

末梢性顔面神経麻痺の治療成績について

沖津卓二, 吉田真次, 三好京子

I. はじめに

末梢性顔面神経麻痺(以下、顔面神経麻痺)のほとんどは、ベル麻痺とハント症候群であるが、ベル麻痺が70~80%強を占めている^{1,2)}。

ベル麻痺の病態については未だ充分解明されているとは言えないが、神経が顔面神経管内で圧迫される compression neuropathy が病態の主体であると考えられている³⁾。このため、この顔面神経管内の神経浮腫を除去し、神経内の減圧をはかる目的で、ステロイド剤を主体とした治療が第一選択として広く使用されている。ステロイドの早期大量投与の効果は基礎的実験でも確認されており⁴⁾、臨床的にも有効とする報告も多い^{5,6)}。

当耳鼻咽喉科においても、顔面神経麻痺に対してステロイド剤を主体とした治療を行って来たが、その成績を検討したので報告する。

II. 対象ならびに方法

今回は、平成元年4月から平成3年11月の2年7カ月間に当科を受診し、当科で初めから治療を受けた顔面神経麻痺42例の中、経過を3カ月以上観察できたベル麻痺31例を対象とした(表1)。

麻痺の程度の評価法は日本顔面神経研究会から提唱された方法(40点法)⁷⁾によった。この方法により36点以上を完全回復とした。

また、幼児を除いて全例に神経興奮性検査(NET)を行い、脱神経の程度を把握した。症例によっては最大刺激検査(MST)も行った。さらに部位診断として、アブミ骨筋反射(SR)、電気味覚検査、流涙検査も適宜に施行した。

単純ヘルペスウイルスおよび水痘帯状ヘルペスウイルスに対する抗体価を原則的にペア血清で検査している。

表1 末梢性顔面神経麻痺
(平成1年~平成3年11月)

年齢	男(人)	女(人)	合計(人)
~10歳	2	1	3
10~	1 (1)	2	3 (1)
20~	1	3[1] (1)	4[1] (1)
30~	2	2[1]	4[1]
40~	5[1]	2[1] (3)	7[2] (3)
50~	2 (1)	3	5 (1)
60~	3 (1)	1	4 (1)
70~	1	4	5
小計	17[1] (3)	18[3] (4)	35[4] (7)
合計	16	15	31[4] (7)

[]: 追跡不十分, (): ハント症候群

我々が行っている治療の方法は表2に示した通りである。

なお、今回検討した31例は、全て発症から6日以内(最短1日、平均3.6日)に治療を開始している。また、初診時の麻痺スコアは10点以下の高度麻痺は11例、11点~20点以下が15例、残りの5例は21点~27点であった。

神経興奮性検査(NET)を施行した30例中脱神経を呈したのは1例のみであった。

III. 結果

1) 性別、年齢別分布は表1の通りである。男女差はなく、40歳代に最も多かった。最年少は2歳、最年長は88歳であった。また、ベル麻痺とハント症候群では前者が83%を占めていた。

2) ベル麻痺における罹患側は右側12例、左側25例と左側に多かった。

3) 全症例の完全治癒(麻痺スコア40点満点中36点以上)するまでに要した日数を累積治癒率として、図1に示した。治療開始後4週以内に約半数が回復し、8週以内に80.6%が回復した。それ

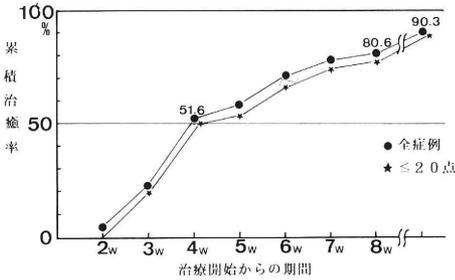


図1. 治療開始からの期間と累積治癒率の関係

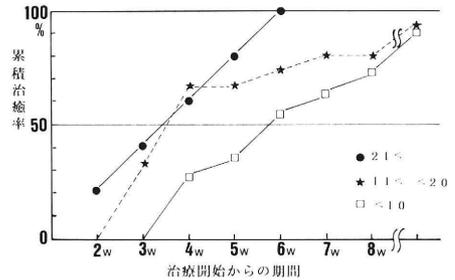


図2. 初診時の麻痺スコアと累積治癒率の関係

以降の観察で、最終的には90.3%が完全治癒に至った。残りの3例はなんらかの運動障害を残した不完全回復であったが、2例は各々4週以内、5週以内に32点に回復したが、その後回復が停止したものであり、治療途中で脱神経を起こした1例のみが24点前後に止まった。

4) 初診時の麻痺スコアの程度別にみた累積治癒率が表3であり、それをグラフに表したのが図2である。初診時の麻痺スコアが低いほど回復が遅く、特に10点以下の高度麻痺ではその傾向が強かった。21点以上の軽度麻痺では、症例数は少ないが、6週以内に全例が完全治癒した。

IV. 考 察

顔面神経麻痺は、勿論生死にかかわる疾患では

ないが、耳鼻科救急疾患の一つである。予後に関係する因子として、NET、受診までの期間、年齢のweightが高いとされ⁸⁾、早期の病状の把握と治療開始が重要である。初期の対応の善し悪しが予後を左右したと考えられる症例を少なからず経験している。

ベル麻痺に対する治療方法として、冒頭に述べた様な病態が考えられており、早期のステロイド剤の投与を主体とする保存的治療が広く行われている。特に最近では、低分子デキストラン、ペントキシフィリンと共に大量のステロイドホルモンを投与するStennert法⁹⁾が注目されている。しかし、大量のステロイド剤投与による副作用や点滴時間の問題などから、原則的には入院を必要とする⁹⁾。したがって、病床に余裕が少ない当科ではな

表2 当耳鼻科の治療方法

治療日	低分子デキストラン	ソルコーテフ®	ATP製剤	ビタミンB1, 6, 12
1	500 ml	200 mg	20 mg	1A
2	〃	〃	40 mg	〃
3	〃	〃	〃	〃
4	〃	〃	〃	〃
5	〃	〃	60 mg	〃
6	〃	〃	〃	〃
7	〃	100 mg	〃	〃
8	〃	〃	〃	〃
9	〃	〃	〃	〃
10	↓	〃	↓	↓
↓				

ソルコーテフ以外は2~3週間続けて投与する
上記点滴に加えて、メチコバル® 3錠、トレンタル® 300 mg 分3を経口投与する。

表3 初診時の麻痺スコア別にみた累積治癒率(%)

治療開始からの 期間 初診時スコア(点)	~2週	~3週	~4週	~5週	~6週	~7週	~8週	9週 以降
≤10 (11例)	0	0	27.3	36.4	54.5	63.6	72.2	90.9
11≤ ≤20(15例)	0	33.3	66.7	66.7	73.3	80.0	80.0	93.3
21≤ (5例)	20.0	40.0	60.0	80.0	100.0	/	/	/

かなか行えない。

そこで、表2に示した様な治療方法を便宜的に行って来たところであるが、どの程度の治癒率が調査し、Stennert法とも比較を行い、我々の治療方法の是非について検討した。

麻痺スコア20点以下のベル麻痺50症例にStennert法を行った小池ら³⁾、稲村ら¹⁰⁾は、治療後1カ月の間に76%が治癒に至り、6カ月後には96%が治癒になり、プレドニンの総量を約20%にした従来法より有意に治癒率が良かったと報告している。我々の場合には、全症例で見た場合でも治療後4週以内に治癒したものは52%であり、80%が完全治癒に至るのは7週以後であった。また、最終の治癒率も90%にとどまっていた。稲村ら¹⁰⁾の成績と比較するために麻痺スコアが20点以下の症例についてみると、さらに治癒率が低くなっている(図1)。しかし、彼らの従来法と最終成績はほぼ同じであるが、治癒率が70%に到達するまでの期間は2カ月近く早い結果である。このように、我々の結果はStennert法には劣るが、80%回復の32点までを含めると94%(29/31)が7カ月以内に回復したことになる。また、初診時の麻痺スコアが低い症例ほど回復が遅れるが、必ずしも予後が悪いとは言えない結果であった(図2, 表3)。

一方、ベル麻痺にStennert法の約半量のステロイド剤を点滴静注投与した木西ら⁵⁾の成績によると、発症後2週間以内に治療を開始した新鮮例の治癒率は93%で、完全麻痺例についてみると89%の治癒率であり、ステロイド内服治療の69%の治癒率と比較して有意に良好であると述べている。我々の成績はこの点滴投与の成績とほぼ同じ

であり、彼らが行ったステロイド剤の経口投与方法よりはるかに良い成績である。

我々の治療方法のねらいは、基本的にはStennert法と同じであるが、相違点はステロイドの種類と量が異なること、低分子デキストランの量が異なることである。ソルコーテフの総量も1,500mgが外来での投与の限界のように思われるし、排泄が早いのも外来治療に適していると思われる。これまでに経験した副作用も軽度の浮腫と肝機能障害であり、治療効果の点からも外来における治療法としては良い方法と考えている。

その他、ベル麻痺に対する治療方法として星状神経節ブロック(SGB)が麻酔科領域を中心に行われている。ステロイド剤の併用を行っている報告も含めて、今村ら¹¹⁾の75%、高橋ら¹²⁾の68%など治癒率はあまり高くない。佐々木ら¹³⁾はステロイド剤にSGBを併用した群と併用しない群とで、治療成績に有意差は認められなかったと述べている。一方、岡本¹⁴⁾はSGBが前出の木西らのStennert変法の治癒率に近い成績が得られたことからSGB療法の有効性を強調している。しかしながら、糖尿病、結核、消化器の潰瘍などを有する症例を除けば、耳鼻咽喉科では最近はあまり行われなくなって来ているようである。

手術療法である顔面神経減荷術もベル麻痺の病態から考えて有効な方法と思われ、症例を選択して行うべきとの意見もある^{15,16)}。しかし、手術と言う侵襲があるため、医師側にも患者側にも他に治療法があるだけに躊躇がある。現在は、保存的治療を主体的に行い、一部に手術的治療を行うのが一般的である。

ベル麻痺の原因は未だ不明であるが、その半数

近くがヘルペス群ウイルスの感染であるとのデータに基づき、ベル麻痺に対してアシクロビルを投与し非投与群よりも有意に治癒率の上昇を見たとの報告¹⁷⁾もある。

以上、ベル麻痺に対する種々の治療方法が行われているが、現時点では Stennert 法に代表されるステロイド剤の大量投与が最も良い治癒率で、しかも短期間に治癒する症例が多いと言える。我々の方法も治癒率としては悪くはないと考えているが、今後は治癒に至らない約 10% を減少させる方法を考えていかなければならない。Stennert 法による治療成績の報告はまだ少なく、もう少し追試の結果を待たなければならないが、高い評価が得られた時点では積極的に導入したい。

いずれにしても、ステロイドは神経の Waller 変性が完成される、麻痺発症後約 2 週間以内に投与される事が重要であり、完全脱神経に至った症例に対する効果は期待できないとされている³⁾。この意味においてベル麻痺は緊急に治療されなければならない疾患と言える。

V. ま と め

ベル麻痺に対する当耳鼻咽喉科におけるステロイド点滴静注投与方法による治療成績について検討した。

治療開始後 4 週以内に約半数が治癒し、8 週以内に 80.6% が治癒した。最終的には 90.3% が完全治癒に至った。外来治療としては有効な方法と思われるが、Stennert 法による報告と比較して治癒までの期間が長く、治癒率も数%低かった。

初診時の麻痺スコアが低いほど回復が遅く、10 点以下の高度麻痺で特にその傾向が強かった。

末梢性顔面神経麻痺は早期の病状把握と治療が重要であり、その適否が予後を左右する。緊急に治療を要する疾患として扱うべきであると考えている。

文 献

- 1) 児玉広幸 他：末梢性顔面神経麻痺の統計的観

- 察—特に予後に関する因子—。耳鼻臨床, **84**, 1699-1705, 1991.
- 2) 西本 力 他：顔面神経麻痺の統計的観察—近畿大学医学部耳鼻咽喉科における 10 年間の統計—。耳鼻臨床, **80**, 93-10, 1987.
- 3) 小池吉郎 他：顔面麻痺の治療。耳喉頭頸, **62**, 565-569, 1990.
- 4) 小池吉郎 他：特発性顔面神経麻痺に対するステロイド早期大量投与療法。日本医事新報, No. 3343, 28-33, 1988.
- 5) 木西 實 他：ベル麻痺のステロイド療法—麻痺程度判定基準から見た—。Facial N Res Jpn., **9**, 13-16, 1989.
- 6) 和田好弘 他：ベル麻痺 72 例の検討。Facial N Res Jpn., **5**, 279-283, 1985.
- 7) 柳原尚明 他：顔面神経麻痺程度の判定基準に関する研究。日耳鼻, **80**, 799-805, 1977.
- 8) 岩沢 寛 他：ベル麻痺とハント症候群の治療成績—多変量解析によるベル麻痺の予後の検討—。Facial N Res Jpn., **7**, 171-174, 1987.
- 9) Stennert, E.: Bell's Palsy—A new concept of treatment. Arch. ORL. **225**, 269-277, 1979.
- 10) 稲村博雄 他：ベル麻痺に対する Stennert 法の治療効果。日耳鼻, **92**, 1648, 1989.
- 11) 今村佳樹 他：末梢性顔面神経麻痺の検討。その 2：治療方法、転帰、予後診断。日歯麻誌 **18**, 733-739, 1990.
- 12) 高橋 宏 他：顔面神経麻痺患者 88 症例の検討。ペインクリニック, **10**, 647-651, 1989.
- 13) 佐々木均 他：末梢性顔面神経麻痺の保存的治療法の検討。Facial N Res Jpn. **8**, 183-186, 1988.
- 14) 岡本健一郎：末梢性顔面神経麻痺に対する星状神経節ブロック療法の効果—Electroneurography と麻痺スコアによる検討—。ペインクリニック, **11**, 270-213, 1990.
- 15) 山本悦生 他：ベル麻痺に対する顔面神経減荷術の意義。日耳鼻, **89**, 1250-1253, 1986.
- 16) 石川和夫 他：ベル麻痺・ハント麻痺に対する減圧術の適応について。Facial N Res Jpn. **7**, 175-178, 1987.
- 17) 白石正治 他：新鮮ベル麻痺に対するアシクロビルの効果—第 2 報—。Facial N Res Jpn. **7**, 199-202, 1987.