ベル麻痺に於ける手術時期に関する私見

細 見 英 男

ベル麻痺手術時期の選択を検討してみるためには手術時期をふくめて手術適応を設定してみればよいのではなかろうか。最終的にはベル麻痺例の取りあつかいについて一定の様式が確定されればよいのではないかと思う。ベル麻痺に関する私達の資料にもとづいて私達の考えの概要を記し適示について私見の提示に至りたい。

ベル麻痺症例に対してまづどのように対処すべきか。発症日より何日目にあたるかを確認する（この項では発症後1週以内来診の症例とする。）麻痺が完全麻痺か不完全麻痺かを見分ける。方法は顔面運動評価による。不完全麻痺例は観察しつつ諸注意を与え、すくなくとも神経筋疾患の増悪するような行為（寒冷、アルコールその他）は禁じ、発症後1週間は厳重注意とし仕事は休むこととし医師監視下にあるも同様にしておく。発症後7～8日を経ても完全麻痺に移行することがなければ、まづ完全回復が期待される（全例の約50%）。しかし問題は完全麻痺例である。（発症後1週以内に不全より完全麻痺に移行する例をふくむ）完全麻痺例中完全回復するものはその約半数であり、その他は不全回復を示す。それら不全回復例中約半数（ $\frac{1}{2}$ ）は良好な回復を示し、若干の後遺症は見られても実生活上、問題はない。しかし、他の症例（全数の約 $\frac{1}{3}$ 程度）は極めて不満足な治癒を示すのである。いま完全麻痺例の予後を推定するにあたって、まづ第一の方法は電氣的に診断することにある。使用する機器にどのようなもの

を用うるか実際には標準化しておく必要があるが、刺激矩形波の強さ、持続時間、頻度を容易に変え、神経に対し選択的双極刺激を可能にする刺激装置を用いるのが最もよいのではなかろうか。実施に当っては神経幹、主要各枝の興奮性（最小域値及び最大興奮値）をみるのであるが健側に比して患側顔面筋の刺激強度に応じての反応量を観察することが最も大切である。これを大別すれば反応がある、ない、の両者とならない場合はまづ予後不良を推測する。反応ある場合健側に比し略、同じ、弱い、ほとんどない、の三者が区別される（これを記録しておくのが **Electroneuronography**）。この反応量の略同じ、弱い、という程度が1週から2週目のはじめにかけて持続すれば（7～10日）完治又はそれに準ずる結果が得られる。発症当初はこの状態に維持するのが最優先となり、完全麻痺症例はすべて発症後1週の間は絶対安静に準ずる指示を与える。そして向神経剤、血管拡張剤、ステロイド剤、温熱療法を行う。いま手術に関連して考えをいたせば、完全麻痺患者は入院せしめるべきであろう（この点は **Ramsay Hunt** 症候群例も同じと考える）。また、いわゆる部位診断すなわち、顔面神経構成線維機能検査が重要となる。涙分泌消失例は、予後不良である（顎下腺分泌量、液性状等については私共に検討資料がないので言及不能）味覚の早期完全消失もよくない。一方、その逆は運動神経が極めて強く損傷されているようでも消失例に

Surgery for Bell's palsy.

Hideo Hosomi

神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

比し、良好である。鑑骨神経機能は不全麻痺例を含めて多数が消失しているので早期予後判定には通常の検査、記録方法では、あまり役に立たない。構成神経機能検査では、性状を異にする副交感神経知覚神経線維の動向を、電氣的反応と並べて指標とし、経過をおうのである。私共の経験からいえば、涙分泌と共に、味覚も早期に失われ、1週以内特に発症後3～4日にして、すでに電氣的興奮性が神経幹レベルで、失われていく症例は非常に予後が悪い。如何なる治療にも抵抗を示し、自然の経過をまつより外はない、という印象を抱く（これらの症例はいわゆるベル麻痺でないともいえるが）。一方、涙分泌はあるが、味覚が1週程の経過で消失していくとともに、電氣的反応性がほとんどなくなってしまふ症例は、そのまま病状は急速に進行する。予後不良例が多い。このような症例こそ、いまや、どのように対処すべきかをせまられる。そして、いつ手術を行うべきかを考慮すべき対象であろう。

一方、眼を転じて神経損傷と回復の関連に関する最近の実験結果をみてみようと思う。

山本、Fischによれば神経圧迫における末梢変性を減圧によって著しく改善し得る期間は12日以内と結論し3～4週後の減圧は、はなはだ効果が劣ることを誘発筋電図法により証明している。手術時期についての一つの示唆を与える結果と思う。一方、神経切断、結紮、結紮後開放等の神経核細胞の消長に関する古閑らの結果によれば、神経処理の方法で、核細胞の反応（変性及び消失）が異なるのである。細胞変性率が最高になるのは切断、結紮いづれでも処理後2週であり、切断ではその後変性細胞は殆んど消失し4週程度で、残存細胞が健側細胞の約半数となる。ところが、結紮例では約10週間にわたって変性細胞が認められ、全細胞数は漸減しつつ、約半数程度に至る。また、一方、結紮後10日以内に結紮を外した場合は2週目の変性率が著しく減少する（但し、2週以降の結紮開放は行っていない。）。以上よりすれば、中枢細胞

と神経突起損傷との関連よりみると、2週以内がやはり、まづ第一の機会と考えられる。しかし、その後8～10週以内でも圧迫は存在し続け神経形態に悪影響を及ぼし続けているのであるから、やはり減圧施行の機会があると考え得る。

ここで我々の手術例について、結果を反省してみると、症例は新鮮例のみでなく、また施行時期も10日程度から3月以内と種々であるが、一般に手術例は治癒状態がよくない。当初より経過不良で予後もよくないと推測された症例について行っているのであるから、当然といえよう。しかし、非常によい症例もある。早期に手術を行った症例がよいわけではなく、はじめに述べた如く、如何とも為し難い例もあり、早期に行えば、必らずよいともいえない。むしろ、手術によって治癒が促進されると期待される症例は、どのような例かを求むべきであろう。ここに手術適応と考える対象例を、私見として時期と関連しつつ挙げてみたい。すなわち

1) 完全麻痺例で、発症後6～8日頃から急速に、電気興奮性が失われ2～3日の間に、反応が殆んどなくなり、各主要分枝でも反応が失われていくもの。かつ障害部位は、垂直部と推定される症例（涙分泌良好例）このような症例を待機しても、反応回復は望めず、完全脱神経となり回復度は不良である場合が多い。このような例には、2週頃までに垂直部減荷を決意、施行してよいのではないか。これを遅滞なく実施するためにも、完全麻痺例の入院治療が望しいのである。

2) 上記の如き症例で、たとえその際緊急的に手術を行えずとも、引続く4～10週の間に減荷を、施行し得ると思われる。手術例でよい回復（良好な運動と、少ない Synkinesia）を得た症例は、このような例であった。後者の実験と併せ考えて、手術施行の意義があると思う。この際、Stapedius reflex が回復を示している症例に、手術を施行することにしておけば、手術範囲が判然とし、聴力損傷の危険もなく、

よりよい結果を得ることになる。

3) 一方, Stapedius reflex の回復からいえば, 発症後2ヶ月で約70~80%の症例に回復がみられる。しかし, 発症後40日を経て, 回復の兆がみられない例は, 治癒度が悪いことが判って居り, この頃に減荷を決意し, 実行することも考えられる。ただし, このような症例は, 聴力損傷の可能性を有して居り, また受傷範囲も広く神経損傷の程度は, 既に高度とみられ, 回復度改善の期待はやや劣ると思われる。

4) 発症初期より経過を逐っていない症例で

も, 発症後2ヶ月以内にあり, 完全麻痺ではあるが, 上に述べた如き垂直部障害と思われる症例など。

以上の如くであるが, 最初の1週間から2週間にかけての保存治療は, 型の如く遺漏なく施行することが後の手術の成績をも, 向上させる因子となろう。

原稿到着: 昭和54年1月30日

別刷請求先: 細見英男

〒650 神戸市生田区楠町7-12-1

神戸大学医学部耳鼻咽喉科学教室

Bell 麻痺の治療としての外科的手段

陌 間 啓 芳

顔面神経(以下顔神と略す)麻痺の手術療法が耳鼻咽喉科領域において積極的に行われるようになって以来, 手術適応症の決定, 手術期の問題について各々の角度から検討されている。

Bell 麻痺の原因は既知のごとく Ischämie 説が広く信じられているが, Ischämie によって生ずる神経鞘浮腫から, 骨性管内圧の上昇にともなって顔神麻痺が惹起されるとされている。

従って浮腫のための骨性管内圧を排除するような方法が, 保存的療法, 外科的療法いずれの場合においても考えられ, とともに効果を認められるようになった。

保存療法は先づ麻痺発症によって直ちに安静を守らせ, 薬物治療として Vitamin B₁, B₆, B₁₂, 血管拡張剤, 強化剤の内服, 点滴を主と

し, 7%重曹水静注などを行なう。

副腎皮質ホルモンの投与については, ハント症候群の症例を避けなければならないので耳介部疱疹の有無の確認, 血清学的検索を待ってからにしたい。

理学療法として低周波, 超音波療法などが挙げられるが, 患者の表情自働運動, マッサージなども効果を認められている。その他星状神経節ブロックなどが報告されている。

保存療法で安静を保ちながら治療することによる効果は, 突発性難聴の場合と同様, 安静にしないものとの差は明確である。

手術療法については既に多くの報告があり, その手技についても報告者によって種々であるが, Fallopio 管開放については Foramen stylomastoideum から中枢へ向って開放して行

Surgical Treatment in Bell's palsy.

Hiroyoshi Hazama

大阪大学医学部耳鼻咽喉科学教室

ハザマ耳鼻咽喉科病院