

リハビリテーションの対象者にはさまざまな痛みの訴えが頻繁にみられる。神経系の疾病や外傷による機能障害、あるいは合併症としての神経系の機能異常を呈する患者では、神経因性疼痛（ニューロパシー性疼痛）がリハビリテーション上しばしば問題となり、その対応に難渋することが少なくない。今回の特集は、この神経因性疼痛のなかでも、特にリハビリテーションの臨床現場で遭遇する機会の多い代表的なものを取りあげ、それぞれの痛みについて解説いただいた。

■神経因性疼痛とは

ニューロパシー性疼痛（neuropathic pain）は神経系の一次性病変や機能異常に起因する痛みである。神経因性疼痛（neurogenic pain）はそれに加えて、神経系の一時的な乱れに起因する痛みを含むより広い概念である。神経因性疼痛の多くはニューロパシー性疼痛であり、これは慢性痛の代表的なものである（永田雅章氏，407 頁）。

■脊髄損傷の麻痺域の痛み

慢性期脊髄損傷者にみられる麻痺域の痛み（求心路遮断性疼痛）の発生機序、痛みの臨床的特徴、発生頻度、関連する要因、治療方法と対応策などについて解説されている。その痛みは神経機能の改善度や身体的な自立度とは必ずしも関連せず、むしろ不快な痛みの体験として生じるため心理社会的側面に大きく影響を受けると推察される。（富永俊克氏，411 頁）

■視床痛—塩酸ケタミン微量点滴療法と経験

塩酸ケタミンは麻酔薬として開発され臨床的に用いられているが、麻酔量以下の微量の塩酸ケタミンに神経因性疼痛の緩和効果があることが見いだされた。その機序は、痛みの伝達に参与する NMDA 受容体に対する拮抗作用とされている。視床痛の患者に著者らがを行っている塩酸ケタミン微量点滴療法の実際について解説されている。（山村裕明氏ら，419 頁）

■多発性硬化症の痛み

多発性硬化症では病期の進行に伴い痛みの出現頻度も増加する傾向にあり、その半数以上が神経因性疼痛である。発作性と持続性に分けられ、発作性疼痛のなかでも有痛性筋痙攣（painful tonic seizure）と発作性異常感覚は本疾患に特徴的な痛みである。それぞれの痛みについて詳しく解説されている。（中村友彦氏ら，425 頁）

■四肢切断後の幻肢痛

幻肢痛の発生メカニズムについて、末梢神経過敏説、感覚野再構築説および脊髄ニューロン説が解説されている。切断後の幻肢痛の発生頻度は 60～80% と高く、さまざまな因子がその発生や増強に参与する。幻肢痛に特有の治療・対応方法として、鏡を用いた運動療法が紹介されている。（永井朝子氏ら，431 頁）

■反射性交感神経性ジストロフィーとカウザルギー

これらは complex regional pain syndrome（CRPS）と呼ばれ、前者がタイプⅠ、神経損傷を伴う後者がタイプⅡに分類される。早期であると治療に反応しやすいが、痛み反射の悪循環により進行してしまうと治療も困難となる。早期診断・早期治療が最も重要であり、そのポイントが解説されている。（北條達也氏ら，437 頁）