

外転神経麻痺（複視）を初発としたハント症候群 '94-5/26 pi

症例報告

松元文明

症例：A. U. 30才 女性 イラストレーター（フリー）

初診：平成6年1月13日

主訴：右目の運動異常（右目が右側へ動かず物が二重に見える）、口角がゆるむ
 現病歴：昨年（平成5年）10月中旬にかぜを引いて39度Cの発熱があり、近くの病院でかぜ薬の投与を受けた。その結果1日で下熱したが4日間安静にしていた。しかし10月下旬ごろも倦怠感が続いていたが、多忙なため仕事を夜間おそく（午前1時～2時ごろ）まで1日6～8時間くらい休みながら続けていた。なお生活は不規則で夜型である。

11月3日、外出先で夜になってから右目が右外方に動かないのに気づき、さらに物が二重に見えるため帰宅するまで歩くことが怖かった。翌日N総合病院眼科を受診、眼球に異常はないと診断され、脳外科に転科したがMRI検査でも異常が認められず、原因は目の神経にウイルスが入ったためと言われた。そのとき一週間前ごろから右耳のズキズキする持続性の痛みがあることを訴えたところ、顔面麻痺の発症があったらそのときにすぐ来院するように指示された。翌朝（11月4日）鏡を見て右顔面麻痺に気づき、同病院の耳鼻科を受診して血液検査の結果ヘルペス性の顔面麻痺と診断された。

受診時の症状は右顔面麻痺、味覚麻痺（甘味・酸味の味覚脱出・・・1週間で回復）、聴力低下、嗅覚低下（アンモニアテスト・・・2週間で回復）であった。即入院で10日間ステロイド剤の点滴を受け、26日間の入院中に右顔面麻痺は改善されてきた。しかし退院当時でも右眼瞼・右口角の下垂があり、さらに口笛が吹けなかった。入院当時の服薬は現在も継続中であり、1/2wの通院中である。なお頭部外傷などはない。'93年7月の本症例検討会で報告した「Bell麻痺」の患者K. G.の紹介で来院した。

現在、右目の異常運動すなわち右目が右外側に動きにくく、右外方を注視すると遠くの物体が二重に見える。夜間睡眠中に左右の口角からよだれが少量流れ出る。なお右眉の内側の辺りに腫れぼったい痛みを感じ、右頬の辺りも重苦しい。

11月末ごろより、目を閉じると網膜に微生物が動いているように感じて、気分が悪いが、しかし眠ってしまうと意識しない（健康時には異常はなかった）。また外界の細かい模様などが気になり、鳥肌が立つように感じるようになった。

肩こりは学生のころからあったが、現在右の後頸部から肩上部にかけて強

p2

くこっている。家族的には父親がよくこっていた（脳梗塞で死亡）。

一般症状は特にない。たばこは吸わない。健康時には時々ビールを飲むことがあったが現在は飲まない。

既往歴、家族歴；特記することはない。

所見；一見して顔面神経麻痺の特徴は見られないが、なんとなく右顔面が腫れぼったく感じられ、それは特に鼻翼の外方から口唇にかけて認められる。

動眼筋の運動すなわち内外上下斜めの眼球の動作には異常は認められないが、水平運動の右外方注視時に物体が二重に見える。すなわち複視^{1) 2) 3)}を訴えるが斜視¹⁾は認められない。患側の右耳介・外耳道に発疹の痕跡と痛みはない。なお右前額部に軽い知覚鈍麻が認められた。

部位別顔面運動評価法は表1のとおり顔面筋によってテストし、その所見は表2のとおりで、強閉眼・瞬目・Grin・口笛運動を減弱と認めて総計80点であった^{4) 5) 6)}。なおキャンドルテストは左右共35度であり正常と思われた。

圧痛は右顔面の攢竹・懸釐、右後頸部の上天柱・風池、右肩背部の内肩井・膏肓に認められた。

要約

右顔面神経麻痺について

顔面神経麻痺には中枢性（核上性）と末梢性（核性・核下性）との鑑別が重要であるが、中枢性および末梢性は明確な鑑別症状として前額部に麻痺が出現しているか否かによって弁別できる^{7) 8) 9)}。したがって本症例は、右前額部に麻痺が見られることから末梢性顔面神経麻痺と考えられよう。その原因はN総合病院耳鼻科の血液検査および内耳神経症状である味覚脱出・聴力低下・嗅覚低下そして耳痛などからRamsay Hunt症候群と推測されるが、耳介および外耳道にヘルペスの発疹が見られなかったことから不全型のRamsay Hunt症候群と思われる^{10) 11) 12)}。したがって原因不明といわれる

表2 顔面運動評価法 (100点満点)

検査項目	完全(10点)	減弱(5点)	消失(0点)
1 緊張 (左右対称性)	○		
2 前額作皺	○		
3 強閉眼	○		
4 強閉眼		○	
5 瞬目		○	
6 鼻作皺	○		
7 Grin		○	
8 口笛運動		○	
9 Blow out cheeks	○		
10 下口唇下動	○		
計	60	20	

氏名 A. U. 6年 1月 13日

Bell麻痺は除外できよう。

p3

右外転神経麻痺について^{13) 14) 15)}

右眼の外直筋麻痺によって右外側への注視が不可能となり、複視を呈したものであろう。したがって外直筋を支配している外転神経麻痺と診断可能である。その原因は、外転神経障害の病変である脳腫瘍・脳内出血・外傷などであるがこれらは脳外科によるMRIによって除外可能であろう。しかし外転神経の走行のどこかに炎症性の病変があったものと推察することもできよう。

右外転神経麻痺と右顔面神経麻痺との関連について^{7) 8) 9)}

本症例は、右外転神経麻痺すなわち複視を初発として右顔面神経麻痺を発症したものであるが、両疾患が併発したものか合併したものかは明確にはできない。合併症としては核性（脳橋）に病変があれば顔面神経麻痺に外転神経麻痺が合併することが多く、一側の顔筋麻痺・外直筋麻痺の発症とともに対側の片麻痺を伴うことがある（内側症候群）。したがってこの症状に類似しているが本症例は内側症候群とは考えがたい。併発症として考えられることは、顔面神経の膝神経節に発症した水痘・带状疱疹ウイルスによる炎症が、橋にある顔面神経および外転神経にまで波及して顔筋麻痺・外直筋麻痺の発症をみたものと考えることが妥当のようである。

対応；あなたの顔面神経麻痺はGさんの顔面神経麻痺に比べて新しいし、額の麻痺もずいぶんよくなっていますから、顔のむくんだような感じなどは治療するとよくなります。Gさんの麻痺もあれだけよくなっていますから安心して治療を続けるとよいでしょう。週1回程度の治療でよいと思います。ただ、肩こりがひどくなると麻痺によくありませんから、仕事は3月まではできるだけ休んで下さい。また冷たい風に顔をさらしますとよくないですから、スカーフなどでカバーして下さい。風呂は首まで入れてゆっくりと入って下さい。

治療・経過

第1回；治療の目的は右顔面筋および外直筋麻痺の改善である。治療点は患側の攢竹・懸顛・地倉に交叉刺で約1cm、同側の四白・風池・上天柱に直刺で約1～1.5cm、肩井と左右の膏肓にやや下方（70°～80°）に約2cm刺入し5分間の置針をした。なお灸点紙を使用して上天柱を除き半米粒大3壯を施灸した。-その他に腹臥位で患部の顔面と肩背部にサーモホアを5分間使用した。以後同一治療方法をとった。

第2回（8日目）；右前額部の知覚鈍麻はまだ少し残存しているが、攢竹の圧痛は軽くなってきた。

p4

第3回（14日目）；顔面運動評価法で瞬目・口笛運動のみが減弱5点となり、総計90点となった。しかし右顔面全体がなんとなくはれぼったい感じがする。なお右目の複視はほとんど感じなくなった。

第5回（35日目）；右攢竹の辺りがおもだるい。顔面麻痺評価法の瞬目・口笛運動も左右差が認めらず、総計100点となり、以後肉眼的部位別顔面運動評価法は中止した。

第11回（91日目）；右攢竹のおもだるさなどもほとんど改善された。今回で右顔面神経麻痺の治療を終了したが、現在も健康維持のため月に1、2回程度来院している。

考察

本症例は右外転神経麻痺による複視を初発として、さらにRansay Hunt症候群による右顔面神経麻痺の出現をみたものであるが、主訴である顔面神経麻痺の症状に対する経過観察とその原因について考察を試みてみた。

1. 部位別顔面麻痺評価法と治療成績およびキャンドルテストについて

顔面神経麻痺に対する評価方法^{4) 5) 6)}としては肉眼的観察ではあるが、部位別顔面運動評価法と概括的評価法があつてわが国では前者がよく採用されている。その他に電氣的診断法やサーモグラフによるものなどがあるが、本症例では部位別顔面運動評価法を利用した。その理由は表2でも理解できるように、初診時口笛運動がかなり改善されていてキャンドルテストが使用できないことであつた。初診時のキャンドルテストの成績は左右とも35・計70の範囲のローソクを吹消すことが出来て、健常者と同様であつた。なお健常者による結果は左33・(SD10.2)、右43・(SD7.5)、n=20(男11,女9,平均年齢32)である。

部位別顔面運動評価法は検者が患者の表情筋の左右差を見る方法であるが、今回利用した方法は左右差の程度を表1のように3段階に採点する評価法である。したがって利用するにはこの評価法に慣熟すること重要と思われる。本症例でも完全（10点）・減弱（5点）との境界点をどこに置くかが苦慮させられた。その成績は初診時は100満点中80点、第3回目は90点そして第5回目には満点となった。

前回の症例報告「Bell麻痺」では初診時に口笛運動が不完全であつたためキャンドルテストによる経過観察が定量的な方法として有用であつた。なお顔面神経麻痺の新鮮例であつて、兎眼・口笛運動不全の症例では兎眼に対する眼裂の幅の測定とキャンドルテストの計測による経過観察が私たち鍼灸師において簡便にして有用ではないだろうか。

2, 顔面神経と外転神経との関連について^{7) 8) 9)}

p5

中枢性(核上性)による顔面神経麻痺は病巣の反対側に現れるが、前額部の麻痺があったとしても頬部以下の麻痺に比べて軽い。その他の症状として片麻痺をみるために末梢性との鑑別は容易である。末梢性(核性・核下性)の顔面神経麻痺は核性(脳橋)である顔面神経核の障害によるものと、核下性の顔面神経線維によるものとに分類されている。橋内の顔面神経線維は外転神経核を包み込むようにして走行しているために、もし顔面神経線維に炎症が生じた場合に外転神経にも波及する可能性があるであろう。本症例の末梢性顔面神経麻痺の原因は水痘・帯状疱疹ウイルスの膝神経節における炎症によるものであって、その炎症が橋内の顔面神経線維まで波及したものと考えられないだろうか。

3, Ramasy Hunt症候群について^{10) 11) 12)}

Ramasy Hunt症候群は、水痘・帯状疱疹ウイルスが顔面神経の膝神経節に寄生し、なんらかの因子で宿主である人体の免疫力の低下が起こると活性化して、諸種の症状を発現させた状態である。

本症例の顔面神経麻痺はN総合病院耳鼻科の診断によりRamasy Hunt症候群による末梢性顔面神経麻痺である。ただしRamasy Hunt症候群には外耳道・耳介の帯状疱疹+末梢性顔面神経麻痺+耳鳴・難聴・めまいなどの症状が揃ったものを典型的なもの、不全1型は帯状疱疹+末梢性顔面神経麻痺、そして不全2型は末梢性顔面神経麻痺+耳鳴・難聴などのあるものと分類されているが本症例では不全2型に属するものと思われる。

参考文献

- 1) 仁田正雄: 複視, 「眼科学」, p98, 文光堂, 1983
- 2) 荒木淑郎: 複視の診かた, 「神経内科学」, p551~53, 金芳堂, 1991
- 3) 平山恵造: 複視と外眼筋運動麻痺, 「神経症候学」, p126~152, 文光堂, 1974
- 4) 木西実, 細見英男: 顔面神経麻痺程度の診断, 「耳鼻咽喉科・頭頸部外科」, p69~77, 金原出版, 1989
- 5) 柳原尚明: 顔面運動障害の評価法と経過観察, 「顔面神経障害」, p62~69, 現代医療社, 1984
- 6) 恒松隆太郎ほか: 聴神経鞘腫摘出手術後顔面神経, 「医道の日本」576, p616, 医道の日本社, 1992
- 7) 上村卓也: 脳疾患と顔面神経麻痺, 「顔面神経障害」, p198~202, 現代医療社, 1984
- 8) M. Victor, J. B. Mortin: 脳神経の疾患「ハリの内科学」, p4011~4013, 広川書店,

1989

p6

- 9) 鈴木淳一: 顔面神経麻痺, 「標準耳鼻咽喉科・頭頸部外科学」, p18~20, 医学書院, 1992
- 10) 滝本勲, 白木直也: ハント症候群, 「耳鼻咽喉科・頭頸部外科」, p161~171, 金原出版, 1989
- 11) 水越鉄理: Hunt症候群, 「顔面神経障害」, p224~238, 現代医療社, 1984
- 12) 長岡正範: Ramsay Hunt症候群, 「CLINICAL NEUROSCIENCE」, 8-6, p52, 53, 中外医学社, 1990
- 13) 荒木淑郎: 神経学的検査法, 「神経内科学」, p184~199, 金芳堂, 1991
- 14) 後藤文男, 天野隆弘: 眼球運動, 「臨床のための神経機能解剖学」, p8~17, 中外医学社, 1993
- 15) 平山恵造: 外直筋麻痺, 「神経症候学」, p139, 140, 文光堂, 1974

表1 顔面運動評価法(100点満点)の各検査項目、その検査部位、検査の対象となる主な筋肉

	検査項目	完全 (10点)	減弱 (5点)	消失 (0点)	検査部位: 主として働く筋
1	緊張 (左右対称性)				顔面全体: 安静状態
2	前額作皺				頭蓋冠部: 前額筋
3	軽閉眼				眼部: 眼輪筋眼瞼部
4	強閉眼				眼部: (主に)眼輪筋眼窩部, 皺眉筋他
5	瞬目				眼部: 眼輪筋眼瞼部
6	鼻作皺				鼻部: 鼻根筋, 鼻筋, 上唇翼挙筋
7	Grin				口裂部: 口輪筋縁部, 頬筋, 頬骨筋, 笑筋, 口角挙筋など
8	口笛運動				口裂部: 口輪筋唇部, 口唇内在筋
9	Blow out cheeks				口裂部: 口輪筋唇部, 口唇内在筋, 頬筋
10	下口唇下動				口裂部: 下唇, 口角下制筋, 広頸筋
	計				

* 木西実, 細見英男: 「顔面神経麻痺程度の診断」より