痛みの不快感を緩和させる脳へのアプローチ

How to Relieve Discomfort Associated with Chronic Pain

平林万紀彦^{*1,2,3}

Makihiko Hirabayashi, M.D., Ph.D.

はじめに

本来、痛みを感じる機能は、われわれ人類においても生存に有利に働き、他者の痛みに共感するうえでも役立ってきた。にもかかわらず、不快がゆえに痛みは嫌われ、患者は痛みを取り除くことを強く望み、治療者は患者の訴えに応えようと励むが、満足いくほどの成果が得られず治療が行き詰まってしまうことは少なくない。痛みは、知覚的、感情的、また認知的に脳で統合され、それらは相互に作用し、われわれは痛みを常に内的に体験する。慢性痛に苦悩する患者は、痛み知覚の増強だけでなく、痛みの不快感がストレスになりやすい。本稿では、「医療者としてどのように不快感を緩和することができるのか」を、痛みは脳で感じているという普遍的事実に基づき解説する。

本稿のポイント

- ① 痛みに苦悩する患者は、「痛みが強い」だけでなく「痛みが不快で仕方ない」ので苦しむ。
- ② 『知覚』『意識』『感情』『思考』の問題が、「痛みの不快感」を強め、痛みが堪え難いものになる。
- ③ “痛みの不快感”の緩和が、【堪え難い痛み】を【平気な痛み】に転換するうえで鍵になる。

痛みの不快感を強め得る症候

痛みが強まると、一時的にストレスになることはいうまでもない。ただ、自覚する痛み知覚強度は同程度であっても、痛みが堪え難く行き詰まる人もいれば、一方で、痛みと付き合いながら生き生きと過ごす人もいるこ

とが知られている。つまり、痛み強度が増した分だけ患者の苦悩も強まる、という単純なセオリーは成立しない。そのため、痛み診療では、神経や筋骨格系の評価が重視されるのと同様に、痛みの不快感を知るには精神状態を司る脳機能について意識、感情、思考などの症候に基づき所見を得ることが欠かせない。

1 意識の障害《抑制が効かず訴えが強まる》

意識とは、自己と外界に気づいている状態であると簡潔に定義できる。意識が障害された状態とは、大脳皮質の機能が低下していることを指し、集中が困難になり、不快な痛みストレスに対しがまんが効きにくくなるため、痛みを執拗に訴えやすくなる。痛み診療においては、鎮痛薬の影響でも起き得る「ややぼんやり」した、「たまにちょっと的外れの応答」をするなどのごく軽度の意識障害も把握することが重要である。慢性痛患者にありがちな自発性や、関心が低下するうつ病や認知症といった似た病態との鑑別を要す。

2 感情の障害《痛み過敏になる》

次に、感情の障害も痛みの不快感を強める。痛みを憂い恐れるのは人間にとって当然の感情であり、痛みが遷延すると抑うつ状態を呈しやすいことが知られている。たとえば「痛みがさらに強くなったらどうしよう」「この痛みはもう治らないのか」「どうして痛みは自分をこうも苦しめるのだろう」といった不安や恐怖が沸き起こり憂うつになるわけだが、痛みと抑うつはどちらも病態そのものがストレスであり、相互に発展して不快感が増していく。患者の表情や会話内容からうつ状態を把握していくと、痛み中心の窮屈な生活の中で痛みがいかに苦しい

*1 医療法人心和会八千代病院/Yachiyo Hospital

連絡先：〒276-0021 八千代市下高野 549 医療法人心和会八千代病院 平林万紀彦 [Address reprint requests to : Makihiko Hirabayashi, M.D., Ph.D., Yachiyo Hospital, 549 Shimokoya, Yachiyo-shi, Chiba 276-0021, Japan]

*2 東京慈恵会医科大学精神医学講座/Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine

*3 東京慈恵会医科大学麻酔科学講座ペインクリニック/Division of Pain Clinic, Department of Anesthesiology, The Jikei University School of Medicine

かがみえてくる。

③ 思考の障害《痛みと奮闘して疲労する》

さらに、「自分にとって痛みがどんな存在で、その痛みはどう向き合うか」によって、痛みのストレスはずいぶん異なってくる。低知能では、痛みという自分に生じた問題を解決する難しさもストレスとなり、混乱して無力感を生じやすい。提示される治療を断ることも苦手で、多剤併用や侵襲的な治療を選択してしまう傾向がある。一見、会話は普通にできているいわゆる境界知能や、認知症の初期の患者においても問題になるので、注意したい。また、痛みにとらわれてしまい簡単な決断にも時間がかかったり、今すぐ痛みを治すのは難しいとわかっていながらも、痛みから逃れようと反芻したり、「この痛みさえなければなんでもできる」といった根拠のない確信をもったりする現実に適応しにくい思考パターンが痛みの違和感を強め、知らず知らずのうちに痛みを過剰に敵視させる。

慢性痛患者に併存しやすい精神疾患

慢性痛患者は、精神疾患を併存する頻度が一般人口と比べて顕著に高く、併存すると重症化して治療抵抗性を生じやすい。

① うつ病《痛みと共通した脳機能障害》

うつ病は、脳の機能障害という点で慢性痛と共通点が多いことから高率に合併し相互に悪影響を及ぼすと考えられており、うつ病を伴う慢性痛患者では、自殺の危険が高まることへの配慮も必要になる。そのため、痛みとうつ病の双方に対する治療が症状および生活の質を回復させるうえで大きな利益をもたらす。患者とのコミュニケーションを重視し、患者が安心して治療に臨める場を提供することが大切である。さらに、薬物治療に加えて、運動療法、精神療法、修正型電気けいれん療法などその医療施設で行える強みがあると改善率は高まる。

② 身体症状症（持続性身体表現性疼痛障害）《痛みは神経質を強化する》

身体症状症とは、性格の関与が強い病態である。痛みを抱えると「この痛みはなくなるのだろうか」といった、大なり小なり誰もがもつ神経質が強化される。特にもともと神経質な人では、①痛みにはひどく怯えて過敏になり、さらに、②痛みを今すぐに除去しようと頑張り過ぎて苦しくなる。患者の訴えが強くても、むやみに不可逆的な処置や侵襲的な検査や処置をするのは控えるべきであり、治療は、痛みへのとらわれからの脱却を目指した心理療法、抗うつ薬などによる薬物療法、ヨガや自然観察の散歩など軽度の運動療法を併用して行う。

③ 不眠障害《痛みは良質な睡眠を懇求させる》

慢性痛患者は不眠に苦慮することも多く、特に不快感が強い痛みをもつ患者では良質な睡眠を求める傾向がある。そのため臥床時間が長くなりがちだが、これでは睡眠が間延びしてむしろ睡眠の質が低下し、日中も集中力が低下しミスが増えていらい立ちやすくなる。

慢性痛患者では、床上時間の延長を是正することが特に重要であり、眠れないなら床に就く必要はなく、週末を含めて毎日同じ時刻に起床するように指導する。また、薬剤の鎮静作用が日中に強く影響すると、眠気や低活動性せん妄の問題を引き起こし、さらに夜間不眠を助長する恐れがあることを知っておきたい。

上記の精神疾患は併存が多く、身体的な疼痛疾患とも併存しやすい。ただ、多くの患者は痛みの原因は身体にあると考えており、痛みの訴えが強いと精神症状が見逃されやすいため注意を要する。どのタイミングで精神科に依頼をしたらよいかは難しいが、希死念慮を認めたり、うつ状態が遷延し生活の質が著しく低下していたり、また治療者の直感で精神的な問題が改善を強く妨げているのではないかと疑う場合は、躊躇なくコンサルトしたい。しかし、実際は、患者が精神科受診を拒んだり、精神科医も痛みは身体の問題だと考え受診につながらないこともあるので、プライマリケアでも「いかに痛みをこじれさせないようにするか」あるいは「こじれたときに対応を疎かにしない」ことが重要になる。

痛みの不快感を緩和するには

痛みの原因が特定され、治療に反応しやすい人がいる一方で、これまで述べてきたように痛みを治すのが簡単ではない人も少なくない。そこで、痛み治療の目的は、我慢し難い痛みによる障害からの回復を目指す必要がある。ここで注意したいのは、痛みの強さが治療前の半分になったら生活の質も半分は回復しているという直線的な関連性はないことである。実際、患者は痛みの強さの変化により、どれだけ過ごしやすくなったかで回復の度合いを判断するもので、患者が望む生活ができるようになると痛みの強さは変化がなくてもさほど気にならなくなることも多い。

① 痛みの不快感に着目した薬物治療

Mechanism based treatment (MBT) の観点からも慢性痛は、神経障害性疼痛との合併を含め運動器に関連するものが多く、現在、非ステロイド性抗炎症薬 (non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) が治療の中心になっているが、近年では、鎮痛作用をもつ向精神薬

のほうがNSAIDsよりも痛みの障害からの回復に効果的であることが知られ広く用いられるようになっている。多様な病態に適応があることと、その鎮痛作用の強さから、推奨されている薬剤の特徴を挙げると、三環系抗うつ薬（tricyclic antidepressants：TCA）やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors：SNRI）などの抗うつ薬はうつ状態がなくても鎮痛作用が得られることが知られ、さらに抗うつ作用や睡眠改善作用があるため単に痛み強度だけでなく痛みによる不快な感覚まで緩和させることが期待できる。特に、デュロキセチンなどは鎮静作用が弱いのでプライマリケアでも使いやすい薬剤で、ほかにプレガバリンやトラマドールにも抗うつ作用があるかもしれないが、現在のところ十分な知見がない。痛みの訴えが強いと多剤併用になりがちだが、過鎮静が痛みの不快感をさらに強める恐れがあることは知っておきたいところで、薬物療法も痛み知覚強度だけでなく、痛みの不快感に着目して薬剤選択を行うかどうかはADL改善にも寄与している。

② 難治性疼痛患者へのかかわり方

治療成果が得られるかどうかは、薬物などの治療そのものによる効果だけでなく、当然ながら医療者や治療への信頼感が大きな影響を与える。多くの患者は、「痛みをしっかりと治して、もとの自分に戻りたい」と考えているが、実際は完璧にはよくなることも多く、患者の期待と実際の医療との間のギャップに失望することも多い。医療者としては、失望しながらもこれまで痛みとよく奮闘してきたことを称えうえて、提供できる医療を謙虚に提案していくことが、治療を継続するうえでも役立つ。痛み治療では、プラセボの鎮痛効果も逆に痛みに過敏になってしまう有害作用も出やすいことが知られているが、これは患者が医療に期待するのは科学的な技術だけではなく、医療者との情緒的交流を介してはじめて回復が促されるという解釈もできるだろう。また、痛みの受容を促すうえで、新世代の認知行動療法や森田療法

などの活用が推奨されている。要点としては、まずは患者に自分の痛みをよく観察してもらう。そうすると、痛みは気ままに変化していることに気づくが、この思うようにならない痛みを今すぐコントロールしようと頑張りすぎて、かえって苦しさが増している事実を明確にしていく。次に、この苦しい悪循環から抜け出すために、つい目が向きがちな痛みはそのままにしておいて、本来目を向けるべき身近な生活にゆっくりと手をつけていくよう方向転換を促す。さらに、社会復帰に向けた取り組みとして、実現の可能性がある目的に向かって、痛みがあっても今できることを患者から引き出してあげて、そこに神経質という患者の強みを発揮するよう促すと、患者も前に進む力が湧いてくる。その結果、痛みがあっても堪え難いものから、さほど困るものでもないという印象に変わっていく。

おわりに

われわれ医療者は病でなく人を診ている、という視点から、慢性痛に対する精神医療を取り入れたアプローチについて紹介した。「痛みをとってこそ治療である」という意見もあり、実際、痛みの軽減を目指した治療は進展してきたわけだが、それでも今も痛みで悩む患者は少なくなく、いかなる診療においても医療者と患者の関係が治療転帰に影響することも事実である。痛みは、脳で感じているからこそ強いストレスになり、精神疾患とも併存しやすい。痛みに過敏になることが知覚のみならず感情や認知の障害を強め、患者の苦悩は生活全体にまで浸透していく。慢性痛には治療早期から単純に痛みの強さだけでなく、痛みがなぜ苦しくなっているのかという、痛みの不快感に着目して治療することが患者の回復を促すうえで肝心なのである。

本投稿に関し開示すべきCOI関係にある企業などはありません。