

日本中医学会雑誌

第2巻 第1号 | 2012年1月

2012年1月20日発行（年4回発行）
ISSN 2185-8713



●巻頭言———酒谷 薫 1

●原著

- 精神的症状“うつおよび身体表現性障害”に
漢方治療が奏功した症例———土方 康世 2
- 腕時計型加速度記録計を用いた
早期パーキンソン病の睡眠障害に対する
増効安神止顫1号方の有効性の定量的評価—劉 曇ほか 8

●総説

- 糖尿病慢性并発症的中医治療③
糖尿病腎病的中医辨治———吳 深涛 19
- 糖尿病慢性合併症の中医治療③
糖尿病性腎症の中医弁証論治———吳 深涛 23
(翻訳：柴山周乃)

●連載シリーズ

- 中医美容入門⑤ 五臓と美容（3）
～脾の特性と美容～———北川 毅 28
- 日本人中医診療記 その5———柴山 周乃 34

●追悼

- 森雄材先生のご逝去を悼む———安井 廣迪 38

投稿規定 41 / 誓約書・著作権委譲承諾書 44 / 編集委員会 45

巻頭言

新年明けましておめでとうございます。
本年もよろしくお願ひ致します。

2012年という新しい年が明けました。昨年は東日本大震災という未曾有の災害に見舞われましたが、今年はい体どのような年になるのでしょうか。ヨーロッパの通貨危機など不安なこともあります。2012年は日中国交正常化40周年にあたります。日本中医学会にとっても記念すべき年といえるでしょう。1972年、中国を電撃的に訪問した田中角栄元首相は周恩来元首相と会談し、中華人民共和国と国交を正常化する日中共同声明に調印することになりました。その後、様々な分野において日中間の交流が生まれましたが、中医学もその一つです。日本人が中国に渡り本場の中医学を学び、また中国からは老中医が日本で講演するという時代が到来したのです。このような交流が現代日本の中医学の基礎になっているのです。日本中医学会としても日中間の学術交流をますます盛んにしていきたいと願っています。

さて、本号は2012年最初の日本中医学会雑誌です。原著は2編ありますが、一つは昨年の学術総会のシンポジウム「中医学で難病に挑む」で発表された土方康世先生が論文としてまとめられたものです。もう一編は中国からの投稿論文です。本学術雑誌にとって初めての一般からの投稿論文ですが、漢方薬のパーキンソン病に対する効果を検討した興味深い研究です。査読を経て掲載されており、科学的レベルの高い論文です。その他に、好評連載中の呉深涛教授の総説「糖尿病性腎症の中医弁証論治」、北川毅先生による「中医美容入門⑤／五臓と美容(3)～脾の特性と美容～」、柴山周乃先生の「日本人中医診療記 その5」が掲載されており、充実した内容になっています。

2012年1月
日本中医学会理事長
日本中医学会雑誌 編集委員長
酒谷 薫

精神的症状 “うつおよび身体表現性障害” に漢方治療が奏功した症例

土方康世

東洋堂土方医院, 大阪, 〒 567-0031, 茨木市春日 3-11-29

Kampo medicines worked to treat the “depression and somatoform disorder”

Yasuyo Hijikata

Toyodo Hijikata Clinic, 3-11-29, Kasuga, Ibaraki, Osaka, 567-0031, Japan

Abstract

The number of salaried men and women suffering from depression has been increasing in recent times. Some of these people have committed suicide and the the number of lawsuits for wrongful death are increasing. This is a strong indication that the lifestyle diseases accompanying hypertension or coronary artery diseases follow depression and that is the depression that triggers the lifestyle diseases. The soothing “Liver” prescriptions, kamisyoyosan, tokisyakuyakusan and yokukansankachimpihange worked to treat depression in many cases. In cases of ineffectiveness of standard therapy or suffering from side effects for patients of depression, Kampo medicines are prominent choices.

Clinical cases are shown below.

Case 1. A 76 years-old widow suffering from depression for 2 years following her husband’s death. She was diagnosed as liver qi depression, kidney yang deficiency spleen ying shortage and qi deficiency. Treatment with hochuekkito and powder of soft-shelled turtle resulted in insufficient improvement. The addition of nyoshinsan led to complete improvement.

Case 2. A 28-year-old female suffered from premenstrual syndrome since her first menstruation, and her condition had worsened recently to the premenstrual dysphoric disorder with severe depression. It degraded her social quality of life drastically. She was diagnosed with liver qi depression transforming into fire,

blood stasis and kidney yang deficiency. kamisyoyosan and modified sesshojin were administered followed by incomplete remission. The addition of nikkei, keishi, hagekiten, zokudan and nikujyuyo worked dramatically.

Case 3. A 23-year-old male had chronic symptom of bad stomach triggered by stress since 3 years ago was diagnosed with indistinguishable somatoform disorder for which standard treatment didn't work. He was diagnosed as having liver qi depression and liver fire invading to the stomach. Sigyakusan and kyukichyoketsuin worked completely in 14days.

要旨

近年、働く人のうつ病が増えている。ときには自殺にいたり、それに関わる訴訟も増加傾向である。最近、高血圧や冠動脈疾患などの生活習慣病にうつ病が合併したり、うつ病が生活習慣病の引き金になることもわかってきた。最近の傾向としては、“ストレス”がうつ病の引き金になっていることも多く、加味逍遙散・当帰芍薬散・抑肝散加陳皮半夏など疏肝解鬱薬の奏功する症例も多い。標準治療が無効であったり、副作用で使えないうつ病や精神的症状には、漢方治療は有力な治療の選択肢である。

以下、症例を呈示する。

76歳女性の夫亡き後の2年に及ぶうつ状態を肝鬱・腎陽虚・脾陰不足・気虚と弁証し、補中益気湯加スッポン末を投与した。改善したが不十分であった。女神散追加併用で完全寛解した。

28歳女性、月経開始以来続く月経前症候群が最近悪化し、月経前不機嫌性障害の重症うつとなり、社会生活に支障をきたすようになった。肝気鬱結・血瘀・肝鬱化火・腎陽虚と弁証した。加味逍遙散加折衝飲加減法で不完全寛解であったため、月経とは無関係の生来の腎陽虚に対し、肉桂・桂枝・巴戟天・続断・肉苁蓉追加併用で著効した。

ストレスがきっかけで起きた、3年間続く胃膨満感を主とする慢性の胃腸症状が、鑑別不能型身体表現性障害と診断された。標準治療および抗うつ薬が奏功しない23歳男性を、肝気鬱結・肝気犯胃と弁証した。四逆散加芍薬調血飲14日分投与で完全寛解した。

キーワード：うつ病、ストレス、肝鬱、疏肝

Key words : Depression, Stress, Liver depression, Sooth the liver

緒論

近年、働く人の“うつ病”が増え、事実、気分障害の外來受診者数は確実に増えており、この10年間で2～3倍に増えたともいわれている。また、うつ病の最悪の結果である「自殺」の問題も避けて通れない。事実、最近、解雇や自殺も含め、うつ病に関連する訴訟が増加傾向である。労災申請も確実に増え、認定される例も増えている。企業も“うつ”を慎重に扱わざるを得なくなっている。

最近の研究によると生活習慣病にうつ病が合併することが知られ、循環器領域においても、高血圧や冠動脈疾患で抑うつが高頻度に認められ、原疾患の予後を悪くすることが知られている。また、抑うつが生活習慣病の引き金になることも

わかってきた¹⁾。

最近の傾向としては、“ストレス”がうつ引き金になっていることが多く、加味逍遙散・当帰芍薬散・抑肝散加陳皮半夏など疏肝解鬱薬の奏功する症例も多い^{2) 3)}。

個人的経験であるが、標準治療が無効で“うつ”で休職していた人が、補中益気湯単独で著効し、1カ月で職場復帰した症例があった。このときが、漢方薬は“うつ”に使えることを実感した初めての経験であった。

いずれにせよ、標準治療が無効であったり、副作用などで使えない精神的症状には、漢方治療は有力な治療の選択肢である。

今回は、①夫亡き後の喪失体験から来るうつ状態が2年に及び、うつ病と診断され、漢方治療を希望して受診した76歳女性、②月経開始以来続く月経前症候群が悪化し、月経前不機嫌性障害の重症うつで社会生活に支障を来した28歳女性、③ストレスによる慢性の胃腸症状が、鑑別不能型身体表現性障害と診断され標準治療および抗うつ薬が無効で漢方薬が奏功した23歳男性の3例について述べる。

■ 症例1 夫亡き後のうつ 76歳女性

初診 : X年6月2日

主訴 : うつ・やる気がない・強い自責の念。

現病歴 : 夫を2年前に亡くして以来、うつ状態(肝鬱)が続き、やる気がない(気虚)。寝つきが悪いので、安定剤を眠前服用して熟睡している。起床時、自責の念が強く重度のうつ状態である。入れ歯が合わず刻み食だが、少量なら油物も食べる。足先に冷えを感じる(腎陽虚)。卓球が趣味だったが、疲れるので3週間前に中止(気虚)。以上、誌面の都合上、弁証を()内に記載した。

既往歴 : 阪神大震災後、带状疱疹で入院した。閉経52歳。

家族歴 : 兄弟全員結核で死亡。

現症 : 身長156cm, 体重48kg, 血圧138/78。脈拍66/分, 右寸関脈は細・滑・沈・無力, 左寸関脈は細・滑・無力, 左右尺脈は無力。舌体は紅, 舌苔は少苔(脾陰不足)。

弁証 : 肝鬱, 腎陽虚, 脾陰不足, 気虚。

治法 : 疏肝解鬱, 補腎陽, 補脾気・陰。

処方 : 処方①=補中益気湯エキス(一元製薬)0.8日分/日+スッポン粉末(帰経:肝脾腎, 滋陰清熱・平肝熄風)3g(ミヤコ物産)。

■ 経過

X年6月12日: 精神的いらつきや自責の念が減少したが波がある。たまに、ひどいうつになる。処方①を50日分投与。

X年7月8日: 少しやる気は出てきたが、うつ状態の程度は変わらない。疏肝解鬱の作用が十分でなかったため、疏肝・養肝・温下の目的で、処方②=女神鬱の作用が十分でなかったため、疏肝・養肝・温下の目的で、処方②=女神散7.5g/日(10.5g中:女神散料水製乾燥エキス5.0g, 香附子3.0g, 川芎3.0g, 蒼朮3.0g, 当帰3.0g, 黄芩2.0g, 桂皮2.0g, 人參2.0g, 檳榔子2.0g)。

g, 黄連 1.5 g, 甘草 1.5 g, 木香 1.5 g, 大黄 0.5 g, 丁香 0.5 g) を処方①に追加した。

X年7月15日：処方②を併用開始3日目頃から、すごく気分が良くなり、うつ状態が著しく改善した。近所の奥さんと観劇や買い物に行けるようになり楽しくて、今までのことが嘘のような気がする。処方①+処方②を30日分投与。

X年8月18日：非常に調子が良い。廃薬。

■ 考察

前足は夏でも冷たく、難聴があることから、腎陽と腎陰は不足傾向と考えた。また、冷たい牛乳を飲むのが好きで口内乾燥感がある。舌体は紅で、苔は薄であることから脾陰虚。スッポンは脾腎陰を補う。十分補腎されると相生の母子関係で肝陰も補われ、肝鬱の改善にある程度寄与する。補中益気湯は脾気を補い気の上に上げる作用により、うつ改善に有効だと考えられる。これら2つの効果で、うつをある程度改善したが、完全ではなかった。女神散(疏肝・補気・養血・温腎)を追加すると自責の念が減り、うつが劇的に改善した。特に不眠については治療しなかったが、肝鬱により肝病心に及ぶ母子関係で、不眠が現れたと考え、香附子・木香・川芎の十分な疏肝理気で肝病が心に及ぶことはなくなり、不眠も改善されたと考えた。女神散の丁香が温腎し、肝・心・脾の気も充実して、夫の死という強烈的な肝鬱を、十分な疏肝理気・補陽(気)補陰することにより、心脾腎の気も十分に補われ、順調な気の流れが回復したことにより治癒となった。

■ 症例2 28歳女性 月経前不機嫌性障害 (PMDD)

初診 : X年9月26日

主訴 : 月経1週間前から続く病的抑うつ気分・重度疲労倦怠感(肝鬱), ヒステリー発作(肝鬱化火), ときおり嘔吐を伴う下腹部激痛(木乗土), 動悸・手の振顫・不眠(肝陰虚)。PMDD時の暴飲暴食で体重変動がひどい。

現病歴 : 生理開始以来続く月経前症候群(PMS)であるが、最近はだんだん悪化し社会生活に支障を来すようになってPMDDと診断され当院受診。顔面ののぼせ感がある(上熱下寒)。寒い期間は、くしゃみ鼻水が続く(寒飲伏肺)。頻尿・足は冷えやすい・下腿は異様に重だるく感じる(腎陽虚・陽虚水沍)。手掌や足裏発汗・寒冷にもかかわらず多量の冷飲を好む・皮膚乾燥しやすく痒痒を伴う・生理中以外の便秘症で下剤を常用している(脾陰虚)。発汗しやすい。紫斑ができやすい(脾気虚)。

既往歴 : 高校3年時、下腹部激痛で意識喪失した。以来、月経時、鎮痛剤を倍量服用しても痛むため、1~2日間就寝して過ごす。

現症 : 脈は68/分、細滑無力。舌体は淡紅、舌苔は薄白、舌下静脈が瘀。BPは104/50(非生理時)、PMDD時の脈証不明。体重55kg、身長163cm。

弁証 : 肝気鬱結・血瘀・肝鬱化火、腎陽虚(水沍)。

処方 : 処方①=加味逍遙散合折衝飲加附子・香附子・烏薬。

■ 経過

X年11月28日：イライラ感減少。下腹痛も減少したが、非常に寒く感じる。のぼせ感が残る（上熱下寒）。処方②＝処方①加肉桂2・桂枝2・巴戟天1.5・続断2・肉蓯蓉2を30日分投与。

X+1年1月29日：調子良い。処方②を30日分投与後廃薬。

■ 考察

月経1週間前からの病態は肝鬱気滞血瘀（重度うつ・下腹部痛）、肝鬱化火（ヒステリー発作・動悸・手の振顫・のぼせ感・不眠）が発生する。月経とは無関係の生来の、腎陽虚→陽虚水沍→下半身・下腿が重い、寒い間はくしゃみ・鼻水が多いなどの症状の併存、陽気虚→衛気虚→易発汗などが考えられる。月経が始まると肝鬱が一斉に消失して無症状となる。処方①で、加味逍遙散は疏肝健脾・和血調血・瀉火、折衝飲で活血化瘀、桂枝と附子で補腎陽し、香附子・烏薬で疏肝理気を助けたため2週間後やや改善した。しかし、非常に寒いと訴えたので、重度の腎陽虚があると考え、温腎の肉桂・続断・肉蓯蓉・巴戟天を追加したところ症状が著減した。おそらく、腎陽虚の程度が強かったためPMDD出現にも関与したと考えられる。血瘀が改善され、温腎され、疏肝理気も改善されたため、強化された腎陽が五臓に陽を与え、各臓の陽が補填され、活性化され、結果的に一連の症状が短期間で改善したと考察した。この例は月経周期と無関係な補腎陽が結果的に、PMDDをも改善したことになる。

■ 症例3 23歳男性 鑑別不能型身体表現性障害

主訴：胃の膨満感・胸苦しさ・違和感、胃痛、腹鳴、ガスが多い。

既往歴：小学3年時、腹痛が続き過敏性腸炎と診断された。以来、ときおり腹痛があった。20歳時、コーヒーの過飲がきっかけで腹満・ゲップで苦しんだ。その後もストレス時、同様な症状があり、頭が働かない感じがした。胃のあれを指摘されたが、投薬治療後、胃カメラで改善が確認された。しかし1カ月後、同じ症状が出たので、胃カメラ検査したが問題なしと診断された。苦しい症状があるのに、検査でなぜ問題なしなのか悩んだ。中学生時、スポーツで腰を痛めて以来、腰の鈍痛がある。腰痛は温めると楽になる（腎陽虚）。以前、ストレスで過食となり8kgの体重増加をきたした。

現病歴：X年12月6日初診。主訴と同じ症状が長期間続いて、胃腸の標準治療が奏功しないため、主治医から一種のうつだと言われ、1週間前から抗うつ薬を処方された。症状はやや改善したが、頭がぼろっとしてすっきりしないし、胃症状もときどき起こる。本人は完璧主義で、物事をきちっとしないと気がすまない。胃の症状で苦しいときは手掌発汗を来す。緊張すると胃の膨満感が悪化する。不眠（肝鬱化火）。胃腸停水傾向を感じる（脾虚生湿）。飲水は熱い物を好む（脾陽虚）。半夏瀉心湯を服用し、胃もたれは半減した（NRS10→5）。のぼせやすい。特に冬は顔面だけほてる（上熱下寒）。精神科の医師は、鑑別不能型身体表現性障害と診断した。

現症 : 身長 168cm, 体重 71kg, 脈は沈弦滑, 72/分。舌体は淡紅・歯痕, 舌苔は薄白, 舌下静脈が瘀。血圧 90/50。便通正常。食欲普通。

弁証 : 肝気鬱結, 肝気犯胃。

処方 : 芍帰調血飲(クラシエ) 4.5g/日+四逆散(ツムラ) 3g/日を投与。

■ 経過

X 年 12 月 20 日受診。症状すべて消失して完治したと報告。

■ 考察

ストレスで過食になったり、症状が悪化するが、検査をしても正常と言われること自体がストレスであったと考えられる。患者は冷たい物は飲みたくないという脾陽虚がベースにあるので、幼少時の過敏性腸症候群もこれが原因かもしれない。しかし、3年以上続いた胃の膨満感・胸苦しさ・違和感、胃痛、腹鳴、ガスが多いという症状は大学に入ってから起きており、性格的にも完璧主義であり、繰り返す膨満感を主とする胃腸症状に標準治療がしばしば無効なことから、ストレス、いわゆる肝鬱が原因と考えられる。現代医学的にも主治医は一種のうつと診断して、抗うつ薬を投与したと考えられる。しかし、抗うつ薬にはある程度反応したが、症状は半分しか改善されなかった。養血健脾・行気活血の芍帰調血飲と疏肝理気柔肝の四逆散で2週間で完治した事実は、胃腸不和による栄養不良傾向の改善と、木乗土による胃症状の改善との相乗効果によると考えられる。現代医学的に言えば鑑別不能型身体表現性障害(うつ)に分類されるが、まさに肝鬱が原因である。このような例は社会人のなかにも多々見られるので、疏肝解鬱の漢方治療は有力な治療手段となる。

文献

- 1) 稲光哲明: 心身医学. 51 巻, p896-901, 2011
- 2) Kimura Yoko et al: The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. vol 33, p325-332, 2007
- 3) 大屋敦子ほか: 日本産科婦人科学会東京地方部会会誌. 55 巻 4 号, p525-528, 2006

謝辞

本報告にアドバイスをいただきました、平馬直樹先生、向井誠先生、陸希先生、高橋楊子先生に深謝いたします。

腕時計型加速度記録計を用いた 早期パーキンソン病の睡眠障害 に対する増効安神止顫1号方の 有効性の定量的評価

劉曇^a 大西令子^b 下河原愛子^c
孫燕^a 吳春嵐^a 潘衛東^{a d}

a 上海中医薬大学付属曙光医院神経内科

b 医療法人社団三愛会三船病院薬局

c 合資会社どんぐり工房どんぐり薬局たかまつ

d 東京大学付属神経内科

The efficacy of the recipe of Zen-xiao An-shen Zhi-chan 1 (ZAZ1) using actigraph quantitative analysis To treat sleeping dysfunction of early onset PD

Liu Yun^a, Ohnishi Ryoko^b, Aiko Shimokawara^c,
Sun Yan^a, Wu Chunlan^a, Pan Weidong^{a d}

a Department of Neurology, Shuguang Hospital affiliated to Shanghai University of TCM, Shanghai 201203, China

b Department of Psychiatry, Mifune Hospital, Japan

c Partnership Commendam Dongrikobo Dongri Pharmacy Takamatsu, 020-0114, Japan

d Department of Neurology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 7-3-1, Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo, 113-8655, Japan

Abstract

Objective : To observe the effects of Zen-xiao An-shen Zhi-chan 1 (ZAZ1) on sleep dysfunction in PD patients by quantitative analysis using actigraph.

Methods : Sixty-three PD patients were divided into two groups. Thirty-one patients

randomly selected were treated with a Western anti-parkinsonism medication plus placebo capsules (placebo group), while 32 patients in the ZAZ1 group were treated with ZAZ1 plus a Western anti-parkinsonism medication. One week before and 6 weeks after the treatment, the patients underwent a battery of tests that included PDSS, biorhythm (BIO), sleep efficiency (SE), sleep latency (SL), and the least lowest activity in a 5-hour period (L5).

Results : Using an actigraph we found that patients treated with ZAZ1 showed significant improvements in SE, SL and the L5 test ($P<0.05$) compared with the placebo group. Statistical improvements ($P<0.05$) were observed in the total score of the PDSS test and the PDSS 1, PDSS 2, PDSS 3, PDSS 5, PDSS 8, PDSS 14, and PDSS 15 scores.

Conclusion : The present research provides evidence that ZAZ1 added to L-dopa based therapy may help to improve sleep dysfunction when treating early onset PD, as seen by improved sleep quality, a shortening of time needed to fall sleep, longer sleeping times, and also can partially improve the motion and psychotic symptoms of the patient.

要旨

目的：腕時計型加速度記録計を用い、増効安神止顫1号方（ZAZ1）のパーキンソン病（PD）患者の睡眠障害に対する有効性について検討した。

方法：PDで睡眠障害のある63名の患者を2グループに分け、ランダムに32名の治療群と31名の対照群とした。治療群は抗PD治療薬（西洋薬）に加えて伝統的な中薬であるZAZ1を、対照群には抗PD治療薬にプラセボ薬を服用させた。

結果：治療前後のPD睡眠量表（PDSS）と治療前1週および治療後6週における患者のバイオリズム（BIO）、睡眠効率（SE）、入眠遅延（SL）、最低5h活動量（L5）を解析した。対照群と比較してZAZ1治療群は加速度記録計の解析によって、SE、SL、L5に有意な改善（ $P<0.05$ ）がみられ、PDSSの合計スコアおよび、PDSS-1、PDSS-2、PDSS-3、PDSS-5、PDSS-8、PDSS-14、PDSS-15のスコアにおいても有意な改善（ $P<0.05$ ）がみられた。

結論：以上よりわれわれの研究は、L-dopaを基礎とする治療に中薬であるZAZ1を加えることで、早期パーキンソン病患者の睡眠の質の改善、入眠時間の短縮、睡眠時間の延長、また運動および精神症状の一部を改善することを証明した。

キーワード：パーキンソン病、睡眠障害、増効安神止顫1号方、加速度記録計

Key Words : Parkinson's disease, sleep disorder, the recipe of Zeng-xiao An-shen, Zhi-chan 1

はじめに

パーキンソン病（PD）は特徴的な症状である動作緩慢・固縮・安定時振戦などの運動障害を伴う進行性の神経変性疾患である。この疾患の診断に関する重要な問題に、疾患の進行および症状の変化を評価することが難しい点がある。クリニックで数分間から数十分間の医者による診察と患者の主訴だけでは患者の長期

における動作変動 (motor fluctuation) を客観的に評価することが難しい。また、神経内科の治療に有用で科学的に妥当な臨床で用いる薬物療法の指針は示唆されていないため、薬用量を調整するのに定量的で客観的な評価が必要である。近年、PD 患者の非運動症状に対する研究が進み、PD 患者と睡眠障害の関連性が高いとされている^{1) 2)}。中医薬は本病の治療法の中心ではないが、疾病の進行を遅らせ、西洋薬の治療効果を高め、副作用を軽減し、患者の日常生活活動 (activities of daily living: ADL) を高めるために重要であり、近年ますます広く臨床応用されている^{3) 4)}。2009 年 6 月～2010 年 10 月の期間において、われわれは 65 例の睡眠障害を伴う PD 患者についてランダムにグループ分けし、中薬である増効安神止顫 1 号方 (ZAZ1) を治療に導入し、腕時計型加速度記録計を用いて定量分析を行い^{5) 7)}、中医薬の参与による早期 PD 患者の睡眠障害に対する治療効果について評価する研究を行い、本報告と同様にまとめた。

■ 材料と方法

■ ①一般資料

2009 年 10 月～2011 年 3 月の期間に上海中医薬大学付属曙光医院神経内科の外来および入院している PD 患者 (Hoehn-Yahr の重症度分類: 1 度～3 度) 63 名を選んだ。患者は 2005 年、蔣雨平主編の『中国臨床神経科学』中の原発性 PD の診断基準⁸⁾ により確定した。除外基準は①認知症・精神疾患などの認知障害のある者、②そのほかの原因により誘引された PD 症候群およびパーキンソニズムの者、③疼痛性の疾患をもつ患者・薬物およびアルコール中毒の者、④睡眠時無呼吸症候群の者、⑤慢性閉塞性肺疾患・冠状動脈性心臓病・脳卒中など、ほかの疾患によって睡眠に影響を与える可能性がある疾患の者。コンピュータによりランダムに以下を決定した。治療群は 32 名。男性 20 名・女性 12 名、年齢 46～76 歳 (66.3 ± 8.8)、病程 0.5～6.5 年 (3.96 ± 2.53)、Hoehn-Yahr の重症度分類 2.3 ± 1.2 度、UPDRS 評価 28.8 ± 16.2 度。対照群は 31 名。男性 18 名・女性 13 名、年齢 45～77 歳 (67.0 ± 8.5)、病程 0.5～6.2 年 (4.06 ± 2.23)、Hoehn-Yahr の重症度分類 2.2 ± 1.8 度、UPDRS 評価 29.5 ± 14.3 度 (表 1)。すべての PD 患者は頭部 CT および (または) MRI 検査を行った。

■ ②方法

(1) すべての患者における神経系統の検査およびスケールスコアの記録

年齢、性別、病程、疾病の重症度、用いた治療薬とその用量、家族歴の有無およびほかの疾患の合併症を含む病歴を記録した。病状の評価は Hoehn-Yahr の重症度分類を採用した。PD 睡眠質量の調査は Parkinson's Disease Sleep Scale (PDSS) を採用した⁹⁾。治療前後で 1 度ずつ評価を行った。PDSS は 15 個の睡眠障害に関連する項目を含んでおり、PDSS-1 は被験者の夜間総体睡眠量、PDSS-2・PDSS-3 は被験者の入眠時間と睡眠維持時間の状況、PDSS-4・PDSS-5 は被験者の周期性四肢運動障害 (PLMD) とレストレスレッグス症候群 (RLS)、PDSS-6・PDSS-7 は被験者の夜間の精神状態、PDSS-8・PDSS-9 は被験者の夜間頻尿の状態、PDSS-10～PDSS-13 は被験者の夜間の運動症状、PDSS-14 は被験者の覚醒後精神状態、PDSS-15 は患者の日中過度嗜眠について示しており、各項目に 0 (症

状が重くかつ持続する) から 10 (無症状) で評価した。

② 腕時計型加速度記録計

腕時計型加速度記録計 (MicroMini-Motionlogger Ambulatory Monitoring Inc, Ardsley, New York) を服薬前 1 週間と治療薬後の最終の 1 週間 (第 6 週間目) に患者の非利き手首に装着し, 同時に患者に記録計をつけた時間および外した時間を日記に記録させた。コンピュータのソフトウェアを用いて収集したデータを以下の項目について分析した。①バイオリズム (biorhythm : BIO), ②睡眠効率 (sleep efficiency : SE), ③睡眠遅延 (sleep latency : SL), ④最低 5h 活動量 (least active 5 h : L5)^{10) 11)}。

③ 治療薬

両群の患者とも国際的な“パーキンソン病治療ガイドライン”¹²⁾ による西洋医の治療を基本とした。治療群では西洋薬による基本的な治療に加えて, “増効安神止顫 1 号方” (ZAZ1) (熟地黄 10・石菖蒲 8・酸棗仁 20・鬱金 10・夜交藤 10・僵蚕 15・朱茯苓 15・天麻 10・磁石 15・朱遠志 12・三七 12・鈎藤 8・姜黄 12 の割合で粉末にし, ふるいにかけてものを中薬のカプセルとして 1 粒 0.5g になるように調製) を, 1 日 2 回, 1 回 10 錠ずつ酉の刻 (17:00 ~ 19:00) および亥の刻 (21:00 ~ 23:00) に服用した。3 週間を 1 治療期間とし, 治療期間後ごとに 1 週間の休薬期間を取り, 連続して 3 回行った。プラセボ群には中薬協定方 (白朮・茯苓・薏苡仁・麦芽・大棗・炙甘草で調製するカプセル) を治療群と同様のカプセルの外見および服用方法で服用し, 6 週間を観察時間とした。

④ 統計学的処理

SAS 6.12 統計ソフトを使用して統計解析を行った。統計解析はすべて両側検定を用い, ANOVA 分析と Wilcoxon 順位和検定を用いて, 処理前後の両群の変化を評価した。両群について治療前後の変化は, χ^2 検定あるいはノンパラメトリック検定を使用した。P<0.05 で統計的に有意とした。

結果

① ZAZ1 服用治療前における基本情報

心窩部の不快感 (治療群 2 例) および中薬服用期間にほかの疾病の治療のために中薬を服用 (治療群 1 例・プラセボ群 1 例) したことによって 4 例が脱落した。両群の患者の年齢, 性別, 罹病期間, 疾病の程度および L-dopa の投与量, 腕時計型加速度記録計などの比較において統計上の有意差はみられなかった (P>0.05)。服薬前の両群間の SL, SE および L5 はお互いに近似で, 統計学的な有意差はなかった (P>0.05)。それぞれの数値を示す (表 1)。

② ZAZ1 服用治療前後における PDSS 評価

PDSS-4・7・9・11 および 12 を除いて, 治療後の PDSS 各項目は優位に改善した (P<0.05)。ZAZ1 治療前と治療後で PDSS 総スコアが明らかに改善し, プラセボ群との比較においても統計学的に有意な差がみられた (P<0.05) (表 2)。

表1 治療群と対照群の治療前の基本情報の比較 ($\bar{x} \pm s$)

項目	治療群	対照群
年齢 (年)	66.3 ± 8.8	67.0 ± 8.5
性別 (男 / 女)	20/12	18/13
罹病期間 (年)	3.96 ± 2.53	4.06 ± 2.23
Hoehn-Yahr の重症度分類	2.3 ± 1.2	2.2 ± 1.8
UPDRS 評価	28.8 ± 16.2	29.5 ± 14.3
Levodopa/DCI (mg/day)	323.3 ± 173.9	362.7 ± 205.12
Pramipexole (mg/day)	0.98 ± 0.79	1.02 ± 0.68
Entacapone (mg/day)	248.67 ± 109.38	245.86 ± 98.56
Selegiline Hydrochloride (mg/day)	8.21 ± 3.76	8.28 ± 2.69
Adamantanamine (mg/day)	116.31 ± 89.6	112.56 ± 90.8
Artane hydrochloride (mg/day)	4.65 ± 2.36	4.39 ± 2.41
睡眠効率 (sleep efficiency)	66.7 ± 16.2	66.8 ± 15.9
入眠遅延 (sleep latency)	38.8 ± 18.6	39.4 ± 16.7
最低 5h 活動量 (least active 5 h)	58.6 ± 23.9	59.3 ± 13.8

表2 治療前後における PDSS 評価 ($\bar{x} \pm s$)

項目	治療群		プラセボ群	
	治療前	治療後	治療前	治療後
PDSS-1	6.59 ± 2.3	7.74 ± 2.8 ^{#*}	6.55 ± 2.8	6.82 ± 2.9
PDSS-2	6.76 ± 2.8	7.48 ± 3.2 ^{#*}	6.80 ± 2.2	6.84 ± 1.9
PDSS-3	6.61 ± 1.6	7.97 ± 1.8 ^{#*}	6.57 ± 2.6	6.79 ± 1.8
PDSS-4	8.78 ± 3.1	9.11 ± 3.3	8.70 ± 3.8	8.78 ± 3.7
PDSS-5	8.78 ± 3.6	9.39 ± 2.6 [#]	8.69 ± 4.1	8.78 ± 3.6
PDSS-6	8.56 ± 3.5	9.58 ± 3.1 ^{#*}	8.61 ± 3.2	8.81 ± 2.6
PDSS-7	8.76 ± 2.1	8.92 ± 3.3	8.71 ± 3.0	8.79 ± 3.2
PDSS-8	5.72 ± 2.1	7.33 ± 3.7 ^{#*}	5.56 ± 2.8	5.77 ± 3.1
PDSS-9	9.11 ± 1.7	9.18 ± 2.1	9.14 ± 1.1	9.13 ± 0.9
PDSS-10	8.86 ± 1.8	9.66 ± 2.5 [#]	8.89 ± 1.6	9.06 ± 1.5
PDSS-11	8.64 ± 2.1	8.93 ± 2.6	8.62 ± 2.8	8.69 ± 2.2
PDSS-12	8.35 ± 2.6	9.37 ± 2.6	8.32 ± 2.9	8.61 ± 3.1
PDSS-13	7.41 ± 2.9	8.71 ± 2.8 [#]	7.39 ± 3.0	7.78 ± 3.1
PDSS-14	7.45 ± 3.6	8.79 ± 2.9 ^{#*}	7.41 ± 3.1	7.97 ± 3.8
PDSS-15	7.86 ± 2.9	8.88 ± 3.1 ^{#*}	7.83 ± 3.2	8.09 ± 3.1
総スコア	125.29 ± 27.6	135.31 ± 30.6 ^{#*}	124.19 ± 28.6	129.36 ± 36.7

注：治療前後における Parkinson's Disease Sleep Scale (PDSS)。[#]P<0.05, 治療群患者における治療前後の比較。^{*}P<0.05, 治療後における治療群とプラセボ群との比較。

■ ③ ZAZ1 治療前後における腕時計型加速度記録計分析

(1) 日常活動とバイオリズムの変化状況

睡眠障害を伴う PD 患者における服薬前の夜間活動量は比較的多く、バイオリズムにも違いがみられた。ZAZ1 服用後には改善がみられ、治療群と比べ、プラセボ群では同様の改善はみられなかった (図 1)。

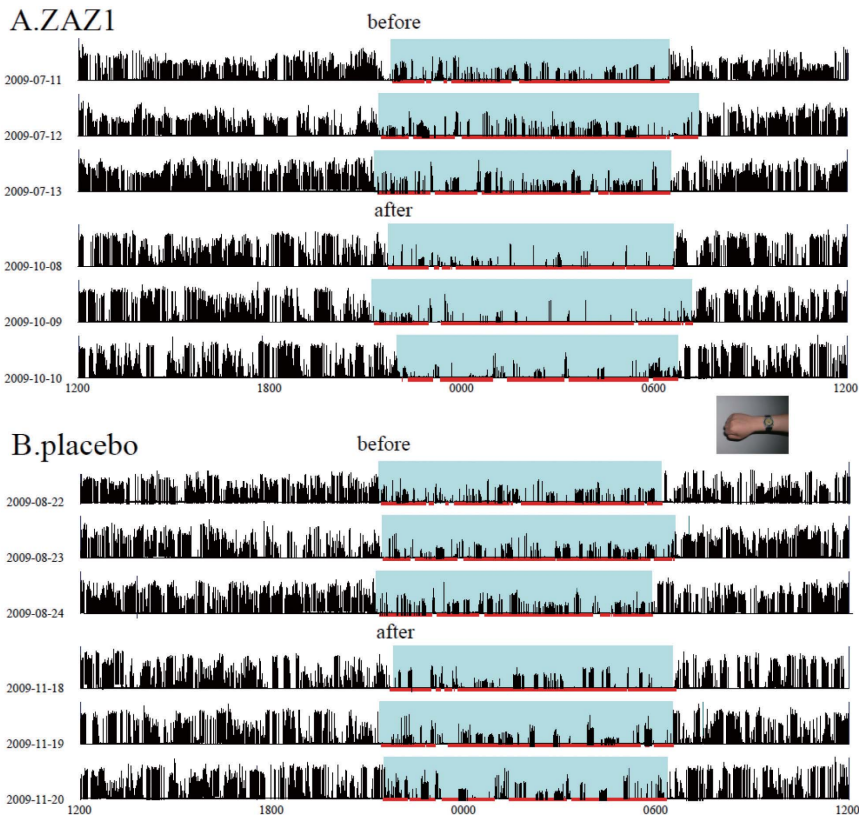


図1 治療群とプラセボ群における治療前後の日中活動の変化

PD患者の増効安神止顫1号方(ZAZ1)治療前と治療6週間後(A:3日間)およびプラセボ群の治療前後(B)の比較。増効安神止顫1号方治療後は治療前に比べて夜間活動量の明らかな減少がみられたが、プラセボ群では改善はみられなかった。図中の写真は腕時計型加速度記録計を示す。図中における1行は一昼夜を示し、表の左側には測定日時を、下側には時刻をそれぞれ示す。

(2) 睡眠効率

中薬の服用治療後、ZAZ1群において服用前に比べ明らかに睡眠効率が改善したのに対し、プラセボ群では明らかな改善はみられず、両者には統計的に有意な差がみられた ($P < 0.05$) (図2)。

(3) 入睡遅延時間

中薬の服用治療後、ZAZ1群において服用前に比べ明らかな入眠時間の短縮がみられたのに対し、プラセボ群では明らかな改善はみられず、両者には統計的に有意な差がみられた ($P < 0.05$) (図2)。

(4) 最低5h活動量

中薬の服用治療後、ZAZ1群において服用前に比べ最低5h活動量に明らかな減少がみられたのに対し、プラセボ群では明らかな改善はみられず、両者には統計的に有意な差がみられた ($P < 0.05$ または $P < 0.01$) (図2)。

■ 考察

■ ① 中医中薬のPD患者に対する睡眠障害の治療意義

PD発症率は加齢と密接な関連があり、世界的な人口高齢化に伴い、増加傾向

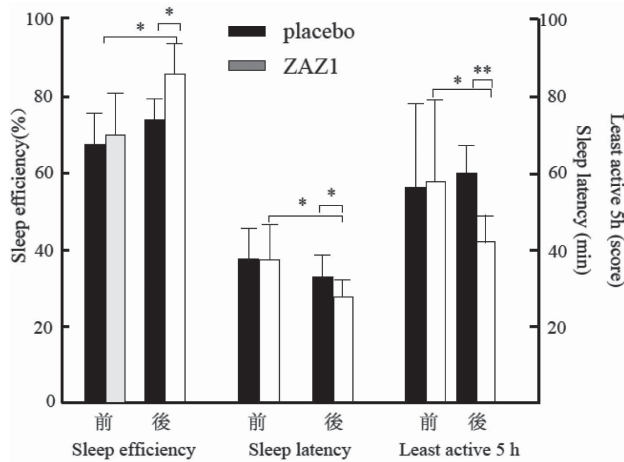


図2 中薬治療前後の睡眠パラメーターの変化

増効安神止顫1号方 (ZAZ1) 治療後の睡眠効率 (Sleep efficiency: SE), 睡眠遅延時間 (Sleep latency: SL) および最低5h活動量 (Least active 5h: L5) は治療前と比べると顕著に改善し、かつプラセボ群との比較によっても統計学的に有意な改善がみられた。プラセボ群の治療前後では統計学的に有意な変化はみられなかった。(* $P < 0.05$)

にある。PD と睡眠障害の関係はすでに Pakinsong の論著中に記載があり¹³⁾, Palら¹⁴⁾によると, PD 患者の 67 ~ 88% に睡眠障害がみられるとされている。

毛成潔らによると早期 PD 患者の睡眠障害発症率は 66% (35/53) であった。PD 患者の睡眠障害はおもに不眠・レストレスレッグス症候群 (RLS)・周期性四肢運動障害 (PLMS) を含むとされている。そのなかでも入眠困難と頻繁な夜間覚醒は早期からよく認められる PD 睡眠障害の表現形式であり, 覚醒回数が著しく増加するため, まとまった睡眠がとれない。

現在, 西洋医はドパミン製剤をまず使用するが, DR 作動薬あるいは COMT 阻害薬の使用も増加している。必要に応じて短時間型鎮静催眠剤などの薬物を選択して治療を行う¹⁵⁾。PD は中高年に多くみられ, 睡眠障害発生後は催眠鎮静薬の長期服用を必要とし, (比較的) 薬物依存になりやすく, 機能障害などの副作用が発現しやすいことが知られている。臨床観察研究において, PD 患者の振戦・肢体硬直・便秘などに対する中医薬の改善作用は明確に証明されており, さらに L-dopa の服用時期を遅らせたり, 服用量および副作用を減少させることも証明されている¹⁶⁾。以上より, 本研究は中医中薬が早期 PD 患者の睡眠障害にどの程度関与するかについて検討し, PD 患者の夜間睡眠障害などの症状や薬剤副作用をどの程度改善するかについて調査した。

中医学では二千年以上前にすでに睡眠についての明確な記述があり, 『黄帝内経』ではおもに陰陽論により“寤寐”として深刻にとらえ, 營衛気血学説では治療について簡素ではあるが明確に記述されている。伝統的な中医理論では顫証の治療においても, 弁証論治にもとづき不眠の治療を行う。特に睡眠障害の治療は補益心脾・養血安心, あるいは滋陰清熱・交通心腎, あるいは清心化痰・重鎮安神, あるいは益気鎮驚・安神定志, あるいは消食導滯・和胃安神などである。

本研究は文献統計にもとづく PD 治療常用中薬のなかから, 弁病的方法や現代薬理研究を組み合わせる弁証した結果, 安神健脳定顫によって止癎効果を増強さ

せる組成の熟地黄・石菖蒲・酸棗仁・鬱金・夜交藤・僵蚕・朱茯苓・天麻・磁石・朱遠志・三七・釣藤鈎・姜黄などを中薬より選択して、睡眠障害を伴うPD患者を治療した。

<結果表明>

PDSS治療群は対照群と比較して顕著な有意差があると評価された。各項目別に、PD患者夜間総体睡眠量(PDSS-1)、入眠時間(PDSS-2)、睡眠維持時間(PDSS-3)、運動症状(PDSS-5)、精神状態(PDSS-7)、夜尿状況(PDSS-8)、振戦(PDSS-13)、覚醒後精神状態および日中過度嗜眠(PDSS-14ならびにPDSS-15)についての両群の比較で、顕著な統計学的有意差を認めた。

中医中薬治療群においては患者の夜間総睡眠量の改善ばかりでなく、運動症状・夜尿・精神状態および日中過度嗜眠などのような、そのほかの関連症状の部分的改善もみられることが証明された。治療群の薬方の多くは心・肝・脾経に属する。薬方中の天麻・釣藤鈎は熄風定驚・清熱平肝作用を有し、『薬性論』で“治……，語多恍惚，多驚先志”と天麻の記述を認める。鬱金・石菖蒲は解鬱開竅・安心神の作用を有し、『本草匯言』に“鬱金清氣化痰散瘀血之藥也，其性輕揚，能散鬱滯，順逆氣，上達高嶺，……”との記述を認める。僵蚕もまた熄風解痉作用を有し、夜交藤・酸棗仁は養心安神で作用を有し、『本草正義』に“治夜少安寐”と夜交藤の記述がある。

近代の薬理研究発表によると¹⁷⁾、天麻配糖体は鎮静作用を有し、釣藤鈎はマウスに対して顕著な鎮静作用を有する。天麻素あるいは天麻配糖体の一部を服用後の健常人の多くが嗜眠感を訴え、脳波図α波指数が低下することから、天麻の鎮静催眠作用が脳内ヒドロキシトリプタミン含有量低下に関係することがわかる。釣藤鈎アルカロイドは、さらに脳内5-ヒドロキシトリプタミン代謝の乱れを調節し、抑鬱症に対して治療作用を有する。鬱金はペントバルビタールナトリウムと抱水クロラルによるマウス睡眠時間を顕著に延長し、ペントバルビタールナトリウムによるマウス入眠時の催眠薬量閾値を引き上げる。石菖蒲の抽出物あるいは水煎剤は鎮静作用を有し、マウスの自発活動を顕著に減少させることができる。

<研究表明>

石菖蒲揮発性成分の鎮静作用は強く、石菖蒲油は筋張力の低下、触覚と聴覚能力の低下など、実験動物の自発活動を減少させる。石菖蒲に含有されるα-アサロンは顕著な鎮静作用を有し、その作用はクロルプロマジンと同程度の時間持続する。僵蚕は抗驚厥の催眠作用を有する。僵蚕チンキ剤をマウスに皮下注・腹腔注や経管栄養投与、あるいはウサギに静脈投与すると、そのすべてにおいて催眠作用が認められる。酸棗仁経口投与後には睡眠総時間とα波睡眠時間が増加し、覚醒睡眠を顕著に減少させていることが脳波観察から明らかになった。さらにα波睡眠段階の高幅α波の増加、波幅の増大を認め、周波数は疎になっていた。

夜交藤煎剤をラットに経胃経管投与すると、おもにα波睡眠時間の相互延長、α波以外の睡眠時間の短縮、総睡眠時間延長が脳波図で多く認められる。このほか、三七のおもな鎮静催眠作用を示すものは人参サポニンが比較的多く含まれるその地上部分に存在し、中枢抑制作用を示し、鎮静安定により睡眠改善なども

たらず。さらに、三七サポニンEはチオペンタールナトリウムの睡眠時間を延長し、動物を鎮静させ、マウス自発活動を顕著に減少させることができる。姜黄素は、パーキンソン病誘発モデルマウス作製時に黒質ドーパミン神経細胞を脱落変性させるMPTPに対して拮抗作用を示す¹⁸⁾。以上の、中医伝統理論および現代薬理研究より、睡眠障害を伴うPD患者に対し、中医中薬は確実な治療効果を示すと言える。

さらに、中医薬の併用によりPD患者の運動症状かつ非運動症状が改善されることが実証された。また、中医薬は減毒作用を強力に示して西洋薬の副作用を減少するため、PD患者の生活の質の改善が顕著に認められた。

PDSS分析評価において、早期PD患者の幻覚・尿失禁の発生率は非常に低く、治療群3.6% (1/32)・5.8% (2/32)、対照群3.3% (1/31)・6.1% (2/31)である。以上より中医中薬には運動症状を軽減し、ドーパミン製剤投与量を減量する可能性がある。

■ ②加速度記録計器の早期PD患者睡眠障害観察の意義

われわれは、PD患者の運動障害に対する睡眠の影響が比較的大きいことをすでに理解している。説明の不明瞭な患者の存在や理解度の差の問題など主観的要因が多いため、アンケート収集すべきであり、現在おもにPDSSを通じて評定が進行している。ここ数年来、PDの運動症状と非運動症状の進行に関する研究で加速度計を使用する学者が出てきている⁵⁾。

本研究企画では記録運動装置—加速度計を使用する。加速度計は、患者のレストレスレッグス・振戦・夜間寝返り回数のような夜間睡眠中運動障害状況を客観的に分析し、睡眠障害の治療効果に関与する中医薬を定量分析する結果として、有効な治療方法が求められる。

<研究顕示>

現在、加速度計を使用するパーキンソン病運動症状および非運動症状を定量的に評価したが、解析方法による敏感度と特異性があることを示した^{5)~7)}。加速度計を用いて相関システム分析を行った。ZAZ1投与群の夜間運動症状など、一部については、対照群に比較して統計学的に有意な改善はみられなかった。しかし、入眠時間の明確な短縮、最低5時間活動量の明確な低下、患者の睡眠効率の明確な向上が治療群で認められたのに対し、対照群では明確な変化がみられず、統計学的有意差が認められた。加速度計を用いると患者の運動状況・睡眠状況を客観的に記録でき、十分に臨床応用可能である。PDSS評価と合わせ、振戦・夜間寝返り回数・肢体痙攣疼痛が睡眠に対して影響を及ぼす率は治療群および対照群で23.37% (8/32)・24.6% (8/31)、14.85% (5/32)・11.9% (4/31)、2.83% (1/32)・2.97% (1/31)と、ほぼ同等であった。中晩期PD患者の発生率は低い¹⁹⁾。早期PD患者の運動症状は軽度で、ドーパミン治療と“蜜月期”にあることから、運動症状は早期PD患者睡眠の主要因にまったく影響しないと考えられる。

■ ③早期PD患者睡眠障害に対する服薬時期の選択の影響

このほか、中医理論によれば、不眠の発生は陰陽不交によるものである。したがって酉の刻 (17:00~19:00) ならびに亥の刻 (21:00~23:00)²⁰⁾ を選

択し中薬を各 100mL ずつ服用すると、人体の睡眠一覚醒周期に及ぼす陰陽調整をより良くし、中薬治療の有効率が向上する。伝統的中医理論によると酉の刻に陰気が次第に盛んになり陽気が次第に衰えると考えられ、“陽収之時”と称する。陽を蔵し陰を収める亥の刻に服薬すると陽入陰を助けることができる。

中医中薬には整体総合調節と不良反応が小さいという特徴があり、PD 治療において優れた特徴となると考えられる。

<本研究表明>

中医薬は睡眠障害を伴う PD 治療に投与すると、PD 患者の生活の質を改善し、日中過度嗜眠を防止、さらに病状を安定させる確実な作用があり、整体治療効果を向上させる。ただし、検体量に小さな偏りがあるため、随意性を低下させるべく、より多数の無作為二重盲検臨床試験を実施すべきである。さらに睡眠障害を伴う PD 患者に対し同時に積極的治療を行い、良好な睡眠環境を保証し、不安緊張感を緩和させる良好な睡眠習慣を形成するよう、適切な時期に指導すべきである。長時間のテレビ鑑賞・読書・雑談などはせず、就寝前の刺激を避ける。寝返りに支障を来すような軟らかすぎる敷布団は用いず、寝室内に尿瓶・便器などを設置する。そのほか、睡眠状態にある患者の夜間身体活動量に対して加速度計で客観的な記録を行った。ただし、患者の睡眠を同時評価する多くの計器で測定した身体活動パラメーターと照らし合わせ、それらの間に必然的な関連があるかどうかのさらなる検証を必要とする。また、加速度計の睡眠障害評価の信頼性と正確性をより明確にすることによって、両者の関連性を考察することが、本研究班の次の研究目的の 1 つである。

参考文献

- 1) 劉姝・陳彪・蔡彦寧ほか：帕金森病患者の睡眠異常。中華神経科雑誌，2006，39：193-195
- 2) 何遠宏・朱迎慧・劉柳ほか：帕金森病患者睡眠障碍臨床分析。中国实用神經疾病雑誌，2008，11：29-30
- 3) 連新福・雒曉東：中医弁証分型治療対美多巴増効減毒の影響。中国中西医結合雑誌，2007，9：796-799
- 4) 趙虹・李文偉・高俊鵬ほか：補腎養肝方治療肝腎陰虚型パーキンソン病臨床研究。中国中西医結合雑誌，2007，9：780-784
- 5) 潘衛東・元唯安・方正龍ほか：増効安神止顫 2 号方対帕金森病運動与非運動症状治療効評価。上海中医薬大学学報，2009，4：29-34
- 6) 潘衛東・方正龍・劉云ほか：身体活動的霧型自相関指数定量化反映帕金森病的程度。中国臨床神經科学，2010，18：257-262
- 7) Pan W・Ohashi K・Yamamoto Y et al：Power-law temporal autocorrelation of activity reflects severity of parkinsonism. Mov Disord, 2007, 22：1308-1313
- 8) 蔣雨平・丁正同・鄒劍軍ほか：原發性帕金森病的診斷標準（2005 年）。中国臨床神經科学，2005，14：40
- 9) Chaudhuri KR・Pal S・DiMarco A et al：The Parkinson's diseasesleep scale: a new instrument for assessing sleep and nocturnal disability in Parkinson's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2002, 73：629-635

- 10) 潘衛東・郭伸・劉云・方正龍ほか：養血清腦顆粒改善帕金森病睡眠障礙療效評估。上海中醫藥大學學報，2010，4：38-41
- 11) Comella CL・Morrissey M・Janko K：Nocturnal activity with nighttime pergolide in Parkinson disease: a controlled study using actigraphy. *Neurology*, 2005, 64：1450-1451
- 12) Olanow CW・Watts RL・Koller WC：An algorithm (decision tree) for the management of Parkinson's disease (2001): treatment guidelines. *Neurol*, 2001, 56 (11)：S1-S88
- 13) Pakinsong J：An essay on the shaking palsy. *J Neurop Psychiatry Clin Neurosci*, 2002, 14：2223-2236
- 14) Pal PK・Thenarasu K・Fleming J et al：Nocturnal sleep disturbances and daytime in patients with parkinson's disease and in their caregivers. *Parkinsonism Relat Disord*, 2004, 10：157-168
- 15) 趙忠新・黃流清：帕金森病的睡眠障礙。老年醫學與保健，2006，12：205-207
- 16) 劉毅・李如奎：止顫湯治療帕金森病臨床觀察。山西中醫，2002，18：16-17
- 17) 周金黃・王建華：中藥藥理與臨床研究進展 3 版。北京，軍事醫學科學出版社，1995：295-301
- 18) 潘靜・丁健青・陳生弟：姜黃素對帕金森病小鼠模型黑質多巴胺能神經元損傷的保護作用。中國現代神經疾病雜誌，2007，5：421-426
- 19) 李琳・劉振國・干靜ほか：早期帕金森病患者睡眠障礙分析。中國現代疾病雜誌，2008，8：176-180
- 20) 郁青萍・高翔：弁時治療失眠 50 例。中醫藥學刊，2006，24：763

*連絡先 潘衛東醫學博士 上海市浦東新區張衡路 528 號 5A 神經內科
〒201203 panwd@medmail.com.cn +86-21-20256378

謝辭 本研究は上海市科學技術委員會上海浦江人才計畫（09PJ1409300）の援助により行われた。

Acknowledgement Sponsored by Shanghai Pujiang Program from Science and Technology Commission of Shanghai Municipality (09PJ1409300)

糖尿病慢性并发症的中医治疗—③

糖尿病肾病的中医辨治

天津中医药大学第一附属医院内分泌代谢科 吴深涛

摘要

糖尿病肾病 (diabetic kidney disease, DKD), 是糖尿病主要的慢性微血管并发症之一, 其基本病理表现为肾小球系膜基质增生和肾小球毛细血管基底膜增厚, 最终导致肾小球滤过功能衰竭。中医学根据本病的发病机理和临床表现将其归纳为“消渴病并发水肿、尿浊、吐逆、肾消、关格”等范畴, 并将其定名为“消渴病肾病”。本病早期的病机主要是气阴两虚, 脾肾两伤。肾水不足则心失所济而心肾不交; 水不涵木则肝肾阴虚, 虚火内扰加之脾虚失摄, 则精微不固化浊渗漏; 病情迁延, 阴损及阳, 浊瘀化毒伤及脾肾之络。脾虚失运、不摄; 肾失气化、不藏, 则最终导致精微泻漏及水肿诸症。本病的治疗大法当以扶正祛邪, 固利相兼为主。尤重要重视早期防治, 具体治宜交通心肾, 固精化浊, 或滋补肝肾, 清热固精, 或温补脾肾等。同时要注意配合好基础治疗, 如控制好饮食, 运动和身心调理, 才能进一步提高和巩固疗效。

关键词: 糖尿病肾病 辨证论治 中医药

糖尿病肾病 (diabetic kidney disease, DKD), 是糖尿病主要的慢性微血管并发症之一, 又称糖尿病性肾小球硬化症。现代医学认为本病的发生与慢性高血糖所致的肾小球高滤过、蛋白非酶糖基化、多元醇通路激活、蛋白激酶 C 活化、细胞外基质积聚以及细胞因子的参与有关, 其基本病理表现为肾小球系膜基质增生和肾小球毛细血管基底膜增厚, 最终导致肾小球滤过功能衰竭。1 型糖尿病患者的糖尿病肾病的发病率为 40-50%, 2 型糖尿病患者为 20-30%, 已成为导致的慢性肾衰的首要因素。病变早期大多表现为尿中排出微量白蛋白, 继之出现临床蛋白尿, 最后发展为慢性肾功能不全。因此, 一旦临床肾病发生, 则肾功能持续性减退直至终末期肾功能衰竭。至今尚无有效的措施阻止其发生与恶化。而在糖尿病肾病的早期, 通过严格控制血糖、血压, 可以有效阻止病情的进展, 而中医药在治疗肾脏疾病方面素有其优势, 如在上述基础治疗的同时配合中医药的辨证论治则可能以获得更好的临床疗效。

中医学虽无糖尿病肾病这一病名，但有“消渴病日久并发水肿、尿浊、吐逆、肾消、关格”等记载，其一系列表现均属于肾病范畴，而这种肾病由于其是继发于消渴病，故目前中医学将定名为“消渴病肾病”。

■ 一 病因病机

(一) DKD 病机及演变规律

消渴病并发之肾病，主要原因系消渴病未能及时调治，或失治、误治、或久治不愈，导致脏腑功能失调，阴阳气血亏虚而发病。其起病较缓，正气渐耗，故病证多以虚为主，病位虽在肾，但病变涉及脾、肝、膀胱等脏腑，所致病理变化则涉及水谷精微的代谢障碍。若病不得治或误治，阴损及阳，脾肾两虚，气化无力，阳衰阴盛，湿浊瘀血内蕴化毒，浊毒壅塞三焦，则至关格之危候。其具体的发病机转可以归纳为早、中、晚期三个阶段。

(二) 早期 DKD 的病机特征

我们认为 DKD 患者多为素体肾脾不足，加之糖尿病迁延日久，耗气伤阴，五脏受损，兼夹浊、痰、热、郁、瘀等致发病。发病之初病人因罹患消渴病而多五志过极，内火耗阴，气阴两虚，脾肾两伤。肾水不足则心失所济而心肾不交；水不涵木则肝肾阴虚，虚火内扰加之脾虚失摄，则精微不固化浊渗漏；病情迁延，阴损及阳，浊瘀化毒伤及脾肾之络。脾虚失运、不摄；肾失气化、不藏，则见精微泻漏及水肿诸症。临床表现特点：初期临床症状多不明显，可见口干心烦、少寐倦乏、腰膝酸软，随着病情进展，可见尿浊、夜尿频多，进而下肢、颜面甚至全身水肿阶段。

■ 二 中医辨证论治

本病基本特点为本虚标实、本虚为气（脾气虚、肾气虚）、阴（心肝肾阴虚）两虚，标实为痰热、郁瘀、浊毒，所及脏腑以肾、肝、脾为主，病程较长，不得及时控制则兼证变证蜂起，治当扶正祛邪，固利相兼。尤重早期防治，宜交通心肾，固精化浊，或滋补肝肾，清热固精。中晚期则当辩证论治，注重化浊解毒，扶正活血。此外，DKD 的基础治疗亦很重要，良好的基础调理会极大地提高药物治疗的效果。

(一) 基础治疗

1. 饮食：DKD 患者应予优质低（动物）蛋白富含维生素的饮食，植物蛋白如豆类食品应限制。对早期和肾功能正常的 DKD 患者，蛋白质摄入量一般在 0.6 - 0.8g/kg/d。对肾功能不全，肌酐清除率 < 30ml/min 的患者，蛋白质摄入量 < 0.6g/kg/d 为好。水肿和高血压者应限制钠盐的摄入，氯化钠应 < 5g/24h。
2. 运动：早期 DKD 病人要适量活动，不可过劳，而中晚期 DKD 病人特别是伴有肾功能衰竭者应以卧床休息为主，活动量不宜过大，不宜做剧烈运动。
3. 心理：DKD 病人除了避免体力过劳，还要注意精神调养，保持心情舒畅，有助于树立和增强战胜疾病的信心。

(二) 辨证论治

1. 心肾不交

症状：口苦咽干，腰膝酸软，心烦心悸，夜寐欠安，气短乏力，尿频或赤，或时或

心前区隐痛，或月经不调，舌红，苔薄黄或干，脉细数或弦细。

治则：交通心肾，化浊固精。

方药：莲子清心饮《和剂局方》化裁。

组方：太子参 15g，茯苓 20g，石莲子 20g，黄芩 12g，柴胡 12g，生甘草 6g，生黄芪 20g，车前子（包煎）15g，地骨皮 20g，丹参 15g，芡实 20g，麦冬 15g。

化裁：气虚甚者，加白术、北沙参、党参；阴虚甚者，加二至丸，或合用六味地黄汤；兼瘀者，加赤芍、益母草。

2. 肝肾阴虚

症状：腰酸膝软，头晕耳鸣，心烦口渴，手足心热，舌燥咽干，饮不解渴，或遗精早泄，形瘦神疲，或足面微肿，夜寐不安，多梦惊扰，舌淡紫少津无苔，脉细数或弦。

治则：滋补肝肾，清热固精。

方药：杞菊地黄丸《医级·杂病类方》化裁。

组方：生地 20g，山茱萸 20g，山药 20g，茯苓 20g，丹皮 15g，泽泻 15g，枸杞子 15g，菊花 12g，石莲子 20g，玄参 15g。

化裁：兼瘀血者，加丹参、赤芍、姜黄等；肿甚者，加猪苓、益母草等；热甚者，加知母、花粉、黄芩。

3. 脾肾阳虚

症状：面浮身肿，腰以下尤甚，按之没指，畏寒肢冷，头晕目眩，少气懒言，胸闷腰酸，腹胀食少，时或腹中冷痛，肠鸣便溏，口淡不渴，尿量减少，面色少华，舌淡青而胖，苔白腻，脉沉细。

治则：温肾健脾，化气行水。

方药：实脾饮《重订严氏济生方》或真武汤《伤寒论》化裁。

组方：茯苓 20g，白术 20g，白芍 20g，附子 6g，干姜 7g，木瓜 20g，太子参 15g，桂枝 15g。

化裁：肿甚者，加葶苈子、猪苓、薏苡仁、泽兰，或五皮饮；脾虚甚者，加附子理中汤化裁；瘀甚者，加益母草、丹参、赤芍。

■ 结语：

本病的早期发现和治疗极为重要，必须再三强调，而现代科学监测手段的发展，如微量尿白蛋白的测定，就为中医药的早期治疗提供了必要的条件。中医对本病的治疗方法较多，疗效亦具较大优势，临证时应视具体情况而选择，就笔者的临床体验，本病早期就已病及多脏，故其临床特点是往往以数脏病症状相兼而见为多。早期通过有效地控制血糖可使肾小球基底的病变和尿微量白蛋白的增加得以好转，甚至部分人可以逆转。但一旦至临床期肾病并出现持续蛋白尿时，肾功能损害将持续进展，即使积极控制血糖亦不可能逆转，最终因肾功能衰竭而死亡。

近年来对糖尿病肾病的研究有了很大进展，但一旦发展到中期和晚期时疗效仍尚不满意，因此，早期的防治显得尤其重要，适时的中药干预及中西医结合治疗可使其预后向好的方向转变，甚至部分逆转是可能的。需要注意的是，DKD的治疗是一个长期的工作，在服中药汤剂病情好转或控制后，应再辨证配合服用中成药，如我们所研制的肾消颗粒等，继续巩固和善后调理，会取得更理想的效果。



简历

吴深涛

- 医学博士，教授，主任医师，博士研究生导师。
天津中医药大学第一附属医院·内分泌代谢病科主任。

现任，中华中医药学会糖尿病专业委员会副主任委员，
天津市中医药学会糖尿病专业委员会主任委员，
天津市中西医结合学会内分泌专业委员会副主任委员，
世界中医联合会糖尿病专业委员会副会长。

曾被评为全国优秀中医临床人才，天津市卫生系统跨世纪优秀青年技术人才，天津市青年名医。

- 主要著作有《中医临证修养》，《糖尿病慢性并发症的中医辨治》，《糖尿病肾病中医辨证论治》，《亚健康状态与中医养生方药》等。
于《中医杂志》，《中国中西医结合杂志》等刊物上发表论 80 余篇。

糖尿病慢性合併症の中医治療－③

糖尿病性腎症の 中医弁証論治

天津中医薬大学第一付属病院・内分泌代謝科 吳深涛

〔翻訳〕天津中医薬大学 柴山周乃

要旨

糖尿病性腎症（diabetic kidney disease：DKD）は、糖尿病の慢性細小血管合併症の1つであり、その基本病理は、糸球体メサンギウム基質の増殖と糸球体毛細血管基底膜の肥厚が現れ、最終的に糸球体ろ過機能低下をもたらす。中医学で本病は、その発病メカニズムや臨床表現から「消渴病と水腫・尿濁・吐逆・腎消・関格の合併」などの範疇に属し、その名を「消渴病腎病」と定めている。早期病機はおもに、気陰両虚・脾腎両傷である。腎水が不足すると、腎水は心まで上昇できず心腎不交となる。水は木を涵せず、肝腎陰虚となり、虚火が内擾し、加えて脾虚により固摂作用を失い、精微を固摂できなくなり化濁がにじみ漏れる。病状が長引き、陰の損傷が陽にも及び、濁瘀が化毒し脾腎の絡を損傷する。脾虚により運化機能が失調し、固摂作用を失う。腎は気化機能を失い貯蔵できず、精微の漏れや水腫の諸症をもたらす。本病の治療大法は、おもに扶正祛邪と固精利湿である。とりわけ、早期の予防と治療を重視し、具体的に交通心腎・固精化濁、あるいは滋補肝腎・清熱固精、あるいは温補脾腎などの方法を用い治療するとよい。また同時に、飲食のコントロール・運動・心身養生など基礎治療をきちんと行うことにも注意すれば、さらに治療効果をあげ、その効果を堅持することができる。

キーワード：糖尿病性腎症・弁証論治・中医薬

糖尿病性腎症（diabetic kidney disease：DKD）は、糖尿病の慢性細小血管合併症の1つであり、糖尿病性糸球体硬化症とも呼ばれる。現代医学では、本病の発生は、慢性的な高血糖による糸球体ろ過率の上昇、たんぱく質の非酵素的糖化反応（グリケーション）、ポリオール経路の代謝亢進、プロテインキナーゼCの活性化、細胞外マトリックスの蓄積、およびサイトカインの関与と関係があり、その基本病理は、糸球体メサンギウム基質の増殖と糸球体毛細血管基底膜の肥厚が

現れ、最終的に糸球体ろ過機能低下をもたらす、と考えられている。1型糖尿病患者の糖尿病性腎症の発病率は40～50%、2型糖尿病患者は20～30%であり、慢性腎不全を引き起こす主要な要素となっている。病変は、早期には、大部分の患者の尿中に微量のアルブミンが排泄され、ついで持続性尿たんぱくが現れ、最後には慢性腎不全へと発展する。ゆえに、いったん腎症が発生すると腎機能は持続して低下し、末期には腎不全にいたる。現在のところ、その発生・悪化を阻止する有効的な措置はない。糖尿病性腎症の早期に、厳格に血糖・血圧をコントロールすることにより、病状の進行を有効的にくい止めることができる。また、中医薬は本来、腎臓疾患方面の治療において優勢であり、上述の基礎治療に合わせ中医薬の弁証論治を行えば、よりよい臨床効果が得られる。

中医学には糖尿病性腎症という病名はないが、「消渴病の長期罹患と水腫・尿濁・吐逆・腎消・関格の合併」などの記載があり、一連の臨床表現は腎病の範疇に属する。このタイプの腎病は消渴病について発生するため、今のところ中医学ではその名を「消渴病腎病」と定めている。

■ ① 病因病機

(1) DKD 病機および発展変化の規律

消渴病の腎病合併のおもな原因は、消渴病の養生と治療のタイミングを逃すこと・治療失敗・誤治療または長期治療後も治癒しない、などにより臓腑の機能障害をもたらす。陰陽気血が虧虚し発病する。発病は比較的ゆっくりで、次第に正気を消耗するため、病証の多くが虚証である。病位は腎であるが、脾・肝・膀胱などの臓腑にも病変は及び、水谷精微の代謝異常の病理変化をもたらす。もし、治療できなかつたり、誤治療すれば、陰の損傷が陽にも及び脾腎両虚し、気化する力がなく、陽衰陰盛となり、湿濁瘀血が内にこもり化毒し、濁毒が三焦を塞ぎ、関格の危候にいたる。その具体的な発病機転は早・中・末期の3段階に帰納することができる。

(2) 早期 DKD の病機特徴

われわれは、本病はDKD患者の多くがもともと腎脾不足であり、それに加え糖尿病が長引き耗気傷陰となり、五臓が損傷し、濁・痰・熱・郁などが混じり発病すると考えている。発病初期に、患者は消渴病を罹患しその多くが五志過極となり、内火が陰を消耗させ、気陰両虚・脾腎両傷となる。腎水が不足すると、腎水は心まで上昇できず心腎不交となる。水は木を涵せず、肝腎陰虚となり、虚火が内擾し、加えて脾虚により固摂作用を失い、精微を固摂できなくなり化濁がにじみ漏れる。病状が長引くと、陰の損傷が陽にも及び、濁瘀が化毒し脾腎の絡を損傷する。脾虚により運化機能が失調し、固摂作用を失う。腎は気化機能を失い貯蔵できず、精微の漏れや水腫の諸症をもたらす。臨床表現の特徴は、初期の症状はあまり顕著ではなく、口渇・心煩・少寐・倦乏・腰膝酸軟（腰膝がだるくて無力）が見られ、病状が進展するにつれ、尿濁・夜尿頻多（夜間尿が頻繁で多い）、下肢・顔面ひいては全身にまで水腫が及ぶ段階へと進む。

■ ② 中医弁証論治

本病の基本的な特徴は本虚標実。本虚は気（脾気虚・腎気虚）・陰（心肝腎陰虚）

両虚、標実は痰熱・鬱癥・濁毒で、腎・肝・脾を中心に臓腑にも影響が及び、病程は比較的長く、タイムリーにコントロールできなければ兼証や変証が現れる。治療は扶正祛邪法と固精利湿法を用いる。早期は、特に予防と治療に重点を置き、交通心腎・固精化濁、あるいは滋補肝腎・清熱固精するとよい。中末期は弁証論治し、特に化濁解毒・扶正活血に力を入れる。このほか、DKDの基礎治療もたいへん重要であり、しっかりと養生することにより薬物の治療効果を最大限に高めることができる。

(1) 基礎治療

1. 飲食

DKD患者は優良な低たんぱく質（動物性たんぱく質）・豊富なビタミンを含む飲食をし、豆類などの植物たんぱく食品は制限するべきである。早期で腎機能が正常なDKD患者のたんぱく質摂取量は、標準体重1kgあたり通常は0.6～0.8g/日である。腎機能低下（クレアチニンクリアランスが1分間に30ml以下）の患者は、たんぱく質摂取量を標準体重1kgあたり0.6g/日にするのがよい。水腫や高血圧のある者はナトリウム塩の摂取を制限し、塩化ナトリウムの摂取量を1日あたり5g以下にするべきである。

2. 運動

早期DKD患者は適度な運動が必要であるが、疲れ過ぎてはならない。また、中末期患者、特に腎機能低下の者はベッドで安静にし、運動量をあまり多くせず、過激な運動は控えるべきである。

3. 心理

DKD患者は体力的に疲れ過ぎないようにするほか、さらに精神養生にも注意し、気持ちをのびのびと心地よく保てば、病気に打ち勝つ自信を強める手助けにもなる。

(2) 弁証論治

1. 心腎不交

症状：口苦、のどの乾燥、腰膝酸軟、心煩、動悸、失眠、息切れ、乏力、頻尿あるいは尿赤。ときに心前区の隠痛。あるいは月経失調。舌質紅、苔薄黄あるいは乾、脈細数あるいは弦細。

治則：交通心腎、化濁固精。

方剂：蓮子清心飲（『和剂局方』）の加減。

処方構成：太子参 15g、茯苓 20g、石蓮子 20g、黄芩 12g、柴胡 12g、生甘草 6g、生黄耆 20g、車前子（包煎）15g、地骨皮 20g、丹参 15g、芡实 20g、麦門冬 15g。

加減：気虚のはなはだしい者には、白朮・北沙参・党参を加味する。陰虚のはなはだしい者には、二至丸あるいは六味地黄丸を合わせ使用する。癆を伴う者には、赤芍・益母草を加味する。

2. 肝腎陰虚

症状：腰膝酸軟，めまい，耳鳴り，心煩，口渴，手足心熱（手掌と足裏に煩熱感），舌燥，のどの乾燥，飲水後も口渴は緩和されない。あるいは遺精早泄，身体消瘦，精神疲労。あるいは足・顔面の微浮腫，不眠，多夢，驚きやすい。舌質淡紫，少津無苔，脈細数あるいは弦。

治則：滋補肝腎，清熱固精。

方劑：杞菊地黄丸（『医級・雑病類方』）の加減。

処方構成：生地 20g，山茱萸 20g，山薬 20g，茯苓 20g，牡丹皮 15g，沢瀉 15g，枸杞子 15g，菊花 12g，石蓮子 20g，玄参 15g。

加減：瘀血を伴う者には，丹参・赤芍・姜黄などを加味する。浮腫がひどい者には，猪苓・益母草などを加味する。熱がはなはだしい者には，知母・花粉・黄芩を加味する。

3. 脾腎陽虚

症状：顔面および肢体の浮腫（腰以下が顕著），圧痕，畏寒，四肢の冷え，頭暈，目眩，少気懶言（話すのがおっくう），胸悶，腰酸，腹脹，食事量の減少。ときに腹部冷痛，腹鳴，水様性下痢，口の味覚減退，口渴なし，尿量の減少，血色が悪い。舌質淡青かつ胖，苔白膩，脈沈細。

治則：温腎健脾，化氣行水。

方劑：実脾飲（『重訂嚴氏濟生方』）あるいは真武湯（『傷寒論』）の加減。

処方構成：茯苓 20g，白朮 20g，白芍 20g，附子 6g，乾姜 7g，木瓜 20g，太子参 15g，桂枝 15g。

加減：浮腫のはなはだしい者には，葶藶子・猪苓・薏苡仁・沢蘭あるいは五皮飲を加味する。脾虚がはなはだしい者には，附子理中湯の加減を加味。瘀がひどい者には，益母草・丹参・赤芍を加味する。

結語

本病は，早期発見と治療が極めて重要であることを再三にわたり強調しなければならない。尿中の微量アルブミンの測定など現代科学の監視測定方法の発展は，中医薬の早期治療に必要な環境を提供してくれた。中医の本病に対する治療方法は比較的多く，その効果もたいへん優勢である。弁証をし治療の最終判断する際には，具体的な状況を見て治療方法を選択するべきである。これは筆者の臨床体験によるものである。本病早期にはすでに多くの臓器に影響が及んでおり，その臨床特徴は，往々にしていくつかの臓器の病状を伴う。早期に血糖をうまくコントロールできれば，糸球体基底膜の病変や尿中の微量アルブミン増加を好転させることができ，さらに一部患者においては回復も可能である。しかし，いったん糖尿病性腎症病期に入り，かつ持続性たんぱく尿が現れると，腎機能障害も引き続き進展し，たとえ積極的に血糖コントロールを行ったとしても回復は不可能で，最終的には腎不全により死亡する。

ここ数年来，糖尿病腎症の研究は非常に大きな進展を遂げているが，病状がいったん中期・末期に発展すると，満足のいく治療効果は得られない。ゆえに，早期の予防と治療が極めて重要であり，タイミングよく中薬を取り入れ中西医統

合治療をすることにより、予後も好転し、うまくいけば回復も可能である。ここで注意しなければならないのは、DKD の治療は長期戦であり、中薬液剤を服用中に病状が好転あるいは抑制した後も再度弁証を行い、中成薬（例えばわれわれが研究製剤した腎消顆粒など）を配合し治療していくべきである。好転した状況を引き続きしっかり維持し養生することにより、さらに理想的な効果が得られる。

プロフィール

呉深涛

- 医学博士，教授，主任医師，博士研究生指導教官。
天津中医薬大学第一附属医院・内分泌代謝科主任。

現在，中国中医薬学会糖尿病専門委員会副主任，
天津市中医薬学会糖尿病専門委員会主任，
天津市中西医統合学会内分泌副主任，
世界中医連合会糖尿病専門委員会副会長を兼任。

過去，全国優秀中医臨床人材，天津衛生局次世紀優秀青年技術人材，天津市青年名医に選出。

- 主な著書：『中医臨証修養』『糖尿病慢性合併症の中医治療』『糖尿病性腎臓病中医弁証論治』『亜健康状態と中医養生方薬』など。
『中医雑誌』『中国中西医統合雑誌』などに 80 余篇の論文を発表。

五臓と美容 (3)

～脾の特性と美容～

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

前回までに解説した「肝」や「肺」では、現代医学と中医学の間に共通した認識もある。一方、今回解説する「脾」については、名称が同じでありながらも、現代医学と中医学の間におおよそ共通した認識がなく、現代医学が認識する「脾臓」と中医学が認識する「脾」とは大きく異なる概念である。現代医学が認識する「脾臓」は、胃の左側にあるリンパ系の臓器で、リンパ球の生成、血液の貯蔵などの機能をもつ。また、脾臓は「赤血球の墓場」と呼ばれ、老朽化した赤血球が破壊されるところであると認識されている。脾臓では古い赤血球のヘモグロビンが分解されてビリルビンとなり、肝臓に運ばれて胆汁の中に排泄される。一方、中医学が認識する「脾」は、飲食物の消化・吸収・運搬、水分代謝、血液が血管から漏れ出ないように制御する働きをもち、脾臓がリンパ系の臓器であるのに対して、中医学における脾は、主として消化器系の機能を担う臓腑であると認識されている。中医学の治療法や養生法は、現代においても中医学独自の臓腑理論のもとで行われているため、両者を混同して五臓六腑の「脾」を現代医学的に解釈してしまうと、中医学の施術は実践することができなくなる場合がある。例えば、現代医学では、「脾臓」は消化吸収機能とはほとんど無関係であるとされているが、中医学の治療では、食欲不振や消化不良などの消化機能の症状に対して、「脾」や「胃」につながる経絡上の経穴や関連する経穴を選択する。これは、中医学では、五臓六腑の「脾」と「胃」が飲食物の消化吸収活動に深く関与すると考えられているため、このような混乱を避け、中医学の「脾」の機能や特徴を理解しようとする場合には、最初から両者をまったく別の存在と認識していただいた方が、理解がしやすくなるであろう。

脾の特性

【 脾 】 (土)

脾の主要な機能は、飲食物から栄養分を取り出して運び出し、生命活動を維持するための気・血・津液を生み出すことである。これは、土が万物を生み出して変化させる現象と似ているため、五行学説において脾は「土」に帰属する。

運化を主る

「運化」の「運」は「運搬」という意味であり、「化」は「消化」と「吸収」と

いう意味である。脾は胃を補助して飲食物を消化し、「水穀の精微」に変えるという重要な機能を果たしている。「水穀の精微」とは「飲食物に含まれる微小なエネルギー」という意味で、現代の「栄養素」に相当する概念である。また、脾は飲食物から代謝された「水穀の精微」を全身にくまなく運搬する機能をもっている。このように、中医学において脾は飲食物の消化・吸収・運搬を主体的に行う臓腑であると認識されていることから、「脾は運化を主る」といわれる。また、脾は「水穀」を運化するだけでなく、「水湿」（体内の水分）を運化する機能も果たしているとされる。

水穀の運化

「水穀」とは「飲食物」という意味であり、飲食物の消化吸收活動は、脾と胃の共同作業によって成立する。水穀は飲食という行為によって胃に取り込まれ、胃と小腸の働きによって消化吸收されるが、その作業は脾の運化機能の助けに依存して行われている。胃は水穀の受納（摂取）と腐熟（消化）を行い、脾は水穀の精微を運化（消化・吸収・運搬）することで、相互に連携して水穀の消化吸收を行う。そして、このように相互に連動しながら消化吸收活動を担っていることから、脾と胃は一連の臓腑として「脾胃」（ひい）と表現される場合もある。人間が生命活動を維持するために最も重要で基本的な物質であるとされる「気」と「血」は、このような脾胃による一連の消化吸收活動の過程で生み出されている。「気」は、脾と胃の働きにより、水穀から精微が取り込まれ、肺から取り込まれた清気とともに、腎に納められている精と結合することによって生み出される。また、「血」は水穀の精微を源として、心肺の働きによって生み出される。「気」という漢字が元来は「氣」であったということも、「気」が「米」（穀物：食物を表す）との関係が深いということを示しており、その代謝の過程を実現しているのが脾胃の機能である。そして、その過程において、脾は「水穀」から「水穀の精微」を得るという重要な役割を担っていると認識されている。また、このような脾胃の機能は「胃気」の生理機能によって推進されている。つまり、一連の消化吸收活動は胃気の推進力によって成立しているため、人間が後天的に獲得する身体の栄養状態は、胃気の状態に依存して決定づけられることになる。また、脾はこのようにして代謝した水穀の精微を全身にくまなく運搬する役割も果たし、全身の臓腑・組織・器官に絶え間なく栄養を供給している。このような脾の「水穀の運化」の機能、すなわち「消化吸收」の機能と「運搬」の機能は、人間が生命活動を維持するための基本である。脾の運化機能が旺盛であれば、飲食物の消化吸收活動を円滑に行うことができるため、気・血・津液などの生命活動に必要な物質を生み出すための「水穀の精微」を十分に供給することができる。臓腑・組織・器官にも十分な栄養が供給されるため、正常で健全な生理活動を維持することができる。一方、なんらかの原因によって脾の運化機能が衰弱した場合には、「脾失健運」という状態に陥り、消化吸收機能が衰えて下痢や腹が張るなどの症状が表れる場合がある。同時に気血を代謝するための栄養の供給も不足することになり、「疲労感」（乏力）「精神疲労」（神疲）「気力不足」「めまい」（頭目眩暈）などの気血不足の症状が表れる。

栄養は美容面においても最も基本的で重要な物質であるため、脾の運化機能は美容に対しても大きな影響を与えている。脾の運化機能が正常で、全身に栄養が

満たされていれば、元気が満ちあふれ、肌は豊満に発達し、動作を敏捷に行うことができ、容姿は輝いたものとなる。しかし、反対に、脾の運化機能が衰弱した場合には、心身が憔悴し、顔色が黄色味をおびてきたり（面色萎黄）、やつれて華のない容貌となる。また、皮膚の肌理が粗くなる、痩せ衰えるなど、美容に悪い影響を与えるさまざまな症状が現れてくる。このように、脾は、気血を生み出す根源であり、人間の生命活動において最も基本的な役割を果たしていることから、「気血生化の源」「後天の本」と表現されている。

水湿の運化

「水湿の運化」とは、水分を吸収し、運搬し、全身に供給するということである。飲食物から体内に吸収された水分は、脾の運化機能によって肺に運ばれ、全身の各組織器官に供給される。また、過剰な水分は、肺と腎の「気化作用」により、汗や尿となって体外に排泄される。脾は、肺・腎・三焦・膀胱などと連携しながら、体内に過剰な水分が停滞するのを防ぎ、水液代謝のバランスを調節する重要な機能も果たしているのである。そのため、なんらかの原因によって脾の運化機能に支障が生じて「脾失健運」という状態になると、過剰な水分が体内に停滞し「痰飲」や「痰湿」と呼ばれる病理産物が発生する。「痰飲」「痰湿」は、皮下に停滞した場合には浮腫や肥満となり、腸内に停滞した場合には下痢を引き起こす原因となる。このように脾の機能低下によって「痰飲」「痰湿」が生じた病理的な状態を「脾虚生湿」といい、「脾虚生湿」により浮腫が生じたり肥満となった場合には容姿に影響するばかりでなく、「痰飲」「痰湿」は、眼瞼下垂・眼袋（目の下のたるみ）・顔面部の浮腫など、美容に悪影響を及ぼす要因となる。また、「痰飲」や「痰湿」が長期的に体内に停滞した場合には、熱が加わって上半身（特に頭顔面部）に上昇し、「ニキビ・吹き出もの」「酒皰鼻」などが発生する原因となる。

生血と統血を主る

「生血」とは、血を生み出すという意味である。血は水穀の精微を源として心肺の働きによって生み出されるが、水穀の精微は脾の運化機能によって肺に運ばれている。そのため、脾の機能が正常である場合には、水穀の精微は十分に供給されるが、脾の運化機能が衰弱した場合には、血を生み出すための原料が十分に供給できなくなり、血が不足して「血虚」という状態となる。このように脾は血の産生に深く関与していることから「生血を主る」といわれる。

また、「統血」の「統」は「統括」という意味であり、「統血を主る」とは、脈管（血管）の中を流れる血が外に漏れないように「コントロールする」という意味で、脾は「統血を主る」機能を果たしているとされている。脾には血が脈管から漏れ出るのを防ぐ働きがあると認識されている。しかし、このような脾の統血機能は、実質的には「気」の「固摂作用」のことであり、脾が気血を生み出す源であることから、脾の機能が旺盛であれば気血も十分に産生され、結果として固摂作用も正常に機能するということである。一方、なんらかの原因によって脾の機能が衰弱した場合には、気血を十分に生み出せなくなるために気血不足となり、結果として気の固摂作用が低下して「血尿」「血便」「不正性器出血」などの出血が起こる場合がある。

脾の生理的特徴

①昇清を主る

「昇清」の「昇」は「上昇する」という意味であり、「清」とは「清なる物質」すなわち「水穀の精微」を意味している。脾は吸収した水穀の精微を「上」に運ぶ働きをもっているとされている。そして、この場合に「上」とは、具体的には脾の上にある臓腑である「肺」を指し、脾は水穀の精微を肺に運び、心肺の機能と連動して、「気血」を生み出し、身体じゅうに送り届けることで全身を養う役割を果たしている。そして、脾はこのような機能をもっていることから、「昇清を主る」と認識されている。「脾は昇をもって健となし、胃は降をもって和となす」といわれ、「清」は脾の昇清機能よって上に運ばれ、「濁」（排泄される不要な物質）は胃の降濁機能によって下に運ばれる。脾胃はひと組みとなって相互に連携しながら飲食物の消化・吸収・運搬の機能を果たしているため、脾の昇清機能と胃の降濁機能がバランスよく機能することは、人間の身体が一定の健康状態を保つための基礎となる。また、脾の昇清機能には、内臓を持ち上げて位置を固定する働きがあるとされている。そのため、なんらかの原因によって脾の機能が低下し、昇清機能が支障を来した場合には、脾気は上昇することができずに下陥し、胃や子宮などの「内臓下垂」「脱肛」「下痢」などの症状が現れる場合がある。また、胃の降濁機能が支障を来した場合には、食欲に影響するだけでなく、濁気が逆上して、「口臭」などの症状が現れる場合がある。

②湿を悪む（にくむ）

中医学では「脾は湿を悪む」といわれ、脾は湿気や水分の影響を受けやすい臓腑であると認識されている。例えば、脾は、水湿を運化して体内の水分代謝のバランスを調節する機能を果たしているため、脾の機能が衰弱すると、運化機能の低下により、水分が停滞して「痰飲」「痰湿」を生じることになる。また、人体が過剰な湿気や水分にさらされると、脾に悪い影響を与えて運化機能が低下すると認識されている。脾が湿気や水分に悪影響を受けると、「湿困脾土」という病理的な状態となり、「頭が重い」「胸部がつかえて重苦しくなる」「口が粘る」「身体が重だるい」「水を飲みたくない」などの症状が現れる。このように、脾は湿気や水分に対する感受性が強く、その影響を受けやすい臓腑であることから「脾は湿を悪む」と認識されている。

五行学説による「脾システム」

人体は五臓を中心とした5系統のシステムから構成されており、全身の組織器官はそれぞれ生理的な特性によってすべて五行に帰属し、5系統のシステムのいずれかに帰属している。そして、各システムは経絡というネットワークにより、有機的に連係し、全体で有機的に機能する1つの身体を構成している。中医学の

蔵象理論では「脾は肌肉と四肢を主り、その華は唇にある。口に開竅する。」とされているが、「肌肉」「唇」「口」は、いずれも脾と同様に五行の「土」に帰属し、脾系統のシステムの一部として機能している。また、「思は脾の志」「涎は脾の液」とされており、「思う」という感情や「涎」も「土」に帰属し、脾との関係が深いと認識されている。

脾は肌肉と四肢を主る

脾は気血の産生の根源であり、全身の肌肉は常に水穀の精微による栄養の供給を受けていることが必要である。そのため、脾の運化機能が正常で、全身に十分な栄養が供給されていた場合には、肌肉は健全な状態を保つことができ、四肢も円滑で力強く運動することができる。一方、脾の運化機能が低下し、全身に十分な栄養が供給されなくなると、筋肉は痩せ細り、四肢は力を失い、著しい場合には身動きができない状態となる。脾の運化機能と肌肉・四肢には密接な関係があることから「脾は肌肉と四肢を主る」といわれる。

脾の華は唇にある

「華」とは「栄華が外側に表れる」という意味であり、脾の状態は口唇に反映されるということの意味している。口唇部の色つやは、全身の気血の状態と深く関係しており、脾は気血を産生する源であるため、口唇部の色つやの状態は、全身の気血の状態ばかりでなく、脾の運化機能も反映していると認識されているのである。口唇部の血色が良く光沢があって潤っていれば、脾の運化機能は良好で、気血が充実していることを示している。一方、口唇が淡白で光沢がない場合や、黄色味をおびている場合には、脾の運化機能が損なわれ、気血が虚損あるいは不足していることを示す。このように、口唇部の状態を観察することで、脾胃の機能の状態を推察することができることされており、中医学では、口唇は脾胃の生理と病理を診断する場合の参考とされることがあると同時に、美容の分野では、口唇部に美容上のトラブルが起きた場合には、まずは、脾胃に問題がないかどうかを疑うべきである。

脾は口に開竅する

「口」は「食欲」と「味覚」を意味しており、「脾は口に開竅する」とは、脾の運化機能と昇清の状況および胃の降濁機能の状況は、食欲や味覚に反映されることを示している。脾の運化機能と昇清が良好であれば、食欲は旺盛で味覚も正常である。一方、脾胃の機能になんらかの問題が生じた場合には、食欲が低下したり、反対に過剰に亢進するなどの食欲の異常、味覚異常（口が苦い・甘い・味がしない・薄い）、口が粘るなどの症状が現れる場合がある。

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, 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5

天津中医薬大学 柴山周乃

天津に厳しい冬の季節がやって来ました。大学キャンパスのマロニエの樹もすっかり葉を落とし、寒々とした冬景色です。12月も半ばを過ぎ、ここのところ日中の気温も氷点下の日が多く、町を流れる海河の水面にも氷が張っています。中国北部の冬は、空気が乾燥し風も強いですから、気温が10度ぐらいあってもとても寒く、冷たく感じます。「冷得刺骨」または「刺骨的冷」（骨身にしみる寒さ）という中国語があいさつでよく交わされます。健康のため、いつも地下鉄を降りてから大学・病院まで20分ほど歩いて通っていますが、ほっぺたがちぎれそうな寒さです。

11月から毎週日曜日に、学長の張伯礼院士の学術をまとめるための勉強会が始まりました。勉強会と言いましても討論会形式で、そのような勉強方式に不慣れな私は少々苦勞していますが、いい勉強になっています。今回は、その勉強会でのトピックス「閉塞性血栓性血管炎（バージャ病）」のお話をさせていただきます。

中国は喫煙人口が多いせいか、閉塞性血栓性血管炎の発症率が高く、天津は地理的に寒冷部に位置しますので（寒冷も病因の1つです）、閉塞性血栓性血管炎の患者さまがよく診察を受けにいらっやいます。中医学で閉塞性血栓性血管炎は「脱疽」と呼ばれています。脱疽は根治が難しい疾患とされていますが、中医学では早くも『靈樞』痲疽篇にその名が記載されており、その後、『外科正宗』『医宗金鑑』など歴代の外科著作に本病の病因・弁証とその治療方法が詳細にわたり記載されています。

脱疽の病因は複雑ですが、一般的に①過剰に寒冷気にあたったあと、または外傷により血管・神経が損傷する、②過度の憂慮・房勞により心・肝・脾の機能が失調し、経絡や気血の機能異常をもたらし発症する、と考えられています。中医学では、脱疽を「寒湿阻絡」「血脈瘀阻」「湿熱毒盛」「熱毒傷陰」「気陰両虚」の5つの証候に分けています。治療は弁証後、活血化瘀を終始併用して行います*¹。

以下、学長の外来患者さまで、中医治療の効果が非常によく表れたケースをご紹介します。

<閉塞性血栓性血管炎ケース>

2008年9月30日初診

患者：男性，50歳。

主訴：右下肢の疼痛，歩行困難7年。

初診時現症：右下肢の疼痛，間欠性跛行，両下肢が重い，左下肢の軽度浮腫，両下肢の冷感，部位皮膚色の变化なし。納寐可，大便2～3日一行，小便調，舌質赤，苔黄膩，脈弦。

2008年9月11日，下肢超音波検査データ：

1. 両下肢動脈管壁の肥厚，動脈管腔の不均衡性狭窄，おもに右下肢。
 - ①右側浅大腿動脈閉塞。
 - ②右側前脛骨動脈不完全閉塞。
 - ③右側後脛骨動脈拍動性血流，血流低下。
 - ④左側下肢各動脈拍動性血流，血流は通暢，血流速度低下，遠位が顕著。
2. 両下肢深静脈血流回流速度の緩慢。

既往症：高血圧症7年，糖尿病1年，動悸（期外収縮）4年。

服用薬：厄貝沙坦（イルベサルタン）150mg 1粒 QD，血府逐瘀膠囊6粒 BID。

個人史：喫煙史30年，1箱／日。

中医診断：脱疽・湿熱阻絡証。

西医診断：閉塞性血栓性血管炎。

治法：清熱利湿，通絡止痛。

処方：茵陳蒿 20 g，蒼朮 12 g，萆薢 20 g，金銀花 15 g，杜仲 15 g，玄參 15 g，金銀藤 30 g，蒲公英 20 g，沢瀉 15 g，鷄血藤 20 g，桑枝 30 g，決明子 30 g，釣藤鈎 30 g，桂枝 12 g，



茵陳蒿



金銀花



金銀藤



蚕沙



蒼朮



土鼈虫

甘草 6 g, 珍珠母 30 g。

経過：患者はすぐに禁煙を実行し、初診処方を10剤服用後、2診の際には諸症状は明らかに改善されていた。その後5回治療に訪れ、1年後の6診（2009年9月16日）の際には下肢疼痛は消失していた（処方、初診の処方をベースに毎回加減）。7診で病状は安定していたものの、両下肢に力が入らない、両膝関節が硬く不快感があるとの訴えがあったため、6診処方に活血化瘀の土鼈虫（ドベツチュウ）12 g、祛風通絡の絡石藤 20 gを加味し、10剤処方した。さらに、病状が安定しており、本人からの丸薬処方希望により、淫羊藿 15 g、益母草 30 g、半枝蓮 20 gを加味し、3料*²（約2.5～3カ月分）処方した。その後、2度診察を受けに来たが、疼痛が再び現れることなく病状は安定していた。

結語：学長は舌苔が黄膩苔（湿熱）の患者に対し、茵陳蒿・蒼朮の対薬（二味配合法）をよく使用し、黄膩苔が厚または腐の場合は、草薢や蚕沙を加味する。閉塞性血栓性血管炎は“血管炎”

という名前がつくように、血管に炎症が生じるため、必ず金銀花・玄参・金銀藤（忍冬藤）・蒲公英・半枝蓮など清熱剤を加味する。半枝蓮には活血祛瘀の作用もある。活血・通絡のため当帰・鶏血藤・桑枝・絡石藤など、また温陽止痛の炙附子・桂枝、活血化瘀止痛の三七などを適宜使用する。さらに、140～150/95mmHgと高めだった血圧も、決明子・釣藤鈎を加味することにより、120/80mmHgと安定した。桑枝には血糖値を下げる効果もあるが、蒼朮・玄参の対薬（名老中医・施今墨）にも同様の効果がある。上記処方、閉塞性血栓性血管炎だけではなく、高血圧症・糖尿病治療も視野に入れた整体観念にもとづく処方である。なお、ほかの閉塞性血栓性血管炎患者に対しても、弁証後ほぼ同様に清熱・通絡・活血祛瘀・止痛剤を使用し、高い効果が得られている。

以上、今回は学長外来での閉塞性血栓性血管炎に対する中医治療についてご紹介しました。

2012年辰年が皆さまにとって佳き年でありますようお願い申し上げます。

祝大家 龍年新年快樂！身体健康！工作順利！

* 1 文献 李日慶主編：中医外科学，中国中医薬出版社，2006年，311-314

* 2 料：丸薬を作る際の飲片処方の単位（液剤用飲片処方の単位は剤）



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。

森雄材先生のご逝去を悼む

森雄材先生が逝かれた。

森先生は、日本に中医学の知識が必要なときに彗星のように登場し、自らの役割が終わったと知るやささと表舞台から退かれた。

その間になされた仕事は、日本の漢方医学、中医学を牽引する重要なものばかりであった。

療原から出版された『中医学基礎』は、森先生が携わった最初の書籍であろう。この本の元本は、中国の中医学院の全国統一教材（第2版）であり、この書の翻訳出版によって日本の若手研究者が続々と中医学の研究に入った。

医歯薬出版から出された『中医学入門』『漢薬の臨床応用』『中医処方解説』は、中医学をなんとか現代医学の方法論で理解しようとする試みに溢れていた。その後、中医学の奥深さを知るや、『中医臨床のための常用漢薬ハンドブック』『中医臨床のための舌診と脈診』『中医臨床のための温病学』『症状による中医診断と治療』『中医臨床備要』『中医臨床のための病機と治法』など、中医学を理解するために極めて重要なテーマについての書物を次々に出版していったばかりか、古典の紹介に関しても意欲的で、楊育周の『傷寒六経病変』、譚目強編著の『金匱要略浅述』『中医臨床のための温病条弁解説』『医学衷中参西録を読む』など、精力的に翻訳出版された。

すでに『漢薬の臨床応用』『中医処方解説』が出版されているにもかかわらず、前著を上回る深い内容の『中医臨床のための中薬学』『中医臨床のための方剤学』を出版されたのは、日本の漢方界にとってかけがいのない幸せであった。この2冊は標準教科書として長く後世に残るであろう。

これらはすべて神戸中医研の仕事であるが、森先生の卓越した中医学理解があって初めてできたことである。これほど高度な内容を、誰もが読んで理解できる平易な日本語で表現し得た人間は、先生をおいてほかになかった。

これらの書物は、日本の漢方医学全般に計り知れない恩恵を与えてくれた。

先生は伊藤良先生とともに、これらの出版活動の合間を縫って、神戸中医研のメンバーたちと中国の老中医を訪ねる旅に出かけられたり、中国から老中医をお呼びして講演会やシンポジウムを開催されたりした。神戸中医研の学問的レベルがそのたびに向上していったのはいうまでもない。

小生が森先生と初めてお会いしたのは、カネボウ薬品が創刊した『THE KAMPO』における第1回座談会であった。当時のカネボウ薬品は医療用漢方製剤を発売開始したばかりで創建の気概に溢れ、この雑誌はそのシンボルとして発刊された。

座談会における先生の軽妙洒脱な話術は、高度な中医学の内容をわかりやすく解きほぐし、その内容を誰でもが理解できるレベルにもっていった。この座談会には、伊藤良先生とともに関西の漢方界を牽引しておられた山本巖先生がおられたので、臨床的にも極めて高度な内容が確保され、日本の中医学のレベルが飛躍

的に高まった。すべて森先生の功績である。

小生は、膨大な書物の著者のまじめな顔とは裏腹に、人懐こい笑顔で接する森先生に親近感を抱き、以来、この座談会やシンポジウムや雑誌の発刊を通じて交遊を深めた。彼の黄金時代に一緒に仕事ができたとを幸せに思う。

天は必要なときに必要な人を私たちに下さった。役割を果たした後、彼は自らの存在をさりげなく隠しながら生き、そして逝かれた。

その文章、座談会での発言、仕事が終わってからの会話、いずれも洗練された紳士のそれであった。シャイで、自らを表面に出さず、何食わぬ顔でいつの間にか仕事を終え、ニヤリと笑う笑顔が素敵だった。

この十年ほどお会いしていなかったが、あの頃の森先生を思い出すだけで、当時の和やかな雰囲気が蘇る。

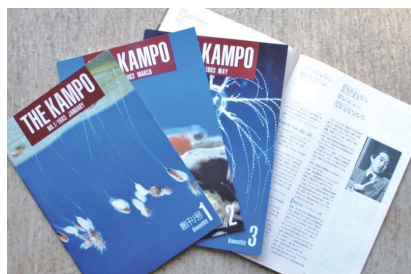
もし森先生がいなかったら、日本の中医学の理解はこれほど進むことはなかったであろう。

今はただ感謝の気持ちだけが浮かぶ。

しばらくその想いに浸っていたいと思う。

森先生の素敵な笑顔を思い浮かべながら……。

安井廣迪（安井医院）



『THE KAMPO』座談会で



第3回日中・中医学研究会記念写真
(前列右から2番目が森先生、左端が筆者)

第3回
日中・中医学研究会報告集

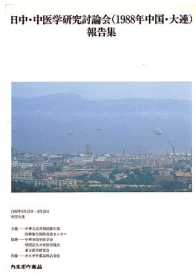
編集 安井廣迪
発行 日中医学協会
発行所 日中医学協会事務局 東京都千代田区千代田7-1-1
TEL 03-5561-1111 FAX 03-5561-1112

内装デザイン

第3回日中・中医学研究会報告集



日中・中医学研究討論会（1988年・大連）の
一場面（右端が森先生）



日中・中医学研究討論会（1988年・大連）報告集



『中医学基礎』(燎原)と『中医学入門』(医歯薬出版)



医歯薬出版から発行した『中医臨床のための病機と治法』『中医臨床のための中薬学』（現在は東洋学術出版社）『中医臨床のための方剂学』『中医臨床のための温病学』



楊育周著，森雄材・安井廣迪共訳『傷寒六経病変』（人民衛生出版社）

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2巻第1号 2012年1月20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
