

HSK

なんれん

*****臨時号*****

昭和48年1月13日

第三種郵便物認可

HSK 通巻399号

発行 2005年6月10日

毎月10日発行 1部100円

編集 (財)北海道難病連

発行 北海道身体障害者団体

定期刊行物協会

<線維筋痛症友の会 北海道支部 No.2>



8/7全道集会分科会(総会・交流会)を
開催するのでご参加下さい。

友の会会員の皆様へ

今年はどうした訳か4月、5月は気温が少しも上がりませんでした。
6月になって、初夏のようになり、北海道で一番良い季節になりました。
た。

北海道支部が出来て、1年あまりになります。去年は医療講演など、
会員以外の方と話が出来て、大変良かったと思います。

これも、難病連の協力があつたお陰と、思います。

難病連の理事会で加盟を認めて頂き、難病連の一員となる事が出来
ました。又、各部会、理事、皆さんには、請願書の署名に協力をし
て頂き、お礼を申し上げます。

会員の皆さんには、初めての難病連全道集会となると思います。

時間と体調が良ければ、家族の方と、一緒に日本ハムファイターズ
を、応援する集会に参加して下さる事を、お願いします。

代表 横山 敏男

線維筋痛症ニュース

浦野先生のホームページより

2005 年 **NEW**

血清反応陰性脊椎関節炎と線維筋痛症

血清反応陰性脊椎関節炎（以下、脊椎関節炎と略）とは脊椎、仙腸関節、四肢の関節をおかす慢性炎症性疾患です。整形外科医あるいはリウマチ専門医には強直性脊椎炎という名前で昔から知られています。現在、強直性脊椎炎という語はこの病気を適切に表現していないと考える研究者も多く、強直性脊椎炎という言葉は以前ほど頻繁には使われなくなりました。また、血清反応陰性という意味はリウマトイド因子が陰性であることを示しています。しかし、リウマトイド因子が陽性の患者さんも少数ですが、受診されています。私の経験では昭和60年頃からずっと治療している患者さんで A さんという方がいます。この方はリウマトイド因子がいつも陽性です。私は A さんを関節リウマチとしては変だと思いながら数年前まで治療していました。数年前にようやくこの病気だということに気づきました。

患者さんは項部痛、背部痛、腰痛、臀部痛、下肢の疼痛を訴えることが多く、痛みの訴え方は線維筋痛症とよく似ています。関節が腫れる場合は下肢の関節が多いのですが、時には手指も腫れることがあります。脊椎関節炎のアモールの診断基準にもありますが、指がソーセージのように太く腫れることもあります。時には指の第1関節が腫れて、ヘバーデン結節と見分けが難しいこともあります。また、第2関節の腫れの場合は関節リウマチと紛らわしいのですが、ブシャール結節のように硬い腫れがみられます。両手指が罹患して、関節リウマチのように紡錘形に腫れることはありません。

赤沈あるいは CRP などが病気の勢いを示さないこともあります。関節リウマチではほとんどの患者さんでこれらが基準値を超えて、高い値を示しますが、この病気の場合、関節が腫れているのに赤沈や CRP が全く亢進しなかったり、一方、全く腫れないのに CRP が異常に高い場合があります。この理由はまだ解明されていません。

脊椎関節炎で初めに炎症を起こす場所は、腱や靱帯が骨へ付く場所、すなわち付着部です。この部位の炎症を付着部炎といいます。全身広範囲に痛みを訴えている患者さんを診察しますと、四肢や体幹の多くの付着部に圧痛がみられることがあります。靱帯あるいは腱の付着部が炎症を起こしているのです。このような多発性付着部炎が著しい患者さんは、線維筋痛症の圧痛点が陽性に出ることが多く、関節の腫れがみられない場合は線維筋痛症と診断されているケースが多いと思います。また、関節が腫れる場合は関節リウマチ、あるいは、関節リウマチの疑いとされている場合が多いのではないのでしょうか。

レントゲンやCTなどの画像所見ではどうかと言いますと、通常のレントゲン写真では脊椎の靱帯棘（syndesmophyte）、あるいは椎間関節の癒合、仙腸関節の不整、硬化などがみられます。踵骨棘や膝蓋骨骨棘などもこれに関連したものと言われています。昔から多くの医師が強直性脊椎炎の典型的レントゲン所見として認識していた「竹の節変形」（bamboo spine）は非常に稀です。逆にそのために診断されにくいといえます。では診断がそんなに難しいのかという疑問が湧いてくるとは思いますが、脊椎の可動性（ショーバーテスト）、多発性付着部炎、そして、レントゲン所見から異常を見極めれば難しいとは思いません。

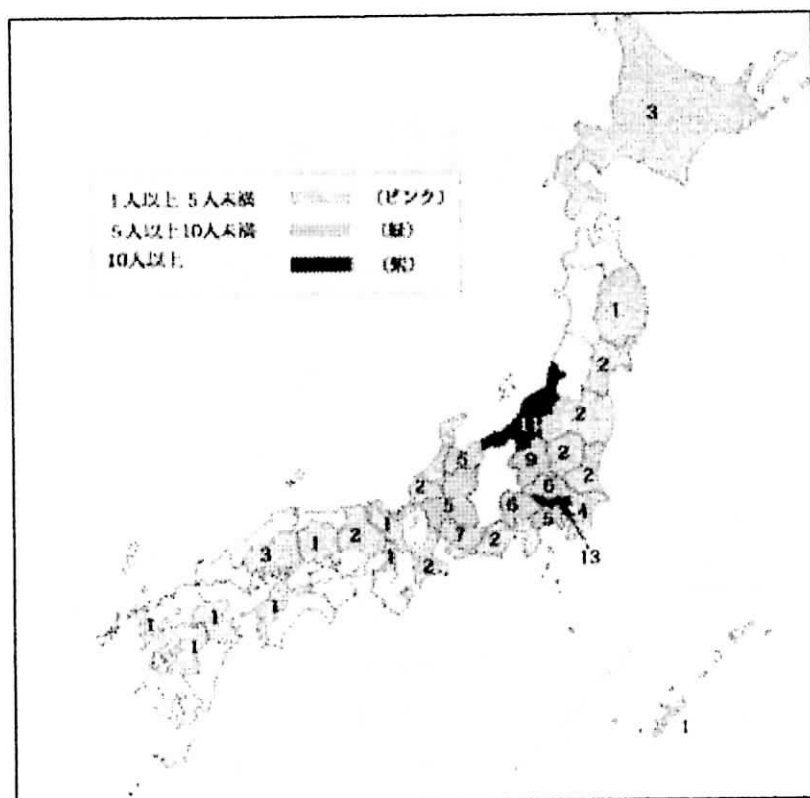
脊椎関節炎の中にはどのようなものがあるかといいますと、乾癬性関節炎、掌蹠膿疱症性骨関節炎、腸炎性関節炎、ライター症候群、ブドウ膜炎由来の関節炎、反応性関節炎などがあります。最近、奈美悦子さんが掌蹠膿疱症性骨関節炎で苦労されたと報道されましたね。このように皮膚病などがあると気づかれますが、実際には皮膚病や腸疾患など何もない患者さんが多いのです。これを分類不能の脊椎関節炎と呼ぶ研究者も多いと思います。しかし、“分類不能”というにはあまりにも患者さんの数が多すぎると思います。

さて、どのくらいの患者さんがいるかというですね、WHOのメンバーが中国で行った調査があるので、そこから引用しましょう。最近、出版されたリウマチ入門第12版（発行：萬有製薬、編集：日本リウマチ学会）にこの一部が出ています。血清反応陰性脊椎関節症の疫学の項目に強直性脊椎炎のアジア人の有病率（0.26%）は白人とほぼ同等という記載があります。この数字は関節リウマチの半分の有病率ということになりますね。この本の強直性脊椎炎の項目を見ますと、臨床像では靱帯付着部炎と仙腸関節炎が詳しく書かれています。また、強直性脊椎炎の鑑別診断では線維筋痛症が上の方に上げられています。線維筋痛症の治療だけでは症状がよくならない場合はこの問題も考えてみる必要があると思います。

線維筋痛症を心配されて昨年夏までの4年間（2000年7月～2004年8月）に、長野県以外から当科を受診された方は約100名いらっしゃいます。長野県内からはその数倍です。長野県以外から訪れる遠来の疼痛患者さんの大部分はこの多発性付着部炎を合併しています。受診患者さんの分布地図をお見せしましょう。長野県内の方は線維筋痛症単独という患者さんが多いように思います。線維筋痛症単独の場合より、脊椎関節炎がもとにある方の方が症状も強く、時には障害が進むためでしょう。

（しばらく脊椎関節炎の内容を続けます）

2000年7月～2004年8月の4年間に
長野県以外から当科を受診された方の分布図



特集

線維筋痛症

序

これまで原因不明の全身性の痛みに苦しんできた患者にとって、その症状を理解するうえできわめて重要な病名として線維筋痛症 (fibromyalgia) が知られるようになりました。線維筋痛症は1990年のアメリカリウマチ学会でその診断基準となる定義が発表されて以来、世界的な規模で疫学調査が進められ、その存在は諸外国ではすでに広く認知されているものです。昨年 (2004年) の7月にドイツのミュンヘンで開催された国際筋痛学会においても線維筋痛症に関する数多くの研究報告があり、その病因や治療法について検討が進められているところです。

我が国においても、近年ようやく線維筋痛症の存在が注目されるようになり、今回執筆頂いた浦野先生らを中心にして本格的な疫学調査が始められました。我が国において線維筋痛症の研究が立ち後れた理由はいくつか考えられます。そのひとつが、1990年に提案された診断基準となる定義があまりにも慢性化した全身性の圧痛の存在に焦点をあてていたため、実際の患者の訴える症状との乖離が大きく確定診断に至らなかったと思われます。その後、線維筋痛症の特徴として、圧痛点ばかりではなく各種の自律神経系の機能障害、内分泌系の異常、疲労感あるいは睡眠障害といった多面的な症状が随伴していることが理解され、そこでようやく患者の訴えや諸症状と線維筋痛症との関連性が明らかに

なり、数多くの患者が線維筋痛症として認知されてきたと言えます。

線維筋痛症に関してはその機序に不明な点が多く、その治療法に関してもまだ確定的なものはないのが現状ですが、現時点でのさまざまな知見を整理することは線維筋痛症で悩む患者やその治療に取り組まれている医療従事者にとって有意義であると考えて特集を企画したものです。

本特集では、厚生労働省の線維筋痛症の研究班の一員として、また線維筋痛症友の会の顧問として、患者とともにその研究と啓蒙と治療にあたられている浦野房三先生に、線維筋痛症の症状とその治療の現状について解説をお願いしました。また、松本美富士先生には、線維筋痛症に対する鍼治療の臨床成績と、厚生労働省の研究班の活動内容について紹介していただきました。伊藤和憲先生には、線維筋痛症の患者に対する鍼通電治療の現状とその有効性について紹介してもらいました。

線維筋痛症の治療方法についてはまだ決め手を欠いているのが現状ですが、今回の報告にあるように鍼灸治療の有効性が示されていることから、鍼灸治療が線維筋痛症の臨床における選択肢となるようにさらに強いエビデンスを作ることが急務と思われます。

明治鍼灸大学生理学教室 川喜田健司

特集・線維筋痛症①

線維筋痛症の症状と治療

長野県厚生連篠ノ井総合病院

リウマチ膠原病センター・リウマチ科 浦野房三

浦野房三 (うらの ふさぞう)

1950年、長野県生まれ。1976年、和歌山県立医科大学卒業後、信州大学医学部付属病院整形外科教室入局。佐久総合病院、諏訪赤十字病院への出向などを経て、1980年、信州大学医学部付属病院整形外科勤務。1982年、長野県厚生連篠ノ井総合病院整形外科医長。1991年、日本リウマチ財団派遣医として米国ケース・ウェスタン・リザーブ大学リウマチ科に留学。1993年、信州大学医学部整形外科委嘱講師（非常勤）。1996年、篠ノ井総合病院リウマチ膠原病センター・リウマチ科医長。現在、同リウマチ科主任医長、厚生省および日本リウマチ財団線維筋痛症調査研究会班員、線維筋痛症友の会顧問、日本リウマチ学会（評議員、指導医、専門医、登録医）、日本整形外科学会（専門医）。



はじめに

線維筋痛症は全身広範囲に疼痛が出現し、時には激痛のあまり、著しくQOLが低下することがある。日本では最近まで疾患としての市民権がなく、患者たちは自分の疼痛に対して診断名もなく、長くつらい日々を送っていた。最近、ようやくマスメディアでも取り上げられ、医療関係者の注目を浴びるようになってきた。しかし、原因不明の疼痛性疾患が根拠もなく線維筋痛症とされ、ゴミ箱のような疾患概念として扱われることは避けなければならない。今回、線維筋痛症の病態と治療について基本的なことを述べてみたい。

線維筋痛症の歴史

1904年にWilliam Gowersが発表した論文が結合織炎（線維筋痛症の旧病名）の最初の記述であると言われている¹⁾。日本では整形外科の教科書『神中整形外科』²⁾に結合織炎の記述があるが、それ以後の報告は最近まで待たねばならない。従来、結合織炎という病名が使われていたが、疼痛部位に炎症所見はないことから、線維筋痛症（正式には線維筋痛症候群）という病名になった。1990年にアメリカリウマチ学会で分類基準が発表され³⁾、以後、国際的にこの分類基準が使用されるようになった。最近、わが国でもリウマチ科医師の間で関心がもたれ、国内にも徐々に浸透してきている。

■ 病因や頻度など

原因はまだ解明されていないが、HPA-axis (視床下部-下垂体-副腎-軸) など神経・内分泌・免疫系の不調が考えられている。発病には、虐待、多数回の手術、度重なる外傷、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) など様々な背景因子が考えられている。欧米のリウマチ科ではよくある病気と考えられ、有病率は米国の調査では、女性で3.4%、男性で0.5%、人口の2%と言われている⁴⁾。日本における有病率は現在、厚生労働省の疫学調査班が調査中である。

■ 症 状

症状は大きく分けて2つの群に分かれる。四肢および体幹の疼痛からなる筋骨格症状と筋骨格外症状である。

筋骨格症状は整形外科的な症状であり、鍼灸、マッサージ、柔道整復、カイロプラクティックなどでも治療される症状といえる。疼痛は時にはある部分が強調され、腰が痛いとか、肘が痛いなどと訴える場合もあるが、過去からの症状をよく聞くと他の部位の痛みがある場合も多い。

広範囲の疼痛を経験すると患者は関節リウマチを心配して、病院や医院を受診するが多い。疼痛のレベルは関節リウマチと同等であり、類似の痛みを訴える。

筋骨格外症状では、内科的な症状のほか、精神症状、耳鼻咽喉科的症状、眼科的症状、消化器症状、婦人科症状、泌尿器科症状、リウマチ症状などがある。

内科的な症状では易疲労感、脱力感、倦怠感、精神症状では不眠、悪夢、不安感、憂鬱感、焦燥感、耳鼻咽喉科的症状では咽喉頭、舌など口腔内の異常感、口腔乾燥感、眼科的症状では眼

球乾燥感を訴えることがある。そのほか、消化器症状では下痢、便秘、腹痛、婦人科症状では、月経困難症、生理不順、月経前緊張症、泌尿器科症状では頻尿、膀胱炎症状がある。また、四肢のこわばり感、冷感、しびれ感、レイノー現象などのリウマチ症状もよく訴える。

四肢あるいは体幹痛以外の疼痛では、頭痛、顔面痛、外陰部痛なども随伴して訴えることがある。また、それらの症状が高度であると、患者は症状に関係した科を受診している。他の医療機関を受診したことがないかを問診することは大切である。

■ 検査所見

この病気が診断できる特別な検査はなく、レントゲン写真、CTスキャン (コンピューター断層撮影) あるいはMRI (磁気共鳴画像) でもこの病気特有の異常所見は見出せていない。血液・尿検査でも他の疾患と判別できる検査はない。しかし、関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、シェーグレン症候群、あるいは、強皮症などの結合組織病に似た症状を訴えることが多く、結合組織病に関係した検査は必要である。

■ 診 断

1990年のアメリカリウマチ学会分類基準を参考に診断されることが多い (別表)。この分類基準は2つの項目から成り立っている。まず1つ目は全身広範囲の疼痛の定義である。両上肢、両下肢、体幹の疼痛の定義があり、これらの部位すべてに疼痛がみられることと定義されている。実際には、この定義のように常にすべてに疼痛があると訴える患者は多くはない。運用面では100%の患者にあてはまるとは言いがたい。

別表 線維筋痛症の分類基準

（アメリカリウマチ学会分類基準1990年）

①「広範囲の疼痛」の既往がある。

定義：疼痛は以下のすべてが存在するときに「広範囲の疼痛」とされる。

身体左側の疼痛、身体右側の疼痛、腰から上の疼痛、腰から下の疼痛、さらに体幹中心部痛（頸椎、前胸部、胸椎、腰椎のいずれかの痛み）が存在する。

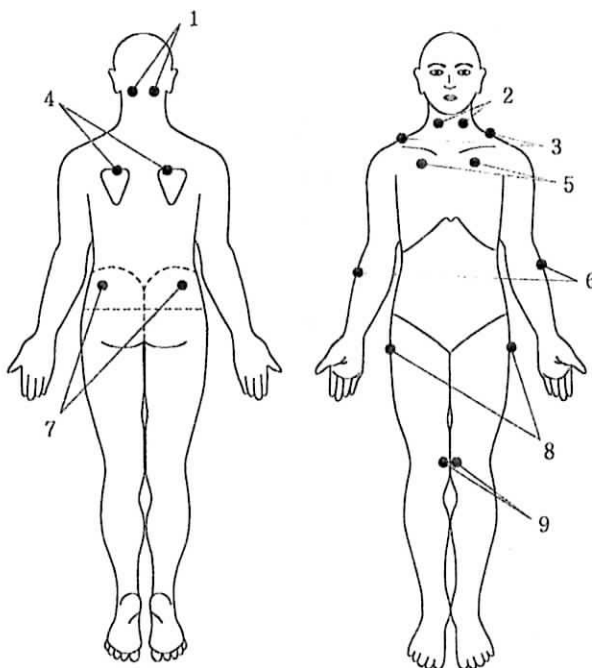
②手指による触診で下図に示した18カ所の圧痛点のうち11カ所以上に圧痛を認める。

定義：圧痛点部は両側に対称性に存在し、合計18カ所となる。

触診は約4 kgの強さで行う。

患者の触診に際し、「痛くない」、「すこし痛い」、「中くらい痛い」および「とても痛い」に分けて問い、「すこし痛い」以上であれば圧痛点ありとする。

患者が上記①と②の両方の基準を満たすとき線維筋痛症と診断できる。なお、「広範囲の疼痛」は少なくとも3カ月持続する必要がある。



線維筋痛症における特徴的な圧痛点として提唱された18カ所の部位

1. 後頭部：後頭下筋の腱付着部
2. 下部頸椎：第5～第7頸椎間の前方
3. 僧帽筋：上縁の中央部
4. 棘上筋：起始部、内縁に近いところで肩甲骨棘部の上
5. 第2肋骨：第2肋骨—肋軟骨結合部、結合部のすぐ外側
6. 外側上顆：上顆から2 cm遠位
7. 殿部：殿部の4半上外側部
8. 大転子：転子突起の後部
9. 膝：内側やや上部のふっくらした部分

（日本リウマチ財団疫学調査の資料より）

広範囲、あるいは、多数の部位という解釈がなされることが多い。また、小児の場合、四肢あるいは体幹ではなく、腹痛などの訴えがあることも見逃すことはできない。

2番目の項目は特徴的な圧痛点である。定められた圧痛点は18カ所あり、これを4 kgの圧力で押すこととある。4 kgとは診察者の爪の先がやや白くなる程度である。線維筋痛症の初診患者は1 kgないし2 kgで疼痛を感じることが多い。疼痛のあまり飛び上がるような反応をする場合があり、ジャンピングサインと呼ばれている。

診察者が指で押す部位は分類基準に定められている。上から順に後頭部、僧帽筋、棘上筋、C5～C7の間の前方、第2肋骨の中央部、肘では外顆から遠位2 cm、上殿筋上部、大転子後方、膝関節上内側の左右合計18カ所である。このうち11カ所以上に指圧による疼痛を感じると線維筋痛症と診断される。通常、疼痛が発現しないコントロールのポイントと比較することも必要である。

治療

大きく分けると4つの方法が挙げられる。薬物療法、リハビリテーション、心理療法、そして代替療法である。一般に病院で行われるのは通常、薬物療法とリハビリテーションである。抗炎症剤と物理療法は線維筋痛症でなくとも通常よく行われている。薬物療法では抗炎症剤のほかに、精神安定剤あるいは抗うつ剤などを少量投与する方法が用いられる。

リハビリテーションの中でも運動療法は積極的に行うように患者を指導する。ウォーキング、体操、水泳、エアロビクス、ヨガ、太極拳などは線維筋痛症に効果が認められている。自発的に運動を行うことにより、症状が改善する。そ

のほか鍼灸、指圧、マッサージ、カイロプラクティックなども有効な場合がある。また、電気治療あるいは温熱療法も効果的である。しかし、これらの療法による効果は個人差が大きいので、治療は患者個人の状態にあわせて行う必要がある。

心理療法の中でも、認知行動療法は欧米で盛んに行われている。わが国では、線維筋痛症に対して効果的な対応をしている施設は少ない。それを補うためにも、外来診療を行っている治療者が、受容的かつ共感的に対応をすることにより、症状が改善することが多い。

予 後

線維筋痛症は生命にかかわる病気ではなく、身体障害者になることもない良性的疾患とも言われているが、初期の不十分な対応により症状が増悪するとも言われる。心理的な不安が増大することにより、疼痛も増強する。筆者は広範囲の疼痛が数カ月から1～2年で顕著に改善する症例も相当数経験している。日常診療で患者の訴えに対して、受容的に接するだけでも改善が早まる。

医師でない治療者が線維筋痛症を扱う際の注意

病院では各種の検査が行われるが、医師のいない施設での医療行為は、それぞれの症状にたいして診断的な確証が得られないことも多い。このような場合は患者に対する問診を克明にしなければならない。筋骨格症状、あるいは筋骨格外症状ともに注意を払うべきであり、患者の訴えや、病歴からそれぞれの臓器の器質的で重要な疾患を除外していかなければならない。どのような医療機関で、どのような診断を受け、

どのような治療をされたかを記録しておくことは必要である。

筋骨格症状では症状が長く続いている場合、あるいは変動が大きい場合、また、疼痛が移動する場合、また、疼痛症状が広範囲で、神経学的な理論に合わない症状が続いている場合は線維筋痛症を考えなければならない。また、他の医療機関でレントゲン、CT、あるいはMRIなどの画像診断を受け、大きな異常がない場合も運動器の器質的な疾患は否定されていると考える。

筋骨格外症状では内科、耳鼻咽喉科、眼科、婦人科、泌尿器科などである程度の検査を受けている場合は、重大な器質的な病変はないと考えられる。

問診では疼痛箇所の問診のみではなく、筋骨格外症状がないかを聞き出す努力をする。治療行為の最中でも、「よく眠れますか?」「頭痛はありませんか?」「肩こりはないですか?」「トイレは近くないですか?」「よく水を飲みますか? (口腔の乾燥症状を質問している)」「眼がしょぼしょぼしないですか?」などと質問してみると、かなりの頻度で「あります」という答えが返ってくる。筋骨格外症状の状況を判断して、場合によっては専門医の受診を勧めるべきである。

どのような場合に線維筋痛症を疑うか

様々なストレスが発病の背景となる引き金と考えられている。2000年秋に行われたアメリカリウマチ学会で、線維筋痛症の教育講演があり、Daniel J. Clauwが講演した。新生児期の疼痛、小児期の病気、幼児虐待、十代における騒乱、多数回にわたる手術、片頭痛、子宮内膜症、鬱的状态、過敏性腸症候群、度重なる外傷、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、急性外傷、全

身性炎症性疾患などが背景として問題になると述べられていた。

最近、犯罪あるいは災害時に問題となるPTSDは、線維筋痛症を起こしやすいと考えられている。

線維筋痛症患者77名をPTSDの診断基準で調査したところ、56%にあたる44名がPTSDと診断された⁵⁾。PTSDのもととなった事象は友人や身内の死亡が35%と最も多く、交通外傷7%、他人の重傷2%、労務災害3%、軍隊・戦闘行為6%、強制収容所 (ホロコースト) からの生還者1%、家庭内暴力9%、自然災害4%、誘拐拷問1%、性的暴力2%、生命にかかわる重病12%、自分の子供の重病3%、その他の外傷9%と報告されている。

大きなストレスは線維筋痛症を生じさせる可能性が高く、人生の様々なイベントが病状を悪化させることがある。

手術あるいは外傷による線維筋痛症の発病に関して、婦人科手術あるいは腹部手術による報告がある⁶⁾。外傷の中では、頸椎外傷から線維筋痛症を生じる症例が圧倒的に多い。米国では、Buskila⁷⁾が報告しており、頸椎外傷を受けた患者の21.6%が線維筋痛症を発症している。下肢の骨折患者の発病率は1.7%で、頸椎外傷の場合はその13倍の発病率を示す。

まとめ

線維筋痛症は1世紀前から気づかれていながら、最近まで、病気として認知されるのが遅れていた。20世紀には各種疾患に対する画像診断あるいは臨床検査が進む一方、線維筋痛症は画像と検査による異常所見がみられないため、臨床医、あるいは研究者の興味を引かなかった。1990年代には様々な高度先端技術が駆使され、

少しずつ解明が進んでいる。今後、より多くの医療関係者がこの病態に関心をもち、多くの患者の症状が改善されることを願ってやまない。

参考文献

- 1) Krsnich-Shriwise S. Fibromyalgia syndrome: An overview. Physical therapy 1997;77:68-75
- 2) 神中正一. 急性腰痛: 神中整形外科. 南山堂, 1972. p611
- 3) Wolfe F, Smythe H, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-172
- 4) Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general pop-

ulation. Arthritis Rheum 1995;38:19-28

- 5) Cohen H, Neumann L, Haiman Y, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? Semin Arthritis Rheum 2002;32:38-50
- 6) ter Borg EJ, Gerards-Rociu E, Haanen HC, et al. High frequency of hysterectomies and appendectomies in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: a pilot study. Clin Rheumatol 1999;18:1-3
- 7) Buskila D, Neumann L, Vaisberg G, et al. Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury. Arthritis Rheum 1997;40:446-452

(〒388-8004 長野市篠ノ井会 666-1

篠ノ井総合病院)

劉勇の

疾患別臨床 マッサージ・テクニック

著: 劉 勇 B5判 204頁 定価3,675円(税込) ㊦340円

独自の臨床に基づく体系と実績から生まれた

クイックマッサージの草分けである「コリとれ〜るマッサージ」や「実践フットマッサージ」でもおなじみの劉勇氏が、20年の臨床経験から得た鑑別法、治療法、治療のポイントを疾患別にまとめた渾身の1冊!

臨床でよく出会う運動器疾患を中心に末梢神経疾患、消化器疾患、耳鼻咽喉科疾患等28疾患に対する治療法を、約600点の写真とイラストを使い、細かく解説。治療家のみならず、患者さんも行えるよう、わかりやすく紹介しています。



疾患別臨床
マッサージ・テクニック

フリーコール 0120-2161-02 医道の日本社 ご注文 FAX 046-865-2707

特集・線維筋痛症②

線維筋痛症の鍼治療の自験例による検討と本邦の実態

山梨県立看護大学短期大学部人間・健康科学(内科学)教授 松本美富士
◎東洋医学研究所所長 黒野保三

はじめに

線維筋痛症(fibromyalgia syndrome: FM)は全身の広範な部位の慢性疼痛とこわばりを主症状とし、多彩な身体、神経・精神症状を伴う難治性のリウマチ性疾患である。欧米では比較的頻度の高い疾患であり、日常診療でしばしば遭遇する病態である。しかしながら、本邦ではFMに対する状況はまったく異なっており、社会的にはもちろん、医療従事者、さらにはリウマチ診療においてさえ、本疾患への認識は極めて低いのが実情である。

最近、FMの病態に対して種々の検討が行われているが、いまだ病因不明であるため、根治療法がなく、対症療法が主体とならざるを得ない。これまでFMに対して薬物療法、あるいは非薬物療法などを含め、様々な治療が行われてきた。その中で、補完・代替医療として鍼灸、とくに鍼治療が積極的に行われ、有効性を示す報告も散見される。我々もFM、およびその類似病態に対して鍼治療を併用し、慢性疼痛をはじめとしたFMにみられる種々の自覚症状の改善が得られることを報告してきた。

そこで、本稿ではFMの鍼治療に対する自験例での成績を紹介し、FM類似病態との比較、および現在行われている厚生労働省研究班によ

る本邦FM患者の鍼治療の実態などについて述べる。

自験FMにおける鍼治療の検討

対象となったFM症例は、名古屋市立大学病院第二内科膠原病リウマチ外来で診断、通院中であり、これまでFMに対して行われている薬物療法に抵抗性で、鍼治療に対して同意の得られた7例であった。これらの症例はいずれもアメリカリウマチ学会のFMの分類基準(1990年)を満たしていた。また、これらの症例はすべてFMの類似病態である慢性疲労症候群(chronic fatigue syndrome: CFS)の診断基準(本邦厚生労働省研究班診断基準)をも満たしていた。鍼治療は共同研究者が開発した黒野式全身調整基本穴である中腕、期門、天枢、気海、天柱、風池、肩井、大杼、肺俞、厥俞、脾俞、腎俞、大腸俞の13穴を選穴し、30mm18号ステンレス鍼を用い、単鍼術で、施鍼の頻度は隔日ないし週2回とした。鍼治療は(財)東洋医学研究財団付属鍼灸院と東洋医学研究所で行われ、鍼治療前の薬物療法はそのまま継続され、鍼治療を上乗せする形とした。

鍼治療の評価は筋肉痛、筋力低下、関節痛などの疼痛の評価とともに、FMの各種随伴症状

である疲労・倦怠感、労作後疲労感、頭痛、神経・精神症状、睡眠障害（不眠、過眠）、微熱などについても評価を行った。疲労・倦怠感の評価は厚生労働省CFS研究班により作成された performance status (PS) score によった。これら評価はいずれも患者の問診により得られた所見から担当医の評価である。

上記の鍼治療法、評価法による自験FM症例の鍼治療効果は、FMの中心症状である慢性疼痛症状とともに、各種随伴症状のいずれも治療反応性であり、治療抵抗性の症状はなかった（表1）。具体的には筋肉痛、筋力低下、関節痛はそれぞれ71.4%（7人中5人）、100%（4人中4人）、75.0%（4人中3人）に効果がみられ、FM患者の社会復帰の重要な規定因子である疲労・倦怠感は1例を除いて全例（85.7%）にPS scoreの改善がみられた（図1）。これら効果（評価対象となったすべての症状への効果）は鍼治療1カ月後からみられ、2カ月後には1例を除いて臨床的效果が得られた。鍼治療、薬物療法、定期的通院を受けながら社会復帰できた症例が2例にみられたが、7例中2例において治療効果が数カ月で減弱し、鍼治療を中断する結果となった。一方、慢性疼痛に対する治療効果と疲労・倦怠感などの各種随伴症状に対す

る効果との間には関連性は見出されなかった。

これらの結果は、従来の薬物療法抵抗性のFMに鍼治療の効果が期待できることを示唆しており、多施設共同による無作為二重盲検試験（randomized double blind controlled trial: RCT）の必要性を示していた。また、鍼治療の経過により臨床効果の減弱の可能性も示唆され、鍼治療の手技（選穴部位、経穴刺激条件など）の検討も大きな課題であることを示すものであった。

FMの疾患概念・医療に対する本邦の実態

2003年度から厚生労働省（厚労省）厚生労働科学研究として線維筋痛症調査研究事業（主任研究者：聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター長・西岡久寿樹教授）が開始され、疫学調査とともに、本邦FM患者の実態調査が行われている。最終報告までにはいまだ少しの時間を要するが、筆者（松本）が携わっている本研究班の調査研究の一部を紹介する。

FMの診断名で2003年の1年間にわが国の医療機関（病院）に受診した患者数は2670名（95%信頼区間1850名～3490名）と推計されている。

表1 自験線維筋痛症患者の鍼治療効果（n=7）

臨床症状出現率	鍼治療前	鍼治療後
筋肉痛	100% (7/7)	28.6% (2/7)
筋力低下	57.1% (4/7)	0 (0/7)
関節痛	57.1% (4/7)	14.3% (1/7)
疲労・倦怠感	100% (7/7)	14.3% (1/7)
頭痛	42.9% (3/7)	14.3% (1/7)
睡眠障害	85.7% (6/7)	42.9% (3/7)
神経精神症状	100% (7/7)	14.3% (1/7)
微熱	100% (7/7)	28.6% (2/7)

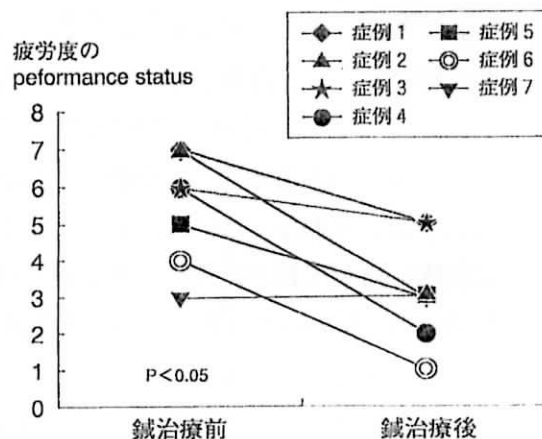


図1 鍼治療の線維筋痛症患者の疲労・倦怠感への効果（n=7）

この推計値は、非白人の占めるFM患者は白人の約10%に過ぎないとの報告から考えても、欧米のFMに関する各種疫学調査の成績と比較して明らかに少ない患者数である。この要因として前述のごとく本邦では医療従事者側の本疾患概念への認識の低さによるところが大きい。このことは、われわれが今回実施した厚労省FM研究班の疫学調査からも明らかで、リウマチ性疾患のプライマリーケアに携わる(財)日本リウマチ財団認定リウマチ登録医(リウマチ専門医)でさえFM患者の診療はわずかに31.7%のリウマチ登録医のみで診療されているに過ぎなかった。筋・骨格部の慢性疼痛を訴える患者数は日常的に極めて多く、大部分はプライマリーケアレベルを受診しており、FMの診断がなされないまま、様々な疾患、病態として対症療法を含めた医療が実践されている。しかし、疾患・病態に対する適切な診断、十分な説明がなされないまま、漫然と医療が行われているため、多くの患者は現代医学に失望を抱きながら代替・補完医療へ治療効果を期待することとなる。このような筋・骨格部の慢性疼痛を訴える患者の中に、かなりの頻度でFMが含まれていると想定される。したがって、代替・補完医療を実践する医療従事者においても慢性疼痛で病み、心身ともに極めて低いquality of life (QOL) 下にあるFM患者の期待に応えるべく、全人医療を提供するためにFMに対する疾患概念と本邦での実態を十分に理解する必要がある。次に、FMに対する鍼治療を含めた代替・補完医療の本邦の実態、およびevidence based medicine (EBM) からみた評価について言及する。

本邦FMに対する 代替・補完医療の実態

われわれ厚労省のFM研究班が調査を行った

代替・補完医療の本邦における実態は、薬物療法として漢方製剤は薬物療法実施中のFM患者の11.2%に使用されており、担当医による有効性の評価は、わずか37.5%にのみ何らかの効果があったと報告されていた。また、非薬物療法として、さまざまな治療法が本邦FM患者に実施(実施率25.6%)されているが、主なものは運動療法を含めたりハビリテーション、精神療法、鍼灸治療、心理療法と続いており、担当医による有効性の評価は鍼灸治療に対して60%と報告されていた(表2)。この評価の成績が果たして、FMに対する鍼灸治療が期待されると受け取られるか、期待したほどのものではないと受け取るかは、患者側、医療従事者側の代替・補完医療に対する考え方によって、その印象は大きく異なる。しかし、この成績は少なくとも現時点での本邦FM患者の鍼灸治療に対する多施設間での成績をはじめて明らかにしたものであるということ間違いないことである。

一方、FMに対する鍼灸治療を含めた代替・補完医療のEBMからの検討はどうであろうか。FMに対して1980年～2000年に実施された各種代替・補完医療に関する報告の系統的検討で、有酸素運動療法が唯一EBMとして臨床効果が確認されており、鍼治療を含めたその他の代替・補完療法は有効性を確認されるほどの成績

表2 本邦線維筋痛症患者の非薬物療法の内容 (n=238)

非薬物療法	実施率	有効性
リハビリテーション (運動療法を含む)	11.8%	40%
精神療法	7.1%	38%
鍼灸治療	6.7%	60%
心理療法	5.4%	60%
その他	7.1%	70%

(厚生労働省線維筋痛症研究班2004)

を現段階では得られていないと結論づけられている。一方、FMの鍼治療に限ってはEBM的検討を行った報告もあり、3つのRCTと4つのコホート研究が検討され、シャム鍼治療と比較して鍼治療は明らかにFM患者の疼痛の軽減、疼痛閾値の増加、朝のこわばりの改善ならびに全体的軽快をもたらしたと報告されている。しかし、鍼治療がFMに対して効果がないどころか、逆にFMを悪化させるとの成績もある。いずれにせよ、研究的に質が高くデザイン化された大規模なRCTによる評価が必要とされていることが共通の認識となっている。

■ おわりに

ようやく本邦でも病因不明の難治性の特異なリウマチ性疾患であるFMに対して、医療側も注目するようになった。しかし、医療側でさえ本疾患の認知度は低いため、FM患者は社会から多くの無理解、誤解に苦悩している。そのような背景でNPO法人として患者会が結成され、短時間の間に多くの成果をあげ、FM患者の

QOL向上に大きく寄与している。そのような背景では医療提供者の単なる個人的経験に基づいた医療の提供では、全人的な医学的対応が必要なFM患者に十分応えることはできない。経験をEBMの視点から客観的に評価されなければならない。鍼治療についても同様で、個々の症例をEBMのデータに還元する姿勢で治療にあたっていただきたい。

参考文献

- 1) 石神龍代, 黒野保三, 絹田章, 富田靖延, 林尚臣, 仲三, 松本美富士. 慢性疲労症候群に対する鍼治療の検討. 全日本鍼灸学会雑誌 1994;44:238-243
- 2) 西岡久寿樹 監修. 線維筋痛症とたたかう. 医歯薬出版, 2004. p. 1-163
- 3) 松本美富士. 線維筋痛症と慢性疲労症候群. カレントセラピー 2003;21:257-261
- 4) Adams SJM. Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. J Pain 2002;18:324-336
- 5) Berman BM, Hadhazy JV, Swyers JP. Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia. J Fam Pract 1999;48:213-218

(〒400-0062 山梨県甲府市池田1-6-1

山梨県立看護大学短期大学部)

オイル
マッサージ
教本
Oil Massage

写真でわかる オイルマッサージ教本

著: 浅井隆彦 B5判 283頁 定価3,990円(税込) 340

今、セラピストに求められる感覚と技術とは!?

フリーコール 0120-2161-02 医道の日本社 ご注文 FAX 046-865-2707

特集・線維筋痛症③

線維筋痛症に対する鍼灸治療の現状

明治鍼灸大学臨床鍼灸医学Ⅱ教室 伊藤和憲

伊藤和憲 (いとう かずのり)

1972年、千葉県生まれ。1997年、明治鍼灸大学鍼灸学部卒業。2002年、同大学大学院博士課程修了(鍼灸学博士)。現在、明治鍼灸大学臨床鍼灸医学Ⅱ教室助手。専門は「筋肉の痛み」で、2004年4月より「線維筋痛外来」を明治鍼灸大学附属鍼灸センターに開設。基礎と臨床の両面から「線維筋痛症に対する鍼灸治療の可能性」を検討している。



はじめに

近年、明らかに器質的な変化がないにも関わらず、全身の広範囲に及ぶ疼痛や倦怠感、さらには睡眠障害や便秘異常など多くの愁訴を訴えて鍼灸院に来院する患者が増えている。このような症状は一般的に不定愁訴と呼ばれているが、基礎疾患が明確でないことから現代医学的には解釈しづらく、明確な診断がくだされぬまま医療機関を転々としているケースが多い。また、これらの症状は心理的な要因により変化しやすいことから、うつ病などの精神疾患患者として取り扱われていることも少なくない。

しかしながら近年、慢性疲労症候群(chronic fatigue syndrome)や線維筋痛症候群(fibromyalgia syndrome)に代表されるように、X線検査や血液検査などの検査所見に明らかな異常が存在しないにも関わらず、多くの愁訴を訴える疾患の存在が次第に認知されるようになり、以前に比べて適切な診断や治療が行われる

ようになった¹⁾²⁾。しかしながら本邦では慢性疲労症候群に比べて線維筋痛症はまだほとんど知られていないため、適切な診断・治療が行われていないのが現状である¹⁾⁻³⁾。

そこで本稿では新しい概念である線維筋痛症に対する鍼灸治療の現状と新たな可能性をまとめることで、今後の鍼灸治療の参考になればと願う次第である。

線維筋痛症とは

線維筋痛症(fibromyalgia: FM)は3カ月以上継続する広範囲な疼痛を主訴とする疾患である。疼痛は筋肉と軟部組織の痛みが中心であり、首および腰などの体軸部分に痛みは集中するが、特に近位僧帽筋によく生じる¹⁾⁻⁵⁾。また痛みは慢性的で、その多くは遊走性であり、全身の各部位に圧痛が存在しているが、幾つかの部分に限局した痛みを訴える症例もある。

疼痛以外にはこわばりや全身倦怠感を訴え、

他に随伴する臨床病態として過敏性腸症候群、頭痛、しびれ感、睡眠障害、記憶障害などが臨床問題となり、これらはどれも慢性化しやすい。また、一般にこれらの症状は中等度の運動、睡眠障害、情動的ストレス、湿気の多い天候など様々な要素により悪化することから、各種膠原病や精神疾患などとの鑑別が難しく、診断や治療が難しい疾患である¹⁾⁻⁵⁾。

線維筋痛症治療における 鍼灸治療の意義

FMは原因不明のため特異的な治療法に乏しい。現在、治療の中心は薬物療法であり、その中でも三環系抗うつ薬が主体であるが、選択的セロトニン再吸収阻害剤 (SSRI) やノルアドレナリン再取り込み阻害剤 (SNRI) など有効とされている。しかしながら、一般的に痛みには有効とされている非ステロイド抗炎症剤 (NSAIDs) は無効であること¹⁾⁻⁵⁾、また様々な薬物を用いても改善がみられない症例も少なくないことなどから、FMに対する確立された治療法は存在していない。そのため、薬物療法以外にも様々な治療が試みられている。

薬物療法以外の治療法としては、有酸素運動

や認知療法、絶食療法、催眠療法、ヨガ、鍼灸など様々な治療が試みられている³⁾。その中でも有酸素運動や認知療法に関しては、治療効果が証明されていることから、現在FM治療の選択肢の1つとして取り入れられている。しかしながら、ヨガや鍼灸などの代替医療は治療効果の検討がほとんど行われていないことから、現段階では治療の選択肢には含まれていない。このことから、鍼灸などの代替医療がFMの治療法として認知されるためには、治療効果の証明はもちろんのこと、安全性や副作用についても明らかにしていく必要があるとされている。

一方、FMに対する鍼灸治療は、我々が調べた範囲内では国内外合わせて9件の報告が存在している (表1)。これらの結果を分析すると、そのほとんどが鍼灸治療により疼痛や睡眠障害が改善したとするものであり、鍼灸治療はFMに対して有効な治療手段であると一見言えそうである。しかしながら、FMに関する鍼灸治療のSystematic Reviewでは、鍼灸治療の有用性は明確に示されてはいない⁶⁾。その理由として、現在まで行われてきた研究の多くは対象人数、対照群の有無、治療期間など研究デザインの問題があり、治療効果を判断するに値する論文が

表1 線維筋痛症に対する鍼灸治療の報告

注: RCT (randomized controlled trial) PCS (prospective cohort study)
RCS (retrospective cohort study) CO (cross over)
EA (electroacupuncture)

著者	デザイン	人数	治療法	対照	治療効果
Wayonis (1977)	RCS	62	鍼通電 (5-7回)	なし	有効 (痛みなど)
Radaelli (1978)	PCS	35	鍼通電 (50-70Hz)、5回	なし	有効 (痛み)
Lautenschlager (1989)	RCT	37	置鍼 (6回)	inactivated laser	有効 (痛み)
Pasotti (1990)	PCS	25	雀啄単独 (8-16回)、雀啄+薬物	なし	有効 (痛み)
Sprott (1990)	PCS	29	鍼通電	なし	有効 (痛み・睡眠など)
DeLuze (1992)	RCT	70	鍼通電 (2-99Hz)、6回	sham EA	有効 (痛み・睡眠など)
Cassisi (1995)	RCT	28	鍼単独、鍼+薬物	薬物単独	有意差なし
Itoh (2004)	CO	5	鍼通電 (4Hz)、3回	中医学的治療	有効 (痛み)
Itoh (2003)	CO	1	鍼通電 (4Hz)、3回	中医学的治療	有効 (痛み)

ほとんどないことがあげられている。このことから、鍼灸治療がFMの治療法として今後認められるためには、症例報告のみならず、対象人数、対照群などを考慮した質の高い大規模な研究が要求されている。

しかしながら、価値の高い論文は少ないにしろ、過去の報告から鍼灸治療はFM患者の疼痛や不定愁訴に対して有効であるように思われる。実際、最近ではFM患者に対する鍼灸治療の報告が増えてきているだけでなく、FM患者に対する基礎研究では、FM患者への鍼が筋血流や皮膚血流を増加させることが報告されており、FM患者に対する鍼灸治療の意義をさらに確実なものにしている。このことから、鍼灸治療がFM患者の治療法として認められる日も近いと思われる。

本邦における線維筋痛症の鍼灸治療

国外においてはFMに対して鍼灸治療は積極的に行われているが、国内ではFMに対する認識不足もあり現段階では鍼灸治療はほとんど行われていない。しかしながら、①鍼灸院に来院する患者の中にFM患者が含まれている可能性は高いこと、②今後はFMの診断を受けて来院する患者が増えると予想されること、③FM患者は副作用の少ない治療法を求めていることなどから、FMに対する鍼灸治療を確立していく必要がある。

そこで我々は2004年4月から明治鍼灸大学附属鍼灸センターに「線維筋痛症」の専門外来を開設し、FM患者への治療や研究を積極的に行っている (http://www.meiji-u.ac.jp/cli_orie/index.html)。その結果、2004年11月現在、延べ100名程度のFM患者やその疑いがある者に対して鍼灸治療を試み、FMに対してある程度

の治療方針が確立されつつある。そこで今回はその症例の一部を紹介することでFMに対する鍼灸治療の可能性を検証してみたいと考える。

鍼灸臨床で行う線維筋痛症の見極め方

FMは、本邦においてまだほとんど知られていない疾患の1つである。そのため、患者の多くは明確なFMの診断を受けないまま鍼灸院などに来院する可能性が高く、FMの治療を行う第一歩として、FMかどうかを見極めなくてはならない。我々の専門外来でも実際にFMの診断を受けて来院する患者は全体の3分の1以下であり、その多くはFMの疑いがあるとして治療を進めている。そこでFMを見極める手がかりをまとめる。

FMの正式な診断は、1990年アメリカリウマチ学会が作成した診断基準によるが、FMの診断で最も重要な所見は圧痛点の存在である。参考までに図1に圧痛部位を示すが、全身の各部位に圧痛点が18カ所指定されており、そのうち11カ所に4 kg以下の圧力で疼痛が認められることが診断基準となっている⁸⁾。なお、診断基準に選ばれている圧痛部位のほとんどは図1に示す経穴に置き換えることが可能であることから、経穴の反応としてとらえると理解しやすい。

一方、圧痛以外の所見として、少なくとも3カ月以上疼痛が存在し、それが左右半身、上下半身、さらには体幹中心部に及ぶ広範囲な疼痛として存在することも必要条件である。さらには、関節リウマチ、リウマチ性多発性筋炎、各種膠原病、炎症性筋疾患、甲状腺機能低下症など類似疾患からの除外診断が必要となることから、血液検査やX線検査などの検査所見に異常がないことも重要な所見となる¹⁾²⁾。

しかしながら、実際の臨床では、鍼灸師は血

表2 線維筋痛症の患者教育に関する要点 (浦田ら³⁾, 2002より改変)

1. FMは臨床症候群であり、疾患ではないこと。また、それを正確に診断できる検査もないこと。
2. FMは生活に大きな影響を与えるものではなく、変えてしまうものではない。しかし、残念ながら多くの患者は、治療の効果がなく症状が継続する。
3. 感情・精神的なストレスを含む多くの因子がFMの症状に悪影響を与える。
4. FMはうつ症状と関連があり、専門のカウンセラーが必要になることがある。
5. FMの患者団体が活動しておりアドバイスがもらえる。またインターネットからも情報が得られる。
6. 中等症以上のFMの治療には経験的に抗うつ薬と軽度の有酸素運動が用いられている。
7. 症状が強いつきには専門家への紹介が必要となることもある。

点を表2にまとめるが、その詳細は別稿を参照されたい^{3) 9)}。

鍼灸治療の実際

FM患者の訴える愁訴は多彩で複雑であるが、それらを大きく2つに分けると全身の疼痛とその他の愁訴に分けることが可能である。そこで、FMの症状を痛みとそれ以外の愁訴の2つに大別し、それぞれの治療方法について症例を用いて検討したいと思う。

1) 痛みに対する鍼灸治療の可能性

FMに対する鍼灸治療の報告を分析すると、多くの論文で痛みに対して有効であることが示されており、またそのほとんどに鍼通電療法が用いられている。実際、鍼通電は全身の疼痛閾値を上昇させる作用があることから、FMのような全身の疼痛閾値が低下している症例に対しては効果的であると考えられる。そこで我々は、RCTによる臨床試験で効果が証明されているDeluzeらの方法を用いて、FM患者の痛みに対する鍼通電の効果を検討した¹⁰⁾。

症例

患者：58歳女性

主訴：全身の疼痛・こわばり感

15年ほど前に乳癌の手術をした頃から、全身の痛みやこわばりが出現。近医でX線検査や血

液検査などの検査を行うが特に異常がなかったため、しばらく放置していた。しかし、次第に全身の痛みやこわばりが強くなり仕事を続けることが困難となったため、整形外科や神経科などをいくつか受診し、最終的にY病院にて線維筋痛症と診断され、抗うつ薬の服用を開始した。抗うつ薬を服用し始めた頃は、多少痛みの軽減がみられたが、半年ほど服用しても症状に大きな変化がみられなかったため、本学附属鍼灸センターを受診した。

治療方法

Deluzeらの報告を参考に¹⁰⁾、両側の足三里一陽陵泉、合谷一手三里へ4Hz・15分間の鍼通電と、線維筋痛症の診断点でもある18カ所の圧痛部位のうち圧痛が著明な部位に対して最大6カ所まで置鍼を行った。治療は週に1回とし、抗うつ薬の服用は治療期間前と同様の量とした。なお、治療効果は全身の疼痛とこわばり感について100mm幅のvisual analogue scale (VAS) で記録した。

結果 (図2)

治療開始時、全身の疼痛を示すVASは63、全身のこわばり感を示すVASは71であったが、鍼通電を始めることにより治療3回目には全身の痛みは47、こわばり感は51と若干変化した。しかしながら大きな改善がみられなかったため、2週間の休止期間後、再び鍼治療を開始した。

その結果、11週目には全身の痛みは46から17に、こわばり感は63から19に大きく変化した。治療を1週間休止すると、治療を休止した不安感も伴い、全身の痛み、こわばり感とも若干悪化する傾向がみられたが、再度治療を行うことで症状の改善がみられた。また、その効果は3カ月間治療期間が空いても、ある程度継続していた (VAS: 34)。

2) 痛み以外の愁訴に対する鍼灸治療の可能性

FM患者は倦怠感や不眠、便通異常など痛み以外にも多くの愁訴を訴えることが知られているが、FM患者の中心症状は痛みであることから、その他の愁訴は随伴症状として軽視されがちである。しかしながら、このような愁訴はFM患者のQOLを低下させるだけでなく、痛みをも増強させ、痛みの悪循環を形成することが知られている。このことから、痛み以外の愁訴に対しても治療を行っていく必要があるが、このような多彩な愁訴に対する効果的な治療薬は今のところない。

そこでFM患者の痛み以外の愁訴に対して鍼灸治療の効果を検討した。

症例

患者：50歳女性

主訴：全身の疼痛・倦怠感、不眠、便通異常

1998年頃から両側の第3・4指近位指節関節付近に痛みとこわばりが出現。近くの整形外科にて診察を受けるが、原因がわからなかったためしばらく放置していた。しかしながら、徐々に痛みやこわばりが指から全身へと広がってきたために、2003年にN病院を受診、FMと診断された。治療当初は、三環系抗うつ薬などの薬物服用によりしばらく症状は軽減していたが、次第に全身倦怠感や痛みが増強し、さらには睡眠障害や便通異常、頭痛などの愁訴が出現、仕事も困難となったため鍼灸治療を希望して本大学附属鍼灸センターに来院した。

治療方法

治療は前述した症例と同様に四肢への鍼通電 (4Hz・15分) を基本とし、それに加えて1回目から5回目までは疼痛部位への刺鍼を、また治療6回目以降は東洋医学的な病態把握により選穴した部位への刺鍼をそれぞれ行った。治療効果の判定はVAS (全身の疼痛と倦怠感) と圧痛点の数 (FMの診断点18カ所中)、睡眠時

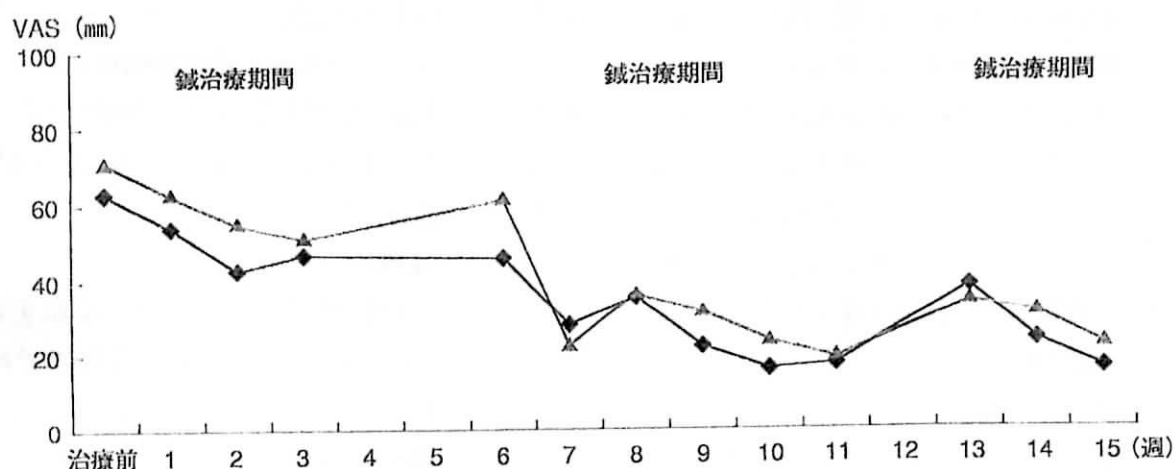


図2 線維筋痛症患者の痛みに対する鍼通電治療の効果

線維筋痛症患者の全身の疼痛 (◆) とこわばり感 (▲) に関する症状変化を示す。鍼通電により全身の疼痛、こわばり感とも軽減がみられた。

排便回数をそれぞれ記録した。

結果（図3）

治療開始時、全身の疼痛を示すVASは68、全身の倦怠感を示すVASは84であった。また、全身の圧痛点の数は17/18、睡眠時間は平均4時間、排便数は2回/週であった。このような症状に対して鍼通電と局所への圧痛点の治療を5回行った結果、全身の疼痛は38、全身の倦怠感45と軽減を示し、全身の圧痛点の数は8/18と減少した。しかしながら、睡眠時間や便秘異常などはほとんど改善しなかった。

そこで東洋医学的な所見を確認したところ、舌質紅・舌苔黄、脈弦数でイライラ感が強いなどの所見が得られたことから肝火上炎証と判断し、鍼通電に加えて太衝、期門、内関、肝俞に鍼治療を加えた。その結果、治療10週目には睡

眠時間は平均6時間となり、排便数も5回/週と改善がみられた。また全身の疼痛は25、全身の倦怠感36となり、全身の圧痛点の数は7/18となった。

3) 考 察

FM患者に対して鍼灸治療を試みた結果、全身の疼痛やこわばり感など筋骨格系由来と思われる症状は3～5回の鍼通電により軽減する傾向にあるが、睡眠や便秘異常などの不定愁訴は鍼通電では大きな変化はみられず、東洋医学的な治療を加えることで症状に軽減がみられた。以前の我々の研究では、全身の疼痛や倦怠感に対して東洋医学的な治療だけを試みても痛みの軽減がほとんどみられなかったことから¹¹⁾、痛みが強い患者には鍼通電が、また症状が多彩な患者に対しては鍼通電と東洋医学的な病態把握

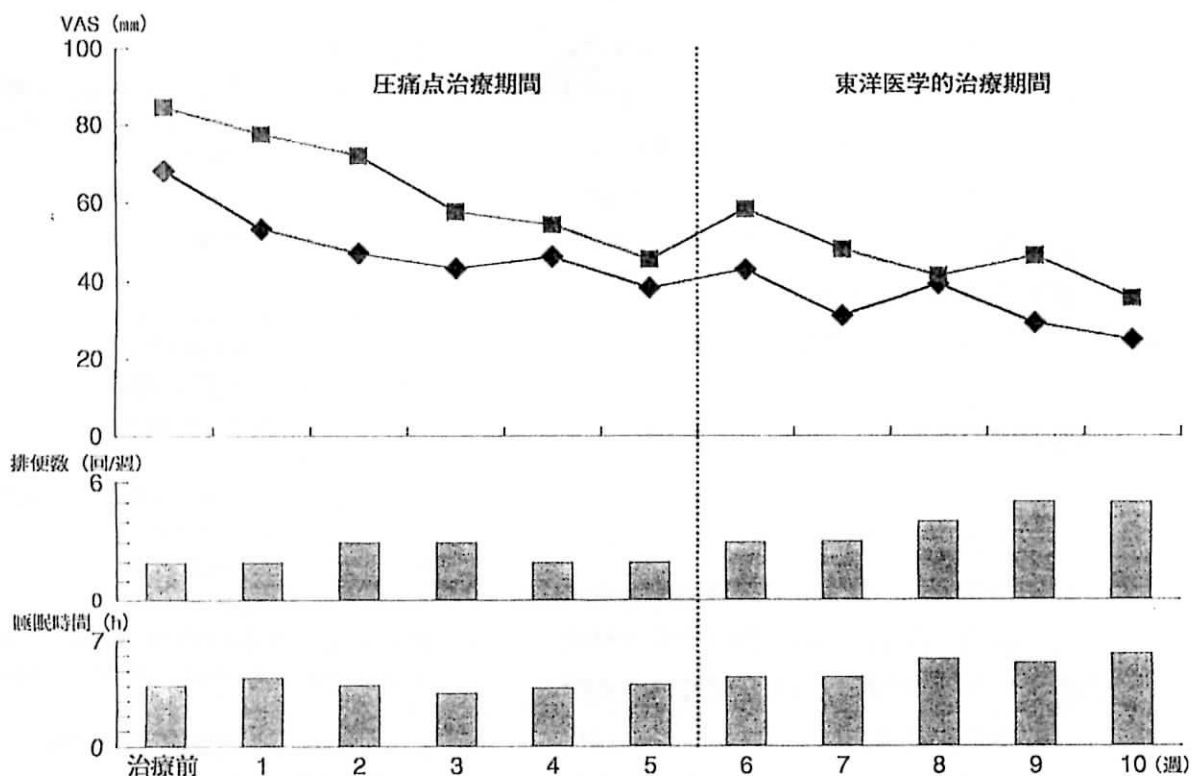


図3 線維筋痛症患者の不定愁訴に対する鍼治療の効果

上段は全身の疼痛（◆）と倦怠感（■）を、中段は一週間の排便回数（回/週）を、下段は一週間の平均睡眠時間を示す。鍼通電により全身の疼痛や倦怠感は軽減するが、便秘異常や睡眠異常などの随伴症状は変化しなかった。しかしながら、鍼通電に東洋医学的な病態把握による治療を加えると、随伴症状は軽減した。

による治療の両方が必要であると考えられた。

まとめ

FMは本邦においてはまだほとんど知られていない疾患であろう。しかしながら、FMの示す全身の疼痛や倦怠感、睡眠障害などの症状は特別なものではなく、我々が普段遭遇する患者の中にもたくさん含まれていると思われる。そのため、FMの診断基準を満たす患者は非常に多く、FMという概念が広まればかなりの患者がこの診断を受けることになる。

一方、過去の報告や今回の症例報告の結果からもわかるように、鍼灸治療はFMに対して有効な治療手段の1つであると考えられる。今回の報告でも、疼痛やこわばりなどの筋骨格系由来の症状には鍼通電が、その他の愁訴には東洋医学的な病態把握による治療が有効であった。我々の経験では、鍼通電に関しては比較的短期間(3~5回/週)の治療で多くの患者に痛みの軽減がみられ、その効果は治療終了後も3~6カ月程度は持続する。また、鍼通電の効果は疼痛が軽度な症例ほど高いようにも感じる。このことから初期のFM患者の疼痛に対しては鍼通電が最も有効であると思われる。一方、FM患者の東洋医学的な所見としては肝・脾・肺に変動が現れやすく、慢性化するに伴い不眠や月経異常などの肝症状が著明になる傾向にある。また、罹病期間が長い患者では鍼通電による鎮痛効果は一時的であり、痛み以外の愁訴の軽減がみられないと鎮痛効果は得られにくい。このことから痛みが長期間存在しているような慢性患者では、鍼通電のみならず東洋医学的な病態把握による治療を加えることが痛みの軽減につながるとと思われる。以上のことから、FM患者の治療では第一選択として疼痛軽減を目的に鍼

通電を行うべきであるが、愁訴が多い患者や罹病期間が長い患者に対しては東洋医学的な治療を加えていく必要があると考えられる。

FM患者は今後ますます増加するものと思われる。我々鍼灸師もFMに対する正確な知識を会得し、確実な対応をしていく必要がある。また、FMのような症状が多彩な疾患は全身的に治療を行う東洋医学の得意とする分野であることから、治療の選択肢として鍼灸治療が認知されるように、今後研究を進めていく必要があると思われる。

引用文献

- 1) 橋本信也. 慢性疲労症候群とfibromyalgia. 医学のあゆみ 1997;182(9):698-704
- 2) 岡本連三. リウマチの外來リハビリテーション—主訴からみるコツつかれやすい(身体的・精神的)—. J Clin Rehabil 2002;11:304-312
- 3) 浦田幸朋 他. 線維筋痛症候群. 治療 2002;48(6):1747-1754
- 4) 中村洋 他. 線維筋痛症. 治療 2003;85(10):166-167
- 5) 西岡真樹子 他. 線維筋痛症の病態と疾患概念. 日本医事新報 2004;4177:10-14
- 6) Berman BM, et al. Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia? J Fam pract 1999;48:213-218
- 7) Sandberg M, et al. Peripheral effects of needle stimulation (acupuncture) on skin and muscle blood flow in fibromyalgia. Eur J Pain 2004;8:163-171
- 8) Wolfe F., et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-172
- 9) 伊藤和憲 他. 線維筋痛症候群について. 季刊東洋医学 2004;10(4):13-19
- 10) Deluze C., et al. Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. BMJ 1992;305:1249-1252
- 11) 伊藤和憲 他. 線維筋痛症に対する鍼灸治療の効果—慢性的な全身疼痛を主訴とした4症例に対する鍼通電治療—. 日本東洋医学誌 2004;55(3):331-336

(〒629-0392 京都府船井郡日吉町 明治鍼灸大学)

北海道支部事務局より

寒い冬をくぐりぬけ、初夏の香りが風にのってきました。
皆様、それぞれの辛さを、体にのせながら、がんばって毎日をお過ごしと、思います。

2回目の支部会報を、お届け出切る事を、大変嬉しく思います。

ご案内の通り、野球観戦、記念レセプション、分科会が開催されます。とくに、8月7日の分科会では、線維筋痛症 総会 交流会を行ないます。

もっと会員同士でお話がしたいと、思っています。一人でも多くの方と、お会いしたいです。お待ちしております。

又、本部で、新しいパンフレットを作成しました。皆様の近くで配布できる方、郵便局、保健所、などご理解をもって下さる所をご存知の方は、申し出て下さい。100部でも、200部でも事務局より送ります。

今回の、全道集会には、私、坂本も函館からバスで行きます。皆様、体調と良く相談して、申し込み下さい。

函館 坂本由美

この度、友の会の会計を担当することになりました山本です。

17年度から難病連に加盟したことにより、補助金をいただけるようになりまして、今後、会の活動をより充実させることができると思います。また、実働する際の個人負担も出来るだけ軽減できるようにしていきたいと思ひます。

よろしくお願いします。

第32回 難病患者・障害者と家族の全道集会

すでに「なんれん臨時号」が届いていると思いますので、お申し込みは直接、難病連にお願いします。

第2日 8月7日(日)の分科会について訂正があります。

分科会 午前10時～12時

会場 札幌市男女共同参画センター

中央区北8条西3丁目 札幌エルプラザ内
(地下鉄南北線さっぽろ駅、JR札幌駅)

分科会のお弁当は
申し込み用紙で
ご注文を。

HSK なんれん 臨時号

編集人/財団法人 北海道難病連 伊藤たてお	昭和48年1月13日第三種郵便物認可
札幌市中央区南4条西10丁目	2005年6月10日発行
TEL 011-512-3233	HSK 通巻399号(毎月1回発行)
FAX 011-512-4807	発行人 北海道身体障害者団体
月~金曜日10~18時、土・日・祝日は休み	定期刊行物協会 細川久美子
