平成１８年７月学術講習会

（社）日本鍼灸師会
（社）東京都鍼灸師会　主催

厚生労働省後援　通算 655 回
(2006.7.23)

演題および講師

プライマリ･ケア症状編

Ⅰ．「すこやかな眠りのために」

―睡眠障害の基礎知識―

東京慈恵会医科大学 附属青戸病院　精神神経科　**林田　健一**

鍼灸治療編

Ⅱ．「脳血管障害に対する鍼灸治療」

―後遺症と脳血流改善について―

埼玉医科大学　東洋医学科　主任　**山口　智**

「すこやかな眠りのために」

―睡眠障害の基礎知識―

林田　健一

現代社会では国民の４～５人に１人が睡眠障害に悩まされている。従来ヒトは、昼夜の周期に合わせて、夜は眠り日中に活動を行い進化してきた。これは暗闇で時間の手がかりをなくした条件では、睡眠と覚醒を制御する体内時計は約２５時間周期を刻み、通常ヒトは外界の２４時間周期に合わせるために、毎朝光を浴び

て１時間ずつ体内時計を修正しているのである。しかし近年インターネットの普及により、２４時間いつでも世界中と通信可能な状況や、シフトワークの増加による 24 時間社会に対しては、体内時計は対応困難であり、むしろリズムが脅かされ、睡眠障害の増加につながっている。現代人は健康、癒しを求めており、「すこやかな眠り」はその基本となる。十分な眠りから目覚めた朝はやる気に満ち、クリエイティブな一日を送れるであろう。日本人の睡眠時間は年々短縮傾向にあるが、最近の調べでは約 7 時間半程度であり、これは一日の約 3 分の１、すなわち人生の 3 分の１を眠っていることになる。ではなぜそれほど眠る必要があるのであろうか。睡眠には、心と体の休息のほかに、記憶に関連した活動や、各種ホルモン分泌や免疫活動などの役割があるが、睡眠の量的あるいは質的低下は、日中の眠気や作業効率の低下をきたす。また高血圧症や糖尿病などの日常的な疾患へも悪影響を及ぼす。さらに単純なヒューマンエラーから交通・産業事故に発展する可能性もあることから、睡眠障害の早期発見、治療は極めて重要である。平成 15 年 2 月の JR 山陽新幹線居眠り運転報道以降、睡眠時無呼吸症候群がクローズアップされようやく睡眠障害の危険性が認識されるようになったが、わが国の医学界においても睡眠障害に対する理解はまだまだ十分とは言えない現状にある。本講演では正常睡眠のメカニズムとその役割と、頻度の高い睡眠障害について解説し、すこやかな眠りを得るためのコツを解説したい。

「脳血管障害に対する鍼灸治療」

―後遺症と脳血流改善について―

山口　智

1. はじめに

古くから脳卒中，中風という言葉が脳血管障害 cerebro-vascular disease に対して一般的にもよく使われてきた. 卒中の“ 卒 ”とは卒倒などの卒で“ 突然に ”, “ 急に ” という意味である．また “ 中 ” は，中毒などと同じように何かに “ 当たる ” という意味なので，卒中は “ 何かに当たったように突然倒れる病気 ” とみなされていた.“ 卒中 ”という言葉の記載はすでにわが国でも 760 年代にみられ,“ 中風 ” の記載もほとんど同じころからである．中風も同様に “ わるい風に当たって倒れる ” というような意味であり，いずれも中国から伝来した言葉であろうが，欧米語でも脳血管障害に対し apoplexy や stroke という類似の表現がされている.

脳血管障害患者の死亡率は，わが国において長い間第１位であったが，1981 年以降その数は減少し現在第３位であるが，有病率や受療率は決して減少傾向を示していない．また，近年では生命にかかわる脳出血は減少しているのに対し，後に機能障害を残す脳梗塞が増加傾向であり，日常臨床で遭遇することが多い.

本講演では，当科における脳血管障害に対する臨床の実際と研究成果の一部を紹介し，今後の展望と可能性について私見を述べる.

2. 脳血管障害に対する鍼灸治療の実際

脳血管障害に対する鍼灸治療は，おもに慢性期が多く，後遺症に対する治療が中心である.

(1) 中枢性疼痛

疼痛に起因する障害部位は主に視床とされているが，大脳皮質や脳幹部の病変でも疼痛は発症する．その主な因子は，損傷の大きさではなく，脳の障害部位で

あり，脊髄視床大脳皮質路が最も重要である．

上肢や下肢の痛みに対し，症状を訴える末梢側の経穴と体幹に近い中枢側に取穴する．上肢では，合谷と手三里または内関・神門，下肢では，太衝または太谿・足三里・陽陵泉を刺激部位とする．刺激量は弱刺激から開始し，患者の体力や体調，症状の程度により増強する．鍼通電療法を採用することが多く，1Hz で筋または神経を目標に 10～20 分間通電する．神経を目標とした刺激は，支配部位の皮膚に刺激感および支配筋の筋収縮を確認する．患側と健側に同様の治療を行うが，患側は神経障害の程度により反応が異なるため，刺激量を注意しなければならない．

（2）痙性

痙性抑制を目的とした鍼灸治療は，痙性筋に刺激するよりも，その拮抗筋を刺激することにより痙性を抑制する（相反性神経支配）．上肢では，上腕三頭筋上の五里，前腕の手指関節伸筋群上の手三里，下肢では前脛骨筋上の足三里，長短腓骨筋上の陽陵泉を取穴し高頻度（30～100Hz）の断続で鍼通電療法を 10～15 分間通電する．

（3）患側肩関節痛

運動鍼療法を中心とする．上腕二頭筋の長頭腱・短頭腱に刺鍼したまま他動的に肩関節を屈曲・外転運動を行い，次に棘上筋部の秉風・巨骨，棘下・小円筋部の天宗・肩貞に刺鍼したまま外転・内転運動を行う．一方，肩手症候群を合併している場合には，缺盆や臂臑を取穴し，それぞれ腕神経叢や橈骨神経を目標に刺鍼し，さらに，手指の合谷や内関・手三里等を加えることもある．

（4）共通治療

上記の後遺症に対する治療に加え，脳循環の改善を目的に脳血管と三叉神経が関連していることから，三叉神経第 1 枝を目標とした眼窩上切痕部や同第 3 枝の下関への刺鍼を頻用し，また，健側上下肢の要穴への施術を加えている．さらに合併する愁訴に対する治療を併せて施行することが大切である．

3．鍼の作用機序と効果

当科における脳血管障害患者の鍼治療の実態とその効果を分析した結果，対象となった症状の有効率は 70%以上であった．また，疾患に起因する麻痺や中枢性の痛み・痺れは合併する緊張型頭痛や頸肩凝り・腰痛などの有効率よりも低値であった．

演者は，鍼刺激が脳血管障害患者の脳血流に及ぼす影響を検討した結果，健側の合谷－内関の鍼通電療法により脳血流が増加することを明らかにした．こうした反応は脳血流の低下している群は，鍼刺激で著明な増加反応が認められ，疾病の程度によりその反応に差異があることも示唆された．また，鍼治療が脳血管の一部である網膜血管口径に及ぼす効果について検討した結果，上下肢の鍼通電刺激は，脳血管障害患者の網膜血管口径を拡張し，その反応は健常者よりも一部敏速であった．一方，動物実験では，脳梗塞モデルラットを用い，梗塞直後の鍼通電刺激が梗塞層の縮小に関与し，他の鍼刺激よりもその反応が有意であることを報告した．こうした結果や利地上の臨床経験からも，鍼治療が急性期の患者に対しても有効である可能性を示唆するものであり，今後，急性期の患者に対する鍼治療の有効性や有用性を検討し，現代医療における鍼治療の果たす役割を明らかにすべきである．