

第5回 日本顔面神経研究会

JSFNR

プログラム・予稿集

昭和57年6月12日(土) 9:15~18:30

会 場 兵庫県民会館 11階 特別会議室
神戸市中央区下山手通4丁目57-4
TEL. 078-321-2131

担 当 神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

1982

参加者の方々へ

1. 会場費1,500円を受付でお支払い下さい、引き換えに参加章をお渡ししますので会期中は必ず胸におつけ下さい。

2. 出題者（共同演者）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

日本顔面神経研究会事務所 〒173 東京都板橋区大谷口上町30番1号 TEL 03 - 972 - 8111

日大医学部耳鼻咽喉科教室内

3. ワークショップ資料提供者の方々へ

第5回研究会の御案内に書きましたように、本ワークショップでは各演者が、一般演題のように、夫々まとまった口演を行うのではなく、予めお寄せ載いた資料を整理してありますので、この資料を中心に(A), (B), (C)それぞれの主題について、夫々、2～3の問題点に焦点をしばって、はじめから討論を行って戴きます。これによって現状の把握及び出来れば統一的な見解のまとめ、ならびに今後の問題点の共通的な認識などが得られることを期待します。尚、討論の進行についてはモデレーターの指示に従って行っていただきます。当方としては初めての試みですので、御不満の点も多いと思いますが、後で御批判をいただき今後の参考にさせて戴きたいと存じます。資料提供者の方々には、モデレーターの方々と予め打合せをして、もう少し具体的な内容につき御連絡する予定です。

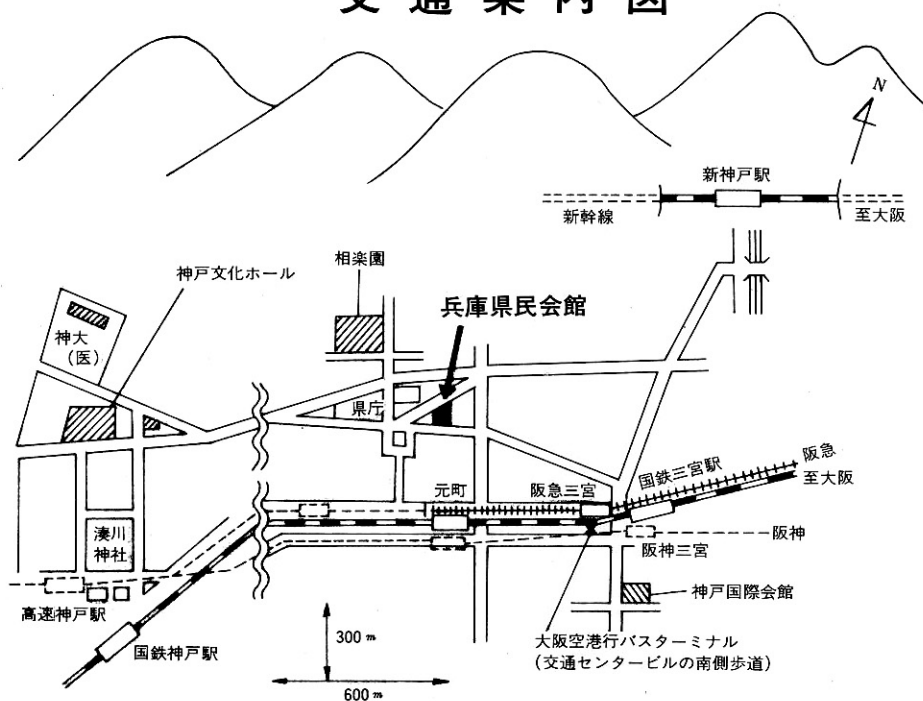
4. 一般演題は従来通りの形式で行います。

スライドの用意は一面です。枚数は8枚以内とします。1題7分以内、出来るだけ討論時間を作って下さい。

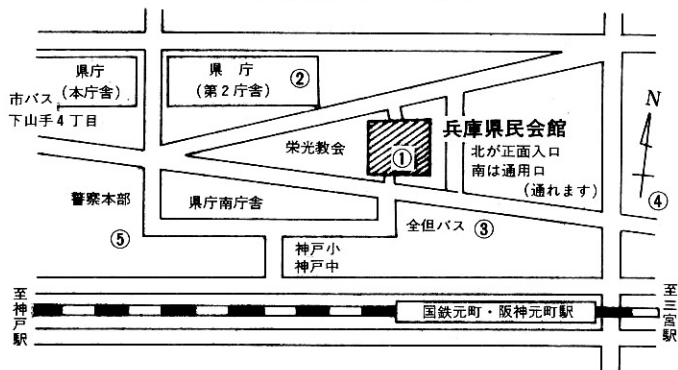
5. ビデオ演題は今回は少数でしたので、適宜ワークショップの中で使用させて戴きます。



交通案内図



会場附近見取図



- 新幹線神戸駅よりタクシー約10分
- 国鉄三宮駅よりタクシー約5～7分、徒歩15～20分
- 国鉄元町、阪神元町駅より徒歩約7分、はなぐま(阪急)より10分
- 図中の①～⑤は、会場より3～5分以内で食事可能な店

兵庫県民会館

〒650 神戸市生田区下山手通4丁目57の4
TEL. (078) 321-2131 (代)

第5回 日本顔面神経研究会プログラム

S. 57. 6. 12. 兵庫県民会館11階特別会議室

開会のあいさつ 9:15

会長 服部 浩

ワークショップ

(A) 顔面麻痺の程度の評価基準とその根拠(有用性を含む)(9:17~10:30)..... 5

モデレーター 柳原 尚明, 細見 英男

山本 悦生(京大), 市毛 明彦 他(山形大), 木西 実 他(神戸大)

佐藤 意生(佐賀医大), 八木 伸也 他(福井日赤), 遠藤 泰介 他(新潟大)

古田 茂 他(鹿児島大)

(B) Bell 麻痺の手術的治療 (10:30~11:45)..... 22

モデレーター 小池 吉郎, 柳原 尚明

柳原 尚明(愛媛大), 山本 悦生(京大), 鈴木 八郎 (山形大)

田中 博之(横浜市), 松居 敏夫 他(神戸大), 玉置 弘光 他(阪大)

佐藤 意生(佐賀医大), 沖中 芳彦 他(山口大), 遠藤 泰介 他(新潟大)

宮崎 充 他(長崎大), 中山 堯之 他(関西医大), 今泉 秀雄(福島医大)

小林 武夫 他(東大), 荒川 栄一 他(東北大)

(C) 顔面痙攣 (11:45~13:00)..... 43

モデレーター 斎藤 春雄, 岩隈 勉, 若杉 文吉

柳原 尚明(愛媛大), 斎藤 春雄(滋賀医大), 遠藤 泰介 他(新潟大)

菊地 章 他(山形大), 小林 武夫 他(東大), 岩隈 勉(苫小牧市立総合病院脳外)

塩谷 正弘 他(関東通信ペインクリニック), 宮崎 東洋 他(順天堂, 麻酔)

昼 休 13:00~14:15

総 会 14:15~14:30

一般演題 (1題7分以内)

第1群 座長 隈上 秀伯 教授 14:30~15:30

1. 顔面神経管内の血管支配について 高坂 知節 他(東北大)..... 58
2. 実験的虚血性顔面神経麻痺 小川 明 他(金沢医大)..... 58
3. アブミ骨筋神経の空間的配列について 村上 信吾 他(愛媛大)..... 59
4. Bell 麻痺におけるアブミ骨筋反射の
易受傷性と回復遅延について 松本 康 他(愛媛大)..... 59
5. 実験的顔面神経麻痺に対するメコバラミンの効果 藤田 寛 他(愛媛大)..... 60

| | | | | |
|------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------------|----|
| 第2群 | 座長 | 大山 勝 教授 | 15 : 30 ~ 16 : 00 | |
| 6. | 顔面神経麻痺の予後と顎下腺機能 | 井野千代徳 他 | (関西医大) | 60 |
| | — ^{99m} Tc シンチの経時的動態分析 — | | | |
| 7. | 顔面機械的刺激による体性感覚誘発電位 | 宮口 衛 他 | (市立豊中病院) | 61 |
| | 第1報 正常成人について | | | |
| 8. | 表情運動のカラー画像表示の試み | 小幡 悦朗 他 | (鹿児島大) | 61 |
| 第3群 | 座長 | 戸川 清 教授 | 16 : 00 ~ 16 : 35 | |
| 9. | 耳下腺腫瘍と顔面神経麻痺 | 加藤 高行 他 | (千葉大) | 62 |
| | — 大きさとの関係について — | | | |
| 10. | 外傷性顔面神経麻痺の手術適応診断 | 井谷 修 他 | (秋田大) | 62 |
| 11. | 頭部外傷性顔面神経麻痺の予後に関する考察 | 下村友佳子 他 | (神戸中央市民病院) | 63 |
| 第4群 | 座長 | 富田 寛 教授 | 16 : 35 ~ 17 : 10 | |
| 12. | 顔面神経麻痺の家族集積性 | 東 紘一郎 他 | (秋田大) | 63 |
| 13. | Bell 麻痺とウイルス | 森 弘 他 | (北野病院) | 64 |
| | — 過去6年間の約300症例から — | | | |
| 14. | 高齢者の顔面神経疾患 | 石井 甲介 他 | (東大) | 65 |
| 第5群 | 座長 | 朴 沢 二 郎 教授 | 17 : 10 ~ 17 : 40 | |
| 15. | 顔面神経麻痺長期経過例の検討 | 石田 孝 他 | (弘前大) | 66 |
| 16. | 涙分泌低下をきたしたBell麻痺の経過について | 西脇 至 他 | (神戸大) | 66 |
| 17. | ベル麻痺とその経過中の耳小骨筋反射 | 梅谷 芳雄 他 | (兵庫医大) | 67 |
| 第6群 | 座長 | 水 越 鉄 理 教授 | 17 : 40 ~ 18 : 30 | |
| 18. | Heerfordt 症候群の一例 | 吉田 行夫 他 | (富山医科薬科大) | 67 |
| 19. | 両側同時性顔面神経麻痺の一症例 | 水上千佳司 他 | (滋賀医大) | 68 |
| 20. | 水平部に限局した顔面神経鞘腫の2症例 | 岩永 迪孝 他 | (京大) | 69 |
| 21. | 顔面神経鞘腫の一症例 | 戸島 均 他 | (山形大) | 70 |
| 22. | 慢性中耳炎による顔面神経麻痺について | 玉置 弘光 他 | (阪大) | 71 |

ワークショップ A

顔面麻痺の程度の評価基準と，その根拠（有用性を含む）

国の内外を問わず，お互のデータを比較討議する際に，共通の尺度を作っておくことが必要と考えられる。これは各研究者独自の方法を否定するものでなく，必要に応じてより妥当なものに改めて行くべきものである。

① 共通な採点法の作製

- 1) 現在，各施設で，どのような採点法や段階法（例えば，軽，中等，重度）が，どれ位採用されているか。
- 2) お互の共通点と相違点を明らかにする。
- 3) 共通尺度を作る必要性の有無。
- 4) 有りとする場合の具体的提案。
- 5) 上の提案の討論。
- 6) 共通尺度を作るための今後の措置。

② 採点法や段階法の利用法（有用性）

- 1) 麻痺の各時点での程度の表示。
- 2) 発病初期における予後推定及び諸検査，治療法の決定に対する，誰でも，特に設備がなくても行える選別手段。

③ Synkinesis の評価基準（方法）の必要性の有無と提案

④ 予後判定のための，諸検査法

ワークショップ①

| 山本悦生 (京大) | 木西実他 (神戸大) | 柳原尚明他 (愛媛大) | 八木伸也 (福井日赤) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|----|------|---------|-------|---------|------|--|--|---|---|---|---|----|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|------|---|----|----|----|----|------|----|----|----|------|---|---|----|----|----|----|---|----|---|-----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|------|---|----|----|----|----|------|----|----|----|------|---|---|----|----|----|------|----|----|----|------|---|----|----|----|----|------|----|----|----|----|---|----|----|----|----|------|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|------|---|----|----|----|----|----|-------|-------|-------|------|---|----|----|----|----|------|-------|-------|-------|------|----------------------------|----------------------------|
| <p>実施項目</p> <p>(1) 安静時緊張(左右対称性)</p> <p>(2) 額のしわよせ</p> <p>(3) 軽く閉眼</p> <p>(4) 強く閉眼</p> <p>(5) 瞬目運動※</p> <p>(6) 鼻根しわよせ</p> <p>(7) 頬をふくらませる</p> <p>(8) イーと歯をみせる</p> <p>(9) 口笛運動</p> <p>(10) 口をへの字に曲げる</p> <p>※片目つぶりは、元来不可能な人や左右差がある人もあるので除く。</p> <p>評価法</p> <p>3段階40点満点</p> <p>健側と比べて</p> <p>1. 同程度……………4点</p> <p>2. 減弱……………2点</p> <p>3. 消失……………0点</p> <p>A. 高度麻痺……10点以下</p> <p>B. 中等度麻痺…12~20点</p> <p>C. 軽度麻痺……22点~</p> <p>麻痺治癒状態の判定</p> <p>完治 { 36点以上^{(1)=4点}_{(0)=なし}</p> <p>後遺症</p> <p>異常共同運動(synkinesis) (表情筋間及び耳内筋との間)</p> <p>痙攣(spasm)</p> <p>痙直(contracture)</p> <p>わにの涙(crocodile tears)</p> | <p>実施項目</p> <p>(1) 安静時緊張</p> <p>(2) 額のしわよせ</p> <p>(3) 完全閉眼</p> <p>(4) 瞬目</p> <p>(5) 鼻根しわよせ</p> <p>(6) Grin</p> <p>(7) 口笛</p> <p>(8) 頬をふくらませる</p> <p>(9) 下口唇を下へ動かす</p> <p>評価法</p> <p>3段階、90点満点</p> <p>1. 健常と同程度……………10点</p> <p>2. 減弱……………5点</p> <p>3. 消失……………0点</p> <p>予後との関係</p> <p>発症2W程度の間15点≦以上だと略完治、10点≧以下では不完治あり更に諸検査が必要となる。</p> <p>採点法で回復徴候(10≦)出現が1~2MではA群(平均70点), 3M以上はC群(平均45点), その中間はB群に分類される。</p> <p>……………</p> <p>両大学で患者3名宛、柳原、細見一変法でビデオにとり、再生像により採点評価を行った。テープはお互に交換し、両方のテープにつき夫々の大学で採点した。</p> | <p>実施項目</p> <p>(1) 安静時非対称</p> <p>(2) 額のしわよせ</p> <p>(3) 軽い閉眼</p> <p>(4) 強い閉眼</p> <p>(5) 片眼つぶり</p> <p>(6) 鼻翼を動かす</p> <p>(7) 頬をふくらませる</p> <p>(8) イーと歯をみせる</p> <p>(9) 口笛</p> <p>(10) 口をへの字に曲げる</p> <p>評価法</p> <p>3段階、40点満点</p> <p>1. 略々正常……………4点</p> <p>2. 減弱……………2点</p> <p>3. 喪失……………0点</p> <p>予後との関係※</p> <p>発症当初から10点以上はおおむね予後良好。</p> <p>10点以下が3W以上続くとき回復悪く、1ヶ月以上続くものは後遺麻痺や後遺症は必至である。</p> <p>※「現代の耳鼻咽喉科学」より。</p> | <p>実施項目</p> <p>40点満点(柳原)</p> <p>完全回復を示した68つき、採点スコアとEMGとの相関係数0.92以上の高い相関を得た。採点法の客観性を示唆した。</p> <p>各項目の配点の検討</p> <p>各項目の含む情報価値が異ると予想されるので25例につき重回帰分析を行った結果、</p> <p>(表2)</p> <p>(1) 3, 1.5, 0</p> <p>(2) 4, 2, 0</p> <p>(3) 4, 2, 0</p> <p>(4) 6, 3, 0</p> <p>(5) 3, 1.5, 0</p> <p>(6) 4, 2, 0</p> <p>(7) 4, 2, 0</p> <p>(8) 6, 3, 0</p> <p>(9) 3, 1.5, 0</p> <p>(10) 3, 1.5, 0</p> <p>(40点満点)</p> <p>(表3)</p> <p>(1) 8, 4, 0</p> <p>(2) 10, 5, 0</p> <p>(3) 10, 5, 0</p> <p>(4) 15, 7.5, 0</p> <p>(5) 7, 3.5, 0</p> <p>(6) 8, 4, 0</p> <p>(7) 12, 6, 0</p> <p>(8) 16, 8, 0</p> <p>(9) 7, 3.5, 0</p> <p>(10) 7, 3.5, 0</p> <p>(100点満点)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>採点の場合10点は全く正常のみでなく、殆ど正常も含める方が妥当と考える。</p> <p>5段階と3段階評価と比べて、最終段階の結果は略々一致したので、3段階でよいと結論した。(木西ら)</p> | <p>柳原法(愛媛大のテープ)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">患者</th> <th colspan="5">検者(神戸大)</th> <th colspan="4">検者(愛媛大)</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>E</th> <th>F</th> <th>G</th> <th>平均</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>平均</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>6</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>12</td> <td>24</td> <td>22</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>26</td> <td>26</td> <td>28</td> <td>26.7</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>16</td> <td>20</td> <td>22</td> <td>20</td> <td>19.5</td> <td>24</td> <td>24</td> <td>22</td> <td>23.4</td> </tr> </tbody> </table> <p>May一細見変法(愛媛大のテープ)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>5</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>6.7</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>45</td> <td>65</td> <td>60</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>45</td> <td>65</td> <td>65</td> <td>58.3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>35</td> <td>45</td> <td>50</td> <td>40</td> <td>42.5</td> <td>65</td> <td>60</td> <td>60</td> <td>61.7</td> </tr> </tbody> </table> <p>柳原法(神戸大のテープ)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>8</td> <td>10</td> <td>18</td> <td>14</td> <td>12.5</td> <td>16</td> <td>14</td> <td>16</td> <td>15.3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>16</td> <td>24</td> <td>22</td> <td>20</td> <td>20.5</td> <td>20</td> <td>24</td> <td>20</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>24</td> <td>32</td> <td>34</td> <td>32</td> <td>30.5</td> <td>32</td> <td>34</td> <td>32</td> <td>33</td> </tr> </tbody> </table> <p>May一細見変法(神戸大のテープ)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>30</td> <td>25</td> <td>30</td> <td>35</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>35</td> <td>50</td> <td>43.3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>40</td> <td>50</td> <td>45</td> <td>45</td> <td>45</td> <td>40/80</td> <td>45/80</td> <td>45/80</td> <td>43.3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>75</td> <td>75</td> <td>70</td> <td>70</td> <td>72.5</td> <td>70/80</td> <td>70/80</td> <td>65/80</td> <td>68.3</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 症例2, 3の瞬目は除外したので80点満点(補正值+2, +3を要す)</p> | 患者 | 検者(神戸大) | | | | | 検者(愛媛大) | | | | D | E | F | G | 平均 | A | B | C | 平均 | 1 | 2 | 6 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 12 | 24 | 22 | 18 | 19 | 26 | 26 | 28 | 26.7 | 3 | 16 | 20 | 22 | 20 | 19.5 | 24 | 24 | 22 | 23.4 | 1 | 5 | 15 | 10 | 10 | 10 | 5 | 10 | 5 | 6.7 | 2 | 45 | 65 | 60 | 50 | 55 | 45 | 65 | 65 | 58.3 | 3 | 35 | 45 | 50 | 40 | 42.5 | 65 | 60 | 60 | 61.7 | 1 | 8 | 10 | 18 | 14 | 12.5 | 16 | 14 | 16 | 15.3 | 2 | 16 | 24 | 22 | 20 | 20.5 | 20 | 24 | 20 | 22 | 3 | 24 | 32 | 34 | 32 | 30.5 | 32 | 34 | 32 | 33 | 1 | 30 | 25 | 30 | 35 | 30 | 45 | 35 | 50 | 43.3 | 2 | 40 | 50 | 45 | 45 | 45 | 40/80 | 45/80 | 45/80 | 43.3 | 3 | 75 | 75 | 70 | 70 | 72.5 | 70/80 | 70/80 | 65/80 | 68.3 | <p>※</p> <p>※</p> <p>※</p> | <p>※</p> <p>※</p> <p>※</p> |
| 患者 | 検者(神戸大) | | | | | 検者(愛媛大) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | E | F | G | 平均 | A | B | C | 平均 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 6 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 12 | 24 | 22 | 18 | 19 | 26 | 26 | 28 | 26.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 16 | 20 | 22 | 20 | 19.5 | 24 | 24 | 22 | 23.4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 5 | 15 | 10 | 10 | 10 | 5 | 10 | 5 | 6.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 45 | 65 | 60 | 50 | 55 | 45 | 65 | 65 | 58.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 35 | 45 | 50 | 40 | 42.5 | 65 | 60 | 60 | 61.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 8 | 10 | 18 | 14 | 12.5 | 16 | 14 | 16 | 15.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 16 | 24 | 22 | 20 | 20.5 | 20 | 24 | 20 | 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 24 | 32 | 34 | 32 | 30.5 | 32 | 34 | 32 | 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 30 | 25 | 30 | 35 | 30 | 45 | 35 | 50 | 43.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 40 | 50 | 45 | 45 | 45 | 40/80 | 45/80 | 45/80 | 43.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 75 | 75 | 70 | 70 | 72.5 | 70/80 | 70/80 | 65/80 | 68.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 遠藤泰介他 (新潟大) | 佐藤意生 (佐賀医大) | 市毛明彦他 (山形大) | 古田茂他 (鹿児島大) |
|---|---|---|---|
| <p>実施項目 40点満点(柳原) 3段階評定 採点スコアと積分EMGとの相関を求めた。 八木同様皿電極で前頭筋・眼輪筋、口輪筋より記録した。 左右両側同時記録することが大切である。 健側の最高振幅をA、麻痺側をBとしB/A%で表現。 結果 1) 正常人>90%。 2) 採点スコアとこの%とは密接な相関を示した。 3) 治癒の基準は36点以上である。 36点は何れかの筋に極く軽い麻痺があるが、臨床的には問題とならぬ最低限である。 しかし積分EMGでは明らかに左右差があり、40点満点でも90%以下であり、機能的には完全でないことが示された。</p> | <p>誘発筋電図による予後判定基準 Bell麻痺、ハント症候群 合計207例の発病後1ヶ月以内の誘発EMG所見と6ヶ月以上後の予後とから次の結論を得た。 方法 刺戟……皿電極を耳下部茎乳突起に相当する部、1.5cm前方に陰極をおく。 誘導電極……同2芯形の針電極を口輪筋、眼輪筋に、深さを変え、最大振幅を得る位置に固定。 1回/秒、1msの矩形波で刺戟。 正常閾値は40V以下、最大スパイク数10以上。 予後判定基準 最大スパイク数 1. 6以上 完全回復 $\left\{ \begin{array}{l} 10 < : 3M \text{ 以内} \\ 6 \sim 9 : 2M \text{ 以上} \end{array} \right.$ 2. 5～1 : 不完全回復 3. 0 : $\left\{ \begin{array}{l} 50 \text{ 才以下} \cdots \cdots \\ \quad \quad \quad \text{不完全回復} \\ 50 \text{ 才以上} \cdots \cdots \\ \quad \quad \quad \text{回復傾向なし} \end{array} \right.$</p> | <p>実施項目 90点法(細見) 3段階評価 EMG(前頭、眼輪、口輪) 活動電位波形から5段階に分類評価、採点スコアとEMG所見との間に高い相関関係をみとめた。 予後判定 発症2W以内来院、6ヶ月以上保存的治療で経過をみた81例について。 1) ENoGの経過中の数回の最低値(健側振幅との比) 20%以上…45例(全て6M以内80点以上に回復) 10%以上…63例(2例が不完全回復、12例(19%)に後遺症) 10%以下…18例(9例は6M以内に80点以上に回復) 後遺症13例(72%) 2) NET:左右差をNEDと表わす NED\geq3.5mA…6M後60%が不全回復(すべてENoGmin<10%であった) NED<3.5mA…6M内に97%が80点以上となった(92%がENoG>10%であった) 3) 予後判定の補助診断としてのあぶみ骨筋反射(SR) 2W以内初診、6M以上観察した64例について 初診時SR ⊕24/26(90%)が3W以内80点以上となった。 又SR⊕になる時期が早いほど予後良好であった。</p> | <p>実施項目 Ⓐ 表情筋の運動状態(80点満点) (1) 前額部作皺 (2) 閉眼運動 (3) 瞬目運動 (4) 鼻唇溝状態 (5) 口笛動作 (6) 頬部膨満 (7) 口角運動 (8) 笑顔状態 3段階評価、10、5、0点 Ⓑ 併発症状(20点満点) (1) 顔面不随意運動(含共同運動) (2) 流涙 (3) 味覚 (4) 顔面知覚状態 (5) 耳鳴その他内耳症状 3段階評価、異常なし4点、軽度異常2点、高度異常0点 Ⓐ、Ⓑの総合点で表現する。 瞬目反射検査法は障害部位の末梢、中枢を含む顔面神経全域の病態を解析しうる。 麻痺程度の把握、再生過程、予後診断等に用いる50例について検討した。 本反射のR₁出現時期と予後 改善例(中等度4例を含む)ではR₁は4W以内に出現、非改善や共同運動例は5W以後。 ⒶのスコアとR₁との関係 スコア30点以下の29例にもR₁出現し内26例で後に改善、又は中等度改善をみた。 予後良好な28例ではR₁潜時の延長が5～6Wで略々正常に回復する傾向を示した。 R₂の振幅の大きいものは予後良好、小さいものは不良。</p> |

1) 顔面麻痺の程度の評価基準とその根拠

山本 悦生 (京大)

顔面神経麻痺程度の判定法には、従来種々の案が提示されているが、本邦ではMayの採点法、その改良および日本顔面神経研究班が定めた方法が主に採用されている。

各法を使用し比較検討した結果、判定の容易性を考慮して研究班法を多少改良して以下の方法を採用している。研究班法にある片眼つぶりは、もともと不可能な人があったり、麻痺のない人でも左右差のある人が居るので、これを削除し、May採点法にあるブローアウトを採用した。(1)安静時緊張、(2)額のしわよせ、(3)瞬目運動、(4)軽く閉眼、(5)強く閉眼、(6)鼻根のしわよせ、(7)イーと歯を見せる、(8)口笛運動、(9)口をへの字に曲げる、(10)ブローアウトの10項目について、健側と比べて同程度(4点)、減弱(2点)、消失(0点)の3段階で判定し、40点満点とした。便宜上、10点以下を高度麻痺、12-20点を中等度麻痺、22点以上を軽度麻痺としている。

なお、後遺症としては病的共同運動を重視するが、(1)表情筋相互間のもの、に加えて(2)表情筋とアブミ骨筋間のもの(表情運動時の耳鳴、難聴)も検査してみるべきである。その他、けいれん、痙直、わにの涙なども注意して調べる必要がある。

麻痺の治癒状態の判定としては、麻痺スコアが36点以上(但し、安静時緊張が4で、いずれの項目も0でないこと)で、後遺症のないものを臨床的に完治としている。後遺症として問題になるのは、病的共同運動である。これも、注意して調べればわずかに認められるものから、軽い表情運動で顕著に出現するものまで種々の程度がある。どの程度のものまでを含めて、臨床的完治と判定するかは議論のあるところである。

2) 顔面麻痺の程度の評価基準とその根拠

○木西 實, 松居 敏夫, 箱崎 聖史, 西脇 至
入谷 寛, 納 一功, 古閑 次夫, 細見 英男
(神戸大)

当科顔面神経外来では、顔面運動採点法としてMay採点法細見変法を用いているが、これはMay採点法の頸部緊張の項目を除く90点を満点とするものである。May採点法細見変法は、10点、5点、0点の3分法であるが、当科では近年回復程度により更に細かい採点を行なっている。すなわち10点、7.5点、5点、2.5点、0点の5分法も同時に行なっており、この必要性について調べた。この点については後に記す。さて当科では発症後二週以内に初診した症例を従来新鮮症例としているが、得点15点以上を不全麻痺、10点以下を完全麻痺としている。末梢性麻痺例でBell麻痺、Ramsay Hunt 例等を見ると発症後2週程度の間不全麻痺を示す場合は殆んど全例において予後は良好で略完全治癒が期待される。従って新鮮不全麻痺例では初診時に詳細な検査は必ずしも必要ではない。一方完全麻痺例においては詳細な検査が不可欠で、NET、耳内筋反射、Schirmer Test 等の検査を行なっている。採点法で経過を追うと回復徴候の初発時点すなわち10点あるいはそれ以上の点数の上昇をはじめて観察することのできた時日より不完全回復例ではA、B、Cの三群に分類しうる。つまり回復徴候の出現する時期が1~2ヶ月で最終的に平均70点に達するA群および回復徴候の初発時点が3ヶ月以上経過し最終的に平均45点に達するC群およびその中間に位置するB群に分類される。今回、3分法によるA、B、C各群について各々3分法と5分法とでその経過が違うか否か調べたが、その結果は回復の過程でやや差を認めたが最終段階ではほぼ一致した結果を示し、5分法はあまり重要でないものと結論された。

また採点の際に、0点あるいは5点の基準は比較的是っきりしているが、10点に関しては全く正常とわからない場合のみにするか、正常よりやや運動が弱い場合も含めるか問題となるところである。我々は後者を採用するのが臨床的には妥当であろうとの考えに至っている。

3) 顔面麻痺の程度の評価基準とその根拠

玉貫真比古, 松本 康, 柳原 尚明, (愛媛大)
 松居 敏夫, 箱崎 聖史, 木西 実, 西脇 至
 (神戸大)

両大学で夫々の患者3名につき, ①, ②通りの方法でビデオに録画し, その再生像によって評価を行った。テープはお互に交換し, 両方のテープについて夫々の大学で採点した。

① 10項目, 3段階(4,2,0) 40点満点 (柳原法と略す)

② 9項目, 3段階(10,5,0) 90点満点 (May細見変法)

1) 愛媛大で作製のビデオテープ使用時

柳原法 (愛媛大で評価)

| 症例 | 検者 | A | B | C | 平均 |
|----|----|----|----|----|------|
| 1 | | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | | 26 | 26 | 28 | 26.7 |
| 3 | | 24 | 24 | 22 | 23.4 |

May - 細見変法

| | | | | |
|---|----|----|----|------|
| 1 | 5 | 10 | 5 | 6.7 |
| 2 | 45 | 65 | 65 | 58.3 |
| 3 | 65 | 60 | 60 | 61.7 |

柳原法 (神戸大で評価)

| D | E | F | G | 平均 |
|----|----|----|----|------|
| 2 | 6 | 4 | 4 | 4 |
| 12 | 24 | 22 | 18 | 19 |
| 16 | 20 | 22 | 20 | 19.5 |

May - 細見変法

| | | | | |
|----|----|----|----|------|
| 5 | 15 | 10 | 10 | 10 |
| 45 | 65 | 60 | 50 | 55 |
| 35 | 45 | 50 | 40 | 42.5 |

2) 神戸大で作製のビデオテープ使用時

柳原法 (愛媛大で評価)

| | | | | |
|---|----|----|----|------|
| 1 | 16 | 14 | 16 | 15.3 |
| 2 | 20 | 24 | 20 | 22 |
| 3 | 32 | 34 | 32 | 33 |

May - 細見変法

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|------|
| 1 | 45 | 35 | 50 | 43.3 |
| * 2 | 40/80 | 45/80 | 45/80 | 43.3 |
| * 3 | 70/80 | 70/80 | 65/80 | 68.3 |

柳原法 (神戸大で評価)

| | | | | |
|----|----|----|----|------|
| 8 | 10 | 18 | 14 | 12.5 |
| 16 | 24 | 22 | 20 | 20.5 |
| 24 | 32 | 34 | 32 | 30.5 |

May - 細見変法

| | | | | |
|----|----|----|----|------|
| 30 | 25 | 30 | 35 | 30 |
| 40 | 50 | 45 | 45 | 45 |
| 75 | 75 | 70 | 70 | 72.5 |

* (症例2,3の瞬目の判定は除外したので80点満点とした。平均点に欄外の点を加えると比較出来る。)

今回の評価はビデオ録画を見てのものであり, 直接患者を見ながらでない点を結果の比較に際して考

慮する必要がある。

またお互の実施項目について、やゝ理解が足らぬ点があることに気付いた。

検者はすべて、夫々の判定に馴れた者であるが、表に示された程度の個人差が見られた。群として両大学間に差が見られる場合もあり、その際は概して神戸大の検者群の方が低い評点を与えている結果となっている。

4) 顔面神経麻痺の程度の評価基準とその根拠

○八木 伸也, 深沢 達也, 広野 喜信 (福井日赤)

顔面神経麻痺の程度判定には, Mayの提唱以後, 麻痺スコア法が用いられている。この麻痺スコア法は麻痺程度を左右比較し, 判定者の主観により評価を与える方法である。評価は, 判定者の主観による事が多いと考えられ一面からみれば主観的な検査である。

これに対して, 今回客観的な方法である筋電図 (EMG) の面からこのスコア法を検討してみた。麻痺スコアは表1を使用した。

対象は, 完全回復を示した末梢性顔面神経麻痺68例である。EMGには, 積分EMG法を利用した。顔面神経麻痺回復の分析には, 回帰直線 $y = B \cdot \log x + A$ を用いて行った。回復開始後のスコア値, 及び積分EMG値を y に, 病日を x に入れると, 回復速度 B と定数 A 及び相関係数 R が求められる。

68例のスコアと病日の相関係数を求めると $R = 0.972$ ($n = 68$) であった。この相関係数の2乗値は決定係数といわれ, スコアに対して病日がどの程度関与しているかを示すものである。この場合94.6%であり, 病日とスコアは非常に良い正の相関をもつといえる。

スコアと積分EMG (前頭筋) の相関係数は0.93 ($n = 51$) であり, スコアと眼輪筋EMGのそれは, 0.924 ($n = 52$) であり, スコアと口輪筋EMGのそれは0.94 ($n = 49$) であった。上記の如く決定係数を求めるとスコアの変動を最悪値 (0.92) でも85%積分EMGで説明できる事を示している。残りの15%はスコア採点上の採点者の主観, 積分EMGの施行時の誤差等によるものと思われる。

以上の如く, スコアと積分EMGの相関が非常に良い事は, スコア採点法が, 客観的なEMG検査で裏付けされたことを意味し, スコア採点法が単なる主観的な検査でなく客観的な検査である事を意味している。

次にスコア採点の配点につき検討してみた。顔面神経研究会の提唱した方法では, 10項目のすべてに一律に4点が与えられている (表1)。しかしながら, それらの項目が持っている重みは異なるであろうし, 含んでいる情報価値は異なる事が予想される。この為25例の顔面神経麻痺につき, 各点数の配点が如何になっているか, 重回帰分析を行って実際の値を求めた。判定はすべて同一の判定人が行った。重回帰分析は下記の式に依った。

$$y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_{10} x_{10}$$

25例より100個のデータが得られた。各例が, 10項目につきある点数をもっている。例えば, 18日目で31点であったとすると, $y = B \cdot \log x + A$ より求められたスコア値31.85点を求める y 値とし, 各 x 値は得られた点数3, 3, 3, 3, 4, 3, 3, 3, 3を入れる。

$$\begin{aligned} \text{故 } 31.85 = & \beta_0 + \beta_1 \times 3 + \beta_2 \times 3 + \beta_3 \times 3 + \beta_4 \times 3 + \beta_5 \times 3 + \beta_6 \times 4 + \beta_7 \times 3 + \beta_8 \times 3 + \beta_9 \times 3 \\ & + \beta_{10} \times 3 \end{aligned}$$

となる。この式を100式集め, β_0 より β_{10} まで求めた。結果は,

$$\beta_0 = 1.13 \quad \beta_1 = 0.74 \quad \beta_2 = 1.01 \quad \beta_3 = 0.95 \quad \beta_4 = 1.37 \quad \beta_5 = 0.67 \quad \beta_6 = 0.82 \quad \beta_7 = 1.06$$

$\beta_8=1.55$ $\beta_9=0.66$ $\beta_{10}=0.64$ であった。

β_8 は各個人の持つバイアス値のようなものでさげがたい。 β_1 より β_{10} までみてもと β_4 , β_8 が高い。これらの項目は、4点よりも高い配点が与えられてしかるべきである。これらを再配点してみると、表2の如くなる。又この配点を100%表示とする為には、表3のような配点法も可能である。

以上は、1人の判定者の行った試算であるので、今後、多施設における検討を待ちたい。

表1

| | ほ 正 常 4 | 部 麻 痺 2 | 高 麻 痺 0 | | ほ 正 常 4 | 部 麻 痺 2 | 高 麻 痺 0 | |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|---------|------------------|------------------|------------------|----------|
| x_1 安 静 時 称 | ----- | | | 鼻 翼 を | ----- | | | x_6 |
| | | | | 動 か す | | | | |
| x_2 ひ たい の | ----- | | | 頬 を | ----- | | | x_7 |
| | | | | ふくらす | | | | |
| x_3 軽 い 閉 眼 | ----- | | | イ ー と | ----- | | | x_8 |
| | | | | 歯をみせる | | | | |
| x_4 強 い 閉 眼 | ----- | | | 口 笛 | ----- | | | x_9 |
| x_5 片 眼 つ ぶ り | ----- | | | 口 を へ の | ----- | | | x_{10} |
| | | | | 字にまげる | | | | |
| | 月 | 日 (| 日 目) | | 計 | 点 | | |

表2

| | ほ 正 常 3 | 部 麻 痺 1.5 | 高 麻 痺 0 | | ほ 正 常 4 | 部 麻 痺 2 | 高 麻 痺 0 | |
|-----------|------------------|--------------------|------------------|---------|------------------|------------------|------------------|--|
| 安 静 時 称 | ----- | | | 鼻 翼 を | ----- | | | |
| | | | | 動 か す | | | | |
| ひ たい の | 4 | 2 | 0 | 頬 を | 4 | 2 | 0 | |
| し わ よ せ | ----- | | | ふくらす | ----- | | | |
| 軽 い 閉 眼 | 4 | 2 | 0 | イ ー と | 6 | 3 | 0 | |
| | ----- | | | 歯をみせる | ----- | | | |
| 強 い 閉 眼 | 6 | 3 | 0 | 口 笛 | 3 | 1.5 | 0 | |
| | ----- | | | | ----- | | | |
| 片 眼 つ ぶ り | 3 | 1.5 | 0 | 口 を へ の | 3 | 1.5 | 0 | |
| | ----- | | | 字にまげる | ----- | | | |
| | 月 | 日 (| 日 目) | | 計 | 点 | | |

表 3

| | ほ ぼ 常 8 | 部 麻 分 痺 4 | 高 麻 度 痺 0 | | ほ ぼ 常 8 | 部 麻 分 痺 4 | 高 麻 度 痺 0 |
|-----------|------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|------------------|-----------------------|-----------------------|
| 安 静 時 称 | ┌──────────┐ | | | 鼻 翼 を | ┌──────────┐ | | |
| 非 対 称 | └──────────┘ | | | 動 か す | └──────────┘ | | |
| | 10 | 5 | 0 | | 12 | 6 | 0 |
| ひ たい の | ┌──────────┐ | | | 頬 くら | ┌──────────┐ | | |
| し わ よ せ | └──────────┘ | | | ふ ます | └──────────┘ | | |
| | 10 | 5 | 0 | | 16 | 8 | 0 |
| 軽 い 閉 眼 | ┌──────────┐ | | | イ ー と | ┌──────────┐ | | |
| | └──────────┘ | | | 歯 を み せ る | └──────────┘ | | |
| | 15 | 7.5 | 0 | | 7 | 3.5 | 0 |
| 強 い 閉 眼 | ┌──────────┐ | | | 口 笛 | ┌──────────┐ | | |
| | └──────────┘ | | | | └──────────┘ | | |
| | 7 | 3.5 | 0 | | 7 | 3.5 | 0 |
| 片 眼 つ ぶ り | ┌──────────┐ | | | 口 を へ の | ┌──────────┐ | | |
| | └──────────┘ | | | 字 に ま げ る | └──────────┘ | | |
| | | | | | | | |
| | 月 | 日 (| 日 目) | | 計 | | 点 |

5) 顔面麻痺の程度の評価基準とその根拠

○遠藤 泰介, 北條 和博, 相馬 博志, 中野 雄一
(新 潟 大)

麻痺の程度判定には、顔面神経研究会の提案した3段階評定(40点満点)を使用している。この方法は、麻痺を表情筋の各要素に分解し、全体的に顔面運動を把握するため、また採点法も簡潔であり、かなり正確に客観的なデータとして得ることができると考えている。しかし、この方法はあくまでも検者の視診にて判定するものであり、純粋に客観的な結果とは言い難い。そこで今回、我々は、積分筋電図を利用することにより、3段階評定との関係を検討してみた。

(方法)

皿電極により前頭筋、眼輪筋、口輪筋より記録した。ここで重要なことは、左右別々に記録するのではなく患側および健側を同時記録することである。これは、被験者の力の入れ方が両側でほぼ同等となり、より正確なデータを示すものと思われた。また記録部位は左右対称になるように注意した。前頭筋では上方を見上げさせ、額にしわを寄せさせるように、眼輪筋では目をしっかりつむるように、口輪筋では口笛を吹かせるように指示し記録した。積分波形は、健側の最高振幅をA、麻痺側をBとし、 $\frac{B}{A}$ %で表現した。

(結果)

- 1) 正常人で各筋の積分波形は両側比90%以上であった。
- 2) 3段階評定のスコアと積分筋電図の結果とは密接な相関関係がみられた。
- 3) 3段階評定で、我々が一応、治療の規準としているスコアは36点以上である。この36点は、いずれかの筋にごく軽い麻痺は存在するが、コスメティックおよび機能上、特に問題とならない最低限の値と考えている。しかしこれらの症例における積分筋電図では全ての筋であきらかに左右差が認められ、特に40点満点と評価された症例でも $\frac{B}{A}$ 比90%以下の左右差がみられた。これらのことは表情筋そのものが視覚的には正常と判定されても、定量的に測定されることにより、筋収縮力の不完全さを示すものと思われ、機能的な面からも今後検討すべきと考えた。

6) 顔面神経障害の程度の判定基準とその根拠

佐藤 意生 (佐賀医大)

Neurology領域で取り扱われる末梢神経障害は Guillain-Barré 症候群に代表されるように主として Neuropathy であるので神経障害の程度の診断には神経興奮の伝達速度が指標となる。また、整形外科領域で取り扱われる末梢神経障害は主として外傷による手足の神経の障害であるので神経障害の程度の診断には神経興奮が障害部を通過するときの遅れや閾値が問題とされるのである。

さて、Bell's palsyについては神経障害の程度をどのように診断すればよいのか？残念ながらBell's palsyの原因は不明であるが我々は経験的に一つの事実を知っている。それはBell's palsyは突発難聴などと同様に顔面神経のみがある日突然に障害され、完全に回復するものは短期間に回復し多くは1ヶ月以内にかかなりの回復が見られるが、1～2ヶ月で全く回復傾向のみられないものは完全回復する例は少ないということである。それ故Bell's palsyでは何らかの原因によって顔面神経がほとんど一過性に障害されていることを意味している。

従ってBell's palsyにおける神経障害の診断には単に髄鞘の障害であるNeuropathyではなく神経線維(軸索)の変性の有無が問題となって来るのである。その上、Bell's palsyにおける神経障害部位は側頭骨であると考えられるので整形外科領域で行われるように神経障害部より中枢側に刺激を与えることはできない。

そこでBell's palsyにおける神経障害の程度の診断には神経障害の程度に応じて障害部より末梢側の神経線維が変性する(Waller's degeneration)のを待って、その変性した神経線維の量を知ることによって神経障害の程度を知ろうとするのが著者の考え方の基本である。すなわち変性した神経線維の量が多ければ多いほど予後は悪いのである。

Waller's degenerationは組織学的には神経障害後1～2週間後に完了するといわれているが、変性する神経線維は神経障害後すでに4日目には電気刺激に対して興奮性を失う。

一方、このような神経線維に支配されている筋線維も神経の刺激によって放電しなくなるので変性した神経線維が多いほど神経刺激による筋線維の放電も少なくなる。

以上のことからBell's palsyにおける神経障害の程度の診断には麻痺発症後4日以後に神経障害部の末梢側に電気刺激を与え、顔面表情筋より筋線維の活動電位を導出し、その数から変性した神経線維の量を推測するのである。この筋線維の活動電位は顔面表情筋の場合同2芯型針電極を用いるとspike波として導出される。

予後判定の基準は別紙の如くである。この判定基準は麻痺発症後6ヶ月以上経過観察されたBell 麻痺、Hunt synd. 患者 207 例の麻痺発症後1ヶ月以内の誘発筋電図所見と予後からえられたものである。

予 後 判 定 規 準

- | | | | | | |
|----|------------|-----|--------------|-------|--------|
| 1. | 最大スパイク数6以上 | { | 10以上 : 3ヶ月以内 | } | 完全回復 |
| | | | 6～9 : 2ヶ月以上 | | |
| 2. | " | 5～1 | | | 不完全回復 |
| 3. | " | 0 | { | 50才以下 | |
| | | | 50才以上 | | 回復傾向なし |

7) 顔面麻痺の程度の評価基準とその根拠

○市毛 明彦, 青柳 優, 鈴木 八郎, 菊池 章
戸島 均, 小池 吉郎 (山形大耳鼻科)

我々は、顔面神経外来を訪れた顔面麻痺患者に対し、診察時の顔面麻痺程度の評価には顔面運動採点、筋電図を、予後を知る上での神経変性の程度の評価にはElectroneurography (ENoG)、神経興奮性検査 (Nerve Excitability Test, NET) を、予後診断の補助的検査としてはアブミ骨筋反射を施行している。

I. 診察時の顔面麻痺程度

顔面運動採点はMayの採点変法 (細見) により、顔面運動を部位別に9項目に分け、それぞれ正常10点、減少5点、消失0点の3段階に分けその合計点で採点する。

筋電図は、口輪筋・眼輪筋・前頭筋の自発活動電位をその波形から5段階に分類評価する。顔面運動採点と筋電図との間には、高い相関関係を認め、診察時の顔面麻痺程度を評価する上で両者共に重要な検査である。

II. 顔面麻痺の予後判定

NET, ENoGは、特に後者は末梢神経線維と末梢筋線維の複合電位の客観的測定であり、経時的に定量追跡が可能であるが、必ずしも診察時の顔面運動程度をそのまま表わしているとは言えず、むしろ顔面麻痺の予後を早期に判定する検査として意義がある。

麻痺発症後2週間以内に初診し、保存的治療のみで治癒まで、または6ヶ月以上経過観察できた顔面麻痺症例81例について、ENoG最低値とNETの左右差NEDを検討した。

i) ENoG: ENoG最低値が20%以上の症例は45例 (55%) で全例とも6ヶ月以内に顔面運動採点は80点以上に回復した。ENoG最低値10%以上と合わせると63例あり、うち2例のみが6ヶ月を越えて不完全回復であった。ENoG最低値10%未満の症例は18例で、6ヶ月以内に顔面運動採点が80点以上となった症例は半数のみであった。また後遺症発現頻度についてみると、ENoG最低値10%未満の症例では、18例中13例 (72%) にみられるのに対し、ENoG最低値が10%以上では63例中12例 (19%) であった。

ii) NET: NEDを3.5mA以上と3.5mA未満の2群に分けENoG最低値と組合せることにより麻痺の予後との関係のみてみると、

(1) $NED \geq 3.5mA$ の症例では6ヶ月を経過しても60%が不完全回復にとどまった。また $NED \geq 3.5mA$ の症例のENoG最低値は全例10%未満であった。

(2) $NED < 3.5mA$ の症例では、その97%が6ヶ月以内に顔面運動採点が80点以上となった。

ENoG最低値との関係では、92%の症例がENoG最低値10%以上であった。

以上よりENoG最低値が高い値を示し、かつNEDが小さい値をとるほど顔面運動の予後は良好であり、逆にENoG最低値が10%未満でNEDが3.5mAを越えると予後は不良となる。

Ⅲ. 予後判定の補助的検査としてのアブミ骨筋反射

顔面麻痺発症後 2 週間以内に初診し、治癒まで、または 6 ヶ月以上検査できた64例につき検討した。初診時より反射の認められた26例中24例（90％）は 3 ヶ月以内に顔面運動採点が80点以上となり、初診時反射がある症例の予後は良かった。また初診時反射の認められない症例でも、反射出現が早ければ早いほど予後は良好であった。

以上より、顔面麻痺発症早期のアブミ骨筋反射陽性例については予後良好と判断できることから、アブミ骨筋反射は予後判定の補助的検査として意義がある。

8) 顔面麻痺の程度の評価基準とその根拠

— 顔面神経麻痺と瞬目反射 —

○古田 茂, 大山 勝, 昇 卓夫, 山本 誠
小幡 悦朗 (鹿児島大耳鼻科)
森川 謙三 (四日市市)
山際 幹和 (三重大学耳鼻科)

顔面神経麻痺に対する電気生理学的診断法には、周知のごとく、筋電図検査、神経興奮性検査、誘発筋電図検査等があり、これらの検査法によって神経筋単位の病変の有無や鑑別、又、その程度の把握や予後に関して、有力な臨床情報を得るのに大いに役立っている。しかしながら、これら検査法は、障害神経における末梢側のワーラー変性の程度は明確にし得るが、顔面神経の中枢側に関して、その病変の実態を明白にすることは不可能に近い。この点、瞬目反射検査法は、これら末梢側の病変は勿論、中枢側を含む顔面神経全域の病態を解析し得る利点を有する。しかも、本反射により得られる眼輪筋反射応答電位は、性格の異った各成分をそれぞれ比較検討することができるので、本検査法は三叉神経の生態を含む顔面神経麻痺の程度の把握、再生過程、さらには予後診断等、従来の検査法とは比較にならない程、多くの情報が得られるため、臨床検査法としては非常に有用、かつ価値のあるものといえる。

我々は当科顔面神経外来で、瞬目反射により経時的に全経過を追跡し得た末梢性顔面神経麻痺50例を対象として、その検査成績を分析した。

瞬目反射の R_1 の出現時期と予後との関係について、 R_1 の得られた45症例について、その出現時期をまとめると、中等度改善例の4例を含むものの、改善例においては、全例4週以内に R_1 の出現をみている。一方、非改善例や、Synkinesis例では、全例が5週以降に出現をみている。われわれは、Mayおよび細見等の顔面表情運動採点法を改変した判定法の内、併発症状の20点を除き、表情運動の変遷のみを主とした採点法(満点80点)を用いて、 R_1 出現例との関係を検討した。その結果、ほぼ正常例では当然 R_1 の出現がみられ、また、Score30点以内をしめす、表情運動の貧弱な例においても、29例の R_1 の出現例が観察された。これらのうち26例は、その後、改善もしくは、中等度改善をみている。また、Synkinesis症例では、かなりの表情機能の回復をみた時点で出現する傾向がみられた。 R_1 の出現、とくにその時期は疾患の予後ならびに病像を推定する上で大いに役立つことを示唆している。予後良好例28例について、 R_2 潜時に関する経時的变化をみると、発症当初は、その潜時が約14msecとかなり延長しているが、その後、漸次短縮し、5～6週を境に、ほぼ正常範囲に回復する傾向がみられた。

R_2 に関して、その振幅値と表情運動の評価得点との関係を見ると、Score不良のものは振幅値は小さく、一方、Score良好例では振幅値が大きいなど、この両者間には高い相関がみられた。 R_2 の振幅値の変化を経時的に検討すると、予後良好例では、5週後には正常側のほぼ75%、10週では90%以上に回復している。しかし、予後不良例では、その振幅値は極めて貧弱であり、Synkinesis症例では、その中間値をたどる傾向がみられ、これら三者間に明らかな差がみられた。これらのことは、 R_2 の振幅値の消長が、臨床症状の経過をかなり忠実に反映するものと思われる。

ところで、反射応答電位の波形にみられる回復状態は、概して、まず低振幅で波形数の少ない R_2 の出現ではじまる例が少なくないが、今回検討した予後良好な全症例においても、 R_2 の出現、稀には R_1 、 R_2 が同時に出現することで始り、 R_1 のみが最初に出現、成長するような症例は皆無であった。

本検査法は、患者に苦痛を与えることなく短時間内に手軽に施行できるので、顔面神経麻痺の程度の評価を下す上で、重要な武器となりうると考えている。

ワークショップ B

Bell 麻痺の手術的治療

1. 手術を行うべきか否か

- (A) 手術は行わない : 根拠とするデータ
- (B) 適応があれば行う : 根拠とするデータ

2. 手術適応の決定法及び患者への説明

- (A) 発症早期例 : (1 週以内受診)
- (B) 陳 旧 例 : (3 ヶ月以後受診例)

3. 手術方法, 手技について

※ 1の(A)に関しては、特に耳鼻科以外(内科, 麻酔科, 脳外科等)の方々からの当日の発言(データ提示)を希望します。

ワークショップ ⑧

| | Bell 麻痺 | | 発症から減荷手術迄の期間 | | | | | | | | | | 手術適応の決定法 ①NET, (①'(NEDm), ③誘発EMG, ③'(ENoGmin), ④EMG, ⑤耳内 |
|--------------|------------------------------------|------------------|--------------|-----|--------|----------|----------|--------|--------|-----|--------|-----------|---|
| | 総数 | op数 | ~1 | 1~2 | 2~3 | W 3~4 | M 1~2 | 2~3 | 3~4 | 4~6 | 6~ | 最長 | |
| 柳原 (愛媛大) | (1200) (15年) 315 (5.8年) | (150) 36 | | | 3 | 5 | 9 | 6 | 8 | 4 | 1 | 3.9年 | ~1W例, ①②③を1~2/W行う, 保存的治療に 3W~2M例は高度の脱神経の場合。 3M以上は臨床所見を重視, 全く回復せぬとき病 |
| 山本 (京大) | (538) (7年) 85 182 (4年) | (61) 16 17 | | | 1 0 | 10 2 | 4 9 | 1 4 | 0 1 | | 0 1 | 1.2年 | 保存的治療2~3Wで回復の徴が著しくない例。 ①, ②で高度の神経変性がある時, 発症3~4W |
| 鈴木 (山形大) | 196 (4年) | 21 | | 4 | 5 | 5 | 5 | 1 | 1 | | | 107日 | ③<20% 且つ ①'≥3.5mA 或は ③<10%の時。 (発症2W以内は入院, 保存的治療を原則とする) |
| 田中 (横浜市) | 147 (5年) | 24 | 1 | 4 | 4 | 2 | 5 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1.10年 | 完全麻痺で回復が見られぬ, Tonus極端に悪い, ① ①'≥3.5mA, 発病3~4日内で③'で脱神経が急速 3W以上の例, (補助的に電気味覚)にop。 |
| 松居 (神戸大) | 654 (11年) | 24 | | 3 | 5 | 1 | 9 | 4 | 1 | | (1) | 100日 | 急速(7~10日以内)にNET低下, 1Mで回復不 合。 |
| 玉置 (阪大) | (1136) (20年) 786 (10年) | (79) 16 | | | | | 3 | 8 | 3 | | 2 | 1年 | 発症2W以内に麻痺スコア及びクロナキシー法で, 月保存的療法でも治癒傾向の悪い例に限りop。 発症後長期で効果が疑わしくても本人が希望すると |
| 佐藤 (佐賀医大) | 75 (4.6年) | 13 | 4 | 1 | | 4 | 2 | | 1 | | 1 | | 誘発EMGでスパイクを認めず, 神経線維の殆ど かる場合。 |
| 沖中 (山口大) | 16 (3.10年) | 8 | | | | 3 | 2 | 2 | 1 | | | 3月 | 3~4W保存的治療(ステロイドを含む)で改善傾 向(視), 他より紹介の陳旧例でステロイド使用例は出 使用は約10日間使用し改善傾向なければ直ちにop。 |
| 遠藤 (新潟大) | 142 (3年) | 8 | | | | | 1 | 7 | | | | 3月 | 先づ全て保存的治療, 3~4Wで(イ)スコア不変, (ロ) (ニ)③<20%では直ぐop。但し(ハ), (ヘ)何れか一方の し1~3ヶ月迄に(イ)の改善悪く, ⑤の欠除又は低 |
| 宮崎 (長崎大) | 373 (5.5年) | 6 | | | 1 | 1 | 3 | | 1 | | | 3月 | (イ)EMG無反応, (ロ)誘発EMG最大しげきでスパイ における Supramax, stim. で耳下部しげきで顔面筋無 |
| 中山 (関西医大) | 80 (2年) | 6 | | 1 | 1 | 1 | 3 | | | | | 2月 | スコア<4~6点, 耳内筋反射欠除, 誘発EMG無 outの場合。 |
| 今泉 (福島医大) | 45 (2.3年) | 3 | | | | | 1 | 1 | 1 | | | 4月 | 保存的療法で改善傾向を認めぬ例, その経過中のE 筋反射で増悪傾向を認めた場合。 |
| 小林 (東大) | 89 (3年) | 1 | | | | | 1 | | | | | 2月 | 以前は発病1ヶ月で回復がみられず, EMGでfibrill たが, 保存治療と比べ差を認めなかったため, 現在 が想定される場合に顔面神経の精査を目的として。 |
| 荒川 (東北大) | 141 (3.10年) | 9 | | | | 1 | 6 | 1 | | 1 | | 6月 | 発症後2W間にNETを経時的に行い脱神経を認め 合, 発症後1M以内のopをすすめている。 |
| 計 | 3326 | 208 (6.25%) | 5 | 13 | 20 | 35 | 63 | 36 | 19 | 9 | 6 | 2 3.9年 | ※日数不詳 |

| ax), ②S-D曲線, 筋反射, ⑥涙液検査 | 予 後 Ⓢ=Synkinesis | 手 術 術 式 Ⓐ経乳突, Ⓑ経中頭蓋窩, ①垂直部, ② 水平部まで, ③膝神経節まで, ④内耳道まで |
|--|--|---|
| かかわらず脱神経高度 因確認のためop。 | 高度脱神経では保存治療では眼瞼下垂, 口角部緊張の回復不 十分のことが多い。opでは後遺症⊖例が多い。op後急速に回 復を示すことあり, 再発がない, 早い程よいが1~3ヶ月迄は効あり。 | Ⓐ, suprastapedialでは必ず③, 要すればⒹ 陳旧例には吊り上げなど。 |
| で適応決定。 | 完治(36点以上) 不完治(36点以下) 臨床的完治(≥36点 13(中2はⓈあり) 2(Ⓢあり) 11(73%) 12(中5はⓈあり) 4(3はⓈあり) 7(44%) | Ⓐ, キヌタ骨一時的除去, ③まで, 神経外鞘 及び周膜切開, ステロイドを浸したスポンゼ ルを置く。 |
| | ENoG≥20%の2例は完治, ENoG=0%(op14, 非op12)では200 日では非opの方がスコア高し300日でop62.5, 非op56.1, 発症20 日前と後opでは前が200日で10~15点よい。 | Ⓐ, SR⊖ではキヌタ骨一時除去, ③下端ま で, SR⊕では①, 何れも先づ第2膝部から水 平部の移行部で顔神経を確認している。 |
| 手後部痛強烈なもの, 速に進む, ④発病2~ | op施行例のスコアの方が良かったが, 非op例は高令者や他 疾患を有する条件の悪い例であった。晩期でもop後改善の見 られた数例がある。 | Ⓐ, ①及び②の一部, 原則として耳小骨連鎖 保存, chorda切断, 有茎側頭筋弁を神経の上 に当て血行改善を計る。 |
| も, 涙分泌障害⊖の場 | 早期に行っても余り良い結果は得られなかった。 | Ⓐ, ①或は②が大部分, ③は3例。 |
| 変化強度な例で2ヶ き。 | スコアの平均は1~2ヶ月opで36点, 2~3ヶ月で30.5点, 3ヶ月以上では更に不良の例多し。保存療法との比較は行っ ていない。 | Ⓐ, 二腹筋後腹上方から顔面神経管を削開, ①を開放, 神経鞘切開し何も覆はない。op後 感染に十分注意する。 |
| が変性したと考えられ | 発病後1Mのop6例中2例が不完全回復, 他の4例は全く回 復せず, 手術効果はなかった。(opに関連して, 50才以下で は6~12M後十分な神経再生がみられる) | 誘発EMG無反応では, 圧迫除去のみでは不可 で神経線維の再生ルートを確保する目的で減 荷手術, 神経縫合又は移植が必要。 |
| 句なきもの(③⑤)を重 来るだけ早くop, 未 | 予後は良くない。op迄の日数と予後との相関はない。op施行 時点で麻痺の程度の軽いものが比較的前後が良いように思わ れた。 | Ⓐ, ①, Vein graftでおおう。 |
| ⑤欠除, (→)①≥3.5mA きは更に保存的に観察 長幅の時。 | 3M以内に36点/40以上を良好, 他を不良とすると, 8例中 2例が良好, opまでの日数と予後と相関なし, 同じ基準で保 存治療98例では良好は54例であった。 | 減圧範囲は耳内筋反射で決めたがすべて①で あった。神経鞘切開は行っていない。 |
| ク(-), (→)誘発EMGに 系反応。 | op適応例で保存的治療を行った13例とop例と比べたスコア 改善度では差なし, 後遺症ではopの方が良好。発症18日目op 例は最も良好, 他は差なし, 年令も一定傾向なし。 | Ⓐ, ②まで。 |
| 反応, NET scale | 改善例は発症12, 24, 31, 35日目の4例, 不変例は発症25, 30日目の2例。 | Ⓐ, ②まで。 耳小骨はできるだけ触れない。 |
| MG, NET, 耳内 | 発症53日の例は今1ヶ月後で麻痺著明に改善し軽い麻痺を残 している。他の66日, 92日の例は夫々1.11年, 1年を経過, 少し改善をみとめるがまだ麻痺が残存。 | Ⓐ, ③まで。 |
| ation⊕の例をopし レベル麻痺以外の原因 pを行う。 | 発症後4MでEMG出現, 10Mで正常の70~80%のEMG, Ⓢ を伴っている。アンマ針電極を茎乳突孔附近に刺し上げきす ると, 皿電極でNET⊖でも反応する場合は予後が良い。 | Ⓐ, ②まで。(Bell麻痺診断には常に全身疾 患による, 症候性麻痺を除外する必要がある) |
| , 回復傾向のない場 | 脱神経群中op { …36点<5例(内4は23~33日目op) 35~30点=1, 29~20点=2, 19点>1(3M, 5M目op) 非op13例 36点<5, 35~30点=3, 29~20点=2, 19点>3 | Ⓐ, ①②まで。(浮腫の範囲を開放) |
| | | |

(1) Bell 麻痺の手術的治療

柳原 尚明 (愛媛大)

演者は1967年より過去15年間にBell 麻痺1,200例を経験し、そのうち150例に対して減荷手術を行った。今回は、1976年10月以来、愛媛大学において行った36例について成績を括めたい。

- (1) 取扱ったBell 麻痺症例数(315)その期間(5年8ヶ月)
- (2) その中で減荷手術を行った例数(36)吊り上げ術を行った症例(10)1例は両方行った。
- (3) 発症から減荷手術迄の期間 1W以内(0) 1~2W(0) 2~3W(3) 3~4W(5) 1~2M(9) 2~3M(6) 3~4M(8) 4~6M(4) 6M以上(1) 最長年月数(3年9ヶ月)減荷手術:3年9ヶ月, 吊り上げ術は全例6ヶ月以上:53年
- (4) 手術適示の決定法 発症1週以内の新鮮例ではNET, S-D curve, Evoked EMGを1週1~2回行い, 脱神経の進行を観察する。脱神経が高度となり, 保存治療によって完全な麻痺の回復が得られないと判断される場合。
発症3週以上1~2ヶ月の亜急性期では, すでに脱神経は完成しており, 以上の電気診断法の大部分で高度の脱神経の認められる場合, 発症3ヶ月以上を経た例では, 臨床所見を重視する。3ヶ月以上を経ても麻痺の回復が全く認められない場合はBell 麻痺以外の原因が認められることもあるので, 病因確認の意味でも手術の適示となる。
- (5) 予後 高度脱神経例では保存治療にゆだねると, 前頭部に麻痺が残り, 眼瞼下垂の回復が不十分で, 口角部の緊張も充分回復しない場合が多い。手術例では保存治療では避けられない後遺症を残さないで麻痺が回復する例の多いこと, 手術を期として急速に回復に向うことがあること, 再発例では以後, 再発の見られないなどの治療効果が認められる。時期は早ければ早い程良いが, 1~3ヶ月迄は効果を認める。
- (6) 手術術式 経乳突的減荷手術を原則とする。suprastapedial lesionの例では必ず膝神経部または更に中枢迄神経露出を行う。また陳旧例では吊り上げ術など形成外科的方法を行うこともある。

(2) Bell 麻痺の手術的治療

山本 悦生 (京大)

昭和50年から昭和56年までの7年間に取扱ったベル麻痺は538例あり、その内の61例に減荷術が行われた。データ不備その他の理由で、今回は、(1)昭和52～53年の2年間(85例—倉敷中央病院)と、(2)昭和55～56年の2年間(182例—京大)の計4年間計267例のベル麻痺について検討した。

267例中の減荷例数は、(1)16例、(2)17例の計33例である。発症から手術までの期間は、2～3週1例〔(1)1例〕、3～4週12例〔(1)10例、(2)2例〕、1～2月13例〔(1)4例、(2)9例〕、2～3月5例〔(1)1例、(2)4例〕、3～4月1例〔(2)1例〕、6月以上1例〔(2)1例〕で最長年月数は(2)の1年2ヶ月であった。最多時期は、(1)が3～4週、(2)が1～2月である。これは、(1)は新鮮例が多い上、術前保存治療は入院(2)は通院)であり、適応決定後直ちに手術が可能であったからであろう。

手術適応の決定法は以下の如くである。臨床的には、初診時より強力な保存治療(点静+内服)を2～3週間行ない、麻痺回復の徴候がないか著明でない場合とした。電気診断学的には、NET、強さ一時間曲線描記(眼輪、口輪両筋の運動点)などで、高度の神経変性があり、保存治療で麻痺の完全回復が期待できないと判断した場合である。両者の結果はほぼ一致し、通常発症後3～4週に適応の有無が決定された。

手術は、原則として局麻下に行った。乳突削開後キヌタ骨を一度とり出して、膝神経節から茎乳突孔まで減荷した。神経外鞘および神経周膜を切開して、ステロイド剤を浸したスポンゼルを置き、キヌタ骨を元へもどした。

予後は、6ヶ月以上経過を観察し得た31例〔(1)15例、(2)16例〕について判定した。完治(麻痺スコア36点以上)したものは、(1)13例、(うち2例は病的共同運動あり)、(2)12例(うち5例は病的共同運動あり)であった。不完治(麻痺スコア34点以下)は、(1)2例、(2)4例あったが、(2)の1例以外は病的共同運動が認められた。麻痺スコアが36点以上(40点満点)あり、後遺症のないものを臨床的完治とすると、(1)15例中11例(73%)、(2)16例中7例(44%)が完治したことになる。(1)と(2)の完治率の差は、治療開始時点や手術時期の差、術前入院治療(急性期安静)の有無などによるものと考えられる。

(3) Bell 麻痺の手術的治療

○鈴木 八郎 青柳 優 菊池 章
市毛 明彦 戸島 均 小池 吉郎
(山形大)

(1) 取扱ったBell 麻痺症例数：196例

期 間：4年（昭和53年1月～昭和56年12月）

(2) 手術を行った例数：21例

(3) 発症から手術までの期間：

| | |
|---------|-------------|
| 1W以内(0) | 1～2W(4) |
| 2～3W(5) | 3～4W(5) |
| 1～2M(5) | 2～3M(1) |
| 3～4M(1) | 最長年月数(107日) |

(4) 手術適応の決定法について

主に、electroneurography (ENoG)，NETの成績をよりどころとして適応を決めている。麻痺発症後2週間以内に初診し、保存的治療のみをうけた患者で、ENoG，NETを経時的に検査し、治療まで又は6ヶ月以上経過観察しえたBell 麻痺症例81例について、ENoG 最低値(ENoGmin)及びNETの左右差の最大値(NEDmax)と麻痺の予後との関係を検討すると、(I) $ENoGmin \geq 20\%$ (この場合、 $NEDmax < 3.5mA$) 又は、 $10\% \leq ENoGmin < 20\%$ かつ $NEDmax < 3.5mA$ では、61例がすべて完全回復し、(II) $10\% \leq ENoGmin < 20\%$ かつ、 $NEDmax \geq 3.5mA$ では2例すべて不完全回復であり、(III) $0\% \leq ENoGmin < 10\%$ では18例中8例(44%)が不完全回復であることから、(II)及び(III)のENoGmin，NEDmaxを手術適応の一応の目安としている。

発症2週以内の新鮮例については、原則として入院させ、即日、ステロイド剤の漸減療法、ビタミンB₁ B₆ B₁₂，血管拡張剤の投与、星状神経節ブロックを開始する。部位診断を行うとともに、ENoG，NETにより神経変性を経時的に把握する。ENoG値，NED値が先に述べた値に近づいた時患者に不完全回復の可能性もあることを説明し、減荷手術について、その合併症も含めた説明をおこない、患者が手術を希望した場合には、できるだけ速やかに手術にふみきっている。発症3週以降に初診する症例では、他院で治療をうけて治療が芳しくないという理由で紹介される例が多いが、この場合にもENoG値，NED値を参考にして、高度神経変性所見を示し、治療が遷延している例では手術にふみきっている。

(5) 予後について

術前のENoGminについて、手術例21例の内訳は、(I) $ENoGmin \geq 20\%$ が2例、(II) $0\% \leq ENoGmin \leq 10\%$ が19例で、このうちENoGmin = 0%が14例であった。(I)については、治療が

遷延するという理由で他院より紹介されて手術した例であるが、当然の事ながら2例共完全回復した。(Ⅱ)については、保存的治療のみを行った症例で $0\% \leq \text{E No G min} \leq 10\%$ を示した例18例と予後について比較すると、発症後50日、100日、200日での顔面運動採点(Mayの採点法変法：細見)の平均値は、保存的治療群で高かったが、300日目では、手術群で65.8、保存的治療群で64.5となり、後遺症もそれぞれ67%、68%と両群に差を認めなかった。次に、 $\text{E No G min} = 0\%$ の症例(手術群14例、保存的治療群12例)のみについて比較すると、50日、100日、200日ではやはり保存的治療群で平均値が高いが、300日目では、手術群62.5、保存的治療群56.1となり、手術群でわずかながら良好な結果がでた。後遺症は手術群で71%、非手術群で66.7%となり手術群に高かった。

手術までの期間と予後との関係については、発症後20日未満手術(7例)、20日以降手術(12例)の群で比較した時、発症後50日、100日、200日目でいずれも10~15点程度、早期手術群で顔面運動採点の平均値が高かった。

(6) 手術術式について

全例に茎乳突洞の減荷手術を施行し、経中頭蓋窩法による全顔面神経減荷術は施行していない。アブミ骨筋反射欠如例では、キヌタ骨を一時はずして、膝神経節下端から茎乳突孔に至る範囲の減荷を行い、アブミ骨筋反射がある場合には、錐体部以下で茎乳突孔に至るまでの範囲の減荷を行った。なお、いずれの場合も、まずposterior tympanotomyを行ない錐体部で顔面神経管を確認し、そこから中枢及び末梢へとたどる方法をとっている。

(4) Bell麻痺の手術的治療

田中 博之 (横浜市)

(1) 取扱ったBell麻痺症例数(147)

(昭和52年1月より56年12月迄の5年間)

データを統一するため自己医院にて診察、手術を施行し、最後まで経過を観察できた症例のみに限定した。大病院と異なり、紹介されてからの受診が遅かったり、一度診療を受けたが効果が少ないため転医して来た例が多く、初診日の遅いのが特徴である。

(2) その中で手術を行った例数(24)

(3) 発症から手術までの期間

| | |
|---------|--------------|
| 1W以内(1) | 1~2W(4) |
| 2~3W(4) | 3~4W(2) |
| 1~2M(5) | 2~3M(1) |
| 3~4M(1) | 4~6M(4) |
| 6M以上(1) | 最長年数(1年10ヶ月) |

(4) 手術適応の決定法

一つの検査成績でのみ決定するのではなく臨床症状及びその経過、種々なる臨床検査成績の総合で決定する。その対象となるものは次の如くである。

☆ 臨床症状

- 1) 完全麻痺で回復の見られないもの。
- 2) tonus が極端に悪くグロテスクな感じのもの。
- 3) 耳後部痛の強烈であったもの。

☆ 検査成績

1) NET

新鮮例に対して健側に比して3.5mA以上の差がある場合

2) E No G

発病後3~4日以内の症例で急速に脱神経が進む場合、実際にこの時期の手術例が少ないので他の検査結果を参考にして決定する。

3) EMG

2~3週以上経過した症例では大きな意味を持つ。

4) evoked EMG

NETより更に正確に判定できる為重要と考える。

5) electrogustometry

約2週間を一つの目安にしてこれ以上たっても明らかな差のある場合に補助的診断法として使用。

☆ 一般的条件

患者の年齢、性別、他疾患の有無、一般状態、患者の要求によってもかなり左右される。

(5) 予後

手術の適応と思われる患者で1ヶ月以内に手術を施行したものとしないものを対象として比較した。判定方法は最も判定しやすい前額のスワ、閉眼、歯をむき出す動き、口笛の四動作で100点法で行った。この結果手術施行群が良好であった。但し、比較する場合には条件が一定でなければ意味がない。その条件となるものは手術までの日数、麻痺の程度、年齢他疾患の有無、手術前後に施行した他の治療法 etc. 無数にあり、これらの条件の比較的同じグループで手術を施行したものとしないものとを比較しなければ意味が無いと思われる。実際に施行しなかった症例は高齢者や他疾患を有する体力のない患者であり、回復の悪いのは当然と思われる。晩期手術例では手術時期と一致して改善のみられた症例を数例経験しており、長期間の **physiological block** が術前検査で予知できれば手術の意義があると考えている。

(6) 手術々式

垂直部及び水平部の一部の減圧、原則として耳小骨連鎖は保存する。同時に **Chorda tympani** の切断により中根部の僅かながら減圧を計り、又有茎側頭骨筋弁を神経の上にあてて血液の循環の改善をはかっている。

(5) Bell 麻痺の手術的治療

○松居 敏夫 箱崎 聖史 西脇 至
 入谷 寛 木西 実 納 一功
 古閑 次夫 細見 英男

(神戸大)

神戸大学耳鼻咽喉科顔面神経外来にて、昭和45年1月より56年12月までの間に取り扱ったBell 麻痺症例は654例であり、そのうち手術を施行したものは24例であった。

発症から手術までの期間は1W以内0例、1～2W3例、2～3W5例、3～4W1例、1～2M9例、2～3M4例、3～4M1例、不明1例であり、最も期間の長い症例は100日であった。

手術の適応としては、1) 急速に(7～10日以内に)Nerve excitability の低下する例、2) 1ヶ月経過し回復不良とされる例、これに加えて、3) 涙分泌の障害のみられない例を主な対象とした。これらの症例の経過は図の如くである。症例数が少く統計的処理は不可能であるが、早期に手術を行っても良好な結果は得られていない。

保存的治療では細見の122例の報告にみられるように完全回復80例(65%)、不全回復44例であり、回復良好群9例中等度群8例、不良群13例であった。この中には不全麻痺例、及び完全麻痺例でも、Nerve excitability の良好なものが多数含まれている。そこで不全回復例を比較すると手術例の良好群、中等度群、不良群はそれぞれ2:3:5であり、保存的治療例は9:8:13である。よって不全回復例中の回復程度の割合としては差を認めない。

手術々式はいずれも経乳突法により垂直部、水平部の顔神管を開放したものがほとんどであり、涙分泌の低下を認める3例に対しては膝神経節部まで開放した。

図 Bell 麻痺手術例24例の回復経過

| 発症より 手術までの期間 | 回復経過 | 完全回復 | 不全回復 | | | 不明 |
|-----------------|------|------|------|------|-----|----|
| | | | 良好群 | 中等度群 | 不良群 | |
| 1～2W | | | | | 2 | 1 |
| 2～3W | | | | 3 | 2 | |
| 3～4W | | | | | 1 | |
| 1～2M | | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 2～3M | | | 1 | 2 | 1 | |
| 3～4M | | | 1 | | | |
| 不明 | | | | | 1 | |
| 計 | | 1 | 4 | 6 | 10 | 3 |

(7) Bell 麻痺の手術的治療

佐藤 意生 (佐賀医大)

(1) 取り扱った Bell 麻痺症例数

(日耳鼻79巻3号に報告)

長崎大学耳鼻科受診

昭和42年4月～昭和45年3月
昭和48年4月～昭和49年9月) 計4年6ヶ月

発症後6ヶ月以上経過観察できた Bell 麻痺患者数 75例

(2) そのうちで手術を行った例数は、

13例 { 2例…誘発波正常
1例…わずかの放電あり
10例…誘発波なし } 誘発筋電図

(3) 発症から手術までの期間

| | |
|----------|----------|
| 1W以内(4例) | 1～2W(1例) |
| 2～3W(0例) | 3～4W(4例) |
| 1～2M(2例) | 2～3M(0例) |
| 3～4M(1例) | 4～6M(0例) |
| 6M以上(1例) | |

(いづれも減荷手術)

(4) 手術適応の決定

主として誘発筋電図検査で誘発波が導出できず、神経線維のほとんどが変性したと考えられる例(10例)。

(5) 10例の症例のうちで発病後1ヶ月以内に手術した例は6例で、2例が不完全回復、残り4例は全く回復がみられない。この結果は前項の判定基準と比較して手術による治療効果があったと思われる例はない。

(6) 手術術式

① 神経に対する圧迫の除去……減荷手術

② 神経線維の再生ルートの確保……減荷手術

……神経縫合術

……神経移植術

神経線維のほとんどが変性した例では①の意味はない。また50才以下の Bell 麻痺患者では6ヶ月～1年後には十分な神経再生がみられる。

(8) Bell 麻痺の手術的治療

○沖中 芳彦 関谷 透 野口 高昭
平田 哲康 (山口大)

- (1) 取扱ったBell 麻痺症例数 (16)
その期間 (3年10月)
- (2) その中で手術を行った例数 (8)
- (3) 発症から手術迄の期間
- | | | | |
|------|------|-------|--------|
| 1W以内 | (0例) | 2~3M | (2例) |
| 1~2W | (0例) | 3~4M | (1例) |
| 2~3W | (0例) | 4~6M | (0例) |
| 3~4W | (3例) | 6M以上 | (0例) |
| 1~2M | (2例) | 最長年月数 | (約3ヶ月) |
- (4) 手術適応の決定法

3~4週間の保存的治療(ステロイド剤, ビタミンB剤, 代謝賦活剤, 循環改善剤など)で改善傾向のないものを手術の適応と考えている。この際, 保存的治療の予後判定にアブミ骨筋反射, 誘発筋電図所見を重視している。

当科での手術施行症例8例のうち, 7例は他医療施設から紹介の陳旧性患者である。病初から当科を受診した患者は9例であり, このうち8例は保存的治療によりよく改善している。1例のみ発症31日目に手術を施行した。

紹介患者で, すでにステロイド剤による治療を行なっていれば, できるだけ早期に手術を行なう。他方, ステロイド剤を使用していなければ(たとえば, 星状神経節遮断のみ), まず一度ステロイド剤を使う。期間は平均10日間程度である。十分な経過観察により改善傾向を認めなければ, 終了後ただちに手術を行なっている。

(5) 予後

手術症例の予後は良くない。

別図に示す通り, 当科での手術施行例8例からみると, 手術までの時期と予後との間には相関関係はなく, むしろ, 手術施行時点で麻痺の程度の軽いものが比較的予後が良いように思われた。

(6) 手術術式

膝神経節から茎乳突孔付近まで開放し, あと vein graft でおおう。

聴力保存手技については case by case で行なっている。

ワークショップB

(9) Bell 麻痺の手術的治療

○遠藤 泰介 北条 和博 相馬 博志
中野 雄一 (新潟大)

- (1) 取扱った Bell 麻痺：142 例
その期間：3 年間（昭和54年 1 月～昭和56年12月）
- (2) 手術例：8 例
- (3) 発症から手術までの期間
1～2M：1 例
2～3M：7 例
- (4) 手術適応の決定法

発症初期は、まず全ての症例で保存的治療を行いつつ、NET、誘発筋電図（electro-neurography）で経時的に観察する。また、同時に障害部位診断も行い、特に音響性アブミ骨筋反射（以下ARと略す）の有無、および閾値、振幅なども表情筋スコアとともに経過観察する。そして発症より3～4週間で、①表情筋運動が不変、②ARが欠如し、suprastapedial lesion であり、③NETにて3.5～4 mAの左右差、④electroneurography で患側が健側の20%以下の時は、ためらわず水平部、垂直部減荷手術を行う。また、ARが観察されるようになった症例では、上記③④の条件があれば垂直部減荷術を施行する。しかし神経変性の程度が③④のいずれかの条件に該当しない場合には、もうしばらく保存的治療を行い経過観察している。そして発症約1ヶ月以上3ヶ月までに、顔面麻痺の回復が思わしくなく、ARが欠如あるいは出現しても閾値が高いか振幅の小さい場合は、③④のいずれかの条件に該当しているならば減荷術の適応としている。

(5) 予 后

術後3ヶ月以内に表情筋スコア（3段階評定）が36点／40以上になったものを予后良好例、それ以外を予后不良例とすると、8例中予后良好例は2例、予后不良例は6例で、予后と手術までの期間との間には相関関係は見られなかった。また保存的療法では、新鮮例でしかも3ヶ月以上経過観察できた98例についてみると、発症より3ヶ月以内に表情筋スコアが36点／40以上に回復したものは98例中54例であった。

(6) 手術術式

減圧の範囲はARにより決めており、全例垂直部のみであった。また全例、神経鞘の切開は行っていない。

(10) Bell 麻痺の手術的治療

宮崎 充 限上 秀伯 (長崎大)

(1) 取扱った Bell 麻痺症例数 (373例)

その期間 (5年5ヶ月)

(2) その中で手術を行った例数 (6例)

(3) 発症から手術迄の期間

| | |
|-------|------|
| 1W以内 | (0例) |
| 1~2W | (0〃) |
| 2~3W | (1〃) |
| 3~4W | (1〃) |
| 1~2M | (3〃) |
| 2~3M | (0〃) |
| 3~4M | (1〃) |
| 4~6M | (0〃) |
| 6M以上 | (0〃) |
| 最長年月数 | (3M) |

(4) 手術の適応

- ① E. M. G. にて electrical silence である。
- ② evoked-E. M. G. にて maximal stimulation で spike が認められない。
- ③ N. E. T. にて最大刺激 (10mA) で反応が認められない。
- ④ maximal stimulation (evoked-E. M. G. における supra maximal stimulation) で患側の耳下部を刺激しても顔面筋の攣縮が認められない。

(5) 予後

手術症例は6例で28歳より58歳まで全例が男性であったが、1例については追跡調査ができなかった。また、手術適応と考えられる例で、保存的治療を行ったものから13例の追跡調査を実施し、28歳より74歳まで男性9例、女性4例であった。顔面麻痺の表現は顔面麻痺研究班による方法を用い、後遺症については6項目について評価を行った。

手術例と非手術例では、麻痺 score の改善度については差がみられなかったが、後遺症 score については手術例の方が良好な改善度を示した。年令的には一定の傾向はみられず、50歳以後でも良好な経過を示した例が認められた。

手術までの時期については、発症後18日目に手術を行った例が最も良好な経過を示し、麻痺 score の改善度が著明で後遺症も認めなかった。それより以後に手術を行った例については麻痺、後遺症ともに著明な改善度の差を認めなかった。

(6) 手術術式

手術は局麻下に耳後切開を行い，経乳突洞法により茎乳突孔より水平部までの顔面神経を露出した。
また神経鞘の切開については全例で縦切開を加えたが，切開の前に生食等を注入した症例と単純切開のみを行った症例が含まれている。

ワークショップB

(11) Bell 麻痺の手術的治療

○中山 堯之 辻 裕之 井野千代徳
三谷 武生 熊沢 忠躬 (関西医大)

- (1) 取扱ったBell麻痺例数 (80) その期間 (2年)
- (2) その中で手術を行った例数 (6)
- (3) 発症から手術迄の期間
- | | |
|----------|----------|
| 1~2W (1) | 2~3W (1) |
| 3~4W (1) | 1~2M (3) |
- (4) 手術適応の決定法を具体的に、
- 顔神 scoreは4~6点以下
 - Stapedial Reflexはabsent
 - evoked EMGはno Response
 - N. E. T. はscale out の症例である。
- (5) 予 后
- 改善例は発症12日目, 24日目, 31日目, 35日目の4例であった。
- 不変例は発症25日目と30日目の2例であった。
- (6) 手術術式は、
- 原則として茎乳突孔から垂直部, そして水平部(鼓室面)の減荷術を行なっている。従って, **Brücke** は出来るだけ薄くなる様に削っている。耳小骨は出来るだけ触れない。

(12) Bell 麻痺の手術的治療

今泉 秀雄 (福島医大)

- (1) 取扱ったBell麻痺症例数 45例
その期間 2年3月(55年～57年3月)
- (2) その中で手術を行った例数 3例
- (3) 発症から手術までの期間
 - 1～2M (1例)
 - 2～3M (1例)
 - 3～4M (1例)
- (4) 手術適応の決定方法
 - I) 保存的療法で改善傾向の認められない例
 - II) 保存的療法の経過中に検査データ(EMG・NET・SRなどの)で増悪傾向のみられる例に手術を行なった。
- (5) 予後
 - ① 発症後66日目で手術を行った症例は現在1年11月を経過するが、軽度の麻痺の改善は認めるが、尚、麻痺は認める。
 - ② 発症後92日目で手術を行った症例は現在1年を経過するが、軽度の麻痺の改善のみで現在も麻痺を残す。
 - ③ 発症後53日目で手術を行った症例は術後1月であるが、麻痺は著明に改善しているが、現在も軽度の麻痺がみられる。
- (6) 手術術式
 - I) posterior tympanotomyを用いて、顔面神経膝神経節の部より茎乳突孔の部まで神経の減荷を行った。

(13) 当科におけるベル麻痺患者の治療

小林 武夫 (東大 耳鼻科)
黄川田 徹 (松戸市立病院)
藤岡 正勝 (社会保険中央病院)
千国 峰子 (都立墨東病院)

(1) ベル麻痺患者の総数

過去3年間(1979~1981).....89

(2) そのうち減圧術をおこなったもの..... 1

(その他に、他病院で減圧術をうけたもの.....1)

(3) 発症から手術までの期間.....1月

(4) 治療方針

当科ではベル麻痺に対しては保存的治療が中心で、減圧術は積極的には行っていない。以前、減圧術を連続して試みたことがあった。しかし、手術治療の成績が、保存治療のそれに比べ有意の差があるように思えなかった。

現在、手術を行う場合は、麻痺の経過や検査所見からみて、ベル麻痺以外の原因疾患も想定される場合に、顔面神経の精査を目的に手術を行う。最近経験した症例の中に、初診時に、ベル麻痺も考えられるとした症例で聴神経腫瘍、中耳悪性腫瘍が1例ずつあった。

(5) 予 後

a. 減圧手術例(当科)

40歳の女性におこなった。発症後1月経過しても、筋活動が消失したままで、被刺激性も欠如していた。耳小筋反射も消失したままであった。発症後1月経過して、顔面神経の水平部と垂直部を減圧した。発症後3月で筋活動が出現し、10月で正常の80%程度の筋活動を得たが、現在でも共同運動と不全麻痺が残っている。

b. 減圧手術例(他病院)

58歳の男性の減圧術後の追跡を依頼された。麻痺後3週間で手術をおこなった。術後6月で、顔筋の運動が出現するのを自覚した。1年経過した現在、不全麻痺の状態である。

c. 保存治療の成績

1980年にベル麻痺にて初診した患者は30例であった。このうち、筋電図でサイレントの状態を呈したものは12例であった。

このうち4例は、NETで反応がみられたが、閾値は上昇していた。この4例は完治となった。8例はNETで反応が消失していた。この8例のうち、1例に手術をおこなった。追跡が不可能だった1例と上記手術例を除いた6例の予後を見ると、完治1例、準完治1例、不完全治癒4例であった。

(6) コメント

- a. ベル麻痺と診断するには、症候性麻痺を除外しなければならない。必要な検査を行うことが大切である。
- b. NETは表面電極を使用することが行われている。最近、我々は針電極を使用している。この方法だと、表面電極を使用しても反応が出現しない例でも、被刺激性を検出できることがある。針電極による被刺激性があれば予後は良好となる。

(14) Bell 麻痺の手術的治療

○荒川 栄一 草刈 潤 小林 俊光
河本 和友 (東北大)

東北大学附属病院耳鼻咽喉科外来に於て、昭和53年3月より、昭和56年12月までの3年10ヶ月間に、末梢性顔面神経麻痺が認められ、Bell 麻痺と診断されたものは、141例であった。そのうち十分に経過観察を行ないえたものは、71例であり、さらに脱神経を有したものは22例であった。脱神経のあったもののうち、顔面神経管開放術を施行したものは9例であった。この例に於て、発症より手術施行までの期間は、3～4週間のもの1例、1～2ヶ月のもの6例、3～4ヶ月のもの1例、4～6ヶ月のもの1例であり、そのほとんどが発症後2ヶ月以内に施行されている。

当外来における末梢性顔面神経麻痺患者は、原則として流涙検査 (Schirmer's I, II法) で、顔面神経の障害部位を決定し、Nerve Excitability Test を行ない、その左右差で脱神経の有無を判定し、このNETの値を発症後約2週間程度経時的に観察し、最終的な脱神経の有無の判定を行っている。その結果、脱神経に致ったもので回復傾向を示さないものを、顔面神経管開放術の適応とし、発症後1ヶ月以内での手術を勧めている。本例は、全て脱神経を有したものであった。

この術式は、transcorticalにsimple mastoidectomyを行ない、前記の検査結果による顔面神経の障害範囲を参考に、顔面神経管を垂直部より中枢に向かって神経の浮腫を有する範囲を開放した。

その結果を、麻痺のscoreで見ると、36点以上に回復したもの4例、35～30点のもの1例、29～20点のもの2例、19点以下のもの1例であり、9例中5例が30点以上の回復であった。さらにその発症より手術までの期間を見ると、36点以上の回復を示している4例全例が、23～33日であり、一方回復の不十分な29点以下の3例中2例は、発症後3ヶ月存び5ヶ月と長期経過例であった。

また、これら手術施行群と、同様に脱神経を認めながら手術を施行しなかった群13例とを比較してみると、36点以上の回復例5例、35～30点3例、29～20点2例、19点以下3例であり、30点以上の回復良好例が13例中8例と手術施行例よりわずかに良い回復傾向を示していた。しかし、脱神経を有しながら3ヶ月以上の十分な経過観察を行ないえなかった例は、26例と半数以上であり、これらの中には、観察期間中に改善をあまり示さなかったものも多かったことなどから、この結果のみで手術の効果を論ずることは早計ではないかと思われる。尚、脱神経のなかった49例では、36点以上47例、35～30点2例で、良好な結果であった。

以上の如く、当科に於て顔面神経管開放術を施行したものは9例であり、内、30点以上の十分な回復を示したものは5例であった。さらにその回復良好群のほとんどが、発症後1ヶ月前後の手術施行例であり、この付近が、顔面神経管開放術の選択の時期と思われる。

ワークショップ C

顔 面 痙 攣

I 治療法の適応選択とその順序

1. 特発性と症候性痙攣の鑑別診断を行う。
2. 一部の症例については、特に治療せず経過観察する。説明を充分に行う。
3. 保存的治療：

説明，薬物治療，顔面神経ブロック

4. 手術：

- ① 茎乳突孔直後で神経管部分切除
- ② 選択的顔面神経切断
- ③ neurovascular decompression
- ④ その他

3及び4①②③④の選択規準，椎骨動脈造影を行うべき症例の選択規準，夫々の利点と欠点。

II 耳鼻科，脳外科，麻酔科（ペインクリニック）夫々の立場より本症治療に対するphilosophy について

※ 当日は特に I の 3, 4, と II について討論を希望します。

ワークショップ③

| | | | |
|---------------------------|--|---|---|
| | 柳原尚明 (愛媛大) | 小林武夫他 (東大) | |
| 痙攣 Bell Hunt その他 | 44 (7.1%) 315 (50.7%) 74 (11.9%) 188 (30.3%) | 81 (18.5%) 136 (31.3%) 45 (10.3%) 175 (40.1%) | |
| 合計・期間 | 621 5年8ヶ月 | 437 5年(S.52~56) | |
| 治療法 (i) 保存的 | 40例 説得 本症は致死的でない、重篤な疾患の合併症でない、進行性であるなど症例に応じ疾患に対する理解をさせる。 薬物 マイナートランキライザー、VB剤など投与、睡眠不足、精神的緊張などが痙攣を誘発又は激化させるのを抑える目的。 | 全例に先づ保存的療法を試みる。 spasm profile を患者に作ってもらう。特発性痙攣の場合、毎日起床から就寝まで1週間、いつ痙攣が起るか、特別な誘因の有無をチェックする。 薬物 全例 最初は安定剤を中心に与え、有効とした例には途中でplaceboに替えてみることも行う。無効の時は次の治療法につき患者と十分話し合う。次のop A, Bでは再発不可避であること。Cは第8神経障害の危険性も説明する。 | 保存的 17例 薬物 塩酸トリペロリド マイナートランキライザー 手術 ① 選択的顔面神経枝切断術 ② neuro-vascular decompression 適応選択 (i) 保存的治療 全身的、特発性、診断不明、小脳神経腫瘍 (ii) 血管走行異常、脳外科的アプローチ保存的治療 神経ブロック |
| (ii) 手術的 | 4例 側頭骨外で選択的顔面神経切除。特に両側性痙攣、いわゆる眼瞼痙攣症に対し本法は極めて価値ある術式と確信する。 | ④ 顔面神経ブロック……………5 手術 ⑤ 顔面神経枝切除術……………4 ⑥ neuro-vascular decompression……………5 (Cは脳外に紹介) | |
| (iii) 適応選択方法 | 症候性痙攣でないことを確認するため、神経耳科学的検査と顔面神経の機能検査、特に部位診断法が必要である。 (i)と(ii)とで特に検査上での区別はない。手術適応は専ら臨床症状と患者の意志によって決定される。 | 特発性と症候性顔面痙攣とを鑑別することが必要。 | |

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| | 岩隈勉 (苫小牧市立総合病院脳外科) | 斉藤春雄 (滋賀医大) | |
| 痙攣 Bell Hunt その他 | 127 (42.9%) (♂37, ♀90) 169 (57.1%) | 106 (28.0%) (新82, 陳旧24) 181 (47.8%) (新119, 陳旧62) 42 (11.1%) (新30, 陳旧12) 50 (13.2%) (新30, 陳旧20) | |
| 合計・期間 | 296 6年 (S.51.4~57.3) 18~74才 好発40才代 | 379 (261, 118) 3.6年 (S.53.1~57.3) | |
| 治療法 (i) 保存的 | 3年前迄は全例に施行、以後行わない。 薬物療法 ……………34 テグレトール300mg, ジアゼパム6mg投与。 3例に痙攣の減少を見たのみ。 3年前から(3)を原則としている。 | (i) 保存的治療……………35 ワイバックス・ロバキシン……………4 ドクマチール……………3 セルシン, トランコパール……………1 セルシン, ドクマチール……………1 眼球表面麻酔(結膜炎)……………1 三叉神経1~3枝ブロック……………16 (キシロカイン)2枝ブロック……………7 | |
| (ii) 手術的 | (1) 茎乳突孔直後で神経幹部分切除……………21 (2) 選択的顔面神経枝切除……………20 (3) micro vascular decompression……………76 117 | (ii) 手術的……………24 (1) 下眼窩神経切断……………4 (2) 神経縦切断……………1 (3) 血管神経剝離術(Jannetta)……………18 (4) 骨折整復……………1 | |
| 手術適応 | (1)(2)は1年以内に約50%再発。 (3)は74例全例痙攣消失、3年経て再発は1例。synkinesisも消失。 12例に聴力低下を来した。健側難聴例は従って適応とならぬ。 EMG所見、剖検所見、手術所見から顔面神経が脳幹部から出た直後で動脈により圧迫されることが、痙攣の原因であると判明した。 (血管により圧迫された部位では局所的脱髄が起り、更にaxon間のshuntingが生じ、之がspasmやsynkinesisの原因と考えられている。 現在は全例に(3)のopを行っている。(聴力障害なく、全麻可能例)患者の希望があれば行う。 上の()内の条件が満たされぬとき(2)のopを行う。(1)は再発多きため現在行っていない。脳血管写は行っていない。 EMGも20例以外は行っていない。 | 無治療49例中8例はJannetta予定 治療法の選択と適応 先づ腫瘍を除外、Jannettaの適応につき、次に血管Gなどで検討、脳底動脈、椎骨動脈系の偏位、伸展分枝が内耳道延長上でroopingをなす時、患者の希頭術を行う。 患者が希望しない時や痙攣軽度の時は痙攣のpositiにつき検討する。即ち患者に痙攣時にEMG画像や増減した場合や、固有知覚ブロックなどで痙攣数の増減では、トランキライザーなどの薬物が奏効する可能時には知覚ブロックが治療効果を示すことあり。 Jannettaのopでは責任血管、合併症、回復推移にJannettaの手術のビデオ供覧。 | |

| 遠藤泰介他(新潟大) | 菊池章他(山形大) |
|--|---|
| 22 (9.1%) 142 (58.9%) 25 (10.4%) 52 (21.6%) | 29 (10.7%) 211 (78.2%) 14 (5.2%) 16 (5.9%) |
| 241 3年 (S.54.1~56.12) | 270 5年4月 (S.51.11~57.3) |
| 保存的 17例 薬物 塩酸トリペリジン(ムスカラム) 150~300mg/日 マイナートランキライザー 手術 ③ 選択的顔面神経切断…………… 2 ④ neuro-vascular decomp …………… 1 適応選択 (イ) 保存的治療 全身的、神経学的に特に問題なく、特発性顔面痙攣症と診断された症例で、出来る限り脳血管造影を行い、小脳橋角部などでの血管走行異常の認められぬ場合。 (ロ) 血管走行異常が原因となっている可能性がある時は、脳外科的にneuro-vascular decompを行う。又保存的治療が無効で、患者の要望が強いときは、神経ブロック又は手術③を行う。 | 治療せず……………14例 保存的 顔面神経ブロック(麻酔科)…………… 5 薬物 フェニトイン50mg, ジアゼパム3mg, VC 500mg …… 1 ガンマオリザノール300mg, ジアゼパム6mg …… 1 ジアゼパム6mg …………… 1 手術 ① 選択的顔面神経部分切除術…………… 3 ② 頭蓋内顔面神経減荷術(脳外)…………… 4 耳科神経学的諸検査をルーチン検査として行う。症例に応じABR, 蝸電図, 椎骨動脈造影, CTを行い原因疾患の発見に努める。原因疾患不明の場合、軽症では経過観察を行う。又患者に各種の治療法につき説明し、希望があればそれを行う。 選択的VII N部切の利点は、可成り高度の痙攣でも消失させ且つ術後顔面麻痺を最小限に止め、再発率が低いことである。欠点は耳介前部の切開線が残り、再発時には再手術を患者が希望しないことである。 3例の予後 (41♀ 選択的VII N部切後再発, 4年後再発なし) (41♀ 新鮮例 3年後再発) (50♀ 新鮮例 2年後再発なし) |

| (滋賀医大) | 塩谷正弘他(関東通信ペインクリニック) | 宮崎東洋他(順天堂麻酔科) |
|--|---|---|
| 82, 陳田24) 119, 陳田62) 30, 陳田12) 30, 陳田20) | 5624 (♂1599, ♀4025) (58.5%) 3102 (♂1552, ♀1550) (32.2%) 444 (♂219, ♀225) (4.6%) 258 (♂124, ♀134) (2.7%) | 352 (24.7%) ♂:♀ 850 (59.6%) 150 (10.5%) 74 (5.2%) 顔面チック |
| 61, 118) 53.1~57.3) | 9428 17年 (S.40~56.12) 50代, 60代に多い。Bell麻痺は50>40>30>20代 | 1426 (15年) 40才後半に多い |
| ……………33例 ……………4 ……………3 ……………1 ……………1 ……………1 ……………16 ……………7 ……………24例 ……………4 ……………1 ……………18 ……………1 つき、次に血管造影。EM系の偏位、伸展、それらの時、患者の希望あれば開は痙攣のpositive feedbackにEMG画像やその音を示で痙攣数の増減がある場合が奏効する可能性がある。すことあり。 、回復推移につき述べる。 | 全て若杉式穿刺圧迫法による神経ブロックを行う。 極く軽度の眼瞼けいれんの場合、テグレートール、クロナゼパムを用いることがあるが、余り効果はない。 検査は時にEMGをとるが、頭部X線, CTはとらぬ。 痙攣の程度を見るため強閉眼と急激開眼を命ずると痙攣が誘発される。眼周囲、口角の僅かな痙攣、口角の吊上り、広頸筋痙攣の有無により、軽、中等、重度の3段階に分類。 軽度で発症が新しいものは、少くとも1年ほど経過をみて、患者の希望により軽い穿刺圧迫による神経ブロックを行う。 中等度以上が本来の適応である。最近10年間に4197例に11141回施行した。 再発迄の期間は9.6±8.1ヶ月。 ブロック後の顔面麻痺期間は平均1.3ヶ月。 利点 : 外来で出来、患者の負担が少い。 短所 : 顔面麻痺を一時来す。 技術を要す、再発する。 痙攣が非常に強く、効果が3ヶ月位しかない場合や、長期(10年余)にわたり、多数回(20回)ブロックを続けねばならぬような例は手術に廻す。 (30例, Jannettaの手術) 若杉式穿刺圧迫法の手技のビデオ供覧。 | (A) 顔面神経アルコールブロック法 (初期1~2年のみ行った) (B) 顔面神経穿刺圧迫法 以後、今日に至るまで全て本法を行っている。若杉法に準ず。 軽度の場合、一時的に薬物を使用することもあるが、殆ど無効。 検査 初期にはX線、動脈写その他を行ったが現在は特にルーチンに行うものはない。 ブロックの適応 1) 痙攣の程度のカテゴリは治療上は必要ない。 2) 殆ど全例に行うが、余り軽いものは6M位様子を見ることもある。いづれにせよブロックを行うことになる。 3) ブロックの仕方でも効果持続時間は或程度コントロールできる。 再発まで平均8ヶ月。 次回ブロック希望まで約13ヶ月。 顔面麻痺の期間約2.5週。 4) 希望があればJannettaを行う。 |

ワークショップC

(1) 顔面痙攣

柳原 尚明 (愛媛大)

(1) 取扱った症例数(44) その期間(5年8ヶ月) 同じ期間内のBell麻痺(315) ハント症候群(74) その他の顔面麻痺(188)

(2) 治療方法

① 保存的治療(40例)ただし、この中には顔面神経機能及び痙攣の原因追求のため検査だけを行ったものも含んでいる。

② 治療内容 I) 説得 本症は致死的でないこと、又重篤な疾患の合併症でないこと。及び本症が進行性であることなど症例に応じて疾患に対する理解をさせることが治療の第1歩である。II) 薬物治療: 睡眠不足、精神的な緊張などが痙攣を誘発または激化させるのでこれを压える意味でマイナートランキライザー、ビタミンB剤など適宜投与する。III) 手術治療4例 側頭骨外で選択的顔面神経切除術を行っている。本術式を採用した当初は再発に悩んだが、術式を改善して最近では満足すべき結果を得ている。特に両側の痙攣症、いわゆる眼瞼痙攣症に対して本法はきわめて価値ある術式と確信している。本症の診断には、症候性痙攣でないということを確認するための神経耳科的検査と顔面神経の機能検査、特に部位診断法が必要である。保存的治療と手術的治療で特に検査の上での区別はない。手術適示はもっぱら臨床症状と患者の意志によって決定される。

ワークショップC

(2) 当科における顔面痙攣の治療

○小林 武夫 黄川田 徹 石井 甲介
 浅井 昌大 (東 大)

1. 症例数 1977-1981 (5年間)

| | |
|--------|-----|
| 顔面痙攣 | 81 |
| ベル麻痺 | 136 |
| ハント症候群 | 45 |
| その他の麻痺 | 175 |

2. 治療

| | |
|-----------------------------|----|
| 顔面神経ブロック | 5 |
| 顔面神経枝切除術 | 4 |
| neurovascular decompression | 5 |
| 保存治療(薬物) | 全例 |

3. コメント

1) 診断

特発性顔面痙攣と症候性顔面痙攣を鑑別することが必要である。

2) spasm profile

当科では、最近では患者にspasm profile をつくってもらうことにしている。これは、特発性顔面痙攣の場合、いつ痙攣が発生するかを毎日、起床時から就眠時まで1週間にわたり記録させるのである。これにより、特別な誘因となり得るものが存在するかどうかをチェックできる。

3) 治療法の選択

最初は安定剤を中心とする薬物投与を試みる。有効とした例には、途中でplaceboに切り替えてみることも行う。

薬物が無効であった場合は、次の治療法について、患者と充分話し合う。ブロック、神経枝切除では再発は不可避であることを説明した上で行う。最近では、脳外科にまわしてneurovascular decompression を行うこともあるが、手術の副損傷(ⅧⅧ神経障害)の危険性も説明する必要がある。

(3) 顔面痙攣

○遠藤 泰介 北条 和博 相馬 博志
中野 雄一 (新潟大)

(1) 取扱った症例数：22例

その期間：3年（昭和54年1月～56年12月）

同じ期間内のBell麻痺：142例

ハント症候群：25例

その他の顔面麻痺：52例

(2) 治療法

① 保存的 17例

手術的 3例

特に治療しなかったもの 2例

② 内容

薬剤 { 塩酸トルペリジン(ムスカラム)
 150～300 mg/day
 マイナートランキライザー

ブロック

顔面神経ブロック

手術

① 選択的顔面神経切断術 2例

② neurovascular decompression 1例

③ 治療法の選択

保存的：全身的、神経学的に特に問題なく特発性顔面痙攣症と診断された症例で、できるかぎり脳血管造影を行い、小脳橋角部などでの血管走行異常の認められない場合。

手術的：脳血管造影でneurovascular compressionの可能性がある時は、脳外科的にdecompressionを行う。また原因がはっきりしない症例で保存的治療にも反応せず、日常生活上、非常に不便を訴える人には、顔面神経ブロック、または、選択的顔面神経切断術を行っている。

ワークショップC

(4) 顔面痙攣

○菊池 章 鈴木 八郎 市毛 明彦
川合 正和 戸嶋 均 小池 吉郎
(山形大)

(1) 取扱った症例数 29例

その期間 51年11月～57年3月(5年4ヶ月)

同じ期間内のBell麻痺 211例

同じ期間内のハント症候群 14例

同じ期間内のその他の顔面麻痺 16例

(2) 治療法

① 保存的 8例

手術的 7例

特に加療せず 14例

② 内容

保存的療法

顔面神経ブロック 5例(於、麻酔科)

フェニトイン50mg, ジアゼパム3mg, ビタミンC 500mg 1例

ガンマオリザノール 300mg, ジアゼパム6mg 1例

ジアゼパム6mg 1例

手術的療法

頭蓋内顔面神経減荷術 4例(於、脳外科)

選択的顔面神経部分切除術 3例

③ 診断法

ルーチン検査(原則として初診時に施行)

レ線写真(シューラー, ステンパース)

聴力検査

顔面神経検査(顔面運動採点, シルマー涙分泌検査, Nerve Excitability Test, Electro-neurography, 筋電図, 音響アブミ骨筋反射等)

症例に応じて施行する検査

平衡機能検査

精密聴力検査

聴性脳幹反応

蝸電図

椎骨動脈造影

頭部CT

我々は初診時に問診等と上記諸検査を施行し、原因疾患の発見に努めた後、患者に当科における選択的顔面神経部分切除術、麻酔科における顔面神経ブロック、脳外科における頭蓋内顔面神経減荷術について説明し、特に原因が明らかでない場合は、各治療法の選択は原則として患者の希望によっている。なお、軽症例では原因疾患が見出せない場合は特に加療せず、経過観察としている。

選択的顔面神経部分切除術の治療成績

| No. | 年齢 | 性 | 既治療 | 成績 |
|-----|----|---|----------|----------|
| 1 | 41 | ♀ | 選択的顔神部切術 | 4年経過再発なし |
| 2 | 41 | ♀ | なし | 3年後再発 |
| 3 | 50 | ♀ | なし | 2年経過再発なし |

選択的顔面神経部分切除術の利点は、かなり高度の Spasm，開眼不能の状態でも消失させ、また、術後顔面神経麻痺の程度を最小限に食い止めることができ、再発率が低いことで、欠点は手術により顔面の耳介前部に切開線が残り、再発した場合、なかなか再手術を希望しないことなどである。本法も対症療法であるため、再発は避けられないが、術前より Spasm が悪化することはないようである。

29例中再発してから当科受診した症例は4例で、既治療として顔面神経ブロックを受けた症例は3例、選択的顔面神経部分切除術を受けた症例は1例で、いずれも前回同様の治療を希望した。本疾患は原因不明のことが多く、美容上の問題が大きいので、患者の希望を無視することはできない。

ワークショップC

(5) 顔面痙攣(外科的治療経験)

岩隈 勉 (苫小牧市立総合病院 脳外科)

昭和51年4月より昭和57年3月まで127例の顔面けいれんの症例を経験した。男性37例、女性90例、右側68例、左側59例、年齢は18才から74才、好発年齢は40才台であった。同期間内のBell麻痺の症例数は169例である。神経学的には、軽度の顔面神経麻痺とsynkinesisを伴う症例がある他は異常を認めなかった。

顔面けいれんの病因としてpsychogenicなものか、organicなものか未だに議論がある。筋電図を20例に施行し、患側に正常のNMUの減少とpolyphasic complex waveの出現を見た。これはaxonal degenerationを示して、顔面けいれんはorganicな病気である事を示している。近年、脳外科領域では、小脳橋角部で顔面神経が動脈によって圧迫される事が原因と考え、顔面神経から、この圧迫血管をひき離す手術法(microvascular decompression)が行なわれている。血管により圧迫された部では、focal demyelinationがおこり、さらにaxon間のshuntingが生じ、これがspasmやsynkinesisの原因と考えられている。

脳出血で死亡した1剖検例では、患側の顔面神経が後下小脳動脈(pica)で圧迫されており、圧迫部でfocal demyelinationを示していた。

治療法として過去いろいろな治療法が述べられている。保存的療法として、34例にテグレートール300mgとジアゼパム6mgを投与してみた。3例にけいれんの減少を見たが完全に消失させる事は出来なかった。

外科的治療法として、①顔面神経が茎乳突孔を出た直後でのpartial section法を21例、②selective facial neurectomyを20例に、③microvascular decompression法を76例に施行した。顔面神経に外傷を加える手術法(①、②)は再発が多く、1年以内に約半数に再発を見た。手術結果の一番良いのはmicrovascular decompression法で、76例中74例に、けいれんの完全な消失をみており、最長3年の経過で再発は1例のみである。synkinesisもfacial spasmと同様術後消失している。しかし、この手術法の欠点は合併症として、聴力障害がみられることである。76例中12例に聴力の低下が術後みられている。術中のオ8脳神経へのmild traumaが原因と考えられる。したがって健側に聴力障害のある症例にはこの手術方法は適さない。

顔面神経が脳幹部から出た直後で、動脈によってcross compressされる事が顔面けいれんの原因であると、EMG所見、剖検所見、手術所見から判明した。

(6) 顔 面 痙 攣

齋藤 春雄 (滋賀医大)

(1) 取扱った症例数：106 例

滋賀医大附属病院が開院した昭和53年10月1日より昭和57年3月31日までの3年6ヶ月
同期間に取扱った顔面神経麻痺

原因がよく確認し得ると云う意味で、発症後1ヶ月以内に受診したものを仮に新鮮例とした。また、
先天性麻痺は集計上新鮮例に含ませた。

| | | | | |
|----------|-----|-----|----|-----|
| Bell 麻痺 | 新鮮例 | 119 | | |
| | 陳旧例 | 62 | 計 | 181 |
| Hunt 症候群 | 新鮮例 | 30 | | |
| | 陳旧例 | 12 | 計 | 42 |
| 外傷性麻痺 | 新鮮例 | 19 | | |
| | 陳旧例 | 15 | 計 | 34 |
| 先天性麻痺 | | | 計 | 8 |
| 腫瘍性麻痺 | 新鮮例 | 2 | | |
| | 陳旧例 | 4 | 計 | 6 |
| 耳炎性麻痺 | 新鮮例 | 1 | | |
| | 陳旧例 | 1 | 計 | 2 |
| | 新鮮例 | 179 | | |
| | 陳旧例 | 94 | 総計 | 273 |

この他に顔面痙攣症例106例中24例が神経幹アルコールブロック後の陳旧麻痺症例であるが集計に
加えていない。

(2) 治療法

同一症例に重複して異種の治療が行われたものがあるので、効果のあった方法、または主体となっ
た治療法をもって集計すると、

① 保存的 33症例

| | |
|------------------------------|----|
| (I) 三叉神経1～3枝ブロック | 16 |
| (II) " 2枝 " | 7 |
| (III) ワイパックス・ロバキシン | 4 |
| (IV) ドグマチール | 3 |
| (V) 眼球表面麻酔(結膜炎をTriggerとした症例) | 1 |
| (VI) セルシン・トランコパール | 1 |
| (VII) セルシン・ドグマチール | 1 |

㊟ 手術的 24症例

| | |
|--------------------------------------|----|
| (I) 血管神経剝離術 Jannetta | 18 |
| (II) 下眼窩神経切断 | 4 |
| (III) 骨折整復 | 1 |
| (IV) 神経縦切開 Celis-Blaubach & Castillo | 1 |

㊞ 無治療 49症例 うち8例はJannetta手術を予定。

(3) 治療法の選択と適応

顔面痙攣の治療には根治をもくろむものと軽減をはかるものがある。従来の治療は全て後者であった。GardnerとSavaが小脳橋角部で神経血管剝離術を始め、1962年に発表し、Jannettaが顕微鏡手術として手技を確立してすでに20年を経た。神経に対するminor damageによるのではなく、永続的完治の可能性があると考えられるに至った。

治療法の選択には、まず、腫瘍を除外する。次いで、全治の可能性のあるJannettaの適応につき血管造影、EMGなどで検討する。脳底動脈椎骨動脈系の偏位、伸展やそれらの分枝が内耳道延長上でroopingをなすとき、患者の希望があれば開頭術を行う。

痙攣の程度が軽かったり、開頭術を希望しないものには痙攣のpositive feedbackにつき検討する。痙攣のvisualization、音によるfeedback、固有知覚blockなどがそれに当り、痙攣数の増減があるものでは精神安定剤などの薬物が効を奏する可能性がある。ときには固有知覚blockによる診断そのものが治療効果を発揮することもある。

Jannetta手術については、責任血管、合併症、その回復推移などdataを具えている。

ワークショップC

ビデオ 顔面痙攣に対する神経血管剥離術 (Jannetta手術)

斎藤 春雄 (滋賀医大 耳鼻咽喉科)

半田 譲二 (滋賀医大 脳神経外科)

顔面痙攣の治療には根治をもくろむものと軽減をはかるものがある。従来の治療法はすべて後者であった。

1962年にGardnerとSavaが小脳橋角部で顔面神経に触れている血管を剥離する手術を発表し、Jannettaが顕微鏡手術として手技を確立してからすでに20年を経た。神経に対するminor damageによるのではなく、永続的な治療効果があると考えられるに至った。

治療法の選択をするに当たっては、可能な限り根治が出来る方法を求めることになり、顔面痙攣ではJannetta手術がこれに当る。残念ながら、この手術には聴力障害、前庭機能障害、一時的顔面神経麻痺といった耳科学的合併症があるので、滋賀医大耳鼻科顔面神経外来では、昭和56年より、脳外科の指導のもとに耳鼻科でもJannettaの手術を行い検討することになった。

この手術の手技、合併症を予防する注意、痙攣の術後回復状況、合併症の回復過程などを具体的に提示する。

ワークショップC

(7) 顔面痙攣

○塩谷 正弘 湯田 康正 若杉 文吉

(関東通信ペインクリニック)

顔面痙攣の取り扱った症例は5,624例、男性1,599例、女性4,025例であった。発症年齢は50才代、60才代に多かった。昭和40年より昭和56年12月末までの17年間の集計である。

同期間内のBell麻痺は3,102例であり、男性1,552例、女性1,550例であった。発症年齢は50才代、40才代、30才代、20才代の順に多かった。ハント症候群は444例であり、男性219例、女性225例であった。その他の顔面神経麻痺は258例、男性124例、女性134例であった。

顔面痙攣の治療はすべて若杉式穿刺圧迫法による神経ブロック法で行っており、最近10年間で11,141回行った。本治療法は患者に対する侵襲が少く、外来で可能であり経済的負担が軽い。しかし一方で技術的な困難性、再発する、麻痺が1ヶ月程度残る等の短所もある。われわれの施設では、患者数が多いため技術的な困難性は解消されるし、再発に対しては再ブロックが容易であることで解消される。ブロック後の麻痺はブロックの程度を加減することであまり目立たなくすることは出来る。しかし、痙攣が非常に強く3ヶ月程度しか効果がないような症例では、ブロック回数が10年余の間には20回を超えるような症例も出て来る。そのような症例では、治療がより困難となって来る。そのため手術に回す症例もある。

次に顔面神経ブロックの手技について述べる。患者は仰臥位とする。頭部のみを健側へ約45°向ける。耳朶をテープで軽くつり上げ乳様突起を露出させる。術者はきき腕の反対側の示指で患者の乳様突起を触れその先端を確認する。乳様突起先端約5mmを刺入点とする。同部に0.5%カルボカインで局所麻酔をした後、22G 5cmブロック針を穿刺する。前額面に平行、矢状面に対して約15°~30°の角度で針を進めると39.8±6.1mmで顔面神経管を出たところで顔面神経を穿刺圧迫する。同時に同側の麻痺を生じる。針を1時間そのまま置針した後抜去する。抜針後中等度の麻痺が見られれば1年弱の効果が予測される。

昭和47年より昭和56年末までの10年間に4,197例の顔面痙攣患者に対して11,141回の本神経ブロックを行った。その内、痙攣再発のため再診に来院した患者でのブロック施行より痙攣の再発までの期間は9.6±8.1ヶ月であり、ブロック後の麻痺期間は平均1.3ヶ月であった。

痙攣の程度を見るためには誘発法を行っている。患者に強閉眼とその後の急激な開眼を命じると顔面痙攣が誘発される。眼周と口角のわずかな痙攣、口角のつり上り、広頸筋の痙攣の有無により、slightly, moderate, severeの3段階に痙攣の程度を分類する。moderate以上は神経ブロックの適応となる。slightlyで発症が最近であるものは、少なくとも1年程度経過を観察する。1年以上同様の痙攣が続き自覚的にも苦痛を訴える場合は麻痺が軽度となるよう、軽度の穿刺圧迫による神経ブロックを行う。

ワークショップC

(8) 顔面痙攣

○宮崎 東洋 神山洋一郎 町 俊夫
木村 光兵 村山 清之 石山 四郎
関口 芳弘 野田 久代 蓮見 謙司
五島泰次郎 (順天堂大学 麻酔科)

過去15年間に取り扱った特発性顔面痙攣は352例で、この間のベル麻痺は約850例、ハント症候群は約150例である。また顔面痙攣と誤診されやすい顔面チック症は74例であった。

顔面痙攣に対する我々の治療は、現在では全てが顔面神経穿刺圧迫法によって行なわれており、顔面神経アルコールブロックは初期の1～2年間に使用しただけである。

顔面痙攣の診断、治療について以下のような発言を希望いたします。

- ① 顔面痙攣の特徴(症状、好発年齢その他)
- ② 顔面神経穿刺圧迫法とアルコールブロック法との比較
- ③ 1, 2の症例の経過

第1群 (14:30~15:30)

1. 顔面神経管内の血管支配について

○高坂 知節, 新川 秀一, 柴原 義博, 橋本 省
朴沢 孝治, 河本 和友 (東北大)

顔面神経管内の血管支配を熟知することは神経管開放にあたって必要であり又神経麻痺の病態を考える上でも重要である。しかし、顔面神経管内の血管分布に関する知見は比較的少く、最近では Anson and Donaldson (1973) の側頭骨切片連続標本による検索が最も詳しい。文献上は、Barthololy (1897) の報告が最も古いとされ、その後、Tobin (1943), Guerrier (1951), Blunt (1954), Bosatra (1956) などの報告が相次いだ。しかし、これ等の報告は、主として切片作成あるいは色素注入などによったもので、顔面神経管内の立体的な分布様式を理解する上で、いささか困難を感じる。

今回、私共はメルコックス樹脂注入法を用いてコロジオンキャストを作成し、顔面神経管内の血管分布様式について、実体顕微鏡並びに走査電子顕微鏡的に観察したので、こゝに2~3の知見を報告する。

2. 実験的虚血性顔面神経麻痺

○小川 明, 山下 公一 (金沢医大・耳)
奥野 秀次 (東京医歯大・耳)

ベル麻痺の保存的、手術的治療法の妥当性を実験的に評価するためには、本疾患にできるだけ近い実験モデルを作ることが、まず第一に必要なことである。ベル麻痺発症の機序としては、神経管内で何らかの原因により神経が圧迫され、二次的に虚血を生じ、これがさらに神経変性を増悪させるという二次的虚血説が考えられている。

しかしながら、実験的に顔面神経管への血流を手術的に遮断することは技術的に困難であり、McGovern (1966) は血管収縮剤を顔面神経管内に注入することにより、一過性の麻痺を作ること成功したが、神経を取り出して病理学的に検索しても、何ら病的所見はみられなかったと述べている。

今回、われわれはモルモットを用いて、一側の顔面神経管内に1000倍アドレナリン0.05ccを注入した。反対側には同量の生食を注入し対照とした。アドレナリン注入側には、2週間から4週間持続する麻痺がみられ、虚血性顔面神経麻痺と考えられた。麻痺の生じている動物を断頭して病理組織標本を作成し、光学顕微鏡で観察すると、アドレナリン注入側では神経が膨化していることが認められた。以上の所見について考察し、報告する。

3. アブミ骨筋神経の空間的配列について

○村上 信五, 松本 康, 丘村 熙, 柳原 尚明
(愛媛大)

顔面神経の側頭骨内走行時の空間的配列に関しては種々の報告があるが、その有無については現在賛否両論がある。今日、顔面神経麻痺例において、顔面表情筋間の受傷性及び回復性の差異、アブミ骨筋神経の易傷性等が注目されており、我々も臨床的及び実験的に検討しているが、組織学的に神経線維の数、太さ、顔面神経内における空間的配列などから解明できないだろうかと考え、今回はアブミ骨筋神経について検討した。

動物は主としてモルモットを用い、3%グルタルアルデヒドにて灌流固定した後、2%オスミウム酸にて後固定、酢酸ウランによるブロックステイン、エタノール脱水、アラルダイト包埋後、約0.5 μ の薄切連続切片を作成し、トルイジンブルー染色にて光顕的に観察した。また同様の試料を脱水後、酢酸イソアミルで処理し、臨界点乾燥を行ない、白金コーティングにてSEMで観察した。さらに、0.5%メチレンブルーによる超生体染色を行ない、アブミ骨筋神経の線維の数、太さ、顔面神経幹内における空間的配列について若干の知見を得たので報告する。

4. Bell 麻痺におけるアブミ骨筋反射の易受傷性と回復遅延 について

○松本 康, 村上 信五, 藤田 寛, 柳原 尚明
(愛媛大)

第3回顔神研究会においてBell麻痺発症早期例の臨床検討により、本反射に易受傷性と回復遅延性があり、本反射が欠如している際には本症の予後診断への応用には限界のあることを述べた。第4回の本研究会においてモルモットを用いた急性一過性顔面神経麻痺モデルでの誘発筋電図学的検討により、アブミ骨筋の回復が顔面筋(口輪筋)の回復より遅延する傾向が認められ、本反射の回復遅延性に関しては臨床的検討と実験的検討とはよく一致した結果を得たことを報告した。

今回は臨床検討で得た本反射の易受傷性が実験的にも認められるかどうかを誘発筋電図学的に検討し、組織学的検討を加味して若干の知見を得たので、その結果を中心として文献的考察を加え報告する。

5. 実験的顔面神経麻痺に対するメコバラミンの効果

○藤田 寛, 小沢 哲夫, 村上 信五, 松本 康
柳原 尚明 (愛媛大)

我々は、顔面神経麻痺の治療剤として、ステロイド剤、ビタミンB剤、血管拡張剤、代謝製剤など使用しているが、これら薬剤の顔面神経麻痺に対する薬剤効果の基礎的な裏付けは乏しく、多くは経験的にみて有効と思えるものを使用している。今回は、最近注目されているビタミンB₁₂、メコバラミンの薬効について基礎的に検討し、いくらかの知見を得たので報告する。

顔面神経に圧迫が加わった場合、その圧迫の程度、時間、範囲などが麻痺の発現と回復に直接関係していると考えられるが、我々はモルモットを使用して、麻痺モデルを圧迫により作ることができる。我々の麻痺モデル実験では、圧迫の程度、範囲を一定にし圧迫時間を変化させることで、種々の程度の障害による麻痺モデルを作ることができる。このようにして作った麻痺のモデル動物のメコバラミン投与群と非投与群について、麻痺回復の過程を瞬目反射と誘発筋電図により、神経組織障害の回復の過程を組織学的に検討してみた。

第2群 (15 : 30 ~ 16 : 00)

6. 顔面神経麻痺の予後と顎下腺機能

— ^{99m}Tc シンチの経時的動態分析 —

○井野千代徳, 中山 堯之, 友田 幸一, 山下 敏夫
熊沢 忠躬 (関西医大)

末梢性顔面神経麻痺患者の顎下腺機能検査は、部位診断のみならず、その予後の判定法として重要性が認識されている。

我々は、従来から行なわれているWharton氏管にカニューレを挿入して行う顎下腺機能検査に代り、より顎下腺の機能を客観的かつ正確に把握する為の試みとして、^{99m}Tcシンチを応用した。

対象は、過去2年半に来院したベル麻痺患者の内、発症10日以内に^{99m}Tcによる顎下腺機能検査を受け、かつ同検査をその後1回以上施行できた約40症例である。

方法は、^{99m}Tc0.4 mCiを肘静脈より静注し、その直後から、30秒間隔で30分間経時的に撮影する。加えて、静注後より、15~20分後に唾液分泌刺激剤として、酸味のあるハイシーを服用させる。この一連の経過をグラフに描き、その動態分析を行なった。

結果、Bell麻痺患者の早期予後診断に極めて有用であることが判明したので、今回報告する。又、他の検査法との比較も若干の症例についておこなったので合せて発表する。

7. 顔面機械的刺激による体性感覚誘発電位

—— 第一報 正常成人について ——

○宮口 衛 (市立豊中病院耳鼻科)
南野 寿重 (阪大精神科)
玉置 弘光, 松永 亨 (阪大耳鼻科)

顔面神経の求心性神経線維の機能については、充分解明されていない。今回我々は、電気刺激よりも、より自然な刺激である機械的刺激を下眼瞼下部に加え、刺激と同期するデータ処理計算機を用いて、頭皮上より、体性感覚誘発電位を測定した。

方法：半導体小型圧力変換器（全長40mm 平面面積7mmφ）を刺激装置として、手で下眼瞼下部2cmの部位に軽く触れる方法で刺激した。この圧力変換器が生体に接触した瞬間に、表面に張られているダイヤフラムが圧力により歪み、ブリッジ回路で電気的信号に変換される。体性感覚誘発電位の記録は、被験者をベッドに安静閉眼で仰臥位にさせ、脳波で覚醒状態を確かめながら行った。記録電極は頭頂より左右各3cmにある頭皮上の感覚領相当部位とした。基準電極は同側の耳朶に置き単極導出を行った。刺激方法は、手で1～2秒の不規則な間隔で接触叩打を加え、50回の平均加算をX-Yレコーダーで描記した。

結果：15人の正常成人において全例再現性のある誘発電位を測定し、各頂点の潜時は一定していた。一部顔面神経麻痺患者では、潜時が遅れる傾向にあった。

8. 表情運動のカラー画像表示の試み

○小幡 悦朗, 大堀八洲一, 清田 隆二, 古田 茂
橋本 真実, 大山 勝 (鹿児島大)

Topography は近年補間関数に関する問題が検討された結果、その性状は著しく向上し、様々な臨床応用が試みられている。とくに、等電位分布図、等潜時分布図のカラー画像表示は、脳波および脳幹誘発反応とともに今後、顔面表情運動や顔面誘発筋電図等における記録波形を視覚的に把握する手段として大いに期待される。今回、われわれは三栄測器社に特製のトポグラフィシステム500を発注し、これを用いて様々な表情運動の定量的カラー画像表示を試みた。各顔面筋の代表的運動と思われる3動作（前額皺寄せ、強い閉眼、口笛）に加えて、顔面筋全体の活動によって生ずるいわゆる「しかめっ面」の4表情における筋活動を表面電極にて捉え、100msec単位の短期間中に生ずるarea peakを16ch誘導にて記録解析した。今回は、正常成人における各表情筋活動の段階的表示を試みた成績と2～3の顔面神経麻痺症例における結果をそれぞれ対比検討した成績を報告し、その臨床応用における有用性について若干の考察を加えた。

第3群 (16 : 00 ~ 16 : 35)

9. 耳下腺腫瘍と顔面神経麻痺

—大きさとの関係について—

○加藤 高行, 和田 二郎, 内藤 準哉, 金子 敏郎
北村 武 (千葉大)

耳下腺腫瘍にみられる顔面神経麻痺について前回の検討で、麻痺の存在する症例では予後不良であることが再確認されたが、今回はAJC案に基づき、腫瘍の大きさと顔面神経麻痺の問題をとりあげてAJC案の妥当性を検討した。

対象は昭和26年から昭和55年までに千葉大学医学部耳鼻咽喉科教室で治療した耳下腺悪性腫瘍163例のうち、検索可能であった110例である。このうち顔面神経麻痺は45例にみられた。1975(3段階分類)、1977(4段階分類)AJC案に従い分類し、表の如き結果を得た。

| 最大径cm | 症 例 数 | 顔面神経麻痺 | 最大径cm | 症 例 数 | 顔面神経麻痺 |
|-------|-------|--------|-------|-------|--------|
| 0～ | 32 | 14 | 0～ | 24 | 11 |
| 3～ | 60 | 22 | 2～ | 24 | 7 |
| 6～ | 18 | 9 | 4～ | 44 | 18 |
| | | | 6～ | 18 | 9 |

(1977年AJC案による)

(1977年AJC案による)

腫瘍の大きさおよび顔面神経麻痺の状態がT分類に重要な因子となっていることは既に報告したが、予後との関連を含めて両者の関係について言及したい。

10. 外傷性顔面神経麻痺の手術適応診断

○井谷 修, 東 紘一郎, 今野 昭義, 戸川 清
(秋田大)

外傷性顔面神経麻痺の原因には交通外傷などもあり、その診断や治療方針については、補償との関係もあり注意を要する。又頭部外傷との関係から、我々耳鼻科医への受診も時期をへてからのものも多く診断に苦慮する症例もある。昨年の当研究会に於いて、顔面神経外科とCT診断について報告した。その中で、外傷性顔面神経麻痺の診断については特に有用であったとした。今回はCT Review機能導入前後の外傷性顔面神経麻痺症例について検討し報告する。

対象は昭和54年4月より昭和57年3月までの3年間に当所に受診した12名の外傷性顔面神経麻痺患者(側頭骨内)であり、うち手術例は7例、保存的治療は5例であった。治療効果は、完全治癒症例は手術例で5/7、保存例3/5であり経過観察中症例は各1例、不完全治癒は各1例であった。CT施行症例は6例で特に骨折の波及範囲、反応性変化が明瞭に認められ、電気的諸検査が施行しにくい幼児の診断に特に有用であった。CT導入以前は、臨床的経過及び電気生理学的検査より手術決定を行っていたが、そのうちENoGについても、他原因も含めて検討した。

11. 頭部外傷性顔面神経麻痺の予後に関する考察

○下村友佳子, 田淵 哲, 谷口 郷美
(神戸中央市民病院)

昭和54年5月から昭和57年3月まで, 神戸市立中央市民病院耳鼻咽喉科を訪れた顔面神経麻痺の患者は137名である。その原因は, Bell 麻痺(99例), 頭部外傷性麻痺(16例), Ramsay-Hunt 症候群(12例), その他(10例)であった。今回我々は, 特に頭部外傷にともなう末梢性顔面神経麻痺の予後について主に検討した。

外傷直後の顔面神経麻痺の発来 of 時期については, 意識消失があり麻痺の存在の有無がわからない場合もあるので, 直後に存在したかどうか判別困難なことが多い。上述の16例(手術例は5例)のうちで明らかに即発性と思われたのは2例であった。遅発性の症例では, 発症までの日数と予後に関係はなく, 初診時の麻痺の程度が予後に関係深いと思われる。

外傷性顔面神経麻痺において骨折線の確認は重要である。Schüller 氏像においては大部分の症例で骨折線を認めたが, その所見と予後との間に相関があるとは思われなかった。一方側頭骨断層撮影像に示された骨折線の位置と局在病巣診断法での顔面神経障害部位が一致した症例があり, その一部は顔面神経減荷術を施行し障害部位を確認することができた。これに対して同様症例を保存的療法で追跡したものは予後不良であり, このことから側頭骨断層撮影の骨折線と病巣局在診断の一致をみるものは予後不良であると考えられ, 手術の適応と思われる。

以上の頭部外傷性顔面神経麻痺の予後について考察した。

第4群 (16:35 ~ 17:10)

12. 顔面神経麻痺の家族集積性

○東 紘一郎, 井谷 修 (秋田大)

Bell 麻痺の病因は明らかにされていないが, 以前より, 家族的に発生した症例が報告されている。

Bell 麻痺と診断された症例およびコントロールとして顔面神経疾患以外の者について, いとこまでの範囲に家族歴を聴取し, 顔面神経麻痺の既往の有無を調べた。

家族性に Bell 麻痺の発症する原因として次の2つが挙げられる。

1. Bell 麻痺の発症に Virus が関与していて, それに対する感受性が遺伝的に定められている。
2. 顔面神経管の太さが遺伝的に定められている。

後者の可能性を検討するために, 軸位撮影法で顔面神経管のみられた例について, その太さを測定しコントロール群と比較した。

13. Bell 麻痺とウイルス

—過去6年間の約300症例から—

○森 弘, 北 真行, 高橋 晴雄, 野中 信二
中村 一 (北野病院)

目的: Bell 麻痺とウイルス感染の検討は, 既に本邦における顔面神経研究班の協同研究として取り上げられ, 私どもも資料を提出した。その後も継続して研究を行い若干の新知見を得たので報告する。今回は, とくに同時期の突発性難聴とウイルス感染の状況とも比較した。

検査対象: 昭和51年より56年の6年間に来院したBell 麻痺679例中, 麻痺発症より第14病日以内に来院し, 2回以上ウイルス抗体が測定できた10歳以上の症例299である。性別は男性157例, 女性142例である。比較対照資料とした突発性難聴は, 上記6年間にウイルス抗体が2回以上測定できた10歳以上の症例103例, 106耳で男性62耳, 女性44耳である。

検査方法: 血清補体結合反応によるウイルス感染の有無判定は, 顔面神経研究班の基準に従った。測定したウイルスは, 単純性, 帯状疱疹, インフルエンザA・B, アデノ, ムンプスの6種類である。

検査結果および総括: Bell 麻痺の年度別ウイルス感染率は25~37%で, 性別・年代別感染率はとくに有意差を認めない。ただし, 51年の女性の感染率は24例中10例42%, 56年の男性の感染率は19例中10例53%で有意に高い。ウイルス感染とBell 麻痺の病態との関係は, 今回の資料では, 感染例には初期病変が強い, 非感染例では第90病日以内に治癒する傾向が多いことがうかがえるが, 有意差を認めるに至っていない。一方突発性難聴では, 今回の資料では男性のウイルス感染群には初期病変が強い他, 若干の病態との相関が明らかとなっている。

以上要するに, Bell 麻痺のウイルス感染と病態との関係の意味づけは不安定であるので, 突発性難聴の資料とも対比し, 継続検討されるべきであると考えらる。

14. 高齢者の顔面神経疾患

○石井 甲介, 小林 武夫, 林田 哲郎^{*}

黄川田 徹^{**} 河瀬 典子^{***}

*東大耳鼻科 **松戸市立病院 ***東大音声研

顔面神経は加齢により、神経自体の変化をきたすとともに他臓器の加齢による変化の影響を受け、その形態、機能ともに変化する。

今回我々は、当科顔面神経外来受診者のうち、60歳以上の患者について調べ、全年齢層と対比し、その臨床上的特徴について述べた。

疾患の内訳は、ベル麻痺やハント症候群では、全年齢層とその比率はあまり差がないが、陳旧例が若干増加する。60歳以上で急性、慢性をとわず、中耳炎性の麻痺はなかった。

高年者では急性中耳炎が少く、慢性中耳炎は成人に達するまでにコントロールされている例が多いと思われる。高齢者に特徴的なものに、悪性外耳道炎がある。外傷性、あるいは手術による麻痺は高年者でやや少ないといえる。その他に、耳下腺腫瘍や、聴神経腫瘍などの腫瘍性麻痺がある。

ベル麻痺の回復過程については、完全回復例はすべて3ヶ月以内に筋電図上干渉波形を示し、3ヶ月以内に干渉波形を示さぬ例は、後日、干渉波形を示しても、協同運動の出現など後遺症を伴うようである。以上のことは、若年者にも同様に言え、若年者と高年者との間には、その回復過程に差は認められないようである。ハント症候群の回復過程についても、ベル麻痺と同様なことが言える。

治療については、基本的には、若年者と異なる点はないが、高齢者では顔面皮膚の緊張が極めて低下している為、若年者と比べ、麻痺が、強く顔の表情にあらわれる。したがって、美容上のみでなく、眼裂、鼻孔、口唇の保護の為の特別な注意がはられる。

第5群 (17 : 10 ~ 17 : 40)

15. 顔面神経麻痺長期経過例の検討

○石田 孝, 朴沢 二郎, 鎌田 重輝, 藤原 文明
宇佐美 真一 (弘 前 大)

目的：末梢性顔面神経麻痺患者のうち、長期経過例の麻痺の程度を、主観的・客観的に比較検討した。

対象：弘前大学耳鼻咽喉科を受診した末梢性顔面神経麻痺患者のうち、長期経過例を対象とした。

検査項目：主観的検査には、研究班で提唱した麻痺スコア(40点満点)を用い、客観的検査としては、Blink test, NET, 耳小骨筋反射を用いた。今回は特にBlink testを中心に検討を行った。Blink testは朴沢らの方法に従い、眉間にtappingを行い誘発される瞬目速度をENGにて記録した。左右瞬目速度の差を百分率で示し、麻痺スコアと比較検討を行った。

結果：麻痺スコアで40点満点と、治療と判定された症例は、Blink testでは、ほとんど左右差を認めず、逆に患側の方が高値を示す例が多かった。一方、治療終了後も、麻痺の残っている症例では、麻痺スコアも低値を示し、Blink testでも左右差が著明であった。

まとめ：末梢性顔面神経麻痺患者のうち長期経過例について、Blink test, 麻痺スコアとを比較検討し、両者の間に十分相関が認められ、Blink testが経過観察に有効と思われた。

16. 涙分泌低下をきたしたBell麻痺の経過について

○西脇 至, 松居 敏夫, 箱崎 聖史, 入谷 寛
木西 実, 納 一功, 古閑 次雄, 細見 英男
(神 戸 大)

昭和49年4月より56年9月までの約7年間に、神戸大学耳鼻咽喉科顔面神経外来を受診したBell麻痺症例のうち、涙分泌の低下を認めた17例に関し、その予後を他の検査法と共に検討した。

涙分泌検査としてはSchirmer II法を用い、健側に比較し、1/2以下を減、ほとんど涙分泌のみられないものを著減とした。

涙分泌減の例は12例あり、そのうちNerve excitability (以下NEと略す)(+)9例の経過は、完全回復5例、不全回復4例(良好群3例、中等度群1例、不良群0例)であった。NE(-)3例は、いずれも不全回復(良好群2例、中等度群0例、不良群1例)であった。

涙分泌著減例は5例あり、全例不全回復であり、そのうちNE(+)2例は、良好群1例、中等度群1例であり、前者は14才の男子であった。NE(-)3例は、中等度群2例、不良群1例であった。

以上の事から、涙分泌減であってもNEが残っていれば、その回復経過は良好である。涙分泌著減症例では、完全回復例はなく、子供1例を除くとNEの有無にかかわらずその回復経過は不良であった。

17. ベル麻痺とその経過中の耳小骨筋反射

○梅谷 芳雄, 木村 純平, 大城 和夫, 津田 恵子
永本 浩, 湊川 徹, 雲井 健雄
(兵庫医大)

耳小骨筋反射において刺激音圧とインピーダンスの変化とは75～110dBの範囲でほぼ直線回帰することが知られている。刺激音のdB表示をX座標に、インピーダンス変化量をY座標にプロットすると回帰直線は $Y = bX + a$ であらわされる。bは勾配であり、 $Y = 0$ のときのXの値は反射閾値を示している。

今回私どもは、ベル麻痺21例の経過中に得られた耳小骨筋反射の回帰直線について検討した。対象は過去1年間に当科を受診し、経過観察をおこなった21例で、そのうち予後良好であったものが9例、治療の遷延したものが12例である。測定はGrason-Stadler社製Otoadmittance meter 1720Bを使用した。音刺激は1000Hzの純音を1秒間対側耳に与え、5dB毎にConductanceの変化を記録した。

回帰直線の勾配について患側と健側とを比較すると、麻痺の初期には患側は健側よりも低いが、閾値が105dB以上の場合には健側よりも高くなる傾向がみられた。次に予後良好群と治療遷延群とを比較すると、予後良好群ではスコアの改善とともに患側の勾配が高くなっていく傾向が認められた。一方治療遷延群では患側の勾配は経過中に一過性に高くなることはあるが、低いままにとどまることが多い。以上、回帰直線を検討して2、3の知見が得られたので報告する。

第6群 (17:40～18:30)

18. Heerfordt 症候群の一例

○吉田 行夫, 大野 吉昭, 麻生 伸, 小林 英人
水越 鉄理 (富山医科薬科大耳鼻咽喉科)

顔面神経麻痺の原因の一つに、サルコイドーシスがあり、ブドウ膜炎、耳下腺腫脹などを伴う疾患を、Heerfordt症候群と呼んでいる。今回、本症候群と思われる一例を、経験したので、報告する。

症例：51才 女性

昭和55年、11月頃から、食欲不振が続き、悪寒、発熱、耳鳴、霧視などの症状が出発した。

昭和56年2月中旬、突然、右顔面神経麻痺が発症したため当科へ紹介された。

麻痺は、末梢性で、完全麻痺であったが、NETは、左右差はなく、また涙腺機能、アブミ骨筋反射、味覚検査においても、異常所見はほとんど認められなかった。一応本態性麻痺として、ステロイド剤、血管拡張剤の投与を行ない、約1カ月半後に完治した。

その後、右急性聴平衡障害、耳下腺腫脹、ブドウ膜炎、肝障害などの症状、所見が次々に出現し、肺門部リンパ節腫も指摘された。

リンパ節生検では、サルコイドーシスに、特有な所見を認めなかったが、臨床経過よりHeerfordt症候群と考えられ、経過観察中である。

19. 両側同時性顔面神経麻痺の一症例

○水上千佳司, 北野 博也 (滋賀医科大学)

昭和53年10月より昭和57年3月までの3年6ヵ月間に滋賀医科大学顔面神経外来を受診した末梢性顔面神経麻痺患者は231例である。

このうち反復性6例, 交代性6例, 両側同時性3例, 反復・交代性1例であり, 両側同時性は比較的稀である。

今回, 我々は, 新鮮な両側同時性の一症例を経験したので報告する。

症例は, 62才の女性で昭和57年1月14日左顔面神経麻痺が出現し, 翌日右顔面神経麻痺を来たした。顔面麻痺発症2週間前より悪感症状強く, 前日には急激な腹痛があった。神経学的検査で, 左側三叉神経温痛覚の脱落, 両下肢の筋力低下および腱反射消失, 左顔面, 腰背部, 大腿後面, 両手のしびれ感が存在した。両顔面神経検査でMay スコア0点, 涙液分泌, 顎下腺流量: 皆無, アブミ骨筋反射: 消失, EGM: scale outであった。過去に数度蝸牛症状を伴わない回転性めまいを経験していたが, 温度眼振検査で異常はなかった。血清virus 抗体価, 血液一般, 髄液検査を数回試みるも著変ないが, 臨床的には, 多発神経炎と考えざるをえなかった。治療は保存的に行い, 現在のところ, 麻痺の回復は緩徐である。

20. 水平部に限局した顔面神経鞘腫の2症例

○岩永 迪孝, 山本 悦生, 西村 宏子, 山内 盛雄
川西 直子 (京大)

水平部に限局した極めて小さな顔面神経鞘腫を経験したので報告する。

症例1 40才 男性 : 感冒様症状が5日程あり, 右顔面神経麻痺が発症。初診時, 麻痺スコア8点, 右耳の耳小骨筋反射を認めていないが, 全身・局所所見とも著変なく, 聴力, 耳レ線, CTともに異常なし。保存療法を行うもスコアに変化なく, 電気味覚は改善したが, NET, S-D曲線で徐々に悪化傾向を示した。発症後4週目で減荷術を行うに, 水平部前庭窓部に骨欠損を認め, 同部より腫瘍状突出物を認めた。神経鞘を切開するも神経管全体が腫瘍状であったのでprobeを採取し術後経過を観察した。麻痺の回復徴候は認められず, 組織診にてneurinomaの診断を得たので再度手術を施行。腫瘍状部分は長さ約2mmであり, 腫瘍を健常部も含めて切除後約5mmの大耳介神経を用いて神経移植を行った。

症例2 34才 女性 : 突発的に右側味覚低下を覚え右顔面神経麻痺発症。耳后部痛・耳鳴・聴覚過敏を随伴。保存療法にて4週目にスコア38点と完治。しかし再び麻痺増悪し, 耳后部痛も増強。聴力・耳レ線等に異常なく, CTにて顔神管に左右差を認めた。初回発症後8週目に減荷術施行。水平部前庭窓部に骨欠損あり同部より鑑骨脚間に入り込んだ腫瘍状突出物を認めた。局麻下での操作困難なため約3週後に再度手術施行。垂直部にて神経切断后もち上げ約2mmの腫瘍を摘出し, 再び神経を元に戻し縫合を行った。組織診にて, neurinomaの診断を得た。

顔面神経鞘腫は必ずしも稀な疾患ではないことが報告されている。この2症例は極めて小さな腫瘍であり初期のものと思われ, 神経鞘腫による麻痺の発現機序を理解するのに貴重な症例である。また, 一定期間の保存療法で無効なベル麻痺ならびに反復する麻痺に対しては, 諸検査を行うと共に積極的な減荷術の必要性を示唆するものと考えられる。

21. 顔面神経鞘腫の一症例

○戸島 均, 市毛 明彦, 鈴木 八郎, 加藤 功
小池 吉郎 (山形大耳鼻科)
中井 昂, 山田 潔忠, 板垣 晋一
(山形大脳外科)

顔面神経鞘腫は比較的まれな疾患で、現在まで約150例余り報告されている。我国では1935年大西の報告以来29例を数える。今回我々は耳鳴・眩暈を初発症状とし、徐々に進行する混合性難聴と顔面神経麻痺を呈した患者で、手術的に顔面神経鞘腫と確認した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例：26才男性。昭和53年春頃より左耳鳴，回転性眩暈が出現した。10月当科初診。鼓膜正常，聴力検査では軽度混合性難聴，聴性脳幹反応では左各波潜時の軽度延長，温度性眼振検査にて左半規管麻痺が認められた。耳X線検査で内耳道に左右差はなかったが左聴神経腫瘍を疑い経過観察とした。しかし患者は約2年間受診しなかった。昭和55年春より左眼瞼周囲の軽い痙攣出現。さらに7月には左眼裂閉鎖障害に気づき，以後左顔面運動障害が徐々に増強した。昭和56年1月当科再診。聴力検査では30～40 dBのair bone gapをもつ混合性難聴を示し，聴性脳幹反応では左低振幅，各波潜時の延長を認め，温度性眼振検査では左半規管完全麻痺を呈した。顔面運動採点（May - 細見変法）60点，ENoG 33% 左アブミ骨筋反射消失，左角膜反射は軽度減弱していた。耳X線検査では，内耳道断層で左錐体部及び内耳道の一部に骨破壊を認め，CTでは左中頭蓋窩に錐体と接しhigh density areaが見られた。X線学的には，中頭蓋窩髄膜腫，三叉神経鞘腫，顔面神経鞘腫を疑わせた。昭和56年3月脳外科入院の上，中頭蓋窩法にて腫瘍を全摘した。腫瘍は中頭蓋窩から顔面神経膝部，中耳に及び，組織学的にはAntoni A型の神経鞘腫であった。手術時所見，症状の進展様式により，顔面神経水平部より発生した神経鞘腫と考えられた。

22. 慢性中耳炎による顔面神経麻痺について

○玉置 弘光, 松永 亨, 荻野 敏, 野村 功
(阪大)

宮口 衛 (市立豊中病院)

古川 喜英 (大阪通信病院)

飯尾 明 (大手前病院)

過去10年間に慢性中耳炎による顔面神経麻痺26例を経験した。

26例中22例は真珠腫性中耳炎で、2例は結核性中耳炎、残り2例は真珠腫でない中耳炎であった。いずれの症例においても、麻痺発症以前に耳漏の急増、耳痛、発熱などの急性増悪を伴っているのが特徴であった。

23例については手術を行った。顔面神経病変は水平部に15例、垂直部2例、水平および垂直部に及ぶもの5例であった。1例は術中顔面神経の露出は発見できなかった。外側半規管は4例に異常がみられた。

これらの症例の顔面神経周辺の病変を手術顕微鏡を通してみると、神経鞘が著しく充血し、浮腫状となっている。症例によっては、肉芽が硬く顔面神経鞘との癒着がつよく、神経との剥離が困難なことが多く、また肉芽と神経組織との鑑別が困難なことが多い。

聴力検査ではたいていの症例は難聴が高度で、内耳機能がすでに廃絶していたと考えられる。

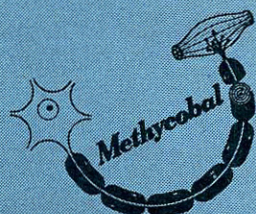
中耳炎による顔神麻痺の特徴は次の通りである。

- (1) 急性増悪を伴う。
- (2) 真珠腫に多い。
- (3) 麻痺は部分的、不完全であることが多い。
- (4) 麻痺は徐々に進行する。
- (5) 抗生物質などで一時改善する。
- (6) 病変は水平部に多い。
- (7) 慢性中耳炎の0.5%に発症する。

末梢性神経障害に

メチコバル®

錠500 μ g・カプセル250 μ g



メチコバ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。

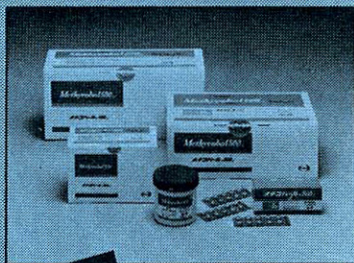
適応症

- 錠・カプセル
末梢性神経障害

剤型

- メチコバル 錠 500 μ g
- メチコバル カプセル 250 μ g

※ご使用にあたっては添付文書をご参照下さい。



500 μ g錠新発売

薬価収載

Eisai エーザイ
東京都文京区小石川4

A-L, 8303