

11

contents

特集

2

特別対談 これからの医学教育・とくに漢方医学教育は

京都府立医科大学 東洋医学講座 助教授

三谷 和男

岐阜大学医学部 医学教育開発研究センター 助教授

藤崎 和彦

● 処方紹介・臨床のポイント

7

加味帰脾湯

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

9

当薬 一当に薬たるべしー

新潟薬科大学 学長／千葉大学 名誉教授

山崎 幹夫

● わかった気になる漢方薬学⑤

11

気虚の病態と治療に関する基礎知識

富山医科薬科大学 和漢薬研究所 和漢薬製剤開発部門 教授

谿 忠人

● シリーズ 証を探る

15

問診表の臨床応用 ペインクリニック外来における疼痛漢方治療 ～瘀血疼痛に対する瘀血スコアの応用～

昭和大学横浜市北部病院 麻酔科 教授

世良田 和幸

● 研究会レポート

17

第4回“冷え”研究会セミナー

これからの医学教育・ とくに漢方医学教育は



京都府立医科大学
東洋医学講座
助教授

三谷 和男 先生



岐阜大学医学部
医学教育開発研究センター
助教授

藤崎 和彦 先生

いまわが国では教育に関する問題が各方面で話題になっている。医学部の教育についても最近ようやく見直しが始まり、新しい試みが各大学で行われるようになってきた。

その一つであるテュートリアル・システムによる能動学習をいち早く取り入れ、多くの成果をあげている岐阜大学 医学教育開発研究センター 助教授の藤崎和彦先生をお迎えし、医学教育全般さらには医学部のコアカリキュラムに組み込まれた漢方医学教育のあり方について、京都府立医科大学 東洋医学講座 助教授の三谷和男先生と対談いただいた。

医学教育の問題点と 改善の方策

三谷 現在、小・中そして高校において何を身につけさせるのか、さらには大学で何を学ぶのかを含め、わが国では教育について活発な議論が行われています。そして、さまざまな分野で教育についての専門的な知識や経験をもった方が活躍されています。しかし、こと医学教育に関しては専門家があまりに少ないのではないかと思います。

す。そのようななかで、医学部の教育に漢方医学がコアカリキュラムとして組み込まれるようになりました。ただでさえ、膨大な知識の吸収を求められている医学生に、背景の異なる漢方医学をどのように教えるべきかは、日本東洋医学会においても大きな課題となっています。そこで今日は、医学部を卒業後、医学教育に専門的に取り組んでおられる岐阜大学の藤崎先生をお迎えし、これからの医学教育、なかでも漢方医学教育をどの

三谷 和男 先生

1983年 鳥取大学医学部卒業
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
(1991年より研究員)
1992年 木津川厚生会加賀屋病院勤務
1998年 同病院 院長
2003年 京都府立医科大学東洋医学講座 助教授

ように位置づけるべきかについて示唆を戴きたいと思います。

まず始めにおうかがいしますが、藤崎先生はどのようなきっかけから、医学教育をご専門とするようになられたのですか。

藤崎 私は北海道大学医学部に入学しましたが、実は入学当初から医師になりたいという希望よりは、人間に対する総合的な学問をしたいという漠然としたイメージを持っていました。学生時代には地域のボランティア活動をしたり、いろいろな研究会にも参加し、できるかぎり医療全体について考えるようにしていました。しかし、5年生の頃になると、自分たちが受けている医学教育システムが、ひょっとすると患者さんの想いとは異なる医師を育てているのではないかという疑問を抱くようになりました。

そこで欧米の医学教育について調べたところ、既に1960年代に同じような問題が指摘され、改革が行われていることがわかりました。とくに欧米では、教育に関するスペシャリストが活発な議論を展開していました。しかし、わが国では、医学研究を主とする先生方が医学教育についても論じる程度で、教育のスペシャリストが医学教育に口をはさむということはありませんでした。

三谷 なるほど、そこで藤崎先



生は「医師であり、かつ医学教育について議論できる人」になりたいと考えられたわけですね。しかし、当時の大学医学部で医学教育について研究されているようなところはほとんどなかったのではないですか。

藤崎 そのとおりです。唯一、大阪大学大学院に医学教育・医学概論(教授 中川米造)について研究されているところがあり、そこに入学しました。とはいえ、当時はそのようなことを研究する方も少なく「君も変わってるね」とよく言われたものでした。

医学教育についての議論は、欧米には大きく遅れを取りましたが、わが国でも1990年代に入るとようやく見直す機運が生まれてきました。その後、奈良県立医科大学を経て、2001年に岐阜大学に全国の共同利用施設としての医学教育開発研究センターができたのに伴い、ここに赴任し、今日に至っています。

三谷 漢方医学教育を考える前に、まず現在の医学教育の問題点について考えてみたいと思います。そもそもわが国の医学教育は、幕府の命を受けたオランダの軍医ポンペが1857年に長崎に伝習所を開設したのが始まりといわれています。ポンペは彼自身が受けてきたのと同じ教育システムをわが国にも導入し、一般教養から始まって、解剖学、生理学、病理学などの基礎医学をマスターしてから臨床医学を学ぶという5年間のカリキュラムを作りました。しかし、ポンペの時代から150年近くが経過し、医療がこれほど大きく変化したにも関わらず、現在の医学教育はわずか1年長くなっただけで、本質的にはあまり大きな変化がないように思いますが、いかがでしょうか。

藤崎 ご指摘の通りです。講義中心の教育は、少ない人数で多くの学生を教育できるという効率的なところはありますが、学習効果を得にくいという欠点があります。従来の医学教育は、6年間でいかに多くのことを詰め込むか、ということに主眼が置かれていましたが、これでは必要とする知識の総量が多くなるにつれ、ますます講義の時間を多く必要とします。おまけに知識そのもののライフサイクルも短くなっています。そのようなことから、講義主体ですべてのことを詰め込む教育の限界が認識さ



藤崎 和彦 先生

1985年 北海道大学医学部卒業
同 年 大阪大学大学院医学研究科入学
1989年 奈良県立医科大学衛生学教室助手
1994年 旭川医科大学非常勤講師(医療社会学)
1998年 山口大学医学部非常勤講師(総合医学)
同 年 名古屋大学医学部非常勤講師(医学入門)
2001年 大阪医科大学非常勤講師(基本的技能実習)
同 年 岐阜大学医学部医学教育開発研究センター助教授
(バーチャルスキル部門)

れるようになり、能動的自己学習で問題解決能力をしっかりと教育するPBL(Problem Based Learning)テュートリアル教育が注目されるようになってきたという経緯があります。

三谷 いま、お話になられたテュートリアル教育という言葉ですが、最近よく耳にしますね。岐阜大学ですでにこのシステムを取り入れて成果をあげておられると聞いていますが、その実状について教えてください。

藤崎 よく誤解されるのですが、テュートリアル教育は単なるグループ学習ではありません。これはあくまで自己能動的学習システムであり、ハーバード大学が従来の教育システムのグループと比較したコントロールスタディで、はるかに高い教育効果を有することを明らかにしました。それがきっかけで、わが国でも多くの医学教育の場で導入されつつあります。とくに比較的歴史の浅い医学部や私立のように地域密着型の大学ではその導入も積極的です。逆に伝統を誇るような大学では導入が遅れていたところが多かったです。

いずれにしても、テュートリアル教育を中途半端に導入しただけではうまく機能しません。導入するからには100%導入した方が効果的です。岐阜大学では既に導入して10年近くが経過していますが、

動機付けと領域の全体像が判るようにするための講義はどんなに多くても1日に60分が2コマ程度であり、残りはほとんど自己学習です。従来の講義主体の教育では、多くの場合、総論から入らざるを得ません。しかし、総論というのは、いずれもその分野での経験がきわめて豊富な先生方がまとめたエッセンスであり、抽象論であることが多く、初学者にとっては一番イメージが湧きにくいものであることが多いものです。例を挙げて説明しますと、病理学総論では「炎症とは」という概念から入ります。しかしテュートリアル教育では具体的事例から入り、問題解決のためにグループ学習をします。つまり、「友人のI君がテニスの最中に足をひねったため、熱をもち、腫れを生じ、痛みも伴ってきました」というところから入ります。なぜ炎症が起こり、それに対してどのようなことを考えなければなら

いかについてグループで学習課題を考えて自己学習を図ります。

このような試みに対し、導入当初は講義もしなくて、果たして学生が理解できるのだろうか、という心配もありました。しかし、学生は常に問題解決のために従来よりはるかに多く勉強をするようになりました。その結果、岐阜大学卒業生の医師国家試験の合格率は以前より高くなり、ここ数年はほぼ100%に近い成績です。

これからの医学教育の 目的は

三谷 ところで、医学教育の目的としては、研究者の育成と臨床医の育成の2通りがあると思いますが、それは両立できるものでしょうか。

藤崎 欧米では基本的に医学教育は「高等職業教育」と位置づけられています。ところがわが国では、医学教育は「高等教育」とイメージされているところがあります。特に伝統ある大学では研究者の育成に主眼が置かれ、「臨床医」の育成は無視されがちでした。しかし仮に研究だけが主目的であれば、あえてMedical doctorにならなくてもPh. D.でもよいはずですが。

本来、医師には医療が求められるべきにもかかわらず、医学が求められすぎたのではないでしょう



か。そのようなことを含め、わが国の医学教育はいくつかの問題を抱えています。

1つは、医学の細分化がどんどん進んでいるということです。大学では細分化されたスーパースペシャリストが縦割りの講義をしています。まるでジグソーパズルのようなもので、小さなピースの講義が全て終わった段階で、果たして完成した一つの絵になるのだろうかという問題があります。

2つ目は、身体医学中心ではなく、全人的な医療が求められるようになってきたことに関し、現在の教育がそれに対応できていないという問題です。つまり行動科学に関する教育が皆無だったのです。行動科学というのは、心理社会的にみた人間行動について研究する科学で、健康な人が病気になればどのように変わるのか、あるいは不健康な人間行動というのはどういうものか、そのようなことに対処するにはどうすればよいのか、というようなことを研究する学問です。本来の臨床前医学教育は基礎医学と行動科学が両立すべきなのですが、残念ながらわが国では基礎医学の教育のみが強調されすぎたともいえます。事実、アメリカでは行動科学は医師の国家試験にも必ず含まれる分野です。

3つ目は、医療の現場がベッドサイドから外来さらには在宅へとシフトしつつあります。入院日数がどんどん短縮されるなかで、ベッ

ドサイドでの教育だけでは病気の全体像が把握できなくなっているにもかかわらず、それに伴った教育ができていないという問題があります。これらの問題についてもこれからの医学教育は真剣に考えていく必要があると思います。

今なぜ、漢方医学教育か

三谷 いま、ご指摘のあった細分化への警鐘、全人的医療の必要性、さらには在宅医療の重要性は、まさしく漢方医学が意識して心掛けてきたことです。そう考えますと、明治維新とともに一度は切り捨てられた漢方医学が、いま、改めて教育の場で注目されるようになったことは、決して唐突ではなく、必然の流れがあったと考えてよいのでしょうか。

藤崎 そうですね。患者さんは西洋医学だけで健康を取り戻そうとは考えていません。よくなるためにはいろいろなパラダイムの治療手段を併用しています。当然、医療としての漢方も除外してはいないのです。ところが医療を担っている多くの医師が西洋医学的な診断治療手段しか知らないという問題があります。これでは患者さんが元来持っている本質的な治癒力をうまく引き出すことができません。したがって、東洋医学をも含めた治療手段にもっとフォーカスが当てられてしかるべきでしょうね。

もう一つは、医療経済的な面からの必然性です。医療が高度化・細分化するにつれ医療費が著しく高騰しています。そこで、西洋医学と東洋医学、それぞれの長所をうまく融合させることで治療効率をさらに高めることができるであろうとの期待が寄せられています。このようなことから漢方教育がいま、まさにコアカリキュラムに組み込まれるようになったと考えます。

三谷 漢方をずっとやってきた人間の一人として、医学教育のコアカリキュラムに漢方医学が組み込まれたことを当初は大いに喜んだのですが、具体的に学生を指導するにあたって多くの問題に直面しています。まずは日本東洋医学会が作成した「入門漢方医学」をミニマムの教材として教育を始めていますが、どの段階で、どこまで教育すべきかについては大いに悩んでいるというのが正直なところです。

藤崎先生から能動的学習の重要性を指摘していただきましたが、漢方医学教育に関しては残念ながら多くの大学では旧態依然とした講義主体の教育しか行われていないのが現実だと思います。ただでさえ多くの知識を求められている医学生を、国家試験に出るかもしれないという名目で縛り、一方的な講義をすることが本当に意味のあることか疑問を感じている先生方も多いのではないのでしょうか。では、漢方医学教育を能動的自己学習に移行させるには、どのよう

なことから考えればよいのでしょうか。

これからの漢方医学教育 のあり方

藤崎 テュートリアル教育の効果については、世界的にも明らかにされています。しかし、ただでさえ欧米の医学教育に比べて長かったわが国の講義時間を短くしようという動きの中で、東洋医学の教育をどのように取り入れていくかは大きな問題です。たしかに東洋医学はパラダイムが異なり、知識の面でも教えなければならないことが多くあります。おまけに、学生にとって難解な漢字が多く、一歩間違えると漢方医学教育は苦痛以外の何物でもなくなります。たしかに知識は必要なのですが、一方通行の講義では趣味的な一部の学生にとっては興味が湧くかも知れませんが、多くの学生にとってはデメリットの方が多くなる危険性があります。

そんなことよりも現場の臨床医にとって、どんな場面で漢方薬が有用なのかという事例から入るべきではないでしょうか。傷寒論や黄帝内経についての一方的な講義だけでは得られるものは少ないでしょう。

三谷 私は、病棟、外来、地域、在宅と医療の場が変わりつつあるなかで、最初にコンタクトをもつプライマリケアの現場でこそ、漢

方の存在は重要性を増してきていると考えています。プライマリケアの臨床に携わる医師の基本的スタンスは、問題解決型です。常に目前にある問題の解決につながる教育が望まれます。漢方医学教育についても「ああ、こういう場面に漢方を使用すればこんな効果が期待できるのだ」ということを理解してもらおうということですね。

藤崎 最初から「証」という考え方でみる必要はありません。基本的な注意を守りさえすれば「とりあえずこの病気に効くといわれたので、一度使ってみようか」という程度の発想でよいと思います。その後、臨床経験を積み重ねていく中で、うまくいく場合といかない場合を経験するにつれ、これが「証」と呼べるものというようになりアリティが湧いてくるのではないのでしょうか。

三谷 私自身も以前は総論から入るのが教育の第一歩と考えていました。しかし、最近、ある先生に私の漢方診療の現場を見ていただくだけでも十分伝わるものがあることを経験し、大きく考えが変わりましたね。

藤崎 パソコンと同じですね。分厚いマニュアルを始めから全部読んでパソコンを使用する人はいないでしょう。とりあえず使ってみて、便利そうだなと思うともう少し勉強しようかなと思うわけです。そんなときに誰かから「右クリックを使うと便利だよ」とアドバイ

スを受けると、一段とうまく使いこなせるようになります。ところが現在の多くの漢方教育は、まずこの分厚いマニュアルから読ませようとしているのです。

三谷 患者さんにどの漢方薬を処方するかということよりも、漢方で考えると何が問題で、何を必要としているのかを感じ取ってもらう方が重要ですね。診療の場で、「あの先生はなんであんな質問をしたのだろう」という問題意識をもってもらいたいですね。その方が「証とは何ぞや」をまず講義するよりは将来よほど役に立つでしょう。

藤崎 いずれにしろ医学生段階では、難解な漢字攻撃にうんざりして漢方が嫌いにならないことが大切で、今のような講義主体の漢方医学教育が続くと将来的には漢方を担っていく先生方が逆に先細りになることを危惧します。

三谷 そうですね。臨床医は常に患者さんのために役立とうと思うのが原点です。その手段の一つとして漢方もある。少し使ってみようか、という発想でまず使ってみて、そのなかで臨床の感触をつかんでもらえれば、ということです。そういった漢方医学教育を目指していく必要があるということです。今日は医学教育、とくに漢方医学教育について示唆に富んだお話をありがとうございました。

加味帰脾湯

組成 人參、朮、茯苓、酸棗仁、竜眼肉、黄耆 各2.0～3.0、当帰2.0、遠志1.0～2.0、柴胡3.0、山梔子2.0、甘草、木香 各1.0、大棗1.0～2.0、乾生姜1.0

主治 心脾両虚、肝鬱化火

効能 益気補血、健脾養心、清熱解鬱

プロフィール

加味帰脾湯は、帰脾湯に柴胡と山梔子を加えた処方で、現在は精神疾患や血液疾患に広く使用されている。帰脾湯の出典は諸説あり、書籍によって構成生薬が若干異なるが、『嚴氏濟生方』の処方に『玉機微義』、『薛氏医案』で遠志と当帰が加味され、現在のものになった。加味帰脾湯も『薛氏医案』にその出典をみるが、帰脾湯に柴胡、山梔子を加えたもの、柴胡、山梔子、牡丹皮を加えたもの、牡丹皮、山梔子を加えたものの3種類が存在する。現在ではエキス剤で柴胡と山梔子を加えたものが販売されており、主流をなしている¹⁾。

適応病態

思慮過度や疲労によって脾気が虚して倦怠感や食欲不振が出現し、一方、心血が消耗して神を主る作用が低下し(心神不寧)、驚悸(驚きやすくして動悸がする)、怔忡(持続性の動悸)、健忘、不眠などの精神症状が出現する。また、脾の統血機能が失われると、血が血管外に漏出するので、慢性で反復する出血や皮下出血などがみられる。このような病態に肝気鬱結が加わり、化火し、いらいら、のぼせなどが出現したものが、本方の適応病態である。

方解

本方は、心脾両虚(心血虚と脾気虚が同時に存在)に肝鬱化火がプラスされた病態に使用される。人參、黄耆、白朮、茯苓、生姜、大棗、甘草で補脾益気し、茯苓、酸棗仁、竜眼肉、遠志で養心安神する。遠志は同時に心腎を交通させて寧心作用を発揮し、補血薬の当帰は肝血を養い、心血を生じ、木香は理気醒脾し、配剤されている益気補血薬の滋賦の性質が気を滞らせるのを防ぐ。柴胡は疏肝理気に、山梔子は清熱に働き、肝鬱化火に対応している。

四診上の特徴

自覚的には、脾気虚・心血虚・肝鬱化火の症状が前面に出る。視診上、気血不足のため顔色不良となり艶がない。舌質は淡で、舌苔は薄白であることが多い。脈は、沈微細に数を兼ね、腹力は軟弱であることが多い。精神疾患に使用する場合は、のぼせなどの熱状を手がかりにすることもある。

使用上の注意

加味帰脾湯は、糖尿病患者の血糖管理で使用するメーカー1.5AGを含有している。そのため、本方服用者では、1.5AGが偽高値を呈することがあるので注意を要する²⁾。

臨床応用

■ 血液疾患

貧血や血小板減少性紫斑病(ITP)にしばしば使用されている。東洋医学的な血虚の概念と西洋医学的な貧血の概念は必ずしも一致しないが、気血両虚を改善する働きのある帰脾湯や加味帰脾湯は、諸種の貧血によくあった構成となっており、一方、脾虚に伴う統血作用の失調による出血に対しても適応できる内容をもっている。帰脾湯には多くの血液疾患に対して使用した報告があるが、加味帰脾湯はITP以外の報告に乏しい。しかし、本方は、帰脾湯に柴胡・山梔子を加えただけの処方なので、当然、帰脾湯の適応症もカバーしている。

①血小板減少性紫斑病(ITP)

本方は、脾不統血による出血や出血傾向に対して用いられる。とりわけITPに使用されることが多く、これまでに、慢性型ITPに対する症例や集積研究が報告されている。和田らは³⁾、47例の慢性型ITP患者に加味帰脾湯を最低3ヵ月投与し、血小板がやや増加以上が49%で、血小板の増加や出血傾向改善の結果、27例中7例でステロイド剤の減量が可能であり、うち3例で離脱し得たと述べている。

櫻川らは⁴⁾、慢性型ITP患者168例に加味帰脾湯を24週間投与した結果、血小板の著明増加5.4%、増加13.5%、やや増加以上31.7%であり、点状出血も斑状出血も改善が見られ、総合改善度では、著効5.4%、有効以上20.4%、やや有効以上47.6%であったと報告している。なお、血中PAIgG値は、12週目、24週目で有意に低下したという。ITPに関しては、その他にもいくつかの集積研究がある。

② 鉄欠乏性貧血

浮田は⁵⁾、妊娠24週になってHbが10.0g/dL未満となった妊婦120例に対する鉄剤単独投与群と鉄剤・加味帰脾湯併用群の効果を比較し、併用群でHb量およびHt値の改善度が高かったと述べている。

③ その他の血液疾患

対馬は⁶⁾、加味帰脾湯の併用が有効と思われた血小板增多症の1症例を、また松友らは⁷⁾ DBM微量療法と加味帰脾湯の併用が奏効した真性多血症の1高齢症例について報告している。

■ 神経・精神疾患

加味帰脾湯は、心脾両虚に肝鬱化火を兼ねたものであるから、疲れやすい、食欲不振、健忘、驚きやすくて動悸がする(驚悸)などの症状に、いらいら、のぼせ、ほてり、胸苦しいなどの症状が加わったものに用いる。この分野では、不眠、鬱状態などに対する応用が報告されている。

① 不眠症

木村らは⁸⁾、肝疾患や消化管疾患の患者で、不眠・精神不安を示した45例に加味帰脾湯を使用し52.4%の有効率であったと述べている。また、大原らは⁹⁾ 不眠、精神不安を示す患者に使用し、改善以上63.1%、やや改善以上78.9%であったと報告している。また、川口は¹⁰⁾、加味帰脾湯とベンゾジアゼピン系睡眠剤との比較試験を行い、中途覚醒と熟眠感に効果をみたと報告している。

② 鬱病・抑鬱神経症

鬱病にも古くから使用された記録が残っている。加味帰脾湯のもとになった帰脾湯では、山田業広が「椿庭夜

話」の中で治療により意欲が改善して自殺してしまった症例を記載している。中田は¹¹⁾ 軽度鬱病患者に加味帰脾湯を用い、10例中6例が改善したと報告している。芦原らは¹²⁾、向精神薬を服用している患者に加味帰脾湯を使用し、向精神薬を離脱できた群20例、減量し得た群27例、減量が困難であった群16例に対し、CMI健康調査表やSDSなどを用いて評価した結果、本方の併用が神経症的傾向の減少に有効であることが示唆され、また、鬱状態の緩解が認められたと述べている。

③ 認知症

張らは¹³⁾、老年期痴呆に本方+当帰芍薬散を投与して軽度改善と症状の進行停止を認めたと報告している。認知障害に関しては、実験的にもその効果が確認されており、Nishizawaらは¹⁴⁾、老化促進ラットの記憶力障害を加味帰脾湯が改善することを報告している。

■ 更年期障害など

本方は、更年期障害に見られる倦怠感や動悸、不眠、精神不安などにしばしば使用される。配剤された柴胡・山梔子が、いらいら、のぼせなどの自律神経症状に対応している。千石らは¹⁵⁾、Kupperman更年期指数を用い、更年期様症状を呈した107例を対象として加味帰脾湯の効果を検討し、頭痛、めまい、不眠、疲労倦怠感、神経症、血管運動、関節・筋肉痛に有効であったと述べている。千村らは^{16, 17)}、更年期障害時の不定愁訴の頭痛、顔のほてり、不眠に対して70%以上の効果を認めたと報告している。また、更年期にみられる骨粗鬆症に対して、骨塩の増加と更年期指数の減少を認めたとという報告がある¹⁸⁾。

■ その他

中島は¹⁹⁾、円形脱毛症に投与して有効であった症例を報告している。山口ら²⁰⁾にも同様の症例報告がある。また、石川は²¹⁾、耳管開放症患者88例に加味帰脾湯を使用し、評価可能であった66例のうち自覚的に自声強調が消失した改善例は54.5%で、頻度が低下したやや改善例は21.2%、病的鼓膜運動が消失したものは33.3%で、軽快・やや改善した例は37.5%であったと述べている。

<引用文献>

1. 小山誠次 日東医誌 47(3): 469-475, 1996.
2. 加藤千秋ほか 臨床病理 44: 369-399, 1996.
3. 和田英夫ほか 漢方医学 17: 383-386, 1993.
4. 櫻川信男ほか 臨床と研究 70: 3711-3718, 1993.
5. 浮田徹也 産婦漢方研のあゆみ 8: 79-84, 1991.
6. 対馬信子 老化と疾患 4: 1831-1834, 1991.
7. 松友啓典ほか 新薬と臨床 37: 1138-1144, 1988.
8. 木村昌之ほか JAMA(日本語版) 11(9): 22-23, 1990.
9. 大原健士郎ほか JAMA(日本語版) 12(5): 22-23, 1991.
10. 川口浩司 漢方と最新治療 1: 2141-2146, 1992.
11. 中田輝夫 漢方と最新治療 3(4): 387-390, 1994.
12. 芦原陸ほか 日東洋心身医研会誌 8: 27-32, 1993.
13. 張振中ほか 臨床と研究 70: 2349-2356, 1993.
14. Nishizawa K et al Phytother. Res. 5: 97-102, 1991.
15. 千石一推ほか 産婦の世界 46: 67-72, 1994.
16. 千村哲郎ほか 診療と新薬 27: 2022-2028, 1990.
17. 千村哲郎ほか 診療と新薬 29: 697-703, 1992.
18. 金井成行 日東医誌 49(1): 59-66, 1998.
19. 中島一 現代東洋医学 13(4): 482-486, 1992.
20. 山口全一ほか 医学と薬学 10: 299-313, 1983.
21. 石川滋 耳鼻臨 87: 1337-1347, 1994.



当薬

新潟薬科大学 学長／千葉大学 名誉教授

山崎 幹夫

Mikio Yamazaki

干 回振り出してもまだ苦いので「せんぶり」の名が付けられたといわれる程、苦いリンドウ科のセンブリ *Swertia japonica* Makinoは、根を含む全草を乾燥し、苦味健胃の効果のある民間薬「当薬」として昔から使われてきた。苦味成分として swertiamarinや、前者に比べてOH基を欠く swerosideなどのいわゆる苦味配糖体が含まれる。しかしそれだけでなく、実験動物への大量の投与によって麻痺作用を発現するアルカロイド成分 gentianineも含まれている。

と ところで、今から何十年も以前に大学院に在学中であったときのこと、植物の成分が植物体中で形成されていく仕組みの研究(植物成分の生合成研究)に従事していた私は、教授(柴田承二 現東京大学名誉教授)からセンブリのアルカロイド gentianineを研究対象に加えるように命じられた。

当 時、生合成研究には、採取した植物を水耕栽培に移し、目的成分が体内でつくられるときの前駆になると考えられる仮定物質を放射性アイソトープで標識し、植物に吸収させて、どのように目的成分に導入されたかを放射能の行方を追跡しながら調べるという手法が使われていた。

私 は週末を利用してはセンブリの採取を始めた。その頃、センブリは東京の近郊、高尾山あたりの丘陵一帯に自生していたが、今はこのあたりの急速な都市化のためにほとんど見られなくなった。ちなみに、最近では栽培に成功したセンブリが長野県上田のあたりから大量に供給され、高尾山の売店でも乾燥したセンブリの束が「健胃の民間薬」として売られているらしい。

さ て、私の研究が始まった頃、ある先輩が、たまたま博士論文のテーマとしてセンブリアルカロイドをとり上げることにになり、私の傍らで gentianineの抽出を開始した。ところが、そこで面白い現象が見つかった。野球の好きな先輩は間近に迫った研究室対抗試合に備えての練習に熱中し、センブリをアンモニア液に漬けたまま実験室に戻ってこないことが多くなった。すると、そういうときに限って gentianineの収量が上がった。私が常法通り

に抽出をしたときに比べると、数倍から、ときには十数倍にも達することがあった。ただしバラツキは多かった。

原 因としては、swertiamarinの構造のような環内に不飽和結合をもつために歪みを生じたラクトン環は、アンモニア溶液中で開環し、酸



まさ

当に薬たるべし

センブリ

素の代わりにアンモニアの窒素を取り込んで比較的容易にピリジン環を形成することがわかった。つまり、gentianine構造中のピリジン環は、なんとswertiamarinの不飽和ラクトン環を起源として生じていたのであった。その原因の解明は、私にとって抽出技術が下手かもしれないという汚名が挽回された出来事でもあった。

セ

ンブリの主成分である苦味配糖体は、一般には苦味による刺激によって胃酸の分泌を促し、健胃に働くとされてきた。センブリは漢方処方には使われないが、センブリと同様の苦味をもつリンドウ科のリンドウ *Gentiana scabra* Bungeは、「竜胆」として『神農本草経』に記載されており、漢方にも使われてきた。今は西洋生薬のゲンチアナも苦味健胃薬として使われる。これらの生薬の主成分はswertiamarinと構造類似のgentiopicrosideである。

と

ころが、これもよく調べてみると、苦味成分を持つ生薬が胃酸の分泌を促して健胃に働くという説には、実は確証がない。たとえばマメ科クララ *Sophora*の根から調製される「苦参」も、その名の通り苦さにおいてはひけをとらず、苦味健胃薬として使われる。しかし、かつて千葉大学の私の研究室での研究結果によると、苦味主成分であるmatrineやoxymatrineは胃液分泌を亢進せず、むしろストレスによって高められる胃液の分泌を抑制して潰瘍の生成を阻止することがわかった。この結果は、苦味の刺激が胃液の分泌を高めて健胃に働くという“常識”には、さらに検討の余地があることを示唆するものであった。

ち

なみに、センブリの語源は冒頭に述べたとおりであるが、生薬としての「当薬」は、「^{まさ}当に薬たるべし」という意味で名付けられたとされる。また学(属)名のSwertiaは17世紀のオランダの植物学者Emanuel Swertに由来するらしい。もうひとつ、余談を加えさせていただくと、奈良県北葛城郡の^{たいまでら}当麻寺や吉野大峰山のあたりでつくられてきた「^{だらにすけ}陀羅尼助」や木曾御嶽山の^{ひやくそう}「百草」も苦く、健胃によいとされた伝承の妙薬であるが、こちらの主薬は「黄柏」(ミカン科の樹木キハダの樹皮)であり、主成分はアルカロイドのベルベリンである。

当

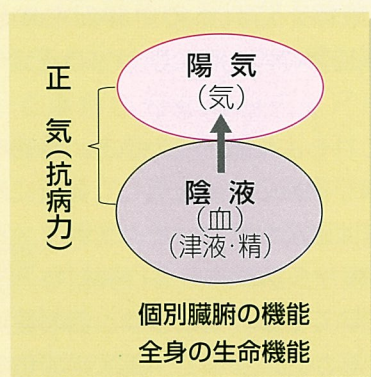
麻寺中之坊では毎冬の寒の季節に、土間に据えられた大釜で7日7晩をかけて松の薪を燃やし、黄柏のエキスを煮詰めて「陀羅尼助」を作ったが、今は作っていない。住職にうかがうと、古式によって「陀羅尼経」を一心に唱えながら夜も寝ずに煮詰めた薬だからこそあらたかな効験があったのだが、薬事法の関係で製造が停止されたのは惜しいことであると申された。

気虚の病態と治療に関する基礎知識

富山医科薬科大学 和漢薬研究所 和漢薬製剤開発部門 谿 忠人

図1 中国伝統医療の生理と病理

人体は正気（陽気と陰液）で生命維持と抗病反応を行い、正気の低下病態が虚証です。



陽気：体を温め、物質代謝や排泄、抗病反応に関与する。

気の機能の停滞（気滯）	←理気（辛性薬で気を巡らす）
気の機能と量が不足（気虚・陽虚）	→温める機能低下→冷える（寒証） ←補気・補陽（甘・温性薬で温める）

陰液：循環・栄養機能、体液保持（滋潤）機能に関与する。

血の機能の停滞（血瘀）	←活血化瘀（鹹性薬で血を巡らす）
血の機能と量が不足（血虚・陰虚）	→乾燥症状（寒証＋虚熱） ←補血・補陰（甘・酸性薬で滋潤する）

図2 中国伝統医療の病理の虚証と実証

生薬の字の色は赤字：熱証用、青字：寒証用

正気の失調および病邪・病理産物邪の過剰による病態（虚証は寒証傾向になる）

虚証（正気の量と機能不足）	実証（病邪・病理産物の過剰・停滞）
気 気虚→人参など補気薬の選択指針 陽虚→附子など補陽薬の選択指針	気滯→ 柴胡 など理気薬の選択指針
血 血虚→当归など補血薬の選択指針 陰虚→地黄など補陰薬の選択指針	血瘀→桃仁など活血薬の選択指針 水滯→茯苓など利水薬の選択指針 痰飲→ 半夏 など化痰薬の選択指針

◎日本漢方では病理を意味する「陽虚と陰虚」の用語を用いない。

日本漢方の「陰虚証」は陰証（寒証）を呈する体力の低下した虚証患者。
 中医学の「陰虚」は陰液（血と体液）の量と機能が虚（不足）している病態
 （寒証が主体ですが口の乾燥や足の裏のほてりなどの**虚熱証**を呈する）

図3 気虚：気の量と機能の不足（主として寒証）

臓腑の機能低下として弁証される（ここでは代表的な脾と肺を記載した）

気の虚証病理：気虚証・陽虚証（気の運行が不足し臓腑の機能が失調した病態）

肺気虚証（慢性の咳嗽、喘息、息切れ、疲労感、易感冒）【脾胃気虚と併発】

寒証←黄耆、膠飴、胡桃肉

（人参、甘草、山薬）

西洋参→熱証

（現代中医学では人参の代わりに党参が用いられる）

◎脾胃気虚証（食欲不振、消化不良、腹部膨満感、疲労倦怠感、易感冒）【痰飲や血虚と併発】

寒証←黄耆、白朮、大棗、膠飴

（人参、甘草、山薬、茯苓、蓮子）

西洋参、薏苡仁→熱証

気虚下陷証
（中気下陷）

気虚証（食欲不振、消化不良、腹部膨満感、疲労倦怠感、易感冒）
 下陷証（筋肉の緊張度低下、内臓下垂、子宮脱、脱肛）

寒証←黄耆、白朮

（人参、甘草、茯苓）

柴胡、升麻→熱証

1. 陽気と陰液(図1)

中医学の生理と病理：健康状態は正気(陽気と陰液)が調和した状態です。正気の不足(病理の虚証)が病態の本因です。

陽気：生命・体温維持、代謝異化排泄機能、抗病力(免疫機能)などの概念で、気ともいわれます。臓腑毎に気がありますが、とくに脾と肺と腎の気虚が重要です(腎の気虚は腎陽虚といいます)。

陰液：生命維持と抗病力に関与する人体構成成分です(血で代表させますが、津液、精も含みます)。循環・栄養機能、体液保持機能などの概念です。個別臓腑毎に陰液がありますが、とくに肝と心と腎の虚証が重要です。

日本漢方の生理観

教科書的な生理は中医学と同様ですが、厳密に議論することをさける傾向にあります。

日本漢方の気

気逆(気上衝)として、のぼせ、イライラ、頭痛など精神機能として気が用いられます。桂枝、厚朴、紫蘇葉を気に働く薬剤としています(中医学の理気薬)。

日本漢方の水

体内の水の偏在した病態(水滯)を水毒と称します。この水は中医学の津液に相当します。また消化器系の水滯を痰飲といいます。

2. 病理の虚証と実証(図2)

中医学の虚実：虚証は正気の不足、実証は病邪の過剰という病理を意味します。

実証：病邪(体外の寒邪や熱邪)や病理産物(体内の瘀血など)の多い病態です。桃核承気湯は瘀血や気滯という病理の実証を「瀉する(少なくする)」処方です(体力の実証に用いますが、血の停滞という実証の調整剤です)。

虚証：正気(気と血の量と機能)の不足病態です。人參湯は気虚証を「補う」処方です(この気虚は日本漢方の体力の虚証に相当します)。

日本漢方の虚実

体力や闘病反応の程度を(腹力などから)虚実に診断します。

実証

闘病反応の強い病態を実証とします。(ex.: 桃核承気湯の効能効果には「比較的体力があり…」のように実証に用いることが例示されています)。

虚証

闘病反応の弱い病態を虚証とします。(ex.: 人參湯の効能効果には「体質虚弱の人…」のように虚証に用いることが例示されています)。これは中医学の虚証に類似します。

実証：中医学は「病邪・病理産物」の過剰病態；日本漢方は「体力や反応性」の顕著な状態

虚証：中医学は「正気(気血)」の虚衰病態；日本漢方は「体力や反応性」の低下した状態

3. 気虚を調整する生薬(図3)

気虚：胃腸虚弱、食が細いことに起因する病態です。とくに脾胃気虚証がよくみられる病態で、食物から気を補充するために脾胃気虚の治療は重要です。

脾胃気虚証：胃腸虚弱による抗病力の低下病態です。人參や黄耆などの補気薬を用いる指示です。四君子湯を基本とする関連処方(六君子湯、補中益気湯、十全大補湯など)および建中湯類で気虚を補います。

肺気虚証：呼吸器系の虚弱状態です。柴朴湯、參蘇飲を用い、遷延化した状態には竹茹温胆湯、麦門冬湯などが用いられます。

気血水論

吉益東洞は気虚の病態を補気する考えを意識的に避けましたが、息子の南涯が「気血水」論として穏当に修正しました。

気虚の診断基準(寺澤教授)

30点以上が気虚

10点：身体がだるい、気力がない、疲れやすい、内臓のアトニー症状

8点：風邪をひきやすい、舌が淡白紅・腫大、脈が弱い、腹力が軟弱

6点：日中の眠気、眼光・音声に力がない、小腹不仁

4点：食欲不振、物事に驚きやすい、下痢傾向

Q：図3の気虚下陷は聞き慣れない言葉ですが？

支持組織の筋力が低下したアトニー症状(気虚スコア10点)の見られる病理です。人參・黄耆などで補気し、升麻・柴胡で気を昇提(上昇)させる金元医学理論です。気虚下陷を調整する補中益気湯は胃アトニー以外に、子宮脱や脱肛に用いられます。(脱肛に用いる乙字湯も升麻・柴胡の薬対を含みます)

A：

図4 脾胃気虚証に関連する病理と処方

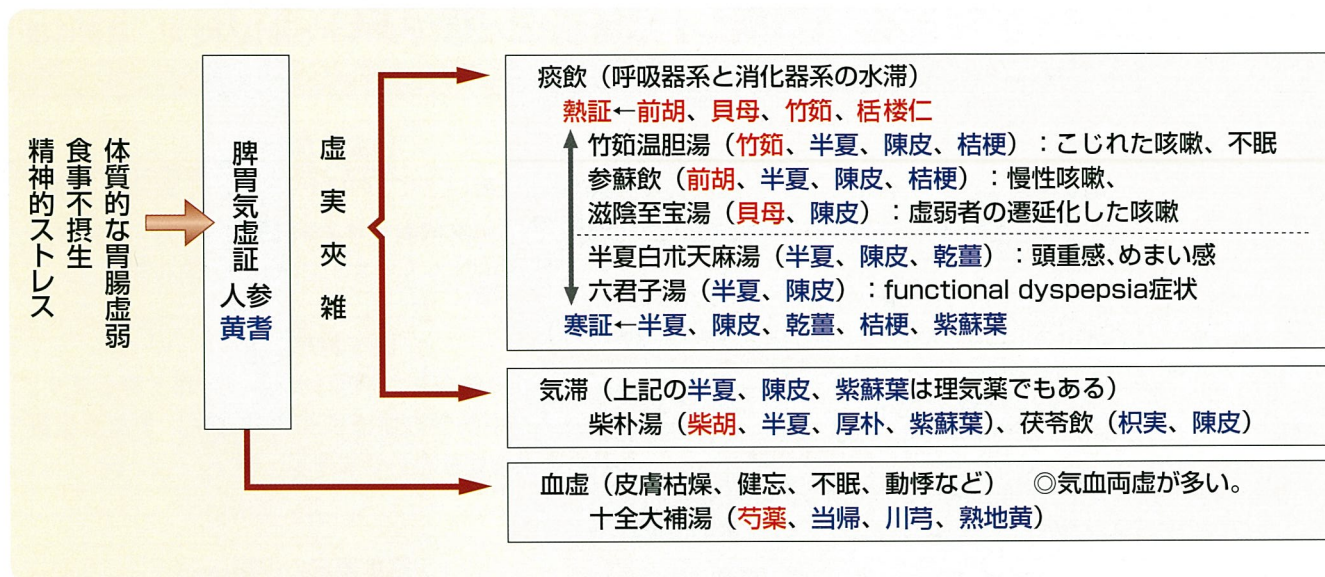


図5 四君子湯・六君子湯・補中益気湯と関連処方

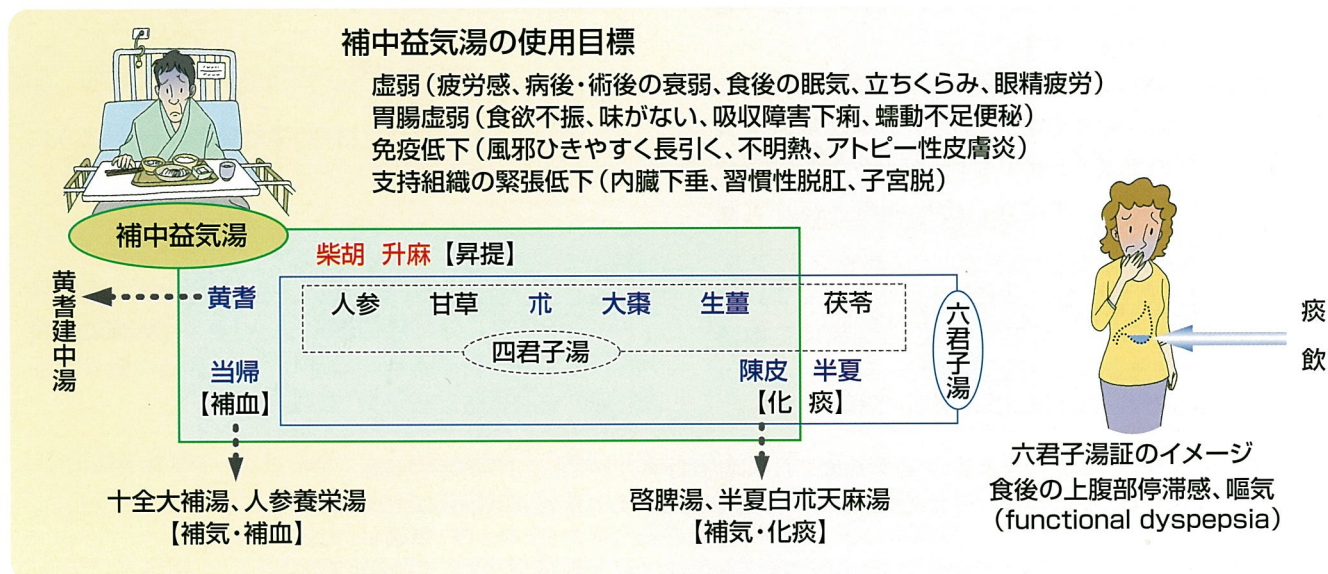
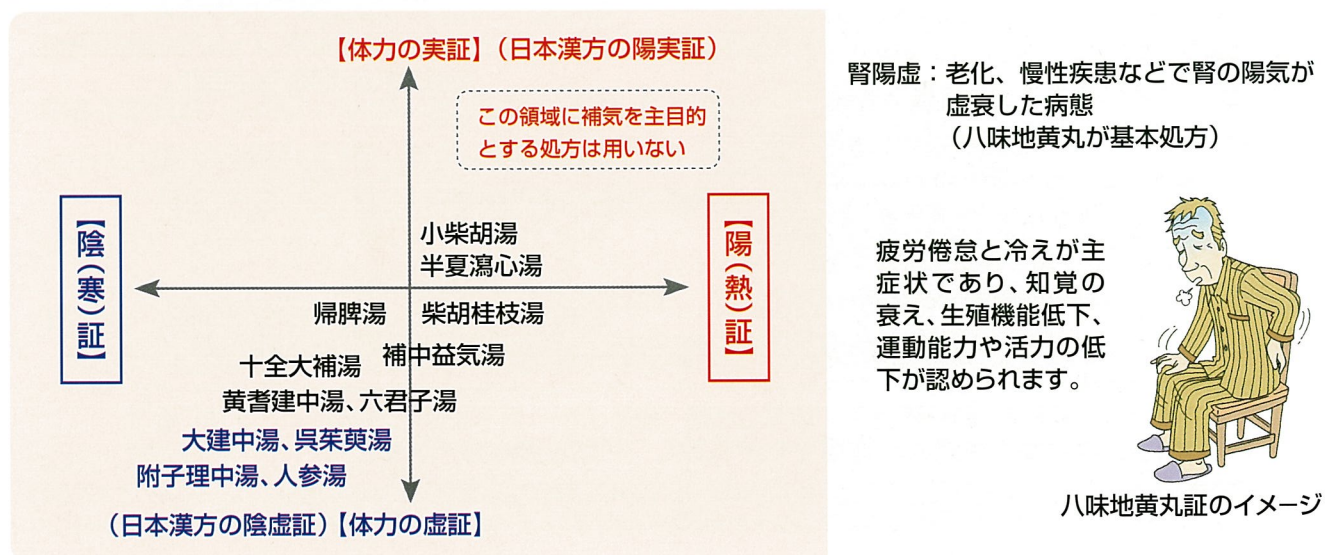


図6 補気関連処方の日本漢方分類



4. 気虚に関連する病理と処方(図4)

気虚・痰飲(虚実夾雑)：肺気虚の結果、呼吸器系に水が溜まります(sputumに相当する痰飲)。柴朴湯や参蘇飲や滋陰至宝湯を用います。これらは補気・化痰・理気剤です。

脾胃気虚の結果、消化管に停滞した痰飲には六君子湯、茯苓飲、半夏白朮天麻湯で排除します(釣藤散にも同様の薬能があります)。

気虚・血虚(気血両虚)：気虚の結果、血の循環や栄養・滋潤作用が低下し、疲労感に息切れや皮膚の乾燥症状が重なります。これには補気剤に当帰や地黄など補血薬を加味した十全大補湯や人参養栄湯が適します。

Q：「虚実夾雑」をもう一度説明してください。

A： 病理の虚証と実証が同時に認められる病態です。六君子湯の適用は気虚(胃腸虚弱)という虚証と痰飲(胃内停水)という病理の実証があります。日本漢方では六君子湯は(体力の)虚証に用いる処方といいますが、中医学は病理の虚実の夾雑した病態だと診断します。

5. 脾胃気虚の基本処方「四君子湯」と関連処方(図5)

四君子湯：脾胃気虚の基本処方は四君子湯ですが、単独で用いられるのは稀で、補中益気湯や六君子湯や十全大補湯などに組み込まれています。

補中益気湯：疲労倦怠感を改善する人参・黄耆、当帰剤です。気虚を調整する四君子湯と、気虚下陷を引き上げる**升麻・柴胡**の配剤された処方です。慢性疲労性症候群の不明熱やMRSA感染予防にも有用です。

六君子湯：気虚と痰飲という虚実夾雑状態に用います。機能性胃腸症のような食後の上腹部停滞感に用いられています。

桂皮と補気剤：桂皮は脾と腎の陽気を温め補うので補気剤に配合されます。桂枝人参湯、当帰湯、十全大補湯、八味地黄丸など。

3. 気虚を調整する生薬(図3)

縦軸の虚実：図6の縦(Y)軸は日本漢方の体力の余力の程度を意味する実証と虚証です。補気剤の多くは左下(日本漢方の陰虚証を意味する領域)に分類されます。

補気薬の使い分け：**薏苡仁**、茯苓、黄耆、白朮、蜀椒、陳皮、半夏、乾薑は気虚と水滯(痰飲)を補気し利水する生薬です。一方、人参、甘草、山薬、大棗は補気と生津の薬能があります。

「気虚+寒証」が陽虚：陽虚は寒証が顕著な気虚証に相当します。附子が補陽薬の中心で、真武湯や桂枝加朮附湯および八味地黄丸が補陽剤です。

NUDに六君子湯

運動不全型の上腹部停滞感や嘔気(functional dyspepsia)に対する六君子湯の有用性が二重盲検比較試験法で評価されています。

小児の起立調節障害に半夏白朮天麻湯

立ちくらみ、疲労感、頭重感に半夏白朮天麻湯が有用です。

補中益気湯と十全大補湯・人参養栄湯

共に四君子湯の関連処方です。十全大補湯には四物湯が含まれますので、機能(気)だけでなく構成成分(血)の不足も調整できます。皮膚の乾燥が十全大補湯や人参養栄湯の投与指針になります。

日本の四君子湯は6生薬

四君子湯の原典は人参、甘草、茯苓、白朮の4味処方ですが、日本では大棗と生薑を加味した6味処方が用いられています。六君子湯も大棗と生薑を加味された8味処方です。

術後の補剤

手術は気虚を惹起しますので術後は補気剤の適用になります。疲労感には補中益気湯、腸管通過障害には大建中湯が用いられます。なお気虚と血虚が同時に認められるので十全大補湯の適用にもなります。

建中湯類も補気剤

臍疝痛に用いられる桂枝加芍薬湯、小建中湯なども虚弱児の気虚を補気する機能を有しています。

大建中湯と当帰湯も補気剤

人参の補気と乾薑の温中を基本にした処方です。当帰湯は冷え症女性の狭心症様の痛みや背中への痛みにも用いられています。

安中散も補気剤

冷えによる腹痛や生理痛を桂皮、茴香で温め延胡索で疼痛を軽快します(当帰芍薬散と併用)。

八味地黄丸と六味丸

日本漢方では高齢者には八味地黄丸を用い、虚弱児には六味丸を用いてきました。腎の陽虚と陰虚の病理論は不十分ですが、まあ適切な判断です。

キーワード

- 瘀血疼痛
- 疎経活血湯
- 桂枝茯苓丸
- 芍薬甘草湯

昭和大学横浜市北部病院 麻酔科 世良田 和幸

問診表の臨床応用

ペインクリニック外来における 疼痛漢方治療 ～瘀血疼痛に対する瘀血スコアの応用～

はじめに

ペインクリニック外来には、痛みを訴える患者は勿論であるがその他にも様々な症状を呈する患者が訪れる。一般に、痛みが発症してすぐにペインクリニック外来を訪れる患者はまだ少なく、ペインクリニックの認知度は今一つといえよう。多くの場合、他科を受診しなかなか治らない痛みで業を煮やし、人づてに、また紹介を頼み込んでペインクリニックを受診することが多い。特に慢性痛に陥っている患者は痛みが修飾されることが多く、治療に難渋することもしばしばある。ペインクリニックでの治療は、神経ブロック治療や理学療法を行うが、慢性痛の患者の治療はこれらの西洋医学的治療だけではなかなか治りにくい。そこで登場するのが漢方治療であり、疼痛の病因について漢方医学的手法を用いて診察を行うことは大変有用と考える。

疼痛は、様々な原因によって発症するが、慢性痛は気血の流れの障害によって発症することが多いと思われる。中医学における「氣行血則行、氣滯血則凝、不通則痛（氣行れば血すなわち行る、氣滯れば血すなわち凝る、通じざればすなわち痛む）」の理論は、気血の運行と痛みの関係を説明しており、慢性痛の病因として当てはまるこ

とが多い。漢方医学でいう「気血」は、人体の生命活動に不可欠な物質であり、氣と血はそれぞれが密接な関わりを持っている。氣は陽で、主として推动作用、温煦作用があり、血は陰で、主に栄養作用、滋潤作用がある。血の運行は氣の推动作用によって支えられており、氣の推动作用は血の組織への滋潤作用によって支えられている¹⁾。

瘀血疼痛について

瘀血疼痛とは、気血の運行が阻害されて、「黄帝内経」に記載されている「不通則痛、通則不痛（通じざればすなわち痛み、通ずればすなわち痛まず）」の理論のごとく血液循環障害が起こることによる痛みである。血液循環障害により瘀血が生じれば血液の流れが悪くなり、代謝産物が溜まるために痛みが出現するが、血液循環が改善され血液の流れがよくなれば、代謝産物

も少なくなるために痛みも軽減するという意味である。現代医学でいう「痛みの悪循環」の理論が、紀元前3世紀に既に存在したということ自体、驚嘆に値する。

瘀血疼痛の臨床所見は、痛みの部位が固定し刺すように痛み、押さえると痛みが増強し、夜になると痛みがひどくなる、慢性化しやすいなどの特徴がある。また、しばしば皮膚の色が青紫色となり、舌色の暗紫色化や舌下静脈の怒張、唇や爪の色が青紫となったり、肌膚甲錯などの諸症状を伴うことが多い。ペインクリニック外来には、この瘀血疼痛を伴う患者がしばしば訪れる。瘀血疼痛には、主として桂枝茯苓丸、通導散、疎経活血湯、桃核承氣湯などの漢方薬が用いられる。今回は、当院ペインクリニック外来を受診し、漢方治療で症状の改善した瘀血疼痛症例について、瘀血スコアを参考にして述べる。

表 瘀血スコア

	男	女		男	女
眼瞼部の色素沈着	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

判定基準：21点以上：瘀血病態、40点以上：重症の瘀血病態

症例1：74歳、男性 瘀血疼痛 **身体所見**：身長165cm、体重80kg **主訴**：激痛発作を伴う左下肢痛

診断：腹部大動脈瘤術後下肢痛

既往歴：糖尿病、十二指腸潰瘍穿孔(手術施行)、腹壁癍痕ヘルニア

現病歴：平成15年2月、腹痛にて当院内科を受診したところ腹部大動脈瘤を指摘され、当院循環器センターを受診した。CT検査により、最大径42mmの腹部大動脈瘤と診断され、平成15年2月25日、腹部大動脈瘤に対して人工血管置換術(Yグラフト)が施行された。しかし、術後より左下肢の冷感と痛みを訴え、CT検査にて左総腸骨動脈内血栓が疑われ、ヘパリン投与とワーファリゼーションが開始された。左下肢のしびれ感と痛みはなかなか改善しなかったが、持続硬膜外

ブロックや鎮痛薬の持続皮下注を行い、約2ヵ月後より痛みはようやく自制内となり、6月末に退院となった。同年10月初旬より左下肢の痛みとしびれ感が再度増強し、循環器センターからの紹介にて11月8日ペインクリニック外来を受診した。

漢方医学的所見：薄白苔、舌は胖大で、舌下静脈の怒張(+)。腹力中等度、腹壁は軟で、左臍下部の圧痛(+)、左下肢は右下肢に比しむくみがありやや青みを帯びていた。下肢の痛みは、夜間に増大する傾向にある。

経過：ペインクリニック外来では、当初は腰部硬膜外ブロックを行って経過観察したが、疼痛の緩

解は一時的で、満足 of いく効果は得られなかった。12月11日に、上記所見により疎経活血湯エキスを1日量(分3)を処方開始したところ、平成16年2月頃より左下肢の痛みは次第に軽快し、歩行時や立ち上がるときの痛みは半減した。瘀血スコアは37点から25点に改善した。

まとめ

疎経活血湯(万病回春)は、経絡中の滞血を回らし風湿を去る漢方薬であり、血虚が基礎にある証であることから、左下肢の血流障害を伴った本症例に有効であったと思われる。

症例2：34歳、女性 瘀血疼痛 **身体所見**：身長155cm、体重55kg **主訴**：月経時痛と臍出血

診断：骨盤内うっ血症候群、月経痛

既往歴：特記事項なし

現病歴：平成13年2月頃より、月経時に臍出血を来すようになった。月経時痛は若い頃からあった。臍出血に対して、近医の産婦人科を受診し、ホルモン剤などの内服治療を行っていたが症状改善せず、かえって頭痛、肩こり、胃部不快感などを訴えるようになり、友人の紹介にて平成13年9月29日ペインクリニック外来を受診した。

漢方医学的所見：脈は弦細、白苔あり、上半身の熱感と下半身の冷えがあり、腹証では、軽度の胸脇苦満と両側の腹直筋の緊張、

および左臍下部の圧痛が見られた。便秘なし。

経過：胃腸症状と下肢の冷えに対し、柴胡桂枝湯エキスを1日量(分3)と当帰四逆加呉茱萸生姜湯エキスを1日量(分3)を処方したところ約1ヵ月で頭痛、肩こり、下肢の冷えも次第に取れてきた。しかし、月経時の痛みと臍出血が残っており、左臍下部の圧痛は残っていた。11月に入って、月経の始まる2週間前より桂枝茯苓丸エキスを1日量(分3)と芍薬甘草湯エキスを1日量(分3)を処方したところ約3ヵ月で月経痛は軽減し、臍出血は見られなくなった。瘀血スコアは、47点から25点に改善した。

まとめ

臍出血は子宮内膜症の患者に見られることがあり、月経時の臍部のうっ血により出血すると考えられ、骨盤内うっ血症候群の一症状と考えられる。骨盤内うっ血症候群は「金匱要略」の瘀血病変に記述されている「陰伏^{いんぷく}」と類似している。今回の症例は、駆瘀血薬として桂枝茯苓丸(金匱要略)を、月経痛の補助薬として芍薬甘草湯(傷寒論)を用い、臍出血及び月経痛に対して有効であった症例と考えられる。

1) 監修：宮田健、痛みの中医診療学、序論：第2節、痛みの疾因と病源、P.7、東洋学術出版社 市川2000。

“冷え”を単に医療の面からだけではなく、衣食住を含めた多面的な観点からアプローチすることを目的とした研究会として、“冷え”研究会がある。代表世話人は、医療法人社団方伎会 石川クリニック院長の石川友章先生で、研究会には衣食住の各方面の先生方が参加されている。

先般、第4回のセミナーが東京新宿で開催された。今回は、「衣」の立場から文化女子大学被服衛生学研究室教授の田村照子先生が「冷えと自律神経失調に関する基礎的研究」について、「食」の立場からクリニックのうえ院長の井上勝六先生が「冷えと食養生」と題する講演を行い、活発な議論が交わされた。当日のセミナーの概略をレポートする。



「冷えと自律神経失調に関する基礎的研究」

文化女子大学被服衛生学研究室 教授
田村 照子 先生

田村先生は、長く衣服についての研究を行なってきたなかで、なぜ人間だけが衣服を必要とするようになったのかという疑問をいただき、被服生理に関する基礎的研究にも興味を示された。今回、女子大学生を対象とした研究から臨床的にも意義深いデータを紹介された。

●女子大学生の冷えと生活習慣

本大学的女子学生(年齢19～25歳、158名)を対象に、冷えと生活習慣に関するアンケート調査を実施した。調査項目は、年齢、体重、身長などのほか、寒がりか暑がりか、冷えて困る部位、冷えを感じる季節、などであった。

その結果、手の指やつま先が冷えて困ると答えた学生は半数以上にも及んだ。また、時期的には寒い季節に冷えを感じると答えた学生が多かったが、10%前後の学生は、いずれの部位の冷えについても季節に関わらず冷えて困ると回答した。

●体位変換に伴う冷えの自覚

対象学生を、自覚的に冷えを感じる群(自覚群6名)と自覚的には冷えを感じない群(非自覚群4名)に分け、Tシャツ、ショートパンツ(ブラジャー、ショーツ)という着衣で、28℃、相対湿度50%の部屋にて、前述のアンケートの他、心電図、血圧、

体重、体脂肪、皮膚・手足の指先の温度、温・冷覚閾値などを経時的に測定した。さらに、仰臥位→座位→立位への体位変換時の変化についても検討した。

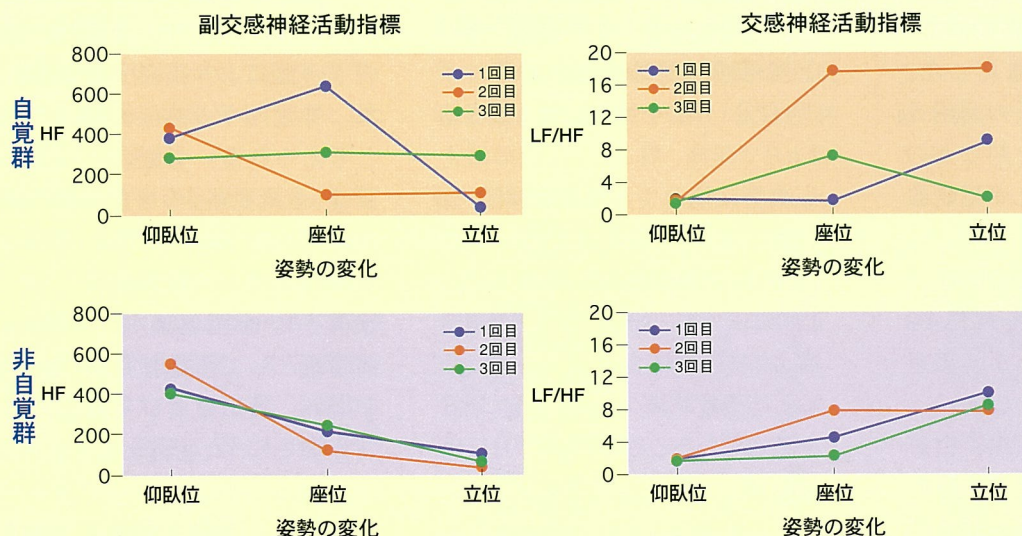
両群の既往歴や月経周期には差がなく、皮膚温は体位変換しても差がなかった。しかし、心電図上のR-R間隔から求められる心拍変動のHF(high frequency高周波)やLF(low frequency低周波)/HFについては、自覚群は非自覚群に比べ、体位変換によるばらつきが明らかに大きかった(図)。従来から、HFは副交感神経活動、LF/HFは交感神経活動の指標となることが知られており、今回の検討結果から、自覚群は非自覚群に比べ、体位変換による自律神経の反応が不十分であることが窺われ、冷え自覚群における自律神経失調の可能性が示唆された。

●外気温変化に伴う各パラメータの変化

皮膚温は、室温28℃、30分間の条件下では自覚群と非自覚群

間で差がなかったが、18℃になると、自覚群では皮膚温の低下度が大きくなった。直腸温と皮膚温との差や体幹部最高温と四肢部最低温の差についても、自覚群の方が大きかった。直腸温は自覚群の方が有意に高く、また、冷覚閾値については、手、足、腰のいずれの部位でも自覚群の

心拍変動解析例



方が小さく、冷感覚が鋭かった。

(共同研究者 佐藤真理子)

以上の結果から田村先生は、冷え自覚群の一連の反応は、月経周期に伴う反応ときわめて類似している。つまり黄体期では体温は高くなるが、末梢は冷えやすく、また寒さも感じやすい。また、例数は少ないが、冷え自覚群では、急激な寒冷に曝された時に適応する皮膚のレスポンスが乱れたり遅かったり、一種の自律神経失調を思わせる所見がみられたと述べられた。



「冷えと食養生」

クリニックのうえ 院長
井上 勝六 先生

食養生は百人百様で、冷えに関する食養生もさまざまである。しかし、食事から体を温めることの重要性は世界的にも共通している。井上先生は世界各地の冷えに対する食養生について、ご自身の豊富な経験をもとに紹介された。

●冷えと香辛料

中国雲南省には「過橋米線」という伝統的な食事がある。これは土鍋に入れた熱いスープに鶏の油をたらすことで冷めない工夫がされている。さらに、四川省の「麻婆豆腐」は、唐辛子を加えることで暖かくする代表的食事である。また、ブータンの「エマ・ダツィー」と呼ばれる料理は、唐辛子のチーズ煮込みで世界一辛い料理といわれている。韓国のキムチも唐辛子を用いた代表的な料理である。韓国のキムチは、動物性蛋白も加えて発酵させた食品で、漬物というよりはおかずという位置づけである。また、日本のものほど辛くはないが、大量の唐辛子を使用することでビタミンA、Cなどの補給にも役立っている。

このように食事はそれぞれの地域で健康を維持するために創意工夫されたもので、アーユルヴェーダでも、「正しい食事を摂ることが人間を健康に発育させる唯一の方法で、正しくない食事を摂ることが病気の原因である」とし、食養生の重要性を述べている。

●冷えとアルコール

冷えの改善にはアルコールの利用も効果的である。黄帝内経には「酒は気脈を通じ、脾気を養い、脾胃を厚くし、皮膚を滑らかにし、寒気を去り薬勢を屈かせる」とある。

また、薬酒には多くの種類があるが、温める作用のある生薬が用いられていることが多い。ヨーロッパでも、ワインは古くから“Wine is old men's milk”ともいわれ、健康のためには欠かせない飲料である。さらにブドウは繁殖力も旺盛であることから、ブドウと薬との関係も深い。たとえば、奈良薬師寺の薬師如来像の台座にはブドウの唐草模様が彫られている。

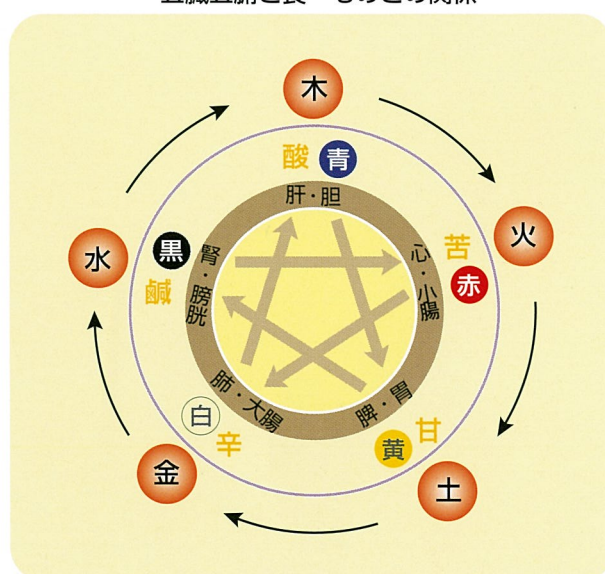
●薬食同源

薬と食べ物との密接な関係については、黄帝内経に「空腹を満たす時は食といい、病気を治すときは薬という」という記載がある。

東洋医学での五臓五腑という考え方も健康と食べ物との関係を示している(図)。たとえば、寒い季節には腎が弱り、腎虚になり冷えを感じる。それに対し腎や膀胱を強くすることで冷えの予防が可能となる。そのための食事としては、鹹や黒のものを食すればよいと考える。

冷えの治療という観点からは、温性食品が重要であるが、なかでも山芋、生姜などを利用した料理は世界的にも多い。また、漢方薬を構成する生薬の約8割は、温薬と呼ばれる範疇に入る。とくに陰虚寒証用剤については、人參、山椒、乾姜などがどの方剤にも入っている。したがって、これらの野菜を煮て食べることは、漢方薬をのむのと同様にからだを温めることが期待される。

五臓五腑と食べものとの関係



以上のようなことから井上先生は、アジア諸国ではいまだに伝統的な食事が受け継がれているところがある。それに対しわが国では、ファーストフードが全盛となり、一見豊かには見えるが、実は大変貧しい食生活であるとも考えられ、わが国伝統の家庭料理を見直すことの大切さを強調された。