

616.833.17-009.11-036.11-085.361.453

## LÉČENÍ PERIFERNÍ PARÉZY LÍCNÍHO NERVU V AKUTNÍM STADIU

Podplukovník MUDr. Svatopluk KLESNÍL,  
nervové oddělení vojenské nemocnice v Olomouci

Paréza lícního nervu periferního typu je všeobecně pokládána za onemocnění benigní, snadno se do několika týdnů hojí. Soubor 230 nemocných, které jsme léčili na nervovém oddělení vojenské nemocnice v Olomouci, nám dokazuje, že toto všeobecně optimistické mínění není ve skutečnosti zdaleka tak oprávněné. Z těchto důvodů věnujeme již delší dobu tomuto onemocnění zvýšenou pozornost.

V posledních letech jsme léčili průměrně ročně 26 periferních paréz lícního nervu. Ze souboru 230 nemocných bylo 191 (83,04 %) mužů a 39 (16,95 %) žen. Obrny se vyskytly na pravé straně 107krát (46,52 %), na straně levé 123krát (53,47 %). Z celkového počtu léčených bylo 116 (50,43 %) vojáků v činné službě, civilních osob 114 (49,56 %). Nejmladšímu nemocnému bylo 10 let, nejstaršímu 76 let. Věkové rozdělení je zaznamenáno na tabulce č. 1. Doba výskytu byla průměrně po celý rok stejná. Měsíce — počet paréz: I-25, II-21, III-17, IV-21, V-19, VI-16, VII-23, VIII-22, IX-16, X-17, XI-16, XII-17.

Rozborem anamnézy jsme zjistili tyto údaje: anamnéza tzv. bezvýznamná u 120 postižených (52,17 %), vliv chladu udává 71 nemocných (30,86 %), předcházející „chřipková“ onemocnění 21 (9,13 %), předchozí klíšťová encefalitida

s nálezem klíštěte a prokázaná titry byla u 4 (1,73 %) nemocných, prodělanou poliomyelitidu (v dětství) udává 1 (0,43 %), traumatické postižení lícního nervu zaznamenává v 8 případech (3,47 %), po hnisavé angíně ochrnl lícni nerv u 4 (1,73 %), vlivem emoce zaznamenána paréza lkrát (0,43 %). Vidíme, že vliv chladu není dominantní, je obviňován jen u 71 nemocných (30,86 %), zatímco u 159 (69,13 %) je pravděpodobná etiologie zcela jiná. Průvodní klinické příznaky při vývoji obrny uvádíme v přehledu na tabulce 2.

### Terapie

Léčili jsme dvěma způsoby. První skupinu 120 nemocných jsme léčili obvyklým způsobem. Podávali jsme 2% Jodantox s Thiaminem forte (u starších osob), potní kúry Pilocarpinem 0,01 nejméně třikrát, vit. B 12 nárazově. Eserin od 0,5 mg postupně o 0,1 mg až asi do dávky 1,5 mg, při svalové hypotonii jsme přidávali Strychnin. Průběžně probíhala KJ iontoforéza (5 %) na 25 min. při 5 mA s katodou přiloženou na obličej, anodou na zátylí. Nato se přikládaly horké zábaly na 20—25 minut, po nich lehká masáž, stimulace, pasívní cvičení a konečně cvičení aktiv-



ji až k dotyku s kostí, abychom neporanili bulbus cranialis venae jugularis internae. Po kontrolní aspiraci, kterou se přesvědčíme, že hrot jehly není v cévě, vstříkujeme 1—2 ccm suspenze, obsahující 25—50 mg hydrokortisonu. Injekce je celkem nebolestivá. Sami jsme s touto metodou měli nejlepší zkušenosti. Umožnila nám snížit denní dávku z původních 150 mg na 50 mg/24 h. při stejném léčebném efektu. Dávky kortisonu jsou u různých autorů různé. Rothendler (1953) podává 300—600 mg/24 h. v prvních dnech léčení, načež tuto dávku postupně snižuje. Thomas (1955) zdůrazňuje, že stoprocentních výsledků lze dosáhnout tehdy, bylo-li léčení započato brzy, nejpozději do konce týdne od prvních příznaků a považuje za nejmenší dávku 300 mg/24 h. Wyman a Maine (1955) považují kortison za nejlepší lék u paréz nervu lícního u dětí. U nás Zahradka podává asi 150 mg. Autoři se většinou shodují v tom, že kortison inhibuje exsudativní a proliferativní projevy zánětu, ovlivňuje spazmy ve vasa nervorum, tlumí leukocytární infiltraci i fagocytózu, tvorbu fibrocytů i kolagenních vláken. Zmírňuje též bolest. Jeho antiflogistický účinek je nejmohutnější, je-li podán v prvních dnech obrny lícního nervu, což je podmínkou zkrácení léčebné doby proti běžným klasickým metodám, a v tom tkví jeho léčebné přednosti. Čím dříve se začne léčit, i konzervativními metodami, tím jsou výsledky lepší. Po týdnu a později došli nemocní se sice dobře vyhojí, léčení se však prodlužuje a přibývá počet reziduí. Při léčení je třeba se ihned od počátku zaměřit na odstranění fokální infekce zvláště v oblasti trigeminu, která může být podkladem pro vznik kontraktur. Léčení obrny lícního nervu má být zvláště od počátku prováděno v odborném prostředí. Ambulantní léčení, jak se dnes ještě provádí, předpisem vitamínu B, doposud někde i válečkovou terapií, při denním docházení i v zimním období k lékaři, na fyzikální terapii nebo k posudkové komisi nevede k dobrým výsledkům. Škody takto vzniklé (synkinézy a kontraktury) se již pak těžko odstraňují a bývají často trvalé.

### Souhrn

Podali jsme rozbor léčby 230 paréz lícního nervu periferního typu. Kortisonem bylo v akutním stadiu

léčeno 110 nemocných, klasickým způsobem 120 nemocných. Nemocní léčení kortisonem se vyhojili dvakrát rychleji, v čemž vidíme hlavní léčebné přednosti kortisonové terapie. V ambulantní praxi aplikaci 50 mg—100 mg kortisonu i. m. pokládáme za neúčinnější první pomoc. Následná nemocniční léčba akutního stadia, s odesláním k léčení do týdne od začátku prvních příznaků, by měla být pravidlem.

### Резюме

Приведен анализ результатов лечения 230 случаев паралича лицевого нерва периферического типа. 110 больных в острой стадии заболевания назначался кортизон, классический способ лечения был применен у 120 больных. У больных, которые подвергались лечению кортизоном, излечение наступало в два раза быстрее, чем во второй группе. Именно в этом автор усматривает главное терапевтическое достоинство лечения кортизоном. Автор считает, что в амбулаторной практике наиболее эффективным способом оказания первой помощи является внутримышечное введение 50-100 мг кортизона. Дальнейшее лечение в острой стадии заболевания надо проводить в стационарных условиях, причем, как правило, направлять больных в стационар следует не позже, чем через неделю с момента появления первых признаков заболевания.

### Summary

The result of the treatment of 230 cases of Bell's palsy is analysed. 110 patients were treated in the acute state with Cortison, 120 patients in the usual way. The patients treated with Cortison were cured twice as quick as the others and this is regarded as the main advantage of the treatment with Cortison. The application of 50—100 mg of Cortison i. m. is the best first-aid treatment of the non-resident patient. The immediate hospitalisation, not later than a week after the first signs of the disease, should become the rule.

### Literatura

- M. Bonduelle, C. F. Faveret et Zarindjam A.: Revue du Praticien, No 19, du 1er Juillet 1958.  
 Greiner G. F.: Arzt. Wschr. 702, 1956.  
 Obrda K., H. Chodounská: Léčení obrny lícního nervu, St. zdrav. nakl. 1958.  
 Rothendler H. H.: J. nerv. ment. Dis. 214, 1951.  
 Thomas M. H.: Neurology 5, 882, 1955.  
 Wyman E. T., Maine J.: J. Amer. med. ass. 160, 10, 1955.  
 Zahradka L.: ČLČ, 96, 1473, 1957.