

28. トリガーポイント注射と抗凝固・抗血栓療法

CQ30：抗凝固薬・抗血小板薬を使用している患者にトリガーポイント注射を安全に施行できるか？ 出血性合併症のリスクは対照群（抗凝固薬・抗血小板薬を使用していない患者）と同等か？

アスピリンを含む非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）を服用している患者に対しては、休薬せずにトリガーポイント注射を施行してよい。それ以外の抗血小板薬を使用している患者においては、神経ブロックの利益と、注射部位などにより出血リスクを考慮して個々の症例で適応を検討する。一方、抗凝固薬を使用している患者に対しては、適切な休薬期間を設けることが望ましい。

エビデンス総体の総括：D（とても弱い）

解 説：

抗血小板薬や抗凝固薬を使用している患者にトリガーポイント注射を安全に施行できるか、出血性合併症のリスクは抗血小板薬や抗凝固薬を使用していない群と同等か、という問いに対するRCTは存在しない。また、抗血小板薬・抗凝固薬を使用している患者でトリガーポイント注射を安全に施行できたという症例報告や、出血性の合併症を生じたという症例報告もない。

トリガーポイント注射は、筋筋膜における索状の過敏点に対する局所浸潤注射であり、基本的には体表面への処置に限られる。圧迫等による止血が比較的容易であり、大きな出血性合併症は生じにくいと考えられるが、頸部での血腫による気道閉塞など、部位によっては重篤な合併症につながる可能性も否定できない。

海外のガイドラインを参考にすると、米国（ASRA）の2015年の推奨¹では、トリガーポイント注射は低リスク手技に分類されている。低リスク手技における薬剤ごとの推奨では、アスピリンを含むNSAIDsに加え、シロスタゾール、クロピドグレルなどの抗血小板薬は休薬せずに処置を行えるとしている。一方、ヘパリン、ワルファリン等の抗凝固薬は適切な休薬期間を置いて神経ブロックを行うように推奨している。フォンダパリヌクス、リバーロキサバン、ダビガトラン等の新しい抗凝固薬に関しては、神経ブロックの利益と出血のリスクを考慮して個々の症例で検討するべきと記載されている。ASRAの2010年のガイドライン²では、深部のブロックは脊髄幹麻酔と同等に扱うべきとされているが、トリガーポイント注射のような体表面の神経ブロックに関する記載はない。欧州のガイドライン³では、トリガーポイント注射のような体表面の神経ブロックは抗血小板薬・抗凝固薬の使用下で行うこともあるが、可能ならば中止して行うように推奨している。ただし、個々の薬物に対しての推奨は記載されていない。英国のガイドライン⁴では、トリガーポイント注射についての言及はないが、体表面の神経ブロックは、通常のリスクに分類されている。ただし、体表面の神経ブロックであっても、血管近傍の神経ブロックは中等度リスクとされており、トリガーポイント注射においても部位によっては注意すべきであると考えられる。米国胸部

非ステロイド性抗炎症薬：
NSAIDs：nonsteroidal
anti-inflammatory drugs

無作為化比較試験／ランダム
化比較試験：
RCT：randomized controlled
trial

米国区域麻酔学会：
ASRA：American Society of
Regional Anesthesia and Pain
Medicine

脊髄幹麻酔／脊髄幹ブロック：
neuraxial block

医学会（ACCP）のガイドライン⁵では、抗凝固薬、抗血小板薬の使用下での出血のリスクは不明としながらも、トリガーポイント注射のような体表面の神経ブロックにおいては必要ならば行うと記載されている。

上記のように、トリガーポイント注射は出血リスクの比較的少ない神経ブロックであると考えられるが、頸部など血腫のリスクの高い部位においては抗血小板薬、抗凝固薬の中止を検討すべきと考える。薬物ごとの推奨としては、アスピリンを含むNSAIDsは継続したまま処置を行ってよいと考えられる。その他の抗血小板薬を使用中の患者では、ブロック部位や個々の患者の状態に応じて、脊柱管ブロックに準じた休薬期間を設けることを推奨する。抗凝固薬を使用中の患者においては基本的に全症例で脊柱管ブロックに準じた休薬期間を設けることを推奨する。

なお、総論部分との繰り返しになるが、上記推奨事項はあくまでも現存の資料等から考察されたものであり、個別症例に対する適用では、症例ごとの特性に基づき個別に判断されるべきものである。

参考文献

<ガイドライン>

米 国

1. Samer N, Honorio T, David A, et al: Interventional spine and pain procedures in patients on antiplatelet and anticoagulant medications: Reg Anesth Pain Med 2015; 40: 182-212
2. Horlocker TT, Wedel DJ, Rowlingson JC, et al: Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines, 3rd ed. Reg Anesth Pain Med 2010; 35: 64-101

欧 州

3. Gogarten W, Vandermeulen E, Van Aken H, et al: Regional anaesthesia and antithrombotic agents: recommendations of the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2010; 27: 999-1015

英 国

4. Working Party, Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland, Obstetric Anaesthetists' Association, et al: Regional anaesthesia and patients with abnormalities of coagulation: the Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland The Obstetric Anaesthetists' Association Regional Anaesthesia UK. Anaesthesia 2013; 68: 966-972

米国胸部医学会

5. Douletis JD, Berger PB, Dunn AS, et al: The perioperative management of antithrombotic therapy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, 8th ed. Chest 2008; 133: 299S-399S

米国胸部医学会：
ACCP: The American
College of Chest Physicians