

特集

2

特別対談 榎野の広い臨床医学を求めて

京都府立医科大学 東洋医学講座 助教授 三谷 和男
愛媛県立中央病院 東洋医学研究所 所長／総合診療部 代表部長
山岡 傳一郎

●処方紹介・臨床のポイント

7

大柴胡湯

新宿海上ビル診療所 室賀 一宏
日本 TCM 研究所 安井 鷹迪

●くすりの散歩道

9

柿蒂 一秋の味覚の蒂は漢葉一

新潟薬科大学 学長／千葉大学 名誉教授 山崎 幹夫

●わかつた気になる漢方薬学⑨

11

痰飲の病態と治療に関する基礎知識

大阪大谷大学薬学部 漢方医療薬学 教授 鮎 忠人

裾野の広い臨床医学を求めて



京都府立医科大学
東洋医学講座 助教授

三谷 和男 先生



愛媛県立中央病院
東洋医学研究所 所長／総合診療部 代表部長

山岡 傳一郎 先生

臨床医には裾野の広い見識が望まれる。

学生時代から多くの先人との出会いを重ね、文化人類学、さらには東洋医学を学び、それを日常臨床に積極的に活かしておられる愛媛県立中央病院の山岡傳一郎先生をお迎えして、患者さんのためになる臨床医学について、京都府立医科大学の三谷和男先生と対談していただいた。

三谷 臨床医には、裾野の広い知識や思考が不可欠で、その上に多くの経験が積み重ねられていくことが望されます。山岡傳一郎先生は、医学生の時に文化人類学に興味を持たれ、多くの先人との出会いを経験されています。そのような出会いを通じて幅広い知識やものを考えるプロセスを身に付けられ、その後、東洋医学を学ばれました。現在は、愛媛県立中央病院で東洋医学研究所の所長を務められると同時に、総合診療部の部長としてもご活躍です。まず、先生と文化人類学との出会いについておうかがいします。

文化人類学との 出会い

山岡 医学部に入学したものの、当時、医療や医学がどうあるべきかについて、あまり明確な考えもないままに、漫然と講義を受けていました。そのような時に、文化人類学者であった(故)藤岡喜愛教授が講義中に「医学=宗教」と板書されました。私はそれまで宗教というものを少し別の意味で考えていましたので「これは一体何を意味するのだろう」と理解に苦し

みました。

その藤岡先生からある時、「私の共同研究者にならないか」という誘いを受けました。当時、共同研究者になれば、てっきり単位がもらえるものと考え、喜んで先生の研究室に行きました。しかし、実際にやってみると与えられるものは何もなく、あるのは時間と場所だけでした。ただ、与えられた時間と場所の中で、当時のわれわれ医学生が漠然と抱えていた自分の過去や将来の不安などを話し合ったり、多くの書物を読んだりするうちに、文化とは人のなすこと全てを意味し、そのなかのほんの



1983年 愛媛大学医学部卒業
中国ペチュイーン医科大学へ短期研修留学
1983年 愛媛県立中央病院にて全科ローテート研修（2年間）
1985年 愛媛県立中央病院 東洋医学研究所
同病院 内科医長
1991年 同病院 内科部長
1997年 同病院 総合診療部（内科）兼任
1999年 同病院 総合診療部（内科）兼任
2006年 同病院 東洋医学研究所所長／総合診療部
代表部長

一部として医療があるということが、おぼろげながら理解できるようになりました。

三谷 医学生の時の藤岡先生との出会いが、その後の先生の人生を左右したのですね。

山岡 その通りですね。当時、共同研究者となった学生達は、各人が「パラダイムの変換」についてそれぞれ具体的なテーマを持って研究を始めました。

私のテーマは、藤岡先生の薦めもあり「医学におけるパラダイム」でした。とはいっても、当時の私は、西洋医学や東洋医学について特別の知識があったわけではなく、何か異なったパラダイムがあるのか

な、という程度の理解でした。研究を進めるためにフィールドワークの一環として3人の人達を訪ねました。1人は大阪の青汁研究家、1人は自然農法研究家、さらにもう1人はオイルを塗りながらマッサージをする80歳過ぎの女性でした。いずれも医学とは直接関係ない方ばかりですが、その3人の生き様をまとめて発表しました。もう今から30年以上も前のことですが、つい先日のことのように鮮明に記憶しています。

三谷 山岡先生以外に「パラダイムの変換」を研究した仲間が、その後、どのような人生を歩んでおられるのかも興味ありますね。

山岡 それぞれ当時興味を持ったパラダイムをそのまま歩んでいます。たとえば、「デカルトとパラダイム」について研究した仲間は、血液腫瘍の小児科医となり某大学で活躍中です。「イメージとパラダイム」について研究した仲間は、ユング研究所に留学後、現在、精神科医として活躍中です。また、「絵画とパラダイム」について研究した仲間はその後も絵を描きながら呼吸器内科医として世界を渡り歩いています。つまり、若い頃に播いた種のとおりの植物になっていました。

三谷 藤岡先生はそれほど大きな影響を与えられたのですね。

山岡 そうですね。藤岡先生は常々「イメージは行動を先導する」と言わっていました。つまり、何らかのイメージを持つてしまうと、その通りになってしまふ可能性が大きいということです。

三谷 その通りですね。イメージは漢方診療で診たてる場合にも重要です。見えないものですがしっかりと先導する、そのような感じがしますね。

東洋医学と時系列分析

三谷 医学生時代に、医学におけるパラダイムについて研究されたとはいっても、東洋医学とは直接関係がなかったんですね。山岡先生はいつごろからどのようなきっかけで、東洋医学と接するようになったのでしょうか。

山岡 愛媛に東洋医学研究所が出来たときに、藤岡先生からその所長に赴任された光藤英彦先生を紹介していただいたことがきっかけです。そのようなことからしても、藤岡先生にお会いして、共同研究者になろうと誘われたことが、その後の私の人生を大きく変えました。

三谷 東洋医学はどのように学ばれたのですか。

山岡 東洋医学には興味があつたのですが、どのようにすれば正しく学ぶことができるのかがわかりかねていました。ただ、藤岡先生からは東洋医学を学ぶには「必ず師匠に付きなさい」と言われました。

三谷 その師匠が光藤先生なのですね。

山岡 そうです。しかし、私の妻と個人的な付き合いのあった藤平健先生は、「山岡君、今は東洋医学の勉強をしてはいけない。ちゃんとした内科医になってから東洋医学を勉強しなさい」と言われました。それは言われても、東洋医学にも興味がありましたので、実は両方の勉強を始めました。しかし、藤平先生の教えも守り、西洋医学での一般内科外来はやめずに続けました。一方、東洋医学については当然のことながら、漢方薬

も“ツボ”もよくわからないままでした。そこで東洋医学研究所では、漢方薬のことは薬剤師に、鍼灸のことは鍼灸師に教えていただき、漢方薬と鍼灸で一通りの診療ができるようになるのに10年くらいかかりました。

三谷 山岡先生について、私の印象に残っているのは、厚生省(当時)の薬害スモン研究班会議と一緒に仕事をさせていただいた際に、「時系列分析」という手法を用いて患者さんを診ておられたことです。この時系列分析について、改めて教えていただきたいのですが。

山岡 時系列分析とは、横軸に時間、縦軸に目的変数をとり、結果を予測する手法の一つで、自然科学のみならず経済の分野でも利用されています。医学の分野では、縦軸に人生の時間軸年、横軸に生活歴(住居・職業・ライフステージやイベント、外傷・手術)および健康障害の過程などを整理し、その人に固有のイメージを把握する包括的な医療面接法です。

たとえば、外来診療では多彩な愁訴を有しながらその発症理由が明らかでないケースに遭遇することが少なくありません。多くの場合、われわれは“不定愁訴症候群”というラベルを貼り、対症療法に終始しがちです。しかしこのような場合でも、時の流れに沿って物事を理解する時系列分析の手法を用いることで、不定な愁訴と思われていた症候のなかに、病態の構造や発症病理を理解する鍵があることがあります。

三谷 時の流れにそって、患者さんのストーリーを作っていくといいのは興味深い手法ですね。私も、東洋医学では患者さんの経過をとるときに、病のエピソードだ

けではなく、その人の歩んできた道を正確に聞くこと、さらにその時々の社会的な出来事も合わせて考えるのが大切だということを教えられてきました。そのようなことを考えると、時系列分析の手法は、東洋医学の真髓に通じるところがあるような気がします。

山岡 ご指摘のとおりです。この時系列分析は、実は「証」の把握にも非常に有用です。

日常臨床のなかで 息づく東洋医学

三谷 多くの貴重な出会いを経験され、山岡先生は現在、愛媛県立中央病院で東洋医学研究所の所長を務められるとともに、総合診療部の部長も兼務されています。総合診療部ではお灸も使用されていることですが、総合診療部の診療実態についておうかがいします。

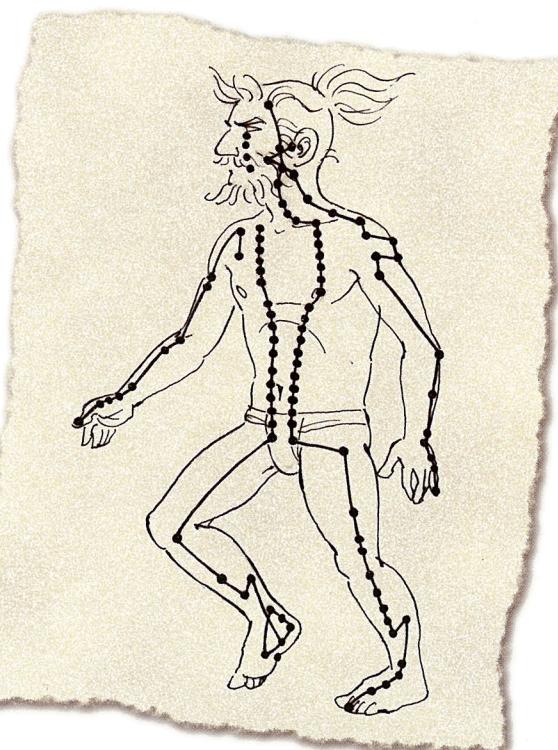
山岡 総合診療部は決して漢方専門で診療しているわけではありません。むしろ漢方の占める位置はほんの微々たるものですが。しかし、当院の内科外来に、時々、もぐさの煙が立ち昇ったり、鍼治療が行われていることも事実です。僅かとはいえ、そのようなことができるようになったことは喜ばしいことです。

三谷 実際にはどのような患者さんが多いのでしょうか。また、先ほどの時系列分析の手法がどのように活かされているのですか。

山岡 他の臨床病院を受診されている患者さんと大きな違いはありません。一例として、不定愁訴と思われる52歳の女性Aさんの症例を紹介します。Aさんは便秘、



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



首・肩の痛み、足の腫れ、などいろいろな愁訴を有しています。ある研修医がAさんの訴えを丁寧に箇条書きにした問診記録を作りました。しかしその研修医は、Aさんにどのような治療をするべきか判らないということでした。私もどうしたら良いのかアドバイスがすぐ出来ませんでした。そこで、時系列分析の手法を用い、研修医が取った問診の位置に患者さんの出来事を並べていきました。すると自然にしっかりとした物語ができました(図)。

その結果、Aさんの不定愁訴の背景には家族の歴史が関与していることが考えられました。通常このようなケースに用いる漢方薬としては、桃核承氣湯、桂枝茯苓丸、大黃牡丹皮湯の3つが考えられます。①小腹急結という特異な穴位反応の存在、②特異な精神症状(如狂)の存在、③月経前に悪化し月経開始後に改善する、ことが時系列分析で明らかになったため、この症例は桃核承氣湯の証と判断

しました。その後、3年間経過観察した現在でも、近医で桃核承氣湯の処方だけで、先にあげた愁訴はすべて軽減した状態が維持されています。

三谷 すばらしいですね。ところで、山岡先生は研修医に東洋医学や漢方をどのように教えておられるのでしょうか。

山岡 私自身が研修中は東洋医学を勉強するなどいわれた身ですから、原則として研修医には東洋医学は教えていません。しかし教えない宣言すると逆に興味をもつ研修医が多いのも事実です。しかし、このような時系列分析の手法を一度経験すると、西洋薬を処方しながらも、「証」に近いような患者さんの全体像を把握できる研修医も現れてきました。

三谷 漫然と問診をしているだけでは、大切な情報をネグレクトする可能性があり、その結果、医療のレベルを下げてしまう危険性があります。少々時間をかけてでも丁寧に聞くことが重要ですね。

図 Aさんの時系列分析表

Aさん女性 便秘をはじめ多愁訴のある更年期52歳女性の一例	生活上の出来事		慢性健康障害	
	S25生まれ (S45) 実母死去(胆嚢癌) (S50) 父死去(Hodgkin病) (16年前) 双子出産 ← 回転性めまいで通院 (6年前) 無症候性胆石 (5年前) むち打ち症(交通事故) (2年前) ヘルペス後 左三叉神経痛 神経ブロック治療 【この頃ヘルパー2級試験で苦勞】 (6ヵ月前) 胆嚢部痛にて点滴治療 (大学病院) (5月) 最終生理(閉経?)	A.W. → 生理不順・月経過多 (50歳・産婦人科受診 くり返し)	小児喘息(小児期～最近増悪) I 便秘(以前からH13.12↑) II 易左骨盤痛(16年前～) III A.W. → 喘息発作 IV 両頸部から肩の張った感じ(2週間～) V 耳介後部痛(歯科治療の途中から)	<50歳～> 生理状況、頭痛、いら立ち xxxxx
H14.7.25初診 (研修医K医療面接)				
ホジキン病死去 胆嚢癌死去	(初診時) 一般身体検査上異常所見なく、生理の1週間前から便秘など種々の症状増悪を認めるため、セナを中止し、初期処方として「桃核承氣湯」(2.5g包)朝1包、眠前2包投与。1週後、快便とともに諸症状の改善を認め2ヵ月経過観察後、近医へ紹介依頼し終結。			

n.p. : no problem A.W. : associated with

山岡 時間も必要ですが、タイミングがより重要なのかもしれません。タイミングを逸すると、患者さんがよくなるチャンスを逃してしまいます。これは西洋医学でも同じだと思います。

二刀流の魅力： それは患者さんのために

三谷 愛媛県立中央病院の総合診療部では、西洋医学と東洋医学の両方を駆使して診療されており、そのメリットは大きいと思いますが、いかがでしょうか。

山岡 西洋医学と東洋医学の両方を使えるということは、宮本武蔵ではないですが、二刀流の世界です。西洋医学だけの診療では、用いる刀はたとえ大きて鋭くとも一刀流です。しかし総合診療部には、小さな刀かもしれませんのが東洋医学というもう1本の刀があります。鋭く大きな刀は力強く魅力度ですが、りんごの皮を剥くのには極めて不便で、小さな刀の方がはるかに便利です。私は、東洋医学はりんごの皮を剥くための小さな刀のようなものと考えています。われわれが日常臨床で遭遇する多くの症例にはこのような小さな刀が重宝するケースが多いのではないかでしょうか。

三谷 たしかに漢方薬は小さな刀かも知れませんが、日常診療には必要な道具です。

山岡 たとえば降圧薬の進歩は著しく、服用することで血圧は見事に下がります。正確な数値は記憶していませんが、あるアンケートで降圧薬を処方した医師の満足度は100%に近いのですが、患者



さんの家族ではその満足度はかなり低くなり、さらに患者さん本人の満足度は大幅に低下するという結果が報告されていました。患者さんが一番望んでいるQOLや満足度は、いまの西洋薬による治療だけでは、言い換れば大きな刀だけでは十分とは言い難いといわざるを得ません。漢方薬では、劇的な効果が得られなくても患者さんは満足されるケースが多いです。

三谷 その通りですね。たとえば、秀吉の朝鮮遠征の時、加藤清正軍の兵士の不安や恐怖を目標に使われたという香蘇散は本当にそこまで効くのだろうかと思うこともありました。実際、患者さんにフィットするとすばらしい効果を発揮し、満足度を著しく高めることをよく経験しますね。

駆瘀血剤である桂枝茯苓丸にしても、糖尿病や高血圧の遺伝的素因を有する方に処方すると、駆瘀血作用（血液の粘度を低下させる作用）で発症を遅らせることや、すでに発症している方ではその進展

や増悪が抑えられることが明らかにされつつあります。このように漢方薬には、患者さんの満足度を高める複合的な働きが期待されます。

山岡 私たちの病院の総合診療部は、必ずしも十分に機能しているとは言えませんが、西洋医学と東洋医学という二刀流の医療で、患者さんの満足度を高めることを最優先に考えています。

東洋医学は イーストアジアの 貴重な文化

三谷 最後に、東洋医学のこれから課題についておうかがいします。東洋医学を患者さんのために役立たせ、当たり前のように使用できることを目指すためにはどのようなことを考える必要があるでしょうか。

山岡 大大切なことは、東洋医学が患者さんの満足度を高めるために必要不可欠なツールであるということをしっかりと認識することではないでしょうか。そのことを最近、アメリカに出かけ、マーガレットロック*さんという方に再会して再認識しました。

三谷 マーガレットロックさんという方は、1980年代に来日され、当時の更年期女性にインタビューやアンケートを繰り返し、日本における更年期女性の問題点を明らかにした方ですね。

山岡 そうです。マーガレットロックさんは日本だけではなく、世界的にも文化人類学に造詣が深く、アメリカ・カナダの文化人類学学会の会長にも就任されました。今回、彼女に再会する機会が

あり、いろいろお話をしたのですが、改めて東洋医学を一つの文化として、韓国や中国などを含めたアジアの医学として、世界共通の財産であるという認識が必要だということを再認識しました。そのような認識があれば、東洋医学は西洋医学と両立する有効な刀であるということがわかります。つまり、東洋医学を一つの文化として大事に育てる事が重要で、そのことがひいては世界中の患者さんに役立つのではないでしょうか。われわれ日本人がそのような発想を持たないと、いつか外国から黒船がやってきて、逆に彼らから東洋医学を学ばねばならない時代が来るとも限りません。

三谷 たしかにその心配がありますね。

山岡 東洋医学と一口に言っても、日本漢方とか中医学とか、いろいろありますが、そのような狭い考え方ではなく、文化として伝承してきた東洋医学を、イーストアジアのメディシンとして育っていくという広い認識が必要です。そのことが、東洋医学を世界に発信することにつながるのではないかでしょうか。

三谷 本日は、山岡先生ご自身の文化人類学との出会いから、愛媛県立中央病院における診療の実際、さらには今後の東洋医学のあり方まで、広範なお話を伺いました。ありがとうございました。

* マーガレットロック (Margaret Lock)
英国ケント州生まれ。カナダ在住。
マツギル大学医療社会学部・文化人類学部教授。カナダ・ロイヤル・ソサエティ会員。日本と北米を主なフィールドとしてきわめて質の高い医療人類学的研究を長年精力的に続けています。その功績によって2005年には、カナダ最高の学術賞であるキラム賞を受賞。

大柴胡湯 (傷寒論、金匱要略)

組成 柴胡 6.0、半夏 3.0～4.0、生姜 4.0～5.0、黃芩 3.0、芍薬 3.0、大棗 3.0、枳実 2.0、大黃 1.0～2.0

主治 热結心下

効能 和解少陽、泄瀉熱結

プロフィール

大柴胡湯は、『傷寒論』(太陽病中篇)に記載されている少陽病の代表方剤の一つである(これは大黃を含まない)。また、『金匱要略』(腹滿寒疝宿食病篇)にも登場し、腹満の実証に用いるように指示がある(こちらは大黃二両が入る)。この処方は、江戸時代中期より、傷寒の場合のみならず多くの病態に対する経験が積み重ねられ、現在ではさまざまな疾患に用いられるようになっている。昭和期を代表する漢方医・大塚敬節が最も多用した処方であったが、彼の記載にもあるように、時代によってその適応の度合いが異なっている。現代の生活習慣のもとでは、以前より使用頻度が高い。

方解

主薬は柴胡で、少陽半表半裏の邪熱を外に透解すると同時に少陽の部位の氣機をめぐらせ、黃芩は少陽の鬱熱および心下の熱を清す。半夏・生姜は降逆止嘔し、芍薬・枳実は理氣して結を開く。また、黃芩・生姜・半夏は辛開苦降の効により共同して心下の気結を開き、芍薬・大棗は酸甘化陰して熱結による傷津を防ぐ。本方証では、邪熱が少陽の部位のうち陽明に近い部位にあり、大柴胡湯は陽明の部位である大腸を経由して邪を排出する。大黃は、この効果を更に増強させる必要のある場合に加味される。

本方証は、基本的に少陽と陽明の合病であるので、小柴胡湯(去人参・甘草)と小承気湯を合方したものと見ることもできる。

一方、疏肝解鬱剤としての本方を別の角度から見てみると、やはり柴胡が主薬で疏肝解鬱し、黃芩は胆熱を清し、結果として肝胆の火を清し氣機をめぐらせると考えられる。大黃は上部の邪熱を瀉下によって泄する。

四診上の特徴

急性熱病では邪正相争の表現としての往来寒熱が存在し、雑病では内熱による症候が見られる。

大柴胡湯の適応となる急性熱病は、少陽と陽明の合病であり、往来寒熱・心下の痞え、恶心嘔吐・いらいら・口苦などの少陽の症候に、腹満・便秘(あるいは熱による下痢)などの陽明の症候を伴う。

一方、雑病ではさまざまな内熱の症候を伴う。肝鬱化火では、いらいら、興奮を主とする精神神経症状が、肝火上炎で

は頭痛、耳鳴、眼球や眼瞼結膜の充血、眼痛などの上熱症状が見られる。

便通に関しては、通常便秘傾向のものに用いるが、本処方の構成は大黃がなくとも通便に働くため、必ずしも大黃を要しない場合がある。なお、裏急後重を伴う下痢(いわゆる熱痢)の場合にも本方の適応がある。

舌診：理論的には、少陽の鬱熱の表現として、舌質は紅で舌苔は黃を呈する。

脈診：理論的には弦脈を呈する。臨牀上は必ずしも一定しない。矢数は「沈実で遅い」と述べている。

腹診：強い胸脇苦満が認められる。矢数は「心窩部に厚みがあって堅く緊張し、季肋下部を圧迫するも凹まないほどのものが常である」と述べている¹⁾。多くの疾患で、この腹証が決め手になることが多い。

本方は、肥満、糖尿病、高脂血症などのいわゆる生活習慣病に用いられるが、この場合の体格は肥満気味で胸脇苦満も強いものが多い。

大柴胡湯の四診上の目標を記載したものは多々あるが、中田は下記のようにまとめている²⁾。

①実証で症状が激しい。②体格は肥満あるいは闘士型で体格に優れ、筋骨は充実して逞しく、筋肉は緊張している。③脈は沈で有力。④腹壁は厚くて有力、季肋部から心下部が特に厚くて堅い。⑤胸脇部から心下部が膨満充実した苦悶感を訴える。帶やベルトをするのが苦痛。⑥便秘傾向にある。下痢の場合もあるがその場合も排便後すっきりとした壯快感がある。

実際の臨床でも、腹力の有無を使用の際に考慮することが多い。しかし胆石の発作時などは、日頃大柴胡湯の適応とは思えない患者でも使用して効果を見ることがある。

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。大塚は、『臨床応用傷寒論解説』の中に「大柴胡湯は、私の最も多く用いる薬方で、胆石、肝炎、高血圧症、常習便秘、肥胖症、その他の病気に広く用いる」と記載している³⁾。現在では、傷寒に使用されることはほとんどないが、メタボリックシンドロームなど、新たな適応が開発され、多用されている。

■急性熱病の少陽病期、もしくは少陽と陽明の合病

本方は、『傷寒論』では、傷寒に罹患して十余日経過したときに用いることになっている(『傷寒論』の条文では、誤下と

いう投薬上の問題があつたことになつてゐる)。現在ではこのような病態には西洋医学的治療が優先され、本方によつて治療することはほとんど行われていない。

■ 気管支炎・気管支喘息

山田業広は73歳のときに気管支炎に罹患し、ついで喘息様症状を来たしたときに、腹証に基づいて本方を用い、軽快せしめた。これ以降、気管支喘息に本方を用いることが行われるようになった。半夏厚朴湯を合方したり、麻杏甘石湯を合方したりして用いられることのほうが多い。

■ 慢性肝炎・急性肝炎

慢性肝炎に対する症例報告がある。胸脇苦満は、胸脇部に邪が充满していると考えられ、肝炎の場合にも重要な指標となる。腹証は重要な所見である。黄疸が見られる場合に、茵陳蒿湯を併用することもある。

■ 脂肪肝

近年、脂肪肝に対する研究がいくつか報告されている。松本らは、人間ドックにおいて超音波と腹部CTにて脂肪肝と診断した症例に大柴胡湯エキスを8週以上(40週まで)投与したところ、トランスマニナーゼの改善度の改善以上は50%、肝腎コントラスト改善度の改善率は62.5%で、これらを総括した脂肪肝改善度の改善以上は37.5%であり、大柴胡湯の有用率は43.8%であったという⁴⁾。

■ 胆管結石・胆囊炎

胆囊や胆管の疾患に対する外科的治療法が現在ほど進歩していなかつた頃、本方は胆石症に多用された。胆石の治療に関しては、これまでに数多くの報告がある。藤田は、11例の胆石発作に大柴胡湯を投与したところ、小さな石の2例において排石を認め、疼痛発作は30分から数日以内に消失、軽減したと述べている⁵⁾。坂口らは、発作時において、日頃は大柴胡湯の適応と思えないような虚証の患者にも適応することを報告している⁶⁾。正田らは、コレステロール胆石に対する大柴胡湯の有用性について集積研究を行い、特に高TG血症を伴う症例に対して有用であると述べている⁷⁾。また、大柴胡湯と胆石溶解剤との併用は、より強力なコレステロール胆石溶解作用を有するとの報告もある。

■ 慢性胃炎・過敏性腸症候群

肝氣横逆して発症する消化器症状に用いられる。ストレスから生じる慢性胃炎や食欲不振のような上腹部症状のみならず、炎症性腸疾患による下痢、気滞に伴う便秘まで広く応用することが出来る。

■ 高血圧症

大柴胡湯に有意な降圧効果があるという報告はないが、軽症高血圧の場合は大柴胡湯のみで良好な経過をとるものもある。また、降圧剤である程度コントロールがついた状態でも、

肩こりや頭痛が残るときや降圧効果が不安定な場合に、大柴胡湯を併用すると症状の緩和や血圧の安定化が得られる場合がある。一例報告は多く見られる。

■ 高脂血症

近年になって、本方を高脂血症に用いる試みがいくつかなされるようになり、臨床のみならず基礎実験においてもさまざまなデータが蓄積されつつある。臨床研究では、プロブコールやベザフィブレートなどとの比較試験や、リポタンパクに対する影響を調べたものがあり、いずれもある程度の成績をおさめている。山崎は、正常総コレステロール値でHDLコレステロール血症の5例に大柴胡湯を用いたところ、HDLコレステロール値が改善したことを報告している⁸⁾。また、高島らは、プロブコールと大柴胡湯エキスとの併用は、前者のHDLコレステロール低下作用を防ぎ、更にIIa、IIb、IV型においてTG低下作用を増強すると述べている⁹⁾。

■ 糖尿病

糖尿病の場合、大柴胡湯自身には血糖降下作用を期待することは出来ないが、体重減量を目的として用いることがある。ストレスで過食に陥りやすいタイプの者に、大柴胡湯を用いると精神的安定をもたらし、適切な飲食で減量が得られることがある。大柴胡湯は高血糖により生じる血管平滑筋細胞の増殖やIL-6産生増加の抑制により、糖尿病に伴う動脈硬化に対して抑制的に働くと考えられている¹⁰⁾。

■ 精神・神経疾患

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。『傷寒論』の条文にある「鬱鬱微煩」を参考にし、諸種の精神神経疾患に用いる。統合失調症、うつ病、不眠症・不穏状態などさまざまな病態に用いられる。珍しいものに、飯田らの自閉症に対する研究がある。睡眠障害・奇声・叫び声・カンシャク発作・過緊張・コミュニケーションなどにおいて改善が認められたと報告している¹¹⁾。

■ その他

皮膚疾患にも時に有効である。蕁麻疹のような日常的な疾患のみならず、尋常性乾癬、掌蹠膿疱症、禿頭など、難治性的ものに大柴胡湯単独で、もしくは黃連解毒湯などと併用して長期に使用することで、軽快を得ることがある。

眼科疾患では結膜炎や虹彩炎など、耳鼻科疾患では耳鳴り、難聴等に用いられる。池田らは、耳鳴りに対し大柴胡湯を投与したところ、22例30耳中、著効5耳、有効2耳、やや有効8耳、無効15耳であり、同時に15例の高脂血症有病者で、10名のデータの推移が治療効果と相關したと述べている¹²⁾。矢数は、胆石の治療で用いた大柴胡湯で翼状片も治癒した症例を報告している¹³⁾。

肩こりや神経痛などの症状に用いて有効なことがある。

<引用文献>

- 1) 矢数道明 臨床応用漢方処方解説 p400, 創元社 1989.
- 2) 中田敬吾 大柴胡湯 漢方研究 31: 10, 1998.
- 3) 大塚敬節 臨床応用傷寒論解説 p270, 創元社 1992.
- 4) 松本泰二ほか 臨床と研究 69: 3367, 1992.
- 5) 藤田きみゑ 日東医誌 45: 411, 1994.
- 6) 坂口 弘ほか 漢方の臨床 40: 1602, 1994.
- 7) 正田純一ほか 肝胆脾 44: 359, 2002.
- 8) 山崎好英 漢方診療 8(4): 26, 1989.
- 9) 高島敏伸ほか 動脈硬化 21: 47, 1993.
- 10) 三木俊治ほか 和漢医薬学雑誌 12: 284, 1995.
- 11) 飯田 誠 日本東洋心身医学研究 11: 79, 1996.
- 12) 池田勝久ほか 耳鼻と臨床 34: 535, 1988.
- 13) 矢数道明 溫知堂経験録 漢方の臨床 11: 564, 1964.

新潟薬科大学 学長／千葉大学 名誉教授

山崎 幹夫

Mikio Yamazaki



柿蒂 秋の味覚の蒂は漢薬

大 学院に進学したばかりのある日、研究室に行くと何かが一杯に詰まった麻袋が床に無造作におかれてあった。どこからか届けられた研究材料の生薬だろうとは思ったが、いつものような「薬臭さ」がない。しばらくして現れた先輩に聞くと、笑いながら「開けてみろよ」と言う。

中 身は柿の蒂であった。知り合いの農家で干柿を作るときに、沢山の蒂が捨てられるのを見て、「もったいないから送って貰った」と先輩はこと

もなげに言った。柿の蒂がなぜ「しゃっくり」を止めるのか、これから有効成分を調べたい。については蒂に残って邪魔になる柿の実の部分をできるだけ取り除くようにという“命令”であった。しかし、これだけの量の蒂を処理するのは大変な作業になる。しばらく戸惑っていると、「食えばいいんだろう」と言った先輩はいきなり蒂の周りに乾いてこびりついている柿の実の名残をかじり始めた。真似をしてかじると、甘い。いくつかの蒂についていた実を噛んでいくうちに、口の中は立派な干し柿の味で一杯になる。

当時はまだ碌な和菓子やケーキなどもなく、貧乏学生には金もない。たちまち噂を聞き伝えられた「甘味」に飢えたクラスメートの数が増えて、研究室は時ならぬ“柿の蒂かじりパーティー”的場となつた。

このパーティーの顛末がどうなったかについての記憶が、いまの私には残っていない。また、柿の蒂の「しゃっくり止め有効成分の研究」の結果がどうなったかの記憶もないのは、この研究が研究室としてのテーマとして取り上げられなかつたのか、あるいは先輩が早々とあきらめて研究を中断したのか、いまとなってはわからないが、私の舌は、あの柿の蒂にこびりついた「干し柿の味」だけは忘れない。

あとで学んだところでは、柿の蒂は「柿蒂」という立派な漢薬であつて、1日に5～10グラムの柿蒂に生姜4グラム、丁子1グラムを加え、煎じて飲めば「しゃっくり」や「げっぷ」が止まると書いた本があることを知つた。一握り(10個ほど)の蒂を1合(180ミリリットル)の水で煮出し、煮詰めて飲む、場合によっては冰砂糖を加えて飲むと良いという伝承もあるようだ。

柿蒂湯の味は収斂性が強く、苦味がある。タンニン、オレアノール酸、ウルソール酸、ベツリン酸、トリテルペノイド、糖質等の含有が知られている。わが先輩の努力?にもかかわらず有効成分はまだ確かめられていないように思われる。

柿は中国原産のカキノキ科の落葉果樹で、日本にはすでに奈良時代に渡來したとされる。樹丈はかなり高くなり、柿の木の枝は折れやすいので、木に登って実を採ろうとすると危険だ。いたずら盛りのころ、庭の柿の木に登る度に祖父に叱られたのを思い出す。祖父は先端を二股にした竹竿を巧みに操り、たわわに柿の実った枝を折り取ってくれたものであった。あとで聞くと、「柿の木から落ちると早く死ぬ」という言い伝えがあったそうなので、祖父はむしろそちらの伝承を気にしていたのかもしれない。柿の実はもちろん秋の味覚で、好んで生食されるが、酒好きであった私の父は、せっかくの酔いが醒める

からといって柿を好まなかつた。

皮をむき、紐に連ねて暖簾のように軒先に下げた農村の風景は懐かしいが、陽に当て、夜露に当てて干しあげた「干柿」は酒毒を消し、二日酔いを治めるとされ、薬理学的にも、干柿が飲酒時の血液中アルコールの分解を促進したというデータがあるそうだから、わが父の「酔いが醒める」という主張は本当だったのかもしれない。

干柿には止血の効果があるともいわれ、吐血には黒焼を、下血には干柿1個に乾燥した蓬の葉4グラムを加えて煎じた液を飲む。また怪我の出血には干柿を酢に浸してこね、傷口、腫れた場所に塗ると良いという伝承もあるらしい。

干柿には鎮咳、止渴の効も知られていて、以前、『忍者の薬』というやや怪しげな書物を読んでいたら、敵の城中などに長く忍ぶ時の忍者の常備薬に梅干、鰹節と並んで干柿があつた。しかし、こちらの方の効能については、忍者に聞いてみない限り確かめようがない。

突き碎いた未熟の渋柿の実に水を加え、樽などに詰めて冷暗所に放置すると発酵し、滓が分離してくる。ろ過して滓を除いた膠状の液が「柿渋」である。ペクチン、タンニン質を豊富に含み、防腐力があつて塗料、染料に利用される。柿渋を塗布し、乾かした紙は強度も増し、防水力もあって、昔は合羽、雨傘(唐傘)などに利用された。薬用としては凍傷や火傷の時、あるいはハチなどによる虫刺され時に塗布剤として使われる。渋柿を生のまま碎いて得られる汁を水で薄め、うがいをすると歯痛に良いという伝承もある。

柿の葉も薬用に利用される。「柿葉」にはタンニンや、アストラガリン、ミリシトリンなどのフラボノイド類が含まれるほか、ビタミンCの含有量が豊富であり、乾燥した葉は茶剤として利用され、高血圧気味の人には良いとされている。秋の味覚も、改めて薬として調べてみると、いろいろなことがわかつて面白い。



痰飲の病態と治療に関する基礎知識

大阪大谷大学薬学部 漢方医療薬学 教授 篠 忠人

図 1. 医療用漢方製剤療法

医療用漢方エキス製剤は漢方医療の経験知を現代医療で活用するために許可された製剤
重要な基本的注意：使用にあたっては、患者の証（体質・症状）を考慮して使用すること。

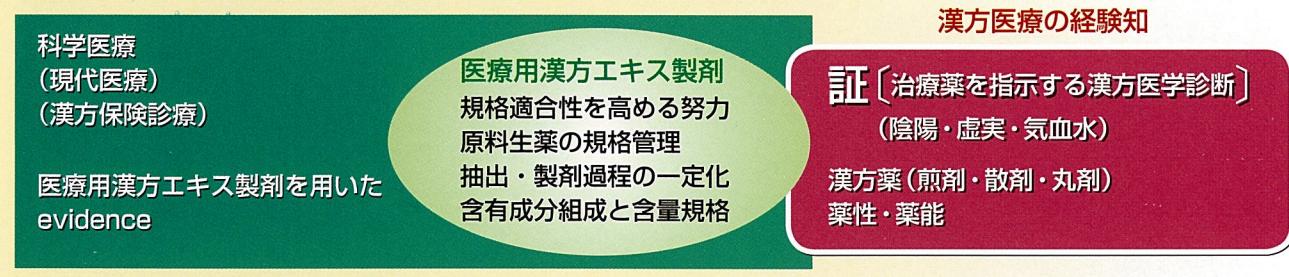


図 2. 病理の実証と虚証（気血水の量と機能の過不足）

病理の実証は病邪の過剰・病理産物の停滞（鬱結）；機能の停滞・過剰亢進

気滞（憂鬱感、情緒不安定、胸が苦しい）	→	理気（四逆散、香蘇散）
血瘀（微小循環不全、打撲、月經不順）	→	活血（桂枝茯苓丸、桃核承氣湯）

水毒

水滯（浮腫、頭痛、めまい感）	→	利水（苓桂朮甘湯、五苓散）
痰飲（胃部停滞感、嘔気、乗り物酔い）	→	化痰（半夏厚朴湯、二陳湯）

◎日本漢方の水毒には水滯と痰飲が含まれる

病理の虚証は正気（気血水）の量と機能の不足

氣虛（脾胃氣虛：胃腸虚弱、疲労倦怠感）	→	補氣（四君子湯、補中益氣湯）
陽虛（気虚症状 + 全身四肢の寒証）	→	補陽（真武湯、桂枝加朮附湯）

血虛（貧血傾向、顔色が悪く艶がない）	→	補血（四物湯、當帰芍藥散）
陰虛（血虛症状 + 口乾、掌足心のほてり）	→	補陰（六味丸、滋陰降火湯）

◎この陰虛は中医学の病理論の陰虛であり日本漢方の陰虚証と異なる

図 3. 水毒（水滯と痰飲）の症状と調整生薬

水滯：生体の生理的な水（津液）の運行異常や偏在した病態

浮腫、尿量減少
頭痛、めまい感
下痢

熱証 → 沢瀉、車前子、木通、薏苡仁
→ 黄芩、茵陳蒿、(大黃)

竜胆瀉肝湯、五淋散
茵陳蒿湯

◎五苓散、猪苓湯
苓桂朮甘湯 防已黃耆湯
當帰芍藥散 真武湯

水様性鼻汁、冷え症

寒証 → 半夏、陳皮、厚朴、(生姜)

平胃散、六君子湯

◎半夏厚朴湯、二陳湯
柴朴湯、清肺湯
小青竜湯、參蘇飲

痰飲：とくに消化器系や呼吸器系の水滯

頭痛、嘔気、乗り物酔い
食欲不振

寒証 → 半夏、陳皮、厚朴、(生姜)

平胃散、六君子湯

咳嗽、喀痰

熱証 → 桔梗根、桑白皮、竹茹、前胡
寒証 → 桔梗、杏仁、(麻黄)

◎半夏厚朴湯、二陳湯
柴朴湯、清肺湯
小青竜湯、參蘇飲

1. 医療用漢方製剤療法(図1)

医療用漢方製剤療法(漢方保険診療)の前提は漢方医療診断(証)を考慮することにある。
重要な基本的注意の「含有生薬の重複に注意する」ためには配剤生薬を知ることも重要。

中医学の証:自覚症状や他覚所見を総合して得る経時的な病態(疾病の病因、病位、病理など)の概要です。証を決定する方法として、八綱弁証(陰陽・表裏・寒熱・虚実)、気血津液弁証、臟腑弁証、病因弁証、六經弁証などがあります。

中医学の弁証論治:証に基づいて適切な治療法(補法や瀉法)を決め、具体的な生薬や処方を選択し投与します。

日本漢方の証

①その時点の症候群を②漢方医療の基本概念で整理し、③病態の特異性を示す症候群を「総合して」得られる④治療の指示となる診断です。

日本漢方の基本概念

傷寒論の経過診断(中医学の六經弁証)と腹証に基づく虚実診断、病理の気血水の病理(中医学の気血津液弁証)を重視しています。

医療用漢方製剤は漢方煎剤・丸剤・散剤とは異なる規格で許可されている。

(従来の煎剤・丸剤・散剤の内容を再現する努力はなされていますが、製剤として異なる面もある)
(そのため漢方保険診療の evidence は医療用漢方製剤を用いた臨床評価が根拠となる)

2. 病理の実証と虚証(図2)

中医学の(病理の)実証:邪氣(病邪や病理産物)が多い(停滞した)状態を実証とみなします。実証を定義する「主語」は邪氣です。

視其虛実、調其逆從、可使必已矣:正気の不足(虚)と病邪の過剰(実)を診て、その過不足を調整すれば治癒する、というのが『黄帝内經』の理論です。

有餘者瀉之、不足者補之:有餘(過剰:実)は少なくし(or 移動し:瀉)、不足(虚)は補う(補)のが『黄帝内經』の原則です。

消法:停滞した過剰な病理産物を除く治療法です(広義の瀉法に属します)。

水滯 ← 利水渗湿、痰飲 ← 化痰

日本漢方の(体力の)虚実証

体力が虚衰し闘病反応の乏しい状態を虚証、充実し闘病反応が顕著な状態を実証とみなします。虚実を判断する「主語」は体力です。

日本漢方の(体力の)実証

体力を主語にする点は中医学と異なりますが、『黄帝内經』にも「必先度其形之肥瘦、以調其氣之虛實」のように肥満と痩せが気の虚実と関連する記載があります。実証を瀉法する点は同様です。

日本漢方の水毒

日本漢方の水毒は水滯と痰飲を含みます。これらを病理の実証と表現しませんが利水という「消法」を用いることは中医学と同様です(「水をさばく」と表現されます)。

中医学の実証は病邪の過剰なので水(津液)の停滞である水滯と痰飲は病理の実証に相当する。
日本漢方の実証は体力が充実し闘病反応の顕著な病態であり、水毒を実証と表現しない。

3. 水滯と痰飲の症状と調整生薬(図3)

水滯と利水:腸管や組織間に停滞した病理的な水(浮腫)です。利水は水滯を血中へ吸収し腎臓から排泄する薬能と考えられます。結果的に利尿することになります。

痰飲と化痰:水滯の中でとくに胃と呼吸器系に停滞した水を痰飲と総称します。これを排除する薬能が化痰です。

化痰薬:半夏、陳皮、生姜、茯苓が消化器系に用いる基本的な化痰薬です。

桑白皮、竹茹、前胡;杏仁、紫蘇子、桔梗が主として呼吸器系に用いる化痰薬です。

水毒

浮腫傾向が重要な診断基準です。その他、排尿異常(多尿や尿量減少)、頭痛、めまい感、水瀉性下痢なども水毒症状です。臍上の動悸(腹部大動脈拍動亢進)も水毒と気逆や気滞に関連する所見です。

痰飲

胃部振水音という所見と、胃部膨満感、恶心・嘔吐、乗り物酔い、咳嗽、めまい感などの自覚症状から診断されます。

胃部振水音

胃腔内の空気と胃液の停滞を診る日本漢方独自の腹診所見です。

図4. 水滯・痰飲を誘発する病理の虚証（とくに脾胃気虚と腎虛）

◎水滯・痰飲の生成には水(津液)の運行と排泄に関する「脾胃と肺と腎」の機能が関与。

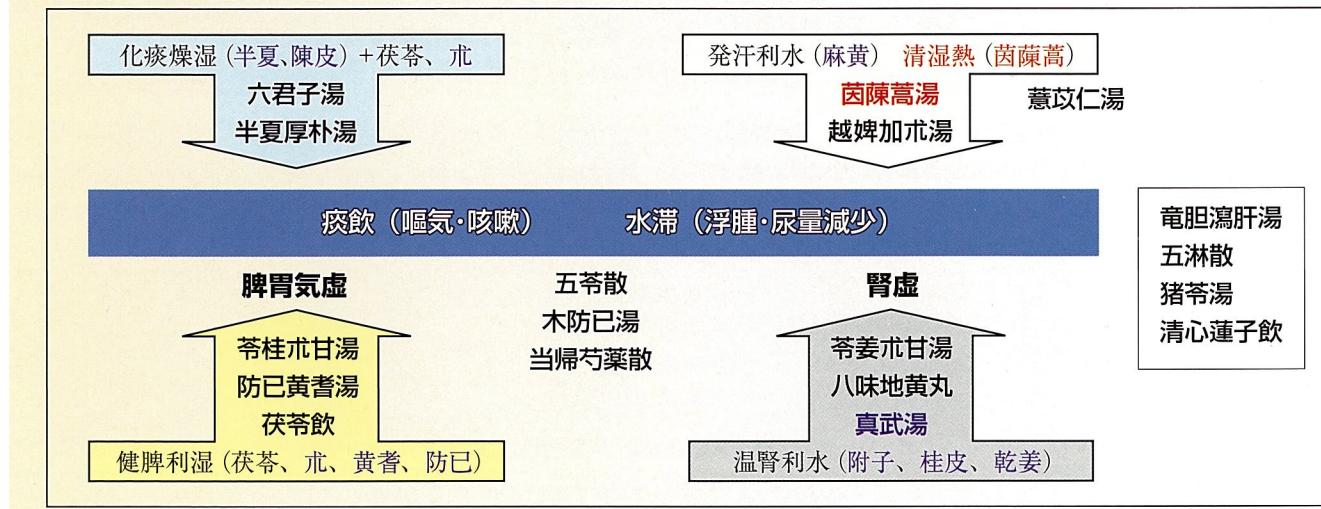


図5. 陳皮(陳橘皮)、生姜、半夏を主とする消化器系に用いる化痰剤

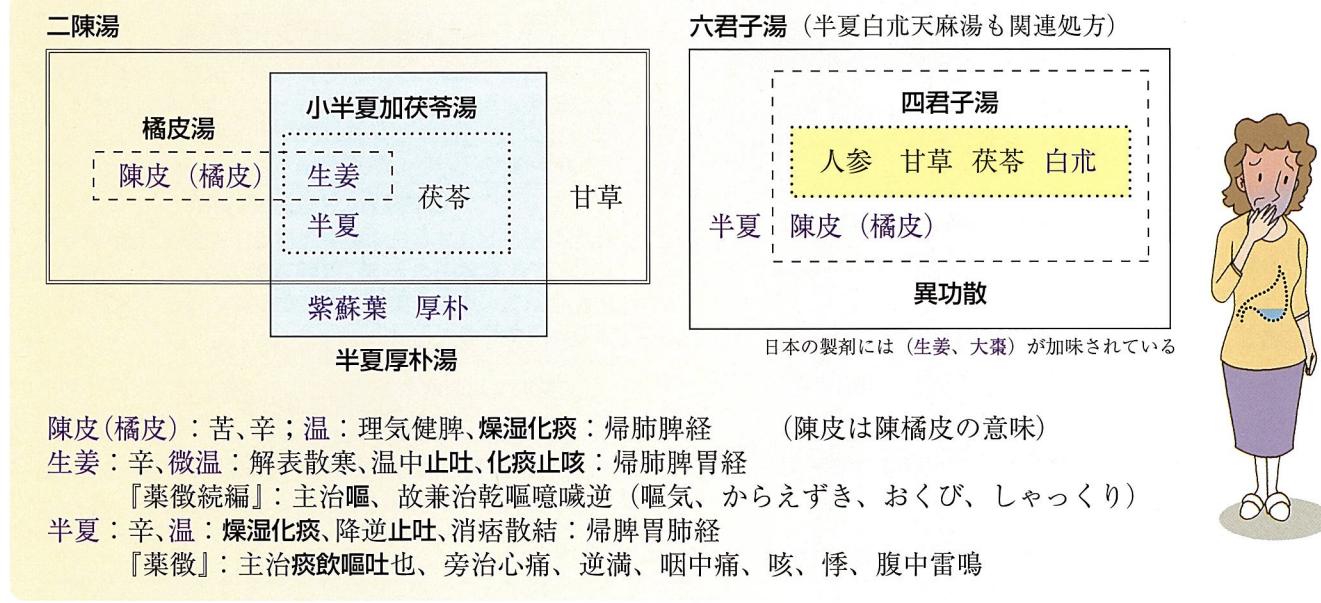
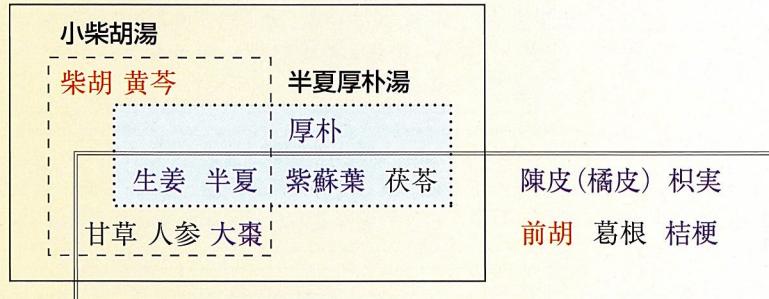


図6. 呼吸器系に用いる化痰剤

柴朴湯 咽喉頭異常感症、気管支喘息の寛解期
(柴陷湯も関連処方)



参蘇飲 胃腸虚弱傾向の人のこじれた時期の感冒、咳嗽

その他の化痰剤

清肺湯 咳痰の多い咳嗽

化 子女文 化管

柴胡、青蒿、前胡
陳皮、半夏、生姜、桔梗

竹節温胆湯 こじれた咳嗽、不眠

化痰 竹筍 陳皮 半夏 生姜 桔梗

麦門冬湯

4. 水滯・痰飲と病理の虚証(図4)

脾胃気虚と水滯: 脾胃気虚の結果として水分代謝が低下し水滯や痰飲(消化器系の水滯)が生じます(病理の虚実夾雜)。

病痰飲者、當以溫藥和之: 痰飲は温薬で脾胃気虚を調整し水分代謝を回復させて利水するのが基本です(健脾利水)。これは桂皮と白朮という温薬の配合された苓桂朮甘湯を用いる『金匱要略』の文章です。

益氣利水: 脾胃気虚を改善する補氣薬と利水薬を組み合わせて治療します(扶正祛邪:補氣という扶正が本治、利水という祛邪が標治)。

温腎利水: 中医学では水分代謝の主要臓器として腎を考えています。疲労感、腰冷痛、排尿異常を伴い下焦の水腫には桂皮と附子という補腎薬を含む八味地黄丸を用います。

5. 消化器系に用いる化痰剤(図5)

化痰燥湿(理氣化湿): 半夏と生姜と陳皮という化痰薬を中心とする処方で治療する方針です。中医学では二陳湯、日本漢方では半夏厚朴湯が基本処方です。

半夏厚朴湯の薬能: 理氣解鬱、和胃降逆、化痰止嘔、利水。嘔気に用いる和胃降逆剤(小半夏加茯苓湯)に理氣薬(紫蘇葉、厚朴)を加味した内容です。

六君子湯の薬能: 補氣健脾、理氣化痰、利水消腫。補氣剤(人參剤)の四君子湯に理氣化痰薬(陳皮・半夏・生姜)を加味した内容になっています。日本では生姜と大棗を配剤した8味の製剤が用いられています。

半夏白朮天麻湯の薬能: 熄風化痰、補氣健脾、利水。天麻が動搖感、めまいに有効だとされています(熄風薬)。

平胃散(蒼朮、厚朴、陳皮): 消化障害を伴う胃部不快感、腹部膨満感、腹鳴、下痢に用いる。
吳茱萸湯(吳茱萸、生姜、大棗、人參): 冷え症の人の嘔気、シャックリ、頭痛に用いる。

6. 呼吸器系に用いる化痰剤(図6)

嘔と発熱に小柴胡湯: 少陽病期の主要症状の嘔気に半夏・生姜を用い、発熱(往来寒熱)に柴胡・黃芩を配したのが小柴胡湯です(不嘔の場合は半夏を除く指示があります)。人參と甘草を含むので補氣の薬能もあります。

柴朴湯の薬能: 和解半表半裏、疏肝解鬱、和胃止嘔、化痰止咳。小柴胡湯と半夏厚朴湯(とくに厚朴)の抗アレルギー炎症作用を期待して気管支喘息の長期管理薬(コントローラー)として活用されています(ステロイド剤の節約効果もみられます)。

神秘湯: 呼吸困難を伴う咳嗽に用いる。小柴胡湯、半夏厚朴湯、麻杏甘石湯の方意を含む。
參蘇飲: 胃腸が弱く嘔気や心窓部膨満感を伴う長引く咳に用いる(抑鬱傾向)。

心下痰飲と苓桂朮甘湯

日本漢方では冷え症・胃腸虛弱傾向の人の(発作性の)のぼせ感、めまい感、立ちくらみ、動悸に苓桂朮甘湯を用います。茯苓、甘草、白朮という補氣薬を含みます。茯苓と桂皮の薬対が基本です。

風湿に防已黃耆湯

防已黃耆湯に配剤された黃耆と白朮は補氣と利水の効能があり、防已(中藥の青風藤)が利水薬です。水太り、関節水腫、変形性膝関節症に用いられます。

臍下不仁と八味地黃丸

日本漢方の腹診では軟弱な下腹部や知覚の鈍さを指標にして八味地黃丸を用います。排尿に関しては乏尿の状態や夜間頻尿の時もあるので「排尿異常」と説明されます。

咽中炙鬱と半夏厚朴湯

日本漢方では咽喉の閉塞感や異物感(咽中炙鬱:ヒステリー球)と嘔気や動悸がある神經症・気鬱傾向の人に半夏厚朴湯を用います。(日本漢方では「気剤」に分類されています)

食後の胃部停滞感と六君子湯

日本漢方では嘔気、食後の停滞感や眠気、疲労倦怠感の改善に六君子湯を用います。(いわゆる「慢性胃炎」やnon-ulcer dyspepsiaや運動不全型dyspepsia)

めまい感と半夏白朮天麻湯

日本漢方では胃腸が虚弱で頭重感、めまい、立ちくらみ、嘔気を伴う場合に半夏白朮天麻湯を用います(起立性調節障害、起立性低血圧)。

柴朴湯

半夏厚朴湯と小柴胡湯との合方です。咽喉頭異常感症、心因性の空咳、心身症傾向のある気管支喘息の寛解期に発作予防薬として用いられます。

長引く咳に清肺湯と竹筍温胆湯

ともに喀痰の絡む咳に用います。清肺湯は気管支炎様症状、竹筍温胆湯は不眠を伴う場合に用います。清肺湯の気道分泌促進作用や喀痰の粘度低下作用が明らかにされています。