

明治鍼灸大学附属病院脳神経外科における 鍼灸治療の実態報告

渡辺 勝之¹ 篠原 昭二¹ 北出 利勝² 渡辺 康晴³
福永 雅喜³ 恵飛須俊彦³ 田中 忠蔵³

¹明治鍼灸大学 鍼灸診断学教室 ²明治鍼灸大学 第三東洋医学臨床教室

³明治鍼灸大学 脳神経外科学教室

要旨 : 明治鍼灸大学附属病院脳神経外科における鍼灸治療の実態について調査した。外来では受診患者総数の29.2%に、入院患者では53.1%に鍼灸治療を施行した。外来での診断名は筋緊張性頭痛、脳血管障害、変形性頸椎症が多く、愁訴は肩こり、頭痛が多かった。入院患者の診断名は脳血管障害、末梢神経疾患が多く、愁訴は片麻痺、肩こり、が多かった。鍼灸治療は鍼灸師が施行し、判定の公正を期すために脳神経外科専門医2名が4段階で評価した。その結果、著効・有効例は23.5%、やや有効例を合わせると76.4%、無効例は23.6%であった。脳神経疾患における鍼灸治療の有用性が示唆された。

I はじめに

日本人の脳卒中による死亡率は減少しているものの、人口の高齢化にともない、致死的でない脳卒中患者数は増加しており、毎年60万人におよんでいる¹⁾。さらに、この罹患者の2/3に何らかの神経脱落症状が後遺症としてみられるとされている。高齢者に多い脳血管障害後遺症は、身体的障害のみならず、痴呆や意欲低下などの精神症状や脳高次機能障害も含んでいる。

最近では脳神経疾患に対して、鍼灸治療が行われてはきているものの、報告は少なく、治療方法およびその評価法は未だ定まっていない。そこで今回は、現在我々の施設で施行している評価方法が導き出される基礎資料となった、過去2年間における明治鍼灸大学附属病院脳神経外科、外来受診患者と入院患者に対する鍼灸治療の実態を報告する。

II 外来患者における鍼灸治療

1) 調査期間

1993年4月～1995年3月の24カ月間とした。

2) 対象

外来受診患者総数は延べ3913名、そのうち鍼灸受療者数は延べ1144名であり、外来患者の延べ29.2%に鍼灸治療をおこなった。鍼灸受療者の内訳は、男性53名、女性72名の合計125名で、年齢は19～83歳(平均60歳)であった。年代別では60歳代が最も多く、治療回数は1～188回で平均13回であった。[図1]。

3) 方法

鍼灸治療は火・金曜日の週2回の脳神経外科外来開設日におこなった。主治医の確定診断の他に、鍼灸師が四診法に基ずく鍼灸診断をおこなった。(中医弁証を主とした。)鍼灸治療方法は、大きく分けて現代医学の確定診断ならびに解剖・生理所

鍼灸治療受療者数(延べ) 1144/3913名(29.2%)
 治療回数 1～188回(平均13回)

(53名)男性 性別 女性(72名)

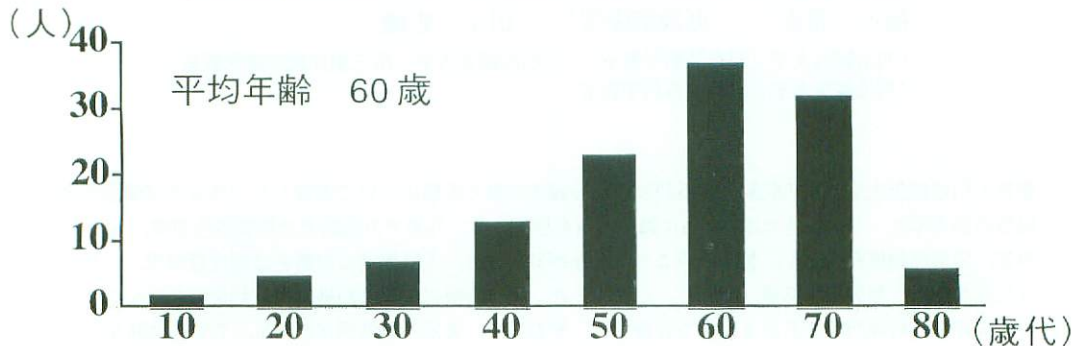


図1 対象(外来患者)

1993年4月～1995年3月(24カ月間)に明治鍼灸大学附属病院脳神経外科に外来受診した患者総数は延べ3913名であった。そのうちの鍼灸治療受診者数は延べ1144名であった。外来受診者の29.2%に鍼灸治療をおこない、治療回数は1～188回(平均治療回数13回)であった。鍼灸受療者は男性53名、女性72名であり、各年代別に人数を棒グラフで示した。平均年齢は60歳であった。

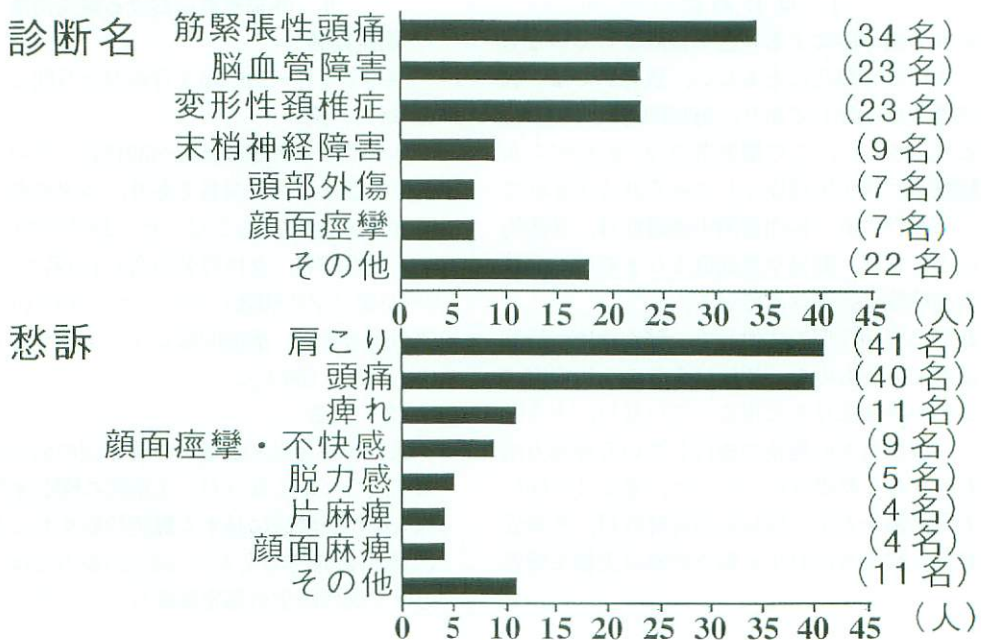


図2 鍼灸受療者の疾患と愁訴の分布(外来患者)

外来患者における鍼灸受療者の診断名別(上段)と愁訴別(下段)の人数分布を棒グラフで示した。

見にもとづく方法（局所治療）と東洋医学の弁証ならびに病因病理にもとづく方法（弁証施治）の単独または併用療法を施行した。

4) 結 果

診断名は、筋緊張性頭痛（34名）、脳血管障害（23名）、変形性頸椎症（23名）が三大疾患であった。以下、末梢神経疾患（9名）、頭部外傷（7名）、顔面痙攣（7名）が多かった。鍼灸治療の対象となった愁訴では、肩こり（41名）、頭痛（40名）が多く、以下、しびれ（11名）、顔面痙攣・不快感（9名）、脱力感（5名）、片麻痺（4名）、顔面神経麻痺（4名）の順であった [図2]。

Ⅲ 入院患者における鍼灸治療

1) 調査期間

1993年4月～1995年3月の24カ月間とした。

2) 対 象

入院患者の総数は64名、そのうち鍼灸受療者数

は34名（男性18名、女性16名）で、年齢は16～90歳（平均57歳）であり、入院患者の53.1%に鍼灸治療をおこなった。年代別では、60歳代が最も多く、治療回数は6～467回で平均77回であった [図3]。

3) 方 法

① 鍼灸治療

月・火・木・金曜日の週4回を鍼灸治療日とした。外来と同様確定診断の他に、鍼灸師が四診法に基づき鍼灸診断をおこなった。鍼灸治療は、弁証施治、局所治療、頭皮鍼、低周波通電療法の単独または併用療法を施行した。水曜日の天候の良い日には、院外（大学のキャンパス内）の散歩・運動を約1時間おこなった。

② 評 価

入院患者の鍼灸治療の目的とした愁訴の変化を、つぎの4段階に評価することにより、

鍼灸治療受療者数
治療回数

34/64名 (53.1%)
6～467回 (平均77回)

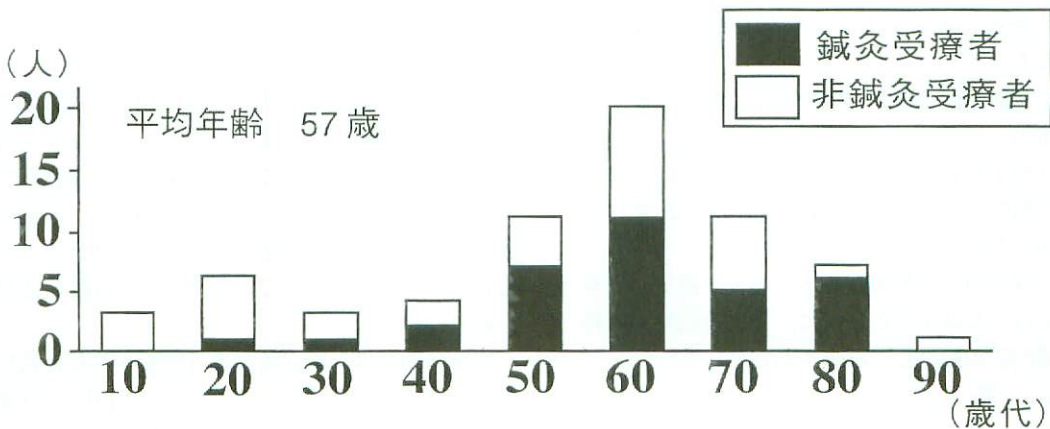


図3 対象（入院患者）

1993年4月～1995年3月（24カ月間）に明治鍼灸大学附属病院脳神経外科に入院した患者総数は64名であった。男性40名、女性24名でそのうち鍼灸受療者は男性18名、女性16名であった。平均年齢は57歳であった。入院患者の53.1%に鍼灸治療をおこない、治療回数は6～467回（平均治療回数77回）であった。各年代別に鍼灸受療者と非鍼灸受療者別の人数を棒グラフで示した。

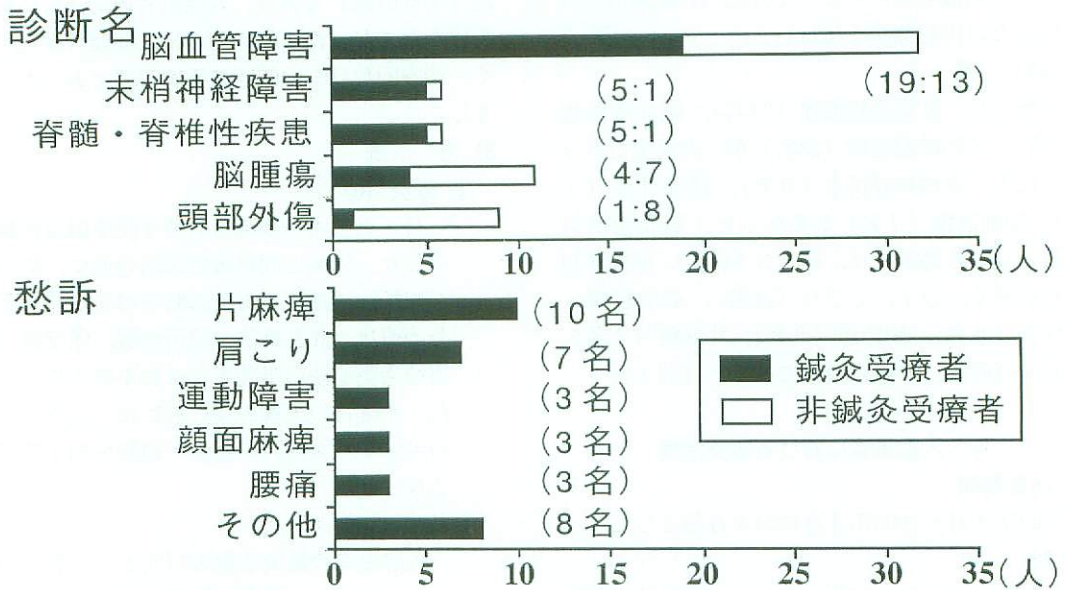


図4 鍼灸受療者の疾患と愁訴の分布 (入院患者)

入院患者における鍼灸受療者の診断名別 (上段) と愁訴別 (下段) の人数分布を鍼灸受療者と非鍼灸受療者とに分け棒グラフで示した。

脳神経外科領域における鍼灸治療の有用性を検討した。

「著効 (excellent)」: 愁訴が顕著に改善したもの

「有効 (good)」: 愁訴が明らかに改善したもの

「やや有効 (fair)」: 愁訴が改善したもの

「無効 (poor)」: 愁訴がほとんど改善しなかったもの

評価の信頼性を高めるために、鍼灸治療を施行した鍼灸師とは別に、2人の脳神経外科専門医が観察し、評価をおこなった。

4) 結果

診断名は、鍼灸受療者: 非鍼灸受療者ともに脳血管障害 (鍼灸受療者: 19名, 非鍼灸受療者13名) が最も多かった [図4]。末梢神経疾患 (5:1)、脊髄・脊椎疾患 (5:1) は鍼灸受療者の比率の方が多いが、脳腫瘍 (4:7)、頭部外傷 (1:8)

は非鍼灸受療者の方が多かった。鍼灸受療者の愁訴は、片麻痺 (10名)、肩こり (7名)、運動障害 (3名)、顔面神経麻痺 (3名)、腰痛 (3名) の順に多かった。

入院患者における鍼灸受療者総数34名はほとんどの症例が保存療法およびリハビリテーションとの併用をおこなっている。その条件下での評価では、著効1名、有効7名、やや有効19名、無効7名であった。著効と有効を合わせると23.5%、さらにやや有効を合わせると76.4%に有効性が認められた。

診断名別では、脳血管障害と診断された19名に対し、鍼灸治療をおこなった結果、14例が有効 (著効・有効・やや有効)、5例が無効であった。末梢神経疾患では、5例と症例数が少ないものの、全例で有効性が認められた。脊髄・脊椎疾患、脳腫瘍、頭部外傷についても症例数が少ないものの、鍼灸治療によって愁訴の改善もしくは軽減させる

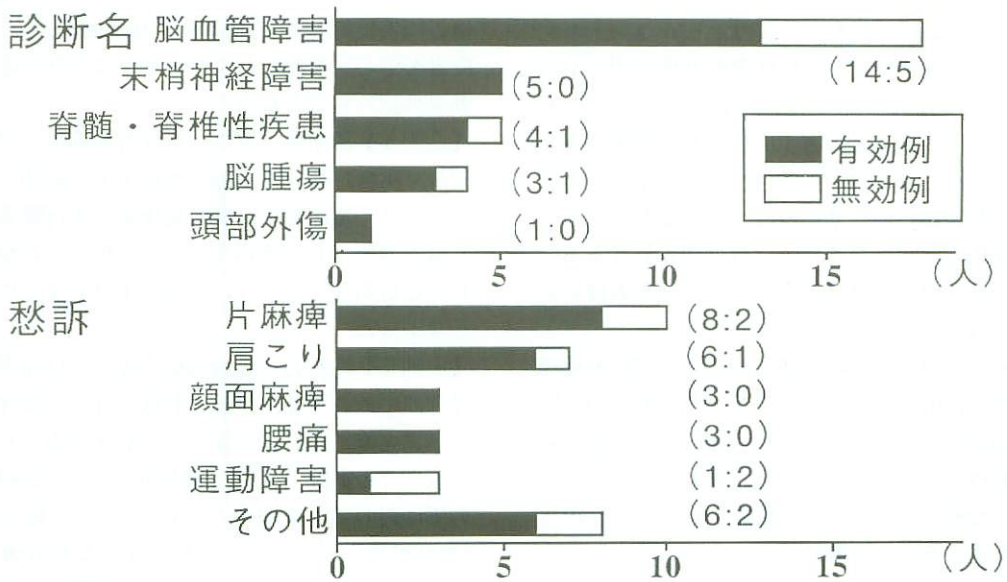


図5 診断名及び愁訴別の鍼灸治療効果 (入院患者)

入院患者における診断名 (上段) および愁訴別 (下段) の鍼灸治療効果 (有効例と無効例) の人数分布を棒グラフで示した。

ことが可能であった。

愁訴別では、片麻痺を主訴とする患者10例に対して鍼灸治療をおこなった結果、8例において有効性が認められ、2例が無効であった。肩こりを主訴とする7例に対しては、6例が有効、1例が無効であった。これらの肩こりは片麻痺を起因とするものがほとんどであり、一般の鍼灸臨床でよく遭遇する健康人の肩こりとは異なるにもかかわらず、高い有効率を示した。

顔面神経麻痺、腰痛に関しても、3例と症例が少ないが全例有効であった。脊髄・小脳病変による運動障害に対しては3例中有効例は1例、無効例は2例と他の愁訴と比較して有効性が低かった。[図5]

IV 考 察

明治鍼灸大学附属病院および附属鍼灸センターでは、鍼灸治療の適応と禁忌、さらにはその作用

機序を解明するため、日々の臨床・研究・教育がおこなわれている^{2~4)}。

これまでに報告されている当附属病院内科における鍼灸治療の実態調査²⁾では、鍼灸治療患者の基礎疾患の系統別・診断名別分類において、系統別では中枢神経系、末梢神経系が多く、診断名別では脳卒中後遺症がもっとも多い。また愁訴では肩こり、腰痛、しびれ、頭痛、片麻痺の順に多いと報告されている。この報告結果は今回の脳神経外科での外来および入院患者における鍼灸治療受療患者との類似性が認められた。さらには、鍼灸治療の効果判定においても、中枢神経系、末梢神経系症状の著効・有効・やや有効と有効性が認められた比率 (中枢神経系症状は62%、末梢神経系症状は78%) と、今回我々が得た鍼灸治療の有効性の76.4%とは、同様の結果であった。

また、埼玉医科大学第二内科東洋医学外来での、筋収縮性頭痛の鍼治療の成績⁵⁾では著効、有効、

やや有効を合わせると、77.2%であり、我々の報告と同様な結果であった。

また、神奈川県総合リハビリテーション・センター七沢病院⁶⁾では、中枢性運動麻痺でBrunnstromのrecovery stageが2段階以上改善した有効例が10%。知覚系障害①中枢性知覚障害（主としてしびれ）の有効率は33.4%、②関節痛（主として肩関節痛）の有効率は52.1%と報告されている。評価方法が異なるため、有効率は異なるものの、痛みに対しては有効率が高く、運動麻痺に対しては低い結果は同様であった。

さらに天津中医学院附属病院での急性片麻痺患者を対象に醒腦開竅法をおこなった結果、30例中、治癒23例、著効7例で、治癒率76.7%。伝統的刺鍼法では、30例中、治癒11例、著効9例、有効10例で、治癒率は36.7%との報告⁷⁾もあり、今後さらなる検討を行う必要がある。

今回、当科入院患者における鍼灸治療で著効を示し得たのは34例中1例であった。この症例を以下に示す。

【症例1】診断名：瀰慢性脳挫傷、症候性てんかん。年齢：68歳。性別：男性。弁証：裏虚寒証、気血両虚証。受傷から鍼灸治療までの期間：162日。内服薬を服用するも1カ月続いた難治性の下痢に対して、灸治療を施行し、著効を示した。頭部外傷性痴呆について改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を経時的に評価した結果、初診時は14点であり、以後1カ月ごとに評価をおこなったが、6点から12点と評価毎に点数がばらついた。

つぎに、鍼灸治療による無効例のうち4症例を以下に示す。

【症例2】診断名：右運動領皮質枝脳梗塞。年齢：88歳。性別：男性。弁証：裏虚熱証、肝腎陰虚証。発症から鍼灸治療までの期間：37日。保存療法とリハビリテーションに加え、弁証による鍼灸治療と片麻痺に対して低周波針通電療法を計38回施行したが、高齢ということもあり、有効性は認められなかった。

【症例3】診断名：脊髄小脳変性症。年齢：73歳。

性別：女性。弁証：裏虚寒証、脾腎虚証。発症から鍼灸治療までの期間：1年半以上。歩行障害・構音障害に対して、計329回の鍼灸治療（朱子頭皮針を中心）を施行したが、徐々に変性が進行し効果は認められなかった。

【症例4】診断名：家族性痙性脊髄麻痺。年齢：67歳。男性。発症から鍼灸治療までの期間：17カ月。弁証：裏虚寒証、脾腎陽虚証。歩行障害に対し鍼灸治療（弁証施治を中心）を施行したが、計6回と短期間でもあり、効果を上げるまでには至らなかった。

【症例5】診断名：延髄腫瘍術後、歩行障害、特発性血小板減少症。年齢：42歳。性別：女性。弁証：裏虚寒証、肝腎両虚証。発症・手術から鍼灸治療までの期間：7年。頸部痛と左手の硬直と脱力感に対して、2回の入院で計387回、鍼灸治療（弁証施治+局所治療）をおこなったが直後効果を認める時もあったが、経時的な評価では効果は認められなかった。

これらの無効例では、障害の程度や部位による相違はあるものの、発症から鍼灸治療までの期間が長い、高齢者等の因子を有していた。また愁訴別では小脳・脊髄性疾患による歩行障害・運動障害に対して無効例が多かった。このような慢性期、高齢者、運動障害の因子を有する脳神経疾患に対する鍼灸治療が、困難であることを示唆している。しかし、鍼灸治療をおこなうことによって、基礎疾患の治癒や障害機能の回復をはかることはたとえ困難であっても、様々な症状が改善または軽快することにより、リハビリテーション等の治療に取り組む意欲を高めることができた。また一定の時間に鍼灸治療や院外に散歩する等のコミュニケーションをとることにより、積極的な入院生活のリズムをつくることも可能であった。さらにはそれらが将来への希望やADL、QOLの改善へと発展させ得るものと考えている。病人のもつ病気・障害を単に機能面・キュアの視点からの評価のみをおこなうのではなく、全人的にとらえ、生活適応性、自立生活への意欲、介護の必要性の程度等の多方面からの評価・ケアの視点が今後より重要と

なるであろう^{14, 15)}。現在我々はADL, QOLに加えて痴呆や意欲低下などの脳高次機能も同時に評価していくことにより、鍼灸治療の適応性を広く捉えることができると考え、現在下記に示す評価をおこない症例を集積している。

外来では主に主観的評価項目として、Numerical Scale (N.S.), QOL 調査表¹⁰⁾ (ライフクオリティ研究所作成), 頭痛評価表 (明治鍼灸大学脳外科作成), 不眠評価表 (明治鍼灸大学脳外科作成) 等を用いて評価をおこなっている。

入院では、①機能障害評価としてBrunnstrom Stage¹¹⁾ およびSIAS^{12, 13)} (Stroke Impairment Assessment Set), ②ADL 評価としては、ADL₂₀¹⁴⁾ およびBarthel index¹⁵⁾。③脳高次機能評価としては、改訂長谷川式簡易知能評価スケール¹⁶⁾ (HDS-R), 浜松式高次機能検査¹⁷⁾ および東二式失語スコア¹⁸⁾ (SLTA) を用いて評価をおこなっている。

さらに、CT, MRIを用いての画像診断結果と評価との関連や、東洋医学的な観点(四診法)からの証および診断・評価機器であるAMI (体液-自律神経測定器)を用いた評価もおこなっている[表1]。

これらを実践していくことにより、鍼灸師のレベルアップだけではなく、これからの医療における一つのモデルケースを提示することができ得ると考えている。

V ま と め

鍼灸医学における適応と限界を明らかにしていくためには、現代医学における診断と同様、鍼灸医学の観点からの診断、さらには誰もが認め得る主観的・客観的評価をおこなった症例集積が必要不可欠である。そこで今回はその基礎資料とするために、過去2年間の明治鍼灸大学附属病院脳神経外科における外来および入院患者での鍼灸治療

表1 現在試みている評価法

【主観的評価項目】

- ・ Numerical Scale
- ・ QOL (QOL 調査票)

【客観的評価項目】

- ・ ADL (ADL₂₀)
 - ・ Barthel index
- } ADL 評価

- ・ Brunnstrom Stage
 - ・ SIAS (Stroke Impairment Assessment Set)
- } 機能障害評価

- ・ 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
 - ・ 浜松式高次脳機能検査
 - ・ 東二式失語スコア (SLTA)
- } 脳高次機能評価

- ・ CT
- ・ MRI
- ・ AMI (体液-自律神経測定器)

の現状と有用性についての実態調査をおこなった。その結果、主治医の評価において76.4%に鍼灸治療の有効性が認められた。この結果をふまえ、現在、鍼灸治療の効果について客観的評価を施行した症例を集積し、詳細な検討を行なっており、今後報告していく予定である。

最後に本稿をまとめるにあたり協同執筆者の他に、現在、京都府立医科大学脳神経外科の樋口敏宏先生ならびに研修鍼灸師であった、稲毛秀行、吉田隆、曾根川幸平先生に深く謝意を表します。

参考文献

- 1) 尾前照雄編：脳卒中. からだの科学 [増刊]. 東京, 日本評論社, pp1. 1994.
- 2) 清藤昌平, 矢野忠, 梶山静夫ら：明治鍼灸大学付属病院内科における鍼灸治療の実態調査, 明治鍼灸医学, 8 : 73~84, 1991.
- 3) 田和宗徳, 矢野忠, 行待寿紀ら：明治鍼灸大学付属鍼灸センター実態報告 (第1報). 明治鍼灸医学, 7 : 107~117, 1990.
- 4) 和辻直, 矢野忠ら：明治鍼灸大学付属鍼灸センターにおける鍼灸治療の検討. 明治鍼灸医学, 12 : 29~44, 1993.
- 5) 山口智：筋収縮性頭痛の臨床的研究. 全日本鍼灸学会雑誌, 37. 3 : 180~187, 1990.
- 6) 丹澤章八：片麻痺の鍼治療. 自律神経雑誌, 26. 3・4 : 128~135, 1980.
- 7) 胡国教, 石学敏ら：急性片麻痺患者に対する醒脳開竅法刺鍼の血流学的変化及び治療効果の観察. 医道の日本, 551 : 20~25, 1990.
- 8) 植村研一：医療の変遷. 植村研一, 原 義雄, 柏木哲夫編：死の臨床から生の臨床へ, pp1~25, 金原出版, 東京, 1992.
- 9) 丹澤章八：高齢化社会と鍼灸医療. 丹澤章八編集：高齢者ケアのための鍼灸医療, pp1~49, 医道の日本社, 横須賀, 1995.
- 10) 永田勝太郎：QOL全人的医療がめざすもの, 講談社, 東京 1992.
- 11) Harper, Row : Brunstrom S, Movement Therapy in Hemiplegia, New York, 1970.
- 12) 道免和久：脳卒中片麻痺患者の機能評価法Stroke Impairment Assessment Set (SIAS) の信頼性および妥当性の検討 (1). リハビリテーション医学, 32, 2, pp113~121, 1995.
- 13) 園田茂：脳卒中片麻痺患者の機能評価法 Stroke Impairment Assessment Set (SIAS) の信頼性および妥当性の検討 (2). リハビリテーション医学, 32, 2, pp123~131, 1995.
- 14) 江藤文夫：老年者のADL評価法に関する研究. 日本老年医学会雑誌, 29, 11, 1992.
- 15) Mahoney FI, Barthel DW : Functionalevaluation : The Barthel index. Mdstate Med J, 14, pp61~65, 1965.
- 16) 加藤伸司：改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成. 老年精神医学雑誌, 11, pp1339~1347, 1991.
- 17) 今村陽子：ボケの初期診療. Primary Care Series 5, 篠原出版, 東京 1992.
- 18) 島倉忠行：脳卒中後の言語訓練. 理療, 18, 2, pp 49~57, 1988.

A Survey of Acupuncture Treatment in the Department of Neurosurgery,
Meiji College of Oriental Medicine (1993. 4~1995. 3)

Katsuyuki Watanabe¹, Shoji Shinohara¹, Toshikatsu Kitade²,
Yasuharu Watanabe², Masaki Fukunaga³,
Toshihiko Ebisu³, and Chuzo Tanaka³

1 Department of Diagnostic Oriental Medicine, Meiji College of Oriental Medicine

2 Department of the Third Clinic of Oriental Medicine, Meiji College of Oriental Medicine

3 Department of Neurosurgery, Meiji College of Oriental Medicine

Summary: We reviewed acupuncture treatment in the neurosurgical clinic of Meiji College of Oriental Medicine. Acupuncture and moxibustion were conducted for 29.2 % of outpatients and 53.1 % of inpatients in our neurosurgical clinic. The major diagnoses were tension headache and cerebrovascular disease in outpatients, and cerebrovascular disease and peripheral nerve disease in inpatients. Major complaints were shoulder stiffness and headache in outpatients, and hemiparesis and shoulder stiffness in inpatients. The final outcome was graded as poor, fair, good, or excellent by two neurosurgeons. Good and excellent outcome was observed in 23.5 % of all inpatients. Furthermore, outcomes that were fair, good, and excellent were observed in 76.4 %. It was concluded that acupuncture and moxibustion were useful for treatment of neurological disorders.