

神経障害性疼痛に対する薬物療法の新たな展開

熊本大学医学部附属病院麻酔科

山本 達郎

神経障害性疼痛は、2008年の世界疼痛学会による定義では“体性感覚神経系に影響する病変あるいは疾病による直接的な結果としての痛み”となっている。確実な診断には、病変・疾患の存在、また痛みの領域が神経解剖学からみて妥当であることが必要となる。このような定義が発表された背景には、神経障害性疼痛の研究を行う上で“CRPSなどの神経系の可塑的变化に伴う過敏な状態の関与が考えられる疾患と神経障害性疼痛をはっきりと区別する必要性”が出てきたことによる。しかしながら、実際に臨床で治療を行う際にはこのような定義を考えた治療を行う必要はなく、CRPSと神経障害性疼痛で同様の治療を行っていくことになる。

神経障害性疼痛は以前、“麻薬系鎮痛薬・非ステロイド性消炎鎮痛薬などの日常で使用される鎮痛薬が効きにくく、しかも治療に難渋する痛み”と認識されてきた。しかしながら麻薬系鎮痛薬の有効性が数多くの研究により示されてきており、“麻薬系鎮痛薬が無効な神経障害痛も存在するが、多くの神経障害痛は麻薬系鎮痛薬が有効である”と考えるべきである。

EFNS、IASPからガイドラインが報告されている。いずれのガイドラインでも第1選択薬となっているのは、 $\alpha 2 \delta$ サブユニットブロッカーのガバペンチン、プレガバリン、三環系抗うつ薬、SNRIであるデュロキシセチンなどである。また第2選択薬としては、オピオイド、トラマドールである。現在の薬物療法の問題点は、“現在報告されている神経障害痛に対する薬物療法のガイドラインを用いて治療を行ったとしても、40～60%の患者でのみ痛みの軽減が得られただけであり、残りの疼痛患者は治療効果が得られていないのが現状である点”である。従って、これらの薬物の併用が必要となってくる。今後は、“どのような組み合わせが、どのような痛みにも有効か”を検討することが課題となってくると考えている。