

「腎炎手記」匿名希望 10 歳 (慢性糸球体腎炎、漢方免疫療法で完治)

2014 年 9 月 8 日

・お母様の手記

2013 年 12 月 16 日、「補体が戻ってますね」「え?!本当ですか?」耳を疑い検査結果を覗き込んで聞き返した。息子と思わず顔を見合わせ、やったー!と喜び抱き合い、息子は屈みながらよっしゃー!とガッツポーズ。これでサッカーができる・・・!

(慢性糸球体腎炎や膠原病の中で最も重篤である SLE(全身性エリテマトーデス)などの、いわゆる自己免疫疾患(この世に自分の免疫が自分の成分を攻撃するという自己免疫疾患というものは、何ひとつないのですがね!!)といわれる病気において、常に補体の減少が診断基準のひとつとなっています。ところがこのような病気において、なぜ補体が減少するのかについてはどの教科書にも書かれていません。それは医医学者にとっても補体を完全に理解するのは極めて難しいからです。一言で言えば、補体は生まれたときに全ての人が持っている自然免疫の抗体といえます。つまり抗体と同じく敵である異物と結びついて、大食細胞や好中球に食べやすくする仕事をします。この仕事を補体や抗体のオプソニン作用といいます。日本語では味付け作用と訳します。つまり好中球や大食細胞が食べやすくなる作用であります。もちろん補体と抗体は違いがあります。補体はどんな異物とも結びつくのですが、抗体はただ 1 種類の特異的な異物だけしか結びつかないのです。ところが現代の医学の最も大きな誤りは、糸球体腎炎や SLE において、どんな異物と補体や抗体が結びついているかについて全て不明としていることです。そこで免疫の敵は自分の成分であるという自己免疫疾患を捏造したのです。(自己免疫疾患はないというコラムを必ず読んでください。)

いつも言い続けているように、膠原病の原因は膨大な様々な化学物質であり、この無限大の化学物質と免疫が IgG と戦うときに生じるのですが、この高等免疫である IgG と戦う前に、まず自然免疫である補体と戦うときに、膨大な補体が消費されます。補体は肝臓で作られるのですが、肝臓で作られる以上に化学物質との戦いで補体が使われすぎると、一時的に補体の量が減るだけの話なのです。これを医学者たちは何の説明もしないで補体の増減に一喜一憂しているのです。補体が減ったからといって、実は何も困ることはないのです。なぜかというと、補体そのものは単なるタンパク質にすぎないからです。戦いの初期はまず補体で作られるのでありますが、4~5

日すれば自然免疫(先天免疫)は高等免疫(後天免疫)にバトンタッチされ、自然免疫で作られる補体は、後天免疫である IgG 抗体と取って代わられるので、補体が少なくなっても何も心配することはないのです。それどころか補体が減っているということとは人体が自然免疫のレベルで化学物質を排除しようとしているので喜ぶべきことなのです。だって現代の医学は、免疫を抑えることだけですから、補体が減ったからといって医者がつべこべ言う資格は何もないのです。ましてや補体よりもはるかに効率のよい同じ仕事をする抗体である IgG を減らすことが現代の治療ですから、世界の医学者たちが糸球体腎炎で補体にこだわるのが全く理解できません。補体を作るのは大量に入ってくる膠原病の原因となっている化学物質であるにもかかわらず、決して現代医学は認めようとしません。もともと自然免疫で作られる補体はステロイドや他の免疫抑制剤では減らすことはできないのですが、もっと大切な後天免疫である IgG 抗体を簡単に減らしてしまうのです。この IgG 抗体減らすことが、現代医療の仕事となっているのです。さらに IgG を作るのは最終的には B リンパ球ですから、この B リンパ球もステロイドに簡単に殺され減っていくからです。もちろん言うまでもなく、T リンパ球もステロイドによって大量に殺されてしまいます。逆にステロイドを使ったからといって、抗体を作る高等なリンパ球よりも、補体を作る下等な肝臓の細胞は簡単に殺すことができないので、ステロイドを長期に使われた患者の補体の量は正常範囲に入っていることが多いのです。こんな真実さえも今の医学者は誰も知らないのです。残念ですね。

さらに恐ろしいことに、腎炎、SLE、クローン病や潰瘍性大腸炎、間質性肺炎の患者の炎症のある組織の生検をするというとてもないことをするのです。というのは、既に炎症が起こっている部位を人為的に傷つけるのみならず、組織欠損まで起こして臓器の働きが異常になり、さらに元の病気を治りにくくしているのです。この生検によって自分のどの成分を敵としているのかが分かり、生検をすれば病気が治るということであればやる価値はあるのですが、全く逆なのです。この患者さんも直感的に腎生検の怖さを知って、私を探されて遠方から来られたのです。

実はこの生検を誰が最初に始めたと思いますか?19 世紀後半にドイツに生まれたウィルヒョウ(1821~1902)であります。彼の病理学は、顕微鏡を用いて細胞の形態の異常を探る細胞病理学、あるいは病理形態学という学問を打ち立てたのであります。これにより現代病理学の基礎が築かれたのであります。彼の考え方は、人体は細胞から成り立っている所以病気は細胞から生じると考えたのです。ところがその後、電子顕微鏡が生まれ、さらに細胞の構造を細かく見るできるようになったのですが、色々な病気に特有な細胞の変化というものが、結局は形態学的には見出さ

れなかったのであります。なぜでしょう？ウィルヒョウの時代の医学者たちは、病気は自分の免疫と人体に侵入する異物との戦いにおいて生じるという真実を知らなかったからです。なぜかというと免疫学の知識がウィルヒョウの時代は皆無同然であったからです。ただ、ウィルヒョウの時代は、まだまだ感染症が全盛の時代でありますから、細胞に侵入した病原菌を探すために細胞病理学は価値があったのであります。現代のように感染症が完全に制圧された時代ではその意味も完全になくなりました。

ただひとつ例外があります。それは癌細胞を探すために、光学顕微鏡や電子顕微鏡で、いわゆる細胞病理学的に細胞を観察することです。癌はもちろん細胞そのものの病気ですから、というよりも、細胞の遺伝子の DNA の変異によって癌細胞ができ、後天的な老化による特殊な遺伝病が起こっているのが癌であることは言うまでもありません。もちろん私が常に言っていますように、癌や遺伝子病は病気ではないのです。なぜならばこれらは生まれ持った遺伝子が異常だったり、正常な遺伝子が老化により癌化することですから、自己の免疫と体外から侵入してくる異物との戦いではないので、病気とは別のものとして考えるべきなのです。ただし、癌細胞は生体の中で組織や臓器を構成している正しい体細胞と協調できず、組織構造を破壊することとは顕微鏡で観察することはできるのです。従って、免疫学が全く理解されていなかった時代に生まれたウィルヒョウが作り上げた間違った細胞病理学に基づいて、今なお患者の組織を無理やり取り出して顕微鏡を眺めて病気の診断をすることは何の意味もないのです。

元来、病気の原因を細胞自身の異常として進められてきた細胞病理学が、病気の原因因や本質の理解に役立たないことが明らかになった今、今さら生検をやる意味は一体どこにあるのでしょうか？もちろん腎炎において蛋白尿が出ているということは、腎臓臓の組織に問題があることは言うまでもないことです。炎症のために腎臓の組織構築が乱れる様子を見ることはできても、その原因や治療の仕方は全く得られることができないどころか、人工的に針を刺して新たな組織崩壊を引き起こすだけです。病巣をさらに深刻にすることになり、組織生検は絶対に行うべきではないのです。百害あって一利もないというのが生検です。

もちろん私は病理医の仕事を完全に否定しているわけではありません。現代の病理医の仕事は、細胞病理学を行うのではなくて、分子レベルで、あるいは遺伝子レベルで癌の診断を行うために必要なのであります。つまり癌の診断も病理形態学で診断するのではなくて、つまり目で診断するのではなくて、遺伝子の変異を特定したり、その遺伝子の変異から生じる分子レベルの異常を診断すべきなのであります。つまり

り光学顕微鏡や電子顕微鏡での診断は意味がないということになるのです。従って病理病理医の名前は、癌遺伝子診断医と変えるべきです。ウィルヒョウの時代はとっくの昔に終わっているのですが、この真実を現代の病理医は誰も気がついていないのです。残念です。

ましてや 21 世紀の病気の原因は、つまり人体にとって異物となるのは、化学物質物質とヘルペスだけですから、ますます生検をやった組織を顕微鏡で見る病理医はますます必要でなくなってくるのです。だって顕微鏡を見ても化学物質やヘルペスを見見出すことは不可能であるからです。そんな無駄なことをしなくても、ヘルペスウイルスは自分の免疫で神経節に封じこめることにより、化学物質とは共存するだけで原因不明といわれる無数の病気は治ってしまいます。私が常々言っていますように、ここのように病気を治すのは患者の免疫でありますから、免疫を抑える薬や、免疫を抑抑える薬を投与する医者が要らないと言っているのと同じく、病理医も必要でなくなってくるのです。病理医も医者の一人数ですからね、アッハッハ！

補体については、いずれ必ず詳しく分かりやすく書くことを誓います。頭のいい人は SLE や慢性糸球体腎炎における補体の意味を上の記事だけで充分理解されていると思いますが、補体は免疫の進化の中で抗体ができる前に素晴らしい仕事をしてきので、医学的にも個人的にも極めて興味をそそるものですから、必ず完璧な補体についての論文を近いうちに書きます。）

一度は急性糸球体腎炎と診断された息子が、慢性腎炎の中でも厄介な部類、膜性増殖性糸球体腎炎を疑われはじめ半年が経過していました。全国から難病患者が集まる小児専門の総合病院腎臓科のベテラン医師にかかっていた私達は、最初の 2 ヶ月は絶大な信頼の下、通院していました。しかし、徐々に腎臓という臓器の難しさや西医学での診察と治療の限界を知ることになり、東洋医学を中心とした自宅治療の方針方針転換へと移行することになりました。その結果が功を奏し、忘れもしないその日を迎えることができたのでした。(腎炎も様々な種類の病名に分けられています。IgA 腎症、壊死性糸球体腎炎、半月体形成性腎炎(急速進行性糸球体腎炎)、巣状糸球体腎炎、巣状糸球体硬化症、増殖性糸球体腎炎、中毒性腎症、肉芽腫性糸球体腎炎、膜性腎症、膜性増殖性糸球体腎炎、慢性糸球体腎炎、ループス腎炎、MRSA(マーサ)腎炎、微小変化型ネフローゼ症候群、紫斑病性腎炎、グッドパスチャー症候群などがあります。このような病名は、いわゆるウィルヒョウが確立した過去の遺物である細胞病理学によるものです。つまり既に病気を起こし、かつ組織の崩壊が生じている生きた腎臓の一部を、針生検(バイオプシー)と称してわざわざ針を突き刺して傷をつけて、小さな切れ端を取り出し、顕微鏡で見ることによって、ちょ

ちょっとした違いを元にして病理医が勝手に病名をつけただけなのです。

ひとつの腎臓に 100 万個の糸球体があります。私が知りたいのは、一回の針生検で何個の糸球体を潰すのかであります。色々調べたのですが、医者にとって都合の悪い情報は出てきません。一度潰された糸球体は絶対に再生不可能なのです。ちなみに人体の組織の細胞が傷ついたときに二度と再生されない臓器が 4 つあります。ひとつは心筋の細胞であります。2 つめが中枢神経の細胞です。3 つめが肺の肺胞細胞であります。4 つめが、まさに腎臓の細胞であります。もっと詳しく言うと、腎臓の足細胞という細胞です。この足細胞の細胞にまで炎症が波及して腎臓に穴が開いてタンパクや血球がもれ出るのが腎炎であります。腎臓の生検で壊される糸球体の数よりも、実は足細胞の数を知りたいのです。ところがどの本にも書いていません。やはりこのような極めて重要な情報が出ないのは、生検医や病理医はひそかに罪の意識を抱いているからでしょうか?アッハッハ!腎炎については、長い論文ですが「腎炎(糸球体腎炎)は膠原病であり、クラススイッチと免疫寛容で治る。」のコラムを読んでもください。この手記は私の理論を完璧に証明してくれた手記となるのです。)

2013 年 4 月:急性的に発症発熱と真っ赤なおしっこ。

2013 月 4 月 10 日早朝、9 歳になったばかりの息子が、腹痛と同時に 38 度の発熱。救急受診の 2 日後に肉眼的血尿と蛋白尿、低補体を伴うことから、急性糸球体腎炎と炎と診断された。医師からは、安静、塩分制限、運動制限のみで 1~2 ヶ月で自然治癒すると伝えられ、胸をなで下ろして帰宅した。熱が下がった発症後 3 日目には既に登校可と伝えられていた。糸球体腎炎の恐ろしさを知った今考えると、恐ろしいほど緩い生活管理で急性期を過ごしていたのだ。(基本的には膠原病である急性、あるいは慢性糸球体腎炎の原因は化学物質だと書きました。実は膠原病が起こる原因は化学物質だけではないのです。他のどんな場合に膠原病が起こる例についてお話ししましょう。まさにこの手記の当事者である子供さんが急性腎炎になったのは、化学物質ではなくて別の原因があったのです。詳しく説明しましょう。

子供が熱を出して急性腎炎になる一番大きな原因は、まず風邪をひき、熱を出し、間違った現代の医療である風邪の治療、つまり熱を下げ喉の痛みをとるという免疫抑制剤の投与が先行します。一般大衆は病気の意味を全く知りませんから、症状がなければ病気が治ったと勘違いします。というよりも、医者が間違った治療をするので、正しい病気の教育が行われていないために、一般大衆は死ぬまで無知であり続けるのです。言い換えると、日本では 40 万人の医者が医療に無知な 1 億 2500 万人を

支配していますから、自分たちの利益のためにやりたい放題嘘つき放題であるので、で、病気を治すのは自分の免疫の遺伝子であるということを口が裂けても言わないのです。

実は風邪をひくと免疫が上がります。風邪のウイルスと戦っているうちに、喉に住み着いている常在菌である、化膿性レンサ球菌、黄色ブドウ球菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌などとも戦いだすのです。これらの細菌はどこに住み着いていると思われますか？主に口蓋扁桃、俗に扁桃腺といわれるリンパ器官の陰窩に住み着いています。ご存知のように、扁桃といわれるのは、アーモンドの実のような形をしています。この扁桃の表面には多くの小さな穴があり、その穴深くに枝分かれした多くの隙間があります。これを扁桃陰窩といいます。このいわば奥まった腔の表面は皮膚と同じく重層扁平上皮に覆われています。ここに上に述べた喉の常在細菌がちょうど皮膚と同じ重層扁平上皮にひっついていて限りは免疫の働きはないのは皮膚と同じです。この重層扁平上皮の下に粘膜固有層があります。この粘膜固有層にリンパ小節がたくさん集まっています。これを集合リンパ小節といいます。口蓋扁桃のリンパ小節を粘膜免疫といいます。

ここで粘膜免疫について語る必要があります。もちろん粘膜免疫について語るのも極めて難しいので簡単に説明します。ご存知のように、消化器や呼吸器や生殖泌尿器などは表面が粘膜でできています。しかもこの粘膜は体の内側にありながら、実は常に外界といけいけになっているのです。従って病原体や様々な異物、つまり抗原が粘膜から侵入しようとしたときに、それを素早く撃退するシステムがあると同時に、過度の炎症反応を抑制するシステム、つまり免疫寛容が起りやすいシステムが内蔵されているのです。例えば、粘膜上に消化器の粘膜に化学物質が入ってくると、それを認識する免疫の能力の高い人は、クローン病や潰瘍性大腸炎になりやすいのですが、クラススイッチがしやすくなり、最後は免疫寛容が起りやすいことは存知でしょう。(クローン病や潰瘍性大腸炎のコーナーを読んでください。)さらに、呼吸器の粘膜で、アレルギー性鼻炎や喘息が起こっても、免疫寛容になりやすいこともご存知でしょう。(アレルギー性鼻炎、気管支喘息のコーナーを読んでください。)

生殖泌尿器の場合は、ほとんど異物と出会う可能性はないうえに、泌尿器はとりわけ老廃物を排泄するのが主な仕事ですから、外部から入ってくるのはせいぜい大腸菌が女性の外尿道口から膀胱に入って膀胱炎を起こすぐらいですから、呼吸器や消化器ほど問題にはなりません。もしこれらの粘膜の上皮から抗原が侵入すると、粘膜下組織にあるリンパ組織にいる粘膜系の樹状細胞によって捕まえられ、CD4T細胞に抗原が提示されます。これらの樹状細胞やCD4T細胞や他の免疫細胞が、インタ

ーロイキン 6 や TGF- β などのサイトカインを分泌し、B 細胞を成熟させ、IgM から IgA とクラススイッチさせます。この IgA 抗体は粘膜抗体といわれ、粘膜上で抗原と結びつき、粘液と一緒にその抗原を体外へ排出するのです。例えば普通は風邪をひいても、喉の粘膜免疫によって IgA 抗体ができ、この IgA 抗体と結びついた風邪のウイルスは、最後は痰や粘液によって吐き出されます。このような粘膜リンパ組織を MALT といいます。この MALT の代表が呼吸器の口蓋扁桃であり、消化器では虫垂やパイエル板と呼ばれる集合リンパ小節であります。皆さんご存知のように、虫垂炎のことを盲腸炎といいます。この盲腸炎はちょうど口蓋扁桃炎と同じようなめかぬ図無で生じているのです。この MALT は外来抗原に対して、IgA をどんどん作ると同時に、免疫寛容を起こしやすいのです。これを粘膜誘導型免疫寛容と呼ぶことがあります。以上、簡単に粘膜について述べました。以下に口蓋扁桃と糸球体腎炎とのかかわりについて具体的に述べていきましょう。

例えば、風邪のウイルスが扁桃陰窩の重層扁平上皮にひっついて侵入しようとする

と傷がつきます。すると、とりわけ扁桃陰窩に常に住んでいる少数の B 化膿性レンサ球菌が口蓋扁桃の内部に侵入し、上で述べた粘膜下層にあるリンパ小節において戦いが始まります。B レンサ球菌は手強い相手ですから、免疫と激しい戦いとなり、陰窩性扁桃炎となります。特に先ほど述べたインターロイキン 6 は、発熱を生じさせ、ときには 38~40°C の高熱が出ることがあります。このときによく使われる薬が解熱剤であり、ときにはステロイドが使われることがあります。すると解熱しますが、同時に免疫が弱まり、ますます B レンサ球菌が増殖していきます。免疫に殺されきれなかった B レンサ球菌に対する抗体も必死で作り続けます。いくら免疫が抑えられていても免疫の働きはゼロではないので、膨大な数の B リンパ球がなんとかがんばり続けて B レンサ球菌に対する IgA クラスの特異抗体を作り続けます。一方、増え続けた B レンサ球菌は、菌体に含まれている免疫をやっつけようとする様々な成分を、殺されるまで作り続けます。これらの様々な成分が粘膜下層にいるリンパ小節の免疫細胞に異物抗原と認識され、それらの抗原に対して様々な特異的抗体である IgA が作られます。この抗原と IgA 抗体が結びつき、数多くの免疫複合体がリンパ小節がたくさん集まった口蓋扁桃で作られます。本来ならば喉から外へ痰として出されるべきであるのですが、作られた様々な免疫複合体の一部分が口蓋扁桃の輸出リンパ管から、リンパ液としてリンパ管に流れ出て、頸リンパ本管に入り、さらに右リンパ本管に入り、そこから右静脈角という静脈への入り口から静脈に入り込み、最後は右腕頭静脈という血管に入り、さらに上大静脈に入って、最後の最後は心臓にいくのです。この右リンパ本管は右胸管といわれることがあります。右静脈角というのは、右

の内径静脈と右の鎖骨下静脈とが合流したところであります。

今日のポイントを少し覚えておいてください。まず口蓋扁桃の陰窩の粘膜上皮が皮膚と同じ重層扁平上皮であることを覚えてください。そして重層扁平上皮に B レンサ球菌が付着している限りは、異物と認識されないという点も覚えてください。また、あくまでも風邪のウイルスが口蓋扁桃の粘膜を破ることによって初めて常在菌である B レンサ球菌と戦いが始まるという点も覚えてください。

ここまでの話は、右の口蓋扁桃で B レンサ球菌と戦った時の話です。それでは左の口蓋扁桃で B レンサ球菌や他の細菌と戦ったときに作られた粘膜抗体である IgA や IgA と結びついたレンサ球菌の免疫複合体は、どのようにして心臓に戻り腎臓に行くのでしょうか?それでは、左の口蓋扁桃のリンパ小節から流れ出て行ったリンパ液は、どのようにして心臓に戻るのでしょうか? もっと具体的に説明しましょう。上で既にべたように、本来ならばたとえ左の口蓋扁桃で処理された B レンサ球菌の残骸は喉から外へ痰として出されるべきであるのですが、作られた様々な免疫複合体の一部分分が口蓋扁桃の輸出リンパ管から、リンパ液としてリンパ管に流れ出てしまうのです。ところが左右の口蓋扁桃リンパ組織から流れ出ていくリンパの経路が異なるのです。左の口蓋扁桃から輸出リンパ管を通して流れ出たリンパは、頸リンパ本管に入り、左静脈角で血管に入っていきます。左静脈角というのは、上で述べたように、左の内径静脈と左の鎖骨下静脈とが合流したところであります。ここから上大静脈に入り、心臓に B レンサ球菌と結びついた IgA 抗体の免疫複合体やリンパ球が運ばれるのです。

それでは、リンパ球や B レンサ球菌と結びついた IgA 抗体の免疫複合体は心臓に入った後どこへ行くのでしょうか?血液に運ばれて腎臓へ行くのです!それが IgA 腎症という糸球体腎炎や他の様々なタイプの糸球体腎炎を作るのです。そのメカニズムを次回詳しく説明しましょう。実は長い間、どうして腎臓に IgA が沈着するのか大きな疑問でした。確かに一時は腎臓の尿細管も内面は粘膜であるので、この粘膜の下にリンパ小節があるのではないかと思ったこともありました。しかしどんな本を読んでも一行も書かれていません。その答えをやっと出すことができたのです。乞うご期待! 待!

2014/09/11

上大静脈から右心房から心臓に入った IgA と B レンサ球菌の免疫複合体は、さらに右心室に入り、肺動脈に入り、静脈血の二酸化炭素が酸素に変えられた後、肺静脈に入り、さらに左心房に入り、左心室から、左心室の大動脈口から上行大静脈に入

り、さらに大動脈を通り、下行大動脈に入ります。下行大動脈は、下行するに従って横隔膜までは胸大動脈になり、横隔膜の大動脈裂孔を貫いて腹腔の腹大動脈となります。腹大動脈のひとつの枝が腎動脈となり、さらにやっと糸球体の輸入動脈に入り、B レンサ球菌と結びついたIgA 抗体の免疫複合体は腎臓の糸球体に入っていくのです。

それではなぜ B レンサ球菌・IgA 抗体の免疫複合体が、他の組織ではなくて腎臓の組織に沈着するのでしょうか?皆さんご存知のように、腎臓は腎動脈から運ばれてきた血液の中から不必要な代謝産物や異物などを濾過して尿を生成するところです。その際、片方の腎臓に 100 万個ある腎小体で尿の元となる原尿が作られます。腎小体は、マルピギー小体とも呼ばれます。この腎小体は、毛細血管がけまりのように集まっている糸球体と、糸球体を入れているボーマン嚢というふたつの器官から成り立っています。

糸球体とは何でしょうか?ボーマン嚢とは何でしょうか?糸球体は腎動脈から入ってきた毛細血管の集まりであり、この毛細血管に入っている血液が、毛細血管の穴から濾過されて、その濾過された原尿を受け取るのがボーマン腔であり、原尿が漏れいように取り囲んでいる壁がボーマン嚢の壁であります。糸球体で作られた原尿は尿細管に送り込まれます。

この腎小体から作られ、尿細管に送り込まれる原尿の量は一日に 160l であります。重さに換算すると原尿の重さは 160kg であります。もしこの原尿が全て尿として出てしまうと人間が消滅してしまいます。ワッハッハ!こんなことがないように、実は尿細管という装置ができあがったのです。この尿細管が 160l の原尿から 1.6l だけを尿にするために、99%の原尿を再吸収してくれるのです。それでは、どのようにして何が何を再吸収するのでしょうか?尿細管の周りには毛細血管が取り巻いています。尿細管中を流れている原尿から、水分やナトリウム、カリウム、カルシウム、アミノ酸、ビタミン、タンパク質などの人体に必須な成分を、この尿細管を取り巻いている毛細血管の中に再吸収してくれるのです。言うまでもなく、再吸収される最大の成分は水分であるのです。

ちなみに、腎小体とそれに続く尿細管が腎臓の 1 単位となっているので、糸球体とボーマン嚢(腎小体)と尿細管の 3 つを合わせて腎単位とかネフロンなどといいます。ちょうど神経細胞が神経細胞体と樹状突起と神経線維の 3 つでひとつの単位となっているので、これをニューロンというのと同じです。いずれにしろ、糸球体も毛細血管の塊であり、かつ尿細管の周りも毛細血管だらけでありますから、ネフロンは毛細血管だけでできているといっても過言ではないのです。

それでは口蓋扁桃から運ばれてきた特殊な異物である、B レンサ球菌・IgA 抗体の

免疫複合体はどのように腎臓で処理されると思いますか?水分やナトリウム、カリウム、カルシウム、アミノ酸、ビタミン、タンパク質などは、糸球体の毛細血管のどこから濾過され、原尿としてボーマン腔に流れ出ていくかを知っていますか?[詳しい腎臓の話はこちらを読んでください。](#)

糸球体の毛細血管の表面には血液を濾過するフィルター役のひとつである足細胞がくっついていて、この足細胞どうしの隙間から原尿がもれ出てくるのです。足細胞はポドサイトや有足突起などとも呼ばれます。糸球体の毛細血管の表面を、まるで数匹の蛸があらゆる毛細血管に互いに足を絡め合い、網目を作り、糸球体の毛細血管を覆いつくしているのです。この足細胞の働きは、足をリズムカルに伸び縮みさせ、毛細血管をしごくようにマッサージさせながら、足細胞が密着していない毛細血管の内皮細胞の穴から液体成分と、小さい分子であるブドウ糖やアンモニアや様々なイオンだけが濾過されるのです。毛細血管中の大きな分子である赤血球、白血球、血小板などの細胞成分と大きなタンパク質はこのフィルターを通過できないのです。濾過された原尿のうち、有用な糖分やアミノ酸などは、ほとんど全て尿細管で再吸収されるのです。さらに塩分やカルシウムイオンの生命維持に必要な不可欠な成分や水分は、ホルモンなどによって再吸収量が上手に調節されているのです。糸球体の濾過フィルターの役目をしているのは、今述べた毛細血管の外側に巻きついている足細胞と、毛細血管の内側を覆っている内皮細胞と、その中間にある基底膜の三者三者の協力によって行われているのです。

それでは、B レンサ球菌・IgA 抗体の免疫複合体はどのように腎臓で処理されるのでしょうか?まず、このような免疫複合体は、腎臓の糸球体の毛細血管にまで流れ出てくることは極めて稀であるのです。それではどんな場合に起こりえるのでしょうか?まず考えられるのは、大量の B レンサ球菌が喉の粘膜に感染し、喉の粘膜免疫で殺しきれない場合であります。B レンサ球菌に対する大量の特異 IgA 抗体を産生しても処理できなくなる場合です。日本のように衛生意識や衛生状態がきわめて良好である先進国ではまず大量の B レンサ球菌が喉に侵入することはないのです。仮に侵入しても、栄養状態が極めて優れている先進国では IgA 抗体は簡単に作れてしまいます。とどのつまり、すべからず細菌感染症というのは、免疫が細菌を殺し尽くせば終了してしまいます。それではなぜ世界中の先進文明国家においてこのような腎炎が数多く起こるのでしょうか?アメリカが大嫌いなアルカイダが意図的に B レンサ球菌をばら撒いているのでしょうか?アッハッハ!そんなことは絶対にないでしょう。それでは免疫が落ちるのはどんな場合でしょうか?いたるところで売りまわられている免疫を抑える薬を飲めばいいだけです。まさに医療大国である先進国で常に見られているこ

とです。免疫を抑えて症状だけを取るという偽善的な治療が全世界中を席卷しております。現代の医療は病気を治すためではなくて、快楽を与えるだけの麻薬医療とも言っているぐらいの金儲け医療ですから、免疫を抑えて新たなる病気を作るだけです。なぜこんな医療がまかり通るのでしょうか?答えは簡単です。免疫を抑える薬しか製薬メーカーでは作ることができないからです。免疫を上げる薬は漢方しかないのです。製薬メーカーの工場で漢方薬が作れますか?NO でしょう。作って儲かりますか?これも NO でしょう。

このように本来殺せる敵である風邪のウイルスを、解熱剤や痛み止めを使うことによって免疫が低下し、その間に増えた風邪のウイルスのみならず、口蓋扁桃の陰窩に閉じ込められていた B レンサ球菌と戦わざるを得なくなり、不運な子供たちはこの患者さんのように、IgA 腎症とか原因の分からない慢性糸球体腎炎と診断され、ステロイド以外には治療法はないと宣告され、一生不遇な人生を送らざるを得なくなってしまうのです。もちろん手記の子供さんは、私との出会いがあったので不運を免れることができましたが。免疫を抑えるがゆえに、つまり製薬メーカーの薬を使うがゆえに(もちろん抗生物質と抗ヘルペス剤は除外しますが)新たなる難病を作り出しているのです。残念です。

さて本論に戻しましょう。上に述べたように、腎臓は糸球体の 3 つの層である、毛細血管の外側に巻きついている足細胞と、毛細血管の内側を覆っている内皮細胞と、その中間にある基底膜の三者の協力によって行われているのです。一番大事なのは、毛細血管の外側に巻きついている足細胞であります。なぜならば足細胞は一度傷つくと再生不可能であるからです。一方、基底細胞と内皮細胞は傷ついても修復可能なのです。

ここで糸球体以外の毛細血管の成り立ちを考えてみましょう。言うまでもなく、普通の毛細血管は、枝分かれした動脈と静脈の間をつなぐ細い血管であり、血液と血管の周囲組織との間で物質交換を行うものであり、基本的には内皮細胞と基底膜だけからできているのであります。その仲間のひとつとして、尿細管を取り囲む毛細血管も含みます。つまり糸球体の毛細血管の外側を取り囲む足細胞はないのです。しかも糸球体の毛細血管は物質交換をする目的は全くないのです。あくまでも無理やり血液を濾過するだけなのです。

それでは B レンサ球菌・IgA 抗体の免疫複合体は、果たして糸球体から濾過されるのでしょうか?まず無理でしょう。なぜならば IgA 抗体自身がタンパク質であり、アルブミンよりも 2~3 倍大きいものですから、糸球体の濾過膜を通ることが不可能なので、IgA 抗体自身だけでも濾過されることはありません。ましてや B レンサ球菌が結び

っているので、大きすぎてますます濾過されることは不可能です。

それでは濾過されなかった B レンサ球菌・IgA 抗体の免疫複合体は、特殊な毛細血管が連なっている糸球体の中で偶然補体と出会うこともあります。IgA 抗体には補体を活性化する力があるのです。実は IgA 抗体にはしっぽに補体がつく IgA があることが分かったのです。この補体が免疫複合体の IgA 抗体にひつくと、B レンサ球菌を貪食しようとして大食細胞や好中球がひつき、様々な酵素や活性酸素や、その他様々な化学物質を排出し、血管の内皮細胞に炎症を起こし、その炎症が上の基底細胞や足細胞に波及して、足細胞も壊れ、さらに足細胞と足細胞の隙間が広がり、炎症が大きくなっていくのです。内皮細胞と基底膜と足細胞の間に大きな穴が開き、そこから B レンサ球菌・IgA 抗体の免疫複合体もどんどん毛細血管から外部の結合組織であるメサンギウムに蓄積し、IgA 抗体の多い腎炎として IgA 腎症という名称が与えられたのです。

皆さんご存知のように、抗体は Y 字の形をしています。上の 2 本の手で敵を捕まえ、一本足に様々な炎症を起こす補体や貪食細胞がつきます。IgA 抗体のしっぽには貪食細胞は絶対につかないのですが、補体はつくことができるのです。だからこそ腎臓のメサンギウムに補体の C3 が沈着しているのです。この補体の C3 が IgA にひつくと、オプソニン作用(味付け作用)が生まれ、この味に憧れて大食細胞や好中球が食べにかかるのです。

IgA 腎症は、別名、IgA メサンギウム腎症とか、IgA 腎炎とか、免疫グロブリン A 腎症とか、ベルジェ病ともいいます。フランスのベルジェが 1968 年に初めて報告しました。慢性に経過する糸球体腎炎の中で、蛍光抗体法により、IgA がメサンギウムに沈着していることが証明されたのですが、同時に補体の C3 も沈着することが分かりました。(補体についてはいずれ必ず詳しく書きます。)上に述べたように、糸球体間質といわれるメサンギウム結合組織領域を中心に、IgA という抗体が沈着し、メサンギウム細胞が増え、さらにメサンギウム細胞以外にも大食細胞などの様々な炎症細胞も増えているのです。

以上、口腔に入った B レンサ球菌が、最後に IgA 糸球体腎炎を起こすプロセスを詳しく書き記しましたが、理解できたでしょうか?何も IgA にひつくのは、何も B レンサ球菌だけではないのです。あらゆる種類のウイルスや細菌が粘膜において IgA IgA と結びついて、上に述べたような機序によって糸球体に到着したこれらの病体と IgA が結びついた免疫複合体が IgA 腎症、つまり IgA 糸球体腎炎を起こすことがいくらかもあるのです。急性に一過性に起これば、急性糸球体腎炎と名づけられ、間違った治療を続けられて慢性に続くと慢性糸球体腎炎と名づけられるだけです。

それでは SLE などに見られる糸球体腎炎はどのようにして起こるのでしょうか?SLE はご存知のように膠原病で最も難治と言われている病気であり、日本語では全身性エリテマトーデスと呼ばれています。本来、SLE は化学物質に IgG がひっついて起こる病気ではありますが、たまたま抗体のクラススイッチが行われ IgA になって、この IgA に化学物質がひっついて免疫複合体を作り、腎臓で同じようなことが起こり、糸球体腎炎となる可能性があります。しかしながら IgA はあくまでも粘膜で作られる抗体であり、SLE はほとんど粘膜とは関わりのない病気ですから、当初から滅多に SLE の合併症としての腎炎は起こりえないのです。やはり SLE の治療と称してステロイドを使い続ける中でリバウンドを起こし、大量の IgG を作ることによって、IgG 型の腎炎が起こることになるのです。

それでは、なぜ他の組織で IgA 〇〇症を起こすことがないのでしょうか?2 つ原因があります。ひとつは、腎臓のように血液を無理やりに濾過するという長い毛細血管がないことです。2 つめは、腎炎を発見するキッカケとなるのは、常に極めて簡単な尿検査でタンパク尿があるとか潜血尿があるとかがすぐに分かるからです。何も症状がなくても医者はすぐに特別な病気があると考え、やってはならない腎生検をしたり、使ってはならないステロイドを簡単に投与するものですから、免疫を上げる漢方を飲んで自分の免疫に任せて放置すれば自然に治るのに、金儲けのために患者は医療の犠牲者となっていくのです。残念です。自分の病気を治すのは自分の免疫だけしかありません。自分の免疫の遺伝子だけなのです。)

今日はここまでです。2014/09/18

※急性糸球体腎炎で検索すると、発症直後～1 週間は絶対安静、(急性糸球体腎炎の診断のきっかけは、学校検診や一般検診の尿検査で蛋白尿が発見され精査が始まるのです。従って、熱がなければ発症直後～1 週間は絶対安静が必要であることは滅多にないのです。) 1 ヶ月は安静入院という方針をとる病院もある程、慎重に扱わなければならない病気であるのだが、同時に発症初期のむくみや高血圧がなくなると、全く自覚症状がないという相反する状態が特に小児においては難しく、腎臓病の治療方針が定まらない要因の一つではないかと考える。

事の重大さに気づけないまま、普段通りの生活。お友達のお誕生会に呼ばれた次の学校で気分が悪くなり早退。休日は、午前中に昼寝をする程、息子の身体は安静を求めている。診察は 1 週間おきで、状態チェック。夜中にひどい腹痛があったり、落ち着かない日々が続いていたが、塩分制限解除を心待ちに、医師の指示通り生活していた。(何故腎炎においては塩分制限が必要となるのでしょうか?それは腎

臓の大切な仕事のひとつが人体の塩分の量を制御することです。腎臓の糸球体に傷害が生ずると塩分が多く人体に取り込まれすぎてしまうので塩分制限が必要となるのです。後でその根拠を詳しく書きます。乞うご期待。)

5月:安静生活が続くが、元気な子ども。

GWはどこにも行かず、できる限り大人しく過ごそうとするが、友達の声が聞こえる
と外に出たがり、安静のコントロールが難しかった。祖父母来訪もあったが、夜気分
が悪くなり翌日 38 度の発熱。学校で流行っていた時季外れのインフルエンザを疑い
日曜診療をしたが陰性。通院先の救急受診では、いまずぐ入院する程の事ではないと
のこと。初診時に検出されなかった溶連菌が喉から検出され 10 日間の抗生剤を服用
することになった。(上に述べたように彼の腎炎の原因もやはり溶連菌であつ
たのです。私が最初に彼を診察していれば、最初から溶連菌を殺せる抗生物質を
投与していたと思います。)(血中の ASO は反応せず)補体が低い間は、感染症にか
かりやすいと告げられていたが熱の原因は不明。GW 以来、体調に変化はなく、1
週間おきの診察はしばらく続いた。補体が正常値に戻ることはないが、蛋白尿は±と落
ち着いており、マラソンや競泳などの激しい運動を除いて、運動制限解除が早くも言
い渡された。発症 1 ヶ月半、5 月下旬だった。息子と私は無邪気にも喜び、公式戦ベ
スト 8 の試合に間に合ったね、などと話しながら帰宅したのを今でも覚えている。補
体が戻らないという一抹の不安を抱えながらも、その日の気持ちが上向きであつたの
は事実だった。

6月:尿の悪化と腎生検の示唆。戻るはずの補体が戻らない……。 (糸球体腎炎以外
の膠原病、とりわけ SLE などの膠原病などでは、根拠も説明せずに補体の増減
が病状を決めるのに極めて大切であるように医者は言い続けますが、実はそれほど
大切な検査ではないのです。何故医者は補体の意味について患者に説明を一言
もしないで、補体、補体とこだわり続けるだけなのでしょう？ほとんどの医者は
補体の意味のすべてを勉強したことがないからです。というのは補体の全てに
ついて完璧に理解することは極めて難しいからです。(補体についても後に必ず
詳しく分かりやすく書くつもりです。乞うご期待。)補体の仕事を一言で言えば、
安上がりの抗体にすぎないのです。言い換えると、あらゆる細菌や異物に対して
全ての人を持っている自然免疫が、簡単にいつでも作れる抗体であるに過ぎない
のです。例えば溶連菌に感染すれば、溶連菌に特異的な抗体が作られる前からま
ず始めに補体が大量に作られるのです。この補体は肝臓で作られるのですが、作

られる以上に溶連菌との戦いが激しければ激しいほど補体の消費が高まり血中の補体が補体の量が減るだけなのです。つまり肝臓で作る以上に補体が消費されすぎると補体の血中の量が減るだけなのです。言い換えると補体が減っているのは溶連菌との戦いが激しいと言う意味しかないのです。つまり補体の現象と糸球体腎炎とは直接的な因果関係は何もないのです。)

発症後2ヶ月のことだった。塩分制限、運動制限の解除がされ、サッカークラブ活動も再開し普段通りの生活に戻った2週後の診察で腎生検の可能性を示唆された。補体の値がまったく動かず、尿の所見も悪かったのだ。これまで診察時の蛋白尿は±で安定していたのだが、その日の検査では、蛋白尿が++を示していた。このまま補体に戻らなければ、他の慢性腎炎を疑う必要があると告げられたのだ。(補体が減っているという意味は、体のどこかで細菌と戦っているに過ぎないのに「このまま補体に戻らなければ、他の慢性腎炎を疑う必要がある」と医者は告げたのです。こんな言い方は医学ではないですね。というのは、補体は慢性腎炎の種類を決めるのになんの関わりもないからです。しかも何回も繰り返し述べているように腎臓の糸球体を傷つける腎生検は新しい医原病的腎炎を作ることになりますから腎生検は百害あって一利なしとなるのです。)

発症後1ヶ月経過から、血圧、体重、家での尿検査を記録していたが、6月に入ってから、蛋白尿が検出されていた。(後になり、サッカー再開と連動しているとわかる)(運動すると腎臓の血流が何倍も増えるので腎臓から尿にもれ出るタンパクが増えるのです。)山火事に例えると潜血が炎、蛋白が焦げであるとのこと。(こんな比喻も全く医学的ではないですね。正しくは次のように説明すべきです。「腎臓の炎症によって作られた足細胞の隙間が大きければ分子の大きい赤血球もタンパクのアルブミンといっしょに尿にもれ出るだけです。」と言うだけで良かったのです。)つまり、蛋白尿が出続けることは、腎臓の機能が壊れていくことを示している(蛋白尿以外に他の所見がなかった彼の腎臓はただ単に腎臓に傷があるだけですよと言うだけですむ話だったのです。)(そして、一度壊れると戻らない)ので、治療の方針としては蛋白尿の消失がとても重要になってくるという。そして、現在の薬物療法ではステロイド剤に頼るか、免疫抑制剤との併用での治療しかないこともこの時わかったのだ。(ステロイドにしる免疫抑制剤にしろいずれも腎臓の傷を治すものではないので用いるべきではないのです。)

この頃から、家での検尿も毎日できる精神状態ではなく、蛋白が++に振れた時には、目の前が真っ暗になり心配で胸が押しつぶされそうになった。息子の腎臓が破壊されていく……。メソメソと涙しながら出勤することもよくあった。どうして息子

がこんなことに……。今もなお、息子のおしっこの音を聞く度に試験紙が陽性色の緑色になる恐怖を思い出し、不安にかられる程だ。

7月：薬にもすぎる思い。確定診断と治療方針を定めるための腎生検は、7月上旬に計画された。夏休みを待たずに実施すべきとの医師の判断であった。腎生検は、鉛筆の芯の太さの針で腎臓の組織を2～3箇所採る検査だ。**(鉛筆の芯の太さの針で腎臓の微小な糸球体を傷つけるとは、まさにただ事ではない狂気の沙汰ですね。おそらく何百個の糸球体を破壊するとんでもない許されざる蛮行ですね。)**採取した組織を光学顕微鏡で確認し、組織の状態によりいくつかに分類される糸球体腎炎の診断が確定する。検査で1週間、その後の点滴治療(ステロイドパルス療法)で3週間の入院が必要だと告げられた。1ヶ月夏休みが前倒しになる日程だ。生検の副作用を心配する夫が質問を投げかけると、具体的な数値を並べ、実績数からも主治医は、自信を持っている様子だった。**(糸球体腎炎を何一つ治したことがないのにどこからこのような自信が生まれるのか不思議です。)**出来る事なら変わってあげたい……。生検実施日までの間にできることは何でもしようと、漢方で定評のある北里大学の東洋医学研究所に足を運んだ。1度目は、診断結果を狂わす可能性もあるから腎生検の結果を待った方がよいとの見解で夫と私の意見は割れたが、結果的に薬の処方はしてもらわず帰宅した。しかし、腎生検直前の診察で、蛋白尿が±に落ち着いていたため、急がずに夏休みまで見送ることになった。発症して3ヶ月目に入ろうとしていた。**(何故一介の開業医である松本医師が治せる糸球体腎炎を令名高い北里大学の東洋医学研究所の漢方専門医が治せないのでしょうか？彼らは糸球体腎炎の成り立ちのみならず漢方医学と西洋医学の違いさえもご存知ではないのです。さらにあらゆる病気を治すのは患者の免疫であることもご存知ではないのです。悲しい話です。残念ですね。西洋医学は免疫を抑え、見かけの症状は取り除いてくれますが、根治は不可能です。一方、東洋医学は患者の免疫を上げて、患者自身に病気を根本的に治させるのです。)**

漢方服用に未練のあった夫は、再び息子を北里研究所に連れて行き、柴苓湯(サイレイトウ)を飲み始めることになった。サッカーは、祖父の反対意見よそに、相変わらず続けていた。夏も本番にさしかかり、体力消耗も激しく練習後の疲労が普段以上であることは察していたものの、普段の元気な姿と医師の運動OKを信じて疑わず、本人の意志を尊重するという大義名分で続けていた。しかし、終日遠征試合の夜、気分が悪くなり、食事もできず疲労しきった息子の翌日の尿は蛋白が+++となり、いよいよ手が震えた。寝ている夫にすぎるように「パパ、どうしよう……！」身

体負担が、腎臓にダイレクトに負荷を与えることにより気づいたのだ。愚かな親がここでも露呈された。サッカーはマラソンに匹敵する激しいスポーツだったのだ・・・。

7月下旬:命運を分けた松本医院との出会い。それまで、通院先の医師の診断や治療方針を信じて疑わなかったが、息子の症例が稀なケースであるが故、主治医から発する言葉の端々から手探りであることが伝わってきていた。ネットに書かれてある発症初期の生活管理の方針(運動制限等)や症状の解釈にかなりバラつきがあることに気づきながらも、苦境時に楽観視したくなる人間心理と日々の慌ただしい生活の中では、通院先の医師の指示に従うことしかできず、自らじっくりと病気やその治療方法についての調査に手が回っていなかった。参考にする本と言えば、通院先の腎臓科が書き下ろしている書籍のみ。とても分かりやすかったが、脳の次に未解明な臓器といわれる腎臓の病気を知るには、1冊の本では不十分であった。腎生検をするか否か、ステロイドによる治療を受け入れるしかないのか、絶望しながら悩んでいた時に、下の子が熱をだし会社を2日間休むことになった。これが運命の分かれ道であった。子どもが熱を出すと急な休みで周囲には迷惑をかけるが、一旦休むと腹をくくれば、家でゆったりできる時間が手に入ることは、働く母なら皆知っていることだろう。娘が寝ている間、じっくりと情報収集することができ、治療の方向性を大きく変えることになった「すべての膠原病を漢方で治す」と謳っている漢方医院に行き当たったのだ。補体について調べていたら、腎炎発症メカニズムの説明の中に、補体との関連についても触れていたのだ。これが松本医院との出会いであった。場所は、大阪の高槻と遠いので、普通なら見送ったことであろうが、偶然にも、週末に関西方面を訪れる話が別であり、松本医院が2つ目の理由となり背中を押されるように関西へと足を伸ばすことになったのだ。松本医院にかかった方の慢性腎炎の手記を読み、これは手応がある、と感じた。直に夫にも知らせ、夫も同じ感触をもった。同業の研究者だからこそ分かる感も働いたと言う。HPの文面から、ここまで言い切る自信が逆に心配にもなったが、腎炎という病気であるが故、逆に期待を膨らます部分でもあった。ストライクか三振か、二つに一つだと思った。自分たちの目で確かめずにはいられなかった。

7月下旬:東洋医学での治療という選択。私もまた、自らがアレルギー疾患であり、漢方でコントロールしていた経験から、慢性疾患には東洋医学のアプローチが適切であることは身をもって体験していて、抵抗なく松本氏の理論を受け入れることができ

た。と同時に、西洋医学のアプローチでは、アレルギーや腎炎などの発症機序がはっきりしない病気について、根本的な治療にならないことも再認識できたのであった。松本医院の扉を開けた時の息子の反応は、「何このにおい〜」。漢方煎じ薬に慣れている私には、「きたきた」という懐かしい感覚があった。先生に面会してみると、噂通りの強烈なキャラ。問診中に遠方からの患者さんの電話に受け答えすること10件以上。一度の電話も、大変長いため(初めての私達に対しレクチャーを兼ねていたそうだが)その電話を待つ時間を含め診察時間は1時間を超えたのではないかと。息子をみるや、「真面目な子や」「頑張り過ぎたんや」と性格を見抜き、「サッカーはしばらくやめときや」などと優しく声掛けをしてくれた。ひとしきり現代医学界を否定した後「君の免疫が治すんやぞ。漢方はそれを助けるだけや。ヘルペスと化学物質の作る病気を含めて、患者の免疫が治せない病気なんぞない!」と念を押し、私達と握手をして診察が終了した。エネルギーが奪われた感じがした。診察椅子に我慢強くじっと座っていた息子は、足もむくみ、疲れきっていた。お灸のツボを9カ所教えてもらい、医院では3時間くらい時間を過ごした。

関西旅行の後、息子は疲れから高熱を出すこと3日間。尿は松本医院訪問時、蛋白++++のMAXを示し、命を失うのではないかと心配になるほど生きた心地のしない3日間を過ごした。(尿タンパクが一時的に増えたからと言って絶望する必要はないのです。腎臓の血流量が増えれば尿タンパクが増えるのは当然のことなのです。この尿タンパクはアルブミンがほとんどですから、むくみが、つまり浮腫が皮膚の下に見られても心配することはないのです。なぜならば血管にあるアルブミンは皮下組織のみならず、あらゆる組織の結合組織にあるリンパ液や水分を血管に戻す力があるからです。この働きをアルブミンの膠質浸透圧といいます。従って血管にあるアルブミンが尿から体外にもれ出してしまうとその分組織に水分が残りむくみとなるのです。) 関西に行ったことが果たして良かったのかどうか。精神状態がギリギリの中、出勤するも、死ぬか生きるかの大病を患う息子と向き合わない自分に嫌気がさし、途中の駅で引き返し、駅から自宅へと自転車をこぐ途中、枇杷の葉温灸のチラシが目にとまった。「枇杷の葉」による自宅治療で末期の膵臓ガンから生還した祖父を思い出したのだ。たまたま、庭いじりをしていた院長に声を掛け、半泣き状態で息子の現状を打ち明けた。東城百合子氏の自然療法を基本とした鍼灸院との出会いが、そこにあった。気功、自然療法の食事やお手当を体験できると教えてくれたのだ。

今日はここまでです。2014/10/02

関西訪問後の私達には、治療方針に迷いはなかったが、西洋から東洋への治療方針の

大転換に、病気の経過を熟知している実母の猛反対があり、家庭の雰囲気が悪化の一途をたどった。主治医を信奉する母は、ブランド主義だと夫は言う。気持ちが揺れる私に激怒する夫と話がまとまらず家庭崩壊の危機に陥った。たまりかねて電話した先は、義理の母。「お義母さん、助けて・・・」受話器の先の母に言うつもりのない言葉がこぼれた。今の私に家庭を支える自信と気力はなく、立っているのがやっと、そんな精神状態を救ってくれたのが夜中にも関わらず駆けつけてくれた義理の両親であった。義理の両親は、我々の方針転換に賛同し、住み込みでのサポート体制に入ってくれたのだ。何よりも精神的な支えが大きく、立っていられない程の精神状態に陥っていた私の心の支えとなった。また、義理の両親に遠慮する実母の出入りもなくなり、外野の声もなくなり、自分たちのペースで治療に専念する体制が整った。各方面の免疫力アップを基本とする書籍を片っ端から読みあさり(借りてきたのは実母であったが)、東城百合子氏の自然療法に基づく、玄米菜食、枇杷の葉のこんにゃく湿布、安保徹氏の爪もみ、など東洋医学のアプローチにフィットするものはすべて取り入れ、松本医師の処方する漢方薬とお灸、週1の漢方風呂を取り入れた自宅治療が開始した。

親の「気」も大事と聞き、息子の腎臓に夫と手を当て毎晩祈った。とにかく腎臓によいことは惜しまず何でもする、そんな方針で夏休みの間は、義理の両親と二人三脚で集中治療に取り組んだ。発症後から通院中の病院での診察(2週おき)は、腎生検の遅延を目標に1回毎クリアする気持ちであった。「絶対に腎生検なんてしない」勇ある決断だ、と皆に言われた。幸いにして、息子は一刻を争うほど状態が悪かったわけではなく、大人しく過ごしていれば蛋白尿も抑えられる事が分かっていたので、じっくりと漢方治療に臨めたのだ。

漢方薬は当然子どもには苦く、軌道に乗るまではハチミツ入りで1回50mlが精一杯。一日300ml飲むべきを2~3日かけて飲むペースだった。生姜のきいた漢方薬は一滴も飲めず、松本先生に相談し無理しなくて大丈夫とのことで、1種類の漢方薬を飲むこととした。2週間経ち、飲み慣れてきたところで、生姜のきいた漢方も1日1回は飲む、というように少しずつ増やして行っただ。いつしか、ハチミツ無しでも平気になり、夏の終わりには、2種類の漢方薬を1回100mlで食前、食後で飲むようになり、漢方服用も軌道に乗ってきていた。お灸も、痛くて騒ぎ立てていたのが、いつしか慣れてスムーズに施術できるようになっていた。

家での尿検査は、週1回を心がけ、食事や治療の記録などもとりながら、様子を観察した。その後も続いていた通院先の診察では、いつ腎生検適用を言い渡されるか、ハラハラしながらの診察が続いた。主治医に一度漢方について提案したところ、否定

的な見解だったので、漢方服用していることなどは、もちろん黙っていた。私達にとっては、息子が治ればそれがどんな因果関係であろうと関係がないので、結果だけ追い求めた。

9月:十字式健康法と高橋博先生との出会い。9月はいよいよ新学期。学校生活が無事送れることを目標に、無理のない生活を心がけ

た。漢方薬を飲む回数は減る、学校給食はどこまで制限するか、運動会の練習は残暑暑の残る中、大丈夫か・・・、心配はつきなかった。学校に様子を見に行ったり、運動会練習は、休み休み参加するよう連絡帳でお知らせしたり、朝の尿検査も緊張が高まったが、大きな変化はなく学校生活を送ることができた。治療を続ける合間に、松本医院のサイトは度々訪れ、新着関連記事がないかチェックしていた。関連記事があれば勉強する。執筆の中に、漢方だけでは、免疫力を最大限に引き上げることはできない。東洋医学で言われる4つの基本治療、「漢方、お灸、安静、気功」をすべて組み合わせて最大化するという行があった。自宅治療で唯一取り入れていないのが功であることに気付き、十字式健康法をハッと思い出したのだ。整形外科的なイメージを持っていた十字式健康法であったが、継続的に施術するにも費用負担が少なく、どれほどの効果を発揮するかは、未知だったが試すことになったのだ。9月半ばちょうど、日本に台風が上陸している日だった。夫は運転が危険だと渋り、断念しかけたところで、台風が関東から去り、祝日月曜の昼に品川に出掛けた。台風の影響で診療所には誰もいなかった。そして、高橋博先生との出会いがここにあったのだ。

「右の腎臓がすごく引っ張られていますね。」独特の施術をしながら、IgGだね、などと腎臓の専門医かと思うくらい詳しいことをコメントしてくれたのだ。松本医院のHPに書かれてある内容と重なった。その日は、初めての施術で身体への影響も大きく、数時間後、息子も身体に異変を感じはじめ、今までにない反応を示し、7時半は就寝し、11時間以上昏睡した。「腎臓の位置が基に戻れば、尿検査の成績も徐々によくなっていきますからね。」不安な事はなんでも相談に乗ってくれ、勇気と希望を与えてくれた。腎生検の実施有無についても、「医者は白黒させたいからね、針刺されるのは患者さんだし、慌てる必要はないですよ。サッカーは可哀想だけど、ちょっと我慢しようね」というお言葉。胸をなで下ろした。それから毎週月曜に品川との往復が始まったのだ。高橋先生を含め3名の施術士に実施してもらったが、高先生ほど、明瞭に息子の腎臓について語る先生はおらず、あの時あのタイミングで高橋先生に初診施術してもらわなかったら、十字式に継続的に世話になることはなかったと思う。

10月:1ヶ月ぶりの診察で潜血++2 自宅での尿検査は、毎週行っていた。蛋白を検出することは自宅治療に入ってからではなくっていたが、潜血は+++3が続いており、炎症が続いていることを示していた。少しずつ++2に変化しているような気がしつつも、大きくは変わらずであった。9月の診察を最後に1ヶ月ぶりの診察でついに潜血++2になっていた。主治医の反応は、全く表情を変えず「補体はまだ低いですね。」このまま低値を示し続ければ、1年間放置もできないから腎生検を検討した方がよい、とのコメントだった。経過観察は続くが、状態は悪くないため、次の診察は2ヶ月後の12月となった。また少し猶予ができた、と私は胸をなで下ろした。

この頃から、潜血の消失に向かった変化が加速していた気がする。尿検査の成績がよくなります、という高橋先生の言葉は本当だったのだ。++2から+1へと変化していく中で、ヘモグロビンが検出されない(赤血球が壊れてない)試験紙の潜血反応に変化もしていっていた。(試験紙の潜血には2種類の陽性反応がある)漢方薬がなくなりそうになれば、松本先生に経過報告も兼ね電話していたので尋ねてみると、どうやらヘモグロビンがあると何かとの結合があることを意味し、それがなくなるということは、回復に向かっている(炎症が引いていっている)ことを示唆している、という説明だったと記憶している。上向きになり始めた!と勇気が湧いた。松本先生との電話では、いつも「絶対治るで〜 心配いらんよ〜」と絶対的な自信を持つての声掛けが我々の治療に大きな安心感を与えてくれていた。本当のお医者さんとは、松本先生や高橋先生のような人を言う。我々家族は、この二人の先生にどれだけ勇気をもらったことか。前向きに、漢方、お灸、枇杷の葉のこんにやく湿布に玄米菜食、など地道な自宅治療を継続出来たのは、不安になったときに支えてくれるそんなお医者さんが私達の後ろに控えてくれていたからだと思う。信じては不安になり、の繰り返し、その都度、信じて進むために「医師」から勇気をもらう必要があったのだ。

それからというものの、みるみる潜血の反応が減っていった。そして2ヶ月ぶりの診察日を迎えたのだ。忘れもしない12月16日、蛋白、潜血ともマイナス、小児の正常値が30~40と言われているCH50(補体)が10台の低値を示して8ヶ月目にして37.2に回復していたのだ。診察室を後にし、祖父母への連絡とともに、涙が溢れ出た。病院の外に出てから自宅まで、子どものように号泣していた。胸が押しつぶされそうな日々をずっと送っていた。治る保証もない、似た症例もない、何を信じるかは、私達次第。息子の免疫力、生命力を最大限にすることをあらゆる方法で実行した。信じて努力して本当によかった。

3ヶ月後の2014年3月の診察を最後に通院が終了しました。実に1年間の闘病生活

でした。100 万に 1 人とも言われた確率の病気であっただけに、通院が終了しても、治った！という感覚がなく周囲にあまり無邪気に報告することは出来ませんでした。2014 年 9 月、今ようやく、手記を見直し、報告できる気持ちの整理がついたところです。腎臓病とは、見た目や自覚症状がほとんどなく、だからこそ不気味な病気だとつくづく感じます。腎生検をしていないので確定診断はないのですが、「低補体血症を伴う糸球体腎炎」これが、息子の患った診断名となります。最後の 3 ヶ月は漢方薬の服用頻度も間隔があいていましたが、我々が行った主な自宅治療は次の通りです。

- 東條百合子氏の自然療法に基づく、
 - ・玄米菜食(動物性タンパク質は控える)
 - ・枇杷の葉のこんにゃく湿布(地元の鍼灸院で教わる)(毎日)●松本医院の治療による
 - ・漢方薬(煎じ薬 2 種類)の服用(毎日)・漢方風呂(週 1 回)
 - ・お灸(毎日)
- 十字式健康法
 - ・1~2 週に 1 回の施術