鍼灸による Alzheimer 病の治療経験

*明治鍼灸大学　東洋医学教室　**明治鍼灸大学　内科学教室
***京都府立医科大学　第1内科学教室

石崎　直人*　清藤　昌平*　江川　雅人*　松本　圭**
田中　亨**　荻野　俊平**　下尾　和敏**　繁田　正子**
山村　義治**　梶山　静夫**　水野　敏樹***　近藤　元治***

要旨：症例は59歳男性．55歳頃より記銘力障害及び自発性の低下を認め，他院での精査にて Alzheimer 病と診断された後，1988年6月に当院内科に入院．入院中，症状の改善を目的として鍼灸治療を施行した．治療方法は主として合谷－曲池への低周波鍼通電療法とした．入院中のＣＴ，ＭＲＩ及び脳波所見には著明な変化を認めなかったが，患者は治療1ヵ月目頃より自発的な行動が多くみられるようになり，入院時と比較して活動性が向上し，長谷川式痴呆スケールの点数にも増加が認められた．しかし，入院後7ヵ月目頃には鍼治療を拒否する傾向が強く，退院となった．以上のことより，鍼治療が，本例の大脳機能に何らかの影響を及ぼしたと推測された．

Acupuncture Therapy for a Case of Alzheimer's Disease

ISHIZAKI Naoto*, KIYOFUJI Shouhei*, EGAWA Masato*, MATSUMOTO Kiyoshi, TANAKA Toru**, OGINO Shunpei**, SHIMOO Kazutoshi**, SHIGETA Masako**, YAMAMURA Yoshiharu**, KAJIYAMA Shizuo**, MIZUNO Toshiki*** and KONDO Motoharu*****

**Department of Oriental Medicine, Meiji College of Oriental Medicine*
***Department of Internal Medicine, Meiji College of Oriental Medicine*
****First Department of Internal Medicine, Kyoto Prefectural University of Medicine*

Summary: Alzheimer's disease is one of presenile dementia with selective neuronal degeneration. It represents neuropathological change in the brains of aged humans with progressive intellectual failure. We report a case of Alzheimer's disease successfully treated with acupuncture therapy. A 56-year-old man had been suffered from memory disturbance due to Alzheimer's disease. He visited our hospital to receive acupuncture treatment for his complaints. For treatment of his symptoms, points Hegu(LI-4) and Quchi (LI-11) were stimulated by mean of low frequency electrical acupuncture(LFEA). These points were selected for the purpose of increase the blood flow of his brain tissue. After seven months, his behavioral disturbance was improved, and the score of Hasegawa's dementia scale tests was increased. It was suggested that his neuronal function was activated by acupuncture therapy.

Key Words：アルツハイマー病　Alzheimer's Disease，鍼治療　Acupuncture

I はじめに

近年の老年人口の増加に伴い，痴呆老人が社会問題化し，これに伴い，痴呆症に対する原因究明及び治療薬の開発が臨床医学ならびに基礎医学の両面から積極的に展開され，いくつかの成果があげられている．

一方，東洋医学の分野においても鬱病や分裂病等に対する漢方薬治療が紹介されたり[1)~4)]，鍼刺激が脳組織に及ぼす影響について報告される[5)~7)]等，精神科疾患に対する関心が高まっている．しかし，痴呆症に対しては，漢方薬治療の報告はされているが[8)]，鍼灸による治療の報告は見当たらない．Alzheimer 病は，初老期に発症し，進行性の痴呆を主症状とする疾患で，病理組織学的には大脳皮質全般にわたる神経細胞の萎縮及び脱落のほかに老人班や，Alzheimer 原繊維変化を特徴とする[9)~12)]．今回我々は，Alzheimer 病に対し，薬物治療を併用した鍼灸治療を試み，その臨床症状の改善を認めたので報告する．

II 症　例

患　者：５９歳　男性　税理士．

主　訴：記憶障害．

家族歴：特記することなし．

既往歴：特記することなし．

教育歴：大学卒業．

現病歴：1983年（55歳）頃より物忘れがみられるようになり，同時期より時々前頭部痛も訴えていた．しかし，仕事（当時税理士）に差し支えることはなかった．その後記銘力障害は徐々に進行し，'85年頃になると周囲の人から言動が受動的になったことを指摘されはじめ，又，記銘力の低下が周囲からも目立つようになった．そのため'86年に近医受診し，Alzheimer 病を疑われ，その後他院での精査で Alzheimer 病と診断された．'87年12月より「暴力団がつめかけた」等，妄想をみるようになり，'88年６月，本人及び家族が鍼灸治療を希望したため６月11日に本院内科に入院となった．

入院時現症：栄養状態は良好，身長 170cm，体重63kg，脈拍68／分・整，血圧142／100 mmHg，眼結膜に貧血，黄疸は認めず．頸部，胸部，腹部ともに異常なし．

神経学的所見：意識清明．運動障害はなく，脳神経，表在及び深部知覚，深部腱反射に異常なく，病的反射も認めなかった．その他特記すべき所見は認められなかった．

時間見当識では，年・月は答えることができたが，日・曜日は正確には答えられなかった．また，時計による時間の把握は不可能であった．空間及び場所的見当識については，自分のいる場所が把握できず，病室から離れると，戻ることができなかった．本人及び周囲の人に対する見当識では，自分の名前と家族の名前は答えることができ，認識できた．記憶想起に関しては，自分の出生地や，出身大学等を答えることができ，比較的保たれていたが，記銘力は著明に低下しており，食事の内容はほとんど思い出せなかった．また，３けたの数字の逆唱や，物品の記銘は不可であった．計算は，100－７は可能，93－７は不可であった．長谷川式の簡易痴呆スケールでは10.5点であった．言語では，構音障害はなく，流暢で，言語了解，自発言語は比較的良好であった．書字では，自発書字として自分の名前，住所の市名は漢字で書くことができ，書き取りも可能であった．また，読字も可能であった．構成機能については，簡単な図形の模写は可能であるが複雑な図形になると不正確であった（Fig.1）．また，花や時計等を自発的に描かせるとあいまいなものしか描けなかった（Fig.2）．観念運動に関しては，「左手を頭の後ろにあてて」とか，「ポットの湯を湯飲みにいれて」という指示に対する応答が可能であった．視空間失認については線分末梢テストにて失認がみられた．周囲への対応は，比較的良好で，挨拶もできた．

また，会話では，相手の言葉に合わせて適当に返答することもできた．しかし，会話には「あれ」とか「あの人」といった代名詞が多かった．

入院時検査所見：入院時の頭部ＣＴ及びＭＲＩにて特に前頭葉及び側頭葉に萎縮が認められ，脳

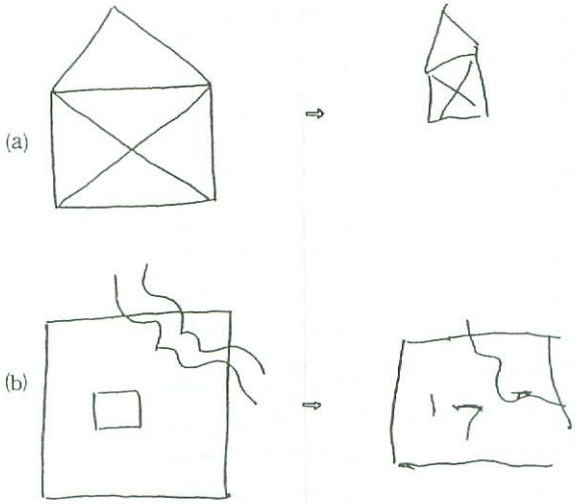

Fig. 1　図形の模写
(a)図左側の比較的簡単な図形は模写可能,
(b)図左側の図形は完全に模写できなかった.

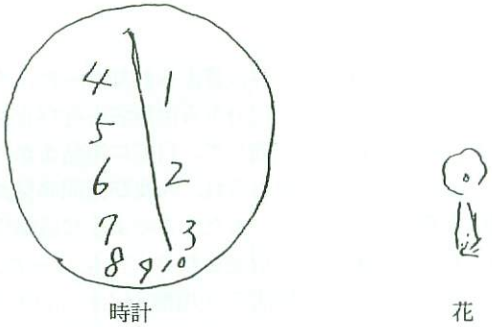

Fig. 2　時計・花の描出

溝の拡大がみられた．又，萎縮は左側に強くみられた（Fig. 3）．脳波所見では，α波の出現頻度の低下，周波数の減少と，5～6 Hzのθ波を中心とした徐波を広範に認めた（Fig. 4）．血液生化学検査では，特に異常は認めなかった．

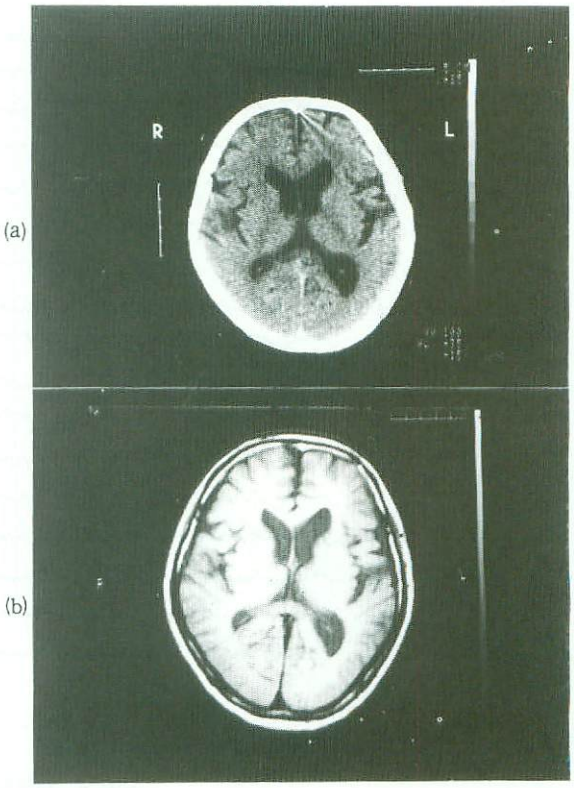

Fig. 3　初診時の頭部ＣＴ及びＭＲＩ所見
(a)：ＣＴ　(b)：ＭＲＩ

入院後の経過：患者の入院後，6月24日より7月31日までは鍼灸治療のみで経過を観察し，8月1日以降は，薬物療法を併用した．治療方法は，脳血流の改善を目的として，左右の合谷及び曲池穴にステンレス40mm20号鍼にて3 Hz，6V，10分間の鍼通電に加え，精神科疾患に頻用される百会穴[13]に3壯の施灸を行った．また，治療は毎日1回を原則とした．

8月からの薬物療法には脳代謝賦活剤（塩酸inderoxadine）をもちいた．

入院後の患者の経過を Table 1 に示す．入院当初は，患者は病室でベッドに座った状態が多く，活動性が少なかった．6月の終わり頃には，入院当初には答えられなかった鍼の刺入場所を正確に答えることがあり，記銘力の改善と思われる点も

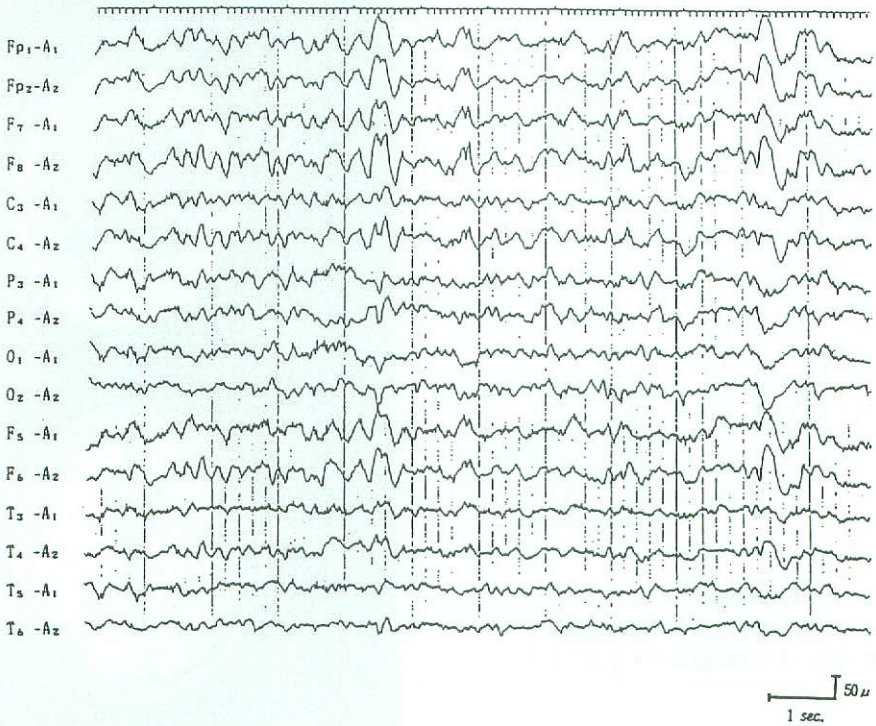

Fig. 4 初診時の脳波所見

Table. 1 入院後の経過

日付	患者の状態
6／12	活動性がなく、自分のベッド上でじっとしている。自室がわからない。長谷川式ＳＣＯＲＥ　１０．５点
6／17	脳波検査にて徐波（5～6Hzのθ波中心）を認める。
6／24	鍼灸治療開始。（合谷 ―曲池にパルス通電、百会に施灸）
7／18	頭部（百会）への施灸を拒否。治療を合谷、曲池の鍼通電のみとする。
7／27	自発的に自宅に電話をかけようとするが、電話番号はわからない様子。家族より活動性等改善の指摘があった。
8／1	鍼灸治療に加えて投薬治療開始。
8／3	同室の患者の車椅子を押す等、周囲に注意を払うようになる。
8／29	脳波検査。
9／2	他の患者の世話、代弁をする事が多くなる。
9／8	脳波検査。
11／11	長谷川式SCORE １３点。リクルート事件にふれる等、回答状態良い。
12／5	自発的に本を読むようになる。
1／22	退院。

みられたが，昼食の内容は答えられなかった．その後７月の下旬には，自分から治療者を呼び止めたり，自発的に病室を離れて，自宅に電話をかけようとする等の行動がみられ，人及び空間の見当識に改善が認められた．また，このような活動性の上昇は，家族からも指摘されるようになった．８月にはいり脳代謝賦活剤（塩酸 inderoxadine）の投与を開始してから，同室の患者の代弁をする等，記銘力の改善と考えられる行動がみられた．さらに，11月施行の長谷川式のスケールでは，「最近の出来事で覚えていることは何か」という質問に対して，「リクルート事件」と答え，記銘力の改善が認められ，スケールの点数も13点と増加がみられた．しかし，その後，鍼治療に対して拒否傾向が強く，患者が自宅に帰りたがるため，徐々に鍼治療の頻度を減じ，外来治療を続けることとして，1989年１月22日に退院となった．また，

入院中，1988年9月及び11月に頭部MRI検査を行ったが，特に変化は認められず，8月及び9月に施行した脳波検査には，著しい変化はみられなかった．

Ⅲ　考　　察

Alzheimer病は，1906年にAlois Alzheimerが報告した疾患で中年から初老期にかけて発症する．これと同様の病理学的所見を有する疾患で，65歳以上の老年期に発症するものはAlzheimer型老年痴呆（senile dementia of Alzheimer type: SDAT）として区別される．

最近では，病理組織学的には両者間に本質的な差がないことから，一括してAlzheimer病またはAlzheimer型老年痴呆とよばれることがある[12]．本症例では，発症時期が50歳代の初老期であることや，巣症状等の症状がつよいことから，Alzheimer病と考えた．

このような痴呆を主症状とする疾患に対して，近年，西洋医学の分野では，原因究明並びに治薬の開発が積極的に展開されている．その一つとしてAlzheimer型痴呆脳で神経伝達物質であるアセチルコリンの大脳皮質等での低下[14]が確認され，Meynert核（無名質核）でのアセチルコリン合成酵素のコリンアセチルトランスフェラーゼ（CAT）含有細胞の著しい減少[14~17]が明らかにされたことが挙げられる．しかし，この説に基づいて試みられたAlzheimer型痴呆患者に対するコリンやレシチンの投与の効果は確認できず，実用には供せられていない[18),19]．又，臨床的研究において核医学の進歩によりpositron emission tomography（以下PET）が開発され，脳内物質の動的変化を可視化しうるようになってきた[20),21]が，未だ研究成果は十分にあがっていない．そこで現在，薬物療法としては脳代謝賦活剤[22),23]や，脳血流改善剤[24~27]の投与が対症療法として行われている．これらの薬剤は，多くは残存神経細胞の機能の活性化を期待するもので臨床的には，行動面等が改善される場合がある[19),28]．

一方，東洋医学の分野において，矢野ら[5~7]は近年，PETをもちいた実験で，末梢への鍼通電刺激が脳血流を増加させ，その結果，刺激側の対側皮質領域，特に前頭葉及び側頭葉において脳神経細胞の活動が亢進することを確認している．この報告で，矢野らが用いた経穴のうち合谷穴は，頭部や顔面部の疾患に頻用され，同部の循環に関係が深い経穴であると考えられる．また，中医学的にも痴呆症は，いくつかの証に分けられる[29]が，本例では，患者の状態から，気鬱血虚と考えられ，気あるいは血の循環が障害された状態と考えられる．そこで我々は，これらの報告に基づき，対症的に脳血流の改善を目的として，初老期痴呆に分類されるAlzheimer病の患者に対し，鍼治療をおこなった．その結果，患者の自発意欲や見当識等に改善が認められた．

このことは，鍼治療が，脳血流改善剤や脳代謝賦活剤等の対症的な薬剤と同様の効果をもたらした可能性を示唆するものであると考えられた．又，本例において，入院当初には鍼治療のみで効果が認められ，その後，脳代謝賦活剤を併用し，さらに活動性が向上したことより，鍼治療に薬物療法を併用することによって，よりすぐれた効果が期待できるものとおもわれる．

今回，本例に対し，鍼治療の，対症的な効果が示唆されたが，脳血管性痴呆やPick病等，老年期の痴呆を呈する疾患は，同一の疾患であっても個々の症例により，その臨床症状は多岐にわたる．従って，今後症例を重ね，治療効果を検討する必要があると考えられた．

今後，鍼灸治療の需要の増大が予想されるなかで，本例のような新しい治療分野に目をむけることは大いに意義のあることとおもわれる．

文　　献

1）山田光胤：東洋医学と精神医学．臨床精神医学 13(1)：5～9．1984.
2）金子善彦：精神科領域における漢方療法－とくに抑うつ状態とその周辺．臨床精神医学　13(1)：19～32，1984.
3）松橋俊夫：うつ病の漢方治療．日本東洋医学雑誌 37(1)，53～59，1986.

4) 松橋俊夫：癲と狂－精神病の漢方薬選択．日本東洋医学雑誌 38(1)：31～35，1987.
5) 矢野 忠，森 和ら：ポジトロンＣＴからみた鍼灸の効果．核医学 20(7)：262，1983.
6) 矢野 忠，森 和ら：ポジトロンＣＴからみた鍼灸の効果．核医学 21(8)：262，1983.
5) 矢野 忠，森 和ら：ポジトロンＣＴからみた鍼灸の効果．核医学 22(9)：262，1983.
8) 川島孝一郎：老年者の Quality of life と漢方－痴呆．老年医学 26：1339～1342，1988.
9) 長谷川和夫：老年期の精神障害 アルツハイマー病．臨床精神医学 15(7)：1180，1986.
10) 朝長正徳：アルツハイマー病の病因と病理．日内会誌，78(11)：42，1989.
11) 加藤雄司：初老期痴呆，現代精神医学大系 18 老年精神医学，中山書店，185，1975.
12) 中野今治：アルツハイマー病の病理学的特徴，治療学 21(3)：316，1988.
13) 鍼灸治療学－正経と奇経の運用－．医歯薬出版．297～307，1976.
14) Davies P, Maloney AJ：Selective loss of central cholinergic neurons in Alzheimer's disease. Lancet ii：1431，1976.
15) Whitehouse PJ et al：Alzheimer's Disease And Senile Dementia: Loss of Neurons in the Basal Forebrain. Science, 215, 1237, 1982.
16) Coyle JT et al：Alzheimer's Disease: A Disorder or Cortical Cholinergic Innervation. Science 219, 1184, 1983.
17) 飯島 節：アルツハイマー病の生化学的特徴 1) 神経伝達物質の異常，治療学 21(3)：323，1988.
18) 西村 健：老年痴呆と抗痴呆薬．精神医学 30(4)：453～462，1988.
19) 水上勝義，小阪憲司：アルツハイマー病の薬物療法の現況．治療学 21(3)：361，1988.
20) 加茂久樹．McGeer PL：痴呆症における皮質糖代謝のPET による解析－アルツハイマー型痴呆およびピック病．医学のあゆみ 145：No11，1988.
21) 岸本英爾，松下正明：画像診断－ＰＥＴを中心にして－，精神医学 30(4)：443～451，1988.
22) 亀山正邦，大友英一，新島新三郎ら：脳卒中後遺症に対する citicoline（CDP-choline）の臨床効果－二重盲検法による検討．臨床評価 2：429，1974.
23) 脳血管障害薬効評価研究会：脳血管障害の治療におけるいわゆる脳代謝賦活剤の有効性についての評価－二重盲検法による塩酸 mecloferoxate と塩酸 pyrithoxine および placebo の比較．臨床評価 3：19，1975.
24) 新城之介，荒木五郎，伊藤英一ら：脳血管障害に対する TCV-3B 錠の有効性－ Ifenprodil tartrate 錠を対照とした多施設二重盲検比較試験．医学のあゆみ 124：66，1983.
25) 新城之介，荒木五郎，伊藤斉ら：脳血管障害に対する cinepazide の臨床評価－ placebo を対照薬とした二重盲検試験 臨床評価 7：349，1979.
26) 亀山正邦，佐藤倚男，栗原雅直ら：二重盲検法によるシンナリジンの脳血管障害への効果．臨床評価 1：77，1972.
27) 大友英一，沓沢尚之，長谷川和夫ら：HOPA（HOPATE）の脳血管障害に対する多施設二重盲検法による評価．臨床評価 9：673，1981.
28) 岩本典彦，小阪憲司：老年期精神障害の薬物療法．臨床精神医学 16(11)：1683～1691，1987.
29) 神戸中医学研究会編訳：症状による中医診断と治療．燎原出版，166～168，1987.