

三叉神経痛

- 臨床症状：顔面に軽く触れる、洗顔、髭剃り、会話、歯ブラシ、咀嚼等の非侵害刺激により発作的に生ずる。
 - 発作的電気ショックのような電撃痛、発作が連結して持続的に感じられることもある。
 - 発作の後に不応期がある。数日から数年の緩解期がある。
- 発作性神経障害性疼痛：三叉神経痛、舌咽神経痛、中間神経痛、迷走神経痛、後頭神経痛
- 病因 三叉神経痛の病因は完全には解明されていない
 - 三叉神経根での血管圧迫による脱髄
 - 腫瘍の浸潤・圧迫、多発性硬化症、その他
- 治療
 - 薬物療法：カルバマゼピン、オキシカルマゼピン、バクロフェン、ラモトリジン
 - 外科療法：高周波熱凝固術、微小血管減圧術、バルーン圧迫法、ガンマーナイフ治療

51

三叉神経痛診断基準 国際頭痛分類第2版日本語版

- A. 三叉神経分枝の支配領域の1つまたはそれ以上の部位の発作性の痛みが数分の1秒-2分間持続し、かつBおよびCを満たす
- B. 痛みは以下の特徴のうち少なくとも1項目を有する
 1. 激痛、鋭い痛み、表在痛または刺痛
 2. トリガー域から発生するか、またはトリガー因子により発生する
- C. 発作は個々の患者で定型化する
- D. 臨床的に明白な神経障害は存在しない
- E. その他の疾患によらない

52

バーニングマウス症候群(舌痛症)

- 定義:
 - 他の器質的疾患を除外した後の口腔の痛み
- 特徴:
 - 痛みの性質は、やけるような、ひりひりした鈍痛で、一日中持続する。
 - 好発部位は、舌尖、舌縁、口蓋、口唇。一般に両側性であるが、片側性の場合もある。
 - 疼痛部位の触診で疼痛は増悪せず、かえって食事の間は疼痛が軽快する。
 - 味覚障害を伴うことが多い。
- 治療
 - 薬物治療(三環系抗うつ薬、抗てんかん薬など)
 - 局所療法(クロナゼパム含嗽、最初に試みる)

23

神経障害性疼痛の定義

| | 「Neuropathic pain/神経障害性疼痛」の定義 [日本語訳] |
|-----------------------------|--|
| 国際疼痛学会, 1994年 | Pain initiated or caused by a primary lesion or dysfunction in the nervous system [神経系の一次的障害あるいは機能異常により起こる疼痛] |
| 国際疼痛学会, 2011年 (新しい定義) | Pain caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system [体性感覚神経の障害や疾患によって生じている疼痛] |

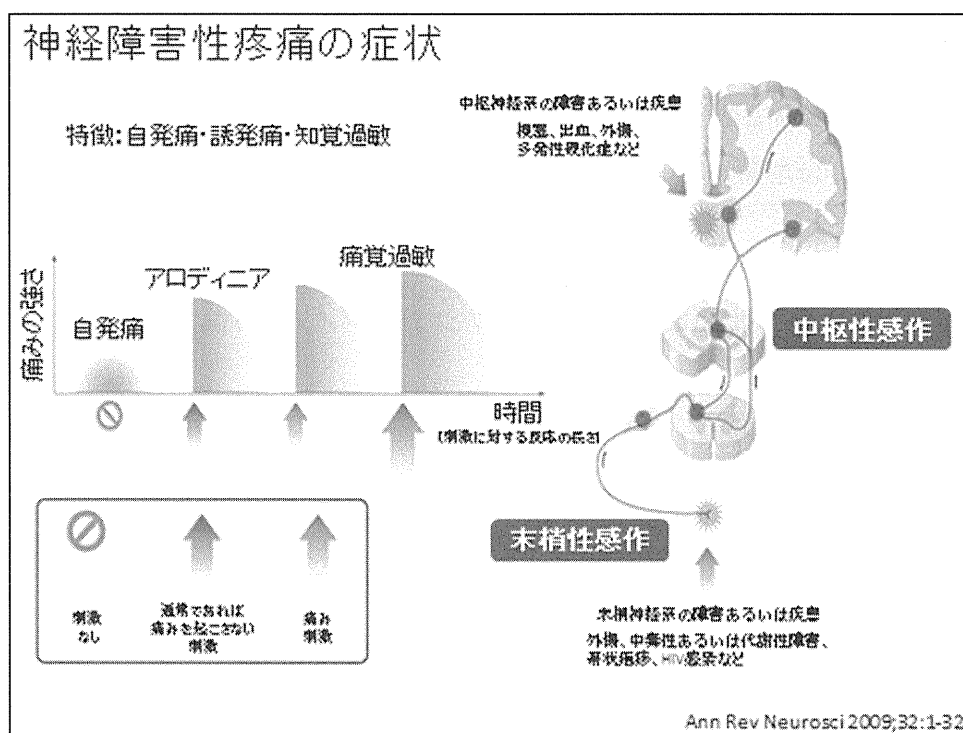
Pain 2011; 152: 2-3

神経障害性疼痛の定義はこれまで色々となされてきましたが、国際疼痛学会が1994年に最初に定義を行い、それを2011年に改訂しました。

1994年の定義では、どのような病態の痛みであっても痛みが起こるメカニズムには必ず神経系が関与しているので、神経系という言葉が意味を成していないことが指摘されています。

す。また、機能異常という言葉も非常に広い意味を持ち、侵害受容性疼痛が持続した際に誘発される中枢性感作なども機能異常として扱われており、侵害受容性疼痛が神経障害性疼痛に変化していくように理解されてしまいました。このほか、この定義を曲解すると、神経系である後頭葉一次視覚野の機能異常が関連している偏頭痛も神経障害性疼痛に含まれることになります。

そこで、このような問題点を解決するために2008年以降、国際疼痛学会の用語委員会が定義の改訂を行い、2011年の定義が今のところ最も新しい定義です。この定義であれば、上述の侵害受容性疼痛の持続や片頭痛などは神経障害性疼痛には含まれないことになります。ただし、侵害受容性疼痛の持続した際に引き起こされる体性感覚神経の感作と神経障害性疼痛で観察される神経系の感作を臨床的には明確に区別することができないことも現実問題として残っています。



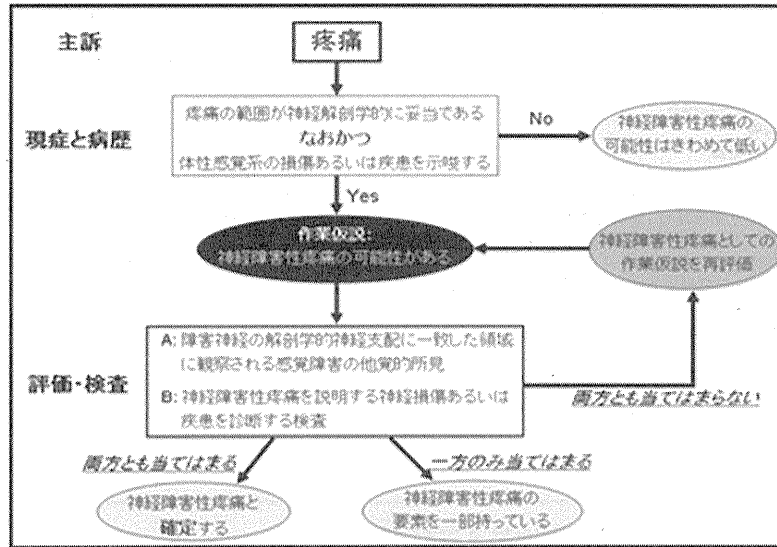
神経障害時には感覚が過敏になることがあり、神経障害性疼痛は刺激がなくても痛みが起きる自発痛と刺激に応じて痛みが発症したり強くなる誘発痛があります。誘発痛のうち、通常であれば痛みが起きないような刺激で痛みが起きることをアロディニアと呼び、痛み刺激に対して非常に強い痛みが誘発されることを痛覚過敏と呼びます。

神経障害には様々な原因が知られています。中枢神経系では梗塞、出血、外傷、多発性硬化症などが知られ、末梢神経系では外傷のほか、中毒性あるいは代謝性末梢神経障害や感染性末梢神経障害として帯状疱疹やHIVが挙げられます。

いずれの原因であっても、神経系では中枢性感作や末梢性感作といった神経応答の易興奮性と過剰反応が観察されます。

神経障害性疼痛の診断

国際疼痛学会 (IASP) による神経障害性疼痛の診断アルゴリズム



Neurology 2008; 70: 1630-5

神経障害性疼痛の診断アルゴリズムが国際疼痛学会によって定義されています。1)疼痛の範囲が神経解剖学的に妥当であり、なおかつ体性感覚系の損傷や神経疾患を疑う症状を伴う。この場合には作業仮説として患者の痛みの訴えが神経障害性疼痛である可能性を考慮し、続いて2)神経系の損傷あるいは疾患を示唆するのに妥当な理学所見（客観的所見）や画像診断などが認められる時に神経障害性疼痛と診断する。ただし、一般臨床では2) 評価・検査のA,Bの両方を満たす患者はそれほど多くないが、神経障害性疼痛に対する治療が遅れることが無いように2) 評価・検査のA,Bのいずれか一方が当てはまる場合には患者の痛みの訴えの病態には神経障害性疼痛の要素があることを認め神経障害性疼痛に対する治療を開始することが推奨されています。また、A,Bの両方ともを満たさない場合には神経障害性疼痛を疑う作業仮説そのものを見直し、神経障害性疼痛以外に妥当な病態が考えられないか？を検索しつつ、診療の経過中に再度、神経障害性疼痛を考える作業仮説を繰り返すことが推奨されています。

神経障害性疼痛

| 末梢性神経障害性疼痛 | 中枢性神経障害性疼痛 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 帯状疱疹後神経痛 ・ 有痛性糖尿病性神経障害 ・ 化学療法による神経障害 ・ HIV感覚神経障害 ・ 幻肢痛 ・ 三叉神経痛 ・ 急性/慢性炎症性の脱髄性多発神経根障害 ・ アルコール性神経障害 ・ 軟弱性末梢神経症(手根管症様群など) ・ 医原性神経障害(乳房切除術後疼痛, 開胸術後疼痛など) ・ 特発性感覚性神経障害 ・ 腰痛による神経圧迫または浸潤による神経障害 ・ 辛薬障害による神経障害 ・ 放射線照射後神経急障害 ・ 神経根障害 ・ 中毒性神経障害 ・ 外傷後疼痛 ・ 腕神経叢引き抜き損傷後疼痛* ・ 舌咽神経痛 ・ 自己免疫性神経障害 ・ 慢性筋痛* | <ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中後疼痛 ・ 外傷による脊髄損傷後疼痛 ・ 多発性硬化症疼痛 ・ 脊髄管狭窄による圧迫性脊髄症 ・ パーキンソン病疼痛 ・ HIV脊髄症 ・ 虚血後脊髄症 ・ 放射線照射後脊髄症/放射線照射後脳症 ・ 脊髄空洞症/延髄空洞症 |

* 末梢性および中枢性神経障害性疼痛の両方に当てはまる可能性がある

Arch Neurol 2003;60:1524-34

国際疼痛学会の神経障害性疼痛診断アルゴリズムに則れ、様々な神経障害性疼痛疾患が挙げられます。この表は、神経障害の解剖学的位置によって末梢性、中枢性に分類しています。

中枢性神経障害性疼痛のなかにあるパーキンソン病による疼痛は最近では神経障害性疼痛に分類されることもあります。パーキンソン病は大脳基底核の広範囲なドーパミン欠乏をきたす疾患であり、それに伴って痛みが起こっているため体性感覚神経系（大脳基底核は運動だけでなく体性感覚刺激によっても活性化する）の疾患（ドーパミン欠乏）による痛みであり、神経障害性疼痛の定義を満たします。

一般的な神経障害性疼痛と比較的稀な神経障害性疼痛の
発症率と有病率に関する疫学調査のサマリー

| 神経障害性疼痛疾患 | 発症率範囲 | 有病率範囲 | 調査対象 |
|------------------|------------------|-------------|------------------------------|
| 有痛性糖尿病性ニューロパチー | 15.5/100,000 | 11~26% | 糖尿病患者あたり |
| 帯状疱疹後神経痛 | 11-40/100,000 | 7~27% | 発症率は一般人口あたり 有病率は帯状疱疹患者あたり |
| HIVによる多発末梢神経障害 | 不十分なデータ | 30~63% | HIV陽性患者あたり |
| 三叉神経痛 | 4.7-26.8/100,000 | 不十分なデータ | 一般人口 |
| 舌咽神経痛 | 0.8/100,000 | 不十分なデータ | 一般人口 |
| 幻肢痛 | 不十分なデータ | 53~85% | 切断患者あたり |
| 頸部神経根症 | 83.2/100,000 | 不十分なデータ | 一般人口 |
| 手根管症候群 | 105-276/100,000 | 2~16% | 一般人口 |
| 中枢性卒中後痛 | 不十分なデータ | 8~11% | 脳卒中患者あたり |
| 多発性硬化症による神経障害性疼痛 | 不十分なデータ | 23~58%(23%) | 多発性硬化症患者あたり |
| 脊髄損傷後神経障害性疼痛 | 不十分なデータ | 10~80%(40%) | 脊髄損傷患者あたり |

人口の約32%が3ヶ月以上持続する慢性疼痛に罹患し、
そのうちの22%(人口の約7%)が神経障害性疼痛である

Pain 2008; 138: 380-7

神経障害性疼痛疾患の発症率と有病率に関する疫学調査はこれまでも様々な規模で行われてきました。2008年にフランスから報告された20000人以上の一般人口を対象とした疫学調査では神経障害性疼痛は人口の約7%存在することが報告されています。

痛みの性質から、神経障害性疼痛をスクリーニングできる

神経障害性疼痛スクリーニング質問票

図のX印をつけた部分で、あなたが感じる痛みはどのように表現されますか？

- 1) 針で刺されるような痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 2) 電気が走るような痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 3) 焼けるようなひりひりする痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 4) しびれの強い痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 5) 衣類が擦れたり、冷風に当たったりするだけで痛みが走る
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 6) 痛みの部位の感覚が低下していたり、過敏になっていたりする
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 7) 痛みの部位の皮膚がむくんだり、赤や赤紫に紫色したりする
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

12点以上:

神経障害性疼痛の
可能性が極めて高い

9~11点:

神経障害性疼痛の
可能性が高い

6~8点:

神経障害性疼痛の要素がある

神経障害性疼痛診療ガイドブック(付録)

神経障害性疼痛は人口の7%もいる common disease ですが、まだまだ十分に一般診療医や医療関係者全般および患者にも認知されているわけではありません。このような神経障害性疼痛のスクリーニング質問票も開発されており、神経障害性疼痛を疑うきっかけとなるように期待されています。

痛みの性質から、神経障害性疼痛をスクリーニングできる

神経障害性疼痛スクリーニング質問票

図のX印をつけた部分で、あなたが感じる痛みはどのように表現されますか？

1) 針で刺されるような痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

2) 電気が走るような痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

3) 焼けるようなひりひりする痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

4) しびれの強い痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

5) 衣類が擦れたり、冷風に当たったりするだけで痛みが走る
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

6) 痛みの部位の感覚が低下していたり、過敏になっていたりする
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

7) 痛みの部位の皮膚がむくんだり、赤や赤紫に变色したりする
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

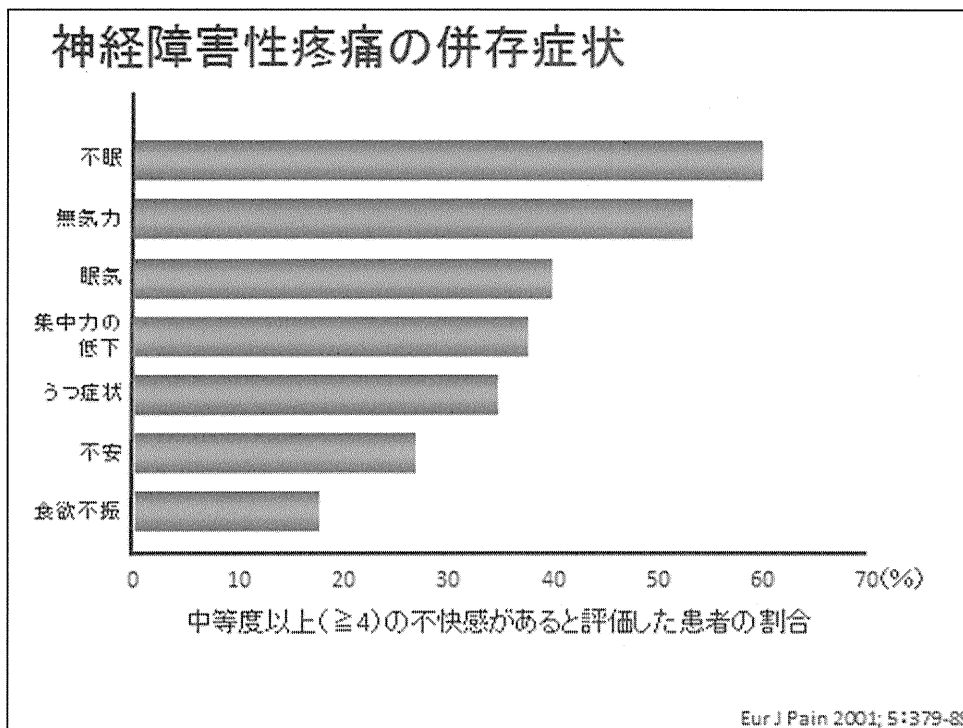
12点以上:
神経障害性疼痛の
可能性が極めて高い

9～11点:
神経障害性疼痛の
可能性が高い

6～8点:
神経障害性疼痛の要素がある

神経障害性疼痛診療ガイドブック(付録)

神経障害性疼痛は人口の7%もいる common disease ですが、まだまだ十分に一般診療医や医療関係者全般および患者にも認知されているわけではありません。このような神経障害性疼痛のスクリーニング質問票も開発されており、神経障害性疼痛を疑うきっかけとなるように期待されています。



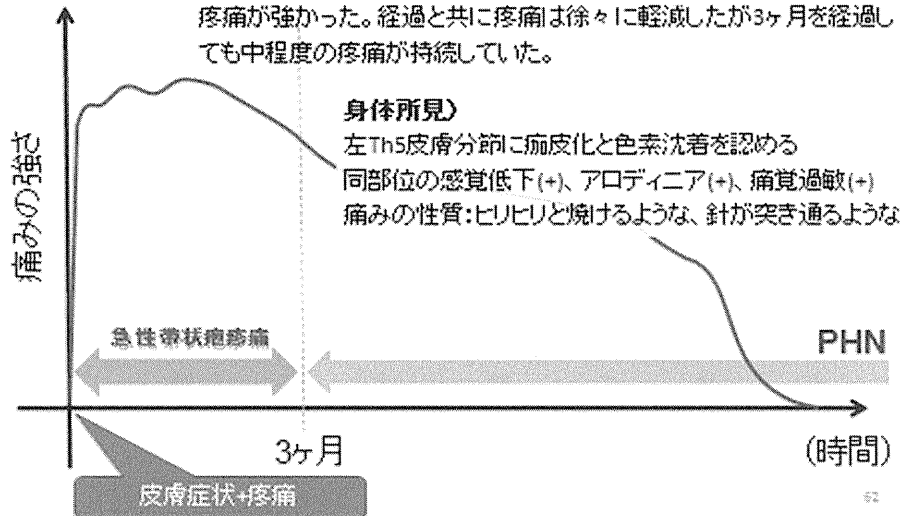
神経障害性疼痛は単に痛みを訴えるだけの症状ではありません。神経障害性疼痛患者は痛みに関連した不眠や無気力など様々な併存症状を有しており、痛みに加えてこれらの併存疾患が患者のADLとQOLを大きく損ないます。したがって、神経障害性疼痛の治療にあたっては痛みだけでなくこれら併存症状の有無も評価し、そしてそれらに対しても治療を行う必要があります。

帯状疱疹後神経痛 Post Herpetic Neuralgia (PHN)

78歳 女性

現病歴)

左背部から前胸部にかけて帯状の皮疹と同部位の激痛が出現。近医皮膚科で抗ウイルス薬の点滴加療を受け、NSAIDsを服用したが疼痛が強かった。経過と共に疼痛は徐々に軽減したが3ヶ月を経過しても中程度の疼痛が持続していた。



脊髄損傷後疼痛

69歳 男性

現病歴)

階段から転倒し頭部を床に強打した直後から、体幹および下肢の脱力があり自力で立ち上がりえず、救急搬送された。頸椎MRIによって外傷性中心性脊髄損傷と診断された。

身体所見)

- 左右両下肢ともにMMT=3の広範囲な筋力低下
- 左右両上肢ともに上腕二頭筋以遠の筋はMMT=4-の筋力低下
- 前胸部より下方の感覚低下(+)、ビリビリとしたしびれ感(+)、両下肢は伸展位でも屈曲しているような錯覚が生じ、膝や足関節の内部から金属の棒で強く圧迫されているような痛みがあった。
- 両上肢は感覚低下はほとんどなかったが全体的にしびれたような感じが知覚され、火傷のような痛みと電気がビリビリと這うような痛みがあった。



脳卒中後疼痛(視床痛)

51歳 男性

現病歴)

工作中、急にろれつが回らなくなり、右半身のしびれを自覚した後に意識消失となり救急搬送された。頭部CTで左視床に広範な梗塞巣を認め血栓溶解療法を受けた。

翌日には意識も回復したが、右半身の筋力低下と感覚低下があったがリハビリにより歩行可能となり救急搬送から26日目に退院となった。

退院時から右半身、特に右上肢の痺れたような感覚があったが、退院後から痺れ感も徐々に増強し、視床梗塞発症から3ヶ月目にはジンジンとした痛みになった。

身体所見)

- 右上下肢ともにMMT=5の痙性麻痺
- 右上下肢ともに軽度の感覚低下と痺れたような知覚があった。
- 右上肢全体にジンジンとした痛みの他、冷刺激によって激痛が誘発(アロディニア)され、pin prick刺激でも激痛が誘発(痛覚過敏)があった

64

痛みを難治化させる要因

- 身体的要因
 - 組織から侵害受容性入力が増え慢性的に続く場合
 - 関節リウマチなど炎症性
 - ビュルガー病など虚血性
- 神経学的要因
 - 神経系の機能異常のために異常な痛みが続く場合(神経障害性疼痛)
 - 末梢神経障害性疼痛
 - 脊髄障害性疼痛
 - 卒中後痛
- 心理社会的要因(但し精神科疾患と心理的な要因との間に明確な境界を定めることは困難)
 - 精神科疾患の合併によって痛みが慢性化する
 - うつ病、PTSD、発達障害など
 - 心理的な要因で痛みが慢性化する
 - 身体表現性障害、疾病利得、性格的な問題 原因不明
 - 誤った知識や先入観 不適切な医療者の対応

65

痛みは痛覚をつかさどる神経系、情動と関連した脳領域が複合的に働いておこる感覚であり、運動や動機と協調して行動として表出されることによってはじめて他者は観察することができる。したがって、難治性の痛みを有する患者の診療は、身体的要因、神経学的要因、心理社会的要因を複合的に観察評価することが必要である。

誤った知識や先入観 不適切な医療者の対応も痛みの難治化には大きな要因となりうることを知る。

但し精神科疾患と心理的な要因との間には明瞭な境界を定めることは困難である。

さまざまな難治性疼痛

- 痛みそのものが強い(治療反応性は必ずしも悪くはない)
 - 三叉神経痛 群発頭痛
 - 腕神経叢引抜損傷後や脊髄障害性などの神経障害性疼痛
- 自覚的訴えが中心で病態に未だ不明な点が多く、治療に関して専門家の中でも意見の集約が困難なもの
 - 線維筋痛症
 - 複合性局所疼痛症候群(CRPS:Complex Regional Pain Syndrome)
 - 低髄圧性症候群
 - 慢性疲労症候群 など

56

痛みを測定することはできないが、過去に感じたことがないほどの強い痛みだと患者本人が述べる、あるいは強い痛みがあることが伺われるような行動から、三叉神経痛 群発頭痛は強い痛みを起こす疾患であるという。腕神経叢引抜損傷後や脊髄障害性などの神経障害性疼痛、視床痛などの卒中後疼痛の一部の症例でも強い痛みを訴える患者がいる。三叉神経痛の場合には投薬、手術、神経ブロックなどの方法でほとんどの場合は除痛可能であるが神経障害性疼痛の場合には疼痛緩和の困難な場合も多い。

また、複合性局所疼痛症候群 (CRPS)、線維筋痛症、低髄圧性症候群などのように、同じような痛みを訴える患者はいるがその病態が不明で治療法の確立していないものがあり、診療方針の確立が難しいものもある。

線維筋痛症の症状

- 中年期以降の女性に多発し、全身性の疼痛を訴える。
- 疼痛以外に随伴症状が多いため、他の疾患と誤診されやすい。疲労感、易疲労性、睡眠障害、痙攣性大腸炎、腫脹感(こわばり感を含む)、しびれ感、不安または緊張による症状の影響、睡眠障害など
- 診断は1990年アメリカリウマチ学会の診断基準を使用するが、一般的な採血、レントゲンでは異常所見を認めないため診断確定に時間を要することが多い。

線維筋痛症は、1990年にアメリカリウマチ学会によって定義された広範囲にわたる疼痛が3ヵ月以上持続していて、18ヵ所の圧痛点のうち11ヵ所以上に疼痛を認める病態を、線維筋痛症とした

これでは、線維筋痛症は様々な疾患を除外した結果の症候群のような病態を指しており、現在では、新たに診断の予備基準の作成が検討されている。

18ヵ所の圧痛点のみにて診断するものではない。まず広範囲の疼痛があることが重要である。

疫学

- アメリカ有病患者率一般人口の約2%(女性3.4%、男性0.5%)
- 日本有病率一般人口当たり1.7% (都会部2.2%、地方1.2%)
- 男女比 1 vs 4.8
- 有病者平均年齢 51.5 ± 16.9歳(11~84)性差なし
(小児科年齢 4.8%)
- 発症年齢 43.8 ± 16.3歳(11~77)
- 患者数は日本全体では200万人と推計される。関節リウマチが本邦ではおおよそ70万人であることに比して、明らかに頻度の高い疾患であるが、この疾患の認知度が低いため、医療機関やリウマチの専門医を受診している患者数はわずか年間4,000人前後であり、有病者数との間に大きな乖離がある。

(松本美富士:本邦線維筋痛症の臨床疫学像の解明に関する研究、平成16年度厚生労働科学特別研究事業報告書「線維筋痛症の実態調査に基づいた疾患概念の確立に関する研究」、50~52(2005))

欧米の有病率は1.3から3.3% (1, Wolfe et al. Arthritis Rheum 1995;38(1)19-28, 2, White et al. J Rheumatol 1999;26(7):1570-6, 3, Lidell et al. Scand J Prim Health Care 200;18(3):149-53, 4, Carmona. Ann Rheum Dis 2001;60(11):1040-5) であるが、日本の調査でもほど同様の頻度であることが証明されている。欧米のプライマリケアの患者の5-6%が線維筋痛症と診断され(1-4)、リウマチ科の患者の15-20%が線維筋痛症と診断される。(Wolfe Rheum Dis Clin North Am 1990;16(3):681-98) 注意日本と異なり欧米のリウマチ科は運動器の疼痛患者を広く診療しているため、日本のリウマチ科の患者より線維筋痛症の患者が多く、リウマチ科を受診していると考えられている。線維筋痛症は欧米では確立した疾患として扱われているが、日本ではまだ認知度が低い。線維筋痛症が家族内発症することは欧米では古くから知られている。すなわち、一親等の52%(女性では71%、男性35%)に線維筋痛症類似の症状が出現し、家族内発生、家族集積性が存在するといわれているが、明らかな直接的な遺伝的關係はないとされ、むしろ環境要因が重要であるとされている。

線維筋痛症の原因は現状では明らかでは無い。疼痛を訴える部位には明らかな異常が見いだせず、本疾患の疼痛は機能的疼痛症候群や中枢での疼痛閾値の低下により疼痛が維持されているという仮説や下行性疼痛抑制系の機能不全によるものなどが考えられている。したがって、疼痛部位の局所の異常でなく、痛みの情報伝達経路(神経伝導路)などに一義的な原因があると考えられている。病因として最近注目されているのは疼痛刺激の伝達路

(疼痛知覚神経)の脊髄、脳レベルでの中枢性感作(痛みの過敏性)の成立であり、線維筋痛症を中枢感作症候群としてみなす考え方もある。

治療

- 薬物治療と並行して運動療法、認知行動療法を行うことが重要である。
- 機能性疼痛症候群の一つである慢性疼痛疾患であり、疼痛(顕示)行動にも配慮することが重要である。
- 生命予後は不良ではないが、重度の障害が発生し、生活の質を下げることがある。症状の完全な解決が得られなくとも、適切な治療にて改善が得られる場合がある。

2011年7月に、日本線維筋痛症学会から発表された「線維筋痛症診療ガイドライン2011」では薬物療法の主なものを紹介している。

病態をI型(筋緊張亢進型)、II型(筋付着部炎型)、III型(うつ型)の3型と、それらの重複型に分けて治療法を示している。

分類ごとに治療薬の1例を示している。現在、あらゆる分類に効果のある薬剤は現在認められておらず、推奨度Aの薬剤も無い。(2012年3月現在)

生物組織抽出物 ノイロトロピン® (B)

抗けいれん薬 ガバペンチン (B)、プレガバリン (B)、カルバマゼピン (C)、クロナゼパム (C)

オピオイド ترامドール (B)

NMDA受容体拮抗薬 デキストロメトロファン (B)

SERM ラロキシフェン (B)

NSAIDs ロキソプロフェン、セレコキシブ、エトドラク など (C)

ステロイド プレドニゾン など (C)

抗リウマチ薬 サラゾスルファピリジン (B)

抗うつ薬 ミルナシプラン (B)、デュロキセチン (B)、パロキセチン (B)、ミルタザピン (B)、アミトリプチリン (B)、クロミプラミン (B)、スルピリド (C)

抗不安薬 アルプラゾラム (C)

※ 推奨度 A：行うよう強く勧められる B：行うよう勧められる
C：行うよう勧めるだけの根拠が明確でない D：行わないよう勧められる

FMは生命予後は不良ではないが、重度の障害が発生し、生活の質を下げる。症状の完全な解決はほとんど得られないが、適切な治療にて著明な改善を得ることができる。

FMの管理は典型的な多種多様な様式で行う。

患者、家族、社会のための教育

患者のセルフケアができるように促す

心理的または精神的支え

運動プログラム、主にエアロビクスやストレッチ、必要に応じてマッサージやTENSのような物理療法

治療実績のある適切な用量での薬物療法

定期的なモニタリングとフォローアップ

(IASP fact sheet Fibromyalgia)

疼痛に対する治療だけではなく、ADLの改善を目標とし、薬物治療だけではなく、患者本人、家族、社会への教育活動や運動療法も重要である。

線維筋痛症と鑑別すべき疾患

- 関節リウマチの初期
- リウマチ性多発性筋痛症
- リウマチ性脊椎関節炎
- 強直性脊椎炎
- 掌蹠膿疱症性骨関節炎
- 反応性関節炎(ライター症候群など)
- 炎症性腸疾患(クローン病、潰瘍性大腸炎)に伴う関節炎
- 多発性付着部炎
- 肢端紅痛症
- ファブリー病

多くのリウマチ性疾患は、経過が緩徐であるため、初期には採血上や画像所見上の炎症所見が認められないことが多く、18カ所の圧痛点の診察の際に腱付着部炎の存在を見逃さな

いようにするべきである。また一旦線維筋痛症という診断に至っても少なくとも数ヶ月に一度は炎症性疾患や疼痛を来す疾患の鑑別を行うべきである。

複合性局所疼痛症候群 (CRPS: Complex Regional Pain Syndrome)

- 外傷後に異常な痛みが続き
 - 浮腫(早期が主)
 - 関節可動域制限(遷延すると関節拘縮)
 - 皮膚 筋 骨 爪などの萎縮性変化(重症化慢性例)
 - 皮膚温・発汗異常症状は他の理由で説明できない
- 主に四肢に発症したものについてCRPSと呼ぶ
- 病態・原因については解明されていない

71

症例

50歳女性 主訴: 左上肢の痛み

○年×月、階段から転落→左橈骨遠位端骨折○○大学
病院で徒手整復しギブス固定(計2ヶ月)

ギブス固定中から腫張と強い痛みあり

ギブス解除後「ナイフで刺されるような」強い痛みが残存

腫張、皮膚温変化、発汗異常、関節可動域制限が出現

受傷3ヶ月後症状軽快せず受診

72

階段から転落し、左橈骨遠位端骨折、舟状骨骨折を受傷した。○大学病院で徒手整復しギブス固定した(計2ヶ月)。ギブス固定中から腫張、痛みが強かった。ギブス解除後も、

強い痛みが残存し、腫張、皮膚温変化、発汗異常、関節可動域制限が出現した。左手掌、手背から手関節にかけて、「グサッと刺されるような」痛み（VAS 8）があり、関節可動域制限（手関節：掌屈制限、手指関節：伸展障害）、アロディニア、振戦、neglect 様現象（自分の手ではない感覚、動かそうとしても集中しないと動かない）、温痛覚過敏があった。発症後比較的早期例であり、局所静脈内ブロックとリハビリテーションとで回復した。

所見

- 痛み：左前腕から手掌、VAS 8
- アロディニア：左前腕中央部以遠にアロディニア
- 発汗異常：左手掌に発汗の亢進
- 関節可動域制限
- 萎縮性変化：左上肢筋萎縮(+) 単純レントゲンにて骨萎縮(+) 皮膚萎縮(+)
- 浮腫：左手掌、手背に浮腫(+) 色調変化(+)
- Neglect様現象(+)「自分の腕じゃないみたい」

73

CRPSの発生機序

- 末梢神経損傷
- 炎症性サイトカイン
- 交感神経系が痛み増強に寄与している可能性
- 遺伝的素因
- 不動化
- 脳の機能的変化

治療

- 理学療法
- 神経ブロック
- 薬物治療
- ニューロモデュレーション

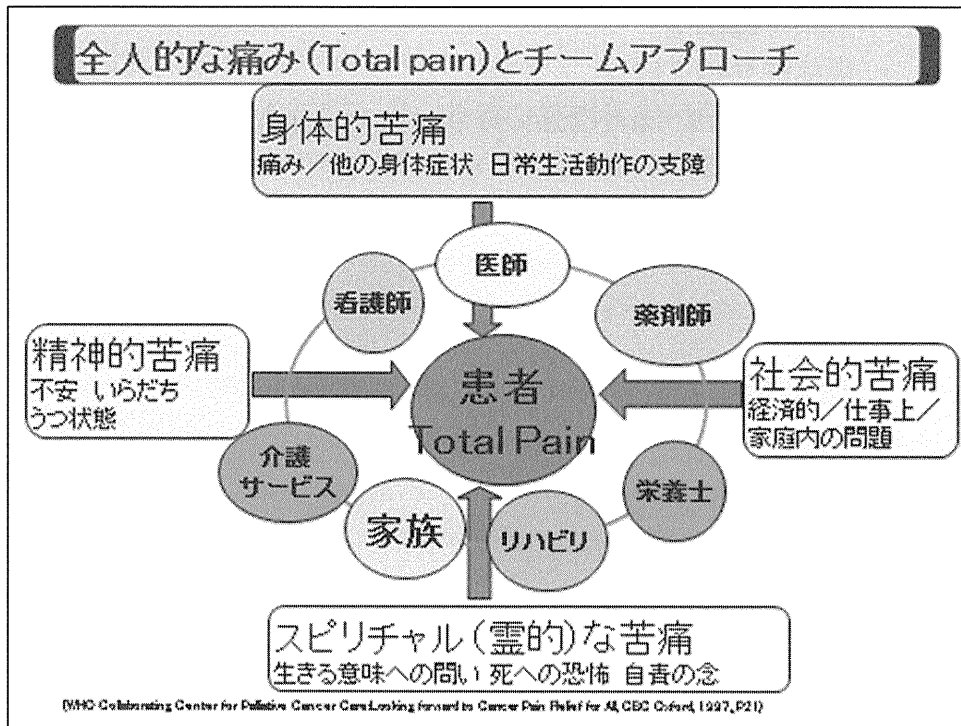
74 2

非がん性疼痛 と がん疼痛 の治療上異なる点

- 非がん性疼痛:慢性、難治性疼痛
 - 生の中の痛み:痛みと一緒に生活していく必要がある。
 - 鎮痛法:他臓器に及ぼす影響や、他の併発症とのバランスの中を選択される。
ADLが低下したり、生命予後を脅かすような治療法は最終手段である。
 - 高齢者では、体を動かすことも大切である。
- がん疼痛(中期～終末期)
 - 残された時間の中での痛み:積極的除痛が必要である。
 - 鎮痛法:予後によっては痛みをとることが優先される。
痛みを緩和することで一定期間でもQOLの向上が得られる治療が選択される。

がん患者では、現状のがん治療のレベルにおいては、オピオイドが適応になる痛みが出現してから（術後痛など、がん治療に伴う痛みは除く）、数年以上の使用が必要になることはごく稀である。したがって、QOLの向上や維持を目的に、オピオイドを積極的に使用する。一方で、非がんの痛みに対するオピオイド治療は、がん疼痛とは異なり、依存や耐性とい

った問題やオピオイドの副作用により QOL が損なわれないように慎重投与、増量し、モニタリングをする必要がある。



がん患者の持つ痛みは、全人的に捉える必要がある。がん患者は、身体的、精神的、社会的、霊的（スピリチャル）な痛みを有しており、複雑に絡み合っている。したがって、身体の痛みを緩和することが、急務ではあるが、その他の苦痛に関しても、医師と医療従事者が協力してチームアプローチを行い、個々の得意分野において、能力を発揮することが重要となる。さらに、身体的な痛みとして患者が表現する痛みの中にも、抑うつや不安などが大きく影響している場合もあることを念頭において、治療することが重要である。

がんの痛みの性状・種類

| | | | |
|---------|-----|---|-----------------------|
| 侵害受容性疼痛 | 内臓痛 | 腹部腫瘍の痛みなど局在 があいまいで鈍い痛み ズーンと重い | オピオイドが効きやすい |
| | 体性痛 | 骨転移など局在がはっきり した明確な痛み ズキッとする | 突出痛に対するレスキューの使用が重要になる |
| 神経障害性疼痛 | | 神経叢浸潤、脊髄浸潤など 、びりびり電気が走るような ・しびれる・じんじんする痛み | 難治性で鎮痛補助薬を必要とすることが多い |

日本緩和医療学会 PEACEプロジェクト がん疼痛の評価と治療より

がんの痛みは、非がんの痛みと同じく、痛みの性状により、侵害受容性疼痛（内臓痛、体性痛）、神経障害性疼痛の3つのパターンに分類することができる。

がん疼痛の治療法

- ・ 化学療法
 - ・ 放射線療法: 治療的照射 緩和的照射
-
- ・ 薬物療法
 - 1) NSAIDs
 - 2) オピオイド → がん疼痛治療の主軸である
 - 3) 鎮痛補助薬
 - ・ 神経ブロック療法
 - ・ 理学療法
 - ・ 心理・精神療法
 - ・ その他