

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

深尾遼平, 野瀬裕太, 三角昌詩, 青木秀郎, 小島亮太, 岩田宜久, 松本和久

明治国際医療大学

要旨: 主訴のない健康な成人男性 6 名 (平均年齢 21.8 ± 2.6 歳, 平均身長 171.5 ± 3.9 cm, 平均体重 63.5 ± 10.8 kg) を対象に, 東洋医学的診察から身体の異常部位を推測し, 西洋医学的診察である関節可動域測定を用いて異常の有無を検証した.

その結果, 東洋医学的診察から推測した身体の異常部位は, 関節可動域測定を実施した全ての部位で異常が認められた. また, 腰部の関節可動域測定は左右差の確認が困難であるため実施しなかった. そのため東洋医学的診察から推測した腰部の異常は, 西洋医学的診察において確認できなかった. しかし, 東洋医学的診察から異常と推測した腰部に治療的介入を加えると, 西洋医学的診察において認められた異常が改善したことから, 東洋医学的診察から推測した異常部位の間には関連性があり, 西洋医学的診察では確認できなかった腰部にも異常があることが証明された. 以上のことから, 東洋医学的診察と西洋医学的診察との整合性が確認された.

東洋医学的診察は「主訴」に捉われないという点で, 西洋医学的診察と大きく異なる. そのため, 西洋医学では診断・治療の対象にならない「主訴」のない機能障害も, 東洋医学では診断・治療することが可能であり, 現代医療に東洋医学を普及する必要があると考えられた.

Key words 東洋医学的診察 oriental medicine examination, 西洋医学的診察 Western medicine examination, 整合性 consistency, 関節可動域 range of motion, 主訴 chief complaint

I. はじめに

出生前診断に関して, その倫理的問題について騒がれている¹⁾. その是非については, 本論文で述べるつもりはない. しかしながらここで重要となるのは, 医学的な進歩によって医療を受ける側の選択肢が増えるという点である. 是非以前に選択肢自体が用意されていなければ, そもそもとして問題が提起されることもなく, またそれについて議論されることもない. このことから医学的な進歩や発展によって選択肢が増えるということは, その選択肢の是非に関わらず社会にとって有益だと言える. しかし七代目尾張藩医浅井国幹の告墓文には, 「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」²⁾とあるように, 明治維新以降の日本の医療において選択肢が健全に増えていったとはいえない.

西洋医学は普遍性・客観性・論理性を基盤とする自然科学を基盤とするため, 主観性の排除という主客の分離が生じ心身二元論の立場をとる³⁾医学である. そのため西洋医学の診療の手順は, 「主訴」, 「診察」, 「診断」, 「治療」の順で実施され, 主訴の場所が診察の焦点となり, その場所を中心としてレントゲンや磁気共鳴画像 (Magnetic Resonance Imaging:

MRI) 検査等を行うこととなる。客観性を与えるために検査結果はできるだけ数値化・計量化され、その技術は進歩し検査精度は向上するが要素還元的に細分化され、その結果「主訴」に捉われた疾病の一部分しか診れなくなってしまうという危険性を有している。これに対して東洋医学（漢方医学や鍼灸医学などの日本の伝統医学のことを東洋医学とする）は“個の医学”といわれ、個人の体質・特徴を重視し、しかも心と身体は一体であるという「心身一如」を前提に、一つの器官を重視せず、身体全体の調和をはかる全人的医療を目指した、心身一元論を基盤とする医学である。したがって東洋医学の診察は「主訴」に捉われず切診中心で行われ⁴⁾、「人」における整体観を観察し、その異常を診るものである。つまり東洋医学的診察においては、患者の自覚的な異常である「主訴」を必要とせず、患者の状況を把握することが可能である。その代表的な例が「夢分流腹診術」における『無問診』であり、患者に自覚的な異常を尋ねることなく、腹診によって患者の状況を把握することができる⁵⁾。

西洋医学を主体とする近代医学は罹患臓器の診察が主体となるが、高齢化が進む現在では、加齢とともに患者の罹患臓器は複数になってくることも多く、臓器医学では対応できなくなっている。また、社会の成熟とともに全ての疾患は治療するのではなく、疾患と共存しながら生活の質（Quality of Life: QOL）を維持しながら生きていくという考え方も国民に浸透しており、原因を詳細に分析して徹底的に治療する analytic medicine である aggressive な西洋医学から、長い経過を有する慢性疾患、多くの罹患臓器を有する高齢者などでは、病態を全体的に捉えて是正する mild な holistic medicine である東洋医学へのシフトが考えられるようになってきている⁶⁾。これらのことから、東洋医学が日本の医療の選択肢の一つとして存在価値を示す土壌ができつつあるものと考えられる。

その一方で、東海大学医学部4年生の約7割が東洋医学はエビデンスに乏しい、神秘的である、非科学的であるという否定的、懐疑的イメージを持っているというアンケート結果がある⁷⁾。そこで、西洋医学を中心とした現代医療の中で東洋医学が選択肢の一つとして正しく存在するために、人間ドックの検査結果と東洋医学の診察である脈診・舌診・腹診の結果を比較したり^{8,9,10)}、舌診と心電図・頸動脈造影・血圧などを比較したりして^{11,12)}、東洋医学の古典的経験的な理論を西洋医学的手法で検証し、客観性や普遍性を持たせる努力がなされている。

本論文は東洋医学的に診察した所見から身体の異常部位を推測し、西洋医学的な診察である関節可動

域測定を用いて検証することで、東洋医学的診察と西洋医学的診察との整合性を検証し、現代医療における臨床的意義を検討することを目的とした。

II. 対象

特に身体的な異常を訴えない健康な成人男性6名（平均年齢21.8±2.6歳、平均身長171.5±3.9cm、平均体重63.5±10.8kg）を対象とした。対象の特性を以下に記す。

- 対象1：21歳，身長170.0cm，体重56.0kg
- 対象2：21歳，身長179.0cm，体重80.0kg
- 対象3：20歳，身長168.0cm，体重73.0kg
- 対象4：27歳，身長169.0cm，体重56.0kg
- 対象5：21歳，身長171.0cm，体重63.0kg
- 対象6：21歳，身長172.0cm，体重53.0kg

III. 方法

1. 対象に対し、東洋医学の診察法である四診のうち、望診の一つである舌診¹³⁾と、脈診¹⁴⁾、腹診⁵⁾、背候診の3つの切診を行った（以下、東洋医学所見）。具体的な東洋医学の診察法を以下に示す。

- 1) 舌診：舌色，舌質，舌苔の状態，舌下静脈の状態を診察した¹³⁾。
 - 2) 脈診：先ず、「原南陽の押し切れの脈」¹⁴⁾を診察し、次いで「胃の気の脈診」¹⁴⁾を行った。その後、太谿と衝陽の脈を診察した。
 - 3) 腹診：「夢分流腹診術」に準じて診察した⁵⁾。
 - 4) 背候診：背部俞穴の状態を診察した。
2. 東洋医学所見を総合的に判断し、異常が生じている身体部位を推測した。

3. 西洋医学所見は、西洋医学の診察法である理学所見のうち関節可動域測定とし、東洋医学所見で異常があると推測された身体部位の両側に実施した（以下、西洋医学所見）。

4. 西洋医学所見は、左右差ならびに日本整形外科学会および日本リハビリテーション医学会による参考可動域角度との比較を行い、東洋医学所見との整合性を検証した。

5. 東洋医学的診察をもとに、異常があると推測された身体部位以外の場所に対して治療的介入を加えた後、再度、同一部位の関節可動域測定を行う。

6. 得られた西洋医学所見は4.に加えて、治療的介入前後を比較し、西洋医学所見と東洋医学所見の整合性を検証した。

IV. 結果

1. 対象1

1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅，舌質はほぼ正常，舌苔は舌

尖と左右の舌辺は無苔であり、舌尖、左側端、右側端の順で新しいものであった。舌下静脈は少し怒張を認めた。

(2) 脉診：「原南陽の押し切れの脉」は、押し切れなかった。「胃の気の脉診」は、一息四至、中～浮、緩不足、枯脉であった。太谿と衝陽の脉は、いずれも認められた。

(3) 腹診：心、脾募の間隔は狭く、右脾募と左腎水に邪を認めた。

(4) 背候診：右側の肝兪が実で、左側の脾兪、三焦兪、腎兪で虚が認められた。

2) 東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位

東洋医学所見で異常と判断されたものは、舌苔の無苔、舌下静脈の怒張、脉診の緩不足と枯脉、腹診の心、脾募の間隔の狭さ、右脾募と左腎水の邪、背候診の右肝兪の実、左脾兪、三焦および腎兪の虚であり、右肩部と左腰部に異常があると推測された。

3) 西洋医学所見 (図 1-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし、外転角度を計測した。対象はベッド上に端座位をとり、右、左の順で可能な限り最大限の肩関節自動外転運動を実施し、その最終肢位を後方から写真撮影し、その写真に肩峰を通る床への垂直線を記入し、垂直線と上腕骨とで形成される角度を測定した (以下、肩関節外転角度計測方法)。

その結果、肩関節自動外転可動域は右 160°、左 175°であった。

4) 東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は、右肩部と左腰部であった。これに対して西洋医学所見は右 160°、左 175°で、右肩関節の外転可動域制限すなわち右肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。一方、東洋医学所見から推測された左腰部の異常は、今回の西洋医学所見で計測しにくいと確認できなかった。以上のことから、東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見の異常が一致し、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

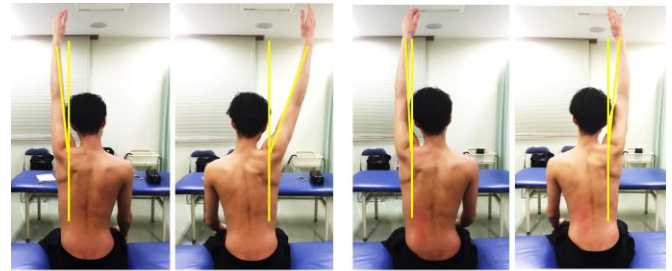
5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図 1-b)

東洋医学所見から右肩関節の機能障害は、左腰部 (左三焦兪、左腎兪) の虚によるものと考えられたことから、治療的介入は虚している左三焦兪、左腎兪あたりを補うように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は、右 175°、左 175°であった。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により、右肩関節の自動外転可動域は改善したことから、右肩部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明され、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。



a.治療的介入前 b.治療的介入後

図1. 対象1の肩関節自動外転角度 (西洋医学所見)

a.治療的介入前は右160°、左175°

b.治療的介入後は右175°、左175°

2. 対象 2

1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅から淡白、舌質はほぼ正常、舌苔は滑苔気味で湿潤が多めであり、舌下静脈にわずかな怒張を認めた。

(2) 脉診：「原南陽の押し切れの脉」は、押し切れなかった。「胃の気の脉診」は、一息四至、浮、滑不足であった。太谿と衝陽の脉は、いずれも認められた。

(3) 腹診：右側の脾募と肝相火に邪を認めた。

(4) 背候診：右側の肝兪、胆兪周囲は膨隆し実で、同兪穴の一行に圧痛を認めた。

2) 東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位

東洋医学所見で異常と判断されたものは、舌診では舌色の淡紅から淡白、舌苔の滑苔気味で湿潤が多めと舌下静脈のわずかな怒張、脉診では脈診の浮と滑不足、腹診では右側の脾募と肝相火の邪、背候診の右側の肝兪と胆兪の膨隆と実、およびその一行の圧痛であり、右肩部に異常があると推測された。

3) 西洋医学所見 (図 2-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし、肩関節外転角度計測方法に準じて外転角度を計測した。

その結果、肩関節自動外転可動域は右 160°、左 170°であった。

4) 東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は、右肩部であった。これに対して西洋医学所見は右 160°、左 170°で、右肩関節の外転可動域制限すなわち右肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。このことから、東洋医学所見から推測した異常と西洋医学所見の異常が一致し、東洋医学所見

と西洋医学所見の整合性が認められた。

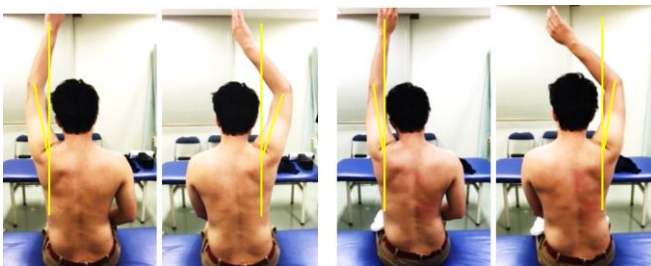
5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図 2-b)

東洋医学所見から右肩関節の機能障害は、自然治癒しようとしている湿邪による表証が肝郁気滞により阻害されることにより生じているものと考えられた。そこで治療的介入は、実している右側の肝兪と胆兪あたりを瀉すように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は、右 170° , 左 170° であった。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により、右肩関節の機能障害は改善したことから、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。



a.治療的介入前 b.治療的介入後
図2. 対象2の肩関節自動外転角度(西洋医学所見)

a.治療的介入前は右160° , 左170°
b.治療的介入後は右170° , 左170°

3. 対象3

1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅，舌質はほぼ正常であった。舌下静脈はやや怒張を認めた。

(2) 脉診：「原南陽の押し切れの脉」は、押し切れなかった。「胃の気の脉診」は、一息四至半，中，やや緩不足であった。太谿と衝陽の脉は、いずれも認められた。

(3) 腹診：左側の脾募と腎水および肝相火に邪を認めた。

(4) 背候診：右側の肝兪が実，左側の腎兪にわずかな虚が認められた。

2) 東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位

東洋医学所見で異常と判断されたものには、舌下静脈の怒張，脉診の緩不足，腹診の左側の脾募と腎水および肝相火の邪，背候診の右側の肝兪が実と左側の腎兪のわずかな虚であり，左肩部と左腰部に異常があると推測された。

3) 西洋医学所見 (図 3-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし，肩関節外転角度計測方法に準じて外転角度を計測した。その結果，肩関節自動外転可動域は

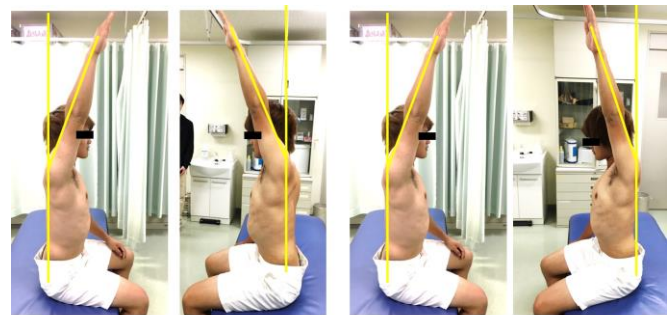
右 160° , 左 160° であり，左右差を認めなかった。そのため肩関節屈曲角度を計測した。対象はベッド上に端座位をとり，右，左の順で可能な限り最大限の自動肩関節屈曲運動を実施し，その最終肢位を後方から写真撮影し，その写真に肩峰を通る床への垂直線を記入し，垂直線と上腕骨とで形成される角度を測定した。

その結果，肩関節自動屈曲可動域は右 160° , 左 155° であった。

4) 東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は，左肩部であった。これに対して西洋医学所見では肩関節自動屈曲可動域は右 160° , 左 155° で，左肩関節の屈曲可動域制限すなわち左肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。一方，東洋医学所見から推測された左腰部の異常は，今回の西洋医学所見で計測しにくいため確認できなかった。以上のことから，東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見の異常が一致し，東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図 3-b)



a.治療的介入前 b.治療的介入後
図3. 対象3の肩関節自動屈曲角度(西洋医学所見)

a.治療的介入前は右160° , 左155°
b.治療的介入後は右160° , 左160°

東洋医学所見から対象は比較的健康な状態であると考えられる。そのため肩関節自動外転可動域に左右差は認められず，左肩関節自動屈曲可動域にわずかな制限が認められる程度であり，その原因は左腰部（左腎兪）のわずかな虚にあると考えられた。そこで治療介入は，虚している腎兪あたりを補うように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は，右 160° , 左 160° であった。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により，左肩関節自動屈曲可動域頸部は改善したことから，左肩部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明され，東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

4. 対象4

1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌の色は淡紅から紅，舌質はほぼ正常であり，舌下静脈は少し怒張を認めた。

(2) 脉診：「原南陽の押し切れの脉」は，押し切れなかった。「胃の気の脉診」は，一息四至半，中～浮，緩不足であった。太谿と衝陽の脉は，いずれも認められた。

(3) 腹診：左側の肺先と腎水および肝相火に邪を認めた。左肺先には発汗もみられた。

(4) 背候診：左側の腎俞，三焦俞に虚が認められた。

2) 東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位

東洋医学所見で異常と判断されたものには，舌下静脈の怒張，脉診の中～浮と緩不足，腹診の左側の肺先と腎水および肝相火の邪および肺先の発汗，背候診の左三焦俞，左腎俞の虚であり，身体の左頸部と左腰部に異常があると推測された。

3) 西洋医学所見 (図4-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を頸部とし，左右の頸部自動側屈角度を計測した。対象はベッド上に端座位をとり，右，左の順で可能な限り最大限の自動頸部側屈運動を実施し，その最終肢位を後方から写真撮影し，垂線と頭頂と第7頸椎を結んだ線のなす角度を測定した。

その結果，頸部自動側屈可動域は右20°，左15°であった。

4) 東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見からは推測された異常が生じている身体部位は，左頸部であった。これに対して西洋医学所見は右20°，左15°で，左頸部自動側屈可動域制限すなわち左頸部の機能障害の存在が明らかとなった。一方，東洋医学所見から推測された左腰部の異常は，今回の西洋医学所見で計測しにくいため確認できなかった。以上のことから，東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見の異常が一致し，東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図4-b)

東洋医学所見から対象は表証を罹患しているが，発汗しており治癒過程にあることが考えられた。しかし脉診は中～浮と浮ききっておらず，治癒するには原気が不足した状態であり，その原因は左腰部(左三焦俞，左腎俞)の虚にあると考えられた。そこで治療介入は，虚している左腎俞・三焦俞近くを補うように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は，右20°，左25°であった。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により，頸部の機能障害は改善したことから，左頸部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明され，東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

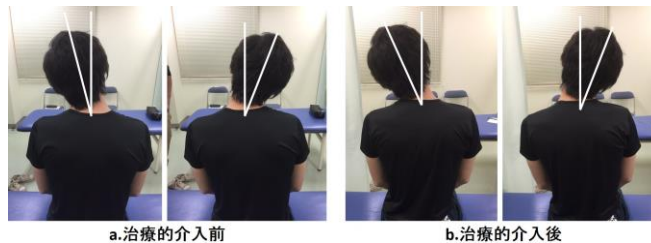


図4. 対象4の頸部自動側屈角度(西洋医学所見)

a. 治療的介入前は右20°，左15°
b. 治療的介入後は右20°，左25°

5. 対象5

1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅，舌質はほぼ正常，舌苔は白苔であり舌尖部では少苔で，舌中央部には裂紋がみられた。舌下静脈には怒張は認められなかった。

(2) 脉診：原南陽の押し切れの脉」は，押し切れなかった。「胃の気の脉診」は，一息四至半，中，緩不足であった。太谿と衝陽の脉は，いずれも認められた。

(3) 腹診：左の脾募と肺先および腎水に邪を認めた。

(4) 背候診：左側の肺俞に虚と発汗を認め，左側の心俞，胃俞，脾俞，三焦俞，腎俞，意舎，志室に虚が認められた。

2) 東洋医学所見に基づく対象の推測される異常

東洋医学所見で異常と判断されたものは，舌苔の白苔と舌尖部の少苔および舌中央部の裂紋，脉診の緩不足，腹診の左の脾募と肺先および腎水に邪，背候診の左肺俞の虚と発汗，同じく左側の心俞，胃俞，脾俞，三焦俞，腎俞，意舎，志室の虚であり，対象は左肩部と左腰部に異常があると推測された。

3) 西洋医学所見 (図5-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし，肩関節外転角度計測方法に準じて外転角度を計測した。

その結果，肩関節自動外転可動域は右160°，左145°であった。

4) 東洋医学所見と西洋医学所見の整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は，左右肩部と左腰部であった。これに対して西洋医学所見は右160°，左145°で，左肩関節の外転可動域制限すなわち左肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。一方，東洋医学所見から推測された左腰部の異常は，今回の西洋医学所見で検査項目にないため確認できなかった。以上のことから，東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見

の異常が一致し、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見 (図 5-b)

東洋医学所見から左肩関節の機能障害は表証によるものと考えられるが、左腰部 (左胃俞, 左脾俞, 左三焦俞, 左腎俞) の虚により治癒過程が不十分な状態であると考えられた。そこで治療的介入は、肩関節の関節可動域に影響を与えない、虚している左側の胃俞, 脾俞, 三焦俞, 腎俞, 意舎, 志室を補うように徒手的な圧迫を加えた。

治療的介入後の西洋医学所見は、右 160° , 左 160° であった。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく治療的介入により、左肩関節の機能障害は改善したことから、左肩部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明され、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

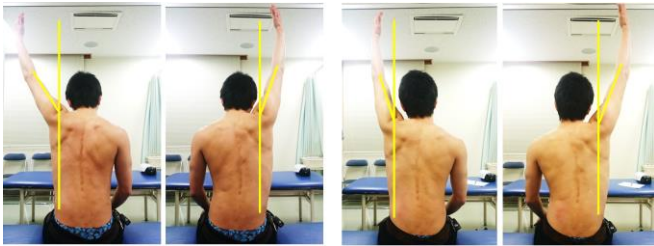


図5. 対象5の肩関節自動外転角度(西洋医学所見)
a.治療的介入前は右160° , 左145°
b.治療的介入後は右160° , 左160°

6. 対象 6

1) 東洋医学所見

(1) 舌診：舌色は淡紅から紅, 舌質は胖大し, 右と比較して左が大きく舌辺に歯痕を認めた。舌苔は滑苔で湿潤が多めであった。舌下静脈には怒張は認められなかった。

(2) 脉診：原南陽の押し切れの脉は、押し切れなかった。「胃の気の脉診」は、一息四至半, 中, 緩不足であった。太谿と衝陽の脉は、いずれも認められた。

(3) 腹診：心と左右の脾募と肺先および腎水に邪を認めた。

(4) 背候診：右厥陰俞から胆俞まで膨隆し実の反応を認め、左三焦俞, 腎俞, 志室にわたって広く虚の反応を認めた。

2) 東洋医学所見に基づく対象の推測される異常

東洋医学的所見で異常と判断されたものは、舌質の胖大 (右<左) と舌辺の歯痕, 舌苔の滑苔と湿潤, 右厥陰俞から胆俞まで膨隆し実の反応, 左三焦俞, 腎俞, 志室の虚の反応であり, 対象は左右肩部と左腰部に異常があると推測された。

3) 西洋医学所見 (図 6-a)

東洋医学所見から西洋医学所見の診察部位を両肩関節とし、肩関節外転角度計測方法に準じて外転角度を計測した。

その結果、肩関節自動屈曲可動域は右 145° , 左 145° であった。

4) 東洋医学所見と西洋医学所見の整合性の検証

東洋医学所見から推測された異常が生じている身体部位は、左右肩部と左腰部であった。これに対して西洋医学所見は右 145° , 左 145° で、左右の肩関節の外転可動域制限すなわち両肩関節の機能障害の存在が明らかとなった。一方、東洋医学所見から推測された左腰部の異常は、今回の西洋医学的所見で計測しにくいため確認できなかった。以上のことから、東洋医学所見から推測した異常の一部と西洋医学所見の異常が一致し、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

5) 治療的介入と治療的介入後の西洋医学所見

東洋医学所見から右肩関節の機能障害は肝郁気滞によるものであり、左肩関節の機能障害は左腰部 (左三焦俞, 左腎俞, 左志室) の虚によるものであると考えられた。そこで右肩関節への治療的介入として、両肩関節の関節可動域に影響を与えない、実している右側の厥陰俞から胆俞までを瀉すように徒手的な圧迫を加えた。

右肩関節への治療的介入後の西洋医学所見は、右 160° , 左 145° であった。

次いで左肩関節への治療的介入として、虚している左三焦俞, 腎俞, 志室を補うように徒手的な圧迫を加えた。

左肩関節への治療的介入後の西洋医学所見は、右 165° , 左 160° であった (図 6-b)。

6) 治療的介入後の東洋医学所見と西洋医学所見との整合性の検証

東洋医学所見に基づく右肩関節への治療的介入により右肩関節の機能障害が改善し、左肩関節への治療的介入として左腰部 (左三焦俞, 左腎俞, 左志室) を補うことにより左肩関節の機能障害が改善した。このように右肩部に異常を認め、左肩部の異常と左腰部の異常は関連性があることが証明されたことから、東洋医学所見と西洋医学所見の整合性が認められた。

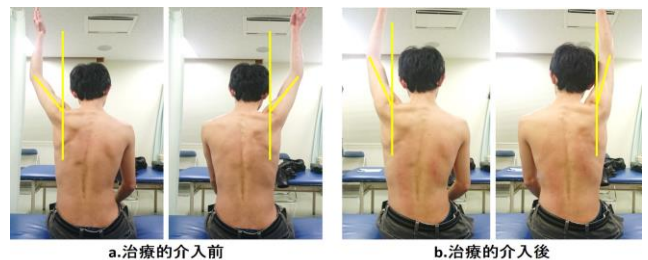


図6. 対象6の肩関節自動外転角度(西洋医学所見)
a.治療的介入前は右145° , 左145°
b.治療的介入後は右165° , 左160°

V. 考察

東洋医学的診察のうち、舌診は身体の寒熱の状態を、脈診は胃の気の状態を、腹診と背候診は内臓機能の状態を、それぞれ知ることができる。中でも夢分流腹診術は異常の生じている部位を身体図に投影することができる特徴を有している⁵⁾ (図7)。

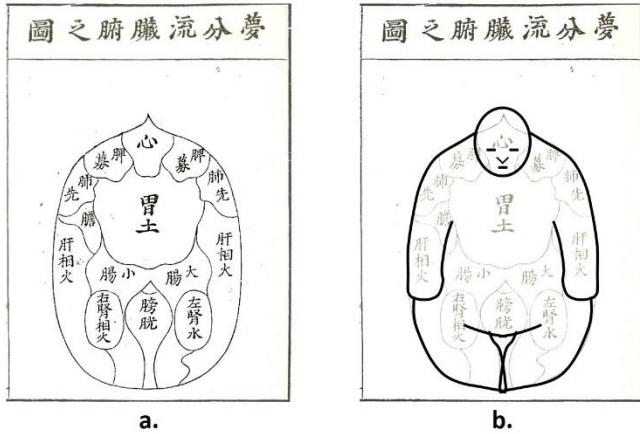


図7. 夢分流臓腑之図

夢分流の腹診では、a.腹部に臓腑を投影するだけでなく、b.腹部に身体を投影し、異常を発見することができる。

今回、夢分流腹診術をはじめとする多面的な東洋医学的診察により推測された身体の異常部位は、対象1は右肩部と左腰部、対象2は右肩部、対象3は左肩部と左腰部、対象4は左頸部と左腰部、対象5は左肩部と左腰部、対象6は左右の肩部と左腰部であった。これに対して西洋医学的診察の関節可動域測定によって異常の有無を検証した結果、関節可動域測定を実施した全ての部位で異常を確認することができた。一方、左右差の証明が困難なため関節可動域測定を実施しなかった腰部の異常は、西洋医学的診察では確認できなかった。しかし、東洋医学的診察から異常と推測された腰部に治療的介入を加えると、西洋医学的診察において認められた異常が改善したことから、東洋医学的診察から推測した複数の異常部位にはそれぞれ関連性があり、西洋医学的診察では確認できなかった腰部にも異常があることが証明された。以上のことから、東洋医学的診察と西洋医学的診察との整合性を確認することができた。

西洋医学のパラダイムは近代合理主義であり要素還元主義のデカルト科学であり、病因論（病気の原因を追究する）かつアロパシー（反対のことをする）が3本柱である⁴⁾。したがって、診断は「主訴」から開始され、訴えのある場所および現象に対してその原因を追究する目的で、客観性と再現性を指標に分析的・要素還元的に診察・検査がなされ、普遍的で論理的な診断のもとに治療が実施される。しかし生

体は構成要素が多いだけでなく構成要素間の関わり方が複雑であるため、人体全ての機能をデカルト科学でシステムチック（体系的・組織的）かつダイナミック（動的）に分析することは不可能であり、例えば画像で現れる客観的な異常よりも客観的に示すことのできない（主に画像に映らない軟部組織の異常や自律神経・心の問題など）原因による非特異的腰痛においては画像診断が全く当てにならず、西洋医学の客観的な分析には限界があるといえる⁴⁾。また今回の対象のように、肩関節および頸部の可動域に左右差を認め関節の機能障害を有しているにもかかわらず自覚がなければ、西洋医学では診断・治療の対象にすらならない。東洋医学的診察は「主訴」に捉われないという点で、西洋医学的診察と大きく異なる。これは東洋医学と西洋医学における健康と病気の捉え方の違いによるものである。『難経』の七十七難には「上工治未病。中工治已病者。」¹⁵⁾とあり、また『素問』四氣調神大論篇第二には「是故聖人不治已病，治未病，不治已亂，治未亂，此之謂也。夫病已成而後藥之，亂已成而後治之，譬猶渴而穿井，鬪而鑄錐，不亦晚乎。」¹⁶⁾とあり、対象が病気を自覚する前に、すなわち「未病」の段階で治療することが重要であるとされているためである。これは日本統合医療学会における統合医療の定義、「患者中心の医療であり、身体・精神、社会、霊性を含めた全人的医療、疾病を治療するだけでなく、疾病にかからないように健康維持・増進、疾病予防を重視する、生老病死の人の一生を包括的にケアする医療」¹⁷⁾と合致するものであり、東洋医学が日本の医療の選択肢として存在価値を示す根拠になると考えられる。

西洋医学による関節可動域制限の診断・治療では、関節可動域制限を有する関節を診察しその原因を精査して、当該関節に治療が行われる。しかし今回は、西洋医学的診察で明らかとなった各関節の関節可動域制限に対して、東洋医学的診察をもとに当該関節に直接的な影響が加わらない部位に治療的介入を実施した結果、全ての対象において関節可動域制限が改善した。このことは、関節可動域制限の治療において当該関節に捉われない新たな治療の可能性を示唆しているものと考えられる。再生不良性貧血を東洋医学で治療した患者の記した「運命の血液 - 再生不良性貧血との闘い - 」という本のあとがきに、「私に対する問い合わせの中で最も多かったことは、漢方薬店名を知りたいということと、現代医学にも東洋医学にも精通した医師を紹介してほしいということでした。この事実は、現代医学の不備をよく示していると思います。私は病院生活の中で、いつも後ろめたい気持ちがありました。それは、漢方薬を隠れて飲んだことです。病院の殆んどは、容易には漢

方薬を認めてはくれないのではないのでしょうか。医療は、現代医学とか東洋医学に片寄らず、病気の内容によってそれぞれの長所をもって治療される日が一日も早く来ることを望んでおります。」³⁾とある。東洋医学と西洋医学とでは根本的なシステムが根底から異なるため¹⁸⁾、東洋医学による診察・治療のメカニズムを西洋医学的手法で説明することは困難であるが、東洋医学の理論で実施した事象を西洋医学的手法で客観的に検証していくことは可能であり、西洋医学を主体とした現代医療体系の中で東洋医学を普及させるためには、必要不可欠なことだと考える。

【参考文献】

- 1) クローズアップ現代 新型出生前検査 導入から1年 ～命をめぐる決断 どう支えるか～：
<http://www.nhk.or.jp/gendai/articles/3491/1.html> (accessed July 25, 2016.)
- 2) 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，44 (3)：1-11，1994.
- 3) 寺澤捷年：東西医学の融和による新世紀医療の構築。日本東洋医学雑誌，53 (1・2)：11-5，2002.
- 4) 小川卓良：明日に伝えるために，今こそ大変革が必要である - 西洋医学より東洋医学の方がより本質的であるが，このままでよいのだろうか？ -。全日本鍼灸学会雑誌，65 (2)：79-90，2015.
- 5) 藤本蓮風：弁積鍼道秘訣集。緑書房，1983.
- 6) 中野哲：東西の医学結合を考える。日東医誌，56 (5)：769-778，2005.
- 7) 新井信，清水美衣，高士将典：東海大学医学部における選択科目「東洋医学」の教育上の問題点。日本東洋医学雑誌，57：225-231，2006
- 8) 二宮裕幸，土佐寛順，嶋田豊，他：人間ドック受診者における脈診・舌診・腹診の検討。日本東洋医学雑誌，44 (3)：141-151，1994.
- 9) 長坂和彦，土佐寛順，巽武司，他：漢方医学的脈候，舌候，腹候の関連性に関する検討。日本東洋医学雑誌，49 (1)：35-50，1998.
- 10) 和辻直，関真亮，篠原昭二，他：総合型人間ドックにおける東洋医学の健康評価の有用性。バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌，11 (1)：35-42，2009.
- 11) Jia YH, Chen SY, Lu ZP: Relationship between tongue colour and cardio-vascular function. Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi, 15(6), : 331-333, 1995.
- 12) 矢倉宏祐，阪上皖庸：東洋医学的舌診と西洋医学的な心臓，肺臓病変の関連性について。日本未病システム学会雑誌，14(2)：267-269，2008.
- 13) 藤本蓮風，平田耕一，山本哲斉：鍼灸舌診アトラス - 診断基礎と臨床の実際。p7-59, 自然社，1983.
- 14) 藤本蓮風：胃の気の脈診。p 3-80, p 26-27, 森ノ宮医療学園出版部，2002.
- 15) 『難経』：
<http://aeam.umin.ac.jp/siryoko/digitaltext/nangyo.htm> (accessed July 15. 2016)
- 16) 于泊海編：袖珍中医四部經典，p9-10，天津科学技术出版社：1986.
- 17) 日本統合医療学会：統合医療とは。
<http://imj.or.jp/intro> (accessed July 25, 2016.)
- 18) 浅岡俊之：漢方医学の歴史：臨床家が漢方医学の歴史をふまえることとは。日本東洋医学雑誌，58 (3)：407-412，2007.

Oriental medicine–based examination, its consistency with Western medicine–based examination, and its clinical significance in modern medicine

**Ryohei FUKAO, Yuta NOSE, Masashi MISUMI, Syuro AOKI, Ryota KOJIMA,
Takahisa IWATA, Kazuhisa MATSUMOTO**

Meiji University of Integrative Medicine

Abstract

Six healthy men with no chief complaint (mean age, 21.8 ± 2.6 years; mean height, 171.5 ± 3.9 cm; mean weight, 63.5 ± 10.8 kg) were examined to predict anatomical sites with abnormalities based on oriental medicine, and measurement of range of motion, which is commonly used in Western medicine, was performed to confirm the presence of abnormalities. Measurement of range of motion confirmed abnormalities at all tested body sites consistent with the abnormalities predicted by oriental medicine. Range of motion was not measured in the lower back due to difficulty in specifying abnormalities as occurring on either the right side or on the left side. Instead, alleviation of abnormalities of the corresponding site was confirmed by therapeutic intervention, suggesting the association between oriental medicine–predicted abnormalities and the sites responding to the intervention. Thus, abnormalities in the lower back, which could not be directly confirmed by Western medicine–based examination, were proven. Taken together, consistency between oriental medicine–based examination and Western medicine–based examination was confirmed. Examination in oriental medicine is not restricted by chief complaints, in clear contrast to examination in Western medicine. Thus, oriental medicine can diagnose and treat dysfunctions with no chief complaint that would be overlooked using only Western medicine, indicating that oriental medicine should be used more in our modern medical practice.