

慢性痛に対するリハビリテーション

田中真一¹⁾ 岸川由紀¹⁾

I . はじめに

私が理学療法士として5年経過した頃、担当していた患者から頻りに痛みの訴えがあったので、主治医に診察をお願いしたところ、「その患者は痛みに敏感で気難しい性格だから」と診てくれず、主治医から「電気とか適当にやっておいて」と指示された。不適切な表現だが「担当医のくせに・・・」みたいな内容を先輩に愚痴った記憶がある。痛みのことを勉強したくても、当時は痛みに関する研究は殆どされておらず、とりあえず電気や温熱など物理療法で経過を観察することしかできなかった。

私が勤めていた病院は、外傷や変性疾患、脳卒中など急性期疾患扱う病院であったため理学療法の対象は手術後が多かった。担当していた患者からは「ここが痛い」、「手術したけど痛みが残っている」などの訴えを毎日聞いていたが、手術後の痛みは侵襲による急性痛であり、日数が経てば自然治癒力で痛みは消えていく患者が殆どであった。しかし、手術しても痛みが治まらない、数年間も腰や膝が痛いなどといった、いわゆる慢性痛で悩んでいる患者の訴えは、当時の私の感情は一言で「しつこい」であり、一日の勤務が終わると体力的疲労というより精神的に疲れきって帰宅していた。その当時は痛みの訴えは個人の性格が大きく影響すると思いこんでおり、理学療法では性格まで変化させることは無理でしょ！と諦めていた。さらに慢性痛の症例を紹介する。停車中に後方から追突され頸椎の痛みや右手のしびれ、吐き気などの症状を呈した患者を担当した時である。しびれが軽減し吐き気も治まったので退院が決まり、外来でフォローしているなか、頸椎の痛みを毎日のように訴えられ、右腕のしびれも再発してきた。この患者の職業は料理屋の板前さ

んであり、痛みと右腕の痺れのため包丁を持たずに仕事ができないことが一番の不安だと訴えられていた。徐々に私に対する言葉が攻撃的になり表情も険しくなるのが気になっていた患者だったが突然病院に来なくなり、数日後この患者が追突した相手を恐喝した疑いで逮捕されたことを知った。理由は仕事ができず収入がなくなったことだった。

上記した2症例は理学療法士になって21年になるが今でも鮮明に記憶に残っており、痛みを勉強するきっかけとなった症例でもある。今では慢性痛に関して積極的に研究が行われ、推奨できるアプローチ法も紹介されつつある。今回、簡単ではあるが、慢性痛の特徴やアプローチ法などを紹介する。

II . 慢性痛

多くのおなかが痛い、膝が痛いなど「痛み」という警告信号を認知して病院を受診する。医師から診察を受け検査を行い原因が分かると薬物療法や対処療法、リハビリテーション、また外科的療法にて治療し、痛みは消えてなくなる。この痛みは急性痛と言われるもので、痛みの原因となっている傷や病気が治れば警告信号の役目を終えて消えてなくなる¹⁾。一方、傷や病気が治っても痛みが持続する、検査を行っても原因が分からない痛みが3カ月以上持続する痛みを慢性痛と呼ぶ。以前は痛みの持続期間が長期化した痛みを慢性痛としていたが、時間的系統で区別されるものではなく、全く違う痛み、いわゆる新たな病気として捉えられるようになってきた¹⁾。慢性痛患者は活動したら痛くなるのではないかという恐怖心から安静を強いられ結果的に身体機能の低下を招くことになる。また、痛みが持続することから精神的にも負担が大きく、私の

受付日：平成29年4月1日、採択日：平成29年6月1日

1) 西九州大学リハビリテーション学部

〒842 8585 佐賀県神埼市神埼町尾崎4490 - 9

TEL : 0952 - 37 - 9328

痛みを理解してくれないなど不安やうつ傾向になることがある。このように慢性痛は、痛み感覚よりも不安や恐怖など情動に大きく影響を与えている²⁾。

「慢性痛は最も人間を苦しめ、人間の尊厳を奪う病態である」といえる²⁾。

ここで慢性痛の特徴について記述する。慢性痛は侵害受容と痛みの対応が失われ、代わって痛み行動や痛みの持つ社会的な意味の占める割合が増し、痛みの情動・認知的側面を色濃く反映するもので、痛み行動と社会的意味の結びつきが強まると、痛みは学習、記憶され慢性化することになる³⁾。さらに慢性痛が持続することで、身体機能低下はもちろんのこと、痛み経験を否定的に捉え、痛みについて痛みの脅威性を増幅してしまう(拡大視)、痛みのことを繰り返し考えてしまい(反芻)、痛みを必要以上に強いと考えてしまい、痛みから逃れられない(無力感)などの破局的思考に陥る³⁾。破局的思考(catastrophizing)とは、痛みに対する悲観的・否定的な感情のことで、ネガティブな感情および認知とそれに基づく痛み行動が慢性痛の症状を持続、増悪させると考えられている⁴⁾。このようなネガティブ思考により、不安や恐怖が強まると可能性がある日常生活を避けるようになり、過度に安静を保つ(仕事を退職)。これらによって廃用症候群や抑うつ傾向となり、さらに痛みが増強する。これは疼痛の慢性化に関わる「痛み 恐怖回避モデル」と呼ばれる⁵⁾⁶⁾(図1)。これらのことから、痛みがある部位に対してアプローチを行っても効果が少ないことが分かる。

Ⅲ．慢性痛に対するリハビリテーション

加藤ら⁷⁾は、慢性痛症の患者において「痛みは患者にしか分からないものであり、治療効果の判定も患者しかできない」そして、患者の訴えを謙虚に聞くこと

が、慢性痛の治療における基本であると述べている。医療従事者であれば、患者の訴えは謙虚に耳を傾けているものの、慢性痛に対する知識が不十分なため、また慢性痛自体がまだまだ認知されていないという問題から難渋するケースが多い。特に理学療法における疼痛軽減を目的とした物理療法を数年間も通い続けている患者も存在するが、言い換えれば効果がないということである。慢性痛に対して患者が訴える局所の痛みに焦点を当てた従来の生物医学的アプローチでは良好な結果が得られない⁸⁾。また白土ら⁹⁾は、慢性腰痛に対して手術や神経ブロック、牽引のような「施す」医療のエビデンスは高くないと報告しており、温熱療法や電気療法などの物理療法は、本邦においては安易に処方されるが、慢性痛に対して、推奨される根拠がないことを各国のガイドラインには示されている⁸⁾。

慢性痛の特徴は急性痛のような痛みという一感覚よりも、怒りや不安、抑うつなど痛みの情動・認知的側面を色濃く反映していることから、慢性痛に対するリハビリテーションは痛みがある部位にアプローチのみならず、痛みの多面性を考慮した包括的なアプローチも必要となってくる。身体の機能面に留まらず、精神的健康度やADL, QOLなど多面的に評価し、アプローチ方法を考える必要がある⁸⁾。

慢性痛のリハビリテーションに関する知見は10年間で大きく様変わりし、2017年に改定版が発表された¹⁰⁾¹¹⁾。それによると、一般的な運動療法単独では効果が小さいとされ、心理療法が台頭してきたことである。運動療法に加えて教育や心理療法を組み合わせることで効果が高まることが示唆されている。具体的には、運動では太極拳やヨガが推奨され、心理療法では認知行動療法や集学的リハに加え、第3世代の認知行動療法とも言われるマインドフルネス、さらにはバイ

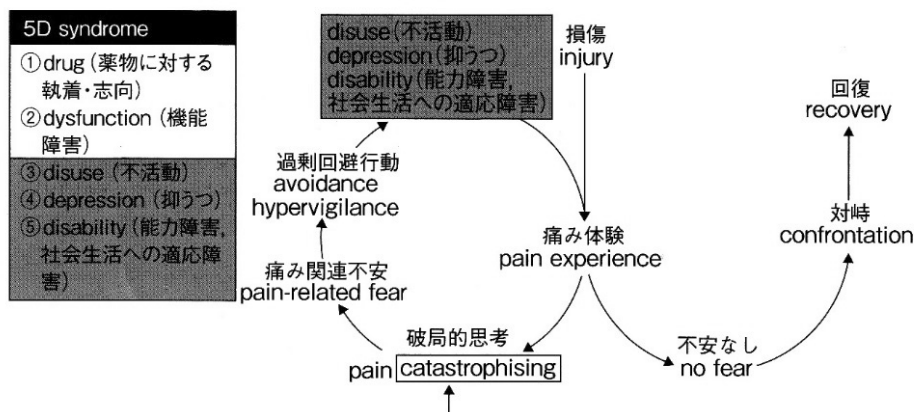


図1 痛み 恐怖回避モデル (文献4より引用)

オフィードバックやリラクゼーションなどストレス低減法が追加推奨されている¹⁰⁾¹¹⁾。以下に慢性痛に対して推奨している認知行動療法および運動療法について簡単に説明する。

Ⅳ．認知行動療法の考え方

慢性痛の患者は、痛みを除去する目的で病院を転々としたり(ドクターショッピング)、高価な民間療法に頼ったりなど痛み行動は異常化する傾向にある。また痛みの恐怖から「安静」を好むようになり、精神的および身体的な悪循環を作りあげてしまう。認知行動療法は認知と行動の両面に働きかけることによって患者のセルフマネジメントの向上を目指すものである¹²⁾。認知療法は「自分は慢性痛のため何もすることができない不要な人間である」といった認知(考え方)の歪みを捉え、合理的な考え方に転換することで問題解決を図る。行動療法は「痛みがあるから動かない(不活動)」などの行動を修正することで不活動によって惹起される廃用症候群などの全身的問題の解決を図る。誤った行動は歪んだ認知によって引き起こされるため、認知と行動は表裏一体のもので、認知行動療法はこれら2つの療法を融合したものである¹²⁾。

慢性痛で困っている患者は、痛みの原因はどこが悪いところが絶対にあるはずと決めつけて医師の診察を受けるが、「異常はない」「気のせいだ」「心因性の可能性」などの言葉を受け、患者は「やぶ医者だ」「納得いかない」という不満や怒りなどの感情が蓄積していき、こういう情動が更に痛みを助長しているものと予測される。認知行動療法を進めていくうえで重要なのは、治療者側の面接技術であり「痛みの原因を一緒に探しましょう」という考え方で患者に接するのではなく、「今までよく我慢しましたね」という共感すること大切である。慢性痛の患者と接する時に重要なのは、①徹底的に聴くこと、②訴えを全て受け止めたうえで、慢性痛の正しい知識提供する、③会話の中では相手の返してくるフレーズから心理状態がONなのか、OFFなのかを探っていく、④心理状態を常に見極めながらアドバイスを進めていく(方向や進め方を決めていく)、⑤アドバイスをを行う際は、相談者の使った言葉をそのまま使うと受け入れやすいこと、⑥必ず相手の反応をみて一方通行で終わらないようにする、以上6つがポイントである¹³⁾。患者が持つ痛みを共有し、慢性痛に関する知識を適切に教育していくことが、痛みによって引き起こされていた行動や認知の適正化を

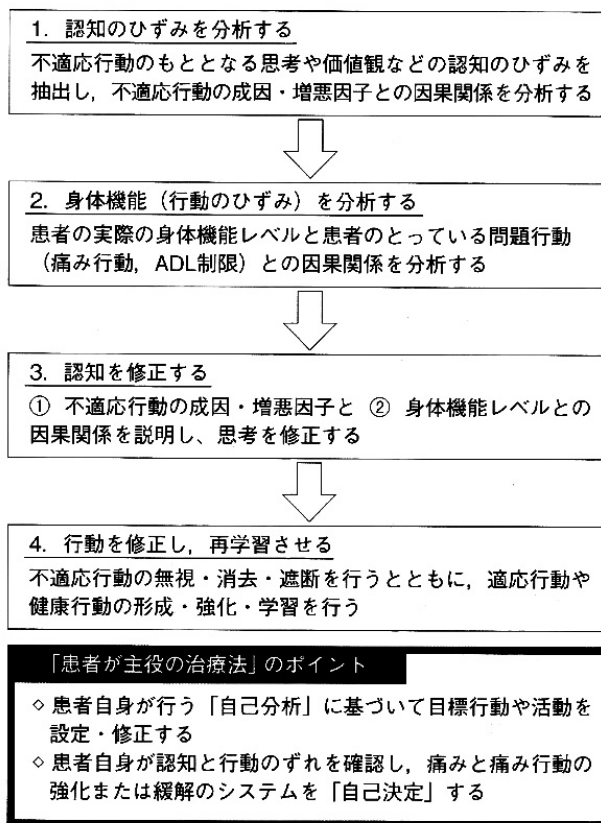


図2 慢性痛の認知行動療法の流れ(文献4より引用)

図るとともに、セルフモニタリングを通して自己を観察し、「一気に全部を改善させ大きな成果を求めることから、小さな成果を多く集める」ように方向を転換させる⁸⁾。この認知と行動の再学習から、小さな達成感を確実にかつ数多く体験し自信につなげるとともに、対処能力を蓄積して気づきと自己効力感を強化・向上することができる⁸⁾。目指すべき最終目標は、患者が自分自身の痛みをセルフマネジメントする能力を習得し、痛み関連障害から自立していくこと、あるいは上手に付き合っていけるようになることである¹⁴⁾(図2)。

近年では、アクセプタンス&コミットメントセラピーなどの第3世代の認知行動療法の有効性が報告されている。詳細は慢性痛と関連した認知行動療法の専門書を参照して頂きたい。

Ⅴ．運動療法の考え方

運動療法は、慢性痛に対して他の治療法より有効性が高く、国内外の痛み診療ガイドラインにおいて強く推奨されている⁸⁾。運動は認知行動療法の側面を有し、痛みによって歪んだ認知の修正にともない、行動(不活動)変容させる要因の一つである。痛みがあっても

動ける（動かすことができる）を患者に成功体験させることで、身体機能を向上させる。運動の種類は、定期的な運動（ジョギング、水泳、サイクリングなど）が最も有効であり、これはレギュラー運動と呼ばれ、慢性痛患者の鎮痛機能向上効果のほか、慢性痛への移行を予防する効果についても示されている¹⁴⁾。活動性を増やすだけでも効果が認められている⁸⁾。単に運動を課すだけではなく、患者個人に合ったプログラム構成が必要であり、かつセラピストの管理下での運動が重要であり、運動内容を示したパンフレットを渡して「自分でやってみて下さい」というだけでは効果はない⁸⁾。

運動療法には、行動・心理的アプローチと同等の精神心理状態の改善効果が認められており、医療者の支援や共感、動機付け、励まし、患者の治療の好みや期待に応えることによって、認知・情動要因が改善すると報告されている¹⁴⁾。さらに運動に認知行動療法や教育を取り組んだりリハビリテーションプログラムの高い有効性が報告されている⁸⁾。

しかし、「ジョギングしましょうか」「ラジオ体操を毎朝やってみましょうか」など安易に運動を指導するのは危険で、その運動に痛みを伴ってしまうと、患者は拒否的な行動を取ってしまうことがあり、患者の身体機能をよく評価したうえでプログラムを組むべきである。

Ⅵ．結 語

今回、慢性痛に対するリハビリテーションについて、簡単に説明した。現在も慢性痛の研究は進歩しており、慢性痛のメカニズムが少しずつ解明され、評価法やアプローチ方法、効果判定に関する論文も増えてきている。20年前、慢性痛に関する知識があれば、記憶に残っている2人の患者に対して的確な評価やアプローチができたのではないかとと思う。この経験があったことで、現在、研究の一つに「慢性痛」を選択している。慢性痛のメカニズムに基づく新たな治療方法が提案され、その有効性が認められてきているが、まだまだ発展途上の現状である。リハビリテーションでは痛みを有した対象者が多いことから、最新の知識を常に取り入れながら、慢性痛で困っている患者に適切に対応できるセラピストであることが必要だと考える。

引用文献

- 1) 熊澤孝朗：痛みを知る．東方出版，今村成人，大阪，2007，20-21．
- 2) 西江宏行：痛みの集学的診療：痛みの教育コアカリキュラム．日本疼痛学会・痛みのコアカリキュラム編集委員会，橋内千一，真興(株)医書出版部，東京，2016，5．
- 3) 小山なつ：痛みの集学的診療：痛みの教育コアカリキュラム．日本疼痛学会・痛みのコアカリキュラム編集委員会，橋内千一，真興(株)医書出版部，東京，2016，40．
- 4) 松原貴子・沖田 実・森岡 周：Pain Rehabilitation，青山智，三輪書店，東京，2011，10．
- 5) Vlaeyen JW, et al: Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000, 85: 317-332.
- 6) 松原貴子：機能障害科学入門．沖田 実(他)，神稜文庫，東京，2010，48-67．
- 7) 加藤佳子，那須郁子，加藤 滉・他：疼痛「治療」は患者を楽にしているか？ - ある幻肢痛患者からの教訓 - . *PAIN RESEARCH*, 2002, 17: 45-48．
- 8) 松原貴子：痛みの集学的診療：痛みの教育コアカリキュラム．日本疼痛学会・痛みのコアカリキュラム編集委員会，橋内千一，真興(株)医書出版部，東京，2016，160．
- 9) 白土 修：腰痛診療ガイドライン その意義と活用について 腰痛診療ガイドライン その策定の目的，意義について．*脊椎脊髄ジャーナル*，2013，26: 1102-1105．
- 10) Qaseem A, Wilt TJ, et al: Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017[Equib]
- 11) Chou R, Deyo R, et al: Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017[Equib]
- 12) 大道裕介，牛田享宏：慢性疼痛への包括的アプローチ．*PT ジャーナル*，2012，46(2): 101-109．
- 13) 池本佳代：慢性痛に対するリハビリテーションの潮流．*PAIN REHABILITATION*，2017，No 1 Vol 7: 16-23．
- 14) 松原貴子：慢性痛に対するリハビリテーションの潮流．*PAIN REHABILITATION*，2017，No 1 Vol 7: 1-7．