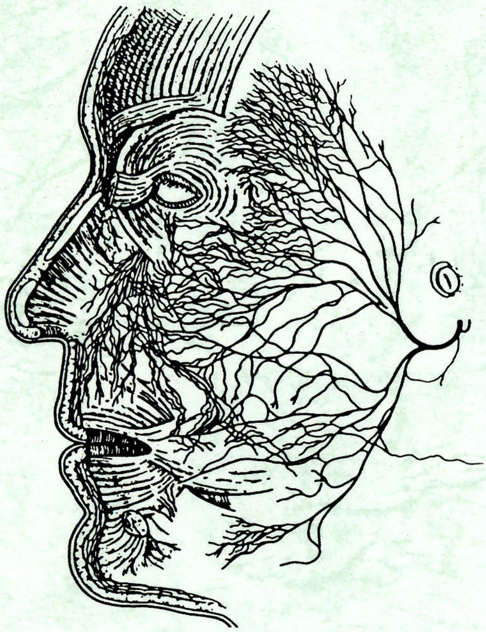
第14回 日本顔面神経研究会

プログラム・予稿集

1991年6月13日(木)～6月14日(金)
神 戸 市



Fujita T. 1934

会長 雲井 健雄

兵 庫 医 科 大 学
耳鼻咽喉科学教室

表紙画面の出典：

Fujita, T : Über die periphere Ausbreitung des N. facialis beim Menschen.
Gegenbaurs Morph Jahrb;
73, 578－614, 1934

御　　挨　　拶

第14回日本顔面神経研究会を兵庫医科大学耳鼻咽喉科学教室でお世話させて頂くこととなりました。六甲山に新緑萌えるみなづき6月、港神戸の町へ会員諸先生方をお迎えさせていただく栄誉に浴しました事を感謝し、開催のご挨拶を申し上げます。

本研究会は、耳鼻咽喉科医師のみならず神経内科、脳外科、麻酔科、基礎医学の多くを包括した、まことに学際的なユニークな専門研究会であり、1978年(昭和53年)5月11日、第1回の新潟市での研究会以来、回を重ねる事14回ということになります。1981年以来、発刊を続けている Facial Nerve Research Jpn. も国際的に高い評価をうけ、外国雑誌にも多数引用されています。

神戸の地は、服部　浩教授が昭和57年に第5回の本研究会を開催されてから実に9年ぶりであります。

恒例によりまして今年も6月中旬に会期を設定しましたが、国内、国外の学会会期のひしめき合うなかを多数のご演題応募を頂き、さらに特別講演1題、推薦講演2題のご講演を賜わることができ、充実した2日間を期待できることになりました。関係各位に衷心から厚く御礼を申し上げます。ただ、欲張って1題のご講演時間を6－7分、3－4分の十分な討論（計1題10分）を志しましたので、第2日目の午前中のみを2つの会場と致しましたことで、ご不自由とご迷惑とをお掛けする点があることをお詫び申し上げます。

今回の特別企画は、特別講演として The Royal Free Hospital, London, U.K. Department of Neurological Science の世界的に御高名な神経学の泰斗、Professor P.K. Thomas が湾岸戦争の後にも拘らずご来日頂き、〝Guidance Factots in Nerve Regeneration〟のお話を伺う事です。今後の私達の研究の発展に大いに参考となる素晴らしいご講演をうかがえるものと期待しています。

さらに来年、June 9－14. 1992 にはⅦ International Symposium on the Facial Nerve が、Professor E. Stennert 会長のもとに、ドイツの Cologne で開催されますので、その案内を兼ねて来日される Stennert 教授にも推薦講演として話して頂くほか、Uppsala 大学耳鼻咽喉科（Sweden）の Dr. Lars Jonsson にも〝Bell's palsy の gadolinium-enhanced MRI〟を話して頂ます。これに関する多くのご演題を頂戴していますので、活発な意見交換が期待されます。

研究会発足以来の質素な運営にならい、何もおもてなしは出来ませんが、多数御参会の上討議を重ねて有意義な2日間をお過しいただけたらと念願致しています。神戸の北野町の異人館街の散歩も是非お楽しみ下さい。

１９９１年6月

第14回　日本顔面神経研究会
会長　　雲井　健雄

会　場　　神戸商工会議所会館

〒650　神戸市中央区港島中町６－１

ＴＥＬ　０７８－３０３－５８２０

日　時　　１）学術講演会：平成３年６月13日（木）　9:00〜17:20

平成３年６月14日（金）　9:00〜15:00

２）特 別 講 演：平成３年６月13日（木）13:30〜14:30

「Guidance factors in nerve regeneration」

Dr. P. K. Thomas　　Royal Free Hospital, School of Medicine and Institute of Neurology, London, UK.

推薦講演Ｉ：平成３年６月13日（木）16:00〜16:30

「Transient facial nerve lesion in Bell's palsy demonstrated by gadolinium-enhanced MRI」

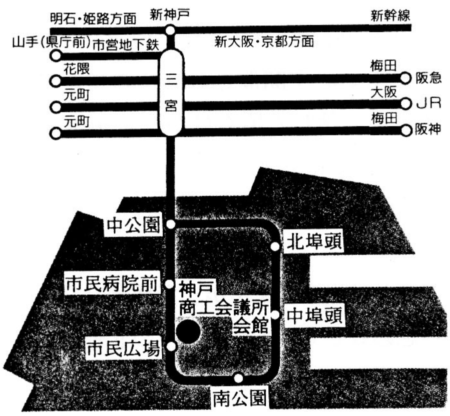
Dr. Lars Jonsson　　Departments of Otolaryngology, Uppsala University, Sweden

推薦講演Ⅱ：平成３年６月14日（金）11:30〜12:00

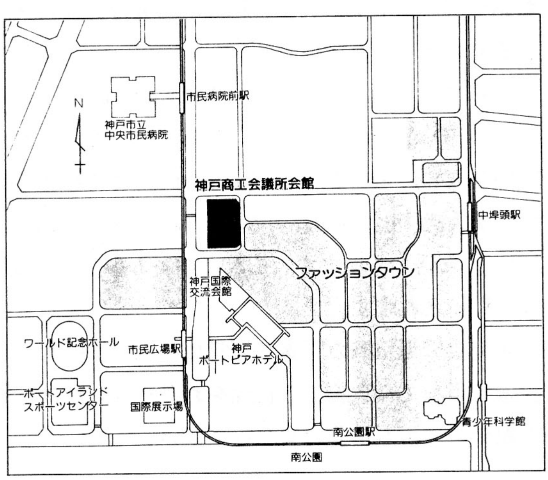
「Neurophysiological and neuroanatomical backgrounds of the hypoglossal-facial nerve anastomosis」

Dr. E. Stennert　　Professor der Universität zu Köln, Germany

- 三宮駅からポートライナーで約10分
  市民広場駅下車徒歩約３分
- 三宮駅から車で約10分
- 新幹線新神戸駅から車で約15分
- 大阪国際空港から車で約45分



会　場　地　図



学会事務局　　〒663　西宮市武庫川町１丁目１

兵庫医大　耳鼻咽喉科学教室　　ＴＥＬ　０７９８(４５)６４９３

〔学会当日〕　〒650　神戸市中央区港島中町６－１

神戸商工会議所会館　　ＴＥＬ　０７８(３０３)５８２０

参 加 者 の 方 々 へ

1．　会場費5,000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。

2．　耳鼻咽喉科関係の参加者は、認定専門医制度学術参加票を受付の時お忘れなくご提出下さい。

3．　出題者は共同演者も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 5,000円
〒173　東京都板橋区大谷口上町30－1
日本大学医学部　耳鼻咽喉科学教室
日本顔面神経研究会　事務局　　ＴＥＬ　03（3972）8111（代表）

4．　講演時間は7分以内（出来るだけ6分で御話し下さい）、ビデオ演題は7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。

5．　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、10枚以内が適当です。同一スライドを使用の場合は枚数分御用意下さい。

6．　スライドはスライド係に講演30分前までに、必ず試写をしてから提出して下さい。

7．　運営委員会は研究会第2日（6月14日）12時00分より、ホテル ゴーフルリッツ（商工会議所東隣）5Ｆ カスティーリアの間において昼食をとりながら行います。

8．　プログラム・予稿集は研究会当日御持参下さい。

学 会 日 程 表

第1日目　　6月13日（木）

8:55　9:00　10:00　11:00　12:00　13:00　14:00　15:00　16:00　17:00

第一会場	開会の辞	1群 基礎（Ⅰ） 1～3	2群 基礎（Ⅱ） 4～7	3群 基礎（Ⅲ） 8～10	休憩	4群 検査（Ⅰ） 11～14	5群 ビデオ演題 15～17	昼食	特別講演	6群 検査（Ⅱ） 18～20	7群 検査（Ⅲ） 21～25	休憩	推薦講演（Ⅰ）	8群 症例（Ⅰ） 26～30

第2日目　　6月14日（金）

9:00　10:00　11:00　12:00　13:00　14:00　15:00

第一会場	9群 症例（Ⅱ） 31～34	10群 治療（Ⅰ） 35～37	11群 臨床（Ⅰ） 38～40	休憩	12群 臨床（Ⅱ） 41～44	推薦講演（Ⅱ）	昼食	総会	13群 治療（Ⅱ） 45～49	14群 臨床（Ⅲ） 50～53
第二会場	15群 評価（Ⅰ） 54～57	16群 評価（Ⅱ） 58～62	休憩	17群 症例（Ⅲ） 63～67						

第 14 回　日本顔面神経研究会プログラム

第 1 日　平成 3 年 6 月 13 日 (木)

開会の辞　　(8 : 55〜)　　会長　雲　井　健　雄

第 1 群　基礎（I）　(9 : 00〜9 : 30)　　座長　斎藤　春雄 (高知医大耳)

(1) 実験的星状神経節ブロックが顔面神経の組織血流量に及ぼす影響
　○村川　和重, 石本　栄作, 野間　研一, 石田　克浩, 西嶌　昌子,
　石田　博厚,　(兵庫医大麻)
　湊川　徹, 入谷　寛, 伊達　和宏, 雲井　健雄　(兵庫医大耳)
　和泉　良平　(宝塚市立麻)

(2) 顔面神経束内リンパ流 (第 3 報)
　○辻田　達朗　(愛媛労災耳)
　柳原　尚明　(愛媛大耳)

(3) 脳脊髄圧上昇が顔面神経血流に及ぼす影響
　○鈴木　亨, 中島　務　(名古屋大耳)

第 2 群　基礎（II）　(9 : 30〜10 : 10)　　座長　柳原　尚明 (愛媛大耳)

(4) 冷却法による実験的顔面神経麻痺モデル 〜誘発筋電図の経時的変化〜
　○細見　慶和, 西村　俊二, 大村　文秀, 毛利　光宏, 木西　實,
　細見　英男, 天津　睦郎　(神戸大耳)

(5) 虚血性顔面神経麻痺のモデル動物 －モデル動物作成法と減荷術の効果－
　○竹田　泰三, 小桜　謙一, 斎藤　春雄　(高知医大耳)

(6) 虚血性顔面神経麻痺動物の経時的組織学的変化
　○小桜　謙一, 竹田　泰三, 斎藤　春雄　(高知医大耳)

(7) 単純ヘルペスウイルス感染による実験的顔面神経麻痺に関する研究 －第 2 報－
　○杉田　俊明, 柳原　尚明　(愛媛大耳)
　藤原　康雄　(愛媛県立新居浜耳)

第３群　基礎（Ⅲ）　　(10：10〜10：40)　　　　座長　　隈上　秀伯（長崎大耳）

（８）中間神経の線維解析

○藤井まゆみ，菊池　恭三　（駿河台日大病耳）

後藤　　昇　（日大第二解剖）

（９）ＨＲＰ法を用いた家兎顔面神経細胞の観察

○中尾　善亮，松本　浩司，隈上　秀伯　（長崎大耳）

伊藤　信之　（長崎大整）

(10) 実験的顔面神経麻痺回復後の神経細胞の観察

○松本　浩司，中尾　善亮，隈上　秀伯　（長崎大耳）

伊藤　信之　（長崎大整）

休　憩　　(10：40〜10：50)

第４群　検査（Ｉ）誘発電位　(10：50〜11：30)　座長　　野末　道彦（浜松医大耳）

(11) ベル麻痺に対する三叉神経感覚誘発電位

○田中　博之　（横浜市）

(12) 磁気刺激による顔面神経誘発筋電図の記録

○大平　貴之，成高　平治，石川　真実，安心院康彦，並木　　淳，

塩原　隆造，戸谷　重雄　（慶応大脳外）

神崎　仁　（慶応大耳）

(13) 経 Stensen 管刺激による顔面神経筋電図検査

○中谷　宏章，窪田　清己，土師　知行，竹田　泰三，斎藤　春雄

（高知医大耳）

(14) 顔面痙攣患者における顔面神経のＦ波

○並木　　淳，大平　貴之，戸谷　重雄　（慶応大脳外）

道免　和久，才藤　栄一，千野　直一　（慶応大リハビリ）

第５群　ビデオ演題　(11：30〜12：00)　座長　青柳　優（山形大耳）

(15) 術中神経刺激によるアブミ骨筋の収縮
○浅井　真紀，小澤　哲夫，中村光士郎，柳原　尚明　（愛媛大耳）

(16) 顔面神経痙攣のＭＲＩ
－ＭＲアンギオグラフィーを用いた検討－
○牛呂　公一，柳田　昌宏，山下　敏夫，熊沢　忠躬　（関西医大耳）
加藤　勤，田中　敬正　（関西医大放）
山内　康雄，松村　浩　（関西医大脳外）

(17) 病的共同運動の外科治療
－選択的顔面神経頸枝切断術の経験－
○中村光士郎，小澤　哲夫，柳原　尚明　（愛媛大耳）

昼　食　12：00〜13：30

特別講演　(13：30〜14：30)
「GUIDANCE FACTORS IN NERVE REGENERATION」
Prof. P. K. Thomas, Royal Free Hospital School of Med Neurology, London, UK.
座長　高橋　昭（名古屋大神経内科）

第６群　検査（Ⅱ）瞬目反射（14：30〜15：00)　座長　小松崎　篤（東京医歯大耳）

(18) 中耳炎手術例における瞬目反射検査の検討
○宮原　広典，大野　文夫，渡辺　荘郁，古田　茂，大山　勝
（鹿児島大耳）

(19) 聴神経腫瘍における瞬目反射の検討
○坂田　義治，久保　武，松永　亨　（大阪大耳）
柳　英博　（東大阪市立中央耳）

(20) 磁気計測法を用いた顔面神経麻痺の分析
○原田　克也，吉田　友英，山本　昌彦，小田　恂　（東邦大耳）
小松崎　篤　（東京医歯大耳）

第７群　検査（Ⅲ)MRI（15：00～15：50）　　　　**座長　村田　清高（近大耳）**

(21) 末梢性顔面神経麻痺のＭＲＩ　～第２報～
○松本　康，貞本　昌規　（鷹の子病院耳）
柳原　尚明　（愛媛大耳）

(22) 顔面神経疾患のＭＲＩ
○宗田　由紀，山本　悦生，大村　正樹，水上千佳司，老木　浩之，
船曳　和雄，田辺　牧人　（神戸中央市民耳）
幸　茂男　（神戸中央市民放）

(23) Ｇｄ－ＤＴＰＡ造影ＭＲＩによる顔面神経の描出
○田中　久哉，村田　清高，石川　雅洋，田中かおり　（近畿大耳）
足利　竜一郎，石田　修　（近畿大放）

(24) ＭＲＩ用造影剤Gd－DTPAを用いた顔面神経病変部の描出（第２報）
○柳田　昌宏，牛呂　公一，山下　敏夫，熊澤　忠躬　（関西医大耳）
加藤　勤，田中　敬正　（関西医大放）
山内　康雄，松村　浩　（関西医大脳外）

(25) 末梢性顔面神経麻痺におけるＭＲＩ診断
―障害部位診断，重症度診断との比較検討―
○戸島　均，稲村　博雄，前山　裕之，青柳　優，小池　吉郎
（山形大耳）
五十嵐敬郎　（山形河北病耳）
武田　一彦　（水戸済生会病耳）

休　憩　(15:50～16:00)

推 薦 講 演　（Ｉ）　（16：00～16：30）

「Transient facial nerve lesion in Bell's palsy demonstrated by gadolinium-enhanced MRI」
Dr. Lars Jonsson, Departmens of Otolaryngology, Uppsala University, Sweden

座長　小林　武夫（ＪＲ東京総合耳）

第８群　症例（Ⅰ）　　（16：30～17：20）　　　座長　　山本　悦生（神戸中央市民）

（26）顔面神経麻痺発症後１６年後に発見された側頭骨内顔面神経鞘腫症例
〇宮口　　衛，酒井　俊一　　（香川医大耳）

（27）側頭骨内顔面神経腫瘍の２症例
〇山本　悦生，大村　正樹，水上千佳司，老木　浩之，宗田　由紀，
船曳　和雄，田辺　牧人　　（神戸中央市民耳）

（28）耳下腺内顔面神経鞘腫の一症例
〇鈴木　正志，渡辺　徳武，茶園　篤男，田中　隆博，茂木　五郎
（大分医大耳）

（29）顔面神経減荷術症例から
〇稲福　　繁，瀧本　　勲，犬塚　一男　　（愛知医大耳）

（30）耳性顔面神経麻痺９症例の検討
〇篠田　三徳，渡辺　徳武，吉村　弘之，茂木　五郎　　（大分医大耳）

第2日　　6月14日（金）

第　1　会　場

第9群　症例（Ⅱ）　　（9：00～9：40）　　　座長　天津　睦郎（神戸大耳）

（31）末梢性顔面麻痺で発症した脳幹部血管腫症例
　　○金子　賢一，安里　亮，宮田　耕志，田渕　圭作，高北　晋一
　　北村　溥之　　　　　　　　　　　　　　　　　（天理よろづ相談所耳）

（32）顔面神経麻痺を合併した結核性中耳炎の1例
　　○兵頭　政光，中村光士郎，柳原　尚明　　　　　　　（愛媛大耳）

（33）頸胸部の帯状疱疹後に発症した非定型的ハント症候群の一症例
　　○藤原　康雄　　　　　　　　　　　　　　　　　（愛媛県立新居浜耳）
　　中村光士郎，柳原　尚明　　　　　　　　　　　　　　（愛媛大耳）

（34）軟口蓋帯状疱疹によるハント症候群の1例
　　○甲州　秀治，戸島　均，青柳　優，小池　吉郎　　　（山形大耳）
　　菊池　章　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（市立酒田耳）

第10群　治療（Ⅰ）　　（9：40～10：10）　　　座長　西村　善彦（兵庫医大耳）

（35）フィブリン糊を用いた顔面神経吻合の基礎的研究　－組織学的検討－
　　○吉野　泰弘，伊藤　永子，石川　和夫，戸川　清　　（秋田大耳）
　　西平　茂樹　　　　　　　　　　　　　　　　　　（雄勝中央病耳）

（36）外傷性顔面神経麻痺（側頭骨外）の治療経験
　　○田中　嘉雄，田嶋　定夫，今井啓介，辻口幸之助，梅林　美栄
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（大阪医大形成）

（37）神経血管柄付遊離筋肉移植術の長期観察例の検討
　　○上田　和毅，波利井清紀，山田　敦，朝戸　裕貴　　（東大形成）

第11群　臨床（Ⅰ）　（10：10 ～10：40）　座長　神崎　仁（慶応大耳）

（38）経迷路聴神経腫瘍摘出術後の顔面神経麻痺

○橋本　省，稲村　直樹，桜田　隆司，豊嶋　勝，小池　修治，
高坂　知節　（東北大耳）

（39）低電流刺激誘発筋電図モニターによる聴神経腫瘍摘出例の術後顔面神経機能回復について

○横山　徹夫，龍　浩志，植村　研一，西澤　茂，
杉山　憲嗣，下山　一郎，山本　俊樹，村木　正明　（浜松医大脳外）
野末　道彦　（浜松医大耳）

（40）片側顔面痙攣に対する微小血管減圧術後の遅発性顔面神経麻痺

○黒木　亮，板垣　晋一，中井　昴　（山形大脳外）

休　憩　（10：40～10：50）

第12群　臨床（Ⅱ）　（10:50～11：30）　座長　瀧本　勲（愛知医大耳）

（41）急性末梢性顔面神経麻痺における循環血中の凝固動態の検討

○久木元延生，池田　稔，河本　英敏，大塚　健司，久我むつみ，
向井　康朗，冨田　寛　（日本大耳）

（42）急性末梢性顔面神経麻痺の血清ボレリア抗体の検討

○池田　稔，久木元延生，大森　英生，中里　秀史，久我むつみ，
冨田　寛　（日本大耳）
川端　眞人　（日大臨床病理）

（43）ＰＣＲ法を用いたハント症候群からの水痘帯状疱疹ウイルスＤＮＡの検出

○川嵜　良明，荻野　敏，松永　亨　（大阪大耳）
岡田　益明　（大阪警察病院耳）
山西　弘一　（阪大微研麻疹部門）

（44）ハント症候群と多発性脳神経障害について

○中井川　弘毅，杉田　麟也　（順天堂浦安病院耳）
神山　洋一郎，白石　正治　（順天堂浦安病院麻）

推薦講演　（Ⅱ）（11：30〜12：00）

「Neurophysiological and neuroanatomical backgrounds of the hypoglossal-facial nerve anastomosis.」

Prof. E. Stennert, Abt. für HNO, Universität zu Köln, Germany

座長　小池　吉郎（山形大耳）

昼　食　（12：00〜13：10）

総　会　（13：10〜13：30）

第13群　治療（Ⅱ）　（13：30〜14：20）　座長　海野　徳二（旭川医大耳）

（45）妊娠中に発症した顔面神経麻痺症例の検討

○前山　裕之，戸島　均，稲村　博雄，青柳　優，小池　吉郎（山形大耳）

鈴木　八郎（山形県立中央耳）

（46）顔面神経麻痺に対する大量ステロイド療法（続報）

○小池　修治，橋本　省，桜田　隆司，豊嶋　勝，石垣　元章，

高坂　知節（東北大耳）

（47）妊娠・産褥期の顔面神経麻痺の治療成績

○木西　實，細見　英男，西村　俊二，細見　慶和，天津　睦郎（神戸大耳）

（48）糖尿病を合併した顔面神経麻痺患者に対するステロイド大量静注治療施行時の管理

○寺岡　優，木西　實，西村　俊二，細見　慶和，高雄　真人，

天津　睦郎（神戸大耳）

（49）Stennert 法施行後ＳＩＡＤＨを併発した外傷性顔面神経麻痺の一症例

○牧上久仁子，余田　敬子，新井　寧子（東京女子医大附属第二病院耳）

菊池　尚子（北総白井病院耳）

第14群　臨床（Ⅲ）　（14：20〜15：00）　座長　本庄　巖（京大耳）

（50）幼小児（５歳以下）ベル麻痺の治療成績

○金谷　久美，細見　英男，木西　實，西村　俊二，細見　慶和，

高雄　真人，天津　睦郎（神戸大耳）

(51) 乳幼児の顔面神経麻痺症例の検討

○稲村　博雄，戸島　均，斉藤　修，前山　裕之，青柳　優，
小池　吉郎　（山形大耳）
鈴木　八郎　（山形県立中央耳）

(52) ＰＧＥ$_1$が奏効した小児 Ramsay-Hunt 症候群の１症例

○福井　聡，小林　澄子，白石　正治，長谷　浩吉，神山洋一郎
（順天堂浦安麻）
杉田　麟也　（順天堂浦安耳）

(53) Moebius 症候群の１例
—電気生理学的検査による顔面神経および脳幹機能評価—

○野呂　浩史　（国立療養所八雲神経内科）
若井　周治　（札幌医大小児）

第 2 会 場

第15群　評価（Ｉ）　（9：00 ～ 9：40）　座長　大山　勝（鹿児島大耳）

(54) 軌跡撮影による顔面表情運動の客観的評価法

○小澤　哲夫，杉田　俊明，中村光士郎，柳原　尚明　（愛媛大耳）

(55) モアレ縞パターンによる顔面神経麻痺の評価

○前田　学，井口　郁雄，川上晋一郎，木下　心，増田　游
（岡山大耳）

(56) モアレ法による乳幼児顔面神経麻痺の評価

○井口　郁雄，前田　学，川上晋一郎，頼實　哲，増田　游
（岡山大耳）

(57) Burres による顔面表情運動の評価

○下野　俊哉，服部　紀子　（愛知医大リハビリ）
瀧本　勲　（愛知医大耳）

第16群　評価（Ⅱ）　（9：40～10：30）　座長　冨田　寛（日本大耳）

(58) 虚血性顔面神経麻痺動物モデルにおける Single Fiber Jitter 値の測定
○伊達　和宏，里見　文男，岸本　麻子，入谷　寛，西村　善彦，
湊川　徹，雲井　健雄　（兵庫医大耳）

(59) ベル麻痺，ハント症候群，無疹性ハント症候群の予後比較
○塩谷　正弘，湯田　康正　（関東逓信ペインクリニック）
若杉　文吉　（慈恵医大麻）

(60) 末梢性顔面神経麻痺の予後判定（多変量解析を用いた予後因子の検討）
○高橋　馨子，中島　久美，岡田　智幸，竹山　勇　（聖マリアンナ医大耳）

(61) 高度顔面神経麻痺症例に対する手術施行成績の検討
○安村佐都紀，伊東　宗治，麻生　伸，浅井　正嗣，渡辺　行雄，
水越　鉄理　（富山医薬大耳）

(62) 星座座標表現による顔面神経麻痺の予後推測
○湊川　徹，西村　善彦，雲井　健雄　（兵庫医大耳）

休　憩　（10:30～10:40）

第17群　症例（Ⅲ）　（10：40～11：30）　座長　森　弘（北野病院耳）

(63) ボツリヌス注射療法が著効を示した抗精神病薬による眼瞼痙攣の1症例
○久世　照五，畠山　登　（富山医薬大麻）
柴田　良子　（富山医薬大精神）

(64) Werner 症候群と表情異常
○森　省三郎，佐橋　功，衣斐　達，田代　伯為，中尾　直樹，
満間　照典　（愛知医大4内）

(65) Melkersson－Rosenthal 症候群の4症例について
○竹内　直信，菅澤　恵子　（東大耳）
小林　武夫　（ＪＲ東京総合耳）

(66) 両側性末梢性顔面神経麻痺のみを呈した特発性多発性脳神経炎の1例

○渡辺　幸夫，大久保　満，丹羽　豊郎　（大垣市民内）

(67) 片側性，交代性および両側性顔面神経麻痺症例の検討

○今村　洋子，馬場園真樹子，大野　文夫，古田　茂，大山　勝

（鹿児島大耳）

特別講演

GUIDANCE FACTORS IN NERVE REGENERATION

P.K. THOMAS, Royal Free Hospital School of Medicine and Institute of Neurology, London, UK.

Developments in neurobiology are currently improving the understanding of the factors involved in the guidance of regenerating axons following nerve injury. After focal crush or freezing injury (axonotmesis of Seddon), recovery is characteristically good. This has been attributed to guidance by the persisting endoneurial connective tissue sheaths which have been considered to conduct the axons back to their former terminations at the periphery. A recent study has shown that at the site of the crush or focal freezing injury, regenerating axons stray into neighbouring Schwann cell tubes so that the quality of recovery is likely to depend upon the somatotopic organization of the original nerve fibres within the fascicle. If fibres having a similar destination at the periphery are grouped together, recovery will be satisfactory; if fibres with disparate terminations are intermingled, recovery will be less good. This has considerable implications for the quality of recovery in cases of Bell's palsy in which there is axonal degeneration.

If a nerve is transected (neurotmesis of Seddon) the cut ends pull apart. Providing the gap is not too great it can be crossed by regenerating axons. It has now been firmly established that there is a chemotropic influence exerted by the distal stump so that regenerating axons are attracted towards it. It is not yet established, however, whether this influence operates on the axons themselves or whether it is exerted on another cell type, such as the Schwann cell, which then provides a pathway that is followed by the axons. Some recent evidence suggests that the latter possibility may be the case. The precise conditions, both in terms of the extracellular matrix and the cells within it that are conducive to axonal regeneration, are currently being examined both in tissue culture and in regeneration chambers implanted into animals.

Once regenerating axons have reached the distal stump they grow along Schwann cell columns (bands of Büngner) within the persisting Schwann cell basal laminal tubes. The relative importance of the basal laminal tubes and the Schwann cell columns in providing a pathway for regenerating axons is currently a matter of dispute. Probably both are important.

推薦講演（Ｉ）

Transient facial nerve lesion in Bell's palsy demonstrated by gadolinium-enhanced MRI

Lars Jonsson, Mats Engström and *Karl-Åke Thuomas

Departments of Otolaryngology and *Radiology, Uppsala University, Akademiska sjukhuset, S-751 85 Uppsala, Sweden

The etiopathology of acute idiopathic peripheral facial palsy, so called Bell's palsy, remains to be elucidated. There is, however, evidence of an immunological/inflammatory response in the peripheral blood of patients suffering from Bell's palsy. Gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging (GadMRI) is to date the best imaging technique to visualize nervous tissue edema and inflammation. Therefore, in the present study, GadMRI was used to try to identify and characterize the facial nerve lesion in patients with Bell's palsy.

Material and methods

Seventeen patients, 7 female and 10 male, aged 21 to 55 years (median age 41 years), with a complete Bell's palsy were included in the study. An upper age limit had been set at 55 years and only patients with a complete palsy were included. MRI examination, with administration of intravenous gadolinium, was performed within 2 weeks after the onset of palsy with a superconductive 0.5T (Magnetom Siemens) or 1.5T magnet (Signa, General Electric). Twelve patients were followed-up after 2 to 4 months.

Results

Thirteen of the 17 patients showed enhancement of the paretic facial nerve, preferably in the labyrinthine/geniculate segment, on T1-weighted GadMRI. Increased signal intensity in this region was not demonstrated before the administration of the contrast agent. At follow-up GadMRI, 2 to 4 months after the onset of palsy, only 2 of 12 patients (all 12 whom had been positive at the first investigation) demonstrated facial nerve enhancement. In the other 10 patients, enhancement of the paretic (or post-paretic) facial nerve was not seen. The GadMRI findings could not with certainity be correlated to the grade or outcome of palsy. Enhancement on the non-affected side was not demonstrated.

Discussion

In the present study of 17 patients with Bell's palsy, GadMRI demonstrated transient facial nerve enhancement on the paretic side, mainly in the labyrinthine/geniculate segment. The results in the acute stage accord with those of other workers. This is, however, the first follow-up study to demonstrate that enhancement disappears during the disease. Enhancement on T1-weighted GadMRI indicates edema and/or inflammation. Our findings, therefore, support the theory that Bell's palsy is an inflammatory disease caused by an infectious agent.

推薦講演（Ⅱ）

NEUROPHYSIOLOGICAL AND NEUROANATOMICAL BACKGROUNDS OF THE HYPOGLOSSAL - FACIAL NERVE ANASTOMOSIS.

Eberhard. Stennert, M.D[1]., Andreas Gunkel, M.D[1], Wolfram F.Neiss, M.D[2]

1. ENT Department of the University of Cologne
2. Dept. of Neuroanatomy of the University of Cologne

Since W. Körte in Berlin first performed a hypoglossal-facial nerve anastomosis (HFA) in 1901, the indication for this surgical procedure is discussed controversially, although numerous good results have been reported in the past. Because of this international discomfort concerning the HFA, a better understanding of the physiological and anatomical background seems to be necessary.

In former investigations of the HFA - patients we could for the first time give decisive neurophysiologic evidence for the fact that normal humans have exteroceptive (100 %) and to a certain extent even proprioreceptive (63%) connections between the fifth and twelfth nerve similar to the trigeminal - facial reflex pathway. Moreover we were able to demonstrate that facial and hypoglossal motoneurons have common interneurons that are activated by trigeminal afferents.

On the other hand the follow-up of our 142 HFA - patients showed clearly that the quality of the definite functional results after this facial nerve rehabilitation strongly correlates with the extend of a mimical training.
The neuroanatomical background of this striking brain plasticity is now investigated in an extensive experimental study. Preleminary results of these investigations will also be reported.

1） 実験的星状神経節ブロックが顔面神経の組織血流量に及ぼす影響

村川和重，　石本栄作，　野間研一，　石田克浩，　西嶌昌子，　石田博厚，
湊川　徹，　入谷　寛，* 伊達和宏，* 雲井健雄，* 和泉良平 **
兵庫医科大学麻酔学教室，　耳鼻咽喉科学教室 *，　宝塚市立病院麻酔科 **

特発性顔面神経麻痺（ベル麻痺）の成因は不明であるが，主要な病態は側頭骨内での顔面神経の虚血状態と考えられ，顔面神経の栄養血管の中心は外頸動脈系とされている。こうした観点からペインクリニックでは，交感神経遮断による病変部の血行改善を目的とし，ベル麻痺症例には星状神経節ブロックを施行している。昨年の本研究会において，急性期ベル麻痺症例に対する星状神経節ブロックが外頸動脈及び総頸動脈血流量を著しく増加させ，特に顔面神経の栄養血管系である外頸動脈では約2倍に増加させることから，星状神経節ブロックがベル麻痺患者に対して極めて有効な治療法と思われることを報告した。今回は星状神経節ブロックの顔面神経への循環改善効果を検討するため，雑種成犬を対象として実験的星状神経節ブロックを施行し，電磁流量計を用いて総頸動脈血流量を，レーザードプラー組織血流計を用いて顔面神経の組織血流量を測定した。星状神経節ブロックにより，総頸動脈血流量および顔面神経の組織血流量に著しい増加がみられた結果について詳細を報告する。

2） 顔面神経束内リンパ流（第3報）

○辻田達朗　　柳原尚明 *

愛媛労災病院耳鼻咽喉科，　* 愛媛大学医学部耳鼻咽喉科教室

演者らは第13回日本顔面神経研究会において，液体窒素をモルモット中耳骨胞に注入し側頭骨内顔面神経に浮腫を起こした上で神経内に製図用インクを微量注入する実験を行い，インクの動きが神経内リンパ流によるものであり，骨性顔面神経管を開放することによってその流れが促進されることを報告した。

今回，モルモット中耳骨胞内に液体窒素を注入せず側頭骨内顔面神経内に製図用インクを微量注入し，神経内でのインクの動きを光顕微鏡下に観察した。これをコントロール群とし，液体窒素処置群との比較検討を行った。また，液体窒素処置30分後に側頭骨内骨性顔面神経管を開放した後，経時的に側頭骨内顔面神経を採取し，神経内変性の回復過程を神経横断面の Krüver Barrera 染色を用いて観察したので合わせて報告する。

3） 脳脊髄圧上昇が顔面神経血流に及ぼす影響

鈴木 亨，中島 務

名古屋大学耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の治療において，脳脊髄圧の減少ならびに顔面神経管内圧の減少を目的に，浸透圧利尿剤の投与が行われており，脳脊髄圧が顔面神経血流にどのように影響するかについては，検討すべき課題と思われる。前回の本学会において我々は，モルモットを用いて側頭骨内顔面神経の血流量について報告した。今回は，脳脊髄圧上昇時の顔面神経血流量について測定したので報告する。方法は，モルモットの大槽内に19Gの注射針を挿入し，生理食塩水を注入して脳脊髄圧を上昇させ，この時の側頭骨内の顔面神経血流量をマイクロスフェア法を用いて測定し，コントロールと比較した。コントロール群6匹12本の顔面神経血流量は，0.29±0.17μl/minであり，脳圧加圧群5匹10本の血流量は0.15±0.20μl/minであった。これらの神経を中央部で末梢側と中枢側に分け，中枢側の血流量が全体の血流量の何%にあたるかを測定したところ，コントロール群では51.5±11.8%であったのに対し，脳圧加圧群では16.3±7.4%であり，脳脊髄圧の上昇により，特に脳に近い部分の顔面神経血流の減少が著明であった。

4） 冷却法による実験的顔面神経麻痺モデル ～誘発筋電図の経時的変化～

細見慶和，西村俊二，大村文秀，毛利光宏，木西 實，細見英男，天津睦郎

神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

特発性顔面神経麻痺の発生原因については今日なお明らかではない。その病態は，顔面神経管内の浮腫であることは大方の一致するところである。われわれは冷却法を用いて実験的顔面神経麻痺のモデルを作成し，麻痺の回復過程を観察するとともに誘発筋電図を記録した。

体重約60gから90gの砂ネズミを用いた。ネンブタール麻酔下に鼓膜切開を行い，中耳腔よりDME. LPG（ジメチルエーテル加液化プロパンガス）を用いて顔面神経管を冷却した。麻酔覚醒後，瞬目運動の消失と髭運動の低下により麻痺発症を確認した。

瞬目運動と髭運動は約3から5週で回復した。経時的に記録した誘発筋電図では3週目から反応がみられた。

冷却法による顔面神経麻痺モデルの麻痺回復過程において，顔面運動と誘発筋電図はほぼ一致することが示された。

5） 虚血性顔面神経麻痺のモデル動物
—モデル動物作成法と減荷術の効果—

竹田泰三、小桜謙一　、齋藤春雄

高知医科大学耳鼻咽喉科教室

顔面神経の血管支配は、脳底動脈もしくは前下小脳動脈の分枝である内耳道動脈、茎乳突動脈、中硬膜動脈の岩様部枝（Petrosal artery）の三つの血管系によって供給されるが、顔面神経の膝状神経節周辺では、中硬膜動脈の岩様部枝が主な供給源となる。本報告では、この岩様部枝を選択的に遮断して顔面神経麻痺の発症頻度を検討すると同時に、遮断時に顔面神経減荷術を施行して、減荷術が顔面神経麻痺に及ぼす影響を検討した。なお、顔面神経減荷術の施行範囲は、膝状神経節を含めて末梢に、外側半規管を傷つけない範囲で鼓室部、卵円窓近傍まで行った。

6） 虚血性顔面神経麻痺動物の経時的組織学的変化

小桜謙一、竹田泰三、齋藤春雄

高知医科大学耳鼻咽喉科

我々の現在までの基礎実験から、中硬膜動脈の岩様部枝の血流遮断で実験的にモルモットで顔面神経麻痺を作成することができた。そこでこのモデル動物の血流遮断後の麻痺発症の経時的な変化を観察するとともに組織学的検討を行った。顔面神経麻痺は血流遮断後２、３日目頃から出現したが、処置１日目から麻痺が出現した動物では麻痺は高度で１４日以上継続した。麻痺動物では組織学的には側頭骨内で膝状神経節部より末梢の顔面神経の浮腫、膨化がみられた。また、血流遮断後に麻痺がおこらなかった動物でも一部に神経の浮腫がみられ、臨床的には麻痺には至らない神経障害がおこっていると考えられた。

このように実験的に作成した顔面神経麻痺モデル動物は、人での特発性末梢性顔面神経麻痺（ベル麻痺）と病態がよく類似し、今後の本症の研究解明に大きく貢献すると思われる。

7） 単純ヘルペスウイルス感染による実験的顔面神経麻痺に関する研究　―第２報―

○杉田俊明，藤原康雄*，柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科，*愛媛県立新居浜病院耳鼻咽喉科

現在ベル麻痺の有力な原因の１つに単純ヘルペスウイルス（HSV）感染が考えられている。しかし，ベル麻痺は生命予後が良好なために病理組織学的検討や組織培養などにより原因や神経障害機序を明らかにすることは困難である。そこで動物実験モデルの確立が望まれる。我々はマウス耳介に HSV を接種しウイルス性顔面神経炎を引き起こすことにより，潜伏期間５ないし８日間，持続期間３ないし７日間の一過性顔面神経麻痺モデルを作成し，神経線維の空胞変性や炎症細胞浸潤が認められたことを第13回日本顔面神経研究会において報告した。今回，この動物実験モデルの長期観察を行ない，さらに病理組織学的検討や免疫組織学的検討を加えたので報告する。

8） 中間神経の線維解析

藤井まゆみ[1)]・菊池恭三[1)]・後藤　昇[2)]

駿河台日大病院耳鼻咽喉科[1)]・日大医学部第二解剖学[2)]

ヒト中間神経の分布，走行について脳幹より後頭蓋窩，内耳道，膝神経節，顔面神経管まで肉眼的に研究されている． 内耳道より末梢では顔面神経内に含まれる状態となり，その横断切片標本の顕微鏡的観察がなされ，顔面神経内での局在が明らかにされているが，内耳道より中枢側の後頭蓋窩における形態については染色切片標本による中間神経の線維解析の研究報告は見つからない． 中間神経線維数については有髄線維数約3000本という報告があるが，有髄線維と無髄線維の数の割合や顔面神経（広義）内での局在はまだ報告されていない．

今回，ヒト２例の顔面神経，中間神経，内耳神経について脳幹より内耳道底まで一定間隔で横断切片標本を作成し，中間神経の線維解析を試みたので報告する．

9) HRP法を用いた家兎顔面神経細胞の観察

中尾善亮　松本浩司　伊藤信之[1)]　隈上秀伯

長崎大耳鼻科　　1) 長崎大整形外科

今回我々は、家兎の顔面筋および咬筋内に horseradish peroxidase (HRP) を注入し、脳幹における支配神経細胞の局在を観察したので報告する。

実験は体重2Kg前後の家兎を用い、HRPの注入は①顔面神経幹3匹、②眼輪筋・口輪筋・頬骨筋各2匹、③咬筋3匹に行った。注入48時間後に左心室より灌流固定を行い、脳幹を摘出し、100μの連続凍結切片を作成し、diaminobenzidine (DAB) 法による発色を行った。

顔面筋の支配神経細胞はHRP注入側の顔面神経核内でのみ観察され、三叉神経への分布はみられなかった。またこれらの神経細胞は顔面神経核内での配列の局在がみられ、眼輪筋は内側背側、口輪筋は外側腹側、頬骨筋は内側部に局在していた。咬筋の支配神経細胞は顔面神経核より吻側かつ背側にみられ、連続切片上1.8㎜の間隔であった。

10) 実験的顔面神経麻痺回復後の神経細胞の観察

松本浩司　中尾善亮　伊藤信之[1)]　隈上秀伯

長崎大耳鼻科　　1) 長崎大整形外科

末梢性顔面神経麻痺不完全治癒例には、しばしばその後遺症として病的共同運動や、拘縮等が認められる事がある。

そこで今回我々は家兎6匹を用い、顔面神経麻痺回復後の脳幹における神経細胞の局在を観察した。麻痺は側頭骨内の顔面神経を露出し、止血用ペアン鉗子にて20秒間圧迫し作製した。術後3カ月目に瞬目反射および電気生理学的に麻痺の回復を確認し、術後6カ月目に頬骨筋内に horseradish peroxidase (HRP) を注入した。注入48時間後に灌流固定を行い、脳幹を摘出し、100μm の連続凍結切片を作製し、diaminobenzidine (DAB) 法による発色を行った。回復側での頬骨筋の支配神経細胞は対象側に比して分布が広く、眼輪筋の支配神経細胞の局在部位まで散在していた。

また、瞬目反射に一致して耳介の共同運動が認められた5匹で、脳幹正中部にて網状に繊維に沿っての標識がみられた。

11)　ベル麻痺に対する三叉神経感覚誘発電位

田 中 博 之

横　浜　市

ベル麻痺の原因の一つとしてヴィールスによるpolyneuritisの考えがあり，特に三叉神経節に潜伏するＨＳＶは近年注目されている。三叉神経機能を他覚的に測定することによりベル麻痺との関連を調査した。対象はベル麻痺と診断された発病２週間以内の早期症例である。記録は刺激対側の頭皮上より導出，刺激部位は上口唇中央部の三叉神経第Ⅱ枝支配領域で感覚域値の約３倍の定電流刺激とした。分析時間は１００ｍsec で２００回加算した。この方法で早期成分として４相性の安定した波型が測定出来た。判定は左右差で行い，潜伏時間の有意の延長又は振巾の５０％以上の減少を病的とした。結果として20～３０％の症例に機能減弱が見られたが発病時の顔面の知覚異常，麻痺の程度，予後の良否との関連はなかった。しかしヴィールス抗体価との関連については，病的上昇例全てに三叉神経機能減弱は見られなかったが，機能減弱例のほぼ全例にヴィールス抗体価の病的上昇がみられ，発病早期のヴィールス感染の判定に有効と思はれた。

12)　磁気刺激による顔面神経誘発筋電図の記録

○大平貴之、成高平治、石川真実、安心院康彦、

並木　淳、塩原隆造、戸谷重雄、神崎　仁*

慶応義塾大学　脳神経外科、同　耳鼻科*

【目的】末梢顔面神経中枢側機能評価法としての可能性を追究するため、コイルによる磁気刺激装置を試作し、これを用いて健常成人より顔面神経誘発筋電図の記録を試みた。

【方法】試作した磁気刺激装置は、逆８の字型コイルとして、最高１０００Ｖの通電が可能とした。顔面神経筋電図の記録は、口輪筋、眼輪筋より行った。

【結果と結語】後耳介部やや上方にコイルの中心を置き約０．７ＫＶの通電で、刺激側のみの口輪筋、眼輪筋よりsupuramaximalな誘発筋電図が得られた。潜時は、約５msecで術中小脳橋角部刺激による誘発筋電図潜時と類似していた。また、顔面筋の随意収縮による誘発筋電図の増強効果を認めなかった。以上より、本刺激法では、非侵襲的に小脳橋角部近傍での顔面神経が刺激が可能と考えられた。

13)　経Stensen管刺激による顔面神経筋電図検査

中谷宏章、窪田清己、土師知行、竹田泰三、齋藤春雄

高知医科大学耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺障害度の検討に、電気刺激検査が多用されている。しかしながら、経皮的に刺激を加えるため、アーチファクトを生じやすく、また強度の電気刺激を必要とするため、患者に少なからぬ苦痛を強いる検査となっている。

我々は解剖学的にStensen管が顔面神経に近接して走行することに着目して、Stensen管経由での刺激法を考案した。今回正常例および末梢性顔面神経麻痺患者において、経Stensen管刺激を行い、経皮的刺激による検査結果と比較検討した。

その結果、NETおよびENoG検査においては、経皮的検査に比べ、顔面神経への適正な刺激が行え、著明に少ない刺激電流での測定が可能であった。またあわせて逆行性顔面神経誘発電位検査を行い、測定可能であることが分かった。

14)　顔面痙攣患者における顔面神経のＦ波

○並木　淳，道免和久*，才藤栄一*，千野直一*，大平貴之，戸谷重雄

慶応義塾大学脳神経外科，*リハビリテーション科

我々は昨年の本研究会で，顔面神経のＦ波が臨床例に応用可能であることを報告した．今回は片側顔面痙攣患者を対象として，顔面神経病変におけるＦ波の変化を検討した．

病歴，画像検査，あるいは手術所見から，顔面神経に対する血管の圧迫が痙攣の原因と考えられた顔面痙攣患者３例を対象とした．昨年報告した方法にしたがい，おとがい筋から顔面神経のＦ波を記録した．これらの３例はいずれも，顔面痙攣に特徴的とされる異常誘発筋電図（Mφllerら）や，瞬目反射の所見を示した．２例で責任血管減圧術が施行された．

患側の顔面神経のＦ波の所見を健側と比較すると，３例とも最短潜時には左右差がなく，患側において振幅の増大と波形持続時間の延長が認められた．

以上の結果は，顔面痙攣患者においては患側の顔面神経核の興奮性が亢進していることを示唆する所見であり，Ｆ波は顔面痙攣の病態を反映した電気生理学的検査になりうると考えられる．

15)　術中神経刺激によるアブミ骨筋の収縮

○浅井真紀，小澤哲夫，中村光士郎，柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺症例における神経変性の電気診断法としてはNETやENoGなどが用いられているが，その結果は必ずしも変性の程度や予後とは一致していない。これは刺激が経皮的に行われている事が一因と考えられ，術中に神経を直接刺激して伝導ブロックの位置や予後を判定する試みが報告されている。

我々も顔面神経減荷術時に神経を直接刺激し眼輪筋から誘発筋電図を記録していたところ刺激によりアブミ骨の動く症例を認めた。このアブミ骨筋の収縮は麻痺発症後1ヶ月以上経過した例に多く認められ，また術前にアブミ骨筋反射が消失していた例でも認められることがあった。術中神経刺激によりアブミ骨の動く様子をVTRにて示すと共に，アブミ骨筋の収縮を生じる刺激域値と術前のアブミ骨筋反射の域値との相関を検討し，さらに伝導ブロックの部位と手術所見との関連についても報告する。

16)　顔面神経痙攣のMRI
－MRアンギオグラフィーを用いた検討－

牛呂公一、柳田昌宏、山下敏夫、熊沢忠躬（関西医科大学 耳鼻咽喉科）
加藤　勤、田中敬正（関西医科大学 放射線科）
山内康雄、松村　浩（関西医科大学 脳神経外科）

顔面神経痙攣の病因の多くが神経血管圧迫によると報告されて以来、その治療には神経血管減圧術が積極的に行われるようになってきた。従来、術前の診断には血管造影が補助的に用いられてきたが血管の蛇行を見る間接的な所見でしかなく、実際に血管と神経の位置関係をみることは不可能であった。今回、我々は顔面神経痙攣患者にMRアンギオグラフィーを併用したMRIを施行し、神経血管圧迫の様子がどの程度描出されるかを検討した。

対象は当科を受診し、MRIを施行した顔面神経痙攣患者9例であり、方法は3DFT time of flight angiographyを用い、通常の撮影法としてTR 2000msec, TE 120msecのSE法を併用した。

結果は9例中8例で血管と顔面神経との接触が観察され、うち5例は血管名の同定も可能であった。MRIは腫瘍、多発性硬化症などによる顔面神経痙攣を否定できるとともに、従来の診断装置では成しえなかった神経と血管の位置関係を描出することが可能で今後、顔面神経痙攣の術前診断に有用となると考えた。

17)　病的共同運動の外科治療
― 選択的顔面神経頸枝切断術の経験 ―

中村光士郎，小澤哲夫，柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の治癒過程で生ずる後遺症の１つに病的共同運動がある。これは再生神経線維の misdirection によるものとされており，臨床上種々の共同運動を観察することができる。閉眼時の口角挙上や口笛運動時の閉眼など眼と口の間で生じることが最も多いが，そのほかにも口笛運動時に広頸筋が収縮することも決して稀ではない。このような病的共同運動の外科的治療法については報告がない。

今回，我々は約６年間に及ぶ，会話時の左肩の引き吊り感と左眼瞼下垂を主訴にした59歳，女性の左特発性顔面神経麻痺不完全治癒例に対して，選択的顔面神経頸枝切断術と眼瞼つり上げ術を施行し良好な結果を得たので，手術法を中心にビデオで紹介する。頸枝の走行の推定には広頸筋の収縮を目安とした経皮的電気刺激によるマッピングが有用であった。

18)　中耳炎手術例における瞬目反射検査の検討

○宮原広典、大野文夫、渡辺荘郁、古田　茂、大山　勝

鹿児島大学耳鼻咽喉科

瞬目反射の反射経路や性質は、今なお未解決の部分が多いが、顔面神経の障害程度を他覚的に評価する検査法として、諸家よりその有用性は数多く報告されている。

以前、当教室では、真珠腫性中耳炎症例37耳において術前に瞬目反射を施行した。その中で術前には麻痺症状が明らかでないにもかかわらず、手術時顔面神経病変を認めたもののうち、本検査法によって、術前に病変を推察できた症例を報告した。

今回われわれはさらに、1981年から1990年までの10年間に当教室で、手術療法を施行した慢性中耳炎症例に対し、術前瞬目反射を施行した。症例は、慢性化膿性中耳炎70耳、真珠腫性中耳炎初回手術例72耳、再手術例34耳であった。個々の症例について、瞬目反射の反応波型と手術所見、特に顔面神経露出の有無や露出部位等との関係を比較検討し、本法の有用性について考察を加えた。

19)　聴神経腫瘍における瞬目反射の検討

坂田義治、柳　英博*、久保　武、松永　亨

大阪大学耳鼻科、*東大阪市立中央病院耳鼻科

聴神経腫瘍は、画像診断、ＡＢＲ等の検査によってほぼ確定診断が得られるが、顔面神経の評価する方法は少ない。瞬目反射は三叉神経を電気的に刺激し、脳幹の反射弓を経由し、中枢側で顔面神経を刺激し、内耳道の障害部位を通過した末梢側で活動電位を記録するため、聴神経腫瘍の顔面神経に対する影響が評価ができると考えられる。

神経耳科学的検査において聴神経腫瘍と診断し、瞬目反射検査を行い得た、聴神経腫瘍症例を対象とした。瞬目反射は眼窩上神経を電気刺激し、眼輪筋の筋電図より得られた第一反応（Ｒ１）、第二反応（Ｒ２）について解析した。

視診上顔面神経麻痺の認められない症例においても、潜時の延長を認める例が多かった。画像診断によって得られた腫瘍の大きさとＲ１の潜時との関係について検討したが、腫瘍の大きさが１５㎜以上の症例では全例にＲ１潜時の延長を認め、腫瘍の大きさとＲ１潜時の延長との相関も高いと考えられた。

20)　磁気計測法を用いた顔面神経麻痺の分析

原田克也、吉田友英、山本昌彦、小田　恂、小松崎篤※

東邦大、　東京医科歯科大※

睫毛に接着した微小磁石が瞬目運動により生ずる磁場の変化を用いて、瞬目運動を記録、分析した結果、左右両眼間、閉開眼間、振幅と最高速度との間におのおの相関関係があることを前回の研究会で報告した。そこで今回この磁気計測法を用いて顔面神経麻痺患者の瞬目運動を記録、解析を行なったのでその結果を報告する。

対象はBell 麻痺およびRamsay Hunt 症候群新鮮発症例25例。経過中数回記録を行ない、閉眼、開眼の振幅および最高速度を測定、健側に対する患者の比率を算定、その変化をみた。

その結果、麻痺側では閉開眼の振幅および閉眼時最高速度は同程度に低下していたが、開眼は顔面神経の機能ではないため、その最高速度の低下は初期から軽度であった。その後麻痺が軽快するにつれ振幅、速度とも改善していったが、その改善開始時期および期間、程度は様々であった。また比率の変化により予後の予測を試みた。

21)　末梢性顔面神経麻痺のＭＲＩ　～第２報～

松本　康、貞本昌規[1)]、柳原尚明[2)]

1)：鷹の子病院耳鼻咽喉科、2)：愛媛大学耳鼻咽喉科

ＭＲＩの臨床応用に伴い、末梢性顔面神経麻痺の画像診断の研究が進んでいる。我々もガドリニウムによる造影増強効果を検討しており、昨年の本研究会で第１報として、ＭＲＩによる、主としてベル麻痺の画像診断の可能性を報告した。今回は更に症例数が増えたので、造影増強効果と、撮影時期、他の顔面神経機能検査法、予後などとの関連性について報告する。症例数は本年２月末までで５２名であった。６名がハント症候群で他はベル麻痺であった。使用機種は0.5Ｔ超伝導型ＭＲＩで、軸位、冠状断、矢状断の３方向にて内耳道から垂直部までの顔面神経を観察した。両疾患とも最もガドリニウムの造影増強効果が顕著に認められたのは膝神経節であった。現時点での解析では麻痺の予後と、ＭＲ像とは必ずしも一致しなかった。症例によっては、迷路部、内耳道底まで造影増強効果が認められた例もかなりあったが、これらの部位は病変の成因を考える上にも重要であり、今後撮影方法の工夫、改善により、さらに詳細に検討する必要がある。

22)　顔面神経疾患のMRI

宗田由紀、山本悦生、大村正樹、水上千佳司、
老木浩之、船曳和雄、田辺牧人、幸　茂男*
神戸市立中央市民病院　耳鼻咽喉科、放射線科*

MRI (magnetic resonance imaging) の普及はめざましく、各種の疾患で応用され、その有用性が評価されている。特に、軟部組織の描出に優れており、側頭骨内の神経等の構造・病変の描出に有用である。最近、我々は、顔面神経の各種疾患（ベル麻痺、ハント症候群、外傷性麻痺、顔面神経鞘腫）の診断にMRIを用いているので、その経験について報告する。

静磁場強度1.5T超伝導型MRIを用いて撮像した。また、Gd-DTPAを用い、造影後の画像を撮像した。ベル麻痺では内耳道部から水平部・垂直部までGd-DTPAによる造影効果があった。外傷性麻痺では障害部位に一致して造影効果があるといわれているが、我々の症例では、膝部から垂直部まで造影効果があったが、内耳道は造影効果はなかった。しかし、側頭骨内の出血により同定が困難な症例もあった。顔面神経鞘腫では、腫瘍部位に限局して造影効果があった。手術により確認された範囲より、広範囲であった。これは腫瘍周囲の神経浮腫によると考えられた。

23)　Ｇｄ－ＤＴＰＡ造影ＭＲＩによる顔面神経の描出

○田中久哉[*]，村田清高[*]，石川雅洋[*]，田中かおり[*]
足利竜一郎[**]，石田　修[**]
近畿大学耳鼻咽喉科学教室[*]，放射線科学教室[**]

近年，ＭＲＩが顔面神経病変の描出に応用されるようになった。我々もＧｄ－ＤＴＰＡを用いた造影ＭＲＩによる側頭骨内顔面神経描出を試みている。対象はＭＲＩを施行した末梢性顔面神経麻痺患者２６例，正常人４例である，麻痺患者の内訳は，Ｂｅｌｌ麻痺１１例，Ｈｕｎｔ症候群８例，外傷性麻痺７例である。今回は，罹患期間，麻痺スコア，神経学的な麻痺の部位診断と造影効果との関係について検討を加えたので報告する。

24)　MRI用造影剤Gd-DTPAを用いた顔面神経病変部の描出（第2報）

柳田昌宏[1]、牛呂公一[1]、山下敏夫[1]、熊沢忠躬[1]、加藤　勤[2]、田中敬正[2]、
山内康雄[3]、松村　浩[3]
関西医科大学 耳鼻咽喉科[1]、同 放射線科[2]、同 脳神経外科[3]

前回の本研究会において我々は顔面神経麻痺患者のGd-DTPAによる患側顔面神経の造影効果について発表した。そして、顔面神経麻痺患者の殆どで患側顔面神経の一部に造影効果が認められること、そしてその造影効果は発症早期の症例では神経中枢側（内耳道部、迷路部）で多く認められ、発症後時間の経過した症例では主に神経末梢側（垂直部）で認められることを報告した。

今回、我々は症例数も55例（Bell麻痺40例、Hunt症候群12例、術後性2例、腫瘍性1例）と増加したので、造影効果部位の経時的変化についてさらに詳細に報告する。そしてBell麻痺とHunt症候群の造影効果の差異や術後性麻痺の造影MR像について述べる。さらにBell麻痺やHunt症候群の造影効果と臨床症状との関係、Gd-DTPAの患側顔面神経の造影効果の機序についても言及したい。

25)　末梢性顔面神経麻痺におけるＭＲＩ診断 ―障害部位診断、重症度診断との比較検討―

戸島　均、稲村博雄、前山裕之、青柳　優、小池吉郎、*五十嵐敬郎、**武田一彦
山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室　　*山形県立河北病院耳鼻咽喉科
**水戸済生会病院耳鼻咽喉科

Ｂｅｌｌ麻痺、Ｈｕｎｔ 症候群などの末梢性顔面神経麻痺においてＭＲＩ診断法が最近の病変部位診断法として注目されている。今回我々は山形県立河北病院に設置されたシーメンス社製1.５Ｔマグネトーム H－１５を用いて、発症９日から２８日のＢｅｌｌ麻痺２０例に対し、Ｇｄ－ＤＴＰＡを用いたＭＲＩ造影効果による病変部描出を試み、従来より行われていた診断法と比較検討したところ以下の結論を得た。１：２０症例中１８例にＧｄ－ＤＴＰＡに造影効果が得られ、１例にわずかな効果、１例に全く効果が認められなかった。２：Ｇｄ－ＤＴＰＡ造影効果は迷路部から垂直部に至る全顔面神経管内で認められたものが１６例と最も多かった。３：ＭＲＩ撮影前後の障害部位診断、重症度診断と比較検討しても、Ｇｄ－ＤＴＰＡ造影効果との相関は認められなかった。すなわち、造影ＭＲＩは、重症度診断しては限界があるのではないかと考えられた。

26)　顔面神経麻痺発症後１６年後に発見された側頭骨内顔面神経鞘腫症例

宮口　衛　　酒井俊一

香川医科大学耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺の原因として顔面神経鞘腫も念頭におかなければならない。この特徴は徐々に進行し、保存的治療に反応しないことである。今回この特徴を有しながらも発見が遅れた症例を経験したので報告する。症例は３６才女性、外耳道閉塞と難聴を主訴として紹介された。既往歴は、１０才徐々に進行し軽快しなかった顔面神経麻痺、２６才口角挙上術。難聴は２２才頃より自覚し徐々に進行してきた。当科初診時外耳道は後壁が膨隆し完全閉塞、21dBの混合性難聴を示した。耳レ線にて側頭骨内に円形の骨透亮像、CTにて腫瘍が後頭蓋窩に進展しているのが認められた。手術は経乳突蜂巣法で施行した。腫瘍は乳様突起内に充満し茎乳突孔を越え、中枢側は膝神経節直前まで達していた。前庭は破壊され、耳小骨はキヌタ骨のみ残存していた。硬膜は上鼓室、後頭蓋窩で露出していたが腫瘍の剥離は可能であった。腫瘍全摘後術腔を充填し、顔面神経－舌下神経吻合術を施行した。術後１０日でめまいは消失し、４０dBの聴力を保存できた。

27)　側頭骨内顔面神経腫瘍の２症例

神戸市立中央市民病院　耳鼻咽喉科

山本悦生，大村正樹，水上千佳司，老木浩之，宗田由起，船曳和雄，田辺牧人

最近，側頭骨内に限局した顔面神経腫瘍を２症例経験したので，その概要を報告する。症例1（28歳，男性）：約4年前，左顔面神経麻痺が出現し，徐々に麻痺の程度が増強し，約2週間で現在の状態（麻痺スコア18点）となった。発症当時，某医で約３か月間保存治療を受けるも改善せず，当科受診。CTおよびMRIで顔面神経水平部に腫瘍状陰影が認められ，手術で腫瘍を確認して摘出した。現在，術後6ヵ月で，麻痺スコアは26点である。症例2：(39歳，男性)：約3年前，右顔面神経麻痺に気づき，徐々に麻痺程度が増強し，某医で内服治療を行うも改善せず，当科受診。麻痺スコアは20点で，CT，MRIで，顔面神経の膝神経節から水平部に腫瘍状陰影が認められ，手術で腫瘍を確認して摘出した。術後4ヵ月の現在，麻痺スコアは26点である。

いずれの症例も，麻痺発症時ベル麻痺として保存治療が行われ，3，4年経過しても改善せずに当科を受診し，CT，MRIで腫瘍が疑われ，手術で確認されたものである。

28)　耳下腺内顔面神経鞘腫の一症例

鈴木正志、渡辺徳武、茶園篤男、田中隆博、茂木五郎
大分医科大学耳鼻咽喉科学教室

Schwann 細胞より生じる神経鞘腫は、頭頸部領域に発生することが多く聴神経腫瘍が代表的であるが、時に顔面神経からも発生することが知られている。その中でも耳下腺顔面神経から発生するものは希とされる。我々は術前に耳下腺腫瘍と診断し、手術中に顔面神経由来の神経鞘腫と判明した一症例を経験した。症例は６８歳女性で、１０年前より徐々に増大する左耳下部腫瘤を主訴として当科を受診した。初診時、左耳下部に３７×２８mm、弾性硬可動性やや不良、境界比較的明瞭な腫瘤を触知したが、圧痛や顔面神経麻痺は認めなかった。X線学的検査では悪性を疑わせる所見は無く、耳下腺良性腫瘍と診断し手術を行った。腫瘍は乳様突起前方に位置し、その前後で顔面神経本幹と連続しており、術中迅速病理組織検査で神経鞘腫と診断された。顔面神経本幹の末梢側と中枢側で切断し、腫瘍を摘出した後、神経欠損部に大耳介神経を移植した。耳下腺内の顔面神経鞘腫を術前に診断することは困難であるとされるが、この術前診断を含め、本疾患について若干の考察を行い報告する。

29)　顔面神経減荷術症例から

稲福　繁　瀧本　勲　犬塚一男

愛知医科大学耳鼻咽喉科学教室

ハント症候群やベル麻痺において顔面神経減荷術はその適応であるか否か議論のあるところである。当教室では基本的には発症初期は保存加療、約2カ月で回復の兆しがない場合には理学的所見も参考にして減荷術に踏み切っている。今回はこれらの症例から特異な神経所見（ハント症候群）と走行がかなり屈曲しその解剖学的位置と麻痺部位が一致していた症例（ベル麻痺）を報告する。ハント症候群は33歳男性例で発症後約2カ月で減荷術を施行したが、顔面神経水平部あぶみ骨直上で神経鞘の欠損部位があり神経が膨隆している所見が見られた。51歳のベル麻痺例は術前あぶみ骨神経より末梢側の麻痺と判断していたが、減荷術を施行すると顔面神経は乳突部でかなり外方に屈曲していた。神経は肉眼的には茎乳突孔よりこの屈曲部位までが病変と思われた。Proctor &Nagerは顔面神経の解剖で多くの走行異常例を報告しているが、実際の臨床で遭遇することは少ない。走行異常部位と臨床的麻痺部位が一致していたが、その意義は不明である。

30)　耳性顔面神経麻痺9症例の検討

篠田三徳、渡辺徳武、吉村弘之、茂木五郎

大分医科大学耳鼻咽喉科学教室

耳性顔面神経麻痺症の9症例を経験し、手術的治療を行なった。9例中6例は真珠腫性中耳炎およびその術後再発で、2例は慢性中耳炎、1例は急性乳様突起炎であった。6例は水平部、2例は第2膝部、残り1例は水平部から垂直部に及ぶ顔面神経管の破壊を認め、顔面神経の浮腫・腫脹を7例に、蒼白萎縮を2例に認めた。水平部から垂直部に及ぶ広範な顔面神経管の破壊を認めた1例を除く全例に、水平部から垂直部にわたる顔面神経減荷術を行い、顔面神経神経鞘を切開した。全例ともに麻痺は完全寛解したが、完全寛解までの期間は、平均11ヵ月で、全例20ヵ月以内に改善した。発症から治療までの期間が長く、また、ENoG値も低値の症例ほど完全寛解までに長期間を要し、早期治療の必要性が明らかにされた。

31)　末梢性顔面神経麻痺で発症した脳幹部血管腫症例

金子賢一，安里　亮，宮田耕志，田渕圭作，高北晋一，北村溥之

天理よろづ相談所病院　耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺は，その障害部位は脳幹より下位の小脳橋角部，側頭骨内，ないしそれより末梢であることが大多数である．末梢性顔面神経麻痺で発症した，脳幹部血管腫が原因と思われた2症例を報告する．症例1は，53歳，女性．33歳から4回左顔面神経麻痺を繰り返しており，そのたびに近医で内服等の保存的加療を受けていた．43歳よりふらつきが出現し持続するとのことで CT，MRIを施行したところ，橋部に海綿状血管腫を認め，これが顔面神経麻痺，ふらつきの原因と思われた．当院脳神経外科にて外科的摘出術を施行し，現在経過観察中である．症例2は，39歳，男性．左末梢性顔面神経麻痺，左方視時違和感で発症したが，左方視時違和感はすぐに軽快し，CTでも異常を認めなかった．点滴，内服等の保存的加療を行っていたところ，眼球運動障害が出現してきたため，MRI，ABRを施行した結果，脳幹部の血管腫が疑われた．その後顔面神経麻痺，眼球運動障害は軽快しており，脳神経外科にて保存的に経過観察中である．

32)　顔面神経麻痺を合併した結核性中耳炎の１例

兵頭政光，中村光士郎，柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

耳鼻咽喉科領域における結核性疾患は今日では稀であるが，それゆえにかえって見逃す場合がある。今回我々は，他院にて長期間中耳炎の加療を受けていたにもかかわらず顔面神経麻痺を合併し，結核性中耳炎と判明した１症例を経験したので報告する。

症例は４歳，女児。複数医にて滲出性中耳炎あるいは慢性中耳炎として１年余りにわたり通院加療を受けるも，右耳漏が持続。経過中突然、右顔面神経麻痺を発症し当科紹介された。右外耳道深部から鼓膜にかけて表面は壊死状で白苔の付着を認め，胸部レ線で肺野の異常陰影，ツ反強陽性，耳漏の塗抹検査でガフキー５号を認め結核性中耳炎による顔面神経麻痺と診断した。直ちに全身的および局所的に抗結核療法を開始し，耳漏の塗抹検査が陰性化した後，乳様突起削開術を行なった。術後顔面神経麻痺は急速に改善し耳漏も停止した。

結核性中耳炎は顔面神経麻痺を合併しやすいと言われており，治療に抵抗する中耳炎に顔面神経麻痺の合併が見られた場合には，本症も念頭におく必要がある。

33)　頸胸部の帯状疱疹後に発症した非定型的ハント症候群の一症例

○藤原康雄，中村光士郎，* 柳原尚明*

愛媛県立新居浜病院耳鼻咽喉科，*愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

頸胸部の帯状疱疹後に患側の一側性末梢性顔面神経麻痺を発症した非定型的ハント症候群の一症例を報告する。患者は59歳の男性で，三叉神経第III枝，頸部脊髄神経，肋間神経の支配領域に帯状疱疹が観察されたが，通常のハント症候群にみられる耳介や外耳道の皮疹を欠いており，比較的珍しい症例と考えられた。顔面神経麻痺の経過は良好で，ステロイドなどの投与にて約３週間で治癒した。また患側の感音性難聴も随伴していたが，正常聴力に回復した。

34)　軟口蓋帯状疱疹によるハント症候群の１例

甲州秀治[2)]、菊池　章[1)]、戸島　均[2)]、青柳　優[2)]、小池吉郎[2)]

(1)市立酒田病院耳鼻咽喉科、　(2)山形大学耳鼻咽喉科学教室

我々は、軟口蓋粘膜の帯状疱疹に伴ったハント症候群の１例を経験した。

症例は、５８歳男性、右軟口蓋粘膜に帯状疱疹が出現し、その翌日に右顔面神経麻痺が発症した。麻痺発症後、２日目で当科外来を初診。来院時、発熱あり、聴力は右約４６dB左約２６dB。眼振はなし。顔面運動採点は、８／４０。アブミ骨筋反射は、右で消失。

同日より、入院の上ステロイドとアシクロヴィルを併用し治療を開始した。発熱、難聴は速やかに回復したが、顔面神経麻痺は、不完全治癒に終わった。

本症例に、過去に経験した顔面神経支配領域の軟口蓋粘膜または舌前 2／3 の粘膜に発した帯状疱疹に伴うハント症候群３例を加え、口腔内三叉神経領域帯状疱疹の３例と比較して、その特徴及び鑑別点等について検討したので報告する。

35)　フィブリン糊を用いた顔面神経吻合の基礎的研究
―― 組織学的検討 ――

吉野泰弘[1)]、西平茂樹[2)]、伊藤永子[1)]、石川和夫[1)]、戸川　清[1)]
秋田大学耳鼻咽喉科[1)]、雄勝中央病院耳鼻咽喉科[2)]

昨年の顔面神経研究会において我々はフィブリン糊を用いた実験的顔面神経吻合の効果は機能的・電気生理学的に従来のナイロン細糸縫合法と同等の効果が期待できることを報告した。さらに今回、組織学的な検討を加えた。モルモット顔面神経の頬骨・眼瞼枝を選択的に切断後、フィブリン糊または10-0ナイロン糸を用いて吻合を行ない、4・8・12・16週の時点で各群とも4～5匹を犠牲にして顔面神経を採取し、縦断面における H-E染色、Bodian染色、および横断面におけるToluidine blue染色を行ない検討した。H-E染色では、ナイロン縫合群では糸周囲に異物性肉芽の形成をみるのに対し、フィブリン糊群では4週の時点で完全に吸収されており、異物反応は認められなかった。Bodian染色では4週において両群とも吻合部を通じて末梢側へ伸びてゆく再生軸索が観察され8週で吻合部はほぼ完成していた。軸索再生状況は両群とも同様でToluidine blue染色結果も同様であった。これらの結果から組織学的には異物反応の少ない点でフィブリン糊吻合法が優れていると考えられた。

36)　外傷性顔面神経麻痺（側頭骨外）の治療経験

大阪医科大学形成外科

田中嘉雄，田嶋定夫，今井啓介，辻口幸之助，梅林美栄

顔面外傷にともなう顔面神経損傷は，初期治療において見逃され放置されることが多い。当科では，受傷後1年以内の症例では原則として神経再吻合術を行なって来た。

これまで経験した外傷性顔面神経麻痺（側頭骨外）は21例で，そのうち再吻合施行例は11例，また1例には交叉神経移植後に薄筋移植術を行なった。受傷後早期に再吻合を行なった症例の結果はいずれも良好で，従来より回復困難とされていた側頭枝，下顎縁枝についても良好な結果を得た。

一方再吻合が行なわれなかった症例では，自然回復が得られても異常連合運動などの後遺症が見られた。

今回，我々は再吻合症例の術後成績を検討するとともに，手術適応についても検討を加えたので報告する。

37) 神経血管柄付遊離筋肉移植術の長期観察例の検討

上田和毅，波利井清紀，山田　敦，朝戸裕貴

東京大学　形成外科

われわれは，すでに報告したように非回復性の顔面神経麻痺に対し，神経血管柄付遊離筋肉移植術を行なってきた。術後の経過観察によって，移動筋は移植後約2年で一応の安定した状態に入ることが確認されているが，その後も移植筋の収縮の状態は微妙に変化することが観察された。すなわち，移植筋の収縮力は徐々に増大し，疲労からの回復もすみやかになった。また，顔面交叉神経移植と併用した筋肉移植においても健側の顔面の動きとある程度独立した移植筋の収縮が見られた。これらの変化はすべての症例に認められる現象ではなく，その成因については患者自身による移植筋の訓練の効果が関与する要素が大きいものと推察された。今回，5年以上にわたって綿密な経過観察が可能であった症例について移植筋の収縮状態を詳細に検査し，移植筋が最終的に到達する活動状態について検討を加えた結果を報告する。

38) 経迷路聴神経腫瘍摘出術後の顔面神経麻痺

橋本　省，稲村直樹，桜田隆司，豊嶋　勝，小池修治，髙坂知節

東北大学医学部耳鼻咽喉科学教室

聴神経腫瘍摘出術においては，安全に中枢神経症状を来たさぬよう行うことが優先されるが，次には顔面神経麻痺を残さないことが優先されるべきである。この点で，経迷路法は他法（後頭下開頭法，中頭蓋窩法）に比べ優れていると言えるが，本法によっても顔面神経保存率は100％ではない。我々は1989年3月以来20例に対し本法を施行し，本年に入ってからは月に2例の割で手術を行っているが，これまで2例が顔面神経麻痺を来たした。2例共内耳道孔からわずかに突出した小腫瘍であったが，うち1例は術中全く問題がなかったにもかかわらず，術後脱神経に陥った。幸い，4ケ月後にはほぼ回復したものの，原因は末だ明らかではない。もう一例は腫瘍と顔面神経との癒着が強かったが，内耳道の骨破壊も著しく悪性の可能性も否定し切れなかったために神経を一部削るようにして全摘出した例であった。今回は，これらと共に一過性weakness の症例も含め検討を加えた。

39) 低電流刺激誘発筋電図モニターによる聴神経腫瘍摘出例の術後顔面神経機能回復について

横山徹夫，龍　浩志，植村研一，西澤　茂，杉山憲嗣，
下山一郎，山本俊樹，村木正明，野末道彦*
浜松医科大学脳神経外科，　*浜松医科大学耳鼻咽喉科

聴神経腫瘍手術における顔面神経のモニターとして低電流刺激誘発筋電図が有効であり，機能保護のためには脳橋側における神経刺激波形のモニターが重要であることを報告してきた。今回われわれは，40例における腫瘍摘出直後の脳橋側刺激波形と術後の顔面機能回復との関係につき検討したので報告する。

脳橋側刺激波形は，術中安定している内耳道内刺激波形との振幅の比で求め，この値を術後6カ月～1年に評価した顔面神経スコアと比較した。

術後顔面機能がpoor (facial score が0 - 10点) の症例は9例で，脳橋側刺激波形は内耳道刺激波形の2.3 ± 3.9%であり， fair (11 - 19点) は1例のみで2.7%, good (20 - 33点) は10例で23.6 ± 29.9%, excellent (34 - 40点) は20例で28.9 ± 26.7%であった。

腫瘍摘出直後の脳橋側刺激波形が内耳道内刺激波形の10%以上あればgood 以上の神経機能の回復が期待できるものと思われた。

40) 片側顔面痙攣に対する微小血管減圧術後の遅発性顔面神経麻痺

黒木　亮、板垣晋一、中井　昴
山形大学医学部脳神経外科

微小血管減圧術による片側顔面痙攣の治療成績は良好で、合併症も極めて少なくなった。しかし、手術直後には顔面神経麻痺がみられないのに、数日以上を経過してから発症してくる例がある。この遅発性顔面神経麻痺の発生原因について検討を加えた。当科で微小血管減圧術を受けた片側顔面痙攣７８例の内、遅発性顔面神経麻痺を認めたのは６例（7.8%）で、男性２例女性４例、年齢は41ー77歳、平均53.5歳であった。手術から発症するまでの日数は７ー１０日（平均８日）であった。１例で顔面神経麻痺の発症とほぼ同時に口唇ヘルペスの出現が認められた。４例に血清及び髄液中のウィルス抗体価を測定したところ、１例で髄液中の単純ヘルペスウィルスのIgM抗体価が陽性で、全例で同ウィルスの血清IgG抗体価が高値を示した。この麻痺はベル麻痺の治療法に準じた投薬で速やかに改善し、数カ月から半年以内に全例治癒した。発症時期、検査所見及び経過から、機械的な神経損傷ではなく手術侵襲によるウィルスの再活性化が遅発性顔面神経麻痺の発症に関与した可能性が考えられた。

41)　急性末梢性顔面神経麻痺における循環血中の凝固動態の検討

久木元延生，池田　稔，河本英敏，大塚健司，久我むつみ，
向井康朗，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の原因として，血液循環不全説はウィルス感染説とならび，その主なものの一つとされている。そして血液循環不全説を考えるうえで，循環血中の凝固動態を知ることは重要と思われる。

血液凝固機序の活性化により生成されるトロンビンは，インヒビターであるアンチトロビンⅢ（ＡＴⅢ）と，トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体（ＴＡＴ）を形成する。このＴＡＴの測定は，循環血中の凝固亢進状態を知るうえで鋭敏な指標とされている。また，フィブリンの分解産物であるＤ－ダイマー，プラスミンとそのインヒビターとの複合体であるＰＩＣの測定も，血栓症などにおける検査診断上の有用性が報告されている。

今回我々は，ＴＡＴの測定を中心に，Bell麻痺およびHunt症候群患者の循環血中の凝固動態について検討したので報告する。

42)　急性末梢性顔面神経麻痺の血清ボレリア抗体の検討

池田　稔，久木元延生，大森英生，中里秀史，久我むつみ，
冨田　寛，川端眞人*
日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室，　*同臨床病理学教室

ボレリア(Borrelia burgdorferi)は，最近欧米で注目されているライム病の病原体として知られるスピロヘータで，マダニにより媒介される。ライム病は全身性感染症で，その臨床症状は多彩であり，典型的な経過はマダニ咬傷後に出現する慢性遊走性紅斑で始まり，感冒様または髄膜炎様症状を随伴する。さらに皮膚病変消腿後に神経症状，循環器症状，関節症状などが出現する。神経症状として約10％に顔面神経麻痺が，約50％に中枢神経症状が随伴するという。北欧における検討では，ベル麻痺症例の16％が抗ボレリア抗体が陽性であり，ベル麻痺の一原因として指摘されている。

今回我々は1990年７月より91年２月までに日本大学板橋病院を受診した，約70例の急性末梢性顔面神経麻痺症例について，血清ボレリア抗体価の測定を施行し，両者の関係を検討したので報告する。

43)　ＰＣＲ法を用いたハント症候群からの水痘帯状疱疹ウイルスＤＮＡの検出

川嵜良明、荻野　敏、松永　亨（大阪大学耳鼻科）
岡田益明（大阪警察病院耳鼻科）
山西弘一（阪大微研麻疹部門）

ハント症候群の原因は、水痘帯状疱疹ウイルス（ＶＺＶ）の再活性によると考えられているが、その診断は臨床症状、血清抗体価から行っていることが多く、直接ＶＺＶを検出した報告は極めて少ない。今回我々は、新しいＤＮＡ検出法である polymerase chain reaction（ＰＣＲ）法を用いてハント症候群からのＶＺＶ－ＤＮＡの検出を試みた。

ＶＺＶ－ＤＮＡの gpI 部位を primer として用い、ＰＣＲ法は型の如く 30 cycle 行った。増幅ＤＮＡはアガロースゲル電気泳動後、サザンブロットハイブリダイゼーションで解析した。

Preliminary なデータであるが、ハント症候群３例全例の耳介の水疱（痂皮）よりＤＮＡが検出され、ＶＺＶの感染が確認された。しかし同時に採取した血中の単核球からはＤＮＡは検出できなかった。

44)　ハント症候群と多発性脳神経障害について

中井川　弘毅[1]、杉田麟也[1]、神山洋一郎[2]、白石正治[2]
順天堂浦安病院 [1]耳鼻咽喉科、[2]麻酔科

ハント症候群は、耳介周辺部の帯状疱疹、顔面神経麻痺、耳鳴・難聴・めまいなどを来たし、帯状疱疹ウィルスの感染によるもので、第Ⅶ、Ⅷ脳神経障害が殆どである。

しかし稀には、これ以外の脳神経症状を呈することもあり、多発性脳神経障害を伴うハント症候群などと呼ばれ、諸家の報告が散見される。

当科では、開院以来の６年間で、明らかにハント症候群と診断しえた症例は２２名で、この殆どは第Ⅶ、Ⅷ脳神経障害のみである。この内、嗄声、嚥下障害などの第Ⅸ、Ⅹ脳神経症状を併発したり第Ⅴ脳神経症状を併発した数例を経験した。

今回、我々は、これらの代表例を供覧し、ハント症候群と多発性脳神経障害に関して若干の文献的考察とともに報告する。

45)　妊娠中に発症した顔面神経麻痺症例の検討

前山裕之、戸島　均、稲村博雄、青柳　優、小池吉郎（山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室）
鈴木八郎（山形県立中央病院耳鼻咽喉科）

妊娠中に発症する末梢性顔面神経麻痺は、一般に妊娠後期に頻度が高く、予後良好とされている。一方、妊娠という特殊な状況下においては他の顔面神経麻痺患者とは異なった問題点が存在する。特に、その治療に関しては、ステロイドをはじめとした薬剤の胎児ならびに母体に対する影響が不明である場合が多いことや、麻痺の予後は一般に良好とされていることから保存的、対症的治療が行われる場合が多い。

今回、当科及び山形県立中央病院耳鼻咽喉科を受診した妊娠中の顔面神経麻痺症例１５例についてその予後、病因、発症時期、胎児への影響、治療の要否について検討をおこなったので報告する。

46)　顔面神経麻痺に対する大量ステロイド療法（続報）

小池修治，橋本　省，桜田隆司，豊嶋　勝，石垣元章，髙坂知節

東北大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺に対する大量ステロイド療法はStennertによって始められ，以来，本邦でもその高い有用性が確認されている。我々も1989年の日本臨床耳科学会において100％の完全治癒率を報告したが，その後改良を加えつつ症例を重ね，本年初めに100例を数えた。この中には18例のハント症候群も含まれるが，全体での治癒率は98％であった。今回は，現在我々が行っている方法，従来との変更点，治癒までの期間等につき検討を加えると共に興味ある症例を報告する。

対象は1988年8月より1991年1月までに当科神経耳科外来を受診した顔面神経麻痺症例のうち，発症後10日以内で，顔神研究会表情筋スコア10／40未満の症例100例である。これらの症例は全例，即日あるいは翌日入院としプレドニゾロン200mgから開始し14日間で治療を終了した。入院期間は７～10日間とした。

47)　妊娠・産褥期の顔面神経麻痺の治療成績

木西　實，細見英男，西村俊二，細見慶和，天津睦郎

神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

当科では，顔面神経麻痺の程度を常に20％以上の顔面運動がみられる不全麻痺と15％以下の顔面運動となる完全麻痺に分類し，不全麻痺ではステロイド剤を中心とした内服治療（ステロイド内服治療）を行い，完全麻痺では大量のステロイド剤を低分子デキストランとともに点滴静注する治療法（SD治療）を行っている。しかし，妊娠・産褥期に発症した顔面神経麻痺に対しては，これらの治療薬剤が母体ならびに胎児に与える影響を考慮すると，上記の治療方針の選択に苦慮する。当科で取扱った妊娠・産褥期の麻痺患者９例（ベル麻痺８例，ハント症候群１例）について検討した。

麻痺発症時期は妊娠第３期（９カ月，10カ月）が４例，産褥早期が５例であった。治療はステロイド剤非投与が４例，ステロイド内服治療が１例，SD治療が４例であった。９例のうち８例は治癒したが，１例は不全治癒におわった。

48)　糖尿病を合併した顔面神経麻痺患者に対するステロイド大量静注治療施行時の管理

寺岡　優，木西　實，西村俊二，細見慶和，高雄真人，天津睦郎

神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

当科では顔面神経麻痺患者に対して，ステロイド剤を大量に点滴静注する治療法を行ってきた。しかし，糖尿病を合併した患者では，ステロイド大量投与について議論の分かれるところである。今回，糖尿病を合併する顔面神経麻痺患者6例に対して，入院の上，ステロイド大量静注治療を行ったので報告する。

入院時にまず，空腹時および食後1時間，2時間の血糖値，HbA1c フルクトサミン，C-peptideを含む血液生化学検査を行った。入院中も，３本血糖，尿糖，ケトン体，等の検査を行い，耐糖能をチェックした。このようにして，ステロイド大量静注治療を行ったところ，耐糖能低下による合併症は見られなかった。顔面神経麻痺においては，5例で完全回復し，1例は現在経過観察中である。

糖尿病患者に対しても，入院の上，耐糖能を十分把握すれば，ステロイド大量静注治療は可能であると考える。

49)　Stennert法施行後　ＳＩＡＤＨを併発した外傷性顔面神経麻痺の一症例

*牧上久仁子、*余田敬子、**菊池尚子、*新井寧子

*　東京女子医大附属第二病院　耳鼻咽喉科**　北総白井病院　耳鼻咽喉科

Ｓｔｅｎｎｅｒｔ法はＢｅｌｌ麻痺等の顔面神経麻痺に対しすでにその有効性が認められているが、副作用として肝機能障害、便潜血、尿比重の異常等が報告されている。

今回我々は右側頭骨骨折に伴い右顔面神経麻痺をきたした５４才の男性例にＳｔｅｎｎｅｒｔ法を施行し、ステロイド離脱後（治療開始２０日目）に突然せん妄状態に陥り、ＳＩＡＤＨ（Ｓｙｎｄｒｏｍｅ　ｏｆ　ｉｎａｐｐｒｏｐｉａｔｅ　ｏｆ　ＡＤＨ）と診断された症例を経験したので報告する。

意識障害発症時、血清ナトリウムが１２０ｍＥｑと低値で、補充療法にも抵抗しＮａ値が上昇せず、尿中への過剰なＮａ排泄が続いたため、上記と診断され原因の検索を行った。

ＣＴ等の画像診断、内分泌機能検査にて本症例ではステロイド大量投与による内分泌系の変調、外傷、アルコール多飲によるものが疑われた。

50)　幼小児(5歳以下)ベル麻痺の治療成績

金谷久美，細見英男，木西　實，西村俊二，細見慶和，高雄真人，天津睦郎

神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

当科では，10項目の顔面運動評価や神経興奮性検査を行うことにより麻痺の程度を判定し，治療法の選択や予後判定を行っているが，幼小児では麻痺程度を判定することが困難なため，治療法の選択や予後の判定に苦慮する。そこで，当科で取扱った幼小児ベル麻痺例の麻痺程度判定，治療法，予後について検討した。

対象は50例で，全項目の顔面運動評価を行いえた症例は19例（38％）で，その他は一部の顔面運動評価しか行えなかった。神経興奮性検査を行いえたのは，8例（16％）であった。

治療法は，ステロイド剤を投与しなかったものが27例，ステロイド内服治療が20例，ステロイド大量静注治療が3例であった。治癒状態は48例（96％）が完全回復したが，2例は不全治癒におわった。

51)　乳幼児の顔面神経麻痺症例の検討

稲村博雄、戸島　均、斉藤　修、前山裕之、青柳　優、小池吉郎（山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室）
鈴木八郎（山形県立中央病院耳鼻咽喉科）

小児の顔面神経麻痺は、一般に成人に比して予後良好とされる。一方小児においては、成人の麻痺患者の取り扱いとは異なった診療上の問題点が存在する。すなわち、小児ではしばしば全身疾患の続発症状として顔面神経麻痺が発症すること、麻痺の程度の判断や他覚的な検査としての電気生理学的検査を行うことが難しいこと、治療においても薬剤の選択や投与量についての判断が難しいこと等の問題点が挙げられる。

そこで当科および山形県立中央病院耳鼻咽喉科を受診した、特に診断、治療に苦慮することの多い6才以下の乳幼児の顔面神経麻痺症例（先天性麻痺、外傷、術後性麻痺を除く）５９例について、その予後、鑑別診断および予後診断における留意点、治療の要否等について検討をおこなったので報告する。

52)　ＰＧＥ$_1$が奏効した小児Ramsay-Hunt症候群の１症例

福井　聡，小林澄子，白石正治，長谷浩吉，神山洋一郎
杉田麟也*
順天堂浦安病院麻酔科，*同　耳鼻科

今回我々はプロスタグランディンＥ$_1$（以下PGE$_1$）の点滴静注により、急激に改善がみられた小児のRamsay-Hunt症候群の１症例を経験したので報告する。症例は12才の男児で左耳痛出現後６日目に同側の末梢性顔面神経麻痺を自覚、さらにその５日後に左耳介に水疱が出現し当院耳鼻科にてRamsay-Hunt症候群Ⅱ型と診断された。初診時麻痺スコアは40点満点法で０点、ENoG値は13%でステロイド漸減療法を開始、抗ウイルス薬（ACV）の点滴静注および左星状神経節ブロックを施行、耳痛および耳介後部痛は消失したが麻痺スコアは治療開始50日を過ぎても10点前後と改善がみられなかったため、SGBとともにPGE$_1$ 20μg／dayの点滴静注療法を併用したところ、60日目頃より20点をこえ、以後80日目に30点と急激に改善がみられ、94日目に38点と後遺症なくほぼ完治した。なお治療終了時のENoG値は66%であった。PGE$_1$の神経に対する作用は不明であるが、本症例ではPGE$_1$が顔面神経の修復過程においてその再生を促進し、sproutingを抑制したことが考えられた。

53)　Moebius症候群の1例－電気生理学的検査による顔面神経および脳幹機能評価－

野呂　浩史[1]　若井周治[2]

国立療養所八雲病院神経内科[1] 札幌医科大学小児科[2]

症例は5歳男児。生下時より著明な両側性顔面神経麻痺、哺乳障害、小顎症等を認めている。神経学的には両側顔面筋筋力低下による表情に乏しい顔貌、両側眼瞼下垂、外転神経麻痺が認められた。四肢・軀幹筋の緊張はほぼ正常で、筋発育不全や無形成を認めない。

電気生理学的には、1）聴性脳幹反応上、両側性にⅢ波からⅤ波の導出不良、2）短潜時体性感覚誘発電位上、中枢伝導時間の両側性延長、3）顔面神経伝導速度（下顎縁枝刺激、オトガイ筋導出による）の遅延、4）顔面神経刺激による誘発筋電図M波振幅の低下、5）瞬目反射上、顔面神経障害に加え、三叉神経求心路および脳幹内介在ニューロンを含む広範な伝導障害を認めた。

本症候群は、病理学的に4型に分類されるのが一般的であるが、上記検査所見から本例は脳神経核から末梢レベルにかけて広範な障害の存在が示唆された。上記症例について頭部ＭＲＩを供覧し、文献的考察を加えて報告する。

54)　軌跡撮影による顔面表情運動の客観的評価法

小澤哲夫，杉田俊明，中村光士郎，柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の評価法には肉眼的観察にもとづくスコア法が，特別な機器を要さない簡便な方法として広く用いられているが，その客観性，再現性などにつき問題点が指摘されている。これに対して，最近ビデオ画像をコンピュータ処理する方法やモアレ法などの有用性が報告されている。今回我々はより簡便に顔面表情運動の客観的評価を行なうため，顔面にマークを付け，表情運動時のマークの軌跡を撮影する方法を考案した。マークとしては部屋の明るさなどの条件に左右されにくい発光ダイオードを使用し，これを眉毛，口角部周辺に左右3個ずつ貼りつけた。表情運動の開始と同時に写真撮影を行ない，軌跡を撮影した。表情運動としては「額の皺寄せ」，「強閉眼」，「イーと歯をみせる」，「口笛」を行なった。本法に要する時間はおよそ10分程度であり，ポラロイドカメラを使用すると外来で即座に結果を知ることができ，有用な方法と考えられた。

55)　モアレ縞パターンによる顔面神経麻痺の評価

○前田　学、井口郁雄、川上晋一郎、木下　心、増田　游

岡山大学医学部耳鼻咽喉科学教室

我々は物体表面形状の三次元情報を等高線というかたちで得ることができるモアレ写真の特長に注目し、その顔面神経麻痺程度評価への応用を試み、その結果を昨年の本研究会で報告した。そして、顔面モアレ写真上のモアレ縞の左右非対称率をもとめることにより、麻痺程度を定量的に客観的に評価することができるとの結果が得られた。

今回は、モアレ写真の一番の利点と考える「地図の等高線のごとく物体表面の凹凸・形状をモアレ縞のパターンとして一目で知ることができる」という特長に着目し、顔面神経麻痺によって生ずる顔面各部のモアレ縞パターンの代表的変化をいくつか挙げ、各症例でその変化が麻痺の程度に伴いどのように認められるかを検討した。その結果、特徴あるモアレ縞パターンの変化に注目することにより、顔面各部での麻痺の程度を視覚的に知ることができ、特に麻痺の回復過程を追ううえで有用であり、このことにより患者に対する状態説明も通常の写真と比べて分かりやすくなるものと考えられた。

56)　モアレ法による乳幼児顔面神経麻痺の評価

○井口郁雄、前田　学、川上晋一郎、頼實　哲、増田　游

岡山大学医学部耳鼻咽喉科学教室

我々は、過去において非接触に簡便な操作で精度の高い等高線が得られ一枚の写真に三次元情報の含まれている光の干渉現象を原理としたモアレ法の特長を利用して、モアレ法を顔面神経麻痺の視覚的、定量的評価法として応用し報告してきた。今回、麻痺程度の評価が困難である乳幼児症例に用い有用と考えられたので報告する。

方法はモアレ縞間隔2mmに設定した格子型モアレカメラにCCDカメラ、モニター装置を接続しモアレ縞を確認後、サーマルイメージャーで、安静時と泣いた時の2項目についてモアレ写真撮影した。対象は、当科顔面神経外来を受診した乳幼児顔面神経麻痺の3症例である。経過を追ってモアレ縞パターンを比較してみると成人例と同様にモアレ縞の数、偏りで麻痺した部位、程度が一目瞭然と判明する結果を示し、非対称率にても改善の傾向がみられた。以上のことより表情を作ることのできない乳幼児顔面神経麻痺症例の程度評価にもモアレ法は有用な検査法であると考える。

57) Burresによる顔面表情運動の評価

下野俊哉・服部紀子・瀧本　勲*
愛知医科大学附属病院ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ部・耳鼻咽喉科学教室*

顔面表情運動のより客観的で正確な評価は、麻痺程度を判定、治療方針の決定、治療効果の分析などのために大変重要となる。そのため筋電図や画像処理など様々な方法が用いられており、その有用性が報告されている。しかしながら機器が高価であったり技術的問題など問題点がないわけではなく臨床の中で利用するには困難な場合も多い。1985年S.Burresは顔面の解剖学的ﾗﾝﾄﾞﾏｰｸをもとにその直線距離を計測し、左右比較を行うことで麻痺の程度を簡単にそして客観的に評価しようとする方法を報告した。我々も昨年よりこのBurresによる方法に着目し検討を続けているが、今回、その信頼性を中心に顔面表情運動の評価として有効かどうかを検討したので報告する。

58) 虚血性顔面神経麻痺動物モデルにおける Single Fiber Jitter値の測定。

伊達和宏, 里見文男 , 岸本麻子, 入谷　寛, 西村善彦, 湊川　徹, 雲井健雄

兵庫医科大学耳鼻咽喉科学教室

末梢性顔面神経麻痺は, 側頭骨内における顔面神経の病態生理のみならず, 顔面表情筋自体の病態の推移もまた私達の興味を惹かせる疾患である。

前回の第13回日本顔面神経研究会において, 私たちは顔面神経麻痺の臨床例でのSingle Fiber Jitter値について報告した。本研究会では, ネコの顔面表情筋のSingle Fiber Jitter値および入谷らが報告した虚血性顔面神経麻痺動物モデルのSingle Fiber Jitter値の経過について述べる。

59) ベル麻痺，ハント症候群，無疹性ハント症候群の予後比較．

塩谷正弘，湯田康正[1]，若杉文吉[2]
関東逓信病院ペインクリニック科[1]，東京慈恵会医科大学麻酔科[2]

1972年より1990年3 月までに関東逓信病院ペインクリニック科においてベル麻痺3949例，ハント症候群602 例の治療をおこなった．３週間以内に来院し，初診時麻痺スコアーが判明しているベル麻痺ハント症候群はそれぞれ2342例と181 例であった．麻痺の程度は21点以上を軽度麻痺，11点－20点を中等度麻痺，10点以上を高度麻痺にとすると，ベル麻痺では軽度麻痺4.6%，中等度麻痺24.7%， 高度麻痺70.7%， ハント症候群では軽度麻痺4.4%，中等度麻痺17.1%， 高度麻痺78.5% であった．他科の報告に比べ高度麻痺の頻度が高い．これらのうち初診時にＣＦ抗体価を測定したのはベル麻痺892 例，ハント症候群127 例であった．そこでベル麻痺ハント症候群に付き，ＣＦ抗体価の上昇群(CF+) と，非上昇群(CF-) の予後を検討した．治療はすべて星状神経節ブロックのみで行った．ベルCF- 群では完治61.1%,CF+ 群では47.9% ，ハントCF - 群では完治44.4%，CF+ 群では43.8% であった．ベル麻痺CF+ 群ではCF- 群に比べ有意に完治率が低い，しかしハント症候群よりは高かった．

60) 末梢性顔面神経麻痺の予後判定（多変量解析を用いた予後因子の検討）

高橋馨子，中島久美，岡田智幸，竹山　勇
聖マリアンナ医科大学病院 耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺には，障害部位により中枢性と末梢性に大別される。末梢性顔面神経麻痺の多くの割合を占めるBell麻痺とRamsay Hunt症候群はその治癒率が比較的良いといわれている。また，その早期予後診断については，これまで数多くの報告がなされている。今回，当院耳鼻科に入院した末梢性顔面神経麻痺の内Bell麻痺とRamsay Hunt症候群の治療成績と予後について性別，年齢，電気生理学的診断法，アブミ骨筋反射などを，多変量解析数量化理論Ⅱ類を用いて，その関与する因子の予後に及ぼす影響を検討し早期予後診断の有用性について報告した。対象は昭和51年から平成２年４月までに当院耳鼻科入院となった症例94例である。治療開始後１カ月，３カ月，６カ月のデーターを使用した。結果はBell麻痺で，治療開始後1カ月後では43.7％，６カ月後では71％の治癒率を示し，Ramsay Hunt 症候群のそれを遥かに上回っていた。麻痺の他覚的検査による評価をみると早期予後診断に最も強い相関がみられたのはＮＥＴで，これはBell麻痺，Ramsay Hunt症候群いずれにおいても同様の成績であった。

61) 高度顔面神経麻痺症例に対する手術施行成績の検討

安村佐都紀、伊東宗治、麻生　伸、浅井正嗣、渡辺行雄、水越鉄理

富山医科薬科大学耳鼻咽喉科学教室

末梢性顔面神経麻痺に対する手術療法において、手術時期とその効果については種々議論のあるところである。今回私どもは、長期経過例の手術成績について検討した。

当科では、発症２週間以上経過時点で、ＥＮｏＧ０％、及びＮＥＤ３．５ｍＡ以上の症例には、手術を考慮している。

対象は、1980年から1990年までの10年間に手術を施行した29症例である。このうち、発症４週間以内の手術施行例は１４症例、４週以降の手術施行例は１５症例である。

治療成績は、表情筋SCOREが40点法で36点以上まで回復したものが、４週間以内の手術施行例では１４症例中１例（7.1%）、４週以降の手術施行例では１５症例中５例（33.3%）であった。また、発症３ヶ月以降の陳旧例においてもSCORE上かなりの回復がみられた。

以上の結果より、発症後長期経過例に対する手術の有効性について検討し、若干の文献的考察を加えて報告する。

62) 星座座標表現による顔面神経麻痺の予後推測

○湊川　徹, 西村善彦, 雲井健雄

兵庫医科大学 耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺患者の予後推測は，従来から麻痺発症後の早期段階におけるNET，ENoGなどで行われており，簡単には麻痺早期の表情筋運動の麻痺スコアもおおよその目安となっている。しかしこれらは麻痺全経過の時系列をある一断面で捕らえたものと言えよう。そこで顔面神経麻痺患者の麻痺スコアをOnsetから５日目毎に観察評価し，完全治癒群と不完全治癒群とでスコアの経過の型に差異があるか否かを検討した。対象はこの半年間に登録され，治療の完結したBell麻痺22症例である。麻痺スコアは100点法に準拠し，完治18，不全治癒４例である。各時点のスコア，A, B, C, D, E：各5, 10, 15, 20, 25日目，を逐次Ｆ検定する。ＡからＥまでの全ての情報を入力すると，誤判別率の推定値は10.5％，見かけ的中率は90.9％となるが，これでは25日も経過してやっと判別可能となるので実地上役立ちそうにない。これを図表表現の星座座標上に展開すると，患者の回復過程が連続的時系列のベクトルとして視覚的にも直感的に把握でき，ベクトルが完治の100点方向へ早期に転回するほど予後が良い事を予想できる。

63)　ボツリヌス注射療法が著効を示した抗精神病薬による眼瞼痙攣の１症例

久世照五、畠山 登、柴田良子*

富山医科薬科大学 麻酔科学教室、同 精神神経科学教室*

国産のボツリヌスＡ型毒素が開発されたことにより、顔面・頸部の種々の痙攣性疾患にその注射療法が試みられ、適応が拡大されつつある。われわれも、昨年より、顔面痙攣と眼瞼痙攣などの４３名の患者に使用し全てに有効な結果を得ている。それら症例のうち、抗精神病薬による眼瞼痙攣（遅発性ヂストニア）の１例が、ボツリヌス注射療法により特異な経過の後に眼瞼痙攣が消失し、ボツリヌスの効果が消失したと考えられる９ヵ月を経過した現在も痙攣の再発を見ていない症例を経験したので報告したい。　症例は２３歳（麻酔科初診時）・男性、４年前に精神分裂症発症、３年前より抗精神病薬の治療が開始され、１年３ヵ月前より左に強い閉眼発作が頻発し、種々の精神科的治療に反応しないため‘90年６月麻酔科へ紹介される。痙攣はJankovicらの基準で重症度４度、頻度４度で最高であった。先ず主に左眼輪筋内10ヵ所（計50単位）に注射した。左の痙攣が著明に減弱したが、代って右が閉眼状態となったので右にも投与し、２週おきの合計６回（230単位）により痙攣は全く消失した。

64)　Ｗｅｒｎｅｒ症候群と表情異常

森　省三郎、佐橋　功、衣斐　達、

田代伯為、中尾直樹、満間照典

愛知医科大学第４内科

Werner症候群は極稀な早期老化症（早老症; progeria）の代表的疾患である。本疾患の顔面徴候に関しては、主に皮膚の老化に伴う表情異常を呈するものと考えられている。

本報告の目的は、自験Werner症候群の２症例につきその神経学的評価とくに顔面表情異常などに関し知見を得たので、その臨床所見を中心に報告する。

対象の 2 症例は女性（現年齢 34 歳、 43 歳）であり、頭髪・眉毛の白毛化、白内障、短躯・低体重、著明な皮膚および骨の老化、出産歴なく早期閉経などの神経内分泌障害を呈している。神経学的には、知能低下、性格異常、深部反射の亢進を認め、また脳神経領域では顔面表情は皮膚萎縮に加え軽度の両側性顔面筋萎縮および筋力低下を示し、それは中枢性障害を示唆した。なお眼球運動障害はなく、球麻痺など他の運動系脳神経異常所見は認められなかった。すなわち顔面異常は顔面神経核の形成不全に基くMöbius症候群に極めて類似な病態を呈した。　結語：Werner症候群の表情障害は先天性中枢神経異常の部分症と考えた。

65) Melkersson−Rosenthal症候群の４症例について

竹内直信,[1)] 菅澤恵子,[1)] 小林武夫[2)]

１）東大病院耳鼻咽喉科　　２）ＪＲ東京総合病院耳鼻咽喉科

Melkersson− Rosenthal 症候群（以下MRSとする）は再発性顔面神経麻痺，口唇・顔面の腫脹，溝状舌を３主徴とする症候群であり，これに片頭痛を加え４主徴とする場合もある。東大病院耳鼻咽喉科顔面神経外来では，過去４年間に４例のＭＲＳ症例を経験したのでその臨床症状ならびに臨床経過につき検討を加えた。症例は男性３例，女性１例で，年齢は20歳から67歳までである。いずれの症例も顔面神経麻痺は呈しているものの，３主徴を満たしておらず，MRS の不全型というべきものである。経過期間は３か月から７年で，１例で顔面神経減荷術を施行している以外は保存的療法にて改善をみている。今回我々はこれらの症例に若干の文献的考察を加え発表する。

66) 両側性末梢性顔面神経麻痺のみを呈した特発性多発性脳神経炎の１例

渡辺幸夫，大久保　満，丹羽豊郎

大垣市民病院内科

発熱を伴わず，全身リンパ節腫脹，多クローン性高IgG血漿をともなった両側性末梢性顔面神経麻痺の１例を報告する。症例は59才女性で，主訴は全身倦怠感，水が口から漏れるであった。既往歴，家族歴には特記すべきことなし。現病歴として，平成2年8月13日頃から全身倦怠感を自覚するようになり，20日には水が左口角から漏れるようになったので来院し入院となった。身体的には両頸部，鼠径のリンパ節腫脹を認め，神経学的には左優位の両側性末梢性顔面神経麻痺以外には異常を認めなかった。血液生化学的にはTP 10.2 g/dl，γ-グロブリン 41.1 %，IgG 5352 mg/dl，CRP 0.46 mg/dl，髄液細胞数 124/3 mm³（リンパ球 115，好中球９），蛋白質 75 mg/dl，抗ボレリア抗体陰性，各種ウイルス抗体価はペアー血清で有意な上昇を認めず。リンパ節生検はreactive hyperplasia の所見であった。以上より，本症例は，サルコイドーシス，ギランバレー症候群，両側性 Bell 麻痺，ライム病，その他代謝，中毒，腫瘍性とは異なり，ウイルス感染に伴った特発性多発性脳神経炎と診断した。

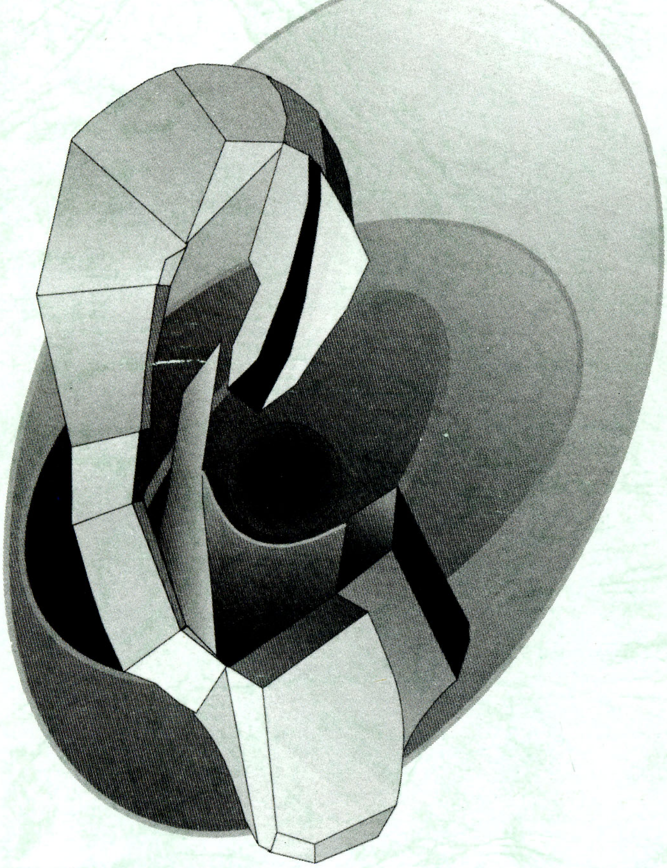
67) 片側性、交代性および両側性顔面神経麻痺症例の検討

今村洋子、馬場園真樹子、大野文夫、古田茂、大山勝
鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺は耳鼻咽喉科領域において比較的頻繁に遭遇する疾患であるが、その中で反復性や両側性のものは稀である。今回我々は、1979年から1991年の12年間に当科で取り扱った顔面神経麻痺症例を集計したところ、全症例数319例のうち反復性と交代性及び両側同時性のものが20例認めた。その内訳で、反復性と交代性のものは、そのほとんどが特発性ベル麻痺かHunt症候群であったが、4例の両側同時性のうち1例にATLL、2例にGuillan-Barré症候群が基礎疾患として認められ、また残りの1例は同胞に同様の症状を認め遺伝的な原因の存在も示唆された。また、これらの20例の中で12例(60%)が左側から初発していたことも興味深い。これらの症例と一側性非反復性顔面神経麻痺症例の分析結果を比較検討した。反復性、あるいは両側同時性に発症する顔面神経麻痺の原因疾患を中心に若干の考察を加えた。

神・経・修・復

メチコバールはエーザイが独自に合成・開発した、メコバラミン(メチルB_{12})製剤です。
メチコバールは核酸・蛋白合成、リン脂質合成を促進し、障害された神経を修復し、しびれ・痛み・麻痺を改善します。
注射は急性期や難治性の神経疾患、入院患者さんに適しています。



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500μgのみ)

用法・用量

錠500μg：通常、成人は1日3錠(メコバラミンとして1日1,500μg)を3回に分けて経口投与する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。
錠250μg：通常、成人は1日6錠(メコバラミンとして1日1,500μg)を3回に分けて経口投与する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。
細粒：通常、成人は1日3包(メコバラミンとして1日1,500μg)を3回に分けて経口投与する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。
注射液500μg(末梢性神経障害の場合)：通常、成人は1日1回1アンプル(メコバラミンとして500μg)を週3回、筋肉内または静脈内に注射する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。
注射液500μg(巨赤芽球性貧血の場合)：通常、成人は1日1回1アンプル(メコバラミンとして500μg)を週3回、筋肉内または静脈内に注射する。約2カ月投与した後、維持療法として1～3カ月に1回1アンプルを投与する。

使用上の注意

1．内服剤
(1)一般的注意　効果がないのに、月余にわたって漫然と使用すべきでない。
(2)副作用　1)消化器：ときに食欲不振、悪心、下痢等があらわれることがある。2)過敏症：まれに発疹があらわれることがある。
(3)その他　水銀及びその化合物を取り扱う職業従事者に長期にわたって大量に投与することはさけることが望ましい。
2．注射剤
(1)副作用　1)過敏症：発疹等があらわれた場合は、投与を中止する。2)その他：ときに筋肉内注射部位の疼痛・硬結が、またまれに頭痛・発汗・発熱感があらわれることがある。
(2)適用上の注意　1)光分解をうけやすいので、開封後直ちに使用するとともに、遮光に留意すること。2)筋肉内に投与する場合は、組織・神経などへの影響を避けるため、下記の点に注意すること。ア）同一部位への反復注射は避けること。なお、新生児、未熟児、乳児、小児には特に注意すること。イ）神経走行部位を避けるよう注意すること。ウ）注射針を刺入したとき、激痛を訴えたり、血液の逆流を見た場合には、直ちに針を抜き、部位をかえて注射すること。3)本品はワンポイントカットアンプルであるが、アンプルのカット部分をエタノール綿等で清拭してからカットすることが望ましい。

●ご使用に際しては添付文書をご参照下さい。

〈薬価基準収載〉

末梢性神経障害治療剤

メチコバール®

錠500μg・錠250μg・細粒・注射液500μg

メコバラミン製剤

Eisai エーザイ
東京都文京区小石川4-6-10
資料請求先：医薬事業部メチコバー

A-D$_4$ 93