第 57 回 日本良導絡自律神経学会学術大会 〈一般口演発表〉

脳血管障害後遺症の改善例

Improved cases of Cerebrovascular Disorder Sequela
Goto Kimiya

後藤 公哉¹⁾

【Summary】

The cerebrovascular disorder ranks in the third place as a cause of death after cancer and the heart disease. Also there is a tendency where the patients who have sequelae are increasing by aging. This is a report three cases treated in my clinic.

General Ryodoraku Therapy, type V was done. Reactive Electro Conductive Points (RECP) were located with the reference of Scalp needle therapy, Low Frequency Retained Needle (LFRN), 10Hz for 20 minutes, were applied on those points.

Even though the treatment methods are various, Ryodoraku therapy makes important of an anatomical human structure. It is conceivable that the treatment to the innervation of the lesions may have caused some effects on the central nervous system.

When the patients of case II and III have recovered, it was observed physiological ranges went up on their Ryodoraku charts. Such assumption can be made their metabolism were regulated by General Ryodoraku therapy, due to the contraction of muscles stimulated by LFRN, the antagonistic muscle tension was released and the blood flow was improved.

At the first medical examination, the specific patterns of the cerebrovascular disorder could not detect from their Ryodoraku charts.

Thus it is presumed the case accumulation is an assignment for the future.

【はじめに】

脳血管障害は、死因では悪性新生物、心疾患について3位をしめ、後遺障害をもつ患者は高齢化とともに増加の傾向がある。当治療院に来院した3症例を報告する。

【治療方法】

全良導絡調整V型。反応良導点治療。朱氏・焦氏の頭皮鍼から反応良導点に低周波置鍼療

法 10Hz、20 分間を使用した^{1) 2)}。

『症例 I —主訴が肩関節痛であった脳梗塞—』

♂ 56才

初診日：H15.9.25 主訴：肩関節痛

既往歴：中耳炎

初診時所見：左肩関節部が痛い。痛みのため
拳上・結帯・結髪することができなかった。大
結節部に圧痛、有痛孤症状から血行障害など

1) 後藤鍼灸整体療院

〒221-0076 横浜市神奈川区白幡町2-8 Tel. 045-401-3917 Fax. 045-401-7389

E-mail: go0101@mx4.mesh.ne.jp HP <http://www.ryodoraku-goto.com>

によって退行性変性が起こった腱板炎と思われた。

中医学的弁証では風寒湿阻滯、風寒湿の湿邪が重きを占める痺症の着痺と思われた。

治療法則は、筋骨失養、疎通経絡、祛風散寒と考えられた³⁾。

良導絡チャートではH4(小腸)H6(大腸)F6(胃)の興奮、F2(肝)F3(腎)F4(膀胱)の抑制が著明であった。(図1)

治療：全身良導絡調整療法V型、左側臥位にて治療、F5 25(肩井)、H6 15(肩髃)、H4 9(肩貞)、EX(肩内陵)、H4 10(臑兪)、H4 11(天宗)、H6 11(曲池)に低周波置針療法3Hz 20分。

3診目：H15.10.6。運動鍼3回で左肩関節の痛みは改善した⁴⁾。

昨日から右手足に力を入れることができず、血圧144-100mg/Hg、PTR陽性、字が書けず箸を落とす、構音障害、しびれ感などの症状により脳梗塞の疑いがあるので精密検査を勧めた。

初診時

H15.9.25

AV(平均値) 35 μ A H系 47 μ A F系 23 μ A

図1、症例Ⅰの良導絡チャート

経過：後日、脳梗塞と診断され、入院し点滴治療により改善した。早期発見で大事にいたらず感謝された。問診の他に深部反射、病的反射の確認が必要と思われた。

早期発見に貢献できた症例であるが、この良導絡チャートからは脳梗塞の診断ができなかった。

『症例Ⅱ—診療に復帰できた鍼灸師—』

♂ 71才

初診：平成15年7月24日 主訴：左手麻痺

既往歴：変形性腰痛症、脳梗塞

初診時所見：H15.2月に続きH15.6月右脳梗塞で入院点滴治療、退院後、左手麻痺、特に鍼治療をするとき、押し手が出来ず「閉院する」と来院した。声と目に力がなく、顔色が悪い、氣の不足と思われた。Mann-Wernicke 姿勢は見られなかった。初診時握力は右20Kg、左8Kgであった。

中医学的には肝腎陰虚、治療法則は滋補肝腎と思われた³⁾。

良導絡チャートではH5(リンパ)H6(大腸)の興奮、F3(腎)F4(膀胱)F5(胆)の抑制が著明であった。(図2)

治療：全身良導絡調整療法V型、HM26(百会)、F3 3(照海)、F2 2(行間)に置鍼で滋補肝腎をはかり、H6 10(左手三里)、H6 4(合谷)、F4 59(天柱)、F5 24(肩井)、F4 37(肝兪)、F4 32(腎兪)に低周波置鍼療法10Hz 20分間。患側と健側の額頂帯・頂枕帯・頂額帯、感覚区・運動区の反応良導点に頭皮鍼通電法10Hz 20分間。

平成15年7月24日

AV(平均値) 25 μ A H系 42 μ A F系 7 μ A

図2、症例Ⅱの治療前の良導絡チャート

平成16年8月8日

AV(平均値) 59 μ A H系 96 μ A F系 21 μ A

図3、症例Ⅱの治療後の良導絡チャート

経過：3診時右握力22Kg 左15Kgと少し改善し鍼治療での押し手が出来るようになった。

治療：前腕部H55（外関）・H610（手三里）10～30Hzの刺激により筋収縮で拮抗筋群の緊張が緩和された。良導絡チャートでは、H5（リンパ）H6（大腸）の興奮、F3（腎）F4（膀胱）F5（胆）の抑制と初診時と変化がなく、平均値が25 μ Aから59 μ Aと上昇がみられた。（図3）

『症例Ⅲ—尿道カテーテルが取れ手軽になった症例—』♂ 79才

初診日：H17.3.3 主訴：排尿障害

既往歴：前立腺肥大、老人性難聴

初診時所見：12月29日頭痛、嘔吐、1月4日救急入院脳出血と診断された。点滴治療後、麻痺シビレも無く1月29日に退院したが尿道にカテーテルを挿入され袋を下げ、一生取れないと言われた。他の症状は足腰がだるいだけで、元気が袋が取れないかと紹介されて来院した。

脳の排尿中枢から膀胱括約筋に指令が伝わり括約筋を収縮する。この回路調節異常を起こしているものと思われた³⁾。

中医学的弁証では老化久病から腎気虚、固摂の機能失調により膀胱失約し排尿後の余瀝があり、腎気を消耗し、腎の気化が不足して膀胱の水湿が制約できなくなって発症する腎気不固で、治療法則は補腎固摂と考えられる。

良導絡チャートでは、H1（肺）H2（血管）の興奮、H4（小腸）F1（脾）F3（腎）の抑制。拡大測定でも低値であった。（図4、5）

治療：全身良導絡調整V型。反応良導点治療。

F3（腎）の調整にF432（腎俞）、HM2（腰俞）、F36（太谿）に置鍼15分、排尿調節機能障害にVM6（陰交）、VM2（中極）、VM1（曲骨）、F422（中髎）、F312（大赫）、F28（曲泉）、F427（膀胱俞）、F447（志室）に低周波置鍼療法10Hz20分間。精神安定にHM26（百会）に置鍼15分間。

経過：5診時目に平均値12 μ A。（図6）12診目に平均値24 μ Aと平均値の上昇が見られた。（図7）

H17.3.3 AV（平均値）4 μ AH系6 μ AF系1 μ A

図4、症例Ⅲの治療前の良導絡チャート

H17.4.14 AV（平均値）12 μ AH系16 μ A F系8 μ A

H17.3.3 21V拡大測定 AV（平均値）3 μ AH系5 μ AF系1 μ A

図5、症例Ⅲの治療前の拡大測定値

H17.5.16 AV（平均値）24 μ AH系33 μ AF系15 μ A

図6、症例Ⅲの5診時目の良導絡チャート

図7、症例Ⅱの12診時目の良導絡チャート

膀胱の収縮力がなく、仙髄の排尿中枢レベルのVM1（曲骨）、F422（中髻）、F312（大赫）（S3）に刺激を与えたことによって、骨盤神経を介し膀胱の収縮力を高めることができたものと思われる。

【考察】

症例Ⅰでは、良導絡チャートからの脳梗塞診断はできなかった。手足の脱力感、字が書けず箸を落とす、構音障害、しびれ感などの症状により精密検査をすすめたことにより、大事にいたらず、感謝された症例であった。脳血管障害の初期や再発を見過ごさないのも開業鍼灸師の大きな役割であると思われる。

症例Ⅱでは、解剖学の骨、筋、神経を頭に置いて圧痛、硬結、陥凹部などの反応の大きなポイントを探して鍼をする方法、すなわち「解剖学的な人体構造を重視」、また疾患部位の神経支配と筋肉の起始停止部を用いた治療は効果があり、再現性も高く、神経支配を考慮して治療をすれば逆に脳の神経中枢刺激をすることになる⁵⁾。

随意運動は通常、上肢、下肢、顔面の順に障害が強いといわれている。上肢に強い症状があり、下肢に障害が少ないことは、軽度の障害であり、頭皮鍼療法の併用により改善されたものと思われる。

また、症例Ⅲでは、脳血管障害後遺症には片麻痺の症状以外に排尿障害など多くの症状を有する場合がある。膀胱の排尿運動には2つの神経系が反射的に活動する。1つは骨盤神経を通り膀胱を収縮させ、内膀胱括約筋を

緩める。もう1つは陰部神経を通り外膀胱括約筋を緩める。トイレへ行くと排尿中枢からの命令が膀胱を収縮させ、内・外の括約筋群を緩めて排尿させる。

中医学では、排尿には直接的には膀胱が主たる所となるが、腎の気化、脾の転輸、肺の宣降、三焦の決瀆などの働きが密接に関与し、身体内部の気の昇降出入と津液の状況が尿の排出機能や尿量に影響すると説明されている⁶⁾。

膀胱の収縮力がなく、仙髄の排尿中枢レベルに刺激を与えたことによって、骨盤神経を介し膀胱の収縮力を高めることができたものと思われる。

症例ⅡⅢの回復において、良導絡平均値の上昇が見られることは、全良導絡調整法により、代謝循環の調節が改善され、低周波置針刺激により、刺激した筋が収縮することで拮抗筋群の筋緊張緩和、血流障害が改善されたものと思われる。

治療方法は、体鍼、頭皮鍼、眼鍼、耳鍼、灸、電気鍼などがあるが、反応良導点を検索して鍼をする良導絡治療は、解剖学的な人体構造を重視して、疾患部位の神経支配を用いた治療が脳の中樞神経にも影響を与えたものと考えられる。

初期所見での良導絡チャートから脳血管障害の特定パターンは検出ができなかった。症例集積が今後の課題と考えられる。

【おわりに】

脳血管障害後遺症の症状回復を促進するための治療も必要であるが、全身的に状態を良くするように治療することで身体的さらには精神的な面のQOLを高めていけるのではないかと考えられる。

高齢者に対する医療は、近代医学を中心とした対応のみでは不十分であると認識され、より多角的な面からの包括的な全人的な医療としての転換と再構築が求められている。

高齢者患者の健やかな長寿を支援しADLやQOLの向上に良導絡治療が役立つものと思われる。

【参考文献】

1. 朱明清 朱氏頭皮針 東洋学術出版社
P14-29 1989
2. 山下九三夫、竹之内診佐夫 東洋医学の
基礎と臨床 マグブロス出版
P269-275 1979
3. 内山恵子 中医診断ノート 東洋学術出
版社 P129-137 1989
4. 後藤公哉 良導絡療法 基礎と臨床 エ
ンタプライズ(株) P151 1999
5. 永澤充子 脳卒中と鍼灸治療 医道の日本
第714号,P29 2003
6. 遠藤宏 関西鍼灸大学 鍼灸 OSAKA29
排尿異常 Vol,9 No,1 P45 1993