頭部外傷性末梢性顔面神経麻痺の治療に際しての問題点

もり
森

ひろむ
弘*

頭部外傷性末梢性顔面神経麻痺（以下外傷性顔神麻痺）の大部分には、側頭骨骨折が随伴し、聴力損失、めまい症状など多様な病態を呈するので、他の末梢性顔神麻痺とは異なった治療方針が必要となる。また本症には法律上の係争問題がからんでいる場合が多く、外傷との因果関係についての診断書発行に一考を要することがある。以上これら治療上問題点となる事項について重点的に述べる。

まず、側頭骨骨折には縦骨折と横骨折があるが、耳鼻科を訪ずれるのは大部分が前者であると考えている。骨折の有無は必ずしもX線では判読できないので、頭部外傷があり、血性鼓膜を認める症例を臨床的に側頭骨骨折として取り扱っている。

顔神麻痺発症の様式は、即発性と晩発性に大分されることは周知のごとくである。即発性の場合には原則として、顔神に対する救急手術の適応となる。これは顔神の浮腫、血腫、神経の一部断裂および骨片刺入など強度病変の存在が推定されるからである。しかしながら外傷性顔神麻痺が、即発性か晩発性か、その判別に苦しむことが少なくない。これは受傷当時、意識障害、顔面浮腫などがあり、顔面の表情運動の記録が不備なことが多いからである。従って麻痺発症が疑われる症例には、簡便な検査方法として定評のあるNETの応用が有効である。しかし受傷当日のNETの成績には疑問があり、実際には2～4病日頃よりの成績が本格的に臨床検査としての価値が生じてくることを考え合すと、初診時麻痺の有無を肉眼的に慎重に観察することが極めて重要である。

晩発性の場合には、ステロイド、抗浮腫剤、神経賦活剤などを大量に投与し、保存的療法を行なう。その間、NET誘発筋電図、筋電図など各種の検査を経時的に行ない、神経病変が生理的ブロックの域を越えたと診断された時には、すみやかに手術的療法に踏み切るのがよいと思う。

晩発性麻痺の問題点として特記すべきことは、1)受傷反対側に顔神麻痺が発来することがある(*contre coup*)。2)晩発性麻痺の発症時期は受傷より1ヶ月以内と考えているが、時にははるかに遅れて発症する顔神麻痺がある。この種の症例には外傷との因果関係が問題となり、ひいては法律的係争問題にも関係を生じうるので、診断書発行には慎重な態度が必要である。

側頭骨骨折の多くは混合難聴を伴う。経時的に聴力を測定すると1ヶ月程度で内耳性難聴が回復に向う傾向がある。これは受傷時可逆的な内耳振盪による難聴が発症したことを意味し、顔神麻痺に対する手術に際し注意しなければならない。すなわち外傷による障害にさらに手術による内耳刺激が加わり、内耳病変を不可逆性のパターンに追い込まないことが重要である。そのためには各種薬物による内耳保護策の他、吸引（私どもは鼓室周辺部にはローゼンの吸引管を使用している）、鼓室附近に圧抵する綿花には乾綿を使用し、ボスミン、オクタプレシンなどの止血剤も局所に直接浸潤しないようにしている。炎症のない卵円窓、正円窓の外力に対する防禦機能は想像以上に微弱であると考えているからである。

なお本症には、慢性中耳炎の急性増悪が合併

Some Problems in Treatment of Peripheral Facial Palsy due to Head Injury

Hiromu Mori

*北野病院耳鼻咽喉科，京都大学非常勤講師

表 1 側頭骨骨折の手術施行例
(昭和41年～46年)

症 例	顔 神	耳 小 骨
27才 男	○	○
34 男	○	○
18 男	○	○
44 男	○	○
55 男	—	○
26 男	○	—
6 男	—	○
58 男	○	—
32 男	○	—
20 男	○	○
23 女	—	○
32 男	○	○
39 男	○	—

することがある。顔神麻痺を伴うような外傷では、かなり陣旧性の炎症でも活動化するようで、極端な場合には脳脊髄膜炎にまで発展す

表 2 顔神の手術所見
(昭和36年 6 月～46年)

浮 腫	6
血 腫	1
神経の一部断裂	3
骨 片 刺 入	1
異 常 な し	8

る。受傷時、耳出血があり鼓膜所見の観察が不十分なほか、意識障害があり、中耳炎の既往歴を把握できないことが多いので、疑わしい症例には、薬物、手術的療法を含めて消炎に対する積極策をとるのが無難である。

紙面の都合上、本症の臨床統計の一部と、側頭骨骨折の病態記録写真を記載する。

(原 稿 到 着：昭和47年 8 月 1 日
別 刷 請 求 先：森 弘
〒530 大阪市北区西扇町 3
北野病院 耳鼻咽喉科)

図 1 血性鼓膜

図 2 血性鼓膜

図 3 外耳道骨折

図 4 耳小骨転位

図 5 顔神減圧出血を認める