

臨床報告

置鍼治療とリハビリテーションの併用が奏効した
難治性 Hunt 症候群の 1 症例

蛸子 慶三^a 菊池 尚子^b 吉川 信^a
丹波 さ織^c 新井 寧子^d 佐藤 弘^a

- a 東京女子医科大学東洋医学研究所, 東京, 〒114-0014 北区田端1-21-8
b 北総白井病院耳鼻咽喉科, 千葉, 〒270-1431 白井市根325-2-1
c 東京女子医科大学耳鼻咽喉科, 東京, 〒162-8666 新宿区河田町8-1
d 東京女子医科大学東医療センター耳鼻咽喉科, 東京, 〒116-8567 荒川区西尾久2-1-10

A Case of Hunt Syndrome Responding to a Combination
of Acupuncture and Rehabilitation

Keizo EBIKO^a Naoko KIKUCHI^b Makoto KIKKAWA^a
Saori TANBA^c Yasuko ARAI^d Hiroshi SATO^a

- a Institute of Oriental Medicine, Tokyo Women's Medical University, School of Medicine, 1-21-8 Tabata, Kita-ku, Tokyo 114-0014, Japan
b Department of Otolaryngology, Hokuso Shiroi Hospital, 325-2-1 Ne, Shiroi-shi, Chiba 270-1431, Japan
c Department of Otolaryngology, Tokyo Women's Medical University, School of Medicine, 8-1 Kawada-cho, Shinjuku-ku, Tokyo 162-8666, Japan
d Department of Otolaryngology, Medical Center East, Tokyo Women's Medical University, School of Medicine, 2-1-10 Nishiogu, Arakawa-ku, Tokyo 116-8567, Japan

Abstract

We report a 74-year-old woman who developed right-sided Hunt syndrome on July 3, XXXX, and who received stellate ganglion block and an infusion of aciclovir while hospitalized. Steroids were not used due to her diabetes. After discharge, she continued taking vitamin B₁₂, and received stellate ganglion block three times a week, but the paralysis did not show a tendency toward recovery. Following a combination of acupuncture and rehabilitation starting on October 6 (post-onset day 95), the paralysis score, which was 4 points on day 95, showed a tendency toward recovery : 32 points on day 186, and 36 points or more (within the normal range) on day 246. No apparent synkinesis was seen one year after the onset. Although Hunt syndrome appeared to be refractory due to her advanced age, presence of diabetes, unused steroids, complete paralysis with a paralysis score of 8 points or less, and no tendency to recover for three months or more, the results suggested that she responded to the combination of acupuncture and rehabilitation.

Key words : acupuncture, rehabilitation, Hunt syndrome, refractory

要旨

症例は74歳、女性。X年7月3日に右 Hunt 症候群を発症し、入院にて星状神経節ブロック、アシクロビルの点滴などを行った。糖尿病があったことなどからステロイドは使用しなかった。退院後はビタミン B₁₂等の服用や週に3回の星状神経節ブロックを継続しているが、麻痺の回復傾向はみられなかった。10月6日(発症後95日目)より置鍼治療とリハビリテーションを併用したところ、発症後95日目で4点であった麻痺スコアは早期に回復傾向を示し、発症後186日目で32点、発症後246日目には36点以上の正常範囲内となり、発症後1年で明らかな病的共同運動なども認められなかった。高齢、Hunt 症候群、糖尿病、ステロイド未使用、麻痺スコア8点以下の完全麻痺であったこと、3ヵ月以上回復傾向がなかったことなどから難治性と考えられたが、結果からは置鍼治療とリハビリテーションの併用が奏効したものと思われた。

キーワード : 置鍼治療, リハビリテーション, Hunt 症候群, 難治性

緒言

われわれは主として末梢性顔面神経麻痺の難治例

に対して鍼治療を施行し、その治療成績等について報告してきた¹⁾。鍼治療を契機に停滞していた麻痺

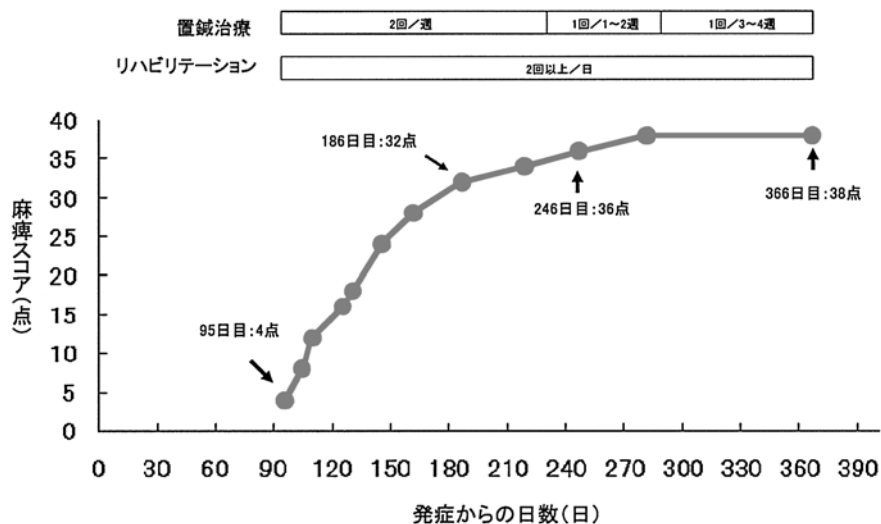


図1 臨床経過

が回復する例を多数経験してきており、鍼治療には麻痺の回復を促す効果があると考えている。

治療効果を判定する際、麻痺の回復とともに重視されるのが病的共同運動や拘縮などの後遺症の出現であり、近年ではこれらの後遺症を予防することを目的としたリハビリテーションが推奨されるようになってきている。

今回、麻痺発症後3ヵ月以上経過した時点で、柳原の40点法²⁾による評価において麻痺スコア8点以下の完全麻痺の状態であった Hunt 症候群患者に、置鍼治療とリハビリテーションを併用したところ良好な結果が得られたので報告する。

症例

症 例：74歳，女性。

主 訴：右顔面神経麻痺。

既往歴：卵巣癌，乳癌，糖尿病，高血圧。

現病歴：X年7月3日，起床後に水を飲んだ時に口の中からこぼれてしまい，右目もつぶれないので麻痺に気がついた。麻痺発症前は普段あまり感じない肩こりを感じ，発症後からは右耳介部を中心とした痛みを伴った。近医を受診したところ，某院を紹介され7月4日に受診した。右顔面神経麻痺，右外耳道の水疱，右耳介部の痛みなどから Hunt 症候群と診断され，入院にて星状神経節ブロックを連日施行，併せてアシクロビルの点滴を行ったが，明らかな麻痺の回復は認められなかった。糖尿病があったことなどからステロイドは使用しなかった。右耳介部の痛みに対しては NSAID がやや有効であったが遷延したため，カルバマゼピンを内服したところ十

分にコントロールされた。各種の検査結果では，両側アキレス腱反射の軽度低下，心電図で軽度の T 波平低下，頭部 MRI では脳室周囲の白質に点状の FLAIR 画像による高信号域が認められたが虚血性の変化と考えられ，脳幹を含めそれ以外の異常所見は認められなかった。7月26日に退院し，その後はビタミン B₁₂，ヒアルロン酸ナトリウム（点眼薬）を処方されている。また，週に3回星状神経節ブロックも引き続き行っている。発症から約3ヵ月以上経過したが明らかな麻痺の回復が認められないため，本人が鍼治療を希望して10月6日（発症後95日目）に東京女子医科大学東洋医学研究所を受診した。

現 症：身長155 cm，体重55 kg，BMI 22.9。血圧144/80 mmHg，脈拍56回/分。脈は虚実間，舌は白苔，亀裂，齒痕を認めた。腹部は腹力やや軟弱で，小腹不仁を認めた。麻痺スコアは4点であった。

臨床経過（図1）：麻痺の回復と後遺症の予防を目的として置鍼治療とリハビリテーションを併用した。置鍼治療は40 mm18号のディスポーザブル鍼を用い，週に2回のペースで基本的には仰臥位にて麻痺側顔面10ヵ所（右陽白，右攢竹，右太陽，右四白，右聽会，右下関，右頬車，右地倉，右口角の上，右口角の下）と右合谷の置鍼，左側臥位にて後頸部6ヵ所（右翳風，右完骨，左右風池，左右天柱）の置鍼をそれぞれ15分間行った。また，リハビリテーションとして，マッサージ，開眼運動，温熱療法，視覚・触覚を用いたフィードバック療法を指導し，これら4種を1セットとして毎日2セット以上行うように指導した。

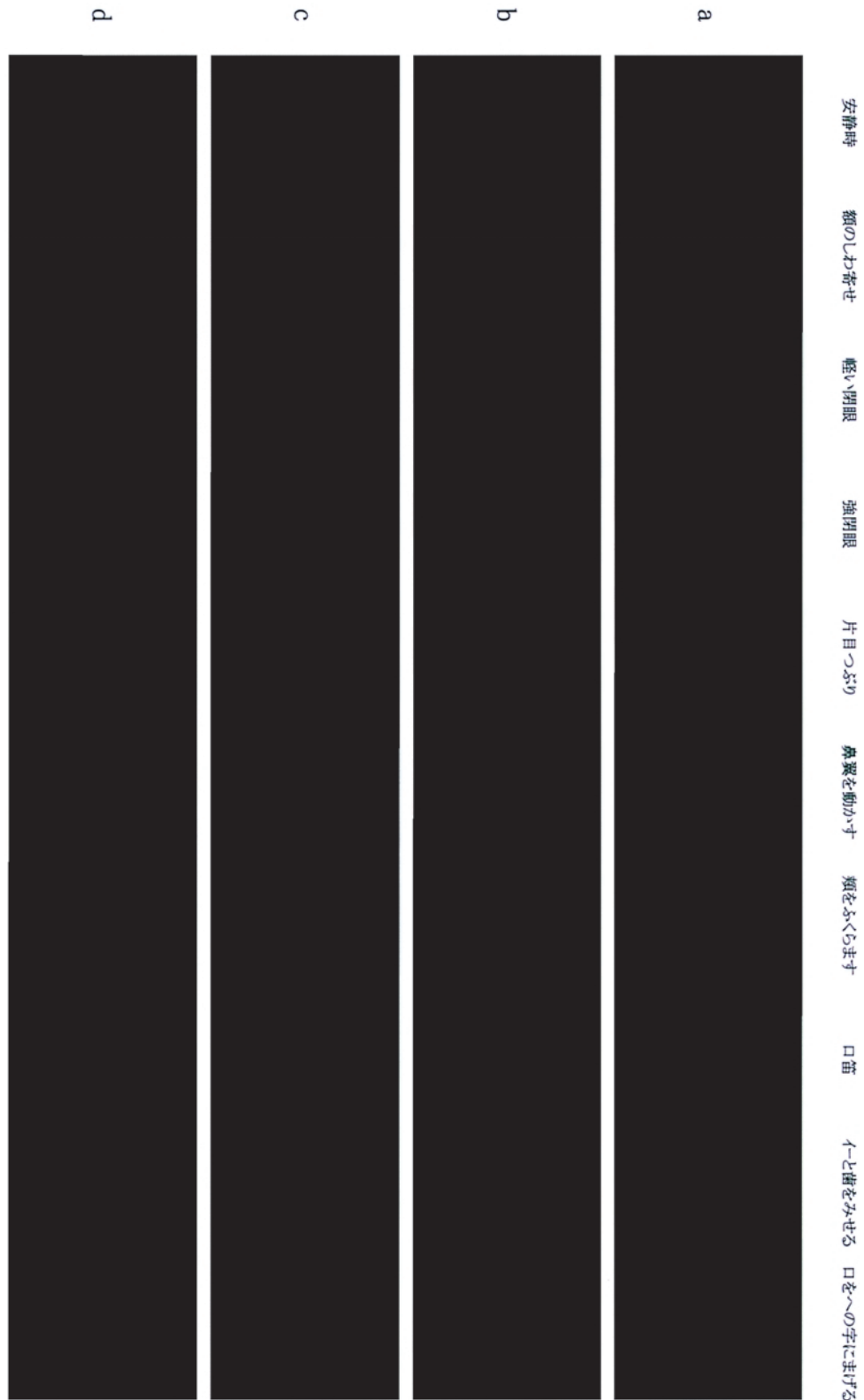


図2 写真でみる臨床経過
 a 発症後95日目 (置鍼治療とリハビリテーション開始時), b 同186日目, c 同281日目, d 同366日目

[御本人の許可を得て掲載]

置鍼治療とリハビリテーションの開始時点（発症後95日目）では、安静時の非対称、額のしわ寄せ不可、兎眼、口動作時の健側への偏位などが認められ、麻痺スコアは4点（図2a）であったが、翌週には麻痺スコアは8点となり早期に回復傾向を示した。

その後も順調に麻痺は回復し、発症後186日目で32点（図2b）、発症後246日目には36点以上の正常範囲内となった。置鍼治療は発症後7ヵ月を過ぎてからは治療頻度を徐々に減らした。後遺症に関しては、発症後5ヵ月頃頃から閉眼時に患側口角の筋収縮、

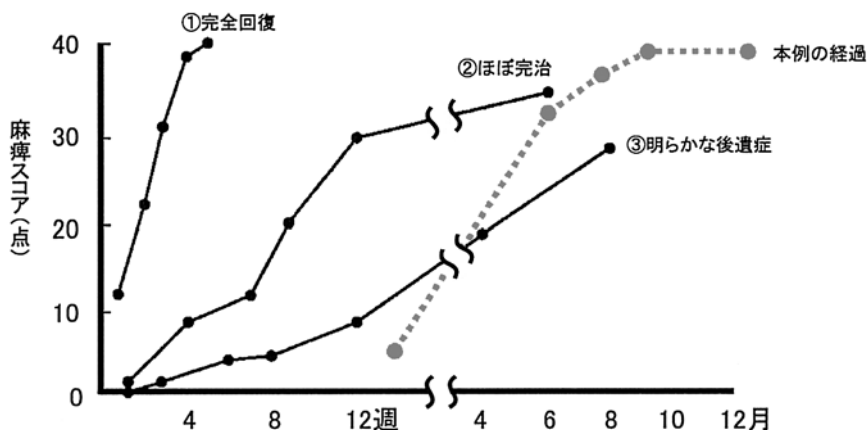


図3 Bell麻痺の代表的な3パターンの回復曲線
(文献5より一部改変)と本例の経過

口動作時の患側眼周囲の筋収縮がわずかに認められるようになったが、発症後281日目では明らかな病的共同運動は認められず(図2c)、発症後366日目に軽度の病的共同運動(額のしわ寄せ時や閉眼時の口角挙上、口をへの字にまげた時の眼裂狭小など)が認められた程度であった(図2d)。その他の後遺症としてワニの涙、顔面痙攣の出現はなく、拘縮に関しても下を向いた時に軽く感じる程度であった。

考察

末梢性顔面神経麻痺は、発症早期のステロイド大量療法を中心とした薬物治療によりBell麻痺の場合90%以上、Hunt症候群では60~70%台が治癒するといわれている^{3,4)}。比較的予後の良い疾患であるが、薬物治療を行っても治癒しない例が存在し、とくにHunt症候群ではその傾向が強い。図3に示すBell麻痺の代表的な3パターンの回復曲線⁵⁾と比較すると、本例の経過は発症後12週を過ぎるまで、③の麻痺が残存して明らかな後遺症を残すパターンと類似する経過をとっている。つまり、置鍼治療とリハビリテーションを開始する時点では予後は不良と推測される。また、ステロイド未使用であることやHunt症候群であること、74歳と高齢であり糖尿病や高血圧などを合併していることから難治性である可能性が高い。

Bell麻痺やHunt症候群には自然治癒する例が存在することが知られており、ある治療の効果を論じるにはその効果が自然治癒と異なるものであるか判定する必要がある。一般的に麻痺の程度の軽いいわゆる不全麻痺の場合では治療内容を問わず予後は良好であるため、治療効果の判定については発症後3

週以内の麻痺スコアが8点以下の完全麻痺例を対象として検討することとしており、最終評価として発症6ヵ月以内に麻痺スコアが36以上に回復し、中等度以上の病的共同運動が残存しないケースを完全治癒、それ以外のケースを不完全治癒とするよう記載されている⁶⁾。

しかし、麻痺発症後6ヵ月以上経ってから麻痺が回復したり、後遺症が出現したりすることはよく観察され、菊池ら⁷⁾は最悪時の麻痺スコアが10点以下のBell麻痺およびHunt症候群では、麻痺発症後6ヵ月を過ぎてから後遺症が出現することを75例中13例で確認したことから、6ヵ月の観察では不十分であると述べている。また、藤原ら⁸⁾は麻痺発症後6ヵ月から12ヵ月の間における後遺症の変化について調査したところ、麻痺発症後6ヵ月の時点で後遺症を認める症例はその後病的共同運動が増悪したことから、6ヵ月の時点では後遺症の程度が十分に反映されないと述べている。病的共同運動は麻痺発症後約1年で完成するとの報告⁹⁾もみられることから、発症1年後まで経過観察できた本例においては後遺症の評価についても概ね行えたと考える。

末梢性顔面神経麻痺の鍼治療に関しては、標準的あるいはエビデンスのある置鍼治療は知られていない。われわれが今回置鍼治療で用いた顔面部の経穴は顔面神経の走行を考慮して取穴、手の合谷は四総穴のひとつで面目と関連があることから取穴、その他に頭頂部の百会や後頸部の経穴を取穴している。これらの経穴への鍼治療は主として顔面神経や顔面神経管を含めた周辺組織の血流を改善し、神経の回復や周辺組織の浮腫の軽減を促すと考え取穴を行っ

た。また、日本神経治療学会の治療指針作成委員会
が作成した Bell 麻痺の標準的神経治療には、鍼治
療については中国文献でのメタアナリシスで有効と
するに足る報告はないとして、より厳密な比較試
験が必要であると記載されている¹⁰⁾。著者は、鍼治
療には麻痺の回復を促す効果があり、後遺症につ
いても鍼治療を行ったほうが良い結果が得られるの
ではないかと考えている¹¹⁾。鍼治療の満足度や安全性
も高く¹²⁾、現時点において十分なエビデンスは得ら
れていないものの、とくに麻痺の回復が停滞した本
例のような難治例では積極的に用いる価値がある
と思われる。今後作用機序、取穴部位など検討が
必要であろう。

近年、リハビリテーションとして従来行われて
きた強い顔面運動や低周波治療を行うことは、筋
力を増強させるものの病的共同運動や拘縮とい
った後遺症を助長する可能性があるとの意見が
でてきた。そのため、われわれは後遺症の予
防を目的として、栢森¹³⁾、Nakamura ら¹⁴⁾、立花
ら¹⁵⁾の報告を参考に、マッサージ、開瞼運
動、温熱療法、視覚・触覚を用いたフィード
バック療法を状況に応じて指導している。実
際には、写真を掲載して具体的にやり方を説
明した冊子を使って指導した後、毎日自宅で冊
子を見ながら2回以上行うよう指示をするが、
1回の説明で理解するものはほとんどいない
ため、やり方が間違っていないか定期的に確
認をしている。また、日常生活指導として、食
事や会話中は目を見開くこと、強力で粗大な
運動は避けること、粗大な運動をしてしま
った後は直後にマッサージを行うことなどを
指導している。本例は治療期間中を通じて
これらのリハビリテーションを継続したことで
明らかな後遺症が出現しなかった可能性が
示唆される。

今回の報告では置鍼治療とリハビリテー
ションを併用しており、どちらか一方だけで
効果がみられた可能性もある。麻痺発症後
3 ヶ月以上経過して完全麻痺という状態
から鍼治療あるいはリハビリテーションを
開始し、治療に至った報告はわれわれが
調査した範囲では見当たらなかった。一方、
立花ら¹⁶⁾は electroneurography (ENoG) で
20%未満である顔面神経重度麻痺患者28
例を対象として、リハビリテーションを適
切に実施可能であった群、適切に実施困難
であった群、行わなかった群の3群に分けて
発症1年後の機能予後について検討したと
ころ、柳

原の40点法では各群間で有意差はみられず、
後遺症の評価を加味している Sunnybrook
facial grading system で適切に実施可能
であった群が有意に良い結果を示したと
している。この結果からはリハビリテー
ションは後遺症の予防には役立つが、麻痺
の回復にはあまり関与しないと考えられ
る。これに対し鍼治療はわれわれが報
告しているように麻痺の回復に効果があ
ることが知られており¹⁾、両者の併用が
より有用であると考えている。今回の報
告を契機に併用療法の意義に関する研究
報告が多数出ることが望まれる。

橋本ら¹⁷⁾は、発症後3 ヶ月を経過しても
改善の全くみられないもの、nerve exci
tability test (NET) にて全く無反応ま
たは ENoG にて10%以下のもの、とい
う2つの条件を満たす症例を対象として
顔面神経減荷術を施行した結果、Hunt
症候群では4例中1例がわずかな病的
共同運動が認められたものの麻痺スコア
は36点以上に回復したとしている。その
他の3例は不完全治癒となっているが、
顔面神経減荷術後1 ヶ月以内に全例回
復が始まっていることから、発症後3
 ヶ月を経過しても改善の全くみられ
ない症例に対し有用な治療法と考
えると述べている。著者の経験では、
NET や ENoG といった電気生理学的
検査所見はないが、麻痺発症後3 ヶ
月以上経過して完全麻痺という状態
から鍼治療を開始した Hunt 症候群
は本例を含めて2例であり、もう1例
についても置鍼治療とリハビリテー
ションを併用し治療に至っている。
また、2例ともに治療開始後の翌週
には麻痺の回復が確認できている。

薬物治療を行い一定期間経過観察しても
十分な効果が得られない例、さまざま
な理由から薬物治療を受けられない例、
一部の薬物を使用できないといった例
も存在する。また、星状神経節ブロッ
クや顔面神経減荷術については現時点
においてエビデンスレベルの高い治療
法とは言い難く、外科的治療などには
抵抗感を抱く例も存在する。このよう
な状況のなかで何をしたら良いのか悩
む患者や医療関係者は少なくない。今
回報告した置鍼治療とリハビリテー
ションの併用は、有用な治療法のひと
つとなる可能性がある。

結論

本例は、糖尿病を合併したステロイド未
使用の Hunt 症候群完全麻痺例である
こと、3 ヶ月間以上

回復傾向が得られなかったことなどから、麻痺の残存および明らかな病的共同運動などの後遺症の出現が予想されたが、結果からは置鍼治療とリハビリテーションの併用が奏効したものと思われた。

謝辞 写真の掲載を許可して下さった患者様に心より深謝致します。

附記 本論文の要旨は第61回日本東洋医学会学術総会（名古屋，2010年6月）にて報告した。

文献

- 1) 蛭子慶三, 菊池尚子, 丹波さ織, 新井寧子: 東京女子医科大学における顔面神経麻痺の鍼治療に関する報告, 医道の日本, 791, 62-66, 2009
- 2) 柳原尚明, 西村宏子, 陌間啓芳, 玉置弘光, 富田 寛, 奥田雪雄, 小林武雄, 内藤準哉, 細見英男, 小池吉朗, 戸川 清, 森 弘: 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
- 3) 村上信五, 本多伸光, 渡邊暢浩: Bell 麻痺, CLIENT 21第9巻 顔面神経障害, 141-150, 中山書店, 東京, 2001
- 4) 池田 稔: Ramsay Hunt 症候群, CLIENT21第9巻 顔面神経障害, 151-155, 中山書店, 東京, 2001
- 5) 本多伸光, 暁 清文, 柳原尚明: 顔面運動採点法, CLIENT21 第9巻 顔面神経障害, 63-68, 中山書店, 東京, 2001
- 6) 小松崎篤, 富田 寛, 柳原尚明, 神崎 仁, 齋藤春雄, 青柳 優, 龍 浩志: 末梢性顔面神経麻痺の治療効果判定についての申し合わせ事項試案, Facial N Res Jpn, 15, 227-230, 1995
- 7) 菊池尚子, 西田 超, 新井寧子: 顔面神経麻痺後遺症の発現時期について, Facial N Res Jpn, 29, 73-76, 2009
- 8) 藤原圭志, 古田 康, 大谷文雄, 福田 諭: 顔面神経麻痺発症後6-12ヵ月における後遺症の変化, Facial N Res Jpn, 29, 71-72, 2009
- 9) 中村克彦, 東 貴弘, 武市美香, 上枝仁美, 武田憲昭: 病的共同運動の発症を予防するためのバイオフィードバック療法の開始時期と訓練期間について, Facial N Res Jpn, 23, 174-176, 2003
- 10) 辻 貞俊, 橋本隆男, 岡田和将, 山本悌司, 坂本 崇, 梶 龍兒, 林 明人: 標準的神経治療 Bell 麻痺, 神経治療, 25(2), 169-185, 2008
- 11) 蛭子慶三: 顔面神経麻痺の鍼治療(1)—鍼専門外来を担当して—, 医道の日本, 721, 39-51, 2003
- 12) 蛭子慶三: 顔面神経麻痺の鍼治療(2)—鍼専門外来を担当して—, 医道の日本, 722, 52-61, 2003
- 13) 栢森良二: 顔面神経麻痺の電気診断学とリハビリテーション, リハ医学, 38, 131-139, 2001
- 14) Nakamura K, Toda N, Sakamaki K, Kashima K, Takeda N: Biofeedback rehabilitation for prevention of synkinesis after facial palsy, Otolaryngology Head and Neck surgery, 128, 539-543, 2003
- 15) 立花慶太, 松代直樹: 当院の顔面神経麻痺に対するリハビリテーション, Facial N Res Jpn, 28, 141-143, 2008
- 16) 立花慶太, 松代直樹: 当院における顔面神経麻痺に対するリハビリテーションの効果—機能予後の比較研究—, Facial N Res Jpn, 30, 134-136, 2010
- 17) 橋本 省, 千葉敏彦, 小池修治, 豊嶋 勝, 高坂知節: 晩期顔面神経減荷術の有用性, Facial N Res Jpn, 12, 249-252, 1992