

日本中医学会雑誌

第1巻 第1号 | 2011年1月

2011年1月31日発行(年4回発行)

ISSN 2185-8713

創刊号

日本中医学会

設立シンポジウム特集

- 巻頭言 ご挨拶 ————— 酒谷 薫 1
- 特別講演
新型インフルエンザに対する漢方治療の経験 ——— 加島雅之 2
認知症に対する中医鍼灸の取り組み ————— 兵頭 明 9
- シンポジウム
現代科学からみた中医学 ————— 酒谷 薫 25
アルツハイマー病の免疫療法 ————— 田平 武 33
中医学領域におけるモノクローナル抗体研究 ——— 正山征洋 39
光診断法の中医学への応用を目指して ————— 田村 守 45
- 連載シリーズ
基礎理論と方剤を結ぶ入門講座① 気の病証と治療 ——— 平馬直樹 54
中医美容入門① 中医美容の概念と実際 ————— 北川 毅 65
日本人中医診療記 その1 ————— 柴山周乃 71
復刻版『なぜ中医学は難病に効くのか』① ——— 酒谷 薫
推薦文 ————— 山本勝司 74

投稿規定-76/誓約書・著作権委譲承諾書-79/編集委員会-80



ご挨拶

このたび、2011年1月に日本中医学会の学術誌『日本中医学会雑誌』を発刊する運びとなりましたので、ここに謹んでお知らせいたします。本学術誌は、WEB版として年4回発行する予定ですが、WEB版の特徴を生かし、パワーポイントや動画を用いて視覚的にも理解しやすいように工夫しています。創刊号では、2010年8月29日に開催された日本中医学会設立記念シンポジウムの特集号として、特別講演やシンポジウムの講演内容について掲載いたします。

本学術誌は、中医学の専門家だけでなく初心者の方々にも楽しみながら勉強していただけるように、いくつかの連載シリーズを掲載していきます。まず、本学会の会長である平馬直樹先生に、「基礎理論と方剤を結ぶ入門講座」を執筆していただきます。平馬先生は日本を代表する中医学の湯液治療の専門家であり、本シリーズでは、平馬先生の豊富な知識と臨床経験を余すことなく伝えていきたいと思っております。ついで、本学会の評議員である北川毅先生に、「中医美容入門」を執筆していただきます。北川先生は、日本の中医美容のパイオニアであり、中医学界だけでなく美容界にも大きなインパクトを与えてこられました。これから中医美容を始めようという方にとっては格好のテキストになると確信しています。また、柴山周乃先生には、現代中国の中医臨床現場からレポートしていただきます。柴山先生は天津中医薬大学を卒業後、中国の中医師免許を取得され、現在、天津中医薬大学で中医として勤務されています。現代中国の生の声が聞こえてくるような臨場感あふれるレポートになるでしょう。そして最後に、拙著『なぜ中国医学は難病に効くのか？ 脳神経外科医が見た不思議な効果』を連載します。本書は2004年にPHP研究所より発刊しましたが、まもなくして絶版となったものです。その後も問い合わせが相次いでおり、今回、復刻版として掲載することにしました。お楽しみいただければ幸いです。

それでは、日本中医学会の会員の皆様のますますのご発展をお祈りしてご挨拶に代えさせていただきます。

2011年1月
日本中医学会雑誌 編集長
酒谷 薫

新型インフルエンザに対する漢方治療の経験

熊本赤十字病院 加島雅之

要旨

2009年に世界を席卷したH1N1新型インフルエンザに対して漢方治療を行った経験およびそこでの知見について、若干の考察を加えて報告する。

今回の新型インフルエンザは3月にメキシコで流行をみせた後、急速に世界に伝播した。日本では、関西圏で初夏から出現。徐々に日本全国に拡大した。こうした経過により、史上ほとんど初めて、同じと確認できているウイルスが複数の季節にまたがって、広い地域で、数多くの人々に引き起こす症状を観察することができた。この観察からわかったことは、西洋医学的には同じウイルスが、季節とともに、風寒邪や風熱邪といった、漢方的には大きく性質の異なる邪となることである。また、同じ冬季であっても気温や湿度によってより風熱の性質を帯びた邪となったり、湿邪を挟むものなどもみられるようである。ここで、温病・傷寒の弁別なしに麻黄湯・葛根湯などが有効であった症例があると同時に、麻黄湯・葛根湯などが無効で温病としての対処を必要とした症例も多かった。次に、今回の新型インフルエンザは概ね季節性インフルエンザと比較しても死亡率は高くないが、季節型インフルエンザと異なり特に基礎疾患を持たない人でも重症化する場合が散見される。基礎疾患を持たないにも関わらず、重症化する人々の症状の特徴はアメリカ疾病予防管理センターなどが公表しているが、加えて漢方医学の見地で分析してもある特徴があるように思われ、次のような場合である。病気の進行が早い場合、少陽の部位である「胸」の症状が現れる場合、化熱傷陰する場合が挙げられる。このような病態を改善するために、生薬では石膏・柴胡・栝楼仁などが重要であり、特に胸膜炎や肺炎を起こした例では、エキス剤では麻杏甘石湯と柴陷湯の併用が有効であった。西洋医学の抗ウイルス薬を使用しているにもかかわらず症状の悪化・遷延を来す人も散見され、その多くが少陽病期で「胸」の症状を伴い、化熱傷陰を呈していることを考えると、この治療法の展開が期待される。また、回復期の咳嗽も麦門冬湯が通常のインフルエンザでは有効であるが、今回の新型インフルエンザでは無効例も多く、竹筴温胆湯が有効であった症例が多い。これは今回の新型インフルエンザが基本的な性格に湿邪の要素を持っていたためと考えられる。

連絡先：加島 雅之 〒861-8520 熊本市長嶺南二丁目1-1 熊本赤十字病院

背景

約 2000 年の歴史を誇る中国伝統医学（中国伝統医学の総称を以下、日本での伝統的な呼称に従い「漢方医学」と呼ぶことにする^{註1)}）の長い歴史において、急性感染性疾患は常に最も重要な命題であった。このことは漢方医学の最古にして最重要古典である『黄帝内経』『傷寒論』をみてもわかる。『黄帝内経素問』のなかには急性感染性疾患における専門の章篇が設けられ¹⁾、『傷寒論』はまさにその分析と治療のための臨床ハンドブック的な意味をもっている²⁾。

漢方医学のなかでは一般的にこうした急性感染性疾患は「外感病」として取り上げられる。現在の外感病に対する考え方では、「傷寒」と「温病」の2大病に分類され扱われる。傷寒は冬季などの寒冷的な環境で発症し、初期に悪寒を伴うことが特徴とされ、六淫外邪である風寒邪の侵襲が原因とされる。六経弁証などの『傷寒論』に代表される方法論での分析・加療が行われる³⁾。一方で温病は春夏などの温暖な環境で発症し、初期に悪寒を伴わないかあるいは軽微で、咽頭痛を伴うことが特徴とされ、六淫外邪である風熱邪・湿熱邪の侵襲が原因とされている。この温病に対する分析治療体系は温病学と呼ばれ、現代の中医学で使用される衛気営血弁証や三焦弁証は清代に確立してきた体系である⁴⁾。

しかし、実臨床では教科書的な記載に基づきこの両病型を厳密に区別することは難しい。歴史的には、すべての外感病を傷寒の方法論で分析・治療することが可能であるとする傷寒学派と、近現代の外感病の多くは温病であり外感病は基本的に温病学の方法論で分析・治療すべきとする温病学派、また状況に応じて傷寒・温病の方法論を使い分けるとする通俗傷寒派などの折衷的な立場⁵⁾の学派間論争が近現代まで存在している。また、日本漢方の経験でも、咽頭痛のある上気道炎に対して、傷寒に対応する処方である麻黄附子細辛湯を使用して有効との知見があるうえ⁶⁾、同じく傷寒に使用する処方に分類される桂枝麻黄各半湯もほとんど寒気のない上気道炎に有効であることが知られている⁷⁾。

傷寒・温病ともに致死性の流行性ウイルス性疾患を念頭に体系化されたものであり^{8) 9)}、実際に流行性ウイルス性疾患の代表であるインフルエンザに対してこれらの方法論が有効であるとの報告は数多く存在する¹⁰⁾。そうしたなか、2009年春から冬にかけてH1N1 新型インフルエンザが世界的流行をみせた。これは歴史上初めて、西洋医学上ほぼ同一と確認できる新出ウイルスによる、広域かつ複数の季節をまたいでの大規模流行であった。新型インフルエンザに対する伝統的漢方治療の有効性の確認および、上述の傷寒・温病の問題を確認する経験として貴重なものであった。ひいては、予想されている強毒性新型インフルエンザへの対処に対する貴重な教訓を与えてくれるとともに、現代中医学における外感病概念を深化させ、漢方医学の発展を促す絶好の機会ともいえる。

目的

H1N1 新型インフルエンザに対する中医学的症状分析・治療を概括することで、新型インフルエンザに対する漢方医学的な分析・治療の有効性の確認を行う。また、西洋医学上はほぼ同一と確認できるウイルスによる複数の季節にまたがる流行をみることで、傷寒・温病の病型がどのような因子に影響されるものなのかを確認し、傷寒・温病の有効な鑑別点を検討する。またH1N1 新型インフルエンザの漢方医学的な特徴を見出し、分析および治療のポイントを整理する。

方法

H1N1 インフルエンザの症状的特徴について、文献的報告をもとに分析し、筆者の経験したH1N1 新型インフルエンザの症例での検討も加えたい。また、H1N1 新型インフルエンザにおける傷寒・温病の病型判断をするために、カルテに記載されている悪寒の有無、咽頭痛の有無、嘔気・嘔吐・下痢などの消化器症状の有無により病型を風寒型・風熱型・寒熱錯雑型・湿邪型に分類し、月別出現頻度を後ろ向き観察研究を行った。また、漢方医学では絶対的な温度ではなく、身体感覚における寒暖を重視する。冬場の最低気温 12℃も沖縄では寒いと認識され、東北では暖かいと感じられるであろう。また、同じ地域でも真夏にクーラーで室温を 18℃とすれば、寒いと感じられるし、真冬の室温 18 度は快適な温度設定といえるだろう。こうした身体感覚における“暑い時期”“寒い時期”を反映する指標として、試みに今回 5 日間のうちで最低気温が平年の最低気温との差が大きい日の最低気温をプロットし、また平年の最低気温との差および平均湿度を調査し、病型との相関をみたい。さらに H1N1 新型インフルエンザに対して使用したエキス製剤およびその治験例を分析にこの新型インフルエンザのウイルスの臨床的特徴を検討する。

結果

重症化する人々の特徴を CDC (Center of Disease Control) が発表している。通常の季節性インフルエンザと同様に心不全・呼吸不全・糖尿病・腎不全・免疫抑制剤使用・妊娠中などの合併症の存在を指摘しているが、一方で季節性インフルエンザでは重症化することが少ない、基礎疾患を有しない健康な青年期でも重症化する人々が指摘されている^{12) 13)}。このような現象はスペインかぜ¹⁴⁾ や H5N1 トリインフルエンザの人感染例でも報告されており¹⁵⁾、新型インフルエンザの出現時にはしばしばみられる現象のようである。こうした基礎疾患を有しない人々の重症化の予測因子として CDC が発表している因子を表 1 にまとめた¹⁶⁾。これらの症状を漢方医学的に解釈すると、湿邪の症状が強く、肺の症状が強いことが示唆される。また、著者の経験では、インフルエンザ肺炎などで当院に入院を要した 6 例および外来管理となったが、全身症状が強い症例・胸膜肺炎を合併した症例、7 例を検討すると、軽症患者と比較すると以下のような特徴が認められた。①化熱傷津しやすいこと、②漢方医学的病期分類の進行が速いこと、③少陽の部位に邪が停留しやすいこと、④「胸」に邪が陥りやすいことが挙げられる(表 1)。殊に咳嗽・喀痰などの呼吸器症状がないにも関わらず、呼吸で増悪する胸痛・レントゲン学的に胸膜炎像が認められる症例が多くおり、通常の現代中医学では“胸”と“肺”を区別して捉えていないが、『傷寒論』などにみられるように¹⁷⁾ 両者を区別しなくてはならない病態が存在することが示唆された。

H1N1 新型インフルエンザ患者 74 名を、発病 2 日以内の咽頭痛、発病 2 日までの悪寒および発病 2 日までの嘔吐・下痢などの消化器症状より、風寒邪型(悪寒があり、咽頭痛がない)・風熱型(悪寒がなく、咽頭痛がある)・寒熱錯雑型(悪寒・咽頭痛ともに存在)・湿邪型(消化器症状が前面に立つ)に分類し月別の来院状況を確認した。結果を表 2 に示す。また、5 日間のうちで最低気温が平年の最低気温との差が大きい日の最低気温をプロットし、平年の最低気温との差および平均湿度を調査し結果を図 1 に示した。風熱型が主体であった、8・9 月は最

表1: 新型インフルエンザ 重症化の予見因子

CDCのまとめによる重症化予測因子

心不全、呼吸不全、糖尿病、腎不全、免疫抑制剤使用、妊娠中などの合併症

成人	小児
インフルエンザ様症状改善後の再発熱や咳の悪化	
激しい、持続性の嘔吐	
呼吸困難や息切れ	頻呼吸や呼吸困難
胸部や腹部の痛みや圧迫感	蒼白、チアノーゼ
突然のめまい	水分摂取不良
混迷	意識あるいは意思疎通不良
	機嫌が悪く、抱っこされることを嫌がる

漢方所見からみた重症化予測因子

化熱傷陰しやすい
病期の進行が速い
少陽の部位に邪が停留する。
『胸』に陥る

表 1

表2: 自験例での月別病型変化

- 風寒型 (悪寒あり、咽頭痛なし)
- 風熱型 (悪寒なし、咽頭痛あり)
- 寒熱挟雑型 (悪寒あり、咽頭痛あり)
- 湿邪型 (嘔吐、下痢あり)

	風寒型	風熱型	寒熱挟雑	湿邪型
8月	22.2%	44.4%	22.2%	11.2%
9月	44.4%	55.5%		
10月	52%	8%	36%	4%
11月	77.7%		22.3%	
12月	40.9%	27.3%	22.7%	9.1%
1月	30%	25%	35%	15%

8・9月は風寒は寒熱挟雑は風熱邪・湿邪をみている可能性あり

表 2

図1: 熊本の気候変化と病型の変化

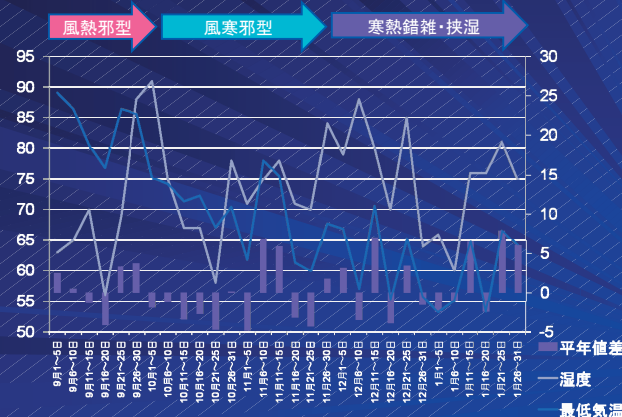


図 1

表3: H1N1 新型インフルエンザに使用したエキス剤

- 清上防風湯: 衛分証に
- 半夏厚朴湯+茵陳五苓散(藿朴夏苓湯の代わり): 濕遏衛分証に
- 麻黄湯
- 葛根湯
- 葛根湯+小半夏加茯苓湯(葛根加半夏湯の代わり)
- 桂枝湯+麻黄湯; 1:1 混合(桂麻各半湯の代わり)
- 桂枝湯+越婢加朮湯; 2: 1 混合(桂枝二越婢一湯の代わり)
- 葛根湯+桔梗石膏
- 麻杏甘石湯+小柴胡湯
- 麻杏甘石湯+柴陷湯: 胸膜炎症状がある場合
- 竹筴温胆湯: 少陽余熱、または咳嗽・喀痰の残存

表 3

低気温が平年に比べ高い日が多く、風寒型が多い 10・11 月は最低気温が平年に比較し低い日が多く、12 月に入り再度風熱型が増加傾向にあるが、最低気温が平年比較して高い日が多くなっている傾向にあることが見て取れる。

実際に今回の H1N1 新型インフルエンザに筆者が使用したエキス剤を表 3 に示した。これらの解表剤のうち、辛温解表剤系の処方の内服法は工夫をしている。

- ① 1 回に 2 倍量を温服し、温かい食べ物を少量とって布団にくるまって体を温める。
- ② わずかに発汗するまで 1 回量を 15～30 分おきに温服。
- ③ わずかに発汗したらそれ以上発汗しないようにして体を温めて休む。
- ④ 6～8 時間後に最後に 1 回量を温服して終了。

表証期を過ぎた後には陽明少陽の合病の病型が多く、化熱傷津を治療するため石膏を、胸肺に邪が陥りやすいのを考慮して麻黄・石膏・黄芩を、少陽に停滞した邪を除くために小柴胡湯を使用することを念頭に、麻杏甘石湯合小柴胡湯を通常の 2 倍量で使用した(表 3 参照)。また、吸気時胸痛などの胸膜炎症状がある場合には、邪が胸に陥り止まっていると考え、小陷胸湯を合方する意味合いで、麻杏甘石湯合柴陷湯を通常量の 2 倍量で使用した。また、回復期に微熱・食思不振・咳嗽・喀痰が残存する人々が多かった。この場合には竹筴温胆湯を通常量の 2 倍量使用している(表 3 参照)。通常、インフルエンザなどの上気道炎後の咳嗽・喀痰には麦門冬湯がよく使用されるが、今回の新型インフルエンザでは麦門冬湯の効果が悪く、竹筴温胆湯が有効であった印象がある。

考察

今回の H1N1 新型インフルエンザの経験により、西洋医学的にはほぼ同一と言えるウイルスによる感染症の複数の季節にまたがる感染病型を確認することが史上初めてできた。そこから判明したことはウイルスの種類により漢方医学的な病型の変化が起こるわけではなく、感染を来した環境条件が重要であることが示唆された。また、その環境条件は絶対的な外気温ではなく、生体にとって“寒い”“暖かい”と感じるかという相対的な感覚的条件が重要である可能性が高く、最

低気温の平年との偏差がその指標の一つとして使用できる可能性があることがわかった。

一方、治療においては平年みられる季節性インフルエンザの分析法・治療法が新型インフルエンザにおいても基本的に通用することが確認できた。日本の保険診療の枠組みでは、選択肢があまりない温病型に対して銀翹散の代替として清上防風湯が、藿朴夏苓湯の代替として茵陳五苓散合半夏厚朴湯が使用可能であることが示唆された。今回の新型インフルエンザは消化器症状が比較的多いことが報告されているが¹⁸⁾、これは漢方医学的には湿邪が影響していることが考えられる。このインフルエンザの経過の漢方医学的特徴に胸などの少陽の部位に邪が留まる傾向が認められたのも、湿邪が影響していることと無関係ではなかろう。湿邪の侵襲に際しては伝統的に津液の流通路である三焦の病変が多発するという指摘があり、三焦は少陽の部位の臓腑における具体的な対応である。季節性インフルエンザにおいては、回復期の残存する咳嗽に対して、肺の津液虧損と考え麦門冬湯が有効である場合が多い。しかし、今回の新型インフルエンザでは麦門冬湯が無効な場合が多く、竹筴温胆湯が有効である場合が多かった。竹筴温胆湯は、柴胡を含むと同時に痰湿を除く作用のある生薬を多く含む処方であり、潜在的に湿邪の関与があることを示すものと考えられた。

注1：本編では中国伝統医学由来の伝統医学の総称を日本での伝統的な慣習に従い「漢方医学」との用語で用いている。一方、日本独自の特に明治末以降の漢方医学は「日本漢方」、現代の中国共産党政府の指示のもとで編纂された漢方医学を「中医学」と呼び、朝鮮半島の漢方医学を「韓医学」として使用している。

文献

- 1) 重広補註 黄帝内経素問 熱論篇第三十一. 天宇出版社, 67-68
- 2) 善本翻刻 傷寒論・金匱要略. 日本東洋医学会, 東京, 2009
- 3) 南京中医学院 編著: 中国漢方医学概論. 中国漢方医学書刊行会, 325-331, 1965
- 4) 神戸中医学研究会 編著: 中医臨床のための温病学. 医歯薬出版株式会社, 東京, 18-23, 1993
- 5) 黄煌 著: 中医伝統流派の系譜. 東洋学術出版社, 千葉, 3-96, 2000
- 6) 藤平健・小倉重成 共著: 漢方概論. 創元社, 大阪, 209, 1979
- 7) 日本東洋医学会学術教育委員会 編: 専門医のための漢方医学テキスト. 日本東洋医学会, 東京, 89-90, 2009
- 8) 石田秀実 著: 中国医学思想史. 東京大学出版会, 東京, 176-178, 1992
- 9) 金子幸夫 著: 温病条弁解説 上巻. たにぐち書店, 東京, 28-33, 2008
- 10) 窪智宏: 小児インフルエンザ感染症に対する麻黄湯の効果. 日本東洋医学会雑誌 56: 204, 2005
- 11) 安井廣迪 著: 医学生のための漢方医学【基礎篇】. 東洋学術出版社, 千葉, 179, 2008
- 12) CDC: Interim Guidance on Antiviral Recommendations for Patients with Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection and Their Close Contacts. May 6, 2009
- 13) CDC: What to Do If You Get Flu-Like Symptoms. August 5, 2009
- 14) 池田一夫・藤谷和正・灘岡陽子ほか: 日本におけるスペインかぜの精密分析. 東京

- 都健康安全研究センター年報 56 : 369-374, 2005
- 15) Writing Committee of the WHO Consultation on Clinical Aspects of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza Medical Progress : Clinical Aspects of Pandemic 2009 Influenza A (H1N1) Virus Infection. *N Engl J Med* 362 : 1708-1719, 2010
- 16) CDC : What to Do If You Get Flu-Like Symptoms August 5, 2009
- 17) 善本翻刻 傷寒論・金匱要略. 日本東洋医学会, 東京, 91, 2009
- 18) 国立感染症研究所感染症情報センター : パンデミック (H1N1) 2009 の臨床像. 2009

プロフィール

加島 雅之 (かしま・まさゆき)



●現職

熊本赤十字病院 内科 医員
日本中医学会 評議員

●略歴

平成 14 年 国立宮崎医科大学医学部 (現 : 国立宮崎大学医学部医学科) 卒業

平成 14 年 熊本大学医学部総合診療部入局

平成 14 年 熊本大学医学部第 2 内科 (血液・膠原病内科) 勤務 熊本赤十字病院勤務

平成 15 年 国立熊本病院 (現 : 国立熊本医療センター) 勤務

平成 16 年 沖縄県立中部病院 総合内科国内留学

平成 16 年 熊本赤十字病院 救急部勤務

平成 17 年～ 熊本赤十字病院 内科勤務 現在に至る

平成 18 年 亀田総合病院 感染症科国内留学

平成 19 年 熊本大学医学薬学研究部 医療情報学 大学院 (社会人大学院) 入学

●著書

『臨床に直結する 感染症診療のエビデンス』文光堂・2008 年 (共著)

認知症に対する 中医鍼灸の取り組み

学校法人後藤学園 中医学研究所長 兵頭 明

要旨

今年の敬老の日に発表された65歳以上の方は2,940万人であった。加齢に伴い色々な症状が出現してくるが、それらのなかで脳・耳・腰・膝・骨・歯・髪といったキーワードと関係する諸症状は多くの場合、「腎虚」と連動して起こってくると中医学では考えている。こういった症状を複数もっていると、ADL（日常生活動作）やQOL（生活の質）にも影響が出てくるようになる。多くの症状に対して、個別に解決していくのではなく、トータルに全人的な医療を提供するのが中医学である。

認知症の問題についても認知機能の問題（中核症状）、周辺症状の問題だけを見るのではなく、全人的な視点をもった取り組みが日本では行われ始めている。認知症の患者数は2015年には250万人に達するとされており、深刻な問題である。東西医学連携をベースにして、認知症に対する医療ネットワーク、街ぐるみ支援ネットワークのなかで中医鍼灸の果たせる役割を一緒に考えてみたい。

1. 高齢者医療のなかでの中医鍼灸の可能性

2. 認知症に対する中医鍼灸の取り組み

- ①認知症国際フォーラム：「認知症に東洋医学が挑む」
- ②読売新聞での報道：「認知症にはり治療」
- ③介護付有料老人ホームでの取り組み
- ④医療連携、地域連携、施設連携における取り組み
医療連携：病鍼連携の必要性（病院、医院と鍼灸治療院との連携）
地域連携：川崎市街ぐるみ認知症相談センターとの連携
施設連携：施設内の全スタッフとの連携

3. 中医学の考え方を共有することによる新たな連携創出

- ①介護付有料老人ホーム2施設における全職員のための東洋医学セミナーを開催
- ②ご入居者・ご家族に対する東洋医学セミナーを2施設で開催
- ③ケアマネージャー、ソーシャルワーカーに対する講演「鍼灸によるお年寄りのQOL」（スウェーデン大使館内で開催）
- ④多くの医療職種の方々に中医学の考え方を共有していただく目的で中医インターネット講座を立ち上げ
- ⑤社団法人老人病研究会による認知症認定鍼灸師制度の立ち上げ（G-QPD育成講座）

4. 中国における認知症に対する鍼治療の紹介

5. 全人的な総合的なアプローチがポイント

ADLの改善、QOLの向上、そして認知機能の維持・緩和・改善への取り組み

連絡先：兵頭 明 〒143-0016 東京都大田区大森北 4-1-1 学校法人後藤学園 中医学研究所

本日は「認知症に対する中医鍼灸の取り組みについて」というテーマで発表する機会をいただいた。周知のように認知症に対する鍼灸治療においては、確固としたエビデンスはまだ出ていない。今後こういった取り組みが必要かということをお今日は一緒に考えていきたい。

■ 高齢者医療のなかでの中医鍼灸の可能性

今日のテーマは「認知症に対する取り組み」だが、その前に高齢者医療のなかでの中医鍼灸の可能性を簡単に見ていきたい。

■ 老年医学と鍼灸

まず老年医学と鍼灸ということを見ていくこととする。

『黄帝内経』 上古天真論による生命力の変化 (図1)

女性はおおよそ7年周期、男性はおおよそ8年周期で生理的な変化が起こるとされている。女性では全盛期は28歳頃、男性では32歳頃とされており、この曲線が成長曲線といわれるものである。その後は下降線の老化曲線を描くことになる。個人差はあるが、女性では49歳頃に閉経を迎え、男性では56歳頃に生殖機能の喪失を迎えるとされている。

国は健康長寿を提唱しているが、中医学の考え方に基づいてこの老化曲線の下降をなだらかにすることができれば、「健康長寿」を達成できるということになる。そのためには何が必要なのか、あるいは漢方で、あるいは鍼灸でこういったことが可能なのかを一緒に考えてみよう。

成長⇔老化 (図2)

五臓六腑の正常な協調関係をベースとして、この成長曲線と老化曲線を決定しているのは、先天の本といわれている腎、そして後天の本といわれている脾胃である。具体的にいうと先天の精と後天の精の充実度がどうなっているかが成長曲線と老化曲線を決定している。

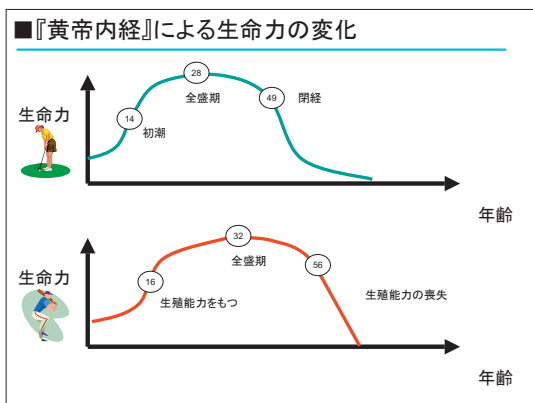


図1



図2

腎精と生命曲線（図3）

両親から受け継いだ精が先天の精であり、飲食等により脾胃の働きにより本人が自ら生成する精が後天の精である。この先天の精と後天の精から構成される「腎精」の状態が、生命曲線を決定している。

腎精の関係図（図4）

このスライドにある関係図が中医学の考え方による腎精の関係図である。腎精が充実していればスライド上のキーワードは良い状態を維持することができるが、腎精の不足により老化現象が始まりだすと脳老化、骨老化といった問題も発生しやすくなっていく。腎精不足の改善をはかるためには後天の精のサイドからバックアップしていくことが1つの方法である。この観点に立って認知症の予防や改善をはかるためには、どのように取り組んでいけばよいかを一緒に考えてみよう。ポイントは、一人ひとりが持っている先天的な力と、後天的な力を中医学的にいかにサポートするか、ということだと思う。

老化に伴う症状（図5）

老年医学のキーワードとしては、「脳・耳・腰・膝・骨・歯・髪」といったものがある。こういったキーワードと関連してスライドにあるような諸症状が出現しやすくなっていく。これらの症状は一見、ばらばらのように見えるが、中医学の考え方に基づくと、症状の出現は人によって前後するが、「腎の力」の衰退と関連して起こってくるものである。

こういった症状を治療するために病院に行った場合、いくつの診療科にかかる必要があるかを考えてみよう。高齢者が3から5つの診療科にかかるとしたら、体力的にも大変であり、医療費もかなりかかることになる。中医学的に全人的にこれらの問題を捉えた場合のポイントは、先天の本といわれている腎と、後天の本といわれている脾胃（消化機能）ということになる。

高齢者をもつ疾患（図6）

高齢者に一般的に出現しやすい疾患としては、高血圧症・脳血管障害・認知症・難聴・緑内障・骨粗鬆症・誤嚥・転倒・排尿トラブルなどがあるが、現代医学サ

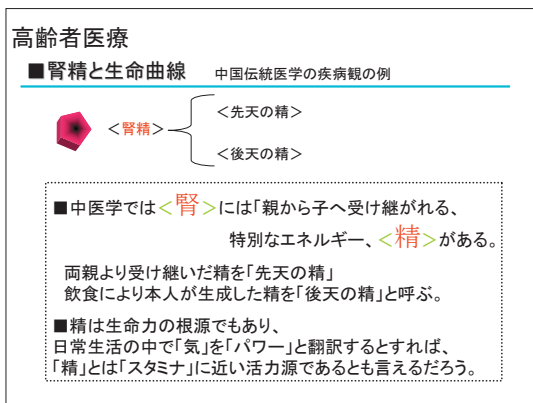


図3

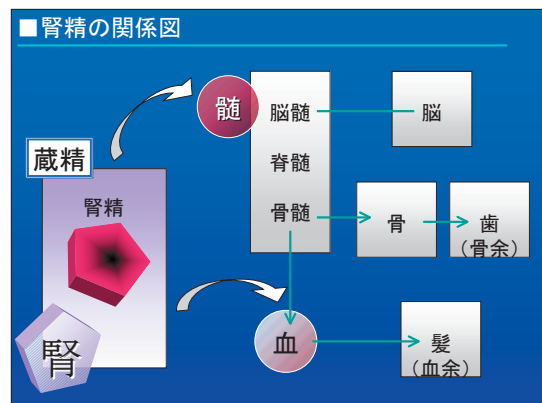


図4

イドから見ると、担当する診療科は複数にならざるをえない。

高齢者がもつ疾患 2 (図7)

先ほどスライドで提示した高齢者に出現しやすい一連の疾患を整理すると、右端にあるような「髓海・精神・耳に開竅・二陰を主る・骨を主る・腎の府・筋を主る・蔵血・目に開竅・胃氣」といった中医学のキーワードでまとめることができる。これらのキーワードは、肝腎、そして脾胃と関連するものである。つまりスライドで提示した高齢者に出現しやすい一連の疾患は、肝腎両虚と脾胃のトラブルと関連するものだということがわかる。

鍼灸による高齢者の QOL の向上の可能性 (図8)

鍼灸による高齢者の QOL の向上の可能性については、「日常生活の動作・転倒の予防・嚥下・便秘・失禁・不眠・うつ傾向・認知症予防」といったトラブルの改善をはかることにより、高齢者の QOL の向上をはかれる可能性は非常に高いと思われる。これには認知症の予防も含まれている。これらについては後ほど症例を提示しながら一緒に見ていくこととする。

老化に伴う症状

老年医学のキーワード: 脳、耳、腰、膝、骨、歯、髪
中医学のキーワード: 「腎」の力

- 耳が遠くなる、
- 物忘れをしやすいくなる、
- 足腰が弱くなる、
- 腰がだるくなったり痛くなる、
- 白髪が気になる、
- 抜け毛が気になる、
- 顔のしわが気になる、
- 歯が弱くなる、
- 骨がもろくなる、
- トイレに自信がなくなる、
- つまずきやすくなる、
- 膝がいたくなる、
- スタミナがなくなる、
- 血圧が高くなる

図5

高齢者が持つ疾患

図6

高齢者が持つ疾患

図7

老年医学と鍼灸

鍼灸による、高齢者のQOLの向上の可能性

1. ADL (日常生活の動作) の改善
2. 転倒の予防 (関節のこわばり、しびれ、マヒ)
3. 食欲 (嚥下、消化)
4. 便通 (便秘、尿量減少、失禁)
5. 睡眠 (不眠症の改善)
6. 気分・リラックス (うつ傾向、情緒)
7. 物忘れ (認知症予防)

図8

認知症高齢者数の現状と将来推計 (図9)

さて本題に入るが、厚生省が発表している「認知症高齢者数の現状と将来推計」によると、5年後の2015年には250万人、2020年には300万人に達すると予測されている。右肩上がりに上昇していることがわかる。

脳血管障害患者の増加 (図10)

さらにもう1つ気になるのが、脳血管障害である。2008年版人口動態統計によると、2008年の脳血管障害の患者数は約137万人、亡くなった人は12万6千人(死因第3位)、全人口に占める割合は約12%とされている。また厚生労働省研究班の報告では2020年の脳血管障害の患者数は約287万人と予測している。現在の2倍以上になる予測である。この数字が示唆していることは、脳血管障害の患者数の大幅な増加により血管性認知症の患者数も大幅に増加するのではないかということである。

中国天津中医薬大学第1付属医院の石学敏教授が中心となり開発した「醒脳開竅法」という鍼治療システムは、脳血管障害の急性期から現代医療と併用することにより、早期回復、早期退院を可能ならしめるだけでなく、後遺症の軽減、ADLの改善にも大いに貢献している。また現在、本治療法は脳血管障害の治療だけでなく、広く血管性認知症の治療にも活用されていることを後ほど紹介する。

認知症に対する中医鍼灸の取り組み

認知症に対する取り組み (図11)

ここで後藤学園中医学研究所でのいくつかの取り組みを紹介しておく。これからの5年、10年を考えたときに、中医鍼灸として何ができるか、その可能性を一緒に考えてみたい。

まず中医学について、そして鍼灸について多くの人に知ってもらうために、スライドで紹介しているような取り組みを行ってきた。2009年の10月31日に神奈川県川崎市で認知症国際フォーラムが開催され、そのなかで「認知症に東洋医学が挑む」というテーマでシンポジウムが開催され、日本と中国で認知症に対し漢方と鍼灸によりどのような取り組みがなされているかの交流が行われた。そ

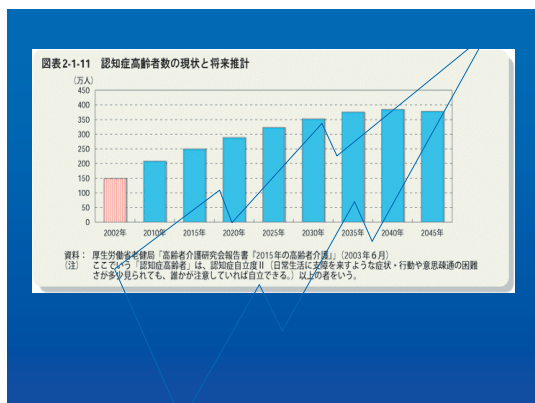


図9

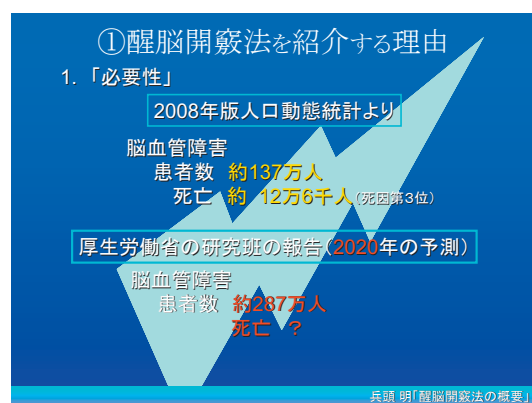


図10

の内容は後日、NHK 教育テレビ・日曜フォーラムにて全国放映され多方面から注目を集めた。

読売新聞では6月3日に「認知症にはり治療」というテーマで紹介がなされ、「認知症へのはりの効果は未知数。でも、認知症患者の笑顔が増えるのだとすれば、もっと注目されてもいい」という温かいコメントを紙上でいただいた。

その他、高齢者の入居施設における全職員、入居者、その家族に対する中医学の啓蒙活動、またケアマネージャー、ソーシャルワーカーへの中医学の啓蒙活動を通して、さまざまな連携の可能性を模索しているところである。

医療連携、地域連携、施設連携

医療連携、病鍼連携の必要性 (図 12)

これからの取り組みの1つの例として、医療連携の必要性はもちろんであるが、今後は病鍼連携（病院と鍼灸院との連携）が必要である。このスライドは後藤学園中医学研究所と牧田総合病院医療連携部との例である。例えばMMSEのデータがあると、鍼治療によって全体のスコアがどう変化したか、またスコア上での機能が維持されているか、あるいは改善しているか、あるいは低下したかが客観的にわかる。このデータをもとに家族、あるいは本人から鍼治療に対する評価をもらうことができる。そして治療を継続するか、中止するかを判断を仰ぐことができる。

中医学医療連携は可能か？ (図 13)

全国に「認知症疾患医療センター」が開設されつつあるが、このなかに漢方治療や鍼灸治療が入っていいのか？

そのためにも一定のエビデンスを提示する必要がある。日本中医学会としてぜひ緊密な連携のもとで、一緒に取り組んでいきたいと考えている。

地域連携 (図 14)

このスライドは川崎市街ぐるみ認知症相談センターとの連携の例である。認知症相談センター自身が川崎市市内における地域連携、ネットワークをベースにして

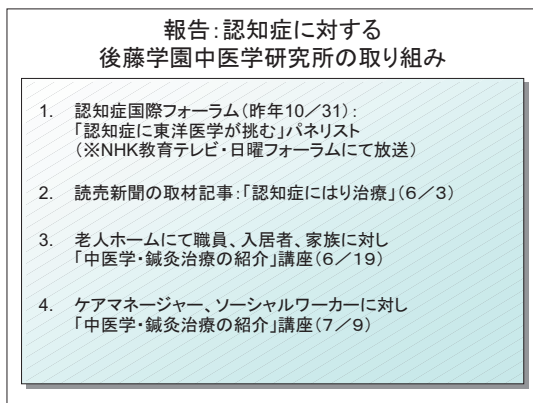


図 11

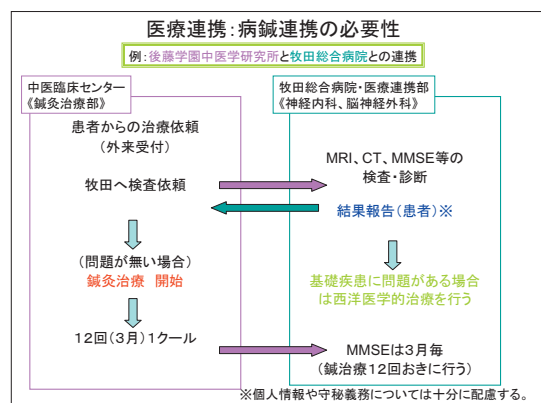


図 12

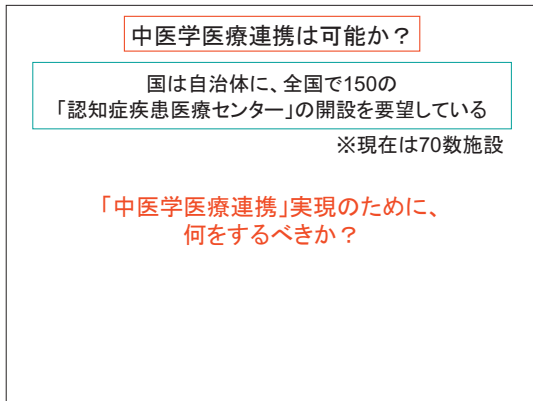


図 13

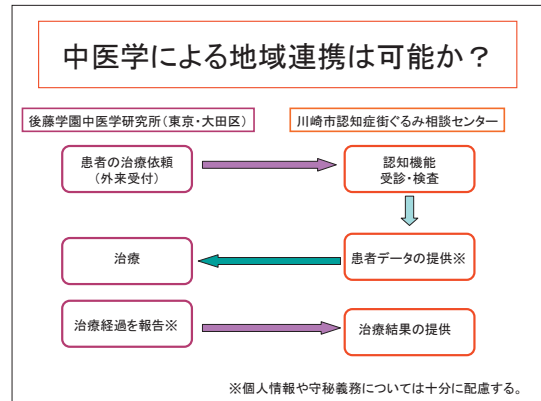


図 14

いるので、この地域連携にわれわれがいかに加わっていけるかがテーマとなっている。

法人連携 1 (図 15)

社団法人老人病研究会との連携により、認知症に対する現代医学の最先端の知識(神経内科・精神科・脳神経外科領域)を身につけた認知症専門鍼灸師の育成事業がまもなくスタートしようとしている。

法人連携 2 (図 16)

認知症認定鍼灸師育成講座は、ブロンズ・シルバー・ゴールドの3段階に別れている。ブロンズコースでは神経内科・精神科・脳神経外科の専門医から認知症に対する最新の情報を講義してもらうことになっている。また高齢者入居施設における認知症の実態、高齢社会における課題等についても実地研修を行う予定である。そして手技トレーニングの後に、関連研修施設にて3カ月にわたる所定の臨床研修を行い、合格すれば社団法人老人病研究会から認知症認定鍼灸師の認定証が授与されることになる。

施設連携 (図 17)

施設連携に関しては、介護付き有料老人ホーム2施設にて全職員(約100名)を対象とした中医学特別セミナーを2回開催し、入居者と家族(約80名)を対象とした中医学特別セミナーも開催した。この施設の入居者の8割前後が認知症を患っている。セミナーを開催することにより、相互理解をベースとした施設との連携、家族との連携が可能となっている。全スタッフおよび家族と中医学の考え方を共有することによって、入居者の日々の様子を観察してもらい、その情報を提供してもらうことができるようになっている。

臨床報告 (図 18)

それでは臨床報告に入る。2009年10月からアルツハイマーを患っている入居者1名、および軽度認知障害が疑われる入居者2名に対して11カ月にわたり、週1回の往診による鍼治療を行った。「タッチパネル」というMMSEの簡易的な認知機能測定機器により得られた結果を報告することにする。この検査は15点

中医学による学校法人と社団法人の連携
後藤学園と社団法人老人病研究会の連携
【認知症認定鍼灸師(仮称)】の育成事業



ゴールドキューピッド・プラン (G-QPD)
 のご案内

図 15

中医学による学校法人と社団法人の連携
後藤学園と社団法人老人病研究会の連携
認知症認定鍼灸師(G-QPD)
 育成講座開講予定: 東京10月2~3日(二日間)

ブロンズ	シルバー	ゴールド
各領域の講座 ・神経内科 ・精神科 ・脳神経外科 ・中医学	鍼手技トレーニング ・中医基礎手技 ・韓方式鍼術式	臨床研修 ・各地の賛同施設 ・認定証明

図 16

報告: 施設連携
後藤学園中医学研究所の取り組み
後藤学園中医学研究所と介護付き有料老人ホームAとの連携

1. 施設利用者3名に対して、10月間の施術を行った。
2. 全職員(約100名)に対して、中医学特別セミナーを開催した。
3. 利用者とその家族(約80名)に対して、同じくセミナーを開催した。

A施設では9月から全利用者に向けて鍼施術の希望を募る予定である。

その他、スウェーデン大使館において、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー(約100名)を対象として同じく中医学セミナーを開催。
 ※Aはスウェーデン方式の介護技術を取り入れている。

図 17

臨床報告

- 2009年10月より、アルツハイマーを患う老人ホーム入居者3名に対して約10ヶ月にわたり往診による鍼施術を行った。
- 「タッチパネル」と言う簡易的な認知機能測定機械により得られた結果を報告したい。
 (15点満点で、12点以下は認知機能の低下を疑う)
- 治療頻度と回数は(週1回、合計46回)である。

図 18

満点となっており、13点が境界域、12点以下は認知機能の低下が疑われるというものである。

今後は神経内科の認知症専門医との連携により、入居者全員にMMSE検査を実施してもらう予定である。

タッチパネル式セルフチェック (図 19)

これがタッチパネルの検査内容である。コンピューター音声の質問に、パネルに触れて回答するというもので、質問は言葉や日時、立方体の識別の5問からなり、所要時間は5分ほどで実施できる。このシステムは鳥取大学が開発したものである。

Aさんの例 (図 20)

Aさんはアルツハイマー型認知症と診断され、2004年から2007年までアリセプトを服用したが、効果が認められないため服用を中止している。2008年に施設Aに入所、2009年10月7日から鍼治療をスタートした。

暴力性、徘徊がある。歩行力がかなり低下しているので、転倒のリスクを回避するため家族は車椅子の使用を検討していた。

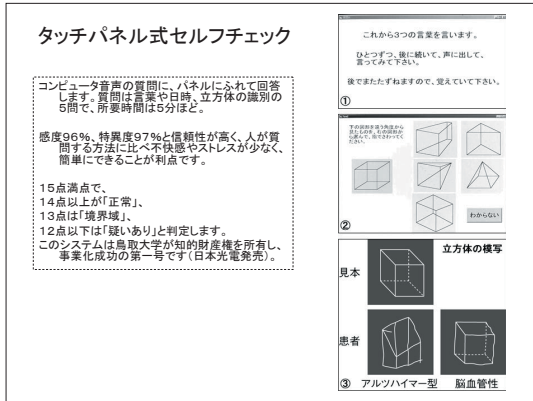


図 19

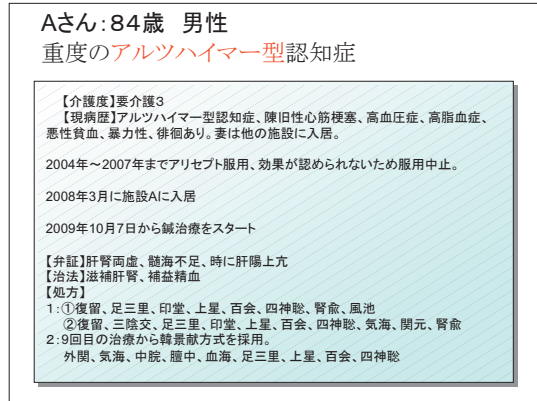


図 20

肝腎両虚，髓海不足，ときに肝陽上亢ありと弁証し，滋補肝腎・補益精血をはかることとした。

A さんの経過 (図 21)

治療テーマを歩行力強化，認知機能の維持・改善，尿漏れの改善として治療を行った。鍼治療後，2 カ月で穏やかになり，徘徊もなくなる。暴力性がなくなったので他施設に入居していた妻が同施設に転居してくる。ADL の面では，歩行力が安定し，尿意も自覚できるようになった。

タッチパネルの検査結果は，2009 年 11 月 11 日が 2 点，11 月 25 日が 1 点，2010 年 8 月 11 日が 2 点であった。

認知機能の面での改善は認められなかったが，周辺症状の改善と ADL の改善が認められている。また 8 月 11 日の検査担当者から新コメントが先日提供されたので紹介する。

「集中力はあったのですが，第 1 問の 3 つの言葉の記憶は残念ながら，前回の平均より落ちています。しかし図形認識 1 については，立方体をはっきりと認識されて，自信をもって選ばれていました。図形認識 2 の三角柱については，迷ったのち三角錐と誤認されました。なお日時の見当識の 1 点は曜日ですので，誤差の範囲内です。前回より，比較的操作に集中されておられたことが，印象的でした。また混乱がありませんでした。私の個人的な評価は，約 11 カ月身体状況は改善し，認知症は進行が食い止められ，情動面は穏やかになり改善がみられたということになるかと思います」との報告をいただいた。

A さんの観察記録 (図 22)

このスライドは日常の生活の様子を施設スタッフが観察した記録である。施設や家族との連携により定期的にこういった情報が時系列的に入手できることは，治療を組み立てるうえで非常に役にたつ。ここにスタッフの皆さん，家族の皆さんに感謝の意を表したい。

B さんの例 (図 23)

B さんは MCI (軽度認知障害) が疑われる脳血管障害後遺症のある入居者で

ある。左上肢の痙性マヒが顕著、左肩関節は全く動かない、左足に内反足があり歩行障害が見られる。弁証は肝腎両虚、ときに肝陽上亢とし、治法は補益肝腎・補益精血として治療を行った。実際は小醒脳開竅法+補益肝腎の強化をベースとし、さらにADLの改善を同時にはかった。

Bさんの経過 (図24)

治療のテーマは歩行障害・左足内反足・左上肢痙性マヒの改善・尿漏れの改善・認知機能の改善とした。2カ月の治療でADLが改善し、自力歩行が可能となり、左肩関節可動域が大幅に改善し、尿失禁にも一定の改善が見られた。

タッチパネルの検査結果は、2009年11月11日が10点、11月25日が13点、2010年8月10日が10点であった。タッチパネル検査では認知機能の維持が認められた。Bさんからは鍼治療により「思いだしが早くなった」とのコメントをいただいている。

Bさんの観察記録 (図25)

施設スタッフの観察記録からもADL改善の様子を知ることができる。

Aさん: 84歳 男性
重度のアルツハイマー型認知症

【治療テーマ】歩行力強化、認知機能の維持、改善、尿漏れの改善

【結果】鍼治療後、2ヶ月で穏やかに、徘徊もなくなる。妻が同施設に転居してくる。ADL:歩行力が低下しご家族が車椅子を検討していたが、鍼治療後には歩行が安定。尿意を自覚。

【タッチパネル検査】

2009年 11月11日:	2点
2009年 11月25日:	1点
2010年 8月11日:	2点

【検査担当者のコメント】
 2日間の得点だけを見ると低下しているようだが、観察した様子から言うと、25日は確信を持って「わからない」を選択していたのが特徴的であった。11日は図形を確かに認識しておられた様子が見受けられたが、すべての設問に、あてずっぽうで答えておられたと記憶している。今後、言葉の即時確認、遅延確認に変化が見られるのではないかと期待している。

図 21

Aさん: 84歳 男性
重度のアルツハイマー型認知症

【施設の観察記録】

日時	コメント
5月18日	時々足の突っかかり、痛みが見られます。
5月25日	足の突っかかり、膝下の歩行時に不安定さを感じます。
6月1日	廊下の行き来は多いです。他の御入居者と一緒に談話室で過ごされています。
6月6日	午前中の服薬の誤えが時々見られます。普段どおり、談話室にて会話し過ごされています。
6月18日	歩行時の足のつっかかりが見られます。ご本人は痛くは無いが重いと仰る。
6月22日	足のつっかかりは変わらず見られます。時々お互いを御夫婦のように思われ、間むるご入居者(認知症患)う女性がお互いが、口論される御様子が見られます。
6月29日	歩行時につんのめらるる御様子が見られます。居室にて、ベッド上、トイレ周りにて尿汚染されることありました。かわらず、穏やかに過ごされています。
7月6日	つんのめらるる歩行は続きます。終日穏やか。
7月15日	談話室前の椅子で胸を痛み度で過ごすことが多い。
7月20日	7月21日17時、嘔吐多量にあり、緊急で受診するが、改善し、帰所。翌日食欲不振(続く)、24日、全量食べられずまで回復。
7月27日	徐々に食欲回復し、体調も戻りました。
8月3日	以前のように、食事10割でに摂取すること無く、ゆっくり食べられるようになってきました。
8月10日	うたとと、椅子の上でお休みの日が多く見受けられます。
8月16日	夜間、経過して数時間ずつ、夜では起きている御様子が見られます。

図 22

Bさん 85歳 男性
MCIが疑われる脳血管障害後遺症

【介護歴】要支援1

【現病歴】平成16年9月脳梗塞。
 高血圧、脳梗塞後遺症、白内障
 左上肢の痙性麻痺が顕著、歩行障害、内反足、軽度認知障害の疑い

2009年10月16日から鍼治療をスタート

【弁証】肝腎両虚、時に肝陽上亢
 【治法】補益肝腎、補益精血
 【処方】
 1: (主)内關、印堂、上星、太溪、三陰交、
 (副)左合谷、後溪、中渚、曲池。左足三里から解溪に排刺、左手陽明經に排刺。
 2: 9回目の治療から韓景献方式を採用
 外關、氣海、中脘、膻中、血海、足三里、上星、百会、四神聰

図 23

Bさん 85歳 男性
MCIが疑われる脳血管障害後遺症

【治療テーマ】歩行障害、内反足、上肢痙性麻痺の改善、尿漏れの改善、認知機能の改善、ADLの改善、自力歩行が可能、左肩関節可動域の大幅な改善、尿失禁の消失

【タッチパネル検査】

2009年11月11日: **10点**
 「言葉の即時確認」、「言葉の遅延確認」、「日時見当識」、「図形認識」にそれぞれ1点ないし2点の減点があり。

2009年11月25日: **13点**
 「日時見当識」に2点の減点。
 観察では答える反応の速さ、的確さを見ることができた。

2010年8月10日: **10点**
 ただし、「3つの単語の記憶」のところで、聞き違いによる2点減点。
 「図形問題」は、完璧。
 「今日の日付」を落としていた。

図 24

Bさんの様子 (図26)

スライドの写真からも左上肢のADL改善の様子を見ることができる。衣服の着脱も自身でやりたがるなど意欲も大幅に向上した。また患側の左下肢も膝をしっかりと上げており、歩行が安定している様子を見ることができる。

Cさんの例 (図27)

CさんはMCIが疑われる頸椎損傷(C7)不全マヒ、感覚障害、しびれ、痛みを訴えられる入居者である。2009年10月14日から鍼治療をスタートした。肝腎両虚に対して補益肝腎をはかることとした。

Cさんの経過 (図28)

治療のテーマは、自力歩行ができるよう強い要望があり、両手第4指、第5指の痙性の改善、痛みの軽減、認知機能の改善をはかることとした。

治療前、ベッド上で自力による体位変換ができず、トイレは必ず介護が必要であった。2時間ごとにスタッフがベッド上で体位変換を行っていた。現在は自分でベッドから車椅子に移乗してトイレに行き、自分で車椅子からベッドへの移乗もできるようになっている。

タッチパネルの検査結果は、2009年10月14日が10点、11月11日が14点、

Bさん 85歳 男性
MCIが疑われる脳血管障害後遺症
 【ご入居者感想】思い出しが早くなった。
 【施設の観察記録】:

日付	コメント
6月18日	トイレの失敗見られず、室内ご自分で歩行されています。
6月25日	晩酌も美味しく、召し上がり食欲も有ります。
6月1日	お愛わりありません。足取りもマイペースで歩行されています。
6月6日	風邪を引く事もなく、行事にも積極的
6月15日	体調は安定しているようです。お孫様が来られた時、杖で歩いておられました。
6月22日	現在、失禁は全く見られなくなりました。着ち替いて過ごしておられます。
6月29日	安定した足取りで、居室と食堂を歩かれます。
7月6日	リハビリパンツ交換時、尿失禁を歩かれます。歩行安定。
7月13日	歩行安定。笑顔もよく見られます。
7月20日	時に大きな体調の変化なく、過ごされています。
7月27日	体調、安定しています。鍼治療のあとは調子が良い様に感じます。と仰いました。
8月3日	体調、安定しています。入浴時リハビリパンツにて排便が多目に見られます。
8月10日	体調安定しています。食堂の行き来にご自分でしています。
8月18日	体調安定しています。歩行も安定しています。晩酌も美味しいらぬ。

図 25



図 26

Cさん 78歳 女性 軽度認知機能の低下
 【介護度】要介護3、身障1級
 【現病歴】:頸椎損傷(C7)、下肢深部静脈血栓症、後縦韧带骨化症
 MCIが疑われる頸椎損傷不全麻痺、感覚障害、しびれ、痛みのご入居者
 2009年10月14日から鍼治療をスタート
 【弁証】肝腎両虚
 【治法】補益肝腎
 【処方】
 1:(主)太溪、腎俞、三陰交、足三里、印堂、上星。
 (副)中渚、外関、膝周囲に散鍼。抜針後に外関に円皮鍼を施す。
 2:9回目の治療から轉景獻方式を採用
 外関、氣海、中腕、腫中、血海、足三里、上星、百会、四神聰

図 27

Cさん 78歳 女性 軽度認知機能の低下
 【治療のテーマ】:自力歩行ができるよう強い要望あり、指の痙性の改善、痛みの軽減、認知機能の改善、トイレは必ず介護が必要であったが、現在は自分でベッドから車椅子に移乗し
 【タッチパネル検査】:
 2009年10月14日: 10点
 「言葉の即時確認」、「言葉の遅延確認」、「日時見当識」、「図形認識」にそれぞれ1点~2点の減点。
 11月11日: 14点
 「日時見当識」に1点の減点。
 11月25日: 12点
 「言葉の即時確認」1点、「言葉の遅延確認」に2点の減点。
 25日は、結果的に「言葉の覚え間違い」があると思われる。
 大変しらがっておられた。この聞き違いがなければ満点。
 2010年8月10日: 14点
 「図形問題」の見落とし。
 満点には至りませんでした。満足の結果と言える。
 ご本人も安心しておる様子。

図 28

11月25日が12点,2010年8月10日は14点であった。満点にはいたらなかったが、満足な結果といえるだろう。

Cさんの観察記録 (図 29)

Cさんは治療によって、自分のことは自分でやりたいと非常に意欲がわくようになった。またよく笑うようになった。自立心が高まるのは良いことであるが、われわれが心配しているのは失敗して転倒するリスクがあることである。施設側と協力しながら看護師、介護スタッフとの協力のもと、転倒のリスクをなくす努力をはかった。施設スタッフの観察記録から、ADLの改善、認知機能の改善、意欲の向上の様子をうかがうことができる。鍼治療後に「思いだしが早くなった」とのコメントをいただいている。

総括 (図 30)

1. タッチパネルにより得られた結果から、認知機能の維持、改善が見られたが、治癒することはなかった。
2. 鍼の施術によりADLの改善をはかることが、結果的にQOLの向上につながることであったのではないと思われる。
3. 認知機能に障害のある患者に対する施術は、通常の鍼治療よりも大変な労力が必要であった。施設のスタッフ、家族との連携があっはじめて治療が可能となるケースもあった。

中国最新情報

中国の認知症に対する鍼治療の最新情報を紹介しておく。ここでは主として各研究チームが各々どのような角度から認知症に対してアプローチをしているのか、処方構成に重点をおいて考察を行う。

南通市中医院神経内科チーム (図 31)

血管性認知症に対する鍼治療の臨床観察(63症例)についての臨床報告である。この処方では小醒脳開竅法をベースにし、健脳(認知機能改善)を目的として百会・四神聡・神門を配穴している。さらに補腎を目的に太溪を配穴し、健脾を目的に

Cさん 78歳 女性 軽度認知機能の低下

【ご入居感想】: 鍼治療をすると頭がすっきりする。思い出しが早くなった。

【施設の観察記録】:

日付	コメント
5月10日	気持ちも回復し、トイレの調整も立ちも、うまくいっています
5月29日	体調も良いため、今週も立位に安定あります。
6月1日	立ち上がりやすいとご本人の口から感想あり。
6月6日	今週は立ち上がり時の時からだごども重いと仰る
6月10日	依然足の重さの訴えがみられます。日常は穏やかなペースの生活をされています。
6月22日	足の重さの訴えは聞かれています。お元気に過ごされています。
6月29日	足の重さの訴えは聞かれています。アアアにも積極的に参加、食欲あり。
7月6日	足は重くないとのこと、笑顔多い。
7月13日	御自分で、安定してトイレに行けるようになったの事、無用はせずに職員を呼んでくださいとお伝えしています。
7月20日	7月は日曜を休んだので家で寝る間がある。また、問題が無いとの訴え有り、ボウリング遊びの様子見ます。
7月27日	腰の左側がまだびわった痛みがあるとのこと。食事へお一人で行き家は頑張ってられます。
8月3日	排便の乱れ、寝起が早い、薬、錠剤で出しています。
8月10日	お通じの乱れは徐々に改善されている様子。
8月18日	足の痛みの訴えもなく、ご自分でトイレに行かれます。

図 29

総括

- タッチパネルにより得られた結果から、認知症の改善がみられたが、治癒する事はなかった。患者・ご家族への治療説明に留意したい。
- 鍼の施術がADLを向上させ、結果的にQOLの向上を患者に提供することができた。
- 認知機能に障害のある患者に対する施術は、通常の鍼治療のより大変な労力が必要である。今回の研究にご協力いただいた施設の看護師・介護士の方にはこの場を借りて感謝いたします。

図 30

足三里を配穴している。

浙江省嘉興市中医院チーム (図 32)

鍼灸と穴位貼付による血管性認知症 30 症例に対する臨床報告である。この処方では醒腦開竅法をベースとし、健腦を目的に四神聰・百会を配穴し、補益脳髓（脳血流の改善）を目的に風池・風府を配穴したものである。醒腦開竅法では醒腦（脳血流の改善）を目的にして、一般的には風池・天柱・完骨が配穴されている。

穴位貼付は黄耆・石菖蒲・川芎を 1 : 1 : 1 に混ぜて粉末にし、老酒を加えて丸状にし、これを大椎・神門・足三里・三陰交に絆創膏で貼付する方法を採用している。

福建医科大学チーム (図 33)

血管性認知症に対する鍼治療の臨床報告である。この処方でも醒腦開竅法をベースにしており、肝兪・腎兪を配穴して補益肝腎の作用の増強をはかっている。醒腦開竅法の主穴の 1 つである三陰交の補益肝腎の作用をサポートしたものである。さらに随証配穴を行っており、気血不足タイプには気海・膈兪を加えて補気と補血をはかり、痰濁中阻タイプには祛痰の要穴である豊隆・中脘を加えている。また瘀血阻絡タイプには活血化瘀を目的に膈兪・委中を配穴している。

南京中医薬大学チーム (図 34)

南京中医薬大学第 2 臨床学院チームは、近 10 年来の統計学的意義のあるアルツハイマー型認知症に関する鍼治療文献 20 篇を調査し、鍼治療の選穴頻度について報告している。

選穴分析 (図 35)

百会・神門・風池・四神聰・内関・水溝・神庭・印堂といった要穴は、醒腦開竅・健腦安神・醒神といった目的で選穴されている。太溪・腎兪は補腎健腦、足三里と三陰交は培補後天を目的に選穴されており、補益脳髓を目的としては大椎、髄会である懸鍾が用いられている。また豊隆・血海・太衝などは、周辺症状との関係が示唆される痰濁や瘀血の改善を目的に用いられている。

**1. 血管性認知症に対する
鍼治療の臨床観察 (63 症例)**

陸衛衛、周健 (南通市中医院神経内科・江蘇・南通)
遼寧中医雜誌 2009 年第 36 卷第 10 期

[摘要] 治療組 (32 症例)、対照組 (31 症例) とともにヒデルギン (脳血流の改善薬) を毎回 1 錠、一日 3 回服用。

鍼治療処方: 百会、四神聰、神門、内関、三陰交、太溪、足三里。

[検査] MMSE を用いた。

[結果]

	n	治療前	2ヶ月後
治療組	32	18.28 ± 5.60	24.36 ± 6.42
対照組	31	17.93 ± 4.47	20.61 ± 5.37

図 31

**2. 鍼灸と穴位貼付による
血管性認知症 30 症例の治療**

辺曉東等 (浙江省嘉興市中医院)
江西中医薬 2009 年 9 月第 9 期 40 卷第 321 期

[摘要] 醒腦開竅法加減
対照組は西薬 (血管拡張、血液循環の改善、脳細胞活性化薬等) を投与。

鍼治療処方: 四神聰、百会、人中、内関、三陰交; 風池と風府。

[検査] MMSE を用いた。

[結果]

	治療前	治療後
治療組	16.45 ± 2.36	26.36 ± 2.42
対照組	16.35 ± 2.51	21.33 ± 2.38

図 32

広州中医薬大学チーム (図 36)

ADの基本病機は髄海不足・神機失用であり、病理的には虚と実があるが、虚を本とし、実を標としている。虚は髄海不足・気血虧虚の証が多く、じつは多くは痰瘀阻竅によるものであるとしている。

髄海不足型には百会・太溪・腎俞などが主穴となり、これに懸鍾や関元を配穴して益髓填精・培元補腎がはかられている。また気血虧虚型には足三里、三陰交の他に、関元・血海・合谷を配穴して調補気血がはかられている。

周辺症状との関係が密接とされている痰瘀阻竅に対しては、豊隆・血海・太衝などを配穴して化痰通絡・理気逐瘀がはかられている。これは抑肝散(釣藤鈎・柴胡で平肝, 疏肝。蒼朮・茯苓で祛痰・祛湿, 川芎・当帰で活血・和血)的な狙いと共通するものと考えられる。

天津中医薬大学第1付属医院チーム (図 37)

天津中医薬大学第1付属医院の韓景献教授を中心とする研究チームは、「三焦気化の調節という角度から老化を遅らせ、さらに老年病の予防と治療」を目的に、「益気調血, 扶本培元」鍼法を開発し、それを認知症の治療にも応用している。

膻中・中脘・気海でそれぞれ上焦・中焦・下焦の調節をはかり、これに外関を配穴して三焦を通調し、佐として足三里により補益後天, 血海により調血和血を

3.血管性認知症に対する鍼治療の効果観察

陳香妹、王德平、陳雲電(福建医科大学南平市第1医院教学医院・福建・南平)
甘肃中医学院学报2009年10月第26卷第5期

[摘要]
鍼治療処方:内関、人中、三陰交、百会、四神聡、肝俞、腎俞。
①気血不足には、気海、膻中を加える。
②痰濁中阻には、豊隆、中脘を加える。
③瘀血阻絡には、膈俞、委中を加える。

[検査] HDSを用いた。
[結果]

	治療前	治療後	差値
治療組	17.51±6.22	24.01±4.51	5.33±1.35
対照組	17.87±5.94	22.56±3.89	3.41±1.18

図 33

4.アルツハイマー型認知症に対する鍼治療の選穴分析

唐青青(南京中医薬大学第2臨床医学院・江蘇・南京)
山東中医薬大学学报2009年第33卷第5期(9月号)

[摘要]
近10年来の統計学的意義のある、ADIに関する鍼治療文献20篇(電気鍼を含む)を調査。

[結果]臨床文献での選穴頻度()内は登場回数。

↓

図 34

4.アルツハイマー型認知症に対する鍼治療の選穴分析

順位	穴位(回数)
1	百会(12)
2	神門(10) 足三里(10)
4	大椎(9) 三陰交(9)
6	風池(8) 四神聡(8)
8	内関(7) 太溪(7)
10	太衝(6) 豊隆(6)
12	腎俞(5)
13	水溝(4)
14	神庭(3) 懸鍾(3) 関元(3)
17	合谷(2) 血海(2) 外関(2) 印堂(2) 肝俞(2)

図 35

5.アルツハイマー型認知症の治療のポイント

(姜国華グループ・鍼灸臨床雑誌・2004.20(4):1~3)
(賴新生グループ・中医雑誌1997.38(6):340)
(劉暢・中国医刊・2000.35(7):47~48)

[摘要]
ADの基本病機は髄海不足、神機失用。
病理には虚と実があるが、虚を本とし、実を標とする。
虚は髄海不足、気血虧虚であり、実は多くは痰瘀阻竅である。

[結果]

①髄海不足型(虚証) (益髓填精、培元補腎)	主穴:百会、太溪、腎俞など。 副穴:懸鍾、関元。
②気血虧虚型(虚証) (調補気血)	主穴:足三里、三陰交 副穴:関元、血海、合谷。
③痰瘀阻竅型(実証) (化痰通絡、理気逐瘀)	豊隆、血海、太衝など。

図 36

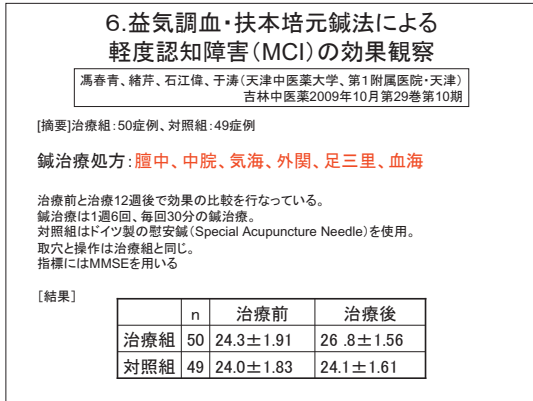


図 37

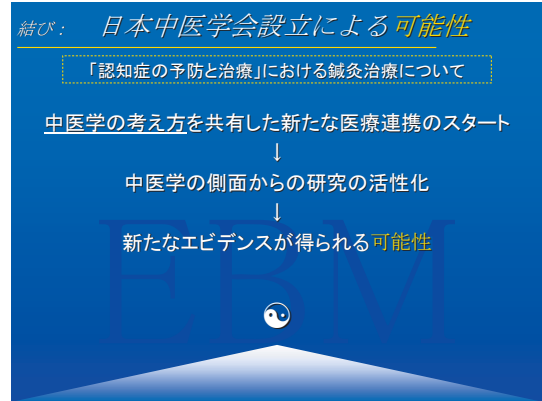


図 38

はかろうとしたものである。

この処方MCIだけでなく、血管性認知症・アルツハイマー型認知症にも共通して用いられている。これに関しては、2009年10月31日に川崎で開催された認知症国際フォーラムで、韓景献先生自らが発表している。

結び (図 38)

最後に、日本中医学会が立ち上がることとなった。中医学の考え方を共有した新たな医療連携のスタートである。医療連携・病鍼連携・地域連携・施設連携をベースとして、ともに「認知症に挑んでいきたい」、そして認知症に対するエビデンスを協力して提示できる日を楽しみにしながら、講演を終わることとする。ご清聴ありがとうございました。

プロフィール

兵頭 明 (ひょうどう・あきら)



● **現職**

- 学校法人後藤学園 中医学研究所 所長
- 日本中医学会 理事
- 社団法人 老人病研究会 理事

● **略歴**

- 1981年 関西大学経済学部卒業 (1972年入学)
- 1982年 北京中医薬大学中医学部卒業 (1975年入学)
- 1984年 明治東洋医学院専門学校卒業
- 1984年～現在 学校法人後藤学園ライフエンス総研中医学研究所所長
- 1990年～現在 筑波大学非常勤講師
- 1993～1999年 天津中医薬大学客員副教授
- 1999年～現在 天津中医薬大学客員教授

● 著書

『針灸学』四部作 [基礎篇] [臨床篇] [経穴篇] [手技篇] 共著 (東洋学術出版社)

『東洋医学概論』『東洋医学臨床論』共著 (医道の日本社・1993年)

『看護のための最新医学講座』第33巻共著 (中山書店・2002年)

『徹底図解 東洋医学のしくみ』監修 (新星出版社・2009年)

現代科学からみた中医学

日本中医学会 理事長

日本大学医学部脳神経外科学系・光量子脳工学分野 教授 酒谷 薫

要旨

中国伝統医学（中医学）は、陰陽五行学説を基礎として人体機能を考える。陰陽五行学説は古代中国の自然哲学であり、難解で不可解なものとして日本漢方では重視されてこなかった。しかし、現代科学の視点から見直してみると、陰陽五行学説のユニークな考え方が浮かび上がってくる。本稿では、陰陽五行学説の考え方を現代科学の観点から読み解き、これを基にして中医学の人体機能や病態に対する考え方について解説する。

1. 陰陽五行学説と複雑系

陰陽五行学説は陰陽学説と五行学説から成り立っている。まず陰陽学説であるが、太極図の中にその意味することがすべて示されている。太極図で注目すべき点は、白（陽）と黒（陰）の中に反対要素である極化点が存在することである。これにより人間を含めた世界というものは無限に陰陽に分割され、そのすべての部分が太極図と同じ構造を持つことになる。すなわち、部分が全体を示すというフラクタルな世界観を示している。中医学では、舌や耳等の身体の一部に全身状態が反映されていると考えるが、もし人体がフラクタルな構造を持つと仮定するとこの考え方も理解できる。五行学説は、中医学における臓器機能の基礎となっている。五行学説に従って臓腑（五臓）は木・火・土・金・水の5種類に分類され、各臓腑の間には相生（＝positive feed forward）と相克（＝negative feed forward）という力学的関係が存在し、その相互作用により全体の機能バランスが維持されていると考える。興味深いことに、この考え方はカオス理論による生体モデルに酷似している。

2. 中医学における人体機能と病態

中医学における臓器の特徴は、脳が臓腑（五臓六腑）に含まれていない点である。すなわち中医学では、脳のさまざまな機能を五行学説に従い五臓六腑や関連する器官に分散させているのである。このため脳疾患は単一臓器の障害ではなく、上述の臓器間の機能バランスの障害による全身性疾患と考えられている。もう一つの特徴は、陰陽学説のフラクタルな世界観によりヒトと環境を一体として捉えている点である。つまり西洋医学では、ヒトは皮膚などのさまざまな「膜」により外界より分離した環境を保つことにより生命活動を維持していると考えられるが、中医学では、ヒトは環境と一体化して存在し、ヒトの機能は環境から強い影響を受けると考えられている。

3. まとめ

陰陽五行学説に基づいた中医学の人体機能に対する考え方は、われわれの西洋医学と異なるが、非科学的なものではなく、複雑系理論などの現代科学にも通じるユニークなものである。

連絡先：酒谷 薫 〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町 30-1

日本大学医学部・脳神経外科学系・光量子脳工学分野

はじめに

私は、中国北京市にある中日友好病院に国際協力事業団（JICA）の長期派遣専門家として、1995年から6年余り勤務していた。この病院は日本の政府開発援助（ODA）により建設された病院で、私は脳神経外科と脳科学の専門家として赴任したのである。赴任当時、私は中医学を含めて東洋医学には興味がなく、日本にいるときにも漢方薬（エキス剤）はほとんど処方したことがなかった。ところが院内の中医と一緒に研究や診察をする機会があり、彼らから中医学の診断治療法や基礎理論の教えを受けているうちに、それまで抱いていた東洋医学に対するイメージが大きく変わっていったのである。そして、中医学の治療によりさまざまな病気が改善していくのを目の当たりにして、中医学に対して大いなる魅力を感じ始めたのである。

本稿では、現代科学を信奉する西洋医の私がどのように中医学を理解していき、そして中医学のどこに魅力を感じるようになったのか、そのプロセスを辿りながら、現代科学と中医学の関連性について述べる。

日本漢方と中医学の違い

日本漢方と中医学の最も大きな相違点は、中医学が古代自然哲学である陰陽五行学説を基礎としているのに対して、日本の東洋医学は中医学の『傷寒雑病論』を基礎としている点であろう。この差異は診断治療法に端的に現れている。患者の診察は中医学も日本の東洋医学も「四診」と呼ばれる診察方法を用いるが、診断と治療のプロセスが大きく異なっているのである。

図1は日本漢方と中医学の診断治療プロセスの差異を示している。日本漢方では、患者の体質（虚実・陰陽・寒熱など）、病気の表れ方、体内での病気の位置（表裏内外）、病気の進行状況（六病位）に基づいて診断が行われるが、診断名に「方剤+証」という言い方をする。証とは症候群のことで、「この処方（小柴胡湯）が効く症候群」という意味になる。つまり診断と処方が直結しており、診断イコール治療ということになる。日本の東洋医学の基礎である『傷寒雑病論』には病気の症状・所見（証）とそれに適した方剤が一对一に対応して記述されており（「方証相対」）、これをもとに診断名に方剤を入れるのである。

一方、中医学では、四診の所見より臓器機能がどのように障害されて症状（証）

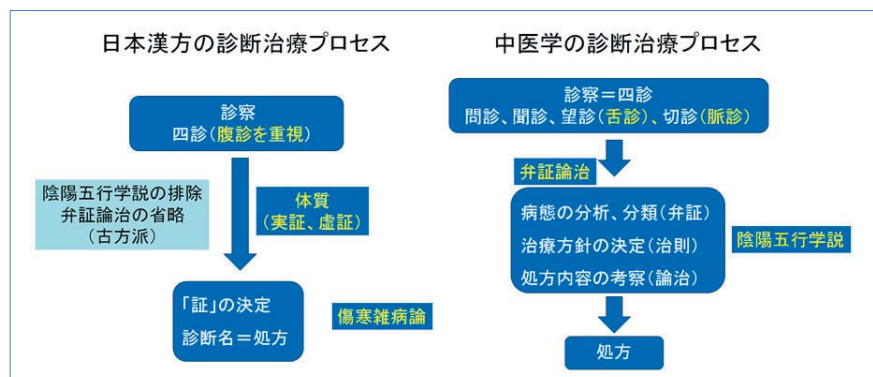


図1 日本漢方と中医学の診断治療プロセスの違い

が現れているか分析・分類する。これを「弁証」といい、臓器機能という視点から診断する「臟腑弁証」のほかにも、体内の気・血・水のバランスという視点から診断する「気血水弁証」、さらに病気の進行状況から診断する「六経弁証」など多方面から病態を分析することができる。次に「治則」と呼ばれる治療原則により治療方針を決める。「治則」は陰陽五行説に基づいたシンプルな原則で成り立っている。そして最後にどのような処方にするかを考えるわけであるが、この処方内容の考察を「論治」という。先の「弁証」と合わせて「弁証論治」といい、中医学の大きな特徴とされている。

■ 陰陽学説とフラクタル理論

中医と診察を始めてまず驚いたのは、彼らが分析的に診断を行い、論理的に患者の病態を考えて治療を進めている点であった。中医学の基礎理論は古代自然哲学（陰陽五行学説）だが、それに基づいた診断治療のプロセス自体はじつに論理的なのである。経験と直感だけに頼る非論理的な医学と考えていたが、これはまったくの誤解であった。そして、私は陰陽五行学説による人体機能が複雑系理論をベースとした生体モデルに酷似していることに気がついて驚いた。中医学は現代西洋医学が未だ取り入れていない斬新な考え方を含んでいるのである¹⁾。

陰陽五行学説は陰陽学説と五行学説に分けられる。まず陰陽学説であるが、太極図の中にその意味することがすべて示されている（図2）。黒と白はそれぞれ陰と陽という2つの対立した要素を示しており、この世のすべての事物や現象は陰と陽の2つに分類できる。そして、陰陽の対立と依存、消長（一方が増えれば他方が衰える）と転化（相手に変化する）により全体のバランスが保たれているという。

太極図で重要な点は、白（陽）と黒（陰）の中に反対要素である極化点が存在することである。これにより人間を含めた世界というものは無限に陰陽に分割され、そのすべての部分が太極図と同じ構造をもつことになる。複雑系の数学では、このような部分が全体を示す構造を自己相似性あるいはフラクタルと呼んでいる。

陰陽の分類は、自然界だけでなく人体にも応用されている。例えば、体内と体外はそれぞれ陰と陽に、腹部と胸部も陰陽に、さらに五臓と六腑も同じく陰陽に

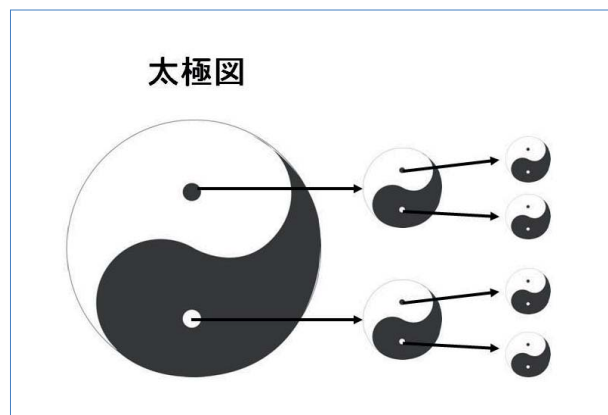


図2 太極図とフラクタル

分類される。このような陰陽の分類を繰り返すことにより、人体のどの部分も太極図の構造を示すことになり、人体もフラクタルな構造をもつことになる。

陰陽のフラクタルは、中医学の診断治療にも幅広く応用されている。例えば舌診では、舌の先端部は心肺、中央部は脾胃、外側は胆肝の状態を反映していると考えられている。また最近の足裏をマッサージするリフレクソロジーも足裏に全身の状態が反映されているという中医学のフラクタルな概念に基づいているのである(図3)。われわれ西洋医はこのような治療法を簡単に受け入れることができないが、もし人体がフラクタルな構造をもつと仮定するとこの考え方も理解できる。

五行学説とカオス理論

五行学説では、五行を代表する木・火・土・金・水の5種類の要素が互いに影響を及ぼし合いながら全体のバランスを保っていると考えられる。図4Aに示すように、中医学の臓器(五臓)も五行学説に従って五行に分類される。そして五臓の間には相生と相克という関係に基づいて他臓器の機能を調節し、その相互作用により人体の機能バランスが保たれていると考えられる。

興味深いことに、この五行学説による人体機能の考え方は、複雑系数学のカオス理論をベースとした生物モデルに酷似している。つまり、陰陽学説も五行学説も、現代の複雑系理論と同じ考え方をしているのである。

図4Bはカオス理論による生物モデルの一例である²⁾。入力信号が入ると幾つかの部分系と呼ばれる数式により信号が処理され出力されるが、部分系のパラメータを変えることによりさまざまなパターンの信号が出力される。入力を外邪(体外から入る邪気)、出力を証、そして部分系を五臓とすると、五行学説に基づいた人体機能の考え方(A)とよく似ているのがわかる。つまり中医学では人体機能を数学モデルのように理解しているのである。数千年前の中国の医師が現代科学に通じる概念を導入していたことは驚くべきことではないか。日本漢方は中医学から陰陽五行学説を排して診断治療法の簡略化を行い実用的な医学になったが、このようなユニークな考え方でなくしてしまったのは残念なことである。



図3 陰陽学説をベースとした中医学の診断と治療

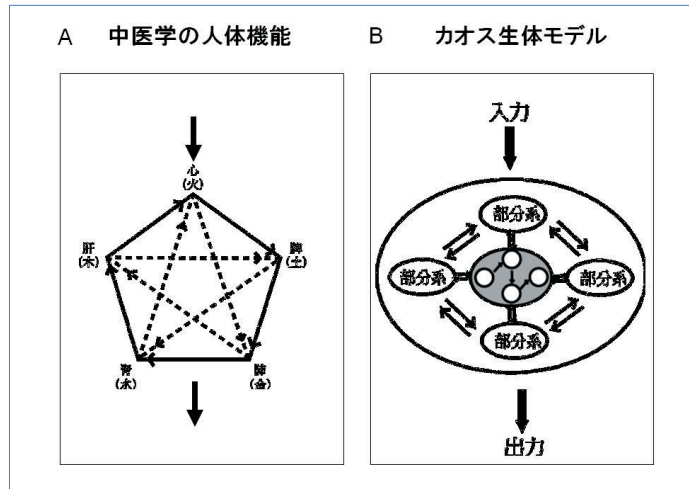


図4 五行学説による中医学の人体機能とカオス生体モデルの類似性

西洋医学と中医学の差異

整体とは俗にいう身体のバランスを整えることではなく、統一性あるいは全体性を意味しており、中医学における生命観あるいは世界観の基礎となる概念である。すなわち中医学では人体のさまざまな臓器や器官は互いに相互作用を及ぼしながら協調して機能していると考えられる。さらに人体は自然界から分離された存在ではなく自然界あるいは社会の中に存在するものであり、それらの環境因子との相互作用により機能していると考えられるのである。中医学では、このことを天人相応と呼び、中医学を特徴づけている要素の一つである。

西洋医学では対象を要素に還元して理解していく。例えば、人間の身体もどんどん部分に分け、脳もさらに部分に分ける。さらに人間を環境から切り離し、人間というのは環境から切り離された存在だと考える。西洋医学では、内部環境を維持する細胞膜の誕生が生命現象を生み出す最初のきっかけと考えるので、当然かもしれない。一方、中医学では細胞膜のような解剖学的なことはあまり重視しないので、人間と環境は、言わば"ツーツー"の関係になっている。このため生体は環境の影響を強く受けるのである。図5は中医学と西洋医学の違いを示している。西洋医学を要素還元的な医学、中医学は全体調和的な医学という呼び方が

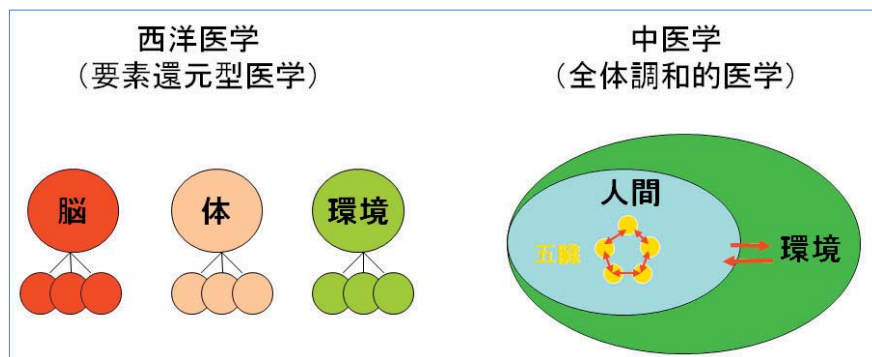


図5 西洋医学と中医学の差異

できるかもしれない。このように西洋医学と中医学とでは、人間に対する見方、パラダイムがまったく異なる。

■ 中医学と脳科学

現在、欧米を中心に中医学に対する研究が盛んに行われている。特に鍼灸治療に関する研究論文が多い。注目すべき点は Randomized study により鍼灸治療の有効性が実証されていることである。膝関節炎に対する除痛効果³⁾、尿失禁の抑制効果⁴⁾、脳性麻痺に対する運動機能改善効果⁵⁾などが報告されている。さらに最近では、認知症⁶⁾ やうつ病⁷⁾ などの精神性疾患に対する鍼灸治療に関する研究も報告されている。しかしながら、日本では鍼灸に対する科学的研究は未だ欧米に後れをとっているのが現状である。

私どもの研究室では、鍼灸のリラクゼーション効果に着目し、光イメージング法を用いて、鍼灸を施術中の両側前頭前野の神経活動を計測し、自律神経機能との関係を検討してきた⁸⁾。光イメージング法は、生体透過性に優れた近赤外光を用いて、神経活動に伴う脳循環・酸素代謝変を測定することにより脳神経活動を捉える。測定原理は、吸光物質を含む溶液に光を照射したときの光の減衰と吸光物質の濃度関係を示した Beer-Lambert 則による。測定パラメータは、酸素化ヘモグロビン (Hb)、脱酸素化 Hb および両者の和である総 Hb の濃度変化である。酸素化 Hb の濃度変化 (Δ 酸素化 Hb) は、神経活動時の局所脳血流変化と相関するので神経活動の指標とされている。

鍼刺激はストレスに効果のある合谷に行った (図 6)。合谷刺激により心拍は低下し、心拍変動の周波数解析では Ln HF が上昇し、Ln LF/HF は低下した。これらの変化は、副交感神経系の活動が亢進し、交感神経系の活動が抑制され、リラクゼーション効果をもたらしたことを示している。さらに、前頭前野の酸素化 Hb 濃度が上昇し、脱酸素化 Hb が低下したことより、合谷刺激が前頭前野を活性化したことが示された (図 7)。

近年、解剖学的にも前頭前野から内分泌系あるいは自律神経系のセンターにファイバークネクションがあることもわかってきた。さらに最近、われわれは

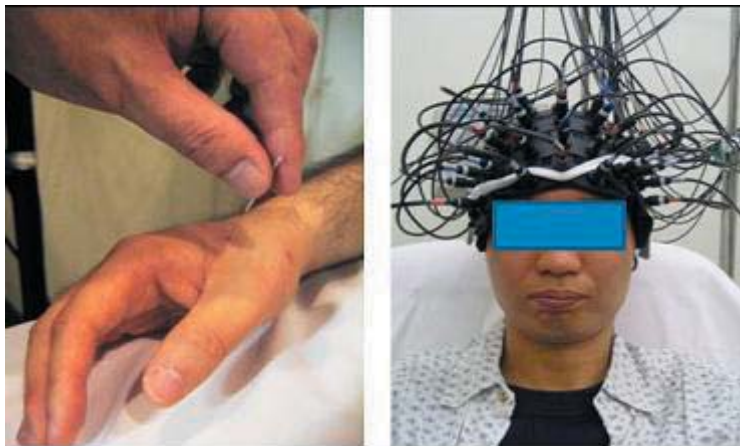


図 6 合谷刺激 (左) とマルチチャンネル NIRS の計測プローブの設置状況 (右)

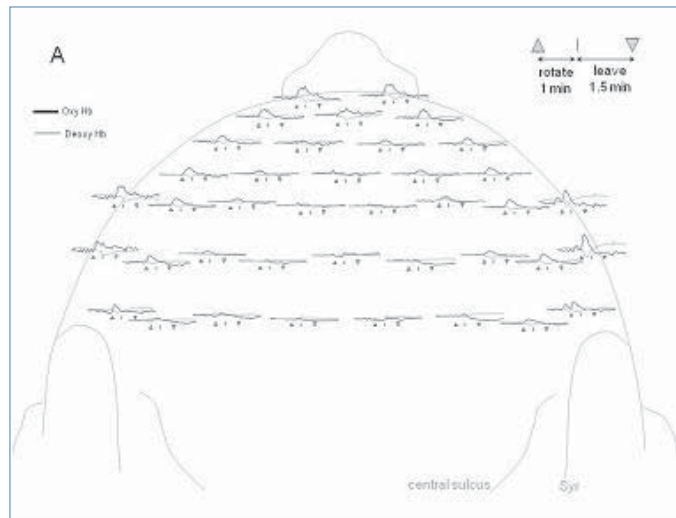


図7 マルチチャンネルNIRSによる前頭前野のHb濃度変化

NIRSを用いて、前頭前野がストレスやリラクゼーションにおける自律神経系や内分泌系の反応において重要な役割を果たしていることを報告した^{9)~12)}。これらの結果は、鍼灸のリラクゼーション効果には前頭前野が関与している可能性を示唆している。

文献

- 1) 酒谷薫：なぜ中国医学は難病に効くのか。PHP 研究所，東京，2002
- 2) 郷原一寿：ダイナミカルシステムとしての生物。BME 10：3-10，1996
- 3) Witt C et al：Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee：a randomised trial. *Lancet* 366：136-143，2005
- 4) Emmons SL et al：Acupuncture for overactive bladder：a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 106：138-143，2005
- 5) Sun JG et al：Randomised control trial of tongue acupuncture versus sham acupuncture in improving functional outcome in cerebral palsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 75：1054-1057，2004
- 6) Yu J, Zhang X, Liu C et al：Effect of acupuncture treatment on vascular dementia. *Neurol Res* 28：97-103，2006
- 7) Pavão TS, Vianna P, Pillat MM et al：Acupuncture is effective to attenuate stress and stimulate lymphocyte proliferation in the elderly. *Neurosci Lett* 484：47-50，2010
- 8) K Sakatani, T Kitagawa, N Aoyama et al：Effects of acupuncture on autonomic nervous function and prefrontal cortex activity. *Adv Exp Med Biol* 662：455-460，2010
- 9) M Tanida, K Sakatani, R Takano et al：Relation between asymmetry of prefrontal cortex activities and the autonomic nervous system during a mental arithmetic task：Near infrared spectroscopy study. *Neuroscience Letters* 369：69-74，2004
- 10) M Tanida, M Katsuyama, K Sakatani：Relation between mental stress-induced prefrontal cortex activity and skin conditions：a near infrared spectroscopy study. *Brain Research*

1184 : 210-216, 2007

- 11) M Tanida, M Katsuyama, K Sakatani : Effects of fragrance administration on stress-induced prefrontal cortex activity and sebum secretion in the facial skin. *Neuroscience Letters* 432 : 157-161, 2008
- 12) 酒谷 薫 : ストレス反応とリラクゼーション効果における前頭前野の役割 (総説). *自律神経* 45 : 128-133, 2008

プロフィール

酒谷 薫 (さかたに・かおる)



●現職

日本大学医学部・脳神経外科学系・光量子脳工学分野 教授
日本中医学会 理事長

●略歴

昭和 56 年 大阪医科大学卒業, 同年大阪医科大学大学院入学
昭和 62 年 同大学院修了, New York 大学医学部脳神経外科・フェロー

平成 1 年 同・Assistant Professor

平成 2 年 Yale 大学医学部神経内科・Visiting Assistant Professor (兼任)

平成 7 年 北京日中友好病院脳神経外科・JICA 専門家

平成 14 年 日本大学医学部脳神経外科・助教授

平成 15 年より現職。

●著書

『なぜ中国医学は難病に効くのか?』(PHP 研究所・2002 年)

『脳は鍛えるな: 海馬を元気にする食事と運動』(講談社・2009 年)

『臨床医のための近赤外分光法』共著 (新興医学出版社・2002 年)

『統合医療ー基礎と臨床ー』共著 (メジカルビュー社・2005 年)

アルツハイマー病の 免疫療法

順天堂大学大学院認知症診断・予防・治療学 田平 武

要旨

人口の高齢化に伴い認知症を有する高齢者が急増しており、日本、中国に限らず世界中の大きな社会問題となっている。なかでも高齢者認知症の最も多い原因であるアルツハイマー病（AD）はその約70%を占め、原因解明と予防・治療法の開発が急テンポで進められている。

ADはもの忘れて始まり、徐々に高次脳機能が障害される脳の変性疾患である。脳には β アミロイドが蓄積しており、アミロイド仮説に基づいて予防・治療法が開発されている。なかでも免疫療法は実現性の高い方法として期待されている。

プロトタイプの免疫療法として合成アミロイド β 蛋白（A β ）ペプチドとアジュバンドの混合物からなる能動免疫ワクチン（AN-1792）の治験が実施された。その結果、次世代免疫療法としては、①自己免疫性脳炎を回避できること、② β アミロイドの除去ではなく神経毒性の主体と考えられるA β オリゴマーが効率よく除去できること、③できるだけ早期に予防投与できること、④免疫機能が低下した高齢者でも応用可能であること、⑤痛みがなく安価であることなどが求められている。

これを受けて現在A β 抗体療法、安全と思われるペプチドワクチンの開発が行われ治験が行われている。またDNAワクチンや組換え食品なども開発されつつある。われわれはウイルスベクターにA β 遺伝子を組換えた経口ワクチンを開発し、動物で有効性・安全性を示した。恐らく5～10年後にはこれらのうちどれか一つは実用化されていると考えられる。

がんも認知症も生体には防御機構が備わっており、その破綻あるいは機能不全が疾病を招くと考えられる。したがって生体に備わった免疫機能を高めることによってある程度予防することが可能であると考えられる。われわれは漢方薬の一つ十全大補湯が骨髄由来マイクログリアを活性化し、AD病変を著明に改善することを見出した。高齢者に優しい中医学が更に発展する余地が十分あると考えられる。

連絡先：田平 武 〒113-0033 東京都文京区本郷 2-11-5 第2谷口ビル 3F
順天堂大学大学院 認知症診断・予防・治療学講座

はじめに

アルツハイマー病 (AD) はもの忘れていつとはなしに発病し、認知症が徐々に進行する脳の変性疾患である。脳には β アミロイドの沈着による老人斑と、神経原線維変化と呼ばれる繊維状の蛋白質の蓄積が神経細胞内にみられるのが特徴である。両者とも病態形成に極めて重要であるが、アミロイドのほうが病態形成機序の上流にあると考えられ、アミロイドを中心に予防・治療法の開発研究が進められている。

アルツハイマー病とアミロイド

アミロイドはアミロイド β 蛋白 ($A\beta$) が凝集して形成され、 $A\beta$ はアミロイド前駆体蛋白 (APP) からセクレターゼと呼ばれる2つの酵素により切り出されるペプチドである。 $A\beta$ はアミノ酸の数が40個のもの ($A\beta 40$) が主体で、 $A\beta 40$ は可溶性が高く凝集しにくい、C末端側のアミノ酸が2個多い $A\beta 42$ は凝集性が高い。 $A\beta$ は凝集すると毒性を持ってくるが、特にオリゴマーと呼ばれる数個から150個程度の分子が凝集したものの毒性が強く、原因物質ではないかと考えられている。

ワクチン療法の発明

近年、ADのワクチン療法の有効性が動物実験で示され注目されている。ワクチンといってもADの発症機序にウイルスや細菌などが関与しているわけではない。脳に沈着するアミロイドを微生物になぞらえ、免疫機序によりアミロイドを除去しようというものである。米国 Elan 社の Dale Schenk 博士らは APP トランスジェニックマウスを $A\beta$ で免疫すると、できていたアミロイドが除去され、新しく沈着するアミロイドも防止できることを発見した¹⁾。この現象は $A\beta$ に対する抗体の移入によってもみられ、抗体を移入されたマウスは認知機能が回復することがわかり、ヒトでの治験が Wyeth 社により行われた。

$A\beta$ ワクチンの治験

用いられたワクチンは AN-1792 と命名され、合成 $A\beta 1-42$ とアジュバント QS21 (免疫増強剤) の混合物からなる筋肉注射するタイプであった。臨床第 I 相試験が米国と英国で行われ安全性が確認されたので、欧州連合の数カ国を加えて臨床第 II 相試験に入った。しかし、副作用としての亜急性髄膜脳炎が多発したため、その治験は中止になった²⁾。 $A\beta$ は自己の蛋白であり自己免疫性の脳炎が起こったものと思われる。

AN-1792 ワクチンの治験は中止になったがワクチン接種を受けその後別の疾患で死亡した患者の剖検により、ヒトでもこのような方法により老人斑アミロイドが除去できることが明らかになった。また一部の患者では進行が緩徐になることも示された⁴⁾。したがって、自己免疫性脳炎を回避できるワクチンを開発すればよいと考えられた。

ワクチン接種者の長期経過観察

しかし、英国における治験に参加した患者の6年間の追跡結果は多くの人を落胆させた。すなわちほとんどのワクチン接種患者の認知機能は進行性に低下し対

照と差がみられず、生存率にも差がなかったのである。また、この間に新たに8例の剖検例が追加されたが、そのうち6例では老人斑アミロイドの除去に成功していたのである⁵⁾。

この追跡結果は衝撃的であったが、免疫療法の有用性を否定するものではない。この結果からいえることは、老人斑アミロイドはADの原因病態ではないということである。恐らく毒性の強いオリゴマーの除去が不十分であったのではないか、あるいはアミロイドは引き金であって、いったん引き金が引かれるとアミロイドを除去しても進行機序を止めることができないのかも知れない。その進行機序としてタウである可能性と炎症機序である可能性が考えられている。特にAN-1792 ワクチンは自己免疫性脳炎を惹起したようにTヘルパー1 (Th1) 細胞が強く活性化され、持続性炎症機序に関与した可能性が高いと筆者は考えている。

■ 今後開発すべきワクチン

したがって、今後開発すべきワクチンはTh2細胞を活性化すること、A β オリゴマーも除去できること、予防投与できること、安全であること、投与方法にできるだけ苦痛を伴わないこと、安価であることが求められる。予防投与といっても小児期から投与する必要はない。ADを発症する前に軽度認知障害(MCI)といわれる時期がある。これは記憶の障害あるいは何らかの認知機能の障害があり、まだ認知症になっていない状態をいう。このMCIの時期にワクチンを接種すればADへの移行を阻止できる可能性がある。

■ 抗体療法の治験

脳炎を回避するために製薬各社はA β 抗体の治験を行っている。これらはbapineuzumab (Elan/Wyeth社), solanezumab (Eli Lilly社), ponezumab (Pfizer社), gantenerumab (Roche/中外社), BAN2401 (エーザイ社) などである。Roche社のものは完全ヒトモノクローナル抗体であるが他はマウスモノクローナル抗体をヒト型化したものであり、それぞれ認識エピトープが異なっている。このうちbapineuzumabの治験が最も進んでおり、phase II試験が終了し、phase III試験に入っている。Phase II試験の結果はアポE4を持つものを除外すると若干の臨床的有効性が示された⁶⁾。副作用として血管性脳浮腫が一部の患者にみられた。Gammagard (Baxter Bioscience社) はヒト免疫グロブリン製剤であり、phase II試験が行われている。Gammagardを投与された患者では認知機能の低下が緩徐になっており、ヒトの自然抗体の中にはADの進行を緩徐にする物質が含まれている可能性がある。このように抗体療法(受動免疫ワクチン)は脳炎を起こさない利点はあるが、繰り返し静脈注射する必要があり、またたいへん高価であること、脳出血や脳浮腫などの副作用もあることから、安全であれば能動免疫ワクチンのほうがよいと考えられる。

■ 能動免疫ワクチン

能動免疫ワクチンとしてはA β ペプチドワクチン、A β DNAワクチン、A β 遺伝子組換え食品、A β 遺伝子組換え微生物などのワクチンが開発されている⁷⁾。ペプチドワクチンとしてはA β のN末側のペプチドが使われている。これは脳炎惹起エピトープが主としてC末側にあることによる。このワクチンはわが国

も参加して phase II 試験が進行中であり、結果が待たれる。

A β DNA ワクチンとしては A β cDNA をそのまま筋肉注射する方法、air gun を用いて表皮内に注射する方法が動物実験で成功している。表皮の樹状細胞は Th2 反応を誘導するので脳炎が起りにくいと思われる。Air gun の代わりにパッチによる方法も考案されている。

組換え食品としては A β 遺伝子を組換えたポテト、トマト、ピーマンなどが作られている。いずれもそれを食べさせるだけでは免疫効果は得られず、蛋白を抽出しアジュバントと一緒に経口摂取する必要がある。

組換え微生物としては A β 遺伝子を組換えた非病原性のサルモネラ菌がある。これをマウスに経口投与すると老人斑の除去効果が示されている。筆者らはアデノ随伴ウイルスベクター (AAV) に A β 遺伝子を組換えた経口ワクチンを作製した。

AAV/A β 経口ワクチン (図 1)

われわれが開発した AAV/A β ワクチンを APP トランスジェニックマウスに 1 回経口投与すると老人斑アミロイドの除去効果、沈着予防効果がみられ、脳炎などの副作用はみられなかった⁸⁾。また、マウスでは A β オリゴマーの除去効果、学習機能の改善効果がみられた⁹⁾。さらに老齢カンクイザルに 1~2 回経口投与すると老人斑の減少、アミロイドイメージングによるリガンドの脳集積の減少が観察された。

アミロイド除去のメカニズム

A β ワクチンによるアミロイド、A β オリゴマーの除去のメカニズムは色々考えられるが、一つには抗体が結合したアミロイドを貪食細胞が貪食除去する機序がある。脳における貪食細胞はミクログリアが主役であるが、ミクログリアには発生段階で脳に移行した resident microglia と成熟後も骨髄から脳に移行しミクログリアとなるものがある。Simard らは APP トランスジェニックマウスに致死

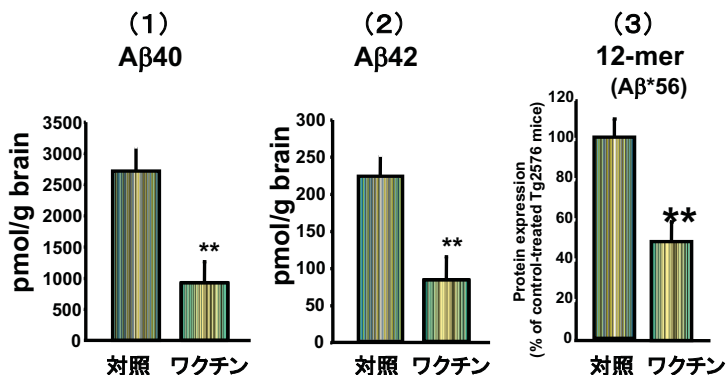


図 1 AAV/A β ワクチン投与マウス脳の変化

AAV/A β ワクチンを APP トランスジェニックマウス tg 2576 に生後 10 カ月で 1 回経口投与し 13 カ月齢で脳を調べると、不溶性画分の A β 40 (1) の減少、A β 42 (2) の減少、A β オリゴマー:12 マー (3) の減少がみられた。

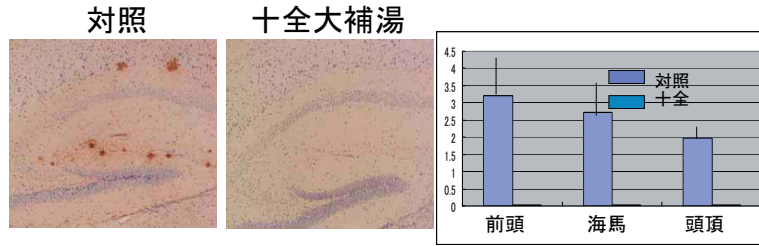


図2 十全大補湯

Tg 2576 マウスが生後 24 カ月齢のとき十全大補湯を 1mg/mL の濃度で飲水投与したところ、1 カ月後には老人斑アミロイドの著明な減少がみられた。

的線量の X 線照射を行った後、green fluorescent protein (GFP) トランスジェニックマウスの骨髄細胞を移植した。このマウスでは緑色に光る細胞は骨髄由来である。たいへん興味深いことにこのキメラマウスの老人斑に集積したアミロイドを貪食している細胞は緑色の骨髄由来細胞であった¹⁰⁾。しかし加齢とともに骨髄由来ミクログリアは減少し、resident microglia が優位となった。この結果から老人斑アミロイドを除去する脳の貪食細胞は骨髄由来であると推定される。

十全大補湯

筆者らは免疫機能を高める十全大補湯に目をつけた。十全大補湯はがん患者の抗がん剤投与に際し免疫機能を高めるために使用される漢方薬である。この十全大補湯を飲水に 1mg/kg 溶解し 12 カ月齢の APP トランスジェニックマウスに与えたところ、1 カ月で老人斑は著減した¹¹⁾ (図2)。In vitro で脳由来ミクログリアに十全大補湯をかけるとミクログリアは増殖し、活性化表面マーカータを出し、A β 貪食が高まった。また飲水に十全大補湯を溶解して飲ませたマウスの骨髄由来マクロファージ系の細胞も A β 貪食能が亢進した¹²⁾。十全大補湯はそれ自体補完代替療法の候補となり得るが、そのメカニズムを追及するなかから先端医療と中医学を融合する新しい薬が開発される可能性を秘めている。

文献

- 1) Schenk D, Barbour R, Dunn W et al : Immunization with amyloid-beta attenuates Alzheimer-disease-like pathology in the PDAPP mouse. *Nature* 400 : 173-177, 1999
- 2) Orgogozo JM, Gilman S, Dartigues JF et al : Subacute meningoencephalitis in a subset of patients with AD after Abeta42 immunization. *Neurology* 61 : 46-54, 2003
- 3) Nicoll JA, Wilkinson D, Holmes C et al : Neuropathology of human Alzheimer disease after immunization with amyloid-beta peptide : a case report. *Nat Med* 9 : 448-52, 2003
- 4) Hock C, Konietzko, U, Streffer JR et al : Antibodies against beta-amyloid slow cognitive decline in Alzheimer's disease. *Neuron* 38 : 547-54, 2003

- 5) Holmes C, Boche D, Wilkinson D et al : Long-term effects of Abeta42 immunisation in Alzheimer's disease : follow-up of a randomized, placebo-controlled phase I trial. *Lancet* 372 : 216-223, 2008
- 6) Salloway S, Sperling R, Gilman S et al : A phase 2 multiple ascending dose trial of bapineuzumab in mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology* 73, 206-2070, 2009
- 7) Tabira T : Immunization therapy for Alzheimer disease : A comprehensive review of active immunization strategies. *Tohoku J Exp Med* 220 : 95-106, 2010
- 8) Hara H, Monsonego A, Yuasa K et al : Development of a safe oral Abeta vaccine using recombinant adeno-associated virus vector for Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis* 6 : 483-8, 2004
- 9) Mouri A, Noda Y, Hara H et al : Oral vaccination with a viral vector containing Abeta cDNA attenuates age-related Abeta accumulation and memory deficits without causing inflammation in a mouse Alzheimer model. *FASEB J* 21 : 2135-48, 2007
- 10) Simard AR, Soulet D, Gowing G et al : Bone marrow-derived microglia play a critical role in restricting senile plaque formation in Alzheimer's disease. *Neuron* 49 : 489-502, 2006
- 11) Hara H, Kataoka S, Anan M et al : The therapeutic effects of herbal medicine, Juzen-taiho-to on the reduction of Abeta burden in a mouse model of Alzheimer's disease. *J Alzheim Dis* 20 : 427-39, 2010
- 12) Liu H, Wang J, Sekiyama A et al : Juzen-taiho-to, an herbal medicine, activates and enhances phagocytosis in microglia / macrophages. *Tohoku J Exp Med* 215 : 43-54, 2008

プロフィール

田平 武 (たびら・たけし)



● 現職

順天堂大学大学院 認知症診断・予防・治療学講座 教授
同 脳神経内科 客員教授

● 略歴

昭和 45 年 九州大学医学部卒 神経内科専攻
昭和 49 ~ 52 年 米国国立保健研究所 (NIH) 留学
昭和 52 ~ 58 年 九州大学神経内科助手, 講師

昭和 58 年 国立武蔵療養所神経センター (昭和 61 年より国立精神・神経センター神経研究所) 第 6 部長

平成 13 年 国立療養所中部病院長寿医療研究センター長

平成 16 年 国立長寿医療センター研究所長 名古屋大学大学院老化基礎科学教授 (客員)

平成 21 年から現職

● 著書

『アルツハイマー・ワクチン』中央法規出版・2007 年

『アルツハイマー病に克つ』朝日新書・2009 年

中医学領域における モノクローナル抗体研究

長崎国際大学薬学部 正山征洋

要旨

中医薬と西洋薬の分岐点はスイス人のパラシユウスが天然薬物には「薬物の精」(有効成分)があるとの講演を行った16世紀にさかのぼる。西洋薬はこの考え方を継承し、19世紀モルヒネをはじめ多くのアルカロイドを精製・結晶化して医薬品とした。一方、中医薬・漢方薬にも有効成分があることは間違いないが、多成分系のため研究推進が困難で多くがベールに包まれたままである。われわれは中医薬・漢方薬の活性成分探求のツールとしてモノクローナル抗体(MAb)を選んだ。重要生薬の主要成分に対するMAbを作成しており現在では30種以上に達している。これらMAbを応用して以下に示す新しい手法を開発した。

1. サザン, ノーザン, ウェスタンに次ぐ「イースタンプロット法」の開発

最も頻度高く中医薬・漢方薬に配合される生薬は甘草で、330種にのぼる成分が確認されており、そのなかでグリチルリチン(GC)が主有効成分である。GCは甘草から精製・単離されGC製剤として肝炎や抗アレルギー剤として市販されている。甘草のなかのGCを分析する必要性は高いが、前述のとおり多成分が混在しているのでその分析は煩雑である。そこでGCに対するMAbを作成し簡便で再現性の良好な分析法を開発した。さらにMAbを用いて、甘草、中医薬・漢方薬、血清中のGCのみを発色する方法を開発し、「イースタンプロット法」と命名した。

2. 「ノックアウトエキス」の調整と活性成分の特定

甘草の活性成分がGCのみとは断定できない。そこで甘草エキスから抗GCMAbを結合した抗体カラムによりGCのみを除去したエキスの作成に成功した。本エキスを「ノックアウトエキス」と命名し、本エキスと甘草の粗エキスの活性を比較した。この結果、GCのみで活性を示すのではなく、GCと他成分が共同して活性を示すものと推測するに至った。

3. 小型化抗体遺伝子を用いた「ミサイルタイプの分子育種」

GCのように複雑な構造をもつ化合物の化学合成は極めて困難で、実用に供することは不可能である。このため天然物に資源を求めて医薬品開発が行われてきた。天然化合物の含量を高めることは医薬品の生産性向上に資するため、高含量化を求めた育種研究が行われてきた。近年、生合成酵素遺伝子の操作により含量を向上する試みがなされてきたが成功には至っていない。

われわれは、MAbの内抗原抗体反応に必須なvH, vLと呼ばれる部分のみをクローニングし、リンカーと呼ばれる紐状のペプチド遺伝子で結合した小型化抗体(scFv)遺伝子を作成した。このものを宿主植物へ導入することにより元の植物に比べ約3倍の含有量に上昇した。本法は臨床の場で行われている中和抗体に相当するもので、実用性の高い手法といえる。

連絡先: 正山 征洋 〒 859-3298 長崎県佐世保市ハウステンボス町 2825-7 長崎国際大学

はじめに

中医薬には多くの生薬が配合されるが、それら原料生薬はすべてが天産物であるため均質とは限らず、したがって品質評価が求められ、通常は液体クロマト(HPLC)によるマーカー成分の定性・定量が行われる。HPLCは前処理が必要で、分析に時間を要し、有機溶媒を使用する等のデメリットがある。このためわれわれはモノクローナル抗体(MAb)を用いた簡便でスピーディな、前処理が不要な、かつ有機溶媒を用いない環境に優しい生薬の評価法を確立している。そのなかで配糖体類の検出法としてイースタンブロッティングと命名した手法を紹介する。また、生薬成分のなかの一つの成分のみを除いたノックアウトエキスの作成法とその応用についても紹介する。

イースタンブロッティング

高分子化合物に対するウエスタンブロッティングは必須のツールであるが、低分子化合物に対しては不可能と考えられてきた。われわれは solasodine 配糖体に対してウエスタンブロッティングに準じた染色に初めて成功し¹⁾、イースタンブロッティングと命名した²⁾。本稿では人参サポニン(ginsenoside類)について説明する。

2枚の薄層クロマト(TLC)を用いて人参粗エキスを n-BuOH-EtOAc-H₂O 系展開溶媒で展開する。1枚の TLC に吸着膜(PVDF膜)を被い、ブロッティング液を噴霧後数十秒間 120℃程度の熱をかけると全成分が膜へと移行する。しかしこのままの状態だと洗浄操作中にサポニンは流失して発色するには至らない。そこで膜を NaIO₄ 液と処理することによりサポニンの糖鎖を酸化的に開環する。そこへタンパクを加えシッフベースを形成し膜への吸着能を付与する。次に抗 ginsenoside Rb1 (G-Rb1) MAb で処理し、標識 2 次抗体、基質を順次添加して反応することにより G-Rb1 が発色することを見出した。

人参のサポニンにはプロトパナクサジオール(PPD)系とプロトパナクサトリオール(PPT)系があり、それぞれ特徴のある薬理活性を有しているため、各種人参の薬効を予測するためにもどちらの系のサポニンが多く含有するのかを調査する必要がある。また、資源探索を人参以外の植物に求める場合もある。

抗 G-Rb1 MAb と ginsenoside Rg1 (G-Rg1) MAb により 2 種類の基質を用いて 2 重染色を行ったところ、PPD 系が青紫色で PPT 系が赤色に染色された(図 1)³⁾。なお、左はシリカゲル TLC を硫酸で発色したもので各 ginsenoside による発色の違いは認められない。右図の 2 重染色のプロファイルから次のような情報が得られる。

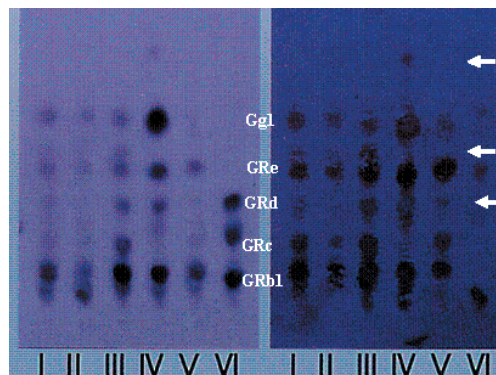


図 1
各種人参の
イースタンブロッティング

1. 青紫色スポットは PPD 系の ginsenoside 類である。
2. 赤く発色しているスポットは PPT 系の ginsenoside 類である。
3. Rf 値から結合している糖の数を類推することが可能。
4. 人参の種類によって ginsenoside 類の含量が異なっており, IV (田七人参) は G-Rg1 含量が高く, V (アメリカ人参) は ginsenoside Re が多い特異な人参で, VI (竹節人参) は ginsenoside 類含量の低い人参である。

以上の情報をもとに矢印を付けた 3 種のマイナーな ginsenoside 類についてその構造を推定した。赤色からいずれもアグリコンは PPT である。Rf が一番高い ginsenoside は 2 糖である ginsenoside Rg1 よりも糖の数が少ないことから, 1 糖の ginsenoside Rh1 と推定できる。真ん中の ginsenoside は 2 つの糖をもっていることが容易に推察される。一番下の矢印は 3 糖をもつ ginsenoside といえる。これらのデータと文献との比較検討から, 上から ginsenoside Rh1, ginsenoside Rf および 20-gluco-ginsenoside Rf であることが明らかとなった。以上のように色彩と Rf 値を比較検討することによりアグリコンがいずれの系に属し, 糖鎖がどれだけのサポニンであるかということが簡単に予測され, 構造決定に費やすエネルギーが格段に少なくなるであろう。

図 2 は人参のスライスのイースタンプロットである。G-Rb1 は周皮に近いところに多く分布し内部の柔組織には含量が少ないことがわかる。

人参のほかに大黄の sennoside 類, Solanum 属植物の solasodine 配糖体, 甘草の glycyrrhizin, 柴胡の saikosaponin 類についても同様に配糖体の分布状況を知ることができる方法を開発した。

■ ノックアウトエキス

本稿では分子量の 1,000 以下の化合物について取り上げてみることにする。天然物には多数の類似化合物が混在するため, 精製には通常のカラムクロマトを繰り返すか, HPLC 等で繰り返し精製・分取するほかに手だてがない。このような天然物の一例として前述の ginsenoside 類について触れる。

上記の抗 G-Rb1MAb をアガロースゲルに結合し, イムノアフィニティーゲルを作製, カラムに充填しイムノアフィニティークロマトグラフィーを作製した。このものを用いて適切な溶離液で溶出することにより G-Rb1 のワンステップ単離を可能とした⁴⁾。

人参の粗エキスをイムノアフィニティークロマトグラフィーに付しバッファー

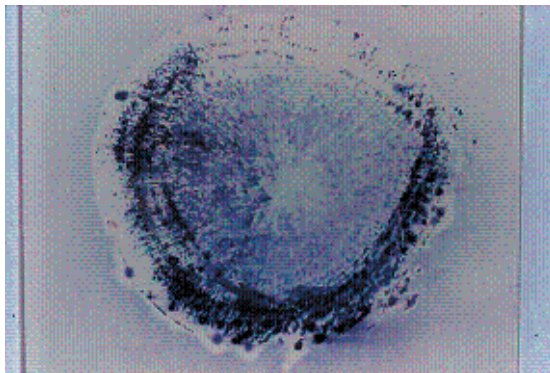


図 2
人参スライスの
イースタンプロット

中で抗原抗体反応を行う。この間に G-Rb1 はカラムの抗体部分へ結合する。洗浄溶媒として調製した食塩含有フォスフェートバッファーで洗浄すると大過剰の G-Rb1 とそれ以外の成分が溶出する。洗浄が完了した後にイソチアン酸カリとメタノールを含有する酢酸バッファーを溶出溶媒として溶出するとワンピークとして溶出してくる。この溶出パターンを上述のイースタンプロットティングで検証すると、洗浄フラクションにはオーバーチャージの G-Rb1 や他の ginsenoside 類、さらにアグリコンの異なるサポニン類も溶出している。

一方、溶出フラクションには G-Rb1 が溶出している。40 種以上存在する人参サポニンの中から特定の成分を単離することは容易ではないが、本法は純粋なサンプルが必要ときに調整可能である。また ginsenoside の定量に ELISA を実施しているが、人参サポニン投与後の血清中の含量はごく微量である。かかる場合もアフィニティーカラムにより濃縮後 ELISA による定量が可能である。なお、本カラムは 10 回程度の使用による活性の低下はなく連続使用を可能とする。前述の洗浄溶媒で溶出する画分を繰り返し精製することにより ginsenoside Rc と Rd が分離することが明らかとなった。これは両者がそれぞれ 0.024, 0.02 というわずかな cross-reactivity をもつことから他の成分と分離したものと考えられる。ここにも MAb の威力を感じずにはいられない。

上記のフラクションを別な観点から眺めてみると、洗浄フラクションと溶出フラクションを比較したのが図 3 である。ライン 1 は人参粗エキスである。ライン 2 は洗浄フラクションである。ライン 3 は上記の通りワンステップで単離した G-Rb1 である。粗エキスと洗浄フラクションを比較すると、洗浄フラクションには G-Rb1 のみが除かれていることがわかる。これはあたかもノックアウト遺伝子を彷彿させる。このため本フラクションをノックアウトエキスと命名した。このようなエキスの調整は通常は不可能である。すなわち各種クロマトを繰り返し

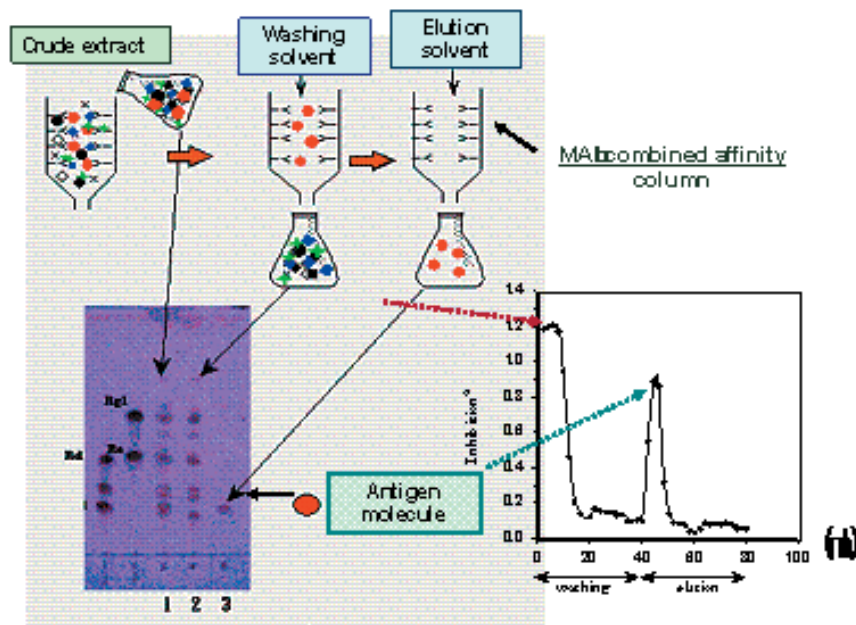


図3 抗原分子のワンステップ単離とノックアウトエキスの調整

ていると組成が変わり真のノックアウトエキスは得られない。本ノックアウトエキスは真の活性成分を探索する場合に重要な役割を果たすことは明らかである。

■ おわりに

本稿では MAb を生薬の品質評価に応用する手法としてイースタンプロットを紹介した。また、有効成分の探索に威力を発揮するノックアウトエキスについても述べた。もう一つの応用として、薬用植物の育種という観点から小型化抗体遺伝子を宿主植物へ導入することにより抗原分子が増量することを明らかにし、ミサイルタイプ分子育種法と命名している。本法については紙面の関係上割愛したので、次の機会に紹介することとする。

引用文献

- 1) H Tanaka, W Putalun, C Tsuzaki et al : A simple determination of steroidal alkaloid glycosides by thin-layer chromatography immunostaining using monoclonal antibody against solamargine. *FEBS Lett* 404 : 279-282, 1997
- 2) S Shan, H Tanaka, Y Shoyama : Enzyme-linked immunosorbent assay for glycyrrhizin using anti-glycyrrhizin monoclonal antibody and an eastern blotting technique for glucuronides of glycyrrhetic acid. *Anal Chem* 73 : 5784-5790, 2002
- 3) N Fukuda, H Tanaka, Y Shoyama : Double staining of ginsenosides by western blotting using anti-ginsenoside Rb1 and Rg1 monoclonal antibodies. *Biol Pharm Bull* 24 : 1157-1160, 2001
- 4) N Fukuda, H Tanaka, Y Shoyama : Isolation of the pharmacologically active saponin ginsenoside Rb1 from ginseng by immunoaffinity column chromatography. *J Nat Prod* 63 : 283-285, 2000

プロフィール

正山 征洋 (しょうやま・ゆきひろ)



● 現職

長崎国際大学薬学部・物質薬学分野・薬品資源学 教授
九州大学特任教授
九州大学名誉教授

● 略歴

昭和 43 年 九州大学薬学部助手
昭和 50～51 年 マサチューセッツゼネラルホスピタル博士研究員 (脳内スフィンゴリピッドの代謝研究)
昭和 53 年 九州大学薬学部助教授
平成 3 年 同上教授
平成 16～18 年 九州大学大学院薬学研究院長・薬学府長・薬学部長
平成 19 年 同退職

平成 19 年 長崎国際大学薬学部教授，九州大学特任教授，九州大学名誉教授

●受賞

平成 11 年度 宮田学術賞

平成 20 年度 日本生薬学会賞


光診断法の中医学への 応用を目指して

清華大学医学院 田村 守

要旨

従来の画像診断技術は、この10年で、新たに分子イメージングと名を変え、生物学や医学、特に臨床分野においてすべての生命現象を分子レベルで解明し、その成果を個々の患者に生かす基本的概念となりつつある。この分子イメージングのなかで、光学と医学が結びついた新しい学問領域、医用光学が生まれ、そのなかでも「光診断と光イメージング」は今後最も期待される新技術である。


この医用光学は、臨床医学のみならず多くの他分野（物理学・化学・生体工学等）の協力のもとに、初めて新しい臨床技術として確立される。このためわれわれは医学院を中心として清華大学がもつ多くの関連分野の研究者や研究施設が参加したネットワークを構築しつつある。すでに、清華大学医学院附属玉泉病院において、光脳機能イメージング装置が稼働し、さらに中国では、最初の蛍光相関計測装置が稼働している。これらの現状と今後の展望を外観する。



清華大学医学院に於ける光診断学創生への試み

日中光医学研究中心の設立を目指して
田村 守

図 1




医学院に於ける準備状況

主要な稼働中のひかり診断装置の概要

54チャンネル近赤外脳機能計測装置
島津製作所製 FOIRE 3000

2チャンネル ピコ秒時間分解計測装置
浜松ホトニクス製

図 2




細胞、及び生体組織計測システム

1分子計測が可能な共焦点顕微鏡システム
オリンパス FV1000 蛍光相関分光法

生細胞内分子ダイナミクスの研究—FCS,FCCS

例えばアルツハイマーの繊維形成の細胞内観察

図 3



サポートされたプロジェクト

中国に於ける精神疾患の光イメージングによる診断と治療に関する研究

磁気的手法を用いた、腫瘍治療法の開拓

細胞移植による、脳神経系損傷の修復に関する臨床研究

図 4

Advantages of Optical Diagnosis

- 1) Ultra-high sensitive detectability – single molecular detection
- 2) Ultra-high resolution – spatial resolution up to nm
- 3) Ultra-high specificity – spectroscopic identification
- 4) Non-invasive nature – continuous and non-invasive monitoring
- 5) Non-interference with the electromagnetic waves – PET, MRI, US, etc
- 6) Portability, simplicity and safety – use in home, etc

図 5

Single Molecule Detection

by Fluorescence Correlation Spectroscopy
(FCS)

図 6

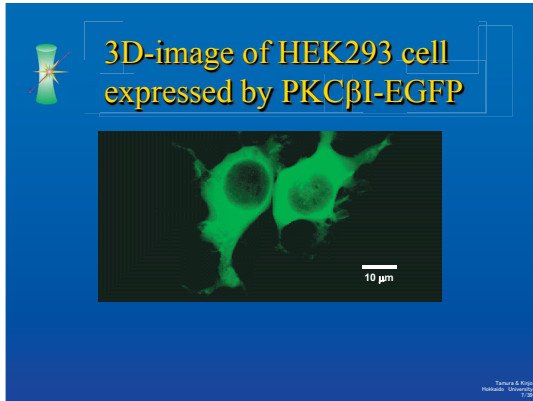


図 7

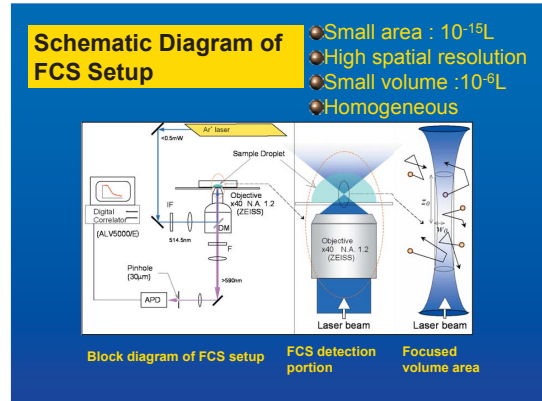


図 8

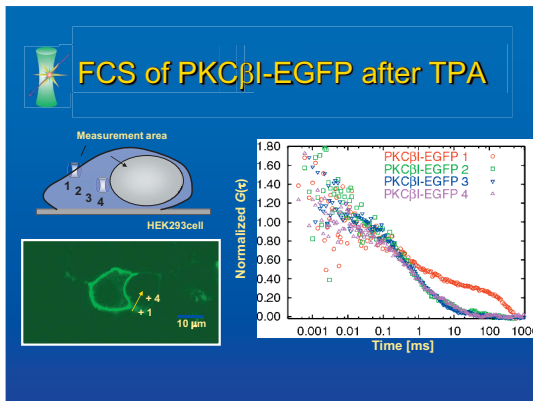


図 9

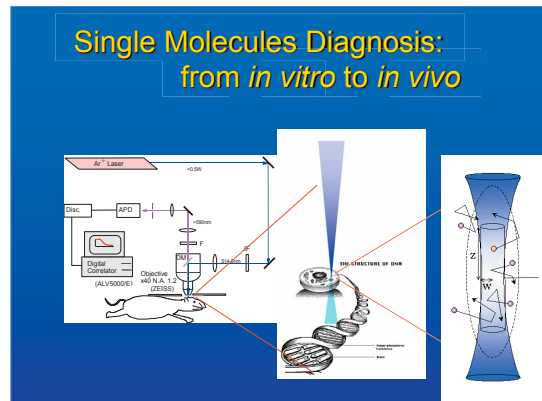


図 10



図 11

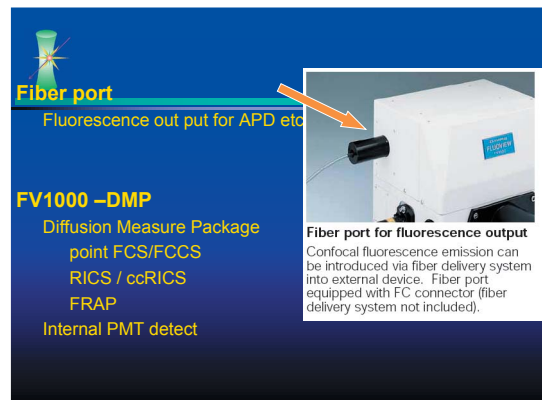


図 12

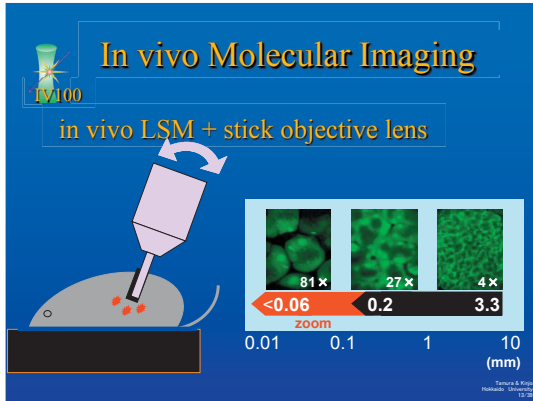


図 13

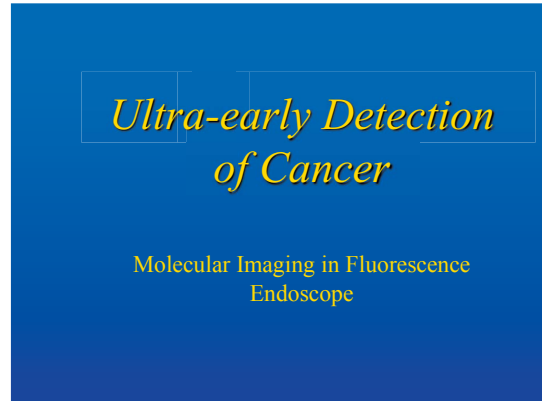


図 14

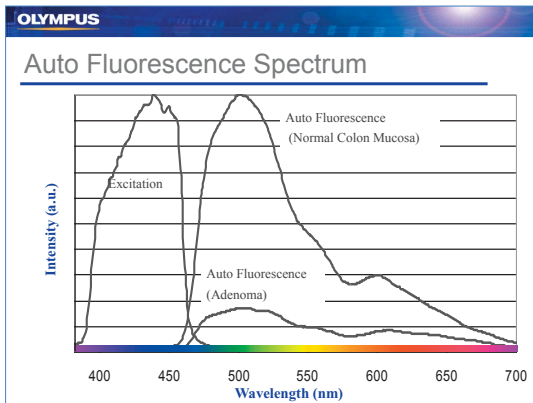


図 15

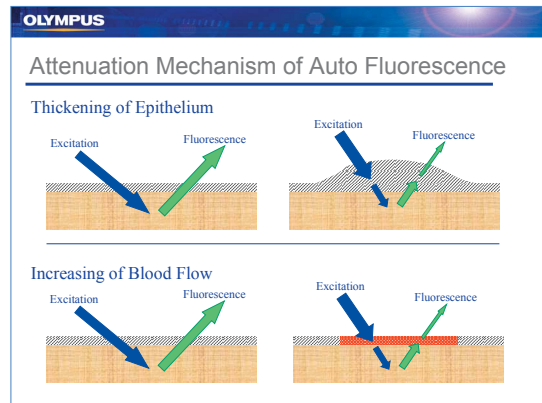


図 16

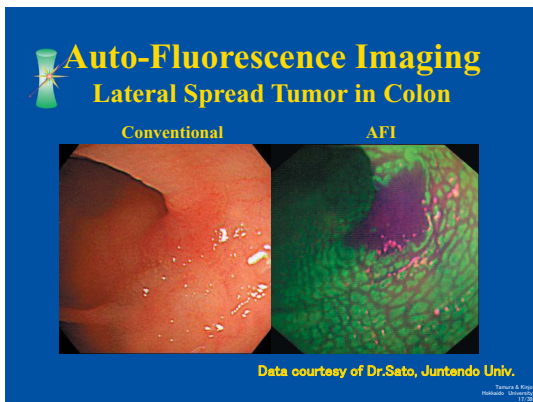


図 17

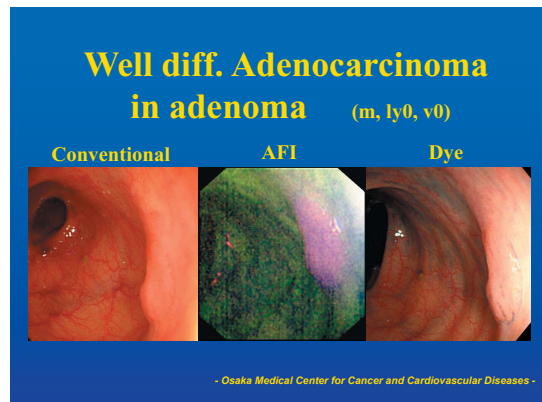


図 18

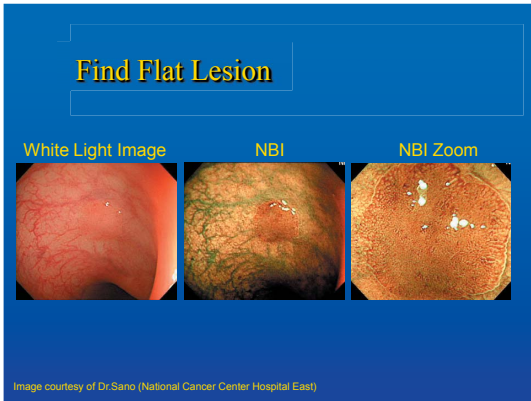


図 19

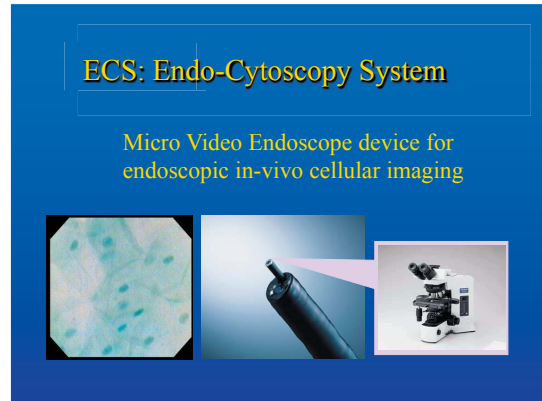


図 20



図 21

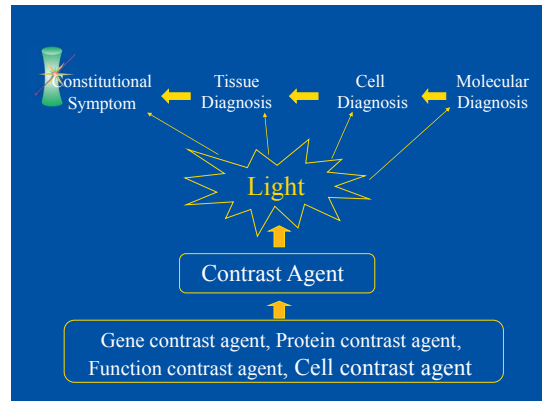


図 22

Tissue Transparency (Thickness)

UV (300~400nm)	0.1~1mm
Vis (400~700nm)	1~5mm
NIR(700~1100nm)	5~50mm Max:100mm

図 23

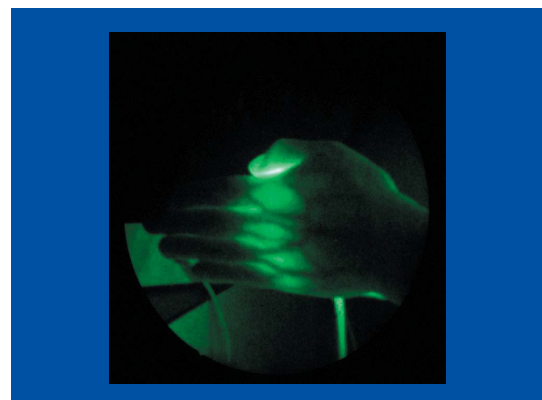


図 24

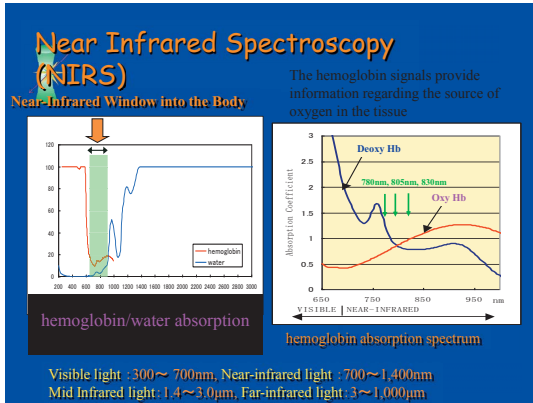


図 25



図 26

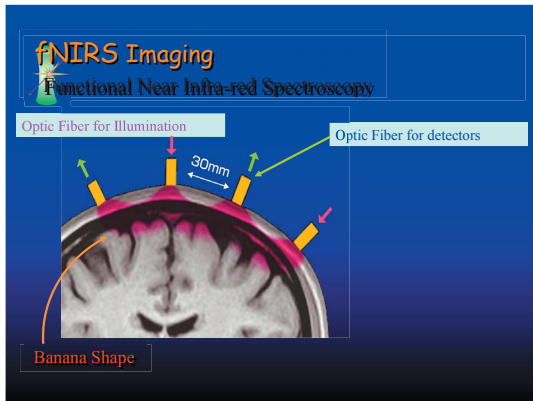


図 27

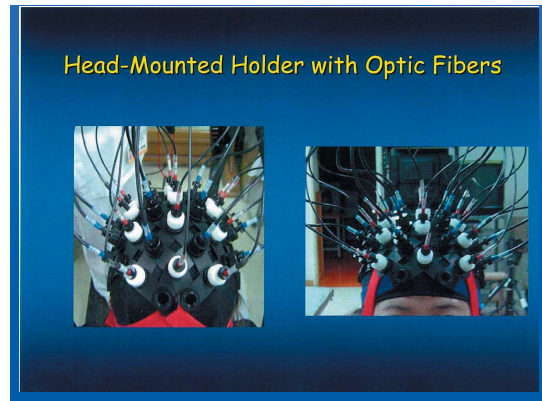


図 28

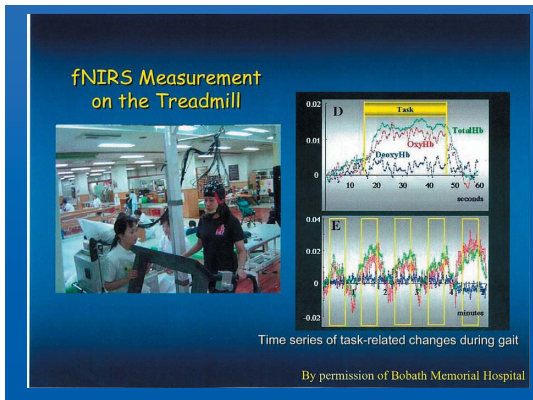


図 29

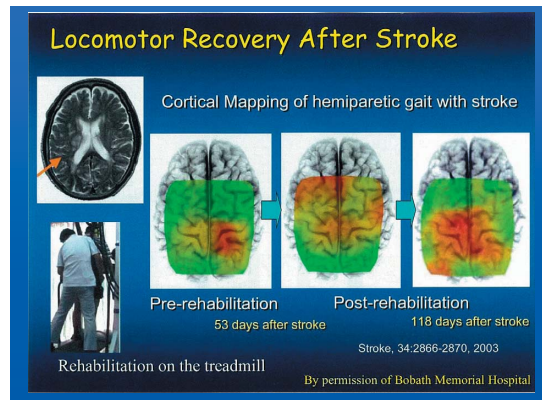


図 30

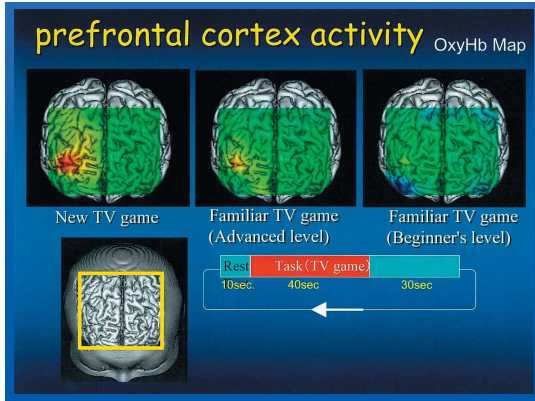


図 31



図 32

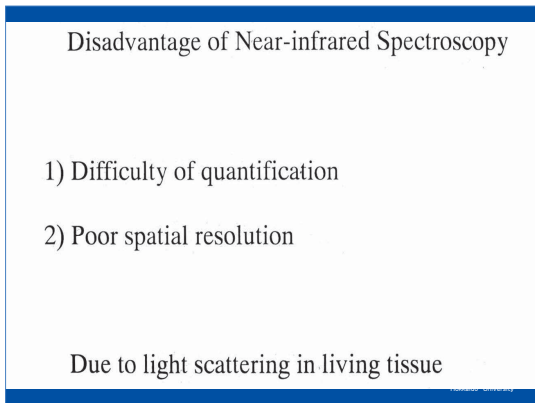


図 33

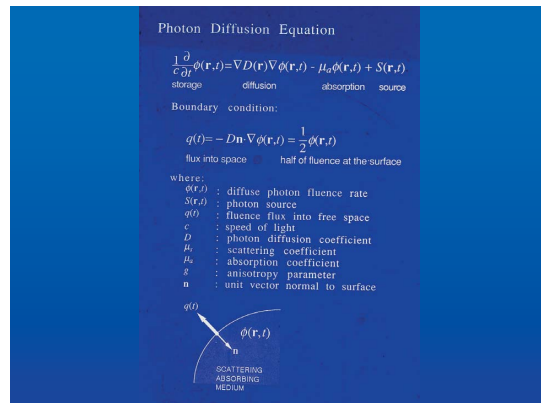


図 34

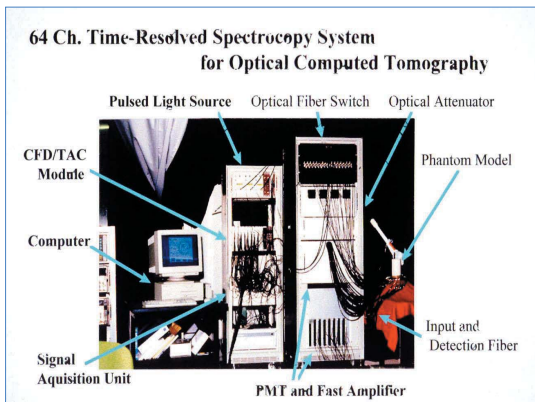


図 35

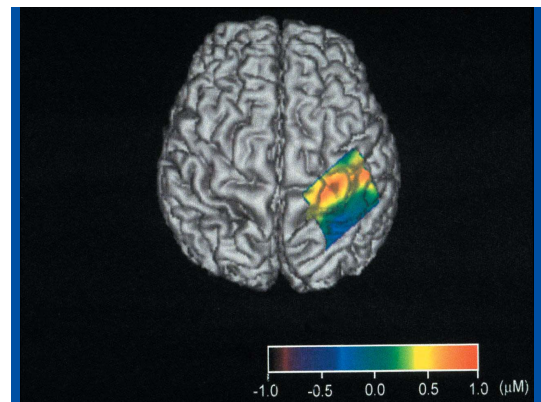


図 36

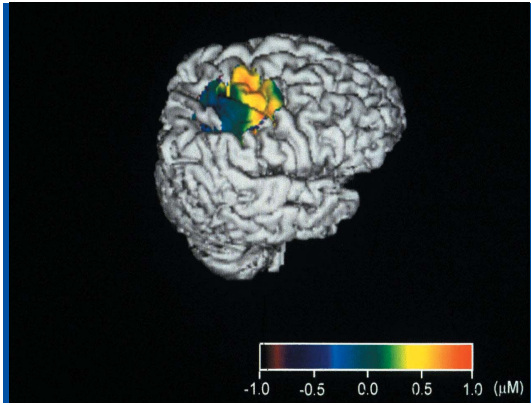


図 37

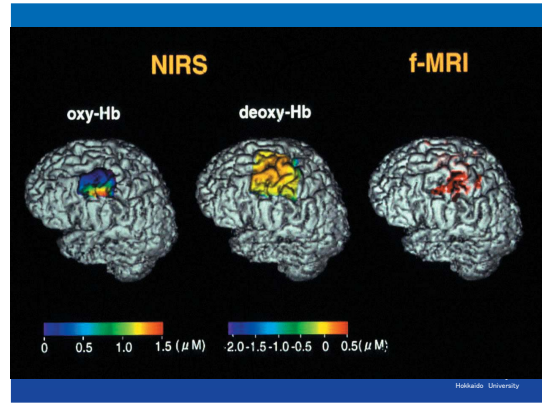


図 38

Short communication

Visuospatial imagery is a fruitful strategy for the digit span backward task: a study with near-infrared optical tomography

Yoko Hoshi ^{a,*}, Ichiro Oda ^b, Yukihisa Wada ^b, Yasunobu Ito ^b, Yutaka Yamashita ^c, Motoki Oda ^a, Kazuyoshi Ohta ^a, Yoshifumi Yamada ^a, Mamoru Tamura ^a

^a Biophysics Group, Research Institute for Electronic Science, Hokkaido University, North Ward, North 12, West 6, Sapporo 060-0812, Japan
^b Technology Research Laboratory, Shimadzu, Hori-yamashita, Hadano, Kanagawa 259-1304, Japan
^c Central Research Laboratory, Hamamatsu Photonics KK, 5000 Horikuchi, Hamakita, Shizuoka 414-8601, Japan

Accepted 21 December 1999

図 39

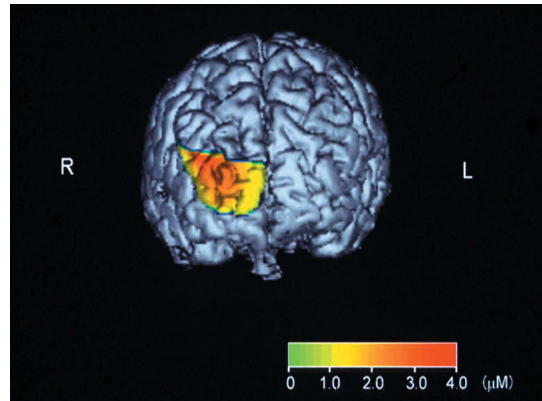


図 40

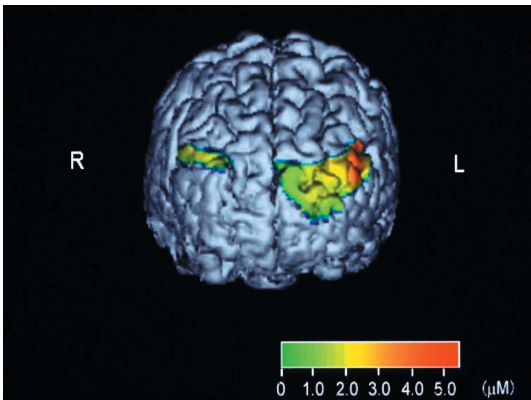


図 41

Table 1 Foci maximal activation and task performance

subject	L/R	Brodmann's area	$\Delta[\text{oxy-Hb}]$ (μM , mean \pm SD)	task performance (the longest digits)	
				DF	DB
1	L	9/46	3.16 \pm 0.62	7	4
2	R	9/46	1.95 \pm 0.29	8	7
3	L	9	1.27 \pm 0.22	7	4
4	R	46/45	5.95 \pm 0.83	8	7
5	L	46/45	4.81 \pm 1.16	7	3
6	L	8/9	1.49 \pm 0.24	8	4
7	R	9	2.80 \pm 0.7	7	7
8	R	9	2.69 \pm 0.66	8	5

図 42

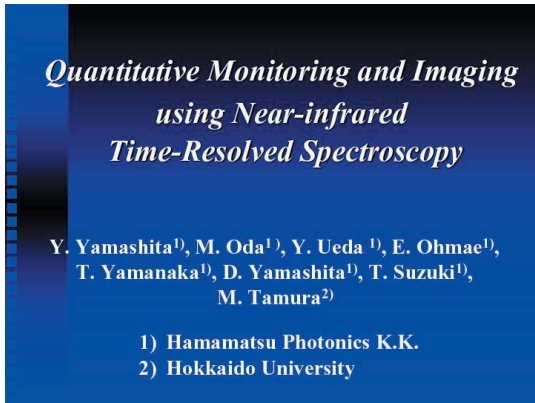


図 43

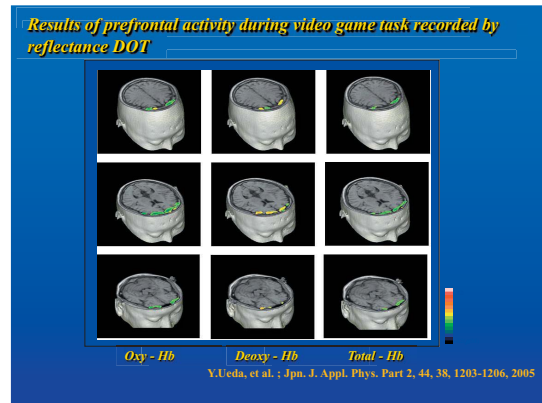


図 44

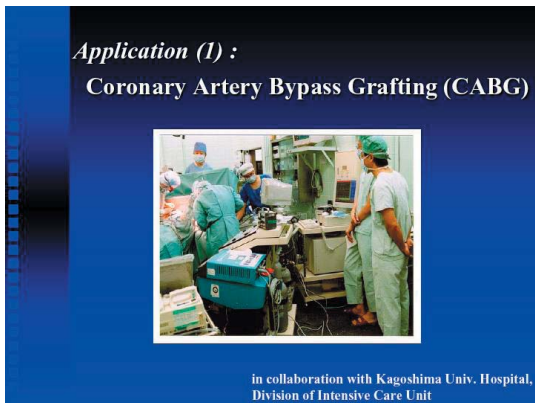


図 45

プロフィール

田村 守 (たむら・まもる)



- 現職
中国・清華大学医学院 高級訪問学者・客員教授

- 略歴
1971年 北海道大学理学部大学院化学専攻博士課程修了。大阪大学基礎工学部，米国ペンシルバニア大学医学部，大阪大学産業科学研究所などを経て，1988年北海道大学応用電気研究所教授。

気の病証と治療

神奈川県・平馬医院 平馬直樹

はじめに——講座のねらい——

中医学では、健康な人体とは、身体を構成する気・血・津液などの物質が淀みなく循環して、必要な臓器・器官・組織に過不足なく供給されており、五臓を中心として、これに統括される身体の諸器官がしっかり機能して、臓腑組織が協調的に働き、調和が取れている状態と考える。

本講座では、健康状態が崩れた気・血・津液・臓腑のさまざまな病証を説明し、それぞれの病証を治療するのに、どのような治法を立て、どのような薬物の配合で対応するのかを解説する。さらに適応する主要方剤を示して、その解説を施す。

本講座によって、弁証論治を進めるうえで、基本的な証の把握と、それに基づく治法の立案、治法を実現するための用薬と基本方剤が理解できるものと思われる。弁証論治の処方能力の基本を身につける知識を提供することを目的に、連載で講座を進めたい。第1回は「気の病証と治療」。

気の概念と機能

気キの概念は単純ではないが、ごく粗く解釈してしまえば、気とは人体の生命活動のエネルギー源となる物質である。

人体の気は、生れつき父母から受け継いだ「先天の精気」と、飲食物中から取り込んだ「水穀の気」、呼吸によって取り込んだ「清気」からなる。先天の精気は五臓の腎に貯蔵され、成長・生殖・老化などに関係している。水穀の気は人体の生命活動を維持する基本的な気であり、脾胃（消化器系）の働きによって後天的に生産されるため「後天の気」とも呼ばれる。清気は大気中の清浄な気で、肺の働きによって補充される。

気キの主な機能は、次の五種にまとめられる。

- ①**推动作用**：人体の成長・発育、各臓腑・経絡などの組織・器官の活動のエネルギー源となり、血の生成と運行・津液の生成・輸布・排泄を推進する。
- ②**温煦作用**：人体の熱源であり、身体カラダの各組織器官を温める。
- ③**防御作用**：病に対する抵抗力の根源であり、病邪が人体へ侵入するのを防御する。
- ④**固摄作用**：血脈や組織を引き締めて、血や津液・汗・精液などが血管外や体外へ流失するのを防止する。
- ⑤**氣化作用**：精・血・津液などの新陳代謝を主つかさどり、血などが他の物質に転化する際のエネルギー源となる。

気の種類

気の来源は、前述のように、先天の気・水穀の気・清気であるが、人体に取り込まれた気は、人体を遍く満たして、前述のような機能を果たす。気は、その働きと、分布部位によって以下のように分類される。

①元氣（原氣、真氣）

全身をめぐる人体の生命活動の原動力。三焦を通過して全身に通行する。

元氣の作用は、人体の生長・発育を促し、臟腑・経絡・組織を温煦し、それらの生理機能を発揮させる。すなわち、主として全身や局所において、生命活動の基本である推动作用・温煦作用を主っている。

②宗氣

胸中に集まっている気である。宗氣が会聚し、発源する部位を「氣海」または「膻中^{だんちゆう}」という（『靈樞』海論篇および五味篇）。

宗氣の作用は、肺・心の機能と関連が深く、第一に呼吸を主り、言葉・音声・呼吸の明晰度や強弱に関係している。第二に心脈を貫き、氣血の運行に関わっている。

③營氣

血とともにめぐる脈中の気である。營は「榮」と同義であり、營氣は榮養に富む気、全身を榮養する気という意味合いである。營氣と血とは密接不可分であり、「營血」と併称される。

その起源、分布、作用については、『素問』痺論篇に「營者、水穀之精氣也、和調於五臟、洒陳於六腑、乃能入於脈也。故循脈上下、貫五臟、絡六腑也」、『靈樞』邪客篇には「營氣者、泌其津液、注之於脈、化以為血、以榮四末、内注五臟六腑」とある。すなわち飲食物のエッセンスに由来し、脈に入り、血脈を循環し、五臟六腑をめぐる、五臟の働きを調べ、六腑の代謝産物を濯ぎ清める。また血脈中で血に変化して四肢末梢にまで至り、体内では深く五臟六腑に注ぎ込む。その生理機能は、全身の榮養と血液の化生である。

④衛氣

脈外を運行する気である。脈中の營氣に相対する気であり、衛氣は陽、營氣は陰に属する。衛氣は『素問』痺論篇には「衛者、水穀之悍氣也、其氣慄疾滑利、不能入於脈也。故循皮膚之中、分肉之間、熏於膏膜、散於胸腹」とある。すなわち飲食物の荒々しい（活発なエネルギーをもった）気で、すばやく動き回る。血脈に入ることはなく、皮膚・筋肉などの組織を循環する。横隔膜などの膜組織を温め、胸腔、腹腔に分散している。

その生理機能は、『靈樞』本臟篇に「衛氣者、所以温分肉、充皮膚、肥腠理、司開合者也」「衛氣和則分肉解利、皮膚調柔、腠理緻密也」とあるように、第一に体表面を保護し、外邪の侵入を防御する。第二に、臟腑・筋肉・皮毛などを温養する。第三に、「腠理」の開閉をコントロールし発汗を調節し、体温の恒常性

を維持する。

⑤臓腑の気、経絡の気

これらは、人体の各臓腑・経絡に存在し、その臓腑・経絡の生理活動のエネルギー源となっている気である。元気の局所における作用として理解することができる。たとえば、肺気といえば宣散・粛降の呼吸機能を指し、脾気といえば運化（消化・吸収）の機能のことと理解してよい。

気の病証

1. 気虚証

気の機能不足によってもたらされる病証が気虚証である。上述のような気の推動・温煦・防御・固摂・気化機能の低下や失調として表れる。

その症候は、疲労倦怠・息切れ・声や呼吸に力がない・めまい立ちくらみ・自汗（ちょっと動くとすぐ汗をかく）・舌質淡苔白・脈無力などで、不足する気の種類によってその他の症候が加わってくる。

総じて虚証の成因には、先天不足と後天失養の二つの要因がある。

前者は生まれつきの体質の虚弱や偏りであり、後者は栄養の不足、不適切な飲食や生活習慣による気血陰陽の消耗、精神情緒の失調による七情内傷、過労や房室（性行為）の過度による体力や精の消耗、病後の正気の衰退や産後の気血の喪失などである。多くは、先天的な体質の弱点のうえに、後天的な要因が加わって生ずる。小児や老人では、先天の不足と衰退が主因となることも少なくないが、成人では後天的要因が主因であることが多い。

人体の日常的な生理活動を維持する気は、脾の運化機能によって飲食物から得られている。身体の気（と血も）が充足しているためには、気血の生産の場である脾の機能がしっかりしていることが必要なので、脾気虚が気虚の基本的病態といえる。

1) 脾気虚証

脾気虚証は、全身の気虚証 + 運化機能の減退として表れる。その病態は、脾気が不足して運化機能を充分發揮できなくなるため、消化が緩慢になり、飲食物から得る精微物質を全身に輸布（輸送、散布）できなくなる。また、水湿もさばけなくなるので水湿内停を招き、さらに病的な体液成分となった痰飲を生じやすくなる。

脾気虚証の症候は、全身の気虚の症候に加えて、次のような消化器症状と運化失調の症状が見られる。食欲不振・食べるとすぐ腹がいっぱいになり腹脹・食後眠くなったりだるくなったりする。大便は下痢気味となる（便溏）。だるく手足に力が入らない。むくみっぽい。顔色はむくんだように白っぽい。

2) 肺気虚証と心気虚証

その他の臓腑の気虚としては、肺気虚と心気虚がしばしば見られる。

肺気虚証は、「肺主気」の機能が不足する状態で、全身的な気虚による生化新生の不足や長期間の咳や喘などによる肺気の損耗などにより、肺気の宣散・肅降の作用が衰え、同時に体表面に分布して防御機能を主る衛気も肺気のコントロールを受けているので、衛気機能も低下する。その症候は、宗気の不足、宣散・肅降作用の低下、衛気の失調などとして表れ、全身の気虚症状のほかに、呼吸に力がなく息苦しい・体を動かすと息切れがひどくなる・力のない咳・うすい痰・声が小さく低い・自汗・悪風・感冒を繰り返す・顔色は白く艶がないなどである。

また、心気虚証は、疾病が長引いたり、重症に陥って気を損耗する、老年になり臓気が衰弱する、あるいは先天の気の不足などの原因により心気の不足が生じ、心の生理機能の全面的な減退が起こる病証である。心は血脈を主り、全身に血をめぐらせているが、心気が不足すると、心気の推动作用も十分に働かなくなる。そのため、血行は力を失い、血脈は充実できなくなる。神（精神思惟活動）も活発さを失う。その症候は、動悸（心悸）・息切れ（気短）・精神不振・眠たいが眠りが浅い・少し動くと汗をかく（自汗）などで、これらの症状は疲労によって悪化する。

気虚証の治療 —— 補気法 ——

気虚証には補気法を用いる。

1) 補気法の用薬

補気法には、補気薬を主薬として選択する。人参・黄耆・山薬・白扁豆・白朮などで、これに祛湿健脾の茯苓・蒼朮・半夏・厚朴・砂仁・薏苡仁や理中気の枳実・枳殼・陳皮・木香・蘇梗など、調和脾胃の大棗・甘草・生姜を配合する。脾胃の虚寒がみられれば乾姜・山椒・呉茱萸・肉桂・附子・烏薬などの温脾薬を、中気下陷を伴えば、昇挙脾気の黄耆・人参・升麻・柴胡を用いる。

補気薬の多くは、脾・肺の気を補うので、肺気虚の場合も上述の補気薬を用いるが、補肺によく用いられるのは、黄耆・人参・蛤蚧・紫河車などである。

心気虚であれば、補心気の人参・黄耆・五味子・大棗・炙甘草に養心安神の茯神・当帰・酸棗仁・柏子仁など、温通心気の桂枝・肉桂・附子・薤白などを配合する。

2) 補気法の主要な方剤

補気の基本方剤である四君子湯とその類法、気虚下陷証に適応する補中益気湯、気陰両虚証に対する生脈散、心脾両虚証に用いる帰脾湯を紹介する。

四君子湯（『和剂局方』）

【組成】 人参・白朮・茯苓・炙甘草

【効能】 益気健脾

【主治】 脾胃気虚証

脾胃気虚証および全身の気虚に対する基本方剤である。その組成は、補気健脾の多数の方剤の骨格をなしている。脾気虚の病態と症候については、すでに上述した。

方中の人参は薬性が甘温で、大補元気・健脾養胃の効があり、主薬である。苦甘温の白朮は、健脾益気だけでなく、脾の湿をさばく燥湿和中の効があり、臣薬である。佐薬の茯苓は甘淡平で、健脾補中滲湿。白朮と茯苓の組み合わせは、極めて相性がよく、すぐれた健脾除湿の作用がある。使薬の炙甘草は甘温益気調中で、4味を合わせて、バランスの取れた益気健脾のユニットとなっている。

脾虚には、運化機能の低下に伴う虚性の気滞腹満が合併することが多い。その場合は理気薬を配合する。陳皮を加えたものが、異功散である。

脾虚により痰湿が旺盛になり、悪心嘔吐を伴うものには、半夏・陳皮を加えた六君子湯を用いる。六君子湯は、すなわち四君子湯合二陳湯である。脾肺気虚の喀痰の多い咳嗽にも用いられる。

気滞により腹痛を伴うものには、六君子湯に理気薬の香附子・木香・縮砂を加えた香砂六君子湯を用いる。

補中益気湯（『脾胃論』）

【組成】 黄耆・人参・白朮・炙甘草・陳皮・当帰・柴胡・升麻

【効能】 補中益気・昇陽挙陷

【主治】 気虚下陷証

脾気が不足すると、昇清機能が失調し、中焦の気を昇提する力がなくなる。

脾気虚の症候に加えて、胃下垂・脱肛などの内臓下垂、めまい・たちくらみなどの清陽下陷あるいは清陽不昇の症候が現れる。泄瀉がなかなか止まらないこともある。

黄耆は脾肺の気を補い、陽気を昇提させる功にすぐれ、本方の主薬である。人参・炙甘草の甘温益気でこれを補助する。健脾の白朮、理気の陳皮、補血の当帰は佐薬で、脾の運化の失調により血の化生も低下している場合、当帰の養血の効能がこれを補う。柴胡・升麻は、陽気を昇挙する働きがあり、黄耆の作用を助け、全体の薬効の上向きのベクトル（脾気を昇挙する作用）を強めている。

生脈散（『内外傷弁惑論』）

【組成】 人参・麦門冬・五味子

【効能】 益気生津・斂陰止汗

【主治】 気陰両虚証

暑熱の邪のために元気を消耗し、発汗過多のために津液を損傷して生ずる気陰両虚証に用いる。この場合、病邪の勢いはすでに衰えているが、正気も消耗しており、その症候は倦怠・息切れ・口渴多汗・脈は散大で無根などである。

また、咳嗽が長引くなどして肺の気・陰を傷害して、乾咳・息切れ・自汗・口乾舌燥・脈虚のもの（肺の気陰両傷）にも用いられる。

人参は大補元気のほか、生津止渴の効があり主薬である。麦門冬は甘寒で、滋陰清熱・潤肺生津、五味子は酸温で、斂肺止汗の効がある。3味を合わせて、補・清・斂の効能で益気養陰・斂汗生津の効果を発揮する。

暑気あたりの方剤として知られる清暑益気湯にもこの3味が配合される。炎暑による気陰の消耗に用いられる。

帰脾湯（『濟生方』）

【組成】 人參・黄耆・白朮・茯苓・木香・炙甘草・当帰・竜眼肉・酸棗仁・遠志

【効能】 益気補血・健脾養心

【主治】 (1) 心脾両虚証

(2) 脾不統血証

心脾両虚証とは、心血虚+脾気虚の病態で、思い悩むなどの精神情緒の偏りなどが原因となり、心の蔵神機能と脾の気血を化生する機能が失調することによって生じる。動悸・不眠・健忘・疲労倦怠・食欲不振・舌質淡苔薄白・脈細弱などの症候が見られる。

次に、脾不統血証とは、出血を主症状とするもので、脾気が不足して、全身にめぐる血脈を引き締め、血液が漏れ出さないように働いている統血機能が失調し、心が血脈をコントロールする機能も失調して、血液が皮下や体外に漏出するものである。主として下血と不正性器出血（崩漏）の場合を、脾不統血という。気虚による出血でも、その他の出血は、「気不摂血」と呼ぶことが多い。しかし、血尿・皮下出血・鼻出血などの場合も脾不統血という場合もある。帰脾湯の適応証の場合は、これらの出血に加えて、同時に一連の脾気虚の症候が見られる。

黄耆と人參は補脾益気、竜眼肉と当帰は養血安神で、この組み合わせが気血双補・補益心脾となっている。白朮の健脾と木香の理気醒脾は黄耆・人參を助け、茯苓と酸棗仁は養心安神で竜眼肉・当帰を助けている。遠志は寧心安神で動悸・不眠に伴う煩躁不安を解除する。炙甘草は諸薬を調和するばかりでなく、四君子湯中の益気調中と炙甘草湯中の通利血脈の効能を兼ねている。

脾不統血証に用いるのであれば、阿膠・艾葉などの養血止血の薬物を加えると、より効果的である。

2. 気機の失調 —— 気滞と気逆 ——

気機（気のめぐり）の失調形態には、気滞と気逆がある。気の循環のエネルギー源は、肺（肺主気）と脾（後天之本）にあるが、気がのびやかに体内を循環するのは、肝の疏泄機能に依拠している。また、気の通路として三焦が関与する。

したがって理気を行うためには、肝の疏泄機能を高めること、三焦を通利することが基本的に重要である。また、肺の宣散・肃降機能は気の循環の原動力であり、脾胃は気の昇降の枢軸である。肺と脾胃の調理も必要な場合が少なくない。また、心と腎の陰陽相交・水火既済も気の昇降の調和に関与している。

気がめぐるとは人体の最も基本的な生理機能であるので、結局のところ気機の失調は、五臓六腑のすべてと密接に関わっている。病状が複雑であれば、それだけ多くの臓腑が気機に関与することとなる。

1) 気滞

気滞とは気機が鬱滞してのびやかにめぐらない（気機不暢）状態を指す。気滞の成因は、精神情緒の抑鬱（七情内鬱）や寒・湿・痰・食積・瘀血などにより気の流通が阻害されて、全身または局所の気機の不暢を招くことによる。

気滞は、その発生部位によって肝胆気滞・腸胃気滞・経絡気滞・心脈気滞など

に分けられる。部位によってそれぞれ症候は異なるが、共通する気滞の症候の特徴は、脹満と疼痛である。

中医学では、痛みは「通則不痛，不通則痛」という格言に端的に示されているように、気血の流通阻害によって生ずると考える。痛みを生ずる原因となる主要な病証として、気滞と血瘀が挙げられるが、血瘀の痛みが、部位が固定的で、刺すような痛み、内出血・チアノーゼなどの血行障害を伴い、持続的で夜間に増強するのに対して、気滞の痛みの特徴は、時間的にも部位的にも痛みが変動・移動しやすく、局所の脹・悶・痞を伴うことである。胸痛・胃脘痛・腹痛・脇痛・腰痛などの痛みとして表れ、精神情緒の変動によって症状が影響されることがある。

また、気機が滞れば、血や津液の流通も影響を受ける。気滞によって血行の鬱滞である血瘀を合併すれば、気滞血瘀の証となる。津液が停滞すれば痰飲や水腫を生ずる。停滞した痰と気が交じりあって痰気交結証を表すことがある。

2) 気逆

気逆とは気の上昇運動が過度となり、これに対して下降運動が不充分であるため臓腑の気が逆上する病理状態を指す。気逆の成因もまた、気滞と同様に精神情緒の失調や、寒熱・食積・痰濁などにより気の生理的な流通が阻害されることによる。臨床では、主として肺・胃・肝の気の逆上が見られる。

肺気の上逆は、肺の宣散・粛降のバランスが崩れ、粛降機能が十分に果たせなくなった肺失粛降証で表れ、咳嗽・気喘などの症候を来す。

胃気の上逆は、脾の昇清機能と胃の降濁機能のバランスが崩れ、降濁機能が失調した胃失和降証で表れ、悪心・嘔吐・呃逆・噯気などの症候を来す。

肝は疏泄を主り、全身気機の動・昇の運動を統括する。肝気は鬱結すると、容易に化火暴逆しやすい。精神情緒の過敏状態、殊に怒りの感情は肝気暴逆を招きやすく、頭痛・めまい・耳鳴・目の充血・情緒不穏などの症候のほか、肝の蔵血機能も失調し、血が気に伴って逆上する血随気逆が起これば、吐血・咯血が見られることもある。

気滞・気逆の治療 —— 理気法 ——

気の機能を調整して、健康を回復する治法を広く調気法という。調気法は、補気法と理気法に分けられる。気の病証を大きく分類すると、気虚・気滞・気逆・気陥の4類に大別される。このうち気虚と気陥は気の機能不足によって生ずる病証であり補気法の適応となる。一方、気滞と気逆は気の循環の失調といえる。

理気法とは、気めぐり、すなわち気機を疏暢させ、気の循環の失調を改善する治法で、その主な適応証は気滞と気逆である。

理気法は、前項の2つの適応証に対応した治法、すなわち行気法と降気法の2つに分類される。行気法は気滞に適応する治法であり、降気法は気逆に適応する治法である。

行気法はさらに、気滞の部位によって細分類されるが、主要なものは肝胆気滞に対する疏肝理気法と腸胃気滞に対する和胃理気法の2つである。

降気法には、肺気上逆に対する降気平喘法、胃気上逆に対する降逆止嘔法がある。

1) 理気法の用薬

理気法の処方では、理気薬を主薬として配合される。気滯に対しては行気薬、気逆に対しては降気薬が主薬となる。気機の失調の発生部位によって配合薬物が異なる。肝気の失調であれば疏肝、胃気の失調であれば和胃、肺気の上逆であれば肅肺（肅降肺気）を行わなければならない。また、気機を阻滯させる病邪の違いによっても、寒邪であれば温散、熱邪であれば清泄、痰があれば化痰、湿邪があれば祛湿、食積があれば消導、瘀血があれば化瘀を併用する。

理気薬の薬性は、辛温で芳香性のものが多い。その辛温香散の性質によって気機を疏通し、経絡を温通するのであるが、熱邪を兼挟したり、鬱熱を生じている場合は、薬性が温熱に傾いていると、邪熱を助長しかねない。川楝子・枳実が寒であり、香附子・八月札・緑萼梅などは薬性が平であり、このような場合に化熱の心配なく用いられる。

理気薬の帰経の多くは、肝と胃（または脾）であるが、薬物によってそれぞれ特徴があり、青皮・香附子・川楝子などは肝経が主であり、陳皮・枳実・木香などは胃経が主である。薤白・檀香は肺経にも入り、沈香・烏薬は腎経にも入る。これらの帰経の特徴を活用して、それぞれの部位の気機の失調に対応する。

肝胆気滯に対しては、柴胡・香附子・鬱金・青皮・川楝子・烏薬などの疏肝理気薬を主薬とする。理気薬の多くは芳香性で燥性があるので、肝陰を損傷する恐れがある。傷陰を防ぐために白芍・当帰・枸杞子などの養陰柔肝の品を配合する。

腸胃気滯には、木香・陳皮・枳殼・厚朴・檳榔・縮砂などを主とするが、茯苓・白朮・蒼朮などの健脾薬や、焦三仙などの消導薬、寒凝気滯であれば乾姜・呉茱萸・良姜などの温中祛寒薬、湿邪による気滯であれば藿香・白蔻仁・沢瀉などの化湿薬、痰気鬱結であれば半夏・陳皮などの化痰薬を配合する。

肺気上逆に対しては、肺の肅降作用を助けて肺気を降す紫蘇子・杏仁・厚朴・半夏・萊菔子・款冬花・紫苑などを主として処方する。降肺気の薬物を主として、これと相反する肺気を宣散させる麻黄・桔梗などの宣肺の品を一、二味加えると、肺気の宣散・肅降のバランスが回復し、すぐれた効果を発揮する。

肺から取り込まれる清気は、肺の肅降作用と腎の納気作用との協調作用によって、腎にたくわえられる。喘息・久咳などの肺気上逆証には、腎不納気証が関与していることがある。そのような場合は、沈香・肉桂・蛤蚧・胡桃肉・補骨脂・五味子などの補腎納気品を配合する。また、肺は貯痰之器といわれるように、肺の病証には痰が関与していることが多い。痰が盛んであれば化痰薬も加える。

胃気上逆には、旋覆花・代赭石・半夏・柿蒂などの和胃降逆の薬物を主とする。中焦の陽気不振あるいは寒邪による中気阻滯、胃気不降であれば、呉茱萸・乾姜・丁香などの温中降逆の品を配する。胃熱による上逆であれば竹茹・黄連・黄芩などの清胃熱薬を配する。痰が存在すれば、降胃気のある化痰薬である半夏・陳皮を加える。

2) 理気法の主要な方剤

(1) 行気法

行気法は、気滯に適応する治法で、その作用は気機を疏暢させ、その鬱滯を解除する。

肝胆気滞に対しては疏肝理気法を用いる。代表方剤として四逆散を紹介する。腸胃気滞に対しては和胃理気法を用いる。ここでは、痰気鬱結による脾胃気滞に適応する半夏厚朴湯を紹介する。また、痰湿・食積・血瘀・鬱熱などがからみあった「六鬱」による気滞証に適応する越鞠丸も取り上げる。

四逆散（『傷寒論』）

【組成】 柴胡・芍薬・枳実・炙甘草

【効能】 疏肝理気

【主治】 肝胆気滞証

肝胆気滞による胸脇脹満、肝気の鬱滞が脾胃に波及して（肝脾不和・肝胃不和）生ずる心下痞塞に用いる。肝気がのびやかにめぐらないため、精神抑鬱、ためいきをつきやすく、情緒が不安定になる。肝胆の経絡の走行に沿って、胸脇部や乳房が脹るように痛む。

五行説では肝(木)の乱れは脾胃(土)に波及しやすい。すなわち木乗土の機序で、脾胃の気機も阻害され、心下の痞えを伴うことがある。これらの症状が、情緒の変動に応じて増強・軽減する。脈は弦である。

方中の柴胡は疏肝、枳実は行気消痞で、合わせて行気通滞・疏肝解鬱の効能を発揮している。柴胡は昇発の性があるのに対して、枳実は下気降逆の作用があり、2味を配して昇降のバランスを調える。

柴胡・枳実は燥性・動性があるため陰分を損傷しやすい。芍薬は柔肝、炙甘草は益気健脾の効能があり、芍薬の酸味と炙甘草の甘味を合わせると酸甘化陰の効を発揮して、陰分を補強し、柴胡・枳実による傷陰を予防する。

半夏厚朴湯（『金匱要略』）

【組成】 半夏・厚朴・茯苓・蘇葉・生姜

【効能】 行気散結・降逆化痰

【主治】 痰気交結証

本方の証は、精神情緒の失調（七情鬱結）により、肺胃の気機が不暢となり、気がふさがって痰涎を凝集する。こうして生じた病的産物である痰と気滞が結合する病証が痰気交結であり、咽喉部に結すれば、咽喉異物感（いわゆる梅核気）を生ずる。また、痰気が全身の気機を阻害して、経絡の流通をふさげば、さまざまな症状を来す。肺気の宣散・肅降が失調すれば胸部脹満・咳嗽・気喘を生ずる。胃気がふさがり上逆すれば、腹満・悪心・嘔吐・呃逆などを生ずる。

精神情緒の失調に痰が関与すると複雑な症状を来すことが多い。本方の証でも、抑鬱・イライラ・ヒステリーなどさまざまな程度の精神症状を伴うことがある。舌苔は白あるいは白膩。

方中の半夏は化痰散結・和胃降逆の効があり、本方の主薬である。厚朴は腸胃の気を下し、痞満を解除し半夏の散結降逆を補助する。茯苓は甘淡利湿で半夏の化痰を補助する。ともに臣薬である。生姜は辛温の薬性で散結の効があり、同時に和胃止嘔する。蘇葉は、その芳香の性によって行気し、宣肺舒肝の作用を果たす。ともに佐薬として働いている。合わせて半夏の行気散結・降逆化痰の効能が

十分に生かされる配合となっている。

越鞠丸（『丹溪心法』）

【組成】 香附子・蒼朮・川芎・神麴・梔子

【効能】 行気解鬱

【主治】 気・血・痰・火・湿・食の六鬱証

六鬱の中心的病態は気鬱である。気鬱による気機の不暢、昇降失調によって胸膈痞悶・腹満脹痛・悪心嘔吐・消化不良などを来すものに用いる。気鬱は血・痰・火・湿・食の鬱滯を原因として生ずることもあり、気鬱が発展して血・痰・火・湿・食の鬱滯を合併することもある。本方は、これら六鬱に幅広く対応するものであるが、症候に応じて不要の薬物は除いて処方してもよい。

方中の香附子は行気解鬱の効能があり、肝気を疏暢し、三焦を通利する。気鬱に対応するもので主薬である。川芎は活血化瘀であり血鬱に対応する。香附子と川芎はよく似た作用をもつ薬で、ともに「血中気薬」と称され行気と活血の作用を併せもっている。ただ、香附子は行気が主で、川芎は活血が主であるので、かたや理気薬、かたや理血薬に分かれて分類されている。合わせて用いると気鬱・血滯に有効である。

梔子は清熱瀉火の効で、火鬱に対応する。蒼朮は燥湿健脾で湿鬱に対応する。神麴は消食導滯で食鬱に対応する。

気鬱が主であれば、木香・檳榔などの行気薬を加え、鬱熱がはっきりしていれば、梔子を補助して黄芩・青黛などの清熱薬を加える。鬱熱が見られなければ梔子は不要である。湿邪がはっきりしていれば蒼朮を補助して茯苓・藿香などの利湿薬を加える。痰鬱に対しては、原方には化痰の薬物が配剤されていないが、舌苔の膩、痰濁による精神症状など痰証がはっきりしていれば、半夏・天南星・瓜楼などの化痰薬を加える。

(2) 降気法

降気法は気逆に適応する治法である。肺気上逆に対しては降気平喘法を用いる。代表方剤として蘇子降気湯を紹介する。胃気上逆に対しては降逆止嘔法を用いる。代表方剤として旋覆花代赭石湯を紹介する。

蘇子降気湯（『太平惠民和劑局方』）

【組成】 紫蘇子・半夏・厚朴・前胡・肉桂・当帰・炙甘草

【効能】 降気平喘・化痰止咳

【主治】 肺気上逆・上盛下虚証

肺気上逆による咳嗽・气喘に用いる。痰涎が肺をふさぎ、肺気が通暢せず、胸満・喘咳・痰多の症候を現すもの。腎陽虚のため納気作用も衰え、肺気を納めることができない。このため上（肺）は実満（気逆）、下（腎）は虚衰（陽虚）の上盛下虚証を示す。

治法は降気平喘、化痰止咳を主として、温腎納気を補助として加える。方中の紫蘇子は降肺気的作用にすぐれ、化痰止咳の効もあり、本方の主薬である。半夏・

厚朴・前胡は降気と化痰の働きがあり、いずれも臣薬の役目を果たしている。

肉桂は温腎納気的作用である。当帰の役割は明確ではないが、当帰自体に「主咳逆上気」（『神農本草経』）の作用があること、紫蘇子・半夏・厚朴など香燥の薬性の品が多いため、当帰の養血潤燥の働きで傷陰耗血を防ぐためなどが考えられる。

肺の肅降作用と腎の納気作用の調和を回復して肺気の上逆を治めることをねらった方剤となっている。

旋覆花代赭石湯（『傷寒論』）

【組成】 旋覆花・代赭石・人参・半夏・大棗・炙甘草・生姜

【効能】 降逆化痰・益気和胃

【主治】 胃気虚弱・痰濁内阻・胃気上逆証

胃は飲食物（水穀）を受納して、その糟粕を腸へ送る降濁の機能をもつ。胃気は下降をもって順とする。胃気が虚弱なために、痰濁が中焦の気機を阻滞し心下痞鞭が生じ、胃気の上逆により悪心・噯気、上逆がはなはだしければ反胃（反復する嘔吐）を来す。

方中の旋覆花は降気化痰の作用があり主薬である。代赭石は鉱物薬で質量が重く沈降の性質があり、鎮逆止嘔的作用があり、2薬を合わせて胃気の上逆を鎮める。

半夏は降逆化痰・消痞散結でこれを補助し、生姜は止嘔のほかには半夏の毒を制する作用があり配合されている。

胃気の虚弱に対して人参・大棗・炙甘草を配して、益気和中している。胃気上逆という「標」の症候を主な目標にしているが、同時に化痰し、さらに脾胃を調えるという「本」の治療も加えた方剤となっている。

（つづく）

プロフィール

平馬直樹（ひらま・なおき）



●現職

平馬医院院長，日本医科大学東洋医学科講師

●略歴

1978年 東京医科大学卒業

同 年 北里研究所付属東洋医学総合研究所医局 入局

1987年 中国中医研究院広安門医院 留学

1990年 牧田総合病院牧田中医クリニック診療部長

1996年 平馬医院副院長，後藤学園入新井クリニック漢方診療部長を兼任

現在，平馬医院院長。2005年より日本医科大学東洋医学科講師

●著書

『図解よくわかる東洋医学』共著（池田書店・2005年）

『中医学の基礎』監修（東洋学術出版社・1995年）

中医美容の概念と実際

日本中医学会 評議員 一般社団法人 日本美容鍼灸協会 代表理事 北川 毅

中国の伝統医学と美容

中医学が、今、意外な専門分野で注目を浴びている。その専門分野とは人の美しさの維持・増進を目的とする「美容」の分野である。

近年、中医学には、美容を専門に取り扱う中医学の専門科目として「中医美容学」という科目が確立された。中医美容学では、「美」は心身の健康を基礎として成立するものであり、中医美容学の目的は「健美」を達成することであるとされている。「健美」とは「健康を基礎として成立する人体美」という意味である。世界的に自然指向、健康指向が高まるなか、日本や中国のみならず、世界各地の美容業界において、今、「中医美容」と「健美」という概念に対する関心が高まり始めている。

美容とは、人体の外見美に対する評価を向上させることを目的として、顔や体形を美しく整えることである。日本や欧米では、「美容」と「医療」はそれぞれ異なる分野として区別される場合が多い。そして、医療の分野では、医療人が美容に携わることが蔑視される風潮もあるようだ。しかし、「美容」と「医療」の2つの分野は、果たして無関係な分野として切り分けられるのであろうか。中医学の発祥地である中国では、古来より、装飾美容以外の美容は医療の一環として位置づけられ、医家によって実践されてきた。

装飾美容とは、毛髪に手を加えたり、顔面部に化粧品類を塗布するなどの方法によって、人体に装飾を施すことによる美容の手法である。一方、美容を目的として、顔面部の皮膚の状態を改善したり（美顔）、外見的な老化を予防したり（アンチエイジング）、体形を美しく整えたりすることは、装飾を施すことによる美容ではなく、人体の健康状態を維持、増進することによって実現される。そのため、中国には、古来より「健やかな身体は美しい」「人間の美は健康を基礎として成り立つものである」という思想が存在し、「美容」と「健康」「長寿」「養生」などの概念は、相互に密接に関係していると考えられてきた。そして、そのために、美容は伝統医学の一環として実践され発展してきた。

中国の伝統医学には2000年以上の歴史があり、その発展過程においては、鍼灸・推拿・中薬・食療・気功などの特有の治療法が確立され、また数々の名医が輩出された。そして、これらの伝統医学の治療法は美容にも応用され、歴代の名医たちが編纂した医学文献には、疾患の治療を目的とした治療処方ばかりでなく、美容に関する記載も少なからず存在する。また、中国の古典的な医学文献には、宮廷において、時の権力者の妻妾たちのために考案された洗顔剤、美容クリーム、パックなどの美容処方や美容法に関する記載も見ることができる。例えば、世界

の三大美女と唱われた楊貴妃などの宮廷の麗人たちが用いた美容処方や美容法に関する貴重な情報が、医学文献の記載によって現代まで残されているのである。

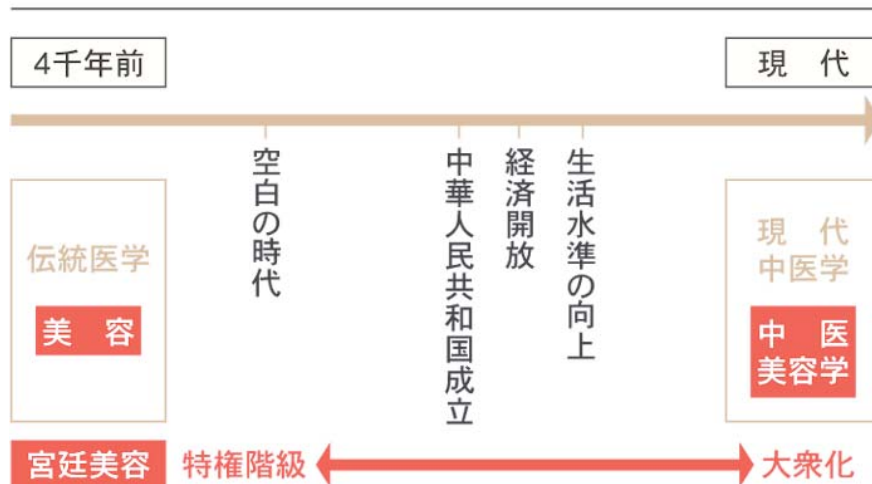
宮廷において実践された美容もまた伝統医学の知識と技術によるものであり、現代では「宮廷美容」と呼ばれている。中国の歴史において、装飾以外の美容は、このように伝統医学の一環として実践され発展を遂げてきた。長い歴史を有する中国の伝統医学は、医療ばかりでなく、美容に関する知識と技術の宝庫であるといえるのだ。

近代の中国と美容

中国における美容の歴史は長く、伝統医学の一環として発展を遂げてきた。しかし、近代における中国の美容の歴史には、長い空白の時代が存在する。中華人民共和国が建国されるまでの中国では、一般大衆の生活水準が高くなかったことから、美容は一部の特権階級の人々しか利用することができなかった。そして、そのために、中国の美容に関する豊富な知識や経験は、この時代の時代背景によって埋没した。近代の中国において、美容の需要と市場が発展し始めたのは、中華人民共和国の建国以降のことである。

中華人民共和国が建国され、経済開放政策が打ち出されると、中国国民の生産力が高まり、都市部における一般大衆の生活水準も向上した。そして、このような社会情勢の変化に伴い、消費物資にも恵まれるようになったことで、一般大衆の美容に対する関心と需要は急激に拡大した。1980年代より、中国では美容に関するサービス業務が商業目的で行われるようになり、1990年代には、エステティックサロンや美容サロンも登場した。近代の中国では、美容はこの時期を迎えてようやく一般大衆のものとなったのである。

中医美容発展の歴史



長い歴史を持つ中医美容は、紆余曲折を経て現代社会の中で復活していく

中国の美容産業は、当初は主としてヨーロッパのエステティックや日本の化粧品関連の企業や専門家による海外からの知識や技術を牽引力として発展したが、次第に数千年もの歴史の中で培われていながら、長い間埋没し続けていた自国の伝統的な美容法にも目が向けられるようになった。こうして、伝統医学とともに発展した固有の美容に関する知識や技術は、近代の一般社会において再び求められるようになったのである。

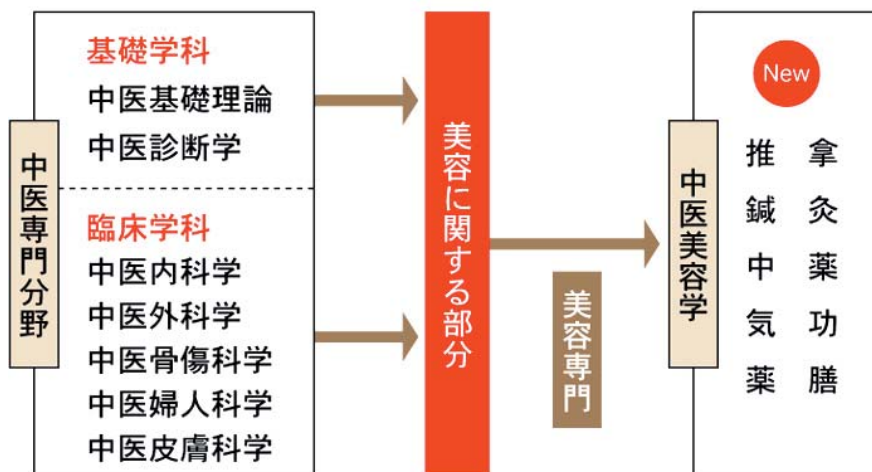
中医美容学の確立

近代の中国において、美容に対する需要が高まり始めると、「皮膚美容」「針灸美容」「中薬美容」「気功美容」などの新しい美容の分野が、中医学を基礎として、次々と自然発生的に派生した。そして、美容に対する需要が拡大するにつれ、断片的に発生したこれらの新しい分野は、美容という共通の目的によって集約され、「中医美容」という概念が生まれた。

中医学は、人体や疾患の本態を研究し、疾患の予防と治療、健康の維持を目的とする医学である。中医学には、「中医基礎理論」「中医診断学」「中薬学」「方剂学」「経絡学」「腧穴学」「中医養生学」などの基礎科目、「中医内科学」「中医皮膚科学」「中医婦科学」「中医眼科学」などの臨床科目が存在し、「鍼灸」「推拿」「中薬」「気功」「食療」などの治療法が用いられる。中医美容学は、中国の一般社会において、従来には存在しなかった美容という需要が生まれたことで、中医学の各臨床科目の美容に関連する要素が分化し、集約されて成立した美容の専門分野である。

中医学の一専門領域であることから、中医美容では、中医学の各臨床科目と同様に、上記のような中医学の基礎科目を基礎に置き、「鍼灸」「推拿」「中薬」「気功」「食療」などの治療法が応用される。例えば、一般ににきびや吹き出物と呼

中医美容学の体系



「中医美容学」は、近年になって成立した比較的に新しい学科である

ばれる尋常性痤瘡は、容姿を損なう疾患であることから、治療に対する患者の動機は、健康状態の回復ではなく容姿の回復（美容）であり、中医美容の分野で取り扱われる。そして、尋常性痤瘡の原因には、月経や便秘などが関係する場合も少なくないことから、その治療には、皮膚科ばかりでなく、婦科や内科の知識や経験も必要とされ、中薬の内服・外用、鍼灸、食療などの治療法が必要に応じて用いられる。このように、中医美容学は、人体の自然美の維持、増進と容姿に悪影響を及ぼす疾患の治療を目的として、基礎理論・臨床論・治療法などの中医学におけるさまざまな知識・技術・経験が集約された中医学の総合的な美容の専門科目である。

中医学において「中医美容学」という科目が確立されたことで、中国の伝統医学の歴史のなかで培われた美容に関する知識と手法は、近代において、中医学の一つの「専門学科」として生まれ変わった。中国において、美容は伝統医学の歴史とともに発展してきたことから、中医美容学は悠久の歴史を有する古典的な学問であるといえる。しかし、一方では、現代中医学の専門科目としての中医美容学は、経済開放政策以降に確立された新しい実用科目であることから、まだ発展段階の部分が多いというのが現状である。そして、現時点では、中国においても日本においても、まだ臨床現場における中医美容の普及率も高くない。しかし、美容に対する社会的な需要が急激に高まったことで、1980年代以降の中国では、中医美容は国家事業として推進され、中医美容学に関する教育も積極的に行われるようになった。中国の主要都市の中医医院では、続々と美容科が開設され、伝統医学の理論と技術を駆使した化粧品や美容機器なども開発されている。また、中医薬大学や中医学院では中医美容の教育を希望する学生が増え、中医美容学を選択科目として開講する教育機関も増えている。2002年には、中医薬大学などで使用される「全国高等医薬院校教材」として「中医美容学」（人民衛生出版社）も編纂された。

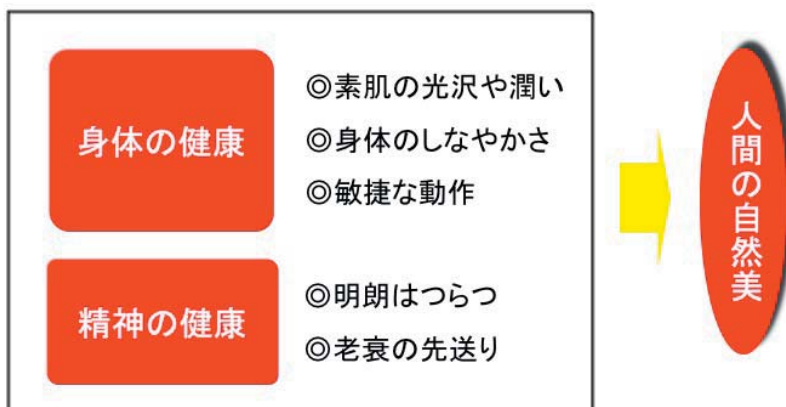
中医美容学の定義と目的

中国で出版されている『中医美容学』（人民衛生出版社）では、中医美容学の定義について次のように述べられている。

「人体の健康美を対象とし、多くの基礎学科および臨床学科の相互の交叉によって成立した新興中医学科である。その役割は、中医理論および中国の特徴的な人体美学理論の指導に基づき、損容性疾患の予防と治療の研究であり、美容を損なう生理的な欠陥を矯正し、あるいは覆い隠し、抗老衰、駐顔の方法を探究することであり、人体の形態美と体魄美を維持することを指す」。

「損容性疾患」とは、尋常性痤瘡や円形性脱毛症など、人体の生理機能に重篤な影響を与えることはない一方で、人目につきやすい部位に発症して容姿に悪影響を与えることを特徴とする疾患の総称であり、「駐顔」とは顔面部の若さと健康状態を保持することである。また、中医美容学では、上記のように、「形態美」と「体魄美」という言葉を用いて人間の美しさを表現している。「体魄美」とは「人体の機能的な美しさ」と「精神の美しさ」という意味で、中医美容が外見の形態的な美しさばかりでなく、人間の機能的な美しさや精神的な美しさも追求してい

健美



ることを示している。

中医美容学の目的は、「健美」を追求することであるとされている。「健美」とは「健康を基礎として成り立つ人間の自然美」という意味であり、精神的にも肉体的にも健全な状態を反映した人体の自然美を意味している。そして、そのために、中医美容は、顔面部などの限定的な局所だけを対象とするのではなく、顔面部、毛髪、体幹部、四肢などの人体の全身を対象とする。

中医学における健康と美

中医学理論の基礎として位置づけられる「陰陽五行学説」では、自然界に存在するすべての事象は、「陰」と「陽」の相互関係（対立、互根、消長、転化）によって成立していると認識されており、同時にすべての事象は「陰」と「陽」のいずれかに分類される。陰陽五行学説では、目に見える物質的なものは「陰」、目に見えない機能的なものは「陽」に帰属され、人体においては、肉体（物質）は陰、生理活動（機能）は陽に帰属する。そして、人体の生理機能（陽）は、臓腑や器官などの物質（陰）の運動によって正常に営まれ、同時に、臓腑や器官の運動は、生理活動が正常に行われることで維持される。小宇宙としての人体の生命活動は、陰陽の相互関係によって維持されており、物質の存在がなければ人体の機能は存在せず、機能がなければ物質としての人体も存在することができないということである。

一方、「健康」とは人体の「機能」の質に対する評価であり、「美」とは「物質」としての人体の質に対する外見的な評価である。したがって、中医学の理論では、人間の健康状態は外見に反映され、外見美が損なわれている場合には、健康状態に何らかの問題があるものと判断される。自然界の森羅万象は陰と陽から成り立つものであるという陰陽学説の立場では、人間の自然美という概念も例外では

なく、美と健康は根本を同じくし、「美は健康、健康は美」であると認識される。そして、そのために、中医美容学では、「人間の自然美は健康を基礎として成立するものである」と考えられており、中医美容学の目的は「健美」を追求することであると認識されているのである。

中医美容学が認識する「健美」という概念は、中医学の理論の根本である陰陽五行学説の思想を反映した「美」と「健康」に対する認識である。また、「形態美」と「体魄美」という概念では、「形態美」は陰(物質的な美しさ)に帰属し、「体魄美」は陽(機能的な美しさ)に帰属する。人間の美は陰と陽の2つの要素から成り立ち、また、2つの要素に分類されるということである。中医美容学は、人間の美を、物質面からだけではなく、機能面や精神面からも追求しているのである。

(つづく)

プロフィール

北川 毅 (きたがわ・たけし)



●現職

日本中医学会 評議員, 一般社団法人 日本美容鍼灸協会代表理事
日本健康美容鍼灸研究会 会長, 鈴鹿医療科学大学鍼灸学部非常勤講師 (美容鍼灸学), 東洋医療専門学校 特別顧問, トライデントスポーツ医療看護専門学校はり・きゅう学科 顧問, YOJO SPA オーナー

東京・港区の YOJO SPA にて鍼灸治療と美容鍼灸の施術を実践するかたわら、鍼灸、美容、スパに関する教育、講演、執筆、翻訳、研究まで、幅広く活動中。

●著書・監修・翻訳

「健康で美しくなる美容鍼灸」(BAB ジャパン)

「DVD 美容鍼灸の実践」(医道の日本社)

「中医学 美養生ダイエット」(新潮社)

「きれい&元気になるツボ」(池田書店)

「The SPA 健康と美容のためのスパトリートメントガイド」(フレグランスジャーナル社)

「デイスパ開業マニュアル」(フレグランスジャーナル社) など

日本人中医診療記

その1

天津中医薬大学 柴山周乃



このたびは日本中医学会設立、誠におめでとうございます。心よりお慶び申し上げます。11年間、中国で中医学に携わってきた私にとり、日本中医学会の設立は長年の夢でもありましたので、とても嬉しく思っています。今後、中国の中医学現場から up to date な生きた情報を色々お伝えしていきたいと思います。宜しくお願い致します。

◆
初めに少し自己紹介をさせていただきます。私は1999年に天津中医薬大学（当時は天津中医学院）に入学、5年の本科を終え、その後修士課程（3年）、博士課程（3年）に進み、昨年7月に博士課程を修業しました。修士課程から中医内科学を専攻、博士課程では中国工程院院士でもある天津中医薬大学・張伯礼学長に師事し、心脳血管疾患を主に研究して参りました。卒業後は引き続き学長とともに特別外来で診察をしながら、8年かかる修士を7年で取得させる7年制中国人学生への講義を受け持っています。

◆
第1回目の今回は、日常の中医診察についてご紹介したいと思います。中国には西洋医学の病院と中国医学の病院がありますが、現在では中国医学の病院でもほとんどが西洋医学を取り入れ、中西医統合治

療を行っています。血液検査はもちろんのこと、MRI、CT、エコー検査などの検査結果を参考に中国医学の特色である弁証論治を行い、中薬処方を行っています。もちろん必要に応じ、西洋薬も処方します。

天津中医薬大学には第一付属病院、第二付属病院など6つの付属病院がありますが、例えば、1954年に創設された天津中医薬大学第一付属病院には現在、1,700人以上の職員が医療に従事し、1日平均1,700人の入院患者、また1日平均7,000人の外来患者が診療を受けています。次に外来での診察手順を簡単にご紹介します。

1. 受付：患者様は、病院に着いたら先ず受付窓口へ行き希望の受診科（循環器内科、血液内科、肝胆科、心療内科、老年病科、針灸科、ペインクリニックなど計31の専門外来科があります）と医師（主任医師、副主任医師、主治医師のいずれかを指定、職位により診察料が異なります）を選び手続きを済ませ、受付表を持って診察室へ向かいます。

2. 診察：薬の処方はずべてコンピューターで管理していますが、カルテは患者様ご自身が管理し、診察を受けるたびに毎回持参します。医師はカルテに初診の方には検査データも含め極力詳しく、再診の方には病状の変化を手書きで毎回書き込みます。必要に応じ、血液検査、エコー検査、CT、MRI等の検査もしていただきます。

3. 中薬処方：患者様の主訴、検査データをもとに弁証論治し、5日～1週間分の中薬（生薬）を処方します。病状により降圧剤、糖尿病薬、抗凝血薬などの西洋薬も処方します。病状が落ち着いてきた患者様には本人の希望に応じ、中薬処方をもとに病院内の薬局で蜜丸薬、水丸薬に加工したものを服用してもらうこともあります。暑い



夏場は、加工剤を好まれる患者様が多いようです。また、病院で独自に研究製剤した中成薬の処方も行っています。

4. 薬局：診察室でコンピューターに入力された処方データはそのまま薬局に送られますので、患者様は調剤が終わり番号が表示されるまで薬局前で待ちます。自宅で中薬を煎じるのが難しい患者様には煎薬の代行も行い、1回分ずつハードビニールバッグに密封パックしお渡ししています。服用前にパックごと湯煎にして飲むという簡易さが好評を得ています。病院では、1日平均20tもの生薬が処方されています。

5. 国医堂：特別外来（中医内科，中医婦人科，中医小児科，腫瘍科，針灸科等）で，中医スペシャリストが完全予約制（各自インターネット予約）で診察を行っています。特別料金制です。

病棟では西洋薬の輸液，経口剤のほか，中薬注射剤も使用，またほとんどの科で積極的に針灸治療を併用，中西統合治療を行っています。

以上がおおよその中医の診察手順となりますが，私が診察を受け持っている張伯礼学長の特別外来には心脳血管疾患以外に，消化器科，婦人科，小児科，心療内科疾患等の患者様，また年齢層も3歳～95歳までとかなり幅広く，中薬処方の後は「医食同源」，季節，病状に合わせ食生活のアドバイスをし，脳疾患後遺症の方には，運動療法，マッサージ手法のアドバイスなども行っています。

今回は「中国の中医学教育」についてお話しさせていただく予定です。



プロフィール

柴山周乃（しばやま・ちかの）

愛知県名古屋出身

1996年 日本航空株式会社・国際客室乗員部退社

1999年 天津中医学院（現天津中医薬大学）本科入学

2006年 中華人民共和国・中医医師資格取得

2010年7月 天津中医薬大学・中医内科学博士課程卒業

修士課程は天津中医薬大学第二付属病院・循環器内科杜武勳教授に師事，「糖尿病性心疾患の中医病機メカニズム及び臨床治療」を研究。

博士課程は天津中医薬大学・張伯礼学長に師事，「中医および漢方医学による心疾患・脳血管疾患治療」を研究。現在は，引き続き張伯礼学長に師事し外来で診察および中国人学生の講義を担当。

写真 左ページ左上と右：国医堂入口，左下：天津中医薬大学全景。右ページ：張伯礼学長と筆者。

西洋医が見た中医のすごい威力

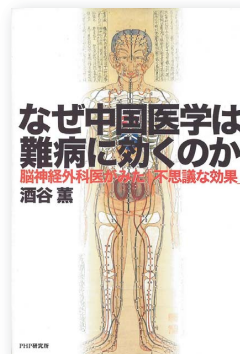
—「幻の書」といわれた感動の書、電子版で復活！！

酒谷 薫 著

『なぜ中国医学は 難病に効くのか』

—脳神経外科医が見た
不思議な効果』

(PHP 研究所, 2002 年刊)



本書は、昨年8月に発足した日本中医学会の理事長をご担任いただいている酒谷薫先生の著書です。中医の世界では、酒谷先生といっても馴染みのない方々も多いかと思います。酒谷先生は、もともと中医の臨床家ではありません。西洋医学、それも第一線の脳神経外科の専門医で、中医とはなんの関係もない先生でありました。1984年に日本政府がODAで中国に無償提供した北京中日友好医院へ、脳外科の専門家として中国人医師を指導するために、6年間にわたって赴任されました。

そのときに、ご自身が担当されていた難病患者の症状がつつぎと改善してゆくのを目の当たりにされた酒谷先生は大いに驚き、患者たちに「どうしてそんなによくなったのだ」と質問されたところ、中医治療のお陰だと答えたといいます。それから酒谷先生は、“中医とは何ぞや?”という疑問をおもちになり、それらの患者たちに中医治療を行っていた中医師に中医学を逆に教授してもらう約束をされ、本格的に中医学を勉強されたといいます。その西洋医学と中医学を互いに教え合った“交換教授”のなかに、現在、広安門医院の副院長をされている全小^{しょうりん}林先生や中日友好医院の指導者の史戴祥先生らがおられたということです。

本書には、以上のような北京時代の衝撃の体験が詳しく書かれています。酒谷先生が中医学とどのように出会われ、いかに中医学の世界観と臨床的威力に惹きつけられていったか、先生の劇的な思想的遍歴をつぶさに見ることができます。

私が本書をたまたま書店で見かけて一気に読み終え、たいへん感動を受けたものですから、ただちに酒谷先生にインタビューを申し込んだのが、10年前のことでした。その出会い以来、酒谷先生は、多くの人々にこの医学を知ってもらいたい、そのためになにが自分にできるか、いつも自問されておりました。

あるとき、先生は、「日本にはなぜ中医学会がないのですか」と質問されました。これだけの学問であるのに学会がないことを不思議に思われたのでしょうか。私からは、「本来学会は絶対に必要なのですが、30年来そういう動きは自発的には出てきていません。一方で、自分たちで勉強をし合う研究会は活発に行われています。先生方の主な関心は臨床力の向上にあって、学会組織を作るなどという大きな精力を取られる事業には興味をもたれないのでしょうか」と答えましたら、酒谷

先生は「では、私がお手伝いをしましょうか」とおっしゃったのです。以来数年の準備期間を経て、ようやく昨年に日本中医学会が正式に設立されました。まさか実現するとは思ってもよらなかった日本の学会組織が、現実に誕生しました。

大勢の賛同者の強い意志と協力がなければ不可能な事業ですが、酒谷先生の指導力と企画力、緻密な進行管理、熱意溢れる献身的行動がなくては実現できませんでした。日本の中医学派にとって、貴重な先生を得たことを喜ばずにおれません。

本学会はまた平馬直樹先生が生え抜きの中医学派のリーダーとして、学術面の中心におられます。学術的な軸がぶれないことは、この学問の生命線です。中医学の真髄をしっかりと守りながら、日本の土壌のなかで花咲かせてゆかねばなりません。そして、酒谷薫先生という、本来中医学派ではなかった部外の先生であるはずの先生が、中医学のためにこれほど私心なく献身的に協力してくださっています。本学会はきっと立派に成長するものと確信をしております。

本書は、もともと PHP 研究所から出版されましたが、その後、同社から増刷がされず、多くの方々が求められても入手できなかった本です。このたび、『日本中医学会雑誌』が発行されるにあたって、電子版で復活されることになりました。ぜひ多くの方々に読んでいただきたい書籍です。

東洋学術出版社会長 山本勝司

2011年1月

*酒谷薫先生へのインタビュー記事は、下記に掲載されています。

『中医臨床』通巻91号 (Vol.23 No.4 2002年12月号)

日本中医学会雑誌 投稿ならびに執筆規定

1. 目的

本誌は日本中医学会の機関誌として、中医学およびそれと深い関連を有する事項に関する基礎的および臨床的研究を発表する学術雑誌である。

2. 投稿資格

本誌への投稿は原則として、筆頭著者 (first author) および責任著者 (corresponding author) は日本中医学会の会員に限る。ただし、編集委員会が特に依頼したものはこの限りではない。

3. 倫理規定

1. 投稿原稿は他誌に未発表であり、かつ投稿中でないものに限る。
2. 人を対象とした研究はヘルシンキ宣言 (1964年採択, 1975年, 1983年, 1989年および1996年修正) の精神に則って行われたものでなければならない。
3. 実験動物を用いた研究は動物実験に関する倫理規定に基づいて行われたものでなければならない。
4. 個人識別ができる患者などの写真類を掲載する場合、本人または法定代理人の承諾書を添付する。
5. 金銭的な利害関係がある場合は、その旨記載する。

4. 論文の募集と採否

1. 原著ならびに症例報告を募集する。原著論文については新しい手段を用いた研究、新しい角度からなされた研究など originality に富んだ論文を特に歓迎する。
2. 国内・国外を問わず、他誌に掲載されたもの、または掲載予定のもの、自らあるいは第三者のホームページに収載または収載予定のものは掲載しない。
3. 投稿論文の採否は編集委員会で決定する。審査の結果、編集方針に従い原稿の加筆、削除、一部分の書き直しなどを求めることがある。不採用の論文は速やかに通知する。

5. 執筆要項

1. 論文の長さは下記のとおりとする。
 - 〔原著・研究・総説〕
 - 本文 (文献含む) 8,000 字以内
 - 表・図・写真 8 点以内
 - 〔症例報告〕
 - 本文 (文献含む) 4,800 字以内
 - 表・図・写真 6 点以内
2. 表・図・写真が増加した場合は 1 点につき本文を 400 字減じて調整する。
3. 和文抄録 (600 字以内) および 300 語以内の英文抄録を添付し、5 個以内の key words を日本語および英語で指定する。

4. タイトルページには、タイトル、著者名、所属、連絡先を和英で併記する。また、本文・文献の総字数を記載する。
5. 本文はタイトルページを1頁、文献の終わりを最終頁とし、各頁のナンバーを入れる。また、本文、文献、抄録、図表説明、表、図、写真の順に配置する。なお、図表の説明はすべて日本語表記とする。
6. 原稿は横書きで、1行の行数はA4判用紙で24～35字とし、十分な行間(5mm以上)をとる。
7. 所定枚数を超過した論文は原則として採用しない。ただし、編集委員会で認めた場合に限り、掲載する。
8. 外国語の固有名詞(人名、商品名等)は原語のままアルファベットで表記し、頭文字は大文字とする。ただし、日本語化しているものは片仮名とする。また、文中の外国語単語(病名、一般薬名等)の頭文字は、固有名詞、独語名詞、文頭の場合を除き小文字にする。
9. 年号は西暦で統一する。
10. 単位記号は、原則として国際単位系(SI)とし、km, m, cm, mm, μm , nm, L, mL, μL , kg, g, mg, μg , ng, pg, yr (年), wk (週), d (日), h (時), min (分), s (秒), ms, μs などを用い、記号のあとの句点はいらない。

6. 文献の記載

1. 文献は本文中に引用されたもののみを挙げる。
2. 文献の記載順序は原著名のアルファベット順とし、同一著者の場合は発表順とする。本文中の引用個所には肩番号を付す。なお、著者名は3名までとし、それ以上の場合、英文は「～ et al」、和文は「～ほか」とする。
3. 文献の書き方は次のように統一する。
〔雑誌の場合〕著者名：題名、誌名、巻数：頁、発行年
〔書籍の場合〕著者名：書名、発行所、発行地、発行年、頁
または、著者名：題名、頁(編者名：書名、章、節、発行所、発行地、発行年)
なお、欧文雑誌名の略称はIndex Medicusに従い、和文雑誌は公式の略称を用いる。

7. 電子原稿および電子投稿

1. 原稿は全て電子原稿とし、紙原稿は受け付けない。
2. 投稿原稿の文章はMicrosoft Office Word、図表はMicrosoft Office PowerPointを用いることとする。図表は、PowerPointで作成する。各頁に図表の番号を記述する。写真の保存方法についてはJPEG形式が望ましい。使用したワープロ(パソコン)の機種およびワープロソフト名とそのバージョンを明記する。
3. 動画の掲載を受け付ける。詳細については事務局に連絡する。
4. 電子原稿は日本中医学会事務局に、E-mail(添付ファイル)で送付する。
宛名：日本中医学雑誌 編集部
アドレス：日本中医学会事務局 [seo@jtcma.org]

8. 論文の採否

1. 投稿された論文の採否は複数のレフェリーによる公正なる査読を経て，編集委員会で決定する。
2. 掲載の巻号が決定次第，希望により掲載証明書を発行する。

9. 校正

1. 著者による校正は初校のみとする。その際，字句の訂正のみにとどめ，組版に影響するような大幅な加筆や削除は行わない。
2. 表題，用字，用語などは編集委員会で修正する場合がある。

10. 著作権について

1. 本誌に掲載された論文の著作権は日本中医学会に帰属し，無断掲載を禁ずる。著者は論文の掲載が認められた後に，著作権委譲承諾書に署名・捺印し提出する。
2. 出版物から図表などを引用する場合，その出版社および著者の承諾書を添付する。

(2010年12月13日規定)

誓約書・著作権委譲承諾書

日本中医学会 殿

年 月 日

『日本中医学会雑誌』に掲載した下記の論文は、他誌(商業誌を含む)には未発表であり、かつ投稿中ではありません。

また、今回『日本中医学会雑誌』に掲載された下記の論文の著者全員の著作権はすべて日本中医学会に委譲することを承諾します。

論文名：

著者名(共同著者全員を含む)：署名・捺印のこと

筆頭著者： 会員番号

責任著者： 会員番号

共同著者 1 共同著者 6

(会員番号) (会員番号)

共同著者 2 共同著者 7

(会員番号) (会員番号)

共同著者 3 共同著者 8

(会員番号) (会員番号)

共同著者 4 共同著者 9

(会員番号) (会員番号)

共同著者 5 共同著者 10

(会員番号) (会員番号)

※共同著者が会員の場合は、会員番号を記入の事。

編集委員会

編集長 酒谷 薫
副編集長 平馬直樹, 安井廣迪, 山本勝司
編集委員 浅川 要, 猪越恭也, 篠原昭二, 関 隆志, 戴 昭宇
西本 隆, 兵頭 明, 吉富 誠, 路 京華
査読委員 青山尚樹, 猪越英明, 石川家明, 石原克己, 王 曉明
王 財源, 越智富夫, 加島雅之, 河原保裕, 北川 毅,
北田志郎, 清水雅行, 菅沼 栄, 瀬尾港二, 仙頭正四郎,
西田慎二, 西森婦美子, 別府正志, 矢数芳英, 山岡聡文,
梁 哲成, 渡邊善一郎

日本中医学会雑誌 Journal of Japan Traditional Chinese Medicine Association

第1巻第1号 2011年1月31日発行

発行 日本中医学会

事務局：〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1

日本大学医学部脳神経外科学系光量子脳工学分野内

e-mail : info@jtcma.org <http://www.jtcma.org>

制作 東洋学術出版社

亡き父、ルカ・酒谷信一へ本書を捧げます。

息子、サムエル・酒谷 薫より

なぜ中国医学は難病に効くのか

——脳神経外科医がみた「不思議な効果」

序章

いまなぜ漢方医学か？ 10

ベールに包まれてきた現代の中国医学

14

現代中国の医療事情 17

第1章

現代中国医学の魅力

漢方薬の多様性—漢方注射薬

24

なぜ中国医学は日本漢方と異なるのか？

治療は繊細かつダイナミック	28
論理的な治療診断―弁証論治	31
どんな難病でも治療を続けられる	35
中国医学とホリスティック医学	40
西洋医学を補完する中国医学―中西医学結合	43
中国の医療現場での中国医学の取り入れ方	47
陰陽五行学説をベースとする中国医学	54
傷寒雑病論をベースとする日本漢方	57
日本漢方のシンプルな診断治療法―弁証論治の省略	59
中国医学と日本漢方の処方の違い	63
現代の日本漢方が得たものと失ったもの	67

難病に対する中国医学の効果——N氏の症例を考える

N氏の病歴 71

中国医学ではどう診断されたか 75

治療の実際 81

N氏の中国医学治療の効果 84

なぜ中国医学治療が難病に効果があるのか？ 88

脳はどこに行ったか？

中国医学と西洋医学の差異 95

中国医学における臓器に対する考え方 99

消えてしまった脳 102

五臓に分散する脳の機能 105

五行学説で分類される五臓 107

運動機能はどう説明されるのか 110

陰陽で見る世界と人間

奥が深い陰陽学説

129

「部分の中に全体がある」中国医学の世界観

130

陰陽学説から見た世界の構造

134

フラクタルな陰陽学説の世界観

138

中医は人体をフラクタルなものと考える

141

陰陽学説のダイナミックス

144

陰陽学説をベースとした中国医学

からだの中の陰陽—気血陰陽

148

五臓の障害で起きる手足の麻痺

114

いかにして五行学説を医学に応用したのか？

117

カオス理論から見た五行学説

120

第7章

七情とストレス病

- 誤解されている気 150
- 中医が考えている気とは？ 154
- 身体から発生する気は存在するの？ 158
- 血と血液の違い 161
- 陰陽で考える病気(一)——正常人の生理活動 164
- 陰陽で考える病気(二)——病気の発生メカニズム 169
- 陰陽学説による治療 179
- 五臓が分担する感情——五志と七情 176
- 五臓と五志の関係を考える 178
- なぜ肝臓は怒りと関係するのか？ 180
- 七情とストレス病 183
- 現代人に多いストレス病 186
- 西洋医学にはこれといった治療法はない 188

瘀血と脳卒中

中国医学の効果をはかるとっておきの症例	189
「わたし」に対する中医の診断と治療	193
ストレス病の四つのタイプ	199
瘀血とは？	209
瘀血の原因	212
瘀血と難病—K氏の症例	216
脳卒中と五邪	221
脳はどこへ行く	225

序章

いまなぜ漢方医学か？

二十世紀の人々の健康を支えてきた医療が、科学に裏打ちされた近代西洋医学であったことに意義を唱える人はいないでしょう。日本でも明治以降、漢方医学は衰退の一途を辿り、医学の主役は常に西洋医学でした。二十一世紀に入っても西洋医学はさらに発展し、遺伝子治療や人工臓器など新しい治療法も開発されていくことでしょう。

それでは漢方医学は消滅するのかもしれないと、消滅するどころか、最近ではむしろ注目を浴びるようになってきました。いま、なぜ漢方医学が注目されているのでしょうか？

それは、西洋医学が万能でないことに、患者も医師も気がついたからなのです。西洋医学は科学的な分析を駆使して、病気の原因を突き止めようとします。そして、その原因を取り除くことが治療の基本となります。この作業をくり返せばあらゆる患者は治るに違いない。そう信じて医者らは治療の手を広げ、少しでも多くの患者を治そうとしてきました。ところが、その指の隙間からこぼれ落ちてしまう患者は少なくなりました。

では、どのような患者が西洋医学の網の目から抜け落ちてしまうのでしょうか。

第一のケースは、西洋医学的な診断法で原因が見つからない患者です。このようなケースは別に難病でもなんでもなく、実は外来診療ではよくあるのです。一般に「不定愁訴」と称する比較的軽い症状を訴える患者がそれにあたります。

わたしの専門の脳神経外科を例にとってみましょう。

脳神経外科の患者というと、くも膜下出血とか脳腫瘍を思い浮かべるかもしれませんが、実際の外来診療ではめったに見つかりません。外来患者の多くは、頭痛、めまい、腰痛あるいは手足のしびれなど比較的軽い神経症状を訴えて受診するのです。

このような患者は一般的な診察の後、頭部のCTあるいはMRIなどの検査を受けることとなります。ところがその原因と考えられるような病巣が見つからないことも少なくありません。いや、はつきりとした原因が見つからないことの方が多いと言えるかもしれません。

医者はどうするでしょうか？

たいていの場合、「脳に異常は見つかりませんでした。心配することはありませんよ。」と言って、消炎鎮痛剤などを処方するのです。これでよくなる患者もいますが、一週間後に「先生、薬を飲んでもまだ頭が痛いんです。」と再び顔を見せる患者もいます。医者は別の検査や薬を処方することをくり返しますが、そのうち患者も諦めて来なくなるか、病

院を転々とするようになるのです。

第二のケースは、診断できても治療ができない患者です。現時点で有効な治療法がない、いわゆる難病の患者がそれにあたります。神経や筋肉の変性疾患などはその代表的なものといえます。将来、遺伝子治療で治るかもしれませんが、実用化はまだまだ先のことのようです。

ではこのような神経系の難病患者は、いったいどのような西洋治療を受けているのでしょうか？

一般には副腎皮質ステロイドホルモンの投与を受けることが多いようです。副腎皮質ステロイドホルモンは、アトピー性皮膚炎などに使用されることで有名になりましたが、脳や脊髄せきずいの病気（たとえば脳浮腫や脊髄損傷など）でもよく使います。神経や筋肉の難病の中には、このステロイドホルモンの大量療法が効果的な場合があります。

しかし、残念なことにその効果は一時的なことも少なくありません。もしステロイド治療に反応しなくなると、医者はお手上げになってしまうのです。病気と戦う武器を失ってしまった医者もつらい思いをしますが、患者にとつて医者から見放されることほどつらいことはないでしょう。

このような悲劇は変性疾患などの難病に限らず、悪性腫瘍や進行癌でも起こりえます。手術で癌を全て取れるとは限りません。もう手術による治療ができなくなると、次は主に抗癌剤が投与されることとなります。しかしご承知のように、完全に治癒する例は限られています。抗癌剤に一縷の望みをたくして、患者は副作用ばかり大きい治療を受けつづけることとなります。

第三のケースは「未病」と呼ばれるものです。未病という言葉はなじみがないかもしれませんが、漢方用語で、真の健康体でもなく病気でもない状態のことを指します。ちょうど健康と病気の間位置する半健康状態と言えば良いのでしょうか。

実はこの未病は中高齢者に多く認められることから、最近注目されはじめました。未病の人は身体の調子がどうもすぐれない、疲れやすい、気分がすっきりしないなど、第一のケースのように不定愁訴を訴えます。ところが健康診断を受けても検査の値は正常と異常の境界領域にあるために、一般に治療をはじめるといふことはありません。診断の欄に「飲み過ぎに注意して下さい」とか「適度な運動が必要です」など、あたりさわりのないことが書かれるのがおちです。

問題は未病の人たちが、将来なんらかの病気にかかる確率が高いことです。今後、高齢

化社会がさらに進みますと、この未病は増大の一途をたどることになるでしょう。ところが、西洋医学は未病に対して積極的に治療を行ってきませんでした。もつと率直に言いますと、治療する術がないのです。

このように見てくると、西洋医学の指の隙間からこぼれ落ちてしまう患者が、実際にはかなり多いことが分かります。このことが患者だけでなく、治療にあたる医者側の、漢方医学に関心を示しはじめた大きな理由となっています。前述のケース一、二、三の中には漢方医学が有効な例が存在する、ということに気がついたのです。

ペールに包まれてきた現代の中国医学

患者も医者も漢方医学の効果を認識し、またその可能性に大いに期待しているわけですが、今日の日本の医療現場で行われている漢方医学は、あくまで日本の漢方医学です。

漢方医学は中国から輸入された外来の医学ですが、中国から輸入された多くの文化と同様に日本の国情に合わせて手が加えられ、そして日本独自の漢方医学へと変貌していったのです。さらに近年では漢方エキス剤が登場し、従来の生薬（煎じ薬）を主体とした治

療法から大きく様変わりをしました。

ここで出てくる問題は、本場中国で行われている漢方医学―本書では中国医学と呼びます―はいつたいどうなのか、ということです。日本で行われている漢方医学と似たり寄つたりのものなのか、それともっと優れた医学なのか、という疑問です。

しかし、この疑問に答えるのは容易ではありません。

現代中国の医療現場で行われている中国医学の実体は、これまでベールにおおわれたように見えてきませんでした。テレビやマスコミも現代の中国医学を報道することはありましたが、エキセントリックなものが多かったきらいがあります。また日本や中国の医学会も、現代の中国医学を積極的に伝えようとして来なかつたように思います。

わたしは、中国医学の実体が見えて来ないのには、一つの理由があるように思います。それは「針麻酔」です。

針麻酔とは中国医学の鍼灸を応用した麻酔法ですが、麻酔薬を使用しませんので、意識を失うことなく痛みだけ止めることができますということでした。

文化大革命中に中国は世界に向けて、針麻酔を中国の優れた文化の一つとして大々的に報道しました。そして世界中の人々は度胆を抜かれ、マスコミも中国医学を魔法の医学として夢をみました。

みなさんはこの針麻酔がその後、どうなったのかご存じでしょうか？

実は、現在では全く使われていないのです。

わたしの勤めていた北京市の中日友好病院はもとより、これまで視察に行ったどんな地方の病院でも、針麻酔ではなく、一般的な麻酔剤を使用して手術を行っているのです。

結局、針麻酔はまやか、し、だ、つ、た、の、で、す。

この過ちを中国の医学会はうやむやにしていまいました。このことが、現代の中国医学に対する信頼性が損なわれた原因だと、わたしは思っています。そして中国医学をおおうベールは、ますます厚くなってしまったのです。

このような状況の中で現代の中国医学の実体を知るためには、自分の目で確かめるしかありません。

本書では現代の中国医学とはどのような医学であるのか、実際の医療現場からレポートしていきますが、ここに述べる全ての事は、わたし自身の目で確かめたもの、あるいは現場の医師と議論を積み重ねたものです。

現代中国の医療事情

まず、中国と日本の医療事情の違いについて簡単に述べておきましょう。これは、現代中国医学の実体を理解していく上で重要なことです。

日本と中国の医療の最も大きな違いは、中国では西洋医学と中国医学という二つの異なった医学が共存していることです。

医師は西洋医と漢方医（中国では中医と呼ばれます）に分かれており、卒業する医科大学も、西洋医学系と中国医学系の二種類の医科大学が存在します。さらに卒業後に受験する医師国家試験も西洋医学と中国医学の試験に分かれています。西洋医学と中国医学の内容があまりにも異なるため、統一した試験を行えないからです。

中国の医療現場では西洋医と中医の二種類の医師が働いているわけですが、病院そのものも、西洋医学系と中国医学系の病院に分かれています。ただし西洋医学系の病院であっても、小規模な中国医学部門が併設されており、逆に中国医学系の病院には、内科、外科などに限られています。西洋医学系の部門が併設されています。

このように現代中国の医療は、西洋医学と中国医学の二つの異なった医学により支えら

れているのです。

次に医療レベルですが、中国の場合、「高い、低い」と一言で語れない事情があります。わたしはこれまでに中国国内の数多くの病院を視察してきましたが、この時に気がついたのは、医療レベルの格差がかなり大きいということでした。

一つは病院間の格差です。レベルの高い病院は、北京や上海などの沿海部の大都市に集中していますが、これらの病院では日本の大学付属病院クラスと同じぐらいの設備を備えているところも少なくありません。たとえばわたしの勤務していた北京市の中日友好病院では、MRI（磁気を使用した高精度の断層撮影装置）やDSA（デジタル血管撮影装置）などの先端的医療機器が備えられており、日本とほぼ同様の医療を行うことができます。

ところが内陸部などの地方都市の病院では、医療機器がひと昔もふた昔も前の旧式のものであったり、手術器具も満足に揃っていないこともあるのです。このように中国では、地域の違いによる経済力の格差がそのまま医療レベルの格差となってあらわれているのです。

余談になりますが、数年前、脳外科の手術を頼まれて北京市内から数百キロほど離れた小さな町の病院に行ったことがあります。四百床程度の中規模の病院でしたが、その地域の基幹病院とのことでした。MRIなども備えており、それなりに医療設備は充実してい

ましたので、安心して手術室に入ったのです。

しかし、それが大きな間違いでした。手術室の壁にはハエ叩きが掛けてあったのです。つまり無菌に近いはずの手術室にハエが入って来るということなのです。

さらに驚いたのが開頭用のドリル（頭の骨を開けるためのドリル）でした。本来は開頭専用の医療用ドリルを使うのですが、手渡されたのは、なんと壁に穴を開けたりする木工用のドリルだったのです。「消毒しているから大丈夫ですよ。」と言う看護婦の前で、しばし呆然としておりました。

なんとか手術は無事に終わりましたが、北京からたった数百キロ離れただけでこれほどの医療格差があるのかと、あらためて実感した出来事でした。

さて、もう一つの医療レベルの格差は医師の間に見られます。日本でもそのような格差はありますが、中国の場合はそれが顕著にあらわれています。

その理由の一つは、最近まで全国統一の医師国家試験がなかったことです。意外に思われるかもしれませんが、中国では一九九八年になって初めて実施されました。それまでは医科大学の卒業試験を合格すれば医者になれたのです。共通のふるいに掛けることなく医者を作ってきたわけですから、色々なレベルの医者がいるのは当然かもしれません。

病院間あるいは医師の間の医療レベルの格差は西洋医学に限らず、中国医学の分野でも

存在します。これは中国医学に関する情報を収集する上でも重要になってきます。中国医学に関する学会発表を聞いたり論文を読む時に、どのような医師が、どのような医療レベルの病院で行った研究なのか、十分に理解した上で判断する必要があるからです。結果だけを鵜呑みにすることは、禁物なのです。

ここで本編の舞台となる北京市にある中日友好病院を紹介しましょう。

この病院は日本ではあまり馴染みがありませんが、日中国交正常化を記念して日本政府の政府開発援助(ODA)により建設された病院の一つです。一九八四年に開院して以来、広く中国の人々や在留邦人に親しまれてきました。開院以来、国際協力事業団(JICA)が中心となって多数の専門家が派遣され、現地の中国人医師を指導してきました。わたしもJICA専門家として、脳神経外科や神経科学分野の指導を行いました。

中日友好病院は西洋医学系の病院ですが、中国医学の占めるウエイトが他の西洋医学系の病院よりも大きくなっています。たとえば、総ベッド数は千三百床ありますが、そのうちの四百床は中国医学専門の病棟になっています。四百床といえば、日本の中規模の総合病院の病床数に匹敵します。

中日友好病院が中国医学を重視している理由は、「ちゆうせいゐがくけつごう中西医学結合」にあります。中西医

学結合という用語は耳慣れませんが、要するに西洋医学と中国医学の各々の優れた点を取り入れて、より効果的な医療を行おうというものののです。

このことは中医の治療風景を見ると良く分かります。本来の中国医学では診断に聴診器すら必要としないのですが、中日友好病院の中医は、各種の血液検査はもとより、MRIなどの先端的画像診断を行って診断しているのです。また若手の中医は西洋医学を良く勉強しており、日本に留学して内科などの研修を受けた医師も少なくありません。

このように日中友好病院は、西洋医学系病院と中国医学系病院の中間に位置する特異な病院と言えるかもしれません。その意味では、典型的な中国医学専門病院ではありませんが、わたしのような西洋医にとっては、それが中国医学への馴染みややすさにつながつたと言えます。

* * *

本題に入る前に、用語を整理しておきましょう。「漢方」という言葉は、中国（「漢」の医学（「方」という意味で、蘭方（「オランダ医学」）あるいは和方（日本固有の医学）に対して作られた和製用語です。

中国から渡来した「漢方」は、日本独自の漢方医学へと変貌していきました。そこで、

オリジナルの中国の「漢方」と区別する為に、「日本漢方」という言い方をする場合もあります。

オリジナルの中国の「漢方」は、正確には「中国伝統医学」と言います。中国では一般に「中医学」と呼び、日本で紹介される場合は「中国医学」と称することが多いのですが、ともに「中国伝統医学」を略したものです。また日本という漢方医は、中国では中医と称されています。

日本では「東洋医学」という言い方をすることがあります。「漢方」と同義語で使われることもあります。本来は中国伝統医学の他に、インドの伝統医学である「アーユルベータ医学」なども含む言葉です。

最近、書店の漢方医学のコーナーに「代替医療」あるいは「補完医療」というタイトルがついた本が出回るようになりました。代替・補完医療というのは、近代西洋医学に属さない医学を全て含んでいます。つまり、中国伝統医学などの様々な地域の伝統医学だけでなく、各種の民間療法も包含する幅広い用語です。

このように用語がいまだに統一されていないところもありますが、本書では日本の漢方医学を「日本漢方」、そのオリジナルである中国伝統医学を「中国医学」であらわすこととします。

第 1 章

現代中国医学の魅力

実は、わたしはもともと漢方医学や中国医学などの伝統医学に取り立てて興味のある方ではありませんでした。中日友好病院に赴任した時も、あくまで脳神経外科や神経科学の研究を指導することが目的でした。多くの医師と同様に、科学にもとづく近代西洋医学こそ、最も優れた医学であると思っていたのです。

そのようなわたしが院内の中医と知り合い、現代の中国医学に直接触れ、次第に魅了されていったわけですが、本章ではわたしが感じた中国医学の魅力について述べます。

現代の中国医学に魅力を感じた理由は、一言で言えば、わたしの漢方医学に対する常識が覆されたからです。つまり、わたしが知っている現代の日本漢方とも、また想像していた中国医学とも全く違っていたからなのです。

漢方薬の多様性——漢方注射薬

まず最初に驚かされたのは、漢方薬の注射薬が存在することでした。漢方薬といえば、煎じ薬かエキス剤ぐらいしか知らなかったわたしは、大いに驚いたわけです。もちろん、日本ではこのような漢方薬の注射薬は、許可も発売もされていません。

西洋薬の注射薬の中にも、生薬のある成分だけを抽出精製したものはあります。しかし

中国の漢方注射薬というのは、方剤のように複数の生薬を配合し、それを注射できるように精製したのも多いのです。

わたしが中医と知り合うようになったきっかけも、実はこの漢方注射薬でした。赴任してしばらく経ったある日、中医が「復方丹参ふくほうたんじん」という注射薬の効果を研究したいと言って、わたしを尋ねてきたのです。

中医の話によると、復方丹参は丹参―煎じ薬で良く使う生薬―を中心に、いくつかの生薬を配合して精製したものです。血液循環を改善する効果があり、脳梗塞のうこうそくや心筋梗塞の治療に使用しているとのことでした。それも慢性期だけでなく、急性期の治療にも用いると言うのです。

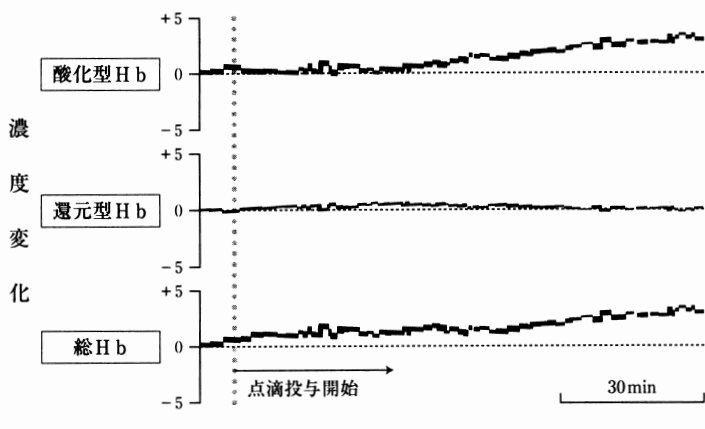
ここでもう一度、驚いたわけでは

なぜならば、漢方治療とは慢性期の病気を治療するものと信じていたからです。「ゆっくりと効果があらわれる」漢方薬を、いくら注射薬とはいえ、一刻を争う脳梗塞や心筋梗塞の急性期治療に使用するなどとは思ってもよらなかったのです。

わたしは復方丹参に俄然興味が湧いてきて、本当に血液循環を改善する作用があるのか、中医達と研究することにしました。

わたしは「近赤外分光法」という方法で脳の血液循環や酸素代謝の研究をしていました

図一〇「復方丹参」を点滴注射した時の脳酸素代謝変化



ので、これを用いることにしました。この近赤外分光法は、近赤外光という可視光（目に見える光）よりも長い波長の光を用いて、脳の血液循環を測定する方法です。中国はもとより日本でも新しい測定方法ですが、光はX線と違い、生体に害がないので臨床の場に急速に普及しつつあります。

図一に「復方丹参」を点滴注射（生理食塩水に溶解）した時の変化を示します。点滴を開始して五分ほど経つと、酸化型Hb（ヘモグロビン）と総Hbが徐々に上昇していくのが分かります。このパラメータの変化は脳の血流が上昇している事を示しているのです。

しかし、これが本当に復方丹参の効果なのか、それとも単に生理食塩水を点滴した為に脳血流が上昇したのか分かりません。わたし

たちは生理食塩水だけを点滴して同じ方法で測定しましたが、やはり脳血流は変化しませんでした。これで、復方丹参には人の脳血流を上昇させる効果があることが客観的に証明できたわけです。

これまで復方丹参の効果は、主に自覚症状や臨床所見で判定されており、このように人で客観的に示した例はありませんでした。中医達はこの結果に大いに満足し、わたしも天然の生薬を配合した点適薬が、西洋薬と同じように脳血流を上昇させることに驚いたわけです。(この研究結果は医学雑誌に掲載されました。)

中国の医療現場で仕事をしていきますと、復方丹参などの漢方注射薬がかなり普及していることが分かります。これらの注射薬は中医の病棟はもとより、脳外科などの西洋医学系の病棟でもごく日常的に使用されています。つまり、中医だけでなく西洋医も漢方注射薬を使用することは決して稀まれではないのです。前項で中国医学と西洋医学の結合を目指した「中西医结合」について述べましたが、その一つの実例がこの漢方注射薬だと思っています。

漢方注射薬に代表される漢方薬の多様性は、生薬にも認められます。たとえば、中日友好病院で使用する生薬の種類は実に四百数十種類にもなります。これは、日本で保険診療が認められている生薬の何倍にもなります。

これらの中には鹿の角など動物性の生薬、あるいは鉱物も含まれていますが、ホントに

こんなものが薬になるのか、と不思議に思うものも少なくありません。

たとえば、重金属の「ヒ素」も生薬の一つなのです。ヒ素は中国医学の古典の「本草綱目」にも記載されており、皮膚病の治療などに使用されてきましたが、最近、白血病の一種の急性前骨髄球性白血病に効果があることが分かったのです。一九七一年にハルピン医科大学で開発された治療法ですが、海外でも有効な治療法ということで注目を集めています。

「毒をもって毒を征す」とはまさしくこのことでしょう。

治療は繊細かつダイナミック

中医はこのように多種多様の漢方薬を駆使して患者を治療するわけですが、実際の治療を見ると、日本の漢方治療とは随分異なっていることが分かります。

一言で言えば、中国医学の治療は繊細かつダイナミックなのです。

たとえば、外来で初診の場合、漢方薬は一般に一〜二週間分しか処方しません。そして再診の時には、症状や所見の変化あるいは副作用の有無から、処方内容を細かく変更していくのです。

実際、漢方薬の副作用は、下痢などの軽微なものを含めれば、少なくはないように思います。しかし、中医は副作用が出た場合、どの生薬が副作用を起こしているか熟知してしますので、その生薬成分の量を減量したりして調節していくのです。

漢方薬の副作用と言えば、小柴胡湯しょうさいことうによる間質性肺炎が問題になったことがあります。小柴胡湯は肝機能障害に効果があると言うことで、多くの医者が慢性肝炎などに投与した薬です。

ところが中国では、小柴胡湯の間質性肺炎という副作用はほとんど問題になっていないのです。日本の漢方事情に詳しい院内の中医の話によると、中国では一つの漢方薬を長期間に渡って投与し続けることは少ないからではないか、ということでした。つまり、日本の場合、西洋医学的診断にもとづいて漢方薬を投与するので、どうしても同じ漢方薬を長期間投与し続けることが多くなり、それが副作用を引き起こしている原因ではないかというのです。

生薬を主体にした中医の治療では、漢方薬の効果自体も、わたしが思っていたよりもずっと早くあらわれます。何ヶ月も飲み続けないと効果が出て来ないというものは、むしろ少ないようです。体質を変える治療の時には長期間服用する必要がありますが、ある疾患に対して治療する場合、一〜二週間もあればなんらかの効果があらわれてきます。ですか

ら、もし全く効果がなければ、中医は処方内容を大幅に変更していくのです。

日本で漢方薬を処方されて、「効果がありません」と医者に伝えても、

「漢方薬はゆっくりと効果がでてくるから」

と言われて、ずっと同じ薬を飲ませ続けられることがあります。しかし、このような光景はわたしの知っている中国の医療現場では見たことがありません。

もう一つ、日本の漢方治療と異なる点があります。

それは、「漢方薬がからだに合えば効く」という言い方です。

日本の多くの人々―患者だけでなく医師も―は、「漢方薬がからだに合えば効く」と信じているのではないのでしょうか。ですから、もし漢方薬を服用しても効果がなければ、

「漢方薬がからだに合わなかった」と思って、患者も医師も納得するのです。

しかし、中国医学ではそのような言い方はしません。なぜならば、「漢方薬はからだに合わせて処方する」からです。

「薬がからだに合えば効く」という言い方は日本漢方に特有のもので、日本漢方と中国医学の治療の差異を端的に表しているように思います。

次章で詳しく述べますが、古方派こほうはの日本漢方では、診断治療のプロセスを簡略化し、診

断名に「傷寒雜病論」に記載されている処方（方劑）の名前を記すようになりました。これは実地臨床で便利な反面、患者の症状が「傷寒雜病論」と一致しないケースでは適切な治療を行えないことが起こり得ます。

このような患者の症状と処方との関係は、「鍵と鍵穴」の関係と言われています。つまり、鍵が鍵穴に合えば薬が効き、合わなければ効かないということです。これが今日の「薬がからだに合えば効く」という言い方の由来です。

江戸時代の漢方医は方剤を中心に処方していましたが、配合されている生薬の量を「加減」することで、患者の体質や所見——証——に合わせることができました。ところが、現代日本の漢方治療では主にエキス剤を使用しますので、処方の「加減」ができません。さらに、医者も漢方的な診断——証の判定——を行わずに漢方薬を投与することも少なくありません。さしずめ、現代日本の漢方治療は、暗闇の中で手探りで鍵を鍵穴に差し込むような治療、と言えるかもしれません。

論理的な治療診断——弁証論治

現代日本の漢方治療に対して、中国医学の治療とは、鍵穴の形状を調べ上げ、それに合

った鍵を作るようなものと言えるかもしれません。

では、どのようにして鍵穴を調べ、鍵を作るのでしょうか？ つまり、中国医学の診断治療とはどのようなものなのでしょうか。

わたしはこの点に関して全く誤解していました。中国医学の診断治療とは、直感と経験が主体の、曖昧で非論理的なものと思っていたのです。

中医と知り合った当初、わたしは中国医学とは何か神秘的な医学というイメージがあり、医学と言うよりも、哲学か宗教のたぐいのように思っていました。実際、このように思っている人は多いのではないのでしょうか。

ところが、実際の中医の診断治療法に接し、その根底にある医学理論の教えを受けているうちに、これが大きな誤解であることが分かってきたのです。彼らは極めて分析的に診断を行い、そして論理的に病態を考えながら治療を進めているのです。

この診断治療の論理的なプロセスは「弁証論治べんしょうろんち」と呼ばれ、中国医学の根幹をなしているものです。そしてこの弁証論治を用いて鍵穴を調べ、それに合った鍵を作るのです。残念なことに、江戸時代の古方派は診断治療法を簡略化するときに、弁証論治を捨て去ってしまいました（次章参照）。

わたしはいままでこそ、弁証論治やその基礎になっている中国医学の身体機能や病気の発

生に対する考え方を素晴らしいと思っていますが、科学的常識を身につけた現代人にとつては、にわかには信じ難いものであるのは確かでしょう。実際、わたしも最初はかなり抵抗を感じたのです。なぜならば、弁証論治や中国医学の生命観の基礎となっているのは、中国古代の自然哲学―陰陽五行学説―だからです。

わたしが考えを一八〇度転換し、陰陽五行学説をベースとした弁証論治に魅力を感じるようになった理由は二つあります。

一つは、陰陽五行学説にもとづいた生命観の先進性です。

意外に思われるかもしれませんが、中国医学の生体に対する考え方は、最新の物理学の生体モデルに酷似していることが分かったのです。

カオス力学という新しい物理学の分野があります。一九七〇年代後半より急速に発展してきた力学理論で、不規則な現象を解析する新しい方法として注目を集めています。わたしはこのカオス理論を応用した生体モデルが、中国医学の五臓六腑による身体機能に対する考えと実によく似ていることに気がついたのです。

中国医学では、五臓という固有の機能を有する臓器が、陰陽五行学説のルールに従って、互いに影響を及ぼし合いながら全体のバランスを保ち、生体を維持していると考えます。

一方、カオス理論による生体モデルでは、生体を部分系から構成される一つのシステム

として考えます。外界からの入力は、各々の部分系において処理され、関連する別の部分系に伝達され、フィードバックを受けながら最終的に生体の外に出力されるのです。そして、この部分系を規定している数式のパラメータをほんの少し変えることにより、出力される信号は周期的変化、あるいは予測不可能な複雑な変化などさまざまな変化を示すのです。

第四章で述べますが、この部分系を五臓に置き換えると、陰陽五行学説による人体と本質的には同じものになるのです（図五参照）。つまりこのことは、中国医学における人体機能をカオス理論を用いて説明できる可能性があることを示しているのです。（五臓とカオス理論の関係につきましては第四章で詳述いたします。）

わたしは古代の自然哲学と最新の物理学が結びついていることに驚き、陰陽五行学説や弁証論治に対するアレルギーはなくなっていました。そして、中国医学というものは決して古臭い医学ではなく、その中には西洋医学が見出すことができなかつた素晴らしいアイデアが隠されているのではないかと考えるようになったのです。

どんな難病でも治療を続けられる

さて弁証論治に魅力を感じるようになった、もう一つの理由は中国医学の治療効果です。弁証論治が論理的で先進的な考え方を秘めていたとしても、実際の治療に役立たなければ、患者を治すという臨床医学としては無用の長物です。

わたしは中医との交流が深まるにつれ、中医の外来や病棟で彼らと一緒に患者を診るようになってきましたが、その経験を通じて言えることは、確かに効果があるということです。

中国医学専門の外来や病棟に入院している患者の多くは、腎臓障害や糖尿病、心臓病、あるいは脳卒中などの神経疾患など器質的疾患ですが、弁証論治にもとづいた漢方治療によつて、確かに改善していくのです。

この改善とは、自覚症状だけではありません。血液検査や生理学的検査など客観的なデータでも改善しているのです。またその改善の仕方は、西洋医のわたしにも理解できる範囲内のものです。つまり、脊髄が完全に断裂した人が突然歩き出したなど、いわゆる奇跡的効果ではないことがわたしを納得させるのです。宗教ではなく、あくまで医学の範囲内での出来事なのです。

さらに、弁証論治にもとづいた治療は、日本漢方あるいは西洋医学にないいくつかの優れた側面があることが分かりました。

序章で西洋医学の治療で治らない三つのケースについて述べました。その中で最も重篤なケースは、二番目のケースの難病あるいは進行癌など、診断はついても有効な治療法がないものです。

ところが、弁証論治にもとづいた中国医学の治療では、これらのケースに対して、一定の効果が確かにあるのです。

わたしが経験した最も驚くべき効果は、稀な筋肉の変性疾患に対する治療例でした。これは第三章に治療内容や経過を詳述しますが、西洋医学的治疗を二十年近く行っても全く良くならなかったケースです。わたしはこのケースに遭遇して以来、中国医学には本当に優れた治療効果があることを実感し、科学的な研究を行う価値があると確信したのです。

では、なぜ弁証論治にもとづいた中国医学の治療がこのようなケースに対しても治療できるのでしょうか。

西洋医学の場合、病気の原因を捜し出すことが治療の第一歩です。なぜならば、原因が分からないと治療できないからです。ところが、いわゆる難病の場合、その原因が分からないことが少なくないのです。このようなケースでは、西洋医学では治療のしようがあり

ません。

また原因が分かってもその治療法が見つからない難病もあります。進行癌も診断はできませんが、治療の手段はかなり限られてしまっています。

先ほどの「鍵と鍵穴」の関係にたとえれば、前者の場合は「鍵穴が見つからない」、後者の場合は「鍵が無い」と言えます。いずれの場合も鍵は開かないのです。

中国医学の場合、病気を身体を構成している部分系—五臓六腑など—の異常による全体のバランス障害と考えます。部分系の異常をおこしている原因は癌であれ出血であれ、問題としません。部分系の異常によって発生する機能障害の性質—中国医学的な機能障害の性質—が問題になります。

ですから、中国医学ではどんな難病であっても診断—弁証—はできるのです。弁証が決まれば治療方針—治則—は自ずと決まりますので（第三章参照）、理論的には治療方法も必ず見つかるのです。つまり中国医学では鍵穴に適した鍵は必ず存在するのです。

このような中国医学の弁証論治にもとづいた治療は、痛みがあれば痛み止めを処方するという単なる対症療法に一見似ていますが、根本的に異なります。あくまで確固たる中国医学理論にもとづいて、全体のバランス障害を部分系から治そうという対証療法なのです。

中国医学をもちいれば、どのような難病であつてもとにかく治療を続けられるというの

は、患者だけでなく治療する側の医師にとっても魅力的に映ります。外科医にしろ内科医にしろ、患者の病状がある一線を超えてしまい、自分達の手を負えなくなってくることもあるのです。たとえば全身に転移した進行癌で化学療法も効果がないケース―決して稀ではありません―などはその典型例と言えます。

最近、ホスピスとか緩和医療などという言葉が耳にすることが増えてきました。西洋医学的治療では治る見込のない進行癌やエイズ患者に対して、原因疾患の治療ではなく、患者の身体的、精神的苦痛を和らげる治療を行うというものです。主に神経ブロックなどによる痛みの軽減やカウンセリングなどを行っています。

ホスピスは欧米ではじまり日本にも広まりつつありますが、必ずしも患者から理解されているわけではないようです。またホスピスに関わる医師も限られています。その理由の一つは、ホスピスでは患者も医者も原因疾患に対する治療を諦めることにあると思います。死を目前にして少しでも長く生き続けたい、あるいは生かしてやりたいと思うのが日本の一般的な考え方ではないでしょうか。欧米と日本とは、その文化的相違により、死生観が異なっても不思議ではありません。やはり欧米のホスピスをそのまま導入するのではなく、日本人の死生観に適した日本独自のホスピスを考えるべきだと思います。

わたしは中国医学こそ、日本のホスピスに最も適した治療法ではないかと思うのです。

中国医学の生薬治療は、化学療法などと異なり、身体的苦痛が少ないという利点がありません。そして最も大きな利点は、患者も医者も最後まで希望が持てるということです。単に苦痛を取り除くだけの治療ではなく、原因疾患を治そうという治療が最後までできるということは、患者だけでなく医者をも勇気づけるに違いありません。病氣と戦う武器を無くした医者に、新たななる武器を与えることができます。

ただ、ここで問題になるのは、中国医学では、どのような病氣に対しても理論的には治療方法は常に存在するというものの、はたしてどの程度の治療効果があるのか、統計学的な数字で示されていない、ということです。さらに西洋医学的あるいは科学的な観点からその治療メカニズムがいまだに証明できていません。身体の残された機能を活性化する、あるいは免疫系を賦活する等の大雑把なメカニズムは考えられますが、詳しいメカニズムは明らかではないのです。このように治療効果のメカニズムが明らかでないことは現代中国医学が抱える大きな弱みのように思えます。

中国医学とホリスティック医学

さて、漢方薬の特徴の一つは「からだ全体に効果がある」ことだ、と言われています。西洋薬は身体のある特定のターゲットに作用して効果が出てくるのに対して、漢方薬は身体全体に効果があると言うわけです。

漢方薬を使う日本の医師だけではなく中国の中医も同じことを言います。しかし中医の治療を見ていると、両者の言っている意味合いがかなり違っていることが分かります。

日本で漢方薬を使用する場合、ほとんどエキス剤を使用しますが、次章で述べますようにエキス剤は複数の生薬が配合された方剤です。一つの方剤はある特定の症状や病氣——証——に対して効果がありますが、実は方剤を構成している生薬の一つ一つにも決まった治療効果があるのです。

その治療効果とは中国医学の薬理作用とでも言うべきもので、「清熱」(熱を冷ます)、
「瀉下」(便通を良くする)など中国医学の治療原則に対応したものです。

中医はこれらの生薬の薬理作用を熟知した上で、前述の弁証論治を用いて生薬を配合するので、つまり身体を構成している部分系——五臓六腑など——の異常を突き止め、どのよ

うなメカニズムで全身のバランスが障害されているのか考えた上で配合する生薬を決定するのです。

中医は「からだ全体に効果がある」ように、身体を構成している部分を考えながら処方しているのです。

一方、日本で漢方薬を使用する場合、方剤を構成している個々の生薬の薬理作用を意識して使用することはありません。エキス剤を使用している限り、それを知る必要がないからです。また、生薬の薬理作用と言っても、あくまで中国医学における薬理作用ですので、特別な興味がない限りそこまで調べないのです。

実際、漢方薬の西洋医学的な薬理作用は分からないことの方が多いので、方剤を構成している生薬はおろか、方剤自体の薬理作用まで考えて使用することはない、と言っても良いと思います。

ですから日本で言う「漢方薬はからだ全体に効く」という意味は、「漢方薬が効く理由は分からない」というのとほとんど同じ意味なのです。

最近、ホリスティック医学という言葉を耳にすることが増えてきました。ホリスティック (holistic) の語源は、ギリシャ語のホロス (holos) — 全体 — で、全体医療と呼ばれる

こともあります。

西洋医学は科学的分析にもとづいて身体の部分を治そうとするのに対して、ホリスティック医学では全身的に治そうとするのだそうです。漢方医学もその一つに数えられています。

序章で述べましたように、西洋医学で治らない患者は少なくありませんので、ホリスティック医学が注目されているのだと思います。インターネットで検索すると、ホリスティック医学の関連サイトが実に多くあることに驚かされます。

ここではホリスティック医学とはどんなに素晴らしい医学であるか、滔々と述べられています。「人間を体・心・気・霊性などの有機的総合体と考える」とか「患者の自然治癒力を生かすように内面から全体を活性化させる」等、観念的な言葉で説明されています。

しかし、わたしはこれらの説明では、いささかもつたりなく感じます。患者をどのように診断し、どのような論理で治療するのか、という具体的な話が抜けているからです。特に欠除しているのは、全体を構成している部分に対する分析です。つまり彼らは部分を考えずに、全体を議論しているのです。実際の医療の中で、部分を知らないで全体を治療することなどできるのでしょうか？

このことは現代日本の漢方医学にも通じることです。「漢方薬はからだ全体に効く」と

という言葉に代表されるように、部分を語らずに全体の効果をうんぬんしている点です。部分に対する効果が分からない—あるいは知らない—ものをごちゃ混ぜにして、なんとなく「からだ全体に効く」と言っているのです。全体とか全身という言葉が、あまりにも安易に使用されている気がするので。

わたしは中国医学の優れた点は、まず部分を分析してから全体を考えている点だと思います。この部分と全体に対する考え方が、最新の物理学の考え方に酷似していることは先ほど述べました。わたしが強調したいのは「部分を知らずして全体を知ることとはできない」ということです。中国医学の本質もここににあります。ゆえにわたしは、中国医学こそ真のホリスティック医学だと思っております。

西洋医学を補完する中国医学——— 中西医学結合

中医と一緒に患者を診察していると思うのは、西洋医のわたしと中医では、頭に思い描く患者のイメージが随分と違うのではないか、ということなのです。

わたしは診察をしている時に、人体の解剖や生理機能などの知識をもとに病気の原因を

特定しようとはします。中医はカオス理論による生体モデルのような人体をイメージしつつ、症状（証）から臓器という部分系の異常や全体のバランス障害を考えているのです。

わたしは中医と神経疾患の病気を治療しましたが、診断する時に面白いことが起きるのです。それは、わたしから見ると同じ病気の二人の患者が、彼らから見るとその二人は全く別の病態（弁証）、ということが往々にしてあったことです。また逆に、西洋医学的診断が異なる二人の患者に対して、同じ弁証になることもありました。

このことは患者を見る方向が、中医と西洋医では全く違うことを示しています。つまり二つのボールが並んでいる時に、見る角度によって二つに見えたり、一つしか見えなかつたりするようなものなのです。

中国医学では、同じ病名の患者が別の弁証論治になる場合を「同病異治」、異なった病名の患者が同じ弁証論治になる場合を「異病同治」と称します。

中国医学と西洋医学の病気に対する見方が異なることは、患者を治療していく上で大きなメリットになると思います。診断の面では、中国医学と西洋医学の双方向から見ることにより、患者の病態をより正確に把握することができます。また治療の面でも、中国医学と西洋医学の各々の得意とする治療法を組み合わせることにより、より効果的な治療ができる可能性があります。

ここで念をおしておきたいのは、この中国医学の治療とは、単に漢方薬を使用するということではなく、あくまで中国医学的診断—弁証論治—にもとづいて行わなければならないということなのです。なぜならば、西洋医学的診断だけでは漢方薬は真の治療効果を発揮できないからです。このことはくり返し述べてきました。

歴史を振り返りますと、西洋医学と伝統医学を組み合わせるというアイデア自体はかなり古くからあります。

日本では、西洋医学（蘭学）と漢方を組み合わせた「和漢蘭折衷」の医学が、華岡青洲（一七六〇—一八三五）らによって実践されてきました。華岡青洲は自身の開発した漢方の麻酔薬（「麻沸湯」）を用いて、全身麻酔下での乳がん摘出手術に世界で初めて成功しています。

漢方医学の衰退とともに和漢蘭折衷は衰退して行きましたが、中国では、序章で触れましたように、中西医学結合として長い歴史があります。

中国に西洋医学が入ってきたのは十六世紀ですが、十七世紀には既に中西医学結合という概念は生まれています。そして十九世紀には、中西医学結合の一派である「中西医氾通派」ができ、「中西医氾通医書五種」などいくつかの書物を著わしています。

二十世紀に入り、伝統的な中国医学や中西医学結合は一時姿を消してしまいましたが、中華人民共和国が成立（一九四九）し、再び息を吹き返すことになりました。最初の「全国衛生工作大会」（一九五〇）では中西医学結合を堅持することが決議されたのです。

周恩来は「中医好、西医好、中西医结合更好」（中国医学も西洋医学も良いが、中西医学結合はもっと良い）という言葉を残しています。

実は新しい医療として、このような西洋医学と西洋医学以外の医学―伝統医学や民間医療など―を組み合わせた医療が注目されているのです。特に欧米でこの分野の研究が進んでおり、補完・代替医療（Complementary and Alternative Medicine）と呼ばれています。

補完・代替医療は医療費を抑制するという経済的な効果もありますが、やはり西洋医学で良くならない患者が多いことが、これほど大きな注目を集めている理由だと思います。

この観点から現代の中国医学を見ますと、中国医学こそ補完・代替医療のエースになるのではないかと思われるのです。

中国医学には豊富な漢方薬による優れた治療効果だけでなく、西洋医学とは全く異なる生体や病気に対する考え方があります。つまり中国医学は西洋医学に対して、治療だ

けでなく診断も補完する可能性を有しているのです。

中国の中西医结合もこれを目指しているように思います。

中国の医療現場での中国医学の取り入れ方

現代中国の医療現場で働いておられますと、中国医学が日常診療に深く浸透し、西洋医学とうまく共存していることに気がつきます。中国医学が医療の中で、前項で述べた補完・代替医療として機能し、中西医结合が実現しつつあるように思えるのです。

本章の最後に、現代中国で中国医学はどのように西洋医学を補完しているのか、中医と西洋医を比較しながらその実体を探ってみましょう。

まず中医が行う中西医结合による診断治療を見てみましょう。

中医は中国医学を専門としておりますが、患者さんの診断を中国医学だけすることは極めて稀のようです。外来や入院中の患者さんのカルテには必ずと言って良いほど、各種の血液検査やレントゲン検査の結果がファイルされています。中医は中国医学と西洋医学の両眼で患者さんの病態を立体的に把握しようとしているのです。

なぜ中医にこのような西洋医学の知識があるのかというと、それは医科大学の教育までさかのぼらなければならないようです。

中国には中国医学系と西洋医学系の医科大学がありますが（序章）、中国医学系の大学では、解剖実習などの基礎医学だけでなく、臨床医学でも内科や外科などの西洋医学系の講義がかなりあるそうです。

わたしは中日友好病院の隣にある北京中医薬大学の医学生を臨床実習で教えていたことがあります。学生たちは西洋医学に対する知識欲が旺盛で、西洋医学のことを良く理解しているので驚いたことがあります。

中医が治療する場合は生薬治療が主体になりますが、西洋薬と併用するケースもかなりあるようです。

たとえば高血圧症では、西洋薬の降圧剤を使用しながら中国医学の弁証論治を行って、生薬治療を組み合わせているケースが半数以上あるのです。中医の話によると、血圧を直接下げるには西洋薬の方が効果的ですが、高血圧に関係している全身的な異常を中国医学で治療すると、様々な症状が改善されるだけでなく、降圧剤の投与量を減量することができますという事です。

西洋薬の良いところは積極的に取り入れるというのは、現代中医ならではの柔軟な考え方のように思います。

また、高血圧症とともにわたしたちが気になる糖尿病や高脂血症も、西洋医学と中国医学を組み合わせて治療すると効果が優れているようです。中医によると、中国医学は血液循環障害や自律神経障害などの合併症の治療に威力を発揮することでした。

このような併用療法は、高齢化に伴い成人病が増加している日本の医療にも取り入れた治療法のように思います。

さて、中国の西洋医は中西医结合をどのように実践しているのでしょうか？

実はわたしはこのことに興味を持ち、以前（一九九九年）アンケート調査をしたことがあるのです。中国の西洋医が自国で生まれた中国医学をどのように理解しているのか、このアンケート調査から探ってみましょう。

アンケートは次のような簡単なものです。

- 一、日常診療で漢方薬を使用しますか？
- 二、YESの場合、その理由は？

三、日常診療でよく使用する漢方薬は？

四、どのようにして使用するか？

まず漢方薬の使用の有無ですが、なんと全員がなんらかの漢方薬を日常診療で使っているのです。日本でも漢方エキス剤が市販されてからは一般診療にも大分浸透してきましたが、これほど多くはないでしょう。

次に漢方薬を使用する理由をみましょう。

一、西洋薬が効かない難治性疾患に効果がある。

二、慢性期疾患に効果がある。

三、副作用が少ない。

四、術後に西洋薬と併用すると効果が期待できる。

これらは日本の医師が漢方治療を行う時の理由と良く似ているのではないのでしょうか。西洋医が漢方治療を行う理由は東西を問わないということなのでしょう。

実際に使用している漢方薬を挙げてもらいますと、日本とは随分と異なっています。日

本では漢方エキス剤のような経口薬がほとんどですが、中国の西洋医が使用している漢方は注射薬が多いのです。前述のように漢方注射薬は生薬のエキスを抽出精製したものです。かなりの種類があるようです。良く使用されているものは次の三つでした。(カッコ内は対象疾患)

- 醒腦(せいのう)(意識障害)
- 丹参(たんじん)(脑梗塞、心筋梗塞などの血液循環障害)
- 清開靈(せいかいれい)(発熱)

また経口剤も良く使われているようです。製剤になったものがたくさんありますが、胃十二指腸潰瘍に対する「雲南白薬(うんなんはくやく)」とか、便秘に対する「麻仁潤腸丸(ましんじゆんちやうがん)」が良く使用されているようでした。

このように中国の西洋医は西洋医学治療—西洋薬や手術—を主体にしながら、豊富な漢方薬を用いて中国医学治療を併用するわけですが、中医の併用法との間には大きな差異があります。西洋医は四診も弁証論治も行わず、日本の医師が漢方薬を使用するのと同じように西洋医学の診断にもとづいて投与しているのです。

しかしこれは責められないことかもしれません。なぜならば、西洋医学系の医科大学では中国医学をほとんど教育していないからです。これは中国医学系の医科大学で西洋医学を教育しているのと対照的です。また西洋医の中国医学に対する関心もあまり高いとは言えないように思います。

中西医学結合、あるいは代替・補完医療という観点から中国の医療を見ますと、西洋医よりも中医の方がずっと進歩的な考え方を持っているように感じられるのです。

現在、主に欧米で急速に発展しております代替・補完医療は今後、日本の医療でも重要な位置を占めるように思います。その時、現代中国の中医から学ぶべきことは沢山あるように思うのです。いや、もうその時は目の前に来ているのかもしれない。

第 2 章

なぜ中国医学は
日本漢方と異なるのか？

前章では、現代の中国医学は日本漢方にはない特徴を備えていることを述べました。身体機能や病氣に対する考え方、あるいは診断方法や治療法など、どれ一つ取り上げても中国医学は日本漢方と似て非なるものなのです。

なぜ現代の中国医学は日本漢方とこのように別物といっても良い程の違いがあるのでしょうか？ これを明らかにするには、現代の中国医学と日本漢方が辿ってきた道筋を遡らなければなりません。

本章では歴史を振り返りながら、この日本漢方と中国医学の違いがどのようにして生じたのか、考察していきます。

陰陽五行学説をベースとする中国医学

中国医学の歴史は三千年とも四千年とも言われていますが、中国医学が医学として体系化されたのは漢代とされています。この時代に書かれたといわれる「こうていだけい黄帝内経」は最古の医学書とされ、医学理論と鍼灸について書かれています。そして、この医学理論に大きな影響を与えたのが、中国古代の自然哲学である陰陽五行学説なのです。

この数千年前の「黄帝内経」と陰陽五行学説は、現代の中国医学にも脈々と生き続けて

います。中国医学系の医科大学では「黄帝内経」を教科書として使用し、現代の中医が行う診断治療は、全て陰陽五行学説をベースにしているのです。

中国医学のベースになっている陰陽五行学説は、陰陽学説と五行学説の二つの学説に分けることができます。

陰陽学説とは、この世の全ての事物や現象を陰と陽の二つに分類し、それぞれの対立と依存・消長（一方が増えれば他方が衰える）と転化（相手に変化する）によりバランスが保たれて存在しているという学説です。

一方、五行学説では、世界は木・火・土・金・水の五種類の基本物質で構成され、互いに影響を及ぼし合いながらバランスを保って存在していると考えます。中国医学における五臓六腑などの臓器は五行学説に従って分類され、各々の臓器の特性・機能、あるいは他臓器との関係は、五行学説にもとづいて決まるのです（陰陽五行学説は第四章・第五章で詳述）。

陰陽学説は現代西洋医学のホメオスターシスと通じるものがあり、わたしたちにも比較的理解しやすいかもしれませんが、五行学説の方は現代科学から見て受け入れ難い内容を含んでおり、理解し難いように思います。古代哲学である陰陽五行学説にアレルギーを起こし、中国医学は非科学的な医学であると決めつける人も少なくありません。また逆に、

科学的な分析にもとづく近代西洋医学に限界を感じる人にとっては、この古代哲学の持つ全体医療的な側面が魅力に感じられるのかもしれない。

わたしは前章で述べましたが、当初は陰陽五行学説に秘められた先進的な考え方に気づくことになりましたが、当初は陰陽五行学説にアレルギーを起した一人でした。同僚の中医から中国医学の基礎理論の説明を受けたり、また解説書を読みましたが、なかなか理解することができませんでした。もつと正確に申し上げると、馬鹿馬鹿しく思われて、受け入れることができなかったのです。ところが、これらを踏み越えていかないと、いつまで経っても中国医学の臓器論や診断治療法の本質的な部分が理解できません。

江戸時代の日本の漢方医も、後述しますように陰陽五行学説にもとづいた中国医学の診断治療法を嫌い、それを簡略化しながら日本漢方を形成していったようです。

それが、日本と中国の「漢方」を大きく変えることとなったのです。現代の中国医学が古代の陰陽五行学説を基礎にしていることが、良きにつけ悪しきにつけ、中国医学をユニークな医学にしているのです。

傷寒雑病論をベースとする日本漢方

さて、もう一度、中国医学の歴史の流れに戻りましょう。

「黄帝内経」の後、西暦一〜二世紀頃に書かれたと言われている「神農本草経」^{しんのうほんぞうきよう}は、漢方薬の効能について解説した薬学書です。三百六十五種類の植物、動物、鉱物の漢方薬が記載されており、その薬効は今日でも生薬研究を行う時に参考にされています。

もう一つの重要な古典は、西暦三世紀初頭に張仲景^{ちやうちゆうけい}により書かれた「傷寒雑病論」です。このテキストは、中国医学や日本漢方の生薬治療の原点になっています。生薬治療は複数の生薬を配合した煎じ薬を用います。たとえば、葛根湯^{かつこんとう}は葛根、麻黄^{まおう}、桂枝^{けいし}など七種類の生薬が配合されています。「傷寒雑病論」は、生薬の配合と病気の症状との関係について、この症状にはこの処方（生薬配合）が適している、というふうに解説しています。

中国医学では「黄帝内経」、「神農本草経」と「傷寒雑病論」が三大古典とされていますが、日本漢方に最も大きな影響を及ぼしたのは、この「傷寒雑病論」です。

中国医学は西暦五、六世紀に日本に伝えられたとされています。日本に入った中国医学

は漢方と呼ばれ、いくつもの流派ができ徐々に日本化が進んでいきました。そして、江戸中期に入り「古方派」が出現して以来、一気に日本化が進み日本漢方が形成されました。

「古方派」とは、上述の「傷寒雜病論」を最も重要視する学派です。彼らの行った中国医学の日本化とはどのようなものだったのでしょうか。要約しますと、次の二点になります。

① 陰陽五行学説の排除

② 診断治療の単純化

まず陰陽五行学説の排除ですが、これは陰陽五行学説にもとづく中国医学の基礎理論よりも実地臨床を重視するということです。

先ほど述べましたように、陰陽五行学説は中国医学の基礎理論の中核をなしています。が、そもそも抽象的な自然哲学なのです。このような抽象的な古代哲学を、実際の患者を治療する臨床医学に応用するのはあまり意味がないと、江戸時代の漢方医たちは考えるようになったのです。

わたしはこの漢方医たちの気持ちが良く分かります。先述したように、中国医学を勉強しはじめてまずぶつかった壁は陰陽五行学説にもとづく基礎理論でした。こんなにややこしい理論は横にのけておいて、生薬の処方だけを勉強しようかとも思いました。実際の診療に中国医学を応用するのであれば、それで十分ではないかと。

そこでハタと気がついたのは、江戸時代の漢方医たちも同じように考えたのではないかということだ。彼らが陰陽五行学説が非科学的であると思つたかどうか知る由もありませんが、患者を治療していく上で、このような古代哲学は必要ないと思つたのでしよう。そして、最も重要なのは患者に投与する生薬の処方であり、それについて述べた「傷寒雜病論」こそ最も優れた医学書であると考えようになつたのでしよう。

日本漢方のシンプルな診断治療法——弁証論治の省略

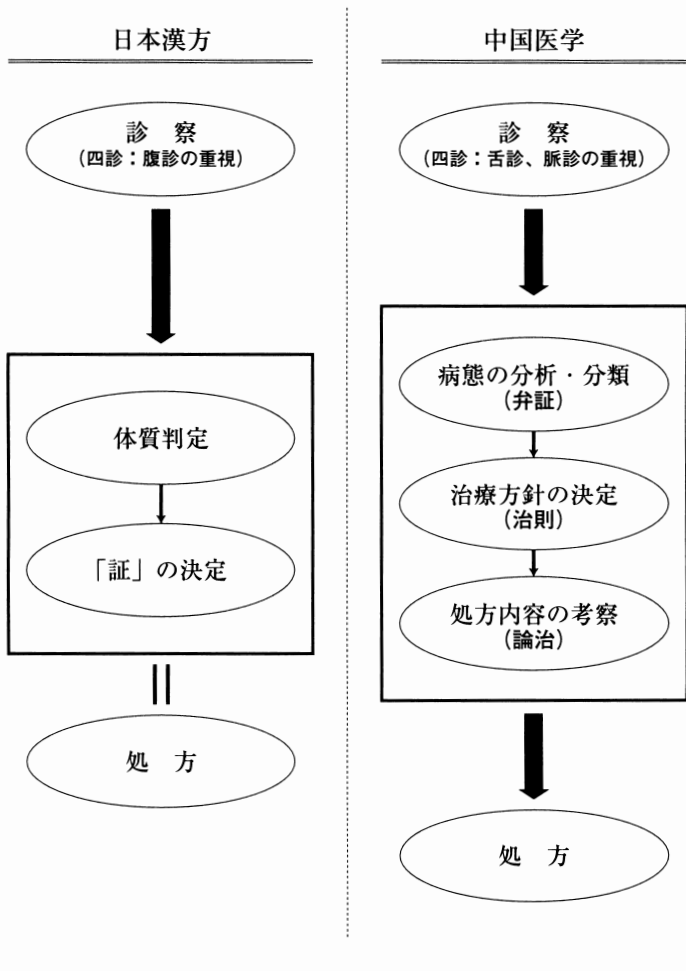
次に診断治療の単純化ですが、これは基礎理論よりも実地臨床を重視することの延長線上にあります。つまり、患者を治療するのに何が必要かという観点から、診断治療法を合理化、あるいは単純化していったのです。

日本漢方がどのように単純化したのか、中国医学と日本漢方の診断治療の手順を比較してみましよう（図二）。

まず患者の診察ですが、中国医学は舌診と脈診を、日本漢方は腹診を重視するなどの違いがありますが、同じ「四診」と呼ばれる漢方医学独特の診察方法を用います。

診察の次には診断ですが、図二の四角で囲っている部分がそれにあたります。それぞれ

図二〇中国医学と日本漢方の診断治療の手順



順を追って説明します。

中国医学では診断を三つのステップに分けることができます。まず四診の所見より、臓器（五臓六腑など）の機能等がどのように障害されて、生体全体の機能バランスが崩れているかを分析・分類します。これを「弁証」と呼びますが、臓器機能という視点から診断する「臓器弁証」の他にも、体内の気・血・水のバランスという視点から診断する「気血水弁証」、さらに病気の進行状況から診断する「六経弁証」などがあります。このような色々な弁証を用いることにより、多方面から病気の発生のメカニズムを分析することができます。

弁証が決まれば、次に「治則」と呼ばれる治療原則により治療方針を決めます。「治則」は陰陽五行説にもとづいたシンプルな原則で成り立っており、弁証が決まれば自ずと治療方針も決まるのです。たとえば、何か足りない時は、それを補う。あるいは、足りないものに拮抗する作用のあるものを減らす、などいくつかの原則があり、それにもとづいて治療方針が決まっていきます。弁証が「肝腎陰虚」、つまり肝と腎の陰が不足（「虚」）している病態では、陰を補う（「補陰」）必要があるのです。治則は「肝腎補陰」になるのです。そして最後にどのような生薬を組み合わせるのか、またその投与量について考えるわけですが、この処方内容の考察を「論治」と言います。先の「弁証」と合わせて「弁証論治」

と呼び、中国医学の診断治療の大きな特徴とされています。

ここで重要なのは、「論治」で処方内容を考える時、後で述べますように、日本漢方と比較して自由度がはるかに大きくなるということです。つまり「傷寒雜病論」などに記載されている決まった処方（方剤）だけでなく、患者の状態に合わせて細かく生薬を配合していくことができるのです。このことは中国の漢方医の書く処方せんと良く分かれます。

さて、日本漢方の診断治療の手順ですが、図二を見ると中国医学より随分と単純化されているのが分かると思います。診断のステップは二段階だけで、さらに後半のステップは治療（処方）に直結しているのです。

診断の最初のステップは、四診により患者の体質を判断することです。主に「虚」^{きょ}か「実」^{じつ}のどちらであるかという観点から体質を決めますが、大まかに言いますと、体格ががっしりとした筋肉質の人は「実」、顔色の悪い瘦せた人は「虚」の体質になります。

最終的な診断はこの体質を考慮して下されるわけですが、日本漢方では診断名に「方剤（たとえば小柴胡湯）+証」という言い方をするのが大きな特徴になっています。証とは症候群（いくつかの特徴的な症状・所見）のことで、「この処方（小柴胡湯）が効く症候群」という意味になります。つまり診断と処方が直結しており、診断イコール治療（生薬の処

方) ということになるのです。

日本漢方の診断名の背景には先ほど述べました「傷寒雜病論」があります。「傷寒雜病論」には病気の症状・所見(証)と、それに適した方剤が一对一に対応して記述されていますので(「方証相對」と言います)、これをもとに診断名に方剤を入れることができるのです。

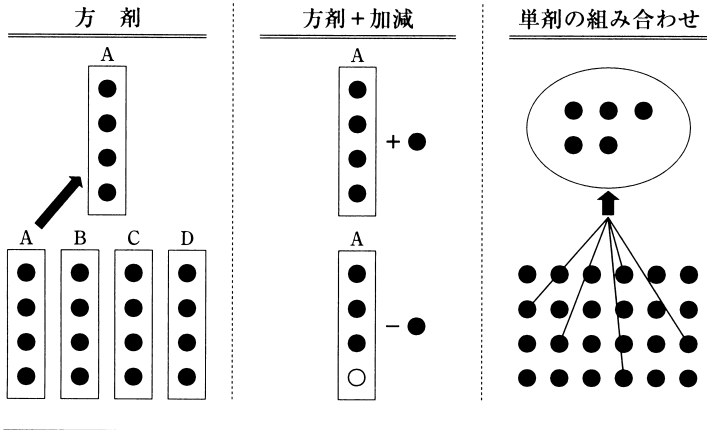
このように日本漢方には、中国医学の診断治療の骨格となつてゐる「弁証論治」はありません。「傷寒雜病論」を重視する古方派は、「弁証論治」を省略しても患者の治療はできると考えたのです。弁証論治の省略により診断治療の手順が大幅に簡略化できましたが、後述しますように、中国医学の優れた一面を失うことになつてしまいました。

中国医学と日本漢方の処方の違い

中国医学と日本漢方の診断プロセスの差異は、生薬を処方する時に大きく影響してきます。図三に生薬処方の方法を示しましたので、この図をもとに日本漢方と中国医学の生薬処方がどのように異なるのか見ていきましょう。

図三に示すように、漢方薬(生薬)の処方大きく分けて三つの方法があります。まず

図三〇生薬処方の方法



複数の生薬（図中の黒丸）を配合した方剤を用いる方法です。使用する生薬の種類や各生薬の量は「傷寒雑病論」などに記載されており、それを参考にして処方するわけです。現代の医療で一般に使用されている漢方エキス剤も方剤の一種です。

次に方剤をベースにしながら、患者の体質や症状を考慮して生薬の配合を調節して処方する方法（「加減」）があります。よく「さじ加減」と言ったりしますが、このことから由来しています。

第三の方法は、患者の状態に合わせてオリジナルの生薬配合を決めるものです。患者の症状が「傷寒雑病論」などに記載されている症候群に必ずしも一致しているとは限りません。むしろ合致していないケースの方が多い

かもしれません。このようなケースに対しては、複数の方剤を組み合わせることを「加減」したり、あるいは定められた方剤の生薬配合にとらわれずに独自の配合を漢方医の判断で治療していくわけです。方剤を構成している一つ一つの生薬が有する固有の漢方医学的効果を熟知している漢方医だけにできる高度な技術と言えます。

では、日本漢方と中国医学では処方の方針にどのような違いがあるのでしょうか？

日本漢方の場合、先ほど述べましたように診断名に方剤の名前が入っていますので、方剤を主体にした治療になります。「傷寒雜病論」などに記載されている方剤をそのまま使用するか、あるいは患者の体質や症状に合わせてそれを「加減」して使用するかのいずれかになります。

一方、中国医学では日本漢方のように方剤も使用しますが、複数の方剤を加減して組み合わせたり、オリジナルの生薬配合を行うことがしばしばあります。これは日本漢方が省略した「弁証論治」に因るところが大きいのです。つまり処方内容は「弁証論治」により決めますが、あくまで漢方医学的な病態生理―病気が発生するメカニズム―を基本にしていますので、生薬配合の自由度が高くなるのです。つまり患者の体質や病態に合わせて自由に処方することができるのです。

中国医学は、江戸中期の古方派により日本独自の日本漢方へと変貌していったわけですが、これまで述べてきましたように、両者の間にはかなりの差異ができてしまいました。

このような中国医学の日本化は、中国から輸入された他の文化が日本で変化したのと良く似ているように思います。たとえば中国と日本の建築を比べてみましょう。中国のお寺は実に凝った造りをしています。石造りの大きくて複雑な造形に加えて、壁の隅々まで様々な彫り物や絵でびっしりと埋め尽くされています。一方、日本のお寺は、木造建築のシンプルな構成の中に機能と美しさを調和させています。

中国医学と日本漢方の違いというのは、この建築物の差異に似ているように思うのです。医者は、西洋医も漢方医も、患者を診察・診断していく過程で、症状や所見から病気を引き起こしている病態を頭の中にイメージしていきます。言い換えますと、症状や所見という建材を用いて病態という建築物を頭の中に作っていくのです。中国医学と日本漢方では、この頭の中にイメージされる病態という建築物が、実際の建築物のような差異——中国医学では複雑で精緻なもの、日本漢方ではシンプルで機能的なもの——を見せているように思われます。

現代の日本漢方が得たものと失ったもの

江戸中期に確立した日本独自の日本漢方は、明治時代に入り西洋医学に圧倒され衰退の一途をたどりました。そして近年、日本の医療の場に姿を再び現してきたわけですが、この時、日本漢方にまたもや大きな変化が訪れました。一つは漢方エキス剤の登場、もう一つは漢方治療の保険診療が認可されたことです。

漢方エキス剤というのは、インスタントコーヒーのように生薬成分を抽出し濃縮乾燥させたものですが、煎じ薬よりも手軽で服用しやすいということから、漢方治療の普及に大きな役割を果たして来ました。漢方エキス剤が健康保険でカバーできるようになったことも大きな要因です。

漢方エキス剤が普及したもう一つの理由は、その名前にあります。エキス剤は「傷寒雑病論」などの処方に従って生薬が配合された方剤ですので、エキス剤の種類は方剤名で区別されます。ところが製薬会社は古典的な方剤名ではなく、番号で表記するようにしたのです。実際、方剤名は難しい漢字が多く、それをいちいち処方せんに書くのは結構な手間ですが、番号で表記したことによりこの手間を省き、漢方薬の医師への普及に大きく貢献

したのです。

序章で述べましたように、西洋薬で治らない患者は決して少なくありません。医者は漢方薬という古くて新しい治療法に大いに期待し、飛びついていったわけです。実際、症状とエキス剤の番号を対応させた早見表を参考にすれば、とりたてて漢方医学の勉強をしなくても手軽に漢方薬を処方できるのです。

江戸時代の古方派が目指したものが、理論よりも実際の治療を重視したシンプルな医学であるとすれば、現代のエキス剤を用いた日本漢方はまさしく彼らが目指していたものと言えるかもしれません。エキス剤を番号で表示するというアイデアには、江戸時代の古方派が診断名に方剤の名前を使ったアイデアに合い通じるものを感じます。ともにシンプルで実用的なものを好む日本人の知恵から生み出されたものと思います。

しかし現代の日本漢方は基礎理論だけでなく、漢方医学的な診断—証の判定—までも省略してしまつたようなのです。これでは漢方医学と西洋医学の違いは、単に薬の違いだけになつてしまいます。現代の日本漢方は実用性をあまりにも追求したために、オリジナルの中国医学に本来備わっている優れた側面、つまり西洋医学にはない特質を失つてしまつたように思うのです。特に生体機能や病気の発生に対するユニークな考え方を捨て去つてしまつたのは、大きな損失だと思えます。