

脳性まひの鍼灸治療

脳性まひについて

脳性まひとは受精から生後4週までのなんらかの原因での脳の損傷によって引き起こされる、運動機能障害の症候群で、代表的な症状は

1. 運動発達の遅れ、2. 異常な運動姿勢、3. 胸膈が変形し関節が硬くなるなどがあります。

脳性まひに対する鍼灸治療は東北ではあまり一般的ではありませんが、関西などでは大師流など、小児に対する治療は古くからあります。

私は、5年前より、障害者スポーツに関わり、障害者団体の顧問をさせていただき、養護学校同窓会ともつながりをもてた関係で、多くの障害者を治療させていただく機会を得ました、また、臨床動作法を行う理学療法士グループとも交流させていただき、技術交流のなかで鍼灸治療のすぐれた効果を実感いたしました。

障害者の鍼灸治療はまだまだ一般的ではありませんが、障害をお持ちの方の治療の選択肢の一つになれば幸いです。

私の、5年間の障害者治療で半年以上継続して治療した脳性まひは27名です。

男性15名 女性12名 10歳以下の小児は5名、重度の自閉症、知的障害でコミュニケーション不可3名（すべて小児）、自力歩行可能4名（うち小児1名）言葉が明瞭である4名（小児1名、電話などでは脳性まひとは判らないもの2名）

来院しての治療8名、それ以外は障害者施設などの往診

主訴は肩背部や腰部のこり17名、四肢を動き易くしたい15名、膝などの足腰の痛み5名、発育促進5名（小児）関節を軟らかくして補装具の脱着を楽にしたい（補助者が）3名（重度の自閉症、知的障害） 重複有

脳性まひの特徴に緊張しやすい、怒りっぽいなどがありますが、やはり、張る、凝るなどの症状が多いです、部位は変化が大きく、全部という方もいて特定は難しかったです。

関節を軟らかくして四肢を動かし易くしたい、発育促進も、緊張の緩和によって改善されると考えます。

臨床動作法での脳性まひの病態把握

臨床動作法は脳性まひや自閉症などの障害児を対象とした理学療法の一 種です。

臨床動作法をおこなう理学療法士グループによると、脳性まひの代表的症状である、不随意運動は脳の障害が原因といわれてきましたが、脳性まひ児に催眠をかけることにより腕がのびる例があります、脳の損傷が催眠により改善するはずがありません、肢体不自由の全てが脳障害によるものではないということです。

動作学習と発達の心理学的要素が関与していると考えます。

つまり、

脳障害による困難+動作学習、発達の困難

「不当緊張」と「姿勢定型」が原因としています。

不当緊張とは

動作の遂行を阻害するような力が入る現象

- ・ モデルパターン動作を行う時、その動作を阻害するような指導者と相手を感じる「ひっかかり」や「緊張感」や「ツッパリ感」などの体験

「ここ」や「これ」と指示するのは部位ではない。一筋緊張を指すものではない。

- ・ 誰が不当と決めるのか

モデルパターンの遂行にとって不都合

相手に「不当だ」と指示する必要は無い

相手はその時の処理の仕方を学ばばよい。

姿勢定型とは

「発達の中で特定の身体の動かし方（動作）を繰り返すことで身につけた、特定の姿勢や動作パターン」

- ・ 慢性的な胎児性緊張は誰にでもある
- ・ 小児期の動作発達と共に、姿勢の歪みが出現
- ・ 活動中の特待姿勢（動作）持続による姿勢の歪み
- ・ 姿勢定型のまとめり。因子分析の結果
 - 立位歩行系の動作パターンのまとめり
 - 腕と手の作業動作パターンのまとめり
 - 発声、発語、摂食動作パターンのまとめり

臨床動作法テキストより

単純に言い切ってしまうとこれらは脳の誤認知がかなりの部分含まれると、考えます。

トリガーポイントの黒岩先生も鍼灸 **osaka** の座談会でトリガーポイントとは脳の誤認知ではないかといっています、暗闇で蚊に刺されたとき、刺された部位とはまったくべつ場所を搔いてしまうことがよくある、痛みや緊張も同じで、原因部分と、愁訴部分が必ずしも一致しない、原因部分がトリガーポイントではないかと発言されています。

メカニズムは説明できませんが、脳になんらかの障害を受けると、不当な姿勢や緊張を正常と脳が誤認知し、それは慢性化するほど根深くなります、これは脳性まひだけでなく脳血管障害、高次機能障害など脳に関係する障害ほとんどが問題となります。

理解しなければならぬことは、健常者から見て苦しく、不自然な姿勢が彼らにとって自然な姿勢であるということです。

逆にいえば健常者が自分たちの思う自然でリラックスした状態は彼らには苦痛でしかない場合もあるということです。

脳性まひの患者の多くがリハビリしたがらない理由が多くは苦痛によるものです、誰だって無理な姿勢を強要されるのは嫌ですから。

実際の治療では極力、精神と肉体に強制することなく緊張を緩めることが大事となります。もう一つは、動かない部位に固執すると、患者も治療者も辛くなって来ます、比較的動きの良い部位をもっと良く動かしてあげることも必要です。

障害者の治療の多くはゴールがありません、よほどの確固たる目標があれば別ですが、人間はゴールのない辛いことを続けられません、動かないものを動かそうとするより、動き易いものをより動かすほうが楽しいですから。

動かないものを動かさなくてはリハビリにならないのでは？と考えるかもしれませんが、ご自身が高次機能障害になられた外科医の山田きく子先生は、どんな脳でも必ず何かを学習するのだから、とにかく使うことが大事と著書で書いておられました。

「言語優位半球である左脳が損傷を受け、重篤な言語障害が出たにもかかわらず、時間が経ってから、急にしゃべりはじめる例があるという。画像診断によれば、右脳の中に血液の供給を受ける新しい組織が出現し、言語的刺激に対して、血液が微妙に増えるという反応を見せた。本来、言語中枢とは無縁の右脳の中に新しい組織が生まれ言語機能を担うようになった」

「脳は出血や梗塞で血が足りない状態になると、自然に新しい血管が生えてきて血流をまかなっていることが多い、脳を使おうという刺激で血液の需用が高まると、血管は先へ先へと伸びようとする。同じように脳細胞もまた、使えば使うほど、それが刺激となり新たな細胞を形成し、故障部位を修復してくれる」

壊れた脳、生存する知 より

どのような使い方であれ、使っていれば脳は学習してくれるということだと思います。

現在、私が治療している脳性まひの患者さんは、7名おりますが、ご自身で運転される方は2名です、1人は最初から上半身の障害の軽度な方ですが、もうお1人は農家であったため、屋外で自分の好きなように家の手伝いをしていたため、養護学校の脳性まひでの同級生の中で自力で運転する方はこの方だけです。

1例にすぎませんが、自主性をもった運動の有効性を示すものだと思います。

辛いことをしない、強制しない、どんな形でも楽に動かす、この3つが大事だと思います。

治療方針

不当な緊張をとり、脳の直接の損傷による運動障害以外の部分の運動を円滑にすることにより脳に刺激を与え、定型姿勢の進行を防ぎ、脳の修復、発達を促し、障害者と援助者がより良く生活できるようにする。

東洋医学的には、症状を一般化すれば、筋のひきつり、怒り易い、胸脇が張る、などは肝の病証が考えられます、ただ、怒りでも爆発するようなものは少なく、てんかんを除けば激しい痙攣もさほど多くはないことなどから、「本虚標実」での肝脾不和、運化が不足して肝の陰血を充養できないために、陰血が不足した肝気に対する制約が弱くなり脾虚に乗じて肝気が乗克していると考えます。

筋の緊張での関節の変形は身近かな例では「外反母趾」があります、ある種の外反母趾は肝脾不和の治療で改善が見られることを考えれば、脳の損傷を除けば、脳性まひは外反母趾と同じカテゴリーとなります。外反母趾の方は性格のはっきりした方が多くないですか？脳性まひの方と、性格のある種の共通点を感じます。

治療の実際

基本的には肝脾不和の治療です、「肝を瀉し脾を補う」となります。

私の場合は

行間を瀉し、公孫を補う、期門から章門の緊張をとり、肺輸から膈輸あたりの硬結をとるとなります。

治療自体は複雑ではありませんが、不当緊張という、感情に大きく左右されるものが治療対象であるため、触れ方は非常に重要です。

最近、話題になった「自閉症の僕が跳びはねる理由」という自閉症の著者の本がありますが、その中に、

「体に触られるということは、自分でもコントロールできない体を他の人が扱うという、自分が自分で無くなる恐怖があります」という言葉がでてきます。

これはある種の、障害者の共通の感覚ではないかと思います。

1. 極力、目線を障害者と同じ高さにする。
2. 信頼関係がないうちは触るとき、「触っていいですか？」と声をかける。
3. 表情、目の動き、筋の緊張などの雰囲気から、治療に不安を感じる時は無理せず、次回をまつ。
4. いきなり手足に触れず、最初は背中などの安心する箇所をゆっくり手掌で触れる。

などの注意は必要ではないかと思います。

27名のうち刺針したのは、不随意運動が激しくなく、ジャックナイフ現象がなく、本人が刺針を希望した5名です、その場合、季肋部は鍼の貫通をおこないました、22名は接触鍼での治療となります。

接触鍼は、金と銀との「鋒針」を使いました、補を金で、瀉が銀、を基本として使用しています、公孫は金、それ以外は銀です。

刺すか接触かの違いで治療点は同じです。

刺針と接触鍼、両方で治療した方は3名です、最初は接触鍼の治療で、慣れてきてからの刺鍼ですが、やはり刺鍼した方が効果が高いように感じます。刺鍼から接触鍼になった方はいません。

効果判定について

不当緊張という、非常に不安定な病態が治療対象であるため、効果判定が曖昧で状況に大きく左右されるので難しくなります。

例えば周 2 回、2 年間、通院しでいる 12 才の男子は、母親は少しずつだが改善を感じていますが、学校での判定は「障害が進行している」でした。

この男子は予定の変更を非常に嫌がり、アンパンマンを見ても、バイキンマンを本気で怒り、学校行事でも替え歌を許せないなど、発達障害の要素を強く感じさせます。昨年、お気に入りの訓練の先生から別の先生に代わったのですが、本人的に変更が納得できず、その先生に触られると緊張が強くなり、悪化の判定になったようです。

また、尖足で手術するしかない、いわれた 20 代の軽い知的障害と、軽度の脳性まひの女性の場合、虐待経験者であったため、病院での医療関係者（援助者）から少しでも高圧的な態度（健常者には感じなくても）を感じると緊張で歩行が困難になるほど緊張します。この方も病院での判定は「障害の進行」でしたが、心を許している人の中にいると、足をひきずる程度で歩けます。

逆に、19 名が施設での往診治療になりますが、時間的拘束などを考えると、「割に合わない仕事」になります、利用者もそれを知っているので、「どうですか？」と感想を尋ねれば「たいへん楽です」の答えが返ってくるのですが少し「盛っている」かもしれません。重度の自閉症、知的障害で会話不可の 3 名を除き、会話可能な方でも、2 名以外は慣れないと会話が非常に聞き取りにくく、文字盤や、手のサインで意思疎通をする方が 3 名いて、微妙な意思疎通が難しく、効果判定を曖昧にしています。

このように、立場と環境、状況により不安定で不確定な要素が多いのを考慮する必要があると思います。

とはいえ、27 名の方が治療を半年以上継続してくださったということは鍼灸が症状の改善に効果があるということだと思います。

今までの治療で悪化例はありませんし、施設での入れ替わりなどの要素もあって正確にはわかりませんが 7. 8 割治療が有効であったと思います。

緊張が緩み、症状の緩和は実感できますが、脳障害の改善はと言われると、継続して治療すれば以前より楽という、答えが返ってきますが、MRI をとって比較したわけではないので判りません、しかし障害者治療を始めてから 3 年たって、ようやく小児がきていただけるようになったので、彼らの成長を観察しようと思います。

鍼灸治療の優位性について

鍼灸が他の治療より優れているという意味ではありません。

エキシビジョン的ではありますが、以前、障害者スポーツのシンポジウムにパネラーとして参加したとき、参加者の前で、前出の臨床動作法の養護教諭で35年の障害児の治療経験をお持ちの先生と、同じ患者（脳性まひ2名、骨形成不全2名、側弯症1名、健常者2名）をお互いの技術で交互に治療したことがありました、どちらも、効果的ではありましたが、臨床動作法が15分～20分の治療時間だったのに対し、接触鍼での鍼灸治療は5分以内ですみましたし、刺鍼の場合でもベットさえあれば同時治療が可能でした。

また臨床動作法は障害児を対象にした理学療法であり、障害児への効果が他の理学療法より高い反面、筋肉や関節、感情の微妙な抵抗を読み取るという技術を要求されるため、大変疲れます、私は不慣れなせいもありますが、4人、臨床動作法で治療してへとへとでした、熟練した術者でも1日、15人が限界かと思います。

鍼灸治療ではベットさえあれば、20～30名は可能であると思いました。

また、障害者治療で、障害児専門の理学療法と同等以上の効果をあげたことは、障害者治療の現場での鍼灸治療の有効性を示すものだと思います。

漢方薬との併用について

漢方薬を併用したのは5名です、多い数ではありません、これは脳性まひが運動障害と言語障害を伴う場合が多く、就労が困難なため、経済的余裕がなく、また、自力での病院への通院が出来ないという、現実的な事情と。脳性まひに多いのですが、その時の症状は軽くしたいが、薬を飲んでまで、障害を軽くすることに積極的ではない方が多い、という事情があります、健常者には矛盾した感情に思えますし理解しづらい感情です、先天障害者にまま見られる感情です、治療を地味に困難にする感情の一つです。

鍼薬併用には「同効相須」「異効互補」「反効制約」などがありますが、脳性まひ全般の症状を軽減する意味で「同効相須」を使います。

「不当緊張」が「肝脾不和」であるなら、方剤は和解剤と柔肝剤が中心となります。

服薬していただけたのが5名と少なかったのですが、信頼関係があったので、いろいろな和解剤と柔肝剤を試すことが出来ました。小柴胡湯¹⁾、抑肝散、柴胡加竜骨牡蛎湯²⁾、四逆散、芍薬甘草湯³⁾です。

特に効果的だったのが柴胡加竜骨牡蛎湯でした、これは先天障害で生活や将来に慢性的な不安感をもっているため、安神作用があるためと。季肋部の緊張を軽減するのに効果的な働きがあるためと考えます。

5例全てが、最初は鍼灸のみで、あとから漢方薬治療を追加しましたが、鍼灸治療のみのときより、鍼薬併用のほうが明らかに効果がありました。

問題点と展望

実際の治療上、問題は「金と足」です、前出の通り、脳性まひが就労し難い障害の1つである、ということです。

27名の患者のなかで、授産施設以外での就労は3名、1名は車椅子ですが、言葉が明瞭で、一般企業で働いています、この方のみが自費治療です。

後の2人は自営の農家と工場での単純作業ですが、2人とも言葉に問題はありませんが、運動障害は軽度で、自力歩行が可能です。とはいえ収入は少なく、保健治療でなければ治療の継続は出来ません。

施設での治療は施設側と私がある程度、融通させながら治療しています。同意書は養護学校同窓会のつながりで、割としやすいのですが、往療などは距離の関係で、算定できません。また、保険請求が通らないからといって、あなただけ治療しません、というわけにもいかず、まあ、全体でペイできていればいいかなと、いう感じです。

来院は、8名、自動車を運転できるもの2名、小児で親が連れてくる4名、バス1名、電動車椅子での通院1名。

今は車社会のため、自動車で来院する、6名（小児を含む）以外はやはり通院は障害となります。

脳性まひや、慢性化した脳血管障害で、動かなかった腕などが一回の治療で動くようになったなどの症例を目にすることがあるが。そのまま健常者になったという話は聞きません、不当緊張と考えれば当然で、脳損傷以外の運動障害であれば、ある程度の腕をお持ちの術者とタイミングが合っただけの話です。

成人した先天障害者が健常者レベルまで回復した例を私は知りません。先天障害の治療はゴールの無いマラソンに似ています、治療を継続するには、明確な方針と未来への展望が必要です。

今の段階では、どの程度の障害を、どの程度の頻度で、どの程度治療すれば、どの程度の回復が望めるかは判りません、この先も症例を積み重ねる必要があります。

脳性まひは極度に慢性化した脳損傷といえます、脳性まひに対する鍼灸治療の有効性は脳血管障害や高次脳機能障害への有効性に繋がると思います。