

(12) 日本産婦人科医会研修プログラム：痛みの診断と治療

4) 心身症と痛み

座長：三楽病院部長
是澤 光彦

吉田産科婦人科医院副院長
吉田 智子

足利赤十字病院部長
春日 義生

はじめに

痛みに対して、プライマリケアの臨床の現場においては身体的なアプローチのみが優先されることが多く、心理社会的因子との関連が十分治療に活かされているとはいえない。本稿では、身体のあるさまざまな痛みについて心身症としての背景を含め、心身医学的なとらえ方の必要性を概説し、心身医学的治療も紹介したい。

心身症の診断

心身症とは身体疾患のなかで、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病などの他の精神障害を伴う身体症状は除外するとしている。診断の条件は2つある。1つは、身体疾患の診断が確定していること、すなわち明らかな身体疾患がない場合は心身症とは呼ばない。もう1つは、環境の変化に時間的に一致して身体症状が変動する。例えば仕事が忙しいときや緊張したとき、身体症状や検査所見が増悪することで判断される。消化性潰瘍、気管支喘息、潰瘍性大腸炎などの身体疾患ではこの特徴を有する頻度が高い。

痛みの定義

痛みとは組織の実質的あるいは潜在的な傷害に結びつくか、このような障害を表す言葉を使って述べられる不快な感覚、情動体験であると定義づけられる。痛みが感覚体験のみならず、情動体験をも含む不快な混合体験であることが重要であり、痛みを主訴とする疾患を「疼痛性障害」と分類する。疼痛性障害はその持続期間により「急性疼痛」と「慢性疼痛」に分けられる。前者は6カ月未満の持続期間で身体的因子の関連性が高い。後者は6カ月以上の持続期間でうつ病性障害の併存が多いとされている。心身症と関連が深いのは後者である。

Pain in Psychosomatic Disorder

Satoko YOSHIDA

Yoshida OB/GYN Clinic, Saitama

Key words : Psychosomatic disorder · Chronic pain · Dyspareunia ·
Cognitive-behavioral treatment

心身症としての慢性疼痛

表1に心身症としての慢性疼痛の診断ガイドラインを示す。6カ月以上続く疼痛、日常生活での活動の制限、心理社会的要因の存在、気分障害や不安障害が痛みにより先行または、同時発症することが診断基準である。慢性疼痛のメカニズムは図1に示すように器質的要因、精神・心理的要因、社会的要因が重複した病態であり、その期間が長くなるほど心理的要因の占める割合が高くなること、痛みの持続期間が長いほど神経症的な傾向が強くなること、急性疼痛の時期にすでに慢性疼痛としての病態が存在することがその病態の特徴である。

慢性疼痛を起こす疾患

主な身体部位別に慢性疼痛を起こす疾患について概説する。

1) 頭痛

頭頸部の慢性疼痛のなかで緊張型頭痛および片頭痛は頻度の高い疾患である。ともにその発症や維持にストレス等、心理社会的因子の影響をうけることが知られており代表的な心身症である。まず、緊張型頭痛であるが、診断基準を表2に示す。緊張型頭痛は全頭痛の約50%を占め、1年有病率は6～22%であり、生涯有病率は74%といわれている。

両側性、非拍動性、歩行や階段の昇降時等の日常的動作により悪化しない、悪心・嘔吐はない。光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ等、片頭痛との鑑別は容易である。頭痛の発症および、維持に失業、破産等ストレスとなる出来事があったり、多忙な仕事等心理社会的要因との関連をもつと心身症と診断できる。

次に片頭痛の診断基準を表3に示す。片頭痛は1年有病率が8～10%で、女性に多いとされている。緊張性頭痛と同様、診断基準で片頭痛と診断後は心理社会的背景の把握、抑うつ、不安、ストレス、等との関連を調べるのが大切である。

2) 胸痛

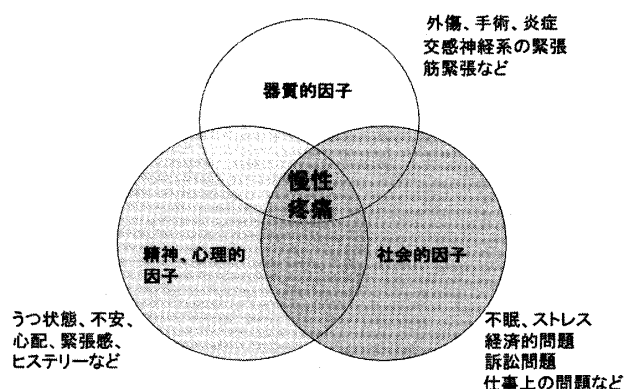
胸痛を起こす疾患には冠動脈疾患、食道炎等があるが、心身症としての胸痛には食道起因性機能性胸痛（非心臓性胸痛）がある。過去12カ月中の必ずしも連続ではない12週間

(表1) 心身症としての慢性疼痛の診断ガイドライン

- 1つまたはそれ以上の解剖的部位における疼痛が、既存の身体的検査と治療にもかかわらず6カ月以上臨床像の中心を占めている。
- その疼痛は、臨床的に著しい痛みの自覚と愁訴、それによる日常生活での活動の制限ないし障害を引き起こしている。
- 心理社会的要因、または心理社会的要因と身体的要因の両方が、疼痛の発症、持続または悪化、重症度に重要な役割を果たしている。
- 気分障害や不安障害が、疼痛に先行あるいは同時発症したり、その結果として発症する場合もある。

除外項目

- (1) (虚偽性障害または詐病のように) 意図的に作り出されたりねつ造されている。
- (2) 重篤な精神病的障害の既往があるか、現在もその疑いがある。
- (3) 明らかな学習能力の障害、妄想性障害がある。
- (4) 末期状態の疾患に罹患している。



(図1) 慢性疼痛を構成する各種因子

(表2) 緊張型頭痛 (TTH) の診断基準
(第2版) (ICHD-II)

2. 1 稀発反復性緊張型頭痛
(infrequent episodic TTH)
- A. 平均して1か月に1日未満(年間12日未満)の頻度で発現する頭痛が10回以上あり、かつB～Dを満たす
- B. 頭痛は30分～7日感持続する
- C. 頭痛は以下の特徴の少なくとも2項目を満たす
- 1) 両側性
 - 2) 性状は圧迫感または締め付け感(非拍動性)
 - 3) 強さは軽度～中等度
 - 4) 歩行や階段の昇降のような日常的な動作により悪化しない
- D. 以下の両方を満たす
- 1) 悪心や嘔吐はない
(食欲不振を伴うことはある)
 - 2) 光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみ
- E. 他の疾患によらない
2. 2 頻発反復性緊張型頭痛
(frequent episodic TTH)
- 下記以外は稀発反復性緊張型頭痛と同じ
- A. 3か月以上にわたり、平均して1か月に1日以上、15日未満(年間12日以上180日未満)の頻度で発現する頭痛が10回以上あり、かつB～Dを満たす
2. 3 慢性緊張型頭痛 (chronic TTH)
- A. 3か月以上にわたり、平均して1か月に15日以上(年間180日以上)の頻度で発現する頭痛で、かつB～Dを満たす
- B. 頭痛は数時間持続するか、あるいは絶え間なく続くこともある
- C. 頭痛は以下の特徴の少なくとも2項目を満たす
- 1) 両側性
 - 2) 性状は圧迫感または締め付け感(非拍動性)
 - 3) 強さは軽度～中等度
 - 4) 歩行や階段の昇降のような日常的な動作により増悪しない
- D. 以下の両方を満たす
- 1) 光過敏、音過敏、軽度の悪心はあってもいずれか1つのみ
 - 2) 中等度・重度の悪心や嘔吐はどちらでもない
- E. 他の疾患によらない
4. 4. 2 オルガスム時頭痛 (orgasmic headache)
- A. 突発性で重度の頭痛で、Bを満たす
- B. オルガスム時に起こる
- C. その他の疾患によらない

(表3) 片頭痛 (Migraine) の診断基準
(第2版) (ICHD-II)

1. 1 前兆のない片頭痛 (migraine without aura)
- A. B～Dを満たす頭痛発作が5回以上ある
- B. 頭痛の持続時間は4～72時間(未治療もしくは治療が無効の場合)
- C. 頭痛は以下の特徴の少なくとも2項目を満たす
- 1) 片側性
 - 2) 拍動性
 - 3) 中等度～重度の頭痛
 - 4) 日常的な動作(歩行や階段昇降などの)により頭痛が増悪する、あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける
- D. 頭痛発作中に少なくとも以下の1項目を満たす
- 1) 悪心または嘔吐(あるいはその両方)
 - 2) 光過敏および音過敏
- E. その他の疾患によらない
1. 2 前兆のある片頭痛 (migraine with aura)
- A. Bを満たす頭痛が2回以上ある
- B. 片頭痛の前兆がサブフォーム1.2.1.～1.2.6のいずれかの診断基準項目BおよびCを満たす
- C. その他の疾患によらない
1. 2. 1 典型的な前兆に片頭痛を伴うもの
(Typical aura with migraine headache)
- A. B～Dを満たす頭痛発作が2回以上ある
- B. 少なくとも以下の1項目を満たす前兆があるが、運動麻痺(脱力)は伴わない
- 1) 陽性微候(例えばきらきらした光・点・線)および・または陰性微候(視覚消失)を含む完全可逆性の視覚症状
 - 2) 陽性微候(チクチク感)および・または陰性微候(感覚鈍麻)を含む完全可逆性の感覚症状
 - 3) 完全可逆性の失語性言語障害
- C. 少なくとも以下の2項目を満たす
- 1) 同名性の視覚症状または片側性の感覚症状(あるいはその両方)
 - 2) 少なくとも1つの前兆は5分以上かけて徐々に進展するかおよび・または異なる複数の前兆が引き続き続き5分以上かけて進展する
 - 3) それぞれの前兆の持続時間は5分以上60分以内
- D. 1. 1 「前兆のない片頭痛」の診断基準B～Dを満たす頭痛が、前兆の出現中もしくは前兆後60分以内に生じる
- E. その他の疾患によらない
- サブフォーム1. 2. 2～1. 2. 6の詳細は日本頭痛学会のホームページを参照されたい

以上に 1. 胸部中央に胸痛または胸部不快感あり 2. 胃・食道逆流, アカラシアといった疾病がなく他の病理学的異常を伴った食道運動障害がないのが診断基準とされる。胸痛があると、心疾患ではないかと不安になるが、心疾患は急性疼痛であることが多いので、区別できる。

3) 腹痛

腹痛をきたす慢性機能性疾患の代表は、機能性ディスぺプシア、過敏性腸症候群、機能性腹痛の3つがあり、その診断基準を表4に示す。慢性的な消化管症状があるにもかかわらず、諸検査にても器質的異常が認められていない病態で、80%に抑うつ、不安等心理社会的評価が診断に欠かせないとされる。その中でも、機能性ディスぺプシアは代表的な心身症で上腹部中央に腹痛または腹部不快感があり、内視鏡検査で異常を認めず、排便によっても軽快することがなく、排便回数の変化や便形状の変化に伴って、症状が出ない。この点で、過敏性腸症候群との鑑別ができる。

4) 性交痛

女性性機能障害の中で痛みを伴う疾患は性交疼痛障害として分類され、性交疼痛症、膣けいれん(ワギニズムス)、非性交性性的疼痛の3つが代表である。性交痛の原因となる疾患はさまざまであり、外陰炎、皮膚の萎縮、会陰切開癒着痛、膣粘膜萎縮、膣炎、内膜症等がその原因としてあげられる。まず、原因疾患に対する治療をし、その後軽快しなければ心身医学的な治療が必要である。心身症としての性交痛は膣けいれん、ワギニズムスである。

ワギニズムスとは 1. 膣の外 1/3 の部分の筋層に反復的または持続的な不随意れん縮が起こり、性交を障害するもの。2. その障害によって、著しい苦痛または対人関係上の困難を生じているもの。と定義している。ワギニズムスの診断は問診で明らかとなる。処女膜奇形、膣中隔、処女膜強靱症との鑑別が大切である。

(表4) 機能性ディスぺプシア、過敏性腸症候群と機能性腹痛の診断基準

B. 機能性胃十二指腸障害 (Functional gastroduodenal disorder)
B1. 機能性ディスぺプシア (Functional dyspepsia : FD)
過去 12 か月間に、必ずしも連続ではない 12 週間以上にわたり、
1) 上腹部中央に腹痛または腹部不快感が、 持続的または間欠的にあり、および
2) 上部消化管内視鏡検査を含め、1) の症 状を説明するだけの器質性疾患がなく、 および
3) 1) の症状は排便に伴って軽快すること がなく、排便回数の変化や便形状の変化 に伴って症状がでることはない(すなわ ち IBS ではない)。
C. 腸障害 (Bowel disorder)
C1. 過敏性腸症候群 (Irritable bowel syn- drome : IBS)
前提：症状を説明するだけの器質的異常または 代謝異常がないこと。
腹痛または腹部不快感が、過去 12 か月中の、 必ずしも連続ではない 12 週間以上ある。
下記の 2 項目以上の特徴がある。
1) 排便によって軽快する。および / また
2) 排便回数の変化で始まる。および / また
3) 便形状(外観)の変化で始まる。
D. 機能性腹痛 (Functional abdominal pain)
D1. 機能性腹痛症候群 (Functional abdominal pain syndrome : FAPS)
少なくとも 6 か月間
1) 持続的に、あるいはほぼ持続的に腹痛が あり、および
2) 生理的現象(例：食事、排便、生理)と は関連がないかあっても時に；および
3) 日常生活に影響があり；および
4) 腹痛は詐病ではなく；および
5) 腹痛を伴う、他の機能性消化管障害の診 断基準に合致しない。
D2. 特定不能の機能性腹痛 (Unspecified functional abdominal pain)
FAPS の診断基準に合致しない腹痛。

心身症としての慢性疼痛の治療

慢性疼痛は「心因性」だけが原因の疼痛ではなく、器質的・機能的・心理的要因の重複した病態あるいは症候群として把握すべきで、6カ月以上続く疼痛があれば、まず器質的疾患の有無を検査し治療すること、その結果軽快しなければ心療内科的診断と治療が必要となる(図2)。

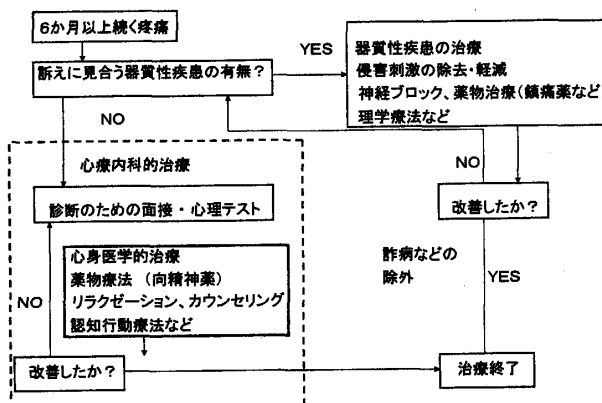
治療の基本は、疼痛の軽減もさることながらより重要なのは、患者の痛みに対する認識をかえることによって、痛みに対する行動の変容を促すことである。

まず、薬物療法であるが、鎮痛薬やベンゾジアゼピン系抗不安薬は、一般的である。がしかし、大量かつ頻回、長期投与は有効ではないばかりか、依存の原因となるため十分な注意が必要である。三環系抗うつ薬(TCA)は、抗うつ作用の他に鎮痛作用、抗コリン作用があり効果は期待できる。またセロトニン、ノルアドレナリン再取りこみ阻害薬(SNRI)はTCAに比べ副作用の面で非常にすぐれており、慢性疼痛における有効性が報告されている。

続いて、認知行動療法であるが、この治療法は痛みの問題を扱う際、行動、情緒、認知、環境、身体などさまざまな要因を考慮しながら治療を行う方法であり、複数の技法がある。この複数の技法をパッケージとして組合せ、現実にはすぐわれない認知と行動を適応的な考え方や行動に導くことにより症状の改善を図るというものである。その治療技法には1, リラクゼーション、2, 対処方略訓練、3, 認知的再体制化、4, 随伴性マネジメント等があるが、詳細は省略する。

痛みとうつ

痛みに対して説明可能な身体的疾患がない場合はうつ病の存在も考慮にいれる必要がある。特に婦人科では更年期とうつの関連性が深いので概説する。疼痛、とりわけ慢性疼痛とうつの併存については一般人口中で合併率が17%、ペインクリニックに受診した慢性疼痛患者では64%と高頻度に認められるという報告もある。慢性疼痛のように長期間にわたって痛みが続く際、患者の心理社会的側面への負担は大きく二次的なうつ状態、またはうつ病をきたし易いので、痛みをもつ患者の診療に際して「うつ」の有無を評価することは大切なポイントであり、「うつ」を見逃すことによって痛みが遷延する可能性もある。うつを伴う慢性疼痛の薬物療法としては、おもに抗うつ薬がその中でもTCAやSNRIがすすめられる。とりわけSNRIのミルナシプランはその安全性からプライマリ領域における慢性疼痛には使用しやすいとの報告が多い。うつの存在が疑わしければ少量の抗うつ薬による治療的診断を試みるのが隠れた「うつ」を見逃さない要点といえる。むしろ疼痛軽減をみとめるにはTCAもSNRIも高用量を要することがあり、この場合は専門医への紹介を考慮すべきである。



(図2) 慢性疼痛治療のフローチャート

おわりに

痛みを訴える患者が来院したとき、治療者は身体的疾患が除外できれば患者の様子や心理社会的背景などの情報を収集・検討したうえでの病態の整理を行い適切に治療することが重要である。しかし、心理面への介入には良好な医師、患者関係が確率されていることも必要である。患者の全人的な痛みをどう癒すかというテーマは心療内科等、専門科以外のプライマリケアの臨床の場でも医療者として受容し、適切な対応がとられるべきである。