

神経内科の紹介

上田直久

私は本年4月からの神経内科新規開設にあたり就任いたしました。神経内科が診療する疾患は中枢神経から末梢神経、筋と多岐にわたっており、しかも未だに原因が不明の場合が多く、一般的に「治らない病気」を扱っているといわれるものです。また、神経内科医が常勤している病院もまだまだ少なく、一般の方々にとって神経内科という科はなじみが薄いところだと思います。ここではそれらの一部をご紹介します、神経内科を少しでもご理解いただけたらと思います。

1. 脳血管障害

神経内科の領域では最も患者様の数が多い疾患であります。よく「脳卒中」という言葉を使う方が多いですが、大きく分けて脳梗塞(血管が詰まる)と脳出血(血管が破れる)に分類します。脳出血は脳神経外科で診察する事が多いため、主に脳梗塞について説明いたします。脳梗塞は臨床的に次の3つのタイプに分かれます。

a.ラクナ梗塞: 脳の中の細い血管が、高血圧のために狭くなって起こる。日本人に多いタイプで、症状は軽いことが多い。

b.アテローム血栓性梗塞: 頸動脈や頭蓋内の大きな動脈の動脈硬化(アテローム硬化という)のため内腔が狭くなり、血栓が付着して詰まってしまう。

c.心原性脳塞栓症: 心房細動などによってできた心臓の血栓が、脳動脈に流れ込んで閉塞してしまふ。突然発症し、重症になることが多い。

脳梗塞の症状は、脳のどの部分が、どれほどの大きさで障害を受けたかによって異なります。詳しく述べると紙面が足りませんので主なものを挙げると、片方の手足がしびれる、片方の手足の力が抜ける、ろれつが回らない、めまいがしてまっすぐ歩けない、左右のどちらかが見えにくくなる、上手く飲み込めない、などの徴候が見られます。以上の症状を認めた場合、頭部CT、MRIなどの検査を行います。ただ、CTでは発症後数時間では病巣がはっきりしないことが多く、最近ではMRIのdiffusion



という撮影方法で初期段階からの脳梗塞が診断可能となりました。当院でも平日に行うことができます。治療ですが、脳神経細胞は一度障害を受けると二度と再生はしないため、「いかに脳梗塞を拡大させないか」という点に主眼がかけられます。早い時期から抗凝固薬(ヘパリン、アルガトロバン)、抗血小板薬(オザグレレルナトリウム、アスピリン)、脳細胞保護薬(エダラボン)などの点滴・内服治療を開始し、リハビリテーションを行えば後遺症を最小限にすることが可能です。ですから早期発見が最も重要であります。近年では発症3時間以内の超急性期にはt-PAという薬剤を使用した血栓溶解療法という治療も行われていますが、脳出血の副作用の報告も多く、まだ完全に確立された方法ではありません。さて、脳梗塞になりやすい体質というものがあるのかと気になるとは思いますが、いくつか危険因子というものがあります。加齢、高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満、喫煙、大量飲酒、ストレスなどにより、動脈硬化が起こりやすく血液の粘稠性が増し(ドロドロする)、血管が詰まりやすくなります。先ほども述べましたが心房細動などの不整脈も心臓内血栓ができやすくなります。以上のような基礎疾患のある方は、脳梗塞の可能性について十分に理解する必要があります。

2. 炎症性疾患(髄膜炎、脳炎)

ウイルス、細菌、結核菌、真菌などが中枢神

経を覆う軟幕に感染し、炎症を引き起こすと髄膜炎となります。炎症により軟膜が肥厚し、脳圧亢進症状（頭痛、嘔吐）、髄膜刺激症状（項部硬直、Kernig 徴候）、発熱などが起こります。脳脊髄液検査での白血球数の増多・分画、蛋白増加、糖の低下の程度などにより診断します。頻度は圧倒的にウイルス性が多く、安静のみでも改善しますが、症状が強い場合は入院してグリセロールなどの点滴で脳圧を下げる治療が適切です。ヘルペスウイルスが中枢神経内に感染すると脳炎を発症し、精神症状、痙攣、意識障害を起こします。致死率も高くなり、早期診断による抗ウイルス剤の投与が重要となります。細菌による髄膜炎はウイルスに比べ重篤な場合が多く、抗生剤による治療の早期開始が必要となります。

3．変性疾患

変性疾患とは特別の誘因がなく、ある特定の神経細胞群がゆっくり変性していく疾患の総称です。アルツハイマー病、パーキンソン病、多系統萎縮症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症などなど様々な疾患が含まれています。この分野は原因不明なことがほとんどであり治療が困難であります。最近では分子遺伝子学的な手法により、病態解明に向けての努力が加速的に進歩している分野です。それぞれの診断は、医学が進歩した近年でも症状の進行具合、診察での所見で決めています（遺伝性疾患の場合は遺伝子診断が決め手となります）。MRI、脳血流シンチ、PET など画像診断もかなり発達していますがあくまでも補助的に利用されているにすぎません。本当の確定診断は病理所見なので、生前にはできません。各疾患の病態の詳細・治療は紙面の都合で省かせていただきます。

4．脱髄性疾患

脱髄性疾患とは大脳や脊髄の神経を包んでいる髄鞘（ミエリン）という部分が障害される疾患です。代表的なものに多発性硬化症が挙げられます。その脱髄巣が様々な部分に（空間的多発）、いろいろな時期に（時間的多発）起こります。また、日本人に多いのですが、視神経の障害が起こることもあります。女性に多く、平均して40歳台に多く発症します。人口10万人あたり5人程度といわれています。症状は障害部位によって様々ですが、視力障害、運動麻痺、感覚障害、排尿障害、ふるえ、精神症状などがみられます。検査はMRI、脳脊髄液検査などを行い診断していきます。病因はまだはっきりとは確立されていませんが、何らかの自己免疫的

機序が考えられています。多発性硬化症と診断したら、副腎皮質ステロイド剤を使用します。症状が緩解したらいったんステロイドは終了します。再発時に再びステロイドを使用します。再発を防止する薬剤は長年にわたり研究されていますが、100%抑えるものはまだ開発されていません。日本ではインターフェロン・ベータという注射剤のみ認められて使用されていますが、患者様が自分で注射をしなければいけない、副作用が多いなど問題点があることも事実です。多発性硬化症はこうして長年にわたり再発・緩解を繰り返しながら病巣が増えていき、徐々に運動機能・知的機能が低下していきます。再発防止の治療法の確立が早急に待たれる疾患の一つです。

脱髄性疾患には他に急性散在性脳脊髄炎、横断性脊髄炎などがあります。

5．筋疾患

一言で筋疾患といっても、その分野は多岐にわたっています。炎症性疾患の多発筋炎・皮膚筋炎、神経筋接合部の異常による重症筋無力症、遺伝性疾患の筋ジストロフィー、ミトコンドリア異常によるミトコンドリア脳筋症などがあります。筋肉とは人間の身体を構成する要素の中で、もっともボリュームの多い臓器の一つであります。この筋の異常による疾患も神経内科が診ているわけです。

6．梢神経障害（ニューロパチー）

これもとても一言では表せない疾患群であります。免疫性ニューロパチーにはギランバレー症候群、慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー、フィッシャー症候群（厳密には末梢神経障害のみではない）などが、遺伝性ニューロパチーの代表は Charcot-Marie-Tooth 病、その他、糖尿病性ニューロパチー、顔面神経麻痺、栄養欠乏性ニューロパチーなどがあります。

以上、非常に簡単ではありますが、神経内科で診療する疾患を思いつくままに挙げてみました。まだまだ各疾患について述べたいことは山ほどあるのですが、今後の機会に少しずつお知らせできればと思います。

当院のような、いわゆる町の一般病院では何といっても脳血管障害の患者様の数が圧倒的に多いといえます。脳血管障害は突然発症するため、その診察、治療も緊急で行われることになります。早期の診断、治療開始が重要でありますので、私も努力を怠らぬようにしていきたいと思っております。