

**ROZBOR LÉČBY 103 PERIFERNÍCH PARES
N. LÍCNÍHO SE ZAMĚŘENÍM NA ÚČINEK KORTISONU**

Major MUDr. Svatopluk KLESNÍL, vojenská nemocnice, Olomouc

Obrna lícniho nervu patří mezi nejčastější periferní paresy. Práci o jejím léčení kortisonem napsal v roce 1957 v Časopise lékařů českých dr. Zahrádka. Postižení samo vždy psychicky traumatizuje, zvláště mladší nemocné a zejména ženy, protože může zanechat trvalou asymetrii obličeje. Proto věnujeme jejímu léčení neustále zvýšenou pozornost a na základě uvedené práce zaměřili jsme se i my na léčbu kortisonem.

Na našem oddělení jsme v posledních čtyřech

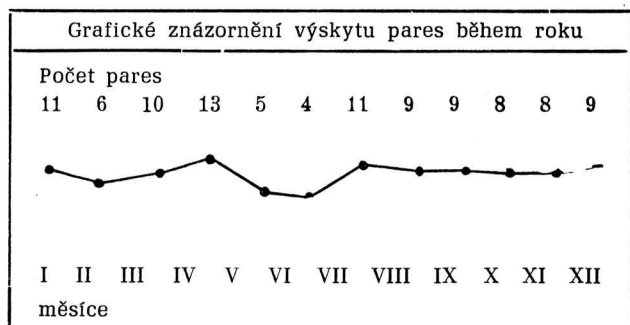
letech léčili průměrně ročně 28 pares. Naše sestava čítá 103 periferních primárních pares n. lícniho, z čehož bylo 89 mužů (86,40 %) a 14 žen (13,60 %). Obrny se vyskytly na pravé straně 54krát (52,42 %), na straně levé 49krát (47,58 proc.). Z celkového počtu léčených bylo 64 (62,13 procent) vojáků v činné službě, civilních osob 39 (37,86 %). Nejmladšímu nemocnému bylo 13 let, nejstaršímu 76 let. Věkové rozdělení léčených je zaznamenáno na tabulce 1.

Tab. 1

Věkové rozdělení 103 nemocných			
V ě k		Počet	%
Do 20		5	4,85
21—25		38	36,89
26—30		16	15,53
31—35		14	13,59
36—40		7	6,79
41—45		1	0,97
46—50		4	3,88
51 — starší		18	17,47

Doba výskytu byla průměrně po celý rok stejná, toliko v květnu a červnu zaznamenáváme nepatrný pokles. (Viz tabulku 2.)

Tab. 2



Zdá se, že v době většího výskytu neuroinfekcí se vyskytuje i větší počet pares n. lícního, v našem případě 3 paresy při epidemii klíšťové encefalitidy v roce 1955 s pozitivními titry. Jednu recidivu mělo 6 osob, u 2 osob byla recidiva dvakrát, u 3 osob třikrát. Z hlediska léčebného výsledku je nutné si všimnout i doby příchodu nemocných na léčení od rozvoje prvních příznaků. Do týdne, v době optimální pro léčení, k nám při-

Tab. 3

Doba příchodu na léčení od vzniku prvních příznaků			
Doba příchodu		Počet	%
Do týdne		61	59,22
Do 2 týdnů		10	9,70
Do 3 týdnů		5	4,85
Později		27	26,21
Celkem		103	

šlo celkem 61 (59,22 %), do 2 týdnů 10 (9,70 %), do 3 týdnů 5 (4,85 %) nemocných. Později došli nemocní se většinou již léčili na ošetřovně útvaru, civilní nemocní u odborných lékařů a teprve, když výsledek léčení nebyl uspokojivý, dostavili se do ústavního ošetřování (viz tabulku 3).

Rozborem anamnézy jsme zjistili tyto charakteristické údaje: Anamnéza tzv. bezvýznamná u 43 (41,74 %) postižených. Vliv chladu udává celkem 45 (43,68 %) nemocných. Obviňují hlavně účinek chladu a větru při jízdě na otevřeném motorovém vozidle celkem 16krát (15,53 %), nachlazení uvádí 22 (21,36 %), prochlazení při jízdě na nekryté plošině vlaku 2 (1,94), při nočních cvičeních prochladli 3 (2,91 %). Dotazem jsme zjistili, že ložná plocha nákladních vozidel při přepravě vojáků nebývá vždy překryta plachtou a takto přepravovaní vojáci za sychravého počasí snadno prostydnou (u nás 16, tj 15,53 %). Před vlastní paresou předcházelo chřipkové horečnaté onemocnění 11krát (10,67 %). Paresu po klíšťové encefalitidě jsme našli 3krát (2,91 %), po poliomyelitidě 1krát (0,97 %).

Průvodní klinické příznaky při vývoji obrny uvádíme přehledně v tabulce 4.

Tab. 4

Průvodní klinické příznaky	Počet výskytů
Rozvoj obrny — náhlý	84
— do 3 dnů	18
— pozvolný	1
Slzení oka na postižené straně	42
Poruchy chuti a sekrece slin	26
Pocit stažení na postižené straně obličeje	6
Bolesti na postižené polovině hlavy	6
Bolesti hlavy difuzního charakteru	10
Hyperakusis	5
Snížení slzení na postižené straně	1
Snížení pocení na postižené polovině obličeje	1
Edém postižené poloviny obličeje	2
Bolesti kol boltce ušního	13
Bolesti v oblasti R. Huntovy zóny	7
Parestézie v postižené polovině obličeje	10
Hyperestézie v postižené polovině obličeje	2
Hypestézie v postižené polovině tváře	25
Hypestézie poloviny jazyka	7
Kontraktury na postižené straně	3
Synkinesy na postižené straně	3

Rozbor a výsledky naší terapie:

Léčili jsme dvěma způsoby. První skupina 80 nemocných byla léčena obvyklým způsobem. Podávali jsme: jodantox, B₁ vitamin, potní kúry pilokarpinem 0,01 nejméně třikrát, B₁₂ vitamin, trisalin, eserín 0,5—1,5 mg, strychnin, průběžně s fyzikální terapií, kde dáváme ihned KJ jontoforesu (5 % KJ) na 25 minut při 5—10 mA. Katodu klademe na obličej, anodu na zátylí. Nato přikládáme horké zábaly na 20—25 minut. Pak následuje lehká masáž, stimulace, pasivní cvičení a konečně cvičení aktivní před zrcadlem, zpočátku za odborného dohledu. Neustále zdůrazňujeme polohování. Ihned na počátku léčby se zaměřujeme na zjištění fokální infekce, která podle našich zkušeností podstatně nepříznivě ovlivňuje léčení a jeho konečný výsledek. Zdá se nám, že

při fokální infekci v oblasti trigeminu bývají časté kontraktury. U jedné naší nemocné s homolaterálním granulomem na kořenu dolní šestky, do té doby skrytém, vznikla akutně kontraktura při sumaci s blefaritidou po dráždivé oční masti. Podobných případů jsme měli více. Odstranění fokální infekce z paranasálních dutin, infekce otogenní, zubní a z tonsil urychlí hojení obrny a i konečné výsledky jsou lepší. Vasodilatační léčbu jsme systematicky neprováděli, obstrukční hvězdicového ganglia u některých tvrdšíjích případů bez zjevného výsledku. Dobrý subjektivní a snad i objektivní efekt dávaly novokainové obstrukce z úst cílené k foramen infraorbitale a k foramen mentale.

V první skupině léčených předkládáme výsledek léčby 80 pares shora uvedenou terapií:

Celkový počet léčených 80, nezlepšení 4 (5 %), zhojeno s nepatrným reziduem 10 (12,50 %), vyhojeno úplně 66 (82,50 %) při průměrné ošetrovací době 35 dnů.

Výsledek léčby u vybrané skupiny 39 nemocných, kde s léčením bylo započato do týdne:

Celkový počet léčených 39, nezlepšen 1 (2,56 proc.), vyhojení s reziduem 4 (10,25 %), vyhojeno úplně 34 (87,17 %), průměrná ošetrovací doba 34 dnů.

V druhé skupině léčených jsme kromě shora uvedeného léčebného postupu přidávali kortison a dostali jsme tento výsledek:

Počet léčených do týdne kortisonem 22, zhojen s minimálním reziduem 1 (4,54 %), zhojeno dokonale 21 (95,45 %), průměrná ošetrovací doba 17 dnů.

Kortison byl podán u 22 nemocných do 7 dnů od rozvoje prvních příznaků, u jednoho nemocného za 10 dnů intramuskulárně v průměrné dávce 50–100 mg/24 hod., tedy v dávkách podle jiných autorů poměrně nízkých, po dobu 10–11 dnů. Průměrná ošetrovací doba po léčení kortisonem je ve srovnání s první skupinou zkrácena o 18 dnů, ve srovnání s vybranou skupinou (léčenou do týdne) o 17 dnů, to je tedy dvakrát. Kortison jsme podávali bez zřetele na věk. Nejmladšímu léčenému kortisonem bylo 18 let, nejstaršímu 76 let. Z kontraindikací jsme respekto-

vali jen otevřenou tuberkulózu, poruchu funkce ledvin, žaludeční a dvanácterníkový vřed, osteoporosu, stavy po operacích a psychické poruchy. Nemocní brali neslanou dietu, ztráty kalia jsme nenahrazovali. Podle literárních údajů se přednost kortisonu projeví jen tehdy, je-li aplikován do týdne od vzniku paresy, což potvrzuje i náš výsledek. Z našich 23 léčených reagovalo na léčbu dobře 22 nemocných, až na jednoho arteriosklerotika s fokální zubní infekcí, kde byl kortison podán za 10 dní v dávkách 25 mg/24 hod. celkem 8krát. Vedlejší příznaky jsme nepozorovali. Nejkratší léčebná doba byla 6 dní, nejdelší 31 dní. Hlavní přednost včasné aplikace kortisonu vidíme ve dvojnásobném zkrácení léčebné doby. Někteří autoři uvádějí zkrácení léčebné doby až čtyřnásobné, což si vysvětlujeme tím, že podávali dávky kortisonu podstatně vyšší, 300 až 600 mg/24 hod., a prováděli výběr nemocných vhodných ke kortisonové terapii. V jednom případě jsme podali kortison krátce po prvním týdnu obrny, kdy výsledky už nejsou tak přesvědčující.

Kortison jsme použili, jak bylo uvedeno, bez zřetele na věk a vedlejší organický nálezní v pěti případech u nemocných starších 50 let. Léčebná doba po použití kortisonu i u této skupiny léčených je kratší o 22,3 dne, to jest dvakrát. Sestavili jsme rovněž dvě tabulky, abychom mohli porovnávat výsledky (viz tabulku 5 a 6).

Výsledek léčení je přímo závislý na době, která uplynula od vzniku prvních příznaků a začátku léčení. Kortison, jak jsme již shora uvedli, musí být podán do týdne, aby se projevil jeho léčebná přednost. Časový faktor je však důležitý i při obvyklé terapii. Začne-li se s léčením do prvního týdne, jsou výsledky přesvědčivě nejlepší, naopak, začne-li se pozdě, přibývá léčebných výsledků méně uspokojivých, zejména roste počet vyhojených s reziduem, i když, jak jsme již ukázali, se ošetrovací doba prakticky nelišila.

Zhodnocení léčby

Z rozboru léčby 103 periferních pares n. lícniho přicházíme k těmto zkušenostem. Ve skupině

Tab. 5

Výsledek léčby u nemocných nad 50 let s vedlejším organickým nálezem, léčeným obvyklou terapií					
Vedlejší nález	Celkový počet	Počet léčebných dnů	Výsledek léčení		
			nezlepšen	vyhojen s reziduem	vyhojen úplně
Sinusitis maxill.	1	23			1
Arteriosclerosis CNS	2	63, 43			2
Diabetes mellitus	2	27, 17		1	1
Hypertenze II	2	93, 67	1		1
Bronchopneumonia	1	88		1	
Bez organického nálezu	5	30, 20, 10, 55, 41			5
Celkem léčených	13	Prům. ošetř. doba 44,3 dne	1 (7,69 %)	2 (15,38 %)	10 (76,92 %)

Tab. 6

Výsledek léčby kortisonem u nemocných nad 50 let s vedlejším organickým nálezem					
Vedlejší nález	Celkový počet	Počet léčebných dnů	V ý s l e d e k l é č e n í		
			Nezlepšen	Vyhojen s reziduem	Vyhojen úplně
Arteriosclerosis CNS Diabetes mellitus	2 3	21, 25 6, 30, 28		1	2 2
Celkem léčených	5	Prům. ošetř. doba 22 dnů		1 (20 %)	4 (80 %)

80 léčených běžnou konzervativní metodou dosáhli jsme 95 % vyléčených při průměrné ošetrovací době 35 dnů, ve vybrané skupině 39 léčených do týdne bylo 97,42 % vyhojených s průměrnou ošetrovací dobou 34 dnů. Ve skupině 22 nemocných léčených kortisonem v dávkách 50–100 mg/24 hod. podaných i. m. dosáhli jsme vyhojení u všech při průměrné ošetrovací době 17,08 dne. Průměrná ošetrovací doba byla zkrácena dvakrát, ve skupině nemocných nad 50 let rovněž dvakrát. Z toho vyplývá, že kortison je velmi účinným lékem v léčbě periferní, primární paresy n. lícního, je-li podán do týdne od vzniku paresy v dostatečných dávkách. Dávky kortisonu jsou však u různých autorů různé. Rothendler (1953) podává 300–600 mg/24 hod. v prvních dnech léčení, načež tuto dávku snižuje. Thomas (1955) považuje za nejmenší denní dávku 300 mg. U nás Zahradka podává nejméně 150 mg/24 hod. Autoři se většinou shodují v tom, že kortison příznivě ovlivňuje spasmus ve vasa nervorum a otok nervu. Zkracuje podstatně průměrnou ošetrovací dobu proti dosavadním konzervativním metodám a v tom tkví jeho hlavní léčebné přednosti, což vyplynulo i z našich výsledků. Věk ani pohlaví účinnost kortisonu neovlivňují. Z našich výsledků vyplývá dále důležitost časového faktoru. Čím dříve se začne správně 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 začátku zaměřit na radikální odstranění fokální infekce, abychom zabránili vzniku kontraktur. Léčení obrny lícního nervu má být od začátku prováděno v odborném ústavu. Ambulantní léčení, jak se dnes ještě provádí (doposud i válečkovou terapií!), nevede k dobrým výsledkům. Z preventivního hlediska upozorňujeme na faktor prochlazení, který zvláště při výkonu vojenské služby je velmi častý.

Závěr

V práci je podán rozbor léčby 103 periferních primárních pares n. lícního. Konzervativními metodami bylo léčeno 80 nemocných, 23 nemocných bylo léčeno kortisonem. Účinnost obou metod je vyjádřena počtem dnů potřebných k uzdravení. Nemocní léčení kortisonem se vyléčili dvakrát rychleji. Ve zkrácení léčebné doby vidíme hlavní léčebné přednosti kortisonu. V tom směru bychom měli také doplnit naši jednotnou zdravotnickou doktrínu.

Pisemnictví u autora

*) P o z n . : Předneseno zkráceně na krajském neurologickém semináři v Olomouci dne 21. listopadu 1959.