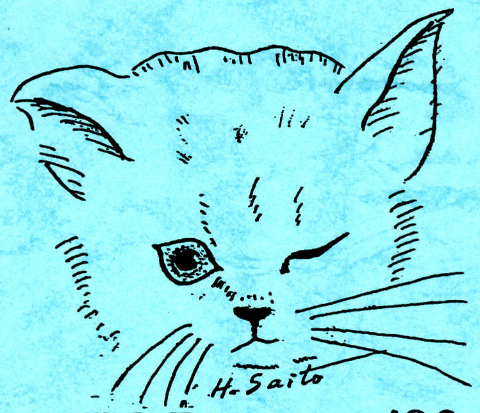
第１６回日本顔面神経研究会
プログラム・予稿集

１９９３年6月3日（木）～4日（金）
高知市



FN Research '93

会長　　齋藤　春雄
高知医科大学耳鼻咽喉科学教室

御挨拶

第１６回日本顔面神経研究会を、私ども高知医科大学耳鼻咽喉科学教室でお世話させて頂くこととなりました。光栄に存じます。他の国際学会との関わりなどから例年より、多少早めの開催となりました。気象台での過去の記録では、この時期は梅雨の中休みになっていますので、土佐の真っ青な空で皆様をお迎え出来ることを祈っています。

今年も81題の演題を寄せて頂きました。抄録を全て読ませて頂きましたがいずれも興味深い内容の演題で、今から充実した２日間が過ごせるものと期待しています。

招待講演は生理畑からウプサラ大学（スエーデン）のDr. Lars Jonssonを、臨床解剖畑からピッツバーク大学（米国）の Prof. Isamu Sando（山藤　勇先生）をお招きしました。お二人とも早くからこの会のために張り切って準備をされているとの連絡を受けていますので、素晴らしい御講演をうかがえるものと期待しています。

高知は青い海と空、人の心、魚、野菜、もちろん酒、全てにわたって素晴らしいところですので、どうか研究会終了後の土、日曜日も高知に留まられ、土佐の初夏を満喫して頂きたく存じます。

１９９３年5月

第１６回　日本顔面神経研究会
会　長　　齋藤　春雄

会　　場　　高知新阪急ホテル

〒780　高知市本町 4-2-50　　TEL 0888-73-1111

日　　時　　1)学術講演会：平成5年6月3日（木）　8:55～17:20

平成5年6月4日（金）　9:30～15:00

2)特別講演：

招待講演（1）平成5年6月3日（木）15:15～16:15

The etiopathology of Bell's palsy : Immunological and neurophysiological aspects

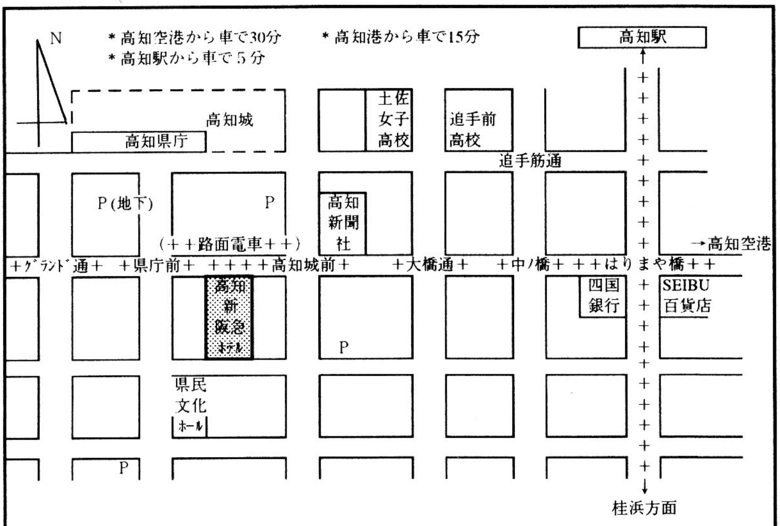
Dr. Lars Jonsson (Department of Otolaryngology, Uppsala University, Sweden)

招待講演（2）平成5年6月3日（木）16:20～17:20

Human temporal bone histopathology of the facial nerve and facial canal: Studies by the Pittsburgh group

Prof. Isamu Sando(Department of Otolaryngology and Pathology, Pittsburgh University,U.S.A)

会場地図



学会事務局　　〒783　南国市岡豊町小蓮

高知医科大学耳鼻咽喉科学教室　TEL & FAX 0888-66-2240

[学会当日]　　〒780　高知市本町 4-2-50

高知新阪急ホテル　　TEL 0888-73-1111

参加者の方々へ

1. 会場費5,000円は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受付の時、
   お忘れなく御提出下さい。

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 5,000円
   〒173　東京都板橋区大谷口上町30-1
   日本大学医学部　耳鼻咽喉科学教室
   日本顔面神経研究会　事務局　　　TEL 03(3972)8111（代表）

4. 講演時間は７分、ビデオ演題は10分です。
   終了１分前に青ランプ、終了時に赤ランプが点灯しますので、講演時間を厳守して下さい。

5. スライドスクリーンは招待講演以外は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分前迄に必ず試写をしてから御提出して下さい。

7. 運営委員会は研究会第１日目（６月３日）17時30分より、高知新阪急ホテル3階蘭の間において行ないます。

8. プログラム・予稿集は研究会当日御持参下さい。

学会日程表

第1日目　6月3日（木）

時刻	第1会場	第2会場
8:55	開会の辞	
9:00	第1群（1～6） 基礎（1） 座長　湊川　徹 青柳　優	第7群（32～39） 治療 座長　戸川　清 橋本　省
10:00	第2群（7～13） 基礎（2） 座長　大山　勝 柳田　則之	第8群（40～48） 臨床 座長　瀧本　勲 水越　鉄理
11:00	第3群（14～18） 麻痺モデル 座長　冨田　寛 高橋　昭	
12:00	休憩	休憩
13:00	第4群（19～23） 評価 座長　本庄　巖 宮崎　東洋	第9群（49～53） 診断 座長　熊沢　忠躬 関谷　透
	第5群（24～27） 顔面神経鞘腫 座長　山本　悦夫	第10群（54～60） 診断 座長　戸谷　重雄 村田　清高
14:00	第6群（28～31） 検査 座長　小松崎　篤	
15:00	休憩15:10～15:15	
15:15	招待講演（1） 座長　雲井　健雄	
16:00		
16:15	休憩16:15～16:20	
	招待講演（2） 座長　小池　吉郎	
17:00		

第2日目　6月4日（金）

時刻	第1会場
9:30	第11群（61～64） ビデオ演題 座長　曾田　豊二 植村　研一
10:00	第12群（65～73） 病因 座長　松永　亨 竹山　勇 小林　武夫
11:00	
12:00	休憩
13:00	総会
	第13群（74～81） 腫瘍 座長　中井　昂 神崎　仁
14:00	
	閉会の辞
15:00	

第１６回日本顔面神経研究会プログラム

第１日　平成５年６月３日（木）

第１会場

開会の辞　(8:55～9:00)　会長　齋藤　春雄

第１群　基礎（１）　(9:00～10:00)　座長　湊川　徹（兵庫医大耳）
青柳　優（山形大耳）

1. 顔面神経のamyloid bodyの検討
○藤井まゆみ，菊池　恭三，木田　亮紀　（駿河台日本大耳）
後藤　昇　（昭和大第二解剖）

2. 膝神経節の形態学的解析
○森山　浩志，島田　和幸，後藤　昇　（昭和大第二解剖）
北川　正　（日本大歯第一解剖）

3. ヒト鼓索神経の走行についての三次元再構築
—側頭骨標本による観察—
○柏原　一成，鈴木　聡明，相川　通，大谷　巌　（福島医大耳）

4. モルモット顔面神経における神経束構造と神経線維局在—第２報—
○浅井　真紀，村上　信五，柳原　尚明　（愛媛大耳）

5. ラット顔面神経の再生過程における結合組織の形態学的変化
○竹内　直信　（三楽病院耳）
石井　甲介　（埼玉医大総合医療センター耳）
岩崎　真一　（東京大耳）

6. 脱神経後のモルモット口輪筋の神経再支配について
○小澤　哲夫，村上　信五，柳原　尚明　（愛媛大耳）

第２群　　基礎（２）　　（10:00〜11:10）　　座長　大山　　勝（鹿児島大耳）
柳田　則之（名古屋大耳）

7. 顔面神経における免疫組織学的検討（その２）
○坂野　立幸，犬塚　一男，稲福　　繁，瀧本　　勲　（愛知医大）
水谷　昭弘，木全　弘治　（愛知医大分子医科研）

8. 顔面神経損傷によるcAMP依存性プロテインキナーゼの発現変化
○大野　浩司，雑賀　孝昇　（大阪大耳）
木山　博資，遠山　正彌　（大阪大第二解剖）

9. レゼルピン処置動物の顔面神経Na-K ATPase活性
○加納　直行，雲井　健雄　（兵庫医大耳）
小林　俊博，岡田　暉彦，瀬口　春道　（高知医大第二解剖）

10. Melkersson-Rosenthal症候群における顔面神経神経鞘の病理所見
○石井　甲介，八木　昌人　（埼玉医大総合医療センター耳）
竹内　直信　（三楽病院耳）

11. ウサギ顔面神経血流量の測定
○中島　　務，浅見　清孝，永井　裕之，柳田　則之　（名古屋大耳）
西部康一郎　（トヨタ記念病院耳）

12. 家兎三叉神経と顔面神経根部の血管透過性の観察
○崎浜　教之，中尾　善亮，隈上　秀伯　（長崎大耳）
松本　浩司　（五島中央病院耳）

13. 低換気による高炭酸ガス血症が顔面神経の組織循環に及ぼす影響
○村川　和重，石本　栄作，野間　研一，石田　克浩，西嶌　昌子，
松田　真也，和泉　良平　（兵庫医大麻酔）
湊川　　徹　（兵庫医大耳）
天津　睦郎　（神戸大耳）

第３群　　麻痺モデル　　(11:10〜12:00)　　座長　冨田　寛（日本大耳）
高橋　昭（名古屋大神内）

14.　虚血性側頭骨内顔面神経麻痺モデル（第２報）
○並木　淳，後藤　和宏，石川　真実，安心院康彦，大平　貴之，
戸谷　重雄　（慶應大脳外）

15.　虚血性麻痺モデルにおける神経束内血管数の観察
○入谷　寛，里見　文男，伊達　和宏，西村　善彦，湊川　徹，
雲井　健雄　（兵庫医大耳）

16.　HSV接種による顔面神経麻痺モデルにおける感染ウイルスの同定
—PCR法による検出の試み—
○村上　信五，平田　義成，羽藤　直人，柳原　尚明　（愛媛大耳）
杉田　俊明　（新居浜病院耳）

17.　顔面神経麻痺モデルにおけるHSV潜伏感染について
○羽藤　直人，平田　義成，村上　信五，柳原　尚明　（愛媛大耳）
杉田　俊明　（新居浜病院耳）

18.　ウイルス性顔面神経麻痺動物モデルの組織学的研究
○杉田　俊明　（新居浜病院耳）
村上　信五，平田　義成，柳原　尚明　（愛媛大耳）

休憩　12:00〜13:00

第４群　　評価　　(13:00〜13:50)　　座長　本庄　巖（京都大耳）
宮崎　東洋（順天堂大麻酔）

19.　２つの顔面神経機能評価法の互換性
—４０点評価法とHouse and Brackmann法の互換表に関する検討—
○佐藤　靖夫，大内　利昭，吉原　重光，井上　泰宏，小形　章，
神崎　仁　（慶應大耳）
大平　貴之，塩原　隆造，戸谷　重雄　（慶應大脳外）

20. モアレ法からみたHouse-Brackmann評価法
〇結縁　晃治，井口　郁雄，前田　　学，増田　　游　（岡山大耳）
川上晋一郎　（岡山市）

21. House-Brackmann顔面神経麻痺評価法の検討（第2報）
〇青山　　敬，神永　千織，菅原　公明，石田　　孝，喜多村　健
（自治医大耳）

22. 顔面表情運動の計量診断の試み
〇磯野　道夫　（城山病院）
村田　清高，箕山　　学，東　　博二，田中　久哉　（近畿大耳）

23. モアレ指数による顔面神経麻痺の評価
〇井口　郁雄，結縁　晃治，増田　　游　（岡山大耳）
前田　　学　（香川労災病院耳）
川上晋一郎　（岡山市）

第5群　　顔面神経鞘腫　　(13:50～14:30)　　座長　山本　悦夫
（神戸中央市民病院耳）

24. 顔面神経鞘腫の3症例
〇畑　　裕子，深谷　　卓，鈴木美奈子　（三井記念病院）

25. 内耳道内顔面神経鞘腫の2例―術前症状と術前神経耳科学的所見―
〇増野　博康，大内　利昭，小形　　章，井上　泰宏，
神崎　　仁　（慶應大耳）
塩原　隆造，戸谷　重雄　（慶應大脳外）

26. 減荷により麻痺改善をみた側頭骨内顔面神経鞘腫
〇豊嶋　　勝，小池　修治，高坂　知節　（東北大耳）
橋本　　省　（仙台病院耳）

27. Cisternal Portionより発生した顔面神経鞘腫の一例
〇稲永　親憲，横山　徹夫，龍　　浩志，植村　研一，西澤　　茂，
檜前　　薫　（浜松医大脳外）
野末　道彦　（浜松医大耳）

第６群　　検査　　　　(14:30～15:10)　　座長 小松崎　篤（東京医歯大耳）

28. 末梢性顔面神経麻痺症例における単一筋線維筋電図所見について
○武田　一彦，戸島　均，青柳　優，小池　吉郎　（山形大耳）

29. 経頭蓋磁気刺激による顔面神経刺激部位の同定
―動物実験における検討―
○後藤　和宏，大平　貴之，並木　淳，安心院康彦，石川　真実，
塩原　隆造，戸谷　重雄　（慶應大脳外）

30. 末梢神経刺激によるSingle Fiber Jitter値の計測
○伊達　和宏，岡　しおり，里見　文男，入谷　寛，西村　善彦，
湊川　徹，雲井　健雄　（兵庫医大耳）

31. 逆行性顔面神経誘発電位―早期予後診断的価値について
○中谷　宏章，竹田　泰三，齋藤　春雄　（高知医大耳）

休憩　15:10～15:15

招待講演（１）　　(15:15～16:15)　　座長　雲井　健雄（兵庫医大耳）

The etiopathology of Bell's palsy : Immunological and neurophysiological aspects
Dr. Lars Jonsson
Department of Otolaryngology , Uppsala University ,Sweden

休憩　16:15～16:20

招待講演（２）　　(16:20～17:20)　　座長　小池 吉郎（山形大耳）

Human temporal bone histopathology of the facial nerve and facial canal :
Studies by the Pittsburgh group
Prof. Isamu Sando
Department of Otolaryngology and Pathology, Pittsburgh University,U.S.A

第２会場

第７群　　治療　　　　(9:00〜10:20)　　座長　戸川　　清（秋田大耳）
橋本　　省（仙台病院耳）

32. 末梢性顔面神経麻痺新鮮例に対する星状神経節ブロック療法の効果
—Electroneuronographyと麻痺スコアによる検討—
○岡本健一郎，樋口比登実，八代　　亮，増田　　豊，細山田明義
（昭和大麻酔）

33. 顔面神経麻痺に対するアボキナーゼ® 治療
○野入　輝久，神畠　俊子，浅井　英世　（吹田市民病院）

34. 実験的虚血性顔面神経麻痺に及ぼすステロイドの効果
○竹田　泰三，竹田　節子，小桜　謙一，中谷　宏章，齋藤　春雄
（高知医大耳）

35. メチルプレドニゾロンを用いたステロイド大量療法のBell麻痺に対する効果
○稲村　博雄，戸島　　均，斎藤　　修，武田　一彦，前山　裕之，
甲州　秀浩，多田雄一郎，青柳　　優，小池　吉郎　（山形大耳）

36. メチルプレドニゾロン大量療法によるベル麻痺の治療成績
○中村　克彦　（徳島大耳）

37. 顔面神経麻痺に対するメチルプレドニゾロンの臨床効果の検討
○中島　久美，岩沢　　寛，中島　博昭，上杉　恵介，佐藤　成樹，
大川　　勇，朝倉　美弥，竹山　　勇　（聖マリアンナ医大耳）

38. ステロイド投与後に発症したステロイド精神病の１例
○西村　俊二，萩野　智香，下屋　聡子，木西　　實，天津　睦郎
（神戸大耳）

39. 顔面神経麻痺における脱神経の時期と対策
○橋本　　省　（仙台病院耳）
小池　修治，豊嶋　　勝，石垣　元章，高坂　知節　（東北大耳）

第８群　　　臨床　　　　　　　（10:20～11:50）　　座長　瀧本　　勲（愛知医大）
水越　鉄理（富山医薬大耳）

40.　顔面神経麻痺症例の検討
　　○岡崎　英紀，関谷　　透，沖中　芳彦，木戸　利成，遠藤　史郎，
　　三浦　正子　（山口大耳）

41.　両側性および反復性顔面神経麻痺症例
　　○大月　直樹，細見　慶和，西村　俊二，木西　　實，天津　睦郎
　　（神戸大耳）

42.　Migrating Disseminated Multiple Cranial Neuropathyの１症例
　　○田中　正美，濱田　敬永，久木元延生，池田　　稔，冨田　　寛
　　（日本大耳）

43.　ハント症候群重症麻痺例に対する入院治療の検討
　　○久我むつみ，大森　英生，中里　秀史，鈴木　　伸，池田　　稔，
　　冨田　　寛　（日本大耳）

44.　耳小骨離断を伴った外傷性顔面神経麻痺症例
　　○山本　悦生，大村　正樹，水上千佳司，老木　浩之，小形　哲也，
　　宗田　由紀，田辺　牧人，白馬　伸洋　（神戸中央市民病院耳）

45.　外傷性顔面神経麻痺手術症例の術後成績
　　○大滝　　一，畠野　聖子，佐藤　　斎，藤崎　俊之，中野　雄一（新潟大耳）

46.　ベル麻痺後遺症の検討
　　○佐藤　　斎，大滝　　一，藤崎　俊之，畠野　聖子，中野　雄一（新潟大耳）

47.　Synkinesisの瞬目反射による検討（第２報）
　　○前山　裕之，戸島　　均，甲州　秀浩，青柳　　優，小池　吉郎
　　（山形大耳）

48.　角膜潰瘍を生じた麻痺性兎眼症例の検討
　　○上田　和毅，波利井清紀，山田　　敦　（東京大形成）

休憩　　11:50～13:00

第9群　　診断　　(13:00～13:50)　　座長　熊沢　忠躬（関西医大耳）
関谷　　透（山口大耳）

49. 顔面神経麻痺の予後診断法について
〇八木　昌人，本間　利生，石井　甲介，川端五十鈴
（埼玉医大総合医療センター耳）

50. ベル麻痺およびハント症候群の予後判定における臨床検査の組合せ
〇山本　俊宏，松永　　喬　（奈良医大耳）

51. 末梢性顔面神経麻痺症例の平衡機能検査所見と麻痺程度・予後との関連の検討
〇安村佐都紀，渡辺　行雄，麻生　　伸，浅井　正嗣，伊東　宗治，
石川　美幸，水越　鉄理　（富山医薬大耳）

52. CNVを用いた味覚検査
〇東　　博二，田中　久哉，箕山　　学，宮崎　和浩，小橋　和雄，
村田　清高　（近畿大耳）

53. 嗅覚刺激による瞬目反応に関する研究
〇西園　浩文，廣田里香子，古田　　茂，大山　　勝　（鹿児島大耳）

第10群　　診断　　(13:50～15:00)　　座長　戸谷　重雄（慶應大脳外）
村田　清高（近畿大耳）

54. 片側顔面痙攣における術前の電気生理学的診断法
—罹病期間と異常反応の検出率の関連—
〇田村　和海，森　　惟明　（高知医大脳外）
大平　貴之　（慶應大脳外）

55. 電気生理学的検討による片側顔面痙攣発生機序の推定
〇石川　真実，並木　　淳，後藤　和宏，安心院康彦，大平　貴之，
塩原　隆造，戸谷　重雄　（慶應大脳外）

56. ラット顔面神経の慢性電気刺激後にみられる異常誘発筋電図
○斎藤伸二郎，中井　昴　(山形大脳外)
A.R.MØller　(ピッツバーグ大脳外)

57. 高分解能CTによる顔面神経水平部の露出と手術所見
○出井　教雄　(秦野赤十字病院耳)
新川　敦，坂井　真　(東海大耳)

58. 顔面神経MRIにおけるGd-DTPAの造影効果
—数値化による検討—
○田中　久哉，磯野　道夫，村田　清高　(近畿大耳)

59. 外傷性顔面神経麻痺におけるMRIの診断的価値の検討
○甲州　秀浩，戸島　均，稲村　博雄，斎藤　修，前山　裕之，
武田　一彦，多田雄一郎，青柳　優，小池　吉郎　(山形大耳)

60. 末梢性顔面神経麻痺におけるMRIの価値
—小さな聴神経腫瘍2症例の報告—
○戸島　均，青柳　優，稲村　博雄，斎藤　修，前山　裕之，
武田　一彦，甲州　秀浩，多田雄一郎，小池　吉郎　(山形大耳)

第２日　平成５年６月４日（金）

第１会場

第11群　ビデオ演題　(9:30～10:30)　座長　曾田　豊二（福岡大耳）
植村　研一（浜松医大脳外）

61. 磁気刺激による顔面神経麻痺症例の検討
〇山川　卓也，市川銀一郎　（順天堂大耳）
宮崎　東洋　（順天堂大麻酔）

62. 聴神経腫瘍手術における顔面神経の同定
〇小松崎　篤　（東京医歯大耳）

63. 顔面神経麻痺の動的再建手術について
〇田中　嘉雄，田嶋　定夫，今井　啓介，前島　精治，上田　晃一，
養父孝之介　（大阪医大形成）

64. 神経血管柄付遊離筋肉移植による陳旧性顔面神経麻痺の再建術
〇上田　和毅，波利井清紀，山田　敦　（東京大形成）

第12群　病因　(10:30～12:00)　座長　松永　亨（大阪大耳）
竹山　勇
（聖マリアンナ医大耳）
小林　武夫
（JR東京総合病院耳）

65. 急性末梢性顔面神経麻痺における単純ヘルペスウイルス、帯状疱疹ウイルスの関与
—ペアー血清によるELISA法の検討—
〇宮本　佳人，村上　信五，小澤　哲夫，羽藤　直人，浅井　真紀，
柳原　尚明　（愛媛大耳）

66. ハント症候群でのPCR法を用いたVZV-DNAの検出
〇別所佳代子　（阪和住吉総合病院耳）
萩野　敏　（大阪大耳）

67. 顔面神経麻痺における末梢血中白血球2-5A合成酵素活性の検討
○中里　秀史，池田　　稔，久木元延生，河本　英敏，小棚木由美，
冨田　　寛　（日本大耳）

68. 再発性顔面神経麻痺と単純ヘルペスウイルス感染
○田中　博之　（横浜市）

69. 異なるウイルスが関与した再発性同側性顔面神経麻痺の１症例
○多田雄一郎，戸島　　均，前山　裕之，武田　一彦，青柳　　優，
小池　吉郎　（山形大耳）

70. 末梢性顔面神経麻痺における血液粘度と血小板凝集能の検討
○丹波　さ織，永末　裕子，森田　　恵，佐々木容子，石井　哲夫
（東京女子医大耳）
内山真一郎　（東京女子医大神内）

71. Bell麻痺患者における血清抗Borrelia burgdorferi抗体価の検討
○保前　英希，新保　和賢，津坂　和文，森若　文雄，田代　邦雄
（北海道大神内）

72. 左顔面神経麻痺・両側感音難聴で発症した神経サルコイドーシスの一例
○宗田　由紀，山本　悦生，大村　正樹，水上千佳司，老木　浩之，
小形　哲也，田辺　牧人，白馬　伸洋　（神戸中央市民病院耳）

73. Bell麻痺患者の性格検査についての検討
○落合　　薫　（東大阪市立中央病院耳）

休憩　　12:00～13:00

総会　　13:00～13:30

第13群　　腫瘍　　（13:30～14:50）　　座長　中井　　昂（山形大脳外）
神崎　　仁（慶應大耳）

74. 聴神経腫瘍手術における顔面神経保存
○塩原　隆造，大平　貴之，河瀬　　斌，戸谷　重雄　（慶應大脳外）
神崎　　仁　（慶應大耳）

75. 聴神経腫瘍手術に伴なう顔面神経断裂例に対する各種外科療法の比較検討
○石川　和夫，桃生　勝己，吉野　泰弘，戸川　　清　（秋田大耳）
菊池　顕次　（秋田大脳外）

76. 聴神経腫瘍症例の術後顔面神経機能－早期の経時的変化と長期予後との関係－
○吉原　重光，大内　利昭，佐藤　靖夫，小形　　章，井上　泰宏，
神崎　　仁　（慶應大耳）
大平　貴之，塩原　隆造，戸谷　重雄　（慶應大脳外）

77. 聴神経腫瘍術後顔面神経機能回復のプロセスについて
○横山　徹夫，龍　　浩志，植村　研一，桧前　　薫，西澤　　茂，
稲永　親憲　（浜松医大脳外）
野末　道彦　（浜松医大耳）

78. 聴神経腫瘍ガンマナイフ治療後の顔面神経麻痺症例
○菅澤　恵子，中村　雅一，中村　直也，岩崎　真一　（東京大耳）
石井　甲介　（埼玉医大総合医療センター耳）
小林　武夫　（JR東京総合病院耳）

79. 第4脳室類表皮嚢胞による顔面神経麻痺例
○矢沢代四郎，内田　　郁，井上　秀蔵　（滋賀医大耳）

80.. 顔面神経麻痺の寛解、再発をきたした小脳橋角部海綿状血管腫の一症例
○小池　修治，豊嶋　　勝，石垣　元章，高坂　知節　（東北大耳）
橋本　　省　（仙台病院耳）

81. 顔面神経麻痺を初発症状とした耳下腺部脂腺癌の1例
○渡辺　佳治，池田　　稔，伊藤　　勇，大森　英生，飯田　英信，
冨田　　寛　（日本大耳）

閉会の辞　　**(14:50～15:00)**　　**会長　齋藤　春雄**

招待講演（１）

The etiopathology of Bell's palsy
Immunological and neurophysiological aspects

Lars Jonsson MD, PhD

Mats Engström MD, *Christian Bischoff MD, *Erik Stålberg MD, PhD,
**Lars Engstrand MD, PhD and ***Anders Larsson MD, PhD

Departments of Otolaryngology, *Clinical Neurophysiology, **Clinical Microbiology
and ***Clinical Chemistry, Uppsala University, Akademiska sjukhuset,
S-751 85 Uppsala, Sweden

The etiopathology of the nerve injury in Bell's palsy is still a controversy. From the results of peripheral blood and MRI studies it would appear that the lesion is viral in nature and confined to the proximal part of the facial nerve. We have studied patients with Bell's palsy with respect to immunological changes in the cerebrospinal fluid (CSF) and neurophysiological alterations in order to get further knowledge on the etiopathology of the disease.

Immunology: CSF specimens from 28 patients (median age 42 years) with Bell's palsy were separated by iso-electric focusing (Phastsystem, Kabi-Pharmacia, Sweden) and silverstained. Oligoclonal bands in the gamma region were demonstrated in one sample and an increased protein content was found in 6 CSF specimens. The latter result indicates a blood-brain barrier damage which might reflect an inflammatory response. In order to find a specific causative agent, a study for the detection of herpes virus by DNA-amplification using the polymerase chain reaction (PCR) technique is in progress.

Neurophysiology: Twenty patients (median 43 years) were studied for the presence of interaxonal cross talk. Peripheral branches of the facial nerve were stimulated by monopolar electrodes (zygomatic and/or mental nerve branches) and latencies to the response were recorded in the orbicularis oculi and orbicularis oris muscles by surface or needle EMG. Signs of cross talk was present in a large proportion of the patients and the latency time from stimulus to response may indicate that the cross talk is localized to the midportion of the intratemporal part of the facial nerve. The study has been extended to include transcranial magnetic stimulation and recording of the peripheral facial nerve response. The combination of these two neurophysiological methods as a possible tool in defining the level of the facial nerve lesion in Bell's palsy will be further discussed.

招待講演（2）

"Human Temporal Bone Histopathology of the Facial Nerve and Facial Canal: Studies by the Pittsburgh Group"

山藤　勇
ピッツバーグ大学医学部耳鼻咽喉科教授

従来からの連続組織切片を用いた側頭骨組織病理学的研究と，新たに我々が確立したコンピューターによる側頭骨の三次元構築並びに測定，という研究方法により，我々がピッツバーグ大学にて観察した顔面神経及び同神経管の所見の内，特に臨床的に意義のあると思われる，下記の如き解剖病理学的所見のスライドを供覧し，報告する.

解剖学的所見
1）顔面神経及び神経管の代表的組織像
2）顔面神経及び神経管の径
3）顔面神経及び神経管の狭窄部位
4）顔面神経の長さ
5）第一膝部及び第二膝部の角度
6）顔面神経管の欠損部位
7）乳突孔外域の顔面神経の走行とその鼓膜像との関係
8）鼓索神経分岐部と乳突孔との位置的関係
9）Arnold Nerveとの吻合

病理学的関係
1）顔面神経の先天性異常
2）中耳炎症例に見られた顔面神経への侵襲
3）聴神経腫瘍手術症例に見られた顔面神経知覚線維の残存所見
4）顔面神経麻痺を伴った転移性気管支腺癌
5）扁平上皮癌の顔面神経への侵襲
6）耳硬化症例に見られた顔面神経の変性
7）落雷による顔面神経浮腫
8）脳幹血管梗塞症例に見られた顔面神経の変性
9）前下小脳動脈の内耳道内顔面神経後側部位への陥入所見

最後に，以上の如く，如何にヒト側頭骨組織病理学的研究方法が，現在でも側頭骨内の顔面神経の研究，教育及び臨床の三つの分野で最も基本的で重要な役割を持っているかということを申し述べたい.

1) 顔面神経のamyloid bodyの検討

藤井まゆみ[1), 後藤 昇[2), 菊池恭三[1), 木田亮紀[1)

駿河台日大病院耳鼻咽喉科[1), 昭和大医学部第二解剖[2)

中枢神経系のamyloid bodyの沈着は特異性のない加齢現象であり，amyloid bodyはastrocyteの突起に形成されるとも言われている。また病理学分野ではamyloid bodyに関して，家族性半側顔面痙攣症例で，血管の圧迫により内耳神経のamyloid bodyが増加したという報告はあるが，数量的記載はなかった。amyloid bodyを神経病理学的指標とするために，まず正常個体について数量的に捕らえておくことが必要であると考える。私達は今までに，内耳神経の中枢性髄鞘の部位でamyloid bodyを数量的に計測し，その加齢変化と部位別変化を報告した。顔面神経は中枢性髄鞘部分が短いことによるものか，amyloid bodyの存在についての報告が見つからない。今回，2例の顔面神経について一定間隔で横断切片LPH染色標本を作成し，amyloid bodyの存在を確かめて，数量的に計測したので報告する。

2) 膝神経節の形態学的解析

森山浩志[1]，島田和幸[1]，後藤昇[1]，北川正[2]

昭和大学医学部解剖２[1]，日本大学歯学部解剖１[2]

顔面神経膝神経節は，味覚に関与する神経細胞体の所在部位として臨床上重要であるが，この神経節の詳細な形態についてあまり記載されていない。膝神経節の形態学的特徴を明らかにする目的で，神経節のニューロンの数と，神経細胞の周長と断面積を以下の方法で計測し，若干の考察を加えた。材料は日本人成人の側頭部を一塊として取り出し，脱灰後，顕微鏡下で膝神経節とその周辺を剖出したものを使用した。５％重クロム酸カリと５％クロム酸カリの混合水溶液で二次固定，水洗，脱水後セロイジンに包埋し，30μm の連続切片作製後，luxol fast blue - PAS - hematoxylin (LPH) 三重染色を施した後，一定間隔で抽出した切片標本を，描画装置付顕微鏡と画像解析装置とコンピューターを組み合わせて計測と統計処理を行った。結果は３例の平均値で，神経節のニューロンの数は2043個，神経細胞の周長は0.111418㎜，断面積は9.13968×10^{-4} mm^2 となった。

3）ヒト鼓索神経の走行についての三次元再構築 —側頭骨標本による観察—

柏原一成，鈴木聡明，相川　通，大谷　巖
福島県立医科大学耳鼻咽喉科学教室

鼓索神経は中耳腔を走行するという解剖学的特徴により，手術操作時における副損傷がしばしば問題となる。われわれは，これまでにヒト側頭骨連続切片標本を用いて鼓索神経の鼓室内における走行について検討し，鼓膜，後ツチ骨靱帯，ツチ骨，キヌタ骨，前ツチ骨靱帯との関係から，ⅠからⅤ型に分類した。さらに，鼓室内に炎症が存在する場合，走行に変化が生じることを明らかにしてきた。今回，このⅠからⅤ型について，鼓室内における鼓索神経の走行をより明確にするために三次元再構築を行い検討したので報告する。

4）モルモット顔面神経における神経束構造と神経線維局在一第２報一

浅井真紀　村上信五　柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

側頭骨外顔面神経本幹における神経束内線維の局在性を明らかにするために、我々はモルモットの側頭骨外本幹の１本の神経束を選択的に切断する手技を開発し、末梢の神経分枝を組織学的に観察することにより神経束内線維の局在性について詳細な検討を行った。その結果、下口唇枝分岐部より末梢では神経束内に含まれる神経線維には各表情筋支配別の局在性が完成していることを前回の本研究会で報告した。今回は神経束切断部位を頚枝分岐部より中枢側として同様の実験を行った。11例中の６例では局在性が認められたのに対し、残り５例では複数の末梢分枝に変性が認められ、非局在であった。前回の結果とあわせて考えると、神経束が複雑に分岐•吻合を繰り返している頚枝分岐部より中枢側では部分的にしか局在性が完成しておらず、分岐•吻合が終了した下口唇枝分岐部より末梢では局在性が完成していることより、局在性は部位により異なり、神経束構造の形態と線維配列が局在性に密接に関係していることが明らかになった。

5）ラット顔面神経の再生過程における結合組織の形態学的変化

竹内直信[1)], 石井甲介[2)], 岩崎真一[3)]

1)三楽病院耳鼻科, 2)埼玉医科大学総合医療センター耳鼻科, 3)東大耳鼻科

以前我々は，ラット及びヒト顔面神経における結合組織，特にコラーゲン線維の立体構造につき透過電顕と走査電顕により観察し，当研究会においても報告した。一般に末梢神経が障害されると，Waller変性に続く再生により細い有髄線維が増加し，相対的に神経内膜の肥厚が認められることが報告されている。今回我々はラット顔面神経を用い切断実験を施行，再生過程における結合組織の変化を観察した。

材料としてWistar系ラットを用い，その顔面神経頬筋枝を切断，10−0ナイロン糸にてepineural吻合を施行した。経時的に顔面神経を採取し吻合部の末梢側の形態を透過電顕とNaOHを用いた細胞消化法により走査電顕下に観察した。その結果切断後6週後においては神経上膜および周膜に変化は見られなかったが，神経内膜の肥厚等，若干の知見を得たので報告する。

6）脱神経後のモルモット口輪筋の神経再支配について

小澤哲夫　村上信五　柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

臨床例において、一側顔面神経を切断しているにもかかわらず、数カ月後に口輪筋の麻痺が軽快してくる症例がみられる。演者らはすでに昨年の本研究会において、グリコーゲン消耗法を用いて、モルモット口輪筋において一側顔面神経の支配が正中を越えて対側まで及んでいることを報告した。この方法は、筋線維中のグリコーゲンが運動により消耗されることを利用し、筋繊維の支配神経を同定する方法である。具体的には、神経を反復電気刺激した後、ＰＡＳ染色を行ない、ＰＡＳ陰性を示す筋繊維がその神経の支配を受けていることを証明する。今回、モルモットの一側顔面神経本幹を切断し、数カ月後にグリコーゲン消耗法を行ない、前回の結果と比較検討した。その結果、神経切断側において、前回よりさらに外側までＰＡＳ陰性の筋線維が認められた。このことは対側顔面神経からのsproutingが生じ、切断側口輪筋の一部を再支配したものと考えられた。

7）　顔面神経における免疫組織学的検討（その２）

坂野立幸、犬塚一男、稲福　繁、瀧本　勲、＊水谷昭弘、＊木全弘治

愛知医科大、＊同分子医科研

ヘパラン硫酸プロテオグリカンは、ほとんどの組織の細胞膜、細胞外マトリックスに存在し他の細胞外マトリックスと相互作用し重要な調節機能を営んでいる。特に長い多糖鎖上に多数分布する硫酸基、水酸基のため多量に水分を保持しゲル上の基底膜を形成している。また、基底膜は様々な分子の浸透性調節、成長因子、ホルモン、神経伝達物質等の細胞表面への接近を調節している。第15回日本顔面神経研究会において側頭骨外顔面神経の麻痺モデルにて変性、再生過程における基底膜成分の変化ついて報告した。今回我々は、側頭骨内顔面神経麻痺モデルにてヘパラン硫酸プロテオグリカンを中心に分布、変化を観察した。側頭骨内顔面神経麻痺モデルとして、鼓膜穿孔作製後フロンガスにて５秒間冷却し麻痺モデルを作製し、抗ヘパラン硫酸プロテオグリカンコア蛋白モノクローナル抗体、抗Ｉ型コラーゲンポリクローナル抗体、抗Ⅳ型コラーゲンポリクローナル抗体を用い酵素抗体法にて観察した。

8）　顔面神経損傷によるcAMP依存性プロテインキナーゼの発現変化

大野浩司、雑賀孝昇、木山博資*、遠山正彌*

大阪大学耳鼻咽喉科、大阪大学医学部第２解剖*

顔面神経軸索の損傷によりいくつかの蛋白の発現が顔面神経核レベルで変化することが知られている。こうした蛋白発現の調節メカニズムのひとつとして、一般に核蛋白のリン酸化を介した遺伝子の転写活性の調節が想定される。そこで今回われわれは転写調節に関わるリン酸化酵素のうちcAMP依存性protein kinase(PKA)に注目し、顔面神経軸索損傷によるPKAmRNA発現量の変化をin situ hybridization 法を用いて検討した。PKAはcatalyticとreguratoryの２つのサブユニットで構成され、このうちreguratoryサブユニット(II)mRNAが軸索損傷によって術側の顔面神経核内で一時的に増加することを認めた。

9) レゼルピン処置動物の顔面神経 Na-K ATPase 活性

加納直行[1] 雲井健雄[1] 小林俊博[2] 岡田暉彦[2] 瀬口春道[2]

[1]兵庫医大耳鼻科 [2]高知医大第二解剖

生理学上，Na-K ATPase は生体膜の能動輸送や神経伝達に必須の酵素であるといわれている。一方，演者等は最近レゼルピンが血管系の Na-K ATPase 活性を阻害することを見出し，すでに発表した。それではレゼルピンを投与すると顔面神経の Na-K ATPase 活性は血管系と同様に阻害されるのであろうか，血管系の報告と同様の条件でレゼルピン処置動物を作成し，小林等の K-NPP 法を用い，酵素組織化学的に検討したので報告する。

10) Melkersson－Rosenthal 症候群における顔面神経神経鞘の病理所見

石井甲介* 竹内直信** 八木昌人*

＊埼玉医大総合医療センター耳鼻科 **三楽病院耳鼻科

Melkersson－Rosenthal 症候群は、再発性顔面神経麻痺、持続性顔面浮腫および溝状舌を3徴とし、原因としてアレルギー説、ウィルス説などあるが現在のところ不明である。我々は、30歳男性の本症候群に対し右顔面神経減荷術を施行した。その際顔面神経垂直部の神経鞘を一部切除し、透過型電子顕微鏡下に観察した。採取された標本は神経上膜のみで、神経周膜は含まれていなかった。神経上膜内には炎症細胞の浸潤や出血はみられなかったが、直径約100nmで60－70nm周期の横紋を持つコラーゲン線維の間に約200nmの径を持ち横紋が明瞭でない線維や巾1μm以上におよび長軸方向に走る細線維が識別される物質を認めた。これらの所見を検討し、さらに本症候群の発症機序について考察を加えた。

11) ウサギ顔面神経血流量の測定

中島　務，浅見清孝，茜部康一郎*，永井裕之，柳田則之

名古屋大学耳鼻咽喉科，*トヨタ記念病院耳鼻咽喉科

ウサギ顔面神経の血流量を，脳幹血流量と比較測定し顔面神経血流の特徴につき検討した。白色家兎6羽を用いネンブタールにて静脈麻酔を行いミオブロックにて筋弛緩させた。左大腿動脈より血圧をモニターし開胸後左心室内にマイクロスフェアを注入し，大腿動脈から血液サンプルを採取し，公式にしたがって脳幹と側頭骨内の顔面神経の重量あたりの血流量を，純酸素吸入時と15ないし20％炭酸ガス吸入時とで算定した。顔面神経の血流量は，純酸素吸入時は，毎分38.5±11.5μl/g(n=8)であり炭酸ガス吸入時は40.8±31.8μl/g(n=4)であった。一方，脳幹血流は純酸素吸入時は毎分807.0±95.0μl/g(n=4)であり，炭酸ガス吸入時は2例での測定で2975μl/g，3707μl/gであった。これらの結果は，重量あたりの血流量は，顔面神経は脳に比し極めて少ないこと，炭酸ガス吸入で脳幹の血流は著明に増加するのに対し顔面神経血流は有意には増加しないことを示している。顔面神経の血流を増加させる方策は，中枢神経とは全く別個に考慮しなければならないことがわかった。

12) 家兎三叉神経と顔面神経根部の血管透過性の観察

崎浜教之　松本浩司*　中尾善亮　隈上秀伯

長崎大耳鼻科　五島中央病院耳鼻科*

我々は、蛍光眼底検査用の造影剤である、フルオレセインーNa溶液を静注すると家兎の顔面神経が染色されることを第15回日本顔面神経研究会において報告した。

そこで今回、三叉神経と顔面神経の根部における血管透過性について検討を行った。フルオレセインーNa溶液の静注により、三叉神経は三叉神経節より末梢側に、また、顔面神経は内耳道遠位部より末梢側に神経蛍光が認められ、その移行部はいずれも glial－neurilemmal junction より末梢側であった。

中枢神経系には血液脳関門があり、色素の血管外への移行はみられないが、三叉神経や顔面神経などの末梢神経における関門は不完全なものと思われた。

13) 低換気による高炭酸ガス血症が顔面神経の組織循環に及ぼす影響

村川和重，石本栄作，野間研一，石田克浩，西嶌昌子，松田真也，
和泉良平，湊川　徹*，天津睦郎**
兵庫医科大学　麻酔科，同　耳鼻咽喉科*，神戸大学　耳鼻咽喉科**

ベル麻痺の成因に関わる虚血状態の発生に対する交感神経系の役割に注目し，交感神経遮断がもたらす病変部の血行改善による治療として，星状神経節ブロック療法の顔面神経の組織循環の改善効果，さらに頸部交感神経幹の電気刺激による総頸動脈血流量および顔面神経の組織血流量の著明な減少などについて，第13, 14, 15回の本研究会において報告した。

今回は，交感神経系の緊張状態が顔面神経の組織循環に及ぼす影響について，呼吸状態の関与について検討した。雑種成犬を対象として，電磁流量計にて総頸動脈血流量を，レーザー・ドプラー組織血流計を用いて顔面神経の組織血流量を連続測定しながら，低換気状態として高炭酸ガス血症を作製した。高炭酸ガス血症の発生にともない，動脈圧は著明に上昇して心拍数も著しく増加した。また，総頸動脈血流量も増加を示したが，顔面神経の組織血流量は減少を示した。今回の結果より，高炭酸ガス血症による全身的な交感神経系機能の亢進は循環系を刺激するが，顔面神経の阻血状態を惹起する可能性があると推測された。

14) 虚血性側頭骨内顔面神経麻痺モデル（第2報）

○並木　淳，後藤和宏，石川真実，安心院康彦，大平貴之，戸谷重雄
慶應義塾大学　脳神経外科

目的：昨年の本研究会で報告した顔面神経麻痺モデルを一部改良し，血管収縮剤として用いるepinephrineの至適濃度と，同一条件における麻痺の発症率を検討した。方法：雑種成猫を実験動物に用いて，全麻下にてカテーテルを外頸動脈に挿入，先端を後耳介動脈分岐部の直前においた。側頭開頭にて錐体動脈の焼灼を行なったのち，カテーテルよりepinephrineの微量持続注入を行なった。顔面神経麻痺の発現は誘発筋電図により評価し，刺激電極は小脳橋角部顔面神経および側頭骨外顔面神経本幹（茎乳突孔直後）に設置して口輪筋より複合筋活動電位を記録した。結果：Epinephrine 0.1μg/minの持続動注では明かな麻痺は認められなかった。側頭骨内顔面神経麻痺は0.5μg/minと1.0μg/minの持続動注により出現したが，両者で麻痺の程度に差はみられなかったので，0.5μg/minの持続動注で発症率を検討した。誘発筋電図の振幅は14例の平均で前値の25.8%に低下し，動注を停止することにより麻痺は速やかに回復した。前値の50%以下の振幅低下を麻痺とすれば，発症率は86%(12/14)であった。

15)　虚血性麻痺モデルにおける神経束内血管数の観察

入谷　寛，里見文男，伊達和宏，西村善彦，湊川　徹，雲井健雄

兵庫医科大学耳鼻咽喉科教室

猫を用いた，外頚動脈系の顔面神経栄養血管の栓塞術によってもたらされる顔面神経麻痺モデルの研究は，基礎的問題としては神経における虚血による病態の観察等の外に，有用とされている臨床的検査法や治療法の実験的裏付け，その結果との照合など，多くの課題を提供している。

一方，研究の目的から顧みて，作製したモデルがより妥当なものであるかについても留意する必要がある。

例えば高度の虚血麻痺において，薬物の全身投与療法に薬効を期待し得るか。

本研究会では，虚血性麻痺モデルの神経束内部の血管が，果たして液体の流れ得る管として存在するかどうかという観点から，横断面での血管数を観察した。

なお，演者らにより既報のモデルから更に選択的に，中硬膜動脈にのみ栓塞術を行なって麻痺モデルを作製し，これをモデルとして用い検討した。

16)　HSV接種による顔面神経麻痺モデルにおける感染ウイルスの同定 ーPCR法による検出の試みー

村上信五、平田義成、羽藤直人、杉田俊明、柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

我々はマウスの耳介に単純ヘルペスウイルス(HSV)を接種し、一過性の顔面神経麻痺モデルの作成に成功している。そして顔面神経組織内、特に膝神経節を中心に感染ウイルスが存在することを間接蛍光抗体法や電子顕微鏡にて証明し報告してきた。

現在、DNAレベルでウイルスの同定が可能なPCR法を用いてその検出を試みている。

本法は非常に鋭敏で特異性の高い検査法であり、将来臨床応用も可能である。

我々の方法、検出結果につき報告する。

17)　顔面神経麻痺モデルにおけるＨＳＶ潜伏感染について

羽藤直人　杉田俊明＊　平田義成　村上信五　柳原尚明

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科教室　＊愛媛県立新居浜病院

ベル麻痺の発症要因として神経節細胞内に潜伏感染している単純ヘルペスＩ型（ＨＳＶ－1）の再活性化が考えられている。これまでに我々はマウスを用い、ＨＳＶ－１初感染による実験的顔面神経麻痺モデルの作製に成功している。ＨＳＶ－１再活性化による麻痺モデルの作製にあたり、その前提条件である潜伏感染について膝神経節および三叉神経節に対しその可能性を検討した。実験はマウス16匹（内対照４匹）の一側耳介後部にＨＳＶ－１を接種、３週後に両側膝神経節および三叉神経節を採取した。潜伏感染ウイルスの検出には共生培養法を用い、同時に活動型ウイルスの検出も試みた。感受性細胞にはＶＥＲＯ細胞を用い、４週間の培養中ＨＳＶ－１の特異的細胞変性効果（ＣＰＥ）を観察した。ＨＳＶ－１接種マウスでは半数に顔面神経麻痺を認めた。共生培養では麻痺の有無にかかわらず１例を除き両側の膝神経節、三叉神経節においてＣＰＥが確認されたが、活動型ウイルスは認められなかった。以上より我々の実験系における潜伏感染の成立が証明された。

18)　ウイルス性顔面神経麻痺動物モデルの組織学的研究

杉田俊明、村上信五＊、平田義成＊、柳原尚明＊

愛媛県立新居浜病院
＊愛媛大学医学部耳鼻咽喉科

現在ベル麻痺の有力な原因の一つに単純ヘルペスウイルス（ＨＳＶ）の感染が考えられている。しかし、ベル麻痺は生命予後が良好な疾患であるために病理組織学的検討や組織培養などにより原因や神経障害機序を明らかにすることは困難である。そこで我々はマウス耳介にＨＳＶを接種しウイルス性顔面神経炎を引きおこすことにより、一過性顔面神経麻痺モデルを作成し本研究会において発表した。このモデルは麻痺側神経に炎症所見が認められ浮腫も示唆された。今回、浮腫の程度や経過を検討し若干の知見を得たので報告する。マウス耳介にＨＳＶを接種後順次断頭し、頭部を10％緩衝ホルマリンにて７日間固定した後、10％ＥＤＴＡにて10日間脱灰した。これをパラフィン包埋し水平断の連続切片を作製した。薄切をＨＥ染色し、顔面神経水平部および鼓室部を写真撮影し断面積および径をSEIKO Graf pen 5700 にて測定し顔面神経管と顔面神経との比率を比較検討した。

19)　2つの顔面神経機能評価法の互換性―40点評価法と House and Brackmann 法の互換表に関する検討―

佐藤靖夫，大内利昭，吉原重光，井上泰宏，小形　章，神崎　仁，
大平貴之*，塩原隆造*，戸谷重雄*
慶應大学医学部耳鼻咽喉科，*同 脳神経外科

我々は昨年の本研究会で，40点評価法と House and Brackmann の facial nerve grading system の2つの評価法を用いて一側性聴神経腫瘍術後症例の顔面神経機能を同時に評価してその評価結果を比較検討したところ，術後長期間経過した非吻合例の一部では後遺障害の存在のために両評価法による評価結果に不一致が認められるが，全体としては両評価法による評価結果の間には高い正の相関が認められ，互換性があることを報告した．そこで今回は，評価症例数を増やして両評価法による評価結果の互換表を作成し，後遺障害が存在する場合の互換表の補正方法等につき検討を行ったのでその結果を報告する．

20)　モアレ法からみたHouse-Brackmann評価法

結縁晃治　井口郁雄　前田学　川上晋一郎*　増田游

岡山大学耳鼻咽喉科　*岡山市

以前からわれわれは、光の干渉現象を利用して非接触的に立体の三次元測定をおこなうことができるモアレ法を用いて　顔面神経麻痺の程度評価をおこなってきた。　これまでは、日本顔面神経研究会提唱の４０点評価法との比較について検討してきたが、今回は欧米で広く用いられているHouse-Brackmann評価法とモアレ法を用いた評価について比較検討したので報告する。　４０点法が各表情については３段階の評価をしているのに対し、House-Brackmann評価法では６段階の評価をしており部分麻痺についてはより細かい段階が設定されている。　しかしながら視診法の欠点として、評価に多くの段階を設定すると再現性に難があることが指摘されている。　４０点法との比較でも報告したようにモアレ法によって観察される特定のパターンを認識し麻痺程度評価の指標とすることにより、客観性を高め再現性を良くすることができた。　また昨年来報告している簡易モアレ指数による評価もHouse-Brackmann評価法の結果とよく一致していた。

21)　House-Brackmann顔面神経麻痺評価法の検討（第2報）

青山　敬，神永千織，菅原公明，石田　孝，喜多村 健
自治医科大学耳鼻咽喉科学教室

House-Brackmann(H-B)評価法の gradeと日本顔面神経研究会評価法(40点法)の点数の間には有意な相関を認め、両評価法には互換性があることを昨年度の本研究会で発表した。今回我々は、対象疾患を2つの群に分け、疾患群により互換性に差があるか否かを検討した。対象は当科を受診した一側性顔面神経麻痺症例で、これをA群(Bell麻痺,Hunt症候群のみ)とB群(耳下腺腫瘍術後,聴神経腫瘍術後,外傷,他)に分け、両評価法により評価を行った。一部の症例については、電気生理学的評価も併用した。両評価法間のSpearman順位相関係数(危険率0.01% 以下)はA群で0.920であったが、B群では0.810と若干低値を示した。H-B評価法と40点法は、Bell麻痺および Hunt症候群において高い互換性を示すと思われたが、その他の疾患における互換性については今後も症例を重ね検討する必要があるものと思われた。

22)　顔面表情運動の計量診断の試み

磯野道夫[1]　村田清高[2]　箕山　学[2]　東　博二[2]　田中久哉[2]

1）春秋会 城山病院　　2）近畿大学医学部耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺における程度判定基準にはスコア法が用いられることが多い。しかし、客観性と再現性において、問題があったことは否めない。これらの問題点を解決するため、これまでも様々な試みが行われてきているが、簡略なスコア法に較べて、実地臨床において広く用いられるようにはなっていないようである。簡便かつ客観性のある検査法を確立するため、最近、我々は顔面の動きをパーソナルコンピューターに動画として取込み、これを細かく解析する方法を開発した。非検者の顔面の任意の部位にマークをつけ、ビデオカメラよりビデオキャプチャーボードを経由してその画像をコンピューターに入力した。これらのデジタル化された動画はコンピューターモニター上で何度でも簡単に見ることができ、様々な画像処理を行うことが可能であるうえに、マークした各点を数値化することにより経時的変化を検討することも可能であった。さらに、これら各点の移動距離、指定領域の面積の変化を検討することにより客観性のある検討が可能となることがわかった。

23)　モアレ指数による顔面神経麻痺の評価

井口郁雄，結縁晃治，前田　学*，川上晋一郎**，増田　游

岡山大学耳鼻咽喉科　*香川労災病院耳鼻咽喉科　**岡山市

我々は、昨年の本研究会で「イーと歯を見せたとき」の麻痺程度について特徴的モアレ縞パターンに注目し、2つのモアレ指数を算出し検討を加えた。その結果、2つのモアレ指数は麻痺の程度の差を数値で簡単に表現可能で詳細に評価でき、また同じ症例の麻痺の改善過程を細かく評価可能であることを報告した。

今回、「強い閉眼」の顔面動作をした時、健側にみられる内眼角から上眼瞼へ向かうモアレ縞が麻痺側では認めにくくなるパターンに注目し、眼輪筋領域の麻痺の程度を数値化して「イーと歯を見せたとき」と同様、有用な指数を求める目的で検討を加えた。対象は、当科を受診した顔面神経麻痺症例で、方法は、格子照射型モアレカメラFM -3013にＣＣＤカメラを接続し、正面像で「強い閉眼」と「イーと歯を見せる」の動作を同時に行い、サーマル・イメイジャーFTI-200にてモアレ写真撮影した。得られたモアレ写真より眼輪筋モアレ指数を求めその結果を中心に報告する。

24)　顔面神経鞘腫の３症例

畑　裕子、深谷　卓、鈴木美奈子

三井記念病院

昭和５８年から平成４年の１０年間に、当科において診断治療を行った顔面神経鞘腫の患者は３例あった。この３症例は、成人男性で、すべて側頭骨内の顔面神経鞘腫であった。初発症状は、全て異なっており、このうち２例は、初発症状の発現から当科に初診するまで、１０年以上の長い経過を持っている。１例は、顔面けいれんを初発症状とし、他の１例は、顔面神経麻痺が一時軽快しているため、ベル麻痺と考えられていた。しかし、共に、当科初診時には、顔面神経麻痺を認めた。もう１例は、外耳道に突出する腫瘤性病変を主訴とするもので、初診約２年前より軽度の難聴を自覚する他は、ほとんど無症状であった。ＣＴ等の画像診断から炎症性の病変と考え、右鼓室形成術を施行した。この折、乳突蜂巣には、コレステロール肉牙腫特有の貯留液を認めたが、顔面神経の水平部、垂直部に骨壁の欠損は認めなかった。採取した外耳道腫瘤の病理が神経鞘腫であった事から診断確定に至ったが、この時も、顔面神経麻痺はなかった。３症例を供覧し、若干の考察を加える。

25) 内耳道内顔面神経鞘腫の２例 ― 術前症状と術前神経耳科学的所見 ―

増野博康，大内利昭，小形　章，井上泰宏，神崎　仁，
塩原隆造*，戸谷重雄*
慶應大学医学部耳鼻咽喉科，*同 脳神経外科

内耳道より発生する腫瘍は大部分が聴神経腫瘍であるが，我々はこれまでに内耳道内顔面神経鞘腫を２例経験し，その術前症状及び術前神経耳科学的所見に特徴があると思われたので報告する．症例は52歳女性と33歳男性であり，両例とも術前に顔面神経麻痺は認められなかった．両例とも突発難聴で発症，突発性難聴と診断され治療により聴力は一時改善したが，その後聴力の変動を反復するため精査を受け内耳道内腫瘍と診断された．両例とも内耳道内聴神経腫瘍の術前診断で中頭蓋窩法による腫瘍摘出術を施行したが，術中所見で顔面神経鞘腫と判明した．術前神経耳科学的所見として，アブミ骨筋反射は，同側反射は両例とも reversed reflex，反対側反射は１例では reversed reflex，他の１例では域値上昇が認められ，またABRでは両例とも異常を認めなかった．

26) 減荷により麻痺改善をみた側頭骨内顔面神経鞘腫

豊嶋　勝[1]、橋本　省[1)2)]、小池　修治[1]、高坂　知節[1]
1）東北大学医学部耳鼻咽喉科
2）国立仙台病院耳鼻咽喉科

側頭骨内顔面神経鞘腫は早期から顔面神経麻痺を来たすことが多く、当然のことながら改善することは極めて稀である。したがって保存治療を行っても治癒傾向の見られない末梢性顔面神経麻痺では、本腫瘍の可能性を否定するためにも顔面神経減荷術を行うべきとの意見がある。今回、我々は術前のＣＴにて本腫瘍を疑い、手術的に確認した１症例を経験した。本例では、対側に慢性中耳炎があり腫瘍側が良聴耳であったため、先ず対側の鼓膜形成術を行い経過観察中のところ、顔面神経麻痺の改善をみた。これは、手術により乳突部に存在した小さな腫瘍の範囲を確認するため、結果的に同部を減荷したことによる効果と思われる。この際、中枢側では腫瘍が外側半規管に達している可能性が否定できず開放はいわゆる 2nd bend までで止めた。したがって、麻痺が改善したことは、腫瘍が減荷した範囲にほぼ限局していると考えることができよう。その他、本例が提起した問題点につき検討を加え報告する。

27) Cisternal Portionより発生した顔面神経鞘腫の一例

稲永親憲，横山徹夫，龍　浩志，植村研一，西澤　茂，檜前　薫，
＊野末道彦.
浜松医科大学脳神経外科，＊浜松医科大学耳鼻咽喉科.

顔面神経鞘腫の発生部位としては，vertical portionが最も高頻度でありcisternal portionは極めて稀である。われわれは，この部に発生したと思われる一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

症例は，73歳女性であり昭和60年より左顔面神経麻痺をきたし当科外来を受診した。CTにて左小脳橋角部に腫瘍陰影を指摘されたが手術を拒否し放置していた。平成4年になり歩行障害をきたすようになり，外来を再受診しCTにて腫瘍の増大が認められ入院した。神経学的には左顔面神経麻痺，左聴力障害および失調症が認められ，平成5年1月12日左後頭蓋窩開頭にて腫瘍摘出を行った。腫瘍は内耳道を破壊し小脳橋角部を占拠していた。顔面神経は，脳橋側にて同定できたが腫瘍に至る部で切断し腫瘍の摘出を行った。組織診断は神経鞘腫であった。

28) 末梢性顔面神経麻痺症例における単一筋線維筋電図所見について

武田一彦，戸島　均，青柳　優，小池吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科

末梢運動神経障害の回復後に神経再支配が起こった状態では，運動単位が大きくなり単一筋線維筋電図（以下SFEMG）上で筋線維密度が増える事が知られている．末梢性顔面神経麻痺についてSFEMG所見に関する報告は少なく，顔面神経麻痺の重症度別の神経再支配の状態についての報告は無い．今回我々は，末梢性顔面神経麻痺症例で表情運動の回復後にSFEMGにより筋線維密度を測定し神経再支配後の状態を麻痺の重症度別に評価した．その結果，神経障害が重症であればあるほど筋線維密度が増加するという結果が得られた．神経再生という病態について若干の文献的考察を加え報告する．

29) 経頭蓋磁気刺激による顔面神経刺激部位の同定
ー動物実験における検討ー

後藤和宏、大平貴之、並木　淳、安心院康彦、石川真実、塩原隆造、戸谷重雄
慶應義塾大学脳神経外科

【目的】経頭蓋磁気刺激による顔面神経誘発筋電図では、直接同側の顔面神経を刺激し誘発する筋電図（短潜時反応）と、対側の皮質神経核路を刺激する筋電図（長潜時反応）とが記録される。この短潜時反応における顔面神経の刺激部位を同定する動物実験を行った。【方法】成猫にて側頭骨内顔面神経の直接電気刺激を行い誘発筋電図を記録し、その潜時を磁気刺激筋電図と比較することにより刺激部位を同定した。また、顔面神経を内耳孔より順次切断し、磁気刺激筋電図の変化を記録した。【結果】1. 後頭蓋下開頭、小脳切除、内耳道開放にて、磁気刺激誘発筋電図波形に変化は認めなかった。2. 磁気刺激誘発筋電図の潜時は、顔面神経を内耳道内で刺激したものと一致した。3. 顔面神経を内耳道内末梢部で切断することにより磁気刺激筋電図が消失した。【結語】経頭蓋磁気刺激による顔面神経の被刺激部位は、内耳道内末梢部である。

30) 末梢神経刺激による Single Fiber Jitter 値の計測

伊達和宏，岡しおり，里見文男，入谷　寛，西村善彦，湊川　徹，雲井健雄

兵庫医科大学耳鼻咽喉科教室

顔面神経麻痺の診療に用いられている検査法は，主として残存する電気的興奮性を定性あるいは定量的に観察し，それらの殆どは全顔面神経束とし把握する立場に立つものである。

演者らは，Single Fiber EMG法によって，単一神経筋単位の伝導時間のゆらぎ（Jitter値）の計測を顔面神経麻痺において試みている。

今日までに，ヒト及び猫での健常自発活動放電時の観察，麻痺例のJitter値について検討し，軽症麻痺例で自発運動可能例の神経線維においても，伝導時間のゆらぎという観点からは，なお病的であり，更に高度の障害をうけた後に再生した線維では，極めてゆらぎが大なることなどの知見を得た。

そこで虚血性麻痺動物モデルにおいて，末梢神経刺激による誘発EMGのJitter値を計測して若干の知見を得た。

31) 逆行性顔面神経誘発電位 — 早期予後診断的価値について

中谷宏章、竹田泰三、齋藤春雄

高知医科大学耳鼻咽喉科

（目的）現在、末梢性顔面神経麻痺の予後診断には、NET、ENoG等の電気生理学的検査法が汎用されている。しかしながら、これらの検査法は側頭骨外で顔面神経を刺激し、さらにその末梢の反応をみるものであり、早期に障害程度を診断することができない。逆行性顔面神経誘発電位は、理論上、従来の方法よりも神経障害を早期に判定できるとされている。今回我々は、Bell麻痺およびHunt症候群症例に逆行性顔面神経誘発電位記録を行い、臨床例において同法の早期診断学的価値を検討した。

（結果）発病直後の神経電位は、障害の程度に拘らず、記録部位より中枢側での伝導障害を示す2相性波形を示した。この反応は、生理的ブロック例では経時的に不変であったが、神経変性をきたした症例では経過とともに神経電位の振幅が低下し、1相性さらには無反応へと進行した。この変化は、NETやENoGの変化に先行した。NETやENoGが正常で神経電位の悪化をみた症例に顔面神経減荷術を施行したところ、神経変性の進行を阻止することができた。

32) 末梢性顔面神経麻痺新鮮例に対する星状神経節ブロック療法の効果ーElectroneuronographyと麻痺スコアによる検討ー

岡本健一郎、樋口比登実、八代亮、増田豊、細山田明義

昭和大学医学部麻酔学教室

星状神経節ブロック療法のみで、治癒または約6カ月まで転帰を追えたベル麻痺およびハント症候群の患者114例について、麻痺スコアおよびelectroneuronography(以下ENoG)により脱神経の程度を追跡観察した。各症例についてENoG値が最小を示した時の値をもとに、40%以上のものをA群、20～39%をB群、5～19%をC群、1～4%をD群、0%のものをE群と分類した。次に、同じ114例について、発症より3日以内の治療開始群を即時群、14日以内の治療開始群を早期群として分類した。A～E群の各群の治療成績を検討し、かつA～E群の各群において即時群と早期群の治療成績の比較を行って星状神経節ブロック療法の治癒率を検討した。その結果、活性神経線維数が0であるE群を除く、A群からD群までの完治率は94%であり、全症例中の完治率は90%であった。また中等度以上の神経障害が認められるC群では、即時群の方が早期群に比べて治癒までの期間が有意に短縮していた。これらは神経障害の進行を止め、回復を早める星状神経節ブロック療法の有効性を示しているのではないかと考えられた。

33)　顔面神経麻痺に対するアボキナーゼ® 治療

野入輝久　神畠俊子　浅井英世

市立吹田市民病院

1 はじめに、　顔面神経麻痺に対するステロイド大量投与の有用性が認められ、いざ投与しようとすると、合併症があり使用しにくい症例も少なくない。その様な症例に対して、Bell 麻痺にはアボキナーゼ治療を、Ramsay Hannt 治療には抗ウイルス剤 Acyclovir 投与後アボキナーゼ治療を行った。顔面神経麻痺の治療成績について良好な結果を得たので報告する。

2 対象および方法、　対象は、１９９２年７月より１９９３年２月までの間に当科で顔面神経麻痺と診断し、アボキナーゼ治療を行った７症例（男性３例、女性４例）である。アボキナーゼは、１２万単位３日間に引き続いて６万単位４日～１週間投与した。そのうちのRamsay Hannt症候群の治療は、抗ウイルス剤Acyclovirを１週間投与後にアボキナーゼ投与を行った。

3 結果、　Bell麻痺及びRamsay Hannt症候群の顔面神経麻痺に有用な治療と思われた。

34)　実験的虚血性顔面神経麻痺に及ぼすステロイドの効果

竹田泰三、竹田節子、小桜謙一、中谷宏章、齋藤春雄

高知医科大学耳鼻咽喉科教室

特発性顔面神経麻痺に於けるステロイドの治療効果及びその作用機序を検討するため、中硬膜動脈の岩様部枝遮断による虚血性顔面神経麻痺モデル動物で、その麻痺の程度と神経浮腫の程度をステロイド投与の有無によって検討した。用いた動物は60匹で、対照動物30匹、ステロイド投与動物30匹であった。ステロイドの１日の投与量は20mg／kgと80mg／kgで、投与法は遮断３日目より３日間投与した初期投与と遮断３日目より３日間投与した中期投与があり、投与量と投与法の違いによって、ステロイド投与動物は合計4群から構成された。一方、対照動物は、なんら処置を施さなかった無処置動物、岩様部枝遮断後３日目まで顔面神経麻痺の程度を追跡した無投与Ｉ群、及び岩様部枝遮断後６日目まで顔面神経麻痺の程度を追跡した無投与Ⅱ群の３群からなる。ステロイドの投与は、その投与時期にかかわらず顔面神経の浮腫を軽減させるが、その効果は投与量が多い群でより著明であった。また、神経麻痺の程度はステロイドの初期投与で、投与量が多い群で軽度であった。

35) メチルプレドニゾロンを用いたステロイド大量療法のBell麻痺に対する効果

稲村博雄，戸島　均，斎藤　修，武田一彦，前山裕之，
甲州秀浩，多田雄一郎，青柳　優、小池　吉郎
山形大学医学部耳鼻咽喉科

特発性顔面神経麻痺（Bell麻痺）に対するステロイド大量療法の有効性が認められているが，今回我々はプレドニゾロンに比較して抗炎症効果が1.25倍の力価を有するメチルプレドニゾロンの大量療法の治療効果について検討した．

当科及び関連病院を受診した新鮮ベル麻痺症例で発症７日以内，初診時顔面運動採点40点法で20点以下，心不全や腎不全のない症例を対象とした．メチルプレドニゾロンを250mgまたは500mgから漸減投与を行なった．発症２週以内のENoG最低値とその後の治癒率，また胃潰瘍等の副作用の発生率について，従来のプレドニゾロン200mgでの治療群と比較検討した．その結果，メチルプレドニゾロンの効果に比較して劣るとの結論を得た．

以上より，Bell麻痺の病態が側頭骨内の神経浮腫であると考えると各種ステロイド剤の抗浮腫効果の違いについて再検討の必要があると考えた．

36) メチルプレドニゾロン大量療法によるベル麻痺の治療成績

中村克彦

徳島大学医学部耳鼻咽喉科学教室

１９８９年7月以降に当科を受診したベル麻痺新鮮例（発症１週間以内）８２例を麻痺程度により軽症（麻痺スコア５１％以上）３３例、重症（２１％以上５０％以下）１９例、完全麻痺（２０％以下）３０例の３群に分類し、軽症例にはプレドニゾロン６０ｍｇより９日間で減量する方法を、重症例にはメチルプレドニゾロン１２５ｍｇより９日間で減量するステロイド大量療法を、完全麻痺症例にはメチルプレドニゾロン２５０ｍｇより９日間で減量するステロイド大量療法を行なった。ステロイド大量療法においては、プロスタグランジンE1 60μg、メコバラミン５００mgを維持輸液５００ｍｌとともに２時間かけて点滴静注した。治療は入院を原則とするが、一部の症例においては外来にて治療を行なった。治療成績は軽症例は全例治癒、重症例は９５％、完全麻痺例では９４％の治癒率が得られた。副作用はステロイドによる皮診を２例に認めたのみで重篤な副作用は認めなかった。メチルプレドニゾロンは副作用も少なくベル麻痺の大量療法を行うのに使いやすい薬剤と考えられた。

37) 顔面神経麻痺に対するメチルプレドニゾロンの臨床効果の検討

中島久美、岩沢　寛、中島博昭、上杉恵介、佐藤成樹、大川　勇、
朝倉美弥、竹山　勇
聖マリアンナ医大、耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺に対しメチルプレドニゾロン（ＭＰ）を投与し、その有効性と安全性について検討した。対象は、平成２年１月より平成３年３月までに聖マリアンナ医大耳鼻科を受診した発症後７日以内のものとした。内訳は、Bell麻痺46例、Hunt症候群７例の計53例であった。治療は、点滴にてＭＰを３日毎に250mg、125mg、80mgと漸減し、ＡＴＰ、ニコチン酸、ビタミンB_1を併用した。効果判定は日本顔面神経麻痺研究会制定の麻痺スコアにて、経時的に判定し、スコア36点以上を治癒、30〜34点を著明改善、22〜28点を改善、20点以下を不変とした。対照として当院で施行していたプレドニゾロン（ＰＤ）30mg７日間投与と比較した。ＭＰ投与群での治癒率は８週目に90.7%、24週目（最終）93.0%、ＰＤ投与群では12週目63.3%、最終81.6%であり、ＭＰ投与群では治癒までの期間が短縮し、最終での治癒率も高かった。副作用は、53例中４例にみられたが、一過性のものでありいづれも軽微なものであった。

38) ステロイド投与後に発症したステロイド精神病の１例

西村俊二，荻野智香，下屋聡子，木西　實，天津睦郎

神戸大学医学部耳鼻咽喉科

ベル麻痺の保存的治療として，大量のステロイド剤を低分子デキストランとともに点滴静注する治療法（SD療法）を行ってきた。この際ステロイド剤の副作用として，胃潰瘍や耐糖能の悪化を認める事はよく知られているが，精神病の発症は稀とされる。今回，SD療法後のステロイド精神病と考えられる症例を経験したので報告する。

症例　66歳，男性。左ベル麻痺に対し，外来通院でSD療法（methylprednisolone 500mgより７日間かけて漸減投与）を行った。終了後３日目より，妻が意欲低下と奇異な行動に気付き，不眠や幻聴，妄想も出現した。５日目精神科を受診した所，ステロイド精神病が最も疑われたため，入院の上Bromperidol 3mgを投与した。精神症状の急速な改善を認め，14日目には軽快退院した。以後の経過観察では精神症状を認めていない。この患者には，うつ病の既往歴があった。

39) 顔面神経麻痺における脱神経の時期と対策

橋本　省[1)2)]、小池　修治[2)]、豊嶋　勝[2)]、石垣　元章[2)]、高坂　知節[2)]
1）国立仙台病院耳鼻咽喉科
2）東北大学医学部耳鼻咽喉科

Bell麻痺やRamsay-Hunt症候群の重症例においては、脱神経は発症より次第に進行しほぼ７日でピークに達するとされる。したがって、高度の脱神経を防ぐ事を主たる目的とする大量ステロイド療法などの保存治療の適応は一般に発症後７日以内とされている。しかしながら、早期に治療を開始したにもかかわらず発症後７日目以降に脱神経の進行（神経興奮性検査にての左右差、あるいはENoGにての悪化）を示してくる症例がみられ、１０日目までは十分な注意が必要である。これらの症例に対して我々は脱神経の進行が確認された時点で顔面神経管内圧の軽減（斎藤ら）を期待し、マンニトール点滴静注を行ってきたが、ほぼ予想通りの効果が得られている。これら脱神経に関わる問題については、Waller変性の速度など不明な点が多く、今後共検討が必要と思われる。

40) 顔面神経麻痺症例の検討

岡崎英紀，関谷　透，沖中芳彦，木戸利成，遠藤史郎，三浦正子

山口大学耳鼻咽喉科

今回，我々は山口大学医学部附属病院耳鼻咽喉科において昭和60年１月から平成４年12月までの８年間に入院加療を行なった末梢性顔面神経麻痺77症例について治療内容，治療経過，予後などを含めて検討を行なったので若干の考察を加えて報告する。

病因の内訳は，ベル麻痺35例，ハント症候群22例，頭部外傷７例，中耳炎７例，耳下腺腫瘍３例，顔面神経鞘腫１例，聴神経腫瘍１例および中耳腫瘍１例であり，男性40例，女性37例であった。障害部位としては，膝神経節，鼓室部に多く認められた。保存的治療としては，ビタミン剤，ＡＴＰ製剤，ステロイド剤の使用率が高く，発症２週間後から４週目にかけて改善傾向を示す症例が多く認められた。発症後４週目までに改善傾向を示さない症例は，治癒の遷延する傾向が認められた。また，11例に対して手術的加療が施行され麻痺の改善が認められた。

41) 両側性および反復性顔面神経麻痺症例

大月直樹，細見慶和，西村俊二，木西　實，天津睦郎

神戸大学医学部耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺は一側に一度だけ起こる場合が多いが，時に両側に発症したり，反復して発症する症例を経験する。我々が1984年5月から1993年1月までに取り扱った顔面神経麻痺患者は1120例で，このうち両側性および反復性に麻痺が発症した症例は50例（4.5％）であった。これらを発症側および発症時期分類すると両側同時性麻痺9例，一側反復性麻痺12例，両側異時性麻痺17例，両側異時性反復性麻痺6例となり，以前の麻痺側が不明のため分類不能のものが6例であった。原因別ではハント症候群が2例，耳性麻痺が1例，外傷性麻痺が1例に認められたが，他の46例は原因が不明であった。全ての麻痺のうち完全に治癒したのが64側で，完全治癒に至らなかったのが22側，不明及び経過観察中のものが22側であった。

両側性および反復性麻痺症例ではウイルス・細菌感染や腫瘍が原因となったり，糖尿病などの代謝性疾患や神経筋疾患など全身的な要因が関与している場合があり，十分な検索が必要である。

42) Migrating Disseminated Multiple Cranial Neuropathyの１症例

田中正美，濱田敬永，久木元延生，池田稔，冨田　寛

日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室

脳神経が多発性末梢性に障害さえる場合、多くは腫瘍、動脈瘤、肉芽腫などの基礎疾患が存在し、いくつかの隣接する脳神経が組み合わさった臨床像を呈するのが通常である。これに対し、基礎疾患が証明されず、脳神経が非連続的多発性に障害をうけたり、脳神経の種類を変えながら移動性麻痺を呈する症例が極めてまれに存在する。高橋はこのような臨床像を呈する疾患をMigrating Disseminated Multiple Cranial Neuropathyと称し、いくつかの臨床例を報告している。

今回我々は、右外転神経麻痺で発症し、その軽快とともに右Ⅱ、Ⅶ、Ⅷ、Ⅴ、さらに左Ⅳ、Ⅱ、右Ⅷ、左Ⅶ脳神経麻痺が次々と移動性に発症した症例を経験した。同症例の臨床経過を報告し、若干の文献的考察を行った。

43) ハント症候群重症麻痺例に対する入院治療の検討

久我　むつみ・大森　英生・中里　秀史
鈴木　伸・池田　稔・冨田　寛
日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室

平成３例12月より平成４年９月までの10か月間に、当科顔面神経外来を受診したハント症候群重症麻痺例（初診時score 14/40　1例、12/40　1例、10/40　4例その他 8/40 以下4例）10例についてアシクロビルの併用をしながらステロイドの大量療法を行った。治療は全例入院とし点滴静注で行った。本来のステナート法は10日間の入院でステロイド大量療法を行うのに対し、我々は６日間の入院で73歳の１例をのぞいた９例にソル・メドロール500 mg×３days及びソル・メドロール40mg×３daysを投与した。なお73歳の１例に対しては、その年齢を考慮してソル・メドロール300 mg×３daysで開始し後は同様に投与したところ10例中７例は重篤な合併症を来すことなく治癒した。

今回我々が経験した症例数は僅か10例であるが、少なくとも治癒例が７例みられたことよりハント症候群重症麻痺例に対する短期間入院でのステロイド大量療法の有用性について検討し報告する。

44) 耳小骨離断を伴った外傷性顔面神経麻痺症例

山本悦生，大村正樹，水上千佳司，老木浩之，小形哲也，宗田由紀，
田辺牧人，白馬伸洋
神戸市立中央市民病院　耳鼻咽喉科

頭部外傷による顔面神経麻痺は，側頭骨骨折による直達性より介達性損傷によるものが多い。多くの症例で難聴を伴うが，血性鼓室による伝音性難聴や内耳振盪による感音性難聴は，保存的治療で麻痺の回復とともに改善することが多い。一方，耳小骨離断を伴う症例では，経過観察しても伝音性難聴は残り，麻痺の回復も遅延する傾向が大きく，手術的治療が必要となる。今回，手術的治療を行った耳小骨離断を伴った外傷性顔面神経麻痺の６症例（男性５例，女性１例，15－43歳）について，臨床所見，手術所見，術後成績などについて検討したので報告する。外傷は交通事故３例，転落事故３例で，麻痺は即発性４例，遅発性２例であり，いずれも高度（40点法で10点以下）であった。受傷時全例に耳出血があり，１例以外意識消失があった。全例術前Ｘ線に骨折線があり，術中に典型的な縦骨折が確認されたが，直接顔面神経管に及ぶものはなかった。５例に顔面神経減荷術を行ったが，いずれも軽度の後遺症を残したが36点以上の臨床的完治が得られた。

45)　外傷性顔面神経麻痺手術症例の術後成績

大滝　一、畠野聖子、佐藤　斎、藤崎俊之、中野雄一
新潟大学耳鼻咽喉科

1982年から1992年までに当科において外傷性顔面神経麻痺のため減荷術を施行した18例について術後成績を検討した。原因別では交通事故が12例と最も多く、40歳以下が13例で若年者に多かった。また即発性麻痺が７例、遅発性９例、不明なものが２例であった。骨折は横骨折３例、縦骨折10例でその他５例となっていた。なお手術適応は NETで3.5mA 以上の左右差があり、ENoGが10%未満で麻痺スコアが10点以下とした。手術はすべて経乳突法で行い、主に水平部から茎乳突孔までの顔面神経の開放を行った。

術後１年以内に36点以上までスコアが回復した症例は５例28%で、全て縦骨折例であった。また不完全回復例13例の術後６カ月の平均スコアは18点であり、うち10例の術後１年目の平均スコアは25点であった。さらに後遺症は18例中12例67%にみられた。外傷性顔面神経麻痺症例の術後成績は良好とは言えなかった。

46)　ベル麻痺後遺症の検討

佐藤　斎、大滝　一、藤崎俊之、畠野聖子、中野雄一
新潟大学耳鼻咽喉科

1986年から1992年までに当科で精査加療し、かつ充分に経過を観察しえたベル麻痺症例 106例の後遺症について検討した。対象はいずれも発症２週以内に治療開始した症例とした。

麻痺スコアの改善が見られなくなった時点で31例29%に病的共同運動、けいれん、ワニの涙のいずれかの後遺症を認めた。後遺症の発現頻度が高くなる要因としては、①高齢者、②初診時スコアが不良なもの、③初診時あぶみ骨筋反射が陰性のもの、④初診時ＮＥＴで左右差のあるもの、⑤最終スコアが不良のものが考えられた。

後遺症が出現した症例でみるとワニの涙を認めたものは①から⑤の傾向がみられたが、病的共同運動、けいれんではそのような傾向は特になかった。

47)　Synkinesisの瞬目反射による検討(第2報)

前山裕之，戸島　均，甲州秀浩，青柳　優，小池　吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺後のsynkinesisはblink reflexにより客観的に評価できることを昨年の本研究会で報告した．今回我々はblink reflexを用いて反射波の潜時の検討を行ないsynkinesisの成因について若干の考察を加えた．対象はblink reflexおよびENoGを施行し，かつ9カ月以降経過観察し得た末梢性顔面神経麻痺患者である．検討結果によると神経変性が強いほどblink reflexの患側眼輪筋R1潜時は延長し，回復が遷延したが，患側口輪筋異常反射波のS1は神経変性程度のいかんに関わらず同程度の潜時延長を認めかつ潜時の回復も差がなかった．以上よりblink reflexのS1として現れた口輪筋へのsynkinesisは未熟な再生神経線維が関与しているものと考えられた．

48)　角膜潰瘍を生じた麻痺性兎眼症例の検討

東京大学形成外科

上田和毅，波利井清紀，山田　敦

顔面神経麻痺によって生ずる兎眼状態は，角膜の損傷を招きやすく，角膜潰瘍が発生する危険性を常にはらんでいることはよく知られている。兎眼は顔面神経麻痺の症状の中でもっとも重篤なものであり，早急に治療手段が講じられなければならない。しかし，実際には兎眼を呈する顔面神経麻痺の患者すべてに角膜潰瘍が生ずるわけではないため，早急な治療といっても，どの程度の緊急性があるかについては意見の一致を見ていない。そのため，今回はどのような患者にいつ頃どのようにして潰瘍が生ずるかを明らかにするため，当科を受診した顔面神経麻痺患者の中で，兎眼を放置されて角膜潰瘍を生じた症例について検討を加えた。その結果，角膜潰瘍の発生は小児や不全麻痺の症例には見られず，潰瘍の出現時期は10日から6カ月とさまざまであった。また，その誘因としては三叉神経の障害に起因する角膜の知覚障害が決定的な作用を及ぼすことが判明した。症例を提示するとともに文献的考察を加えて報告する。

49) 顔面神経麻痺の予後診断法について

八木昌人，本間利生，石井甲介，川端五十鈴

埼玉医大総合医療センター耳鼻科

顔面神経麻痺の予後を早期に診断することは治療法の選択も絡み臨床上重要な問題である。しかし，現在予後診断に関し信頼性の高いENoGは麻痺発症約10日以後でないと診断的価値をもたない場合が多い。そこで，今回私どもは顔面神経麻痺発症早期に予後診断が可能かどうかを検討する目的で，当科で施行したアブミ骨筋反射，ENoG，Blink reflex 等の顔面神経機能検査の結果を検討した。

対象は1991年１月から1992年12月までに当科で各種顔面神経機能検査を施行した70例である。検討の結果，顔面神経麻痺発症早期からアブミ骨筋反射，あるいはBlink reflexが出現している場合は，視診上高度麻痺であっても予後は良好であった。また，ENoG値が10％以上の例も予後は良好であったが，ENoG値が20％前後の例で不完全治癒となった例も存在した。そのため治療法の選択にあたってはアブミ骨筋反射，およびBlink reflexの有無，あるいはENoG値20％が一つの指標と考えられた。

50) ベル麻痺およびハント症候群の予後判定における臨床検査の組合わせ

○山本俊宏，松永　喬

奈良医大耳鼻咽喉科

ベル麻痺とハント症候群において，NET(nerve excitability test)，電気味覚検査，アブミ骨筋反射を組み合わせて予後との関係を検討した。また，ハント症候群においては，蝸牛症状と前庭症状の有無と予後の関係も検討した。対象は，過去６年間に当科を受診したベル麻痺患者32例(男性18例，女性14例，平均年齢43.6歳)，ハント症候群患者30例(男性20例，女性10例，平均年齢42.2歳)とした。結果はNETの異常と正常で分けると，NET異常の場合は，アブミ骨筋反射(—)の方が予後が悪く，またアブミ骨筋反射(＋)のとき電気味覚検査異常の方が予後が悪かった。NET正常の場合は，アブミ骨筋反射(＋)の方が予後がよく全例が治癒した。次にハント症候群においては，蝸牛症状や前庭症状の有無と顔面神経麻痺の予後とは一定の関係がみられなかった。

51)　末梢性顔面神経麻痺症例の平衡機能検査所見と麻痺程度・予後との関連の検討

安村佐都紀、渡辺行雄、麻生　伸、浅井正嗣、伊東宗治、石川美幸、水越鉄理

富山医科薬科大学耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺症例における平衡機能検査所見について、以前の本研究会において報告した。この結果、①Hunt症候群では自発・頭位眼振および前庭反応低下が高率に認められる、②めまいのないBell麻痺においても頭位眼振・前庭反応低下が比較的高率に認められる、③前庭反応低下例では電気性身体動揺検査の異常が高率に認められ後迷路性に障害がおよんでいることが示唆される、などの知見が得られた。今回は、末梢性顔面神経麻痺症例の平衡機能障害の程度と麻痺の程度・予後との関連について検討を加えたので報告する。対象は、1981年から1992年までの12年間に富山医科薬科大学顔面神経外来を受診した末梢性顔面神経麻痺症例のうち、平衡機能検査を施行した72例（Bell麻痺53例、Hunt症候群19例）とした。これらの症例の平衡機能異常の有無、また異常所見を認める場合はその障害範囲・程度と麻痺の程度・予後に関連があるか否かについて検討した。

52)　ＣＮＶを用いた味覚検査

東　博二、田中久哉、箕山　学、宮崎和浩、小橋和雄、村田清高

近畿大学医学部耳鼻咽侯科教室

ＣＮＶとは事象関連電位の一つで、２つの感覚刺激である警告刺激（以下、Ｓ１）、命令刺激（以下、Ｓ２）を与え、これを指令として認識、動作させる時、脳波上Ｓ１－Ｓ２間に生じる陰性電位変動を言う。Ｓ１に電気味覚計による刺激を用いてＣＮＶの検出を認みた。また、ＣＮＶの出現の有無により味覚閾値（以下、ＣＮＶ味覚閾値）を測定した。ＣＮＶの測定条件はＳ１に電気味覚刺激、Ｓ２に光刺激を用いた。電気味覚刺激時間は５００ｍsec、Ｓ１－Ｓ２間は２０００ｍsec、Ｓ１－Ｓ１間は５～２５秒とし、Ｓ１をランダムに与えた。刺激部位は舌尖より舌縁に沿って外側２㎝の部分とした。記録部位はＣｚとし、両側同時誘導とした。対象は電気味覚検査で正常であった健康成人５名とした。また味覚障害者においても測定した。被検者には前もって従来の電気味覚検査にて閾値（以下、自覚味覚閾値）を測定し、ＣＮＶ味覚閾値と比較した。全対象でＣＮＶは出現した。ＣＮＶ味覚閾値と自覚味覚閾値の差は２ｄＢ以下であった。今回の結果よりＣＮＶ味覚検査は味覚の他覚的検査法として利用可能と考えた。

53)　嗅覚刺激による瞬目反応に関する研究

西園浩文，廣田里香子，古田茂，大山勝
鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科学教室

最近，嗅覚刺激による事象関連電位の測定が行われ，他覚的嗅覚検査法として期待されている．その中で，瞬目反射や眼球運動はアーチファクトとして処理されている．しかし，誘発電位の測定が一般的でなかった時は，この瞬目を嗅覚刺激に対する　応として取り上げられていた．今回，われわれは嗅覚刺激による瞬目反応の出現様式をを嗅素刺激の条件別に検討した．嗅刺激装置はわれわれが開発した呼吸同期式嗅刺激装置OS-01(日本電気三栄社製) をもちい，瞬目反応の記録は右下眼瞼および右眼上下眼間の双極誘導にて導出した．また，嗅覚刺激誘発脳電位の記録はFzおよびCzより行った記録電位と嗅刺激よりのトリガー入力はシグナルプロセッサーSynax1000(日本電気三栄社製) を用いた．使用した嗅素は，phenyl ethyl alcohol, butanol, methyl cyclopentenolon, isoamyl acetateである．瞬目反応の出現は被検者間，検査時期によってバラツキが見られたが，その出現率は約30％であった．

54)　片側顔面痙攣における術前の電気生理学的診断法 －罹病期間と異常反応の検出率の関連－

○田村和海、大平貴之＊、森　惟明

高知医科大学　脳神経外科、慶應義塾大学　脳神経外科＊

（目的）片側顔面痙攣（ＨＦＳ）の罹病期間と誘発筋電図の異常反応の検出率との関連を検討した。（対象、方法）定型的ＨＦＳと考えられた２７症例を対象とした，患側の顔面神経眼輪筋枝（ＯＢ）刺激により口輪筋（ＯＲ）に認める異常反応〔（ＯＢ）→（ＯＲ）〕、下顎縁枝（ＭＢ）刺激により眼輪筋（ＯＣ）に認める異常反応〔（ＭＢ）→（ＯＣ）〕、患側の眼窩上神経（ＳＯ）刺激により（ＯＲ）に認める異常反応〔（ＳＯ）→（ＯＲ）〕につき検討した。臨床症状の出現してからの罹病期間３年未満の症例をⅠ群、３年以上５年未満の症例をⅡ群、５年以上の症例をⅢ群として、異常反応検出率を比較検討した。（結果、結語）異常反応〔（ＯＢ）→（ＯＲ）〕は罹病期間にかかわらずに全例で検出され、異常反応〔（ＭＢ）→（ＯＣ）〕、〔（ＳＯ）→（ＯＲ）〕は、Ⅰ群ではそれぞれ５０％、２５％で、Ⅱ群では、７８％、６７％と上昇し、Ⅲ群では全例で検出された。異常反応〔（ＯＢ）→（ＯＲ）〕は、罹病期間の短い症例でも、最も検出率が優れていた，

55) 電気生理学的検討による片側顔面痙攣発生機序の推定

石川真実、並木　淳、後藤和宏、安心院康彦、大平貴之、塩原隆造、戸谷重雄

慶応義塾大学脳神経外科

【目的】顔面痙攣では、圧迫部でのephaptic transmission にその成因を求める説と、顔面神経核の興奮性亢進に成因を求める説とが存在する。我々は、顔面痙攣患者で手術前後に顔面神経誘発筋電図でsynkinesisを示す異常電位と、神経核の興奮性を示すと考えられる顔面神経F波を測定しその病態生理について検討を加えた。【方法】顔面痙攣患者20例を対象とした。顔面神経誘発筋電図は下顎縁枝刺激眼輪筋記録、頬骨枝刺激おとがい筋記録で行った。F波は、下顎縁枝刺激おとがい筋記録で導出した。20例中９例では責任血管減圧術後にも測定を行った。【結果】術前Ｆ波が測定可能であった18例全例で患側Ｆ波は促進していた。術後、臨床的にspasmが残存した例では異常電位が記録され、患側Ｆ波の導出もなお促進している傾向を示した。spasmの消失と共に異常電位は低下し、Ｆ波の左右差も消失した。【結論】１）顔面痙攣での患側F波の促進は、顔面神経核の興奮性亢進がその病因であることを示す。２）synkinesisを示す異常電位もＦ波の促進と同様、顔面神経核の興奮性亢進を示す所見である。

56) ラット顔面神経の慢性電気刺激後にみられる異常誘発筋電図

斎藤伸二郎[1)]，A.R.Møller[2)]，中井　昴[1)]

山形大学脳神経外科[1)]
ピッツバーグ大学脳神経外科[2)]

顔面痙攣の原因が圧迫血管からの慢性逆行性刺激による顔面神経核の過興奮であるという仮説を証明する目的で，顔面神経の慢性電気刺激ラットを作成した．

ラットの一側顔面神経（側頭骨部，脳幹より3-5 mm）に留置した電極を用いて顔面神経を毎日2-10分間電気刺激した．4-8 週間の慢性刺激後，18匹中12匹のラットにおいて同側顔面神経側頭枝刺激により，口輪筋から潜時約 6.5msの異常筋電位が誘発された．更に，同側三叉神経第一枝刺激により口輪筋から synkinetic blink reflex が記録された．慢性刺激中止後（4-8週）にはこれらの異常筋電位は誘発されなくなり，また，電極留置のみで刺激を受けなかったラット群でも異常筋電位は記録されなかった．

顔面神経慢性刺激後にみられる異常筋電位は顔面痙攣患者にみられるそれによく類似している．従って，今回得られた結果は前述の仮説を支持すると考えられる．

57)

『高分解能CTによる顔面神経水平部の露出と手術所見』

出井教雄（秦野赤十字病院耳鼻咽喉科）

新川　敦，坂井　真（東海大学耳鼻咽喉科）

術前の高分解能CT（semicoronal，蝸牛面）の顔面神経水平部所見と手術所見とを197耳で比較検討した。手術時に顔面神経が露出していた64耳のうち59耳（92％）は，術前のCTで顔面神経の露出を疑うことが可能であった。しかし，CT上顔面神経の露出を疑ったもので実際の手術で露出がなかったfalse positiveが72耳あった。この原因は，1）CT上顔面神経とdensityの等しい真珠腫のMatrixが接していることによるもの，2）CT上顔面神経とdensityの等しい肉芽組織が接していることによるもの，3）顔面神経の上にある骨が非常に薄く，CTでは描出不可能と考えられたもの，4）artifactと考えられたもの，5）読撮者の差と考えられたもの等が考えられた。また，真珠腫127耳中47耳（37％）は手術所見で顔面神経が露出しており，真珠腫以外の疾患においては26％が露出していたことと，Kaplanの7％に顔面神経の自然の骨欠損があったとの報告とを共に考え，純粋な真珠腫による顔面神経水平部の骨破壊は11％～30％に生じると推定された。

58)

顔面神経MRIにおけるGd－DTPAの造影効果 －数値化による検討－

田中久哉，磯野道夫，村田清高

近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室

Gd－DTPAによる顔面神経の造影効果を調べるためにMRI画像上で顔面神経の造影度の数値化を行ない造影前T1強調画像との比較を行った。

近年，正常顔面神経の一部にも造影効果を認めるという報告があり，造影効果が顔面神経麻痺の病態を反映しているものか，顔面神経本来の造影効果なのかを画像上で評価することは慎重を要する。そこで，今回我々は，正常顔面神経例，顔面神経麻痺例各々のMRI画像をコンピューターに取り込み造影効果の数値化を試み，比較検討を行ったので報告する。

59) 外傷性顔面神経麻痺におけるMRIの診断的価値の検討

甲州秀浩，戸島 均，稲村博雄，斎藤 修，前山裕之，武田一彦，
多田雄一郎，青柳　優，小池　吉郎
山形大学医学部耳鼻咽喉科

側頭骨骨折など外傷性顔面神経麻痺の診断には画像診断は必要不可欠の検査である．単純レントゲン検査やCTでは，それが縦骨折か横骨折かなど骨折線の状態を判定できるが、顔面神経そのものがどのような障害を受けているのかは分からない。最近我々は、Bell麻痺やHunt症候群において、ガドリニウムを用いた造影MRIを撮像すると、内耳道から垂直部までの顔面神経が造影されることを報告してきた。外傷性顔面神経麻痺の場合，障害部位とガドリニウムによる造影増強効果の出現する部位に関連性があるかどうかを側頭骨骨折に伴う顔面神経麻痺2症例をもとに、神経検査所見や手術所見も含め比較検討したので若干の文献的考察を加え報告する．

60) 末梢性顔面神経麻痺におけるMRIの価値 ー小さな聴神経腫瘍2症例の報告ー

戸島 均，青柳　優，稲村博雄，斎藤 修，前山裕之，武田一彦，
甲州秀浩，多田雄一郎，小池　吉郎
山形大学医学部耳鼻咽喉科

一般に聴神経腫瘍による顔面神経麻痺は頻度は少なく，大きな腫瘍が神経を圧迫しても麻痺を来さない場合が多い．今回呈示する2症例は急性に麻痺が発症し，しかも回復を示すというBell麻痺を思わせる経過を示した．いづれも患側の感音難聴があり，麻痺発症約1年前より難聴を自覚している．

両者でＭＲＩを撮像したところ、１例は内耳道孔より8mm程突出した腫瘍，1例は5×10mmの内耳道内の腫瘍を発見できた．最近のＭＲＩの臨床的診断的価値は，このような小さな腫瘍による顔面神経麻痺を発見できる事にあると考えた．さらにその病態を考察し報告する．

61) 磁気刺激による顔面神経麻痺症例の検討

山川卓也、市川銀一郎、宮崎東洋＊

順天堂大学耳鼻咽喉科、順天堂大学麻酔科＊

現在まで顔面神経麻痺症例の麻痺の評価には電気刺激を用いてNET、ENoG、Blink reflexなどが行われてきた。また1985年、Barkerらにより磁気刺激を用いて神経を刺激する方法が開発され、1988年、Maccabeeらは頭蓋外より顔面神経を磁気刺激し、CMAPsが出現することを詳細に報告した。現時点まで我々は磁気刺激装置(MAGSTIM model 200)を用いて、主に正常症例を対象として顔面神経のCMAPs、Blink reflexを記録し、磁気刺激の有用性を報告した。今回は正常対象10例に対し、刺激コイルの位置、角度をなるべく一定にして得られたCMAPsのShort latency responseとLong latency responseの潜時と振幅を比較検討した。また当科外来を受診した顔面神経麻痺症例に対し、ENoGと経頭蓋磁気刺激によるCMAPsを記録し、さらに顔面神経麻痺の程度を顔面神経研究会の40点法とHouse-Brackmann法を用いて評価し比較検討した。その結果、正常人では安定したCMAPsが得られ、顔面神経麻痺症例では中等度以上の麻痺では磁気によるCMAPsの出現域値が比較的高いことがわかった。

62) 聴神経腫瘍手術における顔面神経の同定

小松崎　篤

東京医科歯科大学医学部　耳鼻咽喉科

聴神経腫瘍の手術において顔面神経を保存することは、患者の社会生活の上でもきわめて重要な事柄である。近年、腫瘍の早期診断は、医師の関心の高まりと診断技術の進歩により、比較的容易になってきている。問診や機能検査で腫瘍存在が疑われれば、ＭＲＩを中心とした画像診断で内耳道内腫瘍も容易に診断しうるようになってきている。したがって、手術に従事する医師にとって、腫瘍摘出および顔面神経の保存は、いずれの症例に対しても完全に行われなければならないのが現状であり、さらに聴力良好な症例では、聴力保存の努力もなされつつある。顔面神経の保存には電気生理学的なモニター法が行われるが、より確実な方法としては、解剖学的な位置関係をもとにした明視下の操作が安全である。

本演題では、我々が主として行う経迷路法、中頭蓋窩法における顔面神経の同定法を示す。

63)　顔面神経麻痺の動的再建手術について

田中嘉雄，田嶋定夫，今井啓介，前島精治，上田晃一，養父孝之介

大阪医科大学形成外科

顔面神経麻痺後の治療の主目的は，兎眼による角膜潰瘍の防止と顔面表情運動の再建である。教室では，兎眼に対しては眼瞼への側頭筋移行術を原則的に行い，顔面表情運動の再建には側頭筋・咬筋・顎二腹筋の移行術あるいはマイクロサージャリを利用した薄筋移植術，腹直筋移植術，交叉神経移植術等の動的再建術と大腿筋膜によるsuspension，眉毛挙上等の静的再建術を行なってきた。治療法の選択にあたっては年令・麻痺の程度・麻痺期間等を考慮して行なってきたが，種々の問題点も生じた。即ち，①眼瞼への側頭筋移行術と整容面からの眉毛挙上術を併用した場合に眼瞼閉鎖が不十分となる症例が多かったこと，また②口角への筋移植術を単独で行なった場合に患側口角の偏位が大きくなりすぎる症例，等である。①については，側頭筋移行術の結果を確認後に眉毛挙上術を行ない，②については従来の筋膜移植による静的再建を併用している。以上，教室での個々の治療経験を呈示するとともに，種々の問題点に対する手術法の工夫等について述べる。

64)　神経血管柄付遊離筋肉移植による陳旧性顔面神経麻痺の再建術

上田　和毅，波利井清紀，山田　敦

東京大学医学部形成外科

陳旧性顔面神経麻痺に対する動的再建法として、われわれは主として薄筋を用いた神経血管柄付遊離移植術を行なっており、過去の本研究会でも数度にわたり報告してきた。

本法は、主に“笑い”の表情の獲得を目指すべく行なわれるため、移植筋は頬部皮下で鼻唇溝部と頬骨部の間に移植される。移植筋を支配する神経（移植床で縫合する神経）により本法は第一法～第三法に分けられるが、顔面交叉神経移植と併用する第三法で最も自然な動きが得られる。

第三法はあらかじめ顔面交叉神経移植を行なっておく必要があり、手技が複雑なこと、二期的な手術となることの欠点があるが、移植筋肉が顔面神経で支配されるという利点が大きい。現在まで、約２００例に本法を施行し、良好な結果を得ているので、手技の詳細と代表的な結果を供覧する。

65) 急性末梢性顔面神経麻痺における単純ヘルペスウイルス、帯状疱疹ウイルスの関与ーペアー血清によるELISA法の検討ー

宮本佳人、村上信五、小澤哲夫、羽藤直人、浅井真紀、柳原尚明
愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室

ハント症候群およびベル麻痺の一部において帯状疱疹ウイルス(VZV)が関与していることは疑いのない事実である。ベル麻痺においても単純ヘルペスウイルス(HSV)の関与が強く示唆されているが確実な証拠はない。従来よりベル麻痺、ハント症候群において多くのウイルス血清学的検討がなされており、ELISA法は補体結反応(CF)や中和抗体(NT)より鋭敏で、早期にしかも一度の検査で診断可能との報告もある。しかし、HSV、VZVは健康人でも抗体保有率が高く、やはりペアー血清での検討が必要と思われる。ペアー血清の検討ではペアー血清を同時に、同じ条件下に測定することが大切であるが、従来の報告は測定日が異なっていたりして必ずしも正確とは言えない。今回、我々はベル麻痺、ハント症候群患者の急性期とその２～３週間後の血清を凍結保存し、同日、同条件下でELISA法を用いてIgM、IgG抗体を測定した。ベル麻痺、ハント症候群におけるHSV、VZVの関与につき検討したので報告する。

66) ハント症候群でのPCR法を用いたVZV－DNAの検出

別所佳代子[1)]，荻野　敏[2)]

阪和住吉総合病院耳鼻咽喉科[1)]，大阪大学耳鼻咽喉科教室[2)]

ハント症候群における varicella-zoster virus (VZV)の関与は以前より知られているが，VZV抗体価検査は時間を要し，ウイルス分離はさらに時間と手間を要する。今回我々はハント症候群患者の末梢血，尿，咽頭ぬぐい液および痂皮についてPCR法を行い，VZV-DNA検出を行った。可能な患者では数回採取し，経過による変化を検討した。対象は平成3年11月から平成4年12月までにハント症候群と診断された８名で，条件はdenature 94℃，annealing 60℃，extension 72℃とし，30 cycle 増幅した。PCR産物はアガロースゲル電気泳動し，エチジウムブロマイド染色後，223 bpのDNA geneを検出し，さらにサザンブロットハイブリダイゼーションを行い，VZV-DNAであることを確認した。その結果，初回測定時に，末梢血から8名中2名，尿から8名中2名，咽頭から8名中2名検出し，約1週間で消失した。また痂皮からは全例検出され，痂皮消失まで検出された。末梢血，尿から検出されたことにより初期はウイルス血症を起こしている可能性が示唆された。また早期迅速診断や，予後診断にも応用できる可能性があると考えられた。

67) 顔面神経麻痺における末梢血中白血球２－５Ａ合成酵素活性の検討

中里秀史，池田　稔，久木元延生，河本英敏，
小棚木由美，冨田　寛

日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室

2'-5'オリゴアデニル酸(2-5A)は細胞内でウイルス蛋白の合成を阻害すると考えられている。2-5A合成酵素（2-5AS）は2-5Aが合成される際に触媒として働く。この酵素活性は各種ウイルス感染において非特異的に起こるため、2-5AS活性の測定はウイルス性疾患の診断に役立つという報告がある。

我々は一昨年、顔面神経麻痺へのウイルス感染の関与を調べる目的で、急性末梢性顔面神経麻痺患者の血清2-5AS活性を測定し検討したが、明らかな関連を見いだすには至らなかった。

前回の結果をふまえ、2-5AS活性の検出精度を向上させるために、今回は、血清からではなく、末梢血中の白血球細胞内の2-5AS活性を直接測定する手法を用い、急性末梢性顔面神経麻痺患者約３０例に対して、白血球2-5AS活性を測定し、検討した。

68) 再発性顔面神経麻痺と単純ヘルペスウイルス感染

田　中　博　之

横　浜　市

再発性末梢性顔面神経麻痺はさほど稀らしい疾患ではない。原因としては顔面神経鞘腫をはじめとし，種々なる基礎疾患保有者に起ることが知られているが残りの大部分については減荷手術を施行しても究明されないものがほとんどである。

単純ヘルペスウイルス（ＨＳＶ）は初感染後三叉神経節に潜伏感染し，他のウイルスと異なり頻般に再活性化を繰り返えす特徴を有している。最も一般的な口唇ヘルペスは左右交代性，両側同時性に起ることが知られている。そこで再発性，両側同時性顔面神経麻痺患者の経過をこの点に重点を置いて詳細に調査したところ，ＨＳＶを再活性化し口唇ヘルペスを誘発するのと同じ原因（三叉神経知覚枝の損傷）が顔面神経麻痺出現時期と一致している症例が何例も発見された。血清ウイルス抗体価，三叉神経体性感覚誘発電位とも考え合わせて再発性顔面神経麻痺の多くが口唇ヘルペスと同じ発生機序で誘発され，無数にある三叉神経顔面神経吻合を介して顔面神経麻痺を起したのではないかと推察された。

69) 異なるウイルスが関与した再発性同側性顔面神経麻痺の1症例

多田雄一郎，戸島 均，前山裕之，武田一彦，青柳 優，小池 吉郎

山形大学医学部耳鼻咽喉科

再発性同側性顔面神経麻痺は稀ではないが，2回ともウイルス感染が関与している症例は稀である．今回我々は，再発性同側性顔面神経麻痺に罹患し，発症時にそれぞれ異なるウイルスＩｇＭ抗体価の上昇を認めた極めて稀な症例を経験したので，その経過を若干の文献的考察を加え報告する．

症例は32才女性で，29才時に左顔面神経麻痺に罹患した．この時血清ウイルス抗体価検査にて水痘帯状疱疹ウイルスＩｇＭの上昇を認め，Zoster sine herpeteの診断であった．4カ月にて完全治癒となった．平成4年12月下旬，子供が風疹に罹患していたが，30日より患者自身の顔面に発疹が出現した．翌31日左顔面神経麻痺が発症し当日入院のうえステロイド大量療法による治療を開始した．顔面運動採点は，5／90点，ENoG最低値は3%であった．血清の風疹ウイルスＩｇＭの上昇が認められた．

70) 末梢性顔面神経麻痺における血液粘度と血小板凝集能の検討

丹波さ織・永末裕子・森田 恵・佐々木容子・石井哲夫・内山真一郎*

東京女子医科大学耳鼻咽喉科，*東京女子医科大学神経内科

虚血性脳血管障害で異常値を示す血液粘度、血小板凝集能、血小板特異蛋白（β−TG，PF−4）と末梢性顔面神経麻痺との関連性について検討した。対象は、1988年5月から1992年6月までに当科を初診した末梢性顔面神経麻痺患者43名で、内訳はベル麻痺30名（うち9例は反復例）、ハント症候群13例である。血液粘度は全血と乏血小板血漿について東京計器製Ｅ型円錐平板型粘度計を使用して測定した。血小板凝集能は二光バイオサイエンスＮＫＫヘマトレーサーＩを使用し、ADP、アラキドン酸、PAFの不可逆凝集を生じる閾値濃度を測定した。結果は血液粘度の亢進を認めたものは43例中12例（28％）で、血小板凝集能の亢進は43例中21例（56％）であった。ＮＥＴで左右差を認めないが後遺症を残した7例中6例では、血液粘度または血小板凝集能が亢進していた。反復例9例では血液粘度、血小板凝集能のいずれかに亢進を認めた。β−TG，PF−4の測定は43例中22例に施行し、13例（59％）で高値を示した。

71)

Bell麻痺患者における血清抗Borrelia burgdorferi抗体価の検討

保前英希、新保和賢、津坂和文、森若文雄、田代邦雄
北海道大学医学部神経内科

目的：顔面神経麻痺は、Lyme病の神経症状のなかで最も高頻度に出現し、重要な症状の１つとして考えられている。特に北海道はLyme病を媒介するマダニの生息地のため、同病の発症が散見されている。そこで我々はBell麻痺の成因としてBorrelia burgdorferi感染の関与ついて検討した。方法：対象は当科および関連施設を受診したBell麻痺患者84例で、そのうち４例は両側性の麻痺を呈していた。蛍光抗体法にてBorrelia burgdorferiに対する血清IgGおよびIgMの抗体価を測定し、いずれも256倍以上を陽性と判定した。結果：IgG抗体価陽性例は３例、IgM抗体価陽性例は認めなかった。IgG抗体価陽性例はいずれも片側性の麻痺であったが、ダニ咬傷の既往や他の皮膚・関節症状はなかった。考案：今回の検索ではBorrelia burgdorferi感染がBell麻痺発症に直接関与している結果は得られなかったが、両者の関係について文献的考察も加え報告する。

72)

左顔面神経麻痺・両側感音難聴で発症した神経サルコイドーシスの一例

宗田由紀，山本悦生，大村正樹，水上千佳司，老木浩之，小形哲也，田辺牧人，白馬伸洋
神戸市立中央市民病院　耳鼻咽喉科

症例は60歳の女性。昨年５月，左顔面神経麻痺にて近医でステロイド剤の投与受け，回復傾向であったが，６月初旬より左聴力低下を自覚し当科を受診。初診時，中等度の両側感音性難聴があり，左顔面神経麻痺（40点法にて34点）も認められた。ビタミン剤・循環改善剤の内服治療を開始したが，６月末より右聴力低下も自覚した。このため背景疾患の有無を含めて精査したところ，胸部単純Ｘ線にて両側肺門部リンパ節の腫脹があり，気管支鏡による病理組織学的検査でサルコイドーシスと診断された。また，血中アンギオテンシン変換酵素の上昇も認めた。プレドニンの内服にて，左顔面神経麻痺，両側感音性難聴も高音部を残し正常域に回復し，肺門リンパ節腫脹も縮小した。

サルコイドーシスでの神経症状の合併は約５％で，第Ⅶ・Ⅷ脳神経症状を呈することは稀である。今回，我々は，左顔面神経麻痺と両側感音難聴で発見された神経サルコイドーシスの一例を経験したので，文献的考察を加え報告する。

73) Bell 麻痺患者の性格検査についての検討

○落合　薫

東大阪市立中央病院耳鼻科

過去6ヶ月間（１９９２年９月から１９９３年２月）に大阪大学医学部耳鼻咽喉科顔面神経外来を受診した患者の中から Bell 麻痺患者１２名を対象とし、ＣＭＩ健康調査表、ＹG性格検査、Depressive score を検討した。その結果めまい患者におけるようなＣＭＩの３、４型、ＹＧのＢＥ性格の有意傾向等は認められなかった。 Bell 麻痺の発症について精神的、肉体的要因の両側面から検討する。

74) 聴神経腫瘍手術における顔面神経保存

塩原隆造、大平貴之、河瀬　斌、戸谷重雄、神崎　仁*

慶應義塾大学脳神経外科、*同 耳鼻咽喉科

【目的】我々は脳神経外科と神経耳科と協同で拡大中頭蓋窩法により聴神経腫瘍手術を行っているが、今回は顔面神経保存の問題点について検討報告する。

【対象と方法】1976年から1992年までの17年間に拡大中頭蓋窩法(subtemporal transpetrosal transtentorial approach)による聴神経腫瘍手術316例のうちの腫瘍全摘出の276例［初回手術257(A群)、顔面神経が保存されていた再発再手術19(B群)］を対象とした。術中顔面神経モニタリングは276例中192例(70%)に行われた。

【主な結果】全316例の手術死亡率0.6%(2/316)、初回手術例での腫瘍全摘出率93%(257/276)、A群での顔面神経保存率88%(225/257)であり、再発再手術例では全摘出率63%(25/40)、B群での顔面神経保存率63%(19/25)、A群での顔面神経保存率は小腫瘍ほど高率であった。

【結論】聴神経腫瘍の早期診断早期手術は顔面神経保存率の向上につながり、脳神経外科と神経耳科との協同による拡大中頭蓋窩法は有用な手術アプローチである。

75) 聴神経腫瘍手術に伴なう顔面神経断裂例に対する各種外科療法の比較検討

石川和夫＊，桃生勝己＊，吉野泰弘＊，戸川　清＊，菊地顕次＊＊

＊ 秋田大学医学部耳鼻咽喉科，＊＊ 秋田大学医学部脳神経外科

聴神経腫瘍手術に際して重要な課題は，腫瘍の全摘と，聴力および顔面神経機能の保存である。不幸にして，顔面神経の解剖学的保存ができなかった場合の処置については，従来より色々な方法が考案されて来ている。

今回は，当科および当院脳神経外科にて取り扱った聴神経腫瘍手術に伴なう顔面神経切断例に対する各種治療法の結果について，比較検討して報告する。

内訳は，内耳道内顔面神経端々吻合１例，内耳道内腓腹神経移植１例，顔面—舌下神経吻合５例，顔面—副神経吻合２例である。

76) 聴神経腫瘍症例の術後顔面神経機能 — 早期の経時的変化と長期予後との関係

吉原重光，大内利昭，佐藤靖夫，小形　章，井上泰宏，神崎　仁，
大平貴之*，塩原隆造*，戸谷重雄*

慶應大学医学部耳鼻咽喉科，*同　脳神経外科

我々は昨年の本研究会で，一側性聴神経腫瘍術後早期（術後60日以内）の顔面神経機能を40点評価法により可能な限り頻回に評価すると，その経時的変化より対象を4群に分類することが可能であり，術直後（術後5日以内）のスコアが20点以上であった2群では術後早期最終顔面神経機能はほぼ正常にまで回復するが，他の2群では術後早期最終顔面神経機能評価時にも明らかな麻痺の回復は認められないことを報告した．そこで今回は，評価症例数を増やすと共に，昨年報告した症例のその後の顔面神経機能の追跡評価を行って，特に後2群における術後早期顔面神経機能の経時的変化とその長期予後との関係につき分析を行ったのでその結果を報告する．

77)　聴神経腫瘍術後顔面神経機能回復のプロセスにについて

横山徹夫，龍　浩志，植村研一，檜前　薫，西澤　茂，稲永親憲，
＊野末道彦．
浜松医科大学脳神経外科，＊浜松医科大学耳鼻咽喉科．

聴神経腫瘍術後の顔面神経機能回復は，神経がある程度解剖学的に保存されていれば機能の回復が得られるものである。今回，われわれは神経機能の回復のプロセスについて検討したので報告する。

対象は，術後6〜24カ月まで顔面神経機能を観察しえた52例である。神経機能の評価は，日本顔面神経研究会による顔面神経機能スコアーに従って行い，総計点0〜10，12〜20，22〜32，34〜40をそれぞれpoor，fair，goodそしてexcellentとした。腫瘍サイズはsmall（1 cm以下）13例，medium（1〜3 cm）15例，large（3 cm以上）24例であった。結果は，poor 11例，fair 1例，good 12例，そしてexcellent 28例であった。腫瘍摘出直後の術中顔面神経誘発筋電図の振幅は，poor 12.0±26.1，fair 7.0，good 128.9±122.1，excellent 234.5±188.7 μv であった。これら症例の術後顔面神経機能回復のプロセスについてのべる。

78)　聴神経腫瘍ガンマナイフ治療後の顔面神経麻痺症例

菅澤恵子，石井甲介*，中村雅一，中村直也，岩崎真一，小林武夫**

東京大学耳鼻咽喉科，埼玉医科大学総合医療センター耳鼻咽喉科*
JR東京総合病院耳鼻咽喉科

聴神経腫瘍に対するガンマナイフ療法が本邦においても当院脳神経外科にて平成2年6月より始められた。当科において聴覚及び平衡機能について経過観察を行なっているが，経過中7例に顔面神経麻痺が出現した。今までに聴神経腫瘍のガンマナイフ治療後の顔面神経麻痺に対する詳細な報告はない。今回我々はその臨床経過を報告するとともに若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は男性3例，女性4例。年令は36〜73歳（平均51歳）。6例は一側性（うち2例は再発例），1例はVon Recklinghousen病である。顔面神経麻痺の出現した時期は，再発例の1例（治療後1日目に麻痺が出現）を除き治療後数か月（4−12カ月，平均7カ月）であった。初診時の所見は完全麻痺3例，不全麻痺4例であった。全例麻痺を認めた時点でステロイドの経口投与を行なった。経過観察期間は1〜12カ月（平均4カ月）であるが，経過中3例は麻痺が進行し，他の4例はほぼ不変であり麻痺が明らかに改善した症例はなかった。

79)　第４脳室類表皮嚢胞による顔面神経麻痺例

矢沢代四郎，内田　郁，井上秀蔵

滋賀医科大学耳鼻咽喉科

【症例】５２歳　女性　　　　　　　　　　　【主訴】右顔面運動軽度障害

【初診までの経過】平成３年５月頃から右顔面の運動障害が徐々に始まった。近医にて内服治療を受けていたが変化がないため７カ月後の同年１２月２４日当科初診となった。

【初診時所見】NET：(右) 2.85 mA，(左) 2.34 mA，電気味覚試験：(右) ２dB，(左) ２dB，アブミ骨神経反射：同側刺激で左右とも反応あり，聴力：正常，麻痺スコア：50点(May)
以上の結果より，陳旧性の末梢性顔面神経麻痺で回復過程にあるものと判断した。

【外来経過】ステロイド剤の投与で一時改善したかに見えたが，約３カ月間経過しても著明な変化がなく，また歩行時のふらつきを訴えたため，この時点でＣＴ検査を施行した。その結果，全脳室の拡大と第４脳室内に腫瘍を認めた。

【脳神経外科経過】摘出した脳腫瘍は類表皮嚢胞であった。嚢胞は右側第４脳室底（菱形窩）を圧迫し，顔面神経内膝の位置で障害していたと考えられた。核性麻痺の症状であった。

80)　顔面神経麻痺の寛解、再発をきたした小脳橋角部海綿状血管腫の一症例

小池　修治[1)]、橋本　省[1) 2)]、豊嶋　勝[1)]、石垣　元章[1)]、高坂　知節[1)]
1）東北大学医学部耳鼻咽喉科、2）国立仙台病院耳鼻咽喉科

我々は、第13回顔面神経研究会にて小脳橋角部血管性病変によって生じた顔面神経麻痺症例2例について報告した。そのうち小脳橋角部に発生した海綿状血管腫の一例が、顔面神経麻痺の回復後1年10カ月後に再び同側の顔面神経麻痺の再発をきたしたので、その詳細について報告する。患者は17歳、女性。1989年12月末より左聴力低下、翌90年1月中旬に左顔面神経麻痺も伴うようになり当科初診となった。初診時、左顔面神経の不全麻痺を認めた、ＭＲＩにて、左小脳橋角部に海綿状血管腫を認めた。顔面神経麻痺は、その後軽快し、ＭＲＩにても血管腫の縮小がみられ、海綿状血管腫の腫瘍内出血が原因として考えられた。その後外来で経過観察中の91年11月下旬、左後頭部痛と軽度の左顔面神経麻痺が出現した。ＭＲＩにて、左小脳橋角部の海綿状血管腫の再増大が認められた。

81)　顔面神経麻痺を初発症状とした耳下腺部脂腺癌の1例

渡辺佳治　池田　稔　伊藤　勇
大森英生　飯田英信　冨田　寛
日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室

脂腺癌は、頭頸部領域でも稀な疾患である。今回われわれは顔面神経麻痺を初発症状とした耳下腺部脂腺癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

症例は66才男性で右末梢性顔面神経麻痺出現後11ヶ月後に耳下腺部に腫瘤が出現した。組織生検を施行したところ、adenocarcinomaが疑われたため右耳下腺全摘術および、右頸部廓清術を施行し、60Gyの術後照射を施行した。最終的な病理組織学的検査の結果は脂腺癌であった。術後2年6ヶ月を経過するも再発なく、現在外来通院にて経過観察中である。

— MEMO —