



金沢大学附属病院
漢方医学科 特任准教授
小川 恵子 先生



江部医院 院長／
財団法人 高雄病院 名誉院長
江部 洋一郎 先生

経方理論を紐解く

— 傷寒・金匱の理論を理解し、
現代の医療に应用するために —

後漢末に張仲景により編纂された「傷寒雑病論」は幾多の伝写を経て、宋代に「傷寒論」、「金匱要略」として刊行された。傷寒論の注釈書は数多く現存するが、江部洋一郎先生は、それらのいずれにも満足できず、自ら「経方理論」を構築された。

そこで今回は、江部洋一郎先生をお招きし、「経方理論」の構築に至る背景や「傷寒論」などの古典の読み方、さらには江部先生が創生された「養腎降濁湯」についてなど、多岐にわたって小川恵子先生と対談していただいた。



I 経方理論が構築された背景

小川 江部先生の『経方理論』は、読者の皆さんもよくご存じのことと思いますし、私も経方理論に沿って改めて傷寒論や金匱要略などの古典を読み直してみると、それまで理解できなかったことが見事に理論立てて説明できることを実感しました。先生はどのように経方理論を構築されたのですか。

江部 傷寒・金匱の条文や処方を理解するために、後世の注釈書はかなり読みました。しかし、そのすべてが抽象的であり、満足に値するものではありません。中国に何度も足を運んで老中医にも教えを乞いましたが、結果は同じであ

り、自分で考えるしかない、と思ったのです。傷寒・金匱の条文は基本的に病理ですから、その根底に流れる生理について考えようとしたわけです。

小川 理論構築の出発点として、患者さんの「手足の冷え」の形態の違いを挙げておられますね。

江部 それまでは一部の特殊な冷えを除き、「手足の冷え」を一般的な冷えと捉えていました。しかし患者さんは、「足の裏が冷えて裸足で床を歩けない」、「手足の甲が冷えていつもさすっている」と、冷える場所を具体的におっしゃいます。そこで、患者さんにより詳しく聞いてみると、冷えは「手足背系」(手足の甲が冷える)、「手足底系」(手足の底が冷える)、「手足尖系」(手足の先端が冷える)の3系統に分類できました。そして、衛気の供給路には少な



江部 洋一郎 先生

1972年 京都大学医学部 卒業、同学で2年間研修
 1975年 京都・高雄病院に勤務、東洋医学を学び、
 漢方臨床実践を行う
 1994年 高雄病院院長に就任、江部医院開院
 現 在 江部医院 院長、高雄病院 名誉院長

くとも「後通の衛気」、「前通の衛気」、「脈外の衛気」の3つがあり、どの路に衛気が供給されていないかがわかることで、治療法もわかります(図1)。単に、「手足の冷え」だけを捉えても、臨床的には何の役にも立ちません。

小川 確かに冷えの治療を考える上で非常にわかりやすいですね。そして、3系統の衛気の循環において『膈』が重要な役割を担っているということですね。

江部 人体は、『外殻』と呼ばれるものによって覆われています(図2)。そして内部で産生された気は、胸・膈・心下という構造物を介して外殻に供給されますが、これらは内部と外殻を交通し、気の昇降出入の扉のような重要な役割を担っています(図3)。膈は、肺・心とその下にある臓器を隔てる膜であり、傷寒論では特に重視しています。

私は膈が上膈・中膈・下膈の三層構造であることを提唱しています。さらにこの構造と生薬が対応しています。すなわち、麻黄は「上膈の出」、桂枝は「下膈の出」、柴胡は「中膈の出」です。同時に膈の入に関しては枳実と芍薬が対応します(図4)。また、この三層構造は、外殻における皮・膜・腠理・肌の三層構造に対応しています。

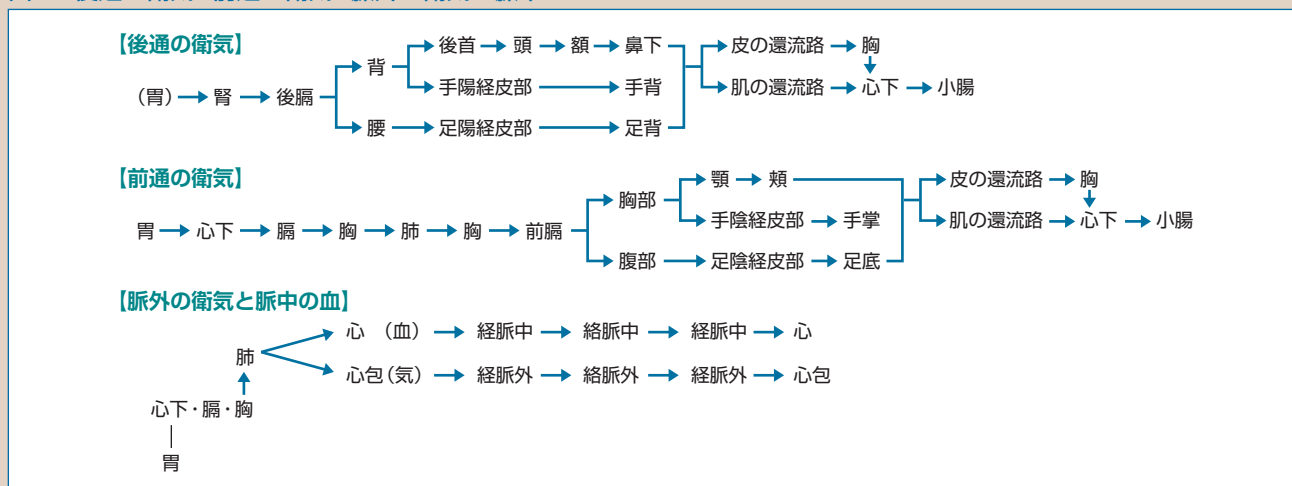
小川 経方理論で最も興味深いのは、人体を動的にとらえていることです。気・血・水の定義(図5)も非常にわかりやすいですし、動きや循環を回復させることに治療の重点が置かれています。先生は人体を動的なものとして見ようとしていますね。

江部 方証相対は完全に停止していますし、中医学は多少の動きはあっても決して滑らかな動きではない。私は滑らかな動きが必要だと思ったのです。

小川 経方理論については、短時間で語りつくせない内容だと思います。読者の先生方には、是非、江部先生の著書を読まれることをお勧めします。

江部 経方理論の詳細については、『経方医学—「傷寒・金匱」の理論と処方解説』(東洋学術出版社、2011年 第3版)をお読みください。「総論」(p.17～p.106)を理解すれば傷寒・金匱の処方はすべて理解できます。

図1 後通の衛気・前通の衛気・脈外の衛気と脈中の血



江部 洋一郎: 冷えからみた経方医学—漢方の生理構造について—, 中医臨床, 14(4): 10-20, 1993 (一部改変)



古典を読み解き、 現代の診療に活かすためには

— 古典の勉強法 —

小川 経方理論を構築するまでに江部先生は、何度も傷寒論や金匱要略を勉強されたと思いますが、古典の勉強法を教えてください。

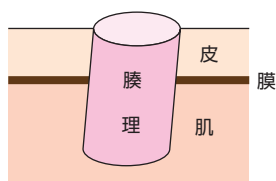
江部 たとえば、傷寒論を2年間読み、次いで金匱要略を2年間読むというような読み方をされる先生が多いように思います。しかし私は、あるテーマについて検索しながら、傷寒・金匱をそれぞれ数時間ずつ読む、これを繰り返しました。たとえば、今回は頭痛、次は発熱、そして悪寒というように一つのテーマについて読みます。ただ、読むというよりは眺める、目を通すといった方が適切かもしれません。しかもそれを繰り返しながら、常に「なぜ?」、「ど



小川 恵子 先生

1997年 名古屋大学医学部卒業後、
名古屋第一赤十字病院にて外科研修
2004年 名古屋大学大学院 医学研究科博士課程
機能構築医学専攻終了
2005年 あいち小児保健医療総合センター 医長
小児外科疾患の術後に漢方が効果的であったため、
2年ほど勉強するため、千葉に。
2006年 あきば伝統医学クリニック 常勤医
2007年 千葉大学医学部附属病院 和漢診療科 医員
2011年より現職

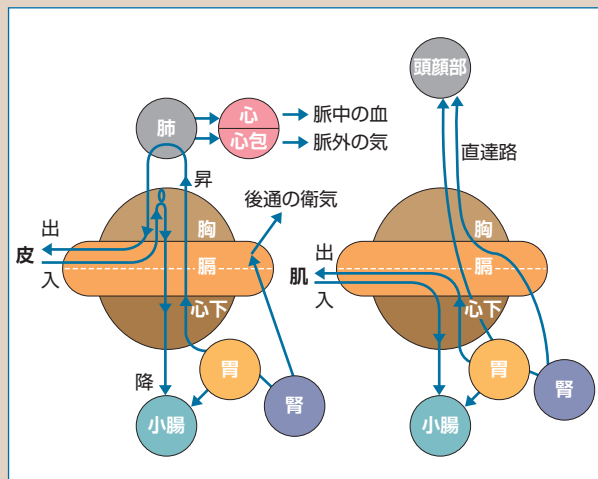
図2 外殻の構造



皮 : 外殻の最外層。表皮と乳頭層
肌 : 皮下組織と真皮。水を貯留する。
腠理 : 毛孔と汗孔。開閉機能を持ち、発汗による体熱の放散や外邪の侵入防御を担う。
膜 : 皮と肌の境界。

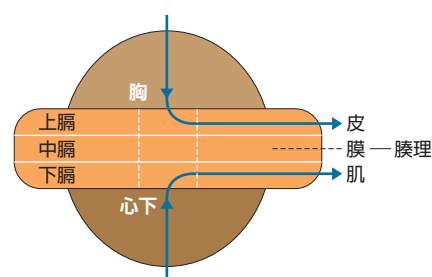
江部 洋一郎 ほか: 経方医学—『傷寒・金匱』の理論と処方解説, 東洋学術出版社 (一部改変)

図3 胸・膈・心下における気の昇降出入



江部 洋一郎 ほか: 経方医学—『傷寒・金匱』の理論と処方解説, 東洋学術出版社 (一部改変)

図4 膈の構造と機能



上膈の出……麻黄	膈の入……芍薬・枳実
中膈の出……柴胡	
下膈の出……桂枝	

江部 洋一郎 ほか: 膈と小柴胡湯証, 中医臨床, 19(1) 56-62, 1998 (一部改変)

図5 気・血・水(津液)の定義

広義の気 = 体内を流れる温かい液体 = 広義の津液
= 狭義の気 + 狭義の津液 (気・津と略称)
狭義の気 = 流れる・温かいという機能
狭義の津液 = 液体という素材
広義の血 = 狭義の気 + 狭義の津液 + 狭義の血

江部 洋一郎 ほか: 経方医学—『傷寒・金匱』の理論と処方解説, 東洋学術出版社 (一部改変)

うして？」と考えます。そうすると、ある条文を読んだ時に、「これは傷寒論のこの記載に近い」、「金匱要略のこの辺りにも書いてあったな」というように近い条文が見えるようになり、さらに何度も繰り返すことでそれぞれの関連性が見えてきます。

小川 経方理論を構築されるまでに、特に読まれた古典はありますか。

江部 唐容川(唐宗海)が著した傷寒・金匱の「浅注補正」を最も多く読みました。

— 量と投与法の問題について —

小川 傷寒論を読む際に、量の違いをどのように捉えたらよいですか。

江部 量はもちろんですが、煎じ方や投与法にも注目する必要があります。なぜなら、分2か分3か、あるいは昼3・夜1というように1回分の生薬量が変わるからです。たとえば、承気湯類を例に考えると、大承気湯も小承気湯も分2ですが、調胃承気湯は「少々これを与える」という部分と頓用の指示があります。三処方とも大黃は四兩ですが、芒硝は調胃承気湯では半升、大承気湯では三合ですから、大黃・芒硝に関していえば、1回量の調胃承気湯の方が大黃2倍、芒硝3倍と多いのです(図6)。ですから、大承気湯と調胃承気湯の使い分けに関する解説本の記載を、このような観点から検証する必要があります。

小川 量の問題を考える上では「度量衡」についても理解しておく必要がありますね。

江部 一兩はおよそ15gに換算されますが、これは中国の度量衡の歴史に遡ることになります。一斤は220~250g、一斤は16兩ですから、一兩は14~16gになります。日本

の度量衡は中国のそれを長年踏襲し、16世紀以降に離れていった経緯があります。ちなみに、わずかに日本画の世界でこの度量衡が残っています。画材屋は今もって顔料の重さを[一兩=15g]としています。

小川 わが国では、一兩を1gに換算していますが、本来的ではないということですね。

江部 桂枝湯を例に考えてください。傷寒論で桂枝は三兩、そして大棗は十二枚と記されています。「枚」はスライスではなく「個」を意味します。ナツメ1個の重さは3~5gくらいですから12個だと36~60gです。ですから、桂枝三兩が3gということはありえません。

小川 わが国で用いている生薬量は非常に少ないということでしょうか。

江部 傷寒論の記載のままの量を使うべきかどうかはともかく、急性疾患を生薬だけで治療する場合、たとえば大承気湯の大黃は四兩の分2ですから、1回量は30gということになります。ただ私は、大黃60gを処方しても、まず十分の一を服用し、1~2時間後にまた十分の一の服用とようようにしていますが、6回目の服用でようやく排便・解熱できた高齢患者さんを経験しています。このような症例にもし大黃4gを処方した場合、処方選択に誤りはなくても治療上には何の役にも立ちません。少ない量で治療することが悪いとは思いますが、臨床において傷寒論の量が必要という局面においてはその量を使うべきだと思いますし、そうしないと十分な効果は得られません。

— 医療用漢方エキス製剤を活用するために —

小川 医療現場では、煎じ薬を使用できない先生も多くいらっしゃると思います。医療用漢方エキス製剤を有効に使用するためのアドバイスをお願いします。

江部 五苓散や四逆散などの散薬は1回量が煎じ薬に比べると少ないですから、散薬が有効な局面はエキス剤でも効果があると思います。また八味丸や六味丸などの丸薬でどうしても大剤でいきたい場合は煎じ薬にしますから、丸薬・散薬で有効な場合はエキス製剤でもよいと思います。

エキス製剤の利点の一つに、常に持ち歩けるということがあります。たとえば、統合失調症や双極性障害、うつ病等々の精神疾患の患者さんに甘麦大棗湯のエキス製剤を常に持っていただき、急激に落ち込んだ時にその場で服用していただきます。これは患者さんにも非常に好評です。

図6 承気湯

大承気湯方

大黃四兩。酒洗。厚朴半斤。炙。去皮。枳實五枚。炙。芒消三合。右四味。以水一斗。先煮二物。取五升。去滓。內大黃。更煮取二升。去滓。內芒消。更上微火一兩沸。分溫再服。得下餘勿服。

小承気湯方

大黃四兩。酒洗。厚朴二兩。炙。去皮。枳實三枚。大者。炙。右三味。以水四升。煮取一升二合。去滓。分溫二服。初服湯當更衣。不爾者盡飲之。若更衣者。勿服之。

調胃承気湯方

甘草二兩。炙。芒消半升。大黃四兩。清酒洗。右三味。切。以水三升。煮二物至一升。去滓。內芒消。更上微火一二沸。溫頓服之。以調胃氣。



養腎降濁湯について

小川 江部先生は腎不全の治療薬として『養腎降濁湯』（図7）を創生されました。西洋医学では腎不全を改善することはもちろんのこと、腎機能の悪化を食い止める方法すらないだけに、非常に画期的な処方だと思います。まず、養腎降濁湯の処方を考案された経緯を教えてください。

江部 2000年頃だったと思いますが、透析導入後約半年の患者さんが来院されました。尿量は300mL、透析前の血清クレアチニン値（以下、CRE）は7mg/dLでしたが、漢方治療で尿量を増やすことができないか、と相談されたのです。そこで真武湯および桂枝去桂加茯苓白朮湯に加減して処方したところ、尿量が1,000mLに増加し、CREが3.6mg/dLにまで低下しました。それまで、腎不全に対してはなす術もなかったのですが、この症例を経験してから検討を重ねた結果、養腎降濁湯を作りました。

小川 腎機能がかなり悪化した症例でも効果はあるのですか。

江部 もちろん、腎機能の急速な悪化を食い止めることは難しいですが、大半の患者さんで1ヵ月後にCREを1～2mg/dL程度低下することが可能です。その後の経過については、投与後に低下してそのままを維持する場合と、低下後に再上昇する場合の2パターンがあります。CREが5mg/dLを超えている場合は透析導入なしの状態をずっと維持することは難しいと思いますが、3～4mg/dL程度であれば、生涯透析が不要のままの状態を維持することができる場合もあります。

小川 実際の症例をご紹介ください。

図7 養腎降濁湯の処方構成

晋 耆	30g	丹 参	15g
芍 薬	15g	益母草	30g
土茯苓	30g	白 朮	12～30g
草 薢	10g	猪 苓	10g
半 夏	12～15g	茯 苓	12～30g
竹 茹	10g	車前子	12g
栝楼仁・根	10g	生甘草	6～15g
貝 母	10g	白花蛇舌草	30g

【補 足】

- 生甘草と茯苓の比率は1：2とする。
- 青字の生薬は必須。
- +滋陰・補血：乾地黄 15g、玄参 15g、山薬 15～30g、当帰 12gなど
- 補陽：炮附子 6～10g、仙霊脾 10g、熟地黄 15g、山薬 15gなど

江部 洋一郎：慢性腎不全に対する養腎降濁湯の効果（前編）、中医臨床、31（2）：54-58、2010

江部 61歳の男性です。X-2年4月にCREが5.3mg/dLと高値を指摘され、腎臓専門施設に転院して加療されていました。同年5月にはCREが7.1mg/dLと悪化したため翌月には透析導入を考慮してシャントを作製されました。なかなか透析導入に踏み切れずに同年10月に当院を受診されたので、養腎降濁湯で介入しました。そして、X年6月まで透析導入なしに元気に過ごされました。このように養腎降濁湯はCREを改善できます。面白いことにカリウム値も改善できます。

さらに面白いのは、透析中の患者さんにも有効なのです。透析中で無尿、CREは16～17mg/dLで特有の顔貌と極度の疲労感を有する患者さんに養腎降濁湯で介入したところ、CREは10mg/dLくらいにまで低下し、顔色もよく元気になって仕事ができるようになった、という症例を経験しています。

小川 無尿ですから、腎から濁は排泄されていませんか。

江部 尿からの排泄が無いわけですから、養腎降濁湯は肝臓の解毒作用をバックアップしていると考えられます。実際に、ALP、γ-GTP、LAPが上昇する症例を経験しました。当初は漢方薬の胆道系に対する副作用と考え、生薬のいくつかを変えてみましたが、結果は同じでした。その後も患者さんのご希望で服薬を継続しましたが、やはりALPが1,000 IU/L、γ-GTPが500 IU/Lを超えるという状態が続きました。そこで、「なぜ」と考えたわけです。腎機能は改善しているのですから、肝臓の解毒作用が発揮され、肝臓に負担がかかった結果、胆道系の検査値が悪化したと結論付けました。ちなみにこの問題は、ウルソデオキシコール酸の併用で解決しました。

尿毒症物質は2,000種以上あると言われてしていますが、その分子量から小分子量（～3,000）・中分子量（3,000～15,000）・高分子量（15,000～66,000）に分けられます。しかし、透析で除去できるのは小分子量の毒素だけです。ところが、養腎降濁湯で介入した場合、無尿の患者さんでも一定の改善をみるという事実を考えれば、中分子量・高分子量の毒素も降濁解毒している可能性があると思います。

小川 投与中に注意されていることはありますか。

江部 効果判定時期について、1ヵ月間投与したらCREは低下するので、1ヵ月間の投与で効果がない場合にはさらにもう1ヵ月間投与し、それでもCREに変化がなければ無効と判断して投与を中止します。もう一つの注意点は、保険適用の黄耆では皮疹が生じる可能性が若干高いということです。遠方の患者さんには最初から晋耆を使いますが、近隣の患者さんには綿耆を使い、皮疹が出現したら晋

蒼に変えていただいています。ですから黄耆は別包にしています。また、カリウム値の改善を図るために甘草を最大18gくらいまで増やします。

小川 甘草を大量に処方されて、問題は起こりませんか。

江部 カリウム値は低下しますが、その他に問題はありません。それと重要なことは、茯苓は甘草の倍量を使用することです。この点については、傷寒論の記載で茯苓と甘草の比を見ると、茯苓が甘草の倍量とされています。



IV 脈診について

小川 もう一つ重要なこととして、先生は脈診を非常に重視されていらっしゃると思いますが、脈診の習得方法について教えてください。

江部 浮・沈・遅・数・滑・澹・小・大・長・短・有力・無力・洪・濡の14種類が基本病脈です。浮・沈は簡単だと思いますが、難しければ指を水平に置き、それで当たる場合は浮いていると考えればよいです。比較的難しいのは滑・澹だと思います。滑脈は「球を転がすような」、「流れるような」と表現されますが、これは明らかな誤りです。簡単に滑脈がわかるのは飲酒後の脈ですので、飲酒前後の脈を比較してみてください。澹脈は「ざざつと」、「ナイフで削るような」と表現されているとおりです。

脈は軽按と重按の二層でやっています。たとえば、軽按した場合に、浮・細・滑だが、重按すると細澹になった。気(狭義の気)は「拍動する、温かく流れる」ですが、重按は狭義の気を押さえこんで殺していくわけですから、その結果、狭義の血と水が残ります。ですから、たとえ患者さんに陰虚の側面が見えなくても重按で細澹があれば陰虚の側面を絶えず念頭に置き、どこかで陰虚の治療が必要ということになります。

小川 アトピーのように陰虚の側面を持つ疾患もありますし、現代社会において陰虚の患者さんが増えていますね。

江部 最も陰虚になりやすいのは、身体を使わずに頭を使う人です。現代社会が陰虚を作っているともいえます。実際に外来患者さんの7割は何らかの陰虚の側面を持っています。たとえば、春の花粉症を例に考えますと、7割の患者さんは陰虚・内熱・陽亢・火風であり、治療の基本は滋陰・清熱・降逆・去風です。このように脈診から処方導いていますので、脈診は非常に重要です。花粉症治療には小青竜湯や麻黄附子細辛湯が多く用いられますが、これら

を用いるべき患者さんはほんの1割程度です。

小川 先生はどのように脈診をされていますか。

江部 通常は指三本を寸・関・尺に置きますが、私は一本で行きます。なぜなら、人迎の脈、気口の脈などは指三本ではわかりません。もともと古代の脈診は指一本でしたが、だんだんと寸口に集約していったので、三本でみるようになったという経緯があります。ただ、寸と関の間を人迎や気口という脈の部位として設定していますが、寸との間をみるには一本でしかみることはできませんし、胆気不足を見逃してしまいます。

小川 胆気不足の患者さんは増えているのではありませんか。

江部 非常に増えています。「眠れない」、「決断ができない」、「不安感が強い」、「怖がり」、「びっくりしやすい」などの訴えがあり、さらに寸と関の間に短脈が出ている場合、これは胆気不足として治療する必要があります。

小川 短脈の発見の経緯を教えてください。

江部 あるとき、末期の乳がん患者さんが入院されたのですが、意識を失っていても短脈が強く出ていました。それ以来意識してみています。現在は「不安感が強い」、「眠れない」、「決断ができない」の3症状があれば短脈を予想して診ていきます。しかも短脈を知らないと、不安神経症やうつ病などは治療できないと思います。処方では酸棗仁湯加減、あるいは帰脾湯加減です。

小川 確かに、そのような患者さんは非常に多くいらっしゃいますので、短脈にも注目すべきだと思います。

江部 胆気不足の詳細は、『胆気不足』の考察と症例という論文をご参照ください(江部 洋一郎: THE KAMPO 9 (3) 2-17, 1991)。

小川 脈診のお話しについては、『経方脈論』が発刊されると伺っていますので、読者の先生にはぜひ、ご参考にしていただきたいと思います。また、『経方医学』は現在、1~4巻がすでに発刊されていますが、第5巻も発刊予定があると伺っています。

先生の素晴らしいところは、きちんと理論が伝えられることだと思います。確かに脈診については、実際に先生の診療に陪診しないとわからない部分はありますが、理論がわかりやすく、しかも実践的で、なおかつ効果があるということです。しかも先生の著書は中国や韓国でもすでに発刊されているものもありますので、さらに経方理論が世界的に認知されることを期待したいと思います。

本日は、ありがとうございました。