帯状疱疹後神経痛

日本大学麻酔科教授
小　川　節　郎
（聞き手　山内俊一）

帯状疱疹後神経痛の治療についてご教示ください。
（日本大学麻酔科　小川節郎先生に）

＜埼玉県勤務医＞

山内　小川先生、帯状疱疹後神経痛の治療、これは昔から医師を悩ますものの一つですが、最近、ブロックをはじめとしていろいろな治療法が出てきていますが、こういったものの影響で減ってきているということはあるのでしょうか。

小川　それが残念ながら、あると言いたいところなのですけれども、そうはかばかしくないのが現実です。ただ、発症したら、できるだけ早く抗ウイルス薬ですとか、あまりに痛いときには持続的に神経ブロックをやるとか、そういう治療をいたしますと、多少はその後の、帯状疱疹後神経痛に移行する割合が少なくなったり、痛みの程度が少なくなるというデータは幾つか出ております。

山内　急性期の神経痛を抑えることができても、その後、残ってしまうのが意外にあるということですか。

小川　そうですね。もうすでに発疹が出たときには神経に炎症が起きていますので、いわゆる神経線維が炎症で壊されてしまっているということで、そういう言い方は残念なことかもしれませんが、時すでに遅い場合があります。

山内　そうしますと、基本の病態は神経炎という形ですか。

小川　神経炎です。

山内　全体としての頻度といいますか、こちらのほうはいかがなのでしょうか。

小川　おしなべて言いますと、年間1,000人の方に対して３～４人の方ができる。ただ、お年が60歳よりも70歳、70歳の方よりも80歳の方のほうが少し

多くなってまいりまして、１回帯状疱疹ができて、６カ月後に痛みが残る方の割合は１割～１割半ぐらいあります。

山内　それは程度が軽いものから重いものまで含めて。

小川　そうです。痛いという訴えがある方ということです。

山内　帯状疱疹のできる部位は、かなりあちらこちらありますが。

小川　そうですね。出物腫れ物、所きらわずですね。

山内　特にここの場所は痛みが残りやすいといったものはあるのでしょうか。

小川　どこに出ても残りやすいのですが、ただ、ご存じのとおり、頻度としましては顔面の額ですとか、それから胸、そこら辺が一番多くて、そこで残るのも一番多い。私どもが臨床で見ていますと、そのような状況です。

山内　それはもともとできる場所も多いということなのですね。

小川　そういうことです。

山内　どこの部位が特別残りやすいというものもないということですか。

小川　ないですね。ただ、わきの下のような、常に皮膚どうしがすれるような場所は、よけい痛みを感じられる患者さんが多いです。

山内　さて、治療ですが、昔からなかなか難治性といいますか、てこずるものなのですが、このあたり、最近の知見ではいかがなのでしょう。

小川　これにつきましては、１年ほど前から抗痙攣薬のプレガバリンというものが出てまいりましたのが非常に大きな福音です。世界的には110カ国以上でずっと使われていた薬なのですけれども、これが日本でもやっと使えるようになったということで、これを使い始めてから、今までのいろいろなお薬よりはいいかなという感じはします。ただ、すべての患者さんによろしいかというと、そうでもないようですけれども。

山内　少し明るさが見えてきた。

小川　それは言えると思います。

山内　これも抗てんかん薬ですか、そういったものなのですね。

小川　はい。本来、ガバペンチンというお薬がありましたが、それと同じような系統で、カルシウムチャンネルをブロックして痛みの伝達物質を抑える薬なのですけれども、抗痙攣薬としても使われています。それから、日本では幸いなことに、すべての末梢性神経障害性疼痛という保険適用がございますので、様々なそういう神経疾患の痛みに使えるという薬です。

山内　メカニズムとしては、比較的直接効くようなニュアンスのある薬剤ということですね。

小川　そのとおりです。

山内　実際の使い方になりますが、どのように使っていくのでしょうか。

小川　実は治験のときに、１錠75mg

を１日２回ということで始めたものですから、能書にもそのように書いてあるのですけれども、帯状疱疹後神経痛の患者さんはお年寄りも多いということもありまして、１回75mgですとちょっと多いのではないか。というのは、副作用としての眠気ですとか、ふらつき、これがけっこう出てしまいますので、最近では幸い25mg錠が出ておりますので、まずは25mgぐらいから始める。それから徐々に上げていくということにするとよいかと思います。

山内　比較的若い、40代、50代の方でも、少量から使っていったほうがいいという感じでしょうか。

小川　何日に１回かというのはまだ明確ではありませんので、１～２週間かけて適当な量まで上げていくというところですけれども、最初は少量出してみて様子を見るというかたちのほうがよいかと思います。

山内　ふらふらっとしてしまうということですね。

小川　そうです。

山内　ただ、痛みというのはなるべく早く取りたいというのがありますね。

小川　そうですね。ただ、不思議なことに、高用量飲んでも、この薬を飲み始めてから、効き出すのに約１週間ぐらいかかるということがありますので、その間、医師とうまくコンタクトしながら、医師のほうも薬のことをよく説明してというのが必要になるかなと思います。

山内　いつごろまで続けるか、これは痛みがなくなったらやめるという性質のものなのでしょうか。

小川　実は帯状疱疹後神経痛自体がゼロになるということは、はっきり申し上げて、ないのです。これはちょっと言いにくいのですけれども。どの程度で折り合いをつけるかというところなのですが、ただ、基本的には少しずつ薄皮をはぐように軽くなってきますので、このぐらいの痛みなら日常生活が大丈夫だ、薬もこのぐらいまで落としても大丈夫だというところで折り合いをつけるというところだと思います。

山内　使い始めるタイミングになりますが、急性期の痛みは別の薬剤を使って、それから移行するのでしょうか。

小川　急性期は炎症性の疼痛が一番多くありますので、NSAIDsが第一選択となると思います。ただ、神経障害性疼痛の痛みの要素、例えばヒリヒリ、ピリピリするとか、普通では痛くない刺激が痛みを感じるというようなことが出てまいりましたら、比較的早期においても使ってもいいと、私どもペインクリニシャンは思っております。

山内　最初から併用ということはあまりないのでしょうか。

小川　今のところ、ないですね。ただ、痛みの発症機序からいいましても、使って悪いことはありません。ただ、保険適用上、末梢性の神経障害性疼痛

というふうにしていただければということになるかと思います。

山内　痛みの性質ですが、わーっと痛くなって、まただんだん軽くなって、また再発ですか、こういう波みたいな繰り返しというものはあるのでしょうか。

小川　帯状疱疹自体が、幸いなことに、だいたいほぼ１回で済む病気でございますが、帯状疱疹後神経痛は気候の変化ですとか体調ですとか、風邪を引かれたとか、それによってちょっと痛みが強くなることはございます。ただ、だからといって、病気自体が悪くなるということではありませんので、そこもよく医師のほうは「心配ないよ」と、「天候が悪いんだから」ということで話をすると、患者さんは安心するのではないでしょうか。

山内　重要ですね。プレガバリンという薬剤が新しく出てきたのですが、それ以外に、例えば旧来やられた治療法で比較的勧められるものといったら、どういうものでしょうか。

小川　世界的にもそうなのですけれども、抗うつ薬、特に三環系抗うつ薬のアミトリプチリン、これはぜひとも、最初にそれを使ってもよろしいですし、プレガバリンがあまり副作用が強いようでしたら、アミトリプチリンにかえてもよろしいと思います。これも最初は10mg、寝る前ぐらいから始めまして、徐々に上げていくということ。

それと、昔からありますノイロトロピンという薬がございますが、これも現在、古い薬なのですけれども、新しい鎮痛機序などもわかってまいりまして、新しくまた注目を浴びております。これは副作用もほとんどありませんし、これも併用、あるいは使うべき薬だろうと考えます。

山内　ただ、なかなかどれも長期間の使用が難しそうな印象がありますね。

小川　おっしゃるとおりです。

山内　長期罹患の方への対策としては何かあるのでしょうか。

小川　先ほども申し上げましたように、どこで折り合いをつけるかというところがあります。これをやれば、楽しいことをやっているときには痛みがないということもよくおっしゃっていただきますので、そういう方向での指導といったら失礼かもしれませんが、お話も必要かと思います。

もう一つ、最近の治療では医療用の麻薬がまた注目を浴びておりまして、最初はリン酸コデインを少量から始めて、現在では貼り薬等も、３日に１回ですとか、最近では１週間に１回というものも出ております。実は１週間に１回のものはまだ帯状疱疹には使えないのですけれども、３日に１回の貼り薬なども、フェンタニル製剤ですが、出ておりますので、あまり激しいときにはそういうものも使ってもいいかなとも思います。

山内　帯状疱疹は、癌とか糖尿病とか、基礎疾患があることが多いようですが、先生のご印象で、そういう基礎疾患と、残りやすいものとの関連はどうでしょうか。

小川　やはり糖尿病のある方はちょっと残りやすい傾向がございます。糖尿病自体が神経が少し障害されるということと、免疫が全体に落ちるのでしょうか、帯状疱疹にもなりやすいということがあります。

山内　ありがとうございました。