

医道の日本

The Japanese Journal of
Acupuncture &
Manual Therapies

東洋医学・鍼灸マッサージの専門誌

4 APRIL
2019
Vol.78 No.4

第78巻 第4号(通巻907号) 2019年4月1日発行(毎月1回1日発行)
1946年8月19日第三種郵便物認可 ISSN 0287-6760

どう役立つのか 術前術後の 鍼灸マッサージ



巻頭企画

【巻頭インタビュー】

麻酔科・ペインクリニックの医師に聞く

手術前あるいは手術後に鍼灸マッサージは役立つか

／森本昌宏(大阪なんばクリニック) 聞き手:石丸圭荘

【対談】

ナイチンゲールの看護思想に学ぶ

「アート・アンド・サイエンス」によるケアの実践論

／金井一薫(ナイチンゲール看護研究所) 東郷俊宏



特集

術前術後に
対する
鍼灸マッサージ

巻頭インタビュー

麻酔科・ペインクリニックの医師に聞く
手術前あるいは手術後に
鍼灸マッサージは役立つか



大阪なんばクリニック本部長

森本昌宏

了徳寺大学健康科学部教授

聞き手 石丸圭荘

臨床の現場において、手術痕の痛み、つまり癒痕性疼痛症候群に対して鍼灸治療による鎮痛効果や、術前術後の不安改善を実感する鍼灸マッサージ師は少なくないだろう。一方で、手術後に鍼灸が禁忌となる疾患など、治療家は必ず知っておかなければならないことがある。そこで、麻酔科・ペインクリニックの医師である森本昌宏氏を招き、現代医学による術後処置や疼痛管理法、鍼麻酔のこと、そして術前術後の鍼灸マッサージの可能性を聞いた。

まずは現代医学による
術後処置を知ろう

石丸 手術を受ける前、あるいは受けたあとの患者さんが、鍼灸マッサージ師の治療院に来院することがあります。本日は麻酔科・ペインクリニックの医師で東洋医学に造詣の深い森本昌宏先生に、現代医学的になされている術

前後の疼痛コントロールの内容や、鍼灸マッサージ師ができるフォローアップなどをお聞きしながら、鍼灸マッサージの可能性を探りたいと思います。

森本 まず、術後痛を急性、亜急性、遷延性の3期に分けてお話しします。術後から3日程度の急性期は炎症性の痛みが主体となりますが、現在は、術直後には、ほとんどなんらかの鎮痛処置が施されています。部位によっては



森本昌宏 (もりもと・まさひろ)

1980年、金沢医科大学医学部卒業後、大阪医科大学麻酔科学教室に入局。兵頭正義教授に師事する。1984年、同助手。1989年、同大学院(麻酔科学専攻)修了。1991年、同外来医長。1993年、同講師。1996年、近畿大学医学部麻酔科学教室講師、外来医長となる。2005年、同准教授。2010年、同教授。2019年3月に退職し、現在、大阪なんばクリニック本部長。

石丸 今から20数年前のことですが、手術の硬膜外麻酔がまだ十分に普及していない頃、私は当時鍼灸大学の附属病院で術後の急性期のコントロールに鍼を応用していたことがあります。術後直後、ICUに戻ってから合谷、足三里に3時間程度通電をして、血中のエンドルフィン濃度も測りながら調査をしました。エンドルフィンの濃度が上昇して、ソセゴンといった鎮痛剤の投与量を減らすことができたことを報告したことがあります⁵⁾。先行鎮痛(Pre-emptive analgesia)で鍼を用いるのは難しいかもしれませんが、例えば鎮痛手段に鍼治療を含めSSPなどが用いられる可能性はあるのでしょうか。

森本 私の知る限り、術前からSSPを予防的に用いているのは見たことがありませんが、先行鎮痛の意味からは、行ってよいと思います。

生体内の麻薬用物質を動員するための鍼の活用は一つのテーマですから、術後ある程度の時期から鍼治療をするのがよいと思います。本来は術中からが一番望ましいですが、現実的には難しいかもしれません。繰り返しますが、予防をしておかないと大ごとになって手の施しようがなくなる患者さんもいらっしゃいます。最近ではガバペンチノイド、商品名はリリカですが、これを先行投与しておくとな術後の痛みが軽減するとの報告もあります。下行性抑制系の賦活を目的として抗うつ薬なども使われているようです。

石丸 術前に内服で投与されるのですか。

森本 そうです。ただ、術前は担当医科のレーンに乗って進められます。術前術後を含めての周術期は手術を実施する科で行うのが決まりのようになっていますので、こちらが意見を述べるのは難しいかと思います。

石丸 あくまでも外科医が主体となっているわけですね。

森本 術後に大量の医療用麻薬がすでに投与されている状態で、「なんとかしてくれ」と依頼されることがありますが、まずは麻薬を漸減していくためにリリカを追加することになります。ほかにペインクリニックでよく使う鎮痛薬を挙げますと、アセトアミノフェンとトラマドールの合剤であるトラムセットが副作用の面からも最も理にかなっていると思います。

石丸 硬膜外麻酔が使えなかった場合の術後の疼痛管理はいかがでしょうか。

森本 抗血栓薬、抗凝固薬を投与している患者さんは硬膜外麻酔の適応とはなりません。最近ではエコーガイド下での末梢神経ブロックが広く行われています。これには局所麻酔薬を用いるので、効果の持続時間は非常に短い。しかし患者さんが全身麻酔で寝ていても痛みを経験しない、記憶しないことがポイントですからね。近畿大学でもエコーガイドを多用しています。

鍼麻酔のノンレスポonder

石丸 手術中の鍼麻酔についても、お聞かせください。

森本 大阪医科大学に在籍していた頃、ニクソン訪中に影響を受けて鍼麻酔の大ブームが起き、大阪医科大学でも鍼麻酔による手術が行われていました。完全に鎮痛できるかどうかは疑問ですが、鎮痛の一部を鍼に頼ることもありました。鍼を補助的に使うのは意味のあることだと思いますし、中国では開頭術を鍼麻酔で行っています。わが国でも意識を残した状態での手術が行われていますが、そういった事例に鍼麻酔を補助的に使ってもよいと、個人的に考えています。ただ、鍼だけの鎮痛を試みるのには勇気がいると思います。

石丸 鍼麻酔の作用機序としては、下行性疼痛抑制系の関与と、開頭術であれば頭部の神経支配に対しゲートコントロール鎮痛効果を活用しています。

森本 鍼治療が有意義である大きな理由ですね。ペインクリニックでもその作用機序をベースにした治療をしています。現在では、抗うつ薬を慢性痛の治療に用いることが一般的となっていますが、下行性抑制系の賦活がその大きな理由です。慢性痛に対してはなんらかの刺激鎮痛、ペインクリニックでは脊髄の電気刺激なども内因性のエンドルフィン様の物質の分泌を期待する形で行っています。また、抜歯術の術前、術中、術後になんらかの刺激を加えるのは意味があります。

石丸 大阪医科大学麻酔科の故・兵頭正義教授は「ノンレスポonder」と表現されていましたが、鍼麻酔が全く効かない患者さんがいらっしゃるならば、人道的に100%のものでないと、臨床的に行うことは難しいので、鍼麻酔は現在の医療現場で行うことはないかと認識し、術前術後の全身的なケアを中心に対応するのが

最良ですね。

森本 西洋的な治療法ではノンレスポonderの比率が少ないわけです。術後の回復に関しましては、患者さんの気持ちが大きなウェイトを占めていますから、復帰を助けるための全身調整に鍼灸マッサージは大きな意義があると思います。そして、局所治療にももっと取り入れてよいのではないのでしょうか。

瘢痕性疼痛症候群へのアプローチは有用

石丸 手術痕が痛む瘢痕性疼痛症候群は私もよく診ます。手術痕の周囲に少し鍼をすると痛みが緩和するケースがあります(次頁写真)。

森本 身体にメスを入れると、末梢神経が切



石丸圭荘 (いしまる・けいそう)

1986年、明治鍼灸短期大学(現・明治国際医療大学)卒業後、同大学助手、1993年、同大学講師を経て、2006年、了徳寺大学健康科学部教授に就任、了徳寺学園医療専門学校非常勤講師を併任し現在に至る。日本レーザー治療学会理事、日本レーザースポーツ医学学会理事、日本慢性疼痛学会評議員、日本ペインクリニック学会、国際疼痛学会(IASP)会員、他。



腹部外科手術後の瘢痕性疼痛症候群への 低周波鍼通電の実例

創部に肌着などが触れるなど軽度の触刺激で痛みが増強するアロディニアを認める場合には創部周辺の施術を避け、末梢の経穴により下行性疼痛抑制系を賦活させる。

また、アロディニアを認めない症例は、創部の末梢神経支配に対して鍼やSSPで低周波通電を行い、ゲートコントロール鎮痛を発現させる。 (写真提供：石丸圭荘氏)

断され、切断された末梢神経の先端がこぶのようになり、永続的な痛みをつくる場合があります。大阪医科大学でも瘢痕性疼痛症候群の患者さんを多く紹介された時期がありましたが、瘢痕性疼痛症候群は鍼のよい適応といえます。麻酔薬と少量の副腎皮質ステロイドを手術痕に注入するだけでもかなり緩和できます。そういった意味では、早期に末梢の治療のみで抑え込めるものは神経障害性疼痛とはいえないと思います。痛みの伝達は、一次ニューロンといわれる末梢神経、脊髄後角に入ってからの上行性伝導路、視床を経て大脳皮質にいく。その経路のどこかに障害を受けた場合に神経障害性疼痛が起こるわけですから、どこでも起こり得ます。複合性局所疼痛症候群 (complex regional pain syndrome: CRPS) は肘静脈の穿刺による正中神経損傷が原因となっていることもあります。痛みの中継点であるところの視床で出血を起こすと視床痛という手ごわい痛みを起こしますし、脊髄も脊髄損傷後の疼痛は極めて手ごわい。末梢の障害であっても末梢神経の感作が起こりますが、その感作がだんだん上行していくと考えていただくと分かりやすいと思います。ですので、末梢神経レベルに問題がある時期に、なんらかの処置をして

あげるのが、最初に申し上げたとおり遷延性の痛みに移行させないためのポイントです。年月を経ると、今度は中枢性感作で脊髄より上の問題が起こってきますので、その時期にいくら末梢の治療をしても痛みは治まらないことになります。

石丸 いかにも中枢性感作を起こさないように脊髄レベルで抑制をかけるか、ということですね。そして、硬膜外麻酔は術後痛を遷延させない重要な処置ですね。

森本 予防的に硬膜外麻酔を3日間行うことは、非常に重要です。

石丸 術式をはじめ、術前から術後にどのような処置がなされているか。この点を我々もよく認識して、鍼灸マッサージの施術に当たらなければなりません。鍼による鎮痛効果は認められているので、効果の期待できる術前後の病態にいかに応用していくことが重要だと思いました。本日はありがとうございます。

COLUMN

こんな治療家なら患者さんを紹介したい

森本 慢性痛全般でいえば、当初からうつ傾向がある場合、患者さんとの向き合い方は極めて繊細になります。心因性の要素が大きい痛みの場合でも、即座に精神科や心療内科に依頼することには覚悟が必要で、実際にトラブルになることがあります。個々の患者さんによって違いますが、慢性痛の患者さんに対しては腰を据えて、言葉を選んで対応していくことが大切です。「言葉を選ぶ」とは単語を選ぶことでもあります。「大変だ」「治らない」は禁句ですし、ドクターショッピングをしている患者さんは、たいてい前医の悪口を言います。そういったときは特に気をつけながら「一度、腰を落ち着いたらどう？」と伝えます。この先生なら向き合ってくれるという気持ちになっていただくことを心がけています。つき合い方ですね。

手術して治ったはずなのに、なぜ術後の痛みにはこんなに苦しめられなければいけないのか、とドクターへの不信感を

募らせる原因になるかもしれません。術後に起こるだろうことをインフォームドコンセントでこと細かく説明しても、患者さんはすべて覚えているわけではなく、自分にとって都合のよい言葉だけを持って帰る傾向があります。また、痛みスケールがゼロにならないと、よくなったといってくれない患者さんが多い。「痛みが半減した」と言うと「治療者はこれ以上何もしてくれないのでないか」という懸念を持たれる場合もあり、患者さんがつけられる痛みの点数は極めて厳しいものになっています。逆に、気を使って毎回点数を減らしてくれる患者さんもいらっしゃいますが。

誰もが痛みを抱えてはハッピーな気持ちにはなれません。痛みによって自分で自分のADLを制限してしまいますから。その意味で、全身調整の鍼灸治療は非常に有意義といえます。1回、2回の治療で治るわけではないので、しっかりと患者さんと向き合う姿勢を持っている方に診ていただきたいと思うでしょうね。

【引用文献】

- 1) 飯田宏樹, 吉村文貴, 松本茂美, 他. 亜急性術後鎮痛による遷延性術後痛の予防. 麻酔 2018; 67: 254-63.
- 2) 杉山陽子, 飯田宏樹. 本邦における術後慢性痛の現状. 臨床. 麻酔 2018; 42: 1335-42.
- 3) Mark L.R, et al. Surgical aspects of chronic post-thoracotomy pain. European journal of cardio-thoracic surgery. 2000, 18: 711-6.
- 4) 吉田陽亮, 庄本康治. 人工膝関節全置換術後患者に対する非術測への経皮的電気刺激 (TENS) の効果. 従来の術測へのTENSとの比較. 日本人工関節学会誌 2017; 47: 279-80.
- 5) 石丸圭荘, 他. 腹部外科術後疼痛に対する鍼鎮痛の効果—末梢血 β -endorphin, ACTHを指標として—. 日本ペインクリニック学会誌. 1999, 1 (6) 10-6.

(写真・構成: 本誌 由井和美)