

日本遠絡統合医学会誌

第2号（令和2年5月25日発行）

日本遠絡統合医学会誌

The Journal of the Japan Medical Association of Integrated Collateral Meridian Therapy

Volume 2. May 2020

目次

巻頭言

2019 年度のご報告と 2020 年度に向けて	
理事長 小泉正弘医師	3

症例報告

脳出血後のギラン・バレー症候群類似の病態に 遠絡が有効だった症例	
沖縄リハビリテーション病院	
濱崎直人医師	7
遠絡療法で振戦の改善を認めた本態性振戦症 の一例	
田中クリニック 田中裕医師	13
遠絡療法の症状鑑別および治療効果判定にス マートフォンアプリのサーモグラフィを活用 した 2 症例	
ペレス・テラキ治療室	
寺木啓祐治療師	16

遠絡統合医学 診断学講座

Case1	
突然の食欲不振、ゆっくり歩行、前かがみ歩行 となり、立位の際につかまり立ちをするよう になった一例	
第 4 期尚志塾士 磯久一郎医師	26
Case2	
右手の痺れ、疼痛、運動障害の一例	
第 4 期尚志塾士 小田原健一医師	29
Case3	
両下肢の痺れ、痛み、冷え性を呈した症例	
第 4 期尚志塾士 伊東浩司医師	32
Case4	
うつ病による下肢痛として脳に電気治療を受 け、後頭部～上肢痛が加わった一例	
第 5 期尚志塾士 島野晃雄医師	35

Case5	
腰の奥の痛み	
第 5 期尚志塾士 久米守医師	39

遠絡治療の TIPS

冷え性・痺れ・麻痺の鑑別	44
「d」ポイントについて	46
任脈・督脈の増流処置	47
捏脊法	
～傍脊柱（AyIII）の流れを改善する手技	48

会員寄稿

“ここに来るとなぜか安心するんです” —と言われて	
大門整形外科医院 大門望医師	51
遠絡に感謝	
長谷川医院 長谷川幸弘医師	56
信頼と継続と進歩と	
佐治整形外科クリニック	
佐治航治療師	58
私と遠絡療法の関わりについて	
蒼望治療院 望月ゆかり治療師	61

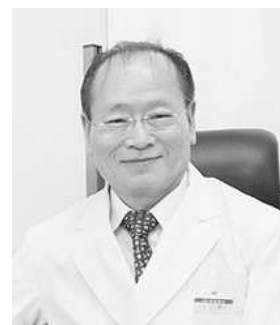
日本遠絡統合医学会

会員名簿	64
定款・細則	71

2019 年度のご報告と 2020 年度に向けて

小泉正弘

一般社団法人日本遠絡統合医学会 理事長



COVID-19 感染拡大の脅威に直面し、会員の先生方も奮闘されておられることと思います。1 日も早く収束し、平常に戻することを祈念しております。

さて、2016 年 1 月に遠絡統合医学創始者の柯尚志先生が亡くなられて早くも 4 年が過ぎました。柯先生の遺言により、学術（教育）は高江量子先生、学術最高責任者（遠絡医学）は渡辺実千雄先生、セミナーを（株）SPC 城戸忠士様、医療実践を小泉が指名されました。当時、柯尚志先生から直接遠絡医学についての教育指導を受けてきた尚志塾の卒業生や CS（指導治療医）トレーニングを受けていた先生方の有志を中心に、2017 年 5 月に任意団体として日本遠絡統合医学会が立ち上がりました。年に 2～3 回の学術研修会を中心とした活動を経て、2018 年 10 月 23 日に法人化いたしました。現在の会員数は正会員 96 名、賛助会員 1 社です。当初は 15 名の理事で出発致しましたが、その後、外須美夫教授、高橋秀則教授に顧問になっていただき、現在は 17 名の理事で運営をしております。

また、賛助会員として（株）ユニタックが入会されました。この場を借りて御礼申し上げます。

【2018 年度活動】

（2018 年 11 月～2019 年 7 月）

- ① 2019 年 5 月 26 日
春季学術研修会（花見会）

学術講演

- ・下位中枢診断チャート② （渡辺）
- ・痛みと CRPS 下編 （小泉）

症例報告

- ・遠絡療法が有用であった重度多発関節痛の一症例 （高橋秀則）
- ・脳出血後のギランバレー症候群類似の症状に遠絡が有効だった症例 （濱崎直人）
- ・遠絡療法により改善した急性期脳梗塞（Branchatheromatous disease）の一例 （谷本功）

- ② 日本遠絡統合医学会誌第一号発刊
(令和元年 2019 年 5 月)

【2019 年度の活動】

(2019 年 8 月～2020 年 7 月)

- ① 2019 年 10 月 27 日
秋季学術研修会 (総会)
- 特別講演
- ・慢性疼痛治療の現状と展望 遠絡療法の可能性 (外須美夫教授)
- 学術講演
- ・遠絡統合医学 体質
～分類と診方の要点～ (渡辺)
 - ・線維筋痛症 (全身痛) の病態と遠絡治療 (小泉)
- 症例報告
- ・線維筋痛症に対する遠絡療法の治療実績および症例報告 (堂下佐知子)
 - ・全身痛と手足の脱力、しびれ、右の下
垂足を有する OPLL の症例 (柳井谷深志)

2019 年度春季学術研修会 (花見会) は、2020 年 5 月 17 日に開催予定でありましたが、COVID-19 感染防止のため中止になりました。次回は 10 月 25 日に開催予定です。

- ② 認定医制度の開始

- ・申請単位取得のための「リフレッシュコース」開催
(2019 年 10 月 27 日 講師: 高江)
- ・認定医 (認定治療師) 取得者 38 名
(2020 年 4 月現在)

- ③ 上級編 (診断学) 教科書編纂会
渡辺 高江 小泉 高橋秀則教授
を中心に隔月にて 3 回開催

(2019 年 7 月 14 日、9 月 8 日、12 月 8 日)

教科書編纂会は、柯先生に遠絡医学の個人指導を受けた尚志塾卒業生 (塾士) を中心に遠絡医学を後世に残すために始めました。テーマに沿って、各塾士が学んだ内容を報告、検討し高橋秀則先生にまとめいただいております。

- ④ 日本遠絡統合医学会誌第二号発刊
(令和 2 年 2020 年 5 月)

【2020 年度学会活動について】

2019 年度に引き続き、学術研修・症例検討を中心に企画したい。COVID-19 感染防止のため、インターネットを活用した開催もやむを得ないと考えております。

また、SPC 主催での正規セミナー (初級・中級・上級) 開催が難しくなっているという現状があり、遠絡統合療法を存続させていくために医学会主催でのセミナー開催を理事会にて検討しております。まずは認定医・認定治療師による入門セミナー開催の援助、および、受講機会が無いまま数年経ってしまわれている会員救済のための、上級セミナーの開催を予定しています。

指定研修施設の整備

指定研修施設とは、遠絡統合医学の実技実習および臨床見学が可能な施設として当会が認定する施設です。(細則 3 認定制度及び指定研修施設に関する細則 より) 研修施設では旧日本 ENRAC 医学会にて SS (遠絡診断指導医) または CS (遠絡治療指導医/治療指導師) の認定を得、当会の

規定に基づく手続きを済ませた会員が、それぞれの施設の実情に合わせて実技実習および臨床見学を行います。指定研修施設の募集は継続しております。また、認定施設の掲載も開始されておりますので、研修や見学を希望する会員は、まず、各々が希望する施設に連絡をし、内容、時間などの確認をお願いいたします。

最後に COVID-19 の影響で世界全体が苦境に立たされている現在だからこそ、柯先生の「医生濟世」「治病救人」の理念を実践するために、一人でも多くの「遠絡仲間」を増やし遠絡医学の灯をバトンタッチしていけるよう、全会員のご協力をお願い申し上げます。

教科書編纂

上級編の教科書編纂は、塾士が中心に柯先生時代から勉強した学問を出し合って、出揃った資料の中に検討を重ね、分かりやすいように整理整頓していく勉強会であります。理事の先生方、もと塾生の先生方は奮ってご参加ください

その他、入門セミナーや医学会主催のセミナー開催に向けての教科書、教材の作製を進めます。

他学会への参加・発表

現在、遠絡医学は慢性疼痛学会・線維筋痛症学会・病巣感染研究会・ペインクリニック学会などに発表がされております。今後も多方面の学会に 遠絡医学が発表されていくことを期待します。

症例報告

脳出血後のギラン・バレー症候群類似の病態に 遠絡が有効だった症例

濱崎直人

沖縄リハビリテーションセンター病院

1. はじめに

今回確定診断が困難で、治療に難渋したギラン・バレー類似の症例に遠絡療法が著効したので、その病態と治療について遠絡統合医学的考察を加え報告する。

2. 症例

15歳 女子高生

病名：

- ① 右側頭葉脳静脈奇形破裂による脳出血
- ② ギラン・バレー症候群、またはその類似の病態

主訴：

両下肢不全麻痺、膀胱直腸障害
高次脳機能障害

既往歴：

妊娠分娩歴に特記すべき事項なし。

家族歴：

両親、兄弟特に特記すべき事項なし。

現病歴：

2018年4月27日、校内球技大会中に頭痛後意識消失となり、県立T病院へ救急搬送された。頭部CTで右側頭葉出血と診断され(図1)、脳ヘルニア徴候を呈したため、血腫除去の緊急手術が施行された。術後、上下肢の麻痺なくADLは自立したが、軽度高次脳機能障害を認めた。術後の脳血管造影で中大脳動脈領域の動静脈奇形(AVM)が確認されたため(図2)、6月1日AVMの摘出術が行われた。術後経過は良好であったが、術後5日目に40度の熱発を認め、翌日より左下肢の動かしにくさを自覚した。徐々に症状増悪し両下肢不全麻痺、膀胱直腸障害となった。7月27日原因の精査および加療目的で国立O病院神経内科へ転院となった。理学所見：下肢深部反射亢進、振動覚低下、自動運動時に拮抗筋同時収縮、下肢の自発的運動不可。神経伝導検査：右下肢F波の頻度低下²⁾⁷⁾。髄液検査で炎症反応(－)、各種ウイルス検査(－)。腰髄造影MRI：馬尾神経根の造影効果(＋)であった(図3)。発熱の病歴とMRI所見、神経

伝導検査所見からギラン・バレー症候群またはその類似病態と診断された。免疫グロブリン大量静注 5 日間、引き続きステロイドパルス療法 3 日間行われたが麻痺、膀胱直腸障害の改善は得られなかった。

8 月 31 日当院（回復期 I リハビリ病棟）へリハビリ目的で転院となり、多職種協働 (Dr、Ns、PT、OT、ST 他) による集中訓練が毎日行われた。

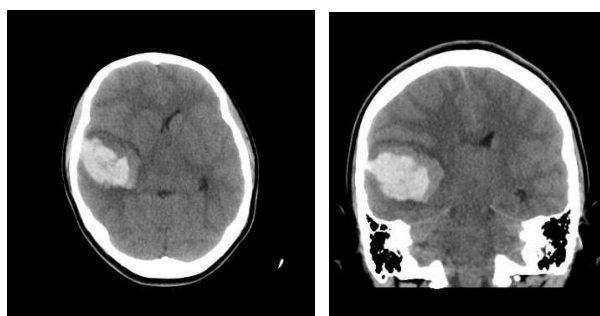


図 1 頭部 CT：右側頭葉の出血

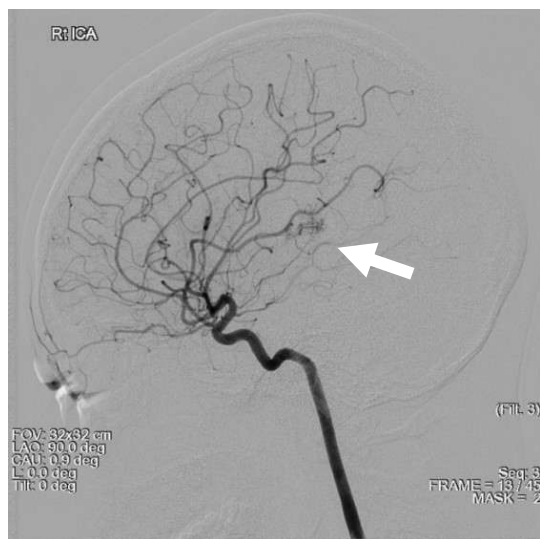


図 2 脳血管造影：中大脳領域の動静脈奇形

正面像



側面像



図 3 腰髄造影 MRI：馬尾神経根の造影効果 (矢印)

【入院時所見】

- ・両下肢不全麻痺(主体は股関節)、下肢深部腱反射亢進、振動覚低下。
- ・筋トーンス亢進：下肢筋収縮促すと拮抗筋同時収縮（屈筋優位）。足趾の自動運動は僅か。
- ・疼痛：腰部、胸椎部、臀部、両下肢後面、両足底部に疼痛を訴え、特に下腿・踵骨部の痛みが強いためリハビリの介入が困難であった。

- ・体幹バランス不良：座位保持、立位保持、四つん這い、膝立ち保持困難
- ・骨盤の自動運動不良。
- ・膀胱・直腸障害：尿意、便意なし（時間でトイレ誘導）。
- ・呼吸障害、意識障害：前医で過呼吸意識消失。HAL 訓練中、一度呼吸困難。
- ・感情鈍麻：表情の反応読み取りづらい。感情を伴った会話乏しい。
- ・傾眠傾向（+）発疹（+）記銘力検査異常（+）

【訓練内容】

ティルトテーブル立位訓練、オールインワン(免荷機能付き歩行器)での歩行訓練、ロボットスーツ HAL 装着歩行訓練、骨盤運動訓練。

【入院経過】

症状に多少の改善を認めるも著変なく、踵や下腿の疼痛ためリハビリの介入が困難であった。両下肢の不全麻痺、膀胱腸障害も残存し、主治医より車椅子ゴールの可能性が高いと説明された。11月8日（入院より2ヶ月以上経過）患者の父親から遠絡療法の導入を直接依頼され、主治医の同意により遠絡治療が開始された。

【遠絡療法治療内容】

（下記処方を週1回ペースで施行）

・督脈治療

To/2d+c+a+T+L4～S1

・万能式（右左中心を交互に変更）

lAxIII/bc+c+a+d/ bc+c+a+d

rAyIII/bc+c+a+d / bc+c+a+d

rAxIII/bc+c+a+d / bc+c+a+d

rAxII/bc+c+a+d / bc+c+a+d

・増流処置・牽引瀉法

bil AxIII//6/3! +c!

bil AyIII//6/3!

bil AxII//6/3!

bil AyII//6/3!

（担当スタッフによる遠絡治療、下記処方をほぼ毎日施行）

To/2d+c+a+T+L4～S1

bil AxIII//6/3!

【リハビリ訓練・自主トレ内容の変更】

- ① bc 領域（肩甲帯、側胸部、骨盤、下腿・足関節）のストレッチング、リラクゼーション、ゆらゆら運動
- ② 腹式呼吸：小周天法（督脈・任脈を意識した呼吸法）
- ③ バランス訓練：体幹軸（湧泉、会陰、百会）を意識した訓練（座禅、立ち禅、歩行禅の要領）。体幹軸のバランスを無視した筋トレ、歩行訓練は極力禁止した。

【遠絡治療後の経過】

- ・遠絡直後より疼痛速やかに改善し（VAS80→10以下）、リハ介入が容易になった。
- ・両下肢不全麻痺、下肢筋トヌス、深部腱反射、振動覚速やかに改善した。
- ・尿意、便意自覚できるようになり速やかに自立した。
- ・体幹バランス改善：座位・立位保持、四つん這い、膝立ち保持可能となった。
- ・平行棒内長下肢装具にて歩行訓練、歩行で下肢振り出しが認められた。
- ・笑顔や自分からの会話増加し、感情を伴った具体的な説明も増加した。
- ・短期記憶改善し、記銘力検査異常から良好へ、聴覚的計算成績アップした。

2019年1月25日（遠絡治療開始より11週目）本人の希望により車椅子自宅退院となり、外来リハビリへ移行した。遠絡治療を1～2週間に1回程度継続した。4月1日高校へ復学した。4月20日装具なし自力歩行訓練を開始した。6月1日遠絡治療を終了し、9月7日外来リハビリ訓練を終了した。9月よりハンドボールクラブ活動へ参加し、12月キーパーとして活躍中である。

3. 考察

【ギラン・バレー症候群（GBS）について】

一般的に GBS は複数の末梢神経が傷害されるポリ(多発根)ニューロパチーで脱髄型と軸索型に分類される。しびれや下肢の脱力で始まるが運動神経、感覚神経、自律神経の障害の程度で多彩な症状を呈する。先行感染に続発する自己免疫疾患とする説が有力である⁷⁾。造影 MRI の造影効果は脱髄（血液神経関門の破壊）を示唆する⁶⁾。一方遠絡医学では GBS は血液の蓄積症状で説明される。Atlas の炎症で視床下部、視床、延髄と血液の蓄積が進み血液脳関門の破壊から神経細胞の障害と進むにつれ症状も手足の冷え、しびれ、麻痺、呼吸障害と進行する^{5) 9)}。

【本症例の多彩な症状の遠絡統合医学的解釈】

本症例の多彩な症状はポリニューロパチーでは説明できない。遠絡医学では情緒不安定は視床下部、発疹は脳下垂体、意識障害は橋、呼吸困難や膀胱直腸障害は疑核・弧束核・迷走神経の障害を疑い、これらの症状は血液蓄積症状や脳神経の炎症症状で説明できる⁴⁾。また両下肢不全麻痺（主体は両股関節）と感情鈍麻は髄液の蓄積症状で視床前部の障害と大脳辺縁系の障害を考える⁵⁾。また頸椎・胸椎・腰椎 MRI で脊髄

に異常所見が認められなかったことより（図 4）、両下肢腱反射の亢進や筋トーンの亢進、随意運動障害は基底核の障害を疑わせる⁷⁾。以上より本性の多彩な症状は下位脳～移行部の障害および脳神経の炎症症状と考えられる。原因は脳出血による脳ヘルニア状態または術中・術後のポジショニングによるアトラス部への圧迫や炎症惹起による蓄積症状および脳神経症状、その他低酸素脳症やウイルスによる基底核の障害等が可能性として挙げられる。



図4 頸椎・胸椎・腰椎 MRI：脊髄に異常所見なし

【免疫低下、自己免疫発生機序について】

造影 MRI の造影効果は一部自己免疫機序の関与を示唆する¹⁸⁾。遠絡医学では血液の蓄積により視床下部→脳下垂体→腺の中核（扁桃腺や胸腺など）と続く障害の連鎖が免疫力の低下を招くこと、リンパの蓄積によるリンパ流の障害がリンパ内抗体やリンパ球の供給低下を来とし頭蓋内免疫低下

を惹起すると述べている⁴⁾。また渡辺は文献的考察の中で鼻因腔関連リンパ組織が頭蓋顔面粘膜免疫システムを形成し外来病原体の阻止や免疫寛容に関与すること、扁桃腺に代わって 17~18 歳頃から機能し始めることを述べている。同部へ入る鼻神経周囲膜が頭蓋内髄液廃液の主経路であるので、頭蓋内免疫低下がある場合のその影響を受ける可能性がある⁹⁾。胸腺は免疫システムの司令塔である T 細胞の産生臓器であり、また攻撃してはならない自己成分を教える教師役（自己寛容）である⁶⁾。胸腺は扁桃腺同様思春期に退縮する。推論だが、本症例では思春期という多感な年頃に発症した脳出血による肉体的・精神的ストレスや血液の蓄積症状・リンパの蓄積症状による免疫力の低下、また度重なる手術手技・気管内挿管手技あるいは院内感染による細菌やウイルスへの暴露による感染、さらに思春期の胸腺や扁桃腺の退縮による免疫システムの不安定性等が複雑に関連して自己寛容の低下を招き何らかの自己免疫反応をきたしたのではないだろうか。

【広範囲疼痛の原因と治療】

広範な疼痛の原因を末梢性の脱髄・神経根痛で説明するのは困難である。遠絡医学では視床の炎症が相対関係にある脊髄全体へ波及し広範な痛みを誘発すると述べている。炎症の主な誘因として高熱やステロイド使用によるリバウンド効果を挙げているが⁴⁾、本症例でも高熱後多彩な症状が出現し、またステロイドのパルス療法が施行された。

疼痛部位は側胸部、骨盤部、下腿、踵骨部と広範であるが全て bc 領域であった。障害の発症部位が下位脳を中心とした bc 領域ではないかと結論づけた先の見解と併せると何らかの関係性が示唆され興味深い(図 5)。中等度から重度の GBS の疼痛コントロ

ールは困難で、ステロイド内服は基本的に無効であると言われている。ステロイドのパルス療法と IVIg1 の併用が有効であったとの報告もあるが^{1) 7)}、本例での有効性は認められなかった。本例では遠絡治療により広範な痛みが速やかに改善し、多彩な症状も劇的に改善した。

リハビリ訓練は bc 領域のストレッチングやリラクゼーションを中心に行った。気の流れ(任脈、督脈)を意識した腹式呼吸(小周天法)や体幹軸(湧泉、会陰、百会)を意識したバランス訓練(座禅、立ち禅、歩行禅の要領)を行わせた。体幹軸のバランスを無視した無理な筋トレ、歩行訓練は禁止した。スタッフの遠絡療法への理解・協力が得られ、それぞれの治療に加え毎日遠絡治療を行ったことが症状の速やかな改善に極めて有効であったと思われる。

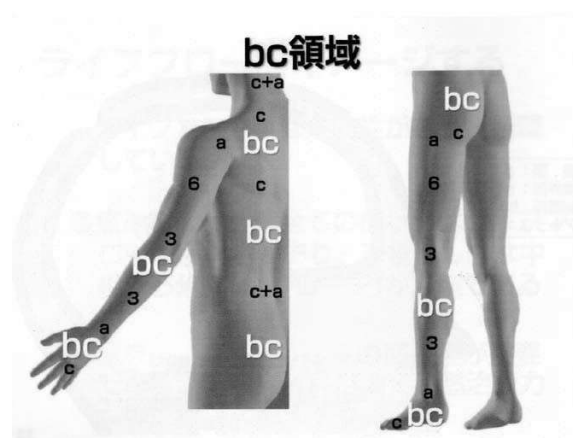


図 5 広範な疼痛部位 (bc 領域)

4. まとめ (図 6)

本例の病態について何らかの先行感染後に自己免疫機序が関与した可能性は否定できないが多彩な症状との関連は不明である。ギラン・バレー症候群では説明のつかない本症例の多彩な症状は遠絡統合医学的に考察すると下位脳～移行部の障害が主因

であったと思われる。治療に難渋したが遠絡療法による集中的治療が極めて有効であった。

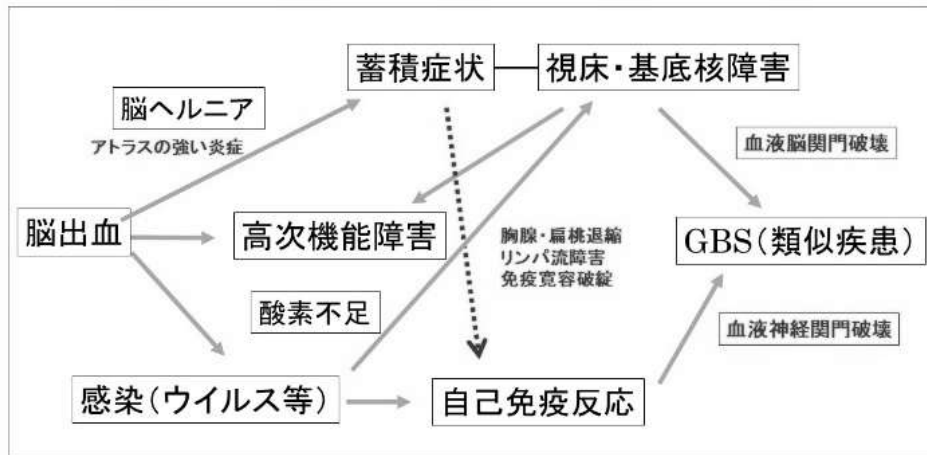


図6 まとめ

文 献

- 1) 浅野隆ら：造影 MRI 検査にて異常所見が見られた Guillain-Barré 症候群の一例,断層映像研究会雑誌,第 281 巻 第 2 号,99-103,2001
- 2) 阿部達哉：F 波と神経疾患,臨床神経生理学,46 巻 4 号：175-184,2018
- 3) 遠藤邦幸ら：MRI でガドリニウム増強効果がみとめられステロイドパルス療法で神経根痛が著減した軸索型ギラン・バレー症候群の 1 成人例,臨床神経学,53 巻 7 号,543-550
- 4) 遠絡統合医学セミナー：上級コース＜診断学＞,2017 年 7 月 30 日,福岡
- 5) 小泉正弘：基底核と視床について,日本 ENRAC 医学会誌,第 2 号：38-47,2015
- 6) Miho Sekai,Yoko Hamazaki,and Nagahiro Minato：Medullary Thymic Epithelial Stem Cell Maintain a Functional Thymus to Ensure Lifelong T Cell Tolerance, Immunity 41,November 20,2014
- 7) 三井良之：Guillain-Barré 症候群.病気がみえる.脳・神経.vol7:198-207,302-305,583,2018.
- 8) Patel H. Garg BP. Edwards MK.: MRI of Guillain- Barre syndrome, J Comput Assist Tomogr., Jul-Aug 17(4), 651-2,1993
- 9) 渡辺実千雄：上位中枢の病態チャート,日本遠絡統合医学会 2017 紅葉会.7-17,2017

遠絡療法で振戦の改善を認めた本態性振戦症の一例

田中裕

田中クリニック

Keywords : 本態性振戦症、パーキンソン病

1. はじめに

パーキンソン病の服薬治療中の患者に遠絡療法を実施した。初診以来現在までの約2年間に観察された振戦は次の3種であった。1；督脈治療時に押し棒を保持していた両手の対称的でかつ速い周波数の振戦（運動時振戦）。2；右上肢を前方に伸展させ誘発させた右上肢の振戦と、同時に発生した頭部の水平方向への振戦（姿勢時振戦）。3；動作時に、片手または両手に発生した振戦。この患者には、初診以来、月に3~4回、遠絡療法を実施してきたが、1,2の振戦は、ほぼ消失した。3は、時々散発するが改善している。患者のADL(activity of daily life)の改善は進行中である。この間の経過を踏まえて、この症例の病態を考察し報告する。

2. 症例

65歳 男性

主訴 右上肢の振戦

既往歴 34歳 右小指剥離骨折。二度手術

を受けたが変形している。

現病歴

52歳 右握力の低下

58歳 右上肢の振戦とバランス感覚の低下が出現した。そのため、職場近くの脳神経外科を受診した。医師からは、「よく分からない。運動性のものではないか」と言われた。通院はしていない。

59歳 振戦が改善しないため、脳神経内科受診。MRIでは異常なしだったが、歩行状態を見た医師から「パーキンソン病の可能性が高い」と診断され、ドーパミン補充療法が開始された。しかし、症状は改善しなかった。

61歳 地元の基幹病院に転院した。ここでは、「軽いパーキンソン病」と診断され、処方内容が調整された。しかし、発声しづらくなったことに加えて、頭部の水平方向の振戦が発症した。

63歳 近所の脳神経外科に転院した。処方内容が変更されると、頭部の水平方向の振戦は改善した。上肢の振戦も緩和したが持続したままだった。

65 歳 平成 29 年 10 月 28 日、知人の紹介で当クリニック受診となった。

服薬情報

パーキストン配合錠 L100 1.5 錠 分 2
エフピー 2.5 2 錠 分 2
トレリーフ OD 錠 25mg 2 錠 就寝前
リボトリール錠 0.5mg 1 錠 就寝前、
アーテン錠 2mg 2 錠 分 2
ノウリアスト錠 20mg 1 錠 朝食後
トピエース錠 4mg 1 錠 朝食後
メコバラミン錠 0.5mg 3 錠 分 3
トコフェロールニコチン酸エステルカプセル 200mg 3 カプセル 分 3
ファモチジン D 錠 10mg 1 錠 就寝前
ドンペリドン錠 10mg 3 錠 分 3

現症

前屈み姿勢、運動緩慢、小股歩行、乏しい表情、小声、両側性対称性の振戦(運動時振戦)が認められた。

処方内容

To/2d+c+a
lAxIII/bc+c+a/bc+c+a
rAyIII/bc+c+a/bc+c+a
rAxIII/bc+c+a/bc+c+a
bilAxIII//6/3!
bilAxII//6/3!

*bil(bilateral); rl

これを受診日毎、左右を変えて実施した。

【受診後の経過】

上記処方を開始した。治療開始後 91 日目、押し棒を保持していた右手の振戦が約 20 分間停止した。さらに、119 日目には右手同様押し棒を保持していた左手の振戦も消失した(運動時振戦)。その旨を患者に伝えると、患者は、「自分が困っているのはこれだ」と、右手

を前上方に突き出し振戦を誘発して見せた。振戦は下顎にはなく頸からの振戦だった。頭部が水平に揺れた。これに対して、五行への

遠絡療法を加えた。数ヶ月後この振戦(姿勢時振戦)はほぼ改善した。

追加処方内容

rAyII/bc+c+a
rTyII/a
rTyIII/a
rAyI/a
rTyI/a

これも受診日毎、左右を変えて実施した。

3. 考察

現症で示した症状の中で、両側性対称性の振戦は本人には自覚はなかった。また、その他の症状も、動作がやや緩慢であること以外、今は無い。治ったと言うよりも、元々病的なものではなかったと思われる。さらに、固縮、小字症などのパーキンソン病症状がない。この症例の振戦は、安静時にはなく、姿勢時振戦、運動時振戦の特徴を有し、飲酒時には改善される。神経学的にも、振戦以外に特に異常は認められない。

以上より、本症例は、本態性振戦症と思われる。

また、動作時の上肢の振戦は現在でも疲労時などに散発するが、数分以内に治まる。長引いたときでも、五行への遠絡療法で即効性に改善した。また、連接施行時、AyIII/a、AyII/a、TyII/a の対応点(F-point)に圧痛を認め、頸に起因する振戦も存在すると考えられた。したがって、本症例は、34 歳時の右小指の骨折変形が頸に負担をかけ、頸に起因する動作時の上肢の振戦を発生させた。また、病歴より、本態性振戦症が薬剤性に発症した可能性は否定できないが、同時に発生したアトラスの炎症

が上行性に波及し、本態性振戦症を発症させた可能性も否定できないと思われた。

4. 結語

本態性振戦症に、万能処方と五行への遠絡療法が有効であった。また、頸に起因する動作時の上肢の振戦には、五行への遠絡療法が有効だった。

症例報告

遠絡療法の症状鑑別および治療効果判定に スマートフォンアプリのサーモグラフィを活用した 2 症例

寺木啓祐

ペレス・テラキ治療室

Keywords : 慢性疼痛、サーモグラフィ

1. はじめに

サーモグラフィ計測器は医用としてもさまざまな領域で応用されている。ペインクリニック領域ではとくに痛み疾患における症状の局在や体表の血行動態の変化などの情報として活用されている。遠絡療法の臨床においても、病態の鑑別や治療効果の判定などに有用であると考えられる。しかし、機器のコストや計測の手間を考慮すると導入は簡単ではない。今回、より低コストで簡便に利用できるスマートフォンアプリのサーマルカメラを試してみたところ、遠絡の臨床上で一定の活用ができると考えられた症例を経験したので報告する。

2. 方法

室温約 25℃、無風の環境下として 10 分程度安静にした後に、患部と健側対称部位の皮膚を露出した状態で測定した。症例では疼痛部位と皮膚温度の関連性の観察、お

よび遠絡療法の施術後の皮膚温度変化を検討した。スマートフォンのサーマルカメラは Seek Thermal 社製 Seek Compact（非冷却型マイクロボロメータ、206×156 (32,000 画素)）を使用した（図 1）。



図 1 Seek Thermal 社製 Seek Compact

本来、研究データとして正確な皮膚温を測定するためには、室温や湿度を一定の範囲に設定し、無風などの環境管理や 20 分以上の室温馴化、そのほか多くの事前準備が必要とされる¹⁾。しかしながら今回は、個々の症例における測定時点の皮膚温度分布を

測定して、患部と健側対称部の比較および患部の治療前後の比較を行い、それぞれの関連性を検討することとしたため、室温は約 25℃で一定としながらも十分な室温馴化などの時間はとらなかった。

3. 症例

（症例 1）16 歳女性

主訴：右足部 CRPS（AxI,II,III/b+c+d）

（経緯）

x-1 年 11 月にバスケットボール競技中に右足を踏まれて第 1,2 趾中足骨を不全骨折。整形外科にて治療を受けた。1~2 週間後から中足趾節関節を中心に痛みと腫れが出現して悪化したため局所ブロック注射を受けたが無効であった。その後は右足完全免荷で様子をみていた。x 年 7 月ころから症状が増悪し、右足部全体のアロディニアと腫脹、皮膚の変色、骨萎縮、発汗異常、爪の脆弱化などもあり大学病院にて CRPS と診断された。鎮痛薬、漢方、リハビリなどでは効果がないため同年 9 月に当院受診となった。

（初見時・x 年 9 月）

松葉杖歩行で完全免荷、アロディニアのため靴や靴下を履けない状態、発作性の自発痛が 7~8 回/日出現し、とくに第 1,2 趾の中足趾節関節と趾節関節は痛みのため可動制限が強い状態であった。右足部全体の腫脹と暗赤色や紫、白色への皮膚色の変化、爪の脆薄、薄くつるつるした皮膚と落屑、

右足部筋の強い筋力低下がみられた。

（経過①・x 年 9 月~x+1 年 2 月）

経緯と局所の所見から区域性の CRPS が考えられた。しかし、部位が陰陽ペアで 4 ライン以上という区域性の基準を完全には満たさないこと、AxI,II,III/b+c+d の区で見られたこと、もともとの骨折部位より中枢側にもアロディニアが広がっていることなどから腰仙椎レベルの SC にも原因があると考えられた。そこで、TypeIII・TypeV 混合型 CRPS と考え、処方①のように中枢性（神経線維破壊症候群 TypeIII）と区域性（神経線維破壊症候群 TypeV）の治療を行った。結果、週 1 回の治療で 3 ヶ月後には痛みが半減、近隣の整形外科でのリハビリも開始、x+1 年 2 月には痛みはほぼ無くなり杖なしでの自力歩行が可能となり治療終了とした。

処方①

中枢治療（TypeIII）

To/2d+c+a+L2~S3

lAxIII/bc+c+a+4/bc+c+a+4

rAyIII/bc+c+a+4/bc+c+a+4

rAxIII/bc+c+a+4/bc+c+a+4

bil.AxIII//6/3!

rAxII//6/3!

区域治療（TypeV）

rAxIII/bc+c+d/bc+c+d

rAxII/bc+c+d/bc+c+d

rAxI/bc+c+d/bc+c+d

(経過②・x+2年2月～)

その後約1年間は運動も支障なく行っていたところ、x+2年2月に右第1趾の中足趾節関節部と第1趾(AxI,II,III/c+d)にアロディニアが再発したため再受診となった。足部全体の軽度の腫脹と変色が見られたため、前回と同様の病態と考えられた。スマートフォンのサーマルカメラを用いて皮膚温を測定したところ、腫脹部位とは一致しない皮膚温の低下域が確認された。痛みの発症後早期から皮膚温度の低下がみられることから中枢性の痛みと考え、腰仙椎レベルのSCを中心に処方②の中枢治療を行った。治療後にサーモグラフィの変化と速やかなアロディニアの軽減(AxI,II)がみられた。接地荷重の痛み(AxIII)には変化がみられなかった。翌週の施術前の足底のサーモグラフィ測定では、足底の痛みが残存する部位に合わせて高温域が確認された。このことから足底(AxIII/c+d)には局所の炎症があると推測され、一般的なRICE処置(安静・冷却・圧迫・挙上の応急処置)と遠絡療法の局所治療を行った。約2週間の計2回の治療で痛みが改善されて歩行が可能となった。

処方②

中枢治療(腰椎レベルSC)

To/2d+c+a/L2~S3

lAxIII/bc+c+a/4/bc+c+a/4

rAyIII/bc+c+a/4/bc+c+a/4

rAxIII/bc+c+a/4/bc+c+a/4

bil.AxIII//6/3!

rAxII//6/3!

局所治療(足底患部)

rAxIII/bc+c+d 接続・相輔・相克

(症例1 評価)

①初見時(x年9月)の自覚症状

右足部～第1・2趾に触れない痛み NRS (Numerical Rating Scale) 10、および足背に変動がみられない暗紫色の変色部位と右足部全体に腫脹と変動性の変色(暗赤・白・まだら)がみられた(図2)。第1~5趾は長期の免荷と痛みにより運動不能、第1・2趾中足趾節関節および周囲組織の萎縮がみられた。

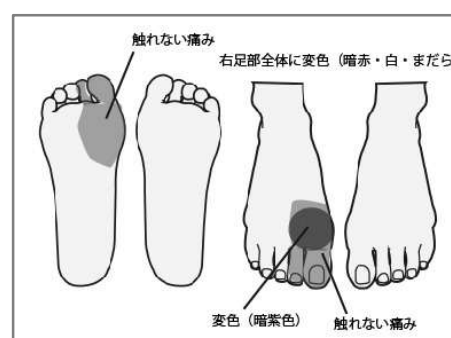


図2 症例1初診時の疼痛部位シエーマ

再発時(x+2年2月)

右第1中足趾節関節～第1趾に触れない痛み NRS 8、および右足部全体の腫脹と変動性の変色(暗赤・まだら)がみられた。第1趾は痛みのために屈曲困難であった。1年前の初見時と比較して範囲が狭く疼痛強度はやや低いものの、触れない痛みの性状と腫脹や循環障害を示す所見から再発と考えられた。(図3-A B)



図 3-A
症例 1 再発時の
疼痛部位画像

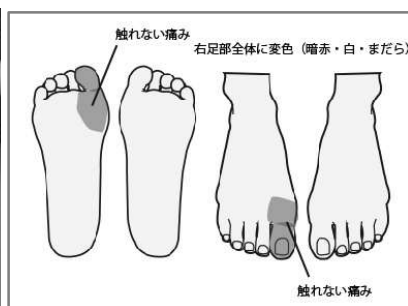
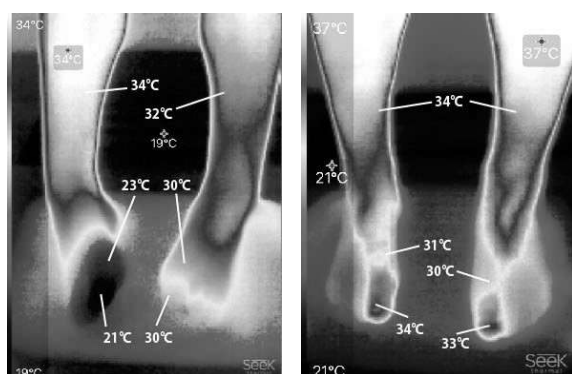


図 3-B
症例 1 再発時の
疼痛部位のシェーマ

②疼痛部位の皮膚表面温

再発時の初回の治療前サーモグラフィでは、疼痛部位を中心に健側と比較して 7~9℃の低温域がみられた。治療後は痛みが半減し皮膚温もほぼ健側と同温度となった（図 4-A B）。

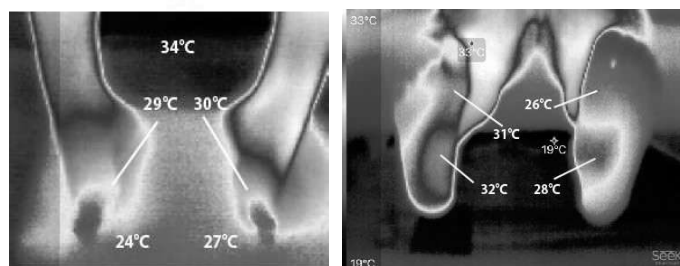


A 治療前 B 治療後

図 4 症例 1 再発時のサーモグラム

1 週後の再診時には痛みは右第 1 中足趾関節部に限定されていた。AxI,II は NRS3 と改善されていたが、足底 AxIII は NRS8 と変化なく接地荷重不可であった。サーモグラフィでは前週と同様に低温域がみられたが健側とほぼ同程度の状態であり、AxI,II/c+d の部位については痛みの改善度合と矛盾しない像と考えられた。そこで足底部のサーモグラフィを確認したとこ

ろ、患側の第 1 中足趾関節を中心に健側と比較して 5~7℃の高温域がみられた（図 5-A B）。このことから患側の足底には局所の炎症が存在することが推測されたため、中枢治療に加えて局所治療（AxIII/c 接続・相輔・相克）と RICE 処置を行ったところ足底の痛みの改善が得られた（図 6）。後で再確認したところ、痛みの再発前に体育の授業でバトミントンが行われており、利き足である右足の母指球部には強い負荷がかかっていた。特に種子骨部にもっとも強い圧痛がみられたことから AxIII/c には局所の炎症もあり、このために中枢治療のみでは十分な改善が得られなかったのであろうと考えられた。



A 治療前 B 足底部

図 5 症例 1 再診時のサーモグラム（治療前）

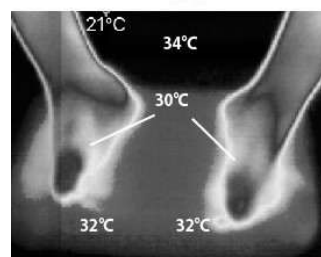


図 6 症例 1 再診時のサーモグラム（治療後）

（症例 2）53 歳女性

主訴：左被殻出血後遺症

（右上下肢の不全麻痺と触れない痛み）

(経緯)

x-2 年 12 月 左被殻出血発症、右半身麻痺および失調をきたし入院。右上肢の不全麻痺と右半身（上下肢・顔面・側胸部）の感覚障害を残し x-1 年 2 月に退院となった。その後は著変なく過ごしていたところ、x-1 年 12 月頃より急に右上下肢および側胸部のこわばりとピリピリとした触れない痛み、右半身の動作に動きにくさと不安定さが出現した。右上下肢の症状はおよそ 1 日周期でこわばりと脱力をそれぞれ交互に繰り返す。主治医には視床痛と診断された。

(初見時・x 年 2 月)

右上下肢、右顔面、側胸部にこわばりとピリピリとした触れない痛みがみられた。とくに右上下肢の症状が強く、こわばりが徐々に強くなり右腕の上げにくさと歩きにくさを訴える。

(経過)

症状は、「右上肢陽経と右下肢陰経のこわばりと牽引痛、右顔面・側胸部のこわばり」と「右半身のピリピリとした触れない痛み」に分けられる。触れない痛みはとくに上肢に顕著にみられ、ラインに沿うような強弱があった（図 7）。遠絡医学的には、左右半身のこわばりと牽引痛は左上位脳障害（c+a・bc 領域）による症状、右半身の触れない痛みは視床の神経線維の不完全圧迫～破壊による症状であると考えられた。

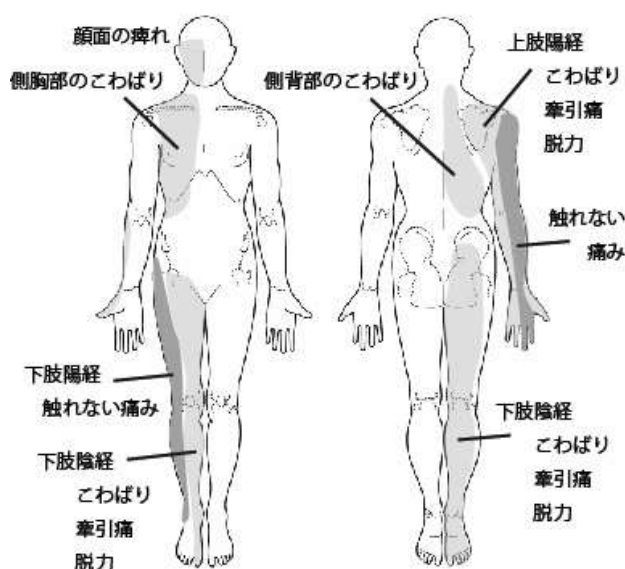


図 7 症例 2 初診時症状のシェーマ

また、右上下肢の不全麻痺の症状はこわばりと脱力がそれぞれ交互に約 1 日ごとに出現していたことから、上位脳の障害部位のうち c+a 領域由来の症状が不安定な出現の仕方で再発したと考えた。治療は慢性期と急性期の上位脳標準治療を合わせて行うこととし、下記①②のように 2 段階に分けて施術した。週 1 回の治療を開始して計 3 回行ったが、自覚症状にとくに変化はないまま新型コロナウイルスの影響で治療中断となった。

処方①

慢性期標準治療（c+a 領域）

To/2d+c+a+L2~S1

bil.AxIII//6/3!

rAxII//6/3!

rTyII//6/2~3!

処方②

急性期（不安定期）標準治療

lAxIII/bc+c+d/bc+c+d

lAyIII/bc+c+d/bc+c+d

lAxII/bc+c+d/bc+c+d

1AyII/bc+c+d/bc+c+d

（症例2 評価）

①初見時（x年2月）の自覚症状

右上下肢の不全麻痺（こわばり、牽引痛）
NRS10、右上下肢の触れない痛み NRS7、右側胸部のこわばり NRS8、右顔面のしびれ NRS3、右上肢陽経の冷感、右上下肢はこわばりと脱力が周期的に変化して動作が安定しない。

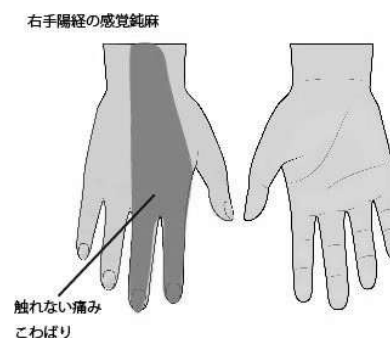
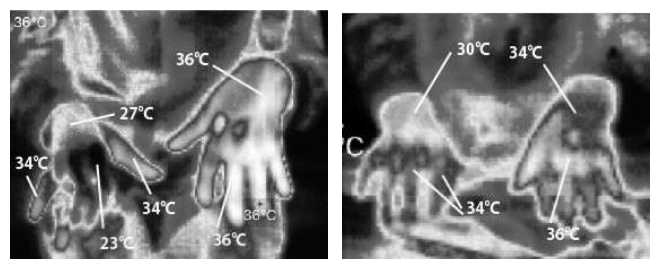


図8 症例2右手の症状のシェーマ（治療前）

②疼痛部位の皮膚表面温

症状がもっともはっきりしていた右手で比較した（図8）。治療前のサーモグラフィでは、自覚症状（こわばりと触れない痛み）の中心部位に一致して健側に比し 7~13℃低い領域（TyI,II）があった（図9-A）。出血部位は左被殻のため遠絡医学で考える上位脳障害の麻痺発症部位（上肢陽経・下肢陰経）と矛盾しない。とくに低温を示す領域と触れない痛みの領域が第2,3指（TyI,II）ではほぼ重なっていてラインが比較的明確に確認できた。出血から既に1年以上が経過している慢性期であることから、上位脳→視床→SCの麻痺が頸椎と腰椎(c+a)レベルに強く出てきていること、視床→SCの神経線維圧迫～破壊が頸椎と腰椎レベルに強く出ていることが考えられた。いずれであっても中枢性の要因によって手のTyI,IIのラインに血流低下による皮膚温の低下が出現したと考えられた。

上位脳障害・慢性期標準治療（上記処方①）を行い、治療後のサーモグラフィを測定した。自覚症状に著変はなかったが、サーモグラム上は患側右手の皮膚温は健側の皮膚温に近づいていた（図9-B）。



A 治療前

B 治療後

図9 症例2初診時のサーモグラム

4. 考察

表1 サーモグラフィ検査適用疾患（日本サーモロジー学会基準）¹⁾

適用領域	適用疾患例	診断原理
血行障害	動脈狭窄・閉塞性疾患、静脈瘤、動静脈瘤血管奇形、リンパ浮腫等の疾患、血流に影響を及ぼす薬剤・治療法の効果の経過観察、移植皮膚片の活着状況の判定、インポテンツの病態分析	組織血流量の推定と血流分布異常または異常血管による温度分布異常の発見
代謝異常	多くの皮膚疾患、皮下組織疾患など	組織代謝率の異常部位の発見
慢性疼痛	慢性疼痛性疾患、頭痛、後頭神経痛、三叉神経痛、内臓関連痛、脊髄神経根刺激症状（椎間板ヘルニアなど）などの筋神経疾患及び固欠性跛行など	侵害受容器由来の慢性疼痛と血管性疼痛および筋肉虚血性の疼痛の存在部位の温度異常分布の発見
自律神経障害	自律神経疾患、脊髄神経疾患、および交感神経系に影響を及ぼすと思われる神経疾患神経ブロックの効果判定、麻酔深度及び部位の判定、Raynaud疾患の各種負荷による分析、電気刺激の効果判定	自律神経系ことに交感神経系の活動度の神経調節温度分布（thermatome）による分析、負荷反応分析
炎症	各種表在性急性炎症、リュウマチ様関節炎慢性炎症の経過観察や消炎剤の治療効果の判定	炎症による高温の発見と指標化による炎症程度の判定
腫瘍	乳房腫瘍、甲状腺腫、皮膚腫瘍、骨肉腫、陰嚢水腫、その他の表在性腫瘍、転移腫瘍の発見と悪性度の判定	代謝率の異常による鑑別診断、動静脈吻合による高温皮膚静脈の発見
体温異常	神経性食思不振、温度中枢の異常を思わせる疾患、ショックのモニター	体温の異常と体温と末梢温の較差のモニター

サーモグラフィは、物体表面から放射される赤外線を計測記録して熱画像や温度分布図（グラフ）としてあらわしたものである。医用としては、体表の温度分布および体表温を制御するさまざまな因子の変化を推測し病態把握のための情報として利用されている。生体は約 20℃以下の室温では筋振戦による熱産生が起こり、30℃以上では発汗と蒸散による熱放散が起きる。室温 25℃前後で外的環境が変化しない場合は、皮膚温は皮膚血流量によって決定される²⁾。ここで皮膚血流量は、自律神経系の血管運動中枢を介して主として血管収縮性神経により調節されている。血管収縮性神経は、 α アドレナリン作動性交感神経であり機械的刺激、化学的刺激、温熱・寒冷刺激、運動などの制御因子および視床下部などの温

度中枢からのインパルスに支配される（図 10）。25℃程度の室内でサーモグラフィを測定することで体表温分布を知ることができ、各制御因子と症状を合わせて確認することにより機能的な異常を推測できるとされる³⁾。藤正らは日本サーモロジー学会の基準として検査の適用疾患を表 1 のように示している¹⁾。

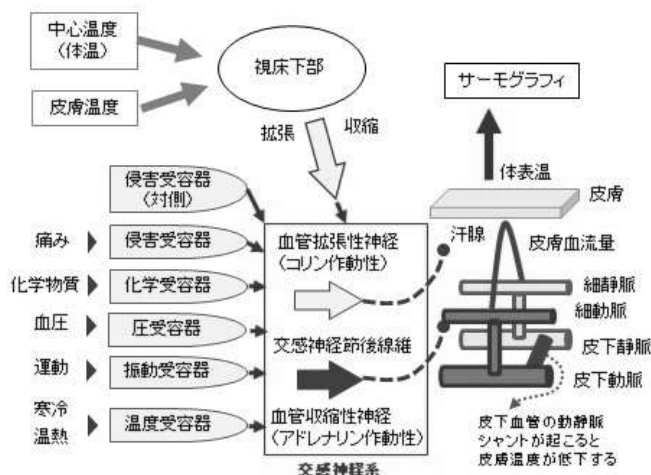


図10 皮膚温を決定している各因子³⁾

CRPSをはじめとする慢性疼痛の多くは皮膚温度の低下を示すことが多く^{4) 5)}、炎症性疾患や腫瘍などとは異なるサーモグラム像がみられる。CRPSが疑われた慢性下肢痛の症例においてサーモグラフィ所見から類骨骨腫を診断し得た報告もある⁶⁾。本稿の症例1でも、CRPS様の症状に局所炎症所見による皮膚温上昇部位を検出することによってCRPS様の症状に局所炎症の存在を推測することができた。症例2では、遠絡療法後に末梢皮膚血流の即時的な改善を確認することができた。二症例とも疼痛部位にほぼ一致した体表温の低下を認め、遠絡療法後に疼痛部位の皮膚温の上昇を認めた。中枢性症状の発現ラインとレベルは、サーモグラフィで示される交感神経を介した皮膚温の分布部位と重なることが示唆された。

5. 結語

スマートフォンのアプリを使用した簡易型サーモグラフィは、遠絡療法の臨床において、症状の他覚的評価や鑑別（痛みや冷えなど）、症状部位の確認、原因の推測、

自覚症状の推移の評価、治療方法の策定と効果の判定などに応用できると考えられた。

文献

- 1) 藤正巖：サーモロジーの臨床診断学 BME 1989 Vol.3 No.7 p.3-8
- 2) 濱口眞輔：サーモグラフィ計測器 医機学 2010 Vol.80 No.3 p.226-233
- 3) 藤正巖：サーモグラフィによる痛みの計測 応用物理 1985 第54巻 第10号 p.1069-1073
- 4) 木村浩彰：複合性局所疼痛症候群の診断と治療 Jpn J Rehabil Med 2016 Vol.53 No.8 p.610-614
- 5) 吉田亮太 原耕介 中澤里沙 北村夏輝 小保方祐貴：複合性局所疼痛症候群による慢性的な足部の疼痛と歩行障害に対し超音波療法が有効だった一症例 理学療法学 2018 第45巻第2号 p.112-120
- 6) 長谷徹太郎 内田洋介 加藤類 敦賀健吉 橋本聡一 森本裕二：診断に難渋した下肢痛に対してサーモグラフィ検査が有効であった類骨骨腫 日本ペインクリニック学会誌 2014 Vol.21 No.4 p.542-544

遠絡統合医学 診断学講座

2013 年 2 月 Dr.Ko セミナー冒頭より

Dr.Ko のメッセージ



ENRAC 医学の発展を省みると、最初は連接のみから始まりましたが、その後六行図が出来上がり治療方法、適応が大きく広がりました。さらに診断（C コース）に発展しますが、当初は脳出血だけが明確でその他ははっきりしていませんでした。その後、レーザー（トリンプル D）を使うようになり、症状を 1 つ 1 つ確認することによって脊髄が関係する対応レベルがはっきりしました。その後は全体が変化をしています。例えば、当時は桃の花の治療は桃の木を治療すればよいと考えていましたが、実際には桃の木を直接治療する方法はなく、水分、日光、土、栄養で調整する必要があるとの考えに変わりました。その後、診断に八卦図とスポット（エネルギーの考え方）が構築されました。

桃の木で例えると、花は個々の症状（3 次元）、幹は原因（4 次元）となりますが、その間には両者をつなぐ枝があります。診断を考えた場合、個々の花から枝をたどって幹を見つけることは不可能です。幹から枝を通して個々の花に至る方向しかないので、しかしながら現在の医学では原因となる幹を見つける知識がありません。そこで診断治療学コースでは、まず個々の花から枝を経由せずに幹を考える知識を学びます。ここでは「why」「how」を考えてはいけません。症例から練習をして幹をつかめるようになったら、次は幹から枝を経由して花に至る道筋を学びます。個々の花の治療は局所治療および対症療法（3 次元の治療）、原因の幹から枝を見つけることが診断（4 次元の診断）となりますが、幹は直接治療できないため日光、水分、土、栄養で根から調整（5 次元の治療）が必要になります。

診断学講座

Case1

症例担当 磯久一郎医師 第4期尚志塾士

突然の食欲不振、ゆっくり歩行、 前かがみ歩行となり、立位の際に つかまり立ちをするようになった一例

1. 症例

76歳 男性

大腸ポリープ

主訴 ① 歩行遅い
② 歩行時、腰痛(仙腸部)時々出
③ 食欲不振、体重減少

脳循環不全
パーキンソン病
肝肥大

} 近医にて診断された。

【経年齢的病歴】

生来健康

18歳

肋膜炎(X-p 上、自然治癒していると言われた)

56歳 痔核の手術

60歳

交通事故(追突されたが、すぐ治った。)

68歳 尿管結石

75歳

仙腸関節部痛

耳がおかしかった。

76歳

突然、食欲不振、歩行遅くなる。

立つのにどこかにつかまって立つ様になる(立ちにくい)。

歩行が前かがみとなった(突進なし)。

舌が左へ偏位

尿・便 失禁

首の振るえ(左右へ振り子様)

表情乏しくなる

【初診時所見】

背診 T2~6 T12~S3

【処方】

- ① To/2d+c+a+T12~S3
- ② rAxIII/bc+c+a/bc+c+a
- ③ lAyIII/bc+c+a/bc+c+a
- ④ lAxIII/bc+c+a/bc+c+a

治療後の変化

ゆっくり歩行 10 → 5

2. 個別的症候病態 (Oly) 分析

- 18 歳 肋膜炎
:核と考えれば免疫力低下で視床下部・
下垂体の細胞蓄積
扁桃腺の分泌低下
- 56 歳 痔核
:迷走神経(X)神経線維圧迫
- 68 歳 尿管結石
:迷走神経(X)神経線維圧迫
- 75 歳
仙腸関節部痛
:動作による関節部の直接的な炎症
迷走神経(X)神経線維圧迫が基礎に あ
る。
耳おかしい :聴神経(VIII) ?
- 76 歳
食欲不振
:脳下垂体細胞圧迫
腺の分泌異常→抵抗力低下
→食欲不振
歩行遅くなる
:延髄の炎症→正中口圧迫
→側脳室前角拡張→視床前部圧迫
→股関節麻痺
前かがみ
:副神経(XI)、迷走神経(X)、神経線維
圧迫
大腸ポリープ
:孤束核(VII IX X)神経線維圧迫
舌が左偏位
:舌下神経(XII)神経線維圧迫
尿・便失禁
:疑核(IX X XI)神経線維圧迫、
肛門膀胱括約筋筋力低下
- 首の振るえ
:顔面神経線維圧迫

【Oly の経過】

- 56 歳 Atlas の炎症
68 歳 Atlas の炎症
→ 痔核、尿管結石
75 歳 仙腸関節の炎症

3. Dr.Ko の解説

前かがみで歩くというのは、後ろに支える力
がない事です。だから前へ引っ張られて行っ
てしまう。即ち延髄の副神経の神経線維圧迫
による、だから両側性となる。

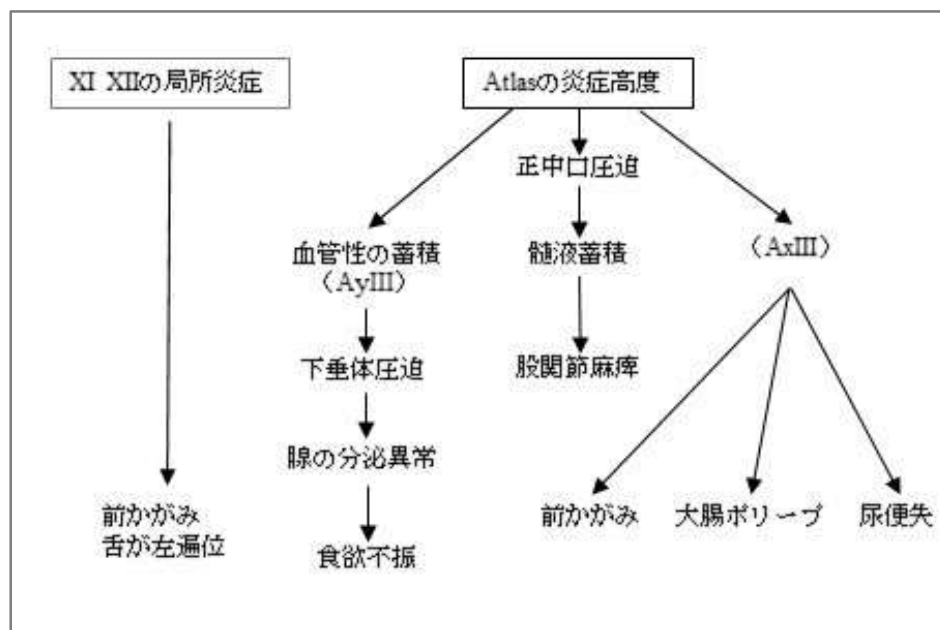
副神経、舌下神経は Atlas はほとんど関係な
い。例えば、外傷・むち打ち・振動などが直
接、副神経、舌下神経の所で炎症をおこして
いる場合が多い。

痔核は血流が悪い。支配レベルは d 下位脳
です。

尿管結石で石が出てくるのは、腎臓の血管性
の問題で迷走神経の問題です。

食欲は抵抗力と関係あり。

中枢で異常が発生する時は、筋肉の問題・神
経の問題・粘膜の問題・腺の分泌の問題で考
える。このうち食欲不振は腺の分泌の異常(下
垂体)を考える。



Case2

症例担当 小田原健一医師 第4期尚志塾士

右手の痺れ、疼痛、運動障害の一例

1. 症例

70 歳 男性

主訴

- ① 右手のしびれ
- ② 右手の疼痛
- ③ 右手の運動障害
(箸が持ち難い、字が書き難い)

【経年齢的病歴】

幼児期

扁桃腺よく腫れて発熱していた。

小学5年

急性腎炎で蛋白尿、浮腫出現、1年で治癒す。

中学3年~高校3年

肺結核で通院治療す。

大学時代(20歳)

十二指腸潰瘍発症、以後再発繰り返す。

35歳

重い物を右肩に担いでから右肩痛、
右第4・5指しびれ出現。

55歳~56歳

間欠性跛行出現。

60歳

症状進行してきたので L4/5 の椎弓切除術
施行後、間欠性跛行軽減したが、右足足底
のしびれ感、違和感は取れず。その後急に
右手の脱力感出現。頸椎の神経根症状が

ひどくなり、脳外科受診したところ保存的治
療で軽減したが、再発予防に C5/6 頸椎神
経根減圧術施行した。術後右肩~右上肢
の痛みは軽減したが、右手指のしびれ感、
運動障害はひどくなった。その後段々進行
した。

現在

右手手首が第1から第3指までしびれ
(TyI, TxI) 痛みあり。箸がうまく使えない。字
を書き難い。

(補足事項)

50歳より高血圧症で服用中。

55歳より高脂血症で服用中。

62歳より一過性心房細動で服用中。

68歳より糖尿病予備群といわれた。

他 冷え性あり。

【初診時所見】

T10~S3 腫脹あり。

右手首の痛みと第4・5指のしびれあり。

【処方】

- ① To/2d+c+a+T10~S3
- ② rAxIII/bc+c+a+L4,5/bc+c+a+L4,5
- ③ lAyIII/bc+c+a+L4,5/bc+c+a+L4,5
- ④ lAxIII/bc+c+a+L4,5/bc+c+a+L4,5

治療後の変化

しびれ 10/10 と変化なし

痛み 9/10 と少し軽減

運動障害 10/10 と変化なし

2. 病態分析

(症状と中枢のまとめ)

チェックポイント

- ① 扁桃腺炎、急性腎炎、肺結核罹患
- ② 十二指腸潰瘍
- ③ 右肩痛、右手首から右第 4・5 指のしびれ
- ④ 間欠性跛行
- ⑤ 右足足底のしびれ感、違和感
- ⑥ 右手の脱力感、右手指第 1~3 指のしびれ感(TyI,TxI)
- ⑦ 運動障害(箸がうまく使えない、字を書き難い)

(病態分析)

- ① 扁桃腺炎、急性腎炎、肺結核は脳下垂体の蓄積症状による免疫反応の低下によって発症した。
- ② 十二指腸潰瘍は延髄の迷走神経の炎症による圧迫症状により発症した。
- ③ 右肩痛は片側だけにて SC から SN の完全圧迫によって発症した。
右手第 4.5 指のしびれは手首の痛みがあり、区症状が出ている。SC から SN 経由して SN の完全圧迫によって発症した。
- ④ 間欠跛行は L3 から S1 の炎症により迷走神経が障害され交感神経優位となり血管が収縮したため発症した。
- ⑤ 右足足底のしびれは視床の右の前側の細胞の蓄積症状による。
- ⑥ 右手の脱力感は肩関節の細胞圧迫によつての麻痺症状である。
右手指第 1~3 指のしびれは SC の細胞の

完全圧迫である。

3. Dr.Ko の解説

- ① 免疫反応低下は脳下垂体の蓄積症状である
- ② 十二指腸潰瘍は迷走神経の炎症による圧迫症状により胃酸過多起こし発症した。
- ③ 右肩痛は副神経からきた SC の場合は両側にくるが、これは片方だけなので SN からきている。右手第 4.5 指のしびれは五行にそつて SN から来ているものと、SC から SN 経由して完全圧迫によるものと 2 つある。この例は手首から指の区でしびれているので SC 経由して SN の完全圧迫(AxIII、AyIII)による。手首の c 点が原因で指がしびれるのでこの例は c 点だけの治療で良くなる。
- ④ 間欠跛行は血管性のものである。病変は二つで考えられる。一つめはその部の血管本体の狭窄、二つめは全体的に血管を支配している神経の迷走神経が圧迫されてその部の交感神経が亢進し全体の血管収縮によって発生する狭窄がある。本体の狭窄は血管造影で分かる。局所の狭窄がなくても症状があれば SC から SN の収縮と、迷走神経が支配するところがある。局所の場合はその部の高さの局所に対する連接、相輔、補強と流量を増やす母、父 6 番の瀉と牽引瀉法で改善する。鑑別診断として血管造影は必要である。
- ⑤ 右足足底のしびれは視床の細胞の蓄積症状 である。右足だけの場合は視床の右の前側の蓄積症状。

- ⑥ 右手の脱力感は肩関節の細胞圧迫によ
 ったの麻痺症状である。肩関節の麻痺、
 原因は中枢なら視床の前の圧迫、髄液の
 圧迫による。右手の脱力感なら右肩関節
 の麻痺は細胞の圧迫、上肢なら肩関節、
 手首からの脱力感なら SC の細胞障害、
 肩関節から全体、上肢の脱力感なら髄液
 の蓄積によって後角を圧迫し細胞の圧迫
 によって発生する麻痺。もし手首から来て
 る脱力感だったら、あくまで SC の細胞の
 圧迫。もし SC の細胞圧迫は TyI、TxI だ
 ったら腰から来ている。しびれ感、脱力感
 が全体だったら髄液、しかし第 1~3 指の
 TyI、TxI なら SC から来ている。運動障害
 出ているから麻痺、麻痺は細胞の圧迫。
 SC の細胞の圧迫による。
- ⑦ 補充事項の高血圧は病体から見ると第一
 にポンプ力が原因の高血圧、第二にレニ
 ン、アンギオテンシンの高血圧、第三に内
 分泌の高血圧、副腎皮質ホルモンのアル
 ドステロンの分泌でおこる高血圧。第四に
 交感神経優位になる高血圧、迷走神経が
 圧迫されて T2 から T4 の間の交感神経が
 亢進して血圧が上がってくる高血圧。

Case3

症例担当 伊東浩司医師 第4期尚志塾士

両下肢の痺れ、痛み、冷え性を呈した症例

1. 症例

59 歳 女性

主訴

- ① 両下肢の痺れ、痛み (Dull pain 左>右 AyII 中心)
- ② 冷え性

【経年齢的病歴】

■出産時

未熟児、生後約1週間で左耳に炎症起こした。詳細不明。

■学童期

扁桃炎を繰り返し、7歳時、扁桃腺摘出術を受けた。

■27-30 歳

一人暮らしで環境が変わった。この頃より過呼吸、肩から肩甲骨部の痛み(右>左、T4,5 レベル)、不安感、不眠症、船酔いの感じ、生理痛、冷え症などあり、某大学病院心療内科で内服治療を受け大分改善した。

■47 歳

左突発性難聴で1週間入院加療。この頃よりホットフラッシュや以前と同じ症状が再発し、自律神経失調と言われ、当帰芍薬散を内服し少し症状軽減した。

■59 歳

以前より膀胱炎を繰り返していた。今回、難

治性で間質性膀胱炎と言われ、某クリニックで膀胱拡張術を受けた。また、左足裏指付根から違和感があり、近医整形外科で足底筋膜炎と言われ、リハビリ治療を行うも改善なく、IAyII を中心とした左下肢全体に痺れが出現してきた。夜間休憩中に症状増悪あり。最近、右にもでてきた。

■補足

最近、時々起床後に、左>右の上肢の痺れもでてきた。

冷え症:±、片頭痛:±、生理痛:±

【初診時所見】

背部血管打診徴候

: 右 T2~6、右 T12~S3 で傍脊柱腫脹

【処方】

To/2d+c+a+T2~6+T12~S3

lAxIII/bc+c+a+T2~6+T12~S3

/bc+c+a+T2~6+T12~S3

rAyIII/bc+c+a+T2~6+T12~S3

/bc+c+a+T2~6+T12~S3

rAxIII/bc+c+a+T2~6+T12~S3

/bc+c+a+T2~6+T12~S3

2. 病態分析

主要症状の分析

- ① 両下肢の痺れ、痛み
(dull pain 左>右 AyII 中心)
: 視床細胞圧迫症状
アトラスより上の症状で脊髄の炎症により正中孔が圧迫され、側脳室の前側から視床細胞圧迫による症状。
- ② 冷え症
: アトラスより上、間脳蓄積症状。

その他個別症状の分析

- ・出産時
未熟児、生後約 1 週間で左耳に炎症
: アトラスの障害によるアトラスより上の症状で、延髄の炎症によるリンパの流れの障害による。
- ・学童期
扁桃炎
: アトラス障害によるアトラスより上の下位脳下垂体細胞蓄積症状。
下垂体→甲状腺と同じ関係。扁桃腺摘出されているため免疫能低下による癌の発生に注意が必要である。
- ・27-30 歳
過呼吸、不安感、不眠症、船酔いの感じ、生理痛、冷え症
: 視床下部細胞蓄積症状。
肩から肩甲骨部の痛み(右>左、T4,5 レベル)
: 迷走神経支配、アトラスより下 SC の炎症による。
- ・47 歳
左突発性難聴
: アトラスより上、中脳聴神経レベルで症状改善していることから細胞完全圧迫による症状。
以前より繰り返す膀胱炎
: 仙骨領域 SC の炎症によるリンパの流れの障害。
その後の足の症状については上述。

睡眠時の上肢の痺れ

: 胸水と腹水が仰臥位では背側に貯留するように流動性の髄液も寝ていると外側口からもれて背側、下 にいく。そして視床の後ろから圧迫症状をおこして生じる。始めに左に症状が強くてたのは体位が原因か。

3. まとめ

出産時にアトラスに障害を生じた。その後、まず学童期にアトラスより上の症状を生じた。27 歳からさらにアトラスより上の症状として間脳蓄積症状を生じた。47 歳頃からは、アトラスより下 SC の症状が出現した。今回の症例は、主訴が間脳蓄積症状が主な病態であるため、比較的早期に(3 ヶ月くらい?)症状改善可能と考えられる。しかし、扁桃腺摘出術を施行されているため、今後長期にわたり全身の癌の発生に注意が必要である。

4. Dr.Ko 解説

1. 主要症状の分析で両下肢の痺れとあるのは脱力感で表現します。
延髄の炎症から正中孔の圧迫を起こし、髄液の流れが障害されると側脳室前角から視床細胞圧迫により股関節が麻痺を起こし末梢下肢脱力感を生じます。脱力感、痺れ、麻痺をしっかりと区別することが重要です。これに対し、視床の後ろの圧迫では、肩関節の麻痺を生じ、末梢上肢脱力感を生じます。痺れについて、詳述すると、上下肢片側でラインででる場合は、Spinal nerve の神経線維完全圧迫による痺れであり、五行に沿ってでてきます。例えば、L2～S1 の場合は、AyII→AyI→AyIII のラインの順で痺れがでてきます。

片側下肢に麻痺がでる場合について考えると、脳が原因の場合、中枢では陰経、末梢では陽経にでて、Spinal Cord の場合は区でできます。

2. その他の個別症状について

出産後の左耳の炎症について

:感染も考えられます。リンパの流れの障害とあるのは考え過ぎです。また、延髄の炎症によるリンパの流れの障害であれば他に色々な症状がでてくるはずです。

学童期の扁桃腺炎について

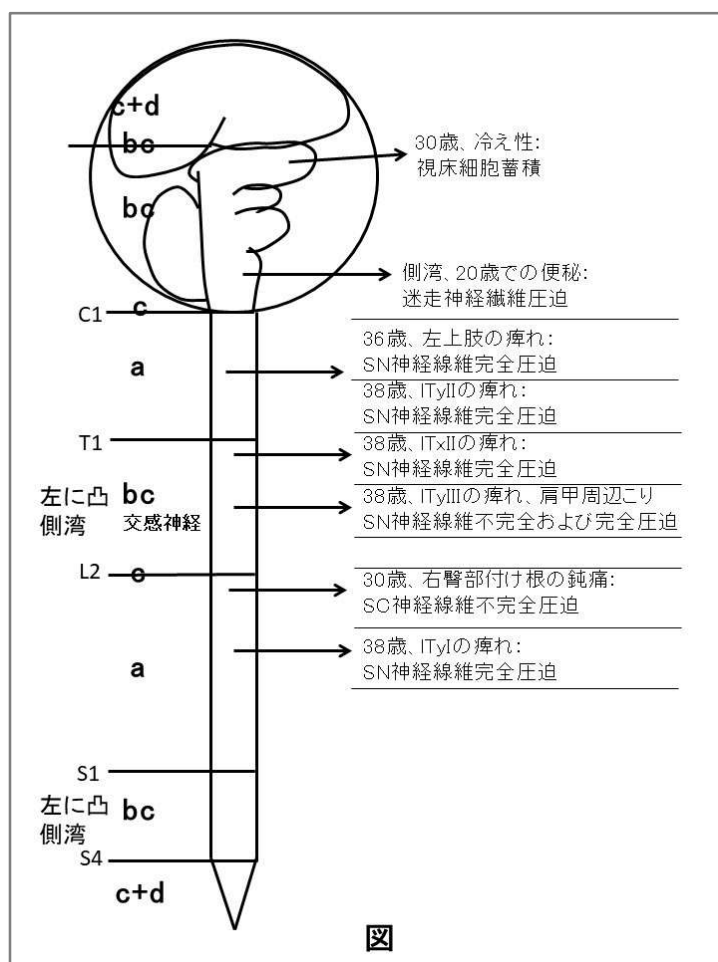
:延髄からでてくる Spinal nerve が関係し、扁桃腺の血流が悪くなり発症する。もちろん感染が原因の場合と、脳下垂体から扁桃腺への影響として内分泌がスムーズにいかないために生じる。

27-30 歳:過呼吸は自律神経の障害によるもので視床下部の細胞蓄積症状、不安感は視床下部細胞蓄積症状、不眠症は視床の細胞蓄積症状、船酔いは三半規管のリンパの流れの障害、生理痛はアトラスの障害から脳下垂体から内分泌の流れの関係および Spinal Cord の L2/3 の関係でホルモンが関係し血管の発育が悪くなり、血管を無理に剥離するために生じる。12、13 歳から発生する。子宮の発育が悪く成熟しない。出血量一定せず、初めは少ないが最後にぐーっという感じででてくる。

冷え症は視床下部細胞蓄積症状である。

肩から肩甲骨の痛みは T4,5 レベルの Spinal Cord の障害です。

膀胱炎は、繰り返し生じる局所の感染による場合と Spinal Cord の障害による場合がある。リンパの流れの障害は癌の可能性である。感染の場合は血液の流れの障害である。



Case4

症例担当 島野晃雄医師 第5期尚志塾士

うつ病による下肢痛として脳に電気治療を受け、 後頭部～上肢痛が加わった一例

1. 症例

71 歳 女性

主訴

- ① 両踵痛みと痺れ
- ② 両頸肩～上腕の痛みと痺れ
- ③ 両腰臀部～鼠径部陰部の痛み
- ④ 両下肢の痛み

【経年齢的病歴】

40 歳 両下肢の冷え

61 歳

下痢と便秘繰り返す、大腸ポリープ切除

67 歳 不眠

68 歳 メニエル病、耳鳴で3ヶ月加療し治癒

69 歳

右膝骨折、一時うつ状態となる

ドライアイ出現

左踵痛、痺れ出現し徐々に増悪

声が出しにくい、口が乾く

70 歳

左腰部～臀部痛(4, bc)

うつ病による痛みとの判断で全麻にて脳に

電気治療

左肩～上腕痛ついで右肩～上腕痛、後頸部痛

右臀部及び右踵痛

両鼠径部及び陰部痛(チクチク)

舌先の痺れ

回転性めまい

両手のこわばり

【初診時所見】

T10～S3 側彎

【処方】

To/2d+c+a+L2～S1

治療後の変化

症状	NRS
左踵痛	10→6
右踵痛	10→0
左頸部～上腕痛	10→7
右頸部～上腕痛	10→5
両腰～臀～鼠径部痛	10→5

2. 病態分析

八卦 : 01y

両下肢の冷え

- ① 神経性

-----視床下部細胞蓄積(前)
→SC の知覚神経障害による自覚的冷え

- ② 迷走神経性(血管性)
-----延髄の迷走神経線維圧迫
→相対的交感神経亢進
→血管収縮→皮膚温低下

下痢

- ① 便意(+)→疑核の障害→括約筋障害
② 便意(-)→迷走神経線維圧迫

大腸ポリープ

:孤束核の障害

不眠

:視床の細胞蓄積

メニエール病

:Atlas (AyIII) の炎症
→ リンパの流れの遮断
→ リンパが薄くなる

耳鳴り

:内耳神経線維の圧迫

右膝骨折

:局所症状

うつ状態

:視床下部の細胞蓄積

ドライアイ

:顔面神経線維の圧迫→涙腺機能障害
→涙の量の減少

踵の痛みと痺れ

:SC の神経線維不完全圧迫
(L2~S1 で L4/5 中心)で SN に炎症波及
→AyIII 完全圧迫

口渇

- ① 舌咽神経線維圧迫→耳下腺の障害
② 顔面神経線維圧迫→舌下腺、顎下腺の障害

声が出にくい

:迷走神経の枝の反回神経線維の圧迫

腰臀部痛

:神経線維不完全圧迫

肩～上腕痛

:頸椎 SN 神経線維の不完全圧迫と

SC 神経線維の不完全圧迫

後頭部痛

:副神経線維の不完全圧迫

両鼠径部痛

:L4/5 中心の SC の炎症

陰部痛(チクチクする)

:Atlas～延髄の炎症

舌先の痺れ

:三叉神経 神経線維完全圧迫による触圧
覚低下

顔面神経 神経線維の完全圧迫

両手のこわばり

:脳下垂体の細胞蓄積症状
→関節リウマチ

【経年的八卦と O1y の変化】

40 歳

両下肢の冷え
:視床下部の細胞蓄積

60 歳

下痢、便秘
:視床下部細胞蓄積
→迷走神経線維圧迫
大腸ポリープ
:延髄孤束核の炎症

67 歳

不眠 :視床の細胞蓄積

68 歳

メニエール病
:atlas～延髄
耳鳴り
:延髄内耳神経線維圧迫

69 歳

鬱 :視床下部の細胞蓄積
ドライアイ
:延髄の顔面神経線維圧迫
踵痛としびれ
:L4/5 中心の SC~SN の圧迫

口渇

:延髄、顔面神経線維圧迫

声が出にくい

:迷走神経線維圧迫

70 歳

腰臀部痛

:腰椎 SN 不完全圧迫

肩～上腕痛

:頸椎 SC,SN の神経線維圧迫

後頭部痛

:延髄の副神経線維不完全圧迫

陰部痛

:延髄の炎症

舌先の痺れ

:延髄の顔面神経線維完全圧迫

両手のこわばり

:脳下垂体の細胞蓄積

3. Dr.Ko の解説

「主訴」について

① 両頸肩～上腕の痛みと痺れ

頸肩ともに同じラインなら TyI しかない、肩～上腕の痛みは縦ラインの痛みなのでこれは SC でそれが TyII,III なら C-spine、TxI,TyI なら L-spine、TxII,III なら Th-spine で痛みとしびれが同時なら区で SC の炎症とそれが支配する SN の完全圧迫、頸肩が同時に痛みとしびれることはまずない、痛みだけかもしれない。

② 両腰臀部～鼠径部の痛み

鼠径部は L4/5 陰部は atlas～やや上部

③ 両下肢の痛み

どのラインか確認すること、②、③は縦ライン横ラインの症状で症状をまとめるようにする

「病態分析」について

・冷え症について

① 神経性

(視床下部細胞蓄積←atlas レベルでの炎症等)

② 血管性(迷走神経の炎症)と

③ 体質(①と②が混在している場合まず体質を考える) に分けられる。

体質→正常の人はほとんどいない。

A) 陰虚…ポカポカ

B) 陽虚…冷え症

C) 陰陽両虚…冷え性 に分けられる。

(例 1) 手足ともに自他覚的に暑い

→陰虚(相対的陽実)

(例 2) (台湾の SS 試験の問題)

手は常に自他覚的に暑い、足は自他覚的に冷える。汗をかいた後は手足とも冷たい。これをどう考えるかは、手足ともに陰虚(相対的陽実)だったが足の相対的陽実の実が減ってきて虚になってきたので冷えてくる。陰虚(相対的陽実)でポカポカの状態から相対的陽実の部分の実が減ってくる場合、通常下(足部)から起こってきて陽虚となってその部分の冷え症となる。もともと下痢であったが下痢と便秘を繰り返す。年寄りになると頭しか汗をかかない、下肢の血管は開きにくいのも同じ理由。足と手のどちらが冷えるかは、視床のどこに細胞蓄積症状が出るかである。視床の前方が柔らかい為に下肢の冷え症が出やすい。

・視床の蓄積について

下方から蓄積が徐々に上部まで達したあと圧が徐々に高まって視床の柔らかい部分である上方や前方の蓄積症状(痺れ)が出やすい。圧がさらに上昇して飽和度

を超えると手足のしびれがその麻痺症状となる。さらに圧迫が進むと橋や延髄まで圧迫して迷走神経、孤束核、疑核の障害がでてきて呼吸障害や体幹の麻痺まで起こる。(例)ギランバレー

・痺れについて

神経線維完全圧迫の痺れは触圧覚ともに低下。しかし視床の細胞蓄積による麻痺は触覚のみ低下。

・耳鳴について

金属音(炎症が原因)は改善しやすいが、水の流れるような音やパサパサという音は改善困難

・口渇について

粘膜の乾燥----孤束核(顔面神経、舌因神経、迷走神経)の問題→唾液の問題→粘膜の異常

・声が出しにくいのは

嗄声としたら反回神経線維で良い

・舌先の痺れ

----先端は d の領域、中央は bc の領域、残りは c 領域。

ラインで考えると中央の表が AyIII、裏が AxIII、周りの表が AyII、裏が AxII、先端は督脈。

しびれは知覚神経の神経線維の完全圧迫です。私は顔面神経線維の圧迫と考えていたが三叉神経は知覚神経であり私にもわかりませんので考えさせて欲しい。

Case5

症例担当 久米守医師 第5期尚志塾士

腰の奥の痛み

1. 症例

46 歳 男性 174cm 83kg

主訴

- ① 腰の奥の痛み(重たい)
- ② 両下腿全体が深夜～早朝につる

【経年齢的病歴】

幼児期～10代まで

発熱、よくひきつけを起こした。

高校生

健康診断のたびに血尿を指摘され、その都度精査したが異常なし。

18 歳

ぎっくり腰、野球のトレーニング中に起きた、その後 2~3 年に一度発症。

40 代

酒を飲むと下痢をする。冷たいものをよく飲む。

44 歳

4 月震災ボランティアで腰痛

5 月整骨院で遠絡療法、理学療法

46 歳

腰の奥の痛みが続いている。最近両下腿全体が深夜～早朝につる。

【初診時所見】

背部全体デコボコ、T10~S3 炎症(L2~S1 がひどい)

【処方】

To/2d+c+a+T12~S3

上記に To/d+c+L4~S3 を 2 回追加した。

治療後の変化

腰痛 NRS 10 → 4

2. 病態分析

経年齢的病歴の分析

・発熱とその仕組み

視床下部には摂食中枢、飲水中枢、体温中枢、自律神経中枢、性行動中枢、内分泌中枢がある。体温調節中枢としての視床下部は体温が基準値(セットポイント)になるように熱の産生と放出量を調節している。細菌やウイルスの侵入を受けると体は身を守るため生体防御機能のひとつとして発熱する。それは風邪などのウイルスは低温のほうが繁殖しやすいという性質を持っているので、発熱すると繁殖が抑制されるためである。細菌の内毒素やウイルス、崩壊した組織から放出される外因性発熱物質や白血球から放出される内因性発熱物質は前視床下部に作用してプロスタグランディン E2(PGE2)を放出する。PGE2 は体温中枢の視床下部視索前野に作用してセットポイントを上げる。セットポイントが上昇すると熱産生の増加と熱放出の減少が生じ、体温が上昇する。発熱はセットポイントに応じて身体が

能動的に体温を上昇させている状態であり、発熱自体が生命に脅威を与えることは無い。発熱物質が無くなると PGE2 の合成は抑制されセットポイントは元のレベルに低下する。そうすると体温はセットポイントより高すぎることでなり熱の放出が増加して体温は低下する。アスピリンその他の解熱鎮痛剤により解熱する機序も同様である。

尚、高体温は体温が調節を受けることなく上昇してしまった状態であり、生命にかかわることもある危険な状態である。

・熱性痙攣

大脳基底核は線条体(尾状核、被殻)、淡蒼球、視床下核、黒質の 4 つからなり随意運動がスムーズに遂行されるよう姿勢の制御や随意運動の調節を行っている。血液脳関門を通してウイルスが基底核に感染すると痙攣が起こる。また幼小児の未熟脳は痙攣を抑制する力が弱く、温度上昇による基底核障害により痙攣を起こし易い。

・高校生血尿

小児期よりよく熱性痙攣を起こしたことは風邪に罹患し易い事と認められ視床下部、下垂体系免疫系統に障害があったものとおもわれる。すなわち生まれた時にアトラスに損傷があり AyIII 原因で間脳神経細胞蓄積を生じた。アトラスの炎症は延髄迷走神経細胞圧迫障害を起こし、相対的交感神経優位となり T12-L4 レベル支配の内臓の血流低下→腎臓の血流低下→腎機能障害により血尿が発生した。

・18 歳腰痛、その後のぎっくり腰

血尿と同様の機序である。すなわち迷走神経神経線維圧迫→相対的交感神経優位→T12-L4 血流低下→同レベルの腰筋力低下→ぎっくり腰発生。また視床下部神経細胞蓄積

→腰部 S.C.炎症→腰部 S.N.圧迫→ぎっくり腰発生の機序も考えられる。

・40 代 下痢をする。冷たいものをよく飲む

下痢しやすいというのは迷走神経の影響である。血尿、腰痛に見られるように小児期から延髄に炎症があり、迷走神経が障害され相対的交感神経優位となり、血行が障害されて内臓機能にも影響が出ていると思われる。

・体質で分析

体質は陰虚→下痢、相対的陽実→肥満、腰痛、冷たいもの飲む。治療には体質改善を目的とした取り組みが必要である。

主訴の分析

・腰の奥の痛み

延髄の炎症により迷走神経が圧迫され血行障害により筋力低下、骨の栄養障害などによる腰痛と認められる。また陰虚、相対的陽実の体質が関与している。

・両下腿が深夜早朝につる

脳や内臓などの温度(核心温)は視床下部にある体温調節中枢により37℃前後の一定に保たれているが、生体には温度勾配があり手足の温度は外気温や熱産生の影響を受け変化が大きい。また安静時および運動時の身体各部で行われる熱産生の割合をみると、安静時は筋と皮膚の割合は18%と少ない(表1)

表 1 身体各部で行われる熱産生の割合

身体各部	安静時(%)	運動時(%)	重量(%)
脳	16	3	2
胸腹腔内臓器	56	22	6
筋と皮膚	18	73	52
残り(骨など)	10	2	40

筋痙攣とは突然起こる強い痛みを伴う非自発的な筋収縮であり、痙攣時の筋の状態は異常に硬く(硬直)、触れると冷たく、血行が悪く患部は青白い、などが見られる。脳からの信号をコントロールし適度の筋の伸縮を保つ機構が筋紡錘と腱紡錘であるが、このバランスが崩れ筋が連続的に収縮をしてしまうのが筋痙攣の状態である。通常足元の体温は核心温より4-5℃低くなっており、夜間は副交感神経優位の為ふくらはぎの血流量は少なくなる。またふくらはぎは筋肉が少ない割に表面積が広いので血液が冷えやすい。更に夜間安静時の筋の熱産生も少ないのでふくらはぎと核心温との差は10℃以上にもなる。この時筋紡錘、腱紡錘の反射機構によりふくらはぎの筋痙攣が起こる。

3. Dr.Ko の解説

・発熱と痙攣

発熱と痙攣を理解する為には「ワンポイントはどこか」を考えなければなりません。教科書の分析を書き写してもそれは何の意味もありません。ワンポイントは、発熱は視床下部、痙攣は基底核となります。体温調節中枢は視床下部に有るとされていますが、遠絡医学に於いては中枢は腺、粘膜、神経、筋の4つで、中枢というのは機能上の問題であり、場所ではありません。

発熱は視床下部の蓄積症状+感染症状で起こります。38℃台の熱が続き、急激に熱が下がる時に痙攣が起きます。細菌は血液脳関門(B.B.B)を越えて基底核に入ることはできませんが、発熱はB.B.B.を越えて基底核に障害を起こし痙攣を発生させます。基底核は硬直や運動性解離に関与しますが温熱には関係はありません。従って基底核のウイルス感染では最初から痙攣が起こり発熱はありません。

神経細胞の蓄積、圧迫についての考え方のポイントとして冷え症、痺れ、麻痺を取り上げてみます。手足の冷え症、痺れは視床下部神経細胞の蓄積、麻痺は神経細胞の圧迫により発生しますが、冷え症は手が先、痺れは足が先、麻痺も足が先に発生しますが、その病態をどう説明しますか？

アトラスの流れが悪くなると蓄積は下から上に進み、視床下部まで来ると後、下の手部の蓄積により手の冷え症が先に出来ます。痺れは飽和度を越えない神経細胞の蓄積であり、蓄積は柔らかい上・前、すなわち足部に起こり足の痺れが先に出て手の痺れは後に出ることになります。蓄積が上まで上がって飽和度を超えると圧迫となり、圧迫は上から下に起こり、その為に足の麻痺が先に出て、手の麻痺は後に出ることになります。ギランバレー症候群による呼吸困難は上からの圧迫が延髄孤束核、疑核に及んだために発症したものです。

・高校生血尿

血尿は糸球体の障害か集合体の障害か病態のワンポイントが大事です。もし集合体が悪くなれば蛋白尿がでます。従って糸球体に問題があり血液が出たと考えます。集合体は一定量しか吸収出来ないから血液が出た。しかしこれは造血に関係があります。赤血球は大球性、正球性、小球性とありますが、当然小球性が関係し、鉄欠乏性貧血を考えるべきと思

います。しかし貧血になっていないから血尿が出るのです。貧血になれば血尿が出なくなります。小球性は鉄代謝の異常です。

・腰痛、ぎっくり腰

ぎっくり腰は起こりやすい体質、外傷性があるが、いずれも迷走神経の関連がある。迷走神経は脊髄傍血管を支配しており骨や筋肉の発育に関与している。ぎっくり腰は骨や筋肉の理由で起こっているから、原因は血管性ということになる。しかし、ぎっくり腰による痛みは知覚神経性である。この知覚神経は視床下部→S.C.の関連ではなく、あくまでぎっくり腰の局所で骨や筋肉に圧迫された局所の知覚神経により生じたものである。従って視床下部神経細胞蓄積→以下の機序は間違いである。S.C.が関連する場合は全身の痛みを生じます。

・下痢をする

「下痢しやすい」体質の他に迷走神経の関与する十二指腸潰瘍と膵炎を考えなければなりません。太っている陰虚、相対的陽実の方はよく冷たいものを飲む、下痢をする。体質が陰虚から陽虚に変ってくると下痢から便秘になる。十二指腸潰瘍の下痢も倦怠感が出てくると膵炎の下痢となりパターンが変わる。(表2)

表 2

	陰虚	十二指腸潰瘍	膵炎
便の量		多い	少ない
下 痢		サーッと出る気持ちのいい下痢	ベタベタ、中身は赤、黒、灰、色々
腹 痛		押さえると楽	押さえると痛い

・腰の奥の痛み

「腰の奥が痛い」のワンポイントは S.C.→AxIII の障害。迷走神経は関係ない事はないが、延髄の炎症により迷走神経が・・・は間違い。局所で出ているから S.C.から AxIII に出たもので、左、右、レベルの診断が大事。

・両下腿がつる

「つる」のは温度調節が悪いために起こります。よくつる人は余り運動をしない方で内臓にも支障が出やすい。つった時は足を強く蹴ると温度差が無くなり改善します。縄跳びやジャンプは内臓や骨、筋肉の刺激になり体温の調節になります。よくつる人の治療に縄跳び運動を是非使ってください。足腰悪くて縄跳びできない人は振動だけでも効果があります。