

あすなろ

昭和48年1月13日

第3種郵便物認可

H S K 通巻251号

発行 平成5年3月5日(臨時号)

編集 あすなろ会

発行 北海道身体障害者団体

定期刊行物協会

あすなろ会会報 臨時号

多発性硬化症 医療講演会要旨

大変遅くなりましたが、昨年10月29日に開催されました多発性硬化症の医療講演会の要旨が出来上がりましたので、お届けいたします。ご存知のとおり北海道に於いて多発性硬化症という病気はその有病率が他の難病に比較しても高いにも拘らず、患者会がありませんでした。そのため様々な医療・広報活動等についても連絡や人員の確保の面などで色々な障壁が在ったように思います。

今回の講演会につきましても、お忙しい中ご協力頂いた先生は勿論、難病連事務局あるいはあすなろ会の方々にも大変お世話になりました。そして当日折からの悪天候の中あれだけ沢山の方々が集まって頂いたのを見て患者会の必要性を痛感いたしました。講演会後に行ったアンケートの結果でも患者会の必要性が確認されたと思いますので、これからはその方向で運動していこうかと思っております。皆様のご協力をお願いいたします。

(田中 士郎：あすなろ会運営委員)

「あすなろ会々長挨拶」 尾関 正徳

病気別に組織されない患者達の集まりが”あすなろ会”と申しまして、種々の病気を持った人たちの集まりです。

私はこの4月に会長を仰せつかりました。たまたま”あすなろ会”の役員の中に多発性硬化症の方が3人おられて”あすなろ会”を支えていただいている関係もあり、北祐会神経内科病院の深沢先生にお忙しいのにもかかわらずおいでいただいて、いろいろご指導いただける事になりました。皆さんと一緒に硬化症に付いていろいろ教えを請いたいと思いますし、もし時間が許せば質問等で今迄明らかになっていない事に付いて、ご指導願えれば幸いです。

今日は天気が余りよくないにも拘らず、多数ご参加いただきましてどうもありがとうございました。

講演

「多発性硬化症の治療と療養指導について」

北祐会神経内科病院 深沢 俊行先生

ご紹介いただきました北祐会神経内科病院の深沢です。今日はこのように沢山の方にお話させていただくことができ非常に感謝しております。

今日のテーマとしては、当初役員の方からは、「治療と療養」ということだったので、少し基本的な事も話しながら、スライドを使いなが

らやりたいと思います。終わりましたらぜひ質問等を受けてそれに答えられる限り答えたいと思います。

経験的にこういう会にこられる方というのは、自分でも病気のことをある程度勉強されている方が多いので、そのつもりで話していきます。

多発性硬化症というのは先ず何か。

教科書的には、中枢神経における脱髄疾患の代表的な病気であると始まっていると思います。

それで、脱髄とは何か、中枢神経とは何か等いろいろあると思うのです。

中枢神経というのは基本的には、大脳・小脳・脳幹・脊髄それから広い意味で視神経そういった部分が入るのです。

脱髄というのは何か？それについては、後で別のスライドで説明しますが、いずれにしてもその脱髄疾患というのはどういうものがあるか。

その代表選手が多発性硬化症で、よくMultiple Sclerosisと英語で言いますので、これからMSと言います。

このMSというのが代表的なわけですが、これは非常に診断も難しいですし、症状も多彩です。例えば肺炎で咳をしている、熱がでて痰が出て肺炎かも知れないと。それから、あの人は右の手と右の足が動かなくて、血圧も高いよ

うだ。こういう人は脳卒中ではないか？それから血液の糖を調べて、糖が高かったので糖尿病ではないかと、そう簡単にはいかないのです。

実際に症状がバラバラなものですから、本当にそれがMSだと分からない。しかも、このようにいろいろなタイプがあるわけですが、大きく分けても、典型的なMSといわれている、慢性で長い年月にわたって良くなったり悪くなったりするタイプの慢性再発性のMSといわれているグループと、ワースと急速に症状が出てきて、あまり何回も繰り返す事は少ないといわれている急性型。

それから、日本に非常に多いといわれている視神経脊髄炎。これはデビック病といわれているのが多いのですが、非常に日本やアジアに特徴的といわれていまして、目と神経が非常に侵され易いというのです。

最近はこういう病気といわ

れている中に、実際に原因の分かったものがいくつかありまして、例えば慢性進行性といえますか、再発しなくても慢性進行していくタイプで今迄MSといわれていたものが実際には一種のウィルス感染に起因する・・・名前はHAMというのですが・・・それが今迄はMSと診断されていたケースが多いのです。

それから視神経脊髄炎といわれた中に、かなり高率に別の疾患が含まれている可能性があります。特にこちらのタイプのものは、もう一度きちっとした精密検査を受ける必要があるということで、神経内科の病気ではかなり問題になっております。

それから、急性散在性の脊髄炎というのは、急性のMSと似ているのですが、これはほぼ1回きり。急性のMSというのは何回と繰り返すことが多いのですが、これは特に1回と定義される先生もおられるくらいです。それとワク

チンや、風邪をひいたとかそういう何かの感染症の後に起こり易いといわれているのもあります。そのほか色々似たようなものがあるわけです。

今日お話ししようと思っているのは、脱髄疾患の中で一番多い多発性硬化症（MS）です。

多発性硬化症というのは、実際何かといったときに何回かいわれたと思いますが、一応場所が多発的に侵される可能性があるということ、それから時間的に何回か多発する可能性があるということで「多発性」という名が付いています。

場所の多発性に付いて具体的にお話しすると、これは人間の頭を横からみた訳ですがこれが視神経でこれが目玉でこれが大脳です。これが小脳で、ここに脊髄という長いのがありまして、これが背骨に挟まれている訳ですが、それと大脳と脊髄の間に脳幹とい

われている部分があります。輪切りにしたもので見ると、中脳・橋延髄といわれているこの3つが脳幹部に当たります。

古典的といわれているMSの場合にはこういう場所にパラパラと出る。あるというかこういう風にパラパラとあった人でなければ昔は診断がつかなかったということです。

(はっきり言うと)ですから場所はそういう風に多発する可能性がある。

それからもう1つの多発性の意味あいである時間的な多発性というのは、MSの場合非常に重要で、何度も再発する可能性がある。色々な経験から、多くの場合このようにグループ分けしています。

典型的なケースは何かというと非常に難しいのですが、何回か繰り返すというのは大体同じです。ですからそういう意味での多発性です。

その中に、あまりはっきりした増悪がなくて、さっき言

ったHAMという病気がそうですが、だらだらだらと何か良くないことがあって、ちょっと悪くなったかなという感じで少しずつ歩行障害が出てきたとか、おしっこが出てにくくなるという感じで来るケースもあります。

それから1回ポツとあって何年もなくて、私の経験している人では、30年ぐらい前に1度あったらしいけれど、最近またちょっと足が調子悪い。色々検査したらどうもMSらしいということで、非常に長い年月何ともなくて、またポツと再発する方もいる。これはやはり多発ということで、臨床的に多発性硬化症という診断はその時点で行くわけです。

そのほか最初のうちは多いのだけれど、そのうちに再発はしなくなるケース、あるいは最初は良くなるのだけれどそのうち再発したときの治療でがんばってみるのだけれどなかなか思うように戻らなく

なってしまう方とか、いろいろなタイプがあります。

基本的には何度か再発する可能性があるということで、多発性という言葉をも病名に入れているわけです。

そうすると、多発性というのは頭の中のいろいろな所に病気が起きる可能性があるって何度か起きる可能性がある。

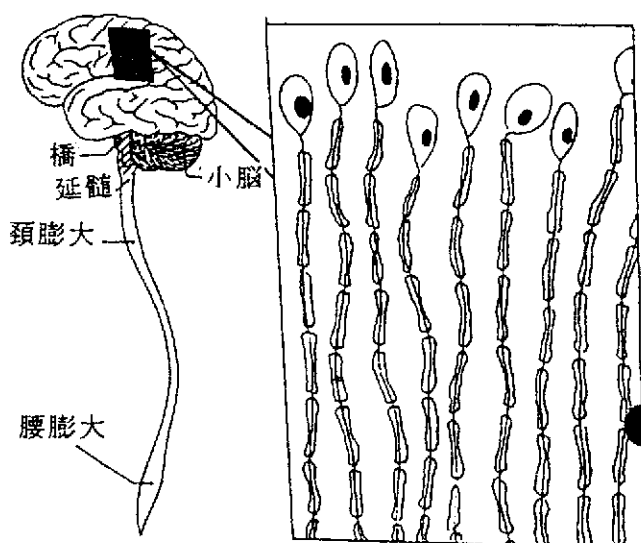
じゃ、何が起きているのだろうか？脱髄がおこっているわけです。

脱髄というのは髄が脱げると書くわけですが、それはどういう意味かということ、髄というのは髄鞘というものを意味しています。

鞘(しょう)というのは皆さんご存知の通り鞘(さや)という言葉ですから、髄鞘というのは神経学の言葉では、神経の外にある鞘を意味しています。

それでこれは先程のものでありまして、頭、大脳がありまして、小脳があり脳幹部があって脊髄がある。

<図-1>



この中の神経組織というのは少し拡大してみると、非常に単純に書くと、神経細胞というのがここにあります。

この細胞のひとつひとつが軸索という神経繊維をのばしています。その軸索に沿って電気的な信号が、例えば運動であれば動けと言う命令が脳から脊髄を通過して手に行く。あるいは足に行く。それで自分の思うとおりに動かすわけです。

感覚であれば、感じたものが脊髄を通過して頭に行って神経細胞で察知されるというこ

とで、いずれにしても、この神経繊維の中を信号が通っているわけです。その神経繊維の表面には先程言いました髄鞘という鞘が被っています。具体的にこういうところを信号が伝わっているわけです。

それで沢山の繊維が束になっています。例えば発電所から家庭に電気を流すときに、最初はとても太い電線で、それから各家庭に行くに従って枝分かれしていくわけですが根元の所に裸の繊維が走っていれば、ショートしてしまい信号がどこにいくか分からないわけです。

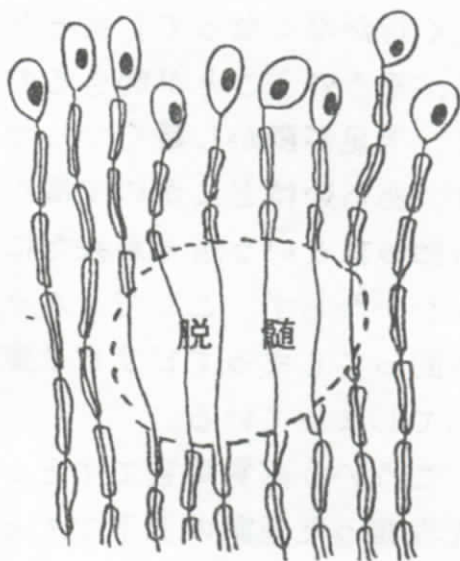
ですから頭の中も同じように、小指に行く繊維とか親指に行く繊維とか、非常に複雑な信号を正確に伝えるためには、こういう鞘が被っていて各々がきちっと独立して正確に働かなければならない。単純に言えばそういうことです。他にも鞘が被っているおかげでよい事は沢山あるわけです。

つまり鞘は、そういったシ

ョートしないためにあると簡単には理解して下さい。

ところが脱髄というのはこの鞘が脱げるわけです。

<図-2>



そうすると、ここにポコッと本来は全体を鞘が被っている筈のところに鞘のない部分ができってしまう。これについては、元々の原因は分からないのですが、どういうことが起きているのかはかなり分かっていますので、後で簡単にお話しします。

ここ部分に電気がきますと

鞘がありませんので、信号がどっちへ行ってよいか迷うわけです。違う方向へ行ってしまうたり、こうクルクル回ってしまったり、あるいはまったく行かなくなってしまうたり、そういうことが起きるので、手足が動かし難くなったり、あるいはどこかの皮膚から触ったという信号が来たにもかかわらず、ここでクルクル回ってしまってピリピリ痺れてしまっている。

こういう感覚障害ですとか先程言った運動の低下ですとか、そういうことが出てくる。

この脱髄ということがMSといわれている病気の現象です。表面にはそのような形で出てきます。

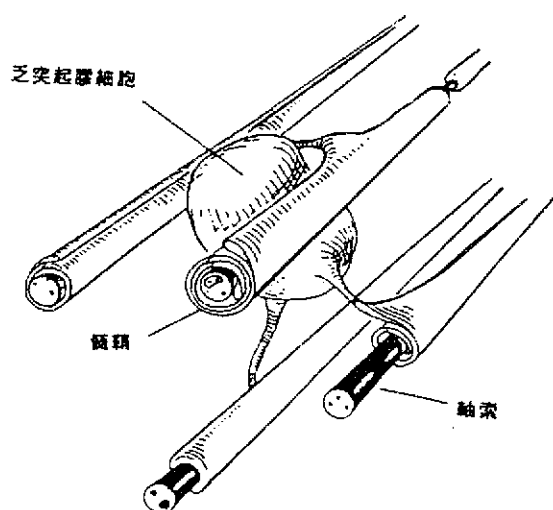
それではここでちょっと難しい話になりますが・・・脱髄が多発性に、何度もいろいろな部分に起きる可能性がある」と説明しましたが、脱髄が起きるということをどのように考えたらよいかということ

を、少しだけちょっと話してみたいと思います。

これが神経細胞でこれが神経繊維で、次の神経細胞とバトンタッチするわけです。矢印があるように命令がスーッと伝わる筈です。そこに鞘、鞘というのは実はこういう乏突起細胞という細胞がズーッと手を伸ばして包んでいるわけです。これが実は髄鞘といわれている鞘なのです。ですから、鞘というのは乏突起細胞の一部が伸びたものなのです。つまりこの細胞が障害されると脱髄が起きるわけです。その中の情報が通り難くなるということが起きます。

次のものは立体的な見やすいものがあつたのでコピーしたのですが、これが今言った神経細胞の1本ずつです。こう走っているわけです。神経細胞からの繊維がこう走っています。そこに乏突起細胞というのがありまして、これから手足を出している不気味な絵ですが、そこからその一部

<図-3>



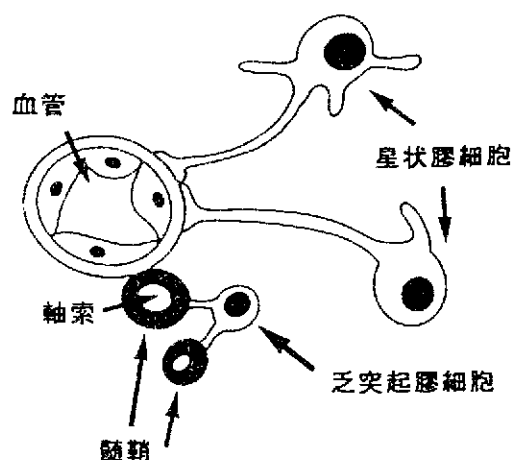
は軸索という神経繊維を包んで髓鞘といわれる鞘を作っています。ですから一つの棒突起細胞が何本かの足を出していくつかの神経繊維を包んでいる。この細胞が障害されると脱髓が起きるわけです。

ただこれは非常に簡略に書いてあります。勿論実際には頭の中というのは細胞がいっぱいありますので、この辺に例えば血管があるとか、この辺に何か別の細胞があるとかいろいろなものがあるわけですが、これには一番大事なポイントだけを書いてあります。

今言った神経細胞というのはこれを輪切りにしたものです。この白く濃くなっているのは鞘です。この中を軸索という神経繊維の一番大事なものが走っています。それを包んで髓鞘があるのです。そしてこの髓鞘が、実はこの乏突起細胞が枝を出して包んでいる事によって出来ている。

これは先の絵と同じです。

<図-4>



そこで正常な状態というのは私が今言ったようにいろいろなものが他にあります。

細胞というのは、例えばこれとは別な星状膠細胞といわ

れているものがありまして、これは栄養を与えたり、いろいろな働きをしているらしいのですが、一応正常な場合にはこれぐらいの数があると考えて下さい。それと血管があって、そのそばにこういう神経が走っている。この血管から勿論栄養は行くし、場合によってはいろいろなものが出て来たり入ったりする。こういうのが簡単に正常な部分と理解して下さい。

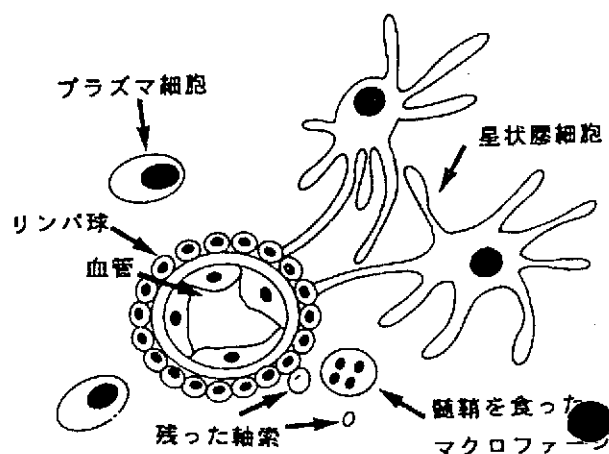
脱髄とはどうなるかというと、元々の原因は分かりません。結果的には、恐らくは自己免疫疾患、これは有名な言葉なのでご存知の方も多いと思いますが、自分の体なのにそう認識できなくなって自分の体の細胞を攻撃してしまう。簡単に言えば、そんな一連の疾患を自己免疫性疾患というわけです。

MSも、一応中枢神経における自己免疫性疾患と考えられていて、自分の体の一部であるさっきの髄が脱げるのは

自分の体の中で攻撃するものが出来上がってしまうから髄が脱げるのだというふうに説明されているからです。

それでは、髄を壊すのは何者かということ、大部わかって来ていまして、大きくいえば白血球の一種のリンパ球の中の、ある悪玉のものが髄を壊すのだろつとされています。

<図-5>



この図はそれを簡単に書いているのですが、ここに残っているのはさっき言った軸索なのです。

ところがこの軸索は、さっき見せたのとは違って周りに

白い鞘を被っていないわけです。ですからこれはもう脱髓が起こった状態です。

そういう状態が起きている周りを見てみると、たいていの場合血管がありその周りにリンパ球がいっぱい出ています。これらは多くの場合悪玉のリンパ球と思われますが、それはおそらく体の中を流れている血液の中から出てきまして、それが色々な働きを持ってしまい、つまりマクロファージといわれるものがそうですが、こういう細胞が攻撃をしたらしい。そこを見てみると、マクロファージというものが白い鞘を食べてしまっている。このマクロファージというのは一種のリンパ球みたいなものですが、そういう鞘を食べてしまう大食細胞というものです。それから、リンパ球それに関連したプラズマ細胞というのが、今度は細胞自身がやっつけるのではなくて、鞘を壊す物質（抗体）を作って鞘を壊してしまう。そういっ

たこともあるだろう。

そんないろいろな働きがあるだろうと今は考えられています。そして、裸にされた神経繊維がある場合にはその周りには必ずさっきお見せした星状膠細胞（さっきは可愛い形のわりと小さい細胞に描いてありましたが）今度は不気味な形になって、大きくなって、足もいっぱい伸ばしてと、こういう様に形を変えていきます。

これは一種の修復過程だと思われるのですが、こうなってくると、病理学的にはこの部分は硬くなるのです。ですから、脳は普通とても柔らかいわけですが、いま言ったような異常が起きて星状膠細胞みたいなのが増えてくると、組織自体が硬くなるのです。

非常に硬い脳になるのです。それを 100年も昔の学者は、CTも無ければMRIも無いので、残念ながら亡くなられた方の病理解剖などをして、多発性に硬い部分があるので

多発性硬化症という名前をつけたのです。

ですから、多発性硬化症の多発性というのはさっき言った意味合いがありますし、硬化症という中には、今言った意味合いを含めて、ずっと昔から呼ばれ続けている病気です。ただ今は必ずしも、皆が硬くなるわけではないとはっきりしているので、現代の医学からすると必ずしも当たっていないのです。

実は、多発性硬化症というのは、皆さんご存知の通り緯度の高いところに多いといわれています。特にカナダ等にはとても多いといわれています。カナダというのはこの辺です地図が見難いですが、ここに日本があります。このスケールは、有病率と言われているのですが、10万人に100人くらいがこのあたりです。だからカナダはこの辺に当たります。ヨーロッパの辺りは、これをまだ追い越していないで

すが、長いのがいっぱいありますから、これくらいの頻度があります。でこうしてみると、この緯度の辺りが非常に多いです。これには描いていませんが、この辺りにも多いです。オーストラリアにも結構多いです。ところが、同じ様な緯度でもアフリカ、南米アジアに関しては非常に少ないといわれています。

これは欧米では緯度が高いと頻度が高いというのは常識的にいわれているのですけれど、この辺りでは少ない。この辺はたぶん医者もそんなに多くないと思うのですけれど日本は最先端の医療を持っているにもかかわらず、やはり少ない。

これはカナダの写真ですが「MSの日」というのがあるんです。要するにMSがそれだけ多いということですが、その日に色々な人がMSの方に寄付をするのですが、ボランティアをしてMSの基金を創って研究とか臨床に活かそ

うという日があるのです。それくらい欧米では非常に多い。テレビ等を見ていると、MSの患者で結構有名な野球選手だった人が出てきて宣伝したりしています。

そこで、日本はといいますと、1958年というと余りにも古いのですが、旭川の10万人に2.5人とほんのちょっとしかないと言われ続けて早20年です。

実際に少ないのだろうかという話になりますが、私は北大の神経内科グループに所属していますので、それ以外の処のデータについてはよく分かりませんが、一応田代教授が神経内科を始めて10年以上その間に蓄積されたデータを全部手元に揃えてみるとこんなものではない、北海道では非常に多い。10万人に対して50人位はいるのではないでしょう。

ですから、北海道は日本の中でも多いのではないか。先日九州の先生達と学会でお話

しする機会があったのですがやはり九州では少ないということでした。

北海道は寒いからかどうかは分かりませんが、北海道にMSが非常に多いということは、今は日本の中でもかなり知られてきています。ですから、いろいろな面での研究も北海道が進むべきであろうとそういうふうに考えています。

今まで話した多発性硬化症というのは、どういう病気であれくらいの頻度で存在するかということです。

10万人に50人とした場合、札幌で500人～1,000人弱位いるはず。ですからそんなに少なくはない。ただ今だに少ないと言われている理由の一つは神経内科の医者がまだ多くないということと、他の専門の科の先生方がまだ神経内科の疾患に対する理解をする社会的環境が整備されていないということだと思います。

次に、MSの症状について簡単にお話しします。

<図-6>

MSの初発神経症状 (%)

シ リ ー ズ (年次) (症例数)	日本全国症例 (1972) (1,084)	日本全国症例 (1982) (1,518)
視力低下	43	33
一眼	18	
両眼	14	
側不明	10	
しびれ感	24	25
運動麻痺	22	20
歩行障害	26	20
複 視	9	13
感覚鈍麻	14	11
言語障害	9	4
排尿障害		
回転性眩暈		
手の運動不器用		

これは北海道でも全国でも同じです。初発症状でこういうことがあったときは要注意だというつもりでみてみますと、日本ではやはり目の障害視力低下というのが多いといわれていて3割くらいはそうです。後は手足が痺れるとか手足が動かし難くなるとか、歩きにくいとか、物が2つに見える、即ち目を動かす神経が障害されて、右と左の目が充分に一緒に動かないためにダブって見える。そういう脳

幹部という部分の、つまりさっきお見せした場所の症状です。

それから後は感覚が鈍いとか、喋り難いとか、それからおしっこが出難いとかいった症状が日本では多いようです。

欧米等では、運動麻痺とか感覚障害、この辺が非常に多いです。

ですから、逆にいうとさっきいった診断の面でよく経験するのは、初発の場合MSという診断は非常に難しいですから、患者さんは最初にどこへ行くかということ、頭が痛ければ脳外科へ、疲れたり動けなくなったり痛かったりすると、大抵は整形外科へ行かれるわけです。整形外科の若い先生というのは、ある程度神経内科疾患に理解が深いのですが、昔とっては失礼ですが、私達より20年も前の先生達に聞きますと、教科書に日本にはMSはないと書いてあった時代がありますので、それ以降神経内科の勉強をされ

ていない方ではMSが頭に浮かぶことはないと思うのです。ですから、そういう意味で誤診されて、それはその先生が悪いというのではなくて社会的にそういう歴史があるからしょうがないわけですが、無用な手術を受けて、「良くなる、良くなる」と言っている内に目が見えなくなってあわてて眼科へ行って、「あっ、変だな」神経内科へ来るといったケースも最近は大分減りましたが、結構ありました。

<図-7>

MS患者の経過中にみられる神経症候(%)

	日本全国症例	
	(年次) (症例数)	(1982) (1,518)
運動麻痺		78
感覚障害		77
深部反射亢進		75
視力障害		65
一眼		18
両眼		47
病的反射		63
括約筋障害		51
視神経萎縮		45
一眼		16
両眼		29
失調症、企図振戦		37
眼 振		35
眼筋麻痺(複視)		35
核間性眼筋麻痺		
急性横断性脊髄障害		30
反復性		9
構音障害		30
精神障害		18
嚥下障害		18
有痛性強直性痙攣		
レルミット徴候		

MSはどんな症状を呈するのだろうかということを日本全国で統計をとったものでパーセンテージを書いてあります。

やはり、運動障害、感覚障害、目が見え難くなる、おしっこ、便が調子悪くなる等が半分くらいあるわけです。

それから運動失調。これは小脳変性症といわれる人たちにみられるのと同じく様々な失調症が出るとか、震えが出るとか、物が2つに見える。

日本には非常に多いといわれているのですが、急性黄断性脊髄障害。これは両足が急に動かなくなったり、感覚障害が急に両足に出ておしっこも出難くなるという事が数日のうちに出てくるタイプです。これは欧米には非常に少ないといわれています。

それから、喋り難い。

精神障害というのは、場合によって進行した方に時々出てくるということです。

それから飲み込み難いとか

急に足が突っ張って痛くなる
とか、首を前に曲げると痺れ
が背中に走る。これはレルミ
ッテ兆候といって、首を前に
曲げてビビッと来るのは結構
有名で、MSではよく出ます。

それから、さっき言った急
に筋肉がビビッと痛くなる
というのは、有痛性筋けいれん
といってこれもMSに結構多
い。いずれも特に日本のMS
に多いといわれているもので
す。

たとえば大脳に脱髄が起き
ると、脳梗塞等と同じ様に片
麻痺といわれている状態にな
りますし、脊髄に先程お見せ
したようにドンと来ると両足
が動かなくなる。

それから、感覚障害にして
も（病巣が）大脳にあれば半
身だけとか、脊髄にあれば足
だけとか、そういうことが多
いと思います。

失調症は小脳の障害です。

いずれも障害されている部
分によって違った症状になり
ます。

誤解されるのは、全部一度
に出てくるのではないという
ことです。特に家庭医学書と
いうのはそういう説明無しに
書いてありますから、勘違い
され易いのです。一度に出る
ということはそれだけ病変が
沢山あるということで、要す
るに経過が結構長い人が多い
わけですし、そういった意味
で重症である場合が多いわけ
です。ですから、あくまでも
可能性の問題ですから、そこ
のところは間違えないでご覧
下さい。

次は診断です。

簡単じゃないか、多発して
脱髄を思わせるさっき言った
症状が何回か・・・もしかす
ると・・・と言うのですが、
実際には診断が非常に難しい
病気で、欧米のデータでは、
臨床的に確実にMSだと言わ
れた人が不幸にして亡くなっ
て、病理解剖すると1割は違
っているというのです。です
から、臨床的診断は非常に難

しいと考えるべきだと思います。

ただこれだけの条件を満たせばかなりの確率で間違いのないだろうというのに診断基準があります。

これは日本の場合ですが、一応若い成人（15～50才位）に多くて、これより高齢の方の場合にはかなり脳血管障害その他の方が可能性が高い。

<図-8>

多発性硬化症 (MS) 診断基準

- (1) 多発性硬化症 (MS)
 - a. 発病年齢15～50歳（若年成人に多い）
 - b. 中枢神経に多発性の病巣に基づく症状がある（脳・脊髄・視神経などに2ヵ所以上の病巣を有す）
 - c. 症状の緩解や再発がある（時間的多発性という）
 - d. 経過中に他の疾患を除外できる（腫瘍・梅毒・脳血管性障害・類癌症・血管腫・SMON・neuro Behçet病・小脳炎性症など）
- (2) 視神経脊髄炎 (Devic病)
急性両眼視力障害（視神経炎）と横断性脊髄炎が相次いで起こる（数週間以内）。本症はMSの一部である。
- (3) MSの疑い
 - a～dのうちのいずれかを欠くもの
- 【参考】
- (A) 以下のような場合にはMSを考える。
 - 1. 視神経炎に他の神経症状（反射異常・麻痺・しびれ・運動失調など）を示すもの
 - 2. 脊髄症状に眼筋麻痺や眼振を伴うもの
 - 3. 小脳症状（運動失調・眼振など）と脊髄症状（下半身麻痺など）・脳症状（片麻痺など）が次々と起こるもの
 - 4. 脊髄炎の反復するもの
 - 5. 視神経炎の反復するもの
- (B) 急性散在性脳脊髄炎・急性脊髄炎も将来MSになる可能性がある。
- (C) 症状の左右差：SMONはほとんど左右対称的に起こるが、MSは左右非対称を示すことが多い。

（厚生省特定疾患 多発性硬化症調査研究班、1972）

若い人の場合には、もっと違った病気がいろいろありますので、可能性はちょっと注意した方が良いでしょう、それからいくつかの場所に起きる可能性がある、それから何回か起きる可能性がある。

次に、一番大事なのは他の疾患を除外できる等々、いろいろありますが難しくて、さっき言ったHAMという病気も、つい数年前に原因が分かった病気ですから、それまではMSと区別するのは難しかったのです。

ですから、現在MSといわれている病気の中から原因の分かるものが次から次へと出てくることは当然予想されることなので、「除外できる」という表現は「現段階では除外できる」というべき表現です。勿論、原因が分かってくるということは、治療方法も確立されてくるということですから、全く分からなかったものの中から、原因の分かるものが幾つも出てきたという

ことは非常な進歩だと思っています。

さっき言った視神経脊髄炎というのは、目の障害と脊髄の障害が急にくると、MSと分類されてきましたが、これは、かなり違った病気でその中から原因の分かっているものが最近よく見つかっています。ですから、特にこのタイプといわれている人は、出来れば精密検査を受けた方が無難かなということです。

5年前にデビック病といわれて、それきり変わっていないという人の場合に、本当にMSの中のデビック病なのかそれとも別の病気に基づいた視神経脊髄炎なのかということは非常に問題になっています。

ここに書いたのは、さっき私が話したような症状があった人が、一応診断基準を充たしていなくても、他の病気も考えにいれながら、MSを考えに入れなさい、つまりいつも念頭に置かなければならな

い重要な疾患がありますよということです。こういうことを念頭に置いて患者さんを診るわけです。

要するにMSを少しでも疑った場合は、これに照らし合わせてみるわけです。ただし実際には、今言った事もやはり漠然としていまして、それだけで診断されるということは今の医学では許されない事で、最新のいろいろな検査方法がありますので、それも使います。具体的にはここに書いてあります。

この中でMSの診断に特に重要なのは、MRIと脳脊髄液検査です。これはもう両巨頭です。これなくしては、今や診断はしない方がいいんじゃないかというくらい重要です。それから誘発脳波とかX線CT等も診断的には非常に重要だと思います。

他の病気と鑑別するために重要なものは、一般の血液検査とか、さっき言ったウイルス抗体検査ですとか、その他

の諸々の検査があります。

とにかく似た様な症状を出す病気が沢山ありますので、MSを診断するためというより、その病気が他の病気でないかを鑑別するための検査が結構あります。

ですから、「何で足が痺れているのに頭の写真とるのですか」とか、「物がふたつに見えるのに、なぜ足をボンボン叩かれるのでしょうか」とかいろいろいわれるのですが実際には、全身をきちっと診て、内科的に他の病気を鑑別しなければ診断する訳にはいかないからやるわけです。

ですから、MSと疑われた方は、他の病気に比べて結構検査は多いと思います。例えば、同じ特定疾患のパーキンソン病では、神経内科の専門医が診れば、9割は検査無しで診断する事が出来ます。ですが、MSの場合は検査無しで当てる事は非常に難しいです。典型的な場合以外では、それくらい検査も重要だとい

うことです。

検査の結果ですが、具体的には余りみたことのない方もしょっちゅう医者に見せられている方もいると思いますが代表的なものをお見せします。

これはX線CTで、頭を輪切りにしたものです。これは有名ですから皆さんもうご存知だと思いますが、これは正常だと思います。この方は、足が痺れて、手が痛くて、一時歩き難いといかなうことがあった程度で、ほとんど障害はない方なのですが、CTをとっても何も無かったんです。ただ、話を聞くと、少しあやしいところがあるので、MRIをとって見たんです。そうするとこういうふうに広がるんです。非常に小さいですが。ですから症状はこれで軽い左手の痺れとか、ちょっと疲れているかなといった自覚的なものを説明できると思うのですが、CTで発見できなかった。実はこういうのは典型的なMSの初期の異常所見なの

です。ですから、この人は、ほとんど障害もないのですが、医者の診断としては、明らかにMSということになりました。

それから、これはさっき言った誘発脳波です。これは患者にとっては結構ストレスになると思いますが、頭にいっぱい電極を貼って、ビデオを見せられて、パッパッパとやるのを見たり、電気で足や手を刺激されたり、大きな音を聞かされたりと、いろいろなことをやられた方も多いと思うのですが、MSというのは将来いろいろなところにくる可能性がある。

今は症状が揃わなくても、今言ったようにMRIで見つかったり、あるいはMRIみたいな写真には写らないのだけれど電気で刺激してやると正常な状態とは働きが少し違うというようなことがあるわけです。

これは視覚誘発脳波といって、目からパッパッパと黒と

白のチェッカーボードの変化を見せてとった脳波なのですが、視神経に支障の無い方はこのようにきれいな波が出るのです。これは大体100ミリメートル位の処に出てくるのですが、同じように視力が1.2なのに、さっき此処にあった波がググーッと後ろに下がって、この辺にしか出ないという方もいます。この方の場合は、視力は低下していませんが、視神経に病変があるということが分かるわけです。

同じように、これは耳から音を聞かせられた方からとった正常の脳波です。それが、耳は聞こえるのですが、正常とは違ってきます。同じように、手を電気でピッピーと刺激すると、普通はこういう様にきれいな波が出るのです。ところが出ない。でもこれは知覚的には本当になんでもないわけです。ところがこういうふうになってしまう。

この3つが代表的な検査なのでここに出しましたが、こ

れでこういう検査も、診断に迷っている場合には特に重要なわけがお分かり頂けたと思います。

ですから、いろいろ全部やりますと、脳波だけで 1 時間はかかります。ですから、患者さんには非常にストレスだと思います。ただ、どうしても診断をはっきりさせ、今後の方針を立てるという意味では、お願いしてやらせて頂くことは結構あるということです。

MRI も長い間寝ていなければなりませんから結構大変なんです、どうしても必要だということです。

それから、先程髄液検査も重要だと言いましたが、特に欧米ではこれを診断基準にまで盛り込もうという動きもあるくらいに髄液異常はMSの場合に特徴的であると一般的には言われています。ですから、MSを疑った方には、この検査もさせて頂きます。これもどうしても必要と理解し

て下さい。

次は治療に入ります。

<図-9>

多発性硬化症の治療

- 1) 急性増悪期の症状の改善
- 2) 寛解期における再発の予防
- 3) 慢性進行期における病勢の停止
- 4) 後遺症状に対する機能訓練
- 5) その他
 - ・生活の工夫
 - ・食事
 - ・対症療法

治療には大きく分けて、これだけの柱があります。

先ず、先程言ったように悪くなることがあります。ですから急性に悪くなったあるいは再発したときの症状を良くすることが一つです。それから、大した事はなくても人によっては再発するわけですから、その再発の回数が多ければ非常に困るわけで、再発を予防することも大きな柱です。

それから再発と治癒を何度か繰り返すのだけれど、少しずつ治りが良くなって、全体的には、症状が悪くなってきているという人には、病気の

進行を何とか止めるような治療。

それから後は、他の病気と同じように、症状が残ってしまった人の場合のリハビリを中心とした機能訓練。

それから他に、自分の体の状態を変えるのではなく、生活するために、いろいろな日常的な工夫をする。例えば、椅子の高さを変えるとか、トイレを改造するとか、手摺とか杖を使うとか、そう言う簡単なことを言えば、いくらでもあると思うのです。それをしないと、生活自体にハンディが大きくなってしまいますから。

食事についてよく聞かれるのですが、私がお答えするときは、「何を食べても良いですよ」と言っています。それはいろいろな人が研究しています。特に、先程からお話している髄鞘というのはかなりの部分が脂質で出来ていますから、良い脂質を沢山とるとか悪い脂質を減らすとかい

う治療法をとっていらっしゃる先生もおられますが、結果は余り変わらないようです。

それから、地域による生活の違いと病気の関係について、いろいろ研究されている先生もおられますが、今のところは、食事によって病気が良くなったり悪くなったりするというはっきりしたデータが全く無いので、そのところを気にして、好きな物も食べられないというのは、私としてもどうかと思うので患者さんには好きな物を食べるように言っています。

ただし、若い人に多い病気なので、いくら好きな物といっても極端に甘い物しょっぱいものを食べていると、こういう10万人に何10人いるかないかといった病気の再発の心配より、糖尿病とか、高血圧による他の病気によってハンディを負う確率の方が高いわけです。特にこういう病気を持っている方は注意が必要です。

ですから、「好きな物を食べても良い」と言うのは、あくまでMSに対してであって他の病気の事を考えるとこの限りではありません。

対症療法。これは痛いとき痛み止めとか、そういう意味の対症療法です。

今日は、治療について特に詳しくと言われましたので、薬をどんなふうにするかということと、それに最新の知識もある程度入れて、これは最後にお話しします。

それと、対症療法といわれているものには、具体的にどんなものがあるか別のスライドでお話しします。

急性増悪期の治療はこうだったところです。それから進行を抑えるあるいは再発を防止する。医者は、「この人はどのタイプだろう」ということを色々な経験やデータから予想して、治療を選ぶ。治療法にそういうものもあります。

具体的に、先ず増悪期の治療。これはかなりはっきりし

ていまして、先ず、臨床の医者ほとんど100%が副腎皮質ホルモンを使います。

最近はやっているのは、特に膠原病などで用いられているパルス療法で、メチルプレドニゾロンを点滴で3日間くらいかなり大量に使って、それから口から飲むプレドニゾロンに変えて、それを段々減らしていく。今は一番この形がよいのではないかとデータに出ているので、こういう形が非常に多いようです。

ただし、使わなくても最終的に良くなる人は沢山います。ただ、使った方が早く良くなるのです。例えば、使わなければ1ヶ月かかるところが使ったために2週間以内に症状が元に戻る。使わなかったら1ヶ月くらいかかる。こういうのは1人を診ていても分からないのですが、沢山の患者さんの中には確実にそういう人がいるのです。学者の中にはステロイド剤は必要ないのではないか、要するに放って置い

ても結果は同じで、それで良くなならない人は、使っても良くなならないのじゃないか、と言う学者もいますので、主治医の先生によっては、良く患者と相談した上で使わないで様子を見る場合もあります。ですから、必ずしも使うとは限りませんから、主治医の先生と良く相談された方が良いと思います。使わないというのは、そうしても良くなるだろうという統計的な根拠もあるからです。ただ、臨床医は普通は使います、それは早く良くしたいということもありますが、それ異常に悪くならないと言う100%の保証がないからです。つまり、安心のため使うことが多いのですが症状の軽い場合とか、他の副作用が心配される場合とか、そういう場合は使わないことがあります。

そのほかに、ACTHは副腎皮質ホルモンの分泌を刺激するものです。多くの場合筋肉注射で使います。これは最

近は余り使いません。

それから一時流行っていたプラスマフェレーシス（血漿交換療法）。これはさつき病気の時にお話ししましたように悪玉のリンパ球が出てくるとか、髄鞘を壊す抗体が出来ると考えられているので、それを取ってやろうという発想から生まれた治療法です。

血液を太い血管から採ってきて悪玉を取り除いて体に戻してやるという方法で、一時流行っていました。これはまだ随分やられている方もいます。一時は随分効くと言われていましたが、つい先日日本において特にこれに携わっている先生とお話しましたが、「多分MSでは効かない」と仰っていました。私にはそのところはよく分かりませんが、少なくとも外国では日本と違って相当やっているようです。週に1回とか場合によっては毎日やるのですが。あまりパツとしない様です。ただ、欧米と日本ではタイプが

違うところもありますので、一概には駄目ということも言えません。危険な治療法ではありませんから、やってみる価値は充分あると思います。

他に、免疫抑制剤。今臓器移植等で注目されていますが自分の体を攻撃する抗体の生成を抑えるために使われます。

こういったものが、急性増悪期に試されています。動物実験を経て人間の体でもかなり使われているのですが、増悪期に関しては、これが効くといえることは先ずほとんど無いと思います。たまに効くという学者もいるのですが、先ず理屈から言っても余り効かないと思います。

それから、一応急性期ですので安静が必要だと思われます。必要以上の安静は良くありませんが・・・。

副腎皮質ホルモンが止められなくなった人というのがおられます。やむおえなく使っている内に、止めると悪くなるので止められなくなった、

そういう人は、再発防止のためにステロイド剤を維持投与しているというふうに理解して下さい。

実際に緩解期に再発防止のために使われる薬の候補がこれだけあるわけです。

この中で、恐らく最も使われているのは免疫抑制剤です。商品名で言いますと、使われている方もいらっしゃると思いますが、イムラン、エンドキサン、それから最近出てきたサンデュミン・・・これはかなり強く、これが出てきたおかげで臓器移植の成功率がかなり上がったのです。

ただし、サンデュミンと言うのは肝機能障害などの副作用がかなり強いので、再発防止に効果があるかどうかみるには、長期間にわたって診なければなりませんので、いきなり使う事は先ず無いでしょう。ですから、使うとしてもイムランかエンドキサンでしょう。これは、効くだろうという報告とあまり効かないと

いう報告が半々に分かれています。ですから、何も使わないで再発を繰り返している場合は使ってみようかという薬だと思います。

最近、その免疫抑制剤の中でもミゾリビンという薬があるのですが、この薬は元々腎臓移植などに使われていて安全性もかなり高く、最初の3つに比べると副作用もほとんど無いと言われているのですが、それにMSの予防効果があるのではないかという先生がおられて、今全国的に、本当に効くだろうか、患者さんをお願いして使っています。ですから、これが本当に効くというデータが出れば副作用が少ないですから、かなり使われる可能性があります。

それと後、いちじかなり流行ったインターフェロン、これは副作用が強いですから、多分駄目だろうと思います。使うという医者は最近減っています。つい最近カナダでかなり広汎に臨床研究がなされ

ましたが、余り良いデータはありませんでした。

それから、まだはっきりしたデータは無いのですけれどよく新聞などに出ているコブライマー・ワンとかコップワンは、さっきお見せした髄鞘を一部変化させたものをポリオワクチンのように小量ずつ与えるのです。そうすると免疫の働きが変わって脱感作が起きるのではないかという理屈からかなり研究されていますが、まだ最終的な結論は出ていないと思います。

本当に再発する人としない人というのは正直に言って分からないわけです、ですからこういう薬はかなり長期間にわたって飲まなければならない。そうすると副作用ということが非常に重要なので、使うときは主治医の先生とよく相談して良く理解した上で使うべきです。

もう1つ、再発予防の一番の柱は薬ではなく、本来は日常的生活の中にあると考え

られています。ですから、学者もどういう時に悪くなるのか、その悪くなる要因が分かれば再発も予防できるのではないかということで、研究を進めています。

今のところ、これだということとは分かっていないのですが、沢山の再発した人たちを見てみると、その中のかなりの数の人たちが、試験勉強で何日も寝不足で辛かったとか二日酔いが3日も続いたとか仕事のために寝ていなかったとか、夫婦喧嘩がひどかったとか、そう言う何らかのストレスが加わっている方が結構多いと言っている人はいます。そういうデータも一応ありますので、無用なストレスは加えないように、元気なときには出来た事でも体の事を考えて、やはり先ず病気とおつきあいできるように、体も精神もリラックスして生活できるようにするのが、今のところ漠然としているようで、最も大事なようです。

慢性進行期における病勢の停止ということにどのようなものが含まれるかという、再発の予防と大体似たようなものです。免疫抑制剤については、さっき言ったのと同じです。それと、さっき言ったように、体の中の悪玉を取り除く、これはかなりいいんじゃないかと一時いわれまして外国では相当やっていました。特に悪玉リンパ球を選択的に取ればいいんじゃないかと。

普通血漿交換というのは、血液の中の悪くないものも取ってしまうので、少々引かかっていたのですが、その悪玉のリンパ球だけを取る方法があって、これはかなり流行っているんです。

ところがこの両方とも、少しずつ悪くなっていると思われる人に、殆ど毎週、あるいは数日おきに何年かやるのは相当に大変なんです。透析と殆ど同じですから。

それで、効果と患者さんの日常生活に与える影響を考え

合わせるとむしろ、免疫抑制剤の方が使いやすいし、はっきりしたデータが出るまでは一般の臨床で行われることは多くはないと思います。

こういうことは、こういう経験も豊富で、対象となる患者さんの数も多い施設で、本当に効くかどうか結論を出してもらってから、一般の前線の医者は使うべき方法ではないかと思います。副作用がないならこちらの方法（免疫抑制剤）でいこうというのが大勢です。

それからあと、インターフェロンとかさっき言ったコップワン等も使われていますがこれはまだ結論が出ていません。

それからこれは余りすすめられません、外国で行われているのに、放射線を用いるのがあります。これは、体中のリンパ節の悪玉のリンパ球を全部放射線によって殺してしまおうというものです。ところが、悪玉だけではなく善

玉まで殺してしまいますからかなり副作用があるという意味でそうたやすくできる治療法ではありません。ただこれくらいのことはやられているということです。

薬を使うということは、当然副作用が心配になってくるわけです。

これは私は見ていなくて、先日NHKで神経内科の先生が薬をのむと惚けるというような事を言っておられたということで、それで外来の方でも何名からかお叱りを頂きましたが、副作用ということではどんな薬でも可能性はあり得るのです。

ですから、自分の病気や生活の状態と考えられる副作用の程度や頻度、そういうことを良く考え合わせて、どういう治療に踏み切るか決めるべきで、勿論みんながみんなそうなるわけではありませんしそういうところは数字を見て焦るより、主治医によく相談された方がよいと思います。

ステロイドで顔が丸くなる
とか、ニキビが出るとか、体
重が増えるとか、頭が痛くな
るとか、眠れないとか、こう
いったことはかなりの患者さ
んが訴えますが、大抵は放っ
ておいても良くなるか、1ヶ月
位で薬は減りますから、その
間に良くなって問題になりま
せんが、こういうことがあれ
ばステロイド剤のせいです。

ちょっと放って置くのは問
題かなと思うのは、感染症で
す。これはかなり高率です。
ただし、これはステロイド総
体についての話で、MSの場
合はそんなに多くありません。

白血病などに大量に使われ
た場合に問題になることが多
いようです。ただ、ここでご
まかされないようにして欲し
いのは、白血病などは元々感
染症を起こし易い病気ですか
ら、ステロイド剤を使ってい
るからといって全部が全部そ
のせいだとは考えないで欲し
いということです。統計の数

字というのは、内情をよくの
み込んでみないと、書いた側
の意図によってその持つ意味
が左右され易いので注意が必
要です。

経験的に言えば、医者はよ
く注意して診ていますから、
先ずそういうことにはなりま
せん。MSの場合は、それと
胃潰瘍です。これは、かなり
有名で、しかもかなり悪いの
ですが、頻度は少ないです。

むしろリウマチなどのステ
ロイドではない鎮痛剤等の方
が件数は多いです。この辺は
あまり多くないです。

ステロイドを大量に長期間
使った場合は問題ですが、M
Sの場合は短期ですから、余
り問題はありません。これも
これも殆ど無いです。なぜ無
いかというと、さっき言った
通り初期には大量に使いま
すが、かなり早い時期に切っ
てしまうからです。

ステロイド剤の副作用とい
うのはよく大きく取り上げら
れますが、MSの場合は、よ

ほど大量に長期間使わない限り、注意さえしていれば問題になるということはありません。

免疫抑制剤の方なのですがこれはステロイド剤と違って長期間使いますから、これはよく注意しないと感染症を起こし易い。免疫抑制剤というのが特に感染症を起こし易いというのではなくて、こういう報告があるということです。骨髄に関していえば、これは結構多いのですが、白血球が下がって感染症に結びつくとか、血小板が減少していろいろな問題を起こすとか出血し易いとか、あと特徴的なのは毛が抜けるとか、膀胱炎を起こすとか、アレルギーを起こすとか、腎臓や肝臓を悪くすることもあるようです。長期間使うと、こういう可能性が動物実験でもありますので、長期間使うときは充分注意して下さい。勿論使ってはいけないというのではなく、よく話し合いながら注意して使い

ましょうということです。

対症療法にいきます。

対症療法といういろいろなことがあるので最後にしました。

これは実は、温泉なんです。日本人はとても温泉が好きでMSの患者さんで、温泉が好きで毎月のように湯治に行っていた人がいたんです。それを私は聞きのがしてしまったんですが、実際温泉に入って体をゆったりさせるというのは、精神的にはいいんですがMSの場合は良くないことです。むしろ、冷たいプールに入った方が対症療法としてはいいんです。

その理由は科学的にはっきり証明されていまして、髄鞘の剥げた神経繊維というのはいろいろな状況によって電気情報の流れが変わるのです。

その中で、薬以外で日常的にそれを変え得るものは温度なんです。中途半端に脱髓が起きている神経繊維の温度を上げると、動物実験で、そう

なのですが、確実に情報伝達は遅れるかあるいは停止するんです。そして、温度を下げると通じ易くなるんです。ですから、お風呂に入ったからといって神経繊維まで温度が伝わるかどうか、入っている時間にもよりますが、長風呂で、しかも朝から何度もということになるときっと温度が上がると思います。それから熱が出たとき。風邪をひいたときなどに、調子が悪くなるのはそういう理由もあるのです。ですから、温泉に入るとかいうことは、少なくとも生理学的にいわれている増悪因子が日常的に起き得る数少ない場合ですので、やはり、余り好ましくないです。

対症療法をまとめてスライドしました。

まず、MSでいくら寝ても疲れが取れないとか、とてもこわいとか。こわいのは病気でしかたないといえはそれまでですが、MSの神経症状の中で全身倦怠感というのは有

名なんです。その中で、休んでも疲れが取れないという人の中に、パーキンソン病などに使われるシンメトレールという薬を使って良くなったという人が結構います。これは慢性疲労症候群という病気が一時流行りましたが、それにもよく使われていました。

あと、よく女性の方は、筋肉の突っ張りを訴える人が多いんですが、薬としては、リオレサル、ギャバロンとかいうのが有名で、良く使われます。それからダントリウムこれが一番筋肉弛緩作用が強いでしょう。テルネリンはちょっと眠くなりますが、それなりに効くんじゃないかと。これはマイルドに効くという感じですよ。

それから運動療法。

ストレッチ運動とかそういうものを含めた運動は痙縮には必須です。

それと、軽症の方にやられて、かなり劇的に効くというので一時流行ったのですが、

今もかなりの病院で使われていますがニューロテックという機械があります。これは、脱力は余り無いのだけれど、痙縮の強い人に、電気刺激を継続的に与えるものです。最初は毎日やるのだけれど、最後は月に一回やるだけで、痙縮もかなり治まって歩けるようになるというようなことをイギリスの日本人の女医の方が言って、かなり広汎に使われています。私も何人かお願いしたことがあるのですが、効く人もいるし効かない人もいる、まあ試してみてもいいかなという治療です。

痛み痺れについては、鎮痛剤は勿論の事いろいろな薬を使います。抗うつ剤、安定剤、抗痙攣剤……。特にこの抗痙攣剤。こういう中には相当効くのがありますの。

それから、針・灸とか、ブロックとか、場合によっては手術することもあります。脊髄の痛みの通る部分を切るといのですが、それはなかなか

か出来ません。

それから、排泄障害があるときはそれに対する薬とか、いろいろなことをやります。

それから、アミノピリン、いきなり薬の名前が出てきましたが、これは先程言った神経情報の伝導を変えるものの一つです。これは注射で、経口では余り使いません。かなり症状が軽くなると言って使っているグループがあるので近いうちに手に入り易くなるでしょう。薬としてはこんなところじゃないかと思います。

あと日常的に、例えば、尿感染を起こし易いですから水をいっぱい飲まなければならないとか、食事も、余り甘い物とか炭水化物ばかりは駄目ですよとか、排泄が悪いのだから繊維質を多く摂るとかそういうのも全部対症療法に入ると思うのです。

そういうことは、教科書には余り書いていないので、自分の今の状況を主治医の先生とよく相談して、療養するの

がよいと思います。

患者さんから医者に多い質問に「子供に遺伝する事があるかどうか」というのがあります。これは基本的にはありません。そういうことはないので間違えないように。

それから「結婚しても良いでしょうか」これは相手がいれば良いでしょう。ただ、結婚するのは良いですが、結婚というのは、当然、出産・育児、その他で全く健康な人と比べれば、ある程度のハンディはあると思います。それから、これはある程度話すべきだと思って話すのですが、悪くなる可能性がないわけではありません。それで、私の処へ来た患者さんには、「先ず自分から話しなさい。それでも何か聞きたい事があれば、私から一緒に話をしましょう。」ということで、時間をかけて話すことにしています。

基本的には、こういう結婚とかいうことに制約を加えるような悪性疾患ではありません

んが、足が動かし難くなるというような可能性があるということ、ハンディになると理解して頂きたい。それからこれは統計が出ていまして、妊娠すると一時的には良くなるらしいです。ただ出産とかでストレスが加わって悪くなる例もあります。それから、それより大事なものは、その後の育児です。母親というのは子供が出来ると夜も眠れないと言いますから、それら子育てによるストレスというのは充分考えられますから、家族の協力が重要だと思います。家族の協力がなければ、特に父親が育児に協力しないと、なかなか難しいと思います。

それから、この病気は他人に伝染しません。

これは、私の病院に電話が来まして、「多発性硬化症の原因がウイルスだといわれている、私の婚約者は多発性硬化症といわれたが、私に伝染するんじゃないか？」と。これはとんでもない誤解です。

確かに、MSの原因にはウイルス説というのがありまして、脱髓の原因がウイルスだというんですが、たとえ原因がそうであれ、いつもからだの中にウイルスがいるわけではありませんから、これは絶対ないです。

それから、食生活については、さっき言ったことでよいと思います。

それから、やって駄目なこと。これはさっきから言っている通り、駄目なことはないのです。ただ、自分の体のことをよく考えて、自分にあったことをやって下さい。

それに、喘息などの場合によくいわれるんですが、転地療法です。「MSは北に多くて南に少ないというから、九州あたりに転居したら良くなるのではないか？」というふうな疑問もあると思うのです。ただそういう因子は、生まれて大体10代前半くらいまでに決まってしまうんじゃないかと考えられています。ですか

ら、病気になってからの転地は意味がなくて、むしろ日常生活の保護の方が大事じゃないかと思います。

以上で終わります。

医療相談コーナー

Q-1 シンメトレールと言う薬をもらって1週間程になるのですが、人によって薬の効果と言うのは、差があるのでしょうか。10日位のんで、倦怠感がすごく強いんです。副作用なんでしょうか？

A 先程も言ったように倦怠感と言うのは非常に漠然としていまして、先ずそれが、本当に病気による直接の症状なのかどうかということが、基本的には問題なのです。そして、厳密にはそれは分からないのです。

普通臨床的には「もしかすると、その薬で良くなるかも分からないので始めましょう」と言う事で始めますので、倦怠感のある方は

1～2週間のんでそれが強くなるとか、薬が効かないということであればのんでいる理由がありません。

2週間くらいのんでむしろ悪いようであれば、一旦中止して本当に元に戻るの

かどうか確認するのが無難だと思います。飲む理由が病気の進行を抑えるとか病気を治すとかいうのでのむわけではないですから、あなたがのんで調子が悪くなるのであれば、それが2週間くらいで駄目であれば一旦休まれた方が良いのではないかと、個人的には思います。

Q-2 平成2年の4月に、外科の方で甲状腺腫だと言われ、すぐに手術するように言われたんですが、この病気が悪化するのが恐くて、なるべくしたくないなと思って、半年ごとに検査を続けながら今まで来ているんです。今回は3ヶ月目で昨日行ってきたんですが、いよいよ切らなくちゃならない時は覚悟しているんですが、こういう病気と2つもっている人が、手術して良くなった例があれば、聞きたいと思ひまして。

A 良くなったら、と言う

のは。

Q 病気が、再発しないで・

A 要するに、甲状腺を手術する事によって、多発性硬化症が良くなる・・・

Q 多発性硬化症が悪化して再発して寝たきりのような状態になった事がある物ですから、半年ばかり・・・

A 実際に多発性硬化症と甲状腺腫の因果関係は無いと思います。ですから、手術することによって、長期的な多発性硬化症の予後とか今の症状に影響があるとは考えられません。

ただ、手術すること自体侵襲が加わりますので、前後の経過には注意が必要かと思います。甲状腺腫を取ったら良くなるとか、悪くなるということは、MSには関係ないと思います。

関係あると言われましたか？

Q いえいえ、私は一度ひどい目にあったものですから、それこそ癌以外なら切らずに

済ませたいと思って・・・

A MSとの関係については無いと思います。後は、純粹に甲状腺腫を取った方が良いかどうかよく相談されたほうがよいと思います。

Q-3 MSの他に白血球減少症といわれて相当長いんですがどこの病院へ行っても薬物アレルギー云々と言われます。

以前MSの講演会で、「それは関係ないですよ」と言われたのですが、今のお話を聞いていると、色々な薬が使えないんじゃないかと感じたんですが。最初病名を言われないうで「脊髄がかけていて神経の束を詰めているところが欠けているからこれを治すのは無理でしょう。」と言われただけ。白血球は年に一回の検査で、ずっと2,500から3,000前後で、今は小康状態ですがMSがワッと来たときに使う薬がないのじゃないかという気もするんですが、どんなも

のなのでしょう。

A データが全く無いので難しいんですが、基本的に今言ったワッと悪くなったという言葉が気になったのでそのところをお話ししますが、多分増悪したときに使う薬が無いんじゃないかという意味合いで心配されているんじゃないかと思うんですが、それはもう関係ないと思います。

確かに、免疫抑制剤などは、長期にわたって使いますので、副作用としての白血球の減少と言うのは問題になります。ステロイド剤を使う場合、一時的には白血球が減少する事がありますが、白血球自体が問題になるほど減少することはまず無いですから、特に白血球が3,000前後ありまして、その中のリンパ球や好中球の比率に問題なければ急性期の治療が出来ないということはないと思います。

ただ白血球減少症という

のは、3,500～4,000位あればそれほど問題はないと思いますが、原因が何なのかということが分からないと厳密にはお答えできないのです。申し訳ありません。

Q 一応パドック系の検査という事で、子供の血液を調べることになったのですが、以前有機溶媒を使っていたところ、やらなくてもよいということになりました。ですから、私は単純にシンナーとかトルエンとかそういうものを使っていたからなっただと思っていましたから・・・。

A そういうふうに言われているのなら、そうかも知れませんが、それ以上ちょっと分からないんです。ただ、MSの治療とか、今後の治療方針の設定については、それくらいの白血球数で影響があるとは考えられませんので、MSの神経症状と、白血球の減少の原因が関係なければ、今の段階では無視されて良いと思い

ます。

Q-4 多発性硬化症という名前を初めて聞いたのが4年前。たまたま講演会が退院した1ヶ月後にありまして、はっきり言われたのはその時です。その後合併症がたくさんあります。今年になって糖尿病と膠原病と言われましたが、その以前は、甲状腺が33才の時に子供が生まれて通院しているときに出了ました。突然目が二重に見えるようになったのが20年くらい前に一度ありました。そして、入院して一度治って、何年も何もなくて、4年前にまた突然物が二重に見えるようになったんです。その後治療して、今はステロイドは飲んでいません。2年近く飲みました。今は別の薬を飲んでいます。物は二重に見えませんが視力も良いです。先生の今の話を聞いていますと、沢山の色々な中枢神経系の病気があるようなので、私は脊髄の検査はしていません

が、MSの症状としては、10何年も何もなくて、突然物が二重に見えたりと言う事がありますと、このころはかなり開き直ってはいますが、やはり不安です。最近はかなり良いのですが、先生が今までご覧になった中で、私のような例があったら教えて頂きたいのですが・・・。

A 先程お話した通り、色々なタイプがあるということです。ポンと少し悪くなって、あるいは何回か悪い事があった時期があったと。20年近く経ってそれまではずっと落ち着いていたんですが、しばらくぶりに目が調子悪くなって来た。そう言う方は何人かおられます。これは統計の問題ですから断言は出来ませんが、10何年も何もなくて、日常生活にも支障の無いほど良くなっている場合、言葉としては良性型という人もいますくらいで、その後どんどん悪くなる事は、経験的には少

ないです。殆ど無いです。
ですから、非常に落ち着い
ているんじゃないかと言う
印象です。

● **Q-5** 63年以來ずっと入院
を繰り返しているんですが、
● 骨頭壊死と言って、股関節を
手術するのに入院しています。
また、左足が調子悪くて・。
このまま薬を飲んでいていい
んでしょうか？

A プレドニンはずっと飲
んでいるんですか？

Q 63年から、一番悪くなっ
たときは意識がなくなったも
のですから、40mg位・・・、
何日も飲まないんですが。

A 今も飲んでらっしゃる。

Q 10mgで一粒ですね、一粒
になったんです。

A 量的にはそんなに多く
ないと思うのですが。

Q 左足も何か、このまま行
ったら・・・。

A それはそうですね、プ
レドニンの副作用としては
充分有名な症状だと思うの

ですが。特に膠原病とかそ
ういう方ではかなり多いん
ですが。MSの場合ステロ
イドをかなり大量に使って
も、先ず経験しないです。
これは血管病変が殆ど無い
からだと思うのですが、相
当に大量に使っても骨頭壊
死になった人というのは、
私は一例も経験していません。
ですから、非常に紛ら
わしい病気が一杯あります
ので、整形外科の医者ある
いは神経内科の医者とよく
相談されて、骨頭壊死につ
いては本当にステロイドの
せいなのか検討された方が
よいと思います。

Q 札幌医大の先生はMSの
薬の副作用だと言ひ、その前
の病院ではMSと関連が考え
られると言われましたが。

A MSの症状としては考
えられませんね。ちょっと
私が診ている患者さんの中
にはいないものですから。
むしろ膠原病といわれている
人の方が頻度的にはかな

り高いみたいですから、そういうことについての治療その他については、むしろそちらの整形とかあるいは経験の多い先生の方にお聞きになった方がよいと思います。MSには正直言って無いんです。理屈ではあると思うんですが、実際無いのは、私の考えでは多分膠原病では小さな血管が障害され易いので、それにステロイドを使うわけです。ところがMSというのは、血管の病気じゃありませんから、余りそういう壊死とかいうのは無いんじゃないかと思っています。実際あるかも知れませんが、私は経験がありませんので、申し訳ないですが、経験のある方に聞いた方がいいと思います。

Q-6 私の妹の事でお聞きます。2月にMSと言われて札幌市内の病院に入院しています。最初は目が見えなく

なりました。それから一月も経たないうちにまた入院、それ以来入退院を繰り返してきて、今は、腰にきまして足がちょっと、歩行困難になって、手が震える感覚が出てきたんです。今、ステロイドを6錠くらい飲んでいます。ずっとそれを飲まなくちゃならないのか、と言うのはちょっと顔が丸くなって来ているので、本人もそれをすごく気にしているんです。

A 先程お話したように、顔が丸くなると言うのは、かなり高率で起きる副作用です。1～2月飲んでいれば先ず出ます。ただ、MSの場合はそれをずっと使うということは、基本的にはないんです。何度も使ったり、長期に使って切るタイミングを逃してしまった場合に、止めると悪くなると言う依存が出来てしまう場合がありますが、基本的には、初期にドッと使いまして、その後は、1～2カ月

の間に完全に止めてしまうというのが、一つのスケジュールになっています。ですから、今飲んでいる状態が、丁度を減らしてきている状態なのか、それとも一定量をずっと飲みつづけているのかということは非常に重要なのです。その辺はどうなのですか？

Q 最初は 6錠くらいだったんですが、今は 3錠くらいになっています。

A どの位の期間飲んでらっしゃいますか？

Q 2月からです。

A MSの病型にもよりますが、もしMSの増悪期に対するプレドニンの使用だとすると長すぎる気もしますが、一度完全に止めましてまた再発してもう一度始めたのであればたまにあることなんです。6錠から初めて、それから似たような量でずっと続けるというのは、多くないというか殆ど無いケースです。

Q そうですね、市内じゃなくて地方なので、帰ると結局薬の量が減ります。そうすると調子が悪くなってまた入院ということになるらしいんです。

A それは、薬をずっと飲んでるわけですね。

Q そうです。

A その辺のところは、薬を減らせなくてのんでいる可能性がありますので、何とも言えませんが、ちょっと難しいです。普通のケースではないと思います。どうしてもその量を維持しなければならない理由が何かあるのですね。

Q 脳に何か白いブツブツが増えたというのです。

A 多分それはMRIの事だと思います。どんなに落ち着いていてもMRIを撮れば、出たり引っ込んだりしているのは今の最先端のMSの知識では常識なんです。ですから、それが増えたからといってそれが病気

の進行には直接はつながりません。ですから、また撮ったら減っているかも知れません。20年くらい何も無くてもMRIを毎月撮り続けたら、ブツブツの数は増えているかも知れません。でもそれは臨床的には増悪しているとは言わないのです。ですから、大事な検査ですが、ステロイドを使う目安としてはどれだけ意味があるかということは、今議論のあるところなのでちょっと難しいです。とにか

く、何か切れない理由があると思うべきなのですから、一度神経内科を受診するか、その先生に相談した方がよいと思います。ステロイドを飲み続けるのは余り好ましいことじゃないですから。少なくとも、一日置きくらいには出来るような気がします。

Q それがちょっと心配だったものでお聞きしました。

A ちょっと分からないですね。あまり一般的な経過じゃないですね、初期の段階としては。





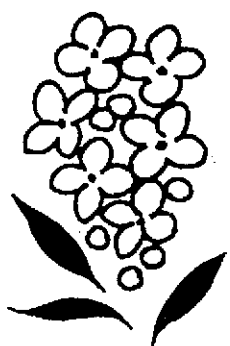
(編集後記)

多発性硬化症という病気について御存じない方も多いと思います。本文をお読みになればお分かりなるとおもいますが。欧米では古くから知られている病気で、日本でも最近では多くの患者が存在することが知られています。特に寒冷地に多いとされ北海道は、患者の多い地域とされています。

実は、北海道でも十数年前に一度患者会が結成されたのですが、まだ機が熟していなかったとでも言いましょうか十分な活動ができないまま解散してしまいました。しかし、この度の講演会を見ても患者会としての活動が必要な時期になったような気がしています。

そう思うのは私だけでしょうか、そのことに限らず、療養あるいは社会的な活動、就労面など皆さんの持っている様々な悩みをあすなろ会の私宛にお便り下されば大変ありがたいのですが・・・共に頑張りましょう。

(田中)



編集人 個人参加難病患者の会
あすなろ会

昭和48年1月13日第3種
郵便物認可

札幌市中央区南4条西10丁目

平成5年3月10日発行

難病センター内(512-3233) HSK通巻251号

発行人 北海道身体障害者団体定期刊行物協会 細川 久美子

(毎月1回10日発行) 1部100円 (会員は会費に含まれます)