

CRPSの判定と重症度評価

国際疼痛学会が提唱したCRPSの定義では、罹病期間のいずれかの時期に痛み以外に浮腫、皮膚温異常、発汗異常のいずれかが認められればCRPSと判定し、萎縮性変化（皮膚、毛、骨）や関節可動域制限、患肢運動機能低下、交感神経依存性疼痛（交感神経ブロックによって緩和する疼痛のこと）をCRPSの関連項目としてあげている。その結果、国際疼痛学会基準はCRPS判定の感度は非常に高いが特異度が非常に低いことが指摘され、CRPSの病態解明のためには特異度の向上が必要であるとの問題意識が共有されていた。

そこで、このような問題点を解決するとともに、頭痛や精神疾患のように組織病理学的異常を評価できない疾患の診断基準を統計学的に確立する手法を用いてCRPSの判定指標を開発する試みがアメリカで実施された^{4) 5)}。具体的には、CRPSの特徴的な症状とCRPS関連症状について、CRPS患者が自覚する症状と医療者が評価する他覚的症状（徴候）を評価し、それらから最大公約数的なCRPSを特徴付ける症状を抽出した（因子分析）⁴⁾。

つづいて、因子分析によって抽出された症状を基にCRPSと非CRPS慢性疼痛疾患（神経障害性疼痛）を効率よく分類するためのルール作り（判別分析）が行われた。この手法により特異度が効率的に向上したことが示されている⁵⁾。しかし、このような手法で開発されたCRPS判定指標にも欠点はある。例えば、米国版CRPS判定指標は、オランダで一般にCRPSと判定されている患者に適用すると感度が特異度が非常に低くなる⁶⁾ことが指摘された。これはCRPSが単一の生物学的異常によって発症する症候群ではなく、心理社会的な要因にも複雑に影響を受けることを示している。したがって、本邦でも独自のCRPS判定指標が必要と考えられ、CRPSの診療に習熟した臨床医が中心となって厚生労働省CRPS研究班を組織し、米国の研究手法に倣い本邦版CRPS判定指標を作成した（図1）⁷⁾。本邦版CRPS判定指標（臨床

図1 厚生労働省CRPS研究班によって提唱された日本版CRPS判定指標

臨床用CRPS判定指標

A 病期のいずれかの時期に、以下の 自覚症状のうち2項目以上 該当すること。
ただし、それぞれの項目内のいずれかの症状を満たせばよい。

1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化
2. 関節可動域制限
3. 持続性ないしは不釣り合いな痛み、しびれたような針で刺すような痛み（患者が自覚的に述べる）、知覚過敏
4. 発汗の亢進ないしは低下
5. 浮腫

B 診察時において、以下の 他覚所見の項目を2項目以上 該当すること。

1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化
2. 関節可動域制限
3. アロディニア（触刺激ないしは熱刺激による）ないしは痛覚過敏（ピンプリック）
4. 発汗の亢進ないしは低下
5. 浮腫

研究用CRPS判定指標

A 病期のいずれかの時期に、以下の 自覚症状のうち3項目以上 該当すること。
ただし、それぞれの項目内のいずれかの症状を満たせばよい。

1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化
2. 関節可動域制限
3. 持続性ないしは不釣り合いな痛み、しびれたような針で刺すような痛み（患者が自覚的に述べる）、知覚過敏
4. 発汗の亢進ないしは低下
5. 浮腫

B 診察時において、以下の 他覚所見の項目を3項目以上 該当すること。

1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化
2. 関節可動域制限
3. アロディニア（触刺激ないしは熱刺激による）ないしは痛覚過敏（ピンプリック）
4. 発汗の亢進ないしは低下
5. 浮腫

※但し書き 1
1994年のIASP（国際疼痛学会）のCRPS診断基準を満たし、複数の専門医がCRPSと分類することを妥当と判断した患者群と四肢の痛みを有するCRPS以外の患者とを併列する指標である。臨床用判定指標を用いることにより感度82.6%、特異度78.8%で判定でき、研究用判定指標により感度59%、特異度91.8%で判定できる。

※但し書き 2
臨床用判定指標は、治療方針の決定、専門施設への紹介判断などに使用されることを目的として作成した。治療法の有効性の評価など、均一な患者群を対象とすることが望まれる場合には、研究用判定指標を採用された。外傷歴がある患者の発症する症状がCRPSによるものであるかを判断する状況（補償や訴訟など）で使用すべきでない。また、症候後遺障害の有無の判定指標ではない。

用）は感度82.6%、特異度78.8%であり、完全な判定指標ではない。しかしながら、これまで本邦で長らく使用されてきているが全く妥当性が検証されていない個人の考えや観察に基づいて作成された判定指標や分類^{8) - 11)}よりは、明らかに臨床使用の科学的な妥当性が示され、CRPS判定の客観性が担保されていると考えられる。したがって、CRPSの判定にあたっては本邦版CRPS判定指標が用いられるべきであり、その他の評価方法を使用する意義はない。

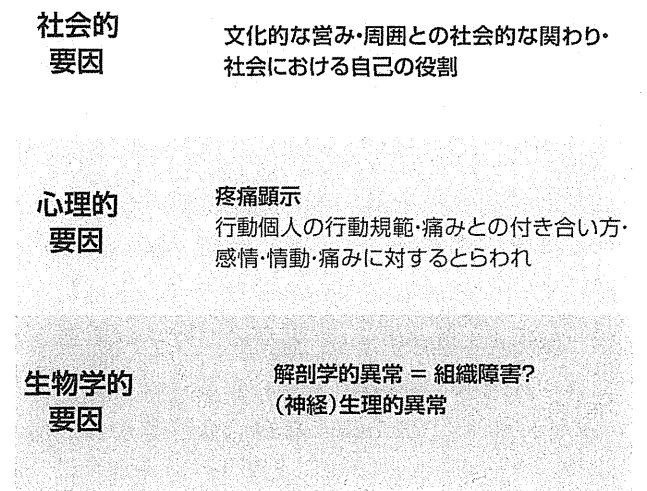
我々はCRPS判定を巡る基準についてと同様に、CRPS患肢の重症度判定についても混乱があると考えている。例えばGibbons判定基準¹¹⁾のようにCRPSに特徴的とされる症状の種類数の加算点数

の大小が重症度として扱われていることがあるが、Gibbons基準はCRPSの判定指標（注：妥当性の検証がなされていない個人の考えに基づく判定指標である）であって重症度指標としては開発されておらず、重症度評価としての妥当性も検証されていない。このような問題点を解決するために、米国版CRPS判定指標を作成した研究グループがCRPSの重症度評価スコア（CRPS index）を作成した¹²⁾。重症度評価の開発手法としては一見すると科学的な方法が用いられているが、痛み以外の四肢機能障害の評価方法が十分に用いられておらずCRPS indexが四肢機能の重症度を適切に示しているとは考えにくい。実際、一般に四肢機能が低下するとQOL（生活の質：quality of life）の指標でも“全般的な健康状態（general health）”は顕著に悪化する（例：脊髄損傷）が、CRPS indexは全般的な健康状態とは相関していない。CRPS indexのようなCRPSに特徴的な症状の種類数で重症度を評価するとすれば、四肢機能が十分に保たれていても皮膚色の変化、骨萎縮があればCRPSが重症であるとの曲解も生まれるので適切ではないと考えられる。したがって、一般臨床におけるCRPSの重症度評価ではCRPSに特徴的な症状の種類数に関わらず、既に医学（解剖および生理）的な妥当性が検証された四肢機能の重症度評価（例：DASHなど）を用い、四肢機能以外の症状については個々の患者の生活状況に対してそれら症状がどのような影響を与えているかを個別に評価することが適切ではないかと考えられる。

CRPSを理解するための生物心理社会的モデル

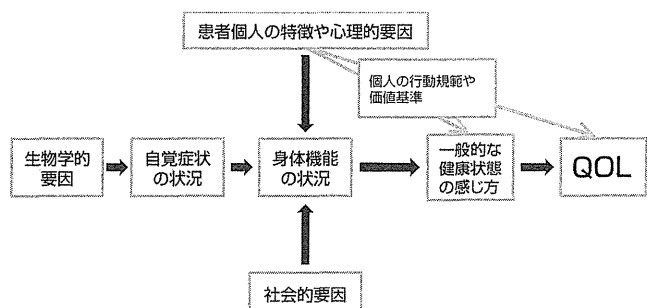
“疾患は何らかの組織傷害（だけ）に起因して発症する”とする生物医学還元モデル（論）が古来より医学分野では支配的であったが、CRPSを含む慢性疼痛はこの考え方だけでは明らかに不十分であり、生物心理社会的モデル（図2）が必要である¹³⁾。現状の本邦の慢性疼痛診療では痛みの発症起源（＝解剖学的傷害）を検索することに評価が集中しているが、明らかな組織の傷害の有無に関係なく患者の痛みの訴えには常に生物心理社

図2 痛みの生物心理社会的モデル(文献13から改変して使用)



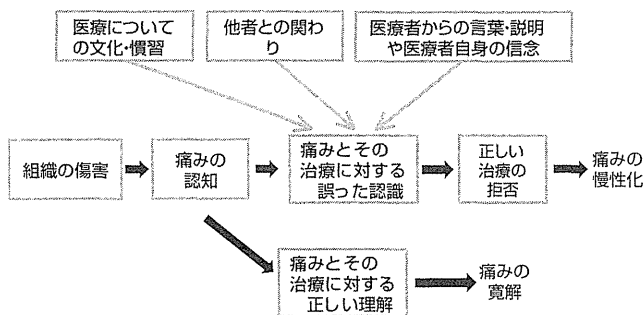
会的要因が含まれていることが理解されなければならない。CRPSの診療には生物心理社会的モデルを導入しなければいけないことの一例としては、CRPSの判定指標が各国で均一にならないことが挙げられる。CRPSの発症および判定には生物的要因としての人種だけでなく、生活様式と受傷機転（加害者？被害者？）の違いによる痛みに対する感情が心理的にも影響し、さらに社会的要因として医療保険システムの違いなどが影響を及ぼしていると考えられる。したがって、慢性疼痛患者のQOL低下には生物的要因、心理的要因、社会的要因のそれぞれがどのような影響を与えているかを考えなければいけない（図3）^{14) 15)}。特に、外傷に伴って発症することが多いCRPSや慢性疼痛患者では、心理社会的要因が痛みの発症や遷延化に対して大きな影響を与えることが古典的に知

図3 生物心理社会的モデルに基づくQOL評価 (文献14から改変して使用)



られている。筋骨格系の疼痛が外傷によって生じたと考えている患者の場合には、中等度～高度のADL制限をしてしまうこと、職業内容に制限を加えること、5日間以上の休職をとること¹⁶⁾や社会的サポートを得ようとする姿勢が腰痛を遷延化させること¹⁷⁾が示されている。このことを裏返すと、社会的サポートを最小限にし、医療者から与えられる医療（薬物療法や手術、神経ブロックなど）だけでなく患者自身が痛みと付き合う自己管理方法（self-management）を身につけさせることが患者のADLとQOLを改善するためには必要である（図4）^{15) 18)}。このような自己管理方法は、痛み

図4 生物心理社会的モデルに基づく疼痛遷延化因子
(文献15から改変して使用)



に対する認知行動療法として医療者から教育されるが、その受入は個々の患者によって大きく異なるのが現状であり、直接的な患者利益としての慢性疼痛診療の成否に大きく関連していると考えられる。つまり、痛みを組織傷害に直接的に関連付ける生物医学還元モデルで理解するのでは不十分であり、痛みの発症と遷延化には生物心理社会的モデルが必要であることを患者自身に理解させ、さらに痛みに対する自己管理方法を患者自身が能動的に身につけることが重要である。このような大前提があるにも関わらず、臨床的に患者に生物心理社会的モデルを理解させ、自己管理方法を身につけさせることは困難である。この理由としては、痛みを持つ自分に対する周囲の人々からの態度の変化（例：痛みを訴えたら愛護的に接して貰えた等）や社会的サポート（例：金銭的な補償など）が無意識的な疾病利得として働いていることが考えられる。その結果、本来であれば患者を守

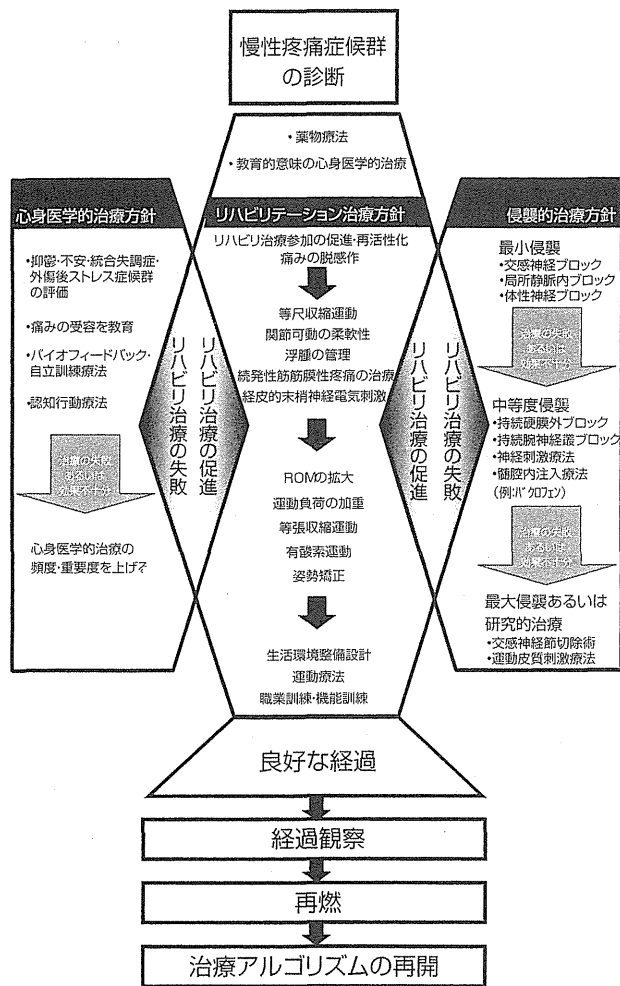
るためのこれら要因が、痛みの遷延化因子として働き、患者にとって不利益となっている可能性がある。したがって、CRPSに対する現況の社会的因子の役割を臨床の立場から考えると、CRPS index¹²⁾のように症状の種類数の多さや身体障害の訴えに応じて重症度が認定され、それに応じた社会的サポートが得られるとすると、CRPSの症状は時々により変化し患者の主観的な訴えに対する医療者の評価は主観的にならざるを得ないため、患者にとって都合の良い評価をする医師を求めて患者が複数の医療機関を受診することの契機となりうる。また、このような受診行動が患者の訴えを増大させていく悪循環を形成していると言える。

このような悪循環を防止するために医療者としては、CRPSあるいは外傷後遷延性疼痛患者の評価にあたっては機能障害の評価を中心にいき、さらに現時点の一般診療で行える範囲の検査方法を用いて機能障害を引き起こすのに十分な生物的要因（組織傷害）があるか無いかの評価を行うことが重要である。このような患肢の機能障害とその生物学的妥当性の評価はCRPS以外の慢性疼痛診療では一般的に行われているはずであるが、CRPSだけは特殊性を与えられ、CRPS症状の種類数の評価やそれに基づく重症度評価（とそれに続く社会的サポートの付与）が行われているように見受けられる。しかし、このようなCRPSに特化した重症度評価は患者が被った障害や損失を正しく反映しているとは考えられず、社会的サポートの決定のためには無意味な評価であると考えざるを得ない。図4のように患者が痛みを正しく理解し自己管理方法の習得を促すためには、生物的要因を伴わない機能障害は患者本人の自己管理意欲の低下と考え、社会的サポートに上限を設定することが長期的視点では患者利益に繋がる可能性が示唆される。さらに、医療者が与える治療は、あくまでも患者自身の自己管理方法を高める補助とし、機能障害を主幹とすることがCRPS専門家の共通認識となっている（図5）¹⁹⁾。

ただし、痛みの発症と遷延化に対する患者の自

己責任を規定することは確立されていない。今後は、このような観点からも医療と司法が議論を重ねていく機会がもたれることが望まれる。

図5 CRPSに対する標準的治療の模式図
(文献19から改変して使用)



謝辞

本稿は厚生労働省CRPS研究班の議事内容をむ。厚生労働省CRPS研究班に深謝する。

参考文献

1) Drummond PD, Finch PM, Smythe GA. Reflex sympathetic dystrophy : the significance of differing plasma catecholamine concentrations in affected and unaffected limbs. Brain 1991 ; 114 : 2025-36
 2) Merskey H, Bogduk N (eds), Task Force on

Taxonomy, 2nd ed. Classification of chronic pain : Descriptions of Pain Terms. IASP Press, Seattle, 1994, 40-3
 3) Jensen TS, Baron R, Haanpaa M, Kalso E, Loeser JD, Rice ASC, Treede RD. A new definition of neuropathic pain. Pain 2011 ; 152 : 2204-5
 4) Harden RN, Bruehl S, Galer BS, et al. Complex regional pain syndrome : Are the IASP diagnostic criteria valid and sufficiently comprehensive? Pain 1999 ; 83 : 211-9
 5) Bruehl S, Harden S, Galer BS, et al. External validation of IASP diagnostic criteria for complex regional pain syndrome and proposed research diagnostic criteria. Pain 1998 ; 81 : 147-54
 6) Perez RSGM, Collins S, Marinus J, et al. Diagnostic criteria for CRPS 1 : Differences between patient profiles using three different diagnostic sets. Eur J Pain 2007 ; 11 : 895-902
 7) Sumitani M, Shibata M, Sakaue G, et al. Development of comprehensive diagnostic criteria for complex regional pain syndrome in the Japanese population. Pain 2010 ; 150 : 243-9
 8) Kozin F, Ryan LM, Carerra GF, et al. The reflex sympathetic dystrophy syndrome - III. Scintigraphic studies, further evidence for the therapeutic efficacy of systemic corticosteroids, and proposed diagnostic criteria. Am J Med 1981 ; 70 : 23-30
 9) Amadio PC, Mackinnon SE, Merritt WH, et al. Reflex sympathetic dystrophy syndrome : consensus report of an ad hoc committee of the American Association for Hand Surgery on the definition of reflex sympathetic dystrophy syndrome. Plast Reconstr Surg 1991 ; 87 : 371-5
 10) Veldman PHJM, Reynen HM, Arntz IE, et al. Signs and symptoms of reflex sympathetic dystrophy : prospective study of 829 patients. Lancet 1993 ; 342 : 1012-6
 11) Gibbons JJ, Wilson PR. RSD score : criteria for the diagnosis of reflex sympathetic dystrophy and causalgia. Clin J Pain 1992 ; 8 : 260-3
 12) Harden RN, Bruehl S, Perez RSGM, et al. Development of a severity score for CRPS. Pain 2010 ; 151 : 870-6
 13) Waddel G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. Best Prac Res Clin Rheumatol 2005 ; 19 : 655-70
 14) Revicki DA, Ehreth JL. Health-related quality of life assessment and planning for the pharmace-

- utical industry. Clin Ther 1997 ; 19 : 1101-15
- 15) Pincus T, Smeets RJE, Simmonds MJ, et al. The fear avoidance model disentangled : improving the clinical utility of the fear avoidance model. Clin J Pain 2010 ; 26 : 739-46
 - 16) Cunningham LS, Kelsey JL. Epidemiology of musculoskeletal impairments and associated disability. Am J Public Health 1984 ; 74 : 574-9
 - 17) Hasenbring M, Marienfeld G, Kuhlendahl D, et al. Risk factors of chronicity in lumbar disc patients. Spine 1994 ; 19 : 2759-65
 - 18) Kerns RD, Rosenberg R. Predicting responses to self-management treatments for chronic pain : application of the pain stages of change model. Pain 2000 ; 84 : 49-55
 - 19) Stanton-Hicks MD, Burton AW, Bruehl SP, et al. An updated interdisciplinary clinical pathway for CRPS : report of an expert panel. Pain Prac 2002 ; 2 : 1-16

全国2千万人以上緩和難しく

痛みの中でもつかいなのが慢性的な痛み。痛みはいつたんに慢性化する。治療がなかなか難しく、すぐに確実に治るといふ方法はないというのが現状だ。しかも、大規模調査では、全国で2千万人以上の人が腰や肩などに慢性痛を持ち、多くの人で満足できるほどの痛みの緩和ができていないことが分かっている。慢性痛対策に有効な方法はないのか。何が難しいのか。大阪大学大学院医学研究科の柴田政彦教授（疼痛医学）に聞いた。

―痛みとは？

本来、痛みというのは体の異常を知らせる危険信号。患部を治せば、痛みは消えるのが普通。しかし、その仕組みにも不思議なところがあって、治療しているのに、痛みが続くことも意外と多い。慢性痛にはいろいろなケースがあるが、患部だけでなく、脳や神経システムも関わっていることが分かってきた。

―痛み治療は？

日本では、耐え難い痛みでない限り、痛みを診るのは医師の仕事ではないという意識がまだ強い。まして慢性痛については、これまで医学教育にもなかつたため、知識もななく、対処できないことが多い。

現在、日本では痛みを専門に扱う診療体制は十分整っておらず、今の医療では、慢性

痛にどう取り組んでいくかを

探っているところだ。海外では、慢性痛による社会経済的損失は数兆円に上るといふ研究もあり、日本でも見過ごすことはできないだろう。

―対策は進みますか？

厚生省も「慢性の痛みに関する検討会」を立ち上げ、慢性痛対策への提言をまとめ、慢性痛に取り組み体制づくりに乗り出したところだ。

―痛み治療の難しいところは？

「客観的な」痛みというのがない点だ。痛みは人によって違う。痛みは、体だけでなく、脳や神経、心も影響している。同じ状況でも、平気な人、駄目な人がいる。体だけ見ていると分からない。実際、慢性痛は、体の問題のほか、心理的

問題、社会の受け止め方など多面的な見方や取り組みが必要。

大阪大の柴田教授に聞く

知識持って



「本来、痛みは体の異常を知らせる危険信号」と話す柴田教授

慢性痛

慢性痛を起こす主な疾患

- ① 患者数が多い既知の疾患に伴うもの
変形性脊椎症・関節症、椎間板ヘルニア、関節リウマチなど
- ② 原因や病態が十分解明されていない難治性のもの
線維筋痛症、脳卒中後疼痛、帯状疱疹（ほうしん）後神経痛など
- ③ 機能的要因が主な原因となつて引き起こされるもの
慢性頭痛、過敏性腸症候群、婦人科的疾患など

(大阪大の柴田教授らによる)

脳や心影響 個人差も

―まず必要なことは？

慢性痛対策では、医療者の教育と同時に、患者側にも慢性痛というものを正しく知ってもらうことが欠かせない。

痛みを抑える多くの薬が出てきた反面、慢性痛にあわわしい治療法を見つづけることは、実は専門家でも簡単ではない。痛みはかなり複雑で、人それぞれに違い、いろいろな原因があるからだ。

―薬以外にどのようなことが必要ですか？

例えば、競技中の運動選手がけがをしても気が付かないことがある。意識が競技に集中しているために危険信号が起これない。こういった痛みの不思議な性格を逆に利用した治療の可能性を考えた。

医師も慢性痛が続く患者さんに「短期的治療は難しいですから、痛みがあってもできることから工夫しましょう。暮らしや具体的な生活の仕方をアドバイスします」といったようなアプローチが望ましい。がん治療でも、最近痛みの観点からしっかりと対応する必要性が認識されてきたように、慢性痛にも目が向けられつつある。

痛み

痛みもやま

①

私がペインクリニックに携わって20年余りになる。ペインクリニックは痛みという症状に焦点を当てた医療のことで、痛みに苦しんでペインクリニックに来られる患者さんは多岐にわたる。

患者さんは椎間板ヘルニアや帯状疱疹(ほっしん)による痛みの方が多い。大抵は数週間で治まってくるが、時として痛みは耐え難いほど強く、その間の痛みを抑えることはペインクリニックの仕事である。

治療が難しいのは、医学的な原因が見当たらないのに痛みが長い間続いている

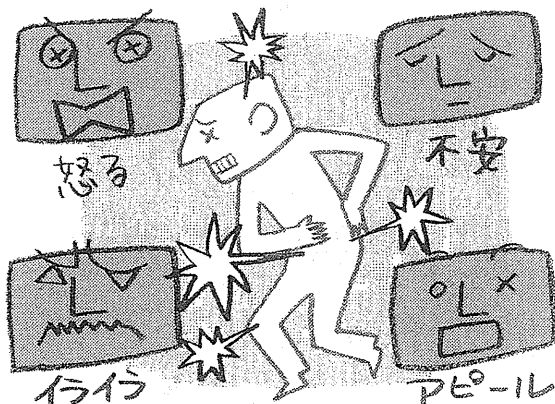
場合である。場所はさまざま、腰痛や肩こり、頭痛の方ばかりの数おられる。原因がはっきりしないのに顔や口の中、四肢、体幹部などに長い間続く痛みのある場合もある。

痛みには相当個人差があり、同じような状況でも痛みの強さや弱さは、一人の患者さんの中でもかなり変わってくる。

長い間診療していると、痛みで困って来られる患者さんにはいくつかの典型的なパターンがあることが分かってきた。

痛みが始まって「この先どうなるんだろう」と不安

「痛み」の不思議さ



(イラスト 山本重也)

心の領域にも踏み込む

や恐怖心が強くなる方、氣イライラしたり、何かに怒りが落ち込んで憂鬱(ゆううつ)な気分になる方、痛みが落ち込んで憂鬱(ゆううつ)な気分になる方、ルする方などである。

うとするとき、その原因ははっきりしない場合には、心理的な要因や表現のくせのようなものの影響などを考えてしまう。

しかし、心理的な影響にまで踏み込んで診療すると、中には嫌がる患者さんもおられるし、医師の口かたり、「痛らはどうしても言いにくいです」と面がある。

このあたりの考え方は、ペインクリニックに携わっている医師の間でもかなり意見が違っているのだが、私には一人一人の個性が強く出るのである。

痛いとき、不安になったり気持ち沈んだりイライラしたり、「痛らはどうしても言いにくいです」と面がある。

このあたりの考え方は、ペインクリニックに携わっている医師の間でもかなり意見が違っているのだが、私には一人一人の個性が強く出るのである。

痛みを強く表現しようとするとき、その原因ははっきりしない場合には、心理的な要因や表現のくせのようなものの影響などを考えてしまう。

しかし、心理的な影響にまで踏み込んで診療すると、中には嫌がる患者さんもおられるし、医師の口かたり、「痛らはどうしても言いにくいです」と面がある。

このあたりの考え方は、ペインクリニックに携わっている医師の間でもかなり意見が違っているのだが、私には一人一人の個性が強く出るのである。

ことをおっしゃいますね」と言われることがある。後に精神科医に転身した医師の話によると「精神科医は主に精神の病気を診るのであって、あまり心の問題を診るところではないのです。先生のペインクリニックは、ある意味精神科医の領域でもありません」と言われたこともある。

こうした診療を通して学んだ「痛み不思議」について、しばらくお付き合いください。(大阪大学教授・柴田政彦)

× しばた・まさひこ 59年神戸生まれ。大阪大医学部卒業後、89年佐賀大麻酔科助手、93年大阪大麻酔科助手、05年市立若原病院麻酔科部長、大阪大病院臨床助教授、07年大阪大疼痛(とうつう)医学寄付講座教授。

白い杯のような形が見えたかと思うと、次の瞬間、人の横顔が向き合っている黒い地が見える「ルビンの壺(つぼ)」は、錯視の例として有名だが、いわゆる錯覚は視覚だけではなく、痛覚にも起こる。例えば皮膚に温度を

痛み

よもやま話

柴田 政彦

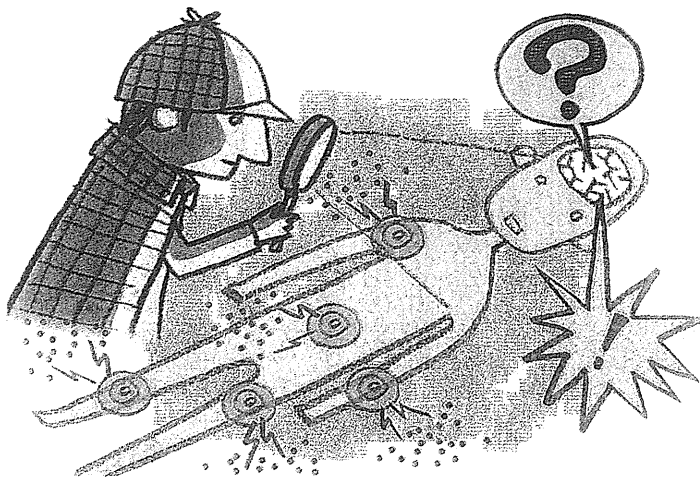
▷ 2 ◁

自由に変えられる装置を付けて徐々に上げていく。45度くらいで痛みを感じ始め、50度で耐えられないほどの痛みになってくるが、50度から48度に急に下げると、突然痛みを感じなくなったりする。

経には依然として痛み信号が流れているはずなのに脳は痛いと認識していないのである。反対に末梢神経には痛み信号が流れていないのに脳が痛いと認識していることもある。切断した後に手がまだ残っているような感じがして、そこが痛む幻肢痛や脊髄まひの後に感覚のないはずの下半身に痛みを感じる場合などである。

慢性の痛みを専門に診ている心療内科医によると、心の痛みを体の痛みと錯覚している患者さんは多いらしい

心の歪みで錯覚の場合も



イラスト・山本重也

い。人間が痛みを感じる時、通常その痛みを引き起こす何らかのエネルギーがある。それは熱エネルギーだった

り炎症物質などの化学的エネルギーだったり、力学的なエネルギーだったりするわけだが、このように痛みを起すエネルギーがあ

るのに痛みを感じない場合や、逆に痛みを起すエネルギーがないのに痛みを感じて苦しんだりする場合がある。

部分はないか「探っていく」のである。作家の夏樹静子さんが執筆活動の葛藤が原因で強い腰痛を患い、その闘病記を「腰痛放浪記 椅子がこわい」

患者さんがどこかに体の痛みを感じて病院を受診した場合、その原因(エネルギーのもと)が診断できて、すぐに治せたら問題ないのだが、痛みが強くて我慢できないような場合や痛みの原因がはっきりと分からない場合に痛みの専門医が必要となるのである。

痛みは身体の病気を発見したり、身の危険を回避するためのセンサーの働きを同時に、心の歪(ひず)みとして出ることもあるのだが、患者さんにこのことを理解していただくには大変苦労する。体が痛いと感じるのは人間の本能だからである。

いろいろな検査をしても痛みの原因がわからない場合、われわれの仕事は「探偵」のような仕事になる。検査に見落としはないか、患者さんの痛みは錯覚の

(大阪大教授)

痛み

よもやま話

柴田政彦

傷口にトウガラシのような刺激物が付くと強い痛みが起る。経験されたことはあるだろうか。

「ぞかし痛からう」と想像に難くない。ではトウガラシが傷口に付くとなぜ痛いのか。当たり前すぎて不思議に思われないかもされない。

しかし、この理由が科学的に分かったのは比較的最近のことである。

トウガラシの成分のカプサイシンという物質が神経の端にあるタンパク質にくっついて電流

トウガラシなどの刺激物

が働いていることが分かっていた。つまり「辛い」「熱い」「痛い」ことには同じ種類の物質が働いているのである。英語では辛いことを「ホット」と表現するが、この言葉を使い始めた人の直感はずしかったのである。その後の研究でワサビ、ミント、シナモンなどの香辛料にもそれぞれにくっつく物質があり、独特の刺激感を引き起こすと同時に熱さや冷たさを感じるのに一役買っていることが解明された。

感覚には感情も一役

が起る。この電流が神経を伝わり脳に達して痛みを感じる。熱さを感じる仕組みも同じ物質

料理がおいしいかどうかには、その料理の温度が重要である。絶品の高級料理も最適の温

度を外すとおいしさが損なわれてしまう。味と温度の調和が重要なのである。

「おいしい」という感覚は驚きや喜びなど感情の動きを伴う。温度との関わりは痛みにもあって、やけどの後、水で冷やしている間は痛みが

が「言葉は「痛」一つしかない。私は診療するとき患者さんの訴える「痛」に「感覚」と「感情」がどんな関係でまじりあっているのか「分かる」ように努めている。

「ピタリと止まっているのに、やめるとすぐに痛くなる。関節の慢性痛などの場合は冷えると余計に痛いことが多い。ここで一つの疑問がわいてきた。「痛」とは味覚で言うところの「味」なのだろうか「おいしい」なのだろうか。痛みは「感覚」であると同時に「感情」なのだ

最近の脳科学の進歩で感情としての痛みの研究も進んできた。痛みを感じるときは「驚き」や「嫌な気持ち」と区別がつかないほど同じである。痛みは医療の原点であると同時に最先端なのである。

(大阪大学教授)



イラスト 山本重也

痛み

よもやま



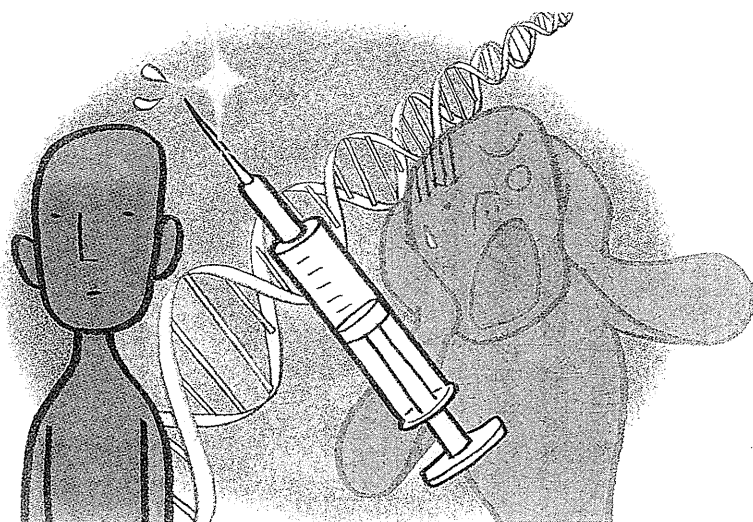
患者さんから「私は麻酔が効きにくい体質だと言われたことがあるのですが大丈夫でしょうか」と聞かれることがある。

この場合の麻酔は局所麻酔のことを指し、歯科治療や傷を縫合する際に痛みがあった場合に担当医からそう説明され、不安に感じている方が多いようである。

確かに同じように麻酔薬を使っても患者さんによって反応は違う。これは麻酔薬の広がり、末梢神経の感受性、脳での痛みの感知、不安や恐怖の感じ方の違いなどいろいろな理由が考えられる。

痛みが遺伝子

<4>



(イラスト・山本重也)

女性の方が感受性高い

実際は人によって局所麻酔の感受性はあまり違わないが、麻酔性鎮痛薬の感受性はあまり違

いは、女性の方が痛みを感じないことを不思議に感じる。実は、女性の方が痛みを感じやすい、慢性で数年がかりで研究を行

うのだろうか？ (大阪大教授・柴田政彦)

じ方は個人差が大きい。痛みを感じる遺伝子は女性の方が多いのである。最近はその体質を遺伝子で説明し、病気の予防や治療法の開発のための研究が盛んに行われている。手術後の痛みが慢性化するかどうか、鎮痛薬が効きやすいかどうかなどが遺伝子を調べれば予想できる日は遠くないかもしれない。

しかし、痛みの仕組みは非常に複雑なので一筋縄ではいきそうにない。「お産を経験するから女性の方が男性より痛みが強い」という俗説があるが、実際のところはどうなのだろうか。

熊本大の小児科医が、原因不明の発熱が続く赤ん坊が採血の際、痛がら

い、痛みを感じない先天性無痛症という病気がある。けがをしても気が付かなかったり、病気の発見が遅れたりするので健康の維持は難しく、汗も出ない。これらも遺伝子で説明できるようなものかもしれない。人は大人になるにつれて「痛い、痛い」と大騒ぎするのは恥ずかしいことだと思ってしまうのだが、「痛みが遺伝子」が見つかったら病院で堂々と痛がれるようになるのだろうか？

反対に「痛みが」というと筋骨隆々の大柄な男性が病院で注射を受けるのを極端に怖がるという「怖がり」「我慢のできない人」という、漫画のキャラクターに出てきそうな人物像を連想する。

痛み

【5】

柴田政彦

プラセボ効果

本来医学的に効果がな
いと思われる方法でも、
何らかの治療的効果が見
られた場合、用いられた
治療法のことをプラセボ
(偽薬のこと)という。

私自身の経験談を一
つ。中一の時友人が投げ
た大きな石が偶然頭部を
直撃。不意のことで自分
の身に何が起ったのか
分からず、気づいたらグ
ラウンドに倒れていた。
幸い大したけがではな
かったが、急性のむち打

ち症を起こしたようで、
その夜は右首から鎖骨の
辺りが強く痛み、明け方
近くまで眠れなかった。
見かねた母が「これ、
痛み止めたから飲みなさ
ろいろな薬にプラセボ効
果があると考えられてい
た。」と粉薬を出してくれ
た。服用すると痛みが和
らぎ、スーッと眠ること
ができた。後で聞いた話
だが美は胃薬だったそう

だ。今思えばプラセボ効
果だったよつである。
「先生の顔を見たら安
心する。痛みも楽になる
よ」。こんな患者さんの
反応もプラセボ効果かも
しれない。プラセボ効果
については心理学の領域
で数多くの研究がされて

いて、モルヒネの50%ほ
どの効果があるという。
鎮痛薬だけでなく、い
ろいろな薬にプラセボ効
果があると考えられてい
たよ」。痛みが心因性か
どうかを見極めるために
プラセボを使って反応を
見たという医師の話は聞
いたことがある。これは
医学的に間違ったやり方
であることはもうお分か
りいただけるだろう。
プラセボ効果は誰にで
も起こる自然な反応なの
である。「よくなるたい」
と治療への期待感が大き
く、医療者を信頼してい
るほどプラセボ効果は強
くなる。プラセボが効く
ということ、は、よくなる
たいと思つていることの
証しととらえた方がよ
い。

最近では、プラセボ効
果をつかさどる脳の働き
が研究されている。プラ
セボ効果は麻薬の作用を
止める薬剤で弱まるの
で、脳の麻薬様物質が
関与しているとされてい
る。

実験用のネズミに何ら
かの先入観を与えると痛
み刺激への反応は影響を
受けるので、プラセボ効
果は人間だけでなく、ネ
ズミにも備わつている原
始的な現象なのである。
(大阪大教授)

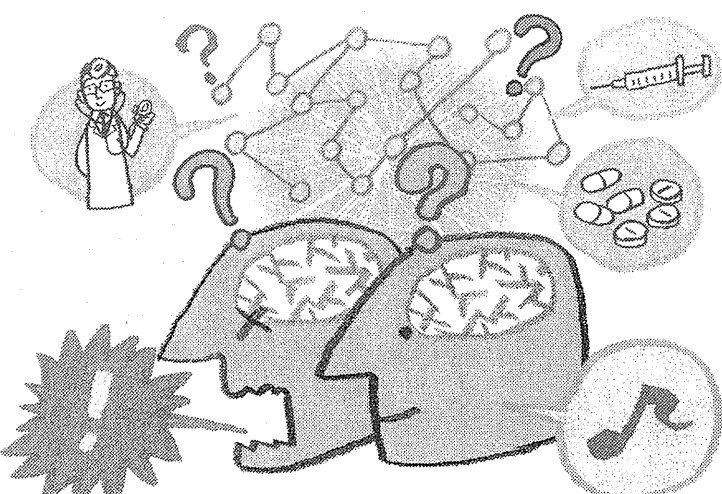


イラスト 山本重也

痛みよもやま話

▶ 6

柴田 政彦

「ペインクリニックの先生は痛みについて、悲観的なことは決して言いません」と、大きな事故が原因で強い神経痛が残り、あちこちの医療機関を受診したある女性が教えてくれたことがある。

ペインクリニックの

医師の多くは、患者さんをがっかりさせると痛みが強くなることを経験的に知っているのだろう。医療者の言葉や態度によって患者さんの痛みが変わることは少なくない。

「ペインクリニックの先生は痛みについて、悲観的なことは決して言いません」と、大きな事故が原因で強い神経痛が残り、あちこちの医療機関を受診したある女性が教えてくれたことがある。前回述べたようにプラセボが脳内の物質を

医師の言葉が脳に作用

変化させて効果を現すのだから、医療者の言葉や態度も薬と同じように脳内の物質を変える働きがあるだろう。

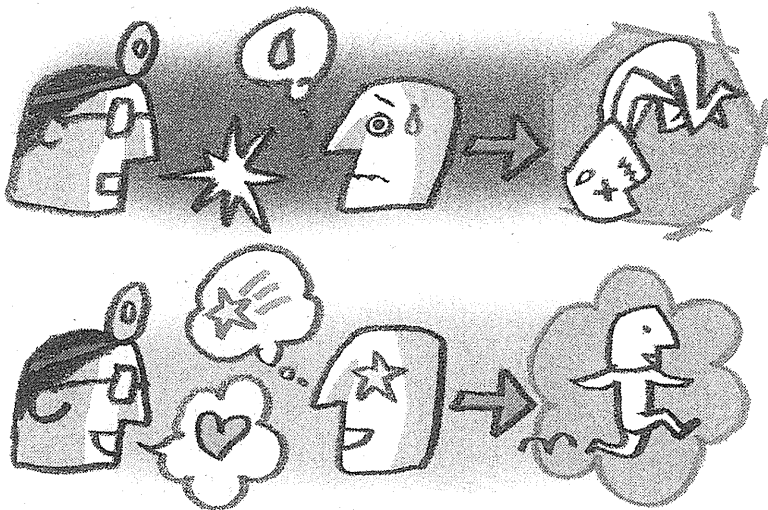


イラスト 山本重也

麻薬様物質が分泌される場所に強い活動が見られたのだ。

では脳内の麻薬様物質はどのような状態で分泌されるのだろうか。ヨガの達人の場合のような瞑想状態、スポーツなどで必死に戦っているときなど自ら充実感を感じているときである。不安などき、気持ちが落ち込んで嫌な気分するときなどではプラセボ効果ではなくノセーボ効果の方が出やすい。

プラセボ効果が意外に強力で、誰にでも起こり得ることはお分かりただけかと思う。

医療もこれを積極的に利用したらよいはずであるが、ここでわれわれ医療者を悩ませる大きな問題がある。

プラセボは高額な治療、特別の名医と言われている人しかできない治療や手術など負担の大きな治療ほどその効果も大きいことが知られている。しかし、プラセボ効果のため高いお金を取ったり、体を傷つけることは倫理的に許されない。

私はできるだけ患者さんに話してもらおうようにしている。患者さんは自ら話すことで、頭の整理がつき漠然とした不安が消え、いつとはなく痛みを受け入れられるようになることは少なくない。

害がなく良い治療法なのだが、残念ながらこの方法では医療機関の経済が成り立たないのである。

(大阪大教授)

痛みよもやま話

070

「長さ1センチの鼻毛を鉛直方向に1ニュートンの力で引っ張り、抜いたときに感じる痛みが『1ハナゲ』と定義された」というジョークが仲間内ではやったことがある。

果たして痛みの強さを測ることはできるのだろうか？

神経を伝わる電気信号の強さを測ることで可能と考えた科学者もいた。しかし、末梢神経を伝わる電気信号の強さが痛みの強さと同じとは限らない。末梢神経から脳

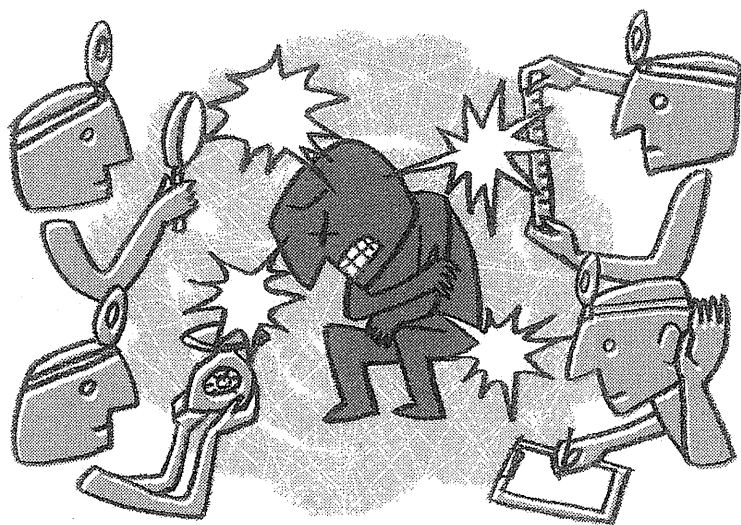
に伝わる間にいろいろな要因で強められたり弱められたりするからである。

そもそも現代科学の粋を集めても、実際の診療の現場で末梢神経を伝わる電気信号の強さを測ることは技術的に不可能なのである。

結局のところ、診療では「10段階にすると、どのくらい強い痛みですか」とか、「スキズキ」「ピリピリ」「締め付けられるような」などの痛みの表現を選んでもらう

痛みは測れるか

やはり問診が大事



(イラスト 山本重也)

たりする自己申告の方法に頼らざるを得ない。痛みは個人的な体験だから、本当のところは自

己申告でしか分からない。しかし「痛みが10点満点で8点だから麻薬を使いましょう」というのもできない。

も乱暴な話である。「この病気だったらかなり痛いはずですよ」と言ってもできない。

どんな名医でも磁気共鳴画像装置(MRI)の画像を見ただけで患者さんが痛いかどうかは分からないのである。

では実際には医師はどんな方法で判断しているのだろうか。動けるか「眠れるか」「落ち込んでいるか」問診で確かめていくしかない。

こついったことが意外に大事なのである。痛みの原因になっている病態の診断はもろろん前提になるが、原因がよく分からない痛みを訴える患者さんも少なくない。

「夜中に足がカーツと熱くなって眠れない」「舌が燃えるように痛い」などの症状は、足や舌が本

当に悪いのではなく、脳と体のバランスが崩れて生じている場合が多い。眠れるのだったら大した痛みではないのか？虫歯が痛んで夜眠れない体験をした方なら「眠れるのだったら、あの痛みより少ないだろう」と考えるだろうが、ことはそう単純ではない。四肢の切断後に起こる幻肢痛など神経を損傷した後に長く続く痛みの場合は「眠っているときだけが楽なんです」とおっしゃる患者さんは少なくない。

前にも述べた錯覚の関連した痛みの場合には頭がはつきりしてくると痛みが強くなる場合があるよつだ。

(大阪大教授・柴田政彦)

(木曜日に掲載)

痛み

よもやま話



> 8 <

大阪大教授 柴田 政彦

医療機関を受診する理由の約半数が体の痛みだという。痛みは警告信号であり、体の異常を知らせてくれるものだ。

しかし、痛みがあっても病院に行かない方もおられるし、痛くて病院へ行っても診察の結果、治療の必要がないと診断される場合もある。

痛みがあつて検査したところ、痛みとは関係のない病気が見つかり、手術することになったという例も少なくない。また検査の結果、異常が見つかったとしても、それが痛みの原因かどうか、判断の難しい場合も多い。

特に腰痛は難しい。腰痛は脊椎の異常によって起る

痛みと医療 ⑩

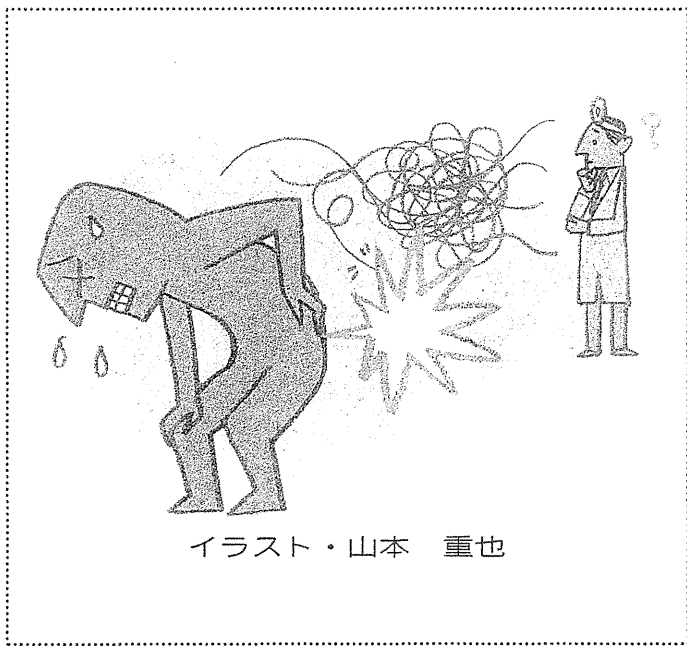
ることが多いが、脊椎に異常があつても痛くない場合もあるし、異常がないのに痛みだけある場合もある。腰痛の原因が子宮筋腫など内臓系の異常の場合もある。

患者さんは痛みを取って

少なくとも原因不明

ほしくて病院を訪れ、検査の結果、異常が見つかったとしても、それを手術して痛みが取れるかどうかは分からない場合が意外に多いのである。

ここでまた医療者が悩むのは「痛みの原因は分かりません」と本当のことを言うかどうかである。



イラスト・山本 重也

「そんなことを言ったら、ことも少なくないと考えられたいか」「患者さんを不安に陥れ余計に苦しめるのではないか」と、どうしても考えてしまいます。

実は自然治癒やプラセボ効果だったのに、医師も患者も「手術によって痛みが治った」と誤って解釈する

「私の専門領域の痛みではありません」というのが一番多い対応法であろうが、次々と別の診療科を受

診し、同じセリフを告げられたら、患者さんは行く所がなくなる。

異常がないことが分かって安心し、症状が気にならなくなればそれでよいが、痛みの場合には慢性化してつらい状態が続くとそうはいかなくなる。

「神経でしょう」とか「心療内科へ行ってみたら」「漢方を試してみますか」ということになる。

私たち痛みの専門医のもとに来られる方も多い。痛みが慢性化した身体以外の原因を探るか、原因は分からないままに可能性のある治療を試みるかということになる。

痛みが慢性化したケースでは、精神疾患の合併、ストレスなど社会心理的要因の関与などを考える。しかし、どうしても原因の分からないことも少なくない。そうなる痛みそのものを軽減させる治療は難しくなる。

痛みよもやま話 9

柴田 政彦

古代ギリシャのヒポクラテスの時代には痛みを軽減させることが医療の目的だったという。検査法がなかった

その時代には、患者の痛みを緩和することこそ重要だったのである。アメリカでは、痛みの

皮肉なことに医学の進歩とともに、医療の対象は検査の数値や病変となり、痛みの緩和は軽視されるようになった。

緩和医療正しく理解を

最近になって、緩和

医療が普及し、がんに伴う痛みに対しては着実に取り組みが進んでいる。しかし、がんではない痛みを目を向ける

と問題はより複雑である。痛みを緩和させることだけが必ずしも最善の方法ではない。

がん以外の慢性痛の場合には麻薬性鎮痛薬を使っても効かない痛みが少なくない。近年アメリカでは、痛みの緩和が重要だとされたあまり、処方された麻薬性鎮痛薬が不適切に

用いられ、多数の死者や麻薬依存者が発生するといった悲劇につながった。麻薬の使用によって痛みが緩和し、生

活の質が改善する時期待されたのだが、痛みはそれほど単純なものではなかったのである。

現在アメリカではこの問題の事後対策に追われているという。がんでない患者に強い麻薬性鎮痛薬を使う場合

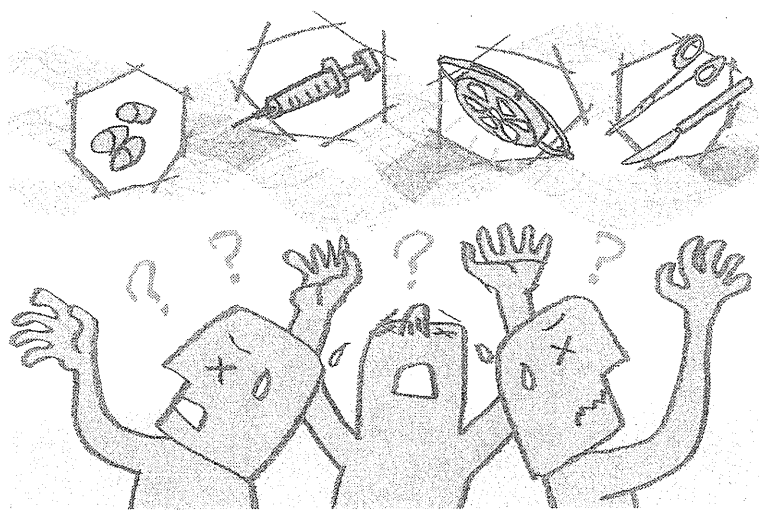


イラスト 山本重也

には、経験豊富な痛み専門医の判断が必要であると考えられている。解していれば、アメリカでの悲劇は避けられたと思う。

日本でも2年ほど前から新しい麻薬性鎮痛薬が、がん以外の慢性の痛みに対しても使われるようになった。文化の異なる日本で、アメリカの悲劇が繰り返されるとは思わないが、医療者も国民も痛みの問題に関心を持ち、麻薬性鎮痛薬の適切な使用を含め、痛みを緩和する目的で行う医療に対する理解を深めなければならぬ。

痛みという感覚が単純でないという話は、この連載で何度か取り上げた。読まれた方は徐々に分かりたいだけってきたかと思うが、医療者や患者が痛みの難しさについてよく理

解していけば、アメリカでの悲劇は避けられたと思う。痛みに関する適切な情報には世間にある。これさえ飲めば「この手術さえ受ければ」痛みから解放されるような印象を与える宣伝や情報があふれている。

逆に、手術など積極的な方法を受ければ、高い確率で痛みから解放されるにもかかわらず、間違った情報によって拒否される患者さんもいる。

(大阪大学教授)

「痛み止めは身体からだに悪いからできるだけ使わない方がよい」。こう考えている方が多いようである。これは本当かそうか。

前回取り上げたアメリカでの麻薬による悲劇を考えると本当かもしれない。一方、痛みは精神的負担となるだけでなく生活の質、ひいては人生そのものを損なうこともある。鎮痛薬で完全に抑えることができるのなら積極的に使ったほうがよいという考え方も正しい。

日本での麻薬性鎮痛薬や片頭痛治療薬の使用量は欧

米先進国の数分の1だという調査報告がある。この事実から、すぐに日本の痛み医療が欧米に比べて遅れていると結論付けることはできないし、日本人に慢性の痛みをもつ人が少ないかというところを決してそうではない。

が出ないばかりか危険な場合さえある。主な鎮痛薬として、消炎鎮痛薬や麻薬系の鎮痛薬がある。これらはけがや手術の後など日の浅い痛みにはよく効く。しかし、神経痛や慢性痛などの場合には効きにくい。抗うつ薬、抗て

んかん薬がある程度効果が期待できる程度なのである。鎮痛薬によって効果の強さや効き始める時間も違う。消炎鎮痛薬、麻薬性鎮痛薬は服用後効き始めるのは数十分、数時間後からである。

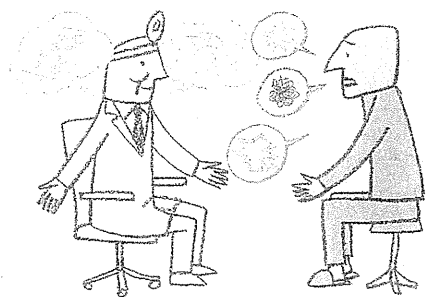
人にしか分からないことである。患者さん自身が感じた効果を担当医に告げなければ、医師はその薬の効果が分からないので、続けるべきか他の薬に変更すべきか判断できない。患者さんは遠慮せずに感じたままを伝えることが大事である。訴えをしっかりと受け止めてくれる医師を探そう。

鎮痛薬効き方に違い

歴史、文化、医療制度などいろいろな要因が重なって大きな差になっているのだ。

鎮痛薬というとすべての痛みに効きそうだが、実際にはそうではない。痛みにはいろいろな種類

があり、どんな痛みかを適切に判断せずに使うと効果



イラスト・山本重也

には効いてくる。抗うつ薬、抗てんかん薬の場合は大体数日から数週間後で、痛い時に飲んでもすぐの効果は期待できない。

また副作用のある薬剤を効果がないのに使い続けるはいけない。

鎮痛薬が他の薬剤と異なるのは、効果が患者さん本

日本人が鎮痛薬をあまり使わないのは控えめな人が多いことや、医療システム上、外来診療で患者さん1人当たりに費やせる時間が短く、ゆっくり話を聞くことが難しいからかもしれない。

(柴田政彦・大阪大教授)

三叉(さんさ)神経 とがある。

痛は食事、洗顔、会話 「顔面神経痛」とい
などの際に顔に激痛が う病名は俗名である。

走る病気である。中高 三叉神経痛の場合、初
年以降に好発する。 めにテグレットとい

たいていの原因は頭 う内服薬を試す。たい
の中の動脈が三叉神経 ていピタリと痛みが止
に接触し、神経に異常 まる。

な興奮が起こるため、 しかし、ふらつき
ある。激痛は数秒から 副作用が出たり、重症

痛みよもやま話

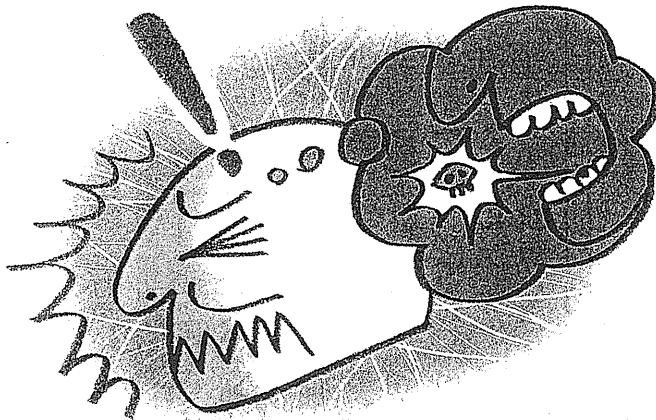
柴田 政彦

▷11◁

数十秒で収まる。初め のアレルギー反応を起
て起こったときは虫歯 こすことがあり、続け
の痛みと誤って、歯科 るのが難しい場合が少
治療を受けてしまうこ なくない上に、何年か
ともある。 たつと薬では抑えきれ

顔面けいれんや顔面 なくなることが多い。
神経まひという病気が その場合は、ペインク
あるが、これは痛みで リニックでの神経ブロ
はなく顔の動きの病気 ックや脳外科で手術を
で勘違いされているこ 検討することになる。

三叉神経痛 中高年以降に好発



イラスト・山本重也

いずれの方法でも痛み 患者数の多い病気では
が止まる可能性は80% ないので、三叉神経痛
以上と高い。 に対する神経ブロック
三叉神経痛という病 や脳外科での手術に習
名は広く知られている 熟している医師はさほ
が、実際にはそれほど ど多くない。

成功率や合併症の率 率や患者さんの満足度
は、担当医師の技術や を比較した調査はあま
経験にかかる要素が大 りない。手術の場合、
きい。 しびれが残ることは極
痛みは短時間だが、 めてまれで、三叉神経
その激しさは並大抵で 痛とは一生無縁の生活
はない。発作の最中は を送れる場合が多いと
何もすることができな 思われる。

い。口を動かすことが 神経ブロックの場合
怖くなり、顎の関節の は、程度の差はあるが
動きまで悪くなる患者 しびれが出る。しびれ
さんもいる。 がほとんどなくて痛み
激痛に耐えかね、自 を止める方法も開発さ
分でお灸(きゅう)を れてきたが、再発しや
繰り返し、重度の熱傷 すいようだ。

た。 大ざっぱに言うと若
痛みは非常に強い い方には手術を、高齢
が、治療がうまくいく の方には神経ブロック
と、ほとんどの場合、 をということになる
痛みはピタリと止ま が、実際には受診した
り、他の神経痛と異な 医療機関がどちらの治
り慢性痛に移行するこ 療の専門であるかによ
とはまずない。 って選択肢が決まるこ
手術か神経ブロック とが多いようだ。

の選択は難しい。成功 (大阪大学教授・柴田政彦)

腕を切断した後、失った手や腕がまだ残っている感じがすることはない。

腕を切断した後、失った手や腕がまだ残っている感じがすることはない。大脳皮質には身体を伴う場合を幻肢痛（からだ）の運動や感覚と呼ぶ。失った腕や手を実際に「あるように感じ、しかもそこが痛い」という現象は、アメリカの南北戦争で受

痛み

よもやま話

柴田 政彦

▷12◁

傷した兵士について初めて医学書に紹介された。

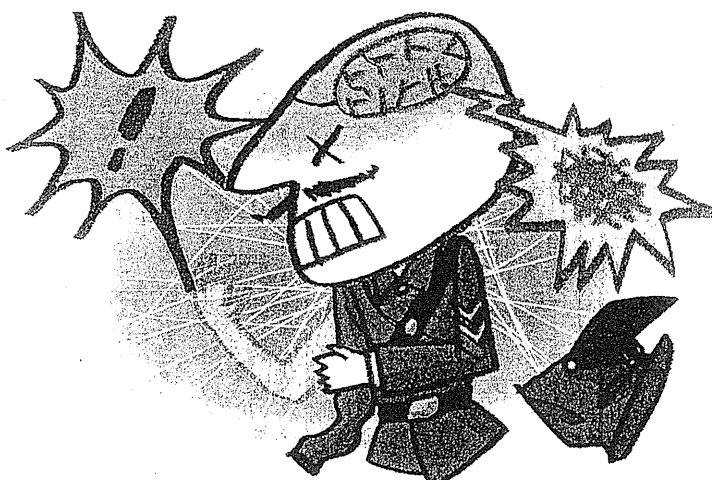
この不思議な痛みが一体なぜ起こるのか、現代医学でも十分に分からない。昔は痛みを取るために腕の断端をさらに切除する手術などが行われたそう

大きな面積（正確には体積）を占めている。失った腕や手をつかさどっていた領域は役割

がなくなるが、脳細胞は残っているので地図に書き換えが起こり痛みを生ずることが分かってきた。

脳のひずみの大きさ

幻肢痛 原因は脳の中に



イラスト・山本重也

と幻肢痛の強さが関係するという研究もある。幻肢痛の原因は脳の中にあり、脳が痛みを作り出しているよう

だ。幻肢痛は睡眠中は痛くないことが多い。虫歯が痛くて眠れなかった経験がある方なら、眠れるほどなら強い痛みではないと思われる

だろう。しかし、虫歯の痛みと幻肢痛とは起こる仕組みが異なっているらしい。

神経の障害でまひした場所が痛むという幻肢痛に似た痛みは他にも数多くある。調査によると、脳卒中になつた後にまひした部位が痛む人は10〜20人に1人発生するという。事故などで脊髄を損傷した場合にもっと高率である。眠ると痛みを忘れるという症状は、脳や脊髄損傷後の痛みの場合にも多いようだ。

関節の痛みや腰痛の場合、体を動かすと痛い、体重がかからないようじっとしているとやわらぎ、自らの意思で痛みから逃れる

（大阪大教授）

痛み よもやま話

柴田 政彦

⑬

巨匠 辰

星飛雄馬と違って夢の実現のために着けるわけではない

だけならいいトレーニングに

のだから、成人してから大リーグボール養成ギブスを着けて生活しなければならぬとしたらさぞかし酷だろう。

それまで何げなくしていた一つ一つの動作の実行に集中力を必要とする。一日数時間

なるかもしれない。しかし一日中外すことが許されないとしたら、生きていくのが嫌になるかもしれない。

痛みは目に見えないけれど、精神的な負担としては大リーグボール養成ギブスのようなものかなと想像する。慢性的の痛みに対する医療はこの

痛みの強さは変わらないのだけれどもなぜか「泣いていても仕方がない」と思うようになり、痛くてもあまりつらいと感じなくなつたそうである。

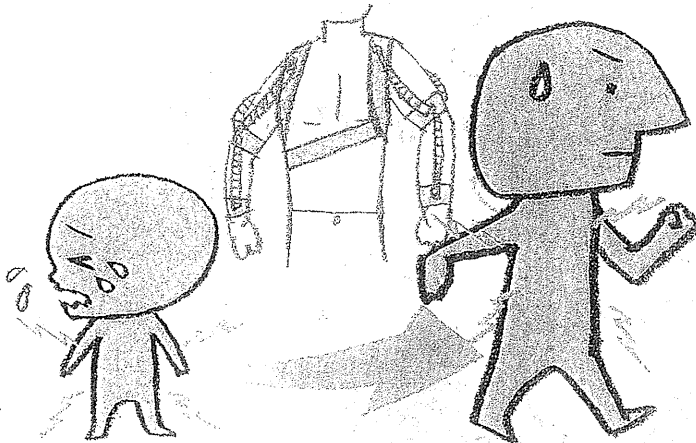
大リーグボール養成ギブスを外したり、スプリングを緩めたりすることなのかもしれない。言葉の学習と同じように、幼少期に獲得したものは脳内での処理の仕組みが違つかもしれない。同じ病気でも痛みが慢性化するかどうかは人によってかなり違いがある。その原因を解明する研究が始まつていて、体質、生活環境、治療方法、痛みに対するそれぞれの理解などが関係していることが分かつてきた。

運動療法は、ギブスを着けたまま頑張つて痛みに負けなような体力をつけるということだろうか。子供のころからこの痛みの大リーグボール養成ギブスを付けている方から興味深いお話を伺つたことがある。

その方は生まれつきの特殊な病気で、子供のころは患部が痛んで泣いて暮らしていたという。ところがうらやま

皆さんは「大リーグボール養成ギブス」をご存じだろうか。漫画「巨人の星」の主人公、星飛雄馬が子供のころに着けて生活していた。スプリングを肩・肘・手首に固定して装着するトレーニング機器である。動くたびに強い力があるので鍛えられるというものだった。痛みとともに生きるということ、この養成ギブスを装着したまま生活するようなものではないか。動くこと、それに集中力を必要とする。星飛雄馬はこれにより、魔球を投げる基礎ができたかもしれないが、痛みの場合はどうだろうか？

「養成ギブス」着けた生活



イラスト・山本重也

151

〈次回は1月11日に掲載〉

(大阪大学教授)

痛みよくやま話

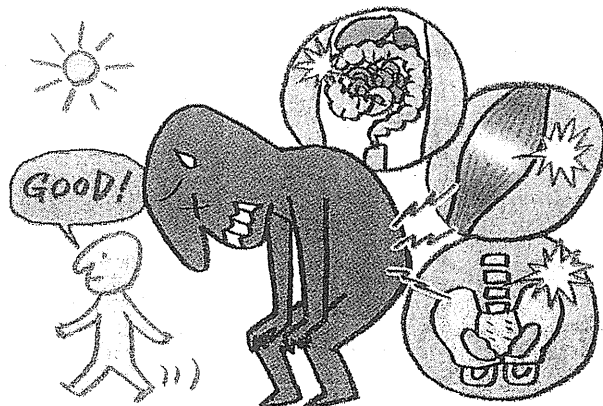
(14)

体の不調を示す一番多い症状は腰痛だと言われている。痛みの発生部位としては骨、軟骨、椎間板、筋肉、関節、神経、血管などが考えられるが、さまざまな検査をしても腰痛の根本原因は分からないことが多い。はっきり原因が分かるのは、がんの転移、骨や椎間板の感染など、放っておくと危険のあるものである。よく知られている病名に椎間板ヘルニアや脊柱管狭窄(きょううきやく)症がある。

が、これらの典型的な症状はお尻のあたりからふくらはぎにかけての坐骨神経痛であって腰痛ではない。腰が痛くなるとは診断所を撮って説明を受けた後、薬をもらうというのが普通の診療の流れだが、何か物足りない印象を受けた方もおられるのではないだろうか。どんな名医でもレントゲン結果だけを見て腰痛があるかどうかは分からないのである。民間療法では脊椎や骨盤

体の不調示す腰痛

根本原因、特定は困難



(イラスト 山本重也)

のゆがみなど一般の方が納得しやすい説明をし、治療

することが多いようだが、これも厳密に言うとな、ゆがみかどう

次に圧迫骨折など、急を要さないが、慎重に対処しないと再発やまひの危険

原因かどうかは分から

活への悪影響を減らし、長い目で見ると一番効果がある

医師は、腰痛を訴える患者さん

たかが腰痛と思われるかもしれないが、患者さんの中には過去に高額な器具や

を診ると

怪しい壺(つぼ)を買わされたり、カルト入信の動機

き、がんの転移や内臓

にもなったという逸話もある。

系の疾患など、放置す

痛みについて正しくかつ分かりやすく説明すること

る危険なものでない

は難しい。しかし正しく理解することは、医療者にと

かどうかを察する。

大変重要なことである。(大阪大学教授・柴田政彦)

かどうかを察する。

のがよい。