第6回 日本顔面神経研究会

プログラム・予稿集

昭和58年6月10日（金） 14.00～17.50

昭和58年6月11日（土） 9.00～16.20

会　場　NBC別館ビデオホール（3階）

長崎市上町1－35

Tel. 0958－24－3111

担　当　長崎大学医学部耳鼻咽喉科学教室

御　挨　拶

第6回日本顔面神経研究会を長崎市にて開催するにあたり，60題の多数の演題を提出戴き有難うございました。

多数の演題のため会期1日で講演時間を短縮するか，2会場に分散するか，1会場で2日にするか悩みましたが，会員の皆様が1会場で発表し，討論できる方が良いと考えて2日間の会期といたしました。御了承いただければ幸に存じます。

今回は主題として「麻痺陳旧例の対策」を選びましたが，各立場から多数の演題を戴き感謝しております。

なお，今回はゲッティンゲン大学，耳鼻科の Stennert 先生が，大阪大学，耳鼻科を訪問されるのを機会に本研究会にも一般参加し，発表して戴くことになりました。

長崎市における2日間が有意義であることを願い，多数の会員各位の御来駕をお待ち申し上げます。

昭和58年5月

第6回日本顔面神経研究会
会長　隈　上　秀　伯

参加者の方々へ

1. 会場費1,000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着用下さい。

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

   〒173 東京都板橋区大谷口上町30番1号

   日本大学医学部耳鼻咽喉科教室内

   日本顔面神経研究会事務所　　TEL　03—972—8111

3. 講演時間は7分です。

4. スライドスクリーンは1面です。スライド枚数は制限いたしません。

5. スライドはスライド係に講演30分前までに渡して下さい。

6. 役員会は研究会第2日（11日）午後12時30分より同ホール12階（会議室）で開催いたしますので役員の方はお集り下さい。

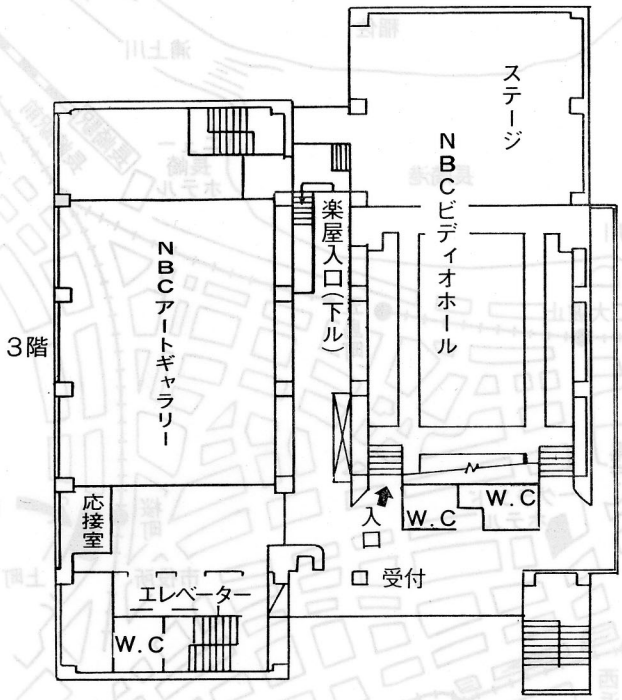
7. プログラム・予稿集は研究会当日御持参下さい。

会　場　案　内　図

○NBC ホール　　……電停 桜町 下車３分

朝の通勤時(８:00～９:00頃まで)には交通が混雑いたしますのであらかじめ余裕を以って発たれるか，あるいは電車を御利用ください。

NBC ホール



エレベーターで３階へお昇りください。

・ＮＢＣ別館ビデオホール（３階）
長崎市上町１―35　ＴＥＬ　0958―24―1111

・長崎空港（大村市）より長崎市内までは空港バスにて
約１時間を要します。

第6回 日本顔面神経研究会 プログラム

開会の挨拶　　会長　隈上秀伯　13：55

学会第1日

1群　**座長**　湊川　徹（兵庫医大耳）　14：00〜14：50

1）顔面運動採点法—10項目100点満点法—の実施とその検討結果について
○木西　實，松居　敏夫，箱崎　聖史，
西脇　至，細見　英男（神戸大耳）……（14頁）

2）Bell 麻痺における各表情筋の治癒状況の比較
○入谷　寛，湊川　徹，津田　恵子，
森崎　嘉章，福田　郁夫（兵庫医大耳）……（14頁）

3）顔面神経幹における神経線維の配列
—変性線維鍍銀法の試み—
○入谷　寛，湊川　徹，藤木　宏也
（兵庫医大耳）……（15頁）

4）顔面神経とその分枝の構成線維についての定量的解析
○小川　明，斎藤　武久，高野　正美，
山下　公一（金沢医大耳）……（15頁）

5）鼓索神経の空間的配列について
○村上　信五，柳原　尚明（愛媛大耳）……（16頁）

2群　**座長**　高橋　昭（愛知医大4内）　14：50〜15：40

6）重症筋無力症患者の表情筋 EMG Topogram
—テンシロンテストへの応用成績—
○小幡　悦朗，大山　勝，古田　茂，
大堀八洲一（鹿大耳）
山野　隆，宇宿功一郎（同大3内）……（16頁）

7）^{99m}Tcを用いてのベル麻痺症例の観察—第2報—

○井野千代徳，山下　敏夫，中山　堯之，
友田　幸一，能沢　忠躬（関西医大耳）
中沢　　緑（同大放）……（17頁）

8）ベル麻痺と瞳孔反応—とくに予後との関係—

○森　　弘，北　　真行，高橋　晴雄，
野中　信二，中村　　一，由井　正剛
（北野病院耳）……（17頁）

9）静脈性味覚検査（デコリン法）の顔面神経麻痺検査法への応用

○高橋　　容，久木元延生，松山　　仁，
小山　英明，冨田　　寛（日大耳）……（18頁）

10）「まばたき」の速度に関する考察

○小松崎　篤，山本　昌彦，原田　克也
（東邦大耳）……（18頁）

3群　座長　小池　吉郎（山形大耳）　15：40〜16：30

11）健側アブミ骨筋反射各種パラメーター値による末梢性顔面神経麻痺症例の予後推定

○市毛　明彦，菊地　　章，川合　正和，
小池　吉郎（山形大耳）
鈴木　八郎，戸島　　均（山形県立中央耳）…（19頁）

12）顔面神経麻痺における ENT，Maximal Stimulation test，誘発筋電図および Electroneurography の検討

○國村　光春，宮崎　　充，隈上　秀伯
（長崎大耳）……（19頁）

13）当科における末梢性顔面神経麻痺の予後判定法（誘発筋電図法について）

○田中　英和，奥野　秀次，羽成　敬一，
大久保　仁，渡辺　　勲（東医歯大）……（20頁）

14）針電極による顔面神経刺激検査

○石井　甲介，大西裕美子，工藤　裕弘（東大耳）
林田　哲郎（都立府中）
小林　武夫（中央鉄道）……（20頁）

15）顔面神経の対側刺激による ENoG の波形

○川合　正和，菊地　　章，市毛　明彦，
小池　吉郎（山形大耳）
鈴木　八郎，戸島　　均（山形県立中央耳）
巌　　文雄（東京医大耳）……（21頁）

4 群　**座長**　松永　　亨（阪大耳）　16：30～17：50

16）両側完全同時性ベル麻痺の一症例

○花岡　真子，井野千代徳，中山　堯之，
山下　敏夫（関西医大耳）……（21頁）

17）両側性顔面神経麻痺の一例：一側減荷術施行例

○岩永　迪孝，山本　悦生，西村　宏子
（京大耳）……（22頁）

18）両側交代性反復性顔面神経麻痺の一例

○荒川　栄一，橋本　　省，草刈　　潤，
河本　和友（東北大耳）
小林　俊光（磐城共立耳）……（22頁）

19）反復交代性顔面神経麻痺の１例

○高橋　　姿，北條　和博，相馬　博志，
遠藤　泰介，中野　雄一（新潟大耳）……（23頁）

20）顔面神経麻痺を初発症状とした症例について

○戸田　行雄，田畑久美子，大竹　英夫，
竹山　　勇（聖マリアンナ大耳）
高橋　洋一（同大３内）……（23頁）

21) 心因性顔面痙攣症

斎藤　春雄（滋賀医大耳）……（24頁）

22) 同時に発症する第７，８脳神経障害をくり返す症例

○岡崎　　敦，徳田　秀光，野田　久代，
石山　四郎，木村　光兵，宮崎　東洋（順大麻酔）
春山　喜一（同大耳）……（24頁）

23) 痙攣時同側性涙分泌亢進を伴った顔面痙攣の一例

○板垣　晋一，山際　　修，佐藤　　清，
中井　　昴（山形大脳外）
山崎　悦功（山形県立河北脳外）……（25頁）

学　会　第２日

5 群　　座長　山本　悦生（京大耳）　9：00〜10：20

24) 顔面神経鞘腫の１例

○大西裕美子，石井　甲介，杉田　公一，
工藤　裕弘（東大耳）
小林　武夫（中央鉄道耳）……（25頁）

25) 顔面神経鞘腫の３症例

○田渕　　哲，谷口　郷美，下村友佳子，
松山　文彦（神戸中央市民耳）
井上　佑一（大阪市大放）……（26頁）

26) 顔面神経鞘腫９例の臨床的観察

○湯本　英二，丘村　　愬，柳原　尚明
（愛媛大耳）……（26頁）

27) 耳下腺腫瘍と誘発筋電図所見（Preparalytic condition を中心に）

○北　　真行，高橋　晴雄，野中　信二，
中村　　一，由井　正剛，森　　弘
（北野病院耳）……（27頁）

28) 腫瘍による顔面神経麻痺

斎藤　春雄（滋賀医大耳）…… (27頁)

29) 末梢性顔面神経麻痺を初発症状とする腫瘍症例

○玉置　弘光，宮口　　衛（香川医大耳）
荻野　　敏，飯尾　　明，野村　　功，
松永　　亨（阪大耳）…… (28頁)

30) ベル麻痺陳旧例と診断された内耳真珠腫の3症例

田中　博之（横浜市）…… (28頁)

31) 顔面神経麻痺をきたした中耳皮様嚢腫の1例

○冨田　　寛，斉藤雄一郎，長谷川　等，
安酸　純子（日大耳）…… (29頁)

6 群　座長　柳原　尚明（愛媛大耳）　10：20〜11：20

32) Bell 麻痺における Vitamin B_{12} の関与

○新川　　敦，坂井　　真，簡　　志明，
三宅　浩郷（東海大耳）…… (29頁)

33) Bell 麻痺と HLA 抗原について（第2報）

○川出　和彦，小出　純一，柳田　則之
（名大耳）…… (30頁)

34) 急性末梢性顔面神経麻痺における帯状疱疹ウイルス感染の早期診断
—皮内テストと髄液検査の意義—

○奥野　　仁，奥田　雪雄，岸　　拓三，
関本　邦彦，冨田　　寛（日大耳）…… (30頁)

35) 実験的顔面神経麻痺に対するステロイド剤の効果

○藤田　　寛，小沢　哲夫，村上　信五，
松本　　康，柳原　尚明（愛媛大耳）…… (31頁)

36) 糖尿病患者に併発した末梢性顔面神経麻痺

○高橋　昭，佐藤　功，向井栄一郎，
中尾　直樹（愛知医大4内）
祖父江逸郎（名大1内）…… (31頁)

37) Pathomechanisms in Cell Metabolism : A Key to Treatment of Bell's Palsy

Eberhard Stennert（Göttingen）…… (32頁)

7 群　座長　冨田　寛（日大耳）　11：20〜12：30

38) 不完全回復例の流涙テスト

○八木　伸也，深沢　達也，広野　喜信
（福井日赤耳）…… (33頁)

39) 治癒過程からみた Bell 麻痺

○井谷　修，東　紘一郎，今野　昭義，
戸川　清（秋田大耳）…… (33頁)

40) Bell 麻痺の回復経過と後遺症の関係

○湊川　徹，津田　恵子，入谷　寛，
岸本　勝（兵庫医大耳）…… (34頁)

41) 顔面神経麻痺の予後を不良に到らしめる要因について

○荻野　敏，岡田　益明，松永　亨（阪大耳）
玉置　弘光（香川医大耳）…… (34頁)

42) 末梢性顔面神経麻痺陳旧例の予後

○相馬　博志，北條　和博，遠藤　泰介，
中野　雄一（新潟大耳）…… (35頁)

43) 陳旧例後遺症に対する治療の検討

○箱崎　聖史，松居　敏夫，木西　實，
西脇　至，細見　英男（神戸大耳）…… (35頁)

44) ハント症候群に対する経乳突的全減荷手術の効果

○中村光士郎，小沢　哲夫，柳原　尚明

（愛媛大耳）…… (36頁)

昼　　食

12：30　～　13：30

総　　会

13：30　～　13：40

8 群　　座長　斎藤　春雄（滋賀医大耳）　13：40～14：30

45) 顔面神経麻痺長期経過例の検討（第2報）

○石田　　孝，朴沢　二郎，鎌田　重輝，

藤原　文明，野沢　　出（弘前大耳）…… (36頁)

46) 陳旧性顔面神経麻痺の治療結果

○五島泰次郎，神山洋一郎，町　　俊夫，

村山　清之，関口　芳弘，蓮見　謙司，

宮崎　東洋（順天麻酔）…… (37頁)

47) 顔面麻痺を有した顔面神経枝の電顕的観察

○菊地　　章，市毛　明彦，川合　正和，

小池　吉郎（山形大耳）

鈴木　八郎，戸島　　均（山形県立中央耳）… (37頁)

48) 切断後19年の顔面神経の神経病理所見

○野上兼一郎，倉富勇一郎，上村　卓也（九大耳）

大西　晃生（同大神経内）…… (38頁)

49) Combined Approach in Extratemporal Facial Nerve Reconstruction

Eberhard Stennert (Göttingen) …… (39頁)

9 群　座 長　玉置　弘光（香川医大耳）　14：30〜15：20

50）当科における末梢性顔面神経麻痺不完治例に対する対策
○羽成　敬一，奥野　秀次，田中　英和，
大久保　仁，渡辺　　勧（東医歯大耳）……（40頁）

51）麻痺陳旧例の対策
○塩谷　正弘，湯田　康正，中崎　和子，
若杉　文吉（関東逓信ペインクリニック）……（40頁）

52）麻痺陳旧例に対する顔面神経手術症例の検討
○戸島　　均，鈴木　八郎（山形県立中央耳）
菊地　　章，市毛　明彦，川合　正和，
加藤　　功，小池　吉郎（山形大耳）
山田　潔忠，中井　　昴（同大脳外）……（41頁）

53）顔面神経麻痺陳旧例に対する形成外科療法の経験
○古田　　茂，小幡　悦朗，小川　　敬，
大山　　勝（鹿大耳）……（41頁）

54）陳旧性麻痺に対する手術療法の小経験
○玉置　弘光（香川医大耳）
荻野　　敏，松永　　亨（阪大耳）……（42頁）

10群　座長　波利井　清紀（東大形成）　15：20〜16：20

55）麻痺陳旧例に対する舌下神経—顔面神経吻合術
○神崎　　仁，大内　利昭（慶大耳）
塩原　隆造，戸谷　重雄（同大脳外）……（42頁）

56）陳旧性顔面神経麻痺の対策
○柳原　尚明，丘村　　愿（愛媛大耳）……（43頁）

57) 陳旧性麻痺の再建手術
側頭筋移行術および眉毛挙上術
○上田　和毅（静岡県立こども病院）
波利井　清紀，佐々木　皎（東大形成）……（43頁）

58) 交叉性顔面神経移植術—移植神経の筋肉内埋没法—
○山本　悦生，西村　宏子，岩永　迪孝
（京大耳）……（44頁）

59) 陳旧性麻痺の再建手術
Cross Face Nerve Graft の臨床的評価について
○佐々木　皎，波利井　清紀（東大形成）……（44頁）

60) 陳旧性麻痺の再建手術
神経血管柄付遊離筋肉移植法
○波利井　清紀，佐々木　皎（東大形成）
山田　　敦（静岡県立総合形成）……（45頁）

1) 顔面運動採点法—10項目100点満点法—の実施とその検討結果について

○木西　實，松居　敏夫，箱崎　聖史，西脇　至
細見　英男　（神戸大耳）

顔面麻痺程度の評価のための共通尺度の必要性は，第5回顔面神経研究会ワークショップにより確認された。そこでわれわれは麻痺を%で表示することとし，従来行っている May —細見変法の9項目に軽閉眼の項目を加えて10項目として100点満点法を実施した。対象は昭和57年6月より昭和58年3月までに当科を訪れた顔面麻痺新鮮症例のうち，Bell麻痺24例，Ramsay-Hunt 症候群9例，計33症例である。これから33症例の初診時における麻痺の程度を完全麻痺と不完全麻痺に分類する際の基準，また不完全治癒症例に関して回復徴候の出現する時日によるA，B，C群の分類などについて検討を加えた。

2) Bell に於ける各表情筋の治癒状況の比較

○入谷　寛，湊川　徹，津田　恵子，森崎　嘉章
福田　郁夫　（兵庫医大）

顔面神経麻痺に於いて各表情筋の障碍程度，あるいは回復程度は一様でない。各表情筋支配枝の間に易受傷性，回復性に差があるか否かを検討した。対象は兵庫医大顔神外来を訪れ，その経過を観察し得た症例約200である。方法は May の顔面運動採点細見変法に基づいて観察した。治療経過から表情筋の動きの変化を分析した。概ね，顔面神経上枝は下枝よりも易受傷性が高いように思われる。

3) 顔面神経幹に於ける神経線維の配列

—変性線維鍍銀法の試み—

○入谷　寛，湊川　徹，藤木　宏也（兵庫医大耳）

顔面神経幹に於ける表情筋支配神経線維群の配列性については，一定の規則があるとする意見と，全く不規則とする意見が相対立している。又，その証明方法も様々である。末梢線維に障碍を加えた場合，神経核細胞は変性したのち再生，又は消滅する。細胞が消滅する場合，軸索はその部分より順行性変性を起こす。この傾向は幼若動物に於いて著しいと言われている。我々はネコの顔面神経核に傷害を加え，変性神経核細胞，及び神経線維を鍍銀法によって検出すべく試みているので，その途中経過を供覧した。

4) 顔面神経とその分枝の構成線維についての定量的解析

○小川　明，斎藤　武久，高野　正美，山下　公一
（金沢医大耳）

顔面神経の構成成分による易傷性の差異が明らかになるにつれて，その原因の一つとして神経線維の太さの差異が指摘されている。また，顔面神経の部位別の線維数，太さなどの相違についても充分に明らかにはなってはいないように思われる。

今回，われわれはモルモットの顔面神経について，側頭骨内各部と分枝による神経線維に数と大きさを画像解析装置を用いて計測したので報告する。

5) 鼓索神経の空間的配列について

○村上　信五，柳原　尚明　　（愛媛大耳）

側頭骨内顔面神経における末梢枝の空間的配列（Spatial orientation）については，局在説，非局在説がありまだ結論を得るに至っておらない。前回はモルモットのアブミ骨筋神経について報告したが，今回は鼓索神経について報告する。材料はモルモットを用い，方法はグルタールアルデヒド，オスミウム酸固定，アラルダイト包埋標本の連続切片とメチレンブルーによる超生体染色，さらにＳＥＭにより観察した。その結果，分枝部から膝神経節まで鼓索神経の側頭骨内顔面神経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。

6) 重症筋無力症患者の表情筋 EMG Topogram

—テンシロンテストへの応用成績—

○小幡　悦朗，大山　　勝，古田　　茂，大堀八洲一
（鹿大耳）
山野　　隆，宇宿功一郎　　（同大３内）

重症筋無力症は，免疫機構障害によって惹起される筋力低下を主症状とする疾患である。その診断は末梢神経反復刺激試験における電位漸減現象陽性，さらに，薬物試験(Tensilon 等の注射)での臨床症状軽快が認められれば確実となる。今回，われわれは，すでに報告した表情筋 EMGTopography System を重症筋無力症患者における Tensilon test の際の評価の一助として用いる機会を得た。症例は，眼輪筋型，全身型重症筋無力症の各一例であり，Tensilon 投与前後の様々な表情における Topogram を比較検討した。前者においては，Topogram上，Tensilon 投与後の眼輪筋のみの筋力回復が示された。また，後者においては，他の表情筋に比較して，Tensilon 投与後の眼輪筋の筋力回復の程度が低い事が窺われた。これらの成績は，患者の自覚的訴えともよく相関し，本 EMG Topogram が臨床的にも有用な一手段となり得る事を裏づけた。

7) ^{99m}Tcを用いてのベル麻痺症例の観察

—第2報—

○井野千代徳，山下　敏夫，中山　堯之，友田　幸一
熊沢　忠躬　（関西医大耳）
中沢　　緑　（同大放）

我々は，^{99m}Tcを用いて一側性ベル麻痺患者の顎下腺機能を測定し，この検査が，ベル麻痺の早期予後診断に極めて有効であることを報告してきた。

この度，症例数が増えたことに加えて，動態曲線の一層の分析を行ない新たな知見を得たので報告する。

8) ベル麻痺と瞳孔反応

—とくに予後との関係—

○森　　弘，北　　真行，高橋　晴雄，野中　信二
中村　　一，由井　正剛　（北野病院耳）

ベル麻痺の病態を分析するためには，自律神経系の活動性を分析することも重要である。今回は，双眼イリスコーダーを用いた瞳孔反応と本症の予後との関係を検討する。検査対象は発症より1ケ月以内の片側性ベル麻痺166例である。瞳孔反応正常は54例（A群），病的39例および瞳孔反応多項目異常例は7例（B群）である。残り66例は診断保留例である。AおよびB群の年齢分布の比較では後者に加齢者が多い。本症が一過性に治癒する症例には50歳以上のB群が多い。本症の治癒が遷延する症例には49歳以下のB群が多い。AおよびB群に治癒日数の分布に差異がある。両群に差異を生ずる理由は，B群に治癒遷延例が多いからである。

9) 静脈性味覚検査（デコリン法）の顔面神経麻痺検査法への応用

○高橋　容，久木元延生，松山　仁，小山　英明
富田　寛　（日大耳）

古くから循環時間を測定する方法として，腕舌時間を測定するデコリン法が知られている。すでに我々はこのデコリン法を静脈性味覚検査法に応用し発表しているが，今回このデコリン法を顔面神経麻痺検査法に応用し，臨床上有用なる知見を得たので報告する。

方法は正常者および顔面神経麻痺患者に20%コレレチン（大日本製薬）を右肘静脈に10秒間で静注し味覚の出現する舌の部位，潜伏時間，持続時間を測定した。

正常者ではコレレチン静注後に舌に苦みを感じるが，顔面神経麻痺患者の中には障害側の鼓索神経領域の味覚低下や味覚脱失が出現する症例を認めた。これらを電気味覚検査（E．G．M．）および紙ディスク法と比較検討した。

10) 「まばたき」の速度に関する考察

○小松崎　篤，山本　昌彦，原田　克也（東邦大耳）

顔面神経麻痺の一つの神経症候として，まつ毛徴候（signe des clis）があるが，この徴候のみられる症例では，まばたきの速度が患側で低下することが良く知られている。

また，眼瞼の上下に電極を接着し記録すると，顔面神経麻痺の症例では記録されたまばたきの速度に左右差がみられる。

今回，われわれはこの速度差に注目し，コンピュータでの解析を試みた。すなわち，サンプリングタイム3ミリ秒でまばたきの大きさと最大速度の関連，まばたきの大きさと持続時間などを検討し，顔面神経麻痺の症例でどのように変化するかを検討した。

その結果，顔面神経麻痺の一つの定量的測定のできることがわかった。

11) 健側アブミ骨筋反射各種パラメータ値による末梢性顔面神経麻痺症例の予後推定

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

従来アブミ骨筋反射（以下ＳＲ）の有無により，末梢性顔面神経麻痺の予後推定が行なわれてきたが，ＳＲ陰性例でも予後良好例が認められ，筋電図，Electroneurography 等の諸検査と合わせても，ＳＲ陰性例の予後を推定することは難しい。そこで，健側ＳＲの反応態度を各種パラメータを設定することにより経時的に検討し，合わせて予後との関係を検討したので報告する。

12) 顔面神経麻痺における ENT, Maximal stimulation test，誘発筋電図および Electroneurography の検討

○国村　光晴，宮崎　　充，隈上　秀伯（長崎大耳）

昭和55年６月より58年１月までに，当科顔面外来を受診した症例に，ENT，Maximal stimulation test，誘発筋電図および Elcetroneuronography を行ない予後推定上，上記検査の長所あるいは短所について述べる。

13) 当科における末梢性顔面神経麻痺の予後判定法（誘発筋電図法について）

○田中　英和，奥野　秀次，羽成　敬一，大久保　仁
渡辺　勛　（東医歯大耳）

末梢性顔面神経麻痺患者の治療を行うにあたっては，初診時にその予後を適確に判定することがきわめて重要であるが，近年，電気生理学的手法の進歩と共に，予後についてもより客観的な評価を下すことが可能になってきた。今回我々は，昭和57年4月より当科顔面神経外来を受診した末梢性顔面神経麻痺患者29名（昭和58年3月26日現在）について，誘発筋電図法を用いて主にその最大スパイク数に注目し予後判定を行い，治療法を撰択した。その結果，本法は末梢性顔面神経麻痺患者の予後判定にはきわめて有用であったのでここに報告し，諸先生がたの御批判をお願いしたいと考えている。

14) 針電極による顔面神経刺激検査

○石井　甲介，大西裕美子，工藤　裕弘　（東大耳）
林田　哲郎　（都立府中）
小林　武夫　（中央鉄道）

顔面神経の刺激検査としては，表面電極による刺激検査が一般的であるが，この方法は簡単で有用ではあるが，皮膚や皮下組織の状態により結果が不安定となる欠点を有する。そこで我々は，同時に茎乳突孔部に刺入した電極針による刺激検査を行っている。この場合，表面電極刺激で無反応であっても，針電極刺激で反応が得られる場合を数多く経験する。我々は，ベル麻痺，ハント症候群を中心に，表面刺激と針刺激による刺激検査を対比し，我々の臨床経験を報告する。

15) 顔面神経の対側刺激による ENoG の波形

○川合　正和*，鈴木　八郎**，菊地　　章*
市毛　明彦*，戸島　　均**，厳　　文雄***
小池　吉郎*
（*山形大耳，**山形県立中央耳，***東京医大耳）

顔面神経の対側刺激によっても誘発筋電図が得られるが，その波形の意義はほとんど解析されていない。正常者の顔面神経の対側刺激では，同側より誘発筋電図の波形の極性が逆転し振巾が10～50％に減少した波形がえられる。これは刺激側の誘発筋電図を対側より誘導した波形と考えられる。しかし，顔面神経麻痺の一部の症例において，健側顔面神経を刺激，患側の皮フより誘導した波形において，波形の極性の逆転しない例がみられる。これらの対側刺激によってえられた ENoG と顔面神経の対側への支配の関係について考察した。

16) 両側完全同時性ベル麻痺の一症例

○花岡　真子，井野千代徳，中山　堯之，山下　敏夫
（関西医大耳）

両側性ベル麻痺は，稀れな疾患であるが，なかでも両側同時性ベル麻痺は，極めて稀れな疾患と言われる。

我々は，この度，全く同時に起こった両側性ベル麻痺，即ち両側完全同時性ベル麻痺の一症例を経験したので文献的な考察を加えて報告する。

17) 両側性顔面神経麻痺の一例

一側減荷術施行例

○岩永　迪孝，山本　悦生，西村　宏子　（京大耳）

両側性顔面神経麻痺は系統的全身性疾患の部分症状として，また，特発性顔面神経麻痺にみられることが報告されている。しかし，両側性は片側性麻痺に較べ頻度も極めて少ない。今回我々は，特発性の両側性顔面神経麻痺に対し，障害の強い先行側に減荷術を施行した症例を経験したので報告する。

症例　45才　男性：右ベル麻痺として保存治療を行うも回復傾向なく高度の麻痺を認めていた。右麻痺発症後25日経過後に左麻痺発症。左麻痺は発症後約１ケ月（右麻痺発症後約２ケ月）でほぼ完治。障害の強い先行側である右麻痺に対し，発症後68日に減荷術施行。右麻痺は約６ケ月後に中等度の回復をみている。７ケ月経過後に表情運動時に聴力低下を自覚。

18) 両側交代性反復性顔面神経麻痺の一例

○荒川　栄一，橋本　　省，草刈　　潤，河本　和友
（東北大耳）
小林　俊光　（磐城共立耳）

末梢性顔面神経麻痺が反復して出現する事は，そうまれではない。腫瘍，高度の糖尿病などの基礎疾患の明らかなものを除いたベル麻痺に於ても約３～15%程度の再発率が報告されているが，その原因に関しては，未だ十分に検討はなされていない。今回は，末梢性顔面神経麻痺を６回反復した例を経験したのでこれを報告すると共に，当科での反復性顔面神経麻痺例を伴せて検討する。症例は，３才，男子，昭和55年６月より昭和56年８月まで４回の顔面神経麻痺の既症があり，昭和57年６月左顔面神経麻痺にて当科受診。その経過中，昭和57年８月右顔面神経麻痺を発症した。諸検査結果に特に異常所見無く，反復性ベル麻痺と診断された。

19) 反復交代性顔面神経麻痺の一例

○高橋　姿，北條　和博，相馬　博志，遠藤　泰介
中野　雄一　（新潟大耳）

13才の男子で初回は5才時，左顔面神経麻痺を，翌年6才の時右顔面神経麻痺を発病していていずれも保存的療法で完治している。今回は12才で再び左顔面神経麻痺を発症し，保存的療法を行うも改善傾向がみられないため減圧手術を目的に当科に入院した。手術所見では顔面神経は垂直部下⅓で肥厚があり，そこから末梢部で虚血傾向がみられた。術後経過は良好でほぼ完治して退院し，現在術後約1年たつも再発は認められていない。以上の症例に文献的考察を加えて報告する。

20) 顔面神経麻痺を初発症状とした症例について

○戸田　行雄，田畑久美子，大竹　英夫，竹山　勇
（聖マリアンナ大耳）
高橋　洋一　（同大　3内）

顔面神経麻痺が初発症状として出現し，検査の段階でその背景にある疾患が見い出されることがある。

今回，私共は乳幼児にみられた顔面神経麻痺2例のうち，1例は鉄欠乏性貧血，1例は急性骨髄性白血病が判明した。その他，顔面神経麻痺が初発し，その後，難聴をきたしたもので，1例は突発難聴，　1例は両側性難聴，　めまいがみられ脳循環不全と思われた症例を経験し，またベル麻痺症例のうち高血糖値のみられる頻度も高く，糖負荷試験でも高率に異常をみとめた。

以上，顔面神経麻痺を初発症状とした症例につき，それぞれの臨床像，臨床経過を報告し，若干の考察を述べる。

21) 心因性顔面痙攣症

斎藤　春雄　　（滋賀医大耳）

滋賀医科大学附属病院が開院して以来4年6カ月の間に顔面神経外来を受診した患者は482名であり，その3分の1に当る124名が顔面痙攣症の患者で占められている。多くの患者が顔面痙攣に悩まされていることが判る。

顔面痙攣では，人前に出る，といったような精神緊張をもたらす状態で悪化する例が多く，心因的要素が大きく関与していることを示している。しかしながら，手術により，小脳橋角部での血管の圧迫が原因であることが判明した例でも同様の症状があり，純粋に心因性と考えられる例は少ない。我々の外来では2名の心因性と考えられ，眼瞼痙攣症とは様相の異なる両側同時性痙攣性閉眼を起こす症例があった。他の痙攣症と異なり，薬物治療が著効を奏した。

22) 同時に発症する第7，8脳神経障害をくり返す症例

○岡崎　敦，徳田　秀光，野田　久代，石山　四郎
木村　光兵，宮崎　東洋　　（順大麻酔）
春山　喜一　　（同大耳）

顔面神経麻痺の再発例や，突発性難聴の再発例は，我々の麻酔科外来においても，しばしば経験する。ところが，今回，顔面神経麻痺と難聴を同時に発症し，当外来において星状神経節ブロックを施行し，完治した患者が，2年7ケ月後に，また同時発症し，短期間で完治した症例を経験した。

患者は，37才女性，既往歴には10年前に軽い交通事故があった。昭和55年2月，感冒様症状に引きつづき，右顔面神経麻痺，右難聴を発症した。麻痺は不全麻痺で発症後15日目に完全に回復し，聴力障害は約30 dBの低下であったが，3日目に回復した。2度目の今回は昭和57年9月に，38.5℃の発熱とともに再発し，患側も右で以前と同様であった。麻痺は，顔面神経研究会によるスコアーで0であり，聴力障害は約90 dBの低下であった。

本症例について，文献的考察を加えて発表する。

23) 痙攣時同側性涙分泌亢進を伴った顔面痙攣の一例

○板垣　晋一，山際　修，佐藤　清，中井　昴
（山形大脳外）
山崎　悦功　（山形県立河北脳外）

54才女性，2年前から左半側顔面痙攣が出現，さらに痙攣時に左側流涙が加わり入院，諸検査の後，microvascular decompression を施行術前・術後の神経機能検査・電気生理学的検査を主体に述べる。

24) 顔面神経鞘腫の1例

○大西裕美子，石井　甲介，杉田　公一，工藤　裕弘
（東大耳）
小林　武夫　（中央鉄道耳）

顔面神経鞘腫は，近年報告もふえ，稀な疾患ではなくなってきた。しかし，症状が多彩であるため鑑別診断は困難で術前の確定診断はなかなかつけられない。我々は最近，顔面神経鞘腫の一例を経験したので，過去に報告した4症例とあわせて，比較検討する。

症例は33才男性，左耳痛と左顔面麻痺を主訴として来院。56年夏頃から左顔面痙攣はあったが放置していた。57年1月1日，左耳痛と顔面麻痺が急におこり1月4日当科を初診した。中耳炎として抗生剤，ステロイド等を投与するも改善せず，オージオグラムは山型で，平均聴力は7.5dBであった。経過とX線検査等から顔面神経鞘腫を疑い，手術を施行し，水平部から鼓室にかけて存在した腫瘍を摘出した。

25) 顔面神経鞘腫の三症例

○田渕　哲，谷口　郷美，下村友佳子，松山　文彦
（神戸中央市民耳）
井上　佑一　（大阪市大放）

顔面神経鞘腫は，比較的まれな疾患とされているが，我々は最近3年間に3例の顔面神経鞘腫を経験した。

症例1：44才　男子

水平部原発と考えられ中頭蓋窩と，後頭蓋窩に腫瘍が進展し，dumbell shape を呈していた。

症例2：51才　女子

症例1と極めて類似しており同じく dumbell shape を呈していた。

症例3：45才　女子

腫瘍は中耳腔の大半を占め，第一膝部から茎乳突孔を介して耳下腺内後方にまで進展していた。

症例1，2は聴神経腫瘍との鑑別，症例3は耳下腺腫瘍との鑑別が問題となるがいずれも放射線学的検索により鑑別は可能であった。

26) 顔面神経鞘腫9例の臨床的観察

○湯本　英二，丘村　　熙，柳原　尚明（愛媛大耳）

顔面神経鞘腫は発育のゆるやかな良性の腫瘍であるが，その発生部位・進展部位に応じて変化に富んだ症状を呈することが多い。演者らは今日までに9例の顔面神経鞘腫を経験し，ベル麻痺・中耳真珠腫症・聴神経腫瘍・耳下腺悪性腫瘍の各疾患との鑑別を要した。顔面神経鞘腫は従来言われている程稀でないこと，鑑別診断にレ線学的検査や耳神経学的検査があまり有効でないことなどから，何らかの腫瘍を疑わせる所見のある場合には，積極的な外科的アプローチを行うべきであると考えた。この意味で演者らの経験した9例の経緯を報告し，その発生部位と症状について考察を加えた。

27) 耳下腺腫瘍と誘発筋電図所見

(preparalytic condition を中心に)

○北　真行，高橋　晴雄，野中　信二，中村　一
由井　正剛，森　弘　(北野病院耳)

昭和52年1月から昭和57年4月までの5年4カ月間に当科で手術加療を行ない，術前に誘発筋電図検査を行ない得た耳下腺腫瘍例26例を対象とした。また全てに術前顔面表情に非対称は認めていない。良性疾患19例，悪性腫瘍7例である。26例中11例に誘発筋電図所見に異常を認めたが，そのうち7例は無反応であり，今回は除外して検討した。すなわち，19例中4例に誘発筋電図上のみ異常を認める preparalytic condition を認め，このうち2例は良性混合腫であった。また，自発痛を訴えた2例は共に誘発筋電図所見に異常を認めた。そして，この preparalytic condition を認めたものの術後顔面神経麻痺の合併頻度は少なく，術中術前に十分配慮がなされたためと考えられる。

28) 腫瘍による顔面神経麻痺

斎藤　春雄　(滋賀医大耳)

末梢性顔面神経麻痺の約70%は完全に治癒するとされている。顔面神経原発の腫瘍や，顔面神経の周辺に浸潤した腫瘍は，これら治癒しない麻痺の一因となっている。腫瘍による末梢性顔面神経麻痺の割合は，欧米では5～12.5%と高い率があげられている。滋賀医科大学顔面神経外来を4年6カ月間に訪れた末梢性顔面神経麻痺は352名であり，その内12名（3%）を腫瘍例が占めている。原発性腫瘍が3分の1を占め，また，一般的には常時進行悪化すると考えられている腫瘍性麻痺であるが，悪性腫瘍例8例中3例に麻痺の緩解変動がみられること，他臓器からの転移によりベル麻痺様の発症を示す例があることなど，顔面神経麻痺をあつかう上で留意しなければならぬ点を多々示しているので提示考案を加える。

29) 末梢性顔面神経麻痺を初発症状とする腫瘍症例

○玉置　弘光，宮口　　衛　　（香川医大耳）
荻野　　敏，飯尾　　明，野村　　功，松永　　亨
（阪大耳）

顔面神経が初発症状である腫瘍症例を数例経験したので，その麻痺の特徴，診断方法などを主として検討した。顔面神経を外部から圧迫して麻痺を生ぜしめる腫瘍として，神経膠腫，神経粘液肉腫，聴神経鞘腫，聴器癌，白血病，耳下腺悪性腫瘍を，顔面神経自体から生じる顔面神経鞘腫，顔面神経線維腫，顔面神経芽細胞腫などの症例を経験した。

これらの麻痺発症の特徴として，麻痺が部分的にはじまり，徐々に進行するものや，麻痺が一度改善し再び生じるものが多かった。

初期に腫瘍の診断が困難であるが，一例一例腫瘍の可能性がないかいつも疑うことが大切である。

30) ベル麻痺陳旧例と診断された内耳真珠腫の３症例

田中　博之　　（横浜市）

ベル麻痺に類似した経過をとったため，ベル麻痺と診断され，治療を受け，いずれも４ケ月以上経過し，陳旧例として治療を中止されていた患者で精密検査及び手術により内耳真珠腫が原因と判明した三症例を経験したので報告する。そのうち２例は鼓膜正常，１例は数年後に耳漏を生じて耳鼻科受診，真珠腫を発見されている。前２者はＣＴ scan を含む精密検査を受けたが発見できず，神経鞘腫の手術を受け発見された。いずれの症例も幼児期よりの高度感音系難聴があり，又ステロイドを含む保存的治療で麻痺が改善しても，ある時期に再び悪化しており，この様な場合には真珠腫の存在を念頭におくことが重要である。予後は必ずしも悪くないが，早期診断，早期手術が予後を決定するカギとなると思われる。

31) 顔面神経麻痺をきたした中耳皮様嚢腫の1例

○冨田　寛，斎藤雄一郎，長谷川　等，安酸　純子
（日大耳）

26歳の主婦，4～5歳頃より就寝時左眼が開いているのを母親から指摘されていたが，2～3年前より左顔面麻痺が徐々に目立ち痙攣も起こる様になったため，当科受診。

左耳は平均45 dB の伝音難聴を示し，左鼓膜上象限は黄色調に膨隆，ツチ骨柄は見えず。この膨隆はゾンデを圧すると，凹窩を生じた。顔面神経麻痺の程度は評点10点，NET 9 mA，SD曲線では，前頭筋に左右差はないが，眼輪筋，口輪筋で1.1msec以上で10mAの差があった。

顔面神経原発腫瘍の疑いで，昭和57年10月28日，mastoidectomy を行う。乳突洞口において，鼓膜への膨隆部に一致して乾酪様内容物を充たした嚢腫を認め，その嚢腫は顔面神経を破壊し，手術用顕微鏡下には，顔面神経水平部より発した顔面神経原発の嚢腫様腫瘍と見えた。それを健常神経部で切断除去し，大耳介神経で神経欠損部を補塡，神経断端は Fibrinkleber で接着した。

病理組織所見は Dermoidcyst であった。

手術時の所見をビデオで供覧するとともに文献的考察を加えた。

32) Bell 麻痺における Vitamin B_{12} の関与

○新川　敦，坂井　真，簡　志明，三宅　浩郷
（東海大耳）

我々は，他の施設で全く治療されていない Bell 麻痺新鮮例12例について血中の Vitamin B_{12}定量を行ない，治療前後について比較検討し，興味ある結果を得たので報告する。

一般成人における血中B_{12} 正常値は我々の検討では，888±183 pg／ML（M±SD）であり，VB_{12}は投与を行うと，4週後には血中B_{12}値は投与前の約2倍となるとされている。

12例の Bell 麻痺の初診時の血中B_{12}値は，524.6±141.6 pg／ML で，初診時より（H_3-B_{12}1500 μg 投与2週後の血中B_{12} 値は1365±555pg／ML（N＝7）であった。すなわち，Bell 麻痺発症後すぐには，血中B_{12} 値は正常値より低く，いっぽう CH_3-B_{12} 投与後には正常値と同じく，吸収がよいことがわかった。

この結果から，Bell 麻痺の発症に Vitamin B_{12} が何らかの関与をしていることが推察され，それが CH_3-B_{12} の投与により，VB_{12}の正常吸収を示すことから，糖尿病性神経症における B_{12} の関与と異なり，細胞内 Vitamin-B_{12} 移送蛋白の欠亡，B_{12} 誘導体の分布異常などの根本的な代謝異常が Bell 麻痺の本質ではなく，一過性の Vitamin-B_{12} の機能的欠乏状態が Bell 麻痺発症の一因となっているものと考えられた。

33) Bell麻痺とHLA抗原について（第2報）

○川出　和彦，小出　純一，柳田　則之　（名大耳）

ＨＬＡ抗原を調べることは疾病発症に対する素因を知る上に役立つばかりでなく，その個体のＨＬＡ抗原構成が発症した後の病型を決めたり，予後を判定する上での手掛りを与えてくれることがある。我々は第４回日本顔面神経研究会で既に報告したが，さらに症例数が増加し，計40名となったのでここに第２報としと報告する。ＨＬＡ typing は，A，Blocus について Microlymphocytotoxcity 法によって施行した。それにより次の様な結果が得られた。

１）発病に対する特徴として，Ｂ５の増加傾向が見られた。２）病型に対する特徴としてはＢ５を持つ患者はＢ５を持たない患者と比べて，難聴，耳鳴，耳痛，耳閉感を伴う者が多く見られた。３）予後に対しては特徴は見られない。

34) 急性末梢性顔面経神痺麻における帯状疱疹ウイルス感染の早期診断

---皮内テストと髄液検査の意義---

○奥野　仁，奥田　雪雄，岸　拓三，関本　邦彦
富田　寛　（日大耳）

急性末梢顔面神経麻痺における帯状疱疹ウイルス感染の診断は，現在ＣＦ抗体価および高橋により開発された皮内テストがある。

ＣＦ抗体価は，とくに水疱の出来ない症例では，発病早期に有意に上昇を示すものは少なく，回復期まで結果を待たなければならず，早期診断早期治療の役には立たない。

皮内テストは，期待された早期診断の手段であったが，我々の追試の結果では，不全型ハント症候群の症例は全例陽性となり，我々が目的とするそれらの症例の診断の具としては，なお不十分な結果であった。

そこで，今回，高橋教授からさらに精製されたＶＺＶ抗原液を戴いたので，皮内テストの症例を追加するとともに髄液検査を日時に施行し，不全型ハント症候群の早期診断の向上を試みたので，その相関について報告する。

35) 実験的顔面神経麻痺に対するステロイド剤の効果

○藤田　寛，小沢　哲夫，村上　信五，松本　康
柳原　尚明　（愛媛大耳）

顔面神経麻痺の治療剤としてステロイド剤をはじめ種々の薬剤が用いられているが，その薬理効果の基礎的研究は充分におこなわれていない。モルモットの顔面神経に，一定の時間，強さ，範囲で機械的圧迫を加えることにより，我々はコントロールされた定型的麻痺動物モデルを作ることができた。この麻痺モデルを用いて，ステロイド剤投与群と非投与群，また前回報告したビタミンB_{12}剤投与群とについて，麻痺回復の過程を瞬目反射と誘発筋電図により，神経障害の回復の過程を組織学的に検討し，若干の知見を得たので報告する。

36) 糖尿病患者に併発した末梢性顔面神経麻痺

○高橋　昭，佐藤　功，向井栄一郎，中尾　直樹
（愛知医大　4内）
祖父江逸郎　（名大　1内）

1953年から1982年の間に見られた末梢性顔面神経麻痺628例の中で，糖尿病との併存47症例（7.5）を選び検討した。男性35，女性12例（男：女＝1：0.34），年齢は10～60歳代にわたった。発症様式は通常の Bell 麻痺との間に差はない。味覚障害と突発音に対する聴覚過敏について，Bell 麻痺の一般症例276例（A群），重症の Bell 麻痺78例（B群），糖尿病合併47例（C群）の三者間で検討すると，味覚障害はA群39%，B群72%，C群25%，聴覚過敏はA群23%，B群49%，C群10%，両者とも合併しないものA群49%，B群29%，C群70%であった。このことからC群では味覚障害，聴覚過敏，Bell 麻痺とくに重症群に比し低いといえる。充分に経過を追うことのできたC群中の37例と，これと性，年齢を一致させた Bell 麻痺37例とを比較すると，完全回復は前者で70%，後者では66%と略同じであったが，1カ月以内に完全回復は前者15%に対し，後者28%であった。

37) Pathomechanisms in Cell Metabolism : A Key to Treatment of Bell's Palsy

Eberhard Stennert, MD (Göttingen)

In light of current research the classic theory on the vicious circle of Bell's palsy has to be reconsidered. New findings through electron metabolism of cells have presented aspects which have consequences for treatment of the disease. These aspects deal mainly with the pathomechanisms of cell metabolism whose interactions also cause a vicious circle, leading to a break down of microcirculation and ultimately to the death of the cells due to hypoxia and acidosis. It is therefore suggested that the aim of an effective therapy must be the early normalization of cell metabolism by improving microcirculation.

The drugs used in *fitting treatment protocol are obviously* a capable of positively influencing this pathomechanism:

Cortisone acts by elimination of the edema, avoidance of immunological reactions, and reduction of proliferative formations. Low Molecular Dextran is regarded as helpful by its improvement of blood fluidity in the terminal vessels and resorption of extravasal plasm due to its hyperosmolarity.

Pentoxifylline leads to an improvement of red cell deformability, inhibition of platelet aggregation and decrease of blood viscosity, which is caused by an increase in ATP-level and an enhancement of cAMP formation.

The advantages of this therapy are threefold :

1. It can be rendered anywhere at any time; it does not require the skills of extremly specialized surgeons.
2. It can be started immediately without waiting until such a degree of irreversible damage has occurred that the prospects of recovery become very limited.
3. It confronts the disease at its roots; the drugs actually affect the pathomechanisms involved in the disease, restoring the ability of the organism to function normally.

The overall results of this treatment protocol have to be considered as extraordinarily good.

38） 不完全回復の流涙テスト

○八木　伸也，深沢　達也，広野　喜信（福井日赤耳）

不完全回復となった場合，顔面に病的共同運動が表われると共に食事中に流涙増加を認める例が多い。この Crocodile tear を検討する為，ハイレモン® を口にふくませて味あわせつつ，糸式流涙テスト（味負荷流涙テストとする）を施行した。

不完全回復例６例についてみると，通常の糸式流涙テストでも正常範囲140％をこえる例もみられたが，味負荷流涙テストでは，必ず140％を超える値を示した。

完全回復例13例では，通常の糸式流涙テスト，味負荷流涙テストでは正常範囲に停った。

不完全回復例では，味覚刺激時に潜存的に流涙増加が起っていると考えられた。

39） 治癒過程からみた Bell 麻痺

○井谷　修，東　紘一郎，今野　昭義，戸川　清
（秋田大耳）

Bell 麻痺患者の麻痺の回復過程を前額・眼・口唇の３部の 回復順序という 観点より検討した。症例により回復順序は異なるが，その差異が，麻痺の程度によるものか，病変部位によるものかを検討した。対象を当教室開講（昭和47年４月）より昭和58年３月まで当顔面神経外来を受診した Bell 麻痺患者とし，対照として外傷性・耳性・Hunt 麻痺症例も検討した。

40) Bell 麻痺の回復経過と後遺症の関係

○湊川　徹，津田　恵子，入谷　寛，岸本　勝
（兵庫医大耳）

Bell 麻痺に於ける治療の遷延は共同運動，わにの涙，その他の副症状を引き起こす。又，完全治癒と判定された患者でも，種々の愁訴を有する事がある。我々は顔面外来で治療を行った患者について，その後の自覚的症状の有無，内容，程度についてアンケート調査を行い，症状固定時の顔面運動採点表と対比，検討した。又，治癒遷延症例について眼裂狭小，頬部肥厚などの程度を測定し，異所再生のメカニズムについて検討した。

41) 顔面神経麻痺の予後を不良に到らしめる要因について

○荻野　敏，岡田　益明，松永　亨　（阪大耳）
玉置　弘光　（香川医大耳）

治療にもかかわらず，発症後6ケ月以上経ても完全治癒を呈しなかった症例を予後不良例と表現した。

予後不良例および完全治癒例の2群において，平衡機能検査，聴力検査，顔面神経に対する電気生理学的検査，ウイルス学的検査などから2群の相違点を検討し，治癒を遅延させうる要因，疾患について検討し，対策について報告する。

また予後不良例において，サルコイドーシス，糖尿病など全身性疾患の有無についても検討した。

42） 末梢性顔面神経麻痺陳旧例の予後

○相馬　博志，北條　和博，遠藤　泰介，中野　雄一
（新潟大耳）

末梢性顔面神経麻痺の患者を対象に，麻痺発生３カ月を経過しても臨床的治癒に至らなかった例（顔面神経麻痺スコア34点以下例）に対し，保存治療を続けた例と減荷手術を施行した例の予後につき比較，検討した。

43） 陳旧例後遺症に対する治療の検討

○箱崎　聖史，松居　敏夫，木西　　実，西脇　　至
細見　英男　　（神戸大耳）

麻痺の後遺症として，異常共同運動，ワニ涙，顔面痙攣，筋拘縮に基く顔面異常感等があり，その予防に努めているが，一旦惹起されると患者にとっては苦痛であり，またその治療には難渋するのが常である。今回，発症後10ケ月以上経過した陳旧例16例（昭和58年３月現在）に対して自覚症状を中心とした検討を行ったところ，主訴として大半の患者が筋拘縮に基く顔面異常感（12例）を苦痛とし，異常共同運動（１例），顔面痙攣（１例），ワニ涙（２例）は予想外に苦痛としていなかった。以上の後遺症に対する治療としては，理学的治療（用手的，電気的マッサージ）および薬剤治療（筋弛緩薬，マイナートランキライザー等）を主体に行い，その治療効果を検討すると，顔面異常感に対しては筋弛緩薬が有効であり，理学的治療は一時的な効果にとどまった。

44） ハント症候群に対する経乳突的全減荷手術の効果

○中村光士郎，小沢　哲夫，柳原　尚明（愛媛大耳）

ハント症候群に対する減荷手術の効果については，これを疑問視する報告が少なくない。演者の一人，柳原も1964年から1975年の間の減荷手術例15例について検討し，〝ハント症候群においては減荷手術は麻痺の回復に影響を与えない〟とする考えに同調する発表を行なったが，減荷の範囲を拡大し，早期手術に努めるようにした結果，手術成績の認むべき改善が見られるようになったので報告し，併せて本症の病態について統計的観察を加えて述べた。

45） 顔面神経麻痺長期経過例の検討（第２報）

○石田　　孝，朴沢　二郎，鎌田　重輝，藤原　文明
野沢　　出　　（弘前大耳）

前回，われわれは，顔面神経麻痺治癒症例に Blink test を施行したところ，ほぼ全例に，患側の眼球上転速度が健側よりも速くなることを，また，この現象が，発症後２年目でも認められることを報告した。今回は，これらの患者の一年後の Blink test 成績の推移を検討し，更に，他の顔面神経検査成績の推移とも比較検討を行った。

46) 陳旧性顔面神経麻痺の治療結果

○五島泰次郎，神山洋一郎，町　　俊夫，村山　清之
関口　芳弘，蓮見　謙司，宮崎　東洋（順大麻酔）

当科を受診した末梢性顔面神経麻痺例は，過去16年間で約900例であるが，そのうちの約3分の1は罹患後1カ月以上を経過したいわゆる陳旧例と呼ばれるものであった。

我々の顔面神経麻痺に対する治療法は，以前にも本研究会で報告したごとく，星状神経節ブロックを繰返すものであり，陳旧例に対しても同様である。

しかしながら陳旧例の一部は，共同運動を始めとする種々の後遺症が認められるものがあり，このような症例に対しては顔面神経ブロックなど更に特殊な方法で対処する場合もある。

今回これらの陳旧性顔面神経麻痺例について，臨床的検討を加えて報告する。

47) 顔面麻痺を有した顔面神経枝の電顕的観察

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

耳下腺腫瘍により，顔面神経麻痺をきたした症例の頬筋枝を電顕的に観察したので報告する。

症例　58才男性，昭.47.頃より右耳下腺部腫張あり，昭.57.7.右顔面神経麻痺出現，昭.58.1.13耳下腺全摘術，頸部郭清術施行。

術前顔神所見　顔面運動採点（細見変法）20点，Electroneurography 0％，NET 右側 scale out。

手術所見　顔神本幹は茎乳突孔を出るとすぐ，腫瘍内に巻き込まれていた。末梢枝のうち，1 mA の電気刺激で反応のあった頬筋枝を標本として採取した。

観察方法　標本は0.1M燐酸緩衝液加2.5％グルタールアルデハイド溶液で前固定，0.1M燐酸緩衝液で洗浄後，2％オスミューム酸液で後固定，脱水後包埋し，HS500により観察した。

結果　有髄線維は認められず，無髄維維と多くの膠原線維が認められた。

以上，電顕所見について考察を加え報告する。

48) 切断後19年の顔面神経の神経病理所見

○野上兼一郎，倉富勇一郎，上村　卓也　（九大耳）
大西　晃生　（同大神経内）

症例は47才男性。現病歴　昭和39年11月（19年前）左慢性中耳炎の手術をうけ，直後より左顔面マヒ，左聾を来した。昭和52年２月右慢性中耳炎の手術をうけ，右聴力低下を来した。昭和57年１月右顔面麻痺を生じたが，昭和57年２月右顔面神経減荷術を行い麻痺は回復した。昭和58年１月当科入院。左顔面運動は肉眼的には全く認められなかったが，EMGでは随意収縮時に50～70μVのSpikeが少数みられた。昭和58年１月28日左顔面神経移植術施行。顔面神経は水平部から垂直部にかけて１cm消失していた。神経の上下断端を約２mm切除したのち，大耳介神経を移植した。摘出断端の組織検査で，その下断端においても有髄線維を少数認められ，１cmの欠損にもかかわらず，組織学的には，神経再生が生じていたことが判明した。

49) Combined Approach in Extratemporal Facial Nerve Reconstruction

Eberhard Stennert, MD (Göttingen)

Although microsurgical techniques have reached a high level, reconstruction of the facial fan after total damage due to severe traumatic injury or after extensive tumor resection of the parotid gland is still a delicate problem with respect to satisfactory functional and cosmetic results.

As a rule, the multibranched network of the facial fan cannot be repaired by one autologous nerve graft interposed between the peripheral branches and the facial trunk. Thus, a smaller or greater number of branches must remain unprovided. Moreover, the differentiated innervation pattern is irreversibly lost after every neurotmesis, especially after nerve suture and interposition of a free nerve transplant.

Two main factors are responsible for definite and remarkable sequelae : (Ⅰ) the specific functional distribution of the mimic muscles; (Ⅱ) misdirection of regenerating axons.

It could be demonstrated clinically and electromyographically, however, that this misdirection is not only responsible for associated movements, but is also the cause of permanent "paresis".

Extratemporal facial nerve surgery seems to offer a number of favorable possibilities to regain the manifold mimic motility.

The recruitment of more than one of what should be called "regenerative nerves" offers the unique possibility for reconstruction of the facial fan, particularly when the specific properties of these regenerative nerves are taken into consideration.

Therefore, for the reconstruction of the facial nerve fan, we have proposed several possibilities. The type of procedure to be used depends on the particular anatomical situation.

According to our experience, the ideal reconstructive procedure is a combination of the original facial nerve and the ipsilateral hypoglossal nerve.

50) 当科における末梢性顔面神経麻痺不完全治例に対する対策

○羽成　敬一，奥野　秀次，田中　英和，大久保　仁
渡辺　　勍　　（東医歯大耳）

我々は，昭和55年1月から昭和58年3月までに103例の側頭骨内病変による末梢性顔面神経麻痺を経験し，これらのうち，ベル麻痺，ハント症候群，側頭骨骨折によるもの97例については，初期諸検査の結果にもとづき，外来での経過観察のみから，入院，顔面神経開放術までの各種治療法により対拠した。

しかし，20例においては，麻痺の回復は不完全であり，又，異常共同運動や拘縮その他の後遺症が認められた。これらの例に対しては，Norris（1981）らの文献にもとづく消極的な方法により対拠してきた。今回はこの方法の効果について，患者の自己評価も加えて検討を行った。諸先生の御教示を仰ぎたいと考えている。

51) 麻痺陳旧例の対策

○塩谷　正弘，湯田　康正，中崎　和子，若杉　文吉
（関東逓信ペインクリニック）

過去10年間に当科を受診した顔面神経麻痺3,444例中発症1年以上を経て受診したものは786例22.8%であった。ベル麻痺が608例，ハント症候群62例，耳性27例，外傷性26例，その他であった。ベル麻痺，ハント症候群では8例を除いて全例に星状神経節ブロックを行った。予後調査を行いベル麻痺301例，ハント症候群31例に結果が得られた。治療効果は，ベル，ハントでそれぞれについて著効7.6%と6.5%，有効27.6%と22.6%，軽快27.2%と38.7%，不変27.6%と32.3%であった。その間18例を形成外科に紹介13例について詳細がわかっている。筋腱移行術4例，上眼瞼挙筋短縮9例であり大部分何らかの症状改善が得られている。陳旧例であっても比較的新しい症例では神経ブロックも試みて見る価値があると思われる重症例では形成外科も考慮すべきであろう。

52) 麻痺陳旧例に対する顔面神経手術症例の検討

○戸島　　均*，鈴木　八郎*，菊地　　章**
市毛　明彦**，川合　正和**，山田　潔忠***
加藤　　功**，中井　　昴***，小池　吉郎**
（*山形県立中央耳，**山形大耳，***山形大脳外）

我々は，回復の可能性が無いと思われた症例について，神経吻合術，神経移植術を考慮している。

昭和51年以来，これまでの間に施行した，顔面神経副神経吻合術2例，顔面神経副神経吻合術1例，顔面神経移植術1例について検討を加え報告する。

53) 顔面神経麻痺陳旧例に対する形成外科療法の経験

○古田　　茂，小幡　悦朗，小川　　敬，大山　　勝
（鹿大耳）

耳下腺悪性腫瘍の手術に際しては，広範囲根治切除のために顔面神経を切断することが少なくない。また，顔面神経の機能回復を期待するためには，術直後の適切な神経縫合や神経移植などの手法が行なわれる。しかし，原疾患の性状や進展範囲によってはこれらの手技が行なえず顔面神経の機能回復を断念せざるを得ないこともある。また，このような症例に対する表情運動の矯正などに関する治療に難渋することがある。今回われわれは，耳下腺悪性腫瘍根治手術後の顔面神経麻痺陳旧例に対して，代表的な静的矯正術である下眼瞼吊り上げ術と，患側口角部の Z-plasty 法を試みた。その結果，美容的，機能的に比較的良好な成績が得られたので若干の考察を加えて報告する。

54） 陳旧性麻痺に対する手術療法の小経験

○玉置　弘光　（香川医大耳）
荻野　敏，松永　亨　（阪大耳）

陳旧性麻痺に対して眼瞼吊上手術，口唇形成手術，口唇吊上手術などの経験を報告する。

1）広筋膜紐埋没による吊上手術

患者自身の広筋膜紐を上下口唇の口輪筋内に埋没し2ヵ月後，これに3本の広筋膜紐3本で牽引縫合した。

2）側頭筋弁法

側頭筋弁を作製し，これを反転して頬部の皮膚の下をくぐらせ，口輪筋口角部に縫合し吊上げた。

3）口唇形成術

口唇部の下垂している皮膚を切除し，外観を改善した。

4）眼瞼吊上術

下垂した眼瞼の皮膚の一部を切除し，人工の紐で，前頭筋に縫合，眼瞼を吊上げた。

55） 麻痺陳旧例に対する舌下神経—顔面神経吻合術

○神崎　仁，大内　利昭　（慶大耳）
塩原　隆造，戸谷　重雄　（慶大脳外）

聴神経腫瘍（AN）の術後の顔面神経麻痺（FP）の頻度は腫瘍の大きさと関係しているが，手術例の増加とともに顔面神経が形態的に保存される例が増加してきた。一方その後の経過観察で期待された回復が得られず，FP発症後1年以上を経て舌下—顔面神経吻合術を施行した例が増加してきた。このようにFP発症後1年を経て手術を施行した例を陳旧例として，早期（大部分2ヵ月以内）に手術を行った例と比較し検討を加えた。

対象は31例で24例はAN術後例であった。26例は術後1年以上経過している。陳旧例は14例，早期例は17例であった。

術後の表情運動，異常協同運動は陳旧例に比し早期例で良好であった。本手術法による術後の表情運動の評価法，術後機能に対するアンケート調査の結果などについても述べた。

56） 陳旧性顔面神経麻痺の対策

○柳原　尚明，丘村　熙　　（愛媛大耳）

顔面筋は一側の顔面神経が神経断裂に陥っても，年余に亘って神経再支配により機能を回復しうる能力を維持している。従って陳旧性麻痺であっても，原因と受傷部位の明らかな麻痺の場合は，受傷部位を再点検し可能であれば神経修復を計るべきである。また顔面筋の筋活動が少しでも認められるときには，舌下神経―顔面神経吻合術，副神経顔面神経吻合術なども価値のある術式である。可能性のある限り神経手術を先ず行うのを原則とする。顔面筋の緊張と運動が神経再生により少しでも回復すれば，以後に追加する形成外科的治療はより効果的であり，比較的簡単な吊り上げ術で効果を挙げうることを述べ，その術式について述べる。特に眉毛，上眼瞼の挙上術について述べたい。

57） 陳旧性麻痺の再建手術
側頭筋移行術および眉毛挙上術

○上田　和毅　　（静岡県立こども病院）
波利井　清紀，佐々木　皎　　（東大形成）

陳旧性顔面神経麻痺のうち，眼輪筋麻痺は最も重篤な機能障害を呈するため，ふるくより数多くの再建法が考えられている。これらのうち，Gillies により考案され，Andersen により改良されて，側頭筋移行術（いわゆる Gillies-Andersen 法）は，側頭筋の一部を使って，dynamic な再建法として有名である。しかし，側頭筋を眼輪筋に移行したための異常も多く経験され，現在では，必ずしも好んで使われている方法ではない。われわれは，本法を積極的に用いており，良好な結果を得ているが，EMG所見を中心に移行側頭筋の機能獲得状態を検索した。前頭筋麻痺再建に対する，眉毛挙上術の結果と合わせ報告する。

58) 交叉性顔面神経移植術—移植神経の筋肉内埋没法—

○山本　悦生，西村　宏子，岩永　迪孝　（京大耳）

顔面神経麻痺陳旧例の治療法としては，形成手術（顔面吊り上げ術）や症例によっては減荷術が行われる。一方，神経機能の回復を意図する治療として，交叉性移植術がある。麻痺陳旧例でも，顔面筋が萎縮していることは稀で筋緊張が保持されていることが多い。また，完全麻痺は少なく，ある程度の神経筋連絡が保たれている場合が多いので，麻痺側の分枝は切断したくない。しかるに，神経断端の筋肉内埋没で当該筋は神経支配されるといわれており，陳旧例には麻痺側に誘導された移植神経を直接麻痺筋肉内に埋没する方法が良い。われわれは，陳旧性顔面神経麻痺の７例（麻痺発症後３年以上）に，この神経の筋肉内埋没法による交叉性移植術を施行したので，その方法ならびに術後経過を報告する。

59) 陳旧性麻痺の再建手術

Cross Face Nerve Graft の臨床的評価について

○佐々木　皎，波利井　清紀　（東大形成）

顔面神経麻痺に対して，健側と麻痺側の顔面神経の間に，腓腹神経を移植する Cross Face Nerve Graft は，1971年 Scaramella 等により発表され，その後術式も改良されている。この術式は，理論的には，よい方法と思われるが，その結果について十分に評価した報告はない。

今回，我々は，過去７年間に Cross Face Nerve Graft を施行され，長期間経過観察が行われた約25症例の検討を行ったので報告する。

結論として，〝我々が検討した結果では Cross Face Nerve Graft の成績は，悲観的なものであった。〟

60） 陳旧性麻痺の再建手術
神経血管柄付遊離筋肉移植法

○波利井　清紀，佐々木　皎　　（東大形成）
山田　　敦　　（静岡県立総合形成）

陳旧性顔面神経麻痺は，多くの場合，不治のものとあきらめられ，積極的な治療の対象にされていなかった。形成外科的手術は，ある程度の効果が期待でき，ことに，眼輪筋麻痺による兎眼に対しては，積極的に用いられているが，頬部麻痺例で動的に〝笑い〟を再建するには決定的な方法がなかった。これは，麻痺により失われた筋肉の再建に対し，筋肉を動かすべき適当な神経が得られず，また，十分な excursion をもつ健常な筋肉も得られなかったことにつきる。これらの解決に，われわれは，微小外科による筋肉移植を行っており，過去10年間の成績を供覧する。