

日本東洋醫學研究會誌 第參卷 2017

目 次

奇経 - 絡脉論とその展望 一喻嘉言の奇経 - 絡脉論とその応用一	……………	1
		伴 尚志
日本における東洋医学に基づく五十肩の発生機序とその治療	……………	17
		松本 和久
根拠に基づく教育を目的とした柔道整復学の標準化の試み 一足部に対する包帯法における固定包帯と被覆包帯の定量化について一	……………	25
		棚原 勝平
日本東洋醫學研究會会則	……………	33
日本東洋醫學研究會誌投稿規程	……………	36
編集後記		

Journal of Japanese Oriental Medicine

Vol. 3 2017

CONTENTS

Theory of extrameridians-collaterals and its prospect — Yù jiā yán's theory of extrameridians-collaterals and its application —	1
	Ban T
Occurrence mechanism and treatment of scapulohumeral periarthritis based on the oriental medicine in Japan	17
	Matsumoto K
Attempt to standardize of judo therapy for the purpose of evidence-based education - Quantification of immovable bandage and coating bandage in bandaging methods -	25
	Tanahara S
The Regulation of Japanese Society of Oriental Medicine	33
Submission guidelines of Journal of Japanese Oriental Medicine	36

EDITOR'S POSTSCRIPT

奇経 - 絡脉論とその展望

— 喩嘉言の奇経 - 絡脉論とその応用 —

伴 尚志

一元流鍼灸術研究所

要旨: 本論は, 1) 「奇経八脉研究の歴史」および「絡脉研究の歴史」, 2) 喩嘉言の奇経 - 絡脉の説, 3) 喩嘉言の絡脉論に対する批判と反批判, 4) 喩嘉言の絡脉論のもたらす可能性, 5) 奇絡のネットワーク, 6) 奇絡の治療について論じ, 喩嘉言 (1628 年~1696 年) の説にしたがって奇経八脉理論を絡脉理論の一環として捉え直し, 絡脉の概念を再構築したものである。これにより奇経治療と絡脉治療とは一体化し, 奇絡という大きな身体観の枠組みを与えられることとなるが, この奇絡という概念は『黄帝内経』の中にすでに描き出されている。葉天士の奇絡論では, 経脉を心肺に配し奇絡を肝腎に配し, 病が長期にわたると奇絡に入り奇絡を治療することでしかその病は救えないと述べている。このことは, 体表観察により奇絡の停滞を直接指で探り当て, 温灸などを用いて奇絡を治療することができる鍼灸師の, 慢性病治療に対する新たな可能性を示している。

Key words 喩嘉言, 奇経 - 絡脉論, 葉天士, 鍼灸治療, 慢性疾患

I. はじめに

本論文『奇経 - 絡脉論とその展望』は, 清代初期の禅僧であり名医であった, 喩嘉言 (1585 年~1664 年) の説にしたがって, 奇経八脉理論を絡脉理論の一環として捉え直し, 絡脉の概念を再構築したものである。喩嘉言は, 『傷寒論』の研究家であり, 日本の古方派の祖である名古屋玄医 (1628 年~1696 年) に深い影響を与えたことで知られている。ちなみに名古屋玄医はその気一元の身体観を伊藤仁斎から受けている¹⁾。

清代中期の高名な医家である葉天士 (1667 年~1746 年) は, 奇経と絡脉とを一つの概念として捉えて奇絡と呼んでいた。彼は, 病が長期にわたると奇絡に入り, 肝腎に隸属すると考えた。ここにおいて, 絡脉および奇経の位置づけが一新されている。これは実は温病理論における身体観である衛気営血弁証の中の, 営血部分の病位を担うものが奇絡 (絡脉・奇経八脉) であると葉天士は述べているわけである。この身体観は『素問』『靈枢』『難経』を基礎にしているものであるが, また, 上記した喩嘉言の『医門法律』における (絡脉論) を深く理解したものであると考えられる。

本論では最初に, 喩嘉言のこの (絡脉論) を検討するため, その歴史的な基礎として, 「奇経八脉研究の歴史」お

よび「絡脉研究の歴史」をまとめた。二番目に『医門法律』中の一論文である喩嘉言の (絡脉論) について, 「喩嘉言: 奇経 - 絡脉の説」としてまとめた。三番目にこの喩嘉言の説へのおそらく唯一先鋭的な批判である, 現代中医の邱幸凡による『絡脉理論与臨床』の批判部分を抄訳し, それを「喩嘉言の絡脉論に対する批判と反批判」として批判的に検討している。ここに喩嘉言の説の優位性が明らかにされている。四番目に喩嘉言の説が臨床に与える影響を「喩嘉言の絡脉論のもたらす可能性」と題して私見を述べた。これは現代の鍼灸師のうち, 「八脉交会穴」への処置が奇経に対する治療であると考えている方々へのレクイエムである。発想の転換を促したい。ここにおいて奇経治療と絡脉治療とは一体化し, 奇絡という大きな身体観の枠組みを与えられることとなる。五番目に喩嘉言の説を超えて, 奇絡のネットワークとしての考え方を明らかにしてある。ここにおいて, 奇絡の概念の新しい視平を獲得していただきたい。陰陽五行論の人体への展開である臟腑経絡学を側面から補完し, 臨床に資するものとしての奇絡の概念が, 『黄帝内経』の中にすでに描き出されているということを再確認しつつ, 現代において新たな意味づけが与えられているわけである。最後にこの喩嘉言の (絡脉論) を臨床的に展開した葉天士の治療法を, 奇絡の

治療と題して掲載し、鍼灸師が奇絡を手に入れるということについての私見を記載した。

この論文を通じて、奇経 - 絡脉構造ひいては臟腑 - 経脉構造の把握を新たにし、気一元の身体観の下、大きな視座で治療を組み立てられるよう祈っている。

II. 喻嘉言の絡脉論を検討するための歴史的な基礎

1. 奇経八脉研究の歴史

『黄帝内経』には、奇経八脉の循行分布と所属経穴、そのそれぞれの病証についてはすでに記載されている。しかし、その記載の仕方は諸編に散在しており、奇経としてまとまった編が存在するわけではない。また、経脉や絡脉に対する奇経の位置づけについても、明確にされていない。

これに対して『難経』では、その八十一編のうち奇経について専門に三編を用いて語られている。すなわち第二十七難には奇経八脉の提綱、第二十八難には奇経八脉の流注、第二十九難には奇経八脉の病証がそれぞれ述べられている。また、奇経八脉の概念についても第二十七難に、「この八脉は皆な経脉に拘わりません。ですから奇経八脉と言います。」²⁾と、正経十二脉とは別の概念で把握されるべきであるということが述べられている。

ところがこの正経とは別の概念のものという言葉は、すでに『難経』そのものにおいて破られている。すなわち第二十六難では、「二十六難に曰く。経脉には十二経があり、絡脉には十五絡脉があります。余っている三つの絡脉は、どのような絡脉なのでしょう。然なり。陽絡と、陰絡と、脾の大絡とがあります。陽絡は陽蹻の絡です。陰絡は陰蹻の絡です。ですから絡脉には十五絡脉があるのです。」²⁾として、人体をつなぐ正経と、それを横につないでいく絡脉という経脉と絡脉との関連の中で、奇経のうちの二つすなわち陰蹻脉と陽蹻脉とが取り上げられており、十五絡脉の中の二つ、陽絡が陽蹻脉を意味し、陰絡が陰蹻脉を意味しているということを述べているわけである。さらに、先の第二十七難の最後には、正経と奇経とが別の概念で説明される理由を「この八脉は皆な経脉に拘わりません。ですから奇経八脉と言います。」²⁾と述べたすぐ後に、「このようにして絡脉が満ち溢れます。諸経がこれに拘わることはできません。」²⁾と、絡脉という言葉を使用して奇経全体を表現するものとして使用している。このことは何を意味するのかというと、正経と奇経とがまったく関わりがないものとして別々に存在するのではないということである。離ればなれに別の系統として正経と奇経とがあるのではない、しかし互いに連動して動くような関係でもないということがこの「拘わりません」という言葉の中に隠されているのである。

このあたりのことを『難経鉄鑑』の著者である広岡蘇仙は第二十七難において、「奇経八脉は正経に拘わらないため、ただ満ち溢れるだけです。正経の方でも奇経と拘わる

ことがないので、昼夜に五十回づつ循るという常度〔訳注：法則〕を失わなくてすんでいるのです。初めの問いでは奇経が正経にこだわらないと言っていて、ここの答では正経が奇経にこだわらないと言っています。つまりはこの両者がともに互いに拘わることがないということと言っているのです。このため「奇」と名づけられているわけです。物事には正があれば必ず奇があり、奇と正とは互いに生じて極まることなく変化していくものです。正は奇によってその用〔訳注：機能〕を発揮し、奇は正をその体として、互いに寄り添って離れることのないものです。」²⁾と注している。

ここにおいて、正経と、正経を横につなぐものとしての絡脉と、奇経との関連が明確にされている。すなわち、正経と奇経と絡脉という三者の関連が、実は明確に分けられるようなものではなく、あいまいなものなのである。このことは、まるごとひとつの生命の中に正経と奇経と絡脉が同時に存在しているという、気一元の身体観に沿って考えていけば当然のことであるとも言える。奇絡の概念の端緒はおそらくこの『難経』の第二十七難の最後にあるのであろう。しかし喻嘉言や葉天士に到るまで総合的な深い理解が得られることはなかったのである。ただ、歴代の文献の中の奇経八脉図は、そのほとんどがこの『難経』に基づいて描かれることとなっはいる。

この他、奇経治療に関して鍼灸関係で重要なものに、竇漢卿(1196年～1280年)の『鍼経指南』³⁾〈流注八穴〉の序文に収められている八脉交会穴がある。八脉交会穴は、奇経八脉を通じさせる経穴として、現代の日本でも広く用いられている。しかしこれを誰が語り始めたのかは不明である。その原典不祥のものを少室の隠者〔注：仙人のような修行者か〕が山人〔注：山の住人〕の宋子華に伝え、山人の宋子華が竇漢卿の若い頃にその書を伝えたとされている。宋子華はそれまで41年間これを試していたとあるから、遅くとも十二世紀中頃までには八脉交会穴が考案されていたということになる。

滑伯仁の『十四経發揮』⁴⁾は、元代における『金蘭循経取穴図解』を基礎としたもので、任脉・督脉を加えて十四経とし、その循行経路と経穴とをまとめた経絡学説の専門書である。それまでの経絡学説の多くは十二正経を主としていたが、滑伯仁にいたってはじめて督脉を陽脉の総綱、任脉を陰脉の海として、十二正経とともにならべ、これを十四経と呼んだ。督脉と任脉には所属する経穴があるため、正経と同じように記述して治療の便を期したわけである。鍼灸が元代に盛んとなった理由の一端はこの書によるものであるとも言われており、その影響は現代日本における鍼灸教育にまで及んでいる。しかしここから、奇経と正経との区別がさらに曖昧なものとなったと言わなければなるまい。明代の医家は、それまでの医家のさまざまな論説を基礎とした上でさらに考察を加えた。

『本草綱目』を書き上げたことで有名な李時珍(1518年～1593年)は、奇経の専門書として『奇経八脉考』を採録している。清代の乾隆帝の時代に欽定された『四庫全書提要』⁵⁾には、この書について以下のように紹介されている。『奇経八脉考』一卷。明の李時珍撰。この書は人身の経脈には正と奇とがあるということを紹介している。手の三陰三陽、足の三陰三陽が十二正経である。陰維・陽維・陰蹻・陽蹻・衝脉・任脉・督脉・帯脉は八奇経である。正経については多くの人々が知っているところだが、奇経については医者であってもおろそかにしやすいところである。そのため、その病理と治法を述べ、さらに諸家の論を参考にして総合して編纂している。その原文は詳細であり、論理の筋道が通っており、経脈を弁ずるものにとって非常に貴重なものとなっている。また、気口九道脉図を創設し、『黄帝内経』の説を敷衍し、詳細にその脉法を説き、前人が明らかにできなかった秘伝を開陳している。」と。以後現代に到るまで、奇経八脉と言えれば秘伝の参考書としてこの『奇経八脉考』があげられ、広く伝わっている。

江戸時代の中期、岡本一抱子によって書かれた『経穴密語集』はまたの名を『奇経八脉詳解』という。これは、この『奇経八脉考』⁶⁾に詳細な解説を加えたものである。岡本一抱子には別に『臟腑経絡詳解』があり、ここでは十四経發揮に基づいて任脉督脉の経穴・循環・病理・治法およびそれぞれの図が配置されている。臟腑経絡学の江戸時代中期における完成型がここに提示されていると考えられる。

絡脉と奇経八脉に関する病証の論治については、清代に入ると新たな大きな展開を迎えることとなる。そのきっかけを与えたものは『医門法律』⁷⁾の中で喻嘉言が書いた〈絡脉論〉である。喻嘉言はその中で十五絡脉について論じ、十二正経の陰陽を結ぶ十二絡脉のほかの三つの絡脉として、脾の大絡、胃の大絡、それに奇経八脉すべてを合して一つの絡脉とし、これで十五絡脉であると断じている。この喻嘉言は日本の古方派の源流の一人である名古屋玄医に影響を与えたということは、冒頭で触れたとおりである。葉天士はこれに基づいて臨床をすすめ、独自の身体モデルを提示している⁸⁾。彼は、奇経と絡脉とを一括して「奇絡」と呼び、「長期にわたる病は絡脉に入る」、「奇絡は肝腎に隷属する」と提言し実践したのである。奇経八脉に関する現時点における到達点はここにあると私は考えている。

我々はこれをどのように活用し乗り越えていくべきなのか。その道筋を明らかにしていこう。その前に、絡脉研究の歴史について簡単に触れておく。

2. 絡脉研究の歴史

そもそも絡脉に関する記載はすでに『素問』『靈枢』に詳細に提示されている。その内容は、十二経それぞれの陰陽をつなぐものとしての絡脉を配当し、それに加えて脾の大絡・任脉・督脉それぞれの絡脉を加えて十五絡脉とし

たものである。けれどもそのほかにも、胃の大絡、少陰の大絡、孫絡などの記載もあり、また、『素問・刺腰痛論』における支別や絡脉、および『靈枢・海論』における四海の記載などもあり、論としてのまとまりには欠けるものである。

これに対して『難経』では、絡脉を十五とし、十二経脈それぞれの陰陽をつなぐものとしての十二絡脉・それに脾の大絡を加えるところまでは同じだが、あとの二絡として第二十六難に、陰蹻・陽蹻を加えている²⁾。

奇経の歴史のところでは触れたが元代の滑伯仁⁴⁾は、十二経に加えるに任脉・督脉を採っており『難経』の説を採用してはいない。

明代の馬蒔(生没年不詳)⁹⁾は、絡脉はそもそも十六あるという説を提唱している。馬蒔は、上記『靈枢』における十二絡脉に任脉・督脉・脾の大絡を加えた十五絡のほか、胃の大絡を加えている。彼も絡脉として陰蹻・陽蹻を加える『難経』の説は採らなかったことになる。

清代の喻嘉言⁷⁾は、これらの説を踏まえながらも、十五絡脉を、十二経脈それぞれの陰陽をつなぐものとしての十二絡脉の外に、脾の大絡・胃の大絡、そして奇経八脉を総合してひとつの絡脉として、十五絡脉と考えるべきであるとしている。この説の画期的なところは、経脉とは別枠の発想で難経以来とらえられてきた奇経八脉を、絡脉の一つとして気一元の身体の中に明確に位置づけたところにある。この発想の裏には、絡脉が単に体表に浮いた経脉同士をつなぐものとしてだけではなく、深く体内において諸経および諸臟腑をつなぐものとして考えられていることがある。

奇経八脉すべてをひとつの絡脉として考えるその発想に通じるものとして、『黄帝内経』における原穴の考え方がある。原穴は、その位置としては十二経絡それぞれに存在しているが、それはひとつの三焦の腑の生命力の表現としても考えられている。これが何を意味しているのかというと、生命の根源である腎陽の発現位置として原穴が位置づけられているということである。言葉を換えると、十二の原穴の位置すべてにおいて根源的な生命力である腎が、気一元の生命力の中心として把握されているということである。

表面的にはまったく別の部位に位置する原穴が、その根底においては一つにつながっているという同じ発想を、奇経八脉においても用いることができる。すなわち、奇経八脉においても、記載されている部位やその形状は異なるが、その根底においては絡脉というひとつ大きな抽象概念で括ることができるわけである。『難経』において、絡脉という言葉を用いて奇経八脉を表現していることから、これと同じ発想をうかがうことができる。

葉天士⁸⁾はこの喻嘉言の説に基づいて、絡脉と奇経とを一つの概念として括り、「奇絡」と呼んだ。彼はこの奇絡を、長期にわたって病んでいる深い病のある「位置」で

あると考えた。また葉天士は、奇絡の内の奇経は、五臓で見ると陰中の陰の位置であると考え、肝と腎の臓に「隸属する」ものであるとした。このことは、慢性難治の病に対して奇経八脉および絡脉の治療を応用していく上でポイントとなる、非常に重要な概念である。

気の病を主る十二経脉に対して、血の病を主るものとして奇絡を措定し、その人間観を葉天士は提示した。彼がこの理論に基づいて進めていった治療は、弟子による治験記録である『臨証指南医案』に数多く納められている。それによって彼は、清代初期の独創的な名医として知られている。温病学派の雄である葉天士のこの『臨証指南医案』に対して、あの高く鋭い批評眼を持つ徐靈胎が概ね好意的な論評を加えていることもまた、葉天士の名を高める一助となっている。

それでは次に、奇経八脉の理解についてこのような大きな転換点となった喩嘉言の絡脉論についてこれから検討を加えていくことにする。

III. 喩嘉言：奇経 - 絡脉の説

1. 『黄帝内経』における絡脉論

『黄帝内経』には以下のような絡脉の特徴についての記載がある。しかし、喩嘉言説およびこれから述べる奇絡論においては、これは乗り越えられている。絡脉というものをもっと構造的なものとしてダイナミックに捉えているわけである。すでに乗り越えられた論ではあるが、歴史の経過ということを踏まえるために一応、採録しておく。

1) 絡脉は表に位置し、経脉は裏に位置する。

①素問・通評虚实論：絡脉が満ち経脉が虚した場合には、陰に灸して陽を刺す。

②素問・調経論：その血絡が見られれば、刺してその血を出す。悪血が経脉に入り、病気を作り出さないようにするわけである。

③靈枢・経脉：

黄帝曰く；経脉の十二は、分肉の間を伏して流れ、深くは見えない。その常に見られるものは、足の太陰〔景岳注：これは手の太陰とすべきです。〕の外踝〔伴注：外果〕の上を過ぎる場所である。これは隠れるところがないためである。諸脉の浮いて常に見えるものは、すべて絡脉である。

2) 絡脉は終末に位置する。

①靈枢・脉度：

雷公曰く；どうすれば経脉と絡脉との違いを知ることができるのだろうか？

黄帝曰く；経脉は常に見ることはできない。その虚实は氣口で知ることができる。脉で見ることでできるものは絡脉である。

雷公曰く；細子よ、もう少し明確にできないか。

黄帝曰く；諸絡脉はすべて大節の間を経ることができない。必ず絶道〔景岳注：間道〕を流れて出入し、ふたたび

皮中に合し、その会するところはすべて外から見える。であるから諸々の絡脉を刺す場合には、必ずその結上を刺す。……(中略)……経脉は裏をなし、別れて横に行くものを絡とする。絡から別れるものを孫とする。

②靈枢・小鍼解：節の交わり三百六十五会は、絡脉の諸節に滲灌したものである。

③靈枢・九鍼十二原：言う所の節とは、神気の遊行出入するところであって、皮肉筋骨のことではない。

2. 喩嘉言の奇経 - 絡脉論

喩嘉言の〈絡脉論〉の要旨は以下の通りである⁷⁾。

1) 『素問・皮部論』における「絡が盛んであれば経に入る」という言葉を根拠として、外邪の侵襲を絡脉がくいとめており、絡脉はそのために実することが多く刺絡を用いて治療するべきであるとしている。

喩嘉言は、外邪が侵襲しても経脉がすぐに損傷されるわけではなく、絡脉が外邪の侵入をくいとめている根拠としてこの『皮部論』の言葉を用いている。外邪の侵入を絡脉がくいとめているわけであるから絡脉は邪気によって実しやすい。そこでその実している絡脉を喩嘉言は、刺絡を用いて治療するべきであるとしている。後に述べるように絡脉の阻滯の原因が外邪にあるとするか〔注：喩嘉言〕、内傷にあるとするか〔注：葉天士〕、治法に刺絡を用いるか〔注：喩嘉言〕、温通法を用いるか〔注：葉天士〕の違いはあるが、阻滯しているものを通じさせるという点では同じ発想になっているわけである。

2) 奇経を一つの絡とすべきであり、十二絡と脾の大絡と胃の大絡とをあわせて十五絡と数えるべきであるとしている。

3) 奇経は十二経脉の外に出て、経脉はこれに拘わることができないものである。『難経』には「経脉が盛んであれば絡脉に入るため、溢れて蓄るものはただ絡脉にあるのであって、諸経を還って灌漑することはできない」とあり、奇経が一つの絡であることに疑問の余地はないだろうと喩嘉言は述べている。また、「この八脉は皆な経脉に拘わりません。ですから奇経八脉と言います。」〔注2：第二十七難〕とある。このことから、奇経を絡脉の一つと考えるべきであるとしたわけである。ここに、奇経を一つの絡とすべきであり、十二絡と脾の大絡と胃の大絡とをあわせて十五絡と数えるべきであるという発想が誕生することとなった。

IV. 奇経 - 絡脉論に対する批判と反批判

1. 邱幸凡による批判

喩嘉言のこの奇経 - 絡脉論に対してもっとも根本的な批判を投げかけているものに、現代の中医学者 邱幸凡による『絡脉理論与臨床』¹⁰⁾の以下の文章がある。

1) 任脉と督脉とは十四経の正経である。また、督脉は諸陽を統絡し、任脉は諸陰を統絡する。これは十二経の綱領

となるので、その絡は数に入れるべきである。

2) 脾は、胃にその津液をめぐらせ、脾胃を合わせて後天の本、気血を生化させる源となる。であるから、脾胃それぞれ二絡をその数に入れるべきである。

3) 陰陽の躡脉には専穴がないということに注意を向けるべきである。また、十四経の正経でもない。陽躡は足の太陽の別であり、陰躡は足の少陰の別である。であるから、これを数に入れることは間違いである。

以上の三点から考えるならば、『難経』の説は間違っており、喩嘉言の説は言うまでもなく間違いであることが理解できるであろう。

2. 邱幸凡の批判に対する筆者の批判

1) 任脉と督脉とは十四経の正経であり、督脉は諸陽を統絡し、任脉は諸陰を統絡する。これは十二経の綱領となるので、その絡は数に入れるべきである。

この考え方の根底には、滑伯仁の『十四経發揮』の発想がある。奇経についてよく考えてみると、陽を総督するものとしての督脉・陽維脉・陽躡脉、陰を総括するものとしての任脉・陰維脉・陰躡脉があり、十二経を横に総括するものとしての帯脉、縦に総括するものとしての衝脉が存在すると考えることができる。十二正経が六臓六腑の生命力を個々に表現しているものであるのに対して、奇経八脉はそもそもその生命力の溢れたものが蓄積する場処として発想されているわけである。であるから、任脉・督脉だけをここであげ、十二経の綱領とする考え方に、説得力はない。

2) 脾は、胃にその津液をめぐらせ、脾胃を合わせて後天の本、気血を生化させる源となる。であるから、脾胃それぞれ二絡をその数に入れるべきである。

この、脾の大絡と胃の大絡とを分けて考えるか合わせて考えるかということは、『黄帝内経』においても不分明なところである。『靈樞・経脉』では、脾の大絡を取り上げているが、『素問・平人氣象論』には、「胃の大絡を名づけて虚里と呼ぶ。膈を貫き、肺を絡い、乳下に出る。その動きは衣にあらわれる。脉の宗気〔訳注：大本の気〕である。」とあり、『靈樞・玉版』にも「胃の気血を出すところのものは経隧（けいすい）である。経隧は五臓六腑の大絡である。」と、非常に重要な絡脉として記載されている。

どのような人体モデルを発想の根底におくのかということによって、脾の大絡と胃の大絡とを分けて考えるか一つのものとして考えるかが分かれる。人身を一元の気としてみたときに、先天の中心としての腎（『難経』において後世、これが命門とも呼ばれることとなる）、後天の中心としての脾胃がある。人身における後天の重要性に着眼するとき、袋としての胃とそれを動かすものとしての脾とを別々に考えることによって、より正確に後天の機能を把握することができる。また『傷寒論』においても、陽明病（胃）と太陰病（脾）とを分けて考えているのであるから、後天の生命力は脾胃という陰陽に分けて考える

ことが東洋医学の伝統的な考え方となっていると言える。喩嘉言もそれに従い、脾の大絡と胃の大絡とを数に入れているわけである。

ということで、この章に関しては、喩嘉言の説を邱幸凡も支持しているということになる。

3) 陰陽の躡脉には専穴がないということに注意を向けるべきである。また、十四経の正経でもない。陽躡は足の太陽の別であり、陰躡は足の少陰の別である。であるから、これを数に入れることは間違いである。

そもそも専穴の有無をもって奇経の重要性に対する優劣をつけるという発想そのものに疑問を呈しておく。『十四経發揮』のように経穴と経脉との結びつきに着目して、実際の鍼灸治療に資するという発想はあるだろう。しかし、専穴を持っているか否かということで、その奇経の重要性を付度することは間違いであろう。絡脉を気一元の身体においてどのような枠組みで把握しなおすのかということがここでは問題となっているのであるから、専穴の有無はここでは関係ない。

V. 喩嘉言の絡脉論のもたらす可能性

1. 奇経 - 絡脉論のもたらす可能性

「絡」という文字の語源として、白川静の「字通」によると、

- 1) めぐる、つなぐ。
- 2) まつわる、からむ、まとわる、つらなる。
- 3) ふるわた。
- 4) つむぎ、きぎぬ、きあさ。
- 5) きずな、つるべなわ。
- 6) あみ。

とある。これから述べるすべての生命力が流れ込む根源としての海、という概念は、大きく生命をその根源においてつないでいるものとして理解されるであろう。

現代の鍼灸師において、奇経八脉に対する治療を考えるとときに流注八穴、八脉交会穴は最初に選択される経穴となる。この八脉交会穴の発想のものは竇漢卿の『鍼経指南』³⁾にある。それは「少室の隠者が伝え、山人の宋子華によって竇漢卿が若い頃その書を伝えられた」ものである。すなわち八脉交会穴は、道教徒が創造したものが伝承されたものにすぎない、生命観や身体観に乏しいものである。にもかかわらず現代においてもこれを踏襲する人びとが多いのは単に、『奇経八脉考』という書物に李時珍が収録し、文字として残ったためである。

竇漢卿はこの『鍼経指南』（鍼経直説：絡説：絡穴弁）において、「流注六十六穴の内にはこの十五絡穴はない。十二経各々に一つの絡穴がある。外に三つの絡穴があり、陽躡絡は足の太陽経・陰躡絡は足の腎経・脾の大絡は足の太陰経にある。これが十五絡の弁別である。」³⁾と述べている。つまり竇漢卿の時代には、奇経すべてを一大絡と考える喩嘉言のようなダイナミックな発想は存在していな

かったということになる。

このことを逆に考えていくと、現代における八脉交会穴の発想の限界と、それを乗り越える道を理解していくことができるであろう。喻嘉言の発想を基にして考察するなら、奇経の治療において、八脉交会穴の概念だけではなく、よりダイナミックな発想で奇経（および絡脈）を取り扱うことができるのである。

そのヒントは第一に、各奇経の概念をどのように気一元の身体の観点から把握していくのかという概念整理に求められる。第二に、古代から培われてきた奇経の循行経路、絡脈の分布、絡脈の概念を拡充していく基盤がここにあるということである。このことは、全体と局所という疾病把握の問題に、深く関係してくるものとなる。また、経脈が気の問題を引き受け、奇絡〔伴注：奇経と絡脈とを併せて、葉天士は奇絡という言葉を作り使っていた〕が血の問題を引き受けるという葉天士の言にしたがうならば、奇経が気の流れとしての経脈ではなく、血の滞留場処であると想定することができる。このことはつまり奇絡が、経脈よりもより静的なイメージが与えられているものであるということになる。

任脈は腹部正中を・督脈は背部正中を・衝脈はその間を、臍下丹田という腎の正位置の生命力の立ち上がりにしたがって立ち上る、生命のありようを三種類に分けて把握しなおしているものなのである。これは命門三焦のもう一つの表現あるいは考え方であるとも言える。すなわち腎間の動気の位置である臍下丹田、命門から立ち上がる腎の陽気をそのまま衝脈と名付け、その背面を督脈・腹面を任脈として陽的側面陰的側面からみていこうとしているわけである。陰蹻脈・陽蹻脈は足跟部に集まった腎気が大地を蹴って立ち上がる人身の生命状態を表現しているものである。これが内外に分かれて発条し『黄帝内経』時代の命門である目の開闔に関係することとなる。帯脈はそれら縦に立ち上がる生命力を腰部で帯のように引き締め束ねるものである。前は神闕、後ろは命門を絡う。これもまた腎気との関連を感じさせるわけである。

これに対して陰維脈・陽維脈というものは何を指し示しているのかというと、陰経の余力が滞留する場処と陽経の余力が滞留する場処を指し示しているのである。いわば腎陽の発条である三焦の原気を陰陽に分け、それが体表に現れたものを、その位置によって陰維脈・陽維脈と名づけて把握しなおしたと言えよう。

奇経八脉をこのように見直していくと、気一元の生命力の「余力」としての先天の腎気の発現が、奇経八脉であると考えられる。また、十五絡脈のうち十二正経に対応しているものが十二絡穴であり、脾胃の生命力に対応しているものがそれぞれ脾の大絡・胃の大絡であり、腎間の動気に対応しているものが三焦であり奇経である、という風にも考えられる。次項で述べる葉天士は、このあたりのことを敷衍して考察を深めていったと思われる。

る。

体幹においては前後左右中心の立ち上りであり、それを横に束ねる帯脈があり、『靈樞・四海』とはまた別の位置と深さで現れたり消えたりする陰陽の湖沼が総称されて陰陽の維脈と呼ばれていたわけである。『黄帝内経』においてはこの故に奇経八脉の循行経路が全面的には明示されていないと考えられることもできる。実際に生きて動き変化する奇経八脉は、明示することはできないし、明示することが嘘になるからである。

この観点から『難経』を読み直してみると、このあたりのことが明確にされていることが理解できよう。これがすなわち第二十八難である。そこでは簡単に奇経八脉の終始に触れた後、「聖人は溝渠を図設した。溝渠が満溢すると深湖に流れる。そのため聖人も拘わり通じさせることはできない。人においてその脈が隆盛であれば、八脉に入って環周することがない。そのため十二経もまたこれに拘わることはできないのである。」²⁾と述べられているところのものである。ところが『十四経發揮』から『奇経八脉考』に至って、その相貌が変化し、あたかも経脈と並び立つようなものであるかのように奇経八脉の循行経路が詳細に記載されることとなった。この経脈のごとき詳細さは、語りすぎということになる。経脈の循行路線よりもはるかに曖昧模糊とした大きめの揺らぎの中で奇経八脉を把えるべきなのである。

喻嘉言の説を眺め続けてみると、絡脈のネットワークは実は、生命力の溜まり場、滞留しやすい場所と考えることもできよう。実は『黄帝内経』においても、十二経脈とは別の生命力の把握方法が記載されている。いわば、奇絡における総合的な生命のネットワークを考えていくことができるのである。そしてそれは、十二経脈の流れのような形態のネットワークではなく、より立体的で構造的な海や湖沼や網の目のようになっている溝渠といった形態のネットワークである。

『靈樞・玉版』には、胃の大絡の解説として、「人が気を受けるものは谷〔訳注：穀物〕である。谷が注ぐところのものは胃である。胃は水谷気血の海である。海に行くところの運氣〔伴注：雲〕は天下である。胃の気血を出すところのものは経隧（けいすい）である。経隧は五臓六腑の大絡である。」という言葉が遺されている。これはすなわち、経隧＝経脈というものを一つの流れとして表現しているのではなく、「結ぶもの」と考えていたのである。結ぶものの形状はさまざまであるが、その機能を、経脈を含めて絡脈と考え、その部位を古典から読み取っていくと、より広い身体観を我々は得ることができる。

パターン化した生命認識ではない、生命そのものを構造的に捉え記述しようとする意志が、実は『黄帝内経』の時代すなわち前漢時代にはすでに存在したということに注意を払わねばならない。東洋医学は当時に比較すると徐々に観念的で脆弱な形式的なものとなっている。この

ことに対する深い反省とともに、古人を越えるリアリティーを把握する道を以下に示しておく。

2. 奇絡の構造

奇経は八脉で構成されるため、易の八卦に対応しているのではないかと考える人々がいるがそれは間違いである。奇経八脉の配当は、八卦のようにバランスよくなされているものではないからである。奇経八脉は全体として、身体を支える補助構造である。これが、喩嘉言が述べる奇経全体を一つの絡脉として考えるという言葉の中身である。奇経をこのように考え直していくと、そこにこれまでの奇経および絡脉の概念を超える大きな構造が立ち現れてくる。

喩嘉言の指示に従い奇経と絡脉とを統合的に考え、葉天士に従って「奇絡」とここではこれと呼ぶこととする。奇経を絡脉の一つとして考え直し奇絡として古典を読み直してみると、生命力をつなぐものとしての構造的な奇絡の概念が浮かび上がってくる。これは喩嘉言の示した十二絡脉に胃の大絡・脾の大絡・奇経すべてを一つの絡脉として加えて十五絡脉とする説を一步超えて、あるがままの「つながり」について古人がイメージしていたことを再度まとめなおしたものである。あるがままのつながりと述べている理由は、十五という数にこだわらないということ、これ以降絡脉とする説が出てきた時それを「結びのネットワーク」の中に包含していく自由度をもたせるということを意味している。『靈枢・玉版』には、「胃の気血を出すところのものは経隧（けいすい）である。経隧は五臓六腑の大絡である。」と述べられている。これは十二絡脉の解説をしているものである。古人は、十二絡脉も五臓六腑の大絡である一五臓六腑を「むすぶ」ものが十二正経である一という見方をしていたわけである。

『十四経發揮』以来、絡脉のネットワークそれも体表部分、経穴がある部位の流れについての知識が広まり、現代に到っている。しかし、上記のように、『黄帝内経』の時代においてすでに臓腑の結びとしての十二絡脉が想定されていたわけである。これはつまり、絡脉と絡脉という言葉で表現されているものの隔たりは、現代の我々が言葉の意味に従って理解しているよりもはるかに小さいものであったということが理解されなければならない。

VI. 奇絡—結びのネットワーク

1. 奇絡—結びのネットワーク

ここでは、黄帝内経では述べられていながらその後見逃されていたこの「結びのネットワーク」について、明らかにしていく。十二絡脉を除いたこの「結びのネットワーク」はどのように整理していけばいいのだろうか。奇経—絡脉論を契機として、奇経の形状は絡脉とは大きく異なると考えてきた。絡脉は臓腑の生命力の流れとして川の概念でよく捉えられるが、奇経はそうではない。さまざまな堅さや広がりをもった形状があり、生命構造の骨格を

構成していると考えられる。そのことについてここではその概要をまとめ、次から古典に書かれている各論を記載していく。注意していただきたいのは、人身を一小天地として捉えることである。十二絡脉であれ奇絡であれ、すべてはこの一つの小天地である人身の内部を表現しているものなのである。

まず、絡脉と同じように川としてみることでできるものが十二絡の表裏をつないでいる十二絡脉である。ただしこの十二絡脉は、川というよりは、前腕と下腿において絡脉の表裏をつなぐ溝というイメージの方が強い。全身を剛強に強靱に支えるものとして縦に走る綱である陰蹻・陽蹻がある。この際、『靈枢・脉度編』における「男子はその陽を数とし、女子はその陰を数とする。まさに数とすべきものは経とし、数とすべからざるものは絡とする。」という記載にも注意を払っておきたい。十二正経と十五絡脉というように、文字言葉の違いに着目すると、ここには大きな違いがあるかのように読んでしまうことになる。しかしその実体を眺めてみると、女は陰を男は陽を中心とするという程度のことに過ぎないことが理解されよう。経と絡との違いは実は本来それほど大きなものではないのではないかという可能性もここに読み込んでおくべきであろう。さらに体幹の中央付近の腰部において帯のようにまとめる帯脉が想定されている。ここまでが生命存在を繋ぎまとめる綱としての奇絡である。

次に綱のような面としてみることでできる奇絡を掲げよう。ここにはまず、奇経の陰維と陽維とがあげられる。さらに脾胃の大絡と八髎穴、そして水俞二十五穴がある。面ではあってもものっぺらぼうの面ではない。そこにはそれぞれ経穴という生命の湧く泉があり、その泉から溢れ出てきた生命力の強弱や濃淡がそこにあらわれている。そのような生命どうしがつながることによってできている柔らかな面が想定されているわけである。

さらに大きな構造をもつものを海として分類する。ここには、四海がある。生命の海であるが、そこには特色がある。気的大海・血的大海・穀物の海・髓の海である。穀物の海は後天の海と言いかえることができ、髓の海は先天の海と言いかえることができよう。このそれぞれの海の位置は実際の治療において活用されていたと思われ、刮目してみるべきである。さらに海の一つとして把握されるべきものに、臍下丹田から立ち上る気—衝気—を代表している衝脉がある。四海のうちの血海が衝脉であることにはもっと着目すべきであろう。葉天士の、絡脉を気とし奇絡を血とするという奇絡概念の原点はおそらくここにある。この衝脉の陽の側面が背部正中の督脉として、陰の側面を腹部正中の任脉として表現されていると考えることができる。このようにして始めて、衝脉が血の海であり十二絡の海であるといわれている意味が理解できる。大きく上衝する衝脉と名づけられた海流の、陰陽両側面に、任脉・督脉という名前がそれぞれつけられていると考え

るわけである。

われわれはここにおいて、『十四経發揮』を超えなければならぬし、『奇経八脉考』を超えていかなければならない。より自由で大きな生命観を入手しなければならないのだ。このように奇絡を統合して気一元の生命の中に位置づけ、臟腑を通貫する経脉と名づけられている生命力の大いなる流れを同時に見つめていくなら、人身一小天地の宇宙の運行がこれまでとは異なった相貌をもって立ち現れることであろう。

以下、奇絡の形状から分類し、「溝」「綱」「網」「海」という観点から各論としてまとめなおした。さらにここには喻嘉言も含めて見落とされてきた、『黄帝内経』に記載されている絡脉的なものをも参考に供することとした。

2. 「溝」としての奇絡

溝としての奇絡は、一般的経絡のイメージに近い。ことに十二絡脉は、前腕と下腿において陰陽の経脉を結ぶ役割をしている。絡脉という概念は「結び」の役割を持った部位と言い換えることもできるだろう。そのように考えると、三焦の生命力が出る部位であるといわれている原穴は三焦と十二経脉との「結び」である。経穴そのものも外界との「結び」の役割を基本的に与えられているとも言える。十二絡脉について記載されている『靈枢・経別』では、それぞれの主治症と治法についても記載されているが、実態とは合わないので省略している。絡脉の位置だけをとっているわけである。

「手の太陰の別は、名づけて列缺という。腕上の分間に起こり、太陰の経に併さり、まっすぐに掌中に入り、散じて魚際に入る。」

「手の陽明の別は、名づけて偏歴という。腕を去ること三寸、別れて太陰に入る。その別なるものは、上って臂を循り、肩髃に乗り、曲頰を上って齒に偏す〔訳注：循る〕。その別なるものは、耳に入り、宗脉〔景岳注：耳と目の間に聚まっている脉〕に合する。」

「足の陽明の別は、名づけて豊隆という。踝を去ること八寸、別れて太陰に走る。その別なるものは、脛骨の外廉を循り、上って頭頂を絡い、諸経の氣に合し、下って喉嚨を絡う。」

「足の太陰の別は、名づけて公孫という。本節の後ろを去ること一寸、別れて陽明に走る。

その別なるものは、入って腸胃を絡う。」

「手の少陰の別は、名づけて通里という。腕を去ること一寸、別れて上行し、経を循って心中に入り、舌本に系り、目系に属す」

「手の太陽の別は、名づけて支正という。腕を上ること五寸、内に少陰に注ぐ。その別なるものは、上って肘に走り、肩髃を絡う。」

「足の太陽の別は、名づけて飛陽という。踝を去ること七寸、別れて少陰に走る。」

「足の少陰の別は、名づけて大鐘という。まさに踝の後ろ

跟を繞り、別れて太陽に走る。その別なるものは、経に併さって上り、心包に走り、外を下って腰脊を貫く。」

「手の心主の別は、名づけて内関という。腕を去ること二寸、両筋の間に出、経を循って上って心包に系り、心経を絡う。」

「手の少陽の別は、名づけて外関という。腕を去ること二寸、外に臂を繞り、胸中に注ぎ、心主に合する。」

「足の少陽の別は、名づけて光明という。踝を去ること五寸、別れて厥陰に走り、下に足跗を絡う。

「足の厥陰の別は、名づけて蠡溝という。内踝を去ること五寸、別れて少陽に走る。その別なるものは、脛を循って臑に上り、莖に結する。」

3. 「綱（つな）」としての奇絡

前述の溝よりも太く強く、その部位を強靱にしているので綱とした。陰陽の蹻脉と帯脉とをここに区分している。ともに腎経とのつながりの深い奇経でありながら、体表近くにあり、全身を外から引き締めている。

陰蹻脉・陽蹻脉の陰陽二蹻脉（図1）は、男子においては陽蹻を経とし陰蹻を絡とし、女子においては陰蹻を経とし陽蹻を絡としている。『靈枢・脉度』ということは実は性別を有する人間にとって、奇経は八脉ではなく七脉であると言った方が古人の意には沿うこととなるとも言える。また、上記したように、経と絡との言葉の違いに強く拘わりすぎてはいけない、と言うこともできる。

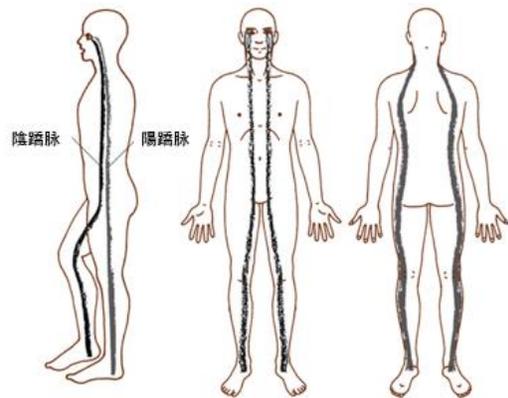


図1 陰蹻脉・陽蹻脉

「陽蹻の脉は跟中に起こり、外踝を循って上行し、風池に入ります。」

「陰蹻の脉もまた跟中に起こり、内踝を循って上行し、咽喉に至り衝脉に交わり貫ぬきます。」

帯脉（図2）はこの体幹の上衝する生命力の縦の流れを引き締めまとめているものである。この脉は腰の命門と神闕とを横に結び少陽胆経の帯脉に発しており、開闔枢理論でいわれているところの枢（少陽・少陰）をさらに、少陽を縦とし少陰を横として十字に結んでいる脉であると言い換えることができる。荷造りの紐のようなもので

ある。

「帯脉は季脇に起こり，身を廻って一周します。」

その場を充実させるだけでなく，循って全身を充実させることになるからである。鍼灸師はそれを念頭において治療処置をしているのではないだろうか。

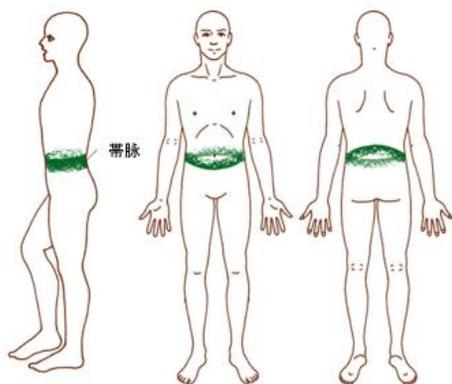


図2 帯脉

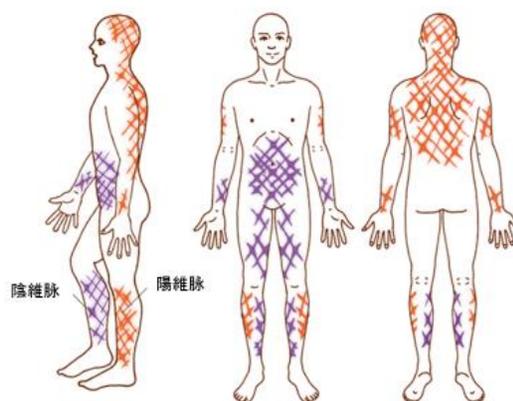


図3 陰維脉・陽維脉 正常

4. 「網 (あみ)」としての奇絡

網というのは，漁網のイメージである。あるいはメッシュの包帯でもよい。面状に広がり，その部位の色合いを決めている。この奇絡のイメージの端緒は，陰陽の維脉にある。似通った傾向を持つ経穴が集合して網状になっているものである。陰陽の維脉の他に八膠穴と臟の陰絡 (水俞二十五穴) を入れている。脾胃の大絡を網として考えている理由には，その名称が絡ではなく大絡となっているためである。このことから，点と点を結ぶだけでなく，点と面とを結ぶものであると考えたのである。

少陰の大絡は衝脉についての解説のなかに見られる言葉であり，海のような深みも感じる。もっとも深部にある絡ということになる。衝脉を陽明胃とともに少陰腎の側面から支えている重要な絡脉である。これは実は，衝脉という生命力の根幹となる脉を，陽明という後天の生命力，少陰という先天の生命力で支えていると言い換えることができる。そのうちの少陰部分がこの「少陰の大絡」と呼ばれているところのものなのである。

陰維脉と陽維脉 (図3, 4) とは，臟の陰絡にその構造がよく似ている。臟の陰絡においては定まった経穴をつないで表現しているが，陰維脉・陽維脉は経穴から溢れ出る生命の余剰によってできており，その範囲もまた，その生命力の余剰にしたがって拡大縮小している。陰維脉は下腹部を中心とした陰経の経穴の剰余に発し，陽維脉は上背部を中心とした陽経の経穴の剰余に発する。この二脉は二枚貝のように体幹を蔽う網のような生命力を表現している。

ただ『難経』の第二十六難の「陽維脉と陰維脉とは全身を維絡する。溢畜し，諸経に環流し灌漑することはできない。陽維脉は諸陽の交会に起こり，陰維脉は諸陰の交会に起こる。」²⁾の「溢畜し，諸経に環流し灌漑することはできない。」という記載には疑問が残る。溢れ出た生命力は

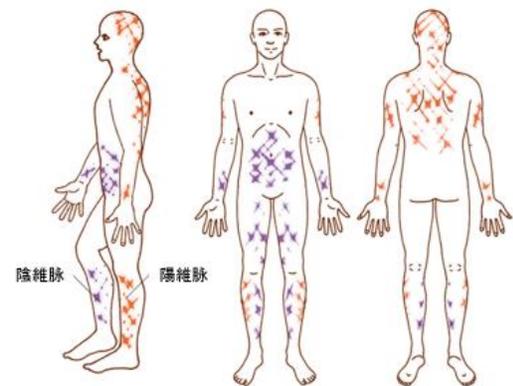


図4 陰維脉・陽維脉 異常

5. 脾の大絡

『靈枢・経脉』に「脾の大絡は，名づけて太包と呼ばれている。淵液の下三寸に出て，胸脇に布散する。」とある。また『難経』の第二十六難に「脾に大絡があるのは，中州と四方を通じさせているためこのように別に一絡を置いている。」²⁾とある。

6. 胃の大絡

『素問・平人氣象論』に「胃の大絡は，名づけて虚里と呼ばれている。膈を貫き肺を絡い，左乳下に出る。その動きは衣にあらわれる。脉の宗氣〔訳注：大本の氣〕となる。」とあり，景岳の注釈によると「〔訳注：胃の大絡は〕十二経脉の宗であるから，脉の宗氣と呼ばれている。そもそも宗氣は膈中に積み〔訳注：溜まり〕，水穀を化して胃に出る。」¹⁾とある。

7. 少陰の大絡

岡本一抱は経穴密語集¹²⁾に，以下のように記している。
1) 『靈枢・動輸』に曰く。衝脉は十二経の海である。〔岡本一抱注：衝脉は，前後上下の全身あまねく通行して諸経

に合するので、十二経の海と述べている。] 少陰の大絡と腎に起こり、下って気街に出、陰股の内廉をめぐり、〔岡本一抱注：ここまでは前記の『靈枢・逆順肥瘦』と同じ〕邪(ななめ)に臏中(こくちゅう)に入り、脛骨の内廉をめぐり、少陰の経に並び、下って内踝の後ろに入り、足下に入る。

〔岡本一抱注：衝脉は胞中に別れるため、足の少陰経の、脊を貫いて腎に属する大絡とともに起こって、会陰に下り、足の陽明の気街に出、ここから腎経に従って陰股の内廉をめぐり、邪に臏中の陰谷穴について入り、脛骨内廉をめぐり、なお足の少陰経に並んで、下って内踝の後の太谿穴について入り、足下の湧泉穴に入る。衝脉の足に下る行路はたくさんあるが、これまで本篇で述べられてきた流れを、本経とすべきである。〕

2) 『靈枢・逆順肥瘦』に曰く。その〔訳注：衝脉の〕下るものは、少陰の大絡に注いで、気街に出て陰股(うちもも)の内廉をめぐり、臏中に入り、胫骨の内に伏行し、下って内踝の後〔訳注：『太素』にはこの「後」の字はない〕属に至って別れる。〔岡本一抱注：衝脉の足に下行するものは、足の少陰腎経の大絡に注いで、足の陽明の気衝穴に出、ここから足の少陰と並んで陰股の内廉をめぐり、臏中に入り、胫骨の内に深く伏行し、下って内踝の後ろ附屬に至って別れて行く。〕

〔岡本一抱注：ある人が聞いて言った。少陰の大絡に注いで気街に出るとはどういう意味なのでしょう。答えて曰く。衝脉が胞中に別れて、先の腎経の脊を貫いて腎に属する大絡に注いで、ここから胃経の気街に出て、また腎経に並んで下行するというのである。〕

8. 八髎

張景岳の著した類経¹¹⁾には、『素問・刺腰痛論』の絡脉とみられる多くの記載の中に八髎穴についての二段のみ、十二経脉に納めてしまうには惜しい記載があるので、ここに抄録しておく。(なお、原文には外字が多いため、文意を歪めない範囲で現代文に意識しておく。)

1) 「腰が痛み少腹に引き、季脇の下の空隙に引いて仰向くことができないものは、腰と尻の交わるところの仙骨上にある八髎穴を刺す。〔張景岳注：これは足の太陰・厥陰・少陽の三脉の交会である。左右が交わり、中で結んでいる。『素問・繆刺論』には、「邪が足の太陰の絡に客すると、腰が痛み少腹に引き、季脇の下の空隙に引いて仰向くことができない」とある。これは太陰の腰痛なので下髎穴を刺す。〕」

2) 「腰痛して転揺することができず、陰卵〔訳注：辜丸〕が引き連れるものは八髎と痛む場所とを刺す。八髎は腰と尻の分間にある。」

9. 臓の陰絡(水兪)

張景岳の著した類経¹¹⁾には、『靈枢・四時氣』において以下の記述がある。

「帝曰く；水兪には五十七ヶ所あるが、これは何が主の

だろうか？

岐伯曰く；腎兪の五十七穴は、積陰の聚まる場処であり、水がよって出入りする場所である。〔景岳注：腎は水を主するため、すべてを腎兪と述べている。〕

尻上の五行、五を行くもの、これは腎兪である。〔景岳注：尻上の五行の、中行するものは督脉のことである。傍らの四行は足の太陽膀胱経である。五を行くものの中行の五穴とは、長強・腰兪・命門・懸枢・脊中である。次の二行のそれぞれの五穴は、白環兪・中膂内兪・膀胱兪・小腸兪・大腸兪である。さらに次の二行のそれぞれ五穴は、秩辺・胞盲・志室・盲門・胃倉である。すべて下焦に位置して水を主るので、腎兪と呼んでいる。〕・・・(中略)・・・

伏兔の上それぞれ二行、五を行くものは腎の街である。〔景岳注：伏兔は足の陽明の経穴である。伏兔の上とはすなわち腹部のことである。腹部の脉の任脉は中行に位置し、左右のそれぞれ二行は臍をはさんで二行するものであり、足の少陰ならびに衝脉の発する場所である。行くところのそれぞれ五穴とは、横骨・大赫・気穴・四滿・中注がこれである。次の外の二行は、足の陽明経の行くところである。行くところのそれぞれ五穴とは、気衝・归来・水道・太巨・五陵〔伴注：外陵〕がこれである。左右あわせて二十穴。これらはすべて水気の往来する道路なので、腎の街と呼んでいる。〕

三陰の交わるところは、脚に結している。踝上それぞれ一行、行くところの六穴は、腎脉の下行するものである。名づけて太衝と呼んでいる。〔景岳注：三陰とは、肝脾腎の三経のことである。三陰の交わるところはともに脚に結している。このため足の太陰に三陰交があるわけである。踝上のそれぞれ一行とは、ただ足の少陰腎経だけを指して言っている。行くところの六穴とは、大鐘・照海・復溜・交信・築賓・陰谷がこれである。左右あわせて十二穴である。腎の大絡は衝脉と併さって下に足に行き、合して盛大となるので、太衝と呼ばれている。〕

この五十七穴はすべて臓の陰絡であり、水の客するところである。」

10. 海としての奇絡

海というのは流れ注ぐ最終地点の溜まり場である。身体においても生命力の大きな溜まり場を指していると考えられる。海論に記述されているものは、髓・血・氣・水穀の海である。髓は腎の表現、水穀は胃の表現であり、血と氣とはその生成物である。十二経脉が注ぐ東西南北の部位という位置づけがされている。海の中にも海流がある。その大きなものは衝脉に代表されて表現されている上衝する生命力である。人が立ち上がって歩くことができるのはこの上衝する生命力が充実しているためである。その陽的な側面が現れている場所を督脉、陰的な側面が現れている場所を任脉としているにすぎないわけである(図5)。

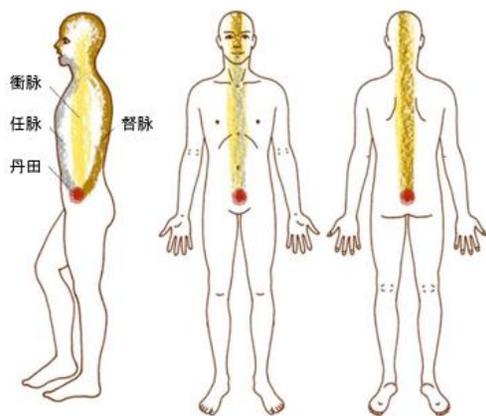


図5. 任脉・衝脉・督脉

「督脉は下極の脛に起こり、脊裏に並び、上って風府に至り、入って脳に属する。」

「任脉は、中極の下に起こり、毛際を上り、腹裏を循り、関元を上り、喉咽に至る。」

「衝脉は氣衝から起こり、足の陽明の經に並び、臍を夾んで上行し胸中に至って散ずる。」

また岡本一抱は經穴密語集¹²⁾に、以下のように記している。

「衝脉は胞中に別れるため、足の少陰經の、脊を貫いて腎に属する大絡とともに起こって、会陰に下り、足の陽明の氣衝に出、ここから腎經に従って陰股の内廉をめぐり、邪に膈中の陰谷穴について入り、脛骨内廉をめぐり、なお足の少陰經に並んで、下って内踝の後の太谿穴について入り、足下の湧泉穴に入る。衝脉の足に下る行路はたくさんあるが、これまで本篇で述べられてきた流れを、本經とすべきである。」

「ある人が聞いて言った。少陰の大絡に注いで氣衝に出るとはどういう意味なのでしょう。答えて曰く。衝脉が胞中に別れて、先の腎經の脊を貫いて腎に属する大絡に注いで、ここから胃經の氣衝に出て、また腎經に並んで下行するという事である。」

衝脉はその名の通り「衝き上げる脉」であるべきなのに、『黄帝内經』にはなぜ、下降する脉を入れているのであろうか。それは、臍下丹田を中央として、四肢を末端とするためである。中央の生命力が、四肢末端まで突き抜けていく姿、十分に充たしていくことを、表現しているのである。これが衝脉の原点である。

VII. 奇絡の治療

奇絡の位置づけが明確にされたところで、治療するとはどういうことなのかということをも含めて、先人の治療法を検討する。

1. 十二正經と奇絡

十二正經とは、五臟六腑に一臟である心包を加えたものである。これによって、天の氣と地の氣とに充足されて

いる人身の全体像すなわち氣一元の身体が表現される。それに対して奇絡にはどのような位置が与えられているのだろうか。この問題について考えていくことは、正經についての理解が問われることとなる。『難經』には、正經と奇絡とは拘わることがないと述べられている。その言葉を拡大解釈しすぎると、正經と奇絡とがあたかも別の身体について述べているかのような、バラバラの理解を産むこととなる。残念ながらこれが現在の東洋医学の標準である。ここに疑問を持ち、統一的に関連づけて考えていかなければならない。

氣一元の観点から、一として把握された身体を、陰陽の観点、五行の観点から見つめていった果てに東洋医学がある。それは先秦時代のもっとも先進的な視点であった。この存在そのものに対する把握方法こそが、先秦時代から漢代初期にかけて『黄帝内經』が発想されまとめられた時代の基本的な思想である。

古人は、氣一元の身体を觀てそれを五臟六腑とその生命力の流れである十二經として把握した。ところがここに拘わりすぎると、あたかもそれぞれ独立した五臟六腑が存在しそれぞれ独立した十二經脈が身体の中に溝のように存在するという誤解が生じてしまう。そのため、あらかじめ十二經の表裏を繋ぐものとしての十二絡脈と後天の生命力の表れである胃の大絡と脾の大絡、そして先天の生命力の表れであり全身を陰で支えているものとしての奇經八脈を定めた。後天の生命力は生命活動の源泉でもある心臓の動きと関連しているため大包と虚里という心臓に近い部位に定められた。また奇經八脈は、十二經を大きく構造的に繋ぐものとして、あたかも人体における生命の骨格でもあるかのように深く構造的に位置づけられることとなったのである。これがすなわち清代初期にいたって喻嘉言が開示することとなる奇經の概念である。

忘れてはならないことは、十二正經こそが基本であるということである。そこに現されている一元の氣の升降出入とその表現こそが生命を日々養い育てる最も基本的な構造である。

脾の大絡・胃の大絡は、それに比すると心臓を動かし生命そのものを活動させている今生きている生命の表現であり、奇經は十二正經を網羅しその繋がりを表現しているものということになる。奇經はいわば、生命の骨格を網羅して大きなまとまりとしてそれを表現しようとしているものだったのである。陽氣を外から網の目のように繋いでいる陽維脈、陰氣を内から網の目のように繋いでいる陰維脈、全身の生命活動の胆經の側面すなわち外側から表現している陽蹻脈、全身の生命活動を腎經の側面すなわち内側から表現している陰蹻脈、体幹部の中心を氣海丹田から立ち上がる生命力の流れとして觀たとき、その中心の生命力が衝脉であり、その背側に現れているものが督脉であり、腹側に現れているものが任脉である。網

として陰陽を網羅している陽維・陰維だけでは地および気海丹田から上る生命力にまとまりを付けるのには不足しているため、帯脉がちょうど全身の中心を横に束ねるように引き締めている。正経という大きな生命力の流れのアイをこのように想定することによって、全身の気一元としてのまとまりというものがより明確に表現されているわけである。

五臓六腑の概念と比べると、生命力の流れである経絡や奇経の有り様というのは不安定なものである。その存在が五臓六腑の生命力の充実度に依存しているということは『難経』に「然なり。聖人は溝渠（こうきょ）を図（は）かり設けて、水道を利し、不然の時に備えました。天から雨が降下して、溝渠が溢れ満ち、この時に当って霧霏（ほうはい）は妄（みだ）りに作ります。こうなると聖人といえども復び図ることはできなくなります。このようにして絡脉が満ち溢れます。諸経がこれに拘わることはできません。」と述べられているとおりである。そして不安定なるが故に病みやすく治りやすいとも言える。

生命力を賦活させるということはその場に生命力を集めるすなわち気を集めるということが先ずある。気が集まることによってその場の生命力が流れやすくなるわけである。そこには前提としての寒熱はまだない。寒熱が現れるのはその場がある程度の生命力を持ちそれを表現できるようになった後のことである。

2. 奇経の治療

李時珍の『奇経八脉考』⁶⁾には、それぞれの奇経に割り当てられた経穴が、その奇経を治療する経穴としてその主治効能も含めて掲載されている。しかしそこに書かれている効能は、五臓の生命力の変動として考えていけば充分説明できるものばかりである。また、奇経はそもそも正経とかかわることのないものであって、正経の経穴を借りてその表情を表しているに過ぎないと『難経』では言われている。しかし、奇経も気一元の生命力の1つの表現なのであるから、正経と関わらないという表現は言い過ぎである。

奇経の病は、その変動を表現している病処そのものが治療場所になる。これは局所治療の奇経的な、ひいては奇経的な位置づけとなる。その治療法は、葉天士によると温通法が中心となる。温通の中身は何か。温は生命力を充実させることである。温めて生命力を充実させることによってその部位を通じさせようとするわけである。補法を基本に用いて瀉法を行う。これはまさに鍼灸師が得意とするところのものではないだろうか。

臓腑経絡が充実し、次の段階である生殖の基盤を保持できるようになることを現代では、第二次性徴期と呼んでいる。古来の東洋医学ではこの時期のことを、腎気が充実し盛んになることによって、天癸すなわち生殖機能を発することができるようになる」と説明している。いわば臓腑経絡が充実することによって新たな機能を人は獲得

することができるというわけである。そしてそれは、それまでの個としての存在形態を脱して、より大きな種あるいは民族あるいは家族の一員としての自己の位置を獲得するわけである。

成長に伴い臓腑経絡がこのように充実していく上で欠かせないものは、臓腑経絡それぞれを互いに結びつけていく絆の存在である。この絆を絡脉と呼ぶ。これは従来の絡脉という概念よりも少し広く捉えるべき所のものである。葉天士はこのあたりのつながりを指して奇絡と呼んだのである。すなわち、成長し身体が大きくなり機能の分化が進んでいくにつれて、その相互をふたたびつなぐ媒体として奇絡が充実していくこととなる、そう古人は考えたわけである。これはまるで発展するにつれて専門分化が進んでいった企業や大学や学問が、そのままでは分離しすぎて発展を危ぶまれ、あるいは全体的な目標を喪失してしまどこに行くかわからなくなるために、総合的な戦略機関を設けて横のつながりを回復させようとするようなものである。

奇絡は、主流をなす臓腑経絡をつないでいる媒体であるから、生命力が低下していくと奇絡から先に枯れていくこととなる。後から充実し先にやせ細っていくわけである。これが葉天士のいわゆる奇絡論、奇絡は肝腎に隸属する、深い病 慢性の病には奇絡を用いなければ治すことはできないと喝破したところである。生命力溢れる物としての一体感が損なわれ、筋張っていき、ついには気がそこに舍ることができなくなるわけである。奇絡が減ればその先に正経の衰えが表面化する。すなわちそこには死が待っているわけである。

この奇絡を治療していく上で葉天士が指示している基本的な方法が温養であることは注目に値する。緩み鈍っているところ、生命力の薄い部分を見つけ、温めることを中心としてその部位を養い生命力を賦活させることを、治療の基本としているわけである。これは鍼灸師の非常に得意とするところであるということが理解できよう。体表観察をし、皮膚の異常を通じて臓腑経絡をかみ分け奇絡をかみ分けて全身に対する影響を考えながら手を入れていくという行為は、東洋医学を修め体表観察を手に入れた鍼灸師の独壇場であると言える。

3. 久痛入絡

気虚が進み、補気も効果が得られない状態となると、気虚瘀血が生じたり湿痰が絡みやすくなる。そのような大きくバランスを崩している状態の時に、通絡によって危機を脱しようとする発想が存在する。張仲景はこれに大黃蘆虫丸を用い、江戸時代には主として刺絡で臨み、現代ではこれは外科手術で臨んでいる。絡脉理論あるいは奇絡の理論というものは、実はこの局所に鬱滞している邪気を取り除くために、その部位を明確にしそれを強い薬で排除するという手法に、その可能性を開いたものでもある。葉天士のいわゆる温通奇絡の発想はまた、手術に至

る直前の病位を定めることを中心として、そこに強くアプローチするためにはどうすればよいか、という示唆を与えてくれるものである。

鍼灸師的には、全身の生命力をできるだけ充実させて(神闕や関元の温補によって三焦の気を強くする、臏中の温法によって補気をするなど)、定めた局所に強い刺激(灸・鍼)を入れ温通していくということになるであろう。その際の勝負所は、病位を定めることと強い手技を入れる技術となる。葉天士が、経脈を心肺に配し奇絡を肝腎に配した理由は、主に治療法を深く強く入れる必要があるということを述べるためのものである。

4. 葉天士の人体モデル

葉天士の学術は多岐に渡るが¹³⁾、一般的には葉天士は温病理論の基礎を構築した医家の一人として有名である。しかし絡脈と奇経をもって経絡学説を一大転換させ、それを臨床に応用していった功績も非常に大きい。ことに彼の提示する人体モデルである『葉天士対経絡学説的運用和發揮』¹⁴⁾は、非常に独創的なものなので、ここに再掲しておく(図6)。

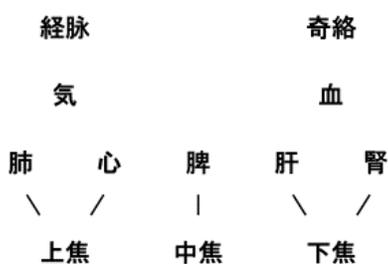


図6 葉天士の人体モデル

『素問・皮部論』には、「絡が盛んであれば入って経に客する」と何度も書かれている。後代の医家はここから、絡脈は浅い病、経脈はより深い病の治療に用いると考えてきた。また奇経に関しても経脈の余得のような位置づけしか与えられてこなかった。これに対して葉天士は、奇絡という言葉を用いて奇経を絡脈と関連付けて位置づけなおし、奇経を人身における肝腎根ざしていると考えた。「督脉と足の太陽は、足の少陰を通じて腎に属絡しており、帯脉は、足の太陽および督脉から分かれ出たものであり、陽蹻と陽維とは足の太陽に通じており、任脉・衝脉・陰蹻・陰維は足の少陰と直接関係している」からであると¹³⁾。

この奇経の中には、深部奇経としての任督衝三脉および深部絡脈としての四海や少陰の絡なども入るであろう。そしてこの奇絡を通じさせる、すなわち奇絡を活性化させることが、慢性病を治療する際に非常に重要であると位置づけたわけである。葉天士は、病が長期にわたると

絡脈に入ると述べた。生命力が溢れ出るときには、奇絡は日々新たに生き活きとその表情を変えていくことができる。しかし、生命力が収縮していく時期すなわち長期にわたって病んでいる場合や高齢の場合には、奇絡に溢れるほどの生命力の充実を得ることができなくなるため、奇絡は停滞しあるいは不足する。ここに着目して葉天士は、病が長期にわたると奇絡に入ると述べ、その治療においては、生命力の根本を整える必要があるということから、深く肝腎を調節することによってしかその病を救えないと述べたのである。

このことを葉天士¹³⁾は、「奇経八脉は肝腎に隷属する」すなわち、肝腎の深い位置一人身の根基の位置が病んでいるものには奇経八脉を用いて治療しなければならないとした。特に鹿角・鹿茸・亀板・阿膠の類に対して葉天士は、「血氣有情の属」「生気を栽培する」薬であると述べ、「鹿の性は陽であり、督脉に入り、亀板の体は陰であり、任脉に走る」などとして、奇経に直接入る薬物であると高く評価した。

それではこの肝腎、人身の根基とは実際のところいったい何を指しているのだろうか。ここまで奇絡について、結びのネットワークとして、溝や網や網や海という表現でその位置の深さや作用について述べてきた。そのまるごとすべてが臟腑経絡学における生理学で表現されている生命活動の生成物であり構造なのである。臟腑経脈(気)によって生成された、構造(血)が奇絡なのである。これが深い位置という言葉の中身である。これは、内傷病的には損傷されやすい「生命の器」である。神は五臓を形成し、五臓は十二経という生命力を出し、その生命力によって身体が構成されている。日々生成して止むことがないため、揺らぎながらも生命を保つことができるのである。このあたりのことについて岡本一抱は『医学三蔵弁解』¹⁵⁾で以下のように述べている。

「人身における五蔵とは、肺は気を蔵し、心は神を蔵し、脾は営を蔵し、肝は血を蔵し、腎は精を蔵するというを言います。このことを、まず心があつて後に神が蔵され、腎が生じて後に精が蔵される、と多くのものは述べていますが、それは全くの誤りです。五臓は五神の宮です。五神があつて後に五臓の象を生じます。たとえば鳥があつて巢を作り、獣があつて穴を穿ち、人があつて宮室を作つてそれぞれその室に舍るようなものです。鳥がなければ巢はなく、獣がなければ穴は穿たれず、人がなければ宮室などないのです。ですから人身の五蔵もまた、五神があつて蔵象が生じます。神が生じるので、これを蔵する場所としての心が生じます。気が生じるので、これを舍す場所としての肺臓が生じます。精が生じるので、これを蔵する場所としての腎が生じます。血が生じますので、これを舍す場所としての肝臓が生じます。営が生じるので、これを蔵する場所としての脾臓が生じます。五臓は五神から生じるわけです。」

すなわち、五神がまず存在し、その活動する器として臟腑経絡の流れが作られているのである。その統合された生命の力によって、身心は日々養われ再生されていく。そのうちの最後の結びの部分—構造物としての肉体が奇絡であると考えているわけである。骨格—杵組みそのもの、できあがった器を奇絡の状態としているのである。であるからこそ葉天士はこれを温養し通じさせるべきであるとしたのだ。温通とはすなわち、生命力を充実させてその穴を塞ぎボロを繕うというほどの意味である。

この考えを推し進めていくと、慢性病を考える場合、奇絡を問題にすべきか否かという判断が重要になっていくことが理解されよう。生命力が充実している場合には、臟腑経脈を調整すれば気の偏在は内から自然に調っていく。しかし、生命力が弱ってくると臟腑経脈を調整するだけでは生命力を調えることができなくなる。そのためボロの服にパッチワークで糊塗するように、局所治療を行わなければならない。そこにこの奇絡の概念が入ってくるわけである。奇絡に問題があると断じて治療をする際には当然、八脉交会穴だけでなく、よりダイナミックに奇絡の存在する場所そのものを把えて、直接その停滞を治療していく必要があるということになる。鍼灸治療においては、気一元の身体観を基盤とした上で、さらに奇絡における停滞した局所を探す眼差しが必要であるという示唆を与えているものである。

ここにおいて、全体と局所との関係をどのように考えていくのかという問題がふたたび、新たな相貌を持って鍼灸師の眼前に立ち上がることとなる。切経の概念もまた変えていく必要が出てくる。経脈がありそれに沿って経穴が並んでいる。そのような概念からこれまで切経を行って経穴を探していたわけだが、そこにさらに奇絡の大きな結びを入れ、より柔軟な探穴、面としての体表観察を加えていく必要がある。そのようにして経脈経穴という単純な切経を超えていく必要があるのだ。

ちなみに葉天士はその奇絡治療の基本を「温通」においている。「温通」とは温めて通じさせるということである。温めて通じさせるという言葉の中身は、その部位の生命力を補うことによって生命力を増加させ、生命力の流れをよくしていく。川に流れる水の量を増やすことによって、川の停滞を解消していくということである。すなわち、奇絡の停滞を直接指で探り当て、温灸などを用いて通じさせ治療していく。そのような処置方法を工夫し用いることができるのは、鍼灸師だけである。つまり、奇絡を治療するということが鍼灸師の独壇場であるということを示しているものである。慢性病治療に対する鍼灸師の新たな可能性が開けていくわけである。

5. 部位によって異なる奇絡の調整

具体的な処置について「溝」「綱」「網」「海」それぞれについて少し触れておく。

1) 溝としての奇絡

溝としての奇絡の生命力が涸れると、とうぜん溝の中の水が涸れる。そのため、溝としての結びの機能が低下する。温養することによってその生命力を増加させ結びの機能の回復を図る。

2) 綱としての奇絡

溝と違い綱の部分は他の部位よりも強靱に補強されている。その強靱な生命力が弱ると、脆くなったり切れやすくなったりする。温養することによって生命力を充実させ、しなやかな強さを取り戻させるわけである。強靱な部位というのは生命力が集まっている部位である。一体となって太くなっているものの生命力が涸渇してくると、弛んでばらばらになってくる。その弛みやバラバラになりかけている部位の中心を狙って鍼をすることで、絆を取り戻すことができる場合も多い。

溝と比較すると全身の強靱さを保つうえで重要な役割を持った奇絡である。治療家が手を入れるだけでなく日々のスポーツやストレッチなどでその生命力を養うべきである。

3) 網としての奇絡

網としての奇絡は少陰の大絡以外は基本的に表面にあるので、手で触れてその虚実寒熱を診、治療の手を入れやすいところである。陽維は肺、陰維は腎、脾胃の大絡はそれぞれ脾胃、水兪・八髎は腎と関連し、その部位を繃帯のように補強しているものである。面で捉え生命力の濃淡を調える。

少陰の絡は位置が深く触れることができない。瞑想などで丹田に気を鎮め、生命力を集め養うようにしなければならない。

4) 海としての奇絡

海は動かしにくく、水たまりは動かしやすい。当然のことである。海は大きい。海を生命の器の大きさを表すものであるといってもいいかもしれない。であるから、海としての奇絡は基本的にそれ自体としては動かしにくいと知るべきである。古典には四海について治療穴を示しているが、もっと大きく弁証論治に従い、五臓の盛衰を調えることで対処するしかない。

衝脈は全身の中心である。臟腑経脈はこの衝脈を育てるためにある。治療の目標もこの衝脈をいかにしてバランスよく充実させるかということに置かれるべきである。そしてその言語化されたものが、「臍下丹田を中心とした気一元の生命として人を診、調える」ということである。衝脈はいわば、腎間の動気の発条である命門の火の全身に表れたもの、三焦そのものを意味していると言ってよい。

衝脈の陽的な側面を表現するものとして督脈があり、督脈には専穴がある。その高さに応じて五臓との関係が深い。衝脈の陰的な側面を表現するものとして任脈があり、任脈には専穴がある。その高さに応じて督脈の場合と同じように五臓と関係していると診るべきである。

衝脉という立ち上る大海があるわけであるから、督脉をいじったからといって熱に偏りすぎ、任脉をいじったからといって寒に偏りすぎるといえることはない。これは臨床家であれば誰でも知っているところである。表面的な言葉やその定義に惑わされてはいけない。その実態を診る努力が大切なのである。生命そのものを診ているのであるから、海は大きく、それ自体でバランスをとっているものなのである。

VIII. おわりに

全身を、臍下丹田を中心とした気一元の身体として捉え、そこに手を入れていく。生命力はその充実度や敏感さに従って、大きくあるいは小さく揺らぎながら、バランスをとるように動いている。

治療家が患者の身体に触れてその生命力を動かすということは、生命力の濃淡を調えることである。奇絡の観点は、溝や網や網や海といったさまざまな結びの概念を提供している。その位置や構造によって動き方はさまざまである。時宜に応じた工夫が必要であることは言うまでもない。

【参考文献】

- 1) 花輪壽彦：漢方医人列伝「名古屋玄医」。
<http://medical.radionikkei.jp/tsumura/final/pdf/090722.pdf>
(accessed March 7. 2017)
- 2) 広岡蘇仙著, 伴尚志現代語訳：難経鉄鑑。たにぐち書店, 2006.
- 3) 寶漢卿：鍼経指南集注。啓業書局有限公司, 1991.
- 4) 滑伯仁：十四経發揮。
http://base1.nijl.ac.jp/iview/Frame.jsp?DB_ID=G0003917&KTM&C_CODE=KEIO-00029 (accessed March 7. 2017)
- 5) 四庫全書総目提要。
<http://kanji.zinbun.kyoto-u.ac.jp/db-machine/ShikoTeiyo/>
(accessed March 7. 2017)
- 6) 李時珍著, 王羅珍校注：「奇経八脉考」校注。上海科学技术出版社, 1990.
- 7) 喻嘉言：医門法律。
http://www.wul.waseda.ac.jp/kotenseki/html/ya09/ya09_0007/index.html (accessed March 7. 2017)
- 8) 葉天士：臨証指南医案。上海科学技术出版社, 1191.
- 9) 馬蒔：黄帝内経素問註証發微。
<http://ctext.org/wiki.pl?if=gb&res=523546> (accessed March 7. 2017)
- 10) 邱幸凡編著：絡脉理論与臨床。陝西科学技术出版社, 1991.
- 11) 張景岳：類経。
http://www.wul.waseda.ac.jp/kotenseki/html/ya09/ya09_0305/index.html (accessed March 7. 2017)
- 12) 岡本一抱：経穴密語集。
<https://edb.kulib.kyoto-u.ac.jp/exhibit/fj4/image/fj4shf/fj4sh0001.html> (accessed March 7. 2017)
- 13) 伴尚志現代語訳：中医論文三篇。
<http://lgen.jp/1GEN/CHUI/index.html> (accessed March 7. 2017)
- 14) 葉天士対経絡学説の運用和發揮。上海中医雜誌, p52-54, 1979.
- 15) 岡本一抱著, 伴尚志現代語訳：医学三蔵弁解。たにぐち書店, 2010.

Theory of extrameridians-collaterals and its prospect

— Yù jiā yán's theory of extrameridians-collaterals and its application —

Takashi BAN

1 GEN-RYU-ACUPUNCTURE TECHNIC INSTITUTE

Abstract

In this study, the authors examined 1) "History of the eight extrameridians study" and "history of collaterals study", 2) Yù jiā yán's theory of extrameridians-collaterals, 3) Criticism and anti-criticism for Yù jiā yán's theory of collaterals, 4) possibility of what Yù jiā yán's theory of collaterals brings, 5) Network of extrameridians-collaterals and 6) Treatment of extrameridians-collaterals, recaptured the theory of the eight extrameridians as a part of theory of collaterals according to the assumption of Yù jiā yán (1628-1696) and rebuilt the concept of collaterals. Extrameridians treatment and collaterals treatment are unified in this way and a framework of a great body concept called extrameridians-collaterals is obtained. The concept of extrameridians-collaterals has been already illustrated in "Huangdi Neijing: The Yellow Emperor's Inner Classic". Yètiānshì's theory of extrameridians-collaterals describes that meridians are formed by heart and lungs, extrameridians-collaterals are formed by liver and kidneys, and when a disease lasts for a long period, it enters extrameridians-collaterals and the disease can be healed only by treating extrameridians-collaterals. This implies a new possibility for chronic disease treatments by acupuncturists, who are capable of locating directly the stagnation of extrameridians-collaterals with fingers in body surface observation and treating extrameridians-collaterals by use of moxibustion.

keywords

Yù jiā yán, theory of extrameridians-collaterals, Yètiānshì, treatment of acupuncture and moxibustion, chronic disease

日本における東洋医学に基づく五十肩の発生機序とその治療

松本和久

明治国際医療大学

要旨：日本における東洋医学に基づき主訴に捉われることなく、五十肩の発生機序を西洋医学の文献を用いて論じた。五十肩は加齢に伴う肩関節周囲の変性で生じるのではなく、加齢に伴う胸椎の後彎の増大により上肢は重心線から離れ、この上肢を重心線に引き寄せるために生じる広背筋、上腕二頭筋、上腕三頭筋の過剰な収縮で、肩甲骨は内下方に、肩甲上腕関節の関節軸は前上方へ移動するため、上腕二頭筋長頭筋腱の機械的圧迫が増加することで、上腕二頭筋長頭筋腱鞘周囲の炎症を引き起こすことが原因であると考えられた。

この五十肩の発生機序を理解するためには、「関節という概念」に潜り込んでいる重大な無知を考慮し、現在の科学技術では計測不能な関節の動きを触知した上で、その動きを制御しながら上腕二頭筋、広背筋、上腕三頭筋の状態を評価する技術が必要である。

したがって五十肩の治療は、形式知である「五十肩の発生機序」を基に、言語化できない暗黙知へと昇華させてはじめて可能となる。

Key words 五十肩, 肩関節周囲炎, 発生機序, 東洋医学, 治療

1. はじめに

全日本鍼灸学会に所属する会員423名を対象とした「臨床を通じて鍼灸治療が効くと思っている疾患」の意識調査の結果、五十肩は75.0%と、腰痛の84.9%、肩こりの77.3%に次いで第3位であり¹⁾、五十肩は多くの鍼灸治療者が鍼灸治療の効果があると考えている疾患である。“五十肩”の語源は、江戸時代に発刊された福山藩の漢学者大田全斎によって編集された「俚言集覽」の「凡、人五十歳ばかりの時、手腕骨節痛む事あり、程過れば薬せずして癒ゆるものなり、俗にこれを五十腕とも五十肩ともいう。また、長命病という。」であるとされている²⁾。

一方、“五十肩”の同義語として用いられている言葉に“肩関節周囲炎”がある。“肩関節周囲炎”は、1872年にDuplayが肩関節の疼痛と運動障害を主体とする症候群に対して命名した“*periarthritus scapulohumerale*”に由来する。これら“五十肩”と“肩関節周囲炎”は、昭和初期に神中が「五十肩はDuplayの言うように肩関節周囲炎というのが正しいが、病理解剖学的研究が不十分で十分解明されていない疾患であるので、しばらく五十肩という通俗的な病名によって記載する」としたことや、三木が「初老期の、起因を証明しにくい疼痛性肩関節制動症を五十肩」として以来、なかば学術用語として用いられている³⁾。そのため信原は、「現在、この言葉は患者も医師も共通して

使っているが、患者の常識と医師の概念は必ずしも一致しておらず、医師が八十歳の患者に“五十肩”と診断して苦笑される珍場面がままある。というのは私達のいう五十肩とは、1872年に仏のDuplayが報告した肩関節周囲炎、1934年に米のCodmanの述べた凍結肩などと同じ、医学上の病態を指しているからである。これらの名称は、本邦では同意語とされているが、肩関節周囲炎は歴史的にみると多くの病態が加わりあるいは除外されてきたし、凍結肩も軽い腱板炎から変性を基盤としているもの、腱板穿孔およびその周辺の癒着、などと多様な病態を含むため、欧米でさえ、いまだに“こわばりがあって痛む肩”と同じものと考えられる傾向が強く、整形外科医でさえ病名の選択に戸惑うものである。用語の違いは診断の基調を変え診察にまでおよび、同じ病態の患者に彼は運動を、我は固定を、また我は温湿布を、彼は冷湿布を勧めるという現状である。ある人は五十肩そのものを“腹痛を訴える患者に対して腹腔炎という診断名をつけるようなもの”として冷笑し、早晚廃語になるものと予見している。ここで迷惑するのは“痛み”と“運動制限”のある患者である。従来、研究者達は、五十歳頃におきている退行性変性をすべて原因として拡大解釈したため、戻ることができないはずの退行性変性が治ってゆく、という科学を覆すような説明をしてきたきらいがある。」²⁾としている。

そこで信原は、肩関節周囲炎患者 4,588 名 (100%) を病変位置により 8 種類に分類した結果、①烏口突起炎 (229 名 5%)、②上腕二頭筋長頭腱炎 (550 名 12%)、③肩峰下滑液包炎 (92 名 2%)、④変形性腱板炎 (外傷性腱板炎、腱板不全断裂) (1,882 名 41%)、⑤石灰沈着性腱板炎 (183 名 4%)、⑥臼蓋上腕靭帯障害 (不安定肩関節症) (137 名 3%)、⑦疼痛性関節制動症 (いわゆる五十肩) (1,148 名 25%)、⑧肩関節拘縮 (367 名 8%) であったとして、五十肩は広義では肩関節周囲炎、狭義ではいわゆる五十肩として定義した⁴⁾。安達は五十肩の病理解剖所見から① *suprhumeral gliding mechanism* と② *biceps mechanism* に関与する組織の障害に大別し、これに加えて、五十肩になる症例は、軽労働者や婦人に多く、栄養状態は平均以下でしかも情緒不安定で依存心の強い人などに多発する傾向があることから、*intraarticular disorder* や *extraarticular pain source* に起因する肩の痛みが筋スパズムや肩の *inactivity* を招き、局所の循環障害を助長し腱板および長頭腱と肩峰下包や関節滑膜などの癒着を形成し、同時に関節周囲筋群を急速に弱化せしめたり、弾力性のある弛緩した関節包を萎縮させたりして五十肩症状を発生させるとしている⁵⁾。三笠は、病理屍体標本の検討、手術例の検討、肩峰下滑液包造影例の検討、臨床例の分析を行った。その結果、中年以降の病理屍体標本の腱板において腱線維の規則的な波状構造の消失を 100%に、腱内小動脈の内膜の肥厚を 50~60%に、腱付着部付近における小断裂、肉芽組織等の変化を 30~40%に認め、中年以降の腱板における変性の存在を確認し、15 例の手術例のうち 12 例に肩峰下滑液包周辺における癒着が認められ、5 例に *critical area* 部分の肩峰下滑液包に発赤、隆起等の炎症所見が認められたとしている。さらに拘縮例において、造影剤は 4ml で肩峰下滑液包から三角筋下滑液包に流出したことから、肩峰下滑液包の容量が減少していることが判明し、170 肩の臨床例は、肩峰下滑液包炎 *type* が 129 肩 (76%)、上腕二頭筋長頭腱腱鞘炎 *type* が 41 肩 (24%) で、肩峰下滑液包炎 *type* が多く認められたとして、五十肩の大半が腱板の変性に基づく二次性の肩峰下滑液包炎であると結論付けている⁶⁾。このように西洋医学の五十肩は、疾病の定義や発生機序が未だ不明確であると言わざるを得ない。

これに対してこれまでの東洋医学において“五十肩”は、素問・痺論の「風寒湿三氣雜至，合而成痺」⁷⁾にある“痺証”に分類され、外邪の性質により風邪の影響が強ければ四肢の関節を移動する疼痛が出現する“行痺”，寒邪の影響が強ければ全身或いは局所の関節の定まった場所に疼痛が出現する“痛痺”，湿邪の影響が強ければ四肢の関節が重だるく痛みが出現する“着痺”のいずれかが肩関節周囲に生じたもので、類経図翼十一卷鍼灸要覽⁸⁾の肩臂冷痛に「凡人肩冷臂痛，每遇風寒 肩上多冷，或日，須熱手撫摩，夜須多被擁蓋。庶可支持。此以陽氣不足。氣血衰少而然若不予為之治，恐中風不隨証。由之而成也。…」と

あるように、対象の陽気や気血が不足したり衰えたりすると発症すると考えられており、“冷えると痛む”，“暖めると楽になる”といった、我々が生活する中で身近に経験する現象を理論化した内容である。したがってこの内容には、西洋医学や現代科学において解明されていない現象も含んでおり、優れた部分であると言えるが、五十肩においては加齢を基盤とするという前提が欠けており、かつ江戸時代以前の東洋医学には現在のような運動器の概念が存在しないことから^{9,10)}、五十肩の発生機序を明確に説明しているとは言えない。

現在の日本における五十肩に対する鍼灸治療は、特殊な理論で構成されている良導絡治療や経絡治療を除き、西洋医学による病因病理に基づくものと、これまでの東洋医学による病因病理に基づくものとに大別される。したがって、前者は腱板や上腕二頭筋および長頭腱の異常のある部分あるいはその付着部にあたる肩隅や肩膠などの経穴に刺鍼している^{3,11,12)}。後者は千金要方九十二針灸孔穴方四肢第三 肩背病の¹³⁾「曲池 天膠主肩重痛不举，巨骨主肩中痛不能動揺，清冷泉 陽谷主肩不举不得帶衣，天宗主肩重臂痛，肩外臑主肩甲痛而寒至肘，後谿主肩臑痛，腕骨主肩臂痛」や鍼灸学¹⁴⁾などに基づいて、肩隅、肩膠、天膠、巨骨、天宗、後谿などの経穴に刺鍼している。しかしこれらの治療の効果は、Kleinhenz, J. ら¹⁵⁾の腱板損傷を有する 52 名のアスリートを対象に実際に刺鍼する群と実際には刺鍼しない sham 鍼群とに分けて 4 週間の治療を実施し、実際に刺鍼する群は sham 鍼群より有意に徐痛効果を示したとする報告もあれば、Moore, M.E. ら¹⁶⁾の肩関節痛を有する 42 名を対象に実際に刺鍼する群と実際には刺鍼しない sham 鍼群とに分けて 3 週間の治療を実施し、両群とも肩の不快感は改善したが可動域は改善しなかったとするもの、あるいは坂井ら³⁾は 41 名の肩関節周囲炎患者を対象に週 1~3 回の治療を 1 ヶ月実施し、疼痛は軽減したものの疼痛が全く消失したのは 41 名中 1 名のみで、またその中には 13 名の拘縮群に移行したのものもある¹⁷⁾ など様々である。

また五十肩に対する漢方薬治療は、これまでの東洋医学の病因病理に基づいており、桂枝湯、桂枝加元附湯、桂枝加苓元附湯、葛根湯、葛根山元附湯などが用いられているが、その効果は疼痛などの症状の改善は認めるものの肩関節の可動域制限は残存しているものが多い^{18,19)}。

以上のことから、Green, S. ら²⁰⁾が指摘しているように現時点で五十肩の東洋医学的治療は必ずしも有効とは言えず、その理由は「五十肩」の発生機序が明確でないためであると考えられる。

そこで本稿では現時点での西洋医学の文献から、江戸時代以降、日本において発展するはずであった日本における東洋医学に基づいて、主訴に捉われることなく、五十肩の発生機序を論ずるとともに、現在の東洋医学および西洋医学において“五十肩”の発生機序が明らかにできな

い理由を考察し、その治療について述べる。

2. 五十肩の発生機序

五十肩が肩関節構成体の加齢による変化を基盤として発症する点は諸家の異論のないところである²¹⁾。ただ、加齢により変化を生じるのは肩関節構成体だけではないが、現在の西洋医学および本来のあるべき姿を見失った東洋医学では主訴に捉われてしまっているため、その他の加齢による変化が見逃されているものと考えられる。

1) 加齢による姿勢の変化

10代から70代の健常人1,801人の脊柱彎曲度を調べた研究によると、加齢により胸椎の彎曲(後彎)が大きくなりその頂点が下方へ移動し、さらにその代償として頸椎の彎曲(前彎)は増強し、腰椎の彎曲(前彎)が減少して脊柱の力学均衡を保持するとしている²²⁾。勝田らはその原因を加齢による体幹筋力の変化では体幹を伸展する筋力(背筋力)が大きく減少するため²³⁾としているが、この現象は東洋医学的に考えると、加齢により先天の元気が弱化するに伴い下焦が弱化石、重力に拮抗して体幹を保持することが不可能になることにより生じた現象であるということが出来る(図1)。

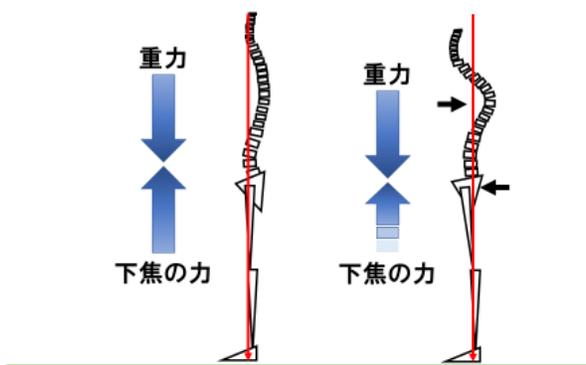


図1 加齢による姿勢の変化

左: 健常成人は、重力を下焦の力で押し返し正常な脊柱の彎曲を保持している。
右: 加齢により下焦の力が弱化石、重力を押し返せず脊柱の彎曲が増大する。

2) 姿勢の変化が上肢に及ぼす影響

重心線は、正常では耳垂、肩峰、大転子、膝関節前部(膝蓋骨後面)、外果の2~3cm前部を通る。肩甲上腕関節は肩峰の直下に位置していることから、正常ではほぼ重心線上に上腕骨は位置し、肩甲骨と上腕骨はほぼ平行な位置関係をなす(図2-a)。しかし加齢(下焦の弱化石)により脊柱のアライメントが変化し胸椎の後彎が増大すると、重心線から胸椎後彎頂点までの距離は有意に増大することから²⁴⁾、上腕骨は重力に従って前方へ下垂しようとする。しかしそうなると上腕骨が体幹を通る重心線から離れた状態になってしまうことから(図2-b)、上腕三頭筋および広背筋を用いて上腕骨を胸椎後彎頂点の方向に移動させるとともに上腕二頭筋を用いて上肢を懸垂す

ることで、上腕骨が体幹を通る重心線から離れない状態を保持しようとすることになる(図2-c)。この時、肩甲骨は下方回旋を生じる(図3-a)を生じる。この現象について市川らは、正常なアライメントの健常成人よりも胸椎が後彎している健常成人の方が肩甲骨の下方回旋角度が有意に大きいことを報告している²⁵⁾。

胸椎の後彎の増大により上肢は重心線から離れ(図2-b, 図3-a)、この上肢を重心線に引き寄せるために生じる広背筋、上腕三頭筋、上腕二頭筋の過剰な収縮で肩甲骨は内下方に、肩甲上腕関節の関節軸は前上方へ移動するため、上腕二頭筋長頭筋腱の機械的圧迫が増加することになる(図2-c, 図3-b)。

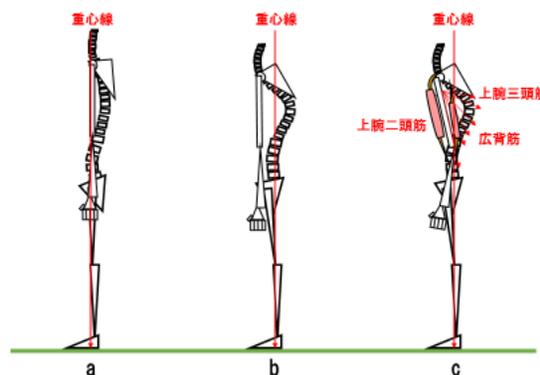


図2 姿勢の変化が上肢に及ぼす影響(1)

a: 正常。
b: 胸椎の後彎が増加した状態で下垂した上肢。
c: 前方に下垂した上肢を体幹の重心線に近づけるようにした上肢。

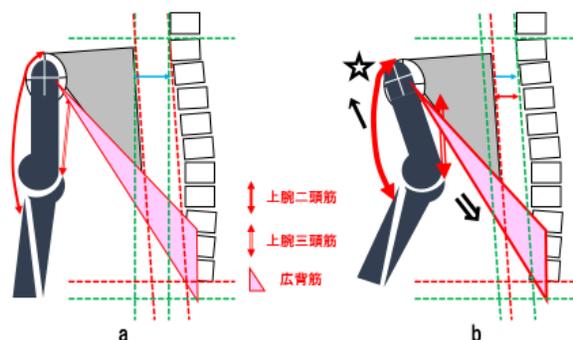


図3 姿勢の変化が上肢に及ぼす影響(2)

a: 胸椎後彎が増加する(緑の破線に対する赤の破線)と、肩甲骨は下方回旋する。
b: 上肢を重心線に近づけようとする広背筋、上腕三頭筋、上腕二頭筋の過剰な同時収縮により、肩甲骨は内下方に(⇒)肩甲上腕関節の関節軸は前上方へと(↑)移動することで、上腕二頭筋長頭筋腱への機械的圧迫が増加する(☆)。

3) 加齢による姿勢の変化と五十肩の関係

三笠によると、五十肩あるいは欧米の Periarthritis, Frozen shoulder の成因および病態を腱板-肩峰下滑液包に求めた報告は、Duplay, Codman, 原, Simmonds, 三木と数多く認められる。しかし変性した腱板がどのようにして腱板-肩峰下滑液包炎になるかについては、はっきり記載されておらず、議論のあることであるが、三木は変性して傷害を受けやすくなっている腱板が、軽微な外傷ある

いは *impingement* により腱板不全断裂、腱内出血、腱壊死を生じそれが五十肩にいたると考えており、この三木の説を補足すると、これらの病態は断裂の程度がひどいか、その程度がすすめば腱板断裂として治療されるが、大部分は限局性の肩峰下滑液包炎となつて、肩の疼痛と運動障害を引き起こし、不動性の関節拘縮、肩峰下滑液包部および関節包に癒着を生じて癒着性肩峰下滑液包炎、癒着性関節包炎となり、五十肩が発症するとともに初期に存在した腱板損傷は治癒過程に入っていくものと思われるとしている⁶⁾。この説を裏付けるように平野ら²⁶⁾は、肩関節周囲炎 41 例 44 肩に対して MRI 所見と臨床症状との関係を検討し、腱板の変性が 52.3%に認められたと報告しており、五十肩の発生に腱板の変性が関与することは知られているが、その原因を加齢だけに求めるのは問題があると考えられる。

これに対して日野らは²⁷⁾、①明らかな誘因なく発症し肩関節の疼痛と運動制限（前方挙上が 140° 以下）を認める、②MRI や関節造影で腱板断裂を否定できる、③X線撮影により石灰沈着性腱板炎や肩甲上腕関節の変形性関節症を否定できる、④X線所見と理学所見よりインピンジメント症候群や頸椎疾患合併例を否定できる、の 4 条件を満たして五十肩と診断された 40~70 歳の 38 例 42 肩を対象に MRI による器質的・機能的変化を評価した結果、腱板の変性や肩峰下面の骨棘、肩鎖関節の関節症性変化、上腕骨骨頭の骨嚢腫像などは臨床所見とは関連がなく、五十肩の病態とは関係しなかったとしている。同時に五十肩に特有な器質的変化は見出せなかったが、異常所見として関節内外の浸出液貯留像がみられ、発病初期には上腕二頭筋長頭腱腱鞘周囲の貯留像が多く、腋窩陥凹部に貯留のある群は有意に夜間痛を多く訴えていたと報告している。また、腱板の輝度変化や厚さ、肩峰下面の骨棘、肩鎖関節の関節症性変化、上腕骨骨頭の骨嚢腫像は臨床症状となんら関連はなく、腱板不全断裂群との比較では肩甲上腕関節内での浸出液貯留像はほぼ同様にみられたが、肩峰下滑液包での貯留は有意に少なかったと報告している。そして、上腕二頭筋長頭腱腱鞘周囲の貯留像は初期に多く見られることから、上腕二頭筋長頭腱腱鞘周囲の炎症が五十肩の初発像である可能性があるとして結論付けている。

この五十肩の初発像である上腕二頭筋長頭腱腱鞘周囲の炎症の原因こそ、胸椎の後彎の増大により重心線から離れた上肢（図 2-b, 図 3-a）を引き寄せるために生じる広背筋、上腕三頭筋と上腕二頭筋の過剰な収縮による肩甲骨の内下方と肩甲上腕関節の関節軸の前上方へ移動することで生じる上腕二頭筋長頭筋腱の機械的圧迫の増加である（図 2-c, 図 3-b）と考えられる。また武富らは、体幹回旋時に出現する肩甲骨の *protraction* と *retraction* の運動が健常者と比較して五十肩患者では制限されており、また肩関節外旋の抵抗運動では、健常者は選択的に棘

上筋が活動するのに対し五十肩患者は棘上筋と広背筋が同時に活動すると報告しており²⁸⁾、広背筋の過剰な収縮の裏づけとなるものと考えられる。

但しこの段階では、対象による日常生活動作において使用される肩関節の関節可動域や筋力・筋持久力などに個人差が大きく、「五十肩」として疾病を自覚し診療を開始するものもあれば、肩関節の違和感として自覚はあるが疾病とは考えず、診療せずにそのまま日常生活を継続するもの、無意識に肩甲上腕関節の可動性を制限することで炎症への刺激を抑制し、疾病としての自覚のないまま無意識に日常生活に支障を生じないような肩甲胸郭関節などの代償運動が出現するものなど様々で、時間経過とともにそれぞれの転機をたどるため、自然治癒するものもあれば、炎症が増悪し激しい疼痛を訴えるもの、著しい拘縮を呈するものなどに変種するものと考えられる。その結果、医療機関へ受診する段階では病態は多様化し、五十肩の発生機序の解明の障害因子となっているものと考えられる。

3. 現在の東洋医学および西洋医学において「五十肩」の発生機序が明らかにできない理由

前項で、「五十肩」の発生機序が明らかにできない理由として、①症状のある部分（主訴）に捉われるために全体として異常が見落とされ、加齢による脊柱の変化とそれに伴う上肢帯の保持に関わる筋活動が見逃されてきたこと、②肩関節は機能的な複合関節であり、初発症状である上腕二頭筋長頭腱腱鞘周囲の異常を自覚することなく、あるいは自覚しても日常生活に支障のない可動性を代償運動として無意識に容易に獲得できるため、診断・治療に至るまでの経緯が多種多様であることから、病態の変種が複雑であることについて述べた。本項ではそれに加えて、「五十肩」の発生機序が明らかにできない理由として「科学の中に潜む無知」について述べる。

Moshé Feldenkrais は「科学の中に潜む無知」について、“The fundamental ignorance that creeps into science itself; abstractions that are generalized and temporarily exaggerated do incalculable harm. (科学に潜り込んでいる重大な無知、つまり、一般化されたり一時的に誇張されたりした抽象概念が計り知れない害を与えている)”と述べている²⁹⁾。例えば、テコの原理という抽象概念では、テコの腕木はたわむことのない完全に硬いもの、腕木の厚さは 0、テコの両端に乗せる重りは体積 0、さらにテコの支点は完全な点であり、テコが傾いても支点は移動しないと仮定されており、現実には存在し得ないものである。すなわち現実に存在するものでは解析ができないため、一時的に腕木の強さ、支点の小ささ、重りの厚みなどを誇張することで、様々なテコに応用できるように一般化している。したがって原理や理論を現実に応用する場合、「一般化と一時的な誇張」を考慮しなければならない。

五十肩の発生機序を論ずる上で、「一般化と一時的な誇張」を考慮しなければならない抽象概念は「関節」である。「関節」は骨と骨との連結であり、関節面の形状や関節包、靭帯により運動方向が定められ、運動に関与する筋収縮により「関節運動」が可能になるものと一般化されている。この一般化された「関節」により「運動学」は成り立っている。この「運動学」は運動療法の発達により、関節の構造は ovoid joint と sellar joint に、関節相互の関係を示す肢位は close-packed position と open あるいは loose packed position で分類される(図4)³⁰⁾ など、徐々に進歩はしているが十分とは言えない。したがって実際の関節は一般化された「関節」のように単純ではなく、無限の可動性をもって多様な形態に変化し、筋収縮によって必ずしも「関節運動」として可動するわけではなく、筋収縮により関節が固定されることもある。例えば、先に述べた五十肩の初発症状である上腕二頭筋長頭腱鞘周囲の異常は上腕二頭筋の過剰な収縮により出現するが、この上腕二頭筋の収縮の作用を「関節」を「一般化と一時的な誇張」で理解すると、図5のように肩関節(肩甲上腕関節)あるいは肘関節は“屈曲”という「関節運動」で表現される。しかし上腕二頭筋の収縮の作用を「関節」の「一般化と一時的な誇張」を考慮して表現すると、“屈曲”という「関節運動」ではなく、図6のように上腕骨頭が前上方に移動し、橈骨頭は中枢側に移動する。但し、現在の科学技術でこの「一般化と一時的な誇張」を考慮した「関節」の動きを計測し、客観化することは不可能である。これまでの東洋医学で五十肩の発生機序が解明できないことは、江戸時代以前の東洋医学に運動器という概念がなかったためであり、それはある意味当然のこととすることができ、現代科学の粋を集めた西洋医学において五十肩の発生機序が解明できない理由は、「科学の中に潜む無知」すなわち「一般化と一時的な誇張」を考慮できていないことと、仮にそれを考慮したとしても、その関節の自由度を計測し客観化する技術が存在しないためであると考えられる。

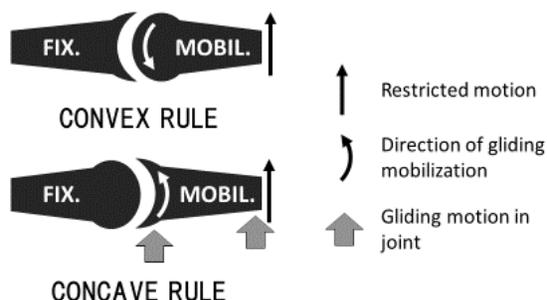


図4 Kaltenbornによるconvex/concave rule

convex rule: 凹面に対して凸面が動かされる時、動かされる方向と反対の方向に関節面は転がる。
 concave rule: 凸面に対して凹面が動かされる時、動かされる方向と同側の方向に滑りながら転がる。

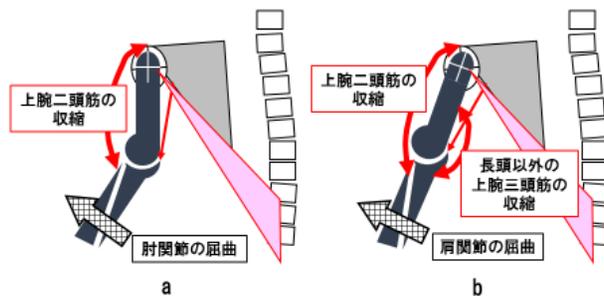


図5 「関節」を「一般化と一時的な誇張」で理解した上腕二頭筋の作用

a: 上腕二頭筋が収縮すると肘関節が屈曲する。
 b: 上腕三頭筋の長頭以外の収縮により肘関節が伸展位に保持されると、上腕二頭筋の収縮により肩関節(肩甲上腕関節)が屈曲する。

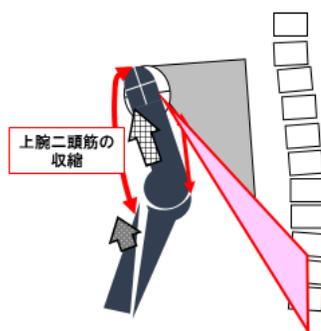


図6 「関節」の「一般化と一時的な誇張」を考慮した上腕二頭筋の作用

上腕二頭筋の収縮により「関節運動」は出現せず、
 上腕骨頭が前上方に移動し、橈骨頭は中枢側に移動する。

4. 五十肩の治療

これまでの東西医学の五十肩の発生機序が明確でないことにより、現状における五十肩の治療が明らかに有効であるとはいえないことは既に述べた^{3, 11-20)}。また本稿で明らかにした五十肩の発生機序の理論は、現在の科学技術では立証することは困難であることも述べた。そしてこの理論も形式知化された「一般化と一時的な誇張」に過ぎないのも事実である。我々治療家が治療として介入する手法は暗黙知であり、言語化された形式知はこの暗黙知を得るための道具に過ぎない。

以上のことを踏まえた上で、五十肩の治療の要点を述べる。

- 1) 日本における東洋医学的手法に則る³¹⁻³³⁾。
 - (1) 主訴に捉われることなく全体観に従う。
 - (2) 鍼、灸、按摩、整骨、湯液など、複数の東洋医学的手法を併用して実施する。
- 2) 五十肩の発生機序に基づく評価

「関節という概念」に潜り込んでいる重大な無知を考慮した上で、現在の科学技術では計測不能な関節の動きを評価し、その動きを制御した状態で筋緊張を評価する(図7)。

- (1) 加齢による脊柱の変化
 - ①可逆的な要素
重力に拮抗する能力
 - ②不可逆的な要素
脊椎の圧迫骨折や骨強直など
- (2) 肩甲骨の位置の変化
- (3) 上腕骨の位置の変化
- (4) 前腕（橈骨・尺骨）の位置の変化
- (5) 上記，骨と骨との位置関係（「関節」の「一般化と一時的な誇張」）を考慮した上腕二頭筋，広背筋，上腕三頭筋の筋緊張の変化

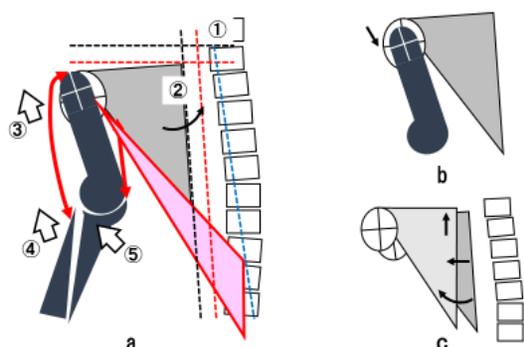


図7 五十肩の治療における筋緊張の評価

a:①脊柱の変化, ②肩甲骨の位置の変化, ③上腕骨の位置の変化, ④橈骨, ⑤尺骨の位置の変化
b, c:「関節」の「一般化と一時的な誇張」を考慮し関節の位置を移動すると, 全ての筋の緊張は変化する。

3) 治療の実際

(1) 鍼灸治療

鍼灸治療の効果を最大限発揮させるためには、正確な取穴が必要である。現在の取穴の方法には骨度法や同身寸法などがあるが、これらは対象が健常人か病人かで取穴法が異なるわけではなく、常に一定である。このことは穴の位置を学ぶには適していると思われるが、治療目的を持って刺鍼する場所とした場合は、正常な人の穴と筋緊張や関節のアライメントが異常な人の穴とが同じ位置に存在することに疑問を呈する。そのため著者は関節のアライメントに異常を呈した対象の取穴法は、正常な関節位置にアライメントを矯正した状態で取穴する動的取穴法の実施を推奨している³⁴⁾。したがって五十肩の治療の場合は、曲池、尺沢、曲沢、小海などの経穴を動的取穴法により取穴し、刺鍼する。

(2) 按摩，整骨（正骨）

「関節という概念」に潜り込んでいる重大な無知を考慮した上で、現在の科学技術では計測不能な関節の動きを触知し、その動きを制御しながら上腕二頭筋，広背筋，上腕三頭筋の状態を整える（図7）。我々治療家が治療として介入する手技は暗黙知であり、言語化された形式知はこの暗黙知を得るための道具に過ぎない。本稿で述べた形式知化した「五十肩の発生機序」の理論を基に、日々の

臨床において暗黙知としての治療技術を昇華してはじめて五十肩の治療は可能となる。

【参考・引用文献】

- 1) 森川和宥, 石神龍代, 岡田明三ら: 鍼灸治療の効果に関する意識調査. 全日本鍼灸学会雑誌 42 巻 2 号, 199 - 207, 1992.
- 2) 信原克哉: 五十肩の病態と治療 - その歴史と概念 - .
https://www.jstage.jst.go.jp/article/katakansetsu1977/19supplement/0/19supplement_19/_pdf (accessed March 7, 2017.)
- 3) 坂井友美, 水出靖, 粕谷大智, 他: 肩関節周囲炎に対する鍼灸治療の効果. 日温気物医誌第 60 巻 4 号, 200 - 208, 1997.
- 4) 信原克哉: 肩 - その機能と臨床. 医学書院, 142 - 148, 1988.
- 5) 安達長夫: 五十肩の治療について. 整形外科と災害外科, 第 23 巻第 4 号, 507 - 511, 1974.
- 6) 三笠元彦: 腱板および肩峰下滑液包の病態からみた五十肩の治療. 日関外誌, VIII (3), 451 - 456, 1989.
- 7) 素問・痺論篇第四十三: 袖珍中医四部經典, p126 - 128, 天津科学技術出版社, 1986.
- 8) 類経図翼十一巻鍼灸要覽:
http://archive.wul.waseda.ac.jp/kosho/ya09/ya09_00305/ya09_00305_0038/ya09_00305_0038.pdf (accessed March 7, 2017.)
- 9) 松本秀士: 西医東漸をめぐる「筋」の概念と解剖学用語の変遷. 或問 WAKUMON49 No. 17 : 49 - 61, 2009.
- 10) 松本和久: 日本における東洋医学の発展に向けて. 日本東洋医学研究会誌, 3 - 7, 2015.
- 11) 塩沢幸吉: 五十肩に対する鍼灸の臨床的観察. 日鍼灸誌, 27 巻 2 号, 228 - 235, 1978.
- 12) 堀紀子, 山下仁, 津嘉山洋, 他: 五十肩に対する鍼灸治療の効果 - 症例集積による検討 -, 全日本鍼灸学会誌, 46 (4), 340 - 344, 1996.
- 13) 千金要方九十二針灸孔穴方四肢第三 肩背病:
http://archive.wul.waseda.ac.jp/kosho/ya09/ya09_00175/ya09_00175_0032/ya09_00175_0032.pdf (accessed March 7, 2017.)
- 14) 楊甲三主編: 針灸学. p618 - 621, 人民衛生出版社, 1988.
- 15) Kleinhenz J, Streitberger K, Windeler J, Gussbacher A, Mavridis G, Martin E: Randomised clinical trial comparing the effects of acupuncture and a newly designed placebo needle in rotator cuff tendinitis. Pain, 83(2), 235 - 241, 1999.

- 16) MARY E. MOORE, STEPHEN N. BERK. Acupuncture for chronic shoulder pain. An experimental study with attention to the role of placebo and hypnotic susceptibility. *Annals of Internal Medicine*, 84 (4), 381-384. 1976.
- 17) 水出靖, 坂井友実, 安野富美子, 他. 鍼治療継続中に関節拘縮が明確になった肩関節周囲炎症例の特徴, *日温気物医誌*第75巻3号, 176-185. 2012.
- 18) 中江啓晴, 熊谷由紀絵, 小菅孝明: 桂枝湯が奏効した肩関節周囲炎の1例, *日東医誌*, Vol. 62, No. 1, 45-47, 2011.
- 19) 関直樹: 整形外科疾患の痛みに対する漢方薬の投与方法. *痛みと臨床*, Vol. 5, No. 3, 2005.
- 20) Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuncture for shoulder pain. *Cochrane Database Syst.Rev.* 18, 2005, CD005319.
- 21) 安達長夫: いわゆる五十肩について. *整形外科*, 22, 410-422, 1972.
- 22) 高井逸史, 宮野道雄, 中井伸夫, 他: 加齢による姿勢変化と姿勢制御. *日本生理人類学会誌*, Vol. 6, No. 2, 41-46, 2001.
- 23) 勝田治巳・古川良三: 老人の姿勢と体幹機能. *PTジャーナル* 25: 82-87, 1991.
- 24) 原田孝, 茂手木三男, 岡島 行一, 他: 高齢者の姿勢一脊柱変形と重心線の位置一. *総合リハ* 22: 133-136, 1994.
- 25) 市川和奈, 竹井仁, 松村将司, 他: 立位における頭部・頸胸椎・肩甲骨・上肢の姿勢分類一アライメント, 筋力, 関節可動域との関連について一, *日保学誌* Vol.15, No. 4, 210-218, 2013.
- 26) 平野真子, 野村一俊, 橋本伸郎, 他: 肩関節周囲炎におけるMRIの検討. *整形外科と災害外科*, 46 (3), 884-889, 1997.
- 27) 日野高睦, 井口哲弘, 原田俊彦, 他. MRIによる“いわゆる”五十肩の病態に関する研究. *神戸大学医学部紀要*, 61巻1-3号, 11-20, 2000.
- 28) 武富由雄, 村木敏明: 五十肩の理学療法一運動療法とその筋活動分析の検討一. *日関外誌*, VIII (1), 3-10, 1989.
- 29) 澤口裕二: アウェアネス介助論 上巻. 17-22, 双文社, 2011.
- 30) 武富由雄: 肩関節の可動域訓練の概説. *理学療法学*, 第13巻第2・3号, 183-186, 1986.
- 31) 松本和久: 日本における東洋医学の発展に向けて. *日本東洋醫學研究會誌*, No. 1, 3-8, 2015.
- 32) 松本和久: 日本独自の東洋医学に基づく一次性変形膝関節症の発生機序とその治療一広岡蘇仙の「難経鉄鑑」と各務文献整骨新書に基づく考察一. *日本東洋醫學研究會誌*, No. 1, 15-21, 2015.
- 33) 深尾遼平, 野瀬裕太, 三角昌詩, 他: 東洋医学的診察の西洋医学的診察との整合性と現代医療における臨床的意義. *日本東洋醫學研究會誌*, No. 2, 21-29, 2016.
- 34) 松本和久: 委中穴の圧痛を指標とした従来の取穴法と動的取穴法との比較. *日本東洋醫學研究會誌*, No. 1, 23-27, 2015.

Occurrence mechanism and treatment of scapulohumeral periarthritis based on the oriental medicine in Japan

Kazuhisa MATSUMOTO

Meiji University of Integrative Medicine

Abstract

The authors have discussed occurrence mechanism of scapulohumeral periarthritis using literature of the Western medicine based on the oriental medicine in Japan, not being attached to chief complaints. We have concluded that the scapulohumeral periarthritis does not occur with age-related alteration of shoulder site. Its occurrence mechanism is that the scapula and the joint axis of glenohumeral joint are moved to the inner lower part and anterior upper part, respectively by excessive contraction of latissimus dorsi muscle, biceps brachii muscle and musculus triceps brachii caused by the arm drawn to the centroidal line by increase of age-related dorsal kyphosis, and therefore inflammation around the biceps brachii muscle long head muscle peritenon is caused by increased mechanical pressure of the biceps brachii muscle long head muscle tendon, which eventually causes scapulohumeral periarthritis. In order to understand this occurrence mechanism, it is necessary to establish a technique to perceive movement of joints which cannot be measured by the current science and technology and evaluate these muscular conditions while controlling it, in consideration of serious ignorance hidden in "concept of joint". Therefore, treatment of the scapulohumeral periarthritis is realized by sublimating "the occurrence mechanism of scapulohumeral periarthritis" that is explicit knowledge to tacit knowledge that cannot be expressed in languages.

keyword

scapulohumeral periarthritis, stiff and painful shoulder, occurrence mechanism, oriental medicine, treatment

根拠に基づく教育を目的とした柔道整復学の標準化の試み

— 足部に対する包帯法における固定包帯と被覆包帯の定量化について —

棚原勝平, 川村 茂, 秋津知宏, 大木琢也, 松本和久

明治国際医療大学

要旨：根拠に基づいた包帯法の教育を実施するために、柔道整復師の資格取得後8年以上経過した包帯熟練者12名（平均年齢42.1±8.4歳）を対象に、左足関節模型の内果、外果、8字包帯の交点となる足背中央部、足舟状骨結節部、第5中足骨基底外側に簡易式体圧測定器のセンサを貼付し、対象はそのセンサを覆う8字包帯法を、固定包帯と被覆包帯により施行し、それぞれの圧力を計測し、各部分の圧力の総和及び8字帯の上・下ループの和を固定包帯と被覆包帯と比較すると共に、その時の意識調査を行った。その結果、固定包帯は被覆包帯よりも有意に高い圧力値を示しており（ $p=0.018$ ）、75%の対象は固定包帯と被覆包帯を区別して実施していたが、「何を固定するのか」の質問では足関節とするものや固定材料とするものなど、一致しなかった。このことから今後、固定包帯と被覆包帯の定義および圧力を明確にする必要があると考えられた。

Key words 固定包帯, 被覆包帯, 柔道整復学, 圧力, 意識調査

1. はじめに

柔道整復術は、世界保健機関（World Health Organization：WHO）でその名称が認められている我が国の伝統医学であり、その業務は骨折・脱臼・打撲・捻挫等に対する非観血的施術を実施する事である。柔道整復師の臨床において遭遇することの多い代表的傷病に足関節捻挫がある^{1,2)}。

足関節は脛骨、腓骨、距骨、踵骨から構成される距腿、距骨下、遠位脛腓関節の複合関節であり、これらの関節が協調して運動する複合的な動きをする³⁾。距腿関節においては運動軸が外果と内果を結んだ線であるが、内果は外果に比べ前方かつ上方に位置するため、運動軸は前額面および水平面に対し平行とならない。この運動軸の影響で、距腿関節背屈運動には外反が、底屈運動には内反が伴う⁴⁾。また、距骨滑車と果間関節窩は前方が幅広く、後方は狭い台形を呈している。この幅の違いが足関節底屈時における距腿関節の遊びを、背屈時における距腿関節の安定性をもたらす³⁾。よって足関節捻挫の多くは内返し（底屈・内転・回外）によるものが多く、足関節外側靭帯損傷が最も多いとされる⁵⁾。足関節外側靭帯損傷に対する治療法は保存療法と手術療法に大別され、重度損傷でなければ、保存療法が選択されることが多い⁶⁾。保存療法

の際の関節固定に使用される固定材は重症度により区別され、軽度の損傷であればサポーターや弾性包帯が、重度損傷の場合はギプスによる固定が選択される⁶⁾。それに対して、柔道整復師は足関節捻挫に対する独自の治療法として綿包帯を使用して関節固定を行ってきた。

現在、柔道整復師養成学校での包帯学教育では①救急包帯、②被覆包帯、③圧迫包帯、④固定包帯、⑤矯正包帯、⑥けん引包帯、⑦湿布包帯、⑧代償包帯がある⁷⁾。また柔道整復師養成学校における包帯法の教本として用いられる社団法人柔道整復学校協会監修の包帯固定学⁸⁾では、①固定、②固定材料の種類、③上手な巻軸帯の巻き方と注意事項、④巻軸帯の巻き戻し、⑤基本包帯法、⑥冠名包帯、⑦部位別包帯、⑧その他の包帯法、⑨三角巾による堤肘、⑩さらし（晒）による固定、⑪固定材料の作成と固定例の項目から成り、それぞれに割り当てられるページ数は図1に示すように、⑪固定材料の作成と固定例の項目がそのほとんどを占めている。しかし、いずれの教科書においても固定包帯と被覆包帯という言葉の定義は明確にされておらず、包帯の巻き方として、「包帯は適度な強さで巻く」、「均一の圧で巻く」等の表現が記載されているのみである。この記載は術者の主観を反映するものであり客観性に欠けるため、包帯施行の際の再現性に乏しいことが

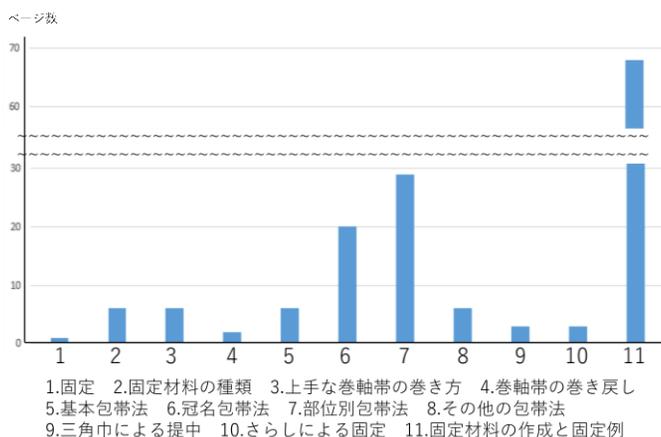


図1 社団法人柔道整復学校協会監修固定学¹⁰⁾における各項目のページ数

問題視されている⁹⁾。包帯法教育に対する客観的評価方法について、朝倉ら¹⁰⁾は包帯の圧迫圧に着目し、測定器を使用した包帯実技指導についての報告を、泉ら⁹⁾は包帯の圧迫圧と関節可動域についての報告をしているが、未だ結論には至っていない。そのため教育現場における包帯法の評価は、担当教官の主観に依存して行われている。また、包帯学で学ぶべき関節固定に対する検討においては、ギプス包帯やサポーターなどの方法に関しては、医師や理学療法士など様々な業界の研究者により数多く報告されているが、綿包帯法の効果を検討した報告は柔道整復師によってのみ行われ、その報告数も非常に少ない⁹⁻¹³⁾。

綿包帯による足関節の固定方法において、正しく固定力を得るための方法の記載はないが、足関節背屈位を保持するという点では共通している。綿包帯による関節固定方法の定量化について、泉⁹⁾らは包帯熟練者が足部に対して足関節内反捻挫を想定した固定包帯を行った際の内果・外果・足背中央部・第5中足骨部・第1中足骨底部の各部に加わる包帯の圧迫圧と足関節の可動域の変化の関係を検討している。しかし足関節内反捻挫時には、固定肢位を距腿関節の安定性をもたらす下肢関節背屈位を保持するために¹⁴⁾3点固定の原則(図2)に従う¹⁵⁾必要があるが、その点を考慮しておらず固定方法として十分に検討されていると言えない。

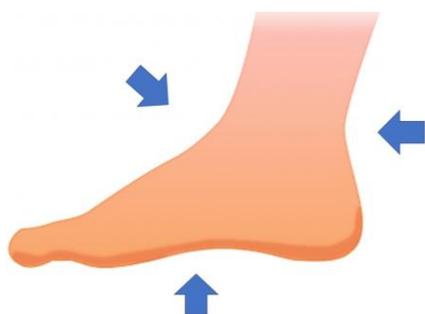


図2 3点固定の原則
1点に対する力と、その点から離れた2点に対する逆向きの力の、3点に働く力によって支持力を得る方法。¹⁷⁾

伝承医学である柔道整復学を現代の社会的背景に沿うような、根拠に基づいたものとして教育を行う試みとして中澤ら¹⁶⁾は、柔道整復養成学校での教育において“匠”と呼ばれる柔道整復師が治療している動画の動画解析を進め、そこに内在する「コツ」や「ちから加減」を科学的に評価し得る方法について検討している。また大橋ら¹⁷⁾は、柔道整復師における実技教育では、全国の養成施設全体で統一された評価指標がないことから、より客観的な目標準拠評価を行う事が大切であるとしている。

近年、医療現場では根拠に基づく医療 (Evidence Based Medicine : EBM) や根拠に基づくリハビリテーション (Evidence Based Rehabilitation : EBR) など、対象に提供される様々な内容が根拠に基づいていることの重要性が叫ばれている。細野ら¹⁸⁾は、柔道整復学の構築にはその施術における正確で安定した方法を確立することが重要であり、その担保として解剖学的・生理学的・力学的メカニズムを解明する必要があるとしているように、学生に対して教員が提供する教育にも根拠が必要であると考えられる。

そこで本研究は、根拠に基づいた教育を実践するために、固定包帯と被覆包帯の巻き方の標準化を図ることを目的に、包帯熟練者に対して足関節への包帯を固定、被覆それぞれの包帯法で実施してもらい、各包帯熟練者が各包帯を巻く際に、内果、外果、足背、足舟状骨結節部、第5中足骨基部の各部に加わる圧力を計測し、その和を比較、検討する。また、その際の包帯の周回数と各包帯法を施行する際の意識についてアンケート調査することで、包帯熟練者がどのような事に重点を置き包帯を施行しているのかを調査したので報告する。

2. 対象

対象は、柔道整復師の資格取得後8年以上経過した、包帯熟練者12名(男性11名女性1名、平均年齢42.1±8.4歳)とした。

3. 方法

50 mmアンダーラップ (ニチバン社製) とテーピング用38 mmホワイトテープ (ニチバン社製) を1周巻いた左足関節模型 (京都科学標本株式会社製) の①内果、②外果、③8字包帯の交点となる足背中央部 (以下、足背部)、④足舟状骨結節、⑤第5中足骨基部 (以下、第5中足骨) を測定点として、簡易式体圧測定器 (エイエムアイ・テクノ社製) のセンサを貼付した (図3)。

対象は左足関節模型の各センサを被う8字帯 (図4) を、用意した新品綿包帯 (朝日衛生材料株式会社製) 9mの、3裂 (幅95 mm)、4裂 (幅75 mm)、5裂 (幅60 mm)、6裂 (幅47 mm)、8裂 (幅35 mm) から自由に選択し、固

定目的 (以下, 固定包帯) と足関節の被覆目的 (以下, 被覆包帯) でそれぞれ実施した. 包帯の周回数, 巻く方向は対象の自由とした.

8字帯は, 始めの環行帯を内果と外果の高さより近位で包帯が安定する場所に行い, 8字帯の交点は足背部の1点に合わせ, 元の場所に環行帯を1周行い, 巻き終わった部分をはさみで切り, テープを貼付するまでとした (図5).

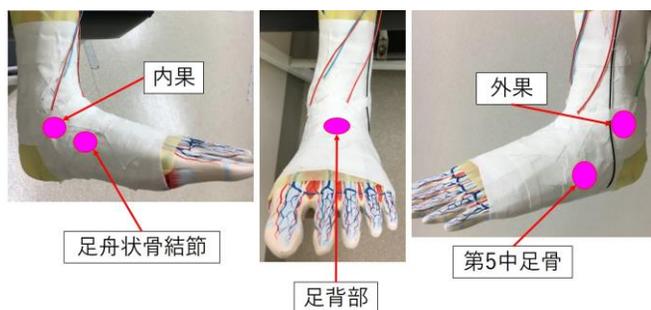


図3 センサ貼付部位

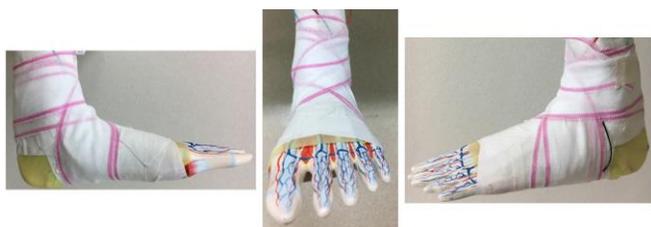


図4 8字帯を巻き終えた様子

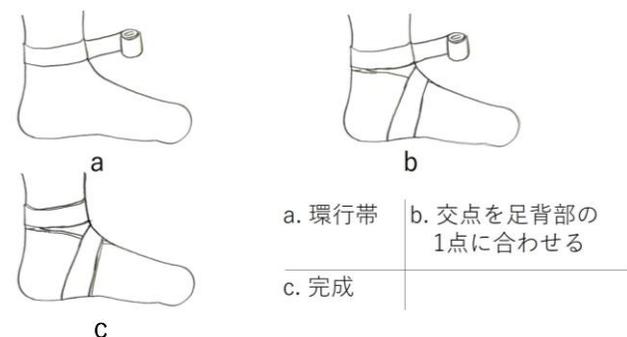


図5 8字帯を巻く順序

環行帯を内果と外果の高さより近位で包帯が安定する場所に行い, 8字帯の交点は足背部の1点に合わせ, 元の場所に環行帯を1周行い, 巻き終わった部分をはさみで切り, テープを貼付するまでとした.

固定包帯と被覆包帯はそれぞれ3回施行するが, その順番はくじ引きでランダムに決めた.

固定包帯と被覆包帯の圧力の測定は, 各包帯施行前の

測定点の値を基準値として, 包帯施行後の値から基準値を除いた値とし, 測定点5点の総和の圧力 (以下, 総和), 8字带上ループ3測定点 (内果, 外果, 足背部) の圧力 (以下, 上ループ), 8字帯下ループ3測定点 (足背部, 足舟状骨結節部, 第5中足骨) の圧力 (以下, 下ループ) を求め, 比較した.

統計処理は, Wilcoxon 符号付順位検定を用い, 有意水準は5%未満とした.

また, 固定包帯と被覆包帯の圧力の測定の際の周回数を記録するとともに, 包帯施行時の意識に対して以下に示す内容をアンケート形式で調査した.

- 1) 氏名
- 2) 年齢
- 3) 性別
- 4) 所属
- 5) 勤務地
- 6) 資格取得出身学校
- 7) 資格取得年
- 8) 連絡先住所, 電話番号
- 9) 対象を問わず包帯を巻く頻度
- 10) 固定包帯と被覆包帯を巻く際, それぞれの差を意識しているか否か.
- 11) 固定包帯と被覆包帯を巻く際, 意識すると回答したものに対してどのような事を意識するのかを具体的に記述する.
- 12) 固定包帯は何を固定すると考えているか.

本研究は明治国際医療大学の研究倫理委員会の承認を受け (承認番号 29-16), 対象者には実験に先立ち, 研究の目的, 内容や想定される危険性について口頭で説明し, 同意を得て実施した.

4. 結果

1) 固定包帯と被覆包帯の圧力

内果の固定包帯時は $3.9 \pm 0.8 \text{hPa}$, 被覆包帯時の圧力は $2.6 \pm 0.7 \text{hPa}$, 外果の固定包帯時は $3.4 \pm 1.5 \text{hPa}$, 被覆包帯時の圧力は $2.2 \pm 1.1 \text{hPa}$, 足背部の固定包帯時は $2.6 \pm 1.1 \text{hPa}$, 被覆包帯時の圧力は $1.4 \pm 0.6 \text{hPa}$, 舟状骨の固定包帯時は $1.5 \pm 0.9 \text{hPa}$, 被覆包帯時の圧力は $0.6 \pm 0.4 \text{hPa}$, 第5中足骨の固定包帯時は $1.3 \pm 1.0 \text{hPa}$, 被覆包帯時の圧力は $0.6 \pm 0.4 \text{hPa}$, であった. また, 固定包帯の総和は $13.6 \pm 3.5 \text{hPa}$, 被覆包帯の総和は $7.3 \pm 1.6 \text{hPa}$, 固定包帯の上ループは $10.3 \pm 3.2 \text{hPa}$, 被覆包帯の上ループは $6.3 \pm 1.6 \text{hPa}$, 固定包帯の下ループは $6.0 \pm 2.6 \text{hPa}$, 被覆包帯の下ループは $2.5 \pm 1.0 \text{hPa}$ で (表1), いずれの値も固定包帯は被覆包帯よりも有意に高値を示した ($p=0.018$) (図6).

2) 包帯の周回数

包帯の周回数は, 固定包帯では, 2周0名, 3周6名, 4周0名, 5周2名, 6周1名, 7周2名, 8周0名,

9周1名で、被覆包帯では2周3名、3周3名、4周6名、5周以上は0名であった。

3) 意識調査の結果

『被覆包帯と固定包帯を巻く際にそれぞれの差を意識しているか否か』の質問に対して、意識していると回答したのは12名中9名(75%)、意識していないと回答したのは3名(25%)であった(図7)。

表1 各測定点の包帯圧の平均値(hPa)

	固定		被覆	
	固定包帯	被覆包帯	固定総和	被覆総和
内果	3.9±0.8	2.6±0.7		
外果	3.4±1.5	2.2±1.1	10.3±3.2	6.3±1.6
足背部	2.6±1.1	1.4±0.6	13.6±3.5	7.3±1.6
舟状骨	1.5±0.9	0.6±0.4		6.0±2.6
第5中足骨	1.3±1.0	0.6±0.4		

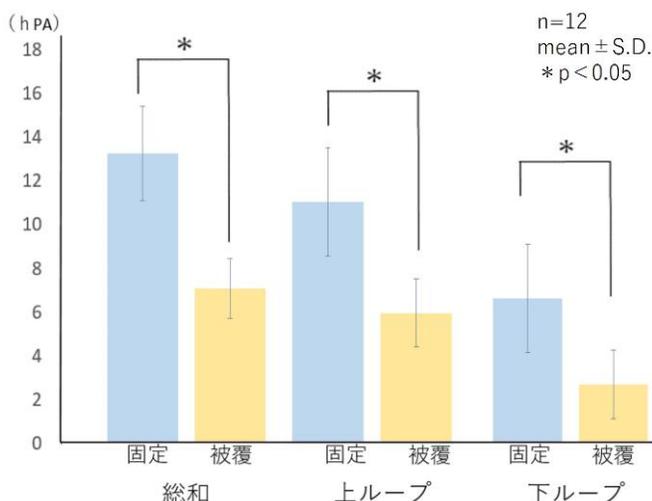


図6 被覆包帯と固定包帯の圧力の比較

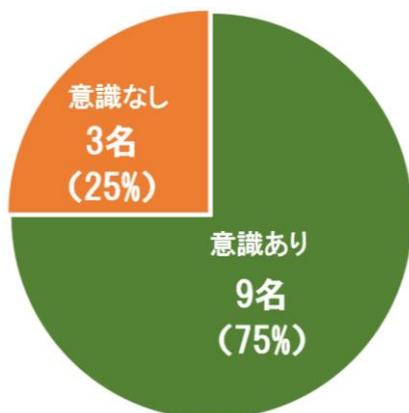


図7 被覆包帯と固定包帯を巻く際の意識の有無

意識すると回答した9名に対し、さらにどのような事意識するのか具体的に記述させ、その内容を調査した。その結果、固定包帯に対しては、(1)脛腓関節を締め付けるよう施行した、(2)全体の圧を上げることで固定するよう施行した、(3)患部の動揺性が出ないように施行した、(4)包帯を巻く回数を被覆よりも多くするよう施行した、(5)固定部位にポイントをおくよう施行した、(6)固定力を出すため血行が保たれるようやや強めに巻くよう施行した、(7)副子などで関節を動かないように固定をするよう施行した、(8)損傷組織の修復肢位を保つよう施行した、(9)その目的を達成しているか意識している、などの意識を持っていた。被覆包帯に対しては、(1)どの部位も圧が一定になるように施行した、(2)包帯を転がすよう施行した、(3)患部を被うよう施行した、(4)皮膚を被うよう施行した、(5)その場所を被う意識を持ち施行した、などの意識を持っていた。

『固定包帯は何を固定する考えているか。』の質問に対しては、「関節」または「関節の動き」と回答したものが6名、厚紙副子、アルミシーネなどと回答したものが1名であった。

5. 考察

整形外科学や産婦人科学では、それぞれ『用語集』^{19,20)}を定め、各用語を定義している。一方、柔道整復学は同様の用語集をもたず、また柔道整復師独自で用いる造語が多いことが問題視されている²¹⁾。広辞苑によると²²⁾「固定」とは“1つの場所から動かないようにすること”とあり、「被覆」とは“覆いかぶせること”とある。この意味からすると、「固定包帯」は“1つの場所から動かないようにすることを目的とする包帯法”、「被覆包帯」は“覆いかぶせることを目的とする包帯法”、と解釈できる。しかしその一方で、「固定」および「被覆」する目的が「場所」なのか「物」なのかが明確にされていない表現であるといえる。例えば、社団法人柔道整復学校協会監修の包帯固定学⁸⁾では、「1. 固定」として固定の目的を“骨折整復後の再転位防止や脱臼整復後の再脱臼防止、さらに軟部組織損傷時の患部の安静保持などを目的として固定がなされる。”とあり、「2. 固定材料の種類」には“A. 硬性材料 1金属副子、2副木と厚紙副子…など”として、「固定」する場所＝骨折部や脱臼した関節と、「固定」に使用する物＝副子や副木などが記述されている。

伝統的な治療法は徒弟制度の下で「見て盗む」教育であったことが想像され、包帯法の定義が明確でなくても誤解・誤用されることはなかったものと考えられる。しかし現在の教育制度の下では、言葉の意味をより明確にした教育が望ましいと考える。そこで今回、固定包帯と被覆包帯の巻き方の標準化を図ることを目的に、柔道整

復師の資格取得後8年以上経過した包帯熟練者を対象に、被覆包帯と固定包帯を実施し、その圧力を比較するとともに、アンケート用紙を用いて対象の意識調査を実施した。

その結果、固定包帯の総和は $13.6 \pm 3.5 \text{hPa}$ 、上ループは $10.3 \pm 3.2 \text{hPa}$ 、下ループは $6.0 \pm 2.6 \text{hPa}$ 、被覆包帯の総和は $7.3 \pm 1.6 \text{hPa}$ 、上ループは $6.3 \pm 1.6 \text{hPa}$ 、下ループは $2.5 \pm 1.0 \text{hPa}$ で、いずれの値も被覆包帯よりも固定包帯は有意に高値を示していた ($p=0.018$)。また対象に対して『固定包帯と被覆包帯を巻く際、それぞれの差を意識しているか否か。』の意識調査の結果、意識していると回答したのは75%であり、更に意識していると回答した対象に、『どのような事を意識するのか』を具体的に記述してもらった結果、「関節の動きを固定する」や「患部」と回答するとともに、包帯周回数も被覆包帯で2周だった対象は3周に、4周だった対象は6周、7周、9周にそれぞれ増加されていた。甲斐ら¹¹⁾、小林ら¹³⁾は、足関節1度捻挫に関して綿包帯で8字包帯を施行する事で、足関節の固定を行う事が可能であり、巻く回数が多いほど、関節の固定力が得られるとしている。このことから対象の多くは、固定包帯と被覆包帯の包帯法においてその目的を「足関節の固定」と「足関節部の被覆」と区別しており、固定包帯においては被覆包帯よりも強く圧を加え、さらに包帯の周回数を増加させることで「足関節の固定」を図ろうとしていることが考えられた。しかし、固定包帯における圧力が足関節の固定に作用するか否かは、先行研究においても明らかでなく、今後さらなる研究が必要になると考えられる。

一方、各測定点の圧力の平均値において上ループの圧力が下ループの圧力に比較して高い結果が得られた(表1)。これは固定包帯時の内果 $3.9 \pm 0.8 \text{hPa}$ 、外果 $3.4 \pm 1.5 \text{hPa}$ 、被覆包帯時の内果 $2.6 \pm 0.7 \text{hPa}$ 、外果 $2.2 \pm 1.1 \text{hPa}$ と、固定包帯と被覆包帯のどちらも内果・外果の圧力が高いことに起因すると考えられ、泉らの報告と同様の結果であった⁹⁾。包帯の圧力について小川²³⁾は物理学的観点から、包帯を巻く張力が同じ場合、接触面積が大きいと加わる圧迫力は小さくなり、接触面積が小さいほど圧迫力は大きくなるとしている。このことから、今回の結果において上ループと下ループで圧力に違いが生じた原因は、今回使用した足関節模型では上ループの測定点である内果と外果は硬く隆起しており、下ループの測定点である足舟状骨結節および第5中足骨と比較してセンサ貼付部分の包帯に対する接触面積が小さかったことにより、内果と外果の測定点の値が高値を示したためと考えられる。

柔道整復師と同様に包帯を扱う看護師の教育においては、包帯装着の目的を「固定包帯は骨や関節の疾患部の運動を制限し、安静を保たせたり、手術創が開くのを防ぐもの、被覆包帯は創傷や表在性の病変を包帯材料で覆

いその部分を保護するもの。」²⁴⁾と定めており、固定包帯と被覆包帯の違いを明記している。今回の結果では、固定包帯と被覆包帯の違いを意識していない対象が7名中2名、『固定包帯は何を固定すると考えているか。』の質問に、厚紙副子などの固定材料と回答した対象が7名中1名いたことは、現在の柔道整復学教育における包帯法の用語では、解釈に違いが生じていることが考えられる。

今井²⁵⁾は、英国における根拠に基づく教育 (Evidence Based Education: EBE) 議論の発端を作った Hargreaves の「教育においては、教師が学級で行っていることの効果と実効性についての十分なエビデンスがそもそも存在しない。このため教師は自身の経験や個人的な試行錯誤から学んだことに大幅に依存する」との言葉を引用し、教育界でのエビデンスの重要性を訴えている。

以上のことから我が国の伝統医学である柔道整復の“学”を構築するためにも、柔道整復学教育において固定包帯と被覆包帯の指導にあたっては、「固定」と「被覆」を行う目的を明確に定義し、それぞれの圧力においても検証し、根拠に基づく教育を実践する必要があると考えられた。

【参考・引用文献】

- 1) 公益財団法人スポーツ安全協会：スポーツ安全協会要覧，2016 - 2017，1 - 10，2016.
- 2) 厚生労働省：第4回社会保障審議会医療保険部会 柔道整復療養費検討専門委員会配布資料 資料，柔-2. 1 - 55，2016.
- 3) 福本貴彦：足関節のバイオメカニクス。リハビリテーション医学，53(10)．779-784，2016.
- 4) 林典雄：改訂第2版 運動療法のための機能解剖学的触診技術 下肢・体幹，56，メジカルビュー社。2017.
- 5) 篠原靖司，熊井司：解剖からみた足関節外側靭帯損傷の発症メカニズム。臨床スポーツ医学，Vol30(7)．599-604，2017.
- 6) 奥田隆：足関節捻挫の診断と治療。整形外科，Vol. 59(10)．1245-1251，2008.
- 7) 中村利文：目で見える基礎包帯法，5，医歯薬出版。1992.
- 8) 社団法人全国柔道整復学校協会監修：包帯固定学，第1版。1，2003.
- 9) 泉晶子，大木琢也，行田直人：足関節への固定包帯における圧迫圧に関する研究。公益社団法人全国柔道整復学校協会 学校運営改善等事業研究紀要，<http://www.judo-seifuku.or.jp/archive/y26/>。1 - 6，(accessed November 11.2017.)
- 10) 朝倉勇人，有馬義貴，天野達也 他：測定機器を使用した包帯実技指導について。帝京科学大学紀要，Vol. 9。151-154，2013.

- 11) 甲斐範光, 長須達也, 畑山元政 他: 足関節包帯固定時の足底圧中心動揺の研究-綿包帯と弾性包帯の比較検討-. 帝京短期大学紀要, (18). 127-132, 2014.
- 12) 小林直行, 根本隆司, 宮川俊平 他: 足関節内反捻挫に対する定量的ストレスX線計測を用いた綿包帯の固定力-内巻きと外巻きについて-. 柔道整復接骨医学, 16(1). 8-13, 2007.
- 13) 小林直行, 根本隆司, 成増暁彦 他: 足関節内反捻挫に対する綿包帯を用いた伝統的包帯法の固定力の検証. 柔道整復接骨医学. 18(2). 93-98, 2010.
- 14) J. Castaing, Ph. Burdin, J. Delplace 他著. 井原秀俊, 中山彰一, 井原和彦 訳: 図解関節・運動器の機能解剖, 下巻, 下肢編, 151-153, 協同医書. 1988.
- 15) 中村隆一 監修: 入門リハビリテーション医学 第2版. 医歯薬出版. 131-132, 2000
- 16) 中澤正孝, 櫻井敬晋, 小山浩司ほか: 柔道整復術から **Judothrapy** へ-柔道整復学の学問的確立に向けた本学の取り組み-. 東京有明医療大学雑誌, Vol, 2. 25-29, 2010.
- 17) 大橋淳: 触診教育における評価指標の開発と学習効果に関する検討-教員フィードバックが触診実践の知識・技術習得プロセスに与える影響-. 佛教大学大学院紀要, 教育学研究科篇, 第40号. 1-15, 2012.
- 18) 細野昇: 教育現場から見た柔道整復の将来. 柔道整復・接骨医学. 11(3). 199-201, 2003.
- 19) 日本整形外科学会 編: 整形外科学用語集, 第7版. 南江堂. 2011.
- 20) 日本産科婦人科学会 編: 産科婦人科用語集, 第3版. 金原出版. 1992.
- 21) 佐藤捷: 柔道整復の分野に今必要なこと. 日本補完代替医療学会誌, 7(1). 63-66, 2010.
- 22) 新村出 編: 広辞苑 第6版. 岩波書店. 1031, 2383, 2009.
- 23) 小川鑛一: 包帯を実施するために必要な物理学的知識. 臨床看護, 34(7). 959-967, 2008.
- 24) 阿曾洋子, 井上智子, 氏家幸子: 基礎看護技術. 医学書院. 295, 2011.
- 25) 今井康雄: 教育にとってエビデンスとは何か-エビデンス批判をこえて-. 教育学研究, 82(2). 188-201, 2015.

**Attempt to standardize of judo therapy for the purpose of evidence-based education
- Quantification of immovable bandage and coating bandage in bandaging methods -**

Shohei TANAHARA, Kazuhisa MATSUMOTO

Meiji University of Integrative Medicine

Abstract

For the purpose of executing evidence-based education of bandaging techniques, 12 bandage experts (average age 42.1±8.4 years old) who have had the judo therapy license for over 8 years were employed as subjects for the present study. Sensors of a simple body pressure measuring instrument are set on five points of a left foot joint model; malleolus medialis, lateral malleolus, scaphoid bone pars tuberalis of foot, 5th metatarsal bone base outside and dorsalis pedis central part which is an intersection of figure-of-eight bandage. The subjects were asked to enforce bandaging by the figure-of-eight bandage method with immovable bandage and coating bandage that cover the sensors, and each pressure was measured. The sum of the pressure of all parts and that of the lower and upper loops of the figure-of-eight bandage were compared for the immovable bandage and coating bandage, and a consciousness survey was performed for the subjects. The result revealed that pressure value was significantly higher in the immovable bandage than in the coating bandage ($p=0.018$), and 75% of the subjects distinguished the coating bandage from the immovable bandage. For the question "What do you fix?", some answered "ankle" and others answered "fixing material" and therefore answers differed among the subjects. The result has suggested that it is necessary to clarify the definition and pressure of immovable bandage and coating bandage clear.

keyword

Immovable bandage, coating bandage, judo therapy, pressure, consciousness survey

日本東洋醫學研究會會則

第1章 総則

第1条（名称）本会は、日本東洋醫學研究會と称する。

第2条（事務局）本会は、事務局を下記に置く。

〒629-0392 京都府南丹市日吉町保野田ヒノ谷 6-1
明治国際医療大学附属病院総合リハビリテーションセンター内
日本東洋医学研究会事務局

第3条（目的）本会は、「内外合一 活物窮理」を目的に平成23年に開塾した春林塾を前身として、日本における東洋医学に関心を寄せる関係職種の人々が、互いの交流と研鑽を重ねることを通じて、この分野の発展と互いの向上を図ることを目的とする。

第4条（事業）本会は、前条の目的を達成するために次の事業を行う。

1. 原則として年1回以上の研究集会・講演会等を開催する。
2. 日本における東洋医学に関する研究資料の収集、他学会・研究会との知識の交流、講習会などの学術・研修活動を行う。
3. 会員名簿を作成する。
4. その他、目的を達成するための事業を行う。

第2章 会員

第5条（会員）本会の会員は、個人会員・賛助会員の二種とする。

1. 個人会員は、本会の趣旨に賛同する日本における東洋医学に関係する職種に属する者で、所定の会費を負担するものとする。賛助会員は、本会の趣旨に賛同しこれを援助しようとする個人または団体で、所定の会費を負担するものとする。
2. 会員となるには、役員会の承認を必要とする。
3. 会員となるには、所属・役職・現住所などの所定の事項を記し、会費を添えて事務局に申し込む。
4. 本会を退会したい会員は、その旨を文書によって事務局に申し出、役員会がこれを承認する。
5. 会費納入時より1年間を個人会員、賛助会員として認めることとする。

第6条（会費）会費は、次のごとく定める。

1. 個人会員 年額 一般 3,000円 学生 1,500円
2. 賛助会員 年額 1口 10,000円

第3章 役員

第7条（役員）会には下記の役員を置く。

1. 役員会
会長 1名
副会長 若干名
役員 若干名
役員（庶務） 1名
役員（会計） 1名
2. 会長と副会長は役員が推薦し、役員会の承認を得てこれを委嘱する。とくに任期は定めない。
3. 会長は、必要に応じて役員会を召集する。

第4章 運営

第8条（運営）本会の運営は、役員会が行う。

1. 役員会は、必要に応じて会長が召集する。
2. 役員会は、会長・副会長・役員・役員（庶務）・役員（会計）の選出、会計監査、会員の入退会、研究集会の開催などの重要事項について審議する。
3. 役員会は、役員の1/2以上の出席をもって成立し、多数決をもって議事を決する。

第9条（年次報告）会長は年度末に次の報告を行う。

1. 事業計画ならびに事業報告、収支予算ならびに決算
2. 財産目録（会費、寄付金、その他）
3. 役員会で必要と決めた事項
4. その他

第10条（事務）本会の事務的事項は、会長から委嘱された役員（庶務）および役員（会計）が処理する。

第11条（会計年度）本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年の3月末に終わる。流動財産は郵便貯金または銀行貯金として事務局に保管する。

第5章 総会

第12条（総会）役員会は、毎年1回以上の総会を開催し、その参加者の合意を得て必要事項の審議を行い、本会を運営する。

附則

第6章 研究集会

第13条（研究集会）本会は、会員の交流と互いの研鑽を図るため、研究集会を開催する。

1. 開催回数は毎年1回以上とする。
2. 研究集会の形式・内容は、役員会または役員会が委嘱した組織に一任される。

第7章 会の解散

第14条（会の解散）役員会の発議で総会において会の解散が決定されたとき、本会を解散することとする。

付則

1. 本会則は役員1/2以上の賛成をもって変更することができる。
2. 本会則は平成27年4月4日より施行する。
3. 本会則は平成28年4月4日より施行する。

日本東洋醫學研究會誌 投稿規程

平成 27 年 4 月 4 日

1. 投稿資格

責任著者は、原則として本会の会員とする。ただし、編集委員会が認めた場合はこの限りではない。責任著者は投稿原稿が投稿規程に適合しているか確認したうえで責任を持ち投稿する。

2. 倫理

本会誌に投稿する論文は、ヘルシンキ宣言の精神に則って行われた研究内容であること。

3. 投稿原稿の採否

原稿の採否は、編集委員会によって査読を行ったうえで決定する。なお、原稿の一部削減、修正、加筆などを著者に求めることがある。

4. 投稿要領

(1) 原稿の作成は、原則として以下のとおりとする。

用紙設定は A4 とし、タイトル、著者名、所属機関、キーワード (7 つ以内)、和文要旨 (500 字以内)、英文要旨を 1 頁目にまとめ、本文は 2 頁目以降、I. はじめに、II. 方法、III. 結果、IV. 考察、V. 結語、参考・引用文献の順に構成する。

文字サイズは 10.5 ポイント、和文フォントは MS 明朝、英文フォントは Times New Roman とする。

(2) 学術用語以外は常用漢字を用いる。

(3) 数字はアラビア数字を用い、単位は原則として国際単位系を用いる。いずれも半角での表記とする。

(4) 原稿の枚数は制限を設けない。

(5) 図表は原稿とは別に、1 スライドあたり 1 図表で、プレゼンテーションソフトにて作成する。必要によっては、各図表のタイトル外に図説を挿入すること。

(6) 参考・引用文献は、本文に用いられたものだけを引用順に、本文の右肩に番号をつける。
(例) ・と報告している^{4-6,8,10}。

(7) 参考・引用文献は以下の例のように記載する。

①雑誌記載例

雑誌の場合は、著者氏名：論文表題。雑誌名，巻：初頁-終頁，発行年（西暦）の順に書く。著者が4名以上の場合には、4番目以降の著者名は略し、「et al」または「ら」をつける。

(例)

1)山田太郎，大垣直助，濱田次郎ら：訪問リハビリテーションにおけるリスク管理について。日本在宅リハビリテーション学会誌，26：128-138，2003。

2)Kurimoto M, Fukuda H, Satou K, et al: Recovery process in CVA patients by fMRI . Journal of Rehabilitation Medicines, 36:118-131, 2005.

②単行本記載例

単行本の場合は、著者または編者：論文表題。書名，巻数，版数，発行社，発行地，初頁-終頁，発行年。を記載する。

1) 中村五郎：臨床神経内科。福村四郎，穂高新，川元美紀編：パーキンソン病の薬物療法，医学教育出版，東京，pp 45-58，1999。

2) Mac K: Assessment of Human Posture. In Friedman H and Smith A (eds): Ability of dynamic balance control in elderly people , Vol 19, Medical Press, New York, pp65-78, 1998.

(8) 原稿の投稿は以下のとおり行う。

①原稿と図表の電子データを電子メールの添付ファイルとして下記まで送付する。

提出先：k_matsumoto@meiji-u.ac.jp (松本和久)

件名：「日本東洋医学研究会誌原稿の提出」 で送付。

②原稿の電子データの形式は Microsoft Word，図表の電子データの形式は Power Point が望ましい。

編集後記

“生命”は神秘に満ちている。

使い古された言葉ではあるが、細胞1つから、それが集合して個を形成し、その個が集って社会を形成し…と、蛋白質に“生命”が吹き込まれることにより、無限の連鎖が出現する。

その“生命”を串刺しにして、心まで貫かれると“患い”となる。

“治”は河川の流れを人工的に調整することを、“癒”は心のしこりである病がくりぬいたようにぬけていく様子を、それぞれ表している。

すなわち、河川のような気の流れを我々の手で調整し、心まで貫かれた串を取り去ることが、

“患い”を“治”することであり、それによって“癒”えるのである。

しかし串刺しにされる“生命”は、神秘に満ちている。

どのようにして串刺しにされたのか、どのように串刺しにされているのか、本当に串刺しにされているのか、本当のところは謎だらけなのである。

西洋医学は、“生命”を分かる範囲で理解して学問化したがる、それでは限界があるので EBM (evidence based medicine) の手法をとるようになった。

東洋医学は、“生命”を神秘のまま表現し学問化したがる、時代の流れに押されて西洋医学の手法を真似るようになった。

ただ、いずれの手法も未だ正解を得ていない。

“生命”は未だ神秘のままである。

我々は、当たり前のこの事実を、真摯に、そして謙虚に受け止めて、日々の臨床に向き合う以外に道はない。

平成 29 年 12 月 18 日

日本東洋醫學研究会会長 松本 和久

日本東洋醫學研究会誌 2017 vol.3

編集・発行 日本東洋醫學研究会誌 編集委員会
発行日 平成 29 年 12 月 24 日
発行者 日本東洋醫學研究会
