

34. 硬膜穿刺後頭痛(PDPH) UpToDate

From my point of view

- PDPHの発生をなるべく予防したければ、やはり、**ペンシルポイント針**を用いるべき
- 硬膜穿刺後、6~72時間後に発症する。**座位・立位で増悪し、臥位で改善**する頭痛が特徴
- 治療の基本: まずは保存的加療(NSAIDs、安静臥床、カフェイン飲料、漢方薬…? etc.)
⇒ 1週間程度で治らない場合に、患者と相談し**ブラッドパッチ**を適応するという流れがいいか?
- ただし、複視(外転神経麻痺)が見られた場合は、ただちにブラッドパッチで治療する必要がある

出典: 1) UpToDate 'Post-lumbar puncture headache' Last update: Jun 13, 2017

2) UpToDate 'Adverse effects of neuraxial analgesia and anesthesia for obstetrics' Last update: Jun 28, 2017

3) Cochrane Database Syst Rev 2010;: CD001791

4) Hebl JR, et al.: Anesth Analg, 89: 390-394, 1999

概説

- 腰椎穿刺全体の10~30%に発生すると言われており、最も頻度の高い合併症である
- 硬膜外チュービング施行時(18G針)に硬膜穿破した場合、PDPH発生率は約60~80%にも!
- **脳静脈血栓症**との鑑別が必要であるが、前述の姿勢による症状の変化が最も重要
- 保存治療で経過をみた場合、ほとんどは**7~10日**で軽快する(ここあたりがブラッドパッチの考慮時期か)
- **PDPH発症のリスクファクター**: 女性、頭痛の既往、20~40歳、硬膜繊維に対して垂直方向のベベル刺入
- 施行者の経験値はリスクファクターではない…!!

予防

- ① なるべく細い針を使用し、ベベルの向きは硬膜繊維(長軸)に対し水平にする(細いほど発症率↓)
- ② 穿刺針を抜去する際、スタイレットを挿入する ⇒ absolute risk reduction 11%!(95%CI: 6.5-16.2%)
- ③ **Pencil point needles VS Cutting needles** (12 vs 24%, **RR 2.22**, 95% CI 1.38-3.58)
さらに、ブラッドパッチを要する重症PDPHの割合も減少すると報告されている(0~12.5 vs 55~66%)
- 穿刺直後の体位(腹臥位)、安静臥床はいずれもPDPHを**予防しない**

治療

- 硬膜外ブラッドパッチは2010年のSystematic Reviewで『有効』とされている³⁾(全体の標本数は少ない)
 - ① 初回治療で約95%有効(軽快 or 軽減)であるが、そのうち三分の一は再発する(2回目は99%有効)
 - ② 予防的ブラッドパッチは現時点では推奨されていない(エビデンスが乏しく、Risk>Benefit)
 - ③ 過去にブラッドパッチを受けた妊婦でも、次の無痛分娩の成功率は低下しないと報告されている⁴⁾
- くも膜下カテーテル留置(Epi挿入時) ⇒ 有効との報告もあるが、やはり現時点では Risk>Benefit
- カフェインは頭痛を軽減させる ⇒ 珈琲や緑茶など、患者が好きなものを飲ませるとよい
- NSAIDsは有効。母乳の移行はロキソニン>ボルタレン。どちらでも。
- 安静臥床にエビデンスはないが、頭が痛いのに無理に動くのはツライので、休んでもらうのがよい。
- 輸液負荷はナンセンス。トイレが近くなり頭痛を増悪させるという話もある。
- その他: ACTH療法、漢方薬(呉茱萸湯)、硬膜外生理食塩水、ガバペンチン、ステロイド、テオフィリン、神経ブロック(翼口蓋神経ブロックなど)様々試されているが、現時点で明らかなエビデンスなし