

# OPLL 友の会 会誌

2012年 春の号

大阪脊柱靱帯骨化症友の会



## 目 次

ページ

会長ごあいさつ .....	2
医療講演会記録「脳神経外科医からの脊柱靭帯骨化症へのアプローチ 低侵襲手術」 岡山済生会総合病院 脳神経外科 医長 伊勢田恵一先生 .....	5
医療講演会アンケート結果 .....	29
学習講演会記録 「難病とのつきあい方 免疫改善への特効薬!？」 三谷ファミリークリニック院長・京都府立医科大学漢方外来 三谷 和男先生.....	30

## ごあいさつ

大阪OPLL友の会の会員、ご家族、そして全国の同胞罹患者の皆様には日々お元気でお過ごしのことと存じます。今年は全国的に寒さが厳しく長かったですね。

大阪の金剛山では4月にもかかわらず降雪が記録されるなど気象の異変が感じられます。そのせいか今年ほど春の訪れを待ち遠しく思ったことはありません。今、関西地方では各地の桜が満開で、花見を楽しむ人たちが溢れかえっています。当会も4月5日に大阪城の桜の名所、西の丸庭園で花見会を開催し、久しぶりに花見弁当を広げながら、美声を披露していただくなど暖かく気持ちの良い春の一日を謳歌しました。しかし北海道の北見地方からのお便りでは、オホーツクの流氷の様子が届けられています。日本は南北に長いことが実感されます。北海道や東北の皆さんにも春の暖風をお送りしたいと思います。

当会も新年度は4月からスタートです。事業報告や本年度事業案などについては先般会報誌号外にて会員各位にお送りしていますので、ご参照下さい。

今年度の主な予定は年に4回の会報誌発行、随時ご相談の受付・会員間の交流、医療情報や国の施策、厚生労働省調査研究班の研究状況のお知らせ、医療講演会の開催、ブログやホームページを通じての情報の提供、月毎のミニ交流会の開催、秋の一泊研修交流会など予定していますので皆様には出来るだけ参加され、正しい情報を共有して、明るくお元気に生活して頂きたいと考えています。

去る3月25日に東大阪市民会館で行われた NPO 法人大阪難病連主催の学習講演会・医療相談交流会にて行いました当会の医療講演会では、当会の会員の主治医である岡山済生会総合病院脳神経外科の伊勢田恵一先生にご講演をしていただきました。ちょっと大阪北部の方には遠く感じられたにもかかわらず、70名を超える方が熱心に聴講されました。最先端医療技術で、少々生々しいですが、当日ご参加いただけなかった方や関係の方々にもお伝えしたく、今回の会報誌に講演録をカラーで掲載しますので是非ご一読下さい。また当日はトワ整骨院の与儀健太院長によるストレッチの実技・講義がありましたが、紙面の関係上次の機会に紹介させて頂きたいと思います。

振り返って見ますと、平成19年に前、岩崎会長が急逝され、急遽会長を引き受けることになり、すでに4年が経過しました。その間、副会長はじめ会員の皆様に支えられ何とか

会を運営してきましたが、当初実質的に40名程度の会員数が今や210名の大きな所帯になりました。日本は完全に高齢化社会になり、総人口の内65歳以上の方が3000万人を超えるようです。病気の特質から加齢と共に患者数が増える傾向があり、大阪だけでなく全国的にも患者数が増えそうですが、私達患者会が果たすべき役割は益々大きくなります。

限られた時間、人材の中ではありますが、悩み、困った末に辿り着いた患者会が果たすべき役割、責任は大きいと感じています。少しでも適切にアドバイスが出来るように心がけていますが、会員はじめ皆様の声も大切な情報になります。皆様の声を是非お寄せ下さい。

北は北海道から南は九州まで、当会を含めて22の患者会が有り、しかし関西圏では奈良、京都、和歌山には患者会がありません。これらの地域にお住まいの患者の皆様は殆どが、大阪、兵庫、岡山の会員となっておりますが、少しでもきめ細かいアドバイスを提供するためにも全国的に患者会を立ち上げる必要性があります。各自治体の保健所、難病連等とも連携しながら、身近に相談できる患者会の立ち上げに協力していきたいと思います。

普段の生活には適切なりハビリ、運動など自分で出来ることを惜しまず続けて下さい。そうすればきっと光が見えて来ると信じています。

#### 難病患者に光が見えてきました

去る4月13日の新聞記事に依れば、民主自民公明3党が合意し、これまでの障害者福祉サービスを定めた障害者自立支援法を改正し、障害者の範囲に難病患者も加えることが柱で、来年(2013年4月1日)施行をめざすことが報道されました。

これまで難病患者の立場は認定の範囲など不安定であったものが改善され、受けられる福祉サービス対象も増えていくものと思います。多くの方が制度の改善を望んでいましたが、ようやく一歩前進した感があります。この問題は今後詳細な内容が判明次第順次お知らせしていこうと思います。

会員、ご家族をはじめ、全ての方が、元気にお過ごし頂きますよう心より念じています。

大阪脊柱靭帯骨化症友の会 (OPLL) 友の会会長 中岡 甫



長浜名物「なれずし」の差し入れもあり ウマカットあ!



河上副会長は体が隠れるほどの大きなキーボードを背に、リュックの会長と共に阪神デパート特製花見弁当、ビール、酒、飲み物、シート、チェアなどを運んでくださったのですう〜

キーボードが歩いている!!



帰りもまだ重かった

## イベントのお知らせ

春に続き、秋の講演会（10月28日 日曜日 大阪北浜の「エルおおさか」にて開催予定）には出来るだけご参加の上、医療相談と共に交流を深めましょう。

また、秋の紅葉の美しい時にどこかあまり歩かなくても良いところで一泊交流会を開催しようと考えています。会員の皆様のアイデアを募り、出来るだけ多くの方がご参加の上、親交を深めて頂きたいと思います。

## 年会費納入のお願い

当会は年会費が唯一の活動資金です。会報をはじめ会の活動に必要な費用は全て会費でまかなわれています。会員数が増え活動が多くなると出費も増えてきます。各位には何かとご入用の折ですが納入方何卒宜しくお願い申し上げます。また恐縮ですが、会費未納の方は、是非とも早急にお振込みいただきたくお願いします。別紙にて会員各位の会費納入状況をお知らせすることにしました。行き違いがあるかも知れませんが、何卒事情ご理解いただきたくお願い申し上げます。

## 篤志を頂戴しました

会員の皆様の中から、匿名で賛助金として篤志を頂戴しています。ご芳名は公表出来ませんが、ご意志を尊重し、大切に活用させて頂きます。この場をお借りし会を代表しお礼申し上げます。

### 和歌山県難病・子ども保険相談支援センターからのお知らせ

#### 和歌山のほうにお住まいの方へ 後縦靭帯骨化症患者・家族交流会のご案内

日時：平成24年5月25日(金)13時30分～15時30分

場所：和歌山県難病・子ども保健相談支援センター

和歌山市紀三井寺811-1 和歌山県立医科大学附属病院3階

対象者：後縦靭帯骨化症患者・家族の方

申込み：5月24日までに電話かFAXでお申し込みください 参加費：無料

申込み・問い合わせ先：和歌山県難病・子ども保健相談支援センター

和歌山市紀三井寺811-1 和歌山県立医科大学附属病院3階

電話 073-445-0520 FAX 073-445-0603

本会報誌は平成24年度NHK歳末たすけあい（主催：NHK、NHK厚生文化事業団、中央共同募金会）による配分金による助成を受けて制作させていただきました。多くの方々のご寄付によるものです。ご寄付いただいた皆様に厚く御礼申し上げます。

今回、ご都合で参加できなかった方も、次のイベントには、是非ご参加ください



## 「脳神経外科医からの脊柱靭帯骨化症へのアプローチ」 ＝ 脳神経外科医による低侵襲脊椎手術 ＝ ご講演記録

岡山済生会総合病院 脳神経外科  
医長 伊勢田恵一 先生

岡山済生会総合病院 脳神経外科の伊勢田と申します。  
お寒い中お越しいただいてありがとうございます。今日は、

少しでも有意義な会になるよう頑張りますので宜しくお願いします。



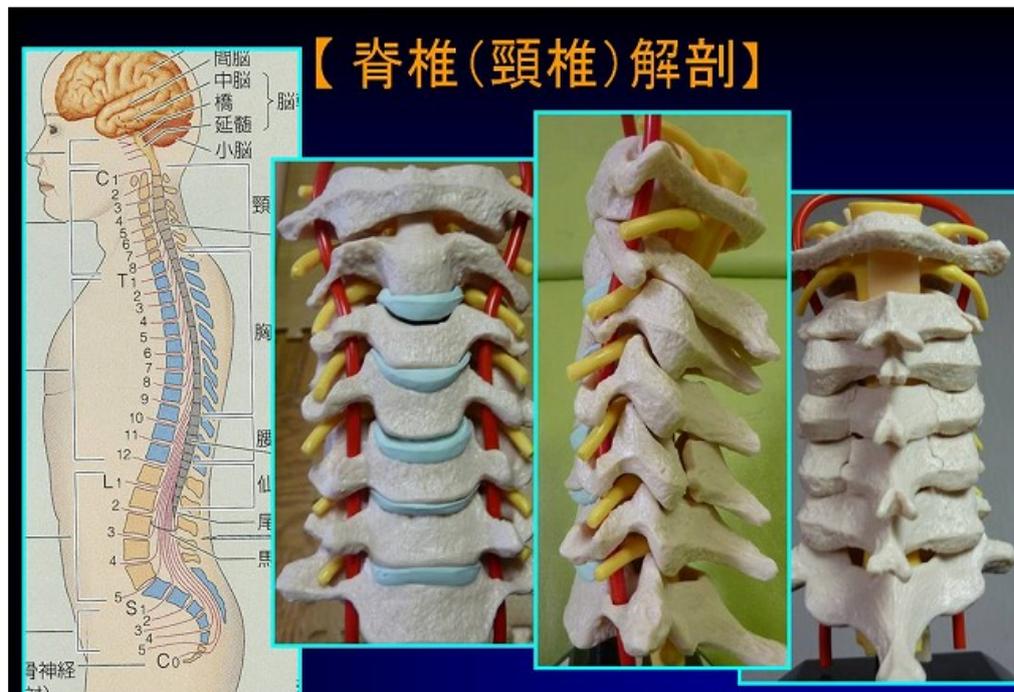
**脳神経外科医による  
低侵襲脊椎手術**

—岡山済生会総合病院—

伊勢田 恵一、 中島 正明、  
後藤 浩之、 高橋 健治

今日のサブタイトルは頸椎の3cm切開ということになっていますが、私達、岡山済生会総合病院 脳神経外科が実施している脊椎手術全般のお話も出来たらと思います。

御存じかも知れませんが一応脊椎の解剖のほうからお話したいと思います。左上が人間の脳です。

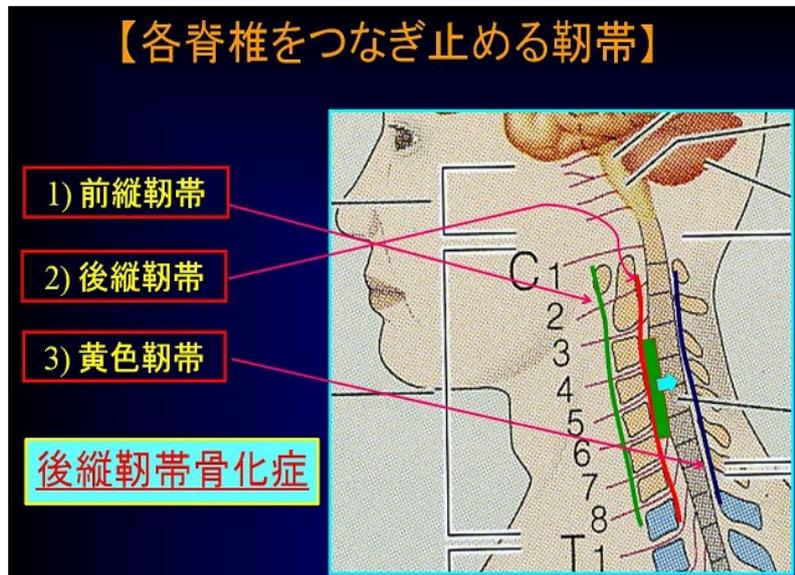


これが脊椎です。脳から発せられた神経の束が脊髄です。脊髄から神経が手足の方に分かれています。これは脊柱管という骨の管です。脊椎動物に共通の構造ですが、脊髄を守りながらも動ける構造を作る

ために、脊椎が一個一個 椎体という分節になっていて、その間にクッションと関節の役割をはたす椎間板とがあります。右から2番目の図が脊椎を横から見た図、一番右が後ろから見た図です。脊椎

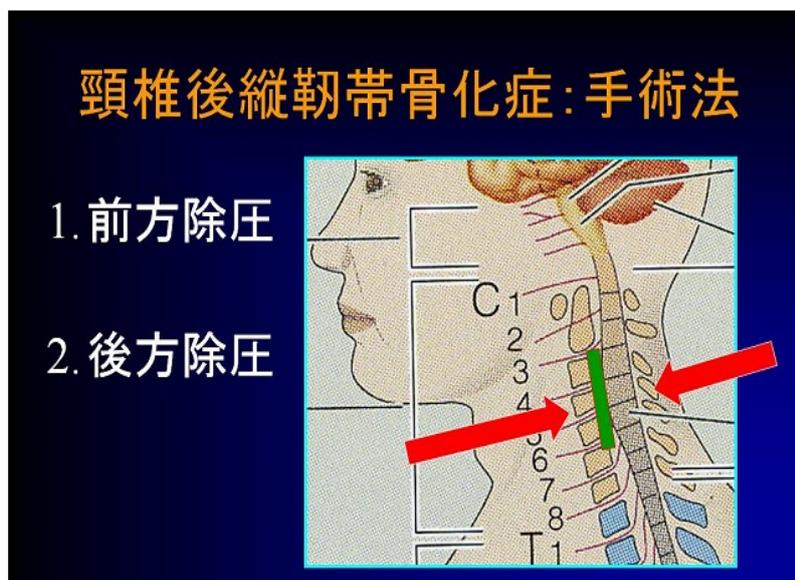
の後ろに棘突起(きょくとつき)と言う、屋根にあたる骨がずっと腰の方まであり、脊髄を保護しています。年齢が高くなってくると、骨がずれてきたり、椎間板ヘルニアが出てきたり、いろんなことが原因で脊柱管が細くなって脊髄を圧迫したりします。

まず頸椎についてお話します。脊椎は椎体という分節になって連なっていますが、各椎体がバラバラにならないように、椎体を靭帯がつなぎ止めています。まず前縦靭帯、椎体の前にあるので前縦靭帯といいます。後縦靭帯、これは脊髄の前にあるのですが椎体の後ろにあるので、後縦靭帯と呼ばれています。もう一つ、黄色靭帯というのは、脊髄の後ろで、脊柱管の後方の壁を這っている靭帯を言います。つまり脊椎は3つの靭帯でつながれています。



バラにならないように、椎体を靭帯がつなぎ止めています。まず前縦靭帯、椎体の前にあるので前縦靭帯といいます。後縦靭帯、これは脊髄の前にあるのですが椎体の後ろにあるので、後縦靭帯と呼ばれています。もう一つ、黄色靭帯というのは、脊髄の後ろで、脊柱管の後方の壁を這っている靭帯を言います。つまり脊椎は3つの靭帯でつながれています。

後縦靭帯骨化症というのは後縦靭帯の一部が骨化して分厚くなって前から脊髄を押すということにより神経症状が出るものを言います。脊髄が圧迫されて症状が出ると、内科的に薬を飲んでも靭帯が細くなるわけでないで、手術をしないといけないということになります。



手術には大きく分けて2つの方法があります。前方法と後方法です。いずれも脊髄への圧迫を無くすことが目的です。

まず、前方除圧法です。この方法のメリット・デメリットについてお話します。左側の画像が手術前の脊椎を横から見たものです。この白くなっているのが後縦靭帯骨化です。この狭いところを脊髄が通っています。前方法というのはこの前の脊椎を取って骨化した靭帯を取るという方法です。骨化した靭帯を取るということは、直接、骨化病巣を除去するという根本的な治療方法ではあるわけです。ただその過程で骨化部の椎体を除去し、代わりに、自家骨や人工の椎体(ゲージ)を入れなければな

## 前方除圧法

- 利点
  - 直接骨化病変を除去
- 欠点
  - 脊椎の屋台骨である椎体を除去→不安定化
  - 多椎体病変は不適
  - 癒合まで長期間を要す
  - 隣接椎体病変の惹起
  - 出血多い
  - 術後の合併症多い (感染、代替骨の脱転)

か、自分の骨を入れるのですが、入れてしまえば終わりではなく、これが上下の椎体とくっつかないといけないので、1年ぐらい待たないと手術が成功したかどうか分からないということになります。くっついてしまうと、それで絶対安心というわけではありません。結局、この方の場合、4つの椎体が一つのユニットになっているわけで、4つが1つの椎体になるということは、この上下の椎間板に非常に負荷がかかってくることになり、すると、こういうところに骨が飛び出してきて脊髄を圧迫して、新たな症状の出現が懸念されます。もちろん脊椎をこれだけ取るので出血量も多く、術後合併症が危惧される、メタルを入れるので感染の可能性とか、入れた骨が外れてしまい、それが前に飛び出すと食道に穴が開くとか、後ろに飛び出すと脊髄を圧迫するというのも稀ながらあります。そんなことで、現在はこれだけの椎体を取ってしまうという事はあまり無いと思います。もちろんうまくいくこともあるのですが、なかなか侵襲の大きな術式になってしまいます。この中に手術を受けられた方も多くいらっしゃると思いますが、このような理由で、多くの方がこれから述べる後方除圧という方法で治療を受けているのではないかと思います。

後方除圧には基本的に二つの方法があり、一つは椎弓切除法と言い、脊柱管の後ろの屋根である

### 【後方除圧法①：椎弓切除】

⇒ 脊柱管の屋根(椎弓)を切除する: 古典的

らないという欠点があります。つまり脊椎の屋台骨である椎体を除去するので、かなり脊椎は構造的に不安定になってしまうことがあります。

OPLLの方では、上下に長い骨化病変があることが多く、複数個の椎体を取る必要があります。そうすると、将来にわたって安全に脊柱を支えられない可能性がでてきます。また、椎体を除去したところに人工の骨と

椎弓を取ってしまうという古典的なやり方で、日本ではあまりこの方法を採用される先生はいらっしゃらないと思います。この椎弓というのは弓矢の弓のように見えるので椎弓と言います。これは模型ですけれども、棘突起という真ん中に突起があります。これとともに椎弓を全部取ってしまうと脊髄があらわになって後ろに脊髄が逃げるのです。これは技術的には簡単ですし、最初に

脊髄圧迫を取る方法として考案されました。

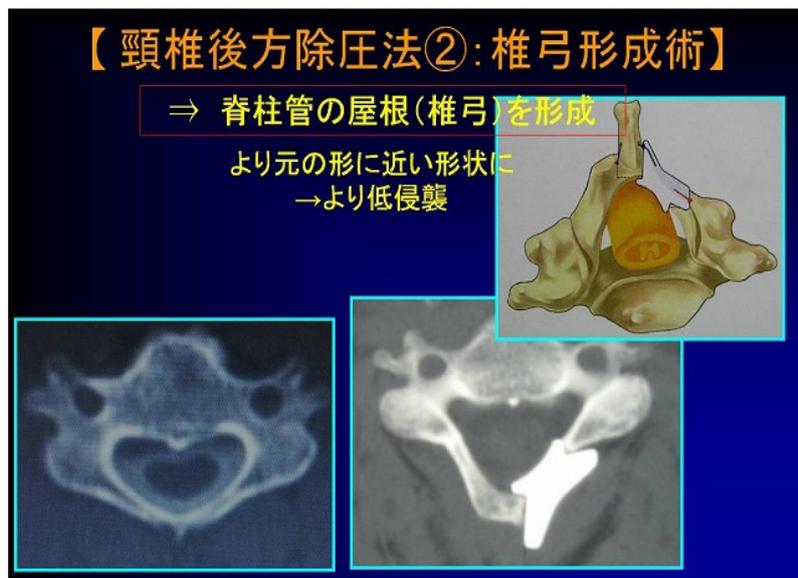
ただこれにはいくつか問題がありまして、後方にある支持組織である骨や靭帯の相当量を損傷してしま



まうので、とにかく術後痛い。そして、長期的には変形して、脊柱が前のめりになっていくことが多々あります。このOPLLの方では、後ろの椎弓を切除しており、後ろの骨構造は何もありません。数年後には、頸椎が前のめりに倒れてきており、頸椎が後ろにせり出しています。後ろの構造物はありませんが、脊髄は、このせり出してきた脊椎に

圧迫されるようになり、10年ぐらいたつとまた脊髄の影響が出てきてしまうんです。そこらをどうするかということがなかなか難しいのですが、短期的にも長期的に問題を抱えてしまうというのが椎弓切除術です。欧米ではまだこの術式でやっておられる先生もいらっしゃるようです。

もう一つの後方除圧法が、椎弓形成術で、よりモダンな方法です。椎弓を取ってしまうのではなくて



形成してあげようという方法です。この方法が日本の脊椎後方手術のメインストリームです。術後の脊椎はより元の形に近い状態となり、より低侵襲ということになります。左が手術前、右が手術後です。いわば、狭くなった家の屋根を高くして空間を広げてあげようとする家のリフォームみたいなものです。取ってしまうよりずっと良いということで、いろいろなやり方があります。



頸椎の椎弓形成術は、通常ですとだいたい2番から7番までするんですが、この患者さんはたくさん箇所ですべて受けておられます。この範囲の圧迫を取って、頸髄全体を後ろにシフトさせるというのが基本的な

コンセプトです。

1、2か所というのはなくて、全体を上げるというのが椎弓形成術です。前方除圧法と違って、多くの箇所でも病変があっても対応が可能です。これが椎弓形成術などの後方除圧の特徴です。

頸椎椎弓形成術には、多くの術式がありますが、これらの多くが、日本の整形外科の先生方によって

## 本邦の頸椎椎弓形成術

- 多くの方法が、日本の整形外科の先生によって開発
- 頸椎後方除圧に関し、世界をリードしてきた
- 日本の患者さんは、世界的にみても、進んだ治療を受けてこられた



開発されており、歴史のみと、世界的に日本の整形外科の先生方がこの分野をリードされてきました。左の写真が片開き式、右が両開き式です。いろんなスタイルがあります。そういう意味では、日本の患者さんたちは世界的に言っても相当進んだ治療を受けてこられたんだと思います。

## 椎弓形成術の問題点

### ① 術後の頸部、肩、上背部の痛み（軸性疼痛）

- 未来の予防に見合わない痛み



### ② 頸椎の前方への変形（前傾化）

- 頑固な頸部・肩痛の遷延化
- 歪みにより、さらに頸椎の変性が生じ、神経を圧迫
- 新たな神経症状の発現



ただ問題がないわけではないんです。まず一つが術後の痛みです。頸部、肩、上背、肩甲骨の間とかが痛みます。かなり痛む場合があります。特に頑固な疼痛を軸性疼痛と言っていますが、これが患者さんの術後満足度を下げていると思います。

脊椎の手術というのは、もちろん症状は良くなることが多いのですが、基本的には未来の神経症状の悪化を予防をする、というのがメインのコンセプトです。患者さんは未来どうなるかということとはなかなか想像がつかないです。そこへ痛みが来るんですね。未来の予防に見合わない痛み、軸性疼痛が発生しますと、患者さんも苦しめますし、私



たち術者も悩みます。頸椎の骨性の支えは前方にあります。筋肉の支えは、後ろに集中しています。手術では、それらをはがすために痛みが出ることになります。頸椎は後ろに反っていますが、それを支えているのがこの筋肉です。これをはがしてしまうと頸椎が前に傾いていってしまうので、そのあとどうなるかという常に首の後ろからの筋肉が引っ張られてしまうので、結局首や肩の凝りになってしまいます。また脊椎が歪んでしまうので、のちのち、脊椎の変性が進行し、骨や椎間板が飛び出して、脊髄を圧迫し出したりすると新たな神経症状が出てくることもあります。術後疼痛と術後の脊椎の歪み、この2つが椎弓形成手術の主な問題点です。

いくつかの問題点を抱える椎弓形成術なんですが、私達は脳神経外科で患者さんの治療で培って

### 脳神経外科手術

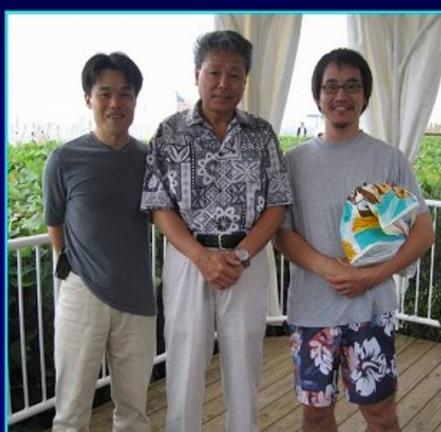
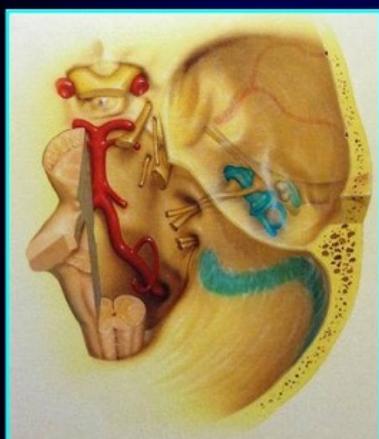
- このような問題を克服するために、脳神経外科医として修練を積んできた我々が、如何に貢献しうるか
- 我々が、行っている脳外科手術を紹介（顕微鏡下手術）

きた方法が、これらの問題の解決に生かせないか、貢献できないかと考えてきました。そのことは後にお話しますが、その前にまず私達が普段やっている顕微鏡下の脳外科手術の内容をご覧になっていただくと、その後のお話が少し分かりやすいかと思えます。

私達が得意としている手術に、頭蓋底外科というのがあります。左の図は脳を取り去って頭を上から

### 頭蓋底外科

- 脳神経や血管が通過する頭蓋骨の底を切削し、これまで到達不能だった領域の病変を手術する

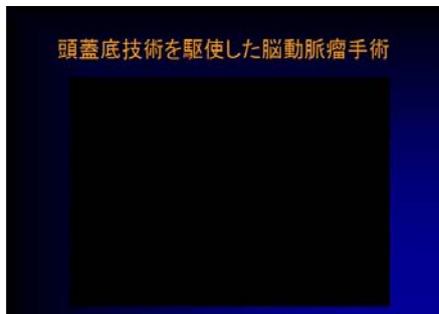


見ているところです。この上に脳が乗ってるわけですが、これが頭がい骨、頸動脈、視神経です。目を動かしたり、舌を動かしたり、喉を動かしたりする神経があります。これらが骨の中に入っているため、外から、何がどこにあるか分かりにくいのです。また動脈、静脈もたくさんあります。そ

ういうところをドリルで削って、頭がい骨の底にある病変を手術する、そういうことをするのが頭蓋底外科です。今まで到達不可能と言われて来た病変が、到達できるようになり、昔できなかった治療ができようになりました。1990年代初頭あたりから発展した頭蓋底外科。そういうのを我々は広くやっています。右の写真の真ん中の方は、テレビで皆さんにもおなじみの福島先生です。先生は脳腫瘍などの世界的エキスパートですが、実は、この頭蓋底外科の世界的なパイオニアの先生です。私達も福島先生の手術を何回も見せていただいています。これはフロリダで福島先生の主催する実

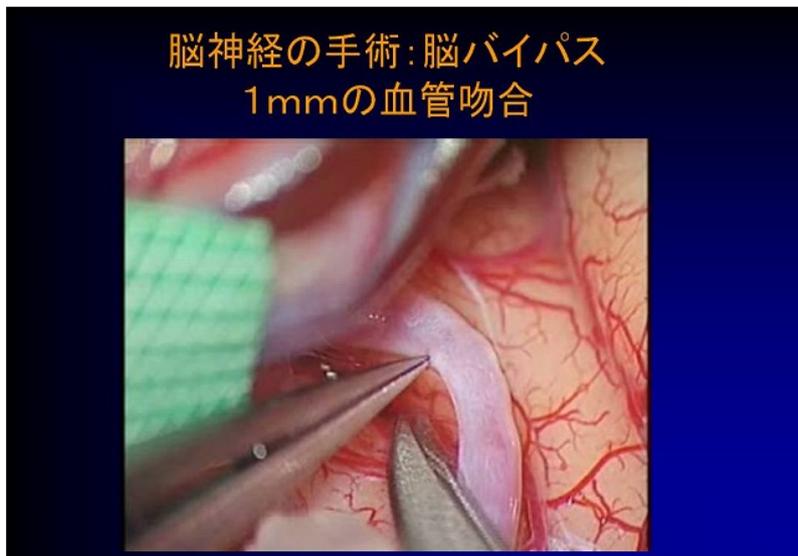
習に参加したときに一緒に撮った写真ですけれども、福島先生からもいろいろご指導を受けて頭蓋底外科の修練をしている、こういうのが私達の特徴です。

頭蓋底外科の技術を使った脳動脈瘤の手術のビデオをご覧ください。



これが頭蓋底の骨です。それを慎重にはがして。これがドリルです。すぐ下に頸動脈があって、これを損傷したら命にかかわります。ここに視神経があり、ここを損傷してしまうと眼が見えなくなります。ここは3mmぐらいの空間です。やはり血が出たら見えないので、とにかく止血の技術を何通りも持っていないといけないのです。頸動脈の周りですね。肉眼で見るとたいしたことないんですけど、細かい作業をするので、こういう血をいかに止めるかということが非常に大事です。この黒いのが動脈瘤なんですけれども、これが視神経。これが頸動脈。こういう形でミリ単位の作業をしています。

もう一つの例ですけれども、脳のバイパスですね。頸動脈が詰まってしまった人は脳梗塞になりやす



いということ、頭の皮膚の血管を脳に移植する手術です。最近テレビでもおなじみで、日本で一番の脳血管外科の腕をもつ上山先生のところへ何回も行って勉強しました。

これは脳の動脈を切開しているところです。ここに血管を吻合(ふんごう)していくわけですけど、血管を遮断していますから血が流れていないのです。ですから時間的制約があります。

1時間もかけたら脳梗塞になってしまいますので 20分、30分でこれを結び上げないといけない。こ

れが針です。肉眼では分かりません。これが髪の毛よりずっと細い縫合糸です。これを片側6-7針、計12-14針縫います。ある時間制約の中でやらないといけないので、始まったらやり遂げるしかありません。これが完成です。こういう修練をしてやってきた私達が脊椎の治療に何か新しい息吹を起こせないかという、それが我々済生会の診療テーマです。日本の治療、これは整形外科の先生方がけん引してやってこられた、これはもう間違いありません。



私達、脳外科で培ってきた治療技術を用いて脊椎疾患で困っておられる患者さんにさらにお役にた

## 岡山済生会 脳神経外科の 脊椎治療における診療テーマ

- 世界的にも優れた日本の脊椎治療は、整形外科の先生方がけん引されてきた。
- **脳外科治療で培ってきた治療技術を用い、脊椎疾患で困っておられる患者さんに、さらにお役に立てることはないか。**
- 欧米では、脳神経外科医が脊椎治療をすることは普通のこと
- アメリカの脳神経外科手術の6割は、脊椎手術

てることは無いか、それをテーマにあげています。欧米では脳神経外科が脊椎を手術するのは普通のことです。アメリカの脳外科手術の6割は脊椎手術です。

ちょっと前置きが長くなりましたが、我々がいろいろ考案した低侵襲手術について、これからお話をさせていただきます。

低侵襲手術をする目的は局所の組織損傷を如何に低減するかということです。これはこれからお話し

## 頸椎椎弓形成術：岡山済生会の方法

### 低侵襲脊椎手術：

1. 局所の組織損傷の軽減化(かぎ穴手術)
  - 術後の痛み軽減
  - 正常構造を極力温存し、構造的脆弱化を極力抑える
  - 早期の離床(翌日より)・家庭・職場復帰
  - 美容的にも良い
2. 体全体にも優しい手術(側臥位による手術)
  - 高齢の方、心臓病、糖尿病、肥満などの全身合併症をお持ちのかたでも、安心して受けられる手術  
(血のさらさら薬を、原則中止しません)

する鍵穴手術ということになります。それによって術後の痛みが少ない、正常構造を極力温存して構造的脆弱化を極力抑えるということ、術後の痛みが少ないので、早期の離床、当日ないしは翌日から 80 代のおばあちゃん、おじいちゃんでも歩いていただけます。とにかく家庭、職場復帰を早期にさせていただき、さらに美容的にも良い、そういう方向を目指しています。

私達は脊椎だけを見ているわけではなく、体全体を見えています。より体に優しい手術をしたいということで、通常腹臥位で行うところを、側臥位で行う手術を考案しました。これによって高齢の方、心臓病、糖尿病、また肥満の方、全身合併症をお持ちの方でも安心して受けられる手術を目指しています。良く血のサラサラ薬をお飲みの方では、手術の1-2週間前にやめてくださいと言われますけれども、我々の施設では、原則、サラサラ剤をやめません。やめる方が全身にとって危ないという風に考えています。これはやはり止血技術を如何に持っているかによってなされるものかと思えます。

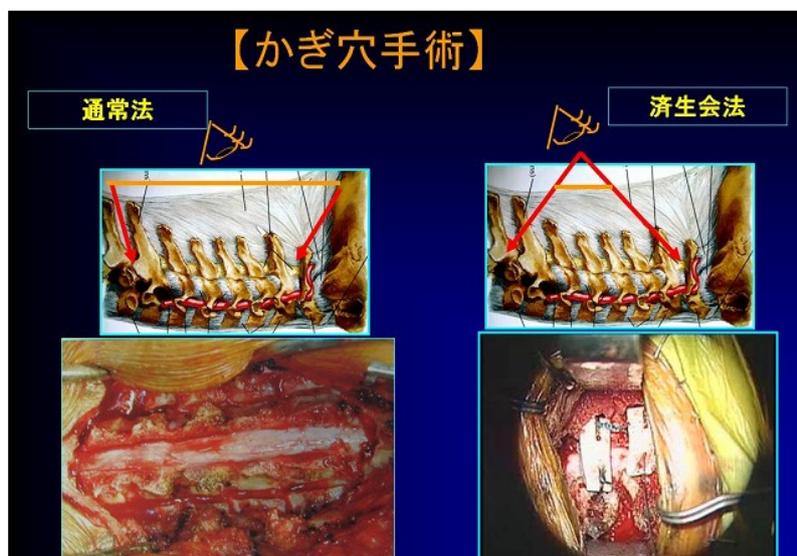
それではこれから具体的に鍵穴式頸椎椎弓形成術をお示しいたします。まず特徴なのが、3、4センチの極小横切開というものです。



通常は、首の真ん中を10-15センチぐらい切るのがスタンダードな方法だと思います。また、ふつうは縦に切開を置きますが、私達は横に切ります。3-4cm。これが大きな特徴です。

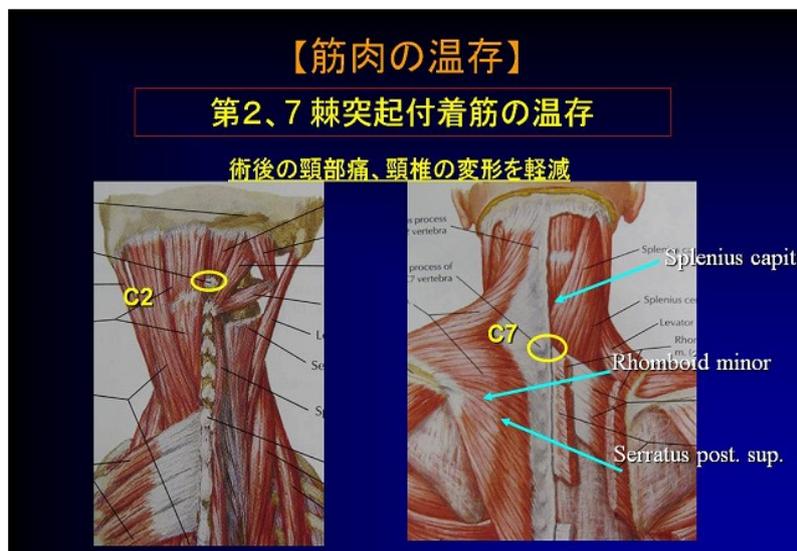
左の図のように、手術したい奥の構造物より皮膚を大きく切るのが外科の基本です。露天掘り式です。鍵穴手術というのは右の写真のように、皮膚を切るところ

は小さく、中を広くということで、組織損傷を極力少なくする考えです。

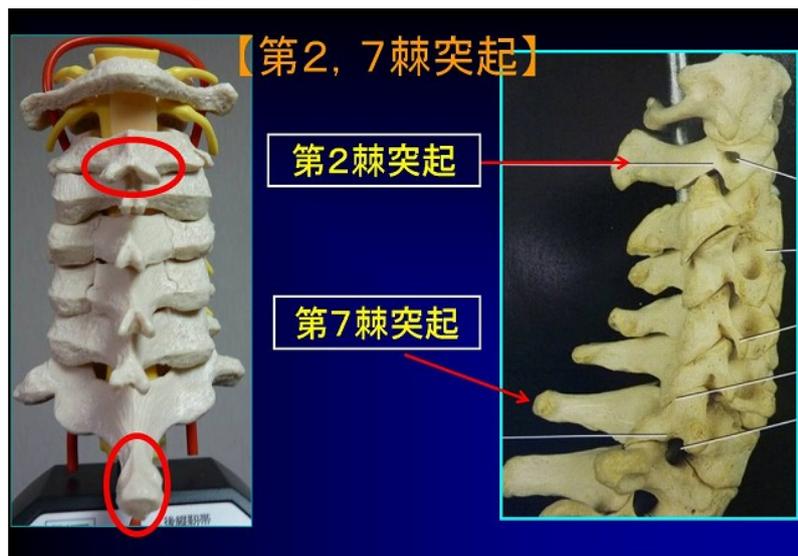


ただ鍵穴手術の場合は術野全体を一度に眺めながら手術することはできません。セグメントごとに処置をするということで見えないところがどうなっているかということを想像しながらやるわけです。

それと、如何に中の組織を大事に扱うかということ、特に筋肉の温存です。特に2番と7番の突起の付着筋を極力はがさない、ここにはたくさんいろんな筋肉がついています。3番から6番の突起とは違ってです。

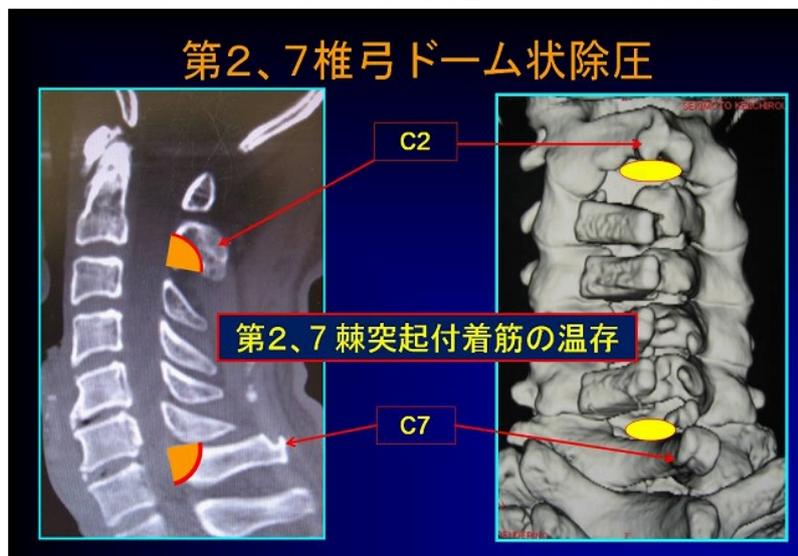


これは骨の構造を見ていただくと分かるのですが、2番と7番棘突起というのは、ほかより大きいんで



す。大きいということはたくさん筋肉が付いているということです。3から6と違って2と7は筋肉を支えるうえで、大事な役割を担っています。頸椎は後ろに反っています。頸椎を後ろに反らせるために必要な筋肉が主に2つに付いているんです。そのようなことで2番と7番の突起の筋肉を温存することを絶対にしていきます。

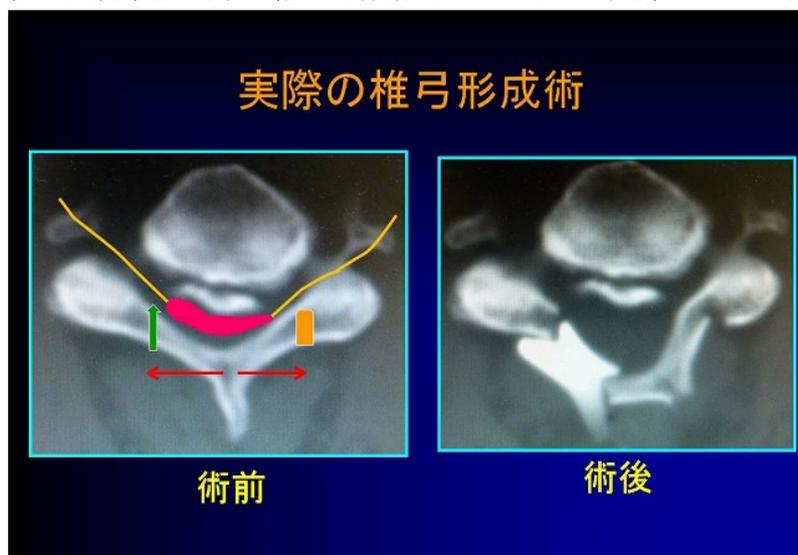
では、どのようにして2番と7番の突起についている筋肉を温存しつつ、この二つのレベルでの脊髄



圧迫を除去するのかが問題になります。これは、ドーム状除圧という方法で解決できます。鍵穴で斜めから行きますので、このとがったところを削ればいいのです。2番から上の脊柱管は広いので処置は不要です。下方は胸椎になるので処置は不要です。もちろん胸椎OPLLの方もまれにありますけれど、多くの方々は頸椎がメインです。2番と7番の棘突起の根本をドーム

ム状にくりぬけば、この部位の脊髄圧迫はとれるんです。このようにすれば、2と7番の突起に付着している筋肉は全部温存できるということになります。これによって大切な筋肉が温存できます。

次に実際、どのように椎弓形成術をしているかいうと、これはいろいろスタイルがありますが、私達は



片開き式です。CTスキャンで見た頸椎です。ここに後縦靭帯骨化があって、このレベルの脊髄がかなり押されています。脊髄から神経が左右にこう出てくるわけですけど、骨化の形を考えながらどこに骨の切削線をおけばよいか考えることが大事です。どこを切除してどこに溝を作るかを考えず、あまり切削部位

が真ん中に寄りすぎると、圧迫が十分取れません。骨化の形態を見ながらミリ単位で溝を掘る場所を調整します。術後はこのようになります。脊柱管は広がっています。こちら側を切断してここに人工の骨、リン酸カルシウムの人工の骨をスペーサーというカタチで入れて、形成した椎弓がもとの形に戻らないようにします。これが、私達がやっている椎弓形成術です。

### 椎弓形成術：顕微鏡手術



これは実際の横切開の手術のビデオです。私達は脳外科なので、顕微鏡下でやります。顕微鏡というのは内視鏡ではなくて、基本的には非常に細かいところまでよく見えて、2つの手が同時に使えますので、細かいことが圧倒的に良くできます。

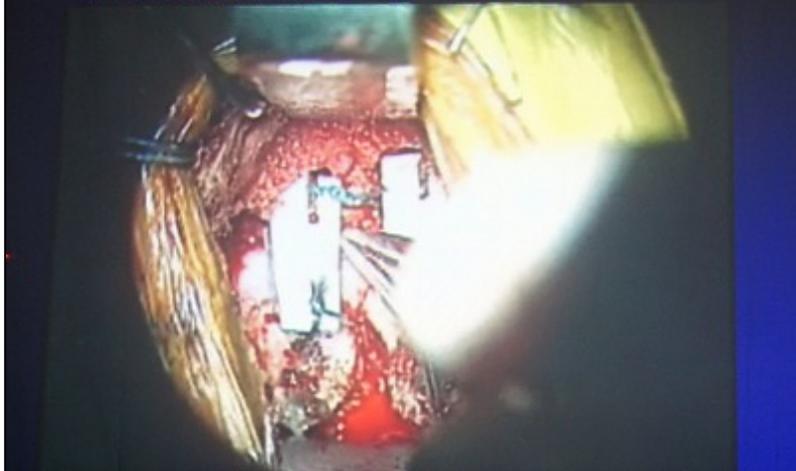
### 椎弓形成術：顕微鏡手術



これはこうはがし、こっちははがしません。ドーム状に脊椎をくりぬいて、これは2番です。

脳外科で培った微細なドリリング技術で椎弓の溝を作って、糸を通してスペーサーを3から6まで、これをきっちり糸で固定します。これだけがっちり結びますので、術後どんどん動いてもらっても動く心配がありません。

### 椎弓形成術：顕微鏡手術



# かぎ穴式椎弓形成術

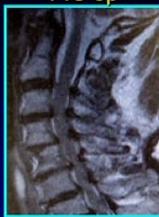
## <結果>

この鍵穴式椎弓形成術の術後結果を次にお示しします。患者さんは、皆さん、術当日もしくは翌日

**【結果1】**

- 術当日もしくは翌日より歩行開始  
頸椎カラーは、術後3-4日のみ装着
- 在院日数：平均 12.3日
- 術中出血量：平均 60ml
- 創部感染：なし
- 周術期合併症(心血管系、肺塞栓、脳梗塞)：なし

Pre-op



Post-op



に歩行を開始され、頸椎カラーは術後 3~4 日のみ装着、在院日数はだいたい 12、3 日。若い人で1週間足らずで退院される方もいらっしゃいます。術中出血量 60mlぐらいで少ないです。血のサラサラ薬飲んでいても問題無いです。創部の感染は一例もありません。横向きにやっていますので、周術期合併症もありません。

骨化症の症状の改善率。これは 60 パーセント。これはだいたいどの主要施設ではこれくらいになります。

**【結果2】**

- 平均追跡期間：2年2ヶ月(1-4年)
- JOA score：平均改善率 57.9%
- 軸性疼痛：2例(2.6%)  
→ 一過性
- 運動障害：1例(1.3%)  
→ 一過性(数日で消失)
- 感覚障害：5例(6.4%)  
(neuralgia様) → 一過性(1-2週間で消失)

術前



術後



す。神経症状の改善具合は、低侵襲でも高侵襲でも大方同じです。問題の軸性疼痛ですが、頸部痛が1カ月以上続くというのが2例ですね。しかし一過性でしかも治りが早いです。何カ月も続く方はいらっしゃらないです。

術後 運動障害は1例、一過性、数日で消滅。感覚障害は 6.4% ですが、これも一過性です。これらの合併症は手術の問題で

はなく、圧迫された脊髄が開放されたことに起因するもので、これはゼロにはできません。けれど基本的に一過性のことが多いといえます。骨は右下の画像のようにきれいに形成されます。

術後の頸椎の並びについてですが、先ほどあった頸椎が前に傾いてくることが問題になるわけ

### 術後の頸椎の並び



- C2/7角:  
(全体) 術前 +6.8°  
→ 術後 +7.2°

**頸椎の彎曲は、術後不変**

↓

**前傾にはならない**

ですが、この鍵穴術式がどうかということですが、2番と7番の脊椎の角度で評価してみると、術前6.8度、術後7.2度となり、頸椎の彎曲は術後も変わっていません。総じて、術後頸椎は前傾にはならないということで、非常に良い結果になっています。

中には変形が矯正される方もいらっしゃるって、前のめりになっていても術後ちょっと後ろそりになり、

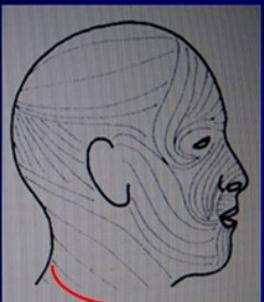
### 頸椎の変形の矯正



理想的な傾きを獲得する方もいらっしゃいます。前のめりの方はさらに前のめりになると問題が出てきますので、術前から前のめりの状態の頸椎に対してもプラスの結果が出ると思っております。

### 【横切開: 美容によい】

頸部の皮膚割線(しわ)は、横に走る  
→ 縦より横切開の方が、美容的にも良い



それと最後に横切開の結果です。美容的に良いといわれる横切開です。首のしわというのは横なんです。しわに沿って切るというのが形成外科の原則です。皮膚割線と呼ぶのですが、それに沿って切開するとききれいになるんです。

衿シャツだと切開線は見えないんです。衿シャツを取るとこんな感じなんですが、きれいな創ですね。

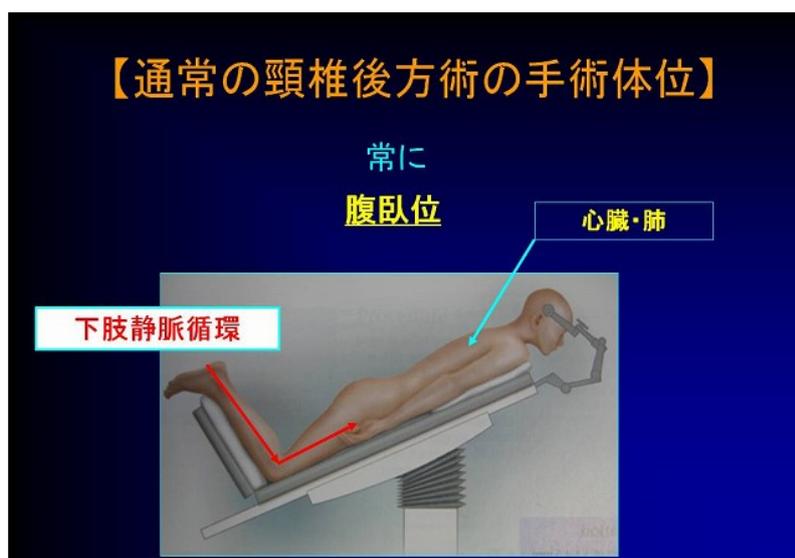


左の若い女性では、切ったところが分からなくなってしまいます。ご高齢の方では、しわに沿って切るのでどこを切ったか分かりません。陥没も少ないです。この右の方は10年くらい前に脊椎の手術をされて、縦にだいぶ切られています。これと今はだいぶ違うと思うんですけども。こういう横切開は全国でも岡山

済生会病院だけのオリジナルです。おそらく世界でもこの術式をやってる先生はいらっしゃらないと思います。それが一つ、頸椎の局所的な低侵襲手術ということです。



もう一つ、私達の手術の特徴として、「体全体に優しい手術」、2番目のテーマですね。これに対して



私達は側臥位というのを取っています。脊椎の後ろの手術は100パーセント腹這いであるというのが常識です。ただ腹這いというのは人間にとって一番負担のかかる姿勢で、まず足の静脈の循環がここでかなり圧迫を受けますので妨げられます。そうすると足に血栓ができ、エコノミークラス症候群という一番恐ろしい合併症ですけれど、そういう致命的なことが起こりやすくなります。

それとももちろん腹這いで圧迫を受ける心臓とか肺に負担がかかります。

我々は横向きにやります。横向きというのは体全体に腹這いよりずっと優しい。心臓、肺に低侵襲で、

**【済生会法】**

**側臥位**

**・体全体に優しい**



- 心臓、肺に低侵襲
- 下肢静脈循環良好。下肢血栓症(肺塞栓)が起こりにくい。
- 高齢、心臓・肺の持病をもった方、肥満・糖尿病の方でも安心

そして先ほどの足の静脈循環が妨げられにくいので、下肢血栓症が起こりにくいのです。足の血栓症というのは肺に飛ぶと恐ろしいことになりますので、これは非常なメリットかなあとと思います。あとは高齢、心臓 肺の持病を持った方、肥満の方、肥満の方はおなかに相当の圧迫を受けますので、やはり腹臥位手術はかなり気持ち悪いですね。糖尿病の方にも安心という側臥位手術というのは体全体に圧倒的に低侵襲ではないかと思えます。

側臥位手術というのは体全体に圧倒的に低侵襲ではないかと思えます。

私達の頸椎弓形成手術の 2 大看板、「極小横切開、側臥位」。これを「後方鍵穴手術」でおこなう。

**[ 済生会での頸椎椎弓形成術 ]**

**極小横切開**



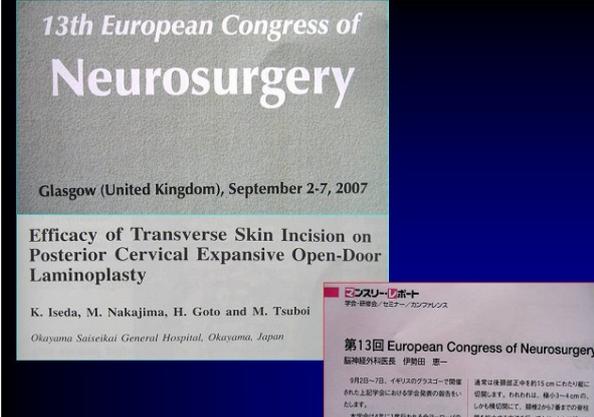
**側臥位**



**< 後方かぎ穴手術 >**  
岡山済生会のみのも独特の方法

岡山済生会独自の方法で、世界的にも私達だけの術式だと思えます。そんな独特の方法で私達はやっています。結果も今までと比べて良い結果が出ているのではないかなあと考えております。

国際学会でも我々はたくさん発表させていただいてきていますが、やはりこういう術式を実施している施設はありません。



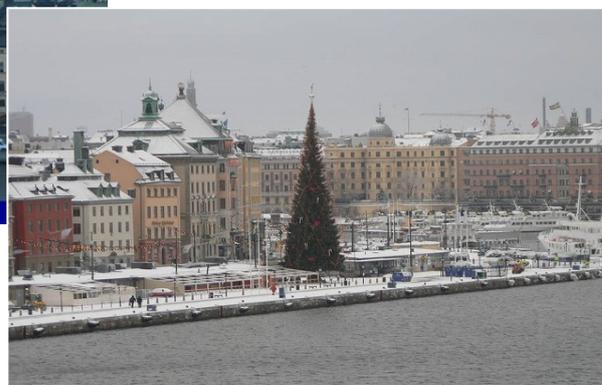

ここで少し話題を変えさせていただきます。私はスウェーデンに留学していたことがあります。ノーベル賞で有名なところですが、この年は、ピロリ菌と言って胃潰瘍の原因になる菌を発見したオーストラリアの方が受賞したりされています。この真ん中上の写真、脳外科の病院で、すべて脳外科の病棟です。彼らは集約的です。札幌ぐらいの都市ですが、脳外科は一ヶ所しかないんです。そういう風な医療事情、日本とはだいぶ違います。



これがストックホルム、北欧のベニスとか呼ばれていますが 湖の中にきれいな都市があります。



冬はかなり冷え込みます。冬は長いので長い冬を如何に楽しく過ごすかという知恵が随所にみられ、暗い冬でもなかなか楽しい街です。



夜になると幻想的なきれいな街でした。

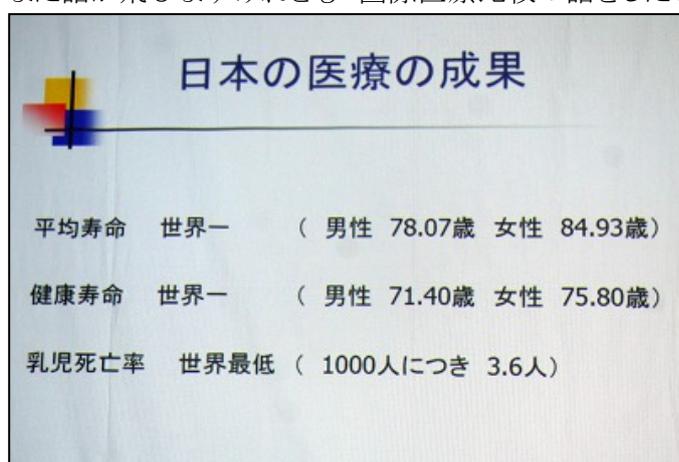
長い冬が明けて雪解けになると華やいで、みんな外に出だします。この写真は 3 月ごろ、ちょうど今頃です。



この写真ですが、私はどうでもいんですが、後ろの男性二人に注目してください。二人の男性が、乳児をベビーカーにのせて、公園を散歩している、そういう光景が普通に見られるのです。男性の育児参加が世界一発達していると思います。最近の私の家庭参加度は、彼らには程遠く、この写真を見るたびに、妻に怒られています。スウェーデンで何をみてきたの、とよく言われています。

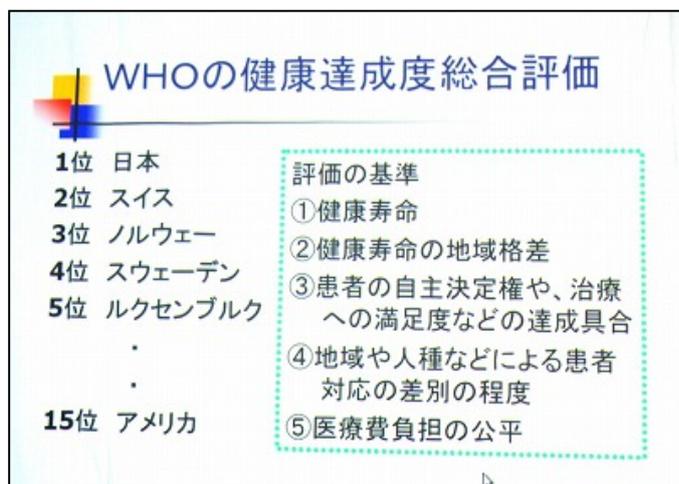


また話が飛びますけれども 国際医療比較の話をしたと思います。これからの日本の医療をどうしたらよいかを、考えるきっかけにはなるかと思います。

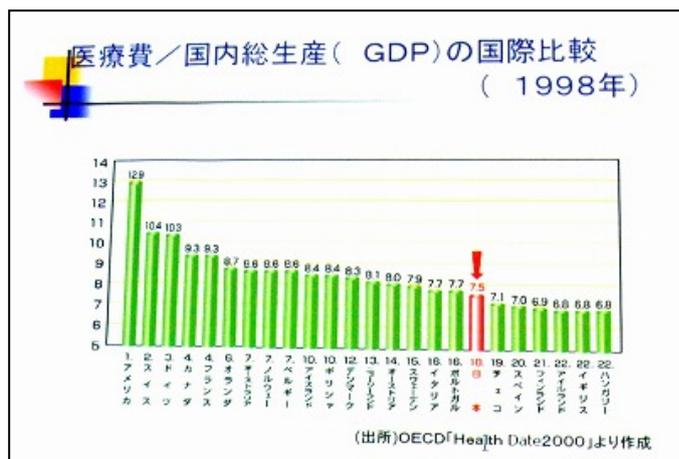


これはちょっと前のデータですが、日本人の平均寿命は世界一です。健康で生きている年齢も世界一です。

数年前、産婦人科の先生方が叩かれましたけれども、実際日本の乳児死亡率は世界一低い、世界一乳児が死亡しないというすごい国です。

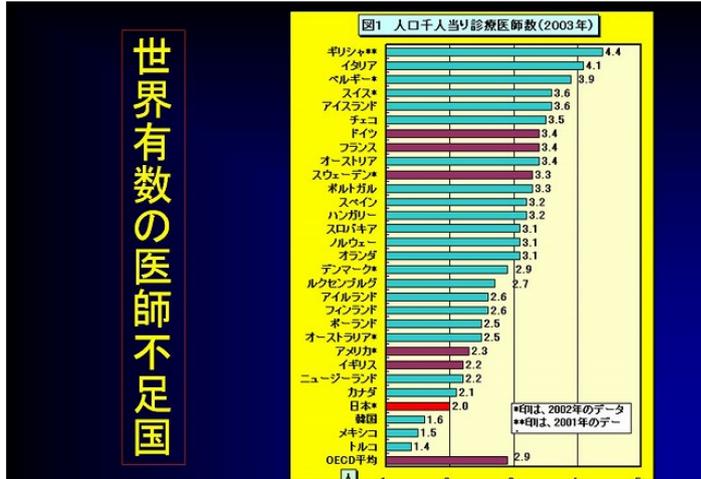


WHOの健康達成度総合評価では、日本がナンバーワンです。健康寿命が長い、地域間格差が無い、患者さんに治療決定権がある、地域差や差別が無い、お金持ちもそうでない人も公平な治療が受けれる、これらの総合評価で、世界一というWHOの評価を受けている、素晴らしい国なんですね。

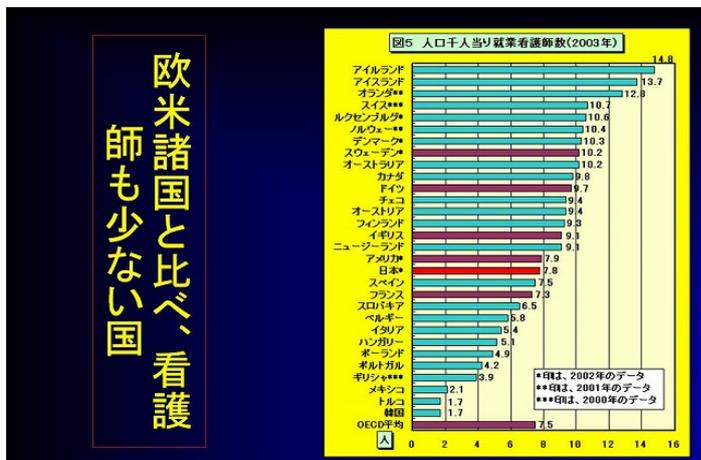


GDPの中で、日本の治療費はどれくらい占めているか、7.5%です。今は8%台にはなりました。突出しているのはアメリカです。先進国の中では、日本は少ない方です。

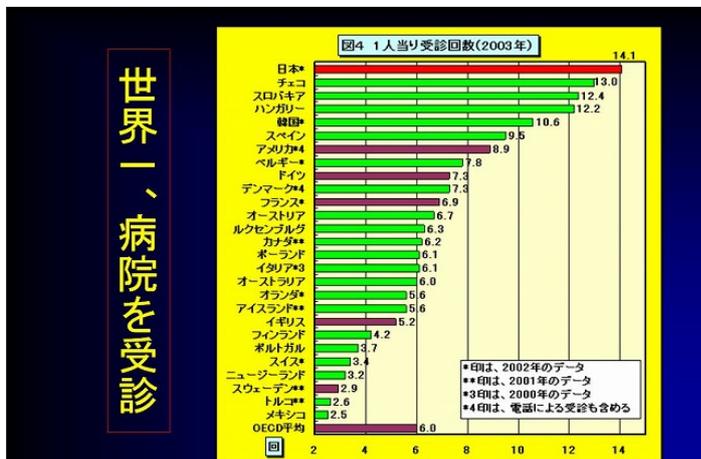
次は、人口千人当たりの医師の数ですね、日本はこんなに少ないのです。この表から、世界有数の



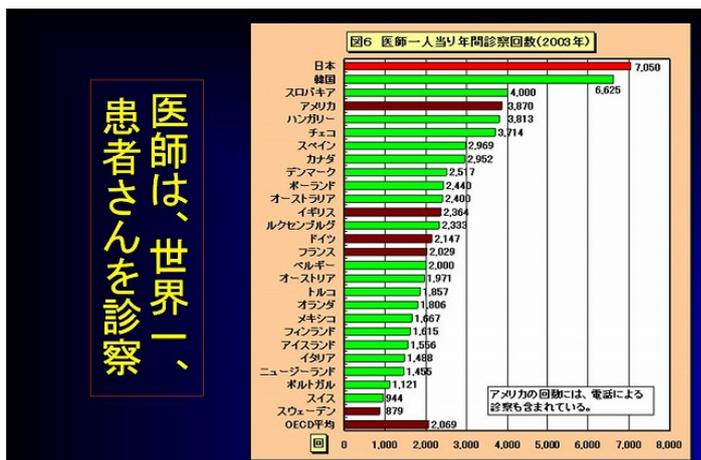
医師不足の国であることが分かります。一番多いのは、財政破たんまで危機にあるギリシャです。国家公務員が多いことは知られていますが、医師の数も多いようです。



看護師さんの数も欧米諸国に比べて少ないです。

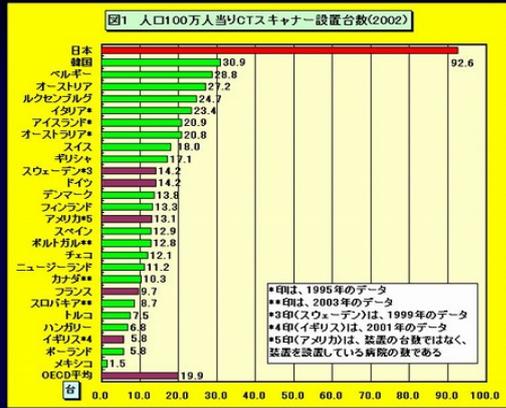


一方で、患者さんが病院へ通ってる回数ですが、日本は受診件数で圧倒的に世界ナンバーワンです。世界一、国民が病院を受診する国であることが分かります。



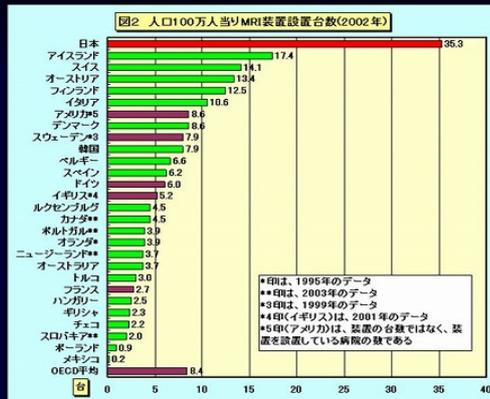
医師一人当たり年間診察回数は、日本はナンバーワン、7050回、日本の医師は世界一患者さんを診察しています。一番低いのは、私のいたスウェーデンです。医療費がタダなのになぜこんなに少ないのか、不思議ですね。

世界一、CTが多い



人口百万人当たりCTスキャナー設置台数は、日本はダントツの世界一です。

世界一、MRIが多い



MRI、これもすごいです。世界一MRIが普及している国です。

先進国の医療としてアメリカの医療制度をみてみます。アメリカは先進国でも唯一市場主義で医療

## アメリカの医療制度

- アメリカは、先進諸国の中で、唯一、市場主義で医療制度を運営している国。
- 公的保険は一部のみで、民間保険会社が中心の医療（民間保険会社指導の医療）
- 国民の25%が無保険
- GDPに占める医療費の割合が世界一高い（世界一医療にお金がかかる）
- 加入している保険によって、受診できる病院が決まる、加入している保険の内容によって受けれる医療が変わってくる（医療に貧富の差）。
- 救急車にのるだけで何十万円、ICU一泊で数十万

制度を運営している国なんです。公的保険は一部のみ、民間の保険会社が中心です。民間保険主導の医療です。国民の25%が無保険者です。加入している保険によって受診できる病院が限定されます。たとえ加入していても、あなたの保険ではこの医療は受けられない、ということが起こります。あなたはこの治療をした方がいいと思うけど、あなたの加入

している保険ではその治療はカバーされていないので、ちょっと効果が下がるけど別の治療をします、といったことが起こり得ます。お金があればいい医療を受けるけど、無い場合にはベストの医療が受けられない、病院にも入れないという患者さんがいらっしゃるのです。すなわち、医療に貧富の差があるのです。救急車に乗るだけでも何十万、ICUに一泊するだけの数十万もかかるのです。こういう国では、国民はなかなか医療を受診しないですね。それでも GDP に占める医療費は世界一高い。どこにお金が入っているのでしょうか。保険会社や製薬メーカーなどでしょうか。

アメリカと対極にあるのが、医療を無料にしている国々です。スウェーデンを始め、北欧、スペイン、イ

## 医療費無料の国(患者負担率0%)

- 北欧、スペイン、イギリスなど多くの欧州諸国
- 「プライマリーケア医」制: かかりつけ医を最初受診して、その結果で専門医に紹介される制度をとっている国(自分で病院を選べない)
  - 医療従事者指導の制度
- 医療従事者側も、たくさん患者を診ても、たくさん薬を処方しても、自分の儲けにならないので、あくせく働かない
- 病気の発見が遅くなる、専門医受診まで何カ月もかかることも。手術も年単位で待機させられる事態も。

ギリスなど多くの欧米諸国です。いいように見えるんですが、いろいろ影もあるんです。彼らは「プライマリーケア医制度」というのを採っているんです。

まず最初にかかりつけ医に診てもらわないといけません。その上で彼らは振り分けられて、脳外科病気が疑われたら脳外科の専門医に紹介されるという制度を採っているんです。彼らは自分

で病院を選べないんです。「医療従事者主導の制度」であり、医療費が無料のかわりに、そういうことになっているんです。医療従事者はたくさん患者さんを診ても、医療技術を持っても、たくさん薬を処方しても自分の儲けにならないので、あくせく働かないケースが多々あります。ということは病気の発見も遅くなる、専門医受診まで何カ月もかかることもしばしばです。ちょっと信じがたいですけど、手術が必要になった場合、特に脊椎などはガンとか腫瘍とかと違って待てますので、待機させられるわけです。私のスウェーデンの同僚の脊椎専門の先生には、手術を待っている方が200人、300人いるとか言っていました。日本では考えられないですね。

翻って日本の医療はどうだという話になりますと、ご存じのとおり、国民皆保険です。患者負担率は人

## 日本の医療

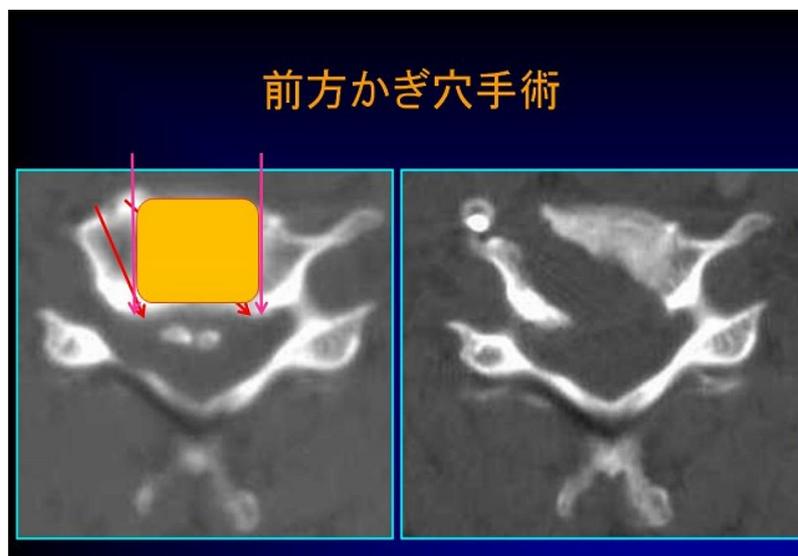
- 国民皆保険: 患者負担率30%以下。
  - 収入にかかわらず、公平な医療を受けれる
- 高額医療制度(月あたり10万円を超える入院医療費は国が負担する)
- フリーアクセス制(自分の判断で受診する診療所や病院を選べる制度)→きわめて迅速に、専門医の診察を受けれる
- 健康達成度世界No1
- 人に投資をせず、ものには投資してきた
- 少ない人的医療資源で、世界一の医療レベルを実現(医療従事者の良心に支えられてきた)

によってちょっと違いますけれども、収入にかかわらず、かなり公平な医療を受けることができます。高額医療制度というのもあって月あたり一定額を超える入院医療費は国が負担することになっているんですね。そして、今日 強調したいのは、フリーアクセス制度です。皆さん当然だと思ってると思うんですが、世界的にはそうではありません。フリーアクセス制度とは 自分の

判断で受診する診療所や病院を選べるということで、どこそこの脳外科で診てもらいたいと思ったら、すぐに脳外科で診てもらえるという制度です。外国ではそうではないんですね。まずプライマリーケアで判定してもらわないといけませんし、そこが紹介してくれた病院にいかないといけませんので、ちょっと患者さんには不利なんですね。ということで、フリーアクセス制度というのは、日本の医療の特徴だと思います。日本は健康達成度ナンバーワンと WHO で評価されましたが、基本構造は、人よりは、モノには投資してきたんですね。少ない人的医療資源で世界一の医療レベルを実現してきた、これはやはり医療従事者一人ひとりの良心に支えられてきた面が大いにあるなあと思うんですね。さまざま

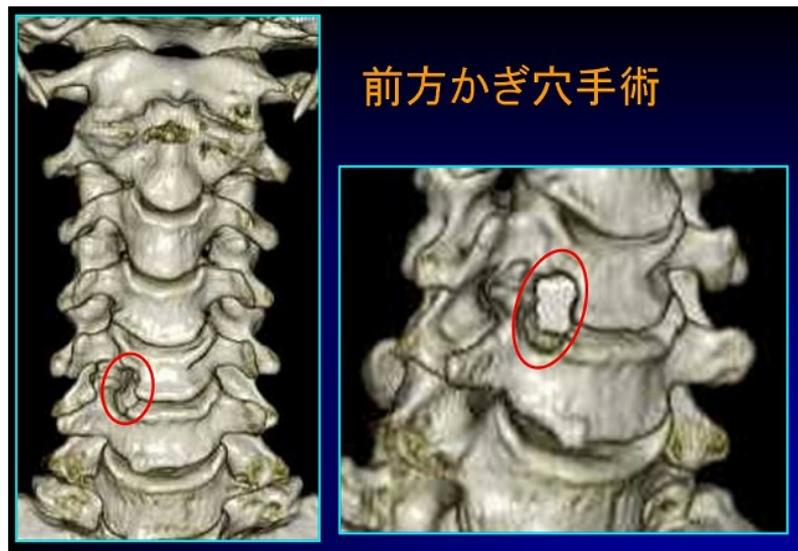
な国の医療の実情をみると実際そう思います。

このように世界の医療事情を見てきて思うことは、日本の医療は、世界的に見て非常にこまやかだし、良心的で、公平です。これを比較的少ない人的資源で達成している稀有な国です。しかし、日本の赤字財政、世界に類をみない超高齢化社会到来を考えると、これまで先達が築き上げた立派な医療を維持できなくなる危険性があり、これらの問題に対し、ただ要求するだけでなく、国民全員が問題意識を共有し、皆でこの世界有数の医療を支えていかねばならないと感じています。



相当脱線してしまいましたが、本題に戻ります。先ほどは「後方鍵穴手術」についてお話しましたが、もう一つ、我々は「前方頸椎鍵穴手術」というものも実施しています。対象限局性の後縦靭帯骨化症の方、後方手術を行ったが、術後症状が悪くなったり再燃してきた方に、主に実施しております。

上、左側は通常のやり方です。これが後縦靭帯骨化。普通、前方からだとこの前の骨を全部取ってしまいます。我々の鍵穴というのは、横から進入し、椎体の半分から三分の二は残しつつ、奥にある後縦靭帯骨化巣を除去します。



真ん中の写真は、前方鍵穴手術です。前方鍵穴。鍵穴から入って骨化を全部取ってしまうんです。まさに鍵穴。右は横から見た図です。

### 前方かぎ穴手術: 利点

- 頸椎の屋台骨である椎体の部分切削のみ
- 頸椎の不安定性は生じない
- 術後、即離床可能
- 金属や自家骨移植は不要
- 通常の前固定術のような椎体癒合は必要ない
- 頸椎の柔軟性は維持され、隣接椎体に影響なし

で何がメリットかというのはやはり頸椎の屋台骨である椎体の部分切除のみということで、不安定性が生じないんです。術後すぐ離床しても何の問題もない。金属や自家骨も移植する必要がありません。前方固定は 1 年

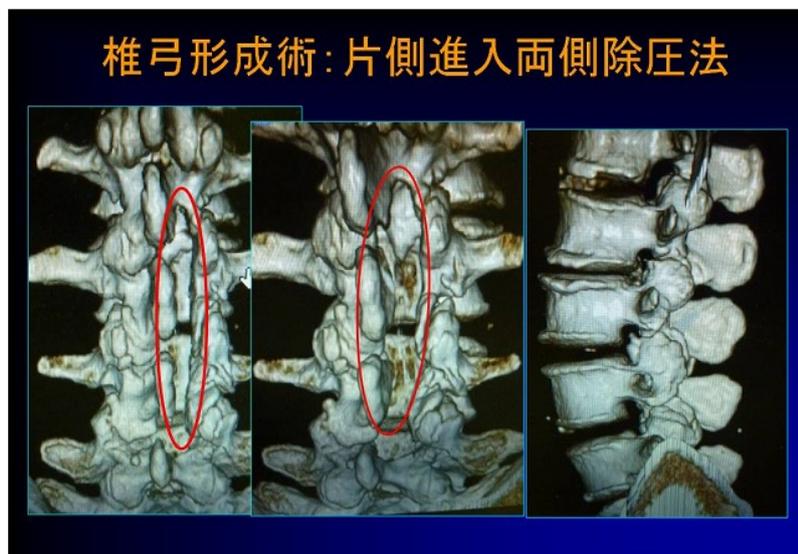
待たないと成功かどうか分かりませんが、この場合は、結果に関しそのような長期間待つ必要はありません。そして脊椎の靭帯等を温存していますので頸椎の柔軟性は保たれます。また従来の前方法で懸念される隣接椎体への影響ですが、これがありません。前方鍵穴手術は、極めて低侵襲な術式で、これまでの前方除圧法の多くの欠点を克服した進化型前方除圧法ということになります。



真ん中の男性が、ジョルジ先生といってフランスのパリの脳神経外科医で、鍵穴式頸椎前方法を考案された先生です。これは、先生が主催された実習の時のもので、フランスのダンディーな先生です。右はこの先生がいらっしゃる病院で手術の見学をさせていただいた時に撮影した病院の庭です。宮殿のお庭みたいです。病院の病院とは大分違いますね。

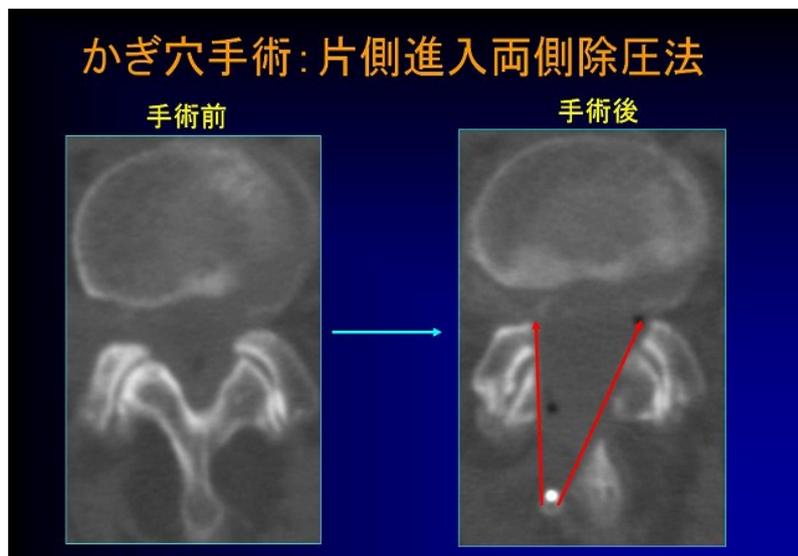


もう一つ。私達は頸椎だけでなく腰椎も含め脊椎全体を治療しています。腰椎の鍵穴手術についてお話します。腰は頸椎よりずっと患者さんの数が多いです。腰部脊柱管狭窄症といって脊柱管が細くなって神経が圧迫を受けると特有の症状が出ます。圧迫がある場合、普通は後ろの屋根を取るのが基本で、椎弓切除術というのがあります。腰は首ほどではないのですが、この突起を何個も取るとやはり前のめりになったり痛みが出るとかにつながります。私達は腰椎でも鍵穴手術をしています。側臥位で行うということも同じです。



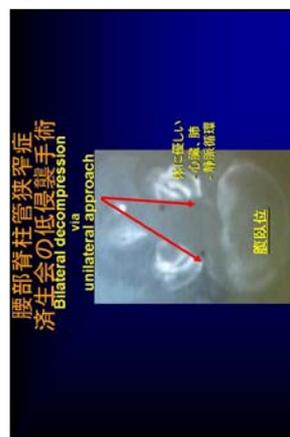
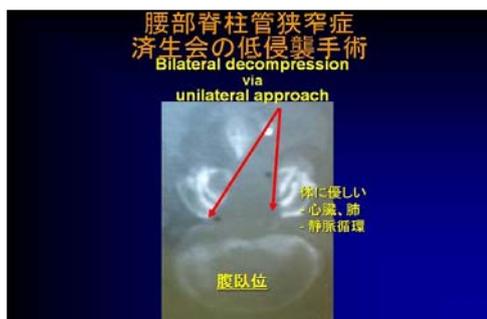
これが我々が採っている術式で、片側進入両側除圧法と呼びます。これは腰椎を後ろから見ていますが突起全部を温存していますよね。非進入側の筋肉

は一切はがしていません。この方はOPLLの方で、腰部脊柱管狭窄をお持ちです。これがOPLLです。何箇所も狭窄部位があるので、細長い、これだけの除圧をしています。正中のこの棘突起は全部温存しています。普通の術式ではこの突起は全部取ってしまいます。骨からの筋肉剥離は相当少ないので、術後の痛みは本当に少なく、痛いという感覚はだいたい1日か2日で終わってしまいます。突起全部が残せるのが、片側進入両側除圧術です。これを横向きでやるというのが私達の特徴です。



これがCTスキャンですが、手術前と手術後はこういう感じですよ。

下の左の写真は腹臥位の時です。普通は上から見るんです。しかし右のように手術時横向くと、患者さんは非常に楽なんです。横向きで腰椎手術を実施しているのは、日本では私達だけで、世界的にも私達だけだと思います。



これが腰のOPLLのCTスキャンです。 腰椎と頸椎の両方悪い方もいらっしゃると思うんですが、腹



臥位で腰の手術をすると、首が悪い人は、術中脊髄圧迫が発生していないか、かなり心配です。横向きでやると、首の悪い人にも安心です。

ちょっとかけ足になりましたが、私達の岡山済生会の脳神経外科の脊椎低侵襲手術をご紹介します

## 【岡山済生会 脳神経外科】 低侵襲脊椎手術

- ご清聴ありがとうございました
- ご相談先： 岡山済生会総合病院  
脳神経外科 086-252-2371
- 世界有数のフリーアクセス制

ました。ご清聴ありがとうございました。  
岡山の済生会の脳外科の外来の方にご  
相談したいと思われる患者さんがいらっ  
しゃいましたら、こちらの方  
(岡山済生会総合病院 脳神経外科  
086-252-2371 )にご連絡いただけれ  
ばと思います。病院は岡山駅前です。  
話題があちこちに飛んでしまいましたが、  
私の講演内容、ご参考になれば幸いで  
す。

(質疑応答の後で)こういう機会をいただきまして貴重な体験になりました。患者さんにとってもなにか通常の外來でちょっとお話をするという以外の、病院の前の段階、もちろん病院で治療を受けたあとの段階、医師、治療団の方のお話とはまた違う、いろんな副次効果があると思いますので、今後とも私達、患者さんの会などにも出て行って、お話ができる、お聞きできる、新しいカタチで非常にいいんじゃないかと思います。本日はこういう機会を作ってください本当にありがとうございました。



このご講演の内容はビデオ (DVD) にまとめ、大阪OPLL友の会のライブラリとさせていただく予定です。患者会などのご要請に応じて貸し出しできるように、ライブラリ運営基準なども整備する予定です。

左の写真は岡山済生会総合病院 (岡山駅より徒歩5分) です。MRIも訪院当日に撮っていただける配慮がされています。

(大阪 OPLL 友の会広報担当)

# 2012年3月25日東大阪市民会館 医療講演会アンケート結果

大阪脊柱靭帯骨化症友の会 事務局

東大阪市民会館で開催された医療講演会に72名が参加され、岡山済生会総合病院の伊勢田先生から鍵穴式低侵襲手術の講演が行われました。ビデオも駆使され、医療の進歩に感銘を受けた素晴らしい会となりました。また、与儀先生の、家庭でできるストレッチの講習もあり、有意義に会を終了することが出来ました。今回6回目となるアンケートをお願いし、36名の方に応じて頂きましたので以下の通り報告致します。皆様ご協力有難うございました。

## 1. 回答者36名の年齢、性別構成 2. 脊柱靭帯骨化症等の回答者疾患種類と手術の済み、未済み

年齢構成	アンケート回答者年齢、性別			疾患名	患者数	手術済み	未手術
	男女計	内男性	内女性				
				OPLL(後縦靭帯)頸椎のみ	20名	13名	7名
1. 29歳未満				OPLL胸椎のみ	1名	1名	1名
2. 30～39歳				OPLL頸椎、胸椎	3名	1名	2名
3. 40～49歳	3名	3名	1名	OPLL頸椎、胸椎、腰椎&OYL	1名	1名	1名
4. 50～59歳	11名	2名	9名	OYL(黄色靭帯)のみ	2名	1名	1名
5. 60～69歳	10名	4名	6名	OYL & OPLL頸椎	4名	3名	1名
6. 70歳以上	12名	7名	5名	OYL&OPLL頸椎、胸椎、	2名	2名	1名
合計	36名	16名	20名	OPLL頸椎 & 脊椎合併症	3名	1名	2名
				合計	36名	23名	13名

## 4. 痛みや強いしびれがある部位

部位箇所	人数	院内	院外
両上下肢、胸、腰、背中	1名	投薬のみ	17名
両上下肢、胸、腰、背中、首下全部	1名	電気リハビリ	6名 2名
両上下肢、腰部、背中、肋骨下	1名	硬膜外ブロック	4名
両上下肢、胸、腰部	1名	点滴	
両上下肢、腰、背中	1名	整体整骨	7名
両上下肢、腰部	1名	はり鍼灸	5名
両上下肢	3名	マッサージ	7名
両腕・手、両脚、腰、背中	1名	延べ合計	27名 21名

## 5. 病院・病院外での治療状況

部位箇所	人数	院内	院外
両指先、両足	1名		
両上肢、臀部違和感	1名		
両上肢	3名		
両指先、両足裏痺れ	1名		
両腕・指先、両脚	1名		
両指先、両脚足、背中	1名		
指先、背中	1名		
両指先	1名		
両下肢、背中	1名		
右上肢、左下肢、腰、腰、背中	1名		
片上下肢	2名		
片上肢(軽い痺れ)	1名		
腰部、背中	1名		
背中	2名		
合計	28名		

## 6. 現在飲んでいる薬の種類

薬用途別	薬名	人数
痛み止め (15名)	ロキソニン	8名
	ボルタレン	5名
	ロレコック	1名
	EVA A錠	1名
抗けいれん剤	リリカ	6名
	メチコバル	9名
痺れ止め	レンドルミン	3名
	ハルシオン	2名
睡眠導入剤 (5名)	葛根湯	1名
	その他	1名
漢方薬 (2名)	アリナミンEXプラス	1名
	青汁	1名
保健医薬品		
健康食品		
延べ合計		39名

## 7. 貼り薬

モーステープ	17名
アトフィード	1名
ミルトックス	1名
ロキソニンテープ	4名
他薬局	1名
延べ合計	24名

## 8. 貼るカイロ

温カイロ	3名
------	----

## 9. 枕素材の工夫

テンキュール	2名
低反発特注	2名
バスタオル巻高調整	1名
羽毛	1名
延べ合計	6名

## 10. 日常生活の工夫

種類	人数
散歩体操	13名
水泳	3名
プール歩行	1名
登山	1名
卓球	2名
日帰り温泉	5名
家庭入浴剤	3名
延べ合計	28名

11. 医療受給者証: 保有者:15名、軽快者:1名、無:15名。介護度1:1名、介護度2:2名、要支援1:1名、2:3名

## 12. 大阪OPLL友の会 2011年4月～2012年3月 1年間の活動への満足度

満足度ランク	人数
1. 大いに満足	8名
2. 満足	16名
3. どちらかと言えば満足	3名
4. どちらでもなし	3名
5. やや不満	名
6. 不満足	名
有効回答者	30名

## 13. 大阪OPLL友の会として今後開催希望のイベント等、他要望事項

- \* 医療講演はビデオなども使われ、分り易く、手術への不安が軽減された。
- \* 胸椎の手術は難しいと思っていたが、本講演で、手術後も希望が持てた。
- \* 新手術法の前方鍵穴式除圧は理想的な術式。少し将来に希望が持てた。
- \* 悪くなくても、まだ手術が出来るのだと思うと希望がわいてきました。
- \* 伊勢田先生は思いやりにあふれ理想的なドクターだと思います。
- \* 握力低下があるので、日常生活に使える自助具の紹介や作り方の案内を。
- \* 交流会や食事会(懇親会)の開催を希望。良い対処法を収集したい。

2012年3月25日午前中に行われたNPO法人大阪難病連主催の医療講演会の内容がとても良かったので、皆様にもその内容を知っていただきたく、レジュメを転載させていただきました。紙面の関係で少し読みづらいのはご容赦ください。

## 難病との付き合い方 免疫改善への特効薬！？

三谷ファミリークリニック院長。京都府立医科大学漢方外来

三谷 和男 先生

### 【はじめに 一に養生、二に看病…】

みなさん、はじめまして。三谷ファミリークリニックの三谷です。関節リウマチ患者会での学習会ではよくお話しさせていただいていましたが、今回は久しぶりに「病(やまい)との付き合い方」をお話しさせていただくことになりました。事務局長の濤(おおなみ)米三さまのお声かけ、とてもありがたかったです。

さて、今日はみなさんにいくつか質問させていただこうと思っています。その一つは「昨夜は何時ごろにお休みになれましたか？」です。日常の診療の中では余り語られないようですが、この夜間の休息こそ基礎療法としてとても大切なんです。多くの方は、「この病気によく効く漢方薬を下さ〜い！」とお越しになりますが、万人に効くといわれる漢方の特効薬はありません。しかし、みなさんお一人お一人の体調に合わせてお薬をお出しできるので、結果として「とてもよく効く」お薬になっていくわけです。また、漢方薬は、急性期でもとてもよく効きます。「えっ？漢方薬って作用が弱いから、長く飲み続けられないといけないんじゃないですか？」多くの方が同じ事を思っておられるでしょう。でもね、それは、その病(やまい)自体が長く時間をかけて治していく必要があるのです。漢方治療だから時間がかかるということではありません。かぜのお話に戻しましょう。よく葛根湯(かつこんとう)が出されますが、「必ず熱湯に溶かして服用して下さいね」、「服用後1〜2時間経っても汗が出なかったらもう一服服用して下さいね」、「汗が出たら肌着はまめに換えて下さいね」、「一日分はだいたい6時間くらいの間に服用して下さいね」、「人によっては眠りにくくなることもありますから、なるべく午後3時くらいまでに飲み終えて下さい」と最低限これだけの話しは必要なんです。葛根湯を水で飲んでも、私はそう効果は期待できないとみています。葛根湯で「汗を出させる」ことができるかどうか



かの見極めは短時間でしないといけません。葛根湯で汗が出ない方、あるいはすでに発汗活動が活発な方は、違う方剤になります。漢方治療は、まず養生のお話しとそれを支えるみなさんの周囲の方の協力の依頼から始まります。このテキストに沿ってお話しが進むわけではありませんが、どうぞ簡単な読み物としてお手元に置いておいて下さい。

### 【東西両医学の考え方 人間をどうみるか】

西洋医学の歩みは、個々の事物をそれぞれ別々に、他と独立させて関連性を意識せず認識しようとしてきました。これは、科学(サイエンス)として「個を知らずして全体像は把握できない」という考え方が基盤になっていますから、正しい側面をもってたといえます。しかし、こういった方法で認識された「個」を、固定化したもの、静止しているもの、その人の全体から独立したものとみなしてしまうところから問題が生じますね。なぜならば、人間はいつも動的な存在だからです。時間的にも、空間的にも決して一つの地点には留まっていません。一方、東洋医学はどうでしょう。個々の分析よりも結合、つまり「全体」がまずどうなっているのか、をつかむことから治療がスタートします。これが「証(しょう)を把握する」ということです。私たちが患者さんといろいろなお話をしながら脈を診(み)、舌を診、おなかをみるのは「患者さんの証をつかむ、東洋医学的に理解する」ためです。いずれにしても、「個」も「全体」も共に患者さんを治療していく上で決して

おろそかにしてはいけません。個々の意識を大きな全体的なもの結びつけ、一つの運動体として理解される時に、将来の医学の発展があると思います。どちらが優位か、が問題なのではなく、人間に役立つ医療を目指すという観点が大切です。東洋医学を専門とする私たちは、まず「全体像」をしっかり見据え、西洋医学的な分析(血液検査のデータや画像診断)を判断材料としてしっかり活かすことで、患者さんにとって本当の意味での東西両医学が役に立つことになると考えています。

### 【「未病ヲ治ス」という考え方】

私たちの基本的な姿勢の一つに「未病を治す」ことが挙げられます。中国の古典に「聖人ハ己(い)病ヲ治セズシテ未(み)病ヲ治ス、己乱ヲ治セズシテ未乱ヲ治ス」という一文があります。つまり、すでに病気が成立してしまってから(病気になってしまってから)、あれやこれや必死になって治療するのではなく、現在はまだ病気とはいえないけれど、何となく元気のない時期にうまく適応できるように生活全般の指導を丁寧にしてゆきましょう、そしてそれが根本的に病を治すことなのですよ、ということが述べられています。私たち医師は、「患者さんを診察して、お薬を出す」ことだけでは、治療を行う立場としては不十分なのです。「治療」は、お薬をお渡しするだけではなく、食事のことや運動のことも丁寧にお話ししていかないといけません。

### 【一に養生、二に看護(看病)、三四がなくて五にクスリ】

五十代半ばの男性が来られました。「先生、健康診断を受けたところ、血圧が高いです、すぐに治療を受けてください、といわれました。脳出血が怖いので、早く血圧を下げてください。」ずいぶんせっかちな方です。「わかりました。ところで、どのくらいの血圧なのですか。」「上が160で、下が100だったと思います。」「それは、いつの血圧ですか。」「健康診断の時です。」「でも、今日の血圧は、130と84ですから、それほどでもありませんね。」「先生、でも早く薬を飲まんと、どんどん上がっていくと違いますか。」「そんなことはないですよ。」患者さんは、ちょっと腑に落ちないなあ、という顔をしておられます。さらに、私は話を続けます。「ところで、夕べは何時ごろに休まれましたか。」「午前1時は回ってましたね。」「ちょっと遅いですね。お仕事の関係ですか。」「いやいや、面白いテレビ番組があってね、ちょっと遅

くなったんですわ。まあ、いつものことですが・・・。」「(いけませんね、と心で思いつつ)〇〇さんは、タバコを吸われますか。」「一日に一箱か、まあそんなところですね。先生、そんなことより、早く血圧を下げのお薬を出してくださいよ」私は、患者さんの脈を診たり、舌を診たりしながら、いろいろとその患者さんの人となりや生活全般について理解しようと努めます。患者さんは、さつとよく効くお薬を出して欲しいと思っておられるわけですが、東洋医学の治療では「一に養生、二に看護(看病)、三四がなくて五にクスリ」といわれるように、お薬がよく効く状況を整える努力が医師の側に求められます。

### 【自然の治癒力】

医師は、死が目前に迫った患者さんをも助けるといふ使命があるわけですが、それには医師の優れた腕はもちろん大切ですが、患者さんは当然生きるはずの状態にあったことを謙虚に受けとめるべきです。「病を医するものは自然なり」と医聖ヒポクラテスも述べていますように、自然治癒力は医療の原点です。

### 【改めて、未病を考えてみます】

「未病」の定義は、「未(いま)だ、病(や)まず」ですから、症状が生体にあらわれていなくても、体の中に病(やまい)が成立しつつある状態です。漢方の考え方では、病気の原因を、内なる原因(これを内傷-ないしょう-といいます)と外からの原因(これを外感-がいかん-といいます)に分けて考えていますが、どちらが主かといえ、これはもう「邪気ノ侵入」ということで、外感から始まるものが主と考えてます。「未病」は、あるレベルまで外邪の侵入を受けてはいるが、内臓(五臓)にまで影響が及んでいない、つまり、生体の抵抗力(これを衛気(えき)といいます)は十分に機能している状態と考えられます。抵抗力が勝っているため、発病しないということですね。

### 【薬の組み合わせ—配合理論について】

お薬の配合理論についてお話ししましょう。二つ以上の薬物を同時に使用する場合、その薬としての効果を考える時に、相加・相乗といった協力作用と相反する作用でそれぞれのいい面がうち消される拮抗作用とがあります。この二つの薬物は、絶対に同時に使ってはいけない、という場合(これを配合禁忌(はいごうきんき)といいます)もあります

ね。こういった配合理論は、十八世紀に近代西洋医学が生まれる中で科学的に考えられてきましたが、東洋医学の世界では、すでに紀元前より生薬を丁寧に組み合わせ使っています。こういった漢方薬の教科書が、神農本草経(しんのうほんぞうきょう)とよばれる書であり、ここに「君臣佐使」の考え方が述べられています。君薬は、その薬方の中で最も大切な役割を果たす薬物で、臣薬は君薬の働きを強める、あるいは速やかに作用させる働きがあります。そして、佐薬は、副作用を予防し、使薬は、薬全体を呑みやすくするようにと調合されています。小柴胡湯(しょうさいこうとう)を例にとりますと、君薬は柴胡(さいこ)と黄芩(おうどん)で、臣薬は、生薑(しょうきょうーショウガのことです)と半夏(はんげ)です。この二つで小半夏湯(しょうはんげとう)という胃腸のクスリになっているくらいです。そして、残りの人参、甘草(かんぞう)、大棗(たいそうーナツメです)が佐使薬となって、調合されるわけです。一つの薬方の中に、七つの生薬が入っていて、見事なハーモニーを奏でていますね。ですから、漢方薬をお出しする時に、特別に胃腸を守るお薬を出す必要はありません。全部、その中に入っているのです。

### 【お薬の効き方について】

漢方医学と西洋医学の薬物療法を比較してみますと、漢方では自然の恵みである生薬を用いるのに対し、西洋医学では有効成分を化学的に合成して用いるという基本的な違いがあります。漢方治療は、人間が本来もっている、自然に順応し、良くなるという生体の治癒反応を多様な角度から援助しようというわけです。長い歴史の中で、多くの先人たちが草根木皮の試行錯誤を繰り返し、その経験の中でつくりあげられたわけです。ですから、漢方薬はあくまでも生薬の配合理論に基づいて組み立てられています。単味の使用は例外的です。また、生薬の一つ一つにも多くの有効成分が含まれていますが、この生薬をさらに組み合わせることによって、患者さんの個々の症状に対応するのはもちろん、そういった複数の訴えをもつ一人の人間に対する有効な薬方となります。これに対し、西洋医学では生体から疾患を除去しようという考えが中心にあり、人間全体に対する薬というよりも、生体の局所における作用という一面性が強調されています。確かに化学療法の開発が人間の歴史の中で果たした役割は多大なものがあります。ただ、結果として臓器組織への特異性が重視された薬物

が数多く生み出されてきたことになり、薬物の生体反応における多面的な役割が軽視される傾向にあったともいえます。なぜでしょうか。それは、西洋医学的な病理観が、生体の臓器組織あるいは細胞単位で考えますから、疾病を「かたち」と「はたらき」との統合という立場に立って薬が開発されてこなかったところにも、一因があるように思われます。誰もが罹患するカゼ一つとってみても、感染と発病との間に未知の部分は多くあります。しかし、現在の病状からその展開を予測する、つまり病態は常に変化していると見る立場で、機能と形態の統一的疾病と理解し、生体における生薬の多面的な働きを見直してみたいものです。

### 【証(しょう)について】

さて、東洋医学では「証に随(したが)って治療法を考える」わけですが、こういったやり方を随証治療(ずいしょうちりょう)といいます。証はいわゆる西洋医学の症候群に近い概念ですが、「私、近ごろめまいや耳鳴りがひどくて困ってるんですよ。それに、何となく耳も聞こえにくくっ・・・」「ああ、それはメニエル症候群ですね。早速、お薬を出しておきましょう。頭の検査もしましょうか？」という考え方ではなく、私たちがとらえているめまいや耳鳴りなど様々な症状をもつ病人さんの体の中では、どういった治癒反応がおこっているかを判断しながらお薬を出すわけです。私たちは病気にかかる時、体内で神経系、内分泌系あるいは循環系といった具合に多くの機能が内蔵や細胞レベルで働いています。ありふれたカゼひとつとってみても、ウイルスや細菌の私たち人間の身体を攻撃する力とは別に、生体側の感受性や抵抗力を考える必要があります。そして、この外からの攻撃力と生体の抵抗力とのバランスが崩れた時が、発病の時期になるわけです。前にもお話ししましたように、ただ、細菌やウイルスが入っただけで病気になるわけではありません。生体は、外からの攻撃に対していろんな抵抗手段をもっていますが、睡眠不足や毎日の無理がたたって免疫状態が弱っていたり、バランスのとれた食事がとれなくて栄養状態が悪くなっていると、発病しやすくなります。それで、発病してしまったらどうなるか、ですが、私たちの生体の中では常に身体を守ろうとして様々な機能が働いています。また自覚症状としての発汗や嘔吐・下痢も生体を守ろうとする反応の一つなのです。熱が上がると汗を出して熱を下げようとし、消化管内の毒性の強

い細菌やウイルスは速やかに外に出してやらなければなりません。ですから、患者さんを診察した時、この症状は病気を治すために大切と判断することも多いわけです。一日も早くよくなるために必要な症状、と判断するわけですね。そうは言っても、同じ汗を出させる治療を進めるにしても、どの程度の発汗でとどめるか、が大切なことはいまでもありません。また、内臓、とくに心臓や腎臓の働きが弱っている患者さんなら、同じ症状であっても「これは、治癒反応や」と判断してはいけません。生体の代謝のバランスをとる薬方(これを漢方では和法(わほう)といいます)が第一選択になります。要するに「証」というのは、生体側の防御反応を十分に考慮して、その変化に対応しながらお薬を考えていくことです。ですから、漢方治療というのは、患者さんのどのような病態に対しても、そのレベルで役に立つ方剤を考えることができるわけです。患者さんの体の中の変化を考えるとところがポイントです。

### 【患者さんを診(み)ること】

さて、医者が患者さんを診る、ということはどういうことでしょうか。「ええ？何を今更・・・先生どうかされました？」と思われるかもしれませんが、まあ聞いてください。私は患者さんを診察するとき、いろいろなお話をします。例えば、「今日は何時に起きましたか？」「毎日便は出ますか？」「昨日は仕事で無理したんどこちがう？」等々。こういった一見何気ないお話が、実は大切なんです。患者さんの日常が、かなりはっきり浮かび上がって、その方の生活全体がイメージできるかどうかは漢方治療の第一歩なのです。例えば、カゼで患者さんが来られたとしましょう。「先生、からだガタガタふるえて、頭が痛いんです。」「たいへんやね。それはいつからなの？」「そうですねえ、昨日ぐらいからでしょうか。」「ご飯食べてるの？」「食欲はあるんです。」「そうですね、じゃあ、べーつと舌を出して下さい。」「べーつ・・・この方が、普段は体力のある人で働き盛り、そして仕事を休める可能性があるならば、葛根湯をお出しするだけで、まず大丈夫です。舌の先端が赤ければ、葛根湯の正証(せいしょう)ですから、一〜二包のむだけで、もうその日のうちに治っちゃいますね。抗生物質なんか、もちろん要りません。ところが、です。確実に休養がとれるのであれば、葛根湯や麻黄湯(まおうとう)といった桂枝(けいし)・麻黄(まおう)のおくすりを服用して、あっという間に治ってしまうことが多いのですが、みなさん、

いかがですか。すぐに休めますか。「明日は仕事どうするの？」「もちろん行きますよ。そんなん、休めるくらいやったらここ(三谷ファミリークリニック)に来ませんよ。」私は、よく「休みなさい、養生しなさい。」というので、「先生は、二言目には休め休めと言わはるけど、そんなん無理無理。」よく患者さんに言われます。まあ、それはそうです。しかし私は、「休みなさいね」とお話ししたときの患者さんの表情をみて「休める人、休めない人、強く説得すれば休める人」を判断しています。休めない人は、どうしても不養生になりますから、桂枝・麻黄のおくすりに、小柴胡湯(しょうさいこうとう)に代表される柴胡剤を併用していきます。「休まんとあかんよ」というのは、「休めへんかつたら治らへんで！」というおどしじゃないんです。その患者さんに適切な薬方が、こういったやりとりで考えられるのですね。ここではもちろん、ニコニコとしてお話ししないといけません。こわい表情で「休め！」じゃだめなんです。ちょっと強く説得すれば休めそうな人だけに、わざと眉間にしわ寄せて「しっかり休みなさいね」とお話ししています(そのつもりですが)。

### 【虚実の考え方と薬方】

漢方治療は、病態を陰陽と判断することに加え、虚実の区別によっても薬方を考えてゆきます。陽証のなかの実証に対する処方がよく知られていますが、その他に陽証の中の虚証、陰証の中の実証、陰証の中の虚証の四型に分類します。そして、それぞれの病型に対応して薬方が考えられます。「虚」とは空虚、なんにもない、からっぽという意味ですから、生き生きとした気持ち(これを精気といいます)の衰えた病態であり、病邪(病気を起こさせる原因)に対し、生体の防禦反応が衰えた病態といえます。「実」は、充実の意味で、しっかりしているわけですから、病邪に抵抗する体力が十分に備わった状態です。私が虚証の人にお出しするおくすりを考える時に、特に気をつけていることがあります。それは、麻黄(まおう)や桂枝(けいし)といった発汗作用のあるお薬を用いて汗を出させたり、瓜帯(かてい、瓜のへた)を用いて吐かせたり、便秘があるからといって、いきなり十分量大黄(だいおう)や芒硝(ぼうしょう)で下すことはしてはいけないことと教えられています。もっとも、瓜帯は現在市場に流通していませんから、保険診療では用いることはまずありませんが…。こういった場合には、まず、体内の調整を図るという意味で和法(和解の意、

消炎、強心、利水)を主とした薬方を与えます。これに対し、実証の人には、病期に応じて葛根湯(かっこんとう)や麻黄湯(まおうとう)といった発汗作用の強い薬方や承気湯(じょうきとう)類、特に大承気湯といった瀉下(しゃげ)剤を十分に与えることが必要です。

### (虚実のイメージ)

みなさんも、あの人はがっちりしてるね、とか、あの人は元々弱いから、といった表現をされることがありますね。そうです。一般的に、頑健な体格の人を「実証」と考え、虚弱な筋骨の発育の悪い人を「虚証」と考えがちですが、平素健常な時の体格や体質は、その方が病気になった場合の「虚実」とはあまり関係のないことが多いようです。健康な状態は「陰陽虚実トモニ和ス」といわれますように、虚実のバランスが調和している状態であり、虚実の概念はあくまでも患者さんを対象にした表現です。西洋医学的に、交感神経系の緊張型(いつもイライラしていて、ちょっとしたことでむかつ腹を立てるような人ですね。あなたの側にも、ほら、おられるでしょう?)を実証、副交感神経系の緊張型(何となくごろごろしている人をさすのでしょうか)を虚証とよぶ考え方もありますが、これも「虚実」を自律神経系統という生体の一部分の作用によってのみ判断することは、漢方治療上、誤った判断につながる可能性があります。虚実の判断は、生体のすべての働きを総合的に観察していかないとはいけません

### (虚実の本質を考えてみましょう)

要するに虚実は、あくまでも相対的な概念であり、様々なレベルがあります。従って一律に「ここまでが実、ここからが虚」といった具合に線を引き、画的に「あなたは実証ですね、おや?あなたは虚証でしょう」と論ずることはできません。虚実の判断は、漢方診療の根本に関係しますが、実際の臨床では、患者さんが健康であった状態と比較して、今がどう変化しているかをみる必要があります。また「表虚(ひょうきよ)裏実(りじつ)」といわれますように、表(目に見える部位)が虚して裏(目に見えない臓器組織)が実の場合がありますし、またその逆もあります。「なんか、わかりにくいなあ」という声が聞こえてきそうですね。もうちょっと頑張って読んでください。さらに、「実ノ中ニ虚ガアリ、虚ノ中ニ実ガアル」といわれますように、虚実が複雑に交錯している場合もあります。更に患者さんの全般的な病態

だけでなく、局所的な臓器の問題として、たとえば「腎虚(じんきよ)や「脾胃(ひい)ノ虚」あるいは「肝ノ実」としても診断します。見た目では判断しているわけでは決していないのです。

### (虚実から薬方を考えてみます)

虚実の観点で治療法をお話させていただきます。まず、虚に対しては、先ほどもお話させていただいたように補剤(ほざい)(桂枝、細辛(さいしん)、人参(にんじん)、附子(ぶし)、乾姜(かんきょう)など)、実に対しては瀉剤(しゃざい)(大黄、芒硝、麻黄、石膏(せつこう)など)を与えることが原則とされます。瀉剤の「瀉」とは有り余っているものを除くという意味です。下剤を与えることは瀉法の一環ですが、便秘の患者さんでも、大黄や芒硝といった代表的な下剤は使えない虚証の方が結構おられます。一律に難儀な便秘症ということで、これまでも長期にわたる下剤が使用されている場合が多く、さんざん腸管が痛めつけられています。「おーい、もう、助けてくれ〜」と叫んでいる腸管の訴えにも耳を澄まさねばなりません。この場合は、大黄・芒硝を含まない小建中湯(しょうけんちゅうとう)や駆瘀血(おけつ)剤の加味逍遥散(かみしょうようさん)、ちょっと強いかもしれませんが桂枝茯苓丸(けいしぶくりょうがん)などを量に注意してお出ししないとはいけません。心したいところです。

## 第二部 養生の話 黄帝内経(こうていだいけい)より 【四季の養生法】

「四気調神大論」には、春は「発生」の季節と書かれています。すべての生命が芽生える時期です。「春眠暁を覚えず、処々に帝鳥を聞く。夜来風雨の声。花の落ちること多少を知る」は、満ち足りた朝の目覚めを歌ったものです。厳しい冬が過ぎ、気候のよい春の気配を感じたときには、朝は早く起きて新鮮な空気を胸いっぱい吸い、歩いたり、走ったりして全身の筋肉の緊張をゆるめるようにすることが大切です。衣服もゆったり目がいいでしょう。伸びやかな心身の動きによって、陽気を生み出すわけです。これができなければ、春に活動する「肝」が傷みます。その結果、夏に寒性の病にかかりやすくなります。夏は「生長」の季節です。天地の間の陰陽の気が盛んに交流し、春に芽生えた生命が一層成長し、栄えます。日の出とともに起き、日の入りとともに休むわけですが、日中の長さ暑さをいやがることなく、陽気を発散させることが大切

です。こういった養生ができなければ、夏に活動する「心」が傷み、秋になって癌(おこり)が生じます。秋は、「収散」の季節です。農作物が収穫され、大地には強い風が吹きます。鶏を見習って、早寝早起きが求められます。これができなければ、「肺」が傷み、冬に下痢がちとなります。冬は、「閉蔵」の季節といわれます。万物が閉塞し、天の陽気が遠ざかります。夜は早く休み、朝は日の出とともにゆっくり起きます。欲望は潜めます。体内の陽気を漏らさぬよう寒気を避けます。これができなければ、冬に活動する「腎」が傷み、春になってしびれが生ずるといわれます。この「発生」「生長」「収斂」「閉蔵」の規則を理解し、春夏は発散、秋冬は保養に努めることが大切であるという教えです。まさしく、「未病を治す」に通じます。

「生氣通天論」には、人間は自然の陰陽に通じあうものであると書かれています。天の陰陽は、地の五行を生じ、地の五行は天の三陰三陽に応じるとされ、この法則に従わないと邪気の侵入を許してしまう、とされます。陽気は、熱と活動の性を持ち、体内にこもると熱感を感じ、興奮しやすくなります。この時に、暑気が加わると、熱感は一層強く、煩躁状態になり、発汗させる治療法が必要です。湿気が加わると、陽気と湿気で頭痛が起き、陽気が弱まるために四肢の浮腫を生じます。過労ともなると、陽気は昂ぶり、陰気は枯れてしまいます。暑気プラス過労で、陽気は上昇し、めまいが起きます。目や耳がきかなくなることもあります。怒り狂ったときは、陽気が不安定となり、血が逆上し、昏迷を起こします。おいしいものばかり食べていると、陽気はうっ積して、皮膚症状(腫れもの)を生じます。汗とともに陽気も散じ虚となります。ここで風にあたると、寒気が入ってきます。鼻のあたみが赤くなり、できものができます。つまり、陽気は精神、皮層、筋肉の機能を主っているものと考えられます。寒気が皮膚から入り込み、筋肉にこもると、陽気の助けを受けることができなくなります。血脈に侵入すると痔ろうとなります。寒気が経穴を通して臓腑に入ると恐怖心を起こします。榮気は経脈から抜け、皮膚、筋肉にこもると膿性の腫れものを生じます。過労になると寒気を生じます。陽気の働きが抵抗力となりますが、このめぐりが滞ると、一刻をおかず疎通させる必要が生じます。これを、瀉法といいます。陽気は、朝人体の外に出、昼頃には最も旺盛となりますが、太陽とともに、次第に弱っていき、毛孔は閉じます。夜は、からだの奥に静かに潜んでいます。したがっ

て、夜は体を休め、冷えを避けるべきであるとされます。陽が強すぎると経脈の流れは急迫となり、陰が強すぎると精気が発散できなくなります。この調和を図ることが健康上まずもって必要なのです。陰陽が離ればなれになると、精気が尽きてしまいます。

## 【食養生について】

黄帝内経・靈樞(れいすう)「五味」をみてみましょう。陰気は水穀の精微の五味から生ずるといわれます。五味とは、酸、苦、甘、辛、鹹のことです。まず、五穀から解説しますと、胡麻(酸)、麦(苦)、米(甘)、粟(辛)大豆(鹹)となります。五黒は、すもも(酸)、あんず(苦)、ナツメ(甘)、モモ(辛)、栗(鹹)、五畜は、犬(酸)、羊(苦)、牛(甘)、鶏(辛)、豚(鹹)、五菜は、にら(酸)、らっきょう(苦)、青菜(甘)、ねぎ(辛)、豆の葉(鹹)とされ、五臓の中の「肝」を患っているときには酸味を、「心」を患っているときには苦味を、「脾」を患っているときには甘味を、「肺」を患っているときには辛味を、「腎」を患っているときには鹹味がよいといわれています。逆に、「肝」を患っているときには辛味が、「心」を患っているときには鹹味が、「脾」を患っているときには酸味が、「肺」を患っているときには苦味が、「腎」を患っているときには甘味がよくないといわれています。

正月の行事として有名な七草粥(旧暦正月七日)は、この五味が調和された見事な食べものです。内容は、歌にも詠われていますように、「せり、なずな、ごぎょう、はこべら、ほとけのぎ、すずな、すずしろ、これぞ七草」というわけですが、せりは苦・酸、なずなは甘、ごぎょう(ははこぐざ)は酸、はこべらは酸・鹹、ほとけのぎは辛・苦、すずなは辛・甘・苦、すずしろ(だいこん)は辛・苦・甘となっています。ここに玄米の甘が入り、草根木皮には塩分が少ないので、岩塩を加えて、万病を防ぐ食事とされたわけです。「発生」の春に、新鮮でビタミンの多い食物をとることは、血液を浄化し、細胞レベルでの代謝機能を促進します。また、「腎」を刺激して利尿を促進したり、皮層を刺激して発汗を起こしたり、腸管を刺激して排便を促すことは、とても大切です。七つの素材にこだわることなく、地方によっては、ニンジン、ゴボウ、くりの他、セロリ、アスパラガス、レタスなどの洋野菜、みずなやキャベツを加えて自由に味わうこともいいでしょう。

ある書物からの受け売りですが、お医者さんが言うには、「緑茶」に含まれるカテキンは活性酸素の働きを抑える抗酸化作用が非常に強いそうです。

活性酸素とは呼吸によって取り込んだ酸素が体内で変化した特殊な酸素のことで体内を傷つけて回るそうです。血管を傷つけると動脈硬化、遺伝子を傷つけるとガンの原因になります。ですからやはり抗酸化作用のある食品は大いに摂りたいものですね。

最近の大規模調査で分かったことだそうですが、緑茶をよく飲んでいる人は、死亡率が低いというのです。

脳梗塞による死亡率を調べると、緑茶を一日に五杯以上飲む人は、ほとんど飲まない人（一日一杯未満）に比べると、死亡率が実に半分だったそうです。

また別の調査では、一日に緑茶を二杯以上飲む人は、週三杯以下の人に比べて、認知障害になっている人の割合が半分以下だったということです。

これは、私の経験上のことですが、毎日月参りでお邪魔したお家で、よくお茶をふるまっていたのですが、お寺に入る前より風邪をひくことが少なくなったように思います。これもカテキンの効用でしょうか？

やっぱり緑茶は健康に良いのですね。

そういえば「お茶」は、最初「お薬」の一つとして、中国から輸入されたものだそうですから、これからもどんどん飲みたいものです。

表紙挿絵とも 前会長が生前お世話になった十三 浄土真宗信正寺ご住職 滝野信隆氏による

編集  
事務局

会長・事務局  
副会長・広報・医療相談担当  
副会長・北摂医療相談担当  
会計

会のメールアドレス

医療相談・資料請求等はできれば、FAX、郵便あるいはメールでお願いできればと思います。  
無理な場合は上記の電話にお願いします。

大阪脊柱靭帯骨化症友の会（略称 大阪OPLL友の会）  
〒558-0011 大阪市住吉区苅田6-17-8 中岡 甫  
TEL/FAX 06-6697-6256

中岡 甫 TEL 06-6697-6256  
池田正孝 TEL 080-1443-5229  
河上 寛 TEL 090-3927-4241  
澤井千恵美

osakaopll@nifty.com

会費振込先 00940-8-39457  
大阪脊柱靭帯骨化症友の会

ホームページ <http://www.ioctv.zaq.ne.jp/daadc700/>