

頭痛診療における鍼灸の考え方とエビデンス

[執筆] 菊池友和 (日本鍼灸理療専門学校東洋医学研究所主任研究員)

[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. はじめに	p02
2. 鍼灸治療が有効であった症例	p04
3. 鍼治療を行う上での前提情報	p10
4. 片頭痛発作が引き起こされるメカニズム	p10
5. 緊張型頭痛が引き起こされるメカニズム	p12
6. 『頭痛の診療ガイドライン 2021』における鍼灸治療の役割	p14
7. 頭痛に対する鍼灸治療方法	p15
8. 鍼灸治療のエビデンス	p17
9. 東洋医学的考え方	p22
10. 冒頭の3症例を振り返る	p24
11. マニュアル鍼や鍼通電療法について	p27
12. セルフケアについて	p28
13. 鍼治療が適応となる患者	p29
14. まとめ	p30

▶ 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. はじめに

(1) 頭痛とは

頭痛とは、頭部の一部あるいは全体の痛みの総称であり、また、後頭部と頸部（後頸部）の境界や、眼の奥の痛みの総称である。頭痛は様々な原因（日常的には風邪や二日酔いなど）で起こるが、頭痛の原因が明らかである場合は、原因が消失すれば頭痛もなくなるため、経過観察でもよい。一方、脳腫瘍やくも膜下出血のような脳の疾患が原因となる危険な頭痛もあり、注意が必要である。これらの脳の疾患は、画像検査により確定診断が可能である。

なお、片頭痛や緊張型頭痛などの一次性頭痛では、強い頭痛を繰り返したり、毎日頭痛を認めたりするが、患者は頭痛で生活の質（QOL）が低下しているにもかかわらず、画像検査などを行っても異常が見つからないため、自己判断で軽視していることがある。こうした頭痛患者は「わざわざ病院に行くほどでもない」と自己判断してしまうことも少なくない。そのため、市販薬の使用過多や、不適切な服薬による頭痛の慢性化にもつながり、世界的な問題になりつつある^{1) 2)}。

(2) 現在の頭痛の治療法

現在、片頭痛においては予防療法や急性期治療薬の開発が進み、有用な薬物治療を受けることができる。

トリプタンは5-HT_{1B/1D}受容体作動薬として血管を収縮させ、C線維からのカルシトニン遺伝子関連ペプチド（calcitonin gene-related peptide：CGRP）放出を抑制することで、頭痛を軽減させる。慢性片頭痛や薬剤の使用過多による頭痛（medication-overuse headache：MOH）などの難治性の頭痛に使用が認められている。

また、CGRP関連抗体薬は、CGRPの作用を抑制し頭痛を予防する。これらの薬剤は、2000年にはトリプタン製剤が、2021年には抗CGRP抗体

と抗CGRP受容体抗体が上市された。さらに、虚血性心疾患や一過性脳虚血発作、脳血管障害の既往のある患者にはトリプタン製剤は禁忌であったが、血管収縮作用のないラスミジタンコハク酸塩(レイボー[®])が2022年に承認され、これらの疾患を抱える患者にも投与可能となり、頭痛に対する薬剤の選択肢はパラダイムシフトしている。

しかし、トリプタン製剤はノンレスポnderも10~20%存在すると言われている³⁾。一方、わが国における調査では、服薬のタイミングについて患者教育を行った結果、痛みはじめた初期に服薬するという最適なタイミングにトリプタン製剤を服薬することで治療効果が向上することが報告されている⁴⁾⁵⁾。慢性片頭痛に対するCGRP関連抗体薬は3カ月後39.3~48.1%、6カ月後49.1%、12カ月後62.9%の患者に有効とされているが⁶⁾⁷⁾、いまだ薬剤で期待される効果が得られていない患者がいるという事実もある。そのため、薬剤の不応性や不耐性、内服を希望しない患者の併用療法として、鍼灸治療は良い適応となる。

(3) 頭痛の分類

歴史的にみると頭痛の分類は、西洋医学の世界では2世紀頃に現トルコのカッパドキアのアレタイオスが頭痛をcephalgia, cephelea, heterocraniaの3種類にわけたことに始まると言われている。一方、東洋医学の世界では、紀元前2世紀頃、長沙馬王堆漢墓の帛書である『陰陽十一脈灸経』においても「真頭痛」「頭目碎痛」「偏頭痛」と分類されている⁸⁾。これは興味深いことに、危険な頭痛と片側頭痛、全体的な頭痛に分類されている。

現在の西洋医学的な頭痛の分類は、「国際頭痛分類」(国際頭痛学会)と「国際疾病分類」(WHO)が主体である。本稿では、現状多くの臨床家や研究者が使用し、わが国の『頭痛の診療ガイドライン2021』(日本神経学会・日本頭痛学会・日本神経治療学会、監修)でも推奨されており、「国際疾病分類」にも互換性のある、「国際頭痛分類第3版」(表1)における頭痛の分類に基づき行う。また、危険な頭痛の見わけ方と、鍼灸臨床で取り扱う頻

度の高い、片頭痛、緊張型頭痛、二次性頭痛ではあるがMOHについて解説する。

表1 頭痛の分類 (国際頭痛分類第3版)

一次性頭痛	二次性頭痛	有痛性脳神経ニューロパチー， 他の顔面痛およびその他の頭痛
・片頭痛 ・緊張型頭痛 ・三叉神経・自律神経性頭痛(TACs) ・その他の一次性頭痛疾患	・頭頸部外傷・傷害による頭痛 ・頭頸部血管障害による頭痛 ・非血管性頭蓋内疾患による頭痛 ・物質またはその離脱による頭痛 ・感染症による頭痛 ・ホメオスターシス障害による頭痛 ・頭蓋骨, 頸, 眼, 耳, 鼻, 副鼻腔, 歯, 口あるいはその他の顔面・頸部の構成組織の障害による頭痛または顔面痛 ・精神疾患による頭痛	・脳神経の有痛性病変およびその他の顔面痛 ・その他の頭痛性疾患

2. 鍼灸治療が有効であった症例

症例 1

【患者】 32歳 女性 事務職

【主訴】 MOH, 慢性片頭痛

【現病歴】

小学生の頃より非拍動性の軽度の頭痛があり、特に月経になると増悪し、適宜、市販薬で対応していた。就職後より種々のストレスにより、拍動性・片側性で日常生活に支障をきたす、前兆のない片頭痛が出現した。頭痛専門外来を受診し、予防薬として筋弛緩薬やカルシウム拮抗薬、抗てんかん薬が、急性期治療薬として非ステロイド性抗炎症薬 (non-steroidal antiinflammatory drugs : NSAIDs) やトリプタンが処方された。中等度以上の頭痛は月に3~5回の頻度で発症し、良好にコントロールされていた。

X年4月頃から仕事による精神的・身体的ストレスなどの増加とともに、

肩こりが強くなった。肩こりや頭痛などの症状が悪化し、また、月経時には仕事を休むほどの頭痛が出現したため、主治医と相談し、経口避妊薬を開始し、さらに漢方薬（呉茱萸湯）も服薬するようになった。服薬開始後から発作頻度は軽減を認めたが、日常生活に強い支障をきたしていた。頭痛の強度と頻度が上昇したことから、頭部MRIが施行されたが、頭痛の原因となる明らかな所見はなかった。強い頭痛の前に頸が締めつけられる感覚やいつもと違う強い肩こりが出現したが、急性期治療薬を服用することで頭痛が消失するとともに肩こりも改善するとのことであった。患者が症状のさらなる軽減を希望したため、脳神経内科より鍼治療を目的に紹介された。

本症例の肩こりを詳細に問診すると、患者の肩こりは2種類であった。1つは姿勢などに伴う運動器系の肩こりである、いわゆる「肩こり症」で、もう1つは片頭痛の予兆としての肩こりである。片頭痛発作前に出現し頭痛の改善とともに軽減する、いつもと違う肩こりは、近年では片頭痛の症状の一部と考えられている。つまり、視床および視床下部の活動性が高まった結果、三叉神経頸髄複合体から上位頸神経、頸部・肩甲上部への症状と考えられている^{9) 10)}。本症例は、中等度以上の頭痛の増悪とともに肩こりが増強していた。片頭痛患者では、肩こりの強さは頭痛の評価のひとつである。鍼治療は、こうした片頭痛の結果として出現した頸肩部や顔面部の反応部位を刺激することで、原因となる高位中枢に入力され、視床や視床下部の活動性を正常化し、予防効果に寄与していると考えられている¹¹⁾。

【評価】

頭痛ダイアリー、中等度以上の頭痛のvisual analogue scale (VAS)、肩こりのVAS

【鍼治療方法】

片頭痛の結果として起こる肩こりの該当箇所である頸肩部や肩甲上部、顔面部を触診すると、三叉神経領域の側頭筋や咬筋に、上位頸神経領域の

頭半棘筋や僧帽筋・板状筋などに反応（押すと心地よい、痛いが気持ちが良いこと。東洋医学では「喜按」と言う）が現れており、頭痛に対する経穴（ツボ）と一致する。

【経過】

本症例に対し鍼治療を週1回、4週間継続することにより、頸や肩のこりや頸肩部や顔面部の圧痛が改善した。また、4週間当たりの全頭痛日数は23日→10日、中等度以上の頭痛日数は10日→1日と減少した。

症例2

【患者】30歳代 女性 事務職

【主訴】片頭痛

【現病歴】

18歳で前兆のある片頭痛と診断され、年に数回の頻度で頭痛が出現していた。しかし、結婚後、仕事と家庭の両立、妊娠できないことなどのストレスにより、結婚3年目から週に2回の頻度で発作が出現するようになった。1年間、近医にてトリプタンで経過観察をしていたが、主治医より頭痛専門医の受診を勧められた。

頭痛専門医を受診し、前兆のある片頭痛と診断された。予防薬の内服を勧められたが、妊娠を希望しており、薬物療法を希望しなかったため、片頭痛発作の予防を目的に鍼治療を紹介された。

頭痛の前兆として右上下肢の痺れが、頭痛の予兆としていつもと違う肩こり、生あくび、頸の締めつけ感、光過敏が出現し、その後に起こる頭痛の強さの程度や時間と相関していた。随伴症状として常に肩こりや眼痛、腰痛、悪心があった。また、頭痛の部位は主に右側頭部であり、非拍動性で、頭痛の際には階段昇降などで悪化し、臥位になると軽減した。

血圧98/54mmHg、脈拍数66回/分（整）と正常で、頸肩部や肩甲上部、顔面部を触診すると、側頭筋、咬筋、僧帽筋、頭半棘筋、胸鎖乳突筋、板