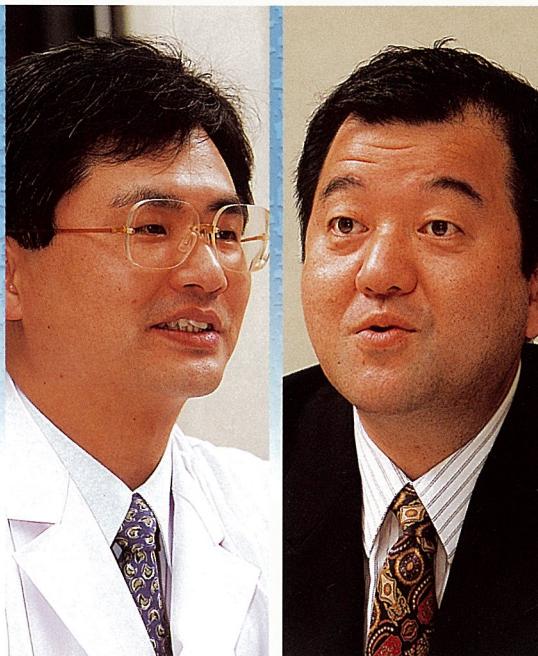


# 東洋医学に魅せられて ～21世紀の医療を考える～

「phil 漢方」の創刊にあたり、加賀屋病院院長で日本東洋医学会関西支部長の三谷和男先生に、近畿大学東洋医学研究所の教授に就任された新谷卓弘先生を大学にご訪問いただき、お二人に東洋医学に関する抱負や課題についてご対談をいただいた。



新谷 卓弘 先生

三谷 和男 先生

近畿大学東洋医学研究所  
教授  
**新谷 卓弘 先生**

医療法人木津川厚生会  
加賀屋病院院長

**三谷 和男 先生**

## 近畿大学東洋医学研究所の特徴と今後の期待

**三谷** この度は、近畿大学東洋医学研究所教授ご就任おめでとうございます。早速ですが、東洋医学研究所の診療や研究内容についてその特徴を教えていただけるでしょうか。

**新谷** 当研究所の附属診療所では、自費診療という形態をとっていることが特徴です。患者さんは、近畿一円から来院されています。前任の遠田裕政教授が、皮膚アレルギー疾患の患者さんを多数診ておられ、治療経過も良好でしたので、アトピー性皮膚炎、乾癬、掌蹠膿疱症といった患者さんが多数を占めます。

また研究面では、医学と薬学の連携で研究を展開することを特徴としています。とくに臨床で得られた治験を動物実験等にフィードバックし、薬理学的に漢方の有用性を当大学薬学部薬用資源開発研究室の久保道徳先生や松田秀秋先生らとともに研究し、逆に、基礎からの知見をもとに、私どもの方で臨床応用することが特徴かと思います。

**三谷** 今後は東洋医学の世界でも、大学の立場がますます重要なはずですね。日本東洋医学雑誌をみましても、富山医科薬科大学を始め大学の先生方の論文が大きなウエイトを占めるようになっています。従来、漢方はどちらかというと開業の先生方が中心でし

たが、東洋医学会は日本医学会の分科会に入っているわけですから、今後は大学を中心として、多方面から研究していく方向に進まるを得ないのではないかと思います。そのような点から考えましても、新谷先生の今後のご活躍に期待するところが大ですね。

ところで東洋医学研究所として、日本東洋医学会の中での今後の抱負をお伺いしたいと思います。

**新谷** 東洋医学のEBMを求められる今日にあって、漢方のエビデンスを蓄積することを考えたいと思っています。そのためには、大学という単位だけではなく、病診あるいは病々連携というような形で、広く一般の病院や診療所の先生方とも提携して、mass studyで

漢方の有効性を証明できればと考えています。実はそのような考え方から、「21世紀の漢方を考える兵庫県医師の会」というのを、西宮市で開業されている西本隆先生らと昨年発足させ、補中益氣湯の易疲労に対するmass studyを開始したところです。その結果は、来年の日本東洋医学会総会で発表する予定です。

### 東洋医学の果たすべき役割と漢方処方の考え方

**三谷** ところで先生の目からご覧になって、現代医療において漢方が果している役割についてどのようにお考えでしょうか。

**新谷** 私の母校である富山医科大学の和漢診療部に、どのような患者さんが来院されているかについて調査したアンケートがあります。それによれば、西洋医学的に診断がつかないために治療困難な方、たとえば不定愁訴症候群に代表されるような方や、治療方針が決まっているが、薬を服用するとアレルギー症状が発現し、治療が困難であるという方などがおられます(表)。つまり、西洋薬では対応が困難ですが、漢方が得意とする一連の疾患群があり、漢方の果すべき役割は決して小さくないと考えています。また、西洋医学に東洋医学を併用することにより、治療期間が短縮されたり、医療費を抑制できるなどのメリットがあると考え、もっと東洋医学を一般臨床に浸透させたいと考えています。

**三谷** 漢方医学を中心に診療を行っていますと、患者さんの多様なニーズを踏まえ、それに適切に対応をしていくことが極めて大切である

ということを痛感します。

新谷先生の論文や処方内容を拝見しますと、大変参考になることが多い、どのような目線で処方を考えておられるのか教えていただきたいケースがいくつもありますね。

たとえば、株式会社麻生飯塚病院の三瀬忠道先生と貝沼茂三郎先生たちとの共同研究と記憶していますが、インターフェロン(IFN)製剤投与中のC型慢性肝炎患者さんに、麻黄湯を併用されている例などは、現代的な視点からの症例報告であり大変印象的でした。

**新谷** IFN製剤を連日投与中のC型慢性肝炎患者さんには、高熱と節々の痛み、頭痛、脈も浮いているなど、いわゆる疑似太陽病(インフルエンザ様症状)という証が出現します。そこで、太陽病実証の方剤である大青竜湯や麻黄湯を併用して治療を開始したところ、C型肝炎ウイルスの減少やトランスアミナーゼ値の改善などから、麻黄湯を併用した時の有効率がより高いことが明らかになりました。私の経験した症例の経過を図にお示します。

表 和漢診療を希望する患者さんの動機

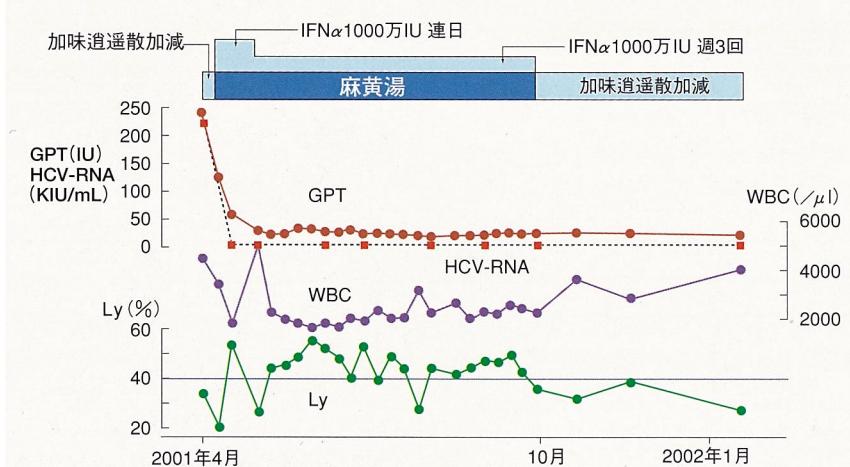
#### 現代西洋医学による治療が困難な病気

- 患者さんの訴えに対応する明らかな病因や病態を検査で見出せない場合  
不明熱、原因不明の痩せ、頭痛、肩こり、腰痛、不定愁訴症候群、心身症などの治療で効果の得られない場合
- 現代医学的に有効な治療法が確立していない病気  
筋萎縮性側索硬化症などの神經難病、全身性進行性皮膚硬化症などの自己免疫疾患、肺線維症、慢性呼吸不全、心筋症、慢性腎不全、ステロイド剤を減量したいときなど

#### 現代西洋医学による治療法の適用が困難な病気

- 病巣や機能異常が複数の臓器や部位にある病気  
坐骨神経痛に肝障害・腎障害を合併する症例、あるいは関節炎に胃潰瘍を合併する症例、尿路や呼吸器の感染症を反復し、肝・腎機能が障害されている症例など
- 妊娠中あるいは妊娠の可能性のある場合  
頭痛、膠原病などで妊娠中あるいは妊娠の可能性があり、治療で安易に向精神薬、抗炎症薬、ステロイドホルモン剤などを投与できない場合

#### 図 症例経過



**三谷** 一般的に、麻黄湯は太陽病期で投与する薬方ですが、最長でも2日以内と一般的には考えられています。それ以上の長期投与はなかなかできないのが現状です。麻黄湯を1週間近く処方したい場合であれば、桂枝湯と合わせて桂麻各半湯として処方していますね。しかし、先生はIFN製剤投与中に麻黄湯を、しかも長期にわたって投与され、非常に効果をあげておられます。こういったやり方はどのような発想で処方計画を組み立てられるのでしょうか。

**新谷** IFN製剤を連日投与しますと、太陽病症状が長期にわたり発現しやすく、さらに、IFN製剤投与によるうつ症状も現れています。したがって、麻黄の交感神経系の賦活作用による抗うつ効果も期待して、IFN製剤投与中はずっと併用を試みました。しかし、IFN製剤投与中に、三谷先生のご指摘のように、麻黄湯から桂麻各半湯あるいはもう少し虚証の桂枝湯というように、太陽病の中でその証が移り変わる可能性はあると思います。貝沼先生が中心で行われているこの試験(50症例に実施)では、麻黄湯を連日1ヵ月ほど投与しましたが、脱汗して虚してしまうとか、麻黄による胃腸障害を起こし継続服薬ができなくなったという症例は経験しませんでした。したがって、retrospectiveですがIFN製剤使用中では麻黄湯は安全に、しかも長期にわたって使えるという印象を持っています。

**三谷** 純粹に西洋医学的治療を行う中で、いまのお話のように漢方が役立つ場面があるのは、まさに東西両医学の融合において、漢方が本領を發揮しているものと考えられますね。私たちも日常診療

の中で、西洋薬と漢方を併用することがあります、いまのお話は非常に参考になります。

### 漢方治療に際し、まずは養生が大切

**三谷** ところで、先生は日常臨床で遭遇する機会の多いアレルギー疾患を有する患者さんに対して、漢方はどのような役割を果たしているとお考えでしょうか。

**新谷** まず、アレルギーを病気と考えるかどうかという問題があります。すなわち「アレルギーは文明が生んだ一種のひずみ」という考え方もあるからです。たとえばアトピー性皮膚炎では、日常生活から解放され日本から離れるとなればこれまでの治療を中止しても快方に向かうというケースがしばしば経験されます。

とはいっても漢方が果すべき役割も大きいものがあります。新潟大学医学部・医動物免疫学教授の安保徹先生の持論「自律神経系のバランスを整える」という考え方からしますと、最近の成人型発症アトピーは、いろいろなストレスが関与し、交感神経系が過度に緊張しているという印象を持っています。そのような点から、柴胡剤、驅瘀血剤や大黃・石膏含有方剤は交感神経系の過緊張、たとえば瘤がたかぶり、いらいらするとか、痒みのために搔かざるを得ないというような状態を鎮静するのに非常に有用だと思います。

さらにアトピー性皮膚炎には、本治と標治ということも重要です。本治として、体質改善のためヘルペス感染などの易感染性を防止する目的で、脾胃の働きを高める人参や黃耆の入った補剤の併用は有



用です。また標治としては、皮膚を潤してさます目的で、涼剤(たとえば、加減一陰煎加龜板膠)と呼ばれるような処方で対処すると有効です。

以上その他に、アトピーでは養生ということが大切です。前任の遠田裕政教授はアトピー患者さんに對し、「砂糖に代表される甘いものを食べていけない」ということを1時間にわたりお話ししていました。甘いものを食べることによって悪化する患者さん的一群がかなりの比率を占めていることは事実で、これだけでも皮膚症状が改善してまいります。

**三谷** 養生がまず大切ということですね。そういえば先生が以前ご勤務されておられました神戸市の鐘紡記念病院では、入院患者さんに「和漢食」というメニューを出されていましたが、少し具体的にお話しいただけますか。

**新谷** 「和漢食」というのは、基本的には1日1,200カロリー弱の玄米菜食です。添加物や加工食品は一切使用せず、肉も使用しません。



しかし薬膳ではなく、使用する食材は通常のもので精進料理に似ています。基本的には甘いものや加工食品からの逃避を考えるとともに、動物性蛋白が抗原性を増強する可能性がありますので、野菜を中心とした食事内容となっています。

アトピー性皮膚炎患者さんに、このような「和漢食」の摂取とともに運動や漢方・鍼治療を2週間にわたり実施したところ、75%以上で自覚症状や好酸球数やLDHが正常化しました。ただ、玄米菜食をどうしても続けることができないという方は2例ありました。

これは神経症の治療に応用される森田療法の考え方にも似ています。すなわち交感神経の緊張状態が、古き良き食事（おふくろの味、日本料理の味）を摂っていただくことで、副交感神経系にシフトするような機序が働いたのではないかと考えています。つまり、自律神経系のアンバランスを是正するのに、「和漢食」が1つの治療手段になっている可能性があります。

**三谷** アトピー性疾患の治療の基本が「食」にあるということで、熱心にご指導されておられることがよくわかりました。ところで、ちょうどいま頃ですが、夏の疲れがなかなかとれない、いわゆる「夏ばて」を訴える患者さんが来院されるケースが多くなります。そのような患者さんに対してはいかがでしょうか。

**新谷** 「夏ばて」を説明する前に、われわれを取り巻く地球環境と生体環境について考える必用があります。

ご記憶にあるとおり、昨夏（2001年）は異常気象でした。すなわち、関東で連日猛暑が続き、北海道では梅雨を思わせる雨が降り、ソウルでは集中豪雨で多数の死者がでました。今年もインドを中心として日本でもheat island現象が起き、熱波のための死亡者も報告されています。このような異常気象を無視するわけにはいきませんが、それ以上に問題なのは生体環境です。とくに、家庭に冷房が普及し始めた昭和50年代以降に生まれた世代では、汗腺の発達が未成熟な、いわゆる「能動汗腺衰退症」と診断される人々が増加しています。これらの人々は高温環境下に弱く、発汗して体温調節することが不得手で、サウナに入っても汗をかかないため容易に体温上昇を来してしまいます。また、昭和50年以前に生まれた方でも、暑い外気と冷房環境下を行ったり来たりすることが重なりますと、疲弊しやすくなります。この理由は、暑いところでは体温上昇を防ぐために副交感神経が優位となり、血管を拡張し発汗を促しますが、冷房環境下では交感神経が優位となり、末梢血管を収縮させて放熱しない

ようにしますので、頻回に気温の差の激しい環境移動をしますと自律神経系が失調しやすくなるからです。

このようなことから、「夏ばて」の原因は従来、指摘されているような冷房や食事で身体を冷やしすぎることにより、全身倦怠感（意欲の低下）、食思不振や体重減少を訴える以外に、先ほど述べました能動汗腺衰退症や自律神経系の失調により「夏ばて」を来す人々が増えつつあることが特徴といえるでしょう。

「夏ばて」の漢方治療としては、補氣剤と津液（体液）を保全する生薬を配合しているのが特徴です。弁惑論の暑傷胃氣論に収載されている生脈散は、人参、麦門冬と五味子のたった三味だけからなる方剤で、構成生薬が少ないため速効性があります。とくに「夏ばて」の程度を超えて、やや意識朦朧となり始めた熱中症にも応用可能でしょう。

そして、この生脈散を軸にして、清暑益氣湯、味麦益氣湯（補中益氣湯加五味子麦門冬、エキス剤はないで清暑益氣湯で代用）、人参養榮湯（エキス剤は和剤局方出典の処方で、麦門冬は配剤されていないが、清暑益氣湯や補中益氣湯よりも陰証で虚証に位置する）、麦門冬湯（五味子は配剤されていない）、補中益氣湯（人参だけ一致、内臓下垂を合併するものは典型的）、白虎加人参湯（人参だけが一致するが虚状の強い者には用いず、高体温が継続する症例に応用）などが鑑別処方と考えられます。

昨夏、前任の鐘紡記念病院で当直をしていた時ですが、近くの造船業の従業員が炎天下での作業に従事していたところ、夕方になっ



1983年 富山医科薬科大学医学部卒業  
富山医科薬科大学附属病院和漢診療部入局  
1984年 国保旭中央病院内科研修  
1992年 飯塚病院漢方診療科医長  
1995年 富山医科薬科大学医学部和漢診療学教室医長  
1997年 鐘紡記念病院和漢診療科医長  
2002年 近畿大学東洋医学研究所教授

て3人ほど全身がこむらがえるという状態で救急搬送されてきました。この時、芍薬甘草湯エキス1日分を多量の白湯とともに服用させ、痙攣する局所を冷却して経過観察したところ、1時間ほどで痙攣が楽になり独歩で帰宅できた症例を経験しました。このようなことから、生脈散だけではなく芍薬甘草湯も熱中症の初期には忘れてはならない処方と考えました。その他には、五苓散も田代真一昭和薬科大学教授の自験例にありますように、脱水時には考慮すべき処方と考えます。

それから東京大学の丁宗鐵先生が報告されているデータで、運動で体温が上がり運動耐容能が減っているような一種の疲労現象に対して、黄連解毒湯の服用で体温上昇が抑えられるというものもあります<sup>1)</sup>。比較的体力のある方には、熱射病の初期などに黄連解毒湯も候補として覚えておかれるよいかと思います。

**三谷** 黄連解毒湯は二日酔いの予防薬としても応用されますね。

**新谷** スポーツ医学的な研究から得られたヒントですが、オーバーワークに陥りそうだと予測できる場合には前もって飲んでおくと

非常にうらやましく思うところですが、このような立場でこれから取り組まれようとされているテーマがあればお聞きしたいのですが。

**新谷** そうですね。最近、和漢診療を求めてこられる方の特徴として、不定愁訴と呼ばれる一群の患者さんが多いことがあげられます。そういった人たちに心理検査を実施してみると、自分を殺して過剰に相手に適応してしまい、気を擦り減らして何事にも無気力な方が増えてきている気がします。つまり、気虚と考えられる一群が非常に多いことです。

そのようなことから、気虚をカバーするような薬について基礎と臨床の両面から研究を考えています。今は補中益氣湯に焦点をしぼり、たとえば黄耆は従来使用されている綿黄耆がよいのか、普耆にかえたほうがよりよいのか。あるいは人参は紅参の方がよいのかといったような研究を進めたいと考えています。

**三谷** 現代人の特徴を考慮した方剤や生薬について考えていくということは大変重要なことですね。今後の成果に期待します。

ところで、先生のお立場から現在の漢方診療について、何か問題点など感じるところがございましたら、お伺いしたいのですが。

**新谷** 今年の4月から医療用漢方製剤の長期投与が保険で可能になりました。今後、西洋薬と漢方薬の長期併用というケースが増えてくることが予想されます。そのようななかで、過去にみられたインターフェロンと小柴胡湯併用時の間質性肺炎の併発のようなことが再び起きないかという懸念があります。

文部科学省も、本年度から国公私立大学の医学部教育のコア・カ

よいかも知れませんね。

それから、秩父市の大友一夫先生からヒントをいただいたのですが、最近の傾向として、寒さに弱い人が増えているのも事実ですが、逆に暑さに弱い人も増えています。そのような場合、八味地黄丸と六味地黄丸を使い分ける必要があります。たとえば、お年寄りで夜間に喉が乾いて目が覚めてしまうというような方に六味地黄丸を処方しますと、夜間の覚醒が減り安眠できます。つまり、桂枝(桂皮)の入った方剤の乱用は、身体を乾燥させる傾向がありますので、とくに「夏ばて」の原因ともなる脱水に弱いお年寄りや子供には、気をつける必要があります。

**三谷** 重要なご指摘ありがとうございます。桂枝(桂皮)の使い過ぎには注意が必要ということですね。

### これから取り組みたい 研究テーマと課題

**三谷** さて、新谷先生の場合、薬学の先生方と連携して研究ができるというメリットがあります。これは一般臨床家である私たちが

リキュラムに「和漢薬を概説できる」という1項目を加えました。長期的視点では、漢方に関する医師の基礎的理解も少しは深まると思われますが、当面もっときめ細やかな講演会や講習会等で先生方に漢方を啓蒙することが大切ではないでしょうか。

漢方はそもそも五感に頼る要素の多い医学ですが、できれば五感に頼るウェイトを少なくし、臨床応用できる方法がないかを模索しています。具体的には、気虚の改訂診断基準などを作成中です。

**三谷** これまで、漢方のプロフェッショナルな先生でなければ漢方薬を十分使いこなせないという印象がありました。しかし、そのような診断基準を考えていただくことで、「なるほど、こういう点に注目すれば、漢方薬が使えるようになるのだな」という動機づけが、西洋医学一本でこられた先生方にできればよいですね。

### phil 漢方の読者へのメッセージ

**三谷** これから漢方診療のために、新谷先生と私から読者の先生方に一言ずつメッセージを出し、まとめさせていただきたいと思います。

**新谷** 三谷先生もよく言われていることですが、漢方薬を投与して効かなかった場合、次にどうするかという問題があります。とくに、病名漢方で診療していると、次にどう処方を展開するかということが、大変困るわけです。生薬一味の癖ということを吟味することも大切かもしれません、私は

葛根湯なら葛根湯という方意、人間で言えば人格といったようなものをいつも念頭に置いて、効かなかつた場合の対処として、陰陽・虚実・气血水の軸で病態がどちらにシフトしているのかということを考えながら治療にあたっています。

それでも治らなかつた場合には、寺澤捷年先生の叔父にあたる小倉重成先生の業績である「潜証」という問題を考えます。うわべは陽証で実証であっても、たとえば附子剤とか乾姜が入ったような少陰、あるいは厥陰病に対応するような処方を併用していくないと、病態が改善しないという一群があります。これを顯証と対比して潜証と言いますが、そのような病態があるということも認識する必要があるのではないでしょうか。

**三谷** 大変重要なご提言をいただきました。漢方を志す人間として、いつも患者さんをよく観察して、その背景に何があるのかということを考え、いまお出しうるお薬がうまくいかなかつた場合に、次にどういった方法で治療を進めるかを考えておく必要があるということにつきましては全く同感です。

私は、これから漢方は、治療原則をかたくなに守っていくだけではなく、先生が先ほど示されたC型慢性肝炎患者さんのIFN製剤投与中に麻黄湯を併用されるようなアプローチをも考えなければいけないのではないかという気がしています。サイトカインとの関連などは漢方の活躍できる場だと思っています。本日は大変貴重なお話を伺いすることができました。どうもありがとうございました。



1983年 烏取大学医学部医学科卒業  
1984年 大阪大学医学部医学研究科大学院入学  
1986年 和歌山県立医科大学神経病研究部研究生  
1992年 木津川厚生会加賀屋病院勤務  
1997年 木津川厚生会加賀屋病院副院長  
1998年 木津川厚生会加賀屋病院院长