

ちょっと待って，その痛み大丈夫？

“見逃してはいけない 痛み” への 安全なアプローチ

50代男性が前胸部痛にて搬送された。搬送の1時間前に初発の痙攣があった。隣の布団で寝ていた妻が痙攣に気がついて様子を見ていたところ，5分程度で止まった。その後，前胸部の痛みが始まった。搬送時に循環器内科医が診察ならびに心電図・心エコー図検査を行い，「冠動脈疾患ではない」との判断となった。その後，外科当直の整形外科医が，「胸部の単純CTを読影したが，胸骨の骨折はない」との判断をした。朝になり救急医が診察したところ，「呼吸性に変化する胸痛＋D-ダイマーの上昇」と診断され，肺塞栓症を除外することになった。

このように痛みの診療は奥深く，多くの医師を悩ませる。一般外来，時間外外来に「緊急性の強い痛み」「診断の難しい痛み」「コントロールが難しい痛み」などをもった患者が訪れることがある。もちろん，致死性疾患の鑑別診断がまずどのような患者にも必要である。また，「体性痛なのか？」「内臓痛なのか？」という視点も常に必要になる。

そして，エキスパートになれば「各臓器別の網羅的なアプローチをすべきなのか？」「直感的なアプローチをすべきなのか？」という判断も重要である。ただ，どの外来でも時間やリソースに限界があるため，効率的に検査計画・治療計画を立てることも求められる。また，1回の外来受診で診断に至れないことも多いため，「どのような施設」「どのような診療科目」「どのようなタイミング」で再来を調整していくかも考える必要がある。

さらに，病状に合わせた痛みのコントロールの方法を考える必要がある。急性腹症であれば麻薬性鎮痛薬も踏まえてコントロールすべきであるし，依存性の強い慢性腰

痛などにトラマドールを出す際には注意が必要である。

そこで本企画では、「(主に急性期の) 外来マネジメント」「再来計画」「痛みのマネジメント」について焦点を当てていきたい。

さて、冒頭の症例の診断は？ 造影 CT の結果は肺塞栓症も否定できない、というものであったが、体動時に痛みが強いということで CT の胸椎部分を見直すことになった。すると、「多発胸椎骨折」が明らかになった。そう、「D-ダイマーの上昇は骨折が原因だった」のである。「原因のはっきりしない急性の痛みは、原因が多角的に検討されるまで入院してでも解明することが時に必要である」という教訓的な症例であった。

みなさまも今回の企画で、さまざまなエキスパートによる各部位の痛みに対する知識の整理と症例の疑似体験をすることによって、「痛みへのアプローチの引き出しを増やす！」ことにつなげていただけたらと思う。



志賀 隆

国際医療福祉大学救急医学/国際医療福祉大学成田病院救急科