

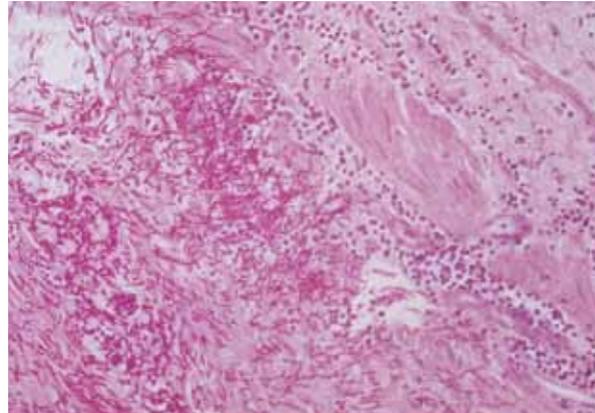
### 3) 口腔カンジダ症

①~③ 総論 36p

**概説・治療方針** 真菌のカンジダ・アルビカンス (*Candida albicans*) 感染による。健常人の約30%にも非病原菌として存在するが、全身的な要因として抗菌薬の投与、副腎皮質ホルモン療法、糖尿病、放射線治療中の悪性腫瘍患者など、抵抗力の減少により発症（日和見感染）する。初期では口腔粘膜に小斑点状の苔状物（偽膜）が生じ、ぬぐい去るとその下に発赤を認める（急性偽膜性カンジダ症）。慢性化すると偽膜が厚くなったり（肥厚性カンジダ症）、粘膜の萎縮を認めたりする。なお、特殊な病型に肉芽腫性カンジダ症がある。診断は、病変からカンジダ・アルビカンスが分離できれば確実である。治療に抗菌薬を使用している場合は、薬剤の変更か中止が望ましい。ナイスタチン、アンホテリシンB、グリセオフルビンなどの抗真菌薬の内服や、同製剤の軟膏、含嗽薬の使用が有効である。ピオクタニンやゲンチャナ紫の局所塗布も行われる。

#### ②慢性肥厚性カンジダ症

症 例：50歳、男性  
主 訴：舌の白斑  
現病歴：糖尿病で加療中の患者、数年前から舌の白斑に気づいていたが放置していた。最近病変が拡大し、気になった。



#### ①急性偽膜性カンジダ症

症 例：72歳、女性  
主 訴：舌下部の白斑  
現病歴：口腔癌術後の患者。約半年間テガフル剤の内服を行っていたが、3週間前より上記白斑が出現した。



口腔内：舌下面から口底へかけてみられた偽膜性カンジダ症。

#### ③紅斑性(萎縮性)カンジダ症

症 例：71歳、女性  
主 訴：口蓋の灼熱感と口腔乾燥  
現病歴：高血圧症にて降圧剤を内服している。口蓋の灼熱感と口腔乾燥を訴えて来院した。  
(日本歯科大学新潟歯学部第2口腔外科症例)



口腔内：口腔カンジダ症による白斑が脱落して、その下の粘膜は紅斑を呈している（口蓋）。

↖②図1（上）口腔内：舌の慢性肥厚性カンジダ症。  
←②図2（下）同症例の生検標本のPAS染色所見：PAS染色糸状菌を認める。

## B. ウイルス感染症

### 1) 単純疱疹ウイルス感染症

①~③ 総論 37p

**概説** 単純疱疹ウイルス (herpes simplex virus: HSV) の感染により生じ、疱疹性歯肉口内炎、疱疹性口内炎、口唇疱疹を生じる。発熱、全身倦怠感とともに、口腔粘膜に多数の小水疱を生じる。初感染は小児に多く、感冒様前駆症状と著しい歯肉炎を伴う。摂食障害が強く、口臭がひどい。通常10日程で治癒する。再感染あるいは回帰感染では症状が軽く、歯肉に病変がみられることが少ないので疱疹性口内炎と呼ばれる。口

唇疱疹は、口唇粘膜皮膚移行部付近に直径1~3mm程度の小水疱を形成する。水疱はすぐに破れ、痂皮を形成する。通常10日程で治癒する。診断は水疱内溶液からのウイルス分離、HSV抗体価の上昇を証明する。

**治療方針** 安静、栄養補給、補液を行い、二次感染を防止する。重症例では抗ウイルス薬（アシクロビルなど）を使用する。

#### ①疱疹性歯肉口内炎

症 例：16歳、女性  
主 訴：口内痛と摂食障害  
現病歴：約1週間前39℃台の熱状と感冒様症状があり、口腔内にアフタが出現し、摂食障害が強かった。

- 図1 口腔内：口唇のびらんとアフタ形成。
- 図2 口腔内：歯肉のびらん。
- 図3 口腔内：舌のアフタ。



図1



図2



図3

#### ②疱疹性口内炎

症 例：19歳、女性  
主 訴：口腔内の接触痛  
現病歴：約1週間前39℃台の熱発と感冒様症状があり、口腔内にアフタが多数出現した。



口腔内：口唇のアフタ。

#### ③口唇疱疹

症 例：30歳、男性  
主 訴：口角部の疼痛  
現病歴：3日前から右口角部の水疱を認め、掻痒感があった。



病態：右口角部の水疱。

## 7) 舌炎および類似疾患

①～⑥ 総論 91p

**概説** 舌に生じる疾患は、舌の解剖学的構造に関係のある疾患（溝状舌、分葉舌、葉状乳頭肥大など）、萎縮を来す疾患（Hunter 舌炎、Plummer-Vinson 症候群など）、舌背に変化を生じる原因不明の種々の疾患（地図状舌など）がある。

①**地図状舌**：舌表面に種々の大きさの淡紅色の斑を生じ、それらが癒合して地図状を呈する原因不明の疾患である。日によって病変の位置、形態が変わることがあり、小児あるいは若い女性にみられることが多い。主として舌背の辺縁部および前方部に認められ、灰白色の辺縁をもつ円形ないし半円形の鮮紅色から淡紅色の斑としてみられる。病変部の糸状乳頭は消失している。

②**溝状舌**：舌背表面に多数の溝がみられるものをいう。溝の数、形、深さは様々で、通常自覚症状はない。

③**正中菱形舌炎**：舌背の中央部、分界溝前方に楕円形あるいは菱形の赤みを帯びた斑としてみられる。従来、舌原基の癒合不全から起こる発育異常（形成不全）とされてきたが、最近では萎縮性カンジダ症に関連したものと考えられている。通常、自覚症状はないが、時にしみることもある。

④**黒毛舌**：舌背部の糸状乳頭の伸長と、褐色から黒色の

色素沈着を来すものをいう。ただし、色素沈着のみのものである。また、逆に糸状乳頭が伸長しても着色を示さないものもある（毛舌）。黒毛舌は、初老男性で口腔清掃状態が悪く、喫煙量の多い人にみられる。色素沈着のみのものである。通常、自覚症状はない。

⑤**舌苔**：舌背表面に生じる白色ないし灰白色の苔状のもので、糸状乳頭の増殖、肥厚と剥離上皮、唾液成分、食物などが堆積したものである。

⑥**平滑舌**：舌の萎縮性変化の結果生じるもので、糸状乳頭が消失して舌背が平坦化したものである。ビタミンB<sub>12</sub>の不足（悪性貧血による Hunter 舌炎）、鉄分の不足（鉄欠乏性貧血による Plummer-Vinson 症候群）、Sjögren 症候群、放射線治療などによって生じ、灼熱感や接触痛を伴う。

**治療方針** 基本的には症状がなければ放置してよい。その際、患者には放置しても差し支えないことをよく説明しておく。疼痛、接触痛のあるものに対しては、含嗽薬、ステロイド薬含有軟膏などの軟膏が用いられる。平滑舌に対しては、原因となった疾患の治療を行う。

## ① 地図状舌

症 例：28 歳、女性  
主 訴：舌の精査  
現病歴：数年前から舌がまだらなのに気づいていたが、痛みがないので放置していた。最近、親戚の人が舌癌になり、気になって来院した。



病態：舌背に糸状乳頭が欠如した斑が地図状にみられる。自覚症状はない。

## ② 溝状舌

症 例：34 歳、女性  
主 訴：舌の溝  
現病歴：最近、舌を噛み、その際舌をよくみたら溝があることに気づき、だんだん気になってきた。



病態：舌背に溝がみられるが、疼痛などの自覚症状はない。

## ③ 正中菱形舌炎

症 例：48 歳、男性  
主 訴：舌の接触痛  
現病歴：4～5 日前より舌背中央部に接触時疼痛を感じるようになった。それまで特に症状はなかった。



病態：舌背中央部の糸状乳頭がなく、菱形ないし長楕円形の紅斑がみられる。その中央部にびらんが認められる。

## ⑤ 舌苔

症 例：68 歳、男性  
主 訴：舌が白い  
現病歴：4～5 日前から舌が白くなっているのに気づいた。自覚症状がないが、気になって来院した。



病態：舌苔

## ④ 黒毛舌

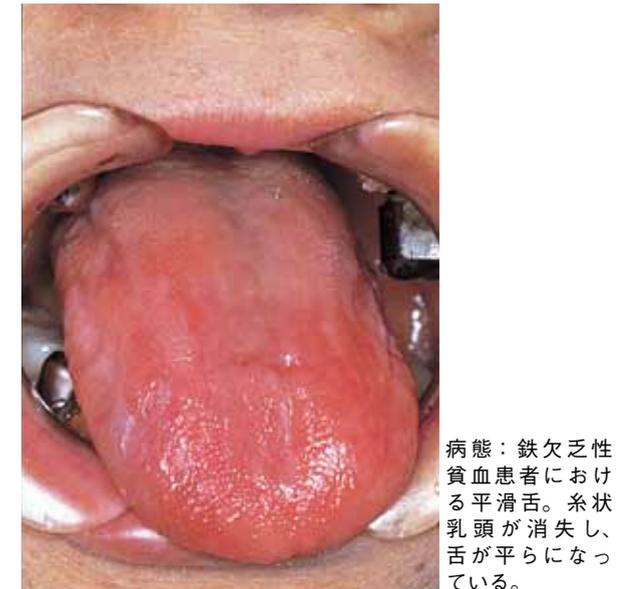
症 例：56 歳、男性  
主 訴：舌の違和感  
現病歴：半年前から舌背部が黒くなりはじめ、それとともに表面が毛状になり、最近違和感ないし不快感を覚えるようになった。



病態：糸状乳頭の毛状の伸長と黒色の色素沈着がみられる。

## ⑥ 平滑舌

症 例：39 歳、女性  
主 訴：舌がヒリヒリする  
現病歴：数カ月前より舌が平らになり、時々赤くなって接触痛を生じるようになった。最近では、熱いものや刺激性の食物の摂取後に舌がヒリヒリするようになった。



病態：鉄欠乏性貧血患者における平滑舌。糸状乳頭が消失し、舌が平らになっている。

② Paget 骨病 (変形性骨炎)

総論 133p

**概説** 骨吸収とそれに続く骨修復の過程を繰り返し、骨の肥厚・変形を来す骨系統疾患である。原因は不明であるが、遺伝あるいはウイルス感染が関与しているともいわれている。地域性があり、西欧、北米に多い (55 歳以上のアメリカ人の 3% が罹患) がアジア、日本では少ない。  
**臨床症状**：経過によって 3～4 期に分けられる。初期は骨吸収期で、X 線透過像を示す。中間期は混合期で、X 線透過像の中に不透過像が混在する典型的な像を示す。成熟期は骨硬化期で、X 線像で綿花状の不透過像を示す。さらに、第 4 期の骨肉腫への悪性化期を挙げものもある。骨の変化は腰仙椎、頭蓋、骨盤、大腿骨、脛骨に多くみられる。  
**口腔顎顔面領域の症状**：骨の肥厚による頭蓋・顔面の変形、神経の圧迫による神経痛様疼痛、神経障害、難聴、骨の脆

弱化による病的骨折など。  
**歯の所見**：歯槽骨の肥厚・変形、歯の転位・傾斜、咬合異常、歯槽硬線の消失など。  
**病理組織学的**：初期には血管に富んだ線維性組織であり、中間期になると骨の再生によって骨梁構造が乱れた、いわゆるモザイク様構造を示し、さらに骨硬化期には均一な硬化像を示すが、中間期のモザイク構造が特徴的である。  
**臨床検査所見**：血清アルカリホスファターゼの上昇、尿中ハイドロキシプロリンの増加。  
**治療方針** 治療法は不明。対症療法を行う。顎骨の変形に対しては骨削除。

症 例：42 歳、男性  
 主 訴：上下顎歯槽部の肥大  
 現病歴：数年前より上下顎歯槽部に頻回の歯槽骨炎を発症。その際に歯槽部の肥大を指摘されていた。(大阪歯科大学第 1 口腔外科症例)



図 1 パノラマ X 線写真：顎骨内に雲架状の X 線不透過像を多数認める。



図 2 口腔内：上下顎とも著明な歯槽部の肥厚・膨隆を認める。

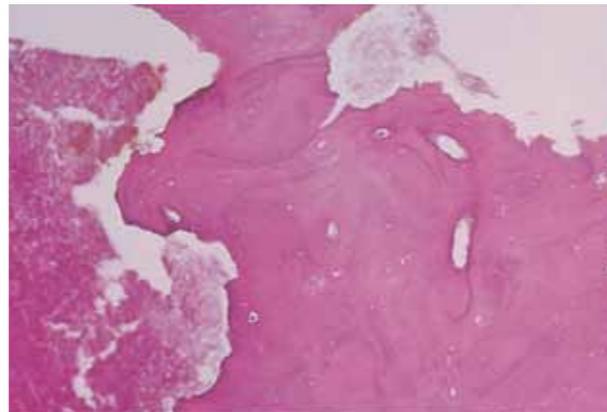


図 3 病理組織像：骨質は複雑で不規則な吸収線がみられ、いわゆるモザイク模様を示す。

4) 顔面骨罹患を伴う症候群

総論 133p

① Marfan 症候群 (クモ状指趾症)

総論 133p

**概説** 蜘蛛指趾ともいわれ、常染色体優性遺伝により結合組織の先天性障害から発生する疾患である。責任遺伝子は FBN 1 (fibrillin 遺伝子) で、15 番染色体の q21.1 に局在している。顎顔面の骨格形態異常が著明である。全身的には長身でやせ型、四肢が細長い。漏斗胸で、大動脈閉鎖不全、僧帽弁逸脱、解離性動脈瘤などの心血管疾患を合併することが多い。また、心動脈瘤破裂で 40～50 歳までに死の転帰をとる症例が多いといわれている。

しかしながら、循環器系に大きな問題があるため手術が困難になる症例が多い。口腔外科、矯正歯科を中心に治療計画を作り、循環器科および麻酔科を加えた集学的治療が必要である。短命であることが治療の妨げにはならないが、術前矯正を終え手術を計画した場合に、心血管系疾患による術中・術後の危険度はかなり高い。患者の希望を考え、その危険度を勘案しながら手術を決定する。

症 例：22 歳、女性  
 主 訴：上顎前突による形態的不満と機能的障害  
 現病歴：5 歳時に小児科で Marfan 症候群と診断。12 歳時に僧帽弁逸脱の診断で経過観察。この頃から上顎前突がみられた。(東京歯科大学第 1 口腔外科症例)

**治療方針** 顎顔面の骨格型の異常に対しては歯科矯正治療では改善できず、外科的矯正治療が必要である。



図 1 頭部側方 X 線規格写真：上顎前突と下顎後退がみられる。

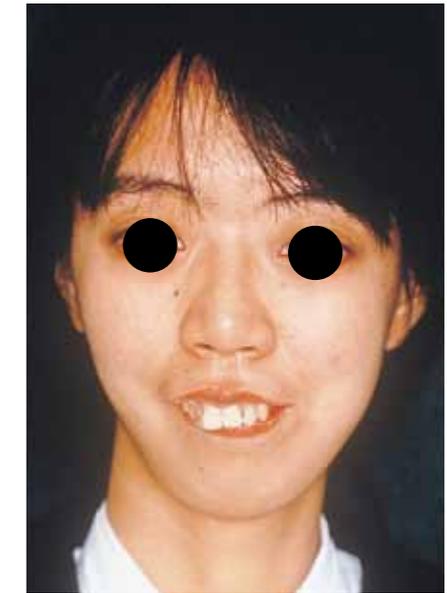


図 2 顔貌：顔面が長く上顎前突が著明である。身長 181cm。



図 3 口腔内：上顎前突と下顎歯列の不正がみられる。右側は咬合しない。

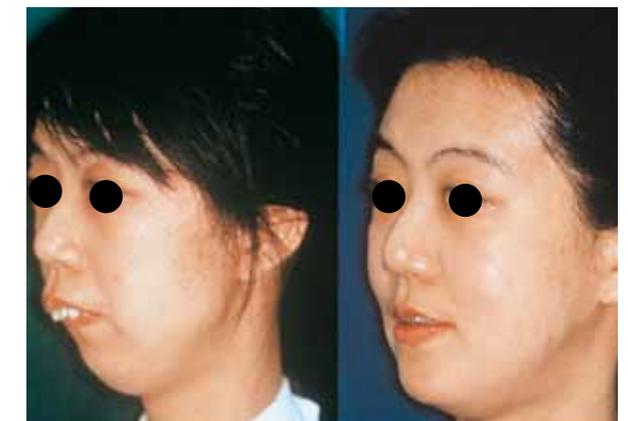


図 4 顔貌：左は術前、右は顎矯正手術後。

## B. 顎関節外傷

### ① 顎関節脱臼

総論 154p

**概説** 顎関節は、主として下顎骨の下顎頭と側頭骨の関節窩より構成され、これらに関節円板が介在している。開口に伴い、下顎頭の前上方が側頭骨の関節結節の後壁に接しながら前方へ移動する。大開口時には関節結節の最下点にまで下顎頭は移動する。通常は関節靭帯の働きや関節結節の形態から、一定以上は開口できないようになっている。何らかの原因にて正常な関節運動の範囲を超えた顎運動が行われた場合に、関節面の位置関係が異常になり、下顎頭は偏位し脱臼する。関節面の一部が接触し、患者自身で元の位置に整復できるものを不完全脱臼という。脱臼方向により前方脱臼、側方脱臼、後方脱臼に分けられるが、ほとんどが前方脱臼である。前方脱臼にて下顎頭が関節結節の最下点を越えると、元の位置に戻りにくく激しい疼痛を伴う。原因はあくび、嘔吐、歯科治療時、気管内挿管時などの大開口である。下顎骨体部に対する外傷でも起こる。関節結節が平坦化したり、関節靭帯が緩くなっている場合、脱臼を起こしやすい。脱臼を繰り返すと習慣性脱臼となり、通常の開口や軽い外力で容易に脱臼を繰り返す。両側性前方脱臼では、開口状態のまま閉口できなくなり、下顎歯列は上顎より前方に出て下顎前突様顔貌になる。嚥下障害が起り、流涎がみられる。触診で関節窩は陥凹し、頬骨弓の直下に前方に偏位した下顎頭を触れる。脱臼直後は顎関節部に疼痛があるが、開口状態のまま動かさなければそれほど疼痛はない。片側性脱臼では下顎全体が健側に偏位し、交叉咬合となる。X線検査で確定できる。

**治療方針** 脱臼直後の新鮮症例では徒手整復を行う。疼痛がある場合は顎関節部に局所浸潤麻酔を行い、患者を十分リラックスさせてから行う。整復法には患者の前方からのアプローチと後方からのアプローチがある。患者の前方に立つ場合は、患者の頭部を診療椅子の安頭台にしっかり乗せて固定する。術者はゴム手袋の上から両側の親指にガーゼを巻き、両側の下顎臼歯部咬合面に乗せて、残りの4指で皮膚側から下顎骨体を把持する。しっかり把持しながらそれぞれの親指を下方に押し下げ、下顎頭を関節結節の最下点にまで持ってくる。その位置から患者に少し咬ませると整復できる。整復後は弾性包帯やチンキャップでしばらく開口制限を行う。消炎鎮痛薬を投与することも必要である。後方からのアプローチも同様にして行う。新鮮症例は整復しやすいが、時間が経過した陈旧症例は徒手整復が困難である。脱臼後の関節窩は線維性結合組織が充満し、下顎頭の入るスペースが少なくなっている。また、各咀嚼筋は脱臼した位置で固定されるため、整復時に咀嚼筋の抵抗が強い。陈旧性脱臼に対しては、全身麻酔下で筋肉を弛緩させ、かつ疼痛を除去した状態で徒手整復する。さらに困難な場合は、観血的整復法を行う。脱臼後長期経過とともに、顎関節部の線維性結合組織は癒着化する。臨床症状は少しずつ変化して疼痛はなくなるが、開咬、顎運動障害、会話困難、流涎などの症状が残り、寝たきり老人などでは認知症と間違われて顎関節脱臼を見逃され、対応が遅れる症例がある。

症例1：88歳、女性  
主訴：閉口不能  
現病歴：1カ月前より2度、両側顎関節脱臼を起こし、近医整形外科にて整復。再度脱臼し紹介来院。



図1 顔貌：脱臼状態の正貌写真で開口したまま閉口不能。



図2 X線写真(側位)：下顎頭が前方に偏位し、開口状態となっている。



図3 X線写真(P-A方向)

症例2：20歳 女性  
主訴：閉口不能  
現病歴：談笑中に突然両側顎関節が脱臼した。近医を受診し、紹介来院。

図1(上) 側貌：頬骨弓の直下に前方に偏位した下顎頭を触れる。

図2(左下) 右顎関節部 X線写真(Schüller法)：下顎頭が関節窩の前方に位置している。

図3(右下) 左顎関節部 X線写真(Schüller法)：右と同様に下顎頭が関節窩より脱臼し、前方に位置している。



### ② 外傷性顎関節炎

総論 154p

**概説** 下顎正中部に交通事故や殴打で外力を受けた場合、骨折しなくても下顎頭は関節窩へ押しつけられて関節円板は損創する。外力だけでなく、亜脱臼する程の大開口をしたり、長時間開口状態を続けたり、硬いものを噛んだり、下顎を左右に大きく動かしたりすると顎関節に炎症が起きる。

**治療方針** 食事や会話などの顎運動を制限し、安静にする。疼痛に対しては鎮痛消炎薬を定時に投与し、顎関節部皮膚には直接ハップ剤を貼付したり、消炎薬入りクリームを塗布する。食事は常食では摂取できないので、粥食やきざみ食などの軟食または流動食をとるように指示する。2～3日で疼痛は軽減するが、急に顎運動を行うと再発するため、しばらくは大開口の禁止や、食事内容を注意する。

症例：16歳、女性  
主訴：開口障害、疼痛  
現病歴：学校でソフトボールの打球がオトガイ部やや左側を強打した。この時から開口障害と下顎がやや左側へずれた感じがあり、右の顎関節に疼痛を生じ、骨折が心配になったため翌日に来院した。(鶴見大学第2口腔外科症例)

