

患者に対する針灸治療の有効性に関する中日比較研究

徐 蓉*・鎌田文聰・加藤義男・我妻則明・名古屋恒彦・宮崎 眞**

(2005年2月7日受理)

You Jyo, Fumisato KAMADA, Yosio KATOU, Noriaki AZUMA,
Tunehiko NAGOYA, Makoto MIYAZAKI

A Comparative Study of China and Japan on the Validity of
Acupuncture Medical Treatment to Patients

I 問 題

針灸治療法は、長い歴史を持つ中国の伝統的な治療方法である。針灸は体の「穴位」に対し、針による適切な刺激を通じて神経システムの興奮性を高め、体自身の免疫能力や活力の改善を促すことを通して、病気の症状の改善を目指す方法である。臨床研究によると針灸は内科、外科、産婦人科や小児科などにおいて、300種ものさまざまな病気に対して、異なる効果があるとされている。その内、約100種類の病気に対して著しい効果を持っている。心脳血管疾病、胆道結石、細菌性赤痢などへの効果は、これまで科学的に証明されてきているなど、まさに、針灸は身体各系統に対して、有効であることが証明されてきている。現在もお生理学、生物化学、免疫学等の分野で、この作用の原理が究明され続けている。

また、1960年以後、中国は針麻酔を採用し、多くの外科手術に成功している。この新しい麻酔方法の開発は世界に重大な影響を与えると同時に、針灸の新しい発展をもたらした。

WHO（世界保健機関）は、鍼が「すべての人々に健康を」というWHOの目指すものに大いに貢献する可能性があるとしている。さらに、1985年の西太平洋地域委員会は、漢方と鍼をはじめとする伝統医学（traditional medicine）が国家の保健戦略に組み込むことのできる妥当な技術であるとした。

現在では、全世界の約130の国で針灸が使用されるなど、世界の医学の重要な部分を占め、広く影響を及ぼしている。

1 中国における針灸の歴史

針灸治療法は、中国伝統医学、すなわち「中医学」のもっとも重要な治療法であり、中医の「辨症施治」の理論に基づいて、針刺或いは艾灸の手法を運用して、病気を予防、治療すの向上につながった。針灸学の中核として、経絡学説がある。しかし、経絡学説の発展には長い過程を経ている。1973年に中国の湖南省長沙市で発見された経脈学の著作「足臂十一脈灸経」、「陰陽十一脈灸経」が

* 岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究協力者、東北大学大学院医学研究科博士課程リハビリテーション専攻

** 岩手大学教育学部

最も古典的な中医学の著作「黄帝内経」より作成年代が早い臨床科学である。中国で、三千年以上の歴史をもっている。針灸の歴史は、文字を創造される前から始まった。1963年に、中国の内モンゴル自治区で発見された新石器時代の「砭石」は、早期の石針として認定された(肖淑春 他1999¹⁷⁾)。冶金術の発明にともない、針具の開発をつぎつぎに発展し、「砭石」のかわりに、銅針、鉄針、金針、銀針など金属の針具が使用された。針具材質の改良に従って、針灸治療の範囲がさらに拡大され、治療効果も上がった。これと比べ、「黄帝内経」は、さらに詳細に論述した著作であった。この本では、160個「穴位」が明記され、針灸の手法及び適応症、禁忌症も論じられている。

続いて、中国の晋代(約265年)頃、「針灸甲乙経」が出版され、人体における346個の穴位が確定され、針灸の施行手法及び一般的な疾病の治療法が紹介された。隋唐時代(西暦約580年代)頃、当時の中国の皇室は太医署を設立し、針博士、針助教、針師などの職位が設置された。明代に、「針灸大成」が出版されることによって針灸の発展はさらに促進された。この本は、いまでも、針灸の研究に際し主要な参考著作となっている。針灸医学は徐々に発展してきたとはいえ、歴史的な条件からその進みかたには緩慢さが見られた。特に清代(西暦1644年から)において、針灸を満族の皇室から「漢人の外科」として不信感が強く、太医院で針灸治療が禁止され、民間の使用及び研究は弱体化した。清朝の崩壊によって針灸に対する政府の禁令が無くなり、さらに、1949年以降、社会の安定による各種の科学研究が可能になり、中医学、針灸による医療及び理論研究などの分野においても多くの成果がもたらされてきている(邱?良 他1991¹⁸⁾)。

2 日本における針灸の歴史

漢方医学が日本に入ってきたのは、平安時代前後とのことであるが、この平安時代から、明治に至るまで医療の主役をなしたのは、言うまでもなく漢方医学である。従って、明治政府による漢方医学の切り捨てまでは、医学としての漢方医学は社会的にはある程度の地位にあった。近代国家が鍼灸に対して規制を行った最初のもは、1874年の「医制」第53条である。この法律では医師の監督の下でのみ鍼灸を認めるという方針で、鍼灸業界にとって、おそらく最大の衝撃だと思われる。1911年には試験と免許制度が導入された。更に、視覚障害者の生活手段となり、少なくとも視覚障害者の「専業」であるとの認識が社会的に広く浸透していった。1947年の医療制度答申の結果①営業免許を資格免許とすること②学校又は養成施設を卒業した上、都道府県知事の試験による免許にすること③都道府県の施術者への衛生上の指導を導入④医業類似行為の禁止等を骨子とする法律が成立した。1953年の改正で大きなものは学校、養成施設での修業年限を4年以上であったものを、高等学校卒業者については2年以上で足りるとしたことである。1963年の柔道整備中央審議会の答申では、無免許者の取締り等が骨子であった。1988年の法改正では、鍼灸マッサージに対する、歴史に残る法的扱いの改善として「厚生大臣免許」になった。受験資格については、一定の養成施設等において高等学校卒業後三年以上必要な知識及び技能を修得することと改めた。ただし、著しい視覚障害のある者については、中学校卒業者であっても、按摩単科については三年以上、按摩、針灸三科については五年以上、養成施設等で修得すれば試験を受けられるような特例が設けられた。この法改正において視覚障害者に対する配慮が明確にされ、鍼灸マッサージが医療として発展していった(針灸保険センター編 2000²⁾)。

Ⅱ 研究目的

本研究では、以下の3点を明らかにし、考察することを目的とする。

1. 中国の針灸治療効果と現状を把握する。
2. 日本の針灸治療効果と現状を明らかにする。
3. 中国、日本両国の針灸実態について、様々な視点から比較分析を行い、それらに基づき、針灸治療効果の確定要因及び治療効果向上の可能性について考究を行う。

Ⅲ 研究方法

1 調査対象

本調査は、中国側でX中医病院の患者100人を対象として面接調査した。日本側でI県立M盲学校とK針灸院両場所で患者100人に対して面接調査を行う。

2 調査手順

調査対象は治療中に体を動かさないもので、調査をする際、筆者は1人ずつに対して調査の許可を得、アンケート調査票を手渡し、治療効果などに関して聞き取り調査を行った。

3 調査内容

(1) アンケート調査

① 調査期間

中国側では、2001年9月8日－9月31日の間に、X中医病院で調査を行った。日本側では、2001年8月－2002年5月に調査を行った。

② 調査内容

本調査は、中国、日本両国の針灸における調査を比較し、実態の普遍性や特異性を明らかにするために、同様の調査内容を用いた。具体的な調査項目を設定した。その質問項目に対し、いくつかの選択肢を設け、その中から複数選択する方法を用いた。

(2) 事例調査

① 調査時間

中国側では、2002年10月の間に調査を行った。日本側では2002年3月－8月の間に調査を行った。

② 調査内容

今回坐骨神経痛を例として、日本と中国の治療過程を紹介する。

具体的な内容としては、対象者の状態、治療方法、針具の選択、穴位の選択、治療過程、或いは治療原理など様々な面に関して調査した。

Ⅳ 結果

1. アンケート調査結果と小考察

日中両国での面接調査協力を依頼したそれぞれ100名の患者からすべて返答が得られた（回答率

100%)。具体的な結果を以下に示す。

(1) 対象患者男女別について

中国側では「男性」が57人、「女性」が43人、日本側では「男性」が38人、「女性」が62人であった。

両国側を比べてみると中国の男女比率がほぼ同じ、日本の場合は女性患者が多かった。これは日本の社会生活において、女性の方が痛みを我慢する程度が強いからと考えられる。

(2) 年齢別について

中国側では、「0-10歳」が3人、「10代」が3人、「20代」が16人、「30代」が13人、「40代」が10人、「50代」が27人、「60代」が26人、「70代」が2人であった。この数字合わせて50代以上の患者が55人(55%)を示した。

日本側では「0-10歳」が1人、「10代」が5人、「20代」が10人、「30代」が8人、「40代」が4人、「50代」が32人、「60代」が28人、「70代以上」が12人であった。

両国側を比べてみると、日本の場合は50代以上の患者が72人(72%)を示した。50歳以下の患者数は、中国側が45人(45%)、日本側が28人(28%)であった(Fig. 1)。これは若い患者が中国より少ないことを示している。特に、日本は世界一の長寿国のせいか、今回の調査では70歳以上の患者さんが多く見られた。

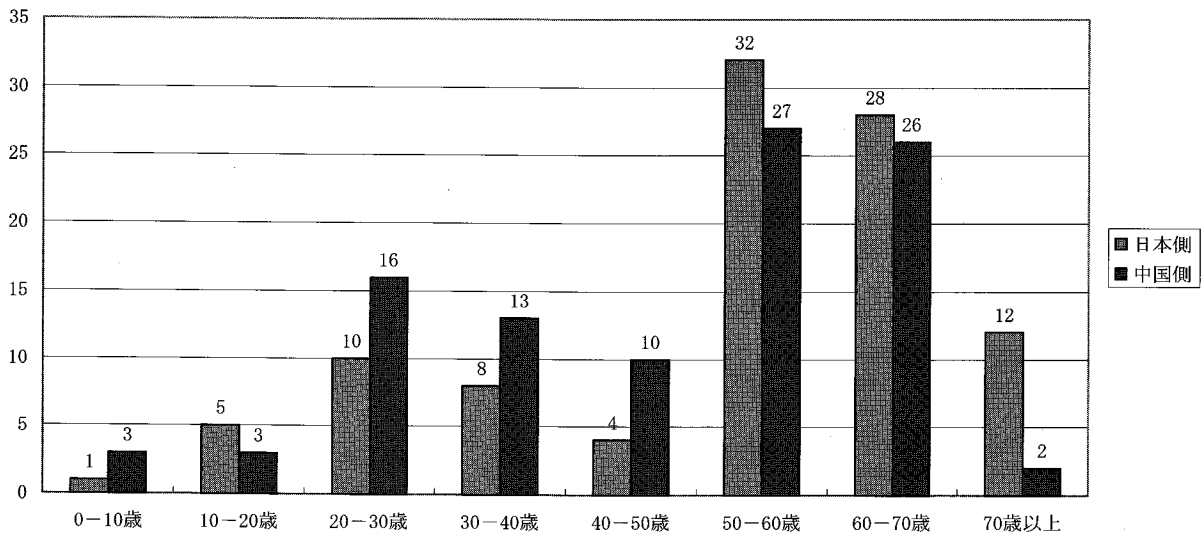


Fig. 1 年齢別の患者数の比較

(3) 病気別について

中国側では「脳中風」が23人、「高血圧」が5人、「頭痛」が7人、「腰痛」が16人、「肩こり」が12人、「消化器疾患」が8人、「運動器疾患」が6人、「リウマチ」が15人、「脳性麻痺」が2人、「自閉症」が1人、「胎位不正」が2人、「近視」が3人であった(Fig. 2)。針灸をよく使用される病気は脳中風であった。Fig. 2のように、痛みが出来るやすい病気に対して、針灸の患者数が多かった(50%)。また、現在では、針灸の使用範囲がさらに広がり、自閉症や近視などへも試みられてきている。

日本側では「腰痛」が64人、「肩こり」が33人、「脳性麻痺」が1人、「脳卒中後遺症」が1人、「目病」が1人、「パーキンソン病」が1人、「自律性神経症」が3人、「癌」が2人、「運動性損傷」が5人、「不妊症」が1人であった(Fig. 3)。その中に腰痛を合併している患者が12人であっ

た。Fig. 3のように、腰痛と肩こりは全体として85%を占め、日本側で針を受ける患者のほとんどが、腰痛と肩こりを合わせ持っていた。

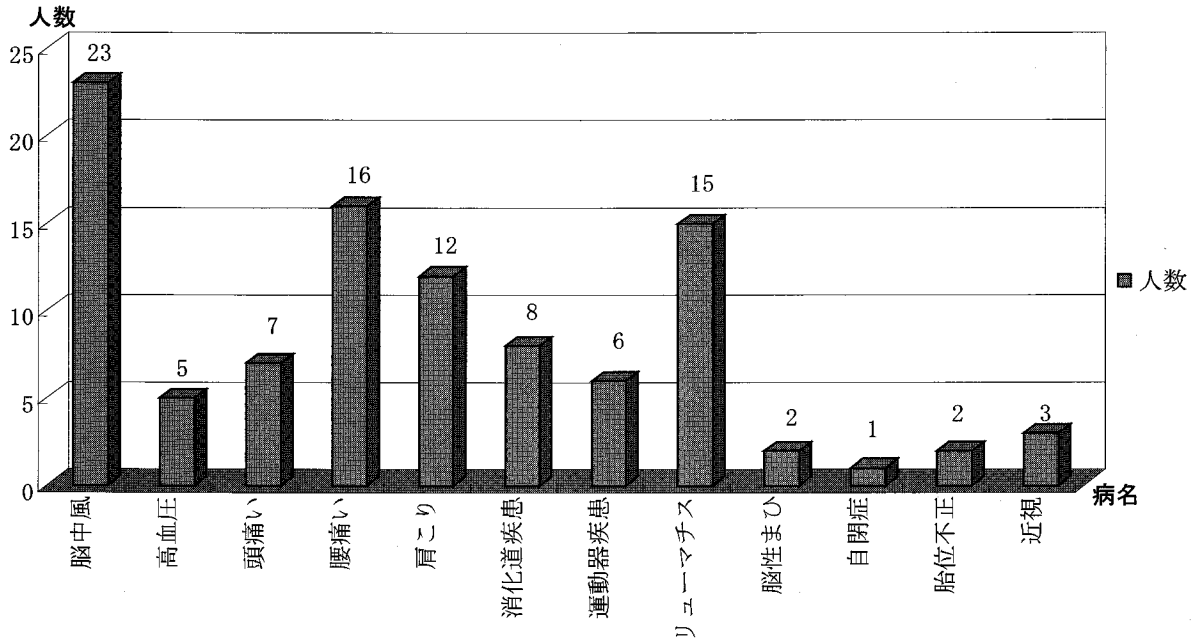


Fig. 2 病名別患者数（中国側）

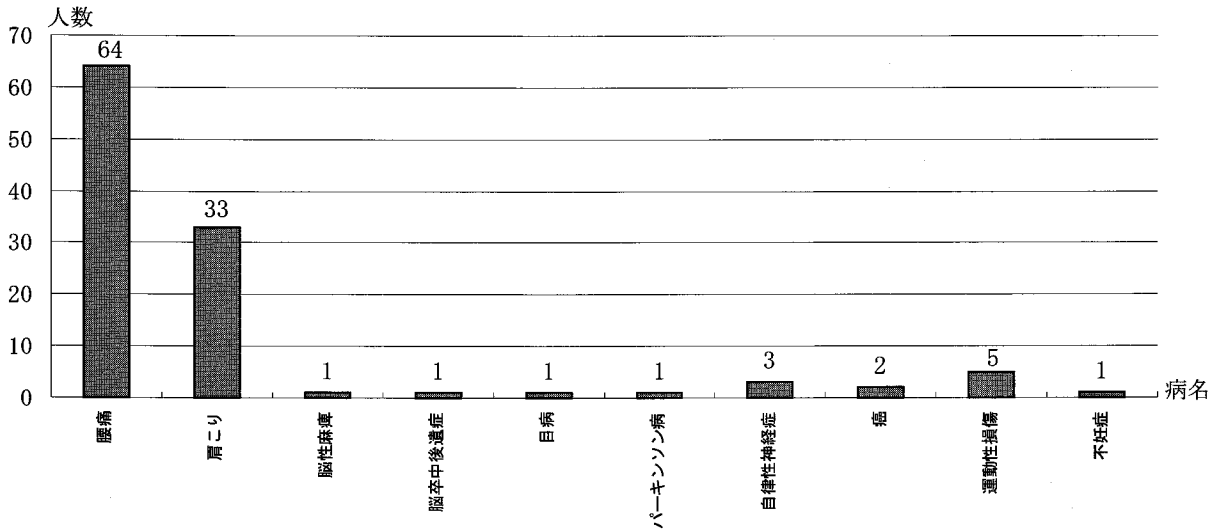


Fig. 3 病名別の患者数（日本側）

(4) 針灸の治療効果について

中国側では「かなり効果的」が23人、「やや効果的」が63人、「無効」が14人であった。

日本側では「かなり効果的」が35人、「やや効果的」が59人、「無効」が6人、「負効果があり」の回答が両方とも0人であった。

しかし、両国側を比べて見ると (Fig. 4), 「かなり効果的」の回答は中国より日本の方が12%高く、「無効」の回答が日本側より中国の方が8%高い。この理由については、両国側での受ける患者の病気の種類と深い関係があると考えられる。

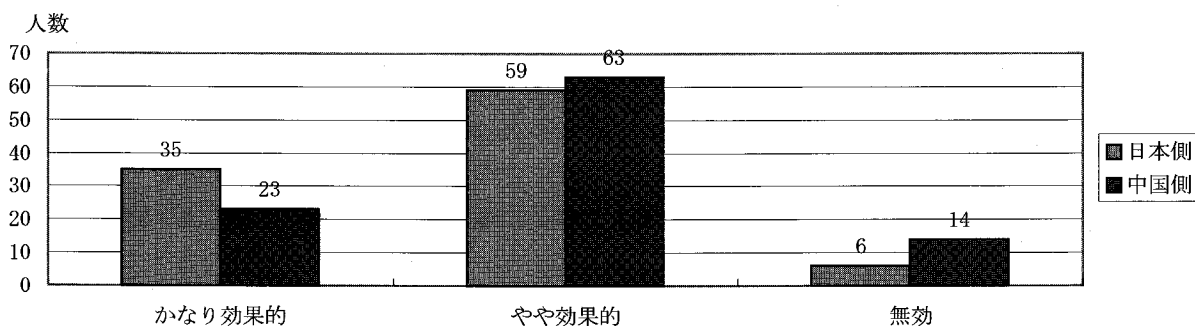


Fig. 4 治療効果の比較

(5) 症状の改善までかかる時間について

中国側で最も多いのは「治療直後」の45%であった。次は「一ヶ月後」が20%、「一週間後」が19%であった。「二週間後」が2%、「三週間後」が4%、「もっと長い」が10%であった。この結果に関して、今回の調査は脳卒中患者が多いので、治療過程が長いと考えられる。

日本側で「治療直後」が58%、「一週間後」が12%、「二週間後」が4%、「三週間後」が2%、「一ヶ月後」が9%、「もっと長い」が5%であった。

両側比べて (Fig. 5), 「治療直後」の回答が中国側より13%高い, これは日本側腰痛と肩こりの患者さんが多いという関係があると考えられる。また, 「三週間後」, 「一ヶ月後」, 「もっと長い」の回答は日本より中国側の方が18人多い。この原因は中国針が広く使用されているからであると考えられる。

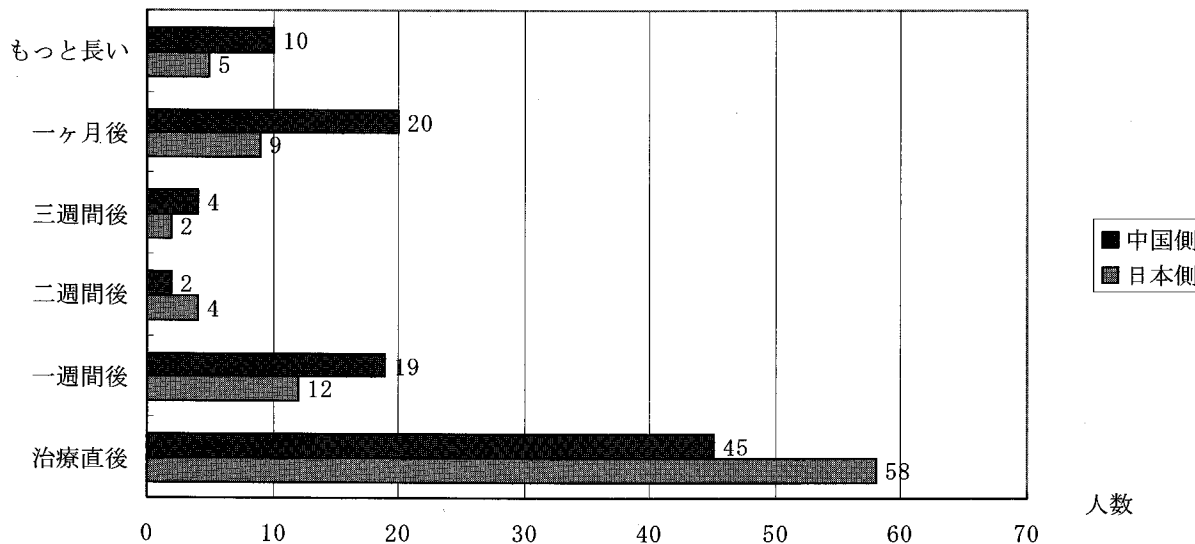


Fig. 5 症状の改善までかかる時間の比較

(6) 針灸のイメージとして

中国側で良好的なイメージに対して「効果がありそう」が75%、「気持ちよさそう」が50%、「体にやさしい治療」が58%、「難病を治せる」が44%の回答が得られた。しかし, 中国の針灸は3000年以上の歴史を持っているのに, 「非科学的」が4%、「痛そう」が30%の回答も得られた。また, 針灸が直接的に身体の筋肉, 血と接触して, 伝染病が流行になるから, 「不衛生」が17%の回答があった。

日本側で良好的なイメージは「効果がありそう」が65%、「気持ちよさそう」が32%、「体にやさしい治療」が46%、「難病を治せる」が5%で、また、「痛そう」が35%、「非科学的」が9%、「不衛生」が14%であった。日本では現在すべての医療は健康保険である。この保険制度によって、針灸の治療はほとんど保険以外の治療方法として、国民は治療費が高いと思って、「治療費が高そう」というイメージが19%であった。

両側比べて、中国側「効果がありそう」が10%高い、「気持ちよさそう」が18%高い、「体にやさしい治療」が12%高い、特に「難病を治せる」の場合が日本より39%高い。日本側でほとんどの患者さんは内臓病や、難病に対し針灸で治らないを信じて、それは中国より大違いイメージを持っている。中国側で針灸治療は3000年以上の歴史と経験を持っているから、良好的なイメージが日本より高いと考えられる。しかし、現代社会に西洋医学の普及、或いは伝染病の流行、両国とも不良なイメージを持っていた。特に治療費に関して、両国の医療制度が違うから、中国側で「治療費が高そう」というイメージは見つからなかった (Fig. 6)。

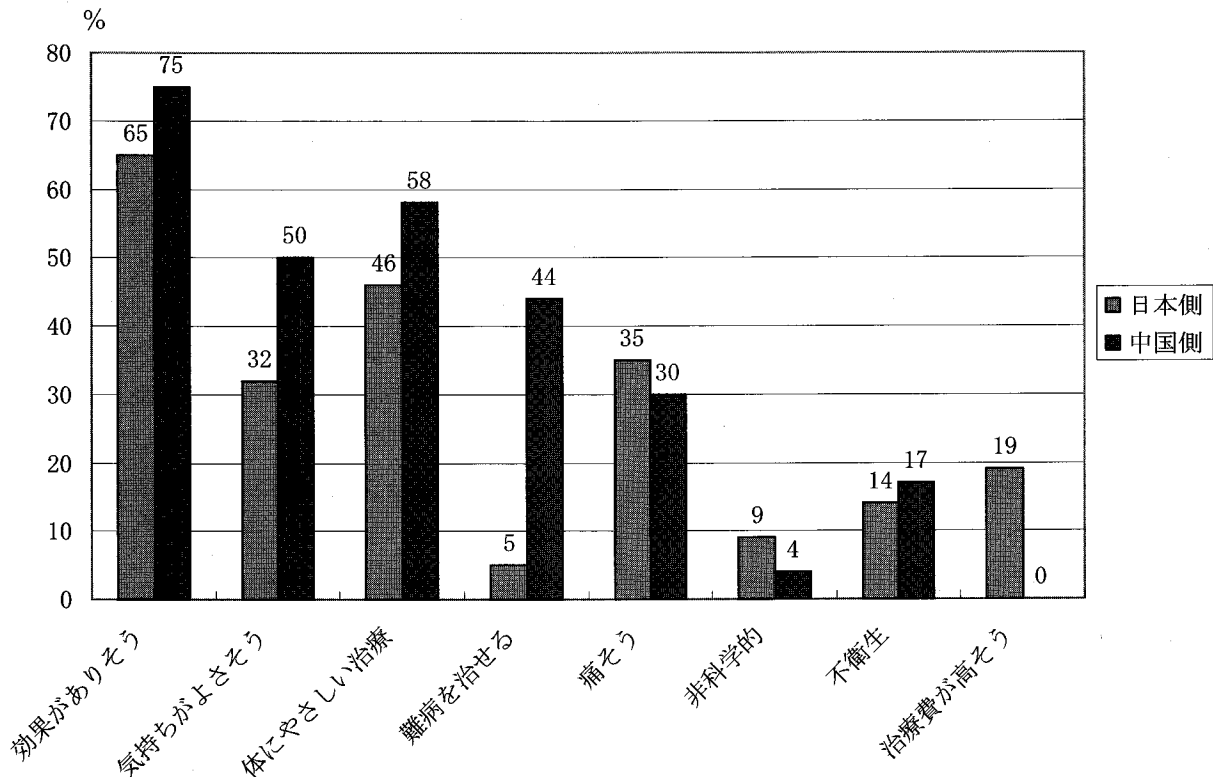


Fig. 6 針灸のイメージの比較

(7) 治療を受ける原因について

中国側「病気を治せる」が高く56%であった。他からの紹介が総計20%であった。中国で最も伝統的な治療方法として、「針灸の治療が大好き」が10%の患者数があるけれども、「試しにやってみる」の患者が14%であった。

日本側で「病気を治せる」は中国と同じ54%、「友人からの紹介」が中国より大変高く37%、「針灸が大好き」が2%、「マスコミ」が2%、「医師からの紹介でやってみる」が5%であった。

両側比べて、全体としては中国側の比率が日本より高い。「針灸が大好き」が8%高く、「医師からの紹介」は9%高い。「マスコミから」が6%高いという結果を表わした。これは中国全体で針灸の治療を重視しているからと考えられる。日本側で医師からの紹介は少ない。友人からの

勤めが高いという事実を示した (Fig. 7)。これは日本全体で針灸治療の認識が不足しているからと考えられる。

2 事例調査の結果と小考察：

(1) 日本側の調査結果

2002年3月～8月の間に、G針灸院で事例調査を行った。一番注目されるのは坐骨神経痛の治

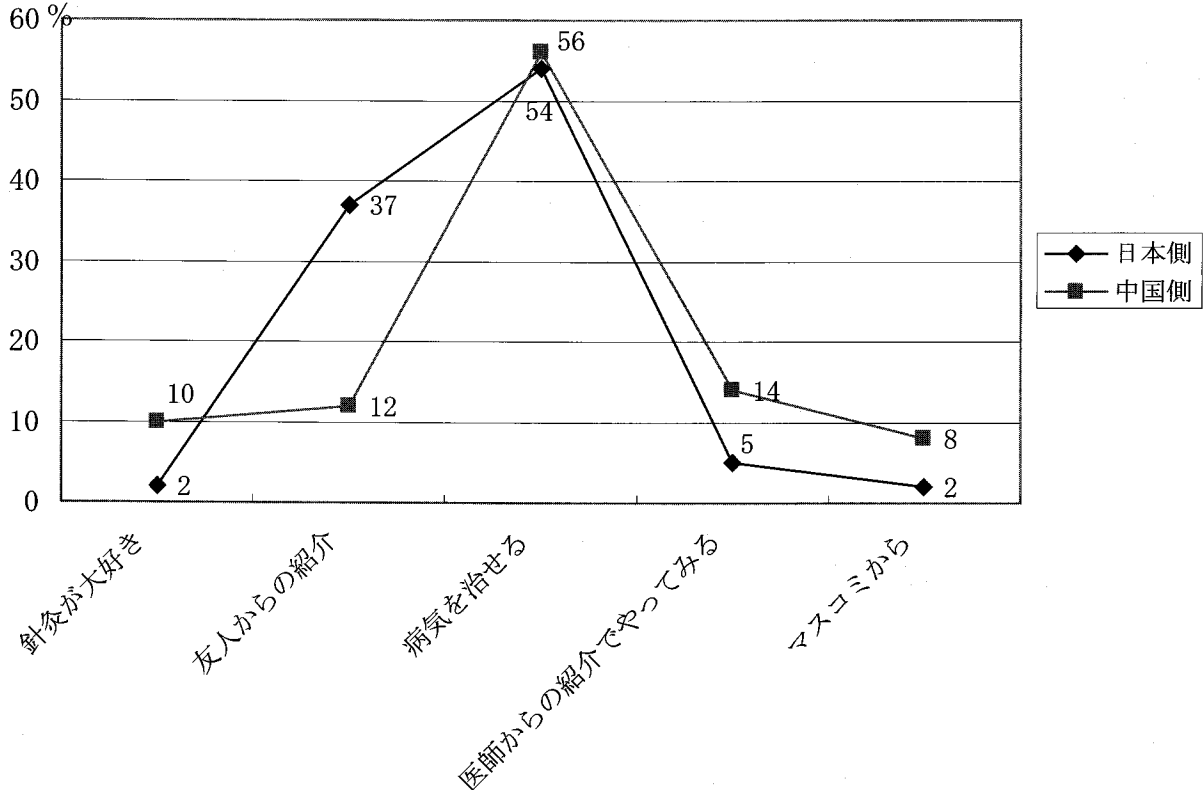


Fig. 7 針灸を受ける原因の比較

療であった。今回調査人数のなかに、坐骨神経痛の患者は27名であった。その内に著効者が7人、有効者が18人、無効者が2人、有効率が92.6%を示した。

① 調査対象：女性，54歳

② 症状：

両腰が痛い。特に右側が著しい。右側の大腿の後部に痛みと痺れがある。走行するとき痛みが激しくなった。

③ 検査：

腰部の筋肉が硬く，圧痛 (++)，腰椎圧痛 (±)，Lasegue's sign (+)，神経走行に沿って圧痛 (+)，ワレー氏圧痛点 (+)，アキレス腱反射 (↓) であった。

④ 診断結果：

坐骨神経痛 (梨状筋症候群)

⑤ 治療：

A穴位：

腎俞 (両側)，大腸俞 (両側)，志室 (両側)，環跳 (右)，承扶 (右)。

B 針具：

3寸針8本（日本の針は中国の針より細くて、柔らかいから、進針する時安全のために針管と一緒に使っている）

C 治療：

腎兪（両側）、大腸兪（両側）、承扶（右）に対しては直刺し、志室（両側）、環跳（右）に対しては45度角刺し。そして、1組としては腎兪（左）、大腸兪（左）（-）極、志室（左）（+）極。2組としては腎兪（右）、大腸兪（右）（-）極、志室（右）（+）極。3組としては環跳（右）（+）極、承扶（右）（-）極。20分間1 H Z 低周波針を通電し、感覚は足先に伝わる。足先部に律動が走っているかどうか治療のポイントである。

D 治療原理：

低周波針通電が神経痛に対し、優れた鎮痛効果をあらわすのかということ、直接患神経に低周波鍼通電することにより、痛覚閾値の上昇、神経内血流を改善、下肢の温度低下の改善（サーモグラムにて実証済み）がもたらされ、痛みの悪循環を断ち切られる（その他不明な部分もある）。

痛みはすべて脳で認識される。足で痛みを感じているのではなく脳で感じているのである。直接末梢神経に作用させることで、一時的に患部そのものの痛みを感じなくするだけでなく、痛みによる反射的な血管の収縮や筋肉の緊張を抑えて二次的な痛みも取り除く。この治療法を端的に言うと、繰り返し鍼通電をすることでだんだんと痛みを軽くしていく方法である。というのは、痛みは幾つかの神経を介して大脳に伝えられ、そこで初めて「いたい」と認識される（YH Yu 1995²¹⁾）。この経路は車の轍と一緒に、刺激が通れば通るほど深く刻み込まれるため、繰り返して遮断してやることで痛みの経路を鈍くすることができると考えられる。

E 治療過程：表1のように示した。

表1 日本側の治療過程

	腰の痛み	腿の痛み	筋肉の圧痛	筋肉の硬度
治療前	4	5	5	3
第1回 (7月16日)	3	3	3	2
第2回 (7月17日)	2	3	3	2
第3回 (7月18日)	2	2	2	1
第4回 (7月24日)	2	1	2	1
第5回 (7月25日)	1	1	1	1

(2) 中国側の事例調査：

2002年10月7日～18日の間に、X市中医院で事例調査を行った。今回調査した坐骨神経痛の患者は8名であった、治療効果について、すべて有効になった。その内著効が3人（37.5%）であった。

- ① 調査対象：62歳，男性
- ② 症状：
両腰が痛い，特に左側が著しい。左側の大腿の後部と足の裏外側に痛みと痺れがある，締めつける感じがあった。左側の足が無力になって，少し力を使うとさらに痛くなった。
- ③ 検査：
腰部の筋肉が硬い，圧痛（+++），腰椎圧痛（+），Lasegue's sign（+），神経走行に沿って圧痛（++），ワレー氏圧痛点（+），アキレス腱反射（↓）であった。
- ④ 診断結果：
坐骨神経痛（幹性）
- ⑤ 治療
- A 穴位：
腎兪（両側），気海兪（両側），大腸兪（両側），環跳（左），委中（左），陽陵泉（左），承山（左）。
- B 針具：
2.5寸針6本，3寸針1本，2寸針3本。日本針と比べて，中国針は多少太い（中国針の直径が0.3~0.38mm，日本針の直径は0.2mmであった）。
- C 治療：
腎兪（両側），気海兪（両側），大腸兪（両側）に対し直刺し2寸ぐらい，委中（左），陽陵泉（左），承山（左）に対し直刺し1.5寸ぐらい，特に環跳の刺し方が一番注意される。環跳穴に正確に刺鍼されると足先に響が伝わり，それは刺鍼の正確度の判定になると考えられる。正確に刺鍼し，得気を得て治療しないと環跳穴にあたらぬし下肢の痛み・しびれはほとんどとれない。1センチずれただけでも効果がない。効かせるためには独特の取穴技術が必要となる。初回の治療だけで驚くほど痛み痺れがとれてしまう。
- D 治療過程：表2のように示した。

表2 中国側の治療過程

	腰の痛み	腿の痛み	筋肉の圧痛	筋肉の硬度
治療前	4	5	5	4
第1回 (10月8日)	3	3	3	3
第2回 (10月9日)	3	3	3	2
第3回 (10月10日)	2	3	3	2
第4回 (10月11日)	2	2	3	2
第5回 (10月14日)	1	2	3	1
第6回 (10月15日)	1	1	2	1
第7回 (10月16日)	1	1	2	1

注) 痛みについて		筋肉の硬度について	
すごく痛い	5	すごく硬い	4
痛い	4	硬い	3
やや痛い	3	やや硬い	2
あまり痛くない	2	硬くない	1
痛みがない	1		

E 治療原理：

中国側の考えは筋肉へ鍼尖が入れば筋肉が緩んで神経への圧迫が減ると考えているので、神経に当てる必要はない。むしろ神経に当てると触電感があるので、好ましくないと考えている。大腰筋と梨状筋へ刺入するのは、この両筋の中を神経が通っているため、両筋が痙攣して拘縮すると神経が圧迫されて痛むと考えられる。そして冷えると足の血流が悪くなって、そうした筋肉への酸素供給が不足し、痙攣するので痛みが増すと考えられる。

もし経脈が細い糸状のものならば神経や血管とも考えられるが、経絡伝導は帯状であり、細くなったり広がったりするが、幅があって線ではないことが知られている。筋肉ならば、広がったり狭くなることは可能である。また冷えれば脈が引きつると言うが、血液循環が悪くなるため筋肉が引きつけるので、これを裏づけていると考えられる。

特徴的なことは、中国側の痛みについての治療方法の根本的な方針は、問題の多くは筋肉が痙攣していることにあり、痙攣している筋肉へ刺鍼して緩めれば、血管や神経への圧迫が消えて、血はスムーズに流れ、神経は締めつけられないので痛みが消えるという考え方である。

(3) 結果の比較の視点

① 穴位の選択

日本側は腎兪（両側）、大腸兪（両側）、志室（両側）、環跳（右）、承扶（右）を選択した。

中国側は選択した同じ穴位が腎兪（両側）、大腸兪（両側）、環跳であり、違う選択した穴位が気海兪（両側）、委中（左）、陽陵泉（左）、承山（左）であった。二つの経路（足太陽膀胱経、足少陽胆経）の穴位を選択した。

② 針具の選択

日本側の針は前に述べたように直径（0.2mm）が細くて、針質が柔らかいので、進針するとき必ず針管と一緒に使っている。

一方中国側は針の直径が日本より0.1~0.18mm太くて、硬いので、針は直接身体に刺しても良い。また、中国側はツボの位置によって、針具の長さが要求された。普段に使用される針が1.0寸、1.5寸、2.0寸、2.5寸である。日本側でディスポの針使用と言うことは特徴である。

③ 針刺の方法

中国側で持針の方法は母示指持針法と母示中指持針法の二つの方法である。針刺の角度は90度、45度、および15度がある。針刺の進め方として、指切進針法、挾持進針法、提摺進針法、伸張進針法ならびに指弾進針法がある。また、行針としては、提挿法、捻転法、搔柄法ならびに弾針法がある。

日本側は以上の方法がほとんど見つからなかった。

④ 治療方法

日本側は3組に対して20分間1 H Z 低周波針を通電する。感覚は足先に伝わる。これは足先

部に律動が走っているかどうか否かが治療のポイントである。治療の手続きは承扶の穴位の正確度が注意される。足先部に律動が走っていない場合は少し承扶の穴位を調整して、足先部に伝えることができる。

中国側は経絡の経路に従って、刺し針の技術が探査される。10個の穴位を選択し、置針20分の間に1回行針して、針感も同じ足先に響が伝わる。特に、中国側は環跳穴が一番注意されて、正確に刺鍼し、得気を得て治療しないと環跳穴にあたらぬし下肢の痛み・しびれはほとんどとれないという現実であった。

⑤ 治療過程

日本側の対象者は1回の治療を受けて、すぐ大きな変化が起きた。痛みに対しては治療前の「すごく痛い」からすぐ「やや痛い」に変更して。また、筋肉の硬度も「やや硬い」に変化した。5回までの治療を受けて、腰の痛み、腿の痛み、筋肉の圧痛、筋肉の硬度はすべてなくなり、正常になった。

中国側の対象者も同じく1回の治療を受けて、痛みが少なくなってきた。また、筋肉の硬度は硬いに変化した。第2回変化がほとんどなかった。第3回から徐々に回復した。7回までの治療を経て、筋肉の圧痛はあまり感じなくなったが、異和感があった。しかし、中国で坐骨神経痛の治療はほとんど10回ぐらいの治療を行うから、あの患者さんは続ければ、異和感が取れるかもしれないと担当の医師の説明であった。

⑥ 治療原理

針を刺すと血流の改善、温度の低下の改善、痙攣した筋肉の緩和がもたらされる、それにもなって血管や、神経への圧迫が消えるという作用が両国とも明らかになる。日本側の重点は直接患神経に低周波針を通電することであった。この方法は西洋医学からの考え方であり、痛みによる反射的な血管の収縮や筋肉の緊張を抑えて二次的な痛みも取り除くものであり、刺激を繰り返して遮断してやることで痛みの経路を鈍くするものである。

中国側は中医の経絡学説を基って、直接神経に当たる必要がないという考え方で、筋肉へ鍼尖が入れば筋肉が緩んで、血管内血流の悪循環を改善し、神経への圧迫が減って、痛みがだんだん少なくなることである。

⑦ 針刺上の注意

この点については両国ともほぼ同じであった。

A 妊娠3ヶ月以内は下腹部へは禁忌、妊娠3ヶ月以上では腹腰臀部へは禁忌である。

B 脳、脊髄、心臓、肝臓、脾臓、胸膜、肺ならびに関節腔等には禁忌である。

C 皮膚炎ならびに腫瘍には禁忌である。

D 心臓、脳、脊髄には電流を流さない。

(4) 小考察

① 穴位の選択について

日本側の考え方は穴位の選択ではなく、神経に対して、適当な穴位を結びつけて選択する。通電を通じて、神経に直接刺激を与えると考えられる。中国側は穴位の選択理由として、痛みの経路と足太陽膀胱経、足少陽胆経の経路を一致させていることがわかった。陽陵泉穴は、足少陽胆経の合穴であり筋会穴でもある。筋会は筋全体に関連する障害に有用であると言われる(鍋田他, 1999⁹⁾)。環跳穴は足太陽膀胱経と足少陽胆経交会穴、腰痛、下肢痛などの要穴と言われて、深部に未分岐する坐骨神経の当たるところで、ここに針を刺し入れれば、針感が強くて

足先部まで影響を伝えると考えられた。

② 針具の選択について

針治療による痛みの抑制機理は内因性オピエート物質が関与することが解明されたが、針メカニズムが生体に対しては微小組織損傷としての側面を有す。針体が形成する組織損傷の程度は針体の太さにほぼ比例して、損傷組織内では通常の生体に創傷を加えた時と同時に、針刺激による超急性期局所組織反応が生じていた。このことは、微小損傷刺激としての針刺激が生体における局所の始まる免疫反応の *inducement* としてのスイッチの働きをする可能性も十分に考えられる (小長谷他, 1995⁷⁾)。針刺激に対して、中国針は日本針よりふとく、治療効果が高いと考えられるが、組織損傷は中国針より低いと考えられた。また、衛生面を考えると、現在伝染病の流行、医療措置に際して起こる医療従事者側の針刺の事故は、医療行為に関係した感染事故のなかでももっとも頻度が高く、注意すべきものである (大越他, 2001¹²⁾)。使い捨て針具の使用が強く関わっていると考えられる。しかし、経済的な面を考えると、この針具の使用は医療コストに対して、極めて高くなる。中国の現在の経済力を考慮すると、非常に厳しいという現実である。コスト面での解決が待たれる。同時に、針具の厳格な消毒をすることが考えられる。

③ 治療面について

痛みの感覚は生体の防御機能の一つであるが、痛み自体は生体の精神身体機能に種々の病的変化を生む。このような病的疼痛を寛解させる作用が鎮痛であり、針を含めた種々の刺激が鎮痛作用を発揮する。刺激により得られる鎮痛は、刺激の部位により3種に大別される。脳刺激、脊髄刺激及び末梢刺激である。針刺激は末梢刺激の中の一法であり、その特徴は手技が簡単であることと、生体への侵襲がほとんどない点である。この特徴は臨床上非常な利点であり、針治療が広く用いられる原因の一つとなっていると考えられる。

手法、手技の面からは刺激による方法が本来の方法であるが、刺激法に電流が併用されるようになって以来、針自体が電極と考えられるようになり、その改良から表面電極を用いる方法も開発されている。刺針に伴う感染症をさける意味から、鎮痛の種類によっては表面電極による刺激法が今後普及すると推測される。電流がつながると、普通の刺針より刺激が強く、鎮痛効果を発揮しやすいと考えられる。

針刺激が疼痛部位の筋レン縮を寛解したり、局所の血流を改善させることなどが客観的に確かめられつつある。今回の調査の例も同じく、血液量が増加し、筋緊張も緩解した。しかもこのような現象は、筋交感神経系に関与することによって、生ずるものであろうと推察される。しかし、両国とも筋緊張や硬結の客観化に関する評価は、いずれも客観化にまでは至っていない。筋緊張の客観化は針灸治療効果を検討する上で重要な指標となるだけに客観化が急がれる。また、硬結は治療ポイントの触察情報として重要であり、「経穴」の解明にも連なるものとして期待されている。そのためにはまず、臨床効果の面からどのような生体反応が引き起こされれば効果的かの解明が重要である。現時点では治療原理或いは治療の説明が十分ではない。また、どのような治療方法が妥当かを現象論的に明らかにしていく必要がある。そして、それらの結果を踏まえて現象の背後にあるメカニズムの解明をいくことが望ましいと考えられる。

V 全体考察

中国では鍼は治療医術として2500年以上の歴史があるが、鍼が生まれたのはそれよりも昔のことである。黄帝内径（黄帝の内科書）に記されているように、紀元前2世紀から3世紀にはすでに鍼の理論体系ができあがっていた。鍼が明らかに素朴ながら有効な医術として中国の隣国である韓国や日本、ベトナムなどに紹介されたのは6世紀のことである。ヨーロッパには16世紀初頭に伝わった。この20年の間に鍼は世界に広く普及した。

鍼の治療への応用に対する関心が高まるとともに、近代科学の知識で鍼の作用機序を説明しようという機運も高まっている。鍼が貴重かつ手軽な健康管理法であることは世界中で認められている。しかしながら、鍼による施術は主として伝統と個人的な経験に基づいておこなわれている。鍼はすでに数千年にわたる医療行為によって有効かつ安全であることは検証済みではあるが、鍼を合理的に使い、さらに発展させるためには、ここでしかるべき科学的研究をおこなった方がよいと思われる。しかし、さらに臨床研究が必要だからといって、広く受け入れられている鍼に異を唱えるものではない。

WHOの西太平洋地域委員会が伝統医学に関する決議を2つ採択したことは、加盟諸国において近代医学ならびに伝統医学双方の概念にもとづいて伝統医学（鍼および生薬・漢方）の安全性と有効性を評価しようとする研究を促進した。今回鍼灸治療の実態および認識に関して中国、日本両国の比較研究を行った。以下の三点が明らかになった。

1 鍼灸治療の認識について

この問題を解明するために、中国、日本両国各100名の患者を対象者としてアンケート調査を実施した。両国でいろいろなイメージの違いを持っていることが示された。現代社会では、西洋医学の確立、広い使用、或いは科学的立場など、すべて西洋医学が普及している。鍼灸治療の歴史が長い、科学的な説明が十分ではないから、中国でも日本でも信じられない人がたくさんいると考えられる、特に若者たちは鍼灸治療をうける方が少ないという事実が明らかになった。針が直接的に身体の筋肉、血と接触して、伝染病が流行しやすいから、これも治療を受ける患者が少ない原因の一面として考えられる。また、日本では現在すべての医療は健康保険である。この保険制度によって、鍼灸の治療はほとんど保険以外の治療方法として、国民は治療費が高いと思っている。これも原因の一面として考えられる。全体としては中国側の認識が日本より高い。これは鍼灸治療が中国伝統的な治療方法として中国人の心に深く植え込んでいるからと考えられる。

2 鍼灸治療の実態について

今回両国で事例調査を実施した。例としては、今回治療効果の見やすい坐骨神経痛を選択した。治療の考え方について、中国側は伝統的中医理論、経絡系統に従って、穴位の選択、行針の回数および進針の深浅を決めた、これは中国側鍼灸治療の特徴と考えられる。日本側は西洋医学の部分を考えると多く、神経の走行に従って、穴位を決め、また強い通電方法を使用して、強い刺激が神経に加えられた。これは日本側治療の特徴と考えられる。針治療による痛みの抑制機理は内因性オピエート物質が関与することが解明されたが、針メカニズムが生体に対しては微小組織損傷としての側面を有す。このことは、微小損傷刺激としての針刺激が生体における局所始まる免疫反応のinducementとしてのスイッチの働きをする可能性も十分に考えられる。針刺激に対して、中国針は日本針よりふとく、治療効果が高いと考えられるが、組織損傷に対して、日本針は中国針より

低いと考えられた。手法、手技の面からは刺激による方法が本来の方法であるが、刺激法に電流が併用されるようになって、針自体が電極と考えられるようになり、その改良から表面電極を用いる方法も開発されている。刺針に伴う感染症をさける意味から、鎮痛の種類によっては表面電極による刺激法が今後普及すると推測される。電流がつながると、普通の刺針より刺激が強く、鎮痛効果が発揮しはやくと考えられる。

3 施術者について

中国側で施術者はすべて正常人である。視覚障害者は医療関係の仕事が按摩しかいないという事実であった。日本側は違って、針灸は視覚障害者に対して、生活手段として身に付けさせた。日本で視覚障害者の生活手段であり、少なくとも視覚障害者の「専業」であるとの認識が社会的に広く存在したということは1911年のことであった。現在も針灸が視覚障害者にとって特別なものとして認識されている。生存手段の獲得および自信力の回復による視覚障害者の社会への参加に重大な利益をもたらしていると考えられる。

VI 要約

中国の針灸が日本に伝来したのは、もう一千年前のことであった。中国、日本両国の針灸技術者は針灸の発展、科学的解明のために、現在もいろいろな研究を続けている。今回の調査は日本と中国の針灸治療の実態を明らかにするために、日中両国のアンケート調査と事例調査を行った。

アンケート調査については、患者の男女比率では中国側でほぼ同じ、日本側で女性の方が多かった。針灸を受けた患者の年齢別については、50歳以上の患者が多い事を示した。特に高齢化社会を考えると、貢献するところが大きいと考えられるが、若者では、日本側の人数の方が少ないことが示された。病気については中国ではいろいろな病気に対して針灸治療をやっているが、日本ではとくに腰痛と肩こりの患者が多い。全体の調査対象の85%を占めるという事実が明らかになった。また両国ともほとんどの患者が好意的なイメージを持っている。しかし、日本側では難病に対して、医療費に対して、針灸の認識に対しての問題が多かった。医療費が高いという現状が明らかになった。

事例調査について、中国側で経絡走行に沿って、針灸の穴位の選択、針具の選択、針刺の方法、行針技術が考究された。これは治療効果向上のために一番重視するところと考えられる。日本では経絡走行に対してではなく、神経の走行によって、穴位を決定する。針具はほとんど3寸或いはディスプレイの針を選んで使用し、すべて針管と一緒に使っている。そこが日本針の特徴だと考えられる。また、行針することと同時に通電して、強く針刺激を患者に加えている。今回は坐骨神経痛を例として、調査を行った。中国側で通電することをせず、何回も行針を使用することにより、針感を強くする。治療効果は大体同じであったが、痛みを取りはやくあるいは治療周期が短いことが明らかになった。

VII 今後の課題と展望

鎮痛に対する基礎的研究の分野以外はなかなか困難な状況にある。大きな課題と展望は運動機能に対する針灸刺激の効果に関する研究は、筋肉を標的としたものが多い。様々な条件の筋肉（疲労筋、拘縮筋、萎縮筋など）に対してどのような方法で針灸刺激を与えれば効果的かを測定する。一般臨床では触察による筋緊張を重視しているが、筋緊張を客観的に測定することがまだ確立していない。そ

ここで筋緊張の客観的測定法の確立と針灸刺激による変化を明確にする。運動機能障害の疾病モデルを動物で作し、針灸刺激効果を生化学的、組織学的な面から追求する（日本伝統針灸学会 2001¹¹⁾）。

針灸治療効果の臨床的評価法には、針灸治療で実現させる社会的存在としての人間を総合的にとらえることと、その医療価値について検討する方法を開発する必要がある。まだ、臓器のことについて、ある病態下でその臓器の血液状態がどうなっているかを把握し、その血流状態を改善するために、どの部位にどのような刺激を加えると血流を改善することができるかが解明されれば、各種の内臓疾患（機能低下、疼痛など）のコントロールは容易であろうし、ガンなどの治療薬剤を効率よく循環することが可能になることが望ましい。

これまでもいくつかの独立したグループが臨床研究やそれに関連した研究をおこなってきているが、その研究の質にはかなりの差がある。確かな研究結果を持ち寄って、比較とまとめをすべきであろう。鍼の臨床研究に近代科学の原理や方法論を適用して完全なものとし、鍼の信頼性を獲得しようとするのは困難だとされてきたが、計画立案、実施、統計学的解析、解釈そして報告という近代科学の基本原則ならびに方法論の運用法が鍼の研究者たちに十分理解されていなかったという事実を改善して欲しいものである。

謝辞

今回の調査に御協力いただいた中国、日本両国の患者さんはじめ、中国側西安市中医病院針灸科の医師の皆様、日本側岡本治療院の岡本修一先生、岩手県立盲学校の教職員の皆様方に心より感謝をするものです。

引用・参考文献

- 1) 陳積祥・石秦東・陳丹英・蔡云 (1998) : 「中国針灸臨床実践」, 陝西科学技術出版社.
- 2) 針灸保険情報センター編 (2000) : 「針灸マッサージ師の幼児体験と医療制度」.
- 3) 春山克郎 (1994) : 「針治療が中枢神経系に及ぼす影響の臨床的検討」, 長寿科学総合研究, 497-503.
- 4) H O U D (1999) : 「Therapeutic Effects of acupuncture combined with psychotherapy for patients with somatoform disorders」, Somatoform Disord World Perspect 253-256.
- 5) 科術庁, 研究開発局編 (1989) : 「東洋医学の科学的解明に関する調査」, 東洋医学に関する調査昭和63年度成果報告書.
- 6) 片山憲史・勝見泰和 (2001) : 「スポーツ医学における未病—針灸からみたスポーツ選手のコンディショニング」, 医学のあゆみ, 116-121.
- 7) 小長谷正明・米山栄・木村勝・飯田光男 (1995) : 「針治療のメカニズムについての研究」, スモン調査研究班平成6年度研究報告書, 203-207.
- 8) 劉柄権・梁俊昌 (2000) : 「針灸療法及び実例経験茗萃」, 広東科術出版社, 97-113.
- 9) 鍋田理恵・谷万喜子・鈴木俊明・若山育郎・八瀬善郎 (1999) : 「脳血管障害片麻痺患者に対する陽陵泉穴への置しん刺激による針治療の効果」, 関西しん灸短期大学年報, 77-82.
- 10) 南山堂 (2001) : 「医学大辞典」第18版, 780-781.
- 11) 日本伝統針灸学会学術委員会編 (2001) : 「針灸5年間の中間総括案」.
- 12) 大越章吾・布施一郎・相沢義房 (2001) : 「針刺し事故に対するリスクマネジメント」, 医学のあゆみ, Vol. 198. No11, 789-792.

- 13) 邱茂良・張善忱・余仲權・周行曉・高鎮五 (1991) : 「高等医薬院校教材—針灸学」, 上海科術出版社.
- 14) 戰士發・明時弘文・川原礼子・吉岡広泰・大池彌三郎・小野寺庚午・劉多三 (1985) : 「中国における脳卒中の針治療」, 漢方診療, 49-54.
- 15) 七堂利幸・磯部由美子 (2000) : 「しん灸, 手技療法を一般の人はどのように見ているか—手技療法のイメージ」, 医道の日本, 144-159.
- 16) 鈴木俊明・八瀬善郎・藤原哲司・大工谷新一・広瀬浩昭 (1997) : 「F波出現を認めなかった脳血管障害片麻痺患者の神経生理学的特性」, 理学療法学, 第24巻1号, 16-22.
- 17) 肖淑春 他 (1999) : 「現代針灸文献精華」, 中医古籍出版社.
- 18) 山下仁 (1999) : 「視覚障害をもつしん灸師が特に注意すべき医療過誤」, 筑波技術短期大学テクノレポート.
- 19) 石川友衛 (1998) : 「痙縮—臨床リハビリテーションでの神経生理学研究の応用」, 理学療法, 15巻9号, 685-692.
- 20) 張 涛・杭群・章健・趙戈 (1998) : 「針灸現代研究及び臨床」, 中国医薬科術出版社.
- 21) YH Yu, HC Wang, ZJ Wang (1995) : 「The effect of acupuncture on spinal motor neuron excitability in stroke patients」, Chung Hua I Hsush Tea Chin 56, 258-263.
- 22) 全日本針灸学会誌編集部 (1998) : 全日本針灸学会雑誌48(2), 186-193.