

4 慢性疼痛患者の心療内科的治療

藤村 健夫・清水 夏恵・村上 修一
真島 一郎・下条 文武

新潟大学医歯学総合病院第二内科
(主任：下条文武教授)

江部 佑輔

新潟県立加茂病院

齋藤 功

三条総合病院

片桐 敦子

片桐医院

村松 芳幸

新潟大学医学部保健学科

Psychosomatic Therapy for Chronic Pain

Takeo FUJIMURA, Natsue SHIMIZU, Shuichi MURAKAMI
Ichiro MASHIMA and Fumitake GEJYO

Division of Nephrology and Rheumatology
Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences
(Director: Prof. Fumitake GEJYO)

Yusuke EBE

Niigata Prefectural Kamo Hospital

Isao SAITO

Sanjou Sougou Hospital

Atsuko KATAGIRI

Katagiri Clinic

Reprint requests to: Takeo FUJIMURA
Division of Nephrology and Rheumatology
Niigata University Graduate School of
Medical and Dental Sciences
1-757 Asahimachi-dori,
Niigata 951-8510 Japan

別刷請求先：〒951-8510 新潟市旭町通り1-757
新潟大学医学部第二内科教室 藤村 健夫

Yoshiyuki MURAMATSU
School of Health Sciences Faculty of Medicine,
Niigata University

要 旨

全身慢性疼痛を主訴に心療内科を紹介された患者に、前立腺癌骨転移が見つかった一例を紹介する。疼痛を訴える患者に対して、初診段階で『気持ちの問題だろう。』と判断することは慎むべきであり、器質的疾患の存在を繰り返し除外するべきである。心療内科受診患者の約8%が、疼痛を主訴としている。これらの患者全例が、抗不安薬、抗うつ薬を処方されていた。臨床各科において、疼痛を訴える患者に対して、器質的疾患の存在を除外できたならば、抗不安薬、抗うつ薬を処方して、その効果を確認するのも一つのアプローチである。心療内科では、機能的疼痛に対応している。自律訓練法、バイオフィードバック法が必要と判断された場合は心療内科受診を患者に提案してほしい。明らかに精神症状が前面に出ている場合は、精神科を紹介する。

キーワード：慢性疼痛，器質的疾患，機能的疾患，抗不安薬，抗うつ薬

Abstract

We report the case of a prostate cancer patient with bone metastases. A 66-year-old man came to our hospital with a complain of systemic chronic pain of unknown origin that might be caused by psychological factors. As a result, he was referred to the department of psychosomatic medicine. However, detailed examination led his pain to be of physical nature caused by the patient's cancer. Therefore, as physicians we should not disregard the pain of patients as psychological, but instead should give them a comprehensive systemic examination to exclude psychosomatic disease. This report strongly indicates that pain of unknown origin is not necessarily due to psychosomatic disease or psychiatric disease.

Key words: generalized chronic pain, organic disease, functional disease, antianxiety agent, antidepressant

はじめに

痛みを主訴に医療施設を受診される患者に対して、各科において検査を施行された後、疼痛緩和治療が開始される。訴えに相当する器質的疾患が認められない場合には、心身症として心療内科を紹介されることが多い。

本稿では、まず、全身慢性疼痛を訴えながら器質的疾患が認められないとして心療内科を紹介された患者に対して、全身再検索の結果、前立腺癌の骨転移が見つかった一例を紹介する。次に、慢性疼痛を主訴として心療内科を受診される患者の現状について報告する。

慢性疼痛とは

長時間痛みが持続し、再発を繰り返し、障害の程度と痛みの強さとの間に明らかな相関がなく、障害を受けた場所から離れて痛みを訴え、組織損傷を知らせる警告反応が消失しているのが特徴である¹⁾。

慢性疼痛の原因

1. 侵害受容性疼痛：慢性関節リウマチ，骨粗鬆症，慢性消化性潰瘍，慢性膵炎，末梢血管障害，悪性腫瘍など
2. 機能的疼痛：non-ulcer dyspepsia, 過敏性腸

症候群, 胆道ジスキネジー, 緊張型頭痛, 血管性頭痛, 筋筋膜症候群など

3. 神経因性疼痛

- 1) 反射性交感神経性萎縮症: カウザルギー
- 2) 求心路遮断性疼痛: 帯状疱疹後神経痛, 腕神経叢引き抜き症候群, 脊髄損傷, 幻肢痛, 視床痛など

4. 学習性疼痛

- 1) オペラント学習
- 2) 回避学習

5. 精神医学的疼痛: うつ病性障害, 転換性障害, 心気症など

久保千春『心身医学標準テキスト』医学書院 1996

上記のうち, 侵害受容性疼痛, 機能性疼痛, 神経因性疼痛は, 臨床各科で対応していただくことになる。学習性疼痛と精神医学的疼痛は精神科で対応していただく。当科の診療は機能性疼痛で症状が強いものが主たる対象疾患となるが, 現実には, 本来であれば精神科受診をおすすめしなければならぬ患者が多数受診されている。

1. 全身慢性疼痛を主訴に心療内科を紹介された患者に前立腺癌骨転移が見つかった1例

症 例

症例: 66歳, 男性.

主訴: 原因不明の全身のびりびり感.

頸部から背中にかけての強い痛み.

家族歴: 特記事項なし.

既往歴: X-4年, 糖尿病, 高脂血症.

現病歴: X年, 腰痛, 肛門周囲痛あり, 近医外科, 整形外科を受診したが, 原因わからず, 対症療法を続けていた. X+2年1月, 白内障手術施行されたが, 術後も視力障害が増悪しているとの訴えがあった. 同年5月頃から, 不定期に背部激痛を訴え, 近医整形外科にて対症療法を続けていた. 7月頃からは肩, 頸, 後頭部の激痛が不定期に出現してきた. 8月下旬頃から痛みが強まり, 眠

表1 初診時検査成績

<検血>		<生化学>			
WBC	5350 / μ L	TP	7.7 g/dl	γ -GTP	41IU/L
RBC	$436 \times 10^4 / \mu$ L	Alb	5.0 g/dl	Ch-E	340IU/L
Hb	9.5 g/dl	BUN	12 mg/dl	CPK	175 IU/L
Ht	13.4 %	Cre	0.9 mg/dl	T-bil	0.7 mg/dl
Plt	$26.7 \times 10^4 / \mu$ L	UA	2.5 mg/dl	T-Chol	158mg/dl
		Na	138 mEq/L	HDL-Chol	53mg/dl
		K	4.0 mEq/L	TG	86mg/dl
		Cl	101 mEq/L		
		Ca	10.5 mg/dl	<血清学的検査>	
<検尿・沈査>		GOT	35 IU/L	CRP	<0.1 mg/dl
尿蛋白(-)		GPT	26 IU/L	RF	<5.0 IU/ml
尿糖(-)		LDH	214 IU/L	ANA	5.7 INDEX
尿潜血(-)		ALP	350 IU/L	アルドラーゼ	4.1IU/L
扁平上皮	0-1/F	AMY	66 IU/L		
<血液凝固>					
血沈30分	8mm				
血沈60分	20mm				

れなくなった。訴えは『全身の強い痛みと体表のびりびり感』に変わってきた。NSAIDsは効果なく, etizolam, cloxazolam, lorazepamも効果なかった。脳外科を受診したが, 神経学的異常所見は認められなかった。腰背部の筋肉痛とこれに対する不安感からの訴えと考えられ, 同年9月9日, 当科を紹介され受診(初診)した。

入院時現症: 身長167.0cm, 体重64.0kg, 体温36.8℃. 血圧105/75mmHg, 脈拍72/分整. 眼瞼結膜に貧血・黄疸はなかった. 表在リンパ節は触知しなかった. 肺野にラ音は認めず, 心音に異常はなかった. 腹部は平坦で, 肝, 脾, 腎を触知しなかった. 下腿に浮腫を認めなかった.

神経学的所見: 両側後頸部から背部, 腰部に自発痛あり. 圧痛はあるが, 神経学的には, 運動系, 感覚系, 反射など明らかな異常所見はなかった.

炎症, 膠原病, 筋肉の融解を疑う所見はなかったが, Caがやや高値だった.

【初診後の経過】

当科外来にて, 線維筋痛症候群, リウマチ性多発筋痛症, 好酸球性筋膜炎, 多発筋炎などを鑑別疾患と考え, milnacipran, ethyl loflazepate, eperisoneを処方し, 検査を進めた.

神経内科受診では, 神経学的検査で明らかな異常は認められず, 中枢性, 末梢性とも神経疾患は考えにくいという所見であり, 除外診断的に線維筋痛症が疑われた.

しかし, 全身激痛のため, 食欲低下し, 眠れなくなり, 体力が消耗してきた. 日中に当科外来を

受診しても、激痛のため夜間再び救急外来を受診する病状であり、ketoprofen, diazepam などの筋注で対応されていた。

当科での診察では、これまでの生活歴において社会適応性に問題はなかった。また、ご本人から、もう一度詳しく話を聞くと、前医整形外科では、痛みによる体動のため、MRI は施行出来ない、と言われていたということが判明した。このため、9月30日、当科関連病院に入院し、輸液にて体力改善を図りながら、全身再検索することにした。

【全身再検索の結果：診断確定】

1. 癌の全身骨転移

2. (原発) PSA 正常の前立腺癌

～X+2年8月、前医泌尿器科受診し、異常なしといわれている。

【まとめ】

全身疼痛を訴えていた患者に対して、一連の検査により器質的疾患が否定され、痛みに対して対症療法が続けられていた。患者は疼痛が増悪し、鎮痛薬が効かなくなったため、なんらかの心理的要因が身体化された病状と判断され、心療内科を紹介された。心療内科での診察では、これまでの社会適応性に問題なく、心理的要因の身体化された症状とは考えにくかったため、全身再検索した。その結果、実は前立腺癌の骨転移による痛みを苦しんでいたことが判明した。

【結語】

疼痛を訴える患者に対して、器質的疾患の除外は重要である。初診時の検査だけでなく、経過中にも、繰り返し器質的疾患の可能性を考慮することが重要である。

2. 心療内科外来における慢性疼痛患者の現状

当科では、疼痛を主訴として受診された患者100人全員に、抗不安薬、抗うつ薬が処方されていた。これらの患者は、①身体疾患に伴う痛みがあり、それが原因で二次的に不安、抑うつなどの心理的問題を合併している患者と②疼痛の原因となる基礎疾患が不明であることから、その痛みには心理的要因が関与しているのではないかと考え

表2 心療内科外来における疼痛を主訴とする患者

1999年4月～2002年9月の期間

当院心療内科外来を受診された患者	1354人
そのうち主訴として疼痛を訴えた患者	100人(女性71人、男性29人)
頭痛	40人(女性25人、男性15人)
慢性疼痛	38人(女性30人、男性8人)
腹痛	9人(女性6人、男性3人)
その他	13人(女性10人、男性3人)
(関節痛、腰痛、歯痛、頸部痛など)	

疼痛を主訴として心療内科外来を受診した患者100人中

器質的疾患が認められた患者 8人(女性6人、男性2人)

不安、抑うつが認められた患者 16人(女性12人、男性4人)

られる患者がいる。

【疼痛を主訴とする患者への対応】

まず器質的疾患の有無を徹底的に検査する。医師が初診段階で『気持ちの問題だろう。』と考えることは厳に慎むべきである。初診段階で器質的疾患が認められない場合でも、経過中に所見が顕在化してくる場合があるので注意が必要である(紹介症例の通り)。

明らかな器質的疾患が認められる場合は、それに対する疼痛緩和療法を施行する。器質的疾患の身体症状(疼痛)が、心理状況によって増幅されている場合や機能的疾患(例：腹痛←過敏性腸症候群、頭痛←筋緊張型頭痛)が認められる場合は、心療内科的治療が有効である。

主観的症状(患者の訴え)と客観的症状(身体所見)が乖離している場合は、次のような病状説明が考えられる。

①『異常なし。大丈夫です。』

これは、患者の理解が得られる場合にはよいが、患者が納得しない場合には医師-患者関係が崩壊し、患者はドクターショッピングに走り、結果として初診医はいたるところで患者から非難されることになる説明である。

②『心理的因子(不安、抑うつ)が身体の痛みとして表現されています。』この説明は、医療面接やHAD検査(心理検査)によって、不安、抑うつ傾向が認められ、患者がそれを受け容れられる人であれば有効である。医師は、患者が自分自身のストレスと身体症状の相関に気付き、自分で対処で

きるような援助をする。主として精神科受診をすすめる。

③『現代医学では解明できない痛みですが、今後、医学の進歩によってこの痛みの原因がわかるかもしれません。』この説明は、患者が自分の心理的状況を受け容れられず、身体のどこかが悪いはずだと思いつこんでいる場合に有効である。さらに患者に対して根治(痛み0の状態)への過剰な期待を抱かせないために有効である。

【慢性疼痛に対する心療内科的治療】

抗不安薬、抗うつ薬、自律訓練法、バイオフィードバック法などの心身医学的治療を施行する。明らかに精神症状が主体になっている場合には、精神科を紹介する。

自律訓練法の基本となる標準練習は、心身のリラクゼーションを目指す練習法であり、心理的側面とともに生理的側面が重視されており、練習方法が自然な心身の変化過程に沿って体系化されている。心身症や神経症の治療法としてだけでなく、ストレス対処法としても広く用いられている。

バイオフィードバック法は、自分では感知できない生体情報を工学的機器を媒介として知覚できる様式に変形して提示し(フィードバック信号)、それを感知して制御を試みるという手続きを繰り返すことにより、自律神経反応の変容を目指す訓練法である。この際、実現可能な目標を提示し、目標が達成された場合、次の段階の目標を提示していくことにより変化率を増大させるという方法は、自律神経反応の変容に効果的であることが確認されている。さらに患者を対象とする場合は、症状の改善そのものが報酬的效果をもつとされている。

【結語】

疼痛を訴える患者に対しては、器質的疾患の有無を繰り返し検索することが重要である。器質的疾患の存在が確認できない場合は、『異常なし』と説明するのではなく、心身相関による痛みの可能性について説明し、臨床各科において抗不安薬、抗うつ薬を処方し、その効果を確認するのも一つのアプローチである。自律訓練法やバイオフィードバック法が必要と判断される場合は、心療内科

受診を提案してください。

参考文献

- 1) 日本心身医学会用語委員会『心身医学用語事典』医学書院, 1999.
- 2) 久保千春編『心身医学標準テキスト』医学書院, 1996.
- 3) 伊藤正男・井村裕夫・高久史磨編『医学書院医学大辞典』医学書院, 2003.

司会(村松) 藤村先生ありがとうございました。心療内科に回ってくる患者さんは先生方のところで困った患者さんや、器質的な疾患が見つげづらく、診断がつかず、それで送られてくるといふ方が多いのですが、この症例で示しましたように器質的疾患が後から明らかになる方を何人か経験しております。例えば腹痛の患者さんで、試験開腹をおこなっても原因不明でその後 lymphoma が出てきたといふような方もいらっしゃいます。本当に痛みの患者さんといふのは難しいと普段から感じております。ですから決して患者さんを突き放すようなことはせずなるべく医師患者関係を保つように診療しているのが心療内科の実情です。今の発表に質問等いかがでしょうか？

司会(馬場) 麻酔科の馬場ですけどもペインで診療してますと明らかに鬱病があるといふ患者さんもいます。でも精神科を紹介しようといふと「精神科はちょっと……。でも心療内科なら行ってもいいかな。」といふ患者さんがいらっしゃるのですけども、どういふものなのでしょうか？そういう患者さんはどんどん送ってもよるしいものなのでしょうか？

藤村 患者さんのこと第一に考えておりますので、本来なら精神科といふことで患者さんにお勧めします。患者さんがどうしても精神科受診は抵抗があるといふことなら、心療内科に紹介していただいて結構です。心療内科から説明いたしまして、どちらかといふと私たちよりも精神科の先生に診てもらったほうが早く良くなりますよと説明して、患者さんにご理解していただいた上で精神科に送ることはあります。

司会(馬場) とりあえず心療内科といふことでよるしいのですか？

藤村 心療内科外来も今外来の患者さんがたくさんいらっしゃって、新患の方は待ち時間が長くなっており

ますが、患者さんのご希望を大事にしたいと思っています。村松先生どうでしょうか？

司会（村松） 今までのご発表の中でも例えば岡本先生、藤原先生、いずれも抗うつ薬をお使いになっています。そういう点では先生方も抗うつ薬、抗不安薬を十分に使いこなしていらっしゃると思います。私どもが先生方と違うところは精神科だと思った場合に、精神科を紹介すると精神科受診を拒否する患者さんが多いものですから患者さんとの約束でまず診療する期間を区切ります。だいたい一ヶ月から二ヶ月私どもの方から薬物療法をやらせて下さいと、それで効果が出なかった場合には精神科に行って下さいと、私たちの能力を越えていますと、そういう言い方をして期間を区切って診察するようにしています。ですから先生方がご覧になって明らかに精神疾患だと思われる患者さんでもなかなか行ってくださらない患者さんがいるというのも事実だと思います。そういう時には診察する期間を区切って対応するとスムーズに精神科の受診を納得して下さるようです。

司会（馬場） 抗うつ薬で思い出したのですが、PHNの患者さんで三環系抗うつ薬、ほとんどそれしか無いのですが、我々が使い始める前に既にSSRI、SNRIが使われておりまして、それに三環系に被せるのは正しい使い方なのか、切り替えた方がいいのか、切り

替えるにしてもどういう風に切り替えていった方がいいのか、我々は専門家ではないのでどういう風にしていったらいいのか教えていただけないでしょうか。

司会（村松） SSRIですとかなり薬物相互作用のある薬がありますので三環系を併用しますと血中濃度がかなり上がってしまうことが考えられます。ですから、急に薬を切り替えるわけには行かないのですが、少量の三環系を出していただいてSSRIを減らしながら徐々に三環系に切り替えるという形にいただければと考えております。精神科の先生たちに相談したときに、患者さんの中に血中濃度が上がらないタイプの方がいると言われることがあります。そういう方の場合、信頼関係がきちんとできている身体科の先生の方が管理しやすい場合には、150mg、場合によっては200mgぐらいまで増やしてみるのもひとつだとおっしゃってくださる精神科の先生もいらっしゃいます。ただ心電図に変化が出てきたりと、三環系の抗うつ薬は血中濃度が高くなってくると厳しいこともありますので充分身体管理しながら治療してくださいといわれます。ほかに特にならなければ、では藤村先生ありがとうございました。続きまして「脊柱変性疾患の治療 リハビリテーションと手術療法」ということで理学療法部の木村先生よりよろしくお願いします。