第7回 日本顔面神経研究会

プログラム・予稿集

昭和59年6月8日（金） 14：00～17：00
6月9日（土） 9：00～16：30

会　場　　経団連会館　国際会議場
東京都千代田区大手町1－9－4
TEL.（03）279－1411

担　当　　東京大学医学部耳鼻咽喉科学教室

参加者の方々へ

1. 会場費3,000円を受付でお支払い下さい。引き換えに参加章をお渡ししますので会期中は着用下さい。

2. 出題者（共同演者も）は会員に限りますので，未入会の方は至急御入会下さい。

   入会金　1,000円，年会費　3,000円

   〒173 東京都板橋区大谷口上町30番1号

   日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室内

   日本顔面神経研究会事務所　　TEL. 03—972—8111

3. 講演時間は各演者に御連絡したとおりです。

4. 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，同一スライドを使用の場合は枚数分御用意下さい。

5. 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。

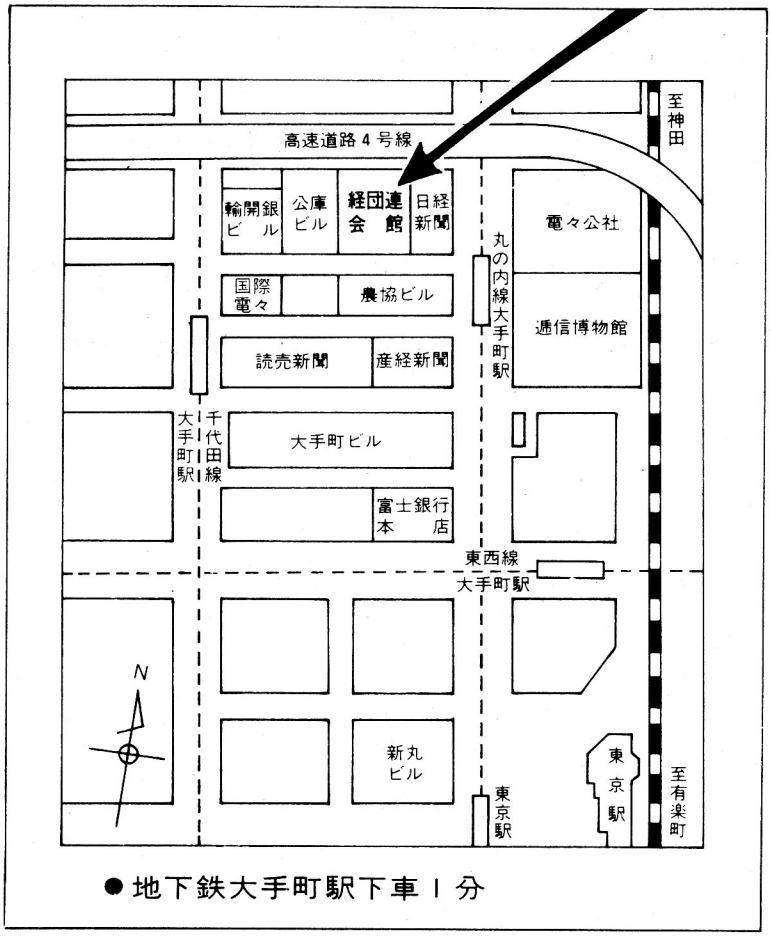
6. 役員会は研究会第2日（9日）午後12時10分より同会館1103号室(11F)にて開催いたしますので役員の方はお集り下さい。

7. プログラム・予稿集は研究会当日御持参下さい。

会　場　案　内　図

経団連会館　国際会議場（ゴールデンルーム）（11F）

東京都千代田区大手町１－９－４
TEL.（03）279―1411



● 地下鉄大手町駅下車１分

第7回 日本顔面神経研究会 プログラム

6月8日（金）

開会の挨拶　　会長　野村恭也

第1群　顔面痙攣　　**座長**　福島　孝徳（三井記念脳外）14：00～15：30

1．顔面痙攣におけるTrigemino-facial reflexの術中monitoringの有用性（7分）
○板垣　晋一，山際　修，中井　昴
（山形大脳外）……（11）

2．神経血管減荷術（7分）
―痙れんの治癒過程―
○齊藤春雄，駒田　一朗（滋賀医大）……（11）

3．顔面痙攣症に対する神経血管減荷術の術後成績（7分）
―特に術後合併症について―
○中島　成人，隈上　秀伯（長崎大）……（12）

4．真珠腫に合併した顔面痙攣の一症例（7分）
○戸島　均，木村　洋，巌　文雄，
小池　吉郎（山形大）
板垣　晋一，中井　昴（山形大脳外）……（12）

5．顔面痙攣に対する後頭蓋窩神経血管減圧術の治療成績（10分）
○福島　孝徳（三井記念脳外）……（13）

6．顔面痙攣患者における電気生理学的知見（10分）
○金　彪（都立神経脳外）……（13）

7．異型顔面痙攣（13分）
―顔面痙攣との鑑別のために―（16㎜映画供覧）
○福島　孝徳（三井記念脳外）……（14）

第2群　陳旧性麻痺に対する再建術　　**座長**　波利井清紀（東大形成）15：30～17：00

8．血管神経吻合による筋肉移植（15分）
○波利井清紀（東大形成）……（ 14 ）

9．側頭筋移行による眼瞼の再建（10分）
○上田　和毅（東大形成）……（ 15 ）

10．トンプソン法について（10分）
○三宅伊豫子（順大形成）……（ 15 ）

11．SUSPENSION OPERATIONによる再建術（10分）
○柳原　尚明（愛媛大）……（ 16 ）

12．Nerve Cross-over法による手術（10分）
—舌下神経—顔面神経吻合術—
○神崎　　仁（慶大）……（ 16 ）

6月9日（土）

第3群　基礎—I　　**座長**　下沢　淳海（独協大第2解剖）　9：00～10：25

13．側頭骨内顔面神経の走査型電子顕微鏡による観察（7分）
○村上　信五（十全総合）
柳原　尚明，丘村　　熙（愛媛大）……（ 17 ）

14．ラット顔面神経核のペプチド支配について
I．分布および個体発生（7分）
○川嵜　良明（大阪逓信）
久保　　武，松永　　亨（阪大）
仙波恵美子，遠山　正弥，塩谷弥兵衛
（阪大高次研解剖）……（ 17 ）

15．ラット顔面神経核のペプチド支配について
II．線維連絡，微細構造および電気生理（7分）
○仙波恵美子，遠山　正弥，塩谷弥兵衛
（阪大高次研解剖）
川嵜　良明（大阪逓信）
久保　　武，松永　　亨（阪大）……（18）

16．アブミ骨筋及び鼓膜張筋の支配神経細胞の脳幹における局在について
（HRP法を用いて）（7分）
○仲　　博美，大柿　　徹，渡辺　　勘
（東医歯大）……（18）

17．アブミ骨筋神経の分岐点に関する検討（7分）
○小川　　明，宮崎　　巨，高野　正美
山下　公一（金沢医大）……（19）

18．ラットにおける脱神経後の顔面筋の変化（7分）
○巌　　文雄，菊池　　章，小池　吉郎
（山形大）……（19）

19．Synkinesisラットにおける顔面神経枝の観察（7分）
○菊池　　章，戸島　　均，巌　　文雄，
小池　吉郎（山形大）……（20）

第4群　基礎—II　　**座長**　斉藤　春雄（滋賀医大）10：25～11：00

20．圧迫による実験的顔面神経麻痺（7分）
○藤田　　寛（愛媛大）……（20）

21．実験的虚血性顔面神経麻痺と顔面神経減荷手術の意義に関する研究（7分）
○徳橋　宏俊，柳原　尚明（愛媛大）……（21）

22．側頭骨内顔面神経麻痺における眼輪筋支配枝と口輪筋支配枝の受傷性に関する実験的検討（7分）
○任　　重，徳橋宏俊，柳原　尚明
（愛媛大）……（21）

第5群　検査法—I　　**座長**　小池　吉郎（山形大）11：00～11：30

23．上眼瞼運動の磁気的計測法（7分）

○水田　淑也，小杉　幸夫，池辺　　潤
（東工大）
熊谷　頼明（京浜）
小松崎　篤（東邦大）……（22）

24．顔面神経障害の指標としての「まばたき」速度の評価
—磁気計測法を用いて—（7分）

○小松崎　篤，山本　昌彦，原田　克也
（東邦大）
水田　淑也，小杉　幸夫，池辺　　潤
（東工大）……（22）

25．瞬目時に生ずる眼球運動速度の定量的分析による眼輪筋機能の客観的判定の試み（7分）

○麻生　　伸，渡辺　行雄，浅井　正嗣，
水越　鉄理（富山医薬大）……（23）

第6群　検査法—II　　**座長**　富田　　寛（日大）11：30～12：10

26．末梢性顔面神経麻痺における強さ—時間曲線の検討（7分）

○久木元延生，池田　　稔，岸　　拓三，
富田　　寛（日大）……（23）

27．末梢性顔面神経麻痺例における聴性後耳介反応の応用について（7分）

○北條　和博，相馬　博志，遠藤　泰介，
浦野　政美，中野　雄一（新潟大）……（24）

28．アブミ骨筋筋電図（7分）

○中谷　宏章（高知医大）……（24）

29．顔面神経麻痺と唾液腺機能
—特に耳下腺を中心に—（7分）
○井野千代徳，山下　敏夫，花岡　真子，
友田　幸一，熊澤　忠躬（関西医大）……（25）

休　憩・役員会
12：10～13：20

総　会
13：20～13：30

第7群　臨床—I　　**座長**　小松崎　篤（東邦大）13：30～14：15

30．急性末梢性顔面神経麻痺における帯状疱疹ウイルス感染の早期診断（第3報）
—皮内反応と髄液検査の意義—（5分）
○奥野　仁，池田　稔，奥田　雪雄，
冨田　寛（日大）……（25）

31．ウイルス感染と顔面神経麻痺
—特に重複感染について—（5分）
○宮口　衛，玉置　弘光，阪上　雅史，
佐藤　信次，酒井　俊一（香川医大）
荻野　敏（阪大）……（26）

32．ベル麻痺患者における交感神経機能（5分）
○岡田　益明，武田　憲昭，松永　亨
（阪大）
大和谷　厚，和田　博（阪大第2薬理）…（26）

33．病的共同運動の新しい評価法の試み（5分）
○中村光士郎，柳原　尚明（愛媛大）……（27）

34．Bell麻痺の保存的療法
—特にプロスタグランディンについて—（5分）
○玉置　弘光，宮口　衛（香川医大）
岡田　益明，荻野　敏，松永　亨
（阪大）
飯尾　明（大手前）……（27）

35．ベル麻痺及びハント症候群患者の回復状況と後遺症との関係
—第2報—（5分）

○福田　郁夫（兵庫医大）……（28）

第8群　臨床—II　　**座長**　柳原　尚明（愛媛大）14：15～14：55

36．外傷性顔面神経麻痺の臨床（5分）

○西村　宏子（三菱京都）
山本　悦生，岩永　迪孝，森中　節子
（京大）……（28）

37．Synkinesisの対症療法としての選択的顔面神経blockの試み（5分）

○入谷　　寛，魚本雄二郎，藤木　宏也，
福田　郁夫，芦名　真也，兵　　典子，
津田　恵子，湊川　　徹（兵庫医大）……（29）

38．顔面神経減荷術後の聴力障害（5分）

○山本　悦生，西村　宏子，北　　真行
（京大）……（29）

39．小脳橋角部腫瘍における術前術後の顔面神経麻痺について（5分）

○神崎　　仁（慶大）
戸谷　重雄，塩原　隆造（慶大脳外）……（30）

40．小脳橋角部腫瘍手術における顔面神経保存のための術中誘発筋電図モニター（5分）

○大平　貴之，塩原　隆造，戸谷　重雄
（慶大脳外）
神崎　　仁（慶大）……（30）

第9群　臨床—III　　**座長**　松永　　亨（阪大）15：05～15：45

41．Melkerson-Rosenthal 症候群
—症例報告—（5分）

○大沼　秀行（北大）……（31）

42．中枢性顔面神経麻痺を来たした2症例（5分）
○長崎　孝敏，麻生　　伸，小林　英人，
浅井　正嗣，渡辺　行雄，水越　鉄理
（富山医薬大）……（ 31 ）

43．顔面神経麻痺を初発症状とした側頭骨Aneurysmal Bone cystの1例（5分）
○小川　和昭，大山　　勝，古田　　茂，
小幡　悦朗（鹿大）……（ 32 ）

44．側頭骨内顔面神経腫瘍2症例（5分）
○小宗　静男，岡田　修一，金苗修一郎
上村　卓也（九大）……（ 32 ）

45．側頭骨内自動性受傷性顔面神経腫の1例（5分）
○湯本　英二，村上　信五，柳原　尚明
（愛媛大）……（ 33 ）

第10群　臨床—Ⅳ　　**座長**　小林　武夫（中央鉄道）15：45～16：30

46．Ramsay Hunt症候群278例より（5分）
○森　　弘，高橋　晴雄，中村　　一，
由井　正剛（北野）……（ 33 ）

47．顔面神経，三叉神経，尺骨神経などmultiple mononeuropathyを呈したsarcoidosisの1例（5分）
○大矢　昌宏，高橋　　昭，五藤進一朗
（愛知医大四内）……（ 34 ）

48．2年間の間隔をおいて顔面神経と動眼神経のmononeuropathyを発症した糖尿病の1例（5分）
○藤井　勝朗，高橋　　昭，佐橋　　功，
（愛知医大四内）……（ 34 ）

49．多発性脳神経障害を伴ったHunt症候群の1例（5分）
○相馬　博志，北條　和博，長谷川　聡
（新潟大）……（ 35 ）

50. 耳介奇型を伴った先天性顔面神経麻痺（5分）

○花岡　真子，井野千代徳，山下　敏夫，
中山　堯之，熊沢　忠躬（関西医大）……（ 35 ）

51. すもぐりによるalternobaric facial paralysisの1例（5分）

○込田　茂夫，北條　和博，中野　雄一
（新潟大）……（ 36 ）

1) 顔面痙攣におけるTrigemino—facial reflexの術中monitoringの有用性

板垣晋一，山際　修，中井昴

山形大学脳神経外科

我々は現在まで顔面痙攣に対してmicrovascular decompression法を行ってきた。術後の問題と考えられた聴力障害は最近の症例では殆ど皆無に等しい。責任血管の同定・合併症の予防のための手術手技の問題と共に術中trigeminofacial reflex monitoringの有用性について言及した。

2) 神経血管減荷術 —痙れんの治癒過程—

齊藤春雄、駒田一朗

滋賀医大　耳鼻科

昭和55年1月より、当科で23例の神経血管減荷術 neurovascular decompressionを行った。顔面片側痙攣の治癒の仕方に2通りがある。術直後より完全に止ってしまうものと、術直後は消失していた痙攣が翌日頃より再出現し、その後再び次第に痙攣が消失して行く型の2通りである。後者の場合、術前存在した病的共同運動も同様に一時悪化して次第に消失してゆく。

経過を追うことが出来た症例について、術後の痙攣頻度、痙攣の強さを時間的に追求し、これらを示す。

この手術による治療機転には、血管よりの減荷ではなく、顔面神経へのminor traumaであるとの疑が根強く残っている。我々の行った痙攣数、痙攣の強さの時間経過をみると、それらは4～6カ月後にかけて増大していないので、治癒機転はminor traumaによるものではないと想像出来る。

3）顔面痙攣症に対する神経血管減荷術の術後成績 ── 特に術後合併症について

中島　成人 ・ 隈上　秀伯

長崎大耳鼻科

８例の顔面痙攣症に対し神経血管減荷術を施行し，術後４カ月～２年６カ月の経過観察を行った。結果は1)痙攣は５例に消失，２例に主に眼輪筋に軽度痙攣再発するも薬物治療にて軽減し，本人も満足している。１例は動脈がⅦ，Ⅷ神経の間にあり聴神経損傷の可能性もあり減荷しなかったため術後１カ月で再発した。2)手術による合併症は①２例に術後２週～３週間低音部～山型感音難聴と耳鳴を認めるも回復，②１例に術側耳の，１例に対側耳の伝音難聴を認めるも１～２カ月で回復，③１例に２週目まで麻痺性眼振を，１カ月目までフラツキありその後消失，１例は１週間麻痺性眼振を認め消失した。④１例に筋層縫合時椎骨動脈を損傷，術後より１週間注視眼振あり，その後消失するも軽い耳鳴が残り，前屈位で軽い吐気を感じている。⑤２例に時に頭重感や傷口の重たい感じを訴えた。3)他に２例に術前あった耳鳴の消失を認め，１例はそれにともない聴力の軽度改善がみられた。

4）真珠腫に合併した顔面痙攣の一症例

戸島　均、木村　洋、厳　文雄、小池吉郎（山形大耳鼻科）
板垣晋一、中井　昴（山形大脳外科）

慢性真珠腫性中耳炎に合併した顔面痙攣を経験した。

症例は５８才女性、小児期より右耳漏をくり返していたが、昭和５６年頃より右顔面痙攣出現、昭和５８年５月、当院脳外科にて、諸検査の上、vascular decompressionの目的で開頭するも責任血管などの異常所見は存在しなかった。右真珠腫性中耳炎による顔面痙攣が疑われ、同年９月、右鼓室形成術を行った。顔面神経はsecond genuの所で露出し、真珠腫と接していた。術後、一時痙率は軽快したが消失せず、３ケ月後より増強を認め、かつ真珠腫の再発を認めたため、昭和５９年３月、右耳再手術を行った。真珠腫を処理後、顔面神経垂直部を開放し、同部位に電極を置き、右耳下部皮膚を電気刺激した際の電位を、眼輪筋電位とともに記録し、興味ある所見が得られた。術後、右中等度顔面神経麻　が出現、痙攣は消失、現在経過観察中である。以上の経過とともに考察を加えて報告する。

5) 顔面痙攣に対する後頭蓋窩神経血管減圧術の治療成績

福　島　孝　徳

三井記念病院　脳神経外科

近年，半側顔面痙攣の原因が頭蓋内における顔面神経根に対する動脈圧迫であることが確実となり，後頭蓋窩神経血管減圧術(microvascular decompression)が広く行われるようになった。演者は，Jannettaの原法を追試しつつ手術法を改良し，1㎝の硬膜孔より安全確実に本手術を行う手技を確立した。現在まで780例の手術を行なったのでその成績を報告する。症例は男251，女529例である。年令は22才より86才，平均50才，最も若い発症年令は15才であった。右358，左422例である。両側痙攣は5例，fusiform aneurysm 1例，epidermoid tunor 1例，Cavernous angloma 1例の3例以外は全て典型的な動脈圧迫であった。圧迫動脈はAICA57%，PICA23%，VA20%であった。神経根に対する明らかな圧痕，変色は70%に認められた。痙攣の消失は殆ど100%確実であるが，長期follow-upにて28例に再発をみた。そのうち17例は再手術により治癒し全治率は98.6%となっている。合併症は重篤なもの皆無，Minor Complicationとして顔面神経マヒ1.8%，聴力障害1.2%，創部感染0.3%，髄膜炎0.8%であった。

6) 顔面痙攣患者における電気生理学的知見

金　　彪

都立神経病院　脳神経外科

顔面痙攣（HFS）における異常共同運動（synkinesis）は，blink reflexの筋電図記録，及びimpedance audiometryの手法で客観的に観測できる。95例のseriesに於てblink reflexによって誘発される眼輪筋，口輪筋間のsynkinesisは93%に認め，中耳impedance上検出されるアブミ骨筋と表情筋間のsynkinesisは87%に認めた。健側ではどちらも全く認められなかった。microvascular decompression術後の記録では，以前にブロック療法を受けていない群では，速やかにsynkinesisは消失した（81%）。一方，ブロック歴㊉群では，眼輪筋－口輪筋間のsynkinesisは神経損傷後のregeneration mis-directionの為，消失しない。アブミ骨筋のsynkinesisは消失した。中耳impedance上の表情筋とのsynkinesis測定の際は，顔面－外耳道の動きによるアーティファクトが問題であるが，外耳道圧をあげて，純粋にアーティファクトだけを観察してcheckできる。synkinesisはspasmと共に減圧術後，可逆的に回復する事を初めとして，HFSの病態生理としてephapsisが強く示唆される。尚，最近行なっているsingle fiber EMGの観察結果も一部報告する。

7) 異型顔面痙攣
——顔面痙攣との鑑別のために——

福　島　孝　徳

三井記念病院　脳神経外科

半側顔面痙攣に対する神経血管減圧術（Jannetta法）の効果は広く認められ，現在では根治的治療法として確立されている。演者は過去6年間に多くの本疾患症例に対し手術を行ってきたが，その間，顔面痙攣と鑑別を要する種々様々な他の顔面異常運動症を経験した。顔面痙攣以外の他の疾患に対しては，神経血管減圧術は全く効果がなく，従って鑑別診断は重要である。通常は外来診察時における視診，問診で鑑別は容易であるが，時に判断に苦しむ例も稀ではない。本報告では，私の経験した1000例をこえる顔面異常運動症のうち，顔面痙攣でない104例の異型痙攣について述べたい。内訳は眼瞼痙攣41例，麻痺後痙攣26例，習慣性チック16例，oro-facial dyskinesia 10例，facial myokimia 7例，psychogenic grimacing 4例である。診断のポイントは，spasmの発現様式，不随意性，誘発の有無などであるが，典形例について16㎜映画を供覧しつつ解説したい。

8) 血管神経吻合による筋肉移植

波利井　清紀

東京大学医学部形成外科

演者は、1973年以来、microsurgery を利用した神経血管吻合による遊離骨格筋の移植を、顔面神経麻痺陳旧例の再建手術に応用してきた。移植骨格筋は主として薄筋、広背筋など比較的大きな筋肉の一部が用いられ、筋肉は顔面頬骨筋群の位置に移植される。これにより、できるだけ自然な“笑い”の表情の再現を得ようとする方法で、眉毛下垂、兎眼、下口唇麻痺などに対しては、各々別の方法を用い手術を行っている。

われわれの研究により、移植された筋肉は、術後10ケ月～1年（時に2年）を経て、収縮機能を回復する。この収縮が最もよく顔面の表情運動に相関するには、移植筋の支配神経と縫合される顔面の運動神経断端の選択が大切である。従って、われわれは以下の3法に分類している。

第1法：顔面神経の断端を直接利用できる。第2法：顔面神経以外の運動枝を利用する。第3法：cross-face nerve graft と組合せる。以上、各方法より得られた結果を分析する。

9) 側頭筋移行による眼瞼の再建

上田和毅

東京大学形成外科

眼輪筋麻痺に伴う兎眼は、顔面神経麻痺における最もやっかいな症状として、様々な形で治療の対象となってきた。筋膜などによる下眼瞼の吊り上げ術、金属プレートを上眼瞼に植えこむ上眼瞼下垂術、などの静的な手術にはじまり、スプリングやマグネットを上・下眼瞼に植えこむ方法、側頭筋移行術、遊離筋肉移植術、などの動的な手術に到るまで、実に多様な術式が発表されている。われわれは、そのうち、Andersen の方法に準じた側頭筋移行術を、これまで67例に行い、うち45例について筋電図を含めた詳細な follow up を試みたので報告する。その結果、本術式はほとんどの症例で副作用もなく、術後すみやかな症状の改善を認め、また、術後日数の経過と共に移行した側頭筋に独立性が認められるなど、十分満足の得られる方法であると考えられた。

10) トンプソン法について

三宅伊豫子

順天堂大学　形成外科

Thompson は1971年，予め脱神経された短指伸筋，長掌筋などは正常な筋上に遊離移植されると，正常筋より伸びてきた神経の再支配を受けて筋としての機能を回復するとし，この方法を顔面神経麻痺の治療に応用した。以後この方法は Thompson の free muscle graft として脚光をあびてきたが，その効果が症例によって不確実であるとして，最近では transfacial nerve graft や，micro－neuro－vascularized muscle graft などのはなばなしい効果の前に影をひそめた感がある。しかし難治な顔面神経麻痺の治療に対して新局面を開いた点で，意義が大きいと思われる。

演者も1975年以来8例につきこの方法を応用し，全例5年以上の経過をみたので，反省もこめてその成果を報告する。

11) SUSPENSION OPERATIONによる再建術

柳原尚明

愛媛大　耳鼻科

SUSPENSION OPERATIONは古典的には陳旧性顔面神経麻痺において主として口角の吊り上げに用いられていた。演者は昭和40年より現在に至るまで本術式の改善に努力し，吊り上げ術により，顔面の静的なバランスをほぼ満足に矯正しうるようになったので報告する。

術式改善の骨子は，1. 多数の筋膜紐を用いて，下垂した前額，眉毛，上眼瞼，下眼瞼，上，下口唇，口角などを，それぞれ最も適切な方向に引き上げるMULTIPLE SUSPENSIONを行う。2. 1の目的のために頭蓋骨，側頭筋膜，下顎骨膜などに筋膜紐の一端を固定するが，このために骨橋や筋膜の橋などを作り，確実な吊り上げ効果を計るよう工夫する。3. 顔面のしわ取り術に準じて吊り上げによって生じた剰余の皮膚を充分に切除する。4 側頭筋，咬筋，顎二腹筋の移行などを適宜併用し，筋性神経再支配と術後の吊り上げ効果のたるみを防止する。以上により従来の方法では矯正しえなかった眉毛，上眼瞼の下垂，病的共同運動による眼裂の閉鎖，兎眼，鼻唇溝の消失，下口唇の非対称などが，矯正可能となった。

12) Nerve Cross-over法による手術
── 舌下神経－顔面神経吻合術 ──

神崎　仁

慶応大学耳鼻科

舌下神経－顔面神経吻合術を行った34例について臨床的に検討を加えた。

34例中30例は聴神経腫瘍およびその他の小脳橋角部腫瘍の術後に生じた顔面神経麻痺例であった。麻痺発症后3カ月以内に吻合術を行ったのは22例，1年以後に行ったのは12例であった。

術後成績の評価は従来の40点法では問題があり，Falbe-HansenやClemisの評価法に準じた。

例数が少いが3カ月以内と1年～2年の成績には明らかな差はみられなかった。

術後成績のよい例の平均年令はより若かった。しかし，医師の評価と患者の評価は女性で平行しないことが多かった。

この方法は手技が簡単であり，頭蓋内吻合の困難であった例に対して充分用い得るが，術后成績に限界がある点を認識して行うべきである。

13) 側頭骨内顔面神経の走査型電子顕微鏡による観察

○村上　信五[☆]
柳原　尚明，丘村　熙[☆☆]
[☆]十全総合病院　[☆☆]愛媛大学耳鼻科

プライエル反射正常の成熟モルモットの顔面神経を走査型電子顕微鏡にて観察した。方法は塩酸による結合組織消化法を用いた。この方法により，顔面神経の神経外膜，周膜及び神経線維間の結合組織が除去され，顔面神経線維がはっきり観察された。今回は，顔面神経の線維構成，鼓索神経，大錐体神経，膝神経節細胞の構造について若干の知見を得たので報告する。

14) ラット顔面神経核のペプチド支配について I. 分布および個体発生

川嵜良明[1]，久保　武[2]，松永　亨[2]，仙波恵美子[3]，遠山正弥[3]，塩谷弥兵衛[3]

1.大阪逓信病院　耳鼻科　2.阪大医学部　耳鼻咽喉科　3.阪大医学部　高次研解剖

ラット顔面神経核（FN）には，エンケファリン（Enk），サブスタンスP（SP），ソマトスタチン（Som），TRH，ニューロペプチドY(NPY）などのペプチドを含む神経終末が分布し，顔面筋の運動およびその調節に関与していると思われる。それぞれに特異的な抗血清を用い，免疫組織化学によりその分布を検討してみると，ラットのFNは5つの亜核より成るが，これらの終末は特定の亜核に限局した分布を示すことが明らかとなった。すなわち，Enk，TRHは内側亜核に，SP，Somは中間亜核に，NPYは背側亜核に密に分布する。個体発生学的には，これらの終末は周生期より出現し，生後10日目には成熟ラットとほぼ同様の分布を呈するに至る。

各亜核は，脳幹の諸核より豊富な神経支配を受け，随意運動の他，種々の顔面筋反射を司っている。その支配の詳細を明らかにするため，内側・中間・外側亜核にHRPを注入し，出現する陽性細胞の分布の違いについても検討した。

15) ラット顔面神経核のペプチド支配について Ⅱ. 線維連絡，微細構造および電気生理

仙波恵美子[1]，川嵜良明[2]，久保　武[3]，松永　亨[3]，遠山正弥[1]，塩谷弥兵衛[1]

1.阪大医学部 高次研解剖　2.大阪逓信病院耳鼻咽喉科　3.阪大医学部耳鼻咽喉科

ラット顔面神経核（FN）において，エンケファリン（Enk）は内側亜核に，サブスタンスP（SP）は中間亜核に密に分布する。その起始を明らかにするため脳幹の半側切断，電気破壊などの実験形態学的手法を施行し，Enk終末が尾側延髄～上部頸髄の腹外側網様体のEnk陽性細胞より，SP終末が吻側延髄背内側網様体のSP陽性細胞より供給されていることが明らかとなった。免疫電顕により，これらの終末はその多くがFN内の細胞の近位部樹状突起にシナプスを形成し，また一部はmotoneuronと思われる大型の細胞体にaxo-somaticなシナプスを形成していた。またmicroiontophoresisにより電気生理学的に検討すると，顔面神経刺激に逆行性に応じることより同定したmotoneuronに対し，これらのペプチドは抑制性の効果を示した。以上より，延髄網様体のEnk細胞が内側亜核に，SP細胞が中間亜核に投射し，それぞれの顔面筋の動きを調節しているものと思われる。

16) アブミ骨筋及び鼓膜張筋の支配神経細胞の脳幹における局在について（HRP法を用いて）

仲　博美，大柿　徹，渡辺　勈

東京医科歯科大学耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の検査法の一つであるアブミ骨筋反射の反射系路を考える上で，支配神経細胞の脳幹における局在を探求することは重要なことと考えられる。

今回，我々は逆行性HRP（Horseradish peroxidase）法を用いてネコのアブミ骨筋支配神経細胞，鼓膜張筋支配神経細胞の脳幹における局在を調べた。ネコをネンブタール麻酔下にアブミ骨筋，鼓膜張筋にHRPをマイクロシリンジにて注入することによって，それぞれの支配神経細胞を標識した。アブミ骨筋支配神経細胞は，HRP注入側と同側の顔面神経核尾側端から上オリーブ核頭側端までの両神経核の周囲及び境界領域に広く散在して局在することが認められた。一方，鼓膜張筋では同側の三叉神経運動核の腹側に集中して局在することが認められた。

二つの耳小骨筋の支配神経細胞の詳しい局在と，音響性及び非音響性刺激による反射経路との関係についての考察を加えて報告する。

17) アブミ骨筋神経の分岐点に関する検討

○小川　明、宮崎　巨、高野正美、山下公一

金沢医大　耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の部位診断法において、アブミ骨筋反射の重要性は広く認識されている。したがつて、その分岐点についての正確な理解が必要となる。

今回、外傷性顔面神経麻痺症例について、顔面神経管開放術を行ない、垂直部で錐体隆起より下方の骨折であることを確認した。この例では、鼓室内血腫がみられないにもかかわらず術前のアブミ骨筋反射は消失していた。この場合、教科書的には、障害部位はアブミ骨筋神経分岐部より末梢とは診断されるが、この分岐点が、どこになるかは明確には示されない。

そこで今回、ヒト側頭骨標本をもとに、顔面神経幹からのアブミ骨筋神経の分岐点を検索し、中耳内構造との位置関係を検討したので報告する。

18) ラットにおける脱神経後の顔面筋の変化

巌　文雄、菊池　章、小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科

脱神経後の顔面筋の変化について、ラットの口輪筋について、光顕及び電顕で観察したので報告する。

生後1年のラット2匹を使用。全麻下に茎乳突孔を出た直後で顔面神経を露出し、1匹で全長2㎜に渡って切除。他は対照とした。8週後、切除例では自発的な動きがないのを確認し、口輪筋採取。グルタールアルデハイド及びオスミューム酸で固定後、脱水包埋し、光顕及び電顕で観察した。光顕的には、筋の萎縮、総合繊の増加が認められた。電顕的には空胞形成、ミトコンドリアの減少等が認められた。

19) Synkinesisラットにおける顔面神経枝の観察

菊池　章、戸島　均、巌　文雄、小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

神経切除後の末梢の観察中、偶然Synkinesisラットが発生したので報告する。生後1年ラット3匹を使用。全麻下に茎乳突孔を出た直後の顔面神経を全長2㎜に渡り切除。術後5日目に1匹で電気生理学的検査を施行、刺激に無反応であることを確認し、神経採取。術後56日目、残り2匹のうち1匹で耳介と同側の髭が同時に動くのを認め、Synkinesisと判断した。他の1匹には自発運動及びSynkinesis は認めなかった。両者とも全麻下に顔面神経枝を採取した。グルタールアルデハイド及びオスミューム酸で固定した後、脱水包埋し、光顕及び電顕で観察した。光顕では、Synkinesis 例には再生を思わせる髄鞘構造が認められたが、非Synkinesis 例では認みられなかった。また、Synkinesis 例の切除部位の標本では末梢枝より細い有髄神経線維を認めた。

20) 圧迫による実験的顔面神経麻痺

○藤田　寛，松本　康，柳原　尚明

愛媛大学耳鼻科

モルモットの側頭骨外顔面神経に，マイクロ・サージェリィ用持針器を用いて，機械的圧迫を加え，実験的麻痺モデルを作製した。麻痺の程度は圧迫の強さ，圧迫範囲，圧迫時間で決定されるが，この実験では圧迫の強さ，圧迫範囲は一定であり，圧迫時間を変化させた。圧迫を加えた顔面神経と同側の眼輪筋より誘発筋電位を導出し，また同側の角膜に空気を吹きつける瞬目反射を用いて，顔面神経の麻痺発来とその機能の回復を経時的に観察した。前々回の顔面神経研究会に於て，5秒間圧迫した場合の誘発筋電位における麻痺発来の経時的変化を圧迫後24時間観察し，報告した。今回は，瞬目反射を用いて，24時間以後の麻痺の回復を経時的に追跡した。そして瞬目反射が陽性になるのと同時日に，誘発筋電位を計測し，併わせて組織標本を採取し，若干の知見を得たので報告する。

21) 実験的虚血性顔面神経麻痺と顔面神経減荷手術の意義に関する研究

○徳橋　宏俊　　柳原　尚明

愛媛大学耳鼻科

ベル麻痺のモデル動物作製を目的に，血管攣縮による微細循環障害説に基づいて，モルモットの側頭骨内顔面神経に直接血管収縮剤等を注入して可逆性の顔面神経麻痺を発生させた。このモデル動物において顔面神経管内の一過性の虚血が側頭骨内顔面神経麻痺の成立と経過に及ぼす影響について検討した。つぎにこのモデル動物に顔面神経減荷操作を施して，骨性顔面神経管の有無が顔面神経麻痺に及ぼす影響を検討した。以上の研究より，骨性顔面神経管の存在は神経束内液体流動に影響を及ぼしていることが示唆されたので，神経束内へ色素を注入し，その移動を経時的に観察した。

結果—①血管収縮剤注入により可逆性の麻痺が発生し，それによる神経障害はneurapraxiaであった。②骨性顔面神経管を開放すると，麻痺回復時間が有意に短縮した。また神経束内液体流動が促進されることが色素の移動により確認された。

22) 側頭骨内顔面神経麻痺における眼輪筋支配枝と口輪筋支配枝の受傷性に関する実験的検討

任　重　　徳橋　宏俊　　柳原　尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

既に行った側頭骨内顔面神経麻痺の臨床例30例の検討で，眼輪筋の方が口輪筋より受傷性が高く，一旦受傷された場合，その回復は口輪筋のそれより遅延する傾向があることが示唆された。この点について動物実験を行ない検討を加えた。

モルモットを用い，ネンブタールによる麻酔下に側頭骨骨胞を開放し，顔面神経管を露出削開した。Suprastapedial部位で顔面神経を電気刺激し，口輪筋と眼輪筋の誘発筋電位を記録し，比較したが，誘発筋電位の反応域値は眼輪筋と口輪筋で差が認められなかった。ついでinfrastapedial部位を短時間記録圧迫し，一過性の麻痺を発来せしめ，圧迫部位より中枢側で電気刺激し，口輪筋と眼輪筋の誘発筋電位の回復過程を反応域値を指標として比較した。その結果圧迫後，眼輪筋の誘発筋電位は口輪筋のそれと比較して有意に回復が遅延した。

23) 上瞼運動の磁気的計測法

水田淑也[*]，小杉幸夫[*]，池辺　潤[*]，熊谷頼明[**]，小松崎篤[***]

＊ 東京工業大学　＊＊ 京浜病院　＊＊＊ 東邦大学

顔面神経麻痺の症例では「まばたき」に左右差のあることは知られている。

従来，瞼の動きは，主にＥＯＧ法により測定されていたが，眼球運動との分離が困難であった。今回，私共は微小マグネット（長さ７mm，直径 0.8mm，重量３０mg）を付け睫毛用接着剤にて瞼に装着し，上瞼運動に伴う磁界変動をＳＤＭＥ（感磁性素子）で捉え，上瞼運動の計測を行った。変位に対して出力を線形化するため，片方の眼について6個のＳＤＭＥを配し，これらの素子の出力総和を取る事とし，相互の位置をコンピュータにより最適化した。ＳＤＭＥの配例（左右各６個）は，スキー用ゴーグル内に取りつけ被験者へ装着するものとした。本測定法はＥＯＧに比し，基線の変動，ノイズの混入が少なく，しかもCorneo－Retinal Potential の無い義眼患者などへの適用も可能である。

24) 顔面神経障害の指標としての「まばたき」速度の標価
―― 磁気計測法を用いて ――

小松崎　篤[※]，山本　昌彦[※]，原田　克也[※]
水田　淑也[※※]，小杉　幸夫[※※]，池辺　潤[※※]
東邦大学耳鼻咽喉科[※]，　東京工業大学[※※]

顔面神経の障害例では「まばたき」の速度が低下することが知られている。これらまばたきの振幅や速度は，従来はＥＯＧ法により測定されていたが，この方法の問題点は，振幅や速度を電気的較正でとりださざるを得ないこと，また，義眼や左右の角膜網膜電位に差のある症例では，正確に記録できないことなどが問題として残った。

この度，われわれは，眼瞼運動の磁気的記録をおこない，上記の問題点を解決した。

さらに，この方法を利用して，正常人および顔面神経麻痺の症例に対して，まばたきの振幅，最高速度の関連などを検討し，若干の知見を得たので報告する。

25) 瞬目時に生ずる眼球運動速度の定量的分析による眼輪筋機能の客観的判定の試み

麻生　伸，渡辺行雄，浅井正嗣，水越鉄理

（富山医薬大・耳鼻科）

今回私共は瞬目時に眼球が垂直性に運動することを利用して，これを定量的に分析することを試みた。本法をまず正常者に施行し，正常者における左右差について検討した後，顔面神経麻痺患者にも施行すると共に加算平均法による眼輪筋反射も測定した。これらを比較することによって，本法が眼輪筋の筋電図に代わり得る方法か否かについて検討を加えたので報告する。

26) 末梢性顔面神経麻痺における強さ－時間曲線の検討

久木元延生，池田　稔，岸　拓三，冨田　寛

日本大学耳鼻咽喉科教室

急性末梢性顔面神経麻痺患者に対する電気生理学的検査法の目的は，脱神経の程度を正確に把握し麻痺の予後を推測し，早期に適切な治療方針を決定することにある。中でも強さ－時間曲線は，脱神経の程度を正確に反映する検査法として知られているが，検査時間がかかることが欠点であった。我々がもちいているChronax CX-2はこの欠点をおぎない，忙しい臨床でのルーチン検査法としても通用するものである。当教室でも岸ら（1981）が本検査法は神経変性のみならず，回復過程をも，より正確に判断できると報告している。今回我々は，さらに症例を加え，急性末梢性顔面神経麻痺患者における強さ－時間曲線の検査法の意義について検討したので報告する。

27）末梢性顔面神経麻痺例における聴性後耳介反応の応用について

北條和博　相馬博志　遠藤泰介　浦野政美　中野雄一

新潟大学医学部耳鼻咽喉科

ヒトの聴性後耳介反応（以下ＰＡＲと略す）は反射弓が脳幹に存在し，求心路が聴神経で遠心路が顔面神経であることはほぼ確実とされている。またこの反応が後耳介部の筋原性反応であることもほぼ確実であり，generatorとして後耳介筋が関与しているとされている。この反応の臨床応用は今まで，他覚的聴力検査として積極的に利用されてきており，またその反射弓が脳幹にあることから脳幹障害の診断法としても検討されている。しかし遠心路である顔面神経領域に関しての臨床応用の報告はほとんどみられない。今回われわれは，従来の筋電図学的方法が主に茎乳突孔より末梢部での神経変性の程度を検査していたのに対し，ＰＡＲでは中枢側を含めた顔面神経全域の機能を明らかにし得る利点があるのではないかと考え，末梢性顔面神経麻痺２４例についてＰＡＲを検討し，さらに同様の反射弓を持つ音響性アブミ骨筋反射との関連についても検討を行ったのでその大要を報告する。

28）アブミ骨筋筋電図

中谷宏章

高知医大　耳鼻科

強大音響刺激に対応したアブミ骨筋の反応性収縮は、アブミ骨筋反射としてよく知られている。その測定は、末梢性顔面神経麻痺の障害部位診断に用いられており、種々の測定方法がある。このうち、広く臨床応用されているものは、インピーダンス法である。インピーダンス法は、簡便で、短時間に行え、かつ身体に及ぼす影響も少なく有用な方法であるが、鼓膜に穿孔のないことを条件とする。

今回我々は、鼓膜穿孔例にも可能な方法として鼓室外設置電極より、筋電図として、測定することを試みた。

対象は、両耳聴力正常、顔面神経機能正常例で、鼓室外に微小電極を設置し、同側及び対側音響刺激によるアブミ骨筋の筋収縮を、筋電図として記録した。得られた波形から、潜時・持続時間・振幅等を計測した。インピーダンス法と比較検討し、若干の知見を得たので、報告する。

29) 顔面神経麻痺と唾液腺機能 ―特に耳下腺を中心に―

井野千代徳，山下敏夫，花岡真子，友田幸一，熊澤忠躬

関西医科大学耳鼻咽喉科学教室

我々は，約4年前より^{99m}Tcを用いて末梢性顔面神経麻痺患者の顎下腺機能を測定し，その予後診断の有用性について過去2回の顔面神経研究会にて報告してきた。

加えて，最近は，末梢性顔面神経麻痺患者における耳下腺機能をあわせて測定している。耳下腺を支配する交感神経は，頸部交感神経であり，副交感神経は下唾液核に発する。その神経線維は舌咽神経として走行し下神経節より鼓室神経として分かれ鼓室小管を通って鼓室に入り鼓室神経叢をつくる。鼓室神経は更に進んで小錐体神経となり頭蓋底下面に出て耳神経節に入る。この神経節から耳介側頭神経と結合して更に，耳介側頭神経の枝である耳下腺枝によって耳下腺に至る。耳下腺は，この様に顔面神経の影響を受けていないように思われるが，幾つかの臨床実験等にて顔面神経の関与が推測されている。

そこで顔面神経麻痺における耳下腺機能の変化を調べ興味ある知見を得たので種々の検討を加えながら報告する。

30) 急性末梢性顔面神経麻痺における帯状疱疹ウイルス感染の早期診断（第3報）― 皮内反応と髄液検査の意義 ―

奥野　仁，池田　稔，奥田雪雄，冨田　寛

日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室

急性末梢性顔面神経麻痺における帯状疱疹ウイルス（ＶＺＶ）感染の診断には，現在血清ＣＦ抗体価及び皮内反応があるが，血清ＣＦ抗体価は，特に水疱の出来ない症例では，発症早期に有意に上昇を示すものは少なく，回復期まで結果を待たなければならず，早期診断及び早期治療の役には立たない。我々は大阪大学微生物病研究所高橋理明教授より提供されたＶＺＶ皮内抗原液と髄液検査を同時に施行することにより，ＶＺＶ感染の早期診断の確率を増すことが出来るか検討を行ってきた。ここにさらに症例を増やし，検討を加え報告する。

31) ウィルス感染と顔面神経麻痺
－特に重複感染について－

宮口　衛，玉置弘光，阪上雅史，佐藤信次，酒井俊一，*荻野　敏**

*香川医大耳鼻科，**阪大耳鼻科

血清ウィルス抗体価の測定が容易となり，末梢性顔面神経麻痺患者についてもルーチンに検索されるようになってきた。

冨田ら，荻野らは臨床的にBell麻痺と診断した症例の20～30%にウィルスが関与した可能性があると報告している。

しかし，ウィルス感染と診断するには，急性期と，それから２～４週間経過した回復期の組血清で抗体の上昇の有無を検討しなければならない。今回我々は，ハント症候群と診断した患者が治療中に著明な頭痛，呕気をきたし入院精査の結果，E－Bウィルスとの重複感染と考えられる興味ある症例を経験したので報告し，さらにウィルス感染による顔面神経麻痺の確定診断について考察を加えた。

32) ベル麻痺患者における交感神経機能

岡田益明，武田憲昭，松永　亨，大和谷厚，* 和田　博*

阪大耳鼻科，阪大第２薬理*

ベル麻痺の病因の一つとして、顔面神経の血液循環障害が挙げられ、その発症に、寒冷曝露、ストレスなどが誘因となる場合があることから、自律神経系の関与が推測される。

血中カテコラミンは、交感神経機能の指標の一つとして各種の疾患における動態が検討されている。

今回、我々は、ベル麻痺患者の交感神経機能を観察する目的で、起立負荷に対する血圧、脈拍と血中カテコラミンの変化を測定し、顔神麻痺の程度、予後、臨床検査成績などとの関係を調べた。また、メニエール病、突発性難聴など、自律神経系の関与が指摘されている疾患における血中カテコラミンの動態との比較検討を行い、若干の知見を得たので、報告する。

33) 病的共同運動の新しい評価法の試み

○中村光士郎　　柳原　尚明

愛媛大学耳鼻科

顔神麻痺の治癒過程で生ずる後遺症の1つに病的共同運動がある。麻痺の治癒状態を正確に判定するためには麻痺スコアーと病的共同運動に対する評価とを組み合わせて考える必要がある。しかしながら，病的共同運動の具体的な評価法に関する報告は少ない。

今回我々はその新しい評価法を考案したので報告する。方法はまず前額皺寄せ，弱閉眼及び口笛運動を行なわせる。この時に生ずる種々の共同運動をチェックし，その組み合わせの数を求める。次に各共同運動の程度を一定の判定基準に沿って3段階でスコアをつけ，その総和を求める。以上2項目の数を組み合わせて病的共同運動のGradingを行なうのである。

34) Bell麻痺の保存的療法
－とくにプロスタンディンについて－

玉置弘光，宮口　衛，*岡田益明，荻野　敏，松永　亨，**飯尾　明***

*香川医大耳鼻科　**阪大耳鼻科　***大手前病院耳鼻科

Bell麻痺の原因については，いまだ明らかでない。しかし，基礎的，臨床的研究から側頭骨内血液循環障害であろうと推論されている。

Bell麻痺に対する保存的治療として現在のところ血流改善剤，神経賦活剤，ステロイド，7％重曹水などの薬物療法，低周波・極超短波，マッサージなどの理学療法，星状神経節ブロックなどが行われている。今回われわれは強力な末梢血管拡張作用と血小板凝集抑制作用を有するプロスタグランディンE_1をBell麻痺患者15例に試用した。その結果完治8例(53.4％)，著明改善2例(13.3％)，改善2例(13.3％)，やや改善3例(20％)不変0の成績を得た。その薬効から今後Bell麻痺の治療剤として試みられる薬剤であるとの印象を得た。とくに糖尿病をもつBell麻痺にはステロイドは使用し難く，このような症例に対しても検討する余地があると思われる。

Bell麻痺の治療剤の一つとしてプロスタグランディンについて考察を行った。

35) ベル麻痺及びハント症候群患者の回復状況と後遺症との関係　－第二報－

福田郁夫

兵庫医科大学　耳鼻科教室

Bell麻痺の臨床経過について詳細に観察し一旦完治したと思われるものにおいても種々の不定愁訴が存在することが分かる。

我々は，過去10年間顔面神経外来を訪れた382名に対して，アンケート調査をおこない147名より回答を得，その内充分な経過を観察し得た81名を対象とし，充分な検討を加えた。Synkinesisに関するアンケートを中心として，昨年の第6回顔面神経研究会において報告した（詳細はFacial N Res Jpn. 3:143－146 (1983)）が，今回は耳周囲の疼痛，首や肩のこり等の愁訴について検討を加え報告する。

36) 外傷性顔面神経麻痺の臨床

西村宏子，山本悦生*，岩永迪孝*，森中節子*

三菱京都病院耳鼻科，京大耳鼻科*

昭和55年1月より昭和59年3月までの4年3ヶ月間に，京大病院耳鼻咽喉科外来を訪れた顔面神経麻痺患者は614例であり，そのうちの外傷性顔面神経麻痺患者49例について臨床学的検討を行った。

年次推移，性別，年令別頻度，受傷側，受傷原因，合併症状（意識障害，耳出血，聴力障害など），麻痺発現時期（即発性，晩発性），初診時の麻痺程度，レ線所見(骨折線の有無)，電気生理学的検査成績，治療法（保存治療，減荷術）などについて調べ，主要項目については麻痺の回復程度との関係についても検討したので報告する。

37) Synkinesisの対症療法としての選択的顔面神経blockの試み

入谷　寛，魚本雄二郎，藤木宏也，福田郁夫，芦名真也，兵　典子，津田恵子，湊川　徹
兵庫医科大学 耳鼻咽喉科学教室

末梢性顔面神経麻痺の後遺症のうち，Synkinesisは最も多く，程度の差こそあれ患者にとっては相当な苦痛であろうと推察されるが現在のところ，その対症的な治療でさえ殆どなされていないのが実状である。我々は最近，高度のSynkinesisに悩まされている患者に対し，対症的に選択的顔面神経blockを試みている。現時点では少数ではあるが愁訴の改善を得ている例もあるので報告し，後遺症治療の動機としたいと考えている。

38) 顔面神経減荷術後の聴力障害

山本悦生，西村宏子，北　真行

京大耳鼻科

過去5年間の顔面神経減荷術施行例のうち，術後6カ月以上経過を観察し得た36症例について，術前，術後の聴力を比較して，本術式による聴力障害について検討した。

減荷術は，乳突削開術とposterior hypotympanotomy 施行後，キヌタ骨を一旦摘出する方法で行った。膝神経節部から茎乳突孔部まで神経を露呈し，神経外鞘および周膜を切開後，キヌタ骨を元に戻した。

術後，0.25～8 KHzのいずれかの周波数で15dB以上の聴力低下を認めたものが20耳（約56%）あった。このうち3耳は会話音域（0.5～2KHz）にも低下があったが，他の17耳は4，8KHz に限局する低下であった。なお，術前聴力が正常なものとすでに感音性難聴のあるものとで，聴力低下の起る頻度に著明な差はなかった。

39) 小脳橋角部腫瘍における術前術後の顔面神経麻痺について

神崎　仁[1)]．塩原隆造　．戸谷重雄[2)]

[1)]慶応大学耳鼻科　　[2)]同脳神経外科

小脳橋角部腫瘍（cpa腫瘍）で術前顔面神経麻痺（FP）を示す例の頻度は腫瘍の種類によって異なるとされているが，夫々の病態については明らかでない点も多い。また術後に保存された顔面神経（FN）の機能回復の不良な例ではFNへの腫瘍の浸潤が疑われるとの報告がある。これらの点を検討する目的で聴神経腫瘍（AN）69例とその他のcpa腫瘍10例を対象とし腫瘍別の術前FP例の頻度，術前FPの程度，術後の顔面神経機能などにつき検討を加えた。

術前のFPの頻度はAN以外のcpa腫瘍で高率であった。術前FPを示したANは全例大腫瘍で不全麻痺を示した。これに対しAN以外の腫瘍では完全麻痺例が多かった。いずれの腫瘍においてもFNの予後は不良であった。一方再発例で前回の手術によりすでにFPを示した例では最近の術式以前の例が多かったが，再手術后にFNは保存された例が多かった。ANの全摘例で術后にFNが保存されたにも拘らず回復のみられなかった例での再発はみられていない。以上の点からcpa腫瘍における術前，術后のFPの病態について考察した。

40) 小脳橋角部腫瘍手術における顔面神経保存のための術中誘発筋電図モニター

慶應義塾大学脳神経外科，耳鼻咽喉科*

大平貴之，塩原隆造，戸谷重雄，神崎　仁*

聴神経鞘腫をはじめとする小脳橋角部腫瘍手術においては，腫瘍の全摘出とともに顔面神経の保存が大切であることは言うまでもない。これまでも，機械的，電気的な術中刺激を用い顔面神経の保存をより容易にしようとする試みがされてきたが，我々はこれまでの報告と異なり刺激強度を確認しながら誘発筋電図を記録する方法を用い，以下の点についてこの方法が有用であるか検討を加えた。①腫瘍摘出前の頭蓋内顔面神経機能の評価。②腫瘍摘出時の顔面神経の確認。③腫瘍摘出後，形態的に保存された顔面神経の機能的評価と予後判定。

41) Melkersson－Rosenthal症候群　— 症例報告 —

大沼秀行

北海道大学耳鼻咽喉科

Melkersson－Rosenthal 症候群は反復性顔面神経麻痺・反復性顔面腫脹・溝状舌をtriadとする稀な症候群であるが、この1症例につき文献的考察を加えて報告する。

症例は40歳男性で、5歳ころより反復する左顔面神経麻痺が出現し、10歳ころより顔面神経麻痺に随伴して顔面の腫脹を繰り返している。初診時の顔面所見は、左前額しわ形成が軽度障害されており、左閉眼不全があり眼裂は4㎜あいていた。左鼻唇溝は浅く、口笛は不能だった。溝状舌と舌小帯の短縮も認められた。

また両側対称性高音漸傾型感音難聴を認めたが、これは騒音の暴露によるもので本症とは無関係と考えられた。NET・流涙検査では左右差はなかったが左味覚障害があり、アブミ骨筋反射は両側正常であったことより、顔面神経の障害部位はアブミ骨筋神経と鼓索神経の間と判明した。対症的に経過を観察しているが著変は認めていない。

42) 中枢性顔面神経麻痺を来たした2症例

長崎孝敏，麻生　伸，小林英人，浅井正嗣，渡辺行雄，水越鉄理

（富山医薬大・耳鼻科）

成書によれば，中枢性顔面神経麻痺は顔面神経麻痺全体の約1～2％を占めるとされているが　私共が最近3年間に経験した2症例につき若干の考察を加えて報告したい。

症例1：58才　男子

急激な平衡障害と右耳閉感を主訴に初診し小脳出血と診断されたが，経過中に著明な右顔面神経麻痺を認めた。

症例2：72才　女子

左第Ⅶ・Ⅷ脳神経症状を呈した症例で各種検査結果よりウイルス性髄膜炎と診断された。

43) 顔面神経麻痺を初発症状とした側頭骨 Aneurysmal Bone cyst の一例

小川和昭・大山　勝・古田　茂・小幡悦朗

鹿大　耳鼻科

Aneurysmal Bone cyst は，10～20才代に多く見られ，長管骨骨幹端及び脊椎に好発する。頭蓋骨での発生報告例は，国内外をあわせ40数例にすぎず，そのうち側頭骨での発生例は数例のみである。

今回，我々は，側頭骨に原発した本症例を経験したので，その臨床経過を述べるとともに若干の文献的考察を加えて報告した。主訴は右眼瞼の閉鎖不全である。

症例は，51才の男性で，家族歴，既往歴には特記すべき事項はない。昭和58年８月，右眼の異和感，同年11月には，右眼瞼の不完全閉鎖と右難聴が出現する。某眼科および耳鼻科を経て，当科へ紹介された。

初診時，高度の右混合性難聴と右顔面神経の不全麻痺が認められた。しかし，他の脳神経症状はない。CTースキャン，脳血管造影等の理学的検査により，右側頭骨の良性腫瘍なかんずく巨細胞腫が疑われたため，昭和59年１月11日，全麻下に腫瘍全摘出術を施行した。そして，病理組織学的所見で Aneurysmal Bone cystと診断された。術後，三ケ月経過した現在，再発の徴候はなく，経過良好である。

44) 側頭骨内顔面神経腫瘍２症例

小宗静男，岡田修一，金苗修一郎，上村卓也

九州大学耳鼻咽喉科学教室

側頭骨内顔面神経腫瘍２例を経験したので報告する。症例１は31才男性，主訴は左顔面麻痺。局所々見では左外耳道下後壁の軽度膨隆以外異常を認めなかった。耳Ｘ線に異常はなかったが，CTで圧外耳道後壁の欠損と乳突洞より外耳道内へおよぶ soft tissue density area を認めたため，左乳突洞削開術を行った。手術所見は，暗赤色表面平滑な軟い腫瘍が顔面神経垂直部より発生し，茎乳突孔と外耳道の方向へ発育していた。非腫瘍部の顔面神経を含め腫瘍を摘出した。症例２は64才男性。主訴は右耳閉感，耳鳴。局所々見では右鼓膜後部の膨隆以外の異常を認めなかった。耳X線に異常はなかったが，CTで右乳突洞より鼓室内にかけて限局した soft tissue density area を認めたため，乳突洞削開術を行った。手術所見は，症例１と同様の腫瘍が乳突洞内と鼓室の両方向に向って発育しており，摘出をすすめると，顔面神経垂直部は全体が腫瘍状であった。術前神経麻痺がなかったため可及的に摘出した。病理所見は２例とも neurilemmoma であった。

45) 側頭骨内自動性受傷性顔面神経腫の1例

湯本　英二　　村上　信五　　柳原　尚明

愛媛大学耳鼻科

症例は58才男性で，誘因なく突然左顔面神経麻痺をきたした。保存的治療にもかかわらず神経変性が進行したので減荷術を行なったところ，水平部に2×3㎜の小腫瘤を認めた。摘出した腫瘤を病理学的に検索し，ＨＥ染色ではシュワン細胞の増殖を，トルイジンブルー染色では多数の小さな有髄線維を観察した。また，透過型電顕では膠原線維の増殖と島状のシュワンtubeの中に多数の有髄および無髄線維がみられた。これらの所見は，神経組織が強度に圧迫・切断された後に生じる神経の再生像と考えられ，外傷性神経腫あるいは断端神経腫における所見と類似している。本例は外傷の既往はないが，何らかの原因で顔面神経が水平部で強度に圧迫されたため神経腫が生じたものと考えられた。

46) Ramsay Hunt 症候群278例より

森　　弘・高橋晴雄・中村　一・由井正剛

北野病院　耳鼻咽喉科

Ramsay Hunt症候群は末梢性顔面神経麻痺の疾患別分類を行うと、Bell麻痺に次いで多い。しかし、Ramsay Hunt症候群とBell麻痺の分類基準については若干問題点が残されているのである。また、ウイルス感染を伴うこともあると考えられる突発性難聴との病態比較においても検討すべきことがある。このような諸問題を解明するための参考資料を得るため、多数のRamsay Hunt症候群の病態を分析、整理してみることも必要である。

観察対象は、昭和45年より58年までに経験した278例である。検索事項は、性、年齢、患側、年度別顔神麻痺新患数に対する頻度、ヘルペス発症状況、昭和50年からの帯状疱疹ウイルスの補体結合反応によるtiter、聴力障害、自他覚的めまい症状などである。以上の検索事項の中で、本症の病態をとくにウイルス検索の立場から分析することに重点をおき、titerと性別、年齢との関係、最高のtiterが128倍以上を示す症例の年度別推移、titerと麻痺の予後との関係などを整理し考察を加え発表する。

47) 顔面神経・三叉神経・尺骨神経などmultiple mononeuropathy を呈したsarcoidosis の1例

大矢昌宏，高橋　昭，五藤進一朗

愛知医科大学第四内科

27歳女性．1983年6月より腰背部痛・嗅覚低下・左顔面麻痺・舌の左側の味覚障害・両手指のしびれ感および左手脱力が2カ月の経過で順次出現。入院時両側嗅覚脱失・左三叉神経第1枝領域表在覚低下・左末梢性顔面神経麻痺の多発性脳神経障害，左上腕三頭筋反射・左PTR・両ATR 亢進の脊髄障害，左骨間筋筋力低下・左尺骨神経・右正中神経および右外側大腿皮神経領域表在覚低下の脊髄神経障害および虹彩炎・隅角結節の眼所見を示した。胸部X線写真上両側肺門リンパ節腫脹，ツ反陰性，血清ACE活性55U，lysozyme 活性31.4μg/ml とそれぞれ上昇．リンパ節採取不能であったが臨床所見よりsarcoidosisと診断．髄液の細胞数32/3，蛋白62mg/dl と上昇．神経伝導速度は左尺骨神経SCV，右正中・尺骨神経SCVの軽度低下がみられた．prednisolone 60mg 隔日漸減投与により2カ月後には左第4・5手指のしびれ感以外の神経症候は消失したがステロイド使用中に左三叉神経領域知覚障害，中止後嗅覚障害の再発をみた。

48) 2年の間隔をおいて顔面神経と動眼神経の mononeuropathy を発症した糖尿病の1例

藤井勝朗，高橋　昭，佐橋　功

愛知医科大学第4内科

55歳，男性，事務機販売業，家族歴は父親が糖尿病，神経疾患はなし，既往歴に特記すべきことなし。54歳時に味覚低下を含む右－末梢性顔面神経完全麻痺が出現。聴覚過敏なし。四肢の振動覚，深部反射は軽度低下。運動系は異常なし。頭部CTに異常なく，胸部レントゲン写真に肺門リンパ節腫脹などの異常なし。血清ウイルス抗体価は異常なし，空腹時血糖119mg/dl で50g ブドウ糖負荷試験は中等度糖尿病型を呈した。腎機能障害なし，高脂血症(総コレステロール266mg/dl，βリポ蛋白610mg/dl)を認めた。髄液所見は細胞数3/3，蛋白31mg/dl，糖 115mg/dl。食事療法と理学療法にて麻痺は約1か月で略治した。

約2年後に右－動眼神経麻痺が出現，内眼筋麻痺なし。眼底に微小動脈瘤をみた。空腹時血糖101mg/dl，ブドウ糖負荷試験，血清脂質は初発時とほぼ同様の結果であった。食事療法のみで麻痺は約2週間後に軽快した。既報告例を含め再発性糖尿病性脳神経麻痺につき考察する。

49) 多発性脳神経障害を伴ったHunt 症候群の1例

相馬博志　北條和博　長谷川聡

新潟大学耳鼻科

最近，われわれは，多発性脳神経障害を伴うHunt症候群の1例を経験したので，若干の考察を加えて報告する。症例は，57才男性，昭和58年10月中旬，左耳痛にて某病院を受診し保存療法で経過観察中，左顔面神経麻痺が出現したため当科を受診した。左顔面神経麻痺のほか，左耳介部の有痛性水疱，左高度感音性難聴，口蓋垂の右方偏位，左声帯の運動制限をみとめた。当科入院のうえ，低分子デキストラン，ＡＴＰ，ニコチン酸，ビタミンＢ剤などによる点滴治療を施行し，昭和58年11月30日，表情筋スコア16/40 の時点で退院した。退院時口蓋垂の右方偏位はなく，声帯の動きも正常となったが，左顔面神経麻痺は軽度改善のみで左聴力障害もほとんど不変であった。退院後，当科外来で経過観察していたが，左顔面神経麻痺は漸次改善し，昭和59年３月２日には，表情筋スコア38/40 とほぼ完全回復した。しかし左聴力障害は，いぜんとして高度であった。

50) 耳介奇型を伴った先天性顔面神経麻痺

花岡真子，井野千代徳，山下敏夫，中山尭之，熊沢忠躬

関西医科大学耳鼻咽喉科学教室

先天性顔面神経麻痺は，稀れな疾患であるが，その性質上，小児科領域よりの報告が比較的多い。その多くは，asymmetric crying face，neonatal facial asymmetry，或いは，congenital unilateral lower lip palsy（CULLP）と称されるものである。この疾患も，頻々心臓，或いは，外耳，中耳に奇型を伴う事がある。

今回中心に報告する症例は，17才の女性で生下時より顔面の運動障害が下口唇に限局せず，又Bell現象も認められる。加えて，同側の小耳症が存在する。本症例に，当教室で行なっている ^{99m}Tc を用いての唾液腺機能検査を施行したところ，患側の顎下腺機能の著しい障害を認めた。しかし，時に末梢性顔面神経麻痺で障害されることのある耳下腺は，全くの正常であった。そこでC.T.を用いて顔面神経の走行を追ってみた。C.T.では，水平部の顔面神経は容易に発見できたのであるが，垂直部の像出は不明確であった。その他，顔面神経諸検査を同時に施行したので，文献的な考察を加えながら報告する。

51) すもぐりによるalternobaric facial paralysisの1例

込田茂夫　北條和博　中野雄一

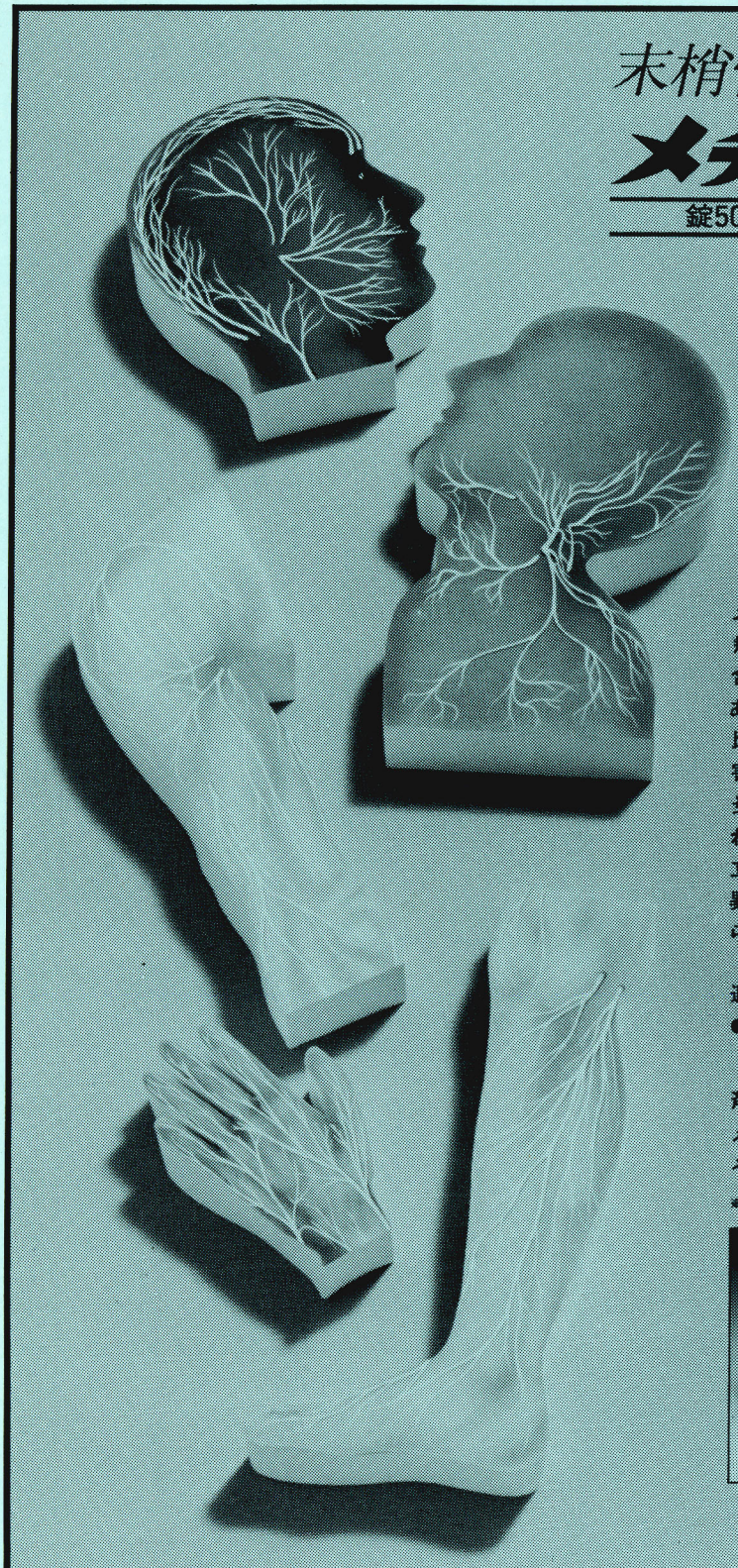
新潟大学耳鼻咽喉科教室

潜水や航空機塔乗など，外界の圧変動により生じた顔面神経麻痺の報告は，きわめてまれである。われわれの抄猟し得た限りでは，Bennettらの2例，Becker の1例，Rêgo の1例，Molvaerの1例のみである。最近われわれは，すもぐりにより同側2回の顔面神経麻痺を繰り返した症例を経験したので，その概要を報告し若干の文献的考察を加えた。

症例は36歳，男性。1981年8月30日および1983年9月30日にすもぐりをした直後に，右閉眼不能と右側顔面の異常感を来した。いずれも5分程で回復したが，精査の目的で1984年2月21日，演者らの所を訪れた。耳鼻科学的，神経学的検索を行ったが，異常は認められなかった。

本症例と文献例には，一過性，片側反復性であること，耳抜き不良側に起こること，外圧低下とともに生ずるなどの共通点が見い出された。

中耳腔内外の圧勾配がその成因と考えられるが，解剖学的異常も関与しているものと思われる。



末梢性神経障害に

メチコバール®

錠500μg・カプセル250μg

Methycobal

メチコバールは末梢性神経障害治療剤としてエーザイが独自の技術で合成・開発したメコバラミン製剤である。本剤は厳密な二重盲検同時比較対照法によって、末梢神経障害（糖尿病性神経炎、多発性神経炎など）に対して有効性が証明され、症状別には運動障害（歩行・起立・反射障害）、知覚障害（しびれ・異常感など）に有意の改善が認められている。

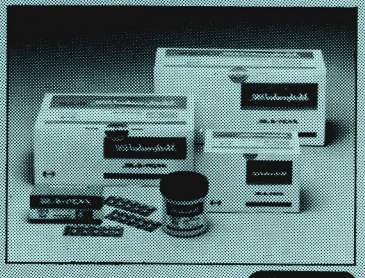
適応症

●錠・カプセル
末梢性神経障害

剤型

メチコバール 錠 500μg
メチコバール カプセル 250μg

＊ご使用にあたっては添付文書をご参照下さい。



薬価収載

エーザイ
東京都文京区小石川4

A-L1 8503