

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

PAIN Lab. (2013) Vol.15:2～3.

痛む部位だけを診ていても、治療は進まない
～「慢性痛症」という新認識で、多角的なアプローチを～

阿部 泰之

痛む部位だけを診ていても、治療は進まない

～「慢性痛症」*という新認識で、多角的なアプローチを～

慢性の痛みは、さまざまな要因が複雑に絡み合いながら存在します。私が整形外科医、精神科医、緩和ケア医として関わってきた経験から言えるのは、患者さんに対して全人的な治療が必要だということです。慢性の痛みを「慢性痛症」という新しい病気と捉え、従来とは違った痛みの受け止め方、薬剤の選び方が重要だと考えます。

旭川医科大学病院緩和ケア診療部 阿部泰之先生

慢性の痛みの診療は、パラダイムシフトの時

私は、整形外科医、精神科医、緩和ケア医として痛みの治療に携わってきました。さまざまな立場から痛みと向き合ってきた約13年の中で、慢性の痛みに対してはトータルな視点に立った対応が重要だと痛感しています。「群盲象を評す」の寓話のように、慢性の痛みは整形外科医の視点では筋緊張などを要因として捉え、一方、精神科医は不安の観点を重視し、また研究者は痛みをあくまで電気信号として捉えてきた経緯があります。このように各専門の立場から限られた部分のみを眺めてきた慢性の痛みに対し、全人的に捉え直すことで治療の糸口を見出そうと考え、慢性

痛外来を開設しました。

痛みには急性痛と慢性痛がありますが、その違いは持続時間だけではとらえられない側面があります。組織の障害によって起こる痛みとは違うメカニズムで起こる痛みが存在し、それらを含めた「慢性痛症」*として、まったく別の病気の発生と考えるパラダイムシフトが、慢性の痛みの診療には必要だと言えます。

*参考：熊澤 孝朗(2007)「痛みを知る」東方出版など

10人いれば、10通りの痛み

「慢性痛症」はさまざまな要因が混ざり合っていて、傷や炎症などの組織の障害をはじめ、神経系の障害、うつ病、不安やストレスなど心因性の要因、運動不足による身体

慢性痛症の治癒までの複雑な道のり



慢性痛症の治療には、組織の傷や炎症だけでなく、神経系の障害、心理的要因、運動の固定化による筋肉のデコンディショニングなど、複数の要因への対応が重要になってくる。

的な機能障害などが絡み合っているケースがほとんどです。

そして、やっかいなことに、複数の痛みの要因が、相互にバランスを取りながら存在しています。ある痛みの要因を取り除けば、別の要因の影響力が強まり痛みを大きくすることもあります。また、医師が痛みの要因を指摘することで、患者さんが痛みをより強く感じてしまう場合もあります。ある時は効かなかった薬が、別のタイミングで効果をあらわすこともあります。あの痛みにはこの治療法、という風に一筋縄ではいきません。患者さんが10人いれば、10種類の痛みが存在し、治療には10通り以上のアプローチが必要なのです。

ティッシュ箱の位置を変えると、痛みがよくなる？

「慢性痛症」の典型的な例をあえて挙げるなら、筋・関節のデコンディショニング型があります。慢性的に腰痛や背部痛があるためにあまり体を動かさず、動かないことによって身体の機能障害が生じ、さらに痛みが増すという悪循環を起こすタイプです。こういった患者さんにとって安静は痛みを悪化させることになるので、むしろ体を動かすように促します。

この場合特別な運動は必要なく、日常生活での動作を意識することで十分です。例えば、ティッシュペーパーの箱を、手を伸ばさなければ取れない場所に置き変えたり、家具の位置を、これまでと逆の動作になるように変えたりすることも一つの方法です。体を動かすきっかけ作りとして、痛みを和らげるために鎮痛剤を使うこともあります。アセトアミノフェン/トラマドール配合剤などを使い、さらにリハビリテーションなども組み合わせながら生活指導をすることで効果が期待できます。

そのほか、神経障害性疼痛に対するアプローチでは、患者さんの状態をみて相談しながら各種鎮痛補助剤を試していきます。うつ病により痛みを生じている患者さんには、抗うつ薬を用いることで治療に導いていきます。精神的な要素が多くを占める痛みに対しては、認知行動療法などを取り入れることもあります。場合によっては“おまじない”でさえ、一時的な鎮痛効果があることを認め、ありとあらゆる手段を講じながら患者さんの日々変化する痛みに対して向き合っています。

“完全に痛みが消える例は少ない”という共通認識を

そもそも、「慢性痛症」を引き起こす社会背景として、医療に対する期待や依存が根本にあると考えられます。「健康でなければいけない」という強迫的な健康観や「病院に行けば何とかしてもらえ」という安易な考えです。結果、受

診する先々で、期待する効果が得られないという理由で病院を転々とします。難治例に医療不信が多くみられますが、患者さんのこうした行動からもその理由が説明できます。本来の痛みの原因は薄れているにもかかわらず、痛みにとらわれている患者さんは少なくありません。「慢性痛症」はさまざまな要因が絡み合って生じ、それに対する治療法も多様です。しかし、完全に痛みが消失する例は少ないのが現状です。患者さんは痛みを軽減しながら、痛みと上手に付き合っていくことが大切ですが、その認識は薄いと言えます。

「共感」は、医師の診療スキル

医師は「慢性痛症」の患者さんが痛みを感じている事実を認め、共感することが重要です。共感とは診療のスキルであり、共感することだけで痛みが軽減する例をこれまでに数多くみえています。しかし、共感の度を越えると、患者さんの依存を招いて逆効果になるので注意が必要です。一方で、患者さんは自分の痛みとそれに付随する問題を受け止めることが大切です。それが回復の原動力です。医師は、患者さんの自主性を尊重しながら、患者さんが「これなら生活していける」というゴールを目指し、ガイドとなって進んでいくような心構えが重要です。

薬物治療は補助的な手段として活用

痛みに対する治療は、薬物療法を主体に行われてきましたが、「慢性痛症」の治療ではあくまで補助的な手段として位置付けられます。

鎮痛剤

NSAIDs、アセトアミノフェン、オピオイドなど。現在日本で非がん性疼痛に使えるオピオイドは、コデイン、アセトアミノフェン/トラマドール配合錠、モルヒネ、フェンタニル、ペンタゾシン、ブプレノルフィン。(薬剤により適応症が異なります)

鎮痛補助剤

神経伝達経路そのものが障害されて発生する神経障害性疼痛は鎮痛薬が効きにくく、こうした痛みに対して鎮痛補助剤(リドカイン、抗けいれん薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬、漢方薬など)が使われます。

プロフィール

あべ やすし 阿部 泰之先生

Dr. Yasushi Abe

1972年長野県生まれ。旭川医科大学病院 緩和ケア診療部 副部長。整形外科医のスタートから、麻酔科、精神科を学び、緩和医療専門医、整形外科専門医、精神腫瘍指導医といった3つの立場から、体と心をトータルに捉えた全人的な疼痛治療に注力。慢性疼痛を「慢性痛症」と考え、新たな治療メソッドを開拓している。骨・軟部悪性腫瘍の主治医となった経験もある。

