

2010年の時点で
日本の麻酔科
医・ペインクリ
ニック医の2/3は
心因性疼痛単独
が存在すると信
じている

戸田克広

2010年の時点で日本の麻酔科医・ペインクリニック医の**2/3**は心因性疼痛単独が存在すると信じている

738-0060

広島県廿日市市陽光台5-12

廿日市記念病院リハビリテーション科

戸田克広

まとめ

目的：日本の麻酔科医・ペインクリニック医は心因性疼痛単独が存在すると考えているかどうかを調べた。

方法：2010年の日本ペインクリニック学会第44回大会の一般演題（ポスター演題）の演題番号の下2桁が6で割れる数字の演者に「心因性疼痛単独が存在すると思いますか。心因性疼痛単独の症例を経験したかどうかではなく、理論的にそれが存在すると考えていますか。」と質問した。

結果：35人の麻酔科医・ペインクリニック医のうち、心因性疼痛単独があると信じている者は23人（65.7%）、ないと信じている者は10人（28.6%）、わからない者は2人（5.7%）であった。

結論：麻酔科医・ペインクリニック医の2/3は心因性疼痛単独があると信じている。日本ペインクリニック学会も心因性疼痛単独が存在すると明言している。心因性疼痛と診断すると治療成績が悪くなってしまう。日本医学では心因性疼痛単独が存在するという説が有力であるが、日本を除く標準的な世界医学では心因性疼痛単独は存在しないという説が有力である。

キーワード：侵害受容性疼痛、神経因性疼痛、神経障害性疼痛、心因性疼痛、機能性疼痛、中枢性神経障害性疼痛

Two-thirds of Japanese anesthesiologists and/or pain clinicians believe an existence of psychogenic pain alone in 2010.

Department of Rehabilitation, Hatsukaichi Memorial Hospital

Katsuhiko TODA

I examined whether Japanese anesthesiologists and/or pain clinicians believe an existence of psychogenic pain alone. At the 44th Annual Meeting of JSPC, I asked poster performers whose two-figure number of poster is divided by 6 as follows: do you believe an existence of psychogenic pain alone? It is not that you have experienced psychogenic pain alone. Do you believe a theoretical existence of psychogenic pain alone? Of 35 anesthesiologists and/or pain clinicians, 23 (65.7%) believe the existence of psychogenic pain alone, 10 (28.6%) do not believe, and 2 (5.7%) do not know whether psychogenic pain alone exist or not. Two-thirds of anesthesiologists and/or pain clinicians believe an existence of psychogenic pain alone. I rarely see a term of psychogenic pain in recent English articles. To my knowledge, Japanese physicians alone often use the term of psychogenic pain. I would like Japanese Society of Pain Clinicians to decide whether psychogenic pain alone exists or not. If psychogenic pain alone exists, they should send out the information to the world.

Key words: psychogenic pain, neurogenic pain, neuropathic pain, central sensitivity syndrome

はじめに

痛みの原因の観点から、痛みを侵害受容性疼痛、神経因性疼痛（または神経障害性疼痛）、心因性疼痛の3つあるいはその組み合わせに分類する考え方がある（図1）。一方、心因性疼痛は存在しないという考え方もある（図2）。

日本の麻酔科医・ペインクリニック医は心因性疼痛単独が存在すると考えているかどうかを調べた。

対象と方法

2010年7月1-3日京都において開催された日本ペインクリニック学会第44回大会の一般演題（ポスター演題）の演題番号の下2桁が6で割れる数字の演者に「心因性疼痛単独が存在すると思いますか。心因性疼痛単独の症例を経験したかどうかではなく、理論的にそれが存在すると考えていますか。」と質問した。

結果

筆者自身を除く該当者43人中37人にインタビュー可能であった。インタビューできなかった6人は会うことができなかったのであり、インタビューを拒否されたのではない。男性22人、女性15人。医師が36人、理学療法士が1人であった。36人の医師のうち研修医が1人、1人は元麻酔医で現在はICU勤務であり、慢性痛を治療していなかった。その他の34人は麻酔科医とペインクリニック医の兼務又は元麻酔科医のペインクリニック医であった。理学療法士は研究所勤務であり、36人の医師のうち開業医3人、大学病院以外の病院の勤務医11人、大学病院の勤務医22人であった。37人の経験年数は1年から26年、平均14.4年であった。理学療法士と筆者自身を除く36人の医師の意見を集計した。

筆者の記載不備のため1人の回答はわからなかった。35人中、心因性疼痛単独があると信じている者は23人（65.7%）、ないと信じている者は10人（28.6%）、わからない者は2人（5.7%）であった（図3）。

筆者から尋ねた訳ではないが、心因性疼痛の診断基準として、痛みを説明するに足る他覚所見がない痛み、心理療法のみで痛みがほぼなくなった痛み、をあげた医師がいた。

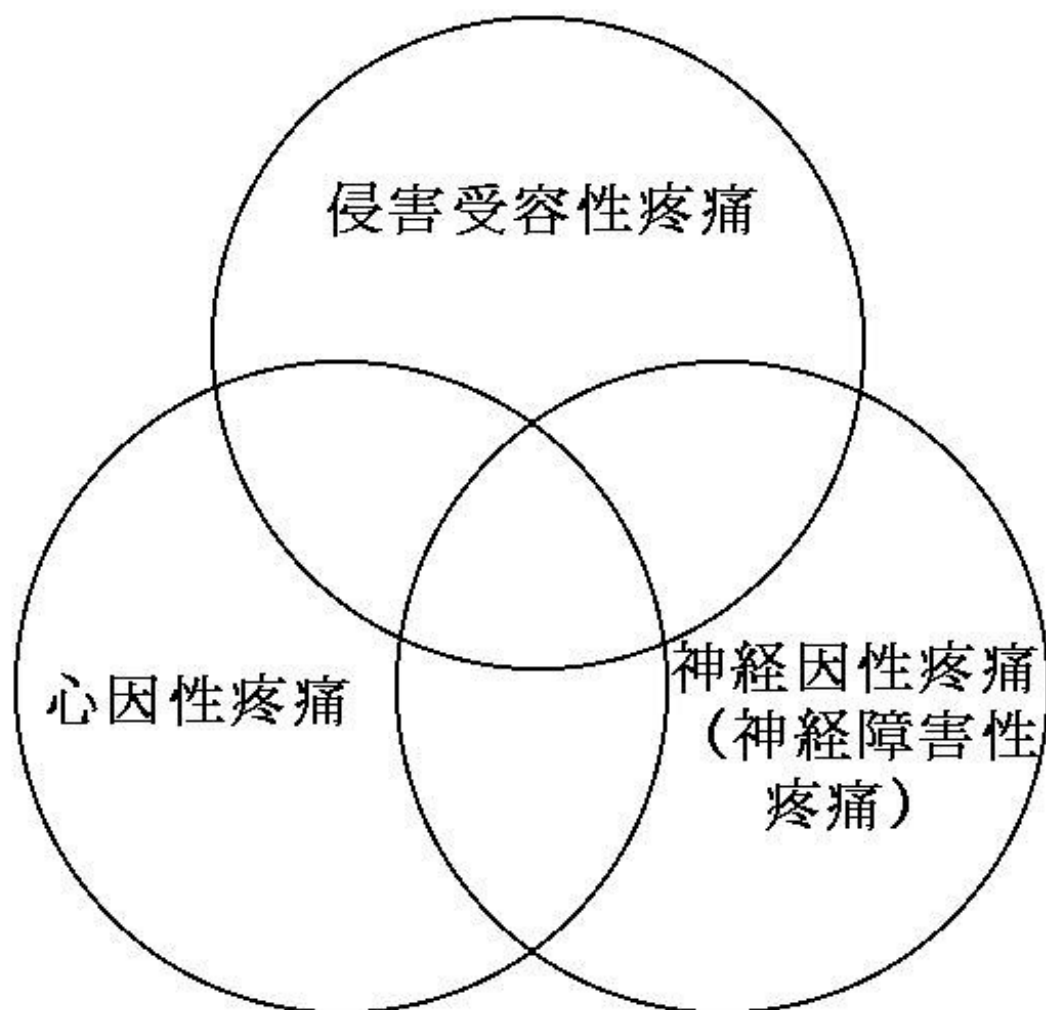


図1 痛みの原因の観点からの痛みの分類
日本で有力な説

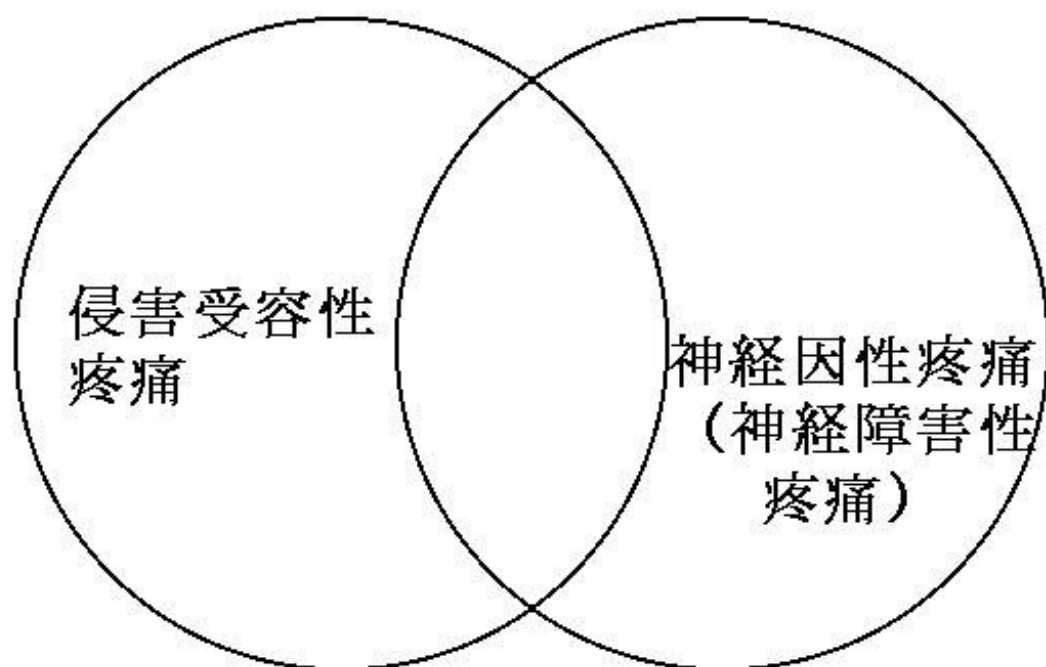


図2 痛みの原因の観点からの痛みの分類
世界で有力な説

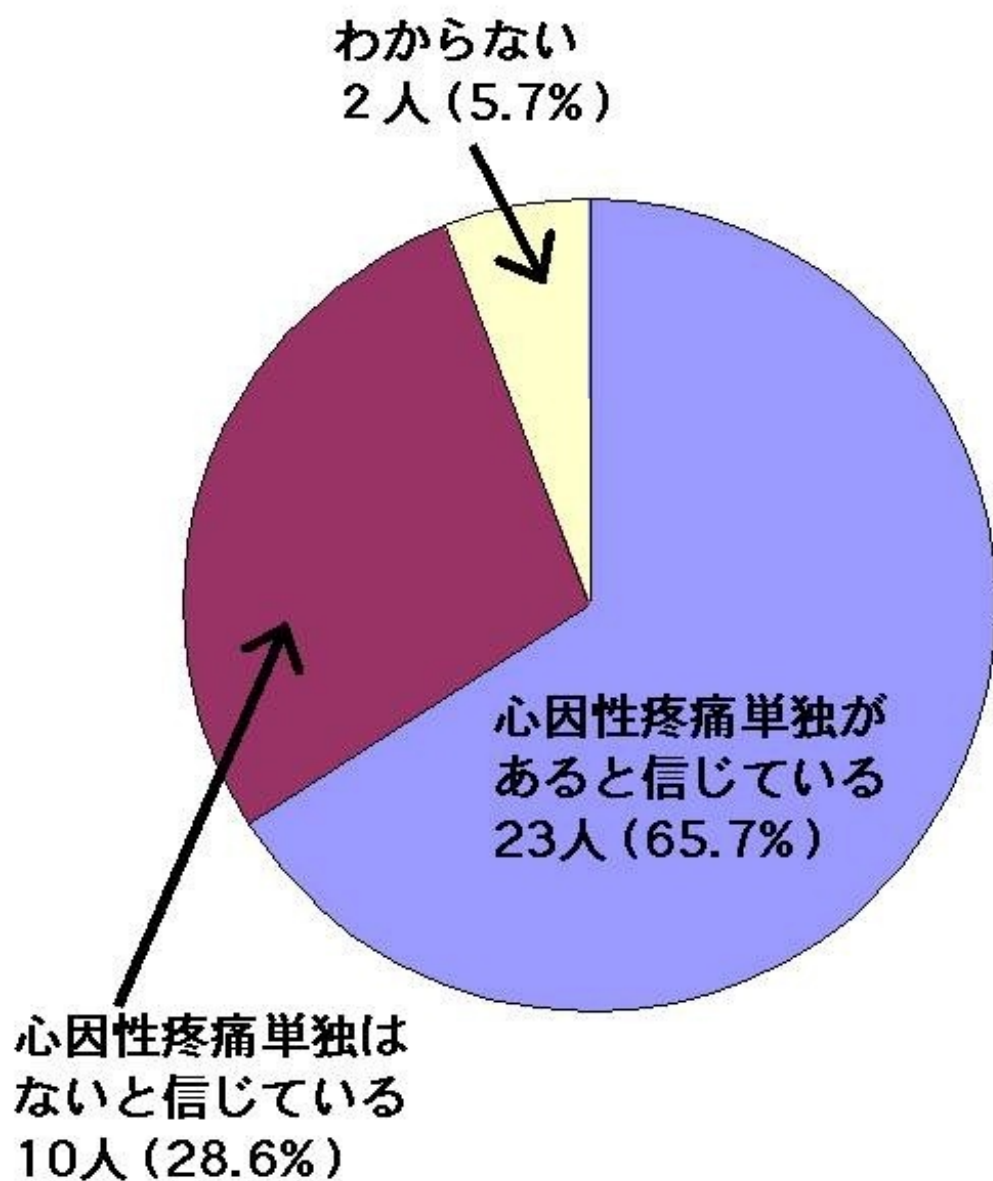


図3心因性疼痛単独が存在すると理論的に考えていますか

考察

日本ペインクリニック学会の参加者の大部分は麻酔科医を兼務しているペインクリニック医か元麻酔科医のペインクリニック医である。本研究は直接面談による研究であるため、回答の回収率は100%である。そのため、回答者の回答と非回答者の回答が同じであるかどうかの危惧は存在しない。本研究では日本ペインクリニック学会第44回大会で発表を行った麻酔科医やペインクリニック医に無作為にアンケートをとった。そこで一般演題（ポスター演題）の発表を行った医師は日本の麻酔科医やペインクリニック医の中でもより「痛み」に関心のある医師であるという偏りはある。しかし、本研究の結果は日本の麻酔科医やペインクリニック医の意見を示していると考えている。

日本ペインクリニック学会非がん性慢性[疼]痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン作成ワーキンググループは「学会非がん性慢性[疼]痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン」の中で病態による痛み（疼痛）の分類を行い、痛みを侵害受容性[疼]痛、神経障害性[疼]痛、心因性[疼]痛の三つおよびその組み合わせに分類している[1]。図1とほぼ同じ図が記載されている[1]。また「心因性[疼]痛による痛みに対して、オピオイド治療は絶対に選択されるべきではない。」と記載している[1]。心因性疼痛単独が存在するという前提がなければこの記述はできない。つまり、日本ペインクリニック学会は心因性疼痛単独が存在すると宣言していることになる。筆者が知る限り、心因性疼痛単独が存在すると宣言した学術団体は日本ペインクリニック学会のみである。

日本では、痛みを原因の観点で侵害受容性疼痛、神経因性疼痛（または神経障害性疼痛）、心因性疼痛の3つあるいはその組み合わせに分類する理論が有力である（図1）[2]。問題は診断基準である。理学所見、血液検査、画像検査により、侵害受容性疼痛の診断は比較的容易である。しかし、神経因性疼痛（または神経障害性疼痛）と心因性疼痛の鑑別が問題である。筆者が調べた範囲では、心因性疼痛を唱えている日本人医師は多いが、具体的な診断基準を述べている医師はほとんどいない。それにもかかわらず、心因性疼痛と診断される患者さんは少なくない。心因性疼痛と診断された患者さんの共通点を調べると、侵害受容性疼痛ではない痛みの中で痛みを説明できる理学所見、血液検査、画像検査などの他覚所見がない場合に心因性疼痛と診断されるようである。実に矛盾している。痛みの原

因の観点で心因性疼痛と定義したにもかかわらず、実際の診断は症状の観点で行われているのである。痛みの原因の観点で心因性疼痛と定義したのであれば、痛みの原因の観点で診断すべきである。筆者が専門にしている線維筋痛症やその不全型は他覚所見がほとんどなく、まさに心因性疼痛そのものである。日本に線維筋痛症やその不全型の概念が普及しない原因の一つは心因性疼痛の存在であると筆者は考えている。

原因は何であれ、痛み刺激が脊髄や脳といった中枢神経に送られ続けると、中枢神経は機能障害を起こす。機能障害と表現したが、器質的な障害なのかもしれない。しかし、現時点の医学レベルではそれを証明できない。中枢性神経障害性疼痛の概念である。脳の機能障害が起こったために痛みが起これば、現時点の医学レベルでは痛みを説明できる他覚所見がない事態に陥ってしまい、心因性疼痛と診断されてしまう。心因性疼痛と今まで診断されていた痛みの大部分は中枢性神経障害性疼痛であると筆者は考えている。中枢性神経障害性疼痛とは中枢神経源性疼痛である。原因は何であれ、痛み刺激が脊髄や脳といった中枢神経に送られ続けると中枢性神経障害性疼痛が生じることに気が付けば、純粋な侵害受容性疼痛や純粋な末梢性神経障害性疼痛は非常に少ないことになる。

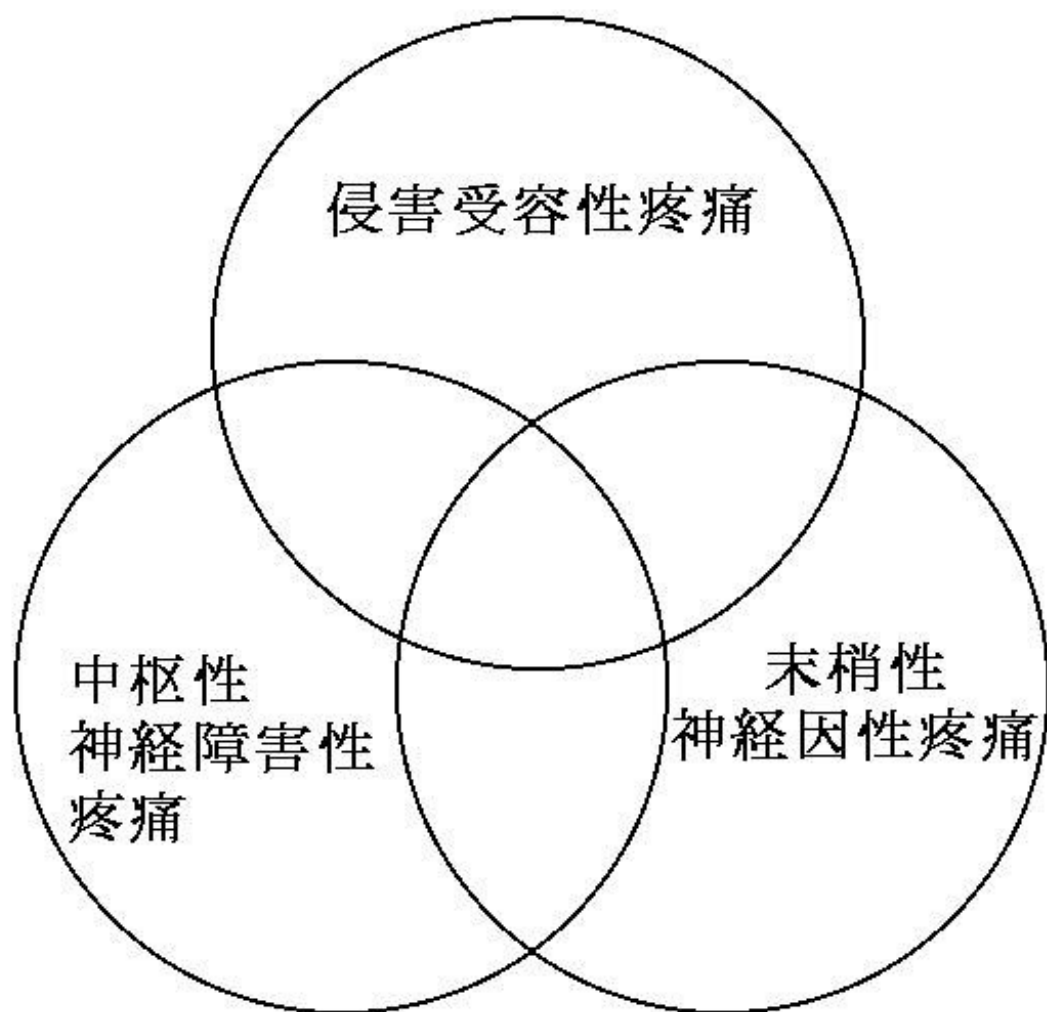


図4痛みの原因の観点からの痛みの分類
世界で有力な説

筆者は、原因の観点から痛みは、侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛に分類されると考えている（図2）。この二つの痛みは治療方法が大きく異なるため、区別する必要がある。神経障害性疼痛は中枢性神経障害性疼痛と末梢性神経障害性疼痛に分類される。つまり、原因の観点から痛みを、侵害受容性疼痛、中枢性神経障害性疼痛、末梢性神経障害性疼痛の三つに分類することも可能である（図4）。中枢性神経障害性疼痛と末梢性神経障害性疼痛は治療方法が類似しているため、そして後述するように末梢性神経障害性疼痛単独はまれであるため厳密に区別する必要はないと考えている。末梢性神経障害性疼痛に有効な薬物の数よりも中枢性神経障害性疼痛に有効な薬物の数の方が多いため、中枢性神経障害性疼痛に有効な薬物治療を神経障害性疼痛に行えばよい。ただし、明確なデータはないが、神経ブロックは中枢性神経障害性疼痛には無効あるいは効果がほとんどないが、末梢性神経障害性疼痛にはある程度有効性があると推測している。硬膜外ブロックや星状神経節ブロックにはまれではあるが、人生を変えてしまう重篤な副作用がある。中枢性神経障害性疼痛の要素が多い場合にはそれらのブロックは行わない方がよい。

治療の観点からも心因性疼痛には問題がある。神経障害性疼痛と診断されれば、全員の痛みが軽減するわけではないが、薬物治療、非薬物治療など数多くの有効な治療穂法が存在する。しかし、心因性疼痛という烙印を押されてしまうと、神経障害性疼痛の治療を受ける機会を失ってしまう。筆者は他の医療機関で心因性疼痛と診断されたあるいは心因性疼痛を疑われた患者を多数診察している。ほとんどの患者は線維筋痛症やその不全型を中心とした中枢性過敏症候群[3-4]であり、線維筋痛症の治療すなわち神経障害性疼痛の治療を行っている。それにより、全員ではないが多くの患者の痛みは軽減している。治療方法が同じであれば神経因性疼痛（または神経障害性疼痛）と心因性疼痛を区別する意義は全くない。心因性疼痛と烙印を押して神経障害性疼痛の治療をうける機械を失わせることには問題がある。医学とは、自分の医学理論が正しいかどうかを確かめる学問ではない。医学とは、より優れた治療成績を求める学問である。治療成績が優れた理論を採用すべきである。

心因性疼痛と診断されると、精神科へ紹介されることが多い。その場合、身体表現性障害と診断され、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）や抗不安薬を処方されることが多い。SSRIは痛みにはあまり効果がなく、抗不安薬を長期使

用すると忌まわしい副作用が生じ、常用量依存が起これば中止が困難になる[5]。心理療法が行われることには問題はないが、不適切な薬物治療との併用では鎮痛効果は少ない。心理療法は適切な薬物治療と併用して行われるべきである。精神科へ紹介されても、「精神的な問題はない。」と診断されることもある。その診断は正しいのであるが、それにより患者は行き場をなくしてしまう。

日本ペインクリニック学会は心因性疼痛単独が存在することを明記している[1]。本書が示すように、麻酔科医やペインクリニック医の2/3は心因性疼痛単独が存在すると考えている。心因性疼痛単独が存在すると考えている場合と、存在しないと考えている場合では痛みに対する考え方が全く異なる。

筆者は痛みに関する英語論文、特に線維筋痛症、慢性痛、神経障害性疼痛に関する英語論文を多数読んでいます。その中で心因性疼痛（psychogenic pain）という用語をほとんど見かけない。またPubMedに「psychogenic pain」あるいは「psychogenic AND pain」と入れれば世界の状況がわかる。日本を除く世界がpsychogenic painを全く使用していないとは言わないが、ほとんど使用していないことがわかる。

「心因性疼痛単独は存在しない。」という趣旨の英語原稿を筆者は某英語雑誌に投稿した。しかし、「ほとんどの痛みの専門家はあなたの心因性疼痛の診断をやめるという意見に賛成するであろう。DSM-IVでは心因性疼痛という用語は削除されています。アメリカではもはや心因性疼痛という用語は使われていません。日本では心因性疼痛という用語をまだ使用しているのですか。」という趣旨の査読者の意見があり、不採用になった。幸いにもその原稿は別の雑誌に採用になった[6]。アメリカでは心因性疼痛という用語を使う者が本当にいないのかどうかはわからないが、少なくとも英語雑誌の査読者の1人はそのような意見を持っていることは事実である。

筆者は国際疼痛学会の機関誌のPainに「心因性疼痛単独が存在するのかわからないのか、国際疼痛学会は明確にすべきである。」という論文を投稿した。その論文は不採用になったが、超有名医師から個人的に「私は、心因性疼痛単独は存在しないと考えている。しかし、国際疼痛学会としての見解を出すことはできない。」という連絡をいただいた。

関節炎（変形性関節症と関節リウマチ）に関連した痛みの治療ガイドラインを作るために欧米の専門家が2010年11月に会議を行ない、その報告書では痛みをnon-

nociceptive mechanism（非侵害受容性の機序）の痛みをneuropathic mechanisms（神経障害性の機序）とcentral mechanisms（中枢性の機序）に分類している。つまり、neuropathic mechanismsという用語を末梢性神経障害性が原因という意味で用い、central mechanismsという用語を中枢性神経障害性が原因という意味で用いている。現在、日本を除く世界では中枢性神経障害性疼痛（central neuropathic pain）と末梢性神経障害性疼痛（peripheral neuropathic pain）という用語を用いる場合と、神経障害性疼痛（neuropathic pain）と中枢性疼痛（central [mechanism] pain）という用語が用いられる場合がある。用語は異なるがほぼ同じ概念である。なお、脳卒中などにより視床に障害が起こったために生じる視床痛（thalamic pain）は視床周辺の病変でも起こることが判明したため、広い概念で中枢痛（central pain）と呼ばれている。中枢性神経障害性疼痛と同義中枢性疼痛と視床痛よりや広い概念の中枢痛を混同してはならない。その混同を防ぐためにも、中枢性神経障害性疼痛と末梢性神経障害性疼痛という用語を用いることが望ましいと筆者は考えている。

心因性疼痛単独が存在するという説が日本では優勢である。しかし、日本を除く世界では心因性疼痛単独が存在しないという説が優勢であると判断せざるを得ない。この点で、痛みに関する日本医学は、標準的な世界医学とは大きく異なっている。現時点での標準的な世界医学が間違っているのか、現時点での日本医学が間違っているのか。今から50年以内にその答えは出ると考えている。この書籍を50年後の医師が読めば驚くであろう。存在しない心因性疼痛を多くの麻酔科医・ペインクリニック医が信じていた時代があったと驚くか、存在している心因性疼痛がないと主張しているばかりがいると驚くか、いずれにせよ驚くであろう。

前述したように、心理療法のみで痛みがほぼなくなった痛みは心因性疼痛なのであろうか。その理論には根拠がない。筆者は心理療法のみで痛みを治療した経験がないため、心理療法のみでほぼ消失した痛みを経験していない。しかし、それを経験した医師が複数いることから、それが存在すると考えている。その患者の痛みは心理療法が著効した中枢性神経障害性疼痛と筆者は考えている。理論はともかく、心理療法のみで痛みがほぼなくなる痛み（中枢性神経障害性疼痛）を事前に知ることができれば臨床的な意義は大きい。明確なデータに基づいて、心理療法のみで痛みがほぼなくなる痛み（中枢性神経障害性疼痛）を診断できるのであれば、提出していただきたい。ただし、ほぼ間違いなく、どのような診断基準を作ろうとも、感度と特異度が100%にはならないと考えている。明確なデータに基

づいて、心理療法のみで痛みがほぼなくなる痛み（中枢性神経障害性疼痛）を診断する基準が見つかったとしても、一定期間心理療法を行ったにもかかわらず痛みがあまり軽減しなければ、薬物治療を追加する必要がある。

心因性疼痛の代わりに機能性疼痛という用語が用いられることもある。中枢性神経障害性疼痛や中枢性過敏症候群という概念の前では機能性疼痛や器質性疼痛という概念は意味をなさない。機能性疼痛という用語は「機能性」という言葉が含まれているように、器質的な異常がない痛みと断言している。現時点の医学レベルでは器質的な異常がないから機能性であるに違いないという理論には賛同できない。

引用文献

- 1) 日本ペインクリニック学会非がん性慢性[疼]痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン作成ワーキンググループ: 日本ペインクリニック学会非がん性慢性[疼]痛に対するオピオイド鎮痛薬処方ガイドライン. 真興交易（株）医書出版部, 東京, 2012.
- 2) 戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.
- 3) 戸田克広: 中枢性過敏症候群（central sensitivity syndrome）. 日本医事新報. 4553(2011年7月30日): 84-88, 2011.
- 4) 戸田克広: 中枢性過敏症候群. 産科と婦人科. 80: 2013.
- 5) 戸田克広: 抗不安薬による常用量依存一恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、抗不安薬の罣、日本医学の闇一. ブクログ, 2012, <http://p.booklog.jp/book/62140>
- 6) Toda K: The term "psychogenic pain" should be abolished or changed to "braingenic pain" (pain whose affected area is in the brain). Pain Pract. 11: 421, 2011.

著者紹介

著者紹介

戸田克広（とだかつひろ）

1985年新潟大学医学部医学科卒業。元整形外科医。2001年から2004年までアメリカ国立衛生研究所（National Institutes of Health: NIH）に勤務した際、線維筋痛症に出会う。帰国後、線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や原因不明の痛みの治療を専門にしている。2007年から廿日市記念病院リハビリテーション科（自称慢性痛科）勤務。『線維筋痛症がわかる本』（主婦の友社）を2010年に出版。電子書籍『抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、抗不安薬の罣、日本医学の闇—』<http://p.booklog.jp/book/62140>を2012年に出版。ブログにて線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や痛みの情報を発信している。実名でツイッターをしている。

ツイッター：@KatsuhikoTodaMD

実名でツイッターをしています。キーワードに「線維筋痛症」と入れればすぐに私のつぶやきが出てきます。痛みや抗不安薬に関する問題であれば遠慮なく質問して下さい。私ができる範囲でお答えいたします。

電子書籍：抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、精神安定剤の罣、日本医学の闇—<http://p.booklog.jp/book/62140>

日本医学の悪しき習慣である抗不安薬の使用方法に対する内部告発の書籍です。276の引用文献をつけています。2012年の時点では抗不安薬による常用量依存に関して最も詳しい日本語医学書です。医学書ですが、一般の方が理解できる内容になっています。

・戸田克広：「正しい線維筋痛症の知識」の普及を目指して!—まず知ろう診療のポインター。CareNet 2011

<http://www.carenet.com/conference/qa/autoimmune/mt110927/index.html>

薬の優先順位など、私が行っている線維筋痛症の最新の治療方法を記載しています。

・ 戸田克広: 線維筋痛症の基本. CareNet 2012

<http://www.carenet.com/special/1208/contribution/index.html>

さらに最新の情報を記載しています。

ブログ：[腰痛、肩こりから慢性広範痛症、線維筋痛症へー中枢性過敏症候群](http://fibro.exblog.jp/) 戸田克広 <http://fibro.exblog.jp/>

線維筋痛症を中心にした中枢性過敏症候群や抗不安薬による常用量依存などに関する最新の英語論文の翻訳や、痛みに関する私の意見を記載しています。

線維筋痛症に関する情報

戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.

医学書ではない一般書ですが、引用文献を400以上つけており、医師が読むに耐える一般書です。

電子書籍

通常の書籍のみならず電子書籍もあります。

電子書籍（アップル版、アンドロイド版、パソコン版）

<http://bukure.shufunotomo.co.jp/digital/?p=10451>

通常の書籍、電子書籍（kindle版）

http://www.amazon.co.jp/%E7%B7%9A%E7%B6%AD%E7%AD%8B%E7%97%9B%E7%97%87%E3%81%8C%E3%82%8F%E3%81%8B%E3%82%8B%E6%9C%AC-ebook/dp/B0095BMLE8/ref=tmm_kin_title_0

電子書籍（XPDF形式）

<http://books.livedoor.com/item/4801844>

2010年の時点で日本の麻酔科医・ペインクリニック医の2/3は心因性疼痛単独が存在すると信じている

2013年1月9日 第1版第1刷発行

<http://p.booklog.jp/book/63752>

著者：戸田克広（とだかつひろ）

発行者：吉田健吾

発行所：株式会社ブックログ

〒150-8512東京都渋谷区桜丘町26-1 セルリアンタワー

<http://booklog.co.jp>

2010年の時点で日本の麻酔科医・ペインクリニック医の2/3は心因性疼痛単独
が存在すると信じている

<http://p.booklog.jp/book/63752>

著者：戸田克広

著者プロフィール：<http://p.booklog.jp/users/katsuhitodamd/profile>

感想はこちらのコメントへ

<http://p.booklog.jp/book/63752>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/63752>

電子書籍プラットフォーム：ブックログのパー（<http://p.booklog.jp/>）

運営会社：株式会社ブックログ