

Ⅲ-G：胸・腹部の疾患・痛み

Ⅲ-G-1 特発性肋間神経痛

1. 病態と神経ブロックの適応

いわゆる肋間神経痛は、脊椎疾患、帯状疱疹や開胸術後など症候性の場合が多いので、それらの基礎疾患を除外する必要がある。基礎疾患が存在しないことと、試験的肋間神経ブロックの有効性を確認して、初めて特発性肋間神経痛と診断できる。

2. 神経ブロック治療指針

1) 肋間神経ブロック

ブラインドでも行われるが、神経破壊を伴う場合は、X線透視下もしくは超音波ガイド下で施行¹⁾すべきである。当該分節の肋間神経ブロックによって局麻薬の効果時間は確実に除痛され、その後も軽減傾向がみられれば、1~2回/週の頻度で繰り返す。慢性期で除痛効果が一時的な場合は、神経破壊薬²⁾もしくは高周波熱凝固法を考慮する。

2) 神経根ブロック

肋間神経ブロックで不十分な場合に行う。神経根損傷の危険性もあるので、10~14日に1回の頻度で、同一神経では3回程度までにする。

参考文献

- 1) Shankar H, et al: Retrospective comparison of ultrasound and fluoroscopic image guidance for intercostal steroid injections. *Pain Practice* 2010; 10: 312-317. (G5)
- 2) Doi K, et al: Intercostal nerve block with 5% tetracaine for chronic pain syndromes. *J Clin Anesth* 2002; 14: 39-41. (G5)

Ⅲ-G-2 慢性膵炎

1. 病態と神経ブロックの適応

慢性・進行性の膵の炎症であり、その成因にはアルコール性、胆道性、特発性などが挙げられている。上腹部や背部の痛みで始まり、血中膵酵素の上昇を伴い、経過とともに糖尿病や消化不良の症状が明らかになってくる。膵の線維化が進み、非代償期になると腹痛は軽減する。数年から数十年と長い経過をとるので、長期的な観察と治療¹⁾が必要である。蛋白質分解酵素阻害薬をはじめ、H₂受容体遮断薬、非ステロイド性抗炎症薬を用いる。神経ブロックは鎮痛薬の必要量を減少させるが、繰り返し行う必要がある。

2. 神経ブロック治療指針

1) 胸部硬膜外ブロック

痛みが強い場合は入院治療が望ましく、1~2カ月間を目安に持続注入法を行う。鎮痛が不十分な場合は、局所麻酔薬の間欠注入、また、慎重に塩酸モルヒネ（4~5 mg/日）や塩酸ブプレノルフィン（0.2~0.3 mg/日）などを添加して持続注入する。

2) 内臓神経アルコールブロック²⁾

胸部硬膜外ブロックで軽快しない場合は、内臓神経アルコールブロックを考慮する。

3) 脊髄刺激療法

効果的であったという報告^{3,4)}もある。

参考文献

- 1) Chauhan S, et al: Pain management in chronic pancreatitis: A treatment algorithm. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010; 24: 323-335. (G5)
- 2) Andrzej Basinski, et al: Effect of NCPB and VSPL on pain and quality of life in chronic pancreatitis patients. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 5010-5014 (G3)
- 3) Kim JK, et al: Spinal cord stimulation for intractable visceral pain due to chronic pancreatitis. *J Korean Neurosurg Soc* 2009; 46: 165-167. (G4)
- 4) Goroszeniuk T, et al: Permanent percutaneous splanchnic nerve neuromodulation for management of pain due to chronic pancreatitis: A case report. *Neuro-modulation* 2011; 14: 253-257. (G4)

Ⅲ-G-3 会陰部痛

1. 病態と神経ブロックの適応

直腸がんの局所再発など、器質的原因が明らかな会陰部痛は、尾骨神経ブロックやサドルフェノールブロックで除痛が得られるが、原因不明¹⁾の場合は難治性で、慢性化することが多い。この部位の神経支配は複雑であり、神経ブロックの効果は不定である。抗うつ薬や抗不安薬などを用い、精神・心理療法を併用する。

2. 神経ブロック治療指針

1) 仙骨硬膜外ブロック

急性期（1～2カ月間）は3～4回/週の頻度で行い、その後は1～2回/週とする。痛みが強い場合は入院が望ましく、持続注入法を1～2カ月間の目安で行う。

2) サドルブロック

仙骨硬膜外ブロックで不十分な場合、1回/1～14日の頻度で1～2カ月間行う。

3) その他

下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、不對神経節ブロック²⁾などの神経破壊薬を用いた方法³⁾を考慮する。

参考文献

- 1) Stav K, et al: Pudendal neuralgia: Fact or fiction? *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64: 190-199. (G5)
- 2) Johnston PJ, et al: Blockade of the ganglion impar (walther), using ultrasound and a loss of resistance technique. *Prague Med Rep* 2012; 113: 53-57. (G4)
- 3) Rhame EE, et al: Successful treatment of refractory pudendal neuralgia with pulsed radiofrequency. *Pain Physician* 2009; 12: 633-638. (G4)