

日本東洋醫學研究會誌 創刊号 2015

目 次

巻頭言 ～日本東洋醫學研究會誌 創刊にあたって～	1
松本和久	
日本における東洋医学の発展に向けて	3
松本和久	
日本型東洋医学の原点	9
伴 尚志	
日本独自の東洋医学に基づく一次性変形性膝関節症の発生機序とその治療.....	15
－広岡蘇仙の「難経鉄鑑」と各務文献の「整骨新書」に基づく考察－	
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.....	23
－動的取穴法：Dynamic Acupuncture Pointing（関節の位置を動的に変化させ 下肢のアライメント異常を補正した状態で取穴する方法）の試み－	
松本和久	
日本東洋醫學研究會会則	28
日本東洋醫學研究會誌投稿規程	31

編集後記

Journal of Japanese Oriental Medicine

The First Number 2015

CONTENTS

Introduction	In the foundation of Journal of Japanese Oriental Medicine	1	Matsumoto K
Toward the development of oriental medicine in Japan		3	Matsumoto K
The Origins of Traditional Japanese Oriental Medicine		9	Ban T
Pathogenesis and treatment of primary knee osteoarthritis based on Japan's own oriental medicine: discussion based on "Nangyo Tekkan" by Sosen Hirooka and "Seikotsu Shinsho" by Bunken Kagami		15	Matsumoto K
Comparison of conventional acupuncture pointing and dynamic acupuncture pointing, using pressure pain at the Weizhong (BL40) point as an index		23	Matsumoto K
The Regulation of Japanese Society of Oriental Medicine		28	
Submission guidelines of Journal of Japanese Oriental Medicine		31	

EDITOR'S POSTSCRIPT

巻頭言

日本東洋醫學研究會誌 創刊にあたって

平成 27 年 8 月 14 日，安倍内閣は敗戦後 70 年の節目として談話を発表した。3000 字を超える長文で，それまでの内閣が発表した談話とは異なり，正しく歴史を認識し，未来に向けた素晴らしい談話で，まさに「戦後レジーム（Regime：体制・政治体制）からの脱却」を意図した発展的な内容であったと思う。

さて，明治政府によりそれまで主流であった東洋医学が西洋医学に取って代わられてから，約 150 年が過ぎようとしている。今や西洋医学も保健政策の重点を“治療から予防へ”と移し，“未病治”という概念が東洋医学だけのものではなくなってきた。このような時間経過の中で，東洋医学は果たして正しく発展してきただろうか。その時々風潮に流され誤った方向に進んではいないだろうか。

そのような疑問が生まれ，東洋医学の正しい発展を想うとき，「内外合一 活物窮理」，すなわち“西洋医学と東洋医学，あるいは内科と外科の区別なく一つに合わせて，生きている物全ての道理・法則を究める”必要性を感じ，これを実践することを目的に平成 23 年に春林塾を開塾した。

このたび開塾から 5 年の節目を迎えるにあたり，春林塾を前身として，より多くの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，この分野の発展とお互いの向上を図ることを目的に日本東洋醫學研究會を発足した。

江戸時代以降に日本において発展すべきであった東洋医学の姿に立ち返り，現在の情報を加味しながら，目の前で起こっている全ての事象を，東洋医学で考え，東洋医学で理解できるように，新たな概念や新たな理論，あるいは新たな言葉などを構築する field として「日本東洋醫學研究會」を活用して頂ければ幸いである。

平成 27 年 8 月 18 日

日本東洋醫學研究會 会長 松本和久

日本における東洋医学の発展に向けて

松本和久

明治国際医療大学

要旨：東洋医学の長所は、疾病の原因を人体と自然環境との調和の崩れや、精神的な抑鬱、あるいは身体に加わる外力とすることで、西洋医学では未だその原因が明確でない現象も理解し治療することができる。一方その短所は、例えば運動器疾患のような病因病理が明らかでないものは、治療に論理的な一貫性がないことである。

東洋医学の発展のためには、この長所と短所を理解し、自然との調和や寧心を重要視しつつ、病因病理を陰陽論や臓腑経絡学などを用いてさらに理論化することが必要である。この試みは、日本において1800年代（江戸時代）に開始されるが、政治的理由で途切れている。したがって、日本における東洋医学の発展のためには、江戸時代以降に日本において発展すべきであった東洋医学の姿に立ち返り、現在の情報を加味しながら、目の前で起こっている全ての事象を、東洋医学で考え、東洋医学で理解できるように、新たな概念や新たな理論、あるいは新たな言葉などを構築する必要があると考える。

Key words 東洋医学 Oriental Medicine, 江戸時代 Edo period, 鍼灸 Acupuncture and Moxibustion, 整骨 Seikotsu, 按摩 Anma, 柔道整復 Judo Therapy

I. はじめに

2015年6月23日の“NEWSROOM”に「New knowledge: Parkinson's disease may begin in the gut」¹⁾というレポートがあった。このレポートは1970年から1995年にかけて、当時潰瘍の処置として一般的だった消化管の迷走神経切除手術を受けた約1万5千人の術後20年間のパーキンソン病の発症を調べた報告で、手術を受けなかった対照群と比べて発症リスクが0.58倍となっていたことから、脳の病気であるパーキンソン病が、最初は消化管から迷走神経を通して脳へと広がる可能性が示唆されたというものである。また米国の環境健康科学研究所が、恒常的に農薬を使用している農民は、そうでない農民より2.5倍パーキンソン病に罹患しやすいというによる疫学調査結果を報告している²⁾。一般的に、このような西洋医学の研究は科学的であると評価されている。確かに、“パーキンソン病”による手足のふるえなどの運動症状の原因は、中脳黒質ドーパミン作動性神経の変性によって生じることは、西洋医学の研究によって科学的に解明されている。しかし、何故、中脳の黒質が変性するのかは現在も解明されておらず、前

述したような報告が相次いでなされているのである。つまり、『西洋医学が科学的である』ということは、様々な事象（疾病）の極一部を科学的に分析したことに他ならず、西洋医学が様々な事象（疾病）の全てを科学的に解明したということではないのである。これは極々当たり前のことなのであるが、東洋医学を学ぶものの中に、西洋医学によって全ての事象（疾病）が科学的に解明されていると誤解し、東洋医学を否定するものがあることは悲しいことである。また、西洋医学と同様の手法を用いることが科学的であると解釈し、ある事象（疾病）に対して一定の配穴で一定の施術をする群とその対照群を設定し、ランダム化比較試験(RCT)を用いてその効果を検討することを是とし、このような研究をすることだけが東洋医学の発展に寄与するとする風潮もある。

そこで本稿では西洋医学と東洋医学の長所と短所を理解した上で、歴史的な文献を元に、東洋医学が発展するための具体的方策について論じることとする。

II. 西洋医学と東洋医学の違い

西洋医学と東洋医学の違いを建築に例えると、

西洋医学は構造計算を綿密に行った高層建築であるが、環境との調和や建築物を利用する人たちの利便性などが不十分な建築物であるのに対し、東洋医学は環境との調和や建築物を利用する人たちの利便性、情緒などには良く配慮されているが、構造計算が不十分な平屋の建物のように思える。西洋医学と東洋医学の建築はいずれも未完成であるため、完成に向けて努力している。西洋医学は高層建築の長所である大人数を収容する能力を理解し、環境との調和や利便性の短所を自然破壊は伴うものの改善し発展し続けている。しかし東洋医学は環境との調和や利便性などの長所を理解せず、平屋の建物を残したまま、その利便性の要となっていた道路の上に西洋医学を模倣しただけの構造計算の出来ていない高層建築を建てたため、とりあえず建物が二つあるので収容人数は若干増加したものの、環境との調和や利便性は損なわれ、高層建築では常に不安を抱えた状態で、とても発展しているとは思えない。東洋医学がやらなければならないことは、西洋医学を模倣した別の高層建築を建てるのではなく、自らの医学の長所を理解し、環境との調和や利便性、情緒への配慮を残しながら、短所である平屋の建物の躯体を補強して多くの人数を収容できる建築に変化させていくことが、本来の発展だと考える。

Ⅲ. 東洋医学の短所

東洋医学の短所として例えた平屋の建物の躯体とは、疾病の病因病理である。そこで運動器疾患の病因病理を例にしてその短所を説明する。

運動器疾患のひとつである腰痛の病因は、1) 風、2) 風寒、3) 風湿、4) 寒湿、5) 湿熱、6) 気滯、7) 血瘀、8) 閃挫とされており³⁾、六淫（風・寒・暑・湿・燥・火）や七情（喜・怒・憂・思・悲・恐・驚）、および不内外因（飲食の不摂生・房室・労倦）が臓腑経絡に影響して発症すると東洋医学では考えている（ただし、弁病から弁証へと理論構築する 1949 年以降に編成された中医学と、患者全体を診ることにより感じることでできる変調や異常を、時間経過を踏まえて理論構築する日本の東洋医学とは、論理過程が異なる）。これは人体と自然環境との調和が崩れたことによるものや、精神的に抑鬱されることで生じるもの、あるいは身体に外力が加わることで生じるものであり、自然環境の影響によって変化する“冷えると痛い”や“雨が降る前に痛くなる”などの現象を、「寒」や「湿」による腰痛であるとして理解する。また“重い痛み”は「湿」による腰痛で、

“刺すような痛み”や“夜間痛”は「血瘀」による腰痛として理解する。このように西洋医学では未だその原因が明確でない現象も、自然との調和や寧心を重要視することで、発生機序を理解し、その解決策を講じることができることは東洋医学の長所といえる。しかし、多裂筋の機能不全によって生じる腰痛のような体性運動機能不全による運動様式の変化が原因となる場合⁴⁾や、腰椎骨盤リズムの異常による腰痛⁵⁾のようなバイオメカニクス（生体力学）の異常が原因となる場合などには、東洋医学は対応できない。何故なら霊枢・経脉第十⁶⁾に、足太陰脾経経脉病証「是主脾所生病者、舌本痛、体不能動揺、食不下、煩心、心下急痛、溏泄泄、水閉、黄疸、不能臥、強立、股膝内腫厥、足大趾不用。」、足太陽膀胱経経脉病証「是動則病衝頭痛、眼似脱、項如拔、脊痛、腰似折、髀不可以曲、臑如結、臑如裂、是為踝厥。是主筋所生病者、痔瘡、狂、癲疾、頭顙項痛、目黃、淚出。鼽衄、項、背、腰、尻、臑、脚皆痛、小趾不用。」、足厥陰肝経経脉病証「是動則病、腰痛不可以俛仰、丈夫癰疽、婦人少腹腫、甚則噎干。」、靈枢・経筋第十三⁶⁾に、足太陽膀胱経経筋病証「其病小趾支跟腫痛、臑攣、脊反折、項筋急、肩不舉、腋支欠盆中紐痛、不可左右搖。」、足少陰腎経経筋病証「在外者不能俛。在内者不能仰。故陽病者、腰反折不能俛、陰病者不能仰。」とあり、各臓腑に関連する経脉・経筋の異常によって腰痛や腰部の運動障害が出現することは記述されているが、その病因病理に関する説明はないからである。

一部には霊枢・経脉第十と比較して霊枢・経筋第十三に運動器に関連する病状の記述が多いという理由で、経筋が経絡系統の中で運動器系を主とする系統であり運動器系愁訴の治療に有効であるとする説がある⁷⁾。しかし、この説は経絡学説の発展を全く無視した説である。経脉第十よりも霊枢・経筋第十三において運動器に関連する病状の記述が多いのは、内経が著される以前に著された漢墓から出土した《足臂十一脉灸経》の循行走行が経筋の走行と類似し、経筋の走行と経脉の走行との大きく異なる部分は十二経脉の関連性と臓腑に対する絡属関係の部分であることから⁸⁾、臓腑経絡学が発展し治療する疾病が運動器に関連する疾患から内臓疾患に拡大した結果であると考えられる。また、中国において筋肉（muscle）が明確になるのは 1851 年の「全体新論」以降であるとされており⁹⁾、当然のことながら運動器疾患の病因病理を明らかにすることはできないため、その治療は「以痛爲輸（痛みを以て輸と為す：痛いところが治療穴である）」となっているものと考えられる。

経絡治療における本治法と標治法においても、同様のことが言える。本治法とは病理の虚実に対する補瀉であり、標治法とは病症の虚実に対する補瀉とされている¹⁰⁾。本来、病の原因となる病因が病理過程を経て病症に至るのであり、病理に対する治療（本治法）と病症に対する治療（標治法）は同じでなければならない。鍼灸治療院に来院した患者の 92.48%は運動器疾患であったという報告がある¹¹⁾。運動器疾患を本治法だけで治せるのであれば、標治法は必要ないはずである。しかし、標治法が必要である理由は、運動器疾患の病因病理が明らかでないからに他ならない。

IV. 日本における東洋医学の発展のために

東洋医学の短所を克服するためには、運動器疾患がどのような病因病理で生じるのかを陰陽論や臟腑経絡学などを用いて理論化することが必要であり、それにより東洋医学は発展するものと考えられる。

筆者は 2001 年に「軟部組織損傷に対する経脉・経筋伸張法 I. 経脉・経筋伸張法の基礎理論」¹²⁾において『筋の臓象』という概念を著した（図 1）。

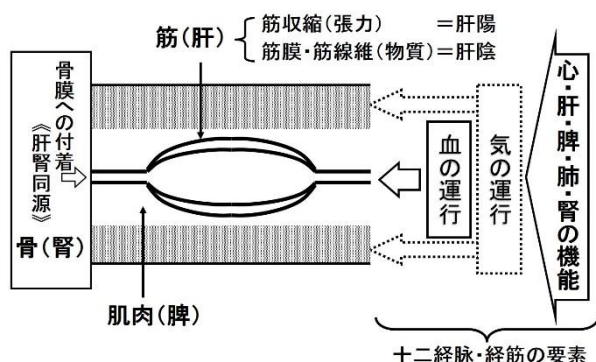


図1. 筋の臓象

東洋医学の理論である陰陽論と臟腑経絡学を用いて“筋”という概念を新たに作ることににより、骨と骨の結合である関節を介して生じる運動を東洋医学によって理解することで、先に述べた運動様式の変化による疼痛やバイオメカニクスの異常による疼痛を東洋医学によって理解できると考えたからである。ただし、このような試みは筆者が始めてではない。1810年に各務文献によって著された「整骨新書」¹³⁾には、“漢方は未だに筋と肉が全く同じものであることを知らないで、みだりにでたらめを言う。骨は自ずから、骨と肉がねっちりと付着し、その肉の裏側に筋があり、その筋の牽引によってちょうどからくり人形のように屈伸するものと理解している。この誤りは実物を明らかにしないことによ

り生じている。わが国もその弊害を受けて今に至り、活眼を開く者は少ない。このことは整骨術において甚大な害であり、私は西洋の説に従って、これを弁明し、これをもって説明する。”とあり、東洋医学の運動器に対する理解が低いことを指摘している。そして同書の“理筋上篇第十三”には、「総じて損傷の害が骨に及ばないで、筋蚕度（蚕度はオランダ語の banden を音訳したもので解体新書によるものである。その後、医範提綱で靱帯と改訳される）の類を損傷するものは、おおよそ滯血凝瘀になっており、決してねじれているのではない。筋蚕度篇第七に述べているとおりであるが、世の医者誤って“スヂチガイ”と称して、みだりにそれを治療することになって既に久しい。このような者はむだに効果がないだけでなく、返って害を招くことが多く、私は深く嘆いている。」としている。これは、『“筋違い（スヂチガイ）”、すなわち“スヂ＝筋（キン）”が“チガイ＝違う＝捻れる”状態は、骨折や脱臼がない限り生じることはなく、捻れるのは関節であり、関節が過度に捻れることにより筋や靱帯が異常に伸長され損傷すると内出血（＝滯血凝瘀）が生じる。したがって内出血に対する治療を行わなければならないのだが、内出血に伴い腫脹が生じれば、“筋＝スジ”が捻れたように見えるので誤診してはならない。“筋＝スジ”が捻れたと誤診すれば、捻れを治そうとしてさらに捻りを加えるような医療過誤が生じ、治る者も治らず返って悪化させることになる。現在はそのような誤った治療をしている医者が多く、私は嘆いている。』と解いており、まさに東洋医学を発展させた内容である。

このように日本において、江戸時代には東洋医学は発展の兆しが見えていたが、その矢先、残念なことに江戸幕府は終焉を向かえる。そして『明治維新の弊害は、わが医道の真実をきわめもしないで、極力排斥し、明治7年に始めて医事法令を発し、翌8年2月には、始めて医師学業試験規則を施行し、さらに翌9年11月には全国に発令して西洋医学の七科を習得しなければ医師となることができないように定めました。ついに明治16年10月には、医師免許規則を改して、政治の助けを借りてわが国特有の医術を棄て医療施策の根本を誤まり、しかも民意を束縛してこの伝統医学が長くひろまり続くことを妨害し、その源をふさいで衰亡するのを待つという処置を取るに至りました』と七代目尾張藩医浅井国幹の告墓文¹⁴⁾にあるように、日本は西洋医学のみを医学と認めた社会秩序を形成したため、東洋医学を復興しようとした先人たちは、西洋医学に認められようとする研究が多くなり、いつしかそれが主流となり、今や江戸時代に発展しようとした東洋医

学の方角性は忘れ去られているように感じる。

筆者は先に述べた『筋の臓象』の理論を基に、鍼灸治療と併用して経脈・経筋を伸張する方法を考案した^{15) 16) 17)}。この経脈・経筋を伸張する方法について、「ちょうどギターのチョーキング(弦を押さえる場所はそのままで弦を引っ張るようにして音を高く変える手法)の要領で伸長する」と著したが(図2)^{15) 16)}、この記述は、1827年に太田晋斎によって著された「按腹図解」¹⁸⁾に解釈という手技の、「ちょうど婦女子が三味線を弾くときにその糸を指先にかけて軽く弾くようにする術である。」(図3)という記述と酷似していた。また日々の臨床で行う股関節に対する施術は、1807年に二宮彦可によって著された「正骨範」¹⁹⁾の「騎龍母法」や「燕尾母法」の図と酷似していた。解剖学や運動学を学んだものと学んでいないものの時代を超えたこの偶然の一致は、日本における東洋医学の発展の方角性を示しているものと考えられる。

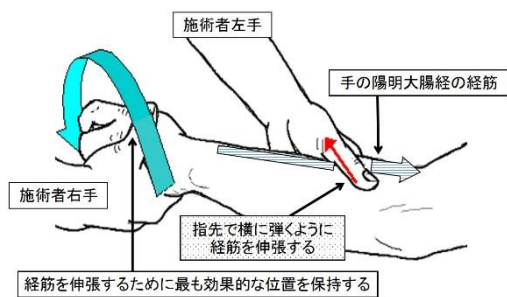


図2. 左・手の陽明大腸経筋の経脈・経筋伸張法

施術者は右手で患者の左手関節を動かし、手の陽明大腸経筋が最も適した緊張になるように誘導し、施術者の左手で過度に緊張した経筋を横に弾くように伸張する。



図3. 解釋の図

太田晋斎：按腹図解(<http://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/832949>)より引用。

明治以降の医療制度は、医師は全ての医療行為を行うことができるが、鍼灸師は鍼灸、あんま・マッサージ師は按摩、柔道整復師は整骨のみが行えるものと定められ、業務範囲や教育要綱も江戸時代とは大きく様変わりした。しかし江戸時代に発刊された按摩や整骨に関する書物には、先に上げた「整骨新書」や「正骨範」、さらに1713年に

宮脇仲策によって著された「導引口訣鈔」²⁰⁾、1801年に藤林良伯によって著された「按摩手引」²¹⁾などがあり、「整骨新書」には「薬剂篇第十七」,「導引口訣鈔」には“鍼灸薬撲法”,「按摩手引」には“鍼術”,「正骨範」には“麻薬部”,“熨薬部”,“膏薬部”,“敷薬部”,“洗薬部”,“丸薬部”,“湯薬部”の項目があり、按摩や整骨は単独で行われていたのではなく、湯液や鍼灸と併用されていたことが分かる。したがって東洋医学を発展させていくためには、現在のような漢方薬治療に関しては日本東洋医学会、鍼灸治療に関しては全日本鍼灸学会、整骨に関しては日本柔道整復接骨医学会のように、ひとつの治療にひとつの学会が存在して、ひとつの治療法についての研鑽がなされることも重要であるが、それらを併用した治療法を研鑽することも重要だと考える。

以上のことから、日本における東洋医学が発展するためには、江戸時代以降に日本において発展すべきであった東洋医学の姿に立ち返り、現在の情報を加味しながら、目の前で起こっている全ての事象を、東洋医学で考え、東洋医学で理解できるように、新たな概念や新たな理論、あるいは新たな言葉などを構築する必要があると考える。

文 献

1. New knowledge: Parkinson's disease may begin in the gut.
<http://newsroom.au.dk/en/news/show/artikel/new-knowledge-parkinsons-disease-may-begin-in-the-gut/> (Accessed July 13,2015.)
2. Rotenone, Paraquat, and Parkinson's Disease. Environ Health Perspect. 2011 Jun; 119(6): 866–872.
(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114824/> (Accessed July 13, 2015.))
3. 趙恩俟主編：中医症候診断治療学，天津科学技术出版社：p175-181, 1987.
4. Jenny Strong, Anita M. Unruh, Anthony Wright, G. David Baxter 編著，熊澤孝朗監訳：臨床痛み学テキスト，産学社エンタプライズ出版部：p47-71, p285-308, 2007.
5. Rene Cailliet 著，荻島秀男訳：痛み-そのメカニズムとマネジメント，医歯薬出版：p214-230, 2001.
6. 天津科学技术出版社編：袖珍中医四部經典，靈樞・経脉第十，経筋第十三，天津科学技术出版社：p 331-342, p348-353, 1986.
7. 篠原昭二：運動器系愁訴に対する経筋を応用

- した皮内鍼の有効性に関する臨床的研究.明治鍼灸医学, 第 26 号 : p65-80, 2000.
8. 藤本蓮風監修 : 臟腑経絡学ノート, 谷口書店 : p317-336, 1991.
 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 : p49-61, 2009.
 10. 樋口秀吉 : 経絡治療の立場から, 日東医誌, Vol.57 No.1 : p18-20, 2006.
 11. 上山 茂, 岩槻 弘, 織田ふみ他 : 茨城県における鍼灸患者の実態.全日本鍼灸学会雑誌, 37 卷 2 号 : p145-151, 1987.
 12. 松本和久 : 軟部組織損傷に対する経脉・経筋伸張法 I . 経脉・経筋伸張法の基礎理論, 季刊東洋医学, Vol.7, No.1 : p50-58, 2001.
 13. 各務文献 : 整骨新書,
http://archive.wul.waseda.ac.jp/kosho/ya09/ya09_01118/ (Accessed July 2, 2012.)
 14. 矢数道明 : 尾張藩医宗浅井家の業績と国幹の「告墓文」について, 日本東洋医学雑誌, 第 44 卷第 3 号 : p1-11, 1994.
 15. 医道の日本社編集部編 : LESSON12 経筋に対する活法 (経筋伸張法) と腰痛, 臨床家のための腰痛に対する 16 のアプローチ, 医道の日本社 : p 111-120, 2010.
 16. 松本和久 : 疾患から人を治す治療へ“リハビリテーションの立場から”, 明治国際医療大学誌第 6 号 : p 86-87, 2012.
 17. 松本和久 : 柔道整復学に関する文献的考察～“按摩”と“整骨”の関連性と柔道整復学研究の方向性について～, 明治国際医療大学誌第 7 号 : p7-19, 2012.
 18. 太田晋斎 : 按腹図解.
<http://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/832949>
(Accessed July 2, 2012.)
 19. 二宮彦可 : 正骨範. <http://www.shiga-med.ac.jp/library/kawamura/content/bunsatsu/KO078.html> (Accessed July 2, 2012.)
 20. 宮脇仲策 : 導引口訣鈔. <http://edb.kulib.kyoto-u.ac.jp/exhibit/fs2/image/fs2shf/fs2sh0001.html>
(Accessed July 2, 2012.)
 21. 藤林良伯 : 按摩手引. <http://edb.kulib.kyoto-u.ac.jp/exhibit/kichosearch/src/fuji62.html>
(Accessed July 2, 2012.)

Toward the development of oriental medicine in Japan

Kazuhisa MATSUMOTO

Meiji University of Integrative Medicine

Abstract

One advantage of oriental medicine is its ability to treat a phenomenon with an unknown cause by interpreting the cause as disharmony between the human body and nature, including pre-disease conditions that cannot be treated in Western medicine, mental depression, or an external force applied to the body. However, one of its disadvantages is the lack of consistency in the treatment of diseases with unknown etiologies and pathologies, such as motor disorders. To promote the use of oriental medicine, it is important to understand its advantages and disadvantages. It is also important to further theorize disease etiologies and pathologies using the concept of Yin and Yang, and the theory of the zàng-fǔ organs, meridians, and collaterals, while emphasizing ataraxia and harmony with nature. In Japan, such attempts began in the 1800s (during the Edo period) but were later discontinued for political reasons. Therefore, to promote oriental medicine in Japan, it is important to understand how oriental medicine would most likely have developed after the Edo period, had it not been interrupted. Then, by incorporating information available today, we should establish novel concepts, theories, and terms to conceptualize and understand all phenomena observed in oriental medicine.

日本型東洋医学の原点

伴 尚志

一元流鍼灸術研究所

要旨：沢田健が絶賛した東洋医学の基本的書物に「難経鉄鑑」がある。

「難経鉄鑑」は江戸時代中期に広岡蘇仙によって著され、仏教の身体観すなわち「臍下丹田を中心とした気一元の身体観」が『難経』には描かれているということを明らかにした書物である。

広岡蘇仙の示した“身体観”は、支那大陸を代表する張景岳の「景岳全書」、および現代中医学における凌耀星の「難経校注」においても未だ示されていない。

したがって、「難経鉄鑑」における「臍下丹田を中心とした気一元の身体観」は、日本独自の身体観であると言える。

このような日本独自の身体観が生まれた背景には、江戸時代の反知性主義の影響が考えられる。反知性主義とは「知性を捨てて本能に赴く」のではなく、「知性の根拠である言語を疑い、言語を越えた真実の世界に立脚して知性を顧みる」ことである。

沢田健が常々語っていた言葉に、「書物は死物なり。死物の古典を以て生ける人体を読むべし。」がある。我々は、文字の糟粕を超えて患者の身体から、真の古典を読み取る。すなわち、言葉を越えた真実を掴む努力をしなければならないと考える。

Key words 東洋医学 Oriental Medicine, 身体観 view of the body, 難経 Nan Jing, 反知性主義 anti-intellectualism, 沢田健 Ken Sawada

I. はじめに

Richard Hofstadter は、「浮き世離れしたなまっちろいエリート」の机上の空論より、現実根ざした一般庶民の身体感覚に根ざす直観こそが貴いという考え、それこそが反知性主義の基盤だ。しかもそれはアメリカにおいては、建国の理念の一部ですらあり、その後のアメリカの世界支配の足がかりでさえある。」¹⁾と述べ、反知性主義は言葉で積み上げられた知識を乗り越えて、リアリティの世界に知の根拠をおく姿勢であり、現代のアメリカにおいてその知の根拠となっているものである。

反知性主義は、現代において我々が東洋医学の古典という言葉の集積を乗り越えていくための指針を与えてくれる可能性がある。その理由は、反知性主義が文字として書かれているものや概念の定義を信頼し、言葉の意味を定義して満足している「知識人」たちへの批判の言葉だからである。言葉が言葉として発生する以前の思い、言葉として発せられる以前の体験を重んずる姿勢が、反知性主義という言葉には込められている。これは、知に対する誠

実さ、事実を知に優先させ検証し続ける臨床家にとって、なくてはならない発想である。

沢田健 (1877 年～1938 年) は反知性主義を貫いた大正時代から昭和にかけて名人と呼ばれた鍼灸師であり、「書物は死物なり。死物の古典を以て生ける人体を読むべし。」²⁾の言葉を残している。沢田健が絶賛した東洋医学の基本的書物に「難経鉄鑑」がある。「難経鉄鑑」は江戸時代中期、1700 年代前半に広岡蘇仙 (1696 年～没年不詳) によって著された書物であり、日本において「知」が大衆化された時代、そして反知性主義の時代を背景に、支那大陸で積み上げられた古典群を実際の臨床と照らして徹底的に探求した結果、「臍下丹田を中心とした気一元の身体観」が『難経』には描かれているということを明らかにした書物である。

本論文は、「難経鉄鑑」に著された日本独自の“身体観”と支那大陸との違いを明確にすると共に、日本独自の“身体観”が生まれた時代背景を垣間見ることから、現在の我々が古典と向き合う姿勢を論じることとする。

II. 難經鉄鑑³⁾

日本の医学は、禅僧と武士とが結びついていた時代には、僧が医者となる僧医と呼ばれた人々が中心となって築かれた。したがって日本には、もともと仏教の身体観を受け入れる土壌があったと考えられる。その上で、座禅によって身体を中心である「肚」が極められ、全身の根本を診る方法として腹診術が日本において発展したものと考えられる。その後、江戸時代初期には、知の大衆化と深化とを同時に遂げた反知性主義の時代を迎え、支那大陸で積み上げられてきたいわゆる古典群が、実際の臨床と照らして徹底的に探究された時代に、『難経鉄鑑』は著された。

「難経鉄鑑」の諸篇錯綜の図には、“一団の原気”と名づけられた一団の図とその解説が記されており（図1）、「難経鉄鑑」が書かれた意味と、広岡蘇仙による『難経』解釈の基本が以下のように示されている。

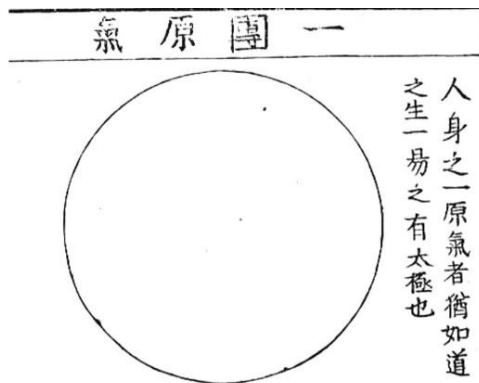


図1.「難經鉄鑑」諸篇錯綜の図

「一団の原気が、百骸〔注：全身〕を弥綸している〔注：すっぽりと糊で封をしたように継ぎ目も見せず包みこんでいる〕状態の人は、健康な人である。もし少しでも充実していない部分があれば、それがすぐに病変を引き起こす。

そのような時には、その人の生気をその部分に誘い導くようにすることが、その治療法となる。

このような生気をうかがい知る方法が脈診であり、このような気の状態を説いている経典が『難経』である。

『難経』はその八十一篇によって、一原の妙悟〔注：一原の原気についての深い理解〕を起てているのである。

そのため、その言葉の意味や内容は全て一氣の玄要

〔注：一原の原氣そのものの深い理解〕に帰して考えていかなければならない。

玄迪先生〔注：「序」の筆者〕は、『難経』は元気を説いた書物である」と語っている。この一言で『難経』を語り尽していると言えるであろう。」

また、「難経鉄鑑」の六十六難の図には、腎間の動気と

三焦と原穴との関係を示し、東洋医学的な生理的な人間の構造を示した一つの身体観が描かれている（図2）。このように「難経鉄鑑」では、『難経』そのものが一元の気の変化を説いたものであり、その中心に腎間の動気があるということが明らかにされている。

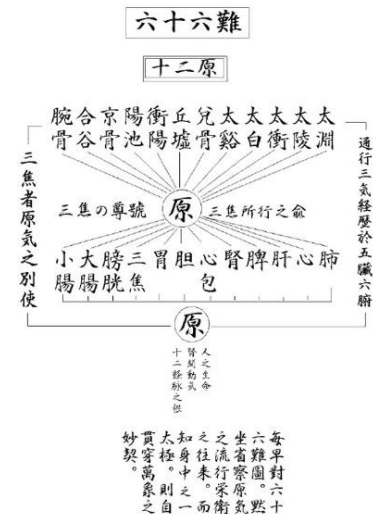


図2.「難経鉄鑑」 六十六難の図

広岡蘇仙は井原閔を師とし、1713 年から 3 年間、京都で『難経』を学んでいる。井原閔とは井原道閔（1649 年～1720 年）のことと考えられ、味岡三伯の弟子で四傑と呼ばれた一人であり、「医学三蔵弁」を著したとされているが現存していない。しかし同じく四傑の一人、岡本一抱が著した「医学三蔵弁解」から、味岡三伯一門の中では「『難経』の三焦論を基にした身体観」が広く論議されていたと考えられる。

Ⅲ. 支那大陸における身体観

明末の大医学家である張景岳（1563 年～1640 年）は、その大著「景岳全書」⁴⁾の冒頭の“伝忠録”に下記のように述べている。

「一つの気が、先天的に存在している。これを名付けて太極という。太極が生ずることを名付けて易という。易の中に造化があり陰陽に分れる。陰陽の分れたものは休むことなく動く。剛と柔とが互いに影響しあい乾坤ができあがり、さらに剥・復・夬・姤の群れが発生する。初めに先天を得、次に後天を成し、気血は、ここに来源する。陰陽の気がしっかりしていれば、長寿を迎えることができる。陰陽という竜虎が飛騰する状態となれば、その家宅を失うことになる。(先天的に存在している一つの気のことを太極といい、これが生ずって休むことがないことを「易」と景岳は呼んでいる。易の中で起こる造化作用によって、剛なるもの〔注：堅いもの・突き進むもの・矛〕と柔なるもの〔注：柔らかいもの・受け止めるもの・盾〕とが互いに影響し合い乾坤という天地ができ、そしてそ

の場に森羅万象ができあがる。これを易では六十四卦〔注：ここでは剥・復・夬・姤で代表される〕で表現する。その森羅万象の宇宙〔注：この宇宙という言葉も、時間である宙と空間である宇という言葉で成り立っている〕の中で、先天的な形としての生命を得て、後天的な水穀の受納排泄作用が機能していくことによって、人身の大本である気血ができあがる。陰陽の気〔注：すなわちここでは気血〕がしっかりしていれば長寿となるが、気血がばらばらに暴れるような状態となると、家宅である生命を人は失うことになる。〕⁶⁾

また、現代中医学者の俊英と言える凌耀星の『難経校注』には、『難経』の三焦論について以下のように述べている⁵⁾。

- 1) 手の少陽三焦経は十二経脈の一つである。経脈が循環し流注している過程で、血気は手の心主の脉から手の少陽三焦経に注ぎ、手の少陽から足の少陽胆経に注ぐ。手の少陽の原穴は陽池に出る。
- 2) 三焦は六腑の一つではあるけれども、一つの独立した実質臓器ではなく、その形態や大小を述べることはできない。そのため、名ありて形がなく、同時に、その他の五腑が五臓に属するのとは異なるため、『外府』と呼ばれている。
- 3) 三焦は形がないと言われているが、名称と部位はある。上中下の三焦にはそれぞれにある範囲がある。これは水穀の道路であり、受納したり、腐熟したり、清濁を分別し伝導して出すという運化の過程がある。これによって化生された精気は全身に提供される。このため三焦は気の終始する所であり、諸気を主るとされる。
- 4) 三焦の気がめぐる所には止まる場所があり、これが十二経の原穴である。三焦は原気の別使であり、三焦の原は臍下腎間の動気にある。これをまた、生氣の原・呼吸の門・守邪の神と呼ぶ。ここはまた、十二経・五臓六腑の根本・人の生命の係る所である。

以上のように、凌耀星の『難経』の注釈は三焦という言葉の解釈であり、そこには広岡蘇仙の「臍下丹田を中心とした気一元の身体観」のような古典をこえるような意志はなく、また張景岳においても当時もっとも進歩的な考え方であった朱子学の観念論から離れることができていない。

朱子学は江戸時代の初期、公的な学問＝官学として日本においても普及していたが、このように支那大陸では乗り越えられなかった朱子学の壁を、日本では如何にして乗り越え、独自に発展することができたのかについて、江戸時代の反知性主義を通じて述べる。

IV. 江戸時代の反知性主義

江戸時代初期は、長く続いた戦国時代のために下克上の気風がはびこり、まだ残る多数の浪人を社会に吸収し

きれず、さらにキリスト教による精神的な侵略によって、やっと訪れた平和を破壊する反幕府暴動が起こったことから、思想的な無秩序状態に対して、統治哲学を導入し社会の思想的な安定を図る目的で、江戸幕府は朱子学を導入した。このことを著名な思想家であり歴史家である徳富蘇峰(1863年～1957年)は、林羅山一族を「学問上の小幕府と見るべきものであった。」⁶⁾としている。また、「林家〔注：林羅山一族〕は、幕府と終始して、御用学者となり、御用学問の本山となった。而して異学・異説の制禁は、いずれも皆この本山よりして、もしくはこの本山を経由して、出で来たった。」⁶⁾として、江戸時代初期のキリスト教の処理から始まった平和への努力は次に、浪人達のもつ様々な思想の統制へと向かっていく。

この官学の動向に対して、私学(官学に対する言葉)と呼ばれる、学問そのものを愛し、己に照らして探究しようとする人々が根強く存在した。その背景には、1) 明が滅び、支那大陸の統治学問としての朱子学の正統性が疑われたこと、2) 明の遺臣が来朝し、その私事を捨て公に尽くすという「志士的气分」⁶⁾に当時の学者達が感化されたこと、3) 戦国時代が終わり、文武両道が武士によって職業的に大衆に広められたこと、4) 徳川綱吉によって学問が奨励され、一気に大衆化したこと、などがあったとされている。その私学の代表に近江聖人：中江藤樹(1608年～1648年)がいた。

小林秀雄は林羅山を官学の代表者、中江藤樹を私学の開拓者として両者を「明瞭に対立する考えを抱いていた」と評し、「藤樹は、儒家の理想主義或は学問の純粋性を、羅山は、儒官の現実主義或は学問の実用性を、はっきり表明した。この二つの道、当時の言葉で言えば、この二つの血脈は、長く跡を引くのである。」⁷⁾と述べている。また、「彼の学問の本質は、己を知るに始まって、己を知るに終るところに在ったと言ってもよい。学問をする責任は、各自が負わねばならない。真知は普遍的なものだが、これを得るのは、各自の心法、或は心術の如何による。それも、めいめいの「現在の心」に関する工夫であって、その外に、「向上神奇玄妙」なる理を求めんとする工夫ではない。このような烈しい内省的傾向が、新学問の夜明けに現れた事を、とくと心に留めて置く必要を思うのである。」⁷⁾として、中江藤樹は学問を、己を究めることに用い、自分自身が理解することができる範囲で学問するという誠実な態度を取り、1644年に陽明学と出会うことでさらに発展することになる。その結果、「藤樹の独創は、在来の学問の修正も改良も全く断念して了ったところに、学問は一つたん死なねば、生き返らないと見極めたところにある。従って、「一文不通にても、上々の学者なり」(『翁問答』改正篇)とか、「良知天然の師にて候へば、師なしとても不苦候。道は言語文字の外にあるものなれば、不文字なるもさはり無御座候」(『与森村伯仁』)という烈しい言葉にもなる。学問の起死回生の為には、俗中平常の自己に

還って出直す道しかない。思い切って、この道を踏み出してみれば、「論語よみの論語しらず」という諺を発明した世俗の人々は、『論語』に読まれて己を失ってはいない事に気付くだろう。「心学をよくつとむる賤男賤女は書物をよまずして読なり。今時はやる俗学は書物を読んでよまざるにひとし」(『翁問答』改正篇)⁷⁾となり、得てして観念的な宇宙論に走り、「向上神奇玄妙」なる理を求めようとしていた朱子学と決別したものと考えられる。

このような中江藤樹の反知性主義の中身は、己自身を知ること—無知である己自身を知るところにあり、中江藤樹の求道の知の覚悟の底、近江聖人を聖人たらしめた近江の民衆の心の底にはおそらく、日本の伝統的な知の深い海流—文字のない時代に成立していた神道の伝統があったものと考えられる。

以上のことから、張景岳の乗り越えられなかった朱子学の観念論を広岡蘇仙が乗り越えることができたのは、彼が単に優れていたということではなく、江戸時代初期に発生したきわめて日本的な時代的な問題であり、「その実際に対応して古典を読み砕く」⁷⁾という、古典を読む姿勢が横溢していた時代が日本には存在しており、元禄時代を中心としたその時代精神は、自由で反権威主義的な、知を愛し謳歌した人々がいた時代であったと考えられる。

V. おわりに

沢田健が常々語っていた言葉に、「書物は死物なり。死物の古典を以て生ける人体を読むべし。」²⁾がある。その中身は実は、古典の発祥の地こそ人体である、人体を読むことこそが本当の古典を解読する道である、というところにある。そしてこの「言葉以前の場」こそが実は、汗牛充棟たる古典と呼ばれる書物の山を古人とその伝承者が築いた、その始まりの場所でなければならない。我々が行うべきことは、この古典の発祥の地に再び裸で立ち、言葉にする以前に学び、湧き上がる思いが出るのを待つことであり、そこにありつづけることによって発せられる呻くがごとき言葉こそが、未来において古典と呼ばれるものになると考える。

反知性主義とは「知性を捨てて本能に赴く」のではなく、「知性の根拠である言語を疑い、言語を越えた真実の世界に立脚して知性を顧みる」ことである。我々は、文字の糟粕を超えて患者の身体から、真の古典を読み取る。すなわち、言葉を越えた真実を掴む努力をしなければならないと考える。このたゆむことのない努力があって始めて、東洋医学が古典の呪縛から放たれ、人類の未来に貢献する「鍼灸古道の真価を全世界に顕揚し、失われたる東洋医道の名誉を回復し、西洋医学の誤りを正して、以て天下蒼

生をして生の楽しみを享受せしめんとする」²⁾ものと考ええる。

文 献

1. 山形浩生の「経済のトリセツ」：反知性主義 1：ホフスタッター『アメリカの反知性主義』知識人とは何かを切実に考えた名著、
<http://cruel.hatenablog.com/entry/2015/08/20/185544>,
(Accessed September 2, 2015.)
2. 代田文誌著：鍼灸真髓、医道の日本社、p11,p10,第13版,1982.
3. 伴 尚志現代語訳：難経鉄鑑。たにぐち書店、第2刷、2009.
4. 伴 尚志現代語訳：景岳全書。伝忠録、たにぐち書店、2014.
5. 凌耀星著：難経校注。人民衛生出版社、p116,1991年
6. 徳富蘇峰：近世日本国民史 徳川幕府思想篇。講談社学術文庫、p88,p317,1983.
7. 小林秀雄：本居宣長上改版。新潮社、p91,p97,p99-100,2007.

The Origins of Traditional Japanese Oriental Medicine

Takashi BAN

1 GEN-RYU-ACUPUNCTURE TECHNIC INSTITUTE

Abstract

One foundational text of Traditional Japanese Oriental medicine that Ken Sawada greatly admired is *Nangyo Tekkan*. This text, which was written by Sosen Hirooka in the middle years of the Edo period, revealed that *Nan Jing* depicted a Buddhist view of the body, namely, a chi monism view that the body's energy center is located in the lower abdomen. This view of the body that Hirooka described is not described in *Jingyue Quanshu* (The Complete Works of Zhang Jingyue), a representative text from mainland China by Zhang Jingyue, or even in *Nan Jing Jiao Zhu*, a modern-day text by Ling Yaoxing on Chinese medicine. Therefore, this chi monism view proposed in *Nangyo Tekkan*, where the body's energy center is located in the lower abdomen can be said to be a uniquely Japanese view of the body. A likely factor that contributed to the birth of this uniquely Japanese view is the influence of anti-intellectualism during the Edo period. The aim of anti-intellectualism was not to abandon intellectualism and follow only instinct, but rather to doubt words, which form the basis for intellectualism, and scrutinize intellectualism while grounded in a world of truth that transcends words. Ken Sawada often said, "Do not read the classics, for they are dead. Instead, use the dead classics to read the living human body." He believed that we can transcend the banality of words and read true classics from the bodies of patients, or in other words, that we must endeavor to elucidate truth that transcends words.

日本独自の東洋医学に基づく一次性変形性膝関節症の 発生機序とその治療

— 広岡蘇仙の「難経鉄鑑」と各務文献の「整骨新書」に基づく考察 —

松本和久

明治国際医療大学

要旨：広岡蘇仙の記した難経鉄鑑の諸篇錯綜の図には、「一団の原気が百骸を弥綸している人は健康であり、もし全てが充実していなければ直ぐに病変が生じる。」とある。また、各務文献の記した整骨新書には、「漢方は未だに筋と肉が全く同じものであることを知らないで、みだりにでたらめを言う。…私は西洋の説に従って、これを弁明し、これをもって説明する。」とある。この二つの日本独自に発展した東洋医学に基づいて、一次性変形性膝関節症の発生機序を明らかにした。

加齢による腎気の脆弱化に応じて社会的役割を縮小しないと、一団の原気の不足が生じ、腎経の経筋にひきつりと疼痛が生じる。ただし腎経の経筋にひきつりは無意識下に自己組織的に膝関節のアライメントを歪ませ、経筋のひきつり＝短縮を補正する。そのため病証は一定せず、消失したり他の経筋に病証が出現したりする。

そのため一次性変形性膝関節症の治療は、無意識下に自己組織的に生じた関節アライメントの歪みと運動様式の変化を矯正し、その状態での静的および動的な身体感覚を認知させることで、釣り合いのとれた身体構造と社会的役割を構築し、一団の原気が満ちるように腎気を補うことである。

Key words 変形性膝関節症 knee osteoarthritis, 東洋医学 Oriental Medicine, 関節アライメント joint alignment, 難経 Nan Jing, 整骨新書 Seikotsu Shinsho

I. はじめに

骨関節症・変形性関節症（osteoarthrosis, arthrosis deformans）は関節軟骨の変性と軟骨下骨の骨改変に始まり、進行するとそれらの破壊・変形をきたすことから変形関節疾患（degenerative joint disease）ともいわれる。反応性の骨の増殖性変化や二次性滑膜炎も伴うことから hypertrophic arthrosis, osteoarthritis とみられる。変形性関節症には、原疾患に続発して発症する二次性関節症 secondary osteoarthrosis と、原疾患がなく主に加齢により生じる一次性関節症 primary osteoarthrosis とに分類される¹⁾。

変形性膝関節症に対する整形外科の治療は、疼痛時には歩行を控え、運動療法として臥位での膝関節可動域訓練、膝周囲筋力の強化運動を行う。装具療法としては、内反変形では外側楔型足底板や膝サポーターを装着する。

薬物療法では、外用薬、内服薬（消炎鎮痛剤）、座薬、関節内注射（ヒアルロン酸、ときに局所麻酔薬やステロイド剤）が用いられ、それらの保存療法で効果がない場合は、人工膝関節置換術などの手術療法が選択される²⁾。

一方、東洋医学における膝関節周囲の疼痛および運動制限に関する記述には以下のものがある³⁾。

1) 霊枢経脉第十：胃足陽明之脉、…是主血所生病者、狂瘧温淫汗出、𩑦衄、口喎唇𩑦、頸腫喉痺、大腹水腫、膝膑腫痛、循膺乳、氣衝、股、伏兔、𩑦外廉、足跗上皆痛、中指不用。

2) 霊枢経脉第十：脾足太陰之脉、…是主脾所生病者、舌本痛、体不能動搖、食不下、煩心、心下急痛、漉、瘕、泄、水閉、黄疸、不能臥、強立、股膝内腫厥、足大趾不用。

3) 霊枢経脉第十：膀胱足太陽之脉、…是動則病衝頭痛、目似脫、項如拔、脊痛、腰似折、髀不可以曲、臑如結、蹠

如裂，是為踝厥。是主筋所生病者，痔瘡狂癲疾，頭顙項痛，目黃淚出勳衄，項背腰尻¹脚²皆痛，小指不用。

4) 靈樞經第十：胆足少陽之脉，…是主骨所生病者，頭痛額痛，目銳眦痛，欬盆中腫痛，腋下腫，馬刀俠瘰，汗出振寒，瘡，胸脇肋³脾⁴膝外至脛⁵絕骨外踝前及諸節皆痛，小指次指不用。

5) 靈樞經第十三：足太陽之筋，…其病小指支，跟腫痛，⁶脊反折，項筋急，肩不舉，腋支，欬盆中紐痛，不可左右搖。

6) 靈樞經第十三：足少陽之筋，…其病小指次指支⁷筋，引⁸膝外⁹筋，¹⁰膝不可屈伸，¹¹筋急，前引¹²脾，後引¹³尻，即上乘(月少)季脇痛，上引¹⁴欬盆¹⁵膺乳頸，維筋急，從左之右，右目不開，上過右角，并躄脉而行，左絡于右。

7) 靈樞經第十三：足陽明之筋，…其病足中指支¹⁶脛¹⁷筋，¹⁸脚跳堅，¹⁹伏兔²⁰筋，²¹脾前腫，²²瘡疔，²³腹筋急，²⁴引²⁵欬盆及頰，²⁶卒口僻，²⁷急者目不合，²⁸熱則筋縱，目不開。

8) 靈樞經第十三：足太陰之筋，…其病足大指支，內踝痛，²⁹筋痛，³⁰膝內輔骨痛，³¹陰股引³²脾而痛，³³陰器紐痛，³⁴上引³⁵臍兩脇痛，³⁶引³⁷膺中脊內痛。

9) 靈樞經第十三：足少陰之筋，…其病足下³⁸筋，及所過而結者皆痛及³⁹筋。

このうち靈樞・經第十に記述されている内容は，例えば胆足少陽之脉では，『是れ骨を主として生じる所の病は，頭痛，額痛，目の銳皆痛み，欬盆の中腫痛し，腋下腫れ，馬刀俠瘰，汗出て振寒し，瘡，胸，脇，肋，脾，膝外脛に至り，絶骨，外踝の前及び諸節みな痛み，小趾の次趾用いられず。』とあり，結核性のリンパ節炎やマラリア様の発熱状態と合わせて生じる感染性の関節炎と考えられ，原疾患がなく主に加齢により生じる一次性関節症の特徴とは異なっている。したがって，本稿では靈樞・經第十以外の靈樞・經筋第十三について論ずることとする。

靈樞・經筋第十三の膝関節の疼痛や運動制限に関連する部分（下線を引いた部分）は以下のように解説されている⁴⁾。

5) 足の太陽膀胱經の經筋の病証は，委中穴周囲が痙攣する…。

6) 足の少陽胆經の經筋の病証は，大腿筋膜張筋が引きつり，腸脛靱帯が緊張することで膝関節の屈伸が困難となる，委中穴周囲の筋が攣縮する，前は大腿筋膜張筋，後ろは内側ハムストリングスの方向に，対角線上に筋緊張の増加を認める，…。

7) 足の陽明胃經の經筋の病証は，足の中趾および前脛骨筋が痙攣し，足背が引きつり，伏兔穴周囲が痙攣し，大腿の前面が腫れる。

8) 足の太陰脾經の經筋の病証は，膝関節の内側が痛み，内股から大腿前面がつっぱって痛む。

9) 足の少陰腎經の經筋病証は，足底部が引きつり，經筋が通過するところで結ばれるところは全部痛み引きつる。

また素問・痺論篇第四十三には，次のような記述がある³⁾。

10) 黄帝問曰：痺之安生？岐伯對曰：風寒濕三氣雜至，合而為痺也。其風氣勝者為行痺，寒氣勝者為痛痺，濕氣勝者為著痺也。…帝曰：夫痺之為病，不痛何也？岐伯曰：痺在于骨則重，在于脉則血凝而不流，在于筋則屈不伸，在于肉則不仁，在于皮則寒（痺が筋にあると屈曲したまま伸びなくなる）。

現在の鍼灸医学ではこれらの記述をもとに，変形性膝関節症や関節リウマチ等は「痺証」のカテゴリーに属すとか，あるいは局所治療や愁訴と関連する経絡上の治療だけでは不十分で，臓腑を中心とした治療が必要となる病態である²⁾とか，都合の良い解釈をしてきた。しかし，中国において筋肉 (muscle) が明確になるのは1851年の「全体新論」以降であるとされており⁵⁾，1810年に各務文献によって著された「整骨新書」⁶⁾には，“漢方は未だに筋と肉が全く同じものであることを知らないで，みだりにでたらめを言う。骨は自ずから，骨と肉がねっちりと付着し，その肉の裏側に筋があり，その筋の牽引によってちょうどからくり人形のように屈伸するものと理解している。この誤りは実物を明らかにしないことにより生じている。わが国もその弊害を受けて今に至り，活眼を開く者は少ない。このことは整骨術において甚大な害であり，私は西洋の説に従って，これを弁明し，これをもって説明する。”とあり，江戸時代後期以前の東洋医学には“関節”や“筋”の概念が存在しなかったため，各務文献は西洋医学の解剖学や運動学の知識を取り入れ，東洋医学を発展させようとしたものと考えられる。

そこで本稿では，広岡蘇仙の「難經鉄鑑」と各務文献の「整骨新書」の見解を，日本において独自に発展した東洋医学（日本独自の東洋医学）として位置づけ，「一団の原氣」と東洋医学に不足していた「関節と筋」の概念を持って，一次性変形性膝関節症の発生機序とその治療法について論じることとする。

II. 難經鉄鑑の「一団の原氣」

広岡蘇仙の記した難經鉄鑑の諸篇錯綜の図には，「一団原氣弥綸百骸者健人也。若者一不充者乍生病変。（一団の原氣が百骸を弥綸している者は健人なり。もしすべて充たされざる者はたちまち病変を生ず。）」とあり，円を描き，人身之一原氣者猶如道之生一易之有太極也（人身の一原氣は道が一を生じ易に太極が有るがごとし）としてそれを表現している⁷⁾（図1）。

中国医学にも「全体觀」という概念は有るが⁸⁾，広岡蘇仙は日本において難經の理解を深め，上記のような独自の概念を作るに至ったものと考えられる。

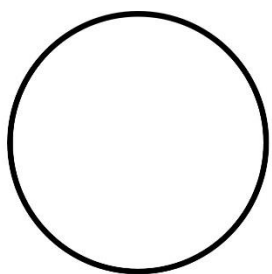


図1. 諸篇錯綜の図
「一団の原気」

Ⅲ. 一団の原気概念による身体と社会の関係

人は高度に完成した構造が描かれた設計図を持って生まれてくるが、その構造を使うマニュアルは持っていない。したがって、成長に合わせて様々な経験を通じてその構造の使い方を試行錯誤で学習する⁹⁾。またそれに応じて対応する社会も、家庭内から親に連れられて行く幼稚園、そして徒歩で通える小学校と行動範囲が広がると共に社会との接点が多くなる。そして義務教育を終えると公共交通機関を使用したり住居を移したりして、さらに行動範囲が広がると共に徐々に社会的役割が生じるようになる。成人になると身体構造と社会的役割が充実していき、正常では一団の原気が満たされた状態で徐々に拡大し、一定の状態で維持される(図2)。その後、加齢により身体構造が虚弱になると、一団の原気で満たされる容量が減少するため、徐々に社会的役割を縮小し行動範囲を狭めながら、最終的に終焉を迎えるというのが正常な姿であると考えられる(図3)。

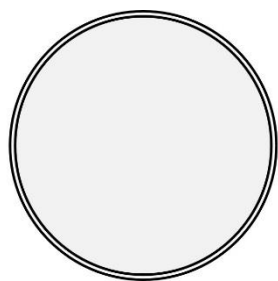


図2. 「一団の原気」に満たされた身体構造と社会的役割

社会的役割(外の円)と身体構造(内の円)は等しい大きさで中には原気が満たされている。

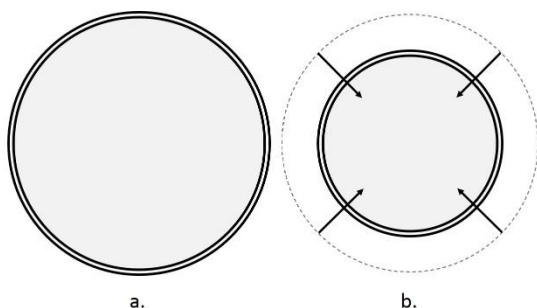


図3. 加齢と共に縮小する身体構造と社会的役割

a.は成人、b.は高齢者を示す。
a.と比較してb.は社会的役割(外の円)と身体構造(内の円)は縮小しているが、その大きさは等しく、中には原気が満たされている。

しかし、加齢による身体構造の脆弱化に対応して社会的役割を縮小できず行動範囲を狭めなかった場合、一団の原気に不足した部分(色)が出現し、不足した部分を欠いた歪な身体構造(変形)を形成することになる(図4)。

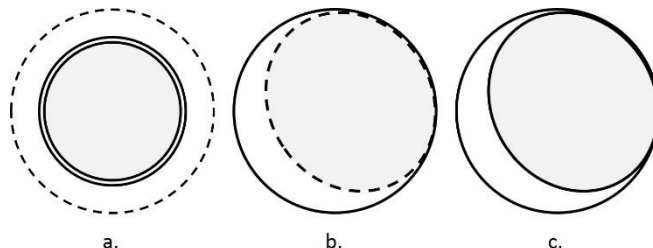


図4. 加齢と共に縮小しない身体構造と社会的役割

a.健全な高齢者を示す。点線は加齢前の身体構造と社会的役割を表す。
b.社会的役割(外の円)に対して身体構造(内の円)は縮小しており、一団の原気が満たされていない部分(色の付いていない部分)が生じている。
c.時間経過と共に、b.の点線が実線となり、歪な身体構造(変形)が生じる。

Ⅳ. 日本独自の東洋医学に基づく一次性変形性膝関節症の発生機序

藤林良伯の著した按摩手引には、「肘臂の心得」と「足の心得」の項目があり、それぞれ上肢と下肢を六角柱に見立てている¹⁰⁾。按摩手引の本文では経絡の走行に誤りも認められるため、それを修正して図示する¹¹⁾(図5)。この図と一団の原気概念を合わせて、一次性変形性膝関節症の発生機序について考察する。

正常な状態は、図6に示すように足の三陰・三陽の経絡は一団の原気に満たされて釣り合いがとれた状態を呈する。

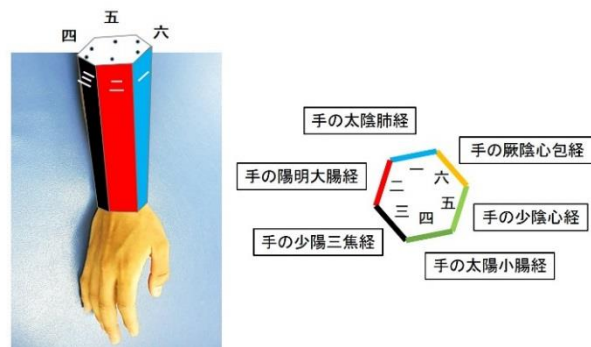


図5. 「按摩手引」における「肘臂の心得」

前腕を六角柱に見立てて、経絡の流注を表現している。

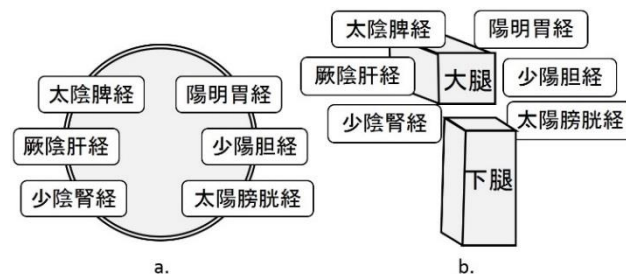


図6. 正常な膝関節

a.「一団の原気」の図に下肢の経絡を合わせたもの。
b.それを三次元的に立体化して表現したもの。
「一団の原気」に満たされ、釣り合いが取れた状態を呈す。

素問・上古天真論篇第一³⁾には、「五八、腎気衰、髮墮齒槁；六八、陽気衰竭於上、面焦、髮鬢頽白；七八、肝気衰、筋不能動、天癸竭、精少、腎藏衰、形體皆極；八八、則齒髮去、腎者主水、受五藏六府之精而藏之、故五藏盛、乃能寫。今五藏皆衰、筋骨解墮、天癸盡矣。故髮鬢白、身體重、行步不正、而無子耳。(五八(40歳)、腎気衰えて、髮墮ち齒槁(かれる)。六八(48歳)、陽気竭きて衰え上に於いて、面焦し、髮鬢頽白(まだら)となる。七八(56歳)、肝気衰えて、筋の動き不能して天癸竭き、精少なくて、腎臓衰え、形體(からだの形)皆極まる。八八(64歳)、則ち歯も髪もぬけ去る。腎という者は水を主り、五臓六腑が受ける精を蔵し、故に五臓盛んなればすなわち寫すこと能う、今五臓皆衰え、筋骨解け墮ち、天癸尽きのみ。故に髮鬢白く、身體重く、歩行正しからず、而して子無くすのみ。)」とある。したがって、一次性の変形の原因は加齢であることから、脆弱化する経絡は少陰腎経と考えられる。この少陰腎経の脆弱化に反して行動範囲を狭めなかった場合、靈枢経筋第十三：足少陰之筋、…其病足下転筋、及所過而結者皆痛及転筋(足裏(湧泉穴あたり)のひきつりと、流中上での疼痛と転筋が生じる)とあるように、少陰腎経の経筋にひきつり＝短縮と疼痛を生じる。また少陰腎経と表裏関係にある太陽膀胱経に、靈枢経筋第十三：足太陽之筋、…脛攣(膝の裏側の委中穴あたりの痙攣)が生じる(図7)。ただし、加齢による腎気の脆弱化により常にこれらの病証が出現するわけではなく、他の経筋の病証が出現することは周知の事実である。その理由を関節の運動学によって解説する。

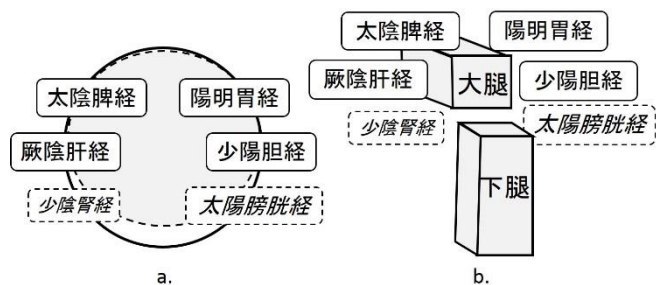


図7. 加齢と共に社会的役割を縮小しなかった膝関節 1

a. 加齢と共に少陰腎経が脆弱化するが、社会的役割を縮小しなかったため「一団の原気」が満たされず、少陰腎経と太陽膀胱経に病証が出現する。
b. それを三次元的に立体化して表現したもの。

関節の運動学では、全ての滑膜性関節は若干の並進を有することが知られている¹²⁾。膝関節は運動自由度1度であるが、膝関節を完全伸展した状態以外では関節での適度な“あそび”のため第2、第3の運動自由度、すなわち軸回旋と側方運動を有している。また膝関節には、膝関節の屈曲・伸展運動と必然的かつ不随意的に結びついている自動的に生じる軸回旋運動が存在する¹³⁾。この軸回旋運動はハムストリングスの柔軟性に影響されることが報告されており¹⁴⁾、少陰腎経と太陽膀胱経はハムストリングスに相当する部分を有している。そのため関節の“あそび”を用いて大腿骨と脛骨のアライメント(膝関節のア

ライメント)を歪ませ少陰腎経の経筋の短縮を補正すると、少陰腎経の経筋や太陽膀胱経の経筋に病証は出現しない(図8)。しかし、この膝関節のアライメントの歪み

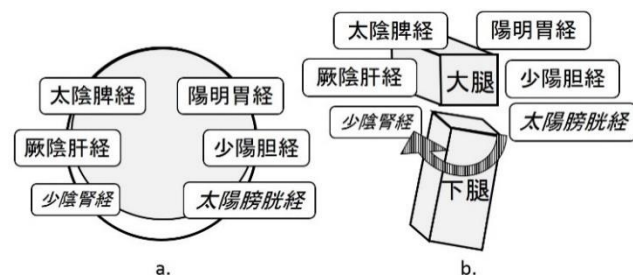


図8. 加齢と共に社会的役割を縮小しなかった膝関節 2

a. 加齢と共に少陰腎経が脆弱化するが、社会的役割を縮小しなかったため「一団の原気」が満たされず、歪な身体構造(変形)を生じる。
b. ひきつり＝短縮した少陰腎経の経筋を補正するように、関節の“あそび”を用いて下腿を後内側に捻る。膝関節のアライメントの歪み(変形)が生じると、病証は出現しない。

は反対側に位置する陽明胃経および太陰脾経の経筋の負担を増加させ、靈枢経筋第十三：足陽明之筋、…其病足中指支脛転筋、脚跳堅、伏兔転筋(大腿前面の伏兔穴周囲の痙攣)や、靈枢経筋第十三：足太陰之筋、…膝内輔骨痛、陰股引髀而痛(膝関節内側の痛みと内股から大腿部がつっぱった疼痛)を生じることになる(図9-a)。さらに膝関節のアライメントの歪みは円滑な膝関節の屈伸運動を阻害するために歩容の変化を生じ、これに荷重が加わることでさらなる関節のアライメントの歪みが増加する。その結果、靈枢経筋第十三：足少陽之筋、…引膝外転筋、膝不可屈伸、脛筋急(膝関節の外側が痙攣し、膝関節の屈伸が不可能となり、膝関節後面の委中穴周囲の攣縮)を生じる(図9-b)。以上のような発生機序により、一見単純な腎経の脆弱化による一次性変形性膝関節症の病証も、運動力学的な要因により複数の経筋が関与する複雑な病証を呈することとなる。

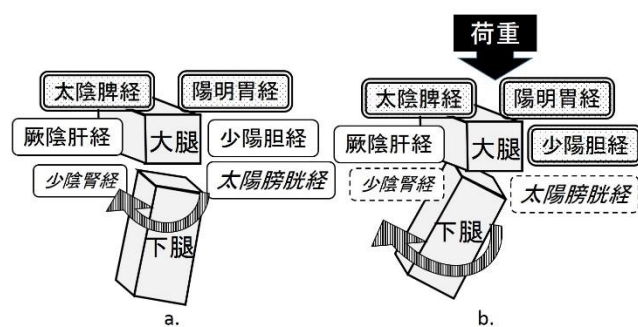


図9. 膝関節の変形と出現する病証

a. 少陰腎経や太陽膀胱経に病証は出現しないが、膝関節のアライメントの歪みにより陽明胃経と太陰脾経は伸長され負担が増加し、病証が出現する。
b. さらに荷重が加わることで、膝関節のアライメントの歪みは増加する。それにより少陽胆経の負担が増加し、病証が出現する。

さらに、運動制御理論によると運動は個体、課題、外環境の間の相互作用から生じるとされている¹⁵⁾。例えば個体が同じで、100m先の荷物を取りに行く課題を遂行する場合、外環境がアスファルトの道路と凍った雪道とでは、歩容は異なる。この異なる歩容を導き出す過程は無意識下で行われる。同様に100m先の荷物を取りに行く課題を、

外環境がアスファルトの道路で遂行する場合、下肢筋力が十分な個人は正常な歩行を行うが、下肢筋力が不十分な個人は不十分な筋力を代償する歩行を無意識に行う。その理由として、多賀らのグローバルエントレインメント（大域的引き込み）がある。これは神経振動子を用いた歩行モデルの実験から、脳神経系、身体、環境がそれぞれ複雑なダイナミクスを持ち、それらのあいだの相互作用から環境の変動に安定で柔軟な運動が、自己組織的に生成されるという新しい制御原理であり、脳が運動を作るのでもなく、環境が運動を引き起こすのでもなく、それら全体の非線形力学によって運動が自己組織的に生成されるという考えである¹⁶⁾。また、姿勢制御には多重感覚入力を姿勢定位のための感覚戦略へと組織化する要素が含まれている¹⁵⁾。したがって年齢、課題、環境に依存して感覚に与えられる相対的な重みが増加する。立位歩行による移動においては、課題を遂行するために必要な情報以外は軽視するため、自分の身体構造の状況や歩容（運動様式）について注意がむくことはなく、それらに生じた異常に気付くことができない。そのため一次性変形性膝関節症の病証は水面下で密かに侵襲し、突然、様々な経筋の痛みやひきつりとなって出現し、そのとき初めて自らの関節アライメントの歪み（変形）や運動様式の変化（跛行）を自覚するのである。

V. 東洋医学の概念に基づく一次性変形性膝関節症の治療

東洋医学の概念に基づく一次性変形性膝関節症の治療は、まず、一団の原気に基づくことを基本とする。すなわち加齢によって生じる腎気の脆弱化に伴った身体構造と、社会的役割の釣り合いのとれた生活を送ることである。しかし前項で述べたように、身体構造と社会的役割の不釣り合いにより生じる一団の原気の不足がもたらす経筋の異常は、無意識下に自己組織的に生じる関節のアライメントの歪みと運動様式の変化などにより、患者自身が容易に気付けるものではない。したがってそこには予防医学として、日本独自の東洋医学の役割が生じる。具体的には、関節のアライメントを矯正し、その状態での経筋の緊張（ひきつり＝短縮を含む）を静的に認知させること。そして正しいアライメントで歩行などの動作を正常な運動様式で行った時の違和感や疲労感を動的に認知させること。それらを通じて自らの社会的役割を考え、生活の全てを再構築させることである。それが例えば、“歩行を控える”ことであったとしても、それは整形外科における“疼痛時に歩行を控える”という一次性変形性膝関節症の治療とは次元の異なるものである。

以上のことを踏まえた上で、脆弱化した腎気を補い、少陰腎経の経筋を補い、短縮した経筋を伸長し、膝関節のア

ライメントを正常な位置に戻す治療は一団の原気を満たすものであり、一次性変形性膝関節症の治療として有用である。また現代鍼灸における足三里、陰陵泉、梁丘、伏兎、委中などの配穴は²⁾、根本的な治療にはならないが、関節アライメントの歪みと運動様式の異常により生じた各経筋の病証に対する対処療法としては有用であると考ええる。

抵抗を加えた膝関節の自動伸展運動や下肢の伸展挙上運動などの大腿四頭筋の筋力増強訓練は、関節のアライメント異常や運動様式の異常を考慮しないで行っても治療効果は期待できない。それどころか、異常な運動様式を学習させることで、変形性膝関節症を悪化させることもある。ただし一次性変形性膝関節症の初期の段階であれば、端座位で膝関節を伸展したり下肢の伸展挙上をしたりすることで、偶然少陰腎経の経筋が伸長されることがあり、効果あったと勘違いされる場合がある。それはあくまで偶然の産物なので注意する必要がある。

VI. おわりに

黄帝内経素問靈樞は素晴らしい書物である。しかしそれを読み解くためには、当時の理論背景を理解し、現代に即した形で読み替える必要がある。それは現代の西洋医学との都合の良い接点を見つけて、都合の良い解釈を重ねることではない。

臨床と真摯に向き合い、そこにある疑問を解く手段の一つとして黄帝内経素問靈樞を紐解けば、他の理論と融合して新しい示唆を与えてくれる。一次性変形性膝関節症の治療は決して難しいものではない。

文 献

1. 寺山和雄, 辻 陽雄監修, 標準整形外科学, p223-235, 医学書院, 1999.
2. 平澤泰介, 北出利勝編集, 運動器疾患の治療 整形外科・現代鍼灸・伝統鍼灸, p137-145, 医歯薬出版, 2012.
3. 天津科学技術出版社編: 袖珍中医四部經典, 素問・上古天真論篇第一, 素問・痺論篇第四十三, 靈樞・經脈第十, 經筋第十三, 天津科学技術出版社: p6-8, p126-128, p331-342, p348-353, 1986.
4. 郭霽春編著: 黄帝内経靈樞校注語譯, 天津科学技術出版社: p102-136, 1989.
5. 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: p49-61, 2009.

6. 各務文献：整骨新書,
http://archive.wul.waseda.ac.jp/kosho/ya09/ya09_01118/
(Accessed July 2, 2012.)
7. 広岡蘇仙：難経鉄鑑,
http://archive.wul.waseda.ac.jp/kosho/ya09/ya09_00955/ya09_00955_0001/ya09_00955_0001.pdf (Accessed July 2, 2015.)
8. 神戸中医学研究会編著：中医学入門, p1 - 3, 医歯薬出版, 1987.
9. 澤口裕二：亜ウェアネス介助論 上巻. p730-735,
有限会社シーニュ, 2011.
10. 藤林良伯：按摩手引|. <http://edb.kulib.kyoto-u.ac.jp/exhibit/kichosearch/src/fuji62.html> (Accessed July 2, 2012.)
11. 松本和久：新解釈『按摩手引』上肢編（前編）. 医道の日本, 72 巻 2 号, p140-144, 2013.
12. Donald A. Neumann 著, 嶋田智明, 平田総一郎監訳：筋骨格系のキネシオロジー, p3 - 25, 医歯薬出版, 2008.
13. I. A. Kapandji 著 荻島秀男監訳：カパンディ関節の生理学Ⅱ 下肢, p66-129, 医歯薬出版, 1987.
14. Atsushi Kimura : The Effects of Hamstring Stretching on Leg Rotation during Knee Extension. Journal of Physical Therapy Science, Vol. 25 No. 6, p697-703, 2013.
15. Anne Shumway-Cook, Marjorie H. Woolacott 著 田中繁, 高橋明監訳：モーターコントロール, p3 - 30, p173-203, 医歯薬出版, 2005.
16. 多賀厳太郎：脳と身体の動的デザイン, p40 - 90, 金子書房, 2004.

Pathogenesis and treatment of primary knee osteoarthritis based on Japan's own oriental medicine: discussion based on Nangyo Tekkan by Sosen Hirooka and Seikotsu Shinsho by Bunken Kagami

Kazuhisa MATSUMOTO

Meiji University of Integrative Medicine

Abstract

Shohen Sakusou figures in *Nangyo Tekkan* by Sosen Hirooka showed that “a person whose whole body is completely and seamlessly enclosed by “Ichidan no Genki (the circle of chi source)” is healthy, but its incompleteness will immediately result in the development of lesions”. Also, in *Seikotsu Shinsho*, Bunken Kagami commented that “Chinese medicine does not realize that muscle and flesh are identical and thus makes many incorrect statements. . . I defend theories used in Western medicine and use these for explanation”. This study revealed the pathogenesis of primary knee osteoarthritis based on Japan's own oriental medicine in the above two pieces of literature. The chi of the Kidney declines with aging. If social responsibilities are not reduced, “Ichidan no Genki” becomes insufficient, resulting in spasm and pain in the Muscle Region of the Kidney Meridian. The spasm in the Muscle Region of the Kidney Meridian, however, leads to malalignment of the knee joint in an unconscious and self-organizing way, so that the spasm is ameliorated and becomes hardly noticeable. Therefore, the pathology and symptoms are inconsistent; they disappear sometimes or appear in other muscle regions. Thus, primary knee osteoarthritis can be treated as follows. The malalignment of the affected joint as a result of an unconscious and self-organizing mechanism and abnormal movement pattern are adjusted first. Treatment also involves increasing the awareness of static and dynamic physical sensation under such conditions, and eventually constructing a well-balanced physical structure and social responsibilities. This will restore the chi of the Kidney to regain completeness of “Ichidan no Genki”.

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

～動的取穴法：Dynamic Acupuncture Pointing（関節の位置を動的に変化させ
下肢のアライメント異常を補正した状態で取穴する方法）の試み～

松本和久

明治国際医療大学

要旨：関節の位置を動的に変化させ下肢のアライメント異常を補正した状態で取穴する方法（動的取穴法：Dynamic Acupuncture Pointing (DAP)）と、従来の取穴法（従来取穴）で委中穴を取穴し、圧痛を比較した。対象は健康成人（平均年齢 21.7 ± 2.7 歳）男子 6 名 12 肢とした。

方法は対象に腹臥位をとらせ、従来取穴と DAP の順で、木下式圧痛計を用いて委中穴を加圧し、圧痛が出現するまでのバネの沈む距離を測定した。圧痛が出現しない場合は 3.5cm で中止した。その結果、従来取穴は 3.33 ± 0.40 cm, DAP は 2.27 ± 0.40 cm であり、DAP は従来取穴より有意に低値を示した ($p=0.00001$)。また、従来取穴では 12 肢中 10 肢で圧痛は出現しなかった。

霊枢・経筋第十三には「痛みを以て愈と為す」とあることから、経筋の治療において圧痛は重要な診断基準となる。経筋の治療が必要な疾患の多くは運動器疾患であることから、経穴の圧痛を正確に判断できる DAP は従来取穴よりも運動器疾患に対して有用であると考えられた。

Key words 取穴法 acupuncture Pointing, 委中 Weizhong (BL40) point, 関節アライメント joint alignment, 経筋 Muscle Regions, 圧痛 pressure pain

I. はじめに

鍼治療・灸治療を実施する上において、経穴は必要不可欠なものである。経穴を身体部位のある場所に特定することを取穴と言い、その方法を取穴法と言う。この取穴法は必ずしも万国共通ではないため、2002 年から 2006 年にかけて取穴法のうち取穴部位の国際標準化に向けた非公開会議が日本・中華人民共和国・大韓民国の三国間で実施され、それを基に世界保健機構西太平洋地域事務局世界保健機構（WHO Regional Office for the Western Pacific : WHO/WPRO）は 2008 年 5 月に取穴部位の国際標準となる『WHO STANDARD ACUPUNCTURE POINT LOCATIONS IN THE WESTERN PACIFIC REGION』を発

刊した¹⁾。しかし、例えば『百会穴は「頭部、前正中線上、前髪際の後方 5 寸。」とあるが、前髪際は大きく変動する可能性を有している』ことや、『臍会穴は「三角筋の後下縁、肩峰角の下方 3 寸」とあるが、肩峰角の下方 3 寸と肘窩と腋窩の間 9 寸という基準が実際の人体に合わず矛盾する』などの問題点を有している²⁾。また取穴法には、霊枢・骨度第十四にある個人の骨格を基準として寸度を定める骨度法と、千金方にある母指の指節間関節の幅を 1 寸と定める同身寸があり、骨度法による 1 寸と同身寸による 1 寸では長さが異なることも指摘されている^{3) 4) 5)}。

一方、委中穴の取穴法は骨度法や同身寸に関与せず、「膝後面、膝窩横紋の midpoint」¹⁾であり、「膝窩横紋の中央、大腿二頭筋と半膜筋腱の間、膝を屈するか俯臥位にして

取穴する」⁶⁾、「足臑の横文の中央、陥なる中」⁷⁾など、その取穴部位に文献的な差を認めない経穴である。しかし様々な疾病の治療を求める我々の対象においては、膝関節の変形や膝関節に関わる筋の短縮により、下肢のアライメント異常を呈している場合も少なくない。また、下肢に疾患を有していない健康者であっても下肢のアライメント異常を呈している場合もある。これらの下肢のアライメント異常は、異常のないものと比較すれば分かりやすいが(図1)、単体では分かりにくいことが多い。委中穴に対して安静腹臥位で従来の方法で取穴した場合(以下、従来取穴)、下肢のアライメントに異常を呈した対象とそうでない対象とでは、垂直方向に加圧された力が及ぶ場所に違いが生じることになる(図2)。したがって、この違いを是正するためには、従来の取穴法と違う取穴方法が必要となる。

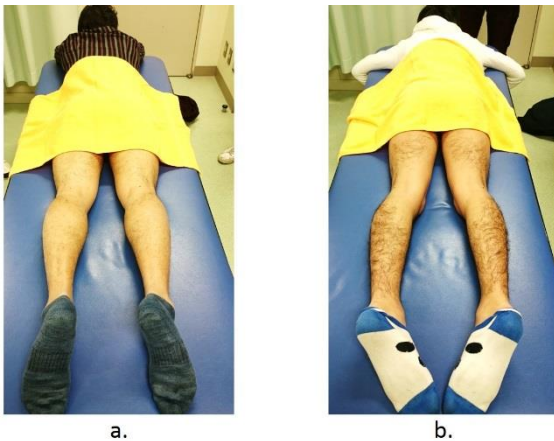


図1. 健康成人の腹臥位

- a. 下肢のアライメントは正常に近い。
b. 下肢のアライメントは、股関節は内旋し、下腿は内捻した状態である。

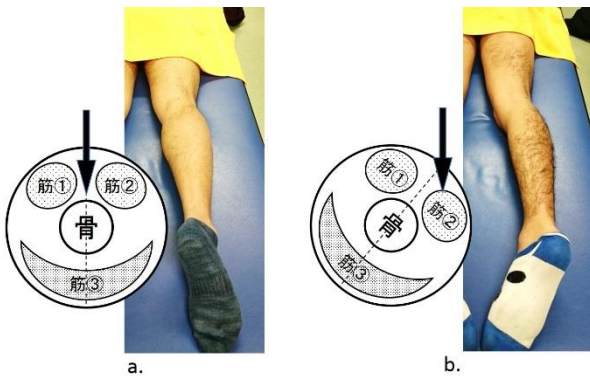


図2. 下肢のアライメントと委中穴への加圧との関連

右委中穴の断面を模式的に表した。
筋①: 半腱半膜様筋、筋②: 大腿二頭筋、筋③: 大腿四頭筋、骨: 大腿骨
委中穴に対して垂直方向に加圧された力が及ぶ場所が、aとbとは異なる。
(注: この図は模式図であり、実際の現象を表したものではない。)

膝関節は運動自由度1度であるが、膝関節を完全伸展した状態以外では関節での適度な“あそび”のため第2、第3の運動自由度、すなわち軸回旋と側方運動を有している。また膝関節には、膝関節の屈曲・伸展運動と必然的かつ不随意的に結びついている自動的に生じる軸回旋運動が存在する⁸⁾。この軸回旋運動はハムストリングスを伸長することで変化することが報告されている⁹⁾ことから、

下肢のアライメント異常は下肢筋の短縮や筋緊張の亢進により生じていると考えられる。そこで下肢筋の短縮を補正し筋緊張の亢進を緩和するために、関節の位置を動的に変化させて取穴する方法を考案し(動的取穴法: Dynamic Acupuncture Pointing (以下、DAP))、従来取穴とDAPにおける委中穴の圧痛を比較したので報告する。

II. 対象

下肢に疾患を有さない健康成人男子6名(平均年齢21.7±2.7歳、平均身長171.3±3.6cm、平均体重62.7±9.8kg)の左右12肢を対象とした。

III. 方法

- 1) 対象は下肢を露出した状態で、安楽な腹臥位をとり、被験者はその状態を撮影した(図1)。
- 2) 被験者はWHO/WPRO標準経穴部位 - 日本語公式版 - ¹⁾に準じて、1)の対象の膝後面、膝窩横紋の midpoint に委中穴を通常取穴で取穴し、油性マジックにて直径5mmの円形の印を付けた(図3)。

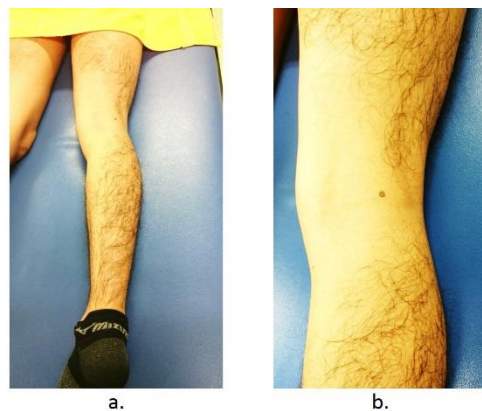


図3. 従来取穴による委中穴

- a. b. 膝後面、膝窩横紋の midpoint に取穴し、直径5mmの円形の印を付けた。

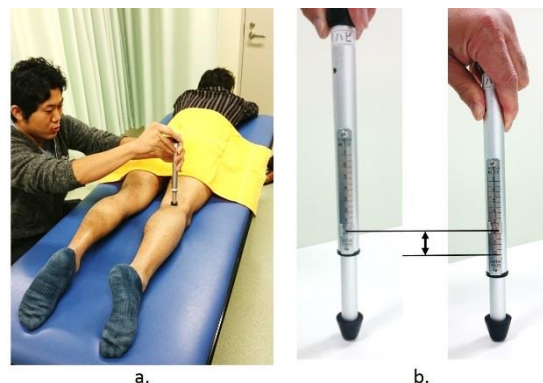


図4. 従来取穴による委中穴の圧痛測定

- a. 印の部分に木下式圧痛計を押し当て、ゆっくりと加圧する。
b. 木下式圧痛計の沈んだ距離を測定した。

3) 被験者は木下式圧痛計(図4)を垂直に2)の印に押し当てゆっくりと加圧し、対象に圧痛が出現した時点で中止し、この時の木下式圧痛計のバネが沈んだ距離を測定した。ただし、目盛が3.5cm移動しても圧痛が生じな

い場合は、その時点で中止した。

4) 次に被験者は、対象の膝関節における大腿骨と脛骨のアライメント（以下、膝アライメント）を矯正した状態で委中穴を取穴する DAP を実施し、その状態を保持したまま木下式圧痛計を委中穴に押し当てゆっくりと加圧し、対象に圧痛が出現した時点で中止し、この時の木下式圧痛計のバネが沈んだ距離を測定した（図5）。ただし、目盛が 3.5cm 移動しても圧痛が生じない場合は、その時点で中止した。

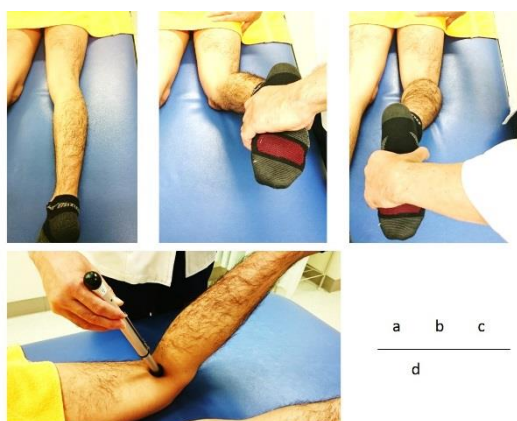


図5. DAPによる委中穴の圧痛測定

a. 従来取穴の状態から膝を屈曲すると、b. 股関節が内旋しているのが分かる。
c. 股関節の内旋と下腿の内捻を矯正し、d. 圧痛を測定する。

5) 木下式圧痛計を用いた他の報告では単位を kg としているが^{10) 11)}、重さの正確度が不明であったため、今回の研究では同一の木下式圧痛計を用いてバネの沈んだ距離を測定し、単位を cm とした。

6) 3) と 4) は別の被験者が行い、測定にかたよりが生じないようにした。

また 4) の被験者は、熟練した術者が実施した。

7) DAP の後に通常取穴を行うと、膝関節アライメントが矯正される可能性を有していることから、全ての対象において通常取穴を先に実施した。

8) 本研究はヘルシンキ宣言に則り、研究方法を説明した後、対象の権利を尊重し、対象の自発的・自由意思による参加のもとで実施した。

IV. 統計処理

SPSS 11.0 for windows を用いて Wilcoxon 符号付検定を実施し、有意水準を 5% とした。

V. 結果

従来取穴および DAP の結果を表 1 に示す。

従来取穴では、12 肢中 10 肢で圧痛が出現しなかった。

DAP は通常取穴と比較して、有意に弱い圧力で圧痛が出現した ($p=0.00001$)。

表 1. 委中穴に圧痛が生じるまでの加圧量

	従来取穴	DAP
Volunteer 1. rt	2.8	2.4
lt	2.2	2.1
Volunteer 2. rt	3.5	2.5
lt	3.5	1.9
Volunteer 3. rt	3.5	2.3
lt	3.5	1.7
Volunteer 4. rt	3.5	2.2
lt	3.5	2.4
Volunteer 5. rt	3.5	2.4
lt	3.5	1.6
Volunteer 6. rt	3.5	2.9
lt	3.5	2.8
mean $\pm$ SD	3.33 $\pm$ 0.40	2.27 $\pm$ 0.40 (cm)

※ $p=0.00001$

* 下線の数値では圧痛は出現していない。

VI. 考察

経穴は奇穴とは違って、骨度法で割り出された経脈上の定点をいう。そのように取穴されたものが経穴で、経穴は圧痛を聞きながら決めるものでも皮下硬結のことでもない¹²⁾とされている。しかし経穴は治療部位であると同時に診察部位でもある。経穴の診察においては、体表から深部に至る広がりをもった立体的な観察が必要である。これまで行われてきた経穴の国際標準化の作業は経穴の位置を統一化したものであり、評価されるべきものであるが、経穴における立体的な広がりに関して論じられているものではない。委中穴のような関節構成体の状態に影響される経穴では、従来の取穴法では経穴における立体的な広がりを考慮することが不可能であると考え、動的な取穴法 (DAP) を考案し従来の方法 (従来取穴) と圧痛を比較した。その結果、DAP は従来取穴より有意に弱い圧力で圧痛を感じる事が分かった ($p=0.00001$)。その理由を以下に述べる。

今回の研究で、従来取穴で圧痛を感じた対象は volunteer 1. のみであった。この volunteer 1. の写真が図 1-a であり、下肢のアライメント異常が非常に少ない対象であった。そして、その他の volunteer は図 1-b の傾向が認められた。また volunteer 1. の圧痛の値は、従来取穴よりも DAP は低値を示したものの非常に近値であった。このことから、下肢のアライメント異常が少なければ従来取穴においても経穴の立体的な広がりを正確に診察できることを示唆しているが、一方で下肢のアライメント異常が大きいものでは DAP でなければ経穴の立体的な広がりを正確に診断できないものと考えられる。経穴の診断においては、圧痛よりも重要な情報を得ることのできる腠理の状態、皮膚の温度、発汗の有無、皮膚の緊張などがあることは周知の事実である。しかし霊枢・経筋第十三には「以痛為輸 (痛みを以て愈と為す)」¹³⁾とあることから、経筋の治療において圧痛は重要な診断基準となるものと考え

られる。下肢のアライメント異常が生じやすい疾患に運動器疾患があり、また経筋の治療が必要な疾患の多くは運動器疾患であることから、経穴の圧痛を正確に判断できるDAPは運動器疾患に対しては有用であると考えられる。

DAPを実施するためには、解剖学や運動学の知識だけでなく、筋緊張を触知し複数の筋の緊張が正常に近づく位置に関節を動かす技術が要求されるため、従来取穴と比較すると難易度は高い。経穴は神気（真気）の出入りする部位であって、本来は皮膚や筋肉・筋骨など肉体的な次元の問題ではない¹²⁾との意見もあるが、「皮膚や筋肉・筋骨など肉体的な次元の問題」も診れない術者が「神気（真気）の出入り」など到底、診れるはずなどないとも言える。実際にDAPを行うと図5のように、膝関節が軽度屈曲位となる。針灸学には「膕窩横紋の中央に在り、大腿二頭筋と半膜筋腱の間に当たり、微かに膝を屈して取穴する。」¹⁴⁾とあり、膝関節を微かに屈して取穴する文献も存在する。しかし、その膝関節屈曲が下肢筋の短縮を補正し筋緊張の亢進を緩和し、下肢のアライメント異常を補正するために行われているのかは甚だ疑問である。

2008年に取穴部位については国際基準化されたが、取穴法についての統一はできていない。今後は、経穴の診断・治療を考慮した取穴法の検討が必要であると考えられる。

文 献

- WHO 西太平洋地域事務局原著 第二次日本経穴委員会監訳：WHO/WPRO 標準経穴部位 - 日本語公式版 - . p119, 医道の日本社, 2010.
- 第二次日本経穴委員会作業部会：第二次日本経穴委員会, 5年間の活動を振り返り, 今後を考える. 医道の日本, 第791号, p139-153, 2009.
- 宮下功, 木下晴都：取穴のための手指同身寸の研究. 全日本鍼灸学会雑誌, 39巻2号, p45-50, 1989.
- 森真幸, 大西健司, 赤星雄希他：骨度法による計測と実際. 東洋療法学校協会学会誌, 32, p148-153, 2008.
- 片岡明星, 増田浩一, 西園奈都美他：骨度法による計測と実際（第2報）, 東洋療法学校協会学会誌, 33, p203-209, 2009.
- 山西医学院李丁・天津中医学院編 浅川要, 生田智恵子, 木田洋, 横山瑞生訳：針灸経穴辞典. p245, 東洋学術出版社, 1987.
- 本郷正豊著 小野文恵解説：解説 鍼灸重宝記. P125, 医道の日本社, 1986.
- I. A. Kapandji 著 荻島秀男監訳：カパンディ関節の生理学II 下肢, p66-129, 医歯薬出版, 1987.
- Atsushi Kimura : The Effects of Hamstring Stretching on Leg Rotation during Knee Extension. Journal of Physical Therapy Science, Vol. 25 No. 6, p697-703, 2013.
- 竹之内診佐夫, 竹之内三志：原穴・背部腧穴・募穴の意義. 全日本鍼灸学会雑誌 32巻4号, p38-43, 1983.
- 川野由倫子, 内田輝和, 阿部晋也他：皮下針の臨床効果. 全日本鍼灸学会雑誌 35巻1号, p27-31, 1985.
- 芦野純夫：骨度法による取穴とその問題点（下）～取穴法の誤解を松元四郎平著「鍼灸経穴学」にさかのぼって考察する～. 医道の日本 第731号, p171-175, 2004.
- 天津科学技術出版社編：袖珍中医四部經典, 靈樞・経筋第十三, p348-353, 天津科学技術出版社, 1986.
- 楊甲三主編：針灸学. p263, 人民衛生出版社, 1989.

Comparison of conventional acupuncture pointing and dynamic acupuncture pointing, using pressure pain at the Weizhong (BL40) point as an index

Kazuhisa MATSUMOTO

Meiji University of Integrative Medicine

Abstract

Dynamic acupuncture pointing (DAP) is an approach that enables the location of acupuncture points while adjusting the alignment of the lower extremities via dynamic alteration of joint position. In this study, the degree of pressure pain at the Weizhong (BL40) point when using DAP and conventional acupuncture pointing (CAP) was compared in 12 lower extremities of 6 healthy men (mean age, 21.7 ± 2.7 years). Pressure was loaded on BL40 using CAP using a compressed spring Kinoshita-type pain meter in participants in the prone position. Pressure loading was continued until onset of pressure pain or, in the absence of pain, until compression distance was 3.5 cm, and spring compression distance was measured. The procedure was then repeated on BL40 using DAP. Compression distance at pain onset was 3.33 ± 0.40 cm using CAP and was significantly lower at 2.27 ± 0.40 cm using DAP ($p = 0.00001$). Furthermore, pressure pain did not occur in 10 out of 12 lower extremities when CAP was used. As the *Ling Shu* Muscle Regions Chapter 13 states that treatment should address those sites that are painful upon pressure loading, pressure pain can be considered an important diagnostic standard in treatment based on the *Ling Shu* Muscle Regions Chapter 13. Furthermore, many diseases requiring such treatment are musculoskeletal disorders. Thus, DAP, which enables accurate judgment of pressure pain at an acupoint, is more useful than the CAP method in treating musculoskeletal disorders.

日本東洋醫學研究會会則

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 5,000 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. 本会則は役員の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。

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

『民主主義の原則は？！』と尋ねられると，“多数決の原理”と答える人が多い。
しかし、『Principles of Democracy』には“Majority Rule, Minority Rights”とあり、本来の『民主主義の原則は、多数決の原理と少数派の権利』であり，“多数決の原理”だけではなく、矛盾するように思える“個人および少数派の権利の擁護”を両立させた上に成立するのである。
少数派の権利を擁護する具体的方法に、一定の解答は存在しない。そのため、寛容、討論、譲歩という民主的過程を通じてのみ、自由で健全な社会が成立するのである。

今、私たちの生活する日本国は民主主義国である。

そして、その医療制度において、東洋医学は **Minority** である。

民主主義国は、考え方の異なる多様性が極めて大きな資産となり得ることを認識していなければならない。

日本国を強く豊かにするために、**Minority** として「為すべき事を為す」覚悟である。

平成 27 年 12 月 7 日

日本東洋醫學研究會 会長 松本和久

日本東洋醫學研究會誌 2015 vol.1

編集・発行	日本東洋醫學研究會誌 編集委員会
発行日	平成 27 年 12 月 23 日
発行者	日本東洋醫學研究會
