

図2 鍼治療方法

A: 置鍼術: 鍼を刺入し, そのまま10~20分間留置する方法. B: 鍼通電療法: 通電装置を用いて, 刺入した鍼に一定した刺激を与え, 約10~20分間通電を行う方法でacupuncture electrotherapyと呼ぶ.

薬物療法などに追加することにより, 腰痛の機能・痛みの程度が改善する. さらに亜急性期では, 温熱療法単独または運動療法単独と比較し, 温熱療法+運動療法が有意な改善を示していることから, 灸治療も同様またはそれ以上の効果が期待できる可能性がある²¹⁾.

筆者らは, 日常の診療で非特異的腰痛である慢性腰痛を取り扱うことが多く, 主にその発症機序を筋・筋膜や椎間関節, 椎間板に由来する腰痛に大別し, さらに, 社会的・心理的背景を十分考慮し鍼治療を実施している. 患者の多くはNSAIDsや神経ブロックで効果が期待できないものや術後の疼痛が残存しているものなど多岐にわたり, 主に脊椎・整形外科より診療依頼があった患者が多い.

1. 鍼治療方法

鍼治療の方法は, 腰痛の病態を把握し, 障害が推測される組織を目標に刺鍼する. つまり, 腰痛の発症原因が筋・筋膜あるいは椎間関節部, 椎間板なのかにより, それぞれ刺鍼部位やその深度が異なる²²⁾. また, 鍼の刺激方法は, 初診患者や刺激に対し敏感なものに対しては, 鍼を刺入したまま10~20分間留置する置鍼術を行う(図2-A). また, 一定した刺激を与え, 局所の循環改善や鎮痛を目的とした方法として, 刺入した鍼に通電をする鍼通電療法もあり(図2-B), 日常の診療では, 運動器の疾患に対し, この方法を採用することが多く, 先に述べたように置鍼術よりも, 鎮痛効果が期待できるものと考えて

いる. さらに, 手技として, 刺入した鍼をすぐに抜く単刺術や刺入後に軽く上下に5 mm前後鍼を動かす雀啄術などを主に行っている. また, 持続効果を期待する目的で, 円皮鍼を使用することもある. なお当科では, 血液生化学検査の結果を事前に把握し, 出血性の疾患には, 血小板50,000/ μ l以下, 免疫機能低下を呈する疾患には, 白血球数3,000/ μ l以下の場合, 十分専門医と連携し慎重に鍼治療を行っている. また, 患者の体力や体調, および症状の程度により適切な刺激量を選択し, 週1~3回の頻度で行うことが多い.

a. 筋・筋膜性腰痛

筋・筋膜性腰痛に対する鍼治療の目的は, 腰部脊柱起立筋などの筋内循環の改善と筋硬結や筋収縮の軽減と後枝外側枝の絞扼の改善を目的とし, 疼痛軽減や改善を期待する. 主な治療部位として, 経穴(ツボ)では, 各筋の緊張・圧痛部位に相当する腎兪・志室・大腸兪・次髎・胞育・秩辺・夾脊などを用いる(図3). また, 解剖学的には, 棘筋・胸部最長筋・腰部腸肋筋・腰方形筋・多裂筋・回旋筋・殿筋(大・中)などを指標に, 筋の過緊張や反応点のある部位に刺鍼するが, 先に述べた経穴と一致することが多い.

b. 椎間関節性腰痛

椎間関節性腰痛に対する鍼治療の目的は, 椎間関節部の侵害受容器やポリモーダル受容器, 支配神経である脊髄神経後枝内側枝を刺激し,

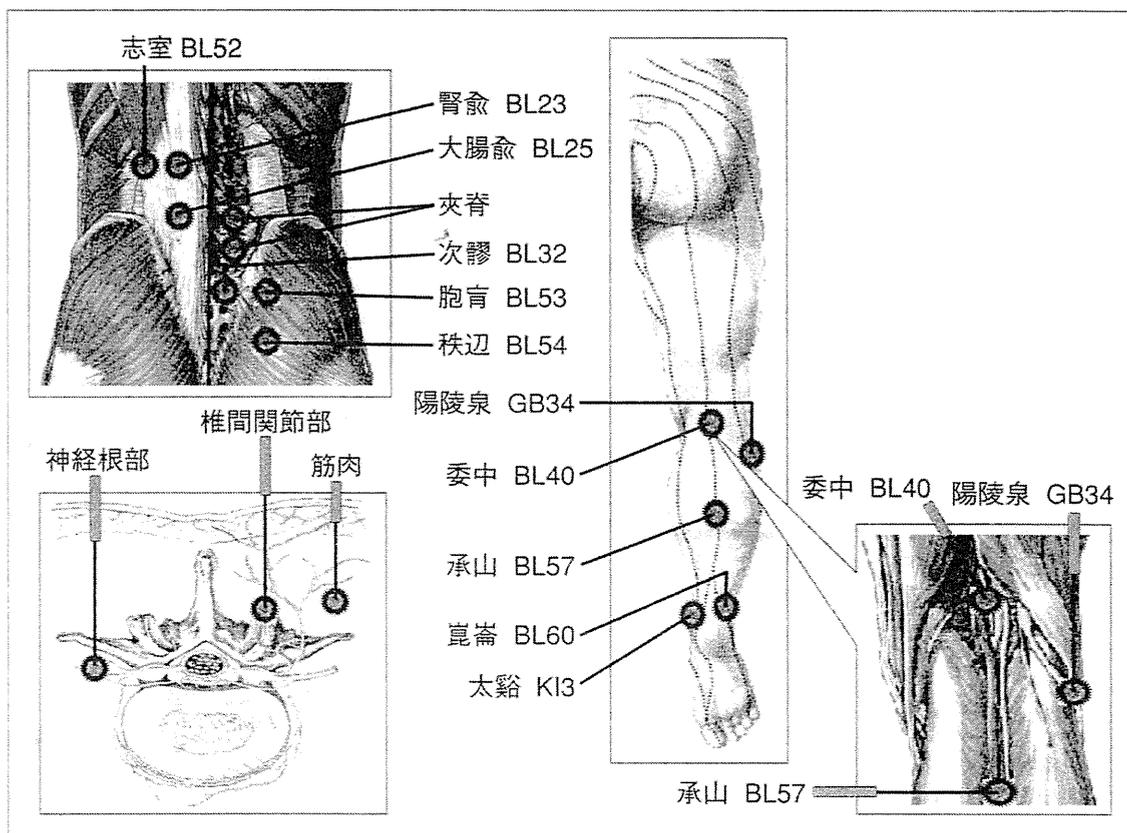


図3 主な鍼治療部位

①筋・筋膜の障害は、腎兪・志室・大腸兪・次髎・胞兪・秩辺・夾脊を刺鍼部位とする。②椎間関節の障害は、夾脊(L4/5・L5/S1)を刺鍼部位とする。③椎間板の障害は、腎兪を刺鍼部位とする。④上記の主に病巣局所に加え、遠隔部の承扶・委中・陽陵泉・承山・崑崙・太谿を刺鍼部位とする。(Olson TR. A.D.A.M. Student Atlas of Anatomy. 1ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 1996, 土方貞久. 椎間板ヘルニア. 室田影久・ほか・編. 図説整形外科診断治療講座腰痛. 東京 : メジカルビュー社 ; 1989. p. 132-45より改変引用)

痛覚閾値の上昇を期待する。主な治療部位として、経穴では、夾脊で特にL4/5間とL5/S1間の棘突起外方2 cmの部位で椎間関節部を目標に刺鍼し、再現性疼痛をひき起こすとより効果が得られやすい(図3)。また、当該関節部の圧痛と関連痛の部位も参考にする。しかし、X線透視下で実施していないため、実際に椎間関節部に到達しているかは明らかではないが、鍼治療直後の効果はかなり期待できることを実感している。もちろん腰部の皮膚や筋、または神経を介した刺激となり鎮痛効果が得られたことも否定できない。

c. 椎間板性腰痛

椎間板の神経支配が脊椎洞神経であり、腰部交感神経と密接に関与しているため、その機能を抑制することを目的とする。主な治療部位として、経穴では、古来より腰痛に頻用されている腎兪を刺鍼部位とする。解剖学的には、腰部

交感神経幹を正確に刺鍼することは難しく、侵害刺激となり同神経の緊張状態をひき起こすと、症状を増悪させる可能性もある。また、椎間板性腰痛の関連痛は、下位腰椎椎間板後方からの侵害刺激が交感神経幹を経て、主に第2腰神経根を經由し出現するため、基本的な刺鍼部位は、第2腰神経根支配の皮膚や筋、または神経などを目標とする。患者の全身状態を十分把握し侵害刺激にならないように注意し、第2腰椎棘突起外方の圧痛部で、刺鍼により深部で心地よい“ひびき感”を得られることが臨床上重要である。

d. 共通治療

先に述べた、筋・筋膜や椎間関節、椎間板とそれに関連した神経を目標とした主に病巣局所の刺鍼に加え、東洋医学の理論で遠隔部の経穴を併用することもある。主な治療部位として、下肢の委中・陽陵泉・承山・崑崙・太谿などの経穴を刺鍼部位とする(図3)。こうした下肢の

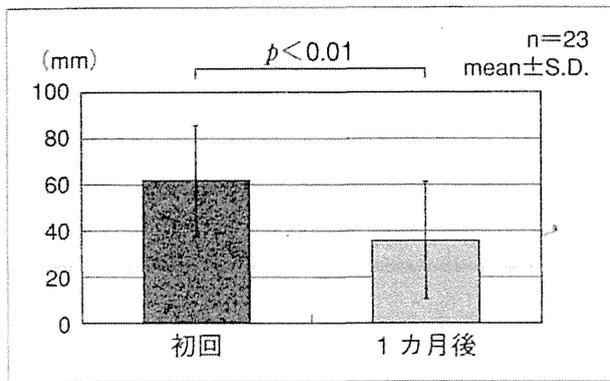


図4 鍼治療によるVASの変化

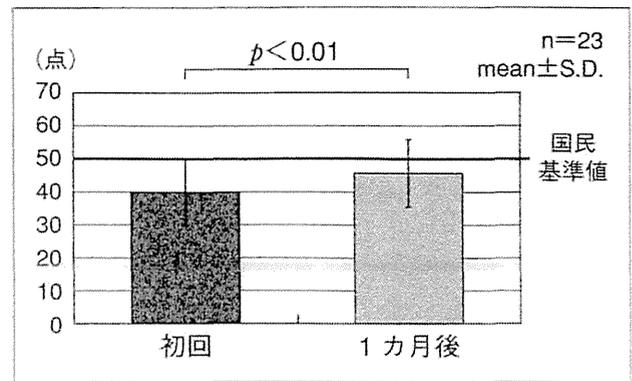


図5 鍼治療によるRDQの変化

経穴は、坐骨神経の分枝である脛骨神経や総腓骨神経の走行に一致していることから、神経生理学的にも効果の期待できる経穴である²³⁾。

2. 鍼治療効果

当科では、腰痛患者に対する鍼治療効果を、visual analogue scale (VAS) と Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) および Medical Outcome Study (MOS) Short Form-36 scale (SF-36) を用いて主にQOLを指標とした検討を行っている²²⁾。そこで今回は、慢性腰痛に対する鍼治療効果をこれらの指標を用いて分析したので報告する。対象は、当科を受診した慢性腰痛患者(患者群) 23例(男性10例, 女性13例), 年齢 55.8 ± 16.5 歳 (mean \pm S.D.) である。鍼治療は先に述べた方法で、週1~2回の間隔で個々の病態や症状に応じて行った。評価方法は、疼痛評価はVASを用い、QOL評価はRDQとSF-36を自己記入式で行った。VASとRDQは鍼治療前に経時的に評価し、SF-36は初回治療前(初回)と1カ月後の治療前(1カ月後)に評価した。また、RDQは福原らのRDQ基準値(基準値)と、SF-36は福原らの国民標準値(標準値)と比較した。

その結果、患者群の経時的変化は、VASが1週間ごとに4週後まで徐々に減少し($p < 0.01$) (図4), RDQは同様に徐々に上昇した($p < 0.01$) (図5)。また、SF-36は初回で8項目が標準値を下回っていたが、1カ月後に「身体機能」, 「体の痛み」, 「全体的健康感」, 「活力」の4項目が上昇し($p < 0.01$)、さらに心の健康も改善傾向を示した(図6)。

以上より、慢性腰痛患者に対して1カ月間の鍼治療を行った結果、疼痛の軽減とともにRDQは上昇し、SF-36においても多くの項目で上昇した。このことは、経時的な症状の改善とともに

腰痛の機能とQOLの向上に寄与したものと考えられる。

また、JOABPEQを用い鍼治療の効果を検討しているが、先に述べた結果とおおむね同様の成績が得られている。

一次性頭痛に対する鍼治療の実際

1. 片頭痛

a. 鍼治療方法

片頭痛の鍼治療は、主に発作期よりも寛解期における予防効果を目的とした治療が中心である。発作期は、トリプタン系薬剤との併療が望ましい。片頭痛患者の共存症状として頸肩こりを高頻度に訴えることが近年注目されており、片頭痛発生器(視床や視床下部・中心灰白質など)や三叉神経と上位頸神経との関連が注目されている。頸肩部の痛みが求心路となり中枢性感作をひき起こすのか、中枢性感作による痛覚閾値の低下が頸肩部の痛みをひき起こすのか、双方の悪循環なのかは不明である。しかし、われわれの研究成果より頸や肩の圧痛スコアと頭痛日数の減少が相関することが示されたことから²⁴⁾、頸肩部に散在する圧痛や緊張部位を最も重要視している。

後頸部では、僧帽筋や頭半棘筋部の天柱・風池、胸鎖乳突筋や頭板状筋の停止部の完骨、肩甲上部では僧帽筋上部線維上の肩井、肩甲間部では各筋が交差する膏肓、また、側頸部の板状筋部や肩甲拳筋部、肩甲骨上角部(肩甲拳筋停止部)を治療部位として選択する。また、片頭痛の発症機序に三叉神経が重要な役割を果たしていることから、三叉神経の支配領域である、側頭筋部の頷厭・懸顛・懸釐・頭維、また同神経を

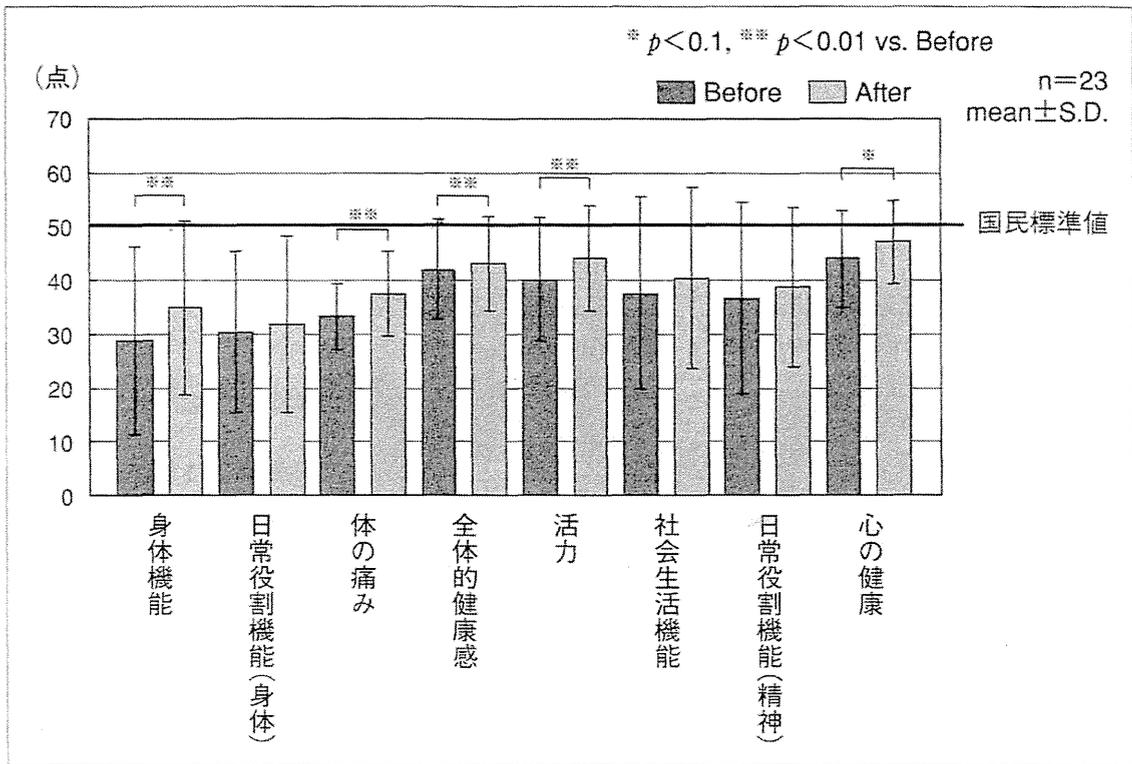


図6 鍼治療によるSF-36の変化

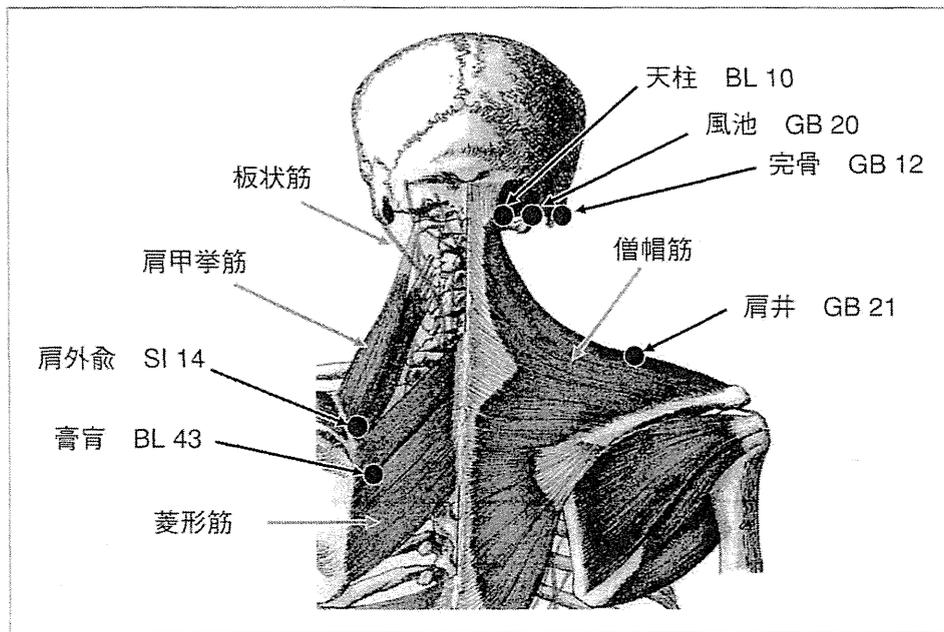


図7 鍼灸治療部位(頸肩部)

目標とした眼窩上切痕部や下関を選択する(図7, 8). さらに, 循環系自律神経機能を調整する目的で人迎(頸動脈洞刺)を刺激部位として加えることもある. また, 古典の記載による遠導刺(足の陽明胃経・太陽膀胱経・少陽胆経を活用)の手法を用い, 解谿・衝陽・委中・崑崙・陽陵泉などの下腿や足部の経穴処方も重要である(図9). こうした下腿の経絡は, 坐骨神経分枝の走行と

きわめてよく類似しており, 遠隔部からの鍼治療が神経系を介することが推測される. 疼痛局所である側頭部などの刺激は病態を考慮し, 軽度の痛み刺激(鍼の手技で雀啄・回旋法および鍼通電療法では30~100 Hz)を施すことが発作の誘発や増悪を抑制する.

b. 鍼治療効果

対象は, 国際頭痛分類第2版(ICHD-II)の片頭

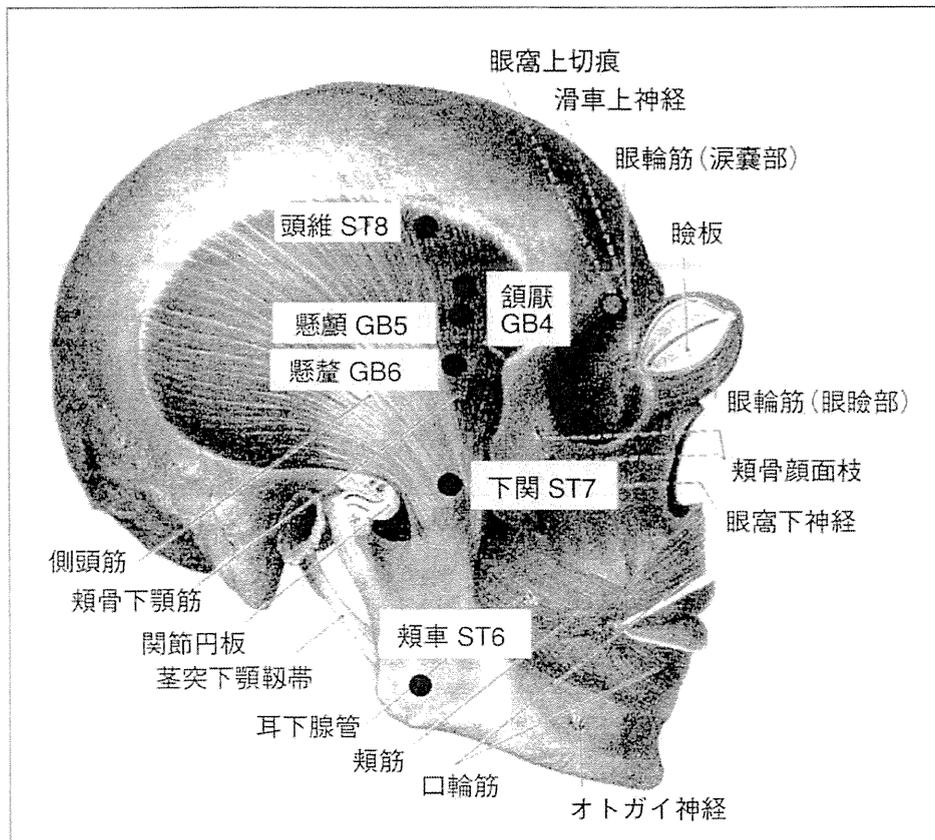


図8 鍼灸治療部位(頭部・顔面部)

痛と診断された70例(男性22例, 女性48例), 平均年齢 35.5 ± 14.3 歳(mean \pm S.D.)である。方法は, 頭頸部などの筋群の圧痛と中等度以上の頭痛日数について初診時と2カ月後で比較した。さらに頭痛日数の減少と頭頸部などの筋群の圧痛との関連についても分析した。

その結果, 筋の圧痛は僧帽筋や板状筋, 咬・翼突筋, 側頭筋などに認められ, 鍼治療により有意に改善した($p < 0.01$)。また, 頭痛日数は鍼治療により, 鍼治療前6.4日, 1カ月後3.2日, 2カ月後1.8日へと有意に減少した($p < 0.01$) (図10)。さらに, 頭痛日数の減少と頸部圧痛($p = 0.805$), 肩部圧痛($p = 0.604$), 咀嚼筋部圧痛($p = 0.485$)の改善が正の相関を示した²⁴⁾ (図11)。

2. 緊張型頭痛

a. 鍼治療方法

筆者らは, 緊張型頭痛の発症機序や鍼治療の作用機序についてplethysmographyやEMG, thermographyを用いて検討した結果, 頭痛の発症機序は, 後頸部や肩甲上部・肩甲間部の筋群の過緊張が重要な役割を果たし, 鍼治療はこうした筋群の過緊張を緩和し, 循環動態を正常化することにより症状の改善に寄与していることが示された。

また, こうした鍼治療の作用機序に自律神経系が重要な役割を果たしていることをopen loop video pupillographyを用いて明らかにした³⁾。そこで, 緊張型頭痛に対する鍼治療は, 先に述べたように, 片頭痛と同様の後頸部や肩甲上部に散在する経穴や緊張・圧痛部位を選択する(図7)。

患者の体力や体調, 症状の程度により刺激量を調整するが, 各筋の過緊張部位に鍼通電療法(1 Hz・10~20分)を施行することが多い。難治性の場合, C1/2・2/3間などの椎間関節刺鍼(脊髄神経後枝内側枝)を施行することもある。

b. 鍼治療効果

対象は他科より診療依頼があり, 当科外来を受診し, ICHD-IIを満たした緊張型頭痛患者96例(男性23例, 女性73例), 平均年齢 54.0 ± 14.9 歳(mean \pm S.D.)である。

鍼治療の有効率は82.3%であり, こうした頭痛の改善率と背景因子で重回帰分析を行った結果, 肩こりと満足度が関連していた²⁵⁾ ($p < 0.01$)。また, 筆者らは, 西洋学的な治療で期待すべき効果が得られなかった患者355例中, 選択基準と除外基準を満たした緊張型頭痛患者221例を頻発反復性緊張型頭痛と慢性緊張型頭痛に分類し, 自

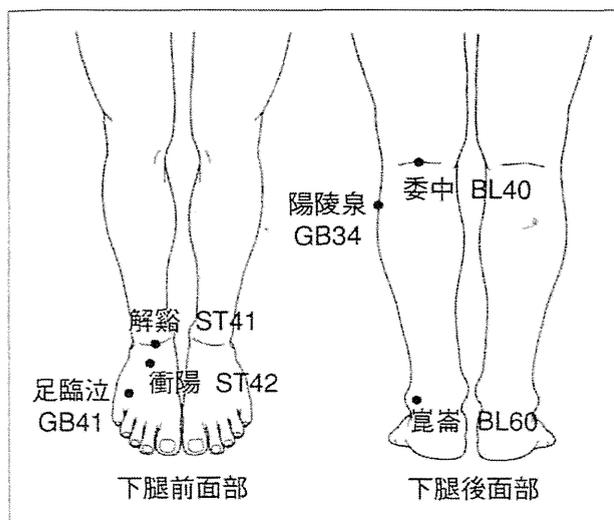


図9 鍼灸治療部位(下腿部)

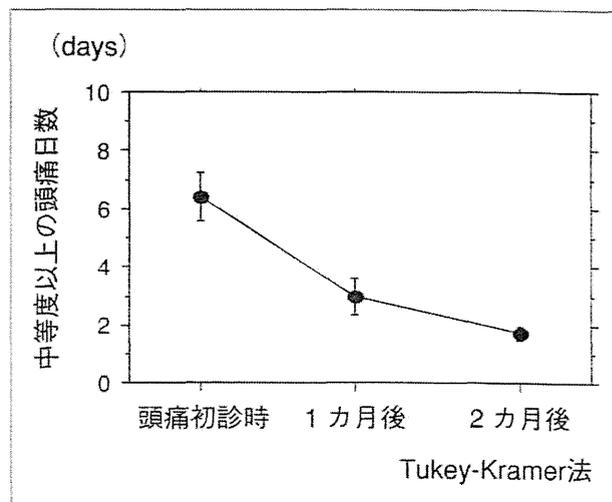


図10 片頭痛の発作予防に対する鍼灸治療効果

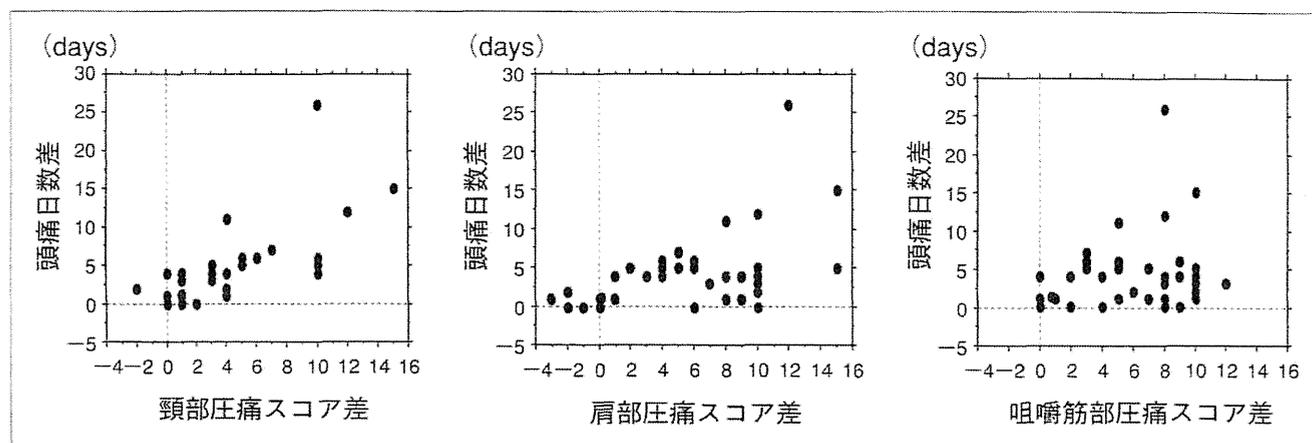


図11 頭痛日数と圧痛スコアとの関連

覚症状が5割以上改善するまでの治療回数・期間を検討した。その結果、50%以上改善したのは頻発反復性緊張型頭痛66例(80.1%)、慢性緊張型頭痛82例(59.9%)であり、頻発反復性緊張型頭痛群の方が有意に改善した。さらに、改善した患者のうち、症状改善までの回数・期間は、頻発反復性緊張型頭痛2.8回・14.9日、慢性緊張型頭痛8.9回・35.9日であり、頻発反復性緊張型頭痛の方が少ない回数で短期間に有意に改善したことが示唆された²⁶⁾ ($p < 0.01$)。

今後の展望

東洋古来の伝統医療である鍼灸治療の効果は、単に局所の反応のみならず高位中枢を介し、症状の改善に寄与するとともに生体の正常化作用に関与することを一連の基礎・臨床研究で明らかにしてきた。近年、鍼刺激が脳血流に及ぼす影響をASL MRIを用いて片頭痛患者と健常者で

比較した。鍼刺激は片頭痛患者の視床や視床下部・弁蓋部・帯状回・島、さらに頭頂葉内側の楔前部の血流を増加し、健常者とは異なった反応が示された。また、片頭痛患者の鍼刺激前の脳血流は左右差が認められたが、鍼刺激によりその不均衡が正常化する傾向も示唆された。慢性疼痛の原因は多種多様であるが、主に高位中枢の関与が重要な役割を果たしているものと考えられる。今後、高位中枢における慢性疼痛の病態と鍼の作用機序を明らかにし、伝統医療の特質を明確にし、この分野の科学化にさらに精進する所存である。

文献

- 1) 米国国立衛生研究所(NIH). 合意形成声明. 全日本鍼灸会誌 1998 ; 48 : 186-93.
- 2) 山口宣夫, 橋本英樹, 荒井松男, ほか. 鍼灸治療効果の研究—鍼刺激後の白血球及びリンパ球亜群

- に対する量的影響. 日温気候物理医学会誌 2002 ; 65 : 199-206.
- 3) 山口 智. 鍼治療が瞳孔反応に及ぼす影響. 日温気候物理医学会誌 1995 ; 58 : 232-40.
- 4) 菊池友和, 瀬戸幹人, 山口 智, ほか. 鍼通電刺激が僧帽筋血流量に及ぼす影響— $^{99m}\text{TcO}_4$ -グリアラランス法による検討. 日東医誌 2010 ; 61 : 834-9.
- 5) 金子泰久, 古屋英治, 坂本 歩. トライアスロン競技後の筋肉痛に及ぼす円皮鍼の効果—プラセボを用いた比較試験. 全日本鍼灸会誌 2006 ; 56 : 158-165.
- 6) 菊池友和, 山口 智, 五十嵐久佳, ほか. 緊張型頭痛を有するvisual display terminal作業者に対する鍼治療効果. 神経治療学 2012 ; 29 : 753-60.
- 7) 関山裕詩, 花岡一雄. 痛みはなぜ起こる—痛みの機構—. 臨牀と研究 2001 ; 78 : 407-11.
- 8) Wang JQ, Mao L, Han JS. Comparison of the antinociceptive effects induced by electroacupuncture and transcutaneous electrical nerve stimulation in the rat. *Int J Neurosci* 1992 ; 65 : 117-29.
- 9) Han JS. Acupuncture and endorphins. *Neurosci Lett* 2004 ; 361 : 258-61.
- 10) Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms. A new theory. *Science* 1965 ; 150 : 971-9.
- 11) 川喜多健司. 鍼灸刺激による鎮痛発現の機序—ポリモーダル受容器から脳内オピオイドまで. 今西二郎・編. 別冊医学のあゆみ. 東京 : 医歯薬出版社 ; 2003. p. 92-5.
- 12) 佐藤昭夫. 循環の調節. 自律機能生理学. 京都 : 金芳堂 ; 1995. p. 72-86.
- 13) 祖父江逸郎. いたみの臨床的意味. 総合臨牀 1978 ; 27 : 2812-22.
- 14) Wood PB. Mesolimbic dopaminergic mechanisms and pain control. *Pain* 2006 ; 120 : 230-4.
- 15) 花岡一雄. 痛みの悪循環. 日本医師会誌 1998 ; 119 : S2-S3,
- 16) Fukuda F, Shinbara H, Yoshimoto K, et al. Effect of moxibustion on dopaminergic and serotonergic systems of rat nucleus accumbens. *Neurochem Res* 2005 ; 30 : 1607-13.
- 17) Zhao RJ, Yoon SS, Lee BH, et al. Acupuncture normalizes the release of accumbal dopamine during the withdrawal period and after the ethanol challenge in chronic ethanol-treated rats. *Neurosci Lett* 2006 ; 395 : 28-32.
- 18) 田口敏彦. 腰痛の保存療法. *Modern Physician* 2006 ; 26 : 243-6.
- 19) 白土 修. 腰痛に対する運動療法. *Modern Physician* 2006 ; 26 : 247-52.
- 20) Tulder MW VA, Cherkin DC, Berman B, et al. Acupuncture for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 ; (1) : CD001351.
- 21) French SD, Cameron M, Walker BF, et al. Superficial heat or cold for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 ; 25 : CD004750.
- 22) 山口 智. 慢性腰痛に対する鍼治療—適応と限界. *Orthopaedics* 2007 ; 20 : 57-63.
- 23) Takahashi K, Nomura S, Tomita K, Matsumoto T. Effects of peripheral nerve stimulation on the blood flow of the spinal cord and the nerve root. *Spine (Phila Pa 1976)* 1988 ; 13 : 1278-83.
- 24) 山口 智, 菊池友和, 小俣 浩, ほか. 片頭痛発作予防に対する鍼治療効果—頭痛日数の減少と頸部等筋群の圧痛改善との関連について. 日温気候物理医学会誌 2013 ; 76 : 200-6.
- 25) 菊池友和, 山口 智, 小俣 浩, ほか. 他科より診療依頼のあった緊張型頭痛患者に対する鍼治療効果. *医道の日本* 2011 ; 70 : 25-31.
- 26) 菊池友和, 山口 智, 小俣 浩, ほか. 西洋医学的な治療で期待すべき効果が得られなかった緊張型頭痛に対する鍼治療の臨床的検討. 神経治療学 2013 ; 30 : 695(会議録).

* * *

鍼灸クリニカルレポート

総合医療に向けて医科大学からの発信

第33回

小括 新しい時代の医療として期待される鍼灸
—医療連携に向けて新たなる展望—

やまぐち さとる
埼玉医科大学東洋医学センター 山口 智

1. はじめに

近年、日本の医療が大きく変わろうとするなか、伝統医療である鍼灸医療に対する医療界や医学界からの期待が極めて大きいことを痛感している。筆者は鍼灸医療に関する基礎・臨床研究を鍼灸や東洋医学の専門学会はもちろんのこと、ほかの現代医学の専門医学会（日本医学会の専門分科会や国際学会など）に報告してきた。

こうしたなかで1990年代は医科大学からの鍼灸治療に関する科学的な研究報告として、ある程度評価されていた。最近では専門医学会において、それぞれの専門医より「私のところでも鍼灸治療を実施したいのだが、どうしたらよいだろうか?」、あるいは「こういう患者がいるのだけれども、どこの鍼灸治療施設に紹介したらよいのだろうか?」などといった鍼灸医療に対する関心の高さを裏づけるような要望が増えてきた。このような期待に迅速かつ柔軟に対応すべき時代が来ていることも事実である。

本クリニカルレポートも、こうした背景のなか、「統合医療に向けて医科大学からの発信」をテーマにこれまで32編の報告をしてきた。対象となった疾患や症状についての病態・診断、さらにガイドラインなどを含めた最新の知見を紹介し、このような観点から鍼灸治療をどのように実施し、評価してい

くのかについて詳細に論述してきた。第一線の臨床で活躍されている鍼灸師の先生方をはじめ、教育や研究に従事している方からも大変分かりやすい内容であり、日常の診療や研究・教育に活用したとのご意見をいただき、大変うれしく思っている。また、先に述べた専門医で構成される学会や研究会などでの鍼灸治療に対する関心の高まりとともに、医師向けのテキストの作成依頼も数多く寄せられている。

そこで本稿では、本クリニカルレポートの小括として、当センターで実施している鍼灸臨床の基本（恩師芹澤勝助氏の臨床を伝承）と、これまで専門医と連携して実施してきた主に臨床研究の成果の一部と伝統医療の特質との関連性について概説し、鍼灸医療が新しい時代の医療として確立するための展望について私見を述べる。

2. 当センターにおける鍼灸臨床の基本

当科における鍼灸治療の基本は、問診（医療面接）やベッドサイドにおける検査を詳細に実施し、その病態を把握し、予後を推測するとともに鍼灸治療の適応の有無について判断することである。次いで、鍼灸治療が適応と判断された場合には、治療の目的を立て、実際の鍼灸治療を実施する。その際に経穴の選択と刺激量の調整を行う。経穴の選択は①病巣

局所、②現代医学的経穴処方（解剖・生理学）、③東洋医学的経穴処方（臟腑経絡理論）、④特効穴を論拠に刺激部位を決定する。さらに刺激量は①鍼の材質、②鍼の太さ、③刺鍼の深度、④刺鍼の手技（鍼通電療法も含む）などを考慮して決定する。この体系は、恩師芹澤勝助先生（筑波大学名誉教授・東洋医学技術研修センター所長）の方式を基本とし、それを伝承しているものである（図1）。

対象となった患者が筋骨格系や神経系の症状であれば、現代医学的な観点から経穴を選択している。例えば、肩関節周囲炎で、腱板に障害が推測された場合には、腱板を構成している筋肉に散在する曲垣・秉風・巨骨・天宗・肩貞など、またこうした筋群を支配し、肩関節に最も関連のある肩甲上・下神経を目標とした雲門に深刺（約50mm）を行う。末梢性顔面神経麻痺では、顔面神経の走行部位と関連のある翳風・聴会・下関と表情筋上に散在する経穴を選択する。さらに脳血管障害では、脳の血管に交感神経や副交感神経とともに三叉神経が分布していることから、三叉神経と関連のある眼窩上切痕部（眼窩内刺鍼）、四白、下関などを選択する。このように対象となった患者の病態より障害されている筋肉や神経・関節・血管などに留意しながら経穴を選択し、鍼灸治療を実施している。鍼灸治療の特質として、障害された組織をそれぞれ個々に選択できることが臨床上興味深い点である。

一方、内科系の症状に対しては、臟腑経絡理論の観点で経穴を選択している。主に東洋医学における背候診・腹診所見を重視し、背腰部や胸腹部・四肢末端の要穴より経穴を選び、治療点を決定する。背腰部や胸腹部の経穴は、経絡的には主に翕募穴であり、芹澤、西條、長尾らによる電気抵抗や筋電図、皮膚温、末梢循環などを指標とした一連の経絡経穴の医学的検討の成果より、科学的にも実証されている¹⁾。また四肢末端の要穴は、経絡的には五行穴や五要穴が多く、こうした部位は末梢神経の分布や筋

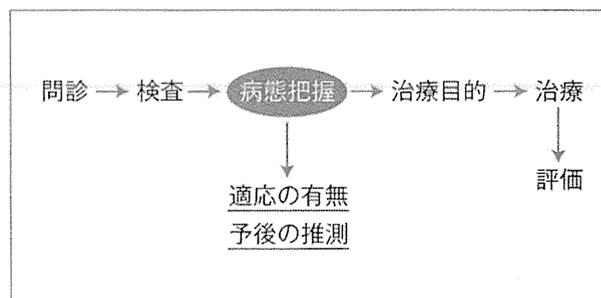


図1 鍼灸臨床の基本

腱移行部（筋紡錘・腱受容器）と関連しており、末梢からの鍼灸刺激が高位中枢を介して内臓の機能を調整する可能性を示唆している（体性-自律神経反射）。

さらに経絡の流注や穴名由来も考慮している。例えば、呼吸器系の症状で手の太陰肺経に留意した場合、経絡の流注は中焦の中脘が起源であることや列欠から手の陽明大腸経へ支脈が出ることなどである。列欠の穴名由来は、肺経の経絡が前胸部から上腕外側・前腕橈側を流注し、列欠で支脈を出すことから肺経の経絡がちょうどここで列が欠け、大腸経に支脈を出すという意味である。また、列欠は五要穴の絡穴であり、慢性病に効果があるとされており、呼吸器症状が慢性化し、消化器症状を合併した際にその流注と穴名由来より重要な治療点となる。さらに、手の陽明大腸経の流注は、上腕から支脈を出し、督脈の大椎を巡り、鎖骨上窩の欠盆より表裏する肺の臓を絡い、隔膜を貫き、所属する大腸の腑に至る。同様にほかの手の陽経も、上腕から支脈を出し、大椎・欠盆を巡り、それぞれ関連する臓腑を流注している。大椎や欠盆は解剖学的にも骨・神経・筋肉・血管などと密接に関連していることが興味深く、日常の臨床で頻用する経穴である。

このように、古典の記載と現代西洋医学の理論は合致する点が多く、先人が経験的に経絡経穴理論を構築したことの偉大さに感銘する²⁾。さらに臨床で得られた経絡・経穴現象を科学的に解明することも

忘れてはならない。

3. 専門医と連携した臨床研究の成果

筆者は、伝統医療である鍼灸治療を広く発展させるためには、現代医学の専門医と連携することが重要と考え、当センターでは本学並びに関連施設の専門医と連携し、診療や研究を推進してきた。2009年に筆者が大会会長として開催した、第58回全日本鍼灸学会学術大会のパネルディスカッションにおいて、当センターと共同で研究を実施してきた神経内科や整形外科、腎臓内科、形成外科の教授をパネリストとして「専門医からみた鍼灸医療」をテーマに企画した。その結果、活発な討論が展開され、関係各方面から高い評価を得ることができた（図2）。

そこで本稿では、先に述べてきた当科に診療依頼の多い疾患について、その研究成果の一部を概説する。

(1) 緊張型頭痛

2003年に改訂された、国際頭痛分類第2版の診断基準を満たした緊張型頭痛患者96例について検討した。すべての患者は神経内科などからの依頼患者であり、現代西洋医学的な薬物療法で効果の期待できなかったものがほとんどである。頸椎およびその周辺疾患や高血圧・脳血管障害などを共存するものが約7割であり、また頸肩こりやめまい、上肢痛を合併するものが約9割であった。緊張型頭痛に対する筆者らの治療方針は、後頸部や肩甲上部、肩甲間部に散在する経穴や筋肉・神経を目標に刺鍼部位を選択している。筆者の長年にわたる緊張型頭痛の発症機序に関する研究成果では、PlethysmographyやEMG、Thermographyを用いて検討した結果、頭部の筋群よりも後頸部や肩甲上部の筋群の過緊張が重要な役割を果たし、鍼治療はこうした筋群の過緊張を緩和し、循環動態を正常化することにより、頭痛の改善に寄与しているということを示した³⁾。



図2 第58回全日本鍼灸学会（2009年6月 埼玉県）パネルディスカッション「専門医からみた鍼灸医療」

難治性の緊張型頭痛96例に対する鍼治療成績は著効・有効・やや有効を併せて82.3%であり、重回帰分析により、頭痛の改善と頸肩こりの改善、さらに満足度が関連していることが示され、先に述べた臨床研究の成果を一部裏づけた⁴⁾。

(2) 片頭痛

先に述べた国際頭痛分類第2版の診断基準を満たした片頭痛患者70例について検討した。主にほかの診療科から依頼があったものである。その内訳は、前兆のあるものは13例、ないものは57例。頭痛を専門とする神経内科からの紹介が約3/4を占め、10年以上の罹病期間を有するものが大半を占めるなど、難治性の片頭痛患者が対象となった。また、肩こり症やうつ病を共存するものも数多く、トリプタンをはじめNSAIDs、抗うつ薬などの薬物療法で効果が期待しにくい患者群であった。

初診時に検出された圧痛・緊張部位は、僧帽筋や板状筋、咬筋・翼突筋、側頭筋、肩甲拳筋、胸鎖乳突筋などであった。片頭痛の発作予防に対する鍼治療の方法は、まず緊張型頭痛と同様に、後頸部や肩甲上部、肩甲間部に散在する経穴を刺鍼部位とした。また、片頭痛の発症機序は現在、三叉神経血管説（trigeminovascular theory）が最も有力視されていることから、三叉神経と関連のある下関をはじめとする咀嚼筋上の経穴、三叉神経第1枝に関連のある眼窩上切痕部などを行った。さらに足の三陽経の膝より末梢部の要穴も重要である。1カ月間鍼治療を