

I. 神経障害性疼痛の概論

II. 神経障害性疼痛の診断と治療

- 8. 神経障害性疼痛の診断 CQ9, CQ10
- 9. 神経障害性疼痛の臨床的特徴 CQ11
- 10. 神経障害性疼痛と QOL CQ12
- 11. 神経障害性疼痛の治療方針：概略 CQ13
- 12. 神経障害性疼痛の治療目標 CQ14

III. 神経障害性疼痛の薬物療法

IV. 神経障害性疼痛を呈する疾患

8. 神経障害性疼痛の診断

CQ9：神経障害性疼痛の可能性のある患者をどのようにスクリーニングするか？

神経障害性疼痛患者をスクリーニングするために開発されたスクリーニングツール（質問票）を用いる。本邦で使用可能なツールとして、神経障害性疼痛スクリーニング質問票、painDETECT 日本語版がある。

推奨度，エビデンス総体の総括：1D

解 説：

日常診療において、患者の痛みが神経障害性疼痛である可能性を簡易に評価するために、複数のスクリーニングツールが開発されている。本邦で開発されたツールとして神経障害性疼痛スクリーニング質問票¹⁾があり、海外で開発されたツールとしてLANSS²⁾、S-LANSS³⁾、NPQ⁴⁾、DN4⁵⁾、ID Pain⁶⁾、painDETECT⁷⁾、StEP⁸⁾がある。このうち、StEPは腰下肢痛患者における神経障害性疼痛を同定することを目的に開発されている。

神経障害性疼痛スクリーニング質問票（図2）は、7項目の質問に対して5段階評価で回答するもので、日本人の慢性疼痛患者238名を対象とした研究において、合計得点による評価（5段階評価をそれぞれ0～4点としてスコア化、0～28

LANSS：the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs
S-LANSS：Short versions of the LANSS
NPQ：Neuropathic Pain Questionnaire
DN4：the Douleur Neuropathique en 4 questions
StEP：the Standardized Evaluation of Pain

図の×印をつけた部分で、あなたが感じる痛みはどのように表現されますか？

- 1) 針で刺されるような痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 2) 電気が走るような痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 3) 焼けるようなひりひりする痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 4) しびれの強い痛みがある
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 5) 衣類が擦れたり、冷風に当たったりするだけで痛みが走る
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 6) 痛みの部位の感覚が低下していたり、過敏になっていたりする
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある
- 7) 痛みの部位の皮膚がむくんだり、赤や赤紫に変色したりする
 全くない 少しある ある 強くある 非常に強くある

図2 神経障害性疼痛スクリーニング質問票（文献1より引用）

いま現在のあなたの痛みは 10 点満点での程度ですか？

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
なし										最大


過去 4 週間で最も激しい痛みはどの程度でしたか


0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
なし										最大


過去 4 週間の痛みの平均レベルはどの程度ですか


0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
なし										最大

あなたの痛みの経過を表す図として、どれが最もあてはまりますか？ 印にチェックを付けて下さい


 持続的な痛みで、痛みの程度に若干の変動がある

 持続的な痛みで、時々痛みの発作がある

 痛みが時々発作的に強まり、それ以外の時は痛みがない

 痛みが時々発作的に強まり、それ以外の時も痛みがある

痛みのある場所を図に示してください



痛みは他の部位にも広がりますか？
 はい いいえ
 はいと答えた方は、その場所と広がりが方も書いてください

痛みのある部位では、焼けるような痛み（例：ヒリヒリするような痛み）がありますか？
 一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

ピリピリしたり、チクチク刺したりするような感じ（蟻が歩いているような、電気が流れているような感じ）がありますか？
 一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

痛みがある部位を軽く触られる（衣服や毛布が触れる）だけでも痛いですか？
 一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

電気ショックのような急激な痛みの発作が起きることはありますか？
 一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

冷たいものや熱いもの（お風呂のお湯など）によって痛みが起きますか？
 一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

痛みのある場所に、しびれを感じますか？
 一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

痛みがある部位を、少しの力（指で押す程度）で押しても痛みが起きますか？
 一度もない ほとんどない 少しある ある程度ある 激しい 非常に激しい

図3 painDETECT 日本語版（文献9より引用）

点）ではカットオフ値9点で感度70%，特異度76%で，重み付けスコアによる評価（0～9点）ではカットオフ値4点で感度88%，特異度72%で神経障害性疼痛患者をスクリーニングできることが示されている¹⁾。海外のツールのうち，painDETECTは日本語版（図3）が作成され，その信頼性・妥当性が確認されている⁹⁾。9項目の質問をスコア化（0～38点）し，カットオフ値19点で感度85%，特異度80%で神経障害性疼痛をスクリーニングできることがオリジナルの研究で示されている⁷⁾。

神経障害性疼痛の評価・診断方法に関する既存のガイドラインとして，欧州神経学会（EFNS）¹⁰⁾と国際疼痛学会（IASP）¹¹⁾のガイドラインがある。これらの

ガイドラインでは、各ツールの優劣については評価されていない。推奨として、各スクリーニングツールは、特に非専門家が神経障害性疼痛の可能性のある患者を同定するために使用できる利点があるが、神経障害性疼痛と診断される患者の10～20%を同定することができないため、「スクリーニングツールの結果を診断に置き換えてはならない^{10,11)}」、また、「疫学研究の目的で使用することについては妥当性の検証が必要である¹⁰⁾」と記述されている。

各スクリーニングツールの質（妥当性、信頼性など）について比較・評価した研究として、Mathiesonらによるシステマティックレビュー¹²⁾がある。彼らは、オリジナルのDN4とNPQにおいて測定ツールとしての質の高さが比較的多くの評価項目で示されているが、すべてのツールの評価は低いエビデンスにより支えられている（評価対象は海外で開発されたツールのみ）、また、上記のガイドラインと同様に、「スクリーニングツールの使用を詳細な臨床評価に置き換えてはならない」と結論づけている。

以上より、本ガイドラインでは、診療において神経障害性疼痛の可能性のある患者をスクリーニングするために、本邦で使用可能なスクリーニングツールを用いることを推奨する。ただし、スクリーニングツールの結果で神経障害性疼痛の診断をしてはならない。

参考文献

- 1) 小川節郎：日本人慢性疼痛患者における神経障害性疼痛スクリーニング質問票の開発. *ペインクリニック* 2010;31:1187-1194 [5]
- 2) Bennett M:LANSS pain scale: The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs. *Pain* 2001;92:147-157 [5]
- 3) Bennett M, Smith BH, Torrance N, et al: The S-LANSS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: Validation for use in clinical and postal research. *J Pain* 2005;6:149-158 [5]
- 4) Krause SJ, Backonja MM: Development of a Neuropathic Pain Questionnaire. *Clin J Pain* 2003;19:306-314 [5]
- 5) Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al: Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114:29-36, [5]
- 6) Portenoy R: Development and testing of a neuropathic pain screening questionnaire: ID Pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22:1555-1565 [5]
- 7) Freynhagen R, Baron R, Gockel U, et al: PainDETECT: A new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006;22:1911-1920 [5]
- 8) Scholz J, Mannion RJ, Hord DE, et al: A novel tool for the assessment of pain: Validation in low back pain. *PLoS Med* 2009;6:e1000047 [5]
- 9) Matsubayashi Y, Takeshita K, Sumitani M, et al: Validity and reliability of the Japanese version of the PainDETECT questionnaire: A multi-centre observational study. *PLoS One* 2013;8:e68013 [5]
- 10) Cruccu G, Sommer C, Anand P, et al: EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: Revised 2009. *Eur J Neurol* 2010;17:1010-1018 [5]
- 11) Haanpää M, Attal N, Backonja M, et al: NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. *Pain* 2011;152:14-27 [5]

- 12) Mathieson S, Maher CG, Terwee CB, et al: Neuropathic pain screening questionnaires have limited measurement properties: A systematic review. J Clin Epidemiol 2015; 68: 957-966 [5]

CQ10：神経障害性疼痛はどのように診断するか？

まず、神経障害性疼痛を示唆する現症と病歴を確認し、次に神経学的診察による感覚障害の評価、神経病変あるいは疾患を診断する検査を行う。アルゴリズムに沿って診断を確定することが望ましい。

推奨度、エビデンス総体の総括：1D

解説：

神経障害性疼痛の評価・診断方法に関する既存のガイドラインとして、欧州神経学会（EFNS）¹⁾と国際疼痛学会（IASP）²⁾のガイドラインがあり、IASPの神経障害性疼痛分科会（NeuPSIG）が作成した診断アルゴリズム（Grading system）³⁾が推奨されている（図4）。神経障害を引き起こす病変や疾患に関わらず、

欧州神経学会：
EFNS：European Federation of Neurological Societies
国際疼痛学会：
IASP：International Association for the Study of Pain
IASP 神経障害性疼痛分科会：
NeuPSIG：Neuropathic Pain Special Interest Group

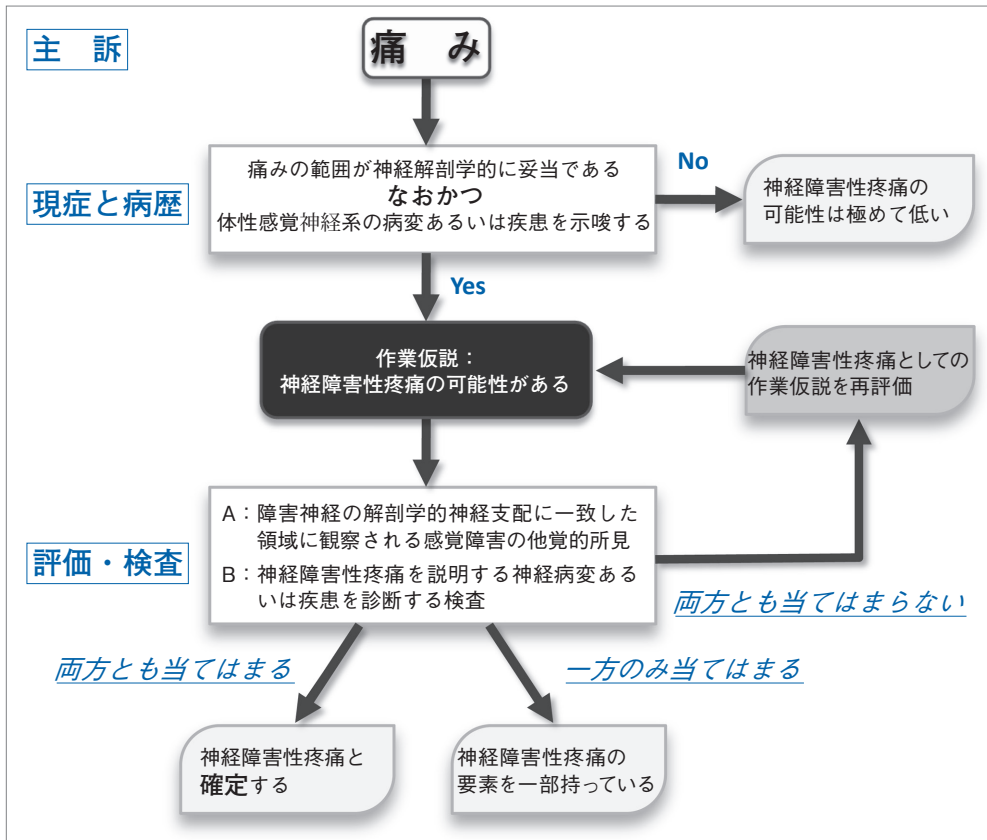


図4 神経障害性疼痛診断アルゴリズム（文献3より引用改変）

同一の診断アルゴリズムに沿って評価・診断する方法が提唱されており、神経障害性疼痛の診断に関する現在の国際標準として広く用いられている。診断法の有用性を検証するための質の高い研究は行われていない。

まず、神経障害性疼痛を示唆する現症と病歴について詳細な問診を行い、痛みの範囲が神経解剖学的に妥当であること、および体性感覚神経系を障害する病変や疾患^{注1}があることを示唆する病歴の有無が確認できれば、神経障害性疼痛の可能性があると判断する。神経障害性疼痛を有する患者が自覚する痛みの範囲は、障害された神経の皮膚分節（デルマトーム）と完全に一致しないことも稀ではなく、逆に侵害受容性疼痛を引き起こす疾患において、特定の神経支配領域に関連痛が自覚されることもある（例：股関節由来の痛みが臀部から下腿にかけての放散痛として自覚される）ため、痛みの範囲が神経解剖学的に妥当であるか評価することは痛みを専門としない医師にとって難しいことも多い。原因となる疾患に典型的にみられる痛みの分布パターンであるか、痛みの性状が神経障害性疼痛に特徴的であるか^{注2}、なども含めて判断する必要がある。

神経障害性疼痛の可能性があると判断される場合は、(A) 神経学的診察により障害神経の解剖学的神経支配に一致した領域に観察される感覚障害（感覚低下、感覚過敏、アロディニアなど）の他覚的所見の有無、(B) 検査により神経障害性疼痛を説明する神経病変あるいは疾患の有無を確認する。A、B がともに該当する場合に神経障害性疼痛と確定し、どちらか一方のみ該当する場合は神経障害性疼痛の要素を一部持っているとして診断する。A、B ともに該当しない場合を除き、神経障害性疼痛の治療対象と考える。

神経学的診察において、深部組織（筋、腱、関節）や内臓の感覚障害（振動覚を除く）を臨床的に評価する方法はないため、感覚障害の評価は一般的に皮膚に対して行われる。触覚（脱脂綿などで皮膚をそっと触れる）と痛覚（ピンの先で皮膚を刺激）の評価が行われることが多いが、偽陰性を防ぐためには温覚、冷覚、深部覚についても評価することが望ましい。アロディニアの有無についても、触刺激、圧刺激、温冷覚刺激により評価する。より詳細に感覚異常を評価する方法として定量的感覚試験（QST）の有用性が報告されている^{1,2,4,5}が、現時点では研究目的の検査の域を出ていない。どのような評価法を用いる場合においても、感覚障害の評価は痛みと同様に患者の主観的評価であること、神経障害がない領域にも患者が感覚異常を自覚する場合があること（例：炎症による痛覚過敏、障害神経の支配領域を超えたアロディニア≒中枢性感作、転換性障害など精神心理的反応）に留意する必要がある。

神経障害性疼痛を説明する神経病変あるいは疾患を評価するための検査には、画像検査（MRI、CT）、神経生理学的検査（神経伝導検査、三叉神経反射、レーザー誘発電位（LEPs）など）、角膜共焦点顕微鏡（CCM）、皮膚生検などがある^{1,2,5}。画像検査は、中枢および末梢神経の変性、圧迫、浸潤などを評価するために行うが、画像では評価できない疾患も多くあること、画像所見で神経障害性疼痛の重症度は診断できないことに留意する。神経伝導検査では太い神経線維（Aβ 線維）の評価しかできない（痛覚に関わる Aδ、C 線維の評価はできない）

注1：「3. 神経障害性疼痛を呈する疾患」の項を参照

注2：「9. 神経障害性疼痛の臨床的特徴」の項を参照

定量的感覚試験：
QST：Quantitative Sensory
Testing

レーザー誘発電位：
LEPs：laser evoked poten-
tials

角膜共焦点顕微鏡：
CCM：corneal confocal
microscopy

ため、検査を行う場面は限定される。三叉神経反射は三叉神経痛および顔面領域の神経障害性疼痛の鑑別診断に^{1,2,5,6)}、LEPsは痛覚伝導系の異常の評価に^{1,2,5)}、CCMによる角膜神経線維の評価は主に糖尿病性多発神経障害の評価に^{5,7)}、皮膚生検による表皮内神経線維密度の評価はsmall fiber neuropathyの診断に^{1,2,5)}それぞれ有用であることが報告されているが、本邦において現時点では研究目的の検査の域を出ていない。以上のことから、神経障害性疼痛を説明する神経病変あるいは疾患を検査により証明することは臨床上必須であるとはいえ、診断においては、ていねいな問診と神経学的診察が非常に重要である。

参考文献

- 1) Cruccu G, Sommer C, Anand P, et al: EFNS guidelines on neuropathic pain assessment: Revised 2009. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1010-1018 [5]
- 2) Haanpää M, Attal N, Backonja M, et al: NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. *Pain* 2011; 152: 14-27 [5]
- 3) Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, et al: Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008; 70: 1630-1635 [5]
- 4) Rolke R, Baron R, Maier C, et al: Quantitative sensory testing in the German Research Network on Neuropathic Pain (DFNS): Standardized protocol and reference values. *Pain* 2006; 123: 231-243 [5]
- 5) Mainka T, Maier C, Enax-Krumova EK: Neuropathic pain assessment: Update on laboratory diagnostic tools. *Curr Opin Anaesthesiol* 2015; 28: 537-545 [5]
- 6) Cruccu G, Biasiotta A, Galeotti F, et al: Diagnostic accuracy of trigeminal reflex testing in trigeminal neuralgia. *Neurology* 2006; 66: 139-141 [5]
- 7) Jiang MS, Yuan Y, Gu ZX, et al: Corneal confocal microscopy for assessment of diabetic peripheral neuropathy: A meta-analysis. *Br J Ophthalmol* 2016; 100: 9-14 [5]

9. 神経障害性疼痛の臨床的特徴

QC11：神経障害性疼痛の臨床的特徴は？

障害された神経支配領域に一致した部位に、自発的な痛みや刺激によって誘発される痛みがあり、その部位に感覚の異常を合併する。

推奨度，エビデンス総体の総括：2D

解説：

神経障害性疼痛は、侵害受容性疼痛と異なった特徴的な痛みを呈する。障害された神経支配領域に一致した部位に、自発的な痛み（持続的もしくは間欠的）や刺激によって誘発される痛み（アロディニア、痛覚過敏）があり、神経が障害されることにより生じる様々な感覚の異常を合併する点が特徴的である¹⁾。特に、灼けるような痛みとしびれに加えてアロディニアと感覚低下もしくは感覚過敏が存在する場合には神経障害性疼痛が疑われる²⁾。

神経障害性疼痛の痛みの特徴的な性質については、欧米、また本邦において開発されたスクリーニングツールが参考になる（表2）²⁻⁸⁾。

ただし、これらの特徴によって神経障害性疼痛を診断することはできない。あくまでもスクリーニングレベルであることを認識しなければならない。診断には

表2 各種スクリーニングツールの比較（文献2, 4~8を基に作成）

	ID Pain ⁴⁾	NPQ ⁵⁾	pain DETECT ⁶⁾	LANSS ⁷⁾	DN4 ⁸⁾	神経障害性疼痛スクリーニングツール ²⁾
刺すような、ちくりとする	+	+	+	+	+	+
電撃痛もしくはビーンと走るような	+	+	+	+	+	+
熱いもしくは灼けるような（ヒリヒリするような）	+	+	+	+	+	+
しびれたような	+	+	+		+	+
軽く触れるだけで痛む	+	+	+	+		+
冷たいもしくは凍るような		+			+	
軽く押されるだけで痛い			+			
熱いもの、もしくは冷たいもので痛む			+			
天気の変化で痛む		+				
関節に限られた痛み	-					
むずがゆい				+		
痛みのパターン			+			
他の部位に拡がる痛み（放散痛）			+			
自律神経の変化を伴う	+					+
感覚低下、もしくは感覚過敏						+

表3 疾患による特徴的な痛みの性質の違い（文献2, 9~12を基に作成）

帯状疱疹後神経痛 ⁹⁾	有痛性糖尿病性神経障害 ¹⁰⁾	脊髄損傷後疼痛 ¹¹⁾	神経障害性疼痛全般 ^{2,12)}
うずくような	うずくような		
灼けるような	灼けるような	灼けるような	灼けるような
ビーンと走るような	ビーンと走るような		ビーンと走るような
			ひりひりする
	ちくりとする		
	槍で突き抜かれるような		
	ひきつるような		
		切り裂かれるような	
		突き通すような	
むずがゆい	むずがゆい		むずがゆい
	しびれたような	しびれたような	しびれたような
アロディニア	アロディニア	アロディニア	アロディニア
痛覚過敏		痛覚過敏	痛覚過敏

表4 神経障害性疼痛と侵害受容性（炎症性）疼痛の特徴の相違点（文献13より引用改変）

		神経障害性疼痛	侵害受容性疼痛（炎症性疼痛）
陽性症状/徴候	傷害部位の自発痛	あり	あり
	侵害温熱刺激に対する痛覚過敏	稀にある	頻度が高い
	冷刺激に対するアロディニア	頻度が高い	稀にある
	圧刺激に対する感覚閾値の増加と痛覚過敏	しばしばある	基本的でない
	体性感覚刺激の後に、その刺激感が続くこと	しばしばある	稀にある
	特徴的な自覚症状	発作痛, 灼熱痛	ズキズキする痛み
	傷害部位よりも拡がる痛み	基本的でない	基本的でない
陰性症状/徴候	傷害神経領域の感覚障害	あり	なし
	傷害神経領域の運動障害	しばしばある	なし

前項で示されたとおり、痛みの範囲が神経学的に妥当であるか、その部位に感覚障害を認めるか、などの身体的徴候の診察とそれを裏づける病歴や画像診断等の検査所見が必要である¹⁾、ということをも明記しておく。

また、疾患による特徴的な痛みの性質の違いについて表3に示す^{1,9-12)}。

神経障害性疼痛と侵害受容性疼痛の体性感覚神経系の陽性および陰性所見は診断の参考とできる(表4)¹³⁾。

参考文献

- 1) Haanpää M, Treede RD: Diagnosis and Classification of Neuropathic Pain. IASP Clinical Updates 2010; 18: Issue 7 [5]
- 2) 小川節郎: 日本人慢性疼痛患者における神経障害性疼痛スクリーニングツール質問表の開発. ペインクリニック 2010; 31: 1187-1194 [5]
- 3) Cruccu G, Truini A: Tools for assessing neuropathic pain. PLoS Med 2009; 6: Issue 4 [5]
- 4) Portenoy R: Development and testing of a neuropathic pain screening questionnaire: ID Pain. Curr Med Res Opin 2006; 22: 1555-1565 [5]
- 5) Krause SJ, Backonja MM: Development of a neuropathic pain questionnaire. Clin J Pain 2003; 19: 306-314 [5]
- 6) Freynhagen R, Baron R, Gockel U, et al: PainDETECT: A new screening questionnaire to detect neuropathic components in patients with back pain. Curr Med Res Opin 2006; 22: 1911-1920 [5]
- 7) Bennett MI: The LANSS Pain Scale: The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs. Pain 2001; 92: 147-157 [5]
- 8) Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al: Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005; 114: 29-36 [5]
- 9) Johnson RW, Whitton TL: Management of herpes zoster (shingles) and postherpetic neuralgia. Expert Opin Pharmacother 2004; 5: 551-559 [5]
- 10) Tesfaye S, Kempler P: Painful diabetic neuropathy. Diabetologia 2005; 48: 805-807 [5]
- 11) Hulsebosch CE: From discovery to clinical trials: Treatment strategies for central neuropathic pain after spinal cord injury. Curr Pharm Des 2005; 11: 1411-1420 [5]
- 12) Irving GA: Contemporary assessment and management of neuropathic pain. Neurology 2005; 64: S21-S27 [5]
- 13) Jensen TS: Pathophysiology of pain: From theory to clinical evidence. Eur J Pain 2008; 2: S13-S17

10. 神経障害性疼痛と QOL

CQ12：神経障害性疼痛の QOL に与える影響は？

神経障害性疼痛は、慢性疼痛疾患の中でも重症度が高く、非神経障害性疼痛に比して生活の質(QOL)に与える影響は大きい。特に、痛みの重症度が高ければ QOL の低下が著しい。

推奨度，エビデンス総体の総括：1B

解 説：

QOL とは人生・生活の質を示し、特に医学領域では健康関連 QOL (HRQL) と記載されることも多い。すなわち、健康に関連しない QOL とは、人生における尊厳や喜び、苦楽の深さについて価値観や希望、目標、家族構成、経済状態、文化的活動などが含まれるのに対して、健康関連 QOL は、健康状態の客観的評価だけでなく、患者の主観的な健康状態の理解や生活全般の well-being の度合い、価値観によって構成される。ここでは健康関連 QOL のみについて述べる。

神経障害性疼痛に関する QOL についての報告は、フランスから報告された大規模疫学調査^{1,2)} で明らかにされている。3 カ月間以上痛みが継続する慢性疼痛患者は人口の 31.7% に及び、その中でも神経障害性疼痛は約 20% (人口あたり約 7% の罹患率 (本邦換算で少なくとも 500 万人以上)) を占めることが報告されており、神経障害性疼痛患者の 70% (人口の 5%) 以上は痛みの程度が中等度から重度と評価²⁾ しており、神経障害性疼痛以外の慢性疼痛疾患よりも重症度が高く罹病期間が遷延化しやすいため、医療費も高かった³⁾。つまり、神経障害性疼痛は、慢性疼痛疾患の中でも特に重症度が高いといえる。ヨーロッパで標準的に用いられている QOL 尺度の EQ-5D で評価すると、平均的な神経障害性疼痛患者の EQ-5D は 0.4~0.6、重症神経障害性疼痛患者では 0.2 前後とされる。EQ-5D は「0」を死亡した状態、「1」を健康な状態とし 0~1 の間の数字で QOL を評価する尺度で、EQ-5D=0.4~0.5 は「終末期がん患者が痛みとは無関係に倦怠感等から日常生活を床上で過ごしている QOL」と同程度であり、さらに、EQ-5D=0.2 は「心筋梗塞患者が絶対安静状態で生活している QOL」と同程度である。このように、神経障害性疼痛患者の QOL 障害は著しい。

参考文献

- 1) Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, et al: Prevalence of chronic pain with neuropathic pain characteristics in the general population. *Pain* 2008; 136: 380-387 [4]
- 2) Attal N, Lanteri-Minet M, Laurent B, et al: The specific disease burden of neuropathic pain: Results of a French nationwide survey. *Pain* 2011; 152: 2836-2843 [4]
- 3) O'Connor AB: Neuropathic pain: Quality-of-life impact, costs and cost effectiveness of therapy. *Pharmacoeconomics* 27; 95-112, 2009 [3b]

生活の質：
QOL : quality of life

健康関連 QOL：
HRQL : health-related QOL

EQ-5D : EuroQol 5 Dimension
欧州で開発された HRQL

11. 神経障害性疼痛の治療方針：概略

CQ13：神経障害性疼痛に対する治療方針の概略は？

神経障害性疼痛は、慢性疼痛疾患の中でも痛みの重症度が高く、QOLの低下が著しい。したがって、治療目標の設定は、痛みの重症度と、ADLとQOLの2つの視点から行う。痛みの緩和のためには薬物療法が基本であるが、段階的に実施する薬物療法が無効な場合や薬物療法の忍容性が低い場合には、神経刺激療法やごく一部の神経ブロック療法を検討する。また、ADLとQOLの改善のためには、リハビリテーションなどの機能訓練を通じて自己効力感を再獲得させる。このように、神経障害性疼痛の治療は生物心理社会的な要因に応じた様々な治療アプローチを組み合わせる集学的診療が重要である。

エビデンス総体の総括：B

解 説：

神経障害性疼痛では、痛み以外に睡眠障害や活力の低下、抑うつ、不安、口渇、食欲不振など様々な併存症を伴い¹⁾、これらは痛みの悪循環モデル（fear-avoidance model：恐怖回避モデル）を形成する陰性要因となり、ADLとQOLが負のスパイラルを形成して増悪していく²⁾。このような慢性疼痛症候群に陥った神経障害性疼痛の治療では、これらの生物心理社会的な陰性要因を評価する視点が必要で、治療目標の設定は痛みの重症度とADLあるいはQOLの2つの視点から行う。

痛みの緩和のためには薬物療法が基本となるが、段階的に実施する薬物療法が無効ないしは効果不十分な場合や薬物療法の忍容性が低い場合には、神経刺激療法^{3,4)}やごく一部の神経ブロック療法を検討する。また、ADLとQOLの改善のためには、リハビリテーションなどの機能訓練を通じて自己効力感を再獲得させる。このように、神経障害性疼痛の治療は、生物心理社会的な要因に応じた様々な治療アプローチを組み合わせる集学的診療が重要であり、治療のゴール設定は、痛みが十分に緩和することだけでなく、有意義な日常生活を過ごし、精神心理的な問題に捉われないように設定する。

参考文献

- 1) Meyer-Rosberg K, Kvamström A, Kinnman E, et al: Peripheral neuropathic pain: A multidimensional burden for patients. *Eur J Pain* 2001; 5: 379-389
- 2) Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, et al: The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007; 30: 77-94
- 3) Deer TR, Krames E, Mekhail N, et al: The appropriate use of neurostimulation: New and evolving neurostimulation therapies and applicable treatment for chronic pain and selected disease states. *Neuromodulation* 2014; 17: 599-615
- 4) NICE clinical guideline 2008 [spinal cord stimulation for chronic pain of neuropathic or ischaemic origin]

日常生活動作

ADL: activity of daily living

忍容性: 明白な有害作用(副作用)が被験者にとってどれだけ耐え得るかの程度

12. 神経障害性疼痛の治療目標

CQ14：神経障害性疼痛の治療目標はどのように設定すべきか？

神経障害性疼痛に対して使用されている薬物は、病態の完全治癒を可能にするものではない。痛みの軽減とともに、ADLやQOLの改善を目標とすることも重要である。

推奨度，エビデンス総体の総括：1D

解 説：

神経障害性疼痛の成立機序について明らかにされていない点も多く、現時点で病態の寛解を可能にする薬物は存在しない。薬物療法を行う際には、鎮痛効果に加えて、安全性および忍容性、他の薬物との相互作用を検討しなければならない。また、依存や乱用の可能性、長期使用による身体への影響についても考慮すべきである¹⁾。

欧州神経学会（EFNS）やIASPの神経障害性疼痛分科会（NeuPSIG）のガイドラインでは、痛みの多面的評価（MPQ）などよりも、痛みの強度（VASなど）の軽減を優先項目としており、ADLなどについては、二次的な評価項目に設定されているのが現状である。IMMPACTは、慢性疼痛の臨床試験において、痛みの強度、身体機能、精神機能、患者満足度、副作用の徴候、治療に対するアドヒアランスの6項目を評価することを推奨しており^{2,3)}、臨床上、これらを総合的に評価することは極めて重要と考えられる。

神経障害性疼痛の診療では、痛みの程度の改善のみならず、生活活動や社会活動のレベルなど、ADLとQOLの向上を念頭に治療を進めることも重要である。

参考文献

- 1) Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, et al: Pharmacologic management of neuropathic pain: Evidence-based recommendations. *Pain* 2007; 132: 237-251 [1a]
- 2) Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, et al: Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2003; 106: 337-345 [1a]
- 3) Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, et al: Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain* 2008; 9: 105-121 [1a]

欧州神経学会：

EFNS：European Federation of Neurological Societies

IASP 神経障害性疼痛分科会：

NeuPSIG：Neuropathic Pain Special Interest Group

マギル疼痛評価票：

MPQ：McGill Pain Questionnaire

IMMPACT：

Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials