

# 日本中医学会雑誌

第8巻 第1号 | 2018年3月

2018年3月20日発行 (年2回発行)

ISSN 2185-8713



●巻頭言——王 財源 1

●原著

大黃甘草湯の方意を、大黃の抗酸化力から考える

—————高橋 薫 3  
ほか

●症例報告

妊娠により再生不良性貧血の増悪が

危惧されたが、安産に導いた一症例——竹下 有 13

●学会講演 第6回日本中医学会学術総会

シンポジウム②中医学エビデンス再考

舌診の科学化を求めて

——舌撮影システム (TIAS) の研究経験から——

—————並木 隆雄 21

漢方処方を使い分けは弁証なしで

統計学的に再現できるか ~月経困難症を例に~

—————吉野 鉄大 27

「気滞」の診断基準の作成とその検証——岩崎 鋼 35

ほか

シンポジウム③漢方：中医学から学ぶもの

漢方の発展のために中医学から何を学ぶか

—————秋葉 哲生 48

海外から見た中医学の動きと日本への提言

—————戴 昭宇 58

投稿規定 72 / 誓約書・著作権委譲承諾書 75 / 編集委員会 76

本年は日中平和友好条約締結 40 周年を迎える。日本と中国は古くから「一衣帯水」の深い結び目につながり、日本は数多くの中国文化を吸収してきたことは誰しもが認めるところであろう。その 1 つに医療がある。中国に発芽した伝統医療文化は日本国民の健康に大きく貢献した。さらにそれらは、日本国民の体質に応じた医療として、日本の医術者らの手によって「日本の中医学」として開花した。

中国の伝統医学は、中国古代の諸子百家という哲学・思想集団に端を発し、とりわけ道家（哲学）思想は古代中国人の固有の文化として発展を遂げ、医学にも影響を与えた。日本においても、中国の儒家・道家思想は学問の一端として取り入れられ、日本人の道徳観を深め、日本の精神文化に繁栄をもたらした。その後、西洋文化の進出により、日本は東洋と西洋の狭間で、異なった東西文化が入り交じるなかで日本独自の文化を形成した。また、中国伝統医学を吸収した日本では、異論を唱える医家らの存在がありながらも、実践現場に携わる数多くの医術者によって、医療技術の吸収と共存を繰り返し、現在の東洋医学の礎を構築した。経験則にもとづいた医療は、さらに理論化され、誰にでも習熟可能な医療として実用化されるに及び、現代医学では困難とされる難病への取り組みを歩み始めている。

昨年の 12 月 9 日、東京大学において新出土医学簡講演会が開かれた。そこでは中国成都市、天回鎮老官山漢墓 3 号墓から出土した 951 枚の医書竹簡および漆経脈人形の最新情報が報告された。これらの資料は中国考古医学の定説を覆す重要な発見であり、中国伝統医学に携わる教育者にとっては注目すべき内容であった。当日は中国成都天回鎮漢墓研究部責任者であり、中国中医科学院の柳長華教授のほか、研究現場で直接出土資料にかかわった数多くの研究者らによる現状報告があった。5 年以内に正式な著作物として発表されるとのことである。これらの資料は、医学・人文・自然科学などの複数の学問から、伝統医学のさらなる発展を導き出すための良いきっかけを作っているように思われる。今後、各国の医学界で研究討論を積み重ねていく必要が生まれるであろう。

天回鎮老官山から出土した医簡や経絡人形などの資料をみると、当時の医家らが疾病に取り組む姿勢がみえてくる。その後成立した『黄帝内経』等には、そのパーツとなる医学資料が、数多、存在しており、『漢書』芸文志にもこのことの一部が記されている。

日本中医学会の歩むべき方向が、東洋哲学を軸足とする医療であるならば、国や地域、民族によって分類や区別することなく、地球民族といった壮大な規模で専門家間の交流を進めなくてはならない。国民の健康を守るのは人材の育成と複

数の専門領域からの研究検証である。いま、これらをより深く進めなくてはならない分岐点にさしかかっている。そのための牽引役の一つとして日本中医学会には期待がかかっているように思われる。

関西医療大学 大学院 保健医療学部  
王 財源

## 大黄甘草湯の方意を、 大黄の抗酸化力から 考える

The study of the intention of prescription  
of Daiohkanzotoh Da huang gan cao tang  
through the anti-oxidant effects of Daioh  
(Rhubarb)

高橋 薫<sup>a</sup> 楊 晶<sup>b</sup> 戴 昭宇<sup>c</sup> 路 京華<sup>d</sup> 藤田 康介<sup>e</sup>  
Kaoru TAKAHASHI<sup>a</sup> Jing YANG<sup>b</sup> Zhao Yu DAI<sup>c</sup>  
Jing Hua LU<sup>d</sup> Kosuke FUJITA<sup>e</sup>

a 医療法人社団成風会 タカハシクリニック, 千葉, 〒270-0001 松戸市幸田 2-72

b 誠心堂薬局

c 香港浸会大学

d 北京中医研究所広安門医院

e 上海東和クリニック

a Iryohojin Shadan Seifuhkai Takahashi Clinic, 2-72 Koude, Matsudo, Chiba, 270-0001, Japan

b Seishindo Pharmacy

c Hong-Kong Baptist University

d China Academy of Chinese Medical Science Beijing. Guanganmen Hospital

e Shanghai Towa clinic

### 要旨

大黄甘草湯は、通便の基本方剤で出典は『金匱要略』である。条文「食已即吐者大黄甘草湯主之」より、胃熱により腑気を通じず食べるとすぐに嘔吐する者に、瀉熱通便して腑気を通じることで嘔吐を解消する。主薬の大黄は、煎じ方法、修治方法で薬効が異なる。そこで生薬方剤と日本・中国エキス剤の大黄甘草湯で、それぞれ Oxy- 吸着試験を行い、その抗酸化力から大黄甘草湯の方意を考える。

### 方法および結果

大黄甘草湯は、①じほう社『実用漢方処方集』を用いた『経験・漢方処分量集』（大黄 4 g・甘草 2 g）、②龍野一雄編著『漢方処方集』（大黄 4 g・甘草 1 g）、③近畿大学東洋医学研究所の処方集（大黄 4 g、甘草 1 g、②とは異なる煎じ方法）、④『中

医臨床のための方剤学』処方（大黄9g・甘草2g）を用い、そのOxy-吸着試験は、それぞれ①123.6、②106.1、③42.2、④151.0  $\mu\text{Mol/ml}$ であった。次に、⑤中国単味エキス剤の大黄6g・甘草3gを合わせた上澄み水溶液、⑥酒大黄6g・甘草3gを合わせた上澄み水溶液のOxy-吸着試験は、それぞれ⑤103.6、⑥51.1  $\mu\text{Mol/ml}$ であった。

## 考察

大黄には、瀉下作用を有するが熱に弱く抗酸化力のないセンノシド類と、強い活性酸素消去能である抗酸化力を有するが瀉下作用を有さないポリフェノール類が多く含まれている。今回用いた生薬大黄は同煎しており、大黄の用量に依存して抗酸化力が増加した。中国単味エキス剤の組み合わせによる大黄甘草湯のOxy-吸着試験は、大黄・甘草が酒大黄・甘草の配合より高値を示した。生薬大黄の種類、修治方法と抗酸化力と薬効について論じる。

## Abstract

Daiohkanzotoh（大黄甘草湯）noted originally in kinkiyouryaku（金匱要略）is an essentially purgative agent. Its provision [Daiohkanzotoh is indicated to patients with vomiting soon after eating.（食已即吐者大黄甘草湯主之）] means that Daiohkanzotoh acts to pass the organ Qi（腑氣）to improve organ Qi stagnation by stomach heat（胃熱）. The pharmacologic effects of Daioh vary with decoction methods or modification by liquor. Therefore, we investigate the intention of prescription through anti-oxidant effects of the various formula of Daiohkanzotoh.

## Methods and results

Six kinds of formula were prepared for this study.

- ① Decoction of Daioh4g/Kanzo2g cited from an Ohtsuka and Yakazu's Prescription in a Practical Kampo Prescription book by Jihosha.
  - ② Decoction of Daioh4g/Kanzo1g cited from a Tatsuno Kazuo editing Kampo Prescription book.
  - ③ The same as ② cited from an Oriental Medicine Center of Kinki University with same dosage but different decoction time.
  - ④ Decoction of Daioh9g/Kanzo2g cited from a prescription book for the formula study of Clinical TCM book.
  - ⑤ Supernatant after centrifugation of a combination of China-made extract of Daioh6g and Kanzo3g with hot water.
  - ⑥ The same as ⑤ using liquor-modified Daioh instead of Daioh.
- ① The results of Oxy-absorption tests ( $\mu\text{Mol/ml}$ ) of these six preparations showed as follows ; ① 123.6, ② 106.1, ③ 42.2, ④ 151.0, ⑤ 103.6, ⑥ 51.1.

## Discussion

Daioh contains sennoside-derivatives which have a heat-fragile purgative action and polyphenols which have heat-resistant and anti-oxidant effects diminishing free radicals. In this study we used raw materials of Daioh, so-called Kinmondaioh（錦紋大黄）which were collected in Qinghai Province（青海省）. The anti-oxidant effects of

Daioh in terms of Oxy-absorption tests increased proportionally with increase of the dosage. The supernatant after centrifugation of the combination of Daioh and Kanzo extract showed higher anti-oxidation effects as compared with the combination of liquor (黄酒) -modified Daioh and Kanzo extract produced in China.

We discuss Daiohkanzotoh in anti-oxidant effects and Daioh of different dosage or decoction methods or modification by liquor.

## 緒言

大黄甘草湯は、現在では通便の基本方剤として使用されており、その出典は『金匱要略』である。すなわち「食し已<sup>おわ</sup>って即ち吐く者、大黄甘草湯之を主る」(写真1)。胃熱により腑気が通じず食べるとすぐに嘔吐する者に対し、瀉熱通便して腑気を通じることにより嘔吐を解消する。いわば、「南薫(かおり)を求めんと欲すれば、まず北牖(まど)を開け」の意味をもつ。大黄甘草湯は、大黄と甘草の2味から構成された方剤である。大黄は、血分実熱を瀉し、腸胃積滯を下し、推陳致新(古い物を除き新しい物をもたらす)の薬効を有する。大黄は、生で用いると瀉下作用が強力で、その作用を求める場合は、後下する。また大黄は、酒製修治(酒炒あるいは酒浸・酒洗)すると、その作用点は、中焦から上焦に転じ駆熱下行する。炒炭したものは、大腸積滯の血便に対して止血作用をもつ。この大黄に甘草を配合すると止吐作用として働く。そこで生薬方剤の大黄甘草湯と日本エキス製剤および中国の単味大黄・単味甘草エキス剤を用い、抗酸化力を示すOxy-吸着試験を行い、その抗酸化力から大黄甘草湯の方意を考えた。

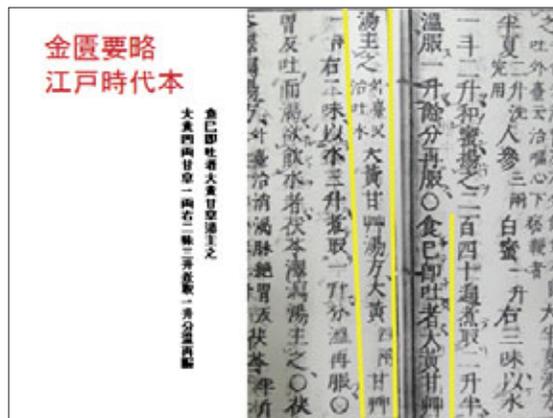


写真1

## 方法

### 生薬方剤の調整

大黄甘草湯の構成生薬の大黄と甘草は、次のものを使用した。刻み大黄は、ウチダ和漢薬の青海省産、いわゆる錦紋大黄(基原植物:タデ科 唐古特大黄 *Rheum tanguticum* Maximowicz など)。刻み甘草は高砂薬業の甘肅省産東北甘草(*Glycyrrhiza uralensis* Fischer (Leguminosae))である。配合割合については、以

下の4つの処方により調整した。①じほう社『実用漢方処方集』より大黄4g・甘草2gを用いた『経験・漢方処方分量集』（大塚敬節〈1900～1980年〉・矢数道明監修，医道の日本社）に記載されている処方<sup>1)</sup>。②龍野一雄編著『漢方処方集』（株式会社 中国漢方）より，大黄4gと甘草1g<sup>2)</sup>。③近畿大学東洋医学研究所の処方集から，大黄4gと甘草1g<sup>3)</sup>。④『中医臨床のための方剤学』（神戸中医学研究会編著）から大黄9gと甘草2gの方剤を用いた<sup>4)</sup>。

それぞれ，市販（栃本天海堂製）の自動煎じ調整器を用い，水から初めは強火で，沸騰したところで弱火とし，計30分間煎じた（写真2）。

その煎じ液を用いて，抗酸化力測定試験に供した。各煎じ液の抗酸化力測定は，生体で最も強い白血球が作り出す活性酸素である過塩素酸（ $\text{HClO}_4$ ）に対する抗酸化力を示すOxy-吸着試験によって行った。装置はイタリアのウイスマー社製F.R.E.E.（抗酸化力測定装置）を用いた（写真3）。

まず，標準試薬アスコルビン酸（シグマ社）を用いてOxy-吸着試験の検量線を作成（図1）。そのうえで，アスコルビン酸のOxy-吸着試験で20～140  $\mu\text{Mol/ml}$ に相当するよう煎じ液を調整した。



写真2



写真3

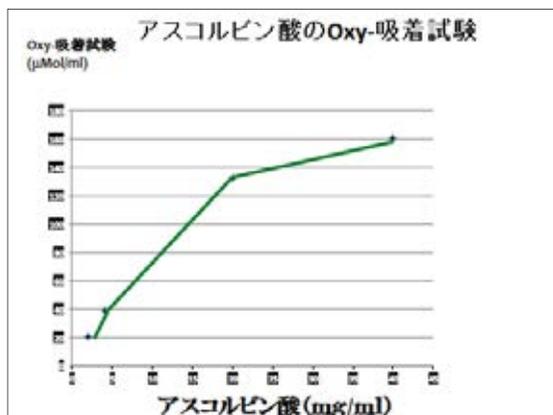


図1

## 結果

まず③大黄4g・甘草1gという近畿大学東洋医学研究所の処方集から、記載されている煎じ方法である水300mlを30分かけて150mlまで煎じることで大黄甘草湯煎じ液を作成した。この煎じ液を用いたOxy-吸着試験は、42.2 μMol/mlとなった。

次に①じほう社『実用漢方処方集』より大黄4g・甘草2gを用いた『経験・漢方処方分量集』（大塚敬節（1900～1980年）・矢数道明監修，医道の日本社）に記載されている処方と，②大黄4g・甘草1gを用いた龍野一雄編著『漢方処方集』（株式会社中国漢方）の処方と，④大黄9g・甘草2gを用いた『中医臨床のための方剤学』の処方（神戸中医学研究会編著）という大黄甘草湯3方剤を比較検討するために、同一の煎じ方法である常煎法の水半量200ml・煎じ時間30分で煎じ液を作成した。これらの煎じ液Oxy-吸着試験は，①『経験・漢方処方分量集』で123.6，②龍野一雄編著『漢方処方集』で106.1，④『中医臨床のための方剤学』処方（神戸中医学研究会編著）で151.0 μMol/mlとなり，大黃の配合量の多い中医臨床処方が最も強い抗酸化力を示した（図2）。

さらに、日本で使用されている漢方エキス剤のOxy-吸着試験を行った。⑤保険薬ツムラ大黄甘草湯エキス（1日量：元の大黃4g・甘草2gから収量1.5g＋賦形剤6g）の1回分1包2.5g，⑥保険薬オースギ社の大黃甘草湯エキス（1日量：元の大黃4g・甘草1gから収量0.8g＋賦形剤2.2g）の1回分1包1g，⑦市販の武田漢方便秘薬（1回分最大4錠〈信州大黃1.067g・甘草0.267g〉を錠剤から粉末にしたもの）のそれぞれの粉末を熱湯100mlに1分間攪拌し、3,000回転で10分間遠沈して、それらの上澄み液のOxy-吸着試験を行った。その結果は，⑤20.3，⑥10.5，⑦3.5 μMol/mlとなった（図3）。

⑦市販の武田漢方便秘薬の大黃は信州大黃を使用しており，信州大黃は，日本で武田薬品がチョウセンダイオウ（朝鮮大黃 *Rheum coreanum*）とショウヨウダイオウ（掌葉大黃 *Rheum palmatum*）のかけ合わせで作っており，センノシドが多く含まれる瀉下活性の強い生薬である。

次に，⑧中国単味エキス剤の1回分の大黃エキス剤（元の大黃6gで収量2.6g）



図2

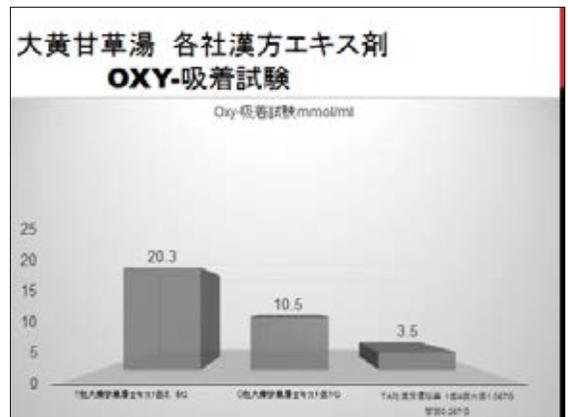


図3

と1回分の甘草エキス剤（元の甘草3gで収量0.6g）の配合で大黃甘草湯を調整し、さらに⑨中国単味エキス剤の1回分の酒大黃エキス剤（元の酒大黃6gで収量0.7g）と1回分の甘草エキス剤（元の甘草3gで収量0.6g）による酒大黃甘草湯を日本のエキス剤と同様に熱湯100mlに1分間溶かしたのち3,000回転遠沈後の上澄み液を調整し、Oxy-吸着試験を行った。結果はそれぞれ、⑧103.6、⑨51.1 $\mu$ Mol/mlとなった（図4）。

中国薬典で酒大黃の記載は、「取淨大黃片，照酒炙法炒干」（『中華人民共和國薬典』2005年版）となっている。

酒大黃には3つの種類がある。堂井美里らが報告した酒製大黃の調製法に準じて私たちが以前酒製大黃を調整したときの酒洗（アルコール度16%の黄酒を30秒噴霧し乾燥させたもの）と、酒浸（アルコール度16%の黄酒に24時間浸けて乾燥させたもの）と、もう1つは酒炒または酒炙と同義と考えられているもので、酒洗した後、火で黒くなるまで炒める大黃炭である。中国の酒大黃は、この3種のうち大黃炭に近い酒製大黃調整法により作られたものと考えられる<sup>5)~7)</sup>（写真4）。

中国単味エキスの酒大黃エキスは、『中華人民共和國薬典』にもとづく酒大黃から作られており、元の大黃が6gに対して収量が0.7gと極端に少なく（写真5）、調整後の単位重量あたりでのOxy-吸着試験では酒大黃甘草湯が大黃甘草湯より高値を示した。

## 考察

大黃甘草湯は、清熱瀉劑の大黃（主薬）に甘草を加えた通便の基本方劑であり、出典は『金匱要略』である。その条文は「食已即（即）吐者大黃甘草湯主之」の12文字のみである。煎じ方法および服用方法は、「大黃四兩甘草一兩右二味以三升煮取一升分温再服」となっており（写真1）、大黃を後下することなく甘草と同煎して1/3まで煮詰める。

クラシエ薬品の資料<sup>8)</sup>によれば、大黃中の瀉下作用の中心成分センノシド類は、沸騰温度付近で煎じると5分で85%移行するが、15分以降は移行率が低下し、抗酸化力を有さないセンノシドAは、熱分解により60分後では約半分に



図4



写真 4



写真 5

減少する。

以前私たちは、いわゆる錦紋大黃 3 g (水 250ml) 煎じ時間 5 分・15 分・60 分の Oxy- 吸着試験を行ったところ、それぞれ 24.2, 38.6, 56.1  $\mu\text{Mol/ml}$  となり、煎じ時間が長くなるほど抗酸化力が増大した (図 5)。つまり、長時間煎じることによってセンノシド類は熱分解により減少し、瀉下作用が弱まり、抗酸化力は増大すると考えられた。

クラシエ薬品の同資料中「大黃の成分および薬理作用」で示されているように、現代薬理的には、大黃の成分は瀉下作用のセンノシド類のほか、多種のポリフェノール類が含まれており、これらが抗酸化力を有している。この抗酸化力が活血脈瘀血作用を示すと考えられている。

西洋医学的には、活血脈瘀血作用は抗酸化作用を介しての血液流動性の改善と抗動脈硬化作用と考えられる。

石川慎太郎らの報告<sup>9)</sup>によれば、瘀血剤を中心とした 5 種の当帰芍薬散、柴胡加竜骨牡蛎湯、桃核承気湯、桂枝茯苓丸、十全大補湯で Oxy- 吸着試験を行ったところ、桃核承気湯が最も高い値を示し、5 種のうち唯一大黃が配合されている桃核承気湯のみが高い値を示していることから、大黃の抗酸化力と血液流動性の関連が論じられている。

また、谷真理子らは生薬の血清リポ蛋白 LDL に対する抗酸化能の検討<sup>10)</sup>において、LDL 被酸化能測定法で大黃が最も強い作用を示したことから、大黃中のポリフェノールが LDL 抗酸化能やラジカル消去能に関する重要な一成分であると考え、結果的に抗動脈硬化作用を示すと論じている。

谷らは同じ報告のなかで、甘草も生薬 21 種中 8 番目に多く抗酸化能を有しているという。甘草にはグリチルリチンとともに多くのポリフェノールが含まれており、Xiao-Lan Li や Kimie Imai らは甘草のグリチルリチンと抗炎症作用および抗ウイルス・抗腫瘍効果について論じている<sup>11) 12)</sup>。

慶應義塾大学が実施した「重要政策課題への機動的対応の推進 漢方抗酸化能による動脈硬化・脳内老化予防の体系的評価手法開発」研究成果報告<sup>13)</sup>によれば、抗酸化力を有する漢方薬は、酸化ストレスが関与する細胞障害・DNA 障害において、その抗酸化力で抗炎症・末梢循環障害改善が期待できる。特に清熱剤、駆

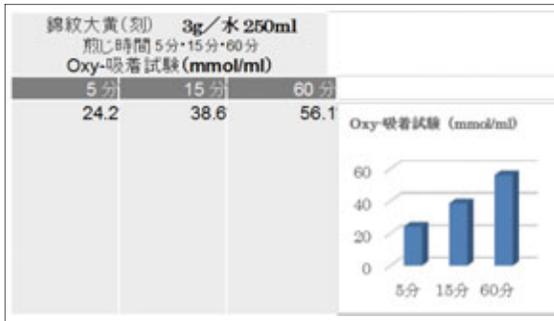


図5

表 大黃の中医学的効能および現代薬学理的効能一覧

大黃の効能	
張仲景・傷寒雜病論	現代薬理学的作用
攻積導滯・瀉下通便	抗炎症・抗菌・抗ウイルス
	血中脂質低下
活血化瘀（駆瘀血）止血	止血凝固線溶系への作用 血栓形成抑制
清熱解毒	血圧下降
	瀉下
気機宣通	保肝利胆
	抗精神病
除痰蠲飲	老化遅延
	子宮収縮促進

瘀血剤が候補薬として考慮されることから、漢方薬などの抗酸化力のマーカーであり食品に対して広く利用されている ORAC 値（活性酸素吸着能）で評価しており、このなかで大黃甘草湯は、ORAC 値 583.82  $\mu\text{molTE/g}$  と高い抗酸化力を示している。

大黃の効能は、張仲景（150?～219年）の『傷寒雜病論』では、攻積導滯・瀉下通便、活血化瘀・駆瘀血、清熱解毒、気機宣通、除痰蠲飲をあげており、現代薬理学的には、抗炎症・抗菌・抗ウイルス作用、血中脂質低下作用、止血・凝固・線溶系への作用、血栓形成抑制作用、血圧降下作用、瀉下作用、保肝利胆作用、抗精神疾患作用、老化遅延作用、子宮収縮促進作用などがあげられている（表）。

大黃甘草湯の主薬の大黃は、通常瀉下作用はあるが、抗酸化力のないセンノシドが長時間煎じることによって熱分解され、その瀉下作用は減弱する。『金匱要略』の大黃甘草湯の条文は、「食已即（即）吐者大黃甘草湯主之」の12文字のみの記載（食し已<sup>おわ</sup>って即ち吐く者、大黃甘草湯之を主る）であり、その煎じ・服用方法は、「大黃四兩甘草一兩右二味以三升煮取一升分温再服」（大黃4兩・甘草2兩、右二味以って水三升煮取り一升を分温再服）する。つまり「右二味以て水三升煮取り一升」とするまで長時間煎じ・服用する。このことは、大黃の瀉下作用は、かなり減弱しているはずで、大黃甘草湯が単なる下剤ではないことを意味している。

中川良隆によれば<sup>14)</sup>、大黃甘草湯の条文「食しおわ<sup>おわ</sup>って吐く」とは、気の上逆であるが、嘔吐の吐は、はみ出してゆくの意味、つまり胃にすでに物がいっぱい詰ま<sup>おわ</sup>っていて体に好ましからざる物が存在しているとの解釈で、そこに物が胃に入ってくると吐くということである。そこで、大黃で胃気を通じさせることで消化管機能を順調にすることが方意であると述べている。

また、尾上榕堂は、『類聚方広義』のなかで、大黃甘草湯を心胸痺などで嘔吐便秘のものに使用するとしており、胸痺とは、西洋医学的には狭心症と考えられ、その基礎疾患は動脈硬化症であり、活性酸素・酸化ストレスが大きく関与している。

胃反、膈噎、癥・積聚・食道狭窄症には、食道がん・胃がんのような悪性腫瘍

が含まれており、気滞瘀血が考えられるが、がんの発生には西洋医学的には酸化ストレスが大きく関与している。実際、大黄甘草湯投与により  $\alpha$ -フェトプロテインの低下を認めた肝細胞がんの症例に関する土井亮平らの報告もある<sup>15)</sup>。

また雑誌『腎と透析』には、大黄甘草湯による慢性腎不全の保存的治療の報告もある。これは大黃の腎保護作用で説明され、大黃の抗酸化作用によると考えられる<sup>16) 17)</sup>。

## 結論

大黄甘草湯は単なる下剤ではなく、中医学的には胃熱を取り、胃気を通じさせることで脾胃機能を正常化させる。西洋医学的には、大黃と甘草の抗酸化力で幅広い消化器疾患のみならず、酸化ストレスの関与する疾患に応用でき、酒製大黃の配合ではさらに下焦・中焦から中焦・上焦に作用点が上がり、心肺にも作用が期待できる方剤である。

## 文献

- 1) 藤平健・山田光胤監修，日本漢方協会編集：実用漢方処方集．じほう，東京都千代田区，2006，p282
- 2) 龍野一雄編著：改訂新装漢方処方集．中国漢方，埼玉県さいたま市，2003，p86
- 3) 近畿大学東洋医学研究所編：実践漢方ハンドブック改訂版．薬事日報社，東京都千代田区，2003，p252
- 4) 神戸中医学研究会編著：中医臨床のための方剤学．医歯薬出版，東京都文京区，2006，p66
- 5) 堂井美里・御影雅幸：酒製大黃の薬効及び使用に関する史的考察．日本東洋医学雑誌，60：429-434，2009
- 6) 堂井美里・垣内信子・御影雅幸ほか：酒製大黃の薬効及び使用に関する史的考察（2）—酒洗大黃と酒浸大黃の主成分含量の比較—A herbological study on the medicinal effects and employments of Rhubarb processed with liquor (2) —Comparison of principal compounds contents in the liquor-dipped Rhubarb and liquor-soaked Rhubarb．日本東洋医学雑誌，61：133-137，2010
- 7) Duoi M・Kakiuchi N・Mikage M：Chemical changes in rhubarb heated after processed with liquor．J. Trad Med，27：143-147，2010
- 8) ダイオウ（大黃）配合製剤品質一定化への取り組み—瀉下作用安定化のために—．クラシエ薬品，Kracie Kampo Quality Control，2008
- 9) 石川慎太郎・久保哲也・砂川正隆ほか：ラットにおける血液流動性と活性酸素動態に対する漢方薬の影響．日本東洋医学雑誌，62：337-346，2011
- 10) 谷真理子・桜井智香・近藤和雄ほか：各種生薬の LDL に対する抗酸化能の検討．日本未病システム学会雑誌，9：243-246，2003
- 11) Xiao-Lan Li・Ai-Guo Zhou・Li Zhang et al.：Antioxidant Status and Immune Activity of Glycyrrhizin in Allergic Rhinitis Mice．Int J Mol Sci，12：905-916，2011
- 12) Kimie Imai・Yushi Takagi・Ayano Iwasaki et al.：Radical scavenging ability of glycyrrhizin．Free Radicals and Antioxidants，3：40-42，2013
- 13) 2007 年度の文部科学省科学技術総合研究委託費による委託業務として慶應義塾大学が実施した「重要政策課題への機動的対応の推進 漢方抗酸化能による動脈硬

化・脳内老化予防の体系的評価手法開発」研究成果報告書（代表者：渡邊賢治）より

- 14) 中川良隆：「傷寒・金匱」薬方大成 一味二味編. 源草社, 東京都千代田区, 2010, p283-295
- 15) 土井亮平・岡田和也・加藤昌秀ほか：大黄甘草湯投与により AFP 値の低下を認めた肝細胞癌の一症例. 和漢医薬学会, p-8, 1994
- 16) 赤松明・多嘉良稔：大黄甘草湯による慢性腎不全の保存的治療. 腎と透析, 23 : 183, 1987
- 17) 成田光陽・青柳一正・永瀬宗重ほか：腎疾患に対する和漢薬治療の意義と可能性. 腎と透析（別冊）, 25 : 10-14, 1989

## 妊娠により再生不良性貧血の増悪が危惧されたが、安産に導いた一症例

A case of a pregnant woman who had an easy delivery in spite of concern over recurrent aplastic anemia

竹下 有

Yuu TAKESHITA

清明院, 東京, 〒 151-0053 渋谷区代々木 2-15-12 クランツ南新宿 6 F  
Seimeiin, 2-15-12-6F, Yoyogi, Shibuya-ku, Tokyo, 151-0053, Japan

### 要旨

再生不良性貧血の増悪が危惧された妊婦の貧血に対し、弁証論治に体表観察所見を駆使して鍼灸治療を行ったところ、良好な結果を得たので報告する。

症例は 33 歳・女性。初診時、第一子妊娠 26 週 2 日。主訴は貧血、下腹部の脹痛。妊娠して間もなく、息切れとともに貧血、下腹部張痛を認めた。鉄剤、ウテメリン、六君子湯、小半夏加茯苓湯などで加療するも無効で、辺縁前置胎盤も指摘された。

30 週の時点で血液像、胎盤の状況が好転しなければ、再生不良性貧血の増悪や、大出血の恐れもあり、入院管理の必要性があることと、また出血量によっては子宮摘出の可能性もあることを医師に告げられ、すこぶる不安になり当院を受診。

初診治療の直後、体表所見の改善とともに軟便の排泄があり、下腹部の脹痛や不定愁訴が改善した。血液像の変化では、WBC（白血球数）は低下せず推移し、その他の貧血所見は初診時より改善した。PLT（血小板数）も出産前には好転し、最終的には当該患者が希望していた無痛分娩で無事出産することができた。

本症例は、初診時ならびに鍼灸治療直後の体表所見と症状の変化、また経過からみても、正気の虚が比較的軽度で予後良好のものであったと思われる。

キーワード：前置胎盤、再生不良性貧血、弁証論治、北辰会方式、少数鍼

### Abstract

We encountered a pregnant woman with suspected exacerbation of aplastic anemia who was successfully treated with acupuncture and moxibustion, based on pattern identification/syndrome differentiation and treatment, and the findings of body surface observation. This case is presented herein.

A 33-year-old pregnant woman (para 0) at 26 weeks and 2 days gestation visited our clinic with chief complaints of anemia and pain with distention of the lower abdomen. Soon after becoming pregnant, she had shortness of breath, anemia, and lower abdominal pain with distention. Treatment with iron, Utemerin, rikkunshito, or shohangekabukuryoto was not effective. Marginal placenta previa was also found.

She was told by her previous doctor that, if the blood picture and the placenta conditions had not improved by the 30th week of gestation, exacerbation of aplastic anemia and massive hemorrhage could happen, necessitating hospitalization, and that, depending on the amount of hemorrhage, the possibility of hysterectomy could not be ruled out. Therefore, she became very anxious and visited our clinic.

Immediately after the initial treatment at her first presentation, improvement of her body surface findings and excretion of soft stool were observed, and her lower abdominal pain with distention and general malaise were improved. With regard to the changes in blood picture, although the WBC remained unchanged, other anemic findings were improved as compared to those at initial presentation. The PLT was also improved before childbirth. Eventually, as she had hoped, she successfully and painlessly delivered a baby.

Based on the changes in body surface findings and symptoms at initial presentation and immediately after the treatment with acupuncture and moxibustion as well as the clinical course, the patient seemed to have a good prognosis because of a relatively mild deficiency of healthy qi.

**Key words** : placenta previa, aplastic anemia, pattern identification/syndrome differentiation and treatment, Hokushinkai method, therapy with one or two acupuncture needles

## ■ 緒言

妊娠が再生不良性貧血の増悪のトリガーとなりうることが知られている<sup>1)~4)</sup>。今回、再生不良性貧血の増悪が危惧された妊婦に対し、北辰会方式による弁証論治を駆使し、正気の虚は比較的軽度であると判断したうえで、刺入しない鍼と施灸を行うことにより、良好な結果を得たので報告する<sup>5)~6)</sup>。

## ■ 症例

**患者** 33歳・女性，既婚（初診時，第一子妊娠26週2日），看護師

**初診日** X年7月

**主訴** 貧血（短気，倦怠感），下腹部の脹痛

**家族歴** 姉がI型糖尿病

## 既往歴

### ◆ 3 歳頃

- ・喘息（発作時に年 4～5 回入院，中学生まで）
  - ・アレルギー性鼻炎（現在まで）
- 上記両方とも春>秋，肉体疲労時に増悪

### ◆ 11 歳頃

顔面蒼白，紫斑などの症状から，再生不良性貧血と診断。

（蛋白同化ホルモン，造血剤，ステロイド内服，点滴，輸血で治療。20 歳頃には徐々に緩解状態。）

### ◆ 成人後

激務により，睡眠時間の減少，飲食不節に加え，精神的ストレスを感じることも多く，生理痛，便秘，首・肩の凝り，下腿の浮腫，全身倦怠感などの不定愁訴が出現。

## 現病歴

妊娠後，息切れ，倦怠感が出現し，貧血の数値が悪化。鉄剤，六君子湯は無効。鉄剤の副作用で胃痛，悪心，嘔吐。その副作用に小半夏加茯苓湯で加療するも無効。

25 週で，下腹部の張痛が強く，辺縁前置胎盤の疑いと診断。ウテメリン注射，内服で加療するも無効。

## 西洋医学的診断

30 週の時点で胎盤，貧血の状態が悪ければ入院管理が必要で，再生不良性貧血の増悪の可能性，大出血・早期分娩・帝王切開・子宮摘出の可能性，また当該患者が希望していた無痛分娩は不可能である旨を告知された。

## 初診時薬剤情報

- ・ウテメリン（錠剤 5 mg）
- ・小半夏加茯苓湯エキス顆粒
- ・フマル酸第一鉄（カプセル 100mg）
- ・健胃散（1.3 g）

## 初診時血液像（初診日の 5 日前）

- ・WBC：5,500 個/ $\mu$ l (3,900～9,800)
- ・RBC：237 万/ $\mu$ l (376～500)
- ・Hb：8.3 g/dl (11.3～15.2)
- ・Ht：25.1% (33.4～44.9)
- ・MCV：105.9 fl (79～100)
- ・PLT：10.6 万/ $\mu$ l (13.0～36.9)
- ・総蛋白：6.6 g/dl (6.7～8.3)

※（ ）内は正常範囲

なお、初診時 MCHC は 33.1% (正常) であり、経過中も正常値で推移した。

## 東洋医学的診断

### ◆問診情報<sup>7)</sup>

飲食：大食，早食い，甘味・酸味・油膩物の過食傾向（妊娠後，特に酸味を欲する）

大便：3日に1回，緊張で便秘，便秘時には口周囲に瘰癧

小便：1日6～10回，淡黄

睡眠：食後眠い（妊娠後に顕著）

月経：量多，血塊（紫暗），痛経あり，月経前～月経中は眠い，月経前には偏食（揚げ菓子，甘味），便秘，月経中には下痢，月経後の体調は不変，性交時に痛みあり。

発汗：少汗，妊娠後は盗汗

その他：鼻汁（黄色粘稠），妊娠後は四肢煩熱

### ◆体表観察所見<sup>8)～11)</sup>

脈診：滑脈（特に右尺位），左がやや無力

背候診：左脾俞は膨隆し虚中の実，左胃俞は実，左膀胱俞から胞背は虚冷

腹診：左少腹が急結，右不容穴周辺に過緊張

原穴診：左公孫は虚中の実，右合谷は実，左靈道は虚

舌診：やや胖嫩，舌戦あり，有力

舌背：淡紅褪せ，白黄薄苔

舌腹：暗紅褪せ，舌下静脈怒張（+）L ≥ R

顔面気色診：肝胆白黒沈（TOP），腎白浮

空間診：臍，懸枢ともに左下

爪甲診：手足とも淡白，艶なし

眼診：下眼瞼白

**弁病** 貧血（短気，倦怠感），妊娠腹脹

**弁証** 主：肝脾同病（湿困脾土，肝鬱気滞），従：腎虚

## 病因病機

3歳頃よりアレルギー性鼻炎，小児喘息の既往があり，11歳で再生不良性貧血を発症したことから，もともと正気の旺盛な体質ではなかったことが推察され，腎虚，血虚，肺気不宣を体質素因とした。

成人後，再生不良性貧血は緩解し，社会生活は送れるものの，精神的・肉体的負荷が強くなると，便秘や痛経などの多様な症状が出現した。

妊娠によって，主に肝脾腎の三臓への負荷から，新血不生，下焦の気滞が悪化し，主訴を形成したものと考えた。

前置胎盤に相当する東洋医学的な弁病名は見つけられなかったが，胎位不正に準ずるものと考えた。貧血の症状としては短気や倦怠感が目立つものの，貧血そのものを主訴としており，再生不良性貧血の増悪の可能性を考慮し，『62種疑難病的中医治療』<sup>12)</sup>にある「髓勞」の項を参考に，以下のようなチャート図で病因

病機を示す (図 1<sup>5)</sup>)。

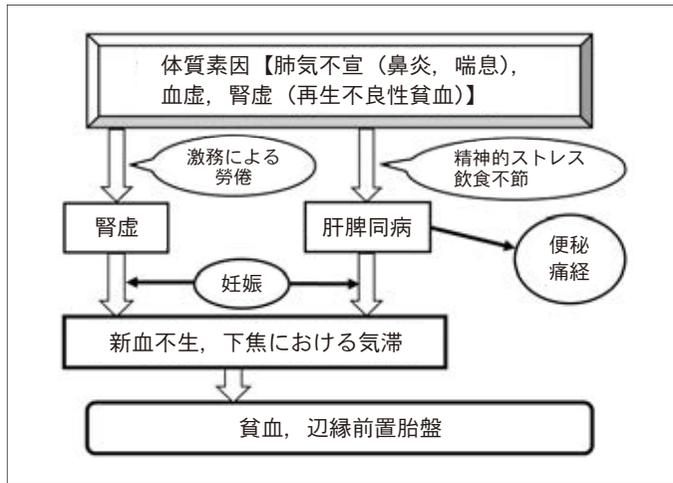


図 1

**治則** 健脾利湿，疏肝理気，補腎

**配穴** 左公孫にステンレス製の古代鍼（鍮鍼）を翳す手技（平補平瀉）

#### 配穴理由<sup>13)</sup>

公孫穴は足太陰脾経の絡穴であり，奇経八脈の衝脈の八脈交会八穴でもあることから，健脾利湿の穴位効能をもち，下焦全体の気血の調整や血の生成に深く関わる穴処と考えている。

#### 治療内容（経過）

##### ◆初診～3診

肝脾同病による気滞，湿邪の邪気実が主ではあるが，毫鍼治療を非常に怖がったことや，腎虚や妊娠中であることに配慮し，古代鍼を左公孫穴に翳す手技で治療。初回の治療がまったく痛くなかったことで，非常に安心した様子であった。

初診後，軟便がスッキリと出る。体表所見も全体的に改善傾向。

##### ◆4～19診

大便是快便であり，排便後の爽快感の変化に驚いている。明らかな体調の変化を自覚し始めた。反応が目立ってきた左照海，左天井を中心に古代鍼を翳す手技（補法）。

配穴の変更は，証と病因病機と矛盾しない範疇で，極端な左右差など，病的な反応の顕著な穴処をその都度選穴した。

34週5日で，前置胎盤の改善を確認。この時点で，帝王切開や入院は回避できる見通しとなる。ただ，依然としてPLTの値が低いため，産科医の見解では無痛分娩は難しいとのこと。

## ◆ 20～25 診

産体に入る。左公孫，左天井を中心に同処置。PLT が低値であり，治療頻度を増やすことは経済的・体力的に困難であり，漢方薬などは服薬拒否との理由により，自宅で左右公孫穴に毎日千年灸を施灸するように指示。施灸開始後，PLT の値が 5,000 上昇した。あと 15,000 上昇で正常値となり，無痛分娩が可能となる見通し。

## ◆ 26～30 診

PLT が増加傾向。Hb その他も上昇傾向。左後溪，左靈道に古代鍼（補瀉を使い分ける）。30 診の 2 日後，朝から陣痛があり，破水し，産科を受診。採血をしたところ，PLT がちょうど 10 万に上昇しており，当初より希望していた無痛分娩で安楽に出産（女兒）。母子ともに健康。

### 【血液像の変化】

以下に，経過中の主な血液検査数値のグラフを示す（図 2）。

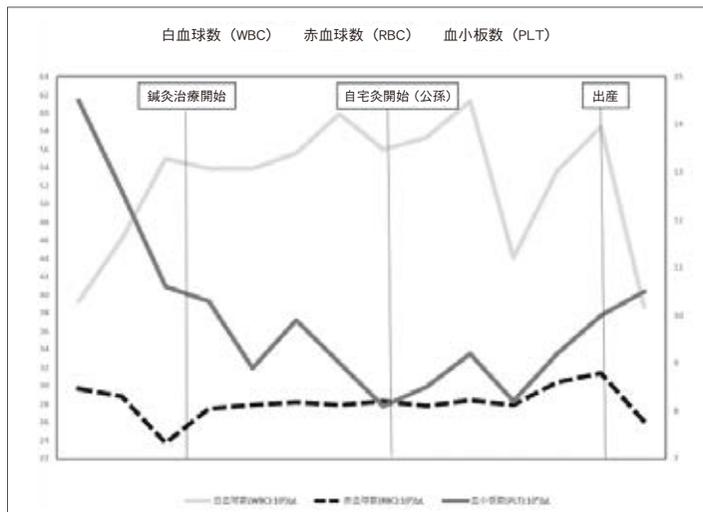


図 2

鍼灸介入後，WBC，RBC が上昇傾向だが，PLT は不安定であった。後半，公孫穴への自宅灸を開始して以降，PLT は一時上昇するも，10 月 8 日の時点で再び低下した。この経過について，因果関係があるとは断定できないが，10 月 8 日の血液検査の少し前に，当該患者が 14 年間飼っていた愛猫が亡くなり，非常に大きなショックを受け，睡眠・食事・精神状態が乱れる，という出来事があった。しかし最終的に，出産時には PLT は 10 万まで上昇し，無痛分娩が可能となった。なお，Hb，Ht も経過中に上昇傾向であり，MCV，MCH はやや高値であった。

## ◆ 産後～第二子妊娠

産後，育児と仕事に多忙であり，鍼灸治療は実施できず。生理痛は消失し，貧血の数値も安定していたが，約半年後，疲労感が強く，甲状腺機能低下症と診断（近医のチラーゼン処方で緩解）。

初産から約2年後、第二子を妊娠。4週目で腹痛、下血により虚血性腸炎と診断（マグミット服用で治癒）。下血量が多く、血液検査で貧血を指摘されるも、4カ月の時点では正常に復した。

しかし、妊娠後半に入ってから再び急激に貧血（PLT 79,000）となり、35週3日の時点から、急きょ鍼灸治療を開始。結果的に再びPLTの数値が上昇し、無痛分娩で出産した。

## ■ 結果

初診以降、体表観察所見が改善し、便通の改善とともに下腹部の脹痛や不定愁訴の改善も見られた。血液像では、WBC, Hb, RBCは上昇傾向で、PLTは鍼灸介入後も不安定であったが、出産前には好転し、結果的に当該患者が希望していた無痛分娩で無事出産することができた（出産時PLT 10.0万/ $\mu$ l, Hb10.3g/dl）。

第二子の妊娠時も、出産までの時間的余裕が第一子のときよりもなかったが、初産とほぼ同様の経過が得られた。

## ■ 考察

本症例は、再生不良性貧血の増悪や、大出血などが危惧された妊娠であったが、初診時、中医学の弁証論治の精神と、四診合参の特長を活かし、北辰会方式独自の体表観察所見と合わせた総合判断により、正気の虚は比較的重くないものと推察できた。

正気の虚がそこまで重くないと判断できた根拠として、脈診や舌診その他において有力、有神であり、全体として邪気実の反応の方がより顕著であったことや、問診情報として、既往歴に再生不良性貧血があるものの、妊娠時点では緩解状態を維持できており、心身への強い負荷がなければその他の不定愁訴も軽度であったことなどがあげられる。

ただし、『62種疑難病的中医治療』やいくつかの論文<sup>14)~17)</sup>にあげられているように、実邪の背後にある腎虚に配慮し、虚実挟雑証として、平補平瀉から慎重に着手した。

当該患者のように、血小板減少のある患者や、刺鍼刺激に過敏な患者にとって、少数鍼による治療、とりわけ刺入しない鍼術、温灸によるアプローチは、出血や、疼痛による過緊張や不安感の増悪といったリスク回避という意味でも、有用性が高く、過去の報告と比較しても特異な点であると考ええる。

本症例は、経過や数値からみても、必ずしも再生不良性貧血の増悪であったとは言いきれないが、少なくとも妊娠時の母体の貧血、また特に鉄剤などへの治療抵抗性のある患者に対して、鍼灸治療が有効であることは示唆されるものであると考える。

## 謝辞

本報告作成にあたって、貴重な指導助言を下さった奥村裕一先生、竹本喜典先生、堀内齊賢龍先生に、心より深謝する。

## 文献

- 1) 尾池純子ほか：再生不良性貧血と妊娠分娩. Blood&Vessel, 10 卷 2 号：p297-302, 1979
- 2) 小澤敬也：再生不良性貧血診療の参照ガイド. 再生不良性貧血の診断基準と診療のガイド改訂版作成のためのワーキンググループ, 2011
- 3) 三谷絹子：再生不良性貧血. 難病情報センター, 2015  
<http://www.nanbyou.or.jp/entry/342>
- 4) Choudhry VP : Pregnancy associated aplastic anemia—a series of 10 cases with review of literature. Hematology, 2002 Aug ; 7 (4) : 233-8
- 5) 藤本蓮風ほか：鍼灸臨床能力 北辰会方式 理論編. 緑書房, 東京, 2016
- 6) 藤本蓮風：藤本蓮風鍼法 3 古代鍼法実技解説. 東洋医学鍼灸ジャーナル, 24 卷：p31-36, 2012
- 7) 藤本蓮風：鍼灸医学における実践から理論へ パート 2. 谷口書店, 東京, 1993, p1-42
- 8) 藤本蓮風：体表観察学 日本鍼灸の叢智. 緑書房, 東京, 2012
- 9) 藤本蓮風：改訂増補版 胃の気の脈診. 森ノ宮医療学園出版部, 大阪, 2002
- 10) 藤本蓮風ほか：針灸舌診アトラス. 緑書房, 東京, 1998
- 11) 藤本蓮風：鍼灸治療 上下左右前後の法則. メディカルユーコン, 京都, 2008
- 12) 王琦：62 種疑難病的中医治療. 人民衛生出版社, 北京, 2006, p286-302
- 13) 藤本蓮風：経穴解説 増補改訂新装版. メディカルユーコン, 京都, 2013
- 14) 竹ノ内三志ほか：再生不良性貧血の鍼灸治療. 日鍼灸誌, 29 卷 2 号, 1980
- 15) 周靄祥：再生不良性貧血の中医治療. 中医臨床, 51 卷：p54, 1992
- 16) 吴迪炯：再生障碍性贫血临床实践指南研究现状及中医指南的修订与思考. 中医杂志, 55 卷 4 期, 2014
- 17) 趙桂香：鍼灸治療再生障害性貧血療効観察. 中国民康医学, 21 卷 18 期, 2009

## シンポジウム②中医学エビデンス再考

# 舌診の科学化を求めて ——舌撮影システム (TIAS) の 研究経験から——

並木 隆雄

千葉大学医学部附属病院 和漢診療科

### 緒言

漢方の診断には四診というものがある。四診とは望診・聞診・問診・切診の総称である。望診は眼による観察による診断で、現代医学でいう視診である。望診は、患者の体型や歩行などの所作を含めた体全体から、皮膚の状態や眼の状態などの体のパーツを観察することである。そのなかに舌を観察する舌診が含まれる。舌診では舌色や舌の形態などを観察することで患者の体質や病状を知ることができると考えている。舌診は、東洋医学で重要な他覚所見の1つである。東洋医学では舌色や舌の形態などを観察すること（舌診）で患者の体質や病状を知ることができると考えている。しかし、舌診の観察においては外部環境要因、医師の知識・経験に依存する主観的要因、撮影条件などさまざまな要因が複雑に絡むため、診療や教育において、舌による診断やその技術の習得に時間がかかるなど困難が多い。また、舌診を科学的に解析する場合、客観的・定量的な指標が必要である。そこでわれわれは、一定の条件下で撮影でき、色調から東洋医学的診断をコンピュータで行う舌色診断支援システム構築を目的として、撮影診断装置を開発した。この舌撮影法の特徴は、積分球を用いることで外部光に依存せず、光源による均一した強度の分光が得られ、かつ舌表面の光沢を取り除いた撮影が可能となることである。さらに舌表面の光沢成分を測定できるようにした。こうして舌表面の色彩と光沢を同時に安定して記録できる舌撮影システム「Tongue Image Analyzing System (TIAS)」を構築した。今回、TIASの概要とこのシステム活用の可能性について紹介する。

### 舌診でわかること

東洋医学の診断は、現時点での状態（証）を診ていると考えるとわかりやすいと思う。初心者向けにごく簡単に述べると、日本では、急性病では六病位を用い、慢性病では主に気血水の異常の考え方を用いる。前者において、舌診では主に舌

苔の色と厚さの変化を利用する。後者では、舌質の診断が主体で、加えて補足的に舌苔の色と厚さの変化を考慮した診断をすると考えるとわかりやすい。

舌診は歴史的にも中国で長く発達したため日本に比べて細かく分類されている。日本においては、舌診に関する書籍が複数発行されているが、記載内容が不統一で、臨床的な舌診所見の標準的な記載方法はまだ確立していない。

舌を観察する際には、あらかじめ舌に色のつくような飲食物（コーヒー、着色料の入った菓子）などを取らないようする。間違っても直前に飲んで着色していた場合は必要ならうがいをした後に、唾を飲み込んでから観察する。唾が多いとその下の色が観察しづらだけでなく、光の反射で色自体を取り間違えることも考えられる。舌診では、舌の本体である舌質と、舌質の上に生えている舌苔の変化を観察する。舌質の形態は舌の筋肉や脈管で構成され、全身の状態を反映する（気虚や瘀血など）。一方、舌苔は舌体の上に付託する苔状のもので、糸状乳頭が角化後に脱落していく組織と考えられる。解剖学的な説明は成書に譲るが、舌苔は東洋医学的には病気の重症度（表か裏か）、寒熱の判断に用いることもある。さらに舌全体として舌の湿潤度を見ることで、身体の乾燥度が判断できる（血虚・亡津・陰虚など）。

本論では概略しか説明できないため、成書などを参考に勉強されることをお勧めする。なお、あまり患者を診ない方でも自分の舌を毎日観察すると、自分の体調がわかるとともに、だんだん舌診に慣れてくる。そのように観察の経験を積んだところで、ほかの方の舌も見て、いろいろなバリエーションを観察すると診断能力が向上する。日々の健康管理やコミュニケーションに役立てられることもある。

## 舌診の科学化の試み

舌診の観察における問題点は緒言で書いたようにいくつかある（図1）。舌診所見が変化する要因は大きくは3つあり、①は光源・室温・乾燥度などの外部環境要因によるもの、②舌を観察する側の主観や経験で舌診所見が変化する主観的要因として医師の知識・経験に依存するもの、③患者の舌の出し方（角度や時間の長さ）である。これらのさまざまな要因が複雑に絡むため、診療や教育にお

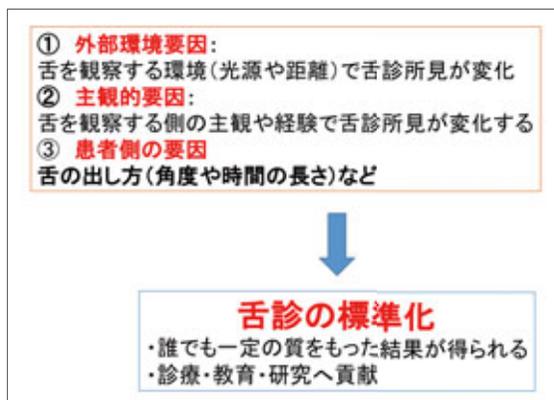


図1

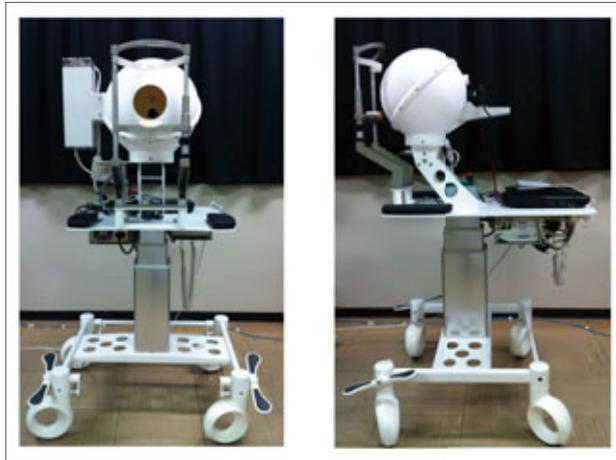


図2

いて、舌による診断やその技術の習得に時間がかかるなど困難が多いと思われる。また、舌診の標準化は人の目では大変困難であるが、撮影機器による標準化ができれば、誰でも一定の質をもった結果が得られることや、診療・教育・研究への支援としての貢献ができると考えられた。

そこでわれわれはまず、①の要因を解決すべく、千葉大学工学部の先生方のご協力のもと2007年の文部科学省委託事業・都市エリア産学官連携促進事業の一環で、一定の条件下で撮影でき、色調から漢方医学的診断をパソコンで行う舌色診断支援システム構築を目的として、日本で唯一の舌撮影解析システム (TIAS) を完成させた<sup>1)~6)</sup> (図2)。この撮影装置は、積分球という球体の前後に穴をあけ、撮影穴と写真機を正面に据えている。光源は、後で説明するように、側面に人工太陽光 (初期はハロゲンで、現在は自然光に近いLED) と天井から直接光になるLEDを備えている。光が当たる原理は以下のとおりである。写真のように内側に光を反射しやすい塗装をした積分球に側面 (正確には正面以外) から入光させて、球体の内部で反射した光 (間接光) で撮影をすることになる。この球体を用いた間接光を利用することで影を作らず、直接、光を舌に当てないため、光沢成分と舌質成分の光を完全に分離して写真が撮影できる<sup>2)</sup>。このTIAS最大の特徴は、光沢成分に邪魔されない真の舌質の色が測定できることである。この積分球の原理は、写真を撮るときに光を間接的に集めるためにプロの写真家が反射板を使うことを想像すると理解しやすいかもしれない。また、もし光沢成分がほしい場合は、舌に直接光を当てるためのLEDを使って撮影すれば、光沢成分の測定に利用できる写真も撮れる。この撮影装置を用いることで、どこで撮影しても理想的な一定の条件下で撮影できることとなる。問題点は、積分球を用いると比較的装置が大型になる点である (大きさはパソコンラックに載る程度)。TIASはいわば、撮影装置としてはプロが用いる最高級の機材といえるため、この装置で集めたデータをもう少し小型の装置に応用することで、医療機関のみならず薬局などでも使える簡易的な装置にすることもできるであろう。こうした装置を用いた色調や形態の解析から漢方医学的診断を自動解析できるようになれば、舌診に慣れていない方でもある程度の水準で東洋医学的診断ができるわけである。

## ■ TIAS を用いた舌の所見の解析

舌の解析法は、大きく色関連と形態に分けられる。

まず色に関しては、これまでの論文の多くは舌の色の解析にはRGB値を計測していた。しかしRGB値はカメラに依存して変化しうる問題がある。そこで現在ではカメラに依存しないCIE 1976 (L\*a\*b\*)値に変換することで、カメラに依存しない測定値となっている。

TIASによる研究では、L\*a\*b\*測定部位は任意に設定できる。現時点では、実験的に図3に示す場所を用いている。①ほとんど苔のない舌の外側先端から奥の中央部の値、②舌の奥で外側から1/3の場所の左右の値、③舌の中央で外側から1/3の場所の左右の値、④舌の先端で外側から1/3の場所の左右の値である。これらはそれぞれ五臓の①肝・胆、②腎・膀胱、③胃・脾、④心・肺にあたるものとして、その診断的価値を検討している。ちなみに、TIASの値と胃カメラの所見を比較したKainumaらの報告では、急性の胃炎のものでは③胃・脾の場所の値が優位に変化することを示していた<sup>7)</sup>。

形態に関しては、まず写真を苔の有無について検討している。画像データより舌領域を自動抽出し、舌領域内の色分布を出力することが可能である(図4)。

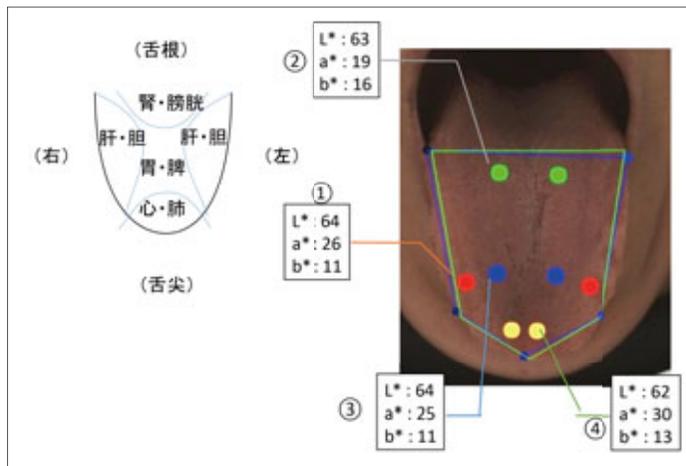


図3

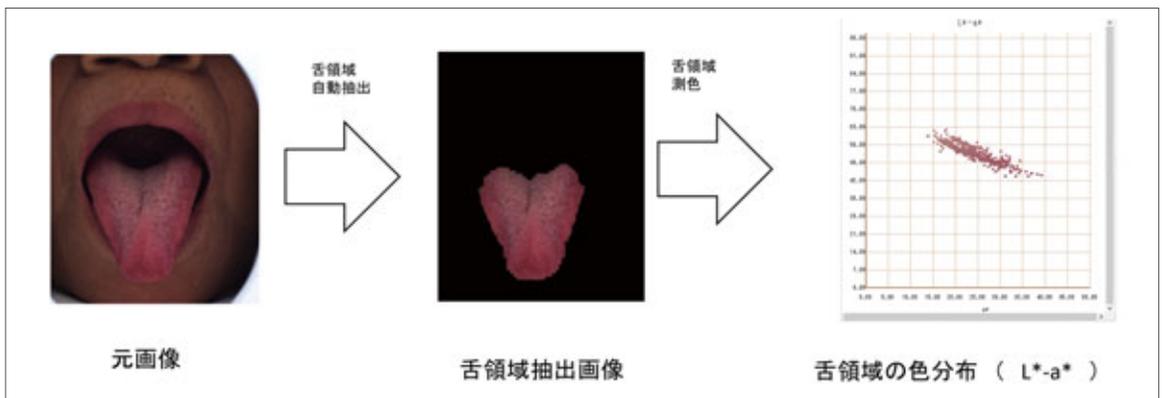


図4

現時点での舌領域自動抽出に関する課題点は、①舌側面部の抽出が不安定な場合がある、②舌および下唇が重なった場合に誤検出することがあるなどであり、改良を重ねている。今後は現時点での課題点に対する性能向上を検討するとともに、舌苔領域分離の確実性を向上させる予定である。

## TIAS の応用

TIAS を利用した場合、肉眼での舌診では正確にできないことができるようになる。その実例を1つ示したい。

**【検討】** 健常者での舌診の日内変動と日差変動に関して<sup>6)</sup>

対象および方法

20代の健常者10名を対象に、3週間、時間を決めて朝(8時半)・昼(11時半)・夕(16時)の1日3回の撮影実験を行った。

解析部位は、舌の苔のない部分とし、以下の2項目について検討した。

①各人での1日のうちの変動を検討(日内変動)、②朝データの日ごとの差を検討(日差変動)。

### 結果

①日内変動については、有意差がある被験者は2名のみで少なかった。舌質の色の日内変動は少なく、1日のどの時間帯に撮影してもその日のデータを取得することができることがわかった。

②日差変動については(図5)、健常な状態であれば、舌色は安定していた(1日の暴飲暴食はあまり舌色には影響しなかった)。

長期的な経過観察により、健康状態や病気の傾向・回復が予測できる可能性がある。また、舌の色が悪化した場合は、少なくとも短期ではない不摂生や病的状態が存在している可能性がある。

## まとめ

TIAS の開発により、舌診も科学化がしやすくなった。今までは、診断が漠然

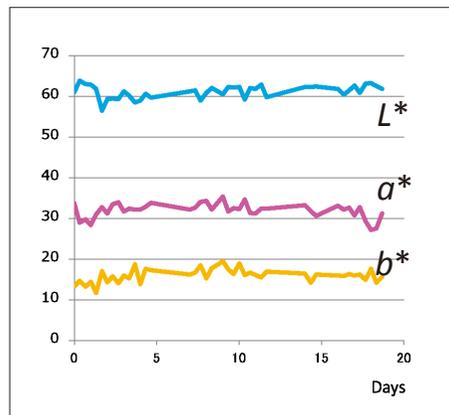


図5

としているなど非科学的と揶揄されてきたが、一部かもしれないが科学的な検討が可能となった。しかし、舌診は奥深く、撮影条件以外にも観察者（診断者）の技量が問題となる。撮影機械の進歩により真に得られたものが臨床事実の証明にはなっても、すべてを証明することはできない。今後、舌診の診断システムも並行して改善することで、診療支援を目指す必要がある。ただし、舌診だけの診断で処方決めは決まらない。一方、このような撮影システムはあくまで支援ソフトとしての役割であると考えていたが、いわゆる AI の発達で、人間の観察を凌駕する可能性も出てきた。今後、問診解析システムやその他の診断機器との融合によってますます進歩する分野と考えられる。

※現在複数の大学・病院と臨床研究をしています。将来、医療機関のみならず薬局などでも使えるようになればと考えています。

---

## 文献

- 1) S. Yamamoto · N. Tsumura · T. Nakaguchi et al. : Principal component vector rotation of the tongue color spectrum to predict 'Mibyō' (disease-oriented state) · International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery, vol. 6, no. 2, pp. 209-215, 2011
- 2) T. Nakaguchi · K. Takeda · Y. Ishikawa et al. : Proposal for a new noncontact method for measuring tongue moisture to assist in tongue diagnosis and development of the tongue image analyzing system, which can separately record the gloss components of the tongue. BioMed Research International, vol. 2015, Article ID 249609, 10 pages, 2015
- 3) S. Yamamoto · N. Tsumura · T. Nakaguchi et al. : Regional image analysis of the tongue color spectrum. International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery, vol. 6, no. 1, pp. 143-152, 2011
- 4) S. Yamamoto · K. Ogawa · N. Tsumura et al. : Liver impairment evaluation from tongue color spectrum. International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery, vol. 6, no. 1, pp. 182-184, 2011
- 5) S. Yamamoto · K. Ogawa-Ochiai · T. Nakaguchi · N. Tsumura · T. Namiki · and Y. Miyake : Detecting hyper-/hypothyroidism from tongue color spectrum. in Proceedings of the 10th IEEE International Workshop on Biomedical Engineering, pp. 1-3, October 2011
- 6) S. Yamamoto · Y. Ishikawa · T. Nakaguchi et al. : Temporal changes in tongue color as criterion for tongue diagnosis in Kampo medicine. Forschende Komplementärmedizin, vol. 19, no. 2, pp. 80-85, 2012
- 7) M. Kainuma · N. Furusyo · Y. Urita et al. : The association between objective tongue color and endoscopic findings: results from the Kyushu and Okinawa population study (KOPS). BMC Complementary and Alternative Medicine, vol. 15, Article ID 372, 8 pages, 2015

## シンポジウム②中医学エビデンス再考

# 漢方処方を使い分けは 弁証なしで統計学的に 再現できるのか ～月経困難症を例に～

吉野 鉄大

慶應義塾大学医学部 漢方医学センター

慶應義塾大学の吉野と申します。よろしくお願ひします。

今回は「エビデンス再考」というシンポジウムのタイトルをいただきましたが、そもそも論として、エビデンスは誰のためのものなのかが、最初にあると思っております。専門家がどういうふうに行っているのかを定量化して、またその評価をしていくことは、それ自体が非常に興味深いテーマだと思います。そのうえで、それを誰のために行っているのかというと、専門家のためというよりは、伝統医学を懐疑的な目で見ている方たちへの説明のためであったり、漢方・中医学に関して全然わからない方々がどういうふうに行上手に処方を使い分けていくのかというところに最終的に帰着すると思ひます。

日本で9割以上のお医者さんが「漢方薬を使っている・使ったことがある」という状況のなかで、相当数を占めるはずの漢方を専門としない方々が弁証なしでも処方を使い分けることができると、患者さんがより早く、より短期間で自分に合ったお薬にたどり着けるんじゃないかと考えていますので、今回は、専門家向けの内容というよりは、例えば僕の医学部の同級生で全然漢方に関してわかっていない人たちに、上手に漢方薬を使ってもらうにはどうしたらいいのかということが根本にあると考えていただければと思ひます。

## 自動問診システムの構築

われわれは2008年から、つまり並木隆雄先生たちがTIASを始められた頃から「自動問診システム」というものをつくって、患者さんの問診データを集める観察研究を行っております。そのうえで、先ほども岩崎鋼先生がお話されたような、漢方診断の予測ができないかどうか、さらに処方選択が予想できないかを重点テーマとして研究を進めてきております。



図1 自動問診システム

「自動問診システム」というふうに申し上げますが(図1)、そういわれると、なにかPepper君のようなものが出てきて、「あなたの今日の調子はどうですか?」と聞かれて、「ちょっと手足が冷えます」と答えるような、対話式の自動問診をイメージされる方もいらっしゃるかもしれませんが、実際には通常の間診票がただ自動でどんどん出てくるというだけです。残念ながら医師の間診そのものを完全に自動化するというふうにはいたっておりません。しかしながら、漢方薬を選んだり、診断を決めたりするうえでは、「患者さんが今どういう状態なのか」が非常に重要になってくると考えますので、「問診票で今どういう状態なのか」という情報をもとに診断であったり処方の選択を予測することができるかもしれないと考えて開発されたシステムです。

そのうえで、患者さんが漢方外来にいらっしやるとiPadが出てきて、例えば1つの画面に3つの問診項目が出てきて、それぞれに対して「あなたの症状はどうですか?」ということをどんどん入力していきます。それで、3項目の入力が終わると、右下の「次へ>」というボタンを押せるようになりますので、それで次へ、次へと、どんどん進んでいくことになります。

それで、だいたい80個ぐらいの問診に答えていただいたうえで、さらに主訴を選んでいただいて、例えば「手足が冷える」と患者さんがおっしゃる場合には、それでは「その手足の冷えはどのぐらいか?」をビジュアルアナログスケールで評価することで、データを蓄積しています。

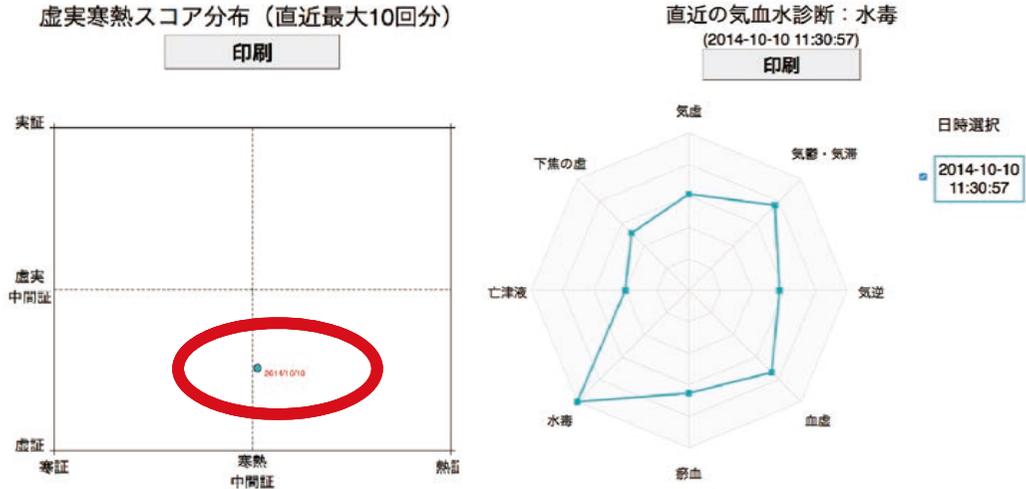


図2 虚実寒熱スコア分析

すでにわれわれがご報告しているとおり、少なくとも虚実と寒熱に関しては、こういった問診情報とバイタル情報・BMI だけでかなり精度の高い予測ができます（図2の左、虚実寒熱スコア分析）。患者さんが入力を終えた段階で、問診情報から機械的に予測した結果を医師も参照できるので「こういった患者さんが次に来るのだな」ということがわかります。そのうえで、専門家はこの予測が正しいかどうかさらにフィードバックをかけて直して式がどんどん変わっていくというようなことをやっております。

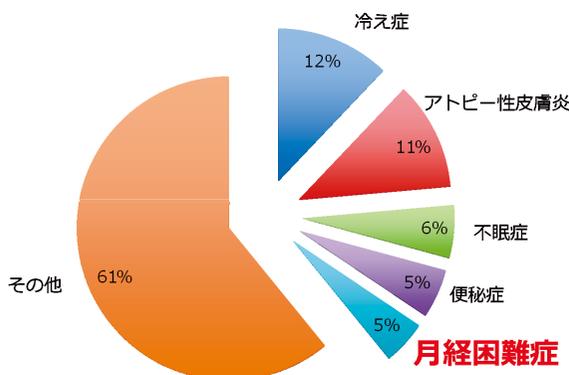
気血水の診断も、寺澤捷年先生のいわゆる「寺澤スコア」の項目のうち、問診でわかるところだけ取り出してスコアをつけて、この気血水のレーダーチャート（同図の右、直近の気血水診断）もつくっており、こちらも、参考程度に表示しています。

こういった研究結果に関しては、千葉大学をはじめ7つの研究施設の方々にご協力いただいて、現状で約8,000人分のデータが集まって、それらを適宜解析しながら進めています。8年半ぐらい続けておりまして、何度かバージョンアップを繰り返しながら、現在もデータを集めている最中です。

## ■ 月経困難症を例にした自動問診システムによる処方選択の例

ここまで、自動問診システムの紹介を簡単にいたしました。ここから先は処方選択の部分に関して月経困難症を例にご説明します。

例えば当院の漢方医学センター外来では、冷え症が一番多く、その次にアトピーが続きます。こういった疾患に対する処方はどうなのかと気になるのですが、冷え症やアトピーはバックグラウンドがかなり複雑です。老若男女さまざまな方がいらっしゃいます。いろいろなバックグラウンドがあるなかで、さまざまな処方が出ていて、そのままいろいろな処方を予測しようとするとかかなり難しいので



慶應義塾大学漢方医学センター外来2008-2013

図3 慶應義塾大学漢方医学センター外来の主訴の内訳

す。そこで、上から順に見ていって、月経困難症が目につきました（図3）。月経困難症は生殖年齢の女性だけが対象になるため、対象となる処方箋が絞られ、都合がよかったです。

こちらは当院だけのデータですが（図4）、桂枝茯苓丸と当帰芍薬散がそれぞれ3割ぐらいの患者さんに処方されています。残りの4割はそのほかのいろいろな処方が少数ずつでした。そこで、「桂枝茯苓丸と当帰芍薬散だけ」という非常にシンプルなモデルにして「そのどちらがより正しいのか」という予測を行うモデルを作成することにしました。

桂枝茯苓丸と当帰芍薬散は、そのほかにもいろいろと都合のいいところがあります。まずはいずれも月経困難症に対して保険が通っていることです。当院は保険診療施設なので、大学病院の厳しい倫理委員会を通して研究を進めていくうえでは、保険が通らないと観察研究として成り立たないため、保険が通っていることは非常に重要な要素でした。さらに桂枝茯苓丸も当帰芍薬散も、それぞれ日中

処方	人数 (222人中)
桂枝茯苓丸	73
当帰芍薬散	67
加味逍遙散	20
安中散	19
五苓散	18
柴胡桂枝乾姜湯	13
桃核承気湯	10
その他 (50種類以上)	136
のべ処方総数	358

図4 慶應義塾大学漢方医学センター外来全体の処方の割合

韓でRCT（ランダム化比較試験）が行われていてプラセボに対して有意性が示されている処方である点も、研究を進めていくうえで重要でした。そのため「この2つを月経困難症に使い分ける」というようなモデルを進めていくことにいたしました。

まずTSS（当帰芍薬散）群とKBG（桂枝茯苓丸）群の比較をしました（図5）。先ほどの80の問診項目は現在使用している問診項目なのですが、当帰芍薬散と桂枝茯苓丸の使い分けモデルを作成したときのデータは150項目程度の問診を患者さんに入力していただいていたので、患者さんが「その症状があるかないか」を入力したデータを、当帰芍薬散群と桂枝茯苓丸群の2群にまとめてそれぞれ比較し、例えば「桂枝茯苓丸群で有意に頻度が高い項目」といった形で項目を抽出してくると、ご覧の9項目が抽出されました。

問診項目では、当帰芍薬散群は、症状としての「めまい」「痩せ型」（BMIで18.5未満の方）、さらに医師の診察結果の「腹力虚弱」が陽性である頻度が高くみられました。それに対して、桂枝茯苓丸群は、症状としての「腰の冷え」「汗をかきやすい」「暑がり」「足がしびれる」に加えて医師の診察結果の「腹力が充実している」「臍周囲の圧痛」（いわゆる瘀血の抵抗）の頻度が高くみられました。このあたりは専門家にすれば当然の結果が出てきたと考えています。

これらの項目を使って、最終的に、先ほどの岩崎先生のような形で二項ロジスティック回帰分析を行ってモデルをつくることになります。この9項目を候補にしたモデルをつくるとしても、たった1つの項目だけでモデルをつくることもできますし、2項目でも9項目でもいいのです。そうなると2の9乗のマイナス1、つまり511の組合せがありえます。そのなかで、どのモデルが一番いいのかを考えていきます。

まず「ほどよい問診項目数でよい予測を行うにはどうしたらいいのか」を判断するために赤池情報量規準という統計学的な基準を使い、「511の組合せの候補から、7項目を含んだ最適の組合せ」を選んできました。そのうえで、ROC曲線下面積をみて、「7項目を使った最適モデル」が、例えば「9個全部使った場

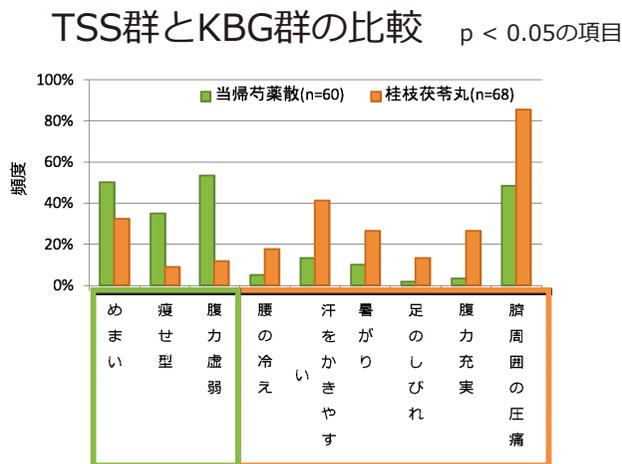


図5 当帰芍薬散群と桂枝茯苓丸群の比較

合のモデルと比べていいかどうか」を比較しました。さらに、ホスマー・レメショウ検定でp値を用いて「7項目を使った最適モデルがうまくいっているかどうか」をみました。さらに、クロスバリデーションというやり方を使って、元のデータセットを2つに分割して、一方で予測モデルをつくり、それをもう一方にあてはめて、予測性能を調べるという検証を行いました。

さらに、先ほどの岩崎先生の報告発表にもあったように、「まったく新しいデータに対するあてはまりはどうか」を検証します。モデルを作成するのに使用したのは2008年の5月から13年の3月までのデータです。その翌月（2013年の4月）から2015年12月までの「新規データ」で、月経困難症で当帰芍薬散もしくは桂枝茯苓丸が処方された患者さんのデータにこの処方予測モデルをあてはめて、「その医師の処方と予測モデルの予測が一致しているかどうか」を検証したところ、8割5分の一致率が得られました。2択としては十分に受け入れられる一致率が得られたのではないかと考えましたので、この画面の右下に出てきているような（図6）、「7項目それぞれがあるかどうか」チョンチョンとチェックすれば「処方のどちらがいいか」を表示するアプリケーションをつくることまでいっております。

しかし「とにかく月経困難症に対して当帰芍薬散か桂枝茯苓丸かを、いつ誰が入力しても同じ結果が出てくるモデルができた」と吉野は言っているけれども、いろいろ限界があるんじゃないかと思われるはずですが。先ほど「7施設のデータがあります」と言っておきながら、今回は残念ながら慶應のデータしか使うことができませんでした。ほかの施設だと月経困難症は非常に頻度の低い病名だったので、ほかの施設のデータを使うと数サンプルしか月経困難症のデータが出てきませんでした。ほかの施設でどうなのかは今後の検討になります。

ほかには、先ほどご質問に出たような、患者側のばらつきや、医師側のばらつきも、あると考えています。岩崎先生は、1人の患者さんを2人で診察することでCohenのカップパ係数を計算して、医師の判断の一致率をみておられますが、われわれはそういったことはやっていません。純粋に日常診療のなかで1人の医

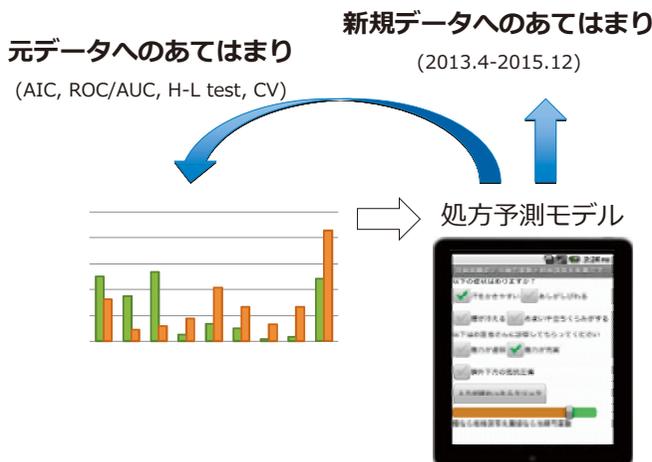


図6 処方予測モデルの検証

師が1人の患者さんを診て、そのデータをそのまま入力していますので、医者同士で考えていることが全然異なったりすると、まったく別の結果が出てくる可能性があります。ただ、最終的に予測自体が8割以上の一致率でうまくいっているのです、少なくとも患者側のばらつきであるとか医師側のばらつきに関しては、あまり大きな要素にはなっていないと考えています。

## 臨床研究デザイン

今回の研究の最大の問題は、あくまで「漢方の専門医が処方をこういうふうを選んでいく」ということが予測されるだけという点です。例えばこのモデルで「当帰芍薬散がいいです」と予測されたとしても、「この患者さんが当帰芍薬散で治るかどうかが」はいっさい検証されていません。実際には、われわれはこの200人近くの月経困難症の患者さんの経過をVASで追ったりカルテで追ったりして、おおむね8割以上の患者さんがなにかしらの形で良くなっていることを確認していますので、大部分の方は良くなっていくのだろうとは思いますが、治らない方もいらっしゃいますし、副作用を経験する方もいらっしゃいます。そういった方々をどう取り扱うのかといったところに関しては検証する必要があります。最終的に、われわれのこのモデルを用いた介入の有用性について、つまり「実際に患者さんがうまく治っていくのか」「副作用は少ないのか」を前向きに検証していく必要があると考えています。

ということで、今このモデルを使った前向きの臨床研究に関しても倫理申請を行っておりますので、「こんなことを考えています」という点を最後に少しだけ共有して、終了といたします(図7)。

まず、月経困難症の患者さんに対する臨床研究ですので、もちろん月経困難症がある、生殖年齢の女性患者さんを集め、ランダムに2群に割りつけます。予測モデルを使って当帰芍薬散もしくは桂枝茯苓丸を飲んでいただく漢方治療群をコントロール群と比較して、どちらがいいのかを検証します。

試験デザインにおいて、漢方治療群よりも、コントロール群に何を設定するかの方が議論になっています。当帰芍薬散も桂枝茯苓丸もすでにプラセボに対し



図7 臨床研究デザイン

て有意差をもって症状を改善することが示されたお薬なので、今さらコントロール群にプラセボをもってくるのは倫理的に難しいことになりまして、おそらくプラセボを対照にすれば有意差は示せると思うのですが、プラセボを対照とする必要性は少ないと考えています。

この試験で知りたいことが「漢方薬を使い分ける意義」だとすれば、「漢方薬を使い分けられない群と比べた方がいいのではないか」ということになります。例えば「当帰芍薬散を一律に投与する群と、漢方薬を使い分ける群とを比較したらいいんじゃないか」というアイデアもあると思いますが、それでは、両群で半分程度の患者が同じ治療を受けることになってしまうので、それはコントロール群として不十分だと思います。

ほかには「標準治療を受けた群はどうか」ということになります。月経困難症の患者さんで標準治療というと、低用量ピルを飲むかNSAIDsを使うかということになりますが、そもそも標準治療でうまくいくのであれば、それでよいわけですし、漢方外来にいらっしゃる患者さんは痛み止めを飲んででも効果が不十分だったり、副作用などにより「ピルを飲みたくない」という方がほとんどなので、標準治療をコントロール群にするのも難しいと考えます。

そこで、現状われわれが考えているコントロール群は、モデルによる予測の「逆張り」です。帰無仮説として漢方薬を使い分ける意義がないのであれば、われわれがつくった予測モデルで当帰芍薬散と予測された患者さんに「桂枝茯苓丸を出す」という「逆張り」をすれば、それがコントロール群になるはずで、そういった帰無仮説が棄却できれば、「漢方薬を使い分ける意義」が示せるのではないかと考えています。

以上、「漢方処方を使い分けは弁証なしで統計学的に再現できるのか」というテーマを設定してお話させていただきました。われわれのところは、大塚敬節の流れを引き継ぐ渡辺賢治先生のもとでやっておりますので、いわゆる古方派であって、そもそも弁証をしていない方々たちのデータですので、弁証をしていない人たちのデータは弁証なしで統計学的に再現できるというのは当然といえば当然なのですが、こういったシステムが中医学にも応用されていけば、両者が共通言語で語っていくことができるのではないかと考えました。ありがとうございました。

## シンポジウム②中医学エビデンス再考

# 「気滞」の診断基準の 作成とその検証

## Development and validation of a symptom score for Qi stagnation

岩崎 鋼<sup>a</sup>      高山 真<sup>b</sup>  
Ko IWASAKI      Shin TAKAYAMA

a 葵会仙台病院    ✉ iwasaki.koh67@gmail.com

b 東北大学病院漢方内科

### 要旨

**目的：**中医学の診断概念（証）の1つである「気滞」の診断基準を作成し、その信頼性・妥当性を検証した。

**方法：**『四庫全書』の古典医書104冊を収録したDVDより、気滞に関連する症状を抽出した。検索頻度上位30項目を症状項目とし、症状の程度を4段階で記載する質問票を作成し、207名のボランティア（参加者）より回答を得た。同時に、2名の伝統医学専門医が評価者として参加者を診察し、気滞の有無と程度を評価した。参加者の記載した症状の程度を独立変数、評価者による気滞の有無を従属変数として二項ロジスティック回帰分析を行い、各症状項目の程度ごとの有意なオッズ比をスコアとして参加者各個人の合計スコアを求め、これをROC分析することで感度・特異度を算出し、気滞の有無を判別するためのカットオフ値を設定した。

**結果：**古典医書より気滞に関連する文章が1,171件検索され、そこから98個の症状を抽出した。207名の参加者が質問票に回答し、かつ評価者の診察を受けた。気滞の有無に関する2名の評価者の診断が一致したのは191名で、カッパ係数は0.75であった。質問票の30項目のうち、食欲低下、腹部膨満、胸の痞えなど23項目が気滞の有無と有意な相関を示した。気滞あり・なしの判別のための総合スコアのカットオフ値は28.50点、感度は0.83、特異度は0.80であった。これらにもとづいて気滞の診断基準を作成した。

**結論：**中医学の病態概念「気滞」について信頼性・妥当性を評価した診断基準を開発した。

キーワード：気滞，診断スコア，中医学

## Abstract

**Objectives** : To develop a symptom score for Qi stagnation and evaluate their reliability and validity.

**Methods** : Two hundred seven participants completed a questionnaire containing 30 symptoms that were most frequently mentioned in descriptions of Qi stagnation in Siku Quanshu known as the Complete Library in Four Branches of Literature. Two physicians in traditional Asian medicine assessed Qi stagnation in the participants. Inter-rater reliability of assessment of Qi stagnation was evaluated with a  $\kappa$  coefficient. The physicians' assessment of Qi stagnation and the severity of symptoms on the questionnaire were analyzed by logistic regression analysis. The symptom score was developed from those symptoms that correlated with Qi stagnation, and had significant odds ratios. Internal reliability among the symptoms was evaluated with a Cronback's  $\alpha$  coefficient. Cut-off value for diagnosis of Qi stagnation, sensitivity and specificity for the scoring were set by ROC analysis of the total scores of the participants.

**Results** : Ninety-eight symptoms of Qi stagnation were obtained from the literature. The physicians assessed Qi stagnation consistently in 191 out of 207 participants with the  $\kappa$  coefficient of 0.75. The symptom score for Qi stagnation was developed with 23 symptoms. The Cronback's  $\alpha$  coefficient was 0.83. The area under the curve was 0.90 and cut-off value for diagnosis of Qi stagnation was 28.50 in ROC analysis. Sensitivity and specificity for the scoring were 0.83 and 0.80, respectively.

**Conclusions** : The symptom score for diagnosis of Qi stagnation was developed, and their reliability and validity were assessed. The symptom score would enable standardization and objective verification of the diagnosis of Qi stagnation.

**Key words** : symptom score, diagnosis, Qi stagnation

## 背景と目的

中医学については、合理的作用機序が不明な偽医学にすぎないとする主張が西洋医学的立場からしばしば指摘される<sup>1)</sup>。これは半ば誤りであり、半ば正しい。すなわち、生薬方剤、鍼灸、気功など中医学で用いられる多くの治療法について、その作用機序や根拠を示した研究がすでに多数存在する<sup>2)~4)</sup>。したがって「合理的作用機序が不明」とはいえない。一方、そうした個々の治療手段に関する研究の集積にもかかわらず、その診断理論の検証は進んでいない。中医学は複雑な理論体系とさまざまな診断概念を有するが、そうした医学理論や診断概念の客観的検証を行わない限り、それが全体として医学なのか偽医学なのかを判断することは難しい。このような検証が進まない理由の1つとして、中医学における診断概念が標準化されておらず、その信頼性や妥当性の評価もなされていないことがあげられる。伝統医学においては同じ診断名でもその定義が国や時代、個々の治療者によって異なって解釈されている場合が多い。すなわち「検証されるべき対象」が確定されていないのである。具体的な生薬や経穴とは違って、診断概念を

検証するためには、まず対象となる概念を適切に定義し、その診断基準を定め、それについての信頼性や妥当性を検証しなければならない。こうして検証すべき概念を確定させてはじめて、その客観的評価が可能となる。

「気滞」は中医学の病態概念の1つである。気とは、なんらかの作用を有するが形態をもたないものの総称であり、強いて現代医学の用語に当てはめるならばエネルギー、あるいは情報伝達（シグナリング）といえよう。気滞とは、生体におけるエネルギー循環や情報伝達になんらかの停滞が生じたことを意味している<sup>5) 6)</sup>。今回われわれはこの「気滞」について診断基準を定め、それについての信頼性・妥当性を検証することとした。

## ■ 方法

研究方法の全体を図1に示す。

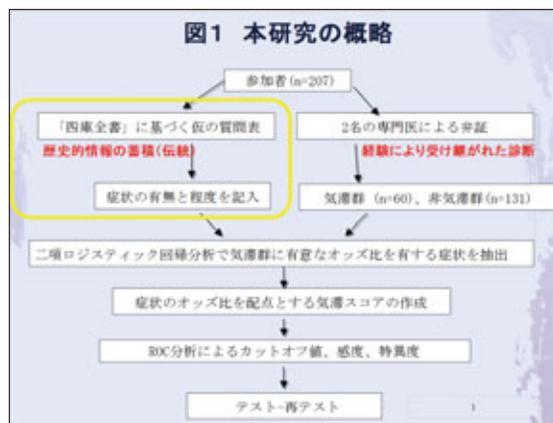


図1

### (1) 古典医書からの症状の抽出

『四庫全書』（1781年完成）文淵閣本に含まれる医学書104冊が電子化され、1本のDVDとして発売された<sup>7)</sup>。このうち、東アジア伝統医学がおよそ共通して中国医学に典拠していた漢代（紀元前206年～紀元後263年）から明代（1368～1644年）までの古典、すなわち『黄帝内経』『傷寒論』『金匱要略』『本草綱目』など92冊に対し「気滞」および「気之滞」という単語で検索を行った。字形については繁簡、古今、異体、中日のすべてが検索できるように設定した。検索された文章から小児や妊産婦に関する記載は除外し、気滞に関する具体的な症状が記述されている部分を抽出した。古典から抽出された症状を平易な日本語に翻訳し、意味内容が類似する単語は1つにまとめ、症状の検索頻度表を作成した。またこの頻度表の上位30位までを症状項目とし、各症状の程度を4段階（0：ない、1：いくらかある、2：かなりある、3：きわめてつらい）で問う質問票を作成した。

### (2) 参加者による質問票の記載と専門医による気滞の評価

本研究の参加者は、東北大学病院漢方内科の外来通院者と、一般健常人から公募した。参加資格は18歳以上で、本研究の主旨を理解し、文書で同意可能な者

表1 評価者が使用した診察票

問診	
脹満感	なし・あり・変動性（有・無）
痞え	なし・あり・変動性（有・無）
痛み	なし・あり・変動性（有・無）
気分の変化	なし・あり・変動性（有・無）
脈診	
脈の深さ	正常・浮・沈
脈の速さ・リズム	正常・遅・数・結代
脈の強さ	正常・虚・実
脈の太さ	正常・細・大
脈の緊張度や血流の異常	軟・緊・弦・滑・渋
舌診	
舌体の色	淡白・淡紅・紅・絳・暗紅・紫・青・舌尖部紅
舌体の大きさ	瘦薄・正常・胖大
舌体の異常所見	齒痕・瘀点・裂紋・舌下静脈怒張・歪斜・紅点
舌苔の厚さ	無・薄・厚・剝離
舌苔の色	白・黄・灰・黒
舌苔の乾燥	潤・滑・燥

とし、西洋医学的な既往や現疾患は問わなかった。募集期間、調査実施期間はともに2009年10月から2010年3月までであった。参加者は前項の質問票に、年齢や性別などの対象者の背景情報と症状の有無およびその程度を記入した。

一方、中国と日本の標準的な伝統医学の教科書<sup>5) 6) 8)</sup>における気滞に関する記述にもとづき、問診、脈診、舌診からなる診察票を作成した(表1)。伝統医学に習熟した2名の医師がこの診察票を用い、参加者の気滞の有無と程度を4段階(0~3)で評価した。2名の評価者は、それぞれ伝統医学の経験が1名は4年、もう1名は19年あり、両者は日本東洋医学会認定漢方専門医の資格を持つ。1人の評価者が診察してから1時間以内にもう1人の評価者が診察し、その診察の順番はランダムである。問診は最初の評価者が行い、診察票に記載した。脈診、舌診および気滞の診断は2名の評価者が互いに独立に、別々の部屋で行った。評価者1と評価者2の間での気滞の総合評価(4段階)での一致度はカッパ係数<sup>9)</sup>によって評価した。

### (3) 統計解析による症状項目の精選

データ入力、統計処理は評価者以外の第三者によって行われた。統計学的解析はSPSS software (version 16.0, SPSS Japan Inc, Tokyo, Japan) を使用し、各解析において  $P < 0.05$  を有意とした。

2名の評価者による気滞の総合評価(4段階)の度数分布を表し、平均値を境界として参加者を気滞群・非気滞群に分けた。参加者のうち、この気滞・非気滞についての2名の評価者の評価が一致した者を以下の解析対象者とした。

症状の程度に関する4段階評価において、度数分布から判断して解析対象者総

数の5%以下の評価段階があった場合は、その隣接する評価段階と合算して2ないし3段階の分位にまとめた。ついで各症状程度の分位を独立変数、気滞・非気滞を従属変数として二項ロジスティック回帰分析を行い、これら症状程度の分位ごとの症状なしに対するオッズ比、95%信頼区間、有意確率（P value, P trend）を算出した。また、対象者の背景を補正するために、対象者の背景について気滞群と非気滞群の間で有意な差がみられた項目を統制変数とした多変量解析を行った。なお、回帰式への変数投入に際し、カイ2乗検定、Pearson（Spearman）による相関係数の算出により、多重共線性を考慮した。

#### （4）気滞の診断基準の作成

気滞を診断するための項目は、前項で得られた症状分位のオッズ比が有意であった項目とした。そのオッズ比をスコアとし、参加者各個人ごとに合計スコアを算出した。ついでこの合計スコアをROC（Receiver Operating Characteristic）曲線で示し、感度・特異度から気滞・非気滞の判別のためのカットオフ値を設定した。

#### （5）倫理的配慮

本研究は東北大学病院の倫理委員会の承認を得たものである。本研究に関係するすべての研究者は、研究参加者に対する人権擁護の配慮としてヘルシンキ宣言に従うほか、臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省、2009.4.1改定）に準拠した。参加者のプライバシー保護のためデータの連結可能匿名化を行い、個人情報の外部漏出を防ぐため、それを保管するコンピューターにはセキュリティ・パスワードによるロックを行い、紙文書については鍵付きの棚に収納した。

## 結果

### （1）古典医書からの症状の抽出

今回対照とした古典医書からは「気滞」および「気之滞」という単語が含まれる文章が1,171件検索され、そこから表2に挙げる98個の症状が抽出された。腹痛、腹部膨満、胸脇部痛、胸脇苦満、胸の痞えが頻度の上位を占め、吐き気や下痢、食欲低下、消化不良などの消化器症状や咳や、痰、呼吸困難などの呼吸器症状、その他、悪寒、発熱、腰痛、腫れ、月経不順、冷え、浮腫、小便利、不安などの頻度が高かった。表2より、上位30位までを症状項目とし、症状の程度を4段階で記載する症状の質問票を作成した（表3）。ただし、参加者に回答してもらう質問票のため、他覚所見（脈所見）は除外した。

### （2）参加者による質問表の記載と専門医による気滞の評価

東北大学病院漢方内科の外来に通院中の方89名、一般健康人118名、計207名の参加を得た。

評価者による気滞の総合評価（4段階）は、評価者1の総合評価0が35名（16.9%）、1が106名（51.2%）、2が50名（24.2%）、3が16名（7.7%）、評価者2の総合評価0が39名（18.8%）、1が98名（47.3%）、2が50名（24.2%）、3が20名（9.7%）であった。評価者1と評価者2の総合評価（4段階）の一致

表2 古典医書から抽出された気滞に関連する症状の検索頻度

症状	件数	症状	件数	症状	件数
腹痛	130	四肢の痛み	12	顔が赤い	3
胸の痞え	104	肢腫	12	血便	3
腹部膨満	92	やせる	12	脈洪	2
吐き気	89	肘痛	10	脈浮	2
胸脇部痛	88	けいれん	10	脈大	2
胸脇苦満	78	怒り	9	脈実	2
食欲低下	76	口渇	9	脈結代	2
腰痛	73	背部痛	8	尿赤	2
消化不良	67	頻尿	8	不眠	2
腫れ	52	脚気	8	耳鳴り	2
便秘	44	コレラ	7	しゃっくり	2
倦怠感	44	帯下	7	健忘	2
小便不利	39	麻痺	7	目の充血	2
身体痛	37	脈細	6	驚き	2
痰	37	筋肉痛	6	脈数	1
発熱	33	腸鳴	6	肩痛	1
下痢	30	めまい	6	陰囊痛	1
月経不調	27	口苦	6	関節痛	1
痛みの変動性	25	耳下腺痛	5	耳痛	1
呼吸困難	25	乳房痛	5	目の痛み	1
腹部腫塊	24	味がしない	5	頸部痛	1
顔色不良	23	瘤	5	性器出血	1
悪寒	22	脈弦	4	発疹	1
不安	21	脈滑	4	言語障害	1
のどのつまり	19	意識障害	4	汗	1
げっぷ	19	痔	4	鼻水	1
咳	15	月経痛	3	多夢	1
冷え	14	月経血紫色	3	脱腸	1
頭痛	14	動悸	3		
呑酸	13	かゆみ	3		
淋病	13	しびれ	3		
瘡瘍	13	よだれ	3		

度はカッパ係数 0.75 であった。また、脈診のカッパ係数はそれぞれ、脈の深さ 0.40, 脈の速さ・リズム 0.72, 脈の強さ 0.68, 脈の太さ 0.39, 脈の緊張度や血流の異常 0.46 であった。舌診のカッパ係数はそれぞれ、舌体の色 0.48, 舌体の大きさ 0.51, 舌体の異常所見 0.64, 舌苔の厚さ 0.51, 舌苔の色 0.72, 舌苔の乾燥 0.96 であった。

2名の評価者による総合評価（4段階）の度数分布を描くと、総合評価の平均値は評価者1, 評価者2ともに1であった。そこで平均値1を境界として、総合評価0と1を非気滞群, 総合評価2と3を気滞群の2群にまとめた。この2群において評価者1と評価者2の間で不一致のものは207名中16名あり, これを除外した191名で以下の解析を行った。

### (3) 統計解析による症状項目の精選

質問票に用いた30症状項目の間に有意な交絡関係は認めなかった。

表3 症状の質問票

症状	程度
(1) 腹痛がある。	0 1 2 3
(2) 胸脇部痛がある。	0 1 2 3
(3) 腰痛がある。	0 1 2 3
(4) 頭痛がある。	0 1 2 3
(5) 身体に痛みがある。	0 1 2 3
(6) 痛みがよくなったり悪くなったりする。	0 1 2 3
(7) のどがつまる。	0 1 2 3
(8) 胸がつかえる。	0 1 2 3
(9) 胸脇部がはる。	0 1 2 3
(10) 腹がはる。	0 1 2 3
(11) 腹に塊が触れる。	0 1 2 3
(12) 吐き気がある。	0 1 2 3
(13) 食欲が落ちる。	0 1 2 3
(14) 消化不良がある。	0 1 2 3
(15) げっぷがでる。	0 1 2 3
(16) 便秘がある。	0 1 2 3
(17) 下痢がある。	0 1 2 3
(18) 咳がでる。	0 1 2 3
(19) 痰がでる。	0 1 2 3
(20) 呼吸が苦しい。	0 1 2 3
(21) 発熱がある。	0 1 2 3
(22) 悪寒がある。	0 1 2 3
(23) 顔色が悪い。	0 1 2 3
(24) 不安感がある。	0 1 2 3
(25) 倦怠感がある。	0 1 2 3
(26) むくみがある。	0 1 2 3
(27) 腫れがある。	0 1 2 3
(28) 小便がすっきりでない。	0 1 2 3
(29) 冷えがある。	0 1 2 3
(30) 月経が不順である (該当者のみ)。	0 1 2 3

症状程度 0: ない, 1: いくらかある, 2: かなりある, 3: きわめてつらい

症状の程度に関する4段階評価において、度数分布から2ないし3段階の分位にまとめたが、30症状項目すべてにおいて症状項目の4段階評価（0：ない，1：いくらかある，2：かなりある，3：きわめてつらい）において、「3：きわめてつらい」と記載した者は解析対象者の5%以下であった。度数分布から3分位（なし，軽度，高度）に分けたものは食欲低下，腹部膨満，倦怠感，下痢，不安，小便不利，腹痛，腰痛，頭痛，身体痛，痛みの変動性，冷え，便秘，浮腫，月経不順の15症状項目であり，2分位（なし，あり）に分けたものは胸の痞え，胸脇苦満，のどのつまり，呼吸苦，発熱，吐き気，腹部腫塊，悪寒，消化不良，胸脇部痛，腫れ，げっぷ，咳，顔色不良，痰の15症状項目であった。これら各症状程度の分位を独立変数，気滞・非気滞を従属変数として二項ロジスティック回帰分析を行った。この際，年齢と外来通院の有無で気滞群・非気滞群に有意差がみられたため，この2項目で補正したオッズ比を算出した。症状程度の分位ごとの症状なしに対するオッズ比，95%信頼区間，有意確率は表4のとおりである。

表4 症状程度の分位ごとのオッズ比, 95%信頼区間, P値および症状のP-trend

(A) 3分位の症状項目

	分位						P-trend
	軽度			高度			
	オッズ比	95% CI	P 値	オッズ比	95% CI	P 値	
食欲低下	5.20	2.32-11.65	0.00*	26.14	2.94-232.27	0.00*	0.00*
腹部膨満	3.20	1.51-6.80	0.00*	23.50	4.70-117.43	0.00*	0.00*
倦怠感	4.10	1.70-9.91	0.00*	12.03	4.00-36.15	0.00*	0.00*
下痢	1.07	0.49-2.33	0.87	9.61	2.28-40.51	0.00*	0.00*
不安	6.95	3.09-15.63	0.00*	9.56	3.10-29.42	0.00*	0.00*
小便不利	2.90	1.25-6.74	0.01*	9.29	1.70-50.73	0.01*	0.00*
腹痛	2.34	1.09-5.05	0.03*	6.80	1.49-30.99	0.01*	0.01*
腰痛	2.06	0.96-4.41	0.06	4.62	1.76-12.14	0.00*	0.00*
頭痛	2.70	1.31-5.54	0.01*	4.46	1.36-14.60	0.01*	0.01*
身体痛	2.42	1.13-5.17	0.02*	4.42	1.34-14.52	0.01*	0.00*
痛みの変動性	2.04	0.95-4.38	0.07	4.26	1.50-12.11	0.01*	0.00*
冷え	2.39	1.06-5.40	0.04*	3.68	1.58-8.60	0.00*	0.02*
便秘	1.62	0.78-3.38	0.20	3.31	1.23-8.94	0.02*	0.00*
浮腫	1.12	0.53-2.34	0.77	3.07	0.83-11.26	0.09	0.17
月経不順	1.18	0.29-4.75	0.82	1.68	0.44-6.41	0.45	0.46

年齢と外来通院の有無で補正

(B) 2分位の症状項目

	分位		
	症状あり		
	オッズ比	95% CI	P 値
胸の痞え	24.59	7.17-84.29	0.00*
胸脇苦満	12.95	3.99-42.06	0.00*
のどのつまり	5.34	2.44-11.68	0.00*
呼吸苦	4.22	1.52-11.70	0.01*
発熱	3.93	1.13-13.66	0.03*
吐き気	3.82	1.74-8.38	0.00*
腹部腫塊	3.41	0.95-12.30	0.06
悪寒	2.78	1.28-6.02	0.01*
消化不良	2.75	1.37-5.53	0.01*
胸脇部痛	2.60	1.05-6.42	0.04*
腫れ	2.28	0.80-6.54	0.13
げっぷ	2.26	1.16-4.44	0.02*
咳	1.63	0.83-3.20	0.16
顔色不良	1.40	0.65-3.02	0.39
痰	1.22	0.61-2.41	0.58

\*:P<0.05

年齢と外来通院の有無で補正

(4) 気滞の診断基準の作成

表4で得られた有意な分位ごとのオッズ比をそのスコアとし, 参加者各個人の合計スコアを, 気滞群と非気滞群に分けて度数分布を描いた(図2)。合計スコア(平均±標準偏差)は非気滞群が17.89±14.37点, 気滞群が60.71±32.94点であった。合計スコアをROC分析することにより得られた, 気滞の有無判別の

カットオフ値は28.50点，感度は0.83，特異度は0.80であった（図3）。以上の作業の結果として作成された気滞の診断基準を表5に示す。

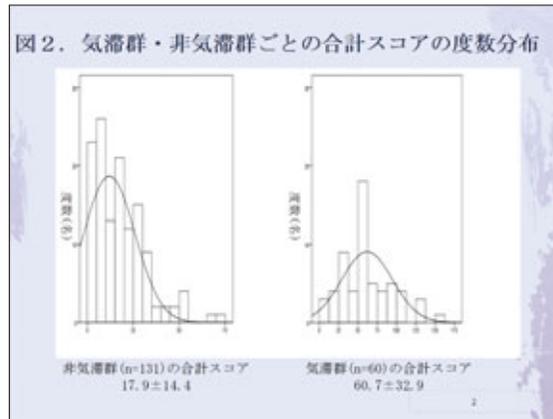


図2

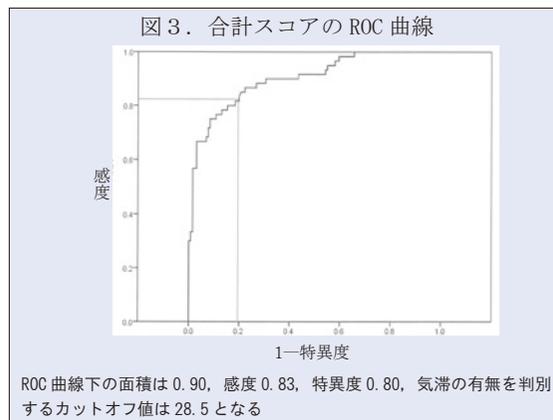


図3

表5 気滞診断基準

症状	程度
(1) 食欲が落ちる。	0 1 2
(2) 腹がはる。	0 1 2
(3) 倦怠感がある。	0 1 2
(4) 下痢がある。	0 1 2
(5) 不安感がある。	0 1 2
(6) 小便がすっきりでない。	0 1 2
(7) 腹痛がある。	0 1 2
(8) 腰痛がある。	0 1 2
(9) 頭痛がある。	0 1 2
(10) 身体に痛みがある。	0 1 2
(11) 痛みがよくなったり悪くなったりする。	0 1 2
(12) 冷えがある。	0 1 2
(13) 便秘がある。	0 1 2
(14) 胸がつかえる。	0 1
(15) 胸脇部がはる。	0 1
(16) のどがつまる。	0 1
(17) 呼吸が苦しい。	0 1
(18) 発熱がある。	0 1
(19) 吐き気がある。	0 1
(20) 悪寒がある。	0 1
(21) 消化不良がある。	0 1
(22) 胸脇部痛がある。	0 1
(23) げっぷがでる。	0 1

症状程度 0: ない, 1: いくらかある, 2: かなりある

配点表

症状	程度		症状	程度
	1	2		1
食欲低下	5.20	26.14	胸の痞え	24.59
腹部膨満	3.20	23.50	胸脇苦満	12.95
倦怠感	4.10	12.03	のどのつまり	5.34
下痢	0.00	9.61	呼吸苦	4.22
不安	6.95	9.56	発熱	3.93
小便不利	2.90	9.29	吐き気	3.82
腹痛	2.34	6.80	悪寒	2.78
腰痛	0.00	4.62	消化不良	2.75
頭痛	2.70	4.46	胸脇部痛	2.60
身体痛	2.42	4.42	げっぷ	2.26
痛みの変動性	0.00	4.26		
冷え	2.39	3.68		
便秘	0.00	3.31		

程度0は0点

合計 28.50 点以上は気滞あり

## 考察

本研究で中医学の診断概念（証）の1つである「気滞」の診断基準を作成し、その信頼性・妥当性を検証した。検討すべき症状は『四庫全書』に記載された、漢代から明代までの古典医書より抽出した。中医学が数千年にわたる無数の臨床経験から演繹されたものである以上、この医学における病態概念の定義はそれをもつ歴史的経験知を可能な限り適切に反映させたものでなくてはならない。現時点におけるその最も現実的な方法は、古典医書の網羅的検索である。

東アジア伝統医学は文化や環境の変化に適応し伝承され、中国のみならず韓国、日本、ベトナムなどの諸地域で広く普及している。これらの地域は17世紀頃（中国における明代）までは中国の伝統医学をほぼ共有していたが、それ以降は各地の自然環境や社会構造を反映してそれぞれ独自の内容が醸成されるようになった<sup>10)~14)</sup>。しかし今回われわれが取り上げた「気滞」は、そうした東アジア伝統医学一般に共通して認識されている病態概念であり、診断基準を標準化する可能性があると考えた。また本研究において『四庫全書』の医典のうち、清代の著作を除いて明代までに資料を限定したのも、そのような歴史的背景を考慮したからである。

近年、伝統医学は有用性・廉価性からその価値が見直されつつあり、さらなる普及を図るために伝統医学の標準化が試みられるようになってきている。WHO（世界保健機構）は1977年より世界各地の伝統医学の研究・普及に取り組み、東アジア伝統医学についても経穴の位置や専門用語の標準化を試みてきた<sup>15) 16)</sup>。

伝統医学理論の標準化は、多年にわたり試みられてきたことである。中国では1949年以後、全国的規模で伝統医学を公的医療に採用し、かつ専門家を育成する必要上、国家事業としてその概念の再編成、標準化が図られ中医学と呼ばれる体系が確立された。しかし、それは専門家による意見の調整により行われたものであり、客観的根拠にもとづくものではなかった。日本では客観的診断基準策定の試みとして瘀血スコアが作成された<sup>17)</sup>が、これは日本漢方独自の診察法である腹診の情報を多く含み、また伝統医学の専門用語が英語において確定されていなかったので日本語で発表され、国際的標準規格にはいたっていない。本論文の著者である岩崎鋼らは、多変量解析の手法（数量化Ⅲ類）による伝統医学診断概念の検証を試み1995年に発表した<sup>18)</sup>が、伝統医学の専門用語が英語において確定されていなかったため、日本語論文として発表せざるを得なかった<sup>18)</sup>。

WHOは2007年、東アジア伝統医学の英文表記を確定することに成功した。近年、伝統医学における診断を検証する論文が各国から発表されつつある<sup>19)~27)</sup>。O'Brien K.Aらは3人の伝統医学専門医による45名の参加者の診断の信頼性を評価した<sup>19)</sup>。また、Mist Sらは質問票による標準的な評価を試みた<sup>27)</sup>。しかしこれらの研究を検討すると、複数の医師による診断の一致率はそれほど高くはない。これは、統計学的信頼性が必ずしも高いとはいえないことを意味する。こうした現状を考慮すると、中医学の診断概念の客観的検証には、まずその前提として、対象となる概念を適切に定義し、その診断基準を定め、それについての信頼性や妥当性を検証することが必要であるといえる。こうして「検証すべき概念」を確定させてはじめて、その客観的検証が可能となるのであって、本研究はその試みの1つである。

## 結論

本研究が提示した気滞の診断基準は、統計学的手法により信頼性・妥当性を評価し、かつ、東アジア伝統医学において共有化を目指したものである。伝統医療は本来個の医療（テーラーメイド医療）であり、スコアリングによるスコアのみですべてが診断されるものではないとしても、誰しものが共有可能な診断基準を作成することで、評価の標準化、情報の共有化が可能となり、将来の客観的検証に道を拓くものと考えられる。

## 利益相反

本研究は一切の利益相反を有しない。

---

## 文献

- 1) Editors : Hard to swallow. *Nature*, 2007;12:105-106
- 2) Iwasaki K · Kato S · Monma Y et al : A pilot study of banxia houpu tang, a traditional Chinese medicine, for reducing pneumonia risk in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 2007;55:2035-2040
- 3) Iwasaki K · Kobayashi S · Chimura Y. A et al : A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of the Chinese herbal medicine “ba wei di huang wan” in the treatment of dementia. *J Am Geriatr Soc*, 2004;52:1518-1521
- 4) Takayama S · Seki T · Watanabe M et al : The herbal medicine Daikenchuto increases blood flow in the superior mesenteric artery. *Tohoku J Exp Med* 219 (4) : 319-30, 2009
- 5) 平馬直樹 · 兵頭明 · 路京華ほか, 日中共同編集 : 中医学の基礎. 東洋学術出版社, 1995
- 6) 日本東洋医学会 学術教育委員会 : 入門漢方医学. 南江堂, 2002
- 7) DVD 文淵閣『四庫全書』電子版 : 中医薬版迪志文化出版有限公司, 香港, 2009
- 8) 神戸中医学研究会 : 中医臨床のための舌診と脈診. 医歯薬出版, 1989
- 9) Fleiss J.L · Cohen J · Everitt B.S : Large sample standard errors of kappa and weighted kappa. *Psychological Bulletin*, 1969;72:323-327
- 10) 市川次郎 : 東亜における酒と医療の起源. 朝日新聞出版サービス, 1995
- 11) 司馬遷 : 史記 · 扁鵲倉公列伝. 筑摩書房, 1995
- 12) 吉益東洞 : 吉益東洞大全集. たにぐち書店, 1751
- 13) 許浚 : 東医宝鑑. 南山堂, 1966
- 14) 李濟馬 : 東医寿世保元. 三冬社, 1894
- 15) WHO standard acupuncture point locations in the western pacific region. World health organization, 2008
- 16) WHO international standard terminologies on traditional medicine in the western pacific region. World health organization, 2007
- 17) 寺澤捷年 : 瘀血症の症候解析と診断基準の提唱. *日本東洋医学雑誌*, 1983;48:409-436
- 18) 岩崎鋼 · 松本清彦 · 神久和ほか : 多変量解析の手法 (数量化Ⅲ類) による証の検討. *日本東洋医学雑誌*, 1995 ; 46 : 109-120
- 19) O' Brien K.A · Abbas E · Zhang J et al : An investigation into the reliability of Chinese medicine diagnosis according to Eight Guiding Principles and Zang-Fu Theory in

- Australians with hypercholesterolemia. *J Altern Complement Med*, 2009;15:259-266
- 20) Hogeboom C.J · Sherman K.J · Cherkin D.C : Variation in diagnosis and treatment of chronic low back pain by traditional Chinese medicine acupuncturists. *Complement Ther Med*, 2001;23:153-155
  - 21) Kalauokalani D · Sherman K.J · Cherkin D.C : Acupuncture for chronic lower back pain : Diagnosis and treatment patterns among acupuncturists evaluating the same patient. *South Med J*, 2001;94:486-492
  - 22) MacPherson H · Thorpe L · Thomas K · Campbell M : Acupuncture for lower back pain : Diagnosis and treatment of 148 patients in a clinical trial. *Complement Ther Med*, 2003;12:38-44
  - 23) Sung J.J.Y · Leung W.K · Ching J.Y.L et al : Agreements among traditional Chinese medicine practitioners in the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*, 2004;20:1205-1210
  - 24) Zell B · Hirata J · Marcus A et al : Diagnosis of symptomatic postmenopausal women by traditional Chinese medicine practitioners. *Menopause*, 2000;7:129-134
  - 25) Zhang G.G · Bausell B · Lao L et al : The variability of TCM pattern diagnosis and herbal prescription on rheumatoid arthritis patients. *Altern Ther*, 2004;10:58-63
  - 26) Sherman K.J · Cherkin D.C · Hogeboom C.J : The diagnosis and treatment of patients with chronic low-back pain by traditional Chinese medical acupuncturists. *J Altern Complement Med*, 2001;7:641-650
  - 27) Mist S · Ritenbaugh C · Aickin M : Effects of questionnaire-based diagnosis and training on inter-rater reliability among practitioners of traditional Chinese medicine. *J Altern Complement Med*, 2009;15:703-709

## シンポジウム③漢方：中医学から学ぶもの 漢方の発展のために 中医学から何を学ぶか

秋葉 哲生

あきば伝統医学クリニック

私が北里東医研（北里大学東洋医学総合研究所）で研究生になりましたのが昭和56年（1981年）で、平馬直樹先生とはそれ以来の交流がございます。本日は中医学会という、ふだん私自身が直接ご縁のない学会でお話する機会を賜りまして、たいへんありがたく思っております。

今日は「漢方の発展のために中医学から何を学ぶか」というテーマに沿って、抄録に書いた内容を少し膨らませてお話いたします。

### 現代にいたる漢方医学の学流の分類

現代にいたるまで日本で行われておりました「学流」は、このようになるのだろうと思います（図1）。

- 1) 明治43年の『醫界之鐵椎』以来、江戸中期の吉益東洞らの考え方を奉ずる、いわゆる“古方派”
- 2) 江戸後期の多紀家と、江戸医学館の学統をついだ、浅田流
- 3) 森道伯に始まる一貫堂医学
- 4) 中医学派
- 5) その他の学流

図1 現代にいたる漢方医学の分類

1番目がいわゆる古方派です。古方派にはいろいろと幅がございますが、先ほど平馬先生が千葉の古方派は周囲の異質なものに比較的寛容であるというふうにおっしゃいましたが、そういったような方もあれば、吉益東洞を尊崇する非常に厳格な、狭い意味の古方派もございますが、いわゆる「古方派」が1番目であります。これは、明治43年（1910年）の和田啓十郎先生の『醫界之鐵椎』が比較

的偏狭な古方派を受容したため、またそれを継いだ湯本求真がそれに輪をかけたぐらいにさらに頑固ぶりを発揮しましたので、これが日本のいわゆる「古方派」の代表的なイメージになっているかと思います。ただし実際は、奥田謙藏の使っていた処方などを拝見しますと、非『傷寒論』、非『金匱要略』のものも多数ございまして、いわゆる「家方」といわれるようなものには、どこが出典なのかわからないようなものもたくさんございます。

2番目が浅田流です。浅田流というと、浅田宗伯が一代で何かしたように書かれていますけれども、彼の学統というのは、多紀家が主宰した躰寿館を、1791年にいわば江戸幕府立にして創設された江戸医学館の学統を継いでおります。それを主宰したのが多紀家であります。後ほど簡単にご紹介しますが、多紀元簡・元堅父子の代が医学館の最も有名な時代かと思えます。これがいわゆる浅田流として今、残っています。

3番目が森道伯先生の一貫堂医学です。森道伯先生は医師でもなければ薬剤師でもない、社会改良家として名をあげましたが、慶応4年に水戸藩の藩士の子として生まれ落ちたため、生まれたときから直ちに命を狙われるようになります。その水戸藩の、いわばテロの連鎖のなかから抜け出すために、彼は森家に養子に入ります。そうして彼の人生が始まるわけですが、当然のことながらたいへん苦難の人生でありまして、呑気に医学を学んでいるような周辺ではなかったということでございます。

森道伯先生は、社会改良家を目指すうちに、おそらくご自身の医学知識をもとにして現物の給付をされました。つまり、患者さんに直接薬を差し上げ、お代はとらない。こういう感じで治療を始められたのでしょうか。そのうちにそちらの方が有名になり「森道伯は漢方家である」ということで、ついに医師でもなければ薬剤師でもないのに診療所を設けるまでにいたったと、そういったようなことがエピソードとして伝わっております。ですから、森先生の最初の主たる門人であられた矢数格先生の初めの仕事は、自分の医師免許で師匠の診療所を合法化することであったといわれていて、これはたぶん本当の話だろうと思っております。この3番目がこの森道伯に始まるころの一貫堂医学であります。今日、防風通聖散はたいへん有名になりましたけれども、その先鞭をつけられたのが森道伯先生です。

それから、中医学が4番目ぐらいになり、さらにその他の学統もあるだろうと思えます。

さて、私が師匠から学んだのが、この1番目の古方派でございます。今、自分がどういう学問的な系統のなかにいるのか、ということを明確に自覚されていない漢方家もたいへん多いことと思います。ある意味では、どんどん自分の創意工夫を発揮している方が多いのではないかと思うのですが、先ほど申し上げた和田啓十郎先生の『醫界之鐵椎』から湯本求真先生に連なり、そして大塚敬節先生、それから山田光胤先生などのいわゆる「昭和の古方派」の考えが、日本の漢方の中心にあるとあって間違いないことだろうと思えます。

## ■ 師・藤平健先生

これが私の師匠でございます（図2）。これは、藤平先生が亡くなられた年の1月15日に、まだ残っておりました奥田謙藏先生の旧宅を訪れようと、私が師匠に提案して、門下の先生方に声をかけて集まったときのスナップです。これはお寺の一室なのですが、先生の前にはずらりと門人が十数名並んでいます。



図2 藤平健先生

この寺の隣に奥田謙藏先生の旧宅があるのですけれども、旧宅を守っておられたご養女のサイ様が歩いておられたときに、自転車に接触されまして、それで他出してお留守であったために、お家にながれなかったもので、底地を持っているお寺の一室をお借りして奥田先生の思い出をお伺いしました。先生はこの8カ月後の確か9月に亡くなられました。私はちょっと鬼気迫るこの先生のお顔が好きであります。

この先生が奥田謙藏です（図3）。奥田先生は昭和36年（1961年）に亡くなられました。昭和28年（1953年）に東京から千葉県の市川に転居されまして、

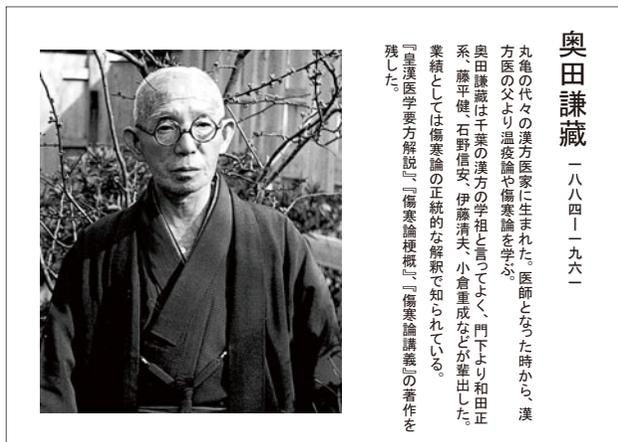


図3 奥田謙藏

それ以来本格的に千葉の先生方、私の師匠や和田啓十郎先生のご令息の和田正系先生などを筆頭に多くの門人を教育されたわけでございます。ですから千葉の漢方の学祖と申し上げても宜しいかと思えます。このとき奥田先生のもとに参集して、そのあと有名になりましたのは藤平健先生、小倉重成先生、伊藤清夫先生などです。また石野信安先生は後に一貫堂医学に転じられたようですがけれども、石野先生も当時の門人のお一人でありました。

奥田先生は『傷寒論』の正統的な解釈で知られておりますけれども、特に強調したいのは、実は奥田先生は江戸時代以来の累代の漢方医家であるということです。すなわち、幕末でありますけれども、お祖父様が大阪の吉益流の学塾に所属しておられました。江戸時代の漢方をそのまま昭和に引き継いだ方として、私たちは忘れることができません。

私は昭和56年（1981年）から5年ぐらい、藤平先生の外来に陪席をするために北里東医研に研究生として登録して在籍をいたしました。ほかに勉強しなかったわけではありませんが、先生の傍で診療を拝見し、カルテ書きを担当していました。その後、自分で考えながら診療をするうちに、藤平先生から教えていただいた内容に少し不便に感じるところが出てきました。それがだいたいこの5つです（図4）。

- 1) 腹診を中心として治療薬を決定すると、柴胡剤、駆瘀血剤が多くを占める結果となる。投与薬方の範囲が限られてくる。
- 2) 『方証相對』（『方極』序文で吉益東洞が提唱した方法論）においては、生薬の薬能は二義的になる。極論すれば、生薬の薬能は涵養されない。
- 3) 体力や抗病力の有無で「虚」と「実」を定義すると、治療に際して矛盾を生じてしまう。「補法」や「瀉法」が成立しなくなってしまう。
- 4) 気虚、血虚、陰虚などの用語が、正確な意味で理解しにくい。
- 5) 「腎虚」などの用語を古方派も用いるが、五臓六腑は無視するというのでは、自己撞着である。

図4 少し不便に感じたところ

## ■ 1. 投与薬方の範囲が限られてくる

藤平先生は古方派で、特に腹診を行うことに非常に長けておられまして、その面でたいへん有名でありました。しかし腹診を中心として治療薬を決定すると、胸脇苦満と瘀血の圧痛点はきわめてよくわかるため、おのずと柴胡剤と駆瘀血剤が多くを占める結果になってしまうのです。例えば江戸の古方派の医案を読んでも、腹診を重んじる人であればあるほど、柴胡剤と駆瘀血剤が頻発します。そしてたくさん使うから当然よく当たる機会も多くなるということで、ますますその信頼が深まるという作用もあるのでしょうか。ですから古方派で熱心に原則を守る方の場合には、どうしても柴胡剤と駆瘀血剤が多くなります。

そうすると、これは他の薬方をなかなか学べないということになります。私も5年間、先生の傍に密接して、また講習会などでもずっとご指導いただいていたわけでありましてけれども、例えば補中益気湯や十全大補湯のようなたいへん有名

な薬の使い方がわからないわけです。私の師匠はそれをあまり教えてくれませんでした。これは、私が初学者であったために、先生は「余計なことを言ってもいけない、頭をただ混乱させるだけだ」というご配慮があったのだらうとは思っておりますけれども、実際よくわかりませんでした。このように投与薬方の範囲が限られてくるということはございます。

## ■ 2. 生薬の薬能が涵養されない

「方証相對」というのは、吉益東洞（1702～1773年）が自著の『方極』の序で提唱した方法論です。この「証」の字は、昔は症状の「症」とまったく同じで、同じ文章のなかに「症」と「証」の字が同じく使われていました。「証」というと、いかにもミステリアスな特別なもののように思われますが、症状なのですね。つまり、症状群と申しますか、そういうような患者さんの「症」を捉えるといえますか、その「症」にふさわしい薬方にやはり「証」があり、それをまとめたのが『方極』です。簡単にいえばキーワードの羅列のようなものであります。例えば「桂枝湯証にして拘攣せざる者を治す」と、桂枝去芍薬湯などはそういったことが書いてあります。桂枝湯証であるから、腹力はそれほどなく、脈力もやや浮いていてそれほど強くない。そして胸満がある。胸満というのは胸が詰まって苦しいような感じがある自覚症状です。つまり、胸満と、脈が浮で、脈力も中等度ということがキーワードとして入ると、そこに同じような性格をもったキーワードで検索すると桂枝去芍薬湯が出てくるといった具合で、これが「方証相對」という方法論なわけです。

桂枝去芍薬湯は桂枝湯から芍薬を抜いた「去芍薬」と書いてありますから当然わかるのですけれども、この方法論でいきますと、そのほかに例えば大棗が入ったり生姜が入ったり甘草が入ったりしている、そういうものが必ずしも頭のなかに残らない。桂枝去芍薬湯だったら誰だってそれはわかりますけれども、それ以外のものと、中身の生薬の薬能あるいは本草的な知識というものは素通りしてしまうわけです。すなわち「方証相對」というのは本草的な知識が涵養されないということは、はっきり申し上げていいだろうと思います。やはりこれでは非常に困るわけですね。限られたものをうまく使うという限りにおいては、これは非常に効率的で宜しいわけですが、なかなかそれだけでは済まないわけです。

## ■ 3. 虚実の定義で矛盾を生じる

古方派は「虚」と「実」を体力や抗病力の有無で定義します。例えば、今日の医療用漢方製剤を規定している『一般用漢方処方の手引き』という公定書があります。これが最初に出たのが昭和50年（1975年）で、一般用医薬品として承認される漢方210処方について構成生薬・用法・用量・効能効果などを具体的に規定したものですけれども、現在は見直し、改訂、追補されて294処方が収められています。その2009年版で「実」は体力があること、「虚」は体力がないことだと定義しました。ところがこれは、病気とからめて考えると少しややこしくて、役に立たなくなってしまう。これについては後で説明します。

#### ■ 4. 気虚、血虚、陰虚などの用語が理解しにくい

それから、気虚、血虚、陰虚などの用語が正確な意味でなかなか理解できません。おそらく吉益東洞が書いたものだけを尊崇している人だと、だいたいこの言葉の意味がわかりません。『医断』にも書いていません。

#### ■ 5. 五臓六腑を無視する

古方派も腎虚などの用語は用いますが、その他の五臓六腑はまったく無視します。これはやはり恥ずかしいことではないかという感じがいたします。

### ■ 虚実の混乱 (図5)

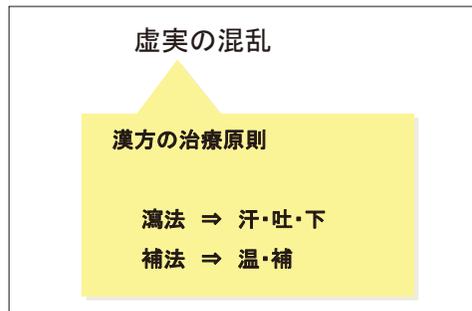


図5 虚実の混乱

先生方は最初に漢方の治療原則というのを概論のときに勉強されると思います。つまり「汗・吐・下・温・補」ですが、私たちが最初に藤平先生の講義を受けたときも最初に教わりました。例えば中医学の本だと「汗・吐・下・和・温・清・消・補」といった八法というのがありますけれども、その5つ「汗・吐・下・温・補」をわれわれは学んできました。

これは『一般用漢方処方の手引き』（第2版，2009年）にあることですが、仮に体力があるのを「実」、体力がないのを「虚」といたしましょう。

この図の一番上をご覧になって（図6）、体力がないのが「虚」ですから、これに先ほどの治療法を当てはめてみますと、いわゆる補法は、体力がないものを補う・元気を補うということで、例えば大補元気の人参が入ったようなものを使うと補法になります。ではその反対で体力があるのは「実」だとすると、当然瀉法が適応になるわけで、そうすると体力を攻撃してしまうことになります。もちろん「攻撃するのは病気だよ」と言うかもしれませんが、そういうと論理的な整合性がまったくなくなります。つまり、ある本には「抗病力」と書いてあったりもしますが、「虚実」はどんな言葉で言い換えても1つの物の多い・少ないで虚実を定義すれば必ずどちらかで矛盾が起こります。

これはやはり『素問』通評虚実論にいうように、攻下すべきは邪気であり、補すべきはあくまでも正气でありますから、「邪気盛んなれば、すなわち実し、精気うばわれるれば、すなわち虚す」の定義でなければ、やはりおかしいことになってしまいます。

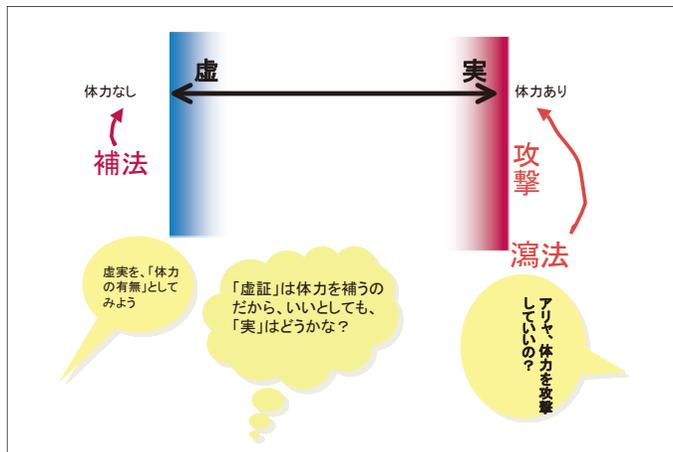


図6

今申し上げたような内容は、中医学においては自明のことだと聞いておりますので、私自身もときどき日本語で翻訳された中医学の本や、日本人の先生が書かれた中医学の本を読んで学んでおります。

さて、私はいろいろと大学の関係の肩書なども頂戴いたしましたけれども、実際はなんということはない、過疎の村の一開業医にすぎません。この40年の間、ずっと日本の漢方医学の来し方、行く末を自分なりに考えてまいりました。

最初は5世紀の允恭朝に始まる医学史をふまえ、そして田代三喜の帰朝と曲直瀬道三とそれに続く学統の展開を改めて捉え直しました。

『医心方』の丹波康頼を祖とする多紀家と江戸医学館については、正直に告白すれば最も関心の薄い対象でありました。しかし、各時代の医学思潮を、室町末期から今日にいたるまで通観してみると、最も円満で学術のバランスを保持していたのは、実は吉益東洞が1773年に亡くなった後から幕末までの約100年間であったことに気が付いたわけです。

この方が多紀元堅です(図略)。元を辿れば『医心方』を書いた丹波康頼の後裔です。途中で姓を変えていますけれども、多紀家はまさに丹波康頼の後裔であるわけです。このお父さんが元簡という方で、1791年に多紀家の私塾でありました躋寿館が医学館になり、幕府立になります。時あたかも松平定信の寛政の改革のときです。いわば綱紀の肅正のために、要するに原点に戻り、元の規律を重んじるという形、例えば朱子学などの振興がはかられるわけですけれども、それが最初に始まったのが元簡、そしてこの元堅です。元堅は五男ですけれども、庶子でありました。すなわち正式な元簡の奥方の子ではなかったらしいといわれております。「多紀矢の倉家」という独立をいたしまして、別系統の多紀家を興している最初の人であります。彼は非常に優れた人物なのですね。

この医学館が用いました手法がいわゆる考証学というものであります。考証学というのは、ある古典の文章「典籍」が正しいかどうかをまず考訂します。正しいとなれば、もちろんそれはそれで宜しい。しかしちょっと怪しいということになりますと、次に校勘する。文字のどこが間違っているか、正しい文字は何なのかということをして、そこで入れ替える。そして次には訓詁する。以上の全部整理を

終わったものの本当の内容、つまりオリジナルな文章の意図、「典籍」の意図をそこで明らかにする。この学問を無限に繰り返すのが考証学でありまして、その考証学的な手法をとったわけですね。ですから、非常に学問的には高度なものを、多紀家を中心とする江戸医学館は達成したわけです。

残念なことに幕末から明治維新にかけて薩長土肥の方々が天下を握り、徳川憎しのあまり徳川のやっていたことはみな駄目だというふうにして、良い悪いではなくて、ある意味で徳川のやったものを滅ぼしてしまった結果が、今、私たちがここにあるという日本の状態があるわけですから。

多紀元堅の書いたものに『時還読我書』というものがあります。この「時に還りて、我が書を読む」という題名は、陶淵明の『読山海経 其一』の詩句からの引用ですが、乾坤2巻から成っています。

これを現代仮名にしたものがこちらで (図7)、赤い色は私が付けました。

『時還読我書』 多紀元堅 (1795-1857) 原著

....  
今の医者、証候錯雑したる病、およそ神精に関わりたるもの、すべて唱えるに**癩証**を以てす。けだし、香川太冲の行余医言に濫觴せるなり。明人の**痰火**を癆瘵の晦名となせるとく、発狂をも癩証といえは、病家もこれに安ずる事とはなりぬ。

さて、医者に対し、癩証は何より来る証ぞ、その名はいかなる義ぞと問うに、范として答うる所を知らざるものあり。先の教諭は大奇論にいわゆる、後世にては戴復菴の**心風**といえる証などはならんとたまえり。魏念庭の百合病を以て**氣疾**とせしも、經意には叶わざれども、その証候は相似たりというべし。

余つらつらその所由をたずぬるに、**心肝胆三蔵の病**にして、その中に劇易、緩急の均(ひと)しからざるあるのみ。**心神虚怯**よりするあり、**心氣不寧**よりするあり、**肝氣抑鬱**よりするあり、**肝氣過亢**よりするあり、**胆氣虚寒**また俱にこれをなすあり。**古書のこの三蔵の病証**を見よ、今の癩証に顕す諸候、具載せずという事なし。

さらに**痰飲心を纏(まと)う**よりするあり、**血洪肝を壅(ふさ)ぐ**よりするあり。要するに思慮過制に因るとはいえども、太平日久しく、人驕奢(きょうしゃ)に長じ、嗜欲益々多く、志願の遂げざるより、この病多くなりぬと云えるは、さもあるべし。

図7 『時還読我書』 原著

「今の医者、証候錯雑したる病、およそ神精に関わりたるもの、すべて唱えるに癩証を以てす。けだし、香川太冲の行余医言に濫觴せるなり。明人の痰火を癆瘵の晦名となせるとく、発狂をも癩証といえは、病家もこれに安ずる事とはなりぬ」。つまり、精神的な問題をみんな癩症だと言って済ましていて、患者もわかったような気になって、医者もさらにその気になって、当然のことながら、あまりそれ以上のことは言われたいわけですから、あまりうまくいったりしないわけですね。これをはじめたのは、どうも香川修徳だということまで書いてあります。その『一本堂行余医言』あたりから、こうしたいい加減な雑なことが行われるようになったと。ですから「発狂をも癩症といえは、病家もこれに安ずる事とはなりぬ」と、こうあります。

そして、こういうものは昔の人は「心風」とか「氣疾」とか言っていると。それで、自分がこの病証を解釈すると、「心肝胆三蔵の病にして、その中に劇易、緩急の均しからざるあるのみ」。つまり、これは臓肺の考え方をもとにしなければ理解できないのだよと、つらつらと書いてあります。つまり彼は、当然のことながら

五臓六腑をきちんと理解した形でこれを書いているわけです。

これはもともと人に見せようと思ったものではなく多紀元堅のメモですから、ある意味では彼の真実が吐露されています。それで、これを見た弟子が「これは捨ててはおけじ」ということで、それをまとめて、本人が亡くなった後でしたが、長男の元琰が校勘して明治になって出版されました。

最後の「痰飲心を纏う」などというのは、日本語としても非常にすばらしく、思わずうっとりするような響きがありますね。「血渋肝を壅ぐ」というのもそう思います。こういう感じが日本の江戸時代の医学にあったのだということは、誇るべきことだと思いますね。

これは、赤く書いたところを適当に抜いたにすぎません(図8)。「肝気過亢」などというのは、今でいう肝陽上亢でしょう。「肝気抑鬱」はもちろん肝鬱でしょう。「心神虚怯」は心気虚によるおびえということになりますね。「痰飲心を纏う」というのは、痰飲が心にまとわりついて、そして精神的な問題を起こしている。これをみますと、例えば曲直瀬道三の『衆方規矩』の二陳湯の項目に「痰飲化して百病となるを治す」という、あの一行をどうしても思い出します。

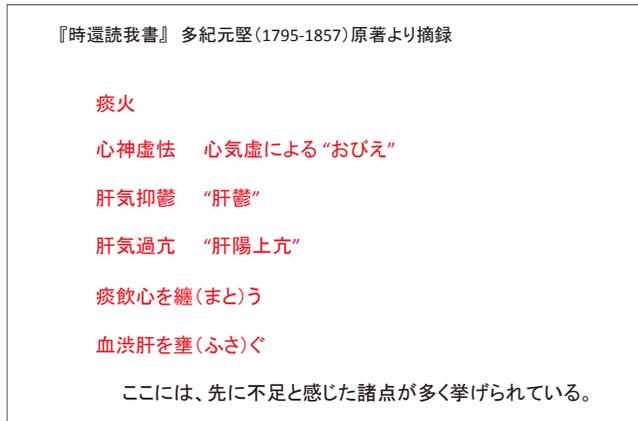


図8

## ■ まとめ (図9)

- 1) 今日の漢方医学は、医療用漢方製剤の普及とともに、40年にわたり発展してきた。
- 2) 今後の質的な発展を期するためには、虚実、補瀉などの論理的整合性をはかり、五臓六腑および本草学への理解を深める必要がある。
- 3) 中医学には、我が国の漢方医学に欠落した要素が豊富に存在するので、学ぶべき点が多い。
- 4) 多紀家と多紀元簡、元堅が率いた江戸医学館の業績は、その円満な学風により、今日もなお範とするにたるものと思われる。

図9 まとめ

今日の漢方医学は医療用漢方製剤の普及とともに、40年にわたり発展してきました。しかしその発展というのは、少しいびつなものではなかったかと思えます。つまりキーワードでポン、ポンと方剤を選ぶようになってしまい、本当はその間に介在しなくてはならない生薬学あるいは本草学がパスされてしまっているということです。中医学には、そういった漢方医学に欠落した要素が豊富に存在すると思えます。やはりこれは学ぶべき点が多いと、これは正直に申し上げます。

一方で、この多紀家と多紀元簡・元堅が率いた江戸医学館の業績というのは、その円満な学風によって、今日もなお範とするに足るだろうというふうに考えるわけであります。

今回の資料については、矢数道明先生、小曾戸洋先生の著述によりました。ここに感謝を申し上げて、私の責めを果たしたいと思えます。

## シンポジウム③漢方：中医学から学ぶもの 海外から見た中医学の動きと 日本への提言

戴 昭宇

香港浸会大学中医薬学院

NPO 法人 日中健康科学会

それでは、海外から見た中医学の動きと、さらに日本に対する私からの提言をお話させていただきます。本日は主に①紹介：中医学の最新な動き、②反省：中医学の現状と課題、③検討：日本の漢方と中医学、④提言：日本の発展のために、といった内容を予定しておりますが、時間の関係もあるので、時間になり次第、終わらせていただきます。

### 中医学の最新の動き

#### 香港編

まず香港から紹介させていただきます(図1)。実は今日(2016年9月18日)、こちらの学会と並行して香港においても北京・上海・広州・成都といった4大中医薬大学の香港・マカオ校友会の共催によって、「中国中医大学教育60周年記念シンポジウム」が盛大に開催されています。各大学の校友会から推薦された多数の演者が母校の伝統を回顧し、また優れた研究や教育、臨床などの業績をアピールしたりして、60年間の中医学の大学教育の歩みを反省しながら、中医学にとって喫緊の課題と今後の発展方向について検討しています。700人以上が参加する予定で、たいへん賑やかになると思います。

香港の中医学の近況ですが(図2)、現在、香港で中医教育を実施している大学は3カ所で、登録されている中醫師は7千人以上に達しています。2010年の調査では、香港市民1千人あたり西洋医の数は1.8人、中醫師の数は1.3人と、両者の数が近づいてきています。中医学に対する香港市民の受容度も相当高く、医療保険の適用がない中薬と鍼灸治療に対し、自費で中医を受診する患者は西洋医学中心の公立機関の利用量(22.4%)と伯仲しています。香港市民は中医学を信頼して愛着をもっています。

## 中医学の最新な動き

### 香港編

- ・今日、北京・上海・広州・成都といった「4大中医薬大学」の香港・マカオ校友会の共催によって、「中国中医学教育の60周年記念シンポジウム」が香港にて盛大で開催されている。
- ・各大学の校友会から推薦された多数の演者達が、それぞれの母校の伝統と流れを回顧し、優れた研究や教育又は臨床などの業績をアピールしたりして、60年以内の中医学の大学教育の歩みを反省しながら、中医学にとっての喫緊な課題と今後の発展方向を検討する。700人以上の申込者が参加する予定。
- ・今夜、学術交流会の後、共同懇親会も行われる。



図1

## 香港中医学の近況



- ・香港現在、中医教育を実施している大学は3カ所。登録中醫師が7000人以上に達している。
- ・2010年、1000人の香港市民に当たり西医師数が1.8人、中醫師数でも1.3人に達していた。現在中西医師数がさらに接近している。
- ・市民の中医学に対する受容度が相当高い。医療保険の適用できていない中薬と鍼灸治療に対し、自費で中医診療を利用する患者達が、西洋医学中心の公立機関の利用量（22.4%）と相当している。
- ・政府から中医学の促進に尽力している。2003年以降、香港の18区にはすべて中医学の教研センターが開設。東西の文化、自由な精神、世界の資金と科学技術が集まった香港を、国際的中医薬センターに成長させたいとのビジョンが設けられている。

図2

また香港政府は中医学の促進に尽力しています。2003年以降、香港の18区すべてにおいて中医学の教育研究センターが開設されています。香港には、東西の文化、自由な精神、世界の資金と科学技術が集まるといった特徴があり、国際的な中医薬センターに成長させたいというビジョンが設けられています。

## ■ アメリカ編

先週、北京中医薬大学の創立60周年の記念式典が行われました。60周年を記念しているいろいろとシンポジウム、学術講演会が行われ、こういう賑やかな学園祭のような催しもありました（図3）。

こうした活動は中国国内に留まりません。海外にいる多くの中醫師たちも母校のそうした記念活動と合わせて、例えばアメリカでは在米校友会の交流活動が行われており、「全米中国中医薬大学校友連合会」が主宰して数千人が参加したネット上の交流活動では「WeChat」（微信）を活かした交流を行っていました。在米の各中医薬大学の校友たちが母校と連携し合い、それぞれの大学の歴史や伝統、各地の顔となる老中醫師たちの優れた業績を回想しながらアピールしたりして、数カ月の間、熱気をもち続けた交流で賑わいました。

こちらはヨーロッパを中心とするもう1つのネットワークですけれども、国際中医連合群のネット講座の例です（図4）。



図3

### 国際中医連合群のネット講座例示




50講 2016年1月 8:30pm 講師 章瑛 (司会 吳越)  
 51講 2016年1月 8:30pm 講師 陸應 医者 of 教養 (司会 魏輝)  
 52講 2/15/2016 8:30pm 講師 許楊 周一 美容鍼灸 (司会 王宁)  
 53講 3/12/2016 8:30pm 土曜 講師 于卫东 臍鍼の原理と臨床応用 (司会 陳雅梅)  
 54講 3/19/2016 8:30pm 土曜 講師 楊光 火鍼 (司会 張紅薇)  
 55講 4/2/2016 土曜 8:30pm 講師 王富春 穴位と保健 (司会 吳越)  
 56講 4/9/2016 土曜 8:30am 講師 王永洲 類鍼について (司会 歐陽暉)  
 57講 5/28/2016 土曜 8:30pm 講師 南始 东华 (司会 蘭吉瑞)  
 58講 6/4/2016 土曜 8:30pm 講師 蘇星華 医学倫理の美しさ (司会 謝雪姣)  
 59講 6/18/2016 土曜 8:30pm 講師 陳云鶴 《太素》における脈法 (司会 蘭吉瑞)  
 60講 7/30/2016 土曜 8:30pm 講師 趙志付 中医心身医学と剛柔辨証 (司会 李曉燕)  
 61講 8/6/2016 土曜 8:30pm 講師 曹东义 生成論の伝統を發揚し、中医薬事業を  
 發展させよう (司会 李曉燕)  
 62講 9/10/2016 土曜 8:30pm 講師 王实 良い中医書がどう創れるか (司会 蘭吉瑞)

図4

これは WeChat のネットワークなのですが、たえず講座が開かれています。こうした国際中医連合群にはヨーロッパを中心とした数千人の中醫師が集まっています。ほぼ毎日、講義・講座のような交流活動がネット上で無料で展開されていて、自分が関心をもっている内容について交流できるようになっています。

また先週、中国において G20 (Group of Twenty) が行われました (図5)。G20 とは先進国に新興国を加えた主要 20 カ国・地域の首脳会合のことで、日本の安倍首相とアメリカのオバマ大統領も出席して中米の両政府間で 35 項目にのぼる協定が結ばれましたが、実はそのなかでは、2017 年初めの中米の軍医鍼灸に関する専門家交流と、2018 年に中米の連携でアジア・太平洋軍事医学学会を開催することが含まれていました。

米軍では鍼が活用されています (図6)。これまで、鍼治療に有効とみられる疾患が 307 種類以上、著効を示した疾患は 100 種類余りがあげられます。特にさまざまな疼痛性疾患、感覚障害、運動障害および機能失調性疾患に対して鍼の治療効果の評価が定まっています。米軍の鍼治療に対する運用は主に鎮痛に集中しています。中米両国の首脳によって、両国の軍事医療における鍼治療の交流が手掛けられることから、今後、アメリカにおいて鍼灸医療の発展が進むのではないかという見方も出ています。



図5

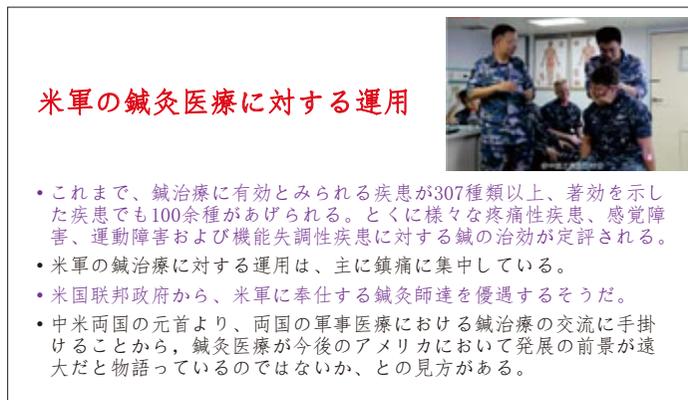


図6

また、つい先日ですが、9月13日、アメリカの『内科医学年鑑』のネット版に、便秘の鍼治療に関する最新の臨床研究が英文で掲載されました(図7)。これは中国中医科学院が主宰した研究で、1,000人以上の重症便秘症の患者を対象に、中国国内の15カ所の病院が参加して鍼治療による共同研究の結果をまとめたものです。研究は腹部経穴の鍼治療を行う治療群と、非経穴への偽の電気鍼の浅刺による対照群に分けて、ダブルブラインドの方法で観察されたものです。8週間を1クールとして計28回の施術、継続して20週間の研究観察を行いました。毎週の排便回数が主な指標とされ、その結果は、治療群の排便回数は対照群より倍以上も上回り、大多数が正常になり、顕著な有意差が出たことから、慢性便秘に対して鍼治療が有効だという結論が得られました。

われわれ中医あるいは鍼灸界からみれば、鍼治療によって胃腸の蠕動が促進できることは、古今の共通認識ですが、国際的な医療界では相変わらずエビデンス不足という見方が強く、この研究はそれに応えるために行われたわけです。

振り返ってみると(図8)、アメリカでは鍼灸が受容されたピークがこれまで3回ありました。1回目のピークは1970年代で、最初の鍼灸ブームが起こります。2回目のピークは1990年代で、1995年5月にFDA(アメリカ食品医薬品局)より鍼を医療器機と捉えられるようになり、NIH(アメリカ国立衛生研究所)も全国の「鍼灸共識会議」において、はじめて鍼灸の医療価値を明確に肯定しました。

## 9月13日、米《内科医学年鑑》のネット版に、便秘の鍼治療に関する最新の臨床研究が掲載



**目的:** 鍼治療により胃腸の蠕動が促進できるのは、鍼灸界では古今の共識。ただし、国際医療界では、今日まで相変わらずエビデンス不足との見解が強い。本研究はそれに答えるため行われたのである。

**方法:** 中国中医科学院から主宰した本研究は、1000余人の重症便秘症の患者を対象とし、中国国内の15カ所の病院を動員して鍼治療による共同研究の結果をまとめた。

ダブルブラインドのデザインに基づき、本研究は半数の治療群に入った患者に腹部経穴の鍼治療、またの半数の患者を対照群にし、非経穴へ偽の電気バリの浅刺による影響を観察した。

8週間を1クールにして計28回の施術、持続して20週間の研究観察。毎週の排便回数が主な指標とされる。

**結果:** 治療群の排便回数対照群より倍以上に上回れ、大多数が正常に達した。対照群との群間では非常に顕著な有意差が示される。慢性便秘に対する鍼治療が有効との結論。

図 7

## 米国、鍼灸の現れてきたピーク



- 1回目のピーク期: 1970年代の初回の「鍼灸ブーム」。
- 2回目のピーク期: 1990年代。1995年5月、FDAよりハリを医療器械ととられるようになり、NIHも全国の「鍼灸共識会議」にて、はじめて鍼灸の医療価値を明確で肯定。
- 3回目のピーク期: 21世紀に入って以来。中医界から「中医専門教育改革法案」の推進、ホワイトハウスから世界中の43種類の伝承療法を正式に米国のオルタナティブメデシンの体系に納入。その中、TCMが独立した医学体系として正式に米の政府文書に列入されていた。



図 8

3回目のピークは21世紀に入って以降で、中医界から「中医専門教育改革法案」が推進され、ホワイトハウスから世界中の43種類の伝承療法が正式にアメリカの代替医療に組み入れられました。そのうちTCM（伝統中医学）が独立した医学体系として正式にアメリカの政府文書にりました。

アメリカでは1971年以降の45年間、鍼灸に対して「不思議から受容」「非合法から合法」といった変化が連続的に起こっています（図9）。鍼灸がアメリカの44の州で合法化され、次第に正規の臨床、教育と科学研究の体制のなかに受け入れられ、一部の州では保険適用にもなっています。また全米の鍼灸学校の数が現在、53カ所あり、5万人以上にのぼる鍼灸業界が形成されています。毎年、鍼灸治療の利用者は300万人に達し、全業界の売上が17億ドルを超えています。

こちらは私のクラスメートらが共同でまとめた『鍼灸の米国における多次的な発展』という本ですが（図10）、アメリカにおける鍼灸事情について論述しています。現在、アメリカにおいて鍼だけでも、いろいろな流派があります。中医鍼灸のほかに、日本鍼灸も注目されています。

次に中国の中成薬についても少し触れておきます（図11）。中国天津の天士力グループが開発した複方丹参滴丸（田七・丹参・冰片）という中成薬が、20年

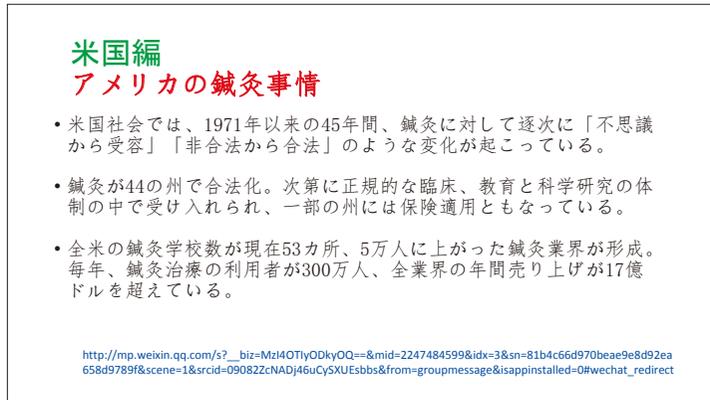


図 9



図 10

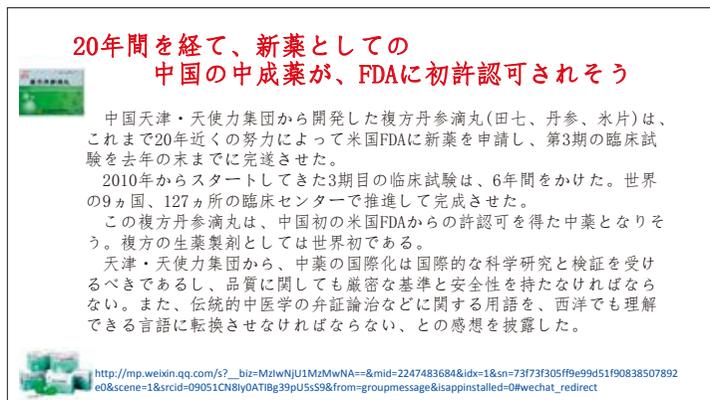


図 11

近々の努力によって新薬としてアメリカFDAに申請され、第3期臨床試験が昨年末までに完遂されました。アメリカで認可される初の中国の中成薬になると説明されています。つまり鍼だけでなく中薬でも徐々にアメリカに進出するようになっているのです。

現在アメリカでは、中薬とハーブは食品栄養補充剤とみられていて、薬とはされていないため、薬効の標榜と宣伝ができません。また、ときどき薬事法にもと

づき FDA から安全性に問題ありとされた一部の中薬について質疑され、利用禁止となったリストも出されています。確かに中国国内でも中薬の農薬や重金属の残留問題は、中薬の応用と普及において重大な障害となっていて、アメリカでも中薬を質疑する際によくこの農薬や重金属の残留が問題視され、中薬をアメリカへ進出させるうえで障害になっています。また一方で、アメリカの医療界の基準で新薬の臨床試験をパスし、中薬をアメリカの処方新薬に変身させれば、在米の中医師たちがその薬を自由に使えなくなるという、逆の意見も出ています。

## ■ カナダ編

次にカナダの状況についても少しお示しします。カナダの首相の Justin Trudeau 氏が訪中して G20 に参加した際、中国とカナダとの間で新しい商業貿易に関する合意を結びましたが、そのなかには、北京中医薬大学とカナダのクワントレン理工大学 (Kwantlen Polytechnic University) の両学長が、中医本科学位の連携教育に関する協定も結ぶことが含まれていました。これは中国とカナダの公立大学の間で初となる試みで、これから「中医本科教育」が始まります (図 12)。

カナダのクワントレン理工大学中学院の2年間の鍼灸学課程を修了した者はカナダの鍼灸師試験に参加する資格を得られるとともに、修了者はさらに北京中医薬大学の試験を経て北京で4~5年の学習を継続でき、その試験の合格者には中医学士の学位が与えられます。

**カナダ編 中・カとの中医学教育の連携**

- ・カナダの首相ジャスティン・トルドー(Justin Trudeau)が訪中してG20に参加した際、中国とカナダとの新しい商業貿易に関する合意も達成した。
- ・その中、北京中医薬大学とカナダ・クワントレン理工大学 (Kwantlen Polytechnic University)の両学長が、はじめての中国と北米の公立大学との中医本科学位の連携教育に関する合作協定が含まれている。



徐安雅学長(右)とAlan Davis学長(左)が合作協議書にサイン



カナダのJustin Trudeau総理(中)と北京の徐安雅学長(左)、Alan Davis学長(右)

図 12

## ■ 欧州編

ヨーロッパの事情についても簡単に紹介しておきます。中医関連の施設の多くは、小型のクリニックの形で運営されていますが、総合病院に鍼灸科や中医科を開設するところもあります。中医治療の主体は鍼灸で、多くの国では中薬あるいはハーブ療法は認可されていません。フランス・イタリア・ベルギーなどの国では、鍼灸は医師しか行えない医療行為とみなされています。

現在、少なくとも35%のヨーロッパの住民が鍼灸あるいは中薬治療を受けたことがあり、すでに中薬が現地で補完代替医療の主流となっているといわれています。

オランダには中薬の従事者が4千人余りおり、中医クリニックは1,500カ所

を超えています。イギリスには中医クリニックが3千カ所以上、中医鍼灸師は約1万人。フランスには1万人余りの鍼灸師と3千カ所以上の鍼灸クリニックがあります。スペインの中医鍼灸師は1万5千人、ポルトガルには3千人以上の鍼灸師、ドイツには5万人以上の鍼灸治療師がいて70カ所以上の病院に中医外来があります。モスクワ市の中医鍼灸師は2千人以上、中医診療所の数は300カ所を上回っています（図13）。

こちらは、欧米において唯一保険会社から診療費の給付を受けている中医病院です（図14・15）。

### 欧州編 ヨーロッパと中医学

- これまで、中医関連の施設の多くは、小型のクリニックという形で運営。総合病院の中に、鍼灸科または中医科を開設する所もある。
- ヨーロッパの中医治療は針灸を主とし、多くの国には中医薬またはハーブ療法を許認していない。フランス・イタリア・ベルギーなどの国には、針灸は医者しか操作できない医療行為だとみられている。
- 少なくとも35%の住民が鍼灸また中薬治療を受けたことがある。中医薬が既に現地で補充代替医療の主流となっている。
- 欧州の諸国には、中医師と鍼灸師12万人、毎年の受診者数が500万人以上。
- オランダには、中医薬の従業者が4,000人余り、中医クリニックが1,500カ所を超えている。イギリスには中医クリニックが3,000軒以上、中医鍼灸師が約10,000人。フランスには10,000人余りの鍼灸師と3,000軒以上の鍼灸クリニックがある。スペインの中医鍼灸師15,000人、ポルトガルには3,000人以上の針灸師；ドイツには50,000人以上の鍼灸治療師、70カ所以上の病院に中医外来がある。モスクワ市には中医鍼灸師が2,000人以上、中医診療所数が300を上回っている。

図13



図14



図15

このドイツの Kötzing TCM Clinic は、1990年初頭、北京中医薬大学附属東直門医院が創設したドイツで初となる中医病院で、受診者はすべて、長期間の西洋医学治療を受けても満足できなかった患者です。病状が複雑で難治性の疾患が多いですが、入院病床の使用率はずっと95%以上で、平均入院日数は25日間、中薬の使用率は100%と、中医学をメインとした治療が展開されてきました。

現在の院長は私の同窓生で、同じ「戴」姓の戴京璋氏です（図16）。

この病院では中医学の特徴を強調しながら中薬と外用療法の併用、鍼灸・推拿などの治療法を組み合わせた総合医療、さらに心身同治を重視する治療を展開して優れた業績をあげています。

ヨーロッパにおける中医学関連の立法状況ですが（図17）、立法していない国、鍼灸だけ立法した国、中医薬と鍼灸をともに立法した国という3つのタイプがあ

ります。ハンガリーとスイスは中医薬と鍼灸をともに立法化しており、ポルトガルは鍼灸を立法化し、中医薬については議事が行われているところです。

## インタビュー

### Kotzting TCM Clinic 戴京璋院長



- 中医学の中核は治療効果。中医学の生命力と発展の原動力でも治療効果だ。
- 中医学の伝統と本色を大事にすべきである。海外の中華料理のように、安易に外人客の御口に迎合して味付けを改変するのは宜しくない。
- 多くの患者が我々の中医治療を最後の希望としているため、我々は絶えずの努力と工夫によって創造と発展を図り、治療効果を向上させる。
- 中薬の経口投与と外用療法との併用、鍼灸・推拿など治療法の互相配合、身心同治の共に重視するのは、確かに難治性疾患に対する中医学流治療の長所である。優位を持つ中医治療法と現代の理科療法などとも有機的に融合させるのも、患者さんの苦痛の解除と緩和にとって大いに役立つ。
- Kotztingの患者は大体経過が長いので、心身症が多い。我々は心理的ケアでも重視している。これで治療効果の向上とも繋げている。この分野では中医学でも独自の武器が多い。

図 16

## 欧州編 中医学関連の立法状況

- 3つのタイプ： 立法していない国、  
鍼灸を立法した国、  
中医薬と鍼灸を共に立法した国。
- ハンガリー、スイスには、中医薬と鍼灸を共に立法。
- ポルトガルには、針灸を立法、中医薬については議事中。

図 17

また最近、スイスでは政府が、ハーブ療法と中医学など4種類の補充医療が2017年5月から西洋医学と平等な地位が与えられるようになると公表しています。

総じて鍼灸は中薬に先行して、中医学の牽引者となって国際化が進んでいます(図 18)。

## スイス 中医治療を含む4種類の補充医療を、西洋医学と平等的な地位に向上させる



この間、スイス政府からの公表によると、ハーブ療法と中医学など計4種類の補充医療は、2017年5月から、スイスにおいては、西洋医学と平等的な地位が与えられるようになる。

図 18

## ■ 中国編

中国の最近の動きについて簡単に紹介します（図 19）。特徴を1ついうと、政府が中医学を強くバックアップするような政策をたえず出しているということです。中国政府は近年、中医学を中国の文化、医療、産業ならびに科学技術の諸分野において、独特な優位性をもち、将来性もある良い資源だと強調しています。「一带一路」「健康中国」「大健康戦略」といった国の発展指針にはいずれも、中医学を重視し強くバックアップしようとする政策が含まれています。

例えば昨年、『中華人民共和国中医薬法』（草案）が公表され、法整備を通じて中医学の伝承と発展を保障し促そうという政府の姿勢がはっきりと示されました。これはすでに全人代の二次審議に入っています（図 20）。ハイライトとなるのは次の6つです。

1. 中医薬の発展事業にかかる費用は政府の財政予算に加える。
2. 古典処方の新薬申請には、臨床試験を経由させず手続きの簡素化をはかる。
3. 道地薬材の保護を強化する。
4. 各医療機関では医師の処方にもとづき自主的に刻み生薬を炮製できる。
5. 師弟伝授の中医師試験の受験者は、少なくとも2名以上の中医師からの推薦を得なければならない（受験の合格者は中医師資格を得られる）。
6. 中薬の調剤と製造に関する責任の所在を明確にする制度づくり。

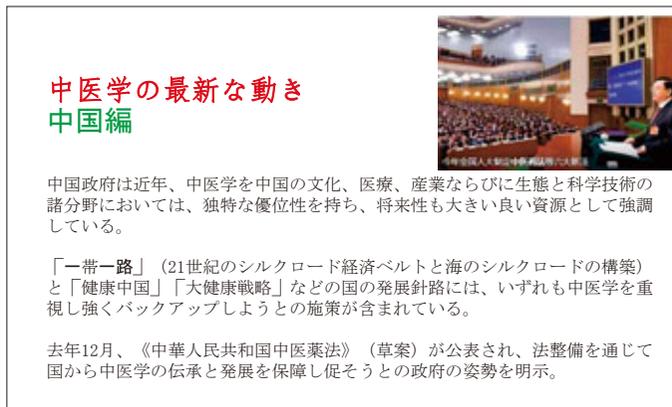


図 19

最近、政府は中医薬に関する一連の施策を出しています。例えば今年2月、国務院は『中医薬の発展に関する戦略の規画綱要』（2016～2030年）を發布しました。8月に入って『国の科学技術に関する第十三次5カ年計画』と合わせた『中医薬の発展に関する第十三次5カ年計画』も登場。年内には中国からの国際的な連携と合作の展開を主眼とする『中医薬における「一带一路」発展計画』も公表される見込みです。

また、国務院以下の36の官庁が共同で連合会議を組織して、一括して中医薬の発展のために事業を推進する体制をつくっています。

**中医薬法草案が全人代の二次審議に**

中医薬法草案における新規の6大ハイライト:

- 一、中医薬の発展事業経費は政府の財政予算に列入。
- 二、古典処方の新薬申請には、臨床試験を経由せずに手続きの簡素化をはかる
- 三、道地薬材の保護を強化する。
- 四、各医療機関では、医師の処方に基づき自主的に刻み生薬を炮製できる。
- 五、師弟伝授の中医師試験の受験者は、少なくとも2名以上の中医師からの推薦を得られなければならない（受験の合格者は中医師の資格が獲得できる）
- 六、中薬の調剤と製造に関する責任の追及制度づくり。



図 20

ここまで現状を紹介しましたが、一方で反省すべきところもあります（図 21）。例えば現在、中国では中医師の診療には大きく4つの流派があります。

1. 伝統的理法方薬派。いわゆる「学院派」の主流となる診療スタイル。
2. 方証派。日本漢方および日本からの影響を受けています。
3. 病証結合派。中医学の弁証と西医の弁病とを結びつけ、東西の薬理学研究をも照合し合うスタイル。
4. 色脈相合派。舌診と脈診を重視する診療スタイル。

**反省**

**中国編 現在中医師の診療と関わる四大流派**

- 一、**伝統的理法方薬派**  
いわゆる“学院派”の主流的な診療スタイル。
- 二、**方証派**  
日本漢方および日本からの影響も受けている。
- 三、**病証結合派**  
中医学の弁証と西医の弁病とを結びつけさせ、東西の薬理学研究をも照合し合うスタイル。
- 四、**色脈相合派**  
舌診と脈診を重視する診療の姿勢。

図 21

そのため、中国に対して WHO（世界保健機関）からも、中医薬の国家基準の体系づくりに強い期待が示されています（図 22）。その背景として、中国における中医学の研究、鍼の研究などの基準はまだ乏しいため、その構築が期待されています。

最近のトピックをもう1ついいますと、いろいろなドキュメンタリー番組が作られています（図 23）。

中医学の内容の番組を利用して中医学の普及・宣伝をはかることが、新しい動きの1つです。例えば私なども関連しているのですが、2018年の「李時珍の生誕500周年」を記念するための記念プロジェクトの準備がすでに始まっています

**WHOから中国へ  
中薬の国家基準の体系づくりに期待**

海外華人中医论坛-全球新闻联播  
投稿邮箱: worldtcmforum@hotmail.com

来源: 中新社  
世界卫生组织驻华代表施贺德9月5日于惠州开幕的第三届中医科学大会上表示, 世卫组织希望中国加强对中医药的管理, 起草相应的法律文件, 建设中医药国家标准体系, 科学定量和定位中医药效果, 推动中医药的理论及科技发展。中医是当今自然疗法中影响较为深远的传统医学。据《世界卫生组织传统医学战略2014—2023》报告统计的数据提示, 世界范围内约有10万家中医药诊所、约30万名中医药技术服务提供者。但目前中医仍然处于替代医学或补充医学的地位, 中药在部分海外地区仅作为保健品使用, 不合理应用导致的医疗事故时有发生。有专家认为, 问题发生的根源在于中医药未能建立一系列为世界接受的标准。施贺德认为, 中西医能利用各自优势进行医学创新和研究, 这意味着需要制定更多的标准, 希望能用现代科学方法系统化地展现出中药的功效和安全性。

[http://mp.weixin.qq.com/s?\\_\\_biz=MzI5NDM5NDA3Mg==&mid=2247483708&idx=1&sn=44671e046dc59e9178958202de101a&scene=1&srcid=0910Xe4EPTyebVroZx21Vik&from=groupmessage&isappinstalled=0#wechat\\_redirect](http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MzI5NDM5NDA3Mg==&mid=2247483708&idx=1&sn=44671e046dc59e9178958202de101a&scene=1&srcid=0910Xe4EPTyebVroZx21Vik&from=groupmessage&isappinstalled=0#wechat_redirect)



図 22

**中医学TVドキュメンタリー創りのブーム**

- 广东拍摄首部中医药动画长剧《本草药灵》
- 来源: 中国中医药报
- 8月19日, 中国首部中医药题材动画片《本草药灵》新闻发布会暨产业合作签约仪式在广东省东莞市举行。《本草药灵》项目已列入广东省中医药局重点扶持项目、广东省重点文化产业项目、国家广电总局动漫“中国风”项目。《本草药灵》计划拍摄1000集, 以动画片形式传播中医药文化, 不仅形式新颖别致, 而且趣味性强, 中医药科普知识更容易被孩子们接受。《本草药灵》的问世填补了中医药动画片的空白。

[http://mp.weixin.qq.com/s?\\_\\_biz=MzI5NDM5NDA3Mg==&mid=2247483704&idx=1&sn=bb5c6378f5f45007b1c975e6788235b6&scene=1&srcid=0903XECOnE7QrkkauMfaUzQ&from=groupmessage&isappinstalled=0#wechat\\_redirect](http://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MzI5NDM5NDA3Mg==&mid=2247483704&idx=1&sn=bb5c6378f5f45007b1c975e6788235b6&scene=1&srcid=0903XECOnE7QrkkauMfaUzQ&from=groupmessage&isappinstalled=0#wechat_redirect)



図 23

《本草綱目》大型文献纪录片  
——纪念伟大的医药学家李时珍诞辰500周年



図 24

(図 24)。

また, 中国中央テレビ局でも『孟河医派』についてシリーズの番組が作られました (図 25)。

さらに香港のテレビ局でも, 中医学の100年を回顧するようなシリーズ番組が作られました (図 26)。ハリウッドの監督も中国と連携してドキュメンタリーを作ろうという計画を進めています (図 27)。

### 中央TV《孟河医派》五集： 一段中医发展的传奇故事

- 近日播出的中央电视台纪录片《孟河医派》全片共分5集，每集时长约39分钟，分别从“名镇名医”“寿存精要”“仁心仁术”“薪火相传”“古义新知”五个方面，讲述孟河医派的起源、孟河名医马培之、马培之的后看后、孟河医派在上海开业、教授中医、马培之的医德、建医馆、改良中医、医家故事、不仅展现中医、更表现中医文化、通过医家行医过程中涉及的伦理、哲学、道德的表述，显示中医深厚的社会学基础。
- 从开始策划、撰稿，到完成拍摄，《孟河医派》前后历时近两年时间，摄制组先后奔赴江苏、浙江、上海、北京等数十个省市实地拍摄，采访人物数百人，整理文字等更形象、生动的表现方式，呈现历史人物和历史故事。



図 25

### 香港鳳凰テレビ局からのシリーズ番組： 彷徨・回眸百年中医（1-5集）

- 中国医学的百年甄变命运，恰似一面巨大的文化透镜，聚敛着百年来中学与西学、传统与现代、科学与人文、民族主义情绪与科学主义思潮、农耕文明与工业文明、都市化与田园情结等各种冲突与张力。已经成为了一个文化标本。
- 凤凰卫视百年中医的五集节目，根据不同年代分为不同的主题，讲述各个年代里中医学者不同的生活，纪录他们的故事。
- 第一集 东风渐起 流芳百世
- 第二集 西学东渐 百家争鸣
- 第三集 起死回生 命运坎坷
- 第四集 另辟蹊径 妙手仁心
- 第五集 一代完人 任重道远

図 26

### ハリウッドも中国と連携し合い、 中医学内容のドキュメンタリーを作ろうと企画

人民网联合国8月26日电（记者李晓宏）

“2016联合国可持续发展目标NGO全球峰会”24日至26日在纽约联合国总部召开。记者从此间举行的“一带一路”与联合国可持续发展目标论坛上获悉，美国好莱坞导演将与中方合作筹拍一部中医药题材的纪录电影《中医文明》（暂定），该片将采用好莱坞的制作团队和标准，在中国拍摄完成，并在全球院线发行。

该影片拍摄协议由中国卓影传媒与美国奥斯卡奖得主凯斯·梅林导演工作室签定，以“故事”讲述源远流长的中医药文化，促进中国传统医学在“一带一路”战略与联合国可持续发展目标中发挥作用。“中医内涵不仅仅是西医思维里的手术、医药，还包括养生、‘治未病’等诸多内容，这对于全球不断增加的慢性病是个有效的防治手段。”梅林说。



美国好莱坞导演凯斯·梅林（右）在“一带一路”与联合国可持续发展目标论坛上发言。

<http://www.worldtcm.org/160828/52521141b.shtml?from=groupmessage&isappinstalled=0>

図 27

## ■ おわりに

最後に、日本編に入りますが、漢方と中医学のことについてお話しておきます（図 28・29）。漢方と中医学は同源異流・同根異枝，相互浸透・相互包容の関係です。これは私の提案ですが，中医と漢方の関係から，日本の特徴を考えるべきではないかと思えます。中国でも重視している日本の特徴をさらに研究して

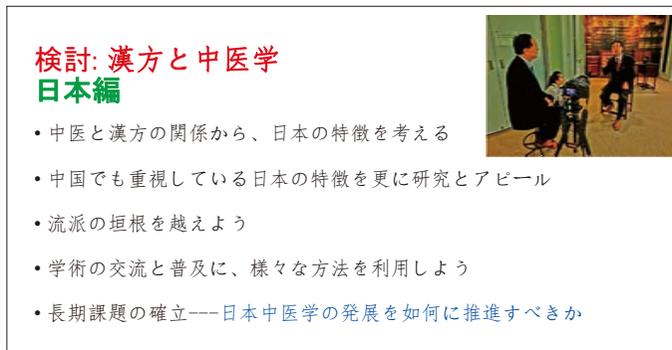


図 28



図 29

アピールすべきではないかと。そして、これからは中医学と漢方の垣根を越えることが非常に大切だと思っています。

また、学術の交流と普及において、さまざまな方法を活用することを提案したいです。先ほど「WeChat」（微信）について紹介しましたが、これは中国人の半数にあたる7億人ほどが利用しています。シンポジウムやいろいろな勉強会、講座などに利用することができます。

そして最後に、長期的な課題の確立として、日本中医学の発展をいかに推進すべきかということのをたえず追求して検討していき、さらにその検討の輪を日本だけでなく中国や韓国にもつないでいければと祈念して私の話を終わらせていただきます。これは日本中医学会にとっても重要なことではないかと思っています。

## 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,  $\mu\text{m}$ , nm, L, mL,  $\mu\text{L}$ , kg, g, mg,  $\mu\text{g}$ , ng, pg, yr(年), wk(週), d(日), h(時), min(分), s(秒), ms,  $\mu\text{s}$ 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8巻第1号 2018年3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

---