

実践！ グループホーム ケア

[第12回]

認知症介護研究・研修東京センター センター長
山口晴保

脳でつくられる疼痛

私は2日間の入院で、尿道留置カテーテルを入れられたままで一晩過ごしました。その痛みと不快感の体験から、認知症の人が入院治療に不適応な反応を示すことを、まざまざと実感しました。

そこで今回は痛みを素材にしました。

抜きたくなる尿カテ

尿道留置カテーテルを挿入されて、外尿道口(尿の出口)付近の粘膜が、乾燥したゼリーでカテーテルに貼りついた後に剥がれて出血し、鈍痛が続きました。そして、少し身動きしても痛みが増します。カテーテルが管で蓄尿バッグに繋がれているので、ベッドから出ることができません。私は一晩がまんすれば解放されると分かっていたので、じっと耐えました。でも、私がアルツハイマー型認知症だったら、きっとがまんできなかったでしょう。認知症の人が留置尿道カテーテルを抜きたくなる気持ちがよく分かりました。

今回の体験から、認知症の人の入院をできるだけ避けるよう、施設内診療や訪問診療が充実すること、発熱ですぐ入院と考える介護スタッフ側の意識改革が必要だと痛切に感じました。

神経障害性疼痛への対応

時々強い疼痛を訴える利用者がいます。ヘルペスウイルスによる帯状疱疹後の疼痛など、原因がはっきりしている場合もあります。脳出血が視床に生じると、そののち反対側の半身(とくに手)に、風変わりな痛覚過敏を生じます。感覚自体は鈍麻しているのに、何か物が手に触れると激痛を感じます。視床は半身から

の触覚・痛覚・温度覚などの感覚情報が中継される部位で、視床の壊れ方によっては痛覚過敏になり、激痛にさいなまれることとなります。このように、痛みを伝える神経の経路のどこかでダメージを受けると、痛みが分からなくなるのと逆に、疼痛を慢性的に感じるようになり神経障害性疼痛といわれます。脳で疼痛が作り出されてしまうのです。

手にトゲが刺さると、「イタッ」と自動的に腕が縮む反射が起こります。このように痛みは身体を守るために不可欠の機能なので、痛み神経系にダメージがあると、それを補うために新たな経路が作られて痛み過敏になったり、そもそも痛みがないのに痛みを強く感ずるようになってしまうのです。感覚は脳でつくられるからです。

痛みが長引くと、痛みを敏感に感じるようになる脳内メカニズムもあります。ですから、痛みはしっかりコントロールして長引かせないことが重要です。そのためには消炎鎮痛薬も有効です。高齢者ではアセトアミノフェン(カロナール®;1回300mg程度・1日3回まで)が、副作用が少なく安心といわれます。

しかし、頑固な神経障害性疼痛には消炎鎮痛薬では太刀打ちできません。てんかんの薬として開発されたプレガバリン(リリカ®;25mg・眠前1回から徐々に増やす)などが効きますので、ペインクリニックなど痛みの専門医に相談してください。

神経障害性疼痛は、しばしば天気によって左右されます。晴れの日には笑顔が見られるのに、雨の日には痛みの訴えが強いという利用者がいませんか? 雨や台風といった低気圧の時は交感神経系が緊張し、血流が低下して疼痛が悪化します。そこで、その部位を支配する交感神経節に麻酔薬を注射して交感神経系を働かなくする

と、その部位の血流が増えて痛みが軽減します。私は、朝風呂を推奨します。風呂で温まってリラックスし、血流が増えれば疼痛が軽減するでしょう。

心因性疼痛への対応

一方で、精密検査をしても異常が見つからないが、痛みやしびれで夜中にコールが頻回で、その都度介護スタッフが寄り添う対応や偽薬(乳糖)の内服で少し落ち着くということを繰り返す利用者にも、時々遭遇します。

介護スタッフからは、どこも悪くないのに訴えの多い困った人と判断されてしまいますが、本人は痛みやしびれを実感しています。介護スタッフは「気のせい」と捉えがちですが、本人は強い痛みやしびれで困っている現実を無視してはいけません。

心因に対しては抗うつ剤が有効です。うつが背景にあるなら、副作用の少ないセルトラリン(ジェイゾロフト®; 25mg・朝1回)で訴えが軽減します。神経障害性疼痛の治療で使われる抗うつ剤のデュロキセチン(サインバルタ®; 30mg・夕1回)は疼痛によく効きます。原因が見つからなくても、何らかの神経障害性疼痛が隠れていて、それが悪循環で増強している可能性があるでしょう。

稀にですが、レビー小体型認知症の体感幻覚として痛みやしびれが起こることもありますので、この場合はドネペジルなどレビー小体型認知症の治療で改善する可能性があります(規定量の半分以下の少量から慎重投与)。

以上、痛みはなるべく早く治療して慢性化させないこと、神経が障害されて生じる痛みには、専門的な治療が必要なことを述べました。痛みは利用者のQOLを下げます。“訴えの多い困った人”で片付けないで、適切な治療に結びつけましょう。

専門的な知識を身につけたい方には、後藤文夫著『神経障害性疼痛の緩和術』(真興交易)をお奨めします。

廃用による痛みの悪循環

もう1つ、私の体験です。医学生の際にバスケットボール部で膝を酷使しました。全速力での疾走から急停止したり、進路を直進から90度変更したりと、膝

に大きな負担のかかるスポーツでした。その後、標高差1000m以上の山を登ると、下りで左膝に激痛を生じて杖なしでは歩けなくなることがたびたびありました。そして、60歳を超えると、たいした歩行でもないので左膝の痛みと炎症が起り、1年続いてよくなりました。そして、またこの左膝の痛みが再燃しています。

症状からは、膝関節の中で上下の骨に挟まれている軟骨(半月板)がひび割れて欠けらができて、それが炎症を引き起こしているようです。

この膝の痛み、痛いからと動かさないでいてもよくなりません。むしろ痛みを感じない程度に関節を動かしていると、痛みがよくなります。膝が痛いから動かさない、運動できないから筋力が衰えていく、膝の支持性が悪くなっていくという悪循環が膝痛を悪化させるようです。

太ももの大腿四頭筋など膝を外から支える筋力がしっかりしていると、膝がぐらつかず軟骨に余分な力がかからないのですが、この筋力が低下すると軟骨に余計な力がかかり、ひび割れを加速します。痛みがあっても、軽い筋トレや膝を動かすことが必須だと痛感しています。

関節は動かすからこそ関節です。動かさないでいると、動く範囲はどんどん狭くなっていくだけでなく、動かさないことが膝の炎症を悪化させる要因にもなります。使わない機能は不要だから失われるという廃用の仕組みが身体の基本です。あるテレビ番組で、私より高齢の空手の師範が、対戦者の頭の上に置いたリングを蹴り落とすのを見ながら、何歳になっても使えば伸びると実感し、自分の廃用を反省しました。

☆

痛みはさまざまな要因で生じますが、痛み自体が廃用を引き起こす悪循環を生じ、さらなる痛みや身体機能の低下そして認知症の進行加速やせん妄の誘発に結びついていきます。痛みの表現が苦手になった認知症の人の痛みにも早く気づいて対応することがケアスタッフに求められます。



やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学び、神経内科専門医・リハビリテーション専門医・認知症専門医となった。群馬大学大学院保健学研究科教授を退官し、2016年10月から認知症介護研究・研修東京センター長。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント』、『認知症予防』、『紙とペンでできる認知症診療術』(いずれも協同医書出版)、など。日本認知症学会副理事長。ぐんま認知症アカデミー代表幹事。