

## 三叉神経痛

大分大学医学部歯科口腔外科学講座  
教授 河野憲司

### 1. はじめに

口腔顎顔面領域の神経痛の代表は三叉神経痛と舌咽神経痛です。舌咽神経痛は稀で、三叉神経痛の約 1/75 と記載されています。今回は三叉神経痛について解説します。

### 2. 発生機序

三叉神経痛は原因が明らかでない特発性三叉神経痛と、他の疾患が誘因となっている症候性（2次性、続発性）三叉神経痛に大別されます。後者の原因として、小脳橋各部の腫瘍や多発性硬化症などがあります。

最近では、原因不明と考えられていた特発性三叉神経痛の多くが、小脳橋角部で三叉神経根が血管に圧迫されるために起きていることが報告されています。

### 3. 痛みの特徴と鑑別診断

神経痛は「短時間の電撃痛」と表現されます。つまり痛みは数秒で、持続しないこと、鈍痛ではなく、発作性の激しい痛みであることが特徴です。

特発性三叉神経痛のその他の特徴は次のとおりです。

- ・50～60歳台に多く、30歳以下の若年者では稀。
- ・痛みは片側の三叉神経領域に局限し（図1）、正中を超えることはない。第Ⅱ枝（上顎神経）領域が最も多い。
- ・軽く触れたり、軽くたたくことで痛みを誘発する発痛帯（トリガーポイント）がある。洗顔、髭剃り、歯磨きなどでこの部位に触れると痛みが誘発される。
- ・痛みのために睡眠障害が起きることは稀。
- ・バレー（Valleix）の圧痛点（第Ⅰ枝の神経痛では眼窩上孔、第Ⅱ枝で眼窩下孔、第Ⅲ枝ではオトガイ孔）の圧迫で痛みが誘発される。
- ・カルバマゼピン（テグレート<sup>®</sup>）が有効であり、消炎鎮痛剤は効かない。
- ・三叉神経領域の知覚障害はなく、顔面皮膚の症状（紅潮など）もない。

これらの臨床症状から特発性三叉神経痛の診断はそれほど難しくありませんが、脳腫瘍などの疾患による症候性三叉神経痛でないことを確認する必要があります。症候性のものでは三叉神経領域の知覚低下などの脳神経症状を合併することがあるので、疼痛以外の症状がある場合は要注意です。

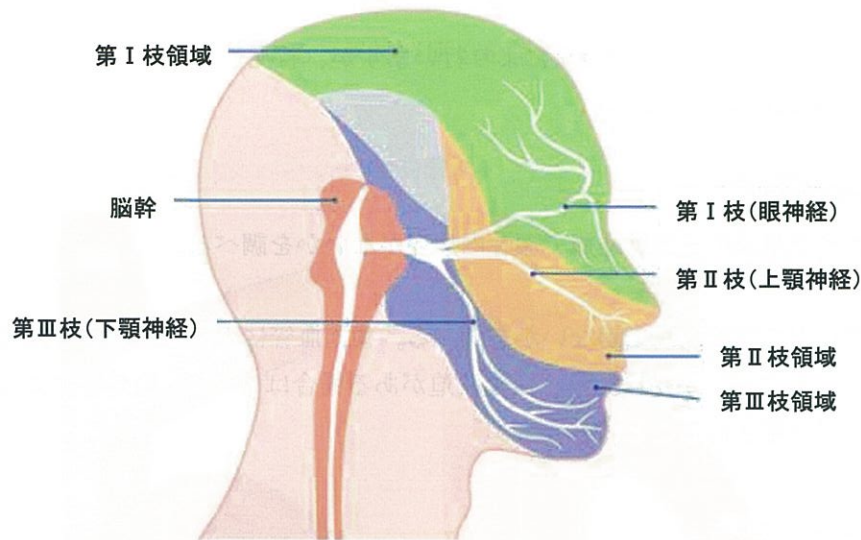


図1 三叉神経第Ⅰ枝、第Ⅱ枝、第Ⅲ枝の支配領域

三叉神経痛は片側に局限し、正中を超えることはない。罹患した神経枝の領域内に発痛帯(トリガーポイント)が存在する。第Ⅱ枝(上顎神経)が最も多い。

[https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&ved=2ahUKEwiz9vOb47XgAhXQc3AKHXQVAagQjRx6BAgBEAU&url=https%3A%2F%2Fminds.jcqh.or.jp%2Ffn%2Fpub%2F3%2Fpub0132%2FG0000799%2F0004&psig=AOvVaw1Uw\\_CBfdmIjVCkrc0Q81vg&ust=1550046282248233](https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&ved=2ahUKEwiz9vOb47XgAhXQc3AKHXQVAagQjRx6BAgBEAU&url=https%3A%2F%2Fminds.jcqh.or.jp%2Ffn%2Fpub%2F3%2Fpub0132%2FG0000799%2F0004&psig=AOvVaw1Uw_CBfdmIjVCkrc0Q81vg&ust=1550046282248233) を借用(一部改変)

以下の疾患は三叉神経痛に類似した症状を示すことがあるので、鑑別が必要です。

・舌咽神経痛

三叉神経痛と同様の電撃痛を生じますが、疼痛部位は舌咽神経領域(扁桃、咽頭、耳)です。三叉神経痛で口腔内に疼痛を生じている場合に鑑別が難しいことがあります。トリガーポイントを調べることで鑑別に役立ちます。

・群発頭痛

片側の眼を中心とした持続性または拍動性の刺すような痛み。第Ⅰ枝の三叉神経痛と誤診されることがあります。

・非定型性顔面痛

1924年に Fraizier らにより、「三叉神経に関連づけることができない三叉神経領域の痛み」と定義された疾患です。

疼痛が複数の脳神経支配領域に生じたり、両側性にみられることがあること、持続性疼痛を特徴とすることから三叉神経痛と鑑別されます。疾患概念が明確でないため、現在ではこの疾患名はあまり用いられません。

#### 4. 三叉神経痛の検査

三叉神経痛の診断は主に臨床症状により行いますが、特発性三叉神経痛と症候性三叉神経痛の鑑別に画像検査が必須です。

##### ・パノラマ X 線写真

第Ⅱ枝や第Ⅲ枝の三叉神経痛で顎骨内病変がないかを調べる。

##### ・CT、MRI

脳腫瘍などの頭蓋内病変がないかを調べる。また血管による三叉神経根圧迫の有無を精査するために MRI が用いられ、血管圧迫がある場合は (図 2) 脳外科的に顕微鏡下血管減圧術が適用されることがあります。

#### 5. 三叉神経痛の治療

##### 1) 薬物療法

三叉神経痛が考えられる時はまず抗痙攣薬であるカルバマゼピン (テグレトール®) の投与を行います。

処方例 ) ①テグレトール 200mg 2×朝・夕食後 2日間 (1/2錠を1日2回)

↓

効果と副作用を見ながら2日毎に100mgずつ増量。

②テグレトール 300mg 2×朝・夕食後 2日間

③テグレトール 400mg 2×朝・夕食後 2日間

・

・

・

副作用なく除痛できる量で維持。1日600mg～800mgまで増量。

カルバマゼピンの主な副作用は眠気、めまい、注意力低下です。稀な副作用として白血球減少などの血液異常があります。副作用に注意しながら除痛できる量で維持します。

なおカルバマゼピンは神経痛の特効薬ですので、消炎鎮痛剤が効かない疼痛に対してカルバマゼピンが有効であれば、三叉神経痛の確定診断が得られます (いわゆる治療診断)。

##### 2) 三叉神経末梢枝アルコールブロック

薬物療法が奏効しない場合や副作用のために増量ができない場合は、バレーの圧痛点へ経皮的にエタノールを注射して神経を遮断する手法がとられます。この方法による除痛期間は半年～2年です。

また頭蓋底の卵円孔 (三叉神経が頭蓋内から出てくる部位) 付近で神経ブロックを行うこともあります。

### 3) 顕微鏡下血管減圧術

MRI などの画像検査で血管による三叉神経圧迫を認める場合は (図 2)、脳外科的に血管減圧術の適応になります。

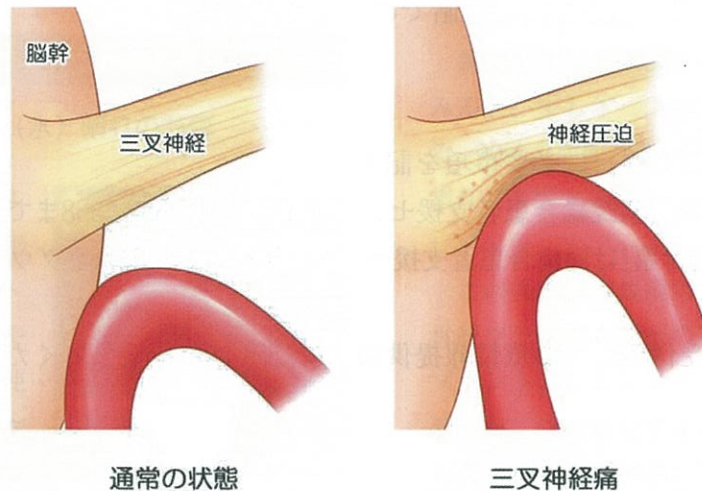


図 2 血管による三叉神経根の圧迫

血管(赤い部分)が三叉神経根を圧迫して神経痛を生じていることがある。

Medical Note 「三叉神経痛の原因とは？なぜ激痛が起こってしまうのか」から借用、  
[https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&ved=2ahUKewjAkLHnhLDgAhUP87wKHbxCBYoQjRx6BBAgBEAU&url=https%3A%2F%2Fmedicalnote.jp%2Fcontents%2F180109-001-TJ&psig=AOvVaw3MyoL\\_YFtRkfrfYjBw3e&ust=1549848503065499](https://www.google.com/url?sa=i&source=images&cd=&ved=2ahUKewjAkLHnhLDgAhUP87wKHbxCBYoQjRx6BBAgBEAU&url=https%3A%2F%2Fmedicalnote.jp%2Fcontents%2F180109-001-TJ&psig=AOvVaw3MyoL_YFtRkfrfYjBw3e&ust=1549848503065499)

### 6. 帯状疱疹後神経痛 (PHN: post-herpetic neuralgia) について

帯状疱疹は、幼少時に水痘にかかったあとに神経に潜伏した帯状疱疹ウイルスの再活性化で生じる疾患です。顔面・頭部では三叉神経領域に多く生じます。

治療は抗ウイルス剤投与ですが、皮膚・口腔粘膜症状が消えた後に頑固な神経痛が残ることがあり、帯状疱疹後神経痛 (PHN) と呼ばれます。PHN の予防として、帯状疱疹に対する初期治療 (抗ウイルス剤投与と除痛) が大切といわれています。

帯状疱疹と診断した場合は、症状が軽度でも専門施設への受診を勧めてください。

### 7. さいごに

顔面・口腔領域の痛みに対して正しい診断と適切な治療が行えるか否かは、担当医の知識にかかっています。三叉神経痛は症状が特徴的なので診断が比較的容易ですが、類似症状を示す他の疾患との鑑別を常に頭におきながら、治療を進めることが大切です。