

日本中医学会雑誌

第6巻 第2号 | 2016年10月

2016年10月13日発行 (年2回発行)

ISSN 2185-8713



● 巻頭言 ————— 猪越 英明 1

● 学会報告 第5回日本中医学会学術総会

温病学の臨床応用

難治性疾患への温病理論の応用 ————— 加島 雅之 3

温病学の臨床応用 ————— 寇 華勝 9

これからの薬剤師に求められる中医学

中医学との出会い～中医専門薬局としての取り組み

————— 毛塚 重行 13

日本漢方と中医学の違いについて ————— 深谷 彰 20

漢方薬局におけるアトピー相談～中医学的対策～

————— 植松 光子 27

投稿規定 35 / 誓約書・著作権委譲承諾書 38 / 編集委員会 39

「中医学の普及のために、薬剤師としてできること、また本来の薬剤師像とは」
昨年、の学術総会において、シンポジウム「これからの薬剤師に求められる中医学」の座長を務めさせていただきました。まず、ご多忙のなか、ご講演を引き受けていただいた先生方に御礼申し上げます。また取材のために多くの新聞・雑誌等関係者の方にもお集まりいただき、ありがとうございました。

この薬剤師によるシンポジウムは、西野裕一先生（日本中医学会評議員）のご尽力により、初めて開催することができました。詳しくは本稿をご覧くださいと思いますが、それぞれの先生のお話から、中医学を柱とした薬局がそれぞれの地域でしっかりとした存在感をもっていることがわかります。

ただ、「中医学」に対する世間の認識はまだまだ低いことは否めません。ある中成薬メーカーの調査によれば、日本国民の認知度は1%とのこと。今後私たちは学会内で医師・鍼灸師・薬剤師の垣根を越えた交流と研鑽を重ねると同時に、「中医学」をどのようにして広く世間に浸透させていくかが大切だと感じています。

その1つの取り組みとして、長春中医薬大学と本学共催で「中医学実践講座」（初級・中級・上級・短期の薬膳・推拿コース）を3年前から行っています。

受講者の約3分の1が薬剤師など医療関係者、あとは一般の方で、述べ約600名の方が参加されています。

また、この夏には、日本中医学会と本学共催で「薬学生・薬剤師のための中医学セミナー」を開催し、約30名（学生20名、薬剤師10名）の参加がありました。中医学を教えている大学はまだ少ないなかで、主に都内のいろいろな大学から学生が集まってくれました。また、今は調剤業務などに携わっている薬剤師のなかにも、中医学に興味をもっている方が少なからずいることがわかりました。

「未病先防」を柱とする中医学の知恵は、これからさらに進む高齢化社会において必ず役に立つツールとなります。さらに、食養生・生活習慣を含め身体全体を診る中医学は、「かかりつけ」「健康サポート」を標榜する薬局、それを担う薬剤師の大きな武器になることは間違いありません。西洋薬だけでなく中医学の知恵を身につけること、それが社会に必要とされる本来の薬剤師像となるはず。です。

最近、一般調剤薬局やドラッグストアの一部にはそのことに気がついている動きがあります。そのような世の中の傾向は大歓迎ですが、大きな波に飲み込まれないよう、学会・個店・個人においても存在感をしっかりとっておかなければならないと思います。

最後に、今年の学術総会においても下田健一郎先生を座長に3名の先生によ

るシンポジウム「薬局における中医学相談」が行われました。内容については、今後、本誌面で紹介いただくことと思いますが、これまで学会等で発表する機会にあまり恵まれなかった、われわれ薬剤師に門戸を開いていただいた、酒谷薫理事長、平馬直樹会長はじめ幹事の先生方に改めて御礼申し上げますとともに、今後もいろいろな現場で活躍する多くの薬剤師の先生方にもご参加・ご協力をいただき、このようなシンポジウムのさらなる発展を支えていただきますようお願い申し上げます。

日本中医学会評議員
東京薬科大学中国医学研究室准教授
猪越 英明

温病学の臨床応用 難治性疾患への 温病理論の応用

加島 雅之
Masayuki Kashima

熊本赤十字病院

熊本赤十字病院の加島です。私は「難治性疾患への温病理論の応用」というテーマでお話します。

みなさんご存じのとおり、難治性疾患にはさまざまな問題点がございます(表1)。特に免疫や炎症の異常がかかわる病態が多く、免疫抑制剤やステロイド剤が使用されることが比較的多いです。現代医学がだいぶ進んできたとはいえ、残念ながら疾患コントロールが十分でなかったり、副作用の問題が大きかったり、特に近年ではリウマチをはじめとして免疫疾患に対して生物由来製剤が用いられるようになりましたが、医療コストが非常に高いものになっています。たとえば代表的なTNF- α 阻害薬などでは、1カ月の薬価だけで十数万円するような薬が通常ですから、経済的な問題が非常に大きいです。さらに、重症化するものは血管炎の病型を合併するケースが多く、これが起こってくると生命予後にもかなり問題を起こすことが多いことが知られています。

表1 難治性疾患の問題点

- 免疫/炎症の異常がかかわるものが多い。
- 免疫抑制剤・ステロイド剤が使用されることが多い。
- 疾患コントロールが困難
- 副作用が問題
- 医療経済的問題が大きい
- 重症化するものは血管炎の病型を伴うものが多い。

■ 免疫/炎症疾患に対する温病理論の応用

衛気営血弁証(表2)や三焦弁証(表3)といった基本的な温病理論のなかで、特に血分の病態をどう治療するかというのが日本の漢方はあまり得意でないわけですが、気分をさらに分解して三焦にしたり(図1)、営分・血分の病態を中心に考えると、じつはある種の炎症性疾患、特に血管炎などを合併する病態に対して、わりに有効なことが多いと考えています。

免疫/炎症疾患における熱を分析すると(表4)、おそらく日本人であることの影響や、環境の問題があると思うのですが、非常に慢性化する人ほど湿熱の病態が多く、これが治療を非常に難渋させます。血管炎の病型は営分・血分に侵入していたり、また邪正相争が営分・血分で起こることによって瘀血の形成を伴っ

表2 衛気営血弁証(主に風熱邪の侵襲に伴う病態を分析)

証型	症状	舌・脈	治法
衛分証	熱邪による表証。軽度の悪寒・発熱。のどの痛み	脈浮, 舌変化なし	辛涼解表法
気分証	熱邪が裏に入りさらに熱化した状態。激しい熱感。大量発汗。口の渇き	脈洪・大, 舌体赤, 舌苔黄	清熱法
営分証	熱感+意識障害	舌体暗赤	清営法 (透熱転気法)
血分証	熱感+出血傾向	舌体暗赤・点状出血	清熱涼血法

表3 三焦弁証(主に湿熱邪による侵襲の分析)

上焦	<ul style="list-style-type: none"> ・肺衛分: 表証および咳・痰など呼吸器症状を伴う ・肺: 咳・濃性痰, 舌苔が黄色 ・心包: 意識障害, 四肢が冷たくなる
中焦	<ul style="list-style-type: none"> ・胃: 強い熱感, 便秘, 大量発汗, 口渇, 洪大脈, 舌苔黄燥 ・大腸: 粘性の下痢・テネスマス, 舌苔黄黒焦燥, 沈有力の脈 ・脾: 上腹部の痞悶, 消化不良を引き起こす, 舌苔膩, 濡脈
下焦	<ul style="list-style-type: none"> ・肝: 痙攣, 舌体紅燥, 裂紋などが生じる, 脈細弦 ・腎: 手足の裏・胸のほてり, 口腔乾燥, 尿量減少などの陰虚の症状が出現, 舌体紅燥, 裂紋, 脈細

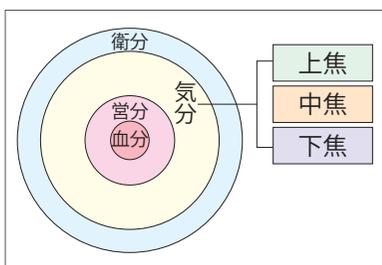


図1 温病の弁証の関係

表4 免疫/炎症疾患における熱

- 湿熱が三焦に瀰漫する
- 血管炎の病型は営分・血分に侵入
- 瘀血の形成を伴う場合が多い
- 長期化すると陰虚も合併する
- 脾・腎の陽虚が背景にある場合が多い

て、これがまた病態を複雑化させたり、長期化すると陰虚を合併したりします。ただし、急性の感染性疾患の場合は熱をどう処理するかだけで済むわけですが、こういった慢性の炎症には、脾や腎の陽虚が背景にある場合が多く、ただ熱を清するだけの治療をしてしまうと、かえって病態が慢性化したり、一時的におさまってもそのあと再燃するというをしばしば経験します。ですから、この陽虚をどう治療しながら熱を除くかということが重要かと思えます。

中医学的にみた免疫/炎症疾患の熱のコントロールの難しさは、清熱と補陽という相対立することをしないといけませんし、脾が弱い人にとって清熱は脾を傷めますので、この矛盾をどうにか解決しないといけないということにあります。また涼血をすると、血の流れがかえって悪くなって化癥との相関が悪くなりますし、滲湿・燥湿を行う際は、湿だけを取り除くと今度は熱が逆に取れにくくなったり、慢性の炎症に伴って起こってくる陰虚に対する治療がうまくいなくなるということもあります。こういったさまざまな問題がからんでいるがゆえに、中医学的なアプローチを行ってもやはり難治性疾患の治療には難しさがあると思っています。

■ 難治性疾患に対する温病の常用薬

日本で保険適用で温病的な治療を行おうとすると、温病治療に使われる常用生薬が保険の関係で使えないものが多く、日々なんとか保険適用内で使えるものを、と格闘していますが、私のなかでは、およそ次のような使い方をしています(表5)。

涼血をするためには、牡丹皮・玄参・紫根を使います。紫根はいいのですが、味がすごく悪いので、なかなかファーストチョイスには使えません。瘀血があれば、桃仁・サフランを使います。本当は丹参も使いたいのですが、保険が通らないものですから、こういう形になります。血分を瀉火する方法も、大陸であれば犀角や水牛角が使えるわけですが、日本では使えませんので、黄连解毒湯の組成に血分薬を合わせるという、いわゆる温清飲のような形でなんとかします。通常

表5 常用薬

涼血	牡丹皮・玄参・紫根
瘀血	+桃仁・サフラン
瀉火血分	黄连・黄芩・黄柏・山梔子 (+血分薬)
降火	石膏
透熱転気	連翹+薄荷・金银花 (忍冬)
滲湿	薏苡仁・山帰来・沢瀉・滑石
通三焦	柴胡・茵陈蒿・蒼朮+厚朴
滋陰	地黄 (+縮砂)・芍薬
補脾	白朮+茯苓+甘草 (+乾生姜)
引火帰源	桂皮+黄柏+縮砂+甘草
補陽	炮附子+芍薬+甘草

の温病理論だと石膏は気分熱を取るという意味合いになりますが、慢性疾患に石膏を使う場合には、熱を上から下に下げるといった意味合いで使うことが、わりと多いと思います。ですから、降火という意味合いで石膏を使います。透熱転気法のときには、金銀花を使うよりも、血絡に入っているということを考えて忍冬を使うというのが私の使い方なのですが、連翹に薄荷・金銀花（忍冬）を合わせます。滲湿するためには、薏苡仁・山帰来・沢瀉・滑石を使います。三焦を通すためには、柴胡・茵陳蒿・蒼朮+厚朴の組み合わせです。滋陰するときには地黄ですが、やはり日本人は地黄に弱い人が多いため縮砂を併用することが多かったり、芍薬を使ったりします。補脾するためには、白朮・茯苓・甘草に乾生姜をわりと合わせます。引火帰源の方法は、教科書的には桂皮や附子ということなのですが、なかなかそれだけではうまくいかないことがありまして、四川省の火神派の祖である鄭欽安の方法で三才封髓丹というのがありますが、私はそれを少しいじった処方好みで、桂皮+黄柏+縮砂+甘草の組み合わせを使うと虚熱が下がってくることが多いです。補陽するときは炮附子+芍薬+甘草の組み合わせでやっています。以上が難治性炎症疾患に対する私の使い方になります。

それでは具体例を見ていきます。

症例呈示

症例①

【患者】72歳・男性

【主訴】繰り返す紅斑と痒痒感

【現病歴】2010年2月頃より体幹から四肢にかけて痒痒感を伴う皮疹が出現。

徐々に増悪し、当院皮膚科を受診。紅皮症としてPSL 40mgで加療。しかし、症状はいったん軽快してもすぐに新出病変が出現する。大学病院皮膚科とともに、生検を2回行い、全身スクリーニングを行ったが原因不明で、難治のため紹介となった。

【既往歴】2年前からリウマチ性多発筋痛症でPSL 5mgを内服。10年前に胆嚢炎で手術。

【現症】地図状の紅斑が見てとれ、かなり赤い発疹が出ている。口渇あり、夜間の熱感あり、尿は黄色。皮膚はやや乾燥、下腿に軽度浮腫。眼球結膜に軽度充血あり。

【舌診】舌苔は黄膩、舌体は紅

【脈診】有力、滑、やや数

【処方①】荊芥連翹湯加減（地黄5g、当帰4g、川芎4g、芍薬4g、黄芩3g、黄連3g、黄柏3g、山梔子3g、連翹2g、薄荷2g、忍冬3g、荊芥3g、白芷3g、柴胡4g、防風4g、蒺藜子4g、半夏6g、茯苓4g、蒼朮4g、陳皮3g、縮砂2g、甘草3g）

治療経過

上記処方を2週間使用しましたが症状の改善はなく、そこで発想を変えました。気分・血分両方の熱に湿熱が結びついていると考え、地黄を除いてその代わ

りに玄参を入れ、牡丹皮で血分の熱をもう少し強く取り、そこに石膏を加えて、黄連解毒湯の組成を入れ、透熱転気をするための薬も加えて、さらに疏風して湿を除くような治療を考えました。

【処方②】 牡丹皮 10g, 玄参 6g, 石膏 20g, 黄連 3g, 山梔子 4g, 黄柏 6g, 連翹 5g, 金銀花 8g, 忍冬 8g, 薄荷 8g, 荊芥 4g, 蒺藜子 6g, 半夏 8g, 白朮 6g, 茯苓 6g, 甘草 4g

上記処方を2週間使用して皮疹が著明に軽快してきまして、さらに石膏 30g, 金銀花 14g に増量し、薏苡仁 30g を追加したところ、紅斑の新出がなくなり、安定期を迎えました。

【最終処方】 牡丹皮 10g, 玄参 6g, 黄連 3g, 山梔子 4g, 黄柏 6g, 連翹 5g, 金銀花 14g, 忍冬 8g, 薄荷 4g, 荊芥 4g, 半夏 8g, 白朮 10g, 茯苓 10g, 薏苡仁 20g, 山帰来 6g, 木香 6g, 甘草 4g

皮疹が消失したためエキス剤にしましたが、皮疹が再燃傾向となったため再開して、計1年弱治療した段階で完全に再発も認められなくなって治癒したという症例です。

■ 症例②

【患者】 65歳・女性

【主訴】 咳嗽・炎症反応高値

【現病歴】 2011年9月から咳嗽・喀痰・咽頭の違和感が出現。持続するため近医を受診。採血で炎症反応が高値だが、胸部単純写真・CT等で明らかな異常は認められない。やや鼻閉もあり、副鼻腔炎の診断で抗生剤を処方される。3カ月間治療しても微熱と炎症反応の高値が持続したため、難治性感染症を疑われ、当科を紹介受診。

【現症】 一般採血：WBC 12,000/mm³, CRP 5.96mg/dl, 抗核抗体：陰性, ANCA：陰性, ACE：正常範囲, 側頭動脈エコー：壁肥厚なし, 造影CT：腹部大動脈の軽度壁肥厚のみ

【診断】 巨細胞性動脈炎

治療経過

生検をしようと思ったのですが、患者本人からコスメティックな問題で側頭動脈の手術はさせていただきませんでした。また、本来ならステロイドの治療をしないといけないのですが、親族がステロイドを使って非常に悪かった経過があったそうで、「絶対、死んでも飲みたくない」と言われてしまって、漢方治療に移りました。

最初、慢性副鼻腔炎の急性増悪ということで、辛夷清肺湯エキスを使って少し良くなったものの再燃したため、小柴胡湯エキス+桔梗石膏エキスを使用しました。それで少し良くなってきたのですが、まだまだということで、煎じ薬A（柴胡 10g, 黄芩 5g, 石膏 30g, 桔梗 5g, 半夏 6g, 人参 6g, 大棗 4g, 生姜 5g, 甘草 4g, 牡丹皮 6g, 連翹 4g, 忍冬 6g）として、小柴胡湯加桔梗石膏に少し血分の熱を取るような薬の組み合わせを入れていったのですが、少し悪くなって、今度は煎じ薬B（柴胡 14g, 黄芩 8g, 石膏 50g, 桔梗 6g, 半夏 6g, 人参 6g,

大棗 4g, 生姜 3g, 甘草 5g, 牡丹皮 10g, 連翹 4g, 忍冬 6g, 玄参 8g, 桃仁 6g, 当帰 6g, 川芎 4g, 黄連 3g) として、瘀血をさらに取り除くような形と、血分熱を取り除くための玄参などを加えて、清熱を強力にすると、次第にCRPが下がっていきました。CRPは歩幅が狭くなると下がり方がわかりにくいいため、血沈で見えますと、当初は120mmを超えていたものが、およそ1年少しくらいの経過で20mmまで落ちました。現在も少し増悪すると清熱の内容を少し調節しながら、ステロイドなしで、漢方薬だけで巨細胞性血管炎の病勢をコントロールできているという症例です。

■ 症例③

【患者】18歳・男性

【主訴】鼻出血

【現病歴】鼻出血で気づかれた13歳発症のSLEの患者。血小板減少と鼻出血、関節痛が中核症状。他院で2年前から漢方治療を受けていた。血小板が6万/mm³をきったり、鼻出血が止まりにくいなどの症状に合わせてPSL15～5mg/日を使用。ここ半年は補中益気湯の煎じ薬を使用し、PSL 5mg/日で血小板10万/mm³前後と、1週間に1回程度の鼻出血でコントロールされていた。

【現症】鼻出血は体が温まると出やすく、夜間が多い。遊走性の疼痛がある。冷え性で足が冷たくなりやすい、イライラしやすい、気分の浮き沈みが激しい、なかなか寝つけず、中途覚醒が多い。悪夢もよくみる。食欲はあるが、すぐに胃もたれしやすい。冷たいものは好きだが、摂ると調子が悪くなる。身長177cm, 体重55kg。眼のざらつきがある。指先や関節・背部に紅斑が出現し、疼痛が出る。

【脈診】全体に細・沈。右関脈は滑按沈で無力、左関脈は弦、左寸脈は細弱。

【舌診】白色苔あり、胖大、やや暗い、舌下細絡拡張あり。

【腹診】心下痞、右：軽度の胸脇苦満、左：臍傍圧痛あり。

【弁証】心脾両虚・肝気鬱結・内熱・瘀血

【処方】竜眼肉 8g, 酸棗仁 15g, 遠志 6g, 黄耆 8g, 人參 6g, 白朮 8g, 茯苓 8g, 木香 4g, 芍薬 6g, 柴胡 8g, 桃仁 8g, 牡丹皮 8g, 忍冬 4g, 連翹 3g, 大棗 4g, 乾生姜 5g, 甘草 4g

治療経過

処方はいわゆる加味帰脾湯の加減法です。加味帰脾湯の骨格に、柴胡・芍薬を入れて、桃仁・牡丹皮で瘀血を取りつつ、透熱転気の忍冬・連翹を加えています。これによって、鼻出血は出なくなりましたが、疲れると紅斑・疼痛が出現し、また赤沈・CRPが上昇します。そこで、これは虚熱が上がっているのではないかと考えて、先ほど紹介した三才封髓丹の考え方で、桂皮 4g, 黄柏 6g, 縮砂 5g を加えますと、紅斑や疼痛が消えて、さらに赤沈なども安定化しました。

このように、温病理論の血分熱を除くという考え方にもとづいて治療することによって、こういった慢性の炎症性疾患に対応が可能ではないかと考えております。

温病学の臨床応用

温病学の臨床応用

寇華勝

中国中医科学院望京医院 客員教授

みなさん、こんにちは。本日は「温病学の臨床応用」について話します。

温病学というのは、温病の病因・病理・発展変化の規則および診断・弁証・治療を研究する臨床学科であり、中医学の大切な構成要素です。温病学は感染症に対してよく使います。またそれ以外にも、アレルギー性疾患や膠原病などでも幅広く使います。

温病とは、四時の温熱あるいは湿熱の邪気を患って発病するもので、発熱を主な臨床的特徴とする熱性病を指します。

温病にはさまざまな分類がありますが、病名による分類には春温・暑温・秋燥・冬温・風温・温毒・温疫・温瘧などがあります。発病の形態からみると、新感温病と伏气温病があります。さらに病変の性質による分類には温熱病と湿熱病があります。この分類は日本においてよく使う分類方法だと思います。

■ 温熱病に対する温病学の応用

温熱病の治療では、おもに葉天士がつくった衛氣營血弁証を用います。温熱疾患・感染症・膠原病・アレルギー性疾患などでよく使います。

■ 衛分の証治

衛分の証治の1つは風熱犯衛で、発熱、微悪寒、頭痛、咳、のどの紅腫・痛み、汗が少ない、軽い口渇、舌辺の先が赤い、舌苔薄白、脈浮数がみられます。治法は辛涼清解で、銀翹散・天津感冒片、エキス剤なら清上防風湯を使います。

もう1つのタイプは風熱犯肺で、身熱、熱はそれほど高くない、咳嗽、痰がある、鼻水、のどの不快感、口鼻の乾燥、舌苔薄白あるいは微黄、脈浮やや数がみられます。治法は辛涼宣肺で、桑菊飲をよく使います。

■ 気分の証治

気分の証治は気分熱盛で、高熱、赤ら顔、口がすごく渇く、冷たい水をよく飲む、汗を絶えずかく、呼吸促迫、舌苔黄、脈洪大数がみられます。治法は清熱生津で、白虎湯、エキス剤なら白虎加人参湯を使います。

桑菊飲は辛涼の軽剤，銀翹散は辛涼の平剤，白虎湯は辛涼の重剤といわれています。つまり，辛涼剤における軽い・中等・重いという3つの方剤の使い分けです。

続いて温熱結腑ですが，この場合は身熱，夕方頃の発熱，意識障害，神昏譫語，口渴，便秘あるいは悪臭のある水様便を下す，腹部が脹満疼痛して触られるのを拒む，小便黄色で少ない，舌苔厚黄乾燥ではなはだしい場合は焦げたよう，脈沈実で有力がみられます。治法は瀉熱攻下で，大承気湯を使います。

■ 営分の証治

営分の証治は熱傷営陰で，熱が夜にはなはだしい，口渴がそれほど強くないあるいはまったく口渴がない，心が落ち着かない，はなはだしいときには譫妄狂躁を呈する，皮膚に赤い斑点が現れる，舌深紅で無苔，脈細数がみられます。治法は清営透熱で，この段階では邪気が体のなかに深く入らないよう外へ透出することが大事になります。

■ 血分の証治

血分の証治は血熱動血で，発熱が夜にはなはだしい，狂う，躁動不安，吐血，鼻血，皮下出血，血便，血尿，女性の場合は不正出血で出血量が多い，皮膚に紫黒斑がある，舌紫赤で乾燥，脈細数がみられます。治法は涼血散血で，犀角地黄湯を使います。

さらに陰液消耗の証治ですが，微熱，手掌と足裏の熱が手の甲や足の甲よりも強い，口も舌も乾燥する，心身が疲れる，動悸，眠い，はなはだしい場合には頭がすっきりしない，耳聾，舌が硬い，舌紅，舌苔少，脈虚，脈大，結代で不整脈があります。治法は滋陰清熱で，加減復脈湯，つまり芍薬甘草湯の加減法を使います。

以上，温熱病の治療のポイントは，辛涼薬を使って邪気を外に出し，さらに陰を護っていくことになります。

■ 湿熱病に対する温病学の応用

日本の気候は高温多湿ですから，日本では湿熱の弁証治療は臨床価値が高いと思います。湿熱の弁証は『温病条弁』の呉鞠通がつけました。高温多湿による湿熱病，湿温病，感染症，免疫疾患，アレルギー疾患など病状は多彩であり，病程も長引きます。治療では清熱利湿が頻用されます。

湿熱病に対しては上中下の三焦に分けて治療していきます。

■ 上焦の証治

上焦の証治は，1つは湿滯肌表で，悪寒，発熱，汗が少ない・粘る，頭が重い，頭重，頭痛，体が重い，疼痛，口淡であまり口が渴かない，胸苦しい，ムカムカする，嘔吐，食欲がない，腹鳴，下痢，舌苔白膩，脈濡がみられます。治法は芳香疏散で，芳香薬を使って湿熱を散らします。処方では藿香正气散，五加減正气散をよく使います。

もう1つは湿熱鬱表で，悪寒，発熱，心熱不揚，午後になると熱がはなはだしくなる，顔が淡黄色，頭痛，体が重苦しい，倦怠感，胸苦しい，食欲低下，吐き気，

嘔吐，口は渴くがあまり水を飲みたくない，軟便，尿は黄色で少ない，表情がない，舌苔白やや黄膩，脈濡がみられます。治法は湿熱宣化で，藿朴夏苓湯をよく使います。もしエキス剤でやるなら，茵陳五苓散や半夏厚朴湯を合わせて使ってもいいと思います。

■ 中焦の証治

中焦の証治は，1つは湿熱膠着で，発熱，身痛，発汗とともに熱が下がるが続いてまた上昇する，口は渴くがあまり水を飲みたがらない，あるいはずっと口が渴かない，胸腹部の痞悶，軟便，腹が脹る，舌苔淡黄滑膩，脈濡数がみられます。治法は清化湿熱で，黄芩滑石湯・茵陳五苓散をよく使います。もう1つは，湿熱穢濁で，発熱，倦怠感，頭重，めまい，四肢の痛み，はなはだしい場合は体全体が痛む，胸苦しい，腹脹，吐瀉を繰り返す，小便が少なく深黄色，舌苔黄膩，脈濡数がみられます。治法は解毒辟穢で，甘露消毒丹をよく使います。

また湿重が熱（熱より湿が重い）では，身熱不揚，体が重たい，頭額部だけに汗をかく，全身の倦怠，顔色が淡黄色，胸腹部に痞満，食欲不振，下痢，舌苔白粘稠，はなはだしい場合は潤滑，脈濡緩軟弱がみられます。治法は化湿清熱で，三仁湯をよく使います。もう1つは湿熱挾痰・阻塞心下で，身熱，口は渴くが水をあまり飲みたくない，心下痞満があるが柔軟で圧痛がない，ときに吐き気，嘔吐，食欲があまりない，大便不調，舌質紅，舌苔白膩滑，脈滑数がみられます。治法は清熱燥湿・化痰行気で，『傷寒論』の半夏瀉心湯から人參・乾姜を除いて，枳実・杏仁を加えた処方を用います。この加減半夏瀉心湯は，私の故郷でよく使う方剤で，胃腸が弱い方で湿熱・痰熱がある場合，この方剤はよく効きます。

■ 下焦の証治

下焦の証治は，下焦湿熱では，小便不利，熱が上に蒸されることで頭脹して体が重く痛む，悪心，嘔吐，食欲不振，口渴して水を飲みたがらない，意識朦朧，舌苔白膩，脈濡がみられます。治法は淡滲利湿・芳香開竅で，茯苓皮飲合蘇合香丸を使います。エキス剤なら茯苓飲や茯苓飲合半夏厚朴湯などを使ってもいいと思います。

エキス剤では，柴苓湯・柴陷湯・半夏瀉心湯・平胃散・五苓散・茯苓飲合半夏厚朴湯・薏苡仁湯など湿を除くものを使います。また，湿邪が陽気を遏傷することによって陽気が衰え，熱邪が陰血を消耗することによって陰血が虚損します。つまり気陰両虚になりやすいですから，遷延化する慢性疾患には亀鹿二仙丸を用いる場合もあります。

■ 症例分析

1例をあげて説明します。

■ 症例呈示

【患者】35歳女性

【初診】20××年5月27日

【主訴】 出生時から繰り返す痒みで、この1年悪化している。

【現病歴】 患者が生まれたときに頭頸部に瘙痒があり、小学生・中学生頃は四肢の屈曲部で強くなった。抗アレルギー剤やステロイド剤などで治療し、20代以降はだいたい安定した。しかし、この1年ぐらいは子どもの教育のストレスがあり、瘙痒が再燃している。

【現症】 体全体が痒い。特に頸部・上肢の内側・手首・膝の裏が強い。掻爬した痕があり、掻いた部分がジメジメしている。血痕、手が荒れて痛がゆい、顔面黄色でやや黒い、だるい、口苦、便は軟便・臭い・すっきりしないといった症状もある。舌苔黄膩、脈濡数。

【弁証】 風湿熱滯・壅於肌膚

【治法】 化湿清熱・祛風止痒

【処方】 山帰来 5g, 滑石 6g, 木通 4g, 連翹 3g, 山梔子 3g, 黄芩 3g, 防風 3g, 荊芥 3g, 苦参 3g, 当帰 3g, 生地黄 4g, 甘草 2g

【処方解説】 山帰来・滑石・木通で湿に対応し、連翹・山梔子・黄芩で清熱し、防風・荊芥・苦参で祛風。当帰・地黄は血分から風を鎮めていく。連翹・防風・荊芥は、温病学では透熱転気の意味合いがある。本方剤は、温病学からみれば黄芩滑石湯にあたる。

【治療経過】 上方を14剤飲んでから、ジメジメは改善し、痒みも減り、舌苔も薄黄になった。さらに上方を加減して2カ月半続けると痒みはだいたいなくなり、半年後には肌膚の状態も良くなり治療を終了とした。現在も再発していない。

■ 温病学と一貫堂医学さらに鍼灸について

じつは温病学と日本の後世派・一貫堂医学は近くて、一貫堂の竜胆瀉肝湯は温病学でもよく使います。先ほどの一貫堂医学の荊芥連翹湯と竜胆瀉肝湯と杏蘇散は、温病学でもよく使います。温病学は劉河間・張子和から発展して、一貫堂医学は朱丹溪・李東垣から田代三喜・曲直瀬道三と発展して森道伯に引き継がれていきます。例えば竜胆瀉肝湯には薛生白方と一貫堂医学方があります。両方剤にはそれぞれ特徴があり、薛生白方の竜胆瀉肝湯は、肝胆の湿熱を除くのにいい効果があります。一貫堂医学の竜胆瀉肝湯は解毒・涼血によく使います。

また、温病に対しては鍼灸治療もよく応用します。風池・風府・大椎・曲池・陰陵泉・三陰交・膈腧・血海といったツボを取り、捻転瀉法・呼吸瀉法・提挿瀉法・補法・透天涼などの手技を使います。曲池・委中や舌裏などに瀉血療法もよく使います。

■ まとめ

- 温病の治療原則と方法は日本の風土とよく合い、適応します。
- 衛気營血の証治は、温熱病治療の大綱です。
- 三焦の証治は、湿熱疾患治療の大綱です。
- 温病学と後世派・一貫堂医学は同源異流です。
- 温病の治療原則は鍼灸でもよく適応します。

これからの薬剤師に求められる中医学 中医学との出会い ～中医専門薬局としての取り組み

毛塚 重行
Shigeyuki Kezuka

さくら堂漢方薬局

さくら堂漢方薬局の毛塚と申します。本日は私の中医学との出会い、それから現在の取り組みということで、全編自己紹介のような形で進めてまいりますので、宜しくお付き合いいただければと思います。

まず、ちょっと写りが悪いのですが、これは18歳の私でございます(図1)。数十年前ですね。高校を卒業してこれから大学に進学するというときです。私の実家はもともと両親が薬局を営んでおられて、よく「パパママ薬局」と言われましたけれども、薬、化粧品、日用雑貨、なんでもある、そういう薬局で生まれ育ちました。私はそこを継ぐということが嫌で嫌で堪らなかったのですが、薬学部に進んでしまうわけなのですね。

■ 中医学との出会い

私が進学したのが、八王子にございます東京薬科大学です。八王子の山のなかに大学がございます。3年生のときに選択科目で東洋医学概論というのがございまして、これを選択しました。この講義を担当なさっていたのが、今日座長をされています猪越英明先生のお父様でいらっしゃいます猪越恭也先生でした。猪越恭也先生については、本学会のホームページでも、中医学を日本に取り入れた先駆者として紹介されています。私はここでまず中医学と出会うことになります。ただ、このときには、選択科目として受講していたのですけれども、将来の仕事として東洋医学・中医学に携わるといことは考えていませんでした。

そのあと、金沢大学の薬用植物園に大学院生として入ります。この薬用植物園を指導されていたのが御影雅幸先生で、御影先生は「生薬の品質を追究していくのがこの薬用植物園の使命である」ということをよく言われていました。そのうち、私はだんだんと、品質といっても使ってみないとわからないのではないかと考えるようになりまして、生薬を実際に用いることに興味を覚えていきます。で



図1



中医専門薬局
吉祥寺東西薬局に就職

吉祥寺東西薬局
井の頭通り沿いで約40年、『中国医学の知恵を日本の家庭に！』がモットーの漢方薬局です。漢方相談の他にも、家庭で実践できる中医学教室も開催しています。(ホームページより)

中医学や相談販売の方法を学ぶ

図2

すから、大学の図書室で漢方に関する本を読み漁るようになっていくわけなのですね。そのときに、大学時代に受講していた猪越恭也先生の講義を思い出して、一度、猪越先生をお訪ねして色々な話をうかがいました。それが非常に刺激になって、中医学を志すことを決めました。またたまたまそのときに、同じ金沢大学の別の研究室に南京中医薬大学から留学生として来ていた張工或先生と出会いました。

その張先生にも色々なお話をうかがって、中医学への思いが深まっていくわけなのですが、結局、修士課程を終えて、猪越恭也先生が主宰されている吉祥寺東西薬局に就職することになります(図2)。吉祥寺東西薬局については、ご存じない方もいらっしゃるかもしれませんが、ホームページに「井の頭通り沿いで約40年、『中国医学の知恵を日本の家庭に！』がモットーの漢方薬局です。漢方相談の他にも、家庭で実践できる中医学教室も開催しています。」と紹介されている薬局です。この薬局に就職して、4年半ほどお世話になりました。この間に、中医学も勉強させていただきましたし、中医学以外の販売に関することや、さまざまなことを学ばせていただきまして、これが現在の薬局運営に大きく役に立っています。この4年半の間に、東京でするので色々な勉強会に参加する機会がございました。色々な勉強会に参加していると、同じ中国医学でもさまざまな考え方があることに気づき始めまして、「いったいどれが本当の中医学なのだろう」というような悩みも生じてきました。それと同時に、その頃、栃木の実家から「そろそろ戻ってこいや」というような声がかかるようになったのですね。自分では中医学に関してあやふやな状態で実家に戻るということに非常に不安を覚えておりまして、そこで中国に留学することを決意することになります。そして、中国留学を考えたときに思い出したのが、金沢大学時代の張工或先生だったのですね。

張工或先生を頼って南京へ留学することになります。張先生にも色々なことを教わり、それ以外にもさまざまな先生に出会っているのですけれども、非常に影響を受けた先生がこの写真の黄煌先生です(図3)。この方も日本留学の経験があって、日本語ができるというのが非常に心強いわけなのですが、日本でも書籍を出版されている有名な先生で、公私ともにたいへんお世話になりました。この黄煌先生の言葉で非常に私の印象に残っていることがあります。先ほど中国留学のきっかけとして、中医学の世界にも色々な意見があるということを申し上げましたが、黄先生は「中医学というのは、地域によって、時代によって、人によっ



図3



図4

て異なるのだよ」とおっしゃいました。違いがあつて当然だということなのですね。「勉強するときには、いま勉強しているのがどの地域の中医学か、いつの時代の中医学か、だれの中医学か、それを意識して勉強なさい」と。そして、「最終的に、毛塚さん、あなた自身の中医学ができればいいのですよ」というふうに教えていただきました。これが自分にとって非常に強い柱になっているというふうに思います。

その後、帰国しまして、しばらくは両親と一緒にやっていたのですが、自分で薬局を独立開業いたします（図4）。左上に桜が若干かかっておりますけれども、最初は桜並木のそばで薬局を開局しました。さくら堂漢方薬局の名前の由来が、その桜並木なのですけれども、マンションの1階部分で、狭いところでしたが、ここで9年少し営業しまして、その後、昨年6月から新しい店舗に移りました。この新しい店舗というのは、両親がやっていたところです。両親が薬局を開けて更地にしたところに私の薬局を建てさせていただきました。

■ 中医専門薬局としての取り組み

ここから、私が現在も行っております取り組みについてお話します。抄録集の39ページにまとめられておりますが、これは（図5）いま実際に自分が取り組んでいることを思い出しながらあげていったものです。

ちょっとこれを見ていきますと、まず「軽医療」と書きました。どこからが軽くてどこからが重いというのは、なかなか難しいですけれども、病院へ行くほどでない、カゼの初期といったものを意図しています。

2番目の「家庭医学」というのは、常備薬として、薬箱のなかに漢方薬を入れていただいてそれを活用していただくということです。例えばカゼで葛根湯などが有名ですが、葛根湯だけではダメですよということで、いくつかの漢方薬を置いていただき、それを状況に合わせて間違いなく使っていただけるようにご指導しようということです。

3番目に「病院での治療の補佐」と書きました。実際に薬局に来られる方の多くは、病院で治療中の方が多いわけなのですが、そういう場合に、漢方薬も併用してより効果を高めたい、あるいは西洋薬の副作用を軽減したいというようなことの意味合いですね。

中医専門薬局としての取り組み

- 1 軽医療
- 2 家庭医学
- 3 病院での治療の補佐
- 4 病気の予防・健康維持
- 5 地域での啓蒙普及活動
- 6 薬学部生への教育
- 7 中医学の学習

図5

中医専門薬局としての取り組み

- 1 軽医療
- 対象：病院へ行くほどでない
軽度の病症の治療
中医学に基づいて状況を判断し、必要な
薬品（漢方薬・中成薬）を販売。
食養生などの紹介と活用できる生薬配合
食品の販売。

図6

そのほか「病気の予防・健康維持」「地域での啓蒙普及活動」、それからまさにこれからの薬剤師ということですが、「薬学部生への教育」として、そういう方々への教育にも少し携わらせていただいています。最後の「中医学の学習」というのは抄録集にはないのですけれども、学習は継続していかなければいけませんので、これを付け加えました。

これらを少し具体的に見ていきたいと思えます。

まず、「軽医療」(図6)です。病院に行くほどでないというのは、少し曖昧なことですが、これは3番目の病院に行っていらっしゃる方でも同じことなのですが、「中医学に基づいて状況を判断し、必要な薬品(漢方薬・中成薬)を販売」あるいは「食養生などの紹介と活用できる生薬配合食品の販売」をするわけです。中成薬というのは中国で中医処方にもとづいて製剤化されたものです。実際に販売するものには、日本で医薬品として許可を受けているものもありますし、あるいは薬草のなかには、中国では医薬品として認知されていても日本ではあくまでも食品というものもありますので、そういったものは食品として販売することになります。法律的に見てみますと、1つには、薬局製造販売医薬品。俗に薬局製剤と呼ばれていますが、薬局で製剤するものがございます。薬局で製造できる製剤というのは決まっております、そのほとんどが煎じ薬ですけれども、なかには丸剤、散剤、軟膏剤などがございます。もう1つは一般用医薬品として認められているもので、漢方薬・中成薬の多くは第2類医薬品となっています。それから、少数の第3類医薬品、あるいは指定第2類医薬品などがございます。

次に2番目の「家庭医学」(図7)、つまり家庭の常備薬としての販売ですけれども、たんに製剤を売るだけでなく、わかりやすい使い分けなどの資料をお渡ししながらそういったものを販売するということですね。例えばカゼの場合は、やはり早い初期治療というのが大切になりまして、大きく分けると「赤いカゼ」と「青いカゼ」がありますよというように、中医学的には風熱証といわれる状態だったり、風寒証といわれる状態だったりするわけですが、そこをわかりやすく区別できるようにしています。そういう場合にはこういう薬を使いましょう、あるいは咳がひどい場合でこういうときにはこういう薬を使いましょうと、こちらで販売できる医薬品の写真を載せて使い分けを間違わないで使っていただけるようにしています。

「病院での治療の補佐」(図8)は1番と同じですね。「中医学に基づいて状況



図 11



図 12

は、これは栃木の仲間で作った食養生の表なのですが（図 11）、先ほど気と血と水で分けているのがありましたが、それと非常にリンクしてしまっていて、例えば「気が滞っている人にはこういう食材がいいですよ」というような説明ができるようになっていきます。

あるいは、最近是一般の方でも瘀血という言葉をよく知っていて、患者さんのほうから「私、瘀血かしら？」という話が出たりします。瘀血は万病のもとという言われ方をしますが、血流に関して一般の方も非常に関心が高いということですね。例えば「未病～瘀血のはなし」といった小冊子を作って、こういったものを利用して未病の啓蒙に役立てています。小冊子のなかには、例えば同じ瘀血でもどういう瘀血があるかが書いてあり、自分がどういう瘀血に入るかということがチェックできるようになっています。

それから、「地域での啓蒙普及活動」（図 12）です。これは薬局へ来られる方ではなくて、そのほかの方にいかに啓蒙していくかということに取り組んでおります。これはたまたま講演会をやらせていただいたものですが（同図の右写真）、こういった講演会でお話したり、あるいは記事を書いたりしています。最近では、「婦人科の重要生薬 当归」ということでお話させていただきました。月に 1 回程度のペースで、もう 10 年ほど書かせていただいているのですが、こういう記事を見て来られる方も結構いらっしゃいます。

それから「薬学部生への教育」（図 13）です。私がもともと猪越恭也先生の教育がスタートになっていますので、こういったことも非常に重要だと思います。現在私がやらせていただいているのは、次のようなものです。薬学部の 5 年生になりますと、実務実習というのが課せられていまして、病院実習・薬局実習があるのですが、薬局実習の際には薬局の機能すべてを学ばなくてはいけないということで、そのなかに薬局製剤の実習もあり、煎じ薬を作ったり、丸剤を作ったりすることが課せられています。これらは、実習生を受け入れる薬局ですべてを賄えるわけではないので、漢方実習に関しては漢方薬局にサポートに入ってもらおうというのがよくあります。そのサポートで、これは宇都宮市で実習をしている学生さんたちに、とある薬局を借りて実習を行っている風景です。年間 40 人くらいの薬学生の方々に、主に煎じ薬の作り方ですけれども、指導させていただいています。

それから「中医学の学習」ということですが（図 14）、日本で書かれた本もあ

中医専門薬局としての取り組み

6 薬学部生への教育



図 13

中医専門薬局としての取り組み

7 中医学の学習



図 14

りますし、中国の本もございます。あるいは、中国の本を翻訳したのも多数出回っており、こういったものを使って勉強するわけですが、なかなか1人で勉強を続けるというのは難しいわけなのですね。そこで、色々な勉強会があるので、そういったところに入って、みんなで勉強していくということが非常に有効です。そのなかで、例えば去年は、上海のそばの南通市というところに行ったのですが、中国の現場を見学して、いろいろ実際の学習にもなりますし、やる気を鼓舞することにもなります。中国研修という機会も設けて学習を続けているということでございます。

駆け足になりましたけれども、以上が私の取り組みでございます。

これからの薬剤師に求められる中医学 日本漢方と中医学の 違いについて

深谷 彰

Akira Hukaya

漢方の杏村，日本中医薬研究会 副会長

日本中医薬研究会の副会長をさせていただいている深谷と申します。今日は「中医学と日本漢方の違いについて」ということでお話したいと思います。なお、敬称はすべて省略させていただきました。ご了承ください。

■ 現代中医学の特徴

まず中医学の特徴は、経方、つまり『傷寒論』や『金匱要略』をもとにしているものと、それ以降に生まれた時方というものを、両方しっかりと取り入れているということです。非常に理論的で、辨証論治を主体にしています。中医学は、分析して、処方を導き出して、さらにそれを自由に加減して臨機応変に対応していくという非常にすばらしい医学です。

現代中医学はいつ頃できたのかといいますと、じつは意外と新しいのです。1956年頃から、中国全国の各省に中医学院が設立されました。ところが、学校はできても教科書がありませんでした。それまでの古典のようなものはたくさんあったのですが、まとめた本がなかったのです。これではいけないということで、たくさんの中医師が集まって智慧を絞り、バラバラだった中医の理論を1つにまとめて、中医学という体系的なものを作り上げました。これが現代中医学です。

その中医学がいつ日本に入ってきたかという、1972年頃のことです。中国との国交が回復し、たくさんの中医学の本が日本に入ってくるようになりました。当時、私は日本漢方を勉強していたのですが、中医学は理論的で見通しがよく、全体を理解するのが容易だったため、はじめて中医学を見たとき、中医学の理路整然とした理論にすごいショックを受けた覚えがあります。

■ 日本漢方の特徴

日本漢方は、経方つまり『傷寒論』や『金匱要略』を中心として、方証相対を主体としています。方証相対というのは「これこれの場合はこの処方」という、要するにアンチョコみたいな感じで、系統立っていませんでした。また、口訣集という形で広まっていきました。処方が先があって、あまり理論は記載されていません。

方証相対とは、要するに鍵と鍵穴の関係で、方と証が1対1に対応しているということです。患者さんの病状は必ず1つの処方に対応しています。ですから、処方を加減したり2つの処方を合方することは基本的にありません。もし加減すれば鍵の形が変わってしまいますからね。また、1つの鍵穴に2つの鍵をさすことはできませんから、合方という考えもなかったのです。例えば大塚敬節の著書に、蕁麻疹の症例だったと思うのですが、葛根湯に撲散を入れた症例がありました。自分で入れておきながら、これは非常に姑息な手段だとか、邪道であると評しています。大塚敬節の師匠の湯本求真はすぐうるさい人だったから、きっとそういうふうにしたのだと思うのですが。

方証相対は、まず先に処方があって、それがそのまま証の名前になります。ですから、葛根湯証とか、麻黄湯証とか、桂枝湯証など、方剤の名前がそのまま証名になっています。

どういふふうになっているのか見てみましょう。方証相対の代表的な書物である尾台榕堂の『類聚方広義』からいくつか例を出してみます。日本漢方を勉強した人なら、みんな読んでいる本ですね。例えば桂枝湯証は、「上衝し、頭痛。発熱。汗出で、悪風。腹拘攣するものを治す」。このように、桂枝湯を使う条件を羅列して、それが桂枝湯証だという。これだけです。なんの理論もありません。

さらに、桂枝湯に桂枝を加えた桂枝加桂枝湯は、「桂枝湯証にして上衝が劇しい者を治す」と。桂枝加芍薬湯は、「腹拘攣の甚だしき者を治す」と。こういうふうに加減してしまうと、別な証となりますから、桂枝湯証と桂枝加桂枝湯証は違う証になっているということなのですね。それ以外にも、桂枝去芍薬湯は、「桂枝湯証にして拘攣せざる者を治す」とか、苓桂朮甘湯は、「心下悸し、上衝し、起てば則ち頭眩し、小便不利の者を治す」など、なんだか『傷寒論』の条文そのままのような気がしますね。

この方証相対の利点は、理論が必要ないので、中医学のように基礎から系統立てて何年も勉強しなくても、今日からすぐに使えるという感じで、とても実践的だということです。それから、処方の加減が必要ない、というか加減してはいけないのですが、日本のエキス漢方に非常に適しているということがいえます。欠点は、応用が利かないこと。未知の病に対応できませんし、例えばその日に葛根湯が売り切れていたというときに、葛根湯証の方が来たらどうしようもないということですね。こういうふうに、いろいろと不自由な面がありますし、理論的な発展も期待できません。

■ 日本漢方と中医学の違い

日本漢方と中医学では使っている用語にいくつか違いがあります。いちばん違

うのが虚実ですね。日本漢方で実証は体力があるということで、虚証は体力がないということです。そのため日本漢方では中間証はあるけれど、虚実が同時に存在することはあり得ません。一方、中医学は、実とは邪気が多いということで、虚とは正気が足りないということです。ですから、邪気もあるが正気も足りないということは、よくあることです。むしろ、ほとんどが虚実錯雑しています。

それから日本漢方では、陽証とは熱をもちやすいことで、陰証とは冷えやすいことをいいます。それぞれに虚実があるので4つのタイプに分けられます。問題は陽虚証と陰虚証です。要するに、日本漢方の陽虚証は熱をもちやすくして体力がない、陰虚証は冷えやすくして体力がないということです。そうすると、中医学の陰虚・陽虚と寒熱が真逆になってしまいますね。ですから、日本漢方の人と陽虚・陰虚を話すとき、これに注意しないと「全然かみ合わない」という感じになります。

それから、四診にも違いがあります。日本漢方は腹診を重視しています。胸脇苦満には柴胡剤を使う、臍下不仁には八味地黄丸、小腹急結には桃核承気湯などです。一方で、舌診はあんまり重視していません。というのは、舌診は温病とともに盛んになりましたから、その頃は日本とあまり国交がなかったため、温病の理論があんまり日本に入ってきていないのです。

日本漢方の診断では、方証相対以外に八綱弁証と六経弁証が使われます。八綱弁証は、例えば風邪の場合なら、まず表裏を分けて、つまり表証とは脈浮・悪寒または悪風・頭痛・関節痛などですが、表証で、無汗で脈が強ければ麻黄湯や葛根湯、汗があり脈が弱ければ桂枝湯や桂枝加葛根湯というふうにして、yes・no方式で処方を選ぶことができます。ですから、あまり理論を考えなくても処方を選びやすいです。

それに対して中医学の診断は、定位・定性ということを考えて、まず実と虚に分けて、実も外邪（六因：風寒暑湿燥火）によるものと、内邪（六鬱：気血痰湿食火）によるものに分けます。さらに、病因によっていろいろな辨証法を駆使していきます。傷寒なら六経弁証、温病なら衛気营血弁証、湿温病なら三焦弁証などです。複雑ですので、中医学を完璧にマスターしようと思うと何十年もかかるということになってしまいます。

辨証で証が決まると、それに対して治療方針を考えますが、これを治則といいます。治則に合わせて処方を決めていきます。例えば活血化瘀に対してもいろいろな処方があります。処方が決まると、最後に処方を加減します。処方がない場合は自分で処方を組み立てることもあります。

■ 日本漢方の歴史

ここからは、中国で生まれた中医学がどのように日本に伝えられ発展していったかについてお話します。

中国伝統医学の伝来ですが、6世紀くらいまでには、中国医学は朝鮮半島を経由して日本に伝わっていました。昔の古い本にも、西暦414年に金武という医者が来日して允恭天皇を治癒させたという記述があります。奈良時代、西暦700年頃、中国では唐代ですね。この頃は医者が少なくて、貴族しか治療を受けられませんでした。718年には唐の制度を模倣して養老律令や医疾令（医・薬制度）

医心方

治肝病方第十

《病源論》云：肝气盛，为血有余，则病目赤，两胁下痛引小腹，善怒。气逆则头眩，耳聋得太《千金方》治肝虚寒，胁下痛，胀满气急；眼昏浊，视物不明，槟榔汤方：母姜（七两）附子（七两）槟榔（二十四枚）茯苓（三两）桔梗（四两）橘皮（三两）白朮九味，以水九升，煮取三升，去滓，分温三服。又云：治肝实热，目痛，胸满气急塞，泻肝前胡汤方：前胡（三两）秦皮（三两）细辛（三两）栀子仁（三分）黄芩（三两）蜀升麻（三两）藜核升 芒硝（三两）十一味，以水九升，煮取三升，去滓，下芒硝，分二服。

図1

といった法律もでき始めていました。この頃、医療は国営であり、医師は官職名で、代々世襲制でした。753年に鑑真が来日します。鑑真は医薬に詳しい人で、『鑑真秘方』という本を日本に伝承しました。これが非常に素晴らしい本で、日本の医療がめざましく発展しました。その頃、奈良の正倉院には、60種類もの生薬が保存され、そのなかには大陸からもたらされたものもたくさんありました。現在でも残っています。

平安時代（794～1192年）は、和氣・丹波両家が世襲で医業を行っています。庶民はまだ民間療法や加持祈祷に頼っていました。808年、諸国の処方・薬方が集められて『大同類聚方』が編纂され、日本初の公定薬局方となりました（『大同類従方』）。漢字で書いてあるように見えますが、よく読んでみるとカタカナになっています。非常に面白い本です。

そして、984年に丹波康頼が『医心方』を編纂します。内用850種、外用70種の薬物が記載された医薬の集大成ともいえる本です。この人はもともと中国人で、日本に帰化した人なのですが、これまでのいろいろな処方方を1つにまとめた非常に素晴らしい本です。少しなかを見てみると（図1）、「治肝病方第十」というところに、『病源論』とあります。

これは『諸病源候論』のことだと思うのですが、「肝気が盛んなれば血は有余である。すなわち目が赤くなったり、両脇の下が痛み、小腹が引きつって、よく怒る。气逆すると頭暈したり、耳鳴りがしたりする」ということが書いてあります。『千金方』では、肝の虚寒だとか、現在の中医学に非常に近い感じのものが書いてありますね。

鎌倉時代は、仏教医学と僧医の黄金時代です。僧侶が医者兼ねることが多かったです。この頃になると、医療はようやく一部の貴族だけでなく、庶民にも広まってきました。当時、宮廷医は没落して生活苦で地方に散らばっていて、そのため地方で大勢の開業医が生まれていきます。こうしたなかで、いわゆる「配置売薬」という制度もできてきます。

鎌倉時代を代表する医学書に『頓医抄』という医学全書がありますが、これを見ると人間の臓腑図が書かれていて、当時の西洋の解剖学に比べてはるかに高度

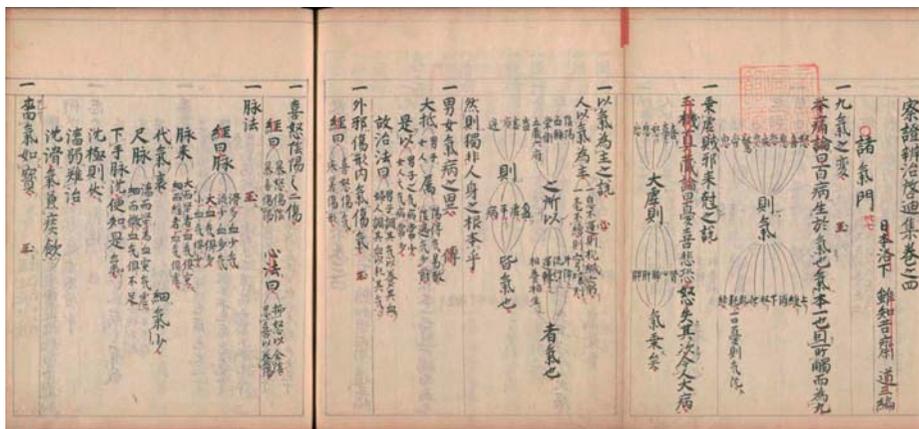


図2 『啓迪集』（国立国会図書館ウェブサイトより）

なものであることがわかります。

室町時代になると、田代三喜が出てきます。彼は15歳のときに僧侶になって学問を身につけてから、23歳で中国の明に渡ります。そこで月湖という医者に師事します。この月湖については不明なことが多く実在を疑う人もいますが、田代はその月湖の中医学を日本に持ち帰って、大勢の命を救いました。そして、その医学は弟子の曲直瀬道三に受け継がれます。この2人が広めた医学を「李朱医学」といいます。李東垣と朱丹溪の意味ですね。これは辨証論治を基本とした理論的な医学です。現在の中医学とほとんど変わらないものが日本にもありました。その曲直瀬道三が『啓迪集』をまとめます。彼は日本に病証を明らかにして治療を施すための全書がないことを憂い、中国を代表する古今の医学書64部より主要部分を抜粋して、74門に分類して平易・簡潔にまとめ、そのうえで類似の病状ごとに病名の由来や辨証論治をまとめました。また、病気の発病部位によって「内病」と「外病」に分け、さらに原因によって気・血・痰・鬱の4つの症状があり、その組み合わせによってさまざまな病気が生じると言いました。非常にわかりやすく理路整然としています。少し内容を見てみましょう。これは諸氣門というところですが（図2）、東大生のノートみたいですね。

こういうふうに線を引いて、昔の本とは思えないぐらいわかりやすく書いてあります。もし、みなさん時間があつたら、この本だけは1度、目を通してみるといいかなと思います。例えば、「男子は陽に属する、陽は氣を得ると散じやすい。だから男子は氣が不足しやすい。女性は陰に属する、陰は氣を鬱滞させる。だから女性は氣が余りやすい」とあります。あるいは、「痰が盛んだと氣はますます結する。だから氣を治したいときはまず豁痰をする」と。それから「上焦の氣が熱すれば酒炒黄連・黄芩」「下焦の氣が熱すれば塩炒梔子・黄柏」ともあります。

さて、日本に伝えられた中医学は、江戸の中期くらいから、古方派と呼ばれる人たちによって日本独自のものに変化していきます。日本の漢方が劇的にガラパゴス化していくわけです。

最初は名古屋玄医です。この人は病気がちな人で、自分の病氣もあって、いろいろなことを考えました。最後に、「万病はすべて寒氣に傷られることによって生じる」という考えをもっていきます。そして『傷寒論』や『金匱要略』を重視



図3 「腹証奇覽」(医道の日本・1981年)

していきます。なぜかという、中医学があまりにも煩雑になりすぎたというきらいがあったのです。ですから、「もっとシンプルなものがいいよ」というような考えが生まれてきました。

次に後藤昆山です。この人は弟子が200人ぐらいに及んだといわれます。後藤は、それまでの医師が髪を剃り、僧衣を着け、僧官を受けていたのに対抗して、髪を束ね、平服を着用しました。これを世人は後藤流と呼んだのですけれども、多くの医者がこれに追従して、形のうえでも医業が仏教から独立して、医師の社会的地位確立の原動力になりました。この頃になってようやく僧侶から独立した医者という職業ができたということです。後藤は「一気留滞説」、つまり百病は一気の留滞によって生じると主張し、順気をもって治療の綱要としました。

その弟子に香川修庵がいます。香川は極端に理論を嫌いました。実際の臨床のみを真実として、『素問』『靈樞』『難経』をも邪説と決めつけました。『傷寒論』だけは信用しましたが、それでも太陽・陽明・少陽・太陰・少陰・厥陰に病を分けて論じるのは観念の産物だとして批判し、最後には「信奉するに足る古典や先人は遂に見出し得なかった」と述べています。

それから山脇東洋です。山脇は死体の解剖を行い、肝臓が中医とは反対側にあるとか、いろいろな矛盾があるといって、李朱医学は実際の臨床に合わないと言張しました。

極めつけが吉益東洞です。今の日本漢方では、信者がとても多いですね。なかなか豪快です。一刀両断ですからね。すべての病は「毒」が原因と決めつけて、「万病一毒論」を展開しました。治療は毒を取り除くことに専念します。「毒をもって毒を制する」という激しい治療をしました。「もし患者が死んでもそれは天命とする」と、……おお、いいのかよ、という感じですよ。ただし、吉益東洞の世界観は非常に実践にすぐれています。彼はすぐれた観察力をもっていたのです。ですから、見ていてスカッとする部分は確かにあります。

彼は腹診を非常に重視しました。中医学はあまり腹診が出てきませんから、時間があつたらこういうのも見てみてください。『腹証奇覽』を少し見てみましょう。これが小建中湯の腹証です(図3)。

図のごとく、腹皮拘急して縦横無尽に縄があるような、こういうものが小建中湯の腹証だということですね。

その後、1895年に新しい法律ができてしまいます。明治政府は西洋医学を学び医師免許を持つもの以外は医療行為ができませんとしました。これによって、漢方医も西洋医学の医師免許が必要になります。そして日本漢方も含めて漢方は滅亡の危機に立たされます。そういうときに、湯本求真が『皇漢医学』というすばらしい本を出します。その弟子として、大塚敬節や矢数道明など、現在の日本漢方を築く名医が育っていきます。この2人の著書が現在の日本漢方の源流になっているといえます。

1972～74年にかけて、いわゆる210処方が決まっていきます。1976年に漢方エキス製剤33処方が薬価基準に収載されました。これによって今の日本漢方の基礎が作られました。

それで、話は最初に戻って、中医学が入ってきてわれわれはこのように中医学を学ぶようになったということです。

結論

最後に結論ですが、中医学を勉強することはとても大切ですが、やはり日本漢方も1つの文化ですから、漢方の1つのバージョンとして、同時に日本漢方も少し勉強して、中医学と日本漢方双方の違いを理解しておく、臨床に大いに役立つのではないのでしょうか。

これからの薬剤師に求められる中医学 漢方薬局における アトピー相談 ～中医学的対策～

植松 光子

Mitsuko Uematsu

漢方薬膳サロン ウエマツ薬局

ウエマツ薬局の植松光子でございます。本日は、「漢方薬局におけるアトピー相談、中医学は素晴らしい！」というお話をさせていただきます。中医学でアトピーを治しますと、アトピーが治るだけでなく、肌がつるつるになり、きれいになり、とても喜ばれますので、毎日楽しく仕事をさせていただいております。

私が中医学の勉強を始めたきっかけは、次女がひどいアトピーで、漢方薬でだいぶ良くなったからでした。それからアトピーに対する漢方治療の勉強を真剣に始めました。25年ほど前に、中国の北京中医医院の副院長で、皮膚科の名医として名高かった秦漢現先生が、北京中医薬大学の日本校設立準備のために日本においでになりました。そして、たまたま私の店に2年間、毎月1回、来てくださることになりました。

秦先生は、日本語がまったくお出来にならなかったのですが、たった2つだけ日本語を話されました。なんだと思いますか？ まず1つは「かゆい？」、そしてもう1つは「お通じは？」という言葉でした。秦先生はこの2つの日本語しかお話をなさいませんでした。「オーオー、オー」とおっしゃいながら、全身くまなく丁寧に見られますので、患者さんには非常に喜ばれました。日本語は通じなくても、先生は自分をすごくよく見てくださったと感じられるのですね。

アトピーの改善のためには、かゆみと便通をチェックすることが一番大事です。中医学でいえば、皮膚は肺ですから、肺と大腸は表と裏の関係にあります。「便は体のお便り」と言います。「便」という字と、「便り」という字は同じですね。「この漢字を作った人はすごいわね」と、私はいつも患者さんにお話しています。解剖学的にも、皮膚と消化管は同じ上皮細胞できています。

その後、私は雲南中医薬大学へ研修に行くようになりました。雲南省は雨が多く、日本と大変環境が似ていますので、患者さんも日本と同じような症状の皮膚

病の方が多くいらっしゃいます。

■ アトピーの改善率と悪化の原因

これまでも一所懸命やって参りましたが、いつのまにか来店されなくなるお客様がいます。その方たちは、良くならないから来店されなくなったのか、それとも改善して来店されなくなったのか、と心配になりまして、患者さん400人に往復はがきでアンケートをとりました。自分の自覚で「改善した」と思う部分に丸をつけていただきましたら、なんと改善率は91.7%という非常に高い数字になり、本当に感激しました。

アトピーの原因は皮膚だけではありません。体の外からの「外因」としては、暑さ・湿気・秋の乾燥・冬の寒さ、それから黄色ブドウ球菌などの感染もあります。また体の中からの「内因」としては、免疫の低下、自律神経の乱れ、アレルギー体質、食べ物、ストレスなど色々あります。

このかゆみの原因は、虫刺されのかゆみとは違います。アトピーが悪化するのには、やはり食べ物も関係がありますし、自律神経や環境の変化によっても悪化します。悪くなるのは受験のとき、就活のとき、失恋したときなどです。蚊に刺された人が失恋でかゆみがひどくなったということはありません。ところがアトピーでは、心の状態がかゆみが非常に悪化します。

■ アトピーの治療

この図(図1)は、体を木にたとえたもので、私がよく患者さんにお話する際、お見せするものです。

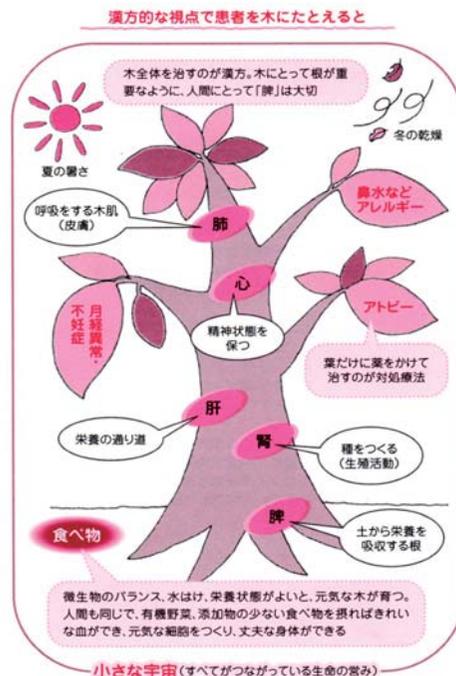


図1

皮膚がカサカサするとか、喘息が出るとかの症状は、葉っぱの部分に該当します。そのようなことを治すためには、木の場合なら、葉っぱが痛んできたら、まず木を丈夫にしないとイケません。それでは、その木を丈夫にするにはどうしたらいいのかというと、まず栄養や水分を吸収する木の根っこを元気にしなければなりません。木の根っことは、人間にとっては胃腸ですね。良い水・良い食べ物が大事ですし、「根っこを丈夫にして木を丈夫にすると、肌も良くなりますよ」とお話しています。

中医学におけるアトピーの治療の原則は、「急なれば則ちその標を治し、緩なれば則ちその本を治す」です。アトピーはまず標治です。風（かゆみ）に対して祛風薬、熱（赤み、熱感）に対して清熱薬、湿（浸出液、じくじく、腫れ）に対して利湿薬を使ってそのような症状をまず治していきます。

そして、症状が落ち着いてきたら、冷えがあるとか、胃腸が弱いとか、そういった体質面を治していきます。血虚に対して補血薬、脾虚があれば健脾薬を使います。雲南省の皮膚科の教授は、アトピーの場合、漢方薬は必ず食後に飲ませなさいとおっしゃいました。アトピーの薬というのは、苦くて胃を刺激しやすいので、秦先生も、やはり食後に飲ませながら、胃腸の症状がなくても必ず焦三仙（消導薬）を併用していらっしゃいました。

漢方薬の使い方をお客さまに話すときには、「壊れたドアから泥棒が入ってきたときに、あなたならどうしますか？」と聞きます。「ドアが壊れたため泥棒が入ってきたのだから先にドアを直しますか」と。泥棒をやっつけないと、家のなかで大暴れますから、まず血熱・毒熱・湿熱という泥棒（邪）を取る漢方薬を使います。そのあとで体質改善の漢方薬を飲んで再発を予防します。

最近、アトピーは冷え性が原因だから、まず冷え性を治すなどということが学会で発表され、温性の処方では悪化して来店される方が多くなっています。私はこの処方の仕方は疑問に思っています。このような方法で悪化した例を、次にお出します（図2）。

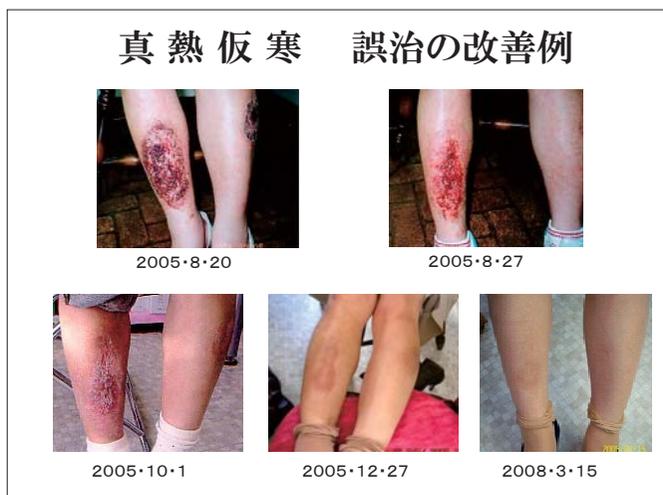


図2

この方はもともとアトピー体質があつて、虫に刺されてかきむしっているうちに、血だらけになり、病院に行くと、まず十味敗毒湯が出たそうです。ところが、ますます悪化してしまいました。ご本人が「じつは冷え性があつて、生理も不順です」と言ったら、今度は十全大補湯が出ました。さらに悪化し、このような血だらけの状態、当薬局に来店されました（2005.8.20）。私は、あまりにひどいので、「ケロイドになったらいけないので、病院にもう一度行ったほうがいいですよ」と言ったのですが、「いや、病院で悪くなったのだから行かない。お母さんは神様を拝みに行っている」と。もう神様しかいなくなってしまったのですね。私はその頃は勉強したてで、中医学のアトピー治療は、まだよくわからなかったのですけれども、とにかく赤みを取るものということで清熱利湿の漢方薬を出しましたら、1週間後、少し落ち着いてきました（2005.8.27）。次に、1カ月半で、だいぶ落ち着いてきて（2005.10.1）、いらしてから4カ月後には色のひどいところがだいぶ治って（2005.12.27）、それからは来店されなくなりました。ところが、この方は、3年後にまた来店されました。このときは結婚しておられて、今度は不妊症の相談でした。冷え性があつて生理不順ですので、温めて治す漢方薬で、無事りっぱな赤ちゃんを産むことができました。その後、2人目も不妊で、また同じように治療し、2人目の赤ちゃんも元気に育っています。順番を間違えるとひどいことになってますが、きちんとやっていたら両方が良くなるという例です。

■ 症状別アトピーの治し方

アトピーをどのように治していくかと言いますと（図3）、まずは、皮膚をよく見るということです。手のひらの各所に小さな水疱がいっぱいあります。右手首からは浸出液がちょっと出ていました。湿熱は、下半身に症状が出やすいです。

症状別アトピーの治療 ①湿熱

- ・水疱。搔くと汁が出る。舌苔は白膩～黄膩
- ・赤く腫れ、皮膚は少し盛り上がっている。
- ・頭皮はねっとりとした結痂
- ・下半身に多い
- ・便秘。帯下が多い
- ・尿が濃い、少ない。



図3

湿熱

湿熱の場合、方剤としては竜胆瀉肝湯や黄連解毒湯・三黄瀉心湯・茵陳蒿湯・消風散などをよく使っています。生薬としては山帰来・薏苡仁・馬齒莧・百花蛇

舌草などです。胃の弱い方が多いので、そのときには半夏瀉心湯・焦三仙などを使います。なかには下痢をしている方もいらっしゃるのですが、そういう方には参苓白朮散などで水をさばかせます。赤みがあるのに、湿熱の薬を止めて補う薬だけにすると、すぐに悪化しますから、必ず完全に症状が消えるまで清熱剤を減らさない、ということに気をつけます。

浸出液の対策としては、「脾は湿を生む」と言いますので、食べ過ぎないということが大切です。そして「なるべく汗をかきなさい」ということをいつもお話しています。軽い運動をして汗をかき、湿熱を汗で出すということです。

血熱・毒熱

皮膚が長期間真っ赤で、血が熱をもち、血分に入っているものは血熱とみます。その場合によく使うのは清営顆粒という薬です。これは牡丹皮・赤芍・生地黄という血分に入る生薬と、山梔子・黄芩・大黄という熱を取る生薬からなっています。皮膚表面の傷には、黄色ブドウ球菌がいますから、西洋医学的にみても毒熱だといえます。真っ赤に腫れて、舌の色も赤く熱がこもっているときは黄連解毒湯なども使います。最近よく使うのが、五味消毒飲です。エキスとしては五涼華という名前が出ています。野菊花・金銀花・蒲公英・紫花地丁・竜葵からなり、皮膚を乾燥させないので、とても使いやすいです。

アトピー治療で気をつけること

「漢方薬を飲みたい」と言って来店される方は、ステロイドを止めたいという方が100%です。漢方薬を出したその日から、ステロイドをパッと止めてしまわれる方が少なくありません。真っ赤に腫れ上がり、浸出液が流れてくるような、ひどいリバウンドが出ることがあります。絶対にすぐに止めないで、しばらくは併用しながら徐々に減らすということをお話しています。

写真はステロイドを急に止めてしまった方です(図4)。



図4

32歳の女性の方です。25年間ステロイドを使っていましたが、スパッと止めてしまったため、全身がすごいことになっていました。おばあさんのような手で(2009年2月3日)、手が真っ赤で、割れてしまい、シワシワになっていました。手だけでなく、肩から全身も同様です。顔もジクジクで、髪の毛は全部抜けてしまい、カツラをかぶっていました。生理も止まり、体重も7キロ減ってしまったという状態で、来店されました。やはり清熱涼血利湿の標治を中心にし、2週間後、少し楽になりました(2009年2月17日)。段々と良くなってきて、今では嘘のように、きれいになっています(2013年6月1日)。初来店から約1年でだいぶ良くなりましたが、やはり4年はかかりましたね。今は生理不順を治すためにいらして、現在はほとんどアトピーは発症しません。たまに少し出るとい感じです。

そして、やはり食べ物も大事です。体を熱くするもの、辛いもの、しつこいもの、揚げ物といったようなものは控えてもらっています。

この図(図5)はアトピーと婦人科の関係ですが、当店でお客様の相談をお受けしておりますと、アトピーの女性に生理痛や生理不順の方が非常に多いのが気になりまして、女性のアトピー患者さん100人にアンケートをとりました。

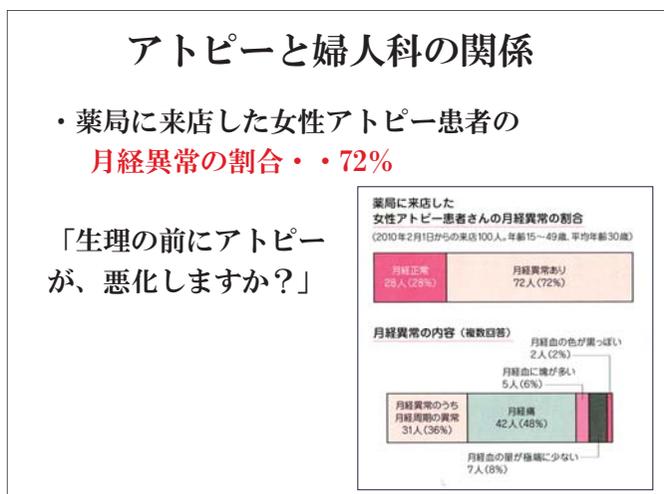


図5

そうしましたら、生理痛・生理不順・生理の量が非常に少ないという月経異常の割合が約72%みられました。今は女性の患者さんがいらしたら必ずアトピーと月経異常の両方をチェックするようにしています。アトピーで相談にいらした方に突然「生理痛がありますか？」とか「生理不順ですか？」などと言うと「えっ？」と思われそうですので、「生理の前にアトピーが悪化しませんか？」というような切り口から入っていきます。

アトピー肌の人に月経異常が多いのは(図6)、中医学でいえば血熱と関係があると思われま。さらに血熱がすすんで瘀血となる、血熱血瘀です。ホルモンの関係とか、精神的なものとか、イライラしてカッカ、カッカする、仕事をがんばるという「頑張り屋さん」に多いですね。そうした方は体のなかに熱がこもりやすいのです。

皮膚と卵は夜に作られます。中医学では夜は陰で、水分が溜まる時ですから、細胞も潤って、皮膚も潤うし、元気な卵ができます。夜はなるべく早く寝るといいですね。「お日様が沈んだ夕方6時には昔の人はもう寝ていたのですよ、寝ると早く良くなるのですけどね」ということで、「せめて10時には寝るように」とお話をしています。

漢方の人間国宝 路志正先生に、昨年7月に北京に行ってお会いしてきました。95歳でいらっしゃいますが、本当にお元気で、とてもお歳には見えない、70代のような若々しいお肌でした。路先生は今でも毎日古典を勉強していらっしゃるそうです。私の目標としては、路志正先生のように95歳まではいかなくても、せめて90代までは仕事をしていたいなあと思っています。路先生に秘訣をおうかがいしたら、「したい仕事をするのが生きる力ですよ」とおっしゃいました。

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・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 篠原昭二, 平馬直樹, 別府正志, 安井廣迪, 山本勝司
編集委員 浅川 要, 猪越恭也, 関 隆志, 戴 昭宇
西本 隆, 兵頭 明, 吉富 誠, 路 京華
査読委員 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, 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6巻第2号 2016年10月13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
