

# 痛みの鑑別診断

Differential diagnosis of the pain

平林秀裕, 福島哲志, 山田尚生  
Hidehiro Hirabayashi, Tetsushi Fukushima, Nao Yamada

病院を訪れる多くの患者が「痛み」を訴える。NSAIDsで容易に治る痛みもあれば、医者も頭が痛くなる難治性疼痛や、「本当に痛いのだろうか」と疑念を抱かせる痛みもある。国際疼痛学会 (ISAP) の痛みの定義では、「実質的または潜在的な組織損傷に結びつく、あるいはこのような損傷を表わす言葉を使って述べられる不快な感覚・情動体験」とされ、単なる痛覚伝導路の障害だけでなく、その鑑別は難しい<sup>1)</sup>。

## 鑑別診断のポイント

画像や検査で簡便にできるものではなく、忍耐強く患者の話聞き、丹念な診察を行うことが重要である。

問診や診察の要点は、

- ① 痛みの部位と範囲およびその変化
- ② 痛みの性状
- ③ 持続期間：急性？または慢性？
- ④ 誘因、原因
- ⑤ 増強または軽減因子
- ⑥ 知覚異常の有無(アロディニアを含む)
- ⑦ 皮膚の変化(腫脹、発赤、浮腫、萎縮など)
- ⑧ 随伴症状
- ⑨ 治療経過
- ⑩ 日常生活における支障などがある。

画像診断や血液生化学的検査のほか、痛みの機序の診断には、ドラッグチャレンジテストなども有効である。さらに痛みは、「精神状態」とも密接な関係があり、以下のような心理テストによる評価も有用である。

- ① 矢田部・Gilford性格検査(Y-Gテスト)：性格特性

- ② Minnesota multiphasic personality inventory(MMPI)：人格特性
- ③ Cornell medical index (CMI)：神経症傾向の判別
- ④ self-rating depression scale (SDS)：うつ状態の評価
- ⑤ state-trait anxiety inventory (STAI)：陥りやすい特性と現在の不安の評価
- ⑥ hospital anxiety and depression scale (HAD)：身体症状をもつ患者の不安と抑うつ状態の評価
- ⑦ pain disability assessment scale (PDAS)：疼痛による日常生活の障害

## 痛みの分類と鑑別

一般的には急性痛と慢性痛に分けられる。急性痛は、通常、侵害受容性疼痛で、生体への警報の役目を担っている。慢性痛は、組織損傷がない場合や治療しているにもかかわらず、生じるもしくは存在する痛みで、生体にとって不利益のみをもたらす病的疼痛である。しかしいずれにも属さない痛みもある。

がん疼痛は、腫瘍浸潤による組織障害に伴う急性疼痛の面と、転移や治療後に生じる神経障害性疼痛などの慢性痛の面をもつ。片頭痛や三叉神経痛は、長期間にわたって、比較的持続の短い、一時的あるいは間欠的に生じる痛みで、しかも完全に痛みのない期間があり、recurrent pain(断続的疼痛)と分類される。

臨床においては、病的疼痛がとくに問題となる。病的疼痛の分類もさまざまな分類が提唱されているが、その1つを図1に示す<sup>2)</sup>。多発性関節リウマチのような侵害受容性疼痛、視床痛や帯状疱疹後神経痛などの神経障

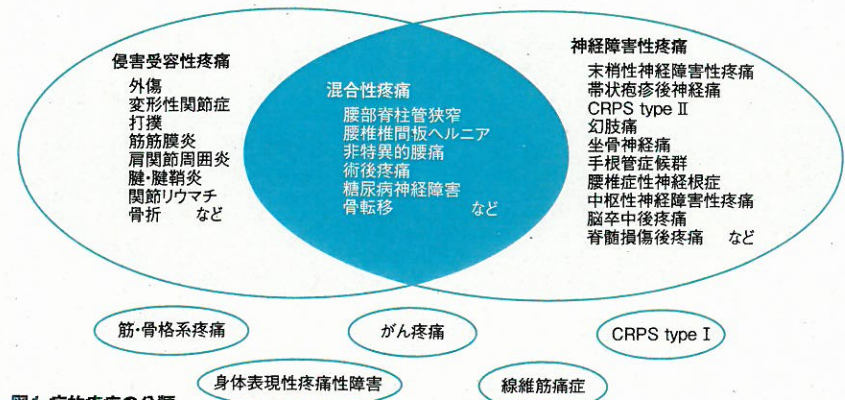


図1 病的疼痛の分類

害性疼痛、両者の混合型、身体表現性疼痛性障害などの心因性疼痛のほか、がん疼痛や線維筋痛症などに分類される。

## 神経障害性疼痛

とくに疼くような、灼熱感を伴う痛みで、アロディニアを伴うことも多い神経障害性疼痛の鑑別は重要である。具体的には、まず疼痛の訴えに対して、疼痛範囲の神経解剖学的所見と体性感覚系への損傷の既往や神経疾患の有無について評価し、それらが認められれば、さらに感覚機能の客観的検査を行ったうえで、①神経障害性疼痛と確定的に診断する(definite)、②神経障害性疼痛の要素が含まれていると考えられる(probable)、③神経障害性疼痛の可能性はほとんどない(possible)という3段階に評価する(表1)<sup>3)</sup>。さらに障害部位により、末梢性神経障害性疼痛(帯状疱疹後神経痛、CRPS type IIなど)と中枢性神経障害性疼痛(脳卒中後疼痛、脊髄損傷後疼痛など)に分類される。

侵害受容性の要素を併せもつ混合性疼痛も存在する。たとえば、糖尿病に伴う四肢の疼痛は、神経障害による神経障害性疼痛の要素と血管障害による虚血性疼痛(侵害受容性)の要素を併せもつ。

## 痛みと精神

器質的障害がなくても、うつ病に伴う痛みや身体表現性疼痛性障害などの心因性疼痛が

表1 神経障害性疼痛の臨床的分類のための診断基準

<p><b>確定例 (definite)：</b>痛みが神経解剖学的に局在しており、少なくとも次の診断基準のうち2つを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 疼痛部位のすべてもしくは一部に知覚低下がある</li> <li>● この痛みに関連する神経病変(障害)を引き起こすことが知られている疾患が、現在もしくは今までにある</li> <li>● 神経生理学、外科もしくは神経画像により確認された神経病変(障害)がある</li> </ul>
<p><b>可能性のある症例 (probable)：</b>痛みが神経解剖学的に局在しており、少なくとも次の診断基準のうち2つを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 疼痛部位のすべてもしくは一部に知覚低下がある</li> <li>● 病因不明</li> <li>● この痛みに関連する侵害受容性疼痛もしくは神経障害性疼痛のどちらかを引き起こすことが知られている疾患が、現在もしくは今までにある</li> <li>● 放散痛もしくは発作痛みがある</li> </ul>
<p><b>可能性が薄い症例 (possible)：</b>痛みが少なくとも次の診断基準のうち2つを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 痛みが神経解剖学的でないところにある</li> <li>● 痛みの部位に侵害受容性疼痛を引き起こすことが知られている疾患が、現在もしくは今までにある</li> <li>● 知覚低下がない</li> </ul>

存在する。がんの進行に伴い、自信や価値観が揺らぎ、無力感や絶望感に苛まれる霊的苦痛(スピリチュアルペイン)が出現することもある。難治性疼痛の鑑別においては、精神状態の評価は不可欠であり、精神科などとの連携に努めることも重要である。

## 文献

- 1) Turk DC, Okifuji A : *Bonica's Management of Pain*. 4th ed, eds, Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2010 : 13.
- 2) Jensen TS : Neuropathic pain : definition and screening. *Eur J Pain* 2007 ; 11 : S7-8.
- 3) Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, et al : Neuropathic pain : redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008 ; 70 : 30-35.