

症例報告

平成7年2月23日

石田 真一

導涙機能低下を伴う 末梢性顔面神経麻痺後遺症

症例 KS 68歳 女 主婦

初診 平成6年11月3日

主訴 右目がゴロゴロして、顔がのぼせる

現病歴 脳出血で左半身不随になつた夫は10年間の闘病の後、4年前の春に亡くなつた。その間、夫の看病と製麺業の家業を守つて働き尽くめであったが、気落ちしたせいか何かと疲れやすく寝込むことが多くなつた。その年の夏の頃、急に目にゴロゴロとした感じが生じるようになつた。ときに逆さ睫毛が目に刺さつたような痛みさえ感じることもあつた。またのぼせのため、顔が紅潮して火照る感覚が頻繁に起つるようになった。すべては目に原因があると思い、数軒の眼科医院に通院したが、どこでも、逆さ睫毛は認められない、目には何ら異常は認められないといわれるだけで、納得のいく治療はして貰えなかつた。

現在は、常に右目にゴロゴロした感覚があり、瞼が痙攣している。顔に火照りとのぼせ感があり、特に右顔にはこわばり感もある。精神的にいろいろするときめんにのぼせ感は強くなる。目を開けて物を見つめることがつらく、明るい陽射しでは目をあけていることもできない。夜はアイスノンで目を冷やしながら寝ることもある。また乾燥した空気は目に辛いので、部屋は何時もやかんで加湿している。人と話すのも、のぼせ、火照りが強くなるのでなるべくご近所とのお付き合いも避けるようにしている。肩コリは若い頃からあつたが、本症発病以来特にひどくなつた気がする。めまい、吐き気、耳鳴りなどはない。

耳痛または耳疾患の経験はない。酒、タバコともに嗜まない。夫の死後製麺業は止め、食堂経営の長男の世話をなつてゐる。

既往歴 21年前、胆石手術

家族歴 特記すべきものなし

診察所見 身長158cm。体重52kg。血圧158-90mmHg。脈拍72。

一見して左顔面の麻痺が疑われる。すなわち、右の額の皺は左に比べて深く、右眉と右目尻はともに下がり、口角は右に引き寄る。鼻唇溝は右側に深い。

しかし、強閉眼では閉鎖はされるが右は左に比べて弱く、眼瞼に隠される睫毛の量は少ない。瞬目の速度は左に比べて遅い。頬をふくらませると右はふくらみが少なくまた断続する。味覚検査^{注1)1)2)3)}では甘味一味だけの検査であるが左右差はなく正常。流涙検査では、シルマー法 Schirmer (濾紙試験)^{注2)}

⁴⁾⁵⁾⁶⁾で右6mm、左20mmであった。後遺症の評価⁷⁾⁸⁾⁹⁾では、右顔面においての拘縮、眼輪筋の間代性痙攣が認められる。さらに右顔面において前額作皺時の口角挙上運動、軽閉眼時の口角挙上運動、口笛運動に伴う前額作皺運動、口笛運動に伴う閉眼運動などの病的共同運動¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾が軽微であるが認められた。圧痛点は右側頭部と顔面部において角孫・曲鬚・陽白・攢竹・絲竹空晴明・承泣・聴会・下関・顎髎・四白・地倉^{注1)}、頸肩背部において左右の上天柱・風池・六頸・肩井・肩外俞・膏肓^{注2)}に検出された。

要約 主訴とする右目の「ゴロゴロする」という表現は、流涙検査結果からみても導涙機能低下による乾燥眼の症状を訴えるものと思われ、また右顔面の拘縮、眼輪筋の痙攣および前額作皺運動に伴う口角挙上運動、口笛運動に伴う閉眼運動などの病的共同運動の発現などにより、本症例が流涙機能低下を伴つた末梢性顔面神経麻痺後遺症と推定される。

対応 あなたは目がゴロゴロする症状を、逆さ睫毛とか、何か眼病があるのではないかなどといった思いこみのため、軽い顔面神経麻痺のあることに気が付かれなかつたようですね。ご存知のように現代医学はそれぞれの専門分野に分かれています。目が悪いといって行けば目だけを診察することになるわけで、眼科医の先生があなたの目について特に悪いところはないといわれたのも当然のことだつたと思います。あなたの目がゴロゴロするのは、末梢性顔面神経麻痺に伴つて起つる症状で、涙の分泌が減少したためだと思います。また顔が火照るのも顔面麻痺から起つる異常感覚だと思います。ご主人が亡くなられて発病したことですが、看病と家業で根を詰めて働いたことの疲れも原因といえるかもしれませんね。現在、右顔面が少しひきつれ、痙攣が絶えず起つるのは、末梢性顔面神経麻痺に起つりやすい後遺症と思われます。末梢性顔面神経麻痺は針治療がもっとも効く病気のひとつのですから安心してまかせて下さい。

治療・経過 (第1回) 導涙機能低下の改善、顔面筋の拘縮と眼輪筋の痙攣の回復、さらに補助治療として頸部、肩背部のコリを改善するを目的に以下のごとく取穴し刺針した。使用針は全てステンレス製1寸6分(50mm-20号)。

まず、伏臥位で、左右の上天柱・風池・五頸・六頸・肩井・肩外俞に2cm~3cm直刺、膏肓は肩甲骨に向けて3cm斜刺、なお、風池は同側眼底に響きが伝わるよう雀啄を加えた。すべて15分置針。次いで、仰臥位で、角孫・曲鬚・陽白・聴会・下関・顎髎・四白・地倉・に針尖の向きは恣意的に斜刺で1cm~2cm。攢竹、絲竹空は向かい合わせに眉毛に沿つて1.5cm刺入、補助穴として四総穴の合谷に5mm刺入、すべて15分置針。晴明・承泣には、まれに内出血を起こすこともあることを断つた上で垂直に1.5cmほど速刺速抜した。

第3回(21日目) 第1回、第2回(2日目)の治療ですっかり良くなつたと思うほどであったが、4、5日前から眼のゴロゴロ感が生じた、という。

前回までの治療点で圧痛の緩和したものもあるので、次のごとく施針した。

伏臥位において風池・六頸・肩井・肩外俞・膏肓。仰臥位で、陽白・聰会・下関・四白・合谷にそれぞれ15分の置針。承泣・晴明は速刺速抜。

第4回（22日目） 下眼窩の皮膚が黒ずみ内出血症状を呈している。昨日の承泣への刺針過誤によるものであるが、患者はおかげで眼がすっきりしたという。

治療は前回に基づくが、晴明・承泣をふくめ眼輪筋部には散針を施した。

第6回（33日目） 顔面の拘縮と眼輪筋に起こる間代性痙攣はほとんど認識できないまでに消退した。自覚的にも、のぼせ感は生じない上、顔面が新鮮な感じで今までの不快感は緩解した、という。流涙テストは右12mm、左14mmでほとんど左右差は認めらなかつた。遠距離のため来院時は娘の家に泊まり掛けで来ているが、年末の用もあり、悪くない限り新年になって来院するという。

第7回（67日目） 腰痛を訴えて来院。この時、右顔面部の拘縮、痙攣、および病的共同運動は全て消失していた。流涙テストは、両眼ともに12mmほどであり、右目の導涙機能障害症状は緩解に至っていることが認められた。

考察 本症例は、右顔面が拘縮に陥っているため、単純に観察すると反対側の左顔面に神経麻痺があるものと錯覚しがちである。しかし、強閉眼では左に比べて右目の閉鎖速度は遅く、また閉眼が弱いため眼瞼により隠される睫毛の量が少ないスクの徵候（Souque）¹⁴⁾¹⁵⁾を呈し、膨脹では右顔は膨らみが小さくまた断続するなどの潜在的な麻痺症状が観察された。

顔面麻痺の経過観察は一般的に、柳原尚明を主班とする、顔面神経研究班提唱の、「麻痺程度評価スケール（40点満点評価）」¹⁶⁾¹⁷⁾が用いられているが、冒頭の観察によって、末梢性顔面神経麻痺後遺症が疑われる本症では、スケールを使用せず、表情機能は観察するのみにとどめた。

表情機能観察では、右顔面において、眉、目尻が下がり、口角は引きより、鼻唇溝が深くなるなどの拘縮が認められ、同側眼輪筋には間代性に生ずる痙攣¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾が認められた。病的共同運動の評価判定では、同側の軽閉眼時に伴う口角挙上運動、口笛運動に伴う閉眼運動、口笛運動時の前額作皺運動などが認められ、末梢性顔面神経麻痺後遺症様症状を示唆するものと思われた。なお、病的共同運動の一つに顔面運動時のアブミ骨筋の収縮があるがこれは確認するに至らなかつた。

また後遺症の代表的症状の一つである（ワニの涙）²¹⁾²²⁾すなわち、摂食による流涙現象は、問診においてまったく記憶にないことであった。山形大学耳鼻咽喉科教室の川合正和は、代表的後遺症とされる4症状（病的共同運動、顔面痙攣、拘縮、ワニの涙）の経時的变化について検討を行った結果、いったんこれらの症状が出現したにもかかわらず、経過中に消失していく一過性の症状がある²³⁾と報告している。故に、この1症状の有無をもって評価の条件と

するには当たらないと思われた。

患者のもっとも愁訴とするところの右眼の「ゴロゴロ」する症状は、流涙検査シルマー法において、左眼20mmに対して右眼6mmであったことから、涙腺分泌低下による乾燥眼症状が推定される。涙腺分泌低下で考えられるものに、薬物中毒や膠原病、特にシェーグレンSjögren症候群²⁴⁾²⁵⁾があるが、その流涙減少が右眼一側に発現した症状であること、薬物の習慣性はまったく認められないこと、多発性の関節痛や発熱などの症状は何一つ認められないことから、薬物中毒や、シェーグレン症候群などは除外可能と思われた。

顔面神経の中には本来の顔面神経とは全く系統の異なる中間神経が含まれており、舌前方2/3の味覚を司る特殊知覚線維、涙腺および唾液腺の分泌を司る副交感神経線維など、それぞれまったく異なった働きを持つ神経細胞を含んでおり²⁶⁾²⁷⁾、末梢性顔面神経麻痺のため、眼輪筋に機能障害が起きると、それに伴って導涙障害が起きる²⁸⁾ことから、この症例の涙腺分泌低下は末梢性顔面神経麻痺によるものと推定された。

発生の原因、期日とともに不明であるが、患者の「急に眼がゴロゴロした」と言う訴えから発症が急速に起きたものと想定されることと、発症の機序が中枢神経症状を伴わず原因不明であること、耳疾患がないこと、耳介ヘルペスを伴わないこと²⁹⁾などから、導涙機能低下を随伴症状とするベル麻痺が陳旧性により後遺症に移行したものと推定される。

鍼灸治療は施術者の予想を超えて著効を奏した。これは、突発的な発症や自然治癒率のかなり高いベル麻痺の性状²⁹⁾³⁰⁾から考えて、本症例は緩解の潜在的時期を迎えていたと仮定することもできるが、診察から治療にいたるまでの処置はおおむね妥当なものであった思っている。しかし、施針過誤による内出血のあつたことは今後の施術において慎重を要する反省点であった。

(注1) 厳密な味覚検査では、甘味（砂糖）、塩からみ（塩）、酸味（酢）、苦み（キニン）を使うが、舌前方2/3の味覚低下を証明したいとき、砂糖水だけを用い、甘味だけの味覚低下を確認すれば多くの場合は十分である（杉浦和朗：神経検査法の理解p134）。方法は、綿棒に浸した砂糖水を突き出した舌の2/3前方の左右にこすりつける。

(注2) 流涙検査法、Schirmer法は、ドイツの眼科医シルマーによって1903年に報告された。主に涙腺分泌の低下を確定したいとき行われる。幅5mm、長さ35mmの滤紙の一端の5mmを折り曲げて下眼瞼（結膜円蓋部）に引っかけて5分間留置し、滤紙が涙で濡れた部分の長さを計測する。患側の濡れ方が健側の1/2以下のときに分泌低下と考える（杉浦和朗：神経検査法の理解p135）。

(注3) ベル麻痺の診断基準として、急性発症の末梢性顔面神経麻痺であること、中枢神経症状を伴わず原因不明であること、耳疾患がないこと、耳介ヘルペスを伴わないことを条件とする(川合正和:ベル麻痺における後遺症)。

参考文献

- 1) 杉浦和朗:顔面神経の検査「神経検査法の理解」P134~135,医歯薬出版,1993.
- 2) 富田寛:味覚検査「顔面神経障害」p101~106,現代医療社,1984.
- 3) 松本康:味覚検査法「顔面神経麻痺」p112~116,金原出版,1989.
- 4) 杉浦和朗:顔面神経の検査「神経検査法の理解」p135,医歯薬出版,1993.
- 5) 柳原尚明:顔面神経麻痺の局在診断「顔面神経障害」p71,現代医療社,1984.
- 6) 栗橋克昭:流涙検査法「顔面神経麻痺」p86~92,金原出版,1989.
- 7) 平山恵造:末梢性顔面麻痺の後遺症「神経症候学」p74~75,文光堂,1971.
- 8) 杉浦和朗:顔面神経の検査「神経検査法の理解」p136,医歯薬出版,1993.
- 9) 川合正和:ベル麻痺における後遺症,第1報「日耳鼻学会報」p88~92,1989.
- 10) 平山恵造:末梢性顔面麻痺の後遺症「神経症候学」p75,文光堂,1971.
- 11) 柳原尚明:顔面神経麻痺の局在診断「顔面神経障害」p86,現代医療社,1984.
- 12) 斎藤春雄:顔面神経の変性と再生「顔面神経麻痺」p25~30,金原出版,1989.
- 13) 川合正和:ベル麻痺における後遺症,第1報,「日耳鼻学会報」p88~92,1989.
- 14) 高橋昭:診断と治療「顔面神経麻痺」p129,金原出版,1989.
- 15) 杉浦和朗:顔面神経の検査「神経検査法の理解」p133,医歯薬出版,1993.
- 16) 小松崎篤:神経疾患の診察に必要な各科の知識「臨床医」p44,1986/12.
- 17) 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」p62~68,現代医療社,1984.
- 18) 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」p66,現代医療社,1984.
- 19) 平山恵造:末梢性顔面麻痺の後遺症「神経症候学」p74~75,文光堂,1971.
- 20) 川合正和:ベル麻痺における後遺症,第1報「日耳鼻学会報」p88~92,1989.
- 21) 平山恵造:末梢性顔面神経の後遺症「神経症候学」p75,文光堂,1971.
- 22) 川合正和:ベル麻痺における後遺症,第1報「日耳鼻学会報」p89,1989.
- 23) 川合正和:ベル麻痺における後遺症,第1報「日耳鼻学会報」p88~89,1989.
- 24) 栗橋克昭:流涙検査法「顔面神経麻痺」p86,99,金原出版,1989.
- 25) 沖中重雄:膠原病「内科書下巻」p791,南山堂,1971.
- 26) 斎藤春雄:涙腺、顎下腺の検査「顔面神経障害」p89~90,現代医療社,1984.
- 27) 松本康:味覚検査法「顔面神経麻痺」p112~113,金原出版,1989.
- 28) 栗橋克昭:流涙検査法「顔面神経麻痺」p86,金原出版,1989.
- 29) 沖中重雄:顔面神経「内科書上巻」P398~401,南山堂,1971.
- 30) 松永亨:B e l l 麻痺「顔面神経障害」p215,現代医療社,1984.

治療・経過の治療穴(合谷)は図なし
部位は第1中手骨と第2中手骨基底部間の背面陥凹部

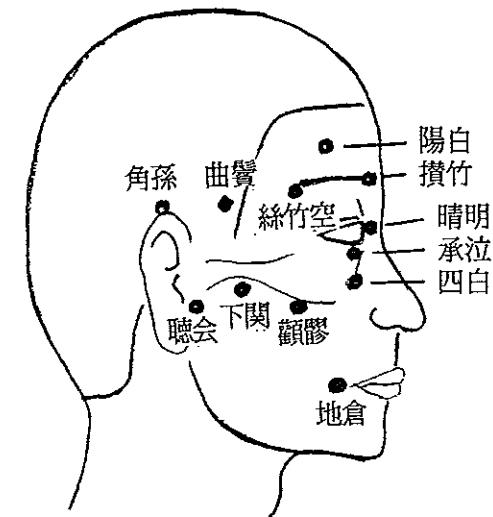


図1 压痛点・治療点

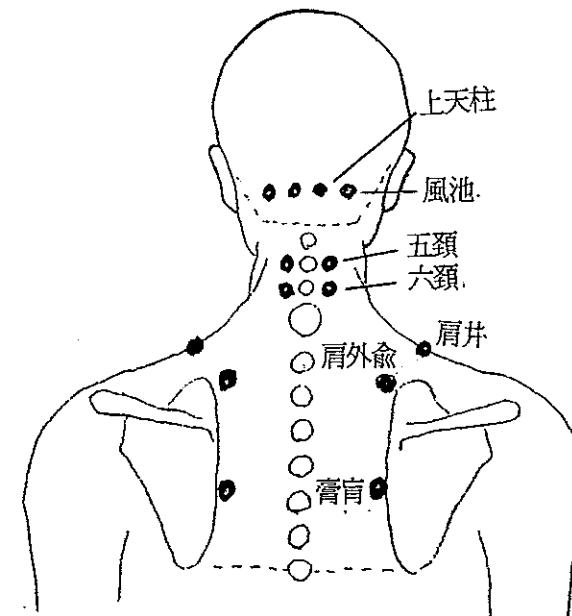


図2 压痛点・治療点