2

contents

特集 2

特別対談　C型慢性肝炎治療の現状と漢方の位置づけ

滋賀医科大学 消化器血液内科 助手　石塚　義之

医療法人木津川厚生会 加賀屋病院 院長　三谷　和男

処方紹介・臨床のポイント 7

小柴胡湯

日本TCM研究所　安井　廣迪

くすりの散歩道 9

浜防風と防風－米子の銘菓と痩せ薬－

東京薬科大学 客員教授／千葉大学 名誉教授　山崎　幹夫

シリーズ　証を探る 11

問診表の臨床応用　瘀血スコアの臨床適用

諏訪中央病院・東洋医学センター　長坂　和彦

効かせる漢方 14

更年期女性の多愁訴に効く漢方エキス剤

その1　のぼせ・汗・ほてり

かげやま医院・大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学講座 講師

陰山　充

C型慢性肝炎治療の現状と漢方の位置づけ

滋賀医科大学
消化器血液内科 助手
石塚　義之 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

地域住民を対象とした肝炎ウイルス検診が2002年4月からスタートしたことに伴い、日常臨床でC型肝炎ウイルスキャリアに遭遇する機会が多くなることが予想される。

そこで今回は、慢性肝疾患とくにC型慢性肝炎治療の現状と漢方治療の位置づけについて、滋賀医科大学の石塚義之先生をお迎えし、加賀屋病院院長の三谷和男先生とご対談いただいた。

漢方医学に興味をもたれるようになられたきっかけ

三谷　石塚先生が漢方医学にご興味をもたれるようになられたきっかけはどういうことからでしょうか。

石塚　学生時代から研修医時代まで、私にとって漢方の分野は全く未知の世界でした。ところが、大学院を修了し、琵琶湖大橋病院に勤務し始めた頃、たまたま慢性膵炎に対する柴胡桂枝湯の多施設共同試験に参加する機会を得ました。その折り、全く漢方医学の知識がないままに投与した柴胡桂枝湯が慢性膵炎患者さんの血中アミラーゼ値をみるみる低下させる症例を経験しました。まさに漢方デビュー戦で初ホームランを放ったようなものです。その快感が忘れられず、その後、消化器疾患を中心に柴胡桂枝湯を手当たり次第に処方しましたが、効果のある症例とない症例があり、西洋医学的診断手法ではその鑑別ができないことに気がつきました。そこで、初めて漢方医学的診断イコール治療でもある“証”を学ぶ必要性を痛感し、漢方について勉強を始めたという次第です。

三谷　滋賀医科大学名誉教授であられる細田四郎先生は、当時から漢方にご理解が深い先生であったという印象を私はもっていますが、細田先生からは漢方についてのご指導はなかったのでしょうか。

石塚　そうですね。細田先生は、常々「漢方医学との関連はわからないが」とおっしゃりながら、腹部の診察は臥位のみならず必ず立位でもしておられました。私も研修医の時、先生の隣に立ち外来患者さんの立位での腹部所見のとり方をいろいろ教えていただきました。胸骨剣状突起と臍を結ぶ正中線を縦に4等分しますと腹直筋が左右8つの部位に分かれますが、左の上から2番目は胃の圧痛点、右の上から3番目は十二指腸の圧痛点ということでした。いま思うと、心下痞鞕を内臓体壁反射により診ておられたのではないでしょうか。おかげで漢方診療を始める以前から、立位で腹診をする習慣がついてしまいました。

三谷　大変興味深いですね。富山医科薬科大学の寺澤教授も立位の腹診について述べておられますが、こういった手技によっても、体系づけられた診断が可能となれば大変有意義ですね。是非、おまとめいただきたいと思います。

肝疾患、とくにC型慢性肝炎治療の現状

三谷　2002年4月から住民検診にC型肝炎ウイルス（HCV）検査が新たに加えられ、今後、かなりの数（5年間で約15万人）の肝炎ウイルスキャリアが発見される可能性があります。治療薬についても、インターフェロン（IFN）の健康保険上の適応が緩和されたり、新しい抗

ウイルス剤も市販されるなど、いくつかの変化があります。石塚先生は消化器とくに肝疾患がご専門ですので、慢性肝炎治療の現状についてまず教えていただけますでしょうか。

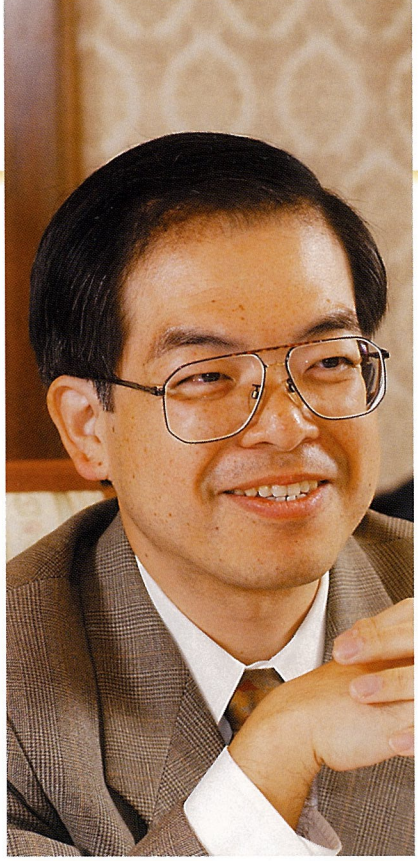
石塚　慢性肝炎には、ウイルス以外にアルコール、薬剤や自己免疫によるものがありますが、ここでは、最も患者数が多く肝癌との関連が深いウイルス性慢性肝炎、なかでもC型慢性肝炎についてお話したいと思います。

ご存じのとおりウイルス性慢性肝炎は、肝炎ウイルスの肝細胞への感染とその感染肝細胞を排除しようとする宿主リンパ球の反応により成立します。したがって、ウイルス性慢性肝炎に対する薬物治療は、抗ウイルス剤と免疫調節剤の両面から行います。

抗ウイルス剤は、IFNが約10年前にC型慢性肝炎に承認され、現在でも肝炎ウイルスを体内から消失させることができる唯一の薬剤です。しかし、わが国で多くみられる難治性のC型慢性肝炎(遺伝子型Ibでかつ高ウイルス量)では、IFNの6ヵ月投与でのウイルス消失率はわずか6%と極めて低いものでした。その後、従来のIFNより抗ウイルス作用が強いとされるコンセンサスIFNや、IFNの抗ウイルス効果を増強するリバビリンとの併用治療が認可されました。また、IFNの再投与や長期投与に関する健康保険上の制限も削除されたり緩和されたりしています。

三谷　IFNとリバビリンの併用は、かなり効果が高いとお聞きしていますが、現在の治療の限界や問題点についてはいかがでしょうか。

石塚　IFNとリバビリンの併用により、難治性C型慢性肝炎の治療成績は確かに向上しましたが、それでも6ヵ月の併用投与で完全著効率は30%程度です。また、将来、IFN・リバビリンの長期投与やPeg-IFNが導入されても、日本のC型慢性肝炎患者の完全著効率は50%を越えることはないと予測されています。一方、IFN・リバビリン治療には脳出血や硬膜下血腫などの重篤な副作用も報告されています。さらに、患者さんの年齢や合併疾患のために、また社会的・経済的理由から、IFN治療を完遂できる患者さんは全体の半分程度ではないかと推測されます。そうしますと、わが国のC型慢性肝炎患者さんのうちIFN治療により完全著効を得るのは全体の1/4にとどまることになります。逆にいえば3/4の患者さん、HCVキャリアを200万人とすると実に150万人もの患者さんは、IFN以外の治療が必要になるということになるのではないでしょうか。



石塚　義之　先生

三谷　C型慢性肝炎の治療については、IFN以外の選択肢も真剣に考える必要があるということですね。ところで、住民検診や健康診断でC型慢性肝炎と診断された患者さんが、IFN治療を行っていない医療機関を受診された場合、どのようなインフォームドコンセントと治療が必要でしょうか。

石塚　最も重要なポイントは、C型慢性肝炎を放置しておくと20～30年後には半分以上の患者さんに肝癌が発症するということです。肝癌にならないためには、可能であれば第一にHCVを排除することを、もしそれが不可能であれば第二にALT値をなるべく正常域に近づけ、肝炎を沈静化させることを目標として治療していくことを患者さん自身にしっかり理解していただくことが大切です。

IFN治療に関しては、ウイルスのタイプや量により治療効果が異なることや、副作用についてきちんと患者さんに説明すべきです。また、現在未治療でALTが正常値である患者さんは、IFN治療の適応になり難いのですが、定期的に肝機能をフォローする必要があります。

いずれにしても、日本人のC型慢性肝炎は難治性であり、長期にわたる治療と経過観察が必要となります。患者さんとしては、常に肝癌の発生を心配しながら不安な日々を送らざるをえず、精神的なサポートが必要になるケースもしばしば経験します。

ウイルス性慢性肝炎の漢方治療

三谷　それではウイルス性慢性肝炎に対する漢方治療の実際についてお伺いします。

一時期、小柴胡湯が慢性肝炎に対して非常によく処方されたこと

がありました。ただB型慢性肝炎に対してはあまり厳密に証をみなくても小柴胡湯はある程度トランスアミナーゼの改善傾向を認めたのに対し、C型慢性肝炎に対してはいまひとつ有効率が低いという印象をお持ちの先生方も多いのではないでしょうか。この理由としては、B型慢性肝炎は陽病期の方が多く、C型慢性肝炎は陰病期の方が多いというようなことが考えられるのでしょうか。

石塚　実は私もそのようなことを三谷和合先生よりお聞きして、C型慢性肝炎患者（42名）の証を検討したことがあります。その結果、実に陰・虚・寒・裏証が2/3を占め、六病位でみると少陽病期と太陰・少陰病期の割合が1：2となりました（**表**）。これは、陽・実・熱・半表半裏証で少陽病期の患者さんが全体の2/3を占めるB型慢性肝炎患者さんとちょうど逆の現象になるわけです。したがって、C型慢性肝炎に対し随証治療を行うならば、柴胡剤よりも補剤が適応になることが多くなります（**図1**）。

三谷　C型肝炎が非A非B型と呼ばれていた時代から、われわれの病院でも何故C型慢性肝炎に小柴胡湯が使いにくいかということが話題になったことがあります。私たちは、外来患者さんは少陽病期の方が多いであろうという推測のもとに、柴胡剤を患者さんのために役立てようという発想で治療を進めています。その結果、B型肝炎に対する小柴胡湯の投与率は95%を超えているにもかかわらず、C型肝炎に対する小柴胡湯の投与は20%未満でした。このことについてずっと何故だろうと考えていましたが、いま先生が多数の症例から患者さんの証をみていただき、やはりC型肝炎の患者さんは陰証の方が多かったという事実はわれわれの経験を裏付けるものですね。

臨床の場では「何故かな」という気づきをよく経験します。この「何故かな」ということの分析がとりもなおさず「証の見直し」ということになると思います。この「証の見直し」が、われわれの臨床上の印象と一致するということは大変興味深いですね。

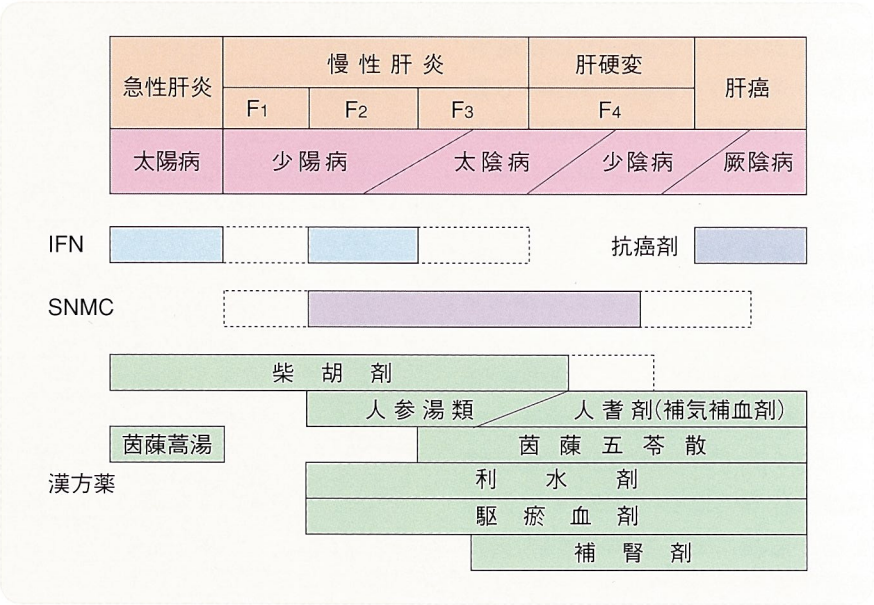
石塚　さらに、C型慢性肝炎の

表　C型慢性肝炎42例の証

陰 27（64.2%）	虚 28（66.7%）	寒 21（50.0%）
間 2（ 4.8%）	間 9（21.4%）	間 7（16.7%）
陽 13（31.0%）	実 5（11.9%）	熱 14（33.3%）
表 0（ 0.0%）	燥 9（21.4%）	少陽 14（33.3%）
半 6（14.3%）	間 7（16.7%）	太陰 27（64.3%）
裏 36（85.7%）	湿 26（61.9%）	少陰 1（ 2.4%）

三谷　和男　先生

図1　肝疾患の病期別薬物治療



1886年　滋賀医科大学医学部卒業
1990年　滋賀医科大学大学院医学研究科修了
同年　琵琶湖大橋病院消化器内科
1998年　滋賀医科大学第二内科（現消化器血液内科）助手

患者さんでは水毒を呈する場合が多く、少陽病期の患者さんに対しても、柴胡剤に五苓散を合方することが多くなります。私の症例では、小柴胡湯を投与した症例はわずか5.2%に過ぎませんが、柴苓湯は25%の患者さんに処方しています。

たとえば、前医でC型慢性肝炎と診断され小柴胡湯を投与されていましたが、あまり改善がみられず当院に転院された患者さんがあります。漢方医学的には、胸脇苦満に加え水毒も認めたため柴苓湯に転方したところ、トランスアミナーゼが有意に低下しその変動幅も小さくなりました。

また、少陽病期のC型慢性肝炎患者さん10名を対象に、柴苓湯のTリンパ球に対する効果を検討したことがありますが、柴苓湯はヘルパー・細胞障害性Tリンパ球ともに活性化させることが明らかになりました。このように、柴苓湯は、B型慢性肝炎よりも一般的に低下していると言われているC型慢性肝炎患者の肝門脈域でのTh1サイトカインカスケードを賦活する可能性があります。

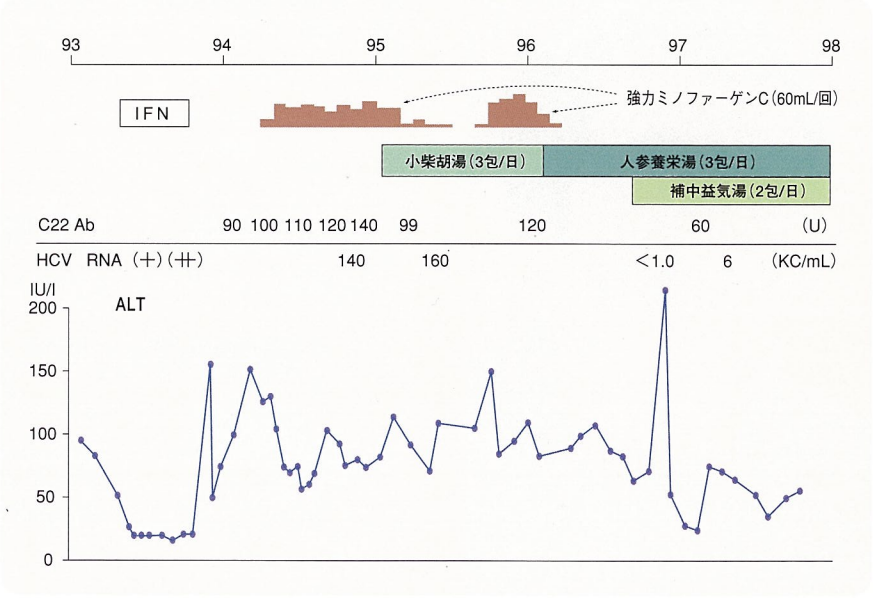
三谷　柴苓湯の位置づけとして、少陽病期でどちらかというと小柴胡湯証よりは湿の強い方に使用するということですね。ところで柴苓湯以外の処方でのご経験はいかがですか。

石塚　太陰病期の治療には、私自身は原則として下肢や腰背部の冷えがある場合は人参養栄湯を、冷えがない場合は補中益気湯を第一選択としています。**図2**の症例はIFN投与後、強力ミノファーゲンCでコントロールを試みたのですが、仕事の関係で来院できなくなると途端に悪くなります。小柴胡湯が投与されていましたが、下肢の冷えに着目して人参養栄湯に転方するとALT値は一旦低下傾向を示しました。さらに補中益気湯を併用しますと、その直後にシューブを来しました。このようなシューブは通常B型慢性肝炎でしばしば認められますが、シューブが起こった後はALT値とウイルス量が低下します。補中益気湯は、Tリンパ球賦活作用のあるNK細胞の活性を高めることが知られています。この症例は、Tリンパ球活性がさらに低下している太陰病期にあると考えられ、補中益気湯がTリンパ球を賦活化し劇的なシューブが起こったものと考えています。

ところで同様のNK細胞活性化作用がH_2ブロッカーであるシメチジンにあることをご存知でしょうか。実は胃癌や大腸癌の末期患者さんに抗癌剤とシメチジンを併用すると、シメチジンがNK活性を高め予後が改善することが知られています。また最近、難治性C型慢性肝炎に対して、IFNとシメチジンを併用するとウイルスの消失率が上昇することも報告されました。このようなことから、実は私もC型慢性肝炎に対してIFNとシメチジンあるいは補中益気湯との併用治療をNK活性の点から検討を始めています。

三谷　胃潰瘍のお薬としてあまりにも有名なシメチジンにそのような効果があるということはこれも大変興味深いですね。その場合、シメチジンの効果は陰・陽病期によって差があるのでしょうか。

図2　補中益気湯でALT値の低下やウイルス量の改善を認めた症例



1983年　鳥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長

また、シメチジン以外のH_2ブロッカーでも同じような効果が認められるのですか。

石塚　シメチジンのNK細胞活性化作用が陰・陽病期で異なるか否かは今後検討していく必要があると考えています。また、シメチジン以外のH_2ブロッカーではこのような効果を認めません。

三谷　先ほどもお話がありましたが、補中益気湯を使用される場合、五苓散を合方されるようなケースはありますか。

石塚　私はどのような疾患であれ、水毒の所見がある場合には、エキス剤を使用するときは加減法ができないためにしばしば五苓散を合方します。

肝硬変患者さんのこむら返りには一般的には芍薬甘草湯が用いられますが、芍薬も甘草も水を溜める作用があり、腹水や浮腫を認める非代償期の患者さんでは効果が乏しくなります。このような場合、五苓散を単独もしくは他の方剤と合方します。主証が補中益気湯なら五苓散を合方することになります。

慢性肝疾患患者に対する栄養治療

三谷　C型慢性肝炎治療における漢方の役割について、免疫学的側面からご説明いただきました。

ところで、先生は肝疾患患者さんの食生活についてもきめ細かなご指導をされているとお聞きしています。不幸にして肝硬変になってしまわれた患者さんに具体的にどのような栄養指導をされておられるのでしょうか。

石塚　C型慢性肝炎の患者さんは脂肪肝を合併しやすく太り過ぎないように注意が必要です。逆に肝硬変になると体脂肪も体蛋白も減ってきます。栄養学的にはいわゆる蛋白エネルギー不良状態になります。肝硬変まで進行すると、機能している肝細胞数は減少し、肝臓や筋肉中に貯蔵しているグリコーゲン量は低下します。肝硬変患者さんでは約6時間分のグリコーゲンしか貯蔵できません。ということは病院で18時に夕食をとると夜中の24時にはすでにグリコーゲンは枯渇し、以後翌朝食まで飢餓状態に陥ります。事実、肝硬変患者さんは、深夜から早朝にかけてのこむら返りや午前中の倦怠感をしばしば訴えます。そこで、私どもはこのような夜間飢餓状態を呈する肝硬変患者さんに対し、就寝前に200キロカロリー程度のおやつをとる、いわゆる夜食療法を実施しています。夜食療法は肝のみならず全身の蛋白・エネルギー異常を是正し、上記の自覚症状のみならず、黄疸、肝性脳症や腹水といった肝不全症状も改善します。

三谷　なるほど。従来の肝硬変治療は昼間に主眼が置かれ、夜間のことは考えられていなかったということですね。このようなことは、何も漢方医学だけの問題ではなく臨床家としては極めて重要なことですね。

ところで、私自身はIFN投与中の患者さんを診る機会はそれほど多くありませんが、一般に慢性肝炎患者さんはどちらかというと、なんとなく「たそがれている」という印象を持ちます。つまり、“気”でいいますと、気持ちのレベルが下がっている患者さんが多いような気がします。したがって気持ちの底上げが必要と思いますが、このような場合にどのようなアプローチを考えられますか。

石塚　確かにC型慢性肝炎患者さんは、高血圧や糖尿病患者より活力が低く、うつ病患者のそれと同程度であるという報告があります。IFN治療中の患者さんでは、さらにうつ傾向が表面化しやすくなります。このような気鬱状態に対しては香蘇散が使いやすいと考えています。勿論、六君子湯や補中益気湯も気虚を補い有効な処方といえます。

三谷　C型慢性肝炎を中心として、西洋医学的治療の現状とその中での漢方の果たすべき役割について、貴重なお話を有り難うございました。大学のような研究機関を離れ臨床に専念していますと、どうしても臨床の印象ということからしかお話できなくなります。しかし、本日石塚先生にいろいろお伺いし、漢方薬がどのようなメカニズムで効果を発揮しているのかを明らかにしていただくと、私たち臨床家は大いに力づけられます。今後ともこのようなご研究を積極的に進めていただきたく思います。

日本TCM研究所　安井 廣迪

小柴胡湯

組　成　柴胡4.0～7.0　半夏4.0～5.0　生姜4.0　黄芩3.0　大棗2.0～3.0　人参2.0～3.0　甘草2.0

主　治　少陽半表半裏証・肝気鬱滞

風寒の邪が少陽の部位（半表半裏）に侵入して邪正相争し、往来寒熱・胸脇苦満・食欲不振・胸苦しい・口苦などの症候を呈するものを治す。ここでいう少陽の部位とは、胆・三焦とその所属経絡およびその関連領域を指し、とくに胸腹部では胸・膈・心下がこれに所属し、非常に広い。身体の側面は胆経・三焦経の支配する領域なので、耳や側頸部もこれに入る。本方は、急性熱病でなくても、少陽の部位の邪正相争によるさまざまな病変を治す。

後年になって、慢性疾患に本方を応用することが広く行われるようになった。その場合は疏肝解鬱作用が主となる。肝気鬱結による諸病変、およびそこから発展した脾胃病変（肝気横逆による）、および付随する湿熱病変などを治す。

効　能　和解少陽・疏肝解鬱

プロフィール

本方は、『傷寒論』『金匱要略』に記載されている少陽病の代表方剤で、本来少陽の部位に入った邪を透解するために作成された処方である。応用範囲が極めて広く、昭和の漢方復興期に最も多く用いられた。現在では、少陽の部位のさまざまな病変に対し広範に応用されている。合方や加味方も多く、医療用漢方製剤にも柴朴湯、柴苓湯、柴陥湯、小柴胡湯加桔梗石膏などがある。

方解

主薬は柴胡で、少陽の部位の気機を通暢し、少陽半表半裏の邪を外に透解する。黄芩は少陽の鬱熱および鬱変した胆火を清する。半夏と生姜は和胃降逆し、人参・甘草・生姜・大棗は補中益気し、邪気を外達させるのを助ける。

疏肝解鬱剤としては、やはり柴胡が主薬で疏肝解鬱し、黄芩は胆熱を清し結果として気機をめぐらせ、半夏と生姜は和胃降逆し、人参・甘草・大棗は補脾し、肝気横逆に対応する。

四診上の特徴

急性熱病の際には、往来寒熱、自覚的胸脇苦満、食欲不振、口苦、口が粘るなどの症状が重要である。往来寒熱は、必ず悪寒が最初にあり、消失と共に発熱するもので、太陽病から少陽病に移行したことを示す重要な症候である。

慢性病の場合には、必ずしも上記の症状は必要ない。山本[1]は、「小柴胡湯を応用するときに胸脇苦満や往来寒熱がなければ使えないという考えを捨てるとそれだけ広く使えるようになる。腹証などもあくまで参考にすべきもので、これにとらわれると自らの足をひっぱることになりかねない」と述べている。

舌診：急性熱病の場合には薄白苔がつく。また、中心がやや厚く周辺にいくに従って薄くなる白苔を見ることがある。柴胡舌という。この病期の小柴胡湯証特有の舌証である。慢性疾患の場合は様々である。

脈診：理論的には弦脈を呈する。臨床上は必ずしも一定しない。

腹診：胸脇苦満という特有の腹証が認められるとされている。胸脇苦満は、もともと胸部・季肋部・心下などに自覚的につまったような充満感を覚えるものをいう。これを他覚的に証明したのが腹証上の胸脇苦満で、心下、季肋下部の触診において抵抗・圧痛を証明するものである。

臨床応用

本方は、非常に応用範囲の広い処方で、さまざまな疾患に応用されている。山本は『中医処方解説』のなかで、1.消炎鎮痛剤、2.向精神薬、3.胃腸薬、4.鎮咳去痰薬の4つの観点から本方の臨床応用を述べている。この観点は臨床上有用であるが、これらに関しては文献1を参照していただくことにして、ここでは疾患群別にその応用法をみていくことにする。

■ 感冒、インフルエンザ

本方は、初発時ではなく、数日経過して、悪寒発熱の状態から往来寒熱に移行し、食欲がなくなり、口がねばり、舌に白苔がつき、胸脇苦満(自覚症のみのことが多い)を認めるというものに対して用いられる。なお実際の臨床では、最初から葛根湯や銀翹散に合方したり、かなり初期の段階から本方を用いてよいことがある。また、ほとんど治癒したが、なお完全に治りきらないで、動くと微熱が出るというものにも用いる。

■ 気管支炎・気管支喘息

急性気管支炎で、食欲不振・悪心・胸脇苦満のある場合に用いる。咳をすると胸に響いて痛み、切れにくい痰を伴うときには小陥胸湯を合方し、乾咳がとれない時には麦門冬湯を合方する。

気管支喘息には半夏厚朴湯を合方して(柴朴湯)用いることが多い。柴朴湯による喘息の報告を参照されたい。

■ 慢性肝炎・急性肝炎

本方は、以前より肝炎に対して有効であることが言われてきたが、医療用漢方製剤の普及期に慢性肝炎に対して多用され(二重盲検法で有効性が認められている)、一時期はこの疾患の代表方剤であるかのごとき感を呈した。その時期の経験により、本方の効くタイプがある程度明らかになっている。

山内は[2]、B型慢性肝炎では、若年者で体力があり、活動性が中等度まで、線維化ステージが軽度で、HBV-DNAポリメラーゼないし、HBV-DNA量が高値例に対して小柴胡湯が有効と思われる、と述べている。一方、瘀血や血虚証が明らかな例では、肝炎も高度活動性で線維化のステージの進展例が多く、本剤のみでは難治である、とも述べている。またC型慢性肝炎ではB型に比して柴胡剤単独の有効例は少ないという。しかし、関塚ら[3]は、C型慢性肝炎患者に小柴胡湯を投与して3年間追跡調査し、肝線維化マーカーの長期にわたる追跡を行った結果、肝線維化の進展を抑制する可能性が示唆され、本方がC型慢性肝炎に対し、長期維持療法の経口薬として試みる価値がある薬剤と思われた、と述べている。

なお、岡らは[4]肝硬変患者に対し、小柴胡湯の5年間にわたる長期比較試験の結果、肝癌発生率、累積生存率の良好な改善効果を報告している。

■ 慢性胃炎・過敏性腸症候群

本方中に含まれる人参・甘草・大棗・半夏・生姜は脾胃に働き、これに黄芩が入るので半夏瀉心湯の辛開苦降に似るが、柴胡の配剤により異なった方意となり、肝気横逆して発症する消化器症状に用いられる。

■ 慢性腎炎

かつては急性腎炎によく用いられた。現在では慢性腎炎にも応用され、黄連・茯苓を加味したり、五苓散を合方(柴苓湯)して用いた報告が多く存在する。

■ 中耳炎・副鼻腔炎・扁桃炎・咽頭炎

少陽の経脈は耳や頸の周囲をめぐっており、また咽や鼻にも近い。これらの疾患の急性期では発表剤を用いるが、その後は本方の適応となることが少なくない。耳下腺炎にも適応がある。

■ 神経症

処方構成から見ると、本方は疏肝解鬱剤とも考えることができる。諸種の神経症に加味をして用いる。

■ 体質改善

『漢方一貫堂医学』には、「この処方は、小児期から青少年期の腺病質体質者の改善薬として重要な役割を果たしている。‥‥それほどの疲労感はなく、いわゆる疳が強いといわれているもので、疳癖症で神経質で、少しもじっとしていられないというような子供によく効くものである。即ちこの種の小児は、筋肉がすじばっていて、それほど軟弱ではない。眉間やこめかみの処に静脈の鬱血があって、青すじがでたり、目の白い処が青みを帯びることが多い」と述べられている。小児の体質改善に有用である。また、小児の発熱性疾患に多用される。

■ その他

本方の適応範囲は広く、ここで書き尽くせない。上記のほか、往来寒熱を呈する感染症(腎盂腎炎・胆嚢炎・産褥熱・マラリアなど)に用いられる。以前は、肺結核、胸膜炎に多用されたが、現在は使用の可能性はほとんどない。

＜参考文献＞ 1. 山本　巌：小柴胡湯を語る. 東医雑録(3)549-610. 燎原書店 1983.
2. 山内　浩：慢性肝炎・肝硬変漢方治療マニュアル. 現代出版プランニング 2001.
3. 関塚永一ほか：C型慢性肝炎患者における小柴胡湯長期投与時の各種肝線維化マーカーの検討. 診断と治療 83(5)579-586,1995.
4. Oka H. et al：Prospective Study of Chemoprevention of Hepatocellular Carcinoma with Shosaiko-to. Cancer 76 743-749, 1995.

浜防風

東京薬科大学客員教授／千葉大学 名誉教授　山崎

最近、死亡例までが報告された中国産“やせ薬”による被害者は、「中国の薬だから漢方だと思った」とか「漢方だから安全だ」というような誤解から常用した方たちに多かったようである。しかし、問題となった“やせ薬”は漢方薬ではなく、それどころか危険な副作用の恐れありとしてアメリカのFDAによって販売が禁止された「食欲抑制薬」フェンフルラミンが、しかもニトロソ化の覆面をつけて配合されていたというとんでもない代物であった。フェンフルラミンは心臓に対する副作用が指摘された医薬品であったが、被害者の多くが肝臓に重篤な障害を受けていたのはニトロソ化による影響があったのかもしれない。それに、たとえ漢方薬といえども正確な情報に基づく正しい使い方をされない限り、効果が期待できないばかりでなく副作用が出ることだってないとはいえない。

ところで、体質の改善、とくに肥満体質の改善を効能・効果として謳っている処方に防風通聖散がある。腹部に皮下脂肪が多く便秘がちな肥満の改善に効果があるといえば、いまどき恰好の話題になりそうな処方である。黄芩、甘草、桔梗、石膏、白朮、大黄、荊芥、山梔子、芍薬、川芎、当帰、薄荷、防風、麻黄、連翹、生姜、滑石、芒硝が配合されている。出典は「宣明論（せんめいろん）」とされるが、本来の効能は悪寒、発熱、頭痛、無汗、尿量減少、あるいは口渇、目の充血、耳や喉や皮膚の炎症、腹部膨満、便秘などの病邪が表裏ともに盛んになる「表裏俱実（ひょうりくじつ）」の緩和にあるとされており、中国では金代から現代にいたるまで比較的急性の熱性疾患に使用されている。

この処方の薬能に肥満症を加えたのはわが国独特の用法であるとされている。「表裏俱実」を体力の充実と解釈することによって、とくに脳卒中体質をもつ太鼓腹の肥満体、つまり代謝が盛んで熱の生産が高く、発汗による体表からの熱の発散が十分でなく、体温が上昇し、腸管の蠕動が妨げられているような、脈腹が充実した実証体質における肥満、便秘の改善、高血圧にともなう動悸、肩こり、のぼせなどの解消に適用されるようになったと伝えられる。したがって、いくら痩せたいと思っても、もともとそれほどには太っておらず、どちらかといえば、虚証に近い若い女性の痩せたい希望には残念ながら適合しない。

ところで、処方名の頭についている防風はセリ科の植物ボウフウの根を乾燥させた生薬である。『神農本草経』では上品に記載され、「大風、頭眩痛、悪風、風邪、目盲、風全身をめぐって骨節疼痛するを治す」とある。治風去湿の仙薬である。汗による体熱の放散・解毒による皮膚疾患の改善、血行をうながすことによる鎮痛、めまいの治療などの薬効が期待されている。

ボウフウはもともとわが国には自生せず、江戸期享保年間に中国から伝えられ、幕命によって、いまも薬園を残している奈良・大宇陀（おおうだ）の森野家（森野藤助）によって栽培されたという。幕末、勝海舟らが咸臨丸でアメリカに出発した万延元年（1860）のころ、平田眠翁（ひらたみんおう）の『因伯産物薬効録』には「宇陀より漢種の防風を伝え、公園に栽たれども寒国にては育ちがたしと見ゆ…」とある。また「浜防風あり、この根も乾して薬となすべし」という記述もある。森 納『因伯くすり雑考』（1984）は「米子の糀町二丁目にあった古谷菓子店は江戸時代の古い商店であるが、その防風糖は中風除けによいとあって米子の銘菓として他国にも出されていた。子孫の方の話によれば浜防風の葉と茎をゆがいて、砂糖漬けにしたもので…」と述べている。浜防風は、わが国でもほとんど全国の海岸に自生し、夏に小さな白い5弁の花を咲かせるセリ科植物ハマボウフウの根である。すでに江戸期から防風の代用として利用された。

●藤助ボウフウ／昭和薬科大学　磯田 進 氏 提供

食用にもされ、八百屋防風とも呼ばれたという。

防風、浜防風の成分、薬効については、数年前に私の研究室でも調べたことがある。ともにセリ科特有のクマリン、クロモン、ポリアセチレン類を含有することが確認された。防風のlebebouriellol、hamaudol、divaricatol等のクロモン類、浜防風のポリアセチレン類はマウスに発症させた酢酸ライシング疼痛に対して明確な鎮痛作用を示した。

浜防風の基原植物ハマボウフウはわが国各地の海岸に自生するが、産地、特に南北の違いによって含有成分が異なっていたという報告がある。しかし、その後、成分の含有量は採取後に行われる乾燥工程の条件の違い、生根のままでの保存期間等によって影響を受けるという結果も報告されているので、浜防風の調製にあたっては生根の保存、乾燥の条件を厳密に検討する必要があるだろう。漢方生薬の修治についてはすでにさまざまな問題の指摘があるが、実は、基原植物の採取、保存、乾燥等の調製工程の如何によっては、生薬の品質の良否をこえて薬効にも影響を及ぼす可能性があることを改めて認識したい。

米子の銘菓と痩せ薬

と防風

幹夫
Mikio Yamazaki

キーワード
●瘀血
●駆瘀血剤
●動脈硬化
●桂枝茯苓丸
●柴胡剤

諏訪中央病院・東洋医学センター 長坂 和彦

問診表の臨床応用

瘀血スコアの臨床応用

生体を濡養(なんよう)する赤色の液体である血の流通に障害をきたした病態を瘀血という。正常に流れるべき血液やリンパ液に滞りを生じると、生理痛・月経不順・不妊症、冷え症、便秘、皮膚甲錯、ほてり、顔面紅潮(更年期障害など)、腰痛、不眠、精神不穏などの症状をきたす。

打撲の皮下出血や脳内出血など、正常に流れなくなった血液が蓄積した病態も瘀血と考える。瘀血病態を改善する駆瘀血剤は、生理痛や生理不順に用いられることが多い。女性は生理の前になると、頭痛やうつ症状、便秘、にきび、アトピー性皮膚炎(周期的症状増悪現象：premenstrual exacerbation of atopic dermatitis)が悪化する。このような月経にかかわる全ての症状に、駆瘀血剤は有効である。

血が最も停滞しやすいのは、安静にしていて脱水傾向になる深夜である。夜間、痛みで目が覚めるのは瘀血が原因であることが多い。瘀血の痛みは刺痛(刺すような痛み)が特徴。病が慢性化してくると瘀血病態を呈するので、全ての慢性疾患に駆瘀血剤は適応がある。

表　瘀血スコア

	男	女		男	女
眼輪部の色素沈着	10	10	臍傍圧痛抵抗　左	5	5
顔面の色素沈着	2	2	臍傍圧痛抵抗　右	10	10
皮膚の甲錯	2	5	臍傍圧痛抵抗　正中	5	5
口唇の暗赤化	2	2	回盲部圧痛・抵抗	5	2
歯肉の暗赤化	10	5	S状部圧痛・抵抗	5	5
舌の暗赤紫化	10	10	季肋部の圧痛・抵抗	5	5
細絡	5	5			
皮下溢血	2	10	痔疾	10	5
手掌紅斑	2	5	月経障害		10

20点以下：非瘀血病態、　21点以上：瘀血病態、　40点以上：重度の瘀血病態

(科学技術庁研究班：症例から学ぶ和漢診療学[1])

瘀血の診断

われわれは、科学技術庁研究班の瘀血スコアを用いて診断している(**表**)。

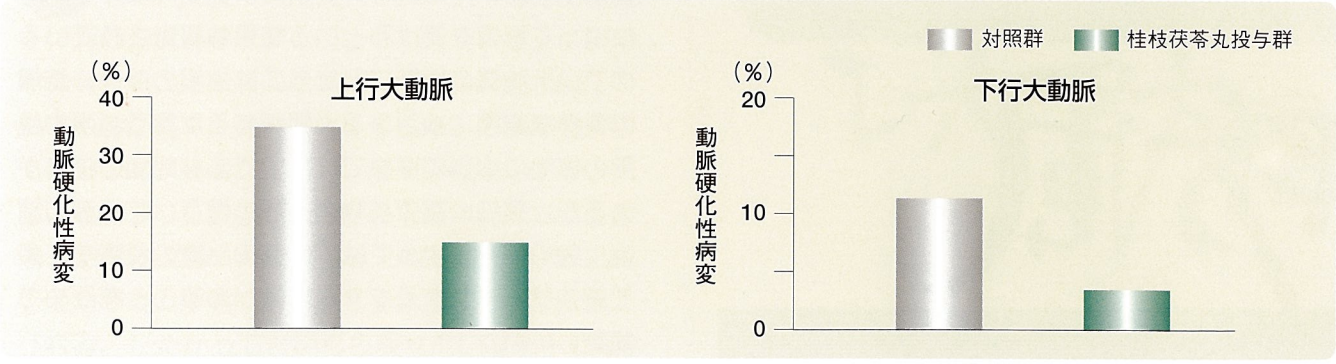
駆瘀血剤の臨床適用

駆瘀血作用がある生薬に共通しているのは、血液の流れをよくすることと身体を湿潤させることである。このためアトピー性皮膚炎の乾燥肌や便秘に用いられる。消化管が潤うと便秘が改善するわけである。また、線維化を抑制する働きがあり、肝炎、肺線維症、腎炎、子宮内膜症、強皮症、尋常性乾癬などに応用されている。

(1) 動脈硬化抑制作用

富山医科薬科大学・和漢診療学講座では、桂枝茯苓丸に血液粘度低下作用、赤血球集合能改善作用、赤血球変形能改善作用、フィブリノーゲン低下作用、血管内皮依存性弛緩作用があることを明らかにしている。同教室の関矢らは、桂枝茯苓丸が動脈硬化を抑制することを明らかにした(**図1**)[2]。

図1　桂枝茯苓丸の動脈硬化抑制作用



ウサギに1%のコレステロール食を摂取させ、桂枝茯苓丸の動脈硬化抑制作用を証明

現在、富山医科薬科大学・和漢診療学講座およびその関連病院で、MRIを用いた桂枝茯苓丸の脳梗塞再発予防効果を検討中である[3,4]。

(2) 慢性肝炎・慢性腎炎

駆瘀血剤にも柴胡剤と同様に炎症を抑える働きがある。肺線維症、肝炎、腎炎、膠原病、潰瘍性大腸炎、クローン病などの慢性の炎症性疾患には、柴胡剤と駆瘀血剤を併用することが重要。

西洋医学的には慢性の炎症性疾患に、通常ステロイド剤が用いられる。ステロイド剤は血液粘度を上げ瘀血状態を作る。ステロイド剤にこれらの漢方薬を併用する意義は、抗炎症作用を相乗的に高め、ステロイドの副作用を抑えることにある。

(3) 強皮症

富山医科薬科大学・和漢診療学講座では、皮膚が硬化する強皮症には桂枝茯苓丸を用いている。膠原病や尋常性乾癬も駆瘀血剤の絶対的適応である。

(4) クラッシュ症候群

家屋の倒壊や交通事故後の内出血に用いる。森道伯は関東大震災のとき、通導散の使用法を確立したという。捻挫やむち打ちにも駆瘀血剤を用いる。代表的な方剤に冶打撲一方や通導散があり、ともに大黄を含んでいるので切れ味がよい。

症例1：66歳　男性　　**主　訴**：左不全麻痺、左半身のしびれ、頻尿

現病歴：上記主訴にて98年8月より2ヵ月間脳梗塞の診断で入院。入院時からニルバジピン、塩酸チクロピジンを服用しリハビリ療法したが、左不全麻痺、しびれが残り99年6月当科を受診した。

和漢診療学的所見：

自覚症状：夜間尿3～4回、2時間ごとの頻尿。

他覚所見：皮膚枯燥、痔疾がある。舌は紫色で腫大・歯痕があり中等度の黄苔を認める。腹力は中間で臍傍圧痛と小腹不仁がある。

臨床経過：本症例は、皮膚の甲錯2点、歯肉の暗赤化10点、舌の暗赤紫化10点、左右の臍傍圧痛15点、痔疾10点で重度の瘀血病態と判定できる。また、夜間頻尿・小腹不仁から腎虚も存在すると考え、八味地黄丸合桂枝茯苓丸を処方したところ、しびれが改善した。

考察：八味地黄丸は駆瘀血剤に分類されていないが、桂皮・牡丹皮を含み脳内の血流を改善する働きがあり[5]、脳血管障害には駆瘀血剤と併用することが多い。

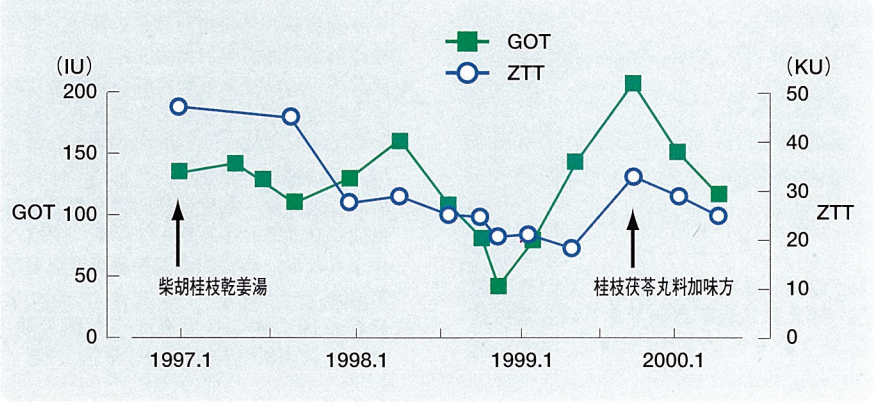
症例2：60歳　女性　肝硬変

現病歴：97年に肝性脳症で入院。98年からは、ラクツロースや肝不全用成分栄養剤を服用するだけではコントロールできず、肝不全治療薬としてアミノ酸配合剤の注射を週2回受けていた。しかし、他人のものを盗んできたり行方不明になったりしていた。

和漢診療学的所見：本症例は、眼輪部の色素沈着10点、顔面の色素沈着2点、口唇の暗赤化2点、歯肉の暗赤化5点、舌の暗赤紫化10点、細絡5点、臍傍圧痛抵抗27点と重度の瘀血病態であった。99年3月から桂枝茯苓丸を併用したところ、脳症は改善しアミノ酸配合剤の注射も週に1回で済むようになり、顔面のどす黒さも消失した。

考察：当科では、慢性肝炎・肝硬変には柴胡剤と駆瘀血剤を併用することが多い。両剤を併用する意義として、①相乗効果が期待できる、②燥性の柴胡剤に潤性の駆瘀血剤を加えることで燥湿のバランスが保たれる、③涼性の柴胡剤に温性の駆瘀血剤を加えることで寒熱のバランスが保たれる、④小柴胡湯の副作用である間質性肺炎を駆瘀血剤が防ぐ可能性がある、などが考えられる。当初は**図2**に示すように柴胡剤の効きが悪くなってきてから駆瘀血剤を併用するようにしていたが、最近では慢性の炎症性疾患には瘀血状態が併存していると考え、初めから柴胡剤と駆瘀血剤を併用している。

図2　50歳の肝硬変の女性のGOTとZTTの推移



柴胡桂枝乾姜湯で治療したところ、一旦改善したが、再度検査値が悪化してきたため、桂枝茯苓丸を合方し著効を得た[6]。

症例3：63歳　男性　腎不全

現病歴：99年の人間ドッグでは腎機能は正常であったが、2000年よりクレアチニンが上昇し1年以上改善しないまま、2001年3月に当科を受診した。

和漢診療学的所見：六味地黄丸合桂枝茯苓丸で治療したところ腎機能は正常化した(**図3**)。

考察：本症例は瘀血の診断基準を満たしていなかったが、腎炎は慢性の炎症性疾患なので桂枝茯苓丸を併用した。

図3　症例3のCrとBUNの推移

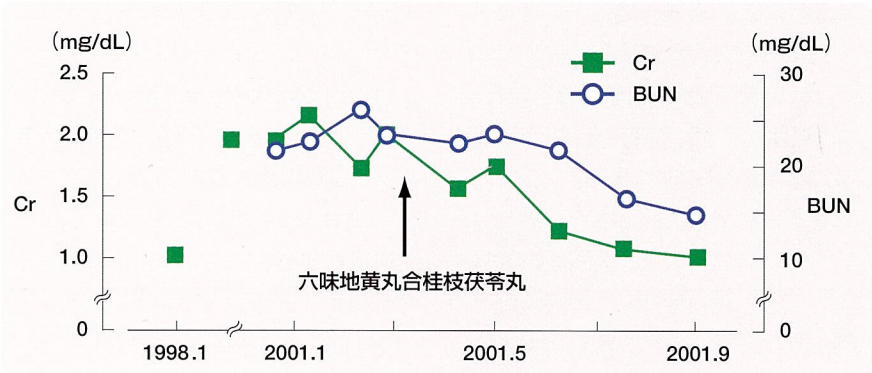


図4　抗炎症剤

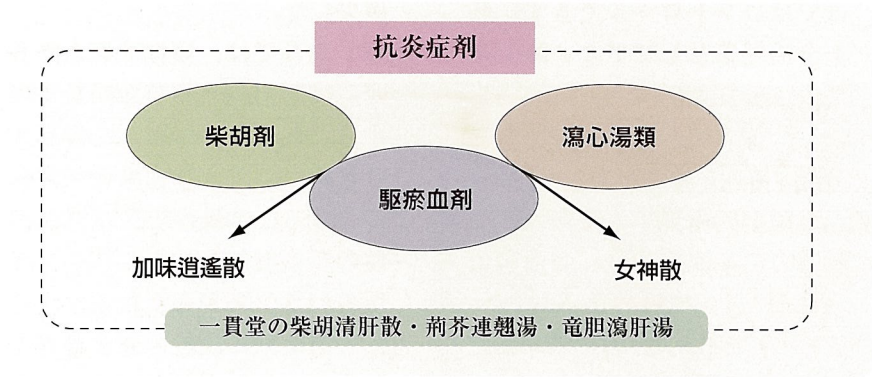
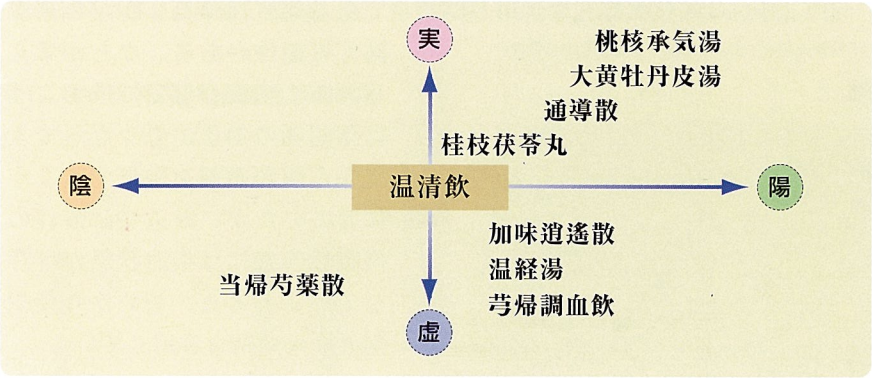


図5　証に応じた駆瘀血剤の使い方



桃核承気湯、大黄牡丹皮湯、通導散などの実証の方剤には大黄が含まれている。駆瘀血剤の効能を高めるには大黄を加えることが重要(大黄も駆瘀血剤であるが)。慢性化した場合は、附子を加える。

まとめ

駆瘀血剤の効能をまとめると、①月経困難症や生理不順などの婦人科疾患、②保湿作用・通便調節作用、③血流改善作用・動脈硬化抑制作用、④抗炎症作用である。

これまで慢性の炎症性疾患には、柴胡剤が主に用いられてきた。駆瘀血剤や瀉心湯類にも抗炎症作用があると考えている(**図4**)。一貫堂の解毒剤は柴胡剤・駆瘀血剤・瀉心湯類を併せ持つため、強力な抗炎症剤と考えられる。森道伯が体質改善薬として一貫堂の解毒剤を用いた所以はここにある。

今回は桂枝茯苓丸を中心に自験例を紹介したが、**図5**のように多くの方剤がエキス化されているので、証に応じて用いることが重要である。

＜参考文献＞

1. 寺澤捷年：症例から学ぶ和漢診療学．p47, 医学書院, 東京, 1990.
2. Sekiya N. et al.：Keishi-bukuryo-gan prevents the progression of atherosclerosis in cholesterol-fed rabbit. Phytother. Res. 13, 192-196, 1999.
3. 後藤博三ほか：無症候性脳血管障害に対する桂枝茯苓丸の短期効果の検討．日本東洋医学会雑誌 51, 162, 2001.
4. 後藤博三ほか：無症候性脳血管障害に対する桂枝茯苓丸を主とした和漢薬の長期投与効果の検討．日本東洋医学会雑誌 51, 136, 2002.
5. 岩崎　剛ほか：無症候性脳梗塞患者の脳血流に及ぼす八味地黄丸の影響、SPECTによる検討．第12回湯液治療研究会要旨集, 2002.
6. 長坂和彦：続これであなたも漢方通．p34-46, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2002.

効かせる漢方

更年期女性の多愁訴に効く漢方エキス剤

その1 のぼせ・汗・ほてり

陰山　充
かげやま医院
大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学講座 講師

はじめに

漢方エキス剤が昭和51年から医療保険に本格的に導入されて以来、更年期等にまつわる様々な愁訴にはたびたび漢方薬が用いられてきました。その理由は、とりわけHRT(ホルモン補充療法)出現以前では対症療法のほかにこれといった治療方法がないだけでなく、経験すればとにかく驚くほどよく効くからです。しかし、医学者の視点からはまぐれ当りを狙うような加味逍遙散の単剤を筆頭に、少数のエキス剤に限られ、しかも使用目標や効果の判断基準も曖昧模胡としていました。これではEBM重視の時代に今までのようなマニュアルだけでは時代遅れ・不十分と誹謗され続けるので、このあたりを再検討し愚考してみます[1,2]。

ブレーキ

ところで、WHI(Woman's Health Initiative)の中止が決定され、日本女性とは母集団の性格やその他の条件がまったく異なるとはいえ、HRTの普及にはブレーキと言えます。そこで追風が吹いたと信じ、漢方薬の出番だと単純に喜ぶようでは不謹慎です。かつての漢方バブル(肝炎→小柴胡湯→間質性肺炎)の轍を踏み、ぬか喜びに終わります。もっと臨床現場で即戦力となり漢方エキス剤の効能・効果が再現性の高いものとなるために『要約と適応』を明瞭にし広く英知を集める必要があります。

更年期愁訴の考え方

更年期の症状は、本当に多彩で掴みどころがなく複雑でしたので、『Kuppermann更年期指数:(K指数)』(1979)が従来から学会や研究会では幅を効かせて、かつては臨床現場でしばしば用いられましたが、意外ですがあまり返り見られなくなりました。その理由は単純で、整理されたとはいえ、用紙の記入が大変面倒で時間を取るうえに臨床家として最も大切な治療法にまったくつながらない、役に立たないからです。そこで『簡略更年期指数:(SMI)』(1992)が新しく登場しました。これは、十数年前に恩師麻生武志教授(東京医科歯科大学大学院)と小山嵩夫博士が考案され、エストロゲンによく反応する症状を中心に睨んでまとめられ、質問数も10と少なく実用的です。その他に日本産科婦人科学会(生殖内分泌委員会)の『日本人女性の更年期症状評価表』(1998)も報告されましたが、あまり普及していないようです。

今回、更年期の解明の切り口が多い中、繁雑なK指数や比較的簡単なSMIに基づいた漢方薬の用薬方法については別途[3,4,5]で論じることとし、ここではエキス剤運用の切り口について述べてみます。

愁訴解明の切り口

SMIやK指数について別誌にてそれぞれの愁訴に対応する漢方薬を示しましたが、これだけでは各々項目ごとにバラバラで統一性がなく、学問としてまったく成立しないのでご不満と思われます。いうまでもなく多彩な愁訴ですので、どの訴えから切り込んでいけば氷解していくのか、またどうすれば愁訴の病態を解明でき、一連の不快感は寛解、解消していくのかを考えてみます。

まず、中医学での把握方法を略述し、つぎに様々の「切り口」を取りあげてみます。まず更年期で一番苦しむ代表的な「のぼせ・汗・ほてり」について、エキス剤の組み合わせの工夫に取り組みます。しかし、まだまだ解明といえる代物ではなく、試行錯誤、発展途上ですので妄説をお許しください。

中医学から

一般の中医学テキストでは「更年期の諸症状、すべての愁訴は『腎虚』(ここでは老化と解釈する)が源で、すべてここから始まると言い切って過言ではない。だから、表面に出てくる愁訴に決して囚れてはい

けない。腎虚を治すための薬（補腎・固腎）を第一に使え」と記載されています。しかし、クライアントはこれだけでは容易に愁訴が改善しないので納得しない。だからやはり目先の症状を取り除くことから始める必要に迫られます。

腎虚とは**表1**のように分類されて用薬されます。

更年期障害を中国の西洋医学では「更年期総合徴」、中医婦科学では『「経断」および「絶経」前後諸証』と呼び、女性49歳前後から始まる。まず、加齢によりあちこちの臓腑がやられるとその障害の影響が腎まで及び、「腎の臓」が老朽化します。すると「腎気」（腎エネルギー）がどんどん減って「天癸（てんき）」（月経）を養えなくなり、「天癸」も竭れます。「天癸」が絶えると「衝脈」（要衝の血管）「任脈」（生殖妊娠等に関係の血管）の血流も衰える、と書かれてあります。「腎気」をFSH-RH、LH-RHとなぞらえると、「天癸」はFSH、LHに相当し、「衝任二脈」はエストロゲン、プロゲステロンと想像できます。フィードバック機構やこれらの増減は別にして、2000年前の昔の人がこれらホルモンの三段階の機序を予測していたことはすばらしいですね。

ところで、この腎虚論議にあまり賛成でない新鋭の漢方大家も少なからずおられます[7]。その理由はきっと「本治」と呼ばれる腎虚の薬を服用しても症状が容易には治らないためでしょう。しかし、その真偽の程は今後の判断にゆだねます。更年期障害では目先の症状改善には腎虚をあまり考えなくてもよいのかもしれません。そうです、中医学では更年期障害は多彩であるので、老化すなわち腎虚が根本原因であると基本原則を述べているにすぎません。

表1　腎虚（馬宝璋ら中医婦科学[6]より）

① 腎陰虚	
1）心腎陰虚（心腎不交）	天王補心丹（てんのうほしんたん）
2）肝腎陰虚	一貫煎（いっかんせん）
・肝陽上亢	鎮肝熄風湯（ちんかんそくふうとう）
・肝鬱化熱	丹梔逍遙散（たんししょうようさん）
② 腎陽虚	
1）脾腎陽虚	健固湯加補骨脂（けんことうかほこつし）、仙霊脾（せんれいひ）、山薬（さんやく）
②＋① 腎陰陽俱虚	二仙湯加生亀板（にせんとうかしょうきばん）、女貞子（じょていし）

エキス剤運用の工夫

（1）のぼせ・汗・ほてり

まず更年期女性は、これこそが一番苦しむ、困った症状と異口同音に語ります。「ある時、きっかけ（誘因）なく急に体の中からカッと熱く（のぼせ）なってきて顔や頭髪から汗がポタポタ滴り落ちる。そのため仕事、作業ができなくなる。その上、ほっぺが真っ赤（ほてり）になり恥ずかしい」。つまり、毎日のQOLが非常に落ちると訴えます。程度の差こそあれ、どの女性の語り口もすべてほぼ同じ内容です。周囲が寒いと声を揃える寒い時でも、たとえ生まれつき寒がり・冷え性の人でも同じ訴えをします。生来、暑がりの人にとってはよけい熱いため、まるで灼熱・火炎地獄です。

この熱くなって（のぼせ）汗が吹き出る症候を『熱汗発作』と仮に名づけます。

イ. 緊張から考える

「熱汗発作」が定時刻に起こる人もいます。だから発作が発症する時刻や発作を誘発させる精神活動、仕事、姿勢、動作、精神緊張を詳しく聞くことも大切です。この精神的緊張の強いときに前もって四逆散、大柴胡湯去大黄、柴胡桂枝湯、柴胡桂枝乾姜湯を服用すると緊張の度合いが低くなり汗の量が少なくて済みます。柴胡＋黄芩のペアーを含む痔の特効薬、乙字湯も有効です。もちろん加味逍遙散の持続的服用もマニュアル通りで有用です。

ロ. 部位から考える

次に「のぼせ・ほてり」の病変部位が主に顔の表面に存在し、体表温度が高いときは三黄瀉心湯や黄連解毒湯が奏効します。身体の芯から熱いときには鉱物生薬・石膏の入った製剤、白虎加人参湯、越婢加朮湯が本当に身体の深部体温から冷やし顔のほてりも取れます。

ハ. 汗から考える

「多汗」を第一にあげられた人には麻黄根（まおうこん）を服用すると汗が完全に止まるとまで大風呂敷を広げられませんが、相当減ります。牡蛎、浮小麦（ふしょうばく）、黄耆のうちの二つの生薬を組み合わせるともっとよいといわれています。あまり早くからや直前の服用より、「そろそろ汗がでそうだ」と前もって予想できるときがよいようです。もちろん前述の身体を冷やす薬で汗は減ります。植物生薬・麻黄は温熱発汗剤ですが、その根や節が反対の止汗作用を持つ[8]とは自然界は不思議でおもしろいです。また、緊張からの汗にはその項と同じ用薬です。

（2）その体質改善？！

イ. 性格から考える

次に、性格面を考えます。「イライラ」が向く方向を考えます。

《他人に向く》つまり、よく他人にあたる人には加味逍遙散、大柴胡湯去大黄が興奮を鎮めます。

《自分に向く》「私が悪いのよ。」と自虐的な人には女神散を第一に、その他、半夏厚朴湯を用います。イライラが長く続いて他人にあたる元気までもがなくなり、倦怠感が強く疲れ果てている人には抑肝散加陳皮半夏が精神安定をもたら

し疲労がとれます。その他、イライラ(気滞)の解消に重点をおき大根足には九味檳榔湯、産後の精神不安定には芎帰調血飲となります。いろいろ複雑な漢方理屈を考えないで手軽に使えてよく効くのは柴胡桂枝湯です。

また、攻撃的か自虐的かよく分からないときには、香蘇散が無難で、気分がすっきりすると訴えられます。これで、時間かせぎをして他の方薬を加えるか転方するかを考えます。

ロ. 寒がりから考える

寒証(寒がり)が主体では冷えの**表2**を参考[9]に「冷え」を除くことから考えます。決して安易に冷やしてはいけません。下半身や身体全体を温めると上半身の「ほてり」が引き下げられます。この場合「のぼせ」ではなく顔の「ほてり」と言っておきます。第一に五積散があげられます。その他、当帰湯や当帰四逆加呉茱萸生姜湯を用います。「冷え」が主体で比較的強い「のぼせ」には柴胡桂枝乾姜湯が有効です。

ハ. めまい(水滞)から考える

めまい(水滞)や頭重感から、ほんのりほっぺが赤いくらい(紅色)『ほてり』のときには桂皮(シナモン)を含む薬方が効き、代表は苓桂朮甘湯で「水滞」の**表3**[10]も参考にします。

ニ. 瘀血から考える

「のぼせ・汗・ほてり」の根本治療の身体全体の証として、瘀血の改善が比較的効果があります。女性に限らず人は年月を経ると身体のあちこちに瘀血(循環障害)が生じ、体調不良を訴えます。だから駆瘀血剤、桂枝茯苓丸を筆頭に毎日きっちり服用していると「のぼせ」、「熱感発作」の頻度が確実に減ります。もともと、桂枝茯苓丸は丸剤ですので熱処理、つまり煎じなくて乾燥した生薬です。良品質の材料で本来の製法の丸薬ならこれ一剤で大変有効ですが、エキス剤は湯液(煎液)、つまり高熱処理水抽出液ですので効力は少々落ちています。だから原典通り、良質の生薬そのまま用いるか、もしくはエキス剤の駆瘀血剤同士2剤複合するとよく効いてきます。**図**を一覧すれば併用の糸口が自ずと見えてきます。生薬の桃仁・牡丹皮を含む桂枝茯苓丸以外に腸癰湯、桃核承気湯、通導散、大黄牡丹皮湯、芎帰調血飲、疎経活血湯などがあげられます[11]。

ここで興味深い処方が折衝飲(せっしょういん)(当帰・川芎・紅花・桃仁・牡丹皮・桂皮・牛膝・延胡索・芍薬)です。これは、日本の産科に黎明をもたらした賀川玄悦(1700～1777)が考案した処方薬です。瘀血と血虚の

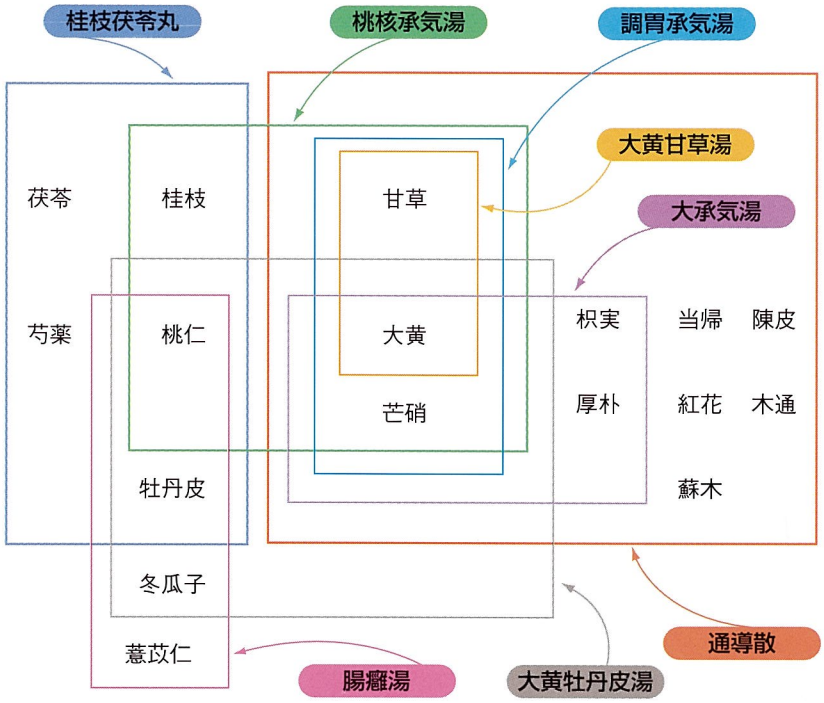
表2 「冷え」の治療による分類

1. 体を温める	① 内　臓　人参湯(桂枝人参湯、附子理中湯) 大建中湯、呉茱萸湯 ② 四　肢　当帰四逆加呉茱萸生姜湯(加附子末)
2. 水を除く(温陽利水)	③ 消化管　真武湯 ④ 全　身　当帰芍薬散 ⑤ 下半身　苓姜朮甘湯 ⑥ 呼吸器　小青竜湯、苓甘姜味辛夏仁湯 ⑦ 体内体表(上熱下冷)五積散 ⑧ 関　節　桂枝加苓朮附湯
3. 瘀血を除く(上熱下冷)	芎帰調血飲、桂枝茯苓丸 桃核承気湯(大黄牡丹皮湯)
4. ストレス解消(上熱下冷)	四逆散(加味逍遙散)
5. 老化予防	八味地黄丸、牛車腎気丸、真武湯
1+3(上熱下冷)	温経湯

表3 水滞の分類

寒　証	全　身……五積散 特に女性……当帰芍薬散(加附子末)、芎帰調血飲 上半身……苓桂朮甘湯、呉茱萸湯 下半身　腰……苓姜朮甘湯 下　肢……九味檳榔湯 下　腹……真武湯(当帰四逆加呉茱萸生姜湯) 関　節……桂枝加苓朮附湯、麻杏　甘湯 呼吸器……小青竜湯、苓甘姜味辛夏仁湯 蕁麻疹、浮腫…麻黄附子細辛湯、桂麻各半湯
湿　熱	皮　膚……(上半身)治頭瘡一方 (下半身)(一貫堂)竜胆瀉肝湯 (部位を問わず)消風散、十味敗毒湯 浮腫、関節、蕁麻疹……越婢加朮湯 呼吸器、痔核…麻杏甘石湯、五虎湯 全　身……防風通聖散 泌尿器……五淋散、竜胆瀉肝湯 消化器……竜胆瀉肝湯、猪苓湯、黄芩湯、柴苓湯 浮　腫……柴苓湯、茵蔯五苓散 呼吸器……柴朴湯、滋陰至宝湯、竹筎温胆湯 呼吸器、皮膚、関節……小柴胡湯(all round) 関　節……桂芍知母湯
平 (寒熱いずれでもない)	消化器……平胃散、胃苓湯、茯苓飲、啓脾湯、 小半夏加茯苓湯 消化器、浮腫…五苓散 消化器、上半身……半夏白朮天麻湯 関節、浮腫……薏苡仁湯、防已黄耆湯、二朮湯 強心利尿、浮腫……木防已湯 消化器、呼吸器……二陳湯、半夏厚朴湯、六君子湯 関節、瘀血……疎経活血湯 女性(血虚)……当帰芍薬散

図　駆瘀血剤と瀉下剤の関連図



両刀使いです。エキス剤では実証用といわれる桂枝茯苓丸に虚証用とされる四物湯あるいは当帰芍薬散それに延胡索等、鎮痛薬、紅花といった強力な駆瘀血剤を含みます。残念ながら医療用エキス剤にはありませんが、漢方理論を理解するためには珠玉の処方です。実証＋虚証＝中間証などと理屈をこねまわすより、たいていの女性に有用な便利な漢方薬です[12,13]。

ホ. 中医学から考える

中医学では『腎虚の概念』を重視し、加齢によるいろいろな臓腑の低下が腎虚（老化）をさらに進行させています。これに基づいて根本治療（本治）を行うなら別稿のエキス剤の上に腎虚の薬を併用するか、もしくはある程度に症状が除かれた後に、以下の腎虚の薬（補腎・固腎）に少しずつ代えます。

たとえば、腎陰虚には六味丸を、腎陽虚には真武湯を、腎陰陽両虚（腎陰虚＋腎陽虚）ならば、八味地黄丸、牛車腎気丸を用います。

亀板膠、鹿角膠（ろっかくきょう）、亀鹿二仙膠（きろくにせんきょう）など。これらの動物生薬を追加すると1日少量（0.5g）でも大変効果的です。ところで、天王補心丹、一貫煎、鎮肝熄風湯、丹梔逍遙散は決して腎虚そのものを治療する薬ではありません。これをどのように解釈するのか理解に苦しみますが、懐の深い中国では思弁的な話はファジーに捉えてこれらを広い意味での腎虚の薬の範疇に入れて何でもありの世界でしょう。

（3）最後に秘

更年期の訴え「のぼせ・汗・ほてり」、その他の症状に加味逍遙散が何となく良い場合が多いが、今一つバッチリ、ピッタリでないときにはあまり「証」（症状）を考えないで四物湯を加えると、とくに皮膚、精神症状にはよく効いてくることが多いです。あまり、細かいことを考えなくてもよく、大胆にこの加法をすべてに用いても相当有効率は上がるでしょう[14]。

＜あとがき＞

更年期にまつわる症状は多岐にわたるので数回に分けてみました。

加味逍遙散は基礎薬として大変重要ですが、更年期障害→加味逍遙散の一本槍では芸がありません。是非とも2剤のエキス剤を工夫併用（合方）し、漢方の妙を味わいましょう。

＜謝辞＞

結縁繁夫博士（神戸市）、劉　公望教授（天津中医学院）、麻生武志教授（東京医科歯科大学大学院）、上田政雄名誉教授、藤井信吾教授、（京都大学大学院）、堀口俊一名誉教授、荻田幸雄名誉教授、石河　修教授（大阪市立大学大学院）を始め多くの先達に深謝します。

＜参考文献＞

1. 蔭山　充：女性のための東洋医学 加味逍遙散－更年期の妙薬（1,2）ペリネイタルケア14（4,5）：374-376, 478-479, 1995.
2. 蔭山　充：女性のための東洋医学 もう一つの更年期薬　加味帰脾湯（その1,2）ペリネイタルケア15（10,11）：886-888, 978-980, 1996.
3. 蔭山　充：すぐ効かせる漢方、女性診療にはまず漢方（更年期）平成14年11月9日（於三宮）兵庫県保険医協会研究会講演資料
4. 蔭山　充：効かせる漢方、第3回多彩な女性愁訴に対する漢方薬（その1）簡略更年期指数と中医学から 京都大学助産誌2003.（投稿中）
5. 蔭山　充：女性のための東洋医学 多彩な女性愁訴の漢方治療 更年期の新しいパラダイム確立後10年（その1,2）ペリネイタルケア21（11,12）：991-993, 1040-1044, 2002.（その3）22（1）：82-85, 2003.
6. 馬　宝璋ほか：経断前後諸証　中医婦科学, p104-107, 上海科学技術出版社, 1997.
7. 灰本　元：漢方の臨床疫学 第10回和漢薬ランチョンレクチャー 平成14年9月 第19回和漢医薬学会大会
8. 呂　景山：中医対薬　施今墨の二味配合法 p64-74, 東洋学術出版社, 2002.
9. 蔭山　充：「冷え」の漢方治療　漢方研究, 4, 12-16, 1996.
10. 蔭山　充ほか：更年期障害の漢方薬の選択法 寒熱と瘀血　水滞から, 産婦人科治療増刊 185-189, 5, 1998.
11. 蔭山　充：女性のための東洋医学　傷寒論の奥義（その1,2）桃核承気湯の二味の薬効発揮システム, 16（3,4）227-280, 357-370, 1997.
12. 賀川玄悦ほか：折衝飲　近代漢方医学書集成 397, 名著出版, 7, 1984.
13. 今中基晴ほか：更年期障害と漢方療法　治療学, 32, 1419-1423, 1998.
14. 村岡逸郎ほか：加味逍遙散合四物湯 実践漢方講座 協会だより別冊 9-12, 6, 1992.