

慢性疼痛や自律神経失調症状に対する全人的医療の試み

— 鍼灸治療, 運動療法, Template 療法を組み合わせた治療の試み —

*明治鍼灸大学 麻酔科学教室 **明治鍼灸大学 東洋医学臨床教室

福田 文彦* 水沼 国男* 渡辺 勝之* 久保田 修*
 大山 良樹** 矢野 忠** 住岡 輝明* 行待 寿紀**

要旨: 慢性疼痛や自律神経失調症状に対しては全人的医療 (Whole person medicine) が必要である
 と考える。そこで、我々は1989年4月より1990年3月までに麻酔科に入院した上記の症状を呈する患者
 に対して鍼灸治療, 運動療法, Template 療法を組み合わせた治療を良好な自然環境のもとに行った。
 治療効果は自覚症状, 自律神経機能検査, 心理テスト, 患者の日記を用いて検討した。その結果, 自覚
 症状とCMIにおいて改善を認めた。特にCMIの身体的愁訴項目は有意 ($P<0.02$) に改善した。この
 ことからこの治療方法は慢性疼痛や自律神経失調症状に対して有効な方法と考える。

Effects of Whole Person Medicine on Chronic Pain or Autonomic Ataxia.

— Effects of Composed Therapy Including Acupuncture, Exercise, and
 Template Therapy on Patients with Chronic Pain or Autonomic Ataxia. —

FUKUDA Fumihiko*, MIZUNUMA Kunio*, WATANABE Katuyuki*,
 KUBOTA Osamu*, OYAMA Yoshiki**, YANO Tadashi**,
 SUMIOKA Teruaki* and YUKIMACHI Toshinori**

*Department of Anesthesiology, Meiji College of Oriental Medicine

**Department of Oriental Medicine, Meiji College of Oriental Medicine

Summary: We examined whether whole person medicine is necessary for patients with
 chronic pain or autonomic ataxia and designed a treatment system including acupunc-
 ture, exercise, and template therapy for use in our Department of Anesthesiology be-
 tween April 1989 and March 1990. The effects of this therapy were evaluated by measure-
 ment of subjective symptoms, analysis of autonomic nervous functions, psychological
 tests and analysis of diaries written by each patient. Our results found subjective symp-
 toms and to be improved with physical symptoms in the CMI especially improved
 significantly ($P<0.02$). These results suggest that this treatment system may be effective
 in patients with chronic pain or autonomic ataxia.

Key Words: 慢性疼痛 Chronic Pain, 自律神経失調症状 Autonomic Ataxia,
 鍼灸治療 Acupuncture, 運動療法 Exercise, テンプレート療法 Template therapy

I はじめに

慢性疼痛や自律神経失調症状に対しては、人間の生理、心理、社会、生命倫理的な諸因子を有機的に統合した全人的医療が必要であると考えられる^{1,2)}。明治鍼灸大学附属病院麻酔科では、自律神経系の調整や心身の安定を目的とした鍼灸治療、基礎体力の向上を目的とした運動療法、現代医療で見逃されている咬合の異常に対して Template 療法を入院という環境において組み合わせた独自の治療方法を構成し、治療を行った。

本治療の目的は、本院の良好な自然環境を利用し、その環境下に一時的に患者を社会より隔離させると同時に規則正しい生活習慣を身につけさせ、自然治癒力を高めることにある。つまり患者自身を積極的に治療に参加させることによって健康に対する意識を高め、退院後にセルフ・コントロールが行えるように知識と体力を身につけさせるものである。

そこで今回、当科で行っている治療方法の紹介とその治療効果を自覚症状の変化、自律神経機能検査、心理テスト、患者の日記などを指標に検討したので報告する。

II 研究方法

1. 研究対象

1989年4月から1990年3月の間に当科に入院した慢性疼痛や自律神経失調症状を呈する患者52名のうち、プロスポーツ選手や子供を除いた男子11名、女子22名の合計33名を調査対象とした。平均年齢は32歳、平均入院期間は45日であった。入院時の主訴は後頸部痛、肩こり、首より上肢にかけてのシビレなどの頸腕症状を訴える症例が1番多く、ついで腰下肢症状、頭部症状の順であった(表1)。入院時には、CBC、X-P、ECGや症状に合わせて種々の検査を行ったが、特に異常所見は認められなかった。なお患者の大半は入院以前にいくつかの医療機関にて、自律神経失調症や更年期障害などの診断をつけられていた。

2. 評価方法

自覚症状の変化は Numerical Scale (以下 NS

表1 入院時の主訴

後頸部痛、肩こり、首から上肢にかけてのシビレなどの頸腕症状を訴える症例が1番多かった。また易疲労感や不眠などは主訴以外に多くの症例で診られた。

主 訴	症例数	%
頸腕症状	18	27
腰下肢症状	14	21
頭部症状	8	12
眼、耳咽喉症状	8	12
顎関節症状	4	6
消火器症状	4	6
皮膚症状	2	3
その他(易疲労、不眠など)	9	13
		N = 33

と略す)にて評価した。自律神経機能検査の CV_{R-R} は心電計(日本光電社製 Cardiofa V ECAPS 12)にて評価した。質問紙法による心理検査では神経症傾向を診る目的で日本語版 Cornell Medical Index (以下 CMI と略す)を、顕在性不安度を測定する目的で Manifest Anxiety Scale (以下 MAS と略す)を、性格検査を目的として東大式エゴグラム(以下 TEG と略す)を入院時と退院時に行い検討した。検定には Student's t-test を用いた。また日記には1日の運動療法の感想と希望、症状の変化や心境の変化を書かせた。

3. 治療方法

治療は図1に示すスケジュールに沿って行った。

1) 鍼灸治療: 鍼灸治療は、弁証施治に基づき行った。また東洋医学的な養生法(食事指導や生活指導)も出来る限り取り入れた形での指導を行った。

2) 運動療法: 自然環境の中での運動療法を目的とし、大学の施設を利用しながら、午前中の2時間は平地歩行や軽登山、午後の2時間はグラウンド

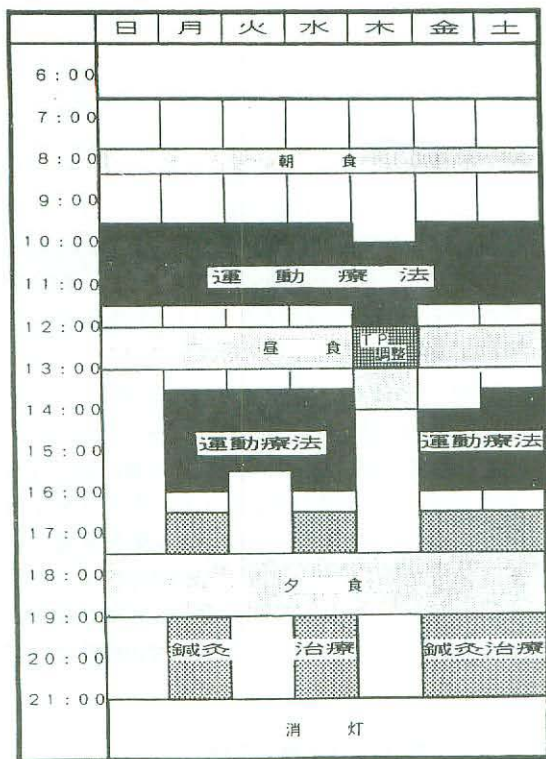


図1 入院中のスケジュール

にて速歩、ストレッチ体操、球技などを組み合わせた指導を行った。また高齢者や体力の低下している患者、診察の段階で運動に対しての異常所見がある患者は理学療法科で指導を行った。

3) Template療法: 咬合の異常は自律神経機能や運動機能の低下をきたして全身に影響を与えていると考えられる。この咬合異常に対してはTemplateと呼ぶ特殊なマウスピースを運動中と就寝時には、必ず装着することを義務づけ、週に1回(木曜日)調整を行った。

4) 一般医科の治療: 出来るだけブロック注射などは使用せず、特別な疾患の患者を除き、鎮痛剤や抗不安剤などは、入院時より徐々に薬量を減らすことを試みた。

5) 退院時および退院後の処理: 退院の目安は、検査では異常所見が認められない場合が多いので、自覚症状の軽減、食欲不振や不眠の改善などを指

標とした。退院時には個々の患者に応じた自己管理の指導書を手渡し、年4回の機関誌を発行することで、患者との連絡を密接に行った。

6) その他: 食事は現代人の過食傾向に対して1日の摂取カロリーを管理上から一律1750 Kcalと定めた。また毎日、日記を書かせることで、自己のセルフ・コントロールによる動機づけを行った。

また現在の医療で不足している患者とのコミュニケーションを高めるように行った。

III 結果

1. 各検査所見の変化

1) 自覚症状の変化: 自覚症状の変化はNSの値をもとに評価した。評価基準は、NSの値が2以下を著効、3~4を有効、5~6をやや有効、7以上を変化なしとした。その結果、著効が15%、有効が21%、やや有効が40%とほとんどの症例において改善傾向を示した(図2)。変化がなかった症例のうち約半数は側弯症による腰痛やアトピー性皮膚炎による掻痒感など短期間の入院では改善しにくい疾患が含まれていた。

2) CMIの変化: I領域は正常、II領域はやや正常、III領域はやや神経症、IV領域は神経症とする深町の方法を用いて評価した³⁾。また身体的自覚症状、精神的自覚症状は、各症状の項目数に対する訴えの項目数の比率で評価した。入院時はIII、IV領域の症例が全体の67%を占めていたが、退院時にはI、II領域の症例が全体の52%と改善傾向を示した(図3-1)。また領域が改善した症例は27名中14名と約半数を占めていたのに対して領

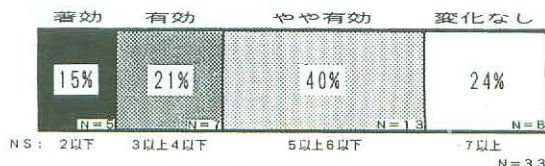


図2 自覚症状の変化

やや有効以上を有効とした場合、76%の症例に改善傾向が診られた。変化がなかった症例の約半数は短期間の入院では改善しにくい疾患が含まれていた。

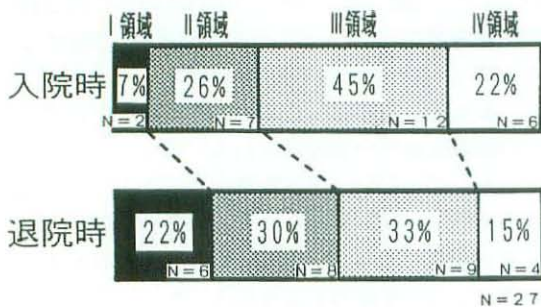


図3-1 CMI (領域) の変化

I, II領域が占める割合が33%から52%へと改善傾向を示した。領域が改善した症例は27例中14例であった。

領域が悪化した症例は5名のみであった。身体的自覚症状は入院時の平均が $25.0 \pm 2.7\%$ が退院時には $19.2 \pm 1.5\%$ と有意($P < 0.02$)に改善し、精神的自覚症状も $25.5 \pm 3.1\%$ が $21.1 \pm 3.3\%$ と改善傾向を示した(図3-2)。

向を示した(図3-2)。

さらに領域が改善した症例と悪化した症例の入退院時の平均を比較してみると、領域が改善した症例の身体的自覚症状は $26.9 \pm 3.8\%$ が $17.2 \pm 1.9\%$ 、精神的自覚症状は $26.2 \pm 5.1\%$ が $14.4 \pm 3.2\%$ と有意($P < 0.01$)に改善した(図3-3)。領域が悪化した症例では身体的自覚症状は $26.8 \pm 9.3\%$ が $22.2 \pm 4.4\%$ と改善傾向を示したが、精神的自覚症状は $25.4 \pm 5.4\%$ が $34.4 \pm 8.3\%$ とかえって悪化傾向を示した(図3-4)。

3) MASの変化: 不安度の点数が男子(女子)では23(26)点以上をI段階, 19~22(22~25)点をII段階, 10~18(13~21)点をIII段階, 6~9(9~12)点をIV段階, 5(8)点以下をV段階とするMASの使用手引の点数基準を参考に不安度を5段階に分類した^{3,4)}。入院時では不安度が高いとされているI, II段階の高不安の症例が全体の56%を占めていたのに対して退院時では45

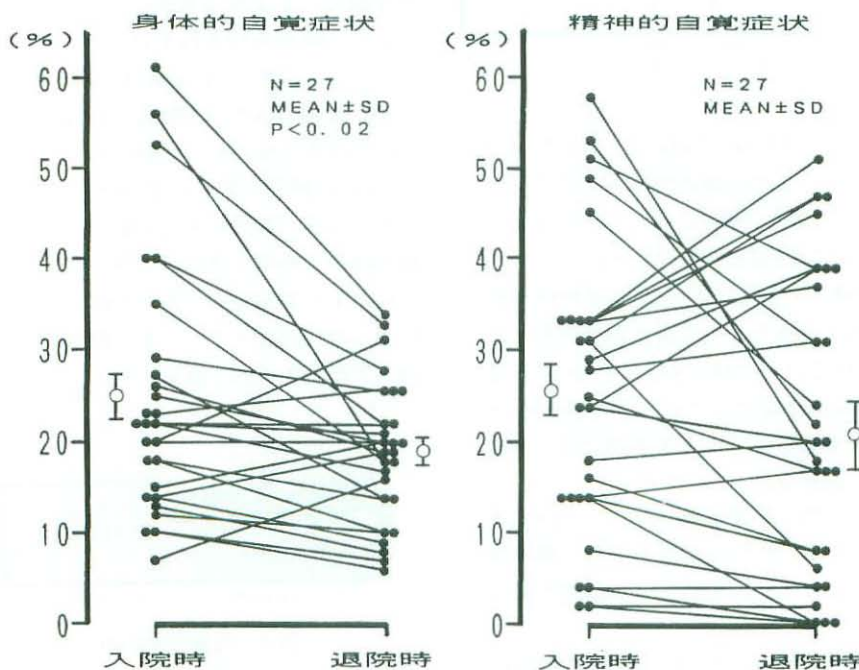


図3-2 CMI (身体的, 精神的自覚症状) の変化

身体的自覚症状は有意($P < 0.02$)に改善し、精神的自覚症状も改善傾向を示した。

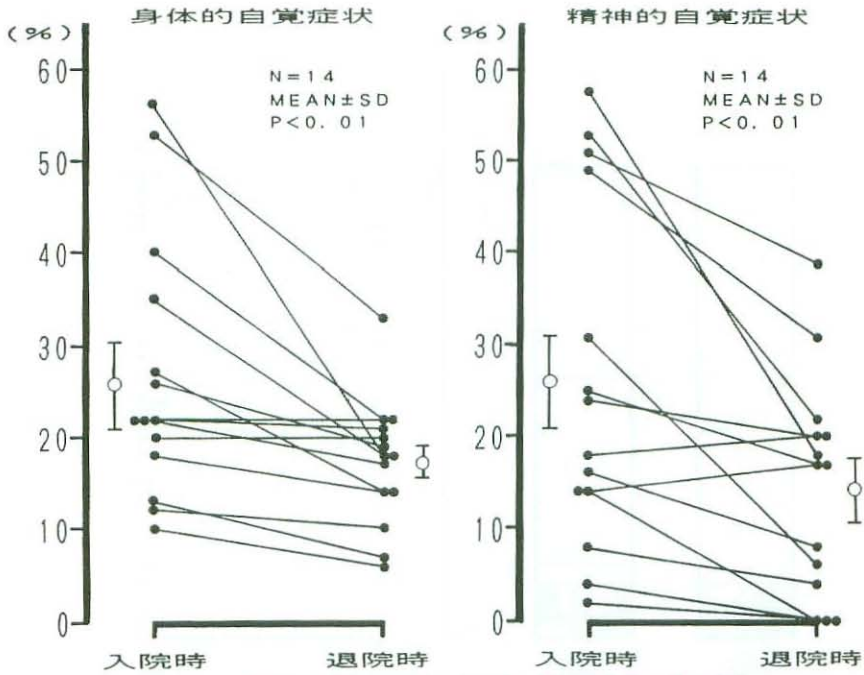


図3-3 領域が改善した症例の身体的、精神的自覚症状の変化
身体的自覚症状、精神的自覚症状とも有意 (P < 0.01) に改善した。

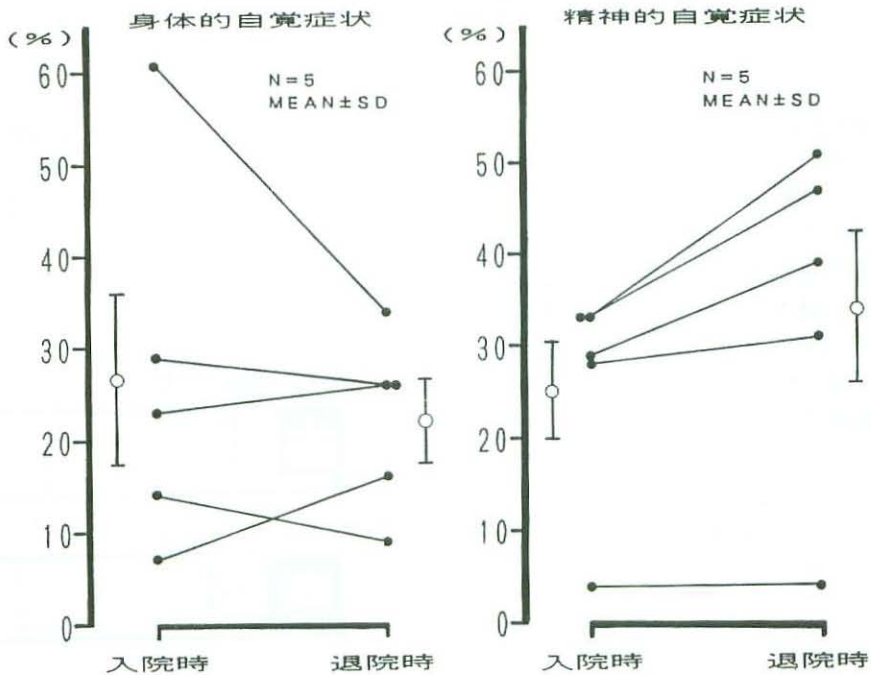


図3-4 領域が悪化した症例の身体的、精神的自覚症状の変化
身体的自覚症状は改善傾向を示したが、精神的自覚症状は悪化傾向を示した。

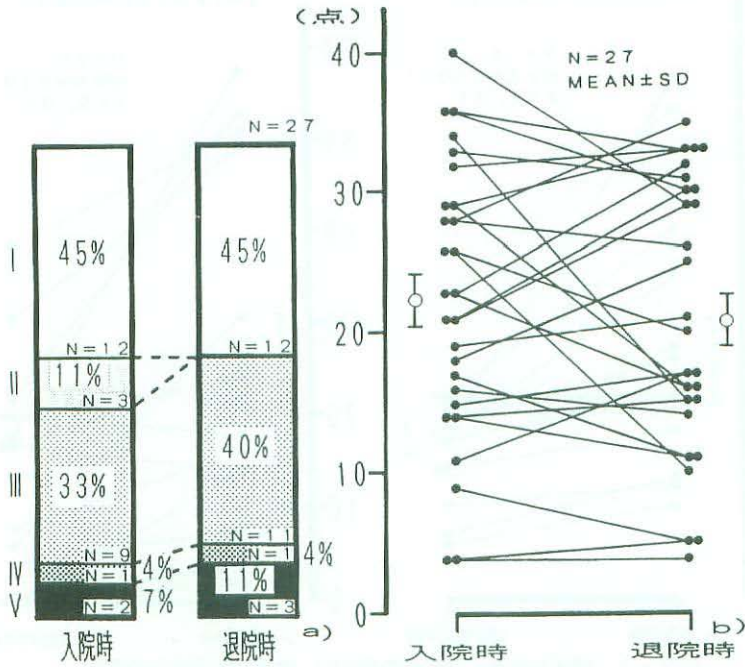


図4 MAS (不安度) の変化

5段階分類, 平均値共にやや改善傾向を示した。

%とやや改善傾向を示した。また平均得点は入院時の 22.4 ± 1.8 点が退院時には 20.9 ± 1.9 点とやや改善傾向を示した(図4)。

4) TEGの変化: エゴグラム・プロフィールを自他肯定型, 自己肯定・他者否定型, 自己否定・他者肯定型, 自他否定型の4つの型に分類した^{3,5,6)}。入院時も退院時も自己否定・他者肯定型, 自他否定型と, 自己を否定している症例が入院時は76%, 退院時は69%と大半を占める傾向に変化はなかった(図5)。

5) その他: CV_{R-R} では, 年齢別正常範囲に入っている症例は入退院時ともほとんどなかった。日記では, 退院に近づくほど内容が豊富になり自己反省も出来る傾向を示した。

CBC, X-P, ECGは入院時と同様に特に異常所見はなかった。

2. 自覚症状とCMI, MAS, TEGの関係

自覚症状において著効, 有効, やや有効を示した症例を有効群, 変化のなかった症例を無効群として各テストの入退院時の平均を比較した。有効群ではCMIの身体的自覚症状は $27.6 \pm 14.3\%$ が

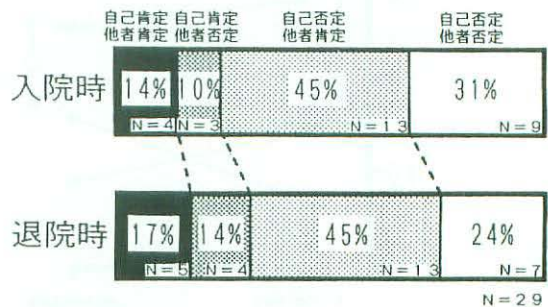


図5 TEGの変化

自己否定の傾向に変化はなかった。

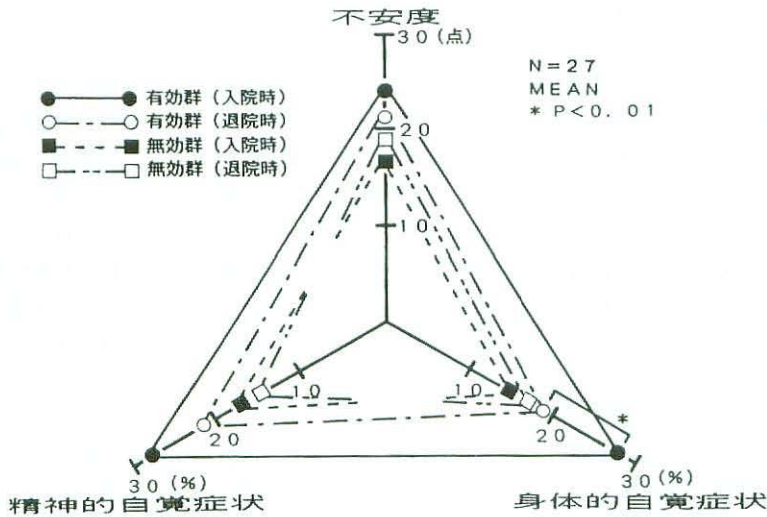


図6 有効群、無効群のCMI, MASの変化
 身体的自覚症状 (P<0.01) は有意に改善した。

19.5±7.4% (P<0.01) と有意に改善し、精神的自覚症状は28.0±15.8%が22.6±15.6%, MASの不安度は23.7±9.3点が20.9±8.8点と改善傾向を示した。また無効群ではCMIの精神的自覚症状は17.0±12.3%が16.0±18.8%と改善傾向は見られず身体的自覚症状は15.6±6.2%が18.3±8.6%, MASの不安度は17.8±9.1点が20.6±12.0点と逆に悪化傾向を示した(図6)。またTEGでは有効群、無効群とも変化はなかった。

さらに各テストからどのようなタイプの症例が本治療を行って効果があるかを分析するため、有効群と無効群の入院時の平均を比較した。CMIの身体的自覚症状は有効群27.6±14.3%, 無効群15.6±6.2%, 精神的自覚症状は有効群28.0±15.8%, 無効群17.0±12.3%, MASの不安度は有効群23.7±9.3点, 無効群17.8±9.1点と有効群の方が高い数値の傾向を示した(図6)。またTEGでは自己肯定を示した症例は1例を除いてすべて有効群であった。

IV 考 察

近年の有病率の傾向として急性疾患から慢性疾

患へと変化してきていることは、厚生白書の統計からも明かである。このことは加工食品の過度の摂取、車中心の生活による日々の運動量の減少など生活水準の向上による人工的保護の行きすぎが疾病への抵抗力、回復力を低下させていると考えられる。また社会構造の細分化や核家族化に伴う精神的ストレスも疾病内容の変化を引き起こした要因として考えられる。このことは村山ら⁷⁾が報告した慢性疼痛患者の心理テストの結果からも伺われる。今回対象とした患者ではCMI,

MASなどの分析結果や、TEGの結果が示したように患者の76%が自己を否定し、またこのようなエゴグラム・パターンを示す人は神経症や心身症の人に多いことを十河ら^{5,8,9)}は報告していることから、その傾向は同様で、身体面だけでなく精神面や他の要因にも問題があることが伺われた。

このような疾患に対しては、心療内科や一部の養生所において心身医学、ホリスティック医学、プライマリ・ケアという名称のもとに医療が実践されている¹⁰⁾が、実際の医療の中では導入されにくいのが実情である。そのため本院麻酔科では、東洋医学をふまえた新しい医療体系への試みとして、鍼灸治療、運動療法、Template療法を組み合わせた治療方法を構成し、治療を行った。

各治療の有効性は、鍼灸治療では七堂ら¹¹⁾が不定愁訴に対する効果を、矢野ら¹²⁾が α 波の増加による心身の安定化を、自律神経系への影響については西條ら^{13,14,15)}から数多く報告されている。一方運動療法は不安の解消や精神安定を獲得する能力の向上、基礎体力の向上などが報告されている¹⁶⁾。またTemplate療法は米国の工学士C. M. GUZAYが提唱したクオードラント理論に基づい

て開発された治療法であり、咬合の異常を改善することにより全身に影響を与えようとするものである。住岡¹⁷⁾は咬合異常は三叉神経系を介して運動機能、自律神経機能に影響を与えると報告し、咬合調整の重要性を指摘している。その効果については鶴原¹⁸⁾が不定愁訴の改善を、渡辺¹⁹⁾が運動機能の向上などを報告している。それぞれが単独では十分に発揮できない運動機能や自律神経機能に対する効果を組み合わせることによる相乗効果と考えた治療方法である。

本研究において明かなように、筆者²⁰⁾らが行った治療は、今回対象とした疾患に対しては有効な治療方法と考えられる。しかしCMIの領域が悪化した症例もあり、このような症例においては身体的自覚症状は改善したものの精神的自覚症状の改善は見られなかった。また無効群のCMIでは、逆に身体的自覚症状が悪化傾向を示したり、さらにTEGでは変化が見られなかったことなどから、全体としては有効な治療方法であるが、心理面を考えると家庭内や職場の問題が未解決であったり、集団生活に適していない患者にとって、必ずしも有効ではなかった。このことは本治療法の適応と限界を示すと同時に各治療法のより一層の向上やカウンセリングの導入など治療内容を改善する必要性を示していると考えられる。

なお、本治療への患者の適否であるが、今回は明確な鑑別は出来ないが、TEGより自己肯定の傾向にある症例は適応しやすいと考えられる。

また本治療は現代医療で抜けている患者教育をふまえている。この治療方法には入院という特殊な環境、すなわち高橋²¹⁾が言うような“場”が必要であったと考えられ、外来診療では困難であると考えられる。これは池見^{1, 2, 22)}が言うような全人的医療を基盤とした“心身相関”の治療方法(心と体を考えた治療方法)に似た方法と考える。また黄帝内経の思想^{23, 24)}による、七情の乱れが生じると内臓の病気(心から身体)を生じ、内臓の不調和をきたすと心の病気(身体から心)を生ずるとされており東洋医学で言われる“心身一如”を考えた治療方法であるとも考える。そして医療

が全人的なものになるためには、西洋的アプローチと東洋的アプローチの統合が必要であると述べた石川²⁵⁾の考え方と符号するものである。これらのことから本治療方法は、心身相関、心身一如の考え方をふまえた、西洋的、東洋的治療の統合された治療方法であると考えられ、各治療法の改善の余地はあるものの今回対象とした疾患に対してこれからの医療の1部を担えるものとする。また他の慢性の経過をたどる疾患に対しても効果を示すことが出来るのではないかと考える。

V ま と め

我々は慢性疼痛や自律神経失調症状を呈する慢性疾患に対して鍼灸治療、運動療法、Template療法を組み合わせた治療方法を構成し、治療を行った。その結果、対象とした疾患に対して有効な治療方法であることが明らかになった。

稿を終えるに臨み、ご協力、ご指導を賜った明海大学歯学部の前原潔先生、明治鍼灸大学附属病院リハビリテーション科の松本和久先生、その他の多くの方々に深謝いたします。なお、本論文の要旨は第13回日本プライマリ・ケア学会において発表した。

参 考 文 献

- 1) 池見西次郎：プライマリ・ケアにおける心身医学の必要性。心身医学 29(5)：486～490, 1989.
- 2) 池見西次郎：全人的医療の核としての心身医学。心身医学 30(3)：252～260, 1990.
- 3) 河野友信、末松弘行、新里里春：心身医学のための心理テスト、第1版、朝倉書店、東京、pp40～115, 1990.
- 4) 日本版MMP I 顕在性不安検査(MMS)使用手引、三京房、京都、pp4～5, 1985.
- 5) 末松弘行ら：エゴグラム・パターン、第1版、金子書房、東京、pp33～130, 1989.
- 6) 赤坂徹ら：両親が判定した幼児のエゴグラム。心身医学 30(5)：476～481, 1990.
- 7) 村山良介ら：心身医学と鍼灸。全日本鍼灸学会雑誌 36(1)：3～10, 1986.
- 8) 十河真人ら：新しい質問紙法エゴグラムの臨床応用(その2)－神経症のエゴグラム－。心身医学、

- 26(4): 328~332, 1986.
- 9) 十河真人ら: 新しい質問紙法エゴグラムの臨床応用(その3) - 心身症のエゴグラム -, 心身医学 27(4): 330~336, 1987.
- 10) 池見西次郎, 中川米造, 間中善雄ら: ホリスティック医学入門, 第1版, 拍樹社, 東京, pp12~164, 1989.
- 11) 七堂利幸ら: 不定愁訴に対する鍼灸効果, 全日本鍼灸学会雑誌 32(1): 33~42, 1982.
- 12) 矢野 忠ら: 鍼通電, TENSによるEEGトポグラムの変化, 明治鍼灸医学, 第2号: 15~23, 1985.
- 13) 宮村健二, 西條一止ら: 鍼灸刺激が自律機能に及ぼす影響(1), 全日本鍼灸学会雑誌 32(2): 24~33, 1982.
- 14) 米島芳文, 西條一止ら: 鍼灸刺激が自律機能に及ぼす影響(2), 全日本鍼灸学会雑誌 33(2): 169~176, 1983.
- 15) 米島芳文, 西條一止ら: 鍼灸刺激が自律機能に及ぼす影響(3), 全日本鍼灸学会雑誌 35(1): 1~13, 1985.
- 16) ケネス・H・クーバー: エアロビクス, 第1版, ベースボール・マガジン社, 東京, pp7~13, 1972.
- 17) Sumioka T: Systemic effects of the peripheral disturbance of the trigeminal system: Influences of the occlusal destruction in dogs. 京都府立医科大学雑誌 98(10): 1077~1085, 1989.
- 18) 鶴原常雄, 前原 潔ら: 不定愁訴への新しい試み - テンプレート療法 -, 小児の保健 11(1): 44~56, 1984.
- 19) 渡辺勝久, 前原 潔ら: 咬合関係と筋力についての実験, 第2回日本顎関節学会総会(会): 1989, 広島
- 20) 福田文彦, 住岡輝明ら: 慢性関節リウマチの鍼灸, 運動およびTemplate療法の試み, 日本歯科東洋医学会誌 8: 14~20, 1990.
- 21) 高橋孝二郎, 森 和: 神経症の鍼治療が治療的意義を超えた症例(心療鍼灸の臨床・第5報), 全日本鍼灸学会雑誌, 40(1): 24, 1990.
- 22) 池見西次郎: 東西医学の整合をふまえたプライマリ・ケア, プライマリ・ケア, 臨時増刊号: 57, 1990.
- 23) 小曾戸丈夫, 浜田善利: 意積黄帝内経素問, 第12版, 築地書館, 東京, 1987.
- 24) 小曾戸丈夫, 浜田善利: 意積黄帝内経靈樞, 第8版, 築地書館, 東京, 1988.
- 25) 石川 中: 心身医学に於ける東洋と西洋的アプローチの統合, 日本東洋医学雑誌 34(3): 1~7, 1984.