

◆症 例

遠絡療法が奏効した難治性 failed back surgery syndrome の 1 症例

金井昭文* 外 須美夫*

要旨 難治性の failed back surgery syndrome (FBSS) に東洋医学的アプローチである遠絡療法が有効であった 1 症例を経験した。症例は 39 歳の男性で、腰椎椎間板ヘルニアに対し、計 3 回の手術を受けたが、腰痛と両側坐骨神経痛は次第に増強し、歩行困難となった。痛みは視覚的アナログ疼痛スケール (VAS) で 9-10 cm であった。仙骨硬膜外ブロックは無効であり、オピオイド、抗うつ薬、抗けいれん薬、抗不整脈薬、プロスタグランジン E1、ケタミンなどの効果は乏しかった。坐骨神経ブロックと直流不変電流通電の鎮痛効果も 2-3 日程度で消失した。発症から 6 年 2 カ月後に遠絡療法を行った。遠絡療法の終了時、安静時痛が初めて消失し (VAS で 0 cm)、歩行しても痛みはほとんど生じなかった (VAS で 0.5 cm)。1 回 3-5 分程度の遠絡療法を 2 回/月の頻度で、計 9 回施行した後に、痛みは次第に増強しなくなり、鎮痛薬を使用することなく、痛みは視覚的アナログ疼痛スケールで、0-2 cm で経過し、杖なしで歩行が可能となった。遠絡療法は FBSS に対して有効な治療となる可能性がある。

キーワード 遠絡療法, 難治性疼痛, failed back surgery syndrome

(日本ペインクリニック学会誌 Vol.15 No.2, 156-159, 2008)

I はじめに

Failed back surgery syndrome (FBSS) は難治性であり、持続痛と身体機能障害を伴うので、日常生活に大きな支障をきたす。今回、われわれは FBSS 患者に対し、伝統的な中国医学 (中医学) を応用した遠絡療法¹⁾ を実施し、疼痛が軽減し、日常生活が著しく改善した症例を経験したので報告する。

II 症 例

39 歳の男性。身長 170 cm、体重 111 kg。腰椎椎間板ヘルニアに対し、計 3 回の手術 (L4/5 の髄核摘出術、L5/6 の髄核摘出術、L4-6 の椎骨固定術) を受けていたが、腰痛と両側の坐骨神経痛は次第に増強し、歩行困難

となった。仙骨硬膜外ブロックは無効であり、ペンタゾシン 250 mg とロキソプロフェン 360 mg の内服を続けたが、鎮痛効果は弱かった。術後より痛みによる不眠が持続し、フルニトラゼパム 4 mg、ニトラゼパム 15 mg、プロチゾラム 0.5 mg を内服していたが、十分な睡眠は得られていなかった。強い痛みと不眠のために、初回の髄核摘出術から 5 年後に本ペインクリニックに紹介された。

初診時の腰痛は視覚的アナログ疼痛スケール (VAS) で 10 cm であり、坐骨神経痛は VAS で 9 cm であった。坐骨神経痛は両側であり、臀部、大腿後外側、下腿外側に痛みが放散していた。両下肢 L2-S2 の感覚障害と排尿障害があった。運動障害は軽度で、杖歩行は可能であった。初診時にペンタゾシンをモルヒネ 50 mg に変更した。1-2 週間に 1 回の頻度で外来を受診し、オピオイド、抗うつ薬、抗けいれん薬、抗不整脈薬、プロスタグランジン E1、ケタミンなどの点滴や内服薬を試みたが、鎮痛効果は乏しかった。坐骨神経ブロックと直流不変電流通電 (トリガープロ[®], 株式会社サカモト) により痛みは一時的に軽減していたので、これらを繰り返した。しかし、いずれの鎮痛効果も 2-3 日程度で消失していた。

*北里大学医学部麻酔科
(2008 年 1 月 10 日原稿受領/2008 年 4 月 11 日掲載承認)

著者連絡先 金井昭文
〒 228-8555 相模原市北里 1-15-1
北里大学医学部麻酔科
E-mail: kanaikifumi@aol.com

初診から1年2カ月後に遠絡療法を開始した。遠絡療法開始直前の痛みはVASで7-10 cmであった。内服薬は、鎮痛目的で、リン酸コデイン 200 mg, カルバマゼピン 600-800 mg, チザニジン 3 mg, 睡眠薬として、フルニトラゼパム 5 mg, ニトラゼパム 10 mg, プロチゾラム 0.25 mg, エチゾラム 6 mg であった。

初回の遠絡療法終了時、初めて安静時痛が消失し (VASで0 cm), 歩行しても痛みはほとんど生じなかった (VASで0.5 cm)。鎮痛効果は翌日まで持続したので、リン酸コデインを翌日から減量し、1週間後に中止した。

1回3~5分程度の遠絡療法を2回/月の頻度で、計9回施行した。遠絡療法は、右の腰痛に対して左上下肢の7カ所、左腰痛に対して右上下肢の7カ所の経絡上の対応ポイントを押す棒で刺激した。坐骨神経痛 (臀部, 大腿後外側, 下腿外側) が強いときには、病側上肢の4カ所と対側上肢の4カ所の刺激を追加した。患者にはどこに対応した治療であるかは説明しなかったが、いずれの治療においても対応した部位の痛みが消失した。

次第に痛みは増強しなくなり、遠絡療法9回終了時 (初診から1年7カ月) の痛みはVASで0-2 cmとなり、杖なし歩行が可能となった。カルバマゼピンとチザニジンを漸減し、初診から1年10カ月後に中止した。その間に痛みが増強することはほとんどなかった。初診から2年経過した現在、鎮痛薬は服用しておらず、フルニトラゼパム 2 mg, ニトラゼパム 20 mg, プロチゾラム 0.25 mg, エチゾラム 6 mg, アルプラゾラム 1.2 mg を服用している。痛みは軽微となっているが、ベンゾジアゼピンの減量は困難であった。神経学的機能障害 (感覚,

排尿, 運動) は改善していない。

参考のために、健康ボランティアによる腰痛に対する遠絡療法の様子を図1に示す。

III 考 察

FBSSは椎間板ヘルニアに対する手術後に最も多く発生し、再手術後はさらに発生頻度が高くなる²⁾。今回の症例は典型的なFBSSの経過をたどり、さまざまな治療を受けていたが疼痛は軽減しなかった。そこで、遠絡療法を実施したところ、長期的な疼痛緩和と機能改善をもたらされた。現在、睡眠薬の減量は困難であるが、睡眠薬への依存が形成される前に遠絡療法を施行していれば、睡眠薬の減量も容易であった可能性がある。

中医学に基づく鍼治療は低侵襲な疼痛治療法として世界中で広く用いられている³⁾。近年、系統的文献レビューとメタアナリシスにより、膝痛に対する鍼治療がプラセボ治療に比べ、有意な疼痛緩和と機能改善をもたらすことが示されている⁴⁾。しかし、中医学では脈診や舌診などによる弁証 (診断) に膨大な知識と経験を要し、実際の治療に中医学を導入すると、弁証のために新たな診療時間を費やさなくてはならない。また、鍼灸による内臓・組織障害や感染、医療廃棄物の発生が問題視されている⁵⁾。一方、遠絡療法は、診断は西洋医学に委ねられるので、弁証を省略して治療を開始でき、さらに鍼灸、薬を使用することはなく、棒または指による治療であるので、安全性が高い (表1)。

中医学では、人体の各器官系には生命体としての流れ (血液, 空気, リンパ, 神経など) があり、これらが互



図1 遠絡治療の実際

表 1 伝統的な鍼灸治療に対する遠絡療法の利点と欠点

利点	具体的な事柄
鍼, 灸, 薬は使用しない	安全性が高い, 医療ゴミが出ない
指のみでも施行できる	いつでもどこでも行なえる
疼痛部位に触れない	痛みの増悪がない
診断は西洋医学を用いる	診療時間を短縮できる
使用俞穴は少なく, 記号化されている	深い中医学知識を必要としない
欠点	具体的な事柄
俞穴への刺激が強い	治療に痛みを伴う
歴史が浅い	有効性と副作用についての詳細が不明

いに密接な相関関係を保っていると考えられている。遠絡療法では、この生命体の流れが遮断されたところに痛みが発生し、上流側の流れが停滞したところに重みが発生すると考えている。さらに、遮断が強くなり、流れが完全に途絶えた場合には、下流側の流れが消失したところに痺れが発生するとされる。遠絡療法は、生命体の流れの障害を、障害部位（疼痛部位）に触れることなく、離れた四肢の一部を刺激することで改善させることができる。

人体の主な流れは十二経脈を通過する。十二経脈は手、足のそれぞれに分布する陰経 33 本と陽経 3 本から成る。経脈上には、特定部位すなわち俞穴（俗称：つぼ）があり、鍼灸や按摩は俞穴に刺激を与えることで疾病を治療する。遠絡療法も四肢の俞穴を刺激（調節）するが、疼痛部位にどの俞穴が対応するかについては、遠絡療法を開発した柯医師の経験に基づいて作られている。

遠絡療法の俞穴刺激は圧痛を伴う（表 1）。刺激が強いと内出血を起こすことがある。有効性を高めるには今回のように押し棒の使用が望ましいが、押し棒の代わりに指を使用してもよいとされる。遠絡療法は歴史が浅く、報告は少ないが、遠絡療法により改善した複合性局所疼痛症候群の 1 症例が 2007 年に国際誌に報告されている¹⁾。

今回の治療にプラセボ効果が含まれた可能性は否定できない。しかし、手術 3 回、神経ブロック数回、強オピオイドを含む種々の鎮痛薬のすべてによっても疼痛が軽減しなかった症例で、単なる棒を用いた 3 分間の治療が、強いプラセボ効果を発揮したとは考え難い。今後は、遠絡療法の有効性を科学的に立証する必要があるが、難治性の FBSS に対しては副作用の少ない遠絡療法が選択肢の一つになる可能性があると思われる。

文 献

- 1) Wong CS, Kuo CP, Fan YM, et al. Collateral meridian therapy dramatically attenuates pain and improves functional activity of a patient with complex regional pain syndrome. *Anesth Analg* 2007; 104: 452.
- 2) Rodrigues FF, Dozza DC, de Oliveira CR, et al. Failed back surgery syndrome: casuistic and etiology. *Arq Neuropsiquiatr* 2006; 64: 757-61.
- 3) Berman B. A 60-year-old woman considering acupuncture for knee pain. *J Am Med Assoc* 2007; 297: 1697-707.
- 4) White A, Foster NE, Cummings M, et al. Acupuncture treatment for chronic knee pain: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2007; 46: 384-90.
- 5) Lao L. Safety issues in acupuncture. *J Altern Complement Med* 1996; 2: 27-31.

Collateral meridian therapy for intractable long-standing failed back surgery syndrome: case report

Akifumi KANAI*, Sumio HOKA*

* Department of Anesthesiology, Kitasato University School of Medicine

We report a patient with long-standing failed back surgery syndrome who was successfully treated with collateral meridian therapy. A 39-year-old man had had three back surgeries for pain caused by herniated lumbar disc; however, lumbago and bilateral sciatica gradually increased and his ambulation became difficult because of severe pain. Caudal block was ineffective. Oral opioid, antidepressant, anticonvulsant, and antiarrhythmic drugs, prostaglandin E1, or ketamine was not effective. Sciatic nerve block with a local anesthetic and electrical therapy with invariable direct currents produced slight and transient pain reduction only for 2–3 days. However, collateral meridian therapy performed even 6 years 2 months after the onset promptly relieved the pain (0 cm on visual analog scale [VAS] of pain) at rest. The pain was negligible even during walking (0.5 cm on VAS). Collateral meridian therapy needed only 3–5 minutes to perform. It was repeated twice monthly, for a total of 9 times. The pain became stabilized at 0–2 cm on VAS without any analgesics. He could walk without a stick. We conclude that collateral meridian therapy can be effective in selected patients with failed back surgery syndrome even if it is long standing.

Keywords: collateral meridian therapy, refractory pain, failed back surgery syndrome

Journal of Japan Society of Pain Clinicians (JJSPC) Vol.15 No.2, 2008