

第55回 全日本鍼灸学会学術大会(金沢)

シンポジウム

経穴位置決定の基準点を問う
- 例えば大椎について -尾崎昭弘¹⁾、高田外司²⁾、浦山久嗣³⁾、熊本賢三⁴⁾、榎原智美⁴⁾、坂口俊二⁵⁾

- 1) 京都地方会 2) 石川地方会
- 3) 宮城地方会 4) 明治鍼灸大学解剖学教室
- 5) 第二次日本経穴委員会作業部会

要 旨

背部の経穴位置決定の基準とされ、歴史的にも論議が繰り返されてきた「大椎」の経穴位置に焦点を絞りシンポジウムを行った。

シンポジストからは、経穴の位置は、時代や文化と共に治療対象・治療目的・治療用具によって変化していることから、「大椎」の位置が第2頸椎棘突起上部、第6・7頸椎棘突起間、第7頸椎・第1胸椎棘突起間と変遷してきたのも例外ではないとする見解、

背部取穴法の基準点である「大椎」の位置が異なると、臨床的価値が無意味なものになるので第6・7頸椎棘突起間に統一すべきであるとする見解、頸椎のなかで体表臨床学的に重要なのは第6頸椎であり、運動性と脊椎の区分という点では第7頸椎であるが、鍼灸の発達してきた過程を考えると「大椎」の位置は臨床的效果から決めるのが合理的であるとする見解、第7頸椎・第1胸椎棘突起間を国際標準化案として作成しているが、この位置については中国・韓国共に異論がないので現行のままで良いとする見解、が寄せられた。

本シンポジウムでは、統一見解をみるには至らなかったが、「大椎」は臨床的にも重要な意義を有しており、今後検討が必要である。

キーワード：経穴、陶道、大椎、風府、大杼、督脈、脊柱、隆椎

シンポジウムの背景と目的

鍼灸甲乙経(皇甫謐、282年)に各経絡の経穴位置が記載されてから1700年余の歳月が経過した。この間、経穴位置は書き写され、写本として延々と伝承されてきた。しかし、この間の写本には書き写し間違い(?)や解釈の相違(?)と思われるもの、経穴位置の変更、新穴の追加なども散見する。

一方、近年になって東洋医学の国際的な標準化

が、WHOを中心にして進められてきた。経穴についても、不一致な経穴部位が日本、中国、韓国の三カ国に存在することが明らかになり、現在、その不一致部位を三カ国で検討して、国際的な標準化案を作成する作業が進められている。

そこで、本シンポジウムでは「大椎穴」に焦点をあてた。大椎は、背部の経穴位置決定の基準になっている経穴で、歴史的にも繰り返し論議されてきた経緯がある。しかし、前述の三カ国の不-

致経穴にはあげられていない。

大椎は、古来から大きな骨、最も隆起した骨（隆椎）などと考証されている経穴部位であり、その位置は鍼灸甲乙経に「在第一椎陷者中」、千金（要）方には「在第一椎上陷中」、千金翼方には「在一椎上陷中」と記載されている。その後の文献の多くも第一椎の上または一椎の上と記載している。しかし、この第一椎の上という記載の解釈をめぐっては、これまでも第二頸椎の上、第七頸椎の上、第一胸椎の上、などの諸説がある。

現代の国内では、古文献記載の「在第一椎上陷中」を「第一胸椎の上の陷中」と解する説を採用している。しかし、若し原典の記載の意図が第一胸椎の上ではなく、第七頸椎の上を意図しているのであれば今日の背部の督脈経や膀胱経の経穴位置は一椎ずれることになる。また第二頸椎の上、第四頸椎の上、第五頸椎の上などを意図しているという説を採用する場合も、同様に大きくずれることになる。

討論では、シンポジストに大椎の位置の変遷を踏まえた見解、明治以降の大椎の位置を巡る論争の経緯を踏まえた見解、現代の体表解剖学からみた頸部経穴の位置に関する見解、第二次日本経穴委員会作業部会の見解を求め、会場からの質問も受けた。この機会に諸先生方にも是非ご一考を願いたい。

以下は、本シンポジウムで示された各シンポジストの考証や見解である。

・大椎の位置に関する歴史的経緯

宮城地方会 はり・きゅう移山堂 浦山久嗣

1. はじめに

儒教経典『儀礼』少牢饋食礼には、「正脊一、脰脊一、横脊一。短脊一、正脊一、代脊一。皆二骨以並。」という条文がある。これは「司馬」という官職の祭礼での供物の記載であるが、これらは「頸椎、胸椎、腰椎。肋骨前部、肋骨中部、肋骨後部」などを指すとされる。

古代中国文化は、動物の椎骨の構造を正確に理解し、解剖学的知識は人体へも直結していた^{〔注1〕}。

2. 大椎 = 第7頸椎説について

「大椎」の語は『靈枢』にはなく、『素問』に初めて、

欲知背俞、先度其兩乳間、中折之...令其一隅居上、齊脊大椎、兩隅在下。(血氣形志)

大椎上兩傍、各一、凡二穴。^{〔注2〕}(氣穴論)

大椎以下、至尻尾、及傍。十五穴。至臆^{〔注3〕}下凡二十一節、脊椎法也。(氣府論)

灸寒熱之法。先灸項大椎。以年為壯數。(骨空論)

の4例が登場するが、具体的な記述を欠くため位置の推定には周辺資料を考慮する必要がある。

孔穴位置表現における最古の用例は『傷寒論』弁太陽病脈証并治下の、「太陽与少陽併病。頭項強痛、或眩冒、時如結胸、心下痞硬者、当刺大椎^{〔注4〕}第一間・肺俞・肝俞。」および、『甲乙経』卷三・第七の、「大椎、在第一椎上^{〔注5〕}陷者中。」であるが、位置の確定には十分ではなく、『甲乙経』の大椎周辺の孔穴における体表解剖学的表現も、「夾脊肿而起^{〔注6〕}(中膺俞)」「附項内廉(附分)」「肩膊内廉(臆謔)」「入肘^{〔注7〕}間(育門)」など、決定的な内容は見出し難い。

また、『素問』骨空論篇に、「髓空、在腦後三分、在顛際銳骨之下、一在斷基下、一在項後中復骨下。一在脊骨上空、在風府上、脊骨下空在尻骨下空。^{〔注8〕}」とあり、『甲乙経』卷三・第七にも、「腰俞・・・一名髓空・・・在第二十一椎節下間。」とあることから、「髓空(下空)」を仙骨管列孔として椎骨を逆算することで推定が可能となる。しかし、仙椎棘突起の数には個人差があり、癒合して正中仙骨稜となるため、突起の数を何個と看做すかによって位置が異なることとなる。

従って、『肘後方』卷三・第二十一注の、「先灸大椎[在項上大節高起者、其上面一穴耳。]或いは、『外台秘要』卷一・崔氏方の、「大椎、平肩斜、齊高大者是也。仍不得侵項、分取之則非也。上接項骨、下肩脊在椎骨節上是、餘穴尽在節下。」によって、漸く「大椎」を第7頸椎棘突起と同定し得るのである^{〔注9〕}。

3. 大椎 = 第2頸椎説について

『千金方』卷十・第六には、「凡灸瘡者・・・」

従頭項発者、於未発前、預灸大椎尖頭・・・。」とあるが、『甲乙経』巻七の、「傷寒、熱盛煩嘔。大椎主之。」「瘧、脊強互引、惡風時振慄。喉痺、大氣滿喘、胸中鬱鬱身熱、目眩。項強。寒熱、僵仆不能久立、煩滿裏急身不安席。大椎^[注10]主之。」とは明らかに系統が異なり、むしろ骨空論（『甲乙経』巻七・第五にも収録）に通じる。

一方、『靈枢』歳露篇には、「瘧之發以時者…邪客於風府、病循膂而下。…衛氣之行風府、日下一節。二十一日、下至尾底。二十二日、入脊内、注於伏衝之脈、其行九日、出於缺盆之中。^[注11]」とあり、同じく骨度篇にも、「膂骨以下至尾骶、二十一節、長三尺。」とある通り、椎骨が21椎あるという説に基づくことが解る。

骨空論と歳露篇の「風府」が同じものであるとすれば、第2頸椎棘突起こそがその位置に最も相応しく、また、『千金方』が言う「大椎」も「瘧」を主治とする点で「風府」と共通する。ここに「大椎 = 風府 = 第2頸椎」という図式を見出し得る。

さらに、『靈枢』癩狂篇には、「筋癩疾者、身倦攀急大、刺項大經之大杼脈。」とあり、同じく海論篇に、「衝脈者、為十二經之海。其輪上在于大杼。」とある。五乱篇にも、「氣在于頭者、取之天柱・大杼。」という。

これらの「大杼」は、「頭項」や「衝脈」との関係性から「風府」とも近く、同様に「大杼」と「大椎」についても強い関係性が窺われる^[注2,6,12]。

『素問』の4例の「大椎」のうち、血氣形志篇を除く3例は大椎 = 第2頸椎説と矛盾しないことから、恐らく、この説が最も原初的な姿を示していると思われる^[注12]。

4 . 大椎 = 第1胸椎説について

『素問発微』(1588) 氣穴論の馬注には、「今人灸大椎者、俱是項骨高起者、…誤以為大椎而取之。愚、今除項骨三節、則大椎。又數為第一椎。」とあって、『肘後方』以来の大椎 = 第7頸椎説を否定し、体表から触察し得る頸椎棘突起を上から3椎分を除いて「大椎(= 第一椎)」とする方法を提唱している。その後、17世紀末の日本でも、岡本一抱が『医学至要抄』(1699) 巻之上・十四経經

引総論において、

…大椎の見やうは、先椎骨の中にて大椎とおぼしき骨を押して、其の人の首を前後左右へ動かさせて見るなり。…此動かぬ椎を大椎とす。(第11章・5a 01)

…是は二十一椎の中にて第一椎に居るゆへ大椎と云ふなり。大小 形の理にあらず。(第12章・5b 02)

といい、『素問発微』に基づきつつも独自の取穴法を提唱し、大椎 = 第1胸椎説を定着させた。

5 . 近現代の大椎 = 上部頸椎説

近現代においても、大椎 = 第1胸椎説は圧倒的多数を占めるが、上部頸椎の棘突起をもって「大椎」とする説も少数ながら存在する。

足立節教は、「骨度に於いては第五頸椎より尾間骨先端に至るまでを脊骨と称す。第一胸椎を膂骨と称す。骨度に於いては頸椎七箇を認識せり。大椎骨は第一椎なり。第一椎は第五頸椎なり。^[注13]」として大椎 = 第5頸椎説を主張している。

戸田 恵は、「…椎骨の順序を定める基点を第四頸13椎の棘突起にすべきであると推定する。^[注14]」とし、大椎 = 第4頸椎説に基づいた論考をしている。

注目すべきは、木戸正雄が、「第2頸椎がまず大きく触れてくるので、これを第1椎とするのが妥当であると考えている^[注15]」ことであり、『素問』以来の大椎 = 第2頸椎説の臨床応用を実践している。

これらの説の利点は、後頸部に多数の正穴を設置できることと、従来説で言うところの「小腸俞」から「白環俞」までと八髎穴とが重複してしまう不自然さを回避できることであるが、臨床応用においてはまだまだ未知の段階と言わざるを得ない。

6 . まとめ

ツボを意味する「穴」の語は皮静脈の分岐点を示す「屈」に始まるが、治療対象・治療目的・治療用具など、各時代の文化的変遷に伴って様々に変化してきた歴史がある^[注16]。ツボの位置や主治証が、それらの変遷に影響されても全く変化しないと考えるほうが、むしろ不自然であろうし、それ

は「大椎」も例外ではなかった。

ツボへの取り組みは、今後、二方向に集約されると考えられる。一つは国際的なルールに合わせて世界の共通理解を深めようとする流れであり、もう一つはより確実な臨床効果を求めて新たなツボや術式を開発しようとする流れである。

古典の臨床応用は後者に属するが、文献における基礎研究の不振によって成果は芳しくない。約二千年の蓄積から有効な内容を導き出せないのは如何にも残念であり、今後、古典文献における言語学的、歴史学的かつ科学的な基礎研究の興隆を期待したい。

・ 脊柱の解剖学的特性と経穴 特に頸部を中心として

明治鍼灸大学解剖学教室 熊本賢三・榎原智美
1. はじめに

椎骨は椎体間に椎間円板を挟んで上下に連なり脊柱を形成し、前後から見るとほとんど直線状を呈する。側面から見ると、頸部と腰部では前方に、

胸部と仙骨部では後方に彎曲してそれぞれ前面に胸腔と骨盤腔を形成する。

それぞれの椎骨は、第1頸椎～仙骨までの間は椎間関節により連結され、仙椎と尾椎はそれぞれ癒合して仙骨と尾骨になる。さらに、胸椎は肋骨と肋椎関節を形成することにより胸骨を含めて胸郭を形成する。

このため、第1～第10胸椎までの関節可動域は頸椎や腰椎に比べて遙かに小さくなり、第5腰椎と仙骨間は最も可動性が大きくなる。第11, 12胸椎は肋横突関節がなく、椎体の肋骨窩も1対しかないため屈伸運動の可動域は広くなり、第1頸椎と後頭骨は環椎後頭関節により頭蓋全体を載せ、これらは環軸関節により回旋する。

また、椎骨全体は前縦靭帯・後縦靭帯や項靭帯・棘上靭帯などの縦走るベルト状の靭帯により全体が繋ぎとめられ、上下の椎骨は棘間靭帯・横靭帯などの靭帯が張ることにより椎骨の連結は補強される。このような脊柱の構造を基本に、脊柱部における督脈経の経穴の配置について鳥瞰的に

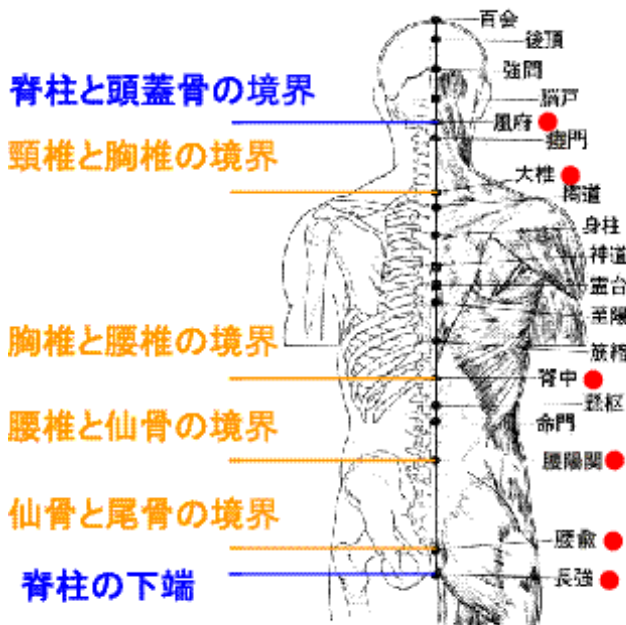


図1 脊柱と経穴(督脈)の位置関係 図は理療科最新経絡経穴学¹⁾より引用

捕らえ、さらに頸部の解剖学的特性をふまえて、大椎穴付近の解剖について解説する。

2. 脊椎の区分と棘突起の位置による経穴配置

脊柱は頸椎、胸椎、腰椎、仙椎（仙骨）および尾椎（尾骨）に区分される。これらの各棘突起間に入る督脈経穴の位置を椎骨の区分に従ってみると、各椎骨区分の境界付近に分布する（図1）。

すなわち、風府穴は後頭骨と頸椎、大椎穴は頸椎と胸椎、脊中穴は胸椎と腰椎、陽関穴は腰椎と仙骨、腰俞穴は仙骨と尾骨の境界そして長強穴は尾骨の下端にあると理解できる。

脊柱は矢上面でS字状の彎曲を示し、頸部と腰部では前弯、胸部と仙尾骨部では後弯している。立位に於いて体表から触知される深さにより棘突起を見ていくと、第7胸椎、仙骨尖、第7頸椎、第2頸椎そして第3腰椎の順となる。

これらの付近には、大椎穴、腰俞穴、腰関穴、命門穴および腰陽穴が位置している。体幹背部の象徴とも言える肩甲骨を指標に取ったとき、上角

の高さは第2胸椎、下角の高さは第7胸椎の棘突起の高さにあり、これらの付近には陶道穴と至陽穴がある（図2）。

経絡、経穴が考えられた時代には、解剖学的知識は十分でなかったにせよ、狩猟や戦いにおいて動物やヒトの死体や損傷部位を見たり、簡単な解剖をしたことは容易に考えられるので、人体の構造についてある程度の理解があり、形態的相違を指標として経穴を配置することもできた。

なお、人体の水平断面はUnited States National Library of Medicineの1986年からの長期計画により達成された正常な男性と女性の人体の完全、詳細かつ三次元表現による解剖学的標本であるThe Visible Human Projectを参照してください。

The Visible Human Project

<http://www.nlm.nih.gov/research/visible/photos.html>

Loyola University Medical Education Network (LUMEN)のVISIT: LUMEN Cross-Sectional Tutorial

<http://www.meddean.luc.edu/lumen/index.html>

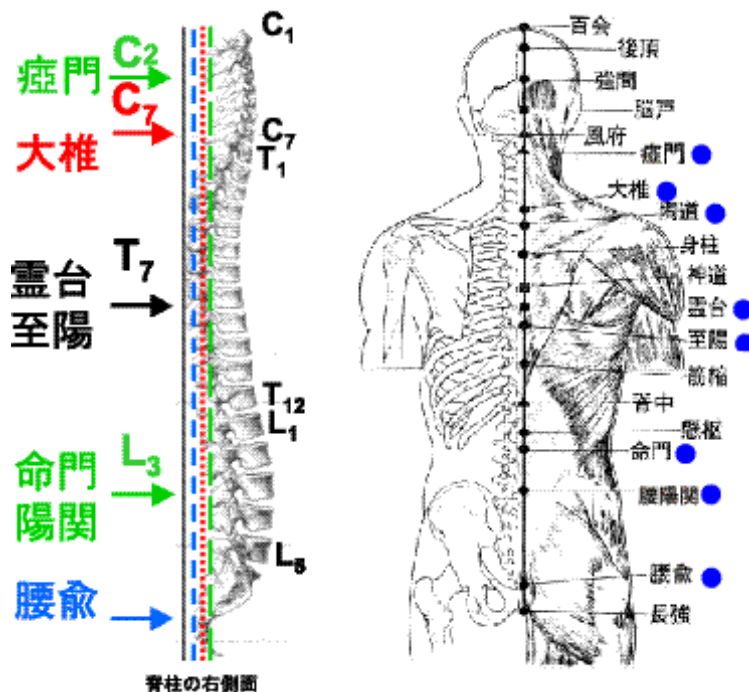


図2 椎骨の棘突起の位置による経穴配置 脊柱の図は分担解剖学¹²⁾より引用

3. 椎骨の可動性からみた経穴配置

椎骨はそれぞれ椎体間に線維軟骨性の椎間円板を介して連なり、椎骨同士は椎間関節により連結されている。

仙骨と尾骨を除いた椎骨の運動は、矢状面での前後への運動（屈伸運動）、前頭面での左右への運動（側屈運動）、さらに水平面での回旋（回旋運動）に分けられるが、実際はこれら3つの運動が組み合わされた複雑な運動を行っている（表1）³⁾。

これらの椎骨の運動を支えているのは、椎体と椎間円板であり、椎体が骨性の剛体、椎間円板が軟骨性の弾性体であることを考えると、各椎骨の可動性は椎体と椎間円板の比率に依存する。すなわち、椎間板の比率の高い頸椎では可動性は大きく、最も低い胸椎では可動性が低い。

また、個々の椎骨の可動性を見ると、屈伸運動では頸椎の可動性が最も大きく、ついで第12胸椎から腰椎となる。これらの可動性の変わるところは、第7頸椎～第1胸椎と第11胸椎～第12胸椎

の間であり、そこには大椎穴と脊中穴が配置されている。

側屈運動では第3～5頸椎での可動性が最も大きく、回旋運動では環軸関節（第1と第2頸椎間）の可動性が最も大きく、次に第2～5頸椎となり、最も回旋性が悪いのは第9胸椎以下の椎骨となる。回旋運動の最も大きな部位には瘰癧門穴があり、回旋運動において可動性が大きく変化する第6～7頸椎と第9～10胸椎の付近にはそれぞれ大椎穴と筋縮穴がある。

解剖学的特徴部位と椎骨の可動性を指標とするだけでも、脊柱上に取穴される督脈経の15穴（長強穴から風府穴）のうち12穴の位置が表示可能となる（図3）。

4. 頸部の解剖学特性と大椎穴

頸椎は他の椎骨と異なり、横突孔を横突起の基部に有し、第6頸椎の横突孔から椎骨動脈が進入して上行する。さらにほとんどの横突起はU字溝状を呈し、肋骨成分より成る前結節と横突起成分

表1. 脊椎間の関節可動域

部 位	屈 伸	側 屈	回 旋
Oc.-C1	4~33°(13°)	4~14°(8°)	0°
C1-C2	2~21(10)	0	22~58(47)
C2-C3	5~23(8)	11~20(10)	6~28(9)
C3-C4	7~38(13)	9~15(11)	10~28(11)
C4-C5	8~39(12)	0~16(11)	10~26(12)
C5-C6	4~34(17)	0~16(8)	8~34(10)
C6-C7	1~29(16)	0~17(7)	6~15(9)
C7-T1	4~17(9)	0~17(4)	5~13(8)
T1-T2	3~5(4)	6(6)	14(9)
T2-T3	3~5(4)	5~7(6)	4~12(8)
T3-T4	2~5(4)	3~7(6)	5~11(8)
T4-T5	2~5(4)	5~6(6)	4~11(8)
T5-T6	3~5(4)	5~6(6)	5~11(8)
T6-T7	2~7(5)	6(6)	4~11(8)
T7-T8	3~8(6)	3~8(6)	4~11(8)
T8-T9	3~8(6)	4~7(6)	6~7(7)
T9-T10	3~8(6)	4~7(6)	3~5(4)
T10-T11	4~14(9)	3~10(7)	2~3(2)
T11-T12	6~20(12)	4~13(9)	2~3(2)
T12-L1	6~20(12)	5~10(8)	2~3(2)
L1-L2	9~16(12)	3~8(6)	<3(2)
L2-L3	11~18(14)	3~9(6)	<3(2)
L3-L4	12~18(15)	5~10(8)	<3(2)
L4-L5	14~21(17)	5~7(6)	<3(2)
L5-S1	18~22(20)	2~3(3)	<3(5)

()は代表的数値

(White et al. 1978)

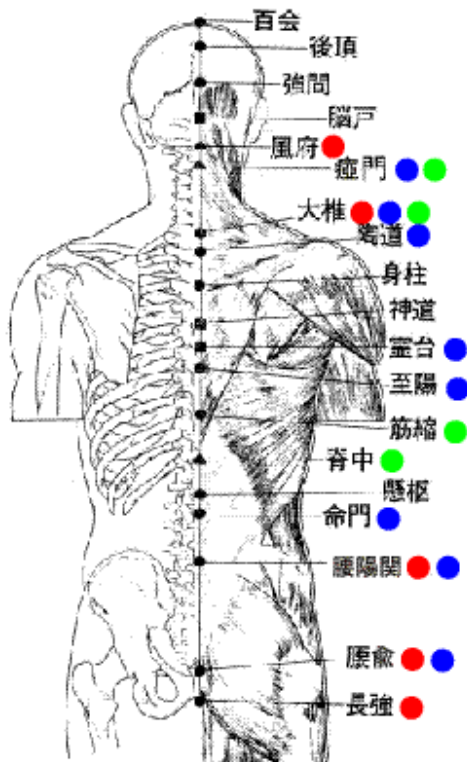


図3 椎骨の解剖学的区分(赤丸)、棘突起の位置(青丸)と椎体の可動性(緑丸)による経穴の位置

より成る後結節より構成される。

また、棘突起の先端は第1と第7頸椎を除いては二分され、項靭帯が付着する。横突起と棘突起には多数の骨格筋が付着して頸椎を動かす。頸椎の椎体は横楕円形で、厚さの小さな骨塊で、上面は左右に上がり(鉤状突起)、下面は前後に下がっている。このような特有の形状を示す椎体間の関節はルシュカ関節とも呼ばれる(図4)。

前者には椎体前面を走行する頭長筋、頸長筋と外側部にある前斜角筋などが付着し、後者には頸腸筋、頸最長筋、中・後斜角筋、頭・頸板状筋、頭半棘筋、肩甲挙筋などが付着している。

環椎の横突起には、上頭斜筋と下頭斜筋が付着する。そして、棘突起には頸・胸半棘筋、頸棘筋、頭最長筋などが付着する。これらの筋は横突起を境に頸部を前屈、後屈そして側屈させる。また、胸鎖乳突筋は頸部の前屈・後屈の両方の運動を行う(これらの筋の詳細については「鍼灸師・柔道

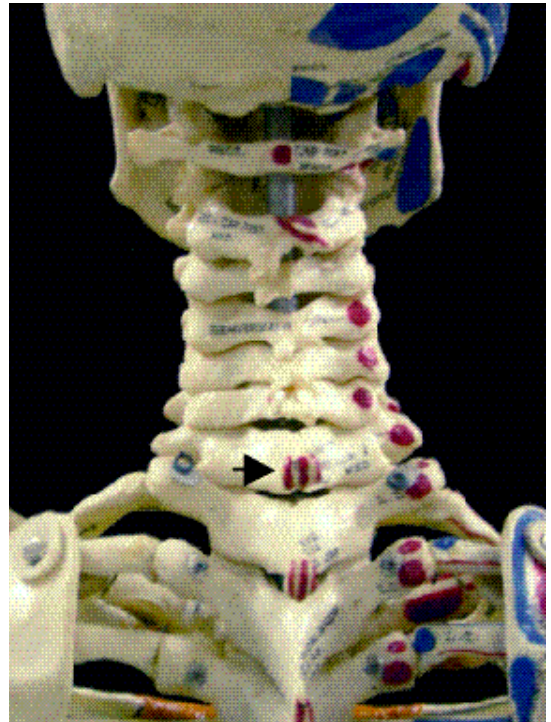


図4 頸椎の後面 矢印は第7頸椎棘突起

整復師のための局所解剖カラーアトラス⁴⁾あるいは次のサイトを参照してください: Net Anatomy <http://www.netanatomy.com>)。

隆椎(vertebra prominens)は、棘突起の先端が丸くなり、頸部下端で最も皮膚から隆起した棘突起を持つ椎骨をいい、この突起には項靭帯が停止する。通常は、第7頸椎が隆椎にあたるが、個人差があり、第6頸椎あるいは第1胸椎の棘突起先端が隆起することもある³⁾(図5)。

項靭帯は、後頭骨の外後頭隆起と頸椎の棘突起尖から第7頸椎棘突起に付着する頑強な膜状靭帯組織で、僧帽筋、頭板状筋や背部深層の筋などの正中部位付着部位でもあり、これらの筋の運動を容易にしている。四足動物で頭部の重たい動物によく発達し、その中に含まれる弾性線維は頭部を引き上げるのに適している。

隆椎は第7頸椎の別称であるが、頭頸部を前屈時に大きく隆起する棘突起は第6,7頸椎あるいは

第1胸椎であるかは決まっていない。隆椎が頸椎か胸椎かは頭頸部を前屈させるよりも、左右に回旋させるほうが判定しやすい。

頸椎の屈曲・伸展ではC₆、C₇の方がC₇、T₁よりも可動域は大きく、回旋性はそれほど差がないが⁴⁾、触診では回旋性の方がはるかに分かりやすい。これは、第1胸椎には第1肋骨と第2肋骨が肋

椎関節を形成するためであり、左右への回旋性が抑制されることによる。

皮膚について見ると、胸鎖乳突筋や肩甲鎖骨三角(大鎖骨上窩)より前方では、皮膚は薄く、皮膚の直下に膜状の広頸筋が広がるため指で容易につまめるが、後方では真皮が厚く、皮下組織が筋膜に強く結合して堅いため、指で挟むとかなり分厚くなる(図6⁵⁾)。後頸部では頭髪が生えるため真皮は密で、毛包が密集し、さらに、正中部の皮下には項靭帯が広く、強く張るために、頸部を前屈させると特有の隆起がある。

項靭帯のため、第2~第6頸椎の棘突起先端は二分しているが、第7頸椎の形状はほとんど第1胸椎に近く、棘突起の先端も丸い。また、第2~第4頸椎の棘突起の先端は二分し、靭帯や筋が付着するため同定しにくい(図7)。

体表解剖学的に第6、7頸椎と第1胸椎のいずれが重要であるかという点、臨床的意味合いも含めると第6頸椎である。つまり、第6頸椎の高さでは輪状軟骨下端から気管が始まり、咽頭が食



図5 頭頸部を前屈して大椎穴付近を見る
*は第7頸椎棘突起、第6頸椎棘突起が最も隆起している例

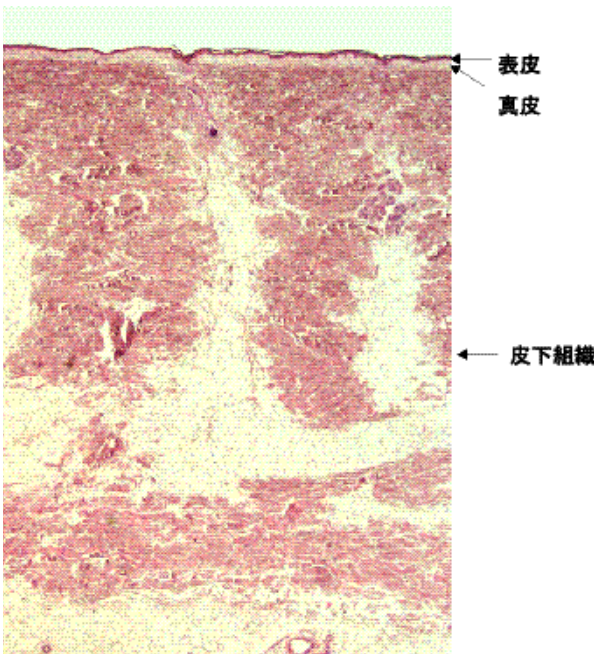


図6 体幹背部の皮膚組織

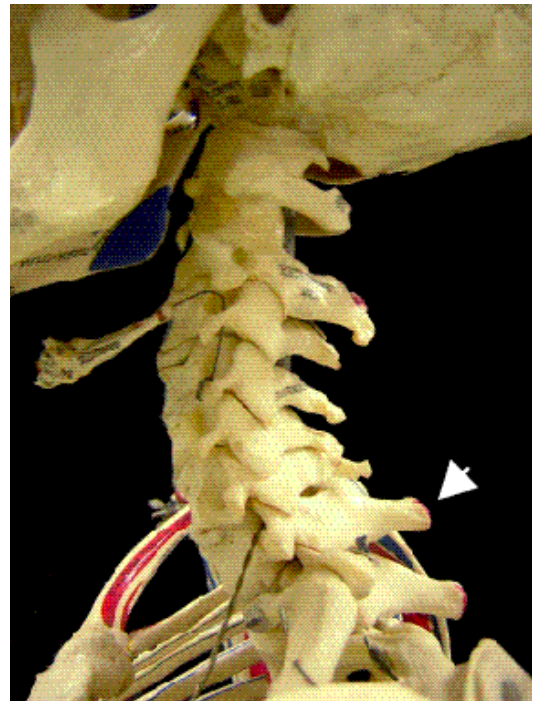


図7 脊柱頸部の左側面 (矢印は第7頸椎棘突起)

表2. 明治以後の大椎穴の位置に関する文献

著書	書籍・論文	刊行年	国別	C4	C5	C7	D1
1 岡本 愛雄	『實習鍼灸科全書』	1900(M33)	日				
2 奥村 三策	『按摩鍼灸学』	1902(M35)	日				
3 松元 四郎平	『鍼灸経穴学』	1911(M44)	日				
4 山本 新悟	『日本鍼灸学教科書』	1913(T2)	日				
5 辰井 文隆	『図解経穴学』	1927(S2)	日				
6 山崎 直文	『最新鍼灸医学教科書』	1929(S4)	日				
7 柳谷 素霊	『大椎骨考』	1934(S9)	日				
8 代田 文誌	「十四経絡図譜の解説」	1937(S12)	日				
9 高橋 大和	「大椎骨と大椎穴に就いて」	1938(S13)	日				
10 足立 節教	「脊柱の骨度に就いて」	1938(S13)	日				
11 駒井 一雄	『経絡経穴学』	1939(S14)	日				
12 代田 文誌	『鍼灸治療基礎学』	1940(S15)	日				
13 柳谷 素霊	『鍼灸医学全書』	1940(S15)	日				
14 本間 祥白	『図解十四経發揮』	1946(S21)	日				
15 朱 璉	『新針灸学』	1954(S29)	中				
16 戸田 恵	「膀胱経の臨床的疑義について」	1955(S30)	日				
17 国分 壯	『最新鍼灸医学』	1956(S31)	日				
18 全国養成施設協会	『漢方概論(経穴編)』	1964(S39)	日				
19 針灸学概要編集	『中国針灸学概要』	1964(S39)	中				
20 上海中医学院編	『針灸学』	1974(S49)	中				
21 竹之内 診佐夫	『鍼灸医学』	1977(S52)	日				
22 経穴学編集委員会	『新経穴学』	1982(S57)	日				
23 木下 晴都・他	『図解東洋医学』	1985(S60)	日				
24 日本経穴委員会	『標準経穴学』	1989(S64)	日				
25 東洋療法学校協会	『経絡経穴概論』	1992(H4)	日				
26 高田 外司	「大椎の解明」	1992(H4)	日				
27 盲学校理療教科用	『基礎理療学』	2002(H14)	日				

道に移行し、椎骨動脈が第6頸椎横突孔に進入し、反回神経が喉頭に入り、圧迫すると頸動脈の拍動が(第6頸椎には頸動脈結節があり、その前を頸動脈鞘が通る)触知でき、頸動脈鞘の深部に中頸交感神経節が位置する。第7頸椎棘突起の先端は体部計測点の頸椎点であり、特に衣類のための採寸に用いられる。

これらのことから、解剖学的に大椎穴の位置を考えると、脊柱全体からすると頸椎と胸椎の間である第7頸椎の下、体表解剖・臨床解剖学的に見れば第6頸椎の下(第7頸椎の上)というのが最も無難な解答かもしれない。ただし、これは大椎穴が第7頸椎付近にあり、解剖学的にどの位置に意味があるかと考えた場合で、経穴の機能については全く考慮していない。鍼灸・経穴が経験医学の上に成り立っていることを考えれば、臨床的效果により経穴の位置を決めるのが最も合理的であろう。

大椎についての検討

石川地方会・高田針灸院 高田外司

1. はじめに

私は学生時代の教科書『漢方概論(経穴編)』⁶⁾ 全国養成施設協会鍼灸部編(1964)で、背部の取穴法は第1椎を第1胸椎棘突起として取穴する指導を受けたが、父親の学んだ『日本鍼灸学教科書』⁷⁾(山本新悟)と『鍼灸治療基礎学』⁸⁾『治験例を主とした針灸治療の実際(上)』⁹⁾(代田文誌)には、大椎骨は隆椎であると推定し第1椎を第7頸椎棘突起としている。学会発表や治験報告で背部の取穴がどちらに従っているか不明では、治験の価値が乏しく信頼性に欠ける。

私は第7頸椎説に従って臨床し、発表の際その事を記載してきた。そこで大椎(第1椎)が第7頸椎棘突起なのか第1胸椎棘突起かを検討し、第7頸椎棘突起にすべきだと主張する。

2. 大椎

『黄帝内経素問』¹⁰⁾ 氣府論篇 59 には、「大椎以下至尻尾及傍十五穴至胝下凡二十一節脊椎法也」と記され、「大椎」を基準点としており、二十一節の第1節であり、大椎を第1節とすることに異論はないものと確信する。

そこで、「大椎 = 第1節」は第7頸椎棘突起か第1胸椎棘突起なのかが問われる。

山崎宗運は『大椎攷』¹¹⁾ (1788) を著し、最も隆起している骨を「大椎」と考証しているのを多留淳文博士と共に見出した。

現在の第7頸椎棘突起は隆椎または頸椎点ともいわれ体表解剖学上、臨床上極めて重要である。古来の「大椎」は、第7頸椎棘突起・隆椎を指すものと思われるが『標準経穴学』¹²⁾ (1989) では第1椎を現在の第1胸椎としている。いかなる根拠に基づくものか。

明治以後の鍼灸経穴書を逐一調査したところ、第一に奥村三策は『按摩鍼灸学』¹³⁾ (1902) において「大椎穴」は第1椎の上とし第6頸椎と第7頸椎棘突起間にしているが、岡本愛雄は『實習鍼灸科全書』¹⁴⁾ (1900) を著し、「大椎穴」は第7頸椎と第1胸椎棘突起の間と記載した。

奥村と同じ位置とするのは、山本新梧『日本鍼灸学教科書』(1913)・代田文誌『鍼灸治療基礎学』(1940)『針灸治療の実際』(1965)の著書であり、松元四郎平『鍼灸経穴学』¹⁵⁾ (1911)・柳谷素霊「大椎骨考」(1934)をはじめ、ほとんどが岡本愛雄と同位置であった(表2)。

小川鼎三は『明治前日本医学史(第1巻)』¹⁶⁾ (1955)において、「大椎は今日の第7頸椎棘突起である」と明示してあるし、DiDio(1967)は白人を対象としたX線の調査によると、最も隆起する棘突起は第7頸椎70%、第6頸椎20%、第1胸椎10%であるとしていることを付記する¹⁷⁾。

3. 大椎周辺の経穴(大杼穴と陶道穴)について

これまでの論争は「大椎」の解釈や取穴法についてであり、視点を変えて大椎周辺の経穴「大杼穴」と「陶道穴」について検討することにより、基準点としての「大椎」が明確になると考える。

「大杼穴」は『鍼灸甲乙経』によると、「大杼在

項第一椎下両傍各一寸五分陷者中」と記載されている。第1椎の形態が横系を通す機織(はたおり)の道具によく似ているので「杼」を採用し(図8)、また第1椎が別名大椎であり「大杼」と命名したとも思える。



図8 はた織の「杼」

よって、大杼穴は第7頸椎棘突起と第1胸椎棘突起間の高さで取穴すべきであり、現在の背2行上で第1・第2胸椎棘突起間の高さではない。

また、金子丑之助の『日本人体解剖学(第1巻)』によれば、「頸椎の最も特有な点は横突起であり、横突起は短くかつ広くて、その上面は脊髄神経を通ずる浅い脊髄神経溝を作るのみならず椎骨動・静脈を通ずる。動脈は第6、静脈は第7頸椎横突起に入る¹⁸⁾」と記載されている。従って、大椎は第7頸椎でないとき動静脈が脊椎に入る重要箇所につボがないことになる。

「陶道穴」は「陶道在大椎節下間督脈足太陽之会俛而取之」と記され、陶にはせともの、かまど、二重に重なっている丘、やきもの、焼き物をつくる等の意味があり、また古代では物体の回転が速いのは「陶鈞(ろくろ)」と考え、陶鈞の回転にたとえて「陶道」と名付けたとの記載もある¹⁹⁾。この説に従えば、第1胸椎は肋骨と接続されて不動であるが、第7頸椎は回施可能である。教科書の背1行上で第1・第2胸椎棘突起間ではそれぞれ肋骨で固定されているので意味をなさない。

陶道穴は大椎節の下間(第7頸椎棘突起と第1胸椎棘突起間)に取穴すべきである。

「大杼穴」と「陶道穴」について検討した結果、「大椎」または「第1椎」は隆椎すなわち「第7頸椎棘突

起"と考えるのが妥当である。

4. まとめ

背部取穴法の基準点は"大椎"または"第1椎"であり、第1胸椎棘突起ではなく"第7頸椎棘突起"とすべきである。

当面、背部経穴に関する報告にあたっては、基準点としての"大椎"を第7頸椎棘突起(隆椎)が第1胸椎棘突起かを付記するだけではなく、本学会として慎重に論議し妥当な結論を出す事が必要だと考える。

・ 経穴位置決定の基準点を問う：例えば大椎について - 第二次日本経穴委員会の経穴部位に対する見解 -

第二次日本経穴委員会作業部会委員 坂口俊二
1. はじめに

2003年10月に「経穴部位国際標準化に関する非公式諮問会議」(以下、非公式会議)第1回会議が始まって以来、約2年半に亘って計6回の会議が開催され、2006年3月に日本・中国・韓国の代表者により361穴すべての経穴部位案が決定された。これにより、1989年にジュネーブ会議²⁰⁾において、経絡経穴名(奇穴も含む)の国際標準化がなされて以来、永年の懸案であり最も標準化が困難とされた経穴部位について標準化達成が大きく前進することになった。

日本では、2004年4月に第二次日本経穴委員会が、5運営団体とその他の学会や鍼灸関連の企業等の絶大な協力を得て設立された。同時に委員会に各学会や鍼灸関係団体の代表7名(委員長 形井秀一筑波技術大学教授)からなる作業部会が設立された。

作業部会は、これまで20回以上の会議を開き、経穴部位の標準化案の作成に向けた作業を行っている。第二次日本経穴委員会のこれまでの活動については、ホームページ(<http://plaza.umin.ac.jp/~point/>)に詳細な内容をアップしているのでは是非とも参照されたい。

今回は、作業部会の一員として、国際標準化の背景、非公式会議の目的、「大椎」穴の部位に対する第二次日本経穴委員会の見解や根拠の一つに

ついて述べる。

2. 今、どうして、経穴部位の国際標準化が必要なのか？

現在、WHO西太平洋地域事務局(WPRO)主導の下、国際的な標準化が進められているのは経穴部位だけではない。鍼灸を含む東洋医学の約3700の用語、伝統医学の情報標準化や27疾患の診療ガイドライン作成など、東洋医学全体の標準化が同時並行で前進している。

この背景の1つは、1970年以降の世界的な鍼の有効性や臨床効果の研究が20世紀末までに一定の成果を出したことを受け、社会の中で東洋医学が一定の役割を担う位置に据えようとする動きが生まれてきたこと(内的要因)。もう1つは、1990年代に入り、西洋医学の補完・代替医療が求められ、西洋医学の発展形態として統合医療が求められるようになってきたこと(外的要因)が考えられる²¹⁾。

このような鍼灸を取り巻く内外の要因が、国際的な標準化の必要性を迫る環境としてある。さらに、これらを推進するにあたって必要なことは、正しい評価に基づいた東洋医学を適切な方法で教育することである。そのためには、各国や地域で異なる表現や方法を標準化し、まず、共通の概念で語り合い、問題点を整理し、有効性を明確にすることである²¹⁾。

3. 「経穴部位国際標準化に関する非公式諮問会議」の目的

2004年3月に開催された第2回非公式会議では、経穴部位決定の理論と方法が決定され、いわゆる「北京合意」として基本原則が明記された。(詳細については、前述のホームページを参照されたい)

この最初に記載されているのが、「Respecting History and Reality」(歴史と現実を重視する)である。この基本原則には、古典に記された経穴の変遷は、疾病概念、生活文化、治療用具、治療法などの変遷と同調しているため、それに強く縛られた解釈論を展開するのではなく、あくまでも現実(臨床)を優先することを含んでいる。

また、明記はされていないが、会議を進めてい

く上での大前提は、世界の共通認識の現状を崩さないということである。「正しい経穴に統一する」ためではなく、日本・中国・韓国で明らかに経穴部位が異なっているものを議論し、標準化案を作成し、最終的に世界の共通認識に基づく基準作りが非公式会議の目的である。

4. 「大椎」穴の部位に対する第二次日本経穴委員会の見解

前述の北京合意に基づき第二次日本経穴委員会作業部会では、最初に（第一次）日本経穴委員会が1989年に発行した『標準経穴学』、東洋療法学校協会の『経絡経穴概論』、盲学校理療教科用図書編纂委員会の『基礎理療学（経絡経穴概論）』、『基礎理療学（経絡経穴概論）』、『経絡経穴概論図譜』の比較検討により、部位の異なる経穴を選出し、それらを日本案として一本化する作業から開始した。

それを基に、中国と韓国の教科書と比較したところ、92穴もの相違が確認された。これが、2005年1月10日付の朝日新聞朝刊一面に「治療のツボ日中韓で差」として報道され、大きな波紋を投

げかけたことは記憶に新しい。

それでは、「大椎」穴について言及する。上述の日本の3つの資料とも、部位は『第7頸椎棘突起と第1胸椎棘突起間』で共通している。非公式会議では、部位の異なる経穴の標準化にほとんどの時間を費やしてきたが、基本的に部位に相違がない経穴についても確認作業を行ってきた。

その中で、「大椎」穴の部位について、中国・韓国とも異を唱えていない。繰り返しになるが、非公式会議では、「部位を 穴に標準化していく」という原則に従って作業を進めており、古典に記載された位置に拘り過ぎず、マップ（人体）に点（経穴）を置くことから始めなければ決して前に進まないという認識を持っている。古典の主治症や臨床効果による検証、解剖・生理学的な検討などは次の課題と認識している。現時点での部位変更は、鍼灸の混乱を招く危険性がある。

よって、第二次日本経穴委員会では、「大椎」穴の部位はこれまで通りの位置で進めることが良いと判断し、今後国際標準化の達成とその後の普及、改訂に至るところまで継続的に活動していくことと、その土台が必要であると考えている。

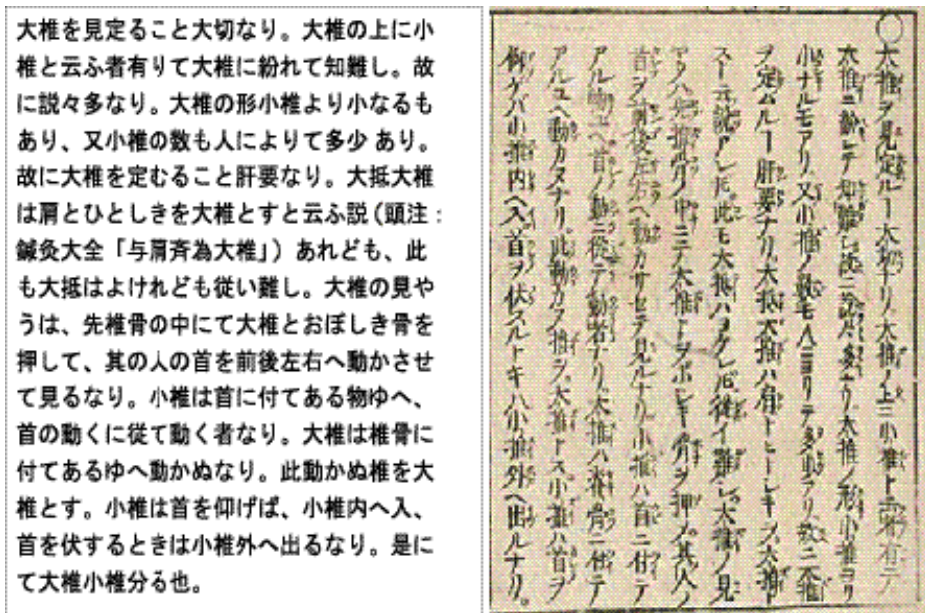


図9 『医学至要抄』の十四経引総論部抜粋 右に原文、左に訳文を載せている

5. 「大椎」穴の部位に対する根拠

「大椎」穴の部位については、古典では「大椎は第一椎の上、陷なる者の中に在り」(『甲乙経』卷三・第六)とあり、「第一椎」には「第1胸椎棘突起」、「第7頸椎棘突起」、「第2頸椎棘突起」の3説があるが、日本では江戸時代より、「第1胸椎棘突起」の上を「大椎」穴として臨床に使用してきた長い歴史がある。

その根拠の一つが、岡本一抱が著した『医学至要抄』²²⁾(1699年)に記されている。図9に『医学至要抄』の十四経引総論部の原文と訳文を示した。ここでは、頭を前後左右に動かすことで、頸椎の棘突起の可動を確認しようとしており、その際に動くものを「項椎」、動かないものを「脊椎」としている。「大椎骨(=第一椎)」を「第1胸椎棘突起」と看做していた状況証拠といえるであろう。

丸山ら²³⁾は、大椎刺鍼による感覚圏の研究において、第6・7胸椎棘突起間、第1・第2胸椎棘突起間の刺鍼により得られる感覚圏は、督脈の走行と同様であるのに対し、第7頸椎棘突起と第1胸椎棘突起間では、感覚圏が督脈のみではなく、交会経絡に重複するように一定の範囲に現れたことを証明している。この成果が、中国の循経感伝現象の研究に大きな影響を与えたことは言うまでもない。

． おわりに

本シンポジウムでは、大椎の位置についての統一見解をみるには至らなかった。しかし、大椎は督脈経や膀胱経の基準点としても重要な意義を有している。今後、更なる検討が必要である。

また、「基準点としての経穴」以外に最重要なのは、「経穴とは何か」の科学的解明である。今後、経穴の形態的特徴、経穴の機能的特徴、経穴刺激により、特徴的な臨床効果が生じる機序(経穴の主治症を含む)、その他、を科学的視点から更に研究する必要がある。これらの経穴に関する科学的根拠が出揃い、基盤が整うことにより、21世紀の経穴学が構築できると思う。

本シンポジウムが、今後の21世紀における鍼

灸医学の発展、経穴学の発展に寄与できることを念願する。

注 釈

(浦山久嗣)

注1 林已奈夫「漢代の飲食」附論「『儀礼』に用みられる家畜の肉の名称」(『東方学報』48号、昭和50年12月所収)は、当時の犠牲用の家畜における解剖学的知識を裏付ける。

注2 『太素』は「大椎」を「大杼」に作る。

注3 「骶」とは、本来、体表解剖学上の「仙骨部」の平たい部位を示す語と考えられ、所謂「尾骶骨」の意味ではない。

注4 『脈経』は「大椎」を「大杼」に作る。

注5 医統正脈本・明藍格抄本・四庫全書本には「上」字がないが、抄正統本および『千金』『翼方』『外台』・『素問』氣府論の王注・『太平聖恵方』卷九十九・『医心方』などにあることから、本来「上」字が存在していたと考えられる。よって「上」字を補う。

注6 『外台』『素問』氣府論の王注は「而起」を「叉肉」に作る。

注7 『外台』『医心方』は「入肘」を「叉脇」に作る。従って、「肘の高さ」と「腋窩の高さ」の両方に解釈できる。

注8 『太素』は「髓空」の後の「在」字がなく、「断基」を「新纂」に作る。

注9 拙稿「背部俞穴における取穴基準の文献学的考察」(『経絡治療』誌第118号・第9回學術総会論文集所収、経絡治療学会1994年刊)

注10 「大椎」を、明藍格抄本は「大椎」に作り、『外台』『医心方』は「大杼」に作る。『甲乙』の孔穴記載順序の体例からしても「大杼」の可能性が高い。

注11 『素問』瘧論篇は「二十一」を「二十五」に、「二十二」を「二十六」に作る。「伏衝之脈」を瘧論篇は「伏膂之脈」に、『甲乙経』卷七・第五は「太衝之脈」に、『太素』卷二十五・瘧解は「注脇之脈」に、『諸病源候論』卷十一・瘧病候は「注於伏衝、伏衝脈」に作る。

注12 血氣形志篇の1例は系統を異にする内容であり、大椎=第2頸椎説ではない可能性が高

いが、その論考については後の機会を俟ちたい。

注13 足立節教「脊柱の骨度に就て」(『東邦医学』第13号所収1938年)

注14 間中喜雄「背部の「俞穴」の位置についての一考察(一)」(『漢方の臨床』第2巻第7号1955年)において、戸田 恵「膀胱経の臨床的意義について」(『日本東洋医学雑誌』所収1955年、発表者未見)に言及したものの。

注15 木戸正雄『変動経絡検索法(VAMFIT)』(医歯薬出版社2003年刊)

注16 拙稿「孔穴を考える」(『伝統鍼灸』通巻第56号、伝統鍼灸学会2005年刊)

文 献

(熊本賢三・榎原智美)

- 1) 大阪市立盲学校理療科研究部編．最新経絡経穴学．大阪市立盲学校同窓会出版部．1975．
- 2) 森 於菟ら．(分担)解剖学．金原出版．1976
- 3) DiDio, LJA．Radiological study of the anatomical variation of the vertebra prominens in man．Anat. Anz. 1967; 120: 210-8.
- 4) White AA, Panjabi MM．The basic kinematics of the human spine. A review of past and current knowledge．Spine．1978; 3(1): 12-20.
- 5) 北村清一郎編．鍼灸師・柔道整復師のための局所解剖カラーアトラス．南江堂．1998．

(高田外司)

- 6) 全国養成施設協会鍼灸部会．漢方概論(経穴編)．第1版第8刷．東京．医歯薬出版．1964: 145．
- 7) 山本新梧．日本鍼灸学教科書．第13版．大阪．関西鍼灸学院出版部．1934: 53．
- 8) 代田文誌．鍼灸治療基礎学．第7版3刷．神奈川．医道の日本．1972: 280-1．
- 9) 代田文誌．治験例を主とした針灸治療の実際(上巻)．第5刷．大阪．創元社．1972: 84-6．
- 10) 島田隆司．素問・靈枢．初版．東京．日本経絡学会．1992: 118．
- 11) 山崎宗運, 大椎攷(1788年刊)．臨床鍼灸古

典全書11．オリエント出版．1989: 323-5．

- 12) 日本経穴委員会．標準経穴学．第1版3刷．東京．医歯薬出版．1995: 5, 88．
- 13) 奥村三策．按摩鍼灸学．第9版．東京．誠之堂．1911: 附録23．
- 14) 岡本愛雄．實習鍼灸科全書．第1版．東京．半田屋書籍．1900: 87．
- 15) 松元四郎平．鍼灸経穴学．第3版．東京．誠之堂．1915: 147．
- 16) 小川鼎三．明治前日本医学史 第1巻．増訂復刻版．東京．井上書店．1978: 62-4．
- 17) 藤田恒太郎．生体観察．第12版．東京．南山堂．1976: 33．
- 18) 金子丑之助．日本人体解剖学 第1巻．第17版．東京．南山堂．1973: 45-6．
- 19) 高式国．針灸経穴名の解説．初版．東京．燎原．1988: 11-2．

(坂口俊二)

- 20) 木下晴彦, 松元文明．WHO本部において鍼用語標準化国際会議を開催(1) - 鍼灸医学と現代医学の合流なる - ．医道の日．1990; 545: 126-133.
- 21) 形井秀一．経穴の国際標準化の意義．医道の日．2005; 737: 213-7.
- 22) 岡本一包．医学至要抄．1699. 十四経経引総論．
- 23) 長浜善夫, 丸山昌朗．経絡の研究．第1版．東京．杏林書院．1950: 39-42．

Examination of the Standard for the Determination of the Position of the Meridian Point GV14

OZAKI Akihiro¹⁾, TAKADA Sotoshi²⁾, URAYAMA Hisatsugu³⁾
KUMAMOTO Kenzo⁴⁾, EBARA Satomi⁴⁾ SAKAGUCHI Shunji⁵⁾

- 1) Kyoto Regional Society of JSAM
- 2) Kanazawa Regional Society of JSAM
- 3) Miyagi Regional Society of JSAM
- 4) Department of anatomy , Meiji University of Oriental Medicine
- 5) The Second Japan Acupuncture Points Committee

Abstract

A symposium was held to focus attention on the position of the meridian point GV14, which has been controversial over the centuries.

To summarize the symposium opinions: (1) Since the positions of meridian points have changed with time and culture and according to the therapeutic target, objective, and instruments, the changes of the position of GV14 from above the spinous process of the second cervical vertebra to between the spinous processes of the 6th and 7th cervical vertebrae and to between the spinous processes of the 7th cervical and the 1st thoracic vertebrae are not exceptional. (2) If the position of GV14, which is a standard for the determination of meridian points on the back, changes, its clinical value is nullified. It should be, therefore, standardized as being between the spinous processes of the 6th and 7th cervical vertebrae. (3) The 6th cervical vertebra is important in body surface clinical science, and the 7th cervical vertebra is important in the mobility and anatomical segmentation of the spine. However, in consideration of the development processes of acupuncture, it is more reasonable to determine the position of GV14 on the basis of clinical effects. (4) The proposed international standardization of the position of GV14 as between the spinous processes of the 7th cervical and 1st thoracic vertebrae is acceptable, because there has been no objection from China or Korea.

No agreement was reached in this symposium, but the position of GV14, which bears great clinical significance, must be evaluated further.

Zen Nippon Shinkyu Gakkai Zasshi (Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion: JJSAM). 2006; 56(5): 727-741.

Key words: meridian point, GV13 , GV14, GV16, BL11, governor vessel , vertebral column , vertebral prominens