第８回 日本顔面神経研究会

プログラム・予稿集

1985.6.14－15

松 山 市

愛媛大学医学部
耳鼻咽喉科学教室

ごあいさつ

第８回日本顔面神経研究会を愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室が担当し，松山市に於いて開催する運びになりました。本会が実り多い研究会になるよう，関係者一同準備を進めております。

今回も50数題の演題を御提出いただき，本研究会が着実に成果を挙げて来ておることが示されました。会員諸先生の御協力に敬意を表したいと思います。最近どの学会でもマンモス化の傾向があり，意を尽した討論を行うことがむつかしくなって来ました。特に若い研究者にはその機会が得にくく，フラストレーションに陥るのでないかと心配いたします。本研究会では，一般演題６分，討論４分，指定演題７分，討論５分とし，討論にウェイトを置いた会にしたいと考えております。時間を有効に使っていただき研究の質を高め，将来への展望を開いていただきたいと思っております。

顔面神経の研究には，末梢神経の構造の基礎知識は不可欠であります。今回は，その方面の権威であります愛媛大学解剖学第二講座教授上原康生先生に，末梢神経の構造について最近の知見をまじえて特別講演をしていただくことにしました。御期待下さい。

顔面神経疾患の治療成績の評価には，麻痺後遺症の評価法についてコンセンサスが得られることが前提となりますが，これは簡単な問題ではありません。何回か時間をかけて討論して，始めて皆が納得する評価法が生まれるのではないかと考え，今回この問題について，会員諸氏のお考えを出していただくことにしました。将来，臨床に役立つ評価法ができることを期待しております。

最後に，多数の会員諸先生のおいでをお待ちいたします。

昭和60年５月

第８回日本顔面神経研究会

会長　柳　原　尚　明

会　　場　愛媛県医師会館

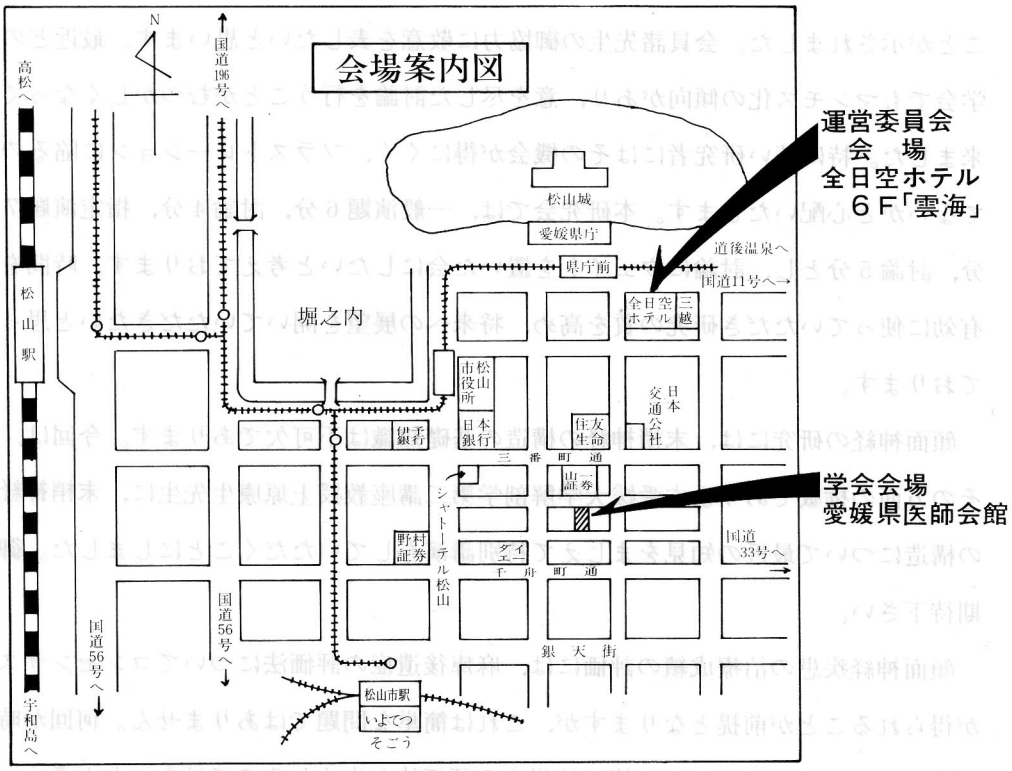
松山市三番町４丁目５番３号 〒790

電話　松山（0899）43－7582

日　　時　学術講演会：昭和60年６月14日(金)　9：25～17：00

昭和60年６月15日(土)　9：30～15：20

特別講演：昭和60年６月14日(金)　15：10～16：10



学会事務所　愛媛県温泉郡重信町志津川

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室 〒701－02

電話（0899）64－5111　内線 2142

参加者の方々へ

1. 会場費3,000円を受付でお支払い下さい。引き換えに参加証をお渡ししますので会期中は着用して下さい。学術集会参加証明書は参加証の裏面に印刷してありますので御利用下さい。

2. 出題者（共同演者も）は会員に限りますので，未入会の方は至急御入会下さい。

   入会金 1,000円，年会費 3,000円

   〒173 東京都板橋区大谷口上町30番1号
   日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室内
   日本顔面神経研究会事務所　　ＴＥＬ．03－972－8111

3. 講演時間は指定演題7分，一般演題6分です。終了1分前に青ランプ，終了時に赤ランプが点灯しますので，講演時間を厳守して下さい。

4. スライドスクリーンは1面です。スライド枚数の制限はありませんが，同一スライドを使用の場合は枚数分御用意下さい。

5. スライドはスライド係に講演30分前までに，必ず試写をして，提出して下さい。

6. 役員会は研究会第1日（14日）午後6時00分より，松山全日空ホテル6階「雲海」にて開催いたしますので役員の方はお集まり下さい。

7. プログラム・予稿集は研究会当日御持参下さい。

第8回 日本顔面神経研究会 プログラム

開会の辞 (9：25～9：30)　　**会長 柳原尚明**

学会第1日

第1群 基礎 (I) (9：30～10：20)　　**座長 斉藤春雄 (高知医大耳)**

1) Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) の表情筋支配に関する研究
○川嵜 良明 (大阪逓信耳)
久保 武 (香川医大耳)
松永 亨 (大阪大耳)
遠山 正弥，塩坂 貞夫，山野真利子，
塩谷弥兵衛 (大阪大高次研解剖)

2) 実験的顔面神経障害に関する電顕的研究—Ca括抗剤などの影響について—
○藤林 慶子，稲福 繁，瀧本 勲
(愛知医大耳)
木村 勝 (同大解剖Ⅰ)

3) 顔面神経伝達速度について
○戸島 均，菊池 章，市毛 明彦，
稲村 博雄，小池 吉郎 (山形大耳)

4) 側頭骨外顔面神経の機能的分布—術中誘発筋電図による検討—
○木谷 伸治，丘村 熙，柳原 尚明
(愛媛大耳)

5) モルモット眼輪筋の神経—筋接合部の再生過程について—誘発筋電図及び走査型電子顕微鏡による観察—
○村上 信五 (十全総合耳)
柳原 尚明、丘村 熙 (愛媛大耳)

第2群 検査 (I) (10：20～11：10)　　**座長 隈上秀伯 (長崎大耳)**

6) 顔面神経手術時の神経螢光所見
○隈上 秀伯，中尾 善亮 (長崎大耳)

7) 膝神経節刺激法 (方法及び正常値について)
○田中 博之 (横浜市)

8）小脳橋角部手術における術中顔面神経誘発筋電図モニター

○大平　貴之，戸谷　重雄，塩原　隆造，
中村　芳樹（慶応大脳外）
神崎　　仁（同　大　耳）

9）顔面神経麻痺患者の涙液排泄機能検査の試み

○加藤　真子，井野千代徳，牛呂　公一，
山下　敏夫，熊澤　忠躬（関西医大耳）
西山　　豊（同大放科）

10）^{99m} Tcによる唾液分泌機能と味覚及び涙腺分泌機能検査の検討

○田中　正美，池田　　稔，関本　邦彦，
冨田　　寛（日本大耳）
佐藤　幸光（同大放科）

第３群　検　査 (II)　(11：10～12：00)　　座長　高　橋　　昭（名古屋大神経内科）

11）顔面神経の単純ヘルペスウィルス感染モデル

○石井　甲介，野村　恭也（東京大耳）
倉田　　毅（同大医科研病理）

12）Bell麻痺における単純ヘルペスウィルス感染の検討

○池田　　稔，大森　英生，奥野　　仁，
内村久美子，鶴町　昌之，冨田　　寛
（日本大耳）

12）ヘルペスを伴わない特発性顔面神経麻痺のウィルス学的検討

○石田　　孝，朴沢　二郎，鎌田　重輝
（弘前大耳）

14）ベル麻痺とハント症候群のビールス抗体価

○菊池　　章，鈴木　八郎，横田　雅司，
市毛　明彦，川合　正和，戸島　　均，
小池　吉郎（山形大耳）

15）末梢性顔面神経麻痺の背景因子の検討―ウィルス，耐糖能，サルコイドーシスとの関連について―

○川井田　弘，神崎　　仁（慶応大耳）
岡本　亮二，小川　　郁
（静岡赤十字耳）

昼　食（12：00～13：15）

第４群　後遺症の評価法(指定演題)（13：15～14：55）

座長　小　池　吉　郎（山形大耳）
冨　田　　寛（日本大耳）

16）病的共同運動の評価―新しい評価法による―
○中村光士郎（愛媛大耳）

17）病的共同運動の評価法の検討
○福田　郁夫，兵　　典子，大城　和夫，
入谷　　寛，津田　恵子，西村　善彦，
湊川　　徹（兵庫医大耳）

18）異常共同運動に対する評価の試み
○木西　　寛，谷　　光毅，高原　哲夫，
星野　鉄雄，石田　春彦，細見　英男
（神戸大耳）

19）顔面神経麻痺後遺症の評点法による評価
○村田　清高，西本　　力（近畿大耳）

20）顔面筋共同運動の筋電図学的研究
○窪田　清己，中谷　宏章，八木　伸也，
斉藤　春雄（高知医大耳）

21）長期観察による病的共同運動について―積分筋電図による―
○森　　弘，岩永　迪孝，中村　　一，
由井　正剛，蔦　　佳明（北野病院耳）

22）麻痺後遺症としての表情運動時の耳症状
○西村　宏子（京都三菱耳）
山本　悦生，広野　喜信（京都大耳）

23）顔面神経麻痺後遺症の調査成績
○西本　　力，村田　清高（近畿大耳）

特別講演（15：10～16：10）　座長　柳　原　尚　明（愛媛大耳）

「末梢神経の構造」　愛媛大学医学部解剖学第２
上　原　康　生　教授

第5群　検　査　(II)　(16：10～17：00)　　座長　小松崎　　篤（東邦大耳）

24）眼球上転速度分析の予後診断的価値について

○浅井　正嗣，水越　鉄理，渡辺　行雄，
麻生　　伸，今村　純一，長崎　孝敏，
渋谷　知子，寺薗　公雄
（富山医薬大耳）

25）顔面神経麻痺の評価―上眼瞼速度の定量的検討を中心に―

○小松崎　篤，山本　昌彦，原田　克也
（東邦大耳）
小杉　幸夫，水田　淑也，池辺　　潤
（東京工大）

26）末梢顔面神経麻痺の予後診断における口輪筋Ｓ－Ｄカーブの検討

○久木元延生，生井　明浩，田中　正美，
池田　　稔，冨田　　寛（日本大耳）

27）アブミ骨筋筋電法による脳幹障害判定の試み

○中谷　宏章，八木　伸也（高知医大耳）

28）末梢性顔面神経麻痺例における聴性後耳介反応の応用について―第二報―

○遠藤　泰介，北條　和博，相馬　博志，
村松　良雄，中野　雄一（新潟大耳）

学会第２日

第6群　症　　例（9：30～10：20）　　座長　熊　沢　忠　躬（関西医大耳）

29）耳下腺内に発生した顔面神経Schwannoma症例

○永井みどり，林　　明俊，東野　哲也，
森満　　保（宮崎医大耳）

30）多発性脳腫瘍が発見された末梢性顔面神経麻痺の一症例

○富山　道夫，相馬　博志，北條　和博，
中野　雄一（新潟大耳）
石井　鐐二，田中　隆一（同大脳外）

31）猫ひっかき病による顔面神経麻痺の一例

○余瀬まゆみ，井上　定三，西平　　修，
上村　卓也（九州大耳）

32）鼓膜穿刺後に発症した顔面神経麻痺の一症例

○平田　哲康，関谷　　透，今手　祐二，
植木　篤馬（山口大耳）

33）抜歯が誘引と思われた顔面運動障害の一例

○蔦　　佳尚，加藤　真子，井野千代徳，
岩野　　正，熊沢　忠射（関西医大耳）

第７群　外　　傷（10：20～11：10）　　座長　戸　川　　清（秋田大耳）

34）脳腫瘍手術後の顔面麻痺についての一考察

○小林　武夫（中央鉄道耳）
石井　甲介（東 京 大 耳）

35）当科における外傷性顔面神経麻痺

○伊藤　　修，石井　甲介（東京大耳）
小林　武夫（中央鉄道耳）

36）頭部外傷性末梢性顔面神経麻痺に対する経中頭蓋窩的減荷手術の一経験

○石川　和夫，戸川　　清（秋田大耳）

37）外傷性顔面神経麻痺の予後について

○村松　良雄，北條　和博，相馬　博志，
遠藤　泰介，中野　雄一（新潟大耳）

38）外傷性顔面神経麻痺に起因したと思われる顎顔面変形症について

○北川　善政，橋本　賢二，川口　哲司，
中村　一彦，塩田　重利
（東京医歯大口外Ⅰ）

第８群　痙攣その他（11：10～12：00）　　座長　若　杉　文　吉（関東逓信ペインクリニック）

39）顔面痙攣のABA所見

○泰地　秀信，神崎　　仁（慶応大耳）

40）顔面痙攣の原因診断における電気生理学的検査の意義

○板垣　晋一，中井　　昂（山形大脳外）

41）顔面痙攣に対する電気刺激治療

○山本　悦生，森中　節子（京都大耳）
西村　宏子（京都三菱耳）

42）両側同時性顔面神経麻痺

○太田宗一郎，若杉　文吉，湯田　康正，
中崎　和子，塩谷　正弘，大瀬戸清茂，
平良　　豊（関東逓信ペインクリニック）

43）マイコプラズマ肺炎後に発症した両側性顔面神経麻痺

○鹿山　正人，佐橋　　功
（愛知医大４内）
高橋　　昭（名古屋大神経内科）

昼　　食（12：00～13：00）

総　　会（13：00～13：10）

第９群　予後診断（13：10～13：50）　　座長　服　部　　浩（神戸大耳）

44）顔面神経麻痺発症早期の電気診断所見とその推移

○神崎　　仁，泰地　秀信（慶応大耳）

45）当科における顔面神経麻痺―改善度と諸検査成績―

○渡辺　徳武，鈴木　正志，黒野　祐一，
茂木　五郎（大分医大耳）

46）Ramsay Hunt症候群における顔面神経麻痺の程度と予後

○市毛　明彦，菊池　　章，戸島　　均，
川合　正和，青柳　　優，小池　吉郎
（山形大耳）
鈴木　八郎（山形県立中央耳）

47）麻痺障害部位と治癒傾向についての一考察

○山崎　恵三，松田　俊一（福岡大耳）

第10群　治　療　(I)（13：50～14：30）　　座長　森　満　　保（宮崎医大耳）

48）側頭筋移行術による陳旧性顔面神経麻痺の治療

○西村　善彦，入谷　　寛，藤木　宏也，
兵　　典子，福田　郁夫，岸本　　勝，
津田　恵子，湊川　　徹，雲井　健雄
（兵庫医大耳）

49）顔面神経吻合術症例の術後成績

○黒木　幹子，東野　哲也，永井みどり，
井手　　稔，森満　　保（宮崎医大耳）

50）耳下腺外科における顔面神経の処理とその対策

○丘村　　熙，柳原　尚明（愛媛大耳）

51）顔面神経減荷術の手術所見と予後

○下村友佳子，田渕　　哲，松山　文彦，
谷口　郷美（神戸中央市民耳）

第11群　治　療　(II)（14：30～15：20）　　座長　小　林　武　夫（中央鉄道耳）

52）顔面神経麻痺の高気圧酸素療法

○山下　隆司，中田　将風，渡部　雄二
（国立呉耳）

53）Bell麻痺およびHunt症候群に対する点滴静注療法

○谷　　光毅，木西　　實，高原　哲夫，
星野　鉄雄，石田　春彦，細見　英男
（神戸大耳）

54）顔面神経麻痺に対する新しい治療法

○川合　正和，青柳　　優，菊池　　章，
市毛　明彦，戸島　　均，巌　　文雄，
小池　吉郎（山形大耳）
鈴木　八郎（山形県立中央耳）

55）Bell麻痺72例の検討

○和田　好弘（聖隷浜松）
田中　久夫（新潟大耳）
鳥居　智子（とりい耳鼻科）

56）顔面神経麻痺に対する薬剤効果の実験的検討；その3，ステロイドとメコバラミンの併用投与

○藤田　寛，松本　康（鷹の子耳）
村上　信五（新居浜十全耳）
柳原　尚明（愛媛大耳）

閉 会 の 辞

1） Calcitonin Gene-Related Peptide（CGRP）の表情筋支配に関する研究

川嵜良明＊・久保武＊＊・松永亨
遠山正弥＊＊＊・塩坂貞夫＊＊＊・山野真利子＊＊＊・塩谷弥兵衛＊＊＊
大阪大学医学部耳鼻咽喉科学教室・＊大阪逓信病院耳鼻咽喉科・＊＊香川医科大学耳鼻咽喉科学教室・＊＊＊大阪大学医学部高次研神経解剖学部門

CGRPは37個のアミノ酸よりなる新らたに見い出されたペプチドである。近年我々は顔面神経核内に多数のCGRP陽性細胞を見い出した。これらの事実は従来アセチルコリン（Ach）によりのみ調節されるとされてきた表情筋支配にこのCGRPが重要な関与を果すことを示唆する。本研究では表情筋調節に果すCGRPの役割を明らかにする目的でラットにて各種形態学的検索を加えた。

顔面神経核内では多数のCGRP陽性細胞が見い出され、連続切片、或いは多重染色法による検索ではこれらのCGRP細胞は同時にAchの合成酵素であるコリンアセチルトランスフェレース陽性を示し、CGRPはAch作動性運動細胞内に共存することが明らかとなった。一方表情筋ではCGRP線維は神経一筋終板状をなして終末することが光顕的に、またそれが神経－筋終板内の神経終末である事が電顕的に証明された。即ちCGRPはAchと共に細胞体より筋終板まで輸送され同部位にてAchと共に表情筋支配に関与している事が推定され、その作用機序について現在検討中である。

2） 実験的顔面神経障害に関する電顕的研究 —Ca拮抗剤などの影響について—

藤林慶子，稲福　繁，瀧本　勲[1]，木村　勝[2]

1 愛知医科大学耳鼻咽喉科　2 愛知医科大学解剖学I

実験的顔面神経障害の作成には，従来，血管収縮剤の茎乳突孔への注入や茎乳突孔出口における同神経の結紮などが行われている。

今回，我々はモルモットの顔面神経を茎乳突孔出口において，細血管結紮用クリップを用いて結紮し，結紮部より末梢側の神経を経時的に透過電顕で観察した。

主な微細構造的変化は，Schwann細胞ではミトコンドリアの膨化およびミエリンの乱れなどがみられ，軸索ではミトコンドリアの膨化などがあった。

以上の所見に加え，これら結紮による微細構造変化におよぼすCa拮抗剤などの影響についても報告する。

3）顔面神経伝達速度について

戸島　均、菊池　章、市毛明彦、稲村博雄、小池吉郎

山形大耳鼻科

運動神経伝達速度は、四肢については日常行なわれているが、顔面神経については普通誘発筋電図の潜時、振幅などのみで、伝達速度測定は行なわれていない。今回、我々は、顔面神経下顎縁枝の伝達速度を計測し、若干の知見を得たので報告する。

〔方法〕　対象は顔面神経外来受診者である。

まず、導出電極として、同心針電極をオトガイ筋に刺入する。顔面神経は、耳介下部で本幹を刺激し、次に、下顎角下方で、最も良く誘発筋電位が得られる部位で刺激する。刺激はsupramaximal stimulationよりさらに10mA大きい矩形波を与えた。得られた2つの誘発筋電図から潜時差を計測し、2つの刺激部位間の距離とから、伝達速度を計測した。

〔結果〕　顔面神経伝達速度は、正常側では40～60m／secであった。

以上とともに、ENoG値との比較も行い報告したい。

4）側頭骨外顔面神経の機能的分布 －術中誘発筋電図法による検討－

○木谷　伸治　　丘村　　熙　柳原　尚明

愛媛大学・耳鼻科

側頭骨外顔面神経は顔面神経叢と呼ばれる複雑なnet-work形成をなしている。Rice・Davisらの分類法をみるまでもなく，その分岐は多岐にわたり，このことが耳下腺手術時に顔面神経の処理を困難にしている。今回，演者らは術中誘発筋電図法を用いて，側頭骨外顔面神経分枝の機能的分布を検討したので，その概要を報告する。対象は耳下腺摘出術例ならびに選択的顔面神経部分切除例で，顔面神経の本幹および分枝を直接電気刺激し，前額部，眼輪部，上口唇ならびに下口唇に設置した双極針より誘発筋電図を記録した。その結果，側頭骨外で顔面神経は本幹より原則として上下二枝に分岐するが，両枝はそれぞれ顔面上半分および下半分を優位に支配するものの，上下枝間に交叉繊維の存在も認められた。なお，各顔面筋支配枝の機能的分岐は第3次分岐以降明瞭になる。

5） モルモット眼輪筋の神経一筋接合部の再生過程について
—誘発筋電図及び走査型電子顕微鏡による観察—

○村上　信五　柳原　尚明*　丘村　煕*

十全総合病院耳鼻咽喉科
愛媛大学医学部耳鼻咽喉科*

モルモットを用い，側頭骨外顔面神経を切断，直ちに縫合して眼輪筋の神経一筋接合部(Neuromuscular Junction)の再生過程を電気生理学的及び形態学的に観察し比較検討した。側頭骨外顔面神経本幹を切断，直ちに縫合した場合，約5週間で眼輪筋は動くようになる。したがって5週目より1週間毎に，今回は9週まで観察した。誘発筋電図は神経縫合部より中枢側に双極刺激電極をおき，定電圧刺激装置を用いて，眼輪筋に双極針を刺入して筋電位を導入した。その後眼輪筋を摘出し，3％グルタールアルデヒド，2％オスミウム酸にて固定した。そして8規定塩酸にて筋線維間の結合組織を除去して，走査型電子顕微鏡で神経一筋接合部の観察を行なった。

6） 顔面神経手術時の神経螢光所見

隈上　秀伯　　中尾　善亮

長崎大耳鼻科

顔面神経の減荷手術時にフルオレサイト（眼底螢光撮影用）を静注し，神経幹の螢光を観察したので報告する。

症例は側頭骨外傷例，中耳炎による例およびベル麻痺について観察したが，外傷例および中耳炎例では螢光が強いものが治癒までの期間も早く予後も良好であったが，螢光が非常に少ない例でも予後は比較的良好であった。一方，ベル麻痺例では螢光がみられても必ずしも予後は良好とは限らず，外傷例と比較するとベル麻痺の病態の差異が伺われた。

7） 膝神経節刺激法（方法及び正常値について）

田中 博之

横浜市

現在施行されている末梢性顔面神経麻痺に対する電気生理学的検査は全て病変部より末梢で施行されている。そこでより早く正確なデータを得るために，病変部位又は極く近傍である膝神経節での刺激を試みた。対象には中耳手術の際顔面神経の位置を確認する必要のある患者で術前麻痺のなかった患者を撰んだ。刺激にはHilgerの刺激装置に試作した電極を組み合せ単極刺激で行いNET同様顔面筋の痙攣にて判定した。結果として次のことが判明した。①膝神経節部の骨の欠損の有無，又覆っている骨の厚さに全く関係なく必ず反応が得られる。②反応を得るための最小電流値は0.30~0.50mAで安定した値であった。③全例例外なく先づ顔面の下半分が痙攣を起し約0.10mA増強すると顔面全体の痙攣が得られ，更に増強させると耳小骨筋反射が得られた。④検査後顔面神経麻痺を起した症例はなかった。以上の結果より撰択された症例に対し他の電気生理学的検査で判定不能の早期に病変部位及び予後の判定，手術の要否，手術範囲及びアプローチの決定等に使用出来る検査法と考えられた。

8） 小脳橋角部手術における術中顔面神経誘発筋電図モニター

○大平貴之，戸谷重雄，塩原隆造，中村芳樹，神崎 仁*

慶應義塾大学医学部脳神経外科，*同 耳鼻咽喉科

聴神経腫瘍をはじめとする小脳橋角部手術において顔面神経の保存をより確実にするために，術中顔面神経直接刺激による誘発筋電図の記録を行った。方法は前回の本学会にて発表した通りである。今回，聴神経腫瘍を中心に10例以上の小脳橋角部腫瘍手術で本法を試みたので，その結果を中心に発表する。

本法により，大腫瘍において，小脳橋角部腫瘍表面での顔面神経の位置確認が容易となり，内耳道内では，顔面神経と第Ⅷ神経との区別が可能であった。又，形態的に保存された顔面神経の機能的保存の術中確認が可能であったが，術後の顔面神経機能予後とは必ずしも対応しない症例を認めた。

9） 顔面神経麻痺患者の涙液排泄機能検査の試み

加藤真子，井野千代徳，牛呂公一，山下敏夫，熊澤忠躬，西山　豊*

関西医科大学耳鼻科教室，関西医科大学放射線科教室*

顔面神経麻痺患者において，流涙現象は，頻々認められるものである。この現象は，眼輪筋の運動障害による涙液排泄機能の低下，或いは，兎眼による刺激での涙液分泌過多等がその原因と考えられている。

そこで，我々は，顔面神経麻痺患者における流涙現象を解明する目的で，今回はまず，眼輪筋麻痺による涙液排泄機能を定量的に測定することを試みたので報告する。

方法は，10$\mu\ell$の^{99m}Tcをマイクロピペットで両眼に点眼し，その直後より，R.I.の動態を約15分間にわたり調べた。

正常者は，点眼後すみやかにR.I.は，内眼角，涙嚢に集まり，その動態に左右差は殆んどなかった。一方，顔面神経麻痺患者においては，R.I.の動きは低下し，完全麻痺患者においては，R.I.は殆んど停滞した状態であった。

10)^{99m} Tcによる唾液分泌機能と味覚及び涙腺分泌機能検査の検討

田中　正美，池田　稔，関本　邦彦，佐藤　幸光*，冨田　寛

日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室

＊日本大学板橋病院放射線科

顔面神経麻痺症例における顎下腺分泌機能検査は，麻痺の障害部位診断のみならず，麻痺の予後診断にも有用な検査法として知られる。しかし，やや煩雑な手技とそれに要する検査時間の点で若干の問題がある。

最近，そのような問題点を解決する方法として，^{99m} Tcを用いた顎下腺分泌機能検査が，顔面神経麻痺症例で施行され，主にその予後診断に対する有用性の点が検討されてきている。また，一部の症例で耳下腺分泌機能異常が同時に認められることも報告されている。

今回我々は^{99m} Tcによる顎下腺及び耳下腺分泌機能と，味覚検査及び涙腺分泌機能検査の結果を比較検討した。前者の比較により，^{99m} Tcが鼓索神経機能異常をどの程度よく反映するものかが検討され，また後者の比較により，crocodile tearの原因に対する考察が試みられた。

11) 顔面神経の単純ヘルペスウイルス感染モデル

石井甲介*，倉田　毅**，野村恭也*

東大耳鼻科*，東大医科研病理**

血清学的検索の普及により，ベル麻痺の発症にウイルス感染が深いかかわりを持つことが解明されつつある。最近では特に単純ヘルペスウイルスの関与が注目されているが，新鮮な病理標本を得ることは不可能である。そこで我々は単純ヘルペスウイルス１型（HSV－１）をモルモットに接種し，その顔面神経の病理学的変化を検索した。

Hurtley系モルモット（200～250gr）の鼻粘膜，舌，顔面筋にHSV－１型（トミオカ株，9.2×10^7 *pfu/mℓ* 原液）のウイルス溶液を接種し，接種後 cyclophosphamide を 150 *mg/kg* を１回ないし２回腹腔に注射し，以後順次屠殺し，顔面神経，三叉神経，脳幹，鼻粘膜，舌及び顔面筋を摘出，10％緩衝ホルマリン固定後，パラフィン包埋，連続切片を作製し，蛍光抗体法及び，酵素抗体法にて各組織を観察した。接種した各局所組織では強い炎症所見が見られ，顔面神経，三叉神経，及び脳幹にも炎症細胞の浸潤が見られた。また各神経のシュワン細胞，神経節細胞及び，脳幹の各神経核神経細胞に一致してHSV抗原が認められた。

12) Bell麻痺における単純ヘルペスウィルス感染の検討

池田　稔，大森英生，奥野　仁，内村久美子，
鶴町昌之，冨田　寛
日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室

Hunt症候群およびzoster sine herpete は，その原因が水痘帯状疱疹ウィルスの感染にあることはよく知られており，急性末梢性顔面神経麻痺の原因として，ウィルス感染がひとつのおおきな位置を占めることは疑いがない。また最近，Bell麻痺症例の多くで，単純ヘルペスウィルスの血清抗体価が上昇していることから，その原因であると指摘する報告がみられる。

本論文の目的は，Bell麻痺例において単純ヘルペスウィルス抗体価の有意の変動がどの程度認められるか，また，他の臨床検査結果をも考慮して，単純ヘルペスウィルスがどの程度Bell麻痺に関与すると推測されるかを検討することにある。

13) ヘルペスを伴わない特発性顔面神経麻痺のウィルス学的検討

○石田　孝，朴沢　二郎，鎌田　重輝
弘前大耳鼻科

特発性顔面神経麻痺の原因の一つとして，ウィルス感染があげられ，種々の報告がなされている。

特に，単純ヘルペスウィルス，水痘帯状疱疹ウィルスが注目されているが，今回われわれは，ヘルペスを伴わない特発性顔面神経麻痺症例における両ウィルスのIgG抗体，IgM抗体を測定し検討を行ったので報告する。

対象は，昭和５７年７月から６０年３月まで弘前大学耳鼻科を受診した症例で，ウィルス学的検討を行った４２例である。

結果，単純ヘルペスウィルスについては，補体結合反応において変動を示さないにもかかわらず，IgG抗体の変動を示す例が認められた。しかし，IgM抗体価については，ほとんど変動を示さなかった。顔面神経麻痺症例の診断においては，単純ヘルペスウィルスの補体結合反応のみならず，IgG抗体価の検索が臨床的に有用と思われた。

14) ベル麻痺とハント症候群のビールス抗体価

菊池　章，鈴木八郎，横田雅司，市毛明彦，川合正和
戸島　均，小池吉郎
山形大学医学部耳鼻咽喉科

ベル麻痺とハント症候群の鑑別は必ずしも明確ではない。我々はこれまで500例余の末梢性顔面神経麻痺症例を経験した。この中で、ペア血清を採取できた症例、ベル麻痺９５例、ハント症候群２６例についてビールス抗体価を中心に検討したので報告する。

発症初期ＥＮｏＧ値平均はベル麻痺群３３%、ハント群１７%、発症後２箇月以内に回復した予後良好例はベル麻痺群５６例（59%）、ハント群１１例（42%）とベル麻痺群の方が軽症例が多かった。ビールス抗体価の有意の上昇をみたものはベル麻痺群10例（11%）、ハント群3例（12%）であった。従来の報告と比較して、特にハント症候群において抗体価上昇を示す頻度が低かった。

15） 末梢性顔面神経麻痺の背景因子の検討 －ウイルス，耐糖能，サルコイドーシスとの関連について－

川井田　政弘，　神崎　仁，　岡本　亮二*，　小川　郁*

慶応義塾大学医学部耳鼻咽喉科学教室，　静岡赤十字病院耳鼻咽喉科*

急性突発性の末梢性顔面神経麻痺のうち、原因のはっきりしないBell麻痺と耳帯状疱疹などを伴うHunt 症候群を経験することが多いが、今回、血清ウイルス学的にEBウイルスの再活性化を認めたもの3例と、典型的な耳帯状疱疹を伴わないにも拘らず、水痘帯状疱疹ウイルスの再活性化を認めたもの2例を経験したが、このうち1例はGTT にて境界型を示す耐糖能異常を伴った。さらにサルコイドーシスの経過観察中に一側の顔面神経麻痺と内耳神経症状を伴った1例を経験した。

Bell 麻痺については、従来からウイルス感染の関与が指摘されているが、この中にEBウイルスや水痘帯状疱疹ウイルスの再活性化による耳帯状疱疹を伴わぬ sine Herpes 型のHunt 症候群が含まれる可能性が考えられた。また、糖尿病性神経障害の一症状としてとらえることができるものやサルコイドーシスに起因するものなどが存在すると考えられ、治療方針や予後判定の為にも、これらの背景因子についての検索が必要と思われる。

16） 病的共同運動の評価 －新しい評価法による－

○中村光士郎

愛媛大学・耳鼻科

顔神麻痺の後遺症にはいくつかあるが，なかでも病的共同運動はその代表的なものといえる。しかし，この後遺症の評価法に関する報告は少ない。これに対して，我々は新しい評価法を考案し，前回の本研究会において報告した。この方法は3種類の表情運動（前額皺寄せ，弱閉眼及び口笛運動）を行なわせた時に生ずる各種の病的共同運動の項目数をチェックし，各運動に対する採点を一定の判定基準に沿って行ない，その総点数を求め，項目数と総点数から病的共同運動のgradeを決めるものである。

今回，病的共同運動を認めた53例について，本法を用いた評価を行なったので，その結果を報告する。

17）病的共同運動の評価法の検討

福田郁夫，兵　典子，大城和夫，入谷　寛，
津田恵子，西村善彦，湊川　徹
兵庫医科大学耳鼻咽喉科教室

病的共同運動は，再生神経線維の misdirection によるものとされており，臨床上顔面神経麻痺の後遺症の中で最もしばしば遭遇するものである。後遺症と麻痺の治癒状況及び治療法との関係を論ずる際，後遺症の評価法は必要であろう。しかし，後遺症に対する評価法に関して種々の意見が述べられてきたが統一されるにはいたっていない。前回の第7回顔面神経研究会において中村等（愛媛）は，後遺症の中の異常共同運動の評価法を提案した。今回我々は，この評価法に基づいて検討を行ったところ若干評価法に困難を生ずる場合もあると思われるので我々の見解をまじえて採点を試みた。

18）異常共同運動に対する評価の試み

木西　實、谷　光毅、高原　哲夫、星野　鉄雄、石田　春彦、
細見　英男
神戸大学耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺の回復過程で生ずる後遺症について当科では、1.異常共同運動、2. crocodile tear、3.けいれん様運動、4.自覚症の有無を記載している。このうち異常共同運動の一指標として、口笛運動と安静時の患側眼裂幅をそれぞれ計測し、両者の比を求めている。

異常共同運動をさらに詳細に評価するため、前額作皺、軽閉眼、口笛運動を行った際に生ずる異常共同運動を10症例について調査したところ、1.前額作皺時におこる口角挙上運動、2.軽閉眼時におこる口角挙上運動、3.口笛運動時におこる前額作皺と閉眼運動が多く認められた。

今回の調査結果から、異常共同運動の観察項目を上記4項目として、それぞれの異常共同運動の程度を3段階に評価する方法を行ったので、顔面運動採点との関連につき報告する。

19） 顔面神経麻痺後遺症の評点法による評価

○村田清高，西本　力

近畿大耳鼻科

顔面神経麻痺について，長期経過後の後遺症の有無を検討した。昭和50年4月29日より同59年5月4日までに近畿大学医学部耳鼻咽喉科に来院した顔面神経麻痺は374例である。

そのうち1年以上経過したもの219人に手紙を出し，来院した64人について詳しく検討した。その詳細な集計は別演題の如くである。

眼輪，前額，口輪，頸部の諸筋間のmisdirection，麻痺後の拘縮，痙攣，ワニの涙，耳鳴・聴力低下などを3段階に分け0, 1, 2点を配点し，これを合計したものを後遺症の評価点とした。この評価点の5段階化，治療法その他による差，misdirection相互間の関係などを相関係数，回帰直線，因子分析，重回帰分析，数量化理論Ⅰ，Ⅱ類などを用いて解析した。

後遺症の評価点を5段階化できること，misdirections相互間，misdirectionと麻痺発症直後1~8週間の評点値の間には軽度の有意の相関があること，ステロイド，ATP，星状神経節遮断などの治療がこれらの後遺症の評価点に与える影響は少ないことなどがわかった。

20） 顔面筋共同運動の筋電図学的研究

窪田清己　中谷宏章　八木伸也　斎藤春雄

高知医科大学耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺不完全回復例においては病的共同運動がしばしば問題となる。一方，顔面筋は各々の表情筋間に生理的な共同運動が存在する。今回我々は特定筋間の共同運動の定量的分析を筋電図学的に検討した。

被検筋として眼輪筋と上唇鼻翼挙筋、上唇鼻翼挙筋、大頬骨筋、口輪筋、および広頚筋の組み合わせを選び検討した。筋電図は微小表面電極を用いて記録し、定量的分析のために筋電図原波形をＡＣ－ＤＣ変換し、台形波の波高を筋力として分析した。

正常人20例に実験を行った結果、眼輪筋・上唇鼻翼挙筋間、および大頬骨筋から眼輪筋にはかなりの共同運動があり、眼輪筋から口輪筋、および広頚筋から眼輪筋には約半数に軽度の共同運動が認められ、眼輪筋から大頬骨筋、眼輪筋から広頚筋、および口輪筋から眼輪筋にはほとんど共同運動がないことがわかった。

また顔面神経麻痺不完全回復例につき同様の検査を行った結果を提示する。

21） 長期観察による病的共同運動について
—— 積分筋電図による ——

○森　弘，岩永迪孝，中村　一，由井正剛，蔦　佳明

北野病院耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺の回復過程に認められる顔面表情筋の病的共同運動を，長期間積分筋電図により分析した結果を述べる。観察対象は，1973年1月より1982年12月までに北野病院耳鼻咽喉科に来院した顔神麻痺1694例の中から，長期観察が行えた50例である。積分筋電図によると，顔神麻痺発症より3〜4ケ月目頃より病的共同運動を記録することができる。病的共同運動がもっとも強くなるのは，顔神麻痺発症より1年ないし3年までの間に多い。病的共同運動は最強値の平均と，その後に記録される最終値の平均を各項目で比較すると，t検定により1%以内の危険率で有意に最終値の減少を認める。同じく，病的共同運動が惹起されている状況をt検定によってみると，口輪筋による眼輪筋の病的共同運動がもっとも強く，バラツキも多い。次いで眼輪筋による口輪筋，前頭筋から口輪筋の順となり，4番目として前頭筋から眼輪筋と眼輪筋による前頭筋となる。なお，病的共同運動寛解を目的としたミオナール投与例を供覧する。

22） 麻痺後遺症としての表情運動時の耳症状

西村宏子*，山本悦生**，広野喜信**

*京都三菱病院耳鼻科，**京大耳鼻科

顔面神経麻痺の後遺症としては，顔面表情筋間の病的共同運動が良く知られているが，表情筋とアブミ骨筋間にも共同運動が起り得ることは第4回本研究会で報告した。表情運動時にアブミ骨筋収縮が起ることによって，自覚的には耳閉塞感，耳鳴，難聴などの耳症状を訴える。他覚的には，表情運動時（閉眼＋イーあるいは閉眼＋ウー）の純音聴力検査での聴力低下や，インピーダンス検査での中耳コンプライアンスの変化として評価できる。

これら耳症状の自・他覚所見の相関に加えて，発生頻度と時期，経過，麻痺程度や他の後遺症との関係などについて検討したので報告する。

23） 顔面神経麻痺後遺症の調査成績

○西本　力，村田清高

近畿大耳鼻科

顔面神経麻痺の予後の多くは良いといわれている。しかし，長期間経過後の後遺症の詳細は明らかでない。このような理由から演者らは，顔面神経麻痺のうち1年以上経過した患者の後遺症について調査した。昭和50年4月29日より同59年5月4日までに近畿大学医学部耳鼻咽喉科を受診した顔面神経麻痺患者374人のうち，入院治療患者112人および昭和55年4月以降の外来治療のみの患者107人，合計219人に手紙を出し，来院した64例について後遺症の詳細を検討した。左26例，右38例，ベル麻痺39例，ハント症候群17例，外傷6例，炎症2例である。

顔面神経麻痺後の回復過程における評点値の変化，1年以上経過後の眼輪，前額，口輪，頸部の諸筋間のmisdirection，麻痺後の拘縮，痙攣，ワニの涙，耳鳴・聴力低下などを検討した。発症後60日経過後の評点値が90％まで回復した22例のうち後遺症が全く見られなかったのは8例（36％）にすぎなかった。

24） 眼球上転速度分析の予後診断的価値について

浅井正嗣，水越鉄理，渡辺行雄，麻生　伸，今村純一，
長崎孝敏，渋谷知子，寺薗公雄
富山医科薬科大学耳鼻咽喉科

瞬目時に眼球が上転するいわゆるベル現象を利用し，この眼球運動の振巾と運動速度をミニ・コンを用いて定量的分析したところ，顔面神経麻痺患者の病態を把握できることは前回の本研究会で報告した。本検査によって眼輪筋の機能を間接的に知ることが可能であるが，今回これがどの程度患者の病期，予後を判定することができるのかについて，NET，ENoG，などの検査と比較検討したので報告する。

25）顔面神経麻痺の評価
―上眼瞼速度の定量的検討を中心に―

小松崎篤、山本昌彦、原田克也、※小杉幸夫、※水田淑也、※池辺潤

東邦大学耳鼻咽喉科　※東京工業大学

顔面神経麻痺の症例で、その麻痺の程度をいかに評価するかについては、いくつかの方法が現在考えられている。一般に運動機能障害の評価では、最大運動速度の比較がパラメータの一つと考えられている。われわれは、以前より上眼瞼の速度を比較することにより、顔面神経麻痺の定量的評価をおこなってきた。

今回は、本法を利用して顔面神経麻痺後の経過を経時的に評価した結果について報告する。

＜方法・対象＞

上眼瞼に微小のマグネットを附着し、瞬目運動によって生ずる上眼瞼の変位を磁気的に測定し、瞬目運動の速度波形、および最大速度の左右差をパラメータとして検討した。

対象は、特発性顔面神経麻痺の症例65例につき、発症後の経過を観察した。

＜結　果＞

瞬目の最大速度の左右差を比較することにより、発症後の評価に有用であることがわかった。

26）末梢顔面神経麻痺の予後診断における口輪筋S－Dカーブの検討

久木元延生、生井明浩、田中正美、池田　稔、冨田　寛

日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室

急性末梢性顔面神経麻痺患者に対する電気生理学的検査法の目的は、脱神経の程度を正確に把握し、麻痺の予後を推測し、早期に適切な治療方針を決定することにある。S－Dカーブは、脱神経の程度を正確に反映する検査法として知られているが、検査時間がかかることが欠点であった。演者らは第7回当研究会において、一表情筋（口輪筋）のS－Dカーブの測定でも麻痺の予後の推測がある程度可能であることを指摘した。今回われわれは、麻痺発症2週前後の口輪筋S－Dカーブの健側、患側の差を求め、その予後診断上の有用性について検討をくわえたので報告する。

27) アブミ骨筋筋電図法による脳幹障害判定の試み

中谷宏章　八木伸也

高知医科大学耳鼻咽喉科

アブミ骨筋反射は、中枢経路が脳幹を経由するため、聴神経腫瘍をはじめとする各種脳幹障害の局所診断に用いられている。脳幹障害ではその潜時が延長すると言われている。

最近我々は、外耳道に微小電極を置き、アブミ骨筋反射を筋電図として測定する方法を試みているが、筋電図法では、インピーダンス法に比しアブミ骨筋反射の潜時が容易に得られるため、脳幹障害の判定に有効な方法ではないかと考えた。

対象として、当科外来を受診した小脳橋角部腫瘍症例中、アブミ骨筋筋電図を測定し得た11症例を用いた。その潜時を、正常例の潜時と比較検討した。

高度難聴をきたした症例では、同側刺激による反応は得られなかったが、対側刺激では比較的よく出現し、潜時の測定が可能であった。潜時の明瞭な延長をきたす症例はなかった。このことは、顔面神経が機械的圧迫に強く、かつ顔面神経障害をきたすような症例でなければ、潜時の延長はきたさないものと考えられた。

28) 末梢性顔面神経麻痺例における聴性後耳介反応の応用について　—第二報—

遠藤泰介，北條和博，相馬博志，村松良雄，中野雄一

新潟大学医学部耳鼻咽喉科学教室

われわれは，昨年の本学会において，聴性後耳介反応（PARと略す）の顔面神経機能検査法としての臨床応用について述べたが，その後，さらに症例を加え，末梢性顔面神経麻痺例における PAR について検討を加えたので報告する。

対象は，ベル麻痺44例，ハント症候群８例，外傷性麻痺５例，耳性麻痺１例の計58例である。これらについて，①麻痺の程度と PAR 出現の有無との関係，② PAR 出現例における麻痺の程度と潜時との関係，③麻痺の予後と発症早期における PAR 出現の有無との関係，④表情筋の回復過程における音響性アブミ骨筋反射と PAR の関係等について検討を行った。

29) 耳下腺内に発生した顔面神経Schwannoma 症例

○永井　みどり，林　明俊，東野　哲也，森満　保

宮崎医大耳鼻科

術前診断で耳下腺腫と考えられ，摘出標本の組織診断でSchwannoma と判明した症例を報告する。

患者は39才女性，10年前より右耳下部に示指頭大の腫瘤を自覚，徐々に増大するため当科受診した。初診時，右耳下部に3×3cmの硬い腫瘤を認めた。耳下腺造影，CT所見で耳下腺深葉の腫瘍と考えられた。

手術所見では，顔面神経幹を下方に圧排した黄色の腫瘍を認めた。顔面神経は腫瘍に密着し，一部では線維束がバラバラに腫瘍表面に広がり，被膜と神経の間の剝離が不可能であった。可及的に神経を残して摘出したが，術後右顔面の完全麻痺をきたした。

組織でSchwannomaと判明したため，2週後に顔面神経の端々吻合を行った。術後4月めで右眼輪筋の運動の改善をみている。

30) 多発性脳腫瘍が発見された末梢性顔面神経麻痺の一症例

○富山道夫※、相馬博志※、北条和博※、中野雄一※
石井鐐二※※、田中隆一※※
※新潟大学医学部耳鼻咽喉科学教室、※※同脳神経外科学教室

一般に予後良好とされるベル麻痺の中に、時に反復性、難治性の症例が散見される。それらの中には、脳腫瘍などの基礎疾患が隠されている事もあり、注意深い経過観察が必要である。今回われわれはベル麻痺として保存的治療を受け、その8年後に多発性脳腫瘍が発見された一症例を経験したので報告する。

症例は27歳女性、昭和51年6月より右末梢性顔面神経麻痺が出現し7月当院神経内科を受診した。受診時脳神経学的に右第7神経以外に異常を認めずCTも正常であり、ベル麻痺の診断にて保存的治療を受けた。しかし麻痺は徐々に進行し昭和58年12月より右難聴、耳鳴が出現し、CTにて神経鞘腫と髄膜腫を合併した多発性脳腫瘍が発見された。

31) 猫ひっかき病による顔面神経麻痺の一例

余瀬まゆみ，井上定三，西平　修，上村卓也

九州大学医学部耳鼻咽喉科学教室

猫ひっかき病は，猫にひっかかれた局所の皮膚病変と所属リンパ節腫大をきたす疾患である。今回，我々は猫ひっかき病により顔面神経麻痺を来した症例を経験したので，その臨床経過を述べるとともに若干の考察を加えて報告した。

症例は32才男性。初診時に右耳前部の腫瘤。右頸部リンパ節腫大，右末梢性顔面神経麻痺を認め，悪性耳下腺腫瘍の疑いで入院した。しかし，その数日後より耳前部腫瘤，頸部リンパ節は縮小し始め，顔面神経麻痺も次第に回復していった。入院３日目に行った耳下腺・頸部リンパ節生検で猫ひっかき病に一致する所見が得られたこと，発病前に猫からひっかかれたことが確認され，本症例は猫ひっかき病により顔面神経麻痺を来したものと考えられた。

32) 鼓膜穿刺後に発症した顔面神経麻痺の一症例

平田哲康、関谷　透、今手祐二、植木篤雄

山口大学医学部耳鼻咽喉科

急性中耳炎に対する鼓膜穿刺後に発症した顔面神経麻痺症例を経験した。

症例は４才男子、昭和５９年１２月１１日、左耳下腺炎のため某小児科にて加療、軽快。１６日、右耳痛出現、１８日近医耳鼻科受診し、右鼓膜穿刺を受けたところ、直後より右顔面神経麻痺をきたした。翌日当科紹介受診。初診時、右末梢性顔面神経麻痺（Hay's score 30/90 ）を認め、鼓膜は瀰漫性に発赤し、右外耳道後壁に穿刺によると思われる血塊付着あり。涙分泌は良好、Stapedius reflexでは右閾値上昇を認め、味覚検査は判定困難であった。即日入院、抗生剤に加えステロイド漸減投与、ビタミンＢ12、代謝賦活剤投与を開始したが麻痺の回復はほとんど見られず、誘発筋電図でも反応不明瞭なため、翌年１月８日（第２２病日）、顔面神経減荷術を施行した。鼓索神経は腫脹状を示し部分的にtearを認め、顔面神経水平部の骨は欠損し、上鼓室からincudostapedial joint にかけて肉芽で覆われていた。１月１９日頃より前額筋の回復が認められ２か月後には完全回復となった。

33） 抜歯が誘引と思われた顔面運動障害の１例

蔦　佳尚，加藤真子，井野千代徳，岩野　正，熊沢忠躬

関西医科大学耳鼻咽喉科

抜歯によって顔面神経麻痺が誘発されることもありうるとされているが，今回，左上顎犬歯抜歯後，同側顔面痙攣，反対側に顔面神経麻痺をきたした興味ある症例を経験したので，文献的考察を加えて報告する。症例は，55才女性で，某歯科にてリドカイン局麻後，左上顎犬歯の抜歯を受け，翌日より左顔面痙攣，右顔面神経麻痺をおこし，当科に受診した。初診時，NET，EGM等で特に左右差はなく，当科で施行しているＲＩ唾液腺機能検査でも，顎下腺，耳下腺とも左右差は認めなかった。又，患者は，糖尿病にて加療中で当科初診時の空腹時血糖値は，256 *mg／dl* であった。治療は，初期において抗生剤の投与，その他 Vit B_{12}，ＡＴＰ等ですみやかに両側顔面運動障害は，完治した。

34） 脳腫瘍手術後の顔面麻痺についての一考察

小林武夫　　石井甲介

中央鉄道病院耳鼻科　　東大耳鼻科

私達の顔面神経外来では脳外科医より手術後に認められた顔面麻痺について意見を求められることがある。1980年から1984年までの５年間に聴神経腫瘍術後の患者15例が複数の施設の脳外科より紹介され検査をうけた。このうち10例は手術時に顔面神経が重大な損傷（切断その他）をうけたことが明らかで，静的顔面矯正術や交叉神経移植，神経吻合術が準備されていた。他の５例は術者が顔面神経は解剖学的に保存された，と判断した例である。今回はこの５例を追跡してみた。これらの症例は全て術前には麻痺はないことがわかっている。

当科初診時，全５例に重症な麻痺があり，完全麻痺と思われた。筋電図検査では１例のみに微小な随意収縮を認めたが，他は全て silent であった。追跡してみると５例とも不完全ながら回復を認めた。

35） 当科における外傷性顔面神経麻痺

伊藤　修*，石井甲介*，小林武夫**

＊東大耳鼻科，　＊＊中央鉄道病院耳鼻科

外傷性顔面神経麻痺患者は，脳外科などの他科の治療が一段落ついてから耳鼻科を受診することが多く，受傷から耳鼻科を受診するまでに相当経過している場合が多い。また，受傷直後は意識障害や，顔面の腫脹などにより，顔面神経麻痺の診断が困難な場合が少くない。このため顔面神経麻痺に対する治療も遅れがちになり，手術にふみきる時期も失いがちになる。当科において最近5年間に23例の外傷性顔面神経麻痺症例を経験したが，これらの症例の種々の検査結果並びに治療方法と臨床経過との関連を検討した。また最近，両側性外傷性顔面神経麻痺を経験したので報告した。この症例は，両側とも完全麻痺であった。一側に顔面神経管開放術を行った。術後，両側とも徐々に麻痺は回復したが，手術側は非手術側に比し，明らかに良好な回復過程を示した。

36） 頭部外傷性末梢性顔面神経麻痺に対する経中頭蓋窩的減荷手術の一経験

石川　和夫，戸川　　清

秋田大学耳鼻咽喉科

頭部外傷により，右末梢性顔面神経麻痺，頭蓋底骨々折，右外転神経麻痺，右下顎骨関節突起の中頭蓋窩陥入による開口および咬合障害を来たした症例（25才，男性）に対し，受傷後，98日にして，経中頭蓋窩的に，下顎骨脱臼の整復とともに，顔面神経減圧術を内耳道入口部より膝部にかけて施行した。その結果，開口および咬合障害の改善とともに，顔面神経麻痺も徐々に回復した。これとともにアブミ骨筋反射の改善も認められ，またElectroneuronographyでは，やや遅れて反応波形の出現をみた。

この症例のもつ，顔面神経麻痺の治療に関しての教訓的な点をあげ，文献的考察を加えて報告する。

37） 外傷性顔面神経麻痺の予後について

村松良雄，北條和博，相馬博志，遠藤泰介，中野雄一

新潟大学医学部耳鼻咽喉科学教室

従来より外傷性顔面神経麻痺は重篤な外傷や意識障害を伴っていることが多く，これらの治療が優先されるために，顔面神経麻痺の発見が遅れたり，治療をあとまわしにしなければならず，予後が比較的悪いとされている。

今回われわれは，昭和50年１月より昭和59年12月までの10年間に，外傷性顔面神経麻痺で当科外来を受診した患者79例について，性別，年令，受傷側，麻痺発症時期，麻痺発症から受診までの日数，合併症状（意識障害，耳出血，難聴の程度と種類，眩暈，耳鳴など），初診時の麻痺の程度と傷害部位，X線所見，治療法，およびX線所見と手術所見との対応などを検索し，さらに，予後に対して影響を与える因子について，検討を行なったのでその大要を報告する。

38） 外傷性顔面神経麻痺に起因したと思われる顎・顔面変形症について

北川善政　橋本賢二　川口哲司　中村一彦　塩田重利

東京医科歯科大学歯学部第一口腔外科学教室

幼小児期の外傷性顔面神経麻痺が顎・顔面の成長に影響し変形を来したと思われる症例を２例経験したので、報告するとともに、動物実験を行ない興味ある知見が得られたので、その概要を報告する。症例１、１６歳男児、３歳時に交通事故に遭い、当時、骨折もなく脳波も正常であったが片側顔面神経麻痺が後遺している。顔面は非対称でオトガイは約１０㎜右側に偏位している。症例２、７歳男児、１歳時に右耳下部リンパ管腫の手術時に右側顔面神経を切断し、その後顔面神経麻痺が後遺している。顔面は非対称で、オトガイは左側に６㎜偏位している。いずれの症例も顔面非対称で中・下顔面が健側に偏位し、患側の過成長を呈している。そこで、基礎実験として幼若家兎及び幼若ラットを用い、顔面神経を切除し顔面の成長に及す影響を調べた所、家兎では麻痺側へ偏位しヒトと逆でありラットでは健側へ偏位しヒトの場合と同様であった。

39） 顔面痙攣のＡＢＲ所見

泰地　秀信　　神崎　　仁

慶応大学　耳鼻咽喉科

昭和５８年７月より昭和５９年１２月までに当院顔面神経外来を受診した顔面痙攣患者のうち、20例にＡＢＲを施行し、その波形・潜時について聴力レベルを考慮して検討した。

20例のうち２例にⅠ－Ⅴ波間隔の延長・Ⅴ波潜時左右差（0.3msec 以上）があり、ＣＴscanを行ったところ、このうち１例に小脳橋角部腫瘍を認めた。本例は29歳男性で、左小脳橋角部のepidermoid tumorであったが聴力低下等はみられず、左顔面痙攣のみを自覚症状として認めたものである。なお、ＡＢＲ正常であった残る18例にもＣＴscanを施行した。ＣＴ所見として mass setionはいずれにも認められなかったが、一例にbasilar arteryのshift、３例にbasilar arteryの蛇行がみられた。ただしMegadolichobasilar artery と思われるものはＣＴ上は認められなかった。

結論として、ＡＢＲは顔面痙攣患者における ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ検査としても有用なものと考える。

40） 顔面痙攣の原因診断における電気生理学的検査の意義

板垣晋一，中井　昴

山形大学脳神経外科

特発性半側顔面痙攣に対するMicrovascular Decompression は最も有効な治療法として確立された。したがって手術適応を決めるための正しい診断法の確立が大切である。半側顔面痙攣の診断における電気生理学的特徴について述べる。特発性痙攣 15例、症候性痙攣５例（Bell麻痺　４例，中耳真珠腫　１例）に電気生理学的検査として痙攣の放電頻度の測定，誘発筋電図および眼輪筋反射検査を行なった。特発性痙攣の異常放電頻度は症候性痙攣に比して異常に高頻度であった。誘発筋電図では特発性痙攣に電位低下を示すものが少なかった。眼輪筋反射では攣縮側の口輪筋に眼輪筋電位に同期したSynkinetic Potential が顔面痙攣の殆どの例で検出され，しかも特発性痙攣ではSynkinetic Potential の出現の不安定さと潜時の変動という特徴を示した。以上の電気生理学的特徴について検索することが半側顔面痙攣の診断に有用と考えられた。

41） 顔面痙攣に対する電気刺激治療

山本悦生*，西村宏子**，森中節子*

*京大耳鼻科，**京都三菱病院耳鼻科

顔面痙攣の治療法としては，薬物治療と外科的治療がある。強度の痙攣に対しては，手術的治療とくに神経血管減荷術（Janneta の手術）が痙攣を止める有効な方法として多く施行されている。一方，軽度の痙攣に対しては，薬物治療が主力であるが，あまり有効ではない。

最近，顔面神経の経皮的電気刺激で痙攣が抑制されることを知り，軽度の痙攣に薬物投与（トランキライザー，筋弛緩剤など）＋電気刺激治療を行い，良好な成績を得ているので，その方法を紹介する。痙攣の起っている筋肉の運動点を，原則として持続 1msec の矩形波で，域値上約10Vの強さで，1回/秒の頻度で5分間電気刺激する。これまで17例に本治療法を行い，1例では痙攣はほぼ消失し，残りの16例も痙攣の程度の軽減，発生間隔の延長が認められた。この治療法は薬物治療のみの場合よりは明らかに有効であり，痙攣を止めることは困難だが，ある程度抑制することが可能な方法である。

42） 両側同時性顔面神経麻痺

太田宗一郎，若杉文吉，湯田康正，中崎和子，
塩谷正弘，大瀬戸清茂，平良豊，
関東逓信病院ペインクリニック科

両側同時性顔面神経麻痺は非常に稀な疾患である．今回我々は，4日の間隔をおいて両側に顔面神経麻痺をきたした19歳の女性の症例を経験した．全身疾患及び中枢疾患の合併が発見されなかったので，両側同時性ベル麻痺と診断した．治療としては，星状神経節ブロックを連日行なった．治癒は後発の右側が早く，約6週間で完治したが左側は完治まで4カ月を要した．以上この症例の経時的変化を示す．

また当科における顔面神経麻痺3901例のうち，両側同時性顔面神経麻痺は18例であり，そのうちベル麻痺12例，外傷性1例，ギランバレー症候群4例，サルコイドーシス1例であった．

43) マイコプラズマ肺炎後に発症した両側性顔面神経麻痺

鹿山正人，佐橋功，高橋昭*

愛知医科大学第4内科　*現名古屋大学医学部神経内科

症例：38歳，男性。1984年8月20日発熱，咳嗽出現。胸部レ線上，右中肺野のスリガラス状陰影およびMycoplasma pneumonia(M. pn.)抗体価の上昇(HA　1,280倍)から“マイコプラズマ肺炎”と診断され，薬物治療により9月初めまでに同症状は完治した。9月6日から閉眼および発語困難となり9月10日入院。入院時臨床所見：中等度両側末梢性顔面神経麻痺，涙液分泌，味覚，アブミ骨筋反射の両側性低下。四肢の筋力およびトーヌス，深部反射は正常。知覚，自律神経障害なし。主要検査所見：寒冷凝集反応256倍，M．pn．抗体価；HA　5,120倍，　CF　256倍，髄液；細胞数8／3，蛋白47㎎／$d\ell$，M．pn．抗体価(CF)4倍。治療：prednisolone　(初期量40㎎／日)の漸減投与にて約1ケ月後には完治した。本症例の病因はM．pn．を先行感染とする末梢顔面神経への傍感染性脱髄性病変が考えられ，Guillain－Barré　症候群の範疇に属する疾患と思われた。

44) 顔面神経麻痺発症早期の電気診断所見とその推移

神崎　仁　　泰地秀信

慶大耳鼻科

顔面神経麻痺に対する外科的治療の適応は報告者によって異なっているが，Fischによれば，その頻度はそれほど多いものではない．今回ルーチン検査で行っているNETを中心に，　EN_0Gの成績も含めて，発症後2～3週間内に脱神経を示す症例がどの程度あるかを検討した。

対象は発症後2週間以内に来院し，電気診断法を施行され経時的にその変化が検討され，予后の判明しているBell麻痺150例，　Hunt症候群45例である．

①初診時にすでに脱神経を示す例はBell麻痺の8％，　Huntの11％にみられた．

②初診時Neurapraxiaであった例で発症后2W以内に脱神経を示す例はBell麻痺の5％，Hunt症候群の16％にみられた．　3W以内に脱神経を示す例はBell麻痺の8％，Huntの28％であった．

③初診時すでに脱神経を示す例を手術適応から除外し，初診以後発症後3週以内に脱神経を示す症例とNETで初診時Neurapraxiaで不完全治癒例を仮に手術の対象とできた場合の年間の手術件数はBell　2例，　Hunt　1例であった．

45) 当科における顔面神経麻痺 ——改善度と諸検査成績——

渡辺徳武，鈴木正志，黒野祐一，茂木五郎

大分医科大学耳鼻咽喉科学教室

昭和56年10月大分医科大学附属病院開院以来，昭和60年2月末迄に当科受診した顔面神経麻痺患者は64例(男27例，女37例)で，その内訳はベル麻痺38例，Ramsay—Hunt症候群12例，側頭骨々折7例，その他6例であった。当科にて加療したものは35例(ベル麻痺24例，Ramsay—Hunt症候群6例，側頭骨々折5例)で，完全回復を認めたものは21例(60%)であった。顔面神経減荷術を施行したベル麻痺2例は不完全回復，Ramsay—Hunt症候群1例は不変であった。側頭骨々折では3例に顔面神経減荷術を施行し，1例は完全回復，2例は不完全回復(1例は神経吻合術施行)であった。保存的治療を施行したベル麻痺22例中16例(73%)，Ramsay—Hunt症候群5例中3例(60%)，側頭骨々2例中1例に完全回復を認めた。顔面神経麻痺35例の諸検査結果と改善度について報告する。

46) Ramsay Hunt症候群における顔面神経麻痺の程度と予後

市毛明彦・菊池章・戸島　均・川合正和・青柳　優・小池吉郎・鈴木八郎※

※山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室
※県立中央病院耳鼻咽喉科

Ｒａｍｓａｙ　Ｈｕｎｔ症候群（以下Ｈｕｎｔ症候群）は末梢性顔面神経麻痺の疾病頻度では、Ｂｅｌｌ麻痺に次いで多い疾患である。山形大学医学部附属病院耳鼻咽喉科において、1976年10月から1985年3月までの顔面神経外来の総受診者数は703例であり、その中で、Hunt症候群の診断を受けた症例は70例である。従来、Ｈｕｎｔ症候群による顔面神経麻痺の程度は、完全麻痺で予後不良例が多いとの報告が多い。しかしながら最近不完全麻痺で予後良好例も多く見られる印象を得たので、臨床症状、顔面神経諸検査、血清学的検査と合わせて報告する。

47） 麻痺障害部位と治癒傾向についての一考察

山崎 恵三 ． 松田 俊一
福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺患者が自分の症状の治癒経過を気にするのは自然であり，また医師が予後を判定し症状の経過を明らかにし，患者に予告するのは当然のこととしても実際は難しい。予後判定の指標には，年齢，ＡＲ，NET，麻痺出現から治療開始までの期間，原因疾患，Virus感染の有無，併発症状（めまい，耳鳴etc.）の有無，基礎疾患の有無，等々が考えられるがそれで的確にいいうるかどうかというと，なお明確でない。今回我々は部位診断より麻痺障害部位と治癒傾向について一考察を加えると共に最近10年間の顔面神経マヒの疾患別，性別，左右別，年齢別頻度の解析とその傾向について報告する。

48） 側頭筋移行術による陳旧性顔面神経麻痺の治療

西村善彦，入谷 寛，藤木宏也，兵 典子，福田郁夫，岸本 勝，
津田恵子，湊川 徹，雲井健雄
兵庫医科大学耳鼻咽喉科教室

眼輪筋麻痺に対しての側頭筋移行術については上田らにより報告されている。我々は小脳橋角腫瘍や聴神経腫瘍摘出後の顔面形態を改善する目的に本法を適応した。このような顔貌形態に対する理論的に正しい治療方法は波利井らの筋移植術であろうことに疑いはないが，古典的かつ枯息的かも知れないが側頭筋移行術もまたその手技の簡便さとそれ相応の成績が得られるという長所に捨て難いものがある。本報告は眼輪筋麻痺のみへの適応だけでなく，口角の挙上や鼻唇溝の再建などを含む，弛緩した麻痺側の形態改善に適応を求めたものである。術式の細かい点を少しづつ改善しrefinement methodとして確立すれば，なお治療法としての存在の余地のある方法と思われる。

Rubinらの方法に従った上に，1）鼻唇溝より末梢を一つの面として矯正位に固定し，2）全ての固定点を縫合した後，側頭筋の折り返し点を決める，などの改良を試みた。術後側頭筋E.M.G.所見や僅かであるが筋収縮による動的改善の所見をも提示する。

49） 顔面神経吻合術症例の術後成績

○黒木幹子，　東野哲也，　永井みどり，　井手　稔，　森満　保

宮崎医科大学耳鼻咽喉科

当科において，昭和５３年３月より昭和５９年１２月までに行われた顔面神経吻合術は８例で，端端吻合が３例，神経移植が４例，副神経と吻合したものが１例である．男女各々４例で，平均年齢４３才（６～６０才）であった．原疾患別では，聴神経腫瘍１例，悪性耳下腺腫３例，良性耳下腺腫２例，顔面神経鞘腫１例，第一鰓裂嚢腫１例，外傷１例であった．術後の経過観察期間は，６か月から７年である．これらの症例の術後成績を検討した．

50）耳下腺外科における顔面神経の処理とその対策

○丘村　　熙　　柳原　尚明

愛媛大学・耳鼻科

耳下腺外科では顔面神経の処置とその対策が必要になることが多い。演者らの施設での顔面神経に対する処置の基本方針について報告する。悪性腫瘍では腫瘍の完全摘出を目的として顔面神経の全切除を原則にしている。良性腫瘍でも顔面神経に癒着している場合には切除することにしている。同神経の温存に留意しすぎると，腫瘍の完全摘出は不可能で，術後の再発は必至であると考えるからである。顔面神経を切除すると，術後必発の神経麻痺への対策が必要となる。原則的には神経移植を行う。移植神経片は大耳介神経が主であるが，必要な場合には腓腹神経も用いる。神経移植が不可能な場合には筋移行術を行っている。眼瞼には側頭筋，口角には咬筋，顎二腹筋の移行を行う。また最近では，全顔面神経移植時には早期の機能的，形態的回復をめざして，咬筋，顎二腹筋の筋移行術を同時に行っている。

51) 顔面神経減荷術の手術所見と予後

下村友佳子，田渕　哲，松山文彦，谷口郷美

神戸市立中央市民病院　耳鼻咽喉科

昭和47年より59年まで当科では32例の顔面神経減荷術を施行した。その内訳は Bell 麻痺20例，Hunt 症候群３例，外傷性顔面神経麻痺９例である。Hunt 症候群の１例に経中頭蓋窩法と経鼓室法を用いたいわゆる total decompression を行なった他はすべて経鼓室法で行なった。顔面神経減荷術の適応は完全麻痺で Maximal stimulation test（MST）の反応の欠如ないし弱いもの，また不全麻痺でも通常の経過をとらず回復が遅延するものとした。

Bell 麻痺20例のうち術後予後良好であったのは９例（45％）であった。外傷性顔面神経麻痺は９例中４例（44％）が予後良好であった。Hunt 症候群は３例とも予後不良であった。

減荷術の目的は側頭骨内において浮腫，肉芽形成，出血他で圧迫されている場合，神経鞘を露出し切開を加え，神経に対する減荷を計ることである。では手術時，顔面神経に病変がない場合この操作は無効であろうか？今回我々は減荷術の際の顔面神経の病変の位置や程度と予後の関係につき検討した。

52) 顔面神経麻痺の高気圧酸素療法

山下隆司，中田将風，渡部雄二

国立呉病院　耳鼻咽喉科

高気圧酸素療法（ＯＨＰ）は、一酸化炭素中毒を含むガス中毒，ショック，重症低酸素性脳障害，腸閉塞，網膜動脈閉塞症，突発性難聴，重症脊髄障害等に応用されている。作用機序としては，1)血漿中溶存酸素の増加の利用，2)酸素毒性の利用，3)増加した環境圧力の物理的効果の利用の３つに分けられる。Bell 麻痺およびHunt 症候群は、原因が血管痙攣であれ，ウイルス感染であれ，局所におこっている最終的な病態は神経浮腫による局所低酸素状態が神経変性を引きおこすと考えられ，ＯＨＰの作用機序1)の良い適応の１つと思われる。今回我々は，昭和57年４月より昭和60年３月まで３年間当科を受診した顔面神経麻痺104例中70例（Bell麻痺65例，Hunt 症候群５例）にＯＨＰを行なった。１日１回，2.0絶対気圧（ＡＴＡ）純酸素流量毎分15ℓ，60分吸入で行ない良好な成績を得たので報告する。

53) Bell麻痺およびHunt 症候群に対する点滴静注療法

谷　光毅、木西　實、高原　哲夫、星野　鉄雄、石田　春彦、
細見　英男

神戸大学耳鼻咽喉科学教室

末梢性顔面神経麻痺、特にBell麻痺においては、予後を左右する神経の膨化が当初約２週間続くことから、最近では初期治療の重要性が指摘されている。

今回、われわれは1984年７月から1985年２月までに当科を受診したBell麻痺およびHunt症候群の中で、発症後２週間以内に受診した新鮮例に対して、血流改善剤とステロイド剤を中心とする点滴静注療法を初診時より７日間にわたり施行した。対象症例数はBell麻痺40例、Hunt 症候群８例である。これらの症例の病状経過を観察し、ステロイド剤等の経口投与により加療した症例のそれと比較検討した。

Bell麻痺の不完全麻痺では、点滴静注群で完治に要する日数が短縮された。Bell麻痺の完全麻痺の中でＮＥＴ良好例は、点滴静注療法で全例がほぼ２ケ月以内に完治した。ＮＥＴ不良例でも回復の程度が比較的良好で、後遺症を残さずに完治した症例も認められた。

これらの検討結果を報告し、点滴静注療法の有用性について述べる。

54) 顔面神経麻痺に対する新しい治療法

○川合正和、青柳　優、鈴木八郎＊、菊池　章、市毛明彦、戸島　均、
巌　文雄、小池吉郎

（山形大学医学部耳鼻咽喉科）　（＊山形県立中央病院耳鼻咽喉科）

Stennert(1982) は顔面神経麻痺全例に対し入院にて点滴治療を行う方法を考案、この方法により治癒率96％という成績を報告した。当教室では58年11月よりこの方法に準じて治療法を施行、従来に比し良好な成績を得たので報告する。

この方法は、顔面神経麻痺に対し入院にて、６％Hydroxyethyl starch 1000㎖にステロイド剤・血管拡張剤を混注し６時間以上かけて静注、経口にてPentaxifyllineを投与、これを原則として10日、症例によってはそれ以上続けるものである。

58年11月より60年４月までの、この治療法によるBell麻痺の治癒率（顔面運動採点Ma-y－細見変法－80点以上）は発症後４ケ月の時点において87％（45／52）、６ケ月の時点で90％（47／52）であった。これは従来の治療法によるBell麻痺における４ケ月、６ケ月の時点での治癒率67％(127 ／ 185)、73％(132 ／ 181) に比し優れていた。

55) Bell麻痺72例の検討

和田好弘*　田中久夫**　鳥居智子***

聖隷浜松病院*　新潟大学耳鼻咽喉科**　とりい耳鼻咽喉科***

聖隷浜松病院耳鼻咽喉科において，昭和58年59年の2年間に，72例のBell麻痺(男38例女34例)を経験した。年令は30才台，40才台，50才台の順に多く，麻痺発症より受診までの平均日数は，3.8日であった。月別発生率に有意差はなかった。麻痺程度の判定は，3段階評点スケールを用いた。治療は，ATP，ニコチン酸を漸増し，16日間を1クールとした点滴治療を入院又は外来通院にて施行した。ステロイドは場合に応じて漸減して混入した。著明な改善が認められない症例には，点滴追加，内服治療，顔面神経減荷術を施行した。便宜上，10点以下を高等麻痺，12〜20点を中等度麻痺，22点以上を軽度麻痺とすると，初診時のScoreが低いほど治癒率が悪かった。又，性別，年令，治療開始までの日数，障害部位，入院・ステロイド使用の有無などによる治療成績の比較検討を試みた。

56) 顔面神経麻痺に対する薬剤効果の実験的検討；その3，ステロイドとメコバラミンの併用投与

○藤田　寛*　松本　康*　村上　信五**　柳原　尚明***

松山鷹の子病院耳鼻咽喉科*
新居浜十全病院耳鼻咽喉科**
愛媛大学医学部耳鼻咽喉科***

モルモットを用いて一定条件の圧迫を側頭骨外顔面神経に加え，同程度の神経損傷をおこした場合の麻痺回復過程に対する，ステロイドおよびメコバラミンの単独投与と併用投与の影響を比較検討した。瞬目反射と誘発筋電図による機能回復の検討をおこない，さらに組織学的検討を加えた。

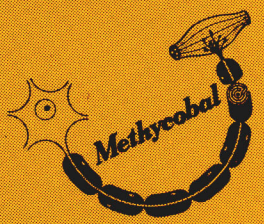
前回と前々回の顔面神経研究会においてメコバラミンの単独投与，ステロイドの単独投与の麻痺回復に対する効果を報告したが，今回はステロイドおよびメコバラミンの併用投与をおこない若干の知見を得たのでここに報告する。

MEMO

末梢性神経障害に

メチコバール®

錠500μg・錠250μg/注射液500μg





メチコバールは末梢性神経障害治療剤としてエーザイが独自の技術で合成・開発したメコバラミン製剤である。本剤は厳密な二重盲検同時比較対照法によって、末梢神経障害（糖尿病性神経炎、多発性神経炎など）に対して有効性が証明され、症状別には運動障害（歩行・起立・反射障害）、知覚障害（しびれ・異常感など）に有意の改善が認められている。

●効能・効果

末梢性神経障害
ビタミンB_{12}欠乏による巨赤芽球性貧血（注射液のみ）

●剤型

メチコバール　錠　500μg
メチコバール　錠　250μg
メチコバール　注射液500μg

※ご使用にあたっては添付文書をご参照下さい。



薬価収載

Eisai エーザイ
東京都文京区小石川4

A-L1　8603