

近大・森本教授の

痛み学入門講座

◆ 13 ◆



もりもと・まさひろ 平成元年、大阪医科大学大学院(麻醉科学専攻)修了。同大講師を経て、8年に近畿大学医学部麻醉科講師。22年から現職。医学博士。日本ペインクリニック学会理事。

顔が痛くて、洗顔や歯磨き、化粧、ひげそり、さらには会話や食事さえできないと受診する患者さんがいる。「典型的三叉神経痛」である。少し前までは「特発性三叉神経痛」や「フォザギル神経痛」、痛みで顔が歪むことから「疼痛性チック」とも呼ばれた。頭蓋内で、動脈硬化が進んだ血管(上小脳動脈など)が、脆弱な三叉神経の根元を圧迫することが原因となる。

大阪ワイド



典型的三叉神経痛

(第7番目の脳神経)の大部分は運動神経線維で構成されており、痛みを起すことはまずないからた。

典型的三叉神経痛は発作的に起り、片側の顔面に「電気が走るような」「刃物で刺されるような」激烈な痛みを一瞬感じたり、あるいは2分間程度続くこともある。だが痛みの発作はだらだらと続くことはなく、1回目の発作と次に起る発作の間には痛みはない。手で触れることで痛みを誘発する部位(トリガーポイント)は存在するが、痛み以外の感覚は保たれる。

顔に「電気」が走り、しゃべれない

50〜60代に発症のピークがあり、女性に多い。顔の右側にもや多く、三叉神経の2番目の枝(頬)、3番目の枝(下顎)に発症する傾向が目立つ。このため歯の痛みと勘違いされて、不必要な抜歯を受けてしまった患者も少なくない。

て、神経ブロック療法の適応を考える。三叉神経の第1番目の枝が伝える前額の痛み(稀である)に対する眼窩上神経ブロック、第2番目の枝への眼窩下神経ブロックならびに上顎神経ブロック、第3番目の枝への頤(顎先)神経ブロック、下顎神経ブロックであり、薬液(局所麻酔薬かエチルアルコール)を注入するか、高周波による熱凝固を行う。

これでも十分な効果がない場合には、第3段階として、頭蓋骨から三叉神経が出てくる部分を遮断する三叉神経節(ガッセル神経節)ブロックを選択するかどうかを考える。

さんを診ることも少なくない。

治療は、3つのステップで行う。第1段階は抗てんかん薬であるカルバマゼピン(テグレトール)の服用である。しかし、このカルバマゼピンには、眩暈、嘔気(吐き気)、薬疹などの副作用があり、年配者では服用しにくいことがある。この場合には、新しい抗てんかん薬のラモトリギンやトピラマートを

脳神経外科では、開頭による神経血管減圧術(ジャンネッタの手術)が実施されているが、聴力障害、顔面神経麻痺、眩暈などの合併症や再発の報告もある。また、放射線を照射するガンマナイフでは、再発の多いことなどが指摘されている。

(近畿大学医学部麻醉科教授 森本昌宏)

薬物で痛みがコントロールできない。

第1、3土曜日に掲載します。



イラスト 小豆卓也