

# 第13回 日本顔面神経研究会

プログラム・予稿集

1990年6月14日(木) 9:30~17:00

15日(金) 9:30~16:00

会場 東海テレビ放送(株)テレピアホール

名古屋市東区東桜一丁目14-27

TEL 052-951-2511



会長 高橋 昭

## 御 挨拶

第13回日本顔面神経研究会を名古屋大学神経内科でお世話させて頂くことになりました。本研究会は1978年に第1回の研究発表会を開催して以来、年ごとに着実な発展の道を歩み続けており、顔面神経という単一の神経をめぐる、基礎から臨床にわたり、また臨床の中でも集学的な傾向を次第に濃くしてまいりました。1981年からは本会の機関誌である“Facial Nerve Research”が発刊され、英文抄録と図表の英文説明をもった学術講演記録とし、国際的に高く評価されております。

今回は多数の一般演題の御応募を頂き、さらに特別講演2題の御講演を賜うことができ、充実した2日間を期待できることになりました。関係の各位に衷心から厚く御礼申し上げる次第であります。ただ、発表会場その他の制約もあり、ご不自由ご迷惑をお掛けした点があることを深くお詫び申し上げます。

名古屋市は昨年市制100周年を迎え、デザイン博を開催し、街の景観が大きく変わりました。研究会の会場は名古屋市の中心地であります栄地区に位置し、また名古屋城、東山公園、徳川美術館などへの交通も便利であります。余暇がございましたら、これらの名所、旧蹟、文化施設などを御探訪されてはいかがでしょうかと存じ上げます。

多数の会員の皆様が名古屋での本研究会にご参集頂けますよう、お待ち申し上げます。

1990年5月

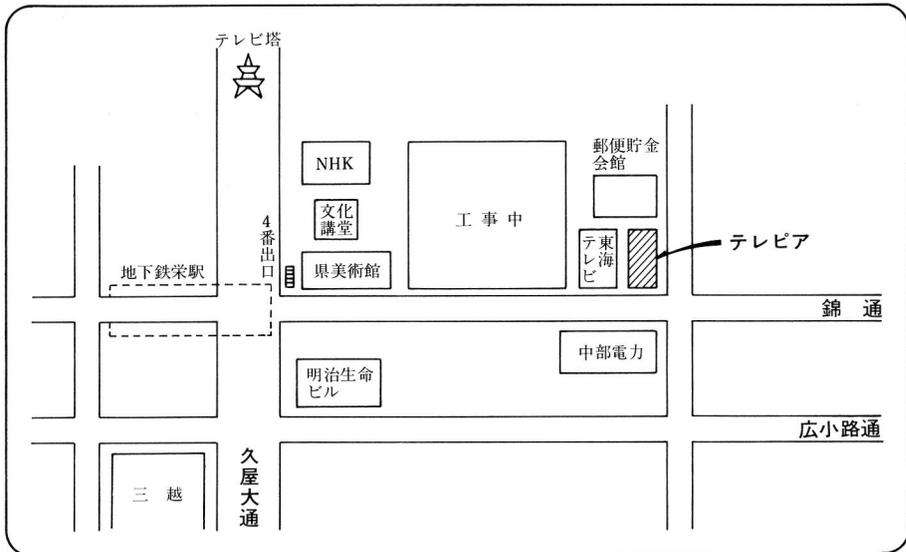
第13回日本顔面神経研究会

会長 高 橋 昭

## 学会事務局

名古屋大学医学部神経内科  
〒466 名古屋市昭和区鶴舞町65  
TEL 052(741)2111 内線2295

### 会場地図



### 会場への交通案内

J R名古屋駅より  
地下鉄東山線藤ヶ丘行  
「栄」下車（所要時間4分）  
4番出口より徒歩約5分

## 研究会運営についてのお願い

### I 参加者へ

1. 会場費5,000円を受付でお支払い下さい。  
引き換えに名札をお渡ししますので、会期中は着用して下さい。
2. このプログラム・予稿集は研究会当日ご持参下さい。
3. 耳鼻咽喉科関係の参加者は、認定専門医制度学術参加票をご提出下さい。

### II 発表者へ

1. 発表時間は一般演題が6分、ビデオ演題が8分です。時間を厳守して下さい。  
青ランプで終了1分前、赤ランプで終了を知らせます。
2. スライドは発表時間の30分前までにスライド受付係に提出して下さい。
3. スライドは1面のみを使用します。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。同一スライドを反復して使用される場合は、必要枚数を用意して下さい。
4. ビデオの使用はあらかじめお申し出いただいた方に限ります。ビデオテープはVHSに限ります。
5. 発表者は共同演者も含め会員に限りますので、未入会の方は至急入会して下さい。

入会金1,000円 年会費5,000円  
〒173 東京都板橋区大谷口上町30の1  
日本大学医学部耳鼻咽喉学教室  
日本顔面神経研究会事務局  
TEL 03(972)8111 (代表)

### III 運営委員会の方へ

運営委員会は研究会第1日(6月14日)正午よりテレビアホール2階控室において昼食をとりながら行います。

## 第13回 日本顔面神経研究会プログラム

学 会 第 1 日 6月14日(木)

- 開会の辞 (9:25~9:30) 会長 高橋 昭
- 第1群 基礎(I) (9:30~10:02) 座長 斎藤 春雄(高知医大耳)
- (1) サル側頭骨外顔面神経の組織学的研究  
○浅井 真紀, 村上 信五, 柳原 尚明 (愛媛大耳)
- (2) 顔面神経束内リンパ流(第2報)  
○辻田 達朗 (愛媛労災病耳)  
柳原 尚明 (愛媛大耳)
- (3) モルモットにおける側頭骨内の顔面神経血流量の測定  
○中島 務, 鈴木 亨, 柳田 則之 (名古屋大耳)
- (4) 虚血性顔面麻痺発症様式の肉眼的, 組織学的観察—第一報—  
○湊川 徹, 橋本 光弘, 入谷 寛, 里見 文男, 伊達 和宏 (兵庫医大耳)
- 第2群 基礎(II) (10:02~10:26) 座長 松永 享(大阪大耳)
- (5) 顔面神経障害に伴う各種peptide mRNAの変化  
○雑賀 孝昇, 松永 亨 (大阪大耳)  
仙波恵美子, 遠山 正彌 (大阪大第二解剖)
- (6) 実験的HSV感染による顔面神経麻痺  
○杉田 俊明, 柳原 尚明 (愛媛大耳)  
藤原 康雄 (愛媛県立新居浜病耳)
- (7) 実験的HSV感染による顔面神経炎の組織学的研究  
○藤原 康雄 (愛媛県立新居浜病耳)  
杉田 俊明, 柳原 尚明 (愛媛大耳)

第3群 生理（I） （10：26～10：58） 座長 野末 道彦（浜松医大耳）

（8）逆行性顔面神経誘発電位 第5報：部分障害における波形変化

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

（9）顔面神経水平部に於ける逆行性誘発電位測定

- 田中 博之 （横浜市）

（10）顔面神経のF波—実験的検討（第2報）—

- 並木 淳，安心院康彦，田村 清隆，大平 貴之，戸谷 重雄  
（慶応大脳外）  
道免 和久，才藤 栄一，千野 直一 （慶応大リハビリ）  
中務 正志 （済生会宇都宮病脳外）

（11）顔面神経のF波 その臨床応用について

- 道免 和久，才藤 栄一，木村 彰男，千野 直一 （慶応大リハビリ）  
並木 淳，戸谷 重雄 （慶応大脳外）

第4群 生理（II） （10：58～11：30） 座長 隈上 秀伯（長崎大耳）

（12）瞬目運動の解析について

- 原田 克也，山本 昌彦 （東邦大耳）  
小松崎 篤 （東京医歯大耳）

（13）ベル麻痺と突発性難聴の反復瞳孔反応の比較

- 酒井 豊彦，岩永 迪孝，森 弘 （北野病耳）

（14）末梢性顔面神経麻痺における眼輪筋反射とENoG所見の対比検討

- 野呂 浩史，松本 博之 （札幌医大リハビリ）

（15）末梢性顔面神経麻痺回復後の三叉神経—顔面神経反射の電気生理学的検討

- 中尾 善亮，松本 浩司，隈上 秀伯 （長崎大耳）  
海江田純彦 （諫早健保耳）  
宮崎 充 （三菱病耳）

第5群 生理 (III) (11:30~11:54) 座長 小松崎 篤 (東邦大耳)

(16) 顔面神経麻痺症例における耳小骨筋反射  
○佐脇 正之, 丹羽 英人 (名古屋大耳)

(17) 顔面神経麻痺におけるSingle Fiber Jitter値の測定  
○伊達 和志, 里見 文男, 岩本 麻子, 西村 善彦, 湊川 徹,  
雲井 健雄 (兵庫医大耳)

(18) Collision法 (Hopf) による顔面神経伝導速度分布測定を試み  
—ベル麻痺症例への応用—  
○斎藤 修, 戸島 均, 稲村 博雄, 武田 一彦, 青柳 優,  
小池 吉郎 (山形大耳)

-----  
昼 食 (11:54~13:00)

総 会 (13:00~13:20)  
-----

特別講演 (I) (13:00~14:20) 座長 瀧本 勲 (愛知医大耳)  
「単純ヘルペスウイルス——神経病原性の分子的基盤——」  
西山 幸廣 助教授 (名古屋大学病態制御研究施設ウイルス感染部門)

第6群 生理 (IV) (14:20~14:47) 座長 小池 吉郎 (山形大耳)

(19) 一側顔面痙攣症 (hemifacial spasm) における痙攣と病的共同運動の一時的消失について  
○戸島 均, 稲村 博雄, 青柳 優, 小池 吉郎 (山形大耳)  
板垣 晋一 (山形大脳神外)

(20) 一側顔面痙攣症 (hemifacial spasm) における病的共同運動の一時的消失について—頻回電気刺激による検討—  
○稲垣 博雄, 戸島 均, 斎藤 修, 武田 一彦, 青柳 優,  
小池 吉郎 (山形大耳)

(21) 顔面痙攣における異常誘発筋電位の術中消長 (ビデオ演題)  
○中井 昂, 板垣 晋一, 齋藤伸二郎, 黒木 亮 (山形大脳外)

第7群 症例(I) (14:47~15:19) 座長 田代 邦雄(北海道大神内)

(22) 顔面神経対麻痺を主徴とし、四肢の非対称性分布を示した、感覚運動性 radiculoneuropathyの1例

○大谷 邦彦, 金桶 吉起, 杉村 公也, 松岡 幸彦, 高橋 昭  
(名古屋大神内)

(23) 髄膜炎, 顔面神経対麻痺を主徴とした多発性脳神経障害, 脊髄根神経障害を呈した神経ボレリア症

○長谷川康博 (国立名古屋病神内)

(24) 結節性多発動脈炎に併発した顔面神経麻痺の一症例

○小原 能和, 立木 孝, 阿部 隆 (岩手医大耳)  
谷藤 幸夫 (岩手医大三内)

(25) 顔面筋障害と進行性外眼筋麻痺—臨床的・病因的考察—

○佐橋 功, 衣斐 達, 田代 伯為, 中尾 直樹 (愛知医大四内)  
大野 欽司, 高橋 昭 (名古屋大神内)

第8群 症例(II) (15:19~15:51) 座長 富田 寛(日本大耳)

(26) 中耳真珠腫にみられた顔面神経病変

○山田 一美, 瀧本 勲 (愛知医大耳)

(27) ベル麻痺と診断された顔面神経鞘腫の1例

○松下 太, 渡辺 徳武, 鈴木 正志, 茂木 五郎 (大分医大耳)

(28) 顔面神経麻痺を主訴とした小脳橋角部髄膜腫の一症例

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

(29) 顔面神経麻痺で発症した巨大なGlomus Jugulare Tumorの一症例

○有田 裕信, 川崎 良明, 有賀 秀治, 荻野 敏, 松永 亨  
(大阪大耳)  
岡田 益明 (大阪警察病耳)  
有田 憲生 (大阪大脳外)

第9群 症例(Ⅲ) (15:51~16:23) 座長 関谷 透 (山口大耳)

- (30) 小脳橋角部血管性病変による顔面神経麻痺  
○小池 修治, 橋本 省, 高坂 知節 (東北大耳)
- (31) 脳幹部動静脈奇形による顔面神経麻痺症例の経験  
○八木 昌人, 石井 甲介, 喜多村 健, 菊池 茂 (東京大耳)  
小林 武夫 (J R 東京総合病耳)
- (32) めまいを伴った一側性再発性顔面神経麻痺症例  
○赤木 博文, 川上晋一郎, 小坂 正和, 砂山 恵子, 増田 游 (岡山大耳)
- (33) 浅側頭動脈動注法による顔面神経麻痺  
○関本 邦彦, 池田 稔, 大木 光義, 飯田 英信, 遠藤 壮平  
木田 亮紀, 富田 寛 (日本大耳)

第10群 症例(Ⅳ) (16:23~16:58) 座長 神崎 仁 (慶応大耳)

- (34) 両側外傷性顔面神経麻痺症例  
○山本 悦生, 大村 正樹, 磯野 道夫, 広野 喜信, 水上千佳司 (神戸市立中央市民病耳)
- (35) 経時的に筋電図検査を施行し得た両側性外傷性顔面神経麻痺の1例  
○中川 秀樹, 國弘 幸伸, 大内 利昭, 原田 竜彦, 神崎 仁 (慶応大耳)
- (36) 頭蓋頸椎接合部異常を持つ若年発症の片側顔面けいれんの1例  
○黒木 亮, 板垣 晋一, 中井 昂 (山形大脳外)
- (37) 頭部外傷後耳介痙攣を呈した稀な一例 (ビデオ演題)  
○上甲 英生, 浅井 真紀, 小澤 哲夫, 柳原 尚明 (愛媛大耳)

学 会 第 2 日 6 月 15 日 ( 金 )

第 11 群 MRI

( 9 : 00 ~ 9 : 54 )

座長 山本 續子 ( 藤田学園保健衛生大神内 )

( 38 ) MRI用造影剤Gd-DTPAを用いた顔面神経病変部の描出

○柳田 昌宏, 牛呂 公一, 岩野 正, 山下 敏夫, 熊澤 正躬

( 関西医大耳 )

加藤 勤, 田中 敬正

( 関西医大放 )

( 39 ) Gd-DTPA造影MRIによる顔面神経の描出

○田中 久哉, 村田 清高, 老木 浩之, 石川 雅洋, 田辺かおり

( 近畿大耳 )

足利竜一朗, 石田 修

( 近畿大放 )

( 40 ) 顔面神経疾患のMRI診断 ~ 第一報 ~

○松本 康, 貞本昌規

( 鷹の子病耳 )

柳原 尚明

( 愛媛大耳 )

第 12 群 病態・臨床 ( I ) ( 9 : 54 ~ 10 : 26 )

座長 柳原 尚明 ( 愛媛大耳 )

( 41 ) ベル麻痺例の血液検査所見

○広野 喜信, 山本 悦生, 大村 正樹, 磯野 道夫, 水上千佳司

( 神戸市立中央市民病耳 )

( 42 ) 末梢性顔面神経麻痺におけるサイトメガロウイルスの関与

○中井川弘毅, 設楽 仁一, 小林 澄子, 福井 聡, 五島泰次郎,

神山洋一郎

( 順天堂大浦安病麻 )

( 43 ) Bell麻痺におけるボレリア感染の関与に関するパイロットスタディ

○小澤 哲夫, 中村光士郎, 柳原 尚明

( 愛媛大耳 )

( 44 ) ベル麻痺とHLA 家族性ベル麻痺における家系調査

○柴原 豊弘

( 十全総合病耳 )

中村光士郎, 丘村 熙, 柳原 尚明

( 愛媛大耳 )

第13群 病態・臨床（Ⅱ）（10：26～10：58）

座長 小林 武夫（JR東京総合病耳）

(45) 興味あるENG所見を呈したRamsay Hunt症候群2症例

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

(46) Bell麻痺における高位頸静脈球の検討

○中里 秀史，池田 稔，久木元延生，河本 英敏，大塚 健司，  
富田 寛（日本大耳）

(47) 分娩時にみられる顔面神経麻痺—側頭骨病理所見—

○斎藤 春雄（高知医大耳）

(48) 当科における小児の顔面神経麻痺

○大滝 一，佐藤 斎，富山 道夫，柳沢 晴子，中野 雄一  
（新潟大耳）

第14群 病態・臨床（Ⅲ）（10：58～11：22） 座長 水越 鉄理（富山医薬大耳）

(49) ハント症候群軽度麻痺症例の検討

○木西 實，細見 英男，雲井 一夫，石川 美佳，細見 慶和，  
天津 睦郎（神戸大耳）

(50) 高度顔面神経麻痺症例の検討

○伊東 宗治，渡辺 行雄，麻生 伸，浅井 正嗣，水越 鉄理  
（富山医薬大耳）

(51) 両側性及び反復性顔面神経麻痺の検討

○松本 浩司，中尾 善亮，隈上 秀伯（長崎大耳）  
海江田純彦（諫早健保耳）  
宮崎 充（三菱病耳）

第15群 評価法（11：22～12：02） 座長 戸川 清（秋田大耳）

(52) モアレ法による顔面運動時の非対称性の分析

○井口 郁雄，川上晋一郎，前田 学，小坂 正和，増田 游  
（岡山大耳）

- (53) モアレ法による顔面神経麻痺の程度評価法  
 ○川上晋一郎, 井口 郁雄, 前田 学, 小坂 正和, 増田 游  
 (岡山大耳)
- (54) 舌下神経顔面神経吻合術後の顔面神経機能評価法の再検討  
 ○國弘 幸伸, 大内 利昭, 小川 郁, 神崎 仁  
 (慶応大耳)
- (55) 生体インピーダンス測定装置を用いたsynkinesisの客観的評価方法  
 ○中村 克彦  
 (徳島大耳)
- (56) Bell麻痺およびHunt症候群における諸検査総合評価による早期予後判定  
 ○鈴木 正志, 渡辺 徳武, 松下 太, 茂木 五郎  
 (大分医大耳)

-----  
 昼 食 (12:02~13:00)  
 -----

特別講演 (II) (13:00~14:00) 座長 高橋 昭 (名古屋大神内)  
 「顔面の神経学」  
 古川 哲雄 助教授 (東京医科歯科大学神経内科)

第16群 治療 (I) (14:00~14:24) 座長 本庄 巖 (京都大耳)

- (57) 特発性顔面神経麻痺に対する, 6-hydroxyethylstarchを基剤としたステロイド  
 大量投与法の効果  
 ○前山 裕之, 戸島 均, 稲村 博雄, 斎藤 修, 武田 一彦,  
 青柳 優, 小池 吉郎  
 (山形大耳)
- (58) 顔面神経麻痺の保存的治療の検討及び針治療の有用性について  
 ○永末 裕子, 丹波 さ織, 石井 哲夫 (東京女子医大耳)  
 代田 文彦 (日産厚生会玉川病内)
- (59) 難治性末梢性顔面神経麻痺の針治療  
 ○牧上久仁子, 余田 敬子, 多湖恵里子, 荒牧 元  
 (東京女子医大第二病耳)  
 菊池 尚子 (北総白井病耳)

第17群 治療（Ⅱ） （14：24～14：56） 座長 若杉 文吉（慈恵医大麻酔）

- (60) 顔面神経麻痺患者の外頸動脈血流量に星状神経節ブロックが及ぼす影響  
○村川 和重, 石本 栄作, 野間 研一, 石田 博厚 (兵庫医大麻)  
湊川 徹 (兵庫医大耳)  
和泉 良平 (宝塚市立病麻)
- (61) 末梢性顔面神経麻痺の理学療法に関するアンケート調査  
○下野 俊哉, 服部 紀子 (愛知医大リハビリ)  
瀧本 勲 (愛知医大耳)
- (62) 顔面筋の異常運動に対するボツリヌストキシン注射療法 (続報)  
○小林 武夫, 室伏 利久 (J R 東京総合病耳)  
八木 昌人, 菊地 茂 (東京大耳)
- (63) 両側眼瞼痙攣に対する日本製A型ボツリヌス毒素注射療法：130例の治療結果  
○高見 政美, 福島 孝徳 (三井記念病脳外)

第18群 手術（Ⅰ） （14：56～15：28） 座長 柳田 則之（名古屋大耳）

- (64) フィブリン糊を用いた顔面神経吻合の基礎的研究  
○吉野 泰弘, 石川 和夫, 戸川 清 (秋田大耳)  
西平 茂樹 (雄勝中央病)
- (65) フィブリン接着剤を用いた顔面神経一期的再建術の経験  
○原田 竜彦, 國弘 幸伸, 大内 利昭, 小川 郁, 中川 秀樹,  
神崎 仁 (慶応大耳)
- (66) 先天性顔面神経麻痺に対する筋肉移植術の検討  
○上田 和毅, 波利井清紀, 山田 敦 (東京大形成)
- (67) 錐体尖真珠腫症例における顔面神経の処理  
○中村光士郎, 柳原 尚明 (愛媛大耳)

第19群 手術 (II) (15:28~15:55) 座長 植村 研一 (浜松医大脳外)

(68) ワニの涙現象に対する鼓室神経切断術の経験

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

(69) 顔面痙攣に対する神経血管減圧術の再手術例の検討

○龍 浩志, 横山 徹夫, 山本 清二, 西沢 茂, 杉山 憲嗣,  
佐藤 研吾, 杉浦 康仁, 下山 一郎, 植村 研一 (浜松医大脳外)  
野末 道彦 (浜松医大耳)

(70) 聴神経腫瘍手術における顔面神経モニター (低電流刺激誘発筋電図法) の実際  
(ビデオ演題)

○横山 徹夫, 龍 浩志, 植村 研一, 山本 清二, 杉山 憲嗣,  
西澤 茂, 佐藤 研吾, 下山 一郎, 杉浦 康仁, 山本 俊樹,  
村木 正明 (浜松医大脳外)  
野末 道彦 (浜松医大耳)

閉会の辞 (15:55~16:00) 会長 高橋 昭

# 特別講演 I

## 単純ヘルペスウイルス ——神経病原性の分子的基盤——

名古屋大学医学部病態制御研究施設

ウイルス感染部門

西山 幸 廣

単純ヘルペスウイルス (HSV) は皮膚, 粘膜で一次増殖した後, 知覚神経終末から上行性に神経節に達し, 時には中枢神経へも侵入して脳炎を起こす。また, 交感神経節内の神経細胞に潜伏し, 一度感染するとその個体に生涯にわたって持続感染するという性質をもっている。このようなHSVの生物学的性質はマウス感染系においても観察することができ, 感受性の強いマウスの系統を用いればウイルスのvirulence (病原性, 毒力) を定量的に取り扱うことも可能となる。一方, 一昨年には英国MRCのグループによってHSV 1型の全塩基配列が決定され, ウイルスゲノムは少なくとも72個の遺伝子から構成されていることが明らかになった。それに伴ない, 転写制御, DNA複製などに関わる遺伝子群の同定も急速に進み, ウイルス増殖の基本的過程はほぼその全体を描くことが可能となった。しかし, 生物個体との相互作用が問題となる病原性, 潜伏感染については, その理解は未だ限られたものであり, 分子レベルでの解明はまさに今後の課題といえる。我々は, HSVの神経病原性(neurovirulence), 神経侵襲性(neuroinvasiveness)に関わるウイルス側の要因を明らかにすることを当面の目標に, マウスモデル系を作製し解析を行ってきた。本講演では, 病原性理解の根底となるHSV分子生物学の最近の進歩を概観するとともに, 私達の研究——Intertypic recombinants及び遺伝子欠損変異株を利用した病原性関連遺伝子同定の試み——について紹介したい。

## 特別講演 II

### 顔面の神経学

東京医科歯科大学神経内科

古川 哲雄

顔面は人体の中で最も目につく部分である。我々は、顔面にみられる極めて小さな、微妙な生理的、病理的变化をも的確に捉えることができる。本講演では、一般にはあまり注目されていない、顔面にみられるいくつかの現象を取り上げたいと思う。

最初に顔面神経を中心とした顔面解剖学の歴史的背景について述べる。我々はCharles Bellの研究に負うところが多いが、彼が自分で描いた解剖学スケッチは、現在見ても興味が尽きない。

さらにBell麻痺（Bellは特発性麻痺だけを記載したわけではない）、mimetic facial palsy（smileとlaughterは質的に異なるか？）、老人の顔貌（軽度の両側性Horner徴候の存在する可能性、老人のnumb chin syndromeは生理的加齢現象）、片側前頭筋の収縮（酔っ払いの顔貌、歌舞伎の見得）、片側閉眼の機序、逆Marcus Gunn現象についてのMarin Amat以前の記載（PitresとAbadie, 1915）、顔面片側萎縮症と肥大症の病因論、特異な顔貌を呈する疾患について述べる。

最後の相貌の認知に触れたい。相貌の認知は、他の物体の認知とは質的に異なる可能性があり、多くの興味ある問題を含んでいる。

以上の事柄を中心に、演者の考えを加えて述べたいと思う。

# 1) サル側頭骨外顔面神経の組織学的研究

○浅井 真紀, 村上 信五, 柳原 尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

側頭骨外顔面神経において表情筋支配枝の局在が完成しているかどうかを知ることは、耳下腺腫瘍の手術や神経移植術時に重要である。Davis らは、肉眼的観察によるヒトの分枝パターンを検討し、末梢において複雑な分岐吻合があることを報告しているが、局在に関しては未だ不明である。

今回我々は、体重10kg前後のニホンザル (*Macaca fuscata*) を用いて側頭骨外顔面神経の分枝パターンを肉眼的に観察すると共に、末梢の吻合部や神経束構造をメチレンブルーによる超生体染色およびHE染色で観察し、表情筋支配枝の局在に関しても若干の知見を得たので報告する。

# 2) 顔面神経束内リンパ流 (第2報)

辻 田 達 朗      柳 原 尚 明\*

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

演者らはピオクタニン青を使用色素としてモルモットや家兎の顔面神経内リンパ流について報告してきた。今回、パイロット・インク社製の製図用インクを使用してモルモット顔面神経での注入実験を行ったので、その結果を報告する。実験は、ピオクタニン青のときと同様に、中耳骨胞下方から入り骨性顔面神経管を露出した。今回は、神経内浮腫を起こす目的で骨胞内に液体室素を注入し、液体室素注入30分後、骨管に小孔を開き製図用インクを約10  $\mu$  L 神経内に注入、製図用インク注入6時間後に神経を採取し、切片を作製した。実験は、①骨管保存群、②骨管開放群、③神経鞘切開群の3群について行った。その結果、骨管開放群・神経鞘切開群は骨管保存群に比べ色素の流れが良好であり、骨管を開放することによって色素の流れが促進されることが確認できた。また、色素の通路としては神経内膜間隙であり、製図用インクの流れは神経内リンパ流によるものと考えられた。

### 3) モルモットにおける側頭骨内の顔面神経血流量の測定

中島 務, 鈴木 亨, 柳田則之

名古屋大学医学部耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の病態において顔面神経の血流障害が関係しているといわれているが、実験的に顔面神経における血流量の測定はほとんど行われていない。そこで今回、我々はモルモットにおいて側頭骨内の顔面神経血流量とその分布を *microsphere* 法により検討した。その結果、*sheath* を含んだ側頭骨内の顔面神経全体で血流量は  $0.39 \pm 0.20 \mu\text{l}/\text{min}$ . ( $n=10$ ) であった。左右差に関しては比較的少なく全例左は右の  $\pm 20\%$  以内に入っていた。側頭骨内における顔面神経全体の血流量は、蝸牛全体の血流量よりかなり少なく、また三半規管、耳石器を含んだ前庭系全体の血流量よりやや少ない結果であり、重量あたりで計算すると脳の血流量よりかなり少ない。血流の分布に関しては、内耳道に入ったところから茎乳突孔までだいたい一様に分布していた。このように *microsphere* 法を用いて顔面神経の血流量の測定が可能であり、今後、顔面神経麻痺等の病態モデルにおける血流に関する研究に有用と思われる。

### 4) 虚血性顔面麻痺発症様式の肉眼的、組織学的観察 — 第一報 —

湊川 徹, 橋本光弘, 入谷 寛, 里見文男, 伊達和宏

兵庫医科大学 耳鼻咽喉科

Bell 麻痺発症病態の解明を行うため、我々は成猫を用いて側頭骨内顔面神経麻痺モデルを作成し、その詳細については教室の入谷が第36回基礎耳科学会にて報告した。ネコ側頭骨内顔面神経の栄養血管がヒトのそれと類似することはすでに Balkany によって明らかにされている。今回、我々は同様の方法をもちいて虚血を生じせしめたとき栄養血管の血流および神経鞘に如何なる変化が生じるかを観察した。

方法；猫の耳骨胞を開放して顔神管を明視下におき神経管骨壁を一部開放、塞栓子動脈内注入による神経及び血流の変化を観察した。

結果；塞栓子注入後次第に血管の怒張が著明となり、続いて血流速度が低下、凝血塊が次第に増加するのがみられた。神経鞘には浮腫が見られた。又、組織学的検討も加えた。

## 5) 顔面神経障害に伴う各種 peptide mRNA の変化

雑賀孝昇、仙波恵美子\*、遠山正彌\*、松永 亨

大阪大学医学部耳鼻咽喉科  
大阪大学医学部第二解剖\*

運動ニューロンにおいては calcitonin gene-related peptide (CGRP), cholecystokinin (CCK), galanin 等の peptide 類や各種 receptor が存在しているが、axotomy により nerve growth factor receptor (NGF-R) が出現してくる事も知られている。今回我々は神経再生過程における NGF-R とこれら peptide の産生調節を調べるために in situ hybridisation 法を用い、ラット顔面神経を crush した場合と transection した場合について、顔面神経核におけるこれら物質の mRNA の変化につき経時的に観察した。その結果それぞれの mRNA は神経再生に伴い増加を示す事がわかったがその変動パターンは物質毎に異なっており、CGRP は1日目より増加を示すのに対し CCK や galanin はそれより遅れて増加を示した。また crush と transection でも違いがみられ、crush した場合には2～3週間でコントロール側と同じレベルに戻るのに対し transection では4～8週の間中ずっと増加を示していた。NGF-R と peptide が同じ様な動きを示した事より NGF がこれら peptide の動きをコントロールしている可能性も考えられる。

## 6) 実験的HSV感染による顔面神経麻痺

○杉田俊明<sup>1)</sup>、藤原康雄<sup>2)</sup>、柳原尚明<sup>1)</sup>

1)愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

2)愛媛県立新居浜病院耳鼻咽喉科

ベル麻痺急性期の患者血清中にHSV抗体価が上昇することなどの理由により、HSV感染がベル麻痺発症の原因として強く疑われてきた。しかし、剖検や生検などにより顔面神経から直接HSV感染を証明することは極めて困難であり、その意味で、よりベル麻痺に近似した動物実験モデルの作成が望まれるところである。しかしながら現在までのところベル麻痺モデルとなりうるような動物実験に成功したとする報告はない。今回我々は、マウスの耳介にHSVを接種し、一過性の顔面神経麻痺を発症させることに成功した。麻痺はHSV接種後、約1週間後にウイルス接種側のみに観察され、3から7日間持続した。その後麻痺は完全に消失し、長期間にわたる経過観察においても再発を認めていない。これはベル麻痺の臨床経過と近似しており、今後の本症の研究において貴重な知見を与えるものと考えられる。

7)

## 実験的HSV感染による 顔面神経炎の組織学的研究

○藤原康雄<sup>1)</sup>, 杉田俊明<sup>2)</sup>, 柳原尚明<sup>2)</sup>

1) 愛媛県立新居浜病院耳鼻咽喉科

2) 愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

前演題で杉田が報告した通り、マウスの耳介にHSVを接種することにより、一過性の顔面神経麻痺を惹起することができた。そこで実際に麻痺の起こった顔面神経を茎乳突孔から内耳道の範囲にわたって採取し、病理組織学的(HE染色)ならびに免疫組織学的研究(間接蛍光抗体法ならびに酵素抗体法)を行った。その結果、膝神経節を含む顔面神経にはリンパ球を中心とした炎症細胞浸潤が認められ、一部の神経節細胞に変性が観察された。また同部位よりHSV抗原の存在も証明された。この事より、麻痺の起こった顔面神経にはHSV感染による顔面神経炎が存在することが証明された。

8)

## 逆行性顔面神経誘発電位

### 第5報：部分障害における波形変化

田島和幸<sup>1)</sup>, 竹田泰三<sup>2)</sup>, 齊藤春雄<sup>2)</sup>

1) 高知市立市民病院耳鼻咽喉科, 2) 高知医科大学耳鼻咽喉科

顔面神経部分障害後の変化を、逆行性顔面神経誘発電位で観察する目的で、顔面神経を半切断した後の誘発電位の変化を、モルモットにおいて記録した。

実験は正常成熟モルモット34匹において行った。顔面神経を膝状神経節で露出し、この部分において顔面神経をメスで全周の半分だけ切断した。その直後および、1, 2, 3, 5, 7, 14日後に逆行性顔面神経誘発電位を記録した。その結果、ほぼ全例に三相波が記録できたが、そのlatencyは切断1日後には既に有意に延長、3~7日後にはさらに延長し、14日後には正常近くに回復した。このことより、逆行性顔面神経誘発電位により、従来の電気診断法より早い時期においてその障害程度が診断でき、逆行性顔面神経誘発電位を、顔面神経麻痺の早期診断に応用できることがわかった。

## 9) 顔面神経水平部に於ける逆行性誘発電位測定

田中博之

横浜市

側頭骨内顔面神経機能検査法として、膝神経節刺激は技術的熟練を要したり、鼓室内通電による不快感等いくつかの欠点がある。一方外耳道よりの逆行性誘発電位測定では波型が小さく判定困難であったり、正確な位置の決定が出来ない欠点をもっている。これらの欠点を解消するため微細な針電極による顔面神経水平部よりの逆行性誘発電位測定を試みた。

電極は直径 0.2 mm のアンマ針を使用し注射針にて補強、先端は 5 mm を残して絶縁した。鼓膜穿孔場所は膝神経節刺激法同様ツチ骨柄後縁と鼓索神経の交点で膝神経節の方向を狙うが症例により鼓索神経直下を並走する顔面神経水平部を狙うとより簡単である。刺激は顔面動脈と交錯する下顎縁枝を狙い口輪筋の収縮を確認しながら域値上 2～3 倍の強度で行った。記録は最高で 6 4 回加算した。その結果 5 msec の潜時で陰性より始まる 3 相性の神経電図を記録することが出来、外耳道後壁よりの誘導より明確であった。判定には潜伏時間は一定しないので不向であり、波型の出現の有無により発病早期の脱神経の判定が可能であった。

## 10) 顔面神経の F 波

### — 実験的検討 (第 2 報) —

○並木 淳, 安心院康彦, 田村清隆, 大平貴之, 戸谷重雄,

道免和久\*, 才藤栄一\*, 千野直一\*, 中務正志\*\*

慶応義塾大学脳神経外科, \*リハビリ科, \*\*済生会宇都宮病院脳神経外科

昨年の本研究会において、双極針電極を用いた導出法により、口輪筋から顔面神経の F 波が記録可能であることを報告した。今回は臨床応用を目的として、経皮的刺激・表面電極記録による、非侵襲的な顔面神経の F 波測定法を検討した。

実験動物には雑種成猫を用いた。伝導距離が短い顔面神経において、表面電極で同定可能な F 波を記録するためには、M 波と F 波の潜時差が大きく、M 波の持続時間が短い必要がある。さらに経皮的刺激と伝導距離の算出のためには、神経の走行が一定で吻合が少ないことが望ましい。これらの条件を満足させるため、経皮的刺激は顔面神経下顎縁枝の末梢に加えた。表面筋電図はおとがい筋より導出した。

上記の測定方法により、M 波と分離、同定可能な F 波が記録された。双極針電極による同時記録を行い、F 波の出現と潜時に関して両導出法の一致を確認した。臨床応用に際しては顔面神経の伝導距離が延長するため、同様の測定方法にて F 波は記録可能と思われる。

## 11) 顔面神経のF波

その臨床応用について

道免 和久            才藤 栄一            並木 淳\*  
木村 彰男            千野 直一            戸谷 重雄\*

慶應義塾大学医学部リハビリ科、\*慶應義塾大学医学部脳神経外科

〔目的〕 F波は前角細胞を逆行性に再発火させることにより出現し、末梢神経近位部の評価に有用な方法である。従って顔面神経のF波が導出できれば病巣が存在する顔面神経の中枢側の評価が可能になる。我々は並木によるネコにおける実験的検討に基づき、ヒトにおける顔面神経F波の記録法について検討した。〔方法〕 対象は健康者5例。刺激は下顎縁枝の最末梢とし、記録はオトガイ筋で表面電極により導出した。その際、周波数帯域についても検討した。また、3例では双極針電極と表面電極で同時に記録し、波形の詳細を検討した。

〔結果〕 全例でF波の導出が可能であり、潜時は12-18msであった。低周波フィルターは200Hzが最適であった。また表面と針電極との同時記録によって潜時の一致したF波を記録できた。さらに刺激を中枢側に移動することによりM波潜時の遅延とF波潜時の短縮を確認した。我々の方法では分枝が少なく距離も比較的長い下顎縁枝を用い、低周波フィルターを上げることにより、これまで困難であった顔面神経のM波とF波の分離が可能となった。

## 12) 瞬目運動の解析について

原田克也<sup>1)</sup>，山本昌彦<sup>1)</sup>，小松崎 篤<sup>2)</sup>

東邦大<sup>1)</sup>，東京医歯大<sup>2)</sup>

瞬目運動の解析のために、睫毛につけた磁石の運動により生じる磁場の変化を利用して、(以下磁気法とする)瞬目運動の振幅、開眼時および閉眼時最大速度をマイコンを用いて測定、おのおのの相関を調べた。また瞬目時の眼球上転運動は瞬目運動と関連があることから、瞬目時のENGの垂直誘導を同様に分析(以下ENG法とする)、両法を比較検討した。

対象は10人の健康青年、男性6人、女性4人。

結果として、閉眼速度は開眼時よりも大きく、閉眼速度が大きいと振幅も大きくなる傾向にあった。開眼時および閉眼時の速度の間には関係はあまりみられず、両者の比は振幅が大きくなるにつれ増大する傾向にあった。

## 13) ベル麻痺と突発性難聴の反復瞳孔反応の比較

酒井豊彦, 岩永迪孝, 森 弘

北野病院 耳鼻咽喉科

ベル麻痺新鮮例76例および突発性難聴新鮮例39例に、双眼イリスコーダーを用いて、経時的瞳孔反応を含む瞳孔反応を測定した。初回瞳孔反応では、自律神経機能正常例がベル麻痺では、36例46%、突発性難聴では23例59%、自律神経機能病的例は、両疾患とも、副交感神経系に問題のある症例が多くみられた。

強い麻痺で発症したベル麻痺の瞳孔反応において、縮瞳潜時、全縮瞳時間などが、早期に改善するか否かが、麻痺の治癒指標として重要であることを既に発表した。一方完治した突発性難聴14例の大部分が、経時的瞳孔反応で副交感神経機能亢進現象を示した。

そこで、副交感神経機能を比較的明らかに示すことができる、光刺激前瞳孔面積値、縮瞳潜時、全縮瞳時間および縮瞳速度最高値について、両疾患の結果を比較検討した。

経時的瞳孔反応の動きを、ベル麻痺の予後判定の資料にするには、副交感神経機能亢進を重視した健、患側の縮瞳潜時、全縮瞳時間の動きを、指標とするのがよい。

## 14) 末梢性顔面神経麻痺における眼輪筋反射とENoG所見の対比検討

野呂 浩史, 松本 博之

札幌医大リハビリテーション部 神経内科

【目的および方法】ENoGは、顔面筋の誘発活動電位(M波)により顔面神経末梢部の興奮性を反映している。一方、三叉神経の電気刺激による眼輪筋反射(Blink reflex ; BR)は、三叉神経—脳幹—顔面神経を含む反射弓における神経伝導を客観的に評価することが可能である。しかし、両者を比較検討した報告は少ない。今回、我々は当科を受診した末梢性顔面神経麻痺患者44名(ベル麻痺37名、外傷性4名、Hunt症候群3名)を対象に顔面表情筋機能障害の重症度を麻痺スコア(40点満点)で点数化し、同時にBRおよびENoGの各所見との相関を検討した。

### 【結果】

- 1) 麻痺スコアとENoGによるM波振幅比率およびBR-R<sub>2</sub>振幅比率の間には有意な正の相関が認められた。
- 2) 麻痺スコアとBRのR<sub>1</sub>およびR<sub>2</sub>潜時差の間には有意な負の相関が認められた。
- 3) 麻痺スコアの改善に従い、麻痺側のBR波形は改善する傾向にあった。

## 15) 末梢性顔面神経麻痺回復後の三叉神経—顔面神経反射の電気生理学的検討

中尾善亮 松本浩司 海江田純彦<sup>1)</sup> 宮崎充<sup>2)</sup> 隈上秀伯

長崎大耳鼻科 1) 諫早健保耳鼻科 2) 三菱病院耳鼻科

我々は第17回日本臨床耳科学会においてBell麻痺の回復に三叉神経と顔面神経の吻合が関与していると思われた症例を報告した。その後、同様の症例を数例経験し、そのうちの3例において電気生理学的に検討を行ったので報告する。

症例はいずれも両側交代性の顔面神経麻痺で、発症間隔はそれぞれ5年・5年・25年である。顔面神経幹の電気刺激では両側共に表情筋の攣縮がみられないかあるいはわずかにみられる程度であるにもかかわらず、下眼窩神経および上眼窩神経の刺激にて麻痺回復側での表情筋の攣縮がみられた。さらに回復側では、表情筋と咬筋の共同運動が観察された。また、下眼窩神経の刺激にて回復側の口輪筋より誘発波が得られ、いずれも潜時の異なる2つの反応波形が記録された。

## 16) 顔面神経麻痺症例における耳小骨筋反射

佐脇正之, 丹羽英人

名古屋大学耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺例において強大な語音聴取が劣化することが示されているように、耳小骨筋反射(AR)は、中耳の音響インピーダンスを変化させることにより聴覚系での情報処理に抑制系として関与していると考えられます。一方、誘発耳音響放射(e-OAE)は、音刺激に対する外有毛細胞の収縮伸展運動の中・外耳への投影と考えられており、信号音に先行させて条件音を与えることにより、その振幅が減少すること(2音抑制)が認められます。今回我々は、聴覚系におけるARの抑制系としての関与を検討する目的で、AR $\ominus$ の顔面神経麻痺例およびAR $\oplus$ の正常例を対象に、e-OAEを指標として2音抑制を測定しました。

条件音を同側に与えた場合、両群とも条件音の増大に伴って信号音に対するe-OAEの振幅が減少しましたが、AR $\oplus$ 群においては強大な条件音に対する抑制幅がより大きくなり抑制のパターンに違いが認められるとともに、全体の抑制幅も大きい傾向が認められ、2音抑制におけるARの関与が示唆されました。

## 17) 顔面神経麻痺における Single Fiber Jitter 値の測定

○伊達和志, 里見文男, 岸本麻子, 西村善彦, 湊川 徹, 雲井健雄

兵庫医科大学耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺は、側頭骨内における顔面神経の病態生理のみならず、顔面表情筋自体の病態の変化等々の幾多の興味を抱かせる疾患である。顔面表情筋は multi-innervation の筋であり、従って単一筋線維電位を測定することによって、筋線維密度、平均スパイク間隔、Jitter 値（活動電位間隔の変動性）を知ることができ、筋無力症や末梢神経性疾患、神経再支配過程の観察に応用されている。

私達は顔面表情筋の単一神経筋電図の Jitter 値を、正常人、予後良好不完全麻痺患者、不完全回復に終わった患者において測定して、若干の知見を得ることができたので報告する。

## 18) Collision 法 (Hopf) による顔面神経伝導速度分布測定を試み — ベル麻痺症例への応用 —

斎藤 修、戸島 均、稲村博雄、武田一彦、青柳 優、小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

一般にベル麻痺の病態には、側頭骨顔面神経管内での神経虚血と浮腫による神経線維の圧迫、即ち *compression neuropathy* の機序が関与すると言われているが未だ解明されていない。前回我々は、ベル麻痺が顔面神経管内での *compression neuropathy* であるということを電気生理学的に証明する前段階として、Hopf による Collision 法を用い正常人の顔面神経伝導速度分布 (DN CV) を測定し、組織学的直径分布と良好な相関を得たことを報告した。今回は Collision 法をベル麻痺症例に応用して DN CV を測定し、各伝導速度毎の相対的な神経線維数の減少から障害の及んでいる神経線維を推測した。その結果多くの症例では *compression* により選択的に障害を受けるとされる早い伝導速度を有する太い線維が著明に減少している傾向があったが、太い線維から細い線維まで、びまん性に神経線維数が減少している症例も認められた。以上よりベル麻痺の病態の主態は *compression* であることが強く示唆された。若干の考察を加え報告する。

## 19) 一側顔面痙攣症 ( hemifacial spasm ) における痙攣と病的共同運動の一時的消失について

戸島 均、稲村博雄、青柳 優、小池吉郎、板垣晋一\*

山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室、山形大学医学部脳神経外科学教室\*

一側顔面痙攣症は、一側表情筋の不随意で不規則な収縮であるが、痙攣のおこっていない時でも病的共同運動が存在する。我々は本症患者の電気生理学的検討を行っているうちに、短時間ではあるが、痙攣および病的共同運動が完全に消失し、顔面運動が正常化することがあることに気付いた。この痙攣および病的共同運動の消失は、激しい強直性痙攣の直後にみられ、消失時間は5～7分である。この消失に伴い患者は非常に楽であると訴える。以上のような現象を筋電図に記録できた2症例を呈示し、一側顔面痙攣症の病因について若干の考察を加えて報告する。

## 20) 一側顔面痙攣症 ( hemifacial spasm ) における病的共同運動の一時的消失について 一頻回電気刺激による検討

稲村博雄、戸島 均、斎藤 修、武田一彦、青柳 優、小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

一側顔面痙攣症は、表情筋の痙攣が起こっていない時でも病的共同運動という異常運動が存在する。最近我々は、激しい強直性痙攣の直後に短時間ではあるが痙攣と病的共同運動が同時に消失することを発見した。そこでこの現象を電気生理学的に再現することを試みた。

顔面神経下顎縁枝を刺激時間 0.2 msec、最大域値上の矩形波で電気刺激し、オトガイ筋から誘発筋電位を記録すると同時に、病的共同運動による眼輪筋電位も記録した。電気刺激は一秒間に12回、30分間連続して行い、刺激中の2筋の筋電位をモニターした。7症例での記録では、眼輪筋の病的共同運動電位は刺激中に突然消失した。消失に至るまでの時間は7分から25分であった。以上についてさらに症例を追加し、考察を加えて報告する。

## 21) 顔面痙攣における異常誘発筋電位の術中消長

中井 昂, 板垣晋一, 齋藤伸二郎, 黒木 亮

山形大学 脳神経外科

顔面けいれん (HFS) の電気生理学的特徴として、患側の瞬目反射における口輪筋の誘発筋電位 (SO→OR) と、患側顔面神経下顎枝刺激による眼輪筋の誘発筋電位 (MD→OC) がある。SO→ORとMD→OCは麻酔下でも記録される。術中、これら誘発筋電位を18症例のHFSで記録検討し得た。手術操作中、両電位は消長をほぼ共にして消失した。即ち、硬膜切開髄液流出で5例、小脳半球圧排中に4例、クモ膜切開中に3例と、約70%の症例で神経圧迫血管の移動前にSO→OR、MD→OCは消失し、血管移動時に消失した症例は4例であった。1例では血管移動後も残存した。しかし、術後全症例でHFSの消失をみた。今回、血管移動でMD→OCが消失、血管復位で再出現を再現性をもって示した症例のビデオを提示し、HFSにおける異常誘発筋電位の術中消失時期の違いの機構について、麻酔の影響、顔面神経核の過剰興奮性、手術操作及び顔面神経血管圧迫部の所見等との関連で考察を加えたい。

## 22) 顔面神経対麻痺を主徴とし、四肢の非対称性分布を示した感覚運動性radiculoneuropathyの1例

大谷邦彦, 金桶吉起, 杉村公也, 松岡幸彦, 高橋 昭

名古屋大学神経内科

56歳、男性。上気道感染症状の3週間後に両手のしびれ、左肩の疼痛出現後、両側の顔面筋力低下をきたして入院し、入院時高度の両側性末梢性顔面神経麻痺のほかには他の脳神経、四肢に明確な神経徴候はなく、両側手関節より末梢に軽度の触痛覚低下を訴えるのみであった。髄液では、細胞数15/3、蛋白280 mg/dlと蛋白細胞解離を認めた。入院4日目よりステロイド治療を開始し、髄液蛋白の減少はみられたが、顔面筋力の回復は不良であった。また上肢、背部、臀部、下肢に移動性の感覚障害が出現し、経過中にこの感覚障害は非対称性となり、右アキレス腱反射は消失し、発症約2カ月後には著明な左翼状肩甲をきたした。両側性Bell麻痺、サルコイドーシス、EBウイルス感染症、Guillain-Barre症候群、Lyme病(Bannwarth症候群)などを考慮したが、病因は不明であった。両側顔面神経を含み、その後非対称性移動性にニューロパチーを発症した例は文献上ほとんど知られていない。

## 23) 髄膜炎，顔面神経対麻痺を主徴とした多発性脳神経障害，脊髄根神経障害を呈した神経ボレリア症

長谷川康博

国立名古屋病院 神経内科

症例：54歳男性。手足の紅斑に気づいた数週後の1989年2月18日発熱。その翌日以降，頭痛，両下腿痛，右顔面麻痺が相次いで出現し，同月28日入院した。一般・神経学的所見：不安，不眠，前側頭部痛。聴覚過敏，右側優位の高度顔面神経対麻痺，舌前方2/3領域の味覚鈍麻，舌尖と口周囲の異常感覚，右耳鳴と両側難聴，両下肢異常感覚と疼痛，両アキレス腱反射減弱がみられた。検査成績：赤沈27mm/1時間，CRP陽性，血清*Borrelia burgdorferi* (*B.b.*)抗体価(正常200倍以下)800倍と陽性であったが髄液は陰性であった。髄液初庄200mm H<sub>2</sub>O，細胞数146/3(リンパ球)，総蛋白34mg/dl，オリゴクロナルバンド陽性。治療・経過：3月3日からprednisolone 60mg/日からの漸減療法を開始した。3月8日からcefazolin 2g/日を7日間静注し，その後ampicillin・cloxacillin 750mg/日の経口投与により，神経症候は軽快した。炎症所見は正常化し，血清*B.b.*抗体価は200倍となった。結語：本例はPachnerら(1985)が唱える髄膜炎，脳神経炎，根神経炎の三主徴を呈した典型的早期神経ボレリア症と考えられる。

## 24) 結節性多発動脈炎に併発した顔面神経麻痺の一症例

小原能和，立木孝，阿部隆，谷藤幸夫\*

岩手医科大学耳鼻咽喉科，\*岩手医科大学第三内科

昨年の本研究会において、急性中耳炎に末梢性顔面神経麻痺を併発した成人例について報告したが、その後、同症例が経過観察中に、不明熱、強膜炎、血栓性静脈洞炎、多発神経炎などの臨床症状を呈し、血液検査、筋生検、腎血管造影の結果より、結節性多発動脈炎であることが判明した。

結節性多発動脈炎の多彩な臨床症状のひとつに顔面神経麻痺があることは、よく知られているが、その出現頻度は少なく、しかも、急性中耳炎、末梢性顔面神経麻痺を初発症状とした結節性多発動脈炎の報告は極めて稀なものである。

本症例の特異な臨床経過を中心に、結節性多発動脈炎と末梢性顔面神経麻痺の関係について、文献的考察を加えて報告する。

## 25) 顔面筋障害と進行性外眼筋麻痺

—臨床的・病因的考察—

佐橋 功\*, 衣斐 達\*, 田代伯為\*, 中尾直樹\*

大野欽司\*\*, 高橋 昭\*\*

愛知医科大学第4内科\*\*, 名古屋大学神経内科\*\*

末梢顔面神経また他の脳神経運動性末梢神経の多くは発生学的に鰓原性起源であり、その支配骨格筋の性状は生理・代謝学的にも四肢・体幹筋と異なることが示唆されている。

我々は慢性進行性外眼筋麻痺 (CPEO) を主徴とする症例における顔面筋々萎縮・筋力低下につき、臨床・病理・遺伝学的分析を実施した。対象症例は青年期以降に発症したCPEO 12 症例であり、全例高度の眼瞼下垂・眼球運動障害を主徴とする。顔面神経領域を中心とした顔面筋の筋力低下を 6 症例に認め、その程度は軽度～中等度であり、しばしば非対称性障害を示した。一方四肢・体幹筋障害は 3 例に合併し、その程度は軽微であった。針筋電図所見は正常ないし筋原性。四肢骨格筋生検では全例にミトコンドリア (mt) 異常を示す ragged red fiber および cytochrome c oxidase 活性陰性線維を認めた。骨格筋の mtDNA 解析では、全症例に単一または多重欠失 mtDNA を確認した。 結語：表情筋を含む脳神経支配の骨格筋は異常 mtDNA に基づく臨床徴候の発現が高度であり、これは脳神経の発生とも関連した可能性を考えた。

## 26) 中耳真珠腫にみられた顔面神経病変

山田一美, 瀧本 勲

愛知医科大学耳鼻咽喉科学教室

中耳真珠腫に顔面神経麻痺が合併したり、麻痺はなくとも術中に神経の露出を認めることは珍しくない。我々は、真珠腫手術時認められた稀と思われる神経の腫瘤状病変を呈した 2 例を経験したので報告する。

第 1 例は 43 歳男性。右上鼓室型真珠腫で、瘻孔症状を認めた例で、術中外側半規管瘻孔と、垂直部にフラスコ状に腫大した顔面神経と思われる腫瘤を認めた。スティミュレーターにて顔面表情筋に反応あるためそのままとした。術前後共に麻痺はない。たまたま真珠腫に合併した神経鞘腫が疑われた。

第 2 例は 56 歳男性。右後上部型真珠腫による顔面神経麻痺の診断で手術を行い、水平部の骨欠損部に 1～1.5mm 大の腫瘤を認めた。神経管開放にて充血膨隆し、神経鞘腫か否か判断に迷い開放創とした。後日患者の了承を得て腫瘤の部分切除を行い、病理で炎症性の変化であろうと診断された。

## 27) ベル麻痺と診断された顔面神経鞘腫の1例

松下太、渡辺徳武、鈴木正志、茂木五郎

大分医科大学耳鼻咽喉科

ベル麻痺と診断され、保存的治療によっても改善が認められず、顔面神経減荷術を施行してはじめて顔面神経鞘腫であることが明らかにされた症例を経験したので報告する。

症例は、73才女性で、突然に顔面神経麻痺を来し、発症翌日当科受診・入院。ベル麻痺と診断され、ステロイド投与及び星状神経節ブロック等の保存的治療を2週間にわたり施行したが、改善は認められず、発症後1ヶ月で顔面神経減荷術を施行した。顔面神経垂直部、鐙骨筋神経の分岐部直上に腫瘤を認め、迅速病理で神経鞘腫と診断された。腫瘤を含め顔面神経を3cm長切除し、大耳介神経を用いて神経移植を行なった。

保存的治療が無効なベル麻痺などの顔面神経麻痺の中には、本症例の様に、側頭骨内の顔面神経鞘腫の可能性もあり、積極的に手術治療が必要であろうと考えられた。

## 28) 顔面神経麻痺を主訴とした小脳橋角部髄膜腫の一症例

武田一彦、稲村博雄、戸島均、斎藤修、青柳優、小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺患者の診察においては、小脳橋角部腫瘍との鑑別が重要である。今回我々は反復進行性の顔面神経麻痺を呈し、精査にて小脳橋角部髄膜腫と診断された一症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。症例は57才女性。10年前より左難聴を自覚するも放置していた。昭和63年1月、左顔面神経麻痺発症。某院麻酔科にて星状神経節ブロックを9回施行し麻痺は軽快した。同年3月再び麻痺発症し当科を紹介された。聴力検査では左聾、顔面神経検査では顔面運動採点20点(40点法)、ENoG 33%、SR陽性の不全麻痺、温度眼振検査にて患側半規管麻痺を示した。小脳橋角部、内耳道付近の腫瘍性病変を疑いCT、MRIを施行し髄膜腫の診断を得た。顔面神経麻痺患者の診察における耳鼻咽喉科ルーチン検査の重要性およびSRの診断的意義についても報告する。

## 29) 顔面神経麻痺で発症した巨大な Glomus Jugulare Tumor の一症例

有田裕信、川崎良明、有賀秀治、荻野 敏、松永 亨、  
岡田益明\*、有田憲生\*\*

大阪大学耳鼻科、\*大阪警察病院耳鼻科、\*\*大阪大学脳外科

Glomus Jugulare Tumor は比較的まれな腫瘍で、主に進行する一側性の難聴、拍動性耳鳴、耳出血、下部脳神経麻痺などで発症することが多いといわれている。今回我々は、一側の顔面神経麻痺として発症し、精査の結果、巨大な Glomus Jugulare Tumor が発見され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53才の男性、平成元年4月頃、左口角から水がこぼれることに気付くも放置していた。5月になって左顔面神経麻痺を指摘され、近医受診しCT等精査受けるも異常ないと言われ、ステロイドの投与を受けた。しかし麻痺は改善せず、徐々に麻痺が進行するため、9月6日当科を受診した。CTおよびMRIにて頸静脈孔を中心に側頭骨を広範に破壊している腫瘍を認めた。Glomus Jugulare Tumor の診断のもとに、経乳突洞及び経後頭的に腫瘍を摘出、顔面神経の再建を行い術後放射線治療を行った。手術時、腫瘍は頸部から茎乳突孔から顔面神経管に進展し、神経に浸潤していた。

## 30) 小脳橋角部血管性病変による顔面神経麻痺

小池修治、橋本 省、高坂知節

東北大学医学部耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺を呈する疾患は数多く知られているが、今回我々は、小脳橋角部に生じた血管性病変が原因で顔面神経麻痺を生じたと考えられる二症例を経験したので報告する。

症例1は73歳の女性。1989年8月中旬より軽度の左顔面神経麻痺が出現し、近医で加療受けるも軽快せず、11月末精査の為当科紹介となった。初診時スコア(40点満点)25点、NETで左5.68mA、右2.50mAであった。MRIを施行したところ左小脳橋角部に腫瘍性病変を認めた。信号強度および血管との関係から同部の動脈瘤を疑い、脳血管撮影を施行したところ、左椎骨動脈後下小脳動脈分岐部に動脈瘤を認めた。症例2は15歳の女性。1989年12月末より左難聴、めまいが出現、翌90年1月11日より左顔面神経麻痺も伴う様になり、1月18日当科紹介受診となった。初診時スコア26点、NETは左右差なし。聴力検査で左軽度感音性難聴。右向きの水平性自発眼振を認めた。MRIで、左小脳橋角部に多房性病変を認めた。脳血管撮影を施行したところ、左小脳橋角部の静脈奇型であると診断された。

## 31) 脳幹部動静脈奇形による顔面神経麻痺症例の経験

八木昌人，石井甲介，喜多村 健，菊地 茂<sup>1)</sup>，小林武夫<sup>2)</sup>

1) 東京大学耳鼻咽喉科， 2) JR東京総合病院耳鼻咽喉科

小児の顔面神経麻痺も成人と同様に様々な原因によって生じる。今回私どもは、顔面神経麻痺を主訴に来院し、精査の結果脳幹部動静脈奇形が発見された症例を経験した。

症例は5歳の女児で、1988年12月ころより左顔面神経麻痺が出現し、次第に増悪した。1986年6月当科を受診、種々の検査の結果、器質的疾患の存在も疑われたためMRIを施行、脳幹部動静脈奇形が同定された。

上記の症例を呈示し、さらに当科における小児顔面神経麻痺症例の現状について検討を加える。

## 32) めまいを伴った一側性再発性顔面神経麻痺症例

○赤木博文、川上晋一郎、小坂正和、砂山恵子、増田 游

岡山大学医学部耳鼻咽喉科学教室

一側性再発性顔面神経麻痺の大多数は2回までの再発で終わり、4回以上の再発は稀である。今回我々は、5回目の一側性麻痺をきたし、麻痺発症とほぼ同時期に回転性眩暈を訴えた症例を経験したので報告する。

症例は44歳、女性。昭和56年2月、同年12月、昭和57年3月、昭和58年9月に右顔面神経麻痺が出現し、いずれも保存的治療が行なわれ、軽度麻痺が残存した。平成2年1月28日、5回目の右顔面神経麻痺を発症、31日には回転性眩暈が出現し、当院麻酔科に緊急入院、精査目的にて2月2日当科外来を受診した。初診時所見では、麻痺スコアは6点/40点と高度麻痺を呈し、病巣部位は膝神経節上であった。また溝状舌を認めたが、顔面の腫脹はみられなかった。聴力検査にて両側30dBの水平型感音難聴を認めた。平衡機能検査では左向き注視・自発・頭位・頭位変換眼振を認めたが、温度眼振検査で内耳反応性低下はみられなかった。ABR、CT、MRIの諸検査では異常所見は認めなかった。

### 33) 浅側頭動脈動注法による顔面神経麻痺

関本邦彦 池田 稔 大木光義 飯田英信 遠藤壮平  
木田亮紀 富田 寛

日本大学耳鼻咽喉科

浅側頭動脈動注法は頭頸部悪性腫瘍に対してしばしば用いられる治療の一つである。今回我々は浅側頭動脈動注法により治療した頭頸部悪性腫瘍患者3例に、動注による抗癌剤の投与後に顔面神経麻痺を経験した。症例1は鼻腔内腫瘍の患者でCDDP単独動注2クールめ終了後5日目に発症したものであった。症例2は上咽頭悪性腫瘍の患者であり動注CP療法(CDDP+PEP)2クールめ終了直後に発症した。症例3は上咽頭悪性腫瘍の患者であり動注CAP療法(CDDP+ADR+CPA)終了抜去後4日目に発症した。3例とも顔面神経評点表にて18~22/40の不完全麻痺であったがその予後は不良であった。以上のことについての原因および予後不良であった点について若干の文献的考察を含め報告する。

### 34) 両側外傷性顔面神経麻痺症例

山本悦生, 大村正樹, 磯野道夫, 広野喜信, 水上千佳司

神戸市立中央市民病院耳鼻咽喉科

外傷性顔面神経麻痺の原因としては、頭部外傷による間接的なものが多く、一側性が圧倒的に多い。最近、われわれは側頭骨々折による両側顔面神経麻痺に、手術を行って治癒した症例を経験したので報告する。

症例は26才、男性で、高速道路をオートバイで走行中転倒して、頭部外傷II型を受けた。受傷時両耳出血があり、受傷後3日目に左顔面神経麻痺に気づいて当科受診。9日目に右顔面神経麻痺を来し、保存治療(ステロイドを中心とした点滴静注)を行うも著明な効果なく、X線上両側側頭骨に縦骨折があり、両側伝音性難聴(気骨導差30-40dB)もあったので、約1カ月後に右側、約2カ月後に左側を手術した。両側とも顔面神経管に骨折線はなかったが、耳小骨周囲に肉芽があり、右側ではキヌタ骨が離断して遊離していた。キヌタ骨を一旦除去して、顔面神経管を開放した。術後約3カ月で、両側とも麻痺はほぼ完治し、気骨導差も消失した。

## 35) 経時的に筋電図検査を施行し得た両側性外傷性顔面神経麻痺の1例

中川秀樹, 國弘幸伸, 大内利昭, 原田竜彦, 神崎 仁

慶應大学 耳鼻咽喉科

顔面神経減荷術前後に経時的に筋電図検査を施行し得た両側性外傷性顔面神経麻痺の1例につき報告する。症例は29歳男性。トラックを運転中、中央分離帯に衝突し某病院に入院した。入院時、頭蓋骨骨折と急性硬膜下血腫および両側顔面神経完全麻痺が認められた。保存的治療により硬膜下血腫は吸収され改善したが、顔面神経麻痺の改善傾向は認められないため当院に転院となった。初診時、両側顔面神経の完全麻痺があり、筋電図上も随意収縮筋活動電位の完全消失と脱神経電位が認められた。またCTで両側側頭骨骨折が確認された。受傷約1カ月後に2週間の間隔をおいて経乳突法で両側顔面神経減荷術を施行した。その後、約7カ月間にわたり1カ月に1回の筋電図検査と顔面表情運動の回復過程を追跡し得た。術後比較的頻回に筋電図検査を施行し、麻痺回復経過を追跡し得た両側性外傷性顔面神経麻痺は稀と考えられるので報告する。

## 36) 頭蓋頸椎接合部異常を持つ若年発症の片側顔面けいれんの1例

黒木 亮、板垣晋一、中井 昂

山形大学医学部 脳神経外科

症例は24才の女性で、これまで著患を知らず。23才時、1988年の秋頃、右下眼瞼のびくつきで始まり、約半年で右顔面全体に及ぶ典型的な片側顔面けいれん(HFS)の経過をたどった。神経学的には、右HFSのみであり、患側眼輪筋と口輪筋の間に異常共同運動が認められた。筋電図はすべて典型的なHFSの特徴を示していた。Craniogramなどで、atlas boneのoccipitalizationと軽度のbasilar impressionが認められた。CTでは特記すべき所見はなし。血管撮影では、左椎骨動脈がhypoplasticで右がdominantであるが、血管の蛇行や明かな異常を認めず。症候性HFSは否定され、微小血管減圧術をおこなった。通常の開頭でⅦ・Ⅷ神経はrostralよりあり、後頭蓋窩のlow heightを示唆する所見であった。責任血管は、右前下小脳動脈(AICA)でZ状に鋭く曲がってⅦ神経のroot exit zoneを圧迫しており、これを減圧した。Atlasのoccipitalizationとbasilar impressionが一因となってAICAが脳の発育に伴い鋭く曲がってⅦ神経を圧迫してHFSを発症したと推察した。

## 37) 頭部外傷後耳介痙攣を呈した稀な一例

○上甲 英生, 浅井 真紀, 小澤 哲夫, 柳原 尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

顔面の異常運動を生ずる疾患には半側顔面痙攣, 眼瞼痙攣, 習慣性痙攣, 症候性・麻痺後性痙攣などが挙げられる。なかでも半側顔面痙攣についてはその病態が近年明らかにされ, 治療方針も確立されつつある。しかし他の疾患については原因不明な点が多く, 症状も多種多様である。

今回我々は, 左耳介のみに痙攣を呈し, 当科にて手術的治療を行った1症例を経験した。症例は45歳の男性で, 15年前に交通事故により頭部外傷を受けた。受傷後3日目より左耳介痙攣が出現した。他院で内服治療, 牽引治療及び後耳介神経ブロックなどを受けるも軽快しないため当科を受診, 上耳介筋及び後耳介筋切除術を施行し, 痙攣は速やかに消失した。著者らの渉猟しえた範囲では, 耳介のみに痙攣を呈した症例の報告はなく, 非常に稀な症例と思われるので, 若干の考察を加えて報告する。

## 38) MRI用造影剤Gd-DTPAを用いた顔面神経病変部の描出

柳田昌宏, 牛呂公一, 岩野 正, 山下敏夫, 熊澤忠躬, 加藤 勤\*, 田中敬正\*

関西医大耳鼻咽喉科, 同 放射線科\*

【はじめに】顔面神経が種々の原因により障害を受けた場合, その障害部位よりWaller変性が起こることは広く知られている。今回, 我々は顔面神経麻痺患者に対し, MRI用造影剤Gd-DTPAを用いた造影MRIを施行し, その病変部の描出を試みたので報告する。

【対象】対象は当科を受診し造影MRIを施行し得た顔面神経麻痺患者23例(Bell麻痺19例, Hunt症候群4例)である。

【方法】まず造影を行わず撮像したのち0.1mmol/kgのGd-DTPAを静注し, その10分後に撮像を行い造影前後で画像を比較した。

【結果】23例全例で患側顔面神経の一部が造影され, 明確に描出された。一方, 健側の顔面神経には全例造影効果がなかった。また, 発症後10日以内に撮像した9例中7例で内耳道の部位に造影効果を認め, 発症後1カ月以上経過して撮像した8例中7例では垂直部のみ造影効果を認めた。

## 39) G d - D T P A 造影 M R I による顔面神経の描出

○田中久哉\*、村田清高\*、老木浩之\*、石川雅洋\* 田辺かおり\*

足利竜一郎\*\*、石田 修\*\*

近畿大耳鼻科\*、放射線医学\*\*

C T、M R I の登場は顔面神経に関連する腫瘍、骨折など種々の疾患の診断に威力を発揮している。側頭骨内での顔面神経の描出に有用な事例も確認されている。このうち G d - D T P A 造影により顔面神経の走行を描出しえたとの報告も見られる。しかし、再現性をもって完全には描出されていない。われわれも G d - D T P A M R I を採用し顔面神経の描出を試みている。

今回は実際に膝状神経節部の神経鞘腫と真珠腫とを手術前に鑑別でき有用であった症例を中心に顔面神経描出の可能性を述べる。

## 40) 顔面神経疾患の M R I 診断 ～第一報～

松本 康、貞本昌規<sup>1)</sup>、柳原尚明<sup>2)</sup>

1)：鷹の子病院耳鼻咽喉科、 2)：愛媛大学耳鼻咽喉科

最近の画像診断法の進歩は目覚ましく、耳科臨床でも側頭骨病変に対する高分解能 C T、聴神経腫瘍を主体とした小脳橋角疾患への M R I の応用が進んでいる。我々は顔面神経疾患に対して M R I による画像診断を試みており、まだ研究の端緒についたところではあるが、現時点での知見を予報的に報告する。使用した機種は 0.5 テスラ超電導型、中磁場強度の M R I である。症例はベル麻痺例と顔面痙攣例である。前者についてはガドリニウム造影法、後者については gradient echo 法などの成績についても言及する。

## 41) ベル麻痺例の血液検査所見

広野喜信, 山本悦生, 大村正樹, 磯野道夫, 水上千佳司

神戸市立中央市民病院耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺のうち、原因不明のものがベル麻痺だが、その成因として、循環障害説、ウイルス感染説、免疫反応説などがあり、それぞれを支持する所見がある。また、種々の全身的な要因が関与しているとも言われている。そこで、我々は、1987年5月から1989年12月までに当科を受診したベル麻痺の新鮮例に対して、白血球数、赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板数等の血液一般検査、血糖、総蛋白量、アルブミン、グロブリン、蛋白分画、肝機能検査、腎機能検査、血清脂質、電解質、CRP、シアル酸、免疫グロブリン、寒冷凝集素等の臨床化学検査を行った。その結果、血清グロブリン量、免疫グロブリンIgAの増加が認められた。これらの結果から、ベル麻痺の全身的要因について、考案する。

## 42) 末梢性顔面神経麻痺におけるサイトメガロウイルスの関与

中井川弘毅, 設楽仁一, 小林澄子, 福井 聡, 五島泰次郎, 神山洋一郎

順天堂大学附属順天堂浦安病院 麻酔科

いわゆるBell麻痺の予後に関しては、一般に良好であると言われている。当教室では、開設当時よりウイルス学的検索を行なっているが、Bell麻痺として治療した中にHSV、CMV、VZVなどの抗体価の高い症例が多く含まれており、それらに対し抗ウイルス薬であるacyclovirを用いて加療してきた。

その結果HSV抗体価陽性患者では約80%の治癒率を示した。

そこで、今回我々はBell麻痺と診断しえた患者のうち昭和64年1月より平成2年1月までに当科を初診した患者のウイルス学的検索を行ない、CMV抗体価の高い症例について検討を行なった。そして19例中10例で完治し、約50%で悪い予後を示した。

CMVは上気道感染が主体のウイルスであるが、ヘルペスウイルス属の一つであり、他のHSV、VZVと類似した作用を有するとみられ、当施設で認められた特殊な症例を供覧しながら若干の考察を加えたい。

## 43) Bell麻痺におけるボレリア感染の 関与に関するパイロットスタディ

○小澤哲夫、 中村光士郎、 柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

1970年代後半にアメリカ合衆国で報告され、1982年にその病原体が*Borrelia burgdorferi*であることが確認されたライム病は、マダニ咬傷後に特徴的な慢性遊走性紅斑を呈し、続発症として関節炎、神経学的症状や循環器系の障害を起こす全身感染症である。神経病変としては髄膜炎、神経根炎、脳神経障害（特に顔面神経麻痺）の頻度が高いとされている。

一方、近年ヨーロッパにおいて、Bell麻痺と診断された患者において血清中の*Borrelia*抗体価を測定し、高値を示す例を10~20%に認めたとの報告がなされている。我が国ではライム病において顔面神経麻痺を来した3例の報告があるが、多数のBell麻痺例において*Borrelia*抗体価を測定した報告はない。今回当科でBell麻痺と診断した新鮮例96例について、国際的協力のもとに*Borrelia*抗体価を測定しえたので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 44) ベル麻痺とHLA 家族性ベル麻痺における家系調査

○柴原 豊弘<sup>1)</sup>、中村光士郎<sup>2)</sup>、丘村 熙<sup>2)</sup>、柳原 尚明<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>十全総合病院耳鼻咽喉科

<sup>2)</sup>愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

HLA抗原は、ヒトの第6染色体短腕上に存在する遺伝子複合体である。HLA抗原はある特定の疾患に対する感受性の指標となる遺伝的マーカーの1つであり、いくつかの疾患において特定のHLA抗原が相関を持つことがすでに知られている。ベル麻痺においても、HLA抗原がその発症のみならず、病型や予後の決定にも関与している可能性のあることや、ベル麻痺症例のなかでもウイルス抗体価有意変動例がいくつかのHLAクラスI抗原とより強い相関を示すことはすでに報告した。

今回我々は家族性ベル麻痺症例にHLA抗原家系調査を行ったところ、特定のハプロタイプがベル麻痺発症者に共通し、HLA抗原そのものあるいは第6染色体短腕上のなんらかの遺伝子が発症に関与していることを疑わせる複数の家系を認めたので報告する。

## 45) 興味あるENG所見を呈したRamsay Hunt症候群の2症例

甲州秀浩、戸島 均、稲村博雄、武田一彦、斎藤 修、青柳 優、小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

我々は脳幹障害を示唆するENG所見を呈したRamsay Hunt症候群2症例を経験したので報告する。

### 症例1 51才女性 右Hunt症候群典型例

第2病日のENG所見は、自発及び注視眼振検査にて左向き水平回旋混合性眼振を認めたが、ETT、OKNは正常であった。第2週目の検査で注視方向性眼振を認め、ETTはsaccadic、OKNは両方向とも低速より抑制されるなど脳幹障害の存在が示唆され、温度眼振検査は右耳無反応、左耳低反応であった。1カ月後及び6カ月後注視眼振検査、ETT、OKNは正常化した。温度眼振検査所見は不変であった。

### 症例2 54才女性 右不全型Hunt症候群

第4病日に注視方向性眼振、ETTはsaccadic、OKNは両方向とも低速より抑制、温度眼振検査では両耳とも低反応等の所見を認めたが、第8病日には全て正常化した。

以上のENG所見と共に、治療に伴う症状の経過、髄液所見や他の耳科学的所見、MRI、CT等を呈示し考察を加える。

## 46) Bell麻痺における高位頸静脈球の検討

中里秀史、池田 稔、久木元延生、河本英敏、大塚健司、富田 寛

日本大学医学部耳鼻咽喉科

急性末梢性顔面神経麻痺を主訴に受診する症例の多くは麻痺の原因が不明であり、それらは特発性顔面神経麻痺あるいはBell麻痺と呼称されている。急性末梢性顔面神経麻痺の6割を占めるとされているこのような症例の麻痺の原因を、いくらかでも明らかにしようとする努力は今後とも続けていく必要があるものと考えられる。

さて我々は顔面神経麻痺症例に対して側頭骨のレ線学的検査をルーチン検査の一つとして施行しているが、しばしばそれらの例でみられる高位頸静脈球に対し、麻痺との関連性の判断に困惑させられている。近年、側頭骨の解剖学的異常所見の一つである高位頸静脈球が内耳症状の一原因となりうるということがいくつかの文献に報告されてきている。今回我々はBell麻痺例の側頭骨前額断層撮影においてみられた高位頸静脈球について、麻痺との関連性に関し検討を加えたので報告する。

## 47) 分娩時にみられる顔面神経麻痺 —側頭骨病理所見—

齋藤春雄

高知医科大学耳鼻咽喉科

新生児にみられる顔面神経麻痺の予後診断は種々の制約があり難しいことが多い。そのため、臨床的には、ある一定期間において麻痺が回復しない症例に対し試験的顔面神経管開放術が試みられることもある。

我々は、Mobius 症候群があった症例の側頭骨を調べ、顔面神経がフロビー管の水平部で消失する例があることを世界で初めて発表した。その後、同様の所見を持つ側頭骨病理の発表が散見されるようになった。

我々の先天異常児側頭骨収集のなかには、先に述べたMobius症候群の例と同様、顔面神経が側頭骨内で消失しているものがあり、症例の年齢から、分娩時に顔面神経麻痺が存在したと考えられた。これらの例の側頭骨病理所見は、顔面神経の変性と再生が起こったと考えられる像もあり、その所見から顔面神経麻痺の回復の可能性はないと想像した。分娩時にみられる顔面神経麻痺に対する手術的治療の妥当性について考察を加える。

## 48) 当科における小児の顔面神経麻痺

大滝 一、佐藤 斎、富山道夫、柳沢晴子、中野雄一

新潟大学医学部耳鼻咽喉科学教室

小児の顔面神経麻痺は成人と比較し、原因が多彩で予後は良好とされている。1984年から1988年までに当科を受診した、15歳以下の小児の顔面神経麻痺症例67例について、予後を中心に検討した。

Bell 麻痺で24週以上経過を観察できた32例中29例(91%)は、表情筋スコア36点以上まで回復がみられ、当科の成人例と比較し予後良好であった。Hunt 症候群では完全回復がえられた症例は6例中3例(50%)でBell麻痺に比べ予後不良であった。また当科成人例との比較では有意差はみられなかった。外傷性顔面神経麻痺症例では5例中2例が完全回復した。上記43例中表情筋スコアが34点以下の症例は9例であったが、スコアが20点以下の高度麻痺を残した2例はいずれもHunt 症候群であった。以上の結果に考察を加え報告する。

## 49) ハント症候群軽度麻痺症例の検討

木西 實、細見英男、雲井一夫、石川美佳、細見慶和、天津睦郎

神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

ハント症候群の治療には、ベル麻痺と同様に近年、大量のステロイド剤を循環改善剤とともに点滴静注する治療法(SD治療)を実施してきたが、全経過にわたって20%以上の顔面運動がみられた不完全麻痺症例では、従来行ってきたステロイド内服治療、SD治療のいずれも全例治癒し、この場合にはステロイド内服治療で十分な治療成績が得られた。しかし、麻痺発症当初にはある程度の顔面運動がみられる症例で、時に麻痺の程度が悪化し、完全麻痺に移行することを経験し、治療法の選択に苦慮する。そこで、麻痺発症後7日以内に20%以上の顔面運動がみられ、この時点では不完全麻痺と判定されるハント症候群41症例の経過を検討した。

41例のうち麻痺の程度が悪化し、完全麻痺に移行した症例は10例(24%)であった。完全麻痺移行例は、いずれも麻痺発症後4日以内の症例で、しかも顔面運動が20%から35%の範囲の症例が9例であった。

## 50) 高度顔面神経麻痺症例の検討

伊東宗治、渡辺行雄、麻生 伸、浅井正嗣、水越鉄理

富山医科薬科大学耳鼻咽喉科学教室

急性末梢性顔面神経麻痺の多くは保存的療法を中心とした初期治療によって治癒する例が多いが、一部に高度障害例を認め、その治療が実地臨床上最も問題となる点といえる。当科では、従来このような高度障害例は顔面神経減荷術の適応としてその多くは外科的治療を行ってきたが、近年は保存的療法も一部に試みている。今回は経過中に顔面表情筋スコアが0点、もしくはENOG値が0%の高度障害症例について、各種検査成績、後遺症の有無などについて検討したので報告する。

## 51) 両側性及び反復性顔面神経麻痺の検討

松本浩司 中尾善亮 海江田純彦<sup>1)</sup> 宮崎充<sup>2)</sup> 隈上秀伯

長崎大耳鼻科 1) 諫早健保耳鼻科 2) 三菱病院耳鼻科

顔面神経麻痺は障害部位によって中枢性または末梢性に分けられ、さらに末梢性顔面神経麻痺は側頭骨内・外のいずれかに大別される。

側頭骨内顔面神経麻痺には顔面神経麻痺の大部分を占める Bell 麻痺や、Ramsay Hunt 症候群があり、通常一側性でかつ非再発性である。しかし臨床経験上ときに両側性に発症したり、反復をきたしたりする特異な症例にも遭遇する。

今回我々は過去10年間に当科外来を受診した末梢性顔面神経麻痺800例の集計を行い、そのうちこの様な特異な経過を示した41例(反復性; 9例 両側同時性; 8例 両側交代性; 23例 両側再発性; 1例)について検討を行ったのでこれらの集計結果も含めて報告する。

## 52) モアレ法による顔面運動時の非対称性の分析

○井口郁雄、川上晋一郎、前田 学、小坂正和、増田 游

岡山大学医学部耳鼻咽喉科学教室

人の顔は左右が対称でないことがよく知られており、特に、顔面運動時にその差は大きくなる。顔面が麻痺すると、その左右差を比較して、麻痺度をみる方法で評価されている。現在、顔面神経研究会提唱の10項目、40点法が広く用いられており、一般臨床医がだれでも行なわれるように器具を用いず、簡便に回復過程を観察できる方法である。この方法の問題点として、正常と高度麻痺の中間の部分麻痺の占める範囲が広すぎるため、良好な回復も不良な回復も点数的には差がでにくい難点があげられる。麻痺の段階をさらに細かく分けると人が目でみて行なう客観的評価法には限界があると思われる。このため我々は、光の干渉現象を原理とし、簡便な操作で精度の高い等高線が得られ、生体計測に利用されているモアレ法を顔面運動計測の視覚的、定量的評価法として応用した。顔面麻痺を定量的に評価する際、顔面の非対称性の正常範囲を設定することは重要となってくる。今回、22-52歳、男5名、女5名の正常人の顔面の非対称性についてモアレ法を用いて検討を加えた。

## 53) モアレ法による顔面神経麻痺の程度評価法

○川上晋一郎、井口郁雄、前田 学、小坂正和、増田 游

岡山大学耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の程度評価には、顔面神経研究班提唱の器具を使わない視診評価法が用いられている。この方法は3段階法であるが、部分麻痺の範囲が広いため回復過程で点数に差がでにくい問題がみられる。これを解決するために視覚的、定量的評価法としてモアレ法を応用したので報告する。

顔面の計測には格子照射型モアレカメラFM3013でモアレ縞間隔は2mmに設定し写真記録した。1989年8月より1990年3月までの8カ月間に岡山大学耳鼻咽喉科を受診し治療した顔面神経麻痺患者、男16名、女14名の計30名の撮影を行った。顔面形態を安静時、額の皺よせ、軽い閉眼、頬をふくらませる、イーと歯をみせた時の5項目について通常写真とモアレ像を比較検討した。モアレ法でみると、縞の数、偏りで麻痺した部位、程度が一目瞭然と成る特長を有していた。回復過程を見る上では左右の対称率を求めると定量的に改善が認められ、モアレ法は顔面麻痺の測定に有効な手段と考えられた。

## 54) 舌下神経顔面神経吻合術後の顔面神経機能評価法の再検討

國弘幸伸、大内利昭、小川 郁、神崎 仁

慶應大学 耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の評価法として我が国で広く用いられている40点評価法を当科でも聴神経腫瘍術後の顔面神経麻痺の評価に用いてきた。しかしながら顔面神経再建術後の評価法としては現在の40点評価法は必ずしも最適なものではないことが最近指摘されている。我々も聴神経腫瘍術後の患者を対象としてアンケート調査を行い、術後の顔面神経麻痺が患者の日常生活に与える影響について検討を加えるとともに、現在の40点評価法の妥当性についても検討した。その結果、舌下神経顔面神経吻合術後の患者では、40点評価法による評価点数と患者の自己評価点数との間には相関が認められなかった。そこで現在の40点評価法の再検討を行って新評価法を作成し、これに基づき改めてアンケート調査を行った。このアンケート調査結果について述べるとともに、現在用いている40点評価法の問題点につき言及する。

## 55) 生体インピーダンス測定装置を用いた synkinesis の客観的評価方法

中村 克彦

徳島大学耳鼻咽喉科学教室

末梢性顔面神経麻痺の後遺症には synkinesis, spasm, contracture, crocodile tear などがある。そのうち、最も頻度の高いものが synkinesis である。近年薬物療法の進歩により、末梢性顔面神経麻痺の治癒率は向上しているが、治癒と判断されても、注意深く観察すると synkinesis を有する症例が存在する。synkinesis の程度を評価する方法があれば、治癒の判定を行うのに有用である。

今回我々は、生体インピーダンス測定装置を用いて synkinesis の定量化を試みた。synkinesis が存在する場合に眼窩上神経を電気刺激すると、反射により口唇の運動が誘発される。そのときの口唇の運動量は、synkinesis の程度と相関があると予想される。口唇の運動をインピーダンス変化量として測定することにより synkinesis の定量化を試みたのでその方法と有用性につき報告する。

## 56) Bell麻痺およびHunt症候群における諸検査総合評価による早期予後判定

鈴木正志, 渡辺徳武, 松下 太, 茂木五郎

大分医科大学耳鼻咽喉科学教室

顔面神経麻痺の予後を早期に診断する事は、保存的治療を行なうかあるいは減荷術を行なうかという治療方針の決定上極めて重要な問題である。昭和56年10月より平成2年2月までに、当科でステロイド点滴静注、星状神経節ブロックを主体とする保存的治療を行なったBell麻痺47例、Hunt症候群13例の計60例を対象として、治療開始までの期間と初診時の各種検査から予後判定を試みた。

第8回の本研究で我々は、治療開始までの期間ならびに諸検査成績をランク分けして総合評価を行ない、これにより早期予後判定が正確に行ない得ることを示した。今回は、このランク分けによる総合的評価を用いた早期予後判定の正確さについて、新たな症例を加え retrospective に検討したので報告する。

## 57) 特発性顔面神経麻痺に対する、6-hydroxyethylstarch を基剤としたステロイド大量投与法の効果

前山裕之、戸島 均、稲村博雄、斎藤 修、武田一彦、青柳 優、小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室

我々は、特発性顔面神経麻痺に対する低分子デキストランを基剤としたステロイド大量投与法（Stennert法）の優れた治療効果について、第11回および第12回の本研究会において報告した。しかしながら本治療法では、低分子デキストランに起因する一過性の肝機能障害が高率に発現するのが治療に際しての問題点であった。我々は従来顔面神経麻痺の治療における点滴基剤として、低分子デキストランと同様の血漿増量剤である6-hydroxyethylstarch（hespander<sup>®</sup>）を使用し肝機能障害が見られなかったことに着目し、治療開始時に肝機能障害が見られた症例に対して6-hydroxyethylstarch を使用すると共に、89年1月からは全症例において低分子デキストランから本剤に点滴基剤を変更し治療を行っている。その結果低分子デキストラン使用時と同様の高い治癒率が得られると共に肝機能障害の発生が極めて低いより安全な治療法であることが確認された。以上について考察を加え報告する。

## 58) 顔面神経麻痺の保存的治療の検討及び針治療の有用性について

永末裕子、丹波さ織、代田文彦<sup>\*</sup>、石井哲夫

東京女子医科大学耳鼻咽喉科学教室

<sup>\*</sup>財団法人日産厚生会玉川病院内科

当科では末梢性顔面神経麻痺新鮮例に対する保存的治療法として、ステロイド（ヒドロコルチゾン 200 mgより漸減点滴静注，又はプレドニゾン30mgより漸減内服），ATP剤，ビタミン剤，デキストラン硫酸ナトリウムの点滴静注法を用い，ハント症候群で入院可能な症例に対しては，アシクロビルの点滴静注法を追加している。さらに，早期回復不良な症例や，陳旧例に対しては針治療を併用している。

今回，昭和60年6月から平成元年12月までの4年6ヶ月の間に当科を受診したベル麻痺新鮮例155例とハント症候群32例に関して検討した結果，治療成績はベル麻痺89.0%，ハント症候群65.6%の完全治癒率であった。

当科での保存的治療法に関しての検討とともに針治療の有用性について報告する。

## 59) 難治性 末梢性 顔面神経麻痺の針治療

牧上久仁子, 菊池尚子\*, 余田敬子, 多湖恵里子, 荒牧 元

東京女子医科大学附属 第二病院 耳鼻咽喉科, \*北総白井病院 耳鼻咽喉科

当院において, 昭和60年4月より, 平成2年3月までの5年間に難治性顔面神経麻痺に対し針治療を行った。

針治療の方法は, ドクターなら誰でも行なえ, また誰が行っても同じ効果が期待できる20分間通電法を行ったので, その方法を紹介する。

治療点は, 患側顔面で, 上関, 陽白, 翳風, 四白, 頬車, 地倉という経穴と, 口唇の上下を加えた8ヶ所を用いた。

針治療の対象は①1ヶ月以上改善傾向のなかったもの, ②電気生理学的検査で脱神経と診断された, ①②のいずれかの理由で難治性と判断された症例である。

これらの難治性顔面神経麻痺35例に針治療を行い, 柳原の40点満点法で治療効果を判定したところ完治は17例で47.2%であった。

## 60) 顔面神経麻痺患者の外頸動脈血流量に星状神経節ブロックが及ぼす影響

村川和重, 石本栄作, 野間研一, 石田博厚, 湊川 徹\*, 和泉良平\*\*

兵庫医科大学麻酔学教室, 耳鼻咽喉科学教室\*, 宝塚市立病院麻酔科\*\*

特発性顔面神経麻痺の成因は不明であるが, その主要な病態は顔面神経の栄養血管の虚血状態と考えられている。解剖学的には外頸動脈系が顔面神経の栄養血管の中心とされており, 外頸動脈系の循環障害による顔面神経麻痺の発生が実験的にも臨床的にも観察され, 外頸動脈系の血流状態と顔面神経麻痺の病態との間に強い関連が推測される。こうした観点からペインクリニックでは, 顔面神経麻痺症例に対して交感神経系の遮断による循環改善を目的として, 星状神経節ブロックを積極的に施行している。星状神経節ブロックによる総頸動脈, 内頸動脈および外頸動脈などの血流量の増加については, 既に演者らは実験的に確認しており, 臨床的にも観察されている。今回は, 発症後早期の顔面神経麻痺患者において, 超音波血流量測定装置を用い 総頸動脈と外頸動脈の血流量を測定して, 星状神経節ブロック前後の変化を検討した。ほぼすべての患者においていずれの動脈の血流量も星状神経節ブロックにより, 二倍近い著しい増加がみられた結果について詳細を報告する。

## 61) 末梢性顔面神経麻痺の理学療法に関するアンケート調査

下野俊哉・服部紀子・瀧本 勲\*

愛知医科大学附属病院リハビリテーション部・耳鼻咽喉科\*

末梢性顔面神経麻痺の理学療法は、古くから麻痺筋の筋萎縮防止のために低周波療法や低下した筋力を回復させるために自動運動を中心とした筋力増強訓練が行なわれてきた。しかしながら、その治療適応や方法は統一されておらず、また治療効果は明確になっていないことが多い。それゆえ臨床の場において理学療法がただ何となく行なわれていたり、続けられていたりすることがある。我々は、これらの点を考慮し、以前より末梢性顔面神経麻痺に対する理学療法の適応、方法や効果を検討している。今回、今後の理学療法がどうあるべきかを再検討する一つの手段として各施設における理学療法の現状をアンケートにより調査した。

## 62) 顔面筋の異常運動に対するボツリヌストキシン注射療法（続報）

小林武夫\* 室伏利久\* 八木昌人\*\* 菊地 茂\*\*

\*JR 東京総合病院耳鼻科, \*\* 東京大学耳鼻科

ボツリヌストキシンはボツリヌス菌によって産生される polypeptide である。ボツリヌス症は重篤な食中毒として有名である。本菌の産生するトキシンは神経筋接合部に働いて筋麻痺をおこす。ボツリヌストキシンの臨床応用は約10年前に米国の眼科医が斜視の治療を目的に外眼筋に注射したのがはじめである。我々は1988年からこの方法を開始し、耳鼻咽喉科領域（顔面筋疾患・喉頭筋疾患）での経験を発表した。今回は、その後経験した症例を含めて顔面筋への応用につき検討する。

### 症例と結果

1990年3月末までに、顔面筋については顔面痙攣、眼瞼痙攣、異常共同運動の計21例に対して本治療をおこない、本法が有効であることを確めた。三井記念病院脳外科の協力を得た。

### 考察

本治療法は根治的療法ではないが、外来で簡単に行うことができるので、よい対症療法の一つと思われる。しかし、注射量、その他になお検討が必要である。

## 63) 両側眼瞼痙攣に対する日本製A型ボツリヌス毒素注射療法：130例の治療結果

高見政美，福島孝徳

三井記念病院脳神経外科

1987年12月大阪府立大学阪口玄二教授と千葉県血清研究所の協力を得て日本で初めて製造らびに製品化が実現した日本製A型ボツリヌス毒素を用いて130例の両側眼瞼痙攣患者を治療した。乾燥結晶A型ボツリヌス毒素を付属の無菌精製水で溶解し50単位(3.3 ng)/mlの毒素液を作成する。針筋電図をモニターしながら目的の筋肉に1カ所につき0.05~0.1 ml (2.5~5単位)ずつ，1回の治療で2~12カ所，総量5~60単位の範囲で毒素を注射した。結果：全例で注射部位の筋肉の麻痺効果が得られた。著効113例(87%)，有効10例(8%)，少効7例(5%)であった。効果の持続は2~18カ月であり，効き過ぎによる一過性の眼瞼下垂が6例(5%)にみられた以外に炎症，腫脹，発熱，アレルギーなどの副作用は皆無であり，血液・尿検査でも異常はみられなかった。

## 64) フィブリン糊を用いた顔面神経吻合の基礎的研究

吉野泰弘\*，西平茂樹\*\*，石川和夫\*，戸川 清\*

秋田大学耳鼻科\*，雄勝中央病院\*\*

モルモットの顔面神経眼瞼枝を選択的に切断しナイロン縫合またはフィブリン糊接合により吻合を行ない，両群の回復経過を比較，検討した。回復の評価は角膜反射を利用した眼瞼の瞬目運動を5段階にスコアリングして評価するとともに，皮膚電極にて顔面神経本幹を刺激し，眼輪筋のENoG値を測定し評価を行った。

神経切断後3週，4週，6週，8週，12週に各群とも10~15匹のモルモットを用いて検査を行った結果，両群ともほぼ同等の回復経路を示し，角膜反射スコア値およびENoG値とも有意な差は認められなかった。フィブリン糊による顔面神経吻合はナイロン縫合によるものに匹敵する効果が得られ，臨床的にも有用であると考えられた。さらに組織学的な検討も加えて報告する。

## 65) フィブリン接着剤を用いた顔面神経 一次的再建術の経験

原田竜彦, 國弘幸伸, 大内利昭, 小川 郁, 中川秀樹, 神崎 仁  
慶應大学 耳鼻咽喉科

フィブリン接着剤を用いた顔面神経一次的再建術の経験につき報告する。対象は、聴神経腫瘍摘出時に顔面神経が切断され一次的頭蓋内顔面神経再建術を行った3例と鼓室部顔面神経鞘腫摘出後に神経移植術を行った1例の計4例である。これら4例のフィブリン接着剤を用いた顔面神経一次的再建術後の顔面表情運動と筋電図所見を中心に報告する。また聴神経腫瘍例では端々縫合により一次的顔面神経再建術を施行した6例の術後顔面表情運動の回復程度との比較をも行った。

## 66) 先天性顔面神経麻痺に対する筋肉移植術の検討

東京大学 形成外科

上田和毅, 波利井清紀, 山田 敦

顔面神経麻痺の原因の中で、先天性のものが占める割合は数%程度であるが、生下時より顔面の対称性が明らかとなるため患者およびその家族にとっての精神的負担は非常に大きい。先天性顔面神経麻痺の一つの特徴は不全麻痺が多い点にあり、そのため、患側の顔面神経に移植筋の運動神経を縫合する方法（Ⅰ法）も行われるが、その成績はかならずしも芳しくない。この理由としては先天性顔面神経麻痺においては後天性のものに比べて顔面神経の変性の程度が強いためではないかと考えられる。これに対して、顔面交叉神経移植と併用した筋肉移植（Ⅲ法）を施行した症例では逆に良好な成績を示している。先天性顔面神経麻痺では幼少児期に外来を訪れ、早期の治療を希望する場合が多く、そのため他の原因による顔面神経麻痺に比べて患者の年齢層は低い。一般に年齢が低いほど神経の再生力は良好であり、この点が先天性顔面神経麻痺においてⅢ法による再建法が良好な結果を生む原因ではないかと考えられる。われわれがこれまでに治療を行った14例をもとに先天性顔面神経麻痺の治療の特殊性について報告する。

## 67) 錐体尖真珠腫症例における顔面神経の処理

○中村光士郎, 柳原 尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

錐体尖真珠腫症例では顔面神経麻痺を高率に合併し神経変性も高度のことが多い。このような症例では顔面神経は水平部から迷路部でもに傷害されていることが多く、神経修復が必要になる。方法としては、神経移植、端々吻合や舌下神経—顔面神経吻合術などがある。これらの適応は顔面神経の障害部位と切除範囲による。すなわち、切除範囲が短く Rerouting が比較的容易に行える場合は端々吻合が可能であるし、切除範囲が長い場合には大耳介神経による神経移植の適応となる。再手術例で顔面神経を同定することができない症例には舌下神経—顔面神経吻合術が行われる。

今回、当科で行った顔面神経の処理について、神経移植術を行った症例と Rerouting を行い端々吻合を行った症例を中心に報告する。特に膝神経節から迷路部の神経修復には、経中頭蓋窩法と経迷路法を併用すると Rerouting による端々吻合が比較的容易にできるので推奨される方法である。

## 68) ワニの涙現象に対する鼓室神経切断術の経験

池田 稔, 久木元延生, 山田一仁, 大森英生, 田中正美, 富田 寛

日本大学医学部耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の後遺症として、異常連合運動、痙縮とならび、ワニの涙現象は良く知られる。これらの後遺症のうち、ワニの涙現象を高度に訴える症例は、おそらく異常連合運動に対する例等に比べ少ないものと思われるが、症例によっては社会生活上の不都合を強く訴える。

ワニの涙現象に対する治療法としては、中頭蓋窩経由等による大錐体神経切断術や涙腺切除術が報告されている。

今回我々は2例のワニの涙現象陽性例に対し、鼓室神経の切断術を施行したので報告する。鼓室神経は舌咽神経の末梢枝であり耳下腺分泌線維を含む。本法は、鼓室神経の末梢の小錐体神経と涙腺分泌神経を含む大錐体神経間に存在する吻合枝を介しての病的交叉を想定しての手術的処置である。

龍 浩志, 横山徹夫, 山本清二, 西沢 茂, 杉山憲嗣, 佐藤研吾,  
 杉浦康仁, 下山一郎, 植村研一, 野末道彦<sup>1</sup>  
 浜松医科大学脳神経外科, “ 耳鼻咽喉科<sup>1</sup>

顔面痙攣に対して神経血管減圧術が盛んに行われるようになった。その成績は極めて良好であるが、なかには合併症や再発例がかなり見られるようである。そこで今回我々が経験した顔面痙攣76例に対する神経血管減圧術の成績を特に再発例に関して分析してみた。76例中7例(9.2%)に術直後から2～3日の間に再発をみた。5例に約2週間ほど経過観察を行い、顔面痙攣が軽快しないために再手術を行った。手術の結果は全例に血管の圧迫を認めたので再度神経血管減圧術をおこない完治した。手術を希望しなかった他の2例は症状は不変であった。我々の症例では退院後に再発した例は無く、再発例はいずれも術直後で入院中に起こっていた。この結果から再発はいずれも血管による神経の再圧迫によるものと考えられる。更に術後の合併症についても合わせて分析して報告する。

#### 聴神経腫瘍手術における顔面神経モニター（低電流刺激誘発筋電図法）の実際

横山徹夫, 龍 浩志, 植村研一, 山本清二, 杉山憲嗣, 西沢 茂  
 佐藤健吾, 下山一郎, 杉浦康仁, 山本俊樹, 村木正明, 野末道彦\*  
 浜松医科大学脳神経外科学教室, \*浜松医科大学耳鼻咽喉科学教室

聴神経腫瘍手術における顔面神経モニターは、神経の解剖学的走行およびその機能を正確に与えるものでなくてはならない。われわれは刺激電極よりの滑走電流を抑えるために0.5～0.6 mAの低電流を用い顔面神経誘発筋電図によるモニターを行っている。現在までの34例における経験より手術例を供覧しその有用性と実際についてのべる。手術は、後頭下開頭の上、腫瘍内容を摘出し小脳と腫瘍の間を剥離し先ず脳橋の上の顔面神経の同定を試み、ついで内耳道を開放し同部の顔面神経を同定した。神経刺激は以上の同定の際にまた以降の腫瘍と神経の剥離の時に必要に応じて行った。神経の同定に要する時間は約3秒であり、電極よりの滑走電流による神経刺激はみられていない。脳橋側での刺激は、術中の神経の機能の評価に極めて有用である。神経の同定および機能保存のために、特に内耳口外側および小脳橋角部での腫瘍と神経の剥離の際に神経刺激は必須である。

注射に**静注**追加



# 神・経・修・復

メチコパールは、エーザイが独自に合成・開発した、メコバラミン（メチルB<sub>12</sub>）製剤です。メチコパールは核酸・蛋白合成、リン脂質合成を促進し、障害された神経を修復し、しびれ・痛み・麻痺を改善します。錠・細粒は慢性期に、注射は急性期や難治性の神経疾患、入院患者さんに適しています。

## 効能・効果

末梢性神経障害、ビタミンB<sub>12</sub>欠乏による巨赤芽球性貧血（注射液500 $\mu$ gのみ）

## 用法・用量

錠500 $\mu$ g：通常、成人は1日3錠（メコバラミンとして1日1500 $\mu$ g）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。

錠250 $\mu$ g：通常、成人は1日6錠（メコバラミンとして1日1500 $\mu$ g）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。

細粒：通常、成人は1日3包（メコバラミンとして1日1500 $\mu$ g）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500 $\mu$ g（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500 $\mu$ g）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500 $\mu$ g（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500 $\mu$ g）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

### 1. 内服剤

(1)一般的な注意 効果が無いのに、月余にわたって漫然と使用すべきでない。

(2)副作用 1) 消化器：ときに食欲不振、悪心、下痢等の症状があらわれることがある。2) 皮膚：まれに発疹があらわれることがある。

(3)その他 水銀及びその化合物を取り扱う職業従事者に長期にわたって大量に投与することは避けたい。

### 2. 注射剤

(1)副作用 1) 過敏症：発疹等の過敏症状があらわれた場合は、投与を中止する。2) その他：ときに筋肉注射部位の疼痛・硬結が、またまれに頭痛・発汗・発熱感があらわれることがある。

(2)適用上の注意 1) 光分解をうけやすいので、開封後直ちに使用するとともに、遮光に留意すること。2) 筋肉内に投与する場合は、組織・神経などへの影響を避けるため、下記の点に注意すること。

(ア)同一部位への反復注射は避けること。なお、新生児、未熟児、乳児、小児には特に注意すること。(イ)神経走行部位を避けるよう注意すること。(ウ)注射針を刺入したとき、激痛を訴えたり、血液の逆流を見た場合には、直ちに針を抜き、部位をかえて注射すること。3) 本品はワンポイントカットアンプルであるが、アンプルのカット部分をエタノール綿等で清拭してからカットすることが望ましい。

※詳細については、製品添付文書をご参照下さい。

※資料請求は、弊社医薬事業部メチコパール係まで。

〈薬価基準収載〉

末梢性神経障害治療剤  
**メチコパール**<sup>®</sup>  
錠500 $\mu$ g・錠250 $\mu$ g・細粒・注射液500 $\mu$ g  
メコバラミン製剤

**Eisai** エーザイ  
東京都文京区小石川4-6-10

J-B<sub>2</sub> 9202