

トピックス

感覚異常の診断基準

奥羽大学歯学部口腔外科学講座 洪澤 洋子

一般的に「麻痺」は、運動麻痺と知覚麻痺に大別される。いずれも診断は難しいが、客観的に捉えられる運動麻痺に比べ、自覚症状のみが訴えとなる知覚麻痺は、特に苦勞することが多い。しかしながら根管治療や埋伏歯抜歯、インプラント埋入手術などの歯科治療では、下歯槽神経の損傷に伴う感覚異常の訴えに遭遇する機会が多くなっている。追い討ちをかけるように患者の権利意識の増大やマスコミの過剰報道などから惹起される医療訴訟も増加傾向を示している。これらに対して我々は下歯槽神経麻痺を回避するための知識と手技を常に向上させ身に付ける必要があり、麻痺に対する治療方針を確立しておかなければならない。

一方、患者からの訴えを中立的な立場で正確かつ定量的に評価し、医療従事者と患者との間に平等な感覚異常の評価を提示することも我々の役割である。特に医療訴訟においては、平等かつ公平で中立的な立場からの評価が重要視される。

これまで自覚症状でしか判断できなかった口唇やオトガイ部の感覚異常を客観的に評価し、施設間における評価の共通化が図れること、さらに感覚異常発症の可及的抑制と治療法の向上を求め、1997年2月に口唇麻痺研究会が全国12歯科大学により発足された。研究会は2002年より口腔顔面神経機能学会と名称変更し、口腔顔面領域における神経機能障害の病態解明や治療法開発の研究等について学会発表が行われている。その成果によって2008年、本学附属病院を含め全国18施設の認定機関に口唇・舌感覚異常判定認定医を置き、「口唇・舌感覚異常診査プロトコール」による統一した評価が行えるようになった。

「口唇・舌感覚異常診査プロトコール」は主訴の程度を把握した後、客観的な評価に進むよう作成されている。すなわち、まずVAS法により患者自身が感覚異常に伴う生活支障度や自覚症状の程度を記録させる。次いで客観的な評価ではSW知覚テスター、二点識別(閾)検査(以下2PD)、電流知覚閾値(current perception threshold: 以下CPT)検査を用いて定量的な評価を行う。これらの評価には一般的に正常値といわれるデータは存在しているが、患者個々の正常閾値やVAS法

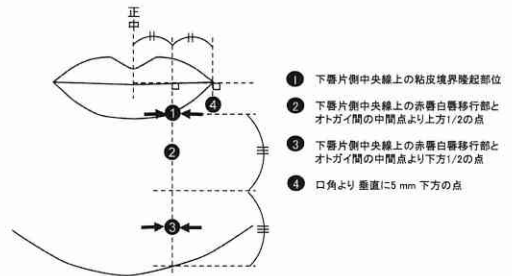


図1 下唇・オトガイ部の検査部位

により自覚症状の違いがあるため、必ず患側と健側ともに評価する。これらを基準とし患者側の値をスコア化して評価する。図1には下唇・オトガイ部の検査部位を示す。

SW知覚テスターはFreyの触毛をナイロンモノフィラメントを用いて、静的に触覚と圧覚を検索する知覚検査器具である。この検査の定量的評価結果は、臨床症状の変化と相関する傾向があり再現性が高い。2PDはディスクリミネータや知覚検査用ノギスを用い、被験者が2点で接していると感じる最小間隔の皮膚感覚を測定する。その結果、静的触覚受容器の神経支配密度が定量的に表され検者間の差が少ない。そしてCPT検査は特定周波数の電気刺激を経皮的に加え、感覚伝達の異なる $A\beta$, $A\delta$, C線維を選択的に定量評価できる電気生理学的検査法である。プロトコールには、これらの検査の時期や検査の間隔、スコアの変換法や最終評価をすべき時期まで決められ、全ての施設で統一化できるよう仕上げられている。

医療訴訟の観点から「麻痺」の正しい評価を望む患者や医療従事者が増えると予想される。今後も中立的立場で公平、平等に評価する技術維持とともに、高い水準で安心と安全を考えた医療を目指す必要がある。

文 献

- 1) 野間弘泰, 佐々木研一: 下歯槽神経麻痺. 医歯薬出版 東京 2002.
- 2) 口腔顔面神経機能学会ホームページ <http://www.mcci.or.jp/www/shinkei/>