

Ramsay Hunt 症候群の臨床像と予後に関する検討

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室（主任：柳原尚明教授）

村 上 信 五, 羽 藤 直 人, 堀 内 譲 治, 宮 本 佳 人
青 野 央, 本 多 伸 光, 柳 原 尚 明

CLINICAL FEATURES AND PROGNOSIS OF FACIAL PALSY AND HEARING LOSS IN PATIENTS WITH RAMSAY HUNT SYNDROME

SHINGO MURAKAMI, M.D., NAOHITO HATO, M.D., JOJI HORIUCHI, M.D.
YOSHITO MIYAMOTO, M.D., HISASHI AONO, M.D., NOBUMITSU HONDA, M.D.
and NAOAKI YANAGIHARA, M.D.

Department of Otolaryngology, Ehime University School of Medicine, Ehime

Clinical studies were performed on 325 patients with Ramsay Hunt syndrome who were treated in the Facial Nerve Clinic at Ehime University Hospital between 1976 and 1995. The clinical manifestations of Ramsay Hunt syndrome were various. Three major symptoms, auricular vesicles, facial paralysis and vestibulo-cochlear dysfunction, were found in 57.6% of the patients although these symptoms did not always appear simultaneously. Auricular vesicles appeared before (19.3%), during (46.5%), or after (34.2%) the onset of facial paralysis. Hearing loss was observed subjectively in only 20% but objectively in 48.2% of the patients. Hearing loss appeared before (34.3%), during (34.3%), or after (31.3%) the onset of facial paralysis. Complete recovery from facial paralysis was achieved in 52.4% of the patients. Good recovery of the facial nerve function was achieved in patients who had zoster vesicles or vestibulo-cochlear dysfunction preceding the development of facial paralysis. Complete recovery of hearing was also achieved in 45.4% of the patients, and the recovery was better in patients having light hearing loss, less than 35dB. The patients younger than 16 years old showed better recovery from both facial paralysis and hearing loss than the patients older than 60 years. Glossopharyngeal nerve or vagal nerve paralysis concomitant with facial paralysis was found in 8 (2.5%) patients. The outcome of glossopharyngeal nerve paralysis was good but that of the vagal nerve was poor.

Key words: Ramsay Hunt 症候群, 带状疱疹, 顔面神経麻痺
難聴, 臨床統計

A99—1772—91581

はじめに

Ramsay Hunt 症候群（以下 Hunt 症候群）は水痘带状疱疹ウイルスの再活性化により生じ、耳介の带状疱疹、末梢性顔面神経麻痺、第8脳神経症状（めまい、難聴、耳鳴）を主症状とする症候群である¹⁾。しかし、これらの3徴候のうち第8脳神経症状を欠く不全型や、带状疱疹も欠き血清抗体価を調べなければ Bell 麻

痺と鑑別できない、いわゆる zoster sine herpete も少なからず存在する²⁾。一方、三叉神経、舌咽一迷走神経など第7、8脳神経以外の多発脳神経炎症状を呈する重症例も存在する。また、上記3徴候を呈する完全型であっても带状疱疹が口腔内や頸部、体幹に出現したり、顔面神経麻痺や第8脳神経症状が带状疱疹から数日、あるいは数週遅れて発現する症例など、Hunt 症候

群の臨床像は多岐、多彩である。

著者らは過去20年間に本症を325例経験した。これらの症例における顔面神経麻痺、難聴、带状疱疹、多発脳神経炎などの臨床症状の頻度、予後などにつき検討し、Hunt 症候群の病態に関する知見を補遺するとともに、年齢や带状疱疹、難聴の発現時期と顔面神経麻痺の予後との関係についても詳細な検討を行い、現在の臨床における問題点について考察した。

対象と検討項目

対象は1976年10月から1995年9月までの20年に愛媛大学耳鼻咽喉科外来を受診した顔面神経麻痺2515例のうち Hunt 症候群と診断された325例である。男性161例、女性164例とほぼ同数で年齢分布は2～80歳であった。初診時に顔面神経麻痺、難聴、めまい、带状疱疹などの臨床症状の発現につき詳細な問診を取るとともに、視診により带状疱疹の有無を観察した。さらに表情筋麻痺スコア、神経興奮性検査(NET)、誘発筋電図(ENoG)、アブミ骨筋反射、純音聴力検査などの諸検査を経時的に行い、麻痺および神経変性の程度を診断し治療方針を決定した。

ステロイドホルモンや抗ウイルス剤などによる保存治療例は240例(74%)、顔面神経減荷術施行例は85例(26%)で、6カ月以上経過観察できたものは208例であった。

結 果

1. 年齢別・性別頻度

図1に Hunt 症候群325例の性別年齢分布を示す。10歳代から40歳代で男性が、10歳以下、50歳以上で女性に発症頻度がやや高い傾向がみられるが統計的には有意性はない。発症年齢は20歳代と50歳代にピークをもつ二峰性分布を示した。

2. 带状疱疹、顔面神経麻痺、難聴またはめまいの頻度とその発現時期

顔面神経麻痺、带状疱疹、難聴またはめまいの3主徴がすべてそろった完全型は166例(57.6%)で顔面神経麻痺と带状疱疹のみの不完全型は117例(40.6%)、带状疱疹を欠き顔面神経麻痺と難聴またはめまいを呈した症例は5例(1.8%)であった。带状疱疹の認められた283例のうち耳介にのみ带状疱疹が出現した症例は238例(84.1%)、耳介と顔面や口腔、頸部、軀幹などに出現した多発性带状疱疹例は30例(10.6%)、耳介には出現せず、舌・口腔粘膜あるいは、顔面、頸部、

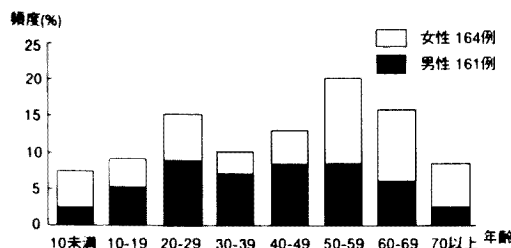


図1 性別発症年齢分布 (325例)

表1 带状疱疹の出現部位とその頻度 (283例)

1.	耳介にのみ	283例
2.	耳介と他の部位 (多発性带状疱疹)	30例
	頸部	3例
	下顎皮膚	8例
	口腔または口蓋粘膜	9例
	舌と口蓋粘膜	3例
	舌	1例
3.	耳介に出現せず他の部位	15例
	頸部	1例
	背中	1例
	口腔または口蓋粘膜	4例
	舌と口蓋粘膜	6例
	舌	3例

軀幹などにのみ出現した症例は15例(5.3%)であった(表1)。

带状疱疹と顔面神経麻痺の発現順序をみてみると、带状疱疹が顔面神経麻痺に2日以上先行して発現した症例は243例中47例(19.3%)、带状疱疹が顔面神経麻痺発症の前後1日以内に発現した同時発現例が113例(46.5%)、带状疱疹が顔面神経麻痺に2日以上遅れて発現した症例は83例(34.2%)であった。带状疱疹の発現から顔面神経麻痺発症までの期間は最長7日で、逆に顔面神経麻痺から带状疱疹発現までの最長期間は14日であった。

難聴、めまいなどの第8脳神経症状の発現と顔面神経麻痺の発現順序は、第8脳神経症状が顔面神経麻痺に先行した症例は99例中34例(34.3%)、ほぼ同時発現は34例(34.3%)、第8脳神経症状が顔面神経麻痺に遅れて発現した症例は31例(31.3%)であった。また、第8脳神経症状の発現から顔面神経麻痺発症までの期間は最長30日、顔面神経麻痺の発症から第8脳神経症状の発現までの期間は最長14日であった。

3. 顔面神経麻痺

発症早期から経時的に経過観察し得た292例で最悪時の麻痺スコアが40点法で8点以下の完全麻痺は149例(51.0%), 10点以上の不全麻痺は143例(49.0%)であった。神経興奮性検査(NET)では0.1msecの刺激で左右差が3.5mA以下の神経変性を認めなかった症例が97例(33.2%), 左右差が3.5mA以上で部分脱神経を認めたものが75例(25.7%), 1msec, 10mAでも反応がみられない完全脱神経症例が120例(41.0%)であった。また、音響性アブミ骨筋反射は242例に施行したが、180例(74.4%)で消失し、62例(25.6%)で検出された。顔面神経麻痺の予後は発症後6ヵ月以上経過観察できた208例で検討したが、40点法で40点(House-Brackmann (H-B)のgrade I)まで完全回復した症例が109例(52.4%), 38点から32点(H-Bのgrade II)が64例(30.8%), 30点から24点(H-Bのgrade III)が31例(14.9%), 22点から16点(H-Bのgrade IV)が4例(1.9%)であった³⁾。

顔面神経麻痺の予後は種々の因子に左右される。著者らは抗ウイルス剤が開発される以前の1985年まではステロイドを中心に、それ以降はステロイドに抗ウイルス剤を併用し、また電気生理学的検査で完全神経変性をきたした症例には原則として顔面神経減荷術を施行して治療を行ってきた。これら治療法の違いによる予後の相違に関しては別の機会に論ずるとして、ここでは発症年齢、帯状疱疹、めまい、難聴などの発現時期と顔面神経麻痺の予後の関係を示す。

1) 発症年齢と顔面神経麻痺の予後

図2に発症年齢別の顔面神経麻痺の予後を示す。15歳以下の小児では40点(H-Bのgrade I)の完全治癒率が68.6%であるのに対して、60歳以上の高齢者では40.0%と低率であった。さらに、15歳以下の小児ではすべての症例が32点以上(H-Bのgrade II)に改善したが、60歳以上の高齢者では30点以下(H-BのGrade III)の回復に留まった症例が28.8%もみられた。完全治癒率に関しては15歳以下の若年者と60歳以上の高齢者の間に5%の有意水準(カイ二乗検定)で差がみられた。

2) 帯状疱疹の発現時期と顔面神経麻痺の予後

帯状疱疹の発現時期と顔面神経麻痺の予後との関係を図3に示した。40点まで完全回復した症例の割合は、帯状疱疹が麻痺に先行した群では64.3%、帯状疱疹と麻痺が同時に発症した群では50.0%、帯状疱疹が麻痺に遅れて発症した群では42.9%であり、帯状疱疹が早

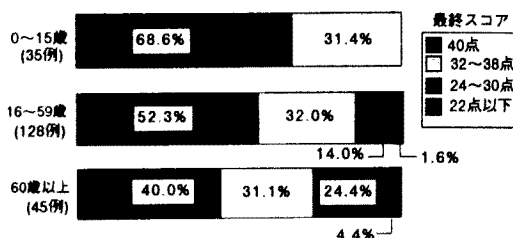


図2 発症年齢と顔面神経麻痺の予後 (208例)

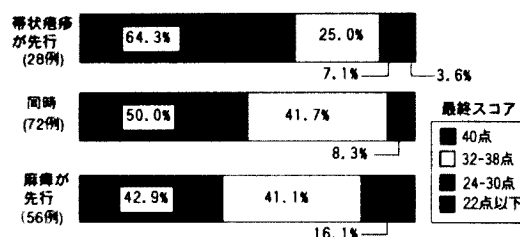


図3 帯状疱疹の発現時期と顔面神経麻痺の予後 (156例)

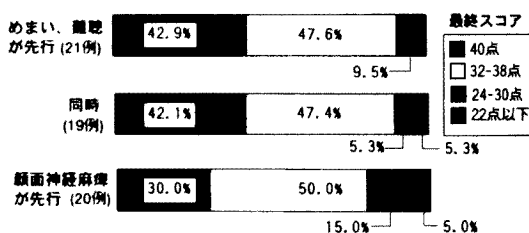


図4 めまい、難聴の発症時期と顔面神経麻痺の予後 (60例)

期に発現する症例に完全回復例が多い傾向がみられたが統計的に有意差はなかった。

3) 第8脳神経症状の発現時期、程度と顔面神経麻痺の予後

難聴、めまいなどの第8脳神経症状の発現時期と顔面神経麻痺の予後の関係を図4に示す。第8脳神経症状が顔面神経麻痺に先行または同時に発現した症例では完全回復率が42%であるのに対し、顔面神経麻痺が先行する症例では完全回復率は30%と低かった。また、難聴の程度と顔面神経麻痺の予後をみると、難聴のない群では完全回復が59.2%、軽度難聴群(15-30dB)では52.0%、中等度難聴群(35-60dB)では45.7%、高度難聴群(65dB以上)では0%と、難聴の軽い症例において顔面神経麻痺の予後も良好である傾向がみ

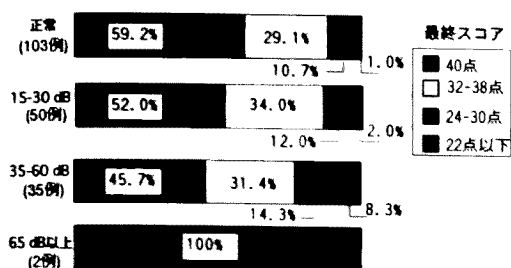


図5 難聴の程度と顔面神経麻痺の予後 (190例)

れたが統計的には有意差はみられなかった (図5)。

4. 第8脳神経症状

正確に問診できた180例において難聴、耳鳴、めまいなどの自覚症状の有無を検討した結果、難聴は36例 (20.0%)、耳鳴は42例 (23.3%)、めまいは54例 (30.0%) に自覚された。しかし、慢性中耳炎合併例を除いた282例における純音聴力検査では、健側に比べ15dB以上の閾値上昇を示した症例は136例 (48.2%) に認められ、これらの聴力型は高音障害型が85例 (62.5%) で最も多く、次いで水平型36例 (26.4%)、低音障害型9例 (6.6%)、山型5例 (3.7%) の順であった。難聴の程度は、一周波数以上で15-30dBの軽度難聴を呈した症例は92例 (67.6%)、30-60dBの中等度難聴は41例 (30.1%)、65dB以上の高度難聴は3例 (2.2%) であった。各年代において難聴合併者数をその年代の患者数で除した年代別の難聴発症率を図6に示す。20歳未満では20%以下の発症率であるが、20歳代で35.6%と増加し、30歳代、40歳代では60%を超えて発症している。また、発症年齢と難聴の予後を見ると小児では顔面神経麻痺の予後と同様に60歳以上の高齢者に比べ有意 ($p < 0.05$, カイ二乗検定) に予後が良好であった (図7)。

難聴とめまいを合併した症例は136例中63例 (46.3%) で、難聴がなくめまいのみを訴えた130例中38例 (29.2%) に比べ、その数、頻度とも勝っていた。また、難聴の程度とめまいの合併頻度は軽度難聴92例で40例 (43.4%)、中等度難聴41例で25例 (61.0%)、高度難聴3例で2例 (66.7%) であった (表2)。難聴の程度とその予後を図8に示すが、55例中25例 (45.5%) は完治し、25例中13例 (23.6%) にも15dB以上の改善がみられ、30dB以下の軽度難聴群では35dB以上の中、高度難聴群に比べ、有意に正常化する頻度が高かった ($p < 0.05$, カイ二乗検定)。

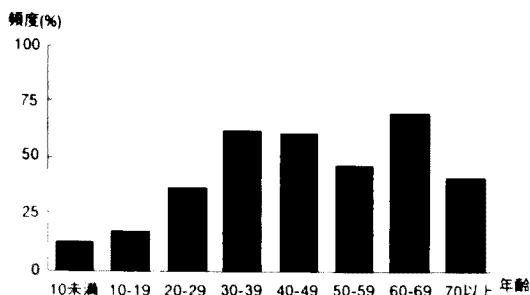


図6 年齢別難聴発症率 (136例)

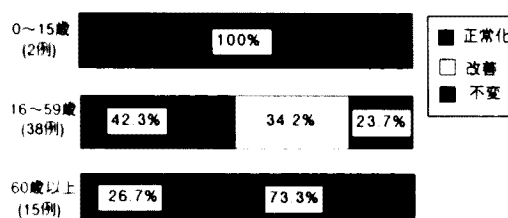


図7 発症年齢と難聴の予後 (55例)

正常化；左右差が5dB以内まで改善
改善；15dB以上の改善
不変；15dB以内の改善

表2 難聴の程度とめまいの合併 (107例)

難聴の程度	頻度	めまいの合併頻度
15-30dB	92 (67.6%)	40 (43.2%)
35-60dB	41 (30.1%)	25 (61.0%)
65dB以上	3 (2.2%)	2 (66.7%)

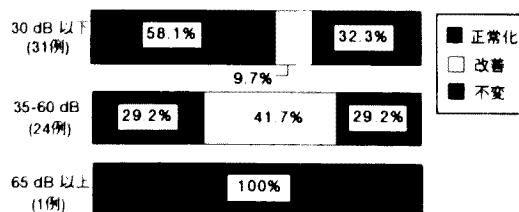


図8 難聴の程度とその予後 (55例)

正常化；左右差が5dB以内まで改善
改善；15dB以上の改善
不変；15dB以内の改善

5. 舌咽一迷走神経麻痺

Hunt 症候群では顔面神経や聴神経以外に三叉神経、舌咽神経、迷走神経など多発的に脳神経が障害さ

れる症例が存在する。三叉神経障害は比較的高頻度に見られる症状ではあるが臨床にはあまり問題とはならないので、ここでは嚥下障害や嚔声をきたす舌咽神経麻痺（軟口蓋麻痺）と迷走神経麻痺（反回神経麻痺）を合併した症例について検討した。舌咽神経や迷走神経麻痺を合併した多発脳神経炎例は325例中8例（2.5%）にみられ、年齢は30歳代が1例、50歳代が3例、60歳代が4例と比較的高齢者に多く発症する傾向がみられた。このうち舌咽神経麻痺を合併したものは1例、迷走神経麻痺を合併したものは3例、両神経麻痺を合併したものは4例にみられた。舌咽神経麻痺の予後は3例が治癒し、残りの2例も改善した。これに対して反回神経麻痺は3例では治癒し、2例で改善がみられたが、残りの2例は不変であった。また、顔面神経麻痺は8症例中の5例において完治した。

考 察

1. 病因と病態

Koernerにより耳性帯状疱疹（herpes oticus）と概念化されていた耳介帯状疱疹、顔面神経麻痺、内耳障害を合併する疾患群を、1907年、James Ramsay Hunt¹⁾は60例の自験例を含め再検討し、本疾患を1) 耳介帯状疱疹のみで神経症状を欠くもの、2) 耳介帯状疱疹に顔面神経麻痺を伴うもの、3) 耳介帯状疱疹に顔面神経麻痺、難聴を伴うもの、4) 耳介帯状疱疹に顔面神経麻痺と難聴、めまいなどメニエール様症状を伴うものの4群に分類し、主病巣が三叉神経のGasser神経節にあるという従来の見解を訂正し、顔面神経の膝神経節にあるという仮説（geniculate ganglionitis）を唱えた。すなわち、膝神経節に潜伏感染した帯状疱疹ウイルスの再活性化により耳介の膝神経節領域に帯状疱疹が出現し、顔面神経麻痺は膝神経節の炎症性浮腫による神経の圧迫、あるいは炎症の神経への波及により生じると推測した。さらに、難聴、めまいは膝神経節の炎症が顔面神経と内耳神経の交通枝を介して波及するためとした。しかし、Hunt 症候群には帯状疱疹が膝神経節領域以外の頭頸部にも出現したり（herpes zoster multiplex）、神経麻痺が第7、8脳神経領域に留まらず、第5、9、10脳神経領域にも波及し、多発神経炎を呈する症例も存在する。最近、膝神経節以外の前庭神経節⁴⁾、三叉神経節、頸胸髄神経節⁵⁾などでも帯状疱疹ウイルスの潜伏感染が証明されていることから、ウイルスの再活性化は膝神経節に限らず前庭神経節や三叉神経節、あるいは他の脳神経節においても先

行、あるいは同時に生じている可能性が示唆されている⁶⁾。

顔面神経麻痺の病態に関しては剖検病理で側頭骨内顔面神経のびまん性炎症細胞浸潤と脱髄が諸家^{6)~9)}の共通する所見であり、膝神経節の炎症を欠く症例も少なからず存在することから⁶⁾⁷⁾間質性神経炎（interstitial neuritis）と考えられている⁷⁾。帯状疱疹ウイルスは知覚神経に親和性を持つウイルスであるが、帯状疱疹を伴わない顔面神経麻痺（zoster sine herpete）が存在すること、さらに、減荷手術時に採取した膝神経節以外の神経内液や後耳介筋から帯状疱疹ウイルスのDNAが検出¹⁰⁾されていることは、本ウイルスが運動線維をも直接障害しうることを示唆している。したがって、Hunt 症候群における顔面神経麻痺は膝神経節炎に限らず、神経全体のウイルス性神経炎により生じ、二次的に生じた浮腫による神経管内での絞扼は麻痺促進因子と考えられる。

Hunt 症候群における蝸牛・前庭神経系の障害は顔面神経と同様に蝸牛・前庭神経、あるいは蝸牛軸へのリンパ球浸潤や内耳、半規管の感覚器の変性によることなどが報告されている⁶⁾¹¹⁾。蝸牛・前庭神経、内耳への帯状疱疹ウイルスの感染経路は不明であるが、前庭神経節に潜伏していたウイルスの再活性化や、Hunt が推測したように膝神経節で再活性化したウイルスが顔面神経と内耳神経の交通枝を介して感染する経路が考えられている⁴⁾。しかし、減荷術時に採取した中耳粘膜からも帯状疱疹ウイルスが検出されており¹⁰⁾¹²⁾、これらのウイルスが内耳窓から侵入して内耳の感覚細胞に感染する可能性も考えられる。

2. 発症年齢と臨床症状の多様性

発症に性差はみられず、年齢は20歳代と50歳代にピークを持つ二峰性を示していた。この二峰性の年齢分布は他の帯状疱疹にもみられる共通所見¹³⁾¹⁴⁾であるが各年代層の人口で補正するとHope-Simpsonが示したように高齢者ほど発病率が高い傾向がみられるものと思われる¹⁵⁾¹⁶⁾。

Hunt 症候群の臨床症状とその発現順序は様々である。耳鼻咽喉科を受診し、Hunt 症候群と診断される症例は通常顔面神経麻痺を伴っているが、Hunt の分類した耳介帯状疱疹のみで神経症状を欠く症例も少なからず存在し、耳介に帯状疱疹が出現した38例のうち、顔面神経麻痺を合併したものは9例のみであったとする皮膚科医の報告がある¹⁷⁾。今回検討した325例ではすべて顔面神経麻痺例であるが、帯状疱疹と第8脳神経

症状の両症状を合併した典型例は57.6%、帯状疱疹は合併したが第8脳神経症状を欠いたものは40.6%であった。帯状疱疹を欠いたものは1.8%と少数であったが、これは難聴の自覚がなかったり、ウイルス抗体価の検索がBell麻痺の全例には施行されていないため、いわゆる *zoster sine herpette* を診断できなかったためと考えられる。また、三主徴がほぼ同時に発現したのは半数弱で、帯状疱疹、難聴・めまいが顔面神経麻痺に先行したり、逆に遅れて発現するものが半数以上を占めていた。これらの結果は諸家の報告とも類似している¹⁶⁾¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾。

3. 臨床症状とその予後

発症年齢、皮疹、難聴、めまいの発現時期と顔面神経麻痺の予後について検討したが、若年者や帯状疱疹、難聴、めまいが顔面神経麻痺に先行する症例において予後が良好であった。発症年齢が若い程予後が良好であることはHunt症候群に限らず、Bell麻痺でも同様の傾向がみられ、Saitoら²¹⁾はその理由として、小児では成人に比べ顔面神経の神経管に対する面積比が小さく、絞扼障害に対して抵抗性があるためと考察している。しかしながら、一般に小児では成人に比べ神経再生力が旺盛であることもその一因と考えられる。Devriese²²⁾は無治療のHunt症候群102例を検討し、耳介の発赤や水疱発現の時期と顔面神経麻痺の程度に明確な差はみられなかったが、不全麻痺群においては水疱の痂皮形成が早いのにに対して、完全麻痺群では全例、麻痺発症後に痂皮が形成されたと報告している。すなわち帯状疱疹の治癒傾向の早い症例では麻痺も軽いことを示している。また、帯状疱疹や難聴、めまいが顔面神経麻痺に先行する症例において麻痺の予後が良好であったが、これらの症例ではHunt症候群との診断が容易であり、アシクロビルなどの抗ウイルス剤が早期に使用されるのに対して、帯状疱疹や難聴が麻痺より遅れる症例では、初診時にBell麻痺と誤診され、抗ウイルス剤の投与が遅れた可能性が考えられた。あるいは、帯状疱疹や難聴が先行する症例では、顔面神経麻痺が発症するまでの間にウイルスに対する免疫系が賦活され、顔面神経における感染が軽減されたのかもしれない。難聴が高度な症例において顔面神経麻痺の予後も悪い傾向がみられたことは、このような症例では帯状疱疹ウイルスの顔面神経への感染も重篤であることが推測された。

さて、Hunt症候群における難聴であるが、自覚的に難聴を訴えた症例は20%程度であったにもかかわらず、

聴力検査では約半数に難聴が存在することが明らかとなった。これらの自他覚的難聴の頻度の差異については諸家も報告¹⁸⁾¹⁹⁾しているが、特に帯状疱疹を欠く症例では聴力検査を行わなければ、Bell麻痺と診断される可能性が高く注意を要する。30dB以下の軽度難聴(62%)が多く、耳鳴、耳閉感は訴えても難聴までは自覚しないためと思われる。難聴の型は高音障害型が62%と最も多く内耳、後迷路障害を示唆するものと考えられた。難聴発症の頻度は若年者ほど低く、また難聴の予後も良好である傾向がみられ、内耳・蝸牛神経の加齢による脆弱性が示唆された。現在のところ、Hunt症候群の難聴の予後を正確に予測する有用な手段はないが、Wayman²³⁾らは186例の本疾患における難聴を検討し、予後不良因子として高齢、後迷路性難聴、男性、めまいの合併、会話音域の難聴などを挙げている。補充現象、ABR、耳音響反射などによる障害部位の同定や正確な早期予後予測が今後の課題である。

Hunt症候群325例を再検討し、その臨床像、顔面神経麻痺、難聴の予後について考察した。しかし、帯状疱疹を欠く不全型Hunt症候群、いわゆる *zoster sine herpette* は少数であり、Bell麻痺と診断されているものと考えられた。ペアー血清によるウイルス検査でしか確定診断できない *zoster sine herpette* はBell麻痺と診断された症例の20%前後を占めると言われている²⁴⁾²⁵⁾。Bell麻痺とHunt症候群の発症頻度が約6対1であることを考慮すると、Hunt症候群と診断されている症例に匹敵する *zoster sine herpette* が存在することになる。*zoster sine herpette* の予後はBell麻痺よりも不良であり²⁶⁾²⁷⁾、また帯状疱疹が顔面神経麻痺に遅れて発現する症例では顔面神経麻痺の予後も不良である事実は、抗ウイルス剤による早期治療の必要性が示唆されるところである。最近、著者らはBell麻痺患者の減荷手術時に採取した顔面神経の神経内液や後耳介筋から高頻度に単純ヘルペスウイルスのDNAを検出し、Bell麻痺発症における単純ヘルペスウイルスの関与を示した²⁸⁾。しかし、Bell麻痺、Hunt症候群に抗ウイルス剤を使用するにしても単純ヘルペスウイルスと帯状疱疹ウイルスでは薬剤に対する感受性が異なり、投与量に問題が生じてくる。したがって、種々の抗ウイルス剤が開発されつつある現在、顔面神経麻痺の診断・治療にあたっては、Bell麻痺、*zoster sine herpette*、Hunt症候群という診断よりはむしろ、単純ヘルペスウイルス感染、あるいは帯状疱疹ウイルス感染による顔面神経麻痺など、病因別に顔面神経麻痺を

分類することが必要かつ合理的であり、その正確な早期病因診断法の開発が望まれるところである。

ま と め

Hunt 症候群325例の臨床像を検討し以下の結果を得た。

1. 発症に性差はなく、発症年齢は20歳代と50歳代にピークをもつ二峰性分布を示した。
2. 顔面神経麻痺、帯状疱疹、難聴またはめまいの3主徴がすべてそろった完全型は57.6%で顔面神経麻痺と帯状疱疹のみの不完全型は40.6%、帯状疱疹を欠き顔面神経麻痺と難聴またはめまいを示した症例は1.8%であった。
3. 帯状疱疹が耳介にのみ出現した症例は84.1%、耳介と他の神経領域に出現した多発性帯状疱疹例は10.6%で、耳介には出現せず舌や口腔粘膜あるいは、顔面、頸部、軀幹などにのみ出現した症例は5.3%であった。
4. 帯状疱疹が顔面神経麻痺に先行して発現した症例は19.3%、同時発症が46.5%、遅れて発現した症例は34.2%であった。
5. 第8脳神経症状が顔面神経麻痺に先行して発現した症例は34.3%、同時発現は34.3%、遅れて発現した症例は31.3%であった。
6. 顔面神経麻痺の予後は完全回復率が52.4%で、若年者、帯状疱疹あるいは第8脳神経症状が麻痺に先行する症例では予後が良好であった。
7. 難聴は48.2%に認められ、高音障害型が多く、30dB以下の軽度難聴が67.6%と多く、65dB以上の高度難聴は2.2%と少なかった。
8. 難聴は30dB以下の軽度難聴群では正常化する率が高く、全体では45.5%が完治し、23.6%が改善した。
9. めまいは難聴を合併する症例で多く(46.3%)、また高度難聴群ほどめまいを合併する頻度も高かった。
10. 舌咽-迷走神経麻痺を合併した多発脳神経炎例は8例(2.5%)で、比較的高齢者に多く、舌咽神経麻痺の予後は良好であったが迷走神経麻痺の予後は不良であった。

参 考 文 献

- 1) Hunt JR: On herpetic inflammations of the geniculate ganglion, a new syndrome and its complication. *J Nerv Ment Dis* 34: 73-96, 1907.
- 2) Lewis GW: Zoster sine herpete. *Brit Med J* 2: 418-421, 1958.
- 3) 小松崎 篤, 富田 寛, 柳原尚明, 神崎 仁, 斎藤 春雄, 他: 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. 日本顔面神経研究会, 治療判定研究会. *Facial N Res Jpn* 15: 227-230, 1995.
- 4) Furuta Y, Takasu T, Fukuda S, Sato-Matsumura KC, Inuyama Y, et al: Detection of varicella-zoster virus DNA in human geniculate ganglia by polymerase chain reaction. *J Infect Dis* 166: 1157-1159, 1992.
- 5) Mahalingam R, Wellish M, Wolf W, Dueland AN, Cohrs R, et al: Latent varicella-zoster viral DNA in human trigeminal and thoracic ganglia. *N Engl J Med* 323: 10: 627-631, 1990.
- 6) Denny-Brown D, Adams RD, Fitzgerald PJ: Pathologic features of herpes zoster. *Arch Neurol Psychiat* 51: 216-231, 1944.
- 7) Sachs E, House RK: Ramsay Hunt syndrome. *Neurology* 6: 262-268, 1956.
- 8) Blackley B, Friedmann I, Wright I: Herpes zoster auris associated with facial nerve palsy and auditory nerve symptoms; a case report with histopathological findings. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 63: 533-550, 1967.
- 9) Findlay JP: Facial paralysis; a clinical review with an autopsy report of histopathology in a case of infection of the geniculate ganglion by the virus of herpes zoster. *Med J Aust* 2: 810-815, 1952.
- 10) 村上信五, 羽藤直人, 宮本佳人, 柳原尚明: Hunt 症候群における varicella-zoster virus の検出. *Facial N Res Jpn* 14: 141-144, 1994.
- 11) Zajtchuk JT, Matz GJ, Lindsay JR: Temporal bone pathology in herpes oticus. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 81: 331-338, 1972.
- 12) Fujiwara Y, Yanagihara Y, Kurata T: Middle ear mucose in Ramsay Hunt syndrome. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 99: 359-362, 1990.
- 13) 小嶋理一: 帯状疱疹と水痘の統計. 皮膚科の臨床 3: 628-631, 1961.
- 14) 鶴 圭一郎, 森 喜紀: 水痘および帯状疱疹の統計的観察. 皮膚 3: 106-110, 1971.
- 15) Hope-Simpson RE: The nature of herpes zoster: a long term study and a new hypothesis. *Proc Roy Soc Med* 58: 9-20, 1965.
- 16) Robillard ZRB, Hilsinger RL Jr, Adour KK:

- 1) Hunt JR: On herpetic inflammations of the geniculate ganglion, a new syndrome and its compli-

- Ramsay Hunt facial paralysis: clinical analysis of 185 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 95: 292-297, 1986.
- 17) 本田まりこ, 新村真人: 耳のヘルペスウイルス感染症. *耳展* 37: 2: 219-224, 1994.
- 18) 阿部 隆: Bell 麻痺及びRamsay-Hunt 症候群の統計的観察—臨床像の検討と鑑別診断について—. *日耳鼻* 84: 607-617, 1981.
- 19) 神崎 仁, 佐藤彰芳, 高橋正敏, 大内利昭, 國広幸伸, 他: Hunt 症候群の聴覚に関する検討. 厚生省特定疾患, 急性高度聴覚調査研究班, 平成元年度研究業績報告書: 147-149頁, 1990.
- 20) 養和田寛子: Hunt 氏症候群21例について. 臨床像の吟味. *耳鼻臨* 59: 947-957, 1966.
- 21) Saito H, Takeda T, Kisimoto S: Facial nerve to facial canal cross-sectional area ratio in children. *Laryngoscope* 102: 1172-1176, 1992.
- 22) Devriese PP, Moesker WH: The natural history of facial paralysis in herpes zoster. *Clin Otolaryngol* 13: 289-298, 1988.
- 23) Wayman DM, Pham HN, Bye FM, Adour KK: Audiological manifestations of Ramsay Hunt syndrome. *J Laryngol Otol* 104: 104-108, 1990.
- 24) Tomita H, Hayakawa W, Hondo R: Varicella-zoster virus in idiopathic facial palsy. *Arch Otolaryngol* 95: 364-368, 1972.
- 25) 荻野 敏: 顔面神経麻痺と水痘帯状疱疹ウイルス (第1報)—血清抗体, および皮内反応について—. *日耳鼻* 83: 186-200, 1980.
- 26) 森 弘, 堀内政子, 北原一明, 北 真行, 中井義尚, 他: Bell 麻痺とウイルス感染—血清補体結合反応による—. *耳鼻臨床* 70: 907-916, 1977.
- 27) 武藤次郎: Bell 麻痺および Hunt 症候群におけるウイルス感染の実体と臨床像. *耳鼻臨床* 73: 783-789, 1985.
- 28) Murakami S, Mizobuchi M, Nakashiro Y, Doi T, Hato N, et al: Bell palsy and herpes simplex virus: Identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle. *Ann Intern Med* 124: 27-30, 1996.

(1996年7月24日受稿 1996年10月3日受理)

別刷請求先 〒791-02 湯泉郡重信町志津川

愛媛大学医学部耳鼻咽喉科学教室 村上信五

<u>A 99-1772-91581</u> 日耳鼻 Ramsay Hunt 症候群の臨床像と予後に関する検討 村上信五・羽藤直人・堀内譲治・宮本佳人 青野 央・本多伸光・柳原尚明 (愛媛大) Ramsay Hunt 症候群における臨床症状は多岐、多彩であり、その発現頻度、順序も様々である。今回、Hunt 症候群325例の臨床像を検討し以下の結果を得た。1) 発症に性差はなく、20歳代と50歳代に多い。2) 带状疱疹、顔面神経麻痺、第8脳神経症状の3主徴がそろった典型例は57.6%であった。3) 顔面神経麻痺が带状疱疹に先行した症例は34.2%も存在し、初診時におけるBell麻痺との鑑別が重要である。4) 顔面神経麻痺の予後不良因子として、高年齢、带状疱疹の遅発、高度難聴の合併などが考えられた。5) 難聴は48.2%に認められ、軽度で高音障害型が多く、45.5%が完治、23.6%が改善した。6) 舌咽-迷走神経麻痺合併例は8例(2.5%)にみられ、舌咽神経麻痺の予後は良好であったが迷走神経麻痺の予後は不良であった。	<u>A 99-1758-90089</u> 日耳鼻 医療過誤地における総合医の耳鼻咽喉科診療 石川浩太郎・玉川雄也・阿部弘一・喜多村 健 (自治医大) 奥野正孝 (同・地域医療学) 清呂木紀仁 (神奈川県立厚木) 今回我々は、地域における耳鼻咽喉科疾患に対しての総合医の対応と現状を調査し、総合医と耳鼻咽喉科医の役割と連携について考察することを目的としてアンケート調査を行った。対象は自治医科大学卒業生とし勤務する病床数100床以下の地域中核病院及び診療所の計326施設とした。回答数は164施設で回答率は50.4%であった。 その結果は月3-4名の耳鼻咽喉科疾患の症例が受診し、多くの施設で耳鼻咽喉科診療経験の浅い総合医が簡単な機器を用いて診療しているという現状であった。この対策として総合医と専門医は互いの立場で協力しあい、地域の耳鼻咽喉科診療についてのネットワーク作りが重要であるという結論を得た。
	<u>A 99-1764-20522</u> 日耳鼻 老人性難聴における聴性脳幹反応の特徴 ——純音聴力、語音聴力および両耳聴検査結果との比較—— 大塚幸之 (東医大) 老人性難聴58症例に対し、ABRの潜時を測定し、同時に施行した純音聴力検査、語音聴力検査および方向感検査の結果との関連を調べた。対象として正常聴力者と内耳性難聴者のABR潜時との比較も行った。その結果、純音聴力はABRのI波、III波、V波潜時およびI-III、I-V波間潜時との間に、語音聴力はI波、III波、V波潜時との間に、方向感への向感は一III波間潜時との間のみにそれぞれ有意な相関を認めた。これらから、老人性難聴のABRにおけるもっとも特徴的な所見はI-III波間潜時の延長であると考えた。今回用いた3種類の聴覚検査の内、I-III波間潜時の延長を比較的によく反映したのは純音聴力検査と方向感検査であった。