

慢性痛の情動的側面と 心理的介入の意義

—慢性痛診療の将来についての
展望と期待—

世間での痛みの捉えられ方

- 怖い、嫌い
- 病気が潜んでいる証だ
- 原因は検査で見つかるはずだ
- 痛み止め
 - 1) 使えば痛みは消える
 - 2) 体によくない
 - 3) 頓服で使う薬
- 痛みは我慢と教えられた
- 慢性の痛みは痛みが長くなっただけ

急性痛と慢性疼痛の違い

	急性痛	慢性疼痛	
		急性痛を繰り返す慢性疼痛, 急性痛が遷延化した慢性疼痛	難治性慢性疼痛
痛みの原因	侵害受容器の興奮	侵害受容器の興奮	中枢神経系の機能変化, 心理社会的要因による修飾
持続時間	組織の修復期間を超えない	組織の修復期間をやや超える	組織の修復期間を超える (3か月以上)
主な随伴症状	交感神経機能亢進 (超急性期)	睡眠障害, 食欲不振, 便秘, 生活動作の抑制	睡眠障害, 食欲不振, 便秘, 生活動作抑制
主な精神症状	不安	抑うつ, 不安, 破局的思考	抑うつ, 不安, 破局的思考

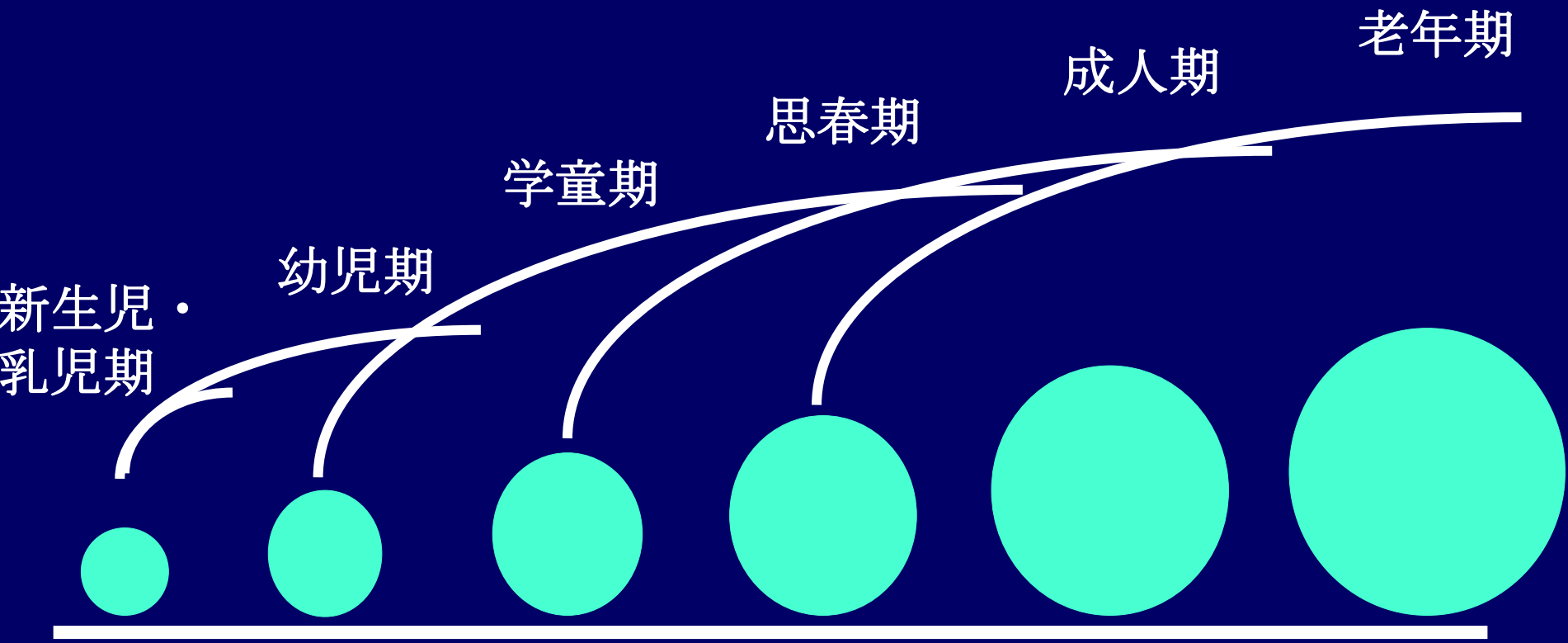
難治性慢性疼痛

中枢神経系の機能変化, 心理社会的要因による修飾

“ I .総論 CQ2” 慢性疼痛治療ガイドライン
慢性疼痛治療ガイドライン作成ワーキンググループ 編 1 真興交易医書出版部 17, 2018

- 心理社会的要因を探り当てるために何が必要
- 心理社会的要因は自然には明らかにされない
利用者は気づいていない
医師は見つけ方を知らない
いつまでも修飾の中身は明らかにされない

小児期の痛み体験はその後に 影響を与える



感覚:中枢性感作 情動:不安、恐怖
記憶を介した認知の獲得

新たな痛み体験時に

一番影響を与えている因子

The influence of children's pain memories on subsequent pain experience

110名 (M60, F50) 8-12Y

Noel M et al, Pain 2012; 153: 1653

冷水テスト10度4分



1回目



電話 (2週後)



2回目 (4週後)

体験時

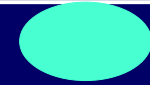
記憶

体験時

痛み強さ



<



痛み恐怖

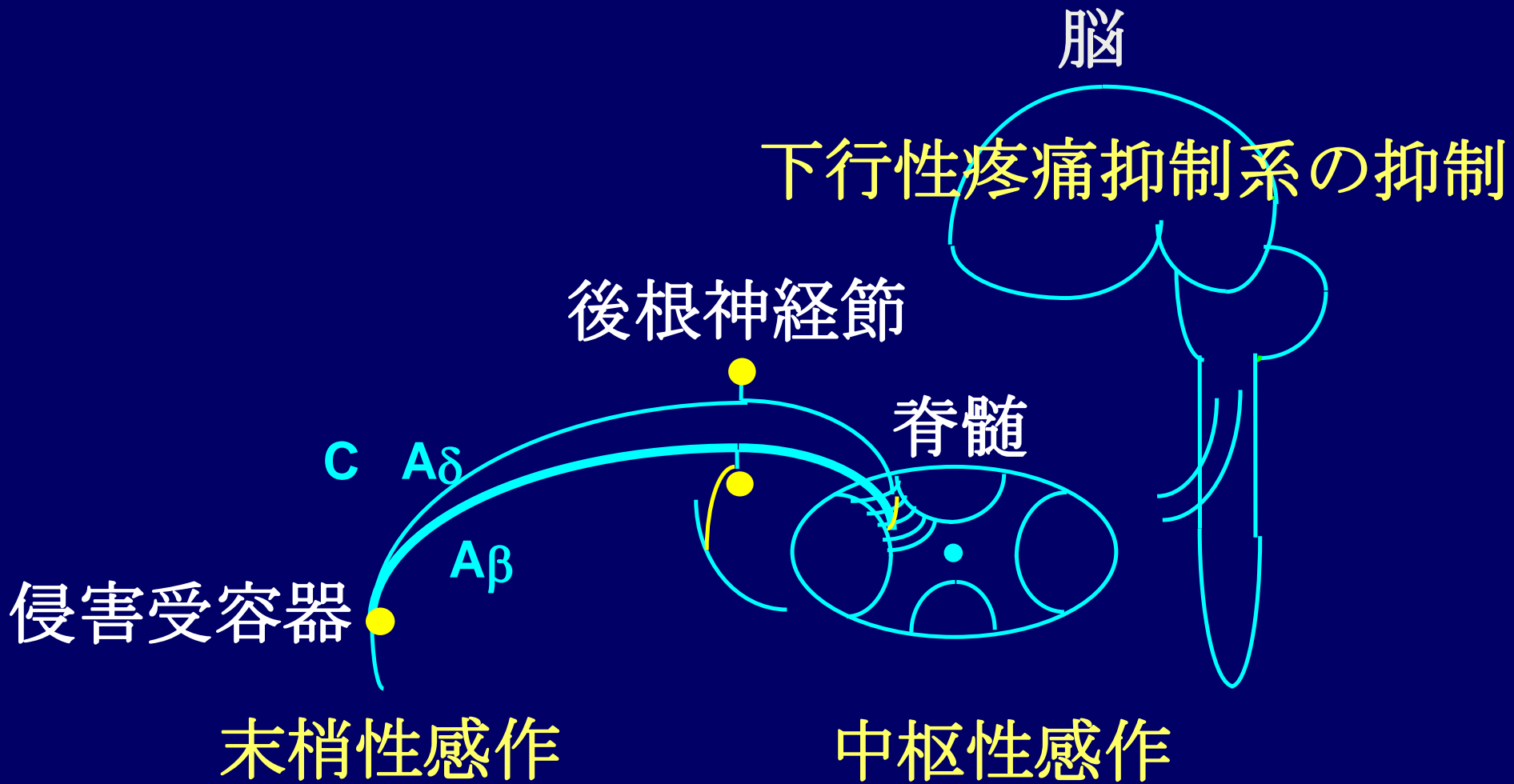


<



不安

末梢性神経障害性疼痛の機序



神経障害性疼痛患者に対する 包括的痛み対応アルゴリズム

A comprehensive algorithm
for management of neuropathic pain

Bates D et al, Pain Med 2019; 20, S2-

評価

- 現病歴： 神経障害性疼痛を来す疾患か否か
- 質問表： PainDetect, DN4, LANSS, NRS, VAS
- 痛みの気分や生活への影響：
質問表 PDI, HADS, PCS, EQ5-D, SF-36
- 診察： 痛覚、触覚、冷覚刺激テスト評価が必要

→ 神経障害性疼痛であるか否かの評価

A comprehensive algorithm

for management of neuropathic pain

Bates D et al, Pain Med 2019; 20, S2-

治療

■第1選択治療

1-1 Multidisciplinary team careから開始

- 1) 内容：運動、心理療法、physiotherapy, マッサージ
- 2) 有効性：NRS2低下 有効持続性：49%(3か月後)
- 3) 無効(6-8週後)：薬物療法の介入へ

1-2 薬物療法

- 1) TCA's SNRI's Gabapentinoids Topical

■第2選択治療

薬物併用療法

- 1) Nepの45%の患者は2剤以上併用が必要
- 2) DPPN 90%の患者は2剤以上併用が必要
- 3) Tramadol 急性がん関連神経障害性疼痛では第1選択

A comprehensive algorithm

for management of neuropathic pain

Bates D et al, Pain Med 2019; 20, S2-

■ 第3選択治療

- 1) SSRI 抗けいれん薬 NMDA antagonists
- 2) インターベンション 硬膜外ブロック PRF

■ 第4選択治療

神経刺激療法 SCS

■ 第5選択治療

低用量オピオイド

- 1) 強オピオイドの有効性は8日から8週間
- 2) モルヒネ換算で1日50mg以下
- 3) 有効性の評価期間は1-4週

■ 第6選択治療

Targeted drug delivery (TDD)

集学的アプローチ—痛み治療の始まり

慢性痛の複雑さを最初に認識した医師

Bonica JJ 1940年代

Interdisciplinary chronic pain management team

Biopsychosocial (生物心理社会的)

アプローチ

ワシントン大学で始動

Bonica JJ 1960年

集学的多職種痛みセンターの診療スタイル —複雑な痛みの原因、修飾因子・対応法を見出すプロセス—

看護師

薬剤師

精神科医

ペイン医



絡みあった
複雑な原因



<患者>

<医療者>

理解
納得
認知変化
行動変化

新たな
情報提供
説明

気づき
振り返り
言語化

新事実
発見

心の扉
開門

信頼関係
構築

痛み対応法提案・説明

痛みの原因と病態説明

急性痛と慢性痛の違い説明

心理社会的要因の抽出・関連性

家庭・仕事・生育歴を訊ねる

痛みの出現時期・部位・きっかけ

言わんとしたことを理解したことの表出

感情の吐き出し・受け入れ・理解
ねぎらい・共感・傾聴



—慢性痛診療の将来についての 展望と期待—

37年間の振り返り

- ・慢性痛は神経ブロックでは限界
—痛みの軽減もADLの改善もない多数患者—

1980年代

- ・薬物療法への流れ始まる

1990年代

- ・神経障害性疼痛という概念定着
- ・心因性痛患者が実は神経障害性痛患者
- ・神経障害疼痛は想定外に高頻度

2000年代

神経障害性痛治療薬物の誕生とエビデンス

ー慢性痛診療の将来についての 展望と期待ー

- 神経障害性疼痛以外の慢性痛対応が課題
ー多い患者数、機序が多彩、評価困難etcー
- 安易な強オピオイド使用の推進 2000年代
ー救われる患者より依存、乱用、死者増加ー
- 学ぶべきこと、踏む出すべきこと
 - 1) 慢性痛の器質的原因評価の欠如
 - 2) 患者の適切さ評価の欠如
 - 3) 強オピオイド処方是最後の手段でもない
 - 4) 医療者は専門外の痛み対応法を知り、患者に代替対応法に関する情報提供の必要性
 - 5) 医療機関を超えた患者の総合評価の地域連携
 - 6) 感覚、情動、認知、記憶それぞれの新たな対応

慢性痛診療の将来の展望と期待

慢性痛診療環境の質の向上に 何が必要か

- 慢性痛は日常生活に支障来す第1位の原因
- 利用者と医療者が共に慢性痛という「痛みの病気」を知ることが出発点
- 治療対象は慢性痛でなく、慢性痛患者
- 治療開始前に痛みの原因と情動認知評価が大切
- 不安、抑うつ、恐怖の原因を訊ねる
- 成育歴における痛み、辛さ体験を訊ねる
- 医療者に求められる患者への説明力
- 適切な説明は利用者の不安・恐怖軽減の近道

慢性疼痛患者に対して感覚、情動、認知 記憶の情報収集に基づいた評価



3者の関連性の評価



3者の支援のツボの
明確化