

パーキンソン病における 鍼灸の考え方 — 紹介から施術まで —

[執筆] 福田晋平 (新潟医療福祉大学リハビリテーション学部鍼灸健康学科講師)

[監修] 寺澤佳洋 (口之津病院内科・総合診療科, 医師・鍼灸師)

鈴木雅雄 (福島県立医科大学会津医療センター漢方医学研究室教授)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶ HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶ シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶ 弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶ 登録手続

1. パーキンソン病について ————— p2
2. 症例提示 ————— p3
 - 1) 症例1: 筋強剛による痛みを主訴としたパーキンソン病
 - 2) 症例2: 嚥下障害に対して円皮鍼と嚥下体操のセルフケアプログラムが奏効した症例
3. 鍼治療の特徴 ————— p13
4. パーキンソン病に対する鍼治療の効果 ————— p14
5. パーキンソン病に対する鍼治療の効果判定 ————— p17
6. パーキンソン病に対する鍼治療の方法 ————— p20
 - 1) 東洋医学的な病態把握
 - 2) バイオメカニクスの鍼治療法
7. まとめ ————— p25

▶ 販売サイトはこちら

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶ Webコンテンツ一覧

1. パーキンソン病について

パーキンソン病とは、中脳黒質ドパミン神経細胞の変性・脱落によって生じる、慢性進行性の神経変性疾患である。有病率は、人口10万人当たり100~300人であり、アルツハイマー病について、頻度の高い神経変性疾患である。好発年齢は50歳代で、高齢になるほど有病率は高くなり、60歳以上の人口の約1%がパーキンソン病を罹患する¹⁾。

パーキンソン病は、神経伝達物質であるドパミンの欠乏によって、特有の症状を呈する。その主な症状として、振戦、筋強剛、動作緩慢、姿勢反射障害、歩行障害などの運動症状や、自律神経症状、嗅覚障害、睡眠障害、精神症状、認知機能障害などの非運動症状がみられる。病理学的には、中脳黒質ドパミン神経細胞の高度脱落と、レビー小体の出現がある。黒質以外にも青斑核、迷走神経背側核にレビー小体が発見され、中枢神経系および末梢自律神経系に分布する。

近年、レビー小体の主要な構成成分である、 α シヌクレインが嗅球から扁桃核、大脳辺縁系より脳内に波及する系と、腸管自律神経系より迷走神経を介して迷走神経背側核、青斑核、黒質へと上行する系 (dual hit仮説) が提唱され²⁾、臨床における嗅覚障害や便秘、睡眠障害等の非運動症状が運動症状に先行して出現する様式と合致し、支持されている。

パーキンソン病の治療は、薬物治療がスタンダードであり、不足したドパミンを補充するL-ドパと、ドパミン受容体を刺激するドパミンアゴニストが、その両輪として用いられる。

L-ドパは最も治療効果が高く、重要な治療法であるが、長期使用に伴うwearing-off現象やジスキネジアの出現など、運動合併症の出現をまねく問題がある。このため、早期パーキンソン病患者の治療において、日本神経学会から発表された『パーキンソン病診療ガイドライン2018』では、年齢が65歳未満の認知症のないパーキンソン病患者で、症状の改善を優先させる特別な状況がない場合は、ドパミンアゴニストまたはmono-

amine oxidase B (MAO-B) 阻害薬を初期治療として選択することが推奨されている。上記以外の治療薬として、抗コリン薬、catechol-O-methyl transferase (COMT) 阻害薬、アマンタジン、ドロキシドパなど多数あり、それぞれの薬の特徴から選択して用いられている。薬物治療が限界に達する場合は、外科手術にて、脳深部刺激療法が行われることがある。しかしながら、根治療法はいまだになく、長い経過の中で投薬量の増加や、副作用症状の発現を認めることが多くみられる。こうした状況において、パーキンソン病患者は、強い精神的ストレスを抱えている。このため、患者の中には薬物治療以外に有効な治療法がないかを探索し、わが国の伝統医学の1つである鍼灸治療を受療することがある。

2. 症例提示

1) 症例1：筋強剛による痛みを主訴としたパーキンソン病

【患者】 59歳 男性

【主訴】 腰背部痛，腹部痛

【現病歴】

X-1年、左手の振戦を自覚し、A病院にてパーキンソン病と診断を受け、薬物治療を開始。薬物治療により振戦は軽減するものの、X年に腰背部痛、腹部痛を自覚するようになり、前傾姿勢および左側屈姿勢が出現するに至った。服薬量を増量すると、症状は軽減するものの、薬効が切れると強い痛みを悩まされるようになり、鍼灸治療を開始した。

【併存症】 高血圧

【社会歴】 無職。以前は数十年間にわたり、金属を運搬する重労働に従事していた

【個人歴】 喫煙歴20本/日×39年間、現在は禁煙。飲酒歴はビールを1日に中瓶1本程度

【所見】

身長168cm，体重54kg。食欲は痛みのため減少し，3カ月で約7kg体重が減少した。睡眠はおおむね良好であるが，時に痛みのため，入眠が困難となることがあった。

【疼痛症状】

第7胸椎棘突起～第5胸椎棘突起高位までの傍脊柱筋の膨隆がみられ，腰方形筋にも強い抵抗がみられた。腹部は季肋部～臍下部にかけて，ゴム板状の筋強剛を認めた。痛みの性質は「締めつけられるようなギリギリとした痛み」と形容していた。off-periodジストニア^{*1}や長時間の歩行運動や同一姿勢の保持によって出現した。

* 1：off-periodジストニア

off-periodジストニアは，抗パーキンソン病薬の効果が低下したときにみられる。したがって，起床時から早朝内服効果が現れるまでの間に生じることが多いが（早朝ジストニア），日中のwearing-offに現れることもある。下腿と足の筋に強い持続性の筋収縮が起こり，足関節は固定して動かせず，足趾の底屈を呈することが多い。歩行は障害され，痛みを伴うことが多い。

【パーキンソン症状】

振戦：両手部にわずかに認めた。

筋強剛：体幹部以外には，頸部および上肢に歯車様筋強剛を認めた。大腿部～下腿部の抗重力筋には筋緊張を認めた。

動作緩慢：更衣動作時に認められた。

姿勢：体幹部の前傾姿勢と左側屈を認め，腹部の疼痛が強いときは前傾姿勢が増強した。転倒やPullテストによる姿勢反射障害は認められなかった。

【東洋医学的所見】

舌診では，舌質が紅，舌苔は無苔。問診では易怒，酸っぱいものがこみ上げる，という訴えを認めた。

(1) 病態把握

パーキンソン病の発症とともに出現し，パーキンソン症状の増強に伴っ

で強くなることから、筋強剛に起因するものであると考えられた。また、パーキンソン病に特徴的な前傾姿勢に伴う筋の過剰な緊張や疼痛を、増強させているものと考えられた。東洋医学的には、肝腎陰虚証と判断した。就業における全身の筋を酷使した長期間の重労働によって、腎と肝の機能が低下し、陰液が消耗し肝風が内動して、振戦や筋の機能異常が生じたものと考えられた。

【鍼治療方法】

（1）筋強剛の軽減を目的とした局所的な治療

腹部の治療点には中脘穴、下脘穴、関元穴、気海穴、天枢穴、期門穴、章門穴、大横穴を用いた。腰背部では膈俞穴、大腸俞穴、胃倉穴、志室穴を用いた。また、筋緊張を認める棘突起の直側5～20mm程度にある、夾脊穴相当部に単刺術を行った。両側の風市穴、伏兔穴、血海穴、梁丘穴、足三里穴、陽陵泉穴を選択した。なお、記載している経穴は、治療時に適宜選択して使用した。

（2）弁証論治による治療

弁証に基づき、平肝補腎を治則として、合谷穴、三陰交穴、太衝穴、肝俞穴、腎俞穴を選択した。以上の経穴に40mmの20号鍼を用いて、夾脊穴以外は置鍼術を行った。治療頻度は週に1回程度とした。

【評価方法】

（1）Pain Scale (PS)

初診時の痛みの強さを10点、痛みがない状態を0点として、毎回の鍼灸治療の際に評価を行った。

（2）The 39-Item Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39)

パーキンソン病専用QOL評価票を用いて、QOLを評価した。評価は初診時、10回治療時、20回治療時の3回行った。

（3）Geriatric Depression Scale (GDS)

高齢者のうつ状態を評価するGDSを用いて、評価した。評価は初診時、10回治療時、20回治療時の3回行った。

【治療経過と結果】

(1) 症状の経過

鍼治療は5カ月間で計20回行った。腰背部・腹部痛の軽減は、治療3回目頃から認められ(PS 10点→6点 or 7点)、この頃から鍼治療の直後効果は3点程度まで軽減した。また、鍼治療直後には腹部の疼痛が軽減し、姿勢の改善が認められた。治療直後からの疼痛の軽減は2~3日であるが、時に1週間程度持続した。鍼治療10回目ではPS 10点→6点、20回目ではPS 10点→2点にまで軽減した。

疼痛の軽減によって食欲の改善を認め、10回目では体重が60kg、20回目では64kgまで増加した。触診上でも筋緊張の軽減を認めた(図1)。

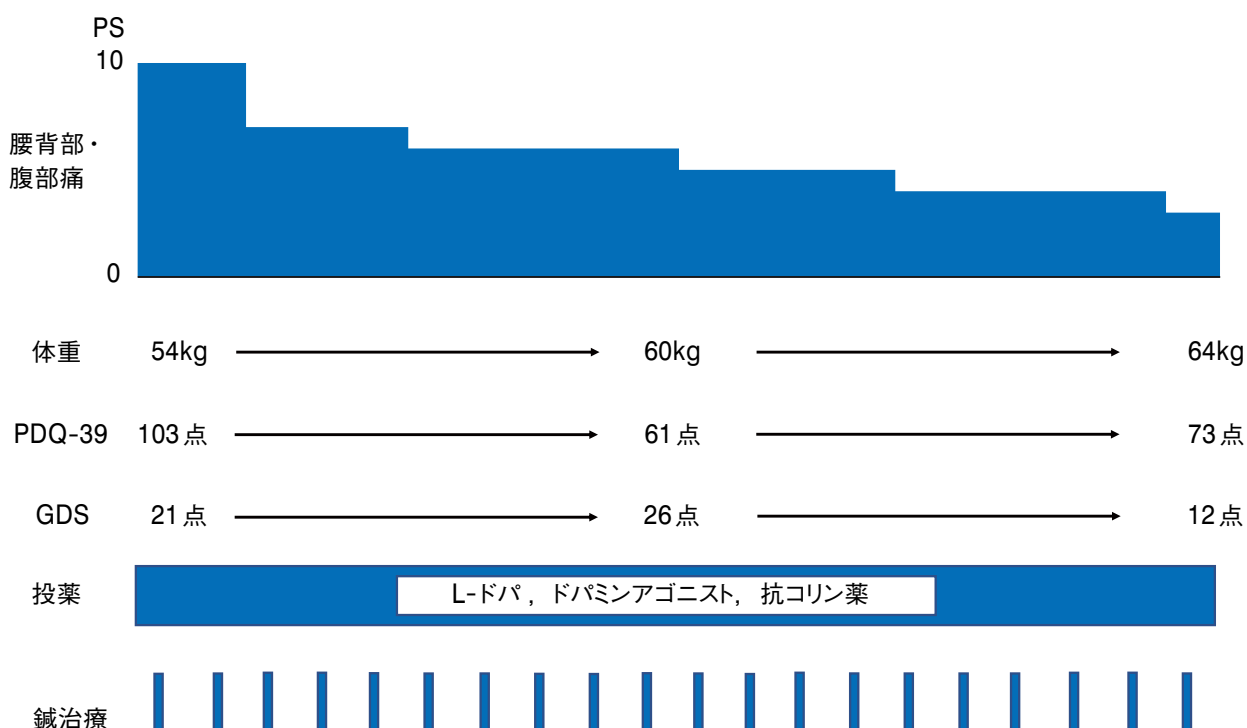


図1 症例1の治療と症状の経過

(2) QOLの改善

PDQ-39は初診時103点→10回目:61点→20回目:73点と低下し、QOLの改善が認められた。

(3) うつの改善

GDSは11点以上をうつ状態と判定する。初診時21点であったものが、