

NORTH AMERICAN JOURNAL OF ORIENTAL MEDICINE

北美東洋醫學誌



仰人尺寸之圖

CONTENTS

Introduction to Meridian Therapy (Part 2) <i>by Somei Okabe</i>	2
Getting Fired Up by Moxa <i>by Brad Thompson</i>	6
The Current Situation and Future Direction of Japanese Acupuncture <i>by Takayoshi Ogawa</i>	7
Acupuncture in Gynecology Disorders <i>by Misaki Endou</i>	11
Eastern & Western Medicine: Complementary Approaches <i>by Erin Ellison & Michael Menard</i>	14
The Story of an Acupuncture Needle Manufacturer <i>by Naonori Maeda</i>	16
On Self Study <i>by Robert Hayden</i>	18
A Stroll in Kanpo History (Part 5) <i>by Shinjiro Kanazawa</i>	19
Scientific Research on Shiatsu <i>by Matsuko Namikoshi</i>	21
The Function of Ventilation and Whole Body Shiatsu—Using Vital Capacity as a Guideline <i>by Toshiyuki Otsuka</i>	21
Experimenting with the Dashin Technique <i>by Hideo Takahashi</i>	22
Practical Moxibustion Therapy (Part 14) <i>by Junji Mizutani</i>	24
Koei Kuwahara's Workshop on Pediatric Shonishin <i>by Jake Paul Fratkin</i>	27
Book Review <i>by Peter Canakis</i>	28
Introduction of New Members	29
Japanese Text	30

Editorial

Fall is the time of year when we turn our minds to harvest and the fruit of our labours or what some call the outward manifestation of what we have sown. For NAJOM, if this issue is any indication, it is a cornucopia filled with delectable morsels that stimulate, satiate, and salivate our desire for more—more knowledge, more experience, and more wisdom. The diversity and breadth of knowledge, experience, and wisdom that our contributors have so kindly and generously heaped upon us, is nothing short of miraculous—an organic miracle of shared ideas.

In the East, there is a saying that when the student is ready the teacher appears. It has and does so aptly inform my life now that I sometimes wonder whether the chaos that governs life is the entropy of random acts of kindness—ordinary miracles like NAJOM keep falling into my lap. NAJOM is indeed an ordinary miracle of the wisdom of the past informing the present and creating the future as Mr. Maeda so eloquently traces through eight generations of acupuncture makers. The learning that springs from NAJOM is universal and open for all. It's diversity and expansiveness to me seems to be growing exponentially and flowing geyser-like from our NAJOM teacher-preceptors who paint story pictures of techniques and experience that draw from the past, the present to inform the future. Here at NAJOM I feel like I'm in the eye of a storm, with words, and ideas swirling around me and yet I feel the quiet meditative stillness that brings depth and understanding of an experience and a spiritual practice one may call 'Oriental medicine'.

It's still seems odd to me that I find myself

Mission Statement

The purpose of the *North American Journal of Oriental Medicine (NAJOM)* is to facilitate networking among practitioners of Oriental medicine so that they may enhance their knowledge and skills. As an international and multi-disciplinary publication, NAJOM does not uphold a particular approach or viewpoint, but our aim is to foster the growth and refinement of Oriental medicine grounded in skilled touch. With due respect for all traditions and perspectives of Oriental medicine, NAJOM pursues this aim by highlighting the theories and practices of traditional Japanese medicine. This includes Japanese acupuncture and moxibustion, kampo (herbology), shiatsu, anma, and do-in, which emphasize the vital role of touch in healing.

wearing the hat of "editor" for NAJOM. It is such an uncomfortable fit and even rather presumptuous on my part to have accepted it for I carry none of the credentials that would give me credibility. The only thing that comes to mind is the same sense of wide-eyed candy-store glee that Brad Thompson so buoyantly expresses in his article on Mr. Mizutani's moxibustion workshop. A glee that I can wholeheartedly understand from having experienced it myself but not from the vantage point as a practitioner. The richness and appreciation that comes to me is from the vantage point of the patient or 'health consumer' that Drs. Ellison and Menard discuss.

My concern is no longer an intellectual pursuit but a very personal one having been so fortunate as to have 'discovered' moxibustion and even more blessed as to be using direct moxibustion on a home care basis for my mother who has been medically diagnosed as 'predialysis'. I have had the opportunity of using it and seeing the changes that are effected first hand on a day to day basis. Most importantly though, there is a sense of joy and wellbeing that arises in her. Sadly, I have neither the tools nor credentials that would allow me to ever experience the joy and profundity of what you as professionals would encounter. What I can do however, is communicate your message to those in need who would benefit from your knowledge, experience, and wisdom.

To our contributors, thank you for the feast that you have laid before us. I look forward to joining more of our readers at NAJOM's roundtable for other culinary delights of the heart and mind.

Shurli Chan
Editor

Having developed over a thousand years, traditional Japanese medicine is an amalgamation of numerous aspects, developments, and interpretations of Oriental medicine in Japan. Oriental medicine is now practiced around the world and will continue to evolve and develop to suit the unique environment and needs of each region. NAJOM seeks to contribute to the development of Oriental medicine in North America by making more information available about traditional Japanese practices and how they are being applied today. The primary intention behind NAJOM is to serve as a forum for the exchange of ideas which inspire and motivate practitioners of Oriental medicine to deepen their understanding and refine their art.

The North American Journal of Oriental Medicine

Editorial Staff

Director	Junji Mizutani
Editor	Shurli Chan
Associate Editor	Hideo Takahashi
Translators	Stephen Brown Harumi Inoue Joshua Lerner Mika Ozeki Megumi Hirayama
Illustrator	Masamichi Shibata
Proof Readers	Shurli & Betty Chan Peter Canakis Robert Hayden
General Manager	Koji Ichihashi
Cover Calligraphy	Denmei Shudo
Layout	Shurli Chan
Computer Support	Dan Kurahashi

NAJOM Volume 5 Number 14 (November, 1998)

All rights reserved. No part of this journal may be reproduced without consent from the publisher. This journal is published three times annually in July, November, and March.

The ideas and opinions expressed in this journal are not necessarily those of the publisher or of the editorial staff.

General Subscription Policy

NAJOM was founded for the promotion and development of the Japanese approaches to Oriental medicine in North America. In addition to joining as a member, with special requirements and benefits, the category of general subscription has been established for non-practitioners who wish to subscribe to this journal.

General Subscription (3 issues/yr)

Canada	USA	Other
\$27.00 Cdn	\$21.00 US	\$28.00 US

Back Issue

Canada	USA	Other
\$10.00 Cdn	\$8.00 US	\$11.00 US

For subscriptions, please contact

NAJOM

896 West King Edward Avenue
Vancouver, BC
CANADA
V5Z 2E1

Tel: (604) 874-8537

Fax: (604) 874-8635

Email: najom@portal.ca

Website: www2.portal.ca/~najom/

Introduction to Traditional Japanese Acupuncture (Part 2)

Okabe Somei - President of Japan Meridian Therapy Association

III. Theoretical Foundations of Meridian Therapy

Just like TCM, Meridian Therapy is founded on the principles of Yin-Yang and the Five Phases. The concepts of Qi, Blood, and Fluids are therefore utilized to explain disease along with that of Deficiency-Excess and Cold-Heat. And because Meridian Therapy is based on an understanding of the pathological condition of the Zangfu, these organs are considered in terms of their function, not their structure. The Zangfu, or organs, and the meridians are interconnected. It should be clear from the previous article that the principles of Meridian Therapy are not merely for categorizing or organizing clinical data. They are meant for the selection and decision about everything related to diagnosis and treatment. With this understanding, I would like to discuss the theoretical foundations of Meridian Therapy.

1. Principle of "Yin Leads, Yang Follows"

This principle underlies the classics of Oriental Medicine, and it means as stated that Yin must lead and Yang must follow. Two points can be made about the practical application of this principle.

The first point is related to the function of the Zangfu. Zang are Yin and Fu are Yang, and their function as Yin-Yang pairs is centered on the Zang or Yin aspect. The primary function of the Fu which are Yang (except for organs such as the Gallbladder which have specific functions of its own) is to assist the work of the Zang. For this reason, in Traditional Japanese Medicine, the primary significance is placed on the Zang and the corresponding Yin meridians. Thus the explanation of pathology and symptomology as well as the names of the Patterns are expressed in terms of Yin, which is primary. Therefore there is a Liver Deficiency Pattern, but there is no Gallbladder Deficiency or Gallbladder Excess Pattern.

The second point is related to treatment. No matter what the pathological condition is, the basic rule in Meridian Therapy is to treat the Yin meridians first and to treat Yang meridians afterward. There are, however, a

few exceptions in which Yang meridians are treated first. These are acute cases of Yang Excess Patterns, or cases like acute low back pain, where severe symptoms manifest in the Yang meridians.

2. All Diseases Originate from a Deficiency of Jing

When there is an epidemic of the common cold, some people catch the cold and others don't. Why is this? Further, among those who catch the cold, some get over the cold with just a slight cough and a runny nose, while others run a high fever and get bronchitis or pneumonia and sometimes even have a life or death crisis. The question is, how do we explain these individual differences? The understanding in Traditional Japanese Medicine is that, as long as the body does not have a susceptibility, no internal, external, or miscellaneous factors can cause disease. In other words, all diseases arise because of a susceptibility in a Zang which results from a deficiency of Jing. This is why all Patterns are expressed in terms of a deficiency of a Zang.

In terms of symptoms, a deficiency of Jing manifests as little more than fatigue. It is not a problem that would warrant medical attention or a diagnosis. There is a functional problem, however, and this condition if unchecked can eventually develop into a disease recognized by Western medicine. In Oriental medicine treatment is rendered at the beginning stage, what the classics call "incipient disease." To treat incipient disease is to treat imbalances at the earliest stage and return the body to its original state of vitality. It is of great significance that acupuncture and moxibustion are powerful tools for health maintenance and can play a major role in preventive medicine. As discussed in the previous article, six position pulse diagnosis is a technique which fulfills this purpose.

The Basic Patterns are expressed in terms of deficiency in a Zang. The Basic Patterns are Liver Deficiency, Spleen Deficiency, Lung Deficiency, and Kidney Deficiency. The reason there is no Heart Deficiency Pattern is because the Heart houses Shen and, when the Heart becomes deficient, Shen disperses and the patient dies. In other words, no disease begins with Heart Deficiency. It does happen, however, that Cold or Heat originating in other organs spreads to the Heart and causes symptoms.

The Basic Patterns alone are not adequate for understanding the pathology, and as explained in the previous article. To be complete the Pattern must designate Cold or Heat and include the meridians affected by

the Cold or Heat. Be that as it may, for treatments just for health maintenance, it is sufficient to decide and treat the Basic Pattern. This is because disease has not progressed to a point where Cold or Heat spreads to other meridians. The treatment for health maintenance can simply follow the conventional Meridian Therapy point selection principle in the 69th chapter of the *Nanjing*. In the case of Liver Deficiency, LV8 and KI10 are tonified with shallow insertion (no more than 3mm, or even with the insertion tube), and the needle can be retained for ten to fifteen minutes.

3. Patterns (The Essence of Disease)

The basic assumption in Meridian Therapy about the origin and development of disease is as follows:

- (1) Disease begins with a deficiency of Jing in a Zang.
- (2) Various internal, external, or miscellaneous factors enter the picture and the Qi, Blood, and/or Fluids of the Zang become deficient (a Deficiency Pattern).
- (3) These deficiencies generate Cold or Heat.
- (4) This Cold or Heat spreads to other organs and meridians.

To describe the above process in another way, (1) is a susceptibility caused by a deficiency in a Zang, (2) and (3) give rise to pathological conditions, and (4) produces specific symptoms.

1) Basic Patterns

These indicate a deficiency of Jing in a Zang and there are four types as discussed above.

2) Pathological Condition (Cold or Heat Pattern)

Patterns of Cold and Heat are categorized according to the 62nd chapter of the *Suwen*. (See Table 1)

A. Yang Excess - Exterior Heat

The deficiency of Jing in a Zang can cause a Yang aspect or meridian to become excess. When this happens, Heat arises on the exterior or on the body surface. In cases of Lung Deficiency, for example, Wei Qi on the body surface become deficient and Cold can invade from the outside. When this happens, Normal Qi and Pathogenic Qi battle it out at the surface (level of hair and skin). This is the pathological condition called Excess Heat on the exterior.

This condition occurs most often in acute cases and is caused by external pathogenic factors. Usually it begins with sudden and intense symptoms. Also it generally tends to progress from the Taiyang stage to

Yangming and Shaoyang, and then to Zangfu disorders. This condition often occurs in Lung Deficiency or Spleen Deficiency Patterns. In these cases, it is simply called a Lung Deficiency or Spleen Deficiency Heat Pattern.

B. Yang Deficiency - Exterior Cold

The deficiency in the Yang aspect (Yang Qi has a warming function) arises in a Zang due to deficiency of Jing and this lead to chilling on the body surface. This condition can occur with any of the Basic Patterns. These are simply called Cold Patterns. Cold is Yin in nature and tends to travel inward. Thus Yang Deficiency tends to develop into Yin Repletion Internal Cold, which will be discussed shortly. The symptoms of Yang Deficiency are chilling on the body surface including places such as the low back and legs, as well as headaches due to Cold, and facial paralysis.

C. Yin Excess - Internal Heat (Liver Excess)

With this pathological condition, either Excess Heat is generated because Normal Qi and Pathogenic Qi is battling in the interior, or Heat in the Yin aspect causes Blood

Stagnation. In contrast to Yang Excess External Heat being on the body surface, Yin Excess results in Excess Heat in the interior. In any case, the substance that stagnates and accumulates because of the Heat is always Blood. According to the functions of the Zang, the Liver is the organ involved when Blood stagnates and accumulates. Therefore Yin Excess occurs only in cases of Liver Excess. Nevertheless, the Excess Heat generated in the Liver can then spread to other organs. Thus the Heat from Yin Excess rarely originates from the Yin meridians, but instead comes from the affected Zang. This implies that a serious illness lies hidden, so one needs to be cautious in undertaking acupuncture treatment. Great attention is required in both diagnosis and treatment. If there is any doubt, the patient should be advised to get a medical examination. Since the Excess Heat is deep inside, however, the symptoms are not severe. It is easy to make mistakes on cases like this when only the symptoms are followed. Such cases can simply be called a Heat Pattern.

D. Yin Deficient - Internal Heat

This is a pathological condition in which there is a deficiency in the Yin aspect (pri-

marily Blood and Fluids) which generates Deficient Heat in the interior (inside the body). Heat is Yang in nature so the Deficient Heat moves upward and to the surface of the body. This gives rise to a variety of symptoms. The most typical symptom is flushing, and otherwise there is stiffness in the neck and shoulders, headaches, and dizziness. Sometimes the Deficient Heat is transient, and at other times a great amount of Deficient Heat is generated over a long-time. When the Deficient Heat is transient, the pathology often shifts to Cold because of the deficient condition. Such can simply be called a Heat Pattern.

E. Yin Repletion - Internal Cold

This is a pathological condition in which the Cold on the body surface caused by Yang Deficiency progresses so that the Cold moves deeper into the body. The symptoms manifest as Cold on the inside, or in the Zangfu. Cold can affect the Stomach to cause loss of appetite, poor digestion, and fluid retention in the stomach, distension in the abdomen, and diarrhea. In women Cold can cause menstrual cramping and irregular menses. Such cases can simply be called a Cold Pattern.

Using the above concept of pathology, we can recognize and differentiate pathological conditions originating in a deficiency of a Zang. In this scheme there are eight Patterns based on the four Basic Patterns. They are Liver Deficiency Heat, Liver Deficiency Cold, Spleen Deficiency Heat, Spleen Deficiency Cold, Lung Deficiency Heat, Lung Deficiency Cold, Kidney Deficiency Heat, and Kidney Deficiency Cold. Sometimes the Pattern is expressed in terms of Yang Excess Heat or Yin Deficiency Heat, and this increases the number of possible Patterns .

The most common pathological condition seen in Japan is Deficient Heat and Cold Patterns with Cold in both the interior and exterior. In my experience, these conditions account for 80 to 90% of all patients.

A Heat Pattern is characterized by Heat, and there are the three types of Yin Deficient - Internal Heat, Yang Excess - External Heat, and Yin Excess - Internal Heat. In the first two types, the Heat appears on the body surface, or in Yang meridians, while in the last type (Yin Excess - Internal Heat), the Heat symptoms appear in the Yin meridians. As stated, the symptoms are not that severe in Yin Excess, but there is Heat in a Zang and often there is a serious organic disease.

A Cold Pattern is characterized by Cold. In principle, there are two types: Yang Defi-

TABLE 1

YANG EXCESS	YANG DEFICIENT
Pattern: Heat Pattern Symptoms: Excess Heat on the exterior (body surface) - fever, chills and rigors, etc. Pulse: floating, excess, rapid Treatment: After tonifying Yin meridians, Yang meridians are dispersed with shallow insertion.	Pattern: Cold Pattern Symptoms: Chilling of the exterior (body surface) - chilling of legs, pain from Cold etc. Pulse: submerged, thin, deficient Treatment: After tonifying Yin meridians, Yang meridians are tonified with shallow insertion.
YIN EXCESS	YIN DEFICIENT
Pattern: Heat Pattern Symptoms: Excess Heat in the interior - Blood Stagnation, organic disease, etc. Pulse: submerged, excess Treatment: After tonifying Yin meridians, excess Yin meridians are dispersed with deep insertion.	Pattern: Heat Pattern Symptoms: Deficient Heat in the interior - Deficient Heat emerges in the upper half of the body or the surface to cause stiffness in the neck and shoulders, flushing, and pain from Heat, etc. Pulse: floating, large, deficient Treatment: If there is still Heat after tonifying Yin meridians, Yang meridians are dispersed gently.

ciency - External Cold and Yin Repletion - Internal Cold. The only difference clinically, however, is that shallow needling is used in the former case and deeper needling is used in the latter. Thus there is no strict need to differentiate these two types. Just simply, when there are Cold symptoms in the Zangfu, the needles are inserted deeper. The above mentioned pathological conditions which include three Heat Patterns and two Cold Patterns make it possible to understand why certain symptoms are manifesting, and they are useful for grasping the symptoms in terms of the meridians where the Heat or Cold has spread. Furthermore, each of these pathological conditions are accompanied by a characteristic pulse so it is a simple matter to differentiate the types by the pulse quality. Also, in giving treatment, one is able to quickly determine the point selection, tonification-dispersion, depth of insertion, and the technique by identifying the pathological condition. Thus the classification of Heat and Cold in the Pattern has a direct bearing on both diagnosis and treatment.

3. Constitutional Differences

Since I have discussed Heat and Cold Patterns, I would like to address the issue of individual differences or constitution here. The constitution is important in Traditional Japanese Acupuncture. By taking a person's constitution into account, the understanding of pathology based on the Pattern is deepened, and the aim of treatment can be raised to restoring the person's constitutional pulse. In theory there is a normal pulse in Meridian Therapy, but actually it is thought that no one is completely balanced and healthy. It is assumed that everyone has some constitutional tendency and survives by their body working to maintain balance and health. Thus a person is in a healthy state when the pulse is the constitutional pulse. When the pulse is only slightly different from the constitutional pulse, the disease is mild. The more the pulse deviates from the constitutional pulse, the more pronounced the symptoms and the more advanced the disease.

For example, a person with a Liver Deficiency Heat Pattern constitution has a personality which is fastidious. Such a person is always restless and takes care of things one after another. This creates a tendency toward depletion of Liver Blood, and this leads to Yin Deficiency and Deficient Heat. This Deficient Heat, being Yang in nature, tends to rise to the Upper Burner, and causes symptoms such as neck and shoulder tension, eye strain, flushing, heaviness in the

head, and insomnia. Therefore, when a person with this constitution becomes upset or overworks and consumes Liver Blood, this causes extra Deficient Heat which gives rise to the above symptoms. Considering the person's constitution, however, these symptoms are not so serious. In contrast, when such a person has the symptom of chilling or cold, the disease is more advanced. They are clearly out of balance, and it is necessary to quickly return them to their original constitutional tendency.

In this way, by considering a person's constitution, the pathology is seen not only in terms of Cold or Heat, or the severity of symptoms, but with a sense of relativity in relation to their constitution. Therefore, the skill of a practitioner lies in how quickly he can identify the patient's constitution. And it follows that the aim of treatment is to restore the patient to their constitution. This means that, if the patient is treated for a Liver Deficiency Heat Pattern and the symptoms improve, even if subsequently their Pattern seems to change to Kidney or Spleen Deficiency Heat, the treatment for the original Pattern is continued while the symptoms are present.

4. Theory of Symptomology

This theory is applied to explain cases and symptoms caused by Cold or Heat spreading through the meridians, which cannot be fully understood or explained by the theory of pathological conditions. Disease begins with a deficiency in Jing Qi of a Zang, and the various factors cause Cold or Heat. Sometimes this Cold or Heat remains in that Zang or associated meridian, but often it spreads to other meridians, and produces various symptoms wherever it spreads. There is no specific rule or order in the way Cold or Heat spreads through the meridians. Cold or Heat can spread to any meridian; not only those that are next to it or related by Three Yin Three Yang (e.g. Yangming).

Thus it is necessary to know which organs or meridians the Cold or Heat has spread to, and how to detect this. In other words, a diagnostic method is needed. It is a simple matter when the Zangfu or the associated meridians can be identified from the symptoms present. When there is a headache along the Gallbladder meridian, for example. In this situation, since the Basic Pattern and the differentiation between a Cold and Heat Pattern is made from six position pulse diagnosis and pulse quality diagnosis, the following analysis can be made when the Pattern is Liver Deficiency Heat: If a pulse quality indicating Heat (which means Deficient Heat has spread to the Gallbladder

meridian) is not felt, then it can be assumed that the symptoms are a result of Cold in the Stomach meridian. Another shortcut is possible if one doesn't know how to do pulse quality diagnosis for individual positions. Palpating the superficial and deep level at each position will give a person a rough idea of the presence of Cold or Heat.

Once the Zangfu or meridian affected by the Cold or Heat is determined by the above methods, since the pathological condition is understood from the Basic Pattern and the differentiation of Cold and Heat, all one has to do is to clarify the relationship between the pathological condition and the presenting symptoms. Thus, in the above example, the pathological condition and symptoms are understood as a case of Deficient Heat from Liver Deficiency, which has spread into the Lung and Large Intestine meridians to produce pain in the right shoulder. This is a simple analysis of the Pattern.

To analyze this Pattern in greater detail, if the pulse quality at the middle and proximal positions on the left is sunken, wiry, and hard, this indicates Yin Deficiency and Internal Heat primarily from a depletion of Fluids. Further, when the pulse quality of the distal position on the right is sunken, wiry, and strong, the Deficient Heat has stagnated in the Lung and Large Intestine meridians as Excess Heat, which has produced pain in the right shoulder along the course of these meridians. In this way, the theory of pathology and the symptoms produced by Cold or Heat in the Zangfu and meridians are linked up with the pathological condition suggested by the pulse qualities at various positions (this will be presented later) to finally determine how the Pattern is manifesting.

So Patterns can be analyzed in detail as done above, but the Patterns are simply expressed as Liver Deficiency Heat Pattern or Kidney Deficiency Cold Pattern, for example. In other words, the name of these Patterns are categories of pathological conditions for the sake of proceeding with the treatment. The name of a Pattern does not mean that the pathological condition or the symptomatic manifestations is identical in every case.

5. Pathogenic Factors

There may be those who wonder why pathogenic factors have not been discussed in more detail in this paper. Pathological factors are literally causative agents of disease and they are categorized into internal, external, and miscellaneous factors. While pathogenic factors can be used to explain the inception of disease, it does not explain the

resultant pathological condition. In other words, it does not have that much value in terms of understanding how a Pattern is manifesting. It is true that classics such as the *Shanghanlun* use terms such as Injury by Cold and Penetration by Wind to describe disease in terms of the pathogenic factor, but this aspect of the pathology is fully covered by the theories of pathology and symptomology discussed above. And more importantly, even if the pathogenic factor is known, this does not necessarily lead to a viable treatment. Even if the disease is identified as Penetration by Wind, how does one formulate a treatment?

Of course, this doesn't mean it is pointless to determine the pathogenic factor. As I will mention later in the section on treatment, there is a point selection method based on the five pathogenic factors. For example, if Liver Deficiency is caused by the pathogen of Cold, the metal point LV4 is used. In cases where the pathogenic factor can be clearly identified, treatment applying this point selection method is possible. Thus, while the pathogenic factor is taken into consideration in the treatment phase, it is not really necessary for deciding the Pattern.

Be that as it may, knowing the pathogenic factor is very important for the purpose of prevention and health maintenance for the patient. It is useful to know which pathogenic factor is responsible for throwing a person out balance. This is related to the issue of constitution discussed earlier. People with the Lung Deficient or Cold Constitution, for example, tend to be susceptible to the factors of Cold and Dryness. Those with a Heat Constitution, on the other hand, tend to deplete their Blood and Fluids by subjecting themselves to excessive stress. Advice can be given to patients about the factors which tend to affect them adversely, so knowing the pathogenic factor is important for the sake of patient education.

To be continued

Translated by Stephen Brown

Somei Okabe, MD, graduated from Showa Medical College in 1963 and received his Doctorate in Radiology in 1963. He became a professor at Showa Medical College in 1971. Then became Head of the Acupuncture Department of the Oriental Medical Research Unit of Kitasato University in 1973. He left his position in 1984 to devote himself to Meridian Therapy and the operation of his own clinic. He became the President of the Japan Meridian Therapy Association in July of the same year. And he also established and became the Director of the Acupuncture and Meridian Therapy Institute in 1986.

Getting Fired Up About Moxa!

by Brad Thompson

On October 10, 1998, Seattle was the site of Junji Mizutani's 'Practical Moxibustion Therapy Workshop.' Junji is the director of the *North American Journal of Oriental Medicine* and the foremost authority on moxibustion in the West. The opportunity to learn his techniques directly in a group setting of 15 people was a rare and inspirational experience. Given his authenticity and sincerity, he held nothing back. We walked away with a quiver full of tools to immediately put it into practice, without hesitation.

We covered just about every aspect of Japanese moxibustion. It's history, how to prepare moxa, store it, all about its effects, contraindications, and the many techniques to choose from. This was one of the most helpful workshops I have been to. We were given a complete 'starter kit' full of different tools and high grad moxa to practice each technique on ourselves and each other. As someone said, 'It's like our first day in kindergarten, getting our scissors, colors, and paper.' We had all these toys and as yet no one knew what to do with them. The kit contained moxa, wooden rolling blocks, bamboo tubes, incense, shiunko cream, salt, paper, and moxa sticks. Also provided was Junji's book on moxibustion, a compilation of all his articles on moxibustion, including point selection and case histories.

After some preliminaries, we quickly dove into the techniques, and it was fun to do all the practices knowing that Junji had thought out each step really well. The techniques seemed to fall together. Direct moxibustion was the main technique taught because of the powerful effects of concentrated heat penetrating into the body. In addition to obvious warming qualities, it also offers certain chemical benefits. It strengthens the immune system, reduces inflammation and pain, and improves blood quality and circulation.



NAJOM Website

www2.portal.ca/~najom/

We also practiced Hachibu-kyu (in between direct and indirect moxibustion), and many indirect techniques including the following:

- Oshi-kyu: a type of moxa massage
- Indirect moxibustion on miso
- Salt moxibustion using a paper frame
- many types of needle moxa

Junji did demonstrations, exhibiting his palpation skills and efficiency in performing direct moxibustion. It is really not that time consuming. We were taught ways to help make the patient feel at ease when applying direct moxibustion. Also we learned to encourage patients to apply moxa regularly at home to increase and extend the effect of the treatment, thus highlighting the importance of patient involvement for their healing.

The first day back in the clinic, I used three techniques that I had never used before on three different patients, and each had positive results. Junji made it simple and fun to learn his techniques, and it was an honor to be around him. He is very gracious, and his caring and integrity is undeniable. I learned that moxibustion is not something extra that you add to your needle treatments like a side dish. This workshop opened my eyes to the power of moxibustion and that my treatments can consist of mostly moxibustion or even all moxibustion.

Acupuncture Society of New York

1858 Pleasantville Road
Suite 112
Briarcliff Manor
NY 10510-1038

publishes

The Meridian Times Newsletter

and the

*Journal of the Acupuncture
Society of New York*

and sponsors

**Toyo Hari classes and seminars
with Koei Kuahara**

for the New York branch of the
Japan Hari Medical Association

Please contact us for an
information packet.

Voice or Fax: (914) 923-0632

The Current Situation and Future Direction of Japanese Acupuncture

by Takayoshi Ogawa

Introduction

My article titled "Comparison of TCM and Meridian Therapy" appeared in the March 1996 issue of this journal. In April of the same year I travelled to Seattle and Boston to give seminars on the same topic. I am grateful for the opportunity I had to express my views in this way, but the theme was very broad and it is hard to draw simple conclusions. In this article I would like to focus on Japanese acupuncture and discuss what I have learned through my involvement in the Japan Acupuncture Society and the Traditional Japanese Acupuncture Association, as well as teaching at the Tokyo Eisei Gakuin.

When it comes to the legitimacy and benefits of acupuncture, there should be no difference in the time or place. The true path should be one. The reality, however, is that countless true paths have been proposed and today many approaches or schools of thought contend with each other. This is very confusing for those who seek the true path. This is why I feel it is very important to study the big picture. That is, to consider the time and place and to understand the role of acupuncture and moxibustion in this context as well as the demand for such therapy. In this paper I will analyze the historical context of Japanese acupuncture, its relationship to that in China, the trend of Traditional Japanese Acupuncture in the modern era, the current situation of the acupuncture profession and its prospects, and acupuncture education in Japan. (note: Hereunder the term acupuncture and moxibustion will be shortened to just acupuncture. Moxibustion will be mentioned only when it is specifically indicated.)

2. Historical Assessment of Japanese Acupuncture

A. The Social Role of Acupuncture in Japan through History

Classical Period (before 1875)

Table 1 shows the social role of acupuncture in Japan through its history in a simplified way. In the so-called classical period, the biggest problem for the majority of people was nutrition, due to a shortage of food and the poor quality of the food available. In addition, almost everyone had parasites. The health issues in this period was food poison-

ing, infections, and communicable diseases. The primary emphasis in medicine in this period was herbal medicine (internal medicine). Acupuncture had the role of supplementing herbal medicine. Reviewing the historical literature, except for times when there were renowned physicians like Huato or Bienque, when a person became ill and took to bed, very frequently herbs and needles proved useless and the person got worse and died. This would seem obvious if we bear in mind that life in those days was underscored by malnutrition and parasites. Although acupuncture was not totally ineffective against the diseases of that period, it is unlikely that it worked nearly as well as the antibiotics of today. The treatment of incipient diseases is often mentioned in the classics such as the *Suwen* and *Lingshu*, but it is easy to imagine how in those days this was the primary role of medicine. The aim was to nurture health, prevent disease, and to stay one step ahead of disease and treat it promptly.

After Reformation of the Medical System (1875)

Even after the reformation of the medical system in Japan (when Western medicine became the official medicine), in the beginning there were few physicians and health insurance wasn't available. Therefore acupuncturists continued in their role of providing affordable and accessible health care. That is to say, primary care. First people would go to a local acupuncturist, and if this didn't help, they would seek help from a doctor in a far away town and pay the high cost of treatment.

After National Medical Insurance (1954)

Once the number of doctors increased and insurance coverage became universal, low cost and accessibility became the merit of Western medicine. Having to pay out of pocket, acupuncture became expensive by comparison and harder to receive. In this scenario, Western medicine became the first choice and patients that can't get help from Western medicine (those who fall through the cracks) go for acupuncture treatments. Conditions treated by acupuncture are those which are not easy to treat with Western medicine, such as pain (no objective assessment) and musculo-skeletal problems and soft tissue injuries which do not show up on X rays. Also increasingly acupuncture is sought in cases where there are complaints but no clear diagnosis, so-called autonomic dysfunction and chronic fatigue.

After News about Acupuncture Anesthesia (1971)

The efficacy of acupuncture started to become widely recognized once news of acu-

puncture anesthesia reached Japan in 1971. People started to go for acupuncture treatment before getting a diagnosis or treatment from a medical doctor, especially for pain and musculo-skeletal problems. Also the perception of acupuncture as a safe form of therapy free of side-effects became widespread. Thus, in order to avoid the medical system with the tendency towards too many tests and over-prescription, people began going for acupuncture first and went in for medical tests only if this didn't work. So acupuncture took on the role of screening or separating the serious diseases from minor problems.

Future Society of Aging Population

In the society of the future with an aging population, health insurance and pensions may not be adequate. A person may not be able to get by if he becomes ill (satisfactory medical care cannot be obtained). So, in a way, this situation is similar to classical times. In other words, just as in the classical period, the main issue for people today is to stay healthy and live a long life. People are seeking treatment for incipient diseases. This is exactly why acupuncturists are being asked to get away from the repair shop mentality of medicine. The key word here is "health promotion". Acupuncture clinics must promote health rather than be a repair shop.

Lessons from this Historical Assessment

Examining the role of acupuncture in Japan through its history, it is clear that its role has changed with the times. It is unclear whether this was because acupuncture has the inherent capacity to meet all the different needs of each period, or if acupuncturists modified their treatments to meet the demands in each period. If the former is true, acupuncture will survive no matter how the demands on it change in the future. If the latter is true, we need to keep an eye on up coming developments a decade or two from now. As an acupuncturist, I would like to believe it has the capacity to meet all needs. As an educator and instructor of future acupuncturists, however, I need to act as if the latter case were true. And even if acupuncture has the capacity to meet all needs, it is inescapable that there will be some fluctuation in the market due to changes in the balance of supply and demand as well as a shift in the type of demand. Thus it is necessary to make efforts to reduce the loss of business due to such fluctuations.

B. Relationship between Japanese and Chinese medicine

When considering the current situation and the future of acupuncture in Japan, one cannot ignore China, where acupuncture

originated, and Chinese medicine which historically exerted a great influence on Japanese medicine. In this paper I will focus on the relationship between Japanese and Chinese medicine after the 15th century.

Importation of Li-Zhu Medicine (Beginning of the Gosei School)

Chinese medicine arrived in Japan in the seventh century along with Buddhism. Medicine from the continent was blended with the indigenous medicine of Japan to form an orthodox school. Contact with China continued for many centuries with emissaries to the Sui and Tang Dynasties, but such official contact decreased in the Kamakura Period (13th century). In the latter part of the Muromachi Period (15th century) Tashiro Sanki went to China to study medicine and returned with the newest medicine and founded the Gosei School. This school drew from the ideas of Li Dong-yuan and Zhu Dan-xi among the four eminent physicians of the Jin and Yuan Dynasties. The fact that the ideas of Zhang Zi-he and Liu Wan-su, the eminent physicians from an earlier period, were mostly bypassed by the Gosei School indicates that there was not much influence from China just prior to that time.

Features of the Gosei School

The medicine of the Gosei School emphasized theories or ideology, and this was in contrast to the earlier Japanese schools, which were based on the *Shang Han Lun* (Treatise of Cold Induced Disorders) and

were more pragmatic than ideological. The medical principles of the Gosei School were based on the *Neijing* (Yellow Emperor's Inner Classic: consisting of the *Suwen* and *Lingshu*) and the concepts of Yin-Yang, Five Phases, Zangfu, and meridians were applied. Thus, even though the medical ideas of the Gosei School were newer, they were based on the *Neijing* which was older than the *Shang Han Lun*. The feature of the Gosei School was that herbal formulas were linked to the Zangfu and meridians. This was done primarily by applying the five tastes and five colors of the Five Phases. For example, formulas for kidney diseases were made salty and the ingredients were burned to make them black. The Gosei School was the dominant school of herbology in the late 15th and the 16th century. It is still practiced in Japan by a very small minority of herbalists.

The Rise of the Koho School

For all of its classical theories, the Gosei School was not very practical, and it does not seem to have been very effective. People must have decided that it was better to get good results than to be theoretically correct. So the old style of herbal medicine based on the *Shang Han Lun* was revived, and this school was called the Koho, or the old school. Although the Koho School was based on the *Shang Han Lun*, the ideology of this text consists of little more than Three Yin - Three Yang, or the six stages of disease. Compared to the Gosei School, medical theorizing was practically nil in the

Koho School. Nevertheless, practitioners of the the Koho School were very systematic. Instead of identifying the pathogen or pathological condition using the Eight Principles or other concepts, they prescribed the same formulas for similar conditions. Instead of using theoretical constructs, they used inductive reasoning to decide which formula to use.

The Rise of Dutch Medicine

The Koho School came to dominate herbal medicine in Japan, but Dutch medicine began to make its way into Japan in the middle of the Edo Period (17th century). When Japan modernized its medical system in 1875, Western medicine based on Dutch medical texts became the official medicine. Traditional medicines which had been practiced up until that time including Kampo herbology, acupuncture, and moxibustion became illegal. The demand for herbology and acupuncture, however, continued to be high. Acupuncture continued as a profession for the blind, and it was officially sanctioned in 1903. Nevertheless, it continued to be a second class citizen within the medical system. Western medicine in Japan shifted from Dutch to German medicine, and since the end of the Second World War American medicine has become predominant. In Kampo herbology, the Koho School continues to be the dominant school.

Why Dutch Medicine Took Hold in Japan

One might wonder why Dutch medicine started growing in influence in Japan during the Edo Period, even while Japan was under the policy of seclusion. Even though there was a policy of seclusion, Japan was not completely cut off from contact with the outside world. Japan had comparatively good relations with Holland, and trade was conducted with Holland on a special island in the port of Nagasaki. Be that as it may, Nagasaki was in the western extremity of Japan, far from the capitol Edo. Thus contact with the Dutch was quite limited and Japanese society as a whole remained isolated from Western ideas.

As just mentioned, the Koho School became dominant from the middle of the Edo Period. The feature of this school was a pragmatism that emphasized practice over theorizing. The prevailing attitude was to adopt any method that worked. A method that seemed useful was actually tested clinically to verify the results. So, for example, Hanaoka Seishu created a general anesthetic and performed the first mastectomies in the world. Also Yamawaki Toyo was the first person in Japan to dissect cadavers of convicts to investigate human anatomy. Both these men belonged to the Koho School. Since they were pragmatic, when it came to

Historical Assessment of Acupuncture and Moxibustion

Time	Main Object	Role of Acupuncture & Moxibustion
Classical Period Before 1875	Infectious Disease Food Poisoning, Parasites Malnutrition, etc.	Supplementary Position in Chinese Medicine Preventive Operation Against Disease Health Promotion
Medical System Reformation (1875)	Same as above or Slight Illness of Any Kind	Economical and Accessible Medicine Primary Care
Medical Care Insurance Covering Entire Nation (1954)	General Pain Orthopedic Disease Weak Point of Western Medicine	Supplementary Position in Western Medicine Last Alternative Medicine Secondary and Tertiary
Acupuncture Anesthesia Reported (1971)	Pain and Orthopedic Disease (in Early Stage) Unidentified Complaints	Profession for Pain and Orthopedic Disease but Primarily in the Fields of General Physician-like Medicine, Safety Medicine
Aging Society	Unidentified Complaints Frequent Disease in Old Age Health Maintenance Healthful Aging	Primary Care Safety Medicine Health Maintenance and Promotion

their practice, these physicians didn't care where the ideas came from. Theories were unimportant, and whether the idea came from China or Holland, they were satisfied if it worked. It is no wonder that the physicians who adopted Dutch methods, or switched over to Dutch (surgical) medicine came from the Koho School. In this way, the Koho School, which claimed to be the old school was open to new methods and served to spread Dutch medicine in Japan while it was still under a policy of seclusion.

Why Western Medicine Did Not Take Hold in China

In China, on the other hand, there was no seclusion policy (although it was attempted), but Western medicine did not take hold. This was because there were not many physicians who were pragmatic and outcome oriented like those of the Koho School in Japan. Chinese medicine emphasized theory. The Gosei School in Japan which emphasized theory was soon replaced by the Koho School. Nothing like the Koho School emerged in China, however. The medical ideas of the Jin and Yuan Dynasties carried over into the Ming and Qing Dynasties which followed without much change and became the basis for the Traditional Chinese Medicine of this day. This approach emphasizes classical theories, and the most esteemed classics are the *Suwen* and *Lingshu*. Therefore, there was little grounds in China for accepting the foreign ideas of Western medicine.

Acupuncture in China after the Jin and Yuan Dynasties

After the four eminent physicians of the Jin and Yuan Dynasties, the use of herbal formulas to balance the meridians became the common practice, and the need for acupuncture was thus reduced. Furthermore, with the influence of Confucianism, it was not considered desirable to injure the body. Also, there was another more practical reason for the decline in acupuncture. The custom of bathing was not common in China in this period and the majority of people were poor and unclean. Accordingly, people avoided practices which involved direct skin contact. Acupuncture was sidelined from mainstream medical practice and continued modestly as a folk remedy. Also, moxibustion treatments involving the direct burning of the skin was seldom applied for the above reasons. To this day practices which involve direct skin contact are seldom seen in China (e.g. palpatory diagnosis, meridian palpation, point palpation, and oshide or holding the body of the needle).

Traditional Medicine and Communist China

The Communist Revolution led by Mao Zi-

tong also brought a revolution in the medical system. I said that Western medicine did not take hold in China, but I was referring to the 19th century. By the 20th century, occupation by various foreign countries brought Western medicine to China. The people who were able to benefit from Western medicine, however, were limited to those in the ruling class. The common people of China did not have access to Western medicine.

The Red Army, after its defeat to the Goumintang Army in 1934, took an arduous retreat route known as the Long March. Acupuncturists accompanied the Red Army on the Long March. Eventually, Mao's Red Army joined together with the communist forces in North China to defeat the Goumintang Army. It would be too idealistic to say that, since Mao's Red Army experienced the benefits of acupuncture, traditional medicine was given special emphasis in the medical system of Red China. The reality was that China after the revolution was too poor to provide for the health care of its 650 million people. There weren't sufficient resources to build all the hospitals and pharmaceutical factories necessary. There was little choice but to make use of acupuncture, which just required a few needles, and herbal medicine, which used natural materials readily available.

After Relations Between Japan and China were Restored

Once relations between Japan and Red China were normalized in the early seventies, Japan began to extend foreign aid to Red China. The construction of the China-Japan Friendship Hospital began during the administration of Prime Minister Ohhira. The chief representative for the Japanese government for this project was Ryutaro Hashimoto (the last Prime Minister). He was a patient of mine during that period and I heard many inside stories about the construction of the China-Japan Friendship Hospital. Japanese representatives were enthusiastic about incorporating traditional medicine such as herbs, but the Chinese wanted to get as much modern Japanese medical equipment as they could. The cost of supplying these devices caused the project to far exceed the original budget. It is evident from this that, while China has a policy of promoting TCM abroad, at home the intention is to expand Western medicine.

Japanese and Chinese Medicine After Acupuncture Anesthesia

After news of acupuncture anesthesia, which followed on the heels of Nixon's visit to China, an active exchange began between Japan and China in the field of medicine,

with many Japanese doctors of both Western and Oriental medicine visiting China. I visited China myself in 1972. Chinese acupuncture at that time just played a supplemental role to herbal therapy. The differential diagnosis of TCM was done to choose the herbal formula, and acupuncture was performed on a few points with a special effect in relation to the Western diagnosis. Most of the prominent acupuncturists of Japan visited China in those first few years, and they returned as I did with the impression that they had nothing to learn from China. While Chinese acupuncture was being forgotten in Japan, Chinese acupuncture changed radically, especially over the last decade. This is because acupuncture was made independent of herbs, and a system of differential diagnosis just for acupuncture was created. This new version is the TCM and Chinese acupuncture of today. The foundation of this system, however, remains unchanged. It is based on Jin Yuan medicine, which emphasizes theoretical speculation. This new version of Chinese acupuncture is beginning to pour into Japan.

C. Developments in Japanese Acupuncture in the Modern Era

The Revival of Kampo

After the reformation of the medical system in 1875, although they did not disappear completely, Kampo herbology and acupuncture declined and lost academic standing. As for the practice of acupuncture, the influence of Oriental medicine weakened to a point where needles were merely inserted in painful areas or tender points. Acupuncture, in many cases, became just a supplement to massage treatments. Moxibustion also was performed without reference to the principles of Oriental medicine, and the practice of herbology was similarly compromised. Gradually, from around 1910, there was a growing interest in reviving Kampo (traditional medicine). This movement suddenly gained momentum in the mid 1920's. The leaders of this movement were hebologists of the Koho School such as Kyushin Yumoto.

Doctoral Dissertations

As if on cue with the movement to revive Kampo, interest in acupuncture and moxibustion increased among medical doctors. Various studies were conducted and over 26 doctoral dissertations were submitted in the late 1920's and in the 1930's. Moxibustion was the most common research theme, and studies confirmed changes in blood constituents and increases in white blood cells. This led to greater acceptance of acupuncture and moxibustion by the

medical establishment.

Shimetro Hara M. D. was the leader in moxibustion research, and he received his doctorate by moxibustion research. In addition he promoted the idea that regular direct moxibustion on ST36 had health benefits, and practiced this on himself. Even though he was a medical doctor, he left his hospital in his son's hands to devote himself to a moxibustion practice, which he continued until the age of 104. He was famous as the "moxibustion doctor," and at the age of 108 he became the oldest living Japanese man to prove that regular moxibustion on ST36 was indeed beneficial to one's health.

The Beginning of Meridian Therapy

The movement to revive Kampo herbology of course affected the acupuncture profession, and practitioners like Yanagiya, Okabe, Inoue, and Takeyama began to look for ways of shaking off the image of acupuncture as tender point treatment and supplemental needling with massage. Their approach, in line with the revival of Kampo, was naturally to return to the classics and reevaluate the classical approach to acupuncture. Among the many classics, the founders of Meridian Therapy focused on the *Nanjing*, which dealt only with acupuncture. They created a treatment system based on the *Nanjing*, and coined it 'Meridian Therapy' in 1939.

Meridian Therapy is a system constructed from six position pulse diagnosis and the treatment principles from the 69th chapter of the *Nanjing*. It was a very simple system where the deficiency and excess of meridians are determined by six position pulse diagnosis and the treatment points are decided by principles in the 69th chapter of the *Nanjing*. As simple as it was, it took a great deal of practice to learn pulse diagnosis and to needle the points correctly. And, even though Meridian Therapy was simple, it was refreshing and validating to acupuncturists who had been working without any theoretical framework at all. Of course, in order to understand six position pulse diagnosis and the treatment principles in the 69th chapter of the *Nanjing*, one had to study the other classics such as the *Suwen* and the *Lingshu*.

In formulating a diagnosis, practitioners of Meridian Therapy must use a methodology similar to discrimination analysis, a topic I discussed in my last article in March 1996. A practitioner's experience, intuition, and palpatory sensitivity come into play in putting together all the findings from the four examinations and making an overall determination (compilation of four examinations). The compilation of four examinations may sound simple, but this is quite

difficult in practice, and it is even harder to teach in a class or in a clinical setting. This is why, among the four examinations, the founders of Meridian Therapy chose to give special weight to six position pulse diagnosis. By making the findings from six position pulse diagnosis the deciding factor in the diagnosis, the complex process of compilation of four examinations could be bypassed. Also there are many approaches in the *Nanjing* for deciding the treatment points for a given diagnosis. One could run into difficulties trying to decide which approach to use. It was therefore decided to primarily use the mother-son point selection method in the 69th chapter.

Thus the diagnostic approach and point selection method in Meridian Therapy was decided somewhat arbitrarily, "just to get the ball rolling," so to speak. The matter was not thoroughly discussed. The intention was just to get a start clinically with something that would represent the "revival of traditional medicine," and to continue discussion and reinforce the system as they went along. As it happened, just the combination of the point selection method of the 69th chapter (root treatment) and symptomatic treatment was so revolutionary and more effective than other approaches that fifty years went by without much modification in Meridian Therapy. Questions started being raised about a decade ago and discussion began among practitioners of Meridian Therapy. Thus various other diagnostic approaches and point selection methods have been proposed. Today a whole variety of approaches are vying for a place within the Meridian Therapy arena.

To be continued.

Translated by Stephen Brown

Takayoshi Ogawa, B.S., L. Ac. graduated from the Tokyo Acupuncture and Bonesetting College in 1975. After finishing a graduate program in administration engineering at Keio University, he completed an acupuncture teacher's training program. He has been involved in many research programs on Oriental medicine and has had numerous papers published. He is a permanent board member of the Japan Society of Acupuncture as well as the Traditional Japanese Acupuncture Association. He has also taught for many years at the Tokyo Eisei Gakuin (Acupuncture College). He is the director of the Kyorindo Acupuncture Clinic in Tokyo.

Special Moxibustion Issue

Previous articles on Moxibustion have been compiled and are available as a single issue.

Practical Moxibustion Therapy

For the past four years, I have been writing articles on moxibustion for NAJOM. The original aim in writing this series was to improve my knowledge of moxibustion and to correct any misunderstandings that I might have about it by sharing this material with our readers.

Four years of practical experience has indeed strengthened my conviction that moxibustion is effective and valuable. These days I am more certain than ever that moxibustion is a powerful therapy which can make up for some of the deficiencies in modern medicine.

So I thought it would be a good idea to compile all the previous articles into a single volume (as some past NAJOM issues are now out of print) and make them available to our readers. In reading through all the articles, some seem simple, others unrefined, but each providing a "stepping stone" in the use of moxibustion in my practice.

You can order it as follows:

Practical Moxibustion Therapy by Junji Mizutani

Canada: \$10.00 Cdn (includes shipping)
USA: \$8.00 US (includes shipping)
Other: \$11.00 US (includes shipping)

Write, phone, fax, or email:
NAJOM

896 West King Edward Avenue
Vancouver, B.C.
CANADA
V5Z 2E1

Tel: (604) 874-8537

Fax: (604) 874-8635

Email: najom@portal.ca

GOTO College of Medical Arts & Science
<http://www.lifence.ac.jp>

Acupuncture in Gynecological Disorders

by Misaki Endo

Acupuncture in the field of Gynecology may be applied in the following cases:

- 1 Menstrual disorders and menopausal symptoms in the absence of structural abnormality;
- 2 Patient's desire to avoid drugs during gestation;
- 3 Disorders which cannot be treated by surgical methods or simply a form of prevention from undergoing surgery.

This article will focus upon Menorrhagia and Menopausal symptoms cases which are very common in clinical settings.

Menorrhagia

Menorrhagia may be subdivided into 2 forms: Structural and Functional. Structural menorrhagia includes disorders such as Uterine Fibroids, Endometriosis, Adenomyosis, Uterine displacement, and Salpingitis (ie. Pelvic Inflammatory Disease). The problem arising when treating menorrhagia with acupuncture is that the practitioner is unable to distinguish the two forms of causes. In Japan, many young women choose acupuncture over seeing a Gynecologist. Moreover, it is indeed difficult to recommend a patient to undergo the usual Hormone Therapy when certain disorders have a strong likelihood of being effectively treated by acupuncture; unless, however, the disorder is of structural origin. Menorrhagia which had begun before or after menstruation or one which had aggravated due to changes in life style (eg. living away from home, starting a new job) is generally due to a functional abnormality that can be treated by acupuncture. However, when menorrhagia aggravates a woman whose menstrual cycle has stabilized and there are no signs of any major life style changes, it is considered a structural disorder. In such a case, it is advisable see a gynecologist. Clinically, it appears as though women with structural disorders have persistent and greater tension in their inguinal region. There is also a greater degree of pain. If work can be done via simply taking analgesics, the practitioner may give acupuncture treatment and treat it as a functional disorder; however, regardless of age, if pain becomes intolerable to the point where the individual can no longer go to work, there is strong likelihood that she may be suffering from Endometriosis or other structural disorders. Again, in such a case,

it is strongly recommended one see a gynecologist.

There are cases where acupuncture treatment have been successful with patients in their 20's suffering from Hypoplasia Uteri or Menorrhagia occurring after having undergone ovarian excision. Excision was done to remove the "chocolate-colored cyst" resulting from Endometriosis. Although Endometriosis is a disorder currently increasing in Japan, it is difficult to treat it ultimately by acupuncture. Successful results are likely to be obtained when a combination of hormones, analgesics, Chinese herbs and acupuncture is used. As far as Uterine Fibroids are concerned, acupuncture treatment focuses on peacefully awaiting the arrival of menopause while alleviating menorrhagia and menorrhagia, rather than attempting to reduce the actual size of

the fibroids. Nevertheless, surgery is inevitable in many cases.

The main goal of acupuncture in menorrhagia is "Prevention". A study which had been done 10 years ago involved needling SP6 once a week on 20 people and assessing its effectiveness in reducing the severity of menorrhagia during their 3rd. cycle. As a result, there was an average of 3 people (15%) who experienced a range between no effect and aggravation; 6 people (30%) who experienced slight improvement; 9 people (45%) who experienced improvement and 2 people (10%) who found great improvement. The responses were obtained on a question-answer sheet which asked to compare the percentage effectiveness on menorrhagia before and after treatment. 4 ranks were set up: 76% found no change-aggravation; 75-51% slight improvement;

Fig. 1 Average Improvement in Menorrhagia in Three Cycles

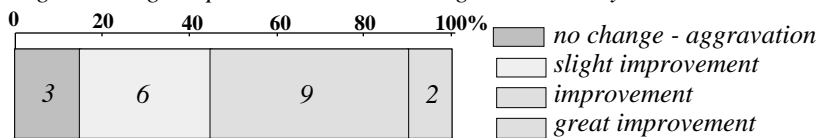


Fig. 2 Improvement in Menorrhagia in Each Cycle

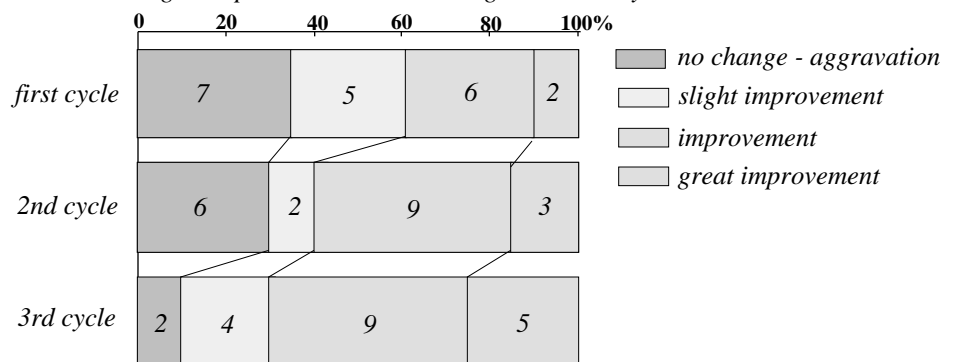


Fig. 3 Changes in the Amount of Menstrual Flow

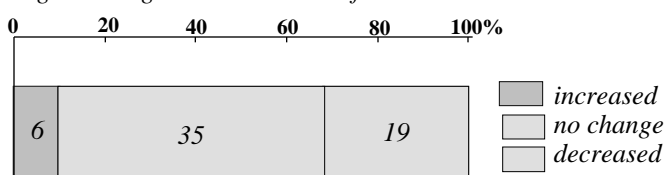
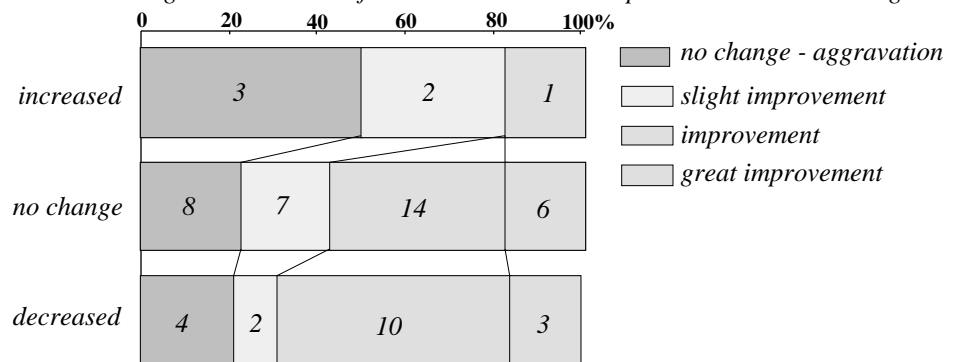


Fig. 4 The Amount of Menstrual Flow and Improvement in Menorrhagia



50-25% improvement and 25-0%, great improvement. On average, the results showed that needling SP6 had been effective by 55%; in other words, reducing symptoms of menorrhagia by a half.

Furthermore, effectiveness increased with each additional cycle. In the first cycle, effectiveness/great effectiveness was shown to be 40%; 2nd cycle showed 60%; 3rd cycle showed 70% effectiveness and 25% great effectiveness. In addition, the healthier the individuals, and the less severe their menorrhagia symptoms prior to treatment, the more effectiveness. Menorrhagia may be controlled solely by acupuncture in 50% of all women; yet, stronger acupuncture treatments and a general rebalancing of the body are necessary for those who are constitutionally weak and who suffer a great deal of pain (despite using analgesics) to the point where they must miss work or school.

Interesting results were obtained when a subsequent study was done to assess the amount of menstrual flow. Generally, women suffering from menorrhagia have a tendency towards profuse menstrual flow. Hence, the study involved whether [treating SP6] increased flow, had no change, or decreased flow. 20 women were observed from their 3rd cycle up to their 60th cycle. Consequently, 10% mentioned increased flow; however, an outstanding 3 fold increase of 31% found a decrease in flow. Moreover, there was a 16% improvement in menorrhagia among those who responded an increase in flow; while there was a 68% improvement in menorrhagia among those who responded a decrease in flow. Therefore, it is assumed that needling SP6 has a tendency to decrease menstrual flow, and the lesser the flow, the more effectiveness in alleviating menorrhagia.

SP6 may be a good point for preventing menorrhagia. As we have previously mentioned, needling the point once a week, if not within a week before the start of menses and retaining it intradermally until the period. One can also use round head subcutaneous needles or apply direct moxa 1 week prior to the menses.

What can be done if treating SP6 alone has no effect? In such cases, it is necessary to treat points on the lumbosacral area, or the lower abdominal regions. This also applies to structural menorrhagia. The basic points to be used are BL 18, BL23, BL32, CV4, Uterus point (3 cun on either side of CV3), SP6 and LV3. Effect is increased when the patient does moxa treatment at home. If there is more lumbar pain than lower abdominal pain, intradermal needles may be used in the points in the upper sacral region. Needle insertion may range from 1-4 cun; however, shallow

insertions may be enough for some patients. Blood stasis is often seen in structural menorrhagia, in which case the needle is retained or even warmed. There are times when effectiveness is not as high as predicted. Yet, with time and patience, we see good results. It is necessary to advise patients to keep the lower half of their body warm at all times, especially during their menses.

For patients who come to clinic in the midst of menorrhagia, the practitioner focuses upon the 7 basic points mentioned above, and applies warm needles (moxa wrapped around the head of the needle, or moxa poles were previously used, but due to inconvenience, IR lights are now used instead.) on the lower abdominal region. Electrical pulses may be applied to SP6 and Lanwei Ex. point. Lanwei is located 2 cun below ST36 and is considered to be the miracle point for acute chronic appendicitis. Using this point on both legs seem to be very effective for relieving lower abdominal pain.

Menopausal Symptoms

Menopause is defined as the transition from a reproductive to a non reproductive state ranging between the ages of 40-60. It is caused by the decline of ovarian function leading to low levels of Estrogen output; hence increase in FSH, LH released from the anterior pituitary. The Hypothalamus which is responsible in secreting these hormones overreact to this condition, causes an imbalance in the ANS thus triggering various symptoms. Menopausal symptoms tend to concentrate especially in the first few years of pre and post menopausal years. It is thought that the autonomic imbalance is largely influenced by sociocultural and psychological factors, thus triggering the onset of menopausal symptoms. Sociocultural factors greatly affect people's perception of menopause: For instance, North American women are more concerned about menopause, than women in China, where, apparently menopausal symptoms are still uncommon.

In Japan, 70-80% of women have menopausal symptoms of which 10-20% require gynecological treatment. The concept of menopausal symptoms had always existed in Japan, however it is currently expanding due to mass media. With the current outburst of post-war baby boomers entering their menopausal years, and the desire for longevity, people are increasingly concerned that their quality of life during their menopausal years will largely determine the kind of life they will eventually lead after retirement. HRT (Hormone Replacement Therapy) which had already begun 10 years

ago, has become a big issue in preventing Osteoporosis. Although Osteoporosis is getting much attention for the link between fractures and bedridden elderlies, there are increasingly more gynecologists than orthopedists, who are focusing on HRT as a mode of prevention. HRT has existed in North America for a very long time; nevertheless, in today's Japan, we see a flood of information on HRT appearing before the eyes of menopausal women.

Menopausal symptoms include:

- 1 Vasomotor instability (hot flashes, palpitations, sweating, cold limbs);
- 2 Psychoneurological symptoms (irritability, depression, headache, dizziness, insomnia);
- 3 Muskulo-skeletal neural dysfunction (stiff shoulder, back pain, joint pain);
- 4 Urinary and reproductive organ dysfunction (uredema, pruritis vulvae, leukorrhoea);
- 5 Digestive disorder (reduced appetite or anorexia, constipation, diarrhea);
- 6 Sensory disorder (numbness, hypersensitivity)
- 7 Others (fatigue etc.)

One may not experience all these symptoms; yet, one is likely to have many of these symptoms which may aggravate or change from day to day. One of the most characteristic menopausal symptoms is "hot flash". Hot flash does exist among Japanese women; yet it is not a main symptom more so than stiff shoulders and back pain. This is why "Couperman's Menopausal Index" involving the different ranks of vasomotor symptoms is unsuitable for Japanese women: the score distributions are much too high.

Although HRT is presently considered the ultimate "cure-all" for menopausal symptoms, a growing number of gynecologists prefer using Chinese herbs as their mode of treatment. According to a survey which asked gynecologists which method of treatment (ie. HRT or Chinese herbs) was more effective and for what type of symptoms, it was found that hot flashes and feverishness and sweating were symptoms more likely to be effectively treated by HRT; while, stiff shoulders, headache irritability, back pain and vertigo and other unidentified complaints were more effectively treated by Chinese medicine. Unfortunately, there are no data comparing the effectiveness of acupuncture with that of Chinese herbs; nevertheless, it is likely that they both have similar effects.

Menopausal symptoms are due to a hormonal imbalance caused by a disrupted ANS, Qi-stagnation and a decline in kidney-Qi. Since hormonal imbalance is a physiological event, acupuncture aims more at habituating the body to the low estrogen environment, rather than

influencing the hormone level itself.

Menopausal problems often include 5 types: Qi stagnation¹, hyperactive yang², qi deficiency³, blood stasis⁴ and phlegm accumulation⁵. These are not definite patterns, but dispositions. Most of the symptoms are disposed to Qi-stagnation and hyperactive yang. Qi-stagnation and hyperactive yang are associated with the liver meridian; Qi deficiency, to the spleen and kidney meridian; blood stasis, to the liver, spleen and kidney meridian; finally, phlegm accumulation is closely related to the kidney and spleen meridians.

The basic points to be used are: GV20, BL10 or GB20, GB21 or TW15, BL18, BL20, BL23, SP6 and LV3. BL10 and GB21 are used because most often, stiff shoulder is the main complaint; furthermore, controlling the stiff shoulders also leads to relief of other symptoms. Although specific acupoints and their proper locations are important to know, in most cases, hard nodules or ashi-points are identified and stimulated. SP6 is very effective for relieving hot flashes. It may be of great benefit to do daily home moxibustion because acupuncture treatments done once a week may not be adequate. GV20 and LV3 function to descend hyperactive Qi and blood. The needle is shallowly inserted and retained or one may use direct moxibustion in order to induce tranquility. Moxibustion

done on the head is generally very relaxing for the rest of the body.

Notes

1. Qi stagnation: main symptoms include irritability, stiff shoulders neck, insomnia, abdominal fullness. Tenderness may manifest in the space between the spinous process of the upper back; muscle tension or hard nodules along the bilateral sides of the spine on the lines of Huatou Jiaji points. It may also manifest itself in points CV17, HT3, LV3. If there are anxiety and palpitations, CV17 and HT3 are needled. Enpishin (press-tack needles) may also be used on CV17. For depression, indirect moxa is used on GV12/11/10 and GV9. For insomnia, moxa can be done at home on either LV3, LV4 or Shimian Extra point (both sides). Acupuncture may also be worth combining with tranquilizers or antidepressant drugs.
2. Hyperactive yang: Headache, hot flashes, stiff neck/shoulders, insomnia, flushed face, erythema of the occipital region and cold limbs may manifest. Needling the erythema relieves blood stasis therefore easing the stiff neck/shoulders.
3. Qi deficiency: Easily fatigued, lack of energy, sleepiness, low appetite, pale tongue with flaccidity (when yang deficiency prevails). Often the abdominal region is weak and soft. Moxibustion is

applied on CV12 and ST36.

4. Blood stasis: Dull grayish skin, bags under the eyes, pain/tenderness around the umbilicus, and abdominal masses may manifest, along with a purple tongue with red spots and prominent vessels underneath the tongue. Points in the lower abdominal and sacral regions such as BL32, ST27, CV4 and GB28 are used to improve the condition inside the pelvis. For Menorrhagia, it is advised to get the patients to moxa LV5 themselves.
5. Phlegm retention: For edema of the face/limbs, and scanty urination, moxa is applied on CV9, KI7 and Shimian. For symptoms due to spleen-Qi deficiency such as gastric fluid retention, big fat tongue with teeth marks, and heaviness in the body, CV12, ST36 and SP4 are used. Retaining the needle in SP4 (minimum 30 minutes in acute conditions) activates the stomach and promotes diuresis. These are combined to treat Menopausal symptoms.

Translated by Mika Ozeki

Misaki Endo graduated from the Japan Central Acupuncture and Moxibustion College in 1979, where she later taught acupuncture as a lecturer. She worked for the Oriental Medicine Research Center at Tamagawa Hospital (Nissan Kousei Group). She has had her own acupuncture practice since 1988.

The Traditional Japanese Acupuncture Foundation presents
Meridian Therapy Seminar with Denmei Shudo and Masakazu Ikeda
February 20, 21, 22 & 23 in Kailua Kona Hawaii

An unprecedented opportunity for hands-on training with Japan's foremost experts. The seminar will be held at the King Kamehameha Kona Beach Hotel situated on the bay with luxurious accommodations.

Two three day tracks with third day devoted to clinical application and treatment.

Track 1 (Feb. 20 -22) Ikeda - Shudo - Ikeda Track 2 (Feb. 21 - 23) Ikeda - Shudo - Shudo

DAY ONE (Feb. 20 & 21) Fundamentals of Meridian Therapy (Dr. Ikeda)

basic Meridian Therapy theory
 practical pulse and abdominal diagnosis
 point selection for root treatment

DAY TWO (Feb. 21 & 22) Palpation and needling living points (Dr. Shudo)

palpation for symptomatic treatment
 balancing root and symptomatic treatment
 treatment of head, neck, shoulders, and back

DAY THREE (Feb. 22 / 23) Treatment and supervised practice (Dr. Ikeda/Dr. Shudo)

treatment demonstrations
 practice of needling techniques
 supervised treatment by students

Special rates for early registration before December 31, 1998.

Phone (808)969-6855 or Fax (808)935-2121 for information about registration.

Eastern and Western Medicine: Complementary Approaches (Historical Perspective and Future Commentary)

By Erin Ellison & Michael Menard

Introduction

Increasingly, the health care system in North America is adopting aspects—but only highly selected aspects—of traditional Oriental medicine¹. This trend is accompanied by greater openness to ‘alternative medicine’, or perhaps more accurately to ‘alternatives to medicine’². That is, apparent recognition of the legitimacy of Oriental medicine and its underlying philosophy seems to be something else. The authors are moved to ask why is the Western health care system embracing some aspects of Traditional Oriental Medicine but not others, and why is it doing it now? We see both risk and opportunity for practitioners.

The health care system in North America has come to be motivated largely by financial considerations⁷, often through huge ‘health maintenance organizations’ (HMOs). This is accepted in a capitalist system, but it can feel to individuals that cost is being considered to the exclusion of all else. Howard A. Rusk, founder of medical rehabilitation, wrote “To convince the public it was worthwhile to salvage these millions of handicapped people, I had to prove it was profitable and socially useful”³. It seems to us that this exclusive focus on lowering costs has led the medical system in North America to adopt selected ‘inexpensive bits’ of traditional Oriental medicine, rather than to integrate the two traditions on the basis of a genuine understanding of their distinct features and their complementary aspects. We see a danger that the prospect of short-term gains for alternative practitioners in North America will lead them to accept narrow biomedical standards for judging traditional Oriental medicine. This would be especially ironic now, because the orthodox health care system is coming to recognize that biomedicine is not the sole determinant of health, and it is reaching out for more comprehensive points of view.

‘Health’ East and West

History, philosophy, religion, necessity and serendipity all influence the development of health care traditions. These factors have shaped Western and Eastern medicine into very different and, in many ways, opposite

entities. Yang and Yin.

The yang facet of Western medicine strengthened naturally as a result of the discovery of bacteria and the development of antimicrobials, antiseptics, and safe surgical anesthesia. The burning focus of the laser, the rapid power of intravenous antibiotics, the masterful cutting and splicing of DNA in gene therapy followed. An equally yang, reductionistic diagnostic formulation has been at the root of these ‘magic-bullet’ treatment modalities—every disease has one biological cause and one biological cure.

In contrast, traditional Oriental medicine has treated disease by balancing rather than overpowering, reversing accumulated illness slowly, cooling frenetic Type A personalities, replenishing and tonifying. These characteristics of therapy are themselves based on similar yin perceptions of disease—the body is a complex organism, with biological, psychological, and social factors affecting and constantly altering the face of health and illness.

As with all phenomena, not only are the yang of allopathic medicine and the yin alternative medicine complementary, but they are both essential for whole understanding and optimal therapy. Abdominal pain and nausea caused by gastric cancer is will not be cured by needling S36, nor a ruptured vertebral disc by UB Shiatsu. They might, however, be soothed by these. Conversely, poor energy and joint aches may respond best to moxa, but antidepressants may bridge the time to this response.

Unfortunately, as the bright searchlight of yang tends temporarily to overpower the subtle shades of yin, there is an increasing tendency for Eastern medicine to be co-opted into Western modes of practice. This process has occurred for two major reasons one financial and the other philosophical.

Financial Incentives

When patients pay doctors directly for health care services, the relationship continues according to a balance between cost and patient satisfaction. But in countries with third-party reimbursement (insurance companies, government), the patient has been relieved of payment, and the resulting imbalance has led to overconsumption of medical resources and to unsustainable costs.

In order to understand these costs, it was natural for the United States, which had long been oriented to the technical aspects of health, to use technological studies. Standardized methods were developed, one for evaluating the person’s overall health, and the other for judging the appropriateness of care. Unfortunately, these large statistical

methods could not detect differences between individuals, and concluded that the outcome of care didn’t seem to depend on what (or, more importantly, on how little) was done except when biologic factors dominate overwhelmingly, such as cases of major trauma. This conclusion being clearly erroneous, health insurers simplified their approach and commissioned research into which aspects of health were the most costly and how these aspects could be best managed⁴.

As expected, the studies found that surgery and medication were costly. But somewhat surprisingly, significant costs were also associated with less technobiological facets, such as patient satisfaction and the degree of return to previous functional level⁴.

A New Conception of Health

The recognition by the financial community, that the ‘art’ of medicine seemed to be as important as the ‘science’, prompted the scientific community to further investigation. It concluded that health is less dependent on pathologic diagnoses than on aspects of illness⁵ that were not exclusively biological. Although peoples’ biology and chemistry must be working properly if they are to be in good health, it became clear that additional factors are important at higher levels of complexity. As a computer can malfunction because of simple faulty transistors (hardware) or programming bugs (software), so it can malfunction if the workload is too demanding (program is too complicated).

The successful integration of function into these higher levels of organization are what we recognize as ‘health’. It is extremely difficult to understand intellectually, because breaking it down into component parts, in order to observe and measure it, destroys its very essence. Oddly, it is the work of physicists and mathematicians that has helped the medical community to comprehend these concepts, through ‘complexity theory’. Or, in the words of one scientist, “more is different”⁶.

By this anti-reductionist process, North America has gradually come to accept what the Orient has always recognized—that subtle or complex factors (qi imbalance, shen disturbance) affect wellness as much as simple external pathogens. Unfortunately, because there is not an accepted way of measuring ‘overall health’, it still is possible for payers to claim that different treatment leads to no ‘measurable difference’ in outcome. Thus, they favour treatments which are the least expensive; these tend to be not orthodox Western medicine, but ‘alternatives to medicine’². And so, Oriental modalities become incorporated because of monetary considera-

tions, rather than for their inherent value.

'Proof' East and West

The philosophical aspect of co-opting is less easily understood than the financial, but it is equally powerful. From the time of the rationalists, the Western mind has required 'proof'. In most instances, this proof must be tangible, visible in some way, whether by the naked eye or by ever more sophisticated detection equipment (microscope, CT scan, electrocardiogram, satellite photograph, chemical water analysis). The more sensitive this equipment, the stronger the tendency to disbelieve any claim which cannot be substantiated by it. In contrast, a great deal of Eastern medicine is predicated on concepts which cannot, by current Western standards, be proven. Sustained efforts to map meridians to neural pathways, to measure qi as an electromagnetic force, to locate acupuncture points by impedance, have all more or less failed.

To the Western mind, this failure is critical. If it can't be proved, it doesn't exist. Yet, so many people appear to benefit from manipulation of qi, which 'doesn't exist'. In an honest attempt to understand and treat, the Western mind searches for the closest match to 'foreign' Eastern concepts. It then standardizes treatment protocols and applies them as if it were Western therapy. Thus, triple burner imbalance with excess fluid becomes 'asthma', and treatment becomes needle insertion into 'asthma points'.

Crossroads

This reductionist approach to Oriental medicine is burgeoning in many teaching institutions. Combined with the financial pressures on Western medical communities, and the financial incentives for Eastern practitioners in the West, it poses a serious threat to the wellbeing of true complementary medicine. Although therapeutic principles can be maintained when being fought, they rarely survive once the establishment stops fighting and instead co-opts. If Oriental medicine continues to adhere to its founding principles, it will always have a pool of those rare masters, adepts in the art of qi manipulation. But if it allows itself to be absorbed into the Western medical community, it will lose its very essence. As real as this danger is, however, it should not be used as justification for denying the validity of Western medicine, nor for falling into magical thinking as a substitute for rigorous diagnostic formulations and skilled treatment. In practice, a patient with fever and sniffles will benefit from treatment according to Wind entering GB21 or according to

having inhaled Adenovirus, so long as the doctor is accomplished and observes, listens and cares.

Complex Therapy: West Meets East?

It is ironic that the reductionist threat to Eastern medicine is occurring at the very moment the West is finally opening to the interwoven demands of humans as bio-psycho-social entities. Generated from the physical sciences and mathematics, this 'complexity theory'⁸ has spawned the parallel concept of 'complex therapy'. Unlike musical fusion, complex therapy does not lose each component's special character, but rather maximizes them by inventive interaction. Once again, "More is different."

There is such a bright future for healthcare in North America if East meets West in complex therapy. But because of the yin and yang tendencies of each, traditional Oriental medicine is at risk. The authors urge that practitioners move through this crossroads with awareness, in thoughtful consensus about the best way to participate in the opportunity presented by the financial and philosophical circumstances described above, whilst preserving the philosophical integrity of their profession.

References

1. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, *et al.* "Unconventional Medicine in the United States: prevalence, cost, and patterns of use." *NEJM* 1993;328:246-252
2. Thompson WG. "Alternatives to medicine." *Can Med Assoc J* 1990; 142(2): 105-6
3. Rusk HA: *A World to Care For*. New York:Random House (1972). pp 109-110
4. Brook RH, *et al.* "Conceptualization and measurement of health for adults in the Health Insurance Study." Volume VIII, Overview. Santa Monica:RAND Corporation. R-1987/8-HEW, reprinted from *Medical Care* 1979;17(7) Supplement
5. Wells KB *et al.* The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262(7):914-919
6. Anderson PW. "More is different." *Science* 1972; 177(4047):393-396
7. Relman AS. "The new medical-industrial complex." *N Engl J Med* 1980;303:963-970
8. Cohen J & Stewart I. *The Collapse of Chaos*. New York: Viking. 1994

Erin Ellison, MD, FRCP(C) is a physician with the University of Southern California, Los Angeles and *Michael Menard, MD, PhD, FRCP(C)* is a physician with The University of British Columbia, Vancouver.

The Story of an Acupuncture Needle Manufacturer

by Naonori Maeda

From ancient times, human beings have invented various healing arts in order to protect themselves from illnesses. By chewing many different kinds of plants, they produced herbal medicine. By picking up sharp-edged stones and using them as lancets, they created the original form of stone acupuncture, then bamboo sticks before modern acupuncture needles. The first modern needles are believed to have been imported to Japan from the Asian continent sometime during the Nara era (710-794). It is not known, however, who it was that made the first acupuncture needle in Japan nor where in Japan it was made.

The origin of fishhooks and sewing needles is also not known. According to ancient literature, it is said that a fishhook was made of animal bone tied with a string. This hook was believed to be simply a thin straight piece of bone.

Some say that sewing needles were spontaneously invented some 3000 years ago in China as a result of the then booming silk industry and before silk, humans wore animal skins that were sewn together using either animal bones or hard tree bark. These matters are not often mentioned in history books because most of them are vague facts. Kyoto, Japan was at one time a well-known sewing needle (Fig. 1) manufacturing center.

Sewing Needle

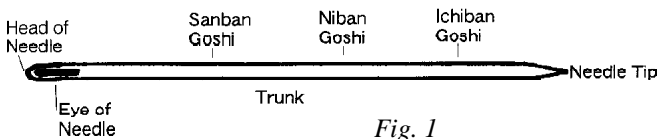


Fig. 1

There is an old document indicating that a needle manufacturer was brought from Kyoto to Shiga in the 10th year of Taisho (1582 A.D.) and that a new manufacturing company was founded in Shiga. From the beginning of the Meiji era (1868-1912) to the present, the best place for sewing needle manufacturing in Japan has been Hiroshima with the industry expanding to Tokyo after the Meiji era. Surgical needles, originally imported from the Western world along with modern medicine, are now manufactured in Japan.

The manufacture of acupuncture needles (Fig. 2) was not originally a single profession as indicated in *Edo Shoshoku Fuzoku*

Acupuncture Needle

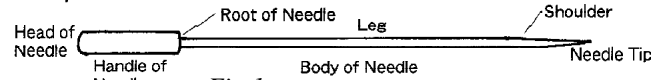


Fig. 1

Shi (The Book of Professions in Edo). It shows how two professions came together to manufacture acupuncture needles. These were the harishiroya (needle sharpener) and the shiroganeya (silverwork technician). The handle of the needle is called ryuzu meaning head of the dragon. This handle is a kind of a silver pipe (18mm in length, 1.3mm in diameter). On this handle, the technician used to draw patterns with a thin file. Pediatric acupuncture needles were also made by the technician using gold or silver.

The tip of the needle is an important part for both acupuncture and sewing needles. For acupuncture needles, this is the first part that will make contact with the human body and for sewing needles, this is the first part that will make contact with the cloth. For acupuncture needles, the needle tip is called "shinbou" ("shin" means "needle", "bou" means "the pointy part of an ear of a rice plant"). There is no specific name for the tips of either fishhooks or sewing needles.

There are many shapes of needle tips for surgical needles (Fig. 3): triangular, round, and blunt.

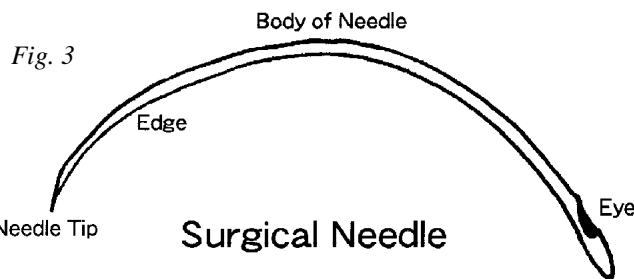


Fig. 3

The tip of an acupuncture needle is very important. When a needle is inserted to reach an induration of the body, one is able to feel the texture of the induration through the needle tip and assess the induration. The types of needle tips are named after plants that have similar shapes of needle tips such as willow, pine needle, and an ear of a rice plant. There is also an egg-shaped needle tip. I suppose that the idea for these various types of needle tips was created by acupuncturists. Acupuncturists know that if the tip is too sharp, it can not be inserted into the deep tissue; while if it is too blunt, it can create pain when the needle breaks the skin. Acupuncturists also use different types of needle tips depending on the types of needling techniques such as

direct insertion technique and insertion tube technique.

In old times, there was no microscope to check the needle tips. Acupuncturists used names of the plants to inspire manufacturers how to finish the tips of needles. Acupuncturists, as users of needles, studied the needle tips very well, and the manufacturers took pains to make good needles to meet the acupuncturists' demands.

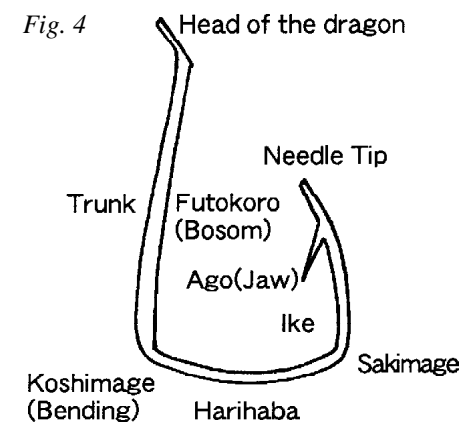
Another type of needle shape is called "surioroshi". Using a bigger gauge of needle (bigger than the normal gauge of 0.16mm or 0.20mm), the manufacturer files down the body of the needle so that it gradually becomes thinner from the root to the tip. This needle shape is used to make daishin (large needle) or dashin (needle used for the mallet and needle technique).

In order to manufacture high quality needles, a manufacturer must choose materials that will not make needles break, bend, or rust. The materials must allow needles to slip smoothly into objects, to have a smooth texture on the surface and be flexible. Manufacturers of fishhooks (Fig. 4) used steel to make tosabari (fishhook made in Tosa area) and iron wire to make banshubari (fishhook made in Banshu area). Both steel and iron, had the same problem of rusting; however,

the problem was solved in the middle of the 19th century when the technique of tin plating was invented. Later on, seiyouyaki technique (painting colours on iron) was imported from the West which inspired fishhook manufacturers to compete against one another to produce better needles.

Fishhook

Fig. 4



The manufacture of needles was at one time labour intensive requiring workers to wind wire onto bamboo sticks, straightening it, and sharpening the tip. Making the tip of the needle was the most difficult of all the procedures required. Machine tools were later used to perform some of the procedures such as removing the wire from the straightener, hammering edges, cutting them off diagonally with scissors and filing the edges to make the needle tips. Currently, there are 15 procedures required in making a needle and most of them are now done by machine.

In order to make needles durable, various metals are added to the steel; for example, tungsten is added to increase hardness and molybdenum, for heat-resistance. 18/8 stainless steel (containing 18% chrome and 8% nickel) is well known to be rust-resistant. Stainless steel consisting of 13% chrome or 16% chrome can increase its hardness with heat treatment, but breaks easily and so is not preferred for needles. Currently it is 18/8 stainless steel that is mainly used for surgical needles while steel, soft steel wire, and piano wire are used for sewing needles.

The same material used for sewing needles of 18/8 stainless steel is also used for acupuncture needles, but besides that, there are special materials that have also been used. In the past, hard iron wire was chosen. Later on, however, gold silver, and cobalt chrome were applied for this purpose. Silver is a good material for treatment but tends to oxidize. After stainless steel was used for acupuncture needles, manufacturers started

to use machine tools.

If one uses the appropriate combination of metals, heat-treatment, and stretching wire methods, even the needles that are made of gold or silver can be strong and elastic. But if one combines gold with too many other metals it does not make a good needle. The minimum gold content should be 18 carat.

Silver needles, traditionally popular, are often preferred in Meridian Therapy which subtly adjusts the flow of ki, and in treatment which creates gentle stimulation. However, silver needles are not as easy to manipulate as stainless steel needles. Therefore, acupuncturists must train themselves very well in order to handle them. Recently, cobalt chrome needles have become popular because they do not easily rust or break.

At one time, acupuncturists in Japan had to struggle in their practice along a long and thorny path. After 1960, however, acupuncture treatment became more popular due to its minimal side effects and public demand for acupuncture later on increased year by year owing to the efforts of its practitioners.

In 1972, when President Nixon visited China, information about acupuncture anesthesia was broadcast all over the world. Japanese acupuncturists successfully applied this method to pollution-caused diseases and SMON (subacute myelo-optico-neuropathy). Following this incident, acupuncture in Japan became more and more popular with researchers from foreign countries

beginning to study the painless Japanese style of acupuncture treatments.

However, not everything was good for Japanese acupuncture. Two years before Nixon's visit, the Japanese Drugs, Cosmetics and Medical Instruments Act was revised and manufacturers were no longer permitted to make needles. I was not aware of the change in the law and was taken by surprise by the police. It was a time of great worry and confusion for me but I remember the words with which the late Fukushima Kodo sensei, the then president of Toyo Hari, so kindly comforted me by saying "Don't panic, come and relax at my place". This memory is a rather pleasant one for me.

In conclusion, I would like to thank Takai sensei, the present president of Toyo Hari, and the other executives for giving me an opportunity to speak to the readers of **NAJOM**.

Translated by Hideo Takahashi

Naonori Maeda is the president of Maeda Toyokichi Corporation which was established in 1680 of the Edo era and specializes in the manufacture of acupuncture needles. Mr. Maeda's family has been manufacturing acupuncture needles for eight generations and the motto of his corporation is "Good treatment is performed with good needles". His company manufactures many kinds of needles used in Japanese acupuncture and uses various metals including gold, silver, stainless steel, and cobalt.

North American Journal of Oriental Medicine (NAJOM)

Membership Application

Name _____

Address (mailing) _____

City _____ Province/State _____ Postal/Zip Code _____ Country _____

Tel: (H) _____ (W) _____ Fax: _____ E-mail: _____

Speciality (please check)

Acupuncture Bodyword (shiatsu, anma, other) Herbal Therapy Other _____

Place of Oriental Medical Education _____ Name of Institution _____ Years in Practice _____

I enclose \$40 (\$50 Cdn) for membership.

Signature _____

Date _____

Please make cheque payable to: NAJOM for \$40 US (\$50 Cdn) and send to NAJOM, 896 West King Edward Avenue, Vancouver, BC V5Z 2E1, CANADA. For questions, please call (604) 874-8537, fax (604) 874-8635, or email najom@portal.ca. Thank you.

On Self Study

by Robert Hayden

Acupuncture can be an isolating profession. To be a practitioner of a minority style, such as Japanese Traditional Acupuncture, is even more so, unless one is located in an area with many practitioners of a similar bent, such as the Northeast or Northwest of the North American continent. Here in the Midwest, the number of practicing acupuncturists is much fewer than in most regions of the country, and of those who are here most practice TCM (based on the curriculum of the schools in the People's Republic of China). There are also a sizable number of native Korean practitioners in Chicago, where I live. The Japanese population is very small. I am a member of the Toyo Hari association, however the closest branch is some 800 miles away, which makes contact with other members infrequent at best.

The best way to learn is of course your own clinical practice, but books are also an important component of learning. In the six years since I started studying East Asian Medicine, I have seen an explosion in the number of texts published in English on various topics. The vast majority of these are either translations from the PRC or books by domestic authors practicing in the TCM idiom. Pitifully few books are available to Japanese style practitioners. *NAJOM* is a fantastic ongoing resource, as is the work of Stephen Brown, Stephen Birch and Junko Ida, among others. But there still exist large holes in the body of translated and original works in English on this subject.

In the years that I've been focusing specifically on Japanese Traditional Acupuncture, a few Japanese language texts have fallen into my hands. At some point I decided to make a go of deciphering the briar patch of kanji and kana, which is a daunting task for someone who speaks almost no Japanese. It is time-consuming and frustrating, but ultimately it has given me inspiration, insight and ideas which I can honestly say have made me a better practitioner. A couple of examples follow.

I've had the pleasure of some study with Mr. Kazuto Miyawaki of Osaka, both in the U.S. and at his clinic. Miyawaki sensei is president of the largest branch of the Toyo Hari Association, and is the author of several books. I bought one of these books from him at the time of his trip to this country (March of 1997)¹. The book, *Rinsho Kobore Hanashi* (Clinical Stories Overflow), is a collection of anecdotes and case histories, most only a few pages long. The anecdotes and theoretical bits require some familiarity with the language, but the case histories are generally formatted in a way that makes

them easier to grasp. I have already applied a few of the insights gleaned from these in my own practice.

I have a patient who came to me after her irregular menstruation of eight months had turned to amenorrhea for the last two. I told her that since the problem was relatively new, and she is a young healthy woman, that the treatment would not be difficult. Famous last words indeed. After the fifth treatment with no result, I decided to nose through my books to see if I could find any ideas. I looked in *Rinsho Kobore Hanashi*, in which Miyawaki sensei had written about a case of amenorrhea that was very similar in terms of signs and symptoms. In this case, after the root treatment of Spleen and Liver patterns, "For the branch treatment, first came the supportive treatment in the form of extraordinary vessels treatment. Ren Mai (right LU7 - left KI6) and Chong Mai (right SP4 - left PC6) each had MP needles retained. CV12, CV4, ST25 were tonified, hinaishin was placed in left SP6, lying prostrate, BL18, BL20, BL23, BL32 were tonified at a depth of 2-3 mm, and hinaishin were placed in BL32 to end the treatment."²

This was similar to what I'd been doing, except for one small detail. That week, I inserted hinaishin in SP6 bilaterally and taped them in place. The next week, the patient reported a temperature elevation for a few days after the treatment, and guessed that she was ovulating. Another similar treatment (including the hinaishin), and she began menstruating.

In another case, Miyawaki sensei mentions treating a 14-year old suffering from an asthma attack in his clinic. Normally, he says, one would think that an asthma attack would indicate the use of the Ren Mai pair of Extraordinary Vessels (LU7 and KI6), but this only aggravated the attack. The testers indicated instead the Yinwei Mai pair (PC6 and SP4), which stopped the attack.³

I recently saw a patient who broke into a fit of coughing during the treatment. I applied copper and zinc pellets to LU7 and KI6, which did not stop the coughing. I removed them and, thinking of Miyawaki sensei, applied them to PC6 and SP4 instead. The coughing stopped instantly. (Out of curiosity, with the pellets in place, I then touched my index finger to KI6, which started the coughing again. When I removed my finger, the coughing ceased.)

It is certainly possible that I would have hit on these solutions at some point myself, but having read them and having them in the front of my mind during the treatment helped accelerate the process considerably. Besides case histories, I found that classical commentary can also serve as a source of

illumination. Although a fine English translation of the *Nan Jing* (by Paul Unschuld) exists, reading Masakazu Ikeda's *Nan Jing Handbook*⁴ has helped me to see how these concepts may be applied clinically. In this case, a Japanese book is aiding my study of an English translation.

Resources

My primary resource is my computer. The software that I use for reference is an excellent program called *Japanese Word Mage*. This is from a company called Lava Software located in Australia. There are many advantages to this program over others which are similar, but the biggest is that one needs no other Japanese operating software (such as Macintosh Japanese Language Kit) to run it. There are versions for virtually any platform (Mac, Windows, OS2), and it contains a 60,000 word Japanese-English dictionary, a kanji study system, and basic Japanese word processor. One can also look at encoded Japanese text (such as Japanese web pages), which appears as kanji in the program, and one need only click on a word to have it automatically looked up in the dictionary. The program is very reasonably priced and one may download it through the Internet. On top of everything else, upgrades may be downloaded for free. See their website at <http://www.lavasoft.com/jwminformation.html> for more information. (I have no commercial incentive for mentioning their product, I'm just an enthusiastic user)

For terms specific to East Asian Medicine, I use Wiseman & Boss' *Glossary of Chinese Medical Terms and Acupuncture Points*⁵. In addition to the now-standardized terminology it pioneered, it contains an index of Japanese character readings which I find very helpful.

NAJOM is a great resource as well, and I am one of those who is in favor of keeping it bilingual. Often, terms which I cannot find anywhere else appear in *NAJOM*, and it makes me appreciate the difficulties of translation that much more.

Of course, as one goes down this road, one begins to accumulate books with titles like *All About Particles*. Japanese grammar is notoriously ambiguous, and sometimes one must search to sort out just who's doing what to whom and when, so to speak. When I get stuck, I fortunately have some Japanese friends I can pester to clear things up. Even though there is excellent work being done by all those previously mentioned folks

—Continued on page 20

A Stroll Through Kampo History (5)

by Shinjiro Kanazawa

Japanese Gods of Medicine Came From Korean Peninsula

“One of the worst kinds of punishment for a Japanese child is to be made to stand outside its house in the street, to be separated from its family—a striking contrast to the American child who is shut in. In Japan, punishment is separation from nurturance; in the United States it is separation from freedom and individuality.” *East Asian Medicine in Urban Japan—Varieties of Medical Experience* by Margaret M. Lock. I do not believe this book has been translated into Japanese. The author, Lock, a sociologist, lived in Kyoto with her family from 1973 to 1974 and observed the Japanese Kampo medical system. As she was a wife and mother herself, she scrutinized Japanese family life. I recommend this book if you want to know about not only the Kampo medical system, but also the family life in Japan. It will resolve many of your puzzles about Japanese life.

Only one part in this book caught my attention negatively. Lock wrote about Kampo history in the beginning of the first section. In chapter four it says,

“History of East Asian Medicine in Japan

One of the results of successful military expeditions to Japan from Korea in the fourth century was that during the ensuing period there was much culture contact - the Chinese script was introduced and, later, Chinese books were imported by scholars and priests. The arrival of the first Korean doctor in Japan is recorded as AD. 414, when he was summoned to attend the reigning emperor.”

I am sure this sentence caught the attention of most Japanese readers, because we have never heard of this historical observation.

The fourth century is considered by most Japanese historians as the era before the creation of the nation of Japan. Thus, it is wrong to say that there were “successful military expeditions to Japan from Korea” in the fourth century. The distance between the Korean peninsula and the Japanese islands is very short, and to travel between those places was an easy task, even for prehistoric people. There were frequent exchanges of people in prehistoric ages, and of course there was not any border between the Korean peninsula and the Japanese islands. For the ancient people, the Japanese islands were just the extension of the Ko-

rean peninsula.

It was believed that the nation of Japan was built in the fifth century, but recent studies say it could have been built in the late sixth century. Japanese started to use “Nihon (Japan)” as the name of their nation by the end of the sixth century. We do not have any established theory as to the actual birth date of Japan and where the first Japan was. Some say it was in Kyushu Island, and others say it was in the Kansai area (the central west of Japan; Nara, Osaka, and Kyoto area). I, personally, assume it was in the Kansai area because most of the tombs of early emperors were found in the Kansai area.

I wonder what made Lock think there were “successful military expeditions to Japan from Korea”, as there is no record about it in Japan. Does Lock have any historical evidence that we, as Japanese, do not know of?

Lock marked the import of Chinese script to Japan as an important event in Japanese history. In those days, writing and reading was the profession of immigrants from the Korean peninsula. Thus, the import of Chinese script itself is not significant news in Japanese history.

The origin of Japan is still a big mystery. The first archeological research was done by the American biologist, Edward Sylvester Morse (1838-1925), in 1877-8. He excavated a shell mound near his residence in Omori, Tokyo and found pieces of straw-patterned (Jomon) pottery. The shell mound was a disposal pit used by prehistoric people. He also dug near his office, Tokyo Imperial University in Yayoi-cho, Tokyo and found pieces of a totally different type of earthenware and named them “Yayoi type pottery.” The Jomon pottery culture was based on a hunting and gathering lifestyle and the Yayoi pottery culture was based on a rice cultivating lifestyle. Radiocarbon dates for the oldest Jomon shell mound in Japan is 9000 years old. On the other hand, the Yayoi culture started around 2000 to 3000 years B.C. in Kyushu Island. It is a big question whether the people of the Jomon culture were the same people as those of the Yayoi culture.

I imagine it this way: There were a group of people who spoke Japanese and had a culture associated with rice cultivation (Yayoi culture) somewhere along the Yangtse River in China. They were called the Wei people (wa-jin). When there was a unification movement in China, like the one led by the first emperor of Qin in 221 B.C., the Wei people were forced out of their territory and had to move to the southern end of the Korean peninsula. One part of this group built small countries there, and the other

moved to Kyushu Island and built small countries there, too. The small countries of the Japanese speaking people in the Korean peninsula were again kicked out by the people from the country of Shila (Shiragi in Japanese, 58?-935) in 562. The ruling class of the Japanese speaking countries moved from the Korean peninsula to the Kansai area (of Japan today). They were the ancestors of the Japanese imperial family.

I would like to note that there was not a single record in the old Japanese history books about the language barrier between the conquerors (the imperial group) and the natives. I imagine that the Wei people (Japanese speaking group) spread the rice cultivating culture first into the Jomon people. The Wei people and the Jomon people eventually formed the Yayoi people. Long after the formation of the Yayoi people, the ruling class moved from the Korean peninsula and unified the Yayoi people and this was the birth of Japan.

There are many made-up stories in the Japanese ancient official records. For example, Japanese children learn that Japan had a plantation in the south end of the Korean peninsula at the end of the fourth century. The plantation was called Mimana. It is written in the *Nihon Shoki* (Record Book of Japan, 720) as a historical truth, but no such Japanese plantation existed in Korean history. The place that the Japanese used to call Mimana was a cluster of small countries in ancient Korea. One of them was Gaya or Gana (Kaya or Kara in Japanese) of Byong Han (Benkan in Japanese). In Korean, the word “mimana (nim na in Korean)” means “the country of our lord” and it was not the name of just one country or of a plantation in ancient Korea.

When Mimana was destroyed by the invasion of Shila in 562, the *Nihon Shoki* recorded, “Shila destroyed the official family of Mimana. Mimana is a general name of ten small countries like, Gala and Anla... The prince and ministers shed tears of blood.” This gives us an impression of the fall of Japan itself, not a plantation. At the same time in history, one country disappeared totally from Korea. I assume that the ruling class of Mimana gave up the Korean peninsula at that time and moved to the Kansai area.

Even after the birth of Japan, there were many waves of people migrating from the Korean peninsula to Japan. One such wave occurred on the fall of Bakjae (Kudara in Japanese, 18?-660) in 660. One of the old census registers says 80 to 90 percent of the inhabitants of one region in the Kansai area were people from the Korean peninsula.

How does the Korean historian write about

the first doctor from Korea to Japan? In chapter 8 of *Korean Medical History* (Han Guk Ui Hak Sa) by Kim Du Chong of Seoul University in 1954, it says the third year of the reign of Emperor Ingyo of Japan and the third year of the reign of King Shil Sung of Shila, the Japanese emperor begged the king of Shila to send a good doctor to Japan. The king sent Kum Pa Chin Han Kim Mu (Kin Mu to be short) of Shila to Japan. Korean Medical History states that Korean medicine in those days was under Chinese influence. I assume Kim Mu from Shila was a Chinese traditional medicine doctor.

Lu Gwei-Djen and Joseph Needham used Korean Medical History as one of their sources when they wrote *Celestial Lancets - A History & Rationale Of Acupuncture & Moxa* (1980). I do not know why, in their book, this story about Kim Mu was omitted. Lu and Needham believed Xu Fu (Jufuku in Japanese) from the Qin dynasty (211 - 207 B.C.), China, was the first person who brought doctors to Japan. Again, as it was before the birth of Japan, Xu Fu, who was sent to the Japanese islands by the first emperor of Qin to find the elixir for eternal life, could not be the first person who brought doctors to Japan. Instead, as Xu Fu did not go back to China again, he and his doctors could have pertained to the proto-Japanese (Yayoi people).

In my third article I introduced Okuninushi and Ebisu as the gods of medicine in Japanese mythology. These two gods are enshrined in the emperor's palace as Korean gods (karakami) today. It means they came from the Korean peninsula. Takahashi Associate Editor of this magazine told me that there is one other god of medicine in Japan. His name is Amenohihoko and he is enshrined as the first god of medicine in Japan at the Anra Shrine, Kusatsu, Shiga prefecture. According to the *Nihon Shoki*, Amenohihoko was a prince of Shila. If this is the case, then all the gods of medicine in Japan came from the Korean peninsula.

Amenohihoko and his group arrived in Japan after the fall of Mimana (562). This group adhered to a prototype of Shintoism and possessed techniques for manufacturing iron. The Anra Shrine keeps small stones that Amenohihoko used to treat people. It is said that he put those stones into the fire and placed them on the affected parts of the body like moxibustion. The name of this shrine Anra, is Anla in Korean, and it was the name of one of the ten small countries in Mimana. I find it a little bit odd that the Anla Shrine worships the prince of Shila, who was a destroyer of Anla. Perhaps Amenohihoko was a prince of Anla, not Shila.

I have just graduated from a college of traditional oriental medicine in California. My best treasures I could obtain during my school years are my Korean friends. They were the ones who helped me to read Korean Medical History. In history, the people who invaded repeatedly and ruled the people in the Korean peninsula were the Japanese. It is our duty to find a way to cure the wounds our fathers and grandfathers made to our neighbors.

Shinjiro Kanazawa, M.T.O.M. cum Laude, NCCAOM Diplomate. Presently an assistant of the diagnosis and evaluation 2 at the Pacific College of Oriental Medicine, being a candidate of the California State Board Exam. He graduated from Tokyo University in Education, Japan with a B.A. in Philosophy. Was a producer and director of TV documentary programs in Japan for more than 20 years. Being interested in Chinese traditional medicine (both acupuncture and herbs), he gave up his career and came to San Diego to study at Pacific College of Oriental Medicine, where he graduated this August. He has learnt Japanese technique from Junji Mizutani and Denmei Shudo.

About the Cover

Appearing in Shi Si Jing Fa Hui (An Elucidation of the Fourteen Acupuncture Channels) written by Hua Shou in 1341, this chart shows the standard proportional measurement of the human body. This Chinese classic explains the acupuncture channels and points in a simple manner and is regarded as the best practical textbook for acupuncture. Many copies of the classic and the related translation books were published in Japan and influenced Japanese acupuncture a great deal.

Continued from page 18

who have helped bridge the gap between Japanese and English, I have found it useful to supplement my studies with some primary sources. I encourage other Anglophone readers of NAJOM to explore this as well, and share some of the results, so that we all can benefit from the great body of work that is yet untranslated.

Notes

1. See my article in *NAJOM* Vol. 4, No. 1 (July 1997) for more details
2. Kazuto Miyawaki, *Rinsho Kobore Hanashi*, Taniguchi Shoten, 1996, p 117
3. *Ibid*, p78
4. Masakazu Ikeda, *Nan Gyo Handobukku*, Ido no Nihon Sha, 1982
5. Paradigm Publications, 1990

Robert Hayden, Dipl. Ac., graduated from the Midwest Center in Racine, Wisconsin, where he has been a guest lecturer. He practices in the Chicago area, specializing in Japanese acupuncture. He has studied the Toyo Hari style of Meridian Therapy since 1995, attending workshops in both the U.S. and Japan. He is currently a teaching assistant for the Toyo Hari Association.

NAJOM's New Questions & Answers Column

We'll be adding a new column on Questions & Answers to future issues of NAJOM so if you have any questions on Japanese Acupuncture or Japanese medicine, then send your questions to us.

Hiromi Matsumoto, L.Ac. has been appointed as the first of our practitioners who will answer your questions.

Due to limited space, we'll add as many questions that have been received by the publication deadline.

Write, phone, fax, or email:

NAJOM
896 West King Edward Avenue
Vancouver, B.C.
CANADA
V5Z 2E1

Tel: (604) 874-8537

Fax: (604) 874-8635

Email: najom@portal.ca

Scientific Research on Shiatsu

by Matsuko Namikoshi
Director, Japan Shiatsu School

Shiatsu was founded in 1912 by a Japanese named Tokujiro Namikoshi. He was born in Tadotsu, in Kagawa Prefecture, and when he was seven years old he moved with his family to Rusuto on the island of Hokkaido. With the sudden climate change of moving from a warm climate to a very cold one, his mother contracted rheumatoid arthritis.

At that time, there were neither injections nor medicines in towns without doctors, so the five children took turns stroking, rubbing, striking and massaging their mother's aching body. Tokujiro's massages stood out, even amongst the five children, and was as effective as medicine in relieving her pain.

Human beings naturally place their hands on their head when their head hurts, and place their hands on their stomach when their stomach hurts. Shiatsu is the scientific organization and investigation of this instinctive "laying on of hands".

There are 660 vital points in Shiatsu. For the most part, Shiatsu is applied to muscles. Shiatsu affects not only the muscles, but also nerves, blood vessels, hormones, internal organs, and skeleton. It also arouses the body's innate healing ability and has a profound effect on the prevention and treatment of disease.

In 1940, Tokujiro Namikoshi established the Japan Shiatsu School in order to help ailing people. It is an authorized national government school with a current enrollment of 360 students and a strong tradition. It will celebrate its 60th anniversary in the year 2000.

Shiatsu is a therapeutic method that uses only the hands and fingers, never machines or tools. It also does not utilize elbows or knees. Shiatsu can bring relief anytime, anywhere, regardless of age. It has no side effects and is very valuable as one of the safest forms of therapy for the human body. Below, I will introduce the first of four parts of "Scientific Research on Shiatsu".

*Matsuko Namikoshi graduated from the Japan Shiatsu School in 1974. After that, she taught there and held various positions, including assistant principle. In April 1998 she assumed the office of Director. She now appears on TBS Television in "Good Morning Whale!". As the author of such books as **Creating a Beautiful Body with Shiatsu** and **The Book of Pain Relief**, she is spreading shiatsu far and wide.*

Toshiyuki Otsuka was born in 1958. He graduated from the Japan Shiatsu School in March 1997 and presently is a teacher there.

The Function of Ventilation and Whole Body Shiatsu—Using Vital Capacity as a Guideline (Part 1)

by Toshiyuki Otsuka

1. Modern Peoples' Vital Capacity has been Decreasing

The average measurements taken of 20 healthy men and women in their 20's up to their 60's was 4.6% lower than normal.

- Physiological factors and analysis:

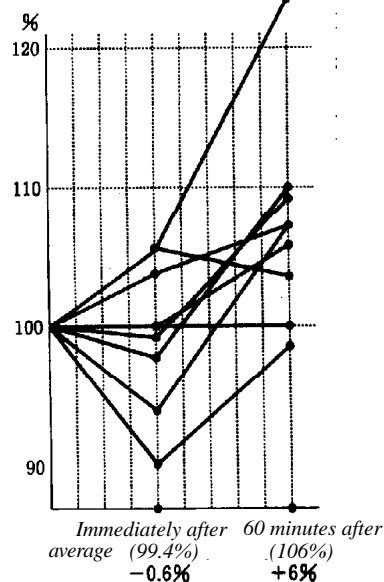
(1) The reduction accompanies low utilization of inspiratory reserve volume (the amount of respiratory volume utilized during movement, about 3.0 liters of the 3.5 liters of vital capacity), which is due to insufficient normal (respiratory) movement

(2) Accompanying the above-mentioned reduction, a decrease in the function of respiratory movement itself

(3) A continuous weakening of exhalatory power (the motive force for which is the relaxation of the intercostal muscles and the diaphragm), an increase in residual volume (the amount of air that cannot be exhaled from the lungs, usually about 1 liter), expansion of the chest wall, and contracture

2) Changes in vital capacity with Shiatsu

Taking the previously mentioned deformations as a baseline of 100%, 60 minutes of Shiatsu were performed. Values immediately following showed a decrease of 0.6% (99.4%); values taken 60 minutes later showed an increase of 6% (106%) (graph 1).



- An anatomical analysis of the effects of Shiatsu

The 6% increase in vital capacity was present after 120 minutes of rest. The fact that the inspiratory reserve volume increased without relying on (respiratory) movement is

thought to show that shiatsu removes inhibiting factors of respiratory movement.

(1) Neural pathways of respiratory movement

- Diaphragmatic pathway

A. Medullar respiratory center ~ B. Cervical anterior horn cells ~ C. Diaphragm nerve

- Exterior Intercostal pathway

A. Medullar respiratory center ~ D. Thoracic anterior horn cells ~ E. Intercostal nerve

As is shown above, Shiatsu to the neck and upper shoulder region can reduce pressure-related ischemia of the vertebral artery (where nerve cells weaken due to insufficient blood supply), which is the blood vessel that supplies areas A and B above. In addition, Shiatsu applied between and beneath the shoulder blades can reduce ischemia of the spinal arteries which supply blood to area D. It is also thought that it is possible to decrease pressure to areas C and E (motor nerves weaken with pressure).

2. The Expansion and Contraction of the Chest

The usual motion of respiration is established by the relaxation (exhalation) and contraction (inhalation) of the diaphragm and intercostal muscles, which relies on a reflex of the [neck-chest-marrow] which relies in turn on a spontaneous impulse generated in the medulla (much in the same way that the sinoatrial node, or "pacemaker cells", function in the heart). The functional decrease in respiratory movement has its first direct effect on exhalation (muscles use ATP even when relaxing). In other words, the dropping of the diaphragm (which cannot relax fully in a contracted state) and the [expansion of the chest wall (when the intercostals cannot fully relax)] leads to the occurrence of contracture. As was stated before, Shiatsu applied between the shoulder blades, beneath the shoulders and to the chest corrects the relationship between the ribs and the thoracic vertebra (the costovertebral joints) and can prevent the ossification of costal cartilage.

3. Ignoring the Symptomatic Decrease in Vital Capacity

1) This causes the respiratory accessory muscles (the obliques) to compensate, which then harden considerably

2) It is a causative factor in the eventual deformation of lung tissue (emphysema)

3) In 80 year old males emphysema is thought to be responsible for a vital capacity of 1.7 liters with a residual volume of 2.8 liters. We can expect that early preventative practices would reduce this occurrence.

Experimenting with the Dashin Technique (Part 1)

by Hideo Takahashi

The abdomen is a very sensitive and protected part of the human body. In the Dashin technique, the practitioner purposely taps a large needle using a small mallet into this vulnerable area. Because of the abdomen's sensitivity, it is reasonable to expect that a patient would feel some fear when a practitioner places a large needle on his abdomen and in the other hand holding a mallet. However peculiar this technique may appear, it was thought up by wise doctors of the past and became a popular Japanese technique and one used only in Japan.

There is no identifiable person believed to be the inventor of the Dashin Technique. There is, however, an existing classic which explains it. The classic is titled *Shindo Hiketsu Shu* (Compilation of Secrets of Acupuncture) which is a guide book for the Dashin technique Mubun style. In the beginning of this classic, there is a story that explains how Misono Mubunsai, an early 16th Century acupuncturist who founded the Mubun style, was motivated to try out the Dashin technique.¹ It says that Mubunsai was a Zen Buddhist monk whose mother suffered from a serious illness. To help her, he first saw a renowned doctor of his time to learn acupuncture using the direct insertion technique. He tried it out on her but the treatment was ineffective for her illness. Struggling and meditating over it, it is said that he was eventually enlightened to try the Dashin technique. This time it showed good results. When I saw that the Dashin technique was an insight gleaned by a Zen Buddhist monk following a long struggle, I was inspired to try out the technique myself.

One of the characteristics of this technique, besides using a mallet for tapping needles, is that a acupuncturist can treat, not just acupuncture points, but also reactive areas (abnormalities that a acupuncturist can sense when palpating a body) which can manifest on the abdomen. Reactive areas tend to be spaces that may cover a large area rather than points. In the above mentioned classic *Shindo Hiketsu Shu*, this reactive area is described as ja (evil), or jaki (evil energy), and the treatment is focused on treating the area directly (Fig. 1). In the Mubun style which only treats the abdominal area, Mubunsai created an original



chart of the abdominal diagnoses that cover the zang fu organs, illustrated on *NAJOM* No.12's front cover. Acupuncturists in the Mubun school believe that all illnesses are rooted in the abdomen and so they look for the cause of illness in the abdomen no matter where on one's body the symptoms may appear. I think that the Dashin technique Mubun style has many characteristics in common with Japanese acupuncture because it does not only focus on acupuncture points, but also places emphasis on abdominal diagnosis and abdominal treatment. Besides these similarities they also make use of the effects of vibration which, in my personal opinion, are one of the characteristics of Japanese acupuncture. (See my article in *NAJOM* No.2 1994.)

It has now been six years since my curiosity first compelled me to try out the Dashin technique in my daily practice. There were times when I would almost give up practicing it and were due to an inability on my part to achieve results I desired and a difficulty in making the tools. However, there has always been something that has continuously attracted me to this technique and for which I feel is the right treatment method that will allow me to use my senses most effectively. For this issue, I would like to share my experience with the Dashin technique.

My First Encounter with the Dashin Technique

When I first saw the Dashin technique, I was still a student of acupuncture working as a clinical assistant in an Osaka acupuncture clinic. A senior acupuncturist of the clinic was performing this technique on one of his patients. He was holding a small and beautiful mallet in his right hand, and tapped on the top of a large silver needle held in his left hand. The mallet was a work of great artistic value which Fujimoto Renpu, an authority on this technique, had ordered from a crafter of butsudans (a family Buddhist altar) to reproduce. It was made of ebony, had a dark luster, and a nice smooth texture. The large silver needle was also a crafter's work which had a proper weight to handle and round-shaped (like an egg) dull needle tip. I was impressed by the beauty of the tools; however, I also felt that these were toys for antique lovers and was skeptical about the effectiveness of the treatment.

When I actually received a treatment using the Dashin technique, I realized that there was something more than what meets the eye. There was no pain involved and the treatment felt rather comfortable. At that time, I was given a treatment using a large

needle with a round-shaped tip. The needle looked like the teishin needle with the needle tip filed dully. It was not to be inserted but was to give the body a certain vibration when tapped upon (There also was a large needle with a sharp tip for shallow insertion.) This needle tip gave me a comfortable sensation and after some time of continuous tapping, it penetrated deep within my abdomen. I remember wondering at the time whether the sensation came from the vibration on the reactive points in the abdominal wall or from the vibration of the internal organs. Whatever the reason was, I certainly felt a deep sensation.

The Effects of the Dashin Technique

The effects of this technique are mainly created by the vibration of tapping upon a large needle, which does not occur with a direct insertion technique. The vibration penetrates into the deeper tissues allowing the insertion to be very shallow yet sufficient. In the classic *Shinkyu Chohoki* (Treasured Record of Acupuncture and Moxibustion), it is said that "In the Dashin technique, you shall not make a deep insertion." and "Since you tap a thick needle with a mallet in the Dashin technique, that moves nutrient qi and defensive qi and reaches on the marrow."² These words explain the importance of a shallow insertion and the penetrating effects of vibration. One may think that the idea of a shallow insertion may also imply a danger in puncturing the internal organs by deep insertion. However, this would mostly mean that when the vibration penetrates into deep tissues, there is no need to insert the needle more deeply.

If a patient's abdominal wall tenses up to such an extent that the tension turns into indurations, the needle tip should not reach the induration because it may be painful for the patient. One should stop needle insertion at a depth just before the needle tip reaches the surface of the induration and should then continue tapping patiently but keeping the same depth. Even at this depth, the vibration will still affect the induration. After some tapping, one can remove the needle and palpate the induration once more to find that it has become looser. At this point, one should not stimulate the induration any further. One may feel that the stimulation is too little but most of the time this will be sufficient. In this way, the vibration reaches a deeper area and releases the tension in the abdominal wall.

Tools of the Dashin Technique Needles

Besides the needle with the round-shaped

tip described above, another type of needle shape used is called "surioroshi". This is a large needle whose body is filed down so that it gradually becomes thinner from the root to the tip. With a surioroshi style needle, one can actually make a shallow insertion. When I first saw this needle, I did not feel like receiving a treatment with it because I got the impression that I would experience a lot of pain. Later on, however, I found that this type of needle is the original shape which traditionally is used in the Dashin technique. In the classic *Shinkyu Chohoki* written by Hongo Masatoyo whose acupuncture style is a descendant of the Mubun

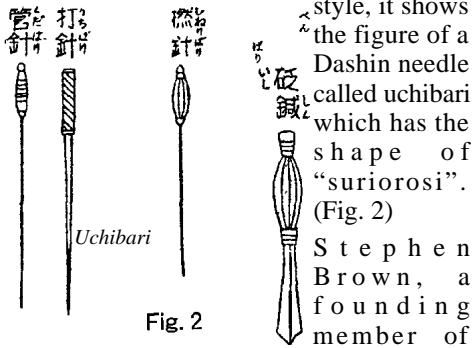


Fig. 2

style, it shows the figure of a Dashin needle called uchibari which has the shape of "surioroshi". (Fig. 2) Stephen Brown, a founding member of NAJOM, showed me a reproduced surioroshi style needle which was presented to him along with a small mallet by Baba Hakkou. The needle was made of gold and its body was filed down like a long thin cone. The mallet was smaller and lighter than that of Fujimoto Renpu's, and I thought that the mallet was designed to insert surioroshi style needles because of its light weight. In order to use this needle, the needle tip has to be continuously sharpened. It is no longer possible these days to use the same needle again by sharpening the tip because of strict hygiene regulations. Mr. Brown kept these tools as his study materials and not for practical use.

Currently, I use Ito's disposable needles (length 40mm, gauge #8) to substitute for surioroshi style needles. The handle of Ito's needle is made of stainless steel, not plastic, thus creating a good vibration. In addition, it is hygienic since it is disposable. When one compares this needle to the original surioroshi needle, however, one can indeed find some disadvantages. First, the surioroshi style needles have a very thick body near the handle (approx. 2mm in diameter), but the ordinary filiform needles are too thin which makes it difficult to create vibrations. I use the thickest gauge of disposable needle (gauge #8), yet I still find it insufficient. Secondly, the filiform needle does not become thicker from the tip to the root making the insertion too easy with no resistance. With a disposable needle, one tends to insert the needle more deeply than the desired depth. Since the Dashin technique requires

shallow insertions, one must hold the needle tightly in order to avoid inserting it too deeply. On the other hand, however, if one holds the needle too tightly, one will make it difficult to create good vibrations. Thus, one must compromise the many advantages of the surioroshi needles when using disposable needles; however this cannot be helped since we are obligated to use them due to health regulations.

Small Mallets

In the past, the small mallet was made of ivory or hardwood, and its head was adjusted to the proper weight by loading lead into its interior. The thin grooves were cut out on the side of the handle to set the surioroshi style needle. As there was no standard for size, shape, or material for a mallet everybody made it in his own way in order to meet his demands.

When I first made my own mallet, I had already immigrated to Canada, and there was no model mallet available except for illustrations. I made a drawing of the mallet referring to pictures and found a builder of high quality furniture to make my mallet. The builder, however, did not understand my intention well and made an unusable one. He chose the best quality mahogany which emphasized the grain of the wood, and made an artistically beautiful mallet. It is nice to have a beautiful tool, but it is more important that the tool to be comfortable to handle.

A mallet should be balanced for size and weight, and its handle should feel comfortable in both size and length. The head of the first mallet made by the furniture-builder had too much heavy brass and the mallet's handle was attached to the head in a slightly twisted way. I no longer use this mallet, but I learned a great deal from the experience which I find useful in my current practice.

Later on, I found a carpenter among my patients who was precise in his woodwork and who made four mallets for me. Each had different weights of lead in their heads and were made of different types of wood (Fig. 3). The more I use these mallets, the more

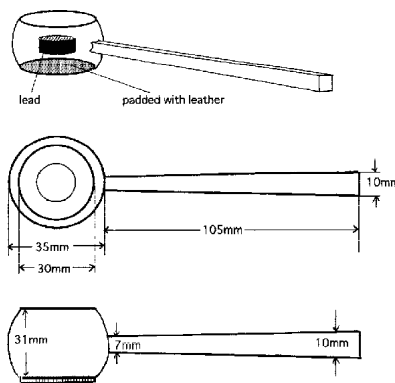


Fig. 3 Small Mallet

I like the lightest mallet, especially when I make shallow insertions with disposable needles. Even the lightest one, however, was still heavy, so I made a smaller mallet with no weight in its head.

The reason why the lighter mallet is easier to use is that I can feel the response from the patient's body through the mallet. The lighter mallet allows my hand which is holding the mallet to pick up the subtle changes in texture when I tap the needle.

In the above mentioned *Shinkyu Chohoki*, it is said that "You will sense some response through the mallet when the needle reached the depth of one fen (1/10 cun)."²³ If you use a heavy mallet, you can not pick up this subtle response. In the same classic, there is a picture of the mallet showing it to be very thin, and I think that this is to illustrate this response (Fig.4).

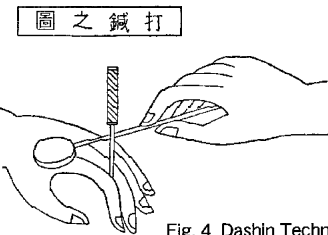


Fig. 4 Dashin Technique

Conclusion

In this article, my intention was to give a general idea of the Dashin technique to those who have not tried it. In the Dashin technique, the primary focus is on how the practitioner can use the effect of vibrations caused by tapping upon a large needle, not on how he can insert it. I devoted a large part of my article to explain the Dashin tools, because I believe it is the the tools that create the good vibrations in this technique. In the next issue, I will write about my clinical experience using the Dashin technique and discuss case histories.

References

1. Fujimoto Renpu, *Benshaku Shindo Hiketsu Shu* (Explanatory Book for "Compilation of Secrets of Acupuncture"), Shizen Sha, 1977.
2. Hongo Masatoyo, *Shinkyu Chohoki* (Treasured Record of Acupuncture and Moxibustion), originally published in 1718, guided by Ono Bunkei and reprinted by Ido-nippon Co., 1959, p. 5.
3. *ibid.* p. 6.

Hideo Takahashi, B.A. L.Ac. received his B.A. from Kyotoa University of Foreign Studies in 1984. He graduated from the Kansai College of Acupuncture and Bonesetting in 1987 and was licensed in shiatsu, acupuncture and moxibustion. He worked as an acupuncturist at the Arai Hospital and later became the acupuncturist in charge at the Matsumoto Clinic in Osaka, Japan. In 1989 he moved to Toronto and practiced shiatsu and acupuncture at the Toronto Shiatsu Center. He relocated to Vancouver, B.C. in 1992. He is an associate editor of NAJOM.

Practical Moxibustion Therapy (14)

Aging Patients and Moxibustion Therapy

by Junji Mizutani

Introduction

It has already been six years since I moved from Toronto to Vancouver and opened my clinic. In these six years the age group of my patients has shifted dramatically. For example, among the 164 patients I treated in August 1998, 77 were over 65 (senior citizens) or 47% of the total number of patients I treated. Among these 77 elderly patients, 18 or 11% were over 80 years old.

In this way my practice is being washed by the waves of an aging society. This may be due in part to the large numbers of senior citizens living in Vancouver, a city that is known for its mild weather. It also shows how acupuncture and moxibustion have grown in popularity. This is a welcome development for a practitioner like myself. When a patient population becomes elderly, however, those of us who treat them must adjust our treatments accordingly. So in this article, I will first comment on observations I have made in treating elderly patients, and then give a few case histories.

Treatment of Elderly Patients

The first point in treating elderly patients is to try to match the treatment to their physical capacity. Even if symptoms may indicate excess and a patient is plump and has a lot of muscle tension, physical strength does generally decline as one gets older. I do quite a bit of acupuncture on elderly patients and naturally I increase the amount of moxibustion to strengthen their bodies. If the symptoms indicate deficiency, or a patient is recovering from an illness or has a weak constitution and a tendency to become chilled, I inevitably lean toward moxibustion. Of the above-mentioned 77 patients, I gave treatments of moxibustion or a combination of moxibustion and other therapies to 76. One patient received only shiatsu.

In a nutshell, the advantage of moxibustion as I have said before is that it improves the circulation and the functional capacity of blood and thereby greatly aids the regeneration of tissue. Degenerating tissue and malfunctioning systems are thus restored. This means that it has the remarkable "effect of restoring youthfulness." There is no medicine anywhere which has an effect like this, and that is why moxibustion is ideal for elderly patients.

The tissues and functional capacity of the human body generally begins to decline from around the age of 35. The vitality of a person who is 35 is substantially different from someone who is 65. If they were to get the same disease, the younger and stoutly built person should recover quickly, and the older and frailer person could require a long time to recover. For young people, often it is just a matter of using an antibiotic to kill the germs and the body takes care of the rest and recovers quickly. It is not so simple for elderly people. Even if the germs are destroyed, it may take a long time to recover because the body may not have a reserve strength. On top of this, antibiotics tend to diminish the body's natural healing ability. This is why it is important in the treatment of elderly patients to increase their vitality. This is where the "effect of restoring youthfulness" of moxibustion comes into play.

I have been talking in generalities, but speaking more to the point, for those of my elderly patients who are robust, I give moxibustion treatments combined with acupuncture or shiatsu. For those who lack vitality, I give only moxibustion. Moxibustion can even be applied when a patient has a slight fever. I apply moxibustion on points like ST36 and GV14 for patients with temperatures of up to 38°C. There is no danger in moxibustion as long as you pay attention to the physical capacity of patients and give them only as much stimulation as they can handle. Furthermore, there is no danger in giving moxibustion to patients while they are on medications.

It is difficult, however, to gauge the level of vitality and the appropriate level of stimulation in the first treatment so, for elderly patients especially, I start off by reducing the stimulation at about 50%. This is to avoid healing reactions as much as possible. Even when a healing reaction does occur, young patients recover in less than three days. In the case of elderly patients, however, recovery is prolonged and sometimes may take up to a month. Such a long setback is more than a healing reaction; it can be considered a consequence of incorrect treatment.

Although at first, less is better, in the case of elderly patients, the more often they receive treatments the better. As a rule, I have them receive moxibustion once a day for a month and a half. This first course is for the purpose of relieving the symptoms, but treatments must be continued for 3 to 6 months to increase vitality and improve their functional ability. Sometimes, when pain is severe, I have them receive moxibustion twice a day. As for the size and number of cones, I generally apply 3 to 5 half rice grain

sized cones using the mini-cautery method I discussed in the last issue, and otherwise I consider 3 cones of the half rice grain sized cones to be appropriate stimulation. The number of points for local treatment varies from 3 to 10, but for patients who need overall strengthening, I do these local points in addition to the standard Sawada Style points (see *NAJOM* Vol. 5 No. 2, November 1995; pp7-8).

My moxibustion treatments need to be applied frequently, so they end up becoming principally home treatments. I have the patient come in once every week or two to check the points and suggest changes in the number of cones. For home treatments of points on the back, the cooperation of family members becomes necessary. Therefore I convince the patient and their families of the importance of moxibustion, and teach them the mini-cautery method, and have them actually practice it themselves in my clinic. I get a family member to observe the first treatment, and I explain what I am doing as I treat the patient. In subsequent treatments, I have them help me apply the moxibustion so they get the hang of it. After this they start home treatments, but I always warn them of one thing. That is, "When I apply moxibustion the heat is mild and it feels good but, when beginners first apply moxibustion, it is very hot." Unless I impress this on them, a family squabble is liable to occur, and they will not continue the moxibustion treatments and all efforts will come to nothing.

Case History 1

69 year old female

I had been giving this woman shiatsu since May of 1995 for her low back pain. She had a great deal of stamina and did a lot of cooking as a volunteer. Her back pain was almost gone after regular shiatsu treatments every other week, but she enjoyed the treatments so she continued coming. In January of 1997 she complained of pain above and below her right knee. The pain occurred whenever she sat down or stood up from a chair. One week later, after she returned from a trip, her knee was quite swollen and felt warm to the touch. It was not so painful that she couldn't walk, but it seemed like the early stages of osteoarthritis. Even so, when she came for treatment on February 3, I only gave her a shiatsu treatment because she didn't like the idea of moxibustion.

Feb. 14: The pain in her knee got so bad she had difficulty walking, so I convinced her to do home moxibustion treatments. I located points and applied moxa and taught her the technique. I applied seven cones each on

seven points (Fig. 1).



Feb. 21: Her pain was greatly relieved.

Feb. 28: She is able to go down stairs. The swelling is down 70 to 75%.

March 7: Only 15% left to go on the swelling.

March 17: Both pain and swelling are gone. I told her to discontinue home moxibustion treatments.

Subsequently the knee pain recurred occasionally, and each time she came in for moxibustion (five or six times). It almost completely healed after that and she enjoys an active life. About a year later, she complained about a corn on the little toe of her right foot, which was very painful when she golfed. I had her apply five rice grain sized cones directly on the corn everyday at home. When she returned for her biweekly treatment, the corn had hardened so I shaved it off with a knife after the shiatsu treatment. I did this about four times, and the corn all but disappeared by the end of June.

Case History 2 88 year old female

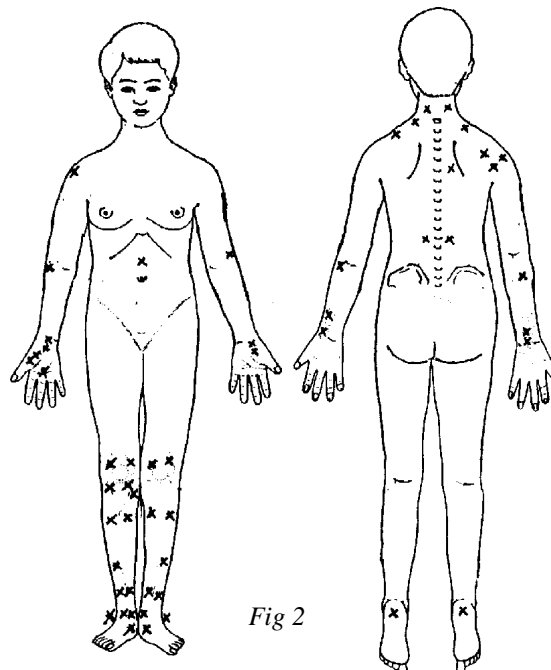
First Treatment - Sept. 25, 1997: Her main complaint was pain and numbness in the right hand since around September 1996. She could not flex her fingers. Also, there was pain with movement in the right shoulder, numbness in the right leg and pain in the right ankle, which made walking very difficult. It took her about 30 seconds to hobble just five meters. Putting cloths on and taking them off was also difficult. She was hard of hearing and it was difficult to talk with her, but her mind was sharp. At first sight, she looked very frail and it seemed that if she caught a cold it could turn into pneumonia and she might die. I was a little worried about taking her on as a patient, but I got a favorable impression from her speech which was very clear. So I got her to promise that she would give herself regular home moxa treatments, and I agreed to go for a housecall once a week. The points I selected were several Ahshi points in addition to standard Sawada Style points (Fig. 2). The dosage was three cones of sesame sized cones, but I increased the number of cones to five after about three weeks. With this it took a little less than an hour for her to do the moxibustion treatment.

I only saw her once a week so I didn't have any idea how long it would take her to get relief, but as long as she didn't give up, I decided to look after her to her deathbed if need be. This patient had lost her husband and had no children and was living alone on the second floor of a house owned by a distant relative. She had firmly resolved not to become dependent on anyone as long as she was able to move her body even a little, and I wanted to help her in any way I could.

In late March, at the time I gave the 25th treatment, I measured how long it took for her to climb from the first to the second floor. Before it took her more than two minutes to drag herself up one step at a time. This time it only took her about one minute. Her walking pace was also twice as fast as before.

In May, I was surprised to learn that she had started to go shopping to the corner store which was about 70 meters away. By this time she complained less about pain and numbness. In June, she had enough strength and resolve to go to the ophthalmologist, and in July she went to the dentist on her own. In August she could bend the fingers in her right hand completely, and was able to cut her toe nails herself.

I had been seeing her for almost a year, and I was beginning to feel confident that she would be able to continue living alone free of pain and numbness, even with some difficulty. On September 9, however, she lost her balance and fell when she was reaching for something, and she cracked her right scapula. The pain was so bad she could not make any movements involving her right shoulder. Also her right arm from the shoul-



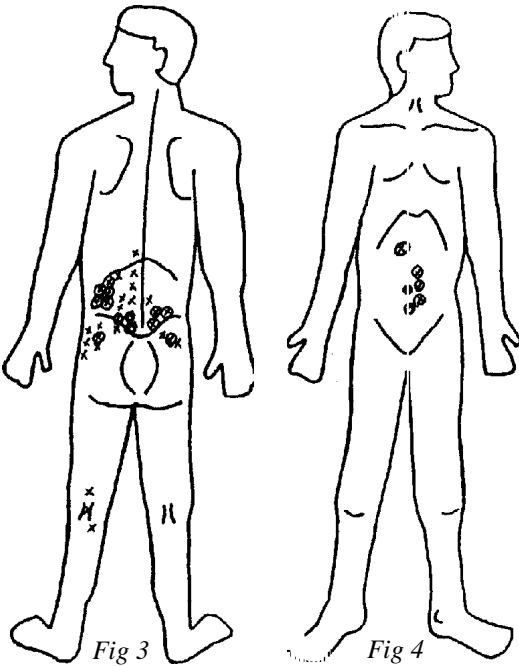
der to the wrist was swollen like a long balloon. Even so, she was able to flex her right elbow a little. Yet she still wanted to continue with her moxibustion treatments, so I located points around the shoulder and the elbow, which was swollen, and burned one cone each and repeated this for three rounds. When I went to see her on September 23, the swelling was 50% better and she could move her upper arm about 20 degrees. The patient is very hopeful, saying it is just a matter of a few more weeks before she is healed.

Case History 3 94 year old male

July 30, 1998: This patient almost fainted and fell down with something like cerebral anemia, and he hit his right hip very hard. The pain was so bad after that he had to remain in bed. He came to my clinic with the assistance of family members. The pain was so intense he couldn't even move enough to have x-rays taken. He hadn't had a bowel movement recently, which he used to zhav every day. His family member explained that he was despairing that he was going to die.

His pulse was flooding and large, and his abdomen was rigid like a board. His hearing was very poor, but he was mentally alert. For treatment I retained No. 3, 50mm needles shallowly with the patient prone (Fig. 3). The needles were retained for ten minutes. After that I applied 20 half rice grain sized cones of moxa on the circled points. His pain had diminished, so I had him lie face-up and concluded by treating the abdomen with some acupuncture and moxibustion (ten half rice grain sized cones: Fig. 4). To relieve his constipation, I had him take home a two day supply of guizhi jia shaoyao dahuang tang.¹ After the treatment, the pain had become much better, and the patient began walking nimbly, so the family members were greatly relieved as they accompanied him home. Since the pain was gone all day, the patient spent the afternoon tidying up his room. The next day the pain came back again and he was laid up in bed.

August 1 to 3: He came for treatments three days in a row, but there was no change in the pain. He also had no appetite and sitting brought the pain out so he remained in bed. On August 3, however, he had used a suppository which relieved his constipation, so he was feeling a little better. I had him start taking xiao jianzhong tang with 3 grams of renshen (ginseng) added.²



the sciatic nerve on the right side. He still could not sit up without pain, so he ate in bed. I added the four moxibustion points BL30 and 35 as well as Jousen.³

August 13: He still had a lot of pain when standing up. There was also strong pain with movement. I added moxa points on the Huato Jia Ji at the level of BL22 and 23.

August 18: There were less tender points. He said the pain was better.

August 28: His walking pace became surprisingly faster. I add moxa points at GB33 and SP6.

September 12: The patient said he can walk for about two hours if he uses analgesic suppository and a walker. There were no tender points in the low back, but he said the lumbar area felt stiff. I retained some needles shallowly and applied moxibustion. Treatment points were palpated evenly on both sides of the lumbar region. (Fig. 6)

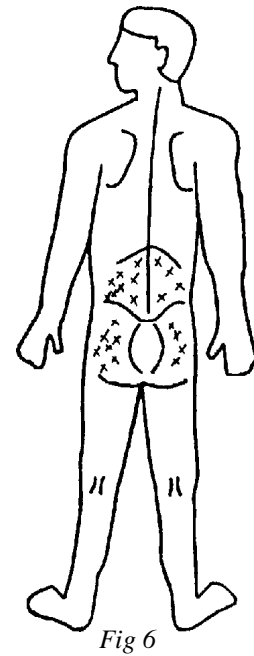
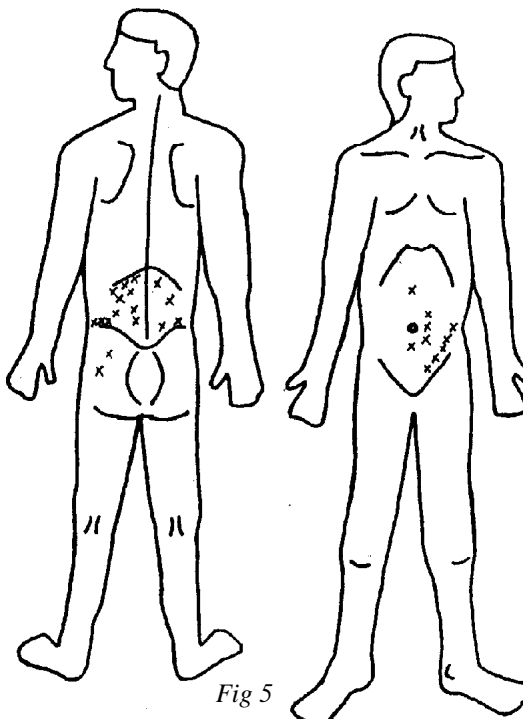
September 19: Patient could walk for two hours without a suppository.

September 24: Patient was able to walk for two hours with only a cane. He complained of numbness in the right little toe and discharge of excessive phlegm from his throat and sinus, but the low back pain was gone and he could sit and eat with his family. His condition was stable with regular bowel movements everyday.

August 5: His pulse was flooding, large, and tight. I treated him using more moxibustion. I had his family members start giving him home moxibustion treatments. The points used are shown in Figure 5.

August 7: The flooding pulse was softer and also his abdomen had more resiliency. After this treatment, he had natural bowel movements four days in a row, and he was pleased about that. His appetite returned and he started eating brown rice.

August 10: Tender points showed up along



Conclusion

The first case history is about a patient who applied moxa on herself to heal arthritis in the knee and help remove a corn. This case shows how, if there are no internal diseases and only musculo-skeletal problems in the arm or leg, using only moxibustion it can almost be taken care of by oneself. The second case is an example of a very old patient, 88 years old and in poor physical condition, who recovered to a point of being able to take care of her own daily needs after weekly moxibustion treatments over a long period. The third case is an example of how daily moxibustion treatments by family members got an extremely aged patient who was bedridden to return to a normal life. In this last case, every member of the family took turns giving the patient moxibustion treatments.

Each case is evidence that when moxibustion treatments patiently applied over a long period it has an effect far beyond Western drugs. In the last

two cases especially,

patients recovered in a relatively short period which seems impossible in terms of Western medicine. Moxibustion unlike Western drugs takes time, but it does not create a drug dependent patient. In addition, it can be applied at home safely and inexpensively. Furthermore, moxibustion not only is effective as therapy, but serves to prevent senility. Therefore I am convinced that it is the ticket for home care which is on the increase with our aging society.

Notes

1. Guizhi jia shaoyao dahuang tang - 4g. guizhi, 4g. dazao, 6g. shaoyao, 2g. gancao, 1g. ganjiang, 1g. dahuang
2. Xiao jianzhong tang jia renshen - 4g. guizhi, 4g. dazao, 6g. shaoyao, 2g. gancao, 1g. ganjiang, 3g. renshen, 20g. jiaoyi
3. Jousen - same as the extra point Shiqizhuixia (M-BW25) between the fifth lumbar vertebra and the sacrum

Translated by Stephen Brown

Junji Mizutani, L.Ac. graduated from the Japan Central Acupuncture College in 1983 and was licensed to practice shiatsu, acupuncture, and moxibustion in Japan. He moved to Toronto in 1984 to further his training at the Kikkawa Shiatsu College. He taught Oriental medicine at the Kikkawa College and at the Shiatsu School of Canada. He also served for three years as the president of the Shiatsu Therapy Association of Ontario. In 1992 he moved to Vancouver where he now has his practice. He is the founder and director of NAJOM.

Koei Kuwahara's Workshop on Pediatric Shonishin

by Jake Paul Fratkin

In August, Koei Kuwahara came to Seattle to teach a one day workshop on pediatric shonishin. Mr. Kuwahara, based in Boston, is the main teacher for Toyo Hari Meridian Therapy in the United States. He has been in practice for twenty years, and did a five year apprenticeship with Kodo Fukushima, the founder of Toyo Hari. Mr. Kuwahara's workshop was both enlightening and informative. He treats about seven children a day in his busy clinic, and also is the father of four young children. His playful attitude with children helps put them at ease.

Mr. Kuwahara uses non-needle techniques for children until about twelve years of age, when they become comfortable with needles. His technique, based on the Osaka pediatric method, involves scratching and tapping techniques.

General Guidelines when Working with Children

It is important to be gentle, playful and non-threatening with young patients. This allows you to complete your treatment and encourages them to enjoy coming to the clinic. Avoid hard diagnostic staring "like a doctor", and instead use soft eyes "like a parent". He put it another way: have eyes like you are on vacation, not at work. One way to help make a child secure in the clinic is to have a warm and friendly relationship with the parents. An added benefit from treating children is that parents often come over to acupuncture once they see improvements in their children.

For the first two treatments, children will naturally be wary. By the third visit, if their experience has been painless and pleasant, they will start looking forward to their treatments. For this reason, the first two treatments should be mild and of short duration.

Questioning, Looking, and Listening Diagnosis

Mr. Kuwahara begins his examination by asking about relevant symptoms, either to the patient or the parent. He then looks at face color, body shape, discoloration and shapes of the eyes, nose and ear. Mr. Kuwahara spent some time in the workshop describing the sounds and behaviors associated with various sho patterns. In Spleen

pattern, the child is insecure without his or her mother, often looking around. They tend to cry when the practitioner looks at them. In Kidney patterns, children have a high range cry and like to hide in their mother's arms, because they are fearful. Liver patterns can show as irritability or arrogance, even spitting at the practitioner. Lung pattern children tend to be quiet and more secure, but a little withdrawn.

Pulse Diagnosis

Mr. Kuwahara relies on pulse diagnosis when possible. In his demonstration of this he was very fast, using three fingers simultaneously. Children will not sit still for pulse diagnosis, so it must be done quickly. In pulse diagnosis, he recommends determining if the middle level is floating or sunken to gauge a general yang or yin deficiency. In healthy children, pulses should be slightly floating, rapid and soft, and the practitioner looks for deviations from this norm. Later, in his demonstrations, he mentioned that if the pulse has fuzzy or weak borders, it indicates a more serious and deep seated condition.

One expects to see a deficiency (kyo) on the position of the root meridian, but often with children it is easier to find a meridian that is excess (jitsu), which is usually the controlling cycle channel. Children often show excess on either the Liver or Spleen channels. A Liver excess reveals a Lung or Spleen sho pattern, while an excess Spleen position shows a Kidney sho pattern.

Primary Channel Kyo	Secondary Channel Jitsu
Lung	Liver
Spleen	Liver
Liver	Spleen or Lung
Kidney	Spleen

As with adults, the pulse should be used to confirm the success of the treatment. One should not let the child go until the pulse quality has normalized.

Percussion Tapping Diagnosis

is often performed on the abdomen while the child is lying on his or her back. As one hand is placed flatly on various locations of the abdomen, the other hand is used to sharply tap the back of the hand with four fingers. The practitioner listens for watery or sloshing sounds subcostally, in the epigastrium, or in the lower abdomen. In a healthy child, these sounds should not exist;

all percussion tapping sounds should be identical. Sloshing sounds in the lower abdomen indicate a water stagnation problem, manifesting as bedwetting, headache, allergies, or diarrhea. In these cases, abdominal shiatsu is helpful, as is treatment to St 39 to 40. Sloshing sounds that are unilateral require treatment on the affected side. Subcostal sounds often indicate a tension in the interscapular area on the back. High or tight sounds indicate general muscular tension or stress. The sounds should be more normal following treatment.

Therapeutic Tools

Mr. Kuwahara went over nine basic shonishin tools, which I won't discuss in detail. Basically, some tools are used for tapping technique and some for scratching technique. It is not important which ones are used, it is really up to the practitioner, and many practitioners will use only one or two tools in practice. Most of the tools are for dispersing techniques but one, the silver teishin, is primarily used for contact tonification. One advantage of having numerous tools, said Mr. Kuwahara, is to engage the child by having him or her choose which tool the practitioner should use. This is part of the playfulness that he fosters in his clinic. Besides the basic tools, Mr. Kuwahara will also employ pressballs to tonify points relevant to the sho pattern. On occasion he will also use intradermal needles, magnets, and moxa. Most children are frightened by moxa, but he will sometimes use it on infants, as he would blood letting for fever or injury. Sometimes he will use cups, for example on Ren 12 for diarrhea or bedwetting.

Scratching and Tapping Techniques

Most conditions in young children are problems of yang excess, and the tapping and scraping techniques are used to disperse excess qi along the yang channels out to the skin. When this is completed, the root deficiencies can be treated with the teishin. Dispersing the excess first and tonifying the deficiencies second is in contrast to treatment of adults, where tonifying the deficiency is primary. One disperses the excess first in children not only because it is calming, but because the abundance of yang is often the cause or manifestation of their complaint.

The scratching technique is done very lightly with repetitive hand movements. The sensation is almost like a tickling feeling. The technique itself might involve up to 150

repeated hand motions a minute. The length of the motion varies on the age of the child. Children under three, for example, have a shorter stroke, while older children require strokes two or even three times this length. Mr. Kuwahara likes to use the Kozato teishin, which looks like a large carpentry nail. One side has a small ball, the other is concave and ending in a point. The concave end actually is flat on one side, and this flat side contacts the practitioner's mid finger while the index and thumb hold the Kozato teishin in place. The whole hand is used in the repetitive motions, coming down and brushing the skin "like an airplane landing and then taking off again". The other hand is free to stabilize a limb or contact the body. The pressure used is quite light on infants, but can be a bit heavier for older children. At no time is the effect so dramatic as to actually scratch the skin. As the Kozato teishin is rubbed lightly across the skin, the ring and pinky fingers of the same hand feels for skin that is damp and sticky, rough and dry, or hot or cold. These skin areas require treatment, so the hand is diagnosing as it is treating. As the skin is brought into balance, the channels are also benefited.

The scratching technique is performed to the abdomen, the back, and the limbs. First the abdomen is treated, especially sub-costally, along the midline, and around the naval. With the patient sitting, scratching is then performed around GB 20, Du 20, and close to the spine along the Huato points and Bladder points. The technique is then applied to the yang channels of the arms and legs. Direction of the brushing is not particularly important, Mr. Kuwahara reports. These same areas can also be treated with tapping technique, using a teishin or a spring loaded tapper. Tapping is done very lightly with the mind intent on dispersion. It is particularly valuable for areas of the skin that are rough or dry.

Tonification Techniques

The pulses are then evaluated to determine the root sho, and the teishin is applied to the chosen tonification points. (Mr. Kuwahara confirms point selection by reading the reaction of the pulse). The teishin barely touches the spot, and the practitioner uses his or her mind to direct the energy of their fingers into the point and up into the channel. This should take no more than five seconds. When complete, the hand quickly pulls away and the point is immediately covered. For dispersion, the teishin is applied to the point, and the practitioner uses his/her mind to pull excess energy into the teishin and fingers. This is actually done in

a pumping motion/mind-set. Finally, one to three press balls are left in place for five days to reinforce tonification.

Eight Extraordinary Channel therapy can be performed by using magnets on the master points. The sides of the magnets (north or south) are chosen based on the effect on the pulse, and the magnets are only kept in place for one to two minutes.

Conclusion

Mr. Kuwahara's shonishin approach is used regardless of the nature of the complaint. It takes between five and ten minutes. Acute cases may only need one treatment, including fever, diarrhea or common cold. In chronic cases, the child would come in twice a week for one to three weeks, followed by once a week, then twice a month, and finally once per month, until the condition has normalized. By example, this approach can cure 75% of pediatric asthma cases, but it may take a year.

Mr. Kuwahara warns that if the treatments are too strong or done too long, the symptoms will get worse. So treatments should always be gentle and short in duration. As for emergencies, one should be particularly careful when the symptoms do not match the pulses, that is to say serious symptoms with normal pulses, or no symptoms with seriously imbalanced pulses. In these cases, one should consider a Western medical emergency room.

Mr. Kuwahara spent the remainder of the workshop demonstrating these techniques on various patients who were brought in. Some of the patients were basically healthy; others were very sick, and at least one was dying. In all cases, Mr. Kuwahara demonstrated a deep well of love, compassion, and objectivity. His concern foremost was for the comfort of the child, which proved very reassuring to the young patient. As for the therapeutic value, Mr. Kuwahara deeply believes in its efficacy. His confidence, based on his clinical experience, was inspiring to all present at the workshop.

Jake Paul Fratkin, OMD, L.Ac. Following undergraduate degrees in Chinese language and philosophy at the University of Wisconsin, Dr. Fratkin trained in Korean and Japanese acupuncture starting in 1975, and later, Chinese herbal medicine in Beijing. He is in private practice in Boulder, Colorado, where he combines Japanese Meridian Therapy, Chinese Herbal Medicine, and nutritional medicine. He is a frequent contributor to this journal.

Book Review

Kampo Treatment for Climacteric Disorders

by Yoshiharu Shibata, M.D.
and Jean Wu

Paradigm Pub. 1997

Recently, we have seen a proliferation of texts on Traditional Chinese Medicine, or TCM. Traditional Japanese medical works, however, have focussed on acupuncture, or general diagnostics. It is refreshing, therefore, to see such an accomplished analysis of Kampo, as Japanese herbal medicine is termed. Dr. Shibata and Jean Wu, in precise, clear language use the general field of climacteric disorders as a template to discuss the powers and limitations of Kampo.

The book is divided into four parts, with helpful appendices and a glossary. The first part discusses Kampo history in general, especially in the context of modern biomedical progress. In fact, the authors take great pains to explain their subject in terms that are comprehensible to Western medical practitioners. In Japan, Kampo can only be practiced by a licensed medical doctor, so there are pragmatic reasons for the text being oriented towards the Western medical model.

The second part is a short primer on Kampo medical theory and practice. This includes Japanese diagnostic techniques, pattern identification as well as therapeutic parameters of herbal medicine. This section is very clearly explained and should be easily grasped, even by those with no former Kampo experience. It is the third part however, that this text demonstrates its particular advantage. This part gives a detailed treatment of Kampo's approach to the climacteric. Many conditions, which are particularly difficult for Western medicine to treat are given Kampo alternatives, such as Chronic Headaches, Osteoporosis, hot flushes, etc. The fourth part gives detailed listings of Kampo formulae, listing symptom pattern, syndrome, composition, contraindication and application. There is even a directory of North American distributors of Kampo formulae. This is a great book for anyone interested in exploring the rich tradition of Japanese herbal medicine, especially for those Western medical doctors who wish to expand their therapeutic techniques.

Reviewed by Peter Canakis

Introduction of New Members

Jane Jones (Palm Beach, FL)

She is a graduate of the School for Traditional Chinese Healthcare in Miami.

Randall Sexton, RN, MSN, MBA, OBT (Austin, TX)

He graduated from the Zen Shiatsu program at the Academy of Oriental Medicine in Austin, Texas in 1998. He has been a registered nurse for 23 years and has held clinical, educational, and management positions. He holds black belts in Hapkido and Taekwondo and also practises Taiji and Qi Gong.

Milagros Paredes (Chelsea, MI)

He graduated from the Shiatsu School of Canada in 1995 and has been practising shiatsu ever since. In the last 13 years, Stephenie Ede, one of Kaz Kamiya's very first students and who has engaged in healing practices for more than 20 years, has also been one of his most important teachers.

Catherine Jones (Aylmer, ON)

She was trained in Oriental Medicine at the Institute of Chinese Medicine in London, Ontario for four years. She practises acupuncture, herbal therapy, moxibustion and capping.

Claire-Louise Hatton (Oxford, UK)

She is a graduate of the College of Traditional Acupuncture in England and has been practising acupuncture for 10 years.

Debra Lee Gertz (Syracuse, NY)

She is a graduate of the Traditional Acupuncture Institute in Maryland and has been practising acupuncture for 8 years.

Dan B. Rich, A.P. (Sarasota, FL)

He is a graduate of the Pacific College of Oriental Medicine in San Diego.

Mark A. Imlay (Seattle, WA)

He has been a chiropractor for 15 years who also practises acupuncture (as a graduate of NIAOM), bodywork, and herbal therapy.

Gary Spence (Vancouver, BC)

He is a student of the Source Point Shiatsu Centre in Vancouver, BC.

Reginald Cann (San Diego, CA)

He is a graduate of the Pacific College of Oriental Medicine who has also trained in Beijing, Shanghai, Hong Kong and Singapore. He practises Shiatsu, Tuina as well as

acupuncture.

Laura Scozzari, RN, AP

(North Palm Beach, FL)

She is a graduate of the Oregon College of Oriental Medicine in Portland.

Fazit Segal (Israel)

He graduated from the Israeli College of Complementary Medicine in 1996 having studied shiatsu, herbal medicine, massage and attended seminars on Japanese acupuncture (Kiiko Matsumoto) and Meridian Therapy (Kouei Kuwahara). He is interested in treating sports injuries, orthopedic problems, children's problems, immune diseases, skin problems, female problems and internal problems. He has been practising shiatsu for 4 years; massage, for 6; and, acupuncture, for the last 2 years, in private practice in Israel.

Tamaru Mochizuki (Shizuoka, Japan)

He graduated from the Gakushuin University and trained in acupuncture at the Meiji College of Oriental Medicine. He also trained in the Pain Clinic at Osaka University of Medicine. He belongs to many societies of Western medicine and deals with various types of illnesses using both concepts of Eastern and Western medicine. He also volunteers his services to patients suffering from anthropophobia by organizing his own study group.

Miyuki Kitamura (Aichi, Japan)

She has been operating her own acupuncture clinic in Toyota for 3 years and was elected president of the Acupuncture and Massage Association of Toyota in 1998.

Andrew Fitzcharles (Los Gatos, CA)

He is a graduate of the American College of TCM in San Francisco who has been practising acupuncture for 8 years.

Margaret Ozols (Wakefield, QUE)

She is currently a student of the New England School of Acupuncture in Boston.

Rene Leiva (Edmonton, AB)

She is a student of the Grant McEwan Community College in Edmonton.

Steven J. Corbin (Seattle, WA)

He is a graduate of NIAOM.

Ezio Fassone (Rapallo, Italy)

He is a graduate of the Meiji College of Oriental Medicine in Osaka, Japan. He is one of the few acupuncturists in Italy who also practises bodywork and homeopathy.

John E. Kennedy (Oviedo, FL)

He came to alternative medicine from a

background in the Defence Industry. He first trained as a Hypnotherapist in 1990, becoming certified in that field. In 1994 he began his training in Acupuncture and Oriental Medicine. He is a NCCAOM Diplomate in Acupuncture and specializes in treatment of addictions and allergy elimination using acupuncture, hypnosis, and herbs. He is also the owner of the T'ai Institute of Oriental Medicine in Oviedo, Florida.

Joseph R. Forman (Minneapolis, MN)

He is a student of the Minnesota School of Acupuncture, who also practises qigong.

Megumi Hirayama, DOM

(Albuquerque, NM)

He is a graduate of SWAC in Albuquerque, New Mexico. Before his official training, he enjoyed performing acupuncture for 26 years as one of his hobbies. Currently he has opened the Zen Japanese Acupuncture Clinic in Albuquerque. In addition to acupuncture, he also uses soft lasers, micro current, and sarapin injections. He always welcomes visitors to his clinic.

John Thompson (Brisbane, Australia)

He is a graduate in TCM from the NSW College of Natural Therapies (1987) who also completed a 4-month internship at the Red Cross Hospital in Hang Zhou, China. He has lectured at various acupuncture and natural therapy colleges in Sydney and Brisbane and conducts Chinese herbal medicine training for Chinaherb, Queensland.

Steven M. Rosman, PhD

(Port Washington, NY)

Canadian Acupressure Institute Inc.

(Victoria, BC)

Brad Thompson (Olympia, WA)

Patricia G. Martin (Sorrento, FL)

David Bole (Gainesville, FL)

Deadline: Manuscript Submission

January 10th, 1999 is the deadline for manuscripts for the next issue of NAJOM. We welcome all contributions of papers from our members including reports, studies, and essays. Papers concerning clinical practice are especially welcome.

Please contact NAJOM at (604) 874-8537 or fax (604) 874-8635 if you wish to contribute a substantial article.

NAJOM Members

			Tsukasa	Miyaji	Japan	Chieko J.	Maekawa	USA
			Tamaru	Mochizuki	Japan	Tisha	Mallon	USA
			Morihiro	Murata	Japan	Robert	Marion	USA
			Tokujiro	Murata	Japan	Linda L.	Marler	USA
Joanna	Burton	Australia	Naoki	Naruse	Japan	Patricia G.	Martin	USA
Alan	Jansson	Australia	Hideko	Niioka	Japan	Irma Bartha	McMillin	USA
Paul	Movsessian	Australia	Takeru	Otsuka	Japan	Margaret	McMorrow	USA
Greg	Scanlon	Australia	Toshiichi	Shibahara	Japan	Sandra	McSweeney	USA
John	Thompson	Australia	Kazuo	Taniguchi	Japan	Babs	Meade	USA
Daniel	Mayer	Austria	Masanori	Tanioka	Japan	Eve de	Molin	USA
Rodrigo M. Correa		Brasil	Nakazou	Watari	Japan	Noriko	Nagato	USA
Canadian Acupressure Institute Inc.			Fuminori	Yamashiro	Japan	Masaaki	Nakano	USA
		Canada	Toshio	Yanagishita	Japan	Sachiko	Nakano	USA
Roman	Bayrock	Canada	Tomoko	Yoshizawa	Japan	Koji	Nishida	USA
Peter	Canakis	Canada	Stephen	Birch	Netherlands	Hirohisa	Oda	USA
Cheryl	Coull	Canada	Junko	Ida	Netherlands	Akio	Oiso	USA
Louise C.	Demorest	Canada	Chris	McAlister	Sweden	Academy of	Oriental Medicine, Inc.	
Mark	Dreu	Canada	Alexander	Schuurmans	Switzerland			USA
Michael	Forster	Canada	Dylana	Lembitz Accolla	USA	Richard	Panzer	USA
David	Goldman	Canada	Greg	Bantick	USA	Milagros	Paredes	USA
Dore VandenHeuvel		Canada	Paul	Barney	USA	Russell A.	Parker	USA
Harumi	Inoue	Canada	Carolyn	Bengston	USA	Didi	Pershouse	USA
Catherine	Jones	Canada	Daniel	Bensky	USA	Denis	Plansky	USA
Kaz	Kamiya	Canada	Cameron	Bishop	USA	Kathleen T.	Poole	USA
Junji	Kanai	Canada	David	Bole	USA	Julia C.	Raneri	USA
Mitsuki	Kikkawa	Canada	Stephen S.	Brown	USA	Donna B.	Reynolds	USA
Junzo	Kokubo	Canada	Joseph S.	Burstein	USA	Dan B.	Rich	USA
Nafisa	Lakhani	Canada	Kathleen	Byrnes	USA	Jolinda	Rockett	USA
Rene	Leiva	Canada	Reginald	Cann	USA	Augusto	Romano	USA
Patricia	MacPherson	Canada	Jack P.	Carver	USA	Chris La	Rosa	USA
Junji	Mizutani	Canada	Keith	Christian	USA	Steven M.	Rosman	USA
Elaine A.	Murphy	Canada	Lenore B.	Clark	USA	Sharon	Rubrake	USA
Tamami	Nishida	Canada	Steven J.	Corbin	USA	Julie	Schwartzman	USA
Margaret	Ozols	Canada	Jeffrey	Dann	USA	Laura	Scozzari	USA
Nancy van der Poorten		Canada	Maria	Dolores Diaz	USA	Randall	Sexton	USA
Jacques	Roy	Canada	Diane	Eggleston	USA	Martin	Slater	USA
Ute	Septon	Canada	Pamela	Ellen Ferguson	USA	Mark	Smiley	USA
Masamichi	Shibata	Canada	Martin	Feldman	USA	Eli	Stahl	USA
Gary	Spence	Canada	Andrew	Fitzcharles	USA	Chris	Synodis	USA
Hideo	Takahashi	Canada	Joseph R.	Forman	USA	Bunzo	Takamatsu	USA
Ellen	Tori Tsuyuki	Canada	Jake Paul	Fratkin	USA	Svetlin D.	Tanev	USA
Takamasa	Tsurusaki	Canada	David	Fuselier	USA	Brad M.	Thompson	USA
Cecil	Yap	Canada	Debra Lee	Gertz	USA	Michael	Tierra	USA
James	Booth	England	Robert	Hayden	USA	Kiyohide	Tsubakiyama	USA
Claire-Louise Hatton		England	John	Hebert	USA	Kazuhiko	Watase	USA
Nik	Kyriacou	England	Catherine	Hemenway	USA	Sharon	Weizenbaum	USA
Michael	Potter	England	Julia	Herskowitz	USA	Yuriko	Yamagishi	USA
Malcolm	Reeve	England	Megumi	Hirayama	USA	Peter	Yates	USA
Pazit	Segal	Israel	Ned A.	Holle	USA	Carol	Zimmerman	USA
Ezio	Fassone	Italy	Thomas	Hurrle	USA	Daniel	Zizza	USA
Lynette	Airey	Japan	Koji	Ichihashi	USA			
Kayoko	Ehara	Japan	Marc A.	Imlay	USA			
Sukeharu	Fukunishi	Japan	Yasuo	Ishida	USA			
Akira	Hamamura	Japan	Jane	Jones	USA			
Torashige	Hosaka	Japan	Shinjiro	Kanazawa	USA			
Susumu	Hosonaka	Japan	John E.	Kennedy	USA			
Masakazu	Ikeda	Japan	Mary	Kinneavy	USA			
Toshinori	Ito	Japan	Jay	Korrol	USA			
Katsuhiko	Kishinami	Japan	Sharon	Kraus	USA			
Takeshi	Kitagawa	Japan	Kim	Krull	USA			
Miyuki	KItamura	Japan	Koei	Kuahara	USA			
Kyoichi	Kuroiwa	Japan	Naoki	Kubota	USA			
Hiroimi	Matsumoto	Japan	Joshua	Lerner	USA			
Yasuyuki	Mishima	Japan	Brenda	Loew	USA			

輝軍

北米東洋医学誌

主旨

北米東洋医学誌 (NAJOM) 発刊の目的は、東洋医学の実践者の間に、自らの知識と技術を向上させるためのネットワークを創造することである。国際的かつ多角的な雑誌として特記するアプローチや視点を掲げてはいないが、熟練された技に基ずいた東洋医学を育て、我々自身を切磋琢磨するという意図をもっている。もちろん、東洋医学全般の伝統とその視点を尊重するものであるが、NAJOMは特に日本系伝統医学の理論と実践に焦点をあて、この意図を追及して行くのである。それには治療において触診を重要な役割として強調する、日本鍼灸、漢方、指圧、按摩、導引等が含まれる。

日本系伝統医学は千年以上にわたる発達をとおり、東洋医学の数々の様相やその展開又理論の粋を集めた結晶となった。現在、東洋医学は世界中で実践されている。そして今後も、世界の各地でその場の環境と必要性に応じて展開され発展を遂げていくであろう。NAJOMは日本系伝統医学と、現時点におけるその実践の様相を紹介することによって、北米東洋医学の発展に寄与する道を求めるものである。また東洋医学の実践者に対して、その理解をさらに深め、その技をさらに究める為に、興味と刺激となるべきものを提供し合う空間を解放するものである。

北米東洋医学誌について

同人誌「北米東洋医学誌」の最初の目的は、会員相互の交流を通して自分たちの勉強の場を作ることです。年3回の発行ですが、この4年間の間に140名ほどの同人が集い毎回いろいろな原稿を頂いております。商業誌と違って、同人誌というのは生の声が集まってきます。日英両語で書かれているので、カナダ・アメリカ・日本だけでなく、今ではイギリス・スイス・スエデン・オーストラリア等からも同人が集まり、これからもっと賑やかになっていくだろうと思われまます。

世界中のいろいろな鍼灸師とネットして、様々なアイデアを学ぶ一助になればよいし、書くことが自分の治療に役立つと信じてこの雑誌を楽しみながら育てたいものだとおもっています。

現在、同人も含めて250~300冊が購読され、日本では医道の日本社、谷口書店、神田イザワ書店等でも販売していただいています。スタッフは全て同人のボランティアです。書き手は招待以外は同人に限っております。書き手には原稿料は支払われませんが、書いた号を10冊さしあげています。スタッフとして校正や翻訳を手伝っていただいた方には、そのつど本を5冊さしあげ会員費を四ヶ月分免除しています。会員費は年間雑誌3冊共でUS40.00 (又は¥4000.00) です。又、同人にはネットワークのための名簿が雑誌と共に配られます。

このような状況で活動をしています。経済的には楽とは言えませんが、沢山の先生方のサポートのおかげで続けさせていただいております。そして世界中に私共と同じ様な考えの人々がいることを知ることができました。

先生方にもぜひ同人に参加していただき、日本鍼灸を通じて世界の鍼灸師とネットし、国際鍼灸を育てる仲間になっていただくようお願いいたします。

目次

北米東洋医学誌 主旨	31
北米東洋医学誌について	31
経絡治療入門 その二	32
日本鍼灸の現状と進むべき道	35
婦人科症状に対する鍼灸治療	38
西洋的観点からの東洋医学	40
はり医の使う鍼やの話	42
独学	44
ワークショップ・レポート - お灸のすすめ	45
漢方史漫筆 5	46
指圧の科学研究	47
打鍼法の実験 (Part 1)	48
実際の灸療法 - 14 患者の高齢化と灸療	50
書評	52
桑原先生小児鍼法ワークショップ	53
編集局	31
岡部素明	32
小川卓良	35
遠藤美咲	38
エリン・エリソン、 マイケル・メナード	40
前田直則	42
ロバート ハイデン	44
ブラッド・トンブソン	45
金澤信二郎	46
浪越満都子・大塚俊幸	47
高橋英生	48
水谷潤治	50
ピーター・カナキス	52
ジェイク・フラトキン	53

お知らせ

- 同人参加申込所は、43頁を参照し
- て下さい。
- 新入会員紹介は紙数の都合で割愛
- いたしました。英語版を参照して
- 下さい。

経絡治療入門 その二

岡部素明

経絡治療の基礎理論

経絡治療も中医学と同じく、陰陽論・五行論に立脚する。したがって、気・血・津液や虚実寒熱という概念を使って説明することになる。蔵象学に立つから、各臓腑は形ではなく働きであると認識し、各臓腑と経絡はつながっていると考えている。この様な認識に立って、中医学を意識しながら、基礎理論を述べてみたい。

経絡治療における理論は、単に分類したり、事柄を整理するためのものではない。あくまでも、診断から治療に至る全ての事柄を決定し選択するためのものであることは、前回の説明から理解いただけたと思う。

ここでもう一度体系的に整理して述べてみたい。

1. 陰主陽従の原則

これは古典に貫かれている原則で、文字どおり、陰が主であって陽が従であるということの意味する。この原則の具体化として、二つのことを上げておこう。

一つは、蔵象では、臓を陰、腑を陽としてその働きの中心を陰である臓に求めている。陽である腑は、胆のように独特の働きを与えられているものもあるが、多くは二次的な作用である。このことから、日本においては陰である臓および臓とつながっている陰経に第一義的意義を認め、病理・病証の説明も、また証についても、陰で表現する。肝虚証とはいうが、胆実証とか胆虚証とはいわないのである。

二つは、治療に関してである。いかなる病態の治療であっても、まず先に陰経を治療し、その後に陽経を治療するが原則である。例外的に、急性症である陽実証や急性腰痛のように陽経に激しい症状が出現しているケースなどで、先に陽経を治療することがあるにとどまる。

2. すべての病気は臓の精気の虚から始まる

例えば感冒（カゼ症候群）が流行したとする。カゼをひいてしまう人と、ひかない人がいるのはなぜか。また、ひいてしまった人の中でも、軽い咳や鼻水程度で終わってしまう人もいるし、発熱し気管支炎や肺炎となって生死をさまよう人までいるのはなぜか。つまり、個体差をどのように考え

るかということである。日本では、生体の側に精気の虚という弱点が無ければ、いかに外因や内因、不内外因が存在していても、病気になることはない、すなわち、すべての病気は生体防衛の働きの中心である臓に、精気の虚という生体防衛上の弱点があった場合に発生するのだ、と考えられている。すべての証を臓の虚として表現するのはそのためである。

また、この精気の虚というのは、症状でいえばちょっと疲れた程度であり、病名をつける程度の病気とはいえない。しかし機能的な異常を起こしており、そのまま放置すれば病名がつくような病気に発展するから、東洋医学としては治療の対象になる。古典の言葉でいえば、「未病」の段階であり、この段階で治療することによって、元の健康状態に回復させることが、「未病を治す」ことであり、健康維持という予防医学の分野で鍼灸治療が大きな力を発揮できるという点に大きな意義がある。そのため診断法として比較脈診があることは前回述べた。

このように臓の虚として表現される証を基本証という。肝虚証、脾虚証、肺虚証、腎虚証の4つがある。心虚証がない理由は、心は神を蔵しており、心が虚すると神がなくなり死んでしまうから、心が虚して始まる病気はないということである。ただし、他で発生した寒熱が心に波及して心に病証を発生させることはある。この基本証のみでは病態把握としては不十分であり、寒熱や寒熱の波及まで含めて証概念とすべきことは前回述べた。しかし、健康維持のための治療ならば、この基本証の把握だけで充分である。寒熱の発生という段階まで病気が進んでいないからである。臨床的には、この段階の治療は従来型と同様に難経六十九難の法則にしたがって行ってよい。肝虚証なら、陰谷と曲泉を選穴し、弾入程度の補法で置鍼を10～15分程度行えばよい。実際にも日本では、ストレスによる病気を防ぐためとか、健康維持のために鍼灸を受診する人はかなり多くいる。

3. 証の概念（病気の本体）

前回、病気の本体すなわち疾病観について、(1)臓の精気の虚から始まり、(2)それに内因、外因、不内外因が加わって臓の気血津液の虚が起こり（これを病理の虚という）、(3)病理の虚によって寒熱が発生し、(4)さらに発生した寒熱が他の臓腑経絡に波及する、

という順序で発展することを述べた。

これを理論的に表現すると、(1)は臓の虚（基本証）、(2)と(3)は病理理論、(4)は病証理論であり、これらすべてが証の内容になるのである。

1) 基本証

臓の虚（基本証）についてはすでに述べた。

2) 病理理論（寒熱証）（図-1）

素問、調経論篇62を根拠に、次のように分類する。

a)陽実外実熱 - 臓の精気の虚から陽の部分が発することがある。この場合は外つまり体表部位に寒熱が発生する。例えば、肺虚によって体表の衛気が虚し、そこに外因である寒が侵入すると、まず体表（皮毛）部分で正気と寒邪との闘争が発生し、外の実熱という病理を引き起こすのである。いわゆる傷寒病の発生である。この病理は、ほとんどが外因による急性症の場合にみられ、急激で激しい症状から始まることが多い。また、太陽病 陽明病 少陽病 臓腑病と進んでいくのが一般的で、肺虚か脾虚でみられる。証の表現としては、単に熱証と表現する。

b)陽虚外寒 - 精気の虚から各臓の陽の部分（主として温める作用を持つ陽気）の虚が発生し、体表に冷えを引き起こす、という病理である。肝虚、脾虚、肺虚、腎虚のいずれからでも起こる。証の表現としては、単に寒証と表現する。冷えは陰性のものであり、内に入っていき性質があるから、後に述べる陰盛内寒の病理に移行しやすい。症状としては体表部の冷え、例えば腰、下肢の冷え、冷えによる頭痛、顔面神経麻痺など様々ある。

c)陰実内実熱（肝実） - 陰の部位で正気と邪が闘争しているために、内（身体内部）に実熱が発生したか、瘀血のように、陰の部位に熱のために血が停滞・充満して熱症状を出している病理である。いわば、陽実外実熱が体表の浅い所の実熱であるのに対し、これは深いところにある実熱といえる。

いずれにしても、熱によって停滞・充満するのは血しかなく、蔵象論からすれば血が停滞・充満するのは肝以外にはない。したがって、陰実が発生するのは肝実の場合だけであって、肝実によって発生した実熱が他の臓に波及することがあ

る、ということである。
この熱は陰経の熱であることは少なく、臓の熱であることが多いから、重大な疾患が隠れていることが多く、鍼灸治療では最も注意を要する。診断も治療も慎重に行うべきであり、必要と診断した場合には西洋医学的検査を受けるようアドバイスすべきである。内の実熱だから、決して症状は激しくない。症状のみにとらわれていると失敗あいやすい。
証の表現は単に熱証と表現する。

d)陰虚内虚熱 - 各臓の陰の部分（主として血や津液など形のあるもの）の虚が発生し、内（身体の内部）に虚性の熱を発生させる、という病理である。熱は陽性のものだから、発生した虚熱は上の方へまたは体表の方へ出ていくため、様々な症状を引き起こすのである。最も典型的な例はのぼせで、他にも肩こり、めまい、頭痛、肥満など様々である。またこの熱は大量に長期に渡って発生することもあれば、短期間で終わってしまうこともある。短期間で終わってしまうと、虚熱であるから、その後は冷えの病態を現すことが多い。
証の表現としては単に熱証と表現する。

e)陰盛内寒 - 陽虚によって生じた体表部の冷えが進行し、内（身体の内部）に冷えが及んだ、という病理である。内すなわち臓腑に冷えによる症状を現わす。例えば、胃が冷えて食欲がないとか、痰飲に

よる胃内停水で胃の調子が悪いとか、冷えると腹部膨満する、冷えによる下痢、生理痛、生理不順など様々である。
証の表現としては、単に寒証と表現する。

以上の病理理論によって、いかなる臓の虚によって、いかなる病理状態を現しているのかを鑑別し認識することになる。

証の種類は、肝虚熱証、肝虚寒証、脾虚熱証、脾虚寒証、肺虚熱証、肺虚寒証、腎虚熱証、腎虚寒証の8種類ということになる。熱証を実熱証と虚熱証に分けて表現することもあり、この場合はもっと多くなる。

日本においては、虚熱証と内外ともに冷えた寒証が、最も多くみられる。私の経験では、この両方で80~90%を占めている。虚熱証か寒証かはその人の体質がかなり関係しているように思う。

熱証は熱症状を主体とした病証であり、陰虚内虚熱型・陽実外実熱型・陰実内実熱型の3種があり、前二者は体表や陽経や腑に熱症状があらわれやすく、陰実内実熱型は陰経に熱症状を現すこともあるが、多くは臓の熱であり、症状自体はそれほど激しくはないが、重大な内臓疾患であることが多い。一方、寒証は冷えの症状を主体とした病態で、理論的には陽虚外寒型と陰盛内寒型があるのだが、臨床的には鍼の深浅という手技にあるだけなので、厳密に区別して考える必要はない。臓腑に冷えの症状が

あるときには、鍼を深くする程度でよい。
熱証の3つの型と寒証は、もちろん病理が認識できるために、現にあらわれている症状がなぜ現れているのかを理解でき、さらに寒熱が波及している場合の病証把握も出来やすいという点に第一の意義がある。さらに、これらはそれぞれ脈の形が異なるため、診断において祖脈診や脈状診によってどのタイプであるかの鑑別がしやすいこと、また治療において、どのタイプであるかによって、選穴、深浅、補瀉、手技などが自ら決まってくるという点においても、意義があるのである。つまり、寒熱は証の内容であり、診断にも治療にも直結しているということである。

3) 個人の体質について

寒証・熱証について述べたので、ここで個人差つまり個人の体質の問題について触れておこう。

日本式では体質も重視する。個人の体質を考慮することは、証の決定という病態把握をより一層深めることができ、治療目標をその人の体質脈に戻してあげることができるからである。経絡治療においては、理論的に平脈を考えることはできるが、実際には完全な健康人は存在していないと考えている。すべての人は、生来的にまたは後天的に何らかの体質的な偏りをかかえながら、何とか健康状態を維持しながら生活している存在と考えるのである。したがって、その人にとって健康というのはその人の体質脈である時であり、その体質脈から少しはみ出した程度であれば病気は軽く、はみ出し方が大きいほど症状は重く病気は進んだものになる。

例えば、肝虚熱証体質の人がいるとしよう。この人は、何事もきちんとしなければ気が済まない性格で、常にイライラしながらも仕事をてきぱきと片づけていく。そのために肝血を消耗しやすく、陰虚のために虚熱が発生しやすい。その虚熱は陽性だから上焦にのぼりやすく、肩こりや眼精疲労、のぼせ、頭重、不眠などを起こしやすい傾向がある。そこで少し働きすぎたり、イライラし過ぎたりして、肝血を消耗し過ぎると、虚熱がより多く発生して、これらの症状を引き起こすことになる。しかし、この人の体質から考えれば、それほど重い症状ではない。これに対して、この人が冷えの症状を出した場合は、この人の体質からみると、病気としてはより進んだものであり、明らかな治療の対象であり、より早

<p>陽実 (症状) 外(体表)の寒熱症状 - 発熱、悪寒戦慄、など (脈型) 浮実数 (治療) 陰経を補った後、陽経に浅く瀉法 (証名) 熱証</p>	<p>陽虚 (症状) 外(体表)の冷え - 下肢の冷え、冷えによる疼痛、など (脈型) 沈細虚 (治療) 陰経を補った後、陽経に浅く補法 (証名) 寒証</p>
<p>陰実 (症状) 内の寒熱症状 - お血症状、内臓疾患、など (脈型) 沈実 (治療) 陰経を補った後、陰経に深い瀉法 (証名) 熱証</p>	<p>陰虚 (症状) 内の虚熱症状 - 虚熱が上部や体表に出ていこうとする。肩こり、のぼせ、熱による疼痛、など (脈型) 浮大虚 (治療) 陰経を補った後、熱がまだ残っていれば、陽経に軽く瀉法 (証名) 熱証</p>

(図-1) 病理理論による分類

く元の体質に戻してやる必要があるということになる。

要するに、その人の体質を考慮すると、病気の軽重は、寒証か熱証か、症状が重いかどうかではなくて、体質との関係で相対的に認識すべきであることになる。したがって、いかに早くその人の体質を見抜くかということが治療家の腕であり、より早くその人の体質に戻してやるのが治療であることになる。例えば初診時に肝虚熱証として治療したら症状が改善したなら、途中で腎虚熱証や脾虚熱証に変わったとしても、症状が継続している間は肝虚熱証の治療を継続すべきだということである。

4) 病証理論

これは、病理理論では説明、認識しきれない寒熱が他の臟腑経絡に波及して、その部位で症状を出しているケースを説明・認識するための理論である。

ある臓の精気の虚から病気は始まり、様々な要因で寒熱が発生する。発生した寒熱がその臟腑経絡に止まっていることもあるが、多くは他の臟腑経絡に波及して、波及した部位で様々な症状を出現させる。しかも、波及の仕方に一定の法則というものはない。いかなる臟腑経絡にも波及する可能性があり、隣接しているとか、同じ陽明経であるとか、といった場合に限らないのである。

そこで、まずどの臟腑経絡に寒熱が波及したのかを、どのような方法で見つけるのか、つまり診断方法が問題になる。

症状から判断して、特定の臟腑経絡が推測できる場合は簡単である。例えば頭部の胆経に沿って痛みが出ているような場合である。このような場合は、比較脈診と祖脈診、脈状診によって、基本証と寒熱証までわかっているのだから、例えば肝虚熱証ならば、発生した虚熱が胆経に波及して熱による症状を出しているのだと診断できる。

しかし、実際に臨床をやってみると、症状や問診だけから病経を決定し特定の臟腑経絡を割り出すことは困難なケースが多い。例えば、頭痛があると訴えるが、どこが痛いかわからないとか、全体的に痛いのだというケース、下痢をするのだが特に特徴的な憎悪要因が見あたらないケース、などなど挙げればきりが無いほどである。このような場合に、脈位脈状診による診断をおすすめしたい。六部位それぞれの脈状をみることによって、最低限でもどこに寒熱が波及したかがわかり、習熟すると

予後の判定まで可能になる。例えば、肝虚熱証で頭痛を訴え脈位脈状診をしたところ、左関上の部位が浮大滑であれば胆経の熱であり、頭痛はそのためだとわかるし、右寸口、関上の部位が浮大滑であれば大腸経、胃経に熱が波及したための頭痛とわかり、左右の寸口の部位が浮大滑であれば上焦全体に熱が波及したための頭痛とわかる、といった具合である。下痢のケースで、腎虚寒証で脈位脈状診をしたところ、右関上の部位が沈細虚で、浮かべた状態での脈がほとんど感じられなければ、胃の冷え(胃寒)によるものだとわかる。

また便法として、脈位脈状診がわからなくても、比較脈診で六部位それぞれの浮部と沈部を診ることによっても、おおよその見当はつくものである。

この方法によって、寒熱の波及した臟腑経絡がわかれば、基本証と寒熱証からそのその病理が判明しているのだから、具体的に現れている症状との関連を明らかにして行けばよいことになる。例えば、肝虚による内虚熱証で、その熱が右寸口の肺経、大腸経に波及して、右肩に出現したのだというように、病理と病証を把握するのである。これが証の内容となるのである。もう少し理論的にいえば、左関上、尺中の脈状が沈弦で堅ければ、津液の虚を主体とする陰虚内虚熱であり、右寸口の脈状が沈弦で有力であれば、発生した虚熱が肺経、大腸経に実熱として停滞したために、その流注部位である右肩に痛みが出現した証であるということになる。

以上のように、病理理論と波及した臟腑経絡と症状を総合し、各脈状が示す病理(後述)を加味して証を決定するのである。

証の内容は以上のようなものであるが、前述したように、証の表現としては肝虚熱証とか腎虚寒証と表現する。つまり、証の名称は治療法へと展開するための病理的なカテゴリー分類であって、その内容は個々の決まり、決して同一内容のものではないのである。

5) 病因について

これまでの論述の中で、なぜ病因について詳しく触れないのだろうか、疑問を持った人がいるかも知れない。

病因とは文字通り病気の原因であり、内因、外因、不内外因の3種類ある。しかし、病因というものは、病気の発端は説明できるが病気の内容を説明できるものでは

ない。つまり証の内容にとってはそれほど価値のあるものではないのである。たしかに、古典をみると、中風病とか傷寒病など病因の言葉を使った病気の説明はあるのだが、それはこれまで述べてきた病理、病証の理論で十分に説明できることであるし、より重要なことは病因がわかってからも治療法に結びつきにくいということである。例えば、中風病だといったら、それに対応する治療法則が導き出せるのか、ということである。

もちろん病因を特定することは全く無意味だ、というのではない。治療方法の項で述べるが、五邪論の運用による配穴法則というのがあり、病因が特定できるケースではこの法則を使った治療が可能であるということとどまる。例えば、肝虚が寒邪から起こってれば金穴である中封を使う。

したがって、治療という面では病因は考慮するが、絶対的に必要なものではないということである。

患者の自己管理、養生法の指導という面においては、病因は重要な役割を果たす。その人にとっていかなる病因が病気を引き起こしやすいのか、を知るという側面である。これは前述した体質の問題と関連する。例えば、肺虚体質や寒証体質は外因、とくに寒・湿・燥の影響を受けやすいとか、熱証体質はストレスといった内因の影響を受けて血や津液を消耗しやすい、といったことを挙げることができる。つまり、その人の体質を知っていれば、注意すべき病因を本人に自覚させたり指導したりできるという点で、病因にも一定の意義はあるということである。

- 次号に続く -

岡部素明

1963年、昭和大学医学部卒業。同大医学部大学院にて放射線医学を専攻し、1968年卒業。1971年、同大医学部専任講師、1973年、北里研究所付属東洋医学総合研究所鍼灸部長などを歴任し、1984年、岡部医院院長また経絡学会会長に就任。現在、鍼灸経絡治療研究所所長。

日本鍼灸の現状と進むべき道

小川 卓良

第一章 はじめに

私は、本誌1996年3月号に「中医学と経絡治療（日本伝統鍼灸）の共通性と相違点」というテーマで論文を発表させていただいた。

また、同年4月には、シアトルとポストンにて講演の機会をいただいた。

そして、本論のテーマをいただいて、また自説を披露できる機会をいただいたことを大変感謝しております。ただ、テーマが非常に大きいので、簡潔に結論を導くことは避けたく、私が（社）全日本鍼灸学会や日本伝統鍼灸学会での学会活動、及び教育者として日頃研究や指導していることを中心にして論を展開していきたい。

さて、鍼灸治療の有効性や是非を問う場合に、地域性や時代性があるはずはなく、真実の道筋は一つであるはずである。しかし、現実はその真実への道筋が無数に提示されており、百家争鳴の時代となっていて、我々勉学の徒にとっては非常に迷わされる。よって、この時代性や地域性を研究して、その中にある鍼灸の役割・国民の鍼灸へのニーズを探ることは非常に重要なことであると考えます。

本論では、日本鍼灸の歴史的背景を分析し、中国との関連、近代の日本伝統鍼灸の流れと現在の研究の方向、日本の鍼灸教育の現状、日本鍼灸の実態・現状等について論を展開して、本テーマについて考えていきたい。

第二章 日本鍼灸の歴史的背景

1、日本の歴史の中で鍼灸の果たしてきた社会的役割

1) 古典時代

図1は、日本で鍼灸が果たしてきた社会的な役割を簡単に示したものである。いわゆる古典時代は、食物不足と食物管理の不備により栄養の不足があり、その上当然のように寄生虫を保持していた。この様な時代のコンディジーズは、食中毒、感染症、伝染病であり、医療の中心は湯液（内科）であった。鍼灸は湯液の補完的治療を担っていた。歴史書を読むと、華佗や扁鵲等の名医が出てくる場合はともかく、そうでない場合は病に伏せると薬石効無く衰退し、亡くなっていくことが実に多い。当時の人間の

ベースに栄養失調と寄生虫があったことを考えれば、当然のことと考えられる。

このような時代において、鍼灸治療が当時の病気に対して無力とはいわないまでも、現在の抗生物質のような働きをしていたとはとうてい思えない。『素問』『靈樞』にも数多く記載されているように、養生、病気にさせない、病気の先を読んで早めに処置をするというような「未病治」が、当時の医療の主役であったと想像するのは、比較的容易なことである。

2) 医制改革以降

西洋医学が正式な医療となった時代においても、医師が少なく、医療保険制度が充実しなかった時代には、安価な医療、身近な医療すなわちプライマリ・ケアとしての役割が鍼灸師にはあった。取りあえず、近所の鍼灸治療を受けて、治らなかつたら治療費は高いけども遠くの町のお医者さんに行くというパターンである。

3) 国民皆保険制度以降

医師の数が増え、健康保険制度が充実してくると安価で身近であることはむしろ西洋医学の利点となり、鍼灸は高くて行きにくい存在となった。このような場合のファーストチョイスは西洋医学であり、西洋医学で治らなかつた（狭間に落ちた）患者が鍼灸治療に通ようになった。その治療対象は、西洋医学不得意疾患であるところの、痛（客観的な指標がない）の疾患やX-rayに写らない軟部組織の病変が多い運動器疾患が多くなった。また、訴えはあるけれども、診断が明確につかなくて、かつ良い治療法がない、不定愁訴症候群や慢性疲労症候群様の病態も増加した。

4) 鍼麻酔報道以降

1971年の鍼麻酔報道以降は、鍼灸治療の有効性が広く一般に浸透するようになり、痛みや運動器の疾患では医師の治療を経ないで初めから鍼灸治療を受療するようにもなった。

また、安全な・副作用がない医療ということも認識されるようになり、検査付け・薬付けの医療を拒否し、取りあえず鍼灸治療を受けて治らなければ精査を受けるといったような、言うなれば「振り分け医」的な役割を演じるようにもなった。

5) 今後の高齢化社会

今後の高齢化社会では、健康保険や年金の給付額が充分得られないということもあり、病気になったら生きていけない（満足な医療を受けられない）という古典時代と同様な状況になりつつある。このような時代は、やはり古典時代と同様に「健康で長生き」が主テーマとなり、「未病治」が求められよう。まさに今後は、鍼灸師が修理屋からの脱却を求められる所以である。

キーワード：修理工場から健康増進企業へ

6) 歴史的な分析から得られるもの

日本における鍼灸の役割を歴史的に考察すると、その役割が変化していることに気づく。これは時代の要請に全て応えられる能力を鍼灸が根本的に持っているのか、それとも時代の要請に合わせて時の鍼灸師たちが、治療を適応させていったのかは不明である。もし前者ならば、今後世の中のニーズがどう変わろうと鍼灸は生き残るだろうが、後者ならば、今から10年先、20年先を見据えていかなければならない。

	主な対象疾患	鍼灸の役割
古典時代	伝染病、食中毒、感染症、栄養失調、寄生虫etc.	湯液治療の補完的治療、未病医療、健康増進的医療
医制改革（明治7年）	上記ほか軽症疾患全般	安価な医療、身近な医療、primary care
国民皆保険（昭和29年）	痛み・運動器疾患、西洋医学の間の疾患	西洋医学の補完的医療、でも・しか医療、2次・3次医療
鍼麻酔の報道（昭和46年）	新鮮な痛み・運動器疾患、不定愁訴症候群（有愁訴無診断症候群）	痛み・運動器疾患の専門家、上記分野では1次医療、振り分け医的医療、安全な医療
高齢化社会	不定愁訴症候群、老人病、健康管理、健康に長生き	primary care、安全な医療、健康管理・増進的治療

図-1 鍼灸の歴史的評価

鍼灸師としては、前者であることを信じていたが、後進の指導や教育に携わるものとしては、後者であることを前提に行動しなければならぬし、仮に前者であっても需要と供給のバランス、ニーズの移り変わりにより浮沈があることは避けられないので、その落ち込みを少なくするような努力も必要である。

2、日本と中国との関係

日本鍼灸の現状と進むべき道を考えるときには、やはり鍼灸発祥の地であり、歴史的にも影響が大きかった中国との関連を無視することは出来ない。ここでは、15世紀以降の日本と中国との関連を中心に論を進める。

1) 李朱医学の輸入(後世派が興る)

中国の医学は、7世紀に日本へ仏教と共に伝来した。そのまま日本に以前よりあった医学と融合し、奈良時代には医学の主流を占めるようになった。日中は、遣隋使、遣唐使等を通じて交流を続けてはいたが、鎌倉時代(1192~)以降はその関係はやや薄れていったように思われる。室町時代後期(15世紀)に田代三喜が中国に留学し、当時の最新の医学を持ち帰って後世派が興った。後世派は中国の金・元時代の四大家と呼ばれる四人の偉大な医学者のうち、後半に活躍した李東垣、朱丹溪の医学の流れを汲むもので、前半の張子和、劉完素の二人の影響はほとんど受けていないことから、それまでの交流がやや希薄だったことを窺わせる。

2) 後世派の特徴

この後世派の医学は、理論を重んじる医学で、それまでの傷寒論に基づくどころかといえば、理論的でなく実証的な医学とは対照的であった。後世派の医学の理論は、陰陽論、五行論、臟腑・経絡論であり、黄帝内経が原点であった。すなわち最新の医学ではあったが、その理論は傷寒論より古い『素問』・『靈樞』であった。その医学の特徴は、薬剤と臟腑・経絡(引経報使)を結び付けたところにあり、それには五行論の五味・五色論が中心となった。すなわち、腎の病には、塩辛くし、焼くなどして色を黒くするというような工夫をして処方したということである。この後世派の医学は、室町時代後半から江戸時代前半まで一世を風靡し、現在の日本でも傍流ではあるが、延々と続いている。

3) 古方派の復興

しかし、後世派の医学は理論的であるあまりに、実証的ではなかったし、有効性に乏しかったようである。理論的でなくとも効く方がよいということで、元の傷寒論に基づく医学が復興し、温故知新ということで古方派と呼ばれた。

古方派の医学は、傷寒論に基づくわけであるが、もともと傷寒論の理論といえば六経病証くらいで後世派の医学に比べれば無いに等しいともいえる。しかし、その代わり、非常にシステマティックに出来ている。この医学は、八綱弁証などによって、その病因・病理を追求するという方法でなく、経験に基づいて同じような病態であれば同じ処方をするという「類推」という方法が取られ、理論に基づいて処方されたものではなかった。

4) オランダ医学の台頭

古方派はその後日本の医学の主流を占めたが、江戸時代中期以降オランダ医学が浸透し、明治7年(1875年)にはオランダ医学を中心とする西洋医学が国の正式な医療となり、それまでの伝統的な漢方(湯液)や鍼灸は非合法な医療となった。しかし、鍼灸・漢方のニーズは高く、鍼灸は盲人の職業として継続される一方、明治35年には正式にまた認められるようになったが、いわゆる継子扱いであった。西洋医学はその後ドイツ医学に変わり、現在ではアメリカ医学が主流である。そして、古方派は現在でも日本漢方の主流である。

5) 何故オランダ医学が日本に浸透したのか

さて、日本は江戸時代鎖国をしていたのに関わらず、何故オランダ医学が浸透したのであろうか。もちろん鎖国といっても、完全な鎖国をしていたわけではなく、比較的仲の良かったオランダとは、現在の長崎県の出島では通商があったし、オランダ人も常駐していた。しかし、出島は江戸=東京から見ると西の端であり、交流も細々としたものであったので、一般的には鎖国状態であることは変わりがなかった。

しかし、当時の医学の主流は古方派であり、その古方派の特徴は、理論よりも実践であり、実証的であったのである。すなわち、良いものなら取り入れようとする下地があったし、良いと思われたものは実際に試して、その効果を実証するという方法を採用していった。例えば、全身麻酔剤通仙散を創り、日本における外科手術の先駆者となった華岡青州、日本で初めて人体解剖を

行った山脇東洋も古方派の人物である。

実証的であるということで、実践するに当たって、中国医学の理論であろうとオランダ医学の理論であろうと、理論は問わないのであるから、効けば文句はなかったのである(言うなればプラグマチズム)。実際にオランダ医学に転向ないし併用した医師は、ほとんど古方派の医師であった。この一見古臭い古方派の存在が、鎖国をしていた日本に西洋医学を浸透させたのである。

6) 何故中国では西洋医学が浸透しなかったのか

一方、中国では鎖国状態ではなかった(一時鎖国をしたが実効性がなかった)のに関わらず、西洋医学は浸透しなかった。それは古方派のような実践的・実証主義的な医学者が居なく、理論重視の医学であったからである。すなわち日本では、この理論重視の後世派の医学は直ぐ古方派に取って代わられたが、中国ではこの古方派が台頭しなかったからである。金元時代の医学は、そのまま明清時代に受け継がれて発展し、現在の中医学の元となったのである。すなわち理論重視の医学であり、その理論は『素問』『靈樞』が元であるから、西洋医学を受け入れる土壌などは全く無かったと言っても過言ではない。

7) 金元以降の中国における鍼灸

金言の四大家以来、引経報使という薬物で経絡の調整をするという処方が中心となったために、鍼灸治療の必要性があまり無くなった。また、儒教の影響で体表を傷つけるということを好まないということ、またもっと現実的な理由として中国では入浴の習慣が乏しいし、裕福でなかったこともあり、肌が汚れていたため、直接肌に触るような行為はあまり行われなくなった。よって、鍼灸治療は医学の主流から外れ、細々と民間医療として残っていたのに過ぎなかった。特に直接肌を焼く灸治療は、現代の中国ではほとんど行われず、現代中国の鍼治療でも、触診や切経・取穴及び押し手を使うという肌を触る行為はほとんど行われず。

8) 共産中国の出現と伝統医学

毛沢東による中国革命は、医学の革命をももたらした。中国において、西洋医学が根づかなかったといっても、それは19世紀の話であり、20世紀になれば諸外国の侵略により、西洋医学が輸入された。しかし、その西洋医学の恩恵を受けられたのは、一部の支配階級だけであり、一般国民は

西洋医学を受療することは出来なかった。

国民党軍との戦いに敗れた赤軍は、有名な「長征」を行って逃げ回った。その後八路軍と合体した毛沢東軍が最終的に国民党軍に勝利したわけであるが、その長征の際に付き添ったのが、鍼師であった。鍼の効果を目の当たりにし、その結果として伝統医学を医学の主流にしたといえ、もっともらしいが、実際には当時6億5千万人の中国国民の健康を維持するためには、あまりにも貧しく、とても西洋医学の病院や、製薬工場等を建てる力はなかったのが現実である。よって、鍼一本で治療する鍼治療や、どこにもある草根木皮を使用する漢方薬を医療の主流にするしかなかったのである。

9) 日中国交回復後

日中国交回復以後、中国への日本の援助が始まり、当時の田中角栄首相が約束し、大平正芳首相の時に設立されたのが北京の中日友好病院である。この時に日本側の代表を務めたのが前総理大臣の橋本龍太郎氏であった。この当時、橋本氏は私の患者であり、中日友好病院設立の裏話を色々聞いたが、日本側は漢方などの伝統医学をより導入しようとしたのに対し、中国側は日本の西洋医学を大々的に導入しようとし、そのために様々な医療器具を入れることになって、予算が大幅に膨れ上がったということであった。

すなわち、中国は国外においては中国伝統医学を普及すること(国策)、国内においては西洋医学を普及することに主眼を置いていたということである。

10) 鍼麻醉以降(ニクソン訪中後)の日中国学

1971年のニクソン訪中をきっかけにした鍼麻醉報道により、日中の医療交流は、日本の西洋医学者も多数交えて活発になった。私自身も1972年に中国を訪問した。当時の中国鍼灸は完全に湯液の添え物であり、弁証は薬剤の処方を選択するために行われ、鍼灸は少数の特効穴を病名で運用するだけのものではあった。日本の著名な鍼灸師はその数年以内にほとんど中国を訪問し、その多くは中国には何も学ぶものはないという感想を持って帰国した。日本が中国鍼灸を忘れつつある頃、特にこの10年で中国鍼灸は一変した。鍼灸が、湯液から独立し鍼灸だけの弁証システムが創られてきたからである。それが現在の中医学であり中医鍼灸である。しかし、その根本は金元時代より延々と続いてきた理論重視の医学であることは全く変わっていない。そ

して、この新しい中医鍼灸が、怒涛のように日本に輸入されてきている。

3、日本鍼灸学の流れ

1) 漢方の復興

医制改革以来、漢方・鍼灸の発展は途絶えるどころか、やはり学問的には衰退の道を辿らざるを得なかった。鍼灸はというと、東洋医学的な鍼灸は影を潜め、単に痛いところ、圧痛のあるところに刺すだけとなり、それも按摩・マッサージのついでに行われるだけであった。灸も全く同様であったし、漢方薬も似たり寄つたりの状況であった。

明治の後期から大正時代にかけて、徐々に漢方復興の気運が高まり、大正時代末期から昭和の初期にかけてそれが一気に芽を出した感じであった。このときの主役は、やはり湯本求真をはじめとする古方派の人々であった。

2) 医学博士論文

漢方の復興に合わせるように、鍼灸への関心も高まり、医師(西洋医学)の研究も進み、大正末期から昭和の初期にかけては様々な研究成果が発表され、26の医学博士論文が輩出した。その中には灸による研究が多く、血中成分の変化、白血球の増加、白血球の左方転移等が確認され、鍼灸治療の見直しが行われ、西洋医学サイドから起こった。

代表的なのは、原志免太郎医博である。氏は「お灸博士」と異名を取り、灸の研究で医学博士を取ったが、それとは別に足の三里の灸が健康増進に良いと推奨するとともに自ら実践した。氏は医師であるにもかかわらず病院はご子息に任せ、自らは灸の臨床に携わり104歳まで臨床を行っていた。そして、108歳の時に日本の男性長寿ナンバー1になられ、足の三里の灸が健康増進に良いことを自ら証明して見せた。

3) 経絡治療の発祥

漢方復興の波は、当然鍼灸界にも押し寄せ、柳谷素靈、竹山晋一郎、岡部素道、井上恵理などの人々により、圧痛点治療、マッサージの添え物鍼(バリ)からの脱却を図った。その方法としては、当然ながら古典への回帰であり、古典的な鍼灸の再評価であった。鍼灸の古典といっても多数あるため、取りあえず鍼灸の記載しかない『難経』を主にした治療体系を考案した。それが1939年に産声を上げた『経絡治療』である。

経絡治療は、六部定位脈診と難経69難の取穴法を骨格とした治療法で、六部定位脈診により、経絡の虚実を診断し、治療穴

は難経69難の法則に則って決定するという理論的には極めて単純なものであった。しかし、理論的には単純であっても、脈診も取穴(経穴を探って刺入部位・方向・深さを決める)も熟練が必要であったし、単純な理論でもそれまでは理論が全くなかったわけであるから、鍼灸学徒にとっては新鮮であったし、学問的でもあった。そして、もちろん六部定位脈診や難経69難を理解するためには、『素問』『靈樞』に記載されていることを理解しなければならないのは当然でもあった。

東洋医学的な診断をする際には、本誌1996年3月号の拙著の論文に述べたように、判別分析的な構造となっており、望聞問切のそれぞれの診断で得られた結果を総合判断(四診合算)をする際には、直感と経験及び指頭感覚などで決めるようになっている。この総合判断は、言葉で言えば四診合算という言葉で済んでしまいが実際に行うのは難しいし、教育や臨床指導などで人に伝えるのはもっと難しい。そこで、それぞれの診断のうち六部定位脈診の診断価値(重み)を高めることによって、というよりむしろ六部定位脈診の診断結果をそのまま最終診断とするという解決方法を取りあえず取ったということである。

また、治療穴の決定に際しても、様々な選穴法があつてどの選穴法にするべきか判断に迷うところであるが、とりあえず難経69難の母子関係による選穴法を取り入れたということである。いわゆる「見切り発車」であり、十分に議論を尽くした結果の決定ではなく、早く漢方復興の狼煙を上げたためにとりあえずスタートし、走りながら議論を尽くして肉付けをしていこうと言う事であったのである。ところが、六部定位脈診と難経69難だけの治療と標治法を組み合わせた治療だけでも、それまでの治療よりも効果的で革命的であったのでそのまま安住して50年以上の歳月が過ぎたというのが現実であり、十数年前よりその反省が起こり様々な診断法・治療法が提示されて百花繚乱状態が現状である。

(次号に続く)

小川卓良

慶応大学工学部管理工学科卒、東京高等鍼灸柔整専門学校卒。

(社)全日本鍼灸学会常務理事、日本伝統鍼灸学会常任理事、東京衛生学園講師、杏林学院院長。

婦人科症状に対する鍼灸治療

遠藤 美咲

産婦人科領域での鍼灸の適応としては、1.器質的異常のない月経異常と更年期障害、2.妊娠時などを代表とする、薬物を使いたくない時の対症療法、3.手術の対象にならない病態や手術を回避するための保存療法などが考えられる。本稿では、針灸院に来院する機会の多い月経痛、更年期障害を中心に述べてみたい。

月経痛

月経痛は、大まかにいって器質性のものと機能性のものがある。器質性のものとしては、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症、子宮の位置異常、骨盤内炎症疾患などがある。月経痛の鍼灸治療にあたって問題になることは、原因の鑑別方法を鍼灸師がもっていないということである。日本の実情では、若い女性にとっては、婦人科はできれば受診したくない科であり、だからこそ鍼灸治療を希望するというケースが多い。さらに、原因がわかり鍼灸治療で経過観察してもよいと考えられる病態でも、婦人科で早々にホルモン治療が試みられることが多いという現状から、器質的疾患が濃厚に疑われる場合以外は、強く受診を勧めにくいという面がある。一般的には、初経後まもなく始まった月経痛や、仕事をしたり親元を離れて生活するようになって増悪した場合は、機能性のものとして鍼灸治療のみで経過を観察してよいと思われる。しかし、20代以降月経周期が安定してから、特に生活上の変化もなく増悪した月経痛は、器質的疾患によることが多いので、婦人科の受診を勧めるようにしている。印象に過ぎないが、器質性婦人科疾患の患者は、月経時以外でも鼠径部の緊張が強いように思う。痛みの程度の問題も大きい。鎮痛剤を服用して仕事ができる程度なら、機能性のものでも鍼灸治療による改善の余地が大といえるが、鎮痛剤を服用しても仕事もできず臥床していなければならないというのは、10代でも子宮内膜症やその他の器質性疾患を伴う可能性があり、婦人科の受診を勧めた方がよいと思われる。

ちなみに20歳前後の患者でも、強度の子宮發育不全や、子宮内膜症によるチョコレート嚢胞で卵巣の部分切除を受けた後も続く月経痛に対し鍼灸治療を行ない、完全

ではないが良好な経過を得た症例もある。子宮内膜症は日本でも最近増えてきているといわれているが、鍼灸のみでコントロールしていくのは難しい面がある。時にはホルモン剤や鎮痛剤、漢方薬も使いながら、鍼灸治療を併用するのが良いと考えている。子宮筋腫に対しては、過多月経や月経痛の軽減を図ること、筋腫自体の縮小効果を狙うというよりは現状維持で閉経を迎えること、を主眼に鍼灸治療しているが、手術に至るケースも多い。

月経痛に対する鍼灸治療の最大の目標は、予防にあると考えている。

10年以上前の調査だが、三陰交の皮内針を週1回交換するという方法で、20名の3周期の月経痛の程度の推移を観察したことがある。結果をこいつまんで報告すると、3周期を平均した総合効果では、不変 - 悪化 3名(15%)、やや有効 6名(30%)、有効 9名(45%)、著効 2名(10%)であった(図1)。効果判定は、質問紙法で、治療前の月経痛に比べて今回は()%でしたか?という質問に対する回答を指標に、76%までを不変 - 悪化、75~51%までをやや有効、50~25%までを有効、25~0%までを著効とする4ランクで判定した。上記したように、有効、著効をあわせると55%で、半数以上の人が、三陰交の皮内針のみで3周期の月経痛を半分以下に抑えられている。

しかも周期を重ねる毎に有効性が高まる傾向があり、1周期目では有効と著効が40%、2周期目では60%、3周期目では70%になっており、著効も25%になっていて、蓄積効果が伺われた(図2)。また当然といえるのだが、普段の体調が良好な人ほど効きが良く、治療前の月経痛の程度が軽い人ほど有効性が高いという結果であった。半数くらいは、三陰交の皮内針のみで月経痛をコント

ロールできるが、普段から体調のすぐれない人、鎮痛剤を服用しても仕事や学校を休まなければならない重症の人は、全身の調整や、もっと強力な鍼灸治療が必要だということだろうと受け止めている。

面白いと思ったのは、月経量についてである。一般に月経痛者は月経量が多い傾向にあるといわれている。そこで、治療前の月経量に比べて、今回の月経量が多かったか、普通だったか、少なかったかを尋ねた。3周期20名、延べ60周期を観察したわけだが、10%は多くなったと答えているが、少なくなったと答えたのがその3倍の

図-1 3周期の平均治療効果

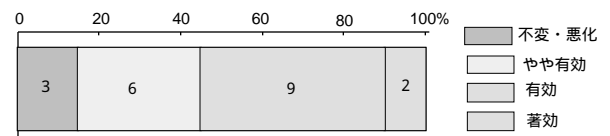


図-2 各周期の治療効果

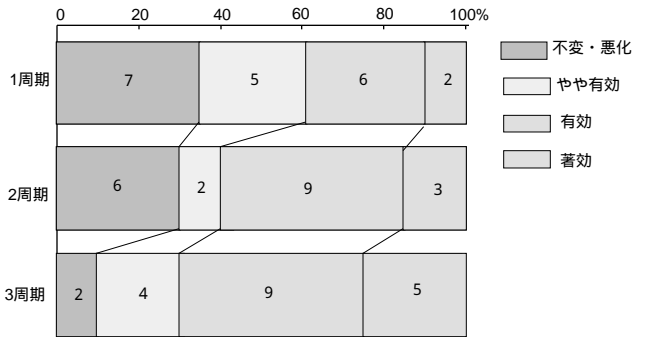


図-3 月経量の変化

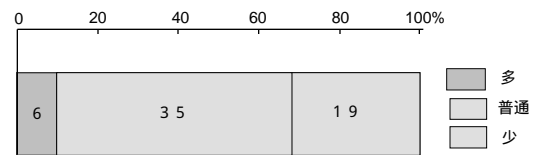
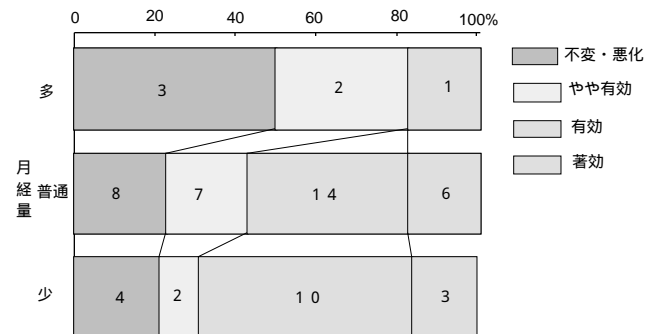


図-4 月経量と有効性



31%であった(図3)。しかも月経量の変化と有効性をみると、多くなったと答えた中での有効以上は16%、少なくなったと答えた人での有効以上は68%であった(図4)。このことから、三陰交の皮内針は月経量を少なくする傾向があり、月経量が少なくなる傾向の方が予防効果が高いといえるのではないかと考えた。

月経痛の予防には、三陰交は使える経穴だと思ふ。上記したように三陰交に皮内針を週1回交換する方法、あるいは毎週治療できない場合は、月経前1週間以内に皮内針を入れ、その状態で月経を迎えるようにする。あるいは自分で円皮針を入れる、1週間前から自宅で施灸(直接灸)するという方法でも、結構予防効果を提供できるようなのである。是非試して頂きたい。

さて、三陰交のみでは効きが悪い場合はどうするかという問題がある。器質性の月経痛も同様だが、腰仙部や下腹部の治療を加えている。基本的には、肝俞、腎俞、次髎、関元、子宮点(中極の傍ら3寸)、三陰交、太衝などを取穴することが多く、患者が自宅施灸をしてくれるとより効果が増す。下腹痛より腰痛が強い場合は、上仙穴への皮内針が奏効する。刺針の深さなどは、患者によっては切皮程度の浅刺のこともあるが、殆どは部位にもよるが1~4cm程度深刺している。器質的な月経痛は、瘀血が絡んでいることが多く、響かせて後置針したり、温めることが多い。腰仙部に細絡があれば刺絡も奏効する。思うほどの効果が得られないケースもあるが、根気強く続けていると、患者の評価として半減くらいにはなってくる。患者への生活指導としては、とにかく下半身を冷やさないこと、むしろ積極的に温めることを強調している。特に月経時は、患者が自覚していなくても他覚的に普段より冷えていることが多いので、冷えを避け、温めるように指導している。

予防を重視とはいふものの、月経痛のさなかに来院する患者もいる。その場合は、上記の取穴を主体とし、下腹部を温補(灸頭針や棒灸を以前はしていたが、部屋の都合で今は赤外線を照射)し、三陰交と蘭尾穴に置針やパルス通電をしている。蘭尾穴は、右足三里の下2寸で虫垂炎の特効穴とされているが、下腹部の痛みということで両側に使ってみたところ、有効性が高いようである。

更年期障害

性成熟期から老年期への移行期として40~60歳位までを更年期といっている。更年期の性ホルモン環境は、卵巣機能が衰えるためにエストロゲンの分泌が低下し、下垂体前葉からのFSH、LHが増加することに特徴がある。ホルモン分泌の中核である視床下部は、この状態に過剰反応し、自律神経系の失調をもたらす、種々の症状を引き起こす。これが更年期症状で、特に閉経前後数年間に集中する傾向がある。この自律神経系の失調に、社会的文化的な環境因子や精神心理的因子の影響などが加わり、更年期障害が発症すると考えられている。社会的文化的な因子の影響は大きいようで、欧米の方が更年期を重大に考えているようだし、私の勉強不足かもしれないが、中国では更年期障害という概念自体が一般化していないと聞いている。

日本では、更年期症状のある人は70~80%、(婦人科的)治療を要する更年期障害は10~20%だといわれている。更年期障害という概念は日本では昔からあったのだが、近年特にマスメディアで注目され、報道されることが多くなった。戦後のベビーブーム世代が更年期に突入してきたこと、更年期の後に長い老年期が想定されることで、更年期をいかに乗り切るかによって老年期の生き方も変わってくるという提起の仕方が多い。しかも10年程前から始まったホルモン補充療法(エストロゲン+プロゲステロン)の骨粗鬆症予防対策とセットにした啓蒙である。骨粗鬆症は、老人の骨折などが寝たきりにつながるが多いとして最近脚光を浴びているのだが、整形外科医よりも婦人科医の方が熱心にホルモン療法による予防を呼びかけている。ホルモン補充療法は、多分欧米の方が歴史もあり普及していると思われるが、その実情はいかがなものであろうか。ともあれ更年期にはホルモン補充療法という情報洪水にさらされているのが、現代日本の更年期女性の実情である。

更年期症状は、1)血管運動神経症状(のぼせ、冷え、発汗、動悸など)、2)精神神経症状(イライラ、憂鬱、頭痛、めまい、不眠など)、3)運動器系症状(肩凝り、腰痛、関節痛など)、4)泌尿器、生殖器系症状(頻尿、浮腫み、性交障害、外陰掻痒、帯下感など)、5)消化器系症状(食欲不振、便秘、下痢など)、6)知覚器系症状(しびれ感、知覚過敏、蟻走感など)、7)

その他(疲労感など)と、多岐にわたる。これらすべてを訴える事はないにしても、症状は複数で、辛い症状も日によって変わるのが特徴である。更年期を特徴づける症状は、ホットフラッシュといわれているが、日本人の場合は、ホットフラッシュがあっても、それが主訴になることは少なく、主訴としては、肩凝り、腰痛などが多いといわれている。そのため、クッパーマンの更年期指数は、血管運動神経症状の得点配分が高いため、日本人には使いにくいといわれてきた。ホルモン療法全盛ともいいたくなる昨今ではあるが、一方で婦人科で漢方薬を処方する医師も増えている。婦人科医師に「エストロゲンホルモン療法と漢方療法とどちらが効きますか。どういう症状に効いてますか」と尋ねたアンケートでは、のぼせや熱感、発汗異常に対してはホルモン療法の有効性が高いが、肩凝りや頭痛、イライラ、腰痛、めまいなどの不定愁訴に対しては漢方薬の方が有効性が高いという結果であった。残念ながら鍼灸との有効性比較データはないが、多分鍼灸でも漢方薬と同等くらいの評価がなされるのではないかとと思われる。

更年期障害の本態は、ホルモンバランスの乱れに起因する自律神経系の失調、気滞、腎気の衰えによる体力の低下にあるといえる。ホルモンバランスの乱れ自体は生理的なものなので、鍼灸治療の目的は、ホルモン動態に影響を与えることよりも、エストロゲン低下状態に体を訓らすことにあると考えている。

更年期障害で多いのは、気滞、上衝、気虚、瘀血、水毒の5つのタイプだと思われる。これは明確なパターン分類というより、その要素が強い、またはその要素があるという程度の捉らえ方である。殆どの症例が、気滞、上衝の要素をもっている。気滞、上衝は肝経、気虚は脾・腎経、瘀血は肝・脾・腎経、水毒は腎・脾経と関係が深い。

基本穴として、百会、天柱または風池、肩井または天髎、肝俞、脾俞、腎俞、三陰交、太衝を常用している。天柱や肩井を使うのは、殆どの症例が肩凝りを訴え、肩凝りを上手にコントロールすることが他愁訴の改善につながるからである。経穴名を記したが、教科書的経穴部位にこだわるより、硬結や圧痛を指標に取穴し、響かせることが多い。三陰交は、ホットフラッシュにも奏効する。週1回程度の治療ではなか

西洋的観点からの東洋医学

エリン・エリソン、マイケル・メナード

なか反応しないこともあるが、毎日自宅施灸をすると良いようである。百会と太衝は、上衝している気血を下げる、鎮静の目的で浅く置針したり、直接灸をする。一般に頭の直接灸は快く、それだけで心身がリラックスしてくる。

* 気滞：愁訴としては、イライラ、肩凝り、不眠、腹部膨満などが指標となり、上背部棘突起間の圧痛や脊柱傍点部（沢田流の膀胱経1行線上）の筋緊張、硬結、膈中、少海、太衝の圧痛が出現する。不安、心悸亢進があれば、膈中、少海に置針する。膈中の円皮針も奏効する。気うつの場合は、身柱、神道、靈台、至陽、筋縮に施灸する。不眠に対しては、就寝前に失眠、中封、太衝のいづれかの穴（両側）に、自分で施灸するように指導している。精神安定剤や抗鬱剤が必要なケースもあるが、その場合でも鍼灸治療を併用する価値があると思う。

* 上衝：頭痛、のぼせ、肩凝り、不眠などを訴え、顔面紅潮や後頭部の紅斑が出現したり、足冷がみられる。後頭部紅斑の刺絡は、鬱血が取れて頭や肩を軽くする。

* 気虚：疲れやすい、体力がない、眠い、食欲不振などの愁訴があり、舌は淡で陽虚を伴うと嫩（どん）になる。腹部にも力がなく、心下軟、臍下不仁を伴うことが多い。中脘、足三里の鍼灸を加える。

* 瘀血：皮膚の色がどす黒い、目の下にくまがあるとか、腹証としては、臍傍の圧痛、少腹急結、小腹硬満などの所見がある。舌は紫を帯び、瘀点や舌下脈絡などがみられる。骨盤内の循環改善を目的に、下腹部、仙骨部を主体に、次髎、大巨、関元、維道などを取穴する。崩漏を伴う場合は、蠡溝の自宅施灸を指示する。

* 水毒：手足や顔の浮腫み、尿量減少が認められる場合は、水分、復溜の鍼、失眠の灸を行なう。胃内停水があり、舌が胖大し時に歯痕がみられたり、体が重だるい場合は、脾の運化機能の低下と捉らえ、中脘、足三里、公孫を使う。公孫の置針（急性症ではできれば30分以上）は、胃の機能を活発化し、利尿作用もある。

これらを組合わせて、更年期障害に対処している。

———
遠藤美咲

日本鍼灸治療専門学校卒。日産厚生会玉川病院東洋医学研究センターを経て、1988年より開業。日本鍼灸治療専門学校講師。

はじめに

伝統的東洋医学のごく一部だが北アメリカの医療システムにおける導入はますます増えてきた。¹

この風潮は代替医療か、もっと正確な言い方をすると、医療において他の方法を志向するという容認による。² これは東洋医学の正当性と根底にある哲学に対する正式な承認とは別のことである。

そこで、私たちは次のような質問をしたくなる。なぜ、西洋医学の治療システムが東洋医学のある一部だけを容認するのか？なぜ、現在そうしなければいけないのか？

著者は、治療家にとって危険性と好機の両者をかんがえる。

北アメリカの医療システムは、巨大な健康管理機関（HMOs）をつうじて、財政的観点から大いに動機づけられてきたが、資本主義のシステムでは容認されても、個人にはすべてを除外して費用の点だけを考慮していると思われる。

医療的リハビリテーションの創立者ハワード・A・ラスクは、「何百万もの身体障害者を救うことは意義があることだと大衆を納得させるために、私はそれが功利的で社会的に有用であることを証明しなければならなかった。」と書いた。³ このコスト削減という馬鹿の一つ覚えは、東西の伝統をその独自性や補完性の正しい認識に立って融合するよりも、北アメリカの医療システムに伝統的東洋医学の経済的に有利な部分だけを導入させたようである。北アメリカの代替医療の治療家にとって短期的な利益になっても、東洋医学に狭量な生物医学の基準を受け入れさせる危険性をはらんでいる。これは現在特に皮肉である、なぜならオーソドックスな医療は、現代医学が唯一の健康の決定要素ではないことを認め始めているからであり、もっと包括的な視点に手を伸ばし始めたからである。

東西の健康観

歴史、哲学、宗教、必要性、そして偶然的な要因が医療の伝統の形成に影響する。これらの要因は東西の医療を全く別の、また多くの点で相反するもの、つまり陰陽の対比として形づくってきた。

西洋医学の陽性の面は、バクテリアの発見の結果と病原菌学、消毒法、安全な麻酔

術の開発により自然に強化された。レーザー光線の焼灼焦点、抗生物質の強力なパワー、名人芸のような手術、遺伝子でのDNAの組み替え、などがこれに続く。同じく陽性の面として、還元主義の診断学公式である、いかなる病気も一つの生物学的原因と一つの治癒をたどるという概念が、このような魔法の矢のような治療方式の基になってきた。

これとは対照的に、東洋医学の治療は力得ねじ伏せるよりはバランスを取ったり、固渋した疾病を緩やかに方向転換させたり、逆上型のタイプAの性格を冷静にさせたり、気血を補充・昂揚させる。治療のこのような特徴は、病気に対する概念が陰性である、つまり身体は生物的、心理的、また社会的要因がからむ複雑な有機体であり、常に健康と病気の間で揺れ動いているという認識に基づいている。

すべての現象についていえることであるが、陽性の対症療法と陰性の代替療法の相互補完するというだけではなく、全体を理解し最善の治療にするには両者ともに欠かせないということである。胃ガンによる腹痛や吐き気は足三里の鍼では治らないだろう、膀胱経の指圧で椎間板ヘルニアも治らない。しかし、これらの治療で少しは気が休まる。反対に、気が落ち込んだり、関節痛などは灸の適応といってよい。しかし抗鬱剤は鍼灸の効果が出るまでつなぎの役割を果たすこともある。残念ながら強力な陽性のサーチライトが一時的でも陰性の微妙なニュアンスを覆いつくす傾向があり、西洋式の治療法に東洋医学が吸収されるという傾向が増加している。このプロセスは、経済的ならびに哲学的という二つの大きな理由によって起こっている。

経済的動機

患者が治療費を直接支払う場合、その金額と患者の満足度が見合っているかによって患者と医者との関係が続くものである。しかし、保険会社や政府といった第三者が払い戻しをするような国々では、患者の出費は軽減される。その結果、医療の過剰利用を招き、医療費を支えられなくなるアンバランスを発生する。

これらの費用を理解するために、アメリカでは自然的にハイテクな研究を使って、

健康の技術的な面を長い間調査してきた。人間の総合的な健康状態を評価するためと、治療の適合性を判定するために、標準的な方法が開発された。不幸にも、これらの巨大な統計学的方法は個別の人間の差異を見つけれない。そして、治療の結果は、大きな外傷など圧倒的に生物学的な要素が勝っている場合をのぞき、何がなされた（あるいは何がされなかったか）によらないと結論づけられた。この結論は明らかに間違っているとして健康保険業者はアプローチを単純化し、どのような医療が一番高くつくか、そしてどの様にこれを管理するかという調査をした。⁴ 当然、手術と薬品に一番費用がかかると判明した。しかし驚いたことには、大きな費用が、患者の満足度や機能が以前の状態まで回復した度合いなどという非技術的な面にもかかっていたのである。⁴

健康の新しい考え方

経済的な分野からの認知は、医学の芸術性は科学性同様重要であると思われるという点で、科学的分野にさらに深い調査を促した。そして健康は病理学的要因より非生物学的要因によることが多いとの結論が出た。⁵ もちろん、よい健康状態ならその人の生物学そして化学的な部分は正しく機能しているが、高水準の生物には付加的要素が重要であることは明白である。コンピューターに例えるならハードウェアの回路の故障もあれば、ソフトウェアの問題もあるが、更に作業負荷がきつすぎて機能しない場合もある。人間のような高水準の生物においては幾多の機能を統合することが健康な状態とされるのである。この統合された状態を理論的に把握することはとてつもなく困難なことである。というのは、観察や計測をするために部分品に分解しても、それは生命の本質を破壊することにつながるからである。奇妙なことに、近代の物理学者や数学者の業績が、その複雑な方法論を通して医学者にこのような概念を理解させる手助けになっている。ある科学者の言うとうり、「多くの要因がからみ合っている」のである。⁶

反還元主義の台頭により、北アメリカの医療界では東洋で昔から認めてられているもの、つまり微妙・複雑な気や神の異常というようなものが、単純な外部的な病因と同じ様に健康に影響するというを徐々に受け入れるようになった。しかし残念な

がら総合的健康状態を測る物差しがないので、このような数値化できないものを対象とする治療の効果は明らかではないと言える。それ故、健康保険会社は最も出費の少ない治療を支持する。その結果、経済効率が高いと認められたらオーソドックスな西洋医学だけでなく、代替医療も導入されるのである。² だから東洋医学は本来の価値よりも経済的観点から医療システムに組み込まれているのである。

東と西の検証

吸収合併の哲学的様相は経済的様相より理解しづらい。しかしこれも同じように重要である。合理主義の時代から西洋人の考えは「証明すること」である。ほとんどの場合、この証明は何らかの方法で、つまり裸眼かさなければ顕微鏡、CTスキャン、ECG、衛星写真、水の化学分析等の方法で触知可能か可視的でなければならない。この測定方法が敏感であればあるほどこれで立証され得ない現象は信じられない傾向がある。これとは対照的に東洋医学は、現在の科学では証明できない概念に基づいている。神経の走行に経絡を描く、電磁場の力として気を計測する、電気抵抗でツボを特定するなどの試みはすべて少なからず失敗している。西洋的思考にとってこの失敗は重大である。もし証明がなされなければ、これらの概念は無に帰す。

しかしこの存在しない気というものの操作によって健康を回復する人が沢山いる。この現象を理解し位置づけるための正直な試みとして、西洋的思考は異質な東洋の概念に近いものを調査している。その結果、東洋医学の治療手順を基準化しこれを西洋的治療法の様に応用しようとする。このようにして津液の過剰を伴う三焦の異常が単に喘息となり、喘息穴に刺鍼することが治療になる。

十字路

東洋医学に対するこの還元主義のアプローチが多くの教育機関に広まってきた。西洋医学界に対する経済的プレッシャーと組み合わせ、西洋における東洋医学治療家に対する経済的動機が、真の補完的治療に対して深刻な事態を引き起こしている。代替医療の理論（東洋医学の原則）は戦うことで維持できるが、いったん体制が戦うことを止めさせ、その代わり吸収合併が始まると、その理論が生き残ることが難

しくなる。もし東洋医学がその基本原則を守り続けるなら、気の操作の技術にたけた素晴らしい治療家を輩出するだろう。しかし、もし東洋医学が西洋医学界に吸収されてしまったら、その本質は失われてしまうだろう。この危険は現実的であるが、しかしこの事実が西洋医学の価値を否定するために使われるべきではないし、厳しい診断手順と熟練した治療の代用品というようなごまかしに陥るといことであってならない。熱があつて鼻をすすっている患者にとっては、熟練した医師が観察し、問診し、治療する限り、風邪が肩井に入った、あるいはアデノウイルスを吸った、という診断はどちらでも治療効果があるのである。

複合的治療：西が東と合うとき

還元主義が東洋医学を恫喝しているこの時に、皮肉にも西洋は生物学的・精神的・社会的に絡み合った人間の要求によりやく門戸を開放した。物理学と数学から発生したこの複合的理論⁸は複合的療法の並列概念を生み出した。音楽のフュージョンのようではなく、複合的治療はそれぞれを構成する特殊な性格を失わず、創意に富んだ相互作用によってそれらを最大限に引き上げる。もう一度いうが、「多くの要因がからみ合っている」のである。

複合的治療体系として西洋が東洋に出くわせば、医療の未来は明るい。しかしそれぞれ陰と陽という傾向があるために、伝統東洋医学は危険を背負っている。そこで筆者は、治療家が以上述べられた経済的・哲学的状況によって提出された機会に、どのようにかわっていくか、自覚を持って思慮深く合意を築き東洋医学の哲学を堅持しながら、最善の方法でこの四つ角を通過するように強く提案するしだいである。

脚注は英語版を参照

エリン・エリソン (Erin Ellison, MD, FRCP(C))

University of Southern California, Los Angeles, USA

マイケル・メナード (Michael Menard, MD, PhD, FRCP(C))

University of British Columbia, Vancouver, Canada

翻訳：水谷潤治

はり医の使う鍼やの話

前田直則

太古の時代から人類は病から自己を守るため、知恵を働かせて治療法を案出してきたと伝えられています。草木をかんで薬とし、石の鋭角部を治療具（石鍼）として使用しました。しかし、この石鍼から笹鍼を経て現在の鍼になった起源は定かではありません。

鍼が日本に渡来したのは遠く奈良時代（750）と言われていますが、この鍼を最初に日本で作ったのは誰か、またどの地方なのかも全く不明です。

釣針、縫い針もその起源は不明です。釣針も古い文献では動物の骨でその真ん中あたりに糸状のものを結び、魚がばくつと食いついたところで、ぐいと引いて細い骨が直角になり釣上げる、この針は直針だとも言われています。

縫い針も一説によれば、中国で約3000年ほど昔に繭から生糸が取れ織物が盛んになり、自然発生的に縫い針が生まれたという説があります。また、人々はその昔は獣の皮を羽織っていたと考え、動物の骨で或いは硬い木の皮などが針として使われていたとの説もあります。いずれにしても歴史の表舞台で活躍がないせいか、その起源はわからないのが現状です。

日本では文化が開けたのが関西・九州方面です。縫い針は京都が本場とも伝えられてきました。天正10年（1582）、製針業を京都から持ち込み滋賀県で創業したとの記述もあり、京都・大阪方面が古いことは理解できます。明治時代（1868）から以降は、広島県が盛んで今日まで続いています。東京へは大分後から移ってきたものようです。

縫合針、これは外科手術には無くてはならない医療用具として近代医学と共に渡来してきた針です。

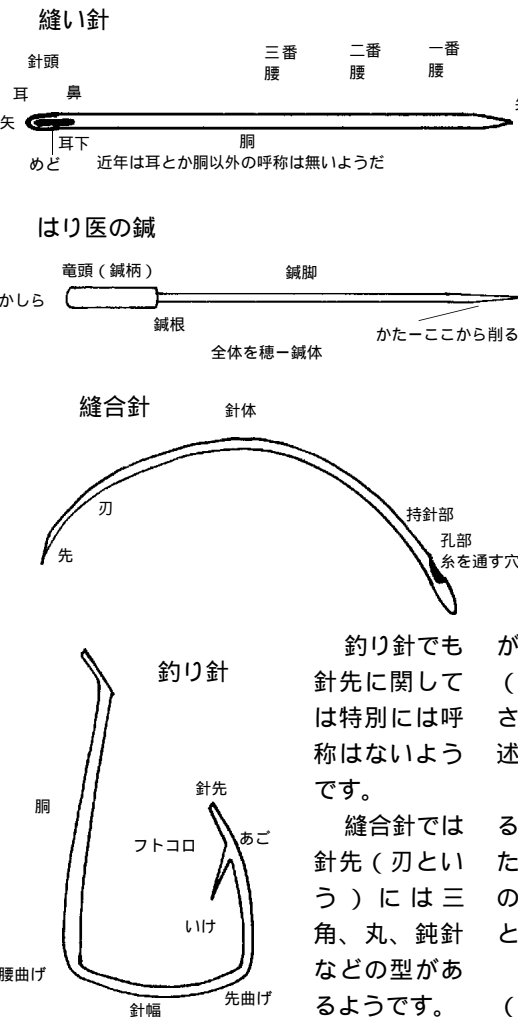
他に注射針などがありますが、注射針はパイプなのでここでは省きます。

総じて、‘はり’と呼称されるものは種類が多いのが特徴的です。

伝統医学のはり医の鍼の製造者は、‘はりや’としての成り立ちは定かではありませんが、江戸諸職風俗誌などを見ますと、‘はりしるや’（はり磨き）と‘しろがねや’（銀細工）の二つの技能が一つになって出来た職業のようです。はり基（龍頭）

を作る飾り職は、‘龍頭’と書くほどに銀の長さ18ミリ、太さ1.3ミリほどのパイプに筋ヤスリでいろいろの模様を入れてゆきます。また金銀の地金で小児鍼なども作成します。

はり医の鍼と縫い針とは同じような呼称があります。はり医の鍼が最初に生体に触れるのが鍼尖です。縫い針も最初に布に接するのが針尖です。はり医の鍼ではこの針尖部を‘針芒’（ぼうは稲穂のとがったところ・のぎ）と呼びますが、縫い針では鍼先の形についてはこれという呼称はないようです。



刺入できない、鈍角だと切皮時に抵抗があるなどという刺入感覚を考慮して出来た形だと推測します。そのようなわけで、日本の鍼には管（鍼管）が用いられるようになったのでしょ。また捻鍼、管鍼という刺入手技の違いも鍼先の形の違いになるのでしょ。

顕微鏡を見ながら（抜き取り検査をしながら）仕事をする事のない時代には、使い手から与えられた植物の葉で形容されるイメージで、作り手はあかこうかと試行錯誤して注文に応じていたものとおもいます。

摩り下ろしという形が伝えられておりますが、0.16mm、0.20mmのような細い線では出来ません。手元から針先にかけて細く削りだすのは、打鍼、大鍼のことでしょ。鍼医のはりの鍼先については、使い手の先生による優れた研究があります。

はり地金にはそれぞれのはりに共通した条件があります。

1. 折れない（折れにくい）
2. ばね性が強い（腰が強い）
3. 耐酸性（錆びにくい）
4. 刺入性がよい、通りがよい（切れ味がよい）
5. 線肌の滑らかさ
6. しなやかさ（はり医の鍼）など

釣り針では土佐針は鋼、播州針（兵庫県の針）は軟硬鉄線を使用（播州針参考）していますが、錆びることが一番の悩みだったようで、明治の頃（1800半ば）に銀掛け（錫メッキ）が考案されて普及し、その悩みが解消されたと記述にあります。

又、西洋焼きという方法（鉄に色を付ける）が入ってきて、釣り針職人が技を競ったものと感じとれます。この時代に釣り針の世界が近代化へ向かって進んだということでしょう。

これまでの、巻き竹巻き-くくみ通し（針金のくせを直す道具、現在では直線機）-針先作り、という手作業の針作りは、いつの時代でも先付けが一番大変だったと思います。そこで、くくみから出して端をたたいて-ハサミで斜めに切って-ヤスリでとがらせる、この工程を最初に機械化しようと考えたようです。15工程ある作業も現在では、いけ起こし機・型曲げ機などというように次々に機械化されてきました。

材質に関していいますと、鋼を強化する目的でいろいろの元素が添加されています。

タングステンは硬度、モリブデンは耐熱性などですが、クローム18%・ニッケル8%含有のステンレス鋼は錆びない(錆びにくい)ことは、一般によく知られています。また、13クローム、16クロームなどのステンレス鋼は熱処理によって硬度は増加しますが、折れる可能性が倍加するのではりには嫌われます。現在では、縫合針では18.8ステンレス鋼が主力であり、縫い針では鋼・軟鋼線・ピアノ線などが使われます。

はり医の鍼の地金では、18.8ステンレス鋼以外は独特のものが用いられますが、18.8ステンレス鋼は縫合針と共通です。

その昔、日本のはり医の鍼は硬鉄線が使われていましたが、金・銀・コバルトクロームの地金が採用されるようになってきました。しかし特に銀針は酸化しやすく保存が難しいところがあります。また、昔は冬の鍼がよいと言われたのは乾燥していたからでしょう。ステンレスの地金で鍼が作られるようになって、ようやく機械化へと模索が始まったと思います。

金銀地金も割りかね・熱処理の時期・伸線方法などを工夫しますと、意外と腰の強い、弾力のある鍼ができます。割りかねが多すぎると不都合で、金は18金が限度です。

微妙な‘気の調整’をする経絡治療とか、微妙な刺激をする鍼治療などに銀針はよく使われます。しかし銀針は伝統の人氣があり又腰が強いといっても、扱うにはステンレスの鍼と同じようにはいきません。そこはやはり銀は銀です。昔の修行では、足腰3年腹8年そんな言葉もあります。近年、コバルトクロームの鍼も盛んに使われております。これは錆びにくい、折れにくい特徴を備えております。

日本の鍼治療も長い苦難の道がありました。伝統医学の鍼治療は、副作用がない或いは少ない治療方法として、昭和35年頃(1960)からやっと見直され、日本の臨床家の努力・研鑽が積み重なって、その後年々需要が増えてきました。

1972年、アメリカのニクソン大統領の中国訪問の時に、鍼麻酔のニュースが報道機関を通じて世界に流れました。日本では、それまで痛みの治療には十分に経験がございましたが、鍼麻酔方式を当時の公害病・スモン病に適用して効果があることを証明して、いち早く鍼麻酔を消化し、日本にもはり治療のブームが起きたことは記憶に新しいです。この頃から、鍼治療の研究に訪日される外国の方々が増えてきて、日

本の鍼治療が痛くないということにも大いに関心があるようでした。

その年の2年前、日本では医薬品の許認可に関する薬事法が改正され、鍼製作は許認可の対象になっていました。昔からいそしんできた家業です。そのような法律は全く知る由もなく、そのうち警察にご用になってしまいました。駐車違反と同じようなことでしたが、初めてのことでまごまごしていると、東洋はり医学会会長の福島弘道先生が「心配するな、まごまごしないで家へきて寝てろ」と励まして頂いたのも懐かしく思い出されます。

東洋はり医学会の現会長高井先生他、幹部の先生方のご縁で北米東洋医学誌の皆様におなじみ頂いて、感謝感謝でございます。

前田直則

前田豊吉商店代表。前田豊吉商店は1680年創業。鍼治療の製鍼一筋に江戸時代から数えて8代を継承する。「良い治療はよい鍼で」を不動の理念とし金、銀、ステンレス、コバルト等の素材を使い、毫鍼をはじめ日本鍼灸で使用される各種の鍼を制作する。

北米東洋医学誌 North American Journal of Oriental Medicine 同人参加申込書

氏名 漢字： _____ ローマ字： _____

住所 _____

(フリガナローマ字)

Tel: (自宅) _____ (治療所) _____ Fax: _____ E-Mail: _____

治療内容： 1) 鍼灸 2) 指圧 3) 按摩 4) 湯液 5) その他 _____

東洋医学教育地及び教育機関名： _____

開業年数： _____

自己紹介(100字以内)をつけて申し込んで下さい。

同人年会費US\$ 40(又は¥4000)を添えて申し込みます。

法人年会費US\$ 80(又は¥8000)を添えて申し込みます。

年 _____ 月 _____ 日 Signature _____

申込先：NAJOM, 896 West King Edward Ave., Vancouver, B.C. V5Z 2E1, Canada

Phone: (604)874-8537 / Fax: (604)874-8635

独学

ロバート ハイデン

鍼灸は孤獨な職業と言える。北アメリカ大陸の北東部や北西部のように、同じような傾向の治療家が多く集まる地域を除いては、日本の伝統的鍼灸治療のような少数派の治療家であることはなお更である。

このアメリカの中西部では、開業している鍼灸師の数はこの国のほとんどの地域よりも少なく、彼らは殆ど中医学（中国の学校のカリキュラムに基づいた）を開業している。私の住むシカゴでは、かなりの数の韓国的鍼灸を開業する人達がいる。日本式治療をする鍼灸師は非常に少数である。私は東洋はり医学会に籍をおいているが、一番近い支部でも800マイル離れているため、めったに他のメンバーと交流をはかる事が出来ない。

最も勉強になるのは、もちろん臨床であるが、書物からも多くを学ぶ事が出来るのではないがしろにできない。

東洋医学を学び始めてから6年の間に、いろいろなことについて英語で書かれたテキストを漁ってきた。その大半は中国の教科書を翻訳したものや、国内で中医学を開業する著者達によって書かれたものであった。

日本人鍼灸師の書物も僅かながらある。ステイブン ブラウン、ステイブン パーチ、井田順子らが投稿しているNAJOMは、かなり独創的な活動を進めている。が、しかしまだオリジナルの英語論文にも、それを翻訳したものにも解釈にかなり欠点がある。

この何年間かは日本伝統鍼灸に注目してきたが、数冊の日本語のテキストを手にする事が出来た。

いつの時か、この難解な漢字とかなの解読を試みようと思ったが、日本語を話さない者にとっては非常に困難なことであった。時間ばかりかかってイライラしたが、最後にはインスピレーションや洞察力、知識などが身に付き、私をよい治療家に育ててくれたと言える。例えば次の2症例である。

大阪の宮脇和人氏からは、彼の治療院とまたアメリカでも多くのことを学ぶことができた。宮脇先生は、東洋はり医学会の一番大きい支部の会長であり、また数冊の本の著者でもある。1997年3月に彼がアメリカにきた時、その中の1冊を購入した¹。

「臨床こぼれ話」というタイトルの本には、治験例やその秘話がほんの少し綴られたものが集められている。その秘話といくらかの理論を理解するには、ある程度日本語に精通していなければならないが、そのらの治験例は理解するのにうまく構成されていた。私は自分の経験から得られた洞察力をこれらに応用した。

ある患者が8ヶ月間生理不順で、さらにその後半2ヶ月は無月経という症状で来院した。

患者は若い健康な女性で、比較的症状が現れてから長くはないので、治療はさほど難しくはないと説明した。これは当たった。5回の治療後、何の変化もみられないため、何か他の治療法を見つけるために、私の本を引っぱり出し探しまくった。そして、「臨床こぼれ話」のなかでの、無月経について宮脇氏が書かれた物が、私の患者の示すサインと症状に酷似していた。このケースでは脾虚証と肝虚証の本治法を施した後について述べられている。「標治法では、奇経治療を使って補助的な治療を行う。任脈（右列欠 左照海）と衝脈（右公孫 左内関）にそれぞれをMP鍼を置鍼する。中腕、関元、天枢は、補法を施し、皮内鍼は左三陰交に入れ、腹臥位で肝俞、脾俞、腎俞、次髎に2-3mm刺鍼し補法を行い、治療の最後に皮内鍼を次髎に入れる²。

一つだけ小さい事を除けば、この方法は私がやってきたものと殆ど変わらない。その週は両側三陰交に皮内鍼を入れテープで固定した。翌週その患者は、治療後2-3日間基礎体温の上昇が見られ、おそらく排卵によるものだと報告した。皮内鍼を含めた同じ治療を何度か行ううちに、月経が始まった。

別の症例で宮脇先生は、彼のクリニックで14歳の患者が喘息の発作を起こした時の治療について書いている。

普通この場合、奇経の任脈の組合せ（右列欠 左照海）を用いるが、これだけだとかえって症状を悪化させてしまう。テストはその代わりに陰維脈の組合せ（内関 公孫）を示していた。これを使って発作が治まった³。

私が最近診た患者が治療中に突然咳こんだ。そこで列欠 照海に銅と垂鉛の粒をあてたが、咳は止まらなかったため粒を外し、宮脇氏の言う内関 公孫穴をとってみると、咳は途端に治まった。（好奇

心から、粒はそのままにして、人差し指を照海にあててみたら咳がまた始まり、指を離すと再び止まった。）

私自身でも、いくつかの点でこのような解決法に出くわすことは確かであるが、本を常に読んで治療の時心に留めると、そのプロセスを早くすることができるものである。臨床例以外に、伝統的な東洋医学の解説書も治療法解明の役に立つと気づいた。ポール アンシュルド翻訳の難経もあるが、池田政一氏による「難経ハンドブック」⁴は、臨床に、いかにその概念を取り入れていくか書かれてあり、非常に役に立つ。また、この場合日本語の教科書は、私の翻訳（英語）の勉強にもなる。

知識を得る方法

私の主な知識を得る方法はコンピューターで、“JAPANESE WORD MAGE”という優れ物のソフトウェアを参考書として愛用している。これはオーストラリアにあるラバソフトウェア社のもので、他の会社の同様の日本語プログラムより多くの利点に富んでいる。中でも一番の利点は、マッキントッシュ社の日本語キットのような日本語操作のソフトウェアを使用する必要がなく、事実（マック、ウインドウズ、OS 2）の様な他社のプログラムもあり、6万語の和英辞典、漢字学習システム、基礎的な日本語ワープロなどが入っている。日本語ウェブページのように記号化された日本語のテキストもまた見ることができ、プログラムの中に現れた漢字をクリックするだけで辞書を自動的に探して見せることができる。このソフトウェアは手頃な価格で、インターネットでダウンロード出来る。その上アップグレードは無料でダウンロードできる。

情報が欲しい方は、website <http://www.lavasoft.com/jwminformation.html>にアクセスしてください。（私はこのソフトウェアの熱烈なる一ファンで、決してラバソフトウェア社の回し者ではありません。）

東洋医学の専門用語には、ワイズマンとボス グロサリーの中国医学用語と鍼灸ポイント⁵を使用する。この会社が開拓した現代標準専門用語に加えて、日本語の索引もあるの、おおいに役に立つ。

NAJOMは多くの知識を得る方法として素晴らしいものだと思う。私もNAJOMを二カ国語で出版するのを賛成するうちの

人である。

しばしば、NAJOMのなかに他では見られない用語があり、翻訳の難しさに脱帽する。

もちろん一度この道を歩き始めると、「治療のすべて」とかというようなタイトルの本を集め始めるものである。なぜなら、日本語の文法は意味が何通りにも解釈できるため、誰が何をし、誰と、何時、何を話し、と言った文脈から意味を読み取らなければならない。翻訳中途方に暮れる時、幸いにも私には日本人の友人がおり、彼らに付きまといながらも、わからない部分を説明していく。

英語と日本語の言葉の壁の橋渡しとして素晴らしい翻訳をされる方々もいるが、そうすることは、初歩的な情報源として私の学習に役立つことがわかった。そこで英語圏のNAJOMの読者に対して、この方法を試してみることをお奨めする。そしてその結果を共有すれば、まだ訳されていないようなものが多くあるので、我々すべてが御利益を得ることになるのである。

参照

- 1) NAJOM NO.10 1997年7月発行
- 2) 「臨床こぼれ話」 宮脇 和人 p117 1996年 谷口書店
- 3) 同上 P78
- 4) 難経ハンドブック 池田 政一 1982 医道の日本社
- 5) Paradigm Publication 1990年

ロバート・ハイデン

鍼灸師。ウイスコンシン州レジナのミッドウエストセンターを卒業、講師として講義を行う。日本鍼灸を取り入れシカゴ周辺で開業。1995年から東洋はり方式の経絡治療を学び、日本とアメリカの研究会にも出席する。現在、東洋はり医学会において、講師補佐として活躍している。

翻訳：井上春美

ワークショップ・レポート - お灸のすすめ

ブラッド・トンプソン

10月10日に水谷潤治の“ 実際の灸療法 ” のワークショップがシアトルで開かれた。水谷氏はNAJOMの責任者で、アメリカでお灸治療をする数少ない治療家の一人である。彼からじかに灸療を習う機会はめったになく、15人の参加者は、感ずるところの多い経験をした。確実に誠実にすべてを見せる教え方であったので、帰るときは迷うことなくすぐに治療に使えるやり方を学んで帰宅したのである。

我々は日本式お灸についていろいろと学んだ。例えば、歴史、艾について、その貯蔵法、効果、禁忌、そして様々なテクニック等である。私にとってこれはものすごく役に立った。また“ スターターキット ” と上質艾が練習するために配られた。これは、幼稚園で最初の日にハサミや紙、クレヨンを手にしたようなものだった。誰もこの使い方をまだ知らなかった。艾、艾をひねる木の板、竹筒、線香、紫雲膏、塩、和紙、棒灸などがあった。また、灸療や特效穴、治験例を集めた彼の本「 実際の灸療法 」も配られた。

ちょっとした前置きの後、すぐに実技にはいって一つ一つ習うことは本当に面白かった。いろいろなテクニックはだんだんとまとまって、直接灸が主になっていったが、これは熱が集中的に身体に浸透するというその強力な効果のためである。このような熱効果につけ加えて免疫系を強化する、炎症を吸収する、血液の質や血行を改善するという化学的効果もある。

また八分灸と次のような間接灸も練習した。それらは、押し灸、味噌灸、塩灸、さまざまな灸頭鍼などである。

またデモンストレーションや触診、直接灸の効果等が披露された。時間はいくらあっても足りないくらいであったが、直接灸をいかに気持ちよく施灸するかということ学べた。また患者が自宅で灸をすえることが治療効果を増加させるので、患者が治療に積極的にかかわることをすすめるように強調された。

自分のクリニックに帰ってすぐ、三人の患者に三種類のやり方で初めて灸療を試みたが、それぞれの効果は良いようだった。水谷氏は実技をシンプルで面白く教えたので本当に良かった。また、氏が親切で思いやりがあり正直な人柄であることもよくわかった。私はお灸が鍼治療のおかずのようなものではないことを学びとった。このワークショップでお灸の効果に改めて注目し、治療を灸療だけでもやっていけるということも理解したのである。

ブラッド・トンプソンの紹介は英語版Introduction of New Membersのセクションを参照して下さい。

一般の購読希望者に

北米東洋医学誌は、東洋医学の普及発展の為、購読希望者（治療家以外の一般の方、学生の方）にもジャーナルをお頒けしております。

	Canada	USA	その他
バックNo.	\$10.00(CND)	\$8.00	\$11.00
三冊（一年分）	\$27.00(CND)	\$21.00	\$28.00

申込先
North American Journal of Oriental Medicine
896 West King Edward Avenue
Vancouver B.C. Canada V5Z 2E1
Phone: (604)874-8537
Fax: (604)874-8635

東京衛生学園Website
<http://www.lifence.ac.jp>

漢方史漫筆 5

金澤信二郎

日本の医神は韓神であった『日本の子供が一番恐れる罰はひとり家の外に立たされることだ。アメリカの子供が部屋に閉じ込められるのと、この違い。日本では養護の遮断が罰であり、合衆国では自由と独立の遮断が罰である。』マーガレット・M、ロック「日本の都市における東アジア医療 - 医療経験の多様性」。多分日本語訳は出ていないだろう。著者は1973年、74年京都に家族と共に滞在、日本の漢方医療の社会的観察を行った。家庭の主婦ということもあって、その社会的観察も生活の細部におよんでおり、日本の漢方医療についてのみならず、日本の生活慣習について知りたい方に読んでもらいたい。

ところが、この本で一ヶ所引掛かった部分がある。第1部の冒頭で漢方の歴史に触れているのだが、第4章の書き出しに、『4 日本における東アジア医療の歴史：4世紀における朝鮮から日本への軍事的遠征の成果の一つは、この一定期間により緊密な文化的接触があったこと、中国の文字が導入され、後に中国の書物が学者や僧侶によって輸入されたことであろう。最初の朝鮮の医師の日本への到着は414年、彼が時の天皇に仕えるよう招集された時と記録されている。』とある。大方の日本人はこうした文に慣れていないので、おや、と思うに違いない。

4世紀と言えば、一般の日本の歴史家はまだ日本という国家の成立を認めていない時期だから、日本という「国家」への「軍事的遠征」などありえない。古代の軍事的遠征と言われればアレクサンダーのものを思い起こすが、征服が条件だ。日本と朝鮮半島はヨーロッパとアメリカよりずっと近い。古代人の自由な行動範囲内であり、往来はずっと頻繁であった。日本という「国家」が成立するのは、以前は5世紀と言われていたが、最近ではもっと遅く6世紀ではないかとも言われている。それが九州だったのか、畿内だったのか、まだ定説はない。しかし、天皇家の古代陵墓が畿内に集中する点から素直に考えれば、日本の国家は畿内で成立したのだろう。

日本人が対外的に「日本」という国名を使い出したのはずっと遅く6世紀の終わりからである。ロックは例えば日本の神話に

ある天皇族の降臨（九州への到来）、神武東征のような事を「軍事的遠征」と想定しているのだろうか。ロックをしてかく書かせた歴史的事実とは何だったのだろうか？

日本の起源については謎が多く、まだ定説がない。日本語を共通言語とするグループ（倭人）が米の生産にまつわる文化を携えて、多分揚子江流域から中国統一の動き等（たとえば秦の始皇帝の時代など）ではじき出され朝鮮半島の南端に移り、一部はそこに小国を経営するが、早く弥生時代初期に九州に入って小国を築いた人々もいたのだろう。朝鮮半島の小国はやがて朝鮮半島北からの勢力にはじき出され(562)支配層（天皇族）は本州の畿内へと移動した、というのが私の思い描く大雑把な日本の起源である。

この倭人が日本列島に統一国家を形成するまでは、幾重にも朝鮮半島からあるいは中国から九州及び本州へ集団移住が行われた。古代人にとって日本という場所は朝鮮半島の延長でしかなかったのだと言える。稲作文化が伝搬するとそれが縄文人を弥生人にかえ、日本語が共通語となった。軍事的征服ははるか後であり、古事記、日本書紀に征服者（天皇族）と原住民の間に言葉の障害があったという記録はない。少なくとも統一国家形成の頃にはもう限定的な人種「倭人」が国家を形成したという意識はなく、倭人の中の支配者として天皇族が倭人を制覇、統一したという権威意識の方が強い。

そしてこの当時から軍事的侵略行為を繰り返したのは、ほかならぬ日本人の側である。「日本書紀」の伝える当時の朝鮮半島南端の日本の植民地「任那」は虚構らしいし、もちろん神皇皇太后の朝鮮侵略も虚構である。日本人が「任那」と呼んだ場所は韓国朝鮮の歴史では弁韓の中に加耶（または加羅）等を含む小国群であり、そこは多分天皇族の祖先の地であったろう。朝鮮語で「任那」は「ニムナ」と読み、「主君の国」という意味になるという。この「任那」が減びたとき（562）「日本書紀」は『新羅が任那の官家を打ち滅ぼした。任那は総称で加羅、安羅等10力国からなる。太子、大臣が血の涙を流して泣いた』と書いている。植民地というより日本の国家そのものの滅亡といった印象の記述である。多分この時天皇族は任那を放棄して日本列島関西へ集団移住をした。韓国朝鮮の歴史から一国家が完全に姿を消すのである。日本という統一国家形成後も百濟滅亡の時などのように朝鮮半島から大量の移住が幾度も

行われている。古代の戸籍簿によればある時期幾内のある地域は8、9割が朝鮮からの渡来人だった。

日本への漢字の導入についてロックは注目するが、当時は読み書きは朝鮮半島からの渡来人の専門職だったから、漢字の伝来それ自体はあまり歴史的に意味があるとは思えない。

朝鮮からの最初の医師について、一体現代の韓国の医学史はどう伝えているのだろうか？ソウル大学の金斗鐘が54年に書いた「韓国医学史」によると、日本の資料を論拠としているらしく、日本での医学史の記述とあまり変わりがない。第8章に、允恭天皇の3年、新羅実聖王3年に日本の天皇の「良医を送って欲しい」という要請で新羅の金波鎮漢紀武（Kum Pa Chin Han Ki Mu、通称金武 Kim Mu）を日本へ送った、とある。「韓国医学史」によると当時すでに朝鮮の医療は中国医学の影響下にあり、したがってこの金武の医療も当然漢方であったと考えられる。以前（第3回）、日本の神話では大国主と少彦名が医療の神であることを紹介した。実はこの2神は皇居の中に「韓神からかみ」として祭られているという。つまり、朝鮮からの渡来神なのである。一方これは高橋副編集長におそわったのだが、日本にはもう一柱、医療の神がいた。天日槍（あめのひほこ）である。「日本書紀」は天日槍は新羅の王子だった、と書く。つまり日本の医療の神様はすべて朝鮮半島からやってこられた神々ということになる。

恥ずかしいことだが日本人と韓国朝鮮の人達との仲の悪さは世界中の笑い話の種に取り上げられている。人種間の親近憎悪的な偏見の克服は21世紀にもちこされた人類の課題だが、かつて朝鮮半島に「軍事的侵略」を繰り返した「支配した」のはほかならぬ日本人であり、過去隣人につけてしまった瘡の治療は、私達日本人の課題である。

金澤信二郎

伝統東洋医学修士(cum Laude)。NCCAOM 免許取得。目下パシフィック カレッジ オブ オリエンタル メディシンで診断評価学2の助手をしながら、カリフォルニア州の免許に挑戦中。東京教育大学哲学科卒。日本で20年以上テレビのドキュメンタリー番組制作監督。中国伝統医学に興味を持ち、鍼灸と漢方の両方を修学できるアメリカ、サンディエゴに移住。日本の技術を水谷潤治先生、首藤傳明先生に学ぶ。目下日本の伝統漢方薬学に興味を持つ。

指圧の科学的研究

日本指圧専門学校 校長 浪越満都子

指圧は日本の浪越徳治郎によって1912年に創始された。

浪越徳治郎は、香川県多度津に生まれ、7歳の時一家の事情で北海道留寿都に移住した。温暖な地から厳寒の地へ、この気候風土の変化により、母が今でいう多発性関節リウマチになった。

当時の北海道は無医村で注射も薬もなく、兄弟5人は痛む母親の身体をかわるがわるなでたり、さすったり、叩いたり、揉んだり、圧したりしていた。その5人の中でも徳治郎に圧してもらえると痛みが取れて楽になることがわかった。

人間は生まれながらにして頭が痛ければ頭に手をあて、お腹が痛ければお腹に手をあてる。この手をあてる、「手あて」という本能的な方法を科学的に体系づけ、究明したのが指圧である。

指圧のヴァイタルポイントは660点あり、主として筋肉を指圧する。指圧は筋肉のみならず、神経・血管・ホルモン・内臓・骨格にも作用し人間の自然治癒力を喚起させ、疾病の予防と治療に高い効果を上げる。

1940年、浪越徳治郎は病人を救うために日本指圧専門学校を設立し、現在360名の定員をもつ国が認可した伝統ある学校として、西暦2000年には60周年を迎える。

指圧は手指だけを用いて行う治療法であり、決して機械や器具を用いない。また、肘や膝を使わない。指圧は年齢を問わずいつでもどこでも安心して出来て、副作用が無く人体に最も安全な治療法として高い評価を得ている。以下に4回にわたり、「指圧の科学的研究」の一部を紹介する。

Part 1

換気機能と全身指圧

- 肺活量を指標として -

(こり放置に伴う呼吸運動の不可逆的低下)
大塚俊幸

[1]現代人の肺活量は低下していた!

20代から60代の健康な男女20人の測定値の平均は正常値に比べ「マイナス4.6%」だった。

・生理学的にみた原因と分析

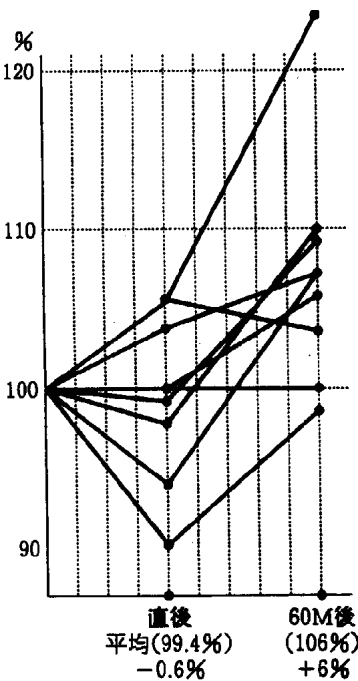
(1) 日常の運動不足による予備呼吸気量

(運動時のための呼吸気容量であり、肺活量3.5のうち3を占有)の低利用に伴う減少

- (2) 上記に伴い呼吸運動自体が機能低下
- (3) ひきつづき、呼気力(原動力は横隔膜及び外肋間筋の弛緩)の減弱、残気量(換気されない肺内空気 正常1)の増大、胸郭の拡張(拳上)拘縮の発生

[2]指圧による肺活量の変動

直前変動値を100%として、60分の全身指圧を行った。直後値はマイナス0.6%(99.4%)、60分後値はプラス6%(106%)だった。(グラフ-1)



・解剖学的にみた指圧効果の分析

6%の肺活量上昇は合計120分の安静後におこった。運動によらず予備呼吸器量が増大したのは、指圧により呼吸運動障害。因子が除去されたと考えられる。

(1) 呼吸運動の神経路

- ・横隔膜路 A延髄呼吸中枢～B頸髄前角細胞～C横隔神経
- ・外肋間路 A延髄呼吸中枢～D胸髄前角細胞～E肋間神経

上記において頸部肩上部の指圧はABの栄養血管である椎骨動脈の圧迫による虚血(神経細胞はわずかな虚血にも弱い)を解消できる。また、肩甲間部、肩甲下部の指圧はDの栄養血管である脊髄動脈の虚血を解消できる。また、CEの圧迫も解消出来ると思われる。(運動神経は圧迫に弱い)

(2) 胸部の拡張拘縮

日常の呼吸運動はほとんど延髄の自発的インパルス発生(心の洞房結節ペースメーカー細胞に類似)による頸胸髄の「反射」による横隔膜外肋間筋の収縮(吸気)弛緩(呼気)で成立する。呼吸運動機能低下はまず呼気(筋は全て弛緩にも血液(ATP)を要する。)を直撃する。つまり、横隔膜下降(収縮したまま弛緩が十分出来ない)及び胸郭拳上拡張(外肋間筋弛緩不足)拘縮が発症する。上記において肩甲間部、肩の下部、胸部の指圧は胸椎と肋骨との関節(胸肋関節)を矯正し、かつ肋軟骨の骨化予防も出来る。

[3]肺活量低下症状の放置

- (1) 日常から呼吸補助筋(斜角筋他)により代償させるため、それらはひどく硬結する。
- (2) 肺胞の拡張変性(肺気腫)を進行させる要因の一つになる。
- (3) 80歳男子は肺活量1.7 残気量2.8であり、原因疾患は慢性肺気腫症と考えられる。これは早期予防の実行により軽減が期待できる。

浪越満都子

1974年、日本指圧専門学校卒業。その後、同校教員、副校長等を歴任し、1998年4月より日本指圧専門学校校長に就任。浪越徳治郎氏長男、浪越徹氏婦人。現在、TBSテレビ「おはようクジラ」に出演。「指圧で美しいからだをつくる」「からだの痛みがとれる本」などの著者として、指圧を広く指導する。

大塚俊幸

1958年生まれ。1997年3月、日本指圧専門学校卒業。現在、日本指圧専門学校教員。

療

打鍼法の実験 (Part 1)

高橋英生

人の腹は身体の中でも敏感で、無意識のうちに防衛的になる部分である。その腹にあえて大鍼を立て、小槌で叩き皮下に打入するという鍼法がある。打鍼法である。患者にしてみれば、自分の敏感な腹に鍼師が大鍼を立て、他方の手で小槌を持っているのを見れば、少なからず恐怖感を持つであろう。それでもこれは日本で盛んに行なわれた鍼法で、日本独自のものである。先哲は奇妙な治療法を思い立たれたものである。

打鍼法の創始者が誰なのかは定かではないらしいが、この鍼法を専門に解説した唯一の古典は鍼道秘訣集として現存する。この書は夢分流打鍼法の解説書で、そこには夢分流が始まった逸話を序文の冒頭で紹介している。禅宗の僧御園夢分斎(16世紀初頭の人)が自分の母の重い病を嘆き、最初は当時の高名な医師に捻鍼法を習って朝夕母を治療したが効果なく、工夫を凝らし思案したのち、打鍼をしたところ効験を得たとある⁽¹⁾。■

打鍼法と考えると、靈験あらたかで期待させるものがある。

打鍼法の特徴は、小槌で鍼を打入するという刺鍼技術的なもの他に、経穴のみを意識せず、腹壁に現れた反応(腹部を按じたときに触知できる緊張感)を対象とする単純な治療方針にある。反応部は経穴のような点とは限らず、むしろある程度の広がりをもった面として出てくることが多い。これを鍼道秘訣集の中では「邪」または「邪氣」として表現していて(図1)、これを取り除くことに焦点を当てている。また夢分流では独自の腹診法を編み出し、腹部に臟腑配当がなされ、腹部のみを直接施術し、身体の中の何処に症状があろうと、その病の根本を腹に求めて解決しようとする。単純明快な治療法である。経穴のみに拘らないこと、腹診をして腹部が治療の中心となること、小槌による振動刺激を利用していることを考えると、本法は極めて日本的な鍼法といえる。(振動刺激に関しては私見である。本誌2号の拙文を参照されたい。)

私も好奇心から打鍼法を自分の治療に応用して6年になる。この間自分の能力に限界を感じたり、治療道具が思うように出来なかつたりして幾度も中断したが、未だにあきらめ切れず続けている。今でも続けて

いるのは、この鍼法に何か不思議な魅力があり、自分の治療表現として感覚が合うからだと思う。今回からは打鍼法による私の体験について書いてみたい。

打鍼法との出会い

初めて打鍼法を見たのは、まだ私が鍼灸の学生のころで、私が助手として働いていた鍼灸院の先輩の一人が、患者に打鍼しているを見たときである。先輩は美しい小槌を右手で握り、左手で支えた銀の大鍼の鍼柄頭に軽く打ち付けていた。この小槌は芸術作品ともいえるような代物で、打鍼法を発掘しその権威的存在でもある藤本蓮風先生が、仏壇製作者に作らせたものだと聞いた。黒檀で出来ていて、深い光沢をもった手触りの良い見事なものであったのを憶えている。また銀の大鍼も、適度な重みがあり、卵形の鍼尖を持っていた。しかし打鍼法を始めて目にしたときは、見たこともない道具がとても印象的ではあったが、効果のほどは解らなかつた。道具は美しいが、何か骨董趣味のようで、果たしてこのような治療法にどんな効果があるのだろうかと思わせた。

実際に治療を受けてみれば、痛みを感じることはなく、むしろ心地の良い刺激であることが解った。その時は、卵形鍼尖の大鍼で打鍼法を受けた。これは大鍼というよりも言わばティ鍼の鍼尖を丸く卵形に研い

だような形をしていた。この鍼は、打ち付けることによって腹部を振動させるもので、刺入が目的ではなかつた。(この他に実際に刺入する大鍼がある)ただ打鍼による振動刺激も腹壁には優しいものであったが、しばらく打たれ続けていると、腹中深く内臓にこたえるものがあった。何か不思議な刺激を与える鍼法であった。ただこのこたえる感じは直接に内臓を振動させて感じているのか、腹壁の反応点に刺激を受けて感じているのか解らなかつた。何方にせよ見た目よりも、浸透性のある深い刺激を受けることが体験できたのを憶えている。

打鍼法の効用

捻鍼法には無い打鍼法の効用は、何といてもこの独特の振動刺激によるところが大きい。振動することで刺激が深い組織にまで浸透していくため、実際に刺入しても浅刺するだけでことが足りる。鍼灸重宝記にも「打針はふかく刺すことなかれ」、「打針はふとくして槌にてうつゆへ栄衛をうごかし骨髓へ徹ゆる理なり」とあり⁽²⁾、浅刺の重要性と刺激の浸透性を唱えている。浅刺は内臓を傷つけるのを恐れて言っていることも考えられるが、振動刺激を使う場合は、深刺の必要がないのである。

また腹壁の緊張部位が強く硬縮して硬結となっている場合は、実際に鍼尖がそこに届かない方がよいことも多い。硬結によっては刺入すれば、激痛を伴うことがあるからである。鍼尖が硬結部位に届く少し手前で深度を保ちながら、辛抱強く叩打し続ける。振動はそれでも硬結に伝わっている。そのあと硬結を再び按じて見ると、少し緩んできているのが触知できる。この時点で、その硬結への治療を終了し深追いをしない。何か靴の上から足を搔くような方法ではあるが、これで十分な場合が多い。このように振動刺激には浸透性があり、腹壁の緊張部位を程よく緩和させる。

打鍼法の道具

1.用鍼

前述の卵形鍼尖の他にも、鍼体が鍼尖に向かって徐々に細く研がれ、鍼尖が鋭利になったスリオロシ形の大鍼を使うこともある。この鍼を使用するときは、実際に浅く刺入するものであるが、最初に打鍼を見たときは、治療を受ける機会はなかつた。こちらの方は強い刺入痛が伴う様な気がして、当時は余り興味も持たなかつた。しかしスリオロシ形の大鍼の方こそ、打鍼法では一般的に知られていて、昔から伝わるものであることが後



から解った。夢分の末流を名乗る本郷正豊の鍼灸重宝記にも打鍼(ウチバリ)と称して打鍼用の鍼の図があるが、それもスリオロシ型になっている。(図2)

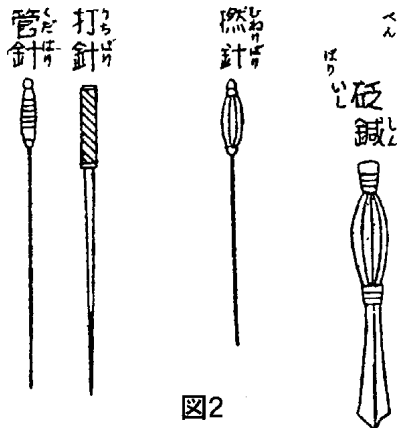


図2

スリオロシ型の大鍼は、以前本誌のスティープン・ブラウン氏に見せて頂いたことがある。これはブラウン氏が馬場白光先生より、小槌と共に拝領したものと聞いた。鍼は金で出来ていて、確かに鍼体が鍼尖に向かって長細い円錐形に研がれていた。小槌の方は、前述の藤本蓮風先生のものよりも小さく、軽く作られていた。これらの鍼と槌は、昔の打鍼道具を忠実に再現したものに見えた。このような大鍼を打入する場合は、鍼尖が絶えず研がれていなければだめである。衛生規定のきびしい昨今では、同じ鍼を研いで幾度も再生使用するという事は不可能である。ブラウン氏も研究材料として持っておられたようで、実際の臨床には使われていなかったようである。

現在私は、このスリオロシ形の大鍼の代用として、イトウのディスポーサブル鍼(寸三、8番)を使っている。鍼柄もステンレスで出来ていて、槌で打つ感触もよく、また使い捨てのため衛生管理もしやすいが、これには色々難がある。まずスリオロシ形の大鍼は、鍼柄に近づくにつれてかなり太くなっており(直径約2ミリ)、槌で叩いたときの振動を鍼尖に伝えやすいが、普通の毫鍼では細すぎて困難である。ディスボ鍼のなかで一番太い18番鍼を使っているが、それでもまだ物足りない。次に、鍼体の全部が同じ太さになっているのが普通の毫鍼で、それでは叩打刺入するときに抵抗が少なく、容易に鍼が進み、必要以上に深く入ってしまう傾向がある。打鍼ではほとんど浅刺で行うので、押し手で鍼をしっかり留めておく必要がある。また強く留め過ぎると、今度は振動が伝わらなくなる。痛し痒しである。このように太いディスボ鍼での代用は妥協する点も多いが、それを

使うことが衛生規定によって義務づけられている以上は、やむを得ないことである。

2.小槌

昔はこれを象牙や硬い材質の木で作り、槌の部分に鉛を入れて重さを適度に調節していたらしい。また柄の部分がくりぬきになっていて、そこに鍼をはめ込み、持ち運びしていた。鍼も小槌も自分の手に合うものを作っていたようで、標準というものが無く、形、大きさ、材質も異なったものが多く見られる。

私は小槌の第一号を作ったのは、カナダに移住してからのことで、図や写真をもとに自分で図面を引き、高級家具を製造する職人に依頼して作ってもらった。自分の手の一部になることを願って作った道具であったが、家具職人に自分の意図としていところが上手く伝わらず、失敗作となった。彼は最高のマホガニー材を選び、その木目の美しさを上手く出しながら形を削り、観賞する芸術作品のように仕上げられた。毎日使う道具であるから美しいことも大切であるが、道具は使い易さが命である。小槌が使い易いと感じるのは槌の部分の大きさ、重さと、柄の部分の太さ、長さのバランスがとれた時である。家具職人の作った小槌は、槌の部分にいれた真鍮が重すぎ、また柄の槌に接着する部分が少しねじれていて全くバランスが取れなかった。現在ではこの小槌は使用していないが、よい勉強になったと思っている。

その後私の患者の中で、精密な木工細工をする人がいて、その人に依頼して、それぞれ重さと材質の異なった小槌を4本作ってもらった。(図3)

わざわざ槌の中には異なった重さの鉛を入れてもらったが、意外にも、打鍼を使えば使うほど、軽い小槌の方が使い易く感じている。特に打鍼で浅刺する場合は、一番軽い小

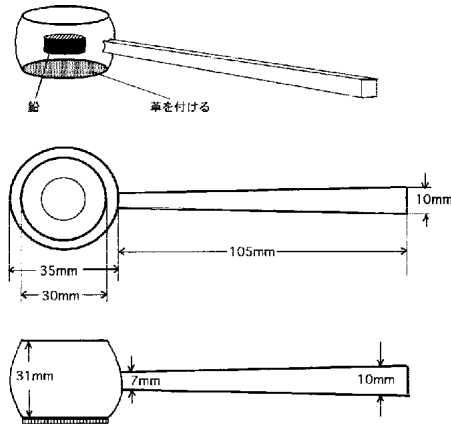


図3 小槌

槌でもまだ重すぎて、自分で新たにもっと小さく鉛のついていない小槌を作った。

軽いほうが使いやすい理由は、打鍼の場合、鍼を打入している時の患者の身体からの反応を、押し手よりも小槌で打つ感触を通して捕らえているからである。前述の鍼灸重宝記にも「針入ること一分ほどにして槌に手応えあり」としている(3)。■使うと、この手応えが槌に感じられないのである。同書の「打鍼之圖」には、薄くて軽そうな小槌の絵が描かれているのも納得できる。(図4)

圖之鍼打

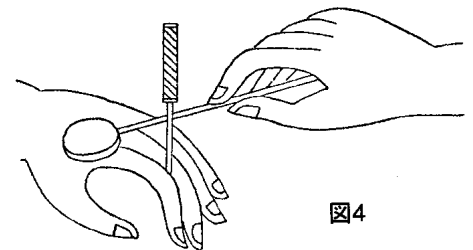


図4

まとめ

本稿の意図とするところは、打鍼法を未だ試されておられない諸氏に、一般的な情報を提供することにあつた。打鍼法の原理は大鍼を如何に振動させるかにあつて、刺入することではない。打鍼の道具について紙面の多くを割いたが、良い振動をつくるにはよい道具が不可欠であると信じるからである。次号では症例を用いて、本法による私の臨床経験について書くことにする。

参考文献

- (1) 藤本蓮風 『弁釈鍼道秘訣集』 p.11 自然社 1977
- (2) 本郷正豊 『鍼灸重宝記』 (1718) p.5 医道の日本社 1959
- (3) 同上 p.6

高橋英生

1984年京都外国語大学を卒業、1987年には関西鍼灸専門学校を卒業し指圧、鍼灸の免許を取得。大阪にある新井病院で鍼灸師として勤務し、後に松本診療所で主任鍼灸師を務める。1989年にはトロントに移りトロント指圧センターで指圧と鍼灸治療に従事する。1992年バンクーバーに移り開業する。

実際の灸療法-14

水谷潤治

患者の高齢化と灸療
はじめに

トロントからバンクーバーに移り、治療を開始してから既に6年が経過した。そしてこの6年間に患者の年齢層が大幅に変化した。

その一部を簡単に記してみると、1998年8月に治療した患者164名のうちシニアシチズン（65歳以上）は77名である。これは8月一ヶ月間の患者総数の47%に当たる。これら77名のうち18名は80歳を越えていて、この患者たちの全体に対する比率は11%になる。

というようなわけで、私の鍼灸治療も明らかに高齢化社会の波にもまれた。これはバンクーバーという季候の良い土地柄でシニアシチズンが多いためでもあるが、この土地で鍼灸が広く大衆に支持されてきたことをも示すものであり、治療家としては嬉しい現象である。

しかし、この様に患者の年齢層が高くなってくると、治療を施す者もそれに対応して治療をすすめるなければならない。そこで最近、高齢者の治療で気がついたことをまず述べ、その後で治験例を述べる。

治療方法について

高齢者の治療においては、まず第一に患者の体力に合わせた治療を心がける。症状は実、例えば栄養状態が良くてこりの強いような患者でも、一般に年齢が高くなると体力は下がる。このような患者には鍼治療も大いに使うが、体力を強化するためには灸が自然に多くなる。虚証の症状、例えば、病後や冷え症があって虚弱体質のような体力も落ちている患者になるとこれは必然的に灸療ということになる。ちなみに上記の77名の患者のうち、灸療だけか又は灸療とその他の療法を組み合わせ治療している患者は76名で、1名のみが指圧だけの治療である。

いままでも書いてきたが、灸の利点は血液の循環や血液の機能を強化して、組織を再生させるのを大いに助けるということに尽きる。退行した組織や機能を回復させることができるのである。つまり「若返り効果」が大ということである。この様な効果が出る薬はどこにもないので、灸は高齢

者に最適といえる。

一般的にいて、人間の組織や機能は35歳ぐらいを境にして退行してゆく。65歳の人と35歳の人では身体の活性がかなり違うはずで、同じ病気にかかっても若くてがっしりしている患者は早く治るが、高齢の瘦せてよぼよぼしているような患者は治りが悪い。若い人ならば抗生物質で細菌を殺してしまえば、後は身体が勝手に病気を治してゆく。しかし高齢者はそうはいかない。細菌だけを殺してみても体力に底力がないから回復が遅れてくるのである。その上抗生物質が自然治癒力をおさえる方に働いてしまう。そこで、身体の活性を高めることが、高齢者の治療として要求される。つまり、灸の「若返り効果」がものをいうのである。

余談になってしまったが、私は体力のある患者は鍼又は指圧と灸併用の治療をし、体力のないものは灸療のみとする。微熱があっても灸療は差し支えない。38度ぐらいの熱でも足三里や大椎は灸をすえる。要は患者の体力をみて、それにふさわしい刺激量であれば灸療は差し支えないし、もちろん医薬品との併用も問題ないのである。

しかしながら、体力と刺激量の関係を一回目の治療で適切に決定するのは難しいから、特に高齢者の場合は最初は少な目（50%ぐらいの）に始める。これは瞑眩を極力避けるためである。瞑眩は若い人では3日もあれば回復するが、高齢者になると長引いて一ヶ月も具合の悪いことがあり、この期間の損失は瞑眩というよりも逆治ということになってしまう。

高齢者の灸療の場合、治療回数は多ければ多い程良い。1日一回で1ヶ月半を目安にしている。この目安は症状の緩解という意味で、体力をつけ生活機能を向上させるには3ヶ月、6ヶ月と続けるのである。痛みの強いときなどは1日二回施灸というときもある。施灸量は前回紹介のミニ焼灼灸半米粒大3～5壮もしくは半米粒大3壮ぐらいが適量と思われる。ツボの数は局所治療の場合は部位によって3点から10点が適当と思われるが、全身治療をしてどうしても体力をつけなければならない患者は沢田流の太極療法（NAJOM Vol.5 No.13 p7-p8）に準じた取穴に局所治療の取穴が加わる。

私の灸療はこの様なものであるから、自宅施灸が主になり1～2週間に一度来院してもらい灸点をチェックしたり施灸量を変更したりする。自宅施灸の場合、背部や腰部

の灸をするには家族の協力が必要になるので、出来る限り患者自身や家族に灸の必要性を説明をして納得してもらい、ミニ焼灼灸のやり方を指導して、私のところで実際に練習をしてもらうようにしている。それで最初の治療は、家族同伴で家族の人に私の治療法を見学してもらいながら説明をし、少しずつ私の手伝いをするようにしむけ、灸のすえ方のコツを教える。

そして自宅施灸を開始するのであるが、必ず注意しておくことがある。それは「私が施灸すると熱さが少なく快適であるが、初心者が初めてすえるときは極めて熱い」と言うことである。この点をかなり強調しておかないと、自宅ですえたときに夫婦喧嘩の原因になり、家でのお灸が続かないことになって元も子も無くすことになる。

治験例1

69歳の女性。1995年の5月より腰痛で指圧治療をしていた。体力旺盛でボランティアでクッキングをよくする。2週間に1度の指圧で腰痛はほとんど問題が出なくなったが、指圧が好きでその後も続けていた。

1997年1月に右膝の上下が痛いといってきた。椅子に座って立つときに痛みが出るという。その後1週間ほど旅行に行き帰ってきたときには、膝の周りがだいたい腫れて熱感があった。痛くて歩けないほどではないが、オステオアースライティスの初期である。それでも2月3日に来院したときには、灸を嫌がるので、指圧治療だけをした。

2月14日に来院したときには、痛みがかなり強く歩行も困難になっていたので、自宅灸をするように説得して、取穴・施灸しながら灸の要領を教えた。（図-1）7

2月21日、痛み大幅に緩和。

2月28日、階段が下りられるようになった。腫れは70～75%引いている。

3月7日、腫れは残り15%になった。

3月17日、痛み・腫れ共無し。自宅灸中止。

その後、ときどき膝が痛むが、そのつど来院時に私が灸をすえることが5-6回あったが、現在は全く完治したと

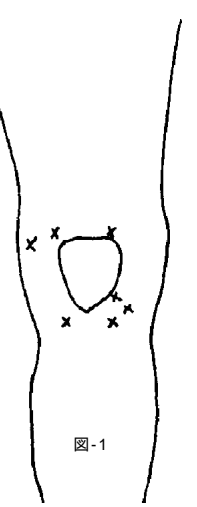


図-1

その後、1998年5月にこの女性は右小趾にマメがあって、ゴルフなどするとき痛くてたまらないというので、直接灸を米粒大で毎日5壮すえさせた。2週間に一度来院するときにはそれが硬くなっているの、指圧した後ナイフで削ってやった。4回ほど削って、6月の終わりにはマメはほとんどなくなってしまった。

治験例2

88歳の女性。1997年9月25日に来院。主訴は1996年9月頃より右手にしびれと痛みが出て、指の屈伸が出来なくなった。右肩の運動痛もあり、右足もしびれ、足首に痛みがあって歩行が著しく困難になっている。ヨチヨチ歩きで5メートル進むのに30秒ぐらいかかってしまう。衣服の脱着にも不自由をしている。耳が遠く、会話が不自由であるが頭はシャープである。

最初診たときには、体力が著しく落ち込み、これで風邪でも引き肺炎でも起こせば命が危ないであろうというぐらいに思えた。

少し不安になったが、会話の内容がハッキリしているのが良い印象をなので、とにかく灸を続けるという約束で、週一回私がハウスコールをすることになった。

灸は太極療法をベースに圧痛点をつけ加えた。(図-2) 壮数はゴマ粒大で3壮とし

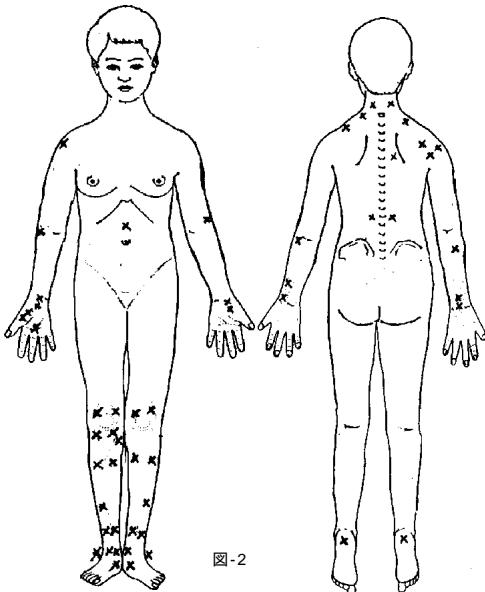


図-2

たが、3週間後ぐらいにゴマ粒大5壮に増やした。その時点で施灸時間はほぼ小1時間になっていた。

毎週1回なのでどれくらい時間がかかるものか予測がつかなかったが、とにかく本人がギブアップしないうちは死に水をとってやる

つもりで臨んだ。この女性は主人と死に別れ、子供もいないので遠い親戚が所有する家の2階に一人暮らしであったが、身体が少しでも動くうちは絶対に人の世話にならないという強い信念で生活をしていたので、少しでも助けになればと思っていた。

3月の終わり頃、ちょうど25回目ぐらいの治療の時、1階から2階に上がるのに要する時間を計ってみた。以前は2分以上かかって階段を一段ずつよじ登っていたのが、1分ぐらいになった。そして歩く速度が前に比べると倍ぐらいに早くなってきた。

5月になって、驚いたことに自分一人で70メートル離れた角のストアまで外出するようになった。この頃には痺れる、痛いという言葉が出なくなっていた。そして6月には目の治療、7月には歯の治療に行くなど気力も出てきた。

8月になって、右の手指が完全に屈伸できるようになって自分で足の爪を切れるようになった。

ちょうど1年がかりで、これなら何とか痛み無く、不自由でも一人で生活していけると安心した矢先、9月9日にものを取ろうとして何かを引いた時にバランスを失って転倒し、右肩甲骨にひびが入ってしまった。痛みがひどく肩関節の運動は全く出来ない。肩から腕関節まで、内出血でパンパンに腫れたが、肘関節は少し動かせる。

この人はそれでもあきらめずに灸は継続したいというので、肩関節周辺や肘の周辺の腫れたところに灸点を多く取り、各点に灸1壮を3度してあげたところ、9月23日には腫れが50%ぐらいに引いていて肩関節が20度ぐらい動くようになった。

本人は後2~3週間の辛抱だと、大いに希望を持っている。

症例3

男性94歳。1998年7月28日に貧血のような状態で気を失いかけて転倒したおり、左腰を強打した。その直後に痛みが強くて寝たきり状態になった。

7月30日に家族が連れ添って来院した。あまり痛みが強いの、X線もかけられないほど運動制限が出ている。毎日出ている便がこのところ出ないので、本人は死にそうな気分になっていると家族の説明である。

脈は洪大、腹は板のようになっている。耳は遠いが、意識はハッキリしている。

治療は伏臥で#3、1.6寸の鍼で浅く置鍼した。(図-3)置鍼時間は10分。その後灸を丸印のところに半米粒大で20壮施灸。こ

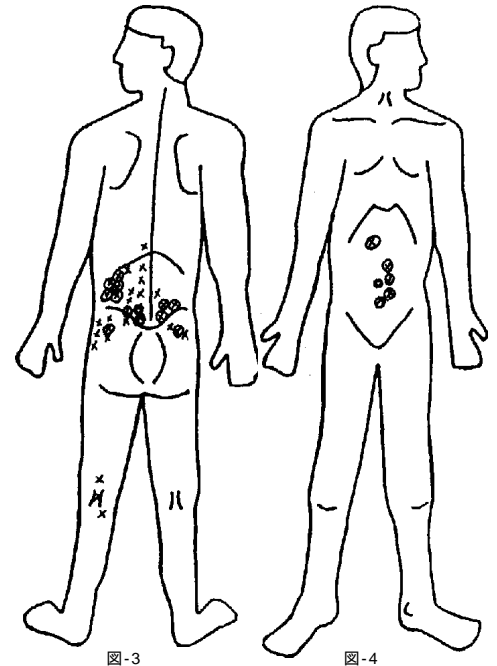


図-3

図-4

れで痛みが減ったので背臥で腹部に置鍼と灸(半米粒大で10壮)をして終わりにした。(図-4)

便秘に対して、桂枝加芍薬大黃湯¹を2日間だした。

終わったときには、痛みが随分と軽くなりサット歩き出したので家族も安心して家につれて帰った。その日は痛まなかったの、家に帰ってから今までたまっていた片づけものを午後中したところ、翌日痛みがぶり返してまた寝たきり状態になった。

8月1日、8月2日、8月3日、と連続3日間治療したが痛みに変化無し、食欲も全くなし、座ると痛みが出るので寝たきり状態も変わらなかった。ただ、8月3日には座薬を使って久しぶりに排便出来たので気分が少し良くなった。8月2日より小建中湯に人参3グラム²を加えて服用を始める。

8月5日、脈洪大緊。灸を多く使って治療する。家族に頼んで自宅施灸を開始する。灸点は図-5の通り。

8月7日、洪脈が緩んできた。又腹部に弾力が出てきた。この日より4日間自然排便があったので、本人は少し機嫌が良くなってきた。食欲も出て、玄米を食べ始めた。

8月10日、左坐骨神経に添って圧痛が出現する。まだ座れないので寝て食事をしている。白環俞、会陽の付近に灸点4点追加、又上仙穴も追加する。

8月13日、立ち上がるときにひどい痛みが出る。運動痛もひどい。三焦俞、腎俞の骨際に灸点追加。

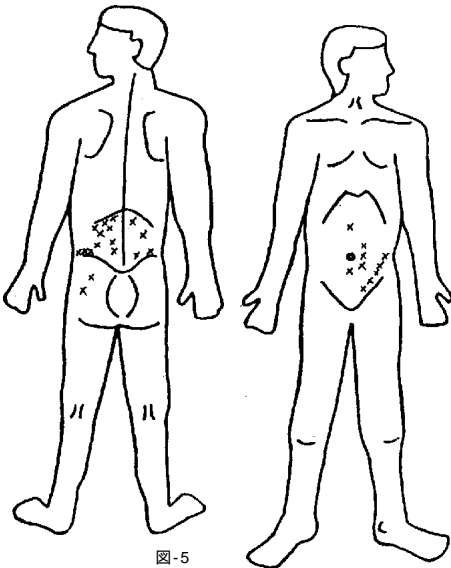


図-5

8月18日、圧痛点が減少してきた。痛みがましという。

8月28日、歩く速度が驚くほど良くなっている。足寒府と三陰交に灸点を追加。

9月12日、痛み止めの座薬を使用して、ウォーカーを使えば2時間ほど歩けるといふ。圧痛は無くなって、腰の周りが凝った感じになってきたという。浅い置鍼と灸の治療。治療点は腰の両側に均等に求められた。(図-6)

9月17日には座薬を取らないで2時間の散歩が出来るようになり、9月24日には杖のみで2時間ぐらゐ歩けるようになった。そして、右小指の痺れ、咳や後鼻腔からの鼻汁の過剰分泌を訴えているが、腰の痛みはなく座って家族と食事できるようになった。排便も1日1行と順調で安定した。

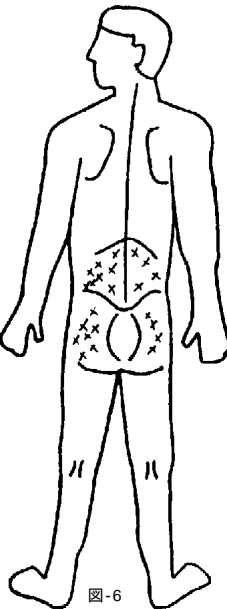


図-6

終わりに

症例1は、自分で灸をして膝の関節炎や足のマメを克服した例である。内科の病変が無く、手足の運動器系の問題だけならば、灸だけで自分でほとんど対処できるという例である。

症例2は、88歳という高齢でしかも全身の状態が悪かった患者が、週1回の長期に渡る施灸により日常生活に復帰できるとこ

ろまでに回復した例である。

症例3は、家族の毎日の施灸が、ほとんど寝たきり状態で起きられなかった高齢患者を日常生活に復帰させた例である。この例では家族全員が交代で施灸に協力している。

どの例を取ってみても、灸療は気長に施灸していると現代医薬の及ばない素晴らしい効果をだすことを証明している。特に症例2、症例3は現代医学では不可能と思えるような回復を短期間に実現した。灸療は薬を飲むのと違って時間がかかるが薬づけ人間を製造しない。そのうえ家庭で行える安全で安価な療法であり、治療だけでなく、老化防止にも役に立つものであるから、既に始まっている高齢化社会の在宅ケアの主力になるものと私は信じている。

参考

1. 桂枝加芍薬大黃湯 桂枝4g、大棗4g、芍薬6g、甘草2g、乾姜1g、大黃1g
2. 小建中湯加人參 桂枝4g、大棗4g、芍薬6g、甘草2g、乾姜1g、人參3g、膠飴20g

水谷潤治

1983年日本鍼灸理療専門学校を卒業し、日本で指圧、鍼、灸の免許を取得する。1984年にはトロントに移り吉川指圧学校で研究を重ねる。その後、同校並びに指圧スクール・オブ・カナダで東洋医学を教授する。またオンタリオ州指圧協会で、三年間会長を務める。1992年バンクーバーに移り同地で開業、現在に至る。北米東洋医学誌主幹。

医

書評

ピーター・カナキス

『Kampo Treatment for Climacteric Disorders』

Yoshiharu Shibata, M.D. & Jean Wu 著
Paradigm 出版 1997年

最近、伝統中医学を紹介する書籍はよく目にするが、日本の伝統医学の本となると、鍼灸や一般的な診断学のものが中心であった。それゆえ、日本薬草学すなわち漢方が、これ程まで完璧に研究された書物は目新しい。著者は、一般婦人科疾患を土台にして簡明な言葉で漢方を解説しながら、その効力と限界について言及している。

本書は四部に分れて構成され、その他にも付録と用語解説をつけて便宜をはかっている。第一部は漢方の歴史、特に現代医学的な漢方研究の発展経過について述べられている。著者は西洋医にも解るように、現代医学用語を使って漢方を解説すること試み、多大な労力をそれに費やしている。日本では医師として免許された者のみが、漢方を処方でき、その為に本書は実用上の理由から、西洋医学に基づいた解説を行っている。

第二部は漢方医学の理論と治療について、簡単な入門書の形式をとって、日本の診断法、証のたて方、漢方医学の治療上の特質などが織り込まれている。この部はとても明快に解説されていて、漢方の予備知識の無い者でも容易に理解できるようになっている。第三部が本書の特色を発揮しているところで、ここでは婦人科疾患に関する漢方治療について詳細に解説されている。特に、慢性頭痛、骨粗鬆症、のぼせ等の西洋医学では治療し難いものについて、漢方がどう対処するのかについて述べられている。第四部は漢方処方、症状、症候群、配合、禁忌症、適応症などが詳しく分類され掲載されている。その上、北米における漢方薬の卸売り業者まで掲載されている。本書は日本薬草学の研究に興味を持つもの、特に西洋医で自分の治療の幅を広げようとする者には最適の書である。

桑原先生小児鍼法ワークショップ ジェイク・ポール・フラトキン

今年の8月シアトルで桑原浩榮先生の小児鍼の1日講習会が開催されました。

アメリカにおける東洋はり経絡治療の教師として第一人者の桑原先生は、現在ボストンに住んでいます。先生は東洋はりの創立者福島弘道先生の下で5年間修行し、鍼灸を開業して20年目です。その日のワークショップは啓蒙的で情報量も豊富でした。

先生は1日に7名程の子供の患者を治療しますが、先生自身にも4人のお子さんが居て大変忙しい毎日です。先生はおもしろおかしく治療されますので、子供の患者の気持ちを楽しませることが出来ます。

桑原先生は12歳未満の子供に対して鍼を使わない治療をし、その後12歳を過ぎて鍼に馴染んで来ると使います。先生の手法は大阪小児鍼法を使い擦過したり軽く叩いたりします。

小児治療の一般的な手法

大切な事は、子供に対し優しく又遊び気分にさせる雰囲気を作り上げる事です。そうすると治療を最後まで終える事が出来、又楽しい気分で再診に来るようになります。

一般病院の医師の様な険しい目つきでは無しに、親心のこもったまなざしで見ます。別な言葉で言うとパケーションに行っている時の寛いだ目つきが良いそうです。

両親との友好関係を持つことが、治療室で子供に安心感を与えるのに役に立ちます。そして、子供がよく成ってくると自然に親自身が患者となって来院するという特典もあります。

子供にとって最初の2回の通院は負担と成りますが、3回目位からもし治療が無痛

で楽しければ通院するのが待ち遠しく成るので最初の2回の治療は優しく、短く切り上げます。

問診、望診、聞診、

桑原先生は、まず子供や親に対して病状の質問を始め、そして顔色、体形、目、鼻、耳等の光沢形状を見られる。先生のセミナーでは、証のパターンに関連する声の調子や行動について時間をとって説明されました。

肺経のパターンでは、何時もあたりを見回している子は母親を頼りとしている証拠

で、治療者が直視すると泣き出し易いそうです。

腎経パターンでは、怖がり屋さんで声だかに泣き又母親の陰に隠れ様とします。

肝経のパターンは短気で横柄で、時には治療者にむかって唾を吐きかけたりします。

肺経のパターンの子供たちはおとなしく、しっかりしているが、しかし少々内向気味です。

脈診

桑原先生は脈診に出来るだけ重点を置いて居り、実技の時は素早く三本の指で同時に切診をしていました。子供は常に動いているので、脈診は素早く行なわなければ成りません。

脈診では、もし中位が浮あるいは沈ならば一般的に陽虚か陰虚と考えられ、健康な子供の場合、脈はわずかに浮、数で柔らかいので、治療者はこれらを基準にして違いを比べる事が出来ます。後の実技の時、もし脈があいまいか境目がはっきりしないときは重病か深い病状だと述べられた。母子関係の経絡で母経の位置で虚が見られると思っても、子供の場合では実の時が多く、それらは大概相克関係だそうです。たいがいの子供に肝実か脾実が看られ、肝実が肺か脾の証のパターンを表し、脾実の脈は腎の証パターンを示します。

主経絡が虚	従経絡が実
肺	肝
脾	肝
肝	脾又は肺
腎	脾

大人の患者の場合と同様に、脈で治療の有効性を診る事が出来ますので、脈が正常に戻るまで子供は帰宅させません。

打診法

仰向けに寝ている子供のお腹に手掌を置き、片方の手の四本指で鋭く叩打します。悸肋下、上腹部、下腹部に振水音を聞くことが出来ますが、健康な子供にはそれらが無く叩打音は何処も同じ音です。下腹部の振水音は水の滞りを意味し、夜尿症、頭痛、アレルギー、下痢等の疾病を示します。これらのケースでは腹部、下巨虚(St-39)、豊隆(St-40)への指圧が有効で、振水音が片方の場合そちらを治療します。悸肋下の音は肩甲間部の緊張の現われ

で、高い音やきつく張った音は一般的に筋緊張やストレスを表します。そして治療にしがたって平常音に戻ります。

治療器具

本文では詳しく説明しないが、講演の中で桑原先生は九種類の小児鍼を説明されました。基本的には、叩く器具、引っ掻く器具でそのどちらを使うかは余り重要では無く、治療者次第との事です。そして大くの治療家は一〜二個の器具しか使いません。その大多数は瀉法用で、例外的に銀てい針だけは接触鍼として補法に使われます。桑原先生によると多くの小児鍼を持っている利点としては、治療者が使おうを思っている器具を遊び感覚で子供に選ばせる事が出来る点で、これらは桑原先生の優しい治療院という感じを育てるために役に立ちます。

基本的な器具の他に、銀粒を証のパターンにより補法として使い、時には皮内鍼、磁石、お灸も使います。大部分の子供はお灸を恐がりますが、時には乳児に使います。発熱や傷には瀉血をし、時には下痢、夜尿症に吸い玉を中脘(Ren-12)に使うこともあります。

擦過法及び叩打法

小児の大多数の症状は陽実であり、陽経に沿って掻いたり叩いたり的手法で皮膚を通して実の気を散らします。その後、本治法として虚している箇所を銀鍍針で治療します。最初に補法を施す大人の治療と違って、子供はまず実を瀉し虚を補います。まず実を最初に瀉す事は単に落ち着かせるだけでは無く、大部分の自覚症状が陽過多に原因するからです。

擦過(搔く)法は軽く、くすぐったい位の感じを1分間に150回位の手の動きで繰り返します。子供の年齢により治療する動作の巾が変わり、3歳未満は手さばきを短く又それ以上では手さばきの巾を2〜3倍の長さで治療します。

桑原先生は見かけは大きな建築用の釘の様な小里式鍍針を好んで使われます。一方に小さな頭が付いており、他方は凹型で先が細く成った鍼の様に見えるものです。この凹型の所は実際は側面が平らで、ここに中指をそえ、示指と拇指で小里式鍍針をもちます。そして手全体で丁度飛行機が離着陸する時の様に皮膚に接触させては、筆で掃くような動作を繰り返し、他方の手は身体を押さえる為に適当な位置に置いておきます。

力加減は、幼児では非常に軽く、子供には少し力を入れますが絶対に皮膚を傷を付ける様な事が有っては成りません。

小里式鍣針で皮膚を軽くなでている時、鍼を持っている手の薬指と小指は時に患部の皮膚に触って湿ってべとつく感じ、ざらざらして乾いた感じ、温感、冷感等が感じられます。これらの箇所は治療が必要だという、治療しながらの切診にもなります。皮膚が整ってくると、経絡も流れを整えます。

擦過手法は腹部、背部、四肢に行ないます。治療は最初に腹部から始め、とくに両胸下から上腹部の真ん中の線を通り臍の周りを治療、そして患者を座らせた状態で風池(GB-20)、百会(Du-20)、背骨に沿った華佗穴と膀胱経を擦過し、手足の陽経へと移ります。桑原先生は擦過手法には特定方向への手の動きは無いと言われました。

同じ患部を鍣針やバネ式叩打鍼で叩打してもよく、「散らす」と言う意識を持ちながら軽く叩打します。これはざらざらした皮膚や乾いた皮膚の所に非常に有効です。

補法

疾病の主証を決める為、脈診をして補う治療点を選び鍣針を使います(桑原先生は脈の反応を診ながら治療点の確認をしていました)。加療中は鍣針がほんの少し触る程度で、治療者の指を通じて気を治療点そして経絡へと送る様な気持ちを持ちながら行ないます。この補法は5秒以内位で終え、その後すばやく後を閉じます。

鍣針は瀉法にも使い、治療者は治療点から実の気を散らす気持ちで鍼から指に気を集中します。実際には、実の気を吹き出しているイメージで気と動作を集中します。最後に銀粒1~3粒程を補法を確実にするため向こう5日間張り付けます。

奇経八脈病証の主穴に磁石を使う事も出来ます。磁石の南北は脈で決め、ほんの1-2分放置されます。

最後に

桑原先生の小児鍼法はどのような症状にも応用され、5~10分位ですみます。発熱、下痢、風邪等の急病は1回の治療で済み、慢性病に対しては最初の1~3週は週2回の治療、経過が良ければ週1回そして月2回、月1回へと減らして行きます。例えば、この方法で治療すると、小児喘息などでは1年位掛かかりますが、75%に好転が見られます。

桑原先生の注意としては治療が強すぎたり、時間的に長すぎると症状の悪化が見られるので治療は常に優しく、短くとのことです。

救急患者の場合は、症状と脈が一致しないので特に注意が必要です。つまり「重症でも脈が正常な場合」とか「症状が無いのに脈が非常にばらばらな場合」です。そういう時は病院の救急室を一考に入れねばなりません。

桑原先生はワークショップの残り時間を、我々が連れて来た色々な症状を持った患者の治療を見せて呉れました。患者はまずまず健康な子供、重い症状を持った子供、その内1人の子供は末期症状を持った子供でした。先生は治療にあたり深い愛情と同情を示しながら客観的な立場からの加療を見せて下さいました。

先生の一番の懸念は子供の患者が楽に成る事で、そうする事に良くて小さい患者が元気づけられて治療に対して自信を持つのです。先生は小児鍼の治療効果に揺るがない信頼を持っており、先生の永年の治療経験から来る自信が、このワークショップ参加者全員に伝わりました。

ジェイク フラトキン OMD, L.Ac.

ウイスコンシン大学院で中国語、哲学の学位取得後、1975年より韓国式、日本式鍼灸を研究する。北京に於いて漢方薬を研究した。現在コロラド州ボルダー市で開業し、中国漢方、日本の経絡治療、食養生法を合わせて治療をしており、又本紙のレギュラー投稿者。

翻訳：平山恵

投稿募集

NAJOMでは積極的な投稿を期待しています。NAJOMは英語圏に於いて、日本鍼灸の真価を問う絶好の場です。我もと思われる鍼灸・指圧の同人諸兄、一例・症例報告、古典の新しい解釈と応用、診断法等々、奮って投稿して下さい。

投稿は原則として日英両語にてワープロのソフト・ハードコピーでお願いします。(ソフトはアップル・ASCII・MS-DOSのフォーマットで)

NAJOMでは日本語のみの投稿者には英訳のサービスをしております。(400字詰め原稿用紙1枚につき\$20~25の費用がかかります。)

尚、招待原稿以外は、投稿は同人会員に限らせていただきます。

投稿についての問い合わせ、打ち合わせは：高橋(604)736-2519又は
e-mail:najom-t@portal.caまで
NAJOM
896 West King Edward Avenue
Vancouver, B. C. V5Z 2E1
Tel:(604)874-8537
Fax:(604)874-8635
e-mail:najom@portal.ca

北米東洋医学誌
第5巻 第14号(1998年11月)
発行責任者 水谷潤治
編集長 シャーリー・チャン
副編集長 高橋英生
翻訳担当 スティープン・ブラウン
ジョシュア・ラーナー
井上春美 平山恵
小関美加
校正 シャーリー&ベティ・チャン
ピーター・カナキス
ロバート・ハイデン
イラスト 柴田大道
総務部長 市橋宏樹
題字 首藤傳明
レイアウト シャーリー・チャン
コンピューター ダン・倉橋
発行所 896 West King Edward Ave.
Vancouver, B. C. V5Z 2E1
Canada
Phone: (604)874-8537
Fax: (604)874-8635
E-mail: najom@portal.ca

NAJOM Website
www2.portal.ca/ najom/