身体の痛みと社会の痛み

苫小牧市医師会
苫小牧東病院
浅野　真（あさの　まこと）

「新春随想」の原稿依頼をいただき、何について書こうかと考えた時、自分が目前の問題ばかりに取り組んで、物事を深く考えることの少ない毎日を送っていることを痛感した。この場で最近感じていることを整理してみたい。

私は、麻酔科で35年間、緩和ケアで11年間働いてきたが、最も重要なテーマは「痛み」を中心とした病態生理学である。私が医師になった1978年にモルヒネをがん患者のくも膜下腔に投与して疼痛が和らいだという症例報告があり、とても衝撃的であったことを覚えている。1980年代に入り開腹術や開胸術は術中に硬膜外麻酔と全身麻酔を併用し、術後は局所麻酔薬とフェンタニルを併用した方法でほぼ完全に痛みのない麻酔管理ができたように感じた。全身麻酔薬や筋弛緩薬も作用時間の短い薬剤が導入され、経食道心エコーやビデオ喉頭鏡の導入により麻酔管理はかなり安全かつ容易になった。このような技術的な進歩は例えば盲目的経鼻挿管のようなアートとしての技量の必要性を激減させてしまった。私は、医師の仕事ではアートとしての部分も含めた知識・経験・能力を試されることが最大の魅力であると感じていた。

私の居住する医療圏には緩和ケア病床がなかったこともあり、60歳を機会に麻酔科で得た知見を緩和ケアで生かす道を選択した。確かに神経ブロックやカテーテル挿入のような手技的な面では麻酔科の経験は役に立ったが、痛みの治療では予想外に苦戦を強いられている。麻酔科出身の私にとって最初は、オピオイドと局所麻酔薬を硬膜外腔やくも膜下腔に投与すればほとんど全ての痛みは解消されると思っていたが、現実はそう甘くはなかった。確かに、そのような手技で痛みが軽減する患者もいるが、中にはほとんど期待した効果を得ることのできない患者も存在することも分かった。

現在はPubMedなどのインターネットの文献検索を使えば、図書館に行かなくても多くの無料の文献を入手できる。痛みは侵害刺激が一次求心線維の侵害受容器を刺激して活動電位を起こし、脊髄後角で二次ニューロンに伝達され、さらに視床を経由して大脳皮質感覚野で知覚され、大脳辺縁系で評価されることはどんな教科書にも書いてある。しかし、痛み感覚はこれらのニューロンのみに起因するものではなく、ニューロインフラメーションを起こすミクログリアやアストロサイトを含む免疫細胞が末梢の侵害受容や脊髄および下行性疼痛制御系をコントロールする脳幹に影響を与えている。痛みは苦痛の代表であるが、それまでの体験と記憶に基づいた大脳辺縁系の働きによって快・不快が識別され、個体の生存に有利に働くものを快として記憶される。このような反応は遺伝情報として生物全体に保存されたものであり、行動パターンはネズミもヒトも同じである。

結局、痛みの苦痛も他の種類の苦痛やそれらに対する反応は統合された脳のニューロンの活動で生じ、それは遺伝子の働きと利益・不利益の学習体験により決まるようだ。これは生理学的な面だけでなく、個人や集団の行動原理にもなっているように思える。

人類は歴史と共に愚かな戦争（社会の苦痛）を繰り返している。毎日のように、日本を含め、世界中の悲惨な戦争や社会・経済における愚かなできことが報道されている。個人の利益・不利益と社会（権力者）の利益・不利益が一致しないことがこれらの原因である。これは普遍的なことと思われるが、もしそうであればあらゆる階層間における闘争（含。戦争）は繰り返し起こることになる。

がんの痛みは完全に取り去ることはできない。厳しい抗がん治療は副作用によって生命を短縮させる。がんの痛みと共存することがかえって余命を長くする手段となる。人間の行動原理は欲であり、それは「色・金・名誉」であると学生の時に精神科の講義で習った。これらを求めることは個体の生存には有利に働くが、他の個体には有害なものとなり得る。がん細胞の特徴と似ている。がん細胞は常に出現しているが、免疫がその増殖を制御している。

われわれの社会にはもっとコントロールされた免疫力が必要なのだと感じる。次の辰年が来るまで、身体的・精神的免疫力を維持しながら医師としてもうひと踏ん張りしたいものである。