

7

contents

特集

3

特別対談 加味逍遙散で証を振り分ける

漢方医学研究所 青山杵済クリニック 所長
鹿島労災病院 和漢診療センター長

杵済 彰
伊藤 隆

●処方紹介・臨床のポイント

9

当帰芍薬散

新宿海上ビル診療所
日本TCM研究所

室賀 一宏
安井 廣迪

●くすりの散歩道

11

ジャムウの神秘－クスリウコンの役割－

新潟薬科大学 学長／千葉大学 名誉教授

山崎 幹夫

●シリーズ 証を探る

13

問診表の臨床応用 しひれの疾患と水滯の関係

～胸郭出口症候群に対する水滯スコアの応用～

済生会宇都宮病院 整形外科

松村 崇史

●わかった気になる漢方薬学②

17

漢方保険診療に必要な基礎知識の概要

富山医科薬科大学 和漢薬研究所 漢方薬学分野 教授 翁 忠人



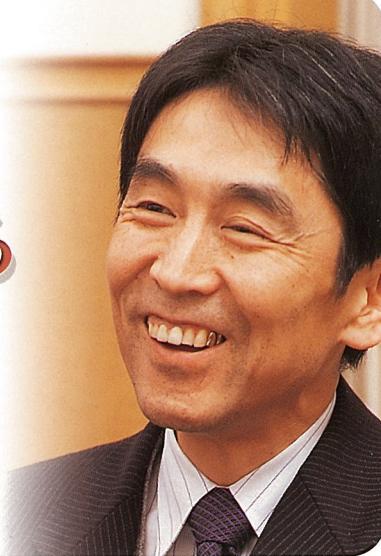
加味逍遙散で 証を振り分ける

漢方医学研究所
青山杵渕クリニック所長

杵渕 彰 先生

鹿島労災病院
和漢診療センター長

伊藤 隆 先生



日常臨床できわめて汎用されている加味逍遙散は、漢方治療における「受付」のような処方でもあり、第一選択に使用されることも多い。それだけに漫然とした使用は意味がないとも言える。加味逍遙散とその鑑別について、青山杵渕クリニック所長の杵渕 彰先生をお迎えし、鹿島労災病院 和漢診療センター長 伊藤 隆先生とご対談いただいた。

加味逍遙散の イメージ

伊藤 加味逍遙散の典型的なイメージとして、江戸時代後期の百々漢陰(1776~1839年)の解説をご紹介します。「此の方は婦人一切の申し分に用いてよく効く。今より数十年前は、世間の医者は、婦人の病というと、ほとんどこの処方を用いた。此の方の目標は、月経が不調になって、熱のふけさめがあり、午後になると逆上して両頬が赤くほてるというものによい。或いは婦人の性質が肝気高ぶりやすく、嫉妬深く、火氣逆衝して顔面赤く、背つり上がり、発狂でもしなねまじき症によい。男子でも癇癪もちに用いてよい。」と悟竹桜方函口訣に記しています。

百々漢陰が述べている数十年前とは、今から約200年前です。その当時も「世間の医者は、婦人の病

というと、ほとんどこの処方を用いた」ということで今と変わりません。また、この記載にある「熱のふけさめ」が「逍遙熱」と呼ばれたことから、その名がつけられたという説もあります。

そのような加味逍遙散ですが、私の場合、内科疾患を中心にメンタルヘルス的な疾患を診ているからかも知れませんが、百々漢陰が述べているような典型的な症例にはあまり遭遇しません。杵渕先生はいかがですか。

杵渕 私は精神疾患の患者さんを主に診ていますので、いまご紹介されたような症状の典型的な例はそんなに多くを経験していません。また、当院の漢方薬処方頻度でも、加味逍遙散は現時点で全体の約5%程度です。しかも、長期に服用している方となるとそれよりもずっと少なくなります。

そもそも加味逍遙散は、原典に

よれば、慢性の炎症、たとえば昔は結核を考えてよいと思いますが、そのような人たちに用いる処方と考えられていたと思われます。最近でこそ、更年期障害治療の第一選択薬とされていますが、更年期障害でこのような典型的な症状はそんなに多くはないと思います。私は加味逍遙散の使い方がとても上手な先生に教わったのですが、私自身はうまく使えていないと思います。

伊藤 それでは、先生は更年期障害の治療にはどのような処方をよく使用されるのですか。

杵渕 更年期障害の治療では、黃連解毒湯、柴胡加竜骨牡蠣湯が多く、次いで抑肝散、加味帰脾湯、加味逍遙散、柴胡桂枝乾姜湯というところです。

伊藤 加味逍遙散はベスト3にも入らないですね。実は、私もそれ程多く使用する処方ではありません

せんが、私たちに紹介されて来られる患者さんには、すでに受診されていた内科や婦人科で、加味逍遙散が処方されている場合が大変多くあります。その理由の1つには、このお薬は間違って処方しても問題となるような副作用が少ないということもあるのではないでしょうか。

杵渕 そうですね。あまりクリームがつかないことと、被暗示性の高い患者さんには加味逍遙散がよく効くという印象を持っています。

伊藤 被暗示性の強い患者さんが反応する場合が多いということでしょうか。

杵渕 そういう気がします。

伊藤 私も、更年期障害の治療に使用する処方の中では、加味逍遙散の使用頻度は2番目か3番目で、一番多いのは黄連解毒湯です。後ほど、黄連解毒湯が有効であった症例を紹介したいと思いますが、加味逍遙散は黄連解毒湯と比べ、患者さんの初診時の血圧が高く、緊張の程度が強い場合に使用しています。つまり、加味逍遙散は全ての更年期障害によいのではなく、ある特定のタイプによいと理解しています。

それでは、更年期のうつで、日々漢陰のイメージに近く、加味逍遙散が効果的であった症例を紹介します。

更年期うつの症例

伊藤 症例は51歳、女性で、主訴は熱感です。2年前に閉経し、その頃から血圧が上昇して当院内科に通院しています。昨年の5月から熱感が出て、頭の中がもやもやすむ。自分の意思を相手に伝えられない。言葉がうまく出なくなってきた。動悸、不眠もある。

ります。

問診所見では、気力・集中力が低下。ささいなことが気になり、落ち着かない。寝つきが悪く、眠りが浅い。発作的にのぼせて、特に首から上に汗をかきやすい。口渴があります。

身体所見としては、身長150cm、体重56kg。血圧は初診時のみ156/84mmHgと上昇していました。脈候は、弦で緊張4/5。舌候は、乾湿中等度の白苔、歯痕が顕著でした。舌質が暗紫色と瘀血所見を強く呈していました。腹候は、腹力3/5程度で中等度、心下悸、臍上悸、左および臍下に臍傍抵抗圧痛と瘀血の徵候が顕著でした(表1)。

腹部の動悸を認め実証氣味であったため、はじめは柴胡加竜骨牡蠣湯を考えましたが、うつ傾向があり、発作的にのぼせて汗をかきやすいということから、むしろ加味逍遙散の方が適当と考えました。

加味逍遙散投与2週後には、不安感、動悸、頭のもやもや感、カーッとくる熱感のいずれもが著明に改善しました。4週後にはもうすっかり元に戻ったと言われましたが、念のため3ヵ月間服薬を続けていただきました。非常に効いた症例で、日々漢陰が記述しているイメージに近いのですが、ポイントはうつで

あったと考えています。

杵渕 そうですね。ICD-10とかDSM-IVの診断基準からすると、ギリギリうつと診断されるところですね。major depressionに入るかどうかは難しいところですが、うつ状態と考えてよいと思います。

ただ私の場合、加味逍遙散はもっと虚証にしか使いませんので、よく処方されたなという印象です。私なら柴胡加竜骨牡蠣湯を処方していたでしょうね。

伊藤 この患者さんは、初診時に緊張しており、腹力も脈の緊張も高かったので、加味逍遙散を選びました。

ところで、major depressionでないと、うつ病とは言わないのでしょうか。

杵渕 major depressionとは異なるうつ状態もあります。不安障害の患者さんでもうつ状態を伴うことは多いですから、勿論うつ状態がすべてmajor depressionではありません。うつ病の場合は、詳しく問診しますと、希死念慮や体重変化などが認められます。そのような兆候がないと、うつ病と診断するにはギリギリのところですね。ただ、実際にはmajor depressionかどうか判断が難しい

表1 51歳 女性

主訴：熱感

現病歴：2年前に閉経。同じ頃より高血圧にて当院内科通院中。

昨年5月より熱感。頭の中がもやもやする。自分の意思を相手に伝えられない。言葉がうまく出なくなってきた。動悸、不眠あり。

問診所見：気力・集中力がない。ささいなことが気になり、落ち着かない。寝つきが悪く、眠りが浅い。発作的にのぼせて、首から上に汗をかきやすい。口渴あり。

身体所見：身長150cm。体重56kg。血圧156/84mmHg。

漢方的所見：脈候；弦、緊張4/5。舌候；乾湿中等度の白苔、歯痕(+)、舌質暗紫色。腹候；腹力3/5、心下悸、臍上悸、左および臍下に臍傍抵抗圧痛(+)。冷えなし。浮腫なし。

患者さんが非常に多いことも事実です。

伊藤 先生は、うつ病患者さんの治療にあたって、漢方薬と向精神薬を併用されるのか、漢方薬だけで治療されるのか、何か基準のようなものがあるのでしょうか。

杵渕 うつ病の場合、必ず希死念慮があることを念頭におく必要があります。それが強い場合や切迫した感じのときにはまず向精神薬の使用を考えます。ただ、本人がどうしても嫌だとか、家族がからならず付き添っているという状況であれば「漢方薬だけではしばらく様子をみましょう」というようにしています。

伊藤 周りの状況もみて判断するということですね。それでは、先生の症例を紹介いただけますか。

加味逍遙散の利水作用がポイントになった症例

杵渕 症例は50歳、女性で、主訴は不眠とめまいです。約2年前から不眠といらいら感が強くなり、回転性ではなくて身体動搖感のめ



杵渕 彰 先生

1972年 岩手医科大学卒業、
岩手医科大学神経精神科 副手
1973年 東京都立松沢病院 医員
1979年 東京都東村山福祉園 医務科
1981年 柏木診療所所長
1988年 (財)日本漢方医学研究所附属日中友好会館
クリニック所長
2001年 漢方医学研究所 青山杵渕クリニック所長

まいが出現しました。某精神科で抗うつ薬の投与を受けましたが、吐き気がひどく服薬できなかっため、担当医から「漢方治療のほうがよいのではないか」と言われ、当院を紹介されました。

初診時には、ご主人に支えられ

るようにして来られ、ほとんど目をつぶったような状態で、しゃべり方も非常に聞き取りにくい方でした。

症状としては不眠(寝つけず、寝ついてもすぐに目が覚めてしまい、寝た気がしない)、1日中横になっていることが多いが睡れない。いらいら感が強く、お孫さんが来てもくたびれて嫌になるので、あまり来てももらわないようにしている。ましてや他人には全く会いたくない。立ち上がるときめまいがして、トイレに行くのがやっとのこと。食事はご主人が作ってくれるのですが、おいしくないとのことです。ちょっと不機嫌な感じの方でした。

漢方的所見として、脈は沈んで触れにくく、腹部所見は腹力が中程度、胸脇苦満(+)、腹直筋攣急(+)、胃内停水は認められませんでした(表2)。

いらいら感と不眠から抑肝散を使用し、2週ごとに来院していただきましたが、あまり改善がみられず、むしろのぼせを伴って発汗し易く、小便が出にくくなかったとの訴えがありました。すでに抗うつ薬の服用は止めていましたが、小便が出にくいという訴えから、抑肝散よりも利水作用の強い加味逍遙散に変えたところ、「少し体が軽くなったように感じる」と言われ、以後、多少の波はあるものの順調に経過しました。あまり劇的な改善例ではありませんが、漢方治療を始めて約3ヵ月後には表情も明るくなり、約10ヵ月後には、夫婦でヨーロッパ旅行もされています。

伊藤 この患者さんの精神医学的な診断はどのように考えればよいのですか。

杵渕 うつ病の要件は満たしていないませんが、のぼせや身体的な訴えがけっこう多様であったことから、病名を付けますと身体表現性

表2 50歳 女性

主訴：不眠、めまい

現病歴：約2年前から不眠、いらいら感が強く、めまい(身体動搖感)も伴ってきました。精神科を受診し、抗うつ薬を投与されたが、副作用(だるさ、嘔気)のため服用できず。

担当医から漢方治療を勧められ、当院を紹介されて受診。

問診所見：夫に支えられるようにして診察室へ。半分閉眼し、小さく聞き取りにくい声で諸症状を訴える。

不眠(寝つけず、寝ついてもすぐに目が覚めてしまい、寝た気がしない)、1日中横になっていることが多いが睡れない。

ちょっとした物音でもいらいらしてしまい、孫が来ることも嫌。他人に会うと疲れていらいらがなおひどくなるので、来客はすべて断っている。

立ち上がるとめまいがし、トイレに行くのがやっと。

食事は、夫が作ってくれるが、おいしくない。

小便が出にくい。

漢方的所見：脈は沈、腹部所見は、腹力中程度。胸脇苦満(+)、腹直筋攣急(+)、胃内停水(-)

障害になると考えます。

伊藤 小便が出にくいことを重視され、加味逍遙散を処方されたのですね。

杵渕 ええ、江戸時代の和田東郭が、加味逍遙散の中の牡丹皮は駆瘀血剤と考えられがちだが、実は水分の動、つまり心下悸を重視すべきであると述べています。心下悸があるのは、神経質な患者さんでしばしば見られますが、水毒のサインの1つとも考えていますので、利水作用を主に考えてよいのかとも思います。また、薛己の内科摘要には水道渇痛ということが出ていて、小便が出にくいのをこれに当てはめて加味逍遙散にしたわけです。

伊藤 なるほど。ところで、加味逍遙散はDSM-IVやICD-10の診断基準でいう身体表現性障害とうつ病のどちらに効果的なのでしょうか。

杵渕 身体表現性障害や不安障害に近いあたりが一番効果的ではないでしょうか。

伊藤 うつ病がメインではないということですね。

杵渕 また、加味逍遙散は振り分けをするのによい処方です。たとえば、攻撃性が強かったり、急に気力がなくなってくるような場合、抑肝散と加味帰脾湯の2つの極を考えると、加味逍遙散はそのほぼ真ん中に位置するのではないかでしょうか。そこで、まず加味逍遙散を使ってみて、残された症状からどちらかに変えるのも1つの方法です。そういう意味では、使い道の広い処方だと思います。また、虚実の判断がつかない時にもまず加味逍遙散から使ってみてよいと思います。

伊藤 そのような振り分けが成功した症例があれば、紹介していただけますでしょうか。

表3 48歳 女性

主訴：不眠、全身倦怠感

既往歴：小児期に腎炎、中学生以降検査では異常なし。挙子2人。

現病歴：元来元気だったが、1年前から眠りが浅く感じるようになり、全身がだるく、気力が出なくなってきた。また同じ頃から月経が不順になり、婦人科でホルモン治療を受けたが、かえってだるくなる感じがあり、中断。また近医にて睡眠誘導薬の処方を受けたが、翌日も薬が残るようで不快。漢方治療のほうが安心と考えて受診。

身体所見：身長162cm、体重50kg。

問診所見：顔色は白く、静かな話し方。だるいこと、睡眠が深くとれれば元気に戻れると思うという。

訴えは、上記の他に、肩こり、目の疲れ、食欲不振、めまいなど多様。

漢方的所見：脈は沈、腹部所見は、腹力弱く、軽度の胸脇苦満（+）。胃内停水（+）。下腹部の圧痛（±）。

んでいて、体格はよさそうに見えるのですが、腹部所見では腹力が弱く、軽度の胸脇苦満を認めました。さらに胃内停水があり、下腹部の軽度圧痛も認めました（表3）。このような所見から、加味逍遙散を処方しましたが下痢気味になり3日で中断しました。そこで、より虚証と判断し、加味帰脾湯に変方したところ、4週後にはかなり睡眠がとれるようになって、体も楽になってきたと言われました。現在も通院中ですが、随分と元気になってこられた症例です。

伊藤 まさに振り分けで、うまくいった症例ですね。

加味逍遙散でも下痢気味になるのですね。

杵渕 大黄を使わないで便通をつけたいときに、加味逍遙散を使うことがあります、それでも下痢気味になってしまふことを経験しています。

伊藤 その原因は牡丹皮ですか。

杵渕 そうだと思います。

伊藤 桂枝茯苓丸でも便通がつく人をたまに経験しますが、これよりもさらに虚証向けの加味逍遙散でも便通はよくつきますね。桂枝加芍藥大黃湯と同じような位置づけでしょうか。

杵渕 もう少し虚証で、大黄が

合わない人によいのではないでしょうか。

伊藤 大黄の入っている下剤の中では、桂枝加芍薬大黄湯が一番弱い薬ですが、加味逍遙散はさらに弱いレベルの人に使えるということですね。また、大黄は下剤としてだけではなく、昔、中国では向精神薬としてもかなり広く使用されたと言われています。

杵渕 タンニンの多い大黄はけっこう向精神作用の切れ味がよいです。

伊藤 振り分けの話に戻りますが、加味逍遙散が中心にあってそれより虚証に加味帰脾湯、実証に抑肝散というイメージでよいのでしょうか。

杵渕 加味逍遙散はあまり実証よりではないと思います。それと、抑肝散は表面に怒りが出てくるような感じに、加味帰脾湯は怒りがあっても表に出てこなく、自分に向かってくるような場合によいのかなと考えています。

伊藤 私は漢方薬と向精神薬は効く方向が違うような気がします。うまく表現できませんが、たとえばセロトニンレベルを上げるにはSSRIはよいけれども、怒りや不安といった感情面を落ちつかせるには漢方薬の方がよいのではないかという印象があります。その点はいかがでしょうか。

杵渕 強い症状に対しては向精神薬で抑え込む必要があります。ともかく抑え込んでいくという感じですので、あまり後味がよくありません。しかし、漢方薬は抑え込むのではなく、うまく解消してくれる。例えば、あんなに怒っていたのが、そんな必要がなかったのだということを自分で納得できるような治り方が期待できるのではないでしょうか。

黄連解毒湯との鑑別

伊藤 次は、百々漢陰のイメージに近い症例ですが、加味逍遙散ではなくて黄連解毒湯が有効であった症例を紹介します。

症例は52歳、女性で、主訴は顔のほてりです。5年前から顔がほてって困るという訴えがあります。1年前に閉経してからは特に強くなり、同時に足が冷えて、春になっても靴下をはかないと眠れない。頭はぼうっとして1日中すっきりしない。頭痛もある。さらに今年になってからは手や足がしびれて、ときどきひどくなる。便通は毎日あるという症例です。

体格は中肉中背で、やや小肥り気味。赤ら顔でお腹の緊張は強度です。臍下に抵抗圧痛があり、脈の緊張もよく明らかな実証です(表4)。

陽実証で赤ら顔ですので黄連解毒湯の適応と考えましたが、足の冷えが気になりました。黄連解毒湯は三焦の実熱といい、表も裏もすべて熱感で覆われるのがその証だとされています。また矢数道明先生の著書にも、冷えがあるときには使うべきではないと書かれています。しかし、あえて処方したところ、熱感を含むすべての症状が2週後には見事に消失しました。

更年期のほてりには加味逍遙散というイメージがありますが、このように黄連解毒湯でも相当有効

な症例があるのではないかと思っている次第です。

杵渕 私はすべての疾患に対する漢方薬の使用頻度の中で、黄連解毒湯はベスト5に入るほどよく使用していますが、先生がこういう症例にお使いになるというのはちょっと驚きました。特に、実証で中焦より上がるぼせる、熱感を持った患者さんには、黄連解毒湯がよく効きますので、よい選択だなと感心しています。

伊藤 ありがとうございます。私も黄連解毒湯の使用頻度はきわめて高く、すべての処方の中でベスト3に入っています。はじめて処方する患者さんには、「苦いぞ」と言ってから出すようにしていますが、非常によく効きます。しかし逆に、冷えが悪化した例も経験していますので注意が必要です。

杵渕 私も、今までに2例だけ「寒くなってきた」と言われた患者さんがおられ、慌てて変えた経験があります。

ただ、足が冷えてきたと言われても他覚的にそんなに冷たくない場合があります。自覚的な冷えだけで、触れてみて冷えていない場合はそのまま迷わず使用していくと、飲んでいるうちに温まってきます。

伊藤 そうですね。おそらく気が巡ってくるのでしょうか。

杵渕 熱が中焦から上の方に集まっていて、それを下げる回してやることによって、足も温まって

表4 52歳 女性

現病歴：5年前から顔がほてって困る。昨年末に閉経してからは特に強く覚える。

1年前から足が冷えて、春になっても毎晩靴下をはかないと眠れない。

頭はぼうっとして1日中すっきりしない。頭痛もある。今年になってから手や足がしびれて、ときどきひどくなる。飲酒も喫煙もしない。便通は1日1回ある。

漢方的所見：体格は中肉中背で、やや小肥り気味。赤ら顔で、腹の緊張はよい。

臍の下を軽く按じると抵抗圧痛がある。脈の緊張もよい。

くるのではないかでしょうか。

伊藤 先ほどと同じ質問ですが、黄連解毒湯はうつ病、身体表現性障害あるいは不安の強い症例のうち、どのあたりに一番よく効くのでしょうか。

杵渕 感情障害が強く、うつや気分変動が激しい人の場合にけっこう効く気がします。というのは、躁状態やうつ状態を頻繁に繰り返す躁うつ病の患者さんの中で、向精神薬を極量まで使用し、さらに睡眠誘導薬もかなりの量使用しても、なお眠れないという場合に、黄連解毒湯を追加すると眠れたという人がけっこうおられます。

伊藤 なるほど。ところで、躁とうつは精神科的には同じ病態と考えてよいのでしょうか。

杵渕 そうですね。うつがひどくなつたものが躁だという考え方をします。つまり、抑制がなくなってしまう状態が、うつから躁に変わるときだという考え方方が主なのではないでしょうか。躁とうつは、行ったり来たりするのではないという考えです。人格的にも、うつよりも躁のほうが危機的な状態に近いと考えてよいと思います。

補血剤・駆瘀血剤との併用

伊藤 加味逍遙散に話を戻しますが、本剤は更年期障害の治療以外にアトピー性皮膚炎にもかなり使われています。先生はいかがでしょう。

杵渕 皮膚疾患には、加味逍遙散単独よりも最初から四物湯と合方するという使い方をしています。

伊藤 どんなタイプによく使用されるのですか。

杵渕 乾燥性の皮膚炎でかゆみがかなり強く、じっとしていられ

ないような焦燥感を持っている患者さんに使用しています。

伊藤 なるほど。私は、実証には桃核承氣湯や大黃牡丹皮湯を主に使い、虚実間あるいは虚証であれば加味逍遙散を使用していますが、焦燥感には気がつきませんでした。

四物湯との合方のお話が出ましたが、加味逍遙散に桂枝茯苓丸を併用したりすることがあります。たとえば、更年期障害の患者さんに加味逍遙散を出して、ある程度症状がよくなつたけれども、腰の痛みが取れないとか足のしびれが取れないというときに、処方が汚いという意味で恥ずかしいのですが、桂枝茯苓丸をちょっと入れてみたら非常によかつたという例をたまに経験します。併用については先生はどのように考えられますか。

杵渕 加味逍遙散と桂枝茯苓丸の併用は私もします。加味逍遙散には利水薬と驅瘀血薬が入っていますが、驅瘀血剤としてはちょっと弱いと思うような場合、あまり薦められた方法ではありませんが桂枝茯苓丸を併用することもあります。また、胃腸障害がみられるような時には、加味逍遙散と六君子湯との併用もします。

加味逍遙散は、ターゲットとしてはかなり狭いのですが、気・血・水の3つとも揃っている薬で、病態としてはかなり広いところに効いてくれるはずだと考えています。

伊藤 そうすると、やはり振り分けするにはよい薬ですね。漢方治療のいわば「受付」のような感じで、わからないときにはまず使ってみても間違いが少ないということですね。そのように考えますと、現在、多くの先生方が加味逍遙散を第一選択に使うことも決



伊藤 隆 先生

1981年 千葉大学医学部卒業
1986年 国立療養所千葉東病院呼吸器内科
1993年 富山県立中央病院和漢診療科 医長
1995年 富山医科薬科大学医学部と漢診療学講座 助教授
1999年 同大学和漢薬研究所漢方診断学部門客員教授
2001年 鹿島労災病院和漢診療センター長

して悪いことではないことになりますね。

杵渕 そうですね。最初から処方が決定できないような場合には、加味逍遙散をまず使ってみて、その結果で次にどうするかを考えるのも1つの手かなと思います。

伊藤 本日ご紹介いただいた症例はいずれも効果の発現はかなり速やかです。そのような点からも振り分けとして適当ですね。

杵渕 切れ味というか、うまくいくときは反応がかなり早いという気がします。

伊藤 逆に、症状が変わらないのに何ヵ月も加味逍遙散を処方し続けるのはおかしいといえますね。漢方薬は効くものであれば、2週間くらいで何らかの症状の変化が得られます。加味逍遙散のように一見マイルドなお薬でもそうだということがよく判りました。本日はどうもありがとうございました。

当帰芍薬散(金匱要略)

組成 当帰3.0 芍薬4.0~6.0 川芎3.0 白朮4.0 茯苓4.0 沢瀉4.0~5.0

主治 肝氣乘脾(肝血虛・脾虛湿滯)

効能 補血調肝・運脾除湿

プロフィール

本方は『金匱要略』妊娠門を出典とし、条文では、妊娠及び婦人の腹痛に対して使用することになっている。しかし、日本では江戸時代より、妊娠時のみならず、広く産婦人科疾患に用いられる。現在では痴呆症、貧血、腎疾患、皮膚疾患を始め、疼痛性疾患など、老若男女を問わず幅広く様々な症状に使われる。原典では、各生薬を末にし、酒で服用するように指示があるが、現在では煎剤の形で服用することが多い。

方解

本方は、補血調肝の薬物と運脾除湿の薬物を組み合わせたものであり、別の見方をすれば、四物湯去地黃と五苓散去桂枝・猪苓の合方とも考えられる。四物湯成分(当帰、芍薬、川芎)は補血柔肝、活血の作用があり、調肝に働く。このうち川芎はさらに疏肝理氣にも働く。五苓散成分(茯苓、白朮、澤瀉)は健脾利湿の作用があり、健脾して湿を除く。即ち、肝血が不足して肝氣をコントロールできず、脾虚湿滯に乗じて肝気が脾に横逆した肝脾不和を調整する。一種の和解薬である。

四診上の特徴

望診上、色白柳腰の、一見華奢な婦人に見えるというのが通説で、湯本求真はこういう婦人が歩いてくるのを見て、「向こうから当帰芍薬散が歩いてくる」と言ったという逸話がある。花輪は、「色白、皮膚の肌理が細かく、水っぽい感じ、筋肉のトーネスが柔らかく浮腫傾向。冷え性で朝夕に下肢の浮腫傾向あり。肩こり、易疲労感を訴える」と述べている¹⁾。このほかに、頭冒感、目眩感を訴えるものがある。なお、本方は利水作用が期待されるが、中田らは、本方有効群で尿不利を認めたものは97例

中19名(24%)であり、そのうちの11例は夜間尿であったという²⁾。

舌診上、舌色は淡紅色から紫色で、湿っており、時に歯痕を認める。苔は認めないか薄い白苔であることが多い。脈は沈で弱。

腹証はさまざままで一定していない。やや浮腫状の皮膚をしており、腹力は中程度、小腹は瘀血を示す場合と膨隆して無力な場合がある。一般的に本方証は胃内停水の存在を認めることが多いが、花輪は、「ポチャポチャと心窓部で振水音が聞こえるものはかえって食欲がなくなることがある」と述べ、注意を喚起している¹⁾。『腹証奇覧』には、「臍傍に圧痛点があり、腰や背中に痛みが放散する」とある。

中田らは、当帰芍薬散を投与して有効であった若い女性を中心とした97例について検討し、下記のような臨床像を得たと報告している²⁾。

1. 年齢では20歳代から30歳代の性成熟期の女性
2. 体格的には中肉から瘦身の女性
3. 皮膚は血色がなく、緊張度が低下している
4. 冷え症を伴う
5. 月経の不調を伴う(月経痛、月経不順、月経過多、月経過少、無月経等)
6. 腹状は臍傍の圧痛(特に左側)を認め、腹力もあまり強くない
7. 流産癖
8. 妊娠時、証に関係なく安産安胎を目的に

使用上の注意

胃腸虚弱者の場合に食欲不振や下痢が見られることがある。食欲不振の場合は、食後服用とするか当帰と川芎を減量する。下痢の場合は茯苓・白朮を増量するか、人參湯を加える。

臨床応用

■ 婦人科疾患

当帰芍薬散は婦人科の聖薬として非常に多くの状況で用いられている。冷え症、生理不順・生理痛、不妊症、妊娠中の諸症状、更年期障害と、特に虚証の婦人の青壮年期に特有のトラブルで多く使用される。冷えが強い場合には附子を加える。

本方は、妊娠中の安胎薬(流産防止)として広く知られ繁用されている。中田らは「妊娠に投与した例では100%安産の効果を得た」と述べている²⁾。また、「子供が出来ないで本院を訪れた患者で、妊娠はするがすぐ流産してしまう、という所謂流産癖に対しては本処方は非常に効果がよく、五例中四例に無事子供が出来ていた」と報告している²⁾。妊娠中の腹痛や貧血に対しても使われる。さらに子宮収縮抑制効果により切迫早産の治療にも効果が期待され³⁾、妊娠中毒症に対してもしばしば使用される⁴⁾。その他、帶下、腫炎、外陰部瘙痒症などにも使われ⁵⁾、応用範囲は広く老年期までとなる。

■ 痴呆症

最近の研究により、当帰芍薬散がアルツハイマー型痴呆に有効であることが明らかになっている。山本孝之の研究では、知的機能と長期記憶、書字能力、それに会話や衣類の着脱などで改善が認められたという⁶⁾。基礎的研究では、アセチルコリンの脳内代謝の改善が見られることが判明し、これが痴呆改善に寄与しているとみられている。また、脳血管障害の後遺症にも、日常生活動作の向上が期待できるという報告もある⁷⁾。

■ 腎・泌尿器疾患

慢性腎炎に単独で、あるいは小柴胡湯に合してしばしば使用される。当帰芍薬散に血小板凝集抑制作用があること⁸⁾と関係があると思われる。中田らは、「少数ではあるが、慢性腎炎患者のなかで当帰芍薬散の証を認めた例では、本処方の投与により、血尿、蛋白尿等の改善を認めた。これらの有効患者は糸球体腎炎4例、妊娠後に発症したもの1例、腎孟腎炎1例であった(後略)」と述べている²⁾。藤平はネフローゼに対して使用し、著効を得た症例を報告している⁹⁾。慢性腎不全においても、その進行を抑

<参考文献>

1. 花輪壽彦：漢方診療のレッスン 金原出版 東京 1995.
2. 中田敬吾ほか：当帰芍薬散の臨床 日東医誌 78(3):101-107, 1978.
3. 千村哲朗ほか：切迫流産に対する当帰芍薬散の投与効果 産婦人科の世界 41(8):722-731, 1989.
4. 野口和男：過去10年間当院における妊娠中毒症に対する検討 特に漢方(当芍散)投与及び母親学級に対する効果 Jap J Prim care 8:131-133, 1985.
5. 福島峰子：不正出血・帶下・腫炎・外陰部瘙痒症 漢方医学講座 59:38-45, 1991.
6. 山本孝之：アルツハイマー型痴呆と漢方療法 漢方と最新治療 1(2):133-140, 1992.
7. 福島武雄ほか：脳血管障害に伴う神経症状と当帰芍薬散 漢方と最新治療 6(4):327-331, 1997.

制する効果が認められる場合がある¹⁰⁾。この他、慢性膀胱炎にも用いることがある。

■ 血液疾患

鉄欠乏性貧血に対して有効であったという報告がある。赤瀬は、鉄剤との比較で4週、8週において有意に改善し、さらに医療経済的にも勝っていたと述べている¹¹⁾。一方、婦人科の項で記したように、妊娠に伴う貧血にも効果がある。

■ 皮膚疾患

尋常性痤瘡、肝斑、主婦湿疹等の手湿疹などに使用される。『漢方診療医典』は、尋常性痤瘡で「貧血性で冷え性の婦人などには本方がよい。薏苡仁6.0gを加え、煎じて服用させた方がよい」と述べており、藤平も当帰芍薬散加薏苡仁の経験を記載している⁹⁾。

■ 眼科疾患

白内障や緑内障を始め、ぶどう膜炎、中心性網膜炎等に随証的に使用される。この他、反復性の麦粒腫やアレルギー性結膜炎の体質改善、眼性疲労や眼外傷、バセドウ病の眼球突出などの報告がある。

■ 疼痛性疾患

本方は、頭痛、頸肩腕痛、肩こり、腰痛、関節リウマチ、坐骨神経痛等にもしばしば使用される。関は、この場合、水毒と瘀血を目標に陰証、虚証の患者で頻用されると述べている¹²⁾。

■ 自己免疫疾患

膠原病などの免疫疾患においては、免疫複合体の除去を期待して当帰芍薬散を使用することがある。飯島らは、マウスで用量依存的に抗体除去することを報告している¹³⁾。臨床でも、ペーチェット病¹⁴⁾や関節リウマチ、SLE、シーグレン症候群¹⁵⁾や、分類不能の膠原病¹⁵⁾にも使用される。

■ その他

アレルギー性鼻炎で、他剤に反応がない場合に使用して軽快した報告が見られるほか、山本巖は、季節性アレルギー性鼻炎の発作時以外の治療として、小青竜湯と本方を合して長期に投与することを推奨している。気管支喘息も時に本方で軽快することがあり、花輪はその著書の中で、月経時に悪化する喘息に対する使用方法を述べている¹⁶⁾。他には、めまいや痔疾などの報告がある。

8. 飯岡秀晃ほか：ツムラ当帰芍薬散の血小板凝集阻止活性の研究 産婦人科漢方研究のあゆみ 41:45-1991.
9. 藤平健：漢方臨床ノート治験編 効元社 大阪 1996.
10. 新井信ほか：腎疾患の2例 漢方の臨床 44:704-712, 1997.
11. 赤瀬朋秀：鉄欠乏性貧血に対する当帰芍薬散の応用 漢方と最新治療 8(2):143-148, 1999.
12. 関直樹：運動器の痛みに対する漢方治療 現代東洋医学 14(2):173-177, 1993.
13. 飯島宏治：免疫複合体除去能に対する当帰芍薬散の作用 和漢医薬学雑誌 7:284-285, 1990.
14. 西戸孝昭：ペーチェット病の漢方治療 現代東洋医学 難病・難症の漢方治療第3集 11(1):236-237, 1990.
15. 浅岡俊之：分類不能型膠原病における漢方療法の意義 漢方と最新治療 7(4):359-361, 1999.

かなり以前のことになるが、インドネシアでの薬用植物の調査を終えて帰国したときのこと、現地で採集した植物の持ち込み許可を得るために成田空港の検疫所に立ち寄った。するとそこには、植物の根を山のようにカウンターに積み上げた先客たちがいた。かねてから知己の、ある大学の教授と研究室の人たちであった。彼らはやはりインドネシアから、私より少し早いフライトで成田に着いたところであった。カウンターに積まれていたのはほとんどがショウガ科植物の塊根であった。ショウガ科の植物にはインドや東南アジアを原産とするものが多く、またその多くが古くから薬用として利用されてきた。そのため、薬効に関与すると思われる成分の研究も盛んに行われていた。

ところで、世界各地には、私たちにとって身近な漢方医学をはじめとして、インドに伝わるアーユルヴェーダやアラブに伝わるユナニ、マヤ・アステカに伝えられた南アメリカの伝承医学のように、それぞれの地域、民族に特有の医療が伝承されており、それぞれに特有の医薬が利用してきた歴史がある。

インドネシアにもジャムウ(Jamu)と呼ばれる伝承医薬があった。ジャムウというジャワ語(インドネシア語)には「客をもてなす」という動詞的意味と「植物からつくられた薬」という名詞的意味があるらしい。さまざまな植物の根や葉などを利用して病気の人(客)をいたわるという役割が、「客をもてなす」という語意をもつジャムウに重なって「植物からつくられた薬」という語意が加えられたとも考えられる。

ジャムウはインドに伝わるアーユルヴェーダの流れを汲み、ヒンドゥー教の伝播とともにジャワに伝えられ、次第に地域の特徴を取り入れたジャムウへの変遷を遂げたものと考えられる。しかし、やがてジャワがヒンドゥー社会からイスラム社会へと変貌するにつれてジャムウの存在は蔭にかくれ、処方内容も調合法もごく一部の人たちによる伝承の中に埋もれてしまい、ジャムウとして展開してきたはずの体系やその歴史も闇に包まれてしまった。

現在、私たちがジャムウとして理解している内容は、1945年にインドネシアが共和国として独立した当時の混乱した医療の中で、医薬品の不足を嘆いた王家出身の医師セノ・サストロアミジョーが自ら調査し集成した『インドネシアの伝承薬』を根拠にしたものである。本書にはジャムウの薬草、生薬、それらの調合法、薬効、適応症などが記述された。最近は、有名な仏教遺跡ボロブドゥールに近いジョクジャカルタやソロを中心としたあたりに集まるいくつかの製薬会社でジャムウが生産されるようになり入手も容易である。

ジャムウの神話

クスリウコンの役割

新潟薬科大学 学長／千葉大学 名誉教授

山崎 幹夫

Mikio Yamazaki

前 にも述べたように、ショウガ科植物には熱帯地方を原産とするものが多く、ジャムウの中でもショウガ科植物は頻繁に使われている。期待される適応は、風邪、解熱鎮痛、鎮咳、口内炎、咽喉炎、麻疹、下痢、便秘、利尿、強壮、通経、安産、産後、乳汁分泌、疲労回復、健康増進などにわたって多彩である。また、植物の種類も多く、ショウガ、ガジュツ、ウコン、クスリウコンなどさまざまなショウガ科植物の根茎、果実、種子などが利用されている。

何 年か前に、私の研究室でもジャムウの処方内容についての調査を行ったことがあった。す

ると、興味あることに、トゥム・ラワク(Temu Lawak)という生薬が処方にごく頻繁に配合されていることに気がついた。トゥム・ラワクはショウガ科のクスリウコン(*Curcuma xanthorrhiza* Roxb.)の根茎を原料とする生薬であるが、調べてみると、配合されているジャムウ製剤の品目数も処方中の配合量も他の生薬と比べて圧倒的に多い。さながら万能薬のような配合の実態が認められた。

早 速、薬効成分の研究にはいったところ、この生薬からはゲルマクロンとザントリゾールが分離された。そして前者には拘束水浸ストレスによる潰瘍生成、自発運動、酢酸注射時の痛覚などを抑制する効果のほかに、ペントバルビタールによる睡眠の時間延長など、中枢神経の抑制を示唆する興味ある薬理作用が認められた。しかし、後者には対照群と比較して328%にもおよぶ顕著な睡眠延長作用の他に目立った活性は認められなかった。ザントリゾールによる顕著な睡眠時間延長の原因については、はじめは肝機能の低下によるペントバルビタールの代謝遅延かとも思われたが、調べてみると肝機能の低下は認められない。そこで、マウスの肝臓ミクロソームを用いて、ベンズフェタミンに対するN-デメチラーゼ(脱メチル酵素)の効果と、7-エトキシマリンに対するO-デエチラーゼ(脱エチル酵素)の効果を指標に、肝薬物代謝へのザントリゾールの影響を調べてみた。すると、ザントリゾールは、対照として用いた標準物質SKF-525Aの約3倍にも及ぶP-450阻害作用を示すことがわかった。これらの結果から導かれた私たちの推論は、ジャムウの中でのクスリウコンには、長い経験の時を経て、痙攣、マラリア熱、黄熱、食欲不振、胃炎、下痢、便秘、水痘、乳汁分泌不全、月経不全、湿疹など、さまざまな薬効が期待されてきたが、万能薬的な使用の実態には、他の配合生薬成分の薬効を長引かせる役割もあったのではないかということであった。

ち なみに、和漢薬にもショウガ科植物は多く利用されており、生姜(乾姜)、山奈、良姜、莪朶、鬱金などの根茎類や、益智、小豆蔻、白豆蔻、草果などの果実類、縮砂、草豆蔻、紅豆蔻などの種子類など、内容は多彩であり、それぞれに有用である。

34)歳]を対照とした。水滯スコアはTOS群の3~58(平均30.7)に対し、

健常群は0~49(平均11.3)で有意差を認めた。スコアが13以上の水滯

の割合は、TOS群85%、健常群28%であった²⁾。

症例1：21歳、女性、介護福祉士 主訴：頸部痛、右上肢しびれ

現病歴：4ヵ月前から誘因なく発症。挙上位で右上肢が重だるくなったり。自分では介護の仕事のためと思っていた。前医でNSAID、筋弛緩薬を投与されたが効果はなかった。以前より肩こり、片頭痛があった。

現症：148cm、44kg。なで肩、痩せ型ではあるが頬がぽちやっとしていた。右手に軽度の浮腫を認めた。TOS誘発テストのうちWright, Roos testで症状が誘発され、さらに右手のみが蒼白になった。頸椎疾患を疑わせる所見はなかった。舌証は胖大、淡紅色、やや乾燥した薄白苔のある歯痕舌。腹証は腹力やや弱、軽度心下痞鞭。脈証はやや実、弦、数。発汗過多、尿不利はなかった。水滯スコアは32であった(表2)。

経過(図1)：柴苓湯の2週間投与で手の浮腫は軽減したが、しびれ、頸部痛は不变であった。右手の冷感を訴えたため当帰芍藥散に転方したが胃部のむかつきのため服用できなかった。五苓散、ノイロトロピン®、セルベックス®に変更し、4週後にしびれと片頭痛の軽減をみたが、肩こりは不变であった。さらに五苓散

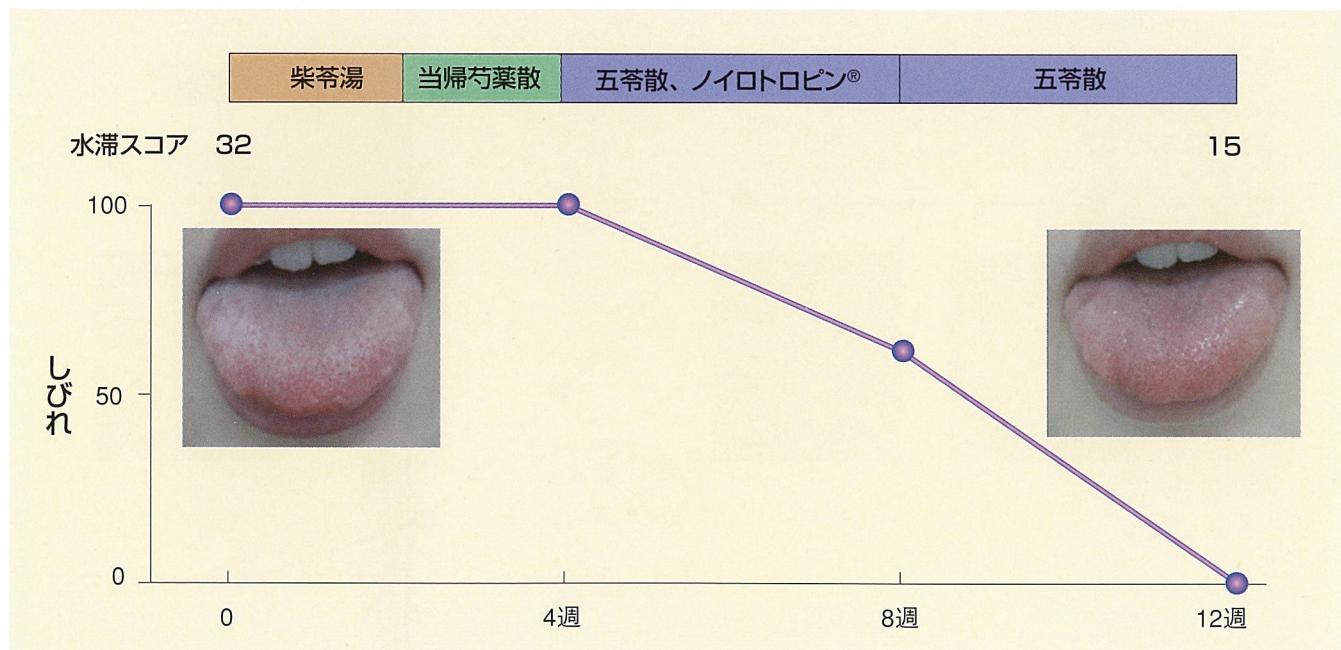
のみ継続し、しびれはほぼ消失した。肩こりは不变で、やや体力的、精神的に疲れていると訴えた。舌は苔が減少し潤ったが舌裂が目立っていた。水滯スコアは15に減少した(表2)。水滯に伴う症状は改善したが気虚が目立ってきており、今後は補氣を中心に行うべきと考えられた。

表2 症例1の水滯スコア

	初診時	12週後
身体の重い感じ	-	1
拍動性頭痛	4	2
頭重感	3	1
車酔いしやすい	5	1
立ちくらみ	5	1
水様の鼻水	3	1
グル音の亢進	3	1
朝のこわばり	2	-
浮腫傾向・胃部振水音	7	7
計	32	15

たまに：1点 時々：半点

図1 症例1の治療経過



症例2：30歳、女性、事務職 主訴：両手しびれ、頸部痛

現病歴：2年前交通事故で頸椎捻挫を受傷後、頭重感があった。さらに半年後から主訴が出現した。前医でメチコバール®を3週間投与されたがほとんど効果はなかった。

現症：160cm、46kg。ややなで肩で痩せ型であるが、頬がぽちりとしていた。他覚所見、X線、MRIから頸椎疾患は否定的で、TOS誘発テストのMorley, Roos testが強陽性であった。舌証は淡黄白膩苔、舌尖紅点、歯痕を認めた。腹証は腹力やや弱、心下痞鞭、胸脇苦満、臍上悸、臍傍压痛、軽度臍下不仁を認めた。脈証は沈、細、弱であった。発汗過多、尿不利はなかった。水滯スコアは27であった(表3)。

経過(図2)：五苓散を6週間投与したが効果はなかった。しびれはチリチリ・ジリジリする感じで、朝や雨天に悪化した。疼痛やしびれのため不眠傾向になり、仕事を辞めてしまった。さらにめまい感、嘔気、頭重感、体全体の熱感が出現

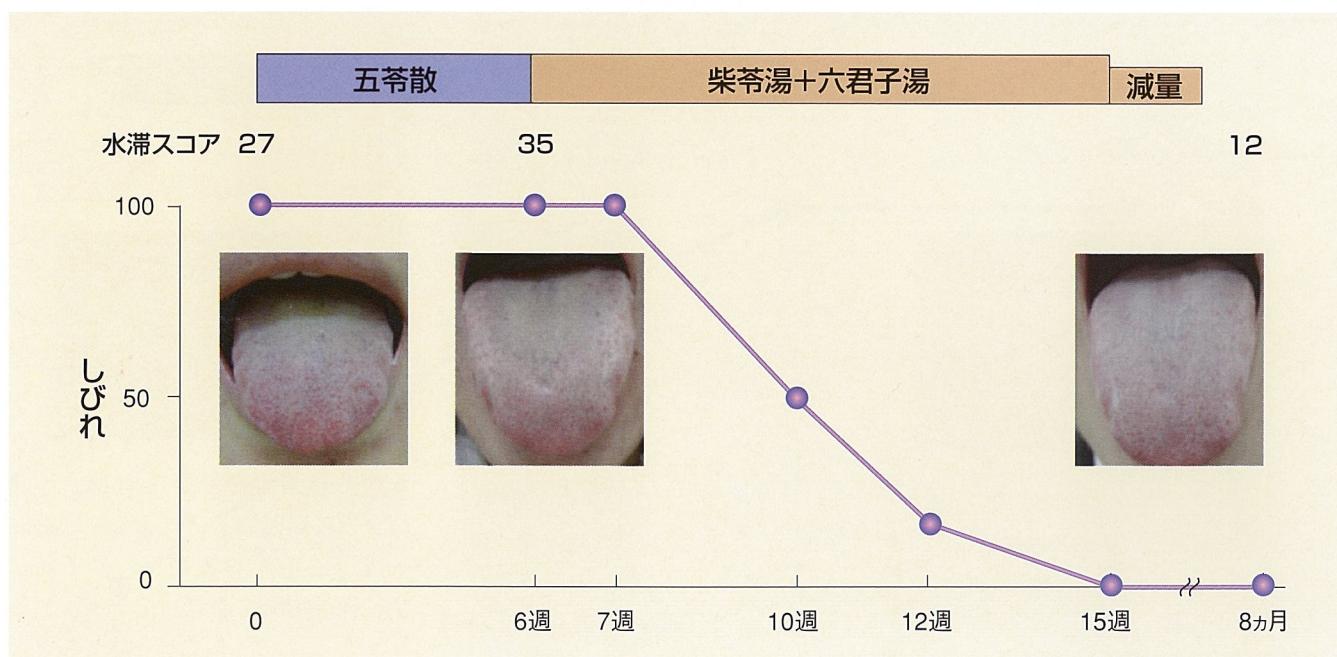
し食欲もなくなった。この時点では水滯スコアは35に増加した(表3)。抑うつ的でしゃべるのも億劫といい、SDSは56でうつ病領域であった。水滯、脾氣虚、胸脇苦満、抑うつを治療目標に柴苓湯と六君子湯を投与した。1週後、頸部痛、しびれは不变であったが、めまいは軽減し食欲が改善した。さらに3週間投与後、しびれは半減し、さらに5週後、しびれは消失し、頸部痛も半減した。よく笑えるよ

うになり、友人と会っても楽しいと言った。2年間の頭重感も軽減した。TOS誘発テストは陰性化し、SDSは31に改善した。再就職活動を開始したと話してくれた。漢方薬を減量した。8ヵ月後には主訴は消失し、水滯スコアは12に減少した(表3)。舌苔は薄い白苔に改善した。

表3 症例2の水滯スコア

	初診時	6週後	8ヵ月後
身体の重い感じ	3	3	-
拍動性頭痛	1	1	-
頭重感	-	3	-
車酔いしやすい	2	2	-
めまい・めまい感	2	5	-
立ちくらみ	2	2	-
恶心・嘔吐	1	3	-
グル音の亢進	3	3	3
浮腫傾向・胃部振水音	8	8	4
臍上悸	5	5	5
計	27	35	12

図2 症例2の治療経過



キーワード

- 水滀
- しびれ
- 胸郭出口症候群

済生会宇都宮病院 整形外科 松村 崇史

問診表の臨床応用

しびれの疾患と水滀の関係 ～胸郭出口症候群に対する 水滀スコアの応用～

はじめに

整形外科の日常診療においては、頸部から肩、上肢にかけての疼痛やしびれを訴え来院する患者が多い。その際、医師が最も疑う疾患は頸椎疾患である。頸部椎間板ヘルニアや変形性頸椎症が代表的である。これらは神経根性(一部脊髄性)の神経障害である。一方、より末梢で神経障害を生ずる疾患に絞扼性神経障害がある。手根管症候群や肘部管症候群が代表である。頸椎疾患と絞扼性神経障害の鑑別は時に容易ではない。また、両者が合併したdouble crush lesionにも注意を払わねばならない。

さて、絞扼性神経障害の中に頸椎疾患との鑑別がさらに困難な疾患がある。胸郭出口症候群(TOS)である。これはWright testで有名であるが、かつて過外転症候群と呼ばれていたように、肩の外転による血管・神経の圧迫による比較的まれな疾患と認識されてきた。しかし近年、腕神経叢の牽引が主病因であることが解明されてきた¹⁾。しかも日常診療で頻繁に遭遇する疾患である。ところが、いまだTOSに対する認識が低いために、頸肩腕症候群というbasket nameのもとに治療されている例が多い。筆者は以前よりTOSの漢方医学的な診断・治療を行っているので紹介する。

胸郭出口症候群(TOS) について

頸部から上肢にかけての疼痛やしびれを主訴に来院することが多い。疼痛は重だるい鈍痛で、しびれは上肢尺側に多い。さらに頸部から肩甲間部のこり、上肢の脱力感、冷感、浮腫感も訴えることがある。また全身症状として、全身倦怠感、頭痛、立ち眩み、恶心・嘔吐、動悸などのいわゆる不定愁訴や抑うつ傾向を呈することも多い。これが頸肩腕症候群などという不定愁訴症候群として片づけられてしまう一因と思われる。

頸肋や外傷などの外的要因のない、いわゆる特発性胸郭出口症候群の姿勢的特徴は、なで肩で首が長い痩せ型体型である。この体型のため、頸から肩部において腕神経叢が牽引されることがTOSの主

原因といわれている。実際多くの患者がこのような体型の若い女性である。しかし、このような体型者のごく一部分にのみTOSが発症する。したがって、姿勢以外に何らかの全身的要因が関与していると筆者は以前より考えていた。色白で痩せ型ではあるが皮下脂肪に張りがあるような…。そこで出会ったのが寺澤の水滀スコア(表1)である。青字の部分はまさに前述したTOSの全身症状と一致していた。“色白で皮下脂肪に張りがあるのは、水滀で脂肪の含水率が高いためだったのだ”と自分なりに納得してしまったのを思い出す。

早速TOSの水滀スコアを健常人と比較検討した。TOSでしびれを訴える26例を対象とした。男性10例、女性16例、年齢は20~55(平均33)歳であった。健常人50例[男性15例、女性35例、年齢20~58(平均

表1 水滀スコア

青字：TOSの全身症状に一致	
身体の重い感じ	3
拍動性頭痛	4
頭重感	3
車酔いしやすい	5
めまい・めまい感	5
立ちくらみ	5
水様の鼻水	3
唾液分泌過多	3
泡沫状の喀痰	4
悪心・嘔吐	3
グル音の亢進	3
朝のこわばり	7
浮腫傾向・胃部振水音	15
胸水・心のう水・腹水	15
臍上悸	5
水瀉性下痢	5
尿量減少	7
多尿	5

判定基準：総計13点以上を水滀とする。

考察

黄帝内經・素問によれば、知覚麻痺(しびれ)は着痺であり湿邪によるとされる。すなわち、しびれには水滯が関与しているといつてもよい。

整形外科では末梢神経性のしびれを治療することが多い。代表的原因疾患には絞扼性神経障害、頸椎症性神経根症や腰部椎間板ヘルニアがある。筆者はこれらの多くの例に利水剤を応用している。これらの疾患では、障害された神経は内部に浮腫をきたしていることがMRIで証明されている³⁾。これは阻血による血液神経閥門の破綻に

よるとされており、いわば神経内部の水滯である。

以前筆者は、特発性TOS 20例[男性5例、女性15例、年齢20~55(平均32)歳]の腕神経叢MRIを撮像し、健常人と比較した。ところが神経浮腫を認めた例は1例もなかつた⁴⁾。それでは前述の疾患群との違いは何であろうか。TOSの主病態は腕神経叢の過敏化であると言われており、前述の疾患群と異なり筋萎縮や知覚鈍麻といった重度神経障害をきたすことはまれである。これは腕神経叢の牽引・圧迫が上肢の肢位の影響を受けやすく、恒久的な障害となりにくいためと考えられている⁵⁾。すなわち神経の間

欠的阻血状態である。末梢神経は阻血・解除の繰り返しにより、Na⁺/K⁺ポンプの失調をきたし過敏化する⁶⁾。正座の後、下肢がジリジリして知覚過敏になるのは、坐骨神経が正座で一時的な阻血状態になるためである。このとき神経線維内外の電解質環境は乱れており、これも水滯と表現すべき病態と考えている。

以上のような末梢神経性のしびれは、神経線維内部やそれを取り巻く細胞間質液のホメオスタシスの失調であり、筆者はこれがまさに水滯であると考えている。

<参考文献>

- 1) 山鹿真紀夫ほか：胸郭出口症候群－神経・筋の牽引障害－ 脳21 4:165-170, 2001.
- 2) 松村崇史ほか：胸郭出口症候群の発症に関与する漢方医学的体質(口演) 第53回日本体質学会 2003.
- 3) Kenneth RM. et al.: MR neurography. MRI CLINICS OF NORTH AMERICA 6:179-194, 1998.
- 4) 松村崇史ほか：胸郭出口症候群の病態と治療 日本東洋医学会第60回関東甲信越支部会(口演) 2003.
- 5) 貞廣哲郎ほか：胸郭出口症候群の病態に関する考察－とくに神経症状を中心にして－ 日手会誌 14:457-461, 1997.
- 6) Bostock H. et al.: Changes in excitability of human motor axons underlying postischemic fasciculation - evidence for two stable states. J Physiol 441:537-557, 1991.

漢方保険診療に必要な基礎知識の概要

富山医科薬科大学 和漢薬研究所 漢方薬学分野 教授 鶴 忠人

図1 漢方保険診療(どのような知識が必要なのか?)

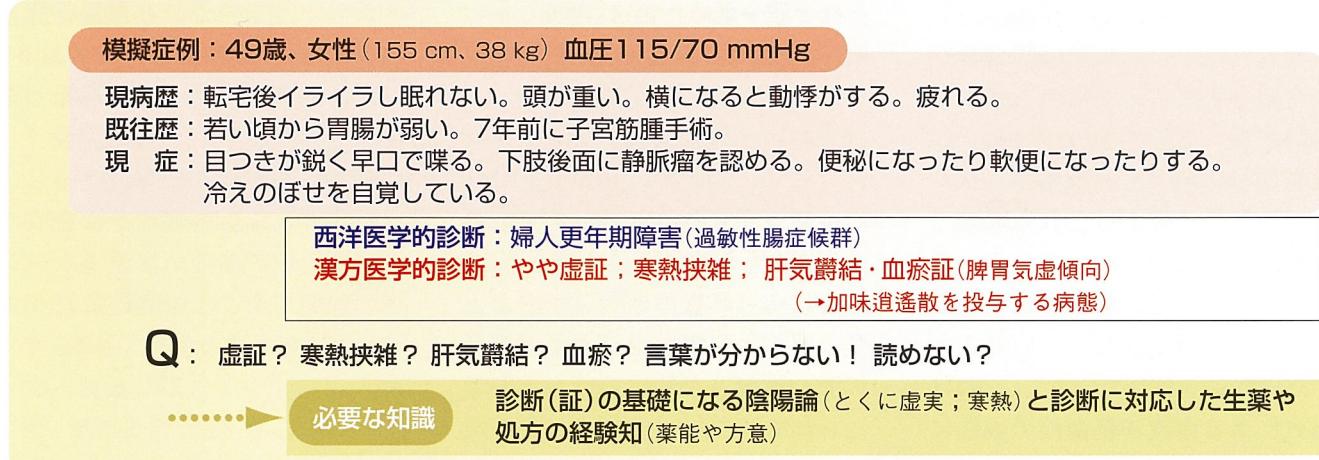


図2 中国伝統医療 : 3大古典と系統(中医学と日本漢方)

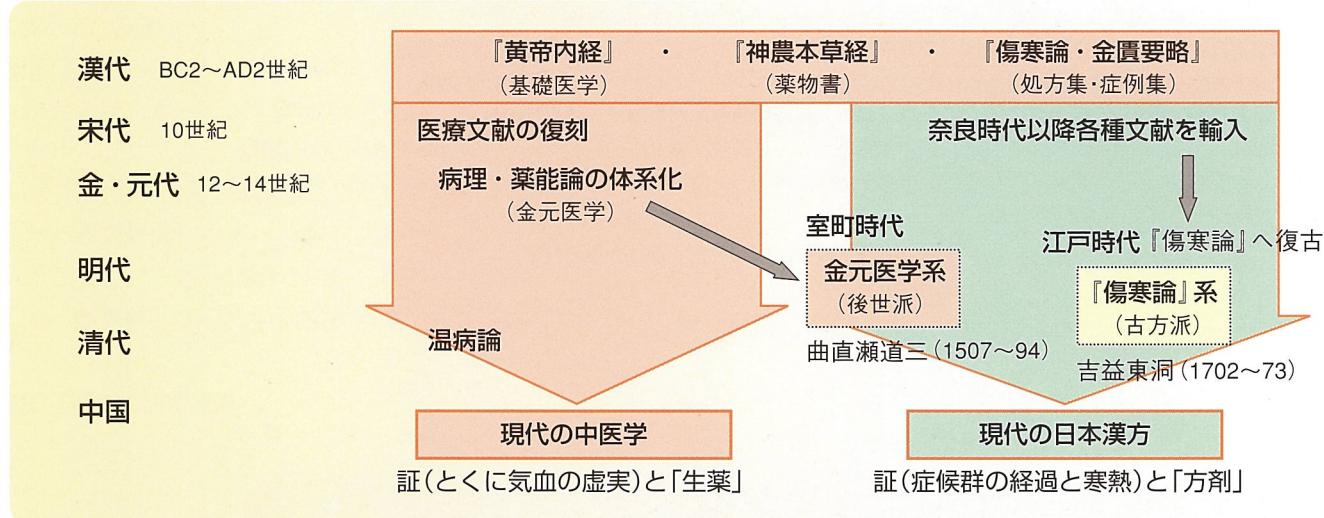
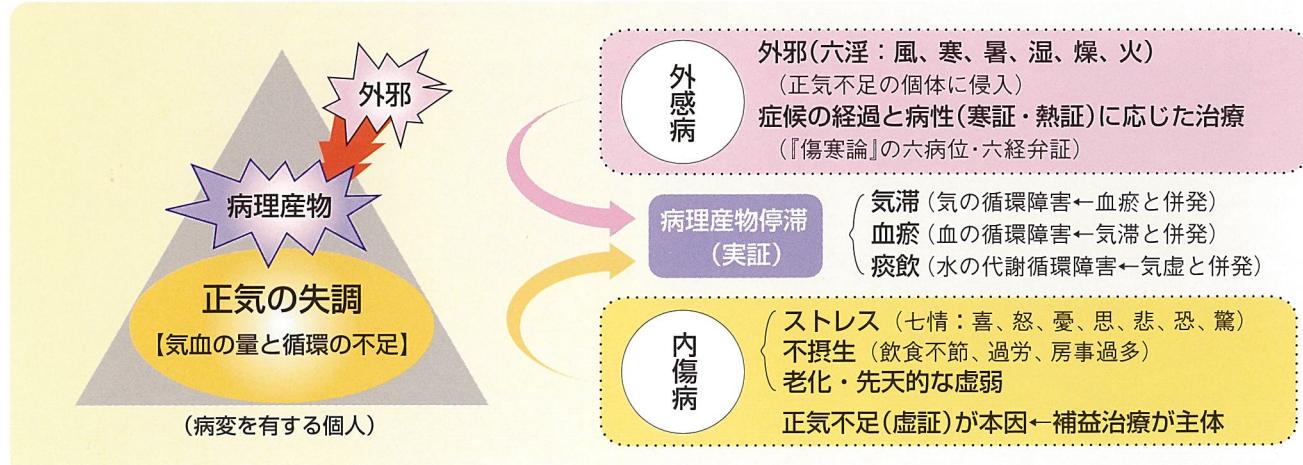


図3 中国伝統医学における病因と治療方針



1. 漢方保険診療 (図1)

病名漢方から漢方保険診療へ：病名漢方は西洋医学の診断名に基づいて漢方製剤を用いる「洋診漢治」です。漢方製剤を使用する契機としては有用ですが、さらに漢方保険診療に発展させていただきたい。

情報蒐集・知識・判断：診療において情報を蒐集し知識と経験に基づいて治療法を判断することは現代医学と同様です。情報蒐集の方法には望診、聞診(聴診と臭診)、問診、切診(触診)があります(四診)。

医療診断：これらの診断から病態を

陽証(実証、熱証、表証)

陰証(虚証、寒証、裏証)

の八綱に分類します。この診断から治療方針を立て、候補となる方剤や生薬を想定します。複数の候補処方を絞り込むための焦点を当てた問診(focused question)が重要です。

漢方保険診療

保険診療の枠内で漢方医療の知識を活用して漢方製剤を活用する療法です。①西洋医学的病名診断の後に②漢方医学的証診断をして漢方製剤を使い分けます。

望診(視診)

体格、栄養、姿勢、筋肉緊張度、顔貌、歯肉、皮膚色艶、発汗、浮腫、鬱血を診て虚実や寒熱を想定します。

問診

主訴以外の症候群(患者さんが重要と思っていない症候)を聞き出すことが大切です。漢方医療はこの対話を重視するnarrative based medicineです。

切診(触診) 脈診と腹診

脈の強弱や遅速(脈診)と腹力の強弱(腹診)があります。「早く強い脈；腹力充実」は冷やし瀉下する指針、「遅く弱い脈；腹力軟弱」は温め補う指針です。

『黄帝内經』

医学理論書の『素問』と診断法や鍼灸術を記載した『靈樞』で構成されています。

『傷寒雜病論』

急性感染症の治療法を記載した『傷寒論』と慢性病の治療法を論じた『金匱要略』を含む処方集・症例集です。

現代の医療用漢方製剤

『傷寒雜病論』の方剤が主体ですが、宋代以降の『和剤局方』『万病回春』の処方も含まれます。現代の中医学処方は含まれていません。

正氣

正気は陽気(生体機能)と陰液(構成成分：血、津液、精)からなり、陰陽の調和した状態が健康です。陽気を気、陰液を血で代表させます。

瘀血

血の病理産物の停滞した病態です。生活習慣病の微小循環不全・血栓準備状態および婦人更年期障害に認められます。

内傷

不摂生、ストレス、過労および先天的な正気の失調(とくに虚証)から生じる病変です。補中益気湯はこの内傷治療を目指して創案された補益剤です。

2. 中国伝統医学の系統 (図2)

現代の中医学：『黄帝内經』系の医学です。生理と病理(臓腑の気・血の過不足)を陰陽・五行論で体系化しています。この病理を調整する薬能(経験的効能論)を有する生薬を選び処方を創案する体系です。

現代の日本漢方：『傷寒雜病論』系の古方派と、金元時代に体系化された『黄帝内經』系の後世派があります。両者を含めて日本漢方(Kampo medicine)と称します。症候群と既存処方を対比する体系です。

3. 中国伝統医学における病因と治療方針 (図3)

発病本因と誘因：正気(抵抗力)の失調(とくに気血の機能と量の不足：虚証)が発病本因と考えています。この不足病態に外邪が侵入し、各種の病理産物が停滞した水滯や瘀血などの実証が挟雜します。

補益法：正気不足(気虚と血虚)を補益する治療法です。不足状態に応じて、補氣、補陽、補血、補陰(滋陰)法を選びます。現代の手術後の虚弱状態に有用です。

瀉下法：病邪の過剰(実証)を除く治療法です。停滞の部位や状態に応じて、汗法(解表)と下法(瀉下)さらに消法(水滯を改善する利水、痰飲を改善する化痰)で停滞を改善(瀉下)します。

図4 中医学の陰証(寒証・虚証)と陽証(熱証・実証)

中医学 八綱：病理病態の診断基準(寒熱；虚実；裏表；陰陽)→治療薬選別基準

- 1) 病変の性質：寒証には温める「温熱薬」を、熱証には冷やす「寒涼薬」を用いる医療診断
(それぞれに病理と関連して虚寒証・虚熱証；実寒証・実熱証がある)

寒証：悪寒、無色水様分泌物

熱証：熱感、口渴、着色粘稠分泌物

- 2) 病理(正気と病邪の盛衰)：虚証は補い、実証は瀉する(除く)薬剤を用いる

虚証：正気の不足や機能低下

- 気虚：気の量不足と機能低下
(脾胃気虚：胃腸虚弱、疲労倦怠)
- 血虚：血の量不足と機能低下
(肝血虚：不眠、視力減退、目眩)
- 陰虚：血虚の進展状態(虚熱証)
(腎陰虚：腰痛、耳鳴り、骨痿)

中医学の陰虚：陰液(血や津液)の量の不足や機能や循環の虚衰病態

日本漢方の陰虚証：陰証を呈する虚証の患者

実証：邪氣・病理産物の過剰や停滞

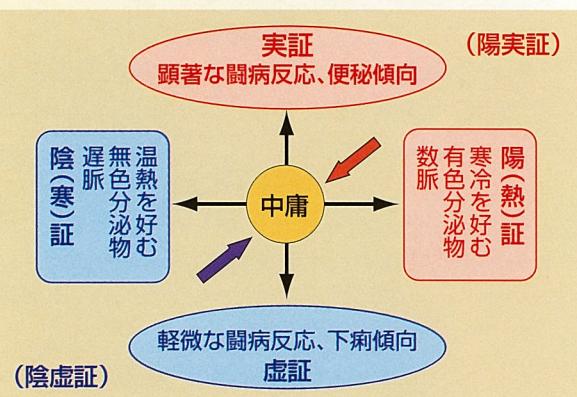
- 気滯(気鬱・気逆)：気の停滞流通障害
(肝気鬱結：情緒不安定、膨満感)
- 血瘀：血の停滞循環障害
- 水滯^④：津液の停滞(浮腫、頭痛、目眩)
- 痰飲：津液の停滞(咳嗽、嘔氣)

実証は陽証の一部であるが、気滯、血瘀、水滯、痰飲の病性は熱証だけでなく寒証もある。

a) 中医学は気血の二元論であるが、日本漢方の水毒の概念を加味した

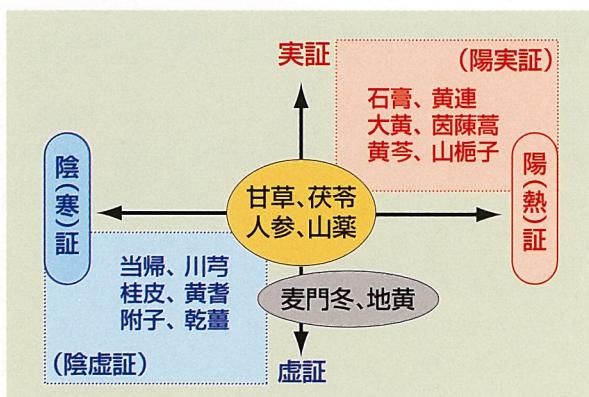
図5 日本漢方の陽実証と陰虚証および生薬の薬能分類

虚実と寒熱の診断(座標イメージ)



- 過剰の歪みを少なくし、熱をさます。
不足の歪みを補い、冷えを温める。

薬物の五氣分類(寒・涼・平・温・熱)



日本漢方の陽実証：陽証(熱証) + 実証

日本漢方の陰虚証：陰証(寒証) + 虚証

図6 症候の経過診断(六經弁証)(外感病に対する『傷寒論』の3陽病期・3陰病期)

太陽病期：(感冒初期症状) 悪風・悪寒(寒証) 発熱、頭痛、関節痛；浮脈

辛温解表：桂枝湯、小青竜湯 etc ; 桂枝 麻黄 細辛 紫蘇葉

少陽病期：悪寒と熱感(往来寒熱) 食欲不振、脇腹のつかえ(胸脇苦満)；弦脈

和解：小柴胡湯、半夏瀉心湯 etc ; 柴胡 黃芩 茯苓 半夏

陽明病期：悪熱(熱証) 腹部膨満感(便秘傾向)；洪大脈

清熱瀉下：大承気湯、白虎湯 etc ; 大黃 芒硝 石膏 茵陳蒿

3陰病期：主として寒証、腹部膨満感、下痢、倦怠感、冷え

温裏散寒：真武湯、小建中湯 etc ; 附子 乾薑 当帰 吳茱萸

『傷寒論』の太陽病期は麻黄や桂枝という温藥を用いる表寒証が記載されている。

現代の中医学には表熱証の概念があり、牛蒡子、薄荷、柴胡、升麻、菊花などの辛涼解表薬が用いられる(銀翹散)

4. 中医学の陰陽論(図4)

八綱を総括する陽証・陰証：

陽証は温熱・高反応・過剰・発揚性状態

(表証・熱証・実証の総称)。

陰証は寒涼・低反応・不足・沈静性状態

(裏証・寒証・虚証の総称)。

病性の熱証・寒証：熱証は石膏、黃連、大黃など寒涼性の生薬で冷やすべき症候、寒証は附子、桂皮、乾薑、当帰、吳茱萸など温熱性の生薬で温めるべき症候です。

病理の実証・虚証：実証は大黃、芒硝、牡丹皮などの生薬で邪を取り除き停滞を改善すべき症候、虚証は人參、黃耆、当帰などの生薬で正氣を補益するべき症候です。

虚実は図1の肝気鬱結のように臓腑と関連して弁証されます。

中医学の診断と治療：病性(熱証・寒証)、病理(臓腑毎の気血の虚証・実証)を診断し薬能に従って生薬を選びます。

5. 日本漢方の陰陽と虚実(図5)

日本漢方の診断座標：実証と熱証を有する患者さん(陽実証)を第1象限に分類し、瀉下薬と清熱薬で治療します。虚証と寒証の患者さん(陰虚証：第3象限)は補益薬と温熱薬で中央に戻します。

生薬・処方の分類：熱証に用いる生薬(赤字で記載)、寒証に用いる生薬(青字)が座標に分類できます。患者さんを分類した部位に配当されている生薬や処方が適当な治療手段となります。

虚実と体格：虚実は体格で決まる固定的な診断ではありません。虚弱な体格の人の闘病反応は弱く虚証を呈することが多いですが、やせ型の人でも実証の反応(顕著な闘病反応)を示す場合もあります。

6. 症候の経過診断(陰病期と陽病期)(図6)

六病期(六經弁証)：『傷寒論』に6病期に例示された経過診断です。感冒などの治療に応用し、症候の経過と寒熱を考慮して生薬や処方が選ばれます。

慢性病の経過：六經弁証はもともと外感病に対する診断でしたが、雑病(現代の慢性疾患)にも応用できます(糖尿病の肥満期は陽明病の裏熱証で大黃を用いる病期であり、皮膚が枯燥する羸瘦期は陰病期となり地黄や人參を用いる病期に変化します)。

日本漢方の診断と治療：病期(stage)、病性(寒証・熱証)、反応性(虚証・実証)に応じて処方を選びます。

中医学の陰陽

生理と病理を体系的に論じる術語です。病性の熱証は陽証、寒証は陰証とされます。病理の陽虚と陰虚は日本漢方にはない概念です。

中医学の虚実

正気と病邪の盛衰病理です(『黄帝内經』の「邪氣盛ンナレバ實、精氣奪スレバ虛」に基づく定義です)。虚証の病性は陰虚を除いて寒証ですが、実証の多くは寒熱挟雜です。

中医学の陰虚

陰液が虚した病態で寒証に熱証(虚熱証：口乾燥感、足の裏のほてり感)が認められます。滋陰降火湯は「滋陰(陰虚を滋養)して陰虚の火(虚熱)を治療する」薬能が示されています。

図4に記載したように、この病理の陰虚は日本漢方の陰虚証と異なります。

日本漢方の虚実

闘病反応の程度を意味します。また軟弱な腹から虚証を、腹力の充実から実証を診断(腹診)します(脈の無力・充実も加味)。

図1の「やや虚証」というのは図5の座標のX軸からやや下という意味です。

虚実と体力

補中益氣湯の使用目標として「比較的体力の低下した人が全身倦怠感、食欲不振などを訴える場合」と記載されています。この体力の低下が正気の不足(虚証)に相当します。

虚実中間証

図5の座標の原点付近の状態が日本漢方の虚実中間証です。この概念は中医学にありません。

表・裏

経過と罹患部位(病位)を示す言葉です。表は太陽病、裏は陽明病と3陰病を示します。少陽病は半表半裏と言います。

表裏と処方

表裏と寒熱に応じて用いる生薬や処方が分類されています。

表(寒)証：桂枝湯、麻黃湯、小青竜湯

半表半裏証：小柴胡湯、五苓散(少陽病期は寒熱挟雜)

裏(熱)証：桃核承気湯、大柴胡湯、大承氣湯

裏(寒)証：當帰芍藥散、小建中湯、真武湯