

中医研通信

5月号

2017年5月発行

関西中医鍼灸研究会

〒564-0041大阪府吹田市泉町2-47-27-102

結(ゆい)鍼灸院内 TEL&FAX: 06-6380-2236

E-MAIL ADDRESS: mogusa@cb3.so-net.ne.jp

ホームページは <http://www001.upp.so-net.ne.jp/yuihari/top.htm>

5月の関西中医研 5月20日(土) 18時~21時

◆中医学講義 邵輝中医師の講義と実技

欧米で活躍する中国人鍼灸師の鍼灸の紹介 欧米先進国で受け入れられるよう大陸とは別に独自に自由に発展した鍼灸をご覧ください。日本でも参考になるはずです。



年に一度の邵輝(しょうき)先生の
中医学講義です。ふるってご参加ください。

《場所》大阪市立総合生涯学習センター 第7研修室

参加費 一般会員2500円
学生会員1500円
一般参加3000円
学生参加2500円

大阪生涯学習センター(大阪駅前
第2ビル5F)

電話06-6345-5000

最寄り駅 JR東西線・北新地駅、JR・大阪駅 地下鉄・西梅田・梅田・東梅田

邵輝(しょうき)先生のプロフィール

1963年中国山東省生まれ。1984年 北京中医薬大学医学部 卒業

1988年 大阪大学微生物研究所でウイルス免疫学を研究

1992年 大阪大学にて医学博士号取得 現在、米国生殖医学会会員、神戸東洋医療学院講師、産業医科

大学非常勤講師、天津中医薬大学客員教授、鑑真学院教授、プーアル茶茶文化センター館長 などを兼任 毎日放送テレビの健康情報番組「なるほど！」解説者（ツボ・漢方など東洋医学的養生）、朝日カルチャー「薬膳入門」講師、NHK文化センター「食養生講座」講師、リーガロイヤルホテル、ホテル ラ・スイート神戸ハーバーランド、シェラトンホテル、ホテル阪神「薬膳セミナー」アドバイザーなど活動は多岐にわたり、英ウィメンズクリニック、船戸クリニック、クリニックママ、谷口眼科の漢方相談も実施している。専門分野は、鍼灸、漢方、ウイルス免疫学、遺伝子学、予防医学で東洋医学の可能性を統合医療の観点から追求する。

主な著書

1991年『鍼灸臨床治療法集』 邵 輝他 たにぐち書店

1997年『老年医学新進展』 邵 輝他 化学工業出版社

1999年『日本東洋医学の状況』 邵 輝他 人民衛生出版社

2006年『解毒革命』 邵 輝 メタモル出版

2009年『4000年健康法 これだけわかれば医者いらず』 邵 輝 メタモル出版

研究会の今後の予定 場所はだいたい大阪市立総合生涯学習センター

「健美同源」の新しい可能性を拓く
How to 美容鍼灸
 Holistic Health Beauty Shinkyu

一般社団法人 健康美容鍼灸協会代表理事 北川 毅

最新DVD付
 刺針法がよくわかる
 一指推鍼法の
 動画収録!

最高峰の技術と理論!
美容鍼灸のパイオニアが長年の臨床から体系化

著者 北川 毅
 推薦 藤原美智子 (ヘアメイクアーティスト)

磨き上げた
 最適な刺針法!
 伝統的治療法である
 鍼灸は美容にも
 確かな効果が
 あります。

その技術力と
 効果の高さに
 感動!
 多くの方々にこの
 喜びが伝わることを
 願っています。

健康という自然美へ
 美容目的の鍼灸を行うことで、
 利用者の美的な期待を築くことができ、
 健康維持と疾病予防にも寄与できます。
 BAB JAPAN

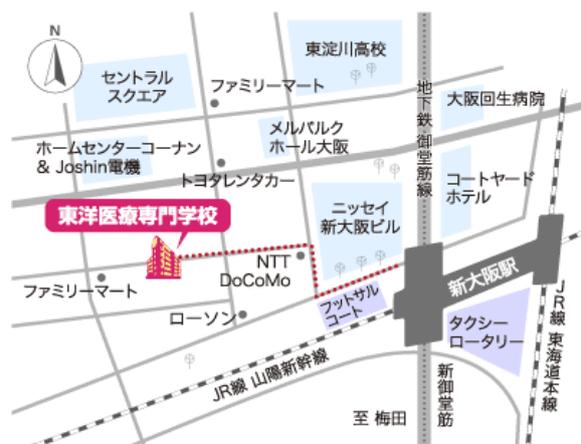
☆特別講演会

How to 美容鍼灸 出版記念 北川毅先生講演
 会

美容鍼灸のパイオニア 北川毅先生の講演と実技披露
 です。オーストリアやイタリアから帰国されたばかりの
 頃になりますから、その辺のお話もうかがえます。

日時 2017年9月23日 13時～17時

場所 東
 洋医療専
 門学校



そのほかの予定 講義のテーマは未定

で° すが、日程と講師は決まっています。い
 ずれも土曜で 18時から 21時です。

7月 15日 早川会員 10月 21日 藤井会員 11月 18日 藤井会員
 2018年 1月 20日 木下会員 3月 17日 富田会員

腰痛の現在

早川敏弘

【1994年腰痛のEBM革命から、2017年までの23年間の沿革】

2017年2月13日に「アメリカ内科医師会（ACP：American College of Physicians）は、世界五大医学雑誌である『アナリス・オブ・インターナル・メディスン（Annals of Internal Medicine）』に腰痛ガイドライン¹を発表しました。この内容は衝撃的でした。腰痛に対して、薬物療法は、ほとんど効果がないことを明記していました。

代わりに推奨しているのは、非=薬物療法として、エクササイズ、リハビリ、



経穴の反応をさぐる早川会員(中央)

鍼、マインドフルネス瞑想、太極拳、ヨガ、バイオフィードバック、脊椎マニピュレーション（カイロプラクティック手技）、認知行動療法です。このような流れの背景に、アメリカを中心に起こった『腰痛科学革命』があります。

腰痛革命は1994年にアメリカ政府が「成人の急性腰痛ガイドライン²」を出版したことに始まります。「最も安全に（腰痛の）不快感から解放される方法は医師の処方箋なしで買える鎮痛薬と脊椎マニピュレーション（spinal manipulation）である」と明記されています。これが腰痛の革命の全ての始まりでした。この本は、日本カイロプラクティック協議会が翻訳を出しています。日本整形外科学会は完全に無視しました。何故だか、わかりますか？

実は、この話しは、関西中医鍼灸研究会で講義するのは2度目です。一度目は2005年の「腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン」の発刊の直後に講義しています。

「腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン」の内容もけっこう、衝撃的でした。外科手術した場合と、外科手術せずに保存療法した場合を比較すると、外科手術直後は手術群のほうが効果はあるのですが、5年後に比較すると、保存療法のほうが良いのです。

1994年に腰痛の権威イアン・マクナブの直弟子、菊池臣一先生の『腰痛をめぐる常識の

¹ 「急性、亜急性、慢性の腰痛の非侵襲的治療：アメリカ内科医師会による臨床ガイドライン」
Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians

Amir Qaseem, et al. Annals of Internal Medicine 14 FEBRUARY 2017

² 大島正光訳「成人の急性腰痛ガイドライン」日本カイロプラクティック協議会

嘘』(金原出版 1994 年)も出版されました。菊池臣一『続・腰痛をめぐる常識の嘘』(金原出版 1998 年)も出版されていますが、必読文献です。鍼やマニピュレーション(カイロプラクティック)の有効性が示唆されています。1999 年には『Macnab 腰痛』が出版されましたが、ここにも脊椎マニピュレーションの有効性が書かれていました。

2010 年にはアメリカ、メリーランド医科大学のブライアン・バーマンが慢性腰痛に対して鍼の治療効果を認める論文³を『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディシン』という一流医学雑誌に発表しました。日本でも整形外科医会から 2005 年に「腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン」、2011 年に「腰部脊柱管狭窄症診療ガイドライン」、2012 年に「腰痛診療ガイドライン」が相次いで出版され、インターネット上で無料公開されています。

【腰痛の EBM の現在 : 2017 の ACP 腰痛ガイドライン】

2017 年 2 月 13 日に、アメリカ内科医師会 (ACP : American College of Physicians) が、世界五大医学雑誌である『アナリス・オブ・インターナル・メディスン(Annals of Internal Medicine)』に腰痛ガイドライン⁴を発表しました。このガイドラインでは、薬物療法ではなく、非=薬物療法として、エクササイズ、リハビリ、鍼、マインドフルネス瞑想、太極拳、ヨガ、バイオフィードバック、脊椎マニピュレーション (カイロプラクティック手技)、認知行動療法を勧めているのが特徴的でした。

《薬物療法 : NSAID 非ステロイド系鎮痛剤》アメリカ内科医師会の腰痛ガイドラインは、手術後に薬物療法が効かない場合のみ、NSAID(非ステロイド系鎮痛剤)を勧めています。2016 年のコクランレビュー⁵では、プラセボよりは効果を認めています。ロキソニン、ボルタレン、イブプロフェンなどで違いはありませんでした。また、2016 年のコクランレビューではアセトアミノフェン⁶は腰痛に効果が認められませんでした。2016 年のコクランレビュー⁷では、坐骨神経痛には NSAID は推奨されていません。

³ Acupuncture for chronic low back pain.

Berman BM, et al, N Engl J Med. 2010 Jul 29;363(5):454-61.

⁴ 「急性、亜急性、慢性の腰痛の非侵襲的治療 : アメリカ内科医師会による臨床ガイドライン」
Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians

Amir Qaseem, et al. Annals of Internal Medicine 14 FEBRUARY 2017

⁵ Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain.

Enthoven WT. et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 10;2:CD012087.

以下、引用。「【著者の結論】13のうち6のランダム化比較試験が、NSAIDはプラセボよりも痛みの強さについて効果的だったとしている。しかしながら、その効果は小さく、エビデンスのレベルは『低い(low)』である」

⁶ Paracetamol for low back pain.

Saragiotto BT et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 7;(6):CD012230.

「【著者の結論】急性腰痛では『パラセタモール (アセトアミノフェン)』は、プラセボ以上の効果がなかったし、慢性腰痛でも、いかなる効果も認められなかった」

⁷ Non-steroidal anti-inflammatory drugs for sciatica.

Review article Rasmussen-Barr E, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016.

「【著者の結論】このアップデートされた、10の臨床試験を含むシステマティックレビューでは、坐骨神

《**薬物療法：ステロイド注射**》 2008年のコクランレビュー⁸では、ステロイドや麻酔薬のブロック注射には不十分な証拠しか認められませんでした。ステロイドだろうが、麻酔薬だろうが、生理食塩水だろうが、効くヒトには効くというレビュー⁹まで発表されています。

《**薬物療法：リリカ、オピオイド、抗うつ薬**》 脊柱管狭窄症の神経障害性疼痛¹⁰に対して、リリカ（プレガバリン：pregabalin）は効果がありませんでした。副作用は強烈です。2009年のスタンフォード大学の研究¹¹では中枢神経のシナプス形成を阻害することが示唆されています。慢性腰痛に対して、2013年のコクランレビューでは、**オピオイド鎮痛剤**の効果はプラセボと変わらず、「非常に低い（Very low）¹²」でした。副作用は強烈です。

2016年の『アメリカ科学アカデミー紀要』の論文⁸では、オピオイド鎮痛剤はグリア細胞

経痛に対するNSAIDとプラセボや他の治療法を比較したが、『低い（low）』または『非常に低い（very low）』レベルのエビデンスしか無かった。NSAIDの（坐骨神経痛への）疼痛減少の効果は明確では無い。」

⁸ 「亜急性および慢性の腰痛に対する注入療法（Injection therapy）」

Injection therapy for subacute and chronic low-back pain

Staal JB, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16; (3):CD001824.

「【著者の結論】 亜急性腰痛や慢性腰痛に対する、ブロック注射療法（Injection therapy）の使用を支持するには、**不十分なエビデンス**（insufficient evidence）しかない。しかしながら、特定のサブ・グループには特定の注射療法が反応しないというわけではない」

⁹ 「背骨の痛みへの硬膜外注射：注射療法のランダム化比較試験のシステマティックレビューとメタアナリシス」

Epidural injections for spinal pain: a systematic review and meta-analysis evaluating the "control" injections in randomized controlled trials.

Bicket MC et al. Anesthesiology. 2013 Oct;119(4):907-31.

¹⁰ 「神経因性跛行へのガバペンチンのダブル・ブラインド・ランダム化比較クロスオーバー試験」

Double-blind, randomized, controlled, crossover trial of pregabalin for neurogenic claudication

John D. Markman, MD et al. Neurology December 10, 2014

「【結論】 プレガバリン（リリカ）は、脊柱管狭窄症における神経因性跛行の患者の機能や痛みの症状を減らす事について、プラセボ以上の効果がない」

¹¹ Gabapentin Receptor $\alpha 2 \delta -1$ Is a Neuronal Thrombospondin Receptor Responsible for Excitatory CNS Synaptogenesis Çağla Eroglu et al.

CELL Volume 139, Issue 2, p380-392, 16 October 2009

「これらの知見は、興奮シナプスとして $\alpha 2 \delta -1$ 受容体を識別し、ガバペンチンは、**新しいシナプスの形成を阻止**することにより、治療的に機能し得ることを示唆しています。」

¹² 「慢性腰痛へのオピオイド系鎮痛剤とプラセボまたは他の治療法との比較」

Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain.

Chaparro LE et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 27; (8):CD004959.

「【著者の結論】 プラセボと比較して、慢性腰痛（CLBP）へのオピオイド系鎮痛剤の効果は、短期的に、非常に低い（very low）レベルの中程度のエビデンスがいくつか存在はした。「オピオイドとNSAIDsや抗うつ剤を比較した論文は、慢性腰痛の疼痛と機能障害に関して差異はまったく無かったし、そのような論文は非常に少ない。」

⁸ Morphine paradoxically prolongs neuropathic pain in rats by amplifying spinal NLRP3 inflammasome activation

Peter M. Grace Proceedings of the National Academy of Sciences
vol. 113 no. 24 , E3441-E3450 April 19, 2016



に働きかけることで、慢性疼痛を悪化させるという機序が明らかになりました。

慢性腰痛に対して、コクランレビューでは、**抗うつ剤**の効果は、プラセボと同じでした。副作用は強烈で、自殺や攻撃性を増大させ、離脱症状を伴います。

《理学療法》ホット・パックなどの表面温熱療法⁹は、短期的に痛みには効果的でしたが、それ以外にはエビデンスはありません。経皮

的神経刺激療法（TENS）はエビデンスが¹⁰ありません。

腰痛への牽引療法（traction therapy）¹¹もまったく効果がありませんでした。

腰痛サポーターもまったく効果がないというエビデンス¹²があります。

⁹ **Superficial heat or cold for low back pain.**

French SD, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD004750.

「【著者の結論】慢性腰痛への表面の温熱療法・寒冷療法の一般的なプラクティスは、限定的（limited）であり、より良質のランダム化比較試験が求められている。小規模の臨床試験では、急性腰痛または亜急性腰痛への短期的な痛みと不安定性への効果があるという中程度のエビデンスはある。」

¹⁰ **Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain.** Khadi Ikar A, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD003008.

「【著者の結論】：現時点では、小規模のプラセボ対照臨床試験からのエビデンスは、TENSを、慢性腰痛のルーティンなマネジメントとして用いることを支持していない」

¹¹ **Traction for low-back pain with or without sciatica.**

Wegner I, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 19;(8):

「【著者の結論】これらの発見から、牽引は単独でも、他の治療法との組み合わせでも、慢性腰痛の患者さんの痛みの強さや機能的状況、全体的な改善や仕事の復帰について、全く効果が見られない」

¹² **Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain.**

van Duijvenbode IC et al. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):

「【著者の結論】腰椎サポーターが、無治療または腰痛予防トレーニングと比較して、まったく効果がないという中程度の証拠はある。」

《理学療法：運動療法》

理学療法のなかでも運動療法は慢性腰痛に対して、わずかに有効¹³です。しかし、急性腰痛には運動療法の効果は無治療と同程度です。理学療法の効果は、「わずか」なのです。しかも、最近の論文では、ビデオによるグループ指導も個人指導も同じという実験結果まで出ていました。

《ヨガ・ピラティス》

2015年のコクランレビュー¹⁴では、『低い (Low)』から『中程度 (moderate)』に効果的という結論を出しています。ヨガも同じ結論でした。

《カイロプラクティック》

2010年のコクランレビュー¹⁵では、カイロプラクティック介入は、急性と亜急性の疼痛と機能障害をわずかに改善したとしています。

《行動療法と、認知行動療法、マインドフルネス・ストレス軽減法》

2010年のコクランレビュー¹⁶で、第1世代の**行動療法** (Behavior Therapy : ビヘイビア・

¹³ 2011年2月16日コクランレビュー「非特異的腰痛治療のための運動療法」

Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain

「**慢性腰痛** (chronic low-back pain) の成人、特に医療機関受診者集団において、運動療法は疼痛の低下と機能の改善にわずかに有効であると考えられる。**亜急性腰痛** (subacute low-back pain) において、段階的な運動のプログラムが長期欠勤アウトカムを改善するというある程度のエビデンスはあるが、その他のタイプの運動に対するエビデンスは不明である。

急性腰痛 (acute low-back pain) における運動療法の効果は無治療や他の保存的治療の効果と同等である。」

¹⁴ 2015年7月2日『コクランシステマティックレビュー』

「腰痛へのピラティス」Pilates for low back pain

¹⁵ 2010年4月『腰痛に対する併用カイロプラクティック介入』

Combined chiropractic interventions for low-back pain

Bruce F Walker, et al. Cochrane Back and Neck Group First published: 14 April 2010

Cochrane Database Syst Rev. 2010 Apr 14;(4):CD005427.

¹⁶ 2010年コクランシステマティックレビュー

「慢性腰痛に対する行動療法」

Behavioural treatment for chronic low-back pain.

Henschke N et al.

Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jul 7;(7):CD002014.

【著者の結論】慢性腰痛患者に対して、短期では行動療法は（無治療の）待機者よりも有効であり、疼痛緩和に行動療法は通常ケアよりも有効であるが、ある特定のタイプの行動療法が別のタイプの行動療法よりも有効であることはないという中程度の質のエビデンスがある。中期～長期では、疼痛やうつ症状に対して行動療法とグループ運動の間にほとんど差がない、またはまったく差がない。」

AUTHORS' CONCLUSIONS: For patients with CLBP, there is moderate quality evidence that in the short-term, operant therapy is more effective than waiting list and behavioural therapy is more effective than usual care for pain relief, but no specific type of behavioural therapy is more

セラピー) について、一定の効果を認めています。行動療法と認知療法から第2世代の「**認知行動療法**」が生まれました。認知行動療法は一定程度、腰痛に効果¹⁷を認められています。第3世代の**マインドフルネス・ストレス低減法**¹⁸ (MBSR: Mindfulness-based stress reduction) は、マサチューセッツ大学医学部教授**ジョン・カバット・ジン** (Jon Kabat-Zinn) が開発しました。

現在は、イギリスの**国立医療技術評価機構** (NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence) がうつ病の治療の選択肢として、**マインドフルネス認知療法** (Mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) を推奨しています。

2016年の『アメリカ医師会雑誌』でも、マインドフルネス認知療法の腰痛への効果が臨床試験¹⁹で報告されています。

しかし、鍼灸より、はるかに少ない被験者数です。

認知行動療法や第3世代のマインドフルネス認知療法がもてはやされていますが、実際はエビデンスは少ないし、そのような教育を受けている臨床心理師はほとんど居ません。

2017年2月13日**アメリカ内科医師会** (ACP) の腰痛ガイドラインの著者たちは、「**マルチディシプリナリー・生物=精神=社会アプローチ** (Multidisciplinary bio-psycho-social approach)」の考え方で書いたとインタビューで答えていました。2014年のコクランレビューもその考え方ですね。

2014年コクラン・システマティックレビュー

「慢性腰痛への**マルチディシプリナリー・生物精神社会的リハビリテーション**」

Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain.

Kamper SJ, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 2;(9):CD000963.

※「慢性腰痛で、学際的、**生物=精神=社会的 (Multidisciplinary Bio-Psycho-Social)** なリハビリを受けている患者は、通常ケアや**理学療法** (physical treatment) を受けている患者よりも、痛みや機能障害を少なく経験していた」

AUTHORS' CONCLUSIONS:

effective than another.

¹⁷ 「非特異的腰痛への認知行動療法の効果：システマティックレビューとメタ・アナリシス」 The Effectiveness of Cognitive Behavioural Treatment for Non-Specific Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Richmond H, et al. PLoS One. 2015 Aug 5;10(8):e0134192.

¹⁸ 【第3世代のマインドフルネス：『マインドフルネス認知行動療法 (MBCT)』】

1979年に、ジョン・カバット・ジン (John Kabat-Zinn: 1944-) が『マインドフルネス・ストレス低減法 (MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction)』を創り『マインドフルネス認知行動療法 (MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy)』が提唱されました。

¹⁹ Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain A Randomized Clinical Trial

JAMA. 2016;315(12):1240-1249. doi:10.1001/jama.2016.2323

Patients with chronic LBP receiving MBR are likely to experience less pain and disability than those receiving usual care or a physical treatment.

↑

上記のコクランの結論は印象的です。この**考え方のアプローチ**は、**理学療法**よりも**効果があった**というのがポイントですね。理学療法士(PT)さんのプロパガンダでは絶対に触れられない部分です(笑)。

マルチ・ディシプリンの「ディシプリン」とは「弟子」とか「教育訓練」という語源があり、「専門分野」を意味します。「マルチ・ディシプリン」とは並立する複数の専門分野の専門家を集めたアプローチのことです。

これは、現代の「プロジェクト・チーム」や「スカンク・ワークス」という考え方です。アメリカ軍が最初に初めました。複雑な問題に対して、複数分野の専門家を集めて、多様な視点から議論することで、従来に無い、まったく新しいアプローチをするというのが、「マルチ・ディシプリナリー・アプローチ」になります。2017年の**アメリカ内科医師会 (ACP)**の腰痛ガイドラインは、ヨガや認知行動療法や鍼を推奨していますから、これは本当の「マルチ・ディシプリナリー・アプローチ」になると思います。

みなさん、NHKの『腰痛治療革命』は見られましたか？ わたしは正直に言って、あの内容を見て、ガッカリしました(笑)。菊池臣一先生は個人的に尊敬していますし、一般の方への啓蒙的な意味では良かったとは思いますが、整形外科医と理学療法士と臨床心理士がチームを組んで、腰痛に取り組むって、みなさん、どう思われますか？

わたしは実は、大学4年生のときに、臨床心理士になろうとおもって途中まで大学院を受けようと思っていました。だから、臨床心理学とか心理検査法の単位はめいっぱい大学でとりました。

断言できますが、臨床心理士で、腰痛を治そうと思って、臨床心理士になったヒトなんて、1人も居ないです(笑)。臨床心理士は腰痛に何の興味もないはずですし、トレーニングだって受けていません。もちろん、臨床心理士も食べていけないといけないので、「腰痛患者の認知行動療法はできますか？」と聞かれたら、「できます」と即答するとは思いますが、海外の論文を読んで、専門家のフリはできると思います。

わたしが臨床心理士になるのを止めたのは、ランダム化比較試験で、カウンセリングはプラセボとあまり変わらないという結果が何度も出ているからです。やらないよりはやったほうが良いけど、実はシロウトがやっても、専門家がやっても結果は同じなのです。アメリカ心理学会も専門家内のウチウチの文書では認めています。また、心理検査法はほとんど科学的根拠が無いものでした。お医者さんは、たぶん、カウンセリングや認知行動療法のことは知らないで、幻想を持っているのだと思います。そんなものに一生を賭けるのはバカバカしいと思ったので、途中で臨床心理士になるのは止めて、効果を実感できた鍼灸に一生を賭けたのです。その立場から言えば、臨床心理士のカウンセリングに頼ろうとする専門家の先生方に、驚愕しました。

お金の話をしましょう。臨床心理士のカウンセリングは60分6,000円ぐらいですよ。

それに整形外科医がMRIで診断して、理学療法士(PT)が毎週リハビリするという「マルチ・ディシプリナリー・アプローチ」をしたら、だいたい、いくらぐらいのお金が掛かると思います？ あと、患者さんの時間の負担もスゴイものになります。

イギリスの富裕層向けのプライベート・ホスピタルでチャールズ皇太子とかイギリス貴族を相手にしたら、「マルチ・ディシプリナリー・アプローチ」は有効だと思います。アメリカのプライベート・ホスピタルで富裕層相手に営業広告をするには、整形外科医と理学療法士(PT)と精神科医がチーム医療という美しいコトバはセールスポイントになります。ヒマとカネが余っているヒトには良いです。しかし、皆さん、冷静になってください。これ、「慢性腰痛」ですよ！(笑)。皆さん鍼灸師がふだん、普通に治療している「慢性腰痛」です(笑)。

たかが、「慢性腰痛」に、NHK『腰痛治療革命』のような整形外科医、理学療法士(PT)、心理専門家のチーム医療って、普通に腰痛を治している鍼灸師の目線から言ったら、ビックリしますよね。それで、期待できる効果は『低い(Low)』なんですよ。コスト・エフェクティブネスが低すぎます。私が患者なら、絶対にやりません。鍼灸治療を単独で受けます。NHK『腰痛治療革命』にガッカリしたというのは、そういう個人的な理由です。

それに、NHK『腰痛治療革命』のアプローチって、西洋医学のパラダイム、ディシプリンの中の話であって、「マルチ・ディシプリナリー・アプローチ」ではないのです。

現在、アメリカで、「オピオイド危機」が起こっているのはご存知ですか？

アメリカの中年白人男性の平均寿命が劇的に低下するというアメリカの歴史で初めての現象がみられています。これはアメリカ白人男性の危機的状況を示しており、トランプ政権誕生にもつながったとまで言われています。

その原因は、慢性疼痛に対して、「オキシコンチン」というオピオイド・アヘン麻薬系鎮痛剤を使っていることです。昨年も、トヨタ自動車の女性重役が、鎮痛剤として、「オキシコンチン」を持ち込んで、税関でつかまって解任されました。

「オキシコンチン」は日本ではがんの末期ターミナルに使われます。また、アヘンを原材料にしたオピオイド鎮痛剤は、例えば、戦争で手足をふっとばされた場合の急性の激痛にも使います。沖縄戦の記録を読んでいたら、手足や顔をふっとばされた兵士でもオピオイド鎮痛剤を入れたら、眠ります。

しかし、アメリカは、このオピオイド鎮痛剤を、慢性腰痛や慢性膝痛などの慢性疼痛に使ったんですね。ところが、面白いのは、手足をふっとばされた激痛や末期がんの激痛には、オピオイド鎮痛剤は効きますが、慢性疼痛にはまったく効果がなかったことです。プラセボ程度の効果なんです。これは人間の直観と真逆の結果です。

急性疼痛と慢性疼痛はまったく違う現象なんです。オピオイド鎮痛剤はとくに、グリア細胞に働きかけて、慢性化してしまいます。鍼は逆にグリア細胞に働きかけて、慢性化の悪循環を逆転させます。これは2016年の科学的研究で、ようやく判明してきました。

アメリカでは、退役軍人省とアメリカ国防総省が、退役軍人のオピオイド鎮痛剤中毒による自殺や健康被害にいち早く気づきました。

そして、慢性疼痛に対して、薬物療法ではなく、ヨガ・運動・瞑想・鍼・認知行動療法などを中心とした「マルチ・ディシプリナリー・アプローチ」を採用してきました。この流れはアメリカのオレゴン州などに広がっていきました。

ただ、腰痛のプロフェッショナルとして、これらの知識は必要だと思います。

【腰痛診療の『レッド・フラッグス (Red flags)』】

発熱 (fever)、
安静時痛 (pain in rest)
進行性の痛み、夜間痛 (worsening of pain (at night and pain when laying down);
治療にも関わらずに痛みが増悪 (increasing pain despite treatment)
体重減少 (weight loss)、
がんの病歴 (history of cancer)
膀胱貯留 (Urinary retention) ,
便失禁 (fecal incontinence) ,
歩行障害を含み、広がる下肢の神経学的症候 (widespread neurological symptoms and signs in the lower limb, including gait abnormality)
陰部の無感覚と、肛門括約筋の弛緩 (saddle area numbness and a lax anal sphincter)
腰椎棘突起の骨の圧痛 (bone tenderness over the lumbar spinous process)

2015年に、安静時痛、棘突起の圧痛と叩打痛、腹圧が高くなることでの痛みの増悪（咳・くしゃみ・笑い）などから、高齢者の骨粗しょう症（Osteoporosis：オステオポロシス）による腰椎圧迫骨折と判断して、病院で精密検査をしてもらったところ、「多発性骨髄腫（Multiple Myeloma：マルチプル・ミエローマ）」による病的骨折であったという症例の経験があります。

『レッド・フラッグス (Red flags)』を研究してきて、本当に良かったと思いました。長年、腰痛の臨床をやっていると、たまに、『レッド・フラッグス (Red flags)』を経験します。特に、腰痛の臨床では、骨粗しょう症による骨折²⁰と多発性骨髄腫²¹の『レッド・フラ

²⁰ 「システマティックレビューで判明した、腰痛患者の腰椎骨折をスクリーニングするための5つの『レッド・フラッグス』」

A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain.

Henschke N et al.

J Clin Epidemiol. 2008 Feb;61(2):110-118. Epub 2007 Aug 27.

1.年齢50歳以上：age>50 years

2.女性であること：female gender

ッグス (Red flags)』は、覚えておく価値があります。

腰痛の初診時は、『**現病歴** (History of present illness)』は誰でも聞きますが、『**病歴** (既往歴 : Medical history)』は、結構、聞き忘れます。特に、中年以降は、「がんの病歴」は重要です。「**転移性脊椎腫瘍**」を見逃すと恨まれます。

腰痛の**身体診察** (Physical examination) では、脊柱起立筋の触診は誰でもしますが、**胸椎・腰椎の棘突起** (spinous process) の**触診で圧痛**を確かめたり、**叩打**するのは、あまり見たことがないです。これは、今後、必要になると思われれます。

多発性骨髄腫²²や白血病、子どもの下肢の骨痛あるいは骨肉腫や、悪性リンパ腫などのレッド・フラッグスは、鍼灸学校の教育課程では、なかなか習わないです。知っておいたほうが今後の日本での臨床では、得をすると思います。

3. 大きな外傷歴 : major trauma

4. (棘突起の) 疼痛と圧痛 : pain and tenderness

5. 転倒による痛みのある外傷 : distracting painful injury

²¹ 「多発性骨髄腫患者の腰痛の診断のレッド・フラッグス」

1999年「多発性骨髄腫：再認識とマネージメント」

Multiple Myeloma: Recognition and Management

Am Fam Physician. 1999 Apr 1;59(7):1885-1892.

- ・ 1か月以上、継続する背中の痛み back pain persisting more than one month

- ・ 50歳以上 Age over 50 years

- ・ 同じ背骨の位置なのに痛みが悪化する (安静時痛)

Pain that is worse in supine position

- ・ 夜間に悪化する痛み、痛みで患者は眠りから覚める

Pain that is worse at night or awakens patient from sleep

- ・ からだの回りに帯状に痛む

Pain with a band-like distribution around the body

- ・ 普通の治療、NSAID 抗炎症剤やアセトアミノフェン (タイレノール) では改善しない痛み。

Pain that is not relieved with conventional methods (i.e., rest, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, acetaminophen [Tylenol])

- ・ 発熱、体重減少、脱水などからなる症状

Associated constitutional symptoms (fever, weight loss, dehydration)

- ・ 下肢の進行性の神経学的な障害

Progressive neurologic deficit in lower extremities

多発性骨髄腫の患者の3分の2が、骨の痛みを、特に、背中や、長骨、頭部や仙骨部に普通に訴えます。
Two thirds of patients complain of bone pain, frequently located in the back, long bones, skull and pelvis.

多発性骨髄腫の患者は、ふつうは、腰痛をもっています。

Patients with multiple myeloma commonly present with lower back pain.

²²2013/6/21 『日経新聞』「東京港輸入額が最高 5月 16.6%増、衣類・医薬品伸びる」

※「商品別では女性向けのシャツやブラウス、多発性骨髄腫の治療薬などの輸入が増えた。」

【腰痛へのトリガーポイント・アプローチ】

2012年の『中医臨床』に「鍼灸弁証論治の日本的応用-腰椎椎間板ヘルニアの鍼灸治療」という文章を發表しました(『中医臨床』 33(3): 434-439, 2012.)。そこにも書きましたが、わたしは通常は、局所を徹底的に触診して、経絡弁証、経筋病として腰痛を扱っています。難病とか難しいときだけ、弁証論治でやります。脊柱起立筋は、華陀夾脊穴は多裂筋・回旋筋として触診します。多裂筋にトリガーポイントができると、棘突起上や棘突起間に関連痛が出ます。

関西中医鍼灸研究会のメンバーや日本伝統鍼灸でも戸ヶ崎先生のように督脈を使われる方は、必ず、督脈を触診しますが、わたしが観察していて、棘突起上、棘突起間をきっちり触診されるかたは少ないですね。しかし、さきほどの骨の病的骨折や棘上靭帯上の圧痛を見つけるには、督脈はぜったいに触診すべきです。腎兪は脊柱起立筋の胸最長筋、志室は腰腸筋や腰方形筋、と筋肉とツボを対応させています。胸最長筋のトリガーポイントは殿部の関連痛を引き起こします。この場合は、第12胸椎の京門あたりから触診しないと見逃します。わたしは戸ヶ崎先生に影響を受けて、全身を触るようにしています。

腹直筋や腸腰筋のトリガーポイント関連痛も腰痛となります。だから、仰向けで腹診や兪徑部の触診はすべきです。

中殿筋や小殿筋、梨状筋、大殿筋のトリガーポイント関連痛は、坐骨神経痛そっくりの症状をひきおこします。小殿筋のトリガーポイント関連痛は、1982年にアメリカのシェオンという医師が、「偽坐骨神経痛(False Sciatica:ファールス・サイアティカ)²³」と名づけています。大転子の周りは絶対に触診すべきですね。ハムストリングスの半腱様筋や半膜様筋、大腿二頭筋は坐骨結節に付着しますが、ここも、トリガーポイントが形成されやすいです。わたしの娘はバレエをやっていますが、この大転子周り、前の内転群は治療ポイントですね。

ここで、筋肉へのアプローチを挙げたのは、実は、「局所はきっちりと触診して、治療しています」という、これからのお話しの前振りなんです(笑)。

【経絡弁証の循経取穴の検証の実技】

まず、『黄帝内経素問・刺腰痛論篇』の文章をコピーしてきましたので、それを読みますね。『黄帝内経素問』刺腰痛論篇では、足太陽、少陽、陽明、少陰、厥陰など各正経十二経脈や、奇経八脈が腰痛を引き起こすと記述しています。

2012年の『中医臨床』に「鍼灸弁証論治の日本的応用-腰椎椎間板ヘルニアの鍼灸治療」という文章を發表し、その中に「腰痛は『素問・刺腰痛論篇』の経絡弁証を基本としている」

²³ 「軟部組織のリウマチ様の痛み」

Soft tissue rheumatic pain.

Sheon RP Comprehensive Therapy [1982, 8(4):19-27]

と書いています。その考え方はまったく変わっていないのですが、少し進展があったので、その報告をさせていただきます。

いまから皆さんに、やっていただくのは刑部忠和先生の開発した「11円療法」です。



怒らないでくださいね(笑)。正直に言って、マジメに勉強されている先生ほど、「アルミの1円玉と銅の10円玉でイオンパンプ療法する」という「11円療法」をマジメに検証したことは無いと推測しているのですが、いかがですか？

この中にイオンパンプ療法を経験された先生はいらっしゃいますか？ わたしは一時期、イオンパンプばかりやっていました。実は、アメリカやヨーロッパでは間中

喜雄先生のイオンパンプ療法は見直されています。わたしはイオンパンプコードをもっていますが、一時期はアメリカの通信販売でしか買えなかったです。いまは再発売されています。

まず、デモンストレーションです。腰痛・肩こりがある方は申し出てください。イオンパンプ療法します。左肩こりですね。反応をまず、指でタッチして見ていきます。『鍼灸大成』なんかの奇経理論では、肩こりの治療穴は、陽経の後溪—申脈や、外関—足臨泣になっちゃいます。実際に検証しましょう。この方は、右内関—左公孫にタッチすると、一番軽くなりました。さらに内関と公孫で10円と1円を変えても改善度が変化しますね。この方は内関が主穴なので、陰維脈の問題です（注：この方は後でペア同士で実技をして左肩こりが右内関一穴で、一番軽くなった）。ここで、皆さんに質問です。陰維脈や手厥陰心包経は、この方の肩こり感のある肩甲骨上角あたりに流注していますか？

それでは、皆さんで、「11円療法」を実際にやってみましょう。

次の方は、右腎兪あたりの腰痛ですね。篠原昭二先生の「経筋治療」を応用して、奇経八脈ではなく、十二経脈で調べてみましょう。榮穴にタッチしていきます。この方は、右の足陽明胃経の内庭で、もっとも腰痛が軽くなり、円皮針したら、ほとんど消失しました。皆さんに質問です。足陽明胃経は、腎兪を通っていますか？

わたしは中国で出版された「経絡弁証」に関する文献を全て購入して、検証しました。どれも、「腰痛には、循行する督脈と足太陽膀胱経」と書かれています。しかし、実際には、遠隔治療で、円皮鍼のみの1穴から2穴の治療をやってみると、内関と公孫のイオンパンプや内関1穴のみで腎兪の腰痛がとれるということが現実にあるのです。これは、やった

ことが無い方には、信じがたい結果ですから、まず、皆さんに体験してもらってから、お話したほうが良いと判断しました。

わたしは、現在、出張治療が中心で、相手が女性だと、服を脱いでもらったり、うつ伏せになってもらうことは難しいです。男性なら服をぬいでもらったり、うつ伏せで治療していますし、ベッドの上なら、局所をまず使います。

しかし、出張治療で、女性患者さんの場合、椅子に腰掛けての座位で、服を着たまま治療することが多くなりました。そこで、肘から先、膝から下の要穴の効果を検証しました。

さらに、神戸東洋医療学院で、一昨年まで「サークル」というのを指導していました。1年生から3年生までが同時に参加し、50分程度の時間なので、服を脱いで刺すなどは指導できません。最初に10分程度で説明して、ペアで交代して実技をしたら、1人の施術時間は15分程度になります。

そこで、肘から先、膝から下の要穴による遠隔治療を毎回、主訴と治療穴の記録をとって、主訴の軽減の度合いで、効果を検証してみました。円皮針や11円療法なら、危険性がまったく無いです。また、手技を入れない分だけ、刺激量を一定にすることができます。毎回、10人から15人程度が参加していましたから、数年やると、傾向がハッキリとしてきました。学生には、データ記録をとっていることは伝えて、書かせていましたが、意図は知らせていません（笑）。ランダム化大規模臨床試験です。

腎兪や大腸兪あたりの腰痛が、胃経の厲兌でとれたり、左の肩甲骨上角の肩こりが右列欠でとれたりという現象はたくさん集積できました。

今日も肩甲骨上角あたりの「肩こり」が、心包経の勞宮や心経の少府で軽減した方が複数いらっしゃいました。

少なくとも、データを検証してみると、腰痛に関しては、現代中国の「督脈と足太陽膀胱経による経絡弁証」モデルでは、この現実の説明できないと個人的に結論しました。腰痛に対して、足の経脈の滎穴のみで取ってみると、胃経の厲兌や肝経の行間、腎経の然谷で腰痛が軽減する例のほうが、膀胱経の足通谷で軽減するよりもはるかに多いです。足の足通谷(膀胱経)、侠溪(胆経)、厲兌(胃経)、行間(肝経)、然谷(腎経)、太都(脾経)の六経絡の滎穴で腰痛に対して取ってみても、膀胱経の足通谷で軽減する確率は6分の1の16パーセント以下となります。経験では足通谷で軽減するのは5パーセント以下です。井穴でやってみても、足太陽膀胱経の井穴である至陰で、膀胱経上の圧痛が軽減できる確率は20人に1人、5パーセント以下ぐらいの確率だと思います。

また、奇経八脈交会穴の場合、例えば、腰痛に対して、『鍼灸大成』の理論では、奇経八脈交会穴の陽経に属する「後溪—申脈」と「外関—足臨泣」の組み合わせのどちらかになります。しかし、現実には、陰経の「内関—公孫」と「列欠—照海」への銅—アルミの接触では、陽経：陰経で効果が出る確率は50VS50に近いです。今日の実技体験でも、腰痛に対して「後溪—申脈」で痛みが軽減できた例は一つもなくて、陰経側の「内関—公孫」や「列欠—照海」で軽減できたほうが多かったです。

ただし、これらは経穴へのタッチや鍔鍼や円皮鍼、経穴への切皮のみ、などの微細な刺激の場合は、こういう結果が出ます。

ただ、これらは微細な刺激の場合の法則です。鍼を刺して「得気」すると、実際には、他のツボでも効果は出ます。わたしは以前、「灸の得気」、その前は「鍼の得気」を実技で紹介しました。「灸の得気」も「鍼の得気」も、体幹部まで響くと、あとは刺している経絡に関係なく、響き感は病所に行きます。だから、「得気」して響かせてしまえば、ここまで細かい取穴は必要なくなります。この取穴のやり方は、微細な刺激の場合の法則です。

このような微細刺激の経験から、『黄帝内経素問・刺腰痛論篇』の2,000年前の、十二経脈と奇経八脈すべてが腰痛を起こすという腰痛理論モデルが、もっとも現実を説明していました。

特に、「11円療法」のイオンパンピング現象を追求していくうちに、「循経取穴」という考え方は、目の前の現実を説明できないので、わたしは採用しなくなりました。個人的には経絡弁証のパラダイム・シフトが必要だと考えています。

誤解しないで欲しいのですが、これは「経絡弁証」や「遠隔取穴」を否定・批判しているのではないです。むしろ、左肩こりを右内関1穴でとったり、右腎兪の腰痛を右厲兌のみで取るのをデモンストレーションでお見せしたように「経絡弁証」や「遠隔取穴」をむしろ推奨しているのです。

ただ、そこを狭義の経脈が循行しているからといって、取穴するという現在の中医学の「循経取穴」という原則は、さらに検証の価値があるという「問いかけ」はすべきだと考えています。腰痛に対しては『素問・刺腰痛論篇』の理論が最も臨床の現実を説明できるというのが個人的な意見になります。