

第34回日本顔面神経研究会

プログラム・予稿集

平成23年6月2日（木）・3日（金）

付

第2回顔面神経麻痺リハビリテーション技術講習会

プログラム・予稿集

平成23年6月1日（水）

会長 池田 稔

日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野

ご挨拶

3月11日に発生した地震による東日本大震災の混乱がまだまだ続いております。ご関係の先生方に心からお見舞い申し上げます。

「第34回日本顔面神経研究会」をわれわれ日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学教室が担当させて頂き、大変名誉なことと、感謝申し上げます。

本研究会は、顔面神経というひとつの脳神経に関連する問題を中心に扱って、すでに33回を経てきました。研究会の構成メンバーは、臨床の科でいえば耳鼻咽喉科、神経内科、形成外科、脳神経外科、麻酔科、リハビリテーション科など多彩です。また、解剖学やウイルス学などの基礎医学の分野も関連しており、大変ユニークな研究会であると言えます。

今回の研究会でも、このようなユニークな会の性格を考慮して、以下のような特別プログラムを組ませて頂きました。

特別講演は「中枢神経ヘルペスウイルス感染症」を亀井 聡教授（日本大学神経内科）にお願いしました。

パネルディスカッションは石川和夫教授（秋田大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）の司会で「側頭骨病変の処理と顔面神経」を予定しました。演者は濱田昌史先生（東海大学耳鼻咽喉科）「中耳腫瘍手術における顔面神経のマネジメント」、角田篤信先生（東京医科歯科大学耳鼻咽喉科）「側頭骨悪性腫瘍における顔面神経の処理」、近江永豪先生（秋田大学耳鼻咽喉・頭頸部外科）、藤原圭志先生（北海道大学耳鼻咽喉・頭頸部外科）「顔面神経鞘腫、聴神経鞘腫などの定位放射線治療」です。

また、朝戸裕貴教授（獨協医大形成外科）の司会で、手術セミナー「非回復性痲痺と後遺症への形成外科手術」を予定し、上田和毅教授（福島県立医大形成外科）に「陳旧性顔面神経痲痺に対する形成手術」を、また、山本有平教授（北海道大学形成外科）に「顔面神経吻合術・移植術」をお願いしました。このセミナーは最近発刊された「顔面神経診療の手引」に関連する内容となります。

臨床セミナー「全身疾患と顔面神経障害」は野倉一也教授（藤田保健衛生大学神経内科）に司会をお願いし、「MPO-ANCA陽性難治性中耳炎と顔面神経障害」（武田憲昭教授：徳島大学耳鼻咽喉科）と「神経内科疾患に伴う顔面神経障害」（加子哲治先生：藤田保健衛生大学神経内科）をお願いしました。

基礎問題セミナー「基礎的所見と臨床」は、中川尚志教授（福岡大学耳鼻咽喉科）に司会をお願いし、森山浩志先生（昭和大学第二解剖）「臨床に関連する顔面表情筋の形態学的特徴」、脇坂浩之先生（愛媛大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）「HSVの再活性化の機序と神経の障害」、および江崎伸一先生（名古屋市大耳鼻咽喉・頭頸部外科）「ウイルスベクターを用いた顔面神経再生」をお願いしました。

ランチョンセミナーは青柳 優教授（山形大学耳鼻咽喉科）に「顔面神経診療の手引発刊をうけて」を、また阿部 修教授（日本大学放射線医学画像診断学）に「中枢神経領域の画像診断」をお願いしました。

一般演題では62題の演題を頂き感謝いたします。その中から指定演題として、Ⅰ.「外科的治療を要した顔面神経障害」、Ⅱ.「全身疾患と顔面神経障害」を取り上げさせて頂きました。

本研究会では昨年から、新たに「顔面神経麻痺リハビリテーション技術講習会」を会期前日に開催しております。本年もその「第2回」を、帝京大学リハビリテーション科の栢森良二教授の企画のもとに、研究会前日の平成23年6月1日(水)午後1時から4時半まで、「京王プラザホテル」の会場で行います。昨年同様、本年も多くの参加者に対応できる会場を準備致しましたのでご参加いただけたらと思います。

最後に多くの先生方のご参加を教室員一同、心からお待ち申し上げます。

第34回日本顔面神経研究会会長
日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野
教授 池田 稔

ご案内

会 期：第34回日本顔面神経研究会 平成23年(2011年)6月2日(木)、3日(金)
第2回顔面神経麻痺リハビリテーション技術講習会

平成23年(2011年)6月1日(水)

会 場：京王プラザホテル (<http://www.keioplaza.co.jp/>)

〒160-8330 東京都新宿区西新宿2-2-1 TEL:03-3344-0111

参加受付：

1. 参加費：

- 1) 第34回日本顔面神経研究会 会員 10,000円
学生：無料、コメディカル：5,000円
- 2) 第2回顔面神経麻痺リハビリテーション技術講習会 5,000円
- 3) 両方に参加の場合 13,000円 (学生：無料、コメディカル：9,000円)

2. 場 所：南館4階「扇」前ロビー

3. 受付時間：1日(水)12:00-15:30、2日(木)8:00-17:00、3日(金)8:00-14:00

*参加費と引き換えに参加証をお受け取りの上、各自で所属・氏名をご記入下さい。期間中会場に入場するには必ず着用下さい。

*学生の方は、当日受付に本人証明のできる書類(学生証、身分証他)をご提出下さい。証明するものがない場合、一般扱いとなりますので、予めご了承下さい。

4. 耳鼻咽喉科専門医の方は、専門医制度学術集会参加報告票を受付にご提出下さい。

抄録集

本抄録集は、学会当日必ず持参下さい。ご希望の方には参加受付にて販売しますが、数に限りがございますのでご了承願います。(一部1,000円)。

運営委員会

日 時：6月1日(水)17:00-18:20

場 所：本館43階「コメント」

会員懇親会

会員懇親会を下記のとおり開催しますので、多数のご参加をお待ちしております。

日 時：6月2日(木)18:30-20:00

会 場：本館4階「花C」 会 費：無料(参加費に含まれます。)

会期中の連絡先：

学会本部

京王プラザホテル 南館4階「なつめ」の間内

〒160-8330 東京都新宿区西新宿2-2-1 TEL:03-3344-0111

学会本部：

第34回 日本顔面神経研究会 学会本部

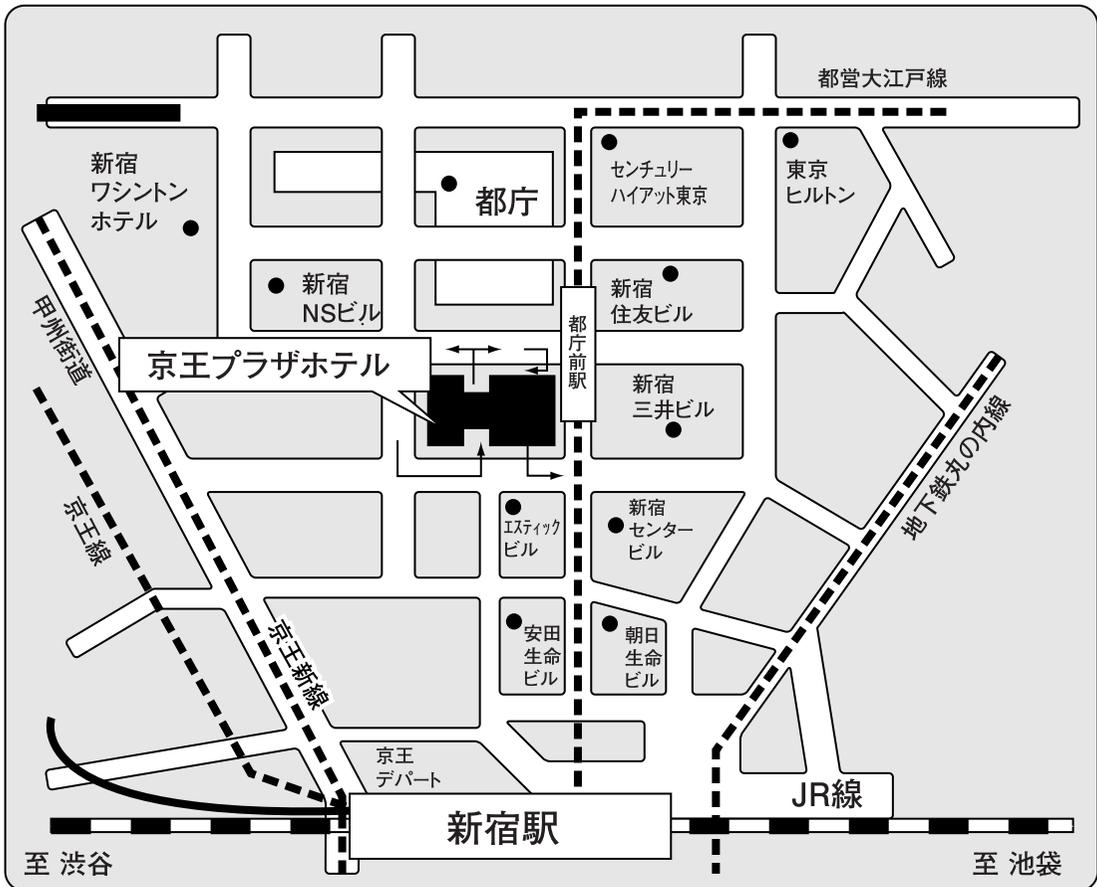
日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野内

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1

TEL:03-3972-8111(2542) FAX:03-3972-1321

E-mail:fnr34@fnr.jp

会場周辺図

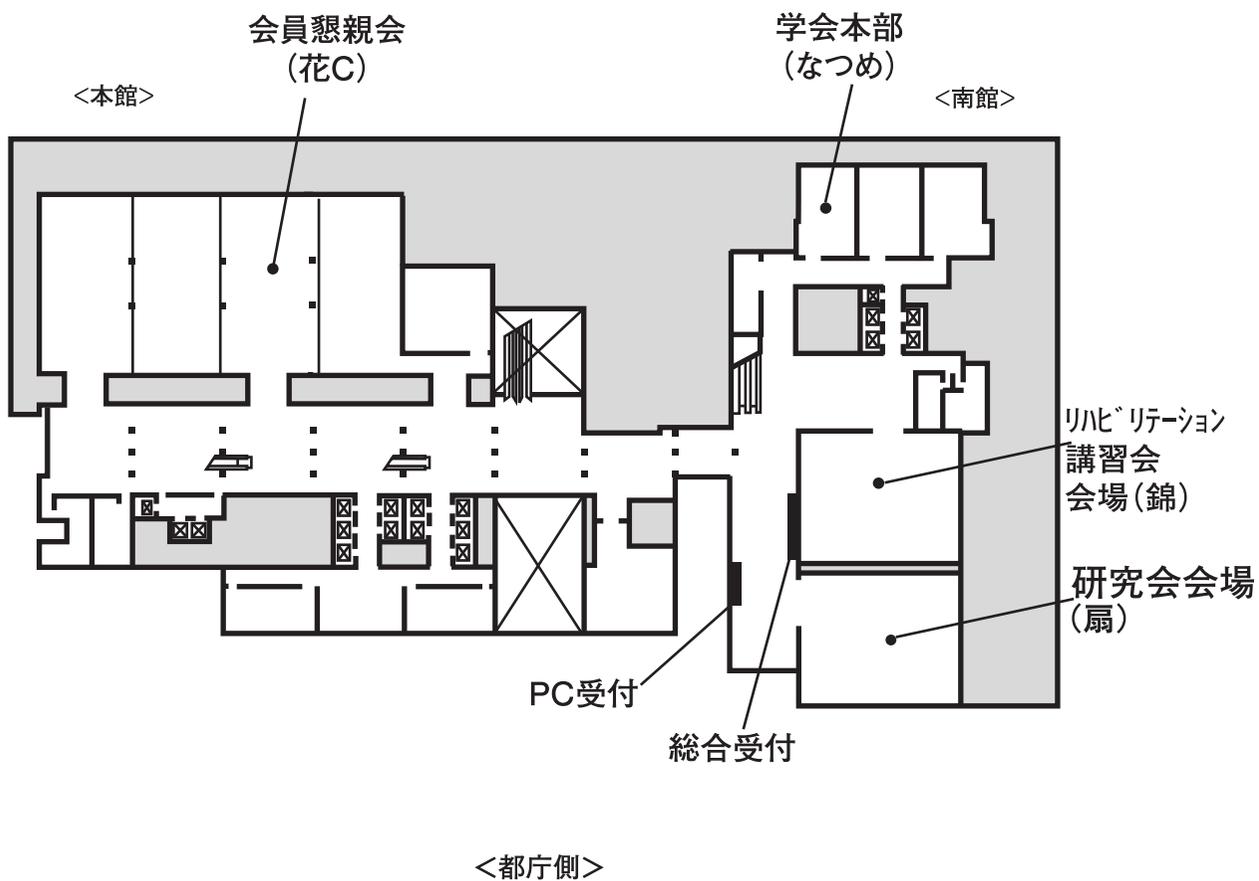


- JR新宿駅西口下車 徒歩5分。
- 京王線・小田急線・地下鉄(東京メトロ丸の内線・都営新宿線)新宿駅下車 徒歩5分。
- 都営大江戸線 都庁前駅B1出口すぐ
- お車なら 「新宿ランプ」を降りて、3つ目の信号を右折、2つ目の信号を右折、200m位先の左側にございます。
- 成田空港、羽田空港との直通リムジンバスがございます。

会場: 京王プラザホテル
〒160-8330 東京都新宿区西新宿2-2-1
TEL:03-3344-0111(代)

会場案内図

京王プラザホテル 4階



演者・座長・司会の先生方へ

演者の先生方へ

1. 口演発表は全てPCによる発表に限定させていただきます。(メディアの持ち込み。PC本体の持ち込みいずれでも可能です)、該当群開始の30分前まで、PC試写デスクにお越し下さい。投影スクリーンは1面となります。
2. メディアの持ち込みについて
 - 学術集会のパソコンは、OSがWindows XP, Vistaで、アプリケーションソフトはMicrosoft PowerPoint 2003, 2007がご利用いただけます。
* Macintoshのご利用を希望される場合は、ご自身でMac本体を持参下さい。
 - プロジェクター解像度：1024×768ドット
 - 利用可能なメディアは下記のとおりです。
CD-R (ROM)／USBメモリー ※CD-RW, FD, ZIPなどは受付できません。
 - 保存ファイル名は抄録集掲載の『群番号』、『演題番号』と『氏名』を必ず入力して下さい。(全角) ※(例) 第2群 02 日本太郎
 - 動画・音声のご利用はできません。必要な場合は事前にご連絡下さい。
 - 静止画像はJPEG形式での作成を推奨します。
 - 発表データは、ご自身のPC以外でも文字化け等がなく、データを読み込めるかどうか予めご確認の上ご持参下さい。
 - フォントは特殊なものではなく、PowerPointに設定されている標準的なフォントをご使用下さい。(MSゴシック、MS明朝、Times、Arialなど)
 - お持ち込みになるメディアは、事前に最新のウィルスチェック駆除ソフトでチェックを行って下さい。
 - 当日はご自身で舞台上のマウス・キーボードを操作していただきます。
3. PC発表のページ数(画面数)と発表時間について
 - 発表ページ数(画面数)に制限はありませんが、時間厳守をお願い致します。
 - 発表時間は1題10分(発表7分、討論3分)です。
 - 発表開始の10分前までに、会場前方の次演者席にお付き下さい。
4. メディアの受付

発表予定時間の30分前までに、PC試写デスクにて受付と試写をお済ませ下さい。メディアの内容を登録・確認致します。PC試写デスクでは修正・変更はできませんので、予めご了承ください。コピーしたメディアの内容は、事務局にて責任を持って最終日に消去致します。
5. PCの持ち込みについて(Windows 及びMacintoshとも)
 - 発表予定時間の30分前までにお越し下さい。
 - 試写用のモニターにて接続を確認して下さい。D-sub15ピン(ミニ)のケーブル

をご用意致します。(パソコンによっては本体付属のコネクタが必要な場合がありますので、その場合は必ずご持参下さい。)

- プロジェクター解像度：1024×768画面に設定を合わせて下さい。
- 動画も利用可能ですが、実際に持ち込むP Cで再生できることを事前にご確認下さい。
- 音声の利用はできません。
- 電源ケーブルを必ずお持ち下さい。
- 念のため、バックアップデータを必ずお持ち下さい。
- 舞台上にセットされているマウス・キーボードを操作していただきます。

座長・司会の先生方へ

1. 該当群、セッション開始の15分前に、会場内の次座長席にお着き下さい。
2. 一般演題は、発表7分、討論3分です。時間厳守でお願い致します。

出題資格

会則により、出題者は演者・共同演者とも日本顔面神経研究会の正会員に限りますので、未入会の方は至急下記に連絡し、ご入会下さい。

入会金 1,000円、 年会費 8,000円

日本顔面神経研究会 事務局

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35番地
慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科学教室内

TEL & FAX : 03-3353-3003

E-mail : fnradmin@fnr.jp

URL : <http://www.fnr.jp/>

日程表

6/1 (水)

13:00	顔面神経麻痺リハビリテーション技術講習会
16:30	
17:00	運営委員会
18:20	

6/2 (木)

8:25	開会の辞
8:30	一般演題 1～15 第1群 基礎・生理 第2群 麻痺評価Ⅰ 第3群 指定演題Ⅰ ～外科的治療を要した顔面神経障害～
11:00	手術手技セミナー 非回復性麻痺と後遺症への形成外科手術 司会：朝戸裕貴 演者：上田和毅 山本有平
11:50	
12:00	ランチョンセミナー1 顔面神経麻痺診療の手引 司会：村上信五 演者：青柳 優
12:50	
13:00	総会
13:30	特別講演 中枢神経系ヘルペスウイルス感染症の動向 司会：池田 稔 演者：亀井 聡
14:25	
14:30	一般演題16～28 第4群 形成外科Ⅰ 第5群 形成外科Ⅱ 第6群 症例
16:40	パネルディスカッション 側頭骨内病変の処理と顔面神経 司会：石川和夫 演者：濱田昌史 角田篤信 藤原圭志 近江永豪
18:20	
18:30	懇親会

6/3 (金)

8:30	一般演題29～43 第7群 原因・治療・統計 第8群 リハビリテーションⅠ 第9群 指定演題Ⅱ ～全身疾患と顔面神経障害～
11:00	臨床セミナー 全身疾患と顔面神経障害 司会：野倉一也 演者：武田憲昭 加子哲治
11:50	
12:00	ランチョンセミナー2 中枢神経領域の画像診断 ～顔面神経とその近傍病変を中心に 司会：橋本 省 演者：阿部 修
12:50	
13:00	基礎問題セミナー 基礎的所見と臨床 司会：中川尚志 演者：脇坂浩之 森山浩志 江崎伸一
14:15	
14:20	一般演題44～62 第10群 リハビリテーションⅡ 第11群 麻痺評価Ⅱ 第12群 良性腫瘍 第13群 悪性腫瘍
17:30	閉会の辞

第34回日本顔面神経研究会プログラム

第1日目 6月2日(木)

開会の辞 (8:25~8:30) 会長 池田 稔

第1群：基礎・生理 (8:30~9:10)

座長 竹田泰三 (西宮市立中央病院耳鼻咽喉科)

松代直樹 (大阪警察病院耳鼻咽喉科)

1. 骨形成過程における顔面神経管のコーンビームCT画像

小森正博¹⁾、森山浩志²⁾、島田和幸³⁾、平海晴一⁴⁾、兵頭政光¹⁾、柳原尚明⁵⁾

(高知大学医学部耳鼻咽喉科¹⁾、昭和大学医学部第2解剖学教室²⁾、鹿児島大学歯学総合研究科神経病学講座人体構造解剖学分野³⁾、京都大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科⁴⁾、鷹の子病院 耳鼻咽喉科⁵⁾)

2. Bell麻痺における α -defensin発現と臨床像

古田 康¹⁾²⁾、折館伸彦²⁾、武市紀人²⁾、福田 諭²⁾、澤 洋文³⁾

(手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、北海道大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野²⁾、北海道大学 人獣共通感染症リサーチセンター³⁾)

3. 正中法と各表情筋におけるElectroneurographyの比較

和田晋一¹⁾、萩森伸一²⁾、森 京子²⁾、櫛原崇宏²⁾、金沢敦子²⁾、野中隆三郎²⁾、河田 了²⁾

(大阪医科大学中央検査部¹⁾、耳鼻咽喉科学²⁾)

4. ENoG測定装置における誤差

久保和彦¹⁾²⁾、小宗静男²⁾

(千鳥橋病院 耳鼻咽喉科¹⁾、九州大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科²⁾)

第2群：麻痺評価Ⅰ（9：10～10：00）

座長 木西 實（三田市民病院耳鼻咽喉科）

萩森伸一（大阪医科大学耳鼻咽喉科）

5. 空間コード化法三次元計測装置を用いた顔面神経麻痺の客観的評価法の開発
勝見さち代、江崎伸一、山野耕嗣、村上信五
（名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

6. 顔面神経麻痺のスコア解析を目的とした多視点同期撮影システム（Synchronous Multi-Angle High-speed Capture System：SMAHCS）の開発
松代直樹¹⁾、西田武司²⁾、木原裕太³⁾
（大阪警察病院耳鼻咽喉科顔面神経・難聴センター¹⁾、奈良先端技術大学像情報処理学講座²⁾、立命館大学情報理工学部メディア情報学科³⁾）

7. 顔面神経麻痺患者の三次元顔モデル作成のための多視点同期撮影システム（Synchronous Multi-Angle High-speed Capture System：SMAHCS）の開発
木原裕太¹⁾、西田武司²⁾、松代直樹³⁾
（立命館大学 情報理工学部 メディア情報学科¹⁾、奈良先端技術大学 像情報処理学講座²⁾、大阪警察病院 耳鼻咽喉科 顔面神経・難聴センター³⁾）

8. 口唇圧測定による顔面神経麻痺の他覚的評価の検討・第2報
加藤由美子¹⁾、久木元延生²⁾、大森英生²⁾、岸 博行²⁾、平井良治²⁾、今村佳樹¹⁾、池田 稔²⁾
（日本大学歯学部 口腔診断学教室¹⁾、日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野²⁾）

9. 末梢性顔面神経麻痺による口腔機能障害の検討
加藤由美子¹⁾、久木元延生²⁾、中里秀史²⁾、池田篤生²⁾、飯國芙沙子²⁾、池田稔²⁾、今村佳樹¹⁾
（日本大学歯学部 口腔診断学教室¹⁾、日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野²⁾）

第3群：指定演題Ⅰ 外科的治療を要した顔面神経障害（10：00～11：00）

座長 羽藤直人

（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

阪上雅史（兵庫医科大学耳鼻咽喉科）

10. 当科における顔面神経減荷術の検討

山野耕嗣、勝見さち代、江崎伸一、村上信五（名古屋市立大学 耳鼻咽喉科）

11. 顔面神経麻痺で発症した側頭骨軟骨肉腫の1例

津布久 崇¹⁾、松村道也¹⁾、古田 康¹⁾、山本有平²⁾

（手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科¹⁾、北海道大学形成外科²⁾）

12. 特異な経過を示した耳炎性顔面神経麻痺の1症例

増田聖子（熊本大学耳鼻咽喉科頭頸部外科）

13. 顔面拘縮の対側に発症した顔面神経麻痺症例

田邊牧人、山本悦生、長谷川陽一（山本中耳サージセンター）

14. 治療の到達目標を考慮した再建手術

鈴木康俊、朝戸裕貴（獨協医科大学形成外科）

15. 頭蓋底手術に顔面神経本幹と舌下神経からのJump graftを併用再建した2症例

山田武千代、岡本昌之、呉明美、齋藤武久

（福井大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

手術手技セミナー（11：00～11：50）

司会 朝戸裕貴（獨協医科大学形成外科）

「非回復性麻痺と後遺症への形成外科手術」

1. 陳旧性顔面神経麻痺に対する形成手術

上田和毅（福島県立医科大学 形成外科）

2. 手術手技セミナー 2011

非回復性麻痺と後遺症への形成外科手術 ～顔面神経麻痺治療の手引き～

山本有平（北海道大学大学院医学研究科 形成外科学分野）

ランチオンセミナー 1 (12:00~12:50)

司会 村上信五
(名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻神経感覚医学)

「顔面神経麻痺診療の手引」

青柳 優 (山形県立保健医療大学)

総会 (13:00~13:30)

特別講演 (13:30~14:25)

司会 池田 稔
(日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野)

「中枢神経系ヘルペスウイルス感染症の動向」

亀井 聡 (日本大学医学部内科学系神経内科学分野)

第4群：形成外科 I (14:30~15:10)

座長 田中一郎
(東京歯科大学市川総合病院形成外科)
林 明照
(東邦大学医療センター佐倉病院形成外科)

16. 同側咬筋神経をレシピエント神経とした大腿二頭筋短頭筋弁による
顔面神経麻痺一期的再建術
林 明照¹⁾、丸山 優²⁾、三沢尚弘¹⁾、保坂宗孝¹⁾、中道美保¹⁾、岡田恵美²⁾、
荻野晶弘²⁾
(東邦大学医療センター佐倉病院形成外科¹⁾、東邦大学形成外科²⁾)
17. 血管柄付き神経弁を用いた予防的交叉顔面神経移植術
吉松英彦、成島三長、光嶋 勲 (東京大学形成外科)
18. 側頭筋移行による頬部動的再建術後に、眼瞼部への側頭筋の再移行術と頬部への遊離広背筋移植術を行った4症例の経験
栗田昌和、多久嶋亮彦、白石知大、波利井清紀 (杏林大学 形成外科)
19. Modified Temporal Myoplasty による顔面神経麻痺動的再建術の経験
林 礼人、名取悠平、小室裕造、水野博司 (順天堂大学医学部形成外科)

第5群：形成外科II（15：10～16：00）

座長 多久嶋 亮彦

（杏林大学医学部附属病院形成外科）

光嶋 勲

（東京大学医学部附属病院形成外科）

20. Lateral orbital periosteal flapを用いた麻痺性兔眼の治療

松田 健（大阪大学形成外科）

21. 顔面神経麻痺に対する眉毛下切開・眉毛挙上術

橋川和信、榊原俊介（神戸大学大学院医学研究科形成外科学）

22. 顔面神経麻痺に対する眼瞼形成術の検討～重瞼線への影響～

阪場貴夫、上田和毅、梶川明義、大河内裕美、浅井笑子

（福島県立医科大学形成外科）

23. 陳旧性顔面神経麻痺に対する下口唇筋膜付加島状側頭筋移行術と上眼瞼 levator lengthening 法の同時施行

保坂宗孝¹⁾、林 明照¹⁾、三沢尚弘¹⁾、中道美保¹⁾、岡田恵美²⁾、荻野晶弘²⁾、丸山 優²⁾

（東邦大学医療センター佐倉病院形成外科¹⁾、東邦大学形成外科²⁾）

24. 陳旧性顔面神経麻痺の口唇下垂に対する筋肉移植術・筋膜挙上術における、健側口囲筋群へのボツリヌストキシン局注の有用性

田中一郎¹⁾、佐久間 恒²⁾

（東京歯科大学市川総合病院 形成外科¹⁾、横浜市立市民病院 形成外科²⁾）

第6群：症例（16：00～16：40）

座長 田邊牧人（山本中耳サーージセンター）

荻原正洋（長野赤十字病院第1麻酔科）

25. 顔面神経麻痺を合併した耳下腺良性疾患の2例

新垣香太、新濱明彦、鈴木幹男

（琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科）

26. 頭部外傷にて両側性末梢性顔面麻痺を呈した症例
渡邊弘人 (医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院)

27. 再発性ハント症候群の検討
能田淳平¹⁾、羽藤直人¹⁾、脇坂浩之^{1), 2)}、高橋宏尚¹⁾、鮎矢美里¹⁾、暁清文¹⁾
(愛媛大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、愛媛県立医療技術大学²⁾)

28. 「気診」治療により症状が軽快した片側顔面痙攣の1症例
—治療前後の症状のビデオ供覧—
小田伸悟 (小田整形外科医院)

パネルディスカッション (16:40~18:20)

司会 石川和夫

(秋田大学医学部感覚器学講座耳鼻咽喉科学・頭頸部外科分野)

「側頭骨内病変の処理と顔面神経」

1. 中耳腫瘍手術における顔面神経のマネージメント
濱田昌史 (東海大学医学部耳鼻咽喉科)
2. 側頭骨悪性腫瘍における顔面神経の処理
角田篤信¹⁾、岸本誠司²⁾
(東京医科歯科大学 耳鼻咽喉科¹⁾、東京医科歯科大学 頭頸部外科²⁾)
3. 顔面神経鞘腫、聴神経鞘腫に対する定位放射線治療
藤原圭志¹⁾、古田 康²⁾、福田 諭¹⁾
(北海道大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野¹⁾
手稲溪仁会病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科²⁾)
4. 側頭骨外病変の処理と顔面神経再建
近江永豪 (秋田大学医学部感覚器学講座耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学分野)

南館4階【花C】

会員懇親会 (18:30~)

第2日目 6月3日(金)

第7群：原因・治療・統計（8：30～9：20）

座長 山嵜達也（東京大学医学部耳鼻咽喉科）

古田 康

（手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

29. 山形大学耳鼻咽喉科顔面神経外来の臨床統計

川口和浩^{1・2)}、阿部靖弘³⁾、古川孝俊²⁾、青柳優²⁾

（日本海総合病院耳鼻咽喉科¹⁾、山形大学医学部耳鼻咽喉科²⁾、
山形県立中央病院耳鼻咽喉科³⁾）

30. 過去5年間に大阪医科大学耳鼻咽喉科を受診した顔面神経麻痺例の臨床統計

櫛原崇宏、萩森伸一、森 京子、金沢敦子、河田 了

（大阪医科大学感覚器機能形態医学講座耳鼻咽喉科学教室）

31. ヘル麻痺に対する星状神経節ブロックと大量ステロイド点滴静注併用療法における非治癒例の検討

荻原正洋、赤嶺智教、若山 寛、佐藤晶子、大房裕和

（長野赤十字病院第1麻酔科長野赤十字病院内科）

32. ハント症候群高度麻痺に対するステロイド・アシクロビル大量療法—予報—

瀧田昌史¹⁾、小田桐恭子¹⁾、飯田政弘¹⁾、山河和博²⁾

（東海大学医学部耳鼻咽喉科¹⁾、福井赤十字病院耳鼻咽喉科²⁾）

33. 耳下腺良性腫瘍術後顔面神経麻痺の検討

飯國美沙子、浅川剛志、古阪 徹、関根大喜、柴 和孝、増田 毅、池田 稔

（日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野）

第8群：リハビリテーションI（9：20～10：00）

座長 中村克彦（中村耳鼻咽喉科クリニック）

立花慶太

（大阪労災病院リハビリテーション科）

34. 顔面神経麻痺患者に対する集団リハビリテーション

高橋美香¹⁾、東 貴弘¹⁾、岩崎英隆²⁾、戸田直紀³⁾、中村克彦¹⁾、武田憲昭¹⁾
（徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島赤十字病院耳鼻咽喉科²⁾、
徳島県立中央病院耳鼻咽喉科³⁾）

35. 理学療法に難渋した両側性顔面神経麻痺の1症例

森嶋直人

（豊橋市民病院リハビリテーションセンター）

**36. 食物取り込み困難に対し、装具を処方した外傷性両側顔面神経麻痺の1症例
～Lower lip-lifting braceの紹介～**

立花慶太¹⁾、上塚学²⁾、佐藤崇³⁾、大沼寿美江³⁾、松代直樹³⁾

（大阪労災病院 リハビリテーション科¹⁾、

大阪府立急性期・総合医療センター 耳鼻咽喉・頭頸部外科²⁾、

大阪警察病院 耳鼻咽喉科 顔面神経・難聴センター³⁾）

**37. 置鍼治療とリハビリテーションの併用が奏効したと考えられた Hunt 症候群の
2 症例**

蛸子慶三¹⁾、菊池尚子²⁾、吉川 信¹⁾、丹波さ織³⁾、新井寧子⁴⁾、佐藤 弘¹⁾

（東京女子医科大学東洋医学研究所¹⁾、北総白井病院耳鼻咽喉科²⁾、

東京女子医科大学耳鼻咽喉科³⁾、東京女子医科大学東医療センター耳鼻咽喉科⁴⁾）

第9群：指定演題II 全身疾患と顔面神経障害（10：00～11：00）

座長 山本纈子（医療法人並木会並木病院）

池田勝久（順天堂医院耳鼻咽喉・頭頸科）

38. 妊娠に関連した顔面神経麻痺症例の検討

馬場信太郎¹⁾、金谷佳織¹⁾、近藤健二¹⁾、戸島均²⁾、山嵜達也¹⁾

（東京大学耳鼻咽喉科・聴覚音声外科¹⁾、とじま耳鼻咽喉科クリニック²⁾）

39. 糖尿病合併患者に対するステロイド大量投与の糖尿病への影響
森 京子、萩森伸一、金沢敦子、櫛原崇宏、野中隆三郎、河田 了
(大阪医科大学感覚器機能形態医学講座耳鼻咽喉科学教室)
40. 難治性中耳炎にて発症し、顔面神経麻痺をきたした Wegener 肉芽腫症の一例
北村貴裕¹⁾、松代直樹²⁾
(大阪厚生年金病院耳鼻咽喉科¹⁾、
大阪警察病院耳鼻咽喉科顔面神経・難聴センター²⁾)
41. 脳脊髄液減少症と顔面神経麻痺・顔面のけいれん
國弘幸伸¹⁾、相馬啓子²⁾
(慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科¹⁾、川崎市立川崎病院耳鼻咽喉科²⁾)
42. 原発性無 γ グロブリン血症患者に発症した顔面神経麻痺の治療経験
我那覇 章、平塚宗久、鈴木幹男 (琉球大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科)
43. CLCN7関連大理石病(中間型)に合併した顔面神経麻痺の1例
古川孝俊¹⁾、稲村博雄²⁾、青柳 優¹⁾
(山形大学医学部耳鼻咽喉科¹⁾、山形市²⁾)

臨床セミナー（11：00～11：50）

司会 野倉一也

（藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院神経内科）

1. MPO-ANCA陽性の難治性中耳炎と顔面神経障害

武田憲昭（徳島大学医学部耳鼻咽喉科）

2. 神経内科疾患に伴う顔面神経障害

加子哲治、野倉一也（藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 神経内科）

ランチオンセミナー2（12：00～12：50）

司会 橋本 省

（国立病院機構仙台医療センター耳鼻咽喉科）

中枢神経領域の画像診断－顔面神経とその近傍病変を中心に

阿部 修（日本大学医学部放射線医学系画像診断学分野）

基礎問題セミナー（13：00～14：15）

司会 中川尚志（福岡大学医学部耳鼻咽喉科）

1. HSVの再活性化の機序と神経の障害

脇坂浩之（愛媛県立医療技術大学）

2. 臨床に関連する顔面表情筋の形態学的特徴

森山浩志（昭和大学医学部第二解剖学教室）

3. ウイルスベクターを用いた顔面神経再生

江崎伸一、勝見さち代、山野耕嗣、村上信五

（名古屋市立大学大学院医学研究科医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科）

第10群：リハビリテーションII（14：20～15：00）

座長 栢森良二

（帝京大学医学部リハビリテーション科）

森嶋直人

（豊橋市民病院リハビリテーションセンター）

44. 顔面神経麻痺のリハビリテーションのための予後診断について

中村克彦¹⁾、東 貴弘¹⁾、高橋美香¹⁾、武田憲昭¹⁾、戸田直紀²⁾、岩崎英隆³⁾

（徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島県立中央病院 耳鼻咽喉科²⁾、

徳島赤十字病院 耳鼻咽喉科³⁾）

45. ボツリヌス毒素注射時の疼痛緩和のためのリドカインクリームの使用経験

近藤健二¹⁾、馬場信太郎¹⁾、金谷佳織¹⁾、戸島 均²⁾、山嵜達也¹⁾

（東京大学耳鼻咽喉科・聴覚音声外科¹⁾、とじま耳鼻咽喉科クリニック²⁾）

46. 発症した病的共同運動に対するボツリヌス毒素治療とミラーバイオフィードバックの併用療法

東 貴弘¹⁾、高橋美香¹⁾、中村克彦¹⁾、武田憲昭¹⁾、戸田直紀²⁾、岩崎英隆³⁾

（徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島県立中央病院耳鼻咽喉科²⁾、

徳島赤十字病院耳鼻咽喉科³⁾）

47. 顔面神経高度麻痺後不全治癒症例における病的共同運動に対してリハビリ並びにQOL改善のためのボツリヌス毒素製剤を複数回使用した経験 第2報

細見慶和（神戸労災病院 耳鼻咽喉科）

第11群：麻痺評価II（15：00～15：40）

座長 國弘幸伸（慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科）

野村泰之

（日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野）

48. 急性期に麻痺スコアが低下するベル麻痺の予後は悪いのか？

松代直樹¹⁾、立花慶太²⁾、北村貴裕³⁾、佐藤崇¹⁾、上塚学⁴⁾、大沼寿美江¹⁾

（大阪警察病院 耳鼻咽喉科 顔面神経・難聴センター¹⁾）

大阪労災病院 リハビリテーション科²⁾、大阪厚生年金病院 耳鼻咽喉科³⁾

大阪府立急性期・総合医療センター 耳鼻咽喉科⁴⁾）

49. 顔面神経麻痺後遺障害評価法試案 ー第2報ー
小田桐恭子、濱田昌史、塚原桃子、飯田政弘（東海大学医学部耳鼻咽喉科）
50. 術後性顔面神経完全麻痺の針筋電図による機能予後の診断
栢森良二（帝京大学リハビリテーション科）
51. 顔面拘縮における筋硬度計を用いた評価の検討
鉛矢美里、羽藤直人、能田淳平、暁 清文（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科）

第12群：良性腫瘍（15：40～16：30）

座長 鈴木幹男

（琉球大学医学部高次機能医科学講座耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野）

河田 了（大阪医科大学耳鼻咽喉科）

52. 反復する顔面神経麻痺を伴う脳幹部血管腫
平井良治、池田篤生、岸 博行、長谷川 央、工藤逸大、久木元延生、
池田 稔
（日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野）
53. 顔面けいれんが消失し聴力が失聴より回復した小脳橋角部髄膜腫例
宮崎紳一郎、福島孝徳、祝迫恒介（福島孝徳記念病院）
54. 顔面神経麻痺を併発した聴神経腫瘍症例
三浦正稔、嶋原俊太郎、増田 毅、関根大喜、野村泰之、大森英生、池田 稔
（日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野）
55. サイバーナイフによる顔面神経鞘腫の治療
宮崎紳一郎¹⁾、福島孝徳²⁾、祝迫恒介¹⁾
（福島孝徳記念病院¹⁾、Duke大学²⁾）
56. 耳下腺多形線腫の診断にて手術を施行し、術中に顔面神経鞘腫と判明した症例
村上信五、山野耕嗣、江崎伸一、勝見さち代（名古屋市立大学耳鼻咽喉科）

第13群：悪性腫瘍（16：30～17：30）

座長 岸本誠司（東京医科歯科大学頭頸部外科）
中谷宏章（栃木県立がんセンター頭頸科）

57. 反復性顔面神経麻痺を呈した上咽頭腫瘍の1例
長谷川 央、浅川剛志、古阪 徹、樋口雄将、戸井輝夫、中里秀史、池田 稔
（日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野）
58. 両顔面神経麻痺の経過中に認められた肺癌の一例
近藤統太¹⁾、大橋卓¹⁾、渡部啓孝¹⁾、長縄有紀²⁾、山野耕嗣²⁾、村上信五²⁾
（愛知県厚生連 江南厚生病院 耳鼻咽喉科¹⁾
名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学²⁾）
59. 顔面神経麻痺で発見された肺腺癌・側頭骨転移の一例
榎谷将偉、藤原圭志（北海道大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野）
60. 顔面神経麻痺を呈した髄膜癌腫症の2例
上塚 学¹⁾、松代 直樹²⁾、佐藤 崇²⁾
（大阪府立急性期・総合医療センター 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾
大阪警察病院 耳鼻咽喉科 顔面神経・難聴センター²⁾）
61. 顔面神経麻痺を主訴で発症した小児悪性腫瘍の2例
山田南星、伊藤八次（岐阜大学医学部耳鼻咽喉科）
62. 顔面神経麻痺を生じた小児横紋筋肉腫の一例
大庭 哲、末田尚之、樋口仁美、中川尚志（福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

手術手技セミナー

6月2日（木）11：00～11：50

司会 朝戸裕貴（獨協医科大学形成外科）

「非回復性麻痺と後遺症への形成外科手術」

1. 陳旧性顔面神経麻痺に対する形成手術

上田和毅（福島県立医科大学 形成外科）

2. 手術手技セミナー 2011

非回復性麻痺と後遺症への形成外科手術

～顔面神経麻痺治療の手引き～

山本有平（北海道大学大学院医学研究科 形成外科学分）

陳旧性顔面神経麻痺に対する形成手術

上田和毅

福島県立医科大学 形成外科

顔面神経の支配する表情筋の数は20近くあり、それらが機能不全に陥った場合に生じる症状は実に多彩である。主なものとして、眉毛・上眼瞼下垂、閉瞼不全、口角下垂があるが、いずれも形態的にも機能的にもおおきな障害をもたらす。これらに対する多くの術式の中で、われわれは、眉毛・上眼瞼下垂に対しては筋膜や糸によるつり上げ術、眉毛上部皮膚切除、閉瞼不全に対しては側頭筋移行術、耳介軟骨移植、ゴールドプレート埋入術、口角下垂に対しては側頭筋移行術、筋肉移植術などを行っている。これまでにはこれ以外の術式も行ってきたが、試行錯誤の末、現行の術式に至っている。こうした経験を踏まえ、各々の術式の特徴、適応、試行上の留意点についてビデオを交えながら述べてみたい。

非回復性麻痺と後遺症への形成外科手術 ～顔面神経麻痺治療の手引き～

山本有平

北海道大学大学院医学研究科 形成外科学分野

本セミナーでは、日本顔面神経研究会編「顔面神経麻痺治療の手引き－Bell 麻痺と Hunt 症候群を中心に－」の編集委員として、私が担当した〈非回復性麻痺と後遺症への形成外科手術〉 Clinical Question 50 “ウイルス性顔面神経麻痺に顔面神経縫合術／移植術は有効か？”について解説する。ウイルス性麻痺では、耳前部より末梢に位置する既存の顔面神経ルートには器質的な傷害はなく、中枢側からの信号が減弱している病態と理解できる。そのため、顔面表情筋に顕著な廃用性萎縮が生じる以前に、顔面表情筋の回復を期待して、その potential を最大限に活用する術式、つまり顔面表情筋を刺激する運動神経信号の増幅を目指した治療を行うことが望まれる。これまでの臨床研究により、【推奨】発症後 1 年以上経過した後遺症が残存する非回復性麻痺例において顔面神経縫合術／移植術は有効（グレード C 1）である。

ランチョンセミナー 1

6月2日（木）12：00～12：50

司会 村上信五

（名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻神経感覚医学）

「顔面神経麻痺診療の手引」

青柳 優（山形県立保健医療大学）

共 催

グラクソ・スミスクライン株式会社

顔面神経麻痺診療の手引

青柳 優

山形県立保健医療大学

日本顔面神経研究会では平成19年から「EBMを用いた診療ガイドライン作成・活用ガイド」（中山健夫著）を参考にして「顔面神経麻痺診療の手引」の作成作業を進めており、第34回日本顔面神経研究会までに発刊の予定である。症例数の少ない疾患についてはレベルの高いエビデンスが少ないことから、今回の初版では対象疾患をBell麻痺とHunt症候群に限定した。50項目のclinical question（このうち治療法に関するものは25項目）を設定し、各治療法に対して推奨度、背景、解説、参考文献を記載するという「診療ガイドライン」の型式を採っており、実地診療において使いやすくなっているが、顔面神経麻痺診療の基礎知識や顔面神経麻痺の評価法、予後診断などについても簡潔に記載した。

エビデンス（論文）の検索はPubMed、Medline、Cochrane Library、医学中央雑誌などで行い、エビデンスの評価はAgency for Health Care Policy and Research（AHCPR）の基準に従って行った。各治療法の推奨度はエビデンスのレベル、エビデンスの数と結論のばらつき、臨床上の有効性、適用性、害やコストに関するエビデンスなどを勘案して総合的に判断したが、推奨度についてはAHCPRの分類を採用すると、推奨度A（行うよう強く勧められる）と判断されるのは、Bell麻痺に対するステロイド内服療法くらいであり、ほとんどの治療法は推奨度C（行うよう勧めるだけの根拠が明確でない）になってしまうことから、脳卒中合同ガイドライン委員会（2001）の推奨度分類に従って、推奨度CをC1（行うよう考慮してもよいが、十分な科学的根拠はない）とC2（科学的根拠がないので、勧められない）に分けて判定した。それでも、推奨度BはBell麻痺に対するステロイド大量療法のみであり、Hunt症候群に対するステロイド大量療法を含めてほとんどの治療法は推奨度C1と判定された。ちなみに鍼灸治療は推奨度C2、低周波治療は推奨度Dと判定された。

特別講演

6月2日（木）13：30～14：25

司会 池田 稔（日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野）

「中枢神経系ヘルペスウイルス感染症の動向」

亀井 聡（日本大学医学部内科学系神経内科学分野）

中枢神経系ヘルペスウイルス感染症の動向

亀井 聡

日本大学医学部内科学系神経内科学分野

単純ヘルペス脳炎の本邦ガイドライン（2005）では、30mg/kg/day・2週間のアシクロビル投与が推奨されている。しかし、転帰不良率は未だ3～4割、社会復帰率も半数であり、更なる改善が望まれる。最近の米国ガイドライン（2008）は、新生児では倍量を推奨し、また投与期間も2～3週間に延長している。小児や成人でも、この米国や欧州ガイドライン（2007）でも2～3週間を推奨している。我々は、急性期に副腎皮質ステロイド薬併用が有用と報告（2005）した。欧米のガイドラインでは、その併用を考慮しても良いとしている。さらに、我々は、この有用性の機序がサイトカインカスケード抑制にあることを立証した（2009）。一方、ヒトヘルペス6型ウイルス脳炎は移植後の小児の脳炎として報告されたが、成人例でもみられる。移植患者が即時記憶障害を呈し、辺縁系のMRI異常を呈したら、ガンシクロビルやホスカルネットの治療が必要である。

パネルディスカッション

6月2日（木）16：40～18：20

司会 石川和夫

（秋田大学医学部感覚器学講座耳鼻咽喉科学・頭頸部外科分野）

「側頭骨内病変の処理と顔面神経」

1. 中耳腫瘍手術における顔面神経のマネージメント

濱田昌史（東海大学医学部耳鼻咽喉科）

2. 側頭骨悪性腫瘍における顔面神経の処理

角田篤信¹⁾、岸本誠司²⁾

（東京医科歯科大学 耳鼻咽喉科¹⁾、東京医科歯科大学 頭頸部外科²⁾）

3. 顔面神経鞘腫、聴神経鞘腫に対する定位放射線治療

藤原圭志¹⁾、古田 康²⁾、福田 諭¹⁾

（北海道大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野¹⁾

手稲溪仁会病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科²⁾）

4. 側頭骨外病変の処理と顔面神経再建

近江永豪

（秋田大学医学部感覚器学講座耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野）

中耳腫瘍手術における顔面神経のマネジメント

濱田昌史

(東海大学医学部耳鼻咽喉科)

顔面神経は側頭骨内を走行するが故に中耳腫瘍を摘出する際にはその取り扱いが問題となる。このような腫瘍には中・外耳癌、顔面神経鞘腫、グロームス腫瘍、先天性錐体尖真珠腫 (epidermoid) などが挙げられる。また神経の処理法としては、解剖学的位置・連続性を維持する方法が最も望ましいが (神経本幹外膜からの剥離や epineural striping)、現実には達成困難なことが多い。従って2次選択としては、顔面神経膝はそのままに茎乳突孔を含めて前方へ移動する anterior rerouting、膝神経節を含めて後方へ移動する posterior rerouting、いったん本幹で切断して腫瘍摘出後、端々吻合、神経移植もしくは舌下神経との吻合など選択肢は多く、判断に悩むこともしばしばである。今回は、悪性腫瘍を除く中耳腫瘍摘出術におけるこれら顔面神経のマネジメントについて代表例を呈示しながら解説したい。

側頭骨悪性腫瘍における顔面神経の処理

角田篤信¹⁾、岸本誠司²⁾

東京医科歯科大学 耳鼻咽喉科¹⁾、東京医科歯科大学 頭頸部外科²⁾

顔面神経は口を閉じたり目を閉じるという基本機能のほか、構音や表情というコミュニケーションにおいてヒトの活動に重要な働きを持っている。側頭骨並びその周囲病変（側頭骨、顎関節、側頭下窩）ではその扱いが常に問題となる。患者さんの QOL をたもつため、可能な限り顔面神経機能を温存するような手術が理想であるため、腫瘍の根治性を担保できる範囲において、顔面神経はできる限り切断しないような術式を選択している。側頭骨内の神経保護の他、耳下腺や末梢での扱いもポイントとなる。一方、顔面神経を保存することで摘出操作の妨げになったり、顔面神経の急激な被動や持続性の牽引、圧迫によりかえってダメージをもたらすことがある。その際は顔面神経の一過性の切断・摘出後の縫合が選択されるが、機能回復は完全なものにはならず、十分なインフォームドコンセントをとることが必要となる。我々の経験を通じて顔面神経の扱いについて報告する。

顔面神経鞘腫、聴神経鞘腫に対する定位放射線治療

藤原圭志¹⁾、古田 康²⁾、福田 諭¹⁾

北海道大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野¹⁾

手稲溪仁会病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科²⁾

【背景】顔面神経鞘腫および聴神経鞘腫の治療方針は、腫瘍の大きさ、部位、神経症状の程度、患者背景などにより決定され、根治手術、神経減荷術、wait and scanの他、放射線治療も選択肢の一つに挙げられる。

【目的】顔面神経鞘腫に対する定位放射線治療（以下SRT）の治療成績と、聴神経鞘腫におけるSRTによる顔面神経障害について検討した。

【対象】1993年以降にSRTを施行された顔面神経鞘腫4例、聴神経鞘腫130例。

【結果】顔面神経鞘腫では4例とも柳原法で20点前後の不全麻痺例であり、麻痺の悪化や重篤な有害事象はみられず、腫瘍の増大も認められていない。聴神経鞘腫では12例で治療後に顔面神経障害が出現したがいずれも改善し、治療前から顔面神経障害を認めていた7例のうち5例は改善した。

【結論】現在までSRTにより良好な腫瘍制御効果と高い安全性が得られているが、長期成績が今後の検討課題である。

側頭骨外病変の処理と顔面神経再建

近江永豪

秋田大学医学部感覚器学講座耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

一旦側頭骨外へ出た顔面神経は耳下腺内に複雑に分枝し、顔面筋へ分布する。特に、この部位の取り扱いでは、耳下腺部の外傷、腫瘍の部位に応じて、手術範囲と術式の決定は、術後の機能改善を最善に導くものでなければならない。顔面神経麻痺がある場合、神経に癌浸潤と考えられ、合併切除はやむを得ないが、顔面神経麻痺がない場合、セーフティー・マージンを考慮し、合併切除するか否か問題となる。また、顔面神経が犠牲になった場合、術後の患者の生活の質の向上は顔面神経再建の成績によるところが多い。側頭骨外病変で生じた腫瘍侵襲、手術時の損傷などによる神経欠損が大きく、断端同士の直接縫合が出来ない場合に顔面神経再建が行なわれる。その方法について、近年様々な工夫がある。今回、これまで顔面神経の中枢側の断端に縫合した移植神経に対して末梢側断端の各分枝と端端吻合の方法を中心に施行してきた。その成績を検討して報告する。

臨床セミナー

6月3日（金） 11：00～11：50

司会 野倉一也（藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院神経内科）

1. MPO-ANCA陽性の難治性中耳炎と顔面神経障害

武田憲昭（徳島大学医学部耳鼻咽喉科）

2. 神経内科疾患に伴う顔面神経障害

加子哲治、野倉一也

（藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院 神経内科）

MPO-ANCA陽性の難治性中耳炎と顔面神経障害

武田憲昭

徳島大学医学部耳鼻咽喉科

難治性中耳炎で発症し、感音難聴と顔面神経麻痺が進行するが PR3-ANCA 陰性で MPO-ANCA 陽性であり、病変が中耳に限局し肺や腎に病変を認めない症例が存在する。ステロイドに加えて免疫抑制薬を投与すると、感音難聴と顔面神経麻痺は改善し、MPO-ANCA も陰性化することが多い。上気道に病変に限局した限局型ウエゲナー肉芽腫症では、難治性中耳炎で発症することがあるが PR-3-ANCA が陽性で、顔面神経麻痺の合併は稀である。一方、MPO-ANCA が陽性の疾患は、顕微鏡的多発血管炎やアレルギー性肉芽腫性血管炎である。肺や腎に病変を認め感音難聴を示すことがあるが、顔面神経麻痺を伴わない。感音難聴と顔面神経麻痺を示す MPO-ANCA 関連中耳疾患を、限局型 MPO-ANCA 関連血管炎と診断するべきか、独立した疾患と診断すべきか、検討が必要である。また、顔面神経麻痺の障害部位や病態についても検討が必要である。

神経内科疾患に伴う顔面神経障害

加子哲治、野倉一也

藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院 神経内科

神経内科疾患の中で顔面神経障害を来たす可能性がある疾患が数多く存在する。肥厚性硬膜炎は部位により症状は異なるが、頭蓋内硬膜の炎症では頭痛、顔面神経障害などの脳神経障害を来し、顔面神経麻痺が生じて初めて診断される例がある。ギラン・バレー症候群などの多発神経炎において顔面神経麻痺を合併することがある。この場合左右対称性で顔面神経麻痺が非常に判り辛い例があったり、逆に両側性の顔面神経麻痺があるので多発神経炎と診断し得る場合もある。脳血管障害による中枢性顔面神経麻痺は非常によくみられ、また末梢性顔面神経障害との鑑別が重要である。その他、ダニ刺咬後の顔面神経麻痺（ライム病）、髄膜癌腫症での顔面神経麻痺等、神経内科診療でみられる顔面神経障害を、自験例の報告を交えて紹介する。

ランチョンセミナー 2

6月3日（金）12：00～12：50

司会 橋本 省（国立病院機構仙台医療センター耳鼻咽喉科）

「中枢神経領域の画像診断－顔面神経とその近傍病変を中心に」

阿部 修（日本大学医学部放射線医学系画像診断学分野）

共 催

エーザイ株式会社

中枢神経領域の画像診断－顔面神経とその近傍病変を中心に

阿部 修

(日本大学医学部放射線医学系画像診断学分野)

高空間・コントラスト分解能化された最新の画像診断手法により微細な顔面神経あるいはその近傍病変の異常を検出することが可能になってきた。多列検出器型 CT を用いることで、内耳道および内耳器官・顔面神経を囲む微細骨構造を描出することが可能で、等方性ボクセルデータ採取により放射線被曝を追加することなく任意の断面における再構成画像を作成し、診断に役立てることができる。また T1・T2 強調像だけでなく FLAIR 法を含めた高分解能 MRI 撮像により顔面神経自体を描出することが可能で、造影 T1 強調像・造影 FLAIR 法の併用により微妙な異常造影効果の検出も可能になっている。本セミナーでは上記疾患描出のために用いられる撮像法の解説から、それらによって検出された種々の疾患における画像を供覧する。また後半においては演者が最近取り組んでいる局所脳容積測定や拡散テンソルデータに対する画像統計解析手法についてもご紹介したい。

基礎問題セミナー

6月3日（金）13：00～14：15

司会 中川尚志（福岡大学医学部耳鼻咽喉科）

1. HSVの再活性化の機序と神経の障害
脇坂浩之（愛媛県立医療技術大学）
2. 臨床に関連する顔面表情筋の形態学的特徴
森山浩志（昭和大学医学部第二解剖学教室）
3. ウイルスベクターを用いた顔面神経再生
江崎伸一、勝見さち代、山野耕嗣、村上信五
（名古屋市立大学大学院医学研究科医学部耳鼻咽喉・
頭頸部外科）

HSVの再活性化の機序と神経の障害

脇坂浩之

愛媛県立医療技術大学

HSV は初感染後に潜伏感染し、宿主のストレスなどによって再活性化すると回帰性の病変を作る。再活性化した HSV の神経細胞系での感染拡大は、神経節細胞周辺への感染拡大と知覚神経支配領域すなわち遠隔領域への感染拡大に分かれる。遠隔領域への感染拡大はウイルスにとって、神経軸索を経てさらに神経終末を介しての感染拡大経路である。今回、HSV 再活性化時の知覚神経細胞内でのウイルス成熟・出芽や神経細胞周辺への感染拡大のメカニズムについて、また軸索内輸送や遠隔領域への感染拡大のメカニズムについてヒト脊髄後根神経節培養実験系の経験を踏まえながら報告したいと考えている。また知覚神経成分と運動神経成分を合わせ持つ顔面神経において、どのように運動神経成分に障害が発生し顔面神経麻痺に至るかウイルス学的見地からも考察を加えたいと思っている。

臨床に関連する顔面表情筋の形態学的特徴

森山浩志

昭和大学医学部第二解剖学教室

顔面表情筋の形態学的特徴に関して、以下の3つの項目について報告する。

1) 顔面表情筋の筋線維構成

過去の本研究会で、日本人成人や米国白人などを対象に、顔面運動や柳原法との関連について報告してきたが、今回胎児のデータを提示し、顔面表情筋の発育および加齢変化と臨床との関連について考察する予定である。

2) 顔面表情筋の支配神経

顔面表情筋、特に眼輪筋と口輪筋は、私の知る範囲では、解剖学等の教科書にはそれぞれ、側頭枝と頬骨枝、頬筋枝（あるいは頬筋枝と下顎縁枝）が支配神経と記載されている。しかし、私は今まで頻繁に、破格に遭遇してきた。今回、眼輪筋と口輪筋の支配神経について調査し、統計学的データが得られたので報告する。

3) ヒト顔面表情筋の遺伝子データ

末梢性顔面神経麻痺患者の、マイクロアレイ解析による遺伝子データについて報告する。

ウイルスベクターを用いた顔面神経再生

江崎伸一、勝見さち代、山野耕嗣、村上信五

名古屋市立大学大学院医学研究科医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科

急性期の顔面神経麻痺の治療においては神経の変性防止が重要であるが、それ以降では再生の促進が重要である。我々はマウスの顔面神経本幹を圧迫し一過性の顔面神経麻痺モデルを作成した。非増殖型単純ヘルペスウイルスに肝細胞増殖因子を導入したベクターを損傷部位に投与し、その神経再生効果を本研究会で報告してきた。ベクター投与群は麻痺の回復が促進され、免疫組織学的検討にも圧迫部位の顔面神経に遺伝子導入がみられた。顔面神経からベクター由来 HGF が抽出された。HSV ベクターが損傷した顔面神経に取り込まれ、顔面神経麻痺の再生を促進することが示唆され、ベクターにより栄養因子を導入できたことが明らかになった。現在、他の栄養因子に関して生体吸収性ハイドロゲルを基剤として徐放的に投与し、再生が促進されるのかどうか検討している。栄養因子を持続的に投与するドラッグデリバリーシステムについて、文献的考察を行い報告する。

一般演題

演題番号 1～62

第1日目 6月2日（木）演題番号1～28

第2日目 6月3日（金）演題番号29～62

1. 骨形成過程における顔面神経管のコーンビームCT画像

小森正博¹⁾、森山浩志²⁾、島田和幸³⁾、平海晴一⁴⁾、兵頭政光¹⁾、柳原尚明⁵⁾
(高知大学医学部耳鼻咽喉科¹⁾、昭和大学医学部第2解剖学教室²⁾
鹿児島大学歯学総合研究科神経病学講座人体構造解剖学分野³⁾
京都大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科⁴⁾、鷹の子病院 耳鼻咽喉科⁵⁾)

胎芽期から胎生期における顔面神経の発達について、組織学的にさまざまな検討がなされてきた。その中で、Spectorら(Laryngoscope 1993)は顔面神経管水平部の骨形成パターンについて検討し、顔面神経管裂隙の形成機序について言及している。今回、我々は週齢毎にコーンビームCT(Accuitomo F170 モリタ製作所)にて撮影した顔面神経管のXYZ画像ならびに3D画像を供覧する。推定年齢10週から34週の胎児31体の側頭骨について撮影を行い、およそ20週から顔面神経管を確認できた。

2. Bell麻痺における α -defensin発現と臨床像

古田 康¹⁾²⁾、折館伸彦²⁾、武市紀人²⁾、福田 諭²⁾、澤 洋文³⁾
(手稲溪仁会病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾
北海道大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野²⁾
北海道大学 人獣共通感染症リサーチセンター³⁾)

【背景】昨年の本研究会において、Hunt症候群において発症後に末梢血単核球における α -defensin(DEFDA)の発現が上昇し、血漿中濃度も高値を示すこと、Bell麻痺においてもDEFDAの発現上昇が少なからず認められることを報告した。SLE・炎症性腸疾患においてはDEFDAの発現レベルと重症度が相関することが示されている。

【目的】Bell麻痺症例においてDEFDA発現と麻痺の重症度・予後について検討する。

【対象】Bell麻痺15例【結果】15例中7例において初診時または発症2-4週後の血漿中DEFDAが陽性を示した。DEFDA陽性例では完全麻痺例が86%、陰性例では63%、DEFDA陽性例の治癒率71%、陰性例では88%であり、有意差は認められなかった。【結論】DEFDA発現と麻痺の重症度・予後についてはさらに症例を増やし検討する必要がある。

3. 正中法と各表情筋におけるElectroneurographyの比較

和田晋一¹⁾、萩森伸一²⁾、森 京子²⁾、櫛原崇宏²⁾、金沢敦子²⁾、
野中隆三郎²⁾、河田 了²⁾
(大阪医科大学中央検査部¹⁾、耳鼻咽喉科学²⁾)

【目的】 Electroneurography (ENoG) の測定において、我々は口輪筋に対する正中法の有用性を報告してきた。しかし、正中法が前頭筋や眼輪筋など顔面表情筋全体の評価として適切か否かについては未だ未解決である。今回、前頭筋、眼輪筋、鼻筋、口輪筋、口角下制筋の CMAP からそれぞれの ENoG 値を算出し、正中法と比較した。【方法】末梢性顔面神経麻痺患者13名を対象とした。正中法の他に基準電極を頭頂部に、導出電極を前頭筋、眼輪筋、鼻筋、口輪筋、口角下制筋の5ヶ所に設置し、左右それぞれの CMAP を記録した。【結果】健側前頭筋の CMAP は平均で0.56mVであったが、他の部位の CMAP は1.28~3.73mVであった。正中法による ENoG 値は前頭筋以外の各筋における ENoG 値と有意な相関がみられた。【考察】正中法による ENoG 値は顔面神経全体の病態をほぼ反映しているものと考えられた。

4. ENoG 測定装置における誤差

久保和彦^{1),2)}、小宗静男²⁾
(千鳥橋病院 耳鼻咽喉科¹⁾、九州大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科²⁾)

末梢性顔面神経麻痺、特にベル麻痺やラムゼイ・ハント症候群における予後判定に electroneurography (ENoG) が有用であることは周知の事実である。したがって、ENoGをいかに正確に、かつ再現性をもって測定するかは重要な課題である。今回我々は、これまでENoGを測定していた SYNAX 1100 (NEC) が老朽化したため、NeuroPack X1 (日本光電) に買い替えたが、そのおかげで同一人物を両方の器械で測定する機会を得た。過去の研究者の報告から ENoG 比10%以下が予後不良群と判断されることが多いが、一方の器械では10%以下と判断されたのに、もう片方では10%より大きいと判断されたために、予後判定に苦慮する症例が存在した。ENoG 測定の問題点について考察する。

5. 空間コード化法三次元計測装置を用いた顔面神経麻痺の客観的評価法の開発

勝見さち代、江崎伸一、山野耕嗣、村上信五

(名古屋市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

現在、顔面神経麻痺の評価法として40点法、House-Brackman法、Sunnybrook法が普及している。これらの評価法は、検者の主観に影響されやすく、客観性に乏しい点が問題である。麻痺の程度を定量的に評価することを目的として、これまでも様々な客観的評価システムが報告されてきた。また、昨今のデジタル画像技術の発展とともに形状を高精度に計測することが可能となってきている。今回、我々は空間コード化法三次元計測装置を用いて顔面表情運動の三次元形状計測を試みたのでここに報告する。健常者および顔面神経麻痺患者で、柳原法に準じた10表情とこれらの複合表情を撮影し、顔面各器官の特徴点および輪郭を検出し、その特徴点のX, Y, Z軸方向の移動距離を健側と患側で比較し検討した。

6. 顔面神経麻痺のスコア解析を目的とした多視点同期撮影システム (Synchronous Multi-Angle High-speed Capture System : SMAHCS) の開発

松代直樹¹⁾、西田武司²⁾、木原裕太³⁾

(大阪警察病院耳鼻咽喉科顔面神経・難聴センター¹⁾)

奈良先端技術大学像情報処理学講座²⁾、

立命館大学情報理工学部メディア情報学科³⁾)

最悪時スコア（顔面神経麻痺患者10人：2009年）ならびに回復期・最終期スコア（同6名：2010年）の柳原法によるスコア採点を依頼したところ、顔面神経麻痺を専門としない一般耳鼻咽喉科医師約50名ではスコア採点到相当の差異が生じていた。また顔面神経麻痺を専門とする耳鼻咽喉科医でも6点以上の差異が生じていたことを報告した。ただし、①提示した動画は2次元であること、②任意の角度・距離で評価ができない、などの問題点もあげられた。我々は3D動画技術が躍進することを想定し、多視点同期撮影システム（SMAHCS）を開発してきた。撮影環境・条件設定が完了し、患者データベースを採取している段階である。将来的には任意の麻痺スコアを反映させた麻痺モデル作成を予定している。麻痺スコア評価を付記した標準麻痺モデルの配布は検者間での差異を僅少化する有効な教育ツールになると考えている。本システムの概要と目的を紹介する。

7. 顔面神経麻痺患者の三次元顔モデル作成のための多視点同期撮影システム (Synchronous Multi-Angle High-speed Capture System : SMAHCS) の開発

木原裕太¹⁾、西田武司²⁾、松代直樹³⁾
(立命館大学 情報理工学部 メディア情報学科¹⁾、
奈良先端技術大学 像情報処理学講座²⁾、
大阪警察病院 耳鼻咽喉科 顔面神経・難聴センター³⁾)

筆者らは、顔面神経麻痺患者を対象とした三次元顔モデルの作成を目的としている。将来的には柳原法によるスコアと三次元顔モデルにおける各頂点の移動量の相関を調査することで、任意の麻痺スコアを反映させた三次元顔モデルの生成を実現したいと考えている。しかしながら、三次元顔モデルを作成するために必要な顔面神経麻痺患者を対象とした顔画像データベースが存在しないため、筆者らは、多視点同期撮影システム (Synchronous Multi-Angle High-speed Capture System : SMAHCS) を開発した。SMAHCS はハイスピードカメラを水平方向に5台および上下に1台ずつ、計7台を配置する多視点同期撮影システムである。7台のカメラはソフトウェアにより制御することでカメラ間の同期を実現しており、1秒間に最大60枚までのハイスピード同期撮影が可能である。現在は顔面神経麻痺患者の撮影を行いデータを取得する段階である。本発表では本システムのソフトウェアと環境設定、ならびに条件設定について紹介する。

8. 口唇圧測定による顔面神経麻痺の他覚的評価の検討・第2報

加藤由美子¹⁾、久木元延生²⁾、大森英生²⁾、岸 博行²⁾、平井良治²⁾、
今村佳樹¹⁾、池田 稔²⁾
(日本大学歯学部 口腔診断学教室¹⁾、
日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野²⁾)

末梢性顔面神経麻痺の評価として、柳原法など視診による点数評価が用いられることが多い。機器を使わずに短時間で評価が行える一方で、検者によって評価にばらつきが生じる、同一の検者が同じ顔面運動を評価しても評価結果が異なる可能性があるという側面をもつ。このような点から、いくつかの麻痺の客観的評価の試みがなされている。前回の本研究会において、われわれは末梢性顔面神経麻痺患者を対象に、多方位口唇圧測定装置を用いた口唇圧測定による麻痺の他覚的評価について発表した。装置は、8本の金属ブレードが直径35mmの円状に配置されており、30秒間、口唇の圧力を繰り返し加えさせ、各方向からの圧力(N)の最大値を測定した。麻痺の治癒に伴い、口唇圧の有意な上昇がみられ、口唇圧測定による麻痺の客観的評価の有用性が示唆された。

今回われわれは、末梢性顔面神経麻痺患者群に加え、健康成人をコントロール群として測定を行い、両者を比較し検討したので報告する。

9. 末梢性顔面神経麻痺による口腔機能障害の検討

加藤由美子¹⁾、久木元延生²⁾、中里秀史²⁾、
池田篤生²⁾、飯國美沙子²⁾、池田 稔²⁾、今村佳樹¹⁾
(日本大学歯学部 口腔診断学教室¹⁾、
日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野²⁾)

末梢性顔面神経麻痺の患者からの訴えで、口から水が漏れる、頬に食べ物が溜まるなど、口腔機能障害に関するものは多く聞かれる。咀嚼に代表される口腔機能は、咀嚼筋とともに表情筋が深く関わっており、顔面神経麻痺の発症により表情筋の運動機能が低下することで、口腔機能障害が起こると予想される。しかし、末梢性顔面神経麻痺による口腔機能障害の実態について、これまでに報告はない。今回われわれは、末梢性顔面神経麻痺患者群とコントロール群に対して、咀嚼能率判定用グミゼリーと、白飯をそれぞれ片側ずつ咀嚼させ、咀嚼能率と食塊形成能の測定を行い、顔面神経麻痺による口腔機能障害の定量的評価を試みたので報告する。

10. 当科における顔面神経減荷術の検討

山野耕嗣、勝見さち代、江崎伸一、村上信五
(名古屋市立大学 耳鼻咽喉科)

末梢性顔面神経麻痺の多くは Bell 麻痺、Hunt 症候群で占められている。その多くは保存的治療で治癒を得られるが、保存的治療に抵抗して、麻痺の残存や病的共同運動を残し非治癒となるものも少なからず存在している。当施設では、神経興奮性検査や誘発筋電図による予後診断検査により、予後不良と判断した場合は顔面神経減荷術を積極的に行っている。また手術アプローチに関しても、経乳突法で行うのか、もしくは経乳突法に経中頭蓋窩法を併用する全減荷を行うのかを、Gd 造影 MRI の所見により選択している。今回、Bell 麻痺、Hunt 症候群のうち顔面神経減荷術を行った症例に対して、術前の評価とその予後、また手術アプローチや手術時の所見等につき retrospective に検討したので報告する。

11. 顔面神経麻痺で発症した側頭骨軟骨肉腫の1例

津布久 崇¹⁾、松村道也¹⁾、古田 康¹⁾、山本有平²⁾
(手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科¹⁾、北海道大学形成外科²⁾)

側頭骨に生じる軟骨肉腫は稀であるが、我々は末梢性顔面神経麻痺を契機に発見され、摘出術と舌下神経との端側吻合による再建術を施行した症例を経験したので報告する。症例は27歳女性。2008年9月頃より左顔面麻痺発症し徐々に増悪。他院神経内科を受診し、MRIにて左側頭骨に腫瘍性病変が認められ、2009年5月当科を紹介となった。初診時の顔面神経麻痺スコアは4点で完全麻痺を認めた。CT, MRIにて左側頭骨下部に骨破壊を伴う腫瘍性病変を認めた。同年7月23日に乳突削開を行い、生検を施行した。顔面神経に連続した腫瘍で神経鞘腫に矛盾しないが確定診断は得られなかった。11月9日左側頭骨腫瘍摘出術、顔面神経再建術を施行した。術後の病理検査で軟骨肉腫 grade 2 と診断された。術後はリハビリテーションを行い、術後15ヶ月で麻痺スコア20点、Sunnybrook 法で44点まで回復した。

12. 特異な経過を示した耳炎性顔面神経麻痺の1症例

増田聖子
(熊本大学耳鼻咽喉科頭頸部外科)

明らかな中耳炎症状、所見がないのに、中耳炎が原因と考えられた顔面神経麻痺症例を経験したので報告する。60歳男性。平成21年2月中旬よりめまい、左顔面神経麻痺が出現した。麻痺は3ヶ月程度で完全回復したが、麻痺の改善とともに左感音性難聴が急速に進行し、聾となった。鼓膜所見に異常はなかったが、CTにてアブミ骨周囲にわずかな軟部陰影を認めた。試験的鼓室開放術を検討したが、麻痺は完全回復しており、聴力の回復見込みはないため、経過をみることにした。平成22年12月中旬に左顔面神経麻痺が再発した。今回のCTでは前回の軟部陰影が増大し、蝸牛の骨化がみられた。平成23年1月中旬に手術を行ったが、アブミ骨底板付近～上鼓室にかけて肉芽増生がみられ、この部分に炎症所見がみられた。この術中所見から中耳炎による顔面神経麻痺および内耳障害であると思われたが、経過中に耳漏はなく、鼓膜所見に異常は見られなかった。

13. 顔面拘縮の対側に発症した顔面神経麻痺症例

田邊牧人、山本悦生、長谷川陽一
(山本中耳サージセンター)

麻痺後顔面拘縮の反対側に新たに顔面神経麻痺をきたした症例について報告する。症例は44歳女性。当院初診の3日前に左顔面神経麻痺を発症し近医より紹介受診され当院受診となった。なお右側は約1年前に顔面神経麻痺を発症し、近隣総合病院で治療を受けるも治癒せず、顔面拘縮をきたした。初診時、右顔面の拘縮のため、左顔面麻痺のうち安静時の非対称や口周囲の動きに関しては評価が困難であったが、10点未満(40点法)の完全麻痺と考えられた。MRI上は異常なく、両側ともBell麻痺と考えられた。ステロイド大量療法後も左麻痺は改善が思わしくなかったため、顔面神経減荷術を施行した。右の顔面拘縮の不快感も非常に強かったため、右顔面にはボツリヌストキシンを注射した。この症例では、顔面拘縮対側の麻痺評価、顔面拘縮に対する治療の時期に検討の余地があると考えられた。

14. 治療の到達目標を考慮した再建手術

鈴木康俊、朝戸裕貴
(獨協医科大学形成外科)

顔面神経合併切除を要した腫瘍切除手術では、神経や周囲組織の欠損が広範囲に及ぶことがある。我々はこの様な症例の再建手術時は、治療の到達目標を考慮し、手術術式を選択している。症例1：54歳男性、左耳下腺癌に対して、耳下腺全摘、顔面神経合併切除、左頸部郭清を施行した。顔面神経と頬部軟部組織欠損の同時再建を治療目標とし、腓腹神経移植と遊離腹直筋移植を行なった。症例2：46歳男性、右耳下腺癌に対して、耳下腺全摘、顔面神経合併切除、外耳道切除を施行した。最終的な治療目標を筋肉移植による動的再建術としたが、それまでの待機期間にも整容性を損なわないことを目的として、右頬部と下眼瞼への大腿筋膜移植による静的再建術を行った。術後12ヵ月目、遊離広背筋移植を行なった。顔面神経合併切除を要した腫瘍切除症例に対する再建手術では、最終的な到達目標と共に、経過中の状態にも配慮した手術を計画することが有用である。

15. 頭蓋底手術に顔面神経本幹と舌下神経からの Jump graft を併用再建した 2 症例

山田武千代、岡本昌之、呉 明美、齋藤武久
(福井大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科)

内耳道や膝神経節部付近での顔面神経切断例では、回復までに長い期間を要し、回復時のスコアも低く、一次的な神経再建での工夫が必要である。頭蓋底手術時に顔面神経本幹と舌下神経からの Jump graft を併用再建した 2 症例を提示する。症例 1 は 39 歳女性で膝神経節部位を中心とした顔面神経鞘腫が指摘され、中頭蓋窩法と経乳突洞のアプローチにより腫瘍を摘出した。内耳道底から水平部の顔面神経を腓腹神経で再建し、舌下神経から下顎縁枝よりやや中枢側へ Jump graft を併用した。顔面表情筋の運動スコア（柳原法）は完全麻痺から、術後 2 カ月後 8/40、1 年後 14/40、2 年後 24/40 となった。症例 2 は中耳浸潤外耳道癌（SCC）で CBDCA, 5FU 併用放射線治療後側頭骨亜全的を施行した。膝神経節部位から末梢の顔面神経へ腓腹神経で再建し、舌下神経から下顎縁枝よりやや中枢側へ Jump graft を併用した。

16. 同側咬筋神経をレシピエント神経とした大腿二頭筋短頭筋弁による顔面神経麻痺一期的再建術

林 明照¹⁾、丸山 優²⁾、三沢尚弘¹⁾、
保坂宗孝¹⁾、中道美保¹⁾、岡田恵美²⁾、荻野晶弘²⁾
(東邦大学医療センター佐倉病院形成外科¹⁾、東邦大学形成外科²⁾)

大腿二頭筋短頭筋弁による顔面神経麻痺の一次的再建では、解剖学的破格のため筋弁の運動神経の長さが不足することがある。今回、レシピエント神経として同側咬筋神経を用いた症例を経験したので、考察を加え報告する。症例は 56 歳、女性、左陳旧性顔面神経麻痺。健側表情に同調した笑いの再建を希望し、遊離大腿二頭筋短頭による一次的再建を行った。しかし、筋弁の運動神経は坐骨神経内剥離を行っても 10cm にとどまり、対側耳下腺前部まで到達しなかったため、同側の咬筋運動神経に端々縫合した。レシピエント血管は顔面動静脈とした。術後 1 年 4 カ月で、安静時の対称性は良好で、口角部の滑動距離は随意的笑いで 10mm、不随意的笑いで 3 mm であった。大腿二頭筋短頭による顔面神経麻痺一期的再建では、レシピエント神経は健側顔面神経の枝を第一選択とするが、同側咬筋神経を第二選択とすることで運動神経の破格にも対応できると思われた。

17. 血管柄付き神経弁を用いた予防的交叉顔面神経移植術

吉松英彦、成島三長、光嶋 勲
(東京大学形成外科)

術後顔面神経麻痺における神経再建では、筋萎縮・変性がおきる前に axonal flow を再建することが肝要である。早期であるほど再建の成功率が高くなるとされるが、理論的には顔面神経を損傷しうる手術の前に予防的に神経再建を行っておくことが望ましい。予防的な血管柄付き交叉神経移植により、顔面神経切除後早期より良好な顔面表情筋機能改善を認めた症例を報告する。【症例】28歳女性、左聴神経鞘腫。外側大腿回旋動静脈を茎とする15cmの血管柄付き神経弁を、左右の顔面神経頬枝に交叉移植し、移植3ヶ月後に聴神経鞘腫を顔面神経ごと切除した。腫瘍切除3ヶ月後より顔面表情筋の収縮を認め、術後1年で良好な顔面表情筋機能改善を認めている。

18. 側頭筋移行による頬部動的再建術後に、眼瞼部への側頭筋の再移行術と頬部への遊離広背筋移植術を行った4症例の経験

栗田昌和、多久嶋亮彦、白石知大、波利井清紀
(杏林大学 形成外科)

側頭筋移行術による頬部動的再建術後に、閉瞼機能不全を呈したため、頬部から眼瞼部への側頭筋の再移行術を行った4症例を経験した。全症例とも他院にて側頭筋による頬部の動的再建が行われた後、兔眼による眼痛を生じてきたため当科に来院した。頬部へ移行された側頭筋は笑いに同調していないため、この側頭筋を頬部から剥離し、眼瞼部への再移行術を行った。そして、遊離広背筋移植術を併せて行い、頬部の動的再建を行った。全例で良好な閉瞼を得ることができ、同時に頬部の再建も可能であった。顔面神経麻痺による兔眼は若年者、壮年者では症状がなく、高齢となってから眼痛などの症状が生じてくることがある。その際に、側頭筋移行による再建術は最も有効な手段である。麻痺患者に対して兔眼による症状がないからといって眼瞼再建を行わず、側頭筋を頬部の再建に用いることへの疑念をこの4症例から持った。

19. Modified Temporal Myoplasty による顔面神経麻痺動的再建術の経験

林 礼人、名取悠平、小室裕造、水野博司

(順天堂大学 医学部 形成外科)

Temporal Myoplasty 法は側頭筋全体を前進させる動的再建法であるが、頬骨弓を離断することや口輪筋への届きにくさといった手技上の煩雑さから、本邦ではあまり一般的になっていない。今回我々はその変法に準じ、鼻唇溝部の切開から筋突起の切断を行ない頬骨弓を温存するとともに、側頭筋の伸展や固定法などに検討を加え良好な結果を得たので報告する。陳旧性顔面神経麻痺の3例に対して同術式を施行し、側頭筋の固定点や方向の決定には、実際に側頭筋を牽引するか電気刺激するなどしてその動きを再現した。術直後から静的再建として整容面の改善が得られ、術後約3ヶ月から全例で良好な頬部の動きを認めた。時間の経過とともに微笑みといった微細な笑いの調節も出来るようになったが、耳下腺全摘後の症例については、残存耳下腺を認めないにも関わらず、術後に唾液瘻を生じた。同術式の実際や問題点などについて考察し報告を行う。

20. Lateral orbital periosteal flap を用いた麻痺性兔眼の治療

松田 健

(大阪大学形成外科)

【はじめに】軽度～中等度の麻痺性兔眼症例に対して我々は眼窩外側縁部より上方莖の骨膜弁を挙上、この骨膜弁を下眼瞼瞼板に縫着することにより下眼瞼の挙上を行っている。

【方法】瞼裂外側二分の一の範囲の睫毛下切開を外側に約1.5cm延長し、この切開から眼窩隔膜上を剥離、眼窩外側縁ならびに下縁に至る。次いで外嘴靭帯付着部付近を莖とする幅7mm程度の骨膜弁をデザイン、挙上する。

骨膜弁を挙上するほどその莖部は上方に移動し、縫着する下眼瞼瞼板がより頭側へ引きあげられることになる。適切な位置まで骨膜弁の挙上をすすめ、下眼瞼瞼板へ縫着した後、さらに眼輪筋弁を用いて下眼瞼全体を挙上する。術後の後戻りを考慮し、やや過矯正とする。瞼板の切除は基本的には行わない。

【結果・考察】現在までに麻痺性兔眼の4例に本法を用い、良好な結果を得た。代表的症例を供覧し、術式の詳細について述べる。

21. 顔面神経麻痺に対する眉毛下切開・眉毛挙上術

橋川和信、榊原俊介

(神戸大学大学院医学研究科形成外科学)

顔面神経側頭枝麻痺による眉毛下垂に対する眉毛下切開アプローチ・眉毛挙上術について報告する。同手術は、主に加齢等による眉毛下垂を矯正する美容手術として用いられている方法であり、経験上は、1) 術後瘢痕が目立ちにくい、2) 前頭筋の動きを温存できる、3) 眉毛下制筋を確実に切断できる、という長所と、3) 挙上量に限界がある、4) 眼窩上・滑車上神経の一時的な麻痺を生じる、という短所がある。これらの特徴を考慮すると、顔面神経不全麻痺による眉毛下垂は同法の良い適応である可能性が高い。本研究会では、手技の詳細と代表的な症例について供覧する。

22. 顔面神経麻痺に対する眼瞼形成術の検討～重瞼線への影響～

阪場貴夫、上田和毅、梶川明義、大河内裕美、浅井笑子

(福島県立医科大学形成外科)

【目的】顔面神経麻痺における閉瞼不全に対し、側頭筋移行やゴールドプレート挿入術が行われるが、これらにより重瞼線の消失や変形をきたすことがある。しかし、その程度に関しては詳細な報告は見られない。今回われわれは1年以上の経過観察を行い得た症例を検討したので、結果を報告する。

【対象】1999年から2011年までに行った側頭筋移行術6例、ゴールドプレート挿入13例である。

【評価】デジタルカメラに取り込んだ正面画像をコンピューター分析した。

【結果】ゴールドプレート挿入例では13例中7例でこの距離が広くなり、4例では重瞼線が消失した。側頭筋移行では6例中3例で重瞼線の乱れを生じた。

23. 陳旧性顔面神経麻痺に対する下口唇筋膜付加島状側頭筋移行術と上眼瞼 levator lengthening 法の同時施行

保坂宗孝¹⁾、林 明照¹⁾、三沢尚弘¹⁾、
中道美保¹⁾、岡田恵美²⁾、荻野晶弘²⁾、丸山 優²⁾
(東邦大学医療センター佐倉病院形成外科¹⁾、東邦大学形成外科²⁾)

下口唇筋膜付加島状側頭筋移行術による笑いの再建と levator lengthening 法による麻痺性兎眼治療を同時施行した症例を経験したので報告する。症例は34歳、女性、左陳旧性顔面神経麻痺、安静時の口角下垂、口唇の健側変位、麻痺性兎眼を認めた。早期に顔貌の改善と笑いの再現を希望し、下口唇T字型筋膜移植術付加島状側頭筋移行術・上眼瞼 levator lengthening 法を行った。下眼瞼外反に外眼角瞼板縫合を行った。Labbe は、陳旧性顔面神経麻痺の再建に lengthening temporalis myoplasty および上眼瞼にはゴールドプレートのかわりに levator lengthening を行い、その際の移植筋膜は側頭部から採取している。我々は、下口唇T字型筋膜移植に使用する大腿筋膜の余剰を使用した。今後、症例を集積し評価することが必要であると思われる。

24. 陳旧性顔面神経麻痺の口唇下垂に対する筋肉移植術・筋膜挙上術における、健側口囲筋群へのボツリヌストキシン局注の有用性

田中一郎¹⁾、佐久間 恒²⁾
(東京歯科大学市川総合病院 形成外科¹⁾、横浜市立市民病院 形成外科²⁾)

陳旧性顔面神経麻痺の口唇下垂に対する筋肉移植術や筋膜による挙上術において、術後に健側の口唇周囲筋群の収縮による健側への口唇の牽引により、移植筋や筋膜の口唇固定部が緩むリスクがある。これに対して固定部の安静保持の減張目的に、移植側口唇部へ別に掛けた糸を側頭部に吊り上げて皮膚上に数週間固定したり、術後の口唇過大運動の回避を患者に指示している。我々はこれらの方法に加えて、健側口唇挙上・下制筋群へのボツリヌストキシンの術直後の投与により、健側口囲筋群の収縮を減弱させることで、口唇の健側への牽引をより抑える方法を行なっている。本法を施行した筋肉移植3例、筋膜移植3例において、減張吊り上げ糸除去後1ヶ月での口唇下垂を検討したが、早期の口唇下垂は見られなかった。本法は、簡単な手技で術後早期の縫合固定部の外れや緩みを抑えることが期待でき、側頭部への糸牽引による従来の減張法に追加して有用な方法と思われた。

25. 顔面神経麻痺を合併した耳下腺良性疾患の2例

新垣香太、新濱明彦、鈴木幹男

(琉球大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科)

耳下腺疾患に伴う顔面神経麻痺の合併は悪性腫瘍の存在を疑う所見であり良性疾患に伴うことは比較的稀であるが、今回我々は耳下腺良性疾患に発症した顔面神経麻痺の2例を経験したので報告する。症例1：47歳女性。右耳下部腫脹・口角麻痺にて第6病日に当科紹介受診。耳下部の発赤腫脹ならびに顔面神経不全麻痺(28/40)を認め、CT所見より耳下腺膿瘍と診断し緊急切開排膿術を施行。術後顔面神経麻痺は治癒した。症例2：41歳女性。左耳下部腫脹と顔面痙攣を主訴に当科受診。左耳下部腫脹と顔面痙攣ならびに顔面神経不全麻痺(32/40点)を認めた。CT・MRI所見ならびにFNA所見(classⅢA)から耳下腺癌の可能性を考慮し耳下腺全摘術を行ったが、病理検査では多型腺腫の診断であった。術後眼瞼痙攣ならびに顔面神経麻痺の改善を認めた。耳下腺良性疾患に伴う顔面神経麻痺の発症機序ならびに過去の報告例も含めて検討する。

26. 頭部外傷にて両側性末梢性顔面麻痺を呈した症例

渡邊弘人

(医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院)

【はじめに】 頭部外傷にて両側性末梢性顔面麻痺を呈した症例に対してCIセラピー及び中周波治療を主体としたアプローチを実施し、その臨床経過について検討したので報告する。【症例】20歳代 男性【医学的診断名】 頭部外傷【言語学的診断名】 弛緩性ディサースリア【CT所見】 頭蓋底骨折、頭蓋骨骨折及び両側前頭葉、側頭葉周囲に小さなSAHを複数認める。【主訴】 表情が作れない【既往歴】 特になし【神経学的所見】 末梢性の両側顔面神経麻痺(+)四肢の運動障害(-)【ST初回評価】 AMSD；口腔構音機能：口唇を使う検査は得点なし。発話明瞭度：2/5、自然度3/5 40点柳原法：9/40 【治療内容】 ① 口腔・顔面領域への感覚入力 ② CIセラピー ③ 中周波刺激 ④ 自主訓練指導【臨床経過】 当初随意運動は右の軽い閉眼が可能であった以外は全く行えない状態であった。治療開始後13日目：左側の眉毛の左端がわずかに動く。38日目：左右口唇とも引きで若干改善あり。中周波治療開始。39日目：職場復帰。63日目：職場の人に表情が出てきたと言われたとの報告あり。133日目：最終評価を行いST終了。【結果・考察】 40点柳原法で9/40から33/40へ、AMSDでは口唇の項目すべてにおいて何らかの改善が認められた。【考察】 構音の明瞭度が改善し、表情が豊かになったことでコミュニケーション範囲の拡大、心理的負担の軽減、復職につながった可能性もあることが推察された。今回CIセラピーと中周波治療を中心に訓練を行ってきたことによる、相乗的な治療効果が得られた可能性が示唆されたと考える。

27. 再発性ハント症候群の検討

能田淳平¹⁾、羽藤直人¹⁾、脇坂浩之^{1)、2)}、高橋宏尚¹⁾、飴矢美里¹⁾、暁 清文¹⁾
(愛媛大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾、愛媛県立医療技術大学²⁾)

ハント症候群は乳幼児期に初感染した水痘帯状疱疹ウイルス (varicella-zoster virus: 以下 VZV) の膝神経節での再活性化がその原因とされる。発症機序として、水痘初感染で獲得した免疫が時間をかけて次第に減弱し、加えて疲労やストレスなどによりさらに細胞性免疫が低下した結果、VZV の再活性化を招くことが推察されている。そして、再活性化により強い免疫が獲得されるハント症候群においては、再度 VZV が再活性化することはまれであり、ハント症候群の再発は極めて少ないと言われている。しかし、皮膚科領域において带状疱疹の再発例に関する検討も報告されており、その存在を無視することはできない。今回、当科顔面神経外来で経験した再発性ハント症候群症例の臨床経過などに関し、若干の文献的考察を加え報告する。

28. 「気診」治療により症状が軽快した片側顔面痙攣の 1 症例 — 治療前後の症状のビデオ供覧 —

小田伸悟
(小田整形外科医院)

今回「気診」治療により症状が軽快した片側顔面痙攣の 1 症例を経験したので報告する。「気診」とは望診触診により東洋医学のいわゆる「気」を捉え、診断治療をおこなう手技である。症例：63才女性 主訴：左眼周囲の痙攣と疼痛 病歴：H14年5月誘因なく発症。同7月よりボトックス注射開始。H.20.10.20より当院にて「気診」治療開始し、徐々に左眼周囲の疼痛は軽減したが痙攣は不変であった。H.23.1.20より「気診」による臍象経脈の治療を開始し、治療直後に左顔面の痙攣がほぼ消失するようになった。この「気診」治療前後の症状のビデオを供覧する。ボトックス注射はH22.9.15以降施行していない。本症例において「気診」治療により左眼周囲の痙攣の頻度と程度は一旦軽快し1乃至3日後再発するが、治療を続けることにより徐々に軽快していった。左眼周囲の疼痛はこの治療により軽快した。

29. 山形大学耳鼻咽喉科顔面神経外来の臨床統計

川口和浩^{1・2)}、阿部靖弘³⁾、古川孝俊²⁾、青柳 優²⁾

(日本海総合病院耳鼻咽喉科¹⁾、山形大学医学部耳鼻咽喉科²⁾、
山形県立中央病院耳鼻咽喉科³⁾)

顔面神経障害は Bell 麻痺 (BP)、Ramsay Hunt 症候群 (RHS) をはじめとする末梢性障害のほかに、診断に苦慮する脳幹障害や悪性腫瘍の頭蓋内転移、神経変性疾患などの中枢性障害がありその原因は多岐にわたる。BP、RHS の各治療成績の検討は、各施設や無作為比較試験などで行われ報告されているが、各疾患全体としての統計を行った報告は少ない。今回我々は1995年から2009年までの15年間に山形大学医学部付属病院耳鼻咽喉科顔面神経外来を受診した症例の全体像、患者数の推移、各主要疾患における治療成績などの検討を行ったので報告する。

30. 過去 5 年間に大阪医科大学耳鼻咽喉科を受診した顔面神経麻痺例の臨床統計

櫛原崇宏、萩森伸一、森 京子、金沢敦子、河田 了

(大阪医科大学感覚器機能形態医学講座耳鼻咽喉科学教室)

2006年1月から2010年12月までの5年間に大阪医科大学耳鼻咽喉科を受診した328例の顔面神経麻痺例の性別、年齢分布、原因、発症時期、患側、治療成績について検討した。性別は男性が175例、女性が153例であった。年齢分布は0～92歳(平均52歳)であり、ピークは60歳代であった。疾患別では Bell 麻痺が75%、Hunt 症候群が15%、残りの10%の原因は外傷、耳下腺癌、脳出血など様々であった。発症月は9月に多く、2月に少なかった。患側は右が172例で左が154例であったが、両側同時発症が2例存在した。単回発症の症例が91%を占めたが、再発例が9%存在し、同側、反対側に差を認めなかった。Bell 麻痺の治療率は85%、一方 Hunt 症候群は73%であった。正中法による ENoG 値と治療率については10%以上であれば91%、10%未満であれば47%であった。

31. ベル麻痺に対する星状神経節ブロックと大量ステロイド点滴静注併用療法における非治癒例の検討

荻原正洋、赤嶺智教、若山 寛、佐藤晶子、大房裕和
(長野赤十字病院第1麻酔科 長野赤十字病院内科)

対象と方法：対象は1986年2月から2010年5月までの、発症1週間以内のベル麻痺で、星状神経節ブロック（SGB）と大量ステロイド点滴静注（HSD）併用療法を行い、6カ月経過時点で非治癒であった55症例である。対照は同期間の同症例の治癒例660症例である。統計学的処理は、 $p < 0.05$ を有意差ありと判定した。結果：有意差があった項目は、年齢で非治癒群 59.6 ± 16.0 歳、治癒群 49.8 ± 18.8 歳、初診時確定スコア（同順）で 5.6 ± 2.1 点、 11.2 ± 6.0 点、ENoG値で $17.2 \pm 11.6\%$ 、 $41.7 \pm 19.8\%$ 、SGB総回数で 95 ± 32 回、 24 ± 17 回、初診時のSRの出現率 5.5% 、 30.6% 、糖尿病合併率 20% 、 9.5% 、治療形態で入院治療率 49.1% 、 31.1% であった。まとめ：非治癒例は高齢高度重症麻痺で、初診時SRの出現率は低く、また糖尿病合併率が高率であった。

32. ハント症候群高度麻痺に対するステロイド・アシクロビル大量療法—予報—

濱田昌史¹⁾、小田桐恭子¹⁾、飯田政弘¹⁾、山河和博²⁾
(東海大学医学部耳鼻咽喉科¹⁾、福井赤十字病院耳鼻咽喉科²⁾)

ベル麻痺に比してラムゼイハント症候群（RHS）の神経障害は重篤と考えられ、治療にもかかわらず後遺障害に至ることが多い。これまでRHSに対してはプレドニゾロン60mgに加えバラシクロビル3000mgの内服投与が標準治療とされてきた。さらに山形大グループはアシクロビル750mgの点滴に加えてプレドニゾロン200mgの大量点滴を報告したが、いずれも十分な治療成績には至っていない。そこでわれわれは、RHSが予後不良である背景には膝神経節で再活性化した水痘帯状疱疹ウィルス（VZV）の中枢伝播があるものと推察し、2009年1月からの2年にわたり70歳未満の成人RHS高度麻痺例に対してヒドロコルチゾン1000mgからの漸減とアシクロビル1500mgの6日間点滴を行った。結果、完全治癒例79%、不完全治癒例14%、減荷術に至った症例7%となった。重篤な副作用は経験しなかった。

33. 耳下腺良性腫瘍術後顔面神経麻痺の検討

飯國美沙子、浅川剛志、古阪 徹、関根大喜、柴 和孝、増田 毅、池田 稔
(日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野)

耳下腺腫瘍手術において顔面神経麻痺の危険性は常に頭を悩ませる問題である。今回我々は、耳下腺良性腫瘍手術における顔面神経麻痺について臨床データを後ろ向きに検討した。2005年1月から2009年12月までの5年間に当科で手術を施行した耳下腺原発良性腫瘍は100例であった。組織型の内訳は pleomorphic adenoma 52例、Warthin tumor 41例、Lymphoepithelial cyst 3例、Lymphoepithelioma 2例、Basal cell adenoma 1例、Lipoma 1例であった。術後顔面神経麻痺について、組織型、腫瘍の大きさ、腫瘍存在部位、回復時期などを検討した。

34. 顔面神経麻痺患者に対する集団リハビリテーション

高橋美香¹⁾、東 貴弘¹⁾、岩崎英隆²⁾、戸田直紀³⁾、中村克彦¹⁾、武田憲昭¹⁾
(徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島赤十字病院耳鼻咽喉科²⁾、
徳島県立中央病院耳鼻咽喉科³⁾)

我々はこれまで顔面神経外来において個々の患者にバイオフィードバックを中心としたリハビリテーション指導を行い、その有効性に対する報告を行ってきた。一方で、リハビリテーションの意義や方法の理解が十分でない患者やモチベーションの上がない患者が存在し、リハビリテーションの効果が得られないことが問題となっている。そこで我々は麻痺の原因や罹患期間を問わず顔面神経麻痺患者を集め、集団リハビリテーションを行った。方法は、まず後遺症の発症のメカニズムと顔面マッサージ、バイオフィードバックの方法を記載したプリントを配布し、プリントを見せながら説明した。引き続き、他の患者が見ている前で個々にリハビリテーションの指導を行った。この集団リハビリテーションに定期的に参加することにより、患者のリハビリテーションに対する理解が深まり、モチベーションを維持させることができた。集団リハビリテーションは顔面神経麻痺の治療成績の向上につながるものと思われた。

35. 理学療法に難渋した両側性顔面神経麻痺の1症例

森嶋直人

(豊橋市民病院リハビリテーションセンター)

【はじめに】外傷性に両側性顔面神経麻痺を発症し、病的共同運動と口唇閉鎖不全を合併した症例を経験したので報告する。

【症例紹介】症例は61歳男性。工作中フォークリフトに挟まれ下顎骨正中中部骨折、左顎関節突起部骨折受傷。第5病日より左顔面神経麻痺、第8病日より右顔面神経麻痺出現。第21病日下顎骨正中中部骨折に対し観血的整復固定術施行。第30病日より理学療法開始となった。

【経過と考察】理学療法開始時柳原40点法では右6点・左2点であり、ENoGは両側誘発不可であった。月1回の理学療法および指導を行い、6か月経過後より病的共同運動に対する抑制的バイオフィードバック療法を開始。麻痺は遷延化し本人のニードは口唇閉鎖不全による食事の問題が主となり、10か月経過後より口唇閉鎖訓練も合わせて行った。発症後2年経過しても麻痺・病的共同運動・口唇閉鎖不全共に残存している。本症例の理学療法の進め方について考察する。

36. 食物取り込み困難に対し、装具を処方した外傷性両側顔面神経麻痺の1症例 ～Lower lip-lifting braceの紹介～

立花慶太¹⁾、上塚 学²⁾、佐藤 崇³⁾、大沼寿美江³⁾、松代直樹³⁾

(大阪労災病院 リハビリテーション科¹⁾、

大阪府立急性期・総合医療センター 耳鼻咽喉・頭頸部外科²⁾、

大阪警察病院 耳鼻咽喉科 顔面神経・難聴センター³⁾)

末梢性顔面神経麻痺の中でも、両側同時性顔面神経麻痺症例は、非常に稀である。両側顔面神経麻痺は片側顔面神経麻痺とは異なり、麻痺側の機能不全を健側で代償することができない。中でも食事時に、口唇閉鎖不全により、食物の取り込みが難しく、食物が口腔外へ漏れ出てしまうことがしばしばある。これは、口唇を開閉・突出・内反・ねじるといった作用を持つ口輪筋や、頬部を緊張させ、食塊を歯と接触させる・口角を左右に引く作用を持つ頬骨筋の低下もしくは消失による嚥下障害である。両側顔面神経麻痺症例は、顔面の左右非対称という見た目の問題に加え、食事などのADLにも支障をきたし、QOLが著しく低下することとなる。今回は、両側末梢性顔面神経麻痺症例の食物取り込み困難に対し、装具を処方し使用を試みた。Lower lip-lifting braceの紹介と、その利点や問題点について考察を踏まえて報告する。

37. 置鍼治療とリハビリテーションの併用が奏効したと考えられた Hunt 症候群の 2 症例

蛭子慶三¹⁾、菊池尚子²⁾、吉川 信¹⁾、丹波さ織³⁾、新井寧子⁴⁾、佐藤 弘¹⁾
(東京女子医科大学東洋医学研究所¹⁾、北総白井病院耳鼻咽喉科²⁾、
東京女子医科大学耳鼻咽喉科³⁾、
東京女子医科大学東医療センター耳鼻咽喉科⁴⁾)

3 ヶ月以上改善傾向がみられない Hunt 症候群完全麻痺の 2 例に治療を行い、2 例ともに治癒に至ったので、このうちの 1 例について紹介する。症例は 76 歳の女性。X 年 3 月 25 日に右顔面神経麻痺を発症。某病院耳鼻科で Hunt 症候群と診断され、入院にて薬物治療を行い、退院後はビタミン B12 等の服用を継続しているが改善傾向がみられなかった。知人の紹介で 6 月 29 日 (麻痺発症後 96 日目) より当施設にて置鍼治療を開始、同日より自宅で温熱療法、マッサージ、開瞼運動、バイオフィードバック療法を毎日 2 回以上行うよう指導したところ、開始時点で 4 点であった麻痺スコアは翌週より上昇が確認され、発症 9 ヶ月後には 36 点以上となり、発症 1 年後まで経過観察して明らかな病的共同運動なども認められなかった。麻痺の残存および明らかな病的共同運動などの出現が予想されたが、結果からは置鍼治療とリハビリテーションの併用が奏効したと考えられた。

38. 妊娠に関連した顔面神経麻痺症例の検討

馬場信太郎¹⁾、金谷佳織¹⁾、近藤健二¹⁾、戸島 均²⁾、山唄達也¹⁾
(東京大学耳鼻咽喉科・聴覚音声外科¹⁾、とじま耳鼻咽喉科クリニック²⁾)

妊娠中または産褥期に顔面神経麻痺を発症し、当科顔面神経外来を 1994 年 1 月～2010 年 12 月に受診した 11 例について、年齢、発症時期、原因、電気生理学的検査結果、予後等を検討した。発症年齢は 26 歳～35 歳で、疾患内訳はベル麻痺 8 例、ハント症候群 3 例であった。麻痺の発症時期は妊娠第 1 期 (0 - 3 ヶ月) 0 例、第 2 期 (4 - 7 ヶ月) 2 例、第 3 期 (8 ヶ月 - 出産まで) 6 例、産褥期 3 例であった。麻痺の治療としてはビタミン剤内服のみでの経過観察 4 例、ステロイド単独投与 4 例、ステロイド + 抗ウイルス剤投与 3 例 (含ハント症候群 2 例) であった。治癒又は症状固定まで経過を追えたのは 9 例で、治癒 5 例、非治癒 4 例であった。同時期に当科受診した 20 歳 - 40 歳までの非妊娠女性で顔面神経麻痺症例の治癒率は 55.3% (ベル麻痺 61.8%、ハント症候群 38.5%) であり、妊娠関連顔面神経麻痺症例と差はなかった。

39. 糖尿病合併患者に対するステロイド大量投与の糖尿病への影響

森 京子、萩森伸一、金沢敦子、櫛原崇宏、野中隆三郎、河田 了
(大阪医科大学感覚器機能形態医学講座耳鼻咽喉科学教室)

以前、我々は糖尿病（以下、DM）合併顔面神経麻痺患者に対するステロイド治療は、DMに影響しないことを報告した。今回はその後経験した症例を加えて再検討した。対象は顔面神経麻痺あるいは突発性難聴に対してステロイド大量投与を行ったDM患者65例（うち顔面神経麻痺患者は33例）で、インスリンで血糖をコントロールしながらプレドニゾロン120mg、80mg、40mg、20mgを2日毎に漸減する治療を基本として行った。治療前の空腹時血糖値は 171 ± 78 mg/dl、HbA1c値は $7.6 \pm 1.7\%$ であった。一方、治療後6ヶ月の血糖値は 147 ± 58 mg/dl、HbA1c値は $6.9 \pm 1.3\%$ であり、ステロイド剤治療後の血糖値やHbA1c値に悪化はみられなかった。顔面神経麻痺の治癒率は88%であった。よってDM患者の顔面神経麻痺には、血糖コントロールを図りつつ十分なステロイド治療を行うのがよいと考えられた。

40. 難治性中耳炎にて発症し、顔面神経麻痺をきたした Wegener 肉芽腫症の一例

北村貴裕¹⁾、松代直樹²⁾
(大阪厚生年金病院耳鼻咽喉科¹⁾、
大阪警察病院耳鼻咽喉科顔面神経・難聴センター²⁾)

Wegener 肉芽腫症は上・下気道の壊死性肉芽腫性血管炎をきたす疾患である。耳症状が初発となることが上気道初発例の約20%占めるとされ、多くが急性中耳炎様の所見を呈する。今回我々は難治性中耳炎にて発症し、顔面神経麻痺をきたした Wegener 肉芽腫症疑い例を経験した。症例は40歳、女性。2007年7月演者らの前赴任先である大阪労災病院にて右難治性中耳炎内耳炎加療を行うも中等度の難聴が残存し、経過観察されていた。2009年に左耳漏、難聴を呈し、左顔面麻痺を併発した。同院に入院、精査にて、C-ANCA 高値を認めたため、Wegener 肉芽腫症としてステロイド加療を行った。ステロイドを減量すると病勢の悪化を認めたため、免疫抑制剤を追加投与した。その後、炎症は落ち着き、顔面神経麻痺も4ヶ月で治癒となるものの、高度難聴は残存している。

41. 脳脊髄液減少症と顔面神経麻痺・顔面のけいれん

國弘幸伸¹⁾、相馬啓子²⁾

(慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科¹⁾、川崎市立川崎病院耳鼻咽喉科²⁾)

脳脊髄液減少症は座位や起立位で出現し臥位をとることによって軽減・消失する緊張型頭痛を特徴とする。しかし本疾患では多彩な症状が出現する。耳鼻咽喉科領域の症状であるめまい、ふらつき、耳鳴、難聴、耳閉感などもよくみられる。今回は、顔面神経麻痺を初発症状とした脳脊髄液減少症の3例（確実例：2例、疑い例：1例）を紹介する。確実例の2例では交代性顔面神経麻痺が出現した。うち1例では経過観察中に両側の顔面のけいれんもみられた。一方、疑い例の1例でも顔面神経麻痺が初発症状であった。そして同側に顔面神経麻痺が繰り返し生じた（同側性再発性顔面神経麻痺）。これらの3例に加え、脳脊髄液減少症の発症前に顔面神経麻痺を患った既往のある症例が1例存在した。当科で脳脊髄液減少症と診断した70数名の患者のうち少なくとも2例において初発症状が顔面神経麻痺であったことは注目すべきであろう。

42. 原発性無 γ グロブリン血症患者に発症した顔面神経麻痺の治療経験

我那覇 章、平塚宗久、鈴木幹男

(琉球大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科)

今回、我々は原発性無 γ グロブリン血症患者に発症した右顔面神経麻痺を経験したので報告する。症例は32歳男性。中・外耳炎にて近医通院中、2010/2/3に右顔面神経麻痺出現。近医にてCLDM 1200mg/日、ソルコーテフ125mg/日、アシクロビル750mg/日の加療を開始するも耳漏、顔面神経麻痺の改善を認めず2010/2/10当科紹介受診。初診時、耳漏を認め、麻痺スコアは6/40。ENoGは5.8%であった。血清IgGは271mg/dlと低下を認めた。当科入院の上、CTX 3g/日、CLDM 1200mg/日、ソルメドロール40mg/日の点滴加療とともに、免疫グロブリン 5g/日の補充療法を行った。2/15時点で血清IgGは542mg/dlに改善し、2/17には耳漏はほぼ停止した。顔面神経減荷術は希望せず、2/25に退院となった。2011/3/3までに右顔面神経麻痺は治癒し、耳漏の反復を認めるものの顔面神経麻痺の再燃を認めない。

43. CLCN 7 関連大理石病（中間型）に合併した顔面神経麻痺の 1 例

古川孝俊¹⁾、稲村博雄²⁾、青柳 優¹⁾
(山形大学医学部耳鼻咽喉科¹⁾、山形市²⁾)

大理石病とは、びまん性の骨硬化像と骨脆弱性を呈するまれな遺伝性骨系統疾患の一つである。頭蓋底の骨硬化が進行すると、顔面神経麻痺が生じると報告されており、近年は遺伝子解析によって、大理石病の中にも様々な亜型が存在することが分かってきている。今回我々は、CLCN7 関連大理石病（中間型）の患者で、末梢性顔面神経麻痺を発症し、顔面神経減荷術を施行した症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は 8 歳女児で、平成 22 年 5 月 27 日に右顔面神経麻痺を発症した。発症当日からプレドニゾロン投与（1mg/kg）を開始したが、発症 5 日目で ENoG 値 0% の完全脱神経所見となった。そのため、発症 9 日目に経乳突法・経頭蓋窩法による顔面神経減荷術を施行した。発症後 6 か月で麻痺スコアが 28 点（40 点法）であり非治癒の状態ではあるが、現在も回復傾向を示しており、引き続き経過観察中である。

44. 顔面神経麻痺のリハビリテーションのための予後診断について

中村克彦¹⁾、東 貴弘¹⁾、高橋美香¹⁾、武田憲昭¹⁾、戸田直紀²⁾、岩崎英隆³⁾
(徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島県立中央病院 耳鼻咽喉科²⁾、
徳島赤十字病院 耳鼻咽喉科³⁾)

顔面神経麻痺の予後を診断することは、リハビリテーションの必要性の有無や方法を選択するために必要である。予後診断法のうち ENoG は、神経障害の程度を定量化できるため、有効な予後診断法とされる。たとえば ENoG が 10% 以下の高度の神経障害をきたした場合、病的共同運動を主体とした後遺症が高頻度に出現し、麻痺も不全回復に終わることが多い。しかしながら、ENoG の成績だけで麻痺回復の程度と後遺症の程度まで推定することは不可能である。このような症例に対するリハビリテーションの期間は発症後 1 年以上の長期間となる。リハビリテーションを行いつつ麻痺程度（顔面運動評価スコア）の回復程度を観察することにより、さらなる予後を推定し、各症例に応じたリハビリテーションを指導している。今回は、顔面運動評価スコアの回復過程と予後について検討したので報告する。

45. ボツリヌス毒素注射時の疼痛緩和のためのリドカインクリームの使用経験

近藤健二¹⁾、馬場信太郎¹⁾、金谷佳織¹⁾、戸島 均²⁾、山嵜達也¹⁾
(東京大学耳鼻咽喉科・聴覚音声外科¹⁾、とじま耳鼻咽喉科クリニック²⁾)

特発性顔面痙攣や顔面神経麻痺後の病的共同運動の治療にボツリヌス毒素の注射が広く用いられているが、針の刺入時に患者によっては非常に強い痛みを訴えるという難点がある。これを軽減する目的で7%リドカインクリームを試用した。注射の予定位置にクリームを塗布し同部をサララップで覆い約20分間成分を浸透させた。その後クリームをふき取り除去して30G針を用い顔面筋への注射を行った。除痛効果は高く、使用した4名のすべての患者が継続使用を希望したが、うち1名が投与当日の夜に視力低下を訴え救急受診、眼科診察で角膜びらんと診断された(症状は数日で改善)。本事象発生の正確な機序は不明であるが、おそらく眼瞼に残っていたクリームが目をごすった際に眼球表面に付着し角膜傷害を起こしたものと考えられた。リドカインクリームはボツリヌス毒素の注射時の疼痛緩和に有効であるが、眼瞼周囲の投与には細心の注意が必要であると考えられた。

46. 発症した病的共同運動に対するボツリヌス毒素治療と ミラーバイオフィードバックの併用療法

東 貴弘¹⁾、高橋美香¹⁾、中村克彦¹⁾、武田憲昭¹⁾、戸田直紀²⁾、岩崎英隆³⁾
(徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島県立中央病院耳鼻咽喉科²⁾、
徳島赤十字病院耳鼻咽喉科³⁾)

病的共同運動とは末梢性顔面神経麻痺の後遺症のうち最も高頻度に出現する症状であり、一度発症するとその治療は困難である。我々は、発症した病的共同運動に対して、ボツリヌス毒素治療とミラーバイオフィードバック療法の併用療法を考案し、その有効性を報告してきた。今回改めてその治療方法と成績を検討し報告する。対象は末梢性顔面神経麻痺後で高度な病的共同運動を持つ患者13名。ボツリヌス毒素を患側眼輪筋に注射し、その後、ミラーバイオフィードバック療法を約10ヶ月継続した。本療法は口運動時の不随意的な瞼裂狭小を治療対象とし、治療前、治療後の瞼裂比を測定し評価した。治療後の瞼裂比は治療前に比べ有意に高値であり、病的共同運動の改善を認めた。また、瞼裂比を経時的に検討すると急速に改善する初期の改善はボツリヌス毒素によるもので、毒素の効果が消失しても持続するのがミラーバイオフィードバック療法の効果であると考えられた。

47. 顔面神経高度麻痺後不全治癒症例における病的共同運動に対してリハビリ並びに QOL 改善のためのボツリヌス毒素製剤を複数回使用した経験 第 2 報

細見慶和

(神戸労災病院 耳鼻咽喉科)

顔面神経高度麻痺後の病的共同運動を抑制し、リハビリを、より効率的に行う手段として、ボツリヌス毒素製剤（以下ボトックス）を複数回使用した症例について本学会で報告した。今回、我々は、新たな病的共同運動症例に対して、経過に応じて、ボトックスを使用したので、報告する。症例 1；60代女性。高度麻痺後不全治癒。発症 3 ヶ月で受診。当初からミラーバイオフィードバック指示。その後、病的共同運動あり、眼瞼にボトックス使用。眉、頬等に順次、病的共同運動、違和感あり、ボトックス併用リハビリを続けている。症例 2；70代女性；高度麻痺後の不全治癒；病的共同運動、眼瞼の下垂あり。ボトックス使用しているが、リハビリへの理解に問題あり。ボトックスを使用することで自分自身の顔でリハビリの目標となる表情を得られる効果、また、異なる時期、異なる部位で目立つ病的共同運動の抑制による QOL の改善と問題点について述べる。

48. 急性期に麻痺スコアが低下するベル麻痺の予後は悪いのか？

松代直樹¹⁾、立花慶太²⁾、北村貴裕³⁾、佐藤 崇¹⁾、上塚 学⁴⁾、大沼寿美江¹⁾

(大阪警察病院 耳鼻咽喉科 顔面神経・難聴センター¹⁾)

大阪労災病院 リハビリテーション科²⁾、大阪厚生年金病院 耳鼻咽喉科³⁾

大阪府立急性期・総合医療センター 耳鼻咽喉科⁴⁾)

顔面神経麻痺は、発症数日のあいだは麻痺が進行（麻痺スコアが低下）することが知られている。しかし、この実態についてこれまで報告したものを渉猟しえない。筆頭演者が大阪府立急性期・総合医療センター（2003年4月～2005年3月）、大阪労災病院（2005年4月～2009年6月）、大阪警察病院（2009年7月～2010年12月）において共同演者と共に診療・加療を行った顔面神経麻痺患者818例のうち、発症7日以内に受診し治癒まであるいは6ヶ月以上経過を追えたベル麻痺410例を今回の対象とした（ウイルス抗体価を基にZSH症例は除外）。麻痺スコアの低下を『柳原法4点以上低下するもの』と定義したところ、ベル麻痺でのスコア低下群は81例（19.8%）みられた。①初診時スコアと最悪時スコアの関係による治癒率、②何病日目まで悪化するのか、③低下群・非低下群の累積治癒率、などについて報告する。

49. 顔面神経麻痺後遺障害評価法試案 ー第2報ー

小田桐恭子、濱田昌史、塚原桃子、飯田政弘
(東海大学医学部耳鼻咽喉科)

顔面神経麻痺発症初期から治療後の回復過程および後遺障害の評価、更に後遺障害に対する治療効果判定まで一貫して使用可能な評価法は現存せず、その確立が急務となっている。昨年の本研究会においてわれわれはその試案として、後遺障害評価対象項目と客観的点数化基準の設定を行い、それぞれの妥当性を検討して報告した。本年はこの試案について、昨年の研究会で明らかとなった問題点についてさらに掘り下げて検討を行う。加えて、昨年は評価者を顔面神経麻痺診療経験豊富な専門医（以下、顔面神経専門医）に限定したが、柳原40点法でも指摘されている評価者間のばらつきを検討するため、今回は評価者を顔面神経専門医、一般的な耳鼻咽喉科専門医、後期研修医と広く募り、評価者間での評価結果の相違についても報告する。

50. 術後性顔面神経完全麻痺の針筋電図による機能予後の診断

栢森良二
(帝京大学リハビリテーション科)

【目的】顔面神経障害に対して外科手術後に完全顔面神経麻痺を呈した症例に対して、術後1ヵ月以降経時的に針EMGを実施し、回復電位が出現する時期と機能予後について検討した。【対象と方法】13症例（平均年齢55歳）、小脳橋角部腫瘍8例、耳下腺腫瘍3例、真珠腫1例である。眼瞼形成術6例、神経移植や吻合術を4例で行っていた。術後2週以降のENoG<5%の症例について、針EMGを経時的に実施した。回復運動単位電位(MUP)の出現時期と、柳原40点法とSunnybrook法による臨床的回復程度を比較検討した。【結果】2ヵ月以内に、脱神経電位の他に正常MUPが確認された2例、6ヵ月以内に回復MUPが検出された6例、8ヵ月以降に回復MUPが検出された5例であった。6ヵ月以内に正常あるいは回復MUPが検出された群と、7ヵ月以降に検出された群を比べると、前者の方が有意に良好であった。しかし病的共同運動は著明に出現していた。【結論】術後性の完全顔面神経麻痺の機能予後診断に針EMGは有用である。7ヵ月以降に回復電位が出現しても臨床的な機能予後は不良である。

51. 顔面拘縮における筋硬度計を用いた評価の検討

鈴木美里、羽藤直人、能田淳平、暁 清文

(愛媛大学医学部耳鼻咽喉科)

顔面拘縮は、顔面神経麻痺後に表情筋が短縮し顔面の非対称を来した状態であり、当科では、顔面拘縮の予防や改善を目的に表情筋を伸張させるリハビリテーションを積極的に行っている。表情筋機能の把握やリハビリテーション前後の効果判定においては、顔面拘縮の程度を客観的に評価することが非常に重要である。しかし現在の評価法は、視診や触診など検者の主観的評価に頼らざるをえない。近年、簡便に筋硬度の測定が可能な筋硬度計（アクシム社製、Titan L）が開発されている。これは変位量と圧力量を計測しヤング率を算出して、生体の硬さを簡便かつ客観的に評価可能なデバイスである。そこで今回われわれは、当科を受診した末梢性顔面神経麻痺例において、この筋硬度計を用いて表情筋の硬さを測定し、新たな客観的評価法の開発を試みたので報告する。

52. 反復する顔面神経麻痺を伴う脳幹部血管腫

平井良治、池田篤生、岸 博行、長谷川 央、工藤逸大、久木元延生、池田 稔
(日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野)

反復性顔面神経麻痺症例は比較的まれである。今回、中枢性の一側性反復性顔面神経麻痺例を経験したので報告する。症例は34歳女性。1996年5月中旬朝起きたとき回転性眩暈、左難聴、左顔面神経麻痺、左口角のしびれ、左味覚障害を認め駿河台日本大学病院脳神経外科を受診。CTにて左小脳第4脳室近傍に高進号を認めた。MRI上、左橋背側部から中小脳脚にかけて血管腫様病変があり、そこから左橋背側部に出血が疑われ症状が出現しているものと思われた。その後当科依頼となる。柳原法で40点中23点であったがその後改善を認めた。2010年11月上旬朝より左上肢の感覚異常と左顔面神経麻痺を認め脳神経外科にて入院。頭部CT上特に大きな変化はなく、頭部MRI上も病変のサイズは著変なかった。柳原法で40点中18点であったがその後改善を認めた。反復性顔面神経麻痺の原因のひとつとして、脳幹部病変も関与することを指摘した。

53. 顔面けいれんが消失し聴力が失聴より回復した小脳橋角部髄膜腫例

宮崎紳一郎、福島孝徳、祝迫恒介
(福島孝徳記念病院)

顔面けいれんの原因は、顔面神経の exit zone に対する血管圧迫がほとんどで、脳腫瘍が原因になることは極めて稀であり、治療は手術摘出が選択される。右小脳橋角部髄膜腫にて右顔面けいれんと同側失聴を呈し3日間分割のサイバーナイフ定位放射線治療を行い、治療後6カ月後で顔面けいれんが消失し、2年後に失聴より正常聴力に復した症例を提示する。MRで腫瘍縮小が確認された。定位放射線治療後、顔面けいれんが消失した報告は1例のみである。また失聴より腫瘍摘出後聴力が回復する例は稀ながら報告されているがすべて手術摘出例である。提示例では失聴より劇的に聴力が正常に復した。低分割定位放射線治療後顔面けいれんが消え、聴力が失聴より復した小脳橋角部髄膜腫例は文献上報告を見ない。定位放射線治療の有効性と安全性を示すものと思われる。

54. 顔面神経麻痺を併発した聴神経腫瘍症例

三浦正稔、嶋原俊太郎、増田 毅、関根大喜、野村泰之、大森英生、池田 稔
(日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野)

聴神経腫瘍は通常内耳道内の前庭神経から発生する神経鞘腫であり、その自覚症状は難聴、耳鳴、めまいなどの第Ⅷ神経症状である事が多く、顔面神経麻痺を来すことは摘出術を受けた症例を除いて少ない。今回われわれは発症早期から顔面神経麻痺をきたし、診断の契機となった2症例について報告する。症例1：30歳 男性。めまい、左難聴、左顔面神経麻痺を訴え受診した。Ramsay Hunt 症候群や後頭蓋窩疾患を考えMRIを施行し、聴神経腫瘍と診断された。難聴は後迷路性パターンで、めまい、難聴、顔面神経麻痺は治療後速やかに消失した。症例2：29歳 女性。突発性難聴の加療後に顔面神経麻痺が出現。MRIにて診断された。保存的治療により難聴は悪化した。顔面神経麻痺はほぼ消失した。現在は聴神経腫瘍の早期発見が可能となり、発症早期から顔面神経麻痺が見られることは極めて少なく、その予後良好であると考えられた。

55. サイバーナイフによる顔面神経鞘腫の治療

宮崎紳一郎¹⁾、福島孝徳²⁾、祝迫恒介¹⁾

(福島孝徳記念病院¹⁾、Duke 大学²⁾)

顔面神経鞘腫は診断時には顔面神経麻痺がない例が稀でなく、極めて緩徐に増大すること、治療により顔面麻痺が確実に出現増悪する事から手術を primary に考えると 1. observation (wait and scan)、2. 麻痺進行時に手術と神経再建、3. 高齢者や全身状態不良例に放射線治療 が適応される。私たちは現在までに顔面神経鞘腫 9 例についてサイバーナイフによる定位放射線治療を行って来た。腫瘍の部位は parotid 2 例、geniculate ganglion 3 例、mastoid 2 例、CP angle 2 例。8 例は手術治療が既に行われた後 1 例では最初の治療として定位放射線治療が選択された。各例の追跡治療効果、顔面神経機能の予後を提示する。顔面神経鞘腫に定位放射線治療を適応する場合 治療で顔面神経機能が悪化する例はなく治療の時期は可及的早期に行う事が望まれると結論される。

56. 耳下腺多形腺腫の診断にて手術を施行し、術中に顔面神経鞘腫と判明した症例

村上信五、山野耕嗣、江崎伸一、勝見さち代

(名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

耳下腺部に発生する良性腫瘍は多形腺腫が最も多いが、稀に顔面神経鞘腫も発生する。今回、40歳の女性でMRI および穿刺吸引細胞診にて耳下腺深葉の多形腺腫の診断を受け、術中に顔面神経鞘腫と診断された症例を経験した。腫瘍は顔面神経の本幹から発生し頬骨枝、頬筋枝、下顎縁枝にまたがっていた。術中に腫瘍の摘出方針を全摘から被膜内摘出に変更し、術中顔面神経モニタリングを併用しつつ腫瘍の被膜内摘出を行った。頬筋枝、下顎縁枝に発生した腫瘍はほぼ被膜内に全摘できたが、頬骨枝から発生した腫瘍は神経との境界が不明瞭であったため、術後の麻痺を危惧して部分摘出に留めた。術後、下顎縁枝領域に極軽度の麻痺が生じたが、3ヶ月で完治した。手術をビデオで供覧するとともに、耳下腺部に発生する顔面神経鞘腫に対する我々の手術適応および手術方法について述べる。

57. 反復性顔面神経麻痺を呈した上咽頭腫瘍の1例

長谷川 央、浅川剛志、古阪 徹、樋口雄将、戸井輝夫、中里秀史、池田 稔
(日本大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野)

反復性顔面神経麻痺を呈した上咽頭腫瘍の1例を経験したので報告する。症例は80歳男性で、3ヶ月続く嚥下時異物感を主訴に当科を紹介受診した。初診時、左喉頭麻痺を認めるだけであった。しかし、初診後2日目より右顔面神経麻痺が出現し、再診時には柳原法で6点の完全麻痺を呈した。さらに初診後2ヶ月から左顔面神経麻痺も出現した。柳原法で右18点、左12点であった。MRIで上咽頭右側を中心に陰影を認め、生検の結果は悪性リンパ腫であった。現在治療中である。初診の3ヶ月前にも顔面神経麻痺の既往があった。頻度は少ないものの、上咽頭腫瘍が反復する顔面神経麻痺の原因となりうることに留意すべきである。

58. 両顔面神経麻痺の経過中に認められた肺癌の一例

近藤統太¹⁾、大橋 卓¹⁾、渡部啓孝¹⁾、長縄有紀²⁾、山野耕嗣²⁾、村上信五²⁾
(愛知県厚生連 江南厚生病院 耳鼻咽喉科¹⁾、
名古屋市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉・頭頸部外科学²⁾)

一般に顔面神経麻痺は片側性のことが多く、両側性の症例は稀である。その中でも腫瘍が原因となる報告は少ない。今回、肺癌の両側内耳道転移により両顔面神経麻痺と両感音難聴を発症した症例を経験した。症例は71歳の男性で1ヶ月前からの右顔面神経麻痺を主訴に脳神経外科を受診。頭部単純CTや単純MRIにて異常所見を指摘されずに、ベル麻痺と診断されリハビリを続けていたが、右難聴・ふらつきが出現したために、当科へ受診となった。当科での精査を進めていた経過中に、左顔面神経麻痺と左感音難聴を併発したため、入院にてステロイド点滴治療を開始した。入院後の頭部造影MRIにて両側内耳道への造影効果を認め、右小脳にも転移を疑う造影効果のある腫瘍を認めたために、悪性腫瘍の遠隔転移を疑い、PET-CTを施行した。その結果、左肺尖部、左肺門部への集積を認め、呼吸器内科にて気管支鏡下生検により左肺癌(adenocarcinoma)、右小脳・両側内耳道転移と診断された。今症例について考察を加えて報告する。

59. 顔面神経麻痺で発見された肺腺癌・側頭骨転移の一例

榊谷将偉、藤原圭志

(北海道大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野)

今回我々は顔面神経麻痺を契機に発見した肺癌の側頭骨転移の症例を経験した。症例は50代女性。前医で末梢性顔面神経麻痺の診断を受け、ステロイド治療を施行された。治療抵抗性であり症状憎悪を認めたためCTおよびMRI撮影を施行、左側頭骨に腫瘍性病変を認め当科紹介受診となった。全身麻酔下側頭骨生検を予定し、術前検査を施行。胸部レントゲン検査にて異常陰影を認め、精査の結果、肺腺癌の側頭骨転移の診断に至った。本症例のように顔面神経麻痺で発見された悪性腫瘍の側頭骨転移症例は極めてまれであり、本邦では2例のみの報告のため文献的考察を加え報告する。

60. 顔面神経麻痺を呈した髄膜癌腫症の2例

上塚 学¹⁾、松代直樹²⁾、佐藤 崇²⁾

(大阪府立急性期・総合医療センター 耳鼻咽喉・頭頸部外科¹⁾)

(大阪警察病院 耳鼻咽喉科 顔面神経・難聴センター²⁾)

はじめに

髄膜癌腫症は癌の頭蓋内転移の一つであり、癌細胞が脳脊髄腔へ転移し転移巣を形成したものである。今回我々は、髄膜癌腫症が原因にて、急速に進行する高度感音難聴から発症し、顔面神経麻痺を来たした2症例を経験したので報告する。

〔症例1〕53歳、男性。平成22年2月嗄声を主訴に受診となった。右声帯麻痺を認め、精査の結果、縦隔型肺癌と診断がついた。4月左難聴にて再受診。頭部MRIにて髄膜癌腫症と診断した。その後両側顔面神経麻痺、右難聴が出現し、診断後約7週間で永眠された。

〔症例2〕56歳、女性で右乳癌の既往あり。平成22年12月眩暈・難聴を主訴に受診も治療を希望せず経過観察となる。翌年1月右顔面神経麻痺を生じ、再受診。頭部MRI・髄液検査にて髄膜癌腫症と診断した。

まとめ

癌既往のある感音難聴や顔面神経麻痺症例で急速に進行する場合、髄膜癌腫症も念頭におく必要があると考えた。

61. 顔面神経麻痺を主訴で発症した小児悪性腫瘍の2例

山田南星、伊藤八次
(岐阜大学医学部耳鼻咽喉科)

小児側頭骨悪性腫瘍は非常に稀であり、その組織型は多彩である。顔面神経麻痺を主訴で発症した小児悪性腫瘍を2例経験したので報告する。【症例1：11歳男児】2007年3月に左顔面神経麻痺に気づいた。近医で試験的鼓室開放行わるが肉芽腫性病変とのことであった。ステロイド等の加療を受けるが、6月に入りめまい、外耳道腫脹が出現し当科紹介受診。CTにて乳突蜂巣のスリガラス状変化と骨融解像を認めた。同日試験的鼓室開放術を行い悪性血管内皮腫との結果であった。【症例2：1歳3カ月男児】2010年11月、感冒後より急に右顔面神経麻痺出現あり。近医耳鼻科にて鼓膜発赤あり切開されるが、滲出液なく抗生剤、ステロイド投与される。MRIで腫瘍性病変も疑われ当院紹介受診。同日試験的鼓室開放行い横紋筋肉腫との診断であった。病理確定までに外転神経麻痺が出現した。小児悪性腫瘍は急な進行を示すことがあり、早急な診断が必要である。

62. 顔面神経麻痺を生じた小児横紋筋肉腫の一例

大庭 哲、末田尚之、樋口仁美、中川尚志
(福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

頭頸部領域に発生する腫瘍の中で横紋筋肉腫は比較的稀である。今回我々は顔面神経麻痺を併発した横紋筋肉腫の1例を経験した。症例は4歳男性。平成22年8月より右顔面神経発症し近医を受診した。右鼓膜に発赤を認めたため急性中耳炎と診断され、当初顔面神経麻痺は中耳炎に伴うものと判断された。治療は右鼓膜切開とともにステロイド漸減治療（プレドニン15mgより）を開始した。しかし、再診時も顔面神経麻痺に改善なく同年9月当科を紹介された。初診時、右外耳道内は肉芽で充満し、顔面神経麻痺は柳原法で14点であった。画像検査で上咽頭右側から中耳、頭蓋底にかけて腫瘍性病変を認めた。確定診断のため上咽頭から生検を行い横紋筋肉腫の診断が得られた。その後、小児科にて化学療法（ivac療法）および放射線療法が行われた。現在、腫瘍は著明縮小し、顔面神経麻痺は30点まで改善した。上記の症例に対して多少の文献的考察を加えて報告する。

第2回顔面神経麻痺リハビリテーション技術講習会

期日：平成23年6月1日 水曜日 午後1時～4時30分

場所：京王プラザホテル 南館4階 錦

午後1時～1時05分 開会挨拶

午後1時05分～1時30分

1. 顔面筋と顔面神経の特殊性と急性期リハビリテーション

帝京大リハビリ科：栢森 良二

午後1時35分～2時00分

2. 顔面運動評価法（柳原40点法，House-Brackmann法，Sunnybrook法）

手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科：古田 康

午後2時05分～2時30分

3. 慢性期リハビリテーション：症状と徴候を含める

帝京大リハビリ科：栢森 良二

午後2時35分～3時00分

4. 理学的リハビリテーションの実際とその効果について

大阪労災リハビリ科：立花 慶太

午後3時05分～3時30分

5. 形成外科的治療：外科的リハビリテーション

福島医大形成外科：上田 和毅

午後3時35分～4時00分

6. 顔面神経麻痺の中核性リハビリテーション

帝京大リハビリ科：栢森 良二

午後4時05分～4時30分まで

7. 顔面神経麻痺リハビリテーションの現状 —診療報酬からリハビリテーションの提供体制まで—

豊橋市民病院リハビリ科：森嶋 直人

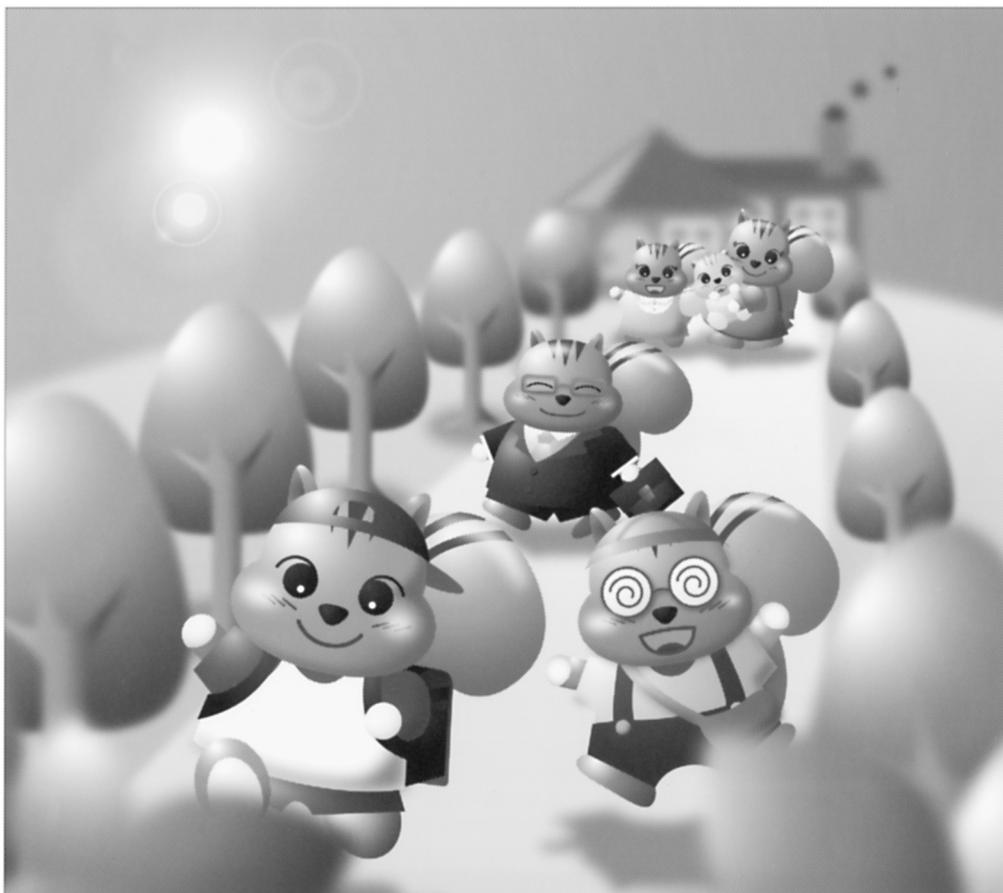
謝 辞

この度、学会を開催するにあたり、多くの方々のご支援、ご協力を頂きました。
心から感謝申し上げます。

第34回日本顔面神経研究会
会長 池田 稔

共催および協賛企業・団体一覧

アステラス製薬株式会社
エーザイ株式会社
小野薬品工業株式会社
キコエ補聴器株式会社
キッセイ薬品工業株式会社
協和発酵キリン株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
興和創薬株式会社
サノフィ・アベンティス株式会社
塩野義製薬株式会社
ゼリア新薬工業株式会社
第一三共株式会社
大正富山医薬品株式会社
大鵬薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社
田辺三菱製薬株式会社
株式会社ツムラ
永島医科器械株式会社
ファイザー株式会社
明治製菓株式会社
特定非営利活動法人 桜耳会
日本大学医学部 同窓会



マクロライド系抗生物質製剤〔薬価基準収載〕

処方せん医薬品[※] クラリスロマイシン製剤

日本薬局方 クラリスロマイシン錠

クラリス[®]錠 200

日本薬局方 クラリスロマイシン錠

クラリス[®]錠 50小児用

クラリス[®]ドライシロップ10%小児用

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

※「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む使用上の注意」は添付文書をご参照ください。



発売【資料請求先】

大正富山医薬品株式会社
〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1



製造販売

大正製薬株式会社
〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1



新緑 (Goldcrest)

感染症領域は、アステラス。

経口用セフェム系製剤 (日本薬局方 セフジニルカプセル、セフジニル細粒) [薬価基準収載]

セフゾン[®] 細粒小児用 10%
カプセル 50mg
100mg

処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること) Cefzon[®]
(薬号:CFDN)

カンディン系抗真菌剤 (注射用ミカファンギンナトリウム) [薬価基準収載]

ファンガード[®] 点滴用 25mg
50mg
75mg

創薬、処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること) Funguard[®]
(薬号:MCFG)

グリコペプチド系生物物質製剤 (注射用テイコプラニン) [薬価基準収載]

注射用タゴシッド[®] 200mg

創薬、処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること) Targacid[®]
(薬号:TEIC)

合成セファロsporin製剤 (注射用セファゾリンナトリウム水和物) [薬価基準収載]

セファメジン[®]α 点滴用キット 1g/2g
注射用 0.25g/0.5g/1g/2g
筋注用 0.25g/0.5g

処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること) Cefamezin[®]α
(薬号:CEZ)

アステラス製薬株式会社

東京都板橋区蓮根3-17-1

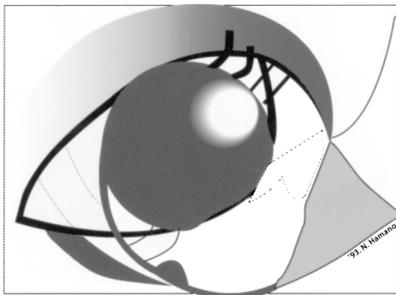
[資料請求先] 本社 / 東京都中央区日本橋本町2-3-11

■ご使用に際しましては、製品添付文書をご参照ください。

09/10作成 B51/2.C.01

神・経・修・復

末梢性神経障害に伴うしびれ、痛み、麻痺の改善に



末梢性神経障害治療剤

[薬価基準収載]



メチコバール[®]

錠 250μg
錠 500μg
細粒 0.1%

処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること



メチコバール[®]

注射液 500μg

(メコバラミン製剤)

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500μgのみ)

(効能・効果に関連する使用上の注意)

本剤投与で効果が認められない場合、月余にわたって漫然と使用すべきでない。

用法・用量

錠250μg・錠500μg・細粒0.1%：通常、成人はメコバラミンとして1日1,500μgを3回に分けて経口投与する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。

注射液500μg (末梢性神経障害の場合)：通常、成人は1日1回1アンプル (メコバラミンとして500μg) を週3回、筋肉内または静脈内に注射する。ただし、年齢及び症状により適宜増減する。

注射液500μg (巨赤芽球性貧血の場合)：通常、成人は1日1回1アンプル (メコバラミンとして500μg) を週3回、筋肉内または静脈内に注射する。約2カ月投与した後、維持療法として1~3カ月に1回1アンプルを投与する。

使用上の注意 (抜粋)

内服剤

1. 副作用

総症例15,180例中、146例(0.96%)の副作用が報告されている。主なものは食欲不振52件(0.34%)、胃腸障害38件(0.25%)、悪心・嘔吐18件(0.12%)等であった。(副作用発現頻度調査終了時)

注射剤

1. 副作用

総症例2,872例中、13例(0.45%)の副作用が報告されている。主なものは発疹2件(0.07%)等であった。(再審査終了時)

(1) 重大な副作用 (頻度不明)

アナフィラキシー様反応：血圧低下、呼吸困難等のアナフィラキシー様反応を起こすことがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には、直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。

●その他の使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元



エーザイ株式会社

東京都文京区小石川4-6-10

商品情報お問い合わせ先：お客様ホットライン

☎0120-419-497 9~18時(土、日、祝日 9~17時)

MBL1009M03 2010年9月作成



選択的NK1受容体拮抗型制吐剤

薬価基準収載

イメンド® カプセル125mg
カプセル80mg
カプセルセット

アプレヒタントカプセル

EMEND®

処方せん医薬品^{※1}

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

© Trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

100901

KIKOE

耳鳴り治療には・・・



サウンドジェネレーター
ティントレアTT

¥48,300- (税込)
※承認番号 第22100BZ×00464000

サウンドジェネレーター・補聴器
ティントレアTT/TTHA

ティントレアTTHA

¥68,000- (非課税)
※承認番号 第22100BZ×00463000

ありがとうございます。
ございます。

キコエ補聴器株式会社
東京都中央区日本橋3-2-3

Tel : 03-3277-2544

キコエ

検索



口腔乾燥症状改善薬
劇薬

薬価基準収載

サラジエン[®]錠5mg
SALAGEN[®] Tab. 5mg

ピロカルピン塩酸塩錠

本剤の「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量
に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む使用上
の注意」につきましては、製品添付文書をご参照
ください。

製造販売元



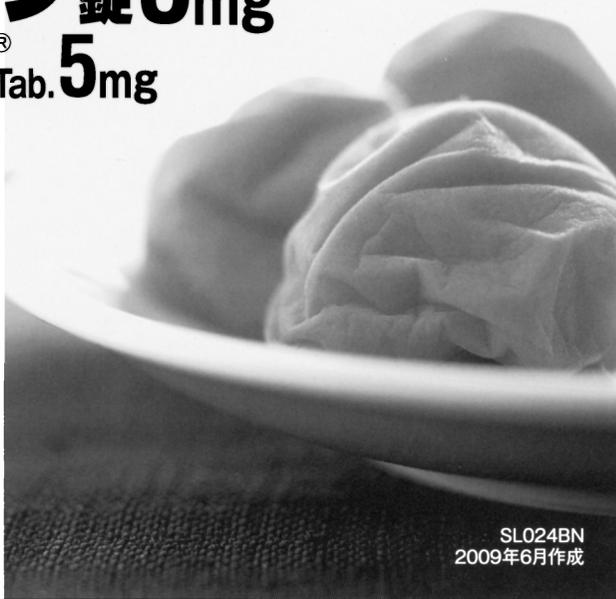
キッセイ薬品工業株式会社

松本市芳野19番48号
http://www.kissei.co.jp/

資料請求先:製品情報部 東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号
TEL.03-3279-2304

提携

MGI PHARMA, INC., USA



SL024BN
2009年6月作成

KYOWA KIRIN



アレルギーへ強さの快答。



アレロックOD錠 新発売!



アレルギー性疾患治療剤

(薬価基準収載)

アレロック[®] OD錠 2.5・5
錠 2.5・5

ALLELOCK[®] Tablets・OD Tablets

オロパタジン塩酸塩口腔内崩壊錠、オロパタジン塩酸塩錠

製造販売元

〔資料請求先〕

協和発酵キリン株式会社

東京都千代田区大手町一丁目6番1号 〒100-8185

www.kksmile.com

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

成人:アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、皮膚疾患に伴う掻痒(湿疹・皮膚炎、痒疹、皮膚痒疹症、尋常性乾癬、多形滲出性紅斑)

小児:アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、皮膚疾患(湿疹・皮膚炎、皮膚痒疹症)に伴う掻痒

【用法・用量】

成人:通常、成人には1回オロパタジン塩酸塩として5mgを朝及び就寝前の1日2回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

小児:通常、7歳以上の小児には1回オロパタジン塩酸塩として5mgを朝及び就寝前の1日2回経口投与する。

【用法・用量に関連する使用上の注意
【アレロックOD錠】】

本剤は口腔内で崩壊するが、口腔粘膜からは吸収されないため、唾液又は水で飲み込むこと。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) 1) 腎機能低下患者[高い血中濃度が持続するおそれがある。] 2) 高齢者 3) 肝機能障害のある患者[肝機能障害が悪化するおそれがある。]

2. 重要な基本的注意 1) 眠気を催すことがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作には従事させないよう十分注意すること。2) 長期ステロイド療法を受けている患者で、本剤投与によりステロイド減量を図る場合には十分な管理下で徐々に行うこと。3) 本剤を季節性の患者に投与する場合は、好発季節を考慮し、その直

前から投与を開始し、好発季節終了時まで続けることが望ましい。4) 本剤の使用により効果が認められない場合には、漫然と長期にわたり投与しないように注意すること。

3. 副作用(成人)アレロック錠(普通錠)の承認時及び使用成績調査・特別調査(長期使用調査)において9,620例中、副作用及び臨床検査値異常の発現例は1,056例(発現率11.0%)で、1,402件であった。主な副作用は眠気674件(7.0%)、ALT(GPT)上昇68件(0.7%)、倦怠感53件(0.6%)、AST(GOT)上昇46件(0.5%)、口渇30件(0.4%)等であった。(再審査終了時)

(小児)アレロック錠(普通錠)の国内臨床試験において417例中、副作用及び臨床検査値異常の発現例は62例(発現率14.9%)で、78件であった。主な副作用は眠気22件(5.3%)、ALT(GPT)上昇18件(4.3%)、AST(GOT)上昇8件(1.9%)、白血球増多7件(1.7%)、γ-GTP上昇3件(0.7%)等であった。

重大な副作用

肝機能障害、黄疸(頻度不明): AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP、LDH、Al-Pの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

● その他の「使用上の注意」は製品添付文書をご参照ください。

2010年12月作成 ©登録商標



GlaxoSmithKline

生きる喜びを、もっと
Do more, feel better, live longer



定量噴霧式アレルギー性鼻炎治療剤

処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること) 薬価基準収載

**アラミスト[®] 点鼻液27.5 μ g
56噴霧用**

**Allermist[®] 27.5 μ g 56 metered
Nasal Spray**

フルチカゾンフランカルボン酸
エステル点鼻液

製造販売元(輸入)

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-6-15 GSKビル

グラクソ・スミスクラインの製品に関するお問い合わせ・資料請求先
TEL: 0120-561-007(9:00~18:00/土日祝日および当社休業日を除く)
FAX: 0120-561-247(24時間受付)

※「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、
「禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

2010.4



アレルギー性疾患治療剤

処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

**アレグラ[®] 錠 30mg
60mg**

フェキソフェナジン塩酸塩製剤 ●薬価基準収載

allegra[®]

★効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の
注意等については、現品添付文書をご参照ください。

★資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

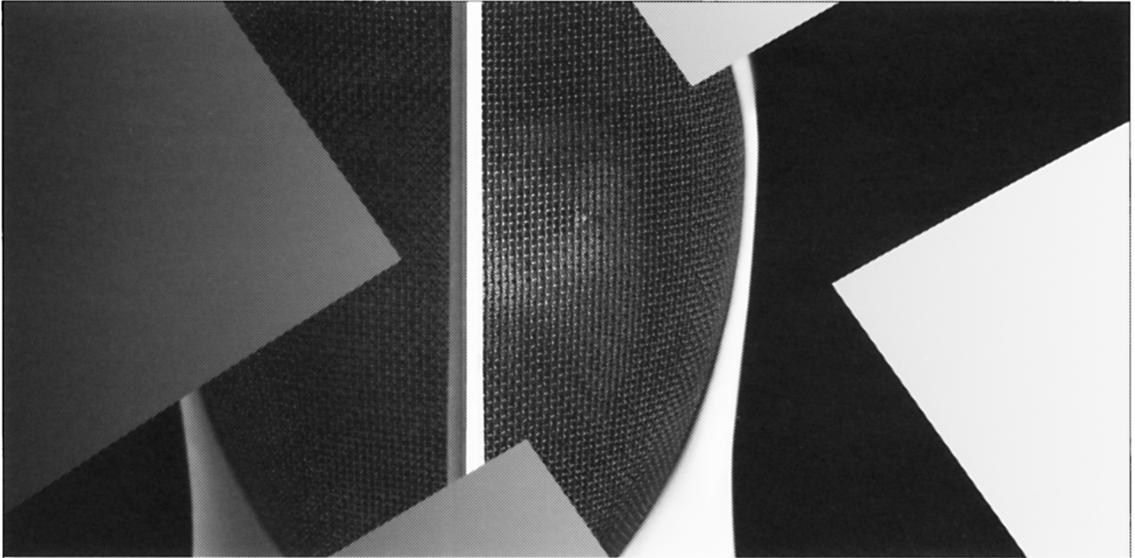
製造販売: **サノフィ・アベンティス株式会社**

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

sanofi aventis

Because health matters

2010年10月作成 JP.FEX.10.10.05



カルバペネム系抗生物質製剤 ————— 処方せん医薬品^{注1)} 薬価基準収載

 **フィニバックス**[®] 点滴用0.25g
キット点滴用0.25g

FINIBAX[®] (注射用ドリベネム水和物 略号: DRPM)
注1) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

■「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」、
「原則禁忌」、「使用上の注意」等につ
いては添付文書等をご参照下さい。

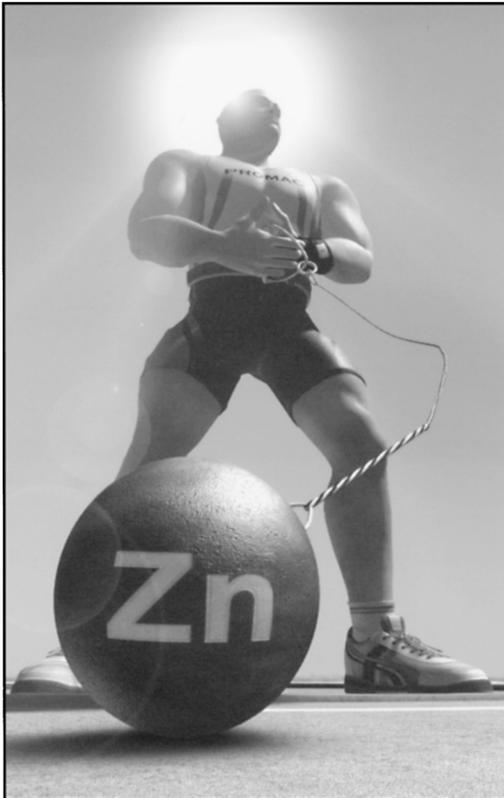
製造販売元【資料請求先】



シオノギ製薬

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045
電話 0120-956-734 (医薬情報センター)
<http://www.shionogi.co.jp/med/>

®: 登録商標 2009年10月作成 B52



亜鉛含有胃潰瘍治療剤 Promac[®] D tablets 75・granules 15%

プロマック[®] D錠75

ポラプレジンク口腔内崩壊錠

薬価基準収載

プロマック[®] 顆粒15%

ポラプレジンク製剤

薬価基準収載

効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については、製品添付
文書をご参照ください。



【製造販売元】〒103-8351 東京都中央区日本橋小舟町10-11

ゼリア新薬工業株式会社

(資料請求先) 医薬マーケティング部 ☎03(3681)0277



広範囲経口抗菌製剤

処方せん医薬品*

クラビット[®]

錠 250mg・500mg 細粒 10%

CRAVIT[®] (レボフロキサシン水和物、略名：LVFX)

*注意—医師等の処方せんにより使用すること

〈薬価基準収載〉

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等の詳細につきましては、製品添付文書をご参照ください。

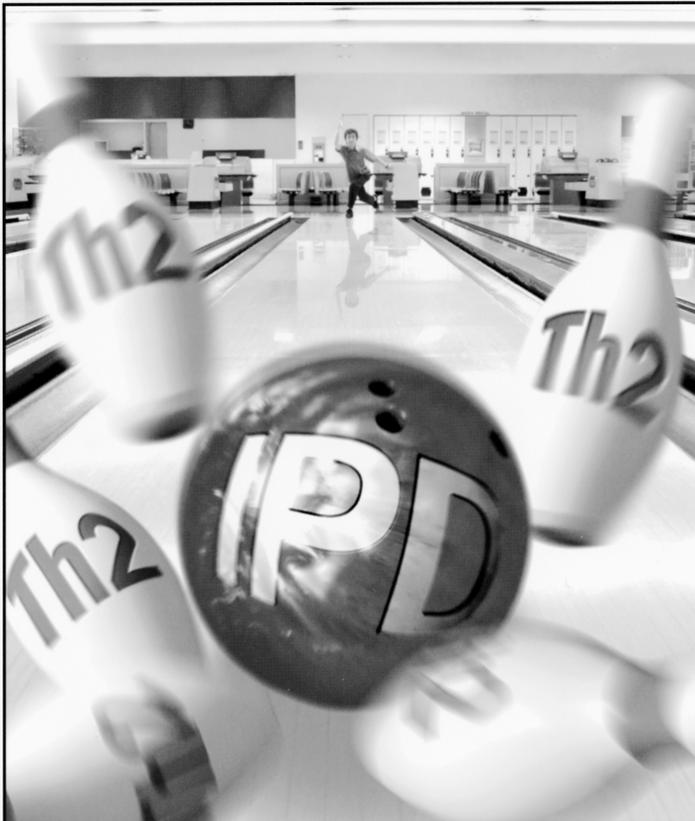
製造販売元(資料請求先)



第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

0907 (1007)



Th2サイトカイン阻害薬

喘息予防・管理ガイドライン(2009)
第6版
アレルギー性気管支炎ガイドライン改訂第6版
(2009)

アレルギー性疾患治療剤

薬価基準収載

アイピーディ **カプセル**
50・100

IPD[®] capsule 50・100 一般名：スプラタストシル酸塩

禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
資料請求先
(医薬品情報室)



大鵬薬品工業株式会社

〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27

TEL 0120-20-4527

<http://www.taiho.co.jp/>

SN UNIT Excellence

基本機能をさらに向上させるオプション機器の数々。
多彩な機能で診療環境を構築します。

【エクセレンス】オプション設置例

掲載品：顕微鏡 SN-100
クリニカヘッドライト/センター支柱
液晶専用アーム/液晶モニター
多用途ラック/Dr チェア
診療椅子 SN-X / 光源装置 SL-8
電子スコープ/プロセッサ
キーボード/プリンター



薬事情報 <シングルタイプ>

一般名称	耳鼻咽喉科用治療ユニット
リスク分類	管理医療機器
特定保守管理医療機器 該当有無	非該当
設置管理医療機器 該当有無	非該当
医療機器承認番号	22100BZX00349000



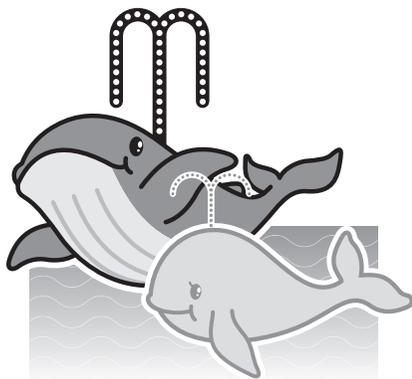
永島医科器械株式会社

SINCE 1910

本社 〒113-0033 東京都文京区本郷5-24-1
(製造販売元) TEL(03)3812-1271(代)・FAX(03)3816-2824
大阪出張所 〒534-0025 大阪府都島区片町1-4-7-102
TEL(06)6351-1800(代)・FAX(06)6351-1807



JQA-QM9253



経口用セフェム系抗生物質製剤 【薬価基準収載】

処方せん医薬品^①

日本薬用セフトレピボキシル錠/細粒

メリアクトMS[®]錠100mg

メリアクトMS[®]小児用細粒10%

MEIACT MS[®] TABLETS 100_{mg} / FINE GRANULES 10%

略号 CDTR-PI

経口用カルバペネム系抗生物質製剤 【薬価基準収載】

処方せん医薬品^①

テピベネムピボキシル細粒

オラペネム[®]小児用細粒10%

ORAPENEM[®] FINE GRANULES 10% FOR PEDIATRIC

略号 TBPM-PI

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

※「効能・効果」、「用法・用量」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意」等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
[資料請求先]

Meiji Seika ファルマ株式会社

東京都中央区京橋 2-4-16

<http://www.meiji-seika-pharma.co.jp/>

2011年4月1日より社名変更いたしました。

作成：2011.4