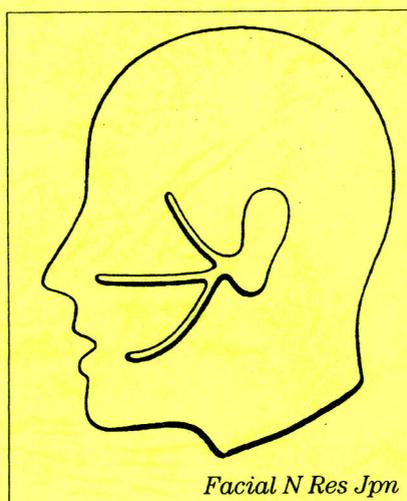


第23回日本顔面神経研究会  
プログラム・予稿集

平成12年6月22日(木)・23日(金)  
豊中：千里ライフサイエンスセンター



会長 村田清高  
近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室

お詫びと訂正

プログラム・予行集の中で、一部不備がありました。お詫びして以下の如く訂正させていただきます。

10頁 訂正前  
28. ステロイド大量療法とアシクロビル併用ステロイド大量療法の比較検討(第2報)  
(山形大学耳鼻科)

訂正後  
28. ステロイド大量療法とアシクロビル併用ステロイド大量療法の比較検討(第2報)  
川口和浩、稲村博雄、多田雄一郎、高橋伸明、甲州秀浩、青柳優  
(山形大学耳鼻科)

11頁 訂正前  
第IX群 統計(13:00~14:00)座長 山本悦夫(神戸市立中央市民病院耳鼻科)

訂正後  
第IX群 統計(13:00~14:00)座長 山本悦生(神戸市立中央市民病院耳鼻科)

第23回日本顔面神経研究会  
プログラム・予稿集

平成12年6月22日(木)・23日(金)  
豊中：千里ライフサイエンスセンター

会長 村田清高  
近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室

## 御 挨拶

この度、第23回日本顔面神経研究会を担当させて頂くことになり大変光榮に存じております。この研究会も23回を重ね、長い間顔面神経研究の発展に寄与して参りました。来年は、米国で第9回国際顔面神経シンポジウムが行われます。国内に顔面神経専門の研究会を持つわが国の研究者の活躍が期待されます。

特別講演は京都大学再生医科学研究所、再生医学応用（臓器再建応用）の清水慶彦教授にお願いいたしました。この研究会で将来の治療を語る時必ずや再生医学の恩恵を受ける日が来るのではないかと思い「再生組織工学の現状」と題してご講演をお願いいたしました。

シンポジウムとして「表情運動の他覚的評価法」を鷹の子病院の柳原尚明愛媛大学名誉教授、竹田泰三高知医大耳鼻科教授のご司会をお願いいたしました。評点法の問題点を調べているうち多くの他覚的評価法が研究されてきました。そろそろ各々の方法の成果と将来の展望についてまとめてみる必要があると考えました。これに関連して「表情運動の評価法」という指定演題をもうけました。

今回も一般演題46題をいただきました。基礎・病態、ウィルス、機能検査、統計、症例、治療などに関して多くの貴重なご発表をいただけるものと思います。

顔面神経に関係した研究に多くの方が関わってきました。本研究会がさらに発展を続けるための貴重な情報交換の場となるように微力を尽くしたいと考えております。参加される会員の皆様にとって有意義な研究会となりますように教室員一同全力を尽くしますので、どうか宜しくお願い申し上げます。

2000年5月

第23回日本顔面神経研究会

会長 村田 清高

(近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

# ご案内

## 1. 会期

平成12年6月22日(木)・23日(金)

## 2. 会場

千里ライフサイエンスセンター

〒565-0082 大阪府豊中市新千里東町1丁目4番2号  
TEL. 06-6873-2010 FAX. 06-6873-2011

## 3. 日程

学術講演会：平成12年6月22日(木) 8:55～16:50

平成12年6月23日(金) 9:00～15:55

特別講演：平成12年6月22日(木) 14:00～15:00 司会 小林武夫先生

「再生組織工学の現状」

京都大学再生医科学研究所 臓器再建応用分野 清水 慶彦先生

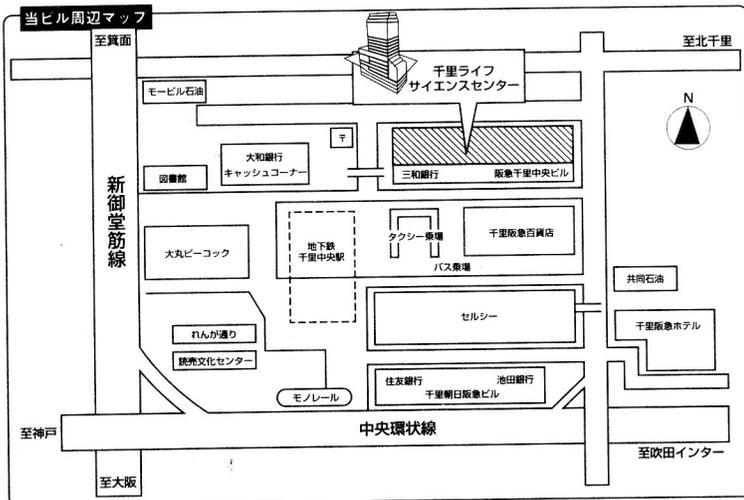
シンポジウム：平成12年6月23日(金) 司会 柳原尚明先生

竹田泰三先生

「表情運動の他覚的評価法」

1. 本多伸光先生(愛媛大学耳鼻咽喉科)
2. 中谷宏章先生(高知医科大学耳鼻咽喉科)
3. 結縁晃治先生(岡山大学耳鼻咽喉科)
4. 國弘幸伸先生(慶應義塾大学耳鼻咽喉科)
5. 磯野道夫先生(近畿大学耳鼻咽喉科)

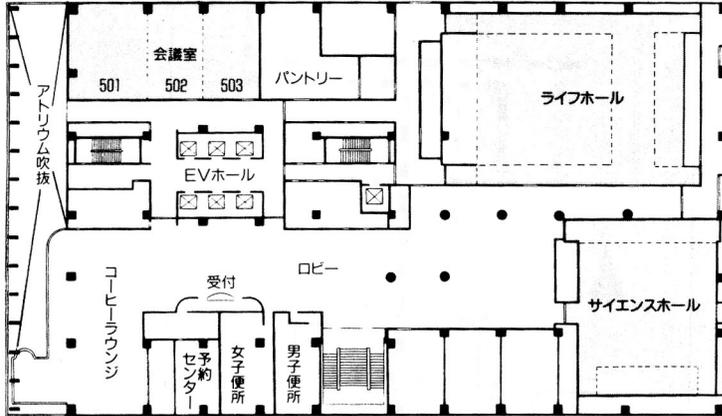
## 4. 交通案内



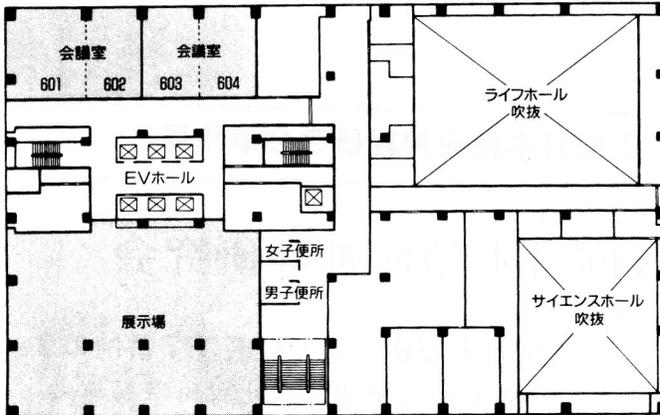


# 会場ご案内

## 5階



## 6階



## 演者・座長・司会の先生方へ

1. 会場費 7,000 円は受付でお支払い下さい。  
引き替えに参加賞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証は、認定専門医制度学術集会参加報告票を、受付の時に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 8,000 円  
日本顔面神経研究会事務局 〒160 東京都新宿区 35 番地  
慶應義塾大学医学部 耳鼻咽喉科学教室内  
TEL&FAX 03 (3353) 3003
4. 発表時間は 8 分、質疑応答は 4 分です。ビデオ演題は発表時間 10 分、質疑応答 5 分です。
5. スライドスクリーンは 1 面です。スライドは 10 枚以内とします。
6. スライドはスライド係に、該当群開始 30 分前までに必ず試写をしてから、御提出下さい。
7. ビデオは VHS、S-VHS です。  
ビデオを使用される先生は該当群開始 30 分前までに頭出しをしてスライド受付へ御提出下さい。
8. 使用されたスライド、ビデオは、講演終了後なるべく早くお引き取り下さい。
9. プログラム・予稿集は研究会当日御持参下さい。
10. 運営委員会は研究会の前日（6 月 21 日） 16 時 30 分より千里阪急ホテルにおいて行われます。  
千里阪急ホテル 樹林の間（TEL 06-6872-2211）

# 研究会日程表

6月22日 (木)		6月23日 (金)	
8: 55	開会の辞	9: 00	第Ⅶ群 治療1 座長 武田 憲昭
9: 05	第Ⅰ群 基礎・病態 座長 阪上 雅史	9: 50	第Ⅷ群 治療2 座長 佐藤 宏昭
9: 40	第Ⅱ群 機能検査 座長 青柳 優	10: 40	シンポジウム 「表情運動の他覚的 評価法」 司会 柳原 尚明 竹田 泰三
10: 30	第Ⅲ群 ウイルス 座長 犬山 征夫 村上 信五	12: 10	昼 休 み
11: 40	第Ⅳ群 症例1 座長 肥塚 泉	13: 00	第Ⅸ群 統計 座長 山本 悦生
12: 15	昼 休 み	14: 00	第Ⅹ群 中枢・基礎 座長 玉木 紀彦
13: 30	総 会	14: 50	第Ⅺ群 症例3 座長 暁 清文
14: 00	特別講演 「再生組織工学の現状」 清水 慶彦 司会 小林 武夫	15: 50	閉会の辞
15: 00	第Ⅴ群 指定演題 「表情運動の評価法」 座長 神崎 仁 池田 稔	15: 55	
16: 00	第Ⅵ群 症例2 座長 天津 睦郎		
16: 30	6月21日 (水) 運営委員会 千里阪急ホテル 樹林の間		

# 第23回日本顔面神経研究会プログラム

第1日目 6月22日(木)

開会の辞 (8:55～9:05) 会長 村田清高

第I群基礎・病態 (9:05～9:40) 座長 阪上雅史(兵庫医科大学耳鼻科)

1. 幼若および成熟ラットにおける運動神経切断後のGDNF受容体転写調節  
北原 紘、雑賀孝昇\*、西村将人\*、松代直樹\*、奥村新一、久保 武\*  
(大阪労災病院耳鼻科、\*大阪大学耳鼻科)
2. 家兔顔面神経麻痺モデルでの修復過程における組織形態の観察  
小松崎 靖、大塚崇志、加藤 功、肥塚 泉  
(聖マリアンナ医科大学耳鼻科)
3. 顔面神経運動ニューロンのアポトーシス  
加納直行 (兵庫医科大学耳鼻科)

第II群機能検査 (9:40～10:30) 座長 青柳 優(山形大学耳鼻科)

4. 顔面神経麻痺患者における前庭機能評価  
—Vestibular evoked myogenic potential (VEMP)を用いて—  
武市紀人、古田 康、大谷文雄、福田 諭、犬山征夫  
(北海道大学耳鼻科)
5. ハント症候群の早期診断について—流涙検査法の意義—  
戸田直紀、中村克彦、岩崎英隆\*、酒巻孝一郎\*\*、武田憲昭  
(徳島大学耳鼻科、\*阿南共栄病院、\*\*徳島県立三好病院)
6. 顔面神経の回復過程におけるF波の変化について(第2報)  
高橋伸明、稲村博雄、多田雄一郎、甲州秀浩、青柳 優  
(山形大学耳鼻科)
7. 顔面表情運動の3次元解析  
齋藤 啓、磯野道夫、川本 亮、宮下仁良、吉川 構、村田清高  
(近畿大学耳鼻科)

第Ⅲ群 ウイルス (10:30 ~ 11:40)

座長 犬山征夫 (北海道大学耳鼻科)  
村上信五 (名古屋市立大学耳鼻科)

8. HSV-1 初感染顔面神経麻痺モデルの麻痺治癒後の組織学的検討  
脇坂浩之、木崎久喜、高橋宏尚、本多伸光、羽藤直人、村上信五\*  
(愛媛大学耳鼻科、\*名古屋市立大学耳鼻科)
9. HSV-1 再活性化顔面神経麻痺モデルの作成  
高橋宏尚、木崎久喜、脇坂浩之、本多伸光、羽藤直人、暁 清文、村上信五\*  
(愛媛大学耳鼻科、\*名古屋市立大学耳鼻科)
10. CD4+、CD8+T細胞の抑制によるHSV-1再活性化顔面神経麻痺発現に関する検討  
木崎久喜、高橋宏尚、脇坂浩之、本多伸光、羽藤直人、暁 清文、村上信五\*  
(愛媛大学耳鼻科、\*名古屋市立大学耳鼻科)
11. 末梢性顔面神経麻痺症例における血清抗単純ヘルペスウイルス抗体型判定  
古田 康、大谷文雄、福田 諭、犬山征夫  
(北海道大学耳鼻科)
12. Zoster sine herpete 症例を疑う因子の解析  
古田 康、大谷文雄、武市紀人、福田 諭、犬山征夫  
(北海道大学耳鼻科)
13. 当科におけるzoster sine herpete 症例の診断  
大谷文雄、古田 康、福田 諭、犬山征夫  
(北海道大学耳鼻科)

第Ⅳ群 症例1 (11:40 ~ 12:15) 座長 肥塚 泉 (聖マリアンナ医科大学耳鼻科)

14. 顔面神経麻痺にて発症した中耳結核の一例  
小林健二  
(富山医科薬科大学耳鼻科)
15. サルコイドーシスによる顔面神経麻痺症例の検討  
阿部靖弘、稲村博雄、多田雄一郎、高橋伸明、甲州秀浩、青柳 優  
(山形大学耳鼻科)
16. 両側性外傷性顔面神経麻痺  
木村洋元  
(秋田大学耳鼻科)

昼休み 12:15～13:30  
総会 13:30～14:00

特別講演 (14:00～15:00) 司会 小林武夫(帝京大学附属市原病院耳鼻科)

再生組織工学の現状 清水慶彦(京都大学再生医科学研究所 臓器再建応用分野)

第V群 指定演題「表情運動の評価法」(15:00～16:00)

座長 神崎 仁(慶應義塾大学耳鼻科)

池田 稔(日本大学耳鼻科)

17. 顔面神経麻痺の表情運動の評価における自覚的評価の意義

池田 稔、中里秀史、弘重光一、吉川琢磨、赤野間百香、大森英生

(日本大学耳鼻科)

18. 顔面神経麻痺後遺症の臨床的検討

—特に病的共同運動の自他覚評価について—

佐藤由宇、浜田昌史\*、中谷宏章\*、竹田泰三\*

(高知県立安芸病院耳鼻科、\*高知医科大学耳鼻科)

19. 輪郭抽出法に基づく顔面神経麻痺評価

田中敏幸、吉田訓之、國弘幸伸\*

(慶應義塾大学理工学部物理情報工学科、\*慶應義塾大学耳鼻科)

20. 赤外線カメラを用いた病的共同運動の客観的評価

—口笛運動時の眼瞼狭小について—

宮下仁良、吉川 構、斎藤 啓、川本 亮、磯野道夫、村田清高

(近畿大学耳鼻科)

第VI群 症例2 (16:00～16:50) 座長 天津睦郎(神戸大学耳鼻科)

21. 躯幹の帯状疱疹に合併した顔面神経麻痺例

杉浦むつみ、大前由紀雄、池田 稔\*、中里秀史\*、赤野間百香\*

(東京都老人医療センター耳鼻科、\*日本大学耳鼻科)

22. 伝染性単核球症に併発した顔面神経麻痺

柳原尚明、比野平恭之、本田伸光\*

(鷹ノ子病院耳鼻科、\*愛媛大学耳鼻科)

23. ベル麻痺患者にみられる疼痛について—咀嚼筋症候群を続発したベル麻痺症例—

村川和重、野間研一、松田真也、前田成夫、夫 萬秀、和泉良平、上村由美、

里見文男\*、名取 淳\*\*、湊川 徹\*\*\*、天津睦郎\*\*\*\*

(兵庫医科大学 麻酔科、\*同耳鼻科、\*\*同口腔外科、\*\*\*千船病院、\*\*\*\*神戸大学耳鼻科)

24. Hyperviscosity syndrome に合併した交代性顔面神経麻痺の一例  
竹内直信、中村直也、小崎寛子、戸島 均\*  
(東京大学病院耳鼻科、\* 日立総合病院耳鼻科)

## 第2日目 6月23日(金)

第VII群 治療 1 (9:00～9:50) 座長 武田憲昭(徳島大学耳鼻科)

25. 筋膜移植による眉毛挙上術  
上田和毅、梶川明義  
(福島県立医科大学形成外科)
26. ベル麻痺後の病的共動運動と瞬目反射  
- バイオフィードバック療法の効果と過誤支配率の関連について -  
森嶋直人  
(豊橋市民病院リハビリテーションセンター)
27. 糖尿病を合併した新鮮ベル麻痺の臨床的検討  
- ステロイド療法と Lipo PGE1 療法の比較検討 -  
郡山智也、坂野立幸\*、稲福 繁\*、片桐典子\*\*  
(名古屋記念病院耳鼻科、\* 愛知医科大学耳鼻科、\*\* 土岐市立総合病院耳鼻科)
28. ステロイド大量療法とアシクロビル併用ステロイド大量療法の比較検討(第2報)  
(山形大学耳鼻科)

第VIII群 治療 2 (9:50～10:40) 座長 佐藤宏昭(近畿大学奈良病院耳鼻科)

29. 置針を併用した顔面神経麻痺の初期治療一統報一  
岡村由美子、荒牧 元、新井寧子、\* 菊池尚子  
(東京女子医科大学附属第二病院耳鼻科、\* 北総白井病院耳鼻科)
30. ベル麻痺の薬物療法におけるビタミンB製剤の効果について  
荻原正洋、長島義人、石川晶三\*  
(長野赤十字病院麻酔科、\* 諏訪赤十字病院神経内科)

31. 病的共同運動の予防を目的としたバイオフィードバック療法の効果  
 (ビデオ演題)  
 中村克彦、酒巻孝一郎\*、岩崎英隆\*\*、戸田直紀、武田憲昭  
 (徳島大学耳鼻科、\* 徳島県立三好病院、\*\* 阿南共栄病院)
32. 経乳突顔面神経減荷術における術後聴力-キヌタ骨一時除去とキヌタ骨保存の比較-  
 (ビデオ演題)  
 村上信吾、松田太志、本多伸光\*、柳原尚明\*\*  
 (名古屋市立大学耳鼻科、\* 愛媛大学耳鼻科、\*\* 鷹の子病院耳鼻科)

シンポジウム 「表情運動の他覚的評価法」 (10:40～12:10)

司会 柳原尚明(鷹の子病院耳鼻科)  
 竹田泰三(高知医科大学耳鼻科)

1. 表情運動の他覚的評価 - 評点法(40点法とHouse-Brackmann法) -  
 本多伸光  
 (愛媛大学耳鼻科)
2. 積分筋電図による表情運動の他覚的評価  
 中谷宏章、浜田昌史、竹田泰三、佐藤由宇  
 (高知医科大学耳鼻科)
3. モアレ指数による顔面神経麻痺の客観的評価  
 結縁晃治  
 (岡山大耳鼻科)
4. オプティカルフローを利用したビデオ画像の解析  
 國弘幸伸  
 (慶應義塾大学耳鼻科)
5. マーカーを用いた顔面表情筋運動の他覚的評価  
 磯野道夫、村田清高、川本 亮、宮下仁良、斎藤 啓、吉川 構  
 (近畿大学耳鼻科)

昼休み (12:10～13:00)

第IX群 統計 (13:00～14:00) 座長 山本悦夫(神戸市立中央市民病院耳鼻科)

33. 当科における先天性顔面神経麻痺症例の検討  
 稲村博雄、多田雄一郎、高橋伸明、甲州秀浩、青柳 優  
 (山形大学耳鼻科)

34. 当科における耳炎性顔面神経麻痺の検討  
本多伸光、木崎久喜、高橋宏明、脇坂浩之、暁 清文  
(愛媛大学耳鼻科)
35. 北村山公立病院における顔面神経麻痺症例の検討  
木下俊之  
(北村山公立病院耳鼻科、日本医科大学附属第二病院耳鼻科)
36. 末梢性顔面神経麻痺の臨床統計  
田辺牧人、山本悦生、篠原尚吾、前谷俊樹、坂本達則、金 泰秀  
(神戸市立中央市民病院耳鼻科)
37. 滋賀医科大学における顔面神経麻痺の統計的観察  
小川富美雄、矢澤代四郎、北西 剛、駒田佳子、北嶋和智  
(滋賀医科大学耳鼻科)

**第X群 中枢・基礎 (14:00～14:50) 座長 玉木紀彦 (神戸大学脳神経外科)**

38. 第4脳室底病変に対する顔面神経核マッピングの経験  
森川雅史、玉木紀彦  
(神戸大学脳神経外科)
39. 片側顔面痙攣におけるボツリヌス・トキシン筋注後の顔面神経核興奮性の変化  
木村重仁、大平貴之、新美 牧、金子庸生、落合真人、河瀬 斌  
(慶應義塾大学脳神経外科)
40. ベル麻痺発症早期における鼓索神経電子顕微鏡所見  
田中博之、神尾尚彦\*、山崎一人\*\*、國弘幸伸\*\*\*  
(横浜市、\* 荻窪病院耳鼻科、\*\* 慶應義塾大学病理診断部、\*\*\* 慶應義塾大学耳鼻科)
41. 口唇突出運動時の脳磁図  
東野一隆、蜷川 崇\*、國弘幸伸、大出尚郎\*\*、春田康博\*\*\*、神崎 仁  
(慶應義塾大学耳鼻科、\* 慶應義塾大学大学院理工学研究科、\*\* 慶應義塾大学眼科、\*\*\* 横河電機)

**第XI群 症例 3 (14:50～15:50) 座長 暁 清文 (愛媛大学耳鼻科)**

42. 過長茎状突起症を伴った顔面神経麻痺症例  
佐藤進一、高木 明、山河和博、梅田裕生  
(静岡県立総合病院耳鼻科)
43. 先天性顔面神経麻痺の2症例  
中村直也、竹内直信、小崎寛子、戸島 均\*  
(東京大学耳鼻科、\* 日立総合病院耳鼻科)

44. 小さな脳幹梗塞によると考えられた顔面神経麻痺の1症例  
戸島 均、山田智佳子、石川敏夫、藤田恒夫\*  
(日立総合病院耳鼻科、\*日立総合病院神経内科)
45. 耳介及び喉頭の帯状疱疹と第ⅦⅧⅨⅩⅪ脳神経麻痺を呈した Hunt 症候群の1例  
山田智佳子、戸島 均、石川敏夫  
(日立総合病院耳鼻科)
46. 顔面神経麻痺を伴った側頭骨真菌症の1例  
中里秀央、池田 稔、山内悠起子、久木元延生、吉川琢磨  
(日本大学板橋病院耳鼻科)

閉会の辞 (15:50-15:55) 会長 村田清高

# 特別講演

平成12年6月22日(木) 14:00~15:00

## 「再生組織工学の現状」

清水 慶彦

(京都大学再生医科学研究所臓器再建応用分野)

司会

小林 武夫

(帝京大学医学部附属市原病院耳鼻咽喉科)

## 再生組織工学の現状

清水 慶彦（京都大学再生医科学研究所臓器再建応用分野）

これまで先端医療とされていた人工臓器と移植の二本柱がそれぞれ限界点に達してきている。約20年前頃から自己の組織を再生させることによって、荒廃或いは欠損した組織や臓器を還元するという治療法がブレイクスルーと成りうるとして様々の試みが始められてきた。即ち、組織工学という新しい学際的研究領域が生まれつつある。組織工学は、現在、さまざまな非常に幅広い方法が研究されているが、再生医学という点からみると、痛んだ臓器を復活させるという点から言えば全ての治療法が再生医学と言えるであろう。

現在、組織工学において、試みられている手法は様々である。ヒト細胞を *in vitro* で細胞培養によって量産して、広く多くの患者に用いる方法がある。ヒト組織をコンピューター制御のもとに、生きたまま凍結保存して使用する方法がある。ヒト細胞や異種動物細胞を培養増殖させ、これを免疫解離膜で被って体内に埋入する方法もある。ヒト遺伝子導入異種動物臓器移植がある。

これらの方法と異なり、自己細胞による自己組織、自己臓器を再生・還元させる方法が最近成果をあげつつある。これまで、ヒトを含む哺乳動物の高次に分化した臓器は再生の能力を失ってしまっていると信じられていた。しかし、実際にはこのような再生能を失っているのではなく、個体を守るための創傷治療が早く進行して臓器再生の場を奪ってしまうために、その能力が隠されてしまっているのである。実際、骨髄移植という治療法が広く臨床で応用されて成功している。血液系の細胞に幹細胞が存在し、それが分化増殖することを利用して、これは血液幹細胞が分化増殖する骨髄組織という天与の場が生体内に設定されているからこそ成功しているのである。しかし、ほとんどの組織や臓器では欠損が生じた場合には同時に再生の場が失われる。そのために、高次臓器の再生能が見失われていたのである。

正常な自己組織を再生させるためには生体内に広く存在する幹細胞に対して、再生の場を与えること、幹細胞増殖成長因子と言われる生体内の蛋白質を適切に利用すること、さらには幹細胞を培養系で分離増殖させて追加利用する技術などを利用するのである。再生医学とは、再生のための場（環境）、細胞増殖成長因子、幹細胞の3者を組み合わせて、欠損したり、荒廃した組織や臓器を再び健全なものにしようとする方法である。

組織工学として生まれつつある新領域は、最終的には自己組織を自己の治癒力によって形態的にも機能的にも回復せしめる医療に発展すると思われる。

# シンポジウム

平成12年6月23日(金) 10:40~12:10

## 「表情運動の他覚的評価法」

司会

柳原尚明 (鷹の子病院耳鼻咽喉科)

竹田泰三 (高知医科大学耳鼻咽喉科)

## 表情運動の他覚的評価

### 一 評点法（40点法と House-Brackmann 法）一

本多伸光（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

顔面神経麻痺の程度は、大まかには完全麻痺（全麻痺）と不完全麻痺（部分麻痺）とに区別され、完全麻痺または全麻痺は患側の表情運動機能が完全に失われている状態をいい、不完全麻痺または部分麻痺とは患側の表情運動機能が部分的に残っている状態をいう。しかし、このような大まかな麻痺程度の判定基準では顔面麻痺の程度を適切に評価することは不可能で、顔面神経麻痺の臨床経過や治療効果を検討することはできない。そのためには定義が明確で主観的誤差の少ない、普遍性、妥当性を持ち世界的に広く用いられる評価法が必要である。日常煩雑な臨床場において活用できる顔面神経麻痺を評価する基準を設定する場合に必要な条件は、1) 検査法が単純で短時間内に行えること、2) 定量的表現が可能なこと、3) 再現性が高く、検者間の誤差が少ないことである。顔面神経麻痺の評価法には大きく分けて2つの方法がある。1つは顔面全体の印象を概括的に捉えて麻痺程度を評価する方法（gross system）であり、顔面麻痺の程度を顔面全体の印象から0度、1度、2度、3度と程度で記載する方法である。1983年に John W. House は病的共同運動、拘縮や痙攣などの麻痺後遺症も考慮した6段階の gross system を報告し、この system は American Academy of Otolaryngology & Head and Neck Surgery で公式的に用いることが承認され、House-Brackmann 法として広く世界的に用いられている。もう1つは顔面表情の主要な機能を区分して幾つかの単位に分け、障害程度をスコアでそれぞれを個別に評価し、これを集計して点数や百分率で記載する顔面部位別評価法（regional system）である。本邦では1974年に顔面神経研究班が組織され、柳原を中心として研究が進められ、優れた精度を持ち、数量的に麻痺経過を観察できる顔面部位別評価法が作製され、推奨されてきた。このスケールは現在、日本顔面神経研究会提唱の麻痺判定基準として広く用いられており、世界でもその臨床的有用性を高く評価されている。

今回、House-Brackmann 法と40点法（柳原法）の評価判定基準の詳細、その特徴および両評価法の互換性について紹介し、さらに我々が臨床において麻痺の程度評価の指標として使用している40点法（柳原法）の客観性について検討した。

## 積分筋電図による表情運動の他覚的評価

中谷宏章、浜田昌史、竹田泰三、佐藤由宇\*

(高知医科大学耳鼻咽喉科学教室、\* 県立安芸病院 耳鼻咽喉科)

現在、本邦でもっともよく用いられている顔面神経麻痺の程度評価法は、日本顔面神経研究会提唱の40点法(柳原法)とHouse-Brackmann法である。それぞれ、部位別評価法、概括的評価法と相違はあるが、いずれも肉眼的な観察のみですむため、簡便な方法として汎用されている。しかし、一方で客観性や定量的評価に対する限界が指摘されており、これらの欠点を補う評価方法が模索されてきた。我々は、筋電図原波形を積分化することにより筋収縮の程度を定量化する方法を行っている。今回、その有用性について報告する。

方法)

顔面の指定部位に皿電極を置き、40点法で用いられている額のしわ寄せ、強閉眼、口笛、イーと歯をみせるの4つ運動について筋電図を記録した。得られた干渉波形を積分化することによって求められる干渉波の面積を筋収縮量とみなし、患側/健側比を計測することによって障害程度を定量化した。

長所と短所)

検者の主観の入らない客観的検査法であり定量的評価が行える、スコア判定の難しい症例においても筋収縮の程度を正確に測定できる、健側の影響を受けにくい等の長所をもつ。他方、評点法に比べ手技が煩雑であり、視覚的な異常の程度と積分筋電図値が必ずしも一致しない例もある。評点法の信頼性に対する検討)

評点法によるスコアは積分筋電図値の結果に概ね対応して変化しており、評点法による麻痺程度評価は信頼のおけるものであることが分かった。しかし、減弱と判定される評点法の2点に対する筋電図の左右比は広範囲にわたり、定量的評価には限界があることが確認された。

表情運動について分かったこと)

表情筋の運動機能は各筋一様ではなく部位によって多少のずれがあること、また筋収縮力の回復に先んじて視覚的な左右差はなくなることが分かった。

将来的な応用)

積分筋電図は筋収縮程度を正確に表現する。このため、特に高度障害例における治癒程度の評価や各種治療の有効性判定に有用と考えられる。

## モアレ指数による顔面神経麻痺の客観的評価

### 結縁晃治（岡山大耳鼻咽喉科学教室）

顔面神経麻痺の評価をするとき問題となるのは、眼や口といった解剖的な指標がはっきりとした部分と、頬のような解剖学的な指標がない部分の動きや緊張を同時に評価しなければならないことである。そのためには、なんらかの「ものさし」を使うのがよいと思われる。そこでわれわれは光の干渉現象を利用した三次元的計測法であるモアレ・トポグラフィー（モアレ法）を顔面神経麻痺の客観的評価のために用いた。この測定法は、測定対象に接触せずに測定できるので、皮膚のような僅かな力を加えることによっても変形するものの測定には適している。モアレ法により、顔面の形状を地形図のように等高線として二次元平面上に表すことができるが、これを定量的に評価するのは困難である。そこで麻痺の程度に応じて、モアレ縞の特徴的なパターンが出現することを利用して、そのパターンを示すモアレ縞の数を数えることによって簡単に算出できる三つのモアレ指数を考案した。そしてこの、眼モアレ指数、鼻唇溝モアレ指数と口モアレ指数から総合モアレ指数を算出することにより、顔面神経麻痺の客観的評価を行っている。この方法は、モアレカメラという特殊な道具を必要とする点で汎用性には欠けるが、この方法を通じて視診評価法でどの部分にどの程度のウェイトを持たせればよいかという問題に応えられるのではないかと考えている。

## オプティカルフローを利用したビデオ画像の解析

國弘幸伸（慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

顔面神経麻痺の客観的評価法としては、我が国ではモアレ法とマーカー法が代表的なものであろう。国際的にはNeelyらのimage subtraction法が有名である。これらの客観的評価法は、40点評価法やHouse-Brackmann法などの主観的評価法の宿命的な問題点といえる客観性と再現性の低さを補うものとして期待されている。しかし最初の報告から10年近い年月が経過したにもかかわらず、いずれの方法も臨床の場で広く採用されるまでには至っていない。撮影・解析方法が煩雑で時間がかかることと高価な機器の購入が必要であることがこれらの評価法普及の障害となっている。これら3つの評価法の中ではNeelyらのimage subtraction法が最も簡便で費用を要しないと考えられるが、コンピュータ技術が飛躍的に進歩した現在においては強く興味をひかれる方法とは言い難い。

昨年の本研究会学術講演会でも報告したように、我々の方法ではオプティカルフローを利用して画像の解析を行う。撮影には市販されている民生用のデジタル・ビデオカメラを用いる。また暗室などの特別な部屋も必要ない。撮影時間も短く、2～3分で終了する。記録した動画はIEEE1394端子を介してコンピュータに入力し、静止画に分割する。

我々の方法のもうひとつの特長は、顔面上の特徴点ではなく全画素の移動量と移動方向を算出するという点である。したがって解析結果をいかようにも利用することができる。たとえば解析結果をベクトル表示し顔面画像上に重ね合わせるといったことも可能である。このような表示方法は顔面の各領域の動きを一目で直感的に把握するのに有用である。またマウスなどを用いて選択した顔面の任意の領域の動きを数値で表すといったこともできる。

この解析方法の信頼性について過去に剛体を用いて検証を行っている。剛体の実際の動きと解析結果との間には非常に高い相関が認められた。ただ顔面の動きが速い場合には比較的大きな誤差が出る可能性がある。そのため、速い動きにも対応できるよう解析プログラムの改良を進めている。また本解析法では全画素につき計算を行うため解析に時間がかかるが、この点もハードウェアの高速化とプログラムの更なる改良によって解決されると考えている。本解析法はまだ開発途中であり、我々自身もまだ実際の臨床の場で本法を広く応用するまでには至っていない。しかし簡便で特殊な機器を必要としない我々の方法は、基礎研究においてもまた臨床的にも幅広く利用される可能性を秘めている。特に異常共同運動の解析や動的顔面神経再建術後の麻痺の回復過程の追跡などには有力な方法となるであろう。

## マーカーを用いた顔面表情筋運動の他覚的評価

磯野道夫、村田清高、川本 亮、宮下仁良、斎藤 啓、吉川 構  
(近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

顔面表情筋運動の他覚的評価法が日常臨床に必須のものであるかどうか現在なお議論の多いところである。というのは、ヒトの顔面表情筋運動を評価する試みには、40点法やHouse-Brackmannのsystemがすでにあり、いずれも検者の主観が入るといった弱点があるとは言え、顔面神経の専門医が評価し、麻痺の経過を追うことに関する限り、日常臨床においてはおおむね問題がないからである。これまで、我々の方法も含めて、様々な機器を用いた、検者の主観が入らない方法が試みられている。しかし、上記評点法に取って代わるような簡便な方法は未だ開発されていないように思われる。いずれの方法も、何らかの機材を用いるかぎり、複雑になり評点法のように簡単にはいかないのは当然である。ただ顔面神経麻痺の経過を追うだけの他覚的評価法の開発は意義が大きいと考えられる。

我々の方法は、当初は評点法と同様の機能をもたせるべく開発したものであった。最初のシステムは安価な家庭用ビデオCCDカメラで顔面に貼り付けたフェルト地のマーカーの動きを捉え、静止時と動いたあとのマーカーの位置の変化をコンピューター上で解析するというものであった。このシステムで、40点法との相関が得られ、顔面麻痺の臨床経過を追うことができることがわかった。しかし、安価で単純なシステムとは言え、マーカーの動きの数量化には膨大な労力が必要であり、40点法と同等の臨床的意義しかないのであれば割にあわない方法であった。しかし、顔面の動きが座標軸上の点として一旦数量化されてしまえば、自由に様々な解析ができ、評点法では十分検討できないような表情筋運動の詳しい解析に応用できることがわかった。その後、マーカーの動きの数量化の過程を簡略化することと、表情運動の長いシークエンスの早い動きに対応するため、時間分解能の高い赤外線カメラとビデオプロセッサを導入した。具体的には、時間軸に沿ったマーカーの動きを数値化し、その軌跡、速度などを解析するというものである。その結果、顔面神経麻痺の改善過程が詳細に検討でき、非常に微細な会話時の口唇周囲の表情筋の運動の変化や異常共同運動の評価に関しても詳細かつ綿密な情報を得ることがわかった。さらに、もう一台カメラを追加することにより、二次元的な解析だけでは十分ではなかった口唇周囲の動きに対しても三次元的解析により対応できるようになった。

以上のように、我々の方法は実地臨床の場において評点法に取って代わるものを意図したものではなく、評点法の信頼性を検討すること、評点法ではわからなかったような顔面表情筋運動のメカニズムを客観性を持って詳細に検討すること、さらにはその結果を逆に評点法へフィードバックすることなどを目的としたものである。

一 般 演 題

指 定 演 題

ビ デ オ 演 題

## 1. 幼若および成ラットにおける運動神経切断後のGDNF受容体転写調節

北原 紘\*、雑賀孝昇\*\*、西村将人\*\*、松代直樹\*\*、奥村新一\*、  
久保 武\*\*

(\*大阪労災病院耳鼻咽喉科、\*\*大阪大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

成ラットの末梢運動神経は損傷を受けても再生するが、幼若ラットの場合は神経細胞死に至ることが知られている。一般に末梢運動神経が損傷を受けた際、その神経修復・再生に関与する因子は標的臓器および周囲グリア細胞より発現され、損傷神経に発現する受容体によって受容され神経再生が導かれる。今回われわれは、神経栄養因子の中でも特に重要とされているGDNF受容体の神経損傷修復過程における発現調節を、in situハイブリダイゼーション法によりmRNAレベルで検索し、成ラットと幼若ラット間での相異を検討した。その結果、成ラットでは運動神経損傷後の神経核においてGDNF受容体 $\alpha 1$ およびc-RetサブユニットmRNAが相伴して発現上昇するのに対して、幼若ラットでは $\alpha 1$ 発現減少、c-Ret発現不変であった。したがって、このようなGDNF受容体サブユニットの発現動態の差異が被損傷運動神経の運命を決定する可能性が示唆された。

## 2. 家兎顔面神経麻痺モデルでの修復過程における組織形態の観察

小松崎 靖、大塚崇志、加藤 功、肥塚 泉  
(聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室)

家兎顔面神経麻痺モデルを用いて、その回復過程における組織学的形態およびENoGにつき検討を加えた。実験には体重3kg前後の成熟日本白色家兎8羽を用いた。2羽を対象群、6羽を麻痺モデル作製群とした。麻痺モデルはLPGによる鼓室内冷却法により作製した。LPG処置後の顔面神経麻痺の評価は、竹田らにより報告された評価基準を用いて行った。ENoGは麻痺作製後1週間目、および肉眼的に麻痺の完全回復を確認した時点で行った。肉眼的に麻痺の完全回復を確認した後、両側側頭骨を摘出した。摘出側頭骨を脱灰処理後、顔面神経連続切片を作製し、これにLuxor-fast-blue染色を施し、左右顔面神経の組織学的形態観察を行った。麻痺作製モデル6羽中4羽に麻痺が生じた(麻痺発現率66.7%)。麻痺程度は軽度ないし中等度であり、高度麻痺例はなかった。麻痺は14日以内に肉眼的には完全回復を認めたが、回復時点でのENoGは全例ともに左右差が認められた。髄鞘染色でも全例において鼓室部神経の脱髄、変性が認められた。

### 3. 顔面神経運動ニューロンのアポトーシス

加納直行（兵庫医科大学耳鼻咽喉科学教室）

神経は切断されるとアポトーシスを起こすことが知られている。また、神経切断後の再建時期については、早期の方が良いとする説が有力だが、異論もある。そこで、まずラットを実験材料に茎乳突孔で顔面神経を切断し、どのようなアポトーシスが生ずるか検討を行った。具体的には顔面神経切断後7日目にその運動ニューロンを、光顕と電顕で形態的に観察する方法を採用した。光顕では cresyl violet 染色法と TUNEL 法を使用した。その結果、cresyl violet 染色、TUNEL 法、電顕とも、アポトーシスの像が確認できた。今後、さらに、agarose gelelectrophoresis 法によるアポトーシス DNA fragment の観察も加え、これらのアポトーシスの実験系から、神経切断後の再建時期についても検討したいと考えている。

### 4. 顔面神経麻痺患者における前庭機能評価

— Vestibular evoked myogenic potential (VEMP)を用いて—

武市紀人、古田 康、大谷文雄、福田 諭、犬山征夫  
（北海道大学耳鼻咽喉科学教室）

顔面神経麻痺患者において眼振が高率に認められることが報告されている。しかしカロリックテストにおいては有意な所見は少ない。そこで、下前庭神経の機能検査として注目されている vestibular evoked myogenic potential(VEMP)を用いて麻痺患者の前庭神経の機能評価を試みた。一側性顔面神経麻痺患者12名と健常人11名を対象とした。方法としてSynax1200 (NEC 三栄社製)を用いて105dBnHLのクリック音を5Hzで一側耳に与え、胸鎖乳突筋からの筋電位を測定した。健常人のデータを元にp13-n23の振幅の左右差が1.8倍以上のものを異常と判定した。13例中7例でVEMPの反応に左右差を認めた。一部の症例では麻痺側と対側の反応が低下していた。VEMPの反応低下は顔面神経の麻痺側よりも眼振の向きと相関を認める傾向にあった。下前庭神経系の障害が患側を問わず顔面神経麻痺に合併する症例があり、このことは顔面神経麻痺が多発性脳神経炎の一症状であるとみなす説を支持する。

## 5. ハント症候群の早期診断について—流涙検査法の意義—

戸田直紀、中村克彦、岩崎英隆\*、酒巻孝一郎\*\*、武田憲昭  
(徳島大学医学部耳鼻咽喉科学教室、\*阿南共栄病院、  
\*\*徳島県立三好病院)

ハント症候群の主症状は耳性帯状疱疹、顔面神経麻痺、第8脳神経症状であるが、その臨床症状は極めて多彩である。第8脳神経症状を欠き、顔面麻痺に遅れて耳介疱疹が出現する場合には、発症早期にはベル麻痺として治療を開始せざる得ない。そのため、予後は、比較的不良である。早期にアシクロピルを投与するためには、耳介疱疹の出現前にハント症候群と診断する必要がある。ハント症候群における流涙障害の出現率は、ベル麻痺と比べ高率である。そこで、流涙障害の有無を診断することで、ハント症候群の早期スクリーニングが可能かどうかを検討した。方法はシルマー1法で、5分で5mm以下を流涙障害ありとした。初診時に、顔面神経の単独麻痺を示した症例のうち、流涙障害のあった10例中5例(50%)に、後日耳介水疱が出現し、ハント症候群と診断した。流涙障害を示さなかった48例中後日耳介水疱が出現したのは3例(6.3%)に過ぎなかった。流涙検査法の意義は部位診断だけでなく、麻痺原因の推定にも役立つと思われる。

## 6. 顔面神経の回復過程におけるF波の変化について(第2報)

高橋伸明、稲村博雄、多田雄一郎、甲州秀浩、青柳 優  
(山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

我々は昨年の本研究会にて、顔面神経下顎縁枝を刺激し、オトガイ筋筋腹よりF波を測定し、正常人および末梢性顔面神経麻痺非治癒症例について比較検討することにより、顔面神経の回復過程におけるF波の変化について報告した。正常群と比較して麻痺発症後長期を経過した群ではF波の最小潜時および平均潜時は有意に延長しているものの、出現頻度に関しては長期経過群で正常群と同等の頻度が認められる症例が存在することを報告した。

今回我々は、症例を増やして検討を加えると共に、経時的にF波の回復過程を観察し得た症例も新たに対象とし、さらにElectroneurography (ENoG) 値などの検査所見とF波の回復過程を比較することで、神経障害の程度とF波の回復過程の関連について検討を行い報告する。

## 7. 顔面表情運動の3次元解析

齋藤 啓、磯野道夫、川本 亮、宮下仁良、吉川 構、村田清高  
(近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

顔面に張り付けたマーカの軌跡をコンピューターにて解析し、顔面表情運動の検討を行ってきた。赤外線カメラを導入したことにより解析が瞬時に行えるようになり、また時間軸に沿ったダイナミックな解析が可能となった。この方法で行った解析結果は本研究会において報告してきた。しかしこれらは2次元的な評価であった。今回、赤外線カメラを2台に増やしたことで3次元での解析が可能となった。これにより2次元で評価するには限界があった、口輪部などの立体的な動きにも対応できるようになった。

被検者の顔を固定し、その左右前方に2台のカメラを設置する。マーカを張り付ける位置や撮影方法、解析用ソフトなどは今までの報告通りである。取り込んだ画像はX-Y平面、X-Z平面およびY-Z平面に分けられて表される。X-Y平面は今までと同じ2次元の画像である。さらにZ軸方向、つまりマーカの前後の動きをX軸、Y軸別に表すことができるようになった。今回は正常者の顔面表情運動について3次元的に検討したので報告する。

## 8. HSV-1 初感染顔面神経麻痺モデルの麻痺治癒後の組織学的検討

脇坂浩之、木崎久喜、高橋宏尚、本多伸光、羽藤直人、村上信五\*  
(愛媛大学耳鼻咽喉科学教室、\*名古屋市立大学耳鼻咽喉科学教室)

演者らは、HSV-1耳接種による一側性一過性顔面神経麻痺モデルの開発に成功してから、様々な側面より本モデルを研究し、その成果を報告してきた。

前回の本研究会では、HSV-1接種から麻痺発症中までの電子顕微鏡を用いた経時的組織学的検討について報告し、本モデルの顔面神経麻痺の病因として、顔面神経膝神経節部と顔面神経下行脚部における混合性神経障害(脱髄と軸索変性)を示した。

一方で、本モデルを用いた電気生理学的検討の結果からは、本モデルの一過性麻痺の主たる病因は、組織学的検討で認められた混合性神経障害の中でも、顔面神経下行脚部の脱髄変化であると考えられている。

そこで今回、麻痺治癒後の顔面神経組織を電子顕微鏡で観察し、麻痺発症中の組織障害との比較検討を行った。

## 9. HSV-1 再活性化顔面神経麻痺モデルの作成

高橋宏尚、木崎久喜、脇坂浩之、本多伸光、羽藤直人、暁 清文、  
村上信五\*

(愛媛大学耳鼻咽喉科学教室、\*名古屋市立大学耳鼻咽喉科学教室)

最近、ベル麻痺の大部分が膝神経節に潜伏感染した単純ヘルペスウイルス1型 (HSV-1) の再活性化に起因していると考えられているが、麻痺の発症様式の詳細についてはいまだ不明である。HSV-1の再活性化から麻痺に至るまでの病態を検討するためには、膝神経節より再活性化したHSV-1による顔面神経麻痺モデルを作成し、基礎的研究を行うことが必要である。当教室ではHSV-1初感染による一側性一過性の顔面神経麻痺モデルを作成し、本学会でその病態について報告してきた。このモデルではウイルス接種後3週および8週時に膝神経節におけるHSV-1の潜伏感染の成立が共生培養法により確認されている。今回、潜伏感染の成立したマウスに対して一側耳介擦過による局所刺激と抗T細胞抗体投与による免疫担当細胞抑制の併用によりHSV-1の再活性化を促進し、顔面神経麻痺モデルの作成に成功した。本モデルの麻痺の病態をPCR法によるHSV-1DNAの検出と、電子顕微鏡を用いた病理組織学的検討から考察したので報告する。

## 10. CD4+、CD8+T細胞の抑制によるHSV-1再活性化顔面神経麻痺発現に関する検討

木崎久喜、高橋宏尚、脇坂浩之、本多伸光、羽藤直人、暁 清文、  
村上信五\*

(愛媛大学耳鼻咽喉科学教室、\*名古屋市立大学耳鼻咽喉科学教室)

HSV-1の再活性化から再発に関する特異的免疫機構としては、高い中和抗体価を有する個体にも発症することや、細胞性免疫の低下した患者に反復化、重篤化しやすいことなどより細胞性免疫が主要な役割を果たすと考えられているが、その詳細は不明である。また再発病巣の形成や回復の過程において細胞性免疫のうち、CD4+T細胞とCD8+T細胞のいずれも重要であると考えられているが、統一的な見解は得られていない。

先の演者、高橋らは抗T細胞抗体投与による免疫担当細胞抑制と、耳介擦過による神経終末刺激の併用によりHSV-1再活性化による顔面神経麻痺モデルを作成した。そこで我々は、T細胞のサブセットであるCD4+T細胞、CD8+T細胞が顔面神経麻痺発現に及ぼす影響を検討するため、それぞれに対するモノクローナル抗体を用いて麻痺発現頻度の検討とPCR法による側頭骨内顔面神経におけるHSV-1DNAの検出を行ったので報告する。

## 11. 末梢性顔面神経麻痺症例における血清抗単純ヘルペスウイルス抗体型判定

古田 康、大谷文雄、福田 諭、犬山征夫  
(北海道大学耳鼻咽喉科学教室)

我々は末梢性顔面神経麻痺症例において血清抗単純ヘルペスウイルス(HSV) IgG抗体を保有していない場合、約9割の症例において水痘帯状疱疹ウイルス(VZV)の再活性化(Ramsay Hunt症候群またはzoster sine herpete症例)が認められることを報告した。今回HSV IgG保有者においてさらにHSV 1型、2型抗体の型判定を行い、各型についてVZV再活性化との関連を調べた。抗HSV IgG陽性例116例について、型特異的ELISA法およびWestern blot法により型判定を行った。1型のみ陽性が94例、2型のみ陽性が4例、1・2型ともに陽性が18例認められた。VZV再活性化症例の割合はそれぞれ31%、50%、11%であり、2型のみ陽性例では頻度が高く、1・2型ともに陽性例では頻度が低い傾向が示されたが統計学的有意差は認められなかった。2型のみ陽性を示しVZV再活性化が認められなかった2症例において、HSV 2型の再活性化などの解析を加え報告する。

## 12. Zoster sine herpete 症例を疑う因子の解析

古田 康、大谷文雄、武市紀人、福田 諭、犬山征夫  
(北海道大学耳鼻咽喉科学教室)

我々はPCR迅速診断と血清抗HSV抗体迅速診断によりzoster sine herpete(ZSH)症例を発症早期に診断し、アシクロビルとステロイドによる併用療法を行い良好な治癒率を得ている。しかし我々の診断方法が一般化するまでは検査法の簡便化、自動化などまだ検討を要する。そこで、ZSH症例を疑う臨床所見・検査所見などの因子についてBell麻痺症例と比較検討した。初診時麻痺スコアが8点以下である頻度はZSH群で50%であり、Bell麻痺群31%より高く、またステロイド療法後に麻痺が10点以上悪化する頻度はZSH群で33%、Bell麻痺群で13%であった。また24歳以下の若年者においてはZSH症例の占める割合が61%と高率であった。若年者、完全麻痺症例、麻痺悪化例ではZSHを念頭に治療を行うべきである。

### 13. 当科における zoster sine herpete 症例の診断

大谷文雄、古田 康、福田 諭、犬山征夫  
(北海道大学耳鼻咽喉科学教室)

水痘帯状疱疹ウイルス(VZV)の再活性化による末梢性顔面神経麻痺は高度麻痺例の占める割合が高く、また通常のス��ロイド療法による麻痺の改善率も不良である。中でも疱疹を伴わないVZV再活性化症例、いわゆるzoster sine herpete(ZSH)は、通常臨床検査では早期診断が非常に困難であり、抗ウイルス剤の投与時機を逸することも多かった。我々は1996年より唾液を用いたPCR迅速診断によりZSH症例の早期診断を行ってきた。さらに血清抗単純ヘルペスウイルス(HSV) IgG抗体を保有していない場合、約9割の症例においてVZVの再活性化が認められることから、抗HSV IgG抗体の有無を迅速に診断する方法を開発し、昨年11月より、これらの2つの方法を組み合わせた迅速診断を施行している。これらの結果よりHunt症候群のみならず、ZSH症例に対しても発症早期よりアシクロビルとステロイドによる併用療法を開始することが可能となり、良好な治癒率を得ている。今回はこれらの早期診断法についての解説を中心に、治癒率についても報告する。

### 14. 顔面神経麻痺にて発症した中耳結核の一例

小林健二 (富山医科薬科大学耳鼻咽喉科学教室)

症例は24歳女性。右耳痛、耳漏出現し、某医にて鼓膜切開等の治療を受けたが耳漏は軽快しなかった。その後味覚障害出現し、当科にて抗生剤の点耳、内服等治療するも顔面神経麻痺が出現した。視診上真珠腫が疑われ、緊急右中耳点検術を施行した。顔面神経水平部周囲に、真珠腫とは異なる白色肉芽がみられたためこれを可及的に除去し、病理組織学検査にて結核菌が証明された。術後の血管拡張剤、ビタミンB製剤及びステロイドの点滴治療にて顔面神経麻痺は完治し、耳漏も抗結核剤の内服により消失した。本症例から、抗生剤に抵抗性、または顔面神経麻痺を合併する中耳炎では、中耳結核の可能性を考慮すべきであると考察された。

## 15. サルコイドーシスによる顔面神経麻痺症例の検討

阿部靖弘、稲村博雄、多田雄一郎、高橋伸明、甲州秀浩、青柳 優  
(山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

サルコイドーシスは原因不明の全身性肉芽腫性疾患である。肺、眼、皮膚を主病変部位とするが、種々の神経病変を呈することも少なくなく、その中では顔面神経麻痺が最も多いとされ、顔面神経麻痺患者の診察に際しては常に念頭におくべき疾患である。麻痺の機序は不明であるが、サルコイド結節が顔面神経内に生じ、脱髄と軸索変性を来す説と、サルコイドーシスの血管病変による血流障害の2説が唱えられている。今回我々は、当科において最近経験したサルコイドーシスに顔面神経麻痺を合併した6例について、主に電気生理学的検査所見から本疾患における顔面神経障害について検討し、その臨床的特徴や麻痺の発症機序等について考察を加え報告する。

## 16. 両側性外傷性顔面神経麻痺

木村洋元 (秋田大学附属病院耳鼻咽喉科)

近年、外傷性顔面神経麻痺が増加しているが、中でも稀と思われる両側性の外傷性顔面神経麻痺の症例を2例経験したので報告した。

症例1はパワーショベルが頭部に当り、転倒受傷。両側側頭骨～頭蓋底骨折、外転神経麻痺、両側の聴力低下を伴っていた。保存療法で改善せず、約2ヶ月後両側の顔面神経減圧術を施行。現在良好な回復を見せている。症例2は鉄板コンクリートの間に頭部を挟まれ受傷。両側側頭骨～頭蓋底骨折、外転神経麻痺、嗅神経麻痺、右側の聴力低下を伴っていた。保存療法で改善せず、約3ヶ月後右顔面神経減圧術施行。左は改善傾向あり手術せず。現在良好な回復を見せている。

両側性の外傷性顔面神経麻痺は、頭蓋骨の骨折を伴うことが多いため脳外科治療が優先される、また左右差が無い場合麻痺の存在を見落としてしまう、といった理由から急性期の手術適応が困難といわれている。しかし、本症例のように受傷後数カ月の手術においても良好な経過を見せることから、外科的治療を積極的に取り入れるべきと思われる。

## 17. 顔面神経麻痺の表情運動の評価における自覚的評価の意義

池田 稔、中里秀史、弘重光一、吉川琢磨、赤野間百香、大森英生  
(日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

顔面神経麻痺例の表情運動の評価法としては、顔面の全体的な評価を主な目的とした House-Brackmann の評価法と、運動障害を、前頭筋、眼輪筋、口輪筋などの局所ごとに評価してゆく、日本顔面神経研究会の推奨する40点法が広く用いられている。しかし表情運動という微妙な機能の評価に関しては、上記の治療者サイドからの評価法だけでは必ずしも十分ではなく、患者自身の自覚的評価も重要な意味を持つとの意見もある。今回われわれは顔面神経麻痺に対する患者自身の評価について、顔面全体についての評価と、前頭筋、眼輪筋および口輪筋など局所的な評価とに分けて検討し、40点法による評価との比較を中心に検討を行った。自覚的評価法を臨床面で取り入れる場合の問題点やその意義について報告する。

## 18. 顔面神経麻痺後遺症の臨床的検討

— 特に病的共同運動の自他覚評価について

佐藤由宇、浜田昌史\*、中谷宏章\*、竹田泰三\*  
(高知県立安芸病院耳鼻咽喉科、\*高知医科大学耳鼻咽喉科学教室)

近年House-Brackmann法に代表されるように顔面神経麻痺治療状態判定における病的共同運動評価の重要性が認識されるようになってきた。しかしながら従来本邦では40点評点法が中心で後遺症の評価が軽視される傾向にあった。しかも表情スコアが回復した時点でfollow-upは終了となることが多く、種々の治療法の治療率をも左右することになる。昨年の本研究会シンポジウムで後遺症としての病的共同運動が取り上げられ、患者の自覚と検者(医師)の評価の解離が指摘されるとともに、客観的評価の試みが紹介された。我々は以前より、完全治療例でも発症後最低6ヵ月のfollow-upを行ってきた。そこで今回、麻痺の残存と病的共同運動の存在について患者の自覚症状と検者の他覚的評価を別々に判定し、その結果を比較検討する。

## 19. 輪郭抽出法に基づく顔面神経麻痺評価

田中敏幸、吉田訓之、國弘幸伸\*

(慶應義塾大学 理工学部物理情報工学科、\*慶應義塾大学 医学部  
耳鼻咽喉科学教室)

顔面神経麻痺の評価は40点法やfacial nerve grading systemが一般的に用いられている。これらの方法は検査者の主観が入りやすく、客観性、再現性においても問題点が指摘されている。また、患者の症状が回復していく様子がこれらの評価法からはわかりにくいという問題点もある。これらの問題点を解決するためにさまざまな試みが行われているが、まだ広く臨床で応用されるには至っていない。

本研究では、顔の表情認識などの工学分野で用いられている画像処理技術を応用して、目・唇など顔の一部分の形状を抽出するシステムの作成を行った。目と唇の輪郭抽出後、それぞれの重心の動きと表情運動時の形状の変化に注目して、麻痺程度を評価する指標を考案した。ここでは、その指標を唇麻痺指数と呼んでいる。また、唇中心と輪郭点距離グラフを作成し、グラフの形状から麻痺の程度、麻痺側の部分の判断を行った。顔面麻痺患者と健常者に対して実験を行ったところ、これらの指標は顔面麻痺の回復を見る上で有効であるという結果が得られた。

## 20. 赤外線カメラを用いた病的共同運動の客観的評価

- 口笛運動時の眼瞼狭小について -

宮下仁良、吉川 構、斎藤 啓、川本 亮、磯野道夫、村田清高

(近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

病的共同運動は再生神経線維の再生過誤によるものといわれており、顔面神経麻痺の回復過程で最も重要でかつ頻度の高い後遺症である。しかし、麻痺の治癒判定やリハビリテーションにあたって現在においても、その評価の客観性といった点に問題が残っている。

我々は、以前より表情運動の連続的な動きを1シリーズとして客観的に評価することに成功している。そこで、我々は本研究において、この病的共同運動の詳細な検討を行うため、このシステムを用いて、病的共同運動になかでも比較的頻度の高い口笛運動時の眼瞼狭小について検討した。結果として、顔面上のマーカーの動きについて客観的に評価でき、正常群と後遺症のある群に有意差を認めた。本法では、検討できたのは顔面上の各点にすぎず、病的共同運動全体の評価を行えているわけではない。しかし、病的共同運動に伴う表情運動そのものを客観的かつ定量的に評価できたことは十分に意義があると考えられた。

## 21. 軀幹の帯状疱疹に合併した顔面神経麻痺例

杉浦むつみ、大前由紀雄、池田 稔\*、中里秀史\*、赤野間百香\*  
(東京都老人医療センター耳鼻咽喉科、\* 日本大学医学部耳鼻咽喉  
科学教室)

軀幹の帯状疱疹に合併した顔面神経麻痺例を経験した。

症例は66歳男性、右背部のヘルペス疹と左顔面神経麻痺が同日に発症した。第5病日に当院皮膚科受診。右側Th10領域の帯状疱疹と診断。同日入院となりアシクロビルの経静脈的投与が開始された。第9病日に皮膚科より顔面神経麻痺の精査のため当科紹介となる。初診時評点スコア14/40点の左側顔面の不全麻痺を認めた。左耳介、耳介周囲、外耳道、口腔内にヘルペス疹は認めなかった。また顔面神経麻痺の他、明らかな脳神経症状は認めなかった。同日よりステロイド剤の経口投与を併用した。第9病日に施行した神経興奮テストの結果、左右差は0.35mAと軽度であったので保存的治療とした。耳介周囲以外に生じたヘルペス疹に合併した顔面神経麻痺について考察する。

## 22. 伝染性単核球症に併発した顔面神経麻痺

柳原尚明、比野平恭之、本田伸光\*  
(鷹ノ子病院耳鼻咽喉科、\* 愛媛大学耳鼻咽喉科学教室)

伝染性単核球症が顔面神経麻痺の原因になり得ることは一般に認められているが、顔面神経麻痺の原因としては稀であり、その病態、顔面麻痺の程度、経過、予後などに関する知見は少ない。我々は伝染性単核球症に併発した顔面神経麻痺の2症例を経験し血清学的検討、麻痺経過の観察を行った。症例は2歳の男子と15歳の女子で何れの症例もEBウイルスと単純ヘルペスウイルス抗体価の上昇があった。EBウイルスに関してはEB抗VCA IgGの有意変動があり、EBウイルス感染は確認された。単純ヘルペスウイルスに関しては抗体価の有意変動は認められず、単純ヘルペスウイルスの感染を確認することは出来なかったが、臨床的には単純ヘルペスウイルスの感染、再活性化の可能性を示唆する所見が認められた。2症例とも部分的脱神経で麻痺は完治した。これら2症例を報告し、文献例と併せて伝染性単核球症における顔面神経麻痺の原因、臨床像について考察する。

## 23. ベル麻痺患者にみられる疼痛について —咀嚼筋症候群を続発したベル麻痺症例—

村川和重、野間研一、松田真也、前田成夫、夫 萬秀、和泉良平、  
上村由美、里見文男\*、名取 淳\*\*、 湊川 徹\*\*\*、天津睦郎\*\*\*\*  
(兵庫医科大学 麻酔科、\* 同耳鼻科、\*\* 同口腔外科、\*\*\* 千船病院、  
\*\*\*\* 神戸大学耳鼻科)

顔面神経麻痺の発症後、激しい顔面痛を来したベル麻痺症例を経験したので、経過を報告すると共に、当科で治療したベル麻痺患者にみられる疼痛について検討した。

症例は34歳女性、左側顔面神経麻痺を発症して近医を受診。ベル麻痺の診断の下にステロイドの投与を受けたが、5日後に激しい顔面痛を伴い、ハント症候群を疑われてアシクロビルも投与されたが、顔面痛が持続するので当科を紹介された。初診時、表情運動スコアは0点、疼痛は左顔面ほぼ全体で側頭部および下顎部に著明、顎関節部には著しい圧痛、開口運動により疼痛の増強もあったので咀嚼筋症候群の続発と診断。星状神経節ブロック(SGB)の施行にて疼痛は著明に軽減、以後のSGBの継続により完全に疼痛は消失。従来、ベル麻痺の臨床症状で疼痛には注目されていないことから、当科を受診したベル麻痺患者50例の疼痛の訴えについて検討したところ、28例が何らかの痛みを訴えていた。最も多いのは耳後下部の18例で、後頭部に5例あり、頸部肩こりがそれぞれ2例であり、顔面痛は1例のみであった。

## 24. Hyperviscosity syndrome に合併した交代性顔面神経麻痺の一例

竹内直信、中村直也、小崎寛子、戸島 均\*  
(東京大学病院耳鼻咽喉科、\* 日立総合病院耳鼻咽喉科)

反復性顔面神経麻痺あるいは交代性顔面神経麻痺の原因としてhyperviscosity syndromeが考えられた症例を経験したので報告する。症例は69歳女性、平成8年3月右側顔面神経麻痺出現。麻痺は完全麻痺であったが、ステロイド内服により約1ヶ月で改善した。平成10年2月、今回は左側顔面神経麻痺が出現した。今回も完全麻痺であり、やはりステロイドの内服により約4ヶ月で改善した。この患者は基礎疾患としてhyperviscosity syndrome があり、ヘマトクリット値の軽度亢進ならびに血小板数の高度増加が認められた。以前より血小板凝集能亢進や血液粘度上昇が原因となり微小循環不全が起り反復性顔面神経麻痺の原因となることが知られている。今回この症例に文献的考察を加え報告する。

## 25. 筋膜移植による眉毛挙上術

上田和毅、梶川明義（福島県立医科大学形成外科）

前頭筋麻痺による眉毛部下垂に対しては、眉毛上部の皮膚切除、前額部全体のfaceliftなどが一般に行なわれてきた。しかし、高度の下垂例においては、これらの方法では挙上効果が不十分で、再下垂をみる例も多々みられる。そのため、われわれは確実な挙上効果が得られるようにするため、大腿筋膜移植を行なった。この方法自体は新しいものではないが、若干の工夫を加えて行なっているので、今回、手技の詳細と結果を報告する。大腿部より約3x7cmの大腿筋膜を採取し、縦に三分して3本の筋膜片とする。これを、前頭部の頭髪生え際の皮膚切開から前額部の前頭筋下に挿入し、眉毛部が吊り上がるように眉毛部上縁の皮下と皮膚切開部付近の骨との間に移植する。顔面神経麻痺による前頭筋麻痺例12例に対して、手術を行なった。2例を除く全例において満足すべき挙上効果が得られた。ただし、若干の症例において移植した筋膜が皮下に索状に触知された。施行にあたっては、筋膜の形状、固定方法に多少の注意が必要である。筋膜採取部に問題の生じた例はなかった。

## 26. ベル麻痺後の病的共動運動と瞬目反射

— バイオフィードバック療法の効果と過誤支配率の関連について —

森嶋直人（豊橋市民病院リハビリテーションセンター）

目的：ベル麻痺麻痺後の病的共動運動を有する患者に対して、過誤支配の程度が病的共動運動の改善に影響するのかを瞬目反射を用いて検討した。対象：ベル麻痺患者の中で病的共動運動を示した11名で、年齢は22～77歳（平均年齢52歳）、内訳は男性4名、女性7名である。治療は鏡とEMGバイオフィードバックを併用して行った。方法：病的共動運動の程度を口唇の運動に伴う眼裂の狭小距離とし、過誤支配の程度を栢森らの方法を用い眼輪筋と口輪筋導出の瞬目反射R1の比（過誤支配率）として算出した。結果：病的共動運動の改善度と過誤支配率の間には短期的には有意な相関は見られなかったが最終的には過誤支配率が高い程予後不良であった。バイオフィードバックを用いた病的共動運動の改善は、過誤支配の程度に加え学習能力等の要因も含まれるのではないかと考えられた。

## 27. 糖尿病を合併した新鮮ベル麻痺の臨床的検討

### - ステロイド療法とLipo PGE1 療法の比較検討 -

郡山智也、坂野立幸\*、稲福 繁\*、片桐典子\*\*

(名古屋記念病院耳鼻咽喉科、\*愛知医科大学耳鼻咽喉科学教室、  
\*\*土岐市立総合病院耳鼻咽喉科)

(はじめに) LipoPGE1 は血糖値に影響せず、顔面神経の末梢循環改善を目的として、糖尿病を合併するベル麻痺の新しい治療薬として注目されている。我々は糖尿病を合併した新鮮ベル麻痺の大量ステロイド療法とLipoPGE1 療法の比較検討を行った。(対象と治療方法) 糖尿病を合併した新鮮ベル麻痺例(発症7日以内) 22例を対象とした。ステロイド群(13例)はコハク酸ヒドロコルチゾンNa 漸減静注した。Lipo PGE1 群(9例)はLipoPGE1 を10  $\mu$ g /日10日間と静注した。両群とも連日空腹時血糖値の測定を行い、血糖コントロールをインスリン療法・食餌療法または経口糖尿病薬・食餌療法にて行った。(結果) 両群間の年齢・男女比に差はなく、平均初診時スコア・最悪時麻痺スコアも差はなかった。累積治癒率は初診時から4週の時点においてステロイド群46%、Lipo PGE1 群44%、2カ月ではステロイド群62%、Lipo PGE1 群67%、6カ月ではステロイド群77%、LipoPGE1 群78%であり、統計学的に有意な差はなく、治療効果に差はなかった。

## 28. ステロイド大量療法とアシクロビル併用ステロイド大量療法の比較検討(第2報)

川口和浩、稲村博雄、多田雄一郎、高橋伸明、甲州秀浩、青柳 優  
(山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

近年Bell麻痺はヒト単純ヘルペスウイルス1型の再活性化によって発症するとする説が有力視されるようになった。さらに、Bell麻痺として治療を開始した後にHunt症候群やZoster Sine Herpeteと診断される症例が存在することなどから、最近ではBell麻痺に対してもアシクロビル併用ステロイド療法が試みられ、その治療効果について種々の報告がなされている。昨年の本研究会にて、我々は末梢性顔面神経麻痺患者に対するステロイド大量単独療法とアシクロビル併用ステロイド大量療法の効果を比較し、最終的にBell麻痺と診断される症例およびHunt症候群症例については、両者とも従来のステロイド大量療法と比較してそれぞれの治癒率に有意差は認められないことを報告した。今回我々は、さらに症例数を増やし再度検討を加え第2報として報告する。

## 29. 置針を併用した顔面神経麻痺の初期治療—続報—

岡村由美子、荒牧 元、新井寧子、\*菊池尚子  
(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)

我々は末梢生顔面神経麻痺の治癒期間短縮を目的とし、顔面神経麻痺治療としての点滴施行時に置針を併用する方法を行ってきた。この方法の紹介及びその効果については前回第22回顔面神経研究会において発表した。今回はこの方法を施行した7例に関して結果を報告、全例比較的短期間にて治癒した。

今回はさらに症例を増やすと同時に置針を行わず通常の治療を施行した症例との比較を行った。平成11年1月から平成12年1月までの1年間に当科にて治療したベル麻痺、ハント症候群新鮮例のうちランダム抽出で置針あり、置針なしの症例を決定した。各々の症例群の治癒状況に関して比較検討を行ったので報告する。

## 30. ベル麻痺の薬物療法におけるビタミンB製剤の効果について

荻原正洋、長島義人、石川晶三\*  
(長野赤十字病院麻酔科、\*諏訪赤十字病院神経内科)

ベル麻痺(発症7日以内)の薬物療法におけるビタミンB製剤の効果について検討したので報告する。

＜対象と方法＞対象はビタミンB剤を使用した1996年6月から1998年2月までのA群56例と1998年3月から1999年8月までのビタミンB剤未使用のB群56例である。治療法は両群に星状神経節ブロックと、初診日より12日間6%ハイドロキシエチールスターチ500mlを基剤として、ステロイド、ニコチン酸、ビタミンB剤、PGE1 配合のものをA群に、B群にはこのビタミンB剤のみを除いたものを点滴静注した。重症度および成績判定は本研究会の提唱する方法に準じ、統計学的処理にはU検定と $\chi^2$  検定を用い、 $P < 0.05$ を有意差ありと判定した。

＜結果＞両群において患者背景には有意差を認めなかった。全体の完治例はA群52例(92.9%)、B群53例(94.6%)と有意差なく、高度麻痺群の完治例もA群28例(87.5%)、B群30例(90.9%)と有意差はなかった。完治日数においても両群に有意差は認められなかった。

＜まとめ＞ベル麻痺の薬物療法において、ビタミンB剤には有意な効果は認められなかった。

### 31. 病的共同運動の予防を目的としたバイオフィードバック療法の効果

中村克彦、酒巻孝一郎\*、岩崎英隆\*\*、戸田直紀、武田憲昭  
(徳島大学医学部耳鼻咽喉科学教室、\* 徳島県立三好病院、  
\*\* 阿南共栄病院)

病的共同運動の予防を目的とした、バイオフィードバック療法の有効性の検討した。対象は、ベル麻痺及びハント症候群で、完全脱神経(ENoG 0%)を示し、病的共同運動の出現が予想される症例7例である。訓練は、表情筋運動の回復兆候がわずかにみられた直後から開始した。鏡を見ながら、眼裂の狭小をきたさないように、口運動(ウー、イー、プー)を訓練させた。やみくもに顔全体に力を入れようとする動作は病的共同運動を助長させると考えられるので禁止した。訓練は毎日、朝夕10分間行い、それ以外にも随時訓練を行うように指導した。訓練期間は平均10ヶ月である。訓練を行った群では、行わなかった群に比較して口運動時の眼裂狭小の程度が軽いことが判明した。病的共同運動は神経の過誤再生により発症すると考えられてい。しかし、神経の再生段階すなわち、病的共同運動の発症前に繰り返し訓練を行うことにより、過誤再生を抑制して、病的共同運動の発症を予防する効果があると思われた。

### 32. 経乳突顔面神経減荷術における術後聴力 - キヌタ骨一時除去とキヌタ骨保存の比較 -

村上信五、松田太志、本多伸光\*、柳原尚明\*\*  
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科学教室、\* 愛媛大学耳鼻咽喉科学教室、  
\*\* 鷹ノ子病院耳鼻咽喉科)

経乳突顔面神経減荷術において、演者らはこれまで水平部から膝部、迷路部を開放する際に、十分な視野を確保する目的で、後鼓室開放を行いツチ-キヌタ関節を離断し、キヌタ骨を一時的に除去し、減荷終了後に再度replaceする方法を用いてきた。本法でも、大半は良好な術後聴力が保存できるが、なかにはツチ-キヌタ関節が理想的に接合されず伝音難聴を残したり、あるいはツチ-キヌタ関節離断の際に生じたと思われる感音難聴や耳鳴を訴える症例も存在する。顔面神経減荷術ではなるべく広範囲に効果的に減荷し、かつ術後難聴などの合併症を最小限におさえることが重要と思われる。演者らは最近、ベル麻痺やハント症候群において経乳突的に顔面神経を減荷する際、乳突峰巣の発育が良好な症例に対しては、ツチ-キヌタ関節離断により生じる術後難聴を考慮して、キヌタ骨を保存したまま水平部、膝部を減荷する方法を試みている。ビデオにて手術手技を紹介するとともに、これまで施行してきたツチ-キヌタ関節、一時離断症例との術後聴力と麻痺の改善度を比較し報告する。

### 33. 当科における先天性顔面神経麻痺症例の検討

稲村博雄、多田雄一郎、高橋伸明、甲州秀浩、青柳 優  
(山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

先天性顔面神経麻痺は稀な疾患ではあるが、その中では先天性一側性下口唇麻痺 (CULLP) や、小耳症や外耳道閉鎖に合併する顔面神経麻痺症例が多いとされている。いずれも麻痺の回復は期待できず、家族に対する対応も難しい疾患である。一方生下時より顔面神経麻痺を認める症例では、分娩時外傷によるものか否か、あるいは他の奇形の有無について判断に苦慮する場合がある。

今回我々は、当科顔面神経外来における先天性顔面神経麻痺症例について臨床的に検討し、特に電気生理学的検査所見、画像所見より先天性顔面神経麻痺症例における病態についての考察を加え報告する。

### 34. 当科における耳炎性顔面神経麻痺の検討

本多伸光、木崎久喜、高橋宏明、脇坂浩之、暁 清文  
(愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

これまで当科の顔面神経外来を受診した耳炎性顔面神経麻痺は109例であり、全顔面神経麻痺患者に対する割合は3.6% (109例/3016例) であった。その内、真珠腫症によるものは29例であった。今回、真珠腫症以外で、中耳疾患および治療内容に関する記載が明確かつ陳旧性を除いた耳炎性顔面神経麻痺68例を対象に検討を行った。その内訳は急性中耳炎によるものが46例、慢性中耳炎によるものが22例であり、急性中耳炎は小児例が40例 (87%) をしめていた。治療内容は、急性中耳炎では鼓膜切開およびチュービングを含んだ保存的治療が27例 (59%)、乳突削開術を施行したものが8例 (17%)、減荷術を施行したものが11例 (24%) であった。一方、慢性中耳炎では保存的治療が10例 (46%)、乳突削開術を施行したものが6例 (27%)、減荷術を施行したものが6例 (27%) であった。これらの手術所見や回復経過を retrospective に検討し、耳炎性顔面神経麻痺に対する我々の治療方針について述べる。

### 35. 北村山公立病院における顔面神経麻痺症例の検討

木下俊之

(北村山公立病院耳鼻咽喉科、日本医科大学附属第二病院耳鼻咽喉科)

平成7年11月から平成11年3月までの41ヶ月間に顔面神経麻痺を主訴として北村山公立病院を受診した顔面神経麻痺症例は67例で、うち、ベル麻痺54例(うち陳旧性3例)、ハント症候群6例、その他末梢性麻痺8例、中枢性2例(脳幹梗塞1例、被殻出血1例)であった。このうち、臨床的にベル麻痺と診断された新鮮例51例についての治療成績を検討した。

当科では基本的に40点法で20点以上の症例にはビタミン剤投与のみを、18点以下10点以上の症例にはプレドニン60mg/日からの漸減投与を、8点以下の完全麻痺症例には入院でのステナート法を行っている。10点から18点程度の症例の治療法をどうするかについては異論が多いと思われるが、当科でのまとめを提示し、御批判を賜りたい。

### 36. 末梢性顔面神経麻痺の臨床統計

田辺牧人、山本悦生、篠原尚吾、前谷俊樹、坂本達則、金 泰秀  
(神戸市立中央市民病院耳鼻咽喉科)

末梢性顔面神経麻痺(顔面神経麻痺)の臨床統計からその特徴を検討した。

対象は平成7年1月から平成11年12月までの5年間に当科にて治療を行った193例で、男性114例、女性79例、年齢は3歳から86歳であった。

疾患はベル麻痺145例(75.1%)、ハント症候群38例(19.7%)、外傷性5例(2.6%)、その他5例であった。

当科では大量ステロイドによる保存治療を行い、麻痺が高度で軽快傾向の少ない場合には症例に応じて手術治療も考慮している。その結果、顔面神経麻痺が治癒したのはベル麻痺123例(治癒率84.8%)、ハント症候群23例(同60.5%)、その他4例であり、これまでの報告と同様にハント症候群の治癒率はベル麻痺より悪かった。ベル麻痺に糖尿病を合併すると治癒率75.0%となり、糖尿病の合併は顔面神経麻痺の予後を悪化させる因子の一つになると考えられた。

### 37. 滋賀医科大学における顔面神経麻痺の統計的観察

小川富美雄、矢澤代四郎、北西 剛、駒田佳子、北嶋和智  
(滋賀医科大学耳鼻咽喉科学教室)

滋賀医科大学開設以来22年目で耳鼻咽喉科顔面神経外来受診者1314例のうち発症後6ヶ月以上の陳旧例を除く1239例において顔面神経麻痺の年度別症例数、月別症例数、原因疾患の構成、性年齢分布を検討した。年度別発症症例数は年々減少してきている。ハント症候群、外傷性顔面神経麻痺の割合は減少しているにも関わらず、ベル麻痺は増加傾向にあった。月別では12月の次に7月、10月、11月の順であった。季節別にみみると冬に多く、秋、夏、春の順であった。原因疾患の割合はベル麻痺が68.8%、ハント症候群が14.4%で従来の報告例と一致するものであった。性年齢分布で見るとベル麻痺は40～50歳代にピークを持つ1峰性の分布であるのに対しハント症候群、外傷性顔面神経麻痺では10歳未満の症例は少なく10歳代、50歳代にピークを持つ2峰性の分布を示した。大学病院での顔面神経外来患者数の減少は顔面神経麻痺の治療の確立によるものと考えられる。

### 38. 第4脳室底病変に対する顔面神経核マッピングの経験

森川雅史、玉木紀彦  
(神戸大学医学部脳神経外科学教室)

第4脳室底における脳神経運動核は、術中の解剖学的指標となる。しかしこれらは、腫瘍などにより正常構造が壊れた多くの症例では肉眼的に明らかではないことが多い。今回我々は、第4脳室底病変に対して第4脳室底を直接電気刺激をし、顔面神経および外転神経運動核をマッピングしながら手術をしたので報告する。対象は、1996年から1999年に手術を施行した第4脳室底病変3例で、第4脳室底を2mAを越えない程度に直接電気刺激し、導出は、両側の眼輪筋、口輪筋、外転筋に針電極を挿入し、得られた誘発筋電図を記録した。[代表症例]75歳、男性。複視にて発症し、脳神経学的に、右の外転神経麻痺および軀幹失調を認めた。MRIにて橋に嚢胞性病変の再発を認めた。正中後頭下到達法にて第4脳室底に到達したが、正常構造は再手術のため癒着が強く不明であった。第4脳室底を電気刺激しながら、顔面神経および外転神経核を同定し、顔面神経核上より脳幹に到達して腫瘍を亜全摘出した。術後新たな神経脱落症状は認めなかった。組織診断は、海綿状血管腫であった。[結語]顔面神経核マッピングは、術中その局在を同定するだけでなく、第4脳室底から脳幹に安全に到達できる経路を知るのに有用であった。

### 39. 片側顔面痙攣におけるボツリヌス・トキシン筋注後の顔面神経核興奮性の変化

木村重仁、大平貴之、新美 牧、金子庸生、落合真人、河瀬 斌  
(慶應義塾大学医学部脳神経外科学教室)

【目的】ボツリヌス・トキシンを片側顔面痙攣患者の病側眼瞼筋に筋注すると、眼瞼筋のみならず、口輪筋の痙攣もが軽快する症例を複数みた。我々はこれまで、片側顔面痙攣の発現要因には、神経核興奮性の亢進が強く関与していると考えてきたが、ボツリヌス・トキシンの眼瞼筋筋注においても、何らかの中枢性作用、つまり顔面神経核の興奮性を変化させる可能性について着目し、評価を行った。【方法】片側顔面痙攣患者のボツリヌス・トキシン筋注前後で、対側大脳皮質を磁気刺激して得られる長潜時反応波形を口輪筋より測定し、その収縮の閾値を評価した。【結果】筋注前は健側に比して低下していた病側口輪筋の閾値が、筋注後には健側と同程度なまでに上昇していた。【結語】ボツリヌス・トキシンの眼瞼筋への筋注は、何らかの作用によって同側顔面神経核の興奮性を抑制させ、結果として顔面痙攣を軽快あるいは消退せしめる可能性が示唆された。

### 40. ベル麻痺発症早期における鼓索神経電子顕微鏡所見

田中博之、神尾尚彦\*、山崎一人\*\*、國弘幸伸\*\*\*  
(横浜市、\* 荻窪病院耳鼻咽喉科、\*\* 慶應義塾大学医学部病理診断部、  
\*\*\* 慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

現在ベル麻痺の原因として膝神経節に潜伏感染している単純ヘルペスウイルスの再活性化が主流をなしているが、循環障害説を含めて不明な点も多く残されている。

我々はベル麻痺の2例につき、いずれも発症2日めに顔面神経減荷術をおこない、その際採取した鼓索神経を電子顕微鏡的に観察する機会を得た。標本内では鼓索神経内にウイルス粒子や、炎症性細胞浸潤の像はみられずほぼ正常構造を保っていると判断した。これまで観察されたものは発症後2週間から3カ月を経過したものであり、本幹の圧迫に伴う二次的変化と区別が困難であった。

発病直後の鼓索神経所見を得ることによりベル麻痺の原因を究明する一つの手がかりとなると考えられた。

## 41. 口唇突出運動時の脳磁図

東野一隆、蛭川 崇\*、國弘幸伸、大出尚郎\*\*、春田康博\*\*\*、  
神崎 仁

(慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科学教室、\*慶應義塾大学大学院理工学  
研究科、\*\*慶應義塾大学医学部眼科学教室、\*\*\*横河電機)

目的：口唇突出運動時の脳磁図を記録する。

対象：顔面神経麻痺などの既往のない右利きの健常男性7名。

方法：被検者に2秒間隔で100回の口唇突出運動を行わせ脳磁図を記録した。記録には仰臥位全頭型150チャンネル脳磁計(横河電機製)を使用した。また、磁場源位置を決定するため、右前腕正中神経刺激による体性感覚誘発脳磁場の記録も併せて行った。

結果および考察：多くの被検者で口唇突出運動時の磁場源は、右前腕正中神経刺激時の磁場源よりも20mm～30mm前方に推定することができた。これはPenfieldらの大脳皮質運動野の口唇部とほぼ一致していた。

## 42. 過長茎状突起症を伴った顔面神経麻痺症例

佐藤進一、高木 明、山河和博、梅田裕生  
(静岡県立総合病院耳鼻咽喉科)

過長茎状突起症を伴った顔面神経麻痺症例を経験した。症例は45歳男性で主訴は左顔面神経麻痺であった。約半年前より左顔面の違和感を覚えたが、放置していた。改善しないため、平成11年12月当科初診となった。初診時、麻痺スコアは10/40であった。アプミ骨筋反射はほぼ正常、味覚検査も左右差はなかった。顔面神経垂直部より末梢の麻痺を考え、画像検査を行うとともに、ステロイドの点滴治療を行った。画像検査にて、患側の巨大な過長茎状突起が認められたが、その他の以上は認められなかった。麻痺スコアは全く変化しないため、同月末に顔面神経減荷術、過長茎状突起除去術を施行した。手術所見にて顔面神経は、垂直部、茎乳突孔までは正常であったが、茎乳突孔より末梢の部位にて、乳様突起と過長茎状突起の間で圧迫されていた。現在経過観察中である。

過長茎状突起症が原因と考えられる顔面神経麻痺症例を経験した。今までBell麻痺と考えていた症例の中に過長茎状突起症合併症例がないか注意が必要と考えた。

### 43. 先天性顔面神経麻痺の2症例

中村直也、竹内直信、小崎寛子、戸島 均\*

(東京大学病院耳鼻咽喉科、\* 日立総合病院耳鼻咽喉科)

先天性顔面神経麻痺はMobius症候群やTreacher Collins症候群など他の奇形に伴って起こるものが多く、単独で起こるものは希である。また単独に起こる場合は口角のみの部分的顔面神経麻痺がほとんどである。今回我々が報告するのは眼輪筋を中心とする部分的麻痺症例と、完全麻痺症例である。症例1：23歳女性。生下時より左側顔面の異常に気づかれていた。1983年6歳の時当科外来を受診、21歳になり再び当科を受診した。麻痺は前頭筋、眼輪筋に麻痺が認められるのに対して口輪筋は正常であった。症例2：17歳女性。生下時より右側顔面神経麻痺あり。筋電図上も眼輪筋口輪筋とも無反応であった。今回はこの2症例の報告に文献的考察を加え検討する。

### 44. 小さな脳幹梗塞によると考えられた顔面神経麻痺の1症例

戸島 均、山田智佳子、石川敏夫、藤田恒夫\*

(日立総合病院耳鼻咽喉科、\* 日立総合病院神経内科)

Bell麻痺などの通常の末梢性顔面神経麻痺は、側頭骨内顔面神経管内で顔面神経が障害される。しかし、MRIやMRAなどの画像診断の発達で小さな梗塞巣が発見できるようになった。今回我々はいかにもBell麻痺、あるいはHunt症候群のような病歴ながら、MRIで顔面神経核近くのlacunar梗塞を認めた症例を経験した。症例は70歳女性。1999年8月、眩暈、嘔吐の後に、右末梢性顔面神経麻痺を認めた。神経内科に入院し精査したところ、右脳幹顔面神経核近くに梗塞巣を認めた。この症例の神経学的症状と筋電図所見を示しながら、小さな脳幹梗塞でも、末梢性顔面神経麻痺が生ずるのか、諸兄の意見を聞きたいと思い発表する。

## 45. 耳介及び喉頭の帯状疱疹と第VII VIII IX X XI脳神経麻痺を呈した Hunt 症候群の1例

山田智佳子、戸島 均、石川敏夫  
(日立総合病院耳鼻咽喉科)

Hunt 症候群は、頭頸部、特に外耳の帯状疱疹と第VII VIII脳神経症状を主徴とする疾患であるが、その他の脳神経障害を伴うことを稀に経験する。今回我々は、左耳介及び喉頭の帯状疱疹(左側)と、同側の第VII VIII IX X XI脳神経麻痺を呈した症例を経験したので報告する。

症例、76歳男性。1999年11月11日、嘔声、咽頭痛出現。11月13日、左耳介痛出現。症状軽快しないため、11月18日、当科初診。初診時、左耳介、喉頭左側に水疱形成、左反回神経麻痺、左軟口蓋挙上不全、口蓋垂の右側偏位等第IX X脳神経麻痺を認めた。また、血清・髄液帯状疱疹ウイルス抗体価の上昇を認めた。Hunt 症候群と診断し入院加療した。その後、11月22日、顔面神経麻痺、聴力低下出現(VII、VIII)。11月25日、胸鎖乳突筋の筋力低下が出現した(XI)。

その後の経過とともに、病態の機序もふまえて考察し報告する。

## 46. 顔面神経麻痺を伴った側頭骨真菌症の一例

中里秀史、池田 稔、山内悠紀子、久木元延生、吉川琢磨  
(日本大学医学部板橋病院耳鼻咽喉科)

症例は77歳の男性で、平成10年5月25日頃より左耳痛と耳漏が出現した。外耳道炎の診断で近医にて加療を受けていたが改善しないため、6月19日、約30年間糖尿病の治療を受けていた某病院の耳鼻科を受診し、抗生剤の投与を受けていた。耳漏は一時改善したが、入院一週間後、左顔面神経麻痺と頭痛が出現した。8月からは軽度の意識障害も出現した。状態は一向に改善しないため、8月20日当院に転院した。翌21日、乳突洞および上鼓室開放、錐体尖部手術および顔面神経減荷術を施行した。一時改善の兆しがあったが、術後7日目に意識障害が悪化し、髄膜炎と診断された。脳槽シンチグラフィにて髄液耳漏が疑われた。耳漏の培養にてカンジダが検出されたが髄液培養では細菌、真菌とも終始陰性であった。抗生剤、抗真菌剤の投与を中心に治療を続けたが、10月16日死亡した。以上のような経過をたどった症例に若干の文献的考察を加え報告する。

*MEMO*

*MEMO*

*MEMO*

MEMO

# アレルギー疾患に

(蕁麻疹、痒痒性皮膚疾患、アレルギー性鼻炎)

# Once a day

## Eb H<sub>1</sub> ブロッカー

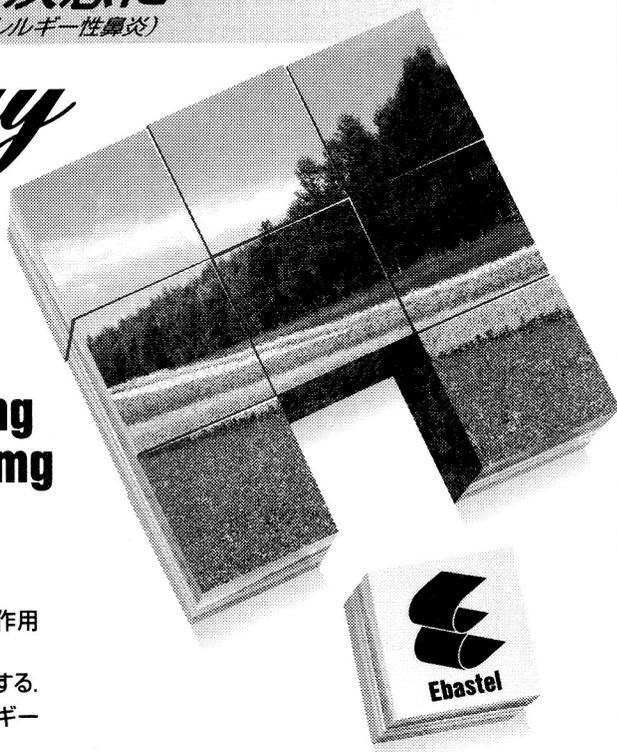
持続性選択H<sub>1</sub>受容体拮抗剤

指定医薬品 要指示医薬品<sup>(注)</sup>

# エバステル<sup>®</sup>錠 5mg

# 錠 10mg

〈エバステル錠〉 注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること



### ■特徴

1. 強力で選択的な末梢ヒスタミンH<sub>1</sub>受容体拮抗作用を示す。(モルモット、ラット)
2. 作用は持続的で、1日1回投与で優れた効果を発揮する。
3. 蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、痒疹、皮膚痒痒症、アレルギー性鼻炎に有効性が認められている。
4. 副作用の発現率は3.1% (194例/6,169例)。その主なものは眠気(1.8%)、口渇(0.4%)、胃部不快感(0.3%)等(第3回安全性定期報告時)。なお類薬(テルフェナジン等)で、QT延長、心室性不整脈(Torsades de pointesを含む)があらわれるとの報告がある。

**禁忌(次の患者には投与しないこと)**  
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

### ■効能・効果

蕁麻疹  
湿疹・皮膚炎、痒疹、皮膚痒痒症  
アレルギー性鼻炎

### ■用法・用量

通常、成人には、エバステルとして1回5~10mgを1日1回経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する。

### ■薬価基準収載

### ■使用上の注意

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)  
肝障害またはその既往歴のある患者(肝機能異常があらわれるおそれがある。)
2. 重要な基本的注意  
(1) 眠気を催すことがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に注意させること。  
(2) 長期ステロイド療法を受けている患者で本剤投与によりステロイドの減量をはかる場合は、十分な管理下で徐々に行うこと。  
(3) 本剤を季節性の患者に投与する場合は、好発季節を考えて、その直前から投与を開始し、好発季節終了時まで続けることが望ましい。
3. 相互作用  
併用注意(併用に注意すること)

薬剤名	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
エリスロマイシン	本剤の代謝物カレバステルの血漿中濃度が約2倍に上昇することが報告されている。〔「薬物動態」の項参照〕	エリスロマイシンによりカレバステルの代謝が抑制されると考えられる。

### 4. 副作用

承認までの臨床試験1,270例および1998年12月までの使用成績調査4,899例の合計6,169例中194例(3.1%)に副作用がみられた。その主なものは、眠気(1.8%)、口渇(0.4%)、胃部不快感(0.3%)等であった。(第3回安全性定期報告時)

承認までの臨床試験で、臨床検査値の異常変動は1,030例中38例(3.7%)にみられた。その主なものは、GPT上昇(2.1%)、GOT上昇(1.2%)、LDH上昇(1.0%)、γ-GTP上昇(0.6%)、好酸球増多(0.5%)、ALP上昇(0.2%)等であった。(承認時)

#### (1) 類薬による重大な副作用

類薬(テルフェナジン等)で、QT延長、心室性不整脈(Torsades de pointesを含む)があらわれるとの報告がある。

#### (2) その他の副作用

分類	0.1~5%未満	0.1%未満	頻度不明
過敏症(注)		発疹、浮腫	
循環器		動悸	血圧上昇
精神神経系	眠気、倦怠感、頭痛、めまい	しびれ感	
消化器	口渇、胃部不快感	嘔気、嘔吐、腹痛、鼻・口腔内乾燥、下痢、舌炎	
肝臓	GPT、GOT、LDH、γ-GTP、ALPの上昇		黄疸、ビリルビンの上昇
泌尿器			排尿障害
その他	好酸球増多、BUN上昇、尿糖	胸部圧迫感、ほてり	月経異常、脱毛

注) このような症状があらわれた場合には、投与を中止すること。

※詳細は添付文書をご参照ください。  
使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

〔資料請求先〕  
**P 大日本製薬**

〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

提携 アルミラル・プロデスファーマ、S.A. (スペイン)



# アレルギーの源流に迫る。

アイピーディ®カプセルの禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については添付文書をご参照下さい。

アレルギー性疾患治療剤  
指定医薬品

薬価基準収載

**アイピーディ® カプセル 50・100**

**IPD® capsule 50・100** 一般名：トシル酸スプラタスト

製造販売元  
資料請求先  
(お客様相談室)



**大鵬薬品工業株式会社**  
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27  
TEL. 03-3294-4527

# 局所ステロイド派

全身にやさしく、鼻局所にすぐれた効果  
アレルギー性鼻炎にフルナーゼ点鼻液



定量噴霧式鼻過敏症治療剤

薬価基準収載

指定医薬品

**フルナーゼ<sup>®</sup>点鼻液**  
Flunase<sup>®</sup> Nasal Soln. プロピオン酸フルチカゾン点鼻液

**禁忌(次の患者には投与しないこと)**

- (1) 有効な抗菌剤の存在しない感染症、全身の真菌症の患者[症状を増悪するおそれがある]
- (2) 本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者

**原則禁忌(次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること)**

- (1) 結核性疾患、呼吸器感染症の患者[症状を増悪するおそれがある]
- (2) 高血圧の患者[血圧上昇を起こすおそれがある]
- (3) 糖尿病の患者[症状を増悪するおそれがある]

**効能・効果**

アレルギー性鼻炎、血管運動性鼻炎

**用法・用量**

成人は、通常1回各鼻孔に1噴霧(プロピオン酸フルチカゾンとして50 $\mu$ g)を1日2回投与する。

なお、症状により適宜増減するが、1日の最大投与量は、8噴霧を限度とする。

**使用上の注意**

1. **慎重投与**(次の患者には慎重に投与すること) (1)呼吸器以外の感染症のある患者(抗生物質を投与するなど適切な処置を行うこと)[症状を増悪するおそれがある] (2)反復性鼻出血の患者[出血を増悪するおそれがある]
2. **重要な基本的注意** (1)重症な肥厚性鼻炎や鼻贅の患者では、本剤の鼻腔内での作用を確実にするため、これらの症状がある程度減少するよう他の療法を併用

するとよい。(2)本剤の投与期間中に鼻症状の悪化がみられた場合には、抗ヒスタミン剤あるいは、全身性ステロイド剤を短期間併用し、症状の軽減にあわせて併用薬剤を徐々に減量すること。(3)本剤には持続効果が認められるので、とくに**通年性の患者**において長期に使用する場合は、症状の改善状態が持続するようであれば、本剤の減量又は休薬につとめること。(4)**全身性ステロイド剤の減量**は本剤の吸入開始後症状の安定をみて徐々に行う。減量にあたっては一級のステロイド剤の減量法に準ずる。(5)**長期又は大量の全身性ステロイド療法**を受けている患者では**副腎皮質機能不全**が考えられるので、全身性ステロイド剤の減量中並びに離脱後も**副腎皮質機能検査**を行い、外傷、手術、重症感染症等の侵襲には十分に注意を払うこと。また必要があれば一時的に全身性ステロイド剤の増量を行うこと。(6)**全身性ステロイド剤の減量並びに離脱**に伴って、気管支喘息、ときに湿疹、麻疹、眩暈、動悸、倦怠感、顔のほてり、結膜炎等の症状が発現・増悪することがある(このような症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと)。

### 3. 副作用

総症例2551例中、27例(1.1%)に臨床検査値の変動を含む副作用が報告された。その主なものは鼻症状(刺激感、痛、乾燥感)7例(0.3%)、不快臭5例(0.2%)、鼻出血3例(0.1%)であった(承認時と使用成績調査第2回目報告)。以下のような副作用があらわれた場合には、症状に応じて適切な処置を行うこと。

	0.1%~5%未満	0.1%未満	頻度不明
過敏症 <sup>1)</sup>			発疹、浮腫
鼻 腔	鼻症状(刺激感、痛、乾燥感)、鼻出血、不快臭		
口腔並びに呼吸器		咽喉痛症状(刺激感、乾燥感)、不快な味	
精神神経系		頭痛	
その他			鼻内噴霧用コルチコステロイド剤使用後に、鼻中隔穿孔が認められたとの報告がある。

注1)このような場合には投与を中止すること。

※禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等の詳細は、添付文書をご参照下さい。

製造発売元  
[資料請求先]

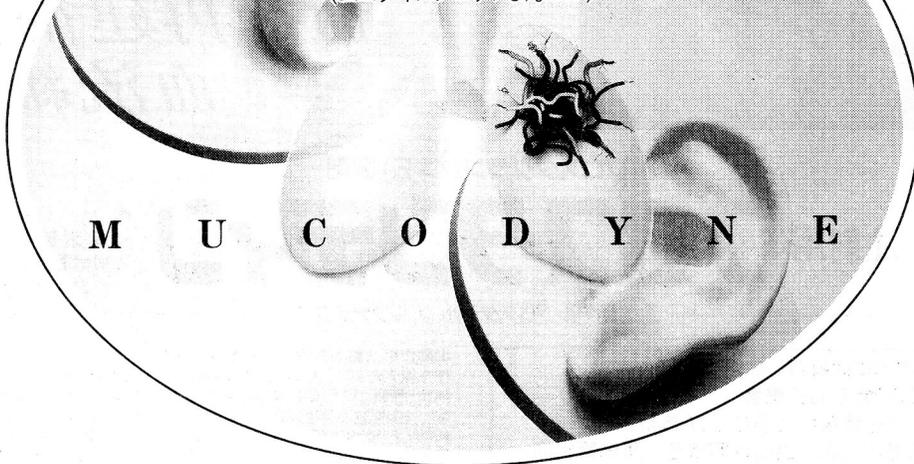
**GlaxoWellcome**

グラクソ・ウエルカム株式会社  
〒151-8566 東京都渋谷区代々木2-1-1新碩メインタワー25F  
http://www.glaxowellcome.co.jp

1999.10

# 急性・慢性呼吸器疾患の去痰 慢性副鼻腔炎の排膿 滲出性中耳炎の排液

(ムコダインシロップ5%のみ)



M U C O D Y N E

【組成・性状】*		ムコダイン錠	ムコダイン錠500mg
錠 壳 名		ムコダイン錠	ムコダイン錠500mg
成分・含量 (1錠中)		白糖 L-カルボシステイン 250mg 【別名: カルボシステイン】	白糖 L-カルボシステイン 500mg 【別名: カルボシステイン】
* 剤 形	形	ファルムムコダイン錠	ファルムムコダイン錠
	色	白	白
* 外 形	直径	直径 8.6mm	直径 15.1mm 短径 6.6mm
	厚さ	厚さ 4.5mm	厚さ 5.7mm
識別コード		KP-256	KP-777
錠 壳 名		ムコダイン錠	ムコダイン錠500mg
成分・含量		白糖 L-カルボシステイン 500mg 【別名: カルボシステイン】(18PF)	白糖 L-カルボシステイン 100mg (K10) 白糖 L-カルボシステイン 500mg (500mg) 【別名: カルボシステイン】(1mL中)
添加物		サッカリンナトリウム	ソルビン酸、香料
剤 形		錠 壳 剤	懸濁シロップ シロップ
色		白	無色 無色
DH		2.0~4.0	5.5~7.5
識別コード		KP-303 (包装シートのみ)	
味		わずかに酸味がある	初めは甘く、後に酸味がある
におい		なし	特異な香気

**【効能・効果】**  
下記疾患の去痰  
上気道炎(咽頭炎、喉頭炎)、急性気管支炎、気管支喘息、慢性気管支炎、気管支拡張症、肺結核  
慢性副鼻腔炎の排膿  
滲出性中耳炎の排液(ムコダインシロップ5%のみ)

**【用法・用量】**  
ムコダイン錠・ムコダイン錠500mg・ムコダイン細粒・ムコダインK10:  
カルボシステインとして、通常成人 1日500mgを1日3回投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。  
剤形別の用量は次の通りです。

指定医薬品

気道粘液調整・粘膜正常化剤

薬価基準記載

# ムコダイン®

ムコダイン錠・錠500mg・細粒・K10・シロップ5% MUCODYNE®

一般名: カルボシステイン (carbocisteine, r-INN)

剤 形	1 回 量	投 与 回 数
ムコダイン錠	2 錠	1日3回 食前投与
ムコダイン錠500mg	1 錠	
ムコダイン細粒	1 S	
ムコダインK10	5 mL	

ムコダインシロップ5%:  
通常、幼小児に、体重kg当り、カルボシステインとして1日30mg(本剤0.6mL)を3回に分割して経口投与する。なお、年齢、体重、症状により適宜増減する。

**【使用上の注意】**

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 肝障害のある患者  
【肝機能障害のある患者に投与した時、肝機能が悪化することがある。】
- (2) 心障害のある患者  
【頻脈で心不全のある患者に悪影響を及ぼしたとの報告がある。】

2. 副作用

軽症例10,835例中、94例(0.87%)に副作用が認められ、主な副作用は食欲不振27例(0.25%)、下痢16例(0.17%)、腰痛15例(0.14%)、発疹11例(0.10%)であった。(錠500mg剤形追加承認時)

本剤の副作用は、ムコダイン錠、錠500mg、細粒、K10、シロップ2%、5%を合わせた集計である。

\*\* (1) 重大な副作用

皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2) その他の副作用

	0.1~5%未満	0.1%未満	頻度不明
消化 器	食欲不振、 腹痛、下痢	悪心、嘔吐、 腸機能減退、 口乾等	
過 敏 症 **	発疹	発疹、紅斑等	
肝 臓			GOT、GPT、 Al-P、LDH、 上昇等の肝機能異常
そ の 他		痒痒感	

注) 投与を中止すること。 自発報告によるものについては頻度不明

3. 高齢者への投与

一般に高齢者では生理機能が低下しているので減量するなど注意すること。

4. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。

【妊娠中の投与に関する安全性が確立していない。】

5. 適用上の注意(錠・500mg錠についてのみ適用)

薬液交付時: PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。  
【PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔を起こして縦隔炎等  
の重篤な合併症を併発することが報告されている。】

●● 1998年7月改訂(第3版) ●● 1998年9月改訂

●● 使用上の注意の項に十分に留意下さい。 ●●

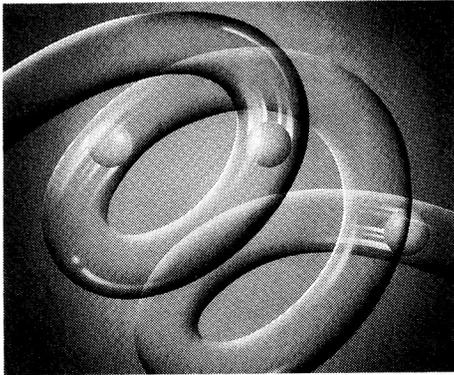
●● その他詳細については添付書等をご参照下さい。 ●●



杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台2-5

(資料請求先: 杏林製薬薬学情報部)



# 慢性動脈閉塞症における 四肢潰瘍ならびに 安静時疼痛の改善に 血行再建術後の 血流維持に

プロスタグランジンE<sub>1</sub>製剤

## 注射用 **プロスタンディン**<sup>®</sup>

劇薬  
指定医薬品  
要指示医薬品

薬価基準収載

注射用アルプロスタジール アルファデクス

### 禁忌（次の患者には投与しないこと）

- (1) 重篤な心不全のある患者  
（心不全を増悪させることがある。）
- (2) 出血（頭蓋内出血、出血性眼疾患、消化管出血、  
喀血等）している患者  
（出血を助長するおそれがある。）
- (3) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人  
（「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照）
- (4) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

■効能・効果 I. 動脈内投与：慢性動脈閉塞症（パージャール病、閉塞性動脈硬化症）における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善 II. 静脈内投与：1. 振動病における末梢血行障害に伴う自覚症状の改善ならびに末梢循環・神経・運動機能障害の回復 2. 血行再建術後の血流維持 3. 動脈内投与が不適と判断される慢性動脈閉塞症（パージャール病、閉塞性動脈硬化症）における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善

■用法・用量 I. 動脈内投与：1. 本品1管（アルプロスタジール20μg）を生理食塩液5mLに溶かし、通常成人1日量アルプロスタジールとして10～15μg（およそ0.1～0.15ng/kg/分）をインフュージョンポンプを用い持続的に動脈内へ注射投与する。 2. 症状により0.05～0.2ng/kg/分の間で適宜増減する。 II. 静脈内投与：1. 通常成人1回量本品2～3管（アルプロスタジール40～60μg）を輸液500mLに溶解し、2時間かけて点滴静注する（5～10ng/kg/分）。なお、投与速度は体重1kg2時間あたり1.2μgをこえないこと。 2. 投与回数は1日1～2回。 3. 症状により適宜増減する。

■使用上の注意 1. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）(1)心不全のある患者〔心不全の増強傾向があらわれるとの報告があるので、循環状態に対する観察を十分に行い、慎重に投与すること。〕(2)重症糖尿病患者〔網膜症など脆弱血管からの出血を助長することがある。〕(3)出血傾向のある患者〔出血を助長するおそれがある。〕(4)潰瘍の合併症及び既往歴のある患者〔出血を助長するおそれがある。〕(5)抗血小板剤、血栓溶解剤、抗凝血剤を投与中の患者〔「相互作用」の項参照〕(6)緑内障、眼圧亢進のある患者〔動物実験（ウサギ）で眼圧上昇が報告されている。〕 2. 重要な基本的注意 (1)本剤による治療は対症療法であり投与中止後再燃することがあるので注意すること。(2)慢性動脈閉塞症における四肢潰瘍の改善を治療目的とする場合、静脈内投与は動脈内投与に比し治療効果がやや劣るのと、動脈内投与による非適応と判断される患者（高位血管閉塞例など）又は動脈内投与操作による障害が、期待される治療上の効果を上まわると判断される患者に行うこと。 3. 相互作用 併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗血小板剤 アスピリン、チクロピジン、シロスタゾール	これらの薬剤と併用することにより出血傾向の増強をきたすおそれがある。	本剤は血小板凝集能を抑制するため、類似的作用を持つ薬剤を併用することにより作用を増強することが考えられる。
血栓溶解剤 ウロキナーゼ	観察を十分に行い、用量を調節するなど注意すること。	
抗凝血剤 ヘパリン、ワルファリン		

4. 副作用（動脈内投与）副作用は465例中220例（47.31%）について408件の報告があり、主な副作用は注射部位では浮腫・腫脹145件（31.18%）、鈍痛・疼痛115件（24.73%）、発赤57件（12.26%）、熱感・発熱51件（10.97%）、および注射部位以外では発熱11件（2.37%）などである。（承認時迄の調査及び1982年10月迄の副作用頻度報告結果）（静脈内投与）副作用は2,200例中221例（10.05%）について318件の報告があり、主な副作用は注射部位では血管痛77件（3.50%）、静脈炎13件（0.59%）、疼痛16件（0.73%）、発赤97件（4.41%）、および注射部位以外では悪心・嘔吐16件（0.73%）、頭痛・頭重11件（0.50%）などである。（再審査終了時） (1)重大な副作用 1) ショック、心不全、肺水腫 ショック、心不全、肺水腫があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。 2) 脳出血、消化管出血 脳出血、消化管出血（0.05%）があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。 3) 白血球減少 まれに白血球減少があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止すること。

### ②その他の副作用

注射部 その他	10～35%未満	3%未満	頻度不明
	疼痛、腫脹、発赤、発熱	脱力感、痙攣	頭痛、発熱、動悸

### （動脈内投与）

	0.5～5%未満	0.5%未満	頻度不明
	循環器		胸部絞扼感注、血圧降下注、顔面潮紅、動悸
出血傾向			眼底出血、皮下出血
注射部	血管痛、静脈炎、疼痛、発赤	腫脹、痙攣	
消化器	悪心・嘔吐	胃部不快感、食欲不振、下痢	
肝臓		GOT、GPTの上昇等	
皮膚		痒疹	発疹
その他	頭痛・頭重	発熱、熱感、浮腫、めまい、乳房硬結	関節痛

頻度不明は自発報告による

注：発現した場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

5. 高齢者への投与 一般に高齢者では、心機能等生理機能が低下しているため減量するなど注意すること。 6. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。（アルプロスタジールには子宮収縮作用が認められている。） 7. 小児等への投与 未熟児、新生児、乳児、幼児又は小児に対する安全性は確立していない（使用経験が少ない）。 8. 適用上の注意 (1)投与速度：本剤投与により、副作用があらわれた場合には、すみやかに投与速度を遅くするか又は投与を中止すること。(2)調製方法：インフュージョンポンプ使用に際しては、バッグあるいはシリンジ内に気泡が混入しないように注意すること。(3)アンプルカット時：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カットすることが望ましい。

\* その他詳細は製品添付文書をご参照ください。

製造発売元・資料請求先

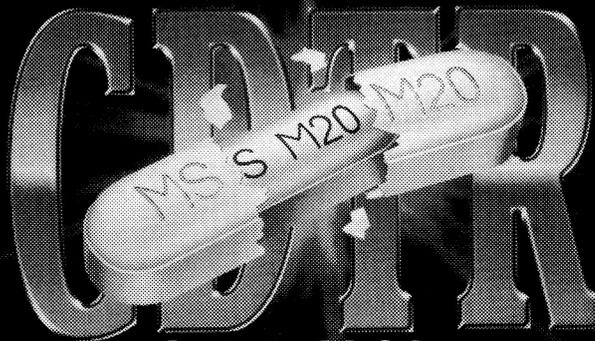


**小野薬品工業株式会社**

〒541-8526 大阪市中央区道修町2丁目1番5号

990801

# 飲みやすい メイアクト<sup>®</sup>錠100



## 小さな錠剤

パワーとやさしさ  
大いなるバランス



指定医薬品  
要指示医薬品<sup>※</sup>

経口用セフェム系抗生物質製剤

# メイアクト<sup>®</sup>

MEIACT<sup>®</sup>錠100・小児用細粒

日抗基・セフトレン ヒボキシル錠/散(略号:CDTR-PI)薬価基準収載

飲みやすい  
小児用細粒  
小児にやさしい

注)注意一医師等の処方せん・指示により使用すること

### 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1) 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者
- (2) 牛乳に対しアレルギーのある患者 [本剤は、添加物としてカゼインナトリウムを含有する。]

### 原則禁忌(次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること)

本剤の成分又はセフェム系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者

### 効能・効果

ブドウ球菌属、レンサ球菌属、ペプトストレプトコッカス属、ブランハメラ・カタラーリス、プロピオニバクテリウム・アクネス、大腸菌、シトロバクター属、クレブシエラ属、エンテロバクター属、セラチア属、プロテウス属(プロテウス・ミラビリス、プロテウス・ブルガリス)、モルガネラ属、プロピデンシア属、インフルエンザ菌、百日咳菌(小児用細粒)、バクテロイデス属のうち、本剤感性菌による下記感染症

●毛嚢炎、癰、癤腫症、よう、伝染性膿痂疹、丹毒、蜂巣炎、リンパ管(節)炎、化膿性爪囲(癬)炎、癬瘡、皮下膿瘍、汗腺炎、感染性粉瘤、慢性膿皮症●肛門周囲膿瘍、外傷・手術創などの表在性二次感染●咽喉頭炎(咽喉膿瘍)、急性気管支炎、扁桃炎(扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍)、気管支拡張症(感染時)、慢性呼吸器疾患の二次感染、肺炎、肺化膿症●中耳炎、副鼻腔炎

錠:●乳腺炎●慢性気管支炎●腎盂腎炎、膀胱炎●胆のう炎、胆管炎●子宮付属器炎、子宮内感染、バルトリン腺炎●眼瞼炎、麦粒腫、眼瞼膿瘍、涙囊炎、睑板腺炎●歯周組織炎、歯冠周囲炎、顎炎

小児用細粒:●尿路感染症(腎盂腎炎・膀胱炎)●猩紅熱●百日咳

### 用法・用量

錠:通常、成人にはセフトレン ヒボキシルとして1回100mg(力価)を1日3回食後に経口投与する。なお、年齢及び症状に応じて適宜増減するが、重症又は効果不十分と思われる場合は、1回200mg(力価)を1日3回食後に経口投与する。  
小児用細粒:通常、小児にセフトレン ヒボキシルとして1回3mg(力価)/kgを1日3回食後に経口投与する。なお、年齢及び症状に応じて適宜増減する。

### 用法・用量に関連する使用上の注意

- (1) 本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。
- (2) 高度の腎障害のある患者には、投与間隔をあけて使用すること。(「慎重投与」及び【薬物動態】の項参照)

### 使用上の注意

- (1) 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
  - 1) ペニシリン系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者
  - 2) 本人又は両親、兄弟に気管支喘息、発疹、蕁麻疹等のアレルギー症状を起しやすい体質を有する患者
  - 3) 高度の腎障害のある患者[血中濃度が持続する。(【薬物動態】の項参照)]
  - 4) 高齢者[「高齢者への投与」の項参照](錠)
  - 5) 経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、高齢者(小児用細粒)、全身状態の悪い患者[ビタミンK欠乏症状があらわれることがあるので、観察を十分に行うこと。]
- (2) 重要な基本的注意  
ショックを起こすおそれがあるので、十分な問診を行うこと。
- (3) 副作用
  - 1) 重大な副作用
    - ①ショック、アナフィラキシー様症状(0.1%未満)を起こすことがあるので、観察を十分に行い、不快感、口内異常感、喘鳴、眩暈、便秘、耳鳴、発汗等の異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
    - ②偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎(0.1%未満)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、腹痛、頻回の下痢があらわれた場合には、直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。
    - ③皮膚粘膜炎症候群(Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)(0.1%未満)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
    - ④発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線像異常、好酸球増多等を伴う間質性肺炎、PIE症候群(0.1%未満)等があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には、投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。
  - 2) 重大な副作用(類案)
    - ①他のセフェム系抗生物質で、急性腎不全等の重篤な腎障害(0.1%未満)があらわれることが報告されているので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
    - ②他のセフェム系抗生物質で、溶血性貧血(0.1%未満)があらわれることが報告されているので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。

※その他の使用上の注意については製品添付文書  
をご参照ください。

(資料請求先)



明治製薬株式会社

〒104-8002 東京都中央区京橋2-4-16

作成:1999.12

# 抗菌剤、選択の時代に

強い抗菌力と良好な組織移行性により52疾患、25菌種におよぶ幅広い適応を獲得

広範囲経口抗菌製剤 (ピリドンカルボン酸系)

指定医薬品・要指示医薬品<sup>※</sup>

薬価基準収載

## オゼックス錠<sup>®</sup> 75/150

OZEX<sup>®</sup> トシル酸スフロキサシン (略号 TFLX)

注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること



### ■禁忌 (次の患者には投与しないこと)

1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人 [妊娠中の投与に関する安全性は確立していない]
3. 小児 [小児等に対する安全性は確立していない]

### ■効能又は効果

ブドウ球菌属、レンサ球菌属、肺炎球菌属、腸球菌属、大腸菌、クレブシエラ属、インフルエンザ菌、フランシメラ・カタラーリス、淋菌、シトロバクテラ属、エンテロバクテラ属、セラチア属、プロテウス属、モルガネラ・モルガニー、プロピオニシア属、緑膿菌、シュードモナス・セパシア、キサントモナス・マルチフィリア、アシネトバクテラ属、サルモネラ属 (チフス菌、パラチフス菌を除く)、シゲラ属、ペプトストレプトコッカス属、プロピオニバクテリウム・アクネス、バクテロイデス属、クラミジア・トラコマティスのうち本剤感受性菌による下記感染症

●咽頭炎、扁桃炎 (扁桃周囲膿瘍を含む)、急性気管支炎、肺炎、慢性気管支炎、気管支拡張症 (感染時)、びまん性汎細気管支炎、慢性呼吸器疾患の二次感染 ●腎盂腎炎、膀胱炎、前立腺炎、副睾炎、淋菌性尿道炎、非淋菌性尿道炎 ●子宮付属器炎、子宮内感染、バルトリン腺炎 ●胆のう炎、胆管炎 ●細菌性赤痢、感染性腸炎 ●乳腺炎、骨髄炎、化膿性関節炎、外傷・手術等の表在性二次感染 ●毛嚢炎 (膿毒性 瘻管を含む)、癬、癬腫症、よう、丹毒、蜂巣炎、リンパ管 (節) 炎、瘰癧、化膿性爪囲炎、皮下膿瘍、汗腺炎、集簇性座瘡、感染性粉瘤、肛門周囲膿瘍 ●外耳炎、中耳炎、副鼻腔炎、化膿性唾液腺炎 ●眼瞼炎、麦粒腫、涙囊炎、瞼板腺炎 ●歯周組織炎、歯冠周囲炎、顎炎

### ■用法及び用量

通常、成人に対して、トシル酸スフロキサシンとして1日300~450mg (トスフロキサシンとして204~306mg) を2~3回に分割して経口投与する。骨髄炎、化膿性関節炎の場合には、通常、成人に対して、トシル酸スフロキサシンとして1日450mg (トスフロキサシンとして306mg) を3回に分割して経口投与する。なお、感染症の種類及び症状により適宜増減するが、重症又は効果不十分と思われる症例にはトシル酸スフロキサシンとして1日600mg (トスフロキサシンとして408mg) を経口投与する。

### 〈用法及び用量に関連する使用上の注意〉

1. 高度の腎障害のある患者には、投与量・投与間隔の適切な調節をする など慎重に投与すること。
2. 本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。

### ■使用上の注意

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)
  - (1) 高度の腎障害のある患者 [高い血中濃度が持続することがある]
  - (2) てんかん等の痙攣性疾患又はこれらの既往歴のある患者 [痙攣を起こすことがある]
  - (3) 高齢者
2. 相互作用
 

併用注意 (併用に注意すること)

テオフィリン、アミノフィリン、コリンテオフィリン  
フェニル酢酸系、プロピオン酸系非ステロイド性消炎鎮痛剤  
フェンブフェン等  
アルミニウム又はマグネシウム含有の制酸剤、鉄剤、カルシウム含有製剤
3. 副作用
 

承認時までの調査では、副作用は4,424例中143例(3.23%)であった。また、承認後6年間(1990年1月~1996年1月)の使用成績調査では、25,129例中192例(0.76%)であった。再審査終了時において、副作用は総症例29,553例中335例(1.13%)に認められ、発現件数は400件であった。その主なものは、発疹66件(0.22%)、胃・

腹部不快感 57件(0.19%)、下痢・軟便43件(0.15%)等であった。なお、本項には承認時以降発現した頻度が不明な副作用も含む。

### (1) 重大な副作用

- 1) ショック、アナフィラキシー様症状(呼吸困難、浮腫、発赤等)を起こすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと (頻度不明)。
- 2) 中毒性表皮壊死症 (Lyell 症候群)、皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson 症候群) があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと (頻度不明)。
- 3) 急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと (頻度不明)。
- 4) 無顆粒球症、血小板減少 (50,000/ $\mu$ L未満) があらわれることがある。発熱、咽頭痛、皮下・粘膜出血等があらわれた場合には血液検査を実施し、異常が認められた場合には投与を中止すること (頻度不明)。
- 5) 偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎があらわれることがある。腹痛、頻回の下痢があらわれた場合には、直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと (出血性大腸炎: 0.1%未満)。
- 6) 発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等を伴う間質性肺炎、PIE 症候群等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと (頻度不明)。
- 7) 急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症があらわれることがある。筋肉痛、脱力感、CPK 上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと (頻度不明)。

### (2) 重大な副作用 (類案)

- 1) 低血糖が他のニューキノロン系抗菌剤であられる (高齢者、特に腎障害患者であられるやすい) との報告があるので、慎重に投与すること。
- 2) アキレス腱炎、腱断裂等の腱障害が他のニューキノロン系抗菌剤で報告されているので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

### (3) その他の副作用

次のような副作用があらわれた場合には、症状に応じて適切な処置を行うこと。

種類	0.1~1%未満又は頻度不明*	0.1%未満
過敏症	発疹、光線過敏症*	痒痒感、蕁麻疹、発熱
腎臓	クレアチニン上昇*	BUN 上昇
肝臓	—	GOT 上昇、GPT 上昇、Al-P 上昇、LDH 上昇、 $\gamma$ -GTP 上昇、ビリルビン上昇
消化器	胃・腹部不快感、悪心、下痢・軟便、胃・腹痛	嘔吐、腹部膨満感、食欲不振、便秘、口内炎
血液	白血球減少*、好酸球増多*、血小板減少*、貧血*	—
精神神経系	痙攣*	頭痛、めまい、しびれ、不眠、振戦
その他	—	倦怠感

(再審査終了時)

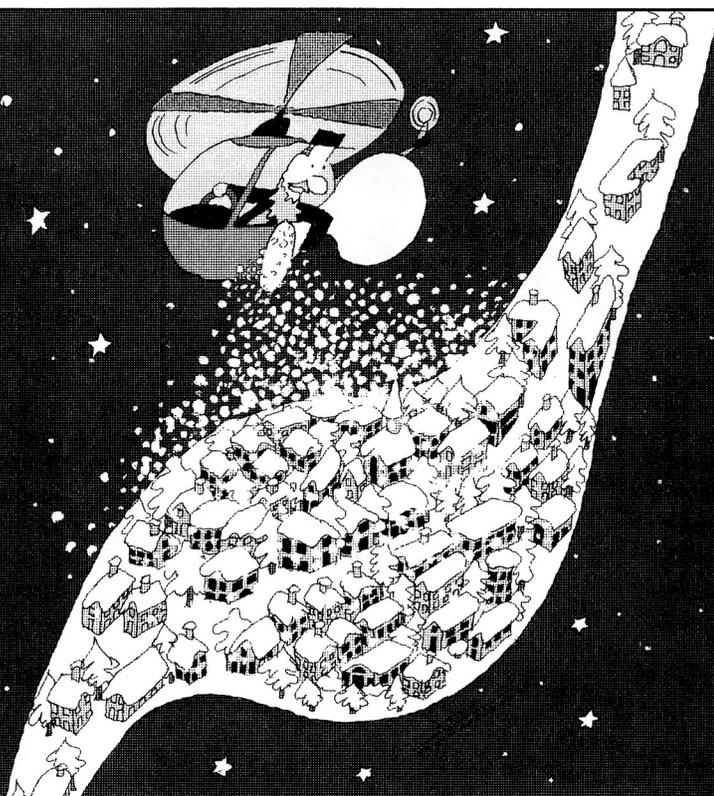
※使用上の注意の詳細は添付文書をご参照ください。

製造発売元  
(資料請求先)

**富山化学工業株式会社**  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿3-2-5

2000年1月作成

おおいて守いて、直接なおす。



- 〈特徴〉
- ①松香成分由来の胃炎・胃潰瘍治療剤です。
  - ②胃粘膜障害部を被覆することによって、バリアー層を形成し、胃粘膜を保護します(ヒト、ラット)。
  - ③消化酵素であるペプシンの活性を抑制します。
  - ④Helicobacter pyloriに対し、ウレアーゼ阻害作用を伴う殺菌作用を示します(in vitro)。
  - ⑤服薬コンプライアンスのよい1日2回投与です。
  - ⑥副作用発現率は0.9% (59例/6,358例)でした。

■効能・効果／胃潰瘍

下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善  
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

■用法・用量

通常、成人には本剤を1回1.5g(エカベトナトリウムとして1g)、1日2回(朝食後、就寝前)経口投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。

■使用上の注意

1. 副作用

総症例6,358例中、副作用が報告されたのは59例(0.93%)で、主な副作用は悪心13例(0.20%)、便秘11例(0.17%)、下痢8例(0.13%)等であった。  
(承認時～1997年9月迄の集計)

副作用が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

	0.1～5%未満	0.1%未満
過敏症		発疹、蕁麻疹、痒痒感
肝臓		GOT、GPTの上昇
消化器	悪心、下痢、便秘	嘔吐、腹部膨満感
その他		胸部圧迫感、全身倦怠感

2. 高齢者への投与

本薬はほとんど吸収されず、非高齢者に比べて高齢者で特別に注意する点はないと考えられるが、一般に高齢者では消化器機能が低下しているため、便秘等の発現には注意することが望ましい。

3. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

1) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上まわると判断される場合にのみ投与すること。  
〔妊娠中の投与に関する安全性は確立していない〕

2) 授乳中の婦人に投与することを避け、やむを得ず投与する場合には授乳を中止させること。  
〔授乳中の投与に関する安全性は確立していない〕

4. 小児等への投与

小児等に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

■取扱上の注意

1. 規制区分：指定医薬品

2. 貯法：室温保存

開封後は湿気を避けて保存のこと。

3. 使用期限：外箱、容器に使用期限を表示

●詳細は、製品添付文書をご参照ください。  
●使用上の注意の改訂には十分ご留意ください。

本剤の適応疾患(効能・効果)のうち胃潰瘍は、厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)に基づき、1回30日間分投薬が認められています。



胃炎・胃潰瘍治療剤

**ガストローム® 顆粒**

Gastrom® (エカベトナトリウム製剤)

薬価基準収載

指定医薬品

<資料請求先>



田辺製薬株式会社  
大阪市中央区道徳町3丁目2番10号  
<http://www.tanabe.co.jp/>



# 注射用セフェム系抗生物質製剤

指定医薬品、要指示医薬品

# パンスポリン<sup>®</sup>

## 静注用1gバッグS・1gバッグG

(日抗基：注射用塩酸セフオチアム)

略号：**CTM**

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

■薬価基準：収載

# PANSPORIN<sup>®</sup>



(資料請求先)

**武田薬品工業株式会社**

〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

ホームページ <http://www.takeda.co.jp/>

CG0033B-1-1

**【効能・効果】**

ロキシシロマイシン感性的のブドウ球菌属、レンサ球菌属(腸球菌を除く)、肺炎球菌、ブランハメラ・カタラーリス、プロピオニバクテリウム・アクネス、マイコプラズマ・ニューモニアによる下記感染症

- 毛嚢(包)炎、癩、癰腫症、癰、丹毒、蜂巣炎、リンパ管(節)炎、癬疽、化膿性爪囲炎、皮下膿瘍、汗腺炎、瘻瘻(炎症を伴うもの)、集簇性瘻瘻、感染性粉瘤
- 咽喉頭炎、急性気管支炎、扁桃炎、細菌性肺炎、マイコプラズマ肺炎
- 中耳炎、副鼻腔炎
- 歯周組織炎、歯冠周囲炎、顎炎

**【用法・用量】**

通常、成人にはロキシシロマイシンとして1日量300mg(力価)を2回に分割し、経口投与する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。

**【使用上の注意】**

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1)過敏性の既往歴のある患者
- (2)肝障害のある患者  
〔血中濃度が持続するおそれがあるので、投与間隔をあけること。〕
- (3)高齢者  
〔添付文書「高齢者への投与」の項参照〕

2. 相互作用

併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
テオフィリン	テオフィリンの血中濃度が上昇し、中毒症状(悪心、嘔吐等)を起こすことがある。	肝薬物代謝酵素が阻害され、テオフィリン血中濃度が上昇すると考えられる。
エルゴタミンを含有する製剤	エルゴタミンの作用を増強させ、四肢の虚血を起こすおそれがある。	エルゴタミンの末梢血管収縮作用の増強によると考えられる。
ワルファリン カリウム	ワルファリンの作用を増強させ出血症状を起こすおそれがある。	肝薬物代謝酵素が阻害され、ワルファリン血中濃度が上昇すると考えられる。

3. 副作用

総症例8,903例中、202例(2.27%)に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められ、主な副作用は、GPT上昇42件(0.47%)、GOT上昇32件(0.36%)、好酸球増多24件(0.27%)、下痢14件(0.16%)、胃不快感13件(0.15%)であった。(再審査終了時並びに効能・効果一部変更時)

(1)重大な副作用(頻度不明)

- 1)ショック ショックを起こすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2)出血性大腸炎 出血性大腸炎(初期症状:腹痛、頻回の下痢等)等の血便を伴う重篤な大腸炎があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
- 3)間質性肺炎 間質性肺炎(初期症状:発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等)があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。
- 4)血小板減少症 血小板減少症があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

2000年1月作成



ルリカケス

スズメ目/カラス科  
奄美大島と徳之島だけに棲息し、天然記念物、特殊鳥類に指定されている。



指定医薬品

要指示医薬品:注意一医師等の処方せん・指示により使用すること

酸安定性・持続型マクロライド系抗生剤

**ルリッド<sup>®</sup>錠 150**

日抗基:ロキシシロマイシン錠(略号:RXM)(薬価基準収載)

**【禁忌】(次の患者には投与しないこと)**  
本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

販 売: **Eisai** エーザイ株式会社  
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10

製造・販売提携: **アベンティス ファーマ株式会社**  
〒107-8465 東京都港区赤坂二丁目17番51号

資料請求先:エーザイ株式会社医薬部ルリッド係

●その他の使用上の注意等については添付文書をご参照ください。