日本東洋醫學研究會誌　第九巻　2023

目　　次

Hunt 症候群に対する伝統医学的鍼治療　第一報
― Hunt 症候群の一症例から示唆される鍼治療方法の選択の根拠と近代医学における伝統医学の意義―
…… 1

松本　和久，松本　典也

Stiff Elbow の原因に関する一考察 …… 7

中村　太一，松本　和久

日本東洋醫學研究會会則 …… 13

日本東洋醫學研究會誌投稿規程 …… 16

編集後記

Journal of Japanese Oriental Medicine

Vol. 9 2023

CONTENTS

Traditional Acupuncture Treatment for Hunt Syndrome: First Report
- Rationale for Acupuncture Therapy Selection Based on a Case Study of Hunt Syndrome and the Significance of Traditional Medicine in Modern Medicine –
…… 1

Matsumoto K , Matsumoto F

A Consideration of the Causes of Stiff Elbow
…… 7

Nakamura T , Matsumoto K

The Regulation of Japanese Society of Oriental Medicine …… 13

Submission guidelines of Journal of Japanese Oriental Medicine …… 16

EDITOR’S POSTSCRIPT

Hunt 症候群に対する伝統医学的鍼治療　第一報

― Hunt 症候群の一症例から示唆される鍼治療方法の選択の根拠と近代医学における伝統医学の意義―

松本和久[1，2)]，松本典也[1，2)]

1）松本鍼灸院
2）日本伝統医学研究所

要旨：Hunt 症候群の一症例に対する伝統医学的鍼治療の経過から，鍼治療方法の選択の根拠と近代医学的治療における伝統医学の意義を考察した．症例は，発症後 64 日目までは右頭部の実熱に対する瀉法と肝腎陰虚に対する補法を実施したが，発症後 65 日目から 98 日目までは腎陰虚が著明な場合は瀉法を中止した．発症後 99 日目から 129 日目まで実施した「ステロイド鼓室内注入療法」では，表情筋の麻痺と耳鳴は悪化した．そのため発症後 130 日目以降は顔面の気血と肝腎陰虚を補う補法を実施し，主観的な効果を得た．以上のことから Hunt 症候群の鍼治療方法の選択は，置鍼するとか通電するとかではなく，現状の寒熱虚実を根拠に然るべき補瀉を行うこと．また近代医学においてステロイド剤を用いる際には，対象者の腎兪穴の虚や腹診の左腎水の邪，および問診での腎陰の症状がないことなどを確認することで，副作用による状態の悪化を防ぐことができる可能性があると考えられた．

Key words　Hunt 症候群、伝統医学、鍼治療、補瀉、ステロイド治療

1. はじめに

顔面神経麻痺は大きく末梢性麻痺と中枢性麻痺に分類され，末梢性麻痺が全体の 90％を占め，Bell 麻痺が 60％，Ramsay Hunt 症候群（以下，Hunt 症候群）が 15％，外傷性麻痺が６％，耳炎性麻痺が４％と報告されている[1)]．Bell 麻痺は予後良好な疾患とされ約 70％は自然治癒し，適切な治療を施行すれば 90％以上が完治するとされる．しかし，Hunt 症候群は予後不良で自然治癒は約 30％，適切な治療を施行しても 70％前後しか完治しないとされている．Hunt 症候群の病因は帯状疱疹ウイルスの再活性化による膝神経節あるいは顔面神経の間質性神経炎であり，治療は麻痺発症１週間以内の急性期にはステロイドや抗ウイルス薬を中心とした薬物療法，１週間から１か月間の亜急性期には顔面神経減荷術，それ以降の慢性期にはリハビリテーションが施行される[2)]．

伝統医学における顔面神経麻痺は「口眼喎斜」，または「面難」，「吊綫風」，「歪阻風」，「口眼歪斜」などとも呼ばれ，『霊枢』には「口喎」，「僻」，「卒口僻」，『金匱要略』には「喎僻」，『諸病源候論』には「風口喎候」と記されている．本稿では「口眼喎斜」として記述する．中医症候鑑別診断学によると口眼喎斜の原因は次のように記されている[3)]．

１）風邪外襲による口眼喎斜

風邪が顔面の陽明絡脈に侵入することで気血の運行を阻害し，絡脈が栄養されないために発生する．臨床的には，風寒，風熱，風湿を区別する必要がある．三者は突然に顔面神経麻痺が発生し，頭痛，脈浮，舌苔が薄白などの外感表証を呈するところは同じであるが以下のような違いがある．

（１）風寒

患側の顔面に緊張感，疼痛，皮膚が厚ぼったく硬い感じがある．

（２）風熱

患側の顔面筋が弛緩し皮膚に熱感がある．

（３）風湿

患側の顔面が腫れた感じがあり，眼瞼の浮腫をともなうことがある．

２）肝風内動による口眼喎斜

怒りなどにより肝気が上逆し，肝陽化風となって顔面の陽明絡脉を損傷することで欠盆と両類を牽動して顔面麻痺が発生する．著しい場合は顔面の筋が痙攣したり瞼がピクピク痙攣したりする．本証と風邪外襲の口眼喎斜はいずれも突然発症するが，内風と外風の違いがある．内風は普段から眩暈，耳鳴，肢体のしびれなどの肝風内動の前兆があり，脉は必ず弦で，多くは高齢者に発症する．これに対して外風は，表証に引き続いて生じ，多くは脉浮で，中・青年に多く発症する．内風の治療は“熄風”を行い，外風の治療は“疏散”を用いる．

３）肝気鬱結による口眼喎斜

精神的な抑うつがあり，愁訴の多い感受性のつよい女性によく発症する．発症前に明らかな誘因がみとめられ，他人と口論する，あるいは一人で考えられない，あるいは不快なことを見聞きするなどによって肝気が鬱結し，陽明脉絡に不和が生じたために顔面神経麻痺が発生する．臨床的特徴は，発症前に元気がなく，発症後も表情に苦悶感があり，錯乱したり泣いたりし，顔面筋が時に痙攣することである．

４）気血両虚による口眼喎斜

気は陽に属し動を主り血は陰に属し静を主る．気が虚すと陰血が陽明の経絡に浸透することが困難となり，顔面の筋肉は気血による温養を失うことで口眼喎斜が出現する．この症状は脳卒中の後遺症や産後あるいは他疾患の後期に多く見られる．

臨床症状として，寒証や熱証は認められず，外感風邪の症候がない，既往症に物を言うのがおっくう，常に眠い，顔面筋肉の弛緩，脉細舌淡，などの気血両虚の症候を認める．

５）風痰阻絡による口眼喎斜

気虚の体質で痰飲があり，気鬱により痰が乱れ，痰が動くことで風が生じる．あるいは風寒の邪を感受して痰が動き，風邪と痰が互結して経絡に流入し，上って顔面部を乱し，陽明絡脉を阻塞するために発生する．

同じく中医症候鑑別診断学によると口眼喎斜の治療は次のように記されている[3)]．口眼喎斜の治療は鍼灸治療が簡単で便利であり，安価で効果的である．そのうえで，伝統医学と現代医学の医師が処方した経穴を組み合わせる処方が効果的である．主に顔面部の六つの陽経脉の流注の経穴を用いる．顔面の部分は足の陽明経の正経と経筋が分布しているため最も治療効果が高く，先人たちは主に陽明経に取穴している．常用される経穴は，頬車，地倉，水沟，下関，四白，陽白，太陽，迎香，承漿，翳風，風池，合谷，攅竹などである．口眼喎斜は臨床的には珍しい症例ではなく，多くの場合は治療によって治癒する．もし疾病が長期にわたり体が虚している場合は気血が不足しているため，気を益し血を養い，風邪を抑えて経絡を活性化するような補瀉を兼ねる施術を行う必要がある．一方で風邪を抑える薬は辛味であり乾燥による傷陰の可能性があるためを，多用をさける必要がある．また風邪を抑え，痙攣を止める必要がある場合は，弁証施治の基礎のもと牽正散のような疏散外風剤を服用させる．治療法を誤ると顔面麻痺の回復が困難になったり，顔面筋の痙攣や萎縮などの症状が起こったりする場合がある．先人たちは長期にわたる臨床現場で，口眼喎斜が脳卒中の前兆の一つであることを観察してきたため，口眼喎斜に対する積極的な治療は患者の苦痛を軽減するだけでなく，脳卒中の発症における確実な予防効果も期待できる．

以上のことを踏まえた上で，現状の顔面神経麻痺に対する鍼灸治療に関する論文は，選穴においては『顔面神経の走行を考慮した』あるいは『顔面神経を目標とした』とあり，先に述べた伝統医学における病因病理を考慮したものではなかった．また鍼治療の方法においては，置鍼か通電かの比較をしているだけで，風邪を抑える瀉法や気を益し血を養う補法，あるいは補瀉を兼ねる施術など関する内容は皆無であった[4，5，6)]．

今回，発症後 10 日間薬物療法を施行した後の亜急性期の Hunt 症候群一症例に対する伝統医学的鍼灸治療の経験から，鍼治療方法の選択の根拠，および近代医学的治療における伝統医学の意義を考察した．

２．症例

症例は 30 歳代の女性であった．既往歴に思春期の特発性側弯症がある。

１）経過

（１）急性期：発症から 10 日後まで

新型コロナウイルス感染から２日後，眩暈と共に右顔面神経麻痺が出現する．歩行不可能のため救急車にて入院し，Hunt 症候群と診断され近代医学的治療としてステロイドによる治療が施行される．10 日後には眩暈が減少し，見守りによる歩行が可能となる．柳原スコアは 4/40 点となり退院する．

（２）１期（亜急性期）：発症後 11 日目から 33 日目まで

右顔面神経麻痺，耳鳴，眩暈に対して当院での伝統医学的鍼治療を１週間に５回の頻度で開始する．伝統医学的鍼治療開始時の舌診は，舌先と右舌辺の無苔が顕著であり，脉診は一息四至で中～沈，脉状は弦細を呈し，夢分流腹診（以下，腹診）では左肝相火と左腎水に邪を認めた．また図１の部分に圧痛を認めた．処置は圧痛を有する右側の巨髎，地倉，頬車，下関，翳風，顱息，角孫，耳門，和髎，糸竹空，攅竹，瞳子髎，聴会，上関，風池の経穴に対し１寸３分５番鍼を用いて単刺による瀉法を実施すると共に，百会，左側の照海，三陰交，太衝，合谷，および肝俞，脾俞，腎俞の経穴に対し１寸０番鍼を用いて置鍼による補法を実施した．

図１．１期（亜急性期）の圧痛部位

赤丸は圧痛部位を示す．左目と比較して右目は大きく完全に閉眼はできない．右顔面は弛緩しており，右の口角は下垂している．

発症後 13 日目から，右舌辺の無苔は消失するが舌先の無苔は継続する．脈診は一息四至で中，脈状は枯弦を呈し，腹診は左肝相火と左腎水に邪を認め，同様の処置を実施した．

（３）２期：発症後 34 日目から 64 日目まで

近代医学の診察で柳原スコアは 8/40 点と評価され，ステロイド剤の内服治療が実施される．この間の脈診は一息四至，右側は中で脈状は弦で脈力があるが，左側は中～沈で脈状は緩不足で脈力がない状態が多かった．舌先の無苔は継続し，腹診では肝相火の邪は左右に認められ，右に強く左が弱い場合とその逆の場合とがあり，左肝相火に邪を認める場合は左腎水にも邪を認めた．処置に変更はない．

（４）３期：発症後 65 日目から 98 日目まで

ステロイド剤の内服治療が終了し，柳原スコアは 24/40 点と評価される．この間の舌診は，舌先の無苔は継続すると共に舌先部の紅が著明となることが多く，脈診，腹診がこれまでと同様の場合は同様の処置を実施した．一方で脈診において，左側が中～沈で脈力がなく枯弦を呈す場合は，腹診において左肝相火および左腎水に邪を認めた．この場合は，右側の巨髎，地倉，頬車，下関，翳風，顱息，角孫，耳門，和髎，糸竹空，攅竹，瞳子髎，聴会，上関，風池の経穴に対し１寸３分５番鍼を用いた単刺による瀉法は実施せず，それ以外の治療は同様に実施した．

発症後 73 日以降，眩暈は緩解し自動車運転の練習を開始し，経理業務に復職する．日常生活での活動量が増加に伴い，耳鳴の症状が悪化し，舌先の紅と無苔が出現する．

発症後 84 日以降，増悪した耳鳴は緩解するが，音が響くようになる．

発症後 97 日以降，自ら自動車を運転して通院可能となり，食事時に右口角から食物が漏れることも少なくなるが，音が響く症状は継続する．

（５）４期：発症後 99 日目から 129 日目まで

発症後 99 日目から音の響きを改善する目的で「ステロイド鼓室内注入療法」を１週間に１回，４週間実施することになる．

発症後 102 日以降，舌診は舌先が無苔で右舌辺に明確な部分的無苔を認め，脈診は一息四至で中，脈状は枯弦を呈し，腹診は右肝相火の邪が強い場合とその逆の場合とがあり，左肝相火に邪を認める場合は左腎水にも邪を認めた．症状は音の響きは減少するが耳鳴が増悪すると共に右耳の塞がった感じ，右目の下の痙攣，右口角の引きつり，右顔面のだるさが出現し，右目の閉眼ができなくなり，食事時に右口角から食物が漏れるようになる．そこで糸竹空，攅竹，瞳子髎，巨髎，地倉，頬車，下関，上関の経穴に対し実施していた１寸３分５番鍼を用いた単刺による瀉法を，５分０番鍼を用いた置鍼による補法に変更した．

（６）５期：発症後 130 日目から 155 日目まで

「ステロイド鼓室内注入療法」を終了した後，右目の閉眼は徐々に可能となるが持久力は乏しく，洗髪の間の閉眼は不可能でゴーグルを着用している．食事時の右口角から食物が漏れることはなくなるが，右側からの飲水は不可能である．右口角の引きつり，右顔面のだるさ，耳鳴と右耳の塞がった感じは継続している．舌診は舌先無苔のことが多く右舌辺が無苔になることもある．舌色は淡紅であるが，舌先と右舌辺が無苔の場合は紅が強い．脈診は一息四至で中である．脈状は，右側で弦を呈す場合は腹診で右肝相火に邪が認められ，左側の脈力が低下している場合は腹診で左肝相火と左腎水に邪が認められた．先に述べた症状と照らし合わせると，右耳の塞がった感じが強い時は，右側で弦脈を呈し腹診は右肝相火に邪が認められ，右舌辺の無苔を認めた．この場合，右側の翳風，顱息，角孫，耳門，和髎，聴会，風池の各経穴に，１寸３分５番鍼を用いて単刺による瀉法を実施すると右側の弦脈と右舌辺の無苔は消失し症状も緩和した．耳鳴が強い時には左側の脈力が低下し腹診で左肝相火に邪が認められた．この場合，左腎兪穴へ１寸０番鍼を用いた置鍼による補法を実施すると，腹診の左の肝相火と左腎水に邪が消失し，置鍼している最中に耳鳴りが消失した．右口角の引きつりが強い場合は，舌先の無苔と同部の紅が強めになり，右顔面のだるさが強い時は，左肝相火と左腎水に邪が認められたが，いずれの場合も糸竹空，攅竹，瞳子髎，巨髎，地倉，頬車，下関，上関の経穴に対し，５分０番鍼を用いた置鍼による補法と顔面筋の自動介助運動により緩解した．

３．考察

景岳全書・非風に，「凡非風口眼喎斜，有寒熱之弁．在

経曰，“足陽明之筋引缺盆及頰，卒口僻，急者目不合，熱則筋縦，目不開．頰筋有寒則急，引頰移口．有熱則筋弛縦，緩不勝収，故僻．”此経以病之寒熱，言筋之緩急也．然而血気無虧，則属熱未必緩，属寒未必急，亦総由血気之衰可知也．（著者訳：おおむねの口眼喎斜は風邪によるものではなく，寒熱の区別がある．内経に“足の陽明の経筋は缺盆穴から頬に及び，卒（著者注：脳卒中を発症）すると口僻（著者注：顔面神経麻痺）が生じ，引きつるものは目を閉じることができなくなり，熱の場合は筋が緩み，目が開かなくなる．頬筋に寒があると引きつり，口から頬へ引っ張られる．熱があると筋は弛緩し，弛緩が収縮に勝つため，僻（著者注：顔面神経麻痺）となる．”とあり，内経の記述はこの疾患に寒熱や，筋の緩みや引きつりの区別が存在することを述べている．ただし，血気が不足していなければ，熱に属する場合において弛緩しないかもしれないし，寒に属する場合においても引きつらないかもしれない．すなわちこれは気血の衰弱に由来する．）」とあり[7]，顔面神経麻痺の原因は単純に風邪によるものではなく寒熱の区別があり，さらに気血の状態により症状が変化する，すなわち虚実の区別があることを示している．しかし現状における顔面神経麻痺に対する鍼灸治療の研究において，顔面神経麻痺（口眼喎斜）の寒熱虚実や補瀉をはじめとする鍼治療の方法について研究した文献は存在しない[4, 5, 6]．そこで本稿では，発症後 10 日間薬物療法を施行した亜急性期の Hunt 症候群一症例に対する伝統医学的鍼灸治療を１期：急性期のステロイド療法を終えてからの亜急性期である発症後 11 日目から 33 日目まで，２期：ステロイド剤の内服治療を実施した発症後 34 日目から 64 日目まで，３期：ステロイド剤の内服治療を終了しステロイド鼓室内注入療法を実施するまでの発症後 65 日目から 98 日目まで，４期：ステロイド鼓室内注入療法を実施した発症 99 日目から 129 日目まで，５期：ステロイド鼓室内注入療法を終了し本稿をまとめるまでの発症後 130 日目から 155 日目までの５期に分け，四診の結果と施術による症状の変化から，口眼喎斜の寒熱虚実とそれに対する補瀉，すなわち鍼治療方法の選択の根拠，および近代医学的治療における伝統医学の診察方法の意義について考察する．

１期は急性期のステロイド療法を終えてからの亜急性期である．発症時は新型コロナウイルス感染を呈しており，詳細は不明ながら風邪外襲による口眼喎斜と考えられ，表寒または表熱の実証を呈していた可能性が考えられる．一方，１期治療開始日の舌診は舌先と右舌辺の無苔，脈診は一息四至で中～沈，脈状は弦細，腹診は左肝相火と左腎水に邪を認めており，舌診は上焦の熱を，脈診と腹診は虚を示している．このことは，急性期が仮に実熱証であったとしても，亜急性期には虚熱証に転じたことを示している．したがって治療では，圧痛があり熱を有する部分には瀉法で清熱し，肝腎陰虚によって生じた内風は肝腎陰虚を補いながら熄風した．

２期はステロイド剤の内服を併用した期間である．この期間の脈診は，右側が弦で脈力があるのに対し左側は緩不足で脈力がない状態，腹診では肝相火の邪が右に強く左が弱い場合とその逆の場合とがあり，左肝相火に邪を認める場合は左腎水にも邪を認めた．この現象は，ステロイド剤が腎の力を借りて右顔面の気を増幅させ邪を除こうと働いている人為的な気の増幅による実熱証と考えられるが，その一方で力を貸した腎は陰を損傷し腎陰虚証も混在した状態であると考えられる．したがって治療は１期と同様に，実熱を瀉法し清熱しつつ肝腎陰虚を補いながら熄風した．

３期はステロイド剤の内服治療が終了し，伝統医学的治療のみの期間である．この期間は２期のステロイド剤の影響による腎陰虚と日常生活が活発化することによる肝鬱気滞が混在し，表証からの口眼喎斜は気血両虚による口眼喎斜へと移行し，肝風内動による口眼喎斜と肝気鬱結による口眼喎斜を発症する可能性を有する期間と考えられた．そこで肝気鬱結がある場合のみ同様の治療を実施し，それ以外は肝腎陰虚を補う治療に変更した．

４期は伝統医学的治療と週１回の「ステロイド鼓室内注入療法」を併用した期間である．この期間には舌先と右舌辺に明確な部分的無苔を認めており，これは上焦右側の傷陰を示している．また前回のステロイド剤の内服治療時と同様に左肝相火に邪を認める場合は左腎水にも邪を認めたことは，ステロイド剤による腎陰の損傷を表している．そのため「ステロイド鼓室内注入療法」の直後から出現した耳鳴の増悪は腎虚の損傷によるものと考えられる．また右耳の塞がった感じ，右目の下の痙攣，右口角の引きつり，右顔面のだるさ，右目の閉眼不能，食事時の右口角からの流涎も，ステロイド剤による人為的な気の増幅による上焦右側すなわち右顔面の傷陰によるものと考えられる．ステロイド剤の過用により骨粗鬆症をはじめとする様々な副作用があることが知られている．近代医学においてステロイド投与による血中コルチゾール値の上昇は，女性では筋力と筋肉量が低下するとする報告があり[8]，今回の右表情筋の筋力低下はその表れの一つと考えられる．また腎は「骨を主り髄を生ず」とされており，一般的に知られているステロイド剤の副作用として骨粗鬆症は，まさに腎の損傷を表したものである．

５期は「ステロイド鼓室内注入療法」の後から本稿をまとめるまでの期間であり，前述のステロイド剤の使用により損傷した腎陰虚と顔面の気血が損傷した影響が残り，表証による口眼喎斜から気血両虚による口眼喎斜に移行した状態であると考えられた．そのため顔面の気血両虚を回復するためには顔面，すなわち上焦に気を集める必要がある．しかしその気が全体に行き渡らず部分的に滞った結果，舌先や右舌辺が無苔で紅が強くなり，右耳の塞がった感じや右口角の引きつりが生じたものと考え

られた．右側の翳風，顱息，角孫，耳門，和髎，聴会，風池への瀉法は右耳周囲の気滞を除く効果があり，糸竹空，攅竹，瞳子髎，巨髎，地倉，頬車，下関，上関への補法は，上焦に上った気を弱った部分に行き渡らせる効果があったものと考えられる．また左腎兪穴への補法により，腹診の左の肝相火と左腎水に邪が消失と耳鳴の改善から，耳鳴の原因は腎虚によるものと考えられる．

以上のようにHunt症候群を伝統医学の視点から分析すると，外邪の勢い，素体の強度，近代治療の方法と時期などにより，症状が様々な形に変容することがわかる．したがって鍼治療方法を選択する場合には，置鍼するとか通電するとかではなく，現状の寒熱虚実を根拠に，然るべき補瀉を行わなければならない．また近代医学においてステロイド剤を用いる際には，対象者の背部兪穴の腎兪穴の虚や腹診の左腎水の邪，および問診での腎陰の症状がないことなどを確認することで，副作用による状態の悪化を防ぐことができる可能性があると考えられる．

本症例は未だ完治にはいたっていないし，治療効果は数値化された客観的なものではなく，あくまでも対象者の主観的なものであり，本稿は科学的あるとはいえない．しかし全額自己負担による自由診療である伝統的鍼治療は，保険診療により自己負担金が少なく呪縛のような強制力を持った保険医療機関に指定されている病院や診療所での近代医学的治療と比較して治療継続率は低い．そのなかで，自由診療である伝統的鍼治療が継続されているという客観的事実は，治療効果を裏付ける根拠になると考える．

【参考文献】

1) 村上信五：顔面神経麻痺の診断と治療．日本耳鼻咽喉科学会会報，115(２)，118－121，2012.
2) 村上信五，欠畑誠治：顔面神経麻痺の治療と後遺症への対応．日本耳鼻咽喉科学会会報，122(４)，416－421，2019.
3) 中医研究院主編：中医症候鑑別診断学．107－109，人民衛生出版社，1982.
4) 蛯子慶三，丹波さ織，吉川信，菊池尚子，他：難治性の Hunt 症候群における鍼通電治療と置鍼治療の効果比較．日東医誌，57(６)，781－786，2006.
5) 蛯子慶三，丹波さ織，吉川信，菊池尚子，他：難治性の Bell 麻痺および Hunt 症候群に対する鍼治療効果の検討．日東医誌，60(３)，347－355，2009.
6) 蛯子慶三，菊池尚子，吉川信，丹波さ織，他：置鍼治療とリハビリテーションの併用が奏功した難治性 Hunt 症候群の１症例．日東医誌，62(５)，643－648，2011.
7) 張介賓：景岳全書　上冊．十一巻，雑證謨，非風，188－198，上海科学技術出版社
8) Impact of Cortisol on Reduction in Muscle Strength and Mass: A Mendelian Randomization Study. Shunsuke Katsuhara, Maki Yokomoto-Umakoshi, Hironobu Umakoshi, Yayoi Matsuda, Norifusa Iwahashi, et al. J Clin Endocrinol Metab. 107(４), e1477-e1487. 2022.

Traditional Acupuncture Treatment for Hunt Syndrome: First Report - Rationale for Acupuncture Therapy Selection Based on a Case Study of Hunt Syndrome and the Significance of Traditional Medicine in Modern Medicine -

Kazuhisa Matsumoto[1, 2], **Fumiya Matsumoto**[1, 2]

1) MATSUMOTO ACUPUNCTURE MOXIBUSTION CENTER
2) INSTITUTE of JAPANESE TRADITIONAL MEDICINE

Abstract

Examining the course of traditional acupuncture treatment for a case of Hunt syndrome, we considered the rationale behind the selection of acupuncture methods and the significance of traditional medicine in modern medical treatment.
In this case, until day 64 post-onset, reducing method was applied for the heat in the right head area, and reinforcing method for liver and kidney Yin deficiency. However, from day 65 to day 98, the reducing method was discontinued in cases where kidney Yin deficiency was pronounced. The " intratympanic steroid treatment" conducted from day 99 to day 129 resulted in a worsening of facial muscle paralysis and tinnitus. Therefore, from day 130 onwards, reinforcing method to supplement Qi and blood in the facial region, as well as addressing liver and kidney Yin deficiency, was implemented, yielding subjective improvement.Based on these observations, it can be concluded that the choice of acupuncture treatment for Hunt syndrome involves not merely inserting needles or applying electrical stimulation but rather conducting appropriate reinforcing or reducing based on the current condition of cold and heat, and deficiency or excess. Furthermore, in the context of modern medicine and the use of steroid medications, confirming conditions such as deficiency of kidney yin at the Shenshu (B 23), the presence of pathogenic factors in the left kidney water during the Mubun method of abdominal palpation, and the absence of symptoms of kidney Yin deficiency during questioning might prevent potential worsening of the condition due to side effects.

keywords
Hunt syndrome, Traditional Medicine, Acupuncture Treatment, Reinforcing and Reducing Method, Steroid Treatment

Stiff Elbow の原因に関する一考察

中村　太一[1)]，松本　和久[2，3)]

1）A.T.長島治療院
2）松本鍼灸院
3）日本伝統医学研究所

要旨：30°を超える伸展制限と 120°に満たない屈曲制限を呈した肘関節は，“Stiff Elbow”と定義される．58 歳の客室清掃員の女性で，10 年前から趣味でバレーボールを週 2 回の割合で行い，3 年前にバレーボールでアンダーレシーブをする際に左肘の伸展制限に気づき，1 年前からは屈曲制限にも気づくとともに，屈曲時に疼痛が出現した非外傷性 Stiff Elbow の一症例から，その発生原因を考察した．症例の伝統医学的評価では，舌診は左舌辺の著明な胖大，腹診は左脾募，左肺先，左肝相火，腎水にそれぞれ邪を認め，身体の左側が虚している状態であった．そこで治療は広背筋，上腕三頭筋長頭，上腕二頭筋，前腕屈筋を伸張し，左側の虚を補う目的で左照海，左三陰交，左合谷，左太衝に 10 分間置鍼した．その結果，左肘関節の伸展可動域は −10°，屈曲可動域は 125°となった． 以上のことから，非外傷性 Stiff Elbow の発生には，日常生活で使用される肘関節可動域が伸展－30°から屈曲 130°であること，および肘関節の完全伸展が不可能でも肩関節の外旋により背臥位保持に支障がないことなどから肘関節の伸展制限の存在を認識しにくく，日常生活で使用される関節可動域以上の範囲は不動になりやすいこと，ならびに筋疲労の回復に必要な条件が身体の左右で異なることによる骨格筋の拘縮が関与していると考えられた．

Key words　Stiff Elbow，伝統医学，鍼治療，関節可動域制限

1．はじめに

日常生活において手を使用する動作は数えきれないほどある．その際，肩関節・肘関節・前腕にはそれぞれ固有の役割がある．例えばコーヒーを飲むためにカップに手を伸ばす時，肩関節はカップに対して手の方向を決定し，肘関節はカップに対して手の距離を決定し，前腕はカップの持ち手に合わせて手の向きを決定する．このように手を使用するためには，肩・肘・前腕の各関節が協調した運動が必要である．そのためこれらの関節の可動性の維持は，日常生活動作を円滑に実施するために重要なことである．このうち肘関節は，肘の屈曲・伸展を行う蝶番関節である腕尺関節，肘の屈曲・伸展と前腕の回内・回外を行う球関節である腕橈関節，前腕の回内・回外を行う車軸関節である上橈尺関節の３つの関節よりなる複合関節で，このうち上腕骨滑車と尺骨の滑車切痕からなる腕尺関節と，上腕骨小頭と橈骨頭からなる腕橈関節が肘関節の主な運動を行う関節である[1)]．腕尺関節，腕橈関節，腕尺関節の全体を包む１つの関節包は，前後面は柔軟であるが，両側は強固で，外傷に耐えられず硬直と変形が起こりやすい傾向にあるとされる．そのため肘関節の関節可動域は，正常であれば伸展５°から屈曲 145°の可動域を有するが，30°を超える伸展制限と 120°に満たない屈曲制限を呈した肘関節は，“Stiff Elbow”と定義される[2)]．

Stiff Elbow を呈する原因は外傷性と非外傷性に大別され，外傷性には骨折，脱臼，火傷，神経損傷などがあり，非外傷性には変形性関節症および炎症性関節炎，敗血症後関節炎，血友病における多発性関節炎，先天性橈骨頭脱臼などがある[3)]．外傷性 Stiff Elbow の発生率は少なくとも５％と報告されており[3)]，外傷性以外の非外傷性 Stiff Elbow の発生原因を考察することは重要である．そこで今回，非外傷性 Stiff Elbow の一症例から，その発生原因を考察した．

２．症例

症例は 58 歳の女性で，職業は客室清掃員である．10 年前から趣味でバレーボールを週２回の割合で行っている．

1）現病歴

3年前にバレーボールでアンダーレシーブをする際に左肘の伸展制限に気づいたが特に治療を行わなかった．1年前の夏頃に屈曲制限にも気づいた．それに伴い肘を自動屈曲すると最終可動域で肘の内側部に疼痛が出現するようになり来院する．

2）理学所見

（1）肘関節の関節可動域

	屈曲	伸展
右	130°	0°
左	120° 未満※	−30°

※ 関節可動域の表記は5°刻みとされているため表記上は120°であるが、実測値は118°であるため120°未満とした。

（2）圧痛

左右とも，内側上顆，外側上顆，肘頭に圧痛は認められなかった．

（3）ストレステスト

左右とも，内反ストレステスト，外反ストレステストは陰性であった．

（4）臥床肢位（図1）

図1．安静背臥位の様子

左肘関節の伸展制限による前腕の浮き上がりを補正するために左肩関節は外旋位を呈している．

（5）立位肢位（図2）

図2．左側から見た立位

左上腕骨骨が前方に傾斜している．

3）伝統医学的所見

（1）舌診（図3）

図3．舌診

舌質は淡紅でやや色褪せている．左舌辺が著明に胖大しており歯痕が見られる．舌先から舌辺に紅点が見られる．舌苔は薄白苔だが舌先から右舌辺にかけて無苔であり舌根部は剥げ（右>左）が見られる．

（2）脈診

1息3至半，中，滑不足

（3）腹診（図4）

図4．腹診

右肝相火，腎相火，左脾募，左肺先，左肝相火，腎水に邪が認められた．

（4）経穴の反応

左曲池穴，左尺沢穴，左曲沢，左少海穴に圧痛があった．

4）既往歴

8年前に左肩痛があった．

5）病因病理と処置

本症例は外傷の既往のない左肘関節の関節可動域制限で，関節可動域は伸展−30°，屈曲120°未満であり，左右の内側上顆，外側上顆，肘頭に圧痛は認められず，内反ストレステスト，外反ストレステストも左右とも陰性であったことから，非外傷性Stiff Elbowと判断した．一方で，舌診における左舌辺の著明な胖大や腹診における

左脾募，左肺先，左肝相火，腎水の邪から，身体の左側が虚している状態であった．このことから本症例の病因病理は，客室清掃員の業務を遂行し，加えて趣味でバレーボールを週２回の割合で行うことで両上肢屈筋に負荷をかける状態であったが、左側の身体が虚していることから左上肢屈筋の疲労を回復することができず左上肢屈筋群に拘縮が生じ，非外傷性 Stiff Elbow が生じたものと考えた．

そこで身体の左側の虚を補う目的で，左照海，左三陰交，左合谷，左太衝に 10 分間置鍼した後，右側臥位にて肩甲骨の位置を確認しながら広背筋，上腕三頭筋長頭を伸張した．その後背臥位にて左肩関節 90° 外転位で上腕二頭筋，前腕屈筋を伸張した．

６）処置の結果

処置の結果，左肘関節の伸展可動域は-10° ，屈曲可動域は 125° となった．また舌診には変化は認められなかったが，脈診は緩滑になり，腹診は左右の肝相火，腎水，腎相火の邪は消失した．

しかし１週間後に再診した際の左肘関節の関節可動域は，伸展-30° ，屈曲 120° に戻っていた．

３．考察

“Stiff Elbow”は肘関節の 30° を超える伸展制限と 120° に満たない屈曲制限を呈するものと定義され，原因により外傷性と非外傷性に大別される[3]．本症例は，初診時の左肘関節の関節可動域が伸展－30° ，屈曲 120° 未満で現病歴において外傷がなく，左右の内側上顆，外側上顆，肘頭に圧痛は認められず，内反ストレステスト，外反ストレステストも左右とも陰性であったことから，非外傷性 Stiff Elbow に該当し，発症原因は客室清掃員の業務と趣味でバレーボールを週２回の割合で行う上肢の過用と考えられる．そこで本症例の発生機序について推察し，非外傷性 Stiff Elbow の発生原因を考察する．

近代医学において，外傷性 Stiff Elbow の発生率は少なくとも５％と報告されている．骨折，脱臼，火傷，神経損傷などによる外傷性 Stiff Elbow は，例えば肘関節の関節内骨折であれば関節面の不適合を生じるし，肘関節の脱臼では約３％，脱臼骨折では最大 20％で異所性骨化を生じることが知られており，これらによる構築学的な異常による関節可動域制限といえる．これに対して非外傷性 Stiff Elbow は変形性関節症および炎症性関節炎，敗血症後関節炎，血友病における多発性関節炎よって生じるが，これらは疼痛に伴う不動が関与している場合が多い[3]．ラットの実験では膝関節を屈曲位で不動化すると２週後まで[4]，足関節を底屈位で不動化すると４週後まで[5]，骨格筋が拘縮の責任病巣の中心であることがあきらかとなっており，それ以上の不動期間になると，関節包が拘縮の責任病巣の中心になるとされており[4, 5]，骨格筋と関節包の拘縮が関節可動域制限に大きく関与していると考えられる．不動による骨格筋の拘縮には，骨格筋の線維化が関与する．1，2 週という短期間の不動によって生じる骨格筋の線維化には，マクロファージを介した ＩＬ-１β /ＴＧＦ-β シグナリングならびに ＴＧＦ-β の作用による線維芽細胞から筋線維芽細胞への分化が関与していると推察される．そして，４週以上の長期間の不動では，これらの変化に加え，骨格筋の低酸素状態が惹起されることで線維芽細胞から筋線維芽細胞への分化が進み，線維化が助長されることで筋性拘縮も進行すると推察されている[8]．本症例は著明な疼痛の自覚はなく，知らない間に進行した関節可動域制限であることから，不動が生じた原因について考察する．Morry らは，日常生活活動において必要な肘関節の機能的弧（functional arc）は伸展－30° から屈曲 130° であったと報告している[6]．したがって肘関節の 30° の伸展制限は，日常生活において伸展制限として認識されにくいと考えられる．また肩関節は上肢の中枢に位置する関節で，三度の自由度をもつ[7]．肘関節は肩関節の末梢に位置するため，肘関節を屈曲位で背臥位となった場合，肩関節を外旋することで宙に浮いた前腕を床面に接地させることが可能である（図１，５）．この動作は重力によって生じる動きであり，肘関節の伸展制限を認識する前に無意識に行われるため，肘関節の伸展制限は認識しにくくなる．このように身体における異常，すなわち肘関節の伸展制限を認識することができないことが，自分自身で肘関節を伸展しようとする動機付けの低下につながり，肘関節を屈曲した状態での不動が継続することで筋性拘縮が生じ，２～３年前までは肘関節の伸展制限のみであった症状が，徐々に肘関節の屈曲においても制限因子となる硬度に進行したものと考えられる．

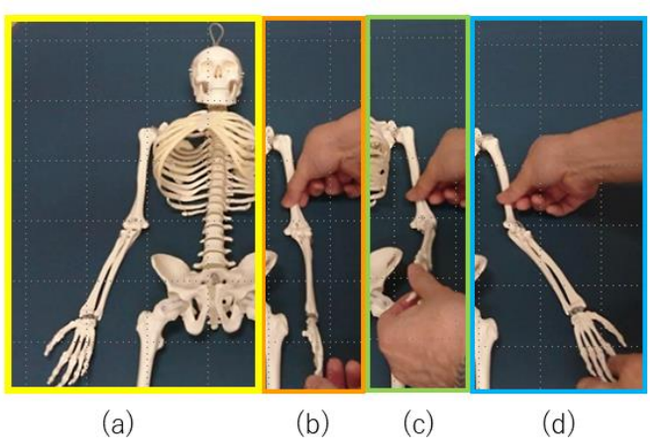

図５．肘関節伸展制限を認識できない理由

(a)右上肢は解剖学的肢位を示す．(b)左上肢は基本肢位を示す．(c)基本肢位から肘関節を 45° 屈曲した肢位．(d)肘関節 45° 屈曲位で肩関節を 90° 外旋した肢位．(a)と比較して肘関節は伸展しているように見えるが，運搬角が大きく外反肘に見える．

次に，本症例は右利きであり，客室清掃業務およびバ

レーボールでの使用頻度は左側より多いか同等と考えられるが，利き腕である右肘関節には Stiff Elbow を発症せず，非利き手である左肘関節に Stiff Elbow を発症した原因について考察する．本症例の伝統医学による診察では，舌診における左舌辺の著明な胖大や腹診における左脾募，左肺先，左肝相火，腎水の邪から，身体の左側が“虚”の状態を呈していた．伝統医学では「整体観」を重視しており，左右の気血の偏重は病的な状態といえる．伝統医学において“虚”とは，「正気の虚」を意味しており，人体にとって必要な物質や機能が不足している状態のことである[9]．したがって本症例の左上肢は右上肢と比較して，同等かそれ以下の運動負荷であったにもかかわらず，疲労を回復するために必要な物質が供給されない状態が左半身に生じたため，左上肢屈筋が虚血状態となり線維化し，左肘関節の伸展制限を生じたものと考えられた．

非外傷性 Stiff Elbow の原因となった骨格筋の線維化に対して近代医学では，ストレッチや温熱療法，超音波療法などの頻回な継続が実施される．その根拠として，ラットの足関節の尖足拘縮モデルに対して 10Hz で電気的に筋収縮をさせた群は筋収縮をさせない群よりも HIF-1α，TGF-β，α-SMA，タイプⅠ・Ⅲコラーゲンといったすべての線維化関連分子の mRNA 発現が抑制されていたと報告されており，骨格筋の低酸素状態を緩和するためには頻回な筋収縮の誘発による筋ポンプ作用によって血流促進を促すことにより低酸素状態が緩和する可能性が示唆されている[8]．そこで治療では，右側臥位にて肩甲骨の位置を確認しながら広背筋，上腕三頭筋長頭を伸張し，その後背臥位にて左肩関節 90° 外転位で上腕二頭筋，前腕屈筋を伸張し正常な範囲での筋収縮を促した．加えて，線維化からの改善に必要な気血を補う目的で，左照海，左三陰交，左合谷，左太衝に 10 分間置鍼した．その結果，左肘関節の伸展可動域は-10°，屈曲可動域は 125° となり，舌診には変化は認められなかったが，脈診は緩滑になり，腹診は左右の肝相火，腎水，腎相火の邪は消失した．しかし１週間後に再診した際の左肘関節の関節可動域は，伸展-30°，屈曲 120° に戻っていたことから，非外傷性 Stiff Elbow の原因の一つである肘関節の伸展制限の認識の欠如が継続していると考えられ，引き続き肘関節の伸展制限の認識を促すことで，肘関節を屈曲した状態での不動を抑制する必要があると考えられた．

以上のことから非外傷性 Stiff Elbow の発生には，日常生活で使用される肘関節可動域が伸展－30° から屈曲 130° であること，および肘関節の完全伸展が不可能でも肩関節の外旋により背臥位保持に支障がないことなどから肘関節の伸展制限の存在を認識しにくく，日常生活で使用される関節可動域以上の範囲は不動になりやすいこと，ならびに筋疲労の回復に必要な条件が身体の左右で異なることによる骨格筋の拘縮が関与していると考えられた．

【参考文献】

1) 公益社団法人全国柔道整復学校協会監修：運動学改訂第３版．P87－88．医歯薬出版，2020.
2) Sojbjerg JO. The stiff elbow. Acta Orthop Scand. 67(６)，626–31. 1996.
3) Sumon Nandi，Steven Maschke，et al. ：The Stiff Elbow. Hand，４，368-379，2009.
4) Trudel G，Uhthoff HK：Contractures secondary to immobility:Is the restriction articular or muscular? An experimental longitudinal study in the rat knee. Arch Phys Med Rehabil. 81，６–13，2000.
5) 岡本眞須美，沖田　実，他：不動期間の延長に伴うラット足関節可動域の制限因子の変化―軟部組織（皮膚・筋）と関節構成体由来の制限因子について―．理学療法学，31，36–42，2004.
6) Morrey BF，Askew LJ，et al.. A biomechanical study of normal functional elbow motion. J Bone Jt Surg Am. 63(６)，872–877，1981.
7) I.A.Kapandji：The physiology of the joints. Volume one Upper Limb. ９-77，1970. Churchill Livingstone.
8) 沖田実：関節可動域制限の発生メカイズムとその治療戦略．理学療法学，41（８），523－530，2014.
9) 神戸中医学研究会編著：中医学入門．p106-130，医歯薬出版，1987.

A Consideration of the Causes of Stiff Elbow

Taichi Nakamura[1)] **, Kazuhisa Matsumoto**[2, 3)]

1) NAGASHIMA ATHLETIC TRAINERS
2) MATSUMOTO ACUPUNCTURE And MOXIBUSTION CENTER
3) INSTITUTE OF JAPANESE TRADITIONAL MEDICINE

Abstract

Elbow joints that exhibit extension limitations exceeding 30° and flexion limitations less than 120° are defined as "Stiff Elbow." In this case study, we examine the cause of non-traumatic Stiff Elbow in a 58-year-old female hotel room cleaner who has been playing volleyball as a hobby for several years. She noticed extension limitations in her left elbow three years ago while attempting an underhand receive in volleyball. Additionally, she began experiencing pain during flexion over the past year. Traditional Chinese medicine evaluation of the case revealed notable swelling on the left side of the tongue, spleen deficiency, lung, liver fire, and kidney water imbalances. Treatment involved acupuncture at specific points to stretch the latissimus dorsi, triceps brachii long head, biceps brachii, and forearm flexor muscles, with the goal of balancing the deficiency on the left side. As a result, the left elbow joint achieved a range of motion of -10° in extension and 125° in flexion.From this case, we can conclude that non-traumatic Stiff Elbow occurs due to difficulties in recognizing the presence of extension limitations in the elbow joint, as the functional arc of elbow motion during activities of daily living to be 100° for both flexion-extension (30 ° to 130°) .Additionally, the ability to maintain a supine position without hindrance through external rotation of the shoulder joint, even in the absence of full elbow extension, makes it challenging to recognize extension limitations. Furthermore, skeletal muscle contracture due to differences in left and right body conditions, along with the need for recovery conditions from muscle fatigue, is believed to be involved in the development of this condition.

keywords
Stiff Elbow,　Traditional Medicine, Acupuncture Treatment, Joint Range of Motion Limitation

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　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．
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 eldaly 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：「日本東洋醫學研究會誌原稿の提出」　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

10 年前、職場の法人の長が交代した。それにより職場環境が変わり、それまで行えてきたことに制約がかかるようになった。日本東洋醫學研究會はそんな環境の中で、産声をあげた。それは“変えられる”という受動的な生き方ではなく、“変えていく”という能動的な生き方を選択した覚悟の証であった。

現在の日本における東洋医学（伝統医学）の位置づけは代替医療 (alternative medicine)であり、ある意味、治療方針を西洋医学（近代医学）に“変えられる”受動的立場といえる。そんな立場から脱却し、東洋医学（伝統医学）が治療方針を“変えていく”、そんな社会を実現できるようにとの思いも込めた。

『内経』の“上医治未病，中医治欲病，下医治已病（上医は病気にさせない、中医は病気になりかかっている人を治す、下医は病気になっている人を治す)”は有名だ。一方で、『千金方』には“上医医国、中医医民、下医医病（上医は国をいやし、中医は人をいやし、下医は病をいやす。)”とあり（注：上医＝一流の医家、中医＝二流の医家、下医＝三流の医家)、人々が暮らす環境、すなわち国のあり方が正しくなければ未病を実現できないことを説いている。

教育制度や医療制度は国家によって作られるもので、真理ではない。したがって、「平和」、「人権」、「平等」そして「健康」を名目にした国を蝕む制度も数多く存在する。

大学を退職して松本鍼灸院と日本伝統医学研究所を開設し、“変えられる”場所から“変えていく”実践の場所で活動できるようになった。

「病をいやし、人をいやし、国をいやす」、そんな上医を目指し、育てる活動をしていきたいと思う。

令和 5 年 12 月吉日

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　第九巻　2023

編集・発行　　日本東洋醫學研究會誌　編集委員会
発行日　　令和 5 年 12 月 25 日
発行者　　日本東洋醫學研究會