

は鼻腔粘膜と一部癒着していた。摘出物は18×18×23mmの大きさであり、嚢胞壁は比較的厚く性軟だった。病理組織診断では、嚢胞上皮は2～3層の線毛円柱から成り一部粘液細胞が認められた。

演題7. 神経・血管減圧術により治癒をみた難治性の特発性三叉神経痛の一例

○斎藤 善広, 大屋 高德, 久慈 昭慶,
宮沢 政義, 工藤 啓吾, 藤岡 幸雄,
黒田 清司*, 斉木 肇*

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

*岩手医科大学医学部脳神経外科学講座

近年、原因不明の三叉神経痛の多くが頭蓋内三叉神経根に対する動脈の圧迫によることが確実とされてきた。脳神経血管減圧術はこの神経根を圧迫する上小脳動脈を遊離して症状の消退をはかる手術方法である。これにより、最近の三叉神経痛の治療成績は画期的に向上してきた。また、再発や神経麻痺を残さないという点でブロック療法よりはるかに優れた方法といわれている。

今回我々は、難治性の特発性三叉神経痛の一例を経験し、脳神経外科的診査によりその原因を明らかにし、神経・血管減圧術により治癒をみたので、その概要を報告した。

症例：患者は58歳、女性で、左側顔面の持続的激痛を主訴に来院した。当科において三叉神経痛および茎状突起過長症の診断のもとに、テグレート等の薬物療法、神経ブロック療法、茎状突起切除術を施行した。しかし、一時的な症状の寛快は得られたものの疼痛は消失せず、以後さまざまな治療によっても再発をくりかえした。その後、舌咽神経領域にも疼痛を生じるようになり、左側顔面痛が増強したことにより、脳神経外科精査依頼とした。脳血管造影により上小脳動脈のポケット状の蛇行が認められ、三叉神経痛の診断のもとに全麻下にて、神経・血管減圧術が施行された。三叉神経根は、錐体静脈および上小脳動脈により圧迫され、圧痕も認められた。テフロンフェルトの挿入により神経・血管の減圧がはかられた。術後、三叉神経領域の疼痛は消失し、現在までに再発は認められていない。

従来まで歯科領域における特発性三叉神経痛の治療は、さまざま行われてきたが、今後、脳血管造影をはじめとする脳神経外科学的なアプローチが必要

と考えられた。

今回、術中のビデオを供覧し、その概要を報告した。

演題8. 下歯槽神経切除後に於ける大耳介神経移植の臨床的検討

○大屋 高德, 渋井 暁, 拓植 信夫,
山口 一成, 横田 光正, 工藤 啓吾,
藤岡 幸雄

岩手医科大学歯学部口腔外科学第一講座

口腔外科領域に於いて下顎骨内に発生した腫瘍性疾患などにより、やむなく、下歯槽神経を切除しなければならぬ症例もあり、術後の恒久的な下唇やオトガイ部の知覚麻痺、患側下唇の下垂は患者にとって大きな苦痛として残る場合も少なくない。私どもは、1980年から1986年までに13症例の下歯槽神経切除例に対し、自家大耳介神経移植を行い良好な結果を得た。症例は10歳から53歳までの男性7例、女性6例で、発生部位は下顎臼歯骨体部が7例、臼歯から下顎枝部におよぶものが6例であった。疾患別ではameloblastoma 7例、odontogenic kerato cystが4例、myxofibromaが2例であった。術後経過観察期間は最長6年8カ月、最短4カ月で、6年以上が3例、5年から6年が2例、4年、3年、2年が各1例づつで、1年から2年までが2例、1年未満が2例であった。また大耳介神経移植術の要点として4つの点に注意した。1) 新鮮で鋭的に切除された神経断端を正しくend-to-endに接合する。2) 神経接合部にtensionが加わらないよう、欠損部より多少長めの神経移植をする。3) 神経接合に組織反応の少ない縫合糸を使用する。4) 神経縫合端はepineuriumを除去し、perineuriumを縫合する。以上の要点により以下の結論を得た。即ち、13例の下歯槽神経切除例に対し、再発した1例以外は、術後8カ月以内で知覚の回復をみた。このうち痛覚は約3カ月目で回復し、温冷覚が5カ月目で、触覚は約6カ月目で回復した。また大耳介神経は約6～11cmの採取が可能で、N. suralisの採取を必要としなかった。そして手術用顕微鏡下で神経節合部にtensionが加わらないように注意し、funicular sutureが術後成績を良好にした。また移植骨内での大耳介神経移植は、臨床的にも移植神経に対して問題のないことが確認できた。