

第11回 日本顔面神経研究会
プログラム・予稿集

1988.6.17—18

京都市

京都大学医学部
耳鼻咽喉科学教室

ご 挨拶

第11回日本顔面神経研究会を、私共京都大学耳鼻咽喉科学教室の担当で開催させていただくに際し、ひとことご挨拶を申し上げます。

御承知の様に我が国における顔面神経の研究レベルの高さは、既に国際的にも定着した観があり、本研究会がこれまでに果して来た役割の大きさを痛感いたしておりますが、今回の研究会に寄せられました演題にも、この高い水準を越えるものが幾つか見られ、御発表が楽しみです。

従来6月は全国的にも関連学会が比較的少ない時期でしたが、今年は内外の学会が相前後しており、演題の集りが少し心配されましたが、60題余の演題をいただき、皆様の本研究会に対する関心の深さを再認識すると共に感謝いたしております。

今回は2つの特別講演をもうけました。その1つはウプサラ大学 Thomander 博士による顔面神経の基礎的研究と、京都大学整形外科御出身で現京大医療短期大学の濱 弘道教授による末梢神経の臨床であります。Thomander 博士は御専門の顔面神経の somatotopy に関する研究とベル麻痺の成因についての免疫学的研究を、濱教授には整形外科領域にみられる entrapment neuropathy の臨床について御講演いただく予定です。

本研究会も会期2日間という中規模の研究会に発展しております。研究会として最も大切な討論や意見交換の実が、今回も十分に上がりますことを会長として切に願うものであります。

6月は京都もあまりよいシーズンとは申せませんが、多くの好学の士の御参集を心より願っております。

昭和63年5月

第11回日本顔面神経研究会

会長 本庄 巖

参加者の方々へ

1. 会場費 5,000 円を受付でお支払い下さい。
引き換えに参加証をお渡しますので、会期中は着用して下さい。
2. 耳鼻咽喉科関係の参加者は、認定専門医制度学術集会参加票を受付の時お忘れなくご提出下さい。
3. 出題者は共同演者も会員に限りますので、未入会の方は至急入会下さい。
入会金 1,000 円、 年会費 5,000 円
〒173 東京都板橋区大谷口上町 30-1
日本大学医学部 耳鼻咽喉科学教室
日本顔面神経研究会 事務局 TEL 03 (972) 8111 (代表)
4. 講演時間は 6 分、ビデオ演題は 10 分です。終了 1 分前に青ランプ、終了時に赤ランプが点灯しますので、講演時間を厳守して下さい。
5. スライドスクリーンは 1 面です。スライド枚数の制限はありませんが、10 枚以内が適当です。同一スライドを使用の場合は枚数分御用意下さい。
6. スライドはスライド係に講演 30 分前までに、必ず試写をして、提出して下さい。
7. 運営委員会は研究会第 1 日（6 月 17 日）12 時 20 分より、京都ホテル 3 階「曙の間」において昼食をとりながら行ないます。
8. プログラム・予稿集は研究会当日御持参下さい。

第11回 日本顔面神経研究会プログラム

学 会 第 1 日

開会の辞 (8:55 ~ 9:00) 会長 本庄 巖

第1群 基礎 (I) (9:00 ~ 9:40) 座長 隈上 秀伯 (長崎大耳)

(1) 顔面神経束内リンパ流

- 辻田 達朗 (愛媛労災病耳)
- 谷 雅史 (鷹の子病耳)
- 柳原 尚明 (愛媛大耳)

(2) 逆行性顔面神経誘発電位—第3報：障害モデルにおける長期観察

- 田島 和幸 (高知市立市民病耳)
- 竹田 泰三, 岸本 誠司, 齋藤 春雄 (高知医大耳)

(3) 顔面神経の逆行性誘発電位の記録 (第3報)

- 木谷 伸治, 柳原 尚明 (愛媛大耳)

(4) 顔面神経内圧—第三報 障害顔面神経に対する浸透圧製剤投与の効果

- 竹内 俊二, 竹田泰三, 岸本 誠司, 齋藤 春雄 (高知医大耳)

第2群 基礎 (II) (9:40 ~ 10:20) 座長 齋藤 春雄 (高知医大耳)

(5) 顔面神経の光顕および電顕的観察

- 朴 修三, 波利井清紀 (東京大形成)

(6) 顔面神経の加齢変化 (神経線維解析)

- 藤井まゆみ (駿河台日大病耳)
- 後藤 昇 (日本大二解)

(7) 運動神経修復に関する実験的研究

—フィブリン糊とナイロン糸による修復法の比較検討—

- 西平 茂樹, 伊藤 永子, 戸川 清 (秋田大耳)

(8) ヘル麻痺における中耳粘膜所見

- 藤原 康雄, 柳原 尚明 (愛媛大耳)
- 倉田 毅 (国立予研病理)

第3群 検査 (I) (10:20 ~ 11:00) 座長 神崎 仁 (慶応大耳)

- (9) 脱神経を起した顔面神経の筋電図学的検査法
○田中 博之 (横浜市)
- (10) 筋電図振巾ヒストグラムおよびスパイク頻度からみた顔面神経麻痺の回復経過
○石川 和夫, 板坂 芳明, 戸川 清, 西平 茂樹 (秋田大耳)
- (11) 多チャンネル表面筋電図法による前頭筋運動単位電位導出の試み
○中村 克彦 (坂出回生病耳)
宇高 二良 (徳島大耳)
- (12) 顔面神経誘発筋電図における Collision 法の検討
○戸島 均, 稲村 博雄, 前山 裕之, 青柳 優, 小池 吉郎 (山形大耳)

第4群 検査 (II) (11:00 ~ 11:40) 座長 小林 武夫 (JR東京総合病耳)

- (13) Bell 麻痺および Hunt 症候群におけるアブミ骨筋反射の意義—ENoGとの比較—
○前山 裕之, 戸島 均, 稲村 博雄, 斎藤 修, 武田 一彦
青柳 優, 小池 吉郎 (山形大耳)
- (14) 顔面神経麻痺における瞬目反射潜時の役割
○古田 茂, 小川 和昭, 岩淵 康雄, 大山 勝 (鹿児島大耳)
- (15) 末梢性顔面神経麻痺の ABR 所見
○広野 喜信, 山本 悦生, 磯野 道夫, 大村 正樹, 水上千佳司 (神戸市立中央市民病耳)
- (16) ベル麻痺の瞳孔反応—左右差について—
○森 弘, 岩永 迪孝, 由井 正剛 (北野病耳)

第5群 検査 (III) (11:40 ~ 12:20) 座長 高橋 昭 (名古屋大神内)

- (17) ベル麻痺の予後診断
○西川 益子, 北村 溥之, 大八木章博, 高北 晋一, 田淵 圭作 (天理病耳)
東辻 英郎 (大和高田市)

(18) 聴神経腫瘍手術後の顔面神経機能の術前予測

- 宮本 恒彦, 横山 徹夫, 龍 浩志, 植村 研一
杉山 憲嗣, 忍頂寺紀彰, 下山 一郎 (浜松医大脳外)
野末 道彦 (浜松医大耳)

(19) 末梢性顔面神経麻痺とサイトメガロウィルス

- 福井 聡, 水口 千寿, 小林 澄子, 蓮見 謙司
神山洋一郎 (順天堂大浦安病麻)

(20) 反復性顔面神経麻痺の素因に関する検討—血小板凝集能および血液粘度について—

- 永末 裕子, 東 さ織, 久喜まき子, 石井 哲夫 (東京女子医大耳)
内山真一郎 (東京女子医大神内)

.....
昼食 (12:20 ~ 13:20)

総会 (13:20 ~ 13:40)
.....

特別講演 I (13:40 ~ 14:40) 座長 小池 吉郎 (山形大耳)
「Anatomical Aspects of Facial Palsy」
Lars Thomander 博士 (ウプサラ大学耳鼻咽喉科)

第6群 症例 (I) (14:40 ~ 15:20) 座長 瀧本 勲 (愛知医大耳)

(21) 多発性脳神経症状を伴った顔面神経麻痺症例

- 野間 研一, 村川 和重, 石本 栄作, 石田 博厚 (兵庫医大麻)
和泉 良平 (宝塚市立病麻)

(22) 両側第7, 第8脳神経症状を呈したギランバレー症候群

- 伊豆蔵尚夫, 矢沢代四郎 (滋賀医大耳)

(23) 多発性脳神経麻痺をきたし不幸な転帰をとったホジキン病症例

- 中院真紀子, 高原 哲夫, 木西 實, 野崎 智嗣, 天津 睦郎 (神戸大耳)

(24) 顔面痙攣を初発症状とした小脳橋角部髄膜腫の一症例

- 瀬古 恵子, 室伏 利久, 工藤 裕弘 (東京大耳)
石井 甲介 (都立墨東病耳)
小林 武夫 (JR東京総合病耳)

第7群 症例 (II) (15:20 ~ 16:00) 座長 戸川 清 (秋田大耳)

(25) 耳下腺良性腫瘍と顔面神経麻痺の合併例
○寺倉 直明 (北海道大耳)

(26) 顔面神経麻痺を伴ったザルコイドーシスの2症例
○岩淵 康雄, 古田 茂, 大山 勝 (鹿児島大耳)

(27) Cardiofacial Syndrome の2症例
○斎藤 修, 戸島 均, 稲村 博雄, 青柳 優, 小池吉郎 (山形大耳)

(28) 伝染性単核症に伴う小児顔面神経麻痺の一例
○小林 憲明, 奥 常幸, 畑 裕子, 渡辺 勲 (東京医歯大耳)

第8群 症例(Ⅲ) (16:00~16:40) 座長 坂井 真 (東海大耳)

(29) 錐体尖真珠腫症例での顔面神経修復
○山本 悦生, 水上千佳司, 磯野 道夫, 広野 喜信
大村 正樹 (神戸市立中央市民病耳)

(30) 真珠腫による顔面神経麻痺の検討
○伊藤 信輔, 小田原修一 (久留米大耳)

(31) 顔面神経麻痺を生じた髄膜腫の1症例
○村上 信五, 高須賀信夫, 黒川 浩伸 (愛媛県立中央病耳)
善家喜一郎, 大田 正博, 佐々木 潮 (愛媛県立中央病脳外)
古谷 敬三 (愛媛県立中央病病理)

(32) 顔面神経腫瘍症例のMRI
○伊藤 正博 (山口赤十字病耳)

第9群 症例(Ⅳ) (16:40~17:30) 座長 柳原 尚明 (愛媛大耳)

(33) 耳下腺内顔面神経由来神経鞘腫の1例
○有賀 秀治, 津田 守, 天津 治子 (住友病耳)

(34) 顔面神経鞘腫3症例
○安岡 義人, 室井 昌彦, 今村 純子, 牧 清人, 亀井 民雄 (群馬大耳)

(35) Meige 症候群の臨床症候と治療

(ビデオ演題)

○中尾 直樹, 佐橋 功, 鹿山 正人, 満間 照典 (愛知医大四内)
瀧本 勲 (愛知医大耳)
高橋 昭 (名古屋大神内)

(36) Meige 症候群の 1 症例

(ビデオ演題)

○武田 一彦, 戸島 均, 稲村 博雄, 斎藤 修, 前山 裕之
青柳 優, 小池 吉郎 (山形大耳)

学 会 第 2 日

第10群 症例 (V) (9:00~9:30) 座長 森 弘 (北野病耳)

- (37) 顔面神経麻痺で発症したウェゲナー肉芽腫症の一症例
○横小路雅文, 小林 武夫 (J R 東京総合病耳)
工藤 裕弘 (東京大耳)
- (38) 動注癌化学療法に伴う末梢性顔面神経麻痺
○堀内 正敏, 新川 敦, 坂井 真, 三宅 浩郷 (東海大耳)
- (39) 聴力障害を伴い顔面神経麻痺を欠いた三叉神経第三枝帯状疱疹の二症例
○村川 和重, 石本 栄作, 野間 研一, 河野 克彬
石田 博厚 (兵庫医大麻)
和泉 良平 (宝塚市立病麻)

第11群 後遺症 (9:30~10:00) 座長 細見 英男 (神戸大耳)

- (40) 顔面神経麻痺後遺症の評点法による経過観察
○西本 力, 村田 清高, 山上 典子 (近畿大耳)
- (41) 顔面神経麻痺後遺症の臨牀的観察
○中尾 善亮, 海江田純彦, 隈上 秀伯 (長崎大耳)
宮崎 充 (三菱病耳)
- (42) 末梢性顔面神経麻痺症例における異常共同運動の出現について
○白居 洋行, 畑 裕子, 仲 博美, 田中 英和
羽成 敬一, 奥野 秀次, 渡辺 勲 (東京医歯大耳)

第12群 顔面痙攣 (10:00~10:40) 座長 野末 道彦 (浜松医大耳)

- (43) 顔面けいれんにおける術前後、及び術中での誘発筋電図の検討
○島本 佳憲, 塩原 隆造, 田村 清隆, 中務 正志
戸谷 重雄 (慶応大脳外)
- (44) 顔面痙攣における誘発筋電図の術中記録—発生機構に関する考察—
○板垣 晋一, 斉藤伸二郎, 中井 昂 (山形大脳外)

(45) 顔面痙攣で発症した髄膜腫の一例

○田中 正美, 竹田 幹男, 池田 稔, 齋藤雄一郎, 富田 寛(日本大耳)
川又 達朗, 坪川 孝志 (日本大脳外)

(46) 顔面痙攣症の椎骨動脈左右差—VAGによる計測

○中島 成人, 隈上 秀伯 (長崎大耳)

第13群 臨床 (10:40~11:20) 座長 玉置 弘光 (大阪府立病耳)

(47) 顔面神経麻痺の免疫学的研究

○大森 英生, 池田 稔, 久木元延生, 鶴町 昌也, 河本 英敏
富田 寛 (日本大耳)

(48) 顔面神経麻痺の回復過程について

○海江田純彦, 中尾 善亮, 今里 滋, 隈上 秀伯 (長崎大耳)
宮崎 充 (三菱病耳)

(49) ベル麻痺症例の顔面運動評価と予後

○野崎 智嗣, 細見 英男, 高原 哲夫, 木西 實, 中院真紀子
三宅 博文, 天津 睦郎 (神戸大耳)

(50) ENoG 検査による星状神経節ブロック治療予後の検討

○唐澤 秀武, 湯田 康正, 塩谷 正弘
大瀬戸清茂, 長沼 芳和 (関東通信病ペインクリニック)
大野 健次, 若杉 文吉 (慈恵会医大麻)

第14群 治療 (I) (11:20~12:00) 座長 山本 悦生 (神戸市立中央病耳)

(51) 舌下神経—顔面神経吻合術の follow up について

○龍 浩志, 横山 徹夫, 植村 研一, 忍頂寺紀彰
堺 常雄, 下山 一郎, 村木 正明, 宮本 恒彦
杉山 憲嗣, 山本 清二, 遠藤 光俊 (浜松医大脳外)
野末 道彦 (浜松医大耳)

(52) 末梢性顔面神経麻痺の筋力増強訓練

○服部 紀子, 下野 俊哉, 山本 隆博 (愛知医大リハビリテーション)
瀧本 勲 (愛知医大耳)

(53) 末梢性顔面神経麻痺に対する鍼併用療法の検討

- 安藤 文紀, 西田 章通, 中村 辰三 (明治鍼灸柔道整復専門学校)
小野 寿之, 小宮 精一 (京都府立医大耳)
水越 治 (明治鍼灸大)

(54) Ramsay Hunt 症候群の治療成績

- 木西 實, 細見 英男, 高原 哲夫, 野崎 智嗣, 中院真紀子
三宅 博文, 天津 睦郎 (神戸大耳)

.....
昼食 (12:00 ~ 13:00)
.....

特別講演Ⅱ (13:00 ~ 14:00) 座長 富田 寛 (日本大耳)

「Entrapment neuropathy の臨床」

演 弘道教授 (京都大学医療短期大学部)

第15群 治療 (Ⅱ) (14:00 ~ 14:30) 座長 村田 清高 (近畿大耳)

(55) 特発性顔面神経麻痺に対する Stennert 法の治療効果—全国15大学集計—

- 稲村 博雄, 戸島 均, 斎藤 修, 前山 裕之, 武田 一彦
青柳 優, 小池 吉郎 (山形大耳)

(56) 末梢性顔面神経麻痺に対する Stennert 療法の効果の検討

- 伊藤 八次, 藤宮 大, 大野 通敏, 高橋美也子, 小高 真美
林 真理子, 山田 剛寛, 時田 喬 (岐阜大耳)

(57) 末梢性顔面神経麻痺の保存的治療法の検討

- 佐々木 均, 朴沢 二郎, 藤原 文明 (弘前大耳)

第16群 手術 (Ⅰ) (14:30 ~ 15:00) 座長 八木 伸也 (京都大耳)

(58) 舌下神経顔面神経吻合術の適応とその効果

- 丘村 熙, 木谷 伸治, 柳原 尚明 (愛媛大耳)

(59) 顔面神経麻痺に対する筋肉移植術の評価—筋生検所見の検討—

- 上田 和毅 (都立大塚病形成)
波利井清紀 (東京大形成)

(60) 顔面神経麻痺に対する Gold Weight Implant

- 奥野 妙子, 野村 恭也 (東京大耳)

第17群 手術(Ⅱ) (15:00～15:45) 座長 波利井清紀(東京大形成)

(61) 顔面神経減荷術時の側頭筋弁の利用(予報)

○八木 伸也, 田林 徳昭

(京都大耳)

(62) 外傷性顔面神経麻痺における顔面神経減荷術施行例の検討

○大城 和夫, 伊達 和宏, 井村 成充, 武田 直広
入谷 寛, 湊川 徹, 西村 善彦

(兵庫医大耳)

(63) 耳下腺腫瘍手術と顔面神経処理上の留意点

○花沢 秀, 宮崎総一郎, 西平 茂樹, 石川 和夫, 戸川 清

(秋田大耳)

(64) 術後性顔面神経麻痺に対する顔面神経再建術の検討 (ビデオ演題)

○國弘 幸伸, 神崎 仁, 小川 郁

(慶応大耳)

閉会の辞

(15:45～15:50)

会長 本庄 巖

1) 顔面神経束内リンパ流

辻田 達朗* 谷 雅史** 柳原 尚明***

*愛媛労災病院耳鼻咽喉科

**鷹の子病院耳鼻咽喉科

***愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

第9回の本研究会において共同演者の谷が、顔面神経束内のリンパ流とこれに及ぼす顔面神経管の影響について報告した。今回、家兎を実験動物として前回と同様の方法で行った。その結果を報告する。顔面神経束内にピオクタニン青を少量注入し、(1) 骨性顔面神経管を保存した群。(2) 骨性顔面神経管を茎乳突孔まで開放した群。(3) 側頭骨外群の3群について6時間後の色素の動きを光学顕微鏡下に観察した。前回の結果同様、実験動物のすべてで中枢側にも抹消側にも色素は認められたが、抹消側への移動距離が圧倒的に長かった。3群で比較すると色素の移動は側頭骨外群が最も良く骨管保存群が最も悪かった。骨管開放群はその中間にあった。以上の結果から、顔面神経内には中枢側から抹消側へ向かうリンパ流が存在し、骨管開放によって神経束内リンパ流が促進されることを確認した。このリンパ流の促進が顔面神経減荷手術の効果の一つであると考えられる。

2) 逆行性顔面神経誘発電位 第3報：障害モデルにおける長期観察

田島和幸¹⁾、竹田泰三²⁾、岸本誠司²⁾、齋藤春雄²⁾

1) 高知市立市民病院耳鼻咽喉科

2) 高知医科大学耳鼻咽喉科

我々は、昨年及び今年の日本基礎耳科学会において、モルモットにおける逆行性顔面神経誘発電位の正常波形及び顔面神経傷害直後における波形変化について発表した。今回は、顔面神経傷害後の長期観察における波形の変化について報告する。

実験は正常モルモット25匹において行った。初めにsuperior approachにより顔面神経を膝状神経節において露出させ、小メスにて顔面神経を完全切断した。その後、24時間、48時間、72時間、2週間、3週間、1カ月、2カ月後に逆行性顔面神経誘発電位を記録した。記録は膝状神経節と茎乳突孔の間において顔面神経を露出させ、記録電極を置き、刺激は茎乳突孔において行った。他の条件は過去の報告に準じた。

その結果、神経切断後二相性であった波形は、72時間後までにほぼ消失すること、約3週間後より三相性の波形が再び現れてくるが、そのlatencyは、初めは延長しているが、次第に短縮されてくることがわかった。

3) 顔面神経の逆行性誘発電位の記録 (第3報)

木谷伸治 柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経の逆行性誘発電位(AEP)を経外耳道的に記録し、末梢性顔面神経麻痺における神経損傷程度の早期診断法としての本電位の有用性を検討している。第9回および第10回の本研究会において、AEPが経外耳道的に記録可能であること、得られた電位が側頭骨内顔面神経の広い範囲の状態を反映していることなどを示した。

今回は側頭骨内顔面神経に損傷を加えた後、経時的なAEPの変化を記録観察すると同時に、刺激による表情筋攣縮の域値を求めAEPの変化と比較検討した。

実験には成熟モルモットを用い、ネブタール腹腔内投与による麻酔後、耳介後上部切開により側頭骨を露出した。dorsal bullaを削開し側頭骨内顔面神経管を開放した後、顔面神経に切断または圧迫などの損傷を加えた。下眼瞼下部を切開し、buccal branchを剥離・露出し刺激部位とした。外耳道深部に記録用銀ボール電極を設置し、AEPを記録した。同時に表情筋の攣縮を観察し、両者の経時的变化を比較検討した。

4) 顔面神経内圧 第三報 障害顔面神経に対する浸透圧製剤投与の効果

竹内俊二、竹田泰三、岸本誠司、齋藤春雄

高知医科大学耳鼻咽喉科学教室

一昨年、昨年の顔面神経研究会において、我々は、サーボ圧測定装置を用いて顔面神経内圧の測定が可能なこと、顔面神経内圧が脳脊髄液圧の影響を受けること、グリセロール経口投与およびマンニトール静脈内投与によって顔面神経内圧が低下することを報告した。これらの実験は、正常モルモットを用いて行ったものであった。今回は、顔面神経障害動物においてマンニトール投与を行い、顔面神経内圧に対する効果を検討した。

実験にはすべて白色モルモットを用いた。顔面神経鼓室部のできるだけ中枢側において顔面神経を切断し、同部の骨欠損は歯科用セメントで閉鎖した。顔面神経切断処置後数日経過して顔面神経が膨化を起していると考えられる時点で、顔面神経内圧の測定を行いマンニトール静脈内投与の影響をみた。また、浸透圧製剤の顔面神経内圧に対する作用機序についてもさらに検討を加えた。

5) 顔面神経の光顕および電顕的観察

朴 修三, 波利井清紀

東京大学形成外科

われわれは、現在までに顔面交叉神経移植術や遊離筋肉移植術によって100例以上の顔面神経麻痺の再建を行ってきた。再建手術の際に健側および麻痺側の顔面神経を採取することができる。顔面神経麻痺の原因は脳腫瘍術後、ベル麻痺、中耳炎、外傷後、耳下腺部腫瘍術後などと多岐にわたる。今回、麻痺側の顔面神経を採取できた約50症例にたいして光顕および電顕的に観察を行なった。麻痺側顔面神経の形態的变化について原因別および健側との比較を行ない、若干の考察を加えて報告する。

6) 顔面神経の加齢変化(神経線維解析)

藤 井 まゆみ

後 藤 昇

駿河台日大病院耳鼻咽喉科

日本大学医学部第二解剖学教室

ヒト顔面神経の加齢に伴う神経線維の変化の有無を調べた。今までの光顕用染色法では一枚の切片上に軸索と髄鞘を同時に染色することは出来なかったが、今回新しく開発された染色法(LPH染色)により顔面神経線維の染色を行ない、一枚の切片上に軸索と髄鞘を染色した。軸索を計測の対象とし、描画装置付顕微鏡、画像解析装置、コンピューターの組み合わせを利用し、計測、統計解析を行なった。20代から90代までの各年代の11例について神経線維数、軸索断面積、軸索周長、真円率を求めた。その結果平均値は一側の神経線維数:約6000、軸索断面積:約 $6\mu\text{m}^2$ 、真円率:約0.8であった。結論として、顔面神経線維数は加齢と共に減少する傾向にあるが、軸索断面積と真円率の平均値は加齢と共に変化してはいなかった。

7) 運動神経修復に関する実験的研究 — フィブリン糊とナイロン糸による修復法の比較検討 —

西平茂樹, 伊藤永子, 戸川 清

秋田大学医学部耳鼻咽喉科学教室

20匹の Sprague Dawley ラットを用いた。両側坐骨神経の上臀神経枝と前脛骨及び総腓骨神経枝の間で、10匹では単純に神経を切断し別の10匹では1cm長の神経片を切離して左右を入れ換えて挿入した。神経修復は一侧では、10-0 ナイロン糸を用い、対側ではフィブリン糊を用いて行った。結果は修復後12週目に判定した。生着率は、肉眼的には単純な神経切断群ではナイロン糸による修復側も、フィブリン糊による修復側も共に100%であった。神経片の移植群ではナイロン使用側は100%の生着率が得られたが、フィブリン糊使用側では80%であった。組織学的には修復部における線維性結合織の増生の程度と炎症細胞浸潤の程度に明らかな差は認められなかった。神経再生の機能的評価は nerve muscle twitch strength (NMTS) と Compound action potential (CAP) のパラメータを用いて行った。NMTSは修復材料による差を認めなかった ($P > 0.5$) が、CAPのパラメータ間では、神経片の移植群において明らかに10-0 ナイロン使用側の方が高い値を示した。

8) ベル麻痺における中耳粘膜所見

藤原康雄¹⁾ 柳原尚明¹⁾ 倉田 毅²⁾

愛媛大学耳鼻咽喉科学教室¹⁾ 国立予防衛生研究所病理²⁾

ベル麻痺の発症に単純ヘルペスウイルス (HSV) 感染が関与している可能性は、過去に報告された多くの血清学的検索よりかなり高いと推測される。しかし、神経組織の生検が不可能なために、顔面神経のHSV感染を直接的に証明することはできない。一方、本症の発症初期にはしばしば鼓膜の発赤が観察され、また発症後かなりの日時を経ても顔面神経減荷術の際に、中耳粘膜に発赤や腫張などの炎症所見が認められることがある。今回我々はこの中耳粘膜の炎症性変化に注目し、手術時に採取した粘膜について、病理組織学的検査 (H. E. 染色) と間接蛍光抗体法を用いHSV抗原の検索を行ない、いくつかの知見を得たので報告する。

9) 脱神経を起した顔面神経の筋電図学的検査法

田 中 博 之

横 浜 市

末梢性顔面神経麻痺患者の中には既に脱神経を起してから紹介されてくる症例が数多くある。現在種々なる検査法に全く反応を示さなくなると脱神経という大きなグループに統合されて扱われているが、この中には種々なる程度に neurophaxia や axonotmesis の繊維が含まれているはずである。これを知るとは予後判定や手術適応決定上重要と思われる。

動物実験で神経が同一筋内で partial denervation を起すと実に多くの情報を得ることができる事が知られている。部分的に脱神経を起すとその近傍の正常神経からは terminal sprouting 及び collateral sprouting が生じ denervated endplate を支配し機能を回復する。しかしクラール等で block されたのみの場合には sprouting は生じないと言われている。人間では口輪筋が部分的に両側支配を受けており、1側の顔面神経が脱神経を起すと上述と同じ状態が形成される。そこで sprouting の多少を知ることにより、即ち簡単には EMG で giantspike の数を測定することにより脱神経の程度を知る方法を試みたものである。

10) 筋電図振巾ヒストグラムおよびスパイク頻度からみた顔面神経麻痺の回復経過

石川和夫, 板坂芳明, 戸川 清, 西平茂樹

秋田大学医学部耳鼻咽喉科学教室

表情筋スコアによる顔面神経麻痺の評価は、麻痺評価法として基本的でかつ重要なものであるが、客観性に欠けている。これを補うには、夫々の表情筋筋電図を記録する必要がある。

最近我々は、顔面神経麻痺患者に、20秒間の最大収縮を命じ、前頭筋、眼輪筋、口輪筋の夫々につき、振巾ヒストグラム、スパイク頻度を記録し、経時的にその回復経過につき検討し、その有用性を確認するとともに若干の知見を得たので報告する。

11) 多チャンネル表面筋電図法による前頭筋運動単位 電位導出の試み

○中村克彦、宇高二良

坂出回生病院耳鼻咽喉科、徳島大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺の予後を推定するために種々の電氣的診断法が行なわれている。そして一般には顔面神経の変性過程は compound action potential が、神経の再生過程は motor unit potential (MUP) が指標となっている。しかし、技術的には前者が比較的容易に導出されるのに比し、後者を導出するためには少なからず問題が残されている。即ち、現在干渉のないきれいな MUP を導出するためには針筋電図が用いられているが、この方法では導出面積が限られており一度に導出される MUP が少なく、刺入に際しての疼痛も大きな問題となっている。そこで今回我々はこれらの点を考慮して、多チャンネル表面筋電図法による MUP 導出を試みた。5 個の小型表面電極を 3 mm 間隔で一列に並べた特殊電極を作成し、前額皮膚面において 4 か所の相並ぶ 2 個の電極間での双極誘導をおこない前頭筋の MUP 導出の可能性につき検討した。

12) 顔面神経誘発筋電図における Collision 法の検討

戸島 均、稲村博雄、前山裕之、青柳 優、小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

我々は顔面神経の最大運動神経伝導速度 (MCV) の測定方法を開発し、Bell 麻痺や糖尿病患者においてその臨床的意義について検討してきた。特に Bell 麻痺においては、発症 2 週以内の MCV が正常であれば麻痺は 1 か月で回復するが、MCV が低下するにつれて麻痺の回復は遅延し MCV が 0 m/sec になるとすべて不完全回復であったことから、Bell 麻痺は急性の entrapment neuropathy に近い病態と考えられる。その際、個々の症例の MCV の最低値は 0 m/sec の他は 10 から 60 m/sec 付近に分布すると推定された。一般に糖尿病や entrapment neuropathy などの MCV の低下する病変に対しては伝導速度分布 (DNV) の計測によりより詳細な病態の解明を電気生理学的に解明できるとされている。しかし顔面神経においては今まで正確に MCV を測定する事が不可能であった事もあり、それらの検討は全く行なわれていない。そこで今回 DNV の測定に不可欠な collision technique が応用できるかについて検討したところ、若干の知見を得たので報告する。

13) Bell 麻痺および Hunt 症候群におけるアブミ骨筋反射の意義 — ENoG との比較 —

前山裕之、戸島 均、稲村博雄、斎藤 修
武田一彦、青柳 優、小池吉郎
山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺におけるアブミ骨筋反射 (SR) は、障害部位診断としてのみならず予後診断としての診断価値を有していることが知られており、日常診療で頻用されている。Bell 麻痺および Hunt 症候群については、発症早期に SR 陽性であれば一般に予後良好とされているが、SR が消失していても予後が良い症例も多数あり、SR 陰性即予後不良とは診断できない。神経の障害程度を判定するには、NET あるいは ENoG 等の電気生理学的検査が確実であり、特に ENoG は顔面神経末梢の Waller 変性の程度を客観的に判定可能で、発症 2 週以内の ENoG 最低値は、その症例の予後判定に極めて有用である。今回我々は、発症 2 週以内に当科受診し保存的治療を行った Bell 麻痺および Hunt 症候群症例で、治癒までもしくは発症後 6 か月間経過を観察できた Bell 麻痺 350 例、Hunt 症候群 36 例につき、ENoG と比較することにより SR の診断的意義を検討したところ若干の知見が得られたので報告する。

14) 顔面神経麻痺における瞬目反射潜時の役割

古田 茂、小川和昭、岩淵康雄、大山 勝
鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺の臨床において瞬目反射の有用性は認められている。我々も 10 年前より、本症の診断や予後判定に応用してきた。今回、瞬目反射、特に潜時と予後との関係について検討を加えた。

過去 10 年間、当科顔面神経外来を訪れた末梢性顔面神経麻痺の中で、瞬目反射検査を受けた Bell 麻痺 166 例および Hunt 症候群 40 例を対象とした。男女差はなく、ともに 103 例であった。瞬目反射検査回数は Bell 麻痺 348 回および Hunt 症候群 34 回であった。本反射波形の即時反応 (R1) および遅延反応 (R2) の潜時を測定した。正常側刺激の R1 の潜時は 13.38 ± 2.42 msec、正常側刺激の正常側 R2 の潜時は 36.79 ± 6.44 msec、患側刺激の正常側 R2 の潜時は 37.08 ± 6.85 msec であった。これらの数値をもとに、発症よりの期間と各潜時の推移を両疾患の間で比較した。

15) 末梢性顔面神経麻痺の ABR 所見

広野 喜信, 山本 悦生, 磯野 道夫, 大村 正樹, 水上千佳司

神戸市立中央市民病院耳鼻咽喉科

ベル麻痺は一般に mononeuropathy と考えられているが、polyneuropathy の一部分症であるとの報告がみられる。さらにこの polyneuropathy は末梢神経系の障害だけでなく、脳幹障害を起こすともいわれている。そこでわれわれは、脳幹障害の有無を調べるために、ベル麻痺およびハント症候群の新鮮例に ABR 検査を行った。純音聴力障害がなくても ABR に異常を示す例が認められた。異常所見の多くは、I-V 波間隔の延長であり、脳幹障害が疑われた。ABR の異常所見を示す例はハント症候群に多かったが、ベル麻痺にも、ABR に異常を示す例がみられた。従来よりハント症候群は、聴神経障害や脳幹障害をきたすとされている。今回の結果では、ハント症候群だけでなく、ベル麻痺でも ABR に異常を認める例がみられ、ベル麻痺の中にも polyneuropathy が含まれている可能性が示唆された。

16) ベル麻痺の瞳孔反応

— 左右差について —

森 弘・岩永迪孝・由井正剛

北野病院 耳鼻咽喉科

はじめに：ベル麻痺の病因、病象の推移を検討するために、自律神経機能を測定することは重要である。私どもは、自律神経機能を双眼イリスコーダーによる瞳孔反応で測定している。多数例の検査結果では、自律神経機能病的例は副交感神経系が交感神経系より圧倒的に多い。検査結果を、年齢を加味した標準値と 5% を棄却限界として、スミルノフ検定を用いて比較すると、瞳孔反応の左右差を多くの症例に明確にすることは困難である。そこで、今回、新たに左右差の問題を下記の方法で検討した。

結果：自律神経機能正常例、病的例としては交・副交感神経機能亢進・低下例の光刺激前瞳孔面積値の左右差を検討し、S.D. は交感神経機能病的例がもっとも大きい。次いで、反復検査を初期瞳孔面積を含む諸項目を用い、経過を追って 22 例について行なった。その結果、瞳孔反応に左右差のある症例は、自律神経機能病的群 17 例中 13 例に認めた。この 13 例中 9 例に健側の方が患側より正常化に向う傾向がある。上記、瞳孔反応に左右差を認めた症例の検査所見を供覧する。

17) ベル麻痺の予後診断

西川 益子¹⁾ 北村 博之¹⁾ 大八木章博¹⁾ 高北 晋一¹⁾ 田淵 圭作¹⁾
東辻 英郎²⁾

1) 天理病院 耳鼻咽喉科

2) 大和高田市

今回、当院を受診したベル麻痺患者新鮮例で、保存的治療のみを施行し、全経過を観察出来た122例に対し、いくつかの検査の予後診断の有用性について検討したので報告する。各検査の有用性について χ^2 検定を行った結果、初診時の表情筋の麻痺の程度による判定（score 0か、それ以上か）、electroneurography（10%以下か、10%より大か）、顎下腺唾液流量検査（30%以下か、30%より大か）でそれぞれ有用性を認めた。しかし電気味覚検査（域値差が16dB以下か、16dBより大か）、NET（左右差が5V以下か、5Vより大か）、唾液pH（6.4未満か、それ以上か）は有用性を認めなかった。更にelectroneurographyで、従来の口輪筋を測定する方法に比べて、眼輪筋を測定する方法がすぐれていた。又、顎下腺唾液流量検査で、従来の滴下数を測定する方法よりも、唾液分泌量を測定する方法がすぐれていた。

18) 聴神経腫瘍手術後の顔面神経機能の術前予測

宮本 恒彦、横山 徹夫、龍 浩志、植村 研一、杉山 憲嗣、

忍頂寺紀彰、下山一郎、野末道彦*

浜松医科大学脳神経外科、*耳鼻咽喉科*

診断法の向上により聴神経腫瘍の多くが著しい顔面神経麻痺を来す前に発見されるようになり、手術にあたって顔面神経機能の保存が重要になってきた。しかし現実には症例により技術的難易度には差があり、術前の症状と術後の顔面神経機能とは必ずしも一致しない。顔面神経の機能予後を術前に予測することは術者にとっても患者自身にとっても重要であり、われわれはCT所見、神経耳科学的所見とともに誘発筋電図所見を用いて術前評価を行っている。診察所見では麻痺が認められなくても、左右の誘発筋電図の電位を比較することで潜在的な障害の存在がわかる場合があり、このような場合にはCT所見や臨床所見から予測されるより困難な症例が多い。しかし逆に電位の低下を認めていても機能が比較的良く保存された症例や電位の低下がほとんどなかったのに著しい障害を残した症例もあり、単一の指標のみで予後を予測することは困難で多面的な評価が必要と思われた。

19) 末梢性顔面神経麻痺とサイトメガロウィルス

福井 聡、水口千寿、小林澄子、蓮見謙司、神山洋一郎

順天堂浦安病院麻酔科

我々のこれまでの結果からその半数近くがヘルペス科ウィルス感染と考えられたため、その治療に星状神経節ブロックに加え、アシクロビル(ACV)の投与を行ってきた。

今回我々は新鮮末梢性顔面神経麻痺 35 例のうち 19 例でELISA法にて、単純性(HSV)および帯状性ヘルペス(VZV)、サイトメガロウィルス(CMV)の3種においてそれぞれIgM、IgGを測定し若干の知見を得た。HSV抗体価陽性例は19例中6例、31.5%、VZVはなく、CMV陽性例は2例、10.5%であった。これらのENoGの経時的変化は、発症5日目がHSVで平均49.5%、CMVで41.6%、全体で44.3%であった。15日後はそれぞれ69.6%、30.2%、47.2%とHSVで高値、CMVで低値を示した。また麻痺スコアの変化も初診時HSVで13.0±7.7、CMVで13.0、10日後24.3±10.9、10.0、30日後は32.3±12.3に対し16.0と低く、CMV感染例は悪い予後を示した。これはACVがCMVに対し効果が弱いことを示唆しているものと思われた。

20) 反復性顔面神経麻痺の素因に関する検討 —血小板凝集能および血液粘度について—

永末裕子、東 さ織、久喜まき子、内山真一郎*、石井哲夫

東京女子医科大学 耳鼻咽喉科、*同 神経内科

S. 56 以後、当科顔面神経外来を受診した反復性顔面神経麻痺症例 5 例を対象として血清脂質、血小板凝集能、血液粘度を測定し検討した。

対象は、28歳、40歳、45歳、55歳の男性と57歳の女性で、交代性顔面神経麻痺3例、一側再発性顔面神経麻痺2例であった。

5例中4例に血清脂質の増加を認め、3例に血小板凝集能亢進、3例に血液粘度亢進を認めた。血小板凝集能が正常であった2例のうち、1例はTiclopidine、1例はPentoxifyllineを内服中であった。

虚血性脳血管障害において、血小板凝集能の亢進が報告されているが、今回我々は、血清脂質増加、血小板凝集能亢進、血液粘度亢進と、顔面神経麻痺との関連について若干の考察を加えて報告する。

21) 多発性脳神経症状を伴った顔面神経麻痺症例

野間研一, 村川和重, 石本栄作, 石田博厚, 和泉良平*

兵庫医科大学麻酔科, 宝塚市立病院麻酔科*

多発性脳神経麻痺を呈する病因は腫瘍, 感染, 中毒等, 種々の報告がみられる。今回われわれは, 顔面神経麻痺で発症し, その後多彩な脳神経麻痺症状を呈したが, 各種検査にても病因が追求できず, 特発性多発性脳神経炎と考えられた1症例を経験したので, 報告する。

症例は12才女性で, 昭和62年6月3日頃より後頭部痛, 肩こりがあり, 8日より右顔面神経麻痺を発症した。10日に当麻酔科外来を受診し, Bell麻痺の診断の下に星状神経節ブロック(SGB)を施行していたが, 11日夜より, めまいが出現し, 12日入院時には強いめまいと眼振がみられたため, 中枢性疾患を疑い, 脳神経外科に緊急入院となった。入院時所見で, 右顔面神経麻痺, めまい, 複視, 左方視にて注視眼振, 正面視で回旋眼振がみられたが, 脳脊髄液検査, CT, MRI, 脳血管造影等の諸検査では異常所見は認められず, 連日のSGB施行により, 脳神経症状は次第に改善し, 7月4日には軽度の顔面神経麻痺を残すのみで退院した。以後, SGBを続行し, 1ヶ月半後には, 顔面神経麻痺も完全に回復した。

22) 両側第7, 第8脳神経症状を呈したギランバレー症候群

伊豆蔵尚夫, 矢沢代四郎

滋賀医科大学耳鼻咽喉科

両側同時性顔面神経麻痺と両側第8脳神経障害を認めたギランバレー症候群を経験した。症例は43歳女性で, 感冒様症状, 回転性眩暈, 両側同時性顔面神経麻痺を呈した後, 両上肢下肢の筋力低下, 腱反射低下, 蛋白細胞解離を認めた為, ギランバレー症候群と診断した。

ステロイド, 血管拡張剤の投与にて経過を見たところ発症1ヶ月で筋力低下, 腱反射消失は最高となりその後徐々に回復した。ところが, 発症約3ヶ月で回転性眩暈を契機に両側同時性感音性難聴の進行を見た。聴力損失は約50dBまで進行し, ステロイド, 血管拡張剤等の再投与により約30dBまで回復した。ギランバレー症候群に顔面神経麻痺を伴う頻度は高く, Ravnの報告では127例中48例に認め, そのうち両側性は25例であったが第8脳神経障害の報告はなく我々の検索では数例の報告があるのみであった。

23) 多発性脳神経麻痺をきたし不幸な転帰をとった ホジキン病症例

中院真紀子, 高原哲夫, 木西 實, 野崎智嗣, 天津睦郎

神戸大学耳鼻咽喉科学教室

今回私達は、ホジキン病の経過中に顔面神経をはじめとする多発性脳神経症状を来し、"carcinomatous neuropathy" が強く疑われた症例を経験したので、報告する。症例は、28歳の女性で昭和62年12月1日に、前縦隔腫瘍亜全摘術を受けた。摘出標本の組織診断は、ホジキン病で、術後照射が行なわれた。最初の脳神経症状は、12月21日に突然両側舌下神経麻痺による言語障害で発症した。ついで、顔面神経麻痺、眼瞼下垂、眼球運動障害が次々に出現、さらに嘔声、筋力低下による歩行困難も出現し、呼吸困難、痙攣が生じ全身状態の悪化を来し昭和63年2月22日、死亡した。悪性腫瘍には、合併症として重篤な神経症状を伴うことがある。本症例に考察を加えて報告する。

24) 顔面痙攣を初発症状とした小脳橋角部髄膜腫の 一症例

瀬古恵子, 室伏利久, 工藤裕弘, 石井甲介*, 小林武夫**

東京大学耳鼻咽喉科, * 都立墨東病院, ** JR東京総合病院

小脳橋角部腫瘍において、髄膜腫は聴神経腫瘍についてよくみられるが、今回我々は顔面痙攣を初発症状とした小脳橋角部髄膜腫の一症例を経験したのでここに報告する。

【症例】44歳男性。昭和62年2月より左顔面痙攣が出現し、近医にて保存療法をうけるも症状の軽快がみられないため、3月当科初診となった。初診時、左顔面痙攣と舌左半分の知覚障害があり、5月より左顔面知覚障害が出現したため、頭蓋内病変を疑いCT, MRI, ABRなどの検査を施行した。画像診断上、小脳橋角部髄膜腫を疑い、12月手術施行し、病理学的に髄膜腫と診断された。

一側性顔面痙攣は椎骨脳底動脈系の血管による神経圧迫が原因といわれているが、その原疾患として腫瘍の存在に留意しなければならないことを強調するとともに、若干の文献的考察を加える。

25)

耳下腺良性腫瘍と顔面神経麻痺の合併例

寺倉 直明

北海道大学耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の原因の一つとして耳下腺悪性腫瘍が挙げられるが、耳下腺良性腫瘍症例で顔面神経麻痺を呈することは比較的稀である。

今回我々は、耳下腺腫瘍に同側の顔面神経麻痺を合併し、悪性腫瘍を疑われたが、術後に混合腫瘍であることが判明した3症例を経験した。麻痺はいずれも軽度で、全例術後又は術前検査施行中に回復した。

これらの症例につき、検査所見、手術所見とともに麻痺の成因等について若干の文献的考察を加え、報告する。

26)

顔面神経麻痺を伴ったサルコイドーシスの2症例

岩淵康雄、古田 茂、大山 勝

鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科学教室

sarcoidosis は全身疾患であるが、そのなかで神経病変は約10%に認められる。そして、顔面神経麻痺を示す例はその半数に認められている。本症における顔面神経麻痺の特長は、両側性易変動性にある。今回、我々は神経sarcoidosis と考えられる2症例を経験したので、神経耳科学的検査結果を中心に概要を報告する。<症例1>49才、女性。昭和58年8月中旬、上半身の部分的なhypoesthesia認める。8月末、右顔神麻痺、徐々に回復に向かう。10月中旬、舌咽神経麻痺、左顔神麻痺を来たしたため、当院神経内科入院し、当科紹介となる。これらの麻痺は同年12月には回復した。<症例2>27才、女性。昭和62年11月、左顔神麻痺。10日で回復した。同年12月末、右顔神麻痺および口内乾燥感出現。麻痺は徐々に回復している。職場検診にて、肺異常陰影を指摘され、当院放射線科入院し、当科紹介される。

27) Cardiofacial Syndrome の 2 症例

斎藤 修、戸島 均、稲村博雄
青柳 優、小池吉郎
山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

帝泣時に気付かれる一側性の先天性下口唇麻痺は、他の先天異常を伴う事が多く、中でも特に心奇形を合併するものを1969年 Cayler が、Cardiofacial Syndromeとして報告した。心奇形の報告は心室中隔欠損症が多く、動脈管開存症、心房中隔欠損、ファロー四徴症、肺動脈狭窄症などがある。原因は胎生期に心原基と、表情筋が生じる舌骨弓が近接位置をとるために、ウイルス感染、染色体異常、母体の代謝異常などの影響を併発するという報告があるが、明らかにはされていない。

今回、先天性の顔面神経麻痺に心室中隔欠損症を合併し、Cardiofacial Syndromeと診断された2症例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

28) 伝染性単核症に伴う小児顔面神経麻痺の一例

小林憲明、奥 常幸、畑 裕子、渡辺 勲
東京医科歯科大学

伝染性単核症には様々な神経症状の合併が知られており、末梢性顔面神経麻痺の報告もいくつかみられる。しかし、EBウイルス抗体価を測定しその推移を追うことのできた例は少い。今回我々は伝染性単核症に末梢性顔面神経麻痺を合併し、8ヶ月の経過とEBウイルス抗体価の推移を追い得た症例を経験したので報告する。症例は2歳の男子で、発熱・咽頭痛・肝機能障害のため他院にて伝染性単核症と診断され、同時に右末梢性顔面神経麻痺を伴っていた。2週間後他症状が軽快したにもかかわらず麻痺の軽快をみなかったため当科紹介され入院となる。初診時、スコアは、40点中6点と高度麻痺を呈し、CTにて乳突洞炎も確認された。入院後1ヶ月して乳突洞炎は軽快したが麻痺の改善はみられなかった。この時点で誘発筋電図を行ったが、無反応であったため手術にふみきるべきかを考慮しながら様子を見ていたところ、幸い入院後6週間目より麻痺の改善がみられ完全回復にいった。この間EBウイルス抗体価も数回にわたって調べておりその経過もあわせて報告する。

29) 錐体尖真珠腫症例での顔面神経修復

山本悦生, 水上千佳司, 磯野道夫, 広野喜信, 大村正樹

神戸市立中央市民病院耳鼻咽喉科

錐体部に形成される真珠腫症例では、顔面神経が病変により傷害されていたり、病変除去時に犠牲にされざるを得ないことがあり、神経修復が必要となる場合が多い。その修復法としては、他神経との吻合や神経移植が行われる。最近、神経移植により顔面神経修復を行った錐体尖真珠腫症例を経験したので報告する。

症例は36才男性で、右顔面神経麻痺があり、他科医によりベル麻痺として保存的治療が行われるも改善の徴候なく、当科を受診した。CTその他のX線検査で、錐体尖部の腫瘍を疑い、手術した。真珠腫塊が、錐体尖部を中心に乳突腔内に存在し、一部鼓室内にも及んでいた。迷路は破壊されており、迷路摘出後、真珠腫は完全に除去した。顔面神経は、迷路部、鼓室部を中心に傷害されており、中頭蓋窩および後頭蓋窩硬膜が露呈していた。顔面神経の内耳道部の末梢端と垂直部の中枢端の間に約4cmの大耳介神経を移植した。10-0の糸で、おのおの2針神経外膜縫合を行なった。

30) 真珠腫による顔面神経麻痺の検討

伊藤信輔、小田原修一

久留米大学耳鼻咽喉科

真珠腫による顔面神経麻痺の臨床像を理解する目的で、最近2年半の間に手術治療を施した真珠腫症例88例について検討した。

顔面神経管の欠損は24例(27.3%)に認められ、このうち7例(29.2%)で顔面神経麻痺が続発していた。神経管に欠損の認められなかった群では、麻痺例は1例(1.6%)のみであった。術後に麻痺をきたした例は無かった。

神経管の欠損は水平部が主で、麻痺例では全例欠損部に肉芽を認めた。これに対し、麻痺を伴わなかった例では、真珠腫上皮は神経鞘から容易に剥離され、この部に肉芽の増殖は明らかではなかった。神経管に欠損が認められなかった麻痺例では、鼓膜・上鼓室に肉芽の増殖が著しく、麻痺発症前より耳痛を訴えていた。この例を含めて、耳痛を前駆症状として麻痺をきたしたのは8例中5例(62.5%)であった。

麻痺の度は軽～中等度で、全例6ヶ月以内に治癒した。

31) 顔面神経麻痺を生じた髄膜腫の1症例

村上信五, 高須賀信夫, 黒川浩伸, 善家喜一郎,* 大田正博,* 佐々木 潮,*
古谷敬三 **

愛媛県立中央病院 耳鼻咽喉科, 同脳外科,* 同病理**

顔面神経麻痺を生じる頭蓋内及び側頭骨内腫瘍は種々報告されているが髄膜腫は比較的稀な疾患である。今回錐体骨部に発生し顔面神経麻痺, 耳鳴, 難聴を生じた髄膜腫を経験したので報告する。症例は56才男性, 昭和58年頃より右拍動性耳鳴, 難聴を生じ, 昭和62年12月右顔面神経麻痺を生じた。昭和63年1月当院脳外科を受診し, CTにて錐体骨前縁に3×3 cm大の腫瘍を認め当科紹介となる。耳鏡にて鼓室後上部に発赤, 一部拍動のある腫瘤を認め神経耳科学的検査にて表情筋スコア32/40, 右53dβの伝音難聴, 右CPを認めた。また脳血管撮影にて中硬膜動脈からの栄養血管を認め, 塞栓術にて耳鳴は消失した。以上の臨床症状検査所見より頸静脈球腫瘍, 顔面神経鞘腫を疑い, 側頭下開頭及び乳突洞開放にて腫瘍を摘出した。病理診断は髄膜腫であった。文献的考察を加えて報告する。

32) 顔面神経腫瘍症例のMRI

伊藤 正博

山口赤十字病院 耳鼻咽喉科

顔面神経管～内耳道内に主在した adenoid cystic ca. 症例のMRIについて報告する。この腫瘍は当科, 脳外科の手術所見, 病理検査の結果等より中耳異所性唾液腺組織 (salivary gland choristoma) の悪性化したものと考えた。この組織は発生学的に顔面神経と密接な関係があるとされており, これが管内で発育悪性化神経浸潤したと考えられた。MRIは起電導型 (1.5テスラ) で, サーフェスコイルも併用し高分解像を得た。撮像法はT₁強調像, SE法とした。腫瘍及び周囲の正常神経 (顔面神経, 聴神経, 大錐体神経), 蝸牛, 半規管の像について述べる。

33) 耳下腺内顔面神経由来神経鞘腫の1例

有賀秀治, 津田 守, 天津治子

住友病院耳鼻咽喉科

神経鞘腫はシュワン細胞より発生する腫瘍であるが、耳鼻咽喉科領域では、聴神経腫瘍に代表され、顔面神経に由来するものは少ない。特に、耳下腺内腫瘍として現われるものは、極めて少ない。その1例を経験したので、報告をする。症例は60歳女性。右耳下腺部の腫脹を訴え来院した。右耳下部に2.5cm×2.5cmの腫瘤が触知され、CT scan, Sialography, Echo-graphy等の検査後、耳下腺腫瘍と考え、手術を施行した。なお、術前に顔面神経麻痺は認められなかった。術中、最初、顔面神経の露出をはかったが、その部に白色の腫瘍が出現し、側頭骨内に入り込み、また末梢で、顔面神経の側頭顔面枝と顎顔面枝が腫瘍より分岐していた。組織診では、Antoni A型とAntoni B型を有する神経鞘腫であった。本疾患は、文献的に見ても腫瘍形成以外には、特に特徴的な所見のない術前診断が極めて困難な疾患の一つである。

34) 顔面神経鞘腫3症例

安岡義人, 室井昌彦, 今村純子, 牧 清人, 亀井民雄

群馬大学耳鼻咽喉科

側頭骨内顔面神経鞘腫2例と側頭骨・耳下腺内顔面神経鞘腫1例を報告する。症例1, 28歳女性、主訴は右耳閉感と右顔面神経不全麻痺、鼓膜後上部に赤白色の膨隆を認めた。手術所見では、顔面神経水平～垂直部に赤褐色の軟かい腫瘍を認めた。患者の希望もあり部分摘出と顔面神経減圧術のみ施行し、5年間経過観察中である。症例2, 48歳女性、主訴は右難聴と耳鳴で、一年前からしだいに増悪、鼓膜後上部 $\frac{1}{2}$ に膨隆を認めたが顔面神経麻痺はなかった。発症より約1年5カ月で手術、顔面神経膝～水平～垂直部に暗赤色の腫瘍あり、全摘後大耳介神経移植縫合した。症例3, 39歳女性、右顔面痙攣で発症、顔面神経麻痺、難聴が進行し、発症より1年9カ月で外耳道腫瘍の組織診にて確定した。腫瘍は赤褐色軟かい肉芽様で、水平～垂直部から外耳道耳下腺内にもあり、全摘後大耳介神経移植した。顔面神経鞘腫の早期診断は困難だが、CTは腫瘍の部位診断に特に有効であった。3症例の腫瘍の性状は、臨床・組織的に似ていたが、顔面神経麻痺の出現には差があった。

35) Meige 症候群の臨床症候と治療

中尾直樹・佐橋 功・鹿山正人・満間照典・
瀧本 勲*・高橋 昭**

愛知医科大学第四内科 *同耳鼻咽喉科 **名古屋大学神経内科

Meige 症候群は中年以降に発症し、主に顔面の不随意運動、とくに眼輪筋の収縮による開閉眼困難を主徴とした表情筋運動異常症である。今回は自験14症例(男9例・女5例)の臨床、治療分析を報告する。発症の多くは40歳から50歳代であり、最若年例は34歳であった。瞬目過多を主な初発症状とし、しだいに開眼が困難になり、臨床経過中にやや左右差を認める症例もあった。ほぼ全症例が光刺激や精神緊張を増悪因子とし、軽快因子としては座位、歩行、会話、運転などと一定しない。また3例は顔面筋以外の異常神経徴候を呈した。ドパミン作動薬を中心とした治療を行なったが、長期に渉る有効薬はなかった。また一部の症例で行なった顔面神経の切断術は約半年で効果は消失した。以上 Meige 症候群を focal dystonia の一型と考え、その臨床的多様性につき考察を加え、また各種薬剤の治療歴を既報告と比較検討する。

36) Meige 症候群の1症例

武田一彦、戸島 均、稲村博雄、斎藤 修
前山裕之、青柳 優、小池吉郎
山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

Meige 症候群は、1910年Meigeにより初めて記載され、現在ではBlepharospasm-oromandibular dystonia として一括される症候群である。本疾患は、高齢者に好発し、顔面中央の眼輪筋、口輪筋等に両側性の dystonia 様不随意運動を生じるものである。今回我々は Meige 症候群の一症例を経験し、投薬により軽快することができたので、その経過をビデオにて供覧し、若干の考察を加え報告する。

症例は71歳女性で、2年前より眼輪筋及び口輪筋、咬筋周辺の dystonia 様不随意運動が出現、次第に増強するため62年4月1日当科受診し、Meige 症候群疑いにて精査、加療のため当科入院した。CT等諸検査にて異常なく、L-dopa 投与にて症状悪化をきたし、典型的 Meige 症候群と診断した。その後 trihexyphenidil、pimozide の投与を開始したが、投薬開始後次第に症状は軽快し、約1年を経過した現在も投薬を継続しているが、自覚的、他覚的にも症状の増悪なく経過良好である。

37) 顔面神経麻痺で発症したウェゲェナー肉芽腫症の一症例

横小路雅文, 小林武夫,⁽¹⁾ 工藤裕弘⁽²⁾

(1)中央鉄道病院耳鼻咽喉科, (2)東京大学耳鼻咽喉科

ウェゲェナー肉芽腫症は、気道の肉芽腫性炎症、壊死性糸球体腎炎、壊死性血管炎を3主徴とする比較的稀な疾患である。通常は鼻副鼻腔症状で発見されることが多いが、我々の症例は45歳女性で、右顔面麻痺および中耳炎で初発した。乳突洞削開術を行った後に、右鼻腔内に易出血性の腫瘤および右軟口蓋壊死が出現し、副鼻腔腫瘍疑いにて右デンケル手術を行った。病理は血管炎の像を呈しており、ウェゲェナー肉芽腫症が強く疑われた。やがて肺病変および腎病変も出現し、診断が確定された。エンドキサン、オンコピン、プレドニンによる化学療法を行い、現在寛解するに至っている。本症例は初発症状が典型的でなく、鼻副鼻腔症状の出現が遅れたため診断に苦慮した点、経過中に心筋内腫瘤が出現して不整脈や心不全を併発した点、および健側耳も高度聴力低下に陥った点で、非常にまれな症例と思われる。

38) 動注癌化学療法に伴う末梢性顔面神経麻痺

堀内 正敏, 新川 敦, 坂井 真, 三宅 浩郷

東海大学医学部耳鼻咽喉科

頭頸部癌の動注癌化学療法後に発症した末梢性顔面神経麻痺の2症例を報告した。症例は55才及び68才の女性で中咽頭癌及び上顎洞癌の治療の目的で動注癌化学療法を受けた。浅側頭動脈内に silicon catheter を留置し、その先端部位を確認した後抗癌剤(CDDP)を2時間かけて持続動注した。動注は3週毎に行ったが、2人とも初回動注の2日後に末梢性顔面神経麻痺が認められた。麻痺の程度は完全麻痺と不完全麻痺の各1例ずつであり、麻痺の局在診断ではともに膝神経節より末梢であった。麻痺の原因は、癌の浸潤によるものではなく化学療法に続発したものと判断され、麻痺に対する治療は行なわなかったが、6ヶ月以内に両者とも完全に回復した。麻痺の原因は動注療法に伴う虚血と推定されたので、その栄養血管を検討した。一例において三叉神経の第Ⅲ枝の麻痺を伴っており、他の一例では、Tc-MAAを用いた薬剤の臓器分布検査で上顎動脈領域にのみ分布が限られていた。以上のことから中硬膜動脈領域の虚血状態が推定された。

39) 聴力障害を伴い顔面神経麻痺を欠いた三叉神経第三枝帯状疱疹の二症例

村川和重, 石本栄作, 野間研一, 河野克彬, 石田博厚, 和泉良平*

兵庫医科大学麻酔学教室, 宝塚市立病院麻酔科*

帯状疱疹に起因する神経障害としては末梢性感覚神経障害が多いが, 三叉神経第三枝領域の帯状疱疹に顔面神経麻痺を欠く聴力障害を伴った稀な神経合併症の二症例を経験した。

<症例および考察> 症例 1. 76歳, 男性。左側頭部に疼痛出現, 2日目に左顔面に皮疹が生じて疼痛増強, 5日目に左耳の聴力低下合併し, 9日目に当科を受診して左三叉神経第三枝帯状疱疹と診断, 左耳の混合性難聴を伴っていたが顔面運動等は正常であった。星状神経節ブロック(SGB)を中心とした治療にて約1ヶ月半後には左顔面痛および左右の聴力差は消失した。症例 2. 43歳, 男性。左顔面痛出現, 2日目には皮疹も発生し, 3日目に当科を受診して左三叉神経第三枝帯状疱疹と診断し, SGBとacyclovir(ACV)の投与を開始した。6日目には顔面痛は消失したが, 左耳の混合性難聴を併発し, ACVの投与は5日間中止したが, SGBは続行して約2ヶ月半後に左右の聴力差は消失した。聴力障害の発症機転は, 二症例共に顔面神経麻痺を欠いており複雑であるが, 考察を加えて報告する。

40) 顔面神経麻痺後遺症の評点法による経過観察

○西本 力, 村田清高, 山上典子

近畿大学耳鼻咽喉科

演者らは本研究会において, 顔面神経麻痺後遺症を評価する方法として顔面神経麻痺後遺症の評点法を発表し, 実際の生活に基づく患者自身の評価と, 顔面表情筋間の異常共同運動の筋電図と, 顔面神経麻痺後遺症の評点法とを比較検討し, 顔面神経麻痺後遺症の評点法の正当性, 有用性を確かめてきた。今回は, この顔面神経麻痺後遺症評点法を用いて, 顔面神経麻痺後遺症の発現時期, 発現後の経過等について, 詳しく観察したので報告する。

対象は, 顔面神経麻痺発症後1年以上にわたり約1カ月に一回の割合で診察し得た患者である。これによると, 顔面神経麻痺後遺症の発現は, 顔面神経麻痺発症後3カ月~7カ月に認められた。麻痺発症後1年の時点ではまだ後遺症は変化しており, さらに長期の経過観察が必要であることがわかった。

41) 顔面神経麻痺後遺症の臨牀的觀察

中尾善亮 海江田純彦 宮崎充* 隈上秀伯

長崎大耳鼻科 *三菱病院耳鼻科

Bell 麻痺や Hunt 症候群などの不完全治癒例では異常共同運動や拘縮などなんらかの後遺症がみられることが多いが、顔面神経鞘腫などでは麻痺が長期間続いてもこれらの後遺症がほとんどみられず患側の筋の緊張は低下したままのことがある。これらの差異はいかなる理由によるものか。今回 Bell 6 例、Hunt 症候群 3 例、Melkersson-Rosenthal 症候群例、顔面神経鞘腫例および中耳腫瘍例の計 12 例の末梢性顔面神経麻痺の不完全治癒例で経過觀察を行い、併せて筋電図的に検討したので報告する。

42) 末梢性顔面神経麻痺症例における異常共同運動の出現について

白居洋行, 畑 裕子, 仲 博美, 田中英和, 羽成敬一, 奥野秀次,
渡辺 勲

東京医科歯科大学耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺症例では麻痺が回復しても異常共同運動などの後遺症を残す例がある。今回我々ほどの様な症例で異常共同運動が生じ易いかについての検討を行なった。

対象は昭和 56 年 1 月より昭和 62 年 12 月までの 7 年間に東京医科歯科大学耳鼻咽喉科で診断, 治療を行ない, 十分な経過觀察を行いた末梢性顔面神経麻痺新鮮症例 140 例 (Bell 麻痺: 114 例, Hunt 症候群: 26 例) である。この内の 32 症例 (22.9%) に後遺症である異常共同運動が出現した。各年代別では 10 才未満で 8 例中 3 例 (37.5%), 10 才台では 14 例中 5 例 (35.7%), 20 才台では 17 例中 2 例 (11.8%), 30 才台では 25 例中 6 例 (24.0%), 40 才台では 23 例中 6 例 (26.1%), 50 才台では 23 例中 5 例 (21.7%), 60 才台では 23 例中 4 例 (17.4%), 70 才台では 7 例中 1 例 (14.3%) であった。各種の予後判定法と異常共同運動出現との関係について考察を加えて報告する。

43) 顔面けいれんにおける術前後、及び術中での誘発筋電図の検討

島本佳憲, 塩原隆造, 田村清隆, 中務正志, 戸谷重雄

慶応義塾大学 脳神経外科

(目的、方法) hemifacial spasm(HFS)の症例にて、術前後、及び術中に、患側の顔面神経 zygomatic branch 刺激による mentalis muscle での筋電図を記録しHFSの原因診断としての有用性を検討した。(結果)HFS 4例を検討対象とした。うち3例は血管による神経直接圧迫が原因であり、残り1例は小脳橋角部腫瘍(epidermoid)が原因であると思われた。前者3例全例において、術前 mentalis muscle EMGにて異常電位が出現したが、すでに Jannettaらによって報告されている如く、神経血管減圧術施行によってそれらの異常電位は術中に完全に消失した。術後HFSも消失し経過も良好である。後者の腫瘍が原因と思われる1例では、腫瘍全摘後もHFSは持続していたが、異常電位の出現は見られなかった。(結論)この異常電位の出現は、HFSの原因として、血管による神経直接圧迫を示唆するものと考えられた。

44) 顔面痙攣における誘発筋電図の術中記録 —発生機構に関する考察—

板垣晋一, 斉藤伸二郎, 中井 昂
山形大学脳神経外科

(目的) 顔面痙攣の全麻下手術中に瞬目反射(R1), 口輪筋異常共同運動電位(S1), および顔面神経下顎枝(MD)刺激による眼輪筋電位(MD-OC)が痙攣側から記録できることを見いだした。今回、これらの異常電位の発生機構について検討した。(方法) 対象は顔面痙攣患者21例である。開頭から神経減圧までの手術操作中、R1, S1, MD-OCを記録し、その変化を観察した。また、頭蓋内顔面神経刺激による眼輪筋電位(VII-OC)とMD刺激による頭蓋内顔面神経の逆行性電位(MD-VII)を記録した。(結果と考察) S1とMD-OCは各症例において消失の手術操作時期はことなるが、全例が同時に消失した。R1は2例でS1, MD-OCの消失に一致して不安定な出現となったが残りの19例でS1, MD-OCと同時に消失した。MD-OC, MD-VII, VII-OCの各潜時を計測するとMD-OCの潜時はMD-VIIとVII-OCの潜時の和より2.55msec長かった。従って、MD-OCは血管圧迫部におけるephapsisではなく顔面神経核を介するbackfiringと考えられた。R1, S1, MD-OCが全麻下でも記録される異常機構には顔面神経核の興奮性亢進が主役をなしていると考えられた。

45) 顔面痙攣で発症した髄鞘腫の一例

田中 正美 竹田 幹男, 池田 稔, 齋藤 雄一郎, 富田 寛
川又 達朗*, 坪川 孝志*

日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室, *日本大学医学部脳神経外科学教室

症例は47歳女性。約1年前からの、徐々に進行する左側の顔面痙攣を主訴に、昭和63年3月当科受診。

初診時、臨床症状として、左側の顔面痙攣と、軽度の顔面神経麻痺を認めた。また、高度の左偏倚傾向と、温度眼振検査における左半規管機能低下が認められたが、聴力は正常であった。

レ線検査において、内耳道の拡大は認められなかったが、CTにより、左小脳橋角部を主体に、広範な頭蓋底の骨破壊を伴う、均一に enhance される巨大な腫瘍陰影が認められた。

本症例の臨床経過、手術所見、ならびに若干の文献的考察をあわせて報告する。

46) 顔面痙攣症の椎骨動脈左右差 — V A G による計測

中島成人 隈上秀伯

長崎大学医学部耳鼻咽喉科学教室

特発性の片側性顔面痙攣症は現在では、顔面神経が脳幹部を出た直後の、いわゆる root entry zone の部で動脈により圧迫されることによるとされ (Neurovascular compression)、従って根本的治療は、同部で動脈を離す Neurovascular Decompression となっている。そしてこの際施行された椎骨動脈造影 (VAG) 像の特徴として、痙攣側の椎骨動脈の径が大きく、末梢第4屈曲部が鋭角であることがあげられている。しかし一方、椎骨動脈系には一般的に左右差が多いとも言われており、その左右差の病的判断がむずかしくなる。そこで今回顔面痙攣症20例と他の疾患 (突発性難聴、小脳橋角部腫瘍、椎骨脳底動脈不全症、動脈瘤など) 32例の VAG を検索し、ある点での椎骨動脈の左右径の比と第4屈曲部の角度を計測、比較し、はたして本症の VAG の特徴が数値的にも有意なものかを検討する。

47) 顔面神経麻痺の免疫学的研究

大森 英生、池田 稔、久木元 延生、鶴町 昌也、河本 英敏
富田 寛

日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室

急性末梢性顔面神経麻痺（ベル麻痺及びハント症候群）の発症時、患者個体内で何らかの免疫異常が認められるのではないかとの観点から、末梢血中のリンパ球動態を検討した報告がある。そして、その結果から麻痺の原因として、ヘルペスウィルスの再活性化、神経鞘に対する自己免疫反応の存在も示唆されてきた。

我々は、急性末梢性顔面神経麻痺患者の末梢血中のヘルペスウィルス抗体価、リンパ球動態等の臨床病理学的検査に加え、帯状疱疹ウィルスの遅延型アレルギー反応を検査している。今回、末梢血中のリンパ球動態及び機能と、皮内テストによる遅延型アレルギー反応の結果により、麻痺発症時の免疫状態につき検討を加えたので報告する。

48) 顔面神経麻痺の回復過程について

海江田 純彦、中尾 善亮、今里 滋、宮崎 充*、隈上 秀伯

長崎大学附属病院耳鼻咽喉科 *三菱病院耳鼻咽喉科

昭和61年7月から63年1月までに当科を受診した顔面神経麻痺症例の流涙、味覚障害及びアブミ骨筋反射が発症初期より、治癒又は固定時に至る経過の中で、いかに改善変化するかについて、麻痺程度と合わせて比較検討を行った。内訳は上記検査による経過を追うことのできたBell 麻痺35例、Hunt 症候群7例の計42例である。結果をまとめると以下のようになる。1) Bell 麻痺においては、流涙障害のある例は皆無であった。2) 発症後2カ月以内にスコアが20点をこえた時は、流涙障害、アブミ骨筋反射、味覚障害は全て回復している。3) Bell 麻痺、Hunt 症候群を問わず、流涙、味覚機能の回復は、アブミ骨筋反射のそれに先行する傾向にある。これらの事実は従来行われてきた教科的な部位診断の再考の必要性を示唆するものとして興味深い。

49) ベル麻痺症例の顔面運動評価と予後

野崎智嗣, 細見英男, 高原哲夫, 木西 實, 中院真紀子, 三宅博文
天津睦郎
神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

Bell 麻痺の程度はその予後と密接な関係があり, 新鮮例の初診時顔面運動の程度により, ある程度予後診断が可能である。河合らは, 本会においてBell麻痺の発症後1ヶ月でのスコアで40点以上 (May-細見) では98%の治癒率であったと述べている。今回, ステロイド大量静注療法を行なったBell麻痺症例の回復過程での顔面運動の評価と予後の関連を検討した。〔対象〕昭和59年7月から昭和62年9月迄に当科を受診したBell麻痺新鮮例で点滴療法を実施し, 完全回復または最低6ヶ月以上経過観察しえた111例を対象とした。

〔結果〕不全麻痺37例は全例治癒した。完全麻痺75例は, 完全治癒67例で不全治癒8例であった。完全麻痺では, 1ヶ月後のスコアが30%以上では98%の治癒率を示し, 25%以下では42%であった。以上の結果について神経興奮検査との関係や, ステロイド内服例と比較した。

50) ENoG検査による星状神経節ブロック治療 予後の検討

唐澤秀武, 湯田康正, 塩谷正弘, 大瀬戸清茂, 長沼芳和, 大野健次*,
若杉文吉*

関東通信病院ペインクリニック科, 東京慈恵会医科大学麻酔科*

末梢性顔面神経麻痺に対し, 当科では星状神経節ブロック (以下SGB) を用いると同時に, その予後判定のためにElectroneuronogram (以下ENoG) を行って来た。今回は治療初期のENoG値がSGB治療の予後にどのような情報を与えるか麻痺スコアとの比較も含め検討した。対象は昭和57年から61年までに当科を受診した患者で検査結果の明らかな180名。ENoG値は発症より7~10日前後の値とし, 予後調査は治療開始より3ヶ月から6ヶ月後に葉書アンケートを用いた。結果, 麻痺スコア4点と10点を境に3群にわけると, 各群とも治療成績は様々で, 10点以下の症例でも52%は完治している。一方ENoG値では, 20%を境に予後は大きく変化し, これ以上では完治患者の割合は50%をこえ, 値が20%増す毎に完治患者の割合は約10%ずつ増加していく。また通院期間もENoG値が大きくなるに従って短くなる傾向を示している。これより, SGB治療の予後予想には麻痺スコアよりもENoG値が優れると判断されるが, ENoG20%以下の症例については今後の検討を要する。

51) 舌下神経—顔面神経吻合術のfollow up について

龍浩志, 横山徹夫, 植村研一, 忍頂寺紀彰, 堺常雄
下山一郎, 村木正明, 宮本恒彦, 杉山憲嗣, 山本清二
遠藤光俊, 野末道彦*
浜松医科大学脳神経外科, “耳鼻咽喉科”

過去10年間におこなった舌下神経—顔面神経吻合術の20症例についてfollow up を行った。内訳は聴神経腫瘍12例, 外傷7例, 動脈瘤の術後1例であった。術後一過性に舌の動きが不自由になるが次第に反対側の代償作用によって慣れてなんらの不自由を感じなくなる。約4—6ヵ月で安静時における非対称性が消失してくる。舌の動きのコントロールによりかなりの随意運動を起こすことができる症例もあるが, その後の回復について術前の期間, 顔面神経の術前の誘発筋電図の所見等を中心に分析を行ったのでその結果を報告する。

52) 末梢性顔面神経麻痺の筋力増強訓練

服部紀子・下野俊哉・山本隆博・瀧本 勲*
愛知医科大学付属病院リハビリテーション部・耳鼻咽喉科*

顔面神経麻痺により顔面筋の筋力低下をきたし、日常生活上、数々の問題をもつ患者が多い。通常その様な場合には、顔面筋の筋力増強訓練が指導されている。顔面の筋力増強訓練は、四肢の場合に比べ筋運動感覚や視覚的feedbackが得られ難く、また抵抗を加えにくい等により、訓練中十分な筋収縮を引き出すことが困難である。そのため訓練が不確実になったり、訓練へのモチベーション低下にもつながる。

そこで、我々はより有用な筋力増強訓練を行うために、鏡、EMGを用いて訓練中の筋収縮状態を視覚的にfeedbackさせた方法を取り入れている。今回、このbiofeedbackによる筋力増強訓練の有効性を、健常人、及び顔面神経麻痺症例において筋電図学的に検討したので報告する。

53) 末梢性顔面神経麻痺に対する鍼併用療法の検討

安藤文紀，西田章通，中村辰三¹⁾
小野寿之，小宮精一²⁾，水越治³⁾

明治鍼灸柔道整復専門学校¹⁾，京都府立医科大学耳鼻咽喉科学教室²⁾
明治鍼灸大学³⁾

我々は、昭和57年より京都府立医科大学付属病院耳鼻咽喉科外来にて、末梢性顔面神経麻痺に対し、一般的な医学的治療と併用し鍼治療を行ってきた。今回、星状神経節ブロック、ステロイド等の保存的治療と併用し鍼治療を行ったベル麻痺とハント症候群について、回復過程の検討を加えたので報告する。

対象は昭和57年7月より昭和63年2月まで外来を受診した患者のうち、発症後6カ月以内に鍼治療を5回以上併用したベル麻痺21例、ハント症候群10例。麻痺程度の判定は日本顔面神経研究班の判定基準にしたがった。鍼治療は顔面部の経穴を主に使用し、低周波置鍼療法を行った。発症後1カ月以上で経過が緩慢であったものに鍼治療を併用することにより、回復した症例がみられたので報告する。

54) Ramsay Hunt 症候群の治療成績

木西 實，細見英男，高原哲夫，野崎智嗣，中院真紀子，三宅博文，
天津睦郎

神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

当科では1984年7月より、Ramsay Hunt 症候群の保存的治療として、大量のステロイド剤を循環改善剤とともに点滴静注する治療法を行ってきた。今回、その治療成績を報告する。

対象症例：麻痺発症後2週以内に当科を受診したRamsay Hunt 症候群新鮮例のうち、経過観察が可能であった35例である。初診時20%以上の顔面運動がみられた不全麻痺例は5例、15%以下の顔面運動であった完全麻痺例は30例であった。

治療成績：不全麻痺例は5例全例が完全回復した。一方、完全麻痺例は13例が完全回復にいたり、17例は不全回復におわった。Ramsay Hunt 症候群全体では51% (18/35) の完全治癒率であった。

Bell 麻痺症例の治療成績が約90%の完全治癒率であったのに比較して、Ramsay Hunt 症候群ではその治療成績は不良であった。

55) 特発性顔面神経麻痺に対する Stennert 法の治療効果 — 全国 15 大学集計 —

稲村博雄、戸島 均、斎藤 修、前山裕之
武田一彦、青柳 優、小池吉郎
山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

特発性顔面神経麻痺の治療に関しては、最近のステロイドを中心とした保存的治療法の進歩により約80～90%の治癒率が得られているが、少なくとも10%の症例に、高度の麻痺が残存したり、各種の後遺症が発生しているのが現状である。この保存療法に関連して、Stennert はベル麻痺に対する保存療法として、微少循環改善を目的としステロイド早期大量投与とペントキシフィリンと低分子デキストンの混合点滴静注によって96%という驚異的完治率を報告している。彼の方法は、従来の報告によるステロイド投与法を無視し、発症当日より低分子デキストランに、プレドニゾロンを 250 もしくは 200 mg をペントキシフィリンと共に加え混合静注を開始、以後プレドニゾロンを漸減するステロイド大量投与法である。我々は本治療法の追試、並びに副作用等の検討をすべく、全国15大学の協力を得て本治療法を行いその成績を集計中である。この概要につき、我々の施設におけるENoGを中心とした各種検査成績を交えて、ステロイド早期大量投与の効果につき報告する。

56) 末梢性顔面神経麻痺に対する Stennert 療法の効果の検討

伊藤八次、藤宮 大、大野通敏、高橋美也子、小高真美、林 真理子
山田剛寛、時田 喬
岐阜大学医学部耳鼻咽喉科学教室

末梢性顔面神経麻痺に対する Stennert 療法の効果を検討した。対象は発症10日以内に当科を受診したベル麻痺 6 例である。効果判定は治療前後の麻痺スコア、NET、ENoGの結果にて行なった。治療前の検査は発症 2～8 日で、治療後の検査は発症 12～20 日で施行した。症例 1 は治療前スコア10点、NETの左右差(以下NED)0.5mA、ENoG48%で、治療後はスコア26点、NED0.6mA、ENoG 83%であった。スコアは改善したが治療前の電気反応が良好であり自然経過とも考えられるため治療効果は不明とした。症例 4, 6 も同様の理由で効果は不明とした。症例 3 は、治療前スコア10点、NED 1.4mA、ENoG 89%で、治療後はスコア16点、NED0.4mAとなりENoGも改善した。NEDの改善は通常認められないものであり治療効果は有効とした。症例 2, 5 は治療後スコアが不変か電気反応が消失したまま改善を認めず効果は無効とした。治療後の表情運動の経過は症例により観察期間が46～168日と異なるがスコアは32～40点に回復している。

57) 末梢性顔面神経麻痺の保存的治療法の検討

佐々木均, 朴沢二郎, 藤原文明

弘前大学医学部耳鼻咽喉科学教室

昭和57年4月より昭和63年1月までの5年10ヶ月間に弘前大学医学部耳鼻咽喉科を受診した末梢性顔面神経麻痺患者は156例である。発症2週間以内の新鮮例に対し、星状神経節ブロック(SGB)施行後直ちに低分子デキストラン500ml又はHydroxiethyl Starch 500mlにビタミン剤, ATP, を混注し点滴静注し, さらにステロイドの静注または筋注を2週間併用継続する方法で治療を行った。その成績を報告するとともに, SGB+デキストラン治療群, ステロイド+デキストラン治療群などと比較検討した結果若干の知見が得られたので考察を加えて報告する。

58) 舌下神経顔面神経吻合術の適応とその効果

丘村 熙 木谷伸治 柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

聴神経腫瘍摘出術などにより顔面神経が損傷された場合, 他の脳神経と顔面神経との吻合術や, 健側顔面神経枝との間の交叉神経移植術などが行われている。これらの手術は麻痺発症後早期に行われるほど効果は大きい, 実際には発症から1年以上経過して再建手術を行う場合も少なくない。このような陳旧例に対しては筋移行術, 筋移植術や顔面吊り上げ術などの形成外科的手段がおもに用いられているが, 顔面表情筋の複雑な動きを再現するにはいたっていない。

舌下神経・顔面神経吻合術は舌下神経の持つ強い再生力によって, ある程度の陳旧例においてもその効果が期待できる。この意味で他の神経再建手術に比べて本法の適応範囲は広く, かつ手技が容易で効果が確実であるなどの利点が多い。演者らは従来より麻痺陳旧例についても本手術を行ない良好な成績を得ている。しかしやはり新鮮例に比べると顔面表情筋に十分な収縮力が得られないことが予測され, 予めそれを補うことを目的として筋移行術や吊り上げ術などを併用している。

本報告では舌下神経顔面神経吻合術の麻痺陳旧例への適応と併用手術も含めた効果を中心に述べる。

59) 顔面神経麻痺に対する筋肉移植術の評価 — 筋生検所見の検討 —

都立大塚病院形成外科, 東京大学形成外科*

上田和毅, 波利井清紀*

我々は従来より陳旧性顔面神経麻痺に対する治療として, 血管柄付遊離筋肉移植を行っているが, 術後, 筋肉が収縮を始めると移植筋の固定位置や緊張度に微妙な不都合の生ずる場合がある。このような症例に対しては, 後日, 修正術を行うが, その際, 移植筋の一部を採取することが可能である。今回, これをもとに移植筋の組織学的検討を行ったので報告する。

筋生検を行った症例は計20例で, 移植筋としては, 一例, 広背筋が用いられた他は, すべて薄筋が用いられた。筋生検時における術後経過期間は平均2年1か月である。評価は, H.E.染色, 酵素染色による光学顕微鏡的観察並びに電子顕微鏡による観察によって行った。

(結果) 移植筋には, 筋線維直径の減少・大小不同, 筋線維鞘の皺襞形成, type grouping, 中心核, 線維化, 脂肪変性, Z帯の不正などを認めたが, 筋線維自体の基本構造は正常に保たれ, myopathyの所見は認めなかった。そして, 筋電図所見は, 移植筋における線維化・脂肪変性などの間質性的変化とはあまり相関せず, 筋線維の萎縮性変化を反映する筋線維直径の変化とある程度の相関を示した。

60) 顔面神経麻痺に対する Gold Weight Implant

奥野妙子, 野村恭也

東京大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺により閉眼が不能となった患者3例に, 1gのGold Weightの上眼瞼装着術を行い機能ならびに外観の改善を得た。

顔面神経麻痺の原因は中耳真珠腫の進展によるもの2例と, 耳下腺悪性腫瘍1例で, 水平部より末梢と考えられ涙の分泌はよい。閉眼しようとしても2~3mmの幅で結膜がみえ, 完全には眼が閉じない。1例では皮膚の緊張もわるく外側で下垂して視野もさまたげている。

約1gのGold Weightを上眼瞼の瞼板上に装着し, 眼瞼の形成が必要な例ではこれもあわせて行った。Gold Weightは物理的に重力を利用して眼瞼を下垂せしめようとするものである。数種のweightを術前に試用して適切な重さを決定した。

術後, 閉眼は可能になり, 視野の制限もない。外観上はまったく目立たず異物感もない。

この術式は手術侵襲が少なく, 結果も安定していることが特長である。

61) 顔面神経減荷術時の側頭筋弁の利用 (予報)

八木伸也, 田林徳昭

京都大学耳鼻咽喉科

顔面神経減荷術時に神経鞘を切開すると、内部の顔面神経が膨隆してくる。この膨隆した領域は、avascular area となり血管支配をうけないこととなる。この部分に対し、側頭筋弁をあて、側頭筋より顔面神経への再血行を望み切開部分に筋弁の断端があたるようにした。

62年5月より1年間に上記の顔面神経減荷術を試みた例は、7例であった。

手術時期の麻痺スコアは9点から12点、日時は21~74日目に手術を行った。7例中、5例は、完全回復をし、1名ドロップアウト、1名は不完全回復であった。

顔面神経減荷術時に用いた側頭筋弁は、顔面神経の再生に促進時に働いた可能性が高く、ここに報告する。

62) 外傷性顔面神経麻痺における顔面神経減荷術施行例の検討

大城 和夫 伊達 和宏 井村 成充
武田 直広 入谷 寛 湊川 徹 西村 善彦
兵庫医科大学 耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺を、とりあつかう耳鼻科医にとって外傷性顔面神経麻痺は、年に数例経験する疾患であるが、観血的に加療するか否かの選択と、手術時期の選択は、患者の予後を決する上で非常に大きな要素になると考えられ、常に我々の英断が必要とされる事柄である。そこで我々は、今迄に経験した外傷性顔面神経麻痺症例の中で、観血的に加療した症例につき、疫学的調査を行ない、今後の治療に役立てたいと考えた。1970年4月の兵庫医科大学付属病院開院以来、1988年3月までの18年間に、顔面神経麻痺の改善を目的に、顔面神経減荷術を施行した34例の内、外傷によるもの13例を対象とした。検討項目は、術前後スコア及び、諸検査の改善度、後遺症の有無、手術時期、手術所見等である。結果は、麻痺の後遺症もなく完治した者が1名、後遺症は認めるものの術後のスコアで80%以上の改善が7名、又、50%以上80%未満の軽度改善が4名、不変が1名であった。調査結果の詳細を延べ、過去の文献と比較し、若干の考察を加え報告する。

63) 耳下腺腫瘍手術と顔面神経処理上の留意点

花沢 秀, 宮崎総一郎, 西平茂樹, 石川和夫, 戸川 清

秋田大学耳鼻咽喉科

耳下腺腫瘍の完全摘出と顔面運動機能保存を達成するための留意点を自験例から述べた。1. 耳下腺内顔面神経走行状況を検索し、顔面神経と唾液管末梢部、顔面神経と腺内静脈走行の関係などに非定型所見があるので、顔神末梢枝の露出は慎重に行うべきを再確認した。2. 顔面神経分岐と顔面運動支配領域の関係を、露出した顔神分枝の電気刺激により肉眼的に観察した。頬骨枝刺激で70%が上口唇まで動いた。頬筋枝刺激で下眼瞼が動いた例が2/3にみられ、大多数で両枝の末梢に吻合が再確認されたが、他枝はその領域のみであった。3. 手術で剥離保存した顔神分枝の麻痺発生頻度は下顎枝が最多で、回復に時間を要した。4. 良性腫瘍再発例は癒着部で神経を共に切除して神経移植を必要とするので、初回手術時の顔神剥離操作で腫瘍被膜損傷の危険が大ならば、一旦神経を切断し、腫瘍摘出後の即時神経縫合をも考える必要がある。局所解剖と臨床経験に裏付けされた臨機対応が肝要である。

64) 術後性顔面神経麻痺に対する顔面神経再建術の検討

國弘幸伸 神崎 仁 小川 郁

慶応大学耳鼻咽喉科

聴神経腫瘍を主とする内耳道・小脳橋角部腫瘍の早期診断法、手術法の進歩によって、顔面神経の保存に関する手術成績は向上してきている。しかしながら、術中顔面神経を切断せざるを得ない例や、たとえ解剖的に保存し得ても術後に顔面神経麻痺が生じ、改善の見られない例も少なくない。これらの症例に対して当科では、術中顔面神経が切断されたことが明らかであり、かつ直接または rerouting などにより神経吻合が可能な場合は一次的に頭蓋内顔面神経吻合術を行ない、頭蓋内吻合のできない症例や、たとえ顔面神経を保存しても術後6か月～12か月経過して臨床的に改善の認められない例には二次的に舌下神経顔面神経吻合術を施行している。しかし当科ではまだ症例数が少なく、また、このように手術の適応や神経切断後から吻合までの期間が異なっていることから、これらの術後成績の優劣を単純に比較するのは困難であるが、両者の術後の表情運動をビデオで供覧し、検討を試みる。併せて交叉性顔面神経吻合術後の症例も呈示する。

傷ついた神経を修復し
しびれ・痛み・まひを改善する

末梢性神経障害治療剤

〈メコバラミン製剤〉

メチコバル®

錠500 μ g・錠250 μ g・細粒・注射液500 μ g

●メチコバルの神経修復作用

1. 神経細胞内小器官への移行がよい
2. 神経細胞内の核酸・蛋白の合成を促進する
3. 軸索内輸送を促進する
4. 髓鞘形成を促進する
5. 軸索再生を促進する
6. シナプス伝達を早期に回復させる
7. 筋電図の回復を促進する

●効能・効果

末梢性神経障害

ビタミンB₁₂欠乏による巨赤芽球性貧血(注射液のみ)

●使用上の注意

〔内服〕

1. 一般的注意

効果がないのに、月余にわたって漫然と使用すべきでない。

2. 副作用

●消化器：ときに食欲不振、悪心、下痢等の症状があらわれることがある。

●皮膚：まれに発疹があらわれることがある。

3. その他

水銀及びその化合物を取り扱う職業従事者に長期にわたって大量に投与することはさけることが望ましい。

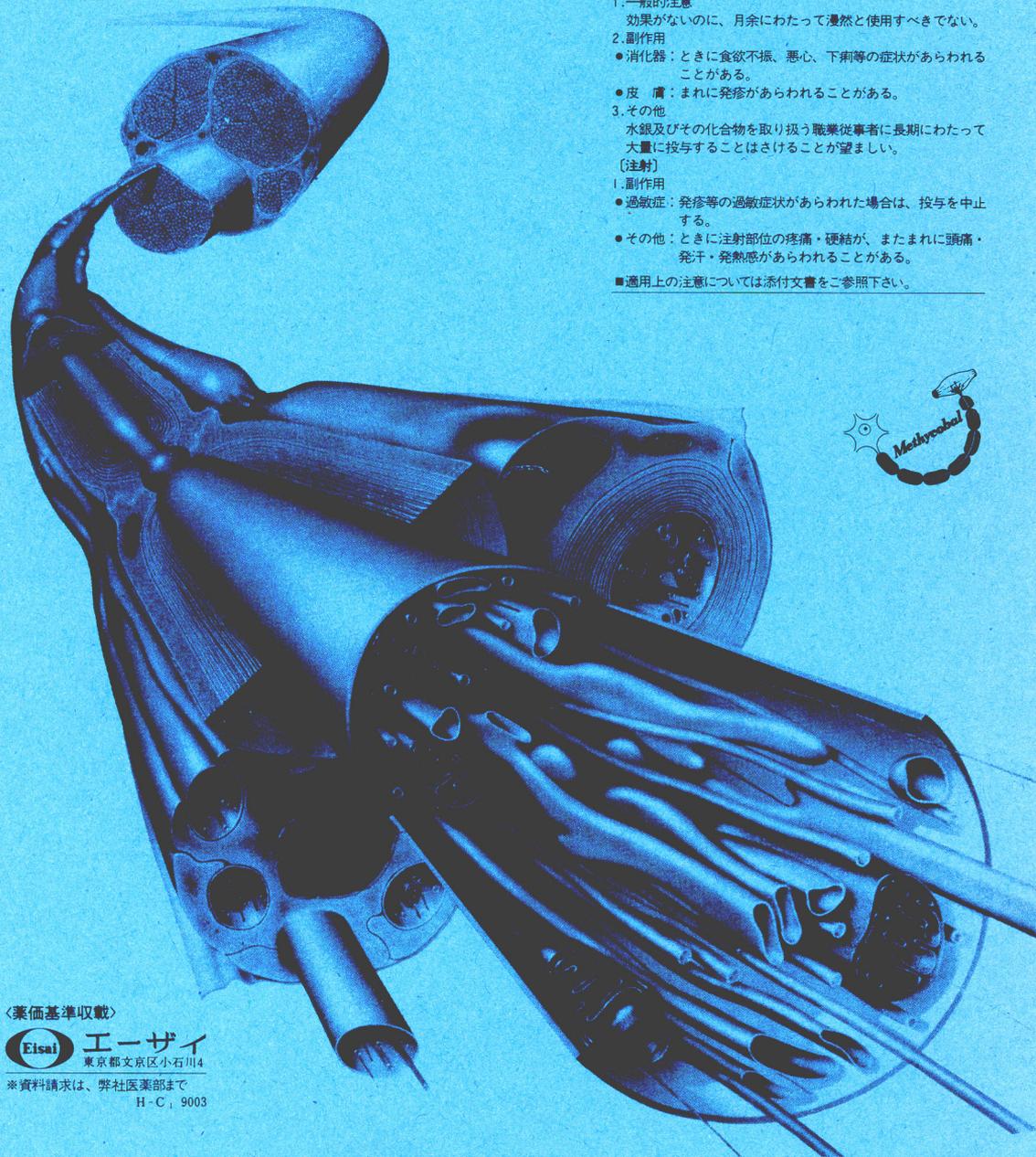
〔注射〕

1. 副作用

●過敏症：発疹等の過敏症状があらわれた場合は、投与を中止する。

●その他：ときに注射部位の疼痛・硬結が、またまれに頭痛・発汗・発熱感があらわれることがある。

■適用上の注意については添付文書をご参照下さい。



〈薬価基準収載〉

Eisai エーザイ
東京都文京区小石川4

※資料請求は、弊社医薬部まで
H-C, 9003

特別講演 I

Anatomical Aspects of Facial Palsy

Lars Thomander 博士

特別講演 II

Entrapment Neuropathyの臨床

濱 弘道 教授

第11回 日本顔面神経研究会

京 都

特別講演 I

Anatomical Aspects of Facial Palsy

Lars Thomander

**ANIMAL STUDIES OF THE FACIAL NERVE FIBER COMPOSITION
AND THE CELLULAR AND HUMORAL IMMUNE RESPONSE IN
BELL'S PALSY PATIENTS**

A. By using the horseradish peroxidase technique it has been demonstrated that peripheral facial nerve branches to the mimetic muscles contain randomly distributed motor fibers and also sensory and sympathetic fibers (studies I-IV).

**I. A Procedure for Studying the Organization of
Peripheral Nerves with Horseradish Peroxidase
Demonstrated on the Facial and Hypoglossal
Nerves in Rat.**

The intraaxonal transport of horseradish peroxidase, applied to the proximal stump of different transected hypoglossal and facial nerve branches, was used to label fibers in the hypoglossal main trunk and in the interateporeal portion of the facial nerve in the rat. By using tetramethylbenzidine as a substrate, numerous heavily labeled fibers are obtained. In longitudinal sections the arrangement of fibers can be studied for long distances. From these sections, sites of specific interest can be further examined in transverse-like constructions of the nerve. Thus, the procedure described offers a convenient way of analyzing the intrinsic organization of peripheral nerves.

II. Motor Fibre Organization in the Intratemporal Portion of Cat and Rat Facial Nerve Studied with the Horseradish Peroxidase Technique

The intra-axonal transport of horseradish peroxidase (HRP) was used to label fibres in the intratemporal facial nerve portion (ITFN) in the rat and cat. HRP was applied to the proximal cut end of facial nerve branches innervating different facial muscle. Following appropriate survival periods, the animals were fixed by perfusion. The ITFN was processed histochemically for demonstration of intra-axonal HRP, using tetramethylbenzidine as substrate. The distribution of labelled fibres was analyzed in serial longitudinal sections and in photographic transverse-like reconstructions from three selected levels. HRP-labelled fibres from all examined motor branches were found to be diffusely distributed almost throughout the entire ITFN, leaving only a narrow zone free of label. By applying HRP to the chorda tympani nerve, it was shown that this zone harbours fibres of this nerve. The findings support the conclusion that the motor fibres to the facial muscles are diffusely organized in the ITFN.

III. Distribution of Sensory Ganglion Cells Intervening Facial Muscles in the Cat

The question of a possible sensory component in branches of the facial nerve innervating facial mimetic muscles in the cat was examined by the

technique of retrograde axonal transport of horseradish peroxidase (HRP). HRP was applied to the proximal cut end of facial nerve branches innervating different facial muscle groups. Following survival periods of 71-75 h the animals were fixed by perfusion. Certain craniospinal sensory ganglia and the brain stem were processed histochemically for demonstration of HRP. HRP-labelled cell bodies, structurally resembling sensory neurons, were consistently observed ipsilaterally in the geniculate and proximal vagal ganglia and under certain conditions in the trigeminal ganglion. Measurements of HRP-labelled neurons in the geniculate and proximal vagal ganglia showed a wide size range but a unimodal size distribution with peaks in the small size range. These findings support the view that facial nerve branches innervating the mimetic muscles contain different types of sensory fibers.

IV. An HRP Study of the Central Course of Sensory Intermediate and Vagal Fibers in Peripheral Facial Nerve Branches in the Cat

Previous studies have shown that sensory fibers of intermediate and vagal nerve origin are present in facial nerve branches to the mimetic muscles in the cat. In the present study the central course of these fibers has been examined by transganglionic transport of horseradish peroxidase (HRP). In some of these experiments the facial nerve proper was

transected central to the site of HRP application. In this way, the central course of the vagal fibers could be studied separately. For comparison HRP-conjugated wheat germ agglutinin was injected into the geniculate ganglion, revealing the central course of the entire afferent component of the intermediate nerve. The results show that labeled sensory intermediate nerve fibers, at their level of entrance in the brainstem, form a tract at the dorsal margin of the spinal trigeminal tract (5T). While some fibers ascend from this level to terminate in the main sensory trigeminal nucleus, and a few fibers terminate in the rostral part of the solitary tract nucleus, the majority take a descending course. The main site of termination for these descending fibers is in the medial part of the C2 dorsal horn. Terminal labeling is also seen in the ventrolateral part of the cuneate nucleus (CUN) and in a small area of gray substance between CUN and trigeminal nucleus caudalis. After entering the brainstem some sensory vagal fibers project to the trigeminal nucleus interpolaris and to an interstitial nucleus within the 5T, but the larger part joins the descending tract of intermediate nerve fibers. These descending vagal fibers have a terminal distribution pattern similar to the intermediate nerve fibers.

B. The cellular and humoral immune response in the peripheral blood in the acute and convalescent phases of patients with Bell's palsy was studied (studies V-X).

V. Activated T Cells and Leu-7⁺ Cells in Bell's Palsy

In order to ascertain whether there was activation of the immune system, the proportion of activated T cells in the peripheral blood of 14 patients with Bell's palsy was analysed using monoclonal antibodies. A transient increase of these cells occurred in the acute stage, with a return to normal in the convalescent stage. The Leu-7⁺ cells which play a role in the natural cellular defence against viral infections, were also studied by using monoclonal antibodies in 25 patients. A significant change in the percentage of Leu-7⁺ cells was not found when the samples from the entire group were analysed. However, 10 patients who were investigated between September and October 1984, when the incidence of Bell's palsy was comparatively high, showed significantly lower percentages of Leu-7⁺ cells in the acute stage compared with the convalescent stage. The increase in the activated T cells in the acute phase of the palsy suggests a cell-mediate, immuno-regulatory abnormality with primary or secondary immune activation. Similar cellular immune alterations are found also in multiple sclerosis. Further, the differences in the

proportions of Leu-7⁺ cells which occurred in these 10 patients may denote a contribution of various etiological factors to the disease.

VI. T Cell Depression in Bell's Palsy

T lymphocytes and their subsets were analysed in 20 patients with Bell's palsy. The monoclonal antibodies anti-Leu-1, anti-Leu-2a and anti-Leu-3a directed against T lymphocytes, T suppressor/cytotoxic (Ts) and T helper/inducer (Th) cell subsets were used. Blood samples taken in the acute and convalescent phases of the illness were compared. The percentage of T cells (Leu-1⁺ cells) was decreased during the acute stage due mainly to a reduction of the Th cell subset (Leu-3⁺ cells). No significant alteration was found in the Ts cell subset (Leu-2⁺ cells). The T cell and Th cell subset depressions were restored to normal within 4-6 weeks of the onset of the palsy.

The T cell changes of the peripheral blood in the acute stage of facial palsy indicates the involvement of cellular immune mechanisms during the course of Bell's palsy.

VII. Immune Complexes and Complement Components in Bell's Palsy

The serum levels of circulating immune complexes were studied in 63 patients and the complement system in 36 patients with Bell's palsy.

The IgG-C1q and IgG-C3 containing immune complexes were analysed by an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). The levels were found to be significantly elevated in the acute and convalescent stages of the palsy compared with controls. The total complement activity as determined by a CH₅₀ assay and complement component C3 titrations also showed elevated values. The levels of C2 were not altered.

The results indicate in Bell's palsy, an inflammatory process and an antigen-antibody response which may be triggered by a viral antigen.

VIII. Elevated Serum Interferon Levels in Patients with Bell's Palsy

Serum of 94 patients were assayed for IFN by the use of a bio assay method. The IFN levels in the serum were elevated in the acute and convalescent phases as compared with controls. A significant difference was not found in the IFN levels in the acute and convalescent phases, nor in patients with an incomplete and a complete facial palsy.

The IFN- γ levels in the serum were analysed by radio-immunoassay in 32 of the patients: a significant difference was not found in the serum IFN- γ levels in the acute and convalescent phases and the controls.

Neutralization with specific antisera against IFN-, IFN- and IFN- γ was carried out on 15 sera of 11

patients in which the IFN activity was elevated according to the measurements by bioassay. Neutralization of a specific class of IFN was not found. The elevated IFN levels indicate a low grade antiviral response in the acute and convalescent phases of the palsy which may reflect the reactivation of a viral infection.

IX. Anti-herpes IgG and IgG Subclass Antibodies in Bell's Palsy

To see if there was an association between Bell's palsy and infection by viruses of the herpes group 78 patients and 59 controls were investigated.

The specific antiviral IgG subclass pattern in serum against cytomegalovirus (CMV), herpes simplex virus type 1 (HSV-1) and varicella zoster virus (VZV) was analysed using an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) combined with monoclonal antibodies directed against the 4 subclasses of human IgG. Additional ELISA assays of IgG and IgM antibodies were also used.

The mean titers of IgG antibodies against HSV-1 were higher in the acute and convalescent stages compared with controls. The frequency of values 0.2 for all subclasses was raised in the patients but not significantly so. The mean valused for the subclasses were alike in patients and controls.

The mean titers of IgG antibodies against CMV and VZV were similar throughout the palsy and also in

controls. In the patients, the pattern of IgG subclasses was different from the controls but not statistically so.

The patients and controls were not seropositive for IgM against CMV and VZV. Four patients in the acute phase, 3 in the convalescent phase and 3 controls were positive for IgM against HSV-1.

While the subclass pattern of IgG antibodies against HSV-1 is not diagnostic of reactivation of the virus, the raised IgG antibodies may suggest reactivation of a disease process and/or a superadded infection.

X. Tick-Borne Borrelia Infection in Patients with Bell's Palsy

An enzyme-linked immunosorbent assay was applied to serum samples of 94 patients diagnosed as having Bell's palsy: they were studied throughout two consecutive years in an attempt to establish serologic evidence of a tick-borne spirochetal infection. A strain of *Borrelia spirochetes*, isolated from Swedish *Ixodes ricinus* ticks, was used as an antigen, and separate estimations of spirochetal IgG and IgM antibodies were made; serum samples with titers above the 95th percentile level of 120 healthy individuals were considered positive. Thirteen percent of the patients' serum samples were IgG-positive, 3% were positive for IgM, and 3% were positive for both IgG and IgM. A two fold or greater increase of IgG titers was found in 6%. All

the patients who were seropositive experienced the onset of palsy during the period from July to December.

特別講演Ⅱ

Entrapment Neuropathyの臨床

京都大学医療技術短期大学部

濱 弘 道

Kopell (1960) によれば, Entrapment Neuropathy (絞扼神経障害) とは, 末梢神経が解剖学的な要因をもとに慢性の機械的刺激を受け, その結果生ずる局所的な損傷あるいは炎症をさすとされる。その機械的刺激を生ずる部位は entrapment point (絞扼部) とよばれ, 解剖学的特徴を有する特定の部位である。

Sunderland (1978) によれば, 神経幹の機械的圧迫, 慢性の機械的刺激による friction fibrosis, 神経幹内外の循環障害によって起こる酸素欠乏状態が主たる病因であるとされる。

生検が不可能なため, その病態はなお十分には明らかでないが, その病理組織学的所見は, 神経線維周囲の collagen の著明な増生ならびに細動脈壁の肥厚, 腔の狭窄を示している。また, 適切な実験モデルがえられているとはいえないが, これまでの諸種の実験では絞扼部での間質・軸索・髄鞘の変化などが示され, 絞扼神経障害でみられる仮性神経腫は, うっ血性水腫と軸索流の停滞を示すものと理解されている。

その診断には, Tinel 徴候などの神経学的所見が参考となるが, 電気生理学的検査法が補助診断にもちいられることが多い。なかでも絞扼部を狭んでの神経伝導速度の測定はきわめて有用であって, 必須のものといえる。また知覚神経活動電位, 運動神経活動電位の異常も知覚・運動神経線維の病態生理を示すものと考えられるが, 臨床症状とは必ずしも一致しないので, その限界を知ることは重要である。

治療としては, 局所の安静, 抗炎症剤の投与などの保存的治療も行われるが, 観血的な絞扼部の除圧, 神経剝離術が一般にはうけいれられている。

Entrapment Neuropathy の臨床について, 自験例を呈示しながら, 概説を試みる予定である。