

第 33 回 日 本 顔 面 神 経 研 究 会 プログラム・予稿集

平成22年 5 月27日（木）・28日（金）

福岡大学 8 号館831号教室

会長 中川 尚志

福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室

ご 挨 拶

第33回日本顔面神経研究会を福岡大学の担当で開催させていただくことになり、大変、光栄に存じております。九州での本研究会の開催は1983年に長崎大の隈上教授が主催された第6回以来2回目、27年ぶりです。開催にあたり、第33回日本顔面神経研究会会長としてご挨拶申し上げます。

顔面神経麻痺は非治癒例になったときに社会性の低下を招きます。治療にあたる医師としては、根拠に基づいた予後診断による予後不良例でいかに後遺障害を減らすか、不幸なことに後遺障害が生じた場合、どのような対応が可能であるかなどの知識が必要です。そこで以下のような企画を予定しました。開催日前日午後に帝京大学リハビリ科の栢森良二先生^{かや}の企画による第1回顔面神経麻痺リハビリテーション技術講習会を行います。専門外の先生方にもわかりやすいように工夫された講習会です。パネルディスカッションとして「顔面神経麻痺に対する整容改善手術」を当大学形成外科の大慈弥裕之先生にお願いしました。一般的な症例や難治症例を具体的に呈示して頂き、非治癒例や後遺障害が生じてしまった場合の顔面神経麻痺の治療について議論する予定です。もうひとつは「側頭骨骨折への対応：顔面神経障害を中心に」を次期会長であります日大耳鼻科の池田稔先生にコーディネートして頂きました。外傷とくに側頭骨骨折に伴う顔面神経麻痺は治療方針のコンセンサスが確立していません。日常診療に示唆を与えていただけるものと期待しています。

ランチョンセミナーはYonsei大学のWon Sang Lee先生に「内耳道内の顔面神経鞘腫の診断と手術」について講演して頂きます。また「顔面神経麻痺に対する鍼灸医学的アプローチ」を福岡大学病院東洋医学診療部の向野義人先生が鍼灸治療の基礎的知識とあわせてお話しして下さいます。顔面神経麻痺の患者さんが鍼灸治療を受けたとよく耳にしますが、東洋医学の立場から顔面神経麻痺をどのようにみるかを知っておられる先生方は少ないと思います。

ご存知のように福岡は玄界灘や対馬海峡の新鮮な魚やラーメン、焼き鳥など食が豊富な土地柄であります。会員の皆さんにとって有意義な、思い出深い2日間になるよう、心より願っております。

第33回日本顔面神経研究会 会長
福岡大学医学部耳鼻咽喉科学講座
中川 尚志

ご 案 内

■会 期

平成22年 5月27日(木)・28日(金)

■会 場 福岡大学 8号館 831号教室

〒814-0180 福岡市城南区七隈八丁目19番1号

■参加費

- ・医師10,000円
- ・コメディカル5,000円(但しリハビリ講習会参加者は2,000円)
- ・学生および研修医の方は無料となります。受付で身分証をご提示下さい。

■会員懇親会

開場18:45 開宴19:00 福岡大学文系センター16階

- ・参加費は無料(研究会参加証をご持参下さい)

■その他

- ・受付は両日ともに8:00から行います。
- ・会期中は研究会参加証を着用して下さい。
- ・プログラム・予稿集は研究会当日持参して下さい。
- ・ご不明な点がございましたら、お近くのスタッフにお尋ね下さい。

■事務局

第33回日本顔面神経研究会事務局

福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室

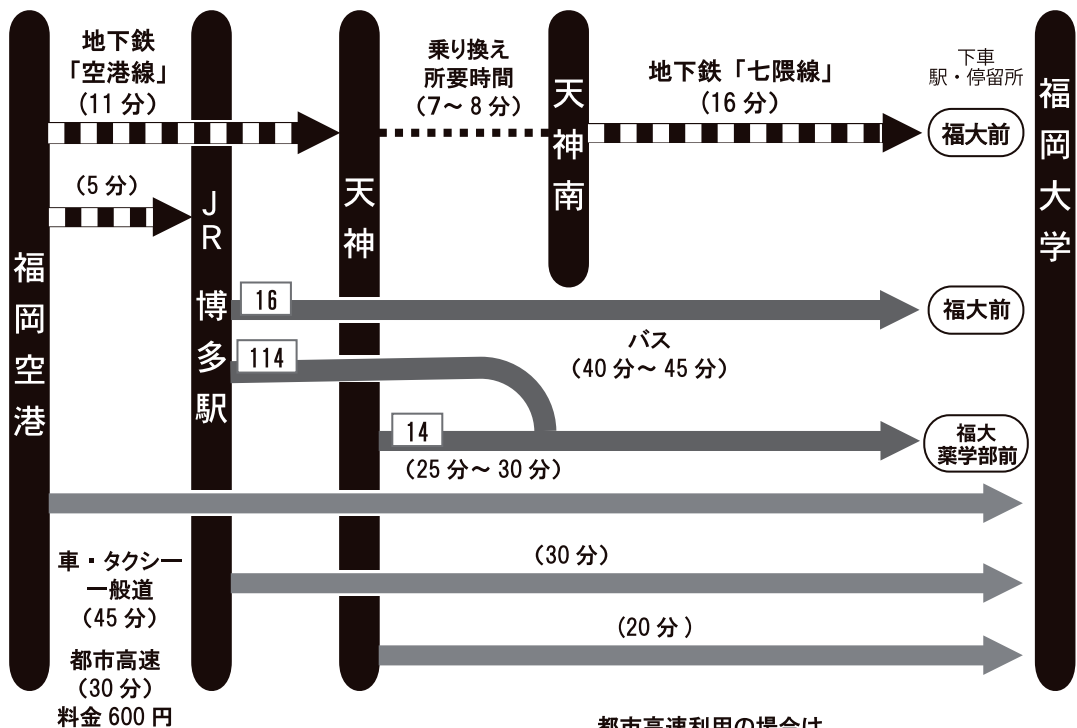
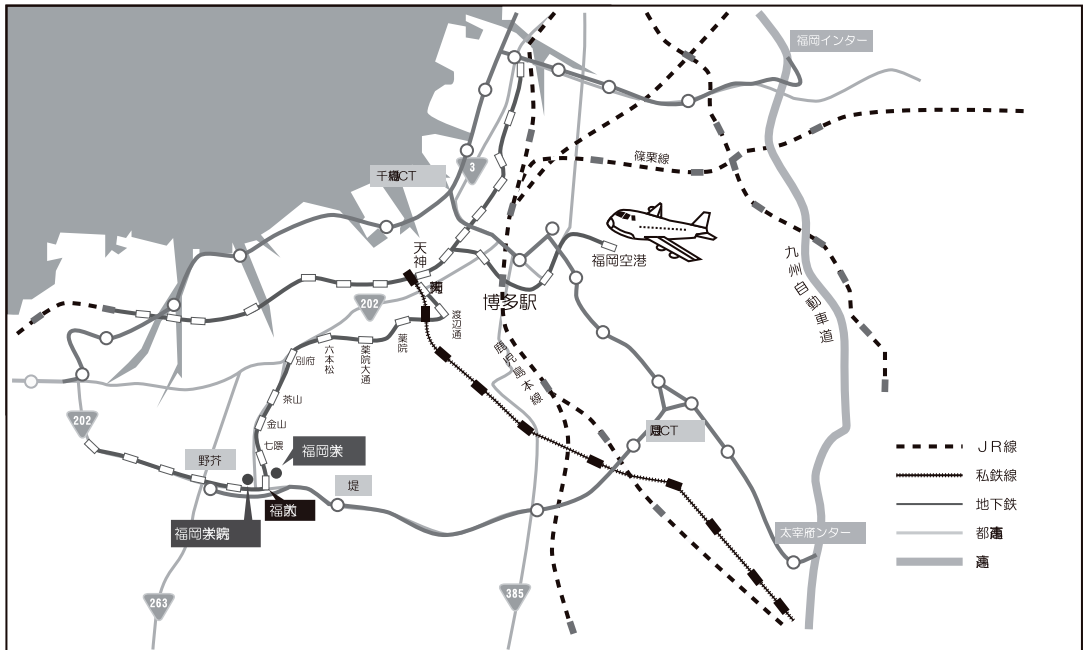
〒814-0180 福岡市城南区七隈七丁目45番1号

TEL: 092-801-1011 内線(3485) Fax: 092-863-3387

Email: fnr33@fnr.jp

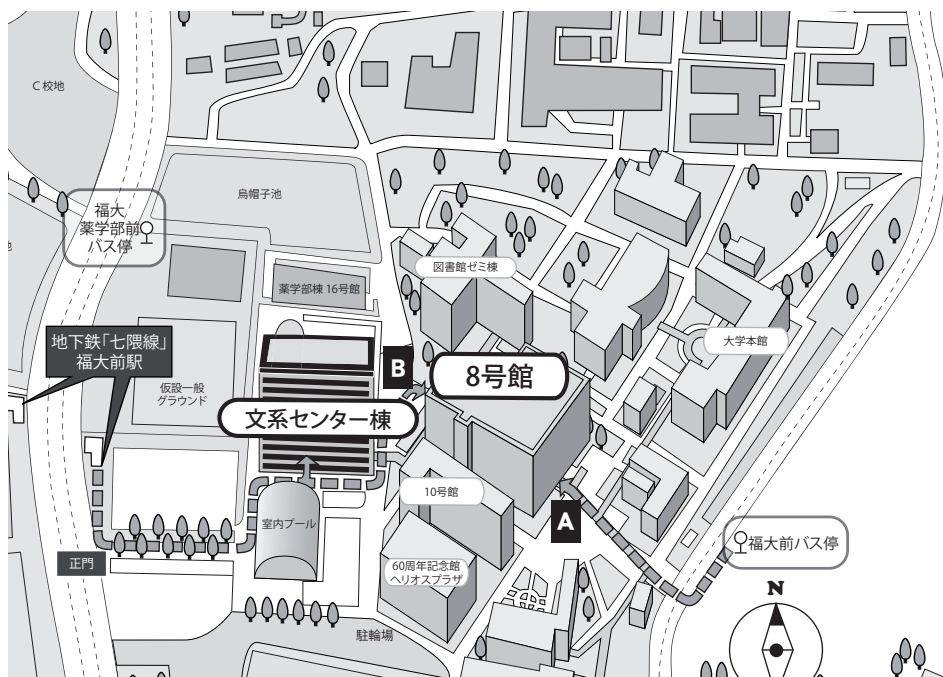
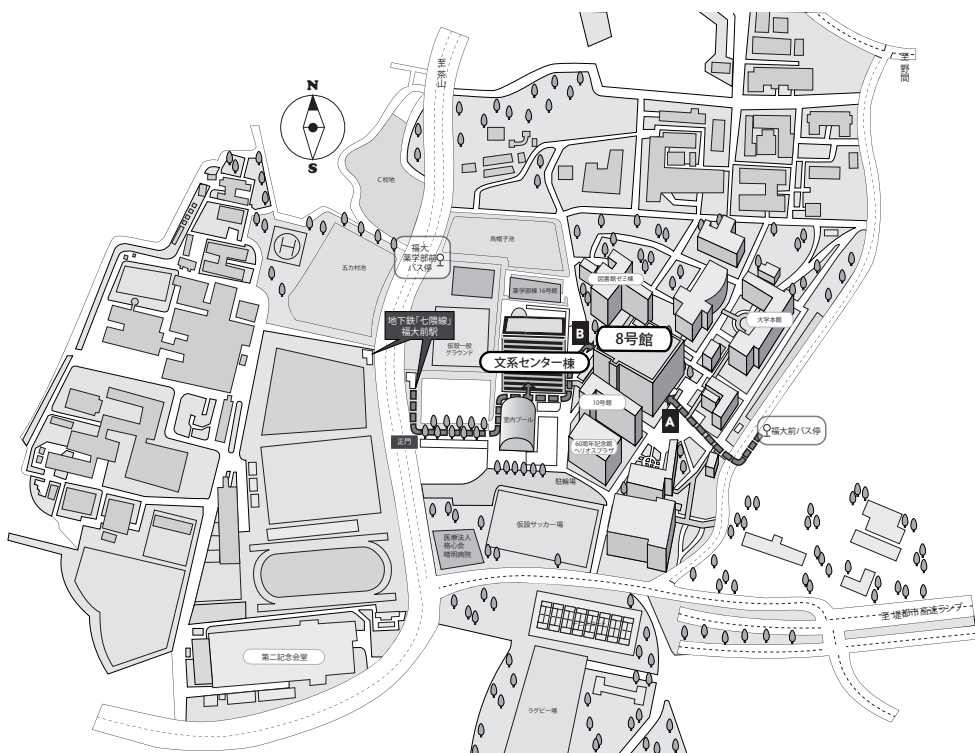
URL: <http://www.fnr33.com/>

交通アクセス



都市高速利用の場合は
「堤」もしくは「野芥」料金所で降りてください

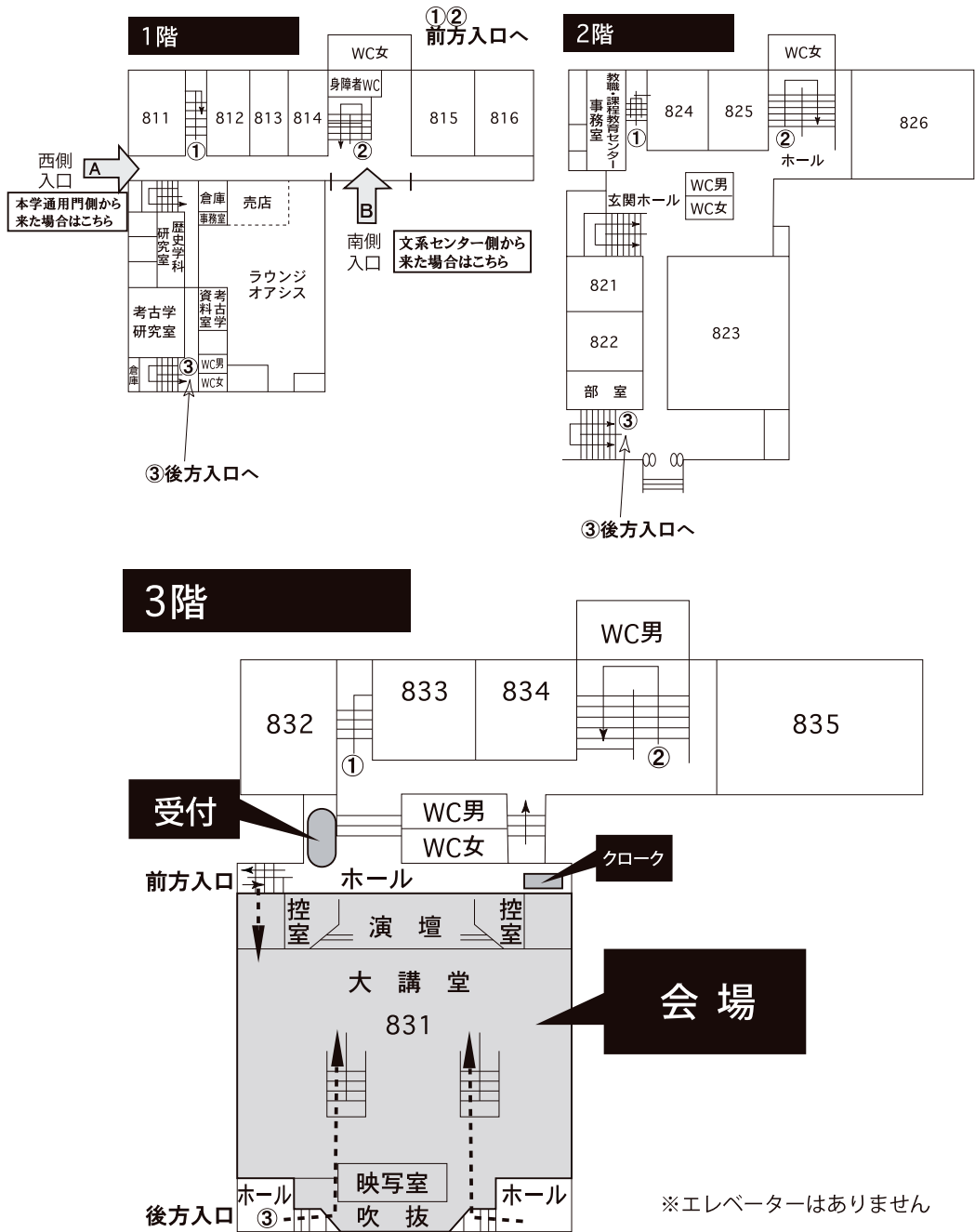
キャンパスマップ



拡大図

会場案内図

8号館 館内案内図



演者・座長・司会の先生方へ

■発表について

演者は該当群開始の30分前までに会場入り口横の演題受付にお越し下さい。

発表はPCプレゼンテーションによる口演のみで、投影スクリーンは1面となります。スライド・ビデオでの発表はできません。一般演題は口演時間7分、質疑応答3分となります。演台上にはモニター、マウスを用意しておりますので操作は発表者自身でお願い致します。

また、会場のPCはWindows XP, Vista で、Microsoft PowerPoint 2003と2007が利用可能です。文字化けなど生じないか各自、事前の確認をお願いします。使用フォントはWindowsで標準搭載されているものを使用して下さい。

データの持ち込みはUSBメモリーをご用意下さい。保存ファイル名は、プログラムに掲載されている「群番号」「演題番号」「氏名」を必ずご入力（全角）下さい。

例) 第3群 30 福岡太郎の場合は「3-30福岡太郎」となります。

会期終了後、全てのデータは学会事務局の責任において完全消去致します。なお、USBメモリーを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウィルス駆除ソフトでの確認をお願い致します。

なお、動画やMacintoshをご使用になる場合には、ご自身でPCと接続用ケーブル（Sub15ピン）をご持参ください。また、必要に応じてACアダプターのご用意もお願い致します。音声出力は対応しておりません。

■出題資格

会則により、出題者は演者・共同演者ともに日本顔面神経研究会の正会員に限りま

すので、未入会の方は至急ご入会下さい。

入会金 1,000円 年会費8,000円

■運営委員会

日 時：平成22年5月26日(水) 17：00～18：00

場 所：ホテルニューオータニ博多 3階 羽衣の間
福岡県福岡市中央区渡辺通り1-1-2
TEL: 092-714-1111

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内
TEL&FAX 03-3353-3003
E-mail: fnradmin@fnr.jp
URL: <http://www.fnr.jp/>

日 程 表

5/26(水)

13:00	顔面神経麻痺のリハビリテーション技術講習会
17:30	

5/27(木)

8:55	開会の辞
9:00	一般演題 1～18 第1群 評価(1) 第2群 評価(2) 第3群 評価(3) 第4群 評価(4) 第5群 再建・形成(1) 第6群 再建・形成(2)
12:00	
12:10	ランチョンセミナー1 「Internal Auditory Canal Mass - Unusual Tumors and Facial Nerve Schwannoma: Diagnostic Dilemma and Preserved Function」 Prof. Won Sang Lee
13:10	総会
13:40	
13:50	一般演題19～36 第7群 成績・治療など(1) 第8群 成績・治療など(2) 第9群 症例(1) 第10群 症例(2) 第11群 症例(3) 第12群 症例(4)
16:50	
17:00	パネルディスカッション1 「顔面神経麻痺に対する整容改善手術(治療)」
18:30	
	文系センター16F
19:00	会員懇親会

5/28(金)

8:30	一般演題37～57 第13群 基礎 第14群 リハビリテーション(1) 第15群 リハビリテーション(2) 第16群 成績・治療など(3) 第17群 成績・治療など(4) 第18群 成績・治療など(5) 第19群 成績・治療など(6)
12:00	
12:10	ランチョンセミナー2 「顔面神経麻痺に対する鍼灸医学的アプローチ」 向野義人
13:10	
13:20	パネルディスカッション2 「側頭骨骨折への対応：顔面神経障害を中心に」
14:50	
15:00	一般演題58～72 第20群 症例(5) 第21群 症例(6) 第22群 再建・形成(3) 第23群 再建・形成(4) 第24群 再建・形成(5)
17:30	閉会の辞

第1回顔面神経麻痺のリハビリテーション技術講習会

5月26日(水) (13:00～17:30)

【会場】 831号教室

・プログラム

1. 顔面筋と顔面神経の特殊性と急性期リハビリテーション
栢森良二 (帝京大学リハビリテーション科)
2. 顔面神経グレード分類 (Sunnybrook, 柳原, House-Brackmann)
古田 康 (手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科)
3. 慢性期リハビリテーション：症状と徴候を含める
栢森良二 (帝京大学リハビリテーション科)
4. 理学的リハビリテーションの実際とその効果について
立花慶太 (大阪労災病院リハビリテーション科)
5. 形成外科的治療：外科的リハビリテーション
上田和毅 (福島医科大学形成外科)
6. 顔面神経麻痺の中枢性リハビリテーション
栢森良二 (帝京大学リハビリテーション科)
7. 顔面神経麻痺リハビリテーションの現状
— 診療報酬からリハビリテーションの提供体制まで —
森嶋直人 (豊橋市民病院リハビリテーション科)

第33回日本顔面神経研究会プログラム

第1日目 5月27日(木)

【会場】 831号教室

開会の辞 (8:55～9:00)

会長 中川 尚志

第1群：評価1 (9:00～9:30)

座長 國弘 幸伸 (慶応大学耳鼻咽喉科)

1. 口唇圧測定による顔面神経麻痺の他覚的評価の検討

加藤由美子¹⁾、久木元延生²⁾、中里秀史²⁾、大森英生²⁾、岸 博行²⁾、池田篤生²⁾、
池田 稔²⁾、今村佳樹¹⁾
(日本大学歯学部口腔診断学¹⁾、日本大学耳鼻咽喉科²⁾)

2. 柳原40点法における各評価項目の検証

塚原桃子、濱田昌史、小田桐恭子、飯田政弘 (東海大学耳鼻咽喉科)

3. 40点法における特徴点ベクトル・スカラ解析

西田武司¹⁾、陳 延偉¹⁾、立花慶太²⁾、松代直樹³⁾
(立命館大学情報理工学部メディア情報学科知的画像処理研究室¹⁾、大阪労災病院リハビリテーション科²⁾、大阪警察病院耳鼻咽喉科³⁾)

第2群：評価2 (9:30～10:00)

座長 青柳 優 (山形大学耳鼻咽喉科)

4. 正中法 ENoG による顔面神経麻痺の予後診断—一般法との比較—

萩森伸一¹⁾、和田晋一²⁾、森 京子¹⁾、金沢敦子¹⁾、櫛原崇宏¹⁾、河田 了¹⁾
(大阪医科大学耳鼻咽喉科¹⁾、中央検査部²⁾)

5. Electroneurography における最大上刺激電流量について

— 正中法と一般法の比較 — 第2報

和田晋一¹⁾、萩森伸一²⁾、森 京子²⁾、金沢敦子²⁾、野中隆三郎²⁾、河田 了²⁾
(大阪医科大学中央検査部¹⁾、耳鼻咽喉科²⁾)

6. Bell 麻痺における健側電気味覚検査の検討

能田淳平、羽藤直人、澤井尚樹、寺岡正人、暁 清文 (愛媛大学耳鼻咽喉科)

第3群：評価3 (10:00～10:30)

座長 山本 悦生 (山本中耳サージセンター)

7. 回復時期・最終時期における麻痺スコア (柳原40点法) の検者による差異
～大阪大学耳鼻咽喉科勤務医での検討～

松代直樹 (大阪警察病院耳鼻咽喉科)

8. 回復時期・最終時期における麻痺スコア (柳原40点法) の検者による差異
～顔面神経麻痺の専門家8人と全国の一般耳鼻咽喉科勤務医での検討～

松代直樹 (大阪警察病院耳鼻咽喉科)

9. NIM レスponsによる減荷術・術中顔面神経刺激の有用性と意義

村上信五、勝見さち代、江崎伸一、山野耕嗣 (名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

第4群：評価4 (10:30～11:00)

座長 阪上 雅史 (兵庫医科大学耳鼻咽喉科)

10. 多変量解析を用いた末梢性顔面神経麻痺患者の予後因子の検討

福本 慈¹⁾、亀井大輔¹⁾、竹村 博²⁾、増田 豊^{1) 2)}

(昭和大学大学院病態生理学¹⁾、昭和大学病院附属東病院麻酔科²⁾)

11. 末梢性顔面神経麻痺の予後因子について

武本憲彦 (市立吹田市民病院耳鼻咽喉科)

12. 顔面神経麻痺後遺障害評価法試案

小田桐恭子、濱田昌史、塚原桃子、飯田政弘 (東海大学耳鼻咽喉科)

第5群：再建・形成1（11:00～11:30）

座長 上田 和毅（福島県立医科大学形成外科）

13. 顔面神経麻痺回復過程に口腔内アプローチによる上口唇挙筋群の部分切離術
高田悟朗¹⁾、朝戸裕貴²⁾、鈴木康俊²⁾、福田憲翁¹⁾、梅川浩平²⁾、倉林孝之²⁾
(足利赤十字病院形成外科¹⁾、獨協大学形成外科学²⁾)
14. 三叉神経運動枝を用いた顔面神経麻痺の再建～ラットモデルを用いた研究
山田 潔、木股敬裕（岡山大学形成再建外科）
15. Levator lengthening 法による顔面神経麻痺性兔眼の治療
林 礼人、宮本英子、松村 崇、清水 梓、古元将和、堀口雅敏、小室裕造
(順天堂大学形成外科)

第6群：再建・形成2（11:30～12:00）

座長 朝戸 裕貴（獨協医科大学形成外科）

16. 下口唇の対称性獲得を目的とした健側口角下制筋切除術の経験
栗田昌和、多久嶋亮彦、白石知大、尾崎 峰、波利井清紀（杏林大学形成外科）
17. Hunt 症候群後遺症による瞼裂狭小化に対する外眼部手術
— 腱膜固定による眼瞼下垂症手術の併用 —
金沢雄一郎（深谷赤十字病院形成・美容外科）
18. 病的共同運動に対する機能的・美容的再建
成島三長¹⁾、光嶋 勲¹⁾、原 尚子¹⁾、山嵜達也²⁾、近藤健二²⁾
(東京大学形成外科・美容外科¹⁾、耳鼻咽喉科²⁾)

ランチオンセミナー 1 (12:10~13:10)

司会 村上 信五 (名古屋市立大学耳鼻咽喉・頭頸部外科)

「Internal Auditory Canal Mass - Unusual Tumors and Facial Nerve Schwannoma: Diagnostic Dilemma and Preserved Function」

Professor Won Sang Lee (Department of Otorhinolaryngology,
Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea.)

総 会 (13:10~13:40)

第7群：成績・治療など1 (13:50~14:20)

座長 山田武千代 (福井大学耳鼻咽喉科)

19. 当科における末梢性顔面神経完全麻痺症例における治療成績

村上大輔¹⁾、久保和彦²⁾、小宗静男¹⁾

(九州大学耳鼻咽喉科¹⁾、千鳥橋病院耳鼻咽喉科²⁾)

20. 当科での中耳手術による顔面神経麻痺について

桂 弘和、阪上雅史 (兵庫医科大学耳鼻咽喉科)

21. 当科における外傷性顔面神経麻痺の検討

山野耕嗣、勝見さち代、江崎伸一、村上信五 (名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

第8群：成績・治療など2 (14:20~14:50)

座長 稲村 博雄 (いなむら耳鼻咽喉科クリニック)

22. 顔面神経管開放時に見られる神経所見について

—Bell 麻痺と側頭骨腫瘍での比較—

萩野幸治¹⁾、角田篤信²⁾、角田玲子²⁾、得丸貴夫¹⁾、角 卓郎³⁾、岸本誠司⁴⁾

(東京医科歯科大学耳鼻咽喉科¹⁾、NTT 東日本関東病院耳鼻咽喉科²⁾、

青梅市立総合病院耳鼻咽喉科³⁾、東京医科歯科大学頭頸部外科⁴⁾)

23. 小児顔面神経麻痺症例の検討

馬場信太郎¹⁾、金谷佳織¹⁾、近藤健二¹⁾、戸島 均²⁾、山嵜達也¹⁾
(東京大学耳鼻咽喉科¹⁾、日立総合病院耳鼻咽喉科²⁾)

24. 当科における小児顔面神経麻痺症例の検討

我那覇章、大田重人、鈴木幹男 (琉球大学耳鼻咽喉科)

第9群：症例1 (14:50～15:20)

座長 中谷 宏章 (栃木県立がんセンター耳鼻咽喉科)

25. 両側の聾および顔面神経麻痺を呈した両側内耳道への乳癌転移症例

樫原崇宏、萩森伸一、森 京子、金沢敦子、河田 了 (大阪医科大学耳鼻咽喉科)

26. 顔面神経麻痺で発症した側頭骨軟骨肉腫の2症例

勝見さち代、江崎伸一、山野耕嗣、渡邊暢浩、村上信五
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

27. 側頭骨転移にて顔面神経麻痺を呈した進行性乳癌の一症例

北村貴裕¹⁾、猪原秀典¹⁾、松代直樹²⁾
(大阪大学耳鼻咽喉科¹⁾、大阪警察病院耳鼻咽喉科²⁾)

第10群：症例2 (15:20～15:50)

座長 石川 和夫 (秋田大学耳鼻咽喉科)

28. 顔面神経を經由して髄膜播種をきたした耳下腺癌の一例

～症例報告と現在の当科の基本術式の紹介～

鈴木 淳、志賀清人、鈴木貴博、小林俊光 (東北大学耳鼻咽喉科)

29. 顔面神経麻痺を契機に発見された乳癌転移症例

上塚 学、松代直樹、佐藤 崇 (大阪警察病院耳鼻咽喉科)

30. 顔面神経麻痺に対する鍼治療の一症例

鶴 浩幸¹⁾、安藤文紀²⁾

(明治国際医療大学臨床鍼灸学¹⁾、明治東洋医学院専門学校²⁾)

第11群：症例3（15：50～16：20）

座長 荻原 正洋（長野赤十字病院第1麻酔科）

31. 原因特定が困難であった顔面神経麻痺の一症例

美内慎也、柳原尚明、兵頭 純、貞本昌規（鷹の子病院）

32. 悪性外耳道炎による顔面神経麻痺例

岡田弘子、飯塚 崇、古川正幸、池田勝久（順天堂大学耳鼻咽喉科）

33. 顔面神経麻痺により生じた角膜混濁に対し全層角膜移植術を施行した1例

出田真二¹⁾、國弘幸伸²⁾（慶應義塾大学眼科¹⁾、耳鼻咽喉科²⁾）

第12群：症例4（16：20～16：50）

座長 武田 憲昭（徳島大学耳鼻咽喉科）

34. 腫瘍性麻痺様の経過を呈した小児顔面神経麻痺2例

西窪加緒里¹⁾、中谷宏章^{1) 2)}、兵頭政光¹⁾

(高知大学耳鼻咽喉科¹⁾、栃木県立がんセンター耳鼻咽喉科²⁾)

35. 顔面神経減荷術を施行した小児顔面神経麻痺の2症例

岡本昌之¹⁾、山田武千代²⁾、呉 明美¹⁾、斎藤武久²⁾

(福井赤十字病院耳鼻咽喉科¹⁾、福井大学耳鼻咽喉科²⁾)

36. 顔面痙攣をともなった中耳真珠腫の1症例

細見慶和（神戸労災病院耳鼻咽喉科）

パネルディスカッション 1 (17:00~18:30)

司会 大慈弥裕之 (福岡大学形成外科)

山本 有平 (北海道大学形成外科)

「顔面神経麻痺に対する整容改善手術 (治療)」

1. 眉毛挙上術

田中 一郎 (東京歯科大学形成外科)

2. 顔面神経麻痺患者に対する眼瞼形成術

鈴木 康俊 (獨協医科大学形成外科)

3. 顔面神経麻痺に対する美容外科的アプローチ

多久嶋亮彦 (杏林大学形成外科)

4. 顔面神経麻痺の目もとに対する治療タクティクス

橋川 和信 (神戸大学形成外科)

5. 整容的改善を目的にしたボツリヌストキシンの応用

浜田 昌史 (東海大学耳鼻咽喉科)

【文系センター16階】

会員懇親会 (19:00~)

第2日目 5月28日(金)

【会場】831号教室

第13群：基礎（8：30～9：00）

座長 島田 和幸（鹿児島大学歯科応用解剖学）

37. 顔面神経麻痺における脳内セロトニン系の変化

久保和彦¹⁾、小宗静男²⁾

（千鳥橋病院耳鼻咽喉科¹⁾、九州大学耳鼻咽喉科²⁾）

38. 病的共同運動に対するボツリヌス・ミラーバイオフィードバック療法が大脑皮質運動野に与える影響：fMRI による検討

岩崎英隆¹⁾、戸田直紀¹⁾、東 貴弘¹⁾、高橋美香¹⁾、中村克彦¹⁾、久保 均²⁾、
原田雅史²⁾、大崎康宏³⁾、武田憲昭¹⁾

（徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島大学保健学科画像情報医学²⁾、大阪大学耳鼻咽喉科³⁾）

39. Bell 麻痺・Hunt 症候群における α -defensin の発現

古田 康^{1) 2)}、折館伸彦²⁾、武市紀人²⁾、福田 諭²⁾、澤 洋文³⁾

（手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科¹⁾、北海道大学耳鼻咽喉科²⁾、北海道大学人獣共通感染症リサーチセンター³⁾）

第14群：リハビリテーション(1)（9：00～9：30）

座長 松代 直樹（大阪警察病院耳鼻咽喉科）

40. ボツリヌス毒素治療後の電気生理学検査所見と神経筋再訓練アプローチ

栢森良二（帝京大学リハビリテーション科）

41. ボツリヌス毒素による慢性顔面神経麻痺の治療効果と反復性

栢森良二（帝京大学リハビリテーション科）

42. 当地域における末梢性顔面神経麻痺に対する理学療法の実際

森嶋直人（豊橋市民病院リハビリテーションセンター）

第15群：リハビリテーション(2) (9:30～10:00)

座長 栢森 良二 (帝京大学リハビリテーション科)

43. 当院における顔面神経麻痺に対するリハビリテーションの効果

—機能予後の比較研究—

立花慶太¹⁾、松代直樹²⁾

(大阪労災病院リハビリテーション科¹⁾、大阪警察病院耳鼻咽喉科²⁾)

44. 顔面神経の完全麻痺をきたしたハント症候群の症例に対するリハビリテーション

中村克彦¹⁾、高橋美香¹⁾、戸田直紀¹⁾、大山晴三²⁾、岩崎英隆³⁾、東 貴弘¹⁾、

武田憲昭¹⁾

(徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島県立中央病院耳鼻咽喉科²⁾、徳島赤十字病院耳鼻咽喉科³⁾)

45. 顔面神経麻痺後遺症におけるリハビリテーションの開始時期に関する検討

飴矢美里¹⁾、羽藤直人¹⁾、澤井尚樹²⁾、能田淳平¹⁾、暁 清文¹⁾

(愛媛大学耳鼻咽喉科¹⁾、愛媛県立中央病院耳鼻咽喉科²⁾)

第16群：成績・治療など(3) (10:00～10:30)

座長 萩森 伸一 (大阪医科大学耳鼻咽喉科)

46. 新鮮 Bell 麻痺に対する星状神経節ブロックと大量ステロイド点滴静注併用療法

—大量ステロイド点滴静注単独療法について—

萩原正洋¹⁾、赤嶺智教¹⁾、若山 寛¹⁾、佐藤晶子¹⁾、大房裕和²⁾

(長野赤十字病院第1麻酔科¹⁾、内科²⁾)

47. 高齢者顔面神経麻痺症例の治療戦略

古川孝俊¹⁾、石井健一¹⁾、稲村博雄²⁾、川口和浩³⁾、青柳 優¹⁾

(山形大学耳鼻咽喉科¹⁾、山形市²⁾、日本海病院耳鼻咽喉科³⁾)

48. 顔面神経鞘腫に対する定位放射線治療の長期成績

藤原圭志¹⁾、古田 康^{1) 2)}、福田 諭¹⁾

(北海道大学耳鼻咽喉科¹⁾、手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科²⁾)

第17群：成績・治療など(4) (10:30～11:00)

座長 古田 康 (手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科)

49. Hunt 症候群における聴力障害の検討

戸田直紀¹⁾、高橋美香²⁾、東 貴弘²⁾、岩崎英隆³⁾、中村克彦²⁾、武田憲昭²⁾
(徳島県立中央病院耳鼻咽喉科¹⁾、徳島大学耳鼻咽喉科²⁾、徳島赤十字病院耳鼻咽喉科³⁾)

50. 特発性顔面神経麻痺における血清 HSV 抗体陰性例の検討

岸 博行、平井良治、池田篤生、戸井輝夫、中里秀史、久木元延生、大森英生、池田 稔 (日本大学耳鼻咽喉科)

51. ベル麻痺症例に対するバラシクロビルの治療効果

平井良治、池田 稔、岸 博行、池田篤生、中里秀史、大森英生、久木元延生
(日本大学耳鼻咽喉科)

第18群：成績・治療など(5) (11:00～11:30)

座長 友田 幸一 (関西医科大学耳鼻咽喉科)

52. 再発性顔面神経麻痺・両側性顔面神経麻痺の検討

江崎伸一、勝見さち代、山野耕嗣、渡邊暢浩、村上信五
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

53. 両側同時性 Ramsay-Hunt 症候群例

飯塚 崇、岡田弘子、古川正幸、池田勝久 (順天堂大学耳鼻咽喉科)

54. Moebius 症候群における両側顔面遊離筋移植術による言語機能の改善

田中一郎¹⁾、佐久間恒²⁾
(東京歯科大学市川総合病院形成外科¹⁾、横浜国立大学市民病院形成外科²⁾)

第19群：成績・治療など(6) (11:30～12:00)

座長 橋本 省 (仙台医療センター耳鼻咽喉科)

55. 顔面神経開放術に鼻粘膜を利用する顔面神経麻痺の治療

山田武千代、岡本昌之、呉明美、斎藤武久 (福井大学耳鼻咽喉科)

56. Facial nerve injury; a missing player (2nd report)

Majid Safwat, Akira Inagaki, Shinichi Esaki, Shingo Murakami
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

57. Sub-threshold continuous electrical stimulation facilitates functional recovery of facial nerve after crush injury in rabbit

Jin Kim, Jae Young Choi, Won-Sang Lee
(Department of Otorhinolaryngology, Yonsei University College of Medicine)

ランチョンセミナー 2 (12:10～13:10)

司会 柳原 尚明 (鷹の子病院耳鼻咽喉科)

「顔面神経麻痺に対する鍼灸医学的アプローチ」

向野 義人 (福岡大学スポーツ科学部・福岡大学病院東洋医学診療部)

パネルディスカッション 2 (13:20～14:50)

司会 池田 稔 (日本大学耳鼻咽喉科)

「側頭骨骨折への対応：顔面神経障害を中心に」

1. 保存的治療の効果と限界

田邊 牧人 (山本中耳サージセンター)

2. 手術治療とその適応：耳鼻咽喉科の立場から

羽藤 直人 (愛媛大学耳鼻咽喉科)

3. 側頭骨骨折を伴う頭部外傷への初期対応

島 克司 (防衛医科大学校脳神経外科)

4. 手術治療：脳外科の立場から

酒井 圭一 (信州大学脳神経外科)

5. 神経再生技術の応用と効果

稲田 有史 (稲田病院、奈良県立医科大学整形外科)

第20群：症例(5) (15:00～15:30)

座長 東野 哲也 (宮崎大学耳鼻咽喉科)

58. 耳下腺内顔面神経線維腫の1症例

本多伸光、澤井尚樹、中村光士郎 (愛媛県立中央病院耳鼻咽喉科)

59. 上前庭神経障害によるめまいと考えられた Zoster Sine Herpete 症例

高橋美香¹⁾、戸田直紀²⁾、東 貴弘¹⁾、岩崎英隆³⁾、中村克彦¹⁾、武田憲昭¹⁾
(徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島県立中央病院耳鼻咽喉科²⁾、
徳島赤十字病院耳鼻咽喉科³⁾)

60. 顔面神経水平部直上を開窓しえた前庭窓閉鎖症の1例

河野浩万、東野哲也 (宮崎大学耳鼻咽喉科)

第21群：症例(6) (15:30～16:00)

座長 池田 勝久 (順天堂大学耳鼻咽喉科)

61. 真珠腫を合併した顔面神経鞘腫症例

近江永豪、川寄洋平、本田耕平、石川和夫 (秋田大学耳鼻咽喉科)

62. 喉頭帯状疱疹に後発した顔面神経麻痺の2症例

津布久 崇、蠣崎文彦、松村道哉、古田 康 (手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科)

63. ヘルペス脳炎合併を疑われた Ramsay-Hunt 症候群の一例

上野幸恵、土井 直、阪上智史、友田幸一 (関西医科大学枚方病院耳鼻咽喉科)

第22群：再建・形成(3) (16:00～16:30)

座長 林 明照 (東邦大学医療センター佐倉病院形成外科)

64. 耳下腺癌切除後の顔面神経再建の現状

—全国頭頸部癌治療施設アンケート調査結果—

古田 康^{1) 2)}、山本有平³⁾、福田 諭²⁾ (手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科¹⁾、
北海道大学耳鼻咽喉科²⁾、形成外科³⁾)

65. bi-directional nerve graft を用いた一期的顔面神経再建について
松田 健¹⁾、垣淵正男²⁾ (大阪大学形成外科¹⁾、兵庫医科大学形成外科²⁾)

66. 聴器癌切除後の顔面神経麻痺に対する再建症例の検討
新濱明彦、鈴木幹男、大田重人、我那覇章 (琉球大学耳鼻咽喉科)

第23群：再建・形成(4) (16:30～17:00)

座長 高木 誠司 (福岡大学形成外科)

67. 麻痺性下眼瞼外反の治療
阪場貴夫、上田和毅、梶川明義、浅井笑子、大河内裕美
(福島県立医科大学形成外科)
68. 異常共同運動による瞼裂の狭小化の程度と眼輪筋切除術の効果
白石知大、多久嶋亮彦、栗田昌和、尾崎 峰、波利井清紀 (杏林大学形成外科)
69. 陳旧性片側顔面神経麻痺に対する挙筋腱膜固定術の有効性の条件の検討
権太浩一¹⁾、光嶋 勲²⁾ (帝京大学形成・口腔顎顔面外科¹⁾、東京大学形成外科²⁾)

第24群：再建・形成(5) (17:00～17:30)

座長 坂田 俊文 (福岡大学耳鼻咽喉科)

70. 末梢性顔面神経麻痺におけるテーピング固定の評価
金子富美恵、須納瀬弘 (東京女子医科大学東医療センター耳鼻咽喉科)
71. 島状側頭筋移行術における合併症回避への術式工夫
林 明照¹⁾、丸山 優²⁾、酒井敦子¹⁾、室 孝明¹⁾、保坂宗孝¹⁾、岡田恵美²⁾
(東邦大学医療センター佐倉病院形成外科¹⁾、東邦大学形成外科²⁾)
72. 頭皮切除による島状側頭筋移行術と眉毛挙上術の同時施行
林 明照¹⁾、丸山 優²⁾、酒井敦子¹⁾、室 孝明¹⁾、保坂宗孝¹⁾、岡田恵美²⁾
(東邦大学医療センター佐倉病院形成外科¹⁾、東邦大学形成外科²⁾)

閉会の辞 (17:30)

会長 中川 尚志

パネルディスカッション 1

5月27日(木) 17:00~18:30

司会 大慈弥裕之 (福岡大学形成外科)
山本 有平 (北海道大学形成外科)

「顔面神経麻痺に対する整容改善手術（治療）」

1. 眉毛挙上術 田中 一郎 (東京歯科大学形成外科)
2. 顔面神経麻痺患者に対する眼瞼形成術 鈴木 康俊 (獨協医科大学形成外科)
3. 顔面神経麻痺に対する美容外科的アプローチ 多久嶋亮彦 (杏林大学形成外科)
4. 顔面神経麻痺の目もとに対する治療タクティクス 橋川 和信 (神戸大学形成外科)
5. 整容的改善を目的にしたボツリヌストキシンの応用 浜田 昌史 (東海大学耳鼻咽喉科)

顔面神経麻痺に対する整容改善手術（治療）

司 会

大慈弥裕之（福岡大学形成外科）

山本 有平（北海道大学形成外科）

顔面神経麻痺に対する整容的改善手術を、パネルディスカッションとして取り上げ議論したい。今回はとくに眉毛挙上術、眼瞼周囲の改善手術、および頬部口角の下垂を改善する手術に焦点を当て、より効果的な治療法を探りたいと思う。前頭筋麻痺に伴う眉毛下垂では、眉毛上皮膚切除が簡便であるが顔面に瘢痕が残る。頭髪内から内視鏡的に吊り上げる鏡視下眉毛リフトも行われている。しかし、再発しやすいため工夫が必要である。顔面神経麻痺では兎眼と眼瞼下垂の両方に悩まされる。手術に際しては開瞼と閉瞼の双方の機能を両立させなければならない。麻痺側の頬部と口角の下垂に対しては、美容外科で行う Face lift を応用することが可能である。また新しい治療法としてボツリヌストキシンの応用も有効と考える。本パネルディスカッションをとおり、顔面神経麻痺患者の顔面変形に対し、より効果的な治療法が明らかになってくるのではないかと期待する。

パネルディスカッション2

5月28日(金) 13:20~14:50

司会 池田 稔 (日本大学耳鼻咽喉科)

「側頭骨骨折への対応：顔面神経障害を中心に」

1. 保存的治療の効果と限界 田邊 牧人 (山本中耳サージセンター)
2. 手術治療とその適応：耳鼻咽喉科の立場から
羽藤 直人 (愛媛大学耳鼻咽喉科)
3. 側頭骨骨折を伴う頭部外傷への初期対応
島 克司 (防衛医科大学校脳神経外科)
4. 手術治療：脳外科の立場から 酒井 圭一 (信州大学脳神経外科)
5. 神経再生技術の応用と効果 稲田 有史 (稲田病院、奈良県立医科大学整形外科)

側頭骨骨折への対応：顔面神経障害を中心に

司 会

池田 稔（日本大学耳鼻咽喉科）

頭蓋底骨折の多くは中頭蓋窩の骨折を含んでいる。中頭蓋窩の大部分が側頭骨で構成されていることから、側頭骨は頭蓋底骨折に際し最も障害されやすい部位であるといえよう。側頭骨骨折により生じてくる問題はいくつも挙げられるが、今回のパネルディスカッションでは「顔面神経障害」が中心にすえられている。側頭骨骨折の顔面神経麻痺に対し、患者の様々な状況を踏まえてどのように対応すべきなのかを、5名のパネリストにご討議いただく。

先ず、5名のパネリストには、それぞれ異なる観点からこの障害をとらえて頂くことをお願いした。まず、「側頭骨骨折による顔面神経障害に対する保存的治療の効果と限界」を田辺牧人先生に、「側頭骨骨折に対する手術治療とその適応」を耳鼻咽喉科の立場から羽藤直人先生に、また、同テーマで脳神経外科の立場から酒井圭一先生にお願いした。また、「側頭骨骨折（頭蓋底骨折）を伴う頭部外傷への初期対応」にゆいて島克司先生に、「外傷性顔面神経障害に対する神経再生技術の応用とその効果」について稲田有史先生にお願いした。

それぞれの観点から実際の症例の報告をまじえつつ、この病態への対応について討議をすすめる予定である。

ランチョンセミナー 1

5月27日(木) 12:10~13:10

司会 村上 信五 (名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

「Internal Auditory Canal Mass - Unusual Tumors and Facial Nerve Schwannoma: Diagnostic Dilemma and Preserved Function」

Professor Won Sang Lee

Department of Otorhinolaryngology,
Yonsei University College of Medicine,
Seoul, Korea.

共 催

グラクソ・スミスクライン

Internal Auditory Canal Mass - Unusual Tumors and Facial Nerve Schwannoma: Diagnostic Dilemma and Preserved Function

Professor Won Sang Lee

**Department of Otorhinolaryngology, Yonsei University College of Medicine,
Seoul, Korea.**

To identify the incidence and histology of unusual tumors which confined to the internal auditory canal (IAC) and to study the characteristics of those cases. Whether a preoperative differential diagnosis would be possible was addressed in these cases, and surgical issues, outcomes and postoperative neural function and imaging were investigated.

A series of 96 patients who operated through mid-cranial fossa or translabyrinthine approach were analyzed retrospectively. In 11 out of 96 cases (11.4%), uncommon processes were determined by intraoperative findings and postoperative histopathology - 2 lipomas, 1 hemangioma, 1 lymphangioma, 1 cochlear schwannoma, and 6 cases of facial nerve schwannoma. Some of them were suspected facial nerve schwannoma or lipoma on preoperative MRI imaging, but, preoperative differential diagnosis prior to surgery was troublesome difficulties in diagnosis and also in surgery. Management of facial nerve schwannoma requires a challenging and critical process, especially in patients presenting with a tumor while they still have good facial nerve function.

The hearing and facial function results of unusual tumors removed via middle cranial fossa approach were investigated. The facial nerve-preserving technique has been performed and favorable preservation of facial function was achieved in five facial nerve schwannoma cases. Preoperative differential diagnosis of unusual IAC tumors from vestibular schwannoma is difficult, but careful review of preoperative imaging and maximal effort to clinical discrimination should be needed to reduce postoperative desperate outcomes. Nerve-sparing tumor excision as early as possible is designed to minimize the neural deficits associated IAC mass and facial nerve schwannoma.

ランチョンセミナー 2

5月28日(金) 12:10~13:10

司会 柳原 尚明 (鷹の子病院耳鼻咽喉科)

「顔面神経麻痺に対する鍼灸医学的アプローチ」

向野 義人

福岡大学スポーツ科学部・福岡大学病院東洋医学診療部

協 賛

エーザイ株式会社福岡支店

顔面神経麻痺に対する鍼灸医学的アプローチ

向野 義人

福岡大学スポーツ科学部・福岡大学病院東洋医学診療部

顔面神経麻痺の中で末梢性のものに対する鍼治療については国内外を問わず多くの報告がなされている。しかしながら、臨床研究の Gold Standard といわれる Randomized Clinical Trial (RCT) を取りまとめたベル麻痺に対する鍼治療の Systematic Review (J Altern Complement Med. 2009 Jul;15 (7):759-64) によれば鍼治療が有効であると結論づけるのは適切でないとされている。無効であると判断されたわけではなく解析対象となった6つの RCT の質が十分でないため、さらに質の高い RCT が求められている。

一方で、鍼治療が安全で有効であるとの報告や治療解説が多い。本講演では末梢性顔面神経麻痺に対して鍼灸を用いる場合に基礎となる考え方や方法論について総説する予定である。

一 般 演 題

演題番号 1～72

第一日目 5月27日(木) 演題番号 1～36

第二日目 5月28日(金) 演題番号 37～72

1. 口唇圧測定による顔面神経麻痺の他覚的評価の検討

加藤由美子¹⁾、久木元延生²⁾、中里秀史²⁾、大森英生²⁾、岸 博行²⁾、
池田篤生²⁾、池田 稔²⁾、今村佳樹¹⁾
(日本大学歯学部口腔診断学¹⁾、日本大学耳鼻咽喉科²⁾)

【目的】末梢性顔面神経麻痺における下顔面表情筋機能を客観的に評価することを目的として口唇圧の測定を行い、その機能評価上の有用性を検討した。【研究方法】対象は日本大学医学部附属板橋病院耳鼻咽喉科を受診した末梢性顔面神経麻痺の新鮮例27例とした。測定にはプロシード社製口唇圧測定装置を用いた。筒状に配された8枚のブレードを口にくわえて口をすぼめることで、それぞれのブレードに加わる圧を上下左右、斜め45度の8方向から測定し、その結果を解析した。【結果】麻痺の改善に伴い口唇圧の測定値は有意に上昇した。麻痺の改善に伴って、患側だけでなく、健側の口唇圧も増大した。患側の口唇圧は、斜め上方45度と水平方向に加わる圧が有意差を持って改善していたが、斜め下方45度に加わる圧には有意な改善は見られなかった。【まとめ】口唇に加わる筋力を8方向から解析する方法は、有用な顔面神経麻痺の評価法となりうるものと考えられた。

2. 柳原40点法における各評価項目の検証

塚原桃子、濱田昌史、小田桐恭子、飯田政弘
(東海大学耳鼻咽喉科)

昨年の本研究会においてわれわれは顔面神経麻痺初期の予後診断における柳原40点法の有用性を報告した。しかしながらこの評点法にも評価者によるばらつきや後遺症の評価ができないなど種々の問題が存在する。そこで今回われわれは評価法の改善を意図して、この40点法を構成する10項目それぞれの意義につき詳細に検討した。対象は平成20年7月以後の1年間に当院を受診した16歳以上の顔面神経麻痺新鮮例（ベル麻痺またはハント症候群）である。3日以内に初診した群と4日以後に初診した2群に分け、各評価項目の0点、2点、4点の分布を検討した。結果、安静時非対称、軽閉眼、片目、頬、口笛の5項目については両群間に差を認めず、逆に額しわ、強閉眼、鼻翼、イー、への字の5項目では4日以後の群で明らかに0点の割合が増え、麻痺の進行を反映していると考えられた。これらの検討をふまえ本年度には40点法の評価項目の削減を提案したい。

3. 40点法における特徴点ベクトル・スカラ解析

西田武司¹⁾、陳 延偉¹⁾、立花慶太²⁾、松代直樹³⁾

(立命館大学情報理工学部メディア情報学科知的画像処理研究室¹⁾、

大阪労災病院リハビリテーション科²⁾、大阪警察病院耳鼻咽喉科³⁾)

本研究は画像処理による顔面神経麻痺度合いの定量評価と、検査者の40点法を用いた診断の支援を行うことを目的とした。そのために特徴点のベクトル解析・特徴点のスカラ解析の2種類の解析を行った。ベクトル解析では評価する表情項目ごとの各特徴点の移動ベクトルを顔面神経麻痺患者と健常者の2者について比較を行った。この比較を行うことで顔面神経麻痺患者と健常者との特徴点の動き方の違いに着目し麻痺度合いの定量化を図ろうと考えた。スカラ解析では移動ベクトル値の次元数を減らした。つまり各特徴点における移動距離を調べた。これを健常者のスカラ値を調べることで健常者の顔の場合に40点法が各特徴点でどのように作用するかを明確にした。その結果により40点法の評価する表情項目ごとの着眼点や、40点法に不足している表情項目の指摘、または40点法の評価する表情項目の不要な項目の指摘が可能となると考えた。

4. 正中法 ENoG による顔面神経麻痺の予後診断——一般法との比較——

萩森伸一¹⁾、和田晋一²⁾、森 京子¹⁾、金沢敦子¹⁾、櫛原崇宏¹⁾、河田 了¹⁾

(大阪医科大学耳鼻咽喉科¹⁾、中央検査部²⁾)

顔面神経麻痺の予後診断に、electroneurography (ENoG) は極めて有用である。我々は2005年の本学会で、記録電極を下顎オトガイ隆起部と人中に設置する正中法による測定方法を報告した。本法は一般法（記録電極を鼻唇溝付近に設置）と比較して、振幅の大きい二相性の複合筋活動電位 (CMAP) が記録され、ENoG 値が容易に算出できる。また ENoG 値と治癒にいたるまでの期間との相関は一般法に比べ高く、より正確な予後診断が可能と考えられる。これらの結果に基づき、我々は正中法による顔面神経麻痺の予後推定基準について提案した (ENoG 値が60%以上であれば、1ヶ月以内に治癒；20%以上60%未満なら4ヶ月以内に治癒；20%未満であれば治癒まで4ヶ月以上もしくは非治癒、Facial N Res Jpn 28: 88-91, 2008)。今回、さらに経験数が増加したので、上記について再検討し報告する。

5. Electroneurography における最大上刺激電流量について

— 正中法と一般法の比較 — 第2報

和田晋一¹⁾、萩森伸一²⁾、森 京子²⁾、金沢敦子²⁾、野中隆三郎²⁾、河田 了²⁾
(大阪医科大学中央検査部¹⁾、耳鼻咽喉科²⁾)

【目的】 Electroneurography (ENoG) の測定に際し、我々は基準電極をオトガイ隆起部に導出電極を人中におく正中法を提唱してきた。刺激強度は最大上刺激による測定が原則であるが、より非侵襲的に検査を行うには、おおよその刺激電流量最大値が参考になる。昨年に引き続き、我々は刺激電流量と CMAP との関係を検討した。【方法】 対象は一側性顔面神経麻痺患者50名で、刺激電流量を20–50mA まで5mA 刻みで変化させ、正中法および一般法における各 CMAP を同時に記録した。【結果】 健側では両法とも刺激電流50mA まで CMAP は上昇を続けた。患側では正中法は50mA まで、一般法は45mA まで上昇を続けた。左右同一刺激電流量による ENoG 値は、最大上刺激での ENoG 値と比べ35mA まで有意な差があったが、40mA 以上では差はみられなかった。【考察】 正中法、一般法とも ENoG 測定では40mA 以上の刺激電流が必要と考えられた。

6. Bell 麻痺における健側電気味覚検査の検討

能田淳平、羽藤直人、澤井尚樹、寺岡正人、暁 清文
(愛媛大学耳鼻咽喉科)

電気味覚検査は、機能検査として定量性が高く、簡便で患者に対する侵襲も少ない優れた検査である。顔面神経麻痺患者においては、部位診断の補助検査として広く行われており、鼓索神経領域の刺激で、麻痺側の域値が健側と比べ6dB 以上上昇したものを異常ありとしている。麻痺の程度や予後とは関連性に乏しいという見解が一般的であるが、健側の結果に焦点をあてた報告はほとんど見られない。今回我々は健側の電気味覚検査結果について検討を行い、検査の意義を再検討した。対象は過去30年に当科顔面神経外来を受診したベル麻痺患者新鮮例で、麻痺発症7日以内に電気味覚検査を施行した595例（男286例、女309例）である。得られた結果をもとに、年齢、初診時の麻痺の程度、NET 所見、予後について検討した。

7. 回復時期・最終時期における麻痺スコア（柳原40点法）の検者による差異 ～大阪大学耳鼻咽喉科勤務医での検討～

松代直樹

(大阪警察病院耳鼻咽喉科)

【はじめに】初診時での顔面神経麻痺スコア（柳原40点法）は、検者間でかなり差異が生じることを昨年の第32回本研究会で発表した（Facial N Res Jpn29: 60-62, 63-65）。そこで今回は回復過程あるいは最終時期の麻痺スコアが検者間でどのような傾向が生じるのかを検討した。また柳原40点法では、顔面拘縮・病的共同運動・顔面痙攣などの後遺症の判定基準が明確に規定されていないことから、これらも今回の検討対象とした。【対象と方法】完全麻痺患者6名の回復期2回・最終期の計3回の表情運動をフルハイビジョン画質で撮影し、動画編集ソフト EDIUS-Pro 5.1にて編集し、フルハイビジョン DVD-R を作成した（6名×3回：計18セッション）。このDVDを大阪大学医学部耳鼻咽喉科教室に所属する平成元年卒以降の勤務医65人に配布し、麻痺スコア採点および後遺症判定を依頼した。【結果】現在アンケート回収段階であり、当日発表させていただきます。

8. 回復時期・最終時期における麻痺スコア（柳原40点法）の検者による差異 ～顔面神経麻痺の専門家8人と全国の一般耳鼻咽喉科勤務医での検討～

松代直樹

(大阪警察病院耳鼻咽喉科)

【対象と方法】前演題では大阪大学医学部耳鼻咽喉科に所属する勤務医（以下阪大一般耳鼻科医）に対して検討した。そこで顔面神経麻痺を専門とする医師（以下 顔面神経専門医）が所属する8大学医学部耳鼻咽喉科の勤務医（以下 全国一般耳鼻科医）8名ずつにも前演題で作成したアンケート用DVDを作成し、昨年と同様にアンケートを依頼した（8大学×[日耳鼻専門医4名+日耳鼻非専門医4名]：計64名に送付）。まず阪大一般耳鼻科医と全国一般耳鼻科医との柳原40点法の差異に関する比較を行った。次に顔面神経専門医（計8名）間でも柳原40点法の差異を検討した。【結果】現在アンケート回収段階であり総括的なことは述べられないものの、回復期・最終期の麻痺スコア採点および後遺症判定には相当の差異が生じている。詳細は当日発表致します。

9. NIM レスponsによる減荷術・術中顔面神経刺激の有用性と意義

村上信五、勝見さち代、江崎伸一、山野耕嗣
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

顔面神経減荷術中高度顔面神経麻痺例において誘発筋電図 (ENoG) は減荷術の適応を決める最も重要な検査のひとつである。しかし、減荷術の適応とされる ENoG 値10%未満の症例でも、その数割は手術を施行しなくても良好な回復がみられる。これは経皮刺激による誘発筋電図の限界、すなわち皮下結合組織の抵抗や電極の装着などの影響と考えられている。過去に、Fisch や山本らは減荷術中に顔面神経を直接刺激して誘発筋電図を導出し、麻痺の病態や予後との相関を比較検討し、直接刺激の有用性を報告している。現在では、聴神経腫瘍手術での術中顔面神経モニタリング目的で NIM が開発されており、術中に誘発筋電図を得ることが容易になった。我々の施設でも Bell 麻痺や Hunt 症候群、外傷性麻痺に対する減荷術に際しては、NIM を用いて誘発筋電図を導出し、麻痺の病態と神経変性の程度および予後を検討している。今回は、NIM レスponsによる術中神経刺激の有用性と意義について報告する。

10. 多変量解析を用いた末梢性顔面神経麻痺患者の予後因子の検討

福本 慈¹⁾、亀井大輔¹⁾、竹村 博²⁾、増田 豊^{1) 2)}
(昭和大学大学院病態生理学¹⁾、昭和大学病院附属東病院麻酔科²⁾)

【目的】末梢性顔面神経麻痺の難治化に関わる因子を多変量解析により抽出し、初診時に予後を予測できる因子を明らかにすることを目的とした。SGB 単独療法と SGB +ステロイド併用療法の、末梢性顔面神経麻痺の早期回復に対する効果も比較検討した。【方法】2006年9月から2009年3月の間に昭和大学付属病院で末梢性顔面神経麻痺と診断され、SGB 単独又はステロイド併用の初回治療を受けた患者88例を対象に、後ろ向きコホート研究を行った。エンドポイントは治癒とし、麻痺スコア36点以上の回復と定義した。観察期間は6ヶ月とした。初診時のデータより得た各因子を Cox 比例ハザードモデルを用いて検討した。【結果・考察】多変量解析により、難治化に関わる有意な因子として、初診時の麻痺スコアと、CRP が抽出され、これらは初診時に難治化の判別の指標となり得ると考えられた。また、今回の検討ではステロイド併用の有無で治療効果および経過に有意な差は認められなかった。

11. 末梢性顔面神経麻痺の予後因子について

武本憲彦

(市立吹田市民病院耳鼻咽喉科)

末梢性顔面神経麻痺の予後因子を明らかにするため、2006年7月から2009年12月まで当科で一次治療を行い、治癒に至るまであるいは発症6か月以上経過観察を行った末梢性顔面神経麻痺症例139例（ただし手術加療例は除く）を対象として多変量解析を用いて検討した。治癒基準は日本顔面神経研究会の治療効果判定基準に則った。検討した説明変数は ENoG 値、年齢、性別、初診時麻痺スコア、最低麻痺スコア、発症から初診までの日数、糖尿病の合併、高血圧の合併で、目的変数は治癒／非治癒とした。その結果、ENoG 値、最低麻痺スコア、糖尿病の合併が有意に予後と関連していた。多くの施設では ENoG 値10%以下症例は予後不良例として手術加療の対象とされているが、当科において手術症例も含めて ENoG 値と予後について検討を行った結果、ENoG 値10%以上でも予後不良例が含まれていたため、手術加療の対象とすべき ENoG 値のカットオフ値に関して検討を行った。

12. 顔面神経麻痺後遺障害評価法試案

小田桐恭子、濱田昌史、塚原桃子、飯田政弘

(東海大学耳鼻咽喉科)

柳原40点法は顔面神経麻痺発症初期の評価法としては有用であるが、病的共同運動など後遺障害の評価には限界がある。一方 Sunnybrook 法はこの後遺障害に重点をおいた評価法であるが、日本の臨床現場では実用に即さない面がある。このため、顔面非対称性や病的共同運動に対する治療効果の評価に耐えうる新しい評価法が必要と考えた。安静時の対称性（眉毛下垂、瞼裂幅、頬部隆起、鼻唇溝、口唇偏位の左右差）、病的共同運動（目→口、口→目）を3段階（最大16点）で評価する試案を作成し、2009年5月以後にベル麻痺又はハント症候群の後遺障害を主訴に来院した11名を対象に評価を行い検討した。結果、最小7点、最大15点、平均10.1点であった。さらにこの試案を用いて顔面神経麻痺診療経験15年以上の専門医、耳鼻咽喉科専門医、後期研修医間での診療経験による評価の相違を検討した。この試案につきご意見を賜りたい。

13. 顔面神経麻痺回復過程に口腔内アプローチによる上口唇挙筋群の部分切離術

高田悟朗¹⁾、朝戸裕貴²⁾、鈴木康俊²⁾、福田憲翁¹⁾、梅川浩平²⁾、倉林孝之²⁾
(足利赤十字病院形成外科¹⁾、獨協大学形成外科学²⁾)

【はじめに】 前研究会で報告した病的共同運動に対する上口唇挙筋群部分切離術後1年経過し良好な結果が得られたので報告する。【症例】 22歳男性。H20年9月 A 病院で左 Ramsay Hunt syndrome と診断され、点滴加療された。H20年12月より当科外来初診となり、ミラーバイオフィードバック療法を開始した。回復過程に病的共同運動が出現し始めたため、H21年5月手術療法を施行した。【経過】 術後早期よりミラーバイオフィードバック療法を再開し、病的共同運動は緩和された。【結果】 顔面神経麻痺回復過程の病的共同運動（閉眼時鼻唇溝部の挙上）に対して、口腔内アプローチによる上口唇挙筋群部分切離術を施行した。術後のミラーバイオフィードバック療法が行いやすくなり、良好な結果が得られた。術後1年経ち、病的共同運動はほとんど消失しおり今後有用な手法であると考えるので報告する。

14. 三叉神経運動枝を用いた顔面神経麻痺の再建～ラットモデルを用いた研究

山田 潔、木股敬裕
(岡山大学形成再建外科)

【目的】 ラットにおいて三叉神経咬筋枝を用いた顔面神経麻痺の再建モデルを作成し、これを舌下神経を用いて再建を行なった群と比較検討した。【方法】 ウィスターラット（250-300g、雌）を12匹使用し、これを正常群（group A）、三叉神経再建群（group B）、舌下神経再建群（group C）、コントロール群（group D）に分けて実験を行った。group B および C は術後経過2週、4週、8週、16週の4期に分けて解析を行った。解析は誘発筋電図、電顕による再生軸索の評価および逆行性神経トレーサーによる神経核のカウントにより行った。【結果】 コントロール群においては電顕で再生軸索は変性しており軸索数も少数であった。神経核のカウントでは、トレーサーで染まった神経核は認められなかった。group B においては術後8週で筋収縮を認められたのに対して、group C では術後4週で筋収縮が認められた。神経核のカウントでは group B よりも group C の方が逆行性に染まった神経核が多く認められた。【考察】 三叉神経咬筋枝は舌下神経と同様に顔面神経麻痺の力源として利用可能であることが実験的に証明され、再建の際のオプションとなると考えられた。

15. Levator lengthening 法による顔面神経麻痺性兎眼の治療

林 礼人、宮本英子、松村 崇、清水 梓、古元将和、堀口雅敏、小室裕造
(順天堂大学形成外科)

【目的】 麻痺性兎眼の代表的な治療法にゴールドプレートによる Lid loading があるが、自費材料の扱いによる混合医療の問題などからその代替えとなる手術が待ち望まれてきた。今回我々は、Levator lengthening 法を施行し、良好な結果を得たので報告を行う。【方法】 Levator lengthening 法は、眼瞼挙筋腱膜及び Muller 筋を瞼板上縁付着部にて切断し、瞼板との間に筋膜を移植することで眼瞼挙筋の延長をはかり、閉瞼を行い易くするものである。顔面神経麻痺性兎眼の8例に対して、同術式を施行した。【結果】 術後の閉瞼機能は改善し、乾燥性角結膜炎を訴えていた症例では、その症状が軽快したが、結膜が若干見える程度の不完全閉瞼となる場合も多かった。開瞼時の左右差はほとんど無く、整容的に良好な結果が得られた。【考察】 Levator lengthening 法は麻痺性兎眼の治療に有用な手術法で、側頭筋移行よりも低侵襲で簡便だが、完全閉瞼を得るには下眼瞼の同時修正等も必要であると思われた。

16. 下口唇の対称性獲得を目的とした健側口角下制筋切除術の経験

栗田昌和、多久嶋亮彦、白石知大、尾崎 峰、波利井清紀
(杏林大学形成外科)

従来顔面神経下顎縁枝麻痺による下口唇の変形に対しては、遊離筋肉移植術、筋膜移植術など麻痺側に対するアプローチのみならず、対称性の獲得を目的として健側の神経・筋切除術が行われるが、文献的な報告は数少ない。施設において2003年5月から2009年5月までの期間に下口唇対称性の獲得を目的に筋切除術を行った症例は19症例であった。先天性の部分麻痺の2症例では、同術を単独で行ったが、その他の症例では遊離広背筋移植術をはじめとするその他の再建術と併施した。特に口角および頬部の上外側への運動が認められる症例においては、口角下制筋の筋切除術を行うことによって良好な対称性を得ることができる。症例によって、非常に有効な治療手段となりえるが、筋切除部の陥凹変形、血腫の可能性がある。自験例を通して、治療上留意すべき点について検討する。

17. Hunt 症候群後遺症による瞼裂狭小化に対する外眼部手術 — 腱膜固定による眼瞼下垂症手術の併用 —

金沢雄一郎

(深谷赤十字病院形成・美容外科)

ハント症候群回復後、罹患側の眼輪筋の緊張亢進により瞼裂が狭小化し、健側の眉毛挙上が起こり、顔面の著しい非対称をもたらす。成人では多少なりとも眼瞼挙筋腱膜の菲薄化・伸展化が生じ、眼瞼下垂症を有している。後遺症の瞼裂の狭小化は眼輪筋の緊張亢進に由来するが、腱膜性眼瞼下垂症が瞼裂の狭小化を加速させ、さらに健側の過剰な眉毛挙上をももたらすと考えられる。そこで眼輪筋減量とともに腱膜固定による眼瞼下垂症手術を行っている。対象は、ハント症候群後遺症により、瞼裂が狭小化している6症例。手術方法は症例に応じて腱膜固定による眼瞼下垂症手術、眉毛上皮肉切除、上下眼瞼眼輪筋部分切除もしくは離断、を組み合わせで行った。結果、5症例は良好な開瞼と眉毛のバランスが得られている一方、1症例は健側の過剰な眉毛挙上は改善されたが眼輪筋の切除が不十分で患側の眼瞼挙上が不足した。2例で患側頬部のこわばりが他覚的にも軽快した。

18. 病的共同運動に対する機能的・美容的再建

成島三長¹⁾、光嶋 勲¹⁾、原 尚子¹⁾、山唄達也²⁾、近藤健二²⁾

(東京大学形成外科・美容外科¹⁾、耳鼻咽喉科²⁾)

【目的】顔面神経麻痺では、眼瞼・口唇の運動障害、異常共同運動などが起こり、患者のQOLは著しく低下する。我々は顔面神経麻痺の患者に対し、機能的・整容的な再建を目的に手術を行い、良好な結果を得た。【方法】当科を受診した顔面神経麻痺の患者に対し、大腿筋膜移植術、側頭筋移行術、眼輪筋切除術、上下眼瞼除皺術、フェイスリフトなどを行った。患者の希望、年齢、職業、症状の度合いにより、術式の選択を行った。【結果】口唇の左右非対称、口唇と眼瞼の異常共同運動、眼瞼下垂による視野狭窄などの症状の改善を認め、機能的、整容的に良好な結果を得た。【考察】顔面神経麻痺に対する静的再建法として大腿筋膜移植が行われてきたが、今回我々は大腿筋膜移植に上下眼瞼除皺やフェイスリフトを組み合わせで行った。顔面神経麻痺の患者は、整容面にも強いコンプレックスを抱えていることが多く、この術式により、患者のQOLは大きく改善すると考えられる。

19. 当科における末梢性顔面神経完全麻痺症例における治療成績

村上大輔¹⁾、久保和彦²⁾、小宗静男¹⁾

(九州大学耳鼻咽喉科¹⁾、千鳥橋病院耳鼻咽喉科²⁾)

末梢性顔面神経麻痺に対して本邦ではステロイドを用いた治療が主流となっている。特に完全麻痺症例ではステロイド大量療法を用いることが多い。また近年、顔面神経麻痺の発症に単純ヘルペスウイルスや水痘・帯状疱疹ウイルスの関与することが明らかになり、ステロイドに抗ウイルス薬を併用した治療が一般的になっている。我々の施設においても初期治療にはステロイド治療をベースに抗ウイルス薬を併用する治療を行い、完全麻痺症例には原則として発症10日から14日に ENoG を行い、10%以下のものを予後不良群として患者の同意を得られたものについては神経減荷術を行っている。完全麻痺症例に対しての大量ステロイド療法、抗ウイルス薬の併用、その手術適応についてはまだまだ議論のあるところだが2007年1月から2009年12月までの当科での末梢性顔面神経完全麻痺症例における治療効果を検討したので、これを報告する。

20. 当科での中耳手術による顔面神経麻痺について

桂 弘和、阪上雅史

(兵庫医科大学耳鼻咽喉科)

【はじめに】今回我々は当科における中耳手術によって生じた顔面神経麻痺について検討したので報告する。【対象】2006年1月から2009年12月までの4年間に当科で行った耳手術症例1191例のうち、術後に顔面神経麻痺を来した症例は9例(0.76%)であった。【結果】局所麻酔の注射による顔面神経麻痺は3例で、術後2～3時間後に完全回復した。術中の損傷による麻痺は6例であり、即時性が2例で遅発性が4例であった。麻痺の程度は柳原法で14点から34点で、麻痺の回復期間は1日～90日と様々であった。原因疾患は真珠腫が3例と最も多く、6例中5例で乳突洞削開を行っていた。最近では顔面神経麻痺の発症を避けるために、顔面神経モニタリングを大部分の症例で行っている。

21. 当科における外傷性顔面神経麻痺の検討

山野耕嗣、勝見さち代、江崎伸一、村上信五
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

末梢性顔面神経麻痺の多くは Bell 麻痺、Hunt 症候群で占められているが、それらに次いで外傷性顔面神経麻痺も少なからず存在している。外傷性顔面神経麻痺は交通事故や労災など様々な原因によって発症する。その多くは側頭骨内病変による麻痺であり、側頭骨骨折を伴っている。そのために、顔面神経麻痺だけではなく、難聴やめまい、意識障害などの随伴症状を併発していることが多い。治療は保存的治療と手術的治療に分けられるが、減荷術に関しては、Bell 麻痺や Hunt 症候群と同様に、麻痺の程度と神経変性の程度により決定しているのが現状であり、その時期や方法は統一された見解はない。今回、当院における外傷性顔面神経麻痺例を、その原因や随伴症状、選択した治療と時期、そして予後について retrospective に検討したので報告する。

22. 顔面神経管開放時に見られる神経所見について

— Bell 麻痺と側頭骨腫瘍での比較 —

萩野幸治¹⁾、角田篤信²⁾、角田玲子²⁾、得丸貴夫¹⁾、角 卓郎³⁾、岸本誠司⁴⁾
(東京医科歯科大学耳鼻咽喉科¹⁾、NTT 東日本関東病院耳鼻咽喉科²⁾、
青梅市立総合病院耳鼻咽喉科³⁾、東京医科歯科大学頭頸部外科⁴⁾)

顔面神経減荷術に対する臨床的な有効性はいまだ証明されていない。この臨床的問題を検討するため、顔面神経麻痺がある症例 (Bell 麻痺) と無い症例 (側頭骨腫瘍) における、顔面神経管開放時の神経所見を観察・比較した。乳突洞削開術により顔面神経管を開放した15例を対象とした。顔面神経麻痺がある症例は Bell 麻痺 7 例であり、顔面神経減荷術を施行した。また、顔面神経麻痺が無い症例は側頭骨腫瘍 8 例であり、切除手術の際に顔面神経管を開放した。手術は同一術者が行い、顔面神経管開放前後での神経の所見を注意深く観察・計測・ビデオ撮影した。顔面神経管開放時、Bell 麻痺例では滲出液や充血が見られ、また神経の径は開放前後で $21.0 \pm 6.13\%$ 膨化した。一方、側頭骨腫瘍例では、滲出液や充血、神経の径の変化は見られなかった。このことから、Bell 麻痺に対する顔面神経減荷術は神経の絞扼障害を軽減する可能性が示唆された。

23. 小児顔面神経麻痺症例の検討

馬場信太郎¹⁾、金谷佳織¹⁾、近藤健二¹⁾、戸島 均²⁾、山唄達也¹⁾
(東京大学耳鼻咽喉科¹⁾、日立総合病院耳鼻咽喉科²⁾)

2001年3月～2009年12月までの9年間に当科顔面神経外来を受診した15歳以下の小児54例について年齢分布、原因、電気生理学的検査、治療、予後等を検討した。発症年齢は0カ月～15歳まで男性29例、女性25例、平均4.9歳であった。疾患内訳はベル麻痺28例(うち交代性麻痺2例、同側反復例2例) ハント症候群3例、先天性13例(うち下口唇麻痺のみ6例、メビウス症候群2例)、外傷後4例、中耳悪性腫瘍2例、その他4例であった。ベル麻痺で発症後3カ月以内の急性期、亜急性期に電気生理学的検査を行えた症例は24例25側あり、ENoG 値0%4側、1～10%4側、10～40%9側、40%以上8側でENoG 値10%以上の症例はほぼ全例治癒、1～10%の症例は顔面運動良好も病的強調運動が残存、0%の症例は全例顔面運動不全残存、病的強調運動残存した。小児でも電気生理学的検査は予後診断に重要であると考えられた。

24. 当科における小児顔面神経麻痺症例の検討

我那覇章、大田重人、鈴木幹男
(琉球大学耳鼻咽喉科)

対象は2003年1月から2009年6月までに当科を初診した顔面神経麻痺新鮮例のうち、半年以上経過観察を行った15歳以下の18例とした。原因疾患はベル麻痺が5例、ハント症候群が5例、先天性が4例、耳炎性が3例、急性リンパ性白血病が1例であった。治療は保存的治療のみが12例、外科的治療を行ったものは4例(顔面神経減荷術3例、単乳突削開術1例)、治療なしが4例(全例先天性)であった。外科的治療を行ったものはEnoGが10%未満の完全麻痺例3例と保存的治療に抵抗した中耳・乳突洞炎に伴う顔面神経麻痺の1例であった。予後は先天性顔面神経麻痺例4例とベル麻痺の完全麻痺例1例に不全麻痺を認めたが、それ以外の13例で治癒に至った。小児顔面神経麻痺は予後が良好であることや評価の困難さもあり、手術適応は限られる。保存的治療に抵抗する耳炎性顔面神経麻痺やEnoG10%以下の完全麻痺例では小児においても顔面神経減荷術は治療の選択肢となりえる。

25. 両側の聾および顔面神経麻痺を呈した両側内耳道への乳癌転移症例

櫛原崇宏、萩森伸一、森 京子、金沢敦子、河田 了
(大阪医科大学耳鼻咽喉科)

症例は65歳女性。平成3年に左乳癌の手術既往があり平成18年以降、全身に多発転移を認めている。また平成15年に左鼓室形成術を受けている。現病歴は平成20年6月18日、乳癌のため施行した腹部造影 CT 後より右難聴を自覚し23日に当科初診。純音聴力検査にて左混合難聴、右はほぼ正常なため経過観察としていた。2日後より右難聴が増悪し当科再受診。両側聾となっておりその頃より左顔面神経麻痺を自覚した。造影 MRI にて両側内耳道に腫瘍性病変を認めた。7月上旬よりめまいが出現し、その後顔面神経麻痺は両側となった。MRI で腫瘍増大及び左小脳半球にも腫瘍像がみられ、乳癌の両側内耳道及び小脳への転移と診断された。X-knife を施行するも聴力、顔面神経麻痺共に改善なく、全身状態悪化し9月11日に死亡した。悪性腫瘍、特に乳癌患者において内耳障害や顔面神経麻痺を認めた場合は、まず転移性腫瘍を念頭に精査する必要がある。

26. 顔面神経麻痺で発症した側頭骨軟骨肉腫の2症例

勝見さち代、江崎伸一、山野耕嗣、渡邊暢浩、村上信五
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

頭頸部領域の軟骨肉腫は稀で、特に側頭骨内に発生する例は少ない。我々は顔面神経麻痺を主訴とし組織学的診断で軟骨肉腫と診断した2例を経験したので報告する。【症例1：42歳女性】左顔面痙攣、顔面神経麻痺にて紹介受診。顔面神経麻痺は完全麻痺、CT、MRI で、垂直部に沿った骨破壊像を伴う側頭骨内腫瘍を認めた。経乳突アプローチにて腫瘍を摘出し、顔面神経は大耳介神経で再建した。永久病理診断で軟骨肉腫 Grade II と診断した。術後10年経過し、麻痺スコアは24/40、腫瘍の増大は認めていない。【症例2：20歳女性】緩徐進行性の右顔面神経麻痺にて紹介受診。顔面神経は完全麻痺、CT、MRI で水平部・垂直部に沿って骨破壊を伴う側頭骨内腫瘍を認めた。経乳突アプローチにて腫瘍を摘出し、顔面神経は大耳介神経を用いて舌下神経と端側吻合し再建した。永久病理診断で軟骨肉腫 Grade I と診断した。術後約1年経過し腫瘍増大は認めていない。

27. 側頭骨転移にて顔面神経麻痺を呈した進行性乳癌の一症例

北村貴裕¹⁾、猪原秀典¹⁾、松代直樹²⁾

(大阪大学耳鼻咽喉科¹⁾、大阪警察病院耳鼻咽喉科²⁾)

【症例】62歳 女性【主訴】左顔面麻痺【現病歴】約15年前より左乳房のしこりを自覚するも放置。H20年2月1日左手の浮腫が著明となり大阪労災病院外科受診。精査にて左進行性乳癌（腺癌）皮膚浸潤、骨転移、両側癌性胸水、全身リンパ節転移の診断にて2月12日より入院。入院時、2月11日からの左顔面麻痺にて耳鼻咽喉科紹介受診。【現症】麻痺スコア；6点（柳原法）【画像所見】側頭骨CT；左頭蓋骨の骨の菲薄化および膝神経節の腫瘍性陰影を認めた。【治療経過】乳癌の骨転移による腫瘍性顔面神経麻痺と考え、顔面神経麻痺に対してはステロイド大量点滴および抗ウイルス薬内服投与を施行。発症7ヶ月にて治癒。乳癌に関しては化学療法を施行し全身のリンパ節も縮小し、今現在外来にて経過観察中である。【考察】側頭骨転移にて顔面神経麻痺を呈した乳癌の一例を経験した。側頭骨の転移形式や腫瘍性麻痺の予後につき、若干の文献的考察を加え報告する。

28. 顔面神経を経由して髄膜播種をきたした耳下腺癌の一例 ～症例報告と現在の当科の基本術式の紹介～

鈴木 淳、志賀清人、鈴木貴博、小林俊光

(東北大学耳鼻咽喉科)

耳下腺癌の手術に際し、顔面神経や周囲組織の合併切除の基準は様々である。耳下腺全摘術で顔面神経合併切除を行う際は、迅速診断を利用し茎乳突起近傍の顔面神経本幹を切断する術式が標準的であるが、当科では現在、乳突切除術を併用した側頭骨内顔面神経高位切断＋周囲組織の合併切除＋顔面神経即時再建を耳下腺癌に対する基本術式としている。この術式は乳様突起近傍の切除マージンを大きく確保できるとともに、側頭骨内顔面神経浸潤に対するメリットも有する。今回、当科にて本基本術式開始以前に従来の標準的な耳下腺全摘術を施行したところ、乳様突起前面の断端が陽性となり、顔面神経を経由して髄膜播種をきたした耳下腺癌（腺癌 cT4N2bM0）の症例を提示するとともに、現在の当科の基本術式を紹介する。

29. 顔面神経麻痺を契機に発見された乳癌転移症例

上塚 学、松代直樹、佐藤 崇
(大阪警察病院耳鼻咽喉科)

側頭骨転移に伴う顔面神経麻痺は、顔面神経麻痺症例の約2-5%を占めると報告されている。今回、顔面神経麻痺を契機に発見された乳癌転移症例を経験したので報告する。症例は、61歳女性。平成20年11月10日より左顔面神経麻痺、左難聴・耳閉感を自覚。11月19日当院当科紹介受診となった。麻痺スコア（柳原法）は20/40。左滲出性中耳炎を認め、純音聴力検査では軽度伝音難聴を認めた。同日施行の中内耳CTにて、左乳突蜂巣に構造破壊を伴う軟部陰影を認めたため、造影MRIを施行した。左乳突蜂巣部にGdにて造影される3cm大の腫瘍性病変を認めた。側頭骨転移を考え、後日PET-CTを施行したところ、左乳房に巨大な腫瘍を認めた。12月3日当院外科に紹介、精査の結果乳癌と診断、12月26日から化学療法開始となった。顔面神経麻痺、滲出性中耳炎は発症3ヶ月で寛解を認めた。現在当院外科とともに経過観察中である。

30. 顔面神経麻痺に対する鍼治療の一症例

鶴 浩幸¹⁾、安藤文紀²⁾
(明治国際医療大学臨床鍼灸学¹⁾、明治東洋医学院専門学校²⁾)

【目的】顔面神経麻痺に対して、伝統鍼法に基づき健側顔面に鍼治療を行った症例について報告する。【症例】43歳男性 主訴：左顔面神経麻痺 初診日：××年6月2日 現病歴：同年5月に左耳痛を自覚し、左顔面部が動かなくなった。耳鼻科にてハント症候群と診断され、半月を経たが、顔面部があまり動かず、違和感も軽減しない。本人が鍼治療を希望しており、主治医より本学を紹介された。【所見】初診時（18病日）の麻痺スコアは10点であった。東洋医学の弁証は肝腎陰虚とした。【鍼治療の方法】1. 滋陰肝腎のため太衝、太谿、復溜、2. 顔面部の血流改善のため陽白、太陽、顴髎、地倉、翳風に刺鍼した。顔面部の刺鍼は全て健側である右側に行った。鍼治療は計11回行った。【結果】10回目（39病日）の治療からスコアは37点となり、顔面部の動かしにくさや違和感が消失した。【結語】麻痺スコアの改善などから、本症例に対して鍼治療が有効であった可能性が示唆された。

31. 原因特定が困難であった顔面神経麻痺の一症例

美内慎也、柳原尚明、兵頭 純、貞本昌規
(鷹の子病院)

症例は68歳男性。平成21年7月18日にめまいを発症、近医内科へ入院したが2日目後に右顔面神経麻痺を発症し近医耳鼻科を受診。7月25日に当院へ紹介転院した。入院時めまいはほぼ消失しており、顔面神経スコアは6/40点(柳原法)であった。右鼓膜穿孔を認め、鼓室内粘膜の発赤と少量の耳漏があり菌検査にてMRSA(+)、聴力検査にて混合性難聴を認めた。当初は耳炎性麻痺を疑い、鼓室内洗浄と抗生剤投与、ステロイド点滴加療を開始した。7月30日の頭部MRIにて右内耳道に4×9mmの腫瘍を認め、発症後11日目でのENoG値は0%、カロリック検査にて右CPであった。ステロイド加療後は鼓室内洗浄を継続し、発症後1か月でスコアは16/40点、発症後7か月では28/40点まで回復したが、発症原因を特定できていない稀な症例である。本例の診断治療について考察する。

32. 悪性外耳道炎による顔面神経麻痺例

岡田弘子、飯塚 崇、古川正幸、池田勝久
(順天堂大学耳鼻咽喉科)

72歳男性。右外耳道炎の診断にて近医通院していたが、右顔面神経麻痺出現し紹介受診。麻痺スコアは00/40、外耳道下壁に隆起性肉芽性病変を認めた。右鼓膜は膨隆し鼓室内に膿汁のたまりを認めたため鼓膜切開し排膿を行い、チューブ留置した。前医の検査にてコントロール不良の糖尿病を合併しており、即日入院しインスリン導入後、プレドニゾロン60mgからの漸減療法と抗生剤投与、連日耳洗浄を行った。耳漏の細菌学的検査で緑膿菌を検出した。また、外耳道下壁の肉芽病変から生検施行したが、granulation tissueであった。CT上膿瘍形成なく、腫脹は徐々に軽快し退院となった。排膿は継続したため、近医にて耳洗浄連日施行し耳漏は消失、顔面神経麻痺も徐々に軽快した。発症から5か月经った現在36/40となり再発は認めず、引き続き外来経過観察中である。

33. 顔面神経麻痺により生じた角膜混濁に対し全層角膜移植術を施行した1例

出田真二¹⁾、國弘幸伸²⁾

(慶應義塾大学眼科¹⁾、耳鼻咽喉科²⁾)

顔面神経麻痺により閉瞼不全が生じると、眼表面の乾燥から角膜潰瘍を生じることがあり視力低下の原因となる。角膜潰瘍後の角膜混濁に対し全層角膜移植術、白内障手術を同時に施行した症例を手術中の動画を供覧して報告する。症例は67歳女性。聴神経腫瘍術後に顔面神経麻痺を生じ近医眼科にて経過観察を行っていたが感染性角膜潰瘍を生じた。点眼治療にて感染は消退したが、角膜混濁が残存し視力は光覚弁となった。前医にて gold plate 埋入による上眼瞼後退の是正、耳介軟骨移植による下眼瞼挙上を施行し閉瞼不全を改善したのち、角膜移植目的で当院紹介受診となった。当院にて全層角膜移植術を施行したが角膜上皮欠損が持続し視力は0.04前後であった。角膜の透明性が得られなかったため再度全層角膜移植術と、遷延性角膜上皮欠損防止目的で羊膜被覆を施行した。また経過中に白内障の進行も認めたため白内障手術も同時施行し現在経過観察中である。

34. 腫瘍性麻痺様の経過を呈した小児顔面神経麻痺2例

西窪加緒里¹⁾、中谷宏章^{1) 2)}、兵頭政光¹⁾

(高知大学耳鼻咽喉科¹⁾、栃木県立がんセンター耳鼻咽喉科²⁾)

今回、Bell 麻痺としては非典型的な経過をとり、腫瘍性麻痺を疑って精査したが腫瘍の確認ができなかった小児顔面神経麻痺2例を経験したので報告する。【症例1】10歳女児。当科受診6日前に左顔面神経麻痺を自覚。初診時スコアは22/40で、軽度ベル麻痺と判断し、無治療で経過観察した。麻痺は順調に軽快していたが、第37病日に再燃した。画像検査で腫瘍所見は得られなかったが、麻痺の改善傾向がなく、診断を兼ねて発病3ヵ月目に顔面神経減荷術を行った。しかし腫瘍所見は認められず、その後麻痺は病的共同運動を残して改善した。【症例2】9歳女児。2年前より軽度の右顔面神経麻痺を自覚していたが、増悪傾向が生じたため当科受診。初診時スコアは26/40であった。病的共同運動を認めないため腫瘍性麻痺を疑い精査したが、腫瘍所見を得ることはできなかった。9ヵ月を経過し麻痺の悪化は認めないものの、病的共同運動は出現していない。

35. 顔面神経減荷術を施行した小児顔面神経麻痺の2症例

岡本昌之¹⁾、山田武千代²⁾、呉 明美¹⁾、斎藤武久²⁾
(福井赤十字病院耳鼻咽喉科¹⁾、福井大学耳鼻咽喉科²⁾)

末梢性顔面神経麻痺患者の中で、小児（15歳以下）の占める割合は10～20%と報告されており、成人に比べて一般的に予後は良好であるとされている。特に乳幼児では麻痺の予後が良好であり、基本的にはステロイド投与も不要であるとの報告もみられる。しかしながら、予後不良な経過をとる小児症例もまれではなく、治療方針の決定にあたっては成人症例以上に慎重さを要する。予後不良が予測される症例に対しては顔面神経減荷術の適応となるが、顔面神経減荷術を施行した小児顔面神経麻痺症例の報告は数少なく、10歳以下の症例となるとさらに少ない。今回我々は顔面神経減荷術を施行した乳幼児の2症例（4歳男児、5歳男児）を経験したので、その術前、術後経過と術中所見に関してここに報告する。

36. 顔面痙攣をともなった中耳真珠腫の1症例

細見慶和
(神戸労災病院耳鼻咽喉科)

顔面痙攣精査中、未治療の中耳真珠腫が明らかとなり可及的に真珠腫内容を除去、痙攣が改善した1症例を経験した。症例；72歳 女性 主訴；左顔面痙攣 経過；带状疱疹後疼痛について、当院ペインクリニック受診中。H21年5月6日から、主として左眼瞼に一日に数回の痙攣を自覚するようになった。5月20日当科受診。両耳とも、真珠腫塊とも想える耳垢で充満していた。これらを数回にわけて除去した。CTでは耳小骨の一部融解、左側では顔面神経管と軟部陰影の境界不明瞭な部位がみられた。処置を重ねるにつれ痙攣は減少。7月末には痙攣は消失、その後は痙攣の自覚はなくなった。考察；未治療の中耳真珠腫により、顔面神経管の一部が融解し、おそらくは真珠種による刺激により、痙攣が発症していたと考えられた。耳処置による保存的治療により、症状軽快がえられた。

37. 顔面神経麻痺における脳内セロトニン系の変化

久保和彦¹⁾、小宗静男²⁾

(千鳥橋病院耳鼻咽喉科¹⁾、九州大学耳鼻咽喉科²⁾)

容貌の変化は極めて大きな精神的苦痛をもたらすが、そのような耳鼻咽喉科の代表的疾患は顔面神経麻痺である。従って、顔面神経麻痺患者はうつ状態に陥ることも多い。うつ症状の強さは顔面神経麻痺の薬物療法やその後のリハビリテーションの意欲を左右し、治療効果に影響する可能性があり、その対策も重要である。うつの病態としては脳内モノアミン系、特にシナプス間隙でのセロトニンの濃度低下が考えられており、臨床的にも SSRI が多用されている。今回我々は顔面神経麻痺モデルマウスを作成し、脳内セロトニン系の変化を検討した。雄の A/J マウスの左顔面神経を、茎乳突孔から出たところで切断し、その後脳を取り出して脳の各部位でセロトニントランスポーター及びセロトニン合成酵素の発現量を Western blotting 法にて検出した。結果を、文献的考察を加え報告する。

38. 病的共同運動に対するボツリヌス・ミラーバイオフィードバック療法が大脳皮質運動野に与える影響：fMRI による検討

岩崎英隆¹⁾、戸田直紀¹⁾、東 貴弘¹⁾、高橋美香¹⁾、中村克彦¹⁾、久保 均²⁾、
原田雅史²⁾、大崎康宏³⁾、武田憲昭¹⁾

(徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島大学保健学科画像情報医学²⁾、
大阪大学耳鼻咽喉科³⁾)

我々は、顔面神経麻痺の後遺症である病的協同運動が、ボツリヌス毒素とミラーバイオフィードバックの併用療法により治療できることを明らかにしてきた。病的共同運動は再生した顔面神経の過誤支配により発症し、ボツリヌス毒素は末梢の神経筋接合部のみに作用することから、ボツリヌス・ミラーバイオフィードバック療法が中枢神経系の可塑的变化を引き起こしている可能性が考えられる。本研究では、fMRI により閉眼運動と口尖らし運動で賦活される大脳皮質運動野を同定し、ボツリヌス・ミラーバイオフィードバック療法による変化を検討した。健常人では、眼運動と口運動で賦活される運動野が分離して描出された。一方、病的協同運動を発症した患者2名では、眼運動と口運動で賦活される運動野の一部が重なっていた。この患者にボツリヌス・ミラーバイオフィードバック療法を1年以上、行わせると、眼運動と口運動で賦活される運動野の重なりが減少した。

39. Bell 麻痺・Hunt 症候群における α -defensin の発現

古田 康^{1) 2)}、折館伸彦²⁾、武市紀人²⁾、福田 諭²⁾、澤 洋文³⁾
(手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科¹⁾、北海道大学耳鼻咽喉科²⁾、
北海道大学人獣共通感染症リサーチセンター³⁾)

Bell 麻痺・Hunt 症候群において、初診時と発症 2～3 週後の末梢血単核球を用いて、マイクロアレイ解析にて麻痺発症に関連する遺伝子を検索した。Bell 3 例、Hunt 1 例において両病日間で発現差異のある遺伝子を選び出したところ、 α -defensin (DEF) が候補遺伝子として同定された。さらに real-time PCR 法により α -DEF の発現を両病日間で比較したところ、Bell 12 例中 4 例、Hunt 6 例中 3 例において発症 2～3 週後に α -DEF の発現が 5 倍以上に上昇していた。ELISA 解析では、Hunt 症候群患者 (7 例) においては健常人 (20 名) に比べ血漿中 α -DEF が有意に高値を示した。Bell 麻痺 (15 例) と健常人では有意差を認めなかった。 α -DEF は自然免疫に関与する抗菌性小ペプチドであり、細菌のみならず抗ウイルス作用を有することが判明しており、ヘルペスウイルス再活性化に関わっていることが推定される。

40. ボツリヌス毒素治療後の電気生理学検査所見と神経筋再訓練アプローチ

栢森良二
(帝京大学リハビリテーション科)

慢性顔面神経麻痺患者に対してボツリヌス毒素 (以下、B 毒素) 治療後の神経筋再訓練アプローチをどのように実施するかが今日的課題である。これに対して、B 毒素注射前後で電気生理学的検査を実施して、どのような変化があるかをみて、適切な神経筋再訓練アプローチを検討した。顔面筋の表面筋電図、瞬目-顔面筋反射、顔面筋複合筋活動電位などを実施した。B 毒素は 1 単位ずつ 15～20 カ所に皮下注射を実施した。B 毒素注射前と 1 か月後に電気生理学的検査を実施した。B 毒素注射前の表面筋電図では、安静時患側のミオキミアやスパズムがあり、随意運動時病的共同運動が観察された。注射後の変化は、B 毒素容量依存的に表情筋に麻痺が生じた。同時に、病的共同運動の抑制された。注射後の不具合として眼輪筋、上唇挙筋、笑筋などの筋力低下が著明になる点である。このことから、B 毒素治療後の神経筋再訓練アプローチとして筋力強化が必要になる。

41. ボツリヌス毒素による慢性顔面神経麻痺の治療効果と反復性

栢森良二

(帝京大学リハビリテーション科)

最近、慢性顔面神経麻痺の病的共同運動、顔面拘縮、二次性顔面痙攣に対する治療アプローチの1つとしてボツリヌス毒素（以下、B 毒素）が導入されている。特発性顔面痙攣との相違は、麻痺筋に対する注射によって一層表情筋の筋力低下を増強する短所がある。どの程度の効果があるか、あるいは反復注射によって、病的共同運動や顔面拘縮に対してある程度持続的な効果があるのか検討した。B 毒素注射を2～3回実施した22症例に対して、効果を Sunnybrook 法を用いて B 毒素注射前、注射1か月後、4～5か月後＝第2回目の注射前、注射1か月後と臨床的效果を検討した。病的共同運動と顔面拘縮に対して B 毒素は、注射前後で有意の差を持って有効であった。しかし2日目、3回目の反復注射によってある程度、病的共同運動と顔面拘縮は軽減しているが、有意差はなかった。どのような症例に対して、B 毒素注射後の神経筋再訓練を行い機能異常の軽減を図る必要がある。

42. 当地域における末梢性顔面神経麻痺に対する理学療法の実際

森嶋直人

(豊橋市民病院リハビリテーションセンター)

【はじめに】末梢性顔面神経麻痺の理学療法は、低周波や粗大筋力強化の禁止などが紹介され従前の治療方針から大きく方針転換されて久しいが、実際の治療状況についての報告は少ない。今回我々は、当地域における末梢性顔面神経麻痺に対する理学療法の実施状況を調査したので報告する。【対象と方法】対象は愛知県下の理学療法士が勤務する32施設で、平成21年9月から11月の間、末梢性顔面神経麻痺に対する理学療法施行者、治療時期、治療内容、修了基準などについて郵送式アンケート調査を行った。【結果と考察】アンケート回収率は30施設（94%）であった。理学療法施行施設は19施設、施行者は16施設が理学療法士、3施設が鍼灸マッサージ師であった。平均治療期間は3ヶ月間であり、低周波は6施設、表情筋強化は15施設で行われていた。理学療法プログラムの変化について知らない施設が8施設あり、今後の啓発活動が必要である。

43. 当院における顔面神経麻痺に対するリハビリテーションの効果 —機能予後の比較研究—

立花慶太¹⁾、松代直樹²⁾

(大阪労災病院リハビリテーション科¹⁾、大阪警察病院耳鼻咽喉科²⁾)

第31回本研究会では、当院のリハビリテーション（以下 リハビリ）を受けた顔面神経麻痺患者19名と、当院のリハビリを受けなかった顔面神経麻痺患者2名の、機能予後を検討した。その結果、顔面神経麻痺の後遺症、特に病的共同運動に対する、リハビリの有効性が示唆された。しかし、当院のリハビリを受けなかった症例が2例と少なく、統計学的なりハビリ効果の検討には至らなかった。そこで今回我々は、当院のリハビリを受けた顔面神経麻痺患者27名と、当院のリハビリを受けなかった顔面神経麻痺患者13名に対して、表情筋の随意運動や後遺症の程度などの機能予後を、統計学的手法を用いて比較し、リハビリの効果について若干の知見を得たので報告する。

44. 顔面神経の完全麻痺をきたしたハント症候群の症例に対するリハビリテーション

中村克彦¹⁾、高橋美香¹⁾、戸田直紀¹⁾、大山晴三²⁾、岩崎英隆³⁾、東 貴弘¹⁾、
武田憲昭¹⁾

(徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島県立中央病院耳鼻咽喉科²⁾、
徳島赤十字病院耳鼻咽喉科³⁾)

ハント症候群で顔面神経の完全脱神経をきたした症例では、病的共同運動、拘縮などの後遺症をきたし、かつ不全麻痺の残存が避けられない。我々は、そのような症例に対し、後遺症の発症を予防しつつ、筋力の回復を促進することを目的としたリハビリテーションを行っている。発症後1ヵ月ごろの比較的早期は、健側の顔面神経による代償性回復を促進する目的で、口輪筋や眉間筋などの正中に近い表情筋のリハビリテーションを行う。発症2-3ヶ月以降は、患側の顔面神経の健全な再生を促進する目的で、ミラーバイオフィードバックを指導する。いずれも表情筋マッサージを併用するが、病的共同運動の予防に重点をおくと筋力の回復がおろそかになり、筋力の強化に重点をおくと病的共同運動が強くなるので、両者のバランスの取れたリハビリテーションを指導する。今回は、我々の行っているリハビリテーションの方法と、その治療成績を報告する。

45. 顔面神経麻痺後遺症におけるリハビリテーションの開始時期に関する検討

飴矢美里¹⁾、羽藤直人¹⁾、澤井尚樹²⁾、能田淳平¹⁾、暁 清文¹⁾
(愛媛大学耳鼻咽喉科¹⁾、愛媛県立中央病院耳鼻咽喉科²⁾)

顔面神経麻痺後遺症である病的共同運動や顔面拘縮は、発症から3-4か月程度で出現するとされており、一旦出現すると治癒は困難である。そのため、リハビリテーションにて顔面神経麻痺後遺症を予防することが重要とされている。当科では出来る限り発症早期より顔面神経麻痺に対するリハビリテーションを実施しており、後遺症の予防に努めている。しかし、リハビリテーションを開始する時期によって後遺症の出現やその程度にばらつきを認める。そこで今回われわれは、2008年4月から2010年4月までの約2年間に当科を受診した末梢性顔面神経麻痺例において、リハビリテーションの開始時期により後遺症の程度に差があるか、柳原法に加え、病的共同運動・顔面拘縮の程度を評価して検討したので報告する。

46. 新鮮 Bell 麻痺に対する星状神経節ブロックと大量ステロイド点滴静注併用療法—大量ステロイド点滴静注単独療法について—

萩原正洋¹⁾、赤嶺智教¹⁾、若山 寛¹⁾、佐藤晶子¹⁾、大房裕和²⁾
(長野赤十字病院第1麻酔科¹⁾、内科²⁾)

われわれは発症7日以内の新鮮 Bell 麻痺の14点以下の麻痺に対して、1986年2月より星状神経節ブロック (SGB) と大量ステロイド点滴静注 (HDS) 併用療法を行い、87から95%の治癒率を得ている。今回は1998年12月から2008年11月の間で何らかの理由で SGB を施行せずに、HDS 療法単独で治癒または6ヵ月経過を追えた21症例につき SGB を施行しなかった理由、治癒率等につき報告する。対象：性別は男性15例、女性6例、罹患側別では左側11例、右側10例、平均年齢は57歳、受診は平均3日であった。重症度別では高度6例 (ENoG 値31%)、中度13例 (同60%)、軽度2例 (同63%) であった。結果：治癒状態は全体では19例 (90.5%)、高度麻痺では4例 (66.7%) が治癒していた。治癒日数は全体で平均25日、高度麻痺で平均39日であった。SGB を施行しなかった理由は、SGB の施行法の変更に伴いが6例、抗凝固薬の使用が5例、局麻アレルギーが2例、頸部の癒痕化が2例であった。まとめ：HDS 療法単独では高度麻痺の治癒率は低く、その他の何らかの併用療法が必要であると思われた。

47. 高齢者顔面神経麻痺症例の治療戦略

古川孝俊¹⁾、石井健一¹⁾、稲村博雄²⁾、川口和浩³⁾、青柳 優¹⁾
(山形大学耳鼻咽喉科¹⁾、山形市²⁾、日本海病院耳鼻咽喉科³⁾)

国民衛生の動向によると2009年には老年人口（65歳以上）が総人口の22%を超え、今後も高齢者の顔面神経麻痺症例は増加するものと考えられる。しかし、高齢者の顔面神経麻痺の臨床的特徴として、高度な初期病変・低完治率・治癒遷延傾向・高合併症率が挙げられ、治療の選択に苦慮する症例も少なくない。今回我々は、2001年1月から2009年3月までに当科を初診した末梢性顔面神経麻痺患者を対象とし、70歳以上（70例）と、16歳以上70歳未満（300例）に分けて比較検討した。高齢者の傾向と治療上の問題点を検討し、高齢者顔面神経麻痺の治療方針について考察したので報告する。

48. 顔面神経鞘腫に対する定位放射線治療の長期成績

藤原圭志¹⁾、古田 康^{1) 2)}、福田 諭¹⁾
(北海道大学耳鼻咽喉科¹⁾、手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科²⁾)

側頭骨内顔面神経鞘腫の根治治療は手術であるが、麻痺の状況により wait and scan で経過をみることも推奨される。さらに近年、放射線治療の有用性についての報告も散見される。分割照射による定位放射線治療（以下SRT）は、聴神経腫瘍では高い腫瘍制御効果と低い合併神経障害が報告されているが、顔面神経鞘腫への効果は不明である。今回我々は3例に対しSRTを行い、長期経過観察を行ったので報告する。SRTは50Gy/25frで施行され、フォローアップ期間は52から72ヵ月である。3症例とも柳原法で20点前後の不全麻痺症例であったが、治療後に麻痺が悪化した症例は認められなかった。また重篤な有害事象を認めなかった。MRIによる腫瘍サイズの評価は縮小1例、不変2例であった。SRTが顔面神経鞘腫に対する有用な治療手段の一つとなりうる可能性が示唆された。

49. Hunt 症候群における聴力障害の検討

戸田直紀¹⁾、高橋美香²⁾、東 貴弘²⁾、岩崎英隆³⁾、中村克彦²⁾、武田憲昭²⁾
(徳島県立中央病院耳鼻咽喉科¹⁾、徳島大学耳鼻咽喉科²⁾、
徳島赤十字病院耳鼻咽喉科³⁾)

2003年から2009年の間、徳島大学耳鼻咽喉科を受診した Hunt 症候群症例のうち、患側の感音難聴をきたし発症 2 ヶ月以内に造影 MRI を撮影することができた 9 例において、その聴力経過を観察するとともに内耳道造影 MRI を用いた検討を行った。結果、平均聴力の左右差が 20dB 以内であった 6 例は、いずれも高音障害型感音難聴であり 3 ヶ月以内に聴力が改善した。一方、患側の平均聴力が 55dB 以上の難聴をきたした 3 例は、1 年以上聴力障害が残存した。高度難聴をきたした 3 例は、造影 MRI にて患側の蝸牛神経に造影効果を認めたため、蝸牛神経障害によって難聴をきたしたものと考えた。他に自記オーディオメータや ABR による検討も含め、Hunt 症候群における難聴の病態について考察した。

50. 特発性顔面神経麻痺における血清 HSV 抗体陰性例の検討

岸 博行、平井良治、池田篤生、戸井輝夫、中里秀史、久木元延生、大森英生、
池田 稔
(日本大学耳鼻咽喉科)

顔面神経麻痺の原因となるウイルスは単純ヘルペスウイルス (HSV) と水痘帯状疱疹ウイルス (VZV) がよく知られている。特にこれまで特発性顔面神経麻痺 (Bell 麻痺) と呼ばれてきた症例群においては、今日 HSV が主たる原因であると理解されている。しかし、日常臨床の場で HSV 抗体陰性の症例に出会うことは稀なことではない。今回我々は当科で経験した Bell 麻痺症例から血清 HSV 抗体陰性の症例に焦点をあて検討を行ってみた。年齢、麻痺の程度、NET/ENoG の反応、予後など、いくつかの要素を中心にそれらの Bell 麻痺症例について検討を行ったので報告する。

51. ベル麻痺症例に対するバラシクロビルの治療効果

平井良治、池田 稔、岸 博行、池田篤生、中里秀史、大森英生、久木元延生
(日本大学耳鼻咽喉科)

特発性末梢性顔面神経麻痺（以下ベル麻痺）は原因不明とされているが、単純ヘルペスウイルス 1 型（以下 HSV）がその原因として深く関係があることは、明らかとされている。したがって、最近ではベル麻痺に対する保存的治療の中に、バラシクロビルなどの抗ウイルス薬が積極的に加えられる傾向にある。われわれの施設では、比較的重症のベル麻痺例に対しては、できるだけバラシクロビル3000mg/日の投与を7日間施行する方向で対処している。今回われわれはバラシクロビル3000mg/日の投与を行ったベル麻痺症例を対象に、その治療効果について retrospective に検討を行った。検討には、年齢、投与開始病日、麻痺の程度、アブミ骨筋反射の状態、電気生理学的検査等の結果を踏まえておこなった。

52. 再発性顔面神経麻痺・両側性顔面神経麻痺の検討

江崎伸一、勝見さち代、山野耕嗣、渡邊暢浩、村上信五
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

通常顔面神経麻痺は一側性かつ単発性であるが、両側発症例や再発例も稀ではない。再発性麻痺では顔面神経鞘腫等の腫瘍性病変が原因となりうるが、明らかな原因を同定できない症例が大半を占める。今回我々は平成13年から10年間に名古屋市立大学病院耳鼻咽喉科を受診した一側に再発または両側に発症した顔面神経麻痺患者のうち、明らかな原因が同定できない症例を後ろ向きに検討した。全1134患者のうち再発性は39例（再発：26例、再々発：6例、再々々発：4例、再々々々発：3例）、交代性は42例、両側同時性は6例みとめられた。年齢、性別、左右比、HSV・VZV 抗体価（CF 法）、発症時のスコア、神経興奮度検査、治癒率などにつき、同時期・同世代のベル麻痺患者と比較した。3回目以降の麻痺の間隔は平均3.5年（1～9年）と、2回目までより短い傾向であった。また、再発する毎に発症時の麻痺スコアが悪化していく傾向がみられた。

53. 両側同時性 Ramsay-Hunt 症候群例

飯塚 崇、岡田弘子、古川正幸、池田勝久
(順天堂大学耳鼻咽喉科)

両側性顔面神経麻痺は両側同時性麻痺、両側交代性麻痺、両側再発性麻痺に分類されている。両側顔面神経麻痺は5%以下と比較的稀であり、そのうち両側同時性麻痺は0.9%と稀である。今回我々は咽喉頭の粘膜疹で発症し両側顔面神経麻痺になった両側同時性 Ramsey-Hunt 症候群の1例を経験したので報告する。症例は80歳の男性。平成21年9月5日より咽頭痛があり、近医受診するも軽快なく9月10日当科初診。左中咽頭から喉頭、下咽頭に白色の粘膜疹を認め、抗ウイルス薬を処方した。9月17日左顔面神経麻痺にて再診。経口摂取も低下しており入院加療としたが、翌18日軽度右顔面の麻痺出現し、19日には両側完全麻痺となり軽度眼球運動障害も認めた。頭部MRIは異常認めなかった。ステロイドは同意が得られず使用しなかったが、10日後には右の麻痺はほぼ回復し、左も改善傾向が認められた。発症6ヵ月後の現在40点法にて右40点、左36点となり、外来経過観察中である。

54. Moebius 症候群における両側顔面遊離筋移植術による言語機能の改善

田中一郎¹⁾、佐久間恒²⁾
(東京歯科大学市川総合病院形成外科¹⁾、横浜市立市民病院形成外科²⁾)

Moebius 症候群に対する両側顔面遊離筋移植術による言語機能の改善につき検討する。症例は先天性両側顔面神経完全麻痺に口蓋裂を合併した Moebius 症候群の36歳男性であり、動的口唇挙上目的に両側顔面へ広背筋及び薄層前鋸筋の遊離筋移植術を、運動神経には三叉神経咬筋枝を使用し施行した。術後約4年で十分に強い口唇挙上運動が可能であった。言語療法士による言語評価では、術前は鼻咽腔開鎖不全の開鼻声や口蓋裂の構音障害と、口唇開鎖不全による構音障害が認められ、発語明瞭度は3/5であった。術後は口唇開鎖が可能となったことより、両唇音 (/p,b,m/・パ、バ、マ行) の構音、特にマ行に著しい改善が見られ、発語明瞭度にも多少の改善 (3/5-4/5) があり、職場同僚からも言葉が分かりやすくなったと評価を受けた。Moebius 症候群に対する両側顔面遊離筋移植術は、笑いの表情の獲得や口唇からの食物や唾液の漏れを防ぐだけでなく、言語機能の改善にも寄与していると考えられる。

55. 顔面神経開放術に鼻粘膜を利用する顔面神経麻痺の治療

山田武千代、岡本昌之、呉明美、斎藤武久
(福井大学耳鼻咽喉科)

顔面神経完全麻痺の難治例では顔面神経開放術を行われているが、完全治癒率の改善、病的協調運動の回避などの課題があり、様々な工夫がなされるべきである。ヒト体内で生涯にわたって生理的条件下で神経幹細胞が再生している場所は、海馬歯状回と嗅球－鼻粘膜（嗅神経投射）である。嗅粘膜中の基底細胞は幹細胞様の性質を持つこと、周囲の支持細胞から神経を再生させる成長因子を産生することから、我々は、顔面神経開放術の際に、本人の嗅上皮を含む鼻粘膜を採取し顔面神経に移植する方法を考案、福井大学医学部附属病院倫理委員会の承認を経て実践したので報告する。嗅覚細胞を含む鼻粘膜、嗅覚細胞を含まない下鼻甲介粘膜からの成長因子、サイトカイン産生も検討した。

56. Facial nerve injury; a missing player (2nd report)

Majid Safwat, Akira Inagaki, Shinichi Esaki, Shingo Murakami
(名古屋市立大学耳鼻咽喉科)

Nerve injury leads to induction of a large number of genes to repair the damage and restore synaptic transmission. NF- κ B is a transcription factor involved in physiological and pathological processes; such as neuronal survival, cellular proliferation, inflammation, stress response and apoptosis. Previous studies have reported increased activity of NF- κ B following sciatic nerve and spinal cord injuries, highlighting a major role played by NF- κ B after such injuries. The correlation between FNIs and their associated changes in NF- κ B activity is still missing. Moreover the role played by NF- κ B following such injuries remained to be clarified. Previously we have described an increased activity of NF- κ B in rat facial nucleus following FNIs. Here we investigated this activity in the sub nuclei of the facial nucleus seven days after facial nerve transection, more over we examined this activity on the contralesional facial nucleus as well. By means of immunohistochemistry NF- κ B activity was evaluated. Our current findings shows that NF- κ B activity is more increased in injured facial subnuclei compared to the uninjured one, furthermore the contralateral facial nucleus exhibited a significant increase in NF- κ B activity after FNIs. Our observed injury-induced NF- κ B activation implies a possible role of NF- κ B after FNIs presumably as a neuroprotective factor.

57. Sub-threshold continuous electrical stimulation facilitates functional recovery of facial nerve after crush injury in rabbit

Jin Kim, Jae Young Choi, Won-Sang Lee

Department of Otorhinolaryngology,
Yonsei University College of Medicine

Introduction: We examined whether electrical stimulation with subthreshold, continuous, low-frequency impulses has the potential to become a viable clinical method for improving functional recovery after facial nerve crush injury. **Methods:** In eight rabbits, crush injuries were made on the facial nerve on both sides by compression for 30 s with mosquito forceps, causing complete facial paralysis. Subthreshold continuous direct current electrical stimulation with 20-Hz square-wave pulses was applied to the proximal stump on one side for 4 weeks. Facial nerve function was assessed by evaluating vibrissae movement and nerve conduction velocity and amplitude, as well as histological findings of the regenerated nerve and muscle after sacrifice. **Results:** All crush injuries resulted in loss of electrical conductivity, as demonstrated by intraoperative and postoperative proximal nerve stimulation. Vibrissae movement returned significantly earlier on the electrically stimulated side, with a less variable recovery time. Electrophysiologically, the stimulated side showed significantly shorter latency, longer duration, and faster conduction velocity. Light microscopy and transmission electron microscopy revealed that the electrical stimulation also markedly decreased Wallerian degeneration of the injured facial nerve. **Discussion:** This study demonstrated that subthreshold, continuous, low-frequency electrical stimulation immediately after a crushing injury of the facial nerve resulted in earlier recovery of facial function and shorter overall recovery time in rabbits.

58. 耳下腺内顔面神経線維腫の1症例

本多伸光、澤井尚樹、中村光士郎
(愛媛県立中央病院耳鼻咽喉科)

耳下腺内に発生する顔面神経起源の腫瘍は神経鞘腫が多く、神経線維腫の報告は非常に稀である。今回、われわれは耳下腺内顔面神経線維腫の極めて稀な1症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は35歳女性、主訴は右耳下部腫瘍である。約10年前より右耳下部腫瘍を自覚していた。徐々に増大し、軽い圧痛も自覚するため当科を受診した。MRI 検査で T1強調画像にて筋肉と等信号、T2強調画像で高信号の辺縁明瞭なダンベル型腫瘍を耳下腺内に認めた。冠状段画像で腫瘍に連続する索状物が認められ、顔面神経起源腫瘍の可能性も説明した上で手術を施行した。腫瘍は頬筋枝と連続しており、本幹第一分岐部付近の顔面神経に接して存在していた。頬筋枝は切断し、接していた顔面神経を剥離温存して腫瘍を摘出した。病理組織検査では顔面神経線維腫の診断であった。術後、完全麻痺を来したが、1年半経過した現在は24点まで回復している。

59. 上前庭神経障害によるめまいと考えられた Zoster Sine Herpete 症例

高橋美香¹⁾、戸田直紀²⁾、東 貴弘¹⁾、岩崎英隆³⁾、中村克彦¹⁾、武田憲昭¹⁾
(徳島大学耳鼻咽喉科¹⁾、徳島県立中央病院耳鼻咽喉科²⁾、
徳島赤十字病院耳鼻咽喉科³⁾)

症例は78歳の男性、平成21年1月13日にめまいが発症。翌日に右顔面神経麻痺が発症した。耳介帯状疱疹を認めなかったが、麻痺スコアは8/40点、発症8日目のENoGは17%。右向き頭位眼振を認め、27日目のカロリック検査では右CPで、VEMPは左右差を認めなかった。難聴なし。VZV IgGが上昇しておりZoster Sine Herpeteと診断した。発症1年目でも右CPと左向き頭振後眼振が残存し、体動時のめまいを訴えていた。本症例のめまいは前庭神経炎のめまいと類似し、突発性難聴のめまいと異なることから、右前庭神経障害と考えられた。本症例は、発症3か月目に右後半規管型BPPVを発症し、Epley法で軽快した。VEMPが正常で顔面神経麻痺と同側の後半規管型BPPVが発症したことから、右下前庭神経機能は正常と推定される。以上の結果から、本症例のめまいは上前庭神経障害によるものと考えられた。

60. 顔面神経水平部直上を開窓しえた前庭窓閉鎖症の1例

河野浩万、東野哲也
(宮崎大学耳鼻咽喉科)

症例は、9歳の女兒。6歳の頃より滲出性中耳炎で経過を診ていたが、中耳炎治癒後もの左伝音難聴（左気導70dB、気骨導差55dB）を有していた。CT検査で、左アブミ骨の形成異常所見が認められ、また前庭窓の骨壁は厚く前庭窓閉鎖が疑われた。軸位像では、前庭窓部を顔面神経水平部が走行しており開窓困難例であることが予想されたが、冠状断で僅かではあるが顔面神経水平部直上に開窓可能と思われる部分が認められた。鼓室を開窓すると、画像所見どおり前庭窓部に露出した顔面神経水平部が確認された。顔面神経水平部の上方には僅かに前庭窓窩と思われる窪みが認められた。同部位の開窓を試みたところ、やや厚い骨壁であったが開窓することができた。キヌタ骨長脚が短かったため、ツチ骨と連結させたワイヤーテフロンピストンにて連鎖を再建した。術後1ヶ月で聴力レベルは36.7dBまで改善したが、術後6ヶ月後では56.7dBへと悪化した。手術所見を供覧する。

61. 真珠腫を合併した顔面神経鞘腫症例

近江永豪、川崎洋平、本田耕平、石川和夫
(秋田大学耳鼻咽喉科)

シュワン細胞が腫瘍化した神経鞘腫の中で、顔面神経鞘腫は比較的に少ない疾患である。画像による確定診断はある程度予測可能にもかかわらず、先天性真珠腫などとの鑑別困難なことがある。今回我々は、真珠腫を合併した膝神経節を主座に中頭蓋内に進展した稀な顔面神経鞘腫の一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。症例は37歳の男性、H21.8頃右顔面神経麻痺を自覚し、近医を受診後、H21.10.21当科紹介受診となった。初診時、40点法で7点、右混合性難聴（38.8dB）を認め、ENoGは0%であった。CTとMRI所見では、造影された病変が右錐体骨を破壊し、一部嚢胞変化を認めたため、顔面神経鞘腫と診断された。H22.2.10手術の際、上鼓室に真珠腫病変が合併していると判明した。迷路部から水平部の腫瘍性顔面神経を摘出し、同時に真珠腫も摘出した。顔面神経の本幹断端に対して舌下神経との端一側吻合を行った。術後、顔面神経麻痺の改善まだ見られないが、現在経過観察中である。

62. 喉頭帯状疱疹に後発した顔面神経麻痺の2症例

津布久 崇、蠣崎文彦、松村道哉、古田 康
(手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科)

Ramsay Hunt 症候群は顔面神経膝神経節に潜伏感染した水痘帯状疱疹ウイルス (VZV) の再活性化により、耳介周囲、口腔・咽頭の帯状疱疹、内耳障害、顔面神経麻痺を来す。一方で軟口蓋、喉頭の帯状疱疹と共に軟口蓋麻痺、声帯麻痺を来すことがあり、舌咽・迷走神経感覚神経節での VZV 再活性化によるものと考えられる。今回、咽頭・喉頭領域に粘膜病変を認め、血清学的に VZV の再活性化が示唆された症例で、引き続き同側の顔面神経麻痺を来した2症例を経験したので報告する。症例は60歳男性と36歳男性で、咽頭痛、嗄声が出現してからそれぞれ12日後、14日後に顔面神経不全麻痺を呈した。すでに抗ウイルス剤とステロイド剤での治療がなされており、麻痺の後遺症を残すことなく改善した。喉頭帯状疱疹症例においても、治療の経過中に顔面神経麻痺が生じる可能性があることを患者に説明する必要があると思われた。

63. ヘルペス脳炎合併を疑われた Ramsay-Hunt 症候群の一例

上野幸恵、土井 直、阪上智史、友田幸一
(関西医科大学枚方病院耳鼻咽喉科)

症例は89歳男性。平成21年12月12日、左耳痛を認めたが鼓膜所見・聴力検査ともに異常なかった。2日後に左顔面神経麻痺出現し、左耳介・外耳道に膿瘍形成、平衡機能障害を認めたため、Ramsay-Hunt 症候群と診断し近医でベタメタゾン点滴・内服 ACV 投与された。翌日意識障害が出現したため当科緊急受診となった。初診時 JCS 30、左顔面神経麻痺を認めた。臨床所見より脳髄膜炎の可能性が高いと診断し ACV 点滴を開始とした。翌日意識障害改善し髄液検査施行可能となった。髄液所見はウィルス性髄膜炎を示唆していた。同日ステナート療法を開始。耳介・外耳道の膿瘍は軽快するも顔面神経麻痺・聴力障害は改善しなかった。本症例は不全型 Hunt 症候群と近医で診断され、治療の途中で完全型 Hunt 症候群に進行した。髄液中の PCR 測定などの検査はなされていないが、ヘルペス群ウィルスの再活性化により同時にヘルペス脳炎を合併するに至ったと考えられる。

64. 耳下腺癌切除後の顔面神経再建の現状

—全国頭頸部癌治療施設アンケート調査結果—

古田 康^{1) 2)}、山本有平³⁾、福田 諭²⁾

(手稲溪仁会病院耳鼻咽喉科¹⁾、北海道大学耳鼻咽喉科²⁾、形成外科³⁾)

耳下腺癌切除後の顔面神経再建について本邦における現状を調査する目的で、全国頭頸部癌治療施設にアンケート調査を行った。調査項目は、①過去5年間の耳下腺癌手術症例数、②顔面神経合併切除症例数、③顔面神経切除後再建の基本方針、④頭頸部外科と形成外科の分担、⑤具体的な再建方法の5項目である。77施設から回答を得た。過去5年間の耳下腺癌手術症例数は年平均6例以下の施設が多い結果であった。573例中291例(51%)において顔面神経合併切除が行われていた。切除後再建の基本方針として、大部分の施設では即時再建を基本方針としていた。顔面神経再建術における分担について、60%の施設では形成外科医が顔面神経再建術に参与していた。形成外科医が行う場合は神経移植に合わせて静的再建、動的再建術などを組み合わせて行う施設が多い結果であった。この分野において形成外科医の果たす役割が大きいことが示唆された。

65. bi-directional nerve graft を用いた一期的顔面神経再建について

松田 健¹⁾、垣淵正男²⁾

(大阪大学形成外科¹⁾、兵庫医科大学形成外科²⁾)

【目的】我々は顔面神経の広範な欠損に対して端側縫合を用いた一期的神経移植法を行ってきた。現在は一本の移植神経への双方向からの再生を期待する bi-directional nerve graft の考えを応用し、移植神経遠位端の舌下神経への端側縫合を追加している。

【方法】腓腹神経を用いて顔面神経再建を行った。顔面神経本幹との縫合部は端々縫合とし、側頭枝から順次尾側に向けて4～7枝の各遠位断端を移植神経の側面に縫合した。移植神経遠位端は舌下神経側面への端側縫合を行い、axonal supercharging を行った。

【結果・考察】本法は少量の移植神経で多数枝を再建可能、かつ手技的に簡便であることなど多くの利点を有している。また、複数の neural source からの再生軸索を移植神経に誘導することで回復の可能性は高まり、患側顔面神経からの回復が不十分と予想される症例では有用な術式となると考えられた。

66. 聴器癌切除後の顔面神経麻痺に対する再建症例の検討

新濱明彦、鈴木幹男、大田重人、我那覇章
(琉球大学耳鼻咽喉科)

聴器癌切除、特に側頭骨垂全摘を行った場合顔面神経麻痺は必発である。今回当科にて行った側頭骨垂全摘後の顔面神経麻痺に対する再建について検討したので報告する。対象は1998年4月から2009年10月の間に当科でおこなった側頭骨垂全摘手術後の顔面神経麻痺に対する再建例7例で、年齢は30歳から75歳まで、男性4例、女性3例である。原疾患は中耳癌が4例、外耳道癌が3例、全例が扁平上皮癌であった。術中のナイロンによる吊り上げ術は5例、アンカリングシステムによる吊り上げ術を2例に施行、加えて長掌筋腱移植による吊り上げ、大腿筋膜による吊り上げ、側頭筋膜による吊り上げを1例づつに施行した。Gold 挿入は1例に2期的に行なった。腓腹神経移植による動的再建は3例に施行し、3例とも中枢側は脳幹部断端から末梢側は耳下腺前縁部で行なった。閉眼、口唇の動きは良好になったが眉毛の動きは不全であった。

67. 麻痺性下眼瞼外反の治療

阪場貴夫、上田和毅、梶川明義、浅井笑子、大河内裕美
(福島県立医科大学形成外科)

顔面神経麻痺において生じる下眼瞼外反は、閉瞼を妨げて乾燥性角結膜炎を惹起するだけでなく、開瞼時の瞼裂の開大による左右非対称的な眼瞼形態をもたらす。不全麻痺例であっても麻痺期間が長期化すると外反変形は進行し看過できない症状となる。これに対しては、medial or lateral tarsorrhaphy、Kuhnt-Szymanowski 法、筋膜・糸による下眼瞼吊り上げ術、側頭筋移行術、耳介軟骨移植術など各種の術式が報告されている。われわれも各種の術式を行ってきたが、今回これまでに経験した術式を retrospective に検討を加え、その優劣を検討したので報告する。結論として軽度の症例には Kuhnt-Szymanowski 法、中等度の症例には側頭筋移行術、高度の症例には耳介軟骨移植が適当と思われた。

68. 異常共同運動による瞼裂の狭小化の程度と眼輪筋切除術の効果

白石知大、多久嶋亮彦、栗田昌和、尾崎 峰、波利井清紀
(杏林大学形成外科)

我々は異常共同運動による瞼裂の狭小化に対する治療法の一つとしての眼輪筋・頬骨枝切除術の有用性について、2008年の本研究会で報告した。先の報告では‘動的’な瞼裂の狭小化の改善について報告したが、今回は‘静的’な瞼裂の狭小化に対する有用性を検討した。対象は不全麻痺に伴う瞼裂の狭小化を示す症例で本手術の施行前後のビデオ撮影が行われた患者24例である。対象を口唇の運動時に瞼裂幅の変化のみられる症例（動的）と、安静時より瞼裂が狭小化しており変化のみられない症例（静的）に分け、手術前後の変化を前者は下眼瞼の上方への移動量で評価し、後者は安静時の瞼裂の幅で評価した。24例中、前者は19例、後者は5例存在した。いずれの群でも術後に改善を認めた。瞼裂の狭小化には種々の要因が関連すると考えられるが、今回の結果は術式の有用性だけではなく、病態の解明においても大変興味深い知見であると考えられる。

69. 陳旧性片側顔面神経麻痺に対する挙筋腱膜固定術の有効性の条件の検討

権太浩一¹⁾、光嶋 勲²⁾
(帝京大学形成・口腔顎顔面外科¹⁾、東京大学形成外科²⁾)

陳旧性顔面神経麻痺において眼瞼下垂が起こるメカニズムは、基礎疾患として加齢性・腱膜性の眼瞼下垂が存在し、前頭筋の代償性収縮による眉毛挙上で開瞼が補助されている例において、側頭枝の麻痺によりこの代償作用が失われることによるものである。したがって、陳旧性麻痺時の眼瞼下垂の治療としては、基礎にある眼瞼下垂を治療するというアプローチ（挙筋腱膜固定術）と、代償作用である眉毛挙上を回復させるというアプローチ（眉毛挙上術）とが存在する。今回、片側性の陳旧性麻痺における眼瞼下垂および瞼裂や眉毛高の左右差の矯正という治療目的に対し、この両アプローチがどのように有効性を発揮するかを明らかにする目的で、腱膜固定術を単独で行うべきか眉毛挙上術と組み合わせて行うべきか、腱膜固定術は健側に行うべきか患側に行うべきか、また両者を組み合わせて行う場合にはどちらを先行して行うべきかなどの論点につき、自験例12例を検討した。

70. 末梢性顔面神経麻痺におけるテーピング固定の評価

金子富美恵、須納瀬弘

(東京女子医科大学東医療センター耳鼻咽喉科)

末梢性顔面神経麻痺の治癒過程では、後遺症の機序と考えられている神経迷入再生・過誤支配・逆行性インパルスによる顔面神経核興奮性亢進の回避が重要である。このため患者教育として、開瞼の際に顔面神経側頭枝支配である前頭筋ではなく動眼神経支配である上眼瞼挙筋を使用させる。しかし会得は困難で、患側前頭筋の緊張低下による眼瞼下垂の代償として健側前頭筋が過度に緊張している例も多い。今回我々は医療用サージカルテープ又は粘着性ドレッシングフィルム（以下テープと略す）にて患側前頭筋を固定し顔面の過度な緊張と眼瞼下垂を軽減する方法を考案した。テープは15mm 幅、50mm 長前後とし患側頭皮との境界から前頭筋外側に数枚貼付した。貼付の際は兎眼が増悪しないよう留意した。評価は顔面写真解析とアンケートで行った。本法は侵襲がなく可逆的であり、完全麻痺期、回復期、病的運動期いずれからでも開始可能である。症例を提示して報告する。

71. 島状側頭筋移行術における合併症回避への術式工夫

林 明照¹⁾、丸山 優²⁾、酒井敦子¹⁾、室 孝明¹⁾、保坂宗孝¹⁾、岡田恵美²⁾

(東邦大学医療センター佐倉病院形成外科¹⁾、東邦大学形成外科²⁾)

島状側頭筋弁移行術は早期に筋収縮が得られるが、下顎骨筋突起の離断は盲目的であり、また、術後過矯正が続いた症例を経験した。本術式を円滑に進め合併症を回避する工夫について報告する。症例は9例（男3、女6例）、年齢12～64歳。筋突起の確実な離断には、頬骨弓を離断して尾外側に圧排し、示指尖部で下顎切痕から筋突起基部を確認、骨ノミを大臼歯に向けて切る。4mm 硬性鏡下では作業が容易となる。口角過矯正の予防には、側頭筋をゆっくり且つ強く尾側に牽引して十分に伸展させ、また、筋体を側頭窩から完全に剥離し島状筋弁にする。離断した頬骨弓は整復固定し、同部の膨隆を予防する。下顎骨筋突起の離断面は当初3例で不整が見られたが、その後は均一に離断できた。また、初期2例で口角過矯正が残存したが、その後の7例では軽度であった。島状側頭筋弁移行術は、術式の工夫によりその利点を十分に活かすことが可能である。

72. 頭皮切除による島状側頭筋移行術と眉毛挙上術の同時施行

林 明照¹⁾、丸山 優²⁾、酒井敦子¹⁾、室 孝明¹⁾、保坂宗孝¹⁾、岡田恵美²⁾
(東邦大学医療センター佐倉病院形成外科¹⁾、東邦大学形成外科²⁾)

島状側頭筋弁移行術 (Lengthening temporalis myoplasty) は側頭筋を順行性に移行する顔面神経麻痺動的再建法であり、早期に確実に筋収縮が得られる利点がある。今回、頭皮の皮切を利用して同時に眉毛挙上術を行い、有用と思われたので報告する。方法は、筋弁挙上時の側頭部皮切から眼窩上縁まで骨膜下に剥離し、創閉鎖時に必要に応じ10－15mmの幅で頭皮を切除し前額皮弁を牽引して縫合閉鎖する。島状側頭筋弁移行術単独では、改善効果は口角の挙上と動的再建に限局されるが、眉毛下垂の著しい症例では、頭皮切除による眉毛挙上を同時に行うことで、側頭筋移行術の効果の幅を広げることが可能である。また、Anchor system で前額皮弁を固定することにより、眉毛挙上効果をより確実に保持できるものと思われる。

共催および協賛会社一覧

グラクソ・スミスクライン

エーザイ株式会社福岡支店

山下医科器械株式会社

サノフィ・アベンティス株式会社

株式会社ツムラ

協和発酵キリン株式会社

小野薬品工業株式会社

明治製菓株式会社

大鵬薬品工業株式会社

シェリング・プラウ株式会社

日本新薬株式会社

(順不同)

TOTAL MEDICAL SUPPORT

私たちのトータルメディカルサポートは、
「確かさ」から生まれます。

yamashita

TOTAL MEDICAL SUPPORT



+sure

山下医科器械株式会社

TMSセンター・医療機器事業・低侵襲治療事業・メディカルサービス事業・医療情報事業

本社 ／〒857-8533 長崎県佐世保市湊町3-13 TEL0956-25-2112

福岡本社／〒810-0004 福岡市中央区渡辺通3丁目6-15 5F/6F TEL092-726-8200

支社 福岡 092-474-2071 ・ 筑後 0942-31-1166 ・ 佐賀 0952-30-6433

北九州 093-962-2245 ・ 長崎 095-844-3171 ・ 佐世保 0956-25-2111

熊本 096-378-5911 ・ 大 分 097-503-8522

営業所 福岡西・大牟田・対馬・筑豊・武雄・唐津・長崎中央・島原・五島・八代・鹿児島・宮崎・広島

連絡所 天草・中津

ホームページ <http://www.yamashitaika.co.jp/>

東証1部
証券コード 3022

SPEED SMILE SERVICE



GlaxoSmithKline

生きる喜びを、もっと

Do more, feel better, live longer



グラクソ・スミスクラインは、研究に基盤を置く世界をリードする医薬品およびヘルスケア企業です。中枢神経領域、呼吸器領域、ウイルス感染症、がん治療領域などの医療用医薬品やワクチン、「コンタック」「アクアフレッシュ」「ポリデント」「シュミテクト」などのコンシューマーヘルスケア製品を通じて、人々がより充実して心身ともに健康で長生きできるよう、生活の質の向上に全力を尽くすことを企業使命としています。

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-6-15 GSKビル
<http://glaxosmithkline.co.jp>



© タツノコプロ・キッズステーション・AP

アレルギー性疾患治療剤

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）

アレグラ[®]錠 30mg 60mg

フェキソフェナジン塩酸塩製剤 ●薬価基準収載

allegra[®]

- ★効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については、現品添付文書をご参照ください。
- ★資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

製造販売：サノフィ・アベンティス株式会社
〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

sanofi aventis
Because health matters



胃腸の弱いもので、食欲がなく、みぞおちがつかえ、
疲れやすく、貧血性で手足が冷えやすいものの

食欲不振、胃炎、 消化不良に

	リックンシトウ
	ツムラ六君子湯
エキス顆粒(医療用)	薬価基準収載

■効能又は効果、用法及び用量、使用上の注意等は、
製品添付文書をご参照下さい。



株式会社 **ツムラ**

<http://www.tsumura.co.jp/>

●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。Tel.0120-329-970

(2009年8月制作)

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。 HV-0431

KYOWA KIRIN



アレルギー性疾患治療剤

〈薬価基準収載〉

アレロック錠^{2.5}₅

ALLELOCK[®] Tablets

オロパジン塩酸塩錠

●「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。

製造販売元 協和発酵キリン株式会社
東京都千代田区大手町一丁目6番1号 〒100-8185
www.kksmile.com

〔資料請求先〕
2009年6月作成
©登録商標

ロイコトリエン受容体拮抗剤

—気管支喘息・アレルギー性鼻炎治療剤—

オノン[®]カプセル 112.5mg

برانلカスト水和物カプセル

ONON[®]

薬価基準収載



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

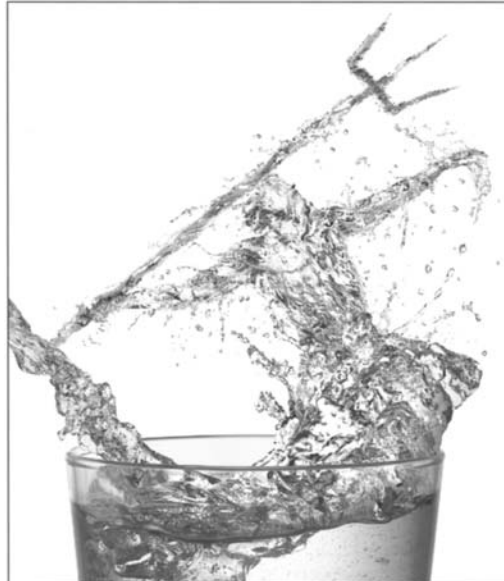
資料請求先



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

091001



経口用カルバペネム系抗生物質製剤 薬価基準収載
処方せん医薬品^(注)
デヒペネム ビボキシル細粒

新発売

オラペネム[®]小児用細粒10%

ORAPENEM[®] FINE GRANULES 10% FOR PEDIATRIC

注) 注意 — 医師等の処方せんにより使用すること

略号 TBPM-PI

「効能・効果」、「用法・用量」、「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」、「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

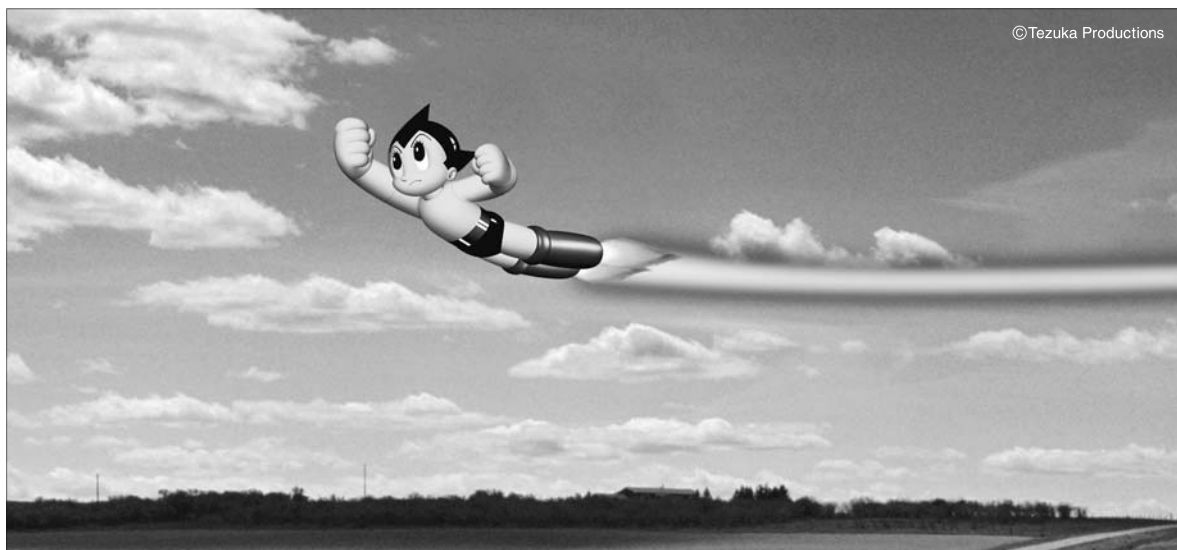


明治製薬株式会社

104-8002東京都中央区京橋2-4-16

<http://www.meiji.co.jp/medical/>

作成：2009年12月



製造販売元
エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
<http://www.elsai.co.jp>
 ヒューマン・ヘルスケア事業
 商品情報お問い合わせ先：エーザイ株式会社 お客様ホットライン
 ☎0120-419-497 9～18時（土、日、祝日9～17時）

処方せん医薬品
 注意 一医師等の処方せんにより使用すること
 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〉 www.pariet.jp

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意については、添付文書をご参照ください [PRT0903-53]

夏目漱石（1867～1916）

作家。胃潰瘍が持病で、43歳の時、療養先の修善寺で大吐血し、生死の境をさまつた。その後も再発を繰り返し、1916年、長編小説「明暗」の執筆半ばで、胃潰瘍のために49歳の生涯を閉じた。

効能・効果、用法・用量、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につきましては添付文書をご参照ください。

■資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

H₂受容体拮抗剤
 指定医薬品

薬価基準収載

プロテカジン® 錠5・10

PROTECADIN® tablet 5・10 一般名：ラフチジン

製造販売元
 資料請求先
 （医薬品情報室）



大鵬薬品工業株式会社
 〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
 TEL.0120-20-4527
<http://www.taiho.co.jp/>





112噴霧用
新発売

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）

定量噴霧式アレルギー性鼻炎治療剤

薬価基準収載

ナゾネックス[®] 点鼻液50 μ g
56噴霧用/112噴霧用

モメタゾンフランカルボン酸エステル水和物点鼻液 **Nasonex**

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む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ください。

製造販売元 **シュERING・プラウ株式会社**

〒541-0046 大阪市中央区平野町2-3-7

<http://www.schering-plough.co.jp/>

資料請求先 **カスタマーセンター**

フリーダイヤル 0120-037-189

〒163-1033 東京都新宿区西新宿3-7-1

2009年9月

新発売

薬価基準収載

粉末噴霧式アレルギー性鼻炎治療剤

E1 エリザス[®] カプセル 外用400 μ g
Erizas

デキサメタゾンシベシル酸エステルカプセル外用

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）

「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む使用上の注意」等は添付文書をご参照ください。

製造販売元（資料請求先：学術部）

日本新薬株式会社

〒601-8550 京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14

2009年12月作成A4/2