

第9回 日本顔面神経研究会
プログラム・予稿集

1986.6.13-14

東京都

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

ご 挨拶

第9回日本顔面神経研究会を、再び日本大学耳鼻咽喉科学教室でお引き受けすることになりました。演題数が70を越し、フルに2日間を使う盛況となり感謝しております。

前回(第2回)は故齋藤英雄教授を会長として、経団連の国際会議場で行いました。まだ会則も会誌もなく、しかし研究会として1人立ちしようと、他の関連学会とは独立して6月に開催しました。一般演題21題という小さな集会でしたが、齋藤会長から会の運営を全て任されたので、一般演題の他に、ステロイドの使用法についての教育パネルを各科のエキスパート、水島裕、平山恵造、勝正孝、佐々田健四郎の4先生にお願いしました。その時のパネルで一番印象に残ったのが水島先生の発言でした。

この7年の間に、顔面神経研究は着実に幅と深さを加えましたが、当初からの課題である急性末梢性顔面神経麻痺の早期診断と初期治療について、とくにウイルスの関与を如何に早く把握するかという問題と、ウイルス感染が疑わしい症例に対するステロイド治療については、まだ及び腰の状態ではないかと考えます。

そこで、とくに顔面神経麻痺と縁が深い水疱・帯状疱疹ウイルスについて数々の世界的成果を挙げておられる高橋理明教授に、VZウイルスに関する最近の知見を教えて戴き、水島裕教授には種々の疾患に対する豊富なステロイド療法のご経験に基づいて、われわれの領域におけるステロイドの使い方、Stennertの治療法に対するご意見などをお聞きする機会を設けました。必ずや会員諸兄姉に益するところ大なるものと確信しております。

また新しい抗ウイルス剤も開発されておりますので、各自の保存療法の工夫、その成績を持ち寄って、より良い治療法を開発する機縁にするべく、保存療法を指定演題と致しました。ふたつの特別講演とともに、実地臨床にすぐ役立つヒントを得られることを期待しております。

今まで、会が小さく、討論時間も充分にありましたが、今回のように2日フルに使って講演時間も他の学会並みに短くなりますと、やはり寛いだ雰囲気の中で充分意見を交換する場が必要であろうと考え、第1日の講演終了後に会員懇親会を行うこととしました。趣旨からしてご馳走はございませんが、出来るだけ多数参加下さるよう希望致します。

昭和61年5月

第9回日本顔面神経研究会

会長 富 田 寛

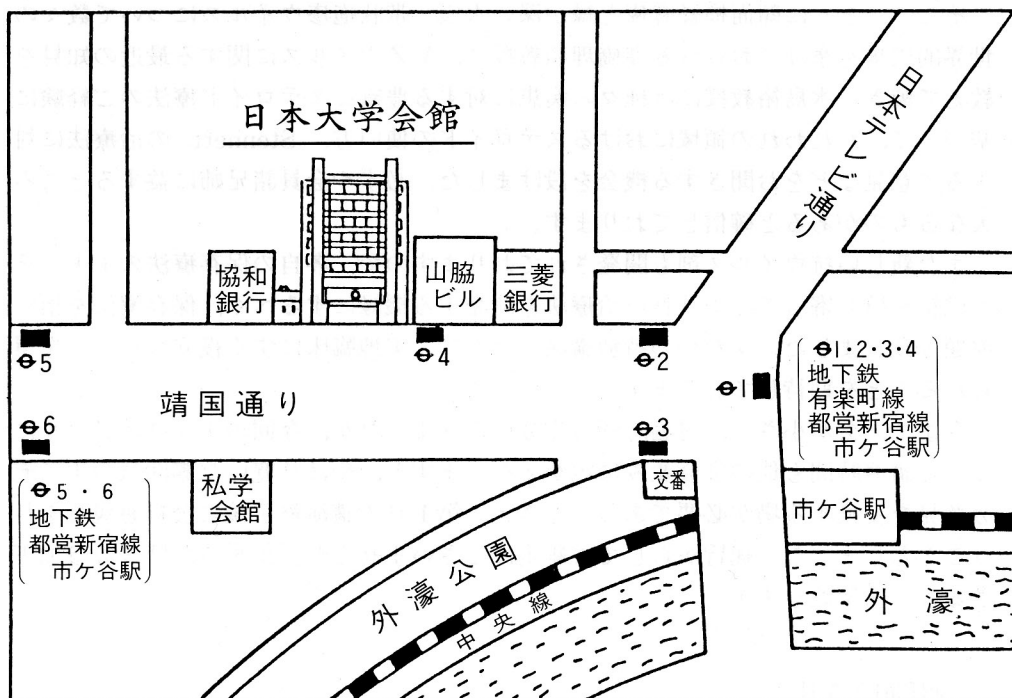
会 場 日本大学会館
東京都千代田区九段南四丁目 8 番24号
電話 03(262)2271(代表)

- 日 時**
- 1) 学術講演会：昭和61年 6 月13日 (金) 8：55～17：00
昭和61年 6 月14日 (土) 9：00～17：00
- 2) 特別講演Ⅰ：昭和61年 6 月13日 (金) 16：20～17：00
『水痘・带状疱疹ウイルスに関する最新の知見』
高橋 理明 教授
- 特別講演Ⅱ：昭和61年 6 月14日 (土) 15：00～15：40
『ステロイド療法の実際』
水 島 裕 教授
- 3) 会員懇親会：昭和61年 6 月13日 (金) 17：30～19：30

——— 日 本 大 学 会 館 交 通 案 内 図 ———

国電〔市ヶ谷駅〕下車 徒歩 2 分

営団，都営地下鉄〔市ヶ谷駅〕下車 徒歩 2 分



学会事務所 ☎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

☎ 03(972)8111 内線 2205・2206

〔学会当日〕日本大学会館 ☎ 03(262)2271 (代表)

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。引き換えに参加証をお渡ししますので、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報告票をお忘れなく受付時ご提出下さい。
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30-1

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局 ☎ 03(972)8111 (代表)

4. 講演時間は 7 分、ビデオは 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（13 日）12 時 10 分より 203 会議室において昼食をとりながら行います。
8. プログラム・予稿集は研究会当日御持参下さい。
9. 会員懇親会：第 1 日目研究会終了に引続いて、日大会館 8 階 801 号室にて行います。無料ですので、多数のご参加を希望致します。

第9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 富田 寛

第1群 基礎 (I) (9:00~9:50)

座長 玉置 弘光 (大阪府立耳)

1) 顔面神経管の臨床解剖

○田所 広文, 柳原 尚明

(愛媛大耳)

2) Bell 麻痺の側頭骨含気蜂巣の検討

○小出 奈々, 村松 良雄, 遠藤 泰介, 北条 和博,

中野 雄一

(新潟大耳)

相馬 博志

(立川病耳)

3) 側頭骨内における顔面神経の易受傷部位について

○湊川 徹, 入谷 寛, 兵 典子

(兵庫医大耳)

4) 顔面神経変性の実験的研究

○中谷 宏章, 齋藤 春雄

(高知医大耳)

5) 顔面神経内圧 その1. 脳脊髄圧との関連について

○竹内 俊二, 竹田 泰三, 齋藤 春雄, 岸本 誠司

(高知医大耳)

第2群 基礎 (II) (9:50~10:30)

座長 湊川 徹 (兵庫医大耳)

6) ラットにおける脱神経後の顔面表情筋の変化

——Myocin ATPase の生化学的・組織学的観察——

○川崎 薫, 牛呂 公一, 岩野 正, 井野千代徳,

熊沢 忠躬

(関西医大耳)

高橋 徹

(関西大アイソトープ)

7) 顔面神経核 Motoneuron と Adenosine

○川崎 良明

(大阪通信耳)

久保 武

(香川医大耳)

松永 亨

(大阪大耳)

仙波恵美子, 遠山 正弥

(大阪大二解)

- 8) 実験的末梢性顔面神経障害におけるジルチアゼムおよびフルナリジンの影響
 ○藤林 慶子, 瀧本 勲 (愛知医大耳)
 木村 勝 (愛知医大一解)
- 9) 顔面神経切除の顎・顔面成長に及ぼす影響に関する実験的研究
 第2報 除神経後の口輪筋の変化に関する組織化学的検討
 ○北川 善政, 川口 哲司, 橋本 賢二, 中村 一彦,
 一條 秀憲, 塩田 重利 (東京医歯大一口)

第3群 検査 (I) (10:30~11:20) 座長 小林 武夫 (中央鉄道耳)

- 10) 顔面神経変性の検査
 ——経皮刺激法と直接刺激法の比較——
 ○山本 悦生, 西村 宏子, 広野 喜信, 本庄 巖 (京都大耳)
- 11) 顔面神経麻痺患者の鼻腺機能
 ○蔦 佳尚, 井野千代徳, 加藤 真子, 牛呂 公一,
 熊沢 忠躬 (関西医大耳)
- 12) 顔面神経麻痺患者の流涙現象について
 ○加藤 真子, 井野千代徳, 牛呂 公一, 蔦 佳尚,
 熊沢 忠躬 (関西医大耳)
 西山 豊 (関西医大放)
- 13) 顔面神経麻痺症例におけるアブミ骨筋反射測定
 ○井手 稔, 牛迫 泰明, 牧野 浩二, 永井みどり,
 黒木 幹子, 林 明俊, 森 満保 (宮崎医大耳)
- 14) 顔面痙攣におけるアブミ骨筋病的共同運動の術中記録
 ○戸島 均, 小池 吉郎 (山形大耳)
 板垣 晋一, 中井 昂 (山形大脳)

第4群 検査 (II) (11:20~12:10) 座長 神崎 仁 (慶応大耳)

- 15) 顔面神経伝導速度
 ——両側性障害について——
 ○稲村 博雄, 市毛 明彦, 川合 正和, 青柳 優,
 小池 吉郎 (山形大耳)
 戸島 均 (米沢病耳)

16) 瞬目反射における眼球上転運動分析の信頼性

○麻 生 伸, 浅井 正嗣, 今村 純一, 伊東 宗治,
安田 健二, 神田 憲一, 渡辺 行雄, 水越 鉄理 (富山医薬大耳)

17) 肉眼的麻痺評価法と表情筋トポグラム

○小幡 悦朗, 古 田 茂, 大堀八洲一, 河野 正樹 (鹿児島大耳)

18) 特発性顔面神経麻痺患者のコンピューター回転検査 (コントラバス)
成績について

○一條 宏明, 朴沢 二郎, 鎌田 重輝, 藤原 文明 (弘前大耳)

19) 顔面神経麻痺患者の ENG 所見, 特に visual supression test について

○肥 塚 泉, 後藤 和彦, 松 永 亨 (大阪大耳)
岡田 益明 (大阪警察耳)
久 保 武 (香川医大耳)

昼 食 (12:10~13:00)

[運 営 委 員 会]

総 会 (13:00~13:15)

第5群 症 例 (I) (13:15~13:55)

座長 熊沢 忠躬 (関西医大耳)

20) 顔面神経麻痺を初発症状とした petrous bone epidermoid cyst の1例

○板垣 晋一, 中 井 昂 (山形大脳外)
山崎 悦功 (河北病脳外)
青 柳 優, 巖 文雄 (山形大耳)

21) 多発性顔面神経鞘腫の一症例

○古家 隆雄, 高原 哲夫, 藤谷 哲造, 服 部 浩 (神戸大耳)

22) 顔面神経麻痺で初発した乳癌側頭骨転移による Garcin 症候群の1例

○川井田政弘, 神 崎 仁, 犬山 征夫 (慶応大耳)
福内 靖男 (慶応大神内)

23) 運動感覚混合性ポリニューロパチーに併発した一側顔面神経麻痺

○高 橋 昭, 古池 保雄, 関本 洋一 (名古屋大神内)
佐 橋 功, 鹿山 正人 (愛知医大四内)

第6群 症 例 (Ⅱ) (13:55~14:35) 座長 寺山 吉彦 (北海道大耳)

24) メニエール病経過中に発症した顔面神経麻痺の3症例

○矢沢代四郎, 北原 正章 (滋賀医大耳)

齋藤 春雄 (高知医大耳)

25) 多発性脳神経障害を呈した Hunt 症候群の1例

○荻 野 敏, 阿部 能之, 北奥 繁夫, 松 永 亨 (大阪大耳)

26) 血液疾患に伴う顔面神経麻痺について

○工藤 裕弘, 周 明 仁, 仙波 哲雄, 中村 雅一,
横小路雅文 (東京大耳)

石井 甲介 (墨東病耳)

小林 武夫 (中央鉄道耳)

27) 両側性および再発性顔面神経麻痺の検討

○広野 喜信, 山本 悦生, 本 庄 巖 (京都大耳)

西村 宏子 (三菱京都病耳)

----- コーヒー・ブレイク (14:35~14:50) -----

第7群 疫 学 (14:50~15:20)

座長 水越 鉄理 (富山医薬大耳)

28) 愛媛県におけるベル麻痺, ハント症候群の疫学的調査

○柴原 豊弘, 長山 英隆, 中村光士郎, 柳原 尚明 (愛媛大耳)

29) 新潟県西頸城地区における顔面神経麻痺の疫学調査

○中 川 肇, 麻 生 伸, 浅井 正嗣, 渡辺 行雄 (富山医薬大耳)

30) 急性末梢性顔面神経麻痺におけるウイルスの関与について

——CF抗体価を中心とした全国統計——

○久木元延生, 池 田 稔, 山田 一仁, 田中 正美,
奥 野 仁, 富 田 寛 (日本大耳)

第8群 免疫・ウイルス (15:20~16:20) 座長 森 弘 (北野病耳)

31) 癌浸潤による顔面神経マヒ例における免疫反応について

○中 島 格, 新里 祐一, 余瀬まゆみ, 上村 卓也 (九州大耳)

32) 顔面神経麻痺患者の免疫学的検索

○井上 大輔, 塚田 裕一, 横田 美幸, 田中 清高,
関 誠, 内山 正教, 鈴木 健三, 山本 亨 (日本大麻)

33) ベル麻痺における水痘帯状疱疹ウイルス補体結合抗体価上昇例の予後について

○塩谷 正弘, 若杉 文吉 (関東通信ペイン)

34) ベル麻痺におけるウイルス感染の関与について (第1報)

——EB ウイルスについて——

○中村光士郎, 柳原 尚明 (愛媛大耳)

35) ハント症候群のモデルとしての実験的研究

——単純ヘルペスウイルスを用いて——

○石井 甲介 (墨東病耳)

佐多徹太郎, 倉田 毅 (予研病理)

野村 恭也 (東京大耳)

36) 急性末梢性顔面神経麻痺における ELISA 法の検討

○田中 正美, 久木元延生, 池田 稔, 山田 一仁,
富田 寛 (日本大耳)

特別講演 (I) (16:20~17:00)

座長 松永 亨 (大阪大耳)

『水痘・帯状疱疹ウイルスに関する最新の知見』

大阪大学微生物病研究所

高橋 理明 教授

会員懇親会 (17:30~19:30) 日大会館 8 階・801号室

学会第2日

第9群 診断 (9:00~9:55)

座長 隈上 秀伯 (長崎大耳)

37) 顔面神経における逆行性神経誘発電位の記録

○木谷 伸治, 柳原 尚明 (愛媛大耳)

38) 部位診断からみたベル麻痺

○柳原 尚明, 木谷 伸治 (愛媛大耳)

39) ベル麻痺における顔面神経病巣の動態について [ビデオ演題]

○木谷 信治, 中村光士郎, 佐伯 忠彦, 柳原 尚明 (愛媛大耳)

40) 膝神経節刺激法 (臨床応用)

○田中 博之 (横浜市)

41) ベル麻痺における電気生理学的早期予後診断の再検討

○市毛 明彦, 青柳 優, 川合 正和, 稲村 博雄
小池 吉郎 (山形大耳)
菊池 章 (酒田病耳)
戸島 均 (米沢病耳)
鈴木 八郎 (県立中央耳)

第10群 手術 (9:55~10:40)

座長 齋藤 春雄 (高知医大耳)

42) 顔面神経減荷手術の意義

——神経束内リンパ流の面より——

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

43) 頭蓋内顔面神経吻合術 [ビデオ演題]

○神崎 仁 (慶応大耳)
塩原 隆造, 戸谷 重雄 (慶応大脳外)

44) 耳下腺手術後の顔面麻痺の予後

○八木沼裕司, 小林 俊光, 志賀 伸之, 荒川 栄一,
草刈 潤, 高坂 知節 (東北大耳)

- 45) 顔面痙攣に対する神経血管減荷術後の耳鼻科的合併症
○寺倉 直明, 大沼 秀行, 寺山 吉彦 (北海道大耳)

第11群 聴神経腫瘍 (10:40~11:15) 座長 中井 昂 (山形大脳外)

- 46) 聴神経腫瘍摘出後の顔面神経麻痺の経過について
○大村 文秀, 田 淵 哲, 下村友佳子, 谷口 郷美, (神戸市立病耳)
中 尾 哲 (神戸市立脳外)

- 47) 聴神経腫瘍手術における顔面神経保存 [ビデオ演題]
○塩原 隆造, 戸谷 重雄, 大平 貴之, 中村 芳樹, (慶応大脳外)
中務 正志 (慶応大耳)
神 崎 仁

- 48) 逆行性顔面神経誘発電位の術中モニター
○大平 貴之, 中村 芳樹, 中務 正志, 井端由紀郎, (慶応大脳外)
塩原 隆造, 戸谷 重雄 (慶応大耳)
神 崎 仁

第12群 後遺症 (11:15~12:05) 座長 柳原 尚明 (愛媛大耳)

- 49) 積分筋電図による病的共同運動続報
○森 弘, 岩永 迪孝, 中 村 一, 由井 正剛 (北野病耳)
蔦 佳 明

- 50) 病的共同運動の実験的研究
○村上 信五 (十全病耳)
柳原 尚明, 丘 村 熙 (愛媛大耳)

- 51) 顔面神経麻痺後遺症のアンケート調査
○西 本 力, 村田 清高 (近畿大耳)

- 52) 顔面神経麻痺後遺症のアンケート調査と評点法
○村田 清高, 西 本 力 (近畿大耳)

- 53) 顔面神経麻痺後遺症の評価法について
○入 谷 寛, 福田 郁夫, 兵 典 子, 大城 和夫, (兵庫医大耳)
湊 川 徹

昼 食 (12:05~13:00)

第13群 外 傷 (13:00~13:30)

座長 森 満 保 (宮崎医大耳)

54) 外傷性顔面神経麻痺患者の予後とその poor risk factor

○山崎 恵三, 津田 哲也, 調 重 昭, 曾田 豊二 (福岡大耳)

55) 外傷性顔面神経麻痺の治療

○中務 正志, 戸谷 重雄, 塩原 隆造, 大平 貴之,
中村 芳樹, 井端由紀郎 (慶応大脳外)
神 崎 仁 (慶応大耳)

56) 手術療法を施行した外傷性顔面神経麻痺 8 例の検討

○渡辺 徳武, 一宮 一成, 鈴木 正志, 茂木 五郎 (大分医大耳)

第14群 治療・予後 (I) (13:30~14:10) 座長 細見 英男 (神戸大耳)

57) 顔面神経麻痺初診時スコアと予後

○中尾 善亮, 今 里 滋, 隈上 秀伯 (長崎大耳)

58) 末梢性顔面神経麻痺の予後

——麻痺スコア—各項目の動き出しとの関連について——

○野田 久代, 森 祐 子, 福 井 聡, 宮崎 東洋 (順天堂大麻)

59) 顔面神経麻痺障害部位と予後についての考察

○津田 哲也, 山崎 恵三, 調 重 昭, 曾田 豊二 (福岡大耳)

60) 小児の顔面神経麻痺の検討

○西村 宏子 (三菱京都病耳)
山本 悦生, 廣野 喜信 (京都大耳)

第15群 治療・予後 (II) (14:10~14:50) 座長 若杉 文吉 (関東通信ペイン)

61) ベル麻痺治療法の検討

○武 山 実, 草 刈 潤, 小林 俊光, 荒川 栄一,
原 晃, 稲村 直樹, 川瀬 哲明, 高橋 邦明,
小池 修治, 八木沼裕司, 高坂 知節 (東北大耳)

62) 末梢性顔面神経麻痺に対する Biofeedback therapy

- 下野 俊哉, 服部 紀子 (愛知医大リハビリ)
瀧本 勲 (愛知医大耳)

63) ビタミンB₁₂と顔面神経麻痺の予後

- 新川 敦, 飯田 政弘, 簡志明, 小松 信行, (東海大耳)
坂井 真

64) 顔面麻痺における構音障害とその言語治療 (続報)

- 小林 武夫 (中央鉄道耳)
石井 甲介 (墨東病耳)
工藤 裕弘, 中村 雅一 (東京大耳)

コーヒー・ブレイク (14:50~15:00)

特別講演 (II) (15:00~15:40)

座長 富田 寛 (日本大耳)

『ステロイド療法の実際』

聖マリアンナ医科大学・第一内科学教室

水島 裕 教授

第16群 (指定演題 I)

顔面神経麻痺の保存療法 (15:40~16:20)

座長 野村 恭也 (東京大耳)

65) 顔面神経麻痺の保存療法

- 玉置 弘光 (大阪府立耳)
宮口 衛 (香川医大耳)
松永 亨, 荻野 敏 (大阪大耳)

66) 顔面神経麻痺の保存療法 (デキストラン等の使用)

- 木西 實, 谷 光毅, 高原 哲雄, 星野 鉄雄, (神戸大耳)
古家 隆雄, 細見 英男

67) 末梢性顔面神経麻痺に対する保存的治療法

- 川合 正和, 稲村 博雄, 市毛 明彦, 青柳 優, (山形大耳)
小池 吉郎 (米沢病耳)
戸島 均 (酒田病耳)
菊池 章 (県立中央耳)
鈴木 八郎

68) 急性末梢性顔面神経麻痺重症例の保存的治療

——入院・外来治療の比較——

- 鶴町 昌之, 向井 康朗, 久木元延生, 奥 野 仁,
松 山 仁, 富 田 寛 (日本大耳)

第17群 (指定演題 II)

顔面神経麻痺の保存療法 (16:20~17:00) 座長 小池 吉郎 (山形大耳)

69) 当科におけるベル麻痺, ハント麻痺の保存療法の検討

- 安藤 英樹, 石川 和夫, 戸 川 清 (秋田大耳)

70) 過去2年間における顔面神経麻痺患者の保存的治療の検討

- 廣田 常治, 今給黎泰二郎, 古 田 茂, 大 山 勝 (鹿児島大耳)

71) 末梢性顔面神経麻痺症例の統計的観察

- 藤 原 亨 (関西労災耳)
後藤 和彦, 松 永 亨 (大阪大耳)
岡田 益明 (大阪警察耳)

72) 新鮮 Bell 麻痺に対するアシクロビルの効果

- 長谷 浩吉, 白石 正治, 蓮見 謙司, 神山洋一郎 (順天堂大浦安麻)
高川 直樹, 杉田 麟也 (順天堂大浦安耳)

閉会の辞

会長 富 田 寛

1) 顔面神経管の臨床解剖

田所 広文, 柳原 尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

側頭骨内顔面神経管の全走行に関して幅、長さを以下の様に計測したので報告する。材料には、日本人の成人側頭骨10耳を用いた。方法は以下に示す通りである。まず手術用顕微鏡下に中頭蓋窩面を骨削開し、内耳道底から膝神経節までの顔面神経を開放する。次いで中耳根治術に準じて乳突洞の骨削開を行い膝神経節から茎乳突孔までの顔面神経を開放する。その後、実体顕微鏡下に接眼マイクロメーターを用いて、①内耳道底②膝神経節③匙状突起④鐙骨⑤錐体隆起⑥垂直部の中央⑦鼓索神経起部⑧茎乳突孔、各レベルでの顔面神経管の幅および①顔面神経迷路部②鼓室部③乳突部の長さを計測した。同じ方法で計測した米国白人側頭骨20耳のデータと比較をした。結果、顔面神経管径では日本人および白人共にアブミ骨のレベルにおいてもっとも狭く、次いで内耳道部という結果を得た。

つぎに側頭骨を脱灰し、パラフィン包埋を行い薄切した。フニクルスの形成過程を観察した。フニクルスは垂直部の茎乳突孔付近で形成されることが確認できた。

2) Bell麻痺の側頭骨含気蜂巢の検討

○小出奈々¹⁾ 村松良雄¹⁾ 遠藤泰介¹⁾ 北条和博¹⁾ 中野雄一¹⁾ 相馬博志²⁾

1) 新潟大学耳鼻咽喉科 2) 立川総合病院耳鼻咽喉科

炎症性疾患では側頭骨含気蜂巢の発育に抑制が見られることが報告されているが、非炎症性疾患であるメニエール病においても健側耳に比べて患側耳に含気化の抑制が見られたとの報告がある。含気化の抑制が側頭骨自体の発育抑制の現れであるならば側頭骨内を走る顔面神経管の太さにも影響を与え、顔面神経の受傷性を高めている可能性がないとは言えない。

今回われわれは昭和57年7月より昭和60年12月までに新潟大学耳鼻咽喉科を受診した一側性Bell麻痺患者のうち、中耳疾患を合併していなかった81例について、当教室今井による矩形面積法を用いて側頭骨含気蜂巢の大きさを測定し、健側と患側とを比較したので報告する。健側の平均は 18.6cm^2 、患側の平均は 18.0cm^2 と統計学上の有意差は見られなかった。さらに正常者についても同様に検討を加えこれと比較し報告する。

3) 側頭骨内における顔面神経の易受傷部位について

湊川 徹 入谷 寛 兵 典子

兵庫医科大学耳鼻咽喉科学教室

側頭骨内顔面神経の易受傷部位に関しては種々の意見がある。神経管に対する神経幹断面積比の違い、血管構築の部位的違い、血管断面積量の部位的な違い等から夫々の理由づけが行われている。

今回我々は、先天性の心疾患により死亡した幼少児の側頭骨を検索し、顔面神経障害のあるもの4例について検討した。共通する所見は、①病理学的な所見から2次障害によるものと思われた、②障害部位は水平部以下である、③障害部位に一致して、血管内、繊維内に赤血球塊が多く認められた、等である。これらの現象は、顔面神経障害において、血流の影響を考える上に興味ある所見である。

これらについて考察し、さらに、Bell麻痺新鮮例における受傷部位についても加え検討を行った。

4) 顔面神経変性の実験的研究

中谷宏章，斎藤春雄．

高知医科大学耳鼻咽喉科学教室

末梢神経は、受傷するとその遠位が Waller 変性を起こし、変性・膨化する。特に顔面神経では、神経が長い骨管内を走行するため、この変性初期膨化により圧迫を受け、健部にまで障害が2次的に起こる。受傷後の顔面神経の変性・膨化の時間的経過は、矢沢・斎藤により神経全切断例において検討されているが、臨床上是部分障害であることが多い。今回、我々は、部分切断と全切断とでは、神経の膨化に時間的ずれが起こるのではないかと考え、検討した。

対象には、モルモットを用いた。ケタラール麻酔下に、モルモットの右耳介後部より、bullae を開放し、顕微鏡下に右顔面神経を、水平部と垂直部との移行部で、1/4切除・1/2切除及び全切除を行なった。術後1, 3, 5, 7, 14, 21日目に組織を採取し、通常の脱灰、固定後連続切片を作り、膨化の程度を光顕的に観察した。左側の顔面神経を、対象として比較した。

5) 顔面神経内圧

その1. 脳脊髄圧との関連について

竹内俊二, 竹田泰三, 齋藤春雄, 岸本誠司.

高知医科大学耳鼻咽喉科学教室

目的: モルモット顔面神経内圧をサーボ圧測定装置を用いて測定し、脳脊髄圧の変化との関係を観察した。

方法: モルモットを麻酔、筋弛緩薬投与後、顔面神経管の一部に小孔を開けて神経を露出し神経鞘に小切開を加えた後、先端径 5-7μの微小ガラスピペットを挿入し、歯科用セメントで固定し、サーボ圧測定装置に接続した。同時に、脳脊髄圧と心電図をモニターした。

結果及び考察: 顔面神経内圧は脳脊髄腔を加圧することにより上昇した。また腹圧をかけることでも顔面神経内圧は上昇した。グリセロールを経口投与すると、脳脊髄圧の低下とほぼ同期して顔面神経内圧の低下がみられ、その後の圧変化も両者の相関する傾向がみられた。以上より脳脊髄圧と顔面神経圧の相関が考えられ、グリセロール投与により両者の圧の低下がみられた。

以上より顔面神経麻痺の治療において、浸透圧利尿剤の使用の有用性が推測された。

6) ラットにおける脱神経後の顔面表情筋の変化 — Myocin ATPase の生化学的・組織学的観察 —

川崎 薫, 牛呂公一, 岩野 正, 井野千代徳, 熊沢忠躬¹⁾, 高橋 徹²⁾

関西医科大学耳鼻咽喉科¹⁾, 同アイソトープ実験施設²⁾

脱神経後の顔面表情筋の変性に関しては、光顕及び電顕レベルでの多くの研究がなされてきているが、筋収縮に関与する酵素学的な面での研究は余りない。今回、我々はラットを用いて側頭骨外で片側の顔面神経本幹部を一部切除し、脱神経後1週から8週にわたり経時的に表情筋の酵素活性(Myocin ATPase, Actomyocin ATPase等)を測定し、非切断側との酵素活性を比較検討した。さらに Myocin ATPase の酵素染色を行い組織学的にも観察した。

7) 顔面神経核 Motoneuron と Adenosine

川崙良明, 久保 武*, 松永 亨**, 仙波恵美子***, 遠山正弥***

大阪通信病院耳鼻咽喉科, 香川医科大学耳鼻咽喉科*,
大阪大学医学部耳鼻咽喉科**, 大阪大学医学部第二解剖***

近年, Adenosine (Ad) の Neuromodulator としての働きが注目されている。例えば Acetylcholine (Ach) 作動性ニューロンでは, Ach と共に ATP が放出され, 5'-Nucleotidase (5'-N) により Ad となり, Presynaptic に Ach の放出を抑制すること, 電気生理学的に種々のニューロンに対し, Ad が抑制効果を持つことが明らかになった。また, Ad の分解酵素である Adenosine Deaminase (ADA) の分布を免疫組織学的にみると, 高濃度の ADA 陽性細胞群が認められ, Ad 作動性ニューロンではないかと考えられている。

我々は, ラット顔面神経核 (FN) で胎生後期から生後10日目前後まで, ADA 陽性細胞が, 鼻筋, 口輪筋を支配する亜核に局限して分布していることを証明した。このことから幼若ラットで重要な嗅覚, 哺乳に Ad が関与しているのではないかと考えられる。成熟ラットでは FN に ADA は認められな
いが, Axotomy を行なうと ADA 陽性細胞が出現し, 同時に FN 内で 5'-N の増加も認められ, Ad の血管拡張作用で血流を増加させ, Motoneuron の再生に寄与している可能性も考えられる。

8) 実験的末梢性顔面神経障害におけるジルチアゼムおよびフルナリジンの影響

藤林慶子, 瀧本 勲*, 木村 勝**

*愛知医科大学耳鼻咽喉科, **同大学解剖 1

前回, 我々は実験的末梢性顔面神経障害に対する「ニフェジピン」の影響について報告した。今回は, ニフェジピンで得られた効果が, カルシウム拮抗剤の効果として共通なものか否かをみる目的で, 「ジルチアゼム」および「フルナリジン」の同障害に対する影響について前回と同様の実験を行い電顕的に検討したので報告する。

実験群はジルチアゼムとフルナリジンを各々ゴマ油に懸濁し, 経口的に投与した群とゴマ油のみ投与した群を作成した。ジルチアゼム群は薬剤投与後30分~1時間にクリップをかけ, またフルナリジン群は投与後, 4~5時間にクリップを行った。その他の条件は前回と同様である。

電顕所見ではゴマ油のみ投与群で軸索内細胞小器官の異常増加がみられ, ジルチアゼム投与群ではほぼ正常群と同様の所見であった。フルナリジン投与群では極く稀に軸索内細胞小器官の増加がみられたが, 今回の2種の薬剤も, 基本的にはニフェジピンの効果にはほぼ類似した結果と考えられたので報告する。

9) 顔面神経切除の顎・顔面成長に及ぼす影響に関する実験的研究

第2報 除神経後の口輪筋の変化に関する組織化学的検討

北川善政, 川口哲司, 橋本賢二, 中村一彦, 一條秀憲, 塩田重利

東京医科歯科大学歯学部第一口腔外科学教室

前回の本研究会でわれわれは幼小児期の顔面神経麻痺に起因したと思われた顎顔面変形症症例と、動物実験において顔面神経切除後、家兎では切除側へ偏位し、ラットでは健側に偏位することを報告した。変形を来す機序については種々考えられるが、なかでも骨の成長に直接関係すると思われる筋肉に着目し今回われわれは、組織化学的に検討した。顔面表在筋のうち特に口輪筋について、白筋線維、赤筋線維をType別分類し、それぞれの筋線維の割合、直径を測定し、成長に伴う変化と、除神経後、筋肉に及ぼす影響を調べた。方法は、生後3週の家兎及びラットを用い茎乳突孔下で右顔面神経を切除した。術後各時期(1週～6ヵ月)に凍結連続切片作製後DubowitzらのミオシンATPase染色法により、種々のpH(pH 10.3程度, pH 4.6, pH 4.2)において染色を行ないType I, Type II A, Type II Bに識別した。他にNADH-TR染色も加え検討した。

尚、比較検討のためヒラメ筋、長趾伸筋についても同様の検討を行なったので、その概要を報告する。

10) 顔面神経変性の検査 —経皮刺激法と直接刺激法の比較—

山本悦生, 西村宏子, 広野喜信, 本庄 巖

京都大耳鼻科

神経の変性程度を調べる現有の電氣的診断法としては、1) 神経興奮性検査(NET), 2) 強さ-時間曲線, 3) Electroneuronography などがあるが、いずれも確実な診断法ではない。これは、いずれも経皮的刺激法なので、神経の刺激が確実でないことに基因する。

減荷術中に顔面神経を直接電気刺激して顔面運動を観察し得た11症例について、直接刺激法と術前の経皮刺激法の成績を比較し、両法と予後との関係などについて検討したので報告する。

経皮的検査で神経の完全あるいは高度の変性所見を示すものの中には、直接電気刺激法の域値が正常からスケールアウトのものまであり、直接刺激法の方が予後との相関が良好であった。

11) 顔面神経麻痺患者の鼻腺機能

○ 蔦 佳尚, 井野千代徳, 加藤真子, 牛呂公一, 熊沢忠躬

関西医科大学耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺患者における涙腺機能検査は、大錐体神経の機能検査として知られているが、大錐体神経の今1つの機能としての鼻腺機能は、その測定方法がないためか、あまり知られておらず、重要視されていない。

今回我々は、熊沢－八木法による糸式鼻汁試験を行ない、顔面神経麻痺患者の鼻腺機能の測定を試みた。又、同時に涙腺機能も測定し、両者の関係についても調べた。

更に、陳旧性顔面神経麻痺の患者で、食事に際して涙液過多、鼻汁過多を訴えた患者を示し、顔面神経麻痺患者における鼻腺機能の意義について報告する。

12) 顔面神経麻痺患者の流涙現象について

加藤真子, 井野千代徳, 牛呂公一, 蔦 佳尚, 西山 豊*, 熊澤忠躬

関西医科大学耳鼻咽喉科学教室, * 関西医科大学放射線科学教室

顔面神経麻痺患者における流涙現象を解明するために、当科では、前回報告した如くのR.I.を用いた涙液排泄機能検査を施行している。今回我々は、末梢性顔面神経麻痺患者40例に、このR.I.涙液排泄機能検査を施行し、又、同時に糸式涙腺機能検査も試み、流涙現象と両者の関連性を検討した。

R.I.涙液排泄機能検査の結果より、涙液排泄機能低下・極度機能低下・正常の3段階に分類し、又、糸式涙腺機能検査結果においても、涙腺機能亢進・低下・正常の3群に分類された。この両者の組合せにより、末梢性顔面神経麻痺患者の流涙現象について検討し、若干の知見を得たので報告する。

13) 顔面神経麻痺症例におけるアブミ骨筋反射測定

井手 稔、牛迫 泰明、牧野 浩二、永井 みどり、黒木 幹子、
林 明俊、森満 保
宮崎医科大学耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺におけるアブミ骨筋反射は部位診断のみならず、麻痺程度の客観的判定あるいは予後診断に有用であるとされ顔面神経麻痺患者の検査において広く一般に用いられている検査である。しかし、アブミ骨筋反射の刺激音周波数はどの周波数を用いるべきか、同側刺激でも対側刺激と同様に有用であるか、反射閾値まで調べるべきであるかなどの点につき検討の余地がある。これらの点につき自験例から検討を行った。

対象は1985年7月から1986年3月までに当科を初診した末梢性顔面神経麻痺患者31名（ベル麻痺24名、ハント麻痺7名）である。この対象に対し、発症後、1週、2週、3週、4週、8週、12週、16週、24週において、同側刺激および対側刺激にて、刺激音周波数 500Hz、1000Hz、2000Hzでのアブミ骨筋反射閾値を測定した。また、同時期に40点法による顔面麻痺スコア測定を行った。この成績より顔面神経麻痺症例におけるアブミ骨筋反射測定の意義について検討した。

14) 顔面痙攣におけるアブミ骨筋病的共同運動の術中記録

戸島 均、小池吉郎、板垣晋一*、中井 昂*

山形大学耳鼻咽喉科、*山形大学脳神経外科

一側顔面痙攣では顔面表情筋群の痙攣のほかに病的共同運動がおこり、それらはアブミ骨筋にも及ぶことが知られている。アブミ骨筋の病的共同運動はインピーダンスオージオメータを用いると表情運動の際の中耳コンプライアンスの変化として記録できるが、全身麻酔下では不可能である。我々は術前にインピーダンスオージオメトリーにてアブミ骨筋の病的共同運動を認めた一側顔面痙攣患者4例と病的共同運動を認めなかった1例に対し、神経血管減荷手術の際に我々が独自に作製した針電極を全身麻酔下に中耳内に刺入、上眼窩神経を電気刺激した際のアブミ骨筋の興奮電位を眼輪筋の収縮電位と共に記録した。術前にアブミ骨筋の病的共同運動を認めた4例では、アブミ骨筋電位は眼輪筋よりも短い潜時で2.4～3.6 μ Vの振幅で記録され、手術操作の進行とともに消失してゆく過程が観察された。術前にアブミ骨筋の病的共同運動が無かった1例は術中にもアブミ骨筋電位は記録できなかった。以上、若干の考察を加えて報告する。

15) 顔面神経伝導速度

— 両側性障害について —

稲村博雄、戸島 均※、市毛明彦、川合正和、
青柳 優、小池吉郎

山形大
※米沢市立病院

顔面神経麻痺の早期診断法としては、ENoG, NETが一般に用いられているが、これらの検査法は常に正常であるとした健側との比較により、初めて診断価値を有する。しかし、両側性、あるいは交代性麻痺などの健側が正常でない場合には、その信頼性はかなり低下する。我々は顔面神経下顎縁枝とオトガイ筋を用いてMCVを測定し経時的検討を加えたところ、特に両側性顔面神経障害の予後診断に有用であった。今回はその測定手技と、両側性及び交代性麻痺の症例をビデオで供覧するとともに、糖尿病性神経障害に伴う顔面神経障害の診断の可能性についても検討したので報告する。

16) 瞬目反射における眼球上転運動分析の信頼性

麻生 伸、浅井正嗣、今村純一、伊東宗治、
安田健二、神田憲一、渡辺行雄、水越鉄理
富山医科薬科大学耳鼻咽喉科

瞬目反射時に起こる眼球上転運動の振巾と速度をミニ・コンを用いて分析することによって、眼輪筋機能を客観的に判定し、顔面神経麻痺の予後診断にも利用し得ることは、第7回、8回本研究会で発表した。しかし本法は眼瞼の運動を直接測定したものではないため、眼輪筋運動をどの程度反映しているかは不明であった。そこで今回は眼瞼運動を直接撮影して本法によるデータとの相関関係を調べ、本法の信頼性について検討したので報告する。

17) 肉眼的麻痺評価法と表情筋トポグラム

小幡悦朗, 古田 茂, 大堀八洲一, 河野正樹

鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科学教室

表情運動の評価法としてわれわれは、表情筋トポグラムを考案し、過去4年間、様々な表情運動の解析を試みてきた。Topography System 700 (日本電気三栄社製)を用いてトポグラム専用ソフトを開発し(1984年)、単極誘導法による16ch EMGに基づいた画像処理を行ない、顔面神経麻痺、重症筋無力症、顔面痙攣などの臨床例についても検討してきた。今回は、顔面神経麻痺患者20症例において、「前額部皺寄せ」、「強い閉眼」、「口笛」などの表情運動について肉眼的麻痺程度評価法と本法による左右差解析との成績について比較検討した。11段階にて行なうトポグラム表示においてclass 5からclass 8における左右の面積比、また、これらの平均値について、それぞれの表情運動に対する相関関係を検討した結果を供覧する。さらに、正常成人を対象とした表情筋トポグラムの誘導法の再検討、並びに今後の可能性についても述べたい。

18) 特発性顔面神経麻痺患者のコンピューター回転検査(コントラバス)成績について

一條宏明, 朴沢二郎, 鎌田重輝, 藤原文明

弘前大学医学部耳鼻咽喉科学教室

特発性顔面神経麻痺患者のうち、めまいを自覚する例は少ないといわれる。しかし、めまいを自覚しない症例でも、平衡機能検査を施行すると、自発眼振等の他覚的異常所見を呈する場合がある。

今回われわれは、顔面神経麻痺を主訴として当科を受診した患者に、コンピューター回転検査を施行し、その成績の特徴について、若干の検討を加えた。

尚、回転検査にはコントラバス社製コンピューター・ロータリー・チェア・システムを用い、台形方式回転における眼振持続時間の左右差をパラメーターとした。

19) 顔面神経麻痺患者の ENG 所見, 特に visual supression test について

肥塚 泉, 後藤和彦, 松永 亨, 岡田益明*, 久保 武**

大阪大学, 大阪警察病院*, 香川医科大学**

温度刺激, 回転刺激などにより解発される前庭性眼振が固視により抑制を受け, この抑制に, 小脳片葉が関与している事は良く知られている。臨床面においても, 本現象は visual supression test として応用され, 中枢性前庭障害の部位診断を行なう上で, 重要な神経耳科学的検査の 1 つとなりつつある。今回, 我々は, 当科顔面神経外来を訪れたベル麻痺, ハント症候群, 外傷性顔面神経麻痺患者に対して, ENG 検査を施行し, stapedius reflex, S-D curve, 顔面神経麻痺スコア, 味覚検査などの結果との対比を行ない, 顔面神経の障害部位, 障害程度と ENG 検査所見, 特に visual supression test の結果との関連について検討を加え, visual supression test 法の顔面神経麻痺患者の顔面神経障害部位診断における寄与の可能性について文献的考察を含め報告を行なう。

20) 顔面神経麻痺を初発症状とした petrous bone epidermoid cyst の 1 例

板垣晋一, 中井 昂
(山形大学脳神経外科)

山崎悦功
(山形県立河北病院脳神経外科)

青柳 優, 巖 文雄
(山形大学耳鼻咽喉科)

Petrous bone に発生する epidermoid cyst は稀な腫瘍でしかも petrous bone の mid-third からのものは極めて少ない。今回我々はこの 1 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 65 才の男性、幼少時から左中耳炎に罹患し左聴力障害をみている。25 才時左末梢性顔面神経麻痺が出現し持続、40 年後左外転神経麻痺、左 Horner 症候、平衡障害が出現し来院した。頭蓋単純写では左 Petrous bone の中間部から apex にかけて広汎な骨破壊像が、頭部 CT では左 petrous bone の破壊部から小脳橋角部に低吸収の mass がそれぞれ認められた。手術はまず translabyrinthine approach で行い petrous bone に発生した典型的 epidermoid cyst であることを確認、2 週後 posterior fossa approach により腫瘍を摘出した。術後平衡障害は著明に改善し、左外転神経麻痺・左 Horner 症候は消失した。以上の術前・術後の臨床経過、手術所見並びに病理所見から本腫瘍は petrous bone の mid-third から発生し 40 年の経過で petrous apex から小脳橋角部へと発育進展した epidermoid cyst と診断した。

21) 多発性顔面神経鞘腫の一症例

古家隆雄, 高原哲夫, 藤谷哲造, 服部 浩

神戸大学耳鼻咽喉科学教室

顔面神経鞘腫は、年々報告される症例が増え、以前考えられていたほど稀な疾患ではなくなってきた。しかし、多発性の神経鞘腫の報告は少ない。今回我々は、術前耳下腺腫瘍と診断し、術後顔面神経本幹より発生した神経鞘腫と判明した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は59才の女性で、23才の時に右末梢性顔面神経麻痺の既往がある。昭和47年頃右耳下腺部の小豆大の腫瘤に気づいている。腫瘤は徐々に増大したが放置していた。昭和50年右中耳炎の疑いで近医耳鼻科にて手術を受けている。昭和54年右頸部で上述の腫瘤の前下方に小さな腫瘤に触れるのに気づいている。上記の耳鼻科で手術をすすめられ、昭和60年10月18日当科受診した。初診時、右耳下腺部に4.5×4cmの表面平滑弾性軟の腫瘍と、その前下方の頸部に4×3.5cmの表面平滑弾性軟の腫瘍を認めた。右耳下腺腫瘍とそのリンパ節転移の診断で昭和61年1月31日手術を施行した。右頸部の腫瘍は3つに分かれており、また右耳下腺部の腫瘍は右側頭骨内に及んでいた。組織像は神経鞘腫であった。

22) 顔面神経麻痺で初発した乳癌側頭骨転移による Garcin 症候群の1例

川井田政弘, 神崎 仁, 犬山征夫, 福内靖男*

慶応義塾大学医学部耳鼻咽喉科学教室

慶応義塾大学医学部内科学教室(神経内科)*

Garcin 症候群は、片側に限局した全脳神経障害を呈し、四肢の運動・知覚障害なく、脳圧亢進症状を認めず、エックス線写真上で頭蓋底部に異常所見を認め、その原因として頭蓋底腫瘍によるものが多いといった臨床的特徴を有するものである。

今回、我々は約1年9ヶ月前に乳癌による右乳房切除術を受けた既往を持つ患者が、右末梢性顔面神経麻痺を初発症状として、はじめ Bell 麻痺として保存的治療を受けたが、軽快せず、約5ヶ月の経過で徐々に他の脳神経障害を併発して右側の片側性全脳神経障害をきたし、頭部CTスキャンなどで、右側頭骨に広範な骨破壊を伴った腫瘍が認められた症例を経験した。その後、肺炎を併発して死亡したが、病理解剖の結果、右側頭骨の広範な腫瘍は乳癌の転移によるものと判明した。

一般に予後良好とされる Bell 麻痺のうち、難治例の中に本症例のような腫瘍性病変が隠れていることもあり、注意深く精査ならびに経過観察が必要であると思われた。

23) 運動感覚混合性ポリニューロパチーに併発した 一側顔面神経麻痺

高橋 昭,¹⁾古池保雄,¹⁾関本洋一,¹⁾佐橋 功,²⁾鹿山正人²⁾

1)名古屋大学神経内科, 2)愛知医科大学第四内科

42歳, 大工。1985年4月23日, 両足部の異常感覚で発症, 3日後には両下肢全体および両手に拡大した。4月30日施行の腰椎穿刺では髄液蛋白33mg/dl, 細胞数573/3(リンパ球のみ)であった。5月2日から左閉眼困難と左難聴を生じ, 5月16日当科へ紹介された。神経学的には, 左側の兎眼を伴う中等症以上の末梢性顔面神経麻痺, 左側の軽度聴力低下, 両下肢の中等度の筋力低下と振動覚障害が最も顕著な全感覚要素の障害, 全身性の深部反射消失を認めた。17日施行の髄液検査では, 蛋白57mg/dl, 細胞57/3(リンパ球のみ)で, EB, VZ などウイルスに対する血清学的検査は正常であった。SNCV は正中神経43.3, 腓腹神経24.0m/sec と明らかな低下をみた。瞳孔, 発汗, 血圧などの自律神経異常は明らかでなかったが, 下肢の皮膚温が低下していた。顔面神経麻痺, 聴力低下, 下肢の不全麻痺は急速に改善したが, 感覚障害はやや遷延傾向にあった。Bell 麻痺は多発性神経炎の部分症とも言われ, この点本例は示唆に富む例である。

24) メニエール病経過中に発症した顔面神経麻痺の3症例

矢沢代四郎、北原正章、※斎藤春雄

滋賀医科大学耳鼻咽喉科、※高知医科大学耳鼻咽喉科

昭和55年より昭和60年の6年間に、メニエール病経過中に顔面神経麻痺を来した3症例を経験した。何れも麻痺の程度は軽度で、ほぼ1ヶ月で軽快したが、免疫異常が疑われた。

〔症例1〕57歳、男性、両側メニエール病(TPHA陽性)。左耳鳴、難聴は昭和40年代、右耳鳴、難聴は昭和55年頃始まる。昭和57年眩暈発作が始まり、左右とも約45dBであった。昭和58年春徐々に右難聴が75dBに悪化し、7月に右顔面神経麻痺を来した。 γ -グロブリン9.4(↓)、A/G2.35。

〔症例2〕52歳、女性、両側メニエール病。昭和38年頃、耳鳴、難聴、眩暈が始まる。昭和54年左内リンパ嚢手術で、眩暈は軽快。昭和55年5月、左顔面神経麻痺を来す。耳鳴、難聴(右30dB、左40dB)は続き、昭和60年7月、今度は右顔面神経麻痺を来した。A/G 1.31(↓)、IgG 2034。

〔症例3〕47歳、女性、両側メニエール病(TPHA陽性)。昭和43年より左耳鳴、難聴、眩暈が始まる。昭和46年左内リンパ嚢手術で、眩暈は軽快。昭和58年再び眩暈が始まり昭和59年11月左顔面神経麻痺を来した。右30dB、左55dB、単純ヘルペス16、A/G 1.99、 γ -グロブリン9.1(↓)。

25) 多発性脳神経障害を呈した Hunt 症候群の 1 例

荻野 敏, 阿部能之, 北奥繁夫, 松永 亨

大阪大学医学部耳鼻咽喉科

外耳道～耳介ヘルペス, 顔面神経麻痺, 難聴, 眩暈に加え, 舌咽神経, 迷走神経, 舌下神経麻痺を合併した Hunt 症候群の 1 例を経験した。症例は 74 才, 女性。昭和 60 年 4 月 25 日より, 発熱, 全身倦怠感出現, 5 月 4 日より耳介ヘルペス, 嘔声。5 日より右耳鳴, 難聴, 眩暈が出現し, 7 日より右顔神経麻痺がおこった。左向眼振(+), 右感音性難聴, 右軟口蓋麻痺, 右声帯麻痺, 舌右方偏位を認めた。患者は誤嚥からと思われる肺炎, 心不全にて, 9 月 13 日死亡した。

検査にて PPD(+), VZV 皮内テスト(-), OKT 4/8 比の低下と細胞性免疫能は低下していたのに対し, VZV 抗体価は CF で $\times 256$, FA $\times 2048$ と高値を示した。以上の症例について報告する。

26) 血液疾患に伴なう顔面神経麻痺について

工藤裕弘, 周 明仁, 仙波哲雄, 中村雅一, 横小路雅文,
石井甲介*, 小林武夫**

東京大学耳鼻咽喉科, * 都立墨東病院, ** 中央鉄道病院

血液疾患, 特に白血病に伴なって顔面神経麻痺をきたす症例が少なくないことはよく知られている。化学療法の進歩により白血病の治療成績は著しく向上し, 長期生存例も確実に増加しているが, それに伴なって顔面神経麻痺の出現する時期も初発期・極期のみならず, 再発期・完全寛解期など多岐にわたるようになり, 白血病の中樞神経・髄膜・側頭骨への浸潤や局所再発が今後の化学療法を考える上で大きな問題となっている。

最近 7 年間に, 私ども東京大学耳鼻咽喉科顔面神経外来では白血病に顔面神経麻痺を伴った症例を 6 例経験した。顔面神経麻痺が原疾患に起因したものであることの証明は必ずしも容易ではないが, それらの症例の臨床像や顔面神経麻痺・生命の予後などについて検討を加えたので, その結果を報告する。また, 悪性リンパ腫に顔面神経麻痺を合併した症例についても併せて検討を加えて報告する。

27) 両側性および再発性顔面神経麻痺の検討

広野喜信, 山本悦生,*西村宏子, 本庄 巖

京都大学耳鼻咽喉科教室,*三菱京都病院耳鼻咽喉科

一般にベル麻痺は、一側性で非再発性だが、両側性に発症したり、再発をきたしたりする特異な経過を示す例もある。我々は最近約6年間に経験したベル麻痺561例のうち、このような特異経過例が41例（一側再発性15例、両側同時性3例、両側異時性23例）あった。この特異経過例について検討して、若干の知見を得たので報告する。再発性と両側性を比較すると、再発性は男性に多く、両側性は女性に多かった。初回麻痺発症時の年齢分布、発症間隔は両者間で大差を認めなかった。発症2週間以内の新鮮例の再発あるいは後発時の麻痺程度については、再発性の方が両側性より軽度であった。また、特異経過例で初回時と再発時（あるいは後発時）の麻痺程度を比較すると、後者の方が軽度であった。さらに、長期経過観察例では、特異経過例の方が一般のベル麻痺より予後は良好な傾向が認められた。

28) 愛媛県におけるベル麻痺、ハント症候群の疫学的調査

柴原 豊弘, 長山 英隆, 中村光士郎, 柳原 尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

ベル麻痺及びハント症候群の発症頻度を調べることを目的に、昭和59年及び昭和60年の二回にわたってアンケート調査を行った。

アンケート調査は、愛媛県下の開業医947名及び111医療機関421診療科に対して行い、ベル麻痺あるいはハント症候群と診断された患者数と、他医に紹介した場合の紹介先を記入する方法によって、患者数の重複計算を避けるような配慮を加えた。

ベル麻痺の発症頻度は、昭和59年32.0（対人口10万）、昭和60年31.1（同）であり、Adour, Hamberger らの報告に比してかなり多いことが明らかになった。有意の性差、地域差は認めなかった。

ハント症候群の発症頻度は、昭和59年1.9（対人口10万）、昭和60年3.4（同）であり、ベル麻痺の約1割程度であるという結果を得た。やはり有意の性差、地域差は認めなかった。

29) 新潟県西頸城地区における顔面神経麻痺の疫学調査

中川 肇, 麻生 伸, 浅井正嗣, 渡辺行雄

富山医科薬科大学

顔面神経麻痺の疫学に関しては現在研究班で調査中であるが、一地方におけるものはほとんどみられない。今回、顔面神経麻痺の患者が比較的多く来院すると考えられた新潟労災病院とその周囲の一市三町（糸魚川市、能生町、石立町、青海町）の医療機関を中心にアンケート調査を行ない、年間発症率などについて検討したので報告する。

1985年に新潟労災病院で加療した顔面神経麻痺は15例に達しさらに12例が調査地区内で新たに発症したものであった。同年内の地区内のベル麻痺は24例、ハント症候群は3例であった。この地区内の人口は、64,640人（1985年）であり、年間の発病率は人口10万に対し42人弱（ベル麻痺のみでは37人）と推定された。この発生率は既に報告されているアメリカ、イギリスにおける20人強に対して異常に高かった。しかしながら居住地区別に疫学的特徴点はみられず、ウイルス学的に検索し得た症例でも抗体価に異常所見は見いだせなかった。

30) 急性末梢性顔面神経麻痺におけるウイルスの関与について —— CF 抗体価を中心とした全国統計 ——

久木元延生, 池田 稔, 山田 一仁, 田中正美,
奥野 仁, 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の主な原因として、血液循環障害説とともに、ウイルス感染説があげられる。耳帯状疱疹の認められない急性末梢性顔面神経麻痺例においても、VZVが麻痺の原因として関与している症例（Zoster sine Herpete）が存在することが指摘されている。さらに Bell 麻痺においても、単純疱疹ウイルス（HSV）をはじめとする種々ウイルスの、血清ウイルス抗体価が有意に変動する症例があることが知られている。

今回我々は、班研究「特発性顔面神経麻痺に関する疫学的・臨床的研究」の中間報告として、非外傷性急性末梢性顔面神経麻痺に、どの程度ウイルス感染が関与するか、地域によるウイルス感染の特徴が存在するかについて、VZV、HSV、アデノウイルスの CF 抗体価の変動を中心として検討したので報告する。

31) 癌浸潤による顔面神経マヒ例における免疫反応について

中島 格, 新里祐一, 余瀬まゆみ, 上村卓也

九州大学医学部耳鼻咽喉科学教室

癌腫の発生、増殖に対して、生体はこれを異物と認識し、いわゆる生体免疫応答能を発現することはよく知られている。癌腫に対する免疫現象は癌の種類や発生、浸潤した部位によって大きく異なっているが、側頭骨を中心とする顔面神経領域においては免疫反応については未知の部分が多い。著者らは、中耳に発生し側頭骨さらには耳下腺領域に進展して顔面神経マヒを来した中耳癌患者2例について、顔面神経領域を中心として免疫病理学的に検索した。手術時に顔面神経本幹とともに周囲組織を一塊として採取し、固定包埋した。4~6 μ の切片作成後、病理組織学的に検索すると共に、隣接切片を各種抗体と反応させて、免疫組織学的手段(PAP法等)を用いて観察した。癌は顔面神経管内に浸潤し、axonの変性が著明であった。癌組織周囲の細胞浸潤は、他の臓器での癌組織周囲にくらべて少なく、免疫反応の低さを示唆していた。また、側頭骨内および耳下腺内の顔面神経周囲の状態を比較することにより、顔面神経の部位における免疫反応について考察したい。

32) 顔面神経麻痺患者の免疫学的検索

井上 大輔, 塚田 裕一, 横田 美幸, 田中 清高, 関 実,
内山 正教, 鈴木 健三, 山本 亨
日本大学医学部麻酔科学教室

今回、我々は、昭和60年から61年2月迄ペインクリニック科を受診した発症2週以内の顔面神経麻痺新鮮例に対し、免疫能の低下が予想される高齢者を除き、患者の同意の得られた11例(Bell 麻痺9例、Hunt 症候群2例)に付き末梢血リンパ球数、PHAによる幼若化反応、およびOrth社のモノクローナル抗体OKシリーズを用いOKT₄、T₈の各サブセットを検索した。

その結果、Hunt 症候群のみならず Bell 麻痺においても、末梢血リンパ球数の低下、PHA 幼若化反応の低下、免疫調節機能のパラメーターとしてのT₄/T₈比の異常を示す症例が多く、細胞性免疫能の低下が示唆される。

33) ベル麻痺における水痘帯状疱疹ウイルス補体結合抗体価上昇例の予後について.

塩谷正弘 若杉文吉

関東通信病院ペインクリニック科

我々は昭和50年より顔面神経麻痺のデーターをコンピューターに投入し処理を行っているが水痘帯状疱疹ウイルス(VZV), 単純性疱疹ウイルス(HSV), ムンプスウイルスの補体結合抗体価(CF)も同システムに投入しており, 同システムより今回の結果を得た.

対象: 昭和50年より昭和60年12月までの10年間に4121例の顔面神経麻痺の診療を行ってきたがその内 739例のベル麻痺患者と 107例のハント症候群の補体結合抗体価を測定した. 予後調査は発症 6ヵ月後に行った.

結果: 739例のベル麻痺患者ではVZV-CF 8倍未満は 672例, 8倍以上は67例 9.1%であった. 8倍未満の 672例の内 423例62.9%, 8倍以上の67例の内34例50.7%は完治であり両者間に有意差があった. 一方ハント症候群ではVZV-CFの上昇群と非上昇群で共に完治率は約40%であり差を認めなかった.

34) ベル麻痺におけるウイルス感染の関与について (第1報) —EB ウイルスについて—

中村光士郎, 柳原 尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

ベル麻痺の原因として, ウイルス感染説が提唱されてきたが, 最近, EB ウイルスの関与が注目されるようになってきた. 今回, 発症 1 週間以内に受診し, 以後 4 週間以上経過観察ができたベル麻痺45例(男性20例, 女性25例)を対象にして, EB ウイルス関連抗体を測定し若干の知見を得たので報告する.

初診時およびその 4 週後の血清を採取し, 蛍光抗体間接法および蛍光抗体補体法を用いて, VCA-IgG, -IgM, -IgA 抗体, EA-IgG 抗体, EBNA-Ig G 抗体を測定した. また, 対照には健康成人90名の血清を用いた.

その結果, 初感染例および各抗体が 4 倍以上の有意変動を示した例は認められなかった. しかし, 正常対照の各抗体価の分布から, EBV 再活性化の判定基準を設けて検討したところ, 再活性化例は15例(33.3%)に認められた.

35) ハント症候群のモデルとしての実験的研究 — 単純ヘルペスウイルスを用いて —

石井甲介^{*}，佐多徹太郎^{**}，倉田 毅^{**}，野村恭也^{***}

^{*} 墨東耳鼻科，^{**} 国立予研病理，^{***} 東大耳鼻科

ハント症候群は，顔面神経麻痺の他に，蝸牛，前庭障害をきたし，帯状疱疹ウイルス感染が原因であることが明らかな疾患である。この病態を詳細に検討することは前庭神経炎，突発性難聴，ベル麻痺などのウイルスの関与が疑われる耳疾患の病態解明に大いに役立つと思われる。しかしながら帯状疱疹ウイルスは動物に対して病原性を持たないため動物実験が不可能である。そこで同じく神経向性の強いウイルスである単純ヘルペスウイルスをモルモットの耳介に接種し，顔面神経，スカルパの神経節，蝸牛などに生ずる病理組織学的変化を免疫組織化学的手法により，ウイルス抗原との対応において検索した。ハートレー系モルモット（クリーン）の一侧の耳介のみに単純ヘルペスⅠ型（トミオカ株）を接種し，両側の顔面神経，三叉神経節，スカルパの神経節，蝸牛および脳幹について検索した。なお，一部のモルモットには免疫抑制の目的でサイクロフォスファミドを投与した。

36) 急性末梢性顔面神経麻痺における ELISA 法の検討

田中 正美，久木元延生，池田 稔，山田 一仁，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の原因を検討するうえで，ウイルスの検索は，今日，重要な位置を占めている。しかし，特異的検出法として一般的に行われている補体結合反応試験（CF）は，ウイルスの関与のあることの証明に少なくとも2週間の期間を要し，診断から治療へより迅速に対応するためには，より感度の高い早期検査法が必要である。

今回，我々は，班研究「特発性顔面神経麻痺に関する疫学的・臨床的研究」の一環として，抗体価の変動に対し，より鋭敏な感度を持つという ELISA 法に注目し，急性末梢性顔面神経麻痺における，特に Herpes Simplex Virus と Varicella-Zoster Virus の関与に関し，本法の臨床的有用性，信頼性につき検討を加えたので報告する。

水痘・帯状疱疹ウイルスに関する最新の知見

高橋 理明

大阪大学微生物病研究所・教授

水痘・帯状疱疹ウイルス（以下水痘ウイルスと記す）研究の最近の進歩について述べたい。

1. 遺伝子工学を利用しクローニングした DNA 断片を用いたウイルスゲノム構造の解析。

水痘ウイルス DNA の基本構造は U_L (Long unit) と U_S (Short unit) から成り U_S には塩基配列が全く逆向きの terminal 構造があり従って 2 つのアイソマーの存在することが知られている。最近チミザンキーゼ、主要な糖蛋白をコードしている遺伝子の位置が決定されつつあり、その位置は単純ヘルペスウイルスの場合と類似している。

2. モノクローナル抗体をもちいたウイルス糖蛋白の種類、その生成過程及びその生物活性の研究。

水痘免疫と密接な関連性のあるウイルス糖蛋白は 4 ～ 5 種見出されておりモノクローナル抗体、糖蛋白の生合成阻害剤を用いその生成過程はかなり解明されている。そしてその生物活性、中和能、細胞性免疫能、単純ヘルペスウイルスとの抗原交叉性等の点についても明らかになりつつある。

3. クローニングした水痘ウイルス DNA を用いたハイブリダイゼーション法による脊髄神経節潜在ウイルス DNA の検索。

帯状疱疹と関係のない死因の人の脊髄神経節についてしらべると、しらべられた殆どすべての人の神経節にウイルス DNA が検出された。このことは殆どすべての人の神経節に水痘ウイルスが潜在感染していることを示唆している。

4. 制限酵素を用いた DNA 解析による水痘の molecular epidemiology。

種々の制限酵素を用いて DNA を切断しその断片の電気移動度をしらべると異なる流行からえられた水痘ウイルス株は異なる移動度をもち区別できることが明らかになった。又、同一人の初感染時にえられた水痘ウイルスとその後の帯状疱疹発病時にえられた株の DNA 断片は同じ移動度を示すことから水痘ウイルスの潜在感染中に変異のおこっていないことなどが示されている。

37) 顔面神経における逆行性神経誘発電位の記録

木谷 伸治, 柳原 尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

側頭骨内顔面神経麻痺の治療方針を決定するためには、顔面神経管内における神経損傷程度を麻痺発症早期に確実に診断することが重要である。しかし、従来の電気生理学的検査法（NET・Evoked EMG・ENoG など）は、側頭骨外顔面神経の状態を反映するもので、神経変性が側頭骨外に波及して初めて診断的効果を発揮するという欠点を有する。この欠点に対処する方法として、顔面神経における逆行性誘発電位が考えられる。この電位は動物や正常人において記録可能であることが欧米ではすでに報告されているが、臨床応用の実用に至った報告はない。演者らは本電位を記録し側頭骨内顔面神経の状態を把握することによって、側頭骨内顔面神経麻痺の早期診断・早期治療への臨床応用の可能性について検討している。今回は主に動物および正常人の逆行性誘発電位について報告する。

38) 部位診断からみたベル麻痺

柳原 尚明, 木谷 伸治

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺の部位診断は涙分泌障害、音響性アブミ骨筋反射の障害、味覚障害の検出によって行なわれている。しかし、病巣部位が麻痺の程度や発症から初診までの期間によって影響されていることを、多数例のベル麻痺について観察した報告はない。

今回、病巣部位を矛盾なく推定しえたベル麻痺348例を対象にして、麻痺程度、神経変性程度と初診までの期間に関して、病巣部位を観察し以下の結果を得たので報告する。

すなわち、1) スコア8点以下の群では発症1～2週間ではアブミ骨筋上、膝神経節上に病巣が及ぶものが圧倒的に多いが、発症3週を過ぎると、アブミ骨筋下に病巣が多くなる。2) 高度脱神経がある症例では、発症1ヵ月目を境にして病巣部位はアブミ骨筋上優位からアブミ骨筋下優位になる。

これらの事実は、減荷手術時に得た肉眼的神経病理の所見ともよく一致しており、ベル麻痺の病態を考える上で重要な所見である。

39) ベル麻痺における顔面神経病巣の動態について〔ビデオ演題〕

木谷 伸治, 中村光士郎, 佐伯 忠彦, 柳原 尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

ベル麻痺はその治癒経過からみて, 軽症群, 中等症群, 重症群に分けることができるが, 病巣部位診断や側頭骨内顔面神経全減荷手術の所見などから, 症例の重症度によって病巣回復の動態が異なることを供覧する。

40) 膝神経節刺激法 (臨床応用)

田 中 博 之

横浜市

前回の研究会で膝神経節刺激の方法及び正常値について報告したので今回は臨床応用について説明する。電極を膝神経節に到達させる経路につき次の方法で施行している。1. 多目的 *tympanotomie* の際神経節を確認して接触させる。2. 鼓膜正常の場合は電極と同径の注射針にてツチ骨柄後上縁に小穿孔を作製, 同孔を通して電極を目測にて膝神経節に接触。3. 穿孔のある症例には必要に応じて電極先端を曲げて使用, 不確実な場合には 2. の方法で行う時もある。

検査対象と判定について, ベル麻痺の予后に関してはNET判定不能の早期に可能である。判定基準は $0.50\text{ mA} \geq$ は正常, $0.80\text{ mA} <$ は脱神経を起していると考え手術適応決定の基準とする。外傷性麻痺では直達性で鼓膜穿孔があれば損傷部より中枢の刺激で麻痺の程度が判定可能である。側頭骨々折で鼓膜穿孔のない場合には受傷早期に 2. の方法で刺激を行う。病変部位の決定, 手術のアプローチの決定に役立つ。いずれの場合にも症例を充分選んで行うことが重要である。

41) ベル麻痺における電気生理学的早期予後診断の再検討

市毛明彦、青柳 優、川合正和、稲村博雄、菊池 章*、
戸島 均**、鈴木八郎***、小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科 ・ 酒田市立病院耳鼻咽喉科
** 米沢市立病院耳鼻咽喉科 *** 県立中央病院耳鼻咽喉科

対象・方法 1978年以来当教室では、末梢性顔面神経麻痺症例の早期予後診断にあたり、Electroneuronography(ENoG)を中心とした電気生理学的検査を施行し検討してきた。今回1985年12月までに当科を訪れたBell麻痺患者522症例のうち、発症後3週以内に当科を受診し、完全回復または6ヵ月以上経過観察でき麻痺程度の最終的判断まで追跡可能であった318症例を対象として、3週以内の諸検査成績と予後との関係を検討した。

結果 電気味覚検査では、はっきりした傾向を掴む事はできなかった。アブミ骨筋反射が陽性であった症例では約99%が完全回復し、また神経興奮性検査の左右差が3.5mA未満でENoG最低値が15%以上の症例ででも約99%が完全回復していた。

42) 顔面神経減荷手術の意義

——神経束内リンパ流の面より——

谷 雅史, *辻田 達朗,**柳原 尚明

鷹の子病院耳鼻咽喉科,*愛媛労災病院耳鼻咽喉科

**愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経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、モルモットの骨性顔面神経管に小孔を開け顔面神経束内にピオクタニン色素を注入した後、1) 骨性顔面神経管を保存したまま、2) 骨性顔面神経管を茎乳突孔まで開放、3) 骨性顔面神経管を開放しさらに神経鞘を切開、の3群各5匹、計15匹につきピオクタニン注入6時間後の色素の移動を光学顕微鏡下に観察した。実験動物の全てで中枢側にも末梢側にも色素はみられたが、末梢側の色素が濃く、また末梢側への移動距離が圧倒的に長かった。また骨管を開放した場合および神経鞘をも切開した場合とを、骨管を保存した場合とで比較すると、色素の末梢側への移動距離はそれぞれ約3倍、2.5倍良好となる。以上の実験から顔面神経内には中枢より末梢に向かうリンパ流があり、この流れは骨性顔面神経管を開放することによって促進される。顔面神経減荷手術の効果の一つはこの神経束内リンパ流の促進にあると考えられた。

43) 頭蓋内顔面神経吻合術〔ビデオ演題〕

神崎 仁¹⁾ 塩原隆造 戸谷重雄²⁾

1) 慶大耳鼻科 2) 同脳神経外科

聴神経腫瘍(以下ANと略)や、その他の小脳橋角部腫瘍の術中に顔面神経が切断された場合、以前は頭蓋内での神経吻合が可能な例は少なかった。そのため術後2-3週後に舌下神経-顔面神経吻合術が行われることが多かった。

しかし手術例の増加とともに頭蓋内吻合術の可能な例も少数例ではあるが経験されるようになってきた。

本報告では手術手技、術後の顔面表情運動の所見などにつきビデオで供覧する。

ANに対するアプローチは中頭蓋窩経路または拡大中頭蓋窩法であり、この手術野での吻合手技は顔面神経の断端が確認されていればさほど困難なものではない。

現在までに5例に頭蓋内吻合術を行ったが4例は内耳孔に近く、1例は脳幹に近い部位で行われた。5例中3例に神経の再生が認められた。

44) 耳下腺手術後の顔面麻痺の予後

八木沼裕司、小林俊光、志賀伸之、荒川栄一、草刈潤、高坂知節
東北大学耳鼻咽喉科学教室

昭和54年1月より現在までに当科で手術した耳下腺腫瘍70例(良性:56例 悪性:14例)のうちで、術後に顔面神経麻痺を来したものは22例(良性:13例、悪性:9例)である。

これらの症例の麻痺の予後について報告する。

45) 顔面痙攣に対する神経血管減荷術後の耳鼻科的合併症

寺倉直明・大沼秀行・寺山吉彦

北海道大学耳鼻科

昭和58年1月から昭和61年3月までに当院脳外科より紹介され、当科を受診した顔面痙攣症例38例のうち、神経血管減荷術後に耳鼻科的合併症を生じたものについて検討した。

症例は男性13例、女性25例と1:2の割合で女性に多く、年齢は25~71才、平均50.9才、患側は右13例、左25例で左側に多かった。

手術を受けた症例は、ほぼ全例に痙攣の改善ないし消失をみた。

術後合併症では感音難聴が最も多く、他に鼓室内液体貯留、めまい、顔面神経麻痺などがみられた。感音難聴の中では改善のなかったものから術前レベルまで改善したものまで種々認められた。

これらの症例について、術前後の聴覚機能検査等の結果を検討し、報告する。

46) 聴神経腫瘍摘出後の顔面神経麻痺の経過について

大村文秀¹⁾、田渕 哲¹⁾、下村友佳子¹⁾、谷口郷美²⁾、中尾 哲²⁾

1) 神戸市立中央市民病院 耳鼻咽喉科

2) 同 脳神経外科

昭和57年5月より昭和60年7月までに当院脳神経外科で聴神経腫瘍の摘出術を受け、当院耳鼻咽喉科で術後の顔面神経麻痺の経過を観察している14例について、その予後を検討した。

観察期間は8ヶ月より3年11ヶ月であるがいずれも術後1ヶ月以内に当科を受診している。14例中、術中明らかに顔面神経を切断したとされる3例を除く11例には顔面神経の解剖学的連続性は保たれていたと思われる。14例中、1ヶ月以内の評価でMay's score (細見変法) 20点以上を示した3例は全例May's score 75~90点とほぼ正常に回復しているが、20点未満であった11例でMay's score 30点以上に回復した症例は認められなかった。また回復良好例では、1ヶ月以内に施行したMSTで反応が認められているが、回復不良例ではMSTでほとんど反応が認められていない。以上より、聴神経腫瘍の術後性顔面神経麻痺の予後の評価は術後比較的早期に可能であると思われる。

47) 聴神経腫瘍手術における顔面神経保存〔ビデオ演題〕

○塩原隆造、戸谷重雄、大平貴之、中村芳樹
中務正志、神崎仁*

慶應義塾大学脳神経外科、耳鼻咽喉科

我々は最近10年間に聴神経腫瘍手術120を行い、このうち4例に後頭蓋窩法、116例に拡大中頭蓋窩法（慶大変法）を行った。この116例中、再発再手術例を除いた初回手術で腫瘍を全摘出した80例のうち顔面神経を形態的に保存し得たものは62例78%であった。今回は拡大中頭蓋窩法（慶大変法）による腫瘍摘出と顔面神経保存のための手術手技を供覧する。本法では小腫瘍に対しては中頭蓋窩法でアプローチし、腫瘍摘出、顔面神経保存、蝸牛神経保存を行い、腫瘍が大きくなるに従ってアプローチを順次拡大し、即ち迷路剖開、乳様部々分切除、硬膜切開、小脳天幕切開し、大腫瘍の摘出と顔面神経保存を行う。

48) 逆行性顔面神経誘発電位の術中モニター

○大平貴之、中村芳樹、中務正志、井端由紀郎、
塩原隆造、戸谷重雄、神崎 仁*

慶應義塾大学医学部脳神経外科
慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科*

聴神経腫瘍をはじめとする小脳橋角部腫瘍手術において術中顔面神経の位置確認を容易にするための方法として、これまで術中顔面神経誘発筋電図モニターを行い報告してきた。今回はこれに代る方法として逆行性顔面神経誘発電位の術中記録を試みその有用性を検討したので報告する。対象は、小脳橋角部腫瘍6例（聴神経腫瘍5例、小脳橋角部類皮腫1例）である。方法は、茎乳突孔部にて針電極により刺激を行い、頭蓋内小脳橋角部で双極電極を用い顔面神経より逆行性電位の直接記録を試みた。（結果）全例で逆行性電位の記録が可能であった。Major negative peakは1.5-7.5 msecにあった。顔面神経の位置確認、機能評価に有用な可能性が示された。

49) 積分筋電図による病的共同運動統報

森 弘・岩永迪孝・中村 一・由井正剛・蔦 佳明

北野病院耳鼻咽喉科

末梢性顔神麻痺の回復過程に認められる顔面表情筋の病的共同運動を積分筋電図により長期にわたり観察分析した結果を、昨年発表した。その中で、一度発来した病的共同運動が自然停止ないし寛解する症例があったとした。そこで、筋弛緩剤である商品名ミオナールを顔神麻痺発症後早期に投与を開始することで、病的共同運動の強度進行を防止しうる可能性もあるのではないかということが、新しい研究課題になると指摘した。一方、病的共同運動を長期にわたって分析すると、ピークに達するのは、顔神麻痺発症後1～2年の間にある場合がかなり多いとした。以上のことから、ミオナール 50 mg 3錠を顔神麻痺発症後6ヶ月以内より投与を開始し、4ヶ月以上経過を観察し、かつ、最終検査日が顔神麻痺発症後10ないし22ヶ月の症例を中心とした病的共同運動の積分筋電図による測定結果を発表する。なお、病的共同運動は口を“ウー”とする運動による前頭筋にもっとも強く記録されるので、この現象を中心に集計すると、約半数が病的共同運動が軽度にとどまることが判明した。

50) 病的共同運動の実験的研究

村上 信五,*柳原 尚明,*丘村 熙

十全総合病院耳鼻咽喉科, *愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

モルモットの顔面神経を側頭骨内・外で切断又は圧迫し、その後に生じる病的共同運動について検討した。マイクロサージェリー用持針器を用いて顔面神経水平部と茎乳突孔より末梢の神経本幹を時間を変化させ圧迫し、麻痺の回復を待ち、瞬目反射及び三叉神経—顔面神経反射にて病的共同運動の強さを評価した。結果は切断群では側頭骨内・外共に強い病的共同運動がみられたが、圧迫群では側頭骨内・外で病的共同運動の発現に著明な差がみられた。すなわち側頭骨内では短時間の圧迫でも強い病的共同運動が生じるのに対し側頭骨外ではかなり長時間の圧迫でも病的共同運動は弱かった。以上のことを、圧迫後の末梢口輪筋枝の神経変性の程度、正常の顔面神経の側頭骨内・外の構造的特徴より若干の考察を加えて発表する。

51) 顔面神経麻痺後遺症のアンケート調査

○西本力、村田清高
近畿大学医学部耳鼻咽喉科

演者らは第 8 回本研究会において顔面神経麻痺後遺症の評価法とこれを用いた種々の検討結果を発表した。今回は患者側からみた顔面神経麻痺後遺症の実情を知る目的で同じ患者にアンケート調査をした。これにより我々の評点法による評価法と患者の実際の生活に基づく評価との関連を検討した。調査対象は前回と同じ患者すなわち顔面神経麻痺後 1 年以上を経過した 64 名にアンケートを送って解答をえた 62 名である。ベル麻痺 37 名、ハント症候群 17 名、外傷 6 名、耳炎性 2 名、男 32 名、女 30 名、右 39 名、左 23 名である。顔面運動時の聴力低下・耳鳴に関しては前回の 4 段階評価を 3 段階評価とし他の項目と同じ評価法に改めた。調査項目は患者自身の麻痺に対する自覚度、周囲の人の麻痺の気づきかた、麻痺が残っているための損害（実害）、麻痺の治り具合に対する満足度、後遺症の自覚度、周囲の反応、後遺症の程度に対する患者自身の満足度などである。

52) 顔面神経麻痺後遺症のアンケート調査と評点法

○村田清高、西本力
近畿大学医学部耳鼻咽喉科

演者らは前回の本研究会で、顔面神経麻痺後 1 年以上を経過した 64 名の後遺症の程度を評点法を用いて検討した結果を発表した。この際、眼輪、前額、口輪、頸部の諸筋間の misdirection、麻痺後の拘縮、痙攣、ワニの涙、耳鳴・聴力低下などを 3 段階評価し、その総計を後遺症評価点（後遺点）とした。今回の研究では、前回と同じ患者 64 名に後遺症のアンケート調査を行い 62 名から解答を得た。これを基に①後遺症評価点（後遺点）と実際の生活での患者自身の自覚度、周囲の反応、患者自身の満足度などとの関連、②後遺症の自覚度、周囲の反応、患者の満足度に対する各後遺症項目の関与する程度、③後遺点と 1 年以上経過後の麻痺回復程度とが自覚度その他に影響する程度などを χ^2 検定、重回帰分析等を用いて解析した。対象患者、アンケート内容の詳細は別演題の如くである。

53) 顔面神経麻痺後遺症の評価法について

入谷 寛 福田 郁夫 兵 典子 大城 和夫

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診断の評価法について、本研究会でいくつかの方法が提示されたが、何れも広く支持されるに至っていないようである。我々も各異常共同運動についてミリメートル単位の計測に基く方法を行ってきたが、その煩雑さや、得られた評価と患者の苦痛度との隔たりを感じる。

そこで我々は従来言われているごとく synkinesis の主な訴えとなる目から口、口から目への 2 点に主眼を置き、ワニの涙や、耳小骨筋性耳鳴、愁訴となることの少ない他の synkinesis 等については加点する方法で総合的な後遺症評価を試みることにした。検者の主観に偏ることなく、患者の自覚症状をも加味し評価するよう心がけた。

54) 外傷性顔面神経麻痺患者の予後とその poor risk factor

山崎恵三、津田哲也、調 重昭、曾田豊二

福岡大学耳鼻咽喉科

外傷性顔面神経麻痺患者は、その受傷程度により耳鼻科を受診するまでの期間は、脳外科、整形外科等を経由する事が多く、このために、顔面神経麻痺に対する治療は、後手に回る事が少なくない。福岡大学耳鼻咽喉科を受診した過去 10 年間の、外傷性顔面神経麻痺患者 53 名を、詳しく分析し、6 ヶ月以上経過の追えた 22 名について、数々の検査結果、受傷要因と、その受傷程度などを検索し、その回復程度よりどんな要因が、一番回復を遅らせる大きな factor となっているかについて、検討を加えた。その結果、以下の 5 つの要因が poor risk factor として、外傷性顔面神経麻痺患者の予後を推測している。

- 1) 40 歳以上の症例 2) 即発性の症例 3) 受診までの期間が長い症例
- 4) 初診時 score が 10 点以下の高度麻痺例
- 5) NET において健側と患側との差が 3.5 mA 以上の症例

55) 外傷性顔面神経麻痺の治療

中務 正志, 戸谷 重雄, 塩原 隆造, 大平 貴之,
中村 芳樹, 井端由紀郎, 神崎 仁*

慶応義塾大学脳神経外科, *同耳鼻咽喉科

頭部外傷で脳神経外科受診した患者に発症した外傷性顔面神経麻痺について臨床症状, 検査所見, 治療法と治療結果との関係について検討した。

即発性麻痺は経過が1)発症後早期に回復が始まり, 1カ月以内に完全に回復するもの, 2)発症後1カ月頃より徐々に回復が始まり, 比較的回復の良いもの, 3)発症後1年以上経過しても回復不良なものに分けられ, 遅発性麻痺にも程度の差こそあれ, 同様な傾向が見られた。これらを左右しているものは受傷後の神経の状態と治療法であり, 受傷後電氣的検査(NET等)にて不良となったもの(変性を生じたもの)に対しては早期の減荷術が必要である。このためには, 即発性, 遅発性を問わず他の外傷の状態が許せば早期よりの経時的な電氣的診断を施行し, 手術の時機を逸しないことが重要である。

他に受傷時の合併所見として側頭骨骨折, 耳出血, 聴力障害等について検討した。

56) 手術療法を施行した外傷性顔面神経麻痺8例の検討

渡辺徳武, 一宮一成, 鈴木正志, 茂木五郎

大分医科大学耳鼻咽喉科学教室

外傷性顔面神経麻痺の治療としては, 一般に即発性麻痺には手術療法, 遅発性麻痺には保存的療法で, 経過により手術を施行されることが多い。しかし, 外傷性顔面神経麻痺には耳小骨離断を伴うことも多く, 麻痺の治療のみでなく, 聴力改善の目的からも手術療法が必要となる。当科で手術治療を施行した即発性麻痺3例, 遅発性麻痺5例の外傷性顔面神経麻痺8例について検討を加えた。8例中術前に耳小骨離断の疑われたものは2例で, 術中に耳小骨離断の確認されたものは7例であった。全例に顔面神経減荷術を施行したが, 1例には同時に大耳介神経移植を行った。耳小骨離断の認められた7例には耳小骨連鎖の再建を行った。顔面神経麻痺は2例で完全回復し, 3例で改善, 3例は不変であった。耳小骨連鎖を再建した7例中3例に聴力改善を認めたが, 4例は不変であった。外傷性顔面神経麻痺は耳小骨離断を合併することが多く, 聴力改善の面からも手術適応を考える必要があろう。

57) 顔面神経麻痺初診時スコアと予後

○ 中尾善亮 今里滋 隈上秀伯

長崎大耳鼻科

保存的治療を行い経過観察ができたベル麻痺症例131例で初診時スコアとその後の経過について比較検討した。

発症後2週間以内の新鮮例では、初診時スコア20点以上の群では全例2カ月以内に完治した。12-18点の群でもほとんど完治したが1例で不完治でありmaximal stimulation test (mst) 反応不良例であった。10点以下の群では予後不良の症例が多くなるがmst 反応良好例は完治した。

初診時スコアである程度の予後の推定は可能であるが、mst等の電氣的診断法を併用することにより予後判定はより確実になるものと考えられた。

58) 末梢性顔面神経麻痺の予後

——麻痺スコア—各項目の動き出しとの関連について——

野田 久代、森 祐子、福井 聡、宮崎 東洋

順天堂大学 麻酔科

末梢性顔面神経麻痺（以下、麻痺）の予後判定には種々の方法が行なわれている。

今回、我々は、麻痺における各表情筋の回復過程（麻痺スコア各項目の動き出し）と予後に関連があるかについて調べた。症例は昭和59年から60年に当科を受診した麻痺患者108例（男65例、女43例、年齢15～71才）に対して、回復不良群、回復不完全群、回復完全群に分けて、各表情筋の回復過程に差があるかを調べた。結果は、各群とも、回復が先行するのは、瞬目、閉眼、額のしわよせなど、顔面上半分の表情筋であり、回復不良群、回復完全群の差はなかった。また、回復不完全群と回復完全群とについて、回復の先行する顔面上半分の各表情筋が、動き始めるまでの星状神経節ブロックの治療回数について調べて見ると、回復不完全群では、17.8～25.8回、回復完全群では、12.5～13.9回であった。回復完全群において、各項目の動き出しが早いことが、予想したとうり明らかであり、治療経過中の予後の推定に役立つものと思われる。

59) 顔面神経麻痺障害部位と予後についての考察

津田哲也・山崎恵三・調 重昭・曾田豊二

福岡大学医学部 耳鼻咽喉科学教室

前回我々は、顔面神経麻痺患者の予後を推測するため、症状とその経過について第一報として報告した。

今回は、昭和59年1月より昭和60年4月までの顔面神経麻痺患者68症例とその後の10ヶ月の37例の症例のうち、とくにScore 10点以下の高度麻痺症例を対象として、一般的治癒傾向、障害部位と治癒傾向という面に焦点を置き経過を追った。

60) 小児の顔面神経麻痺の検討

西村宏子，山本悦生*，廣野喜信*

三菱京都病院，京都大学*

昭和55年1月より昭和60年12月までの6年間に京大病院耳鼻咽喉科を訪れた顔面神経麻痺患者841例中、小児（15才まで）は121例であった。成人、小児ともに最も頻度の高いベル麻痺について、両者の初診時麻痺程度、電気診断所見、回復経過、後遺症などにつき比較検討した。対象は、このうち麻痺発症後2週間以内に受診し、完治又は6ヶ月以上経過観察した小児ベル麻痺36例と、成人ベル麻痺257例である。小児は初診時麻痺程度は軽度の症例が多いが、高度麻痺例では回復が不良であった。Nerve Excitability 障害例は多いが回復は良好であった。小児でも後遺症のみられる症例があり、成人とほぼ同じ割合であった。

61) ベル麻痺治療法の検討

武山実、草刈潤、小林俊光、荒川栄一、原晃、稲村直樹、
川瀬哲明、高橋邦明、小池修治、八木沼裕司、高坂知節
(東北大学耳鼻咽喉科)

昭和 53 年 10 月から昭和 60 年 12 月までに当科顔神外来を訪れた症例は 638 例で、其のうちベル麻痺患者の治療法と予後の関係について検討した。対象は新鮮例で最後まで十分に follow up 出来た 127 例(男:67,女:60)であり平均年齢は 40.8 才であった。治療法に関しては ステロイド投与(44 例)、SGB (13 例)、SGB+ステロイド (6 例)、その他の薬剤のみ(54 例)、減荷手術 (10 例)であった。NET の所見を正常、3.5 mA 以上の左右差、無反応の 3 群に分け各群における治療法と予後の関係を調べると、脱神経のないものでは治療法による予後の差はなかった。NET が無反応のものではステロイド投与と減荷手術が有効であった。

62) 末梢性顔面神経麻痺に対する Biofeedback therapy

下野俊哉・服部紀子・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^{*}

顔面神経麻痺を来した患者の多くは良好な回復を示す。しかし、中には部分的な回復にとどまるものや、病的共同運動等の後遺症の出現を持つものがみられる。これらの患者は、日常生活の中で少なからず支障を抱えており、心理的なストレスさえも受けかねない。そこでこの様な障害を持つ患者に対し、従来から行っている鏡を使用した表情訓練に加え、EMG-Biofeedback therapyを行った。この治療法は筋活動を視覚的・聴覚的にfeedbackさせ、より正常な顔面表情の回復を図ることを目的とするものである。この治療を施行した患者の比較的多数の症例に筋活動の回復や病的共同運動の改善がみられ、この Biofeedback therapyが保存的療法の1つとして有効な手段となり得た。今回、少数であるが、我々の経験した症例を報告するとともに、この治療法の概要とその有効性について述べる。

63) ビタミンB12と顔面神経麻痺の予後

新川 敦、飯田 政弘、簡 志明、小松 信行、坂井 真
東海大学医学部耳鼻咽喉科教室

ベル麻痺においてビタミンB12がその発症の要因として関与することは、すでに当学会で報告した(1983)。我々はベル麻痺の発症において、内因としての血中ビタミンB12が欠乏状態である時に、外因としての寒冷暴露などが加わると顔面神経麻痺が発症するものと考えている。今回は他の顔面神経麻痺、特にハント症候群との鑑別が可能であるか否かを検討するとともに、ベルかハントか鑑別できない顔面神経麻痺症例の予後の判定に、ビタミンB12の血中濃度がメルクマールとなりうるか否かを検討した。

その結果ハント症候群での血中ビタミンB12は正常範囲であり、ハント症候群ではビタミンB12の関与はないことが判明した。また顔面神経麻痺の遷延するベル麻痺症例では無治療時のビタミンB12濃度は正常範囲に存在し、他の脳神経症状とも併せて、治療の遷延する症例では通常のベル麻痺とは異なる一つの疾患群である可能性が示唆された。

64) 顔面麻痺における構音障害とその言語治療 (続報)

小林武夫*, 石井甲介**, 工藤裕弘***, 中村雅一***

* 中央鉄道病院, ** 都立墨東病院, *** 東京大学

顔面筋の機能としては表情運動が重要であることはいうまでもない。しかしそれ以外に、顔面に存在する感覚器の保護、鼻腔や口腔の入口の開閉といった生体にとって重要な作用がある。言葉の動物である人間では、顔面筋は構音にも関係してゐることを知る必要がある。即ち、顔面神経麻痺、とくに両側性麻痺では構音が不全になる。以前、演者は先天性両側性顔面麻痺(メビウス症候群)の患児についてその構音障害を分析し、言語治療について報告した。今回はその後10年間の経過をみたので、結果を供覧する。

ステロイド療法の実際

水 島 裕

聖マリアンナ医科大学・第一内科・教授

顔面神経麻痺の発症に、局所の浮腫、細胞浸潤、細胞増殖、乏血を中心とする循環障害が考えられている。また、一部アレルギー説もある。それゆえ、顔面麻痺発症当初からステロイド療法を十分行い、これらの変化を抑制することは大切であり、それにより麻痺の早期回復がみられることは、おおよそ一致した見解となっている。演者は顔面神経麻痺および参考のため類似の炎症性、免疫性の疾患に対するステロイド療法の実際について解説するが、同時にステロイド剤の顔面神経麻痺に対し、考えられる作用機序、問題点、また今後の展望を考えたい。

上に述べた変化のうち、ステロイド剤により明らかに改善がみられるものは、浮腫、細胞浸潤、細胞増殖、アレルギーである。一方、微小循環、血栓形成などに対しては、ステロイドは悪影響を及ぼす可能性もあり、併用薬を慎重に選ぶ必要があろう。また、ステロイド剤の薬理作用も、その対象により有効量に差があるので、短期間で十分な効果を得るためには、高投与量、場合によってはパルス療法なども考えてよいのではないと思われる。投与量の差、パルス療法の他疾患における成績を紹介する。最後に、その副作用とともに、短期投与の場合の通常内科で行われている投与法を述べたのち、最近多くの内科疾患で試みられている効果を強めるステロイド療法、副作用を軽減するステロイド療法などを紹介する予定である。

65) 顔面神経麻痺の保存療法

玉置弘光¹⁾, 宮口 衛²⁾, 松永 亨³⁾, 荻野 敏³⁾

¹⁾大阪府立病院, ²⁾香川医大, ³⁾大阪大学

Bell麻痺の原因はいまだ明らかではないが、実験的、経験的な面からある程度その原因は推察されている。その原因ではないかと思われるものを除去することが最も望まれるが、しかし現在のところ対症的治療にならざるを得ないのが現状であろう。この原因と考えられている説はいくつかある。すなわち、1) 虚血説、2) 免疫説、3) ウイルス感染説、4) 血管による神経圧迫説などが有力である。これらの説を考慮して、最新の治療を試みたので、その結果を報告する。Bell麻痺の治療の原則は、1) 障害の原因または障害を促進せしめる諸因を除去すること、2) 障害の進行を阻止すること、3) 神経がすでに変性に陥っていると考えられる場合、神経再生を促進させることである。

保存療法として、1) 薬物療法、2) 理学療法、3) 星状神経節ブロック療法がある。今回薬物療法としてプロスタグランディンE₁を使用し若干の知見を得たので報告した。

またStennertの治療計画についても考察を加えた。

66) 顔面神経麻痺の保存療法（デキストラン等の使用）

木西 實, 谷 光毅, 高原哲雄, 星野鉄雄, 古家隆雄, 細見英男

神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

Bell 麻痺および Hunt 症候群の新鮮例に対して Stennert は微小循環の改善を目的とした点滴静注療法を発表した。当科では、Stennert の方法に準じて血流改善剤とステロイド剤を中心とする点滴静注療法を実施し、昨年の本研究会において、その有用性について述べた。今回は、さらに症例を重ねた結果について報告する。

方法：低分子デキストランLまたはヘスパンダーを7回、外来にて2-3時間かけて点滴静注し、ステロイド剤、代謝改善剤、ビタミン剤を併用した。

結果：1984年7月から1985年9月までに当科で上記の方法を実施し、追跡可能であった顔面神経麻痺新鮮例は67例で、Bell 麻痺56例、Hunt 症候群11例であった。完全治癒が得られた症例は、Bell 麻痺52例（93%）、Hunt 症候群7例（64%）であった。

67) 末梢性顔面神経麻痺に対する保存的治療法

川合正和、稲村博雄、戸島 均*、市毛明彦、菊池 章**、

鈴木八郎***、青柳 優、小池吉郎、

山形大学耳鼻咽喉科、* 米沢市立病院、** 酒田市立病院、*** 山形県立中央病院

顔面神経麻痺にたいしては、従来より各種の治療法が試みられてきたが、自然治癒率がベル麻痺では70% と高い反面、治療を行なっても1～3割の症例はなんらかの麻痺あるいは後遺症を残す現状である。これに対しStennert (1982) は微小循環の改善を主眼とする治療法を考案、96% という高い治癒率を報告した。当教室ではStennert の方法に準じて治療法を作成した。当教室の方法は、受診と同時に原則として入院とし、経口にてPentoxifylline を投与、6% Hydroxiethyl Starch 1000 ml を基剤とし、ステロイド、ATP、Vitamine B₁₂ を混注し6時間以上かけて点滴静注、これを10日間継続するという集中的なものである。

1983年11月より上記方法を実施してきた。この新治療法について、53年10月より58年10月までに当科にて保存的治療を行なった症例の成績と比較検討したので報告する。

68) 急性末梢性顔面神経麻痺重症例の保存的治療

—— 入院・外来治療の比較 ——

鶴町 昌之、向井 康朗、久木元延生、奥 野 仁、

松 山 仁、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の保存的治療としては、ステロイドをはじめとした薬物療法が主体であるが、従来より新鮮例の場合は入院加療がすすめられている。しかしその臨床的意義について検討した報告は少なく、その有効性はあまり明確でないのが現状である。

今回我々は、過去5年間の急性末梢性顔面神経麻痺（Bell 麻痺、Hurt 症候群）の完全麻痺例について、入院治療と外来治療の予後を比較することにより入院治療の効果について検討したので報告する。

69) 当科におけるベル麻痺, ハント麻痺の保存療法の検討

安藤英樹, 石川和夫, 戸川 清

秋田大学 耳鼻科

昭和57年7月より昭和61年1月までの3年7ヶ月の間に当科を受診したベル麻痺, ハント麻痺は, 各々102例, 23例である. 我々はこれらの症例に対し原則として保存療法を施行してきたが, 長期観察し得たベル麻痺55例, ハント麻痺10例について統計的観察を行ない, 薬物療法群及び星状神経節ブロック併用群との治癒度の検定, また年齢, 合併症など種々の因子と治療効果の関係について検討した. さらに顔面神経麻痺の予後推定におけるアブミ骨筋反射と電気味覚検査のもつ意義について検討し, 若干の考察を加え報告する.

70) 過去2年間における顔面神経麻痺患者の保存的治療の検討

廣田常治, 今給黎泰二郎, 古田 茂, 大山 勝

鹿児島大学耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺は, その診断, 治療において, 原因検索・程度評価等によって慎重な対応が要求される疾患である. 我々は, 顔面神経麻痺の新しい評価法や治療法に興味をもち, これまで種々の臨床的研究を行ってきた. 今回S59年3月よりS61年3月までの2年間で65症例の顔面神経麻痺患者を治療する機会を得た.

65症例中, Bell麻痺37例, ハント症候群14例, 外傷性麻痺4例, 耳性麻痺3例, その他7例であり, これらの症例のうち, 当科において治療経過を観察できた31例の治療成績は, 著明改善14例45%, 中等度改善5例16%, 軽度改善7例23%, 不変5例10%であった.

個々の症例に対する保存的治療と各症例の予後に対する関係について検討するとともに, 過去の自験例(1981~1983)との比較検討をおこなった.

71) 末梢性顔面神経麻痺症例の統計的観察

藤原 亨, 後藤和彦*, 松永 亨*, 岡田益明**

関西労災病院, 大阪大学*, 大阪警察病院**

末梢性顔面神経麻痺の治療法において, 保存的療法を行うか, 手術的療法を行うかについては, 種々議論の分かれるところであり, 必ずしも一定の結論は得られていない。しかし, 保存的治療の改善に伴い, 減荷術の適用は減少しており, 保存的治療の重要性は高まっている。したがって保存的治療を行った症例につき, その治療内容, 治療効果および後遺症の発現等につき検討を行っていくことは, 重要であると考える。

今回われわれは, 過去4年間に発症2週間以内に受診し, 6ヶ月以上経過観察し得た, 末梢性顔面神経麻痺患者について年令, 性別, 発症頻度等の疫学的観察を行い, また保存的治療症例を中心に, 自覚的また他覚的所見およびその改善度, ステロイド治療の有無および効果, 後遺症の発現率等につき検討を行い若干の知見を得ましたので報告する。

72) 新鮮 Bell 麻痺に対するアシクロビルの効果

長谷浩吉、白石正治、蓮見謙司、神山洋一郎、高川直樹*、杉田麟也*

順天堂大学医学部付属順天堂浦安病院 麻酔科、耳鼻咽喉科*

Bell 麻痺は単純性ヘルペスウイルス感染が原因であるという報告が多い。そこでわれわれはヘルペス科ウイルスに作用する抗ウイルス薬のアシクロビルを新鮮 Bell 麻痺患者に使用し好結果を得た。対象および方法：昭和60年10月～昭和61年1月に当科外来を訪れた、発症後2週間以内の Bell 麻痺患者で初診時の麻痺程度が柳原らの分類で20点未満の10例（男5例、女5例、 41.1 ± 19.1 歳）を対象とした。星状神経節ブロックにあわせ初診時からアシクロビル $500\text{mg}/\text{日}$ 点滴静注を連日7回行った。麻痺の回復について、点数の変化を経時的に観察、後遺症を伴わないで36点以上となった症例を回復例とした。結果：初診時平均6.8点、15日目に28.4点と中等度以上に回復し、30日目で36.4点と治癒の値となった。また回復例9例の平均治療日数は 25.1 ± 6.9 日で、初発症状として風邪様症状が10例中5例にあり、回復の遅れた1例は風邪様症状を伴っていなかった。以上より Bell 麻痺発症早期にアシクロビルを投与することは、麻痺の予後に良好な結果を及ぼすことが示唆された。

MEMO

1954年11月10日 星期四 晴

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

上午九时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

下午二时 开始工作

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. 髄鞘形成を促進する
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)

●ご使用にあたっては
添付文書をご参照下さい。

〈薬価基準収載〉



エーザイ
東京都文京区小石川4