

口腔顔面神経機能学会　令和６(2024)年度収支決算報告

(2024年２月１日～2025年１月31日)（単位：円）

収入の部

前年度繰越金	3,130,087
年会費	660,000
認定医の申請	130,000
認定医の登録	120,000
広告代	80,000
その他（入）	200
合計	4,120,287

支出の部

学会開催補助	0
会報発行費	309,540
認定医賞状印刷代	48,163
消耗品費	443
通信運搬費	14,036
HP更新費	33,000
会議費	215,974
旅費	27,950
その他（出）	165,235
次年度繰越金	3,305,946
合計	4,120,287

口腔顔面神経機能学会会則

〔平成７年３月１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。

会員は正会員および賛助会員よりなる。

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

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

第７条　２ヵ年以上会費を納めないものは、退会者と見做すことがある。

第４章　役　　員

第８条　本会に、次の役員を置く。

１．会　長　　１名
２．理事長　　１名
３．理　事　　20名以上30名以内
４．監　事　　２名

第５章　幹　　事

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

第10条　役員会の組織と職務は次による。

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

第11条　役員の選出等は次による。

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

第12条　役員の任期は次による。

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

第６章　会　　議

第13条　理事会は毎年１回以上理事長がこれを招集する。

１．理事会は、理事現員数の３分の２以上（委任状を含

む）が出席しなければ、その議事を開き、議決することはできない。ただし、理事が推薦する正会員を代理として認めることができる。

2．理事長が指名した各種委員会の委員長および監事・幹事の出席を認めることができる。

第14条　通常総会は毎年１回、会長が招集する。

第15条　次に掲げる事項については通常総会の承認を受けなければならない。

1．事業計画および収支予算

2．事業報告および収支決算

3．その他必要と認められた事項

第16条　必要あるときは臨時総会を開くことができる。

第７章　会　　計

第17条　本会の経費は会費、寄付金およびその他の収入をもってこれにあてる。

第18条　会費は正会員においては機関年会費35,000円、個人年会費5,000円とする。賛助会員は年額一口30,000円とする。

第19条　本会の会計年度は毎年２月１日に始まり、翌年１月31日に終わる。

第８章　委　員　会

第20条　本学会の会務運営に必要な委員会を置くことができる。

1．口唇麻痺判定認定制度設立準備委員会

2．口腔領域感覚異常診断基準検討委員会

3．学会のあり方委員会

第９章　会則の変更

第21条　会則の変更は、理事会の議を経て総会の議決により行う。

第10章　付　　則

1．本会は事務局を置き、その所在地は理事長改選時に定める。

2．本会則は平成16年３月６日より施行する。

―役員選出に関する細則―

第１条　理事は次の項目に該当する者で理事会が適当と認めた者とする。

1．本会の目的に賛同する機関の代表者、

1－1　大学病院教授あるいは教室主任に相当する者

1－2　都道府県あるいは郡市歯科医師会代表者

1－3　病院歯科、口腔外科の主任あるいはそれに相当する者

2．本会の運営に必要な個人

第２条　理事会の指名により、顧問を若干名置くことが出来る。

入会申込と年会費のお知らせ

年会費は以下の通りです。

機関会員年会費　35,000円

個人会員年会費　5,000円

入会申込先

〒565-0871　大阪府吹田市山田丘１－８

大阪大学大学院歯科研究科

口腔顔面神経機能学会事務局

学会振り込み口座（入会金、年会費、更新料等の振り込み先）

みずほ銀行　郡山支店（724）

普通預金　3070508

口腔顔面神経機能学会

理事名簿

理事長 高　田　　訓	奥羽大学歯学部口腔外科学講座
副理事長 田　中　　晋	大阪大学大学院歯学研究科顎顔面口腔外科学講座
理　事 相　川　友　直	広島大学大学院医系科学研究科口腔外科学
飯　田　征　二	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 顎口腔再建外科学分野
石　井　庄一郎	公立学校共済組合近畿中央病院口腔外科
石　濱　孝　二	大阪けいさつ病院　歯科口腔外科
今　村　佳　樹	日本大学歯学部口腔診断学講座
榎　本　明　史	近畿大学病院 歯科口腔外科
大　廣　洋　一	北海道大学大学院歯学研究科口腔顎顔面外科学教室
片　倉　　朗	東京歯科大学口腔病態外科学講座
岸　本　裕　充	兵庫医科大学歯科口腔外科学講座
古　郷　幹　彦	学校法人平成医療学園なにわ歯科衛生専門学校
小　林　明　子	東京科学大学大学院医歯学総合研究科顎顔面外科学
澁　谷　　徹	松本歯科大学歯科麻酔学講座
杉　浦　　剛	東北大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔腫瘍外科学分野
髙　岡　一　樹	滋賀医科大学医学部歯科口腔外科学講座
高　崎　義　人	社会医療法人大道会 森之宮病院歯科診療部
竹　信　俊　彦	大阪歯科大学口腔外科学第二講座
冨　原　　圭	新潟大学大学院医歯学総合研究科顎顔面口腔外科学分野
中　村　典　史	インドネシア大学歯学部口腔顎顔面外科口腔顎顔面外科学分野
野　添　悦　郎	社会医療法人青雲会青雲会病院歯科口腔外科
濵　田　智　弘	医療法人徳洲会東京西徳洲会病院　歯科口腔外科
平　木　昭　光	福岡歯科大学口腔腫瘍学分野
堀之内　康　文	公立学校共済組合九州中央病院歯科口腔外科
松　村　達　志	和歌山県立医科大学歯科口腔外科学講座
村　岡　　渡	川崎市立井田病院歯科口腔外科
山　内　健　介	東北大学大学院歯学研究科　顎顔面口腔再建外科学分野
依　田　哲　也	東京科学大学大学院医歯学総合研究科顎顔面外科学
河　村　達　也 （代表委員）	大阪府歯科医師会
若　野　正　人 （代表委員）	大阪府歯科医師会
監　事 古　郷　幹　彦	学校法人平成医療学園なにわ歯科衛生専門学校
中　嶋　正　博	大阪歯科大学病院
事務局幹事	
関　　壮　樹	大阪大学大学院歯学研究科顎顔面口腔外科学講座

2025年12月１日現在

編集後記

本年度は当教室で学会を開催し、準備から当日の運営まで、あっという間の一年でした。先生方の温かいご協力のおかげで、無事に終えることができ、胸をなでおろしております。気づけば事務局を引き継いで約１年半、学会資料とメールに囲まれた日々にも少し慣れてきました。本号が、会員の皆様の情報交換と交流の一助となれば幸いです。今後とも変わらぬご指導、ご支援をよろしくお願い申し上げます。

（事務局幹事　関　壮樹）

SuperFIXSORB® MX

吸収性骨接合材

骨伝導性

TEIJIN
Human Chemistry, Human Solutions

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

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。



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ブ MX
(プレート厚さ1.4mm)



スーパーフィクソーブ MX
(プレート厚さ1.0mm)

スクリューの把持力アップ

スーパーフィクソーブ 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。

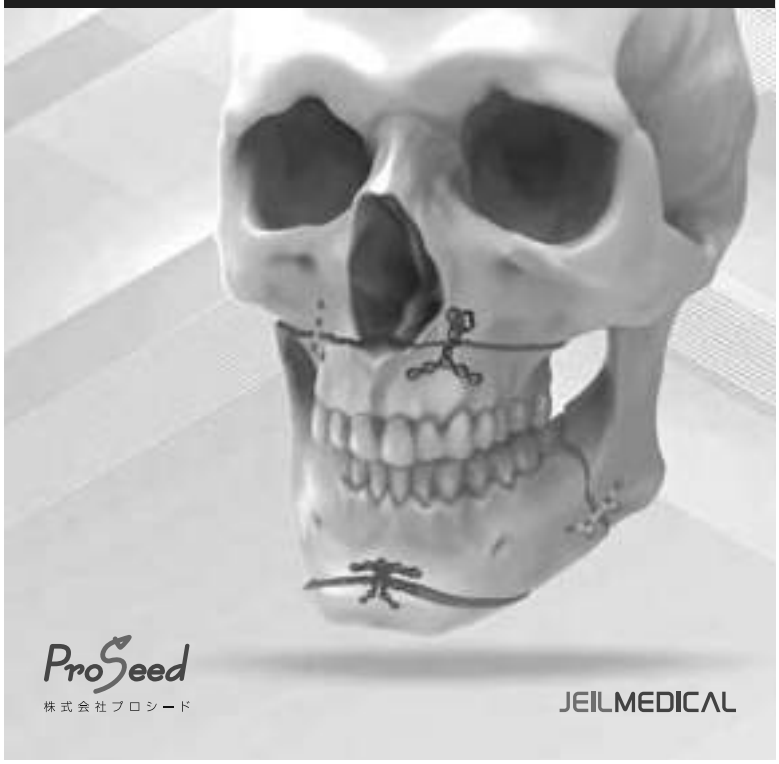
※ 商品のお問い合わせにつきましては 下記までお願い致します。

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

Le Fórte

OMFS SYSTEM

ORAL& MAXILLOFACIAL SURGERY



ProSeed
株式会社プロシード

JEILMEDICAL

stryker

AXS

Axial Stability Mandible Screw

AXS下顎骨用スクリュー



AXS スクリュー

・改良されたスクリュー把持力
・軸方向の挿入時の安定性
・ロープロファイルスクリューヘッド
・下顎骨用セルフドリリングスクリュー

医療機器承認番号	販売名
30600BZX00157000	ユニバーサルＡＸＳマンディブルスクリュー

製造販売業者
日本ストライカー株式会社
P 03 6894 0000

www.stryker.com/jp