第27回日本顔面神経研究会
プログラム・予稿集

平成16年６月３日（木）・４日（金）

西宮市：ノボテル甲子園

会長　　阪上雅史

兵庫医科大学耳鼻咽喉科学教室

ご　挨　拶

この度、第27回日本顔面神経研究会を担当させていただくことになり大変光栄に存じております。平成３年に雲井健雄名誉教授が第14回を担当されていますので、兵庫医大では13年振りになります。

プログラム編成には現運営委員長の竹田泰三教授（高知大学）をはじめ多くの方々に相談し、乏しい知恵を絞って考えました。本研究会は四半世紀を越え創立時のことを知っている会員も少なくなって来ましたので、温故知新という意味で「顔面神経麻痺と私」という特別企画を計画しました。小松崎　篤名誉教授（東京医科歯科大学）の司会で、小池吉郎名誉教授（山形大学）、冨田　寛名誉教授（日本大学）、齋藤春雄名誉教授（高知大学）、柳原尚明名誉教授（愛媛大学）に、創立時の苦労話や顔面神経研究の動機を語っていただきます。特別講演は神経系のアポトーシスを長年研究されている木山博資教授（大阪市大大学院機能形態学）に「損傷末梢神経の脆弱性と再生能」についてご講演していただきます。舌下神経の再生モデルが同じ運動神経である顔面神経に応用できることを期待しております。臨床セミナーも「顔面神経の回復・再生」をテーマに、湊川　徹助教授（大阪歯科大学）に司会をお願いしています。ランチョンセミナーは、ミネソタ大留学時代の友人である Patrick Antonelli 教授（フロリダ大学耳鼻咽喉科）に、アメリカにおける標準的な顔面神経麻痺の診断と治療を講演していただきます。日米の診断・治療に相違があるかどうか興味あるところです。

一般演題に56題もご応募いただきましたので時間がタイトになり、指定演題の「困った症例」「後遺症の評価法」「味覚障害」の口演時間が一般演題と同じ７分にせざるを得なくなりました。この紙面を借りしましてお詫び申し上げます。また、一日目の夕方には、顔面痙攣の薬物治療として関心を集めている、ボツリヌス治療の講習セミナーを予定しております。

以上、非常に盛り沢山の内容になりました関係上、二日とも午前８時半から開始となりました。研究会の合間の息抜きとして、一日目終了後に甲子園球場での野球観戦（阪神 VS ヤクルト、先着100名）を企画しました。甲子園球場は会場のノボテル甲子園からは徒歩５分ですので、是非ラフな服装で観戦していただきたく思います。

当教室初めての全国規模の研究会ですが、本研究会が有意義なものとなりますよう、医局員一同務める所存でありますので、何卒よろしくお願いします。皆様のご参加をお待ちしております。

平成16年５月吉日

第 27 回 日 本 顔 面 神 経 研 究 会
会長　阪上雅史（兵庫医科大学耳鼻咽喉科教室）

ご　案　内

1．会期

平成16年６月３日（木）・４日（金）

2．会場

ノボテル甲子園　１階　鳴尾の間

〒663－8166　西宮市甲子園高潮町３－30

Tel. 0798-48-1111（代）Fax. 0798-45-3120

http://www.novotelkoshien.com

3．日程

学術講演会：平成16年６月３日（木）８：30－16：45

平成16年６月４日（金）８：30－16：45

特別講演：平成16年６月３日（木）

「損傷末梢神経の脆弱性と再生能」

大阪市立大大学院医学研究科機能細胞形態学教授　木山博資先生

特別企画：平成16年６月３日（木）

「顔面神経麻痺と私」

司会　小松崎　篤先生（東京医科歯科大名誉教授）

演者：小池吉郎先生（山形大学名誉教授）

斎藤春雄先生（高知大学名誉教授）

冨田　寛先生（日本大学名誉教授）

柳原尚明先生（愛媛大学名誉教授）　　（50音順）

ランチョンセミナー：平成16年６月３日（木）12：00－13：00

司会：柳原尚明先生（鷹の子病院）

「Diagnosis and Management of Facial Palsy at the University of Florida」

フロリダ大学医学部耳鼻咽喉科教授　Patrick J. Antonelli 先生

臨床セミナー：平成16年６月４日（金）

「顔面神経の回復・再生」　司会　湊川　徹先生（大阪歯科大助教授）

4．事務局

第27回日本顔面神経研究会事務局

〒663－8501　西宮市武庫川町１－１

兵庫医科大学耳鼻咽喉科教室内

Tel. 0798－45－6493、 Fax. 0798－41－8976

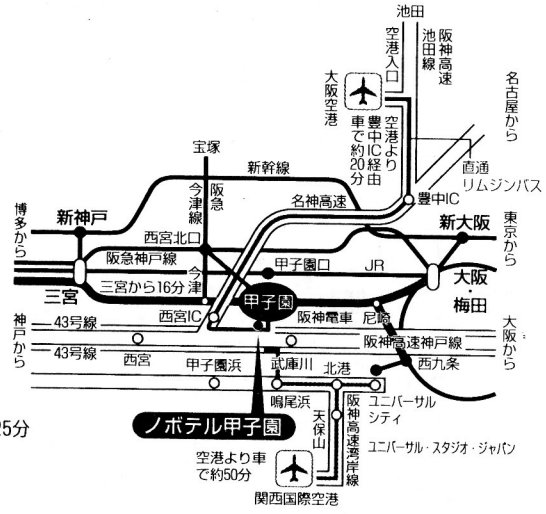
E-mail：fnrjpn 27@ hyo-med.ac.jp

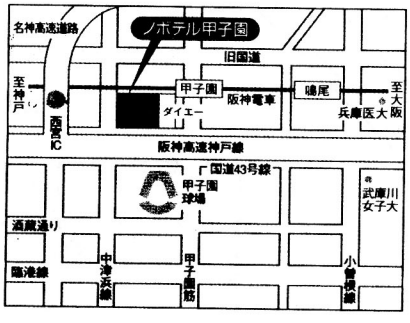
5．交通のご案内

●新大阪から約30分
（JR→阪神電車）
●新神戸から約30分
（市営地下鉄→阪神電車）
●大阪梅田から約15分
（阪神電車）
●神戸三宮から約16分
（阪神電車）

●大阪空港から約30分
（直通リムジンバス）
●関西国際空港から約50分
（お車で/阪神高速湾岸線利用）
●名神高速道路、「西宮IC」から約1分

●ユニバーサル・スタジオ・ジャパンから約25分
（JR→阪神電車）
（お車で/阪神高速湾岸線利用）





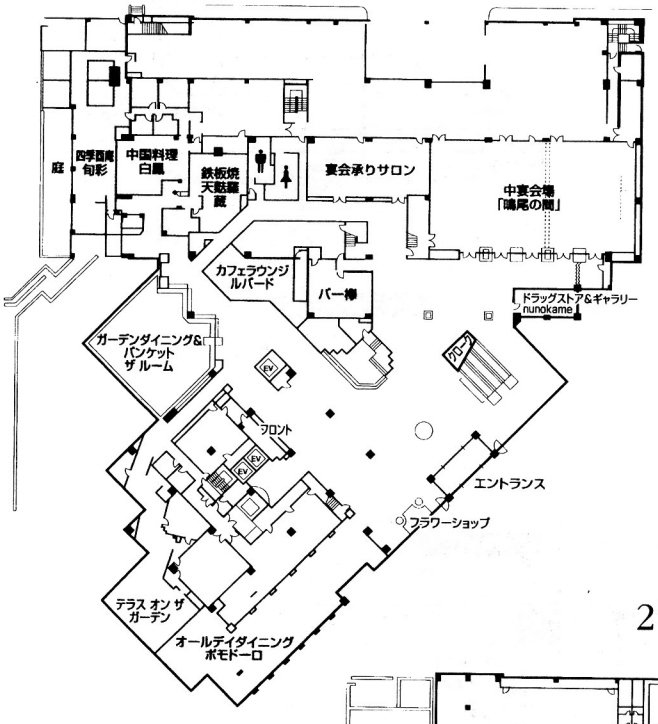
ノボテル甲子園

〒663-8166　西宮市甲子園高潮町3-30
（阪神甲子園駅西口前）
TEL：0798-48-1111　FAX：0798-48-5111
http://www.novotelkoshien.com

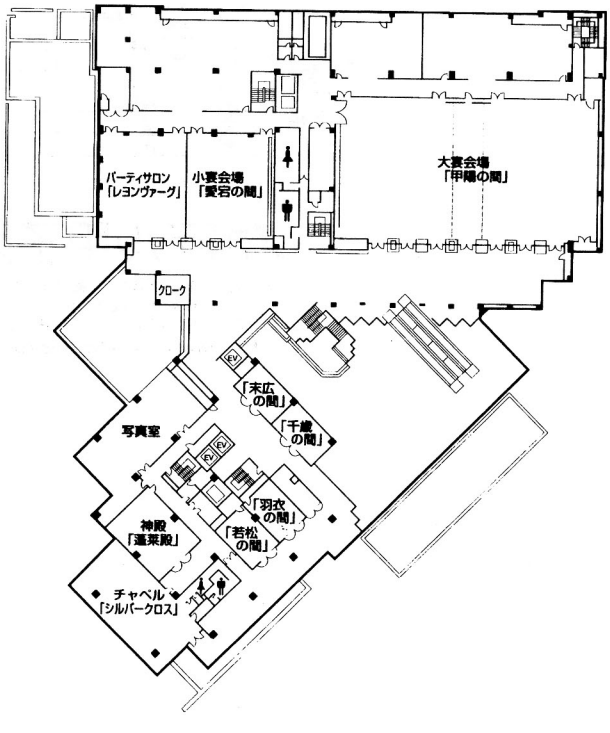
会場見取図

フロアのご案内 FLOOR INFORMATION

1F



2F



演者・座長・司会の先生方へ

■参加者受付について

1．会場費8,000円は受付でお支払いください。
　　引き替えに参加証をお渡ししますので、会期中は着用してください。

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票を受付の際にお忘れなくご提出ください。

3．出題者は共同演者も会員に限りますので、未入会の方は至急ご入会ください。
　入会金1,000円　　年会費　8,000円
　日本顔面神経研究会事務局　〒160－8582　東京都新宿区信濃町35番地
　　慶應義塾大学医学部　耳鼻咽喉科教室内
　　TEL & FAX：03－3353－3003

■発表について

4．一般演題の発表時間は、口演・ビデオ演題ともに７分、質疑応答３分です。
指定演題の発表時間は口演８分、ビデオ演題10分、質疑応答はともに３分です。時間厳守でお願いいたします。

5．投影スクリーンは１面です。すべての演題がＰＣ発表となります。各自のPC（ノートパソコン）をお持ち込みください。発表は１面となります。ビデオ演題もPC発表としてください。Mini-D-SUB 15（オス）プラグのケーブルを用意します（３列に５ピンずつ並んだコネクタです）。古いMacintoshや古いNEC PC-98等は形状が異なっている場合がありますので、各自で変換コネクタをご用意ください。スライドによる発表の準備はありません。

6．PC持込による発表が不可能な場合には、できるだけ早く事務局までご連絡ください。

■関連事項

7．プログラム・予稿集は、研究会当日ご持参ください。

8．運営委員会は、研究会前日（６月２日）16：30よりノボテル甲子園２階甲陽西の間にて行われます。

9．６月３日（木）研究会終了後、そのまま会場にて「ボトックス注・講習・実技セミナー」を行います。会費は無料です。事前の申し込みは不要です。

10．６月３日（木）甲子園球場にてプロ野球「阪神―ヤクルト」の観戦に100名分の用意がございます。ご希望の方は受付時に申し出てください。

研究会日程表

6月2日（水）

16：30 運営委員会 17：30

6月3日（木）

8：25 開会の辞

8：30 第Ⅰ群　基礎
座長：山下敏夫
小川　郁

9：20 第Ⅱ群　ウイルス診断
座長：村上信五
福田　諭

10：20

10：30 第Ⅲ群
電気生理学的診断・評価法
座長：暁　清文
大平貴之

11：20 第Ⅳ群　ベル麻痺の機序
座長：山本纊子

11：50

12：00 ランチョンセミナー
Patrick J.Antonelli
座長：柳原尚明

13：00 総会

13：30 特別企画
顔面神経麻痺と私
司会：小松崎　篤

14：40 第Ⅴ群　指定演題
(1) 病的共同運動
座長：青柳　優
武田憲昭

15：30 第Ⅵ群　指定演題
(2) 味覚障害
座長：池田　稔

15：50

16：00 ボトックス注100
講習セミナー
講師：三村　治

18：00 プロ野球観戦
阪神－ヤクルト戦

6月4日（金）

8：30 第Ⅶ群　症例(1)
座長：神崎　仁
稲村博雄

9：30 第Ⅷ群　顔面痙攣
座長：小林武夫

10：00 第Ⅸ群　形成
座長：波利井清紀
上田和毅

11：10

11：20 特別講演
木下博資
座長：竹田泰三

12：20 昼休み（昼食）

13：10 臨床セミナー
顔面神経の回復・再生
司会：湊川　徹

14：20 第Ⅹ群　治療
座長：山本悦生
國弘幸伸

15：20 第ⅩⅠ群　症例(2)
座長：斎藤春雄

16：00 第ⅩⅡ群　症例(3)
座長：木西　實

16：40 閉会の辞

16：45

第27回日本顔面神経研究会プログラム

第１日目　　６月３日（木）

開会の辞　（８：25－８：30）　　会長　阪上雅史

第Ⅰ群　基礎　（８：30－９：20）

座長　山下敏夫（関西医大耳鼻咽喉科）
小川　郁（慶応大耳鼻咽喉科）

１．顔面神経圧迫障害による病的共同運動モデルの検討（第２報）
－Fluorescent retrograde tracer を用いた過誤支配の評価－
山田啓介、羽藤直人、本多伸光、脇坂浩之、木崎久喜、河野　尚、暁　清文
（愛媛大耳鼻咽喉科）

２．HSV-1初感染顔面神経モデルにおける神経浮腫の定量的検討－第２報－
河野　尚、山田啓介、木崎久喜、脇坂浩之、本多伸光、羽藤直人、暁　清文
（愛媛大耳鼻咽喉科）

３．HSV-1による顔面神経麻痺モデル－免疫応答の異なる動物における検討－
木口　淳[1)]、戸田興介[2)]、山野耕嗣[2)]、村上信五[2)]
（厚生連尾西病院耳鼻咽喉科[1)]、名古屋市立大耳鼻咽喉科[2)]）

４．顔面筋の加齢変化についての検討－第１報－
稲村博雄、甲州秀浩、川口和浩、阿部靖弘、青柳　優
（山形大耳鼻咽喉科）

５．外傷性顔面神経前頭枝欠損に対する PGA-Collagen tube を用いた生体内再生治療
稲田有史[1)]、山下哲範[1)]、細井裕司[1)]、金丸眞一[2)]、中村達雄[2)]、清水慶彦[2)]
（奈良県立医科大耳鼻咽喉科[1)]、京都大再生医科学研究所臓器再建応用分野[2)]）

第Ⅱ群　ウイルス診断　（９：20－10：20）

座長：村上信五（名古屋市大耳鼻咽喉科）
福田　諭（北海道大耳鼻咽喉科・頭頸部外科分野）

６．Bell 麻痺患者における早期病因診断（ウイルス学的検討）
川口和浩、稲村博雄、甲州秀浩、青柳　優
（山形大耳鼻咽喉科）

7．ベル麻痺に対する早期病因診断の可能性について－高度先進医療班研究の結果より－
本多伸光、羽藤直人、木崎久喜、脇坂浩之、松本宗一、山田啓介、河野　尚、暁　清文
（愛媛大耳鼻咽喉科）

8．末梢性顔面神経麻痺患者における血清 HSV 抗体価測定の意義
中里秀史、久木元延生、大森英生、安孫子譲、平井良治、池田　稔
（日本大耳鼻咽喉科）

9．顔面神経麻痺例の涙液および個別唾液腺液からの HHV 6, 7, 8の定量
安孫子譲、弘重光一、平井良治、池田　稔
（日本大耳鼻咽喉科）

10．顔面神経麻痺における抗 VZV 抗体価の比較検討（CF、FA、EIA 法）
山河和博、浜田昌史、竹田泰三
（高知大聴平衡・嚥下機能統御学）

11．Bell 麻痺非治癒症例におけるヘルペスウイルス再活性化
古田　康、大谷文雄、相澤寛志、福田　諭
（北海道大耳鼻咽喉科・頭頸部外科分野）

休　　憩　（10：20―10：30）

第Ⅲ群　電気生理学的診断・評価法　（10：30―11：20）
座長　暁　清文（愛媛大耳鼻咽喉科）
大平貴之（慶応大脳神経外科）

12．顔面神経麻痺発症早期 ENoG の検討
戸田直紀[1)]、東　貴弘[1)]、中村克彦[2)]、武田憲昭[2)]
（国立高知病院耳鼻咽喉科[1)]、徳島大耳鼻咽喉科[2)]）

13．顔面神経麻痺治癒判定手段としての逆行性顔面神経誘発電位
濱田昌史、山河和博、竹田泰三
（高知大聴平衡・嚥下機能統御学）

14．Optical flow を利用した顔面神経麻痺治療の定量的評価法
－顔面神経麻痺による口唇変形に対するボツリヌストキシン治療評価への応用－
田中一郎[1)]、南谷晴之[2)]、星野佳彦[2)]、中島龍夫[1)]
（慶応大形成外科[1)]、慶応大理工学部物理情報工学科[2)]）

15. 顔表情運動解析システム FEMAS-1の使用経験：顔面麻痺評価における信頼性と有用性－
南谷晴之[1)]、田中一郎[2)]、星野佳彦[1)]、中島龍夫[2)]
（慶応大理工学部物理情報工学科[1)]、慶応大形成外科[2)]）

16. 表情運動時の特徴点移動量による顔面神経麻痺評価法
田中敏幸[1)]、根本順子[1)]、太田真奈美[1)]、國弘幸伸[2)]
（慶応大理工学部物理情報工学科[1)]、慶応大耳鼻咽喉科[2)]）

第Ⅳ群　ベル麻痺の発症機序　（11：20－11：50）

座長　山本纉子（藤田保健衛生大神経内科）

17. ベル麻痺の発症機序について
湊川　徹[1)]、毛利大介[1)]、城山明宏[1)]、村川和重[2)]、塚本康弘[3)]、毛利　学[1)]
（大阪歯科大耳鼻咽喉科[1)]、兵庫医大麻酔科[2)]、千船病院耳鼻咽喉科[3)]）

18. ベル麻痺はどのようにして発症するだろうか？
－新鮮ベル麻痺188症例の発症様式からみた検討－
加納直行、里見文男、岡しおり、入谷　寛
（兵庫医大耳鼻咽喉科）

19. Bell 麻痺、Hunt 症候群の誘因、臨床症状、前駆症状、合併症
－アンケート調査より－
木口　淳[1)]、戸田興介[2)]、山野耕嗣[2)]、村上信五[2)]、河野　尚[3)]、羽藤直人[3)]
（厚生連尾西病院耳鼻咽喉科[1)]、名古屋市立大耳鼻咽喉科[2)]、愛媛大耳鼻咽喉科[3)]）

休　憩　（11：50－12：00）

ランチョンセミナー　（12：00－13：00）

座長　柳原尚明（鷹の子病院耳鼻咽喉科）

Diagnosis and Management of Facial Palsy at the University of Florida
Prof. Patrick J. Antonelli（Dept. of Otolaryngology, University of Florida）

総　会　（13：00－13：30）

特別企画　(13：30—14：40)

座長　小松崎　篤（東京医科歯科大名誉教授）

顔面神経麻痺と私

小池吉郎（山形大名誉教授）
冨田　寛（日本大名誉教授）
斎藤春雄（高知大名誉教授）
柳原尚明（愛媛大名誉教授）

第Ⅴ群　指定演題(1)　病的共同運動（14：40—15：30）

座長　青柳　優（山形大耳鼻咽喉科）
武田憲昭（徳島大学耳鼻咽喉科）

20. 病的共同運動における客観的所見と自覚症状の検討
山野耕嗣、戸田興介、木口　淳、渡邊暢浩、村上信五
（名古屋市立大耳鼻咽喉科）

21. 顔面神経麻痺後遺症の評価法：Sunnybrook 評価法と40点法との比較
栢森良二、三上真弘
（帝京大リハビリテーション科）

22. 顔面神経麻痺改善過程の３次元的検討－麻痺例について－
吉川　構[1)]、磯野道夫[1)]、宮下仁良[1)]、斎藤　啓[2)]、村田清高[1)]
（近畿大耳鼻咽喉科[1)]、和歌山市[2)]）

23. 生体インピーダンス測定装置による病的共同運動（閉眼時の口唇の偏位）の評価について
中村克彦[1)]、武市美香[1)]、武田憲昭[1)]、戸田直紀[2)]
（徳島大耳鼻咽喉科[1)]、国立高知病院耳鼻咽喉科[2)]）

24. 眼裂比（%）を用いた病的共同運動（口運動時の眼裂狭小）の評価について
武市美香[1)]、中村克彦[1)]、武田憲昭[1)]、戸田直紀[2)]
（徳島大耳鼻咽喉科[1)]、国立高知病院耳鼻咽喉科[2)]）

第Ⅵ群　指定演題(2) 味覚障害（15：30—15：50）

座長　池田　稔（日本大耳鼻咽喉科）

25. 末梢性顔面神経麻痺患者における味覚障害と臨床像の検討
木崎久喜、羽藤直人、本多伸光、脇坂浩之、暁　清文
（愛媛大耳鼻咽喉科）

26. 中耳手術における鼓索神経切断後の味覚機能
任　智美、辻　恒治郎、深澤啓二郎、阪上雅史
（兵庫医大耳鼻咽喉科）

休　　憩　15：50—16：00

ボトックス注100講習・実技セミナー　（16：00—18：00）
講師　三村　治（兵庫医科大眼科）

第２日目　　６月４日（金）

第Ⅶ群　症例（1）　（８：30—９：30）
座長　神崎　仁（国際医療福祉大付属熱海病院耳鼻咽喉科）
稲村博雄（山形大耳鼻咽喉科）

27. 顔面神経麻痺を呈した中耳リンパ管腫
平井良治、安孫子譲、中里秀史、大森英生、久木元延生、池田　稔
（日本大耳鼻咽喉科）

28. Epineural pseudocysts of the intratemporal facial nerve
Patrick J, Antonelli, Sarah L, Pertzborn, John D, Reith, Anthony A, Mancuso
(Department of Otolaryngology, University of Florida)

29. 膝神経節原発と思われる顔面神経鞘腫の１例
—XYZ Slice View Accu-I-Tomo の有用性を中心に—
山田和臣[1)]、羽藤直人[2)]、柳原尚明[1)]、比野平恭之[1)]
（鷹の子病院耳鼻咽喉科[1)]、愛媛大耳鼻咽喉科[2)]）

30. 顔面神経麻痺のない側頭骨内顔面神経鞘腫の一例
江島正義[1)2)]、中川尚志[1)]、久保和彦[3)]、小宗静男[1)]
（九州大耳鼻咽喉科[1)]、九州厚生年金病院耳鼻咽喉科[2)]、千鳥橋病院耳鼻咽喉科[3)]）

31. 顔面神経鞘腫手術症例の検討
田邊牧人[1)]、山本悦生[2)]、藤原敬三[3)]、渡辺大志[3)]、菊池正弘[3)]
（西神戸医療センター耳鼻咽喉科[1)]、山本中耳サージセンター[2)]、神戸市立中央病院耳鼻咽喉科[3)]）

32. ハント症候群として診断・治療されていた聴神経腫瘍の1例(ビデオ)
村上信五、渡邊暢浩、木口　淳、山野耕嗣、戸田興介
(名古屋市大耳鼻咽喉科)

第Ⅷ群　顔面痙攣　(9：30—10：00)

座長　小林武夫(帝京大付属市原病院耳鼻咽喉科)

33. 筋電図より考えられる顔面神経痙攣のメカニズム
田中博之
(耳鼻咽喉科田中医院)

34. 顔面けいれんの電気生理学的診断
栢森良二、三上真弘
(帝京大リハビリテーション科)

35. 顔面けいれんの Sunnybrook 法による評価
栢森良二、三上真弘
(帝京大リハビリテーション科)

第Ⅸ群　形成　(10：00—11：10)

座長　波利井清紀(昭和大形成外科)
上田和毅(福島県立医大形成外科)

36. 陳旧性顔面神経麻痺に対する2分割腹直筋を利用した口唇挙上と口唇下制の一期的動的再建術の経験
田中一郎、大城貴史、大西文夫、中島龍夫
(慶応大形成外科)

37. 新しい神経血管柄付筋弁・大腿二頭筋短頭による顔面神経麻痺の一期的機能再建
林　明照[1)]、丸山　優[2)]、佐瀬道郎[2)]、岡田恵美[2)]、酒井敬子[1)]、室　孝明[2)]
(東邦大佐倉病院形成外科[1)]、東邦大形成外科[2)])

38. 下眼瞼外反に対する Suture Anchor による下眼瞼吊り上げ術
林　明照[1)]、丸山　優[2)]、菰田拓之[2)]、酒井敦子[1)]、今泉りさ[2)]
(東邦大佐倉病院形成外科[1)]、東邦大形成外科[2)])

39. 端側縫合を用いた神経移植による一期的顔面神経再建の経験
桂　弘和、深澤啓二郎、辻　恒治郎、阪上雅史
(兵庫医科大耳鼻咽喉科)

40. 顔面神経麻痺に対する端側型 interpositional jump graft（第２報）
上田和毅、梶川明義、鈴木康俊
（福島県立医大形成外科）

41. 軽微な病的共同運動のみだった舌下神経－顔面神経吻合術後患者の１例
戸島　均[1]、竹内直信[2]
（(株)日立製作所日立総合病院耳鼻咽喉科[1]、東京大耳鼻咽喉科[2]）

42. 唇とがらし運動中の大脳皮質感覚運動野の左優位性
福永篤志、大平貴之、秋山武紀、平賀健司、河瀬　斌
（慶応大脳神経外科）

休　　憩　（11：10―11：20）

特別講演　（11：20―12：20）

座長　竹田泰三（高知大聴平衡・嚥下機能統御学）

損傷末梢神経の脆弱性と再生能

木山博資（大阪市立大大学院医学研究科機能細胞形態学）

昼休み・昼食　（12：20―13：10）

臨床セミナー　13：10―14：20

司会　湊川　徹（大阪歯科大耳鼻咽喉科）

顔面神経の回復・再生

1．顔面神経と神経伝達物質　　毛利大介（大阪歯科大耳鼻咽喉科）
2．人工神経と神経再生　　羽藤直人（愛媛大耳鼻咽喉科）
3．循環改善による神経再生の促進　　村川和重（兵庫医科大麻酔科）
4．顔面神経再生の臨床経過と電気生理学　栢森良二（帝京大リハビリテーション科）

第Ｘ群　治療　（14：20―15：20）

座長　山本悦生（山本中耳サージセンター）
國弘幸伸（慶応大耳鼻咽喉科）

43. 顔面神経麻痺の治療に関する全国アンケート調査
村上信五[1]、木口　淳[1]、山野耕嗣[1]、戸田興介[1]、宮崎東洋[2]、山本纊子[3]
（名古屋市大耳鼻咽喉科[1]、順天堂大麻酔科ペインクリニック[2]、藤田保健衛生大神経内科[3]）

44. 当科顔面神経外来における治療方針の検討
宗本由美[1)]、栗山博道[2)]、新井昇治[3)]、山下敏夫[1)]
（関西医科大耳鼻咽喉科[1)]、大阪北逓信病院耳鼻咽喉科[2)]、医仁会武田総合病院耳鼻咽喉科[3)]）

45. Bell 麻痺に対するステロイド単独治療とパラアシクロビル併用療法による治療効果について－第1報－
甲州秀浩、稲村博雄、川口和浩、阿部靖弘、青柳　優
（山形大耳鼻咽喉科）

46. マンニトール点滴直後の表情運動改善；伝導ブロック解除効果
齋藤春雄
（洛西シミズ病院）

47. 当科における耳炎性顔面神経麻痺症例の検討
阿部靖弘、稲村博雄、甲州秀浩、川口和浩、青柳　優
（山形大耳鼻咽喉科）

48. 顔面神経全減荷術－Anterosuperior Cell Tract Approach－
竹田泰三、濱田昌史、山河和博、中谷宏章、柿木章伸
（高知大聴平衡・嚥下機能統御学）

第XI群　症例(2)　(15：20—16：00)

座長　斎藤春雄(洛西シミズ病院)

49. 新鮮 Bell 麻痺に対する大量ステロイド点滴静注療法における急死例
荻原正洋[1)]、亀岩貴教[1)]、大房裕和[2)]
（長野赤十字病院第1麻酔科[1)]、同内科[2)]）

50. VZV 再活性化を2回伴った両側再発性顔面神経麻痺の一症例
相澤寛志、古田　康、大谷文雄、福田　諭
（北海道大耳鼻咽喉科・頭頸部外科分野）

51. 両側性同時性顔面神経麻痺の1症例
宮下仁良[1)]、肘井禎卓[1)]、石川雅洋[1)]、村田清高[2)]
（ベルランド総合病院耳鼻咽喉科[1)]、近畿大耳鼻咽喉科[2)]）

52. 両側同時性顔面神経麻痺の4例
毛利大介[1)]、湊川　徹[1)]、辻　恒治郎[2)]、村川和重[3)]、毛利　学[1)]
（大阪歯科大耳鼻咽喉科[1)]、兵庫医大耳鼻咽喉科[2)]、兵庫医大麻酔科[3)]）

第XII群　症例(3)　(16：00—16：40)

座長　木西　實(三田市民病院耳鼻咽喉科)

53. ムンプスウイルスによる顔面神経麻痺の1例
内田真哉
(公立南丹病院耳鼻咽喉科)

54. 顔面神経麻痺、めまいで発症した巨大な小児小脳橋角部腫瘍の一例
戸田興介、山野耕嗣、木口　淳、渡邊暢浩、村上信五、
(名古屋市大耳鼻咽喉科)

55. 神経線維腫が疑われ特異な経過をたどった小児顔面神経麻痺例
浜田昌史、山河和博、竹田泰三
(高知大聴平衡・嚥下機能統御学)

56. アブミ骨奇形と顔面神経走行異常をともなった症例について
木村忠司、磯野道夫、吉川　構、宮下仁良、唐澤千明、浦野圭介、村田清高
(近畿大耳鼻咽喉科)

閉会の辞　(16：40—16：45)　　会長　　阪上雅史

ランチョンセミナー

平成16年6月3日（木）　12：00－13：00

"Dagnosis and Management of Facial Palsy at the University of Florida"

Prof. Patrick J. Antonelli
(Department of Otolaryngology, University of Florida)

座長

柳原尚明

（鷹の子病院耳鼻咽喉科）

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF FACIAL PALSY

AT THE UNIVERSITY OF FLORIDA

Patrick J. Antonelli, M.D.

From the Department of Otolaryngology, University of Florida, Gainesville, Florida.

The purpose of this presentation is to describe the author's experience with facial palsy at an academic, tertiary referral center in the southeastern United States in order to initiate dialogue on areas of controversy. The utility of laboratory, physiologic, electrophysiologic, and radiographic testing will be reviewed. Categories of facial palsy to be discussed will include, sudden, progressive, atypical, traumatic, and iatrogenic. The role for medical and surgical therapies for each category will be addressed.

特　別　企　画

平成16年６月３日（木）　13：30－14：40

「顔面神経麻痺と私」

小池吉郎（山形大学名誉教授）

冨田　寛（日本大学名誉教授）

斎藤春雄（高知大学名誉教授）

柳原尚明（愛媛大学名誉教授）

司会

小松崎　篤

（東京医科歯科大学名誉教授）

特　別　講　演

平成16年６月４日（金）　11：20－12：20

「損傷末梢神経の脆弱性と再生能」

木山博資

（大阪市立大大学院医学研究科機能細胞形態学）

座長

竹田泰三

（高知大聴平衡・嚥下機能統御学）

特別講演

損傷末梢神経の脆弱性と再生能

木山博資
（大阪市立大学大学院医学研究科機能細胞形態学）

損傷を受けた末梢神経は再生することができるという事実は、約100年前にスペインの神経解剖学者 Santiago Ramony Cajal が記述して以来当然の現象として理解されてしまった。しかし、その分子メカニズムの理解は現在においても不十分であり、多くの疑問点が未解決のままである。例えば同じ末梢神経系でも自律神経と運動神経では再生能がなぜ異なるのか、あるいは同じ運動神経でも発達の時期で再生能がなぜ変化するのかなど、多くの疑問の答えが得られていない。その一方で最近、再生しないとされた中枢神経系の再生にいくらかの可能性が見られると、多くの研究者が脳梗塞や脊髄損傷モデルに取り付き中枢神経を再生させようと、この分野になだれ込んできている。しかし、中枢神経の損傷モデルに直接取り組む前に、確実に再生する末梢神経から中枢神経再生へ向けた戦略を学び取ることは、中枢神経の再生をめざすうえで多くの重要な情報や、それによる新たな切り口の中枢神経再生治療法を提示してくれると期待される。さらにこの過程で、新たな生物学的現象や新たな分子機能が明らかになる可能性が高い。このような考えに基づき、末梢神経が有する高い再生能力の秘密を明らかにするため、私たちは過去約十年にわたって舌下神経損傷モデを実験系として確立し、分子生物学的手法や形態学的手法などを導入して、再生に関わる役者(分子)たちとそれらの役割を明らかにしてきた。私たちが確立した舌下神経損傷モデルは、顔面神経損傷モデルや脊髄前角運動神経損傷モデルと再生メカニズムの観点からはほとんど違いはなく普遍的な系であり、かつ実験遂行上の多くの利点を有している。この実験系をうまく用いることで、私たちは多くの新しい知見を得ることができた。本講演では、私たちの実験系で得られた結果を中心に、(1)神経再生メカニズム解明のストラテジー、(2)損傷末梢神経生存の分子機序、(3)末梢神経軸索再生の分子機序、(4)中枢神経再生への応用、について紹介し、末梢・中枢神経再生治療への展望について考察したい。

臨床セミナー

平成16年６月４日（金）　13：10－14：20

「顔面神経の回復・再生」

１．顔面神経と神経伝達物質：
　　毛利大介（大阪歯科大学耳鼻咽喉科）
２．人工神経と神経再生：
　　羽藤直人（愛媛大学耳鼻咽喉科）
３．循環改善による神経再生の促進：
　　村川和重（兵庫医科大学麻酔科）
４．顔面神経再生の臨床経過と電気生理学：
　　栢森良二（帝京大学リハビリテーション科）

司会
湊川　徹
（大阪歯科大学耳鼻咽喉科）

臨床セミナー（1）

顔面神経と神経伝達物質

毛利大介
（大阪歯科大学耳鼻咽喉科）

末梢性顔面神経麻痺は当然のことながら障害部位は末梢部であり、その病態は過去さまざまな動物モデルによって形態学的免疫組織学的に観察され、現在はFallopio管内の乏血・浮腫による絞扼麻痺と考えられています。これらの結果を踏まえ顔面神経麻痺の治療、すなわち機能回復や神経再生をめざすためには、この絞扼麻痺をいかに開放するかという事に焦点が当てられてきました。しかしながら近年、末梢部障害時には同時に遠く離れた中枢神経細胞内で多彩な神経伝達物質がドラマティックな変動を惹起され、これらが神経機能の回復・再生に深く関与していることが証明されてきています。神経伝達物質には情報伝達を担うものや神経機能の維持、調節・補完、再生に携わるものなど多種多様に存在しますが、今回はこれらの代表的な神経ペプチドや神経栄養因子などに限ってその発現パターンや臨床治療に応用可能と考えられる現象を呈示したいと考えています。

臨床セミナー（2）

人工神経と神経再生

羽藤直人、河野　尚、山田啓之、木崎久喜、脇坂浩之、本多伸光、暁　清文
（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科）

顔面神経の欠損は手術や外傷でしばしば生じ、完全麻痺が持続するため、患者にQOLの低下と精神的苦痛を招く。神経欠損に対する治療は、自家知覚神経を用いた移植術が行われてきたが、その神経再生は不十分であり、機能回復には限界があった。近年、様々な施設で人工神経が開発、改良され、代用神経としての有用性が評価されつつある。人工神経の利点は、自家神経移植に比べ、ドナー神経の障害症状がなく、神経欠損部位に応じ、任意の長さ、太さ、形状の移植神経が作製可能なことである。既に、生体由来材料や合成高分子等を組み合わせた、吸収性人工神経の研究開発が進んでおり、イヌの総腓骨神経を用い欠損長8 cmの再生に成功している。再生力の高い人工神経には、1)組織適合性、分解吸収性能に優れた素材、2)神経架橋が形成されやすい構造、3)神経栄養因子や細胞接着因子あるいはこれらの産生細胞の添加が必要である。我々がモルモットを用い行っているアテロコラーゲン製神経の再生研究を交え、人工神経研究の現状を顔面神経を中心に述べる。

臨床セミナー（3）

循環改善による神経再生の促進

村川和重、野間研一、松田真也、前田成夫、夫　萬秀、
佐々木　健、和泉良平、上村由美、毛利大介[1]、名取　淳[2]
（兵庫医科大学 麻酔科 、耳鼻咽喉科[1]、口腔外科[2]）

顔面神経麻痺に対する保存的治療の中心は神経再生の促進であり、多くの治療法は循環改善を図ることを目的とている。これまで星状神経節ブロック（SGB）および薬物療法による循環改善について検討してきた。顔面神経麻痺患者においてSGBは総頸動脈血流量を著しく増加させ、SGB側の顔面組織血流量も増加することを確認した。臨床例におけるSGBの作用は神経再生を促進させると推測されたが、顔面神経循環に対する直接的な影響については未知の部分が多かった。そこで、動物実験を行い、SGBにより総頸動脈血流量と平行した神経組織血流量の増加を認めた。こうした結果はSGBによる循環改善作用は顔面神経麻痺患者の神経再生を促すことが示唆された。一方、薬物療法では同様の目的でプロスタグランディンＥ１（PGE 1）が用いられている。PGE 1の循環改善作用について動物実験を行ったところ、静脈内投与により総頸動脈血流量は増加するが、顔面神経組織血流量の増加は軽度であることが確認された。直接的な循環改善作用は軽微であることから、PGE 1が直接神経再生の促進に関与している可能性も示唆された。

臨床セミナー（4）

顔面神経再生の臨床経過と電気生理学

栢森良二
（帝京大学医学部リハビリテーション科）

【目的】顔面神経損傷のリハにおける関心事は、後遺症をいかに予防し、症状を軽減するかである。顔面筋や顔面神経は、四肢支配筋や支配神経と異なった特徴を持っている。筋紡錘や感覚線維がないことである。この影響が、顔面神経再生時にどのような臨床経過をたどるのか、電気生理学的観点から考察する。

【対象と方法】顔面神経の膝神経節病変、顔面けいれん（hemifacial spasm:HFS）の近位部病変、運動分枝の遠位部病変での症例である。表面筋電図と顔面筋反射を記録した。

【結果】病変部位に関係なく、病的共同運動、顔面スパズム、顔面拘縮の３つの臨床症状が出現する。筋電図では myokymia やスパズムなど自発放電が記録され、強力な顔面筋の随意運動によって促通され、三叉神経の感覚入力や眼瞼挙筋を使うことによって抑制される。顔面筋反射では迷入回路が形成されており、可逆的病変である HFS では、神経損傷が改善されるとこの回路は消失した。

【考察】顔面神経再生時には、顔面神経核の興奮性も亢進する。後遺症の予防と症状軽減には、この興奮性抑制が不可欠である。

一　般　演　題

（演題番号　1－19）

1．顔面神経圧迫障害による病的共同運動モデルの検討（第２報）
― Fluorescent retrograde tracer を用いた過誤支配の評価 ―

山田啓之、羽藤直人、本多伸光、脇坂浩之、木崎久喜、河野　尚、暁　清文
（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

顔面神経障害後の病的共同運動発症機序に関しては基礎的研究が少なく未だ不明な点が多い。我々は顔面神経圧迫障害による病的共同運動モデルを作製し、電気生理学的検討を加え昨年の本研究会で報告した。今回、このモデルを用いて病的共同運動の成因について検討したので報告する。

モデルの作製法は、マイクロ持針器を用いた神経圧迫とし、病的共同運動の成因として、神経過誤支配の評価を行うため、逆行性軸索輸送で神経細胞体に運ばれ神経を標識する Fluorescent retrograde tracer を眼輪筋と口輪筋に注入した。今回、２種類の Fluorescent retrograde tracer を用いて標識された神経の局在と細胞数を検討した。

2．HSV-1初感染顔面神経麻痺モデルにおける
神経浮腫の定量的検討―第２報

河野　尚、山田啓之、木崎久喜、脇坂浩之、本多伸光、羽藤直人、暁　清文
（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科）

Bell 麻痺は単純ヘルペスウイルスⅠ型（HSV-1）によるウイルス性神経炎を契機とし、引き続き生じる神経浮腫・絞扼による局所循環障害がその病態と推測されている。しかし、各神経構成因子においてどのように浮腫が生じ、絞扼・虚血へと進展するかは明らかでない。我々はマウスの耳介に HSV-1を接種することで、一過性に顔面神経麻痺を発症するモデル動物を作製し様々な検討を行ってきたが、昨年の本研究会において HSV-1初感染麻痺モデルの鼓室部顔面神経断面における骨管・神経全体・各有髄神経軸索の面積を、画像解析ソフトを用いて定量評価し報告した。今回検討対象数を増やし、また迷路部顔面神経についても同様に検討したので、考察を加えその結果を報告する。

3．HSV-1による顔面神経麻痺モデル —免疫応答の異なる動物における検討—

木口　淳*、戸田興介、山野耕嗣、村上信五
（厚生連尾西病院耳鼻咽喉科*、名古屋市立大学耳鼻咽喉科）

Bell麻痺の発症病因のひとつとしてヒト単純ヘルペスウィルス1型（以下HSV-1）の感染、再活性化が明らかになってきている。Balb/c系マウスを用いたHSV-1初感染による一過性一側性顔面神経麻痺モデル動物はすでに確立されているが、その発症メカニズムは未だ明らかでなく、ウィルスによる直接傷害と、自己免疫的機序による神経障害が有力視されている。免疫系サイトカインは、Th 1、Th 2に分類され、Th 1は炎症反応、Th 2はアレルギー反応に関与することが知られている。Balb/c系マウスはTh 2優位であるが、Black 6系マウスはTh 1優位である。今回、Black 6系マウス用いて麻痺モデルを作製した結果、Balb/c系マウスでは麻痺発症率が約40％であったのに対し、Black 6系マウスでは約70％と、高頻度に麻痺が発症した。免疫応答の異なる動物における麻痺発症の相違につき、考察する。

4．顔面筋の加齢変化についての検討　第1報

稲村博雄、甲州秀浩、川口和浩、阿部靖弘、青柳　優
（山形大学医学部耳鼻咽喉科）

顔面神経麻痺患者では、一見すると顔の皺が消失したように見受けられる。またボツリヌス毒素の局所投与による除皺術は最近広く行われている。本来、皺の形成には、紫外線の影響や皮膚皮下組織の老化などが関係しているとされてきた。しかし、前記の事実は皮膚の皺形成に表情筋のトーヌスの変化も関与していることを示唆するものと思われる。今回我々は、過去に当科において筋電図検査を行った麻痺患者を対象として口輪筋および眼輪筋の健側における誘発筋電図の振幅について症例の年代ごとの変化について検討をしたので報告する。対象は、顔面神経麻痺患者52例および他疾患の術前検査として顔面神経機能検査を行った12例である。口輪筋の平均振幅は40代をピークとして高齢になるに従い低下する傾向が認められた。眼輪筋についても同様の傾向であった。各年代間の有意差については、眼輪筋についてのみ60歳未満と60歳以上に群分けした場合に有意差を認めた。今後body mass index等も加えた詳細な検討が必要と考えられた。

5．外傷性顔面神経前頭枝欠損に対する PGA-Collagen tube を用いた生体内再生治療

稲田有史[1)]、山下哲範[2)]、細井裕司[2)]、金丸眞一[3)]、中村達雄[3)]、清水慶彦[3)]
([1)]奈良県立医科大学耳鼻咽喉科、整形外科、麻酔科、高度救命救急センター、
京都大学再生医科学研究所臓器再建応用分野、稲田病院整形外科、[2)]
奈良県立医科大学耳鼻咽喉科、[3)]京都大学再生医科学研究所臓器再建応用分野)

外傷性末梢神経欠損において自家神経移植術は今なお標準的治療法である。しかしながら、自家神経移植には採取側の障害は避けられない。さらに顔面神経前頭枝では自家神経移植での成功例の報告はほとんど認められず、眉の挙上運動の再建には神経再生より形成外科的な挙上法が選択され、完全な眉の動きとは言い難い。我々は、第26回本学会にて、22才女性例に前頭枝欠損に対して、直径0.7 mm 長さ14 mm の PGA-collagen tube を用いて、世界ではじめて前頭筋の運動機能回復を報告した。今回、23才男性例の外傷性前頭枝損傷例に対して、直径2 mm 長さ32 mm、直径1 mm 長さ30 mm の二本の PGA-Collagen tube を用いて生体内再生治療を行い、前回の症例と同様に術後5ヶ月までに運動機能の回復を肉眼的、電気生理学的に確認した。2症例の神経再生が、ほぼ同様な経過を示したことから、PGA-Collagen tube は顔面神経前頭枝欠損再建にとって有用な治療法になりうると考えられた。

6．Bell 麻痺患者における早期病因診断（ウイルス学的検討）

川口和浩、稲村博雄、甲州秀浩、青柳優
(山形大学医学部情報構造統御学講座耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野)

顔面神経麻痺の病因としてヘルペスウイルスが関与している事が近年明らかにされてきた。現在我々は、原因ウイルスの同定、診断を HSV-1、VZV に焦点を絞って行っているので報告する。

対象は初診時に Bell 麻痺と診断され、ペア血清と唾液が採取された84例である。この84例につき ELISA 法で HSV、VZV の IgG、IgM 抗体価を測定し、また唾液から抽出した核酸による HSV-1、VZV をターゲットとしたリアルタイム PCR 法を組み合わせて初診時にウイルス性顔面神経麻痺が診断することが可能かを検討した。特異的 IgM 陽性もしくは唾液の PCR で陽性と初診時にウイルスが関与していると疑われたのは84例中 HSV が16例、VZV が11例であった。また経過中に VZV が関連していると疑われた症例は84例中27例と高率であった。この初診時にウイルス性麻痺と疑われた例につき、抗ウイルス剤—ステロイド併用療法とステロイド単独療法の治癒率についての検討を行ったので併せて報告する。

7．ベル麻痺に対する早期病因診断の可能性について
― 高度先進医療班研究の結果より ―

本多伸光、羽藤直人、木崎久喜、脇坂浩之、松本宗一、山田啓之、河野　尚、暁　清文
（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

これまでの基礎、臨床研究より、膝神経節から再活性化したHSV-1によるウイルス性神経炎がベル麻痺の一病因であることが明らかとなってきた。また、ベル麻痺の保存的治療法として、従来から行われているステロイド剤投与に加えて、最近では発症早期にHSV-1増殖抑制作用のある抗ウイルス剤を併用することで良好な治療成績が得られたという報告も認められている。しかし、一方ですべてのベル麻痺がHSV-1感染によるものとは考えられず、抗ウイルス剤の適切な投与、EBMに基づいた医療のためにはベル麻痺の早期病因診断法の確立が待ち望まれている。しかも、いかなる医療施設においても実施あるいは外注依頼可能な診断法であることが理想的である。現在、文部科学省高度先進医療研究の助成を受け、複数の大学およびその関連施設の協力のもとにベル麻痺の診断および治療に関する研究が進行中である。今回、病因診断に関する結果に絞ってその研究結果を報告するとともに、ベル麻痺の早期病因診断の可能性について考察する。

8．末梢性顔面神経麻痺患者における血清HSV抗体価測定の意義

中里秀史、久木元延生、大森英生、安孫子　譲、平井良治、池田　稔
（日本大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

Bell麻痺全体に占めるHSV再活性化によるBell麻痺の割合には諸説あるが、多くの支持が得られる見解がない最大の理由は血清抗体価測定による再活性化の証明が困難だからである。低感度のCFに代わり高感度のELISAが一般的に導入されてもなお証明はむつかしく、PCR法の普及により個々の症例については再活性化の証明が可能になったが、依然として多くの症例を簡便に判定できる手段は無い。当施設では長年に渡り血清抗体測定を継続し、いくつかの知見を得た。さらに現行のEIAに変更後もBell麻痺とハント症候群を合わせて775症例にHSV･IgG抗体価の測定を施行した。得られたデータより抗体価の変動、抗体保有率、抗体価の分布状況および年齢差による特徴などを詳細に検討し、HSV抗体価の測定の有用性と限界について報告する。

9. 顔面神経麻痺例の涙液および個別唾液腺唾液からのHHV6, 7, 8の定量

安孫子　譲、弘重光一、平井良治、池田　稔
（日本大学板橋病院耳鼻咽喉科学教室）

ベル麻痺の原因としてウイルス感染が有力視されている。特に近年の研究により特にHSV-1 の関与が強く示唆されている事は周知の事実である。しかしながら現在までにその他のウイルスの関与した可能性のある症例も少数ながら報告されている。そこで今回我々は同じヘルペスウイルス属である HHV6,7,8に関して顔面神経麻痺例(HSV検出例、非検出例および外傷例）の患側および健側の涙液、耳下腺・顎下腺唾液を検体とし、real－timePCRを用いその定量を行い、麻痺発症との関連性等につき検討を行った。

10. 顔面神経麻痺における抗VZV抗体価の比較検討（CF、FA、EIA法）

山河和博、浜田昌史、竹田泰三
（高知大学医学部　聴平衡・嚥下機能統御学教室）

顔面神経麻痺において、VZV再活性化関与の評価のために一般に抗体検査が行われ、抗体価有意上昇、または初診時高抗体価でVZV再活性化の診断がつけられる。抗体価測定法にはCF（補体結合法)、FA（蛍光抗体法)、EIA（酵素免疫測定法）などがあるが、それぞれの感度、特異性には差があると考えられる。そこで今回Hunt症候群において、CF、FA IgG、EIA IgGの抗体価およびその変動率について検討した。抗体価はそれぞれの検査法間で強い相関を認めたが、抗体価有意上昇は検査法間で差があり、CF、FAに比べEIAで有意上昇例が多かった。初診時CF抗体価をHuntとBellで比較すると、Hunt症候群が有意に高く、従来の基準どおり、初診時CFで32倍以上の高抗体価を認めればVZV再活性化と診断するのが妥当と考えられた。FA、EIAでは高抗体価の基準が今のところ存在しないが、早期診断目的に初診時高抗体価の基準値設定が望ましいと考えられた。

11. Bell麻痺非治癒症例におけるヘルペスウイルス再活性化

古田　康、大谷文雄、相澤寛志、福田　諭
（北海道大学大学院医学研究科　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野）

【目的】Bell麻痺と臨床的に診断された症例のうち、非治癒例についてウイルス学的検討を行った。【対象・方法】発症７日以内に当科を受診し、臨床的にBell麻痺と診断された16歳以上の308例を対象とした。ペア血清を用いた抗体検査と唾液を用いたPCR法によりヘルペスウイルス再活性化を調べた。【結果】308例中治癒266例、非治癒42例であり、治癒率は86％であった。非治癒42例中VZVの再活性化が確認されたzoster sine herpete症例が12例、HSV-1再活性化を伴っていた症例が10例認められた。また、VZVおよびHSV-1再活性化陰性の非治癒20例中6例(30％)は、抗VZV IgG値が高値または抗VZV IgM抗体の境界域での上昇を認めるVZV再活性化疑い例であった。一方、再活性化陰性とみなした治癒例において同様のVZV再活性化疑い例の頻度は6.9％であった。【考察】治らないBell麻痺症例においてはVZVおよびHSV-1再活性化例が多くを占めることが明らかとなった。

12. 顔面神経麻痺発症早期ENoGの検討

戸田直紀、東貴弘　（国立高知病院耳鼻咽喉科）
中村克彦、武田憲昭　（徳島大学医学部耳鼻科）

ENoG（Electroneurography）は神経変性の程度を測定するものであり顔面神経麻痺の予後診断法として広く用いられている。顔面神経麻痺発症後、徐々に神経の変性（Waller変性）が進行し、やがて変性が完成すると考えられる発症７日目以降にENoGを行うのが一般的である。よって神経変性の過程である発症早期のENoGは臨床的にあまり意味をなさないと考えられほとんど検討されていない。ところが今回、我々が顔面神経麻痺発症早期のENoGを検討したところ、９例中８例において発症２日目以内で患側のENoGが100％以上を示した。これは発症早期において患側の顔面神経が過度に興奮していることを示唆するものである。以前、我々は瞬目反射を用いて顔面神経麻痺発症早期には麻痺回復のための代償作用として中枢の興奮性が亢進していることを提示した。そして今回の検討では顔面神経麻痺発症早期には中枢だけでなく、末梢においても興奮性が亢進していることを示すものであり非常に興味深い結果であった。

13. 顔面神経麻痺治癒判定手段としての逆行性顔面神経誘発電位

濱田　昌史、山河　和博、竹田　泰三
（高知大学医学部神経統御学講座聴平衡・嚥下機能統御学教室）

顔面神経麻痺治癒状態には神経生物学的治癒と臨床的治癒がある。前者はaxonの障害のない、いわゆる生理的ブロック状態からの回復であり、Sunderlandの末梢神経障害分類に基づくと1°障害からの回復である。従って表情筋の動きは麻痺以前と同様であり後遺症は認めず、House-Brackmannのgrade Ⅰに相当すると考えられる。これに対して後者はaxon自体の障害を有する2°障害からの回復を含み若干の表情筋の弱さやわずかな病的共同運動など軽微な後遺症を認め、House-Brackmannのgrade Ⅱに相当する。しかしながら両者の識別を客観的に行うのは困難で麻痺治療効果判定には臨床的治癒をもって行うのが通例となっている。われわれは麻痺治療の究極の目的は神経生物学的完全治癒であると考え、この治癒を他の治癒状態と客観的に識別するため逆行性顔面神経誘発電位検査を試行した。結果、麻痺回復後後遺症を全く認めない症例では3相波が検出されたが、スコア40点に達していてもわずかでも後遺症を有する症例では波形は検出されなかった。

14. Optical Flowを利用した顔面神経麻痺治療の定量的評価法
—顔面神経麻痺による口唇変形に対するボツリヌストキシン治療評価への応用—

田中一郎[1)]、南谷晴之[2)]、星野佳彦[2)]、中島龍夫[1)]
（[1)]慶應義塾大学医学部形成外科、[2)]慶應義塾大学理工学部物理情報工学科）

我々はビデオ撮影画像からのOptical Flowを用いた顔面神経麻痺治療の定量的評価法につき今までの本研究会で報告してきたが、今回は顔面神経麻痺による口唇変形に対するボツリヌストキシン治療評価での有用性を検討する。被験者の表情運動のデジタルビデオカメラで撮影した動画像を解析して各画素の移動ベクトル量（Optical Flow）を算出し、さらに任意の顔面部分の平均ベクトル量を求め、これを用いて表情運動の評価を行なった。Bell麻痺や聴神経腫瘍の顔面神経麻痺による口唇の非対称性変形に対してボツリヌストキシン治療を行なった6例で、治療前後にビデオ撮影を行い口唇運動を評価した。治療前後での口唇の比較的わずかな動きの変化に対しても定量的評価が可能であり、ボツリヌストキシン治療による健側と患側の口唇運動の変化を客観的に捉えることが可能であった。ボツリヌストキシンの投与部位、投与量、反復投与の時期などの決定に参考とすることができた。

15. 顔表情運動解析システム FEMAS-1の使用経験：顔面麻痺評価における信頼性と有用性

南谷晴之、*田中一郎、星野佳彦、*中島龍夫
（慶応義塾大学理工学部物理情報工学科、*慶応義塾大学医学部形成外科）

顔面神経麻痺の機能評価には種々の方法が用いられているが、正面顔表情を医師が直視して麻痺度を点数化する主観的評価法が主流である。これに対して、顔表情運動解析システムFEMAS-1は、より高速で簡便に顔表情運動の定量化が行えるシステムであり、CCDカメラ、パソコンと表情画像のオプティカルフロー計算ソフト等で構成され、種々の表情運動に対してXY運動量、運動量のトレンドグラム、左右対称性、上下シンクロ性、麻痺部位などのデータを表示、保管できる。ベル麻痺や聴神経腫瘍切除麻痺への薬理治療、筋移植・Botox抑制治療を行った際の術前・術後の顔表情運動の定量評価を行った結果、本システムは極めて明瞭に表情運動を定量的に示すことができ、治療効果の判定にも有用であることが明らかとなった。

本システムで得られた結果は40点評価法のデータともよく相関しており、検査者が変わっても同一基準で評価できる客観的定量化法として有用で、麻痺度や麻痺部位を的確に捉え、顔面麻痺の治療効果の評価において信頼性、有用性の高い手法といえる。

16. 表情運動時の特徴点移動量による顔面神経麻痺評価法

田中敏幸*、根本順子*、太田真奈美*、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　耳鼻咽喉科）

本研究は、顔面神経麻痺客観的評価において新たな手法を提案するものであり、正確な評価、幅広い評価項目、被験者の負担軽減の三つを目的とした。手法として、まず顔面表情筋の動きをモデル化し、その動きを反映できるように特徴点を顔面画像上に配置した。表情運動前後2枚の画像で、その特徴点の位置やベクトルを比較し評価を行った。利用した評価項目は、現在広く用いられている10項目40点評価法の10表情うち、安静時、イーと歯を見せる運動、口笛運動、閉眼運動、前額作皺の5種の表情運動である。各表情運動における評価指標は、各表情運動の評価視点に着目し別々に考案した。最後に全ての表情運動における総合評価を行った。結果は、40点法との相関で評価した。相関係数は0.943であり有効な結果を持つ客観的評価システムを作ることができた。処理も表情運動前後の静止画像のみで行え、被験者の負担は小さい。本手法は、指標作りのためにマニュアル操作による研究を基本としたが、考案した自動化システムでもよい結果が得られた。

17. ベル麻痺の発症機序について

湊川　徹、毛利大介、城山明宏、村川和重*、塚本康広**、毛利　学
（大阪歯科大学耳鼻咽喉科、*兵庫医科大学麻酔科、**千船病院耳鼻咽喉科）

ベル麻痺の原因を特発性とする過去の説はAdourの多発性脳神経炎の一症例とする説に発展、更に近年ではHerpes simplex virusとする説が有力になってきている。但し類似疾患であるHunt症候群とは異なり、virusの存在を常に証明できるとは限らない。そこで加納はベル麻痺発症の日内顕在化の時間帯が朝の時間帯に多いことに着目し、その理由にvirus感染と血流障害との関連に焦点をあて検討を行い、過去の本研究会及び関連学会において報告してきた。今回更に検討症例数を増やし検討を行ったので報告する。検討内容は麻痺顕在化の時間帯に加え前駆症状についても検討し、Hunt症候群との比較、両者の発症機序の違いについて考察する。

18. ベル麻痺はどのようにして発症するのだろうか？
—新鮮ベル麻痺188症例の発症様式からみた検討—

加納直行、里見文男、岡　しおり、入谷　寛
（兵庫医科大学耳鼻咽喉科）

〔はじめに〕演者は一昨年のこの研究会や日本耳鼻咽喉科総会などで、ベル麻痺では、朝に顔面神経麻痺に気がつく症例が多く、また、循環動態が低下する夜間に発症、増悪する傾向があることを報告してきた。そこで、今回はさらにベル麻痺が実際にどのように発症するのか、発症前、初診時の症状などを検討することにより、その発症機序について考察を加えてみた。〔方法〕対象は新鮮ベル麻痺188症例で、年令は4歳から86歳（中央値、44.9歳）、性別では男86例、女102例であった。方法は、今回の188例の診療録より、発症前、発症時、初診時の症状、初診時の顔面麻痺の状態、その顔面スコアー（40点法）などを総合して検討した。〔結果〕発症前の症状としては、2週間前のものもみられたが、発症前日まで全く症状のみられない症例もみられた。〔考察〕顔面神経麻痺発症には従来から報告されているウィルスの再活性化と虚血の両者が深く関係していると考えられた。当日はできれば、ベル麻痺発症の機序について演者の私見を報告してみたいと考えている。

19. Bell 麻痺、Hunt 症候群の誘因、臨床症状、前駆症状、合併症
— アンケート調査から —

木口　淳*、戸田興介、山野耕嗣、村上信五、河野　尚**、羽藤直人**
（厚生連尾西病院耳鼻咽喉科*、名古屋市立大学耳鼻咽喉科、愛媛大学耳鼻咽喉科**）

従来より、Bell 麻痺、Hunt 症候群において、その誘因、臨床症状、合併症などが報告されているが、両疾患の共通点、相違点を知ることは、病因や病態、予後を考える上で重要であると考えられる。今回、演者らは Bell 麻痺、Hunt 症候群の新鮮例235例について、その誘因、前駆症状、臨床症状、合併症等について、アンケート調査を施行した。この結果、誘因、前駆症状、臨床症状に関しては、従来の報告と同様の結果を得た。しかし合併症のひとつである糖尿病に関しては、糖尿病を自覚している症例は両疾患とも約10％前後であったのに対し、糖尿病を示唆する Hba 1 c の異常を認めた症例は Bell 麻痺で約20.2％、Hunt 症候群で約20.0％と高率であった。今回のアンケート調査から得られた Bell 麻痺と Hunt 症候群における共通点と相違点について報告する。

指　定　演　題

（演題番号　20－26）

第Ⅴ群：病的共同運動

第Ⅵ群：味覚障害

20. 病的共同運動における客観的所見と自覚症状の検討

山野耕嗣、戸田興介、木口　淳、渡邊暢浩、村上信五
（名古屋市立大学耳鼻咽喉科）

病的共同運動はワニの涙やあぶみ骨筋性耳鳴とともに顔面神経麻痺の最も高頻度かつ鬱陶しい後遺症である。麻痺の不完全回復と同様に、これら後遺症は患者にとって苦痛度が強いにもかかわらず、その評価法は未だに確立されていないのが現状である。病的共同運動を評価するには、整容的な面だけでなく、食事や会話など日常生活で患者自信が感じる不快感や苦痛度をも考慮することが重要と思われる。このような観点から今回、名古屋市立大学病院耳鼻咽喉科顔面神経外来を受診した患者を対象に、病的共同運動の程度を客観的に評価するとともに、どのような病的共同運動が患者にとって最も苦痛度が強いかを検討した。客観的な病的共同運動の程度と患者自身の苦痛度の違いを中心に報告する。

21. 顔面神経麻痺後遺症の評価法：Sunnybrook 評価法と40点法との比較

栢森良二、三上真弘
（帝京大学医学部リハビリテーション科）

【目的】顔面神経麻痺後遺症の評価表はリハビリテーション効果の評価に不可欠である。S安静点、S随意運動点、S病的共同運動点の3つの因子を含んだ総合（S総合点）による Sunnybrook Facial Grading System(SFGS)を用いて、40点法と比較した。【対象】21人（男10人、女11人、平均年齢52歳）の顔面神経麻痺で、発症3週以内のENoGが10％以下の完全脱神経群である。病因はベル麻痺9、ハント症候群1、聴神経腫瘍など9、外傷2症例である。発症後1週～102週までフォロアップした。【結果】発症経過と40点法とS総合点はいずれも相関関係があった。発症後40週頃までは点数は増加していた。しかしこれ以降は、40点法では天井効果が見られた。これに対して、S総合点では40週以降の得点は低下していた。【考察】10カ月以降の40点法の点数増加はむしろ後遺症の増悪と一致している。後遺症の治療効果の評価には40点法を用いてはならず、SFGSによる評価表が有用である。

22. 顔面神経麻痺改善過程の３次元的検討
― 麻痺例について ―

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

以前から我々は、顔面に張り付けたマーカーの動きを赤外線高速カメラで撮影し、マーカーの軌跡をコンピューターにて解析し、顔面表情運動の他覚的評価を試みてきた。この方法により正常者、顔面神経麻痺、異常共同運動などの顔面表情運動の詳細な評価が可能であることを報告してきた。その評価の方法については、マーカーの動きをX-Y座標としての２次元での評価であった。ヒトの顔面の表情運動は立体的な複雑な動きをするものである。そこで、以前本研究会において赤外線高速カメラを被検者の左右前方に２台のカメラを設置することにより、これまでのX-Y座標としての２次元にZ軸である奥行きの評価を加えた３次元的な解析を行い、正常者について報告した。その結果正常者においては、口輪部の動きを評価するのには３次元的な解析が有用であることがわかった。今回は顔面神経麻痺の改善過程において３次元での評価を行ったので、その結果について検討したので報告する。

23. 生体インピーダンス測定装置による
病的共同運動（閉眼時の口唇の偏位）の評価について

中村克彦、武市美香、武田憲昭、戸田直紀*
（徳島大学医学部耳鼻咽喉科、国立高知病院耳鼻咽喉科*）

病的共同運動を有する例では、瞬目や閉眼などの眼運動時に口唇が患側に偏位する。このような症例に対し、患側の眼窩上神経を電気刺激すると、瞬目が誘発されると共に、口唇が患側に偏位する。この偏位の程度を定量化することにより、病的共同運動の程度（閉眼時の口角の偏位）を他覚的かつ定量的に評価することが可能である。我々は、生体インピーダンス測定装置を用いて、口唇の偏位量をインピーダンス変化量として測定する方法を考案した。すなわち、表情筋の収縮の影響の少ない鼻背中央部に基準電極を置き、上口唇中央に感電極を置き、両電極間のインピーダンスを測定すると、口唇の動きにほぼ比例して、インピーダンスが変化する。その変化量を測定することにより、口唇の動きを定量化する方法である。本法により顔面神経麻痺の治癒の判定に有用であった。本研究会では、インピーダンス変化量の測定方法について報告する。

24. 眼裂比（%）を用いた病的共同運動（口運動時の眼裂狭小）の評価について

武市美香、中村克彦、武田憲昭、戸田直紀*
（徳島大学医学部耳鼻咽喉科、国立高知病院耳鼻科*）

病的共同運動のうちもっとも目立つ症状が口運動時の眼裂狭小である。我々は、眼裂比（%）を用いて病的共同運動の程度（口運動時の眼裂狭小）を評価している。眼裂比（%）とは、口運動時における左右の眼裂の上下幅を測定し、患側の眼裂幅を健側の眼裂幅で除したものを百分率として表したものである。病的共同運動が高度で口運動時の眼裂狭小が著明な場合には、眼裂比（%）は0に近い値となり、病的共同運動が軽度の場合には、眼裂比（%）が100に近い値となる。眼裂比（%）は比較的簡単に測定が可能で、顔面神経麻痺の治癒の判定、病的共同運動の予防・治療に有用であった。本研究会では、眼裂比（%）の測定方法と、その有用性について報告する。

25. 末梢性顔面神経麻痺患者における味覚障害と臨床像の検討

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

味覚障害は末梢性顔面神経麻痺患者においてしばしば認められる症状である。しかし味覚障害の程度と顔面神経麻痺の経過、予後の関係についてはこれまであまり検討されていない。また電気味覚検査は顔面神経麻痺症例について味覚障害の程度、神経障害部位を診断するため、広く行われてきた。電気味覚検査は手技が簡単で、短時間に行え、かつ患者に与える苦痛も少ない検査である。同検査により、顔面神経の障害程度、麻痺の経過、予後まで推測できれば、日常の診療を行う上で大変有用である。本検討では当科外来を受診した末梢性顔面神経麻痺患者を初診時の味覚障害の程度により分類し、その後の麻痺の経過、予後、後遺症の有無、他の電気生理検査の結果などについて比較した。その結果に基づいて電気生理検査が末梢性顔面神経麻痺の早期診断、経過、予後の推測に有用であるか否かについて考察した。

26. 中耳手術における鼓索神経切断後の味覚機能

任　智美、辻　恒治郎、深澤　啓二郎、阪上　雅史
（兵庫医科大学耳鼻咽喉科）

中耳手術中の鼓索神経切断後に味覚障害を訴えることが多い。今回、我々は片側または両側鼓索神経切断後の味覚障害の頻度、症状持続期間、鼓索神経領域の味覚機能を検討した。

2000年１月から2002年４月までに当科で中耳手術中に鼓索神経を切断し、２年間経過観察できた33症例を対象とした。男性14例、女性19例、年齢は11歳から68歳（平均43.9歳）で片側切断例は30例、両側切断例が３例であった。手術前、２週間後、２年後に鼓索神経領域の電気味覚検査、濾紙ディスク法を行い、さらに日常の味覚機能のアンケートを施行した。

片側鼓索神経切断後、味覚障害や舌感覚異常を訴えたのが17/30例（56.7％）であった。２年後、14例に症状改善みられたが、３例は2年間経過した現在も症状は持続している。両側切断例では1/3例に味覚症状出現し、２例は無症状であった。片側切断例の味覚検査では76.9％に閾値上昇がみられた。両側切断例では全例で閾値上昇がみられ、２例は２年経過した現在もスケールアウトの状態である。

一　般　演　題

（演題番号　27－56）

27. 顔面神経麻痺を呈した中耳リンパ管腫

平井良治、安孫子　譲、中里　秀史、大森　英生、久木元　延生、池田　稔
（日本大学医学部耳鼻咽喉科）

顔面神経麻痺を生じる側頭骨内の腫瘍は、悪性腫瘍、神経鞘腫以外では比較的稀である。今回我々は顔面神経麻痺をみとめた中耳リンパ管腫症例を経験したので報告する。症例は61歳男性。平成13年夏頃健診にて左難聴を指摘され、近医耳鼻科にて滲出性中耳炎の診断で経過観察されていた。同年秋から左口唇の動きの異常を訴え某大学病院受診するも特に所見なしとの事であったが、麻痺の増悪傾向を認め他総合病院受診。左鼓室内の赤色の腫瘤病変、滲出液、および顔面神経麻痺31/40点を認めたため平成14年９月３日当科紹介受診となる。CT 上骨破壊もみとめ、組織診断も含め同年９月26日左中耳腫瘍摘出術を施行。腫瘍は上鼓室を占拠しており顔面神経と一体化し、術中迅速病理は、良性の血管腫瘍であったが、顔面神経は腫瘍と一体に切断摘出後、端々吻合が行われた。最終病理検査はリンパ管腫であった。顔面神経麻痺は、平成16年１月20日に21/40点まで改善した。

28. EPINEURIAL PSEUDOCYSTS OF THE INTRATEMPORAL FACIAL NERVE

Sarah L. Pertzborn, M.D.,[1] John D. Reith, M.D.,[2]
Anthony A. Mancuso, M.D.,[1,3] & Patrick J. Antonelli, M.D.[1]
(The Departments of [1]Otolaryngology and [2]Pathology, Immunology, and Laboratory Medicine, and 3 Radiology; University of Florida, Gainesville, Florida.)

Objective: Facial nerve pseudocysts are infrequently encountered during temporal bone surgery or neurotologic evaluation. This report describes the senior author's experience with epineurial pseudocysts (EPs) of the intratemporal facial nerve. **Study design**: Retrospective case review. **Setting:** Academic, tertiary referral center. **Results:** EPs were identified on computed tomography (CT) in the mastoid segment in seven patients during evaluation for profound sensorineural hearing loss or facial nerve symptoms. Histopathologic examination revealed fibroadipose tissue without nerve tissue in 5 cases that underwent excision. **Conclusions:** Facial nerve EPs are uncommon, benign lesions of the mastoid segment. Surgical excision may be safely performed for facial motor symptoms or for cochlear implant placement.

29. 膝神経節原発と思われる顔面神経鞘腫の１例
— XYZ Slice View Accu-I-Tomo の有用性を中心に —

山田和臣[1)]、羽藤直人[2)]、柳原尚明[1)]、比野平恭之[1)]
([1)]鷹の子病院耳鼻咽喉科、[2)]愛媛大学医学部耳鼻咽喉科)

XYZ Slice View Accu-I-Tomo は局所にコーンビームＸ線束を照射し、直径40 mm、高さ30 mm の円柱内の硬組織の３次元的高分解 CT 画像を撮影する新しいＸ線診断装置であり、耳科領域の画像診断法として臨床的価値を有することが知られてきた。演者らはこの CT を用いて正常および顔面神経麻痺症例の顔面神経管画像について本研究会で発表してきた。今回は膝神経節から発生し錐体尖端部に進展した顔面神経鞘腫の1例について、術前に XYZ Slice View と通常の CT、MRI とを比較検討した。XYZ Slice View は腫瘍と内耳道底、第Ⅷ脳神経、蝸牛、前庭迷路の関係を詳細に知るために極めて有用であり、手術の進め方について重要な情報が得られたので画像を供覧し手術所見と併せて報告する。

30. 顔面神経麻痺のない側頭骨内顔面神経鞘腫の一例

江島正義[1,2)]、中川尚志[1)]、久保和彦[3)]、小宗静男[1)]
([1)]九州大医学部耳鼻咽喉科、[2)]九州厚生年金病院耳鼻咽喉科、[3)]千鳥橋病院耳鼻咽喉科)

自覚症状を伴わない側頭骨内顔面神経鞘腫を経験した。50歳女性。健診で左鼓膜所見の異常を指摘され、近医受診した。左鼓膜後象限に接する赤味をおびた白色腫瘤が透見され、CT で鼓室後部を占める軟部組織陰影を認めた。精査加療目的で当科を紹介された。鼓膜所見以外には、左アブミ骨筋反射が消失しているのみで、顔面神経麻痺なく、聴力も正常であった。MRI でＴ1等信号、Ｔ2高信号、造影良好であった。予想される疾患と対応について本人とよく相談した上で、左鼓室試開、術中迅速生検を行った。腫瘍は鼓室洞を中心に前方は匙状突起から下鼓室まで充満、アブミ骨を包み込んでいた。生検の結果は神経由来の良性腫瘍であった。術前の相談の通り、膝部と茎乳突孔付近の垂直部で顔面神経を切断し、腫瘍を摘出した。弯曲部付近に生じた顔面神経鞘腫であった。切断した顔面神経は大耳介神経を用いて神経移植を行った。顔面神経麻痺を伴わない顔面神経鞘腫の外科的治療の適応と時期には様々な意見がある。過去の文献とあわせて、本症例について考察する。

31. 顔面神経鞘腫手術例の検討

田邊牧人[1)]、山本悦生[2)]、藤原敬三[3)]、渡辺太志[3)]、菊地正弘[3)]
([1)]西神戸医療センター耳鼻咽喉科、[2)]山本中耳サージセンター
[3)]神戸市立中央市民病院耳鼻咽喉科)

比較的稀な疾患である顔面神経鞘腫の手術治療例について検討する。対象は1987年５月から2003年３月までに、神戸市立中央市民病院耳鼻咽喉科にて初回手術治療を受けた10例である。年齢は21歳から69歳、男性５例、女性５例であった。腫瘍の存在範囲は側頭骨内水平部が３例、垂直部が１例、水平部から側頭骨外耳下腺内にいたる例が２例、耳下腺内限局が４例であった。側頭骨内に腫瘍が存在した６例のうち５例では術前に緩徐に進行する顔面神経麻痺があり、残る１例では麻痺がなかった。一方耳下腺内限局４例のうち３例には術前の麻痺はなく、１例は以前に一過性麻痺の既往が２回あった。治療は側頭骨内存在６例中４例で腫瘍を神経とともに摘出し、大耳介神経移植３例、顔面神経舌下神経吻合１例で機能再建を図った。残る２例では腫瘍のみの切除が可能であった。耳下腺内限局４例は２例が被膜下の部分切除のみ、２例が被膜下の生検のみであった。

32. ハント症候群として診断・治療されていた聴神経腫瘍の１例

村上信五、渡邊暢浩、木口　淳、山野耕嗣、戸田興介
(名古屋市立大学耳鼻科)

聴神経腫瘍は一側性の進行性感音難聴に耳鳴やめまいを伴うことで診断される場合が多い。一般に前庭神経障害は緩徐であるため、めまいは浮動感が多く、回転性のことは少ない。また、顔面神経麻痺をきたすことはきわめて希である。今回、突発難聴と回転性めまい、顔面神経麻痺で発症し、ハント症候群と診断され治療を受けていた小聴神経腫瘍例を経験した。症例は38歳女性で、発症時、妊娠９ヶ月であった。右突発難聴の翌日に回転性めまいが、さらに２日後に顔面神経麻痺が生じた。10日後に出産し、近くの大学病院麻酔科に入院し、SGB や薬物治療を受けるも麻痺が改善しないため、発症３ヶ月後に、当科を紹介受診となった。初診時の顔面神経麻痺スコアは18/40点と回復傾向にあった。しかし、聴力が聾であったことから、MRI を施行したところ内耳道内に限局する聴神経腫瘍が発見された。３ヶ月後に中頭蓋窩法にて腫瘍を摘出したが、顔面神経麻痺は少し改善するも聴力は不変であった。診断の pitfall と治療の選択について考察する。

33. 筋電図検査より考えられる顔面神経痙攣のメカニズム

田中博之
（耳鼻咽喉科田中医院、横浜市）

現在顔面神経痙攣の原因として顔面神経核の興奮性異常、顔面神経と血管との接触部分でのephaptic transmissionの2説が有力であるが、それ以上のことについては明きらかにされていない。筋電図検査をしてみると痙攣の発作時や強収縮時には何らの情報も得られない。しかし軽症例や中等度の症例で発作の起こっていない時に筋収縮をさせ針電極を使用して2ヶ所から筋電図をとるとgiant spikeやpolyphasic potential等の病的spikeの出現が見られ、しかもsynchronisationを起こしている。顔面神経核での研究は文献を汎称した範囲では皆無だが、脊髄疾患の病態から考察して介在ニューロンが関与しているものとおもわれる。これを基に顔面神経痙攣の発生、病的共同運動の原理、減荷術後の経過等のメカニズムを実際の筋電図を示して説明する。

34. 顔面けいれんの電気生理学的診断

栢森良二、三上真弘
（帝京大学医学部リハビリテーション科）

【目的】顔面けいれんの臨床的診断は通常は難しくない。しかし眼瞼のスパズムが両側に出現している症例では、眼瞼けいれん(blepharospasm)か、顔面けいれん(hemifacial spasm：HFS)なのか、また実際に両側性HFSなのか、片側性HFSなのかの鑑別診断が難しい。最近経験したHFSに関する問題症例について報告する。【手技】両側眼輪筋、口輪筋、広頸筋に表面記録電極を設置し、表面筋電図と顔面筋反射を導出した。【症例1】46歳男性、両側性眼瞼けいれん、特に右眼の開眼困難があった。顔面けいれんか眼瞼けいれんか臨床的診断が困難であった。【症例2】42歳男性。7年前より左眼瞼からスパズムが出現し、その後右眼瞼からもスパズムが出現した。徐々に症状は増悪し、左眼の開眼困難も出現した。左眼瞼スパズムが困ると言うことで、まず左側の微小神経血管減圧術を希望した。しかし電気生理学的には右HFSの診断であった。【考察】両側性HFS、あるいは眼瞼けいれんが疑われる症例には、表面筋電図と顔面筋反射の電気生理学的検査法が誤診を回避する意味で重要である。

35. 顔面けいれんのSunnybrook法による評価

栢森良二、三上真弘
（帝京大学医学部リハビリテーション科）

【目的】顔面けいれん(hemifacial spasm)での症状の中に、安静時対称性や病的共同運動の症状が特徴的であることから、これらの項目を含むSunnybrook評価法が術前後の効果判定に有用であると考えられる。【対象と方法】顔面けいれん患者31人（男10人、女11人、側性右15人、左16人、罹患期間平均７年）に対して、術前後Sunnybrook法で延べ回数41回（術後１回22人、２回８人、３回１人）評価を行い、同時に40点法、House-Brackmann法(HBG)と比較した。手術効果判定は術前得点から術後得点を引き算し、統計学的に処理をした。【結果】Ｓ安静点、Ｓ病的点、Ｓ総合点はそれぞれ８点、５点、15点ほど改善した。さらに、Ｓ総合点とＳ安静点、Ｓ総合点とＳ病的点、Ｓ総合点とHBG、Ｓ随意点と40点法に相関が認められた（$p<0.0001$）。術後顔面神経麻痺が出現した場合にはＳ随意点に反映されていた。【考察】Sunnybrook評価法は顔面けいれんの評価法として、あるいは外科的治療の効果判定に有用な評価法である。

36. 陳旧性顔面神経麻痺に対する２分割腹直筋を利用した口唇挙上と口唇下制の一期的動的再建術の経験

田中一郎、大城貴史、大西文夫、中島龍夫
（慶應義塾大学　医学部　形成外科）

２分割腹直筋を利用して口唇挙上と口唇下制の運動を、同時期・一期的に動的再建を行なった、29歳・48歳男性の陳旧性顔面神経完全麻痺の２例を報告する。移植腹直筋は下腹壁動静脈の内・外側分枝で２分割し、各筋体を支配する肋間神経を１本ずつ付着させて、下腹壁動静脈を同一茎とした分割２筋体とした。移植筋体は口唇挙上の目的では上口唇部と耳前部に固定し、口唇下制の目的では下口唇部と顎下部に固定した。宿主神経は健側顔面神経の大頬骨筋への分枝と下口唇部口輪筋・口唇下制筋への分枝を剥離同定し、健側頬部へ移行した２本の肋間神経と吻合した。29歳男性では移植筋収縮は、口唇挙上で術後７ヶ月、口唇下制で術後10ヶ月より認められ、術後１年７ヶ月では口唇挙上の動きははっきり認められるものの、口唇下制の筋収縮は微弱である。48歳男性では術後７ヶ月で筋収縮は認めていない。本法は分割２筋体各々に付着させた支配神経を、健側顔面神経の別の分枝と吻合することにより、各々が独立した動きを期待でき、新たな顔面神経麻痺動的再建の可能性を持つと思われる。

37. 新しい神経血管柄付筋弁・大腿二頭筋短頭による顔面神経麻痺の一期的機能再建

林　明照、丸山　優*、佐瀬道郎*、岡田恵美*、酒井敦子、室　孝明*
（東邦大学佐倉病院形成外科、*東邦大学形成外科）

われわれは、解剖検索から新しい遊離神経血管柄付筋弁として大腿二頭筋短頭筋弁を開発し、陳旧性顔面神経麻痺の一期的な笑いの再建に応用している。症例は陳旧性顔面神経麻痺８例（男３、女５、８-80歳）。手術は仰臥位で大腿遠位外側に約15 cm の皮切をおき、外側大腿筋間中隔（LIMS）の前方で外側広筋を LIMS 前面より剥離、つぎに後方で二頭筋短頭を長頭から分離し、総腓骨神経の枝である運動神経と大腿深動脈穿通枝を確認、10×５ cm の二頭筋短頭・LIMS を一体として大腿骨から切離し free flap とする。Flap を頬部皮下に移行し、血管は顔面動静脈と、神経は健側顔面神経頬筋枝と吻合する。術後経過は５ヶ月から３年６ヶ月、５例で移植筋は術後５-６ヶ月頃より収縮がみられ、８ヶ月目頃には健側の表情に同調した筋収縮が認められた。本法は、LIMS により flap を確実に縫合固定でき、筋採取に伴う犠牲は小さく整容的にも目立たない等の特徴を有し、顔面神経麻痺の一期的動的再建に有用な方法のひとつであると思われた。

38. 下眼瞼外反に対する Suture Anchor による下眼瞼吊り上げ術

林　明照、丸山　優*、菰田拓之*、酒井敦子、今泉りさ*
（東邦大学佐倉病院形成外科、*東邦大学形成外科）

顔面神経麻痺の下眼瞼外反に対し、suture anchor による簡便な下眼瞼吊り上げ術を考案した。アンカーは Mitek Micro Quick Anchor であり、径1.3 mm、長さ3.7 mm、アーク2.7 mm、3-0両針付ポリエステル編糸が付いている。まず内眼角部７ mm の切開から上顎骨前頭突起にアンカーを埋設する。２本の針付糸を下眼瞼縁に沿った小切開を経由して瞼板前面を通し外眼角部の切開創に導出、下眼瞼がやや過矯正位となるよう頬骨前頭突起骨膜に縫合固定する。症例は７例で、術後6？から４年の経過で後戻りはほとんど認められず、全例で良好な吊り上げ効果が得られた。１例で感染を合併したためポリエステル編糸を除去、６ヶ月後に再度同手術を施行し、その後感染は認められなかった。手術時間は約15分であった。

本法は簡便で所要時間も短く、組織切除をせず自家組織を用いないことから侵襲の少ない手技である。異物反応や感染への留意は必要であるが、顔面神経麻痺における下眼瞼の吊り上げ支持に有用な手技であると思われた。

39. 端側縫合を用いた神経移植による一期的顔面神経再建の経験

桂　弘和[1)]、深澤啓二郎[1)]、辻　恒治郎[2)]、阪上雅史[1)]
([1)]兵庫医科大学耳鼻咽喉科、[2)]高槻市)

我々は、端側縫合型神経移植による顔面神経の一期的再建術を試み、良好な結果を得たので報告する。症例は48歳女性で1999年９月に左耳下部の腫瘤を主訴に当科受診し翌年７月に左耳下腺拡大全摘術と顔面神経再建術を行なった。移植神経には腓腹神経を用い、神経縫合は顔面神経本幹の断端は端々縫合し、側頭枝、頬骨枝、頬枝など途中の分枝は端側縫合、最後の分枝は端々縫合とした。術後３ヶ月から表情筋の機能回復を認め、閉瞼、口角挙上などは、異常共同運動を認めるものの可能となり顔面の対象性がほぼ得られた。顔面神経の多数枝の欠損に対する従来の再建法であるケーブルグラフトは、顔面神経本管と束ねた移植神経を縫合するため、再生した軸索がこの部分を通過する効率が悪くなる懸念がある。これに対し、今法では本管との吻合は１対１の端々縫合となり各分枝への再生軸索の分配のバランスのみが課題となる。結論を出すにはさらに症例を重ねる必要があるが、顔面神経多数枝欠損の即時再建において端側縫合による神経移植が優れている可能性があると考えられた。

40. 顔面神経麻痺に対する端側型 interpositional jump graft（第２報）

上田和毅、梶川明義、鈴木康俊
(福島県立医科大学　形成外科)

非回復性の顔面神経麻痺に対する顔面神経―舌下神経吻合法では、舌下神経の機能を犠牲にすることが問題であった。一方、端側型神経縫合は、donor nerve にほとんど障害を残さない方法として、近年 Viterbo よってふたたび脚光を浴びた。前回の本学会で、われわれは、この両者を組み合わせた方法として、May の報告した interpositional jump graft を神経の端側吻合を用いて行った結果を報告したが、その後症例と経過期間を加え、新たな知見を得たので再度報告する。(対象) 聴神経腫瘍による麻痺例６例に対し手術を行った。麻痺発症から手術までの期間は２週～５ヶ月である。(結果) 端側型 jump graft による顔面表情筋機能の回復は術後６～11ヶ月で見られた。舌の萎縮、機能障害を伴うことなく、健側と対称的な鼻唇溝形態が得られた。(結論) 麻痺発症後２ヶ月以内であれば、端側型の interpositional jump graft によって、顔面表情筋の良好な機能回復が期待できる。

41. 軽微な病的共同運動のみだった舌下神経—顔面神経吻合術後患者の1例

戸島　均、竹内直信*
(㈱日立製作所日立総合病院耳鼻咽喉科、*東京大学耳鼻咽喉科)

舌下神経—顔面神経吻合術を行って、顔面運動を再建した場合、舌を患側に動かそうとした時に表情筋が収縮する。強い口笛運動をしようとすると、眼輪筋が収縮し眼裂が狭小化するという病的共同運動が必ず出現する。今回、聴神経腫瘍術後に舌下神経—顔面神経吻合術後にHouse-Brackmann Grade 2間で表情運動が回復し、強い口笛運動時に全く眼裂が狭小化しなかった1例を経験した。この症例の表情運動を検討すると、口笛運動時には無意識に舌には力を入れていないことが分かった。つまり、口輪筋は、健側顔面神経からの支配を受けていると考えられた。この健側からの支配と、移植吻合した舌下神経からの支配をうまく使い分けることにより、良好な表情運動を行っていると考えられたので、若干の考察を加え報告する。

42. 唇とがらし運動中の大脳皮質感覚運動野の左優位性

福永篤志、大平貴之、秋山武紀、平賀健司、河瀬　斌
(慶應義塾大学医学部　脳神経外科)

(目的) 前回我々は、3テスラfMRI (濱野生命科学研究財団小川脳機能研究所、東京・新宿区) を用いて、唇とがらし運動中の賦活化大脳皮質BOLDシグナルが、両側大脳皮質感覚運動野、補足運動野、前頭前野などに分布することを報告した。今回は、さらに感覚運動野の左優位性に注目して検討した。(方法) 検査にあたって同意が得られた健常右利き男性7名 (22～37歳、平均26歳) に対し、20秒間静止、10秒間運動を4回繰り返すBlock designed paradigmを施行した。MRI撮影画像を解析ソフトBrain voyagerで処理(corrected $p<0.001$) し、motion correction施行後Talairach spaceへ投影した。(結果) 全例に両側大脳皮質感覚運動野に有意なBOLD signalが検出された。voxel数は左側のほうが有意に多く (paired t-test, $p<0.05$)、%BOLDシグナルのピーク値も、左側は右側の約2倍であった。(結語) 過去に、唇運動中の大脳活動には、女性の場合、左右差がないという報告があり、大脳皮質感覚運動野の働きに性差が関与している可能性が示唆された。

43. 顔面神経麻痺の治療に関する全国アンケート調査

村上信五[1)]、木口　淳[1)]、山野耕嗣[1)]、戸田興介[1)]、宮崎東洋[2]、山本纊子[3)]
（名古屋市立大学耳鼻科[1)]、順天堂大学麻酔科、
ペインクリニック[2)]、藤田保健衛生大学神経内科[3)]）

顔面神経麻痺は内科、神経内科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、麻酔科など、多くの診療科で治療が行われている。患者の受診状況は地域や病院により異なり、また、治療方針も各診療科、各医師によって若干異なっているのが現状である。今回、これらの現状を正確に、かつ広い地域から得ることを目的に全国的なアンケート調査を施行した。調査は日本ヘルペスウイルス感染症フォーラムのワークショップの一環として施行したが、全国の内科、神経内科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、麻酔科の認可研修施設312施設を対象に施行した。アンケート調査の内容はベル麻痺とハント症候群を中心に、その病因の認識、診断、検査、治療の実態と各科間の治療連携について行った。アンケートの結果、顔面神経麻痺の診断・治療における地域性や各科の特徴が明らかになった。顔面神経麻痺の診断、治療にあたっては、各診療科、各医師が共通の認識や治療方針を持つことが重要であり、今回の調査が顔面神経麻痺の診断・治療のガイドライン作成の一助になればと考え報告する。

44. 当科顔面神経外来における治療方針の検討

宗本　由美、栗山　博道*、新井　昇治**、山下　敏夫
（関西医科大学耳鼻咽喉科、*大阪北逓信病院耳鼻咽喉科、
**医仁会武田総合病院耳鼻咽喉科）

当科顔面神経外来では2001年９月からBell麻痺に対し、初診時スコアと発症から受診までの日数別により３群に分け、各々に治療プロトコールを用いている。今回、このプロトコールに沿って治療され６ヶ月以上経過観察できた44症例について検討を行った。プロトコール１は発症７日目までの高度麻痺に対する治療で、23例に施行した。治癒した症例は23例中21例で91.3％であった。プロトコール２は発症７日目までの中等度～軽度麻痺、あるいは発症８日目～14日目に治療開始となった症例で合計14例に施行した。治癒率は100％出会った。プロトコール３は発症15日目以降に当科受診した症例で、７例中４例で顔面神経減荷術が施行された。また７例中５例が非治癒で、予後診断に基づく発症早期の適切な治療の重要性を示唆していると考えられた。また、今回プロトコールを用いた症例とプロトコールを用いる以前の症例をレトロスペクティブに比較し、治療方針の検討を加え、報告する。

45. Bell 麻痺に対するステロイド単独治療とバラシクロビル併用療法による治療効果について―第１報―

甲州秀浩、稲村博雄、川口和浩、阿部靖弘、青柳　優
（山形大学医学部情報構造統御学講座耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野）

Bell 麻痺の病因としてヘルペスウイルスが関与していることが、PCR 法により解明されつつある。しかし現在まで、抗ウイルス剤投与の有効性についての明確な結論は得られていない。現在我々は、抗ウイルス剤の治療効果判定のために、他施設同一プロトコールによる Bell 麻痺治療のランダマイズスタディーを行っている。今回、ステロイド単独投与群（単独療法）と抗ウイルス剤併用投与群（併用療法）の治療効果について、現在までの登録症例91例を基にして検討を行い報告する。治療は43例が単独療法、48例が併用療法が施行された。単独療法の累積治癒率は、約84％であった。これに対し、併用療法の累積治癒率は、約88％であり両群間に有意差は認められなかった。また両群において登録症例の偏りの有無を詳細に検討したが、症例の年齢分布、初診時麻痺スコアの分布、治療開始時期の分布等には極端な偏りは認められなかった。

46. マンニトール点滴直後の表情運動改善；伝導ブロック解除効果

齋藤 春雄
（洛西シミズ病院）

目的：マンニトールは浮腫状の神経を脱水収縮する。脱水収縮するとすれば、狭い顔面神経管内で伝導ブロックに陥った神経線維の de-blocking も起こるはずである。マンニトール点滴直後に表情の改善が有るか否かを確かめた。方法：顔面神経麻痺発症から10日までに受診した30症例にマンニトール300 ml を単独点滴した。フルクトースまたはソルビトールが rebound 現象を防ぐ目的で加えられている。点滴の直前、直後に口尖らしをさせて写真を撮影し、２つの写真を比較検討した。両内眼角を結ぶ線と、両内眼角中央と人中下端を結ぶ線のなす角を口唇の変位角とした。正常30例の標準偏差角をもとめた。正常の２標準偏差角以上の変位減少を改善例とした。結果：正常例の変位角標準偏差は1.43であった。30例中20例（67％）で2 SD を超える改善をみた（4 SD まで11、6 SD まで5、8 SD まで3、8 SD 以上1）であった。
結論：1）マンニトール点滴により67％症例口唇変位が改善した。2）マンニトールは伝導ブロックを起している神経線維の一部を de-blocking する。3）マンニトールが顔面神経麻痺初期に有効であるエヴィデンスを得た。

47. 当科における耳炎性顔面神経麻痺症例の検討

阿部靖弘、稲村博雄、甲州秀浩、川口和浩、青柳　優
（山形大学医学部耳鼻咽喉科）

いわゆる耳炎性麻痺患者は、末梢性顔面神経麻痺患者の中で必ずしも多数を占めるわけではないが、臨床的にはその診断や治療法の選択に関して苦慮することもある。今回我々は、過去15年間に当科にて精査、加療を行った耳炎性顔面神経麻痺症例、あるいは慢性中耳炎を合併するもベル麻痺と診断された症例について検討を加え報告する。対象は急性中耳炎14例、真珠腫性中耳炎７例、慢性中耳炎急性増悪４例、計25例の耳炎性顔面神経麻痺症例と、慢性中耳炎を合併するもベル麻痺として加療された17例の合計42例である。それぞれの症例につき治療法の選択（保存的治療と外科的治療）、麻痺スコアや電気生理学的検査により判定された麻痺の重症度、顔面神経麻痺の転帰等について検討を加え、これらの治療方針について考察し報告する。

48. 顔面神経全減荷術
— Anterosuperior Cell Tract Approach —

竹田泰三、浜田昌史、山河　和博、中谷宏章、柿木章伸
（高知大学医学部　聴平衡・嚥下機能統御学）

ベル麻痺や、ハント症候群に代表される末梢性顔面神経麻痺の神経障害の進展に、側頭骨内の神経絞扼が大きな役割を占めていることには多くの認めるところである。神経浮腫は膝神経節に端を発するが、浮腫の進展は順行性だけでなく逆行性にも広がる。よって、顔面神経の減荷は膝神経節の末梢側だけでなく中枢側、迷路部も完全に行う必要がある。従来、顔面神経全減荷術は、経乳突的顔面神経減荷術に加えて、側頭開頭を行って、中頭蓋窩法による迷路部の減荷を加え、顔面神経を全減荷していた。しかし、生死に関わりのない顔面神経麻痺の治療に開頭術を要する手術を施行することは、患者サイドはもちろんのこと、手術を勧める医師も躊躇することは避けられない。今回の報告では、大きな側頭開頭を要さずに迷路部から内耳道底までを開放する Anterosuperior Cell Tract Approach を開発したので報告する。

49. 新鮮 Bell 麻痺に対する大量ステロイド点滴静注療法における急死例

荻原正洋[1)]、亀岩貴教[1)]、大房裕和[2)]
（長野赤十字病院　第１麻酔科[1)]、同　内科[2)]）

われわれは1986年２月から2003年７月までに新鮮 Bell 麻痺569例に大量ステロイド点滴静注(SD)と星状神経節ブロック(SGB)併用療法を行い、そのうち３例の急死例を経験した。今回その死因と治療法との関連につき検討した。【症例】患者１：77歳、男性。初診時４点の左 Bell 麻痺。メチルプレドニゾロンによる SD と SGB 併用療法を終了して12日目に、うつ状態強く無断外泊し自宅で自殺死亡。患者２：86歳、男性。初診時４点の右 Bell 麻痺。メチルプレドニゾロンによる SD と SGB 併用療法中10日目に下血あり、翌日心肺停止、死亡。患者３：89歳、男性。初診時５点の左 Bell 麻痺。プレドニゾロンによる SD と SGB 併用療法中５日目に廊下で心肺停止、死亡。ECG より心筋梗塞が疑われた。【まとめ】ステロイドによると思われるものが２例、偶然の合併症によるものが１例であった。高齢者の Bell 麻痺に対する SD と SGB 併用療法の場合十分な説明と同意が必要である。

50. VZV 再活性化を２回伴った両側再発性顔面神経麻痺の一症例

相澤寛志、古田　康、大谷文雄、福田　諭
（北海道大学大学院医学研究科　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野）

両側の顔面神経麻痺を５回反復した症例において、VZV 再活性化を２回伴った症例を経験したので報告する。第一回目（右）：２歳10ヶ月時に罹患、３週間程度で完治した。第二回目（右）：16歳時。完全麻痺を呈し、表情筋運動が回復するまで１年程度要した。病的共同運動が残存した。第三回目（左）：20歳時、当科初診。麻痺スコア２点。ステロイドとアシクロビル併用療法を施行し、５週間で完全治癒した。唾液中 VZV DNA が陽性であり zoster sine herpete と診断した。第四回目（左）：24歳時。他院にて、ステロイドとバラシクロビル併用療法を施行され、５週間で完全治癒した。第五回目（右）：24歳時。４回目の麻痺が治った頃に発症し、当科にてステロイドとアシクロビル併用療法を施行した。最悪時麻痺スコア８点。右耳介に１個の皮疹があり、VZV IgG の有意上昇を認め、Hunt 症候群と診断した。軽度の後遺麻痺と病的共同運動が残存した。帯状疱疹の再発について考察し報告する。

51. 両側同時性顔面神経麻痺の１症例

宮下 仁良[1)]、肘井 禎卓[1]、石川 雅洋[1)]、村田 清高[2)]
（ベルランド総合病院耳鼻咽喉科[1)]、近畿大学耳鼻咽喉科学教室[2)]）

顔面神経麻痺は日常診療で比較的頻繁に遭遇する疾患で、そのほとんどが一側性であり、一般に予後は良好であることが多い。しかしながら、まれに両側性に発症し、この際には、ある種の系統疾患の１症状として出現することもあり診断には注意を要す必要があります。今回、我々は同時発症した両側顔面神経麻痺の１症例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

症例は25歳、女性。平成15年３月15日の起床後に左顔面神経麻痺を認め、また同日の夕方には、右顔面神経麻痺も認めるようになったため、近医を受診し、両側顔面神経麻痺と診断され、精査、加療目的にて当科に紹介となった。治療は点滴投与によるステロイド漸減療法と抗ウイルス作用を持つバラシクロビルの内服を行ったが、右側に軽度の改善を認めただけにとどまり、現在も経過観察中である。両側同時性顔面神経麻痺は非常に稀であるが場合により重篤な全身疾患の一症状として発症する可能性があるため、それらの疾患を念頭におき、精査を進める必要がある。

52. 両側同時性顔面神経麻痺の４例

毛利大介、湊川　徹、辻恒治郎*、村川和重**、毛利　学
（大阪歯科大学耳鼻咽喉科、*兵庫医科大学耳鼻咽喉科、**兵庫医科大学麻酔科）

末梢性顔面神経麻痺は稀に交代性麻痺や両側同時性麻痺に遭遇ことがある。今回我々は両側同時性顔面神経麻痺の４症例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

症例１：20歳女性。急性骨髄性白血病で骨髄移植後多発性ニューロパチー発症し、その経過中に両側同時性麻痺が出現した。ステロイドを中心とした治療にて完全治癒。

症例２：84歳女性。ウイルス性髄膜炎経過中に右側麻痺出現１週後より左側麻痺が出現した。ステロイド、抗ウイルス剤を中心とした治療にて完全治癒。

症例３：64歳女性。左 Bell 麻痺で治療中に耳内水泡を伴った右麻痺が出現。ステロイド中心の治療から抗ウイルス剤併用に変更し完全治癒。

症例４：34歳女性。出産１ヵ月後より右側麻痺出現。２日後左側麻痺認めた。右耳に水泡を認め Ramsay Hunt 症候群と診断。抗ウイルス剤を中心とした治療にて完全治癒。

53. ムンプスウイルスによる顔面神経麻痺の１例

内田真哉
（公立南丹病院　耳鼻咽喉科）

末梢性顔面神経麻痺を引き起こす原因ウイルスとしては水痘帯状疱疹ウイルスが知られており、単純ヘルペスウイルスについても関与が考えられている。しかし、その他のウイルスについては非常に頻度が少ないためか、あまり知られてはいない。ムンプスウイルスによる顔面神経麻痺の報告は小児例において数例の報告があるが、成人例でもまれである。われわれはムンプス発症翌日に顔面神経麻痺を来した68歳の女性症例を経験した。完全麻痺を来たしており、ＥＮoGも０％と低下していたため、顔面神経管開放術を施行した。現在発症７ヶ月目であるが柳原スコアで34点まで改善してきている。本例では病歴と血清学的所見からムンプスウイルス初感染による顔面神経麻痺であると考えられた。

54. 顔面神経麻痺、めまいで発症した巨大な小児小脳橋角部腫瘍の一例

戸田興介、山野耕嗣、木口　淳、渡邊暢浩、村上信五
（名古屋市立大学耳鼻咽喉科）

右顔面神経麻痺、めまいにて発症し、術後著明に麻痺が改善した小児の巨大な小脳橋角部腫瘍症例を経験したので報告する。症例は8歳女児で2002/2/2回転性めまい、2/5右顔面神経麻痺を発症し、2/9近医を受診した。初診時顔面神経麻痺スコア16/40、右向き水平性注視眼振、右低音部感音難聴を認めたため、耳介に水疱はみられなかったがハント症候群を疑いゾビラックス・プレドニン等で治療された。しかし顔面神経麻痺は改善せず2/18当科紹介受診となった。初診時所見として、右Ⅶ、Ⅸの麻痺と感音難聴がみられ、Bruns様眼振を認めた。頭蓋内病変を疑い、頭部MRIを施行したところ右小脳橋角部に37×34㎜大の境界明瞭なcystic massを認めastrocytomaが疑われた。1/29後頭蓋窩開頭にて腫瘍を切除、病理組織でastrocytoma G 2～3と診断された。術後速やかに右Ⅶ、Ⅷ、Ⅸの障害は改善した。術後放射線治療を施行（計50 Gy）し退院となり、現在のところ再発所見なく経過良好である。本症例の顔面神経麻痺をはじめとする症状の出現と改善の機序を考察する。

55. 神経線維腫が疑われ特異な経過をたどった小児顔面神経麻痺例

濱田　昌史、山河　和博、竹田　泰三
（高知大学医学部神経統御学講座聴平衡・嚥下機能統御学教室）

症例は８歳、男児。Mondini 型の内耳奇形により左は聾、右は70 dB の難聴にて補聴器を装用中。平成14年３月左顔面麻痺に気づくも放置していた。改善を全く認めないため同年７月５日当科を初診。耳内所見に異常なく、麻痺スコアは２点（40点法）と高度麻痺が持続していた。側頭骨 CT では内耳道の狭小化、蝸牛および前庭・半規管の低形成を認めたが顔面神経管の異常は明らかではなかった。また頭部 MR にて著変なく、血液学的にも異常を認めなかったため経過観察とした。麻痺発症後１年が経過してもスコアに変化なく病的共同運動出現もみないため、probe 目的に平成15年４月１日経乳突的顔面神経減荷術を施行した。顔面神経はアブミ骨神経を含めて側頭骨内全走行で腫大しているように見て取れ、乳突部の一部でポリープ状の変化を認めた。この部から生検し、膝部から茎乳突孔まで開放して手術を終了した。病理組織診断は神経線維腫の疑いであった。その後も麻痺の改善は認めず、再手術を検討中の本年２月にはいり表情運動の表出を認めるようになった。

56. アブミ骨奇形と顔面神経走行異常をともなった症例について

木村忠司、磯野道夫、吉川　構、宮下仁良、唐澤千明、浦野圭介、村田清高
（近畿大学耳鼻咽喉科学教室）

耳小骨奇形は、稀な疾患ではないが、発生学的に様々な興味深い情報をしばしば与えてくれる。最近我々は、顔面神経水平部とアブミ骨にいくつかの奇形を合併した症例を経験したので報告する。第一の例は、アブミ骨頭とキヌタ骨豆状突起が、顔面神経上に遊離して存在し、さらに顔面神経がやや低位で卵円窓に被っており、アブミ骨脚部が欠損し低板のみが残存していた。さらに、先天性真珠腫も合併していた。第二の例は、アブミ骨頭とキヌタ骨豆状突起と思われる部分が、同様に顔面神経上に遊離して存在していたが、変型したアブミ骨脚部は残存していた。この例は反対側も同様の所見が画像診断から推測された。先天性真珠腫に耳小骨奇形を合併するという報告は多々されているが、真珠腫のある耳に耳小骨離断があったとしても、それが奇形か、真珠腫による骨欠損かは判断が難しい。これらの症例は、耳小骨奇形、顔面神経走行異常の発症、先天性真珠腫の発生機序との間になんらかの関係があることを考えさせる、興味深い症例と言える。

ボトックス注100講習・実技セミナー
及び 症例発表のご案内

拝啓　先生方におかれましては益々ご清祥の事とお慶び申し上げます。
『ボトックス注100』のご使用に際しましては、下記承認条件が付されております関係上、規定の講習・セミナーの受講が必要となっております。

【承認条件】

1．再審査期間中は、使用症例の全例を登録制として使用成績調査を行うとともに、すべての重篤な有害事象を把握する適切な措置を講じること。
2．本剤についての講習を受け、本剤の安全性及び有効性を十分に理解し、本剤の施注手技に関する十分な知識・経験のある医師によってのみ用いられるよう、必要な措置を講じること。
3．本剤の使用後に失活・廃棄が安全・確実に行われるよう、廃棄については薬剤部に依頼する等、所要の措置を講じ、廃棄に関する記録を保管すること。

この度、眼瞼痙攣･片側顔面痙攣治療研究会講師　兵庫医科大学　眼科学　三村教授に講師の労をとっていただき、下記の通り眼瞼痙攣・片側顔面痙攣につきましての講習・実技セミナーを開催する運びとなりましたので、ご案内申し上げます。

敬具

― 記 ―

講師：　兵庫医科大学　眼科学教授　三村　治先生
日時：　平成16年６月３日(木)　16：00～17：30
会場：　ノボテル甲子園（第27回顔面神経研究会会場）

＊　なお、講習・実技セミナーに続き、以下の通り、症例提示『顔面神経麻痺後の顔面協同運動へのボトックスの使用経験』のプログラムを予定しております。

*症例提示『顔面神経麻痺後の顔面協同運動に対するボツリヌストキシンの使用経験』
日時：平成16年６月３日(木)17：30～18：00
会場：ノボテル甲子園　研究会会場
講師：症例提示予定者

ボトックス講習・実技セミナープログラム

1．眼瞼痙攣および片側顔面痙攣について(約60分)

兵庫医科大学　眼科教授　三村先生

1）　概要

2）　診断

3）　治療に必要な解剖

4）　治療法

- 従来の治療法
- ボツリヌス療法

2．治療の実際（約20分）

兵庫医科大学 眼科教授 三村先生

- 投与の実際　（ビデオ７分）
- 投与手技　　（ビデオ７分）
- 調製・失活　（ビデオ６分）

3．ボトックス注100使用成績調査の実施について(約10分)

アラガン株式会社

1）　承認条件等

2）　使用開始までの手続きについて

4．症例発表（約30分）　　症例提示者

ボツリヌス毒素療法最前線

兵庫医科大学眼科学教室
三　村　　治

1．はじめに

ボツリヌス毒素はグラム陽性嫌気性桿菌のボツリヌス菌から産生される自然界で最強の毒素で、その毒性は青酸カリの約30万倍とされる。そのため当初生物化学兵器として開発され、イラクや某カルト教団で使用されたため、本邦では薬剤としての認可が遅れた経緯がある。しかし、その筋麻痺作用は強力で、使用方法も簡便なため、現在では国の内外を問わず多くの疾患に応用が試みられている。本講演では、現在までに認可されている眼瞼痙攣、片側顔面痙攣を中心に最新の治療法と施注のコツについて講演する。

2．本態性眼瞼痙攣

眼輪筋の不随意の収縮により開眼が困難となる病態で、これに他部位のジストニアを伴った場合をMeige症候群と呼ぶ。これまで広範囲眼輪筋切除術（Anderson）や経口薬剤による治療が行われてきたが、決定的なものはなかった。ボツリヌス毒素療法では通常眼瞼周囲にボツリヌスA型毒素各2.5単位を片側6箇所、両側で12箇所注射する。症状の緩和は数日から1週間程度で現れ、2～3ヶ月（兵庫医大では平均2.4±1.5ヶ月、n＝136）持続する。我々のアンケート調査では患者の77％がほぼ満足以上と回答した。

3．片側顔面痙攣

顔面神経の被刺激性の亢進により顔面筋が発作性、反復性かつ不随意に収縮する病態で、その多くは顔面神経の根部で脳底血管が神経に接触し脱髄による異所性の興奮を生じるためと考えられている。微小血管減圧術（Jannetta）が有効であるが、症状の軽いものや手術を忌避するものがボツリヌス毒素療法の対象となる。通常眼輪筋や大小頬骨筋、笑筋などに2.5単位ずつ投与する。効果発現までの期間は本態性眼瞼痙攣と同じであるが、効果の持続は3～4ヶ月（兵庫医大では平均3.5±4.9ヶ月、n＝201）と少し長い。アンケート調査でも患者の87％がほぼ満足以上と回答した。

4．他領域での治療

すでに適応が承認されているものでは痙性斜頸がある。また、現時点では本邦においては承認されていないが、最初に臨床応用された斜視、消化器平滑筋の局所的緊張亢進をきたす食道アカラジア、裂肛、痔核、さらに多汗症、四肢麻痺、緊張性頭痛、慢性顔面痛への応用について最新の文献をもとに講演する。また美容外科でのボツリヌス毒素療法についても触れる予定である。

5．ボツリヌス毒素療法の問題点と対策

毒素療法の最大の欠点としては、効果発現までに時間を要することと、効果の持続時間もせいぜい３～４ヶ月と一時的なことがあげられる。また、効果には定量性がなく、今回有効であったからといって、必ずしも次回も有効であるとは限らない。さらに、約１割の頻度で毒素の効きすぎによる合併症（本態性眼瞼痙攣、片側顔面痙攣の場合は兎眼や閉瞼不全など）が起こることがある。これらについてその頻度と対策についても略述する。

本講演がボツリヌス毒素療法のさらなる普及の一助になれば幸いである。

MEMO

MEMO

【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】
アレルギー性鼻炎
蕁麻疹、皮膚疾患に伴う瘙痒（湿疹・皮膚炎、痒疹、皮膚瘙痒症）

【用法・用量】
通常、成人にはベシル酸ベポタスチンとして1回10mgを1日2回経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）
腎機能障害のある患者
〔本剤の血中濃度を上昇させることがある。また、高い血中濃度が持続するおそれがあるので、低用量（例えば1回量5mg）から投与するなど慎重に投与し、異常が認められた場合は減量、休薬するなど適切な処置を行う。〕

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を操作する際には注意させること。
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図る場合に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。
4）本剤の使用により効果が認められない場合には、漫然と長期にわたり投与しないように注意すること。

3. 副作用
臨床試験（治験）：総症例1,446例中、副作用が報告されたのは137例（9.5%）であり、その主なものは、眠気83件（5.7%）、口渇16件（1.1%）、悪心12件（0.8%）、胃痛7件（0.5%）、下痢7件（0.5%）、胃部不快感6件（0.4%）、倦怠感4件（0.3%）、嘔吐4件（0.3%）等であった。また、臨床検査値異常として本剤との因果関係が疑われたものは、総症例1,225例中64例（5.2%）で、主なものは、ALT（GPT）上昇1,209例中25件（2.1%）、尿潜血1,020例中11件（1.1%）、γ-GTP上昇1,130例中10件（0.9%）、AST（GOT）上昇1,210例中8件（0.7%）等であった。
使用成績調査（第4回安全性定期報告時）：総症例1,721例中、副作用が報告されたのは29例（1.7%）であり、その主なものは、眠気15件（0.9%）等であった。
小児特別調査[1]：小児患者（5歳以上～15歳未満）1,316例中、副作用が報告されたのは14例（1.1%）であり、その主なものは眠気5件（0.4%）、口渇2件（0.2%）、蕁麻疹2件（0.2%）等であった。
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。

●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。
●使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

1）馬場駿吉：臨床医薬, 18(12), 1371, 2002

選択的ヒスタミンH_1受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤

タリオン®錠 5 10
TALION®（ベシル酸ベポタスチン製剤）薬価基準収載
指定医薬品　要指示医薬品注）注）注意－医師等の処方せん・指示により使用すること

提携
宇部興産株式会社

製造販売元　〈資料請求先〉
田辺製薬株式会社
大阪市中央区道修町3丁目2番10号
http://www.tanabe.co.jp/

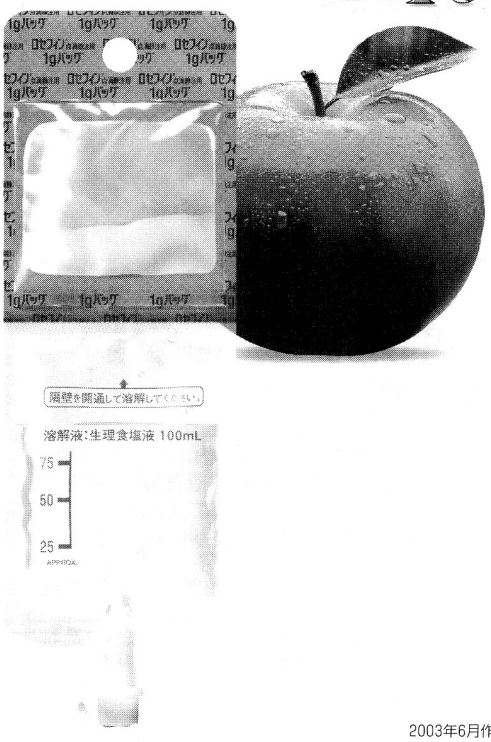
2003年10月作成

CHUGAI 中外製薬

Roche ロシュ グループ

CTRx

ロセフィン 1gバッグ 新発売!



セフェム系抗生物質製剤

指定医薬品、要指示医薬品注)

薬価基準収載

ロセフィン® 点滴静注用 1gバッグ

Rocephin®

略号:CTRX

注射用セフトリアキソンナトリウム製剤

注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

※効能・効果、用法・用量、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意等は製品添付文書をご参照ください。

〔資料請求先〕

製造発売元 中外製薬株式会社

〒104-8301 東京都中央区京橋2-1-9

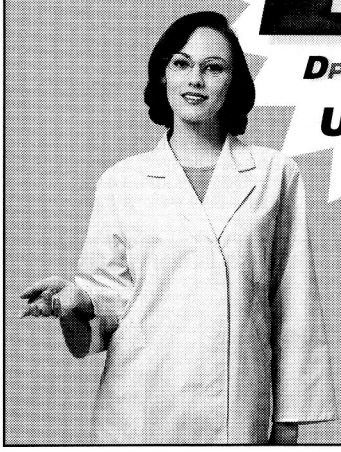
2003年6月作成

フッ化ピリミジンの新分類

DIF

DPD Inhibitory Fluoropyrimidines

UFT,TS-1はDIFです。



抗悪性腫瘍剤(代謝拮抗剤)

UFT® ユーエフティ、ユーエフティ、E顆粒

劇薬 指定医薬品 要指示医薬品 薬価基準収載

テガフール・ウラシル配合カプセル剤

テガフール(顆粒)・ウラシル配合顆粒剤

抗悪性腫瘍剤(代謝拮抗剤)

TS-1 ティーエスワン、カプセル20 ティーエスワン、カプセル25

劇薬 指定医薬品 要指示医薬品 薬価基準収載

テガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合カプセル剤

ユーエフティ、ティーエスワンの効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意につきましては製品添付文書をご参照下さい。

製造販売元 資料請求先 [医薬品情報室]

TAIHO 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(代表)

Fujisawa

Targocid®

グリコペプチド系抗生物質製剤　薬価基準収載

注射用タゴシッド®

(略号:TEIC) ＜注射用テイコプラニン＞

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品(注)　注)注意-医師等の処方せん・指示により使用すること

特 性

1 メチシリン・セフェム耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)に対する強い抗菌力

2 成人におけるMRSAによる各種感染症に対する有効率は79.1%(34/43例)

3 小児等におけるMRSAによる各種感染症に対する有効率は76.5%(13/17例)

4 初日は1日2回投与*、2日目以降は1日1回投与 *新生児は初日から1日1回投与です。

5 ローディングドーズにより早期に定常状態に到達

6 副作用(臨床検査値異常を含む)発現率は成人で22.9%(承認時)、小児で19.4%(用法・用量追加時)

成人では、安全性評価対象症例218例中、50例(22.9%)103件に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められ、主な副作用はAST(GOT)上昇21件(9.6%)、ALT(GPT)上昇16件(7.3%)、好酸球増多14件(6.4%)、Al-P上昇11件(5.0%)、γ-GTP上昇7件(3.2%)、LDH上昇5件(2.3%)、白血球減少4件(1.8%)、BUN上昇4件(1.8%)、発熱4件(1.8%)でした。　(承認時:1998年4月)

また、小児等では、安全性評価対象症例62例中、12例(19.4%)24件に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められ、主な副作用はAST(GOT)上昇、ALT(GPT)上昇、γ-GTP上昇各4件(6.5%)、LDH上昇3件(4.8%)、発熱2件(3.2%)でした。

(用法用量追加:2003年1月)

重大な副作用としてショック、アナフィラキシー様症状、第8脳神経障害、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)、紅皮症(剥脱性皮膚炎)、無顆粒球症、白血球減少、血小板減少、急性腎不全、肝機能障害、黄疸が報告されています。

【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

【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)アミノグリコシド系抗生物質、ペプチド系抗生物質又はバンコマイシン類に対し過敏症の既往歴のある患者
(2)アミノグリコシド系抗生物質、ペプチド系抗生物質又はバンコマイシン類による難聴又はその他の難聴のある患者

効能・効果

メチシリン・セフェム耐性の黄色ブドウ球菌のうち本剤感性菌による下記感染症
敗血症、せつ・せつ腫症・よう、皮下膿瘍・膿皮症、手術創等の表在性二次感染、慢性気管支炎、肺炎、膿胸

用法・用量

通常、成人にはテイコプラニンとして初日**400mg(力価)**又は**800mg(力価)**を**2**回に分け、以後**1**日**1**回**200mg(力価)**又は**400mg(力価)**を**30分以上**かけて点滴静注する。
敗血症には、初日**800mg(力価)**を**2**回に分け、以後**1**日**1**回**400mg(力価)**を**30分以上**かけて点滴静注する。
※ 通常、乳児、幼児又は小児にはテイコプラニンとして**10mg(力価)/kg**を**12**時間間隔で**3**回、以後**6**～**10mg(力価)/kg(敗血症などの重症感染症では10mg(力価)/kg)**を**24**時間ごとに**30分以上**かけて点滴静注する。
また、新生児(低出生体重児を含む)にはテイコプラニンとして初回のみ**16mg(力価)/kg**を、以後**8mg(力価)/kg**を**24**時間ごとに**30分以上**かけて点滴静注する。
なお、年齢、体重、症状により適宜増減する。

〈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)腎障害のある患者には、投与量を減ずるか、投与間隔をあけて使用すること。
※(3)投与期間中は**血中濃度をモニタリング**することが望ましい。トラフレベルの血中濃度は5～10μg/mLを保つことが投与の目安となるが、敗血症などの重症感染症においては確実な臨床効果を得るために10μg/mL以上を保つこと。

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)腎障害のある患者[排泄が遅延し、蓄積するため、血中濃度をモニタリングするなど慎重に投与すること。]
(2)肝障害のある患者[肝障害を悪化させることがある。]
(3)高齢者
※(4)低出生体重児、新生児

2. 重要な基本的注意
※(1)**ショック**があらわれるおそれがあるので、十分な問診を行うこと。なお、事前にプリックテストを行い、陰性ならば皮内テストを実施することが望ましい(新生児及び乳児を除く)。
(2)皮膚反応を行う場合も含め、ショック発現時に救急処置のとれる準備をしておくこと。また、投与後患者を安静の状態に保たせ、十分な観察を行うこと。
(3)**ショック及びレッドマン症候群**(顔、頸、躯幹の紅斑性充血、そう痒等)が報告されているので、本剤の使用にあたっては**30分以上かけて点滴静注**し、急速なワンショット静注では使用しないこと。
(4)本剤はメチシリン・セフェム耐性の黄色ブドウ球菌感染症に対してのみ有用性が認められている。

3. 相互作用
併用注意(併用に注意すること)

ループ利尿剤
　エタクリン酸
　フロセミド等
腎障害、聴覚障害を起こす可能性のある薬剤
　アミノグリコシド系抗生物質
　ペプチド系抗生物質
　アムホテリシンB
　シクロスポリン、シスプラチン等

4. 副作用
成人では、安全性評価対象症例218例中、50例(22.9%)103件に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められ、主な副作用はAST(GOT)上昇21件(9.6%)、ALT(GPT)上昇16件(7.3%)、好酸球増多14件(6.4%)、Al-P上昇11件(5.0%)、γ-GTP上昇7件(3.2%)、LDH上昇5件(2.3%)、白血球減少4件(1.8%)、BUN上昇4件(1.8%)、発熱4件(1.8%)であった。　(承認時:1998年4月)
※また、小児等では、安全性評価対象症例62例中、12例(19.4%)24件に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められ、主な副作用はAST(GOT)上昇、ALT(GPT)上昇、γ-GTP上昇各4件(6.5%)、LDH上昇3件(4.8%)、発熱2件(3.2%)であった。
(用法・用量追加時:2003年1月)

(1)**重大な副作用**
1)**ショック、アナフィラキシー様症状**:ショック、アナフィラキシー様症状を起こすことがあるので、観察を十分に行い、気管支痙攣、血管浮腫、呼吸困難、顔面蒼白、発汗、頻脈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)**第8脳神経障害**:眩暈、耳鳴、聴力低下等の第8脳神経障害があらわれることがあるので、聴力検査を行う等観察を十分に行うこと。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が望ましいが、やむを得ず投与を続ける場合には減量するなど慎重に投与すること。
3)**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)、紅皮症(剥脱性皮膚炎)**: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)及び紅皮症(剥脱性皮膚炎)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)**無顆粒球症、白血球減少、血小板減少**:無顆粒球症、白血球減少、血小板減少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。
5)**急性腎不全**:急性腎不全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。
6)**肝機能障害、黄疸**:AST(GOT)、ALT(GPT)、LDH、Al-P、γ-GTP、総ビリルビン等の上昇、黄疸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。

その他の使用上の注意等につきましては製品添付文書をご参照下さい。
「禁忌を含む使用上の注意」の改訂には十分ご留意下さい。

※2003年1月改訂(第8版)

販売　資料請求先
藤沢薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町3-4-7　〒541-8514

輸入
アベンティス ファーマ株式会社
東京都港区赤坂二丁目17番51号

作成年月2003年2月

パブロ ピカソ「泣く女」1937年 © Succession Picasso, Paris & BCF, Tokyo, 1999 サンセット

Livostin® Nasal Spray

※効能・効果、用法・用量および禁忌を含む使用上の注意等は、
添付文書をご覧ください。

局所用選択 H_1ブロッカー 指定医薬品

リボスチン®点鼻液

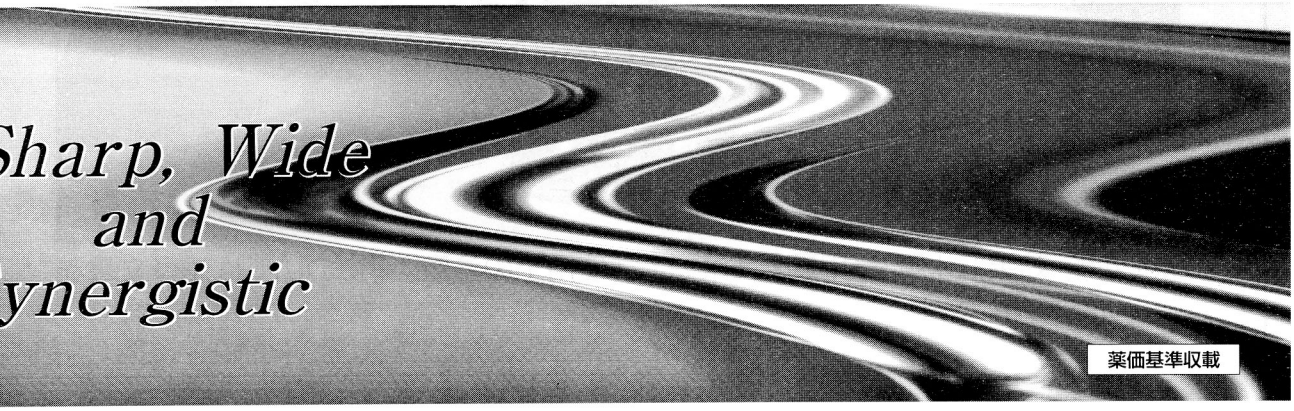
一般名：塩酸レボカバスチン

Livostin® Nasal Spray 〈薬価基準収載〉

製造発売元
ヤンセン ファーマ株式会社
東京都品川区東五反田3-1-5

販売元（資料請求先）
日本新薬株式会社
京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14

2003年10月作成 B5/2



抗悪性腫瘍剤

毒薬・指定医薬品
要指示医薬品*

ランダ®注

シスプラチン製剤
randa inj.

*注意-医師等の処方せん・指示により使用すること。

資料請求先 日本化薬株式会社
東京都千代田区富士見一丁目11番2号

使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

'01.3月作成

※禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意などは、製品添付文書をご参照ください。

※「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。

マクロライド系抗生物質製剤〔薬価基準収載〕

クラリス®

錠200
錠50 小児用
ドライシロップ 小児用

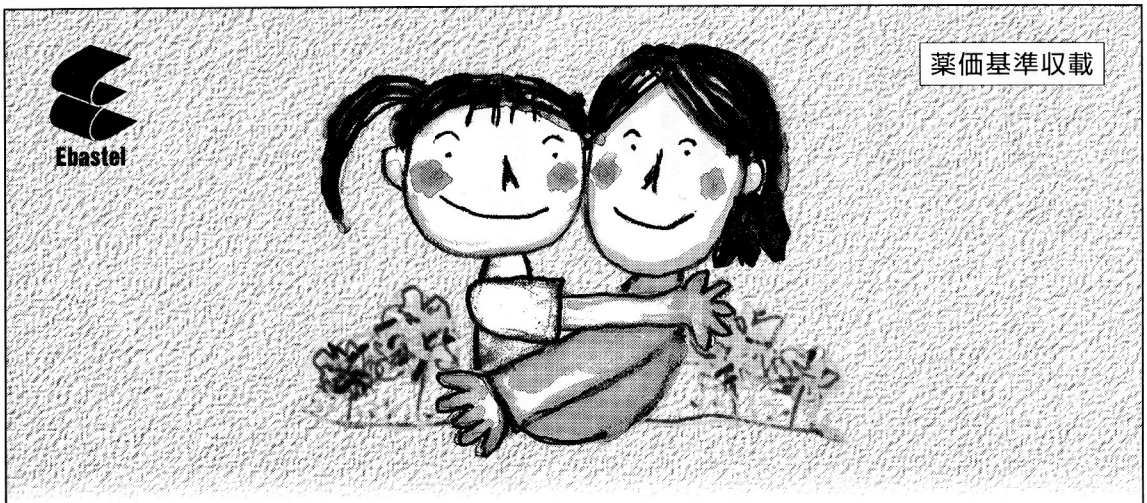
指定医薬品・要指示医薬品(注) クラリスロマイシン製剤

注）注意ー医師等の処方せん、指示により使用すること

販売元［資料請求先］
大正富山医薬品株式会社
東京都豊島区高田3-25-1

製造元
大正製薬株式会社
東京都豊島区高田3-24-1

2003.01
CL114A4F



持続性選択H_1受容体拮抗剤

指定医薬品　要指示医薬品注)

エバステル® 錠5mg 錠10mg

〈エバスチン錠〉

EBASTEL®

注）注意－医師等の処方せん・指示により使用すること

※効能・効果，用法・用量，禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください．

〔資料請求先〕

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）

2004年2月作成

H_2受容体拮抗剤

ファモチジン口腔内崩壊錠

指定医薬品　薬価収載

ガスター® D錠 10mg 20mg

製造発売元［資料請求先］山之内製薬株式会社　〒103-8411 東京都中央区日本橋本町2-3-11

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

03/9作成.B5½.C.02

消化器診療のための情報提供サイト GasterOnline

http://www.yamanouchi.com/jp/

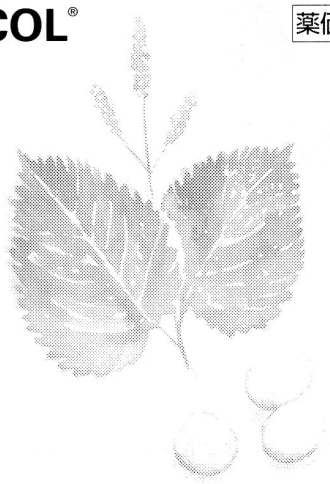
●医療関係者サイトよりアクセスしてください。●詳しい情報をご入用の方は山之内製薬株式会社の医薬情報担当者（MR）にお申し付けください。

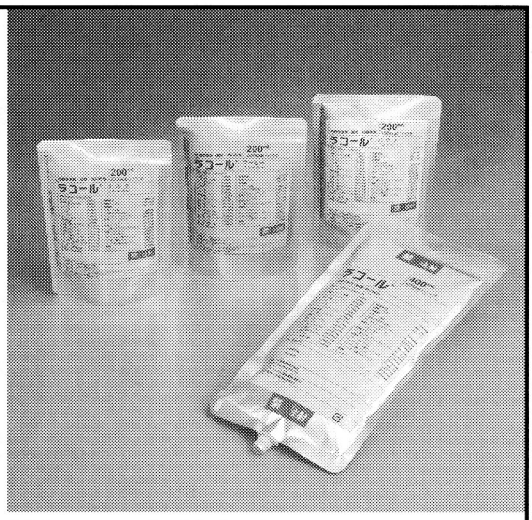
経腸栄養剤（経管・経口両用）

ラコール®

RACOL®

薬価基準収載





200mL アルミパウチ
（ミルクフレーバー、コーヒーフレーバー、バナナフレーバー）

400mL バッグ

◇効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

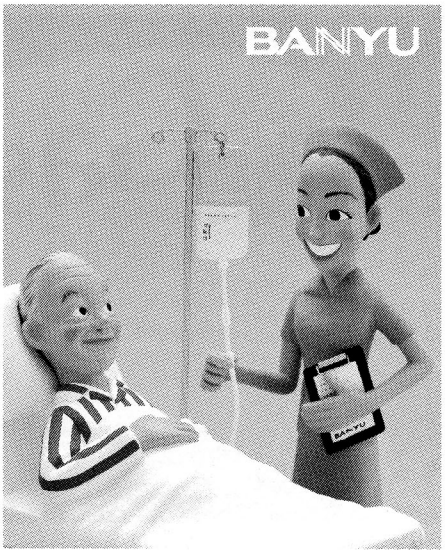
発売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

製造元
イーエヌ大塚製薬株式会社
岩手県花巻市二枚橋第4地割3-5

資料請求先
大塚製薬株式会社 学術部
〒101-8535 東京都千代田区神田司町2-2 大塚製薬 神田第2ビル

〈'02.10作成〉

カルバペネム系抗生物質のキット製剤



カルバペネム系抗生物質製剤

チエナム®点滴用（キット製剤）（バイアル製剤）

〈薬価基準収載〉

TIENAM®〔Imipenem/Cilastatin sodium〕

注射用イミペネム（略号：IPM／CS）

イミペネムの略号 IPM

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

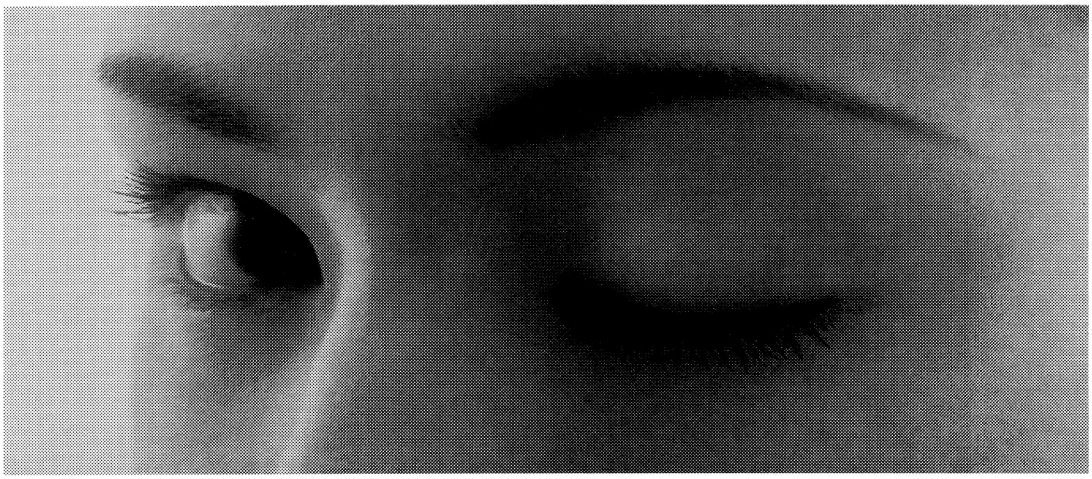
［禁忌］、［効能・効果］、［用法・用量］、［使用上の注意］等
詳細については、製品添付文書をご参照ください。

〔資料請求先〕
万有製薬株式会社
〒103-8416 東京都中央区日本橋本町2-2-3
ホームページ http://www.banyu.co.jp/
インターネットナンバー：1193（い・い・く・スリー）

®Trademark of Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, N. J., U.S.A.

2002年6月作成
05-03TEN02-J-2708J

Boehringer Ingelheim

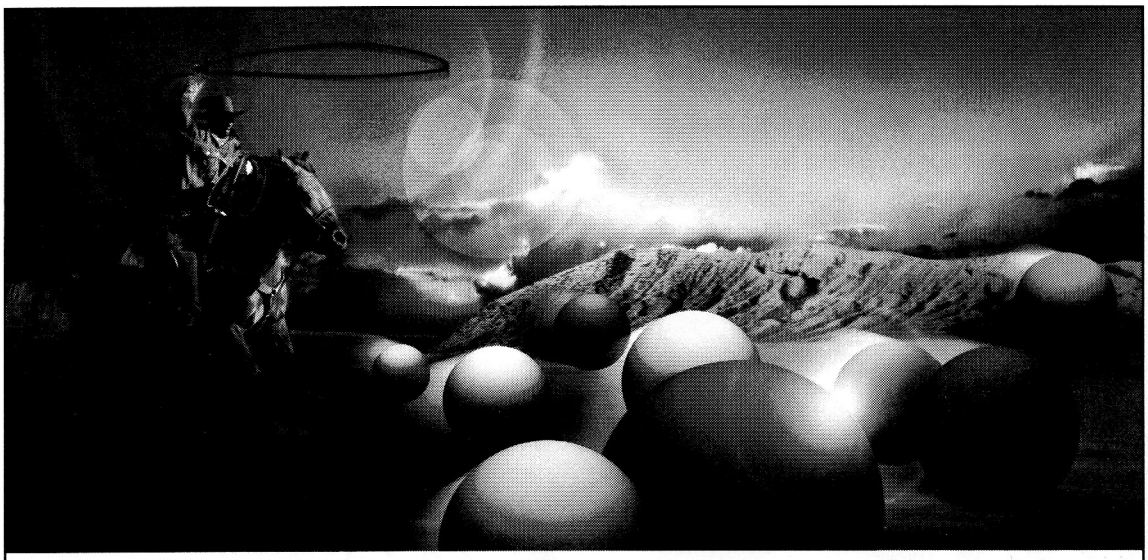


※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書等をご覧ください。

アレルギー性疾患治療剤
指定医薬品
アレジオン®錠10・錠20
内服液0.2%
(塩酸エピナスチン製剤)
薬価基準収載

製造販売元
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
本社・研究所／〒666-0193 兵庫県川西市矢問3-10-1
資料請求先:学術情報部
〒101-0064 東京都千代田区猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル13階

2003年7月作成(内服液:2003.1／錠:2003.1)

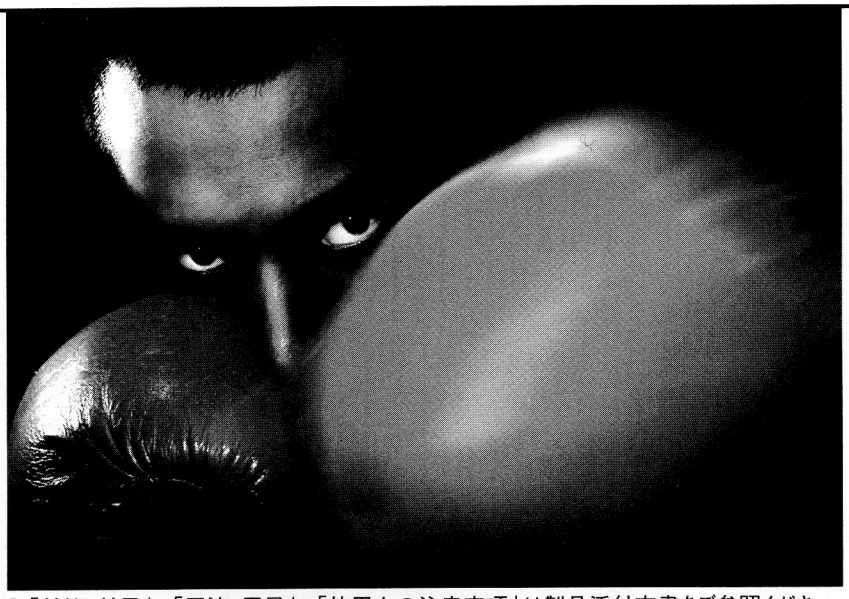


指定医薬品　要指示医薬品(注)
広範囲経口抗菌薬
薬価基準収載
ガチフロ®錠100mg
GATIFLO Tablets
一般名:ガチフロキサシン水和物(略号:GFLX)[JAN]
注)注意ー医師等の処方せん・指示により使用すること

※効能・効果、用法・用量、用法・用量に関連する使用上の注意、警告、禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご覧下さい。

製造・発売元
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:杏林製薬学術部)

2003年10月作成



●「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意事項」は製品添付文書をご参照ください。

アレルギー性疾患治療剤
指定医薬品 〈薬価基準収載〉

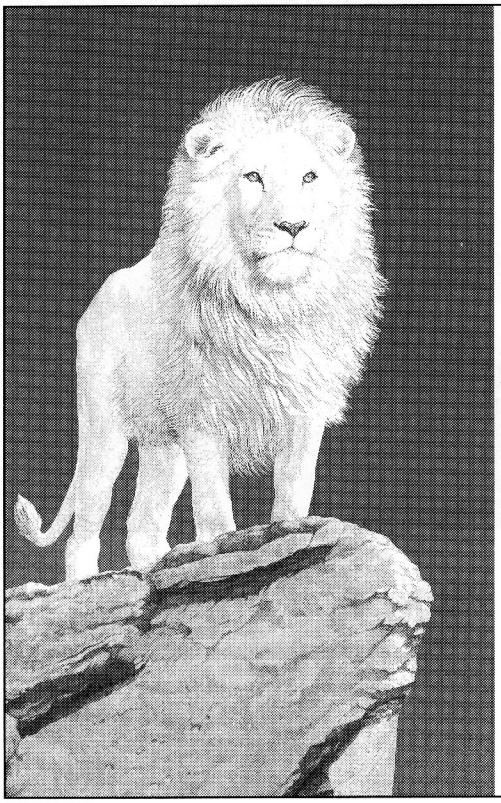
アレロック®錠 2.5 5

Allelock Tablets 塩酸オロパタジン製剤 2.5mg・5mg錠

製造発売元 〔資料請求先〕
協和発酵工業株式会社
東京都千代田区大手町1-6-1
http://iyaku.kyowa.co.jp/

プロモーション提携 〔資料請求先〕
杏林製薬株式会社
東京都千代田区神田駿河台2-5

03.10.



指定医薬品 要指示医薬品（注意—医師等の処方せん・指示により使用すること）
持続性選択H_1受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤 薬価基準収載

クラリチン®錠 10mg

ロラタジン *Claritin*® Tablets 10mg

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照下さい。

発売元
シオノギ製薬
［資料請求先］塩野義製薬株式会社
〒541-0045 大阪市中央区道修町3-1-8

製造元
シェリング・プラウ株式会社
〒541-0046 大阪市中央区平野町2-3-7

2004.1月作成 B52 ®：登録商標

選択的セロトニン再取り込み阻害剤（SSRI） 薬価基準収載

指定医薬品・要指示医薬品 注)

SSRI

DEPROMEL®

デプロメール®錠 25 50

DEPROMEL® TABLETS

マレイン酸フルボキサミン／Fluvoxamine maleate

注）注意－医師等の処方せん・指示により使用すること

※効能・効果、用法・用量、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意等、詳細は添付文書をご参照ください。

製造販売元［資料請求先］

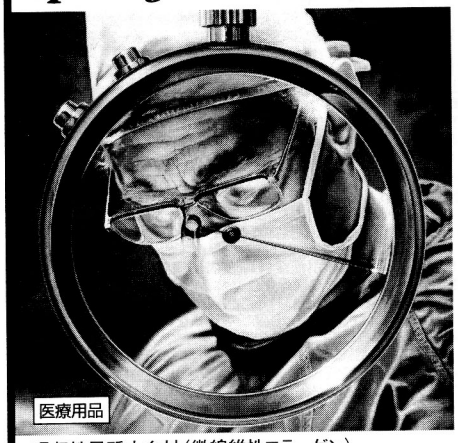
Meiji

明治製薬株式会社

〒104-8002東京都中央区京橋2-4-16

作成：2003.4

Speedy & Excellent



吸収性局所止血材（微線維性コラーゲン）

アビテン®
シリンジ アビテン®

AVITENE®
SYRINGE AVITENE®

ZERIA

［輸入発売元］〒103-8351 東京都中央区日本橋小舟町10-11

ゼリア新薬工業株式会社

［資料請求先］医薬学術部 ☎03(3661)0277

■特　徴 ―― 承認番号 ●アビテン 16000BZY00741000 ●シリンジアビテン 21000BZY00091000

❶ すぐれた血小板凝集能を示し，すみやかに血小板血栓を形成します。
❷ 創傷面に対し，強い付着力を有しています。
❸ ヘパリン等，抗凝血剤を投与した症例にも止血効果が認められています。
❹ 不具合・有害事象発現率は3,933例中14例（0.36%）でした。（承認時及び3年間副作用報告時）

【警告】

〔使用方法〕

使用に際しては領域に限らず，止血後，余剰分は可能な限り，生理食塩液を用いて洗浄除去すること［脳外科領域及び婦人科領域等において肉芽腫，膿瘍等があらわれたとの報告がある。］

【禁忌・禁止】

〔適用対象（患者）〕

(1) 既往にウシ由来製剤（インスリン，グルカゴン等）に対する過敏症のある患者
(2) 自家血返血装置を使用する患者［本品の一部は自家血返血装置のフィルターを通過する。］

〔適用対象（部位）〕

(1) 皮膚切開部［皮膚創縁の癒合を妨げる可能性がある。］
(2) メタクリル系接着剤（骨セメント等）によって補綴剤と接着する骨表面［本品は骨の海綿構造を塞ぐため，メタクリル系接着剤の結合力を弱める可能性がある。］
(3) 汚染あるいは感染した創傷部位［本品は殺菌作用をもたないため。］

〔使用方法〕

再使用禁止

特定保険医療材料として保険適用が認められているのは，下記の通りです。
肝，膵，脾，脳，脊髄の実質性出血及び硬膜出血並びに脊椎・脊髄手術における硬膜外静脈叢・硬膜近傍骨部，大動脈切開縫合吻合部（人工血管を含む），心臓切開縫合閉鎖部，心臓表面，ACバイパス吻合部，胸骨断面，肺切離面，胸膜剥離面及び縦隔リンパ節郭清部，関節手術における骨切り面，子宮実質，膀胱・骨盤内腹膜・直腸剥離面，傍大動脈リンパ節郭清部，骨盤内リンパ節郭清部，骨盤底，骨盤壁からの出血で，結紮，レーザーメス又は通常の処置による止血が無効又は実施できない場合において止血に使用すること。

保険請求名／微線維性コラーゲン（アビテン）

※使用上の注意等の詳細につきましては添付文書をご参照下さい。

2003年8月作成

「再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法」に8週を超えて投与可能となりました。(錠10mg)

指定医薬品
プロトンポンプ阻害剤　［薬価基準収載］

パリエット®　錠10mg　錠20mg

〈ラベプラゾールナトリウム製剤〉

【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】

胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉
本剤の投与が胃癌による症状を隠蔽することがあるので、悪性でないことを確認のうえ投与すること。

【用法・用量】

●パリエット錠10mg

○胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、Zollinger-Ellison症候群
通常、成人にはラベプラゾールナトリウムとして1日1回10mgを経口投与するが、病状により1日1回20mgを経口投与することができる。なお、通常、胃潰瘍、吻合部潰瘍では8週間まで、十二指腸潰瘍では6週間までの投与とする。

○逆流性食道炎
通常、成人にはラベプラゾールナトリウムとして1日1回10mgを経口投与するが、病状により1日1回20mgを経口投与することができる。なお、通常、8週間までの投与とする。さらに再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法においては1日1回10mgを経口投与する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉
本剤の投与にあたっては、病状が著しい場合及び再発性・難治性の場合に1日1回20mgを投与することができる(再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法は除く)。

●パリエット錠20mg

通常、成人にはラベプラゾールナトリウムとして1日1回10mgを経口投与するが、病状により1日1回20mgを経口投与することができる。なお、通常、胃潰瘍、吻合部潰瘍、逆流性食道炎では8週間まで、十二指腸潰瘍では6週間までの投与とする。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉
(1)本剤の投与にあたっては、病状が著しい場合及び再発性・難治性の場合に1日1回20mgを投与することができる。　(2)再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法には1日1回20mgの投与を行わないこと。

【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)薬物過敏症の既往歴のある患者　(2)肝障害のある患者〔肝硬変患者で精神神経系副作用(「副作用」の項参照)の報告がある。〕　(3)高齢者〔添付文書「高齢者への投与」の項参照〕

2.重要な基本的注意
●パリエット錠10mg　**(1)治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じ治療上必要最小限の使用にとどめること。　**(2)胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍については、長期の使用経験が十分でないので、維持療法には用いないことが望ましい。　**(3)逆流性食道炎の維持療法については、再発・再燃を繰り返す患者に対し行うこととし、本来、維持療法の必要のない患者に行うことのないよう留意すること。また、食事制限、アルコール摂取制限等の生活習慣の改善が図られ、寛解状態が長期にわたり継続する場合には体薬を考慮すること。なお、維持療法中は定期的に内視鏡検査を実施するなど観察を十分に行うことが望ましい。

●パリエット錠20mg　**(1)治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じ治療上必要最小限の使用にとどめること。　**(2)胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍については、長期の使用経験は十分でないので、維持療法には用いないことが望ましい。

3.相互作用
本剤の代謝には肝代謝酵素チトクロームP4502C19(CYP2C19)及び3A4(CYP3A4)の関与が認められている(添付文書「薬物動態」の項参照)。

**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
ジゴキシン	ジゴキシンの血中濃度が上昇することがある。	胃内pHが上昇することにより、ジゴキシンの吸収を促進する。
水酸化アルミニウムゲル・水酸化マグネシウム含有の制酸剤	本剤単独投与に比べ制酸剤同時服用、制酸剤投与1時間後服用で平均血漿中濃度曲線下面積がそれぞれ8%、6%低下したとの報告がある。	

4.副 作 用
総症例1,434例中、55例(3.84%)の副作用が報告されている。また、113例(7.88%)の臨床検査値異常が報告されている。(パリエット錠10mgの逆流性食道炎の維持療法に関する用法・用量追加承認時)なお、以下の副作用において「頻度不明」は自発報告で認められたものである。

(1)重大な副作用
(1)ショック、アナフィラキシー様症状　ショック(頻度不明)、アナフィラキシー様症状(頻度不明)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)無顆粒球症、血小板減少、汎血球減少**　無顆粒球症(頻度不明)、血小板減少(0.1～5%未満)、汎血球減少(頻度不明)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し適切な処置を行うこと。　**3)肝機能障害**　肝機能障害(0.1～5%未満)、黄疸(頻度不明)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し適切な処置を行うこと。　**4)間質性肺炎**　間質性肺炎(0.1%未満)があらわれることがあるので、発熱、咳嗽、呼吸困難、肺音の異常(捻髪音)等が認められた場合には、速やかに胸部X線等の検査を実施し、本剤の投与を中止するとともに、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(類薬)
類薬(オメプラゾール又はランソプラゾール)で以下の副作用が報告されている。　**(1)溶血性貧血　溶血性貧血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)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)**　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。　**(3)視力障害**　視力障害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し適切な処置を行うこと。　**(4)間質性腎炎**　間質性腎炎があらわれることがあるので、腎機能検査(BUN、クレアチニン等)に注意し、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。　**(5)低ナトリウム血症**　低ナトリウム血症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し適切な処置を行うこと。　**(6)横紋筋融解症**　筋肉痛、脱力感、CK(CPK)上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とする横紋筋融解症があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止し適切な処置を行うこと。

**2003年7月改訂

●詳細は添付文書等をご参照ください。また、禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

hhc ヒューマン・ヘルスケア企業　Eisai
エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
http://www.eisai.co.jp

製品に関するお問い合わせ:お客様ホットライン室
0120-419-497　9～18時(土、日、祝日 9～17時)

PT0307-1　2003年7月作成

Aventis

アベンティス ファーマは
革新的な医薬品を開発しています。

Our Challenge is Life

世界をリードする製薬会社アベンティス ファーマは、
人々のクオリティ・オブ・ライフの改善を目指して、
糖尿病、がん、アレルギーをはじめとするさまざまな疾病に対する
治療薬の研究開発に取り組んでいます。
すばらしい人生をより満ち足りたものとするために。

アベンティス ファーマ株式会社
〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号
東京オペラシティタワー
http://www.aventispharma.jp

ジルテックの特性

1. 速く、強く、長く、選択的なヒスタミンH1受容体拮抗作用を示します（海外データ、*in vitro* を含む）。
2. アレルギー反応の遅発相における好酸球遊走を臨床用量で抑制します（海外データを含む）。
3. アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、痒疹、皮膚瘙痒症に効能・効果を有します。
4. 1日1回の投与で十分な効果を発揮します。
5. 副作用又は臨床検査値の異常変動は1,396例中13.5%（189例）に認められ、副作用は10%で主に眠気（6.0%）でした〈承認時までの調査〉。市販後の使用成績調査4,850例における臨床検査値異常を含む副作用は3.4%（164例）で主に眠気（2.4%）でした〈2002年7月安全性定期報告時〉。重大な副作用としてショック、アナフィラキシー様症状、痙攣、肝機能障害、黄疸、血小板減少が報告されています。

■禁忌（次の患者には投与しないこと）
本剤の成分又はヒドロキシジンに対し過敏症の既往歴のある患者

指定医薬品／要指示医薬品注）　**薬価基準収載**

持続性選択H1受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤

ジルテック®錠5・10

Zyrtec® Tablet 5・10　**塩酸セチリジン錠**

注）注意一医師等の処方せん・指示により使用すること

■効能・効果
アレルギー性鼻炎
蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、痒疹、皮膚瘙痒症

■用法・用量
通常、成人には塩酸セチリジンとして1回10mgを1日1回、就寝前に経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減するが、最高投与量は1日20mg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）腎障害のある患者〔高い血中濃度が持続するおそれがある。〕
（2）肝障害のある患者〔高い血中濃度が持続するおそれがある。〕
（3）高齢者〔高い血中濃度が持続するおそれがある。〕

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は従事させないよう十分注意すること。
（2）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.副作用
承認時までの調査1,396例中189例（13.5%）に副作用又は臨床検査値の異常変動が認められた。副作用は1,396例中140例（10.0%）にみられ、主なものは眠気84例（6.0%）、倦怠感12例（0.9%）、口渇9例（0.6%）、嘔気7例（0.5%）であった。また、主な臨床検査値の異常変動はAST（GOT）上昇1.4%（17/1,182例）、ALT（GPT）上昇1.5%（18/1,181例）、好酸球増多0.8%（9/1,114例）、総ビリルビン上昇0.5%（6/1,133例）であった。
市販後の使用成績調査4,850例中164例（3.4%）に臨床検査値異常を含む副作用が認められた。主な副作用は眠気117件（2.4%）、倦怠感8件（0.2%）、頭重感5件（0.1%）、口渇5件（0.1%）等であった。（2002年7月安全性定期報告時）

重大な副作用
（1）**ショック、アナフィラキシー様症状**（頻度不明※）
ショック、アナフィラキシー様症状（呼吸困難、血圧低下、蕁麻疹、発赤等）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）**痙攣**（0.1%未満）
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）**肝機能障害、黄疸**（頻度不明※）
AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GTP、LDH、AI−Pの上昇等の肝機能障害（初期症状：全身倦怠感、食欲不振、発熱、嘔気等）、黄疸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）**血小板減少**（頻度不明※）
血小板減少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。
※市販後の自発報告等又は外国での報告のため頻度不明。

●その他の詳細につきましては製品添付文書をご覧ください。

発売元（資料請求先）
住友製薬株式会社
大阪市中央区道修町2丁目2番8号

製造元
ユーシービージャパン株式会社
東京都千代田区神田駿河台2丁目2番地