

図 20 図 19 の施設の中で、3 か月以内に通院経験の有無

図 19 病院以外の施設利用状況

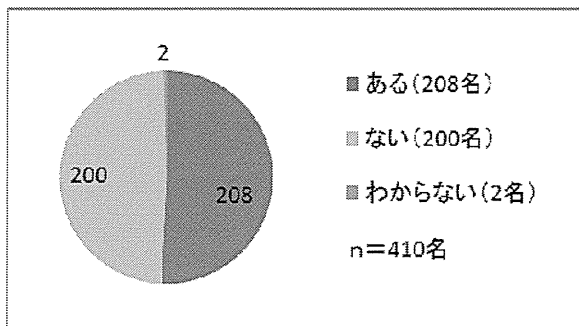


図 21 鍼灸治療受療の有無

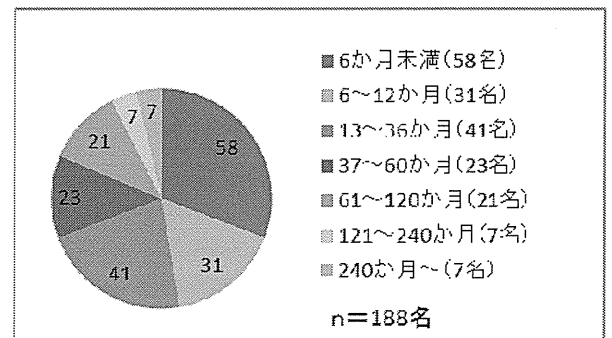


図 22 鍼灸治療の通院歴

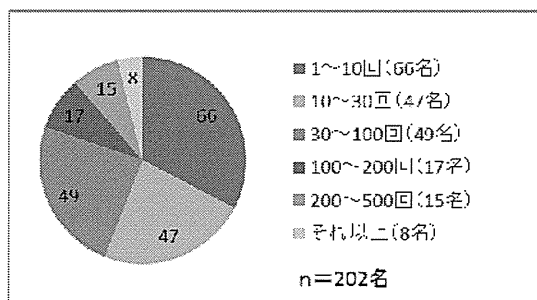


図 23 鍼灸治療受療回数

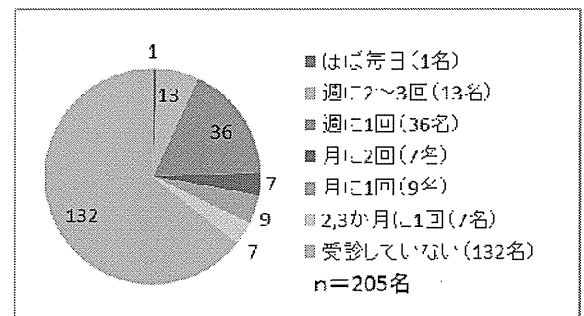


図 24 鍼灸治療の受療頻度

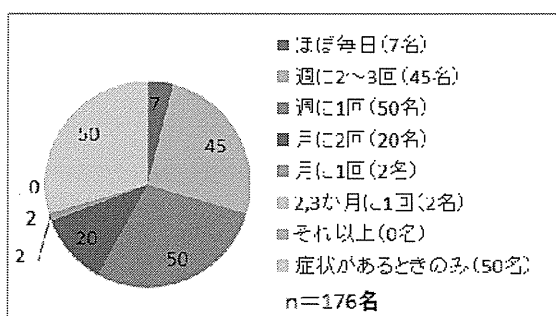


図 25 希望する受療頻度

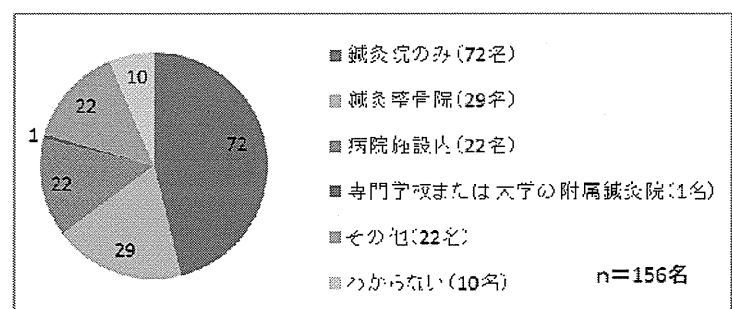


図 26 鍼灸院の形態

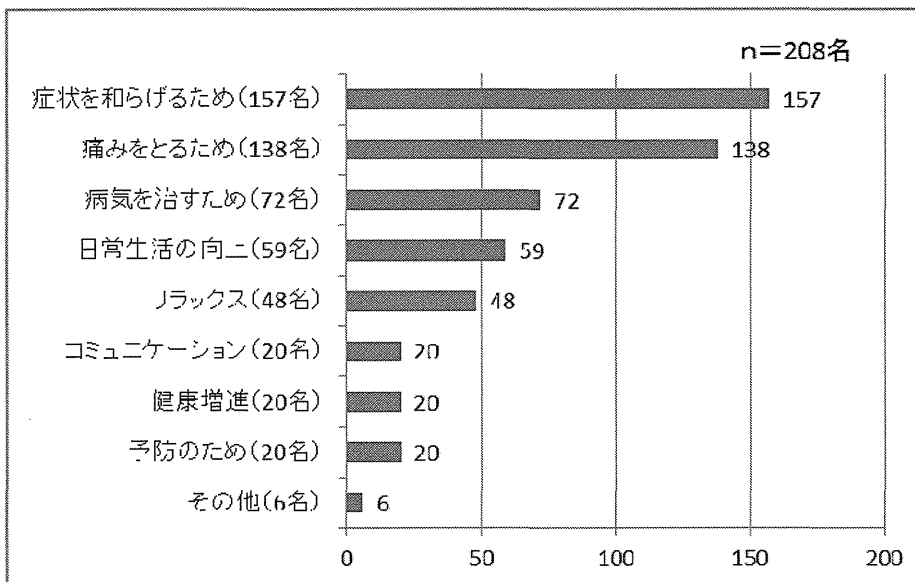


図 27 鍼灸治療の目的

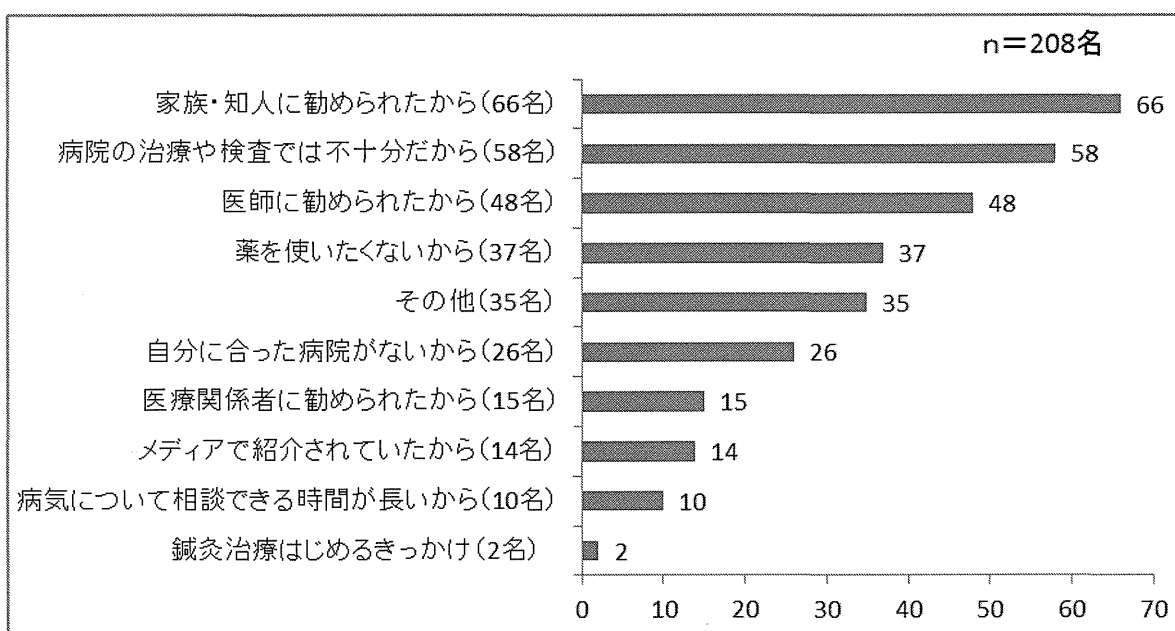


図 28 鍼灸治療をはじめたきっかけ

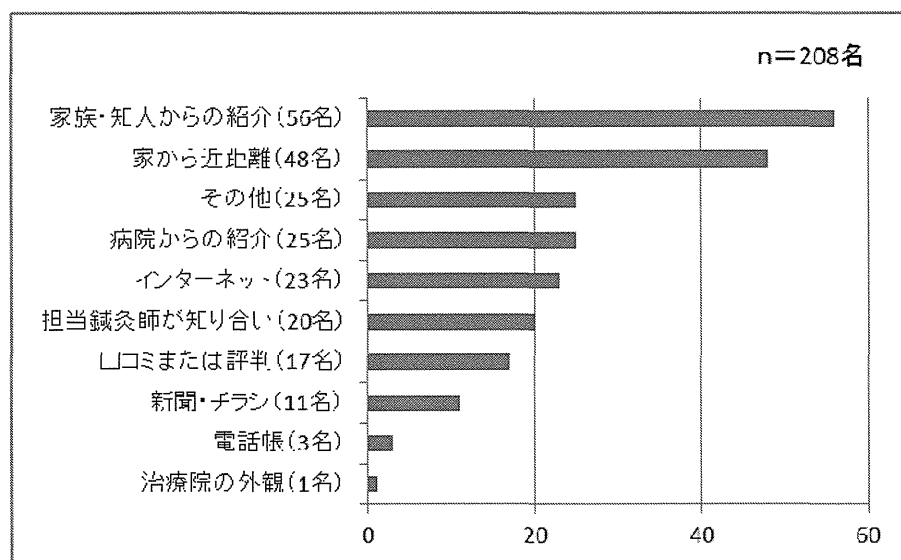


図 29 鍼灸院を選ぶきっかけ

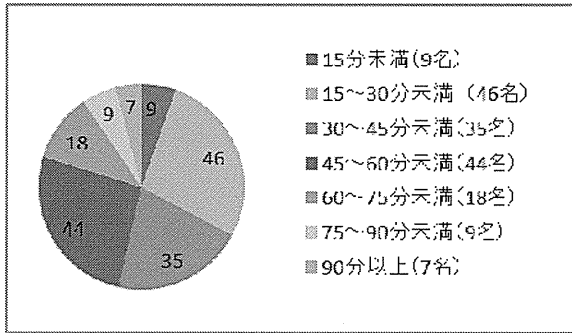


図 30 灸灸院での1回の診療時間

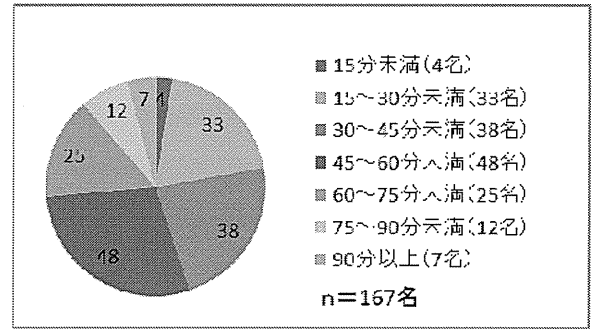


図 31 希望する1回の診療時間

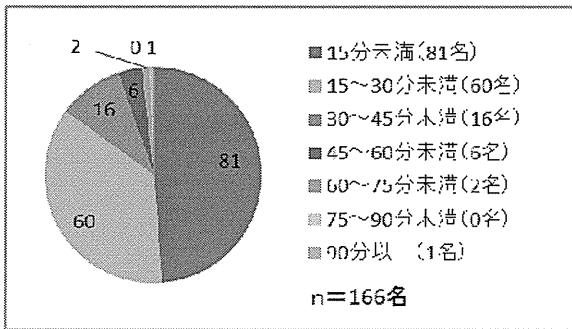


図 32 灸灸院での待ち時間

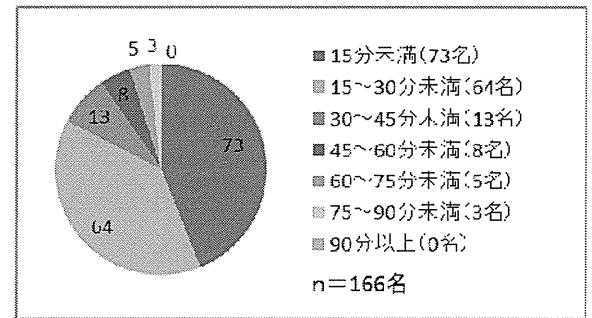


図 33 話をする時間

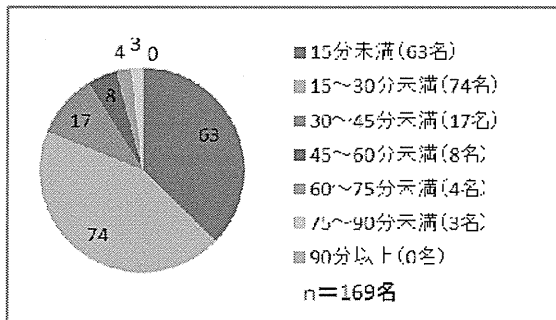


図 34 希望する話をする時間

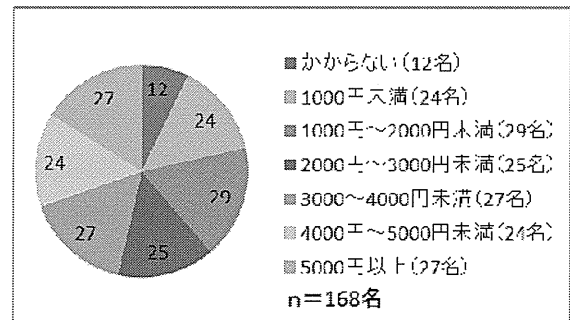


図 35 灸灸院でかかる実費用

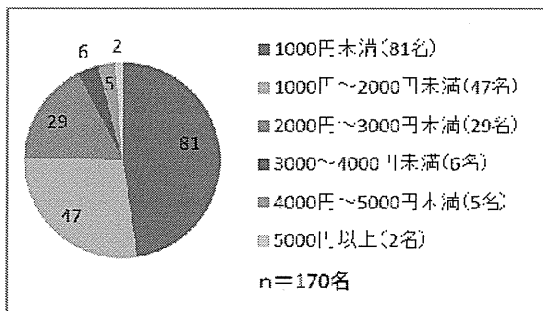


図 36 希望する実費用

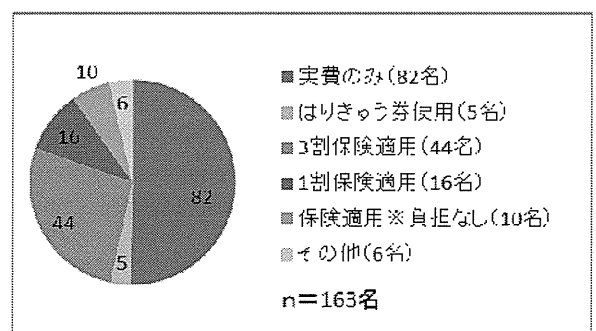


図 37 灸灸院の支払い方法

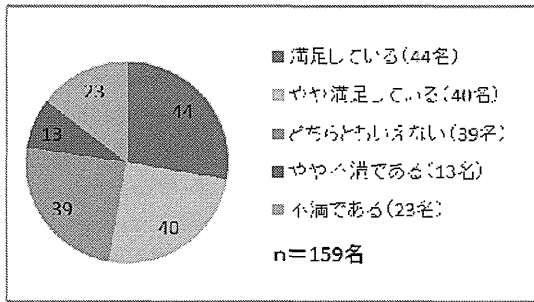


図 38 鍼灸治療の満足度

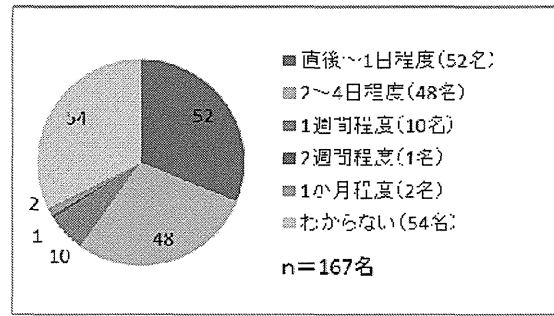


図 39 鍼灸治療の持続効果

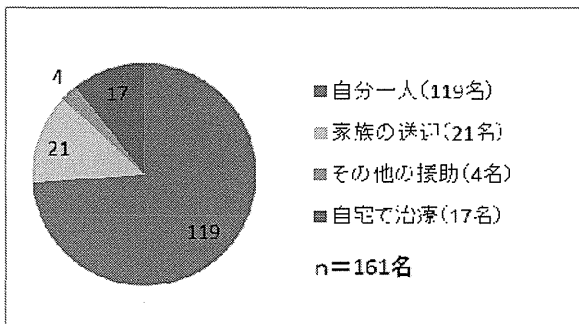


図 40 鍼灸治療院への通院手段

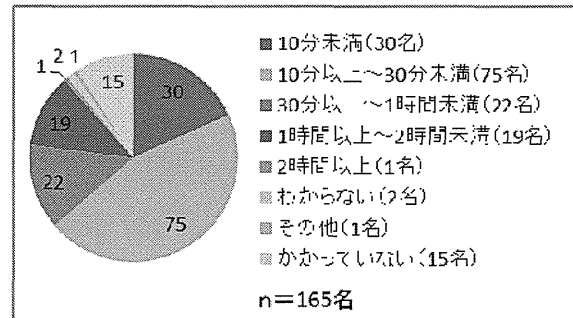


図 41 鍼灸治療院への片道通院時間

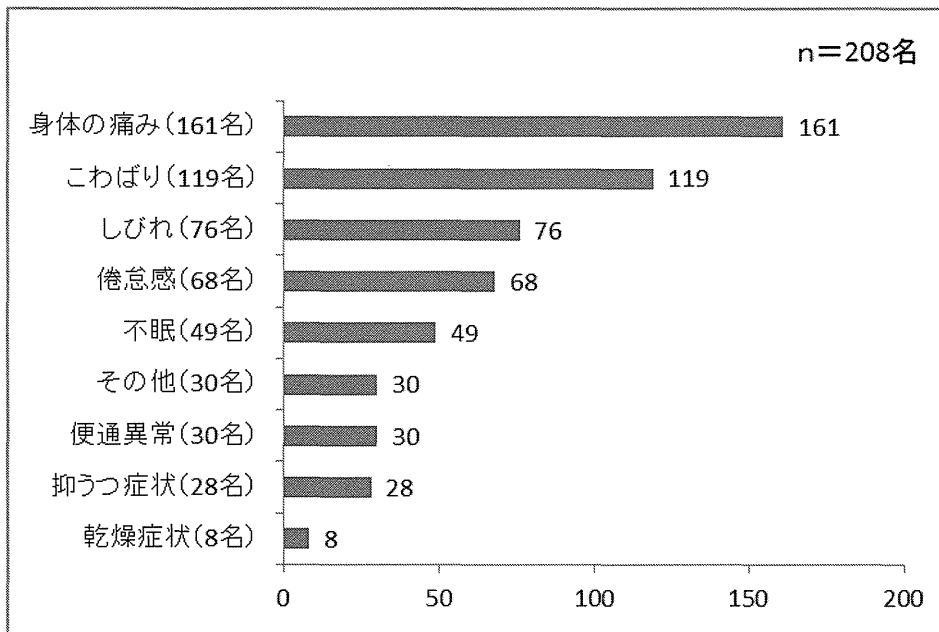


図 42 鍼灸治療を受けている症状

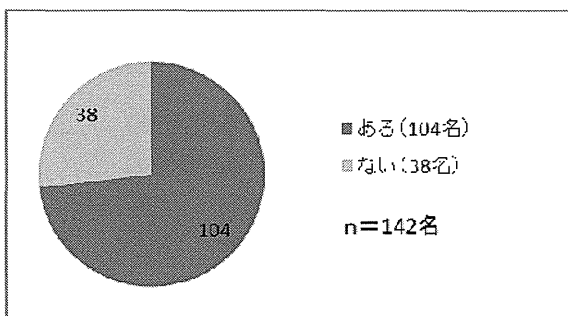


図 43 図 42 の症状で、鍼灸治療による改善効果の有無

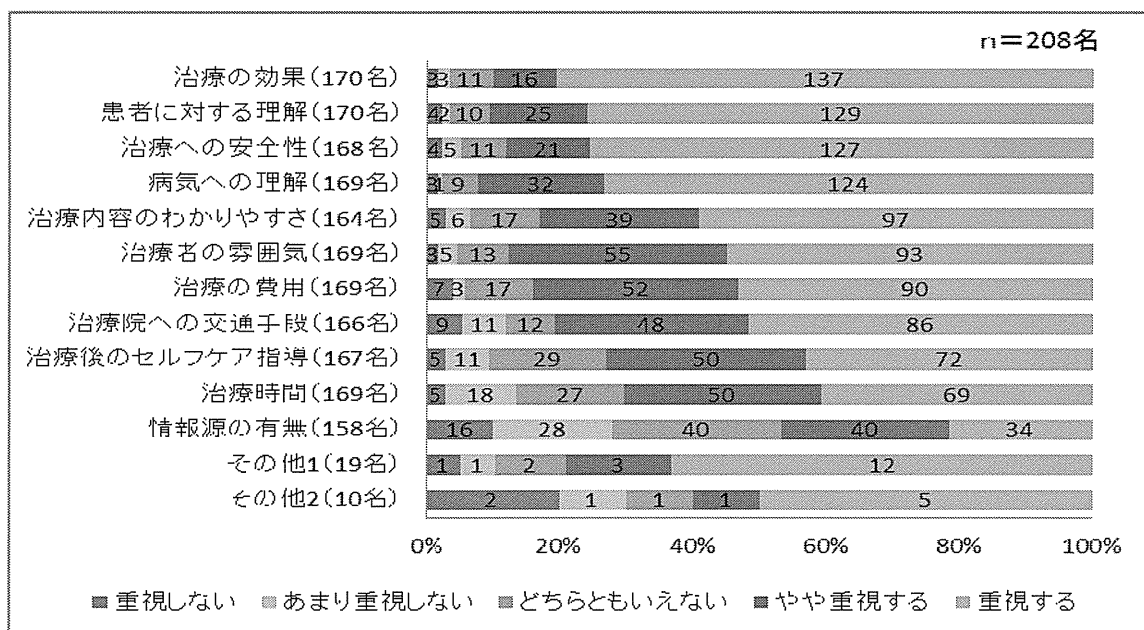


図 44 鍼灸治療で重視するポイント

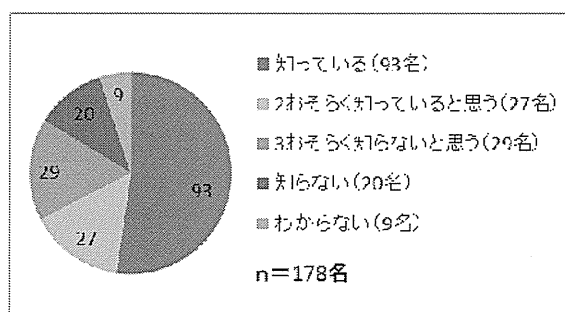


図 45 担当鍼灸師の線維筋痛症への理解

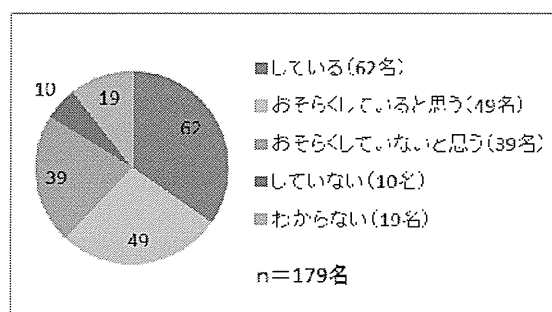


図 46 担当鍼灸師の線維筋痛症を学ぶ努力

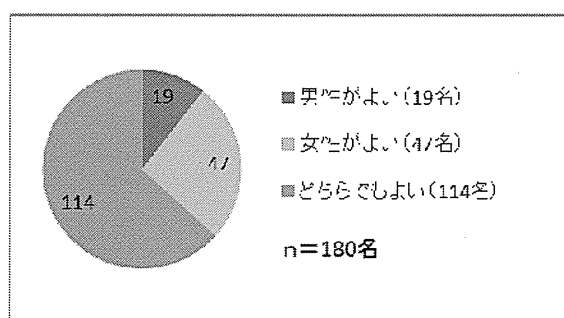


図 47 担当鍼灸師に希望する性別

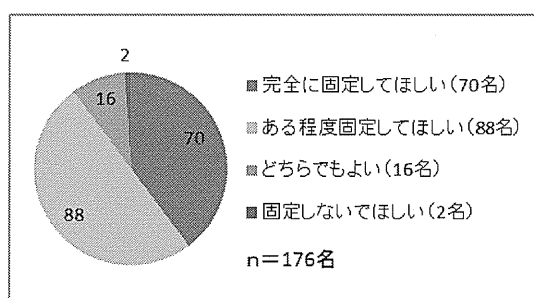


図 48 担当鍼灸師の固定

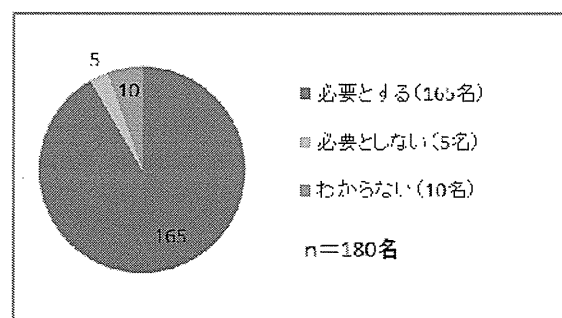


図 49 治療方法の説明の必要性

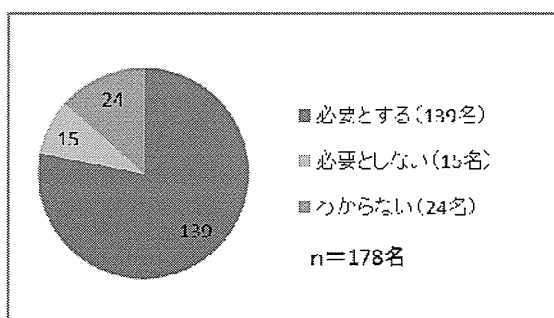


図 50 治療ゴールの説明の必要性

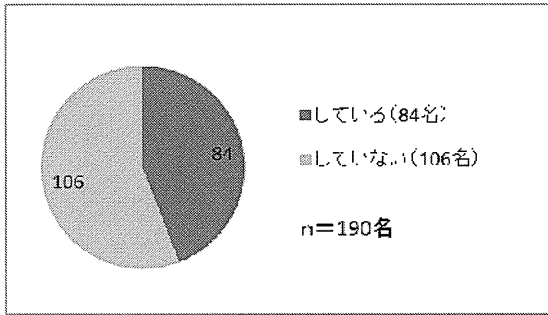


図 51 鍼灸治療の継続の有無

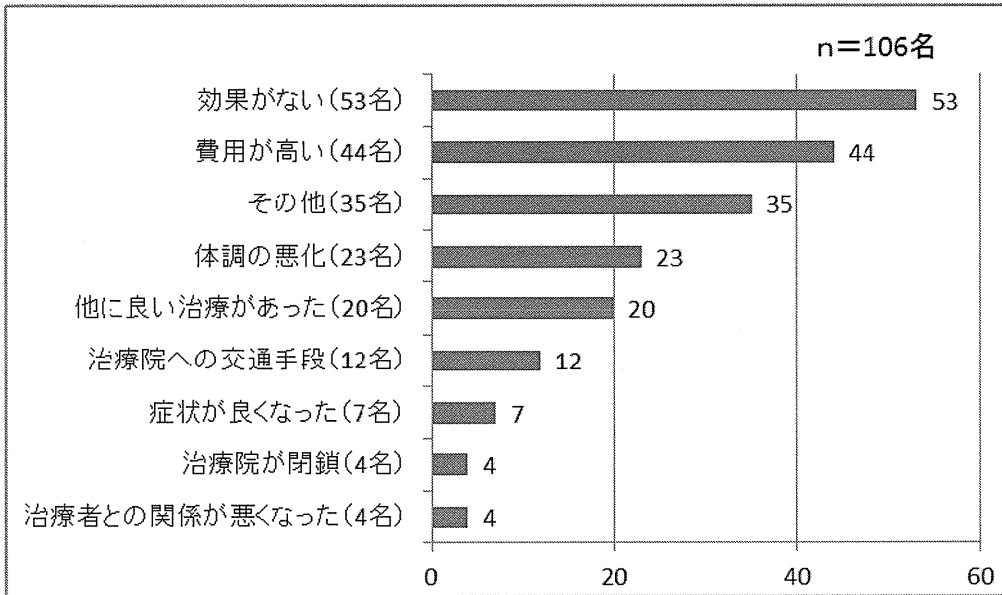


図 52 鍼灸治療を継続しなくなった理由

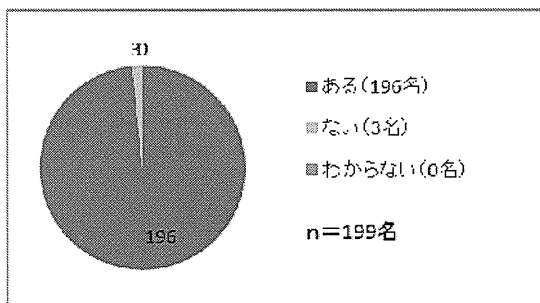


図 53 はり治療の経験

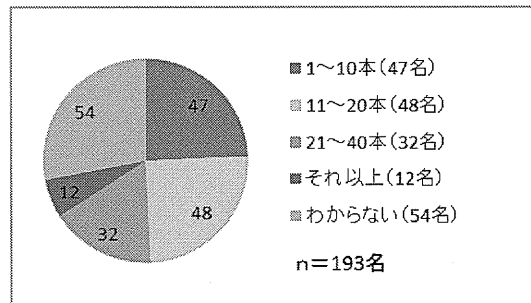


図 54 1回のはり治療での本数

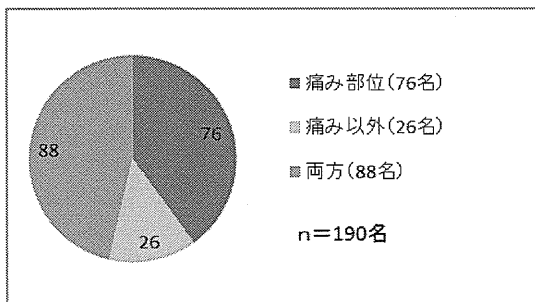


図 55 はりの主な刺鍼部位

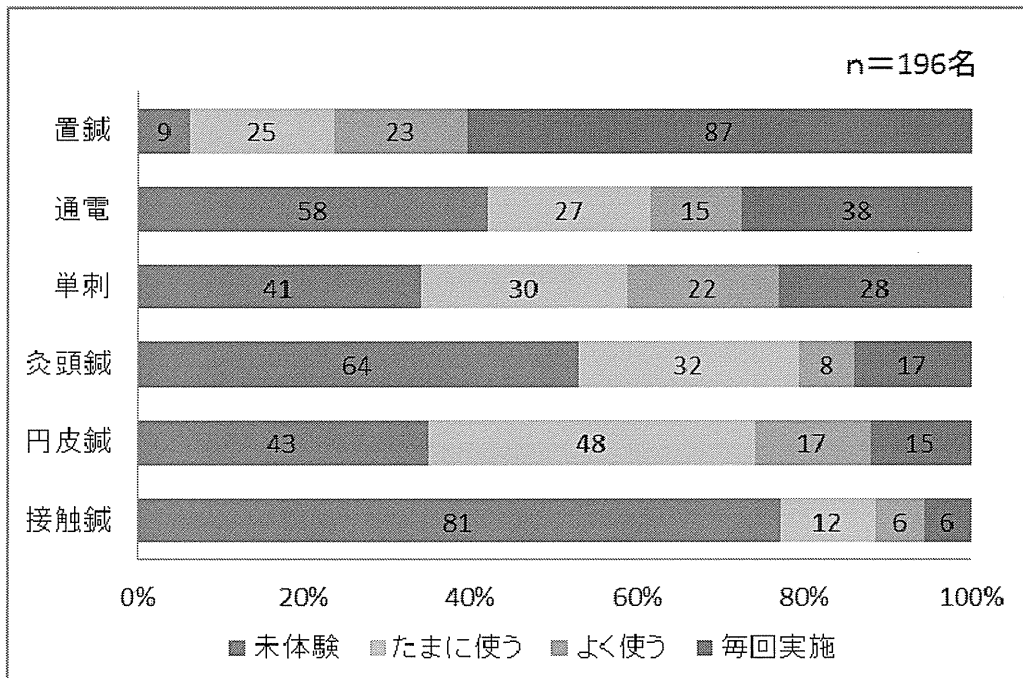


図 56 はり治療の手技と使用頻度

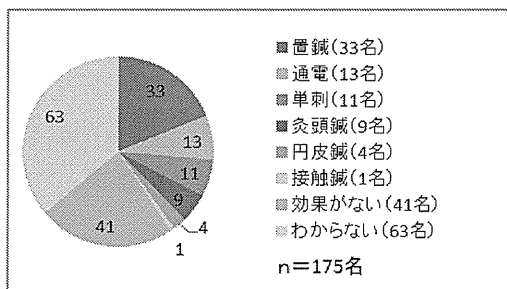


図 57 線維筋痛症の慢性痛に効果的なはり手技

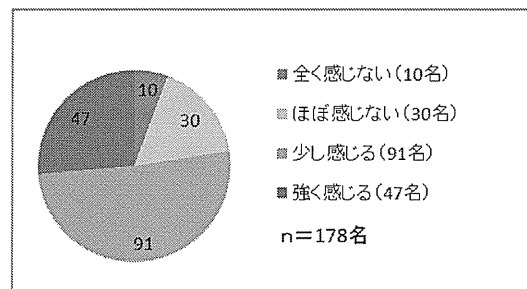


図 58 受けたはりの感じ方

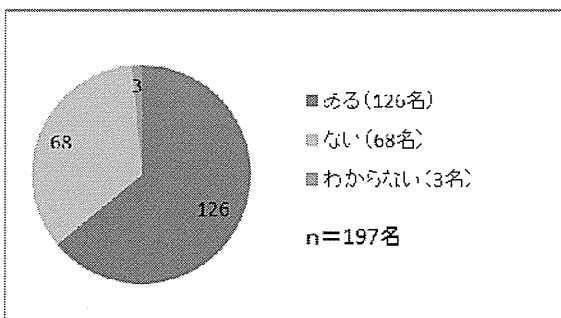


図 59 きゅう治療の経験

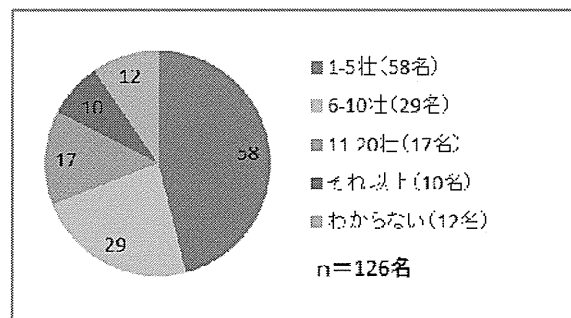


図 60 1回のきゅう治療での壮数

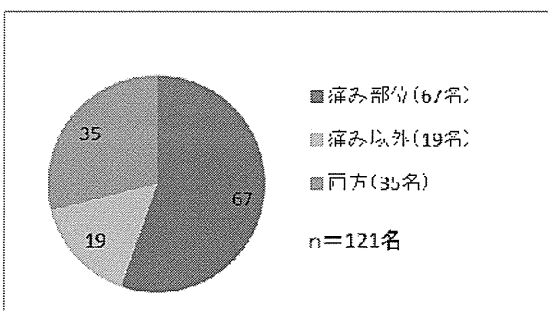


図 61 きゅうの主な施灸部位

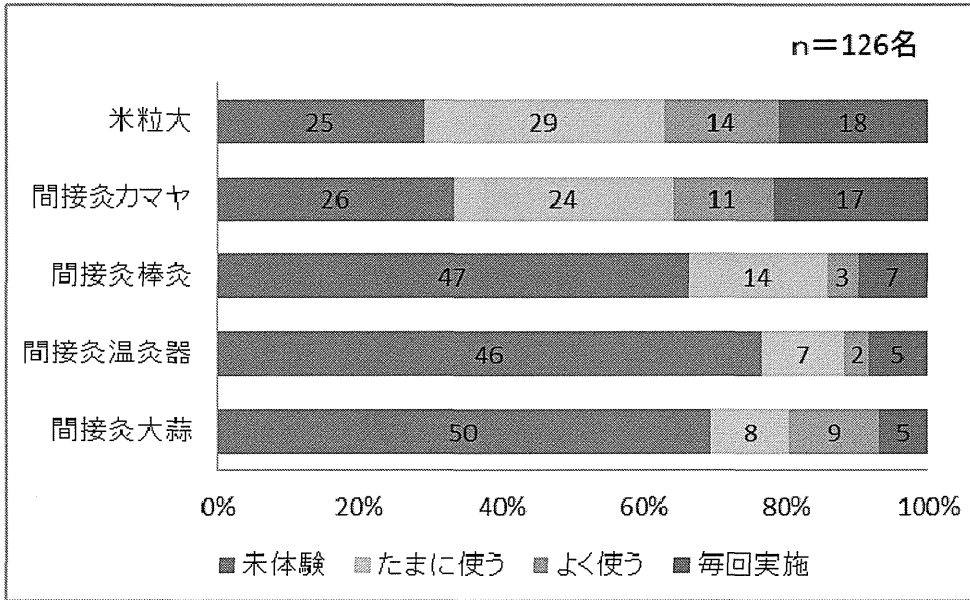


図 62 きゅう治療の手技と使用頻度

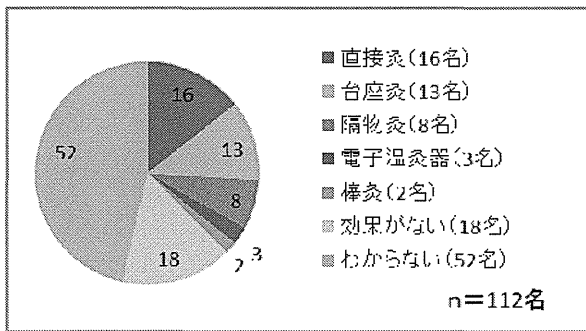


図 63 線維筋痛症の慢性痛に効果的なきゅう手技

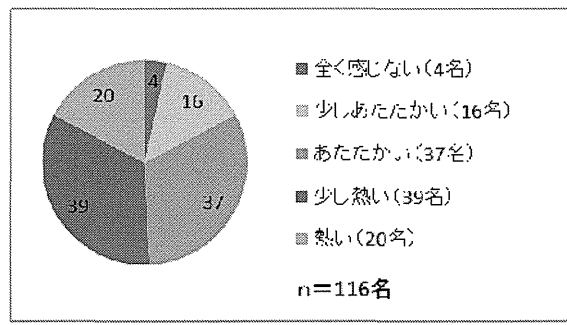


図 64 受けたきゅうの感じ方

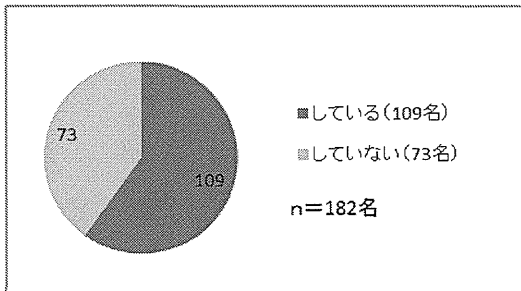


図 65 医師への鍼灸治療の報告

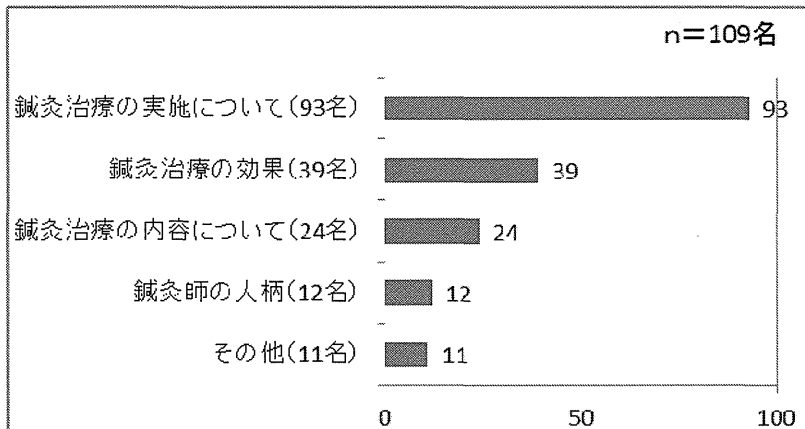


図 66 患者が医師へ報告している内容

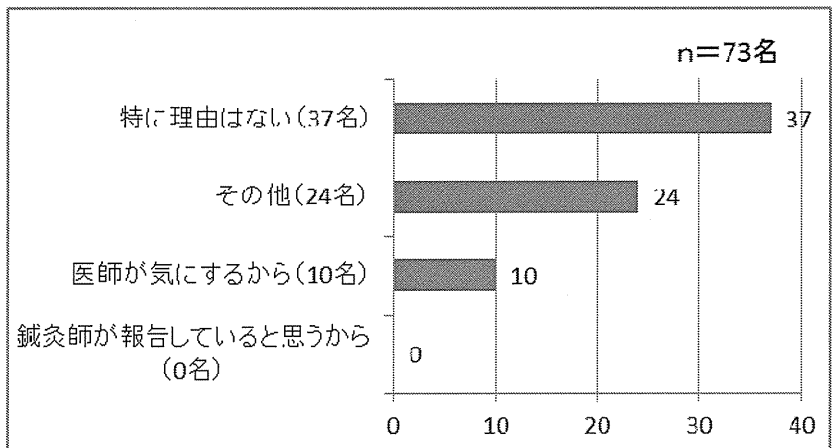


図 67 患者が医師へ報告していない理由

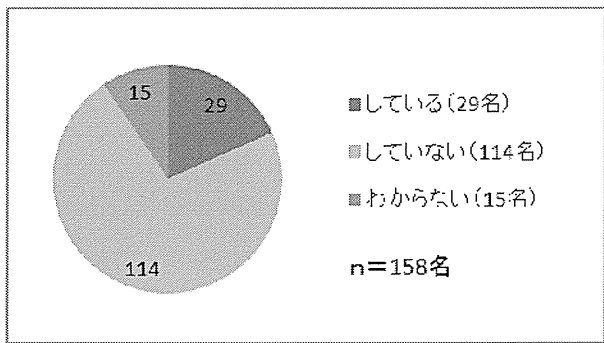


図 68 担当鍼灸師が医師と連携しているか？

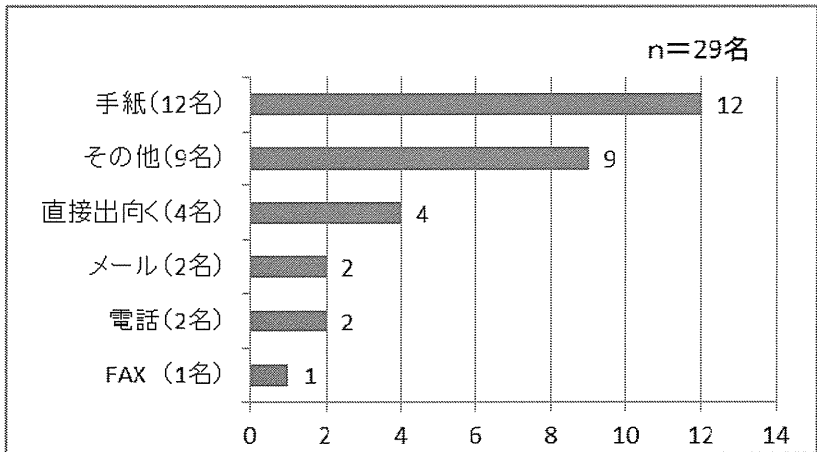


図 69 担当鍼灸師は医師へどのような連携手段を取っているか？

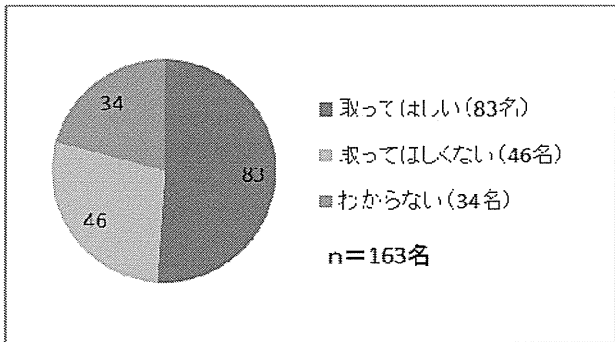


図 70 担当鍼灸師への医師との連携の希望

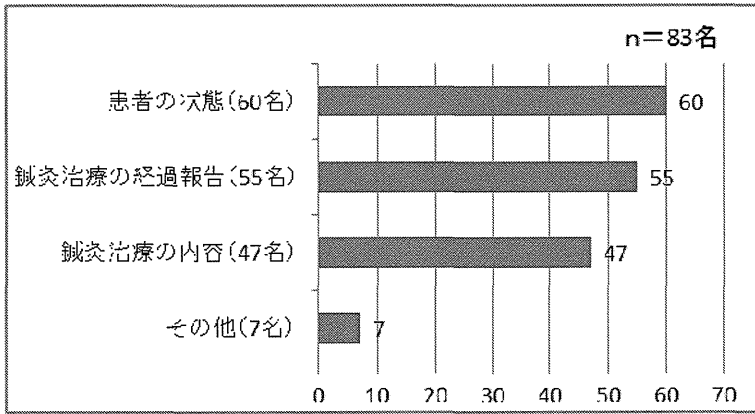


図 71 担当鍼灸師へ希望する
医師への連携内容

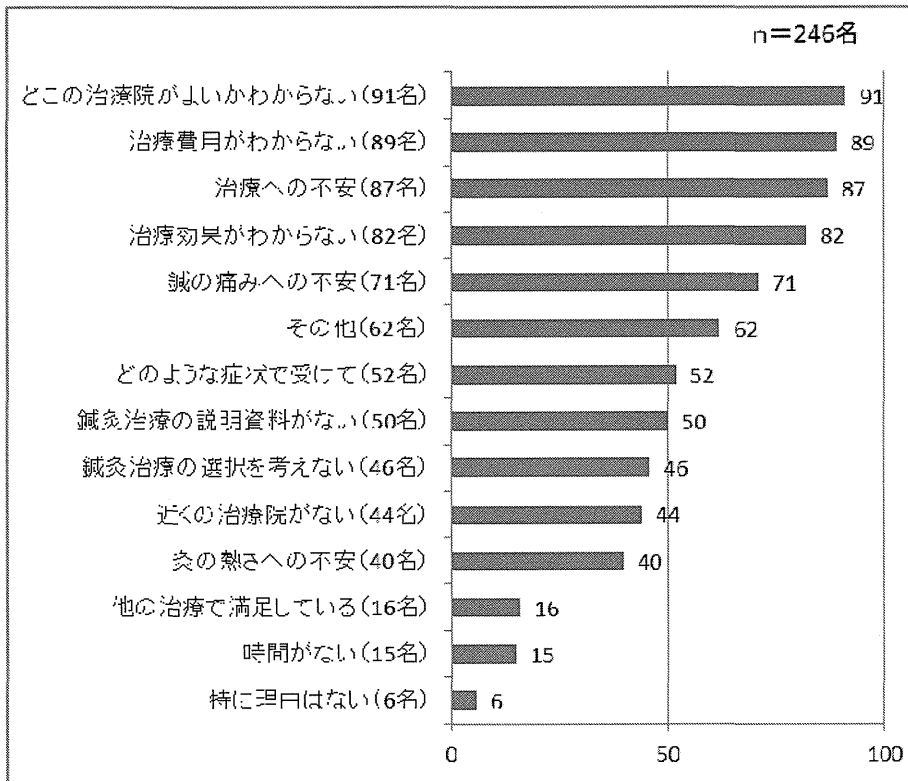


図 72 鍼灸未実施者の鍼灸治療を
受けない理由

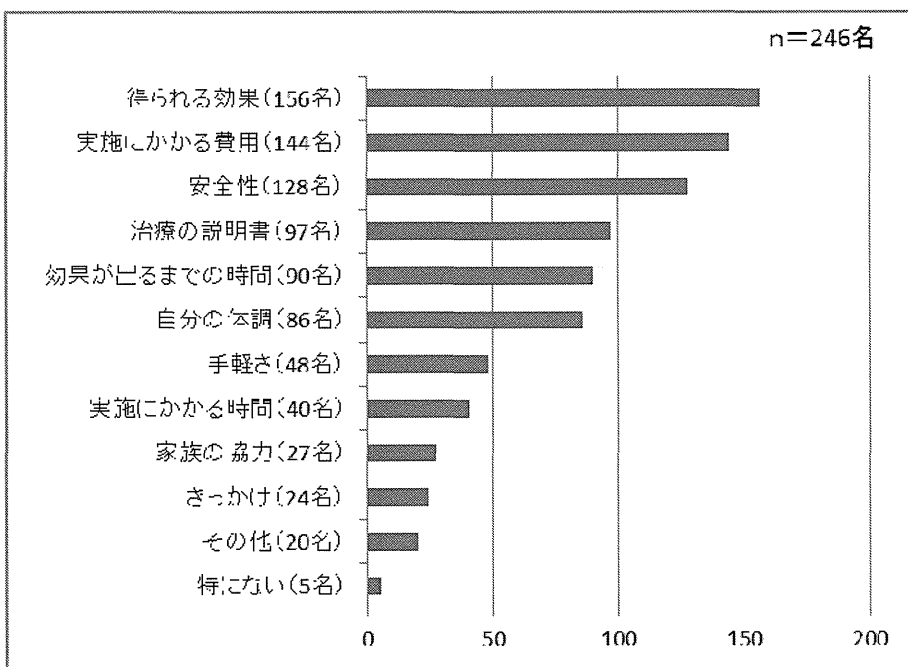


図 73 鍼灸未実施者の鍼灸治療を
受けた際重視するポイント

表1 回答者の基礎情報

年齢 (歳)	52.3±14.3
身長 (cm)	157.7±7.2
体重 (kg)	56.0±13.2
BMI	22.1±5.4
線維筋痛症と診断されてからの罹患期間 (月)	66.8±47.7
症状が持続している期間 (月)	145±136.2
身体の痛みVAS (mm)	62.3±27.6
身体の体調VAS (mm)	68.6±23.3
鍼灸継続期間 (月)	44.5±72.3
JFIQ	62.6±20.9

表2 鍼灸治療の実施者と未実施者の基本属性等に関する比較

		n	平均値	標準偏差	有意確率
年齢	鍼灸あり**	208	54.2	14.2	.004
	鍼灸なし**	199	50.0	14.7	
	合計	407	52.1	14.6	
身長	鍼灸あり	208	156.4	17.0	.940
	鍼灸なし	199	156.5	13.1	
	合計	407	156.4	15.2	
体重	鍼灸あり	208	53.6	15.4	.115
	鍼灸なし	199	56.0	14.9	
	合計	407	54.7	15.2	
BMI	鍼灸あり**	208	21.3	5.8	.025
	鍼灸なし**	199	22.6	5.8	
	合計	407	21.9	5.8	
罹患期間	鍼灸あり**	208	68.1	51.4	.016
	鍼灸なし**	199	56.3	46.6	
	合計	407	62.4	49.4	
症状の持続期間	鍼灸あり	208	148.4	139.1	.182
	鍼灸なし	199	130.1	137.0	
	合計	407	139.5	138.2	
痛みVAS	鍼灸あり	204	61.1	29.0	.166
	鍼灸なし	193	64.9	24.8	
	合計	397	62.9	27.1	
体調VAS	鍼灸あり**	207	65.2	24.8	.002
	鍼灸なし**	198	72.4	20.7	
	合計	405	68.7	23.1	
JFIQ	鍼灸あり**	206	60.7	20.2	.030
	鍼灸なし**	194	65.2	20.9	
	合計	400	62.9	20.6	
居住人数	鍼灸あり	208	2.4	1.2	.078
	鍼灸なし	198	2.6	1.3	
	合計	406	2.5	1.3	
世帯収入	鍼灸あり	182	2.5	1.4	.086
	鍼灸なし	165	2.3	1.4	
	合計	347	2.4	1.4	
医療費の自己負担割合	鍼灸あり	194	2.6	0.7	.351
	鍼灸なし	183	2.5	0.8	
	合計	377	2.6	0.8	
現在の健康状態	鍼灸あり	194	2.9	1.5	.757
	鍼灸なし	185	2.9	1.5	
	合計	379	2.9	1.5	

** ; P<0.05

表3 それぞれの項目における相関係数

	痛みVAS (n=419)	体調VAS (n=427)	鍼灸継続 期間 (n=185)	JFIQ (n=423)	現在の健 康状態 (n=401)	鍼灸治療 回数 (n=202)	鍼灸治療 受診頻度 (n=73)	1回の診 療時間 (n=168)	話をする 時間 (n=166)	実費用 (n=168)	鍼灸治療 の満足度 (n=159)	鍼灸治療 持続効果 (n=119)	片道の通 院時間 (n=147)	はりの 本数 (n=139)	はりの 感じ方 (n=178)	きゅう施 灸箇所 (n=114)	きゅうの 感じ方 (n=116)
年齢	-.024	-.061	.067	-.106	-.021	.163	-.061	-.156	-.065	-.003	-.065	-.100	-.072	-.058	-.060	-.117	-.093
BMI	-.018	-.001	.102	.075	-.014	.134	-.023	-.085	-.166*	-.051	.019	-.024	-.075	-.019	.140	.056	-.083
罹患期間	.055	.076	.158	.024	-.052	.156	.015	-.077	-.002	-.055	-.014	.111	.034	-.048	.050	-.070	.052
症状期間	.109	.083	.109	.081	.156	.116	.017	.030	.052	.020	.058	.005	.055	-.101	.049	-.114	.014
痛みVAS	1	.656**	-.009	.545**	.466**	-.058	.047	-.093	.004	-.059	.155	-.311*	-.028	.059	-.084	-.036	-.209*
体調VAS	.656**	1	.037	.611**	.447**	.089	-.125	-.108	-.085	-.047	.082	-.173	-.013	.041	.040	.017	-.077
鍼灸継続期間	-.009	.037	1	.017	.164	.468**	-.072	.142	.151	.094	-.239*	.063	-.115	.162	.214*	.156	.073
JFIQ	.545**	.611**	.017	1	.408**	.094	-.103	-.037	.015	-.073	.192	-.267*	-.107	.160	-.057	-.129	-.132
居住人数	-.062	-.035	.056	.015	.018	.091	.170	.017	.034	-.033	-.207*	.031	-.052	.011	-.082	-.113	.133
世帯年収	-.105	-.111	.031	-.135	-.005	-.130	.235	.049	-.028	.307*	-.111	.033	.000	.109	.095	.020	.133
医療費の自己負担割合	-.115	-.110	.097	-.174	-.075	-.138	.318*	.084	-.072	.309*	-.085	.119	.144	.063	.082	-.058	.038
現在の健康状態	.466**	.447**	.164	.408**	1	.027	-.115	-.002	.093	-.003	.113	-.328*	-.103	.235*	-.049	-.040	-.039
鍼灸治療回数	-.058	.089	.468**	.094	.027	1	-.350*	.171	.127	-.125	-.292*	-.033	-.094	.201*	.232*	.306*	.095
鍼灸治療の受診頻度	.047	-.125	-.072	-.103	-.115	-.350*	1	.054	.097	.296*	.069	.273*	.226	-.117	.047	-.059	.040
1回の診療時間	-.093	-.108	.142	-.037	-.002	.171	.054	1	.387*	.311*	-.202*	.157	.061	.297*	.048	.044	.017
話をする時間	.004	-.085	.151	.015	.093	.127	.097	.387*	1	.073	-.086	.060	.169	.169	.029	.124	-.013
実費用	-.059	-.047	.094	-.073	-.003	-.125	.296*	.311*	.073	1	.068	.099	.246*	.292*	.065	-.042	.007
鍼灸治療の満足度	.155	.082	-.239*	.192	.113	-.292**	.069	-.202*	-.086	.068	1	-.409**	-.081	-.053	-.072	-.221*	-.062
鍼灸治療の持続効果	-.311*	-.173	.063	-.267*	-.328*	-.033	.273*	.157	.060	.099	-.409**	1	.143	-.243*	.066	.067	.159
片道の通院時間	-.028	-.013	-.115	-.107	-.103	-.094	.226	.061	.169	.246*	-.081	.143	1	.010	-.021	.019	-.074
はりの本数	.059	.041	.162	.160	.235*	.201*	-.117	.297*	.169	.292*	-.053	-.243*	.010	1	-.107	.330*	-.071
はりの感じ方	-.084	.040	.214*	-.057	-.049	.232*	.047	.048	.029	.065	-.072	.066	-.021	-.107	1	.034	.393*
きゅう施灸箇所	-.036	.017	.156	-.129	-.040	.306*	-.059	.044	.124	-.042	-.221*	.067	.019	.330*	.034	1	.069
きゅうの感じ方	-.209*	-.077	.073	-.132	-.039	.095	.040	.017	-.013	.007	-.062	.159	-.074	-.071	.393*	.069	1

Pearson の相関係数 $p < 0.05$ 。* ; 相関係数 0.2~0.4 ** ; 相関係数 0.4~0.7

D. 考察

1. 鍼灸治療における現状

本研究では、慢性疼痛疾患の1つである線維筋痛症患者における鍼灸治療の現状について調査を行った。その結果、線維筋痛症患者においては、有効回答数のおおよそ半数の患者が鍼灸治療を受療している、または受領した経験があることが分かった。鍼灸治療の受療時間と患者と話をする時間に関しては、現状と比較して患者の希望する時間と同程度であったが、鍼灸治療の受療頻度に関しては、希望する受療頻度より現状の受療頻度が少なく、鍼灸治療費に関しては患者の希望する金額と現状の金額に大きな差があり、患者は現状より2千円ほど安い金額を求めている。これらの理由として線維筋痛症患者における鍼灸治療の持続効果が、直後効果から2~4日程度であるとの回答が多く、さらにこの項目と身体の痛みVAS、JFIQ、現在の健康状態と鍼灸治療の持続効果に相関関係があり、身体の痛みが強い、線維筋痛症の状態が悪い、現在の健康状態が悪化している患者においては持続効果が短いことが分かった。このように線維筋痛症患者のような難治性の慢性疼痛患者においては鍼灸治療の持続効果が認められにくく、より頻繁な治療頻度が求められている現状にあるのではないかと考えられる。しかしながら、より回数を求められるにも関わらず、はりきゅう治療が実費である割合が高いことから、鍼灸治療費の平均支払い額である3000円前後の金額を治療ごとに支払うことが難しいと考えられる。

また、鍼灸治療の継続率に関しても、半数以上が鍼灸治療を継続していないことが分かり、これらの理由として、効果がない、治療費が高いとの理由が上位を占めていた。実際、鍼灸治療において治療効果が得られた症状があると回答した患者は、ないと回答した患者に比べ鍼灸治療を継続していた。また鍼灸治療の回数が多い患者では、治療回数が少ない患者より鍼灸治療を継続している割合が多かった。これらの結果から、鍼灸治療の

継続に関しては患者または疾患の重症度を知っておく必要があり、それに対して鍼灸治療の効果、間隔、回数、鍼灸治療費を考慮することが鍼灸治療の継続に繋がり、結果的に治療効果へ結びつく可能性が高いのではないかと考えられる。

2. 鍼灸治療を受療したことがない患者について

鍼灸治療を受療したことがない患者においては、どこの治療院に通院してよいのか分からない、また治療費用、治療内容、治療効果が分からない、といった項目が上位を占めていた。また、病気への理解について重視する意見が多いことや、担当鍼灸師が線維筋痛症を知っているかどうかについて知らないと思うと回答した患者が4割程度いたことから、線維筋痛症における専門的な知識を持つ鍼灸師や、治療費、治療内容が分かりやすいことが求められている。実際、線維筋痛症友の会においては、診療ネットワーク参加医療機関マップがあり、線維筋痛症の専門的な医療施設が掲載されており、その中に鍼灸院が掲載されているが、鍼灸院の掲載数が少なく、患者は線維筋痛症に関する理解の少ない鍼灸師から治療を受けているといった問題点が存在している。

3. 医師との連携について

今回、医師との連携についての調査では、鍼灸治療を受けていることを主治医に報告している患者は半数程度であり、報告内容は鍼灸治療の実施についての報告であるとの回答が多数を占めた。しかしながら、担当鍼灸師が直接主治医と連携しているのは全体の2割程度だと回答されており、患者側からは担当鍼灸師に主治医と連携を取ってほしいとの意見が半数を占めた。また報告内容については患者の状態や鍼灸治療の内容についての報告が望まれていた。今回の調査で、患者が受けている鍼灸治療の手技や、東洋医学的な視点から患者の状態を捉える特性を持つために治療部位が様々であったことなどから、鍼灸師が主治医とス

ムーズに連携するためには、ある程度形式に則り、患者の状態や治療目的が主治医に伝わりやすい報告書等を準備する必要性が示唆される。しかしながら、これに関しては医師からの意見を集約する必要性があり、今後の調査により明確にする。

4. 今後の課題について

今回、線維筋痛症患者を対象に鍼灸治療の現状について調査を行ったが、治療現場において患者のニーズとの乖離が生じている現状が分かり、慢性疼痛患者に鍼灸治療を行う上で患者側の意見を集約したガイドラインの作成が必要であり、慢性疼痛患者により安全で効果的な鍼灸治療を提供するためには鍼灸師の共通理解が不可欠である。ただし、今回は患者側からのみの現状把握とニーズを抽出しており、より患者の求める医療を提供する為には、今後は鍼灸師や医師における慢性疼痛患者を診る上での連携や治療での問題点等について抽出を行う必要性が示唆された。

E. 結論

慢性疼痛疾患の1つである線維筋痛症に対する統合医療的治療指針ならびに医師との連携に関するガイドラインを作成するにあたって、我が国における線維筋痛症患者の鍼灸治療または医師との連携について現状を調査した。その結果、鍼灸治療の実施状況、治療内容や効果、医師との連携について把握することができ、ガイドラインの必要性が示唆された。

謝辞

今回、アンケートを実施するにあたり、ご協力を頂いた中井さち子教授に深く感謝致します。また体調が優れない中、調査に尽力して頂いた線維筋痛症友の会会員の皆様方へ感謝致します。

F. 健康危険情報

アンケート調査のため、特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 浅井福太郎, 浅井紗世, 皆川陽一, 齊藤真吾, 伊藤和憲: 線維筋痛症のセルフケアに関する実施調査. 慢性疼痛, 2014:33(1):181-186

2. 学会発表

- 1) 浅井福太郎, 皆川陽一, 浅井紗世, 伊藤和憲: 線維筋痛症患者における病院外施設への通院またはセルフケアの実施について. 第6回日本線維筋痛症学会学術集会, 抄録集, 2014
- 2) 浅井 福太郎, 浅井 紗世, 皆川 陽一, 伊藤 和憲, 中井 さち子: 線維筋痛症患者におけるセルフケアの実施と症状の変化. 日本衛生学雑誌 69 巻 Suppl, 225, 2014.5
- 3) 塚本 紀之, 藤木 実, 浅井 福太郎, 齋田 和孝, 中井 さち子: 鍼灸による酸化ストレス度および末梢血リンパ球動態への影響. 日本衛生学雑誌 69 巻 Suppl, 256, 2014.5
- 4) 浅井 福太郎, 齋田 和孝, 中井 さち子, 塚本 紀之: 鍼通電刺激によるヒト末梢血リンパ球動態への影響. 第63回 全日本鍼灸学会学術総会, 抄録集, 257, 2014.5
- 5) 浅井 紗世, 浅井 福太郎: 円皮鍼刺激部位の違いが口腔環境に及ぼす影響. 第63回 全日本鍼灸学会学術総会, 抄録集, 144, 2014.5
- 6) 篠原 昭二, 浅井 福太郎, 久保 春子, 花田 雄二: 誰でも出来る経筋治療 発表から16年を振り返ってのおさらいとして. 第63回 全日本鍼灸学会学術総会, 抄録集, 96, 2014.5

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

マイルストーン1：情報収取

線維筋痛症患者を対象とした文献調査

国内トリガーポイント鍼治療の現状に関する文献調査

帝京平成大学 ヒューマンケア学部 鍼灸学科 皆川陽一

【目的】

鍼灸師が慢性疼痛患者を診療するにあたり、どのように治療し、どのような形で医師と連携していくのか、慢性疼痛の中でも「線維筋痛症」に焦点を絞り、国内外の文献から、効果的な治療法と必要な検査項目をまとめることとした。また、国内で行われたランダム化比較試験による線維筋痛症の治療をみるとトリガーポイント治療が含まれていたため、「国内におけるトリガーポイント鍼灸治療の現状」を文献調査し、我が国で行われているトリガーポイント治療の方法についてまとめることとした。

【方法】

文献は、キーワードを「鍼灸治療と線維筋痛症/fibromyalgia」と「鍼灸療法、電気鍼療法、鍼療法、耳鍼法/acupuncture とトリガーポイント/trigger point」とし、電子データベースシステムである医中誌 Web.Ver.4、CiNii Article、PubMed と THE COCHRAN LIBRARY を利用して検索した。

【結果】

線維筋痛症では、158 編の文献が抽出され、編集者への手紙が 2 編、研究計画に関する報告が 1 編、症例報告が 11 編、ケースシリーズが 2 編、準実験臨床デザインが 1 編、ランダム化比較試験の報告が 11 編、メタ解析あるいはシステマティックレビューが 7 編の合計 36 編を解析した。また、トリガーポイントに関しては、403 編の文献が抽出され、症例報告が 8 編、比較対照試験が 1 編、ランダム化比較試験の報告が 11 編の合計 20 編を解析した。

【考察】

治療法に関しては、近年のメタ解析より鍼通電が痛みに対して効果的であることが報告されていた。国内においてもエビデンスレベルの高い RCT デザインで鍼通電＋トリガーポイント(TP)治療の検討が行われており、痛みと QOL に改善が認められていた。そのため、本邦においても、この治療法が第 1 選択となる可能性が考えられた。検査項目に関しては、VAS での痛みの強度を中心に ACR 診断基準の圧痛点の数や閾値、線維筋痛症特異的スコアである FIQ を使用している報告が多く、最低限の病態を把握するためにはこれらの評価項目を理解しておく必要が考えられた。また、トリガーポイント治療に関しては、顎、頸部、肩部、腰部、膝部の痛みを中心に効果があることが確認された。治療方法に関しては、罹患筋の検出は可動域測定動作から治療する原因筋を決定し、トリガーポイントはその罹患筋より触診にて疼痛症状が再現する索状硬結上の圧痛部位とし、鍼の刺入深度はその部位の筋肉まで刺入する報告が多かった。そのため、線維筋痛症患者に使用するトリガーポイント鍼治療も上記の項目に注意して治療を行う必要があることが示唆された。

A. 研究目的

本研究の最終目標は、「鍼灸における慢性痛患者の治療指針ならびに医師との連携に関するガイドライン」を作成することである。

1979年の国際疼痛学会によれば、痛みとは「組織の実質ないし、潜在的な傷害と関連して述べられる不快な感覚的・情動的体験」と定義され、生体への刺激がなくても痛みを感じることがあることから非常に複雑である。また、痛みを時間的要素から分別すると、身体への警告信号としての意味を持つ急性痛と痛み自身が疾患であり警告信号としての意味を持たない慢性痛に区別することができる。この考えは疼痛患者を治療する上で非常に重要で、急性痛患者であれば痛みの原因となる部位への治療を行うのに対し、慢性痛患者は原因となる部位が不明であったり、精神的、社会的、心理的要因が絡んでいたり、多彩な症状を訴えることから急性痛のアプローチだけでなく、従来とは異なる様々なアプローチで対処しなければならない。

実際、鍼灸の臨床現場において、各医療機関を受診してから来院する慢性的な痛みを訴える患者も少なくない。さらに、厚生労働省が条件付き給付を認めている療養費をみても、そのほとんどが慢性的な痛みに関与する疾患であることから、鍼灸治療は慢性痛に対する1つの治療法であることが考えられる。そのため、鍼灸師にとって慢性痛を診療するための知識を理解しておくことが望ましい。

そこで、慢性疼痛患者の治療指針ガイドライン作成のため今年度は、慢性痛といっても範囲が広いと、全身に耐えがたい痛みを出現するとともに、様々な不定愁訴を訴え、その治療に難渋する線維筋痛症に焦点を絞り、調査1「線維筋痛症に対する鍼灸治療の現状」を国内外の文献から調査し、効果的な治療方法と各治療機関と連携していくための検査項目をまとめることとする。また、国内で行われたランダム化比較試験による線維筋

痛症の治療をみるとトリガーポイント治療が含まれていたため、調査2「国内におけるトリガーポイント鍼灸治療の現状」を文献調査し、我が国で行われているトリガーポイント治療の方法についてまとめることとした。

B. 方法

1. 文献の検索

1. 1. 線維筋痛症に関する鍼灸治療

線維筋痛症の鍼灸に関する文献を電子データベースである医中誌 Web.Ver.4、PubMedとTHE COCHRAN LIBRARYを用いて、2014年8月までに報告された日本語および英語で報告されている文献の検索を行った。

1. 2. トリガーポイントに関する鍼灸治療

トリガーポイントの鍼灸に関する文献を電子データベースシステムである医中誌 Web.Ver.4、CiNii ArticleとPubMedを用いて、2014年8月までに報告された日本語および英語で報告されている文献の検索を行った。

2. 文献の検索式

2. 1. 線維筋痛症に関する鍼灸治療

①医中誌 Web.Ver.4

医中誌に関しては「鍼灸療法、線維筋痛症」というキーワードを検索式に入れ、該当する文献を調査した。

②PubMed、THE COCHRAN LIBRARY

PubMedとTHE COCHRAN LIBRARYに関しては「fibromyalgia,acupuncture」というキーワードを検索式に入れ、該当する文献を調査した。

2. 2. トリガーポイントに関する鍼灸治療

①医中誌 Web.Ver.4、CiNii Article

医中誌に関しては「鍼灸療法、電気鍼療法、鍼療法、耳鍼法、トリガーポイント」というキーワ

ードで、CiNii Article に関しては「鍼灸、トリガーポイント」を検索式に入れ、該当する文献を調査した。

②PubMed

PubMed に関しては「acupuncture , trigger point」というキーワードを検索式に入れ、該当する文献を調査した。

3. 文献の選択

3. 1. 線維筋痛症に関する鍼灸治療

医中誌、PubMed と THE COCHRAN LIBRARY で上記 2.1-①、②のキーワードを用いて文献を抽出した後、1)文献が重複するものを除外した。次に、これらの文献を抄録より、2)介入効果に関係するものではない、3)方法あるいは結果が不明瞭なものは除外し、最終的に手に入れることができた文献を今回の採用文献とした。また、メタ解析あるいはシステマティックレビューに関する報告も採用することとした。

3. 2. トリガーポイントに関する鍼灸治療

医中誌 CiNii Article と PubMed で上記 2.2-①、②のキーワードを用いて文献を抽出した後、1)文献が重複するものを除外した。次に、これらの文献を抄録より、2)対象が日本人でないもの、3)介入効果に関係するものではない、4)方法あるいは結果が不明瞭なものは除外し、最終的に手に入れることができた文献を今回の採用文献とした。

C. 結果

線維筋痛症に関する鍼灸治療

1. 1. 文献選択の結果

医中誌、PubMed と THE COCHRAN LIBRARY で文献を検索した結果、医中誌では 81 編、PubMed と THE COCHRAN LIBRARY では 77 編の合計 158 編の文献が抽出された。その後、これらの文献を方法 3.1.に照らして除外したとこ

ろ、今回採用された文献は 36 編（医中誌：11 編、PubMed と THE COCHRAN LIBRARY：25 編）で、編集者への手紙が 2 編、研究計画に関する報告が 1 編、症例報告が 11 編、ケースシリーズが 2 編、準実験臨床デザインが 1 編、ランダム化比較試験の報告が 11 編、メタ解析あるいはシステマティックレビューが 7 編であった。

2. 1. メタ解析あるいはシステマティックレビューに関する文献（別紙 1）

今回解析した 7 編の文献について、2007 Mayhew E は「鍼治療が線維筋痛症の治療として推奨することができない。今後、さらに研究が必要。」、2009 Martin-Sanchez E は「線維筋痛症に対する治療として鍼治療とプラセボの間に有益性は認められない。」、2010 Cao H は「TCM 理論を用いた治療は、FM 治療として効果的であることが考えられた。しかし、研究の質が悪いので、厳密にデザインされた大規模な臨床試験が必要。」、2010 Langhorst J は「鍼治療が FM の治療として推奨することができない。」、2013 Cao H は「経穴への鍼治療は従来の薬物治療と比較して効果的である可能性が示唆された。しかし、大規模な厳密にデザインされた臨床試験が必要。」、2013 Deare JC は「線維筋痛症患者は鍼通電のみあるいは運動や薬物を加えて治療することがよい。しかしながら、小さなサンプルサイズ、それぞれを比較する際の文献の不足などから、エビデンスレベルと臨床上の意義が弱い。」、2014 Yang B は、「鍼治療は薬物療法（抗うつ剤）と運動療法を併用することで痛みに対して短期的な効果が期待できる。しかし、Sham 鍼治療との差や研究の質などにまだまだ問題があり鍼を線維筋痛症の治療として推奨することはできない。」との報告がされていた。

3. 1. 海外における鍼灸の治療法と評価および結果（別紙 2）（表 1）

海外における線維筋痛症に対する鍼灸治療の現

状をみると、16編の文献が認められ、その内訳をみると編集者への手紙が2編、研究計画に関する報告が1編、ケースシリーズが2編、準実験臨床デザインが1編、ランダム化比較試験の報告が10編だった。

鍼灸治療の方法をみると、灸に関する報告は認められず、伝統的中国医学(TCM)理論を中心に経穴を用いた鍼治療、通電を用いた鍼治療、圧痛部への鍼治療が行われていた。治療期間に関しては、週1-3回で週2回の報告が多く、合計6-24回行われていた。また、治療時間に関しては20-30分の範囲で、20分間の報告が最も多かった。

評価方法をみると、痛みに関しては Visual Analog Scale(VAS)、米国リウマチ学会が作成した線維筋痛症分類基準の圧痛点数やその閾値や Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) が用いられており、QOLに関しては SF-12,36 や線維筋痛症の特異的スコアである Fibromyalgia impact questionnaire (FIQ) などを使用されていた。その他、うつや不安など随伴症状に関する評価があったり、筋肉や皮膚の血流量や functional magnetic resonance imaging (fMRI)、Positron Emission Tomography (PET) などを用いた評価も行われていた。また、鍼治療を介入することにより、痛みの評価を始め、さまざまな評価でその変化を報告していた。

4. 1. 国内における鍼灸の治療法と評価および結果 (表 2)

国内における線維筋痛症に対する鍼灸治療の現状をみると12編の報告が認められ、その内訳をみると症例報告が11編、ランダム化比較試験の報告が1編だった。

鍼灸の治療方法をみると、灸に関する報告も3編認められ、鍼に関する報告は12編中11編だった(重複含む)。治療内容に関しては、局所治療(トリガーポイント治療含む)、弁証論治、通電治療、経絡治療が行われていた。治療回数に関しては、

症例報告が多く不明な点が多かったが、ランダム化比較試験のデザインで行われた報告をみると週1回の間隔で5回あるいは10回行われていた。

治療評価に関しては、症例報告が多く、患者症状を聞いているものが多かったが、痛みに関しては VAS や米国リウマチ学会が作成した線維筋痛症分類基準の圧痛点数を、QOL に関しては線維筋痛症の特異的スコアである FIQ などを使用されていた。また、治療を介入することにより、上記の評価をはじめ、倦怠感や不眠症状など不定愁訴の改善の報告が認められた。

トリガーポイント治療に関する鍼灸治療

1. 2. 文献選択の結果

医中誌、CiNii Article と PubMed で文献を検索した結果、医中誌では165編、CiNii Article では49編、PubMed では189編の合計403編の文献が抽出された。その後、これらの文献を方法3.2.に照らして除外したところ、今回採用された文献は20編(医中誌と CiNii Article: 13編、PubMed: 7編)で、症例報告が8編、比較対照試験が1編、ランダム化比較試験の報告が11編であった。

2. 2. 疾患の分類

今回、採用された20編の疾患の種類を大まかに分類する。腰や膝を中心とした腰下肢痛の痛みに関しては10編、頸部や肩を中心とした上肢の痛みに関しては5編、頭痛や顎関節症のような顔面・頭部を中心とした痛みに関しては4編、全身の広範囲に痛みを訴えるような線維筋痛症に関しては1編の報告が認められた。

3. 2. 鍼灸の治療方法と評価および結果 (表 3)

鍼灸の治療方法をみると、灸治療の報告はほとんどなく、鍼治療を用いた報告が多かった。トリガーポイント罹患筋を検出する方法に関しては、関連痛パターンと疼痛動作などから選択する方法が認められ、ほとんどの報告で可動域測定の動作

から治療する原因筋を決定していた。トリガーポイントへの刺入深度に関しては、原因となる筋肉まで刺入している報告が多く、刺入深度を比較している文献においては、筋肉まで刺入した方が効果的であった。治療期間と時間に関しては、週 1 回の間隔で 3-5 回、約 10 分間の置鍼治療が多かった。

評価に関しては、VAS による痛みの評価や日常生活が疼痛によりどの程度障害されているかを示す疼痛生活障害評価尺度 (Pain Disability Assessment Scale : PDAS) と各疾患の特異的な評価として、腰痛では Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) が、頸部痛では Neck Disability Index が、膝痛では Western Ontario McMaster Universities osteoarthritis index (WOMAC) が、線維筋痛症では Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) が、肩痛では Constant Murely Score (CMS) が使用されていた。また、トリガーポイントに鍼治療することにより、上記の評価の改善が認められた。

D. 考察

今回は鍼灸師が慢性疼痛患者を診療するにあたり、どのように治療し、どのように医師と連携していけばよいかの治療指針ガイドライン作成のために、慢性疼痛でも「線維筋痛症」に焦点を絞り、国内外の文献から効果的な治療法と検査項目をまとめることとした。

線維筋痛症とは？

線維筋痛症とは、原因不明の全身性疼痛を主症状とし、こわばり・乾燥症状などの膠原病様症状、疲労・腹部症状などの身体症状、頭痛・しびれ・めまいなどの神経症状、睡眠障害・不安感・抑うつなどの精神症状、過敏性腸症候群・逆流性食道炎などの自律神経症状などの様々な随伴症状が認められる疾患である。発生機序は、現在のところ不明であるが、「下行性疼痛調節系の障害あるいは

脳の機能異常」などがその原因として考えられている。そのため、効果的な治療はなく、世界中の多くの人がこの疾患に悩まされており、薬物療法だけでなく、運動療法、認知行動療法、鍼治療など様々な非薬物療法が併用されている。

文献からみた線維筋痛症の鍼灸治療

近年のメタ解析により、鍼通電が痛みに対して効果的であるとされており、2013 年 Deare JC の Cochrane Review によれば、1 回あたりの治療時間が 25 分で、週 2 回、4 週間ほど鍼通電治療を運動療法や薬物療法と併せて行うことが望ましいと報告している。しかし、サンプルサイズや Sham 鍼の問題などがあり、引き続き検討が必要とされている。また、今回、抽出されたメタ解析・システマティックレビューの文献は、そのほとんどが海外で行われている研究であった。本邦における鍼灸の治療指針を決定する際には、日本人を対象としたエビデンスが重要である。そこで、国内における線維筋痛症に対する鍼灸治療の文献検索をした。

結果、エビデンスレベルの高いランダム化比較試験による検討が行われており、その治療方法をみると Cochrane Review で効果的とされている鍼通電療法が用いられていた。内容としては、両側の前脛骨筋部と手の第 1 背側骨間筋部に 15 分間の鍼通電刺激 (刺激強度 : 4Hz 筋収縮が認められる程度の強さ) と筋・筋膜疼痛症候群に効果的なトリガーポイントに 15 分間の置鍼を組み合わせた治療が行われており、痛みと QOL に改善が認められていた。そのため、本邦においても、通電治療が治療の第 1 選択となる可能性が考えられる。

一方、灸治療に関しては海外の文献では認められず、国内で 3 編の症例報告が認められた。方法としては、棒灸、隔物灸や温灸などの間接的な熱刺激が行われており、いずれも軽微な刺激であった。サウナ療法など身体を温めることで、FM 患者の症状軽減が認められることから、灸治療が有