

## 目次

### ■ 特別対談

3

#### かぜ症候群に対する漢方治療の考え方

森クリニック 院長 森 由雄  
鹿島労災病院 メンタルヘルス・和漢診療センター長 伊藤 隆

### ■ 処方紹介・臨床のポイント

8

#### 麻黄湯

新宿海上ビル診療所 室賀 一宏  
日本TCM研究所 安井 廣迪

### ■ 私の一処方

10

#### 苓桂朮甘湯によるめまい治療

済生会横浜市南部病院 耳鼻咽喉科 部長 小林 宏成

### ■ くすりの散歩道

12

#### 紫根－紫雲膏の原料、今や絶滅の危機－

新潟薬科大学 学長／千葉大学 名誉教授 山崎 幹夫

### ■ 当院における漢方診療の実際

14

#### 診療の幅を広げる漢方治療

日野市立病院 耳鼻咽喉科 主任医員 五島 史行

### ■ わかった気になる漢方薬学⑩

16

#### 陰虚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 翁 忠人

### ■ 日本東洋医学会学術総会のご案内

20

#### 第58回日本東洋医学会学術総会にむけて

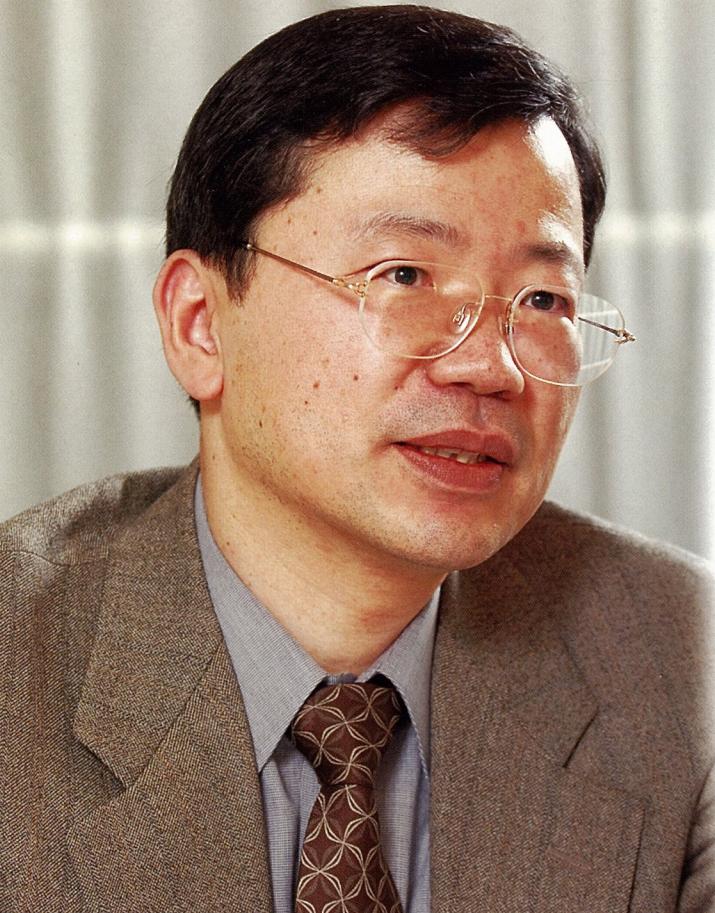
会頭 十河医院 院長 十河 孝博

### ■ まずは使ってみよう漢方薬

22

#### 不眠

島根県斐川中央クリニック 院長 下手 公一



森クリニック 院長  
**森 由雄 先生**



鹿島労災病院  
メンタルヘルス・和漢診療センター長  
**伊藤 隆 先生**

## かぜ症候群に対する漢方治療の考え方

昨年、日本呼吸器学会から「呼吸器疾患治療用医薬品の適正使用を目的としたガイドライン」が公表された。このなかには、「漢方薬治療における医薬品の適正な使用法ガイドライン」についても記載されている。そこで、今回はこのガイドラインを元に、呼吸器疾患のなかでも代表的な「かぜ症候群」の漢方治療について、森クリニック院長の森由雄先生をお迎えし、鹿島労災病院 和漢診療センター長の伊藤隆先生と対談していただいた。

### ガイドラインによる かぜ症候群急性期の 漢方治療の考え方

**伊藤** 「漢方薬治療における医薬品の適正な使用法ガイドライン」には、私も作成委員の一人として携わりました。本日はこのガイドラインを元に、呼吸器疾患のなかでも代表的な「かぜ症候群」の漢方治療について、森先生をお迎えして議論したいと思います。

このガイドラインでは、かぜ症候群に対する漢方薬使用の意義として、「かぜ症候群は、早期に適切な方剤を処方できれば、かなりの即効性を期待で

きる。インフルエンザを除くかぜ症候群、特に普通感冒に対しては、漢方薬は第一選択に選ばるべき治療法と考える。これは漢方のテキストが『傷寒論』という急性感染症に対する治療マニュアルに始まったことと関係している」と冒頭に記載されています。つまり、かぜ症候群に対する漢方薬の有用性が大いに期待できるのではないかということです。

とは言え、「かぜ症候群」の漢方治療は、簡単なようで意外と難しいというのが正直なところではないでしょうか。

**森** 確かに、いろいろな病気のなかでも、かぜの漢方治療は非常に難しいケースがあります。

**伊藤** かぜの治療に対する考え方は、西洋医学と東洋医学では大きく異なります。西洋医学ではまず解



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 和漢診療学講座 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 メンタルヘルス・和漢診療センター長

熱を考えますが、東洋医学では体を温めて発汗させることを考えます。実際に、漢方薬を服用すると体温が1°Cほど上がり、その後、下がって治るという経過を辿る場合が多くあります。

**森** 逆に言うと、熱性けいれんや緊急に解熱を必要とする場合には、漢方薬は適応ではないということですね。

**伊藤** おっしゃる通りだと思います。では、かぜ症候群の急性期にはどのような基準で、どのような漢方薬が用いられるかについて述べたいと思います。ガイドラインにも「かぜ症候群急性期に用いる漢方薬」という一覧を掲げていますが(表)、この考え方には、私が学生時代に受けた藤平 健先生と小倉重成先生の教えが基本になっています。

かぜ症候群の初期には、比較的体力のある人が、発熱、寒気、頭痛、項背部のこわばり等の症状で発症するパターン(陽証)と、高齢者など体力が低下した人が、発熱があるにもかかわらず熱感を伴わず、冷えている状態で発症するパターン(陰証)の大きく

二つに分けられます。さらに、発汗の有無で虚証か実証かを考えます。発汗に関しては、汗がないのは実証、汗があるのは中間証～虚証、陰虚証では再び汗が少なくなります。

具体的に漢方薬を選択していく過程としては、まず寒気の有無を確認します。寒気が強いときは汗をかきにくく、体温はその後、上昇傾向を示します。このような場合には大青竜湯、麻黄湯、葛根湯などの実証の処方を用います。一方、寒気がやや弱く熱感が強い場合には、桂枝二越婢一湯、桂枝麻黄各半湯を用います。さらに、熱感が弱く、くしゃみや鼻水のある場合は小青竜湯を、さらに体力が低下した虚証では桂枝湯を用います。また、高齢者に多くみられるように体温の上昇がみられていても手足を触れると冷たく、顔色が不良の場合は麻黄附子細辛湯や真武湯を選択します(図1)。このような考え方について、森先生はどうにお考えでしょうか。

**森** 私も、小倉重成先生の「漢方問答」をバイブルのようにして『傷寒論』の急性疾患を学びましたので、これらの処方には非常に馴染みがあり、漢方薬選択の考え方もよく理解することができます。事実、私はガイドラインで示されているほとんどの処方を、かぜの漢方診療で汎用しています。

**伊藤** 普通、かぜは汗をかいて治ります。中間証でも汗をかくわけですが、そのような中間証のかぜに用いる桂枝二越婢一湯、桂枝麻黄各半湯、小青竜湯については、いかがお考えでしょうか。

**森** 何もしないで汗をかくわけですから、虚証であることを意味しています。そこが実証の葛根湯などと大きく異なるところです。また、虚実問証の中でも、比較的実証に近いグループとより虚証に近いグループがあります。私は、比較的実証に近いグループには桂枝二越婢一湯、中程度のグループには桂枝

表 かぜ症候群急性期に用いる漢方薬

太陽病期	大青竜湯*	倦怠感が強い	汗なし
	麻黄湯	節々が痛む	
中間	葛根湯	首の後ろがこわばる	汗あり
	桂枝二越婢一湯*	熱感強い、口渴あり	
少陰病期	桂枝麻黄各半湯*	熱感強い、口渴なし	汗少ない
	小青竜湯	くしゃみ、鼻水	
虚	桂枝湯	のぼせ、咳嗽なし	汗少ない
	香蘇散	寒気、胃が重い、うつ状態	
少陰病期	麻黄附子細辛湯	咽痛、寒氣	汗少ない
	真武湯	ふらつき	

(漢方薬治療における医薬品の適正な使用法ガイドラインより)

\*:エキス剤でも代用可能

大青竜湯は麻黄湯十越婢加朮湯、桂枝二越婢一湯は桂枝湯十越婢加朮湯、

桂枝麻黄各半湯は桂枝湯十麻黄湯

注:小柴胡湯、柴胡桂枝湯は亜急性期(罹患3~7日)に用いる。

麻黄各半湯というような感じで使い分けています。

伊藤 ありがとうございます。

ガイドラインでは迷ったときの注意点についても述べています。

1つ目は「最初に用いる方剤は一つか二つにする」。とくに、かぜの場合は原則として一つ、慢性期でもなるべく少なめにというのが基本です。

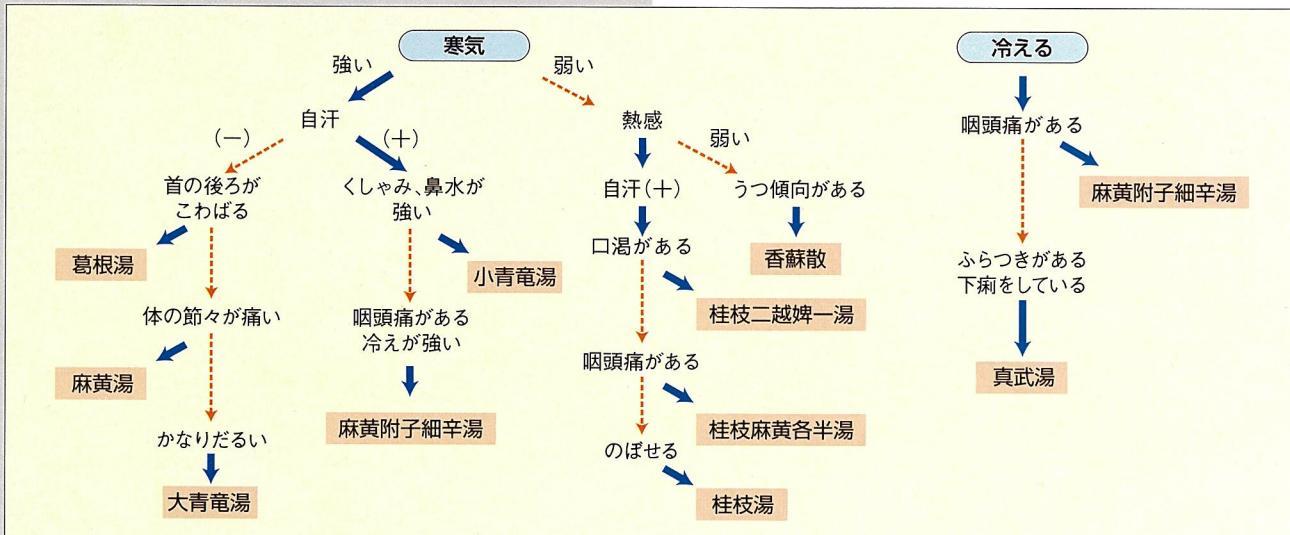
2つ目は「迷ったら弱い方の方剤から用いる」。漢方治療において証を外すことは、漢方専門医でも珍しいことではありません。副作用を最小限に抑え、病態を悪化させないためには、虚実のレベルで少し弱い処方から用いるとよいのです。麻黄の含有量をみると、実証の処方では5～6g以上、中間証の処方では3g程度であり、虚証の処方ではほとんど含まれていません。つまり、虚実をみるということは、同時に麻黄の副作用を防止することにもなるのです。

3つ目は「試服のすすめ」です。診断に自信がない場合は、エキス剤をお湯に溶かして服用していただき、30分程度してから再び診察するようなことも必要です。処方した漢方薬が証に合っていれば、必ず何らかの改善が見られます。森先生は、このような試服をされることありますか。

森 初めて漢方薬を処方する患者さんで、とくに実証の薬を処方した時などは、服用約1時間後あたりを目処に患者さんに電話をかけてみることもあります。とくに、妊娠婦さんには注意を払っています。

伊藤 かぜの治療に用いる実証の処方にはかならず麻黄が含まれています。そこで、麻黄についても少し補足しておきたいと思います。麻黄は『傷寒論』の六病位で言うと、太陽病、少陽病、少陰病に使われます。主として病気が表にあるときに使う生薬で、桂枝とともに解表剤とも呼ばれ、発汗作用があり

図1 かぜ症候群急性期の漢方薬選択の考え方



(漢方薬治療における医薬品の適正な使用法ガイドラインより一部改変)



1981年 横浜市立大学医学部卒業

1983年 横浜市立大学医学部内科学第2講座入局

1988年 横浜市立大学医学部病理学第2講座研究生

1991年 森クリニック開設

2000年 東京大学大学院医学系研究科 生体防御機能学講座診療医  
(2003年まで)

2003年 横浜市立大学附属市民総合医療センター

総合内科漢方外来担当医師(2006年まで)

ます。主な作用はNSAIDsのような解熱消炎作用、そして鎮咳作用や抗アレルギー作用です。麻黄単剤でこれらの作用が期待できます。

しかし、麻黄に副作用が多いことも事実です。交感神経を刺激するため、高齢者では、動悸、食欲低下、尿閉などをきたすことがあります。したがって、麻黄が配合されている処方を用いる場合は、虚実の判断をきちんと行うことが重要だと思います。この麻黄をうまく使用することが、かぜの急性期治療の一つのコツでもあると言えます。

それでは、実際の症例を提示していただきましょう。

## 28歳、男性 主訴：発熱と悪寒(葛根湯の症例)

森 28歳の男性で、主訴は発熱と悪寒です。現病歴として朝から38.2℃の発熱があり、咽頭痛、鼻水、悪寒を伴って、その日の午後3時ごろに当院を受診しました。脈は浮で力があり、腹診で臍直上約2cmのところにしこりと圧痛（大塚の臍痛点）を認めたことから、迷うことなく葛根湯エキス剤を処方し、午後4時と8時に服用するよう指導しました。

その結果、夜中に発汗して一度着替え、翌朝はさわやかな気分で目が覚めたということです。体温も36.8℃と平熱に戻り、治癒しました。翌日、念のため来院していただき診察ましたが、浮の脈が消え、大塚の臍痛点も消失していました。大塚の臍痛点を始め、このような所見の場合、葛根湯が極めて効果的であることを教えられた症例です。

伊藤 葛根湯の指標となる圧痛点は、どの程度の頻度で経験されますか。

森 実際にはそれほど多くありません。遭遇すると、「あ、しめしめ」という感じです。

伊藤 葛根湯を処方される場合、服用方法について何か指導されていますか。

森 必ず30～40cc程度のお湯に溶かして服用するように指導しています。

伊藤 服用量については、どのようにお考えでしょうか。

森 勿論、定められた用法・用量のとおりに服用していただくことが原則ですが、かぜの急性期では、より確実な効果を得るためにも、葛根湯などの実証の処方は汗をかくまで少し多めに服用していただくことも必要であると思います。

伊藤 太陽病期は基本的には発汗させて治すわけですね。さて、葛根湯の証は、実証で汗がない場合と考えられていますが、実際はもっと広い範囲に使っても効果的という印象があります。いかがでしょうか。

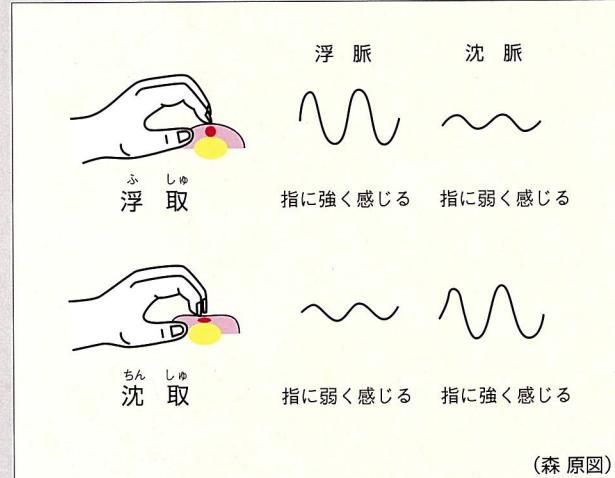
森 汗がないのが原則ですが、汗がある場合でも、

どのような汗かが重要です。何もしていないのに出る汗と、薬によって出る汗は区別すべきです。たとえば、薬の副作用によって発汗している場合は、葛根湯の証であることもあります。とくにNSAIDs等の服用によって強制的に出ているような汗の場合は、証をよく考える必要があるということではないでしょうか。

伊藤 これは非常に重要なポイントですね。たとえ発汗していても、一時的な汗の場合は「病態をよくする汗ではない」ことを見分ける必要があるということですね。

森 それから、脈が浮か沈かということも非常に重要ですね。傷寒論に「太陽の病たる、脈浮、頭項強痛して悪寒す」という記載があります。この浮脈といふのは、橈骨動脈に軽く触れたときによく触れ、逆に強く力を入れて按じたときには触れにくい脈のこと（図2）、かぜなどの急性熱病の初期によくみられる脈です。

図2 脈のとり方



(森原図)

伊藤 かぜの初期は太陽病期であり、表に邪があり脈が浮いているため、軽く触れただけでもすぐに指に感じますが、病気が進行すると、橈骨動脈を強く按じて橈骨にまで到達するようにしたとき、指に強く感じるような沈脈になるということですね。この違いを理解することは大事ですね。

森 脈が浮か沈か、これを見分けることができるようになるだけで、かぜの漢方治療の精度は飛躍的に向上すると思います。

## 74歳、女性 感冒(麻黄湯の症例)

森 74歳、女性、感冒の症例を紹介します。38℃の発熱、咳嗽と咽頭痛が出現し、節々の痛みを訴えました。発汗はありません。脈は浮・緊でした。

麻黄湯エキス剤を処方したところ、その夜に発汗して解熱しました。翌日には咽頭痛は改善しましたが、咳嗽が残っているとのことで、麻杏甘石湯と小柴胡湯のエキス剤を2日分処方して、ほぼ完治した症例です。

**伊藤** 緊脈というのは具体的にどんな脈ですか。

**森** 緊張した綱を押すような硬い脈です。

**伊藤** 実証ですね。節々の痛みは麻黄湯証ですが、葛根湯はどうでしょうか。

**森** 麻黄湯と葛根湯の使い分けは難しいです。脈は浮・緊であったりしますが、何となくあちこちが痛いというのは麻黄湯で、首が凝るというのは葛根湯、というのがポイントではないでしょうか。

**伊藤** 大青竜湯と麻黄湯の違いはどうでしょうか。

**森** 麻黄湯と大青竜湯の違いも難しいですが、麻黄湯証に加え煩躁がある場合に用いられる処方が大青竜湯ですから、苦しいということが強ければ大青竜湯ですね。

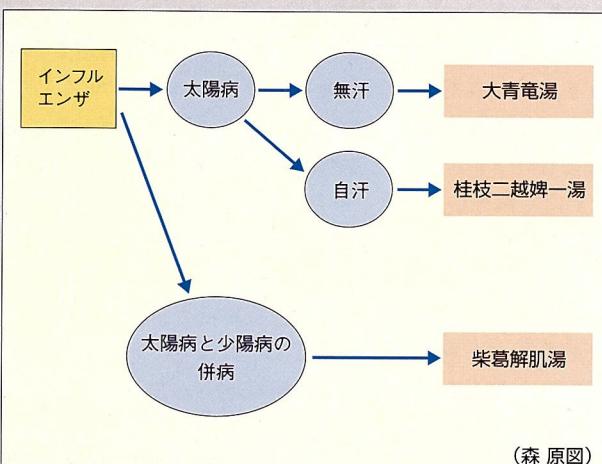
## インフルエンザ患者の漢方治療

**伊藤** 先生は、インフルエンザの患者さんを大青竜湯で治療をされたご経験をお持ちですが、その成績について紹介ください。

**森** 検査キットでインフルエンザと診断された患者さんで、妊娠中や授乳中などのためにタミフルが使用できず漢方薬単独で治療した経験があります。インフルエンザA型が6名、B型が3名、型不明が1名でした。使用した漢方薬は、傷寒論の治療原則に従って使用した結果、大青竜湯が7名、桂枝二越婢一湯が2名、柴葛解肌湯が1名でした(図3)。

受診の時点から36.9℃以下になるまでの時間(発熱持続時間)は平均で29.6時間であり、インフルエンザ治療薬であるタミフルに十分匹敵する結果でし

図3 インフルエンザと漢方薬



た。ただ、発汗を促すためには、麻黄の含有量が多い方が好ましいと考え、全例に煎じ薬を使用し、いずれの症例でも満足できる治療効果を得ることができました(日本東洋医学雑誌 57 Suppl 249, 2006.)。

**伊藤** すばらしい成績ですね。

## 12歳、女児 (麻黄附子細辛湯の症例)

**伊藤** それでは私からも1例症例を紹介します。

アトピー性皮膚炎で、約1年前から桃核承気湯を服用している通院中の12歳の女児です。3日前から母親がかぜをひいており、女児も朝からだるく、寒気がして、胸の中が“イガイガ”する。発汗はないが、腰が少し痛いということで、学校を早退して昼頃に当科を受診しました。身長は150cm、体重50.6kg、体温37.7℃。顔色はやや蒼く、脈は沈渋で緊張は2/5とやや弱い程度でした。

脈は沈で、寒氣があり、体温のわりに顔色が蒼いということで、少陰病と判断しました。咽頭痛はないものの、胸の中の“イガイガ”感、寒氣、汗をかかないということから麻黄附子細辛湯の証を疑いました。

麻黄附子細辛湯エキスを試服させたところ、30分後に咽頭痛が出て「体の外側が熱くなってきた」と訴えました。腰の痛みはその時点では軽くなりましたが、体温は38℃に上昇しました。しかし1時間後には、体の熱感は治まり後頭部が少し痛む程度になって、その時点で帰宅させました。夜には平熱になりそのまま治癒した症例です。

陰証のかぜは、陽証のかぜと違って、発汗しないことがあります。実はこの症例でも発汗はみられませんでした。先生は、陰証のかぜについてどのような処方をされますか。

**森** 陰証のかぜには、私も麻黄附子細辛湯や真武湯を処方します。とくに、高齢者でやせて気力がなく脈も沈んでいる、というような方には麻黄附子細辛湯をよく使用します。

**伊藤** ありがとうございました。『傷寒論』には、かぜをひいたときの養生訓として、生のもの、冷たいもの、辛いもの、酒のもの、酢のものを食べてはいけない。体を温かくして寝なさいと書いてあります。現代社会だけではなく、傷寒論が著された時代でも、養生していない人が多かったようですね。かぜに漢方薬が有用であることは疑う余地がありませんが、やはり基本は養生が大切であるということのようです。本日は貴重なお話をいただき、ありがとうございました。

# 麻 黃 湯

## (傷寒論)

**組成** 麻黄 4.0 ~ 5.0、杏仁 4.0 ~ 5.0、桂枝 3.0 ~ 4.0、甘草 1.5 ~ 2.0

**主治** 風寒表証

**効能** 発汗解表、宣肺平喘

### プロフィール

麻黄湯は『傷寒論』太陽病中篇に初出し、傷寒(風寒邪の侵襲によって発症する急性熱病)の太陽病期に用いる代表的処方である。インフルエンザのような急性熱性疾患の初期に適切に使用すれば速効を示す処方であり、古方の大家、尾台榕堂 13 歳のときの漢方医デビューが本方による傷寒の治療であったことは良く知られている。現在は、傷寒に類する疾患以外にもいくつかの病態に用いられている。

### 方解

本方は、寒邪偏盛の風寒邪が肌表を侵したものに対し、腠理を開いて発汗させ、邪を汗とともに体外に追い出す働きがある。急性熱性疾患で、悪寒、発熱(最初はない場合もある)、脈浮、頭項強痛、無汗、関節痛、喘(ハアハアとあえぐ状態)がみられる状態を治療する。

主役は麻黄で、発汗解表、宣肺平喘の作用を持ち、桂枝の辛温解表作用を得て邪気を汗とともに体外に排除する。杏仁は止咳平喘作用があり、肺氣を下降させ、麻黄の宣肺作用と共同して肺氣の流通をスムーズに行わせる。甘草は諸薬を調和し、麻黄・桂枝の作用をコントロールし、発汗過多による正気の消耗を防ぐ。

### 四診上の特徴

太陽病に対して用いる場合、つまり急性熱性疾患の初期に用いる場合、悪寒、頭痛、関節痛、腰痛などが見られ、脈は浮緊で、無汗である。無汗を確認するには、患者の背中に手を入れてみて、皮膚の状態を確かめると良い。投与前よりすでに発汗が見られる場合は適応とならない。

雑病に用いる場合には、急性期の使用目標はあまり見られないことが多い。

### 使用上の注意

麻黄湯は、麻黄を主薬とする処方であり、麻黄の主成分はエフェドリンである。それゆえ、他の麻黄含有製剤やカ

テコールアミン製剤との併用には注意を要する。エフェドリン由来の副作用として、冠動脈疾患や不整脈、発汗過多や尿閉が見られることがある。そのほかに、胃のもたれ感、心窓部痛などの消化器症状が現れることがある。

また、エフェドリンの吸収は、消化管内の pH が上昇すると亢進することが確かめられており、食後に内服した方が吸収は高く、交感神経刺激による副作用も出やすくなる可能性がある。同じ理由で制酸剤との同時服用は注意を要する<sup>1)</sup>。

### 臨床応用

#### ■ 感冒、インフルエンザ

感冒、インフルエンザなどの急性発熱性疾患の初期に用いる。上述のように、悪寒、発熱、頭痛、関節痛、腰痛、脈は浮緊で、無汗であるのが使用の条件である。このときの麻黄湯の使い方としては、1回内服量を多めにするか内服回数を多くして、少し汗ばむまで服用させることが初期治療において重要である。

麻黄湯を服用して、軽い発汗があれば、処方が有効であったと考える。時に尿量が増加して解熱したり、まれに鼻出血をきたして治癒する場合もある。発汗過多になるとかえって状態を悪化させる可能性がある。解熱後の服用は原則として避ける。

藤平は、自身の感冒に麻黄湯を服用し、その後 2 時間ばかりの間に起こった身体の変化を詳細に記録しており<sup>2)</sup>、この記述は本方を使用する上で大変参考になる。

インフルエンザに対しては、これまで多く使用されている。この疾患は、近年オセルタミビルの出現により、治療方法に劇的な変革がなされた。しかし、迅速診断キットでインフルエンザと診断して麻黄湯を投与して軽快せしめた症例報告もあり、本方のこの疾患への応用は、もっと行われてもよいと考えられる。これに関するいくつかの臨床研究がある。

阿部は、インフルエンザを含む急性上気道炎の際に麻黄湯を含めた漢方薬を用いることにより、抗生素質の併用を要するような悪化した症例は明らかに減少したと述べている<sup>3)</sup>。

窟らは、38℃ 以上の発熱を含むインフルエンザ様症状

を呈した5ヵ月から13歳までの49症例（男：女=24:25）を、オセルタミビル投与群18例、麻黄湯・オセルタミビル併用群14例、麻黄湯投与群17例に分けて効果を検討した結果、3群間における治療開始から解熱までの時間は、オセルタミビル投与群では平均31.9時間、麻黄湯・オセルタミビル併用群では平均21.9時間、麻黄湯単独群では17.7時間であったと報告している<sup>4)</sup>。

黒木は、2003年から2005年までの3シーズンにわたって、インフルエンザに対するオセルタミビルと麻黄湯の併用効果の検討を行い、窪と似た結果を得ている。ただ併用群は、解熱に要する時間ではなく、臨床症状の改善に優れると報告している<sup>5)</sup>。

福富らは、2003年冬～2004年春に、迅速診断キットでインフルエンザと診断した症例24例を2群に分けて上記と同様の治療を行った結果、オセルタミビル・麻黄湯併用群はオセルタミビル単独群に比して、頭痛の持続日数と全身倦怠の持続日数が短い（有意差あり）と報告している<sup>6)</sup>。

木元らは、2004年1月から3月に、迅速診断キットでインフルエンザと診断した症例に対し、オセルタミビル投与下で、麻黄湯併用と通常の西洋薬併用との臨床経過の比較を行い、麻黄湯併用群は西洋薬併用群に比して、約12時間早く解熱し、疲労感、めまいふらつき感、食欲不振が早く改善する傾向があると述べている。また、西洋薬併用群では3例にCRPの上昇が認められたが、麻黄湯併用群にはそれは見られなかったという<sup>7)</sup>。

また、窪らは、発症24時間以内に麻黄湯を内服した場合に、鼻腔ぬぐい液中のインフルエンザウィルス量の減少が認められると報告している<sup>8)</sup>。

## ■ 鼻炎

麻黄湯は鼻汁、鼻閉などの鼻炎の症状を改善する。乳幼児で、鼻閉のため授乳に難渋する場合に、麻黄湯を口腔粘膜などに塗ってミルクなどと一緒に内服させると呼吸が楽になり、授乳量が増加することがある。勿論、感冒で鼻汁が出る場合にも用いられる。

成人の副鼻腔炎にも奏効することがある。市村らは、点鼻薬の連用による肥厚性鼻炎に対して麻黄湯を投与し、8例全例が1ヵ月程度で症状が軽快し、鼻腔容積が増加したという<sup>9)</sup>。また鈴木は、難治性慢性副鼻腔炎に麻黄湯と抗生素質のセフジニルを併用することで、効果のみられた5症例を報告している<sup>10)</sup>。

## ＜引用文献＞

- 1) pHの変化 食事（制酸薬）と麻黄湯 相互作用のメカニズムの分類（5） 薬局別冊 55: 115, 2004.
- 2) 藤平健 出来たての麻黄湯証を観る 漢方の臨床 18: 150, 1971.
- 3) 阿部勝利 小児上気道炎の漢方薬・西洋薬両群における治療成績について 第10回日本小児東洋医学研究会講演録 10: 19, 1993.
- 4) 窪智宏ほか 小児インフルエンザ感染症に対する麻黄湯の効果 第56回日本東洋医学会学術総会抄録集 p204, 2005.
- 5) 黒木春郎 インフルエンザに対する麻黄湯の使用経験 第6回日本小児漢方懇話会 2005.
- 6) 福富悌ほか インフルエンザの症状軽減に有効であった麻黄湯の使用経験 漢方医学 29: 228, 2005.
- 7) 木元博史ほか インフルエンザに対するリン酸オセルタミビルと麻黄湯の併用効果 漢方医学 29: 166, 2005.

## ■ 咳、喘息

喘息や咳嗽の治療に用いられることがある。それほど激しい咳ではなく、特に胸肋部が張って苦しいという場合にも有効である。通常の咳嗽のみならず、小児などで風邪をひいた訳でもないのにぜいぜいと呼吸が苦しそうな喘鳴のような状態にも、効果をみることがある。

大塚は、「感冒の初期などで、表証があつて咳嗽のあるものに用いる。一般に表証に伴う咳は軽く、多くは乾咳で時に喘鳴を伴うことがある。この様な場合には麻黄湯を用いて發汗して表邪を消散せしめると、咳もまた自然に治癒するものである。乳幼児が風邪をひいたり、気管支炎を起こしたりして、咳が出る時には麻黄を主薬とする処方が効くことが多い。ことにその咳がぜいぜいという喘鳴を伴っているような時はまことによく効く。服薬を始めたその夜から咳がやんで喜ばれることが多い。寒気がしたり、熱が出たりするような場合には麻黄湯を用いることが多い。」と述べている<sup>11)</sup>。

## ■ 夜尿症

1950年代に、吉村が報告したことにより、広く行われるようになった用い方である。夜尿症のある児童が感冒に罹患した際に葛根湯を用いて夜尿症が止まったことを契機にし、同じく麻黄を含む麻黄湯でもよく効くことがわかったため、応用されるようになった。5歳以下の奏効率は100%近いと述べている。特に、寝ぼけいくら起こしても起きないような子供に有効であるという<sup>12)</sup>。

## ■ その他

慢性肝炎の治療に使用するインターフェロンの副作用である発熱に対する応用例がある。急激な発熱をインフルエンザの急性期の病状に見立てたのである。貝沼らは、8名の慢性C型肝炎の患者において、麻黄湯6名、大青竜湯2名をインターフェロン投与直前と投与後の計2～3回内服し、関節痛、全身倦怠感、発熱などの症状について、漢方薬の併用なしの場合と比較した。その結果、関節痛と体熱感では有意差はみられなかったが、頭痛、発熱、全身倦怠感は漢方併用群で症状出現が少ない傾向がみられ、食欲低下や口渴、気分不快は明らかに漢方併用群で低下したという。また、14日目には関節痛を訴えるものが漢方薬未使用群では半数にみられたが、漢方薬を併用した群では皆無であったと述べている<sup>13)</sup>。

その他、直腸癌の術後射精障害に奏効した例<sup>14)</sup>や眼部帯状疱疹に用いた報告<sup>15)</sup>などがある。

- 8) 窪智宏ほか インフルエンザ感染症に対する麻黄湯の効果－成人例での検討－漢方と免疫・アレルギー 20: 54, 2006.
- 9) 市村恵一ほか 点鼻薬性鼻炎の離脱における麻黄湯の有用性 Prog. Med. 15: 1482, 1995.
- 10) 鈴木義一 難治性慢性副鼻腔炎に対する麻黄湯、セフジニルの併用投与療法 Prog. Med. 24: 833, 2004.
- 11) 大塚敬節 症候による漢方治療の実際 p237, 南山堂 東京 1993.
- 12) 細野史郎ほか 婦人科疾患を語る 漢方の臨床 4: 212, 1957.
- 13) 貝沼茂三郎ほか C型慢性肝炎に対するインターフェロン治療と漢方治療併用による副作用軽減の効果 漢方と最新治療 7: 339, 1999.
- 14) 柏木一男 直腸癌術後の射精障害に麻黄湯が奏効した一例 漢方診療 17: 108, 1998.
- 15) 小倉重成 眼部帯状疱疹治療 日東医誌 11: 152, 1961.

# 苓桂朮甘湯によるめまい治療

済生会横浜市南部病院 耳鼻咽喉科部長 小林宏成

## キーワード

- めまい
- 苓桂朮甘湯
- 虚証
- 水毒
- 白朮

耳鼻咽喉科では内耳の異常からめまいをきたす方の治療を行っている。めまいや肩こり、手足の冷えなど、からだ全体の血の巡りが悪く、虚証の方に対しても苓桂朮甘湯を処方している。まずは西洋薬と併用して徐々に漢方のみの内服に移行している。時には短期間に効果があらわれ、患者さんの評判もかなり良い処方である。

## 苓桂朮甘湯

苓桂朮甘湯は中国の原典である「傷寒雜病論」の「金匱要略」にも記載され、水毒によって起こる諸症状に用いる代表的な処方である。

紀元2世紀頃の中国、後漢の時代（日本では弥生時代）に「傷寒雜病論」が著された。これは急性熱性疾患についての「傷寒論」、慢性疾患についての治療「金匱要略」からなり、苓桂朮甘湯に関しては病痰飲者、當以溫藥和之と記載されている。

西洋医学で痰は気道分泌物と考えるが、東洋医学では胃腸に痰がたまる状態を痰飲とする。すなわち身体の異常に伴い生じた体液を痰、または飲と表現している。

水分の吸収、排泄が遅延して異常な水分である痰飲が生じる場合、慢性の経過をとるために痰飲が生じても口渴を自覚しないことが多い。

### ○組成と効能<sup>1)</sup>

組成は、白朮、茯苓、桂枝、甘草からなる（白朮のかわりに蒼朮を配合した製剤もある）。

効能は、温化寒飲、健脾利水である。

健脾利水の白朮、茯苓と通陽の桂枝が主薬で、炙甘草が補助的に配合されている。白朮、茯苓は生体内の余剰な水分を血管内に引き込み、循環水分量を増やし、腎臓から余剰な水分を排泄する。桂枝は血管拡張により脳血流を増やして興奮性を高め、胃腸の吸収を促進して鎮咳、去痰、利尿にも働く。甘草は抗炎症、抗アレルギー作用や抗潰瘍作用、肝機能改善作用、鎮咳作用を有する。

注意点として、白朮は温、燥の性質があるので高

熱や口渴、湿潤の下痢や肺熱による咳嗽には用いるべきではない<sup>2)</sup>。

### ○白朮と蒼朮の違い

白朮は消化管の水分を除くことに優れ、蒼朮は体表の水分を除くことに優れるという違いがある<sup>2,3,4)</sup>。白朮、蒼朮ともに水毒に対して脾胃を健やかにする点では同じであるが、白朮は止汗に作用し蒼朮は発汗に作用する<sup>4)</sup>。めまい、特に虚証の方には白朮を配合した製剤を用いるべきと考えられる。

## めまいの病態

痰飲の一種である寒飲、脾氣虛が根底にある。腸管の消化吸収機能の低下から脳への血流が減少し、脳の興奮性が低下してめまいや立ちくらみが生じると考えられる。頭痛、動悸、耳鳴などを伴うことがあり、臥床することで軽減する場合が多い。これは組織の水分貯留が増加して、血管内の循環血液量が減少している状態である。このため全身の血流障害による四肢の冷え、倦怠感、朝方起きにくいなどの症状もみられる。

### ○適応

苓桂朮甘湯は、痩せ型あるいは中肉型で体力低下したものに用いる。舌質は淡紅で舌苔は滑～白滑、脈は沈。神經質、ノイローゼ、めまい、動悸、息切れ、頭痛に有効とされている。

実際には小学校高学年から成人、中年までの痩せていて冷え症である虚証の女性に用いると効果的である。

表 めまいの漢方治療

虚証 随伴症状 当帰芍薬散 月經異常 貧血 肩こり	苓桂朮甘湯 真武湯 るいそう 下痢	半夏白朮天麻湯 頭痛 悪心
虚証～実証 五苓散 浮腫 たちくらみ	加味逍遙散 精神不安 イライラ感	桂枝茯苓丸 月經異常 のぼせ
実証 高齢者 (投与量に注意)	黃連解毒湯 高血圧 耳鳴 頭痛	補中益氣湯 食欲不振 疲れやすい
		人參養榮湯 貧血 寢汗

## 症 例

17歳、女性。主訴はめまい、ふらつき、嘔気。幼少時より車酔いしやすかった。

平成18年11月はじめ頃より朝起きられない、手足が冷える、倦怠感、嘔気が出現し近医受診した。血液検査で異常認めず、11月27日当院受診した。身長158cm、体重48kg。顔色は不良で舌両側縁に歯痕あり、舌苔は白滑であった。

起立性低血圧を鑑別する目的にてシェロングテストを施行した。仰臥位血圧115/70mmHg、脈拍数91回/分、立位直後血圧129/103mmHg、脈拍数122回/分、立位10分後血圧127/96mmHg、脈拍数107回/分と、立位後の著明な血圧低下はみられなかった。

明らかな眼振は認められず、聽力検査でも異常所見はみられなかった。両足を閉じて1分間開眼し、その後1分間閉眼して測定する重心動搖検査で、閉眼時の重心の動搖範囲が著明に増大していた。

本症例は虚証で水毒を呈していると考えられたため、カネボウ苓桂朮甘湯3gを1日2回朝夕食前に、メシル酸ベタヒスチン12mgを1日3回毎食後処方した。1週間後には嘔気、めまいがほぼ消失した。3週間後にはめまいは週に1～2回ふらつく程度まで減少し、以前からあった朝起きられない、車酔いの症状もなくなった。その後、苓桂朮甘湯のみ継続して内服し、メシル酸ベタヒスチンは症状が気になる時にのみ内服し徐々に減量するよう指導した。3ヵ月後の現在は、苓桂朮甘湯のみ内服しており、冷えの症状もほとんど消失し経過良好である。

## めまいの漢方治療

虚証のめまい治療には主に苓桂朮甘湯を用いているが、他に代表的な漢方の使い分けについて表示し

た<sup>5,6)</sup>(表)。

## まとめ

遙か昔の弥生時代から現代に渡り、連綿と受け継がれた考えを、今、自分が実践していると考えると非常に興味深い。しかし現代のストレスに曝されためまい患者さんが過去の漢方の法則に全てあてはまるとは限らず、他の漢方に代えても無効例も経験する。理論と臨床とが一致しない一筋縄では行かない奥深さがあり、難治の方では患者さんの置かれている家族内の問題や社会的状況を考えて対処するなど、さらなる探求と漢方の検討が必要となる。

めまいは病悩期間が長い方も多く、漢方治療で症状が取れたときの患者さんの喜びはかなりのもので、こちらも勉強した甲斐があったと実感できる瞬間がある。こうした瞬間を大切にして、これからも患者さんに教えられながら日々精進したいと思っている。

## 参考文献

- 1) 伊藤 良ほか監修:苓桂朮甘湯 中医処方解説 神戸中医学研究所編 第1版, p168-169, 医歯薬出版, 東京, 1982.
- 2) 神戸中医学研究所 訳・編:白朮 漢薬の臨床応用 第1版, p313-314, 医歯薬出版, 東京, 1979.
- 3) 神戸中医学研究所 訳・編:蒼朮 漢薬の臨床応用 第1版, p207-208, 医歯薬出版, 東京, 1979.
- 4) 木村敬次郎ほか:朮 和漢薬物学 第1版, p96-97, 医歯薬出版, 東京, 1982.
- 5) 五島雄一郎ほか監修:めまい 漢方治療のABC. 日本医師会編 第1版, p211-213, 医学書院, 東京, 1992.
- 6) 新井 信:症例でわかる漢方薬入門 第1版, p112, 日中出版, 東京, 2001.

紫雲膏の原料、今や絶滅の危機

# 此 根



新潟薬科大学 学長／千葉大学 名誉教授

山崎 幹夫

Mikio Yamazaki

いきなりの私事で恐縮だが、私が卒業した東京都立高等学校の校章は、ムラサキの花をかたどったものであって、私には、常に帽子や襟にムラサキの花の校章をつけて過ごした青春のひとときがあった。

当時、ムラサキは武蔵野を代表する植物であると学校で教えられた。また、ムラサキの根からは紫色の色素が得られ、紫色は古今、洋の東西を問わず高貴な色とされ、最高位、高官の人以外は紫色の衣を身につけることができなかつとも教えられた。住まいについても同じで、京都御所の紫宸殿は内裏における正殿であり、正面に左近の桜、右近の橘を配し、即位の儀式が執り行われた宮殿であった。また中国皇帝の住まい、紫禁城にも、高貴の色である紫の字が使われている。

高貴の色を採るムラサキはムラサキ科の多年草で、丘陵、草原など比較的明るい場所に生育する。白色で平たく開く5弁の花冠をもつ花は6～7月に開花する。根は円錐形に太く長く何本にも分岐して、表面は紫色を帯びている。前述したように、かつては武蔵野にも自生し、平安時代には染料植物として関東からわざわざ京の都にまで運ばれたらしいが、いまは東京周辺では武蔵野自体が消滅しており、ムラサキの自生を見かけることはほとんどない。

大学院時代のある年、級友が紫根の紫色成分シコニンの研究をすることになり、私たちは協力して、都内の自宅にお住まいであった恩師（柴田承二 現東大名誉教授）のご自宅でムラサキを栽培すべく（教授ご自身の発案で）、庭の芝生を掘り起こしたことがあった。その結果、たしかにムラサキの白い花を見た記憶はあるのだが、期待通りの太い根が収穫されたかどうかの記憶はない。

ムラサキは、当時、八ヶ岳のふもと、野辺山の辺りにも採取に出かけた記憶がある。ここにあった東京大学の高原薬用植物農場には、当時試行中であった大黄栽培の様子などを観察するために何度も泊り込みで通ったが、当時、山登りに熱中していた私には、八ヶ岳の各峰に登るルートばかりに気をとられて、ここでのムラサキの採取あるいは栽培に関する成果についての定かな記憶がない。ただ、当時はムラサキといえば同属異種で色素を生産しない外来のセイヨウムラサキが盛んに頒布されており、本来の薬用ムラサキを確保することが難しかったことは確かである。

紫根（紫草）は『本草神農經』では中品に属し、「心腹の邪氣を払い五疳を治し、中を補い、氣を益す」とされている。味は苦で寒。消炎、解熱、解毒の効果があつて内服もされるが、ひび、あかぎれ、しもやけ、あせも、ただれ、火傷、痔などにも薬効があるとされて、華岡青洲の処方と伝えられる外用薬「紫雲膏」はいまでも製造、販売されている。最近はしもやけの子を見かけることもなくなったが、私が子供の時代には、ほとんどの子、炊事洗濯をする主婦は日々あかぎれやしもやけに悩まされていた。そんな時に、赤紫色をした紫雲膏は私たちの強い味方であり、また近くの大抵の薬局で気軽に買うことができた。

紫雲膏は日本薬局方の薬局製剤として認められており、定められた処方としては紫根120g、当帰60g、胡麻油1,000g、黃蠅（蜜蜂）340gに豚脂20gが加えられている。この処方の基準になる華岡青洲の紫雲膏は、もともと中国、明の時代に陳実功が著した『外科正宗』にある「潤肌膏」に豚脂を加えたものであるとされている。ともに薬効としては禿瘡（白癬、シラクモ）、白斑、脱毛などが挙げられているが、日本薬局方では前述したあかぎれ、しもやけなどの他にかぶれ、魚の目、火傷、外傷、痔の疼痛、肛門の裂傷などへの適用ができるとされている。

紫雲膏の処方（各生薬の配合量）や製法については、市場品のそれぞれにいろいろな工夫があるようであるが、優良原料生薬の選別使用、製法上の工夫、例えばシコニン（アセチルシコニン）抽出含量の差などの違いなどは効能・効果にも影響を及ぼすのではないかと思われる。

シコニンの薬理作用としては殺菌作用の他に毛細血管透過性の亢進、浮腫の抑制、肉芽形成の促進などが知られており、紫雲膏の効能・効果と矛盾しない。ちなみに、紫根の成分としてシコニンを分離同定したのは女性理学博士第1号とされる黒田チカ博士で、1918年（大正7年）に発表された論文「紫根の色素について」の研究成果として知られている。

本文の終わりにあたってまた私事で恐縮だが、少年のころ、上野公園で見かけた「くすり売り」の香具師が怪しげな瓶入りの軟膏を掲げ、「この薬こそは、かの有名な理学博士黒田チカ先生の発明になるところの、すべての傷をタチドコロに治す万病の薬」といった口上が、そのときの情景とともに私には忘れられない。

# 診療の幅を広げる 漢方治療

日野市立病院 耳鼻咽喉科 主任医員

五島 史行 先生

1994年3月 慶應義塾大学医学部卒業  
1994年4月 慶應大学医学部耳鼻咽喉科入局  
1999年4月 ドイツ・ミュンヘン大学生理学教室に留学（前庭代償についての研究）  
2002年3月 慶應義塾大学医学部博士課程修了  
2003年7月 日野市立病院耳鼻咽喉科主任医員  
2007年4月 慶應義塾大学医学部客員講師（耳鼻咽喉科学）



東京の西部、緑豊かな多摩丘陵にある日野市立病院は、平成14年6月に、16の診療科、300床の病院としてリニューアルした。日野市を中心とした地域の基幹病院として、耳鼻咽喉科においても、耳、鼻、のどなどの疾患に対して、内科的治療のみならず手術や最先端の医療も駆使した治療が行われている。その一方で、漢方治療も積極的に行われている。そこで、耳鼻咽喉科の主任医員である五島史行先生に、耳鼻咽喉科の特徴や漢方治療の実際についてうかがった。

## 当院の耳鼻咽喉科の特徴

当院は、地域の基幹病院としての役割を果たしていますので、耳鼻咽喉科にも、副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎、中耳炎、めまい、耳鳴り、咽喉頭異常感症など、さまざまな疾患の患者さんが来院されています。通常の診療以外に、ENG（電気眼振図）や赤外線CCD、心理テスト、VEMP（前庭誘発筋電図）、蜗電図によるめまい診療や、喉頭ストロボ検査・味覚検査、耳管機能検査・ABR（聴性脳幹反応検査）など、多岐にわたっています。また、手術も多く手がけており、内視鏡下副鼻腔手術、耳下腺腫瘍摘出術、鼓室形成術などの手術のほか、急性感染症で緊急気管切開することも少なくありません。とくに、難治性のメニエール病に対しては、スウェーデンで開発された中耳加圧装置である「メニエット」を用いた先端的な治療を当院倫理委員会の許可のもとを行っています。これは全国でもいまだ数施設でしか行われていない最先端の治療法です。

私自身の専門はめまいなので、めまいの患者さんも多く診察していますが、器質的な異常を認めないことも多く、ややもすると「異常なし」と診断されてしまいがちです。また、めまい以外にも、咽喉頭異常感症や舌痛症、口腔内異常感症や耳鳴りの患者さんでも、器質的な異常よりも心身症的な要因が強く関係している場合が少なくありません。

当院では、このような心身症的な要因の強い患者さんに対して、臨床心理士とともにカウンセリング

を実施し、認知行動療法や自律訓練法なども行っています。このような取り組みは非常に重要なものです。行っている施設はまだまだ少ないので現状です。今後、耳鼻咽喉科領域でこのような治療がより広く行われるように啓蒙活動も行っています。

## 漢方診療との出会い

私は、ドイツ留学中にある精神科医と出会ってから、心の病に関心を持つようになりました。とは言え、医学部在籍当時、さらには大学病院での研修期間を含め、漢方との出会いはほとんどありませんでした。

ところが、5年ほど前に、たまたま咽喉頭異常感症に半夏厚朴湯を処方したところ、劇的な手ごたえを得ました。それが漢方との出会いで、漢方薬に興味を覚え、勉強を始めました。

当初は、咽喉頭異常感症という病名の患者さんに半夏厚朴湯を処方する、いわゆる「病名漢方」の域を出ませんでした。しかし少しづつ経験を重ねるにつれ、同じ病名の患者さんの中でも、人格や性格が異なる患者さんがおられ、半夏厚朴湯が奏効する患者さんの全体像を独自にイメージできるようになってきました。つまり、咽喉頭異常感症だから半夏厚朴湯を処方するのではなく、たとえ病名が異なっていても半夏厚朴湯が奏効すると考えられる患者さんには半夏厚朴湯を処方することができるようになりました。

このように、病気を診るだけではなく、人を診て

治療することができるようになると、耳鼻咽喉科以外の疾患についても診療が可能となります。たとえば、皮膚科でアトピー性皮膚炎と診断されていて冷えを訴える患者さんに対して漢方治療で冷えを改善すると、今まで治療に難渋していたアトピー性皮膚炎が見事に治癒することを経験し、ますます漢方の魅力に取り付かれるようになってきました。

そして今では、患者さんの全体像を理解するために、問診のほか触診や舌診も行い、冷え、水毒、気逆、瘀血などについても見極め、診療しています。

## 耳鼻咽喉科領域における漢方治療

代表的な耳鼻咽喉科疾患に用いる漢方薬は表に示す通りです。

表 耳鼻咽喉科領域でよく用いられる漢方処方

疾患	処方
咽喉頭異常感症	半夏厚朴湯、柴朴湯
めまい	半夏白朮天麻湯、苓桂朮甘湯
耳管開放症	加味帰脾湯
滲出性中耳炎	柴苓湯、五苓散

滲出性中耳炎には、柴苓湯のデータが多く報告されていますが、五苓散でもよいと思います。咽喉頭異常感症には、半夏厚朴湯や柴朴湯が奏効する例が多いですが、まずは半夏厚朴湯を処方して、その効果を確認すればよいでしょう。しかし、本疾患にはうつ傾向や軽いパニックの方もあるため、漢方薬だけで改善が認められない場合には西洋薬との併用も考慮すべきです。めまいは、水毒が原因であることが多いので半夏白朮天麻湯や苓桂朮甘湯が奏効する症例を多く経験しています。両方剤の使い分けは難しいですが、色白で細く頭痛を伴う場合には半夏白朮天麻湯を、それ以外の場合は苓桂朮甘湯と、使い分けています。また、めまいには片頭痛を伴うことも多く、そのような症例では吳茱萸湯で頭痛の発作を抑えるとめまいも改善することが多いです。耳管開放症の患者さんは、うつ傾向でこだわりが強く、話が長い人が多いため、このような患者さんには加味帰脾湯が奏効することをよく経験しています。

## 漢方治療のメリット

当科はあくまで耳鼻咽喉科で、漢方科という標榜ではありませんので、大半の患者さんは「薬物治療＝西洋薬」というイメージを持って受診されます。そのため、初診の患者さんにいきなり漢方薬を処方すると、服用されないこともあります。反面、心身



症的な患者に対して抗うつ作用のある薬を処方する必要がある場合でも、SSRIのような抗うつ薬であると服用を嫌がられる場合がありますが、同様の効果が期待できる女神散のような処方ではスムーズに服用していただける場合も少なくありません。漢方薬を上手く使用することで、同等の効果を得ることができます。また、西洋薬では副作用が危惧される場合も、漢方治療のよい適応です。

また、日常診療において、単に病気だけを診るのではなく、漢方医学的な考え方で患者さん全体を診るという考え方には、西洋薬を使用する際にも非常に役立ちます。たとえば、SSRIであるパロキセチンとフルボキサミンを使い分ける際にも、このような考え方を応用することで、使い分けが可能です。つまり、パロキセチンは効果が鋭いが副作用が出やすく、ルボックスは効果発現はやや緩徐だが安全性に優れている、というように患者さんの全体像を考えた治療ができるようになったことが、漢方治療から学んだ大きなメリットです。

漢方治療が普及したとは言え、漢方薬に抵抗感を持っている先生方も少なくないと思います。そのような先生には、漢方薬が奏効する疾患は多岐にわたりますが、まずは、耳鼻咽喉科の最もポピュラーな疾患である咽喉頭異常感症に対して、半夏厚朴湯を使用してその臨床効果を経験されることをお勧めします。

それから次第に、使用される方剤の種類を広げ、経験を重ねてはどうでしょうか。その際に、漢方薬の味を知っておくことも大切です。たとえば、当帰四逆加吳茱萸生姜湯を処方される際には「ショウガの味がして飲みにくいですが、飲むととても体が温まります」とか、桂枝を含む方剤を処方する際には、「シナモンの味がして飲みやすいです」と一言加えることで、患者さんの服薬コンプライアンスを高めることも可能です。

私自身、漢方治療を日常診療に取り入れたことによって、単に病気を診るのではなく、患者さん自身を診ることができるようになり、診療の幅が非常に広くなるとともに、治療成績も向上したと思います。これは漢方で治療する場合だけではなく、西洋薬を用いた治療の際にも、漢方治療の考え方方が応用でき、患者さんひとり一人に最も適した治療を選択できるようになりましたと思います。

## 陰虚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 翁 忠人

図 1. 病理の虚実と病性(陰虚の虚熱証)

病理の虚証(正氣の不足)の病性と生薬

氣虚証 寒証傾向	→黃耆、朮、人参、甘草
陽虚証 寒証	→附子、乾姜、桂皮
血虚証 寒熱夾雜証 (寒証傾向)	→芍藥、地黃、阿膠 →當帰、川芎、竜眼肉
陰虚証 寒熱夾雜証 (虚熱傾向)	→麦門冬、知母 →地黃、山茱萸

(日本漢方にはこの乾燥病態を示す言葉がない)

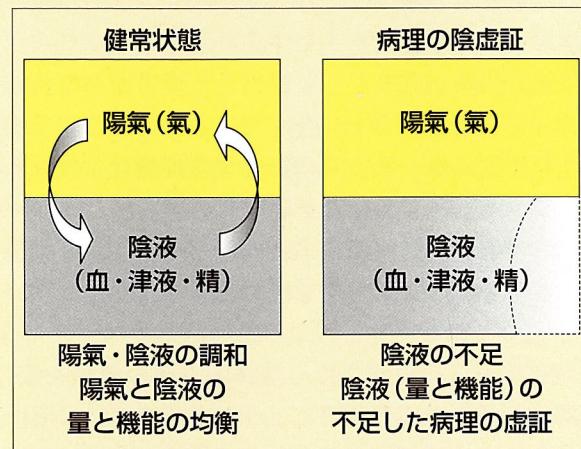
病理の実証(病理産物の停滞)の病性と生薬

氣滞証 寒熱夾雜証	→柴胡、大黃、枳実 →陳皮、厚朴、川芎
血瘀証 寒熱夾雜証	→牡丹皮、大黃 →當帰、川芎、紅花
水滯証 寒熱夾雜証 (寒証傾向)	→木通、沢瀉、茵陳蒿 →朮、黃耆、附子
痰飲証 寒熱夾雜証 (寒証傾向)	→竹茹、桑白皮、前胡 →半夏、陳皮、杏仁

図 2. 中医学の「病理の陰虚証」と日本漢方の「陰虚証」

中医学の陰虚証は、陰液(血、津液、精)の量と機能の不足病態(虚熱証を伴う病理の虚証)。  
日本漢方の陰虚証は、症候の陰証(寒証)を呈する体力の虚証患者(闘病反応が乏しい病態)。

### 中医学の生理と病理観



### 陰虚証(日本漢方と中医学の比較)

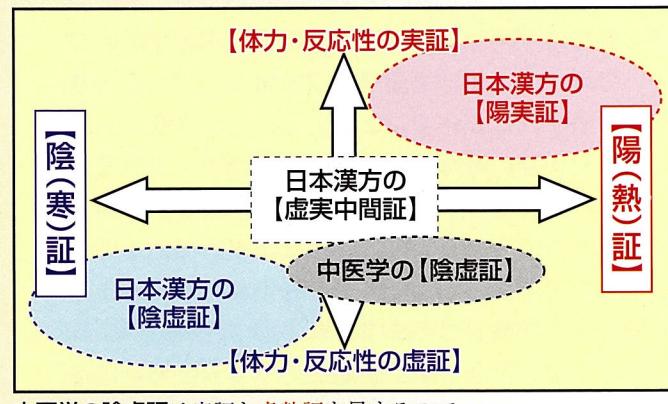


図 3. 中医学の五臓の陰虚証

中医学の基本概念 陰液(血・津液)は飲食物から脾で血が、脾胃で津液が生成される。  
陰虚は五臓すべてに認められ、肝腎陰虚のように複合して診断される。

肝(藏血を主る)の陰虚証(症状: かすみ目、めまい感、情緒不安定、筋肉の痙攣)	杞菊地黄丸
↑【成因】脾虚による血の生成不足; 脾陰不足の波及	
心(血脉を主る)の陰虚証(症状: 不眠、虚煩、驚きやすい、心悸亢進、息切れ)	清心蓮子飲
↑【成因】精神的ストレスや脾虚による血の生成不足の波及	
脾(統血を主る)の陰虚証(症状: 口乾、食欲不振、疲労感→氣血両虛)	啓脾湯
↑【成因】下痢、熱病などによる陰液(津液)の不足(傷陰)	
肺(通調水道)の陰虚証(症状: 少ない喀痰の乾燥咳、かすれ声、寝汗)	麦門冬湯
↑【成因】燥熱などによる陰液(津液)の不足(傷陰); 脾陰虚の波及	
腎(藏精と水を主る)の陰虚証(症状: 遺精、膝腰の脱力感、手のひらの火照り感)	六味丸
↑【成因】加齢・慢性疾患・不摂生(房事過多)・栄養不足による腎精の不足	

## 1. 病理の虚実と病性(図1)

**病理と病性:** 虚証は寒証傾向、**実証**は**熱証**傾向ですが、多くの病態は**寒熱夾雜証**です。そのため温熱性と**寒涼性**の生薬を組み合わせた処方で調整されます。

**陰虚証の寒熱夾雜:** 陰液(血と津液と精)の滋潤・栄養作用が不足し、陽氣が相対的に優位となって**虛熱証**を呈します。この点が寒証のみの日本漢方の陰虚証と異なる点です。

**寒証を呈する病理:** 中医学の陽虚証は寒証を呈し附子、乾姜、桂皮、細辛などの温熱性の補陽薬を用いる指示です。氣虚証も寒証傾向で温性の黃耆や朮を用いる指針となります。

**Q: 中医学の「陽虚証」に用いる処方が日本漢方の「陰虚証」に用いる処方に対応するのですか？**

**A:** そのとおりです。中医学の陽虚証は陽気(生命力)が虚衰した病態です。氣虚証の進展した病態に相当し疲労倦怠感と顕著な冷え(寒証)を伴います。この病態は日本漢方の陰虚証(陰証+虚証)に相当します。なお寒証を伴う中医学の氣虚証や血虚証も日本漢方の陰虚証に相当します。

## 2. 中医学と日本漢方の陰虚証(図2)

**中医学の実証:** 痘邪や体内に停滞した病理産物(瘀血や水滯)の過剰な病態です。この実証病態は日本漢方の実証(体力や闘病反応の強い病態)と異なる場合があります。

**中医学の虚証:** 正氣(氣と血と津液)の機能と量の不足病態です。この虚証は闘病力の低下病態であり日本漢方の虚証に類似します。

**虚実夾雜証:** 虚証と実証の病理が同時に認められる病態です。例えば六味丸の適応は陰虚と水滯の虚実夾雜病態です(滋陰という虚証を補う生薬と、利湿という実証を少なくする生薬が配合されています:図5参照)。

**Q: 中医学の「虚実夾雜証」と日本漢方の「虚実中間証」の相違がわかりません。**

**A:** 中医学の虚実夾雜は生氣(闘病力)の不足した強い虚証と病邪の多い実証の夾雜した病理だと考えています。日本漢方の虚実中間証は闘病力(腹力)や反応性の弱い虚証と強い実証の中間状態(図2の座標の中央部)を意味します。中医学は正氣の虚と病邪の実です。日本漢方は体力の虚と実です。主語が異なることを再確認してください。

## 3. 中医学の五臓の陰虚証(図3)

**臓腑と陰虚証:** 臓腑ごとに陰虚証があります。とくに血を貯蔵する肝と精を貯蔵する腎、水分代謝に関与する肺、飲食物から血を生成する脾胃、血脈を主る心の陰虚が弁証されます。

**陰虚証と脾胃氣虛:** 陰液不足の成因には脾胃氣虛が関係します。そのため地黄や**麦門冬**を含む補陰剤には十全大補湯、清暑益氣湯、麦門冬湯、清心蓮子飲のように人参や黄耆のような補氣薬も配剤されます。

**Q: 中医学の臓腑ごとの病理が「煩雜」でよくわかりません。**

**A:** 日本漢方では「腎虚」以外は臓腑の病理を論じることは少ないので、臓腑弁証に違和感を持つ人が多いようです。しかしながら抑肝散、清心蓮子飲、帰脾湯、清肺湯、牛車腎氣丸のように臓腑名に因んだ薬能を意味する処方を使っています。これらの処方の用法を理解するために中医学の臓腑弁証「も」紐解いてみることを薦めます。繁用される補中益氣湯は脾胃氣虛の病理觀が必須です。

### 日本漢方の病性

日本漢方では「**冷えのぼせ**」を桂枝茯苓丸や加味逍遙散の適応としていますが、寒熱夾雜という言葉は用いません。

### 日本漢方の血と水の不足

血の機能と量の不足病態(血虛)は中医学と同様の認識ですが、血と水(津液)が共に不足した病態(中医学の陰虛)に対応する言葉はありません。

### 日本漢方の陰虚証

陰証=寒証を呈する闘病反応が乏しい虚証の病態です。中医学の陽虚証や氣虚証に用いる桂枝加朮附湯や人參湯などの温補剤を用いる指示となります。

### 日本漢方の実証

闘病反応の強い病態を実証とします。なお、效能効果の前文では「比較的体力があり…」と表現されます。**熱証(陽証)**を伴うこの実証が**陽実証**と称されます。

### 日本漢方の虚証

闘病反応の弱い病態の意味です。なお、效能効果の前文では「体質虚弱の人の…」と表現されています。

### 日本漢方の病態と処分分類

縦軸に**虚実**、横軸に**寒熱(陰陽)**を目盛った座標軸で病態や処方を分類します。この座標では中医学の陰虚証は第3-4象限に位置します。

### 日本漢方の腎虚

日本漢方では加齢に伴う虚弱症状(気力や精力減退、足腰の脱力感、夜間頻尿など)を腎虚とみなします。この点は中医学と同様ですが、**虛熱証**を伴う腎陰虚と寒証の腎陽虚を明確に区別しません。

### 胃腸虚弱の腎虚

日本漢方では胃腸虚弱者に八味地黄丸を投与する時に人參湯を併用する場合があります。このような病態は人參を含む清心蓮子飲で代用できます。

図4. 補陰薬と処方の日本漢方分類

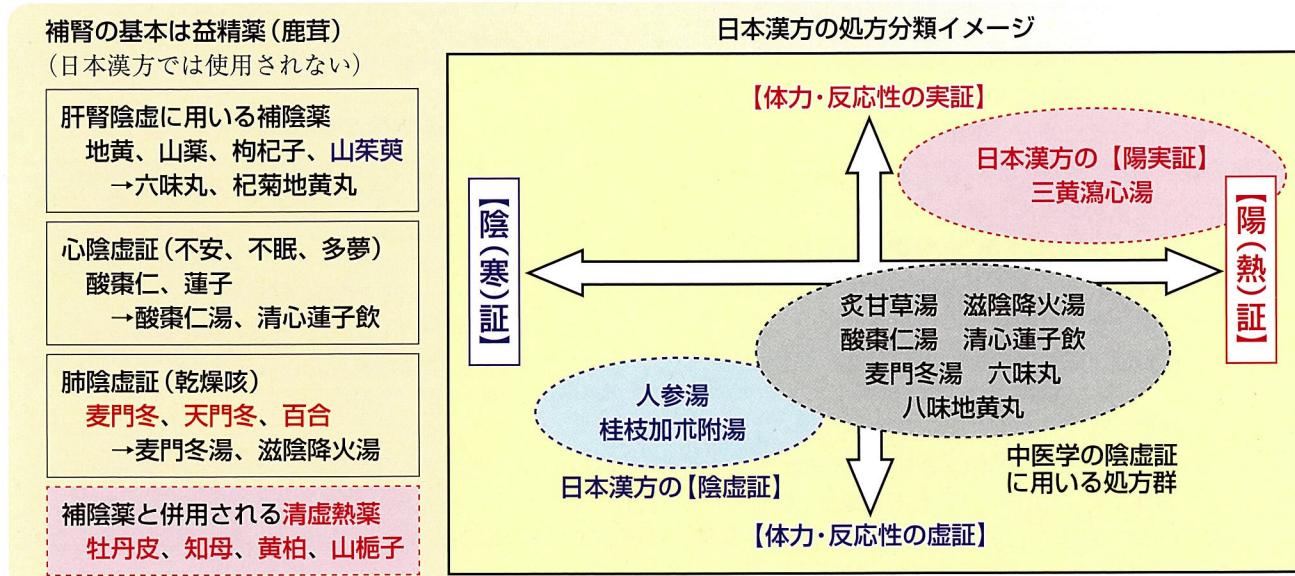
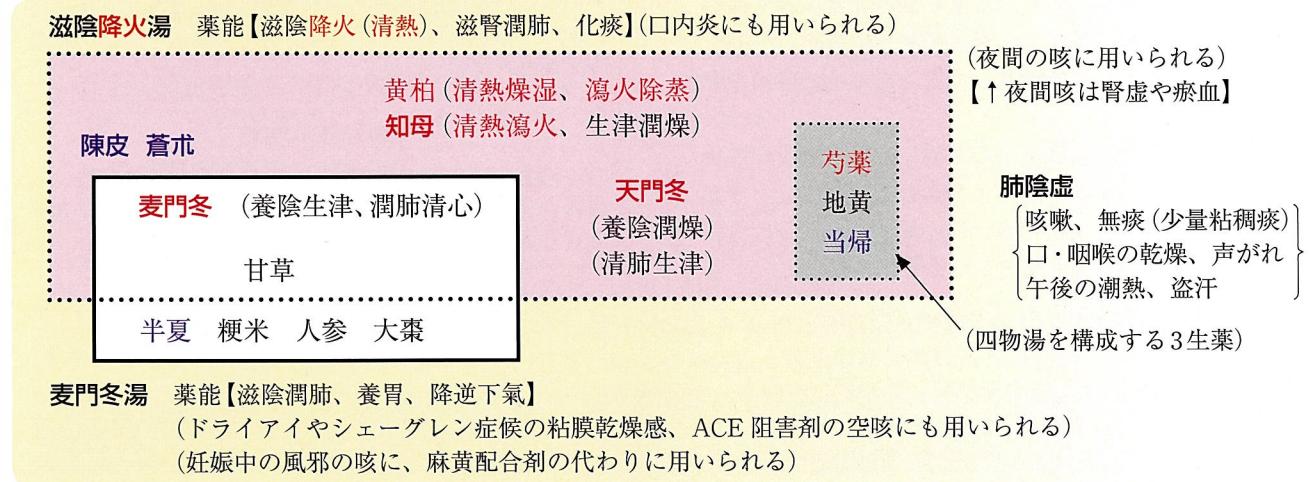


図5. 六味丸と八味地黄丸(腎陰虚と腎陽虚)



図6. 呼吸器系の陰虚証に用いる処方



## 4. 補陰薬と処方の日本漢方分類(図4)

**補陰薬**: 腎陰虚から肝陰虚、肺陰虚が誘発されます。脾陰虚は心陰虚と関係が深いと考えられています。地黄、山茱萸、枸杞子、胡麻が肝腎の補陰薬の基本ですが、**麦門冬**(心肺胃)、山茱(脾肺)、酸棗仁(心肝)、蓮子(脾腎心)なども臓腑毎の陰虚に用いられます。

**補陰薬の慎重投与**: 補陰薬は補血薬と同様に胃腸虚弱者には食欲不振を起こすことがあります(とくに寒証や水滯証を呈する脾胃氣虛証には茯苓、朮、黃耆などの補氣・利水薬および山楂子などの消食薬の配合が必要です)。

**生脈散(人参、麦門冬、五味子)**: 脾胃と肺の氣陰両虚による乾燥咳、動悸、息切れ、疲労感に用いる基本処方です。夏ばてに用いる清暑益気湯に含まれています。

## 5. 六味丸と八味地黄丸(図5)

**六味丸の構成**: 肝腎陰虚(腰下肢の脱力感)に対する滋陰の3生薬(地黄、山茱萸、山茱)と夜間の口渴と排尿異常に対する清虚熱と利湿の3生薬(牡丹皮、沢瀉、茯苓)が配剤されています(虚実夾雜病態への配慮)。

**六味丸の関連処方**: 六味丸に補陽薬(桂皮と附子)を加味した八味地黄丸; 清虚熱薬(知母・黄柏)を加味した知柏地黄丸; かすみ目に用いる枸杞子と菊花を加味した杞菊地黄丸; 乾咳に用いる麦門冬と五味子を配合した麦味地黄丸などがあります。

### 日本漢方の処方分類(図4)

中医学の陰虚を調整する処方は、日本漢方の体力弁証では同じ虚証傾向ですからX軸より下方に分類されます。一方、虚熱証を呈するのでY軸のやや右側に分類されます。

### 日本漢方の六味丸

効能効果の前文にある「①疲れやすく尿量減少または多尿で、②時に口渴があるもの」という投与前提(しばり)の①は腎虚、②は虚熱証を例示しています。

### 清暑益気湯

日本では暑気あたり(夏ばて)、下痢、疲労倦怠に用いられます。発汗後の脱水症状を補陰剤の生脈散で調整し、熱感を黄柏で軽減し、胃腸機能の低下を補氣剤の補中益気湯で改善する処方内容です。

### 六味丸と八味地黄丸

日本では六味丸は子供の発育不良や夜尿症に、補陽薬の附子と桂皮を含む八味地黄丸は高齢者の夜間頻尿などの寒証の虚弱症状に用いられてきました。

### 日本漢方の八味地黄丸

効能効果の前文にある「①疲れやすく、四肢が冷えやすく、尿量減少または多尿で、②時に口渴があるもの」という投与前提の①は腎虚(下線部は腎陽虚の寒証)、②は虚熱証を例示しています。高齢者の四肢の冷え症やしづれ感、糖尿病性神経症のしづれ感に用います。

## 【寒証傾向の腎陽虚と虚熱証の腎陰虚の病理論によって八味地黄丸と六味丸の適用を考えます】

### Q: 乾地黄と熟地黄の区別がはつきりわかりません?

A: 日本では乾地黄に相当する局方ジオウが用いられます。中藥学では**乾地黄**(乾燥した根:甘、寒:清熱涼血、養陰、生津)とこれを黄酒で蒸した熟地黄(甘、微温:滋陰補血、益精填髓)を使い分けています。これによれば虚熱証に用いる六味丸には乾地黄が、虚寒証に用いる八味地黄丸には熟地黄が適するように考えられます(いずれも原典の指示と異なります)。

## 6. 呼吸器系の陰虚証(図6)

**麦門冬湯**: 体液不足(陰虚)を**麦門冬**、人参、大棗、甘草、梗米の滋陰潤肺作用で改善する処方です。半夏の降逆(止咳)も重要です。腰や膝の脱力感を伴う場合は六味丸を兼用します。

**滋陰降火湯**: 処方名は陰虚を滋養し陰虚に伴う虚火を除去する薬能を意味しています。**麦門冬**と同類の**天門冬**を配合し、**黄柏**、**知母**という清熱薬を加味して麦門冬湯より**熱証**(焦躁感、不眠、口内炎)にも適する処方です。六味丸を兼用することがあります。

### 麦門冬湯

日本漢方では主として皮膚が枯燥した高齢者の風邪のこじれた咳や気管支炎に用いられます(顔面を赤くして咳き込む状態に用いるのが口訣です)。咽の違和感は半夏厚朴湯より奥深い(下部)にあります。

### 麦門冬湯の関連処方

同様の病態で胃腸虚弱傾向であれば参蘇飲が適します。こじれた風邪のあとの長引く咳には柴朴湯、咳き込んで脇腹が痛む時には柴陷湯、夜間の乾燥咳が顕著であれば滋陰降火湯が適します。

こじれた咳嗽に用いる処方  
(炎症を指標にした使い分け)

半夏厚朴湯 → 麦門冬湯 → 柴朴湯 → 柴陷湯 → 清肺湯 → (炎症性)  
(参蘇飲) (滋陰降火湯)

本年6月15日より、広島において第58回日本東洋医学会学術総会が開催される運びとなった。開催にあたり、会頭の十河 孝博先生から、今回の学術総会にむけてのメッセージをいただいた。

## 第58回日本東洋医学会 学術総会にむけて

ご挨拶

会頭 十河 孝博(十河医院 院長)



第58回日本東洋医学会学術総会は、本年6月15日(金)より3日間、広島平和記念公園の中にある広島国際会議場で開催を予定しています。

広島での学術総会の開催は、今回で3回目になります。21年前の第2回学術総会(会頭 小川 新)では、中国・四川省の成都中学院(現 成都中医药大学)から、郭子光先生ら2名の老中医を招いて、学術総会史上初めての日中伝統医学学術交流会が開催されました。この学術交流会は、カネボウ薬品の仲介で四川省衛生庁・副庁長の任長方先生を紹介されたことで実現したことを想い出します。これが契機になって、日中学術交流が日本各地で盛んに行われ、われわれはそこから中医学を学ぶことができました。

21年後の現在、中国政府の国策によって、中医学は世界中に広まりました。その結果皮肉にも、東洋医学の先進国であった日本は国際的に立ち遅れることになりました。この日本の立ち遅れの問題が今回の学術総会の主なテーマの一つです。そのために、中国、韓国、米国から講師を招き、日本を含めて各国の伝統医学の国際化の現状を語っていただき、その後、各講師と会場の出席者も加わって討論し、国際化の問題を考えたいと思っています。

さらに、日本の最長老である山田光胤先生にも加わっていただき、各国の講師とともに、会場とは別の部屋で患者さんを診察していただき、その診察・診断風景をライブし、会場では寺澤捷年先生の絶妙な司会で、参加者には国際的な雰囲気を味わっていただきたいと思っています。

さらに「東洋医学を英語で語ろう」という企画もあります。本企画では参加者は英語だけで語り合っていただき、国際化には英語が不可欠なことをアピールしたいと考えています。

このように今年の学術総会では、今までの学術総会にはない新しい企画を盛り込んで、国際平和都市広島にふさわしい学術総会を目指しています。

日本の東洋医学を巡る次の課題は、東西両医学の融合、統合の流れです。この流れは西洋医学に限界を感じた人たちからのものです。これは人類のために是非とも実現したい、21世紀の最も重要な課題だと認識しています。しかし、この実現を夢見る人は多いのですが、具体的にどうすればよいのかということになりますと、はたと立ち止まってしまいます。

今回の学術総会で、われわれはこの具体化の問題に果敢に挑戦してみたいと考えており、そのために、まず先端科学(素粒子物理学)を極められたノーベル賞者の小柴昌俊先生、それに東洋医学にご理解を示しておられる西洋医学のトップである日本医学会会長 高久史磨先生をお招きして、両先生から全く質的に正反対ともいえる両医学間の架け橋となるようなお話を聞ければと思っています。

また、私の会頭講演では「東洋医学と西洋医学を繋ぐ経絡」と題して、経絡が両医学間の架け橋になることを具体的にお話する予定です。さらにシンポジウム「東西医学の融合に向けて—21世紀の医療の中核をつくる—」でも具体的な提案がなされます。

学術総会のテーマは「転換期にある東洋医学—更なる飛躍を目指して—」となっています。今回の学術総会を機に、日本の東洋医学が国際化と東西両医学の融合、統合への道を歩むことが出来れば、更なる飛躍は可能になります。是非とも、多くの方々のご賛同とご参加をいただき、広島での学術総会を盛り上げていただきたいと願っています。

# 第58回日本東洋医学会学術総会

## プログラム概要（予定）

### 1. 会頭講演

十河 孝博（十河医院院長）

「東洋医学と西洋医学を繋ぐ経絡」

### 2. 特別講演

① 小柴 昌俊（東京大学特別栄誉教授）

「素粒子学者からみた東洋医学」（仮題）

② 高久 史磨（日本医学会会長）

「東洋医学に期待するもの」（仮題）

### 3. 招待講演

① 田辺 敏憲（富士通総研主席研究員）

「統合医療の科学技術戦略」（仮題）

② 波平 恵美子（お茶の水女子大学名誉教授）

「医療人類学から見た東洋医学」

### 4. 教育講演

酒谷 薫（日本大学脳神経外科教授）

「伝統医学と先端科学の融合に向けて」

### 5. 特別企画「ボーダレス時代の東洋医学」

#### 招待講演

Craig E. Mitchell（シアトル東洋医学研究所）

「My Experience Practicing East-Asian Medicine in the United States in the 21st Century」

陳 貴延（中国中医新聞社長）

「中国における東洋医学の現状」（仮題）

金 英信（韓国東洋医学会副会長）

「韓国における東洋医学の現状」（仮題）

#### シンポジウム

渡辺 賢治（慶應義塾大学）

安井 廣迪（日本TCM研究所）

上馬場 和夫（富山県国際伝統医学センター）

討論には、Craig E. Mitchell、陳 貴延、金 英信、田辺敏憲氏も加わります。

### 6. シンポジウム

① 「傷寒論再考」－東洞生誕の地にちなんで－

② 「東西医学の融合に向けて－21世紀の医療の中核をつくる－」

③ 「生薬の基礎から供給まで」

④ 「穴位療法の基礎－鍼・灸・刺絡－」

### 7. ラウンドテーブルディスカッション

① 「地域医療への東洋医学の可能性を見る」

② 「劇的に効いた症例」

③ 「東洋医学を英語で語ろう」

# 不眠

監修／島根県斐川中央クリニック 院長 下手 公一

## 症 状 と 所 見

## 処 方

## 比較的体力がある（実証）

強い胸脇苦満、体格がっかり、便秘

大柴胡湯

イライラ、のぼせ、高血圧、動悸

## 体力は中等度（中間証）

神経質、不安感

胸脇苦満

柴胡加竜骨牡蠣湯

肩こり、精神不安、怒りっぽい、多弁

加味逍遙散

## 体力がない（虚証）

神経が高ぶる、神経過敏

抑肝散加陳皮半夏

口渴、盗汗、動悸、軽度胸脇苦満

柴胡桂枝乾姜湯

興奮しやすい、動悸、神経質、脱毛

桂枝加竜骨牡蠣湯

疲れて眠れない、あくびが出る、情緒不安

甘麦大棗湯

ノイローゼ気味で疲れて眠れない

酸棗仁湯

1<sup>point</sup>

ワンポイント・アドバイス

不眠に対する漢方治療は、その背景にある心身のバランスの乱れを是正することによって、効果を発揮します。漢方薬には睡眠導入剤に相当する処方はありません。また、漢方薬は睡眠導入剤に比べると速効性は劣りますが、長期的には有効な場合が多いです。したがって、睡眠導入剤から漢方薬へ切り替える場合は、治療に難渋する場合もあり、2～4週間以上の時間をかけることが必要です。