

線維筋痛症候群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——

伊藤 和憲 越智 秀樹 北小路博司

明治鍼灸大学臨床鍼灸医学Ⅱ教室, 京都, 〒629-0392 船井郡日吉町

The Effect of Acupuncture Treatment on Fibromyalgia Syndrome ——Four Cases of Electrical Acupuncture Treatment for Chronic Muscle Pain——

Kazunori ITOH Hideki OCHI Hiroshi KITAKOJI

Department of Clinical Acupuncture and Moxibustion II, Meiji University of Oriental Medicine, Hiyoshi-cho Funai-gun, Kyoto 629-0392, Japan

Abstract

Four fibromyalgia syndrome (FMS) patients with complaints of widespread pain, fatigue and difficulty sleeping received acupuncture therapy. The effects of acupuncture treatment were evaluated using a visual analogue scale (VAS), and a pain disability assessment scale (PDAS). After whole body acupuncture treatments, VAS and PDAS values were almost unchanged. However, VAS and PDAS values improved following a 3-treatment course of FMS-specific acupuncture treatments (electroacupuncture at the characteristic tender points of FMS). These results suggest that FMS-specific acupuncture treatment of fibromyalgia patients may relieve their commonly reported symptoms of pain, and fatigue.

Key words : fibromyalgia syndrome, electrical acupuncture, chronic muscle pain

要旨

慢性的に全身の広範囲に及ぶ疼痛や倦怠感を訴える患者に、線維筋痛症候群（FMS）の概念を取り入れた鍼灸治療を試みた。対象は3カ月以上広範囲に及ぶ疼痛や倦怠感、さらには不眠や便秘症状などの不定愁訴を訴える4症例とし、自覚的な全身の痛み（VAS）と疼痛生活障害評価尺度（PDAS）を用いて評価した。その結果、東洋医学的な病態把握に基づいた鍼灸治療では症状（VAS・PDAS）に大きな変化は見られなかったが、FMSに効果的とされる鍼通電治療を行うと治療3回後には症状が大きく改善した。このことから、全身の疼痛や倦怠感を主訴とするような線維筋痛症候群の患者には鍼通電治療が1つの選択肢となる可能性が示唆された。

キーワード：線維筋痛症候群、鍼通電治療、慢性筋痛

緒言

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来院する患者が増えている。このような症状は不定愁訴と呼ばれるが、基礎疾患が明確でないことが多いことから現代医学では解釈しづらく、このような患者は精神疾患患者として取り扱われてしまうケースも多い。しかしながら、最近では慢性疲労症候群（chronic fatigue syndrome : CFS）や線維筋痛症候群（fibromyalgia syndrome : FMS）に代表されるように血液検査などで明らかな異常が存在しないにも関わらず不定

愁訴を訴えるケースが知られるようになり、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。しかしながら本邦ではCFSに比べてFMSはまだ殆ど知られていないため、適切な治療が行われていないのが現状である¹⁾²⁾。

FMSは全身に広がる慢性的な筋痛を主訴とし、同時に全身倦怠感や睡眠障害などの様々な不定愁訴を訴える症候群である。当初、FMSは血液検査やX線検査などで特別な異常が見つからないことから筋肉リウマチや非関節型リウマチなど多くの名前で呼ばれ、また症状の変化に心因的な要因が大きく関与することから、その存在すら疑われた時期もあっ

表1 4症例のプロフィール

	症例1	症例2	症例3	症例4
年齢・性別	24歳女性	19歳女性	25歳男性	44歳女性
罹病期間	6カ月	8カ月	2年	1年
主訴	開口障害・肩こり 腰痛	肩こり・腰痛 右膝痛	全身のだるさ (特に肩こり・腰痛)	全身倦怠感 肩こり・腰痛
随伴症状	不眠・嘔吐 過敏性腸炎 足のしびれ	不眠・便秘 頭痛 手足のしびれ	過敏性腸炎 食欲不振 下肢のむくみ	偏頭痛・不眠 過敏性腸炎
主な 東医的所見	舌質淡白・舌苔白 脈弦細 多夢・耳鳴り	舌質紅・舌苔黄 脈弦数 イライラ感	舌質淡・舌苔白滑 脈沈遅 手足の冷え	舌紅苔少・脈弦細数 顔のほてり 足先の冷え
証	肝血虚証	肝火上炎証	脾陽虚証	肝陰虚証
主な 治療穴	太衝・三陰交・血海 肝兪・膈兪	太衝・期門 内関・肝兪	太白・足三里・脾兪 関元・氣海	太衝・三陰交 肝兪・腎兪
東医的な 治療回数	10	5	8	13
圧痛の数	15/18	13/18	16/18	15/18
X線・血液的 検査	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし

た。しかし1990年にアメリカリウマチ学会により分類基準が作成され、それ以降アメリカではFMSが広く認知されるようになった³⁾。FMSの診断基準は、広範囲に及ぶ疼痛が3カ月以上持続し、全身18箇所存在する圧痛点のうち4kg以下の圧力で11箇所に疼痛が存在することで、症状としては全身の疼痛以外に全身倦怠感や睡眠障害・慢性頭痛や過敏性腸症候群などの随伴症状を併発することが多い¹⁾³⁾。実際このような診断基準を満たす者は患者全体の2%以上であり、20~60歳代の女性に特に多いと言われている¹⁾⁴⁾。またある調査では60歳以上の女性に限ればFMSの診断基準を満たす患者は7%を越えるとの報告もある⁴⁾。このことから慢性的な筋骨格の痛みを広範囲に訴える患者に対してはFMSを念頭に置いた診断・治療が必要となる。

一方、鍼灸や漢方などの東洋医学は不定愁訴のように原因が明確でない症状に対しても治療可能であることから、このような症状を呈する患者の多くは東洋医学に期待するケースが多い。そこで今回、全身の広範囲にわたり疼痛や倦怠感が3カ月以上継続した4症例に対して鍼通電治療を試み、良好な結果

を得たので報告する。

対象および方法

1. 症例

症例1 24歳女性，身長163cm，体重45kg

主訴：全身の疼痛と倦怠感・開口障害。

現病歴：2002年4月頃より思い当たる原因なく痛みによる開口障害が出現したため本大学附属病院歯科を受診し、顎関節症と診断された。当初症状は開口障害が中心であったが、徐々に肩こりや頭痛・腰部から下肢にかけての痛みとしびれ、さらには不眠や食欲不振・過敏性腸炎などの症状が出現したため近医を受診するが、血液検査やX線検査では異常所見は見当たらず、精神科の受診も行ったが原因は明らかとはならなかった。そのため2002年12月に本大学附属鍼灸センターに紹介され、鍼灸治療の開始となった。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

東洋医学的所見：舌質淡白・舌苔白，脈弦細。

その他：耳鳴り，多夢，月経不順，顔面蒼白。

併用療法：睡眠薬・便秘薬。

症例2 19歳女性，身長155cm，体重56kg

主訴：膝痛・全身の疼痛と倦怠感。

現病歴：2002年5月にクラブ活動中に膝を痛め、そのまま放置していたが7月頃から次第に腰部や肩背部にまで痛みが波及してきた。そのため本大学附属病院整形外科を受診するが、X線検査やMRI所見、血液検査では異常は見当たらなかった。また、全身に痛みが波及した頃から徐々に便秘や不眠・頭痛などの症状が出現し、それに伴い全身の強い倦怠感が出現したため2003年1月に鍼灸治療を希望して来院した。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

東洋医学的所見：舌質紅・舌苔黄，脈弦数。

その他：便秘，口乾，不眠・多夢，イライラ感が強い。

症例3 25歳男性，身長175cm，体重73kg

主訴：肩こり・全身の疼痛と倦怠感。

現病歴：2001年4月に事務職より調理師に転職した頃から腰部を中心に重だるさが出現し、次第にそのだるさは肩や下肢などの全身に広がった。またその頃から食欲不振や便秘と下痢を交互に繰り返すなど消化器系に異常が多く見られるようになったため、近医で精密検査を受けるがX線や血液学的所見に異常はなかった。そのため2003年3月に鍼灸治療を希望して来院した。

既往歴：1998年に盲腸の手術。

家族歴：父が1993年に胃ガンのため胃を部分切除。

東洋医学的所見：舌質淡・舌苔白滑，脈沈遅。

その他：顔面黄色，手足の冷え，腹部膨満感。

症例4 44歳女性，身長165cm，体重53kg

主訴：肩背部痛・全身の疼痛と倦怠感。

現病歴：2002年7月に自損事故により頸部を強打した。事故直後から強い疼痛が出現したため本学附属病院整形外科を受診し、頸椎捻挫と診断され頸部カラーの装着と湿布薬の貼付にて安静を保っていた。しかしながら、事故3週間を過ぎたあたりから肩や頸部を中心に全身の疼痛や倦怠感、さらには睡眠障害や偏頭痛が出現し、しばらく経過を観察するが変化が見られないため2002年9月に本大学鍼灸センターに紹介された。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

東洋医学的所見：舌質紅苔少・脈弦細数。

その他：顔のほてり，足先の冷え，盗汗，五心煩熱，ドライアイ（目の乾燥感）。

併用療法：湿布薬。

2. 評価項目

各治療の開始前に全身の主観的な痛みを Visual Analogue Scale (VAS) により毎回測定した。VASは標準的な100mm幅のものを用い、左端(0mm)には「痛みなし」、右端(100mm)には「これまでに経験した最大の痛み」と記載した。

また、quality of life (QOL) を把握する目的で疼痛生活障害評価尺度 (Pain Disability Assessment Scale: PDAS: 60点)⁵⁾を用いて、治療開始時・東洋医学的治療終了後・鍼通電治療終了後の計3回それぞれ評価を行った。PDASは「買い物に行く」や「ベッドに入る、ベッドから起きあがる」など日常生活で行う20項目を4段階で評価するもので、点数が高ければ高いほど日常生活が疼痛により障害されていることを示す。

一方、東洋医学的治療終了後と鍼通電治療終了後にアメリカリウマチ学会が作成したFMSの診断基準である圧痛点(18箇所)の存在を確認した。圧痛の有無はプッシュプルゲージ式圧痛計(MODEL-9500, AIKOH)にて各部位をそれぞれ3回測定し、3回とも4kg以下で疼痛を訴えた場合のみ圧痛ありとした。

3. 鍼灸治療

(1) 東洋医学的な治療

全身症状の軽減を目的に東洋医学的な証に基づいた鍼灸治療を行った。治療開始時(第1回目)に舌診や脈診などの東洋医学的な病態把握に基づき証を決定し、李世珍の「臨床経穴学」を参考に治療経穴を選穴した(表1)⁶⁾。2回目以降の治療はこの選穴を基本治療穴としたが、症状が大きく変化したときはその時に応じて治療穴を選穴し直した。また、各治療後に痛みが強く残る場合には、その部位の圧痛を触診にて検索し圧痛点に最大6箇所まで置鍼または雀啄刺激を行った。

(2) FMSに対する鍼通電治療

FMSに効果的とされるDeluzeらの治療方法を参考に両側の前脛骨筋部と手の第一背側骨間筋部へ10分間の鍼通電刺激(4Hz)と症状が強い部位の中から圧痛が著明な部位に最大6箇所まで置鍼または雀啄刺激を行った⁷⁾。治療は最低3回以上行った。

なお、どの治療法も原則として治療間隔は週1回とし、鍼はステンレス製40mm18号・ディスプレイ

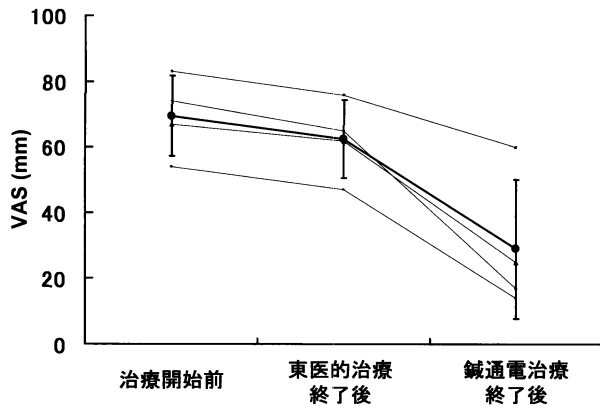


図1 鍼灸治療による主観的な全身疼痛の変化

図は鍼灸治療による全身的な疼痛の経時的変化を示し、縦軸には主観的な全身の疼痛をVAS (mm)で、横軸には時間経過をそれぞれ示す。なお、図中の太線は4症例の平均値を、細線は各症例の個々の値を示す。

ブル鍼を使用して、東洋医学的な治療に際しては切皮程度、鍼通電治療もしくは圧痛点の刺激に際しては筋肉内まで刺入した。また薬物などの併用は少なくとも鍼灸治療開始1カ月前から服用が開始され、鍼灸治療期間中に服用量・服用内容を変化しないことを条件に服用を認めた。

結果

鍼灸治療開始当初、全身の主観的な痛み (VAS) は症例1で83、症例2で54、症例3で67、症例4で74、平均 69.5 ± 12.2 (mean \pm S.D.) (図1)、またQOLを示すPDASは症例1で12点、症例2で9点、症例3で11点、症例4で13点、平均 11.3 ± 1.7 点であった (図2)。症状が広範囲に及んでいることと不定愁訴が多いことなどから東洋医学的に病態把握を行い、症例1は肝血虚証と判断して太衝・肝兪への鍼を基本とし、症状に応じて三陰交・血海・膈兪に鍼を追加、症例2は肝火上炎証と判断して太衝・肝兪・期門・内関への鍼を基本とし、症状に応じて行間・陽輔に鍼を追加、症例3は脾陽虚証と判断して太白・足三里・脾兪・気海への鍼と関元への灸 (糸状灸) を基本とし、症状に応じて中脘に灸を追加、症例4は肝陰虚証と判断して太衝・三陰交・肝兪・腎兪への鍼を基本とし、症状に応じて照海に鍼を追加、それぞれ平均 8.5 ± 2.5 回の治療を行った。また、症例1では治療経過に伴い舌紅苔少となり頬紅や月経周期が早まるなどの変化が見られたことから肝陰虚証と判断し、治療6回目から血海と膈兪に変えて腎兪と照海に鍼を行った。その結果、不眠や便秘、イ

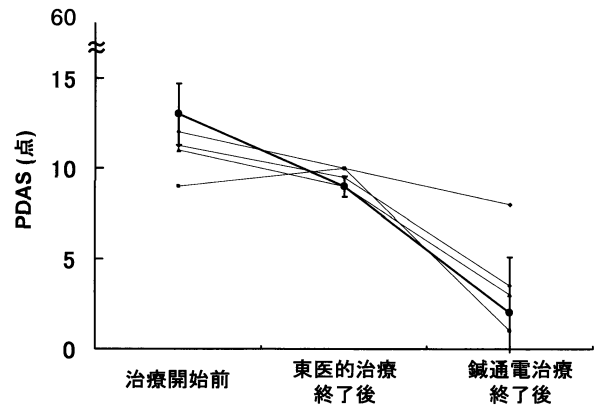


図2 鍼灸治療によるQOLの変化

図は鍼灸治療によるQOLの経時的変化を示し、縦軸には疼痛生活障害評価尺度 (Pain Disability Assessment Scale: PDAS: 最高60点) を、横軸には時間経過をそれぞれ示す。なお、図中の太線は4症例の平均値を、細線は各症例の個々の値を示し、点数が多いほど疼痛により日常生活が障害されていることを示す。

ライラ感などの不定愁訴に関しては軽減が見られたものの、どの症例も評価項目に関しては大きな変化は認められず、VASは症例1で76、症例2で47、症例3で62、症例4で65、平均 62.5 ± 11.9 、またQOLを示すPDASは症例1で10点、症例2で10点、症例3で9点、症例4で9点、平均 9.5 ± 0.6 点であった。

そのため全身の圧痛を調べたところ、どの症例も18カ所中13カ所以上に圧痛が認められ、なおかつ広範囲にわたる全身的な疼痛が3カ月以上認められたため線維筋痛症候群と判断し、鍼通電治療を開始した。その結果、鍼通電治療3回後のVASは症例1で60、症例2で14、症例3で25、症例4で17、平均 29.0 ± 21.2 、またQOLを示すPDASは症例1で8点、症例2で1点、症例3で2点、症例4で2点、平均 3.3 ± 3.2 と1症例を除いて症状に大きな改善が認められた。効果が見られた3症例に関しては、肩こりや腰痛・膝痛などの局所的な症状に関しても全身症状の改善に伴い症状の改善が認められた。また、どの症例も治療3回終了後1~2カ月を経過した時点でも、月2~3度の鍼灸治療を行うことでその効果はある程度持続していた。

一方、効果が見られなかった症例1においてその後鍼通電治療を5回ほど継続したが、症状に大きな変化は認められなかった。

考察

1. 線維筋痛症候群について

近年、ストレスの増加に伴い便秘や不眠、手足の冷えやほてりなど、様々な愁訴を訴えて来院する患者は少なくない。これらの症状は不定愁訴と呼ばれ、東洋医学的な治療が得意とするところである。一方、このような不定愁訴に留まらず全身の疼痛や疲労感を強く訴えるような患者も一部に見られ、このような患者は最近では慢性疲労症候群（CFS）や線維筋痛症候群（FMS）として診断されるようになった¹⁾²⁾。しかしながら、これらの患者の多くは血液検査やX線検査などに異常所見が認められないことから、CFSやFMSを念頭において診断や治療を行わないと見逃されてしまうケースも多く、適切な治療が行われていないことが多い。

その中でもFMSはCFSに比べて認知度も低く、またFMSに対する有効な治療法が確立していないことなどからFMSと診断されることは少なく、このような症状を訴える疾患の多くは難治性や心因性の疾患として取り扱われていることも少なくない。FMS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り、疼痛は筋肉と軟部組織の痛みが中心で、首および腰などの体軸部分に集中するが、特に近位僧帽筋に生じることが多い¹⁾³⁾⁴⁾⁸⁾。疼痛以外にはこわばりや全身倦怠感を訴えることが多く、過敏性腸症候群、頭痛、しびれ感などの症状を訴えることも少なくない。また、FMS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、CFSや精神疾患と共通する点も多く、FMSを厳密に診断するのは難しいとされている¹⁾³⁾⁴⁾⁸⁾。FMS診断の手がかりとして、浦田らは①女性であること、②全身の疼痛を訴えること、③全身倦怠感や頭痛・過敏性腸症候群・睡眠障害などの合併があること、④全身の圧痛が存在することなどをあげており¹⁾、このような患者が来院したときにはFMSを疑う必要があることを強調している。

FMS患者のQOLはインスリン依存性糖尿病患者やCOPD（慢性閉塞性肺疾患）患者、人工肛門患者と比べても低いとされていることから¹⁾⁹⁾、正確な知識の元での早期診断・早期治療が望まれている。

2. 線維筋痛症候群に対する鍼灸治療の有用性

FMSに対する治療では、一般的に抗うつ薬の投

与を基本としており、それに加えて軽度の運動や心理的なケアなど複合的に治療を行うことが良いとされている¹⁾¹⁰⁾。しかしながら、FMSの症状は一律でないことから、すべての患者に対して有効な治療法はなく、それぞれのケースに応じて様々な治療法を試みているのが現状である¹⁾¹¹⁾¹²⁾。

鍼灸治療をはじめとする東洋医学的な病態把握法は、FMSのような不定愁訴を多く訴えるような患者を理解するには適した診断法であり、このような患者の治療にはとても適していると考えられる。また、FMSに対しても鍼灸治療に関する報告はいくつかあり、その多くは鍼灸治療が効果的であったとしている¹⁾²⁾¹³⁾。当初、我々はFMSに関する認識がなかったため、東洋医学的な病態把握に基づき各人に応じた鍼灸治療を行った。しかしながら、不眠や便秘など不定愁訴に関しては多少の軽減が見られたものの、10回前後の治療では評価項目に大きな改善が認められなかった。そのため全身の疼痛や倦怠感を訴える代表疾患であるFMSを念頭に置き各患者を診断基準に照らし合わせると、4症例とも3カ月以上継続的に全身に疼痛が存在しているにも関わらず血液検査やX線検査に異常がなく、また全身の圧痛が18カ所中13カ所以上に認められた。一方、どの症例も自力で日常生活を送ることは可能であるが、痛みや不安により日常生活が著しく障害されている例も存在していた。以上のことから軽度から中等度のFMSと判断し、FMSに効果的と報告されている鍼通電治療を試みた。その結果、鍼通電開始3回後には4例中3例で著明な症状の改善が見られ、その効果はしばらく持続した。

今回、我々が行った東洋医学的な治療では全身疼痛に著明な変化は認められなかったが、不定愁訴に対して東洋医学的な治療法が効果的であったとする報告は多く、今回も不定愁訴に関しては効果が見られたことから、それらを否定するものではない。また今回行った弁証や配穴が必ずしも正しいかどうかはわからないため、FMSに対する東洋医学的な治療の是非を判断することもできない。しかしながら、今回用いたDeluzeらの鍼通電治療は対照群を置いた臨床試験により効果が証明された方法であり⁷⁾、筋肉への刺鍼や低頻度による鍼通電は痛覚閾値を上昇させることが知られている⁷⁾¹⁴⁾。このことから、今回の筋肉への鍼通電刺激は全身の痛覚閾値を一過

性に上昇させ、痛みの悪循環を断ち切ったものと考えられる。以上のことから、倦怠感や不眠などの不定愁訴に加えて全身の疼痛が強く存在する患者には、今後はFMSの概念を取り入れた診察や治療を念頭に置く必要があり、そのような患者の治療法の一つに鍼通電治療が有効であることを本症例は示している。

一方、効果のなかった1例は、痛みや不眠などの症状が他の症例に比べて強いため日常生活が著しく障害されており、またストレスや気温の変化などの要因で症状が悪化することから他の症例に比べて重症例であったと考えられる。実際、職場の人間関係などの心理的なストレスが取り除かれることにより徐々に変化が見られ、半年後には不眠や過敏性腸炎などの症状が改善するとともに全身の痛みも軽減してきた。このことから、心理的ストレスが症状に大きく関係するタイプの症例に対しては単なる鍼灸治療だけでなく、カウンセリングを含めた総合的な心のケアが必要であると考えられた。

結語

全身の筋痛と倦怠感を主訴とする4症例に対して線維筋痛症候群の概念を取り入れた鍼通電治療を試みた。その結果、東洋医学的な病態把握に基づいた鍼灸治療では症状(VAS・PDAS)に大きな変化は見られなかったが、FMSに効果的とされる鍼通電治療を行うと治療3回後には症状が大きく改善した。

文献

- 1) 浦田幸朋, 他: 線維筋痛症候群, 治療, **48**(6), 1747-1754 (2002)
- 2) 橋本信也: 慢性疲労症候群と fibromyalgia, 医学のあゆみ, **182**(9), 698-704 (1997)
- 3) Wolfe F., et al.: The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum*, **33**, 160-172 (1990)
- 4) Wolfe F., et al.: The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*, **38**, 19-28 (1995)
- 5) 有村達之, 他: 疼痛生活障害評価尺度の開発, 行動療法研究, **23**, 7-15 (1997)
- 6) 李世珍: 臨床経穴学, 東洋学術出版社, 千葉 (1995)
- 7) Deluze C., et al.: Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. *BMJ*, **305**, 1249-1252 (1992)
- 8) 岡本連三: リウマチの外来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*, **11**, 304-312 (2002)
- 9) Burckhardt CS, et al.: Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *J Rheumatol*, **20**, 475-479 (1993)
- 10) 松本美富士: 線維筋痛症候群, 治療, **78**, 1429-1431 (1996)
- 11) Dessein PH, et al.: Nociceptive and non-nociceptive rheumatological pain: recent understanding of pathophysiology and management in rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Pain Rev*, **7**, 67-79 (2000)
- 12) Sim J, et al.: Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. *Clin J Pain*, **18**, 324-336 (2002)
- 13) Berman BM, et al.: Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia? *J Fam Pract*, **48**, 213-218 (1999)
- 14) Lewit K.: The needle effect in the relief of myofascial pain. *Pain*, **6**, 83-90 (1979)