

## 国際疼痛学会 痛み用語 2011年版リスト（日本ペインクリニック学会用語委員会翻訳）

日本ペインクリニック学会用語委員会

### IASP2011年版痛み用語の定義と注釈の翻訳に当たって

国際疼痛学会（IASP：International Association for the Study of Pain）の痛み用語は「痛みの領域に携わる異なった分野の専門家が、共通認識としてもつべき必要最低限の痛みに関する用語（a minimum standard vocabulary）」である<sup>1)</sup>。2010年、日本ペインクリニック学会用語委員会（長樽 巧委員長）はペインクリニック用語集第3版に、1994年版IASP痛み用語をIASPの許可を得て翻訳し、その付録に掲載した<sup>2)</sup>。2011年、IASP用語分類委員会は、痛み用語の定義、注釈を全面的に改定した。これに伴い、2013年に、用語委員会（荻原正洋委員長）は再度IASPの許可を得て、IASP2011年版痛み用語<sup>3)</sup>を翻訳した。初版ペインクリニック用語集刊行に当たって、土肥修司 用語委員会委員長（平成11年）は「自然科学においては特に言葉の持つ（意味の）客観性が求められ、共通の用語集としての（専門用語の）必要性がここにある。『疼痛』と『ペインクリニック』における諸々の概念、現象、病像、研究記録などを、共通の言葉を用いて正しく表現することによって、はじめて共通の場で正しく論じ合うことができる。」と述べている<sup>3)</sup>。その意味でIASP痛み用語の定義と注釈は、痛みの臨床や研究に従事する者にとって、きわめて重要である。そのアップデートは、最新の痛みの概念のエッセンスを反映している。

### 文献

- 1) Harold Merskey. Pain erms: a list with definitions and notes on usage. Pain 6: 249-252, 1979
- 2) IASP taxonomy (<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/>)
- 3) 痛み用語（Pain Terms）—用語の定義と使用法の注解—。ペインクリニック用語集改訂第3版，2010

## 国際疼痛学会 痛み用語 2011年版リスト

下記の用語は1994年に出版された“痛み用語，定義と用法に関する注釈付き最新リスト（Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage”(pp 209-214) Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, 1994) をアップデートしたものである。

### 2011年版リストの変更

1979年から1994年までの時期の用語分類特別委員会（the Task Force on Taxonomy）の活動は、痛み用語と痛みの症候群の分類のアップデート作業を行う用語分類委員会（the Committee on Taxonomy）によって引き継がれてきた。すべての痛み用語が注意深く吟味され、その用途が、痛みの臨床と基礎科学的な側面に関する新しい知識に照らし合わせて評価された。委員会は、その作業を主にeメールで行ったが、IASPの年次大会の都度ミーティングを行った。今、われわれは2011年版のIASP痛み用語を発表する。この時期の用語委員会のメンバーは：David Boyd, Michael Butler, Daniel Carr, Milton Cohen, Marshall Devor, Robert Dworkin, Joel Greenspan, Troels Jensen, Steven King, Martin Koltzenburg, John Lesser, Harold Merskey, Akiko Okifuji, Judy Paice, Jordi Serra, Rolf-Detler TreedsとAlain Wodaである。委員長は、IASPの創設期から用語分類に対して行われたHarold Merskeyの絶え間ない貢献に感謝する。前回のIASP用語分類の出版の際にも述べられたように、われわれは、この痛み用語リストを不変のものとは考えていない。われわれが痛みについてさらに学ぶに従って、用語をアップデートする必要がある。

IASP用語分類ワーキンググループ John D. Loesser, M.D.

注：アステリスク(\*)は、1994年の公表以降に、新たに導入された用語、または定義やその注釈が改訂された用語であることを示す。

Pain	痛み
Allodynia*	アロディニア, 異痛[症]*
Analgesia	無痛, 痛覚消失
Anesthesia dolorosa	有痛性無感覚[症], 有痛性感覚脱失
Causalgia	カウザルギー
Dysesthesia	不快異常感覚, シセステジア
Hyperalgesia*	痛覚過敏*
Hyperesthesia	感覚過敏
Hyperpathia	異常痛症
Hypoalgesia	痛覚鈍麻
Hypoesthesia	感覚鈍麻
Neuralgia	神経痛
Neuritis	神経炎
Neuropathic pain*	神経障害痛, 神経障害性疼痛*
Central neuropathic pain*	中枢神経障害痛, 中枢性神経障害性疼痛*
Peripheral neuropathic pain*	末梢神経障害痛, 末梢性神経障害性疼痛*
Neuropathy*	神経障害, ニューロパシー*
Nociception*	侵害受容*
Nociceptive neuron*	侵害受容ニューロン*
Nociceptive pain*	侵害受容痛, 侵害受容性疼痛*
Nociceptive stimulus*	侵害受容刺激*
Nociceptor*	侵害受容器*
Noxious stimulus*	侵害刺激*
Pain threshold*	痛み閾値, 疼痛閾値*
Pain tolerance level*	耐痛レベル, 耐痛限度*
Paresthesia	異常感覚, パレステジア
Sensitization*	感作*
Central sensitization*	中枢感作*
Peripheral sensitization*	末梢感作*

## **Pain** 痛み

実際の組織損傷や潜在的な組織損傷に伴う、あるいはそのような損傷の際の言葉として表現される、不快な感覚かつ感情体験。

注釈：言葉で伝達できなくても、その個人が痛みを感じ、痛みを緩和する適切な治療を必要としている可能性は否定されない。痛みは、いかなる場合でも主観的なものである。人は人生の早い時期の受傷体験を通して、“痛み”という言葉の使い方を学習する。生物学者は、痛みを生じるこれらの刺激は、組織に損傷を与えるものであると認識する。したがって、“痛み”はわれわれが実際あるいは潜在的な組織損傷と結びつけて考える体験である。痛みが身体の一部あるいは複数の部位における感覚であることには疑いの余地はないが、それは常に不快なものであるため、感情体験でもある。痛みに似ているが不快でない体験、例えばチ

クリとする針でつつかれた感じは、痛みと呼ぶべきではない。不快で異常な体験（「ジセステジア（不快異常感覚）」）は、痛みである場合もあるかもしれないが、必ずしもそうではない。なぜなら主観的には、そのような体験には痛みの持つ通常の感覚的性質がない場合もあるからである。多くの人が組織の損傷や病態生理学的に考えられる原因がない場合にも痛みを訴えるが、通常、このようなことは心理的な理由で起こる。一般的に主観的な訴えを検討する場合、彼らの体験を組織損傷による体験と区別することはできない。もし彼らがその体験を痛みであるとみなすなら、そしてそれが組織損傷によって生じる痛みと同じようであると訴えるならば、それは痛みとして受け入れるべきである。この定義は痛みを刺激と結びつけることを避けている。われわれは痛みにはほとんどの場合、直接的な身体的原因があることを十分に理解しているが、侵害刺激によって誘発される侵害受容器や侵害受容経路の活動が痛みなのではなく、痛みはいつも心理的な状態である。

#### **Allodynia\*** アロディニア、異痛 [症] \*

通常は痛みを起こさない刺激による痛み。

注釈：通常は痛みを引き起こさない刺激が、予想外に痛みを伴う反応を引き起こす。アロディニアは臨床的な用語であり病態メカニズムを示すものではない。アロディニアは多くの異なる組織に対して加えられた異なる種類の体性感覚刺激の後にみられる可能性がある。元来、アロディニアという用語は、神経系に病変のある患者にみられる、外見上正常な皮膚に触刺激、軽い圧刺激や中等度の温冷刺激が痛みを誘発する状態を、痛覚過敏や感覚過敏と区別するために導入された。Alloはギリシャ語の「異なる」という意味を表し、予想から逸脱した医学的狀態を表す場合に使われる一般的な接頭語である。Odyniaは、ギリシャ語の「odune」または「odyne」に由来し、「pleurodynia（胸膜痛）」や「coccydynia（尾骨痛）」などのように用いられ、意味において、-algiaや-algesiaが含まれる言葉が由来する語源と類似している。アロディニアは、ウェスタンオンタリオ大学の医科学史教室のPaul Potter教授との討議の結果、提案されたものである。

「正常の皮膚に対して」という言葉がオリジナルの定義では使用されたが、その後、われわれはアロディニアが関連痛のみに適応されるという連想を回避するために、削除した。また同様に、元は痛みを引き起こす刺激は「非侵害性」であると記述されていた。しかし、例えば、無傷の皮膚と日焼けした皮膚のように、ある刺激がときには侵害性であったり、なかったりすることがあり、また、侵害性刺激の境界を定めることも難しいこともある。用語委員会は臨床に使用するための用語を提供することが目的であるため、例えば、単位平方センチメートルあたりのキロパスカルで表す圧のような刺激特異的な物理的性質から、痛みの用語を定義することはしなかった。さらに、正常な皮膚であっても、健常人に対して強い痛みを伴うピンチ（皮膚を挟む刺激）を与えたときに、組織の損傷をきたすか否かを明確できる証拠はほとんどない。従って、アロディニアを臨床的な刺激に対する反応によって定義し、刺激に対する正常な反応は、身体他の部分、一般的には反対側の対応する皮膚でテストすることが好ましいと考えた。さらに、アロディニアは日焼け、炎症、外傷のような皮膚の感作を生じるような状態に対しても用いられる。

アロディニアでは、触覚であれ、温覚であれ、その他のいかなる感覚であれ、感覚の質が変化することを認識することが重要である。もとの刺激の様式は通常では痛みを生じないが、その反応として痛みが生じる。従って、感覚の様式（モダリティー）の特異性が失われる。これに対して、痛覚過敏（その項参照）は、特定のモード、つまり痛みに対する増強反応を表す。その他の皮膚感覚様式では、痛覚過敏に対応する用語として、感覚過敏（hyperesthesia）がもちいられるが、この場合も痛覚過敏と同様に感覚の質の変化はない。アロディニアでは、痛覚過敏の場合とは異なり、刺激モードと反応モードが異なる。アロディニアと痛覚過敏が、たとえば圧力や温度などのように、特定の状況によっては、重複して同じ一連の物理的強度で表示できる場合があるからといって、両者を混同してはならない。

痛覚過敏（hyperalgesia）と異常痛症（hyperpathia）の注釈を参照のこと。

**Analgesia** 無痛, 痛覚消失

通常痛みを起こすであろう刺激に対して痛みがない状態。

注釈: アロディニアと同様 (同項を参照), 刺激は通常の主観的な効果 (subjective effects) によって定義される。

**Anesthesia dolorosa** 有痛性無感覚 [症], 有痛性感覚脱失

感覚消失部位あるいは領域に感じられる痛み。

**Causalgia** カウザルギー

外傷性神経障害の後に, 持続的な灼熱痛, アロディニア, 異常痛症を呈し, しばしば血管運動性異常, 発汗異常, 晩期には萎縮性変化を伴う症候群。

**Dysesthesia** 不快異常感覚, ジセステジア

自発性あるいは誘発性を問わない, 不快な異常感覚。

注釈: 痛み, パレステジアと比較のこと。ジセステジアの特殊なケースには痛覚過敏やアロディニアが含まれる。ジセステジアは常に不快感を伴うが, パレステジア (異常感覚) は不快ではない。しかし, その感覚が快であるのか不快であるのかの決定に際しては, 境界線を引くことが困難な場合があることも認識されている。その感覚が自発的なものか, 誘発性のものかを常に特定する必要がある。

**Hyperalgesia\*** 痛覚過敏\*

通常痛みを起こす刺激に対して痛みが増強した状態。

注釈: 痛覚過敏は痛み閾値を超えた刺激に対して痛みが増強している状態をいう。痛覚過敏は, メカニズムに関する意味合いを含まない臨床用語である。通常痛みを伴わない刺激により誘発された痛みに対しては, アロディニア (*allodynia*) を用いることが好ましく, 痛覚過敏 (*hyperalgesia*) は, 例えば神経障害にみられるような, 正常な痛み閾値やその上昇を伴うようなケースで, 通常の閾値あるいは高い閾値で反応の亢進がある場合に用いるのが適切である。アロディニアでは刺激と反応の様式 (モード) が異なっているのに対して, 痛覚過敏ではその様式は同一であることも認識すべきである。最近明らかになった事実から, 痛覚過敏は中枢または末梢あるいはそれら双方の感作による侵害受容系の混乱によって生じることが示唆されているが, この定義が強調しているように臨床的現象と, 知識の進歩によって変化する可能性のある (現象の) 解釈を区別することが重要である。痛覚過敏は, 異なる組織に異なる種類の体性感覚刺激が加わった後にみられることがある。

**Hyperesthesia** 感覚過敏

刺激に対して感受性が亢進した状態。特殊感覚は除く。

注釈: 刺激と部位を特定する必要がある。感覚過敏は, 痛みのみならず, 痛みを伴わない触覚や温度覚を含むさまざまなモードの皮膚感覚に対しても用いられる。この用語は, 種類を問わず刺激に対する感覚閾値の低下と通常認識できる程度の刺激に対する反応の亢進との両方を示すために用いられる。

アロディニアは, 通常は痛くない刺激のあとで生じる痛みであることを示す。感覚過敏には, アロディニアと痛覚過敏が含まれるが, 適用可能な場合にはいつでも, これらの特異的な用語を用いる。

### **Hyperpathia** 異常痛症

刺激，特に繰り返す刺激に対する異常な痛み反応や閾値の上昇を特徴とする痛みの症候群。

注釈：異常痛症は，アロディニア，感覚過敏，痛覚過敏，ジセステジアを伴って起こることもある。刺激の識別や位置の特定の誤認，遅延，放散する感覚，残感覚（after-sensation）が存在することがあり，その痛みは一般的に爆発性である。

### **Hypoalgesia** 痛覚鈍麻

通常痛みを生じる刺激に対して痛みが低下した状態。

注釈：痛覚鈍麻は，以前は侵害刺激に対して感受性が低下した状態と定義され，それは感覚鈍麻（その項参照）の特別なケースとされていた。しかし，今回痛みを生じずる刺激に対して，痛みが相対的に弱く感じられる状態のみを示すとした。感覚鈍麻には，通常痛みを生じるような刺激に対して感受性が低下している場合が含まれる。

上述の定義の一部の意味する内容は，便宜上 以下のようにまとめることができる：

アロディニア(Allodynia)	閾値の低下	刺激と反応モードは異なる
痛覚過敏 (Hyperalgesia)	反応の亢進	刺激と反応モードは同じ
痛覚過敏 (Hyperpathia)	閾値の上昇：反応の亢進	刺激と反応モードは同じ，あるいは異なる
痛覚鈍麻 (Hypoalgesia)	閾値の上昇：反応の低下	刺激モードと反応モードは同じ

上述の定義の基本的要素は，全体的な均整がとれている必要はなく，事実現在均整はとれていない。アロディニアでは閾値の低下が生じることもあるが，しかしこれは必須条件ではない。また，例えば閾値の低下と反応の低下が発生したとしても，閾値の低下と反応の低下を示すカテゴリーはない。

### **Hypoesthesia** 感覚鈍麻

刺激に対する感受性の低下。特殊な感覚を除く。

注釈： 刺激とその部位が特定される必要がある。

### **Neuralgia** 神経痛

単一あるいは複数の神経分布領域の痛み。

注釈：一般的な使用法として，特にヨーロッパでは，しばしば発作的な性質を伴っている場合に用いられるが，神経痛は必ずしも発作的な性質を持たない場合にも使用される。

### **Neuritis** 神経炎

単一あるいは複数の神経の炎症。

注釈：炎症が存在すると考えられる場合以外には使用しない。

**Neuropathic pain\*** 神経障害痛, 神経障害性疼痛\*

体性感覚神経系の病変や疾患によって生じる痛み。

注釈：神経障害痛は臨床的な記述であり（診断ではない）、神経学的な診断基準を満たす病変や疾患が存在する必要がある。ここで**病変 (lesion)** という用語は、通常、診断的検査（例えば、画像、神経生理学検査、生検、血液検査など）で異常が明らかにされている場合、あるいは明らかな外傷が存在する場合に用いられる。**疾患 (disease)** という用語は、通常、病変を生じた原因が知られている場合に用いられる（例えば、脳卒中、血管炎、糖尿病、遺伝的異常）。**体性感覚 (somatosensory)** は外界の情報（例えば、視覚、聴覚、嗅覚など）ではなく、内臓を含めた身体それ自体についての情報を意味する。現在、三叉神経痛などのようないくつかの疾患は、客観的な診断学的検査ではなく、その臨床症状によって定義されている。他の帯状疱疹後神経痛のような診断名は、通常、病歴に基づいている。神経障害痛を調べる場合、診断学的検査では結果が出なかったり、一貫したデータが得られないことも多い。そのような場合には、患者の全体の所見を、推定診断あるいは簡潔な診断グループにまとめるために、臨床的判断が必要となる。

**Central neuropathic pain\*** 中枢神経障害痛, 中枢性神経障害性疼痛\*

中枢体性感覚神経系の病変や疾患によって生じる痛み。神経障害痛（神経障害性疼痛）の注釈を参照のこと。

**Peripheral neuropathic pain\*** 末梢神経障害痛, 末梢性神経障害性疼痛\*

末梢体性感覚神経系の病変や疾患によって生じる痛み。神経障害痛（神経障害性疼痛）の注釈を参照のこと。

**Neuropathy\*** 神経障害, ニューロパシー\*

神経の機能的障害あるいは病理学的変化：単一神経障害は単神経障害（モノニューロパシー：mononeuropathy）；複数の神経にわたるものは多発単神経障害（多発モノニューロパシー：mononeuropathy multiplex）；びまん性および両側性の場合には多発神経障害（ポリニューロパシー：polyneuropathy）と呼ばれる。

注釈：神経炎（その項参照）はニューロパシー（神経障害）の特殊なケースで、現在では神経を冒す炎症性の機序がある場合に限定して用いられる。

**Nociception\*** 侵害受容\*

侵害刺激をコード化（符号化）する神経プロセス（過程）。

注釈：侵害刺激情報のコード化の結果、自律神経反応（例えば血圧上昇などの）あるいは行動（逃避反射やさらに複雑な侵害防御行動）が起こる。必ずしも痛みの感覚を伴わない。

**Nociceptive neuron\*** 侵害受容ニューロン\*

侵害刺激をコード化（符号化）することができる中枢または末梢の体性感覚神経系ニューロン。

**Nociceptive pain\*** 侵害受容痛, 侵害受容性疼痛\*

神経組織以外の組織に対する実際の損傷、または損傷の危険性がある時に生じる痛みで、侵害受容器が活性化されることによって生じる痛み。

注釈：この用語は神経障害痛に対比させるために造られた。この用語は正常に機能する体性感覚神経系を介して起こる痛みを、

神経障害痛でみられる異常な機能と対比させて記述するために用いられる。

**Nociceptive stimulus\*** 侵害受容刺激\*

侵害受容器によって変換されコード化（符号化）される，実際の組織損傷やその危険性のある事象。

**Nociceptor\*** 侵害受容器\*

侵害刺激を変換しコード化できる，末梢体性感覚神経系の高閾値感覚受容器。

**Noxious stimulus\*** 侵害刺激\*

正常組織を損傷する，あるいはその危険性がある刺激。

**Pain threshold\*** 痛み閾値，疼痛閾値\*

痛みとして認識される刺激の最低強度。

注釈：伝統的に，閾値は，われわれが以前に定義したように，対象者が痛みを感じる最も弱い刺激強度と定義されてきた。厳密に定義すると，閾値は実際には患者の体験（experience）であるが，一方，測定される強度は外的事象（external event）である。多くの痛みの研究者は，一般的に刺激強度によって閾値を定義してきたが，それは避けるべきである。しかしながら，閾値刺激（threshold stimulus）はそのように認識でき，測定できる。精神物理学では，閾値は，刺激の50%が認識される刺激レベルと定義されている。その場合，痛み閾値（疼痛閾値）は刺激の50%が痛みとして認識される刺激レベルということになる。しかし刺激は痛み（painの項参照）ではなく，痛みの尺度とはなりえない。

**Pain tolerance level\*** 耐痛レベル，耐痛限度（削除？）\*

被験者が所定の状況下で受け入れることができる痛みを生じる刺激の最大強度。

注釈：痛み閾値と同様に，耐痛レベル（耐痛限度）は個人の主観的な体験である。耐痛レベルを生じる際に通常測定される刺激は，耐痛レベル刺激であって，耐痛レベルそのものではない。従って，痛み閾値と同様の議論が耐痛レベルにもあてはまり，耐痛レベルもまたそのような外的刺激によっては定義されない。

**Paresthesia** 異常感覚，パレステジア

自発性あるいは誘発性の異常な感覚。

注釈：不快異常感覚（ジセステジア）と比較のこと。多くの議論の末，パレステジア（*paresthesia*）は不快でない異常感覚，ジセステジア（*dysesthesia*）は不快な異常感覚に対して用いることを推奨することで合意された。パレステジアの用語を自発性の感覚に，ジセステジアを誘発性の感覚として用いることは好ましくない。パレステジアは異常感覚一般に用いるので，パレステジアはジセステジアを含む用語と考えられるが，その逆は真実ではない。ジセステジアはすべての異常な感覚が含まれるのではなく，不快な異常感覚のみが含まれる。

**Sensitization\*** 感作\*

正常な入力に対する侵害受容ニューロンの亢進した反応性，および〔または〕通常閾値以下の入力に対して反応する状態。

注釈：感作は閾値の低下および閾上刺激に対する反応の亢進の両方を含むこともある。自発放電や受容野の拡大が生じること

もある。感作は、例えば刺激をコントロールして神経に起こる変化を測定する場合のように、研究で神経系への入力と出力が明確に知られている場合にのみ使用できる神経生理学的用語である。臨床的には、感作は痛覚過敏やアロディニアのような現象から、間接的にその存在を推定できるのみである。

**Central sensitization\*** 中枢感作\*

正常あるいは閾値以下の求心性入力に対して示す中枢神経系の侵害受容ニューロンの亢進した反応性。

注釈：上述の感作と侵害受容ニューロンの注釈を参照のこと。この用語には内因性の痛みコントロールシステムの機能異常による反応性の亢進も含まれる。末梢ニューロンは正常に機能している；変化は中枢ニューロンだけに生じる。

**Peripheral sensitization\*** 末梢感作\*

受容野の刺激に対する末梢侵害受容ニューロンの反応性の亢進と閾値が低下した状態。

注釈：上述の感作の注釈を参照のこと。

(最終アップデート：2012年5月22日)