

M4講義 疼痛医学（痛みと行動科学） 2026年1月26日(火) 2限：診断

痛みの分類と評価

名古屋市立大学大学院医学研究科 麻酔科学・集中治療医学分野

名古屋市立大学病院 いたみセンター

佐藤 玲子

痛みの患者を診る視点

“痛み”とは個人的な体験である

“痛みを診る”とは
その体験を共有することである

その人に関心を払い、
色々な視点から診ることが重要

慢性疼痛ケースブック「慢性痛を理解しよう」より引用

痛みの定義 2020 日本語訳（日本疼痛学会 2020.7.25）

「実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た、感覚かつ情動の不快な体験」

付記

- 痛みは常に個人的な経験であり、生物学的、心理的、社会的要因によって様々な程度で影響を受けます。
- 痛みと侵害受容は異なる現象です。 感覚ニューロンの活動だけから痛みの存在を推測することはできません。
- 個人は人生での経験を通じて、痛みの概念を学びます。
- 痛みを経験しているという人の訴えは重んじられるべきです。
- 痛みは、通常、適応的な役割を果たしますが、その一方で、身体機能や社会的および心理的な健康に悪影響を及ぼすこともあります。
- 言葉による表出は、痛みを表すいくつかの行動の1つにすぎません。コミュニケーションが不可能であることは、ヒトあるいはヒト以外の動物が痛みを経験している可能性を否定するものではありません。

痛みの患者を診る視点



- 見ているだけではわからない

- その人の立場になって、診る

症例 1

40歳代の女性。専業主婦。夫と長男との3人暮らし。

数ヶ月前から右下顎の歯痛があり、近医歯科で虫歯治療を受けた。治療後も痛みが続くため、抜歯を施行されたが、改善しなかった。

1ヶ月前、左上顎にも歯痛が出現し、歯科で治療を受けたが、痛みは改善せず、徐々に悪化した。家族の勧めもあり、当院紹介受診となった。

👉 この患者さんの歯痛の原因と病態は？

症例 2

50歳代の男性、会社員（事務職）

2年前、運転中に後方から**追突**され、**頸部痛**が出現した。

最初に受診した整形外科で頸部捻挫と診断され、経過観察となったが、その後も痛みが持続した。時々右上肢のしびれもあったが、仕事が忙しく、通院はしなかった。

事故から1年経過しても頸部痛と右上肢のしびれは続き、**頭痛やめまい、不眠**も自覚するようになった。仕事が多忙で過労のせいだと思い、騙し騙し生活していたが、気分が落ち込み、寝込む日が続くようになった。心療内科を受診したところ、**うつ病の診断**で薬物療法が始まり、3ヶ月前から休職している。

 この患者さんの痛みの原因と病態は？

本講義の到達目標

1. 痛みの代表的な病態（侵害受容性・神経障害性・痛覚変調性）を説明できる
2. 生物心理社会モデルに基づいて、痛みに影響する要因を挙げられる
3. 痛みの病態と要因を多面的に評価する視点を持てる

痛みの病態分類

①侵害受容性疼痛

末梢組織の損傷や炎症によって生じる痛み

Nociceptive

②神経障害性疼痛

神経系(末梢・中枢神経)の損傷や障害によって生じる痛み

Neuropathic

③痛覚変調性疼痛

痛みに関わる神経系の機能の変化(可塑性変化)によって生じる痛み

Nociplastic

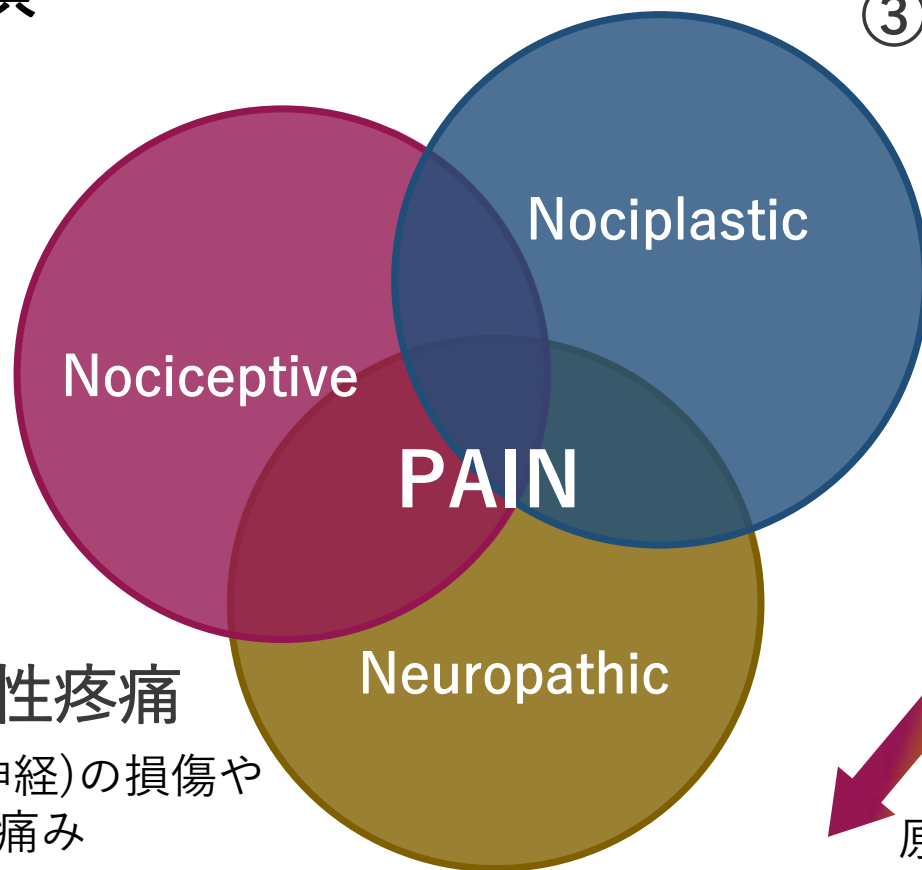
PAIN

原因が複雑

原因がわかりやすい

急性の病態によく見られる

慢性化していることが多い



① 侵害受容性疼痛 Nociceptive pain

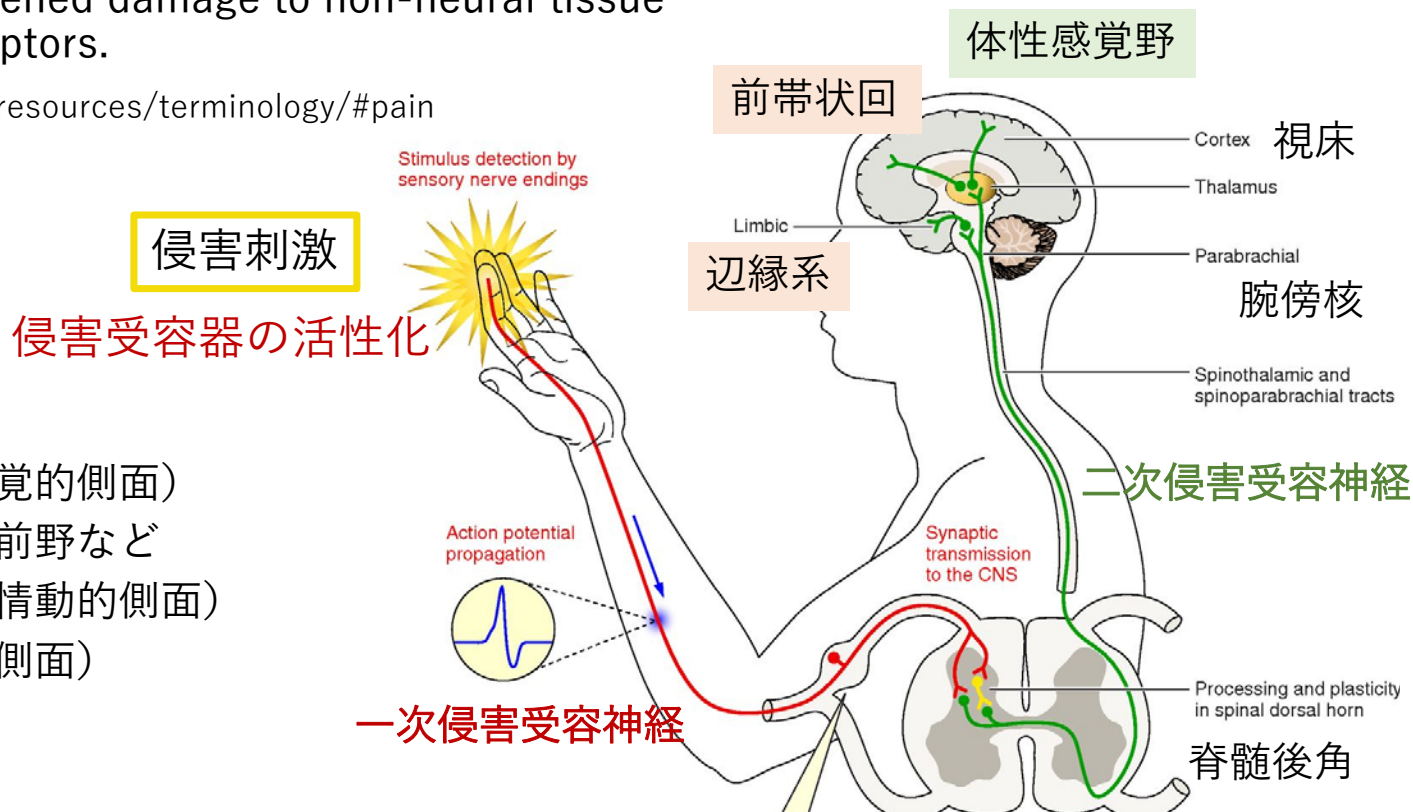
実際の組織損傷、または損傷の危険性がある場合に生じる痛みであり、
侵害受容器の活性化により生じる

Pain that arises from actual or threatened damage to non-neural tissue and is due to the activation of nociceptors.

IASP terminology <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

侵害受容情報の伝達

- ・ 外側脊髓視床路→体性感覚野（感覚的側面）
- ・ 内側脊髓視床路→前帯状回・前頭前野など
（認知的側面、情動的側面）
- ・ 脊髓腕傍核路路→扁桃体（情動的側面）



侵害受容の役割

侵害受容器

一次求心性神経線維（A δ 線維・C線維）の自由終末に存在

高閾値機械受容器

針やナイフで刺されるといような強い機械的な侵害刺激に反応する（弱い刺激には反応しない）。主にA δ 線維(伝達速度が速い)に存在。

ポリモーダル受容器

多種類の侵害刺激に反応する（熱刺激・化学刺激・機械刺激の他、非侵害刺激にも反応する）。主にC線維(伝達速度が遅い)に存在するが、深部組織ではA δ 線維にもある。

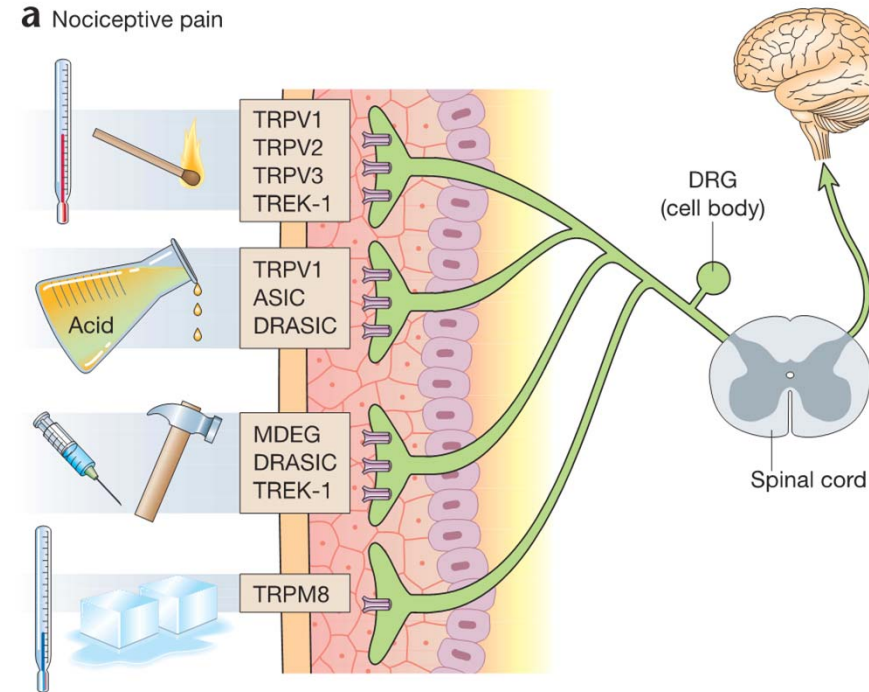
※ 他に、温度侵害受容器やサイレント侵害受容器がある

※ 侵害受容器 ≠ 痛みの受容器



警告信号

痛みの感覚と情動により、生体に差し迫った危険を知らせる



Scholz and Woolf, Nature Neuroscience 2002

侵害受容性疼痛の特徴と診断

痛みの局在部位から原因となる器質的疾患を特定し診断する

体性痛：体表や筋骨格への侵害刺激により生じる鋭い痛み

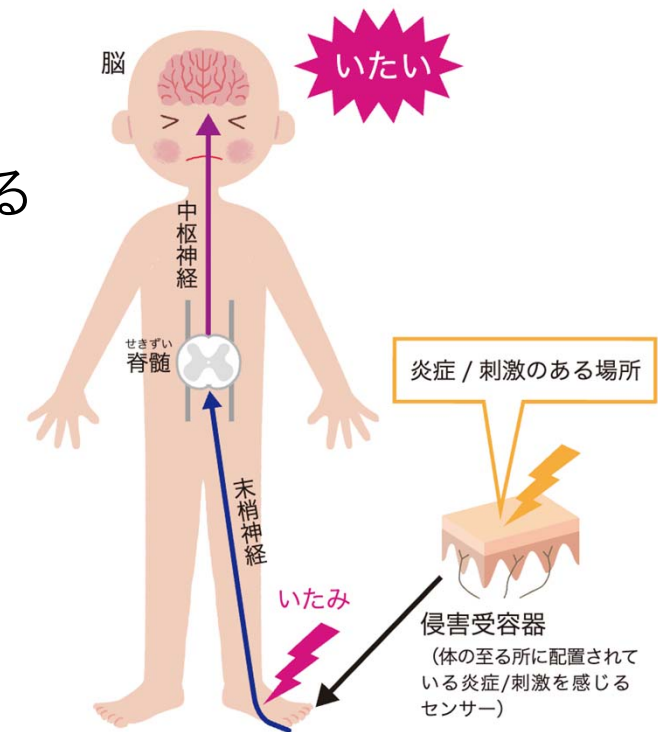
例) 切り傷や骨折の痛み、術後の創部痛など

- ✓ 痛みの局在がはっきりしている (体性感覚野に投射)
- ✓ 侵害刺激の部位と痛みの部位が一致している

内臓痛：内臓平滑筋や腹膜への侵害刺激により生じる鈍い痛み

例) 胆嚢炎、尿路結石、便秘や下痢の痛みなど

- ✓ 痛みの局在がはっきりしない (投射部位は不明)
- ✓ 侵害刺激の部位と痛みの部位が一致していることもあるが、しないこともある (関連痛)



<https://www.itami-chiryo.com/type.html>

② 神経障害性疼痛 Neuropathic pain

体性感覚神経系の病変や疾患によって生じる痛み

Pain caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system.

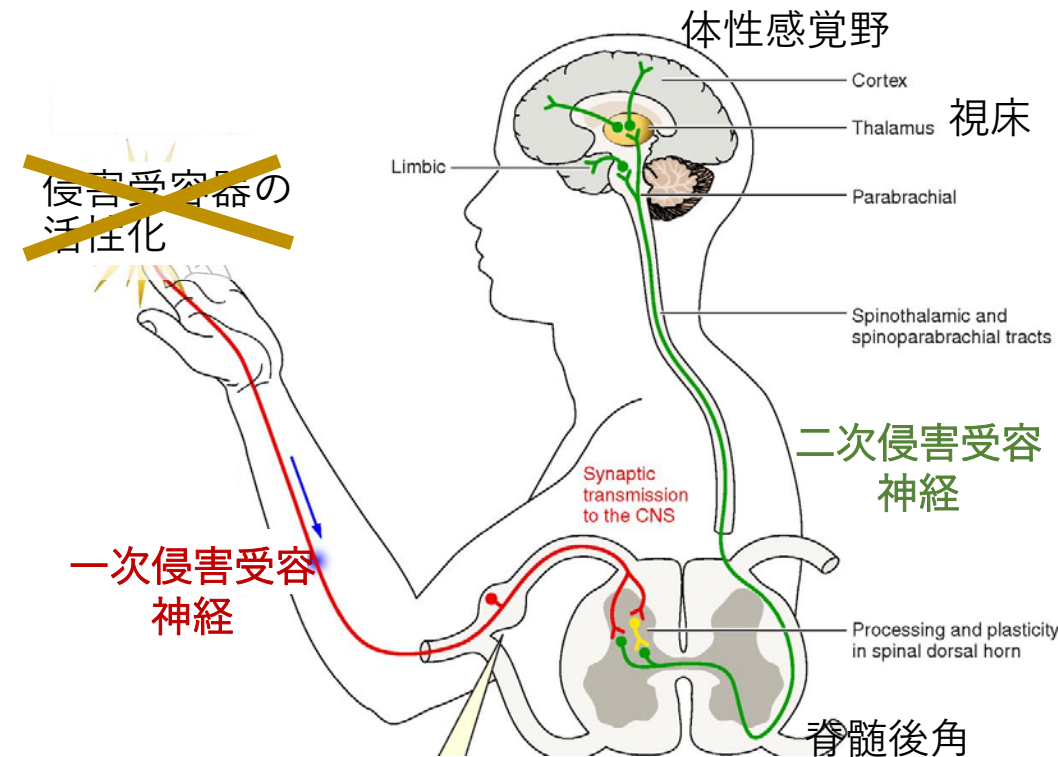
IASP terminology <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

末梢性神経障害性疼痛

- ・ 損傷や断裂：外傷後や術後の神経障害
- ・ 圧迫や絞扼：手根管症候群、三叉神経痛
- ・ ウイルス性：帯状疱疹後神経痛、HIV感覚神経障害
- ・ 代謝性：糖尿病性、アルコール性
- ・ 化学的刺激：化学療法誘発性神経障害 など

中枢性神経障害性疼痛

- ・ 脳：脳卒中後疼痛（視床痛）、多発性硬化症 など
- ・ 脊髄：外傷性脊髄損傷後疼痛、脊柱管狭窄症 など



神経障害性疼痛の機序

侵害受容器の活性化がなくても、神経伝導路上に発火・応答が発現する

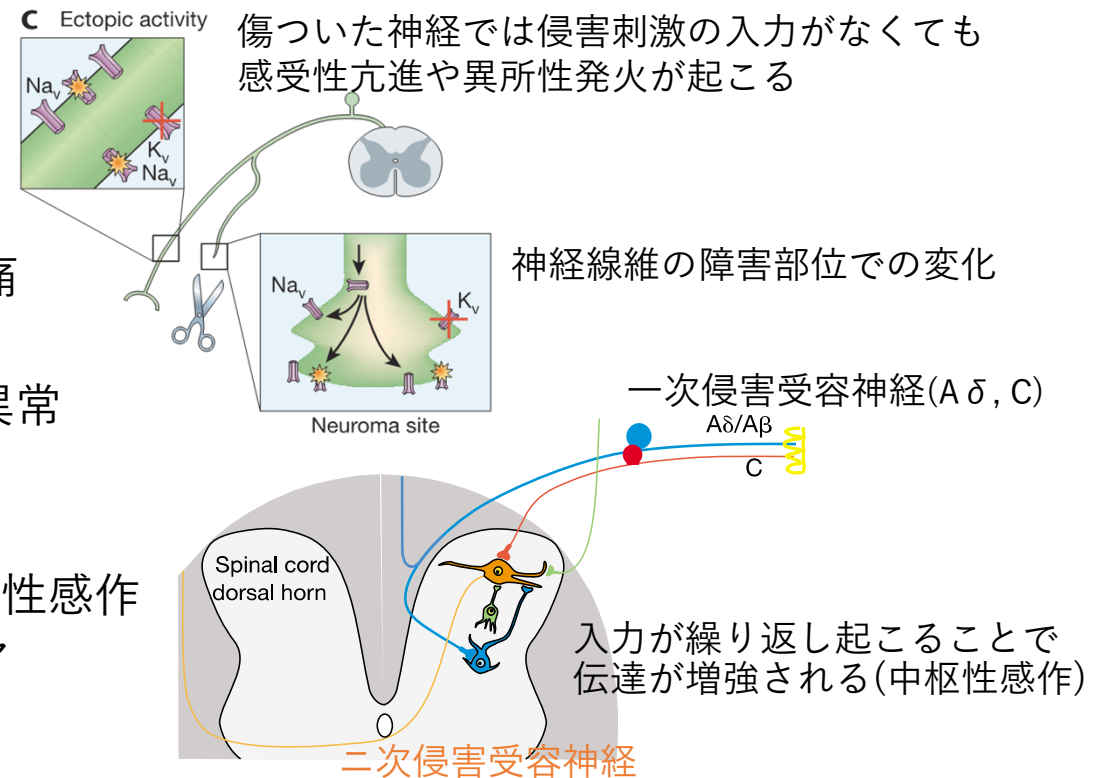
末梢神経・脊髄後角レベルで様々な変化が起こるため、多彩な症状を示し、難治性である

末梢神経（侵害受容神経線維）の変化

- 異常興奮（感受性亢進、異所性発火）
 - ・ 感受性亢進 ⇒ 痛覚過敏
 - ・ 異所性発火 ⇒ しびれ、灼熱感、電撃痛
- 他の神経線維との短絡形成
 - ・ 異常な神経伝達 ⇒ アロディニア、温度覚異常

脊髄後角での変化

- 二次侵害受容神経の異常興奮・長期増強⇒中枢性感作
- 二次侵害受容神経への伝達異常 ⇒ アロディニア



神経障害性疼痛の症状と診断

特徴的な症状

- ・ 自発痛：針で刺されるような痛み
電撃痛、灼熱痛、しびれるような痛み
- ・ 誘発痛：アロディニア（本来痛みを感じない刺激で痛みを感じる）
- ・ 感覚障害：感覚低下/過敏、痛覚過敏

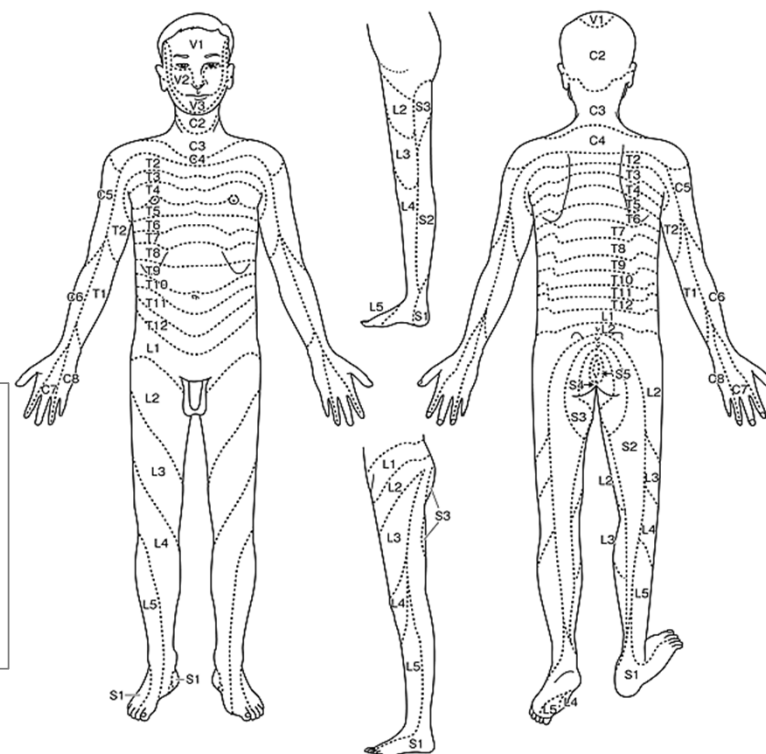
病歴：神経学的病変または疾患

神経解剖学的な分布に沿った痛み

診察：解剖学的神経支配に一致した領域での感覚障害を伴う痛み

検査：痛みの原因となる体性感覚神経系の病変や疾患の確定

特徴的な症状＋神経解剖学的な妥当性 により診断できる



皮膚分節（デルマトーム）

がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010より引用

神経障害性疼痛の症例（帯状疱疹関連痛）

70歳代の男性

主訴　： 左背部から腋窩の痛み, 皮疹



急性期の皮膚所見

現病歴： 2ヶ月前に左背部から腋窩の痛みを自覚し、その2日後から同部位に皮疹が出現した。
近医皮膚科で帯状疱疹と診断され、抗ウイルス薬と鎮痛薬による治療を施行された。
皮疹は軽快し、色素沈着が残っている程度だが、痛みが強く眠れないため、当科紹介受診。

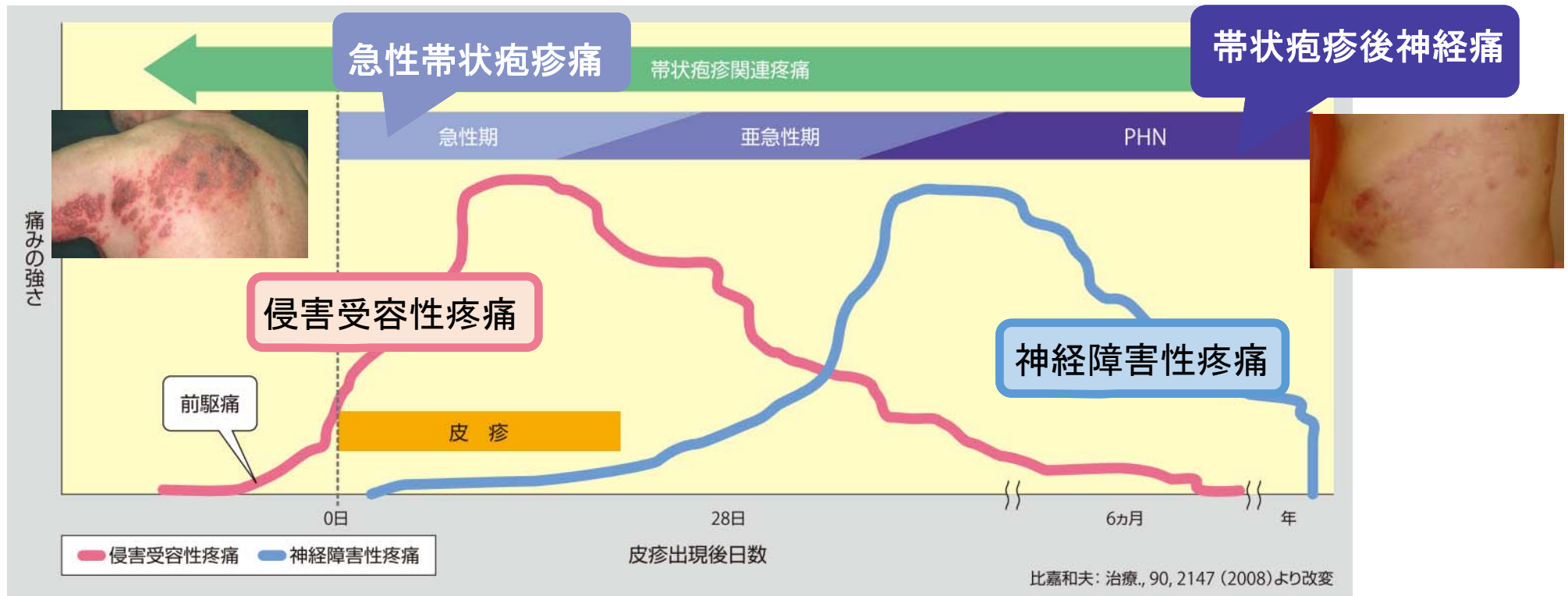
現症　： 背中から腋窩の色素沈着部位に一致した痛み（ビリビリした灼熱痛、電撃痛）
服が擦れると痛みが強くなる（アロディニア）

病態　： 末梢性神経障害性疼痛（診断：第2胸椎神経領域の帯状疱疹関連痛）

- ・ 解剖学的神経支配に一致した領域に神経障害性疼痛に特徴的な症状を認める
- ・ 解剖学的神経支配に一致した領域に体性感覚神経系の疾患（帯状疱疹）を認める

带状疱疹関連痛

小児期に水痘に罹患した後、神経節に潜伏感染していた水痘・带状疱疹ウイルスが再活性化して発症する。急性期には侵害受容性疼痛が主体であるが、徐々に神経障害性疼痛が主体となる。



③ 痛覚変調性疼痛 Nociplastic pain

侵害受容器を活性化する実際の組織損傷やその危険性があるような損傷はなく(≠侵害受容性疼痛)、体性感覚神経系の疾患や病変の証拠もない(≠神経障害性疼痛)にも関わらず、**侵害受容の変化（神経系の可塑性変化）**により生じる痛み

Pain that arises from altered nociception despite no clear evidence of actual or threatened tissue damage causing the activation of peripheral nociceptors or evidence for disease or lesion of the somatosensory system causing the pain.

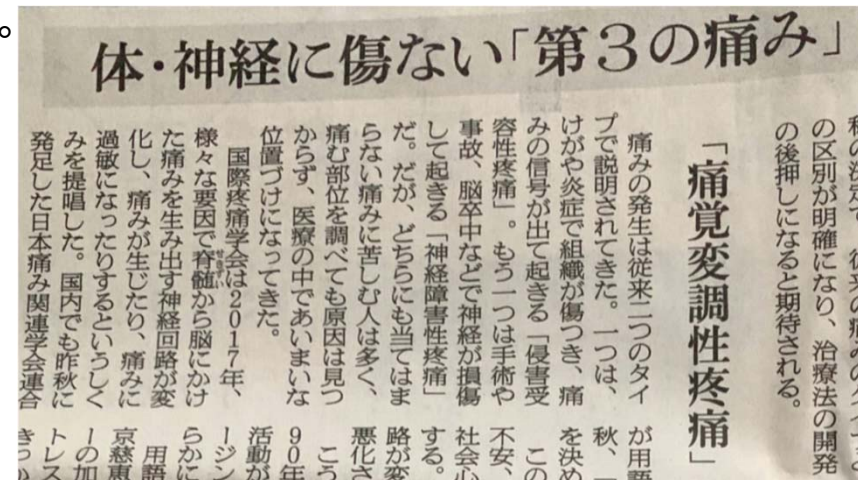
IASP terminology <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛に続く“第3の疼痛”として2016年に提唱され、2017年に国際疼痛学会がNociplastic painという記述を採用した。日本では、2021年に「痛覚変調性疼痛」と命名された。

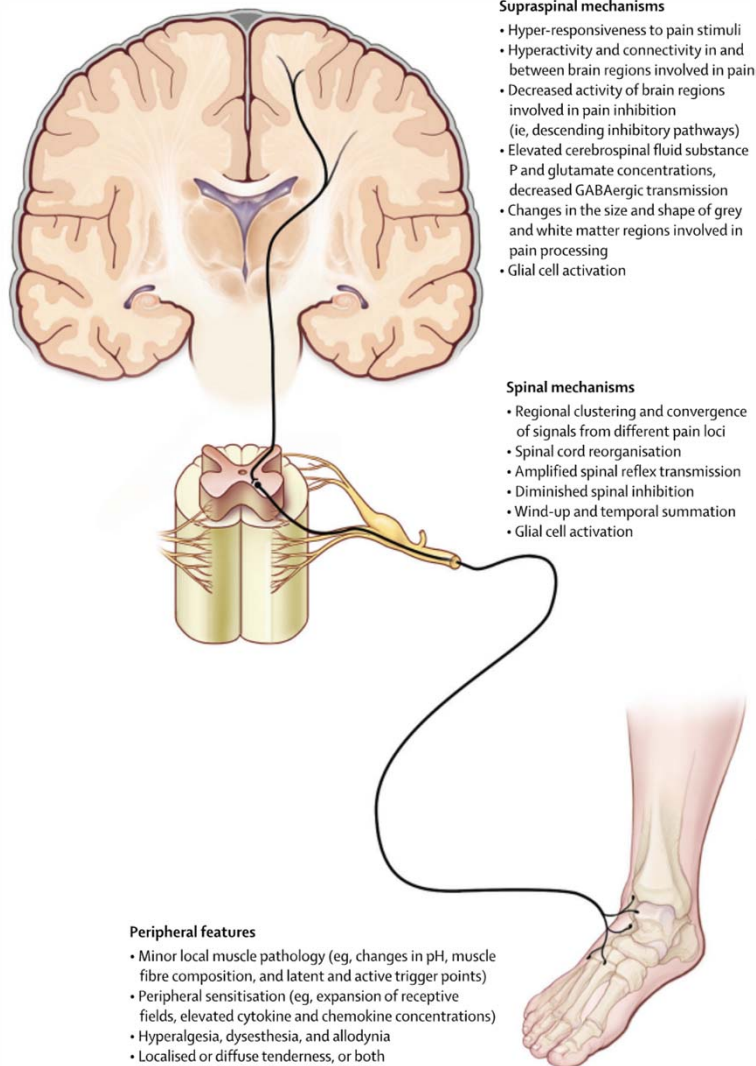
2021.11.8 朝日新聞

Nociplastic = “Nociceptive Plasticity”
侵害受容 可塑性

★可塑性とは・・・ある物質が変形して原型とは異なる形状を保持しうる場合、可塑性があるという（広辞苑）。神経系で用いる場合、神経回路またはその機能が外部からの刺激や変化に応じて変化する性質を指す。



痛覚変調性疼痛の機序（と考えられているもの）



脊髄より上位の機序

- 痛み刺激に対する過敏反応
- 痛みに関わる脳領域の活性化
- 痛みの抑制に関わる脳領域の活動低下
- 痛みの処理に関与する脳領域のサイズ変化
- グリア細胞の活性化

脊髄での機序

- 脊髄神経回路の再編成
- 脊髄反射の増幅、抑制系の減少
- Wind-up現象
- グリア細胞の活性化

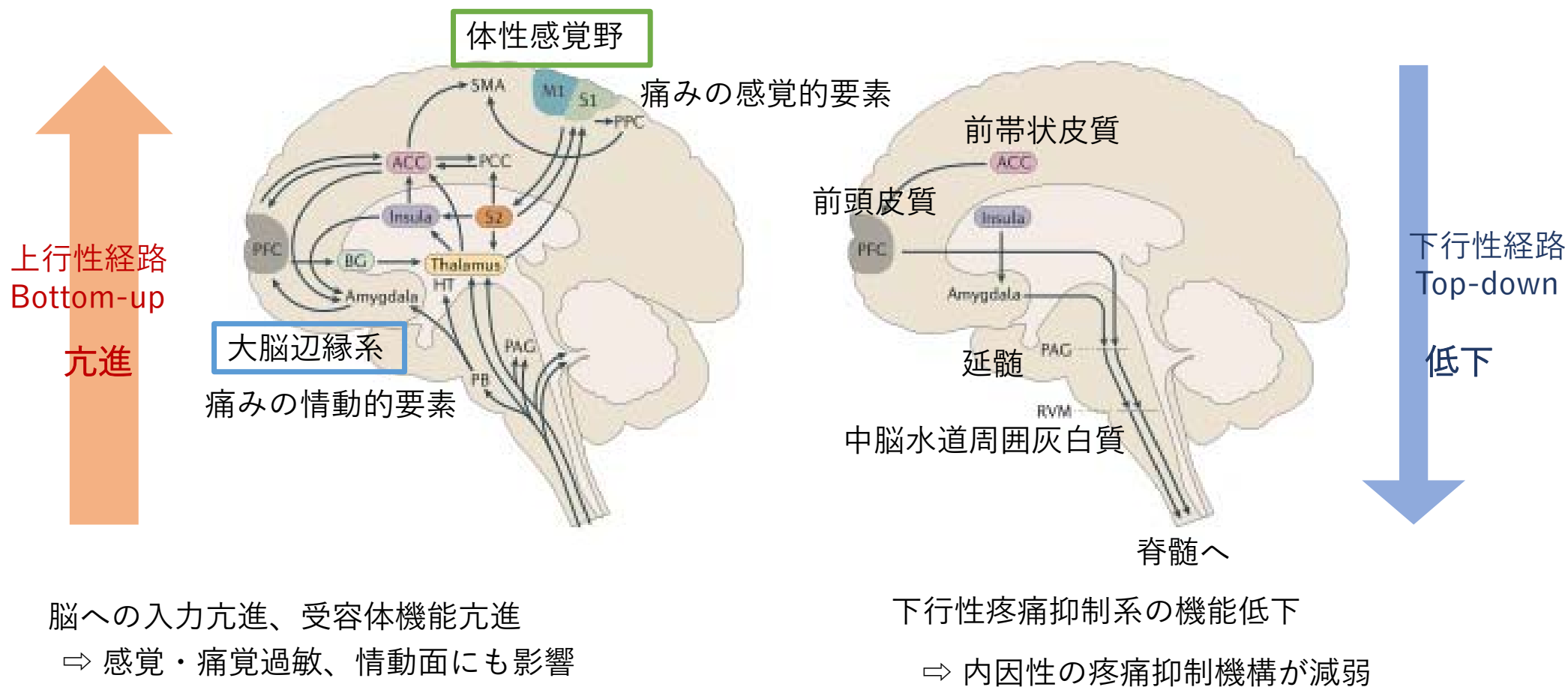
末梢組織の特徴

- 軽度の筋組織の変化
- 局所的/瀰漫性の圧痛
- 痛覚過敏、異痛症

* 病態については
まだ分かっていないことが多い

Fitscharles et al., Lancet 2021, 397; 2098-2110

中枢神経系の可塑性変化



痛覚変調性疼痛の特徴

★ 手がかりとなる病歴や病態

- ・ 小児期や青年期の痛みの既往、慢性痛や精神疾患の家族歴
- ・ 心理社会的要因（≠心因性疼痛）
- ・ 炎症性リウマチ疾患や変形性関節症 など

★ 臨床的特徴（特異的なバイオマーカーはない）

- ・ 慢性痛（3ヶ月以上）
- ・ 侵害受容性疼痛や神経障害性疼痛だけでは説明できない（併存はある）
- ・ 異痛症（機械的刺激、熱・冷刺激によって誘発される痛み）
- ・ 感覚過敏（触覚や圧覚、運動、熱や寒さに対する感覚過敏）
- ・ 痛み以外の症状（音・光・匂いへの過敏、睡眠障害、倦怠感、認知機能低下）

★ 痛覚変調性疼痛による病態と考えられている疾患

- ・ 線維筋痛症、原因不明の腰痛、過敏性腸症候群、慢性会陰部痛、非定型口腔顔面痛 など

線維筋痛症

全身広汎性の慢性痛とこわばりを主症状とした原因不明の疾患。
痛覚変調性疼痛の関与が考えられる。

WPI: 19箇所
過去1週間の
疼痛範囲数

顎	右	左
肩	右	左
上腕	右	左
前腕	右	左
胸部		
腹部		
大腿	右	左
下腿	右	左
頸部		
背部	上	下
臀部	右	左
WPI 合計:	点	

以下の3項目を満たすものを線維筋痛症と診断する
WPI7以上+SS5以上またはWPI3~6+SS9以上
少なくとも3カ月症候が続く
他の疼痛を示す疾患ではない

SS 症候	問題なし	軽度	中等度	重度
疲労感	0	1	2	3
起床時不快感	0	1	2	3
認知症状	0	1	2	3
合計: 点				

SS 一般的な身体症候	0: なし	1: 軽度	2: 中等度	3: 重度	
筋肉痛	過敏性腸症候群	疲労感・疲れ	思考・記憶障害	筋力低下	頭痛
腹痛・腹部痙攣	しびれ・刺痛	めまい	睡眠障害	うつ	便秘
上部腹痛	嘔気	神経質	胸痛	視力障害	発熱
下痢	ドライマウス	かゆみ	喘鳴	レイノー症状	蕁麻疹
耳鳴り	嘔吐	胸やけ	口腔内潰瘍	味覚障害	痙攣
ドライアイ	息切れ	食欲低下	発疹	光線過敏	難聴
あざが出来やすい	抜け毛	頻尿	排尿痛	膀胱痙攣	
合計: 症候 点 + 身体症候 点 = 点					

注1: SSの一般的な身体症候の数については各施設にゆだねられている



米国リウマチ学会線維筋痛症分類基準（1990）

- ①3ヶ月以上持続する広範囲の疼痛
- ②18箇所の圧痛点のうち11以上陽性
- ③器質的疾患なし

米国リウマチ学会線維筋痛症予備診断基準（2010）

参考文献：線維筋痛症診療ガイドライン2017（日本医事新報社）

病態分類のまとめ

Nociceptive

①侵害受容性疼痛

侵害受容器の活性化

炎症、組織損傷 など

外傷、術後急性痛
関節炎、関節リウマチ など

Neuropathic

②神経障害性疼痛

体性感覚神経系の障害

神経損傷、神経系の疾患 など

視床痛、帯状疱疹後神経痛、
糖尿病性神経障害 など

Nociplastic

③痛覚変調性疼痛

神経系の可塑性変化

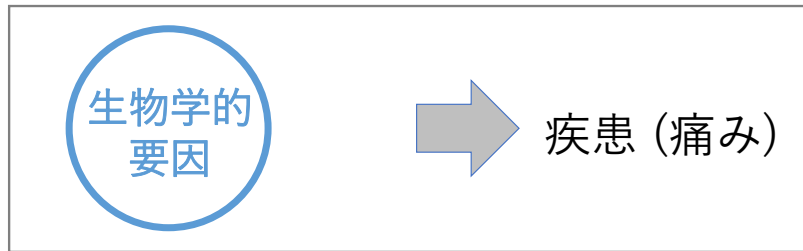
組織や神経の損傷が見られない

線維筋痛症、非特異的腰痛、
過敏性腸症候群 など

これらの病態は、併存することがある（混合性疼痛とも呼ばれる）

痛みを理解する枠組みの変遷

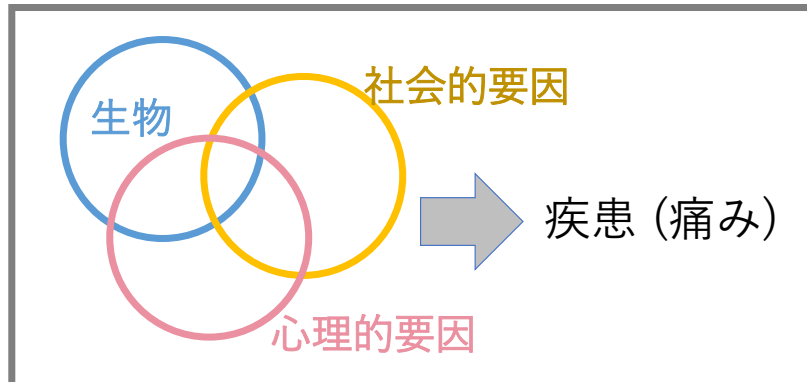
従来の生物医学モデル



身体的な異常 = 疾患の原因という考え方

△ 痛みの評価には適合しにくい

生物心理社会モデル

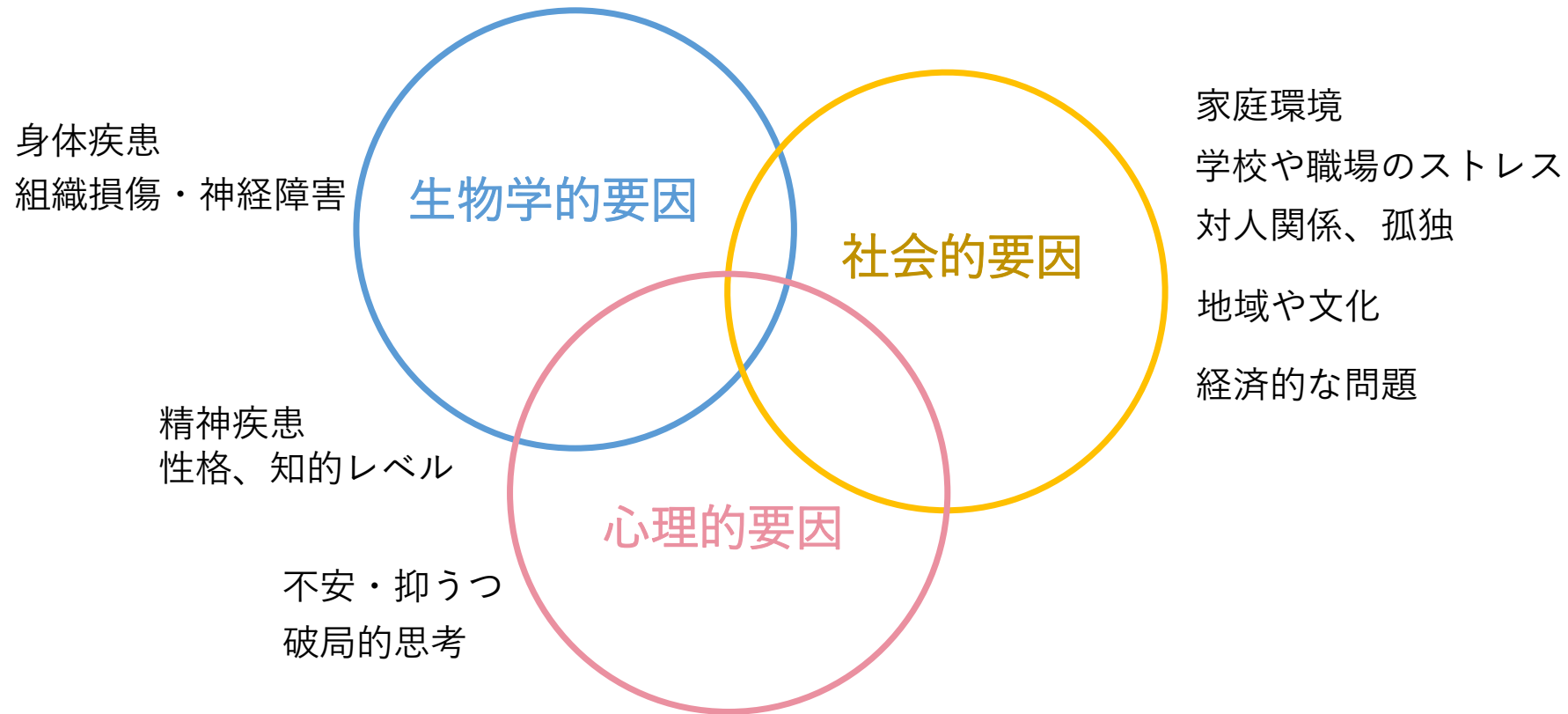


身体 of 異常 + 心理社会的な問題

= 様々な要因が疾患の発症・維持に影響し合う

◎ 複雑化した痛みの理解において特に有用

痛みの要因：生物心理社会モデル



様々な要因が痛みの発症・維持に影響する（慢性痛では特に重要）

痛みの多面的評価

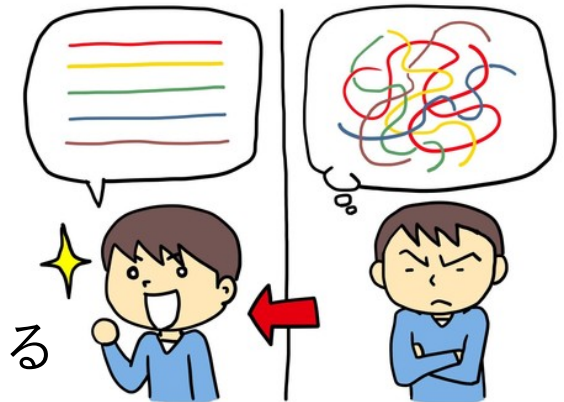
■ 生物学的評価

- ✓ 痛み診察の基本
- ✓ Red Flags (見逃してはいけない疾患)の確認
- ✓ 痛みの評価スケール
- ✓ 補助的な生理学的評価 (PainVision、QST)

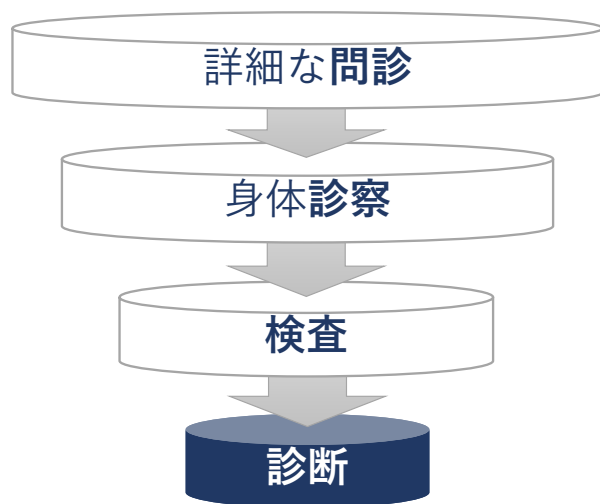
■ 心理社会的評価

- ✓ 痛みに影響する心理社会的問題の評価

複雑な要因を紐解き、痛みの病態を多面的に理解する



痛み診察の基本



慢性疼痛治療ガイドライン第1版より

問診 (重要)

- ✓ 痛みの部位・強さ・性状、発症時期・経過、増悪/寛解因子
- ✓ 日常生活への影響、睡眠障害や気分変化の有無
- ✓ 痛み以外の身体症状、既往歴や現在治療中の疾患、服薬状況 など

身体診察

- ✓ 視診：姿勢、歩き方、変形、腫瘍・皮疹、表情 など
- ✓ 触診：圧痛、アロディニア、筋肉の柔軟性 など
- ✓ 理学所見：関節可動域、運動・感覚、反射 など

👉 問診と身体診察の結果から障害部位を推定

検査

- ✓ 画像検査、血液検査、生理学的検査など

👉 画像所見との矛盾がないかどうか十分に検討

見逃してはいけない身体疾患（Red Flags）



致命的な疾患や放置すると重篤な機能障害を残す可能性のある疾患を疑う危険信号を**Red Flag sign**と呼ぶ。

表3 頭痛のred flag sign⁴⁾

- 初めて、または人生最悪の頭痛
- 突然発症した雷鳴頭痛
- 増悪、または全く異なるパターン
- 脳神経学的異常所見が1時間以上続く
- 50歳以上で新規に発症した頭痛
- 担癌患者、免疫抑制患者、妊婦に起こった新規の頭痛
- 意識変容や意識障害を伴う頭痛
- 労作、性行為、バルサルバ法により誘発された頭痛

⇒ くも膜下出血、脳出血、椎骨動脈解離 など致死性の頭蓋内疾患を疑う

腰痛のred flag sign

- 発症年齢<20歳または>55歳
- 時間や活動性に関係のない腰痛
- 胸部痛
- 癌、ステロイド治療、HIV*感染の既往
- 栄養不良
- 体重減少
- 広範囲に及ぶ神経症状
- 構築性脊柱変形
- 発熱

⇒ 脊椎の骨折や炎症、腫瘍などを疑う

この症例のRed Flag signは？

71歳男性、無職（会社員を60歳で定年退職）

主訴：腰痛、両下肢のしびれ

現病歴：

1年ほど前に**腰痛**が出現した。近くの整形外科で施行された単純X線では異常を指摘されず、鎮痛薬処方経過観察となっていた。痛みは徐々に悪化した。鍼治療を受けると痛みは多少楽になったが、家では横になることが増えた。半年前より**体重は7kgほど減った**。最近では、**気持ちの落ち込み**もあり、精神科を受診したところ、**うつ病**と診断された。うつ病に対する薬物療法を開始したが、腰痛の訴えが続くため、いたみセンターへ紹介となった。

既往歴：高血圧、**肺癌**術後

現症：腰痛（左＞右）、腰椎L2-3付近に軽度**叩打痛**あり

関節可動域制限・筋力低下なし

両下肢**しびれ**軽度あり、明らかな感覚障害やアロディニアなし

血液一般検査：特記すべき異常所見なし

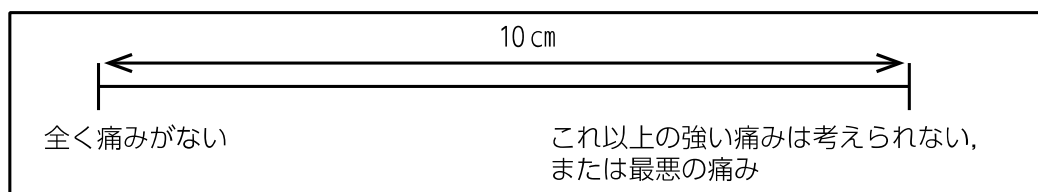


※架空症例（実際に経験した症例を参考にして作成）

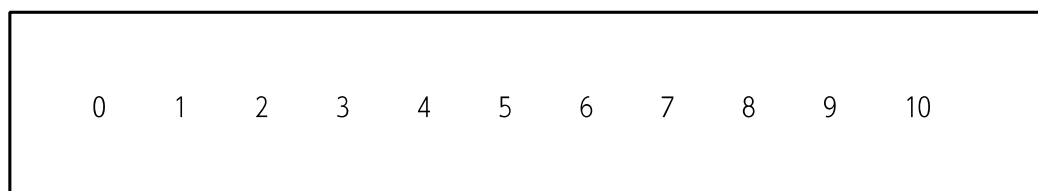
痛みの評価スケール

患者の訴える主観的な痛みの強さを
スケールを用いて数値化する

視覚的アナログ尺度：visual analog scale (VAS)



数値的評価尺度：numerical rating scale (NRS)

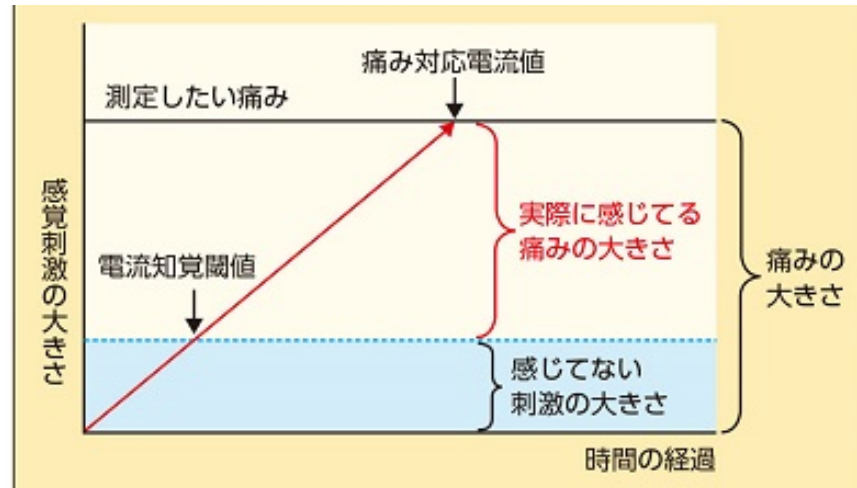


c 簡易疼痛質問票：brief pain inventory (BPI)

簡易疼痛質問票 (Brief Pain Inventory)

- この 24 時間にあなたが感じた最も強い痛みはどのくらいでしたか？最も近い数字を選んでください。
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
痛みなし 想像できる最も激しい痛み
- この 24 時間にあなたが感じた最も弱い痛みはどのくらいでしたか？最も近い数字を選んでください。
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
痛みなし 想像できる最も激しい痛み
- あなたが感じた痛みは平均するとどのくらいでしたか？最も近い数字を選んでください。
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
痛みなし 想像できる最も激しい痛み
- あなたが今感じている痛みはどのくらいですか？最も近い数字を選んでください。
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
痛みなし 想像できる最も激しい痛み
- 自分の痛みを表す数字を選んでください。
 - 横になっているとき
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
痛みなし 想像できる最も激しい痛み
 - 座っているとき
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
痛みなし 想像できる最も激しい痛み
 - 立っているとき
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
痛みなし 想像できる最も激しい痛み
 - 動かしたとき
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
痛みなし 想像できる最も激しい痛み

補助的な生理学的評価 ① 知覚・痛覚定量装置 PainVision

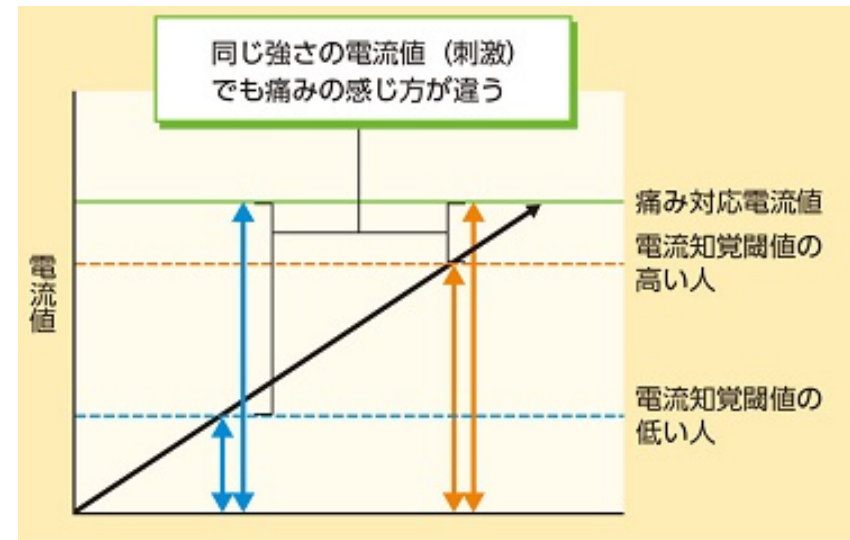


電流を流して2つの時点の電流値を測定する

- ・最初に刺激を感じた時 (電流知覚閾値)
- ・自分の痛みと同程度の刺激を感じた時 (痛み対応電流値)

$$\text{痛み度} = 100 \times \frac{\text{痛み対応電流値} - \text{電流知覚閾値}}{\text{電流知覚閾値}}$$

心理的影響を受けにくい、他者との痛み度の比較ができる



ナース専科 <https://knowledge.nurse-senka.jp/227160/2/> より

補助的な生理学的評価 ② 定量的感覚検査 QST

痛みに関わる感覚神経の機能変化（感受性・感作）の程度を測定する方法

* 疼痛感作 (pain sensitization)：侵害受容神経の感受性や反応性が亢進した状態



圧痛閾値(PPT)

圧迫刺激が痛みになる瞬間の閾値

→感受性の程度



時間的荷重(TS)

連続的な痛み刺激によって痛みが増悪する現象

→上行性疼痛促進系の亢進



条件刺激性疼痛調節 (CPM)

遠隔部位に与えた痛み刺激によって、評価部位の痛みが抑制される現象

→下行性疼痛抑制系の機能低下

疼痛感作の評価法の開発 <https://painsensitization.com/>

心理社会的評価

質問票を用いた評価

- ・ HADS (不安・抑うつ)
- ・ PCS (破局的思考)
- ・ AIQ (睡眠障害)
- ・ PDAS (生活支障度)
- ・ EQ-5D (QOL)

心理師による詳細な評価

- ・ 不安・抑うつ、認知の偏り
- ・ 精神医学的評価の必要性
- ・ 社会的要因

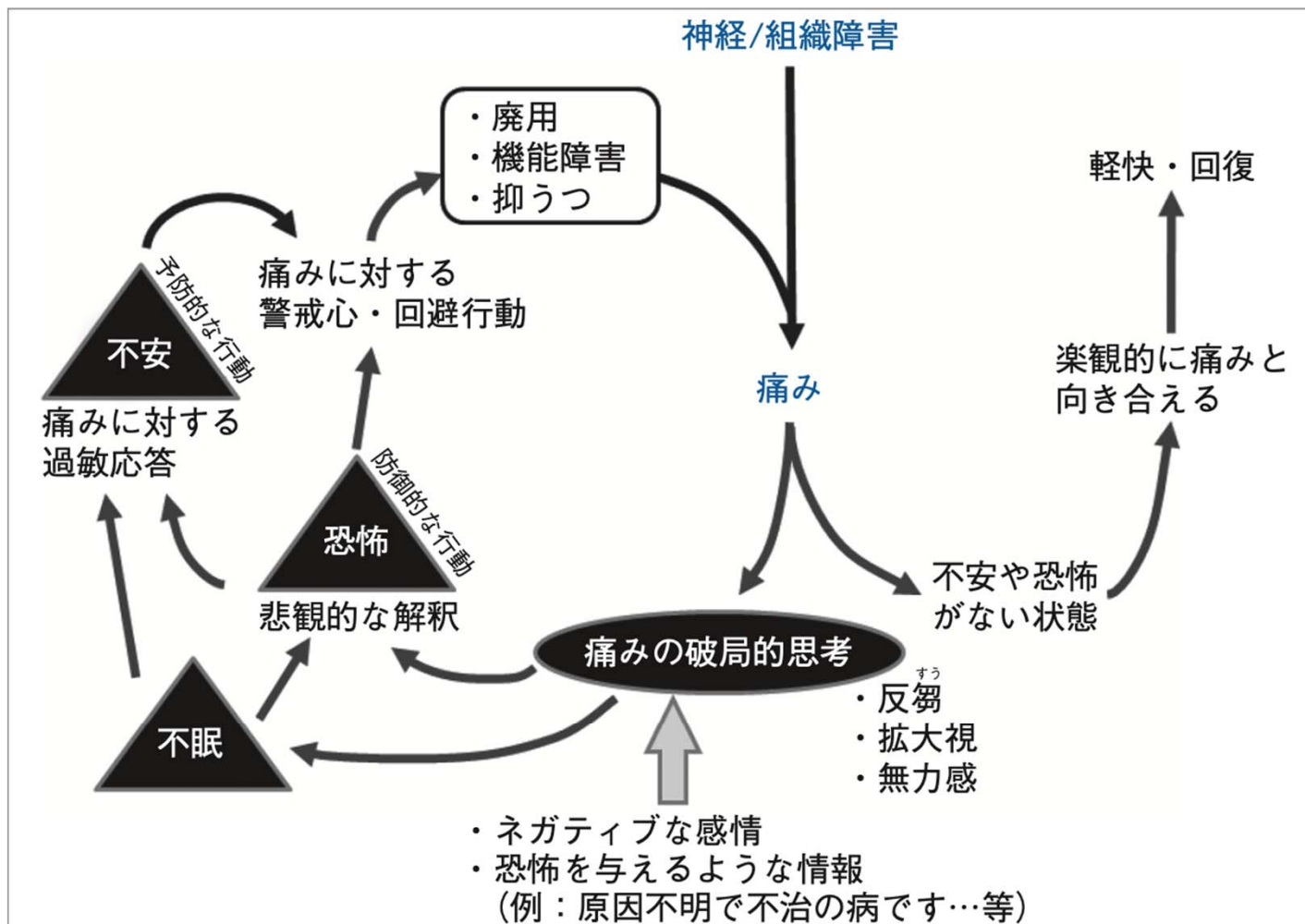
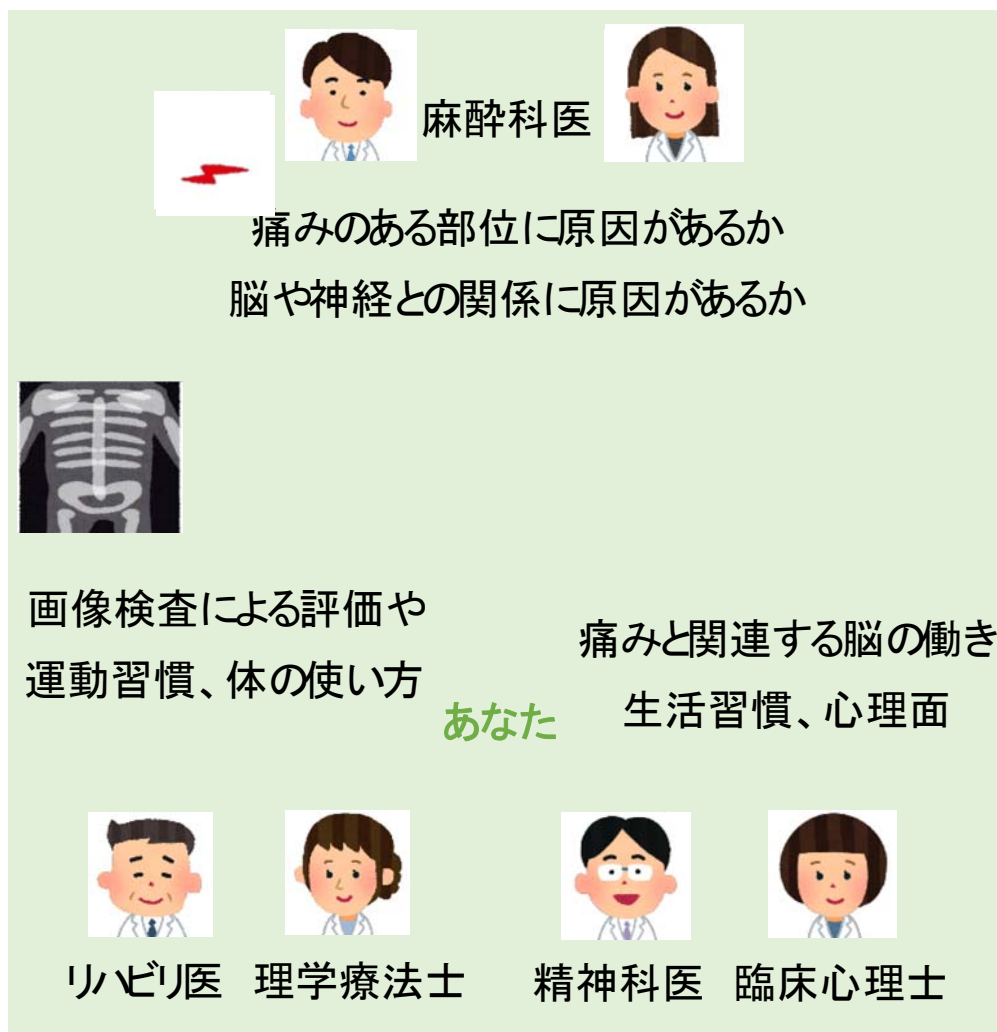


図1-A 痛みの恐怖回避モデル (文献3より引用一部改変)

痛みが長引くと、心理社会的要因との循環的相互作用により、慢性化・重症化することが示されている。

多職種チーム診療



- 多職種で協働して多面的な評価を行う
- 専門性を活かした高度な医療を提供できる

多面的評価 ➡ 学際的/集学的治療へ

症例で考える：痛みの病態と評価

冒頭で提示した症例について、考えてみましょう

- 👉 痛みの病態分類（侵害受容性・神経障害性・痛覚変調性）
- 👉 生物心理社会モデルに基づいた要因評価

症例 1

40歳代の女性。専業主婦。夫と長男との3人暮らし。

数ヶ月前から右下顎の歯痛があり、近医歯科で虫歯治療を受けた。治療後も痛みが続くため、抜歯を施行されたが、改善しなかった。

1ヶ月前、左上顎にも歯痛が出現し、歯科で治療を受けたが、痛みは改善せず、徐々に悪化した。家族の勧めもあり、当院紹介受診となった。

 この患者さんの歯痛の原因と病態は？

症例 1 診察所見

- ・ 痛みの評価

NRS 8点、神経障害性疼痛スコア 3点（カットオフ以下）

右下顎・左上顎にジンジンじわじわする持続痛

食事や刺激で誘発される痛みはない（食事中はむしろ和らぐ）

- ・ 身体診察

口腔内・歯に異常所見なし（歯科口腔外科で評価）、その他身体所見に異常なし

睡眠障害と中等度の倦怠感があり、家事や育児に支障が出ている

- ・ 心理社会的評価

抑うつはないが、不安はあり、このまま治らないのではないかと毎日思う

元々几帳面で家事はトコトンやらないと気が済まないが、最近は疲れて寝込むことが多い

家族との関係は良好

症例 1 病態と要因は？

■ 痛みの病態

局所の炎症所見や神経障害を疑う所見はなく、器質的異常なし
睡眠障害と倦怠感を伴う

病態：（ ）性疼痛では説明できない（ ）疼痛の疑い

■ 痛みの要因

- ・ 生物学的要因：不明
- ・ 心理的要因 （ ）や（ ）の影響
- ・ 社会的要因 ：不明

■ 診断 ：（慢・急）性（一次・二次）性口腔顔面痛（特発性歯痛の疑い）

■ 治療法：薬物療法（鎮痛補助薬や漢方薬）、認知行動療法

症例 2

50歳代の男性、会社員（事務職）

2年前、運転中に後方から追突され、頸部痛が出現した。

最初に受診した整形外科で頸部捻挫と診断され、経過観察となったが、その後も痛みが持続した。時々右上肢のしびれもあったが、仕事が忙しく、通院はしなかった。

事故から1年経過しても頸部痛と右上肢のしびれは続き、頭痛やめまい、不眠も自覚するようになった。仕事が多忙で過労のせいだと思い、騙し騙し生活していたが、気分が落ち込み、寝込む日が続くようになった。心療内科を受診したところ、うつ病の診断で薬物療法が始まり、3ヶ月前から休職している。

 この患者さんの痛みの原因と病態は？

症例 2 診察所見

- ・ 痛みの評価

NRS 9点、神経障害性疼痛スコア(PainDETECT) 21点 (カットオフ19点)

後頸部～右肩・背部全体の痛み、右上肢の痛みとしびれ、頭痛（吐き気を伴う）

- ・ 身体診察

右上肢MMT4+、握力 右25kg, 左31kg、Jackson・Spurling陽性、下肢症状なし
肩背部の筋硬直・肩凝り、重度の睡眠障害と倦怠感

- ・ 身体診察

頸椎MRI：C5/6椎間板ヘルニア

- ・ 心理社会的評価

心療内科での治療開始後、抑うつは軽快傾向

交通事故加害者から直接の連絡は一度もなく、怒りの気持ちがないとは言えない

仕事は休職中

家族の理解はあるが、経済面の不安はある

症例 2 病態と要因は？

■ 痛みの病態

身体所見と画像所見から頸椎椎間板ヘルニアの症状として矛盾はない
多彩な症状はどのように説明できるか？

病態：（ ）疼痛の疑い

■ 痛みの要因

- ・ 生物学的要因：頸椎椎間板ヘルニア
- ・ 心理的要因：不安・抑うつ、怒り、不眠
- ・ 社会的要因：交通事故、経済的問題

■ 診断：（急・慢）性（一次・二次）性筋骨格系痛（頸椎椎間板ヘルニア）

■ 治療法：薬物療法、理学療法、神経ブロック、手術、精神医学的治療

まとめ

1. 痛みには、侵害受容性・神経障害性・痛覚変調性の3つの病態がある
2. 痛みの評価は、生物心理社会モデルに基づいた多面的評価が重要
3. 痛みの病態と要因から、診断と治療方針を考える

レスポンスカードについて

① 本講義のキーワード2つ

痛みの病態と評価について、次の○に入る言葉を記載してください。

- ・侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、○○○○○疼痛の3つの病態がある。
- ・生物心理社会モデルに基づいた○○○評価が重要である。

② 本講義の課題

本講義で学んだことや感想を記載してください。

* 指定のGoogleフォームから10分以内に入力してください。