

混合性喉頭麻痺 2 症例

中山 一 英

緒 言

所謂混合性喉頭麻痺は末梢性に発来するものが多く中枢性のものは比較的少ないとされている。中枢性のものはその罹患部位によつて麻痺脳神経の種類従つて麻痺発現部位即ちその症状が異なるが、夫々の症候群は最初の報告者の名を冠して Avellis, Schmidt, Vernet, Collet-Sicard, Jackson, Tapia 氏症候群などと呼ばれる。私等は最近、罹患脳神経が V, VI, VII, IX, X の多くにわたり、尚半側知覚脱失・眼瞼下垂・運動失調を伴なう中枢性喉頭麻痺と考えられる 2 症例を経験したので報告し、侵襲部位について考察を加え度い。

症 例

症例 I. 初診. 昭和32年12月15日.

患者. 71才男.

主訴. 固形物嚥下不能.

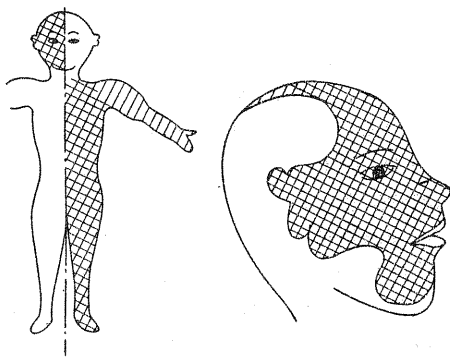
既往症. 生来壮健で性病を否定す.

家族歴. 父(中風死), 姉(肺病死), 母(卒倒死), 弟(腎炎死), 末弟(健在).

現病歴. 2週間前何となく気分がわるいので某医を訪ずれたところ高血圧症(当時最高血圧220)といわれ、注射を受け帰宅し就床す。翌朝起床時に頭痛・悪心・眩暈・嘔声・嚥下不能に気付き、起つと右下肢に脱力感があつてふらふらして歩けない。3日後、流動食の摂取が可能となり、眩暈も消失し気分がよくなつたが嘔声・固形物の嚥下不能がとれないので来院。

現症. 体格小であるが筋骨発達し、皮膚は褐色で貧血を認めず、頬部に毛細血管の充盈が網状に見られる。意識は明瞭である。右角膜反射消失し、鼻粘膜・軟口蓋・咽頭の各右側に知覚鈍麻であり、発声時に軟口蓋は左上方に牽引せられ、右下を向く際に増強する複視がある。右梨状窩には唾液を溜め、右声帯は所謂屍体位に固定して不動、嘔声が著明である。歩行すれば右側に倒れんとする。血圧148~98、血液及び髄液のワッセルマン氏反応陰性で諸性状に著変を認めない。右顔面の大部分及び左四肢軀幹の大部分に痛覚及び温覚の鈍麻~消失を認め、ロンベルグ氏現象著明である。深部感覚・触覚に異常なく、瞳孔反応正常、肩胛部の萎縮を認めない。味覚は舌根・舌尖共に右半側鈍麻し、舌の痛温覚も鈍麻するが、歯肉・扁桃・頬粘膜に知覚異常を認めない。舌の偏位・舌の運動障害は見られない。顔面の運動障害もないが軽度の右眼瞼下垂が認められ、前方を見る為に顔面を少し上向きにする。

経過の概要 鼻腔注入及びアリナミン 2 cc 静脈内注射を行ない観察す。15日目頃より少しく固形食が摂れる様になる。20日目より鼻腔注入及びアリナミン注射を止め、プレドニンを1日 20mg を20日間内服せしむ。40日目頃から歩行巧みとなり、2カ月目には歩行状態殆ど常となる。しかし嘔声・喉頭所見・軟口蓋の麻痺・皮膚・粘膜の知覚は初診時と変わらず、70日目(退院)までヨードカリ内服・アリナミン注射などを行なつたがこれ等は恢復せず、食欲も進み、歩行も自由になつたので退院す。



□知覚正常 ■温覚鈍麻 ▨痛覚鈍麻

症例Ⅱ. 初診, 昭和33年12月31日.

患者. 36才女.

主訴. 嚥下障害.

既往症. 家族歴共に特記すべきものはない.

現病歴. 10日前起床時に頭痛あり辛抱して出勤した.翌日頭痛は増強し悪心を催おす様になつたので内科医を訪ずれたが血圧は110で別に異常がないと言われたので婦人科医に診察を請い更年期障害であろうと言われた.そのうちに眼瞼が下垂し, 嚥下困難を来たし, 嘔吐・悪心が続くようになつた. 初診の朝から悪心, 嘔吐は止まつたが食餌が全く通らなくなつたので来院す.

現症. 体格中等度, 栄養良, やや肥満す. 脈膊80で緊張良, 心臓・肺に異常を認めず, 四肢に異常反射を認めぬ. 顔面やや紅潮し, 左角膜及び結膜の反射消失す. 左顔面の大部分及び右上下肢軀幹の痛覚・温覚は消失し, 左舌半の味覚・痛覚・触覚・温覚ことごとく消失す. 左声帯は屍体位に固定して不動, 声帯は両側共発赤肥厚す. 両側梨状窩特に左側に唾液溜溜し, 発声時左軟口蓋は不動, 左鼻唇溝は浅く, 前頭部左側は皺を寄せない. 左眼裂を閉鎖することが出来ない. 言語は不明瞭で, 嚥下不能. 起立・歩行も不能である. 左上眼瞼は僅かに下垂す. 左耳鳴を訴えるが難聴はない. 血液及び髄液のワッセルマン氏反応は陰性. 血圧(136~82).

経過. 内科に入院, 鼻腔栄養を行ない, アリナミン10mg注射及びヨードカリ内服を続けたが症状好転せず, むしろ悪化し3カ月後に退院す. この間神経科, 眼科, 耳鼻科に受診し, Wallenberg 氏症候・左末梢性顔面神経麻痺・交叉性運動麻痺(神経科)・左外旋神経麻痺・左兔眼(眼科)・混合性喉頭麻痺(耳鼻科)などの診断を受けた.

総括及び考察

両側は初診時の所見が患側を異にし, またその症状の程度を異にするが極めて相似しており, 典型的な反回神経麻痺に嚥下不能・複視・眼瞼下垂・反対側四肢軀幹の知覚障害・同側顔面・咽頭・口腔の知覚運動障害・起立歩行障害・眩暈などを伴ない, 所謂混合性喉頭麻痺と言われるものである.

反回神経麻痺に他の脳神経麻痺を伴なつた疾患は1864年 Jackson 氏が Jackson 氏症候群と命名して報告したのに始まり Mackenzie, Avellis, Schmidt, Tapia, Collet, Vernet, Villaut などが相次いで各自の名を冠して発表したが Kahler は独立した疾患でないとの見地からこれらを混合性喉頭麻痺と一括して呼ぶ様になつた. 本邦に於いては1913年垂水氏の報告以来比較的多くの報告がある. 調, 木村は本疾患を中枢性として延髄に於ける喉頭麻痺症候群, 末梢性として頸静脈孔とその附近で起る喉頭麻痺症候群に大別し更に細分して発見者の名を冠した症候群を多数挙げた Claude C Cody の分類を引用している. すなわち

延髄性喉頭麻痺症候群

- 1) Schmidt 氏症候群. 反回神経麻痺と共に同側の口蓋帆, 僧帽筋, 胸鎖乳突筋の麻痺を伴なう.
- 2) Tapia 氏症候群. 反回神経麻痺と共に同側の軟口蓋・舌・咽頭括約筋の麻痺を伴なう.
- 3) Jackson 氏症候群. 反回神経麻痺と共に同側の軟口蓋・舌・胸鎖乳突筋・僧帽筋の麻痺を伴なう.
- 4) Avellis 氏症候群. 反回神経麻痺の他に同側の軟口蓋麻痺・反対側四肢軀幹の知覚鈍麻を伴なう.
- 5) Wallenberg 氏症候群. 反回神経麻痺と共に同側軟口蓋麻痺・眩暈・眼球振盪・共同運動障害・側突進症・上下肢失調・同側眼球陥没及び縮瞳・仮性眼瞼下垂・同側顔面の知覚麻痺・反対側四肢軀幹の知覚鈍麻を伴なう.
- 6) Cestan-Chenais 氏症候群. 反回神経麻痺に同側軟口蓋麻痺・同側の眼球陥没・縮瞳・仮性眼瞼下垂・共同運動障害・側突進症・上下肢失調・反対側四肢軀幹の知覚麻痺・反対側の半身不随

を伴なう。

頸静脈孔性喉頭麻痺症候群

- 1) Gravel-Gignux 氏症候群. 反回神経麻痺に同側の僧帽筋及び胸鎖乳突筋の麻痺を伴なう。
- 2) Vernet 氏症候群. 反回神経麻痺に同側の咽頭・喉頭・僧帽筋・胸鎖乳突筋の運動知覚麻痺・舌の後1/3の味覚麻痺を伴なう。
- 3) Villaut 氏症候群. 反回神経麻痺に同側の舌咽神経・迷走神経・副神経・交感神経の麻痺を伴なう。
- 4) Collet-Sicard 氏症候群. 反回神経麻痺に同側の舌咽神経・迷走神経・副神経・舌下神経の麻痺を伴なう。

本2症例がこの Claude C Cody の分類したものの何れに相当するか或いは近いかを考えて見るに、両側共僧帽筋・胸鎖乳突筋に萎縮を見なかつた点から末梢性すなわち頸静脈附近の侵襲によると考えられないで次に述べる主症状から Wallenberg 氏症候群に比較的似ていると考えられる。しかし共同運動障害・側突進症・上下肢の失調・眼球陥没・縮腫などは見られなかつた。本2症例の主症状を列挙すると

- 1) 一側声帯の屍体位固定不動。
- 2) 同側軟口蓋の弛緩不動。
- 3) 同側咽頭口腔粘膜の知覚障害。
- 4) 同側顔面の知覚障害。
- 5) 反対側四肢軀幹の知覚障害。
- 6) 同側の鼻粘膜、眼瞼膜の反射消失。
- 7) 梨状窩の唾液潴溜(同側に著明)。
- 8) 眩暈(発病当初)。
- 9) 起立歩行障害。
- 10) 複視
- 11) 鼻唇溝の消失。
- 12) 同側の眼瞼下垂(軽度)。

従がつて麻痺脳神経は V, VI, VII, VIII, IX, X 脳神経にわたり、それに半側知覚脱失、眼瞼下垂、運動失調を伴つたものである。

喉頭の運動は反回神経の支配を受けているが嚥下運動に対する神経支配については定説がない。しかし何れも延髄の灰白翼に存在する疑核に密接なる関係があるといわれ、X, IX脳神経の1部は疑核から出るといわれている。嘔声と嚥下障害は疑核及びその附近の侵襲によるものと考えられる。

触覚の大部分、温覚、痛覚は脊髄の小根から入り直ちに反対側のものと交叉して反対側の側索を上昇し、延髄では内側絨帯を通り、内包を経て大脳皮質に伝達される。

両例に見られた反対側四肢軀幹の知覚障害は上下肢軀幹の全部に見られたことから延髄以下の経路の侵襲は除外され、嘔声、嚥下障害が延髄の侵襲によるものと考えられることから内側絨帯であるとう想像される。三叉神経核は延髄から中脳に亘つて広範囲の域に存在するが両例共顔面の半側知覚障害は三叉神経第3枝の領域には見られないからこの核の侵襲も全域ではない様である。前庭神経核の終止核として内側核、外側核、背側核、下行路核がありこれから出る2次線維は内側絨帯の主成分となり、しかも多くの2次線維は交叉して他側の内側絨帯に入るといわれる。発病当初の著明な眩暈は前庭神経核の刺激によるもので、第2例には行なつていないが第1例の退院前の廻転検査では右廻転の際眼球振盪は発現せず、また2例共入院時には已に何等眩暈を訴えなかつたことか

ら、前庭神経核が初期に侵襲による刺激を受け間もなく機能廃絶を来たしたものと思われる。錐体経路及び深部感覚に異常を認めないので起立歩行障害は前庭機能障害・皮膚知覚障害・複視などの総合作用によるか或いは錐体外路系が延髄に於いて侵襲を受けたためのものと想像される。

眼瞼下垂の軽度のもは交感神経の麻痺によるといわれている。眼瞼は頸部交感神経の支配下にあるが本神経麻痺の場合同側の眼瞼下垂・縮瞳・眼球陥没が見られ(ホルネル氏徴候)これは Wallenberg 氏症候群の 1 症状であるが本 2 症例の場合眼球陥没、縮瞳は認め兼ねた。しかし動眼神経麻痺は存在しないので他の症状から頸部交感神経の中枢部すなわち 脊髄側角にあるといわれる毛様脊髄中枢より上方で侵襲を受けたものであろう。第 2 例に見られた顔面半側全体の運動麻痺は延髄にある顔面神経核以下の侵害によるもので他の症状から狭義の末梢性のもではなく、延髄に於ける顔面神経核の侵襲によるものであり、両例に見られた複視は外旋神経核の侵襲によるものと考えられる。

延髄の断面を見ると中部と上部の中間の高さでは疑核・孤束核・三叉神経核・前庭神経核が隣接して存在し、これ等の核は内側絨帯にも接しているため、恐らくこの辺が主な侵襲部位であろう。

本症の原因として中枢性のもは延髄に於ける感染・血管性の疾患、末梢性のもは頸静脈孔附近に於ける悪性腫瘍特に鼻咽腔から上行したもの・頸静脈球の血栓性静脈炎・結核性リンパ節炎・頭蓋底骨折・椎骨動脈及びその分岐の梅毒性血管性変化・銃創・刺創・頸部の手術などが挙げられており、中枢性のものに比し末梢性のもの方がはるかに多いといわれている。また中枢性末梢性を問わず原因不明のものもかなり多いといわれている。

自験第 1 例は年令的・家族的に或いは発病当時無熱であり高血圧があつたことまたその経過などから延髄に於ける出血の疑いが最も濃厚である。しかし第 1 例は第 2 例の如き条件がないので原因については全く不明である。

(本文の要旨は第 91 回日本耳鼻咽喉科学会大阪地方会に於て口演した。御指導と御校閲を賜つた副院長兼部長 小山三郎博士に謝意を表す)。

文 献

- 1) 調 賢哉, 木村良一: 耳鼻と臨床, 1 巻.
- 2) 村上武夫: 耳鼻咽喉科, 41 巻.
- 3) 水河忠敬
- 東川清彦: 耳鼻と臨床, 3 巻.
- 4) 河田敬造, 園田 隆, 丸山良平: 耳鼻咽喉科臨床, 50 巻.
- 5)
- 市原正雄, 白倉賢三: 耳鼻咽喉科, 27 巻.
- 6) 阪東和一郎, 中村美恵子, 安元泰博: 耳鼻咽喉科臨床,
- 46 巻.
- 7) 小川鼎三: 脳の解剖学.
- 8) 後藤: 日本耳鼻咽喉科全書, 3 巻, 1 冊.
- 9)
- 美濃口: 日本耳鼻咽喉科全書, 3 巻, IV 冊.
- 10) 沖中重雄, 吳 健: 自律神経系総論.