

## 解 説

## 顔面神経麻痺診療ガイドライン2023年版における鍼灸の役割と可能性

粕谷 大智

新潟医療福祉大学

## 要 旨

本稿は、12年ぶりに改訂された顔面神経麻痺診療ガイドライン2023年について、鍼治療に関連する内容を中心に紹介し、麻痺の評価法や患者自身が行うリハビリなども理解することで、医療従事者が麻痺患者に対する適切な評価及び治療の選択の一助となることを目的とした。今回の改訂では、鍼灸のClinical Questionの①鍼灸は麻痺の早期回復に効果はあるのか（急性期）②鍼灸は後遺症の症状を軽減させる効果があるのか（慢性期）の2つについて推奨度が出され、両者とも“弱く推奨する”と今までの“推奨しない”から大きく改訂された。この結果については、急性期の麻痺の回復や慢性期の拘縮やこわばり感などの後遺症の軽減に従来の治療（コントロール）と比べ、鍼治療の介入は効果が期待できるSystematic Reviewがいくつか出されていること、その中でも特に後遺症を予防・軽減することでQuality of Lifeの向上に寄与することが示唆され、今後は医療機関との連携を密にしながら麻痺の病期を把握し、その病期に応じた鍼灸治療とセルフケアの指導も鍼灸師の役割と考える。

キーワード：顔面神経麻痺、ガイドライン、鍼灸

## I. はじめに

鍼灸臨床において末梢性顔面神経麻痺（以下麻痺）に対する鍼治療は、比較的治療頻度が高く、各治療院のHome Page（HP）などにも得意疾患・症状として明記されている<sup>1)</sup>。しかし、麻痺の診療ガイドラインにあたる顔面神経麻痺診療の手引き（2011年 金原出版）<sup>2)</sup>では「鍼治療」のエビデンスレベルはC2で“科学的根拠がないので、勧められない”と記載され、「低周波通電」のエビデンスレベルはDで“行わないよう勧められる”（麻痺の後遺症を助長させる）とされており、医療関係者間では「鍼灸は効果が期待できないから勧められない」「顔面の通電治療は麻痺の後遺症を悪化させる」との認識であった。

しかし、すでに発行から10年以上が経過し、昨今のSystematic Review（SR）やRandomized

Controlled Trial（RCT）の結果も傾向が変わりつつある中でガイドラインの改正が始まった。2023年版の診療ガイドライン<sup>3)</sup>では、鍼治療のClinical Question（CQ）は、①鍼治療は麻痺の早期回復に効果はあるのか（急性期）②鍼治療は後遺症の症状を軽減させる効果があるのか（慢性期）の2つについて、ベネフィット（利益、有益性）とリスク（害、不利益）のバランスを考慮し推奨度について検討がなされた。

その結果、両者とも“弱く推奨する”と今までの“推奨しない”から大きく変更された。

この結果については、急性期の麻痺の回復や慢性期の拘縮やこわばり感などの後遺症の軽減に従来の治療（コントロール）と比べ、鍼治療の介入は効果が期待できるSRがいくつか出されていること、その中でも特に後遺症を予防・軽減するこ

連絡著者：粕谷 大智 〒950-3198 新潟県新潟市北区島見町1398番地 新潟医療福祉大学

Corresponding Author; Kasuya Daichi, Niigata University of Health and Welfare, 1398 Shimami-cho, Kita-ku, Niigata City, Niigata Prefecture, 950-3198 Japan

受付日：2023年8月12日 受理日：2023年11月29日

とでQuality of Life (QOL) の向上に寄与することが示唆されている。

本稿では、麻痺診療ガイドライン2023年版における鍼灸臨床において知識が必要な標準的な薬物療法、療法士が行うリハビリテーション、鍼治療の内容を中心に紹介し、診療ガイドラインの主な変更点について概説する。麻痺診療ガイドライン2023年版における新たな治療や、既存治療のエビデンスレベルの向上などを理解することで、医療従事者が麻痺患者に対する適切な評価及び治療の選択の一助となることを願う。

## II. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) に基づくエビデンスの強さと推薦度について

今回の診療ガイドライン作成は「Minds診療ガイドライン作成マニュアル2020 ver.3」<sup>9)</sup>に基づき作成を行っている。

### 1. エビデンスの強さ

適格基準を満たした論文から、対象患者、方法、アウトカム等についてデータを抽出し、メタアナリシスを実施。研究のバイアスリスク、結果の非一貫性、エビデンスの非直接性、データの精確さ、出版バイアスをもとに、個々のアウトカムについてエビデンスの確実性を「高 (High)」「中 (Moderate)」「低 (Low)」「非常に低 (Very low)」の4段階で判断した。その上で全体的なエビデンスの強さを4段階で評価した (表1)。

### 2. 推奨決定

SRからのエビデンスの質の他に、利益と不利益のバランス、価値観や好み、コストや資源の利用の観点をつまみ、最終的な推奨を決定した。推奨は「強い推奨 (行う)」「弱い推奨 (行う)」「弱い推奨 (行わない)」「強い推奨 (行わない)」の4段階とした。

推奨決定はガイドライン作成委員会およびSR責任者によって投票を行った。複数回の会合を持ち投票を行い、投票者が10名以上の参加を会合開催の基準とした。投票に関わる委員による議論をへて編集委員長が推奨案を決定し、70%未満の合意の場合は再度議論の上で投票を行った。今回はすべての推奨度において1回の投票で決定した (表2)。

### III. 診療フローチャートについて

診療ガイドライン2023年版<sup>9)</sup>内に記載されている、診療フローチャートを引用し改編したものを図1に示す。Bell麻痺、Hunt症候群、外傷性麻痺のすべての麻痺に対して、まずは重症度分類 (Electroneurography (ENoG) やNerve Excitability Test (NET)) に代表される客観的評価と柳原法に代表される主観的評価を行い、軽症・中等症・重症などの麻痺の重症度を分類する。これは予後判断する重要な評価であり、軽症・中等症は自然経過も良好で約1~3か月で後遺症も残さず治癒する<sup>9)</sup>。この軽症・中等症は全体の麻痺の6~7割程度と認識されている。残りの3~4割が重症に該当し、予後不良で3~4か月後に後遺症が出現する

表1 推奨決定のためのエビデンスの確実性 (強さ)

適格基準を満たした論文よりメタアナリシスを実施し、個々のアウトカムについてエビデンスの確実性を4段階で判断した。

|                    |      |   |
|--------------------|------|---|
| 高<br>(High)        | ⊕⊕⊕⊕ | 真の効果が効果推定値に近いという確認がある                                     |
| 中<br>(Moderate)    | ⊕⊕⊕⊖ | 効果推定値に対し、中等度の確信がある。<br>真の効果が効果推定値に近いと考えられるが、大幅に異なる可能性もある。 |
| 低<br>(Low)         | ⊕⊕⊖⊖ | 効果推定値に対する確信には限界がある。<br>真の効果は効果推定値とは大きく異なるかもしれない。          |
| 非常に低<br>(Very low) | ⊕⊖⊖⊖ | 効果推定値に対しほとんど確信がもてない。<br>真の効果は、効果推定値とは大きく異なるものと考えられる       |

表2 推奨度と推奨の意味

SRからのエビデンスの質の他、利益と不利益のバランス、価値観や好み、コストや資源の利用の観点を踏まえ推奨を決めた。

|          | 強く推奨する   | 弱く推奨する、条件付きで推奨する  |
|----------|--|---|
| 定義       | 介入による望ましい効果（利益）が望ましくない効果（害、負担、コスト）を上回る、または下回る確信が強い                           | 介入による望ましい効果（利益）が望ましくない効果（害、負担、コスト）を上回る、または下回る確信が弱い。   |
| 患者さんにとって | その状況下にあるほぼ全員が、推奨される行動を希望し、希望しない人がごくわずかである                                    | その状況下にある人の多くが提案される行動を希望するが、希望しない人も多い。   |
| 臨床家にとって  | ほぼ全員が推奨される行動を受け入れるべきである。患者の価値観と意向に沿った意思決定を支援するために、あえて形式の整った支援活動を用意することまでは不要。 | 各患者の価値観と意向によって選択が異なるため、個人の価値観と意向に一致した決断を下すための決断支援ツールが有効であると考えられる。臨床家は、患者の意思決定に向けて作業する際は、患者と十分な時間をとらねなければならない。 |

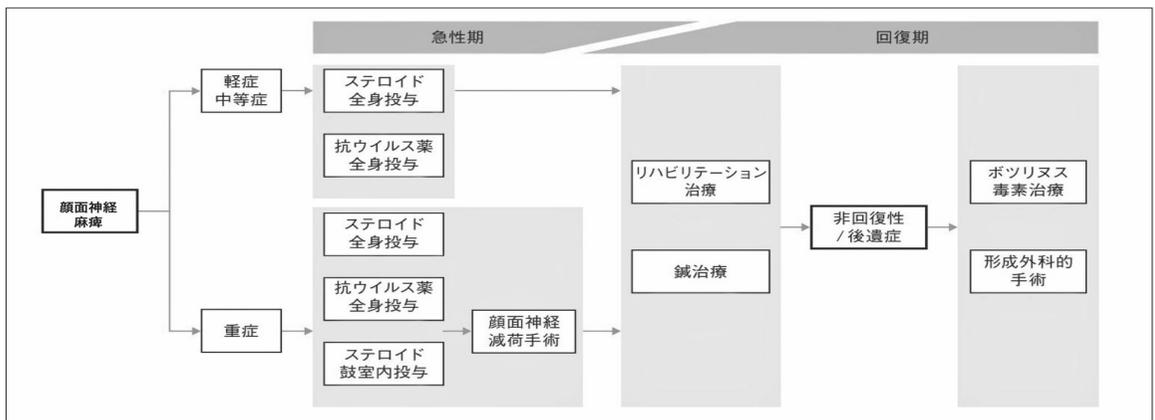


図1 顔面神経麻痺診療の流れ

麻痺の予後を判断した後、薬物療法を行い、リハビリテーション治療や鍼治療を行うことがガイドラインにて推奨されている。

(日本顔面神経研究会. 顔面神経麻痺診療ガイドライン. 2023年版. 第2版. 東京. 金原出版. 2023より改変)

とされ、初期の治療が重要である。したがって急性期の重症の麻痺に対する治療は、ステロイドの全身投与、抗ウイルス薬全身投与、ステロイド鼓室内投与が標準治療として行われ、さらに顔面神経減荷手術なども選択される。急性期の標準治療を発症早期に行うことで、麻痺の病態である側頭骨内の神経浮腫からの神経絞扼、虚血の悪循環により髄鞘や軸索の変性を予防・軽減させる目的がある。

そして、急性期から慢性期に麻痺患者に対するリハビリテーション治療と鍼治療が推奨されている。それぞれの治療目的については、『IV. CQについて』で説明するが、鍼治療に関しては診療フローチャートに記載されたことは大きな進歩であり、麻痺の治療手段の一つとして認識された。したがって今後は、鍼灸師自身が麻痺の予後を左右する標準治療やセルフケアを理解し対応することが求められていると考える。

IV. CQについて

CQとは、診療ガイドラインで答えるべき重要臨床課題（取り上げる疾患の検査や治療における重要なトピック）を取り上げることで、その課題に対してエビデンスなどに基づいて回答となる推奨を作成していく内容となる。一般に診療ガイドラインには、このCQと推奨度がセットになって示されている。

本診療ガイドラインの中で、我々が鍼灸臨床を行う上で大事ないくつかのCQについて示す。表3の急性期に対する薬物療法については、Bell麻痺へのステロイド薬、Hunt症候群への抗ウイルス薬とも“強く推奨する”とされている。『Ⅲ. 診療フローチャートについて』の中でも記したが、初期の標準治療としてステロイド薬と抗ウイルス薬の投与は、麻痺の病態である側頭骨内の神経浮腫からの神経絞扼、虚血の悪循環を改善させ、髄鞘や軸索の変性を予防・軽減させる治療であるため予後を左右する重要な治療である。

表4のリハビリテーションについては“弱く推奨する”とされている。これは、Sunnybrook法を

用いてリハビリ介入と非介入で有意に介入群に効果が認められたことから、発症早期からの介入が望ましいと記載されている。実際のリハビリとして、多くが筋伸張マッサージの有効性を挙げており、バイオフィードバック療法も推奨されている。しかし、伸張マッサージもバイオフィードバック療法も麻痺患者が正確に行うには、療法士の指導が必要であり、如何にモチベーションを維持させつつ毎日のリハビリテーション（セルフケア）として行えるかが鍵となる。

表5は鍼治療について示す。2023年度版<sup>3)</sup>のCQでは、①鍼は麻痺の早期回復に効果はあるのか？②鍼は後遺症の症状を軽減させる効果があるのか？の2つとなり、両者とも“弱く推奨する”と大きく変更された。2011年版が“推奨しない”とされていたので、これは大きな前進と考える。

①の鍼は麻痺の早期回復に効果はあるのか？に関しては、エビデンスの強さは弱いものの“弱く推奨”すると結論された。その背景にはSRが多く発表されてきたこともあるが、その大半が中国からの論文でブラインド化されていないことや、

表3 薬物療法のClinical Question (CQ)

Bell麻痺に通常量のステロイド全身投与は有効か？Hunt症候群に抗ウイルス薬は有効か？について両者とも“強く推奨する”とされている。

| 推奨  | 推奨の強さ | エビデンスの確実性 |
|---|-------|-----------|
| 全重症度（軽症～重症）の急性期Bell麻痺患者への顔面神経麻痺治療のため、通常量のステロイド全身投与を行うことを強く推奨する。<br>[投票合意率：100.0% (14/14)] | 強い    | ⊕⊕⊕⊖      |
| 推奨  | 推奨の強さ | エビデンスの確実性 |
| Hunt症候群患者へ顔面神経麻痺治療のため、抗ウイルス薬を投与することを強く推奨する<br>[投票合意率：100.0% (14/14)]                      | 強い    | ⊕⊖⊖⊖      |

表4 リハビリテーションのClinical Question (CQ)

末梢性顔面神経麻痺（Bell麻痺、Hunt症候群、外傷性麻痺）にリハビリテーション治療は有効か？については“弱く推奨する”とされている。

| 推奨  | 推奨の強さ | エビデンスの確実性 |
|---|-------|-----------|
| 末梢性顔面神経麻痺（Bell麻痺、Hunt症候群、外傷性麻痺）患者へ顔面神経麻痺治療のため、リハビリテーション治療を行うことを弱く推奨する<br>[投票合意率：100.0% (14/14)] | 弱い    | ⊕⊖⊖⊖      |

表5 鍼のClinical Question (CQ)

末梢性顔面神経麻痺（Bell麻痺、Hunt症候群、外傷性麻痺）に鍼治療は有効か？については、急性期の麻痺の回復と慢性期の後遺症の軽減について“弱く推奨する”とされている。

| 推奨   | 推奨の強さ | エビデンスの確実性 |
|--|-------|-----------|
| 末梢性顔面神経麻痺（Bell麻痺、Hunt症候群、外傷性麻痺）患者へ顔面神経麻痺治癒のため、急性期に鍼治療を行うことを弱く推奨する<br>[投票合意率：100.0%（14/14）] | 弱い    | ⊕⊖⊖⊖      |
| 後遺症が出現したら慢性期の顔面神経麻痺（Bell麻痺、Hunt症候群、外傷性麻痺）患者に対し、鍼治療を行うことを弱く推奨する。<br>[投票合意率：100.0%（14/14）]   | 弱い    | ⊕⊕⊖⊖      |

RCTの質の問題も指摘されており、効果を過大に見積もっている可能性もあることも念頭に入れておく必要がある。しかし、②鍼は後遺症の症状を軽減させる効果があるのか？に関しては、後遺症のある患者に対するRCTは韓国とトルコから出版されており、ブラインドでのアウトカム評価が実施されるなど質の高いRCTであった。したがって後遺症のこわばり感やつっぱり感などに対して緩和が期待できることが示唆されている。

なお、エビデンスレベルは低いものの、本邦における症例報告や症例集積でも後遺症のこわばり感やつっぱりなどの感覚に関して、主観的評価や麻痺特異的QOL尺度であるFacial Clinimetric Evaluation Scale (FaCE scale)などで効果を認めており<sup>9)</sup>、今後、本邦においても専門医との共同による更なる臨床研究が望まれる。

## V. 専門性へ向けての取り組み

日本顔面神経学会では学会開催中に、医師以外のコメディカルスタッフを対象にリハビリ技術講習会が開催されている。これは、診療の専門性を向上させ、麻痺患者に良質な医療と医療機関の選択等に関する情報を提供することが目的で、講習会後に試験を行い、その合格者で一定の条件を満たす者が学会認定麻痺相談医師、リハビリ認定指導士としての資格が取得できる。現在認定指導士の資格を取得した鍼灸師は計3名と少ないものの、鍼灸師も鍼灸施術だけでなく、麻痺患者さんへの生活上の注意点やリハビリ、セルフケアの指導は麻痺の予後を決める大切なツールであり、今後、

学会が認定する指導士の取得や技術講習会の参加は専門性を高めるものとして認知されていくと考える。

## VI. 最後に

鍼治療の今後の役割と課題として、医療従事者の間では、鍼は何を目的に治療をしているか不明、スタンダードな治療が無い（治療者により治療法や治療頻度など対応は様々）、逆に悪化したといったマイナスイメージを持たれている医療従事者は多い。そのような現状の中、麻痺に対する鍼の役割やセルフケアの指導も含めた鍼灸師としての関わり方を専門医や医療従事者に伝え、医療連携を行いながら麻痺患者のQOLサポーターとして関与することが大事であると考えている。

鍼治療の役割は、エビデンスレベルから回復の促進、病的共同運動や拘縮すなわち麻痺の後遺症の予防・軽減が主である。医療機関との連携を密にしながら麻痺の急性期か慢性期（後遺症を自覚）かの病期を把握し、その病期に応じた鍼治療とセルフケアの指導も鍼灸師の役割と考える。

## 文 献

- 1) 鈴木淳, 小林俊光. 顔面神経麻痺に関するインターネット上の情報の問題点. 日耳鼻. 2010; 113: 844-50.
- 2) 日本顔面神経研究会. 顔面神経麻痺診療の手引-Bell麻痺とHunt症候群-. 2011年版. 東京. 金原出版. 2011.
- 3) 日本顔面神経研究会. 顔面神経麻痺診療ガイドライン. 2023年版. 第2版. 東京. 金原出版. 2023.
- 4) Minds診療ガイドライン作成マニュアル編集委員会 (編). Minds診療ガイドライン作成マニュアル2020

ver.3.0. 日本医療機能評価機構.  
[https://minds.jcqh.or.jp/docs/various/manual\\_2020/ver3\\_0/pdf/all\\_manual\\_2020ver3\\_0.pdf](https://minds.jcqh.or.jp/docs/various/manual_2020/ver3_0/pdf/all_manual_2020ver3_0.pdf) (参照 2023-08-12)

- 5) Peitersen E. The natural history of Bell's palsy. *Am J Otol.* 1982; 4(2): 107-11.
- 6) 栢森良二, 堀部豪, 粕谷大智. 末梢性顔面神経麻痺に対する鍼灸治療の効果と現状. *全日鍼灸会誌.* 2023; 73(1): 7-25.

Commentary

## Role and Possibility of Acupuncture and Moxibustion in the 2023 Clinical Practice Guidelines for Facial Nerve Paralysis

KASUYA Daichi

Niigata University of Health and Welfare

### Abstract

This paper introduces the 2023 guidelines for the treatment of facial nerve palsy, which have been revised for the first time in 12 years, mainly related to acupuncture. The purpose of this study is to assist medical professionals in selecting appropriate evaluation and treatment for paralyzed patients.

In this revision, the two clinical questions on acupuncture and moxibustion are recommended: (1) Is acupuncture effective for early recovery from paralysis (acute phase)? Both have been reorganized from "not recommended" to "weakly recommended".

Regarding these results, several systematic reviews have been published in which acupuncture intervention can be expected to be more effective than conventional treatment (control) in recovering from paralysis in the acute phase and reducing sequelae such as contracture and stiffness in the chronic phase. Among them, it is suggested that prevention and reduction of aftereffects in particular contribute to the improvement of quality of life. Acupuncture and moxibustion treatment and guidance on self-care are also considered to be the role of the acupuncturist.

Zen Nihon Shinkyu Gakkai Zasshi (*Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion: JJSAM*). 2023; 73(4): 277-282. Received 12 Aug, 2023 Accepted 29 Nov, 2023

Key words: facial paralysis, guidelines, acupuncture and moxibustion