

頸髄症患者における自覚症状とうつ状態に関する一考察

山口 容子¹⁾, 野上 睦美²⁾, 西谷 美幸¹⁾
安田 剛敏³⁾, 関 庄二³⁾, 金森 昌彦⁴⁾

- 1) 富山大学大学院医学薬学研究部基礎看護学 (1)
- 2) 富山大学大学院医学薬学研究部基礎看護学 (2)
- 3) 富山大学大学院医学薬学研究部整形外科・運動器科学
- 4) 富山大学大学院医学薬学研究部人間科学 (1)

要 旨

頸髄症患者における自覚症状とうつ状態との関連性を調べることを目的とした。対象は、26例の頸髄症患者（男15例，女11例，年齢66.2歳）である。疼痛に対する pain drawing chart, 30語テスト, visual analogue scale (VAS), および Self-Rating Questionnaire for Depression (東邦大式 SRQD スコア) について聴取し、麻痺・機能障害などを評価する日本整形外科学会頸髄症判定基準による Japanese Orthopaedic Association (JOA) スコアによる評価を行った。その結果、頸髄症に由来する痛み（4つのカテゴリーで表現される VAS およびそれらの合計点）の程度と SRQD による仮面うつ状態について相関関係があることがわかった（いずれも $r>0.50$ ）。しかし、他覚所見により判断される JOA スコアとの関連性はなかった。不定愁訴と混同しやすい頸髄症の痛みやしびれの症状に対して、VAS の分析結果を知ることによって、仮面うつ状態への移行が推測可能であることから、看護アセスメントの上でも役立つのではないかと考えられた。

キーワード

頸髄症, 自覚症状, うつ状態

はじめに

頸髄症の発症は加齢や靭帯骨化などによる脊柱管の器質的な変化が原因となることが多いが、経過の進行とともに自覚症状（疼痛、しびれ、麻痺など）が慢性化すると、なんらかの精神的背景または心因反応を伴っていることが多い^{1,2)}。症状の原因が椎間板ヘルニアや脊柱管狭窄症など脊柱の構造の変化³⁾に伴うものであったとしても、自覚症状が持続したり、繰り返されることによって、患者に過度の精神的ストレスを与え、疼痛を増強させていくことが指摘されている⁴⁾。しかし、自

覚症状に対する感受性には個人差があり、環境要因や心因性要素などが複雑に関与する^{5,6)}。これらの要素を明確に分析することは困難であるが、患者のうつの状態が持続することによって、生活の質 (quality of life: QOL) への支障が大きくなることが予想される。

そこで、本研究では頸髄症患者を対象として、自覚症状（疼痛、麻痺、機能障害）とうつ状態との関連性について、その一端を明らかにしたいと考えた。

対象および方法

200x年より4年間の期間の中で、富山大学附属病院整形外科外来にて、頸髄症による身体症状に対して治療通院中の患者のうち、アンケート調査への参加の同意を得て実施した26例を分析対象とした。このうち頸髄症に対する手術歴のある患者は17例であった。内訳は男15例、女11例、調査時平均年齢66.2±11.3歳(41～83歳)であった。病態は頸椎症性脊髄症12例、後縦靭帯骨化症6例、頸椎椎間板ヘルニア4例、頸髄損傷による後遺症2例、頸椎リウマチ1例、腫瘍による頸髄症1例であった。

調査項目は以下の6項目とした。

1) 疼痛・しびれの部位

pain drawing chartとして、Udenら⁷⁾の人体図を提示し、疼痛・しびれの部位を自記する方法とした。これを基にWiltseらの精神心理面の評価⁸⁾を行い、その点数基準(表1)を用いてスコアを算出した。

2) 疼痛・しびれの性質

佐藤らの30語テスト(表2)^{9,10)}を提示し、疼痛・しびれの性質を記載した30語の番号からpain drawing chartに記載された部位に患者自身が選択して自記する方法とした。

3) 疼痛・しびれの程度 (VAS: visual analogue scale)^{8,11)}

VASは0(痛みが全くない状態)～10(想像できる最も強い痛み)で表記したスケールを提示し、自記する方法とした。VASは日本整形外科学会の評価法¹²⁾に基づき、以下の①～④に示す4つのカテゴリーに分けて、それらの程度を聴取した。

- ①くびや肩の痛みやこりがある場合、その程度は?
- ②胸を締め付けられる様な感じがある場合、その程度は?
- ③腕や手に痛みやしびれがある場合、その程度は(両手にある場合はひどい方)?
- ④胸から足先にかけて痛みやしびれがある場合、その程度は?

4) 神経障害・機能障害の評価

日本整形外科学会頸髄症判定基準(改訂17点法, Japanese Orthopaedic Association: JOAスコア)¹³⁾を用いた(表3)。

5) 仮面うつ病の分析

Self-Rating Questionnaire for Depression(東邦大式SRQDスコア)¹⁴⁾を用いて自記する方法とした(表4)。この評価では高得点ほど仮面うつ状態であると判断され、最高点が36点となる。

表1 pain drawing chartの評価点数基準(Wiltse LLら)

| | スコア (点) |
|-----------------------------|------------|
| 1) 人形用紙のいろいろの部分に書き込む | 1 |
| 2) 非生理的な痛みのパターンを記載した時 | 1 |
| 3) 非生理的な知覚変化を記載した時 | 1 |
| 4) 痛みの性質が1種類以上にわたって記載された時 | 1 |
| 5) 痛みの領域が上半身と下半身を両方含んでいる時 | 1 |
| 6) 人形以外ところに記載してある場合 | 1 |
| 7) 指示された以外の記号が書かれている時 | 1 |
| 正常は1点, 5点以上は(精神身体的に)重症を示唆する | |

(文献8より引用)

統計学的手法として、3) と 4) の項目は SRQD との関連性を検討するためにスピアマンの順位相関係数 (r) を求めた。2 群間の相関の有無についてはその検定により、 $p < 0.05$ を有意差ありとして判断した。

6) 倫理的配慮について

対象患者に対して「調査研究のお願い」に関する依頼文書を作成し、文書と口頭で説明した。内容は、①調査の目的・内容・方法、②調査への参加は自由であり強制ではないこと、③調査参加への拒否権があること、④調査結果から個人は特定されないこと、⑤氏名や個人を特定する内容は公表しないこと、⑥データは研究以外で使用しない

こと、⑦調査結果は研究終了後にすべて破棄することであった。調査参加に対して、本研究への同意署名が得られた場合にのみ調査を実施した。

結 果

1) pain drawing chart と30語テストによる自覚症状の特徴について

頸髄症における症状として部位にかかわらず、「しびれたような」と表現されることが共通していた。部位別の特徴として、頸部症状では主として「おもくるしく感じる」、「つっぱるような」と表現され、体幹部では「つっぱるような」と表現されることが多い。また、手では「ピリピリする」、

表 2 30語テスト (佐藤ら)

下記の言葉の中に現在のあなたの痛みを表現する言葉がありますか、ありましたらその言葉の番号を、○でかこんでください。二つ以上に○をつけても結構です。

1. チクチクする
2. ピリピリする
3. ヒリヒリする
4. ズキズキする
5. ズキンズキンする
6. ガンガンする
7. シクシクする
8. キリキリする
9. キーンと走る
10. ジワーと広がる
11. ビーンとひびく
12. ジーンとする
13. 鋭い物の先でつつかれるような
14. 突きさされるような
15. さしこまれるような
16. 錐でもみこまれるような
17. 刃物で切られたような
18. のこぎりでひかれたような
19. しめつけられるような
20. つっぱるような
21. ひきちぎられるような
22. ひきさかれるような
23. うずくような
24. さわられると痛みそうな
25. にぶい
26. おもくるしく感じる
27. われるような
28. しびれたような
29. やきこがされるような
30. こおりつくような

(文献10より引用)

下肢では「つっぱるような」と表現されることが多かった。30語テストの中で一度も用いられなかった表現は「ズキズキする」「ヒリヒリする」,「ガンガンする」,「キーンと走る」,「突き刺されるような」,「錐でもみこまれるような」,「刃物できられたような」,「のこぎりでひかれたような」,「ひきちぎられるような」,「ひきさかれるような」,「われるような」,「やきこがされるような」,「こおりつくような」,の13語であり,残りの17語が自覚症状を説明する表現として用いられた(表5)。

また, pain drawing chart による精神心理面の評価は 0.54 ± 0.86 点であり, 最高点の症例でも3点であったため, この評価において身体的・精神的重症を示唆する症例はなかった。なお今回の分析で最高点(3点)を呈した症例は頤髄損傷後遺障害例(1例のみ)であった。

2) VASについて

①の「くびや肩の痛みやこりがある場合, その程度は?」の質問に対してVASは 4.3 ± 3.1 であ

表3 日本整形外科学会頤髄症判定基準(改訂17点法によるJOAスコア)

| | | | | |
|---------|-----------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 運動機能 | 上肢 | 手指 | 0 [不 能] | 自力では不能(箸, スプーン, フォーク, ボタンかけすべて不能) |
| | | 肩・肘機能 | 1 [高度 障害] | 箸, 書字, 不能, スプーン・フォーク辛うじて可能 |
| 知覚機能 | 上肢 | 2 [中等度障害] | 箸で大きな物のはつまめる, 書字, 辛うじて可能, 大きなボタンかけ可能 | |
| | | 3 [軽度 障害] | 箸, 書字ごちない, ワイシャツの袖のボタンかけ可能 | |
| | 4 [正 常] | 正常 | | |
| | 下肢 | 0 [不 能] | 三角筋または上腕二頭筋 ≤ 2 | |
| | | (0.5) | " =3 | |
| | | 1 [高度 障害] | " =4) | |
| | | (1.5) | " =5 | |
| | | 2 [中等度障害] | 独立, 独歩不能 | |
| | | (2.5) | 立位は可能) | |
| | | 3 [軽度 障害] | 平地でも支持が必要 | |
| 4 [正 常] | | 平地では支持なしで歩けるが, 不安定) | | |
| 知覚機能 | 上肢 | 0 [高度 障害] | 知覚脱失(触覚, 痛覚) | |
| | | (0.5) | 5/10以下の鈍麻(触覚, 痛覚), 耐え難いほどの痛み, しびれ) | |
| | 体幹 | 1 [中等度障害] | 6/10以下の鈍麻(触覚, 痛覚), しびれ, 過敏 | |
| | | (1.5) | 軽いしびれのみ(知覚正常) | |
| | | 2 [正 常] | 正常 | |
| | | 0 [高度 障害] | 知覚脱失(触覚, 痛覚) | |
| 下肢 | (0.5) | 5/10以下の鈍麻(触覚, 痛覚), 耐え難いほどの痛み, しびれ) | | |
| | 1 [中等度障害] | 6/10以下の鈍麻(触覚, 痛覚), しびれ, 過敏 | | |
| | (1.5) | 軽いしびれのみ(知覚正常) | | |
| | 2 [正 常] | 正常 | | |
| 膀胱機能 | 0 [高度 障害] | 尿閉, 失禁 | | |
| | 1 [中等度障害] | 残尿感, 怒責, 尿切れ不良, 排尿時間延長, 尿もれ | | |
| | 2 [軽度 障害] | 開始遅延, 頻尿 | | |
| | 3 [正 常] | 正常 | | |

(文献14より引用)

り、②の「胸を締め付けられる様な感じがある場合、その程度は？」に対してVASは1.2±2.6、③の「腕や手に痛みやしびれがある場合、その程度は（両手にある場合はひどい方）？」に対してVASは3.8±3.3、④の「胸から足先にかけて痛みやしびれがある場合、その程度は？」に対してVASは2.6±3.3であった。4項目の中では②の「胸を締め付けられる様な感じがある場合、その程度は？」に対するVASが最も低く、頸髄症に

よって生じる程度やその頻度が少なかった。一方、①の「くびや肩の痛みやこりがある場合、その程度は？」と③の「腕や手に痛みやしびれがある場合、その程度は？」に対してのVASが高い値を示した。

3) 改訂17点法によるJOAスコアについて

JOAスコアの平均点は11.3±3.3点であった。最低が4点で、最高が16.5点となり、頸髄症の程

表4 Self-Rating Questionnaire for Depression (東邦大式SRQDスコア)

| |
|-----------------------------|
| 1. 身体がだるくて疲れやすいですか |
| 2. 騒音が気になりますか |
| 3. 最近気が沈んだり気が重くなることがありますか |
| 4. 音楽を聞いて楽しいですか |
| 5. 朝のうち特に無気力ですか |
| 6. 議論に熱中できますか |
| 7. くびすじや肩がこって仕方がないですか |
| 8. 頭痛持ちですか |
| 9. 眠れないで朝早く目覚めることがありますか |
| 10. 事故やけがをしやすいですか |
| 11. 食事がすすまず味がないですか |
| 12. テレビを見て楽しいですか |
| 13. 息が詰まって胸苦しくなることがありますか |
| 14. のどの奥に物がつかえている感じがしますか |
| 15. 自分の人生がつまらなく感じますか |
| 16. 仕事の能率があがらず何をするのもおっくうですか |
| 17. 以前にも現在と似た症状がありましたか |
| 18. 本来は仕事熱心で几帳面ですか |

(文献15より引用)

表5 頸髄症における自覚症状の部位とその性質について

| | 30語テストの結果 (カッコ内は患者数) |
|----|--|
| 頸部 | おもくろしく感じる (4), つっぱるような (3), しびれたような (3), ズキンズキンする (2), チクチクする (2), ジーンとする (2), ピリピリする (1), さしこまれるような (1), キリキリする (1), しめつけられるような (1), ビーンとひびく (1), 鋭い物の先でつかれるような (1) |
| 上肢 | しびれたような (3), チクチクする (1), ピリピリする (1), キリキリする (1), さしこまれるような (1), ジーンとする (1), ひきちぎられるような (1), うずくような (1), ジワーと広がる (1), おもくろしく感じる (1), つっぱるような (1) |
| 手 | しびれたような (7), ピリピリする (3), つっぱるような (2), チクチクする (2), ジーンとする (1), ズキンズキンする (1), ビーンとひびく (1), しめつけられるような (1), シクシクする (1), さしこまれるような (1), にぶい (1), おもくろしく感じる (1) |
| 体幹 | つっぱるような (3), しびれたような (3), しめつけられるような (2), ピリピリする (2), おもくろしく感じる (1), にぶい (1), チクチクする (1), ジーンとする (1), ズキンズキンする (1) |
| 下肢 | しびれたような (8), つっぱるような (3), しめつけられるような (2), にぶい (2), ピリピリする (1), おもくろしく感じる (1), ズキンズキンする (1), さわられると痛みそうな (1), シクシクする (1) |

度によってかなりばらつきがあった。

4) 東邦大式 SRQD スコアについて

SRQD の平均値は 8.2 ± 6.8 点であった。個別にみると16点以上の「うつ状態」と考えられるもの

表 6 VAS と SRQD との相関性

| | r 値 | p 値 |
|-------------|-------|------------|
| VAS①—SRQD | 0.628 | $p=0.0017$ |
| VAS②—SRQD | 0.742 | $p=0.0002$ |
| VAS③—SRQD | 0.529 | $p=0.0082$ |
| VAS④—SRQD | 0.637 | $p=0.0014$ |
| VAS 合計—SRQD | 0.695 | $p=0.0005$ |

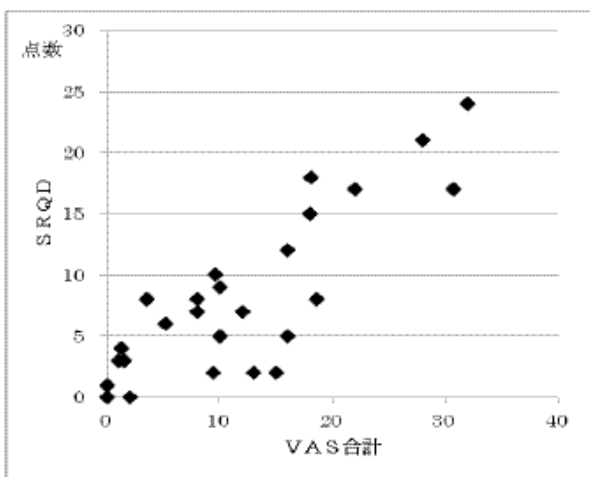


図 1 VAS の合計と SRQD との関連性 (n=26)
両者の間に相関関係 ($r=0.695$ 、 $p=0.0005$) を認めた。

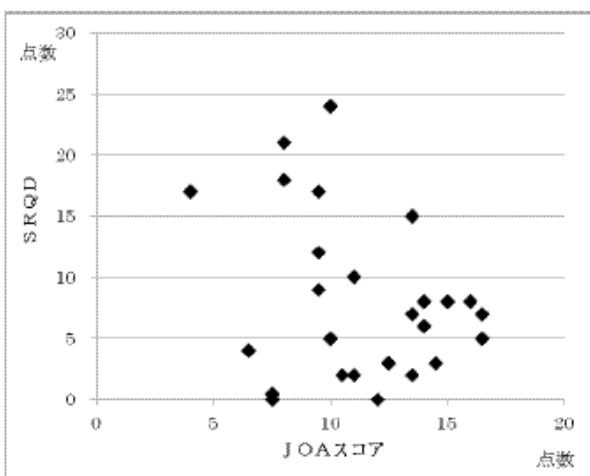


図 2 JOA スコアと SRQD との関連性 (n=26)
関連性は認められなかった。

が 5 例、10点～15点の「軽症のうつ状態が否定できない境界領域」が 3 例、正常が 18 例であった。20点以上の高得点を示した 2 例はいずれも頚髄症に対する手術直前の患者であった。

5) VAS と SRQD との関連性

VAS の検討は 4 つのカテゴリーで検討する他にも、その合計を算出し、5 項目について SRQD とのスピアマンの順位相関係数 (r) を求めた。その結果、いずれも $r > 0.5$ となり、頚髄症に伴う様々な痛みは仮面うつ状態と「相関関係がある」ことがわかった (表 6)。特に、最も相関関係が強かったのは「胸を締め付けられるような感じ」のカテゴリーであり ($r=0.742$)、「強い相関関係がある」と判断された。また 4 つのカテゴリーの VAS の合計と仮面うつ状態についても $r=0.695$ と高値であった (図 1)。

6) JOA スコアと SRQD との関連性

JOA スコアと SRQD との相関はなかった ($r=-0.131$) (図 2)。

考 察

痛みには感覚と情動という側面があり、侵害性疼痛、神経因性疼痛、心因性疼痛に分類される。慢性疼痛では心因反応の関与が大きくなり¹⁵⁾、うつの状態は持続性身体表現性疼痛障害 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10: ICD-10)¹⁶⁾に分類される疼痛を生じる。頚髄症の病態としては病理組織学的な因子、静的因子、動的因子などが挙げられるが¹⁷⁾、実際には循環障害因子や精神的荷重など複雑な要因があり、個々の病態変化を自覚症状に対応させて分析することは難しい。また、いわゆる「肩こり」や「しびれ」などの不定愁訴が頚髄症の症状と類似することもよく経験される。

そこで、愁訴となる痛みの性状や程度について分析したいと考えた。先行研究において、佐藤ら⁹⁾は McGill-Melzac Pain Questionnaire (MPQ) を基に職業性頸肩腕痛を 25 語で表現することを考

えたが、後に5語が加えられ、30語テスト¹⁰⁾として使用されるようになった。本研究ではこれを用いたが、その結果、30語テストの中で使用されなかった13の言葉は頸髄症に特徴的な表現にはなりにくい可能性が示唆された。しかし、今回の調査では少数例の検討であるため、さらなる継続調査の必要がある。

本調査の結果からは頸髄症に由来する様々な痛みの程度（VASで表現される4つのカテゴリーおよびそれらの合計）とSRQDについて相関関係があることがわかった。これらのうち最も相関関係が高かったのは②の「胸を締め付けられるような感じ」のカテゴリーであった（ $r=0.741$ ）。理由としては、この項目が体幹部の症状を中心に問いかけており、他の3つが末梢部分を含めているため少し異なっていることが挙げられる。すなわち胸部症状が中心であることで、より精神的背景に与える影響が大きかったのではないかと推測した。

SRQDは元来、仮面うつ病のスクリーニングテストである。仮面うつ病とは1958年にKralが提唱した概念¹⁸⁾で、抑うつとしての精神症状が背後に隠されていて、身体症状が前景に立つ状態を指している。そのため不定愁訴との鑑別という点においてもSRQDは有効な手段とされてきた。本研究ではこれを頸髄症に伴う仮面うつ状態を把握するために用いたが、「VASの合計が高いほど仮面うつ状態である」という結果であった。一時点での調査であるため両者の因果関係は不明であるが、痛みは人間の感じる感覚の中で最も慣れない感覚であることから、両者が呼応しているという仮説を立てたとしても矛盾は生じない。すなわち、少しでも患者の痛みを軽減することが精神的に安定な状態を招くし、そのことが同様に痛みを軽減する方向に働くものと考えられる。このことは、いわゆるpreemptive analgesia¹⁹⁾の概念を支持するものであり、痛みを過度に我慢することで、却って仮面うつ状態になりやすいことを示唆している。しかし、pain drawing chartによる精神心理面の評価⁸⁾では、心因性反応を捉えることはできなかった。

一方、JOAスコアとSRQDの相関関係はなかつ

たが、JOAスコアは神経学的所見や機能障害などの他覚的症状を反映するものであるため、疼痛やしびれなどの自覚症状を対象としたVASと比較した場合、仮面うつ状態との関連性が見いだせなかったものと考えた。しかし、今回の対象者には完全麻痺例など高度の機能障害を持った患者が含まれておらず、対象集団に偏りがあったことも指摘できる。

先行研究における、「腰椎手術を契機に変化する身体症状と精神的背景の関連性」についての報告²⁰⁾では、腰椎手術は術前症状を軽減させるだけではなく、精神的背景としての状態不安のみならず、特性不安をも改善させうることから、器質的な痛みが精神的荷重による不定愁訴に移行しない対策が必要であるとしている。このことは頸髄症に由来する症状においても同様であると考えられ、神経学的所見や機能障害など他覚的所見にとらわれ過ぎず、自覚症状を中心にして患者の全体像の把握すべきであることが示唆される。

近年は脊椎疾患のアウトカム研究として患者立脚型の尺度が推奨されている²¹⁾が、不定愁訴と混同しやすい頸髄症に由来する痛みやしびれの症状に対して、30語テストやVASなどで自覚症状をより細かく分析することも必要ではないかと考えられた。今回の研究から痛みの分析を行うことで、仮面うつ状態の推測も可能であることから、看護アセスメントの上でも役立つのではないかと考えられた。

結 語

本調査から頸髄症に由来する痛みの程度と仮面うつ状態について関連性があることがわかった。

謝 辞

本研究を施行するにあたり、ご協力いただきました富山大学附属病院整形外科の川口善治診療教授、鈴木賀代医員ほか脊椎外科グループの皆様ならびにデータ整理に御助力いただいた岩井昭子さんに深謝申し上げます。

文 献

- 1) 笠井裕一, 竹上謙次, 内田淳正: 脊椎疾患の手術患者における神経症的傾向. 整形外科 54: 329-331, 2003.
- 2) 笠井裕一, 松村好博, 明田浩司ほか: 整形外科疾患の患者における慢性疼痛. 臨整外 42: 519-522, 2007.
- 3) 菊池臣一, 馬場久敏, 田口敏彦: 胸椎, 腰椎. pp.471-492, 標準整形外科学 (第10版), 医学書院, 東京, 2008.
- 4) 金森昌彦: 慢性疼痛の捉え方—腰痛治療から見えてきたもの—. 心身健康科学 4: 18-25, 2008.
- 5) 五木寛之: ころろ・と・からだ. pp.41-53, 講談社, 東京, 2005.
- 6) 金森昌彦: 運動器人間科学入門—よりよく生きるための「からだ」「ころろ」の調和. pp. 60-73, 新生出版, 東京, 2009.
- 7) Uden A, Åsröm M, Bergenudd H: Pain drawing in chronic back pain. Spine 13: 389-392, 1988.
- 8) 辻 陽雄: 基本腰椎外科手術書 (改訂第3版). pp.407-429, 南江堂, 東京, 1996.
- 9) Satow A, Nakatani K, Taniguchi S: Analysis of perceptual characteristics of pain describing in words caused by occupational cervicobrachial disorder and similar disease. Jpn Psychol Res 30: 132-143, 1988.
- 10) 玉川進, 浜田一郎, 小川秀道: 痛みの表現用語30語リストの適応と限界. ペインクリニック 15: 57-62, 1994.
- 11) Huskisson EC: Measurement of pain. Lancet 2:1127-1131, 1974.
- 12) 日本整形外科学会・日本脊椎脊髄病学会診断基準評価等委員会 (編): JOABPEQ/JOACMEQ マニュアル. 南講堂, 2012
- 13) 平林洵: 日本整形外科学会頸髄症治療成績判定基準. 日整会誌 68: 490-503, 1994.
- 14) 阿部達夫, 筒井末春, 難波経彦ほか: Masked depression (仮面うつ病) の Screening test としての質問表 (SRQ-D) について. 精身医 12: 243-247, 1972.
- 15) 山下敏勝: 痛みのメカニズム. 整形外科 54: 1325-1333, 2003.
- 16) 融道男, 中根充文, 小宮山実ほか監訳: ICD-10 精神および行動の障害. 臨床記述と診断ガイドライン. pp.176-179, 医学書院, 東京, 1993.
- 17) 田口敏彦: 頸椎症性脊髄症の病態生理. 脊椎脊髄 27: 281-286, 2014.
- 18) Kral VA: Masked depression in middle aged men. Canad Med Asso J 79: 1-5, 1958.
- 19) Katz J, Kavanagh BP, Sandler AN, et al: Preemptive analgesia; clinical evidence of neuropathy contributing to postoperative pain. Anesthesiology 77: 439-466, 1992.
- 20) 金森昌彦, 安田剛敏, 鈴木賀代ほか: 腰椎手術患者における精神的背景の分析. 整形外科61: 1261-1268, 2010.
- 21) 竹下克志: 脊椎疾患のアウトカム研究. 脊椎脊髄 27: 275-280, 2014.

The analysis of between subjective symptom and depression in the patients with cervical myelopathy

Yoko YAMAGUCHI¹⁾, Mutsumi NOGAMI²⁾, Miyuki NISHITANI¹⁾
Taketoshi YASUDA³⁾, Shoji SEKI³⁾, Masahiko KANAMORI⁴⁾

- 1) Department of Fundamental Nursing (1), Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama
- 2) Department of Fundamental Nursing (2), Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama
- 3) Department of Orthopaedics, University of Toyama
- 4) Human Science (1), Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

Abstract

We investigated the relationship between the subjective symptom and the status of depression for the 26 patients with cervical myelopathy (male: 15, female: 11). Pain drawing chart, 30-verbal test, visual analogue scale (VAS), the evaluation of the masked depression (Self-Rating Questionnaire for Depression: SRQD) and the Japanese Orthopaedic Association (JOA) score were evaluated. As a result, the total pain score (VAS) by 4-subscale categorization, and the evaluation of the SRQD had a statistical correlation. But, SRQD was no relationship with JOA score. The cervical symptoms are similar to the indefinite symptom, and might be mixed up. Therefore, detail analysis of VAS is meaningful to diagnose the possibility to the psychological overlay towards the masked depression, and useful on the nursing physical assessment.

Key words

cervical myelopathy, subjective symptom, depression

