

### 3 三叉神経障害

神経疾患▶4

三叉神経の障害により感覚の異常をきたす疾患を三叉神経ニューロパチーとよび、そのうち痛みを伴うものを三叉神経における神経障害性疼痛(ニューロパシクペイン)という。口腔領域の神経障害性疼痛には三叉神経痛、帯状疱疹および帯状疱疹後神経痛、複雑性局所疼痛症候群(CRPS)などが含まれる。

#### 1) 三叉神経痛

痛みは、生体に強い刺激が加えられたときに、自らを守るための警報装置の役目をしているが、神経痛とは、為害作用のない弱い刺激に対して激しい痛みを生じる状態をいう。神経の起始部が血管によって圧迫されるために生ずる特異性三叉神経痛(反復性神経障害性疼痛)と、腫瘍や埋伏歯が原因となる症候性三叉神経痛に分類される。

##### (1) 特異性三叉神経痛の特徴

- ① 三叉神経の走行に一致した痛みである。
- ② 激的な電撃痛が数秒間持続する。発作と発作のあいだはまったく痛まない。
- ③ エックス線検査、血液検査などで異常を認めない。
- ④ 特定部位を刺激すると発作が誘発されるトリガーポイント(または Patrick の発痛帯)とよばれる部位が存在する。
- ⑤ 罹患枝が顔面骨の骨孔を出る部分(眼窩上孔、眼窩下孔、オトガイ孔)を圧迫すると激しい疼痛を訴える

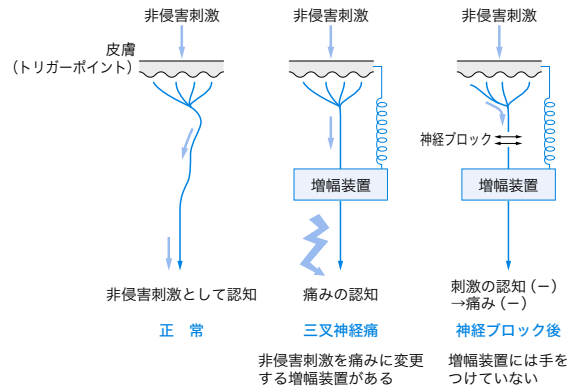


図9-4 神経ブロックの意義 (天羽敬祐 監修、山室 誠 著：図説痛みの治療入門、中外医学社、1986)

(Valleixの圧痛点)。

- ⑥ カルバマゼピンが著効する。
- ⑦ 50歳以上の女性に好発する。
- ⑧ 第II枝・第III枝支配領域に多く、第I枝に発症することはまれである。

#### (2) 治療

##### a. 薬物療法

- ① カルバマゼピン：300～800 mg/日の投与。
- ② プレガバリン

##### b. 神経ブロック(図9-4)

神経破壊薬として99.5%以上のアルコール(低濃度では効果不十分となるだけでなく、アルコール性神経炎を生じる)、または5%以上のフェノール(近年あまり使用されない)を用いる。

##### c. 神経血管減圧手術

これまで決定的な治療法の存在しなかった特異性三叉神経痛に対しても、起始部を圧迫している血管を神経から剥離することで根治が望めるようになった。この手術を神経血管減圧手術(Jannetta手術)という。

#### 2) 帯状疱疹および帯状疱疹後神経痛

帯状疱疹は、三叉神経が水痘帯状疱疹ウイルス(VZV)によって障害されて生じる。水疱が治癒した後も神経痛が残存する場合を、帯状疱疹後神経痛とよぶ。

#### (治療)

帯状疱疹：抗ウイルス薬(アシクロビルなど)、NSAIDs、星状神経節ブロック

帯状疱疹後神経痛：星状神経節ブロック、プレガバリンなど

#### 3) CRPS

抜歯や抜歯が治癒した後も痛みが持続している状態をいう。痛みの悪循環が原因と考えられている。

#### (治療)

カルバマゼピン、プレガバリン、星状神経節ブロック

#### 4) 三叉神経麻痺

ほとんどは、麻酔や手術時の神経損傷による医原性の疾患である。歯科領域では、水平埋伏歯の抜歯に伴って生じる下歯槽神経または舌神経の麻痺が多い。

##### (1) 特徴

損傷を受けた神経線維は変性を起こすが、損傷部から末梢に向かう Waller 変性と中枢に向かう逆行性変性に

分類される(図9-5)。神経線維が損傷を受けた場合は再生が生じるが、神経細胞が破壊された場合には再生が起こることはない。

##### a. Waller 変性

損傷を受けてから数日のうちに末端までのすべての軸索が消失する。有髄線維ではミエリン鞘も10日ほどで分解する(脱髄)。

##### b. 逆行性変性

変性は損傷の周辺部にとどまり、有髄線維の場合、損傷部の1つ中核寄りのランビエ絞輪までである。

#### (2) 神経損傷の分類(図9-6)

##### a. 一過性局在性伝導障害 neurapraxia

神経線維を包む髄鞘部分に限局した損傷の結果生じる。完全な知覚喪失は起こらないが、異感覚、錯感覚(ビリビリした感じ)などの知覚異常を認める。比較的早期に完全回復する。

##### b. 軸索断裂 axonotmesis

神経線維の軸索部分に断裂が生じていても神経周囲膜やシュワン鞘の連続性は保たれている状態。時間はかか

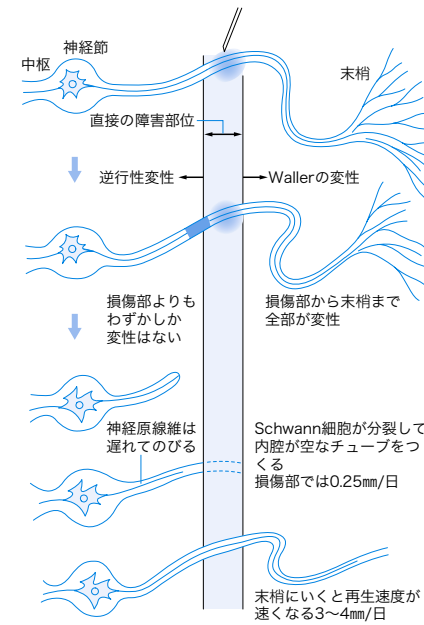


図9-5 Waller 変性と逆行性変性 (天羽敬祐 監修、山室 誠 著：図説痛みの治療入門、中外医学社、1986)