

Case19 (2021.9.13)

40代 女性

主訴:右乳がん部分切除後の右肩周囲の筋筋膜性疼痛、不眠

関わった医療機関(施設):国立高度専門医療研究センター(NC)における集学的治療(鍼灸を含む)

今症例は、鍼灸師が経験した集学的医療・チーム医療による症例報告である。

症例報告:

(鍼灸師、報告者)

それではよろしくお願いたします。がん専門病院には週に1度勤めております。(私の勤めている)がん専門病院は急性期の病院です。ですので、必然的に積極的にガンの治療をなさっている方。それからその治療が終わられたサバイバーの方が病院にいらっしゃいます。なので(緩和ケア・鍼灸を受ける患者は)副作用に困られている方が多くなります。終末期の緩和ケアではない事をご理解ください。

今日お話をさせていただくのは筋筋膜性疼痛についてですが、痛みを訴える癌患者の31~45%に認められ、その80%が体幹背側にあるということが2018年に石木らによって確認されています。¹²

筋筋膜性疼痛は、筋肉の過緊張や過伸展が原因で起こる筋肉の痛みで、その特徴としてトリガーポイントがある筋肉に圧痛を伴う索状結節があり、圧痛に再現性があります。

癌の患者さんの場合、手術の最中や術後に体位を固定する事や、乳がん手術後ドレナージュなどの処置によって引き起こされているケースが考えられます。

また、病院の方で見ていると入院患者さんなんかで長期臥床の方は原病とはあまり関係ないところに強い痛みが出たりします。その中の多くが筋筋膜性疼痛による事が分かってきています。

治療ですが、一般的に鎮痛薬の効果は限定的で、トリガーポイント注射、それから理学療法的に筋膜リリースやストレッチ、鍼灸治療などが効くと言われています。

今回の症例です。

40代の女性で、乳がん術後の筋筋膜性疼痛の方です。主訴は、右肩周囲の痛みがひどく動かさない動かしにくいとの事でした。それから痛みの為、不安を抱いていらっしゃいました。

現病歴ですが、右乳癌x年3月に乳房に痛みを自覚され、5月に乳房を部分切除腋窩リンパ節郭清し、その後、内分泌療法と放射線治療を終えられた方でした。

既往歴は特記事項なし。生活歴は飲酒、喫煙なし。

鍼灸の介入時、使用薬剤はタモキシフェン、アルプラゾラム、加味逍遙散でした。鍼灸の経験はない方でした。

局所所見の筋緊張・圧痛が、右大円筋、右の肩甲下筋、棘下筋、僧帽筋、肩甲挙筋、胸鎖乳突筋に非常に強く見られました。肩関節可動域は外転 85°、屈曲 90°、動作時痛の箇所は上腕の筋部に集中していました。

東洋医学的情報です。

放射線治療の影響と考えられる感染症により、乳房周囲にほてり感が見られました。また、手足末梢に抵抗感がありました。それからリンパ節を郭清しているために、右上肢に軽度浮腫がありました。脈診は緊・軟。腹診はお腹に張りがなく小腹不仁。

アセスメントです。

医師によるものは、RT 後の皮膚線維化に伴うローテーターカフの筋筋膜性疼痛。東洋医学的には 肝虚証としました。

プラン、治療計画です。

放射線治療後の皮膚線維化に伴うローテーターカフの筋筋膜性疼痛という事で、鍼灸治療に3ヶ月。必要に応じてトリガーポイント注射をして行きましょう、という医師の計画でした。

また、鍼灸施術は肝虚証、及び、ローテーターカフと頸部筋の緊張緩和を主軸に治療を進めていくことにしました。

外来患者さんの鍼灸施術は、がんセンターでは3ヶ月が基本的な上限の期間となります。今回は、その間にトリガーポイント注射を2回行っております。

がんの患者さんは免疫が落ちている事が多く、出血傾向の方も多くいらっしゃいますので、衰弱しています。なので刺激量には神経を使います。その中で、刺さない鍼「接触鍼」やホットパックなどを使用した温罨法が非常に有用で効果を上げています。

例えば、米ぬかと玄米と粗塩を詰めたホットパックなんですが、これを電子レンジで1分から2分くらい温めて使うと、浸透する心地よい温かさを得る事が出来ます。患者さんのリラックス効果も高いです。

経過です。

初診時の右肩の痛みは、NRS(Numerical Rating Scale)評価で8(強い痛み)。

肩関節外転の関節可動域 ROM (Range Of Motion)は 85°。

鍼灸施術に対しての不安を非常に感じていらっしゃいました。

右上肢と放射線照射部位に刺入は基本行わないことを初診時にはお伝えし、施術は軽めに行いました。その後施術を重ね、痛みが和らいできました。髪の毛を洗ったりですとか、寝返りをする時の動作時痛みが和らいできているということで、鍼灸が怖くなくなりました、との事でした。頑張っただけで続ければ良くなるんじゃないかな、という希望を持っていただけたようでした。

3回目にTPI(トリガーポイント注射)を実施致しました。TPI実施後に肩関節の外転角度が130°とかなり改善しました。そしてこれを機に、右上肢腋窩のリンパ節郭清している同側末梢穴への刺入鍼を行う事への意志を確認し、4回目から実施しました。

この患者さんは、リンパ浮腫外来も受診されておりましたので、その担当の看護師さんに針をする旨を事前にお話しし、もし患者さんがリンパ浮腫が痛いとおっしゃるようであれば連絡してほしいとお願いしました。

4回目です。涙を流しながら入室されました。お話を伺うと、自分でも自分の気持ちがわからず、誰もいない時に涙が溢れ出てきてしまう、との事でした。専門家の介入が必要なのではと考え医師に報告し、精神腫瘍科にコンサルトをお願いしました。

6回目に肩の痛みがぶり返しました。

7回目、2回目のTPI(トリガーポイント注射)を実施しました。

10回目、その後、行きつ戻りつしながらNRS値が3に軽減。肩関節外転角度は150°まで改善しました。しかし、気持ちの落ち込みが続いてしまうことと鍼灸施術(期間)が終わってしまうことが不安との事でした。

鍼灸の施術期間が終了後の継続先についてもご相談を受けました。

14回目には日常生活での肩の痛みは消失しました。鍼灸介入が終了し、緩和医療科終診で精神腫瘍科は現在も受診継続されています。

考察です。

TPI(トリガーポイント注射)と鍼灸介入により、関節の痛みと可動域が改善されました。

TPIは速やかに筋肉を緩めますが、局所麻酔薬は一回の使用量が制限されるため、MPS(筋筋膜性疼痛症候群)の範囲が広いと注射を施せずに筋硬結が残る場合があります。注射と鍼灸のハイブリッド治療では、この残った箇所に鍼灸が集中して介入することで、注射単独よりも症状がより緩和される可能性があると考えられます。また、注射で硬い筋肉が緩めば、その分全身調整に時間を割くことが可能になるなど、限られた時間の鍼灸治療にとってもメリットがありました。

乳がん術後でリンパ浮腫のある患者さんへの鍼灸治療は、患者さんだけでなく、医師や看護師も誰もが不安を覚えると理解し、その不安を1つずつ取り去ることが大切です。

こまめな「報告」「連絡」「相談」をするようにしております。

ご清聴ありがとうございました。

症例検討:

(鍼灸師)

癌専門病院での症例ということで、医療連携・チーム医療の中に鍼灸師がいる、またその事がある程度院内の医療従事者に共有されているという非常に学びの多い症例報告でした。ありがとうございます。

そして、私の想像以上にがん専門病院ではチーム医療・集学的治療が充実しているんだなという印象を受けました。

そして、その環境、チームに鍼灸の先生が参加し活躍されている事を大変嬉しく思いました。

(鍼灸師)

Q.一点質問です。乳がん切除でリンパ節郭清³した場合、医師から鍼灸施術の中止を言われたことがあるのですが、そのあたり(先生の勤務先では)どのような対応でしょうか？

(鍼灸師、報告者)

A.基本的にリンパ節を郭清されている患者さんには刺す針はしないということが原則になっています。

ただ、慢性化やサバイバーの方、術後状態も安定している場合、医師に確認をとった上で行えます。しかし、そうは言っても患者さんによっては血栓ですとか、むくみ以外にも血液の状態が悪い場合もありますので、もし医師から鍼灸介入していいよと言われても、状態を確認しながら無理な施術はしないようにしています。

特に(腋窩リンパ節郭清を行った)患者さんは退院されるときに、虫にも刺されないようにしてくださいと言われて退院されます。それなのに、鍼を刺していいのかと不安を覚える方もいます。不安を払拭するよう心がけるとともに、衛生面に気をつけながら徐々に刺激量を上げ、むくみの状態を確認しながら行うようにしています。

一方、この方の場合もそうだったのですが、軽度の浮腫がある場合は、肩関節が動かせるようになると、むくみも改善します。症状緩和のために鍼灸介入した方が良い場合⁴もあるので、ドクターに相談しながらさせていただいています。

(鍼灸師)

ご回答ありがとうございました。

Q.意思決定についてですが、このような症例の場合、例えばチーム医療において司令塔のような役割は執刀された医師なのか緩和ケア科の医師なのでしょう？

あと、腋下リンパ節郭清における鍼灸介入について症例報告や論文などありましたら伺いたいのですが。

(鍼灸師、報告者)

A.腋下リンパ節郭清の患者さんへの鍼灸施術に関する報告は公には出していないと思います。

判断は緩和医師がする場合もありますし、緩和医師から主治医の方に確認をとっていただく事もあります。

看護師さんが患者さんにとって一番身近な存在ですので、看護師さんにはうるさいと思われるかもしれませんが、細かく報告しています。

(鍼灸師)

ありがとうございます。非常に興味深い内容の報告ですね。

外に向かって情報が発信されると、我々のような開業鍼灸師もそういう部分に触って行けるのかなという感想を得ました。頑張りたいと思います。

(鍼灸師、研究者)

貴重な症例報告をありがとうございました。

Q.鍼灸治療が行われるフローなどいかがでしょうか？

どういう症状に対し、誰がどういうタイミングで鍼灸治療を促すのか？

その点について関心がありますので、お聞かせいただければと思います。

(鍼灸師、報告者)

A.まず、どういう症状に対してということなのですが、(がん専門病院における)それぞれの時代で鍼灸に求められる内容が少しずつ変わっているんじゃないかなと思います。

昔は終末期の身の置き所のない方ですとか、呼吸苦の方とかが多かったんですが、今現在は筋筋膜性疼痛、それから CIPN(Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy、化学療法による末梢神経障害)の患者さんが非常に多くなっています。これは症状緩和に対して鍼灸に期待を持ってくださっているあらわれではないかなと思っています。⁵⁶

介入の判断、期間は緩和医師がします。私たち(鍼灸師)の方から、この患者さん鍼灸がよさそうだからさせていたきたいという形では行っていません。緩和の先生方は鍼灸を知ってくださっていますが、がん専門病院に勤務したての頃は鍼灸をしらない・経験が無い先生がほとんどです。勤務の中で鍼灸についての理解を深めて頂く事が多いと思います。

(鍼灸師、研究者)

なるほど。よくわかりました。ありがとうございます。

(鍼灸師)

参加されている漢方クリニックの先生は、トリガーポイント注射の指導的な立場のドクターです。今回の症例は、そのトリガーポイント注射と鍼灸の併用療法という事ですが、今後、連携に向けた取り組みとして、そのあたりの可能性へのご意見など伺いたいと思いますがいかがでしょうか？

(医師、漢方医)

非常に貴重な御発表ありがとうございました。勉強になりました。

私の漢方クリニックでは普通に同じことを行っています。私がトリガーポイントやって、鍼灸師がいますので併用して鍼灸を行います。脊柱管狭窄症などが多いです。その分の費用が患者さんには負担になってしまうのですが、それぞれの治療のみより併用した方が早く効果を現すと思います。

Q.1 つ質問です。わたしもがん専門病院での勤務経験があるのですが、そこで医療従事者に鍼灸の理解を拡げる事はなかなか難しい事だと思うのですが、そのあたり、どのように理解を得る工夫をされていますか？

(鍼灸師・報告者)

A.はい、まず鍼灸を受けた患者さんが楽になったと言って下さる。これが一番です。

そしてそれを患者さんが医師の診察を受けた時にお話頂く事で、「ふーん、鍼灸って良いんだな」と思って下さる事に繋がるので、患者さんが楽になって下さる事が一番理解に繋がります。

それからもう一つです。当院に鍼灸室があるということを知らない先生も、おそらくいらっしゃいます。そこで、研修のレジデントの先生が緩和医療科にいらした時に、鍼灸のレクチャーとお試し鍼灸に参加して頂くようにしています。

それと先生方も非常に疲れていらっしゃいますので、ちょっとおせっかいおばさんなんですけど、「先生、鍼灸室いらっしゃいませんか？」とお声がけしています。百聞は一見にしかずで受けていただくことが1番かなと思っておりますので、先生や看護師さんに声をかけて鍼灸させて頂く。これが地道な啓発活動かなと思っています。

(医師・漢方医)

ありがとうございました。頑張ってください。

(鍼灸師、報告者)

ありがとうございます。

(鍼灸師)

やはり医療従事者に直接鍼灸を体験して頂くというのは、重要なアプローチかなと思います。

(医師、総合診療医)

貴重な発表ありがとうございました。

私も今6ヶ月間の鍼灸の研修を終え、少し臨床で鍼灸を取り入れてみようかなと思っています。ただ、しばしば、患者さんから鍼を刺入するという部分に抵抗がある事を言われます。

Q.そこで先生の長年の経験から、刺入を意識せずスムーズに鍼灸施術に入っていく上手なテクニックとかがありますか？

(鍼灸師、報告者)

A.この患者さんは、絶対刺入鍼の方が良いという場合でも、少しでも不安を覚えている方には無理強いはいしません。

最初に接触鍼で怖くないんだと知って頂き、少しずつ刺入鍼に移行して行きます。最初は数本ですね。お試しをするところからやってみましょう、などとお声がけします。

新規のご説明の時に、具体的に毫鍼を見せて触ってもらったりしますね。先端恐怖症の方は怖いかもかもしれませんが、こういうのなのね、って安心してもらえるかなって。

(医師、総合診療医)

なるほど、貴重なご意見ありがとうございました。

¹ Prevalence of myofascial pain syndrome in patients with incurable cancer

Hiroto Ishiki, J Bodyw Mov Ther. 2018;22:328-32

[不治の癌患者における筋痛症候群の罹患率 - PubMed \(nih.gov\)](#)

² Factors associated with chronic thoracic spine and low back pain in caregivers of cancer patients

Hasuo. J Palliat Med. 2017;20:1085-90

[がん患者の介護者における慢性胸椎と腰痛に関連する要因 - Hasuo - 緩和医療年報 \(amegroups.com\)](#)

³ [患者さんのための乳癌診療ガイドライン 2019 年版](#) 日本乳癌学会

[Q28. 手術後の生活では、どのようなことに注意すればよいのでしょうか。 | ガイドライン | 患者さんのための乳癌診療ガイドライン 2019 年版 \(xsrv.jp\)](#)

⁴ Acupuncture in the treatment of upper-limb lymphedema: results of a pilot study

Cassileth BR, Van Zee KJ, Yeung KS, et al. Cancer. 2013; 119(13): 2455-2461.

[Acupuncture in the treatment of upper-limb lymphedema: results of a pilot study - PubMed \(nih.gov\)](#)

⁵ 鍼による化学療法誘発性末梢神経障害(CIPN)の予防メカニズム

[KAKEN — 研究課題をさがす | 鍼による化学療法誘発性末梢神経障害\(CIPN\)の予防メカニズム \(KAKENHI-PROJECT-15K08935\) \(nii.ac.jp\)](#)

⁶ パクリタキセルによる「末梢神経障害」への温灸適 応に関する研究—6名の事例分析から— 梅岡 京子, 辻川 真弓, 大西 和子 三重看護学誌 巻 14 号. 55-66. 2012-03-15
https://mie-u.repo.nii.ac.jp/?action=repository_action_common_download&item_id=4627&item_no=1&attribute_id=17&file_no=1