

■疼痛の生理もこうしてまとめるとよくわかる(横田敏勝論文)

物理的刺激に侵害受容線維がまず反応して痛みが起こり、いったん消える。10数秒後、炎症によって発痛物質(ブラジキニンなど)と発痛増強物質(プロスタグランジン E₂, セロトニンなど)とが痛みを引き起こす。数10分以上たつと白血球のお出まし。それらの刺激は対側の前外側索を上向して脳幹で二分。外側系は視床経由で体性感覚野に痛みを伝える。視床痛や幼視痛はこの外側系の障害で、求心路遮断痛と言う。内側系は視床を経由して大脳辺縁系に不安や苦しみを伝える。このほか、疼痛抑制系や慢性痛についても解説していただいた。

■やはり解剖学的、生理学的知識が原点(鈴木重行論文)

運動時痛が多いことから、姿勢の変化に伴って骨、関節、椎間板髄核、筋、神経、血管などがどのような位置関係および状態になるのかを知る必要がある。腰周辺の疼痛の出現部位は原因が存在する部位とは必ずしも一致しないが、患者が指先で指し示すときはその下に原因が潜んでいることも多い。それが何であるかは当然、特定されなければならない。関連痛や短縮痛の知識も必要である。

■ミクロからマクロにわたる評価が必要(山口光圀論文)

まずは肩関節複合体のミクロ的解剖をしっかりと押さえること。end feel やそれに伴う疼痛をどう理解するかはミクロの知識があつて初めて可能なこと。診断技術の発達によって、ここに示された情報の確かさが少しずつ確認されている。しかし、そのミクロ的障害も、姿勢などのマクロ的側面に端を発していることも少なくない。故に、日常生活動作や肩以外の運動機能の注意深い観察と複合的な評価が必要であると述べている。

■急性炎症の四主徴のうち、腫脹を抑えることが重要(浦辺幸夫論文)

PRICE(固定、安静、冷却、圧迫、挙上)処置がうまく行なわれることが、急性疼痛を速やかに解決し慢性疼痛に移行させないカギとなる。寒冷刺激は組織の血流量を減少させ、発熱と腫脹の抑制に寄与し、ヒスタミン様物質の産生を抑える。固定・圧迫は予想される腫脹の大きさを考慮しながら慎重に処置すること。局所を安静にすべき時期はきっちりと安静を保つことを勧めている。

■慢性疼痛は身体、心理、社会的要因が複雑に絡み合う(鈴木順一論文)

慢性疼痛の理学療法は身体機能および疼痛の評価・治療に偏るのではなく、患者を全人格的に捉え、生活の質を高めるための痛みのマネジメントにも配慮すべきである。急性期では有効な受身的な治療も、慢性期では疼痛の慢性化を助長させる結果につながる。患者の訴えには共感的に傾聴しながら良好な人間関係を形成し、可能な限り自動的な運動療法を中心としたプログラムへと展開していくことを説いている。