

慢性痛  
急性痛

香曾我部義則先生の今月のカルテ

vol.92

# ペインクリニックの現場から

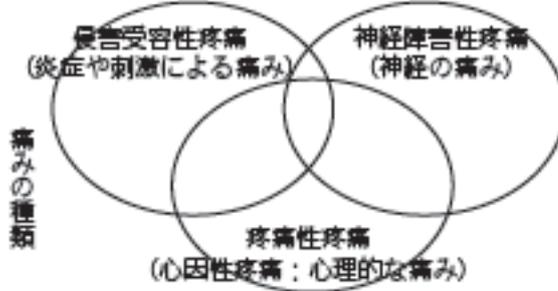
梶木病院麻酔科・ペインクリニック科の香曾我部義則先生と藤井洋泉先生が、痛みの治療や緩和についての情報を届けてくれる「ペインクリニックの現場から」。前回に続き、香曾我部先生が、痛みに対する正しい理解と知識について話をします。



■プロフィール こうそがべ・よしのり  
昭和54年に岡山大学医学部卒業後、同大学麻酔科・蘇生科講師、岡山労災病院麻酔科第一部長に。平成16年から現職。日本麻酔学会指導医。日本ペインクリニック学会認定医。現在日本麻酔学会、日本ペインクリニック学会、日本慢性疼痛学会、国際疼痛学会などに所属

痛みは、持続時間、発症機序、発生部位などから分類します。時間の経過から急性痛と慢性痛に分け、両者が合わさった部分は、混合性疼(こま)痛と言います。急性痛は危険信号と

しかしこれらの分類はあいまいな点があり、重複して存在するため、病態に応じた治療を選択することが大切です。急性痛は侵害刺激に伴う痛みです。やけどやけがなど、侵害刺激(熱刺激、冷刺激、機械的刺激、化学的刺激)によって組織に刺激が加わるとフラジキニンを代表とする発痛物質が生じます。発痛物質は、神経終末にある侵害受容器を刺激し、侵害受容器は刺激を受け神経線維に脱分極が起こります。ある閾(いき)値に達すると活動電位が発生し、神経線維に伝わりま



す。神経線維は2種類あり、1つは皮膚を切った時に感じる鋭い痛み(二次痛)に関与する線維(Aβ線維)、もう1つは鋭い痛み後に余韻のように感じるような鈍い痛み(二次痛)に関与する神経線維(C線維)です。その後、活動電位は脊髄(せきすい)後角に達した後(二次侵害受容ニューロン)、脊髄視床路を上行し、視床に達します(二次侵害受容ニューロン)。さらに活動電位は視床から大脳の体性感覚野(大脳皮質)に伝わり痛みを認識します(三次侵害受容ニューロン)。危険信号としての痛みは反射的逃避行動に結びつき(熱いと感じれば手を素早く引くなど)、痛みは生体防御の大切な

分類が難しい痛みは、病態に応じた治療の選択が肝心  
急性痛は原因が治れば痛みも消失、長引くと慢性痛への移行も

93(3)3355号

先生です。☎086(2

◇お答えは、梶木病院

(北区西花尻)の香曾我部