

《解 説》

鍼灸の臨床体系について

明治鍼灸大学・東洋医学基礎教室

早崎 芳

要旨：鍼灸治療が現代医療の中の一環として医療施設に常設されることになるとき、当然患者は鍼灸治療を併せて受療することが考えられる。そのとき東洋医学的カルテ内容を他の医療関係者もある程度理解できることが必要である。そこで鍼灸臨床を通して、その方法や統計的価値を客観的に評価して、東洋医学の理解を求めることにした。

On the Clinicals Ystlw of Acupunctwe and Moxi Bation.

Kaoru HAYASAKI

Department of Oriental Medicine, Meiji College of Oriental Medicine

I はじめに

近年病院等における現代医療の中での鍼灸臨床が、盛んに行なわれるようになった。このことは、十分な診査の結果、東西合作の診療を受けられる患者にとっては、大変有難い傾向である。医療が患者中心の医療であるためにも、望ましいことである。今後は現代医療の各科に鍼灸治療が併用されることになるであろう。近く建設される当鍼灸大学の附属病院でも、その実現が待たれるのである。現在病院で行なわれている鍼灸臨床は、よほど鍼灸の治効を認めている医師は別として、一般には鍼灸治療を希望する患者か、慢性病か、現代医療で効果のあがらない患者に限って行われているのが現実である。このことは、鍼灸臨床の診断の段階で問題がある。

手技、技能は鍼灸師の特技だから、それでよいとしても、処方においても、経穴の運用についても、また治療結果の効果にしても、医師にはなかなか理解できないのではなかろうか。

ただ患者が「効果がある」「痛みがとれた」と

いうから、患者が希望するからだけでは、現代医療の中で鍼灸が医療として、発展することは困難であろう。

東医的診断、処方、治効、経過予後などが、医師も客観的に確認でき、理解してこそはじめて医師とのケアができ、病院等における東西融合の臨床ができることになる。

これらのことが打開されなければ、病院等における鍼灸学生の臨床教育や、インターン生の指導教育に支障をきたし、曖昧になりかねないのではなかろうか。

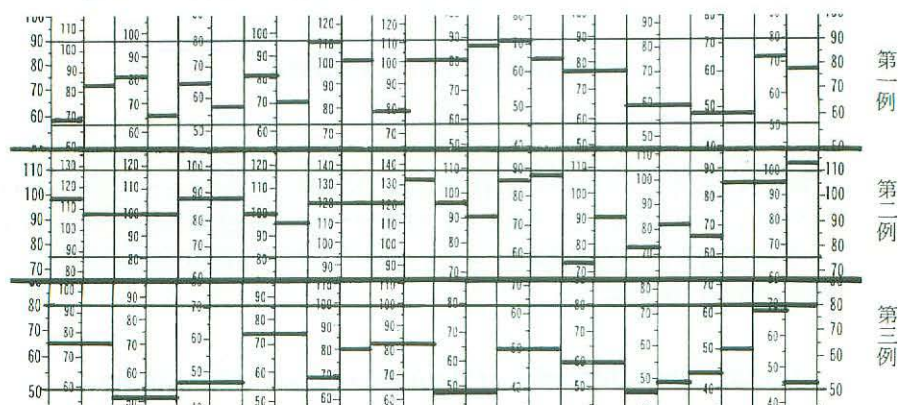
これらのことについて、臨床統計的研究から、私見を述べることにする。

II 現代医療のなかの鍼灸臨床診断

東西医学の臨床診断を論ずるとき、最大の問題点は病名診断による方法と、東洋医学の経絡異常から証による診断の方法である。決定する診断が根本的に異なるので議論にならないと、一般に認識されているが、果してそうであろうか。

表 1

学生114名中生理的範囲 6名



本来適確な治療を施すための診断であり、診断体系である。

診断→治療は絶対的に連繫しているはずなのに、今日行なわれている鍼灸臨床の病名診断による臨床の場合に、経絡経穴の運用は曖昧で、内臓体壁反射点⇔体壁内臓反射点や圧痛点、硬結点が診断、治療の対象である。手、足の井穴には圧痛、硬結が現われないため、これらは対象にならない。

経の虚実を診て補泻を行うことは無視されていることが多い。

経絡の歪みを診てその歪みを整えることを、診断、治療の基本とする古典鍼灸診断の臨床からみると、病名診断の場合は、やゝもすると診断と経穴の運用、治療ルールは個々に遮断されて、説明のできないことが多々ある。しかしまた、経絡と関係なくてもヘッド氏帯といわれる内臓体壁反射による体表の圧痛又は硬結点は経穴、治療点と一致する場合が多い。またデルマトームによる体表圧痛、硬結点あるいは神経、血管の走行分岐点などは特にこれらの異常を体表から触知することができ、鍼灸診断及び治療点となることが多い。

何れにしても今日の鍼灸診断の現状は一般的に

は経絡経穴の運用を軽視し、局所的圧痛、硬結点、また反応点を重視していることである。これは経絡経穴の科学的研究のおくれと、東洋医学の全体の調和を診ることの軽視と局所的近視眼的片手落の診断になりつゝあるといえる。

全体を診てその後で局所を診よと古典に示唆していることは今も昔もルールにかわりはないようである。

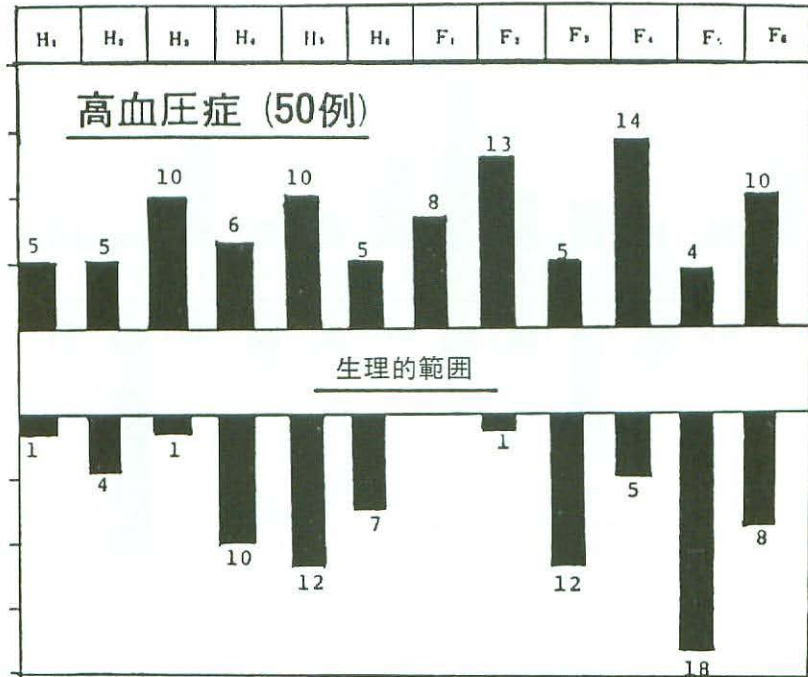
以上のことからして現代医療のなかでの鍼灸臨床診断法としては、東西医療人間の臨床診断の接点を見出すことは困難である。そこで先ず東洋医学でいう虚と実を良導絡を通して客観的に興奮性、抑制的状态を共通の場でみた。即ち主観的虚実から、「目で見て理解できる虚実」とした。

表 1 の

正常範囲については、日頃臨床の患者では当然正常範囲内にあるものは、全くみることはない。勿論患者だから当然のことである。仮に治療後1時的に、正常範囲内におさまったとしても、それはみせかけのもので、治癒したと速断はできない。

そこで、健常者と思われる学生114名について、良導絡測定を行ってみた。その中で6名だけが生理的範囲内におさまっていた。このことは健常者

表2



といえども、必ずしも常に生理的範囲内におさまっているとは限らない。また1回の測定だけで決定すべきでなく、その他の診断法も駆使して、より診断的条件の重なったものをもって、診断的価値あるものとすべきであろう。

表2は

高血圧症患者50症例から、12経路の興抑をみると、F₅胆良導絡の抑が最も多い。

このことは後述するが、痛みと胆良導絡の関係を統計的にみた結果、圧倒的に胆良導絡の抑が多いことから、50症例の高血圧患者の場合も50～70才台で、腰痛、関節痛を伴うことからしてもこのことが伺える。

なお特に目立つのは、F₁の脾良導絡の抑が1例もないことである。これは高血圧症が、造血器

官の脾良導絡の興と関係して、脾良導絡の抑が現われないのではないかと想像される。

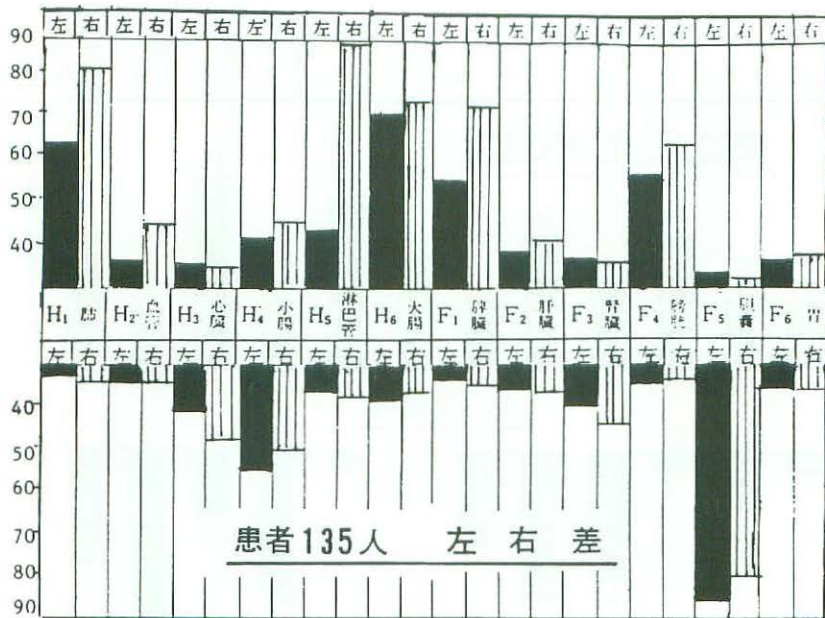
表3は

この表は、各良導絡の興抑と共に左右差をみたもので、患者135名中F₅胆良導絡の抑が圧倒的に多いのは、鍼灸臨床の対象患者が、痛みを主訴としているのが殆んどであり、年令的にも50才前後、しかもこの統計の患者は、農業、林業を主体としているもので、これをみても、痛みと胆経導絡、抑の関係を察知することができる。

またH₁とH₆の2経の興は、肩こり症を主訴とする患者に最も多いと、中谷博士も発表しているが、各部の痛みと共に肩こりを主訴とする患者が圧倒的に多いのも事実である。

なおこの表で、H₅淋巴良導絡の左右差の大

表3



きいのが目立つが、中谷氏の統計の中でも第2位を示しており、ノイローゼ患者に多いと示唆されている。この統計的観察からしても、精神的不安を訴える者に多く、患者の共通した特徴でもあるが、心身症的な患者の診断の指標になると思う。

表4は

他の良導絡との関係を統計的にみたもので、胃良導絡が興のとき、肝良導絡も興を示すものが、学生114名中48名の約半数に近いのは、若者達にストレスが多くあるのを示唆している。青年期に胃・12指腸潰瘍の多いのは、これがこうじると胃神経症から胃、12指腸潰瘍の危険性も想定できるようなのである。

以上は良導絡測定による臨床診断の統計的診断価値を客観的に評価したものであるが、これにより西洋医も東洋医学を診断の時点で理解できると思う。このことは、東西医師の臨床診断の現場における接点を得られる。

症例の経過もこのカルテで、ある程度判断ができるであろう。(有馬温泉病院長も、これなら理解できると発言あり)

Ⅲ 鍼灸臨床における処方価値について

鍼灸診断が証の決定で、その証に対する処方であるが、漢方薬のように薬とその量だけでなく、鍼灸臨床における処方は、経穴の選穴と刺激量及び手技が入り、方法は個人的にも複雑で処方の評価は困難である。しかし診断において各経の虚実を確認したからには、それを無視した処方はありません。虚を補うためには一般にその補穴を選び、急性症には井穴を、慢性症には募穴、俞穴を古典は教えている。

近年はそれがみだれて、単に鍼灸刺激を局所にだけ与えることを治療としている傾向が多くみられる。

この臨床ルールと、選穴、刺激量が鍼灸治療効果を大きく左右しているので、その結果を統計的

表4

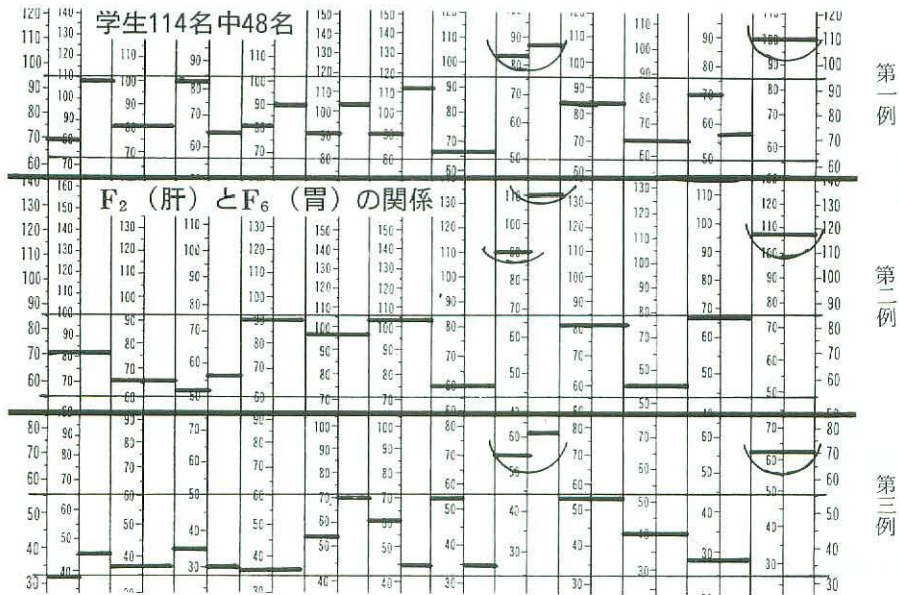


表5 鍼灸刺激の良導絡測定結果

2 3 0 症 例		正 常 値	改 良	変化なし	みだれた	計
灸 刺 激	抑	2 7	1 0	1 0	2	4 9
	興	4	1 8	1 1	1	3 4
はり刺激	抑	3	6	9	4	2 2
	興	3	1	4	1	9
鍼灸刺激 (補 泻 同 時)	抑	6	3	1 3	4	2 6
	興	2	1	1 3	4	2 0
はり刺激 (中渚、大衝)	抑	1	0	7	1	9
	興	0	0	2	1	3
ムチウチ症 (補 泻 同 時)		0	7	2 2	1	3 0

に見ると表5により理解できる。

上記実験は230症例について、下記の如き方法で鍼灸刺激を与え、その結果を検討した。

(1) 術前良導絡測定を参照にして、それぞれの虚経に対し興奮穴（五行穴による以下同じ）に米粒大5壯の灸刺激を与え、10分後に再びノイロメ

トリーして、灸刺激による良導絡調整結果を49症例でみた。

その統計結果によると、虚経が正常値に調整されたものは、27例、正常値に近ずき改良されたものは、10例で内4例については、再度（補正）灸刺激を与えたことによって正常値に入った。変化のなかったもの10例で、逆にみだれたものが2例

であった。(刺激量を一定(5壮)にしているため、個々の症例に対し適量刺激を与えたわけではないから)

(2) 次に実経に対し抑制穴に5壮灸刺激を与えて、良導絡調整結果を34症例でみた。

その統計によると、正常値に調整されたものは4例だけで、改良されたものが18例で、変化のなかったのが11例、逆にみだれたものが1例あった。なお改良された18例については、再度灸刺激(補正)を与えてみたが、目立った効果は得られなかった。

(3) 次に虚経の興奮穴に10分間置鍼をして、10分後にその結果をみた。

22症例中正常値に調整されたものは、3例だけで改良されたものは6例、変化のなかったのは9例で、逆にみだれたのが4例もあった。

(4) 次は興抑穴に同時鍼灸刺激を与えてその結果をみた。

虚経については、26例中13例も変化がみられず、何れも治療効果が目立たない。

(5) 次は興抑無関係に中渚、大衝に10分間置鍼後の良導絡変化をみた。

抑については9症例中7例は変化をみせなかった。正常値に1例入ったが、興については、これといった変化がなかった。

(6) ムチウチ症30症例に対して、興抑穴を同時に、はり刺激を与えてその結果をみたが、30症例中22例も変化がなく、正常値に入ったのは1例もなかった。

以上6パターンの処方の違いによっても、その治効はかなりのバラツキがみられる結果からしても、臨床のルール、選穴、刺激量に問題があることを再確認するのである。

IV 鍼灸治効の客観的評価について

Ⅲの処方別により、その治効も併せて述べたが、更に刺激量を虚実の程度に応じて、適刺激量を仮定して刺激し、その結果を統計的にみた。

① 被験者の圧痛部に知熱灸を行なった群(81例)

② 抑制を示した良導絡の興奮点に知熱灸(生理的範囲を逸脱した電流値5 μ Aにつき半米粒大2壮の割合)を行なった群。(41例)

③ 抑制を示した良導絡の興奮点に知熱灸(生理的範囲を逸脱した電流値5 μ Aにつき半米粒大2壮の割合)を行ない、さらに興奮を示した良導絡の抑制点に切皮単刺を行なった群(30例)の3群に分け、各群別の刺激前後の良導絡変動をみた。

その結果は、

① 圧痛部に知熱灸を行なった群では、生理的範囲に入ったものは27%であった。

② 抑制を示した良導絡の興奮点に知熱灸を行なった群では34%。

③は②の方法に更に興奮を示した良導絡の抑制点に切皮単刺を行なった群では、40%と最も多かった。

以上のことから良導絡治療という興奮点、抑制点の従来の活用法を側面的に裏付けたものといえ、鍼灸刺激時において、適量刺激の重要性の一端を示しているものと思われる。

V ま と め

鍼灸を現代医療の中で、どのようにしたら医師との接点が得られ、患者のためにより良い鍼灸臨床効果を発揮でき、後進の指導教育にベターであるかがいま問われているのである。こうした時に、鍼灸臨床体系を曖昧にしては、混乱を招くことになる。

過去の臨床体系のルールを客観的に洗い直し、正誤を証明して取捨選択することが、目前の課題であろう。こうしたことをふまえて、鍼灸臨床を良導絡を通して客観的に臨床体系を検討考察した。