

## 『<<新看護学>><12>成人看護 [4] (眼 耳鼻咽喉 歯・口腔 [特論]放射線診療と看護) 第14版』 正誤表

このたびは『<<新看護学>><12>成人看護 [4] (眼 耳鼻咽喉 歯・口腔 [特論]放射線診療と看護) 第14版』をご購入いただきまして誠にありがとうございます。第4刷（2021年2月1日発行）までにおきまして以下の誤りがございました。ここに訂正させていただきますとともに深くお詫び申し上げます。

2021年4月12日作成

刷数	訂正箇所	誤	正	掲載
4	P.214 2行目から12行目	顔面神経麻痺は、（中略）神経移植術を行うこともある。	別紙のとおり差し替え	2021/4/12

## 5 顔面神経麻痺

運動神経である顔面神経が麻痺するとさまざまな障害がおこる。顔面神経麻痺の原因は中枢性と末梢性に分けられる。中枢性顔面神経麻痺は脳梗塞・脳出血などの脳血管疾患により、また末梢性顔面神経麻痺はウイルス感染、外傷、糖尿病やサルコイドーシスなどの全身疾患、腫瘍、中耳炎、神経疾患、中耳手術や耳下腺手術といった医原性などによる。多くは末梢性顔面神経麻痺で、なかでも単純ヘルペスウイルス I 型(HSV-1)によるベル麻痺や、ラムゼイ-ハント症候群がほとんどである。

末梢性顔面神経麻痺では前額を含む表情筋全体に運動障害がみられる。麻痺のほとんどは一側性であるが、まれに両側性に出現する。麻痺は発症時には軽度でも数日で増悪することがある。また、麻痺に伴って涙液の分泌低下や、耳痛・耳後痛、味覚異常、聴覚過敏などがみられる。中枢性と末梢性の鑑別には、麻痺の症状以外に構音障害や歩行障害などがある。

**治療** ● ステロイド薬と抗ウイルス薬を投与する。高度の麻痺で薬物療法が奏効せず、電気生理学的検査で予後不良が考えられる場合には、顔面神経減荷術や表情筋マッサージを検討する。後遺症(病的共同運動、顔面拘縮、顔面けいれん)に対しては、発症後1年を目安に形成外科的治療やボツリヌス毒素の注射を考慮する。

### まとめ

- 歯の硬組織疾患のうち、齶蝕の罹患率は先進国では90%以上といわれている。
- 齶蝕の3大好発部位は、①咬合面の小窩・裂溝、②歯の隣接面、③歯頸部である。
- 齶蝕は、深さや広がりから5段階(C<sub>0</sub>~C<sub>4</sub>)に分類される。
- 齶蝕や歯周炎により、歯髄が炎症をおこすと痛みが発生しやすく、その痛みは激烈であることが多い。
- 歯肉炎では、歯肉に局限した炎症がみられ、歯槽骨の吸収はない。おもに歯垢が原因となっている。
- 歯肉の炎症が歯槽骨まで進展し、歯槽骨の吸収が始まったものが歯周炎である。
- 歯肉炎・歯周炎の治療の基本はプラークコントロール、歯垢・歯石除去であるが、ブラッシング指導をはじめとする口腔衛生指導が非常に重要である。
- 口内炎は、全身疾患や薬剤アレルギーなど、さまざまな原因によってあらわれるが、原因不明のものも多い。
- 歯・口腔領域の外傷としては、歯の破折・脱臼、顎関節の骨折・脱臼があげられる。
- 口腔内に発生する腫瘍に対する治療は、外科的切除が基本となるが、悪性のものでは化学療法・放射線療法を加えた三者併用療法が適用されることもある。