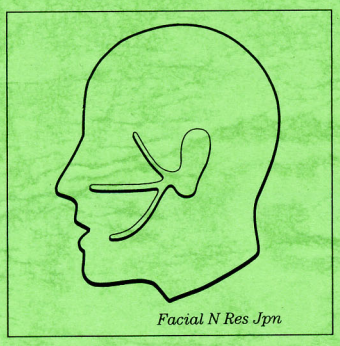
第28回日本顔面神経研究会
プログラム・予稿集

平成17年6月2日(木)・3日(金)

名古屋：メルパルク名古屋



会長 山本 纐子

藤田保健衛生大学　神経内科



ハイリスク高コレステロール血症患者★のグッド・チョイス

★リバロ錠の効能・効果は、「高コレステロール血症、家族性高コレステロール血症」です。

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）重篤な肝障害又は胆道閉塞のある患者
（3）シクロスポリンを投与中の患者
（4）妊婦又は妊娠している可能性のある婦人及び授乳婦

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）
腎機能に関する臨床検査値に異常が認められる患者に本剤とフィブラート系薬剤を併用する場合には、治療上やむを得ないと判断される場合に限ること。

効能・効果
高コレステロール血症、家族性高コレステロール血症

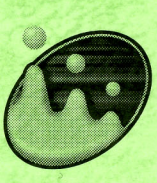
〔効能・効果に関連する使用上の注意〕
（1）適用の前に十分な検査を実施し、高コレステロール血症、家族性高コレステロール血症であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。
（2）家族性高コレステロール血症のうちホモ接合体については使用経験がないので、治療上やむを得ないと判断される場合のみ、LDL-アフェレーシス等の非薬物療法の補助として本剤の適用を考慮すること。

用法・用量
通常、成人にはピタバスタチンカルシウムとして1～2mgを1日1回夕食後に経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減し、LDL-コレステロール値の低下が不十分な場合には増量できるが、最大投与量は1日4mgまでとする。

〔用法・用量に関連する使用上の注意〕
（1）肝障害のある患者に投与する場合には、開始投与量を1日1mgとし、最大投与量は1日2mgまでとする。
（2）本剤は投与量（全身曝露量）の増加に伴い、横紋筋融解症関連有害事象が発現するので、4mgに増量する場合には、CK（CPK）上昇、ミオグロビン尿、筋肉痛及び脱力感等の横紋筋融解症前駆症状に注意すること。

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）肝障害又はその既往歴のある患者、アルコール中毒者　（2）腎障害又はその既往歴のある患者　（3）フィブラート系薬剤（ベザフィブラート等）、ニコチン酸を投与中の患者　（4）甲状腺機能低下症の患者、遺伝性の筋疾患（筋ジストロフィー等）又はその家族歴のある患者、薬剤性の筋障害の既往歴のある患者　（5）高齢者
2.重要な基本的注意　本剤の適用にあたっては、次の点に十分に留意すること。（1）あらかじめ高コレステロール血症治療の基本である食事療法を行い、更に運動療法や、高血圧・喫煙等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減も十分考慮すること。（2）肝機能検査を投与開始時より12週までの間に1回以上、それ以降は定期的（半年に1回等）に行うこと。（3）投与中は血中脂質値を定期的に検査し、治療に対する反応が認められない場合には投与を中止すること。
3.相互作用　本剤は肝チトクロームP450（CYP）によりほとんど代謝されない（CYP2C9でわずかに代謝される）。（1）併用禁忌（併用しないこと）　シクロスポリン　（2）原則併用禁忌（原則として併用しないこと）　腎機能に関する臨床検査値に異常が認められる患者では原則として併用しないこととする。治療上やむを得ないと判断される場合にのみ慎重に併用すること。　フィブラート系薬剤（ベザフィブラート等）　（3）併用注意（併用に注意すること）　フィブラート系薬剤（ベザフィブラート等）、ニコチン酸、コレスチラミン
4.副作用　承認時までに実施された臨床試験で、886例中197例（22.2%）に副作用が認められた。自他覚症状の副作用は50例（5.6%）で、主な症状は腹痛、発疹、倦怠感、しびれ、そう痒などであった。臨床検査値に関する副作用は167例（18.8%）で、主なものはγ-GTP上昇、CK（CPK）上昇、血清ALT（GPT）上昇、血清AST（GOT）上昇などであった。　（1）重大な副作用　1）横紋筋融解症（頻度不明）：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、これに伴って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、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。　2）ミオパシー（頻度不明）：ミオパシーがあらわれることがあるので、広範な筋肉痛、筋肉圧痛や著明なCK（CPK）の上昇があらわれた場合には投与を中止すること。　3）肝機能障害、黄疸（頻度不明）：AST（GOT）、ALT（GPT）の著しい上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、定期的に肝機能検査等の観察を十分に行い、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は添付文書をご参照ください。



HMG-CoA還元酵素阻害剤
リバロ錠 1mg 2mg
（ピタバスタチンカルシウム製剤）
指定医薬品、処方せん医薬品：注意－医師等の処方せんにより使用すること
薬価基準収載

Kowa
製造販売元　興和株式会社
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14
販売提携　日研化学株式会社
東京都中央区築地1-12-6
提携　日産化学工業株式会社

05.4作成

ご 挨 拶

この度、第28回日本顔面神経研究会のお世話をさせて頂くことになりました。

本会は耳鼻咽喉科、脳神経外科、リハビリテーション科、神経内科など臨床各科や基礎医学で顔面神経障害に興味を持っておられる先生方の集まりで、お互いの意思の疎通が効率よくなされ、コンセンサスを形成する上で、重要な役割を担ってきました。

今回は神経内科の私の担当ということで、特徴あるプログラムにするべくあれこれと考えましたが、28回ともなりますとテーマが殆ど出尽くした感があり、結局基本的なテーマを選ばせて頂きました。

特別講演の徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部感覚情報医学講座神経情報医学分野教授の梶龍児先生は、本邦におけるボツリヌス毒素治療の第一人者で、電気生理学の権威でもあられます。この度は「顔面の不随意運動」と題して基礎・臨床について豊富なご経験をお話頂きますのでご期待下さい。

教育講演として昭和大学医学部後藤　昇教授に「顔面神経の解剖」と名古屋大学名誉教授高橋昭先生に「顔面神経と顔面神経麻痺メモランダ」をお話し頂くことになりました。基本的なことではありますが、知識の再整理にお役立て頂ければ幸いです。

指定演題は顔面神経障害の治療と致し、麻痺や異常運動の薬物療法、外科的療法、理学療法について討論して頂きますので、奮って御参加下さいますようお願い致します。

本会の開催時期は6月2日（木）～3日（金）ですので、土日を利用して会期中の愛・地球博観覧もご計画いただけるようにと考えました。2日（木）の夕はボトックス実技セミナーを行い、その後、会員の懇親会を計画しておりますので、多くのかたに御参加頂き、意見交換や懇親の場として頂ければ幸いです。名古屋城、熱田神宮、徳川美術館ぐらいがめぼしい観光スポットですが、愛・地球博の開催やセントレア（新空港）の開港で日本の中では最も元気と言われております中部地区ですので会期中あるいは会終了後に是非御覧下さい。

２００５年５月

第28回 日本顔面神経研究会
会 長　　山 本 纐 子
（藤田保健衛生大学神経内科）

ご 案 内

■**会　　期**：平成 17 年 6 月 2 日（木）・3 日（金）

■**会　　場**：メルパルク名古屋（JR名古屋駅よりJR中央線または地下鉄東山線にて8分）
〒461-0004　名古屋市東区葵3-16-16
TEL 052-937-3535／FAX 052-937-3673

■**主　　催**：藤田保健衛生大学　神経内科学教室　教授　山本纐子

■**特別講演**：平成 17 年 6 月 2 日
「顔面の不随意運動」梶　龍兒（徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部感覚情報医学講座　神経情報医学分野）

■**教育講演**：平成 17 年 6 月 3 日
1．「顔面神経の解剖」後藤　昇（元昭和大学医学部解剖学教授）
2．「顔面神経と顔面神経麻痺メモランダ」高橋　昭（名古屋大学名誉教授）

■**セミナー**：平成 17 年 6 月 2 日（木）ボトックス実技セミナー、懇親会
平成 17 年 6 月 2 日（木）ランチョンセミナー（Ⅰ）
平成 17 年 6 月 3 日（金）ランチョンセミナー（Ⅱ）

■**募集演題**：1．指定演題　顔面神経障害の治療
1）薬物療法
2）外科的療法
3）理学療法
2．一般演題
3．ビデオ演題

■**事 務 局**：第28回日本顔面神経研究会事務局
〒470-1192 豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98
藤田保健衛生大学神経内科
TEL: 0562-93-9295　FAX: 0562-93-1856

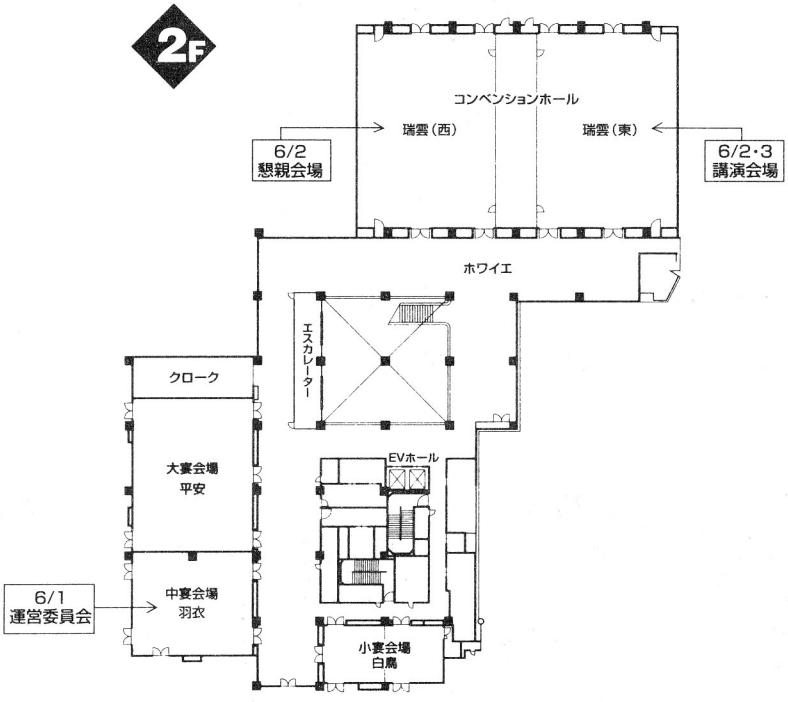
交通のご案内

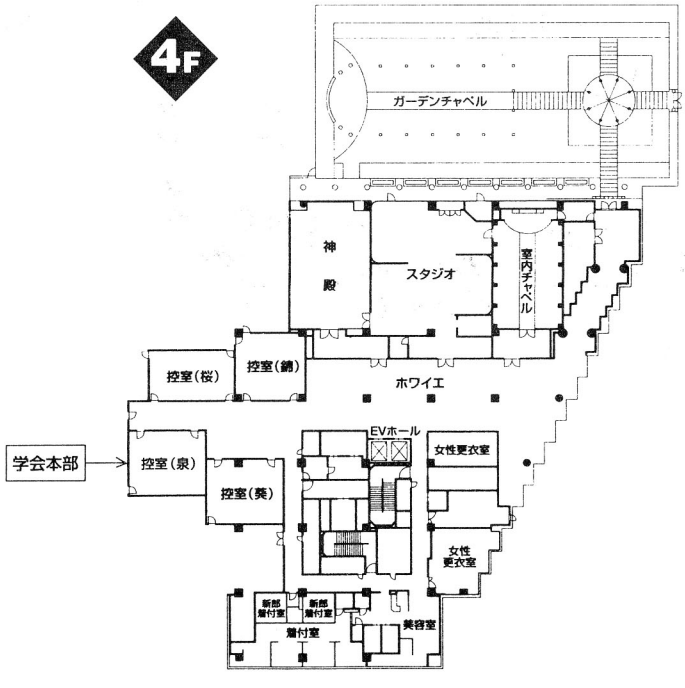
名古屋駅からのアクセス
JR（中央線）または地下鉄（東山線）千種駅１番出口または、
地下鉄（桜通線）車道駅３番出口より徒歩１分

●駐車料金（有料）　　1時間400円　以降30分200円

●駐車場 収容台数　　204台




2F
コンベンションホール
瑞雲（西）
瑞雲（東）
6/2
懇親会場
6/2・3
講演会場
ホワイエ
エスカレーター
クローク
大宴会場
平安
EVホール
6/1
運営委員会
中宴会場
羽衣
小宴会場
白鳥


4F
ガーデンチャペル
神
殿
スタジオ
室内チャペル
控室（桜）
控室（錦）
ホワイエ
EVホール
学会本部
控室（泉）
控室（葵）
女性更衣室
女性
更衣室
新郎
着付室
新郎
着付室
着付室
美容室

演者・座長・司会の先生方へ

参加者受付について

1．受付は8:00から行います。参加費8,000円をお支払いください。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け付けの際にお忘れ無くご提出ください。

3．演者、 共同演者ともに本会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 耳鼻咽喉科学教室
TEL/FAX 03-3353-3003

発表について

4．一般演題の発表時間は7分、質疑応答は3分です。
指定演題の発表時間は8分、質疑応答は3分です。

5．口演規定
基本的にはデジタルプレゼンテーション方式としMicrosoft Power Point (Windows版) による発表とします。ご自身のPC (Windows) の持ち込みないしはWindows版 Microsoft Office Power Point 2003で再生可能なファイルをCD-Rもしくは USBメモリーなどをご持参下さい。発表は1面となります。ビデオ演題も上記と同様になります。ビデオ映像などの動作確認は早めにPC受付でお済ませください。尚、スライドによる発表の準備はございません。

関連事項

6．プログラム・予稿集は、研究会当日ご持参ください。

7．運営委員会は、研究会の前日（6月1日）16：30よりメルパルク名古屋2F羽衣において行われます。

8．6月2日(木) 研究会第1日終了後、そのまま会場にて「ボトックス注100講習・実技セミナー」を行います。会費は無料であり、事前の申し込みは不要です。セミナーの後会員懇親会を行います。

研究会日程表

6月1日(水)	6月2日(木)		6月3日(金)	
	8:55	開会の辞		
	9:00	指定演題：顔面神経障害の治療 Ⅰ群　薬物療法（I） 座長　田中博之	9:00	Ⅶ群　ウィルス（II） 座長　稲村博雄
	9:35	Ⅱ群　薬物療法（II） 座長　福田　諭	9:20	Ⅷ群　画像・診断 座長　武田憲昭
	10:10	Ⅲ群　外科的療法 座長　村田清高	10:00	Ⅸ群　炎症・傍炎症性疾患 座長　阪上雅史
	10:45	Ⅳ群　理学療法 座長　栢森良二	10:30	教育講演（I） 後藤　昇 座長　池田　稔
	11:20	Ⅴ群　基礎・疫学 座長　羽藤直人	11:10	教育講演（II） 高橋　昭 座長　青柳　優
			11:50	
	12:00		12:00	ランチョンセミナー（II） 座長　竹田泰三
	12:10	ランチョンセミナー（I） 村上信五 座長　暁　清文		
	13:10			
	13:20	特別講演 梶　龍兜 座長　山本纉子	13:20	
			13:30	Ⅹ群　腫瘍 座長　中田誠一
	14:20	総　会	14:00	XI群　評価 座長　国弘幸伸
			14:30	XII群　評価 座長　中谷宏幸
	14:50			
	15:00	Ⅵ群　ウィルス（I） 座長　右田　康	15:00	XIII群　手術療法 座長　多久嶋亮彦
	15:30	ボトックス100注 実技セミナー	15:30	XIV群　共同運動・ボツリヌス療法 座長　野倉一也
			16:00	閉会の辞
16:30 運営委員会 17:30	17:00			
	17:10	懇親会		

第28回日本顔面神経研究会プログラム
第1日目　6月2日（木）

8:55～9:00　開会の辞　会長　山本纊子

9:00～9:35　第Ⅰ群　指定演題　顔面神経障害の治療―薬物療法（Ⅰ）
座長：田中博之（耳鼻咽喉科田中医院）

1．ハント症候群の保存的治療（治癒率改善対策）
田中博之（耳鼻咽喉科 田中医院）

2．Bell麻痺に対するステロイド単独療法とバラクシロビル併用療法による治療効果の比較検討（第2報）
稲村博雄、甲州秀浩、川口和浩、阿部靖弘、青柳　優（山形大学耳鼻咽喉科）

3．Bell麻痺に対する塩酸バラシクロビルとプレドニゾロン併用療法の効果
羽藤直人、山田啓之、河野　尚、松本宗一、本多伸光、暁　清文（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科）

9:35～10:10　第Ⅱ群　指定演題　顔面神経障害の治療―薬物療法（Ⅱ）
座長：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）

4．新鮮Bell麻痺に対する大量ステロイド療法における輸液剤の治療成績に及ぼす効果
―血漿増量剤と細胞外液剤―
荻原正洋　大房裕和[1)]（長野赤十字病院第1麻酔科、[1)] 同内科）

5．顔面神経麻痺後遺症に対するボトックスRを中心とした総合的アプローチ
濵田昌史、山河和博、楯　敬蔵、竹田泰三（高知大学医学部聴平衡・嚥下機能統御学教室）

6．病的共同運動に対するボツリヌス毒素療法の治療成績
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）

10:10～10:45　第Ⅲ群　指定演題　顔面神経障害の治療―外科的療法
座長：村田清高（近畿大学医学部　耳鼻咽喉科）

7．顔面神経麻痺に対する再建術―舌下神経、顔面神経吻合術
本多伸光、羽藤直人[1)]、村上信五[2)]、暁　清文[1)]（北野病院耳鼻咽喉科、[1)] 愛媛大学耳鼻咽喉科、[2)] 名古屋市立大学耳鼻咽喉科）

8．両側外傷性顔面神経麻痺の１例
木村忠司・吉川　構・磯野道夫・唐澤千晶・村田清高（近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

9．刺傷により生じた側頭骨外顔面神経麻痺の1例
宮下仁良[1)]、関口正太郎[1)]、石川雅洋[1)]、村田清高[2)]（[1)] ベルランド総合病院耳鼻咽喉科、[2)] 近畿大学耳鼻咽喉科）

10:45～11:20　第Ⅳ群　指定演題　顔面神経障害の治療―理学療法
座長：栢森良二（帝京大学医学部リハビリテーション科）

10．ボツリヌス治療とバイオフィードバック療法の併用による病的共同運動の治療
中村克彦、高橋美香、戸田直紀[1)]、東　貴弘[1)]、武田憲昭[1)]（徳島大学医学部耳鼻咽喉科学教室、[1)] 国立病院機構高知病院耳鼻咽喉科）

11．顔面神経完全麻痺の治療アプローチの検討
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）

12．顔面拘縮に対するリハビリテーション
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）

一般演題
11:20～12:00　第Ⅴ群　基礎・疫学
座長：羽藤直人（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科）

13．マウスHSV-1初感染顔面神経麻痺モデルにおけるNOの測定
河野　尚、羽藤直人、脇坂浩之、山田啓之、菰渕勇人、暁　清文（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

14. DDSを用いたbFGFの顔面神経再生促進効果

蒜渕勇人、羽藤直人、河野　尚、山田啓之、脇坂浩之、高橋宏尚、暁　清文（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

15. 糖尿病を合併したBell麻痺患者の臨床統計

長谷川敦子、萩森伸一[1)]、八木美和[1)]、野中隆三郎[1)]、竹中洋[1)]（みどりヶ丘病院耳鼻咽喉科、[1)] 大阪医科大学耳鼻咽喉科）

16. Bell 麻痺における予後不良因子の検討（第二報）

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　耳鼻咽喉科学教室）

12:10〜13:10　ランチョンセミナー（Ⅰ）

座長：暁　清文（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科）

演者：村上信五（名古屋市立大学耳鼻咽喉科）

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

13:20〜14:20　特別講演

座長：山本纐子（藤田保健衛生大学第二教育病院　神経内科）

演者：「顔面の不随意運動」梶　龍兒（徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部感覚情報医学講座　神経情報医学分野）

14:20〜14:50　総　会

15:00〜15:30　第Ⅵ群　ウィルス（Ⅰ）

座長：古田　康（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）

17. Bell麻痺症例におけるHSV-1再活性化動態　—VZVとの比較—

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）

18. Real-Time PCR検査法によるVZV DNA検出の比較検討

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

19. Bell麻痺における唾液中HSV-DNAの検出感度の比較

松本宗一、羽藤直人[1)]、高橋宏尚[1)]、山田啓之[1)]、河野　尚[1)]、菰渕勇人[1)]、
暁　清文[1)]（十全総合病院耳鼻咽喉科、[1)] 愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

15:30〜17:00　ボトックス注100講習・実技セミナー
講師：高宮清之（東邦大学医学部附属大橋病院 神経内科）
共催：アラガン株式会社

17:10〜　　懇親会

第2日目　6月3日(金)

一般演題

9:00～9:20　第Ⅶ群　ウィルス（Ⅱ）

座長：稲村博雄（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）

20. Bell麻痺患者におけるウイルス学的検討

川口和浩、稲村博雄、甲州秀浩、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）

21. 末梢性顔面神経麻痺後に発症したギランバレー症候群の一例

東　貴弘、戸田直紀、中村克彦[1)]、武田憲昭[1)]（国立病院機構高知病院耳鼻咽喉科、[1)] 徳島大学医学部耳鼻咽喉科）

9:30～10:00　第Ⅷ群　画像・診断

座長：武田憲昭（徳島大学耳鼻咽喉科）

22. Hunt症候群における内耳道造影MRIの検討

戸田直紀、東　貴弘、高橋美香[1)]、中村克彦[1)]、武田憲昭[1)]（国立病院機構高知病院耳鼻咽喉科、[1)] 徳島大学耳鼻咽喉科）

23. ENoG測定に適した口輪筋上の電極設置位置について

和田晋一、萩森伸一、長谷川敦子、野中隆三郎、竹中　洋[1)]（大阪医科大学中央検査部、[1)] 同耳鼻咽喉科学教室）

24. 病変と同側の核上性顔面神経麻痺 —皮質橋核路の交叉が無い?—

野倉一也、尾関俊彦、古閑　寛、山本纐子、木村彰宏[1)]、福岡　敏[2)]（藤田保健衛生大学神経内科、[1)] JR東海総合病院神経内科、[2)] 同　耳鼻咽喉科）

25. 顔面神経及び顔面筋の加齢変化についての検討（第2報）

阿部靖弘[1)]、稲村博雄[1)]、甲州秀浩[1)]、川口和浩[1)]、青柳　優[1)]、天野　聡[2)]

([1)] 山形大学耳鼻咽喉科、[2)] 資生堂ライフサイエンスセンター）

10:00～10:30　第Ⅸ群　炎症・傍炎症性疾患
座長：阪上雅史（兵庫医科大学　耳鼻咽喉科）

26. サルコイドーシスに伴う顔面神経麻痺症例の検討
和田匡史、藤崎俊之、佐藤　斎、高橋　姿（新潟大学 耳鼻咽喉科）

27. 顔面神経麻痺をきたしたWegener肉芽腫の１例
永島義久、木口　淳、山野耕嗣、村上信五（名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻神経感覚医学）

28. 耳炎性顔面神経麻痺に対する減荷手術（ビデオ演題）
村上信五、木口　淳、山野耕嗣（名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻神経感覚医学）

10:30～11:10　教育講演（Ⅰ）
座長：池田　稔（日本大学　耳鼻咽喉科）
演者：「顔面神経の解剖」後藤 昇（元昭和大学解剖学教授）

11:10～11:50　教育講演（Ⅱ）
座長：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）
演者：「顔面筋麻痺の分類と鑑別」高橋　昭（名古屋大学名誉教授）

12:00～13:20　ランチョンセミナー（Ⅱ）
座長：竹田泰三（高知大学医学部　聴平衡・嚥下機能統御学講座）
共催：エーザイ株式会社

一般演題
13:20～14:00　第Ｘ群　腫瘍
座長：中田誠一（名古屋大学大学院医学系研究科　頭頸部・感覚器外科学講座　耳鼻咽喉科）

29. 特異な臨床経過をとり、乳突部の顔面神経鞘腫が疑われた顔面神経麻痺の一例
木口　淳、山野耕嗣、永島義久、村上信五（名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻神経感覚医学）

30. 側頭骨内顔面神経鞘腫例

田邉牧人、山本悦生[1)]、渡辺太志[2)]、藤原敬三[3)]、菊地正弘[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)] 興生総合病院　耳鼻咽喉科、[3)] 神戸市立中央市民病院　耳鼻咽喉科）

31. 担癌患者における顔面神経麻痺

杉浦彩子、中田誠一、中島　務（名古屋大学大学院医学系研究科　頭頸部・感覚器外科学講座　耳鼻咽喉科）

14:00～14:30　第XI群　評価（Ⅱ）

座長：國弘幸伸（慶応大学　耳鼻咽喉科）

32. 顔面表情運動の3次元的検討 —麻痺例の口輪部について—

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）

33. 特徴点の三次元移動量による顔面神経麻痺の客観的評価法

田中敏幸[1)]、國弘幸伸[2)]（[1)] 慶応大学　理工学部　物理情報工学科、[2)] 慶応大学耳鼻咽喉科）

34. Optical Flowを利用した顔面表情運動の3次元的評価法

田中一郎[1)]、南谷晴之[2)]（[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

14:30～15:00　第XII群　評価（Ⅱ）

座長：中谷宏章（高知大学医学部　聴平衡・嚥下機能統御学講座）

35. FEMAS-1の有用性に関する検討

久富　剛、上田和毅、梶川明義、鈴木康俊（福島県立医科大学　形成外科）

36. 積分筋電図による顔面神経麻痺後遺症の評価

楯　敬蔵、山川和博、浜田昌史、中谷宏章、竹田泰三（高知大学医学部　聴平衡・嚥下機能統御学講座）

37. 聴神経腫瘍術後完全顔面神経麻痺の機能予後
　　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）

15:00〜15:30　第XIII群　外傷・手術療法
座長：多久嶋亮彦（杏林大学形成外科）

38. Suture suspensionによる顔面神経麻痺回復期の待機療法
　　尾崎　峰、百澤　明、多久嶋亮彦、波利井清紀（杏林大学形成外科）

39. 鼓膜外傷後27日目に顔面神経麻痺を来たした１例
　　戸島　均[1)]、竹内直信[2)]（[1)]㈱日立製作所日立総合病院耳鼻咽喉科、[2)]東京大学医学部耳鼻咽喉科）

40. 異常共同運動を呈した顔面神経麻痺の形成外科的治療
　　多久嶋亮彦、百澤　明、波利井清紀、朝戸裕貴[1)]、佐久間文子[2)]（杏林大学形成外科、[1)]東京大学形成外科、[2)]神尾記念病院）

15:30〜16:00　第XIV群　共同運動、ボツリヌス毒素療法
座長：野倉一也（藤田保健衛生大学第二教育病院　神経内科）

41. 顔面神経麻痺後遺症に対するボトックスRを中心とした総合的アプローチ
　　濵田昌史、山河和博、楯　敬蔵、竹田泰三（高知大学医学部聴平衡・嚥下機能統御学教室）

42. 顔面神経麻痺後遺症におけるSunnybrook評価法
　　—ボツリヌス毒素療法前後での比較—
　　大谷文雄、古田　康、相澤寛志、福田　諭（北海道大学耳鼻咽喉科）

43. 眼瞼痙攣および片側顔面痙攣に対するボツリヌス毒素療法の検討
　　寺田正樹、大澤宏之、尾関俊彦、野倉一也、古閑　寛、山本纐子（藤田保健衛生大学病院神経内科）

16:00　閉会の辞　山本纐子（藤田保健衛生大学第二教育病院神経内科）

特　別　講　演

平成17年6月2日（木）12:20～14:20

座長：山本纊子

（藤田保健衛生大学第二教育病院　神経内科）

「顔面の不随意運動」梶　龍兒

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部

感覚情報医学講座　神経情報医学分野

顔面の不随意運動

梶　　龍兒
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部
感覚情報医学講座・神経情報医学分野（神経内科）

顔面の不随意運動は末梢性・中枢性に大別される。末梢性には顔面ミオキミア・半側顔面痙攣・顔面シンキネジーなどがある。中枢性のものでは、ジストニアの１種である眼瞼痙攣やメージュ症候群・口顎部ジストニア、顔面ミオクローヌス、口部ジスキネジー、顔面チックなどがあげられる。顔面チックをのぞきいずれもボツリヌス治療が著効を示す。本講演ではビデオを用いて、これらの不随意運動の診断と治療に関して詳説する。

教育講演（Ⅰ）

座長：池田　稔
（日本大学　耳鼻咽喉科）

「顔面神経の解剖」後藤　昇
元昭和大学解剖学教授

臨床家のための顔面神経の解剖

後　藤　　昇
元昭和大学医学部教授（現在同客員教授）
郡山健康科学専門学校名誉学校長
Professional member of the American Heart
Association and the American Stroke Association

顔面神経が表情筋の支配神経であることは衆知の事実である。顔面神経には表情筋に分布する運動線維以外に味覚線維も含まれている。本講演では以下の点についてまとめて、新しい知見も加えて解説する。

(1) 顔面神経の線維構成
(2) 表情筋と支配神経
(3) 顔面神経核の所在
(4) 顔面神経核の亜核と髄内根の走行
(5) 顔面神経の走行
(6) 大脳皮質の顔面支配
(7) 皮質核路の顔面神経核への連絡
(8) 味覚伝導路：とくに二次経路の解剖学教科書記述の誤り
(9) 顔面神経の加齢変化

教育講演（Ⅱ）

座長：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）

「顔面神経と顔面神経麻痺メモランダ」高橋　昭

名古屋大学名誉教授

顔面神経と顔面神経麻痺メモランダ

高　橋　　昭
（名古屋大学名誉教授）

Chrales Bell による顔面神経麻痺の記載（1821、1828）以来、「Bell 麻痺」は特発性顔面神経麻痺のsynonym となっている。Bell以前にドイツWurzburgのNicolaus Anton Friedreich（Sieboldの師）が本疾患を的確に記載し、中枢性と末梢性とを明確に区別した（1798）。顔面神経核への核上性支配である皮質延髄路の線維と顔面神経核との解剖学的関係については知見が乏しい。延髄梗塞例の臨床解析から、顔面神経核上線維は延髄まで下降し、ここで交差する可能性がある（寺尾・高橋ら、2000）。末梢性の顔面神経麻痺発症に糖尿病が関与することがある。その病態は未詳であり、これには糖尿病性動眼神経麻痺の剖検例（臼井・高橋ら、1989）が示唆を与える。Lyme病に伴う顔面神経麻痺は日本では高橋が第 9 回の本学会（1986）で初めて言及した。

ランチョンセミナー（Ⅰ）

平成17年6月2日（木）12:10～13:10

「顔面神経麻痺とヘルペスウィルス」

座長：暁　清文
（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科）

村上　信五
（名古屋市立大学　耳鼻咽喉科）

共　催
グラクソ・スミスクライン株式会社

ランチョンセミナー（Ⅱ）

平成17年6月3日（木）12:00～13:20

「私の顔面神経麻痺手術のチャレンジ」

座長：竹田　恭三
（高知大学医学部　聴平衡・嚥下機能統御学講座）

演　　者

萩森　伸一
（大阪医科大学　耳鼻咽喉科）

羽藤　直人
（愛媛大学医学部　耳鼻咽喉科）

濵田　昌史
（高知大学医学部　聴平衡・嚥下機能統御学講座）

山田武千代
（福井大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

指　定　演　題

（演題番号　1～12）

平成17年6月2日（木）9:00～11:20

第Ⅰ群　指定演題　顔面神経障害の治療―薬物療法（Ⅰ）
座長：田中博之（耳鼻咽喉科田中医院）

第Ⅱ群　指定演題　顔面神経障害の治療―薬物療法（Ⅱ）
座長：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）

第Ⅲ群　指定演題　顔面神経障害の治療―外科的療法
座長：村田清高（近畿大学医学部　耳鼻咽喉科）

第Ⅳ群　指定演題　顔面神経障害の治療―理学療法
座長：栢森良二（帝京大学医学部リハビリテーション科）

抄録 第1日目6月2日 （木）
指定演題
（演題番号　1～12）

1. ハント症候群の保存的治療（治癒率改善対策）

田中博之（耳鼻咽喉科田中医院）

ハント症候群に対して以前は抗ウイルス剤と中等度のステロイドを投与し、変性症例に対しては減荷手術で対処してきたが、治癒率が70%台前半に止まっていた。その後発病3日以内に来院した患者に対しては40点法で4点以下、ＴＭＳに無反応の場合、初日より抗ウイルス剤に加え大量のステロイドを投与した。3日目の時点でNET及びENoGにて麻痺の強さがほぼ判定できるので、軽症例ではステロイドを中止、中等度の症例にはそのまま漸減し、変性症例には変性確定日又は翌日より高気圧酸素療法を併用した。

以前の方法では変性症例で治癒の範疇に入ったものは1例もなかった。今回の方法では発病1週間以内に来院し、最後まで経過を追うことができた症例についてのみ見てみると、変性症例の半数以上が治癒、中にはGrade 1に回復したものも含まれていた。

結局全体として90%の治癒率となりベル麻痺に迫るものであった。

2. Bell麻痺に対するステロイド単独療法とバラクシロビル併用療法による治療効果の比較検討（第2報）

稲村博雄、甲州秀浩、川口和浩、阿部靖弘、青柳　優
（山形大学耳鼻咽喉科）

平成14年度から3年間、科学研究費補助金（基盤研究（A）（1））「Bell麻痺治療の標準化のための基礎的・臨床的研究」の一環として、全国の協力施設から登録された未治療のBell麻痺症例に対して、無作為にステロイド単独治療（単独療法群）と、抗ウイルス剤バラシクロビル併用治療（併用療法群）に分け、各々の治療効果を比較するprospective studyが行われた。本研究の目的は、Bell麻痺の有力な発症原因として単純ヘルペスウイルスＩ型の関与が唱えられ、保存的治療でも抗ウイルス剤併用投与のいくつかの報告がなされている中で、これら治療の効果についてのエビデンスを作成し、Bell麻痺治療の標準化を目的とするものである。単独療法群はプレドニゾロンを初診日から60mg／日から投与し10日間で漸減終了し、併用療法群ではこれに加え単純ヘルペスウイルス感染症治療に相当するバラシクロビル1000mg／日を5日間投与した。両群において、Bell麻痺症例の転帰を比較し統計学的検討を加えたので報告する。

3. Bell麻痺に対する塩酸バラシクロビルとプレドニゾロン併用療法の効果

羽藤直人、山田啓之、河野　尚、松本宗一、本多伸光、暁　清文
（愛媛大学医学部耳鼻咽喉科）

Bell麻痺に対する治療法として、抗ウイルス薬とステロイドの併用療法は一般に普及しつつあるが、日本における明確なエビデンスはこれまで無い。多数例に対する併用療法の意義の検証を目的に、全国規模の多施設共同、前向き、無作為比較試験を文部科学省高度先進医療研究として行ったので報告する。対象は2002年２月から2004年３月の間に、北海道、山形、名古屋、名古屋市立、愛媛、高知の各大学附属病院耳鼻咽喉科および関連施設にて診療を行った、新鮮Bell麻痺患者243例（登録： 296例、脱落: 53例）とした。投与薬剤によりPDL+VACV：132例、PDL+Placebo：111例の２群に分け比較検討した。VACV併用群の治癒率は93.2%とPDL単独の88.3%に比べ良好ではあったが有意差は認めなかった。ZSHを除外したBell麻痺では96.5%と併用群で高い治癒率を示し、有意に予後良好であった。Bell麻痺の治療では、ZSHの早期病因診断を行うか、VACV投与量を増加させる試みが必要と考えられた。

4. 新鮮Bell麻痺に対する大量ステロイド療法における輸液剤の治療成績に及ぼす効果　ー血漿増量剤と細胞外液剤—

荻原正洋　大房裕和[1)]
（長野赤十字病院第１麻酔科　[1)] 同内科）

新鮮Bell麻痺に対する大量ステロイド点滴静注時の血漿増量剤の使用意義は微小循環の改善にあるとされるが、今回この点滴基剤を細胞外液にし、その治療結果を検討したので報告する。対象と方法：1999年９月から2004年７月までの発症７日以内のBell麻痺で、前半の2001年11月までの78例を６%ヒドロキシエチルスターチ使用群（血漿増量剤、H群）、後半の80例をヴィーンF使用群（細胞外液剤、F群）とした。添加剤は両群ともプレドニゾロン、PGE１、ナイアシンを同量、同期間とし、また両群に星状神経節ブロックを同様に併用した。結果：高度麻痺群はH群42例、F群37例、その年齢はF群57±17歳、F群53±19歳、初診時スコアはH群7.7±2.1点、F群7.7±1.9点、ENoG値はH群30.6±13.9%、F群41.6±13.7%、完治率はH群39例92.9%、F群31例83.8%、完治日数はH群50±39日、F群50±33日で、有意差はENoG値のみで認められたが、F群で治癒状態が悪い傾向にあった。まとめ：より重症な新鮮Bell麻痺の大量ステロイド点滴静注療法の点滴基剤には血漿増量剤を使用する方が望ましいと思われた。

5. 顔面神経麻痺後遺症に対するボトックス®を中心とした総合的アプローチ

濵田昌史、山河和博、楯　敬蔵、竹田拳三
（高知大学医学部聴平衡・嚥下機能統御学教室）

顔面神経麻痺治療法が種々変遷し、治癒率の上昇が期待される昨今においても、初期治療に成功せず後遺障害を認める例は依然として数多く存在する。後遺症は患者のQOLを著しく低下させると共に、効果的な治療法がないためこれまでわれわれ治療側をも悩ませてきた。近年A型ボツリヌス毒素（ボトックス®）が顔面痙攣に保険適用されたことを受けて、痙攣、拘縮や病的共同運動といった後遺症にも応用され始めている。従来後遺症に対しては形成手術やリハビリテーション単独で治療されることが多かったが、これらにボトックス®を効果的に組み合わせることで患者のQOLをより高めることができると考える。今回は代表症例を呈示し、この総合的治療の有効性と限界を探る。

6. 病的共同運動に対するボツリヌス毒素療法の治療成績

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】片側性顔面痙攣などの治療に用いられるボツリヌス毒素が病的共同運動の治療にも応用され、良好な成績が報告されているが、本邦における報告は少ない。当科におけるボツリヌス毒素療法の成績について報告する。【対象】顔面神経麻痺初期治療後に病的共同運動を来たした15症例を対象とした。発症からボツリヌス毒素投与までの期間は５ヵ月～24年に渡っていた。【結果】Nakamuraらが報告した口運動時の患側眼裂幅と健側眼裂幅の比（眼裂比）を用いて評価すると、投与前の眼裂比に比べ、投与後は眼裂比が有意に改善した。Sunnybrook評価においても、病的共同運動スコア、安静時対称性スコアが有意に改善した。効果の持続期間は２ヵ月～５ヵ月前後であり、複数回投与を行った症例の再投与までの期間は３ヵ月～７ヵ月であった。また、重篤な副作用はみられなかった。【考察】本療法は他の方法に比較し低侵襲であり、副作用も少なく、高い治療効果が得られると考えられた。

7. 顔面神経麻痺に対する再建術—舌下神経、顔面神経吻合術

本多伸光、羽藤直人[1)]、村上信五[2)]、暁　清文[1)]
(北野病院耳鼻咽喉科、[1)] 愛媛大学耳鼻咽喉科、[2)] 名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

顔面神経麻痺の動的再建術として顔面神経末梢切断端と舌下神経中枢端を吻合する舌下神経-顔面神経吻合術がある。我々は本術式を小脳橋角部腫瘍などの頭蓋底手術の際に、顔面神経が切断され端々吻合や神経移植が出来ない場合や顔面神経が切断されたか否か明らかでなく術後しばらく保存的経過観察を行った後に麻痺の改善が全く認められない場合に適応として行ってきた。また、1994年以降はHypoglossal-facial nerve interpositional-jump graftを取り入れ、これまで10例に対して施行してきた。本法は1991年にMayらによって報告され、大耳介神経や腓骨神経などを用いて顔面神経末梢端とは端々吻合で、舌下神経は部分切除し移植片と端側吻合を行う。本法は舌下神経-顔面神経吻合術のように舌下神経を完全切断しないため、術後の舌萎縮や運動障害が発現しにくい利点をもつ。今回、我々は舌下神経-顔面神経吻合術またはjump graftを施行し、術後2年以上経過観察できた23症例を対象に術後の顔面神経機能回復について報告する。

8. 両側外傷性顔面神経麻痺の1例

木村忠司・吉川　構・磯野道夫・唐澤千晶・村田清高
(近畿大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

両側性顔面神経麻痺は日常の臨床では非常にまれにしか遭遇しない病態であるが、今回、我々は両側の側頭骨骨折により両側性麻痺を発症するというやや特殊な経過をたどった1例を経験したので報告する。症例は40歳、男性。工事関係の仕事に勤務中に、頭部を壁と木材に挟まれ受傷した。右耳出血、鼻出血があり近医へ救急搬送され、翌日に両側顔面神経麻痺に気付いた。保存的治療で改善が認められないため、発症18日後に当科紹介となった。初診時、顔面神経は、両側ともほぼ完全麻痺の状態であった。側頭骨CTにて、右は縦骨折、左は横骨折を認めた。受傷後32日後、右側顔面神経減荷術を施行し、同じく39日目に左側を施行した。右側は、骨折線が膝神経節に至り、骨片が顔面神経に達し、左側は、骨折線が顔面神経水平部から膝神経節に達していた。両側とも膝神経節から茎乳突孔部までを減荷し、現在、改善傾向にある。

9. 刺傷により生じた側頭骨外顔面神経麻痺の1例

宮下仁良[1)]、関口正太郎[1)]、石川雅洋[1)]、村田清高[2)]
(1) ベルランド総合病院耳鼻咽喉科、[2)] 近畿大学耳鼻咽喉科)

外傷性顔面神経麻痺は側頭骨内での神経障害によるものが多く、切創や刺傷などによる側頭骨外での直接的な顔面神経損傷によるものは少ない。今回我々は刺傷により生じた、側頭骨外顔面神経麻痺の1症例を経験したので報告する。

症例は23歳男性。平成16年5月24日深夜、左耳下部を刃物のようなもので刺され、当院救急外来に搬送された。応急処置として刺傷部を皮膚縫合されたが、左顔面神経麻痺を認めたため、翌日5月25日、当科に紹介受診となった。

麻痺はほぼ完全麻痺であった。蝸牛症状や前庭症状はなく、耳内所見は正常であった。シルマーテスト、電気味覚検査、アブミ骨筋反射に異常所見は認めなかった。左耳下部に刃物による刺傷部位があり、頚部MRIにて左耳下腺内に異物の刺入によって生じたと思われる出血や炎症を示唆する所見を認めた。5月26日、全身麻酔下に手術的治療を行い、顔面神経が本幹部にて切断されているのを確認した。切断された神経は断端を新鮮化し端々縫合した。術後約8ヶ月を経過したが、麻痺スコア26点まで回復している。

10. ボツリヌス治療とバイオフィードバック療法の併用による病的共同運動の治療

中村克彦、高橋美香、戸田直紀[1)]、東　貴弘[1)]、武田憲昭
(徳島大学医学部耳鼻咽喉科学教室、[1)] 国立病院機構高知病院耳鼻咽喉科)

病的共同運動は一度発症するとその自然軽快は困難で、患者は不快な症状に一生悩まされることになる。病的共同運動の治療として、選択的神経切断術、選択的表情筋切除術、ボツリヌス治療などが行われるが、それらの適応や治療効果は限られている。我々は、口運動時に完全な閉眼をきたす高度の病的共同運動をきたした症例に対し、ボツリヌス毒素を用いて眼輪筋を再度麻痺させ、その回復過程にバイオフィードバック療法を併用し、病的共同運動の治療を行っている。一般にボツリヌス毒素の効果の持続は約4ヶ月とされており、毒素の効果が消失するとともに口運動時の閉眼が再発してくるが、バイオフィードバック療法を併用することにより、ボツリヌス毒素の効果が消失したと考えられる時期においても口運動時の眼裂狭小が軽快しているという成績が得られた。ボツリヌス治療とバイオフィードバック療法の併用は病的共同運動の有効な治療方法であると考えられる。

11. 顔面神経完全麻痺の治療アプローチの検討

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】顔面神経麻痺に対する従来のアプローチは、随意運動で大きな表情を作り、低周波電気刺激を積極的に行ってきた。しかし、このアプローチは顔面神経核興奮性を亢進させ後遺症である病的共同運動や顔面拘縮を増悪させ、「ヒョットコの顔」を増強することから、新たなアプローチが模索されてきた。粗大随意運動と低周波電気治療を組み合わせた従来群と、顔面神経核興奮性を抑制した新しい抑制群の治療効果を検討した。
【対象】発症2～3週目の直接反応振幅(ENoG) 0%であるか、臨床的に発症から2カ月間柳原法8点以下の顔面神経完全麻痺の症例である。従来群：17人（男4、女13)、平均年齢51.7歳、訓練時間12.6カ月である。抑制群：14人（男5、女9)、平均年齢51.8歳、訓練時間14.2カ月である。
【方法】Sunnybrook法、柳原40点法、House-Brackmannグレード分類(HBG)を用いた。
【結果】随意運動の回復や病的共同運動の程度には両群で差異はなかった。しかし顔面拘縮点数が抑制群の方が低くなっており、その結果、総合点はより高い得点であった。

12. 顔面拘縮に対するリハビリテーション

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顔面拘縮は、神経生理学的知見から顔面神経核興奮性の亢進が主な病態であることが示唆されている。顔面拘縮の治療に対して興奮性抑制するアプローチを行ない、その効果について検討した。
【対象】6人女性（平均年齢 55.8歳)、顔面神経麻痺の側性はいずれも左側で、原因はベル麻痺3例、ハント症候群2例、聴神経腫瘍術後1例である。発症から平均経過時間は21.8カ月。
【手技】4つの要素から成っている。粗大随意運動や低周波電気刺激を実施している場合、これを中止した。特くに輪筋運動時に、患側眼瞼挙筋を使い閉瞼予防を行った。鏡を使ったフィードバックで口笛吹き時に閉瞼防止も指示した。蒸しタオルを使った温熱療法後に、患側顔面筋ストレッチを行った。患側口角外転に対して健側口角外転による矯正運動を行った。
【結果】平均訓練期間4カ月でSunnybrook法総合点は開始前45点で、終了時64点であり、とくに顔面拘縮点が13.3点から3.3点に改善していた。柳原40点法あるいはHouse-Brackmannグレード法では有意差は反映されなかった。

一　般　演　題

（演題番号　13～43）

一　般　演　題
(演題番号　13～16)

13.　マウスHSV-1初感染顔面神経麻痺モデルにおけるNOの測定

河野　尚、羽藤直人、脇坂浩之、山田啓之、菰渕勇人、暁　清文
(愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

一酸化窒素（NO）は、循環器系・神経系の情報伝達のみならず、感染・炎症の伝達物質として機能することが解明されつつある。炎症反応において誘導型NO合成酵素（iNOS）から過剰のNOが産生されると、種々の窒素酸化物の作用により宿主や病原体に様々な影響を及ぼすと考えられる。ベル麻痺の病因の一つとして単純ヘルペスウイルスⅠ型（HSV-1）による神経炎が有力視されているが、このHSV-1性神経炎においてもNOが関与している可能性がある。我々はマウスの耳介にHSV-1を接種することで一過性の顔面神経麻痺モデル動物を作製し、ベル麻痺のモデル動物として種々の検討を行ってきた。今回NOx測定装置を用いてこのモデルの麻痺発症前・発症中・回復後の側頭骨内NOxを測定し、同一固体で左右差を比較した。その結果、麻痺発症中にのみ麻痺側NOxの増加を認めた。また、麻痺発症中のマウス脳幹部顔面神経下行脚の免疫組織学的観察では、麻痺側でのみiNOSの発現を認めた。ウイルス性神経障害とNOの関連について考察を加え報告する。

14.　DDSを用いたbFGFの顔面神経再生促進効果

菰渕勇人、羽藤直人、河野　尚、山田啓之、脇坂浩之、高橋宏尚、暁　清文
(愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室)

顔面神経減荷術は高度麻痺に対する一般的な治療法であるが、その神経再生促進効果は不明であり、完全変性した神経に対する有効性は疑問視されている。今回我々は完全変性神経に対する新しい治療法として、顔面神経減荷術を薬剤投与経路として捉え、神経栄養因子を投与する実験を行っている。神経栄養因子は生体内での分解速度が速く、水溶液の単回投与では期待する神経の再生効果は得られない。そこで神経栄養因子を長期にわたって徐放する方法として、DDS（Drug delivery system）の技術を用いたゼラチンハイドロゲルシートとbFGFのポリイオンコンプレックスを、露出した変性顔面神経上に置いた。実験動物はモルモットを用い、側頭骨内顔面神経を10分間圧迫することにより完全変性モデルを作製した。側頭骨内顔面神経を減荷した上でbFGF（100 μg）含有のゼラチンハイドロゲルを留置し、その神経再生効果について、肉眼的評価、電気生理学的検討、組織学的検討を行ったので報告する。

15. 糖尿病を合併したBell麻痺患者の臨床統計

長谷川敦子、萩森伸一[1)]、八木美和[1)]、野中隆三郎[1)]、竹中　洋[1)]
（みどりヶ丘病院耳鼻咽喉科、[1)] 大阪医科大学耳鼻咽喉科）

2001年１月から2004年６月まで大阪医科大学耳鼻咽喉科で加療を行ったBell麻痺は97名、このうち合併症のない患者は66名、糖尿病合併患者は12名であった。両群の臨床経過比較を行う上で、年齢による差を排除するため、両群とも45歳以上の患者を対象とした。その結果、合併症のない群は33名、糖尿病群は12名で麻痺スコアの推移ならびに治癒率についてこの両群を比較した。

初診時の顔面麻痺スコアでは合併症のない患者と糖尿病合併患者の両群に有意差はなかった。治療後３ヵ月では、両群の麻痺スコアに有意差をなかったが、治癒率では合併症のない患者は87%、糖尿病患者は50%で有意差を認めた。治療後６ヶ月では、合併症のない患者の麻痺スコアは39.3点、糖尿病患者は36.7点で有意差を認めたが、治癒率では両群に有意差をなかった。以上の結果より、糖尿病合併患者は合併症のない患者より治癒の回復が遅いこと、両群の治癒率に差はみられないものの、治癒しなかった糖尿病合併患者の麻痺は高度であることが明らかになった。

16. Bell 麻痺における予後不良因子の検討（第二報）

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　耳鼻咽喉科学教室）

Bell麻痺の予後は比較的良好で、自然治癒率は約70%といわれている。

近年、抗ウィルス剤併用ステロイド療法やステロイドの大量投与療法の導入により治癒率は向上しているが、顔面神経の専門外来を受診するBell麻痺患者のなかには、完治せず後遺症を伴う予後不良例も少なくない。これらの予後不良例を詳細に検討することにより、完全治癒に至らなかった原因、因子を抽出することが、Bell麻痺の理想的な治療の確立に重要と思われる。

2003年の顔面神経研究会において、我々は、予後不良となる因子としては高齢、合併症のためステロイド投与不可能症例、ZSH（zoster sine herpete）が疑われる症例などを報告した。今回の報告では前回の報告より、更に症例数を増やし検討を行ったので報告する。

一　般　演　題
(演題番号　17～19)

17.　Bell麻痺症例におけるHSV-1再活性化動態　－VZVとの比較－

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】唾液中に単純ヘルペスウイルス１型(HSV-1)DNAが検出されたBell麻痺症例において、HSV-1　DNA量を定量し、ウイルス再活性化動態を解析した。またVZV再活性化動態と比較した。【対象・方法】HSV-1 DNA陽性であった20例について唾液50μl中のHSV-1 DNAをreal-time PCR法により定量し、経時的に解析を行なった。【結果】HSV-1　DNA量の変動はVZV再活性化のパターンと同様に、①初診時より漸減するパターンが４例、②初診後に増加し山型をとるパターンが８例に認められた。一方、VZVにおいては稀な③発症１週間は陰性で、発症８日以降に陽性化し、山型をとるパターンが３例、VZVにおいてはみられない①と③の混合したパターンが２例、②と③の混合したパターンが３例に認められた。【考察】①または②のパターンではHSV-1再活性化が麻痺の発症に関与していることが疑われるが、③のパターンは麻痺の発症に関連なく、ステロイドの使用などによりHSV-1が再活性化したことが疑われる。

18.　Real-Time PCR検査法によるVZV DNA検出の比較検討

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

Real-Time PCRは迅速かつ簡便にウイルス診断が可能な検査法であり、顔面神経麻痺においてもVZV再活性化の判定に汎用されつつある。しかし、その手法に関しては統一されていないのが現状であり、そのちがいによる検査感度の差が問題となる。今回我々は、Loche社のLightCyclerとApplied Biosystem社のTaqMan PCRの２つの異なるReal-time PCR法を用いて、顔面神経麻痺患者の耳介擦過細胞と唾液よりVZV DNA検出を行い、両者の検出率を比較検討した。201例を対象として行った結果、LightCyclerでは耳介26例、唾液４例から、TaqManでは耳介30例、唾液11例からVZV DNAを検出した。LightCyclerで陽性であった検体はすべてTaqManでも陽性を示した。皮疹が無く、LightCyclerでもVZV DNAが検出されなかった症例のうち５例でTaqManを用いるとVZV DNAが検出され、zoster sine herpeteと診断された。両者の比較ではTaqManがより検出感度の高い検査と言えるが、この違いを検討することによりさらに高感度な検査法の確立が望まれる。

19. Bell麻痺における唾液中HSV-DNAの検出感度の比較

松本宗一、羽藤直人[1)]、高橋宏尚[1)]、山田啓之[1)]、
河野　尚[1)]、菰渕勇人[1)]、暁　清文[1)]
（十全総合病院耳鼻咽喉科、[1)] 愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室）

Bell麻痺に対する早期病因診断法は、その検出材料と検出感度の多様性により、確立されたものはない。演者らは検出感度の違いに着目し、２種類のPCRによる唾液を材料としたHSV-DNAの検出比較試験を行ったので報告する。検体は2002年～2004年の間に、高度先進医療対象患者として、発症後１週以内の無治療症例から採取された唾液を用いた。PCRはSRL社へ外注した通常のPCRと、当教室で施行した高感度リアルタイムPCRの２種類とした。高感度リアルタイムPCRは100%イソプロパノール沈殿法とグリコーゲンによる共沈殿でDNAの回収効率を上げ、プライマーはHSV-1のTK領域から135bpに増幅するようデザインした。実際の検出はABI PRISM 7000を用い、変性30秒、アリーリングと伸長を各１分、40サイクル増幅したものを、Sybr Green 1により確認した。今回、リアルタイムPCR法を用いることによるHSV-DNA検出率の変化を報告し、定量結果を含めBell麻痺の病因診断に対する意義を考察する。

2日目6月3日（金）
一般演題
（演題番号　20～28）

20.　Bell麻痺患者におけるウイルス学的検討

川口和浩　稲村博雄　甲州秀浩　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麻痺の一病因として単純ヘルペスウイルスⅠ型や水痘帯状疱疹ウイルスが関与しているとされ、治療法においても抗ウイルス剤の有効性についての報告がされている。現在でも各施設からこれら諸問題について様々な議論がなされているが、施設ごとで患者対象に差違が存在し、測定手技の相違もあることから得られた結果の比較も困難であるのが現状である。

我々は平成14年度より全国多施設よりの症例、検体を登録、収集し、同一手技に生物学的手法を用いて、単純ヘルペスウイルス１型や水痘帯状疱疹ウイルスを検出している。昨年の本研究会でこれら症例、検体につき、ウイルスの検出率を報告するとともに、初診時にウイルス性麻痺の可能性がある症例についての抗ウイルス剤の有効性について報告したが、さらに症例を多くし検討を行ったので報告する。

21.　末梢性顔面神経麻痺後に発症したギランバレー症候群の一例

東　貴弘、戸田直紀、中村克彦[1)]　武田憲昭[1)]
国立病院機構高知病院耳鼻咽喉科、[1)] 徳島大学医学部耳鼻咽喉科

症例は75才、女性。左末梢性顔面神経麻痺にてステロイド点滴を行った。耳介疱疹、めまいはなく、聴力閾値は左が５～10dB上昇、EnoG30%、最低麻痺スコア６点であった。シルマー試験は左右差なく、味覚障害はなかった。麻痺スコア14点となり退院するも、発症20後より四肢のしびれ、脱力感、41日後より右顔面神経麻痺、動眼神経麻痺、構音障害がみられた。MRIにて脳幹梗塞はなく、髄液検査にて蛋白細胞解離がみられギランバレー症候群と診断された。ステロイドと免疫グロブリンの投与にて数日後より四肢のしびれ、脱力感、動眼神経麻痺は次第に軽快した。発症前に上気道炎等の前駆症状はなかった。左末梢性顔面神経麻痺発症時、VZV-IgGの上昇がみられた。これより、VZVの再活性化による左顔面神経麻痺を契機に発症したギランバレー症候群であると考えられた。

22. Hunt症候群における内耳道造影MRIの検討

戸田直紀、東　貴弘、高橋美香[1)]、中村克彦[1)]、武田憲昭[1)]
国立病院機構高知病院耳鼻咽喉科
[1)] 徳島大学耳鼻咽喉科

Hunt症候群は水痘帯状疱疹ウイルス（VZV）が顔面神経の膝神経節に潜伏感染し、再活性化した際に発症すると考えられており、その三主徴は1．外耳道および耳介周囲を中心とする帯状疱疹、2．顔面神経麻痺、3．めまい・難聴などの第8脳神経症状である。以前、我々はHunt症候群におけるめまいの長期予後を検討したところ、前庭神経炎と同様に代償されにくく、めまいを伴う突発性難聴のめまいとは異なることからHunt症候群のめまいは前庭神経障害である可能性を報告した。そして今回、我々は第8脳神経症状を伴うHunt症候群症例において内耳道に垂直なスライスで造影MRIを撮影したところ、5例で前庭あるいは蝸牛神経に造影効果を認めた。よってHunt症候群の第8脳神経症状が前庭および蝸牛神経障害によるものであるとする説をより裏付ける結果となった。特に上前庭神経が造影される症例が多い理由として、顔面神経と上前庭神経の間のfacial-vestibular anastmosisを介してVZVが感染したためであると考えた。

23. ENoG測定に適した口輪筋上の電極設置位置について

和田晋一、萩森伸一、長谷川敦子、野中隆三郎、竹中　洋[1)]
大阪医科大学中央検査部、[1)] 同耳鼻咽喉科学教室

（はじめに）口輪筋のENoGは顔面神経麻痺の予後診断に有用である。しかし電極の設置位置に関しては充分に検討されているとは言いがたい。今回我々はENoG測定に最適な電極の位置を求めるため、口輪筋上の異なる4箇所に導出電極を設置し、比較検討した。（対象と方法）対象は発症後1～2週にENoG測定を行った末梢性顔面神経麻痺患者25名である。方法は基準電極を下顎オトガイ隆起部に固定し導出電極をA.口唇溝中心部B.口唇斜め上C.口唇真横D.口唇斜め下の口輪筋上4箇所に設置し、それぞれENoGを測定、比較検討した。（結果）いずれの測定部位においても正常陰性-陽性波が得られたが、Bの口唇斜め上部に設置した電極での測定は、健側のCMAPの振幅が最大値を示し、被検者間でのばらつきも最小であった。（考察）オトガイ隆起部に基準電極を設置することで再現性のある2相性の波形が得られ、また導出電極を口唇斜め上部に設置することによってデータのばらつきが少ないENoG測定が可能と考えられた。

24. 病変と同側の核上性顔面神経麻痺 ―皮質橋核路の交叉が無い？―

野倉一也、尾関俊彦、古閑　寛、山本纁子、木村彰宏[1)]、福岡　敏[2)]
藤田保健衛生大学神経内科
[1)] JR東海総合病院神経内科
[2)] 同　耳鼻咽喉科

患者は55歳女性。約10年前から高血圧を指摘され、降圧剤を服薬している。約６ヶ月前より耳鳴を訴え、耳鼻科に紹介された。耳鼻科では両高音障害型感音性難聴の診断。頭部MRI上、右半卵円中心にラクナ梗塞があり、神経内科にコンサルトされた。患者はBell麻痺の既往は否定し、幼児期から右の瞼裂は左より大きいという。実際右の瞼裂が左に比して大きく、右に睫毛徴候が明らかであり、右の後角の引きが不十分であるが、前頭筋収縮による額のしわ寄せは十分で左右差が無く、それ以外に神経学的には異常所見がなかった。MRIでは右の半卵円中心やや前方に10×10×5mmの、また後頭葉白質の側脳室近傍にこれよりやや小さい脳梗塞病変を認めた。右に慢性期の核上性顔面神経麻痺があると考えたが右大脳白質病変以外には核上性顔面神経麻痺を説明しうる病変はなく、もしこの病変で説明しうるとすれば非常にまれであるが皮質橋核路の交叉が存在しない患者である可能性があり、報告する。

25. 顔面神経及び顔面筋の加齢変化についての検討（第２報）

阿部靖弘[1)]、稲村博雄[1)]、甲州秀浩[1)]、川口和浩[1)]、青柳　優[1)]、天野　聡[2)]
[1)] 山形大学耳鼻咽喉科、[2)] 資生堂ライフサイエンスセンター

ヒト顔面の皺形成は、皮膚本体のみならず皮下に付着する顔面表情筋が関与することが知られている。いずれにおいても老化すなわち加齢変化が存在するが、その関与の実態については未だ明らかではない。昨年の本研究会において、我々は筋電図を用いてヒト顔面神経および顔面表情筋の加齢変化について検討し、正常人および顔面神経麻痺患者患側から得られた口輪筋、眼輪筋のＣＭＡＰ振幅と瞬目反射のＲ１潜時の計測を行うと、加齢に伴い有意にこれら振幅の低下および潜時の延長が観察されること、特に50歳代以降の高齢者でこれらが顕著であることを報告した。

今回はこれら高齢者を中心にして、顔面神経麻痺の既往のない正常被験者から眼周囲および口周囲の皺を実際にデジタルカメラで記録し、「皺スコア」の算出を試みた。この「皺スコア」について各年代で比較検討を加え、また同時に行った誘発筋電図検査結果とこのスコアの関連を検討し、実際の皺形成における表情筋の関与について考察を加え報告する。

26. サルコイドーシスに伴う顔面神経麻痺症例の検討

和田匡史、藤崎俊之、佐藤　斎、高橋　姿
新潟大学耳鼻咽喉科

サルコイドーシスは、５～10%に中枢神経症状を伴い、なかでも顔面神経麻痺が多い。今回、反復性顔面神経麻痺のため当科を受診し、胸部X線写真で両側肺門部リンパ節腫脹を認め、血清ACE、リゾチーム高値、Gaシンチグラムなどよりサルコイドーシスと診断した44歳女性を報告する。さらに本症例を含めて当科で経験したサルコイドーシスに伴う顔面神経麻痺７例について検討する。症例はすべて女性で、年齢は23～60歳（平均36.9歳）であった。５例がサルコイドーシスの診断後１か月以内の早期に顔面神経麻痺を発症していたが、顔面神経麻痺が初発症状で当科にてサルコイドーシスと診断した症例は本症例のみであった。また、麻痺の発症時期に血清ACEは高値（平均41.2IU/ml）を呈した。麻痺の予後は１例を除いて良好であった。顔面神経麻痺はサルコイドーシスの発症早期に多く、末梢性顔面神経麻痺の鑑別診断としてサルコイドーシスも念頭におく必要がある。そのためには的確な問診と胸部X線検査及び血清ACEの測定が有用と思われた。

27. 顔面神経麻痺をきたしたWegener肉芽腫の１例

永島義久、木口　淳、山野耕嗣、村上信五
名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻神経感覚医学

Wegener肉芽腫症は上気道の壊死性肉芽性病変、糸球体腎炎、全身性壊死性血管炎を３主徴とする全身性疾患であるが、病変が耳、鼻などに初発することも少なくない。今回、急性中耳炎で発症し、治療中に顔面神経麻痺をきたしたWegener肉芽腫を経験した。症例は32歳の男性で、右難聴、耳閉感を初発症状と、右急性中耳炎の診断にて抗生剤内服と鼓膜切開を繰り返していた。しかし、症状は改善せず右顔面神経麻痺出現したため、耳炎性の顔面神経麻痺と診断され、総合病院に紹介入院となり、乳様突起削開術と鼓膜チューブ留置術受ける。しかし術後に難聴・右顔面神経麻痺がさらに増悪したため、当院紹介なった。来院時の胸部レ線では肺に腫瘤陰影を認め、CRP、血沈亢進、さらにC-ANCAの上昇認めた。Wegener肉芽腫症の診断にてステロイド、ＳＴ合剤、アザチオプリンの併用治療を施行し、中耳や鼻所見は劇的に改善した。また、聴力は聾から50dBに改善、顔面神経麻痺も2/40点から 28/40点にまで改善した。完治には至らなかったものも現在、緩解している。早期診断の困難さ等を中心に報告する。

28. 耳炎性顔面神経麻痺に対する減荷手術（ビデオ）

村上信五、木口　淳、山野耕嗣
名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻神経感覚医学

近年、生活環境の改善や抗生物質の発達により、中耳炎による顔面神経麻痺、いわゆる耳炎性麻痺は減少している。一般に急性中耳炎による顔面神経麻痺は抗生物質の投与と鼓膜切開や鼓膜チューブ留置などで治療できる症例が多い。一方、慢性中耳炎や真珠性中耳炎による顔面神経麻痺は比較的重症例が多く、中耳炎の手術も含め減荷術を施行する症例が多い。演者らは過去6年間に慢性中耳炎あるいは真珠性中耳炎で顔面神経麻痺を生じた症例を4例経験した。そのうち3例は中耳炎手術と減荷術を同時に施行し、1例は錐体真珠腫にて神経移植を施行した。減荷術を施行した3例はいずれも術前は完全麻痺で電気生理学的にも高度神経変性を生じていたが、術後、極軽度の病的共同運動を残したのみでほぼ完治した。耳炎性顔面神経麻痺に対する演者の私見と減荷術の方法をビデオにて供覧する。

一　般　演　題
(演題番号　29～43)

29.　特異な臨床経過をとり、乳突部の顔面神経鞘腫が疑われた顔面神経麻痺の一例

木口　淳、山野耕嗣、永島義久、村上信五
名古屋市立大学大学院医学研究科耳鼻神経感覚医学

Bell麻痺やHunt症候群では、発症1-2週間目に不全麻痺でアブミ骨筋反射が陽性、さらにENoG値やNETで神経変性所見を認めなければ通常は予後良好である。今回、我々が経験した症例は42歳の女性で麻痺発症翌日のスコアは32/40点で軽度麻痺。ステロイド治療を開始し、一旦は改善傾向を示したものの再度悪化し、発症１ヶ月後には完全麻痺となった。しかし、アブミ骨筋反射は陽性のままで、ENoGやNETにても神経変性は進行しなかった。発症３ヶ月後より麻痺は徐々に改善傾向を示し、８ヶ月経過した現在で38/40点まで回復している。麻痺発症４ヶ月後のGd造影MRIでは乳突部の顔面神経が広範囲に造影増強されている。現在、麻痺はほぼ改善しているため手術は施行していないが、特異な経過を示したこと、また、麻痺発症前後より患側に眼瞼痙攣を認めるりことより、MRI所見を含め顔面神経鞘腫が強く疑われた。

30.　側頭骨内顔面神経鞘腫例

田邉牧人、山本悦生[1)]、渡辺太志[2)]、藤原敬三[3)]、菊地正弘[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)] 興生総合病院　耳鼻咽喉科
[3)] 神戸市立中央市民病院　耳鼻咽喉科

顔面神経麻痺の10年経過後に右難聴から顔面神経鞘腫が判明した症例を報告する。

症例は28歳男性。17歳時に左の顔面神経麻痺を来たし、近医総合病院などで加療精査受けるも改善せず、原因不明であった。2003年３月頃より左難聴を自覚し、近医より紹介され神戸市立中央市民病院を受診。初診時顔面神経麻痺スコアは20点（40点法)、神経興奮性検査はスケールアウト、平均約30dBの左伝音難聴があった。左外耳道には後下壁から突出する柔らかい腫瘤を認めた。この腫瘤の生検結果は神経鞘腫であり、側頭骨CT・造影MRIにて左側頭骨内顔面神経の垂直部を中心に腫瘍陰影を認め、これらを総合して側頭骨内の顔面神経鞘腫と判断した。2004年２月13日全身麻酔下に手術を施行した。側頭骨内顔面神経水平部から垂直部を経て茎乳突孔に達する腫瘍を認め、神経とともに腫瘍を摘出した。顔面神経の末梢断端と舌下神経とを端側吻合して神経再建を行った。術後約１年経過した現在、外来にて経過観察中であるが、麻痺スコアは20点まで改善した。

31. 担癌患者における顔面神経麻痺

杉浦彩子、中田誠一、中島　務
名古屋大学大学院医学系研究科　頭頸部・感覚器外科学講座　耳鼻咽喉科

末梢性顔面神経麻痺の原因として二次性側頭骨悪性腫瘍は比較的稀ながら、重要である。しかし、症例によっては二次性側頭骨悪性腫瘍なのか、担癌患者に併発したベル麻痺なのか、診断に苦慮する例もある。また診断がついても原発巣や他の転移巣の状態との兼ね合いで治療方針に迷うことも多い。担癌状態によるストレスの上に、顔面神経麻痺まできたした患者への心理的配慮も他の患者以上に留意する必要がある。
今回我々は、当科顔面神経外来を受診した症例の中で、特に耳鼻咽喉科領域以外の悪性腫瘍を既往に持つ顔面神経麻痺８症例に対し、症状、診断、治療方針などの点から検討を加えたので報告する。

32. 顔面表情運動の３次元的検討 －麻痺例の口輪部について－

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）

我々は、以前より、顔面に貼りつ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行った様々な検討を本研究会で報告してきた。前回は顔面神経麻痺症例を対象に、顔面神経麻痺改善過程における眼輪部と口輪部のマーカーの軌跡について３次元的解析を行い、比較し検討してみた。その結果、眼輪部については２次元的評価（X－Y座標における動き）で十分評価可能であったが、口輪部については、２次元による評価では不十分であり、前後方向の動き（Z軸方向の動き）を加えて検討する必要があることがわかった。つまり、口輪部の動きについては、３次元的解析が必要であり、これにより詳細な顔面表情運動を評価できるものと考えられる。そこで、今回は前回の顔面神経麻痺時における口輪部のマーカーの軌跡の検討に加え、マーカーの移動距離を計測し比較検討したので報告する。

33. 特徴点の三次元移動量による顔面神経麻痺の客観的評価法

田中敏幸[1)]、國弘幸伸[2)]
[1)] 慶応大学　理工学部　物理情報工学科、[2)] 慶応大学　耳鼻咽喉科

本研究では、顔の特徴点の移動量による顔面神経麻痺の客観的評価法を検討している。著者らは、先行研究として顔画像中のいくつかの点を結んだ線分上に多数の特徴点を配置し、表情運動時におけるその特徴点の動きによって顔面麻痺の診断を行うための診断指標について報告した。その方法における指標の値は40点法よりも医師の診断イメージに近いものではあったが、二次元平面での解析だったために、利用できる特徴量が40点法の表情運動中の５項目にとどまっていた。そこで本年は、２つのＣＣＤカメラの撮影による両眼立体視の原理を利用して、三次元的な座標を求めることでさらに正確な評価を目指した。特徴点の動きを三次元的にとらえることによって、先行研究で行った5つの表情運動の評価に加え、40点法の残り５つの表情についても指標を作成して評価を行うことができた。今回の研究ではシステムの試作段階だったために、実験は健常者のみによって行ったが、今後は麻痺患者のデータも含めた実験を行うことによって評価精度を上げていきたいと考えている。

34. Optical Flowを利用した顔面表情運動の３次元的評価法

田中一郎[1)]、南谷晴之[2)]
[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

我々は今まで報告してきたOptical Flowを用いた顔面表情運動の客観的評価システムを改良し、３次元的な評価法を考案して臨床に応用したので問題点や有用性につき検討する。３次元撮影装置として被験者の顔の左右両側に鏡を設置し、両側鏡像の顔側面の表情運動を正面像と同時に１台のビデオカメラで撮影した。解析プログラムにより算出したOptical Flowは正面像だけでなく両側鏡像の顔画像にも描画し、両側鏡像にも任意の顔面部分にウインドウを設定して、ウインドウ内の平均ベクトル量を求め表情運動の評価を行なった。ボツリヌストキシン治療や動的再建症例において、治療前後での３次元的な表情運動の評価を行なった。また正面顔画像と左右鏡像より各々解析により算出したx,y方向移動量からの計算で、x,y,z方向全ての真の移動量を算出する方法を考案した。マーカーを貼付した表情運動で解析し、真の移動量を算出する最適な撮影条件を検討した。また健常者の表情運動で解析プログラムによる移動量をマーカーの実測移動量と比較し、本法の精度や問題点を検討した。

35. FEMAS-1の有用性に関する検討

久富　剛、上田和毅、梶川明義、鈴木康俊
福島県立医科大学　形成外科

顔面神経麻痺の評価は、House-Brackmann法や柳原法など、検者が直接視診して行う方法が一般的であるが、主観が介入しやすいため、異なる検者間では結果にばらつきが生じ、再現性・客観性に疑問が残る。そこで考案されてきたのが定量的な評価法であり、とりわけ近年は画像をコンピューター処理して解析する方法が多数報告されてきている。我々の施設では、その中の１つである顔表情・顔面麻痺解析システム（FEMAS-1）を使用して顔面神経麻痺の評価を行っている。FEMAS-1は、ビデオに取り込まれた画像からオプティカルフローを算出し、その左右差から表情を客観的・定量的に評価するシステムである。このシステムを用いて顔面神経麻痺患者および健常人の評価を行い、その有用性を検討した。その結果、H-B法や柳原法などと有意な相関を示した。しかし、測定にあたっては、顔面の固定、照明法、計測部位などを正確に統一することが重要があり、実用にあたってはいくつかの工夫を要した。本評価法の優劣を検討した結果を報告する。

36. 積分筋電図による顔面神経麻痺後遺症の評価

楯　敬蔵、山川和博、浜田昌史、中谷宏章、竹田拳三
高知大学医学部　聴平衡・嚥下機能統御学講座

顔面神経麻痺後遺症を治療の対象とするためにはその他覚的・定量的評価が必要となる。今回我々は、積分筋電図を用いて検討した。対象は、健常者16例（平均年齢39.3歳、男：女＝6：10）及び麻痺後遺症患者21例（平均年齢58.7歳、男：女＝7：14）とした。筋電図は日本光電社のNeuropack Ⅱにて測定し、電極を下眼瞼中央、外眼角、口角上下（口輪筋上）に置き、安静時および瞬目・閉眼・口笛・イー運動を行い積分計算のうえ定量化した。後遺症評価の指標は、Contracture index（CI：安静時眼・口の筋電図）、Paralysis index（ＰＩ：眼運動眼記録・口運動口記録）、Synkinesis index（ＳＩ：眼運動口記録・口運動眼記録）の３つとし、それぞれ積分値の比（患側／健側）、積分値の差（｜患側―健側積分値｜／患側＋健側積分値）の両者を検討した。結果、ＣＩは比・差いずれも健常者と患者の間に有意差を認めた。ＰＩは差で閉眼、イー運動で有意差を認め、ＳＩは比・差とも瞬目、閉眼、口笛運動で有意差を認めた。以上より差による指標がいずれの後遺症の評価にも有用と考えられた。

37. 聴神経腫瘍術後完全顔面神経麻痺の機能予後

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】聴神経腫瘍術後の完全顔面神経麻痺患者の適切な治療アプローチを選択するために、機能予後について調べた。
【対象】聴神経腫瘍術後顔面神経麻痺患者33人（男13、女20人、平均年齢50歳）、術後1～3カ月後のENoG＝10%以下、House-Brackmannグレード分類Vの症例である。4症例で神経断裂後端々吻合術行ったが、XII-VII吻合術や交叉顔面神経移植術を実施していない。第1群（0＜ENoG＜10%）：12症例、第2群（ENoG＝0%）：17症例、第3群（端々吻合術後）：4症例、の3群に大別した。
【方法】電気生理学と臨床評価法で発症から12～18カ月まで評価し、3群の随意運動、顔面非対称性、病的共同運動などの機能予後と運動単位電位（MUP）や電気的迷入回路の出現時期について検討した。【結果】第1群は機能予後は良好であったが、発症12～18カ月後には病的共同運動が著明になっていた。第2群のMUPの回復は平均6カ月であった。第3群のMUP出現は10カ月、顔面筋反射は15カ月であった。

38. Suture suspensionによる顔面神経麻痺回復期の待機療法

尾崎　峰、百澤　明、多久嶋亮彦、波利井清紀
杏林大学形成外科

Bell麻痺やHunt症候群、あるいは聴神経切除後の麻痺などにおける急性期の顔面神経麻痺に対しては、一般的には保存療法が行われ麻痺の回復が待たれる。この待機期間において、口角や鼻唇溝・頬部下垂あるいは眉毛下垂などの麻痺の程度が高度である場合には、患者の精神的苦痛は大きい。これに対して、美容外科でしわとりの手術の際に用いられる糸による頬部の牽引（suture suspension）を施行することにより、口角・鼻唇溝や眉毛の下垂の改善を認め、日常生活でのQOLの向上を得た2症例を経験したので報告する。症例は顔面神経鞘腫切除後に同時に神経移植がされている症例と、Hunt症候群による顔面神経麻痺の患者である。Suture suspensionは、皮下に牽引糸を通すだけの手術侵襲が低い術式であり、局所麻酔でも施術可能である。本法により静的ではあるが一時的に麻痺の改善を図ることができ、自然回復の可能性がある高度な顔面神経麻痺の待機的手術として有用であると考えられる。

39. 鼓膜外傷後27日目に顔面神経麻痺を来たした1例

戸島　均[1)]、竹内直信[2)]
[1)] ㈱日立製作所日立総合病院耳鼻咽喉科
[2)] 東京大学医学部耳鼻咽喉科

今回我々は鼓膜外傷後に感音難聴と平行機能障害をみとめ、急性中耳炎を起こした後、受傷27日目に顔面神経麻痺を来たした症例を経験したため報告する。

症例：1歳4ヶ月の男児。主訴：耳出血。既往歴：特記事項なし。現病歴：親が右耳掃除中に患児が動き出血した為、当院救急外来受診。受診時出血はなく、抗菌薬を開始し翌朝当科初診し鼓膜後中央に穿孔を認めた。帰宅後より嘔吐を反復し、首を右に傾け右に偏倚して歩くようになり小児科受診したが、受診時偏倚は認めなかった。受傷6日目穿孔部より耳漏を認めた。眼振や歩行状態は観察できなかった。ステロイド内服加療開始した。側頭骨HRCTで中耳腔に軟部組織陰影を認めたが耳小骨連鎖離断は認めず、ABRでは解発不良であった。その後、歩行状態、鼓膜所見も改善したが、受傷27日目右末梢性顔面神経麻痺が出現した。ほぼ完全麻痺であったが、経過観察にて麻痺発症28日目にはほぼ回復し、現在経過観察中である。

40. 異常共同運動を呈した顔面神経麻痺の形成外科的治療

多久嶋亮彦、百澤　明、波利井清紀、朝戸裕貴[1)]、佐久間文子[2)]
杏林大学形成外科、[1)] 東京大学形成外科、[2)] 神尾記念病院

顔面神経麻痺後の神経線維の再生過誤による異常共同運動は、程度の変化はあるものの、一旦生じたものは不可逆的であるとされている。これに対する治療法としては、神経ブロックやバイオフィードバック療法の他に、選択的顔面神経切断術などの外科的治療法が報告されているが、期待されるほどの効果を得ることができないのが実状である。今回われわれは、表情筋切除術にface lifting（いわゆるしわ取り術）を組み合わせた方法を行い、良好な結果を得ることができたので報告する。対象はベル麻痺後などに異常共同運動を示した7例である。方法としては、まず眼輪筋眼窩部と頬骨筋の付着部で、顔面神経の頬骨枝の一部と眼輪筋の一部を切除する。次に、一般的に異常共同運動を示す患者は不完全麻痺が存在し、顔面の軽度下垂を訴えることが多いので、temporal face liftingを行う。症例によってはさらに頬部に遊離筋肉移植を行う。これらの方法を組み合わせることにより、長期の経過観察を行った患者に於いても異常運動が目立たなくなった。

41. 顔面神経麻痺後遺症に対するボトックス®を中心とした総合的アプローチ

濵田昌史、山河和博、楯　敬蔵、竹田拳三
高知大学医学部聴平衡・嚥下機能統御学教室

顔面神経麻痺治療法が種々変遷し、治癒率の上昇が期待される昨今においても、初期治療に成功せず後遺障害を認める例は依然として数多く存在する。後遺症は患者のQOLを著しく低下させると共に、効果的な治療法がないためこれまでわれわれ治療側をも悩ませてきた。近年A型ボツリヌス毒素（ボトックス®）が顔面痙攣に保険適用されたことを受けて、痙攣、拘縮や病的共同運動といった後遺症にも応用され始めている。従来後遺症に対しては形成手術やリハビリテーション単独で治療されることが多かったが、これらにボトックス®を効果的に組み合わせることで患者のQOLをより高めることができると考える。今回は代表症例を呈示し、この総合的治療の有効性と限界を探る。

42. 顔面神経麻痺後遺症におけるSunnybrook評価法

ーボツリヌス毒素療法前後での比較ー

大谷文雄、古田　康、相澤寛志、福田　諭
北海道大学耳鼻咽喉科

目的：Sunnybrook評価法（SB法）は顔面神経麻痺後遺症の評価法の一つである。今回我々はSB法を用いて顔面神経麻痺後遺症を評価し、さらにボツリヌス毒素による病的共同運動の治療効果判定にも応用可能かどうかを検討した。対象：ボツリヌス毒素による病的共同運動の治療を施行した15症例を対象とした。方法：安静時対称性・随意運動時対称性・病的共同運動のそれぞれの項目の点数および総合点について、治療の前後で撮影したビデオを用いて２人の評価者がそれぞれ採点し、比較検討した。結果：２人の評価者間で配点の相違を検討したところ、概ね一致した結果が得られた。治療後に安静時対称性・病的共同運動・総合点については有意な改善が認められたが、随意運動についてはむしろ悪化する傾向が認められた。結論：ボツリヌス毒素療法の効果の判定においてSB法は有用であると考えられた。

43. 眼瞼痙攣および片側顔面痙攣に対するボツリヌス毒素療法の検討

寺田正樹、大澤宏之、尾関俊彦、野倉一也、古閑　寛、山本纁子
藤田保健衛生大学病院神経内科

ジストニーは不随意運動を呈する病態であるが、最近、ボツリヌス毒素が使用可能となり、その効果について検討した。

眼瞼痙攣における検討では、患者一般背景、ボツリヌス毒素の注射量、注射間隔、症状の程度、有効期間、効果減弱期間、有害事象などを診療録閲覧やアンケート結果により調べた。平均年齢は66.9±13.4歳、男女比は4：10で女性が多かった。注射量は平均27.7±5.0単位、注射間隔は平均5.3±0.8ヶ月、中等度以上の改善率は79%であった。アンケート結果では、長期有効例ほど効果減弱後早期に注射を受け、短期有効例では注射を受ける時期が遅れる傾向がみられた。

片側顔面痙攣も眼瞼痙攣と同様に検討した。平均年齢は60.5±11.8歳、男女比は18：33で女性が多く、33：18で左側が多かった。注射量は平均20.3±7.5単位、注射間隔は平均4.7±0.7ヶ月、中等度以上の改善率は78%であった。アンケート結果における有効期間と効果減弱期間の関係は眼瞼痙攣の場合と同様であった。

ボトックス注100講習・実技セミナー

平成17年6月2日（木）15:30～17:00

講師　東邦大学医学部附属大橋病院
神経内科　高宮清之 先生

共　催
アラガン株式会社

ボトックス注100講習・実技セミナーのご案内
（眼瞼痙攣・片側顔面痙攣）

拝啓　先生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。

さて、弊社医薬品『ボトックス注100』の御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、承認条件2に基づき規定の講習・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。

この度は、ボツリヌストキシン療法研究会の講習・実技セミナーを、下記の要領にて企画致しましたので、ご案内申し上げます。

※プログラムの関係上、遅れて会場に到着された場合、ご参加いただけない場合ございますので、その旨予めご了承いただけます様お願い申し上げます。

敬具

－ 記 －

講　師：東邦大学医学部附属大橋病院　神経内科　高宮 清之 先生
日　時：平成17年6月2日（木）午後3時30分～午後5時
会　場：メルパルク名古屋
住所：愛知県名古屋市東区葵3－16－16
電話：052－937－3535
交通：JR・地下鉄千種駅1番出口または、地下鉄車道駅3番出口より徒歩1分

平成17年5月 吉日

ボツリヌストキシン療法研究会事務局
アラガン株式会社
TEL:03-5402-8996　FAX:03-5402-8596

ボトックス注100講習・実技セミナープログラム

1．眼瞼痙攣・片側顔面痙攣について　　高宮 清之 先生

1）ボトックスとは

2）概　要

3）診　断

4）治療に必要な解剖

5）治療法

●従来の治療法

●ボツリヌス療法（用法・用量／使用上の注意等）

2．治療の実際

1）投与手技（ビデオ：8分）

2）調製・失活（ビデオ：8分）

3．ボトックス注100使用成績調査の実施について（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．質疑応答（10分）

第28回 日本顔面神経研究会プログラム・抄録

平成17年5月21日　印刷
平成17年5月21日　発行

編集・発行　第28回日本顔面神経研究会　事務局
会長　山本　纐子
〒470-1192　愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98
藤田保健衛生大学　神経内科

印刷所　竹田印刷株式会社
〒466-8512　愛知県名古屋市昭和区白金1-11-10
TEL 052-871-6354　FAX 052-872-1488

MEMO



糖尿病合併高血圧患者さんに。

A-Ⅱアンタゴニスト

ニューロタン®錠50

NU-LOTAN®

（ロサルタンカリウム錠）〈薬価基準収載〉

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

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
（3）重篤な肝障害のある患者

効能・効果　高血圧症

用法・用量

通常、成人にはロサルタンカリウムとして25～50mg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が、1日100mgまで増量できる。

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）両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者（2）高カリウム血症の患者（3）重篤な腎機能障害のある患者（4）肝機能障害又はその既往のある患者　（5）脳血管障害のある患者（6）体液量が減少している患者（7）高齢者

2. 重要な基本的注意

（1）両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者においては、腎血流量の減少や糸球体ろ過圧の低下により急速に腎機能を悪化させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。

（2）高カリウム血症の患者においては、高カリウム血症を増悪させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。また、腎機能障害、コントロール不良の糖尿病等により血清カリウム値が高くなりやすい患者では、高カリウム血症が発現するおそれがあるので、血清カリウム値に注意すること。

（3）本剤の投与によって、**一過性の血圧低下（ショック症状、意識喪失、呼吸困難等を伴う）を起こすおそれがあるので、そのような場合には投与を中止し適切な処置を行うこと。また、特に次の患者では投与は少量より開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に行うこと。**

ア.利尿降圧剤投与中の患者　イ.厳重な減塩療法中の患者
ウ.血液透析中の患者

（4）降圧作用に基づくめまい、ふらつきがあらわれることがあるので、高所作業、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。

（5）手術前24時間は投与しないことが望ましい。

（6）本剤を含むアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬投与中にまれに肝炎等の重篤な肝障害があらわれたとの報告がある。肝機能検査を実施するなど、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。

3. 相互作用　〔併用注意〕（併用に注意すること）

カリウム保持性利尿剤：スピロノラクトン、トリアムテレン等
カリウム補給剤：塩化カリウム

4. 副作用

臨床試験（治験）

国内で実施された臨床試験で副作用が報告されたのは709例中71例（10.0%）であり、主な副作用は頭痛13件（1.8%）、めまい9件（1.3%）、嘔吐・嘔気6件（0.8%）、ほてり5件（0.7%）であった。また、主な臨床検査値異常は、ALT（GPT）上昇19件（2.7%）、AST（GOT）上昇15件（2.1%）、CK（CPK）上昇15件（2.7%）、総コレステロール上昇11件（1.6%）、LDH上昇10件（1.4%）、赤血球減少10件（1.4%）であった。なお、65歳以上の高齢者における副作用発現率は9.6%（156例中15例）で、65歳未満の非高齢者群（553例中56例、10.1%）と同様であり、主な副作用はめまい4件（2.6%）及び頭痛2件（1.3%）であった。

（1）重大な副作用（すべて頻度不明）

次のような副作用があらわれることがあるので、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。

1）アナフィラキシー様症状：不快感、口内異常感、発汗、蕁麻疹、呼吸困難、全身潮紅、浮腫等が症状としてあらわれることがあるので観察を十分に行うこと。

2）血管浮腫：顔面、口唇、咽頭、舌等の腫脹が症状としてあらわれることがあるので観察を十分に行うこと。

3）急性肝炎または劇症肝炎

4）腎不全

5）失神・意識喪失：血圧低下に伴う一過性のショック症状があらわれることがある。

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。また、横紋筋融解症による急性腎不全の発症に注意すること。

7）高カリウム血症：重篤な高カリウム血症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、直ちに適切な処置を行うこと。

8）不整脈：心室性期外収縮、心房細動等の不整脈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、直ちに適切な処置を行うこと。

9）汎血球減少、白血球減少、血小板減少：汎血球減少、白血球減少、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、直ちに適切な処置を行うこと。

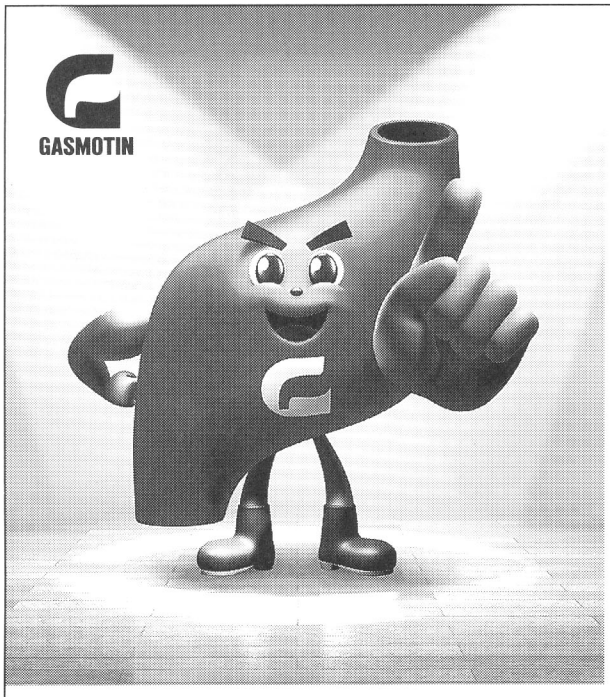
※本剤のご使用にあたり、【使用上の注意】等詳細については、製品添付文書をご参照ください。

BANYU
A subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

製造販売元【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/

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

2005年1月作成 12-05CZR05-J-5A02J



消化管運動促進剤

指定医薬品

ガスモチン® 錠5mg 錠2.5mg 散

〈クエン酸モサプリド製剤〉

GASMOTIN®

■薬価基準収載

特　徴

1. セロトニン5-HT_4受容体の選択的刺激作用.〔in vitro, イヌ〕
2. 食前・食後投与が可能.
3. 薬効は速やかに発現.
4. ドパミンD_2受容体遮断作用はない.（マウス, ラット, イヌ）
5. 慢性胃炎に伴う消化器症状（胸やけ, 悪心・嘔吐）の改善に有用.
6. 承認時の副作用発現率は4.0%（40例/998例）.
   その主なもの ; 下痢・軟便1.8%（18件）, 口渇0.5%（5件）, 倦怠感0.3%（3件）等.
   承認時の臨床検査値の異常変動は3.8%（30例/792例）.
   その主なもの ; 好酸球増多1.1%（6件/528例）, 中性脂肪の上昇1.0%（5件/511例）, AST（GOT）上昇0.4%（3件/770例）, ALT（GPT）上昇0.4%（3件/768例）, ALP上昇0.4%（3件/740例）, γ-GTP上昇0.4%（3件/719例）, BUN上昇0.4%（3件/730例）等.
   重大な副作用 ; 劇症肝炎, 肝機能障害, 黄疸（いずれも0.1%未満）.

■効能・効果

慢性胃炎に伴う消化器症状（胸やけ, 悪心・嘔吐）

■用法・用量

通常, 成人には, クエン酸モサプリド無水物として1日15mgを3回に分けて食前または食後に経口投与する.

■使用上の注意

1. 重要な基本的注意

一定期間（通常2週間）投与しても消化器症状の改善がみられない場合, 長期にわたって漫然と投与しないこと.

2. 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
抗コリン作用を有する薬剤 硫酸アトロピン 臭化ブチルスコポラミン 等	本剤の作用が減弱する可能性があるので, 抗コリン剤を服用する場合は, 服用間隔をあけるなど注意すること.	本剤の消化管運動の促進作用は, コリン作動性神経の賦活により発現するため, 抗コリン剤の併用により本剤の作用が抑制される.

3. 副作用

998例中40例（4.0%）に副作用がみられた. その主なものは下痢・軟便（1.8%）, 口渇（0.5%）, 倦怠感（0.3%）等であった. 臨床検査値では792例中30例（3.8%）に異常変動がみられた. その主なものは好酸球増多（1.1%）, 中性脂肪の上昇（1.0%）, AST（GOT）, ALT（GPT）, ALPおよびγ-GTPの上昇（各0.4%）等であった.（承認時）

(1)重大な副作用

劇症肝炎, 肝機能障害, 黄疸（いずれも0.1%未満）

劇症肝炎, 著しいAST（GOT）, ALT（GPT）, γ-GTPの上昇等を伴う重篤な肝機能障害, 黄疸があらわれることがあり, 死亡に至った例もあるので, 観察を十分に行い, 異常が認められた場合には, 直ちに投与を中止し, 適切な処置を行うこと.

(2)その他の副作用

分類	0.1～5%未満	頻度不明
過敏症	浮腫	発疹, 蕁麻疹
血液	好酸球増多, 白血球減少	
消化器	下痢・軟便, 口渇, 腹痛, 嘔気・嘔吐, 味覚異常	腹部膨満感, 口内しびれ感（舌, 口唇等を含む）
肝臓	AST（GOT）, ALT（GPT）, ALP, γ-GTP, ビリルビンの上昇	
循環器	心悸亢進	
精神神経系	めまい・ふらつき, 頭痛	
その他	倦怠感, 中性脂肪の上昇	振戦

※その他の使用上の注意等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〕
大日本製薬
〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

2004年12月作成



【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

【効能又は効果】
高血圧症

【用法及び用量】
通常、成人にはバルサルタンとして40～80mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状に応じて適宜増減するが、1日160mgまで増量できる。

【使用上の注意】（一部抜粋）

1.慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）
(1)両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者（「2.重要な基本的注意」(1)の項参照）
(2)高カリウム血症の患者（「2.重要な基本的注意」(2)の項参照）
(3)重篤な腎機能障害のある患者〔腎機能障害を悪化させるおそれがあるため、血清クレアチニン値が3.0mg/dL以上の場合には、投与量を減らすなど慎重に投与すること。〕
(4)肝障害のある患者、特に胆汁性肝硬変及び胆汁うっ滞のある患者〔本剤は主に胆汁中に排泄されるため、これらの患者では血中濃度が上昇するおそれがあるので用量を減らすなど慎重に投与すること。外国において、軽度～中等度の肝障害患者でバルサルタンの血漿中濃度が、健康成人と比較して約2倍に上昇することが報告されている。〕
(5)脳血管障害のある患者〔過度の降圧が脳血流不全を引き起こし、病態を悪化させるおそれがある。〕
(6)高齢者

2.重要な基本的注意
(1)両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者においては、腎血流量の減少や糸球体濾過圧の低下により急速に腎機能を悪化させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、投与は避けること。
(2)高カリウム血症の患者においては、高カリウム血症を増悪させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、投与は避けること。
また、腎機能障害、コントロール不良の糖尿病等により血清カリウム値が高くなりやすい患者では、高カリウム血症が発現するおそれがあるので、血清カリウム値に注意すること。
(3)本剤の投与によって、初回投与後、一過性の急激な血圧低下（失神及び意識消失等を伴う）を起こすおそれがあるので、そのような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、特に次の患者では低用量から投与を開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に行うこと。
1）血液透析中の患者
2）利尿降圧剤投与中の患者〔特に重度のナトリウムないし体液量の減少した患者（まれに症候性の低血圧が生じることがある）〕
3）厳重な減塩療法中の患者
(4)本剤を含むアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬投与中に肝炎等の重篤な肝障害があらわれたとの報告がある。肝機能検査を実施する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。
(5)手術前24時間は投与しないことが望ましい。
(6)降圧作用に基づくめまい、ふらつきがあらわれることがあるので、高所作業、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。

3.相互作用
併用注意（併用に注意すること）
薬剤名等
カリウム保持性利尿剤：スピロノラクトン、トリアムテレン等　カリウム補給製剤：塩化カリウム（血清カリウム値が上昇することがあるので血清カリウム濃度に注意する。）

4.副作用
承認時までの調査556例中、自他覚症状が68例（12.2%）、臨床検査値異常が58例（10.4%）、計120例（21.6%）に副作用が認められた。主な自他覚症状は、めまい14件（2.5%）、腹痛9件（1.6%）、咳嗽7件（1.3%）等であった。また、主な臨床検査値異常は、ALT（GPT）上昇18件（3.2%）、CK（CPK）上昇17件（3.1%）、AST（GOT）上昇14件（2.5%）等であった。
市販後の使用成績調査6,478例中、自他覚症状が324例（5.0%）、臨床検査値異常が214例（3.3%）、計502例（7.7%）に副作用が認められた。主な自他覚症状は、めまい57件（0.9%）、頭痛24件（0.4%）、動悸10件（0.2%）等であった。また、主な臨床検査値異常は、血中尿酸値上昇33件（0.5%）、BUN上昇30件（0.5%）、血清クレアチニン上昇27件（0.4%）等であった。
（承認時まで及び市販後2003年5月までの集計）
(1)**重大な副作用**
次のような副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、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。
1)**血管浮腫**（頻度不明）：顔面、口唇、咽頭、舌の腫脹等が症状としてあらわれることがあるので観察を十分に行うこと。
2)肝炎（頻度不明）
3)**腎不全**（頻度不明）
4)**高カリウム血症**（0.1%未満）：重篤な高カリウム血症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、直ちに適切な処置を行うこと。
5)**ショック、失神、意識消失**（頻度不明）：ショック、血圧低下に伴う失神、意識消失があらわれることがあるので、観察を十分に行い、冷感、嘔吐、意識消失等があらわれた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。特に血液透析中、厳重な減塩療法中、利尿降圧剤投与中の患者では低用量から投与を開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に行うこと。
6)**血小板減少**（0.1%未満）
7)**間質性肺炎**（頻度不明）：発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常等を伴う間質性肺炎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、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。
8)**低血糖**（頻度不明）：低血糖があらわれることがある（糖尿病治療中の患者であらわれやすい）ので、観察を十分に行い、脱力感、空腹感、冷汗、手の震え、集中力低下、痙攣、意識障害等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。

その他の使用上の注意等詳細については、製品添付文書をご覧ください。

選択的AT1受容体ブロッカー
ディオバン®錠 160mg 80mg 40mg
薬価基準収載
指定医薬品　処方せん医薬品　注意－医師等の処方せんにより使用すること
DIOVAN® バルサルタン錠

ディオバン錠 160mg 新発売

NOVARTIS

製造販売
ノバルティス ファーマ 株式会社
東京都港区西麻布4-17-30　〒106-8618

（資料請求先）
NOVARTIS DIRECT
0120-003-293
受付時間：月～金 9:00～18:00
www.diovan.jp

2005年4月作成



セロトニン作動性抗不安薬

劇薬・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）

セディール®錠 5 10

Sediel®（クエン酸タンドスピロン）

薬価基準収載

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意等につきましては製品添付文書をご覧ください。

住友製薬

製造発売元　（資料請求先）

住友製薬株式会社

〒541-8510 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

〈製品に関するお問い合わせ先〉

くすり情報センター

TEL:0120-03-4389

受付時間／月～金9:00～17:30(祝・祭日を除く

http://e-medicine.sumitomopharm.co.j



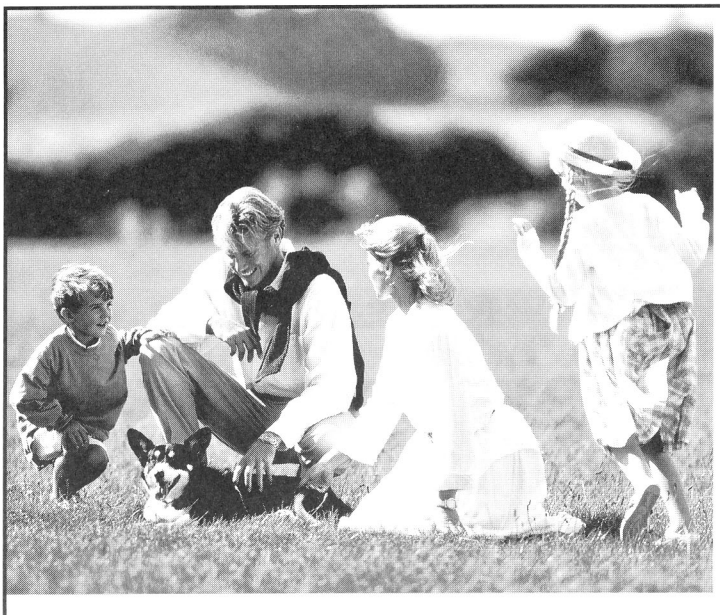
製造発売元＜資料請求先＞
日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号

Lilly Answers
日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口
0120-360-605（医療関係者向け）
受付時間 8:45～17:30（月～金）

医療関係者向けペルマックス情報提供サイト
www.permax.jp
一般の方向けパーキンソン病情報提供サイト
www.parkinsons.co.jp

Lilly

PMX－A009（R0）
2004年1月作成



指定医薬品 H_2受容体拮抗剤（ニザチジン製剤）薬価基準収載

アシノン®カプセル75
アシノン®カプセル150
Acinon®

［効能・効果］

	75mgカプセル	150mgカプセル
胃潰瘍，十二指腸潰瘍，逆流性食道炎	○	○
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	○	－

胃炎に Acinon

●使用上の注意等の詳細については、製品添付文書をご参照ください。

〔製造発売元〕〒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

Lilly アメリカ・インジアナポリス
イーライリリー社提携

パーキンソン病治療剤
劇薬 覚せい剤原料 指定医薬品 処方せん医薬品
エフピー®錠2.5

便秘治療剤
ヨーデル®S糖衣錠-80

薬価基準収載
● 効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕
藤本製薬株式会社 医薬情報室
〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル
フリーダイヤル:0120-545-427（大阪本社）
URL:http://www.fujimoto-pharm.co.jp/ Hj

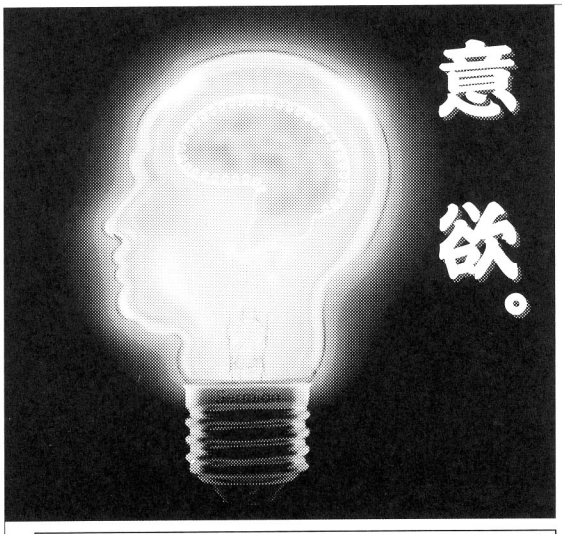


オキサセフェム系抗生物質製剤
指定医薬品，処方せん医薬品注1)
フルマリン®
静注用0.5g・1g，キット静注用1g
注射用フロモキセフナトリウム Flumarin® 略号 FMOX
注1）注意－医師等の処方せんにより使用すること

■ 薬価基準収載
■「効能・効果」,「用法・用量」,「禁忌」,「原則禁忌」,「使用上の注意」等については添付文書等をご参照下さい。

2005年3月作成 B52 ®:登録商標

発売［資料請求先］
シオノギ製薬
大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045
電話0120-956-734（医薬情報センター）
http://www.shionogi.co.jp/med/



【禁忌（次の患者には投与しないこと）】
頭蓋内出血後、止血が完成していないと考えられる患者
〔出血を助長するおそれがある。〕

効能・効果

脳梗塞後遺症に伴う慢性脳循環障害による意欲低下の改善

用法・用量

ニセルゴリンとして、通常成人1日量15mgを3回に分けて経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。
（参考：1日量剤形換算）

	成人1日量（15mg）
サアミオン錠	3錠
サアミオン散	1.5g

用法・用量に関連する使用上の注意

本剤の投与期間は、臨床効果及び副作用の程度を考慮しながら慎重に決定するが、投与12週で効果が認められない場合には投与を中止すること。

使用上の注意

1.副作用　臨床試験（治験）：総症例1,017例中、副作用が報告されたのは28例（2.75%）で、主な副作用は食欲不振4例(0.39%)、下痢4例(0.39%)、便秘3例(0.29%)等であった。　使用成績調査（1988年6月～1994年3月）：総症例11,939例中、副作用が報告されたのは56例（0.47%）で、主な副作用は悪心9例(0.08%)、発疹7例（0.06%）、頭痛6例(0.05%)、AST(GOT)・ALT(GPT)の上昇6例(0.05%)、食欲不振4例(0.03%)、便秘4例(0.03%)、腹痛4例(0.03%)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。　**消化器** 0.1%未満：食欲不振、下痢、便秘、悪心、腹痛、口渇　**肝臓** 頻度不明：肝機能障害　**循環器** 0.1%未満：めまい、立ちくらみ、動悸、ほてり　**精神神経系** 0.1%未満：眠気、倦怠感、頭痛、耳鳴、不眠　**過敏症** 0.1%未満：発疹、蕁麻疹、瘙痒

2.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。

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。〔動物実験（ラット）で次世代の発育抑制が報告されている。〕　2）授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合は授乳を避けさせること。〔動物実験(ラット)で乳汁中へ移行することが報告されている。〕

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）。

●使用上の注意については、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。

脳循環・代謝改善剤　薬価基準収載

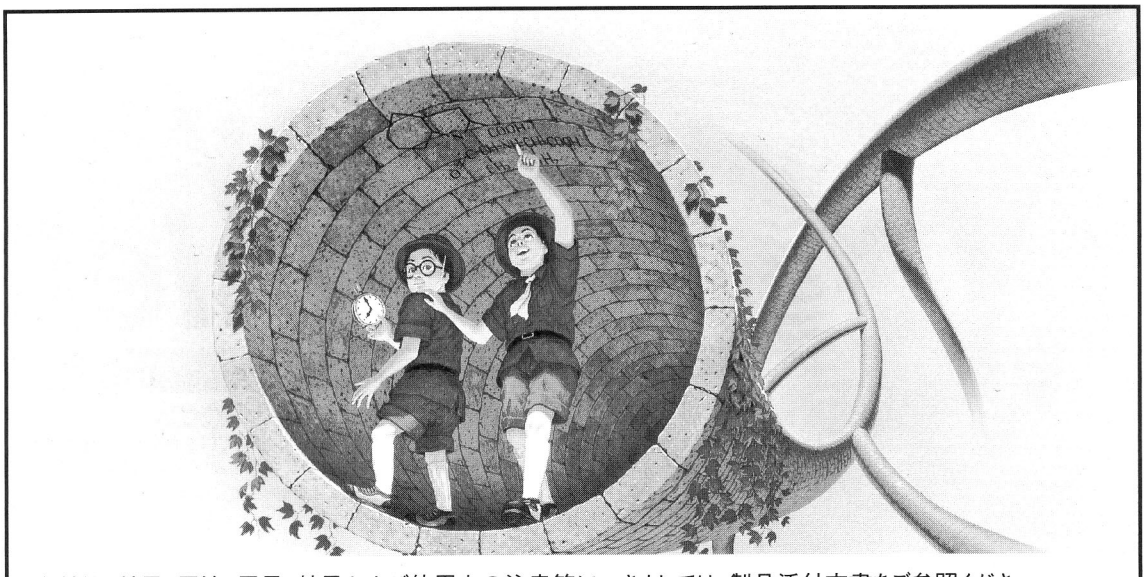
サアミオン®錠・散

Sermion®（ニセルゴリン製剤）

指定医薬品　処方せん医薬品（注意－医師等の処方せんにより使用すること）

（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

2005年4月作成



★効能・効果、用法・用量、禁忌および使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

持続性組織ACE阻害剤　薬価基準収載

指定医薬品/要指示医薬品※

コバシル®錠 2mg 4mg

一般名：ペリンドプリルエルブミン（perindopril erbumine）
※注意－医師等の処方せん・指示により使用すること

製造発売元
いのち、ふくらませそう。
第一製薬株式会社
資料請求先
〒103-8234 東京都中央区日本橋三丁目14番10号
ホームページアドレス
http://www.daiichipharm.co.jp/

提携先
SERVIER
レ ラボラトワール セルヴィエ フランス

110×150　エ04



AstraZeneca

片頭痛治療薬／5-HT1B/1D受容体作動薬

ゾーミッグ®RM錠2.5mg

Zomig®RM ゾルミトリプタン口腔内速溶錠

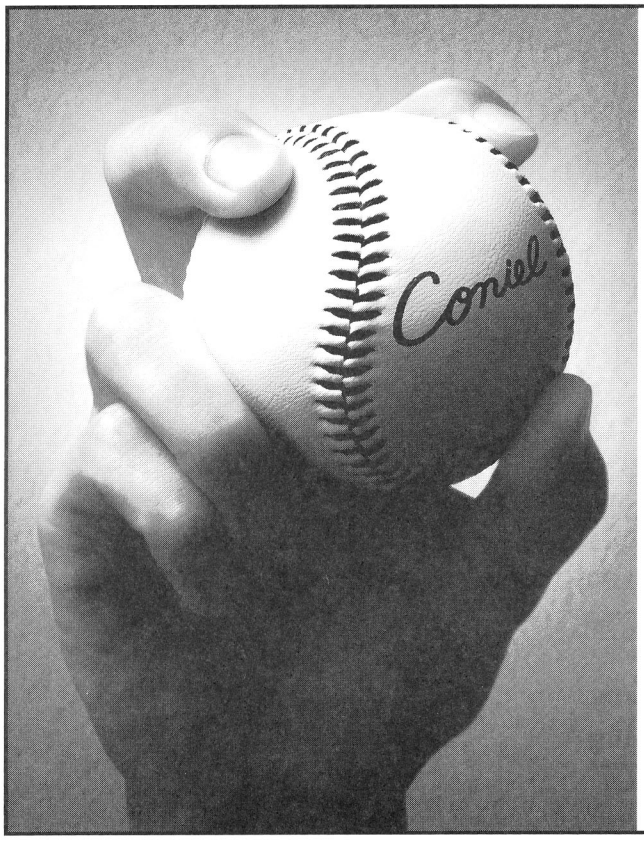
劇薬、指定医薬品、処方せん医薬品注) | 薬価基準収載

注）注意－医師等の処方せん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、効能・効果に関連する使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意については、製品添付文書をご参照下さい。

製造販売元（資料請求先） アストラゼネカ株式会社 大阪市北区大淀中1丁目1番88号

2005年4月作成



Play Coniel

高血圧症・狭心症治療剤（持続性Ca拮抗薬）

劇薬／指定医薬品／処方せん医薬品* 〈薬価基準収載〉

コニール®錠 2·4·8

Coniel Tablets 塩酸ベニジピン製剤2mg·4mg·8mg錠

*注意－医師等の処方せんにより使用すること

*「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。

KYOWA

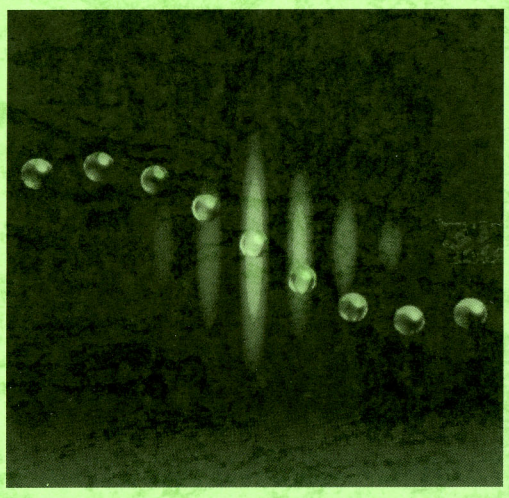
製造販売元 〔資料請求先〕

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/

05.04.



脳血栓症(急性期)に伴う運動障害の改善に

トロンボキサン合成酵素阻害剤

指定医薬品
要指示医薬品注)

注射用カタクロット®20mg

注射用オザグレルナトリウム　CATACLOT®

薬価基準収載

指定医薬品
要指示医薬品注)

注射用カタクロット®40mg

注射用オザグレルナトリウム　CATACLOT®

薬価基準収載

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)出血している患者：出血性脳梗塞、硬膜外出血、脳内出血又は原発性脳室内出血を合併している患者〔出血を助長する可能性がある。〕

(2)脳塞栓症の患者〔脳塞栓症の患者は出血性脳梗塞が発現しやすい。〕

(3)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)脳塞栓症のおそれのある患者：心房細動、心筋梗塞、心臓弁膜疾患、感染性心内膜炎及び瞬時完成型の神経症状を呈する患者〔脳塞栓症の患者は出血性脳梗塞が発現しやすい。〕

(2)重篤な意識障害を伴う大梗塞の患者〔大梗塞の患者は出血性脳梗塞が発現しやすい。〕

■効能・効果

1.クモ膜下出血術後の脳血管攣縮およびこれに伴う脳虚血症状の改善　2.脳血栓症(急性期)に伴う運動障害の改善

■用法・用量

1.**クモ膜下出血術後の脳血管攣縮およびこれに伴う脳虚血症状の改善**には 通常成人に、オザグレルナトリウムとして1日量80mgを適当量の電解質液または糖液に溶解し、24時間かけて静脈内に持続投与する。投与はクモ膜下出血術後早期に開始し、2週間持続投与することが望ましい。なお、年齢、症状により適宜増減する。　2.**脳血栓症(急性期)に伴う運動障害の改善**には通常成人に、オザグレルナトリウムとして1回量80mgを適当量の電解質液または糖液に溶解し、2時間かけて1日朝夕2回の持続静注を約2週間行う。なお、年齢、症状により適宜増減する。

■使用上の注意(抜粋)

1.慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)出血している患者：消化管出血、皮下出血等〔出血を助長する可能性がある。〕 (2)出血の可能性のある患者：脳出血の既往歴のある患者、重症高血圧患者、重症糖尿病患者、血小板の減少している患者等〔出血を助長する可能性がある。〕 (3)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)　**2.重要な基本的注意**　本剤の投与により**出血性脳梗塞、硬膜外出血、脳内出血**を助長する可能性があるので、救急処置のとれる準備を行い投与すること。また、臨床症状及びコンピューター断層撮影による観察を十分に行い、出血が認めら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.相互作用 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等　**抗血小板剤**(チクロピジン)、**血栓溶解剤**(ウロキナーゼ)、**抗凝血剤**(ヘパリン、ワルファリン)

4.副作用〈クモ膜下出血術後の脳血管攣縮およびこれに伴う脳虚血症状の改善〉 副作用集計の対象となった2,579例中252例(9.77%)に312件の副作用が認められた。主なものはAST(GOT)・ALT(GPT)上昇などの肝機能障害111例(4.30%)、硬膜外血腫・脳内出血・消化管出血・皮下出血などの出血性の副作用112件(4.34%)、発疹11件(0.43%)、発熱9件(0.35%)などである。(再審査終了時)　**〈脳血栓症(急性期)に伴う運動障害の改善〉** 副作用集計の対象となった6,851例中299例(4.36%)に388件の副作用が認められた。主なものはAST(GOT)・ALT(GPT)上昇などの肝機能障害143例(2.09%)、出血性脳梗塞・脳出血・消化管出血・皮下出血などの出血性の副作用81件(1.18%)、発疹22件(0.32%)、BUN上昇13件(0.19%)、貧血11件(0.16%)などである。(再審査終了時)　**(1)重大な副作用**　1)**出血〈クモ膜下出血術後の脳血管攣縮およびこれに伴う脳虚血症状の改善〉**では**出血性脳梗塞・硬膜外血腫・脳内出血**(1.67%)、**消化管出血**(0.47%)、**皮下出血**(0.81%)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すること。〔血小板凝集能を抑制するため〕**〈脳血栓症(急性期)に伴う運動障害の改善〉**では**出血性脳梗塞・硬膜外血腫・脳内出血**(0.47%)、**消化管出血**(0.12%)、**皮下出血**(0.10%)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すること。〔血小板凝集能を抑制するため〕 2)**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(いずれも頻度不明)を起こすことがあるので、観察を十分に行い、血圧低下、呼吸困難、喉頭浮腫、冷感等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。 3)**肝機能障害、黄疸**　著しいAST(GOT)・ALT(GPT)の上昇等を伴う重症な肝機能障害(0.01%)、黄疸(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、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。 4)**血小板減少**　血小板減少(0.06%)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減量又は投与を中止すること。 5)**白血球減少、顆粒球減少**　白血球減少、顆粒球減少(頻度不明)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、適切な処置を行うこと。発症時には発熱や悪寒等がみられることが多いので、これらの症状があらわれた時は本症を疑い血液検査を行うこと。 6)**腎機能障害**　重篤な腎機能障害(急性腎不全等)があらわれることがある(頻度不明)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。なお、腎機能障害時には血小板減少を伴うことが多い。

●効能・効果により用法・用量が異なりますのでご注意ください。

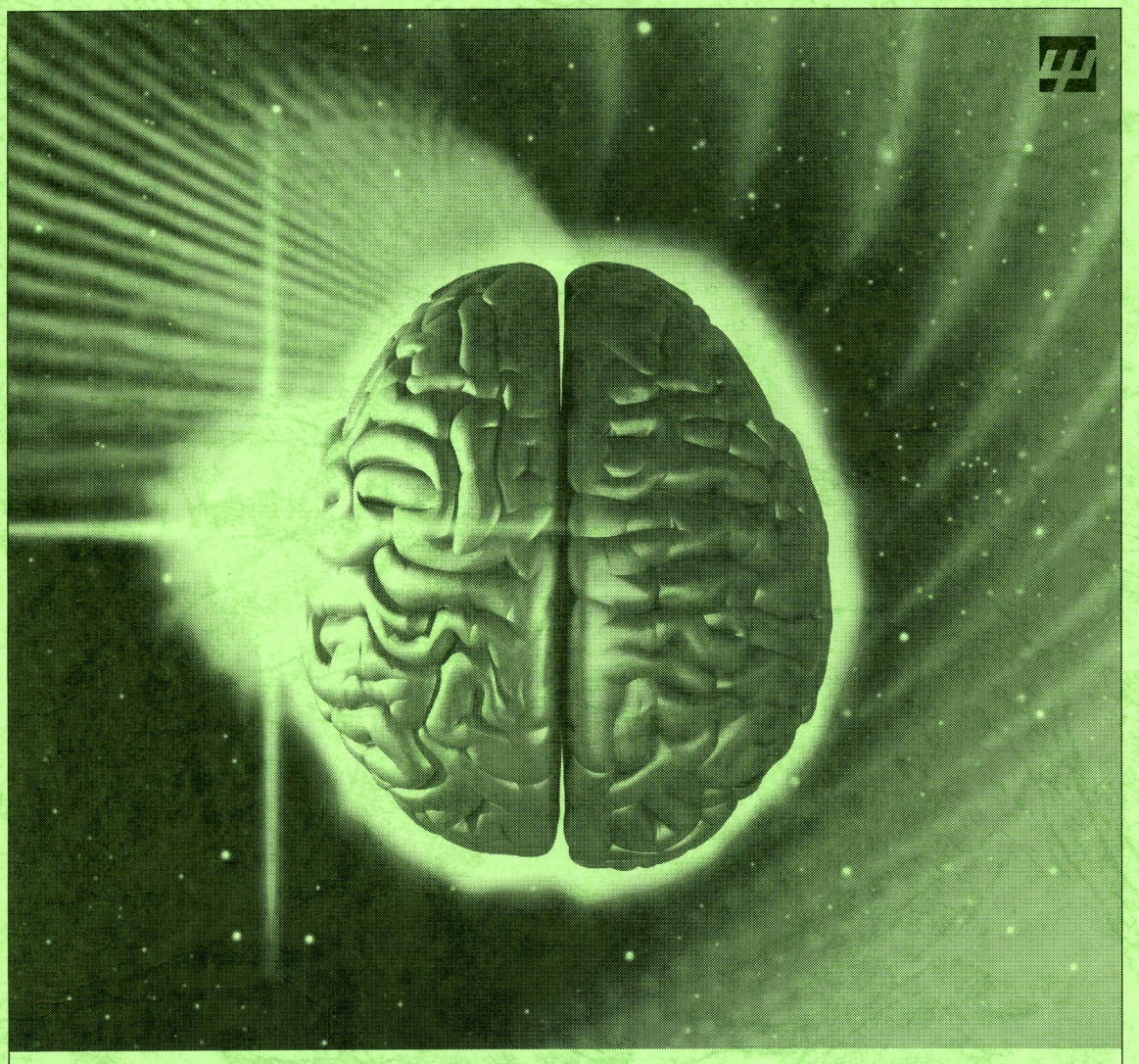
●その他の使用上の注意、用法・用量等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

資料請求先

小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

030901



脳保護剤（フリーラジカルスカベンジャー）

ラジカット®注30mg

エダラボン注射剤

RADICUT® inj. 30mg

指定医薬品、要指示医薬品注）　薬価基準収載

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〉〈効能・効果〉〈用法・用量〉〈使用上の注意〉等の詳細については、製品添付文書をご参照ください。

製造発売元
三菱ウェルファーマ株式会社
大阪市中央区平野町2-6-9
〈資料請求先〉製品情報部　〒541-0047 大阪市中央区淡路町2-5-6

RC-(B5)2004年1月作成