

しびれの対処法

埼玉医科大学総合医療センター神経内科教授

野村 恭一

(聞き手 池田志孝)

しびれの対処法についてご教示ください。

脳血管障害の後遺症、帯状疱疹後神経痛後、手根管症候群等でしびれが続き、対処法に苦慮することがあります。しびれの神経学的なメカニズム等も含めご教示ください。

<大阪府開業医>

池田 野村先生、しびれの対処法についての質問です。まず、しびれとは何なのでしょう。

野村 しびれとは感覚障害の一つであり、その過敏も鈍麻も含めて、しびれと表現されます。しびれがどんどん強くなっていくと、それは痛みに変わります。しびれは感覚の障害の一つとと思ってください。

池田 感覚の異常で、痛みの軽いものという考えですね。

野村 患者さんによっては、しびれを感覚障害のみならず、運動障害までをしびれと表現する人もいます。また、震えまでもしびれとする方もいますから、診察するときによくそこを聞かないと間違えることがあります。

池田 よくゴルフなどでちょっと手が動かなくなったら、「おっ、しびれたね」と、あれもしびれなのですね。

野村 そうですね。

池田 でも、先生がおっしゃるのは。

野村 医学的には感覚障害のことをしびれと表現します。

池田 感覚障害なのですね。しびれは痛みの軽いものと理解していいのでしょうか。

野村 はい。

池田 例えば、しびれている方、あるいはしびれの症状があるところを同じように刺激していると次第に痛みに変わりますよね。

野村 小さな刺激でもそれが加算されますと痛みに変わります。軽い刺激

でも、どんどん同じところを続けて刺激していると痛みが変わるのだと考えます。

池田 だんだん刺激が累積するのでしょうか。

野村 はい。

池田 しびれの発生の仕方は、痛みの発生の仕方に準じて考えるのでしょうか。

野村 そうだと考えています。

池田 ここで、脳血管障害の後遺症、帯状疱疹後神経痛、手根管症候群と書いていますが、こういったものは神経が障害されるか、あるいは何か圧迫されたりして、血流障害も含めてしびれるのでしょうか。

野村 主にしびれは神経障害性のしびれと非神経障害性のしびれの2つに分けたほうがいいかと思います。ヒトの感覚は手足の末梢神経、さらに脊髄を上行し、脳に伝わります。その間のどこに障害があっても、しびれ、痛みが発生します。神経の障害によるしびれと全く関係しないしびれ、例えば循環障害だとか、筋肉の障害により生ずるしびれもあります。このように、神経原性・非神経原性に分けるとわかりやすいかもしれません。

池田 実際に神経自体が障害されるもの、あるいは神経の機能が妨げられるものに分けられるとのことですね。

野村 例えば、ずっと手を圧迫していると、だんだんしびれてくる。これ

は循環障害によって生ずるしびれです。

池田 正座するとか。

野村 そうですね。

池田 神経が直接に障害されているものと、機能的に侵されているものの2つに分けられるということですね。もう一つ、あるシーンを見ると、例えば、重いものを持ち上げる写真を見ると、それを見ているだけで「痛い」と感じる場合がありますね。

野村 以前はこれを心因性の痛みと言っていましたが、最近はそうではなくて、脳が痛みを記憶しているというのが最近の研究結果です。体をある角度に曲げている写真を見るだけで、患者によっては痛みを自覚します。脳から来る痛みです。

池田 何らかの経験を経て覚えてしまうのですね。

野村 はい、覚えてしまう。さすがに子どもはないでしょうが。

池田 まあ大人で、いろいろ記憶があったりということですね。しびれのメカニズムを考えると、そういった学習的なものとか、心因性のしびれもあるということですね。

野村 それをきちんと除外し、診療していかないといけないのです。

池田 例えば、ある方がしびれを訴えて先生のところに来られると、どういったアプローチで診断といいますか、何が原因でしびれているのかどのように診断するのでしょうか。

野村 まず、しびれについてきちんと聞くことをしなくてはいけません。患者さんが訴えているしびれが本当に感覚障害なのか、先ほど言いました運動障害なのか。本当に感覚障害だったら、どこにあるのか、いつからか、この3点はきちんと聞かないといけません。特に、神経障害性であれば、神経の走行に沿ってしびれがあるはずですよ。あるいは、解剖学的にしびれるはずの部位があるので、この点を確認しなければなりません。

池田 先生方の診察によって、解剖あるいは神経の走行に沿って一致しているものと一致していないものをまず分けるのですね。

野村 患者さんが右手がしびれていると訴えても、実際には左手もしびれていたり、あるいは足もしびれていることがあります。これが神経の走行に全く合っていないければ、これは神経障害では説明できないと考えます。

池田 例えば、ギラン・バレー症候群では末梢だけ障害される。こういう場合では手足の末端のしびれですね。

野村 ギラン・バレーの症例の早期にはグローブ・アンド・ストッキング、日本語では手袋・靴下型のしびれを訴えます。まだら様あるいは斑状にしびれるという訴えは神経の障害では考えられません。

池田 さすがに解剖学的には説明ができないのですね。

野村 はい。

池田 そうなりますと、どっちかという心との関係とか。

野村 その場合は、心との関係と、精神的に少し過敏になっている人が多いので、よく話を聞いてあげるだけでもよくなります。しかし、本人はしびれを訴えていますので、しびれの訴えを否定すると診療的に成り立たなくなりますので、まず受け入れてあげることが一番大切です。あなたのしびれは末梢神経の障害でもない、脳に障害があるわけでもないなど、きちんと説明してあげると納得できますから、そのうえで治療をすると、治療効果がより高くなります。

池田 抑制性の神経系の抑制がとれてしまうと痛みが起る。

野村 痛みの経路は末梢から上行するときに、中枢から痛みを抑制する経路があります。セロトニン系とノルアドレナリン系で抑制する経路がありますが、この抑制系の経路が外れてしまうと痛みが非常に強くなるので、その経路をコントロールする痛み止めの薬が最近発売されています。

池田 外れるというのはどういう状態なのでしょう。

野村 何らかの器質的な障害が多いようです。例えば、脊髄炎だとか、あるいは脳血管障害だとかで、この抑制系の経路が障害されます。

池田 痛みを抑えるのが外れてしま

うので、痛みを感じる。

野村 より痛みが強くなる。

池田 同じパターンで考えると、しびれも何か抑制をするようなものが外れると、しびれを感じてしまうのでしょうか。

野村 脳血管障害でしびれるのも、ちょうどそういうことだと思います。

池田 そういった背景を見つつ、今度は治療になってくるのですが、キーワードはおそらく痛みに関連したような治療をしていくことになるのですが、実際にはどのような治療をされるのでしょうか。

野村 脳血管障害の痛み、しびれで来院される症例で一番多いのは視床痛です。VPL（後外側腹側核）視床の内側後方の障害により生ずるしびれ、痛みです。脳梗塞、脳出血で発症します。急性期は痛み、しびれは生じませんが、脳血管障害の慢性期になると口唇と同側上肢の第1、第2指、親指と人指し指のしびれを訴えます。この特徴的な訴えを聞いただけで、我々はこの部位のしびれは視床に原因があるものと判断します。

ここを治さなくてはいけないのですが、急性期は訴えないのです。慢性期にじわじわと訴えが始まり、唇と手がしびれてきます。最初に使う薬は抗けいれん剤です。テグレトールを使います。そして、クロナゼパムを使ったり、あるいはそれでも効果がないときはリ

リカを処方したりします。視床痛の症例の中には寝られないぐらい痛みを感じる人がいます。そういう症例では視床を壊す手術を施行することもあります。

池田 電気で焼くのですね。

野村 電気で焼くのです。そうすると痛みが止まります。効果は高いですが、そこまで治療する患者さんはほとんどいません。

池田 通常は抗けいれん薬とかリリカぐらいでいけるのですね。

野村 そうですね。

池田 帯状疱疹の後のしびれも同じように治療するのでしょうか。

野村 ほとんどの帯状疱疹は抗けいれん剤が主として用いられます。テグレトールをよく使います。急性期のときは、帯状疱疹の治療をしなければいけないので、抗ウイルス剤を服用、一部ではステロイド薬も使ったりします。それから、NSAIDsも使って、その後、どうしても十分な効果が得られないときはテグレトールやリリカを処方します。我々のところに来院される患者さんのリリカの量に比べて、他の病院で使われるリリカの投与量は少ないようです。やはり300mgぐらい処方しないと、十分な治療効果が得られません。

池田 我々は最初25mgぐらいで始めますが。

野村 3錠ぐらいで効きますかね。75mgでしょうか。それでは痛みは取れ

ないでしょうから、もう少し投与量を上げないと。十分に上げると、かなりよくなることを経験します。しかし、投与量の増量により眠気が出ます。

池田 我々はマックスで150mgぐらいですが。

野村 我々はほとんどの場合、300mgぐらいまで増量します。症例によっては450mgまで処方することもあります。

池田 先ほどの抑制系の話ですが、何か薬はあるのでしょうか。

野村 もちろんそれはリリカです。脊髄の後索から後角にかけての神経においてカルシウムチャンネルのリガンドをブロックすることで痛みが抑えられるよい薬です。

池田 抑制性の問題もリリカですか。

野村 リリカですね。

池田 抑制性も障害性もリリカ。そういう意味では便利ですね。

野村 便利です。

池田 添付文書に書いてありますが、リリカはふらつきなどがあります。

野村 投与量を多くするとふらつきが出現します。

池田 内服は寝る前ですか。

野村 最初は寝る前で75mgを処方、翌日朝から、ゆっくり増量、最初からフルドースにはしません。少しずつ増量することが大切です。

池田 先生方はどのくらいから上げられるのですか。我々は25mgからです

が。

野村 それではおそらく効かないので、75mgから始めて徐々に上げて最終は300mgまで考えています。

池田 それはどのくらいの期間ですか。

野村 2週間ぐらいで上げていきます。

池田 すごいスピードですね。

野村 痛みが強い症例ですので、あまりゆっくりと対応してはいられません。夜、寝る前から始めてゆっくり増量していけば慣れてきます。患者さんには初めに、薬によってふらつきがありますから、朝にのむよりは寝る前から始めてくださいと言います。

池田 それでほとんどコントロールがつくという考えでよいのでしょうか。

野村 我々のところでは痛みを訴える症例の人がたくさん来院しますが、全例がリリカで治療効果を認めるわけでもありません。症例によっては抗うつ剤を併用する、SSRIを使用することもあります。

池田 そういったものを段階的に重複して使いながらコントロールしていくのですね。

野村 何より患者さんに痛み、しびれについてよく聞いてあげることです。患者さんはほとんどの先生は話を聞いてくれないと言います。どこが、いつからしびれ、痛むのかを聞いてあげるだけで、私の痛みを理解してくれると

感じ、患者のしびれ、痛みは半減します。これが一番大切かもしれません。

池田 最も基本的なことが最も大切なのですね。

野村 そうすることで、患者さんは素直に反応してくれるので、そこが大切だと思います。

池田 ありがとうございました。

