メニエール病の針治療

代 田 文 彦

1 はじめに

東京女子医大耳鼻咽喉科の上村卓也教授に、メニエール病の針治療をしてみないか、とお誘いを受けた時は、「何もよりによって1番効率の悪いものをやらなくとも」と思った。

難聴、耳鳴り、しびれは、針灸治療を行う上で、1番効率の悪い症候、治療効果の出し難い症候の代表とされて来たからである。

しかし、次の3つの理由から参加させて戴くことにした。第1に、メニエール病の1つの症候の「眩暈」だけなら、何とか処理出来るのではないかと考えたからである。それ迄の多くの眩暈に対する針灸治療の経験からは、何時とはなしに眩暈の止まる症例の割合が多いからである。第2に、従来の未科学的な針灸治療の方法にあきたらず、出来るだけ客観的に対処すべく努力して来たのであるが、同一病態の多症例を蒐集することが困難なため、十分な研究が出来なかった。総合病院の1内科医が針灸治療を希望する患者に接する時、その大多数が多彩な病態に起因する疼痛疾患であり、おまけにそれらが、西洋医学的治療手段で駄目であったから針でもしてみようという類である。また、自律神経失調症ないしは心身症の色調を強くあわせ持つ症例なので、真の針灸の力を判定するには的を得ていない。メニエール病という同一病名で多くの症例に接しられるのは、誠に幸せだからである。第3に、針灸治療が有効であるか否かを判定することは、非常に困難である。常に問題となるところではあるが、針治療のために寛解したのか、自然治癒なのか判別が困難だからである。しからば、少し極端ではあるが、自然治癒が望み得ない様な病態で針治療を試み、そこで寛解が得られれば針の効果として評価出来るのではないか。自然治癒の望み得ない病態という表現は、いささか誇大であるが、西洋医学的治療手段で治療を受け、結果の思わしくない人々だけを対象にして、針治療を試みて結果が良ければ、針の効果として評価出来るのではないかと考えたからである。

2 治療対象

メニエール病の診断にあたっては、厚生省研究班が定めた「メニエール病診断の手引き」に準拠し①それ迄に6ヶ月以上、または、入院で1ヶ月以上の西洋医学的治療を受け無効であった症例であり、②治療前の少くとも5ヶ月間、規則的に眩暈発作を繰り返している症例を選出

した。③また効果の判定にあたり、針治療実施後の経過観察期間が、治療前の最長発作間隔の3倍以上になったもののみを対象とした。以上の3つの条件を満たす規則性発作例の19例、および③の条件を満たす10回以上の不規則性発作をもった例の6例、合計25例を対象とした。

Acupuncture treatment of Ménière's disease.

Fumihiko Shirota

財団法人日産厚生会玉川病院内科

3 治療方法

入院治療を原則とし、月曜から金曜迄の週5回をもって1クールとし、普通10回の治療即ち2クールで治療を終了した。2クール終了後も圧痛所見が明瞭に残存するもののみ、3クールの治療を行った。

使用針は、長さ1寸3分(約4cm)、太さ5号(直径0.2mm)の硬銀針(医交社製)である。

針での刺激点は最初の第一期(昭和50年5月～年51年4月)では後頭部、側頭部の圧痛点・著明な索状物、硬結に注目し、それらの圧痛の強い順に身体の左右から夫々2点ずつ、合計4点を選び出した。それ以外の軀幹・四肢の点は刺激の対象からはずした。これは、出来るだけ刺激の範囲と刺激点を絞ることにより、客観的治療を目指したものである。第1期の試行の反省から、第二期(昭和51年5月以降)では、後頭部・側頭部だけに限定せず、頭頸部、即ち頸から上の領域に広く刺激点を求め、その上、頭頂に位置する百会穴(つばの名前)に圧痛が少しでもあれば優先してこれを用いるという方針

に変えた。身体の左右から各2点ずつ合計4点を使う方針は変えていない。

百会穴の圧痛が少しでもあれば全て採用することにしたのは、百会穴が鎮静効果、水分調節作用を有するとされているので、メニエール病の眩暈に対し、特異的な効果をあらわすことを期待したからである。

左右の夫々2点に針を刺し、身体の片側だけで閉鎖回路を作り、それに15分間通電し、その後極性を変えて5分間通電した。

刺激条件は、周波数1Hz、パルス幅120 μ secの棘波で、出力電圧は0～15Vの間で、患者の反応により適宜調節した。

刺針にあたり、単刺(捻針・雀啄)ないし置針だけでなく、刺入した針に通電をしたのは、術者による技能差を出来るだけ取り除く意味で考慮した。通電するということは、ある一定の範囲で規定した条件で針を打ち込むと、ほとんど誰がやっても同じ感覚を患者に与える場合が多いからである。

4 判定基準

何も針灸治療に限らないが、ある治療手段が有効であるか否かの判定を下すには、是非ともしっかりとした判定基準が必要である。

わかり切ったことではあるが、今迄の針灸治療に関するレポートでは、厳密な判定基準にもとづいて評価しているものは極めて稀であり、ただ漠然と著効・有効・無効というあいまいな形で処理されているものが大多数である。

その点をふまえ、その上針が本当に効くのかどうかを確認すべく、判定基準を可成り厳しく設定した。

まず規則性の眩暈発作例では、発作の完全消失をもって著効とし、有効は発作の頻度と発作の強さの2つの要素が同時に、以下述べる条件を満足するときに有効とした。即ち発作の頻度

では、治療前の最長発作間隔の2倍以上に治療後の発作間隔がのびたとき、また発作の強さに関しては、眩暈の性質、持続時間、程度が治療前の状態と比較し、いずれかの改善がみられるもの、即ち回転性の眩暈が非回転性になるか、数日間続く発作が、数時間あるいは、数分間の持続となるか、発作の間、身動き不能である程度から、発作の間でも身動き可能の程度に変化したかのときにとりあげている。

以上の条件が満足されないものは、全て無効とした。

不規則性の眩暈発作に関しては、発作が消失した場合を有効、消失しない場合を無効とした。

5 治療成績

その結果を表1に示す。

表1

方法対象		効果	著効	有効	無効	計
第Ⅰ期			0	1	7	8
第Ⅱ期	規則例		3	3	5	11
	不規則例		0	2	4	6

頭頂の百会穴に考慮を払わない第1期では有効率12.5%であり、百会に少しでも圧痛があれば、必ずこれを採用した第2期では、有効率が規則的発作例で54.5%、不規則的発作例で33.3%である。

とくに、規則的発作例では、11例中3例で12ヶ月から14ヶ月間、完全に眩暈発作が消失している。(昭和52年8月31日現在)。

圧痛の多く認められた経穴は、風池、安眠₂、翳明、翳風、聴会、完骨、懸釐、懸顱、百会であり、実際の治療では、風池、百会、安眠₂、翳明、翳風、聴会の順に使用頻度が高い。

実際の治療では、頸から上の経穴のみを対象にしたのであるが、典型的なメニエール病10例につき、全身的な経穴所見を観察した。

6 メニエール症の全身の経穴所見

先人の報告に見られる経穴、五行・経絡の古典的思想を考察した結果、以下に列举する33点につき観察した。百会、聴会、懸釐、暈聴区、視区、横竹、太陽、印堂、風池、安眠₂、翳明、嬰脈、天柱(以上、頭頸部)膻中、肝神、中脘、腎俞(以上、軀幹)内関、中渚、曲池、少海、郄門(以上上肢)中封、陽陵泉、三陰交、照海、太衝、足三里、陰陵泉、俠谿、太谿、厲兌(以下

上下肢)。

その結果、全例が反応を呈する(圧痛を示す)特異的な点は見出し得なかった。圧痛の認められた点を症例数の多い順に記すと、()内の数字は10例中の症例数を示すが、風池(8)、聴会(6)、太衝(6)、照海(6)、百会(5)、膻中(5)、天柱(4)、横竹(4)、三陰交(4)(以下省略)となり、頭頸部と下肢に圧痛を示す割合が多く、軀幹では膻中1穴であり、上肢に多くの圧痛の見られないのは意外であった。

7 おわりに

針治療と一概に言っても、そのアプローチの方法は多種多様であり、主観とりわけ直観と経験が重視され、未科学の域を出ていない。

西洋医学的治療手段で結果の思わしくない難治性のメニエール病だけを選び出し、それらに、比較的客観性を持たせた方式での針治療を試みて報告した。

現段階では、十分に満足出来る結果ではないが、針治療により著しい効果のもたらされた症例も持つことが出来た。

今後、種々の分析検討を加えて、メニエール病に対する針効果を高めるとともに、他の疾患、あるいは症例に対する方法論を開発し、誰でもが接近可能な針治療法を確立し、現代西洋医学の持ちあわせていない分野での大きな武器としたいものである。

御指導、御校閲を賜った東京女子医大耳鼻咽喉科・上村卓也教授に深謝致します。また共同研究者の菊池尚子、杉山恒子先生始め教室員の方々に深謝致します。

(原稿到着：昭和52年10月18日
別刷請求先：代田文彦
〒158 東京都世田谷区瀬田 4-8-1
日産厚生会玉川病院内科)