顔面神経麻痺の治療成績

山際 幹和*・三吉 康郎*・坂倉 康夫*・西岡 博之*
稲垣 政志*・金丸 泉*・大山 勝**・森川 謙三**

A Clinical Study of Facial Palsy

Mikikazu Yamagiwa, Yasuro Miyoshi, Yasuo Sakakura,
Hiroyuki Nishioka, Masashi Inagaki and Izumi Kanamaru
(Mie University)

Masaru Ohyama and Kenzo Morikawa
(Kagoshima University)

A consecutive series of 96 patients with facial palsy in the Department of Otolaryngology, Mie University Hospital was studied clinically during the two years from 1978 to 1979. There were 60 cases of Bell's palsy, 14 cases of Hunt's syndrome, 15 cases of posttraumatic palsy and 7 cases of intracranial vascular lesions and of head and neck malignancies. For the treatment of patients with Bell's palsy and Hunt's syndrome, peroral steroid and massive doses of intravenous ATP were used fundamentally and the following results were obtained.

1. Seventy per cent of the patients with Bell's palsy and 42.9% of those with Hunt's syndrome were cured completely.
2. The younger the patients were and the shorter the duration from the onset of disease to the start of treatment was, the higher the rate of complete cure.
3. Several bizarre phenomena resulting from misdirected reinnervation, such as crocodile tears, synkinesis or twitching in the mimic muscles, were observed in 76.9% of the patients with incomplete cure.

緒 言

顔面神経麻痺 (FP) が生じると、様々な機能障害が出現するが、患者にとっての最大の苦悩は顔面の醜形に関する問題であろう。したがって、本症は身体の器質的疾患でありながら、一方では精神的疾患の要素を少なからず有している。

本疾患は、しばしば、内科、整形外科、神経科等で扱われているが、その発症、病態と治療法が明らかにされるにしたがって、今日では、その大多数は耳鼻咽喉科医によって治療されている¹⁾。われわれも、この顔面神経の臨床に興味をもち、これまでに種々の臨床的あるいは電気生理学的研

*三重大学医学部耳鼻咽喉科 (主任: 三吉康郎教授)

**鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科 (主任: 大山勝教授)

究のいくつかを報告してきた^{2)~7)}。その中で、当教室筋電図外来で取り扱った FP 症例の臨床統計は、1974年1月～1975年12月の2年間は大山・他²⁾、三吉・他⁴⁾により、又、1976年1月～1977年12月の2年間は三吉・他⁴⁾、森川⁵⁾により既に報告されている。

そこで、今回は、1978年1月～1979年12月の2年間に取り扱った症例につき、臨床集計的観察を行い、種々の観点から検討を加えることにする。

症 例 の 分 析

1978年1月～1979年12月の2年間に当科を受診した FP 症例は96例であり、表1はその病因別、左右別頻度を1974年1月～1977年12月の症例と対比させて示したものである。各年度共、ベル麻痺例が最多であり、それにハント症候群例が続いている。諸家により第2位に多いと言われている¹⁾ 損傷性（外傷性+術後性）麻痺例は第3位を占めている。又、最近の傾向として、耳性麻痺の減少と外傷性麻痺の増加がうか

がわれる。ここで言う中枢性・その他には、脳血管障害や脳・側頭骨・耳下腺腫瘍によ FP が含まれている。今回の集計では、ベル麻痺は左側に、又ハント症候群では右側に幾分多く認められたものの、勿論、易罹患側を云々し得るものではない。

同様に表2は6年間を年度別に分割し、FPの性別、年齢別頻度をみたものである。更にそれをまとめて図示すると図1の如くなる。70才

表1 顔面神経麻痺の病因別頻度

調査年・報告者		ベル麻痺	ハント 症候群	耳 性	術後性	外傷性	中枢性 その他	計	全新患者に 対する比率
1974. 1～1975. 12 大山・他 ²⁾ , 三吉・他 ⁴⁾	左	20	4	2	3	0	3	32	0.8%
	右	15	7	4	2	4	2	34	
1976. 1～1977. 12 三吉・他 ⁴⁾ , 森川 ⁵⁾	左	38	7	0	3	1	4	53	1.1%
	右	28	7	1	2	1	4	43	
1978. 1～1979. 12 山際・他	左	32	4	0	3	6	5	50	1.2%
	右	28	10	0	1	5	2	46	
1974. 1～1979. 12	左	90	15	2	9	7	12	135	1.0%
	右	71	24	5	5	10	8	123	
		161	39	7	14	17	20	258	

(62.4%) (15.1%) (2.7%) (5.4%) (6.6%) (7.8%)

表2 年度別頻度

年 度	性	～9才	10～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	計
74 ～ 75	男	5 (2)	3 (1)	3 (3)	11 (8)	8 (5)	7 (4)	2 (1)	1 (0)	40(24)
	女	1 (1)	0	7 (7)	5 (4)	6 (3)	4 (4)	3 (3)	0	26(22)
76 ～ 77	男	6 (3)	1 (1)	6 (4)	3 (3)	8 (7)	8 (6)	7 (6)	1 (0)	40(30)
	女	8 (8)	7 (7)	11(10)	4 (4)	4 (2)	12(10)	7 (6)	3 (3)	56(50)
78 ～ 79	男	7 (5)	6 (3)	6 (5)	9 (8)	12 (8)	9 (8)	5 (4)	2 (1)	56(42)
	女	2 (2)	3 (3)	6 (3)	10 (9)	3 (3)	8 (6)	6 (5)	2 (1)	40(32)

() 内はベル麻痺・ハント症候群症例

図 1 顔面神経麻痺の年齢別, 性別頻度
(1974・1~1979・12)
■ベル麻痺・ハント症候群 □その他

表 3 Bell 麻痺の年齢別, 性別頻度
(1978. 1~1979. 12)

	~9才	10~	20~	30~	40~	50~	60~	70~	
男	3	3	5	6	7	6	4	1	35 (58.3%)
女	2	3	2	7	3	4	3	1	25 (41.7%)
計	5	6	7	13	10	10	7	2	60

以上例は著しく減少しているものの, 10才未満例も少なからずあり, 全体として青壮年層例が多い. 1978年1月~1979年12月の2年間に限っては, ベル麻痺例は男性にやや多く(表3), ハント症候群例では性差はみられなかった(表4). しかしながら, 外傷性麻痺例は, その大

表 4 Hunt 症候群の年齢別, 性別頻度
(1978. 1~1979. 12)

	~9才	10~	20~	30~	40~	50~	60~	
男	2			2	1	2		7
女			1	2		2	2	7
計	2		1	4	1	4	2	14

表 5 外傷性顔面神経麻痺の年齢別, 性別頻度
(1978. 1~1979. 12)

	~9才	10~	20~	30~	40~	
男	1	3	1	1	3	9
女			2			2
計	1	3	3	1	3	11

部分を青壮年男性が占めていた(表5). これは外傷全般について言える事であり, 理由は明らかである. 又, この2年間のベル麻痺例60例のうちの6例(10%)はベル麻痺を反復した例であり, 年齢は33~46才に分布し, 男5例, 女1例であった. 反復回数は5例が2回で, 1例は4回であった. 又, 1例(57才, 女性)は, いわゆる家族内発生をみた例であり, 5年前に息子がベル麻痺に罹患していた. 10才未満のハント症候群の2例は共に8才の男子であり, 水痘の既往は不明であった.

診断および治療方法

Schirmer test, あぶみ骨筋反射, 電気味覚検査, 電気診断法を利用して, 障害部位の診断を行うとともに, 表情筋の運動状態を筋電図検査および視診によって評価し, 同時に併発症状の有無を考慮した上で, 表6に示す方法²⁾に従って数的に表現した.

ベル麻痺とハント症候群の治療の主流は保存的治療であり, 副腎皮質ホルモン剤の全身的投与とATPの大量点滴投与⁸⁾が主として行われている. 又, 通常, 複合ビタミン剤, 末梢血管拡張剤, ATP, Coenzyme Q₁₀の経口投与を併用した. 又, 一部の症例に対しては, 星状神経節

表 6

A. 表情筋の運動状態

1. 前額部作皺
 2. 閉眼運動
 3. 瞬目運動
 4. 鼻唇溝状態
 5. 口笛動作
 6. 頬部膨満
 7. 口角運動
 8. 笑顔状態
- 以上について各正常10点, 減弱5点, 消失0点として合計点を算定する.

B. 併発症状

1. 顔面不随意運動 (Synkinesis 含む)
 2. 流涙
 3. 味覚
 4. 顔面知覚状態
 5. 耳鳴その他内耳症状
- 以上の各項について, 異常ないもの各4点, 軽度異常2点, 高度異常0点として, 合計点を算定する.

A, B, 両項目の総得点で表現する.

ブロックや減荷手術を行った。外傷性麻痺例に対しては、問診と電気診断により、受傷直後に発症し denervation をみたものは手術的治療を、その他は保存的治療を第一選択とした。完全麻痺に到ってより10日前後で理学療法を行った。

治療成績

1978年1月より1979年12月の2年間の症例を病因別分類し、種々の観点より治療成績を分析する。

表7は、ベル麻痺例の予後とその最終総得点に到ったまでの期間をみたものである。治癒例は大多数が2ヶ月以内に治癒している。8～16ヶ月で治癒となっている例もみられるが、の中には途中追跡できなかった例や、正確な採点の困難な小児例も含まれており、概ね半年位までには治癒するものと思われる。著明改善例の多くは、2ヶ月位で最終得点になっているもののそれ以後改善がみられない。これらにおける不随意運動・過誤支配（以下不随・過誤と略す）の発生は高率であり、中には治癒の範囲内にありながら、不随・過誤を来したために得点が減少してしまった例もある。同様に、この不随・過誤の発生は改善および不変例でも高率にみられ、極めて問題となるものの、現時点でそ

治療効果の判定は、表6に示したチェックポイントの総得点が90点以上を治癒、70点以上を著明改善、50点以上を改善、49点以下を不変として行った。つまり前著²⁾に示した方法である。

の有力な予防や治療法はない。

全体として、治癒42例（70%）、著明改善9例（15%）、改善3例（5%）、不変6例（10%）であり、前著²⁾に示した1974年1月～1975年12月の2年間における治療成績（治癒、71.4%：著明改善、11.4%：改善、5.7%：不変、11.4%）と近似している。

表8は、同様にハント症候群の治療成績をみたものである。全例共、何らかの改善はみているものの、治癒率（42.9%）は低く、これも1974年1月～1975年12月の成績（治癒、36.4%：著明改善、18.2%：改善36.4%：不変、10%）²⁾と大同小異である。又、著明改善および改善の全例に不随・過誤が観察されており、本疾患に対する治療の困難さを物語っている。

治療成績に影響を与える因子として、年令、発症より受診までの期間、治療方法等がある。そこで、ベル麻痺例とハント症候群例につき、

表7 Bell 麻痺の治療成績 (1978. 1～1979. 12. 全60例)

		治療開始よりの期間						不随意運動過誤支配の発生
		2 W	1 M	2 M	4 M	8 M	16 M	
治癒 (70%)	100	●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●	●●	●	3/42(7.1%)
著明改善 (15%)	90			●	●	●	●	6/9 (66.7%)
	80			●●●●		●		
	70			●●●			●	
改善 (5%)	60		●					3/3 (100%)
	50						●●	3/6 (50%)
	40						●	
不変 (10%)	30						●	
	20					●	●●	15/60(25%)
	10						●	

15/60(25%)

表 8 Hunt 症候群の治療成績 (1978. 1~1979. 12. 全14例)

		治 療 開 始 よ り の 期 間						不随意運動過誤支配の発生
		2 W	1 M	2 M	4 M	8 M	16 M	
治 癒 (42.9%)	100	●	●	●●			●	1/6 (16.7%)
	90					●	●	
著明改善 (14.2%)	80						●	2/2 (100%)
	70					●		
改 善 (42.9%)	60			●			●	6/6 (100%)
				●		●●	●	
	50					●●	●●●	
								9/14 (64.3%)

表 9 年齢別にみた Bell 麻痺 (●), Hunt 症候群 (×) の治療成績 (1978. 1~1979. 12)

		年 令					
		— 9	10 —	20 —	30 —	40 —	50 —
治 癒	100	●●●×	●●●●●	●●●●●	●●●●●×	●●●●●	●●●●●×
	90	×			●		●
著明改善	80	●		●	●	●	●
	70		●	●	×	●	●
改 善	60			×		●	●
	50				●	●×	●
不 変	40						
	30					●	
	20				●	●	●
	10						●
不随意運動・過誤支配の発生	Bell麻痺	1/5 (20%)	0/6	2/7 (28.6%)	3/13 (23.1%)	3/10 (30%)	6/19 (31.6%)
	Hunt 症候群	0/2		1/1 (100%)	2/4 (50%)	1/1 (100%)	5/6 (83.3%)
治 癒 率	Bell麻痺	4/5 (80%)	5/6 (83.3%)	5/7 (71.4%)	11/13 (84.6%)	5/10 (50%)	12/19 (63.2%)
	Hunt 症候群	2/2 (100%)		0/1	3/4 (75%)	0/1	1/6 (16.7%)

表13 外傷性 (●) 及び術後性 (■) 顔面神経麻痺の治療成績 (1978. 1～1979. 12. 全15例)

		治療開始よりの期間						不随意運動過誤支配の発生
		2 W	1 M	2 M	4 M	8 M	16 M	
治療	100	●	●●●		●	●		0/8
(53.3%)	90	●		●				
著明改善	80					●		1/1 (100%)
(6.7%)	70						●	
改善	60					●		2/3 (66.7%)
(20.0%)	50					●	●	
	40					■	■	2/3 (66.7%)
不変	30							
(20.0%)	20					■		
	10					■	■	
								5/15(33.3%)

表14 中枢血管障害 (●) 及び腫瘍 (■) による顔面神経麻痺の治療成績 (1978. 1～1979. 12)

		治療開始よりの期間						不随意運動過誤支配の発生
		2 W	1 M	2 M	4 M	8 M	16 M	
治療	100	■						0
(14.3%)	90							
著明改善	80							
	70							
改善	60						■	0
(14.3%)	50						●	0
	40						●	
不変	30						●	
(71.4%)	20		■(死)			■(死)		
	10							

表15 不随意運動・過誤支配の内訳 (1978. 1～1979. 12)

	Bell麻痺例															Hunt症侯群例									損傷性麻痺例				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5
1. 口を動かすと目が細くなる	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	(10)															(9)									(3)				
2. 額にしわを寄せると口が動く	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	(9)															(7)									(3)				
3. 目を閉じると頸部がひきつる	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	(5)															(6)									(3)				
4. 顔面けいれんがある	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	(7)															(4)									(4)				
5. 食事をすると涙がでる	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	(5)															(6)									(2)				
6. 顔面異常感がある	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	(15)															(15)									(15)				
上記1～5のうちの出現項目数	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	1	1

1年を経た現在治療状態にある。

表15は、不随・過誤の内訳を示したものである。不随・過誤が発現した例を病因別に分類し、個々の症例に番号をつけ、左側に記した項目の同一症例に於る出現項目数をみるとともに、各項目の病因別の出現頻度をみた。又、第6の項目は、神経麻痺により生じた筋の変化の結果生じた異常感と考えられるが、参考として

考

病因のいかに拘らず、我々が日常臨床で取り扱うFPはその大多数が若年者であり¹⁾⁹⁾¹⁰⁾、また、その多くは簑和田¹⁾の集計にみるようにベル麻痺である。ベル麻痺における神経の損傷状態は、特に発症初期では Neurapraxia の範疇に入り²⁾、まず保存的治療が選ばれるべきである。その様な立場から、我々はベル麻痺に対しては、ステロイドを基本薬剤とした保存的治療を行ってきた²⁾。そして最近では、それにATP 大量療法の併用あるいは後者を主体とした治療を行っている。その結果、発症より2週以内に治療を開始した症例の予後は前回の集計²⁾でも今回のそれ(表10)でも極めて良好で、治療率は90%に近い。又、この率は、基本とした治療法の間で余り差はないものの(表11)、若年者例ほど高い傾向がうかがわれた。この様に、早期受診例はともかくとして、問題は陳旧例である。陳旧例の殆んどは、前医により治療されていた例であり、約半数はステロイド治療を受けている。しかしながら、ステロイドの使用量や期間が不十分と考えられる場合が多く、勿論背景にはその様な治療法で十分改善する例も少なくはないと思われるが、我々の保存的再治療に反応を示す例も残されていることも事実である(表12)。したがって、一方では、安易に自然治癒に期待することなく、早期に適切な治療⁹⁾¹¹⁾¹²⁾ 行う事の重要性を認識し、他方では、陳旧性麻痺やそれに伴う不随・過誤に対する対策をたてる必要がある。保存的治療¹⁾、手術療法¹³⁾により、陳旧性麻痺の16~17%は治

察

記した。表情筋への神経枝、頸部への神経枝の間での過誤支配は高率に発生しているが、crocodile tear (項目5)の発生率も低くはない。ベル麻痺と診断された例の中にも、かなり側頭骨内の高位の部分で障害された例が含まれているといえる。ハント症候群例ではベル麻痺例に比し、一般に同一症例での出現項目数が多い様である。

癒する様であるが、その率は低く新鮮麻痺の治療率とは格段の差がある。又、不随・過誤の発生は非治療例で高率に認められ(表7)、現在その有効な予防や治療の方法はない¹³⁾。

ハント症候群例は耳症状を有する為、総じて早期に耳鼻咽喉科を受診する様である。それにも拘らず、当科での治療成績²⁾は不良であり、目立った向上もない(表8)。ステロイド療法が、ウイルス感染を汎発化する危険性があり¹⁴⁾問題となるものの、他方では、ウイルス感染の結果生じた神経の病変は可及的早期に修復させる必要があり、その意味でステロイド療法が、全く有害無益と決めつける事は早計である。十時ら¹²⁾の星状神経節ブロックによるハント症候群の治療成績(治療率:50%)は、ベル麻痺のそれ(治療率:76.4%)に比し不良であり、武藤¹⁵⁾の報告でも、治療率は非感染ベル群で83.0%、感染ベル群で35.7%、ハント症候群で23.5%である。したがって、我々のステロイド療法によるハント症候群の治療成績(治療率:42.9%)が著しく不良であるとの感は無。しかしながら、ハント症候群例における带状疱疹ウイルス抗体価の変動をみた場合、抗体価上昇の極期はFP後2~3週目にあり¹⁶⁾、それまでの間のステロイド療法は特に慎重を要する。その意味で、我々も、少数ではあるがATP 大量療法を先行させひき続きステロイド療法の併用を試みた(表11, A+S)ものの、その成績(治療率:33.3%)は芳しいものではなかった。これに対して、簑和田¹⁾の報告にみる京大における

ハント症候群例のテトラサイクリン系薬剤による治療成績は際立って良好（治癒率：68.8%）であり，病因の除去を主眼とした治療方法への

変換が良好な成績をもたらす可能性があり，今後の課題としたい。

結 語

当科顔面神経外来で扱った顔面神経麻痺症例につき検討した。その結果，ベル麻痺陳旧例やハント症候群例が治癒し難いこと，又，非治癒例で高率に不随運動や過誤支配などの後遺症が生じることとを再確認した。これらの対策は今後課題に課せられた問題である。

参 考 文 献

- 1) 簀和田寛子：顔面神経麻痺の臨床的研究。耳鼻臨床62：735～798，1965.
- 2) 大山勝，他：顔面神経麻痺に対する保存的療法—過去2年間の臨床統計と Coenzyme Q₁₀ 試用成績について—。耳展 19：315～322，1976.
- 3) 大山勝，他：瞬目反射—臨床の評価と文献の考察—。耳鼻臨床 70：3～16，1977.
- 4) 三吉康郎，他：顔面神経麻痺と瞬目反射。日耳鼻 80：708～716，1977.
- 5) 森川謙三：瞬目反射に関する臨床的研究。耳鼻 25：707～724，1979.
- 6) 山際幹和，他：各種入力による瞬目反射。耳鼻臨床 73：873～882，1980.
- 7) 山田清治，他：末梢性顔面神経麻痺に対するメチコバールの試用経験。耳展：投稿中.
- 8) 山際幹和，他：感音性難聴に対する ATP 大量療法—その急性感音性難聴陳旧例に対する効果を中心として—。新薬と臨床 26：1611～1615，1977.
- 9) 玉川鉄雄：内科領域における顔面神経麻痺の現況。耳鼻臨床 60：281～287，1967.
- 10) 陌間啓芳：側頭骨内顔面神経麻痺について。耳鼻臨床 59：1～13，1966.
- 11) 陌間啓芳，王置弘光：側頭骨内顔面神経麻痺の手術成績。日耳鼻 76：272～273，1973.
- 12) 十時忠秀，他：顔面神経麻痺1000例の統計的観察—特にベル麻痺の原因についての検討—麻酔23：340～345，1974.
- 13) 柳原尚明：ベル麻痺の減荷手術。耳鼻臨床 72：725～738，1979.
- 14) 船橋俊行：带状疱疹と水痘。臨床皮膚科全書。金原出版，東京，1969.
- 15) 武藤次郎：Bell 麻痺および Hunt 症候群におけるウィルス感染の実態と臨床像。耳鼻臨床 73：783～789，1980.
- 16) 斉藤英雄，他：特発性顔面神経麻痺におけるウィルス感染の実態に関する研究。日耳鼻 80：786～794，1977.

（別刷請求先：山際幹和
〒514 津市江戸橋2丁目174番地
三重大学医学部耳鼻咽喉科学教室）