原 著

末梢性顔面神経麻痺に対する従来施針と
交叉刺の臨床的研究

蒲牟田 春 美* 木 下 晴 都

要旨 末梢性顔面神経麻痺40症例の鍼灸治療の効果について検索した。治療は陽白・太陽・額髎・地倉・頬車・大迎などの経穴に、筋線維の方向を考慮せずに鍼を刺入する従来施鍼群と、顔面筋線維の方向に鍼を約45°に刺入する交叉刺群に分けて検討した。手術後遺症の2例については鍼の効果はみられなかったが、Bell麻痺では約80%、Hunt症候群では70%が改善したが、治療回数ではBell麻痺がHunt症候群よりも有意に少ない回数で改善があらわれた。また同時対照ではないが、Bell麻痺において、従来施鍼群よりも、交叉刺群が、回復率が高く、治療回数では有意が認められた。

I 緒 言

顔面神経麻痺は鍼灸治療において、時たま来院する対象である。これらの患者は自らの醜貌に驚いて多くは病院を訪問するが、鍼灸の効果を知る病者の一部のみが鍼灸家の治療を請う程度である。

本疾患が往古からあったことは靈樞¹⁾に“卒かに口僻む”の記載から知ることができ、口喎僻、口眼喎、口眼喎斜などと呼ばれ、各種の鍼灸治療が施されてきた。

われわれも本疾患は鍼灸が対応する病態と考えてきたが、その効果が鍼を刺入する方向により差のあることが推測されたため、近年の臨床例をまとめて報告する。

II 研究方法

1972年(S47年)から1977年の5年間と、1984年(S59年)から1987年の3年間に当院(木下鍼灸院、

東京)を訪れた末梢性顔面神経麻痺の40例について臨床成績を観察した。

前期5年間の治療は、顔面筋の線維に対する鍼の刺入方向が、どのような意義をもつか不明であったため、その都度適宜に刺入したので従来施鍼と呼ぶことにする。

後期3年間の治療は、動物実験により横紋筋線維の方向に対し約45°に鍼を刺入する方法が、収縮力の減弱した筋肉の短縮高を急速に回復することが判明し、以来、筋線維に対し約45°に刺入する方法を交叉刺と呼ぶようになったが、本研究でもこの施針方法による成績を研究した。

顔面神経麻痺は種々の原因²⁻⁵⁾で発症するが、本研究で対象とするのは末梢性の麻痺の中のBell麻痺とRamsay-Hunt症候群であり、また近年増加したものに聴神経腫瘍手術後遺症によるものもあった。

手術後遺症の症例は原因が明らかであるが、末梢性顔面神経麻痺と耳介帯状疱疹、内耳神経障害を主徴とするものをHunt症候群とし、その他の原因不明のものをBell麻痺として扱った。

顔面神経麻痺の治療に使用する経穴は、図1に示すように、顔面では陽白・太陽・額髎・地倉・

* Harumi KAMAMUTA 東京地方会

共同研究者：Haruto KINOSHITA 呉竹学園東洋医学臨床研究所

Key Words：顔面麻痺，交叉刺，ベル麻痺，ハント症候群

図1 顔面神経麻痺の治療穴

図2 顔面の治療穴と施針方向

頰車・大迎であり，その他では翳風・風池・肩井・膏肓・曲池を主な治療穴とした。

顔面部の経穴に交叉刺を応用する場合には図2のようになる。すなわち，陽白は前頭筋の方向に45°の角度で内下方に2 cm 刺入する。太陽は眼輪筋外方の方向に45°の角度になるよう内下方に1.5 cm。額膠は頬骨弓の下縁より鼻翼下方に向けて，小頬骨筋，上唇挙筋，口輪筋へ2 cm。頰車は大頬骨筋の方向に45°になるように内上方に2 cm。地倉は笑筋，口輪筋に45°になるように内上方に2 cm。大迎は口角下制筋，下唇下制筋，口輪筋に45°になるように内上方に2 cm 刺入する方法をとった。

ときに必要があれば，風池・翳風・曲池に米粒大5 壮の灸をした。

使用した鍼はステンレス50ミリの20号鍼で，15分間の置針を行った。

治療間隔は可能な限り初期は毎日，以後，症状の改善に応じ間隔をあけた。

症状の判定はMayの点数法，顔面表情運動スコア⁶⁾などがあげられるが，この研究では完全に回復したものを治癒，ほとんど麻痺に気づかないくらい回復したものを良好，来院時よりやや回復したものを軽減とし，5回以内で治療を中止したものを脱落とした。

III 顔面神経麻痺の臨床成績

各症例の臨床成績を記録してきたが，普通施鍼であった5年間(S.48～52)の21例と，交叉刺を応用するようになった3年間(S.60～62)の19例について，症例の内容と治療の結果をみると次のようであった。

1. 症例分析

40症例を原因別にみると，表1に示すとおり，Bell麻痺は33例，Hunt症候群は5例，手術後遺症は2例であった。

その性別は男21例，女19例で，男女差はほとんどみられない。

年齢は図3に示すとおり，30～60歳代に多く，30歳代と60歳代の2峰性であるようにみえるが，これは症例数の少ないためであろう。

表1 全症例の男女別分類

	男	女	計
Bell 麻 痺	17	16	33
Hunt 症候群	3	2	5
手術後遺症	1	1	2
計	21	19	40

図3 顔面神経麻痺の年齢分布

図4 Bell 麻痺, Hunt 症候群の月別発生頻度

月別発症頻度は図4のとおりであるが, Hunt 症候群は各月均等に発症しているのに対し, Bell 麻痺は寒冷期に多い傾向がみられた。

患側は左21例, 右19例であって著明な差はなかった。

2. 治療成績

a) 総合成績

末梢性顔面神経麻痺40例の総括的な治療成績について, 原因別に治療成績を示したのが表2である。

その成績の治癒は14例の35%であり, 良好は5例の12.5%, 軽減は5例の12.5%, 不変は8例の20%であった。その他に治療を5回以内で中止した脱落は8例の20%あった。

聴神経腫瘍の手術後遺症は2例ともに効果を全く認められなかったが, 患側顔面が来院の当初から全く運動しなかった点から考えて, 顔面神経が完全に切断されたものと思われた。

b) 原因別の成績

全く効果の現れなかった手術後遺症と, 治療途中で中止した脱落例を除き, Bell 麻痺(26例)と Hunt 症候群(4例)の治療成績を比較したのが表3である。

この表をみるように, 治癒は Bell 麻痺が50%であったのに対し, Hunt 症候群は25%であった。また軽減まで含めた有効率は, Bell 麻痺は81%で, Hunt 症候群は75%であったが, Hunt 症候群は例数が少ないので比較にならない。

また治療回数についても, 表2にあげたとおり Bell 麻痺の治癒は平均51回, 良好は76回であったが, Hunt 症候群は治癒は170回, 良好は104回であった。Hunt 症候群は例数が少ないので比較にならないが, Bell 麻痺の方が早く治る可能性が察せられた。

c) 従来施針と交叉刺の比較

次に筋線維の方行を考慮することなく鍼を刺入した従来施鍼群と, 筋の方行を考慮して鍼を刺入した交叉刺群とを比較したのが図5である。この図は例数の少ない Hunt 症候群と手術後遺症は除外した。

まず従来施鍼群の治癒は5例であり, 交叉刺群の治癒は8例であった。その間には χ^2 検定で有意

表2 原因別の総合成績

成績		治癒	良好	軽減	不変	脱落	計
Bell 麻痺	例数	13	4	4	5	7	33
	治療回数	51(7-92)	76(14-36)	62(7-102)	16(6-45)	4(3-5)	
Hunt 症候群	例数	1	1	1	1	1	5
	治療回数	170	104	102	6	5	
手術後遺症	例数	0	0	0	2	0	2
	治療回数				35(11-58)		
計		14 (35%)	5 (12.5%)	5 (12.5%)	8 (20%)	8 (20%)	40 (100%)

表3 Bell麻痺とHunt症候群の治療成績

	治癒	良好	軽減	不変	計
Bell 麻痺	13 (50%)	4 (15%)	4 (15%)	5 (20%)	26 (100%)
Hunt 症候群	1	1	1	1	4
計	14 (46%)	5 (17%)	5 (17%)	6 (20%)	30 (100%)

図5 Bell麻痺の成績比較

差はみられなかったが、交叉刺群は成績の良い傾向がみられた。

次にBell麻痺の治癒例について、治療回数を比較したのが図6である。図に示すように従来施鍼群では平均72回の治癒になったが、交叉刺群では平均38回で治癒になった。その間はStudentのt-testで有意差($P<0.05$)が認められた。したがって、麻痺した筋肉に鍼刺するには、筋線維の方向に対して約45°の角度に刺入する交叉刺が、回復を容易

にすることが示唆された。

IV 考 察

顔面神経麻痺に対する鍼灸治療は、多くの臨床家が発表しているが、治療の経穴は本研究とほぼ類似したものが用いられている。それらの治療成績は、治癒が20~60%であり、良好、軽減等を含めた改善率は60~80%内外とみることができる。1979年に中国全体の鍼灸研究者を集め、更に各国から鍼灸研究者を招待して、学術討論会の第1回が北京で開催された。そのとき、楊兆民¹²⁾は顔面神経麻痺の600例という膨大な観察を報告したが、その治療点は頬車、地倉、下関、風池、太陽、攢竹、聴会などであり、治癒は336例(56%)、顕効は72例(12%)、やや良は183例(30%)であったという。そのうち電気変性反応を検した123例中の、変性反応に異常のない58例では、平均治療38回で治癒91%、部分的変性反応のある47例では平均治療118回で治癒24%、完全変性反応を示す18例では平均治療235回で治癒11%であったといい、電気変性反応の状態に平行して治癒率に差のあることを報告した。このような電気変性反応で、予後の推定に役立てることも重要な研究方法であるが、筋電図による電位減少の程度で予後を推定する方法もある。鍼灸の臨床家の立場において、治療の成績を観察する指標としては、本研究でも一部に採用した顔面表情運動スコアが、臨床に容易に取り入れられる方法ではないと思われた。

今回の治療効果から病態を推測するとき、顔面神経管内の浮腫による、虚血や神経圧迫と推測さ

図6 Bell麻痺の治癒例に対する治療回数の比較
従来施針 n = 5 交叉刺 n = 8 P<0.05

れる単純なBell麻痺は、容易に回復すると思われたが、Bell麻痺と想定された症例のなかにも、細菌やウイルス、あるいはその他の原因が含まれている可能性もあって、期待に反して長期間の治療を必要とする症例もあった。また顔面筋の麻痺と同時に、耳介帯状疱疹や内耳神経障害を併発する症例をHunt症候群として分類したが、これらは治療成績がBell麻痺より劣っており、膝神経節周辺の炎症や癒着などの病変は、回復のはかばかしくないことが推測された。

次に本研究は、鍼灸治療を施した群と、施さない群との比較ではなかったため、治療効果と自然治癒との純粹作用を追究することはできなかったが、鍼の刺入方向について筋肉の方向を考慮して行った場合と、それを考えずに行った場合とでは、治療日数に差があることが明らかになった。すなわち、筋線維の方向に対し鍼が約45°になるように刺す交叉刺は、動物実験¹³⁾においても筋の疲労を急速に回復させ、ひとについて握力計を持続的に把握して筋力を減弱¹⁴⁾させ、これに交叉刺を行うと疲労回復を高めることを証明できたが、これらは軸索反射^{13,15)}によって筋肉内の血管を拡張させ、血流を促進させた効用であったと推定された。この作用機序は顔面筋の麻痺に対しても同様であり、交叉刺により軸索反射で血流が促進し、麻痺がより早く回復したものと解された。ただ本研究は、交叉刺の発見以前の従来施鍼と、刺入方向のメカニズムが判明した交叉刺との比較であって、従来施鍼のなかにも、ある経穴は無意識に交叉刺を行っていた可能性も考慮されるところから、今後は

ランダム分割を行なった2群に対し、一群には非交叉刺を行い、他の一群に交叉刺を行う同時対照試験の研究が必要であると感じた。

参考文献

- 1) 著者不明：黄帝内経靈樞，経筋篇，2，13，B.C. 100～0.
- 2) 富田 寛：特発性顔面神経麻痺と帯状疱疹ウイルス，日本医事新報，2459，31～34.(1971)
- 3) 浜田勝彦：顔面麻痺の鑑別診断，クリニカ 7；241～247.(1980)
- 4) 岡田重孝：Bell麻痺の病因，クリニカ 7；248～255.(1980)
- 5) 篠原幸人，内山富士雄：Ramsay Hunt症候群，クリニカ 7；272～277.(1980)
- 6) 柳原尚明他：顔面神経麻痺程度の判定基準に関する研究，目耳鼻 80；799～785.(1977)
- 7) 木下晴都：最近診た顔面神経麻痺，鍼灸の治療 1(7)；4～6.(1953)
- 8) 鳥居久雄：顔面神経麻痺の治験例，日本鍼灸治療学会論文集 2；92～96.(1953)
- 9) 安田治三郎：顔面神経麻痺の治験例，自律神経雑誌 4(3)；4～6.(1955)
- 10) 森野一巳他：顔面神経麻痺の鍼治療効果，東洋医学 11；64～67.(1976)
- 11) 森川和宥他：顔面神経麻痺の症例検討，東洋医学とペインクリニック 13；71～78.(1983)
- 12) 揚 兆 民他：針治療周围性顔面神経麻痺の臨床療効，全国針灸針麻学術討論会，論文摘要 1；53.(1979)
- 13) 木下晴都：局所疼痛に対する針作用の実験的研究，II，III，昭和医学会雑誌 41；393～409.(1981)

- 14) 千田純子他：握力回復に及ぼす交叉刺と平行刺の比較研究，全日本鍼灸学会雑誌 36;288～293. (1986)
- 15) 桑沢二郎他：局所疼痛に対する針作用の実験的研究，昭和医学会雑誌 47;81～88. (1987)
(〒167 東京都杉並区西荻北3-22-21
木下鍼灸院)

Clinical Study of Usual Acupuncture Methods and Cross Insertion for Peripheral Facial Paralysis

Harumi Kamamuta and Haruto Kinoshita

Tokyo

We proved that acupuncture insertion at a 45 degree angle to the path of the gastrocnemius muscle tissue of animals serves to relieve muscle fatigue. This was done as preparatory research to determine whether good results could be obtained using this insertion method in the treatment of peripheral facial nerve paralysis. Acupuncture points used were GB-14, TAIYO, SI-18, ST-4, ST-6, ST-5 and TE-17 on the face and GB-20, GB-21, BL-38 and LI-11. Stationary insertion was administered for a period of 15 minutes using 50 mm No. 20 stainless steel needles.

No results were obtained with acupuncture therapy in 2 cases in which the symptoms were the after-effects of surgery, however results were obtained in 80% of Bell's Palsy cases and 70% of Hunt Syndrome cases. Fewer treatments were required in Bell's Palsy cases. Moreover a comparison of results in a former acupuncture therapy methods group in which insertion was performed without considering the muscle path, and the cross-insertion group, showed cure in 5 Bell's Palsy cases or 42% in the former group and 8 cases or 62% in the cross-insertion group. From the fact that results were obtained in the cross-insertion group with significantly fewer treatments it was indicated that the direction of acupuncture insertion is extremely important.