

(耳鼻咽喉科)

○石井 純子・永末 裕子・石井 哲夫

舌咽神経痛は1910年 Weisenburg によって初めて報告された激しい疼痛発作を主症状とする独立疾患であるが、同じ顔面に起こる三叉神経痛に比してその頻度は低い。疼痛発作は嚥下運動や会話で誘発され、舌根部、口蓋扁桃から耳にかけて激痛を生じる。

治療法としては、内服薬、局所麻酔剤の塗布又は噴霧、神経ブロック、手術治療があるが脳外科的頭蓋内手術と別に耳鼻科的に頭蓋外手術として頸部法、咽頭法、鼓室神経切断術等がある。

今回、舌咽神経痛2症例に対し、手術治療を施行し良好な結果を得たので報告する。

症例1. 主訴は左咽頭痛、左耳痛。舌咽神経ブロックを約20回、及びテグレトール内服で一時的に軽快するも半年後に再発し、当科にて左舌咽神経痛の診断のもとに咽頭法にて左舌咽神経を切除。咽頭痛は軽快したが左耳痛及び左耳管付近の痛みが残存した為、約3ヵ月後に左鼓室神経切除及び頸部法による左舌咽神経切除を行ない以後約1年を経過するも疼痛発作はみられない。

症例2. 主訴は左咽頭痛、左耳痛。鼓室神経叢ブロックを約20回うけたが結果は一時的であった。当科にて左舌咽神経痛の診断で咽頭法にて左舌咽神経切除し咽頭痛は軽快したが耳痛が残存。約2ヵ月後、左鼓室神経切除施行し術後約11ヵ月経過した現在ほとんど疼痛はみられない。

以上の様に内科的治療あるいは神経ブロックによっても長期間痛みを緩解することのできない症例に対し、咽頭法、頸部法あるいは鼓室神経切除術を施行する事は有効と考えられる。

質問 (内分泌外科) 藤本 吉秀

① 舌咽神経痛の症状が軽い場合どの程度の症状があるか?

② 一側の舌咽神経痛切除による後遺症はあるか?

応答 (耳鼻科) 永末 裕子

① 発症の前兆として咽頭部の異和感等を訴える場合がありますが、この段階では舌咽神経痛と診断することは無理だと思われます。舌咽神経痛と診断される一要素として特徴的な疼痛発作時の「顔を苦痛にゆがめ痛みを耐える表情 (tic douloureux)」があります。そのような疼痛発作 (激痛) が軽症の場合は頻度が低く、たとえば年に1~2回といった程度であり、重症になれば発作がかなり頻回となり、会話、摂食、あく

び、咳、等によって頻回に誘発され、疼痛発作をおそれるあまり症例によっては、充分摂食できなくなり体が衰弱するもの、あるいは極端に会話をさけたり無表情になる例もあるようです。ですからごく軽度の舌咽神経痛が扁桃炎等による咽頭痛等とどの程度鑑別できるかははっきりしません。

② 嚥下障害の他、味覚は確かに障害されるはずですが、舌後方1/3を支配しているため、患者は術後軽度の味覚障害を訴えますが、かなり初期に味覚は回復するようです。舌咽神経の運動支配は茎突舌骨筋のみであり、その切断によって嚥下障害はおこらないということが定説となっています。しかし軽度の嚥下障害はその部の知覚障害でもおこり得るようです。嚥下に直接関係する軟口蓋・咽頭の運動支配は主に迷走神経の咽頭枝により舌咽神経単独切断によっては重篤な嚥下麻痺はおこらないと考えてよいと思います。

13. 多発性肋軟骨骨折に伴う外傷性肋間肺ヘルニアの1例

(胸部外科)

○笹生 正人・毛井 純一・前 昌宏・笠置 康・長柄 英男・和田 寿郎

症例は、21歳男性。昭和58年12月18日、単車を運転中、ワゴン車に追突し、前胸部を打撲、救急車にて当科受診した。

胸部XP上、左気胸が認められた。また、前胸部、胸骨左縁第II~III肋骨の部位に呼吸とは奇異性に膨隆する腫瘍を認めた。ただちに、左胸腔内にTubeを挿入しドレナージを行なうも、腫瘍の性状は変化しなかった。気管支鏡検査にては、少量の気管内出血は認められたが、気管の損傷は認められなかった。肺ヘルニアを疑い、前胸部、腫瘍の部位に小切開を加えると、皮下に肺組織の一部分を認めた。

全身麻酔下に前胸部に縦切開を加えると左第I~第IV肋軟骨の骨折と、同部より脱出した左肺上葉の一部が確認された。肺損傷は軽度であったので、肺を胸腔内へもどし、肋軟骨の骨折を修復し、手術を終了した。

以上我々は、外傷性多発性肋軟骨骨折に伴う、肋間肺ヘルニアの症例を経験したので報告した。

14. double heart による右心系補助の1モデル

(心研外科, *同研究部)

○富沢 康子・森島 正枝*・藤原 直・黒沢 博身・小柳 仁

左心不全を伴わない右心不全に対し右心系を補助する重複心モデルを考案した。実験方法は雑種成犬2頭