

シンポジウム②中医学エビデンス再考

「気滞」の診断基準の 作成とその検証

Development and validation of a symptom score for Qi stagnation

岩崎 鋼^a 高山 真^b
Ko IWASAKI Shin TAKAYAMA

a 葵会仙台病院 ✉ iwasaki.koh67@gmail.com

b 東北大学病院漢方内科

要旨

目的：中医学の診断概念（証）の1つである「気滞」の診断基準を作成し、その信頼性・妥当性を検証した。

方法：『四庫全書』の古典医書104冊を収録したDVDより、気滞に関連する症状を抽出した。検索頻度上位30項目を症状項目とし、症状の程度を4段階で記載する質問票を作成し、207名のボランティア（参加者）より回答を得た。同時に、2名の伝統医学専門医が評価者として参加者を診察し、気滞の有無と程度を評価した。参加者の記載した症状の程度を独立変数、評価者による気滞の有無を従属変数として二項ロジスティック回帰分析を行い、各症状項目の程度ごとの有意なオッズ比をスコアとして参加者各個人の合計スコアを求め、これをROC分析することで感度・特異度を算出し、気滞の有無を判別するためのカットオフ値を設定した。

結果：古典医書より気滞に関連する文章が1,171件検索され、そこから98個の症状を抽出した。207名の参加者が質問票に回答し、かつ評価者の診察を受けた。気滞の有無に関する2名の評価者の診断が一致したのは191名で、カッパ係数は0.75であった。質問票の30項目のうち、食欲低下、腹部膨満、胸の痞えなど23項目が気滞の有無と有意な相関を示した。気滞あり・なしの判別のための総合スコアのカットオフ値は28.50点、感度は0.83、特異度は0.80であった。これらにもとづいて気滞の診断基準を作成した。

結論：中医学の病態概念「気滞」について信頼性・妥当性を評価した診断基準を開発した。

キーワード：気滞，診断スコア，中医学

Abstract

Objectives : To develop a symptom score for Qi stagnation and evaluate their reliability and validity.

Methods : Two hundred seven participants completed a questionnaire containing 30 symptoms that were most frequently mentioned in descriptions of Qi stagnation in Siku Quanshu known as the Complete Library in Four Branches of Literature. Two physicians in traditional Asian medicine assessed Qi stagnation in the participants. Inter-rater reliability of assessment of Qi stagnation was evaluated with a κ coefficient. The physicians' assessment of Qi stagnation and the severity of symptoms on the questionnaire were analyzed by logistic regression analysis. The symptom score was developed from those symptoms that correlated with Qi stagnation, and had significant odds ratios. Internal reliability among the symptoms was evaluated with a Cronback's α coefficient. Cut-off value for diagnosis of Qi stagnation, sensitivity and specificity for the scoring were set by ROC analysis of the total scores of the participants.

Results : Ninety-eight symptoms of Qi stagnation were obtained from the literature. The physicians assessed Qi stagnation consistently in 191 out of 207 participants with the κ coefficient of 0.75. The symptom score for Qi stagnation was developed with 23 symptoms. The Cronback's α coefficient was 0.83. The area under the curve was 0.90 and cut-off value for diagnosis of Qi stagnation was 28.50 in ROC analysis. Sensitivity and specificity for the scoring were 0.83 and 0.80, respectively.

Conclusions : The symptom score for diagnosis of Qi stagnation was developed, and their reliability and validity were assessed. The symptom score would enable standardization and objective verification of the diagnosis of Qi stagnation.

Key words : symptom score, diagnosis, Qi stagnation

背景と目的

中医学については、合理的作用機序が不明な偽医学にすぎないとする主張が西洋医学的立場からしばしば指摘される¹⁾。これは半ば誤りであり、半ば正しい。すなわち、生薬方剤、鍼灸、気功など中医学で用いられる多くの治療法について、その作用機序や根拠を示した研究がすでに多数存在する^{2)~4)}。したがって「合理的作用機序が不明」とはいえない。一方、そうした個々の治療手段に関する研究の集積にもかかわらず、その診断理論の検証は進んでいない。中医学は複雑な理論体系とさまざまな診断概念を有するが、そうした医学理論や診断概念の客観的検証を行わない限り、それが全体として医学なのか偽医学なのかを判断することは難しい。このような検証が進まない理由の1つとして、中医学における診断概念が標準化されておらず、その信頼性や妥当性の評価もなされていないことがあげられる。伝統医学においては同じ診断名でもその定義が国や時代、個々の治療者によって異なって解釈されている場合が多い。すなわち「検証されるべき対象」が確定されていないのである。具体的な生薬や経穴とは違って、診断概念を

検証するためには、まず対象となる概念を適切に定義し、その診断基準を定め、それについての信頼性や妥当性を検証しなければならない。こうして検証すべき概念を確定させてはじめて、その客観的評価が可能となる。

「気滞」は中医学の病態概念の1つである。気とは、なんらかの作用を有するが形態をもたないものの総称であり、強いて現代医学の用語に当てはめるならばエネルギー、あるいは情報伝達（シグナリング）といえよう。気滞とは、生体におけるエネルギー循環や情報伝達になんらかの停滞が生じたことを意味している^{5) 6)}。今回われわれはこの「気滞」について診断基準を定め、それについての信頼性・妥当性を検証することとした。

■ 方法

研究方法の全体を図1に示す。

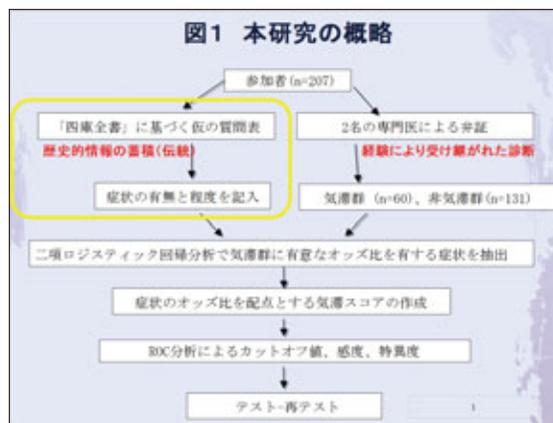


図1

(1) 古典医書からの症状の抽出

『四庫全書』（1781年完成）文淵閣本に含まれる医学書104冊が電子化され、1本のDVDとして発売された⁷⁾。このうち、東アジア伝統医学がおよそ共通して中国医学に典拠していた漢代（紀元前206年～紀元後263年）から明代（1368～1644年）までの古典、すなわち『黄帝内経』『傷寒論』『金匱要略』『本草綱目』など92冊に対し「気滞」および「気之滞」という単語で検索を行った。字形については繁簡、古今、異体、中日のすべてが検索できるように設定した。検索された文章から小児や妊産婦に関する記載は除外し、気滞に関する具体的な症状が記述されている部分を抽出した。古典から抽出された症状を平易な日本語に翻訳し、意味内容が類似する単語は1つにまとめ、症状の検索頻度表を作成した。またこの頻度表の上位30位までを症状項目とし、各症状の程度を4段階（0：ない、1：いくらかある、2：かなりある、3：きわめてつらい）で問う質問票を作成した。

(2) 参加者による質問票の記載と専門医による気滞の評価

本研究の参加者は、東北大学病院漢方内科の外来通院者と、一般健常人から公募した。参加資格は18歳以上で、本研究の主旨を理解し、文書で同意可能な者

表1 評価者が使用した診察票

問診	
脹満感	なし・あり・変動性（有・無）
痞え	なし・あり・変動性（有・無）
痛み	なし・あり・変動性（有・無）
気分の変化	なし・あり・変動性（有・無）
脈診	
脈の深さ	正常・浮・沈
脈の速さ・リズム	正常・遅・数・結代
脈の強さ	正常・虚・実
脈の太さ	正常・細・大
脈の緊張度や血流の異常	軟・緊・弦・滑・渋
舌診	
舌体の色	淡白・淡紅・紅・絳・暗紅・紫・青・舌尖部紅
舌体の大きさ	瘦薄・正常・胖大
舌体の異常所見	齒痕・瘀点・裂紋・舌下静脈怒張・歪斜・紅点
舌苔の厚さ	無・薄・厚・剝離
舌苔の色	白・黄・灰・黒
舌苔の乾燥	潤・滑・燥

とし、西洋医学的な既往や現疾患は問わなかった。募集期間、調査実施期間はともに2009年10月から2010年3月までであった。参加者は前項の質問票に、年齢や性別などの対象者の背景情報と症状の有無およびその程度を記入した。

一方、中国と日本の標準的な伝統医学の教科書^{5) 6) 8)}における気滞に関する記述にもとづき、問診、脈診、舌診からなる診察票を作成した(表1)。伝統医学に習熟した2名の医師がこの診察票を用い、参加者の気滞の有無と程度を4段階(0~3)で評価した。2名の評価者は、それぞれ伝統医学の経験が1名は4年、もう1名は19年あり、両者は日本東洋医学会認定漢方専門医の資格を持つ。1人の評価者が診察してから1時間以内にもう1人の評価者が診察し、その診察の順番はランダムである。問診は最初の評価者が行い、診察票に記載した。脈診、舌診および気滞の診断は2名の評価者が互いに独立に、別々の部屋で行った。評価者1と評価者2の間での気滞の総合評価(4段階)での一致度はカッパ係数⁹⁾によって評価した。

(3) 統計解析による症状項目の精選

データ入力、統計処理は評価者以外の第三者によって行われた。統計学的解析はSPSS software (version 16.0, SPSS Japan Inc, Tokyo, Japan) を使用し、各解析において $P < 0.05$ を有意とした。

2名の評価者による気滞の総合評価(4段階)の度数分布を表し、平均値を境界として参加者を気滞群・非気滞群に分けた。参加者のうち、この気滞・非気滞についての2名の評価者の評価が一致した者を以下の解析対象者とした。

症状の程度に関する4段階評価において、度数分布から判断して解析対象者総

数の5%以下の評価段階があった場合は、その隣接する評価段階と合算して2ないし3段階の分位にまとめた。ついで各症状程度の分位を独立変数、気滞・非気滞を従属変数として二項ロジスティック回帰分析を行い、これら症状程度の分位ごとの症状なしに対するオッズ比、95%信頼区間、有意確率（P value, P trend）を算出した。また、対象者の背景を補正するために、対象者の背景について気滞群と非気滞群の間で有意な差がみられた項目を統制変数とした多変量解析を行った。なお、回帰式への変数投入に際し、カイ2乗検定、Pearson（Spearman）による相関係数の算出により、多重共線性を考慮した。

（4）気滞の診断基準の作成

気滞を診断するための項目は、前項で得られた症状分位のオッズ比が有意であった項目とした。そのオッズ比をスコアとし、参加者各個人ごとに合計スコアを算出した。ついでこの合計スコアをROC（Receiver Operating Characteristic）曲線で示し、感度・特異度から気滞・非気滞の判別のためのカットオフ値を設定した。

（5）倫理的配慮

本研究は東北大学病院の倫理委員会の承認を得たものである。本研究に関係するすべての研究者は、研究参加者に対する人権擁護の配慮としてヘルシンキ宣言に従うほか、臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省、2009.4.1改定）に準拠した。参加者のプライバシー保護のためデータの連結可能匿名化を行い、個人情報の外部漏出を防ぐため、それを保管するコンピューターにはセキュリティ・パスワードによるロックを行い、紙文書については鍵付きの棚に収納した。

結果

（1）古典医書からの症状の抽出

今回対照とした古典医書からは「気滞」および「気之滞」という単語が含まれる文章が1,171件検索され、そこから表2に挙げる98個の症状が抽出された。腹痛、腹部膨満、胸脇部痛、胸脇苦満、胸の痞えが頻度の上位を占め、吐き気や下痢、食欲低下、消化不良などの消化器症状や咳や、痰、呼吸困難などの呼吸器症状、その他、悪寒、発熱、腰痛、腫れ、月経不順、冷え、浮腫、小便利、不安などの頻度が高かった。表2より、上位30位までを症状項目とし、症状の程度を4段階で記載する症状の質問票を作成した（表3）。ただし、参加者に回答してもらう質問票のため、他覚所見（脈所見）は除外した。

（2）参加者による質問表の記載と専門医による気滞の評価

東北大学病院漢方内科の外来に通院中の方89名、一般健康人118名、計207名の参加を得た。

評価者による気滞の総合評価（4段階）は、評価者1の総合評価0が35名（16.9%）、1が106名（51.2%）、2が50名（24.2%）、3が16名（7.7%）、評価者2の総合評価0が39名（18.8%）、1が98名（47.3%）、2が50名（24.2%）、3が20名（9.7%）であった。評価者1と評価者2の総合評価（4段階）の一致

表2 古典医書から抽出された気滞に関連する症状の検索頻度

症状	件数	症状	件数	症状	件数
腹痛	130	四肢の痛み	12	顔が赤い	3
胸の痞え	104	肢腫	12	血便	3
腹部膨満	92	やせる	12	脈洪	2
吐き気	89	肘痛	10	脈浮	2
胸脇部痛	88	けいれん	10	脈大	2
胸脇苦満	78	怒り	9	脈実	2
食欲低下	76	口渇	9	脈結代	2
腰痛	73	背部痛	8	尿赤	2
消化不良	67	頻尿	8	不眠	2
腫れ	52	脚気	8	耳鳴り	2
便秘	44	コレラ	7	しゃっくり	2
倦怠感	44	帯下	7	健忘	2
小便不利	39	麻痺	7	目の充血	2
身体痛	37	脈細	6	驚き	2
痰	37	筋肉痛	6	脈数	1
発熱	33	腸鳴	6	肩痛	1
下痢	30	めまい	6	陰囊痛	1
月経不調	27	口苦	6	関節痛	1
痛みの変動性	25	耳下腺痛	5	耳痛	1
呼吸困難	25	乳房痛	5	目の痛み	1
腹部腫塊	24	味がしない	5	頸部痛	1
顔色不良	23	瘤	5	性器出血	1
悪寒	22	脈弦	4	発疹	1
不安	21	脈滑	4	言語障害	1
のどのつまり	19	意識障害	4	汗	1
げっぷ	19	痔	4	鼻水	1
咳	15	月経痛	3	多夢	1
冷え	14	月経血紫色	3	脱腸	1
頭痛	14	動悸	3		
呑酸	13	かゆみ	3		
淋病	13	しびれ	3		
瘡瘍	13	よだれ	3		

度はカッパ係数 0.75 であった。また、脈診のカッパ係数はそれぞれ、脈の深さ 0.40, 脈の速さ・リズム 0.72, 脈の強さ 0.68, 脈の太さ 0.39, 脈の緊張度や血流の異常 0.46 であった。舌診のカッパ係数はそれぞれ、舌体の色 0.48, 舌体の大きさ 0.51, 舌体の異常所見 0.64, 舌苔の厚さ 0.51, 舌苔の色 0.72, 舌苔の乾燥 0.96 であった。

2名の評価者による総合評価（4段階）の度数分布を描くと、総合評価の平均値は評価者1, 評価者2ともに1であった。そこで平均値1を境界として、総合評価0と1を非気滞群, 総合評価2と3を気滞群の2群にまとめた。この2群において評価者1と評価者2の間で不一致のものは207名中16名あり, これを除外した191名で以下の解析を行った。

(3) 統計解析による症状項目の精選

質問票に用いた30症状項目の間に有意な交絡関係は認めなかった。

表3 症状の質問票

症状	程度
(1) 腹痛がある。	0 1 2 3
(2) 胸脇部痛がある。	0 1 2 3
(3) 腰痛がある。	0 1 2 3
(4) 頭痛がある。	0 1 2 3
(5) 身体に痛みがある。	0 1 2 3
(6) 痛みがよくなったり悪くなったりする。	0 1 2 3
(7) のどがつまる。	0 1 2 3
(8) 胸がつかえる。	0 1 2 3
(9) 胸脇部がはる。	0 1 2 3
(10) 腹がはる。	0 1 2 3
(11) 腹に塊が触れる。	0 1 2 3
(12) 吐き気がある。	0 1 2 3
(13) 食欲が落ちる。	0 1 2 3
(14) 消化不良がある。	0 1 2 3
(15) げっぷがでる。	0 1 2 3
(16) 便秘がある。	0 1 2 3
(17) 下痢がある。	0 1 2 3
(18) 咳がでる。	0 1 2 3
(19) 痰がでる。	0 1 2 3
(20) 呼吸が苦しい。	0 1 2 3
(21) 発熱がある。	0 1 2 3
(22) 悪寒がある。	0 1 2 3
(23) 顔色が悪い。	0 1 2 3
(24) 不安感がある。	0 1 2 3
(25) 倦怠感がある。	0 1 2 3
(26) むくみがある。	0 1 2 3
(27) 腫れがある。	0 1 2 3
(28) 小便がすっきりでない。	0 1 2 3
(29) 冷えがある。	0 1 2 3
(30) 月経が不順である (該当者のみ)。	0 1 2 3

症状程度 0: ない, 1: いくらかある, 2: かなりある, 3: きわめてつらい

症状の程度に関する4段階評価において、度数分布から2ないし3段階の分位にまとめたが、30症状項目すべてにおいて症状項目の4段階評価（0：ない，1：いくらかある，2：かなりある，3：きわめてつらい）において、「3：きわめてつらい」と記載した者は解析対象者の5%以下であった。度数分布から3分位（なし，軽度，高度）に分けたものは食欲低下，腹部膨満，倦怠感，下痢，不安，小便不利，腹痛，腰痛，頭痛，身体痛，痛みの変動性，冷え，便秘，浮腫，月経不順の15症状項目であり，2分位（なし，あり）に分けたものは胸の痞え，胸脇苦満，のどのつまり，呼吸苦，発熱，吐き気，腹部腫塊，悪寒，消化不良，胸脇部痛，腫れ，げっぷ，咳，顔色不良，痰の15症状項目であった。これら各症状程度の分位を独立変数，気滞・非気滞を従属変数として二項ロジスティック回帰分析を行った。この際，年齢と外来通院の有無で気滞群・非気滞群に有意差がみられたため，この2項目で補正したオッズ比を算出した。症状程度の分位ごとの症状なしに対するオッズ比，95%信頼区間，有意確率は表4のとおりである。

表4 症状程度の分位ごとのオッズ比, 95%信頼区間, P値および症状のP-trend

(A) 3分位の症状項目

	分位						P-trend
	軽度			高度			
	オッズ比	95% CI	P値	オッズ比	95% CI	P値	
食欲低下	5.20	2.32-11.65	0.00*	26.14	2.94-232.27	0.00*	0.00*
腹部膨満	3.20	1.51-6.80	0.00*	23.50	4.70-117.43	0.00*	0.00*
倦怠感	4.10	1.70-9.91	0.00*	12.03	4.00-36.15	0.00*	0.00*
下痢	1.07	0.49-2.33	0.87	9.61	2.28-40.51	0.00*	0.00*
不安	6.95	3.09-15.63	0.00*	9.56	3.10-29.42	0.00*	0.00*
小便不利	2.90	1.25-6.74	0.01*	9.29	1.70-50.73	0.01*	0.00*
腹痛	2.34	1.09-5.05	0.03*	6.80	1.49-30.99	0.01*	0.01*
腰痛	2.06	0.96-4.41	0.06	4.62	1.76-12.14	0.00*	0.00*
頭痛	2.70	1.31-5.54	0.01*	4.46	1.36-14.60	0.01*	0.01*
身体痛	2.42	1.13-5.17	0.02*	4.42	1.34-14.52	0.01*	0.00*
痛みの変動性	2.04	0.95-4.38	0.07	4.26	1.50-12.11	0.01*	0.00*
冷え	2.39	1.06-5.40	0.04*	3.68	1.58-8.60	0.00*	0.02*
便秘	1.62	0.78-3.38	0.20	3.31	1.23-8.94	0.02*	0.00*
浮腫	1.12	0.53-2.34	0.77	3.07	0.83-11.26	0.09	0.17
月経不順	1.18	0.29-4.75	0.82	1.68	0.44-6.41	0.45	0.46

年齢と外来通院の有無で補正

(B) 2分位の症状項目

	分位		
	症状あり		
	オッズ比	95% CI	P値
胸の痞え	24.59	7.17-84.29	0.00*
胸脇苦満	12.95	3.99-42.06	0.00*
のどのつまり	5.34	2.44-11.68	0.00*
呼吸苦	4.22	1.52-11.70	0.01*
発熱	3.93	1.13-13.66	0.03*
吐き気	3.82	1.74-8.38	0.00*
腹部腫塊	3.41	0.95-12.30	0.06
悪寒	2.78	1.28-6.02	0.01*
消化不良	2.75	1.37-5.53	0.01*
胸脇部痛	2.60	1.05-6.42	0.04*
腫れ	2.28	0.80-6.54	0.13
げっぷ	2.26	1.16-4.44	0.02*
咳	1.63	0.83-3.20	0.16
顔色不良	1.40	0.65-3.02	0.39
痰	1.22	0.61-2.41	0.58

*:P<0.05

年齢と外来通院の有無で補正

(4) 気滞の診断基準の作成

表4で得られた有意な分位ごとのオッズ比をそのスコアとし, 参加者各個人の合計スコアを, 気滞群と非気滞群に分けて度数分布を描いた(図2)。合計スコア(平均±標準偏差)は非気滞群が17.89±14.37点, 気滞群が60.71±32.94点であった。合計スコアをROC分析することにより得られた, 気滞の有無判別の

カットオフ値は28.50点，感度は0.83，特異度は0.80であった（**図3**）。以上の作業の結果として作成された気滞の診断基準を**表5**に示す。

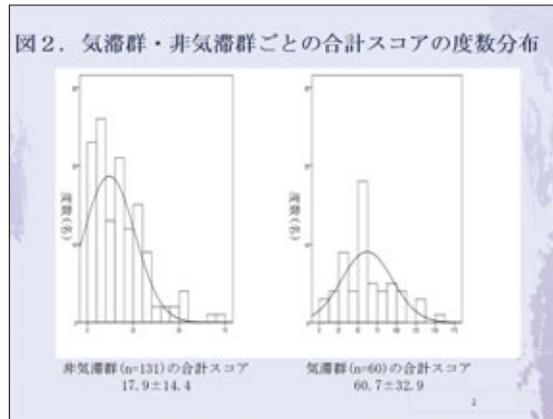


図2

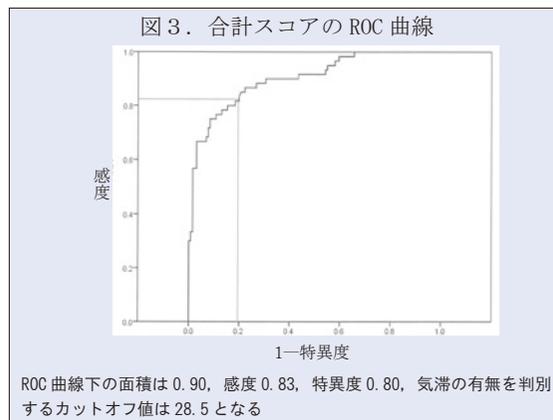


図3

表5 気滞診断基準

症状	程度
(1) 食欲が落ちる。	0 1 2
(2) 腹がはる。	0 1 2
(3) 倦怠感がある。	0 1 2
(4) 下痢がある。	0 1 2
(5) 不安感がある。	0 1 2
(6) 小便がすっきりでない。	0 1 2
(7) 腹痛がある。	0 1 2
(8) 腰痛がある。	0 1 2
(9) 頭痛がある。	0 1 2
(10) 身体に痛みがある。	0 1 2
(11) 痛みがよくなったり悪くなったりする。	0 1 2
(12) 冷えがある。	0 1 2
(13) 便秘がある。	0 1 2
(14) 胸がつかえる。	0 1
(15) 胸脇部がはる。	0 1
(16) のどがつまる。	0 1
(17) 呼吸が苦しい。	0 1
(18) 発熱がある。	0 1
(19) 吐き気がある。	0 1
(20) 悪寒がある。	0 1
(21) 消化不良がある。	0 1
(22) 胸脇部痛がある。	0 1
(23) げっぷがでる。	0 1

症状程度 0: ない, 1: いくらかある, 2: かなりある

配点表

症状	程度		症状	程度
	1	2		1
食欲低下	5.20	26.14	胸の痞え	24.59
腹部膨満	3.20	23.50	胸脇苦満	12.95
倦怠感	4.10	12.03	のどのつまり	5.34
下痢	0.00	9.61	呼吸苦	4.22
不安	6.95	9.56	発熱	3.93
小便不利	2.90	9.29	吐き気	3.82
腹痛	2.34	6.80	悪寒	2.78
腰痛	0.00	4.62	消化不良	2.75
頭痛	2.70	4.46	胸脇部痛	2.60
身体痛	2.42	4.42	げっぷ	2.26
痛みの変動性	0.00	4.26		
冷え	2.39	3.68		
便秘	0.00	3.31		

程度0は0点

合計 28.50 点以上は気滞あり

考察

本研究で中医学の診断概念（証）の1つである「気滞」の診断基準を作成し、その信頼性・妥当性を検証した。検討すべき症状は『四庫全書』に記載された、漢代から明代までの古典医書より抽出した。中医学が数千年にわたる無数の臨床経験から演繹されたものである以上、この医学における病態概念の定義はそれをもつ歴史的経験知を可能な限り適切に反映させたものでなくてはならない。現時点におけるその最も現実的な方法は、古典医書の網羅的検索である。

東アジア伝統医学は文化や環境の変化に適応し伝承され、中国のみならず韓国、日本、ベトナムなどの諸地域で広く普及している。これらの地域は17世紀頃（中国における明代）までは中国の伝統医学をほぼ共有していたが、それ以降は各地の自然環境や社会構造を反映してそれぞれ独自の内容が醸成されるようになった^{10)~14)}。しかし今回われわれが取り上げた「気滞」は、そうした東アジア伝統医学一般に共通して認識されている病態概念であり、診断基準を標準化する可能性があると考えた。また本研究において『四庫全書』の医典のうち、清代の著作を除いて明代までに資料を限定したのも、そのような歴史的背景を考慮したからである。

近年、伝統医学は有用性・廉価性からその価値が見直されつつあり、さらなる普及を図るために伝統医学の標準化が試みられるようになってきている。WHO（世界保健機構）は1977年より世界各地の伝統医学の研究・普及に取り組み、東アジア伝統医学についても経穴の位置や専門用語の標準化を試みてきた^{15) 16)}。

伝統医学理論の標準化は、多年にわたり試みられてきたことである。中国では1949年以後、全国的規模で伝統医学を公的医療に採用し、かつ専門家を育成する必要上、国家事業としてその概念の再編成、標準化が図られ中医学と呼ばれる体系が確立された。しかし、それは専門家による意見の調整により行われたものであり、客観的根拠にもとづくものではなかった。日本では客観的診断基準策定の試みとして瘀血スコアが作成された¹⁷⁾が、これは日本漢方独自の診察法である腹診の情報を多く含み、また伝統医学の専門用語が英語において確定されていなかったので日本語で発表され、国際的標準規格にはいたっていない。本論文の著者である岩崎鋼らは、多変量解析の手法（数量化Ⅲ類）による伝統医学診断概念の検証を試み1995年に発表した¹⁸⁾が、伝統医学の専門用語が英語において確定されていなかったため、日本語論文として発表せざるを得なかった¹⁸⁾。

WHOは2007年、東アジア伝統医学の英文表記を確定することに成功した。近年、伝統医学における診断を検証する論文が各国から発表されつつある^{19)~27)}。O'Brien K.Aらは3人の伝統医学専門医による45名の参加者の診断の信頼性を評価した¹⁹⁾。また、Mist Sらは質問票による標準的な評価を試みた²⁷⁾。しかしこれらの研究を検討すると、複数の医師による診断の一致率はそれほど高くはない。これは、統計学的信頼性が必ずしも高いとはいえないことを意味する。こうした現状を考慮すると、中医学の診断概念の客観的検証には、まずその前提として、対象となる概念を適切に定義し、その診断基準を定め、それについての信頼性や妥当性を検証することが必要であるといえる。こうして「検証すべき概念」を確定させてはじめて、その客観的検証が可能となるのであって、本研究はその試みの1つである。

結論

本研究が提示した気滞の診断基準は、統計学的手法により信頼性・妥当性を評価し、かつ、東アジア伝統医学において共有化を目指したものである。伝統医療は本来個の医療（テーラーメイド医療）であり、スコアリングによるスコアのみですべてが診断されるものではないとしても、誰しものが共有可能な診断基準を作成することで、評価の標準化、情報の共有化が可能となり、将来の客観的検証に道を拓くものと考えられる。

利益相反

本研究は一切の利益相反を有しない。

文献

- 1) Editors : Hard to swallow. *Nature*, 2007;12:105-106
- 2) Iwasaki K · Kato S · Monma Y et al : A pilot study of banxia houpu tang, a traditional Chinese medicine, for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 2007;55:2035-2040
- 3) Iwasaki K · Kobayashi S · Chimura Y. A et al : A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of the Chinese herbal medicine “ba wei di huang wan” in the treatment of dementia. *J Am Geriatr Soc*, 2004;52:1518-1521
- 4) Takayama S · Seki T · Watanabe M et al : The herbal medicine Daikenchuto increases blood flow in the superior mesenteric artery. *Tohoku J Exp Med* 219 (4) : 319-30, 2009
- 5) 平馬直樹 · 兵頭明 · 路京華ほか, 日中共同編集 : 中医学の基礎. 東洋学術出版社, 1995
- 6) 日本東洋医学会 学術教育委員会 : 入門漢方医学. 南江堂, 2002
- 7) DVD 文淵閣『四庫全書』電子版 : 中医薬版迪志文化出版有限公司, 香港, 2009
- 8) 神戸中医学研究会 : 中医臨床のための舌診と脈診. 医歯薬出版, 1989
- 9) Fleiss J.L · Cohen J · Everitt B.S : Large sample standard errors of kappa and weighted kappa. *Psychological Bulletin*, 1969;72:323-327
- 10) 市川次郎 : 東亜における酒と医療の起源. 朝日新聞出版サービス, 1995
- 11) 司馬遷 : 史記 · 扁鵲倉公列伝. 筑摩書房, 1995
- 12) 吉益東洞 : 吉益東洞大全集. たにぐち書店, 1751
- 13) 許浚 : 東医宝鑑. 南山堂, 1966
- 14) 李濟馬 : 東医寿世保元. 三冬社, 1894
- 15) WHO standard acupuncture point locations in the western pacific region. World health organization, 2008
- 16) WHO international standard terminologies on traditional medicine in the western pacific region. World health organization, 2007
- 17) 寺澤捷年 : 瘀血症の症候解析と診断基準の提唱. *日本東洋医学雑誌*, 1983;48:409-436
- 18) 岩崎鋼 · 松本清彦 · 神久和ほか : 多変量解析の手法 (数量化Ⅲ類) による証の検討. *日本東洋医学雑誌*, 1995 ; 46 : 109-120
- 19) O' Brien K.A · Abbas E · Zhang J et al : An investigation into the reliability of Chinese medicine diagnosis according to Eight Guiding Principles and Zang-Fu Theory in

- Australians with hypercholesterolemia. *J Altern Complement Med*, 2009;15:259-266
- 20) Hogeboom C.J · Sherman K.J · Cherkin D.C : Variation in diagnosis and treatment of chronic low back pain by traditional Chinese medicine acupuncturists. *Complement Ther Med*, 2001;23:153-155
 - 21) Kalauokalani D · Sherman K.J · Cherkin D.C : Acupuncture for chronic lower back pain : Diagnosis and treatment patterns among acupuncturists evaluating the same patient. *South Med J*, 2001;94:486-492
 - 22) MacPherson H · Thorpe L · Thomas K · Campbell M : Acupuncture for lower back pain : Diagnosis and treatment of 148 patients in a clinical trial. *Complement Ther Med*, 2003;12:38-44
 - 23) Sung J.J.Y · Leung W.K · Ching J.Y.L et al : Agreements among traditional Chinese medicine practitioners in the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*, 2004;20:1205-1210
 - 24) Zell B · Hirata J · Marcus A et al : Diagnosis of symptomatic postmenopausal women by traditional Chinese medicine practitioners. *Menopause*, 2000;7:129-134
 - 25) Zhang G.G · Bausell B · Lao L et al : The variability of TCM pattern diagnosis and herbal prescription on rheumatoid arthritis patients. *Altern Ther*, 2004;10:58-63
 - 26) Sherman K.J · Cherkin D.C · Hogeboom C.J : The diagnosis and treatment of patients with chronic low-back pain by traditional Chinese medical acupuncturists. *J Altern Complement Med*, 2001;7:641-650
 - 27) Mist S · Ritenbaugh C · Aickin M : Effects of questionnaire-based diagnosis and training on inter-rater reliability among practitioners of traditional Chinese medicine. *J Altern Complement Med*, 2009;15:703-709