

6 月度学術講演会

日 時	6 月 1 7 日 (土) 午後 2 時
演 題	ガイドラインに基づく疼痛治療について
講 師	神戸大学大学院医学研究科 麻酔科学 准教授 高雄 由美子 先生
出席者数	2 4 名
共 催	日本イーライリリー株式会社
情報提供	サインバルタの有効性・安全性について
担 当	富永良子

ペインクリニックは、痛みを主訴とする疾患の診療部門です。対象患者さんは通常の鎮痛薬に反応しない人がほとんどで、治療には星状神経節ブロックや硬膜外ブロックなどの神経ブロック、薬物治療、また硬膜外腔に電極を留置して電気刺激をおこなう脊髄電気刺激療法などもあります。

(痛みの伝達路と下行性抑制系)

さて「痛みの伝導路」ですが、身体の様々な部位に存在する侵害受容器が刺激されると、ここからの信号が末梢神経 (C 線維と A δ 線維) から脊髄後角に伝わり、さらに脊髄の対側を通り、脳へと伝わります。痛みは危険を察知するための重要な信号ですが、強度の痛みは人体にとって有害でもあり、身体には自ら痛みを抑制する「下行性抑制系」という働きがあります。痛みがあると脳から指令がくだり、脊髄後角でセロトニンやノルアドレナリンが放出されますが、これらは脊髄後角の受容体に結合し痛みを抑えます。

(侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛)

痛みの代表的な分類の 1 つに①侵害受容性疼痛②神経障害性疼痛③心因性疼痛に分ける方法があります。侵害受容性疼痛は、通常の痛みの伝達経路により刺激が脳に伝わっていく痛みで、一般的な鎮痛薬が有効です。これに対して神経障害性疼痛は、伝達経路の一部が損傷されて起こる痛みです。例えば、脊髄後根神経節から皮膚までに至る末梢神経がダメージを受ける帯状疱疹後神経痛や、痛みの通り道である視床の出血後にみられる視床痛などで、通常の NSAIDs などでは効果のない難治性の痛みです。

これらの痛みの薬物療法ですが、侵害受容性疼痛は通常の鎮痛薬が有効なので、1st ラインはアセトアミノフェン、NSAIDs、2nd は弱オピオイド (トラマール®や ترامセツト®など)、3rd は強オピオイド (フェントステープ®、デュロテップ MT パッチ®、ノルspanテープ®など) の順となります。やっかいな神経障害性疼痛については、2015 年に発表された Lancet Neurol の「神経障害性疼痛への薬物療法のレビュー」を参考に、本邦で使える薬物をラインアップすると 1st ラインはデュロキセチン (サインバルタ®)、プレガバリン (リリカ®)、三環系抗うつ薬で、2nd が弱オピオイド、3rd が強オピオイドの順となります。1st ラインに選択されているデュロキセチンですが、本邦では 2010 年にうつ病で保険適応となりましたが、昨年には慢性腰痛症と変形性関節症に伴う疼痛にも適応拡大となりました。デュロキセチンの鎮痛メカニズムは前述した「下行性抑制系」の賦活にあります。

(最後に)

さて近年多くの痛みにも有効な薬物が使えるようになりましたが、われわれが気をつけたいことは、①痛みの種類を見極める②その痛みにも効果のある薬剤を見極める③効果のない薬を漫然と処方しない、ことかと思われま。近年脳機能画像の進歩により、慢性痛があると脳でも大きな変化があることがわかってきています。痛みは、できるだけ早期に、適切に対応することが大事です。