

日本中医学会雑誌

第10巻 第1号 | 2020年7月

2020年7月30日発行（年2回発行）
ISSN 2185-8713



●学会報告 第9回日本中医学会学術総会

会頭講演

傷寒論の三陰三陽篇について

別府 正志 1

シンポジウム②宋以前の古典を中心とした、正しい古典の認識とは
宋以前『傷寒論』考：霍乱病六経不伝論

岡田 研吉 25

伝統的中国医学テキストの変遷についての検討
—傷寒と寒石散（乳石発動）を題材に—

牧角 和宏 77

招待講演

「弁証論治」概念の再整理と発展および展望

林 伯欣 98

「辨證論治」概念的再釐清與其發展願景

林 伯欣 113

学会報告

急性期病院でのDPC診療における鍼灸師の役割

三谷 直哉 122

投稿規定 130 / 誓約書・著作権委譲承諾書 133 / 編集委員会 134

会頭講演

傷寒論の三陰三陽篇について

別府 正志

東京医科歯科大学 総合診療科

はじめに

東洋医学は臨床医学であると同時に文学的学問体系でもある。臨床医・研究者が東洋医学について情報交換を行うときには、共通の基盤としての概念の確立が必要であるが、様々な歴史的経緯によって実現に至っていない。

そのなかでも特に重要と思われるのは『傷寒論』に対する理解である。『傷寒論』は東洋医学の最も基礎となる書籍の一つであるため、これを正しく理解することが学術交流には絶対的に必要となる。しかしながら、その『傷寒論』でさえ様々な版本が存在し、どの版のものによって立つかによって当然理解が異なってくる。

この論考では、歴史的に『傷寒論』がどのような変遷を辿ってきたかを考察しながら、その最も中核になる「三陰三陽篇」についての理解を深めることを目的とする。

『傷寒論』についての基本的事項

『傷寒論』は、後漢末頃（西暦210年頃）（異説あり）、長沙の太守である張仲景ちようちゆうけいが著したとされる書物である（以下、「原『傷寒論』」と称す）。原題は『傷寒卒病論（集）』であった（異説あり）と考えられる。ただし、正史である『後漢書』などには張仲景（もしくは別名である張機）の名は見えないため、実在の人物かどうかには論争がある。

『傷寒論』が著された頃は印刷技術は当然なく、書物は木簡に著された。この原『傷寒論』は早くに失われ、西晋の王叔和が約半世紀後に蒐集し、『張仲景方論』『脈経』にその内容を収めたが、これもまた失伝する。結局、印刷技術が確立した北宋代に、校正医書局で、散逸していた『傷寒論』の再篇纂が行われ、いわゆる『宋板傷寒論』（以下、『宋板』）が1065年に出版された。しかしこれもまた失われて現伝していない。ただ、この『宋板』に関しては、明代の趙開美が復刻したものが現伝していて、これはかなり『宋板』をよく保存しているといわれている（この趙開美本に宋「板」とあるため、宋「版」ではなく宋「板」と表記している）。

現代の東洋医学臨床家や、場合によっては『傷寒論』研究者でさえも、残念ながら必ずしも『宋板』を底本として学習しているとは限らない。また、原『傷寒論』と『宋板』との間にも北宋編集者（林億ら）による改変（宋改と称す）などにより、まったく違う書物といってもよいほどの相違がある。これらを認識したうえで古代中国の医家がどのように傷寒の病を認識・理解・治療していたかを考察することが重要である。

『素問』熱論篇の記載

『傷寒論』三陰三陽篇を理解するうえで、『素問』熱論篇の理解は欠かせない。かつては『傷寒論』と『素問』は流派が異なるので、記載内容に齟齬があってもそれは仕方のないことだという考え方もあったが、時代・編集者等をきちんと追って、関連書を含めて最善本を細かく検討すれば、そのようなことはないということがわかる。

『素問』は『靈枢』とともに、中国において戦国時代以来の医学論文をまとめ上げたもので、作者は1人ではなく、多くの人びとの手になるものと考えられる。成立は前漢の頃で、成立にも200年くらいの時間がかけられていると思われる。したがってその出版年も明らかでなく、編集者も不明である。現在伝わっている『素問』は、唐代中期に王冰が再編・注解したものを、『傷寒論』と同じく北宋代に校正医書局において改変されたものである。主に現代の中医基礎理論にあたる内容であり、具体的な治療法には乏しい。

『素問』熱論篇には下記のような記載がある。

岐伯曰。傷寒一日巨陽受之。故頭項痛腰脊強。
二日陽明受之。陽明主肉。其脈挾鼻絡於目。故身熱目疼而鼻乾。不得臥也。
三日少陽受之。少陽主膽。其脈循脇絡於耳。故胸脇痛而耳聾。
三陽經絡。皆受其病。而未入於藏者。故可汗而已。
四日太陰受之。太陰脈。布胃中。絡於噎。故腹滿而噎乾
五日少陰受之。少陰脈。貫腎絡於肺。繫舌本。故口燥舌乾而渴。
六日厥陰受之。厥陰脈。循陰器而絡於肝。故煩滿而囊縮。

（中略）

其未滿三日者。可汗而已。

其滿三日者。可泄而已。

（筆者注：ここで傷寒一日の巨陽は太陽と同義であるとされる）

これによれば、太陽病から少陽病まで（以下、陽病）は、発汗法がその適応であり、太陰病から厥陰病まで（以下、陰病）は、下法がその適応であるということが明記されている。

これは、現代の三陰三陽の考え方からすると理解しがたいが、時代的背景を考慮すると、むしろ当然の帰結である。戦国時代には、まだあまり「虚証」の考え方はしっかり確立されておらず、病は体外から人体を冒すもの（加えて言えば正気はそれを防ぐものであり、正気が充実していれば病にはかからないと考えられた）であった。したがって、傷寒の病は寒の邪が人体を犯したものの、すなわち実

証であり、陽病はそれがまだ体表にあるもの、陰病はそれが臓腑に入ったものであり、ともに瀉すべきものと考えられた。当然にして陽病は発汗法、陰病は下法（時代がやや下って『諸病源候論』（以下、『諸源』）になると太陰病は吐方が適応となる。病邪が胃にあって瀉法であれば吐方がふさわしいと考えたのであろう）が適応となる。非常に理解しやすい。

■ 広義傷寒と狭義傷寒について

『素問』熱論篇には以下のような記載もある。

今夫熱病者。皆傷寒之類也。（今それ熱病なるものは、みな傷寒の類なり）

『傷寒論』前文に張仲景が記載しているように、基本的に傷寒病は伝染性の疾患である。すると、伝染性の発熱する疾患はすべて傷寒病なのであろうか。ここで『素問』の解説書でもある『難経』五十八難を見ると下記のようにある。

傷寒有五有。中風有傷寒有濕温有熱病有温病。（傷寒に五あり。中風あり傷寒あり濕温あり熱病あり温病あり）

ここで注目すべきは、「傷寒」の分類のなかに「傷寒」が出てきているということである。これは明らかに、「傷寒」に広義と狭義の2義があることを示している。先ほどの『素問』熱論篇「傷寒」は、熱病すべてを意味する「広義」傷寒であり、『難経』の後半に出てきている「傷寒」は、本来の傷寒である強い悪寒を伴う「狭義の」傷寒であることがわかる。

では『宋板』において、「傷寒」とはどちらの意味で使われているのだろうか。太陽上篇第4条にすでに「太陽病。發熱而渴。不惡寒者。為温病。」とあって温病の話が出てきていることでもわかるように、三陰三陽篇に限っていえば、これは「広義の」傷寒であるということが出来る。

また熱論篇には以下のような記載もある。「人之傷於寒也、則為病熱、熱雖甚不死。其兩感於寒而病者、必不免於死。」（人の寒に傷らるるや、すなわち熱病を為す。熱甚だしと雖も死せず。その寒に両感して而して病むものは、必ず死を免れず）。つまり「人が寒に傷られると、熱病になる。一般的には熱が激しくても死なない。ただし、寒に『両感』すると、必ず死ぬ」ということである。熱論篇は経脈内における熱病を述べているため、病は浅く本来は死ぬことはない。しかしいわゆる「表裏証」である「両感」の病にかかると死ぬとされる。これは、陽経と陰経が同時に病む（太陽と少陰、陽明と太陰、少陽と厥陰）ことをいう。両感の病は重症で、さらに臓腑に進み、気血が運行されなくなると死ぬとされている。

熱論篇における病の進展には、主に2つのパターンがある。巨陽（太陽）→陽明→少陽→太陰→少陰→厥陰と進み、三陰三陽経すべてが病を受け、さらに五臓六腑も病を受けると營衛すなわち気血が巡らなくなり、死ぬ。明記されていないが、これは上記した「両感の病」からの展開である。もう一つは治癒するパターンであり、同様に厥陰まで進んだが両感しないとき、七日目になると太陽病が治癒し、八日目になると陽明病が治癒し……と、三陽三陰をもう一周巡り、十二日

目には厥陰病が治癒して全癒する。

『傷寒論』の総論部分である傷寒例第三には、冬季は嚴寒であり、君子（のような人）はこの寒さを防ぐことができるが、そうでなくて寒邪を受けてすぐ発病すればこれを傷寒という、とあり（傷寒例2 冬時嚴寒。萬類深藏。君子固密。則不傷於寒。觸冒之者。乃名傷寒耳）、さらにすぐには発病せず、春や夏までなってから発病するのを温病や暑病という、とある（傷寒例3 中而即病者。名曰傷寒。不即病者。寒毒藏於肌膚 至春變為温病。至夏變為暑病）。この傷寒例2条の傷寒が「狭義の」傷寒であり、3条の傷寒（温病や暑病）が「広義の」傷寒（の一部）なのである。さらに、春に寒すぎる、など、それぞれの季節において正しくない気候が原因で起きる病気のことを時行病というが、これも広義の傷寒のひとつである。この傷寒例第三を、張仲景のものでなく王叔和がつくったものだとする説もあるが、ここでは『傷寒論攷注』の説を取り^{註1)}、この部分は張仲景の作とする。

なお、宋改について、また『傷寒論』引用文献に関する考察、特に『註解傷寒論』（以下、『註解』）については、本誌牧角氏の論文に詳しいので参照されたい。

■『宋板』三陰三陽篇の構成について

各条文数は以下のようにになっている（各篇初の一字低格下条文を除く）。

太陽病篇 178 (30 + 97 + 51) 条

陽明病篇 84 条

少陽病篇 10 条

太陰病篇 8 条

少陰病篇 45 条

厥陰病篇 56 条

これが淳化本傷寒論と呼ばれる『太平聖恵方』（以下、『聖恵方』もしくは『聖』）巻9^{註2)}では以下のようにになっている。

治傷寒一日諸方 25 条

治傷寒二日諸方 15 条

治傷寒三日諸方 11 条

治傷寒四日諸方 22 条

治傷寒五日諸方 17 条

治傷寒六日諸方 15 条

『聖恵方』巻9は隋唐時代の医学を色濃く残していると考えられる。この段階では、太陽病（一日）から厥陰病まで、『宋板』ほどの極端な条文数の出入りはない。であれば、『宋板』編集にあたって、校正医書局の医官らが、何らかの意図をもってそのような編集をしたものと考えられる。

さらに内容を精査すると、『聖恵方』巻9では、『素問』熱論や『諸源』の傷寒治療の思想である「陽病発汗陰病（吐）下」に従い、太陽病だけではなく陽明病、少陽病にも発汗法が数多く見られる。そして太陰病は多くは吐法の条文であり、少陰病、厥陰病の主治は下法になっている。これらは狭義傷寒に対応しており、具体的処方を伴っている。

これらの事実から、『宋板』の編集方針は、何らかの意図によってそれまでと

は異なったものになった、と考えられる。また、その改変を行ったのは、当然宋臣たちと考えるのが自然である。この時代、中国じゅうに散らばっていた様々な医書を集め、検討し、改変を加えることができたのは、校正医書局の医師たちをおいて他にはいなかったはずであるからである。

そして、その改変を行った理由に関して以下に考察していく。

『宋板』における条文数の偏りについて

上記したように、六経病では太陽病篇だけが異常に条文数が多い。隋唐までの古代中国医学では、三陽病が発汗で、三陰病が吐下であるが、『宋板』では発汗は太陽病の治療法という編集方針が取られたと考えられる。そこで宋臣たちは、それまで太陽病、陽明病、少陽病に分かれて存在していた発汗指示条文を、大部分太陽病に移動するという大胆な編集をした。さらによく検討すると、陽病だけではなく、太陰病などからも処方を変更してきている。そのため、太陽病篇だけ不自然に条文数が多い。

『宋板』傷寒例では三陽三陰をどうとらえているか

『宋板』では、対象が広義傷寒となり、治療は太陽病発汗、陽明病下法、少陽病和法、陰病温裏となったとされるが、陽明病に発汗の指示のある条文があること、陰病にも大承気湯など下法を指示する条文群が残されていることなどは後述する。

『宋板』には三陽三陰篇の前に総論部分が存在する。第1章、第2章は脈について述べた部分である。第3章は「傷寒例」という篇で、ここに総論が述べられている。まず、『宋板』傷寒例では三陽三陰をどうとらえているか見ていく。

傷寒例 13

尺寸俱浮者。太陽受病也。當一二日發。以其脉上連風府。故頭項痛。腰脊強
尺寸俱長者。陽明受病也。當二三日發。以其脉夾鼻絡於目。故身熱目疼。鼻乾。不得臥

尺寸俱弦者。少陽受病也。當三四日發。以其脉循脅。絡於耳。故胸脅痛而耳聾
此三經皆受病。未入於府者。可汗而已

尺寸俱沈細者。太陰受病也。當四五日發。以其脉布胃中。絡於嗌。故腹滿而嗌乾

尺寸俱沈者。少陰受病也。當五六日發。以其脉貫腎。絡於肺。繫舌本。故口燥舌乾而渴

尺寸俱微緩者。厥陰受病也。當六七日發。以其脉循陰器。絡於肝。故煩滿而囊縮

此三經皆受病。已入於府。可下而已

ここには、病を経絡に沿って解説し、太陽病、陽明病、少陽病は発汗させれば治り、太陰病、少陰病、厥陰病は下せば治るとされており、『素問』熱論の表記に近いことがわかる。このように、『宋板』にも隋唐時代までの学問の流れをく

んだ表記が散見される。これは、ここまでの議論をもとに考察すれば、古い表記が残っているものと了解される。しかるに、過去の医家のなかには「この部分は『素問』的なものが紛れ込んでいる。（『素問』と『傷寒論』は別系統の書物なのだから）この部分は張仲景が書いた部分ではないに違いない」という論を述べるものがあつた。これらの考えは、『宋板』もしくは成無己『註解』（もしくはその系統の書）を絶対視することによつてもたらされたと思われる。

しかしながら、『宋板』は、このような『素問』流の考えが中心の書物ではない。陽病での発汗過多や陰病での過激な吐下法などを忌避する条文や、『素問』の原則ではあり得ない陽病での吐下法（特に陽明病では下法が中心である）、陰病での温裏などが示された条文なども混在しており、いわば『宋板』は、こういった考え方で出来上がった「ハイブリッド傷寒論」（牧角氏命名）であるといえる。

■ 『宋板』の三陰三陽篇の解説

■ 1. 太陽病篇

『宋板』は、太陽病篇が上中下の三篇に分かれている。宋板から学んだ人は疑問に感じないかもしれないが、宋以前の医学書にこのような形式は存在しないため、これは『宋板』の発明であると思われる。

太陽上篇では、第一処方が桂枝湯である。現代中医学の方剤学の教科書では麻黄湯が最初であるので、少し弱い処方から始まっているようにも読めるが、『聖恵方』では桂枝湯に附子や麻黄が入っていることを考えれば、当時の医家は「桂枝湯であるので汗のかきが悪かったら当然附子や麻黄を入れてもよいはずである」と考えたかみしれず、であればあながち弱い処方とはいえないかもしれない。いずれにせよ、上篇には桂枝湯やその変法が大量に出てくるが、桂枝麻黄各半湯などは除いて麻黄湯や葛根湯は出てこないことは銘記すべきである。

続く太陽中篇は、葛根湯・麻黄湯・小青竜湯などの発汗剤から始まる。隋唐代の「狭義の」傷寒太陽病は附子による発汗が中心で、『宋板』の麻黄剤はもともとは時気病などの太陽病期に使われた処方に用いられたものと考えられる。これは時気病が「広義の」傷寒であることを考えれば理解可能である。その後、太陽陽明合病の下痢などの消化器症状に関する記載が徐々に増えてきて、傷寒病らしからぬ様相を呈する。その後発汗させすぎに対応する方法が述べられる。これらの記載は『宋板』が実践的な記載を追求した文献であると考えることにより了解できる。また、承気湯類が比較的多く述べられていることも特徴的である。

太陽中篇のなかには、もともと太陽病に使うのではなかった方剤、例えば小建中湯、小柴胡湯、梔子湯、柴胡湯等々が記載されている。これらは『聖恵方』ではすべて厥陰病篇にあつた条文であることより、これらは条文の前方移動の実践例ととらえることができる。

太陽下篇は、まず結胸が述べられて、大陷胸丸、瀉心湯等の下法、また瓜蒂散による吐法などのかかなり過激な処方が述べられる。下篇にも、中篇と同じく厥陰病篇から移動してきた柴胡桂枝湯、白虎湯、朮附湯などの条文がある。他にも、林億ら宋臣が他の篇から太陽病に持ってきたと証拠を示しながら指摘できる条文が多くあるがここでは割愛する。これらは『宋板』がいかに当時異端の書であつたか的一端を示していると思われる。

以上から『宋板』太陽病篇の特徴としては、

- ①『宋板』太陽病篇は、発汗吐下という『素問』では傷寒の治療として細かく分類されていた治療法がすべて載っているということがわかる。つまり、「太陽病篇は発汗による治療を述べた篇」ではない。逆に、隋唐代には太陽病以外の陽病や陰病にも発汗法があった（『宋板』にも残されている：後述）。
- ②『宋板』太陽病篇は、他篇に比し異常に条文数が多い。それは、他の篇から条文を大量に移転させてきたということが大きな理由の一つであろう。

■ 2. 陽明病篇

陽明病の定綱は下記である。

宋 180（陽明 2） 陽明之為病。胃家實_{一作寒}是也

この条文は一般には次のように理解されている。

陽明の病とは「胃家実」である。胃家実とは、寒邪が胃に入って熱化したもの、もしくは熱邪が胃に入ったものであり、それによって大便が乾燥して堅くなって便秘になる。したがって大承気湯で冷やして下す。

しかし、条文を注意深く読んでみれば

胃家實_{一作寒}是也

とあり、「一作寒」と書いてあることに気づく。これらは宋臣たちの注文であり、「あるいは寒に作る」と読み、「他に『寒』と書いてある文献もある」ということを意味する。実際、

翼 153（陽明 1） 陽明之為病。胃中寒_{是也}

と、『千金翼方』では実ではなく寒になっている。さらに『聖恵方』巻 8 では、

聖 8-36（陽明 1） 傷寒二日陽明受病。陽明者。胃中寒_{是也}。宜桂枝湯。

となり、ここでも実ではなく寒になっているうえにこの病態に桂枝湯を用いることが示されている。

これは、以下のように考えれば了解できる。『傷寒論』は、隋唐代、狭義の傷寒病について述べられたものであり、強い寒邪に冒された病態について述べた書であった。太陽病は、まず寒邪が体表から入り、寒くて振戦するような病態である。それを附子や麻黄などで温めて発汗する（附子はこの時代発汗薬である）。次にもう少しこの邪気が深く入ったとき、すなわち胃まで来て陽明病になったとき、そのように強い寒邪は簡単に熱化しない。それがすなわち「胃中寒」である。この時代、治療法の基本は「陽病発汗、陰病（吐）下」であるため、この「胃中寒」に対する治療も当然の発汗法であり、処方桂枝湯となる。なお、もともとの陽明便秘は、寒邪で冷やされた胃腸の中の糟粕が固まって便秘になるという寒結であったと思われる。

では、なぜこの胃中寒一桂枝湯が、胃家実一大承気湯になったのであろうか。

ここで、『聖恵方』巻15（時気病）を見てみる。時気病は寒い夏や暖かい冬といった、季節にそぐわない気候によって発症する病態で、熱は出るがいわゆる狭義傷寒ではないので、広義傷寒の一つである。これは『宋板』六経にかなり近い病態といえる。ここでは、2日目、つまり陽明に病が進んだ段階で大黃剤が使われている。ちなみに『聖恵方』は狭義傷寒太陽病では附子発汗である。時気病では太陽病に附子は使われない。

つまり、陽明病－胃家実一大承気湯という考え方は、『宋板』をつくる際に、林億ら宋臣たちが、傷寒論を狭義傷寒から広義傷寒に広げるにあたって考え出した治療法（もしくは時気病から移動させた治療法）である、ということが理解される。ただし、『聖恵方』の熱病にも同じように陽明病で大黃を使う、という考え方があるので、時気病ではなく熱病の可能性も残されている。（熱病も当然広義傷寒の一つである）。

では、なぜ宋以降、このことについてほとんど論じられなかったのであろうか。これは、『註解』の影響が大であると考えられる。『註解』は『宋板』の解説書として本邦を含めて広く読まれた書である。その編集方針は以下の通りである。

- ・小字注の削除
- ・不可不可篇の大幅な削除（三陰三陽篇と重なるところはすべて削除）

これにより、陽明病定綱の「一作寒」はなくなり、『註解』以降は陽明病を

陽明之為病。胃家實是也

のみによって理解するようになったと考えられる。

中国のみならず、朝鮮、日本などでもこの影響は非常に大きい。例えば『傷寒論』の異本として、校正医書局において校正・復刻された『金匱玉函経』でも

玉 193（陽明1） 陽明之為病。胃家實是也

となっている。『傷寒論』およびその関連書籍を読む際には、この陽明病の記載がどうなっているかで、その本が成無己『註解』より新しいか古いかがわかるということになる。

さて、正調古方では、陽明病は胃中寒、治療法は発汗法、ということであるが、これは狭義傷寒での話である。『宋板』や実臨床ではこれと異なって当然である。

以下『宋板』陽明病を処方を中心に見ていく。陽明病篇は太陽病篇に比べればかなり少ないものの84条ある。しかし28条までは処方が出てこない。

最初の処方として、まず林億らが主張する正治であるところの陽明病下法（承気湯類）が述べられる。承気湯は、もともとは厥陰病の処方である。『聖恵方』巻9傷寒の傷寒六日の厥陰病における『諸源』の病態解説と一致する。

承気湯類の直後には、やや唐突に三陽合病の白虎湯があり、熱入血室の刺期門がある。特に後者は、ここまでの流れからすると異質で、「濈然汗出。則愈」とあることから、古代の記載の遺残ではないかと思われる。

その後は熱病に対して梔子豉湯，白虎加人参湯，猪苓湯，が述べられる。

さらに，51，52，53条は小柴胡湯条であり，これを陽明少陽合病，または併病などと解釈している本があるが，条文にはそのような記載はない。小柴胡湯を使う証であるから少陽証でなければならない，というのは，明らかに『宋板』以降の考え方である。52条には，「汗出而解」と明記してあり，53条も「……汗を得ず……外解せず……脈続いて浮なるものは，小柴胡湯を与う」であるので，やはり発汗の条文であると考えるのが妥当であろう。

その後，胃腸の調節の蜜煎方を挟んで麻黄湯と桂枝湯が再掲される。過去これらには様々な解説が試みられてきている。それだけ理解が難しいということなのであるが，以上のような考察をもってすれば，単に隋唐代の発汗法の名残だと考えられ，きわめて明快である。

その後は，発黄，畜血，燥屎，嘔吐，脾約が述べられ，三承気湯と発黄をもう一度述べて，陽明病篇は終了である。

なお，『宋板』は，定綱に一作寒を記載し，胃中寒も認めていると考えられる。太陽病中篇には，太陽陽明の合病は下痢する，また陽明の下痢には葛根湯，という記載もあり，これらは明らかに承気湯類の思想とは異なる。つまり，前段で指摘したように，『宋板』は隋唐代の考え方も併記したハイブリッド傷寒論であるということがここでもいえるであろう。成無己以降の『傷寒論』とは少し分けて考えたほうがよいと思われる。

■ 3. 少陽病篇

前述したように，『宋板』は，少陽病篇の条文数が極端に少ない。全部で10条しかなく，処方はずが1首（小柴胡湯）しかない。小柴胡湯は，現代和漢でも現代中医学でもほぼ同じ目標であり，柴胡湯といえば半表半裏の和解の処方。往来寒熱，胸脇苦満，口苦・咽干・目眩（中医学では，加えて肝鬱化火や脾気虚，痰湿など）である。

これはよく経験されるように，実際の臨床では非常に有効である。しかしながらそのことと，古典的にどうであったかという話はまったく無関係である。例えば，そもそも「柴胡」という生薬は，現在のもとの古代のものはまったく起源植物が異なることがわかっている^{註3}。

ここで『宋板』を見ても，「少陽の病たる，半表半裏これなり。往来寒熱し，胸脇苦満し……」という条文はまったく存在しない。唯一存在するのは口苦・咽干・目眩である。なぜこのような記載になっているか，『素問』熱論篇から時代を下って考察する。

『素問』熱論篇における少陽病

繰り返すように，『素問』熱論は「陽病発汗，陰病下」を指示するので，少陽病も発汗法である。

熱論篇第三十一

三日少陽受之。少陽主膽。

其脉循脇絡於耳。故胸脇痛而耳聾。

三陽經絡。皆受其病。而未入於藏者。故可汗而已。

『素問』は経絡で六経病を述べる。古代の記載法なので日期形式である。少陽胆経が巡っている脇や耳などの症状が出ると記載されている。そして病がまだ臓に入っていないために発汗で治る、としている。

小柴胡湯の用法

ここで、少陽病は「半表半裏」ではない。そもそも「半表半裏」という用語は『宋板』まで下っても存在しない。「半表半裏」という概念は成無己以降に広がったものである^{注4}。類似の用語として「半在裏半在外」という言葉が太陽病下篇に1カ所ある。半表半裏がどこを指すかということは古来問題になっているが、半在裏半在外ならば場所は明確である。

宋 148 (太陽下 21)

傷寒五六日。頭汗出。微惡寒。手足冷。心下滿。口不欲食。大便鞭。脉細者。此為陽微結。必有表復有裏也。脉沈。亦在裏也。汗出為陽微。假令純陰結。不得復有外證。悉入在裏。此為半在裏半在外也。脉雖沈緊。不得為少陰病。所以然者。陰不得有汗。今頭汗出。故知非少陰也。可與小柴胡湯。設不了了者。得屎而解。十四 [用前第十方]

この条文が小柴胡湯を指示しているため、この条文自体は太陽病篇にあるにもかかわらず、少陽病は半表半裏である、ということになった可能性は否定できない。

なお、この条文には小柴胡湯を内服し、すっきりしなければ大便が出れば治る、とあるため、この条文が本来下法で治すべき病態だということを示しているかもしれない。であれば小柴胡湯は下法の薬ということになり、この条文の「傷寒五六日」という表記が古代の少陰病・厥陰病を表している可能性も考慮し、その時代の陰病の治法が下法であることも併せるとよりその蓋然性が高まる。

隋唐代の用薬法を色濃く残す『聖恵方』巻9における柴胡の用薬を見る^{注5}。

傷寒方	治傷寒一日	治傷寒二日	治傷寒三日	治傷寒四日	治傷寒五日	治傷寒六日
処方数	太陽病 24 方	陽明病 14 方	少陽病 11 方	太陰病 21 方	少陰病 16 方	厥陰病 14 方
柴胡使用回数	2	1	0	7	1	6

柴胡は少陽病以外にはすべて使われているが、少陽病だけには使われておらず、むしろ陰病に多く使われている。当然下法であるが、必ずしも柴胡が下剤という認識だったわけではないようである。陰病は裏熱実証なので当然大黃も陰病に大量に使われている。いずれにせよ、柴胡は(狭義)傷寒の病の少陽病(三日目)には使わない薬であったようである。

また、『聖恵方』巻9 傷寒四日太陰病は、吐法を指示するが、これは「病在至隔」にあるため、本来はこれこそが「半表半裏」であったと筆者は考える。

ここで『宋板』少陽病小柴胡湯の由来を調査する。『聖恵方』巻15 時氣病, 17 熱病を見ると、巻15には1回、巻17には5回(全処方の71%)に柴胡が含まれる。

『聖恵方』巻15

夫時氣病三日少陽受病。少陽脉循於脇上。於頸耳。故得病三日。至脇熱。而耳聾也。三陽經絡始相傳。病未入於藏。可汗而解也

治時氣三日頭疼壯熱心神煩壅至膈不利宜服柴胡散方

柴胡〔去苗〕 人參〔去蘆頭〕 犀聲屑 黄芩 麦門冬〔去心已上各一兩〕

甘草〔半兩炙微赤店〕 半夏〔半兩湯洗七盒去滑〕

右件藥搗篩爲散每服五錢以水一大盞入生薑半分棗三枚煎五分去滓不計時候温服

陽病なので発汗であることは巻9と同様であるが、邪氣が異なるので用薬が異なる。この処方『宋板』小柴胡湯とかなり近い（犀角と麦門冬が異なるのみ）。傷寒の病と異なり、時氣病で明らかに熱化している（「頭疼壯熱心神煩壅」）。ここでは至膈不利があるためこの柴胡散を使うということになっている。『宋板』は隋唐代の狭義傷寒から、広義傷寒へと治療方針を大きく変更した書であるので、時氣病三日の処方を少陽病篇に導入することはむしろ自然ですらある。ここで、『宋板』三陽三陰篇では少陽病は発汗を明示せず、あえて「可汗而解」を削除してしまっているところに宋臣らの苦悩がうかがえる。

『聖恵方』時氣病では小柴胡湯は発汗薬であることがわかった（実際『千金方』『外台秘要』『聖恵方』などには柴胡一味で発汗させる処方も存在する）。しかし、まだ他の薬能を述べた書もある。

『千金翼方』巻9 傷寒上太陽病篇の記載を引用する。

血弱氣盡。須理開。邪氣因入與正氣相搏。在於脅下。正邪分爭。往來寒熱。休作有時。炙炙不欲食飲。藏腑相連。其痛必下。邪高痛下。故使其嘔小柴胡湯主之。服柴胡而渴者此爲屬陽明。以法治之

これは「太陽病用柴胡湯法」なる章の冒頭、つまり太陽病で柴胡を使う際の典型例として述べられている部分である。ここには小柴胡湯を使って吐せと記載されている。この条文は、ほぼ同じ形で『宋板』に継承されている。

宋 97（太陽中 67）

血弱氣盡。腠理開。邪氣因入。與正氣相搏。結於脅下。正邪分爭。往來寒熱。休作有時。嘿嘿不欲飲食。藏府相連。其痛必下。邪高痛下。故使嘔也〔一云藏府相連其病必下。脅膈中痛〕小柴胡湯主之。服柴胡湯已。

渴者。屬陽明。以法治之。四十九〔用前方〕

ほとんど同一であるが、重要な相違が存在している。

『翼』 故使其嘔小柴胡湯主之

『宋』 故使嘔也小柴胡湯主之

一文字入れ替わっているだけであるが、文法上まったく意味が異なっているこ

とに留意されたい。『千金翼方』が吐法を指示しているのに対し、『宋板』は「吐きたがるので小柴胡湯を控え」、つまり止嘔法を指示している。

さらに、その『千金翼方』の、序論には以下の記載がある。

其柴胡等諸方。皆是吐下發汗後不解之事。非是正對之法。

つまり、柴胡剤は發汗吐下を行っても治らなかったときの処方であって、正対の法ではない、ということである。

以上より、北宋代には柴胡が主る治法として發汗、下法、吐法、どれでも治らないとき、などがあり非常に混乱していたことがうかがえる。このような混乱の後に『宋板』が出現したことを考えると、『宋板』で混乱していてもやむを得ないと思われる。これを理解するためには『宋板』のみでは至難の業と言わざるを得ない。

和法について

ここで「和法」について考えてみる。そもそもなぜ少陽病は和法で小柴胡湯、という説が主流になったのか。その原因は、『宋板』少陽篇第3条の以下の記載にあると思われる。

傷寒。脉弦細。頭痛。發熱者。屬少陽。少陽不可發汗。發汗則皮語。此屬胃。胃和則愈。胃不和。煩而悸 [一云躁]

この前の第2条には、吐下してはいけないという記載があり（本来吐下を否定するなら消去法的には發汗しか残されないのだが）、3条で發汗を禁じ、胃を和せば治るとしている。本来和法という言葉はなく（「和」という言葉自体は医学用語として古くからあるが）、「下して和す」「發汗して下して和す」ということで、「何もせずと和す」というのは宋板で初めて用いられた表現である。その傍証として、古い時代は標準であった不可形式の記載を見ると、「可汗」「可吐」「可下」「可灸」など、様々な治療法があるが、「可和」「不可和」というのは存在しない。

（附）太陽—少陽—陽明 説について

今回の主題から離れるために詳細は避けるが、古典はすべて太陽—陽明—少陽の順であり、太陽—少陽—陽明としているものはない。もともと傷寒裏実だった陰病を、『宋板』で熱化させて陽明病に移動したため、少陽病はやむを得ず「和法」といわれるようになり、どこにも記載のない「半表半裏」を主るということになったのは本篇に書いた通りである。それをもって、「少陽病は半表半裏だから表証の太陽病と裏証の陽明病の間である」という論方は意味不明であると言わざるを得ない。確かに發汗を禁じられてはいるが、下法も禁じているので、移動するとしても陽病と陰病の間であり、いずれにしても順番は変わらない。もともと陽明病が本来の下法だと信じる向きにはこの論法も通じないかもしれない。

なお、著者はこの問題はもっぱら昭和に入って出現したものだと考えていたの

であるが、森立之の著書に、なんと多紀元堅が太陽の次は少陽だと述べたらしい記載がある。もっとも森立之も太陽病の次は陽明病でなければならないとすぐに述べている。

■ 4. 太陰病篇

傷寒論の陰病といえは、裏寒で、腹満・食欲不振・下痢があり、治療は温裏法、と一般的によくいわれている。日本東洋医学会の教科書にもそのように記載されている。そのような論では、太陰病の治療法は人参湯ということになっている。しかし『宋板』太陰病には人参湯も理中丸も言及されない。

『素問』熱論では、すでに述べたように広義傷寒であって下法で治すと記載される。

四日太陰受之。太陰脈布胃中，絡於噎。故腹滿而噎乾。……其滿三日者，可泄而已。

治療法が異なるということは病態が異なるということでもある。ここでは太陰脈（この場合、足の太陰脾経であろう）は胃中に広がり咽喉に絡している、そのため腹満や咽の渇きがでる、とある。説明はこれのみである。満三日者は四日（太陰病）以降、すなわち陰病のことであり下法で治す。

『素問』熱論では太陰病は下法であるが、やや時代の下った『諸源』で、はじめて太陰病は吐法だと記載される。それ以降の様々な医学書は、ほとんどが太陰病に下法か吐法を指示している。

『諸源』で太陰病が吐法とされたのは、『外台祕要方』「華佗」^{註6}が、傷寒四日（太陰病期に相当）には病が胸にあり、吐かせれば治るとするので、このような考え方がこの時代（隋代）にはあったと思われる。（華佗は、六病期として、「皮・膚、肌・胸、腹・胃」としている。太陰病は4番目なので「胸」である）

そして『聖恵方』巻9でもやはり四日目は吐法を指示する。少陽病の解説でも述べたように、現在、少陽病とほぼ同値のようにとらえられている「半表半裏」という概念であるが、「表」が体表に病があつて発汗、「裏」が腹部・消化器に病があつて下法であると考えれば、華佗の六病を見れば明らかなように、胸に病がある太陰病期こそ「半表半裏」の時期であり、半表半裏に対する治療は当然吐法でなければならないといえる。

改めて『宋板』を見てみよう。少陽篇も条文数が少なかったが、太陰病篇も同様に少なく、条文数にしてわずかに8条、処方数も4首しかない。

宋 273（太陰1）太陰之為病。腹滿而吐食不下。自利益甚。時腹自痛若下之。必胷下結鞭

これを見ると、確かに腹満・食欲不振・下痢が太陰病の症状のように思われる。しかし、じつはこの「○○^{の六経形式}之病、……これなり」は隋唐代にはまったく見られない記載方法であり（そもそも六経形式でなく不可形式で書かれていた）、これらのいわゆる定綱と呼ばれている、六経各篇で最も重要とされる条文たちは、じつはもともとは注釈文であった可能性が否定できない。『素問』熱論ともわずか

に異なっている。『素問』熱論太陰は熱化した病態であり、咽は渴くべきであるが、『宋板』太陰病では裏寒であるはずなので、咽が渴くという記載は不都合であるから宋臣らはこちらを採用したと考えられる。

太陰病の第1処方は桂枝湯である

宋 276 (太陰 4) 太陰病。脉浮者。可發汗。宜桂枝湯。

この条文はまるで太陽病のようである。かつて様々な解説が試みられている条文である。『宋板』の底本になった可能性が高い『聖恵方』巻8では

聖 8-80 (太陰 1) 傷寒四日。太陰受病。腹滿吐食。下之益甚。時時腹痛。心至堅滿。若脉浮者。可發其汗。沈者宜攻其裏也。發汗者宜桂枝湯。攻裏者宜承氣湯

となっている。この条文は『宋板』276条を理解するうえで非常に興味深い。全体の構成から見てこの条文が『宋板』276条の元になっているのは間違いない。比較してわかることは、「若」の1字が付くだけでかなり印象が変わるということである。浮と沈はお互い相反するため、浮でなければ沈、沈でなければ浮という世界観があったことは否定できない。つまり太陰が病を受けるということと、病が表裏どちらにあるかということはこの場合別の概念であって、そもそも陰病＝裏ではないということである。あるいは、病が胸にあって表でもなく裏でもないため、やむを得ず脈を診て表に近ければ発汗、裏に近ければ瀉下という吐法のない熱論の世界の実現なのかもしれない。

いずれにせよ宋臣たちが、この条文をどう取り扱うかの苦悩が現れた条文である。編集方針からいって承氣湯は入れるわけにいかないため、結局桂枝湯だけが残ったというところではないだろうか。

宋 277 (太陰 5) 自利不渴者。屬太陰。以其藏有寒故也。當温之。宜服四逆輩。

じつは『宋板』太陰病篇で現代の漢方理論に近いところはこの条文のみである。ここでいう「四逆輩」とは何であろうか。一般的にはこれをもって人参湯としているのだが、我田引水のそしりを免れないであろう。『宋板』には人参湯はまったく出現せず、理中丸は霍乱病と辨陰陽易差後勞復病には出現するものの三陽三陰篇には見えない。

『聖恵方』巻8を見てみよう

聖 8-82 (太陰 3) 太陰病利。而不渴者。其藏有寒。當温之以四逆湯

ここでは四逆湯を指示している。構成は附子・乾姜・甘草である。『宋板』も同様であるが、「不渴」が強調されている。おそらくこれは裏寒を示していると思われる(森立之は自利不渴は水飲下流のことだと述べている)。果たして『宋板』

四逆輩は人参湯（理中丸）か？ 四逆湯か？ それとも他の処方なのか？ この点はさらなる研究を俟つこととする。

宋 278（太陰 6） 傷寒脉浮而緩。手足自温者繫在太陰。太陰當發身黄。若小便自利者。不能發黄。至七八日。雖暴煩下利日十餘行。必自止。以脾家實。腐穢當去故也

この条文は非常に理解が困難とされる。同様の条文は『玉函経』と『千金翼』などに見えるのみであるので、本条文は宋臣たちの創作である可能性が高いと考える。ここでこの条文の来源を考察してみよう。

聖 8-83（太陰 4） 傷寒脉浮。而緩手足温。是爲繫在太陰。小便不利。其人當發黄。宜茵陳湯

聖 8-84（太陰 5） 太陰病不解。雖暴煩下利十餘行。而自止。所以自止者。脾家實。腐穢已去故也。宜橘皮湯

『聖恵方』巻8を見ると、この条文は元々2つの条文であったことがわかる。『宋板』と記載内容はほぼ同一であるが、2条文にすると非常に理解しやすい。『聖恵方』ではもともと黄疸で尿が出ないときに茵陳湯という単純な話であり、次の条文は治らなかつたときの処方の解説である。しかし『宋板』では1つの条文とし、かつ「治らなかつたとき」という文言を抜いたため、非常に複雑になっている。

宋 279（太陰 7） 本太陽病。醫反下之。因爾腹滿時痛者。屬太陰也。桂枝加芍薬湯主之。大實痛者。桂枝加大黄湯主之。

『宋板』太陰篇の3番目・4番目の処方桂枝加芍薬湯と桂枝加大黄湯である。後者は下法である。これも『聖恵方』巻8を見てみる。

聖 8-85（太陰 6） 太陰病下之後。腹滿時痛。宜桂心芍薬湯。若太實腹痛者。宜承氣湯

すでに解説したように、『聖恵方』では第1条で桂枝湯と承氣湯が並列で書いてあったことから、本条で「太陰病で下した後……」となっているのは、その承氣湯の処方の後の話であることは自明である。承氣湯を使ってもなお腹満がある、時には痛むようなら桂心芍薬湯を使え、もしひどい痛みならもう1回承氣湯を使え、という、非常に理解しやすい条文である。

これが『宋板』になると、一応太陰病は下法ではないことになっているので、「本太陽病。醫反下之。」となっている。下してはいけないのであるから病態としては太陽病で、それを医者が間違つて下したら太陰病になった、というのが宋臣たちが創作した病態なのであろうが、いかにも不自然である。しかも本太陽病であるために桂枝湯から離れられなくなっている。そうであっても、本来の陰病の下法をここに残したことは、宋臣たちの良心であったか、あるいはこの時代の読者（医師たち）にとってみたらあまりに当たり前の陰病下法をまったく削除する

のを憚ったかのどちらかであろう。

宋 280 (太陰 8) 太陰為病。脉弱。其人續自便利。設當行大黃芍藥者減之。以其人胃氣弱。易動故也。

最後のこの条文は『聖恵方』には見えない。内容的にも存在するはずのない条文で、この条文は明らかに宋臣たちが前後のつながりをよくするために入れたものと考えられる。

歴史的にまとめると、『華佗方』が胸という概念を入れて、膈上の吐法が生まれ、それを半表半裏ととらえて本来は太陰病吐法の半表半裏であったものを少陽病に移動させ、さらに五六日目の胃熱の症状を陽明病に当てはめたということになる。

また処方を見細かく見ると、表から裏へ入りかかっているところなので発汗から下法までが記載されていることがわかる。

そして、どの傷寒論にも太陰病に人参湯・理中丸と書いた本はない。

■ 5. 少陰病篇

少陰病は、「陽虚のひどい病態、とにかく裏を温めればよい」ととらえられることが多い。それは、宋臣たちがそのような方針で緻密に条文を改篇したため、少なくとも『宋板』、もしくはそれを基礎とした『註解』、もしくは『註解』をベースにした諸本の中ではほぼ矛盾しないように見える。まずは『宋板』を見ていこう。

『宋板』少陰篇は、大きく2つの部分に分かれる。それは少陰病の病態を総論的に述べた部分と、処方を中心に各論的に述べた部分である。前半には処方が1つも見えない。

隋唐代の書で、このように総論的に述べているというのはまずあり得ない。『傷寒論』は臨床の即戦力マニュアル本であるので、そのような部分は必要なかったはずである。おそらくここは宋臣たちの書いた部分であろう。いずれにせよ、この総論部分には以下のことが書いてある。

- ・ 提綱 (脈微細・ただ寐ねんと欲するなり、自利、口渴、虚するが故に水を引き自ら救う、尿白) —— ここは非常に強い陽虚の所見が述べられているとする
- ・ 亡陽
- ・ 汗法・下法の禁止
- ・ わずかでも陽が残っていたり、回復する兆しがあれば可治、そうでなければ難治か死証

『素問』熱論では下して治す病態である少陰病をここまで完全に陽虚の病態に書き換えられるのは宋臣らをおいてほかにはいない。これを理解するには『宋板』だけを見ては不可能である。まずは『聖恵方』巻8を見てみよう。

聖 8 (少陰 1) 傷寒五日。少陰受病。其脉微細。但欲寐。其人欲吐而不煩。五日自利而渴者。屬陰虚。故引水自救。小便白而利者。下焦有虚寒。不能制水。而小便白也。宜龍骨牡蠣湯

宋（少陰 2）少陰病。欲吐不吐。心煩但欲寐。五六日自利而渴者。屬少陰也。虛故引水自救。若小便色白者。少陰病形悉具。小便白者。以下焦虛。有寒不能制水。故令色白也

この2条文は、類似点が多いが、『聖恵方』巻8は、提綱で少陰病は陰虛だと述べている。確かに、下痢で脱水で咽が渴き、陰虛であって水を引いて自らを救うというのは臨床的にはたいへん理解しやすい。『聖恵方』は、陰虛であるが、下焦に虚寒があれば云々という論になっている。振り返って『宋板』は、こうしてみると、なぜかこの条文には「陽虚」の文字がない。さすがに『聖恵方』に「陰虚」と明示してある以上『宋板』で「陽虚」とは書けなかったのであろう。しかし「陰虚」の文字を抜いたために、『宋板』は、全身陽虚のような状態とされている。しかし陽虚でこの病態はよく考えるとおかしい。

聖 8（少陰 2）少陰病。欬而下利譫語。是爲心臓有積熱故也。小便必難。宜猪苓湯

『聖恵方』の第2条である。『宋板』ではこの前に亡陽に関する1行が挿入されている。宋臣たちが改変を盤石にするために挿入したと考えざるを得ない。いずれにせよ、この条文は、前文を受けて、熱病である。ただし虚熱か実熱かははっきりしない。第1条が陰虚の熱、第2条も熱病である。これに対する『宋板』は、次のようである。

宋（少陰 4）少陰病。欬而下利譫語者被火氣劫故也小便必難。以強責少陰汗也

先の『聖恵方』条文は明らかに熱病であるのに対し、『宋板』は症状は同じであるが、その原因は「火氣を被って少陰を責めて汗をかかせたからだ」としている。この論理はいかにも苦しい。しかし宋臣たちは少陰病は陽虚にしないといけなかったために、治療のせいにしたのであろう。

聖 8（少陰 3）少陰病。脉細沈數。病在裏。不可發其汗。宜承氣湯

宋（少陰 5）少陰病。脉細沈數。病為在裏不可發汗

次の条文である。ここでついに少陰病の承氣湯が登場する。『聖恵方』を素直に読めば、熱邪が裏にあるので発汗ではなくて下せという、『素問』熱論の通りの条文である。これに対し、非常に似ている『宋板』であるが、最後の「宜承氣湯」がないために、後世の医家たちはこれを陽虚であるため発汗を禁じている条文であるとして理解するようになったのである。注意深く読めば脈数とあるのでその理解は誤りであることがわかる。

聖 8-89（少陰 4）少陰病。下利止惡寒。而斛。手足温者可治也。宜建中湯

聖 8-90（少陰 5）少陰病惡寒而斛。時時自煩。不欲厚衣。宜大柴胡湯

宋 288（少陰 8）少陰病。下利。若利自止。惡寒而斛臥。手足温者。可治

宋 289（少陰 9）少陰病。惡寒而斛。時自煩。欲去衣被者。可治

これらはほとんど同じである。しかし、前後の文脈が異なるため、『聖恵方』は熱病と読めるのに対し、『宋板』は陽虚に見える。『聖恵方』は熱病で厚着したくない、『宋板』は陽虚であるが服を脱ぎたがるのは陽が残っているためで治る、としている。宋臣たちの編集の精華である。

聖8-91 (少陰6) 少陰病。而一身手足盡熱。熱在膀胱。必便血也。宜黃芩湯
 宋 293 (少陰13) 少陰病。八九日。一身手足盡熱者。以熱在膀胱。必便血也

『宋板』だけを読んでいると、ここまでずっと陽虚の病態であるのに突然熱病が出現するのは理解しがたい。これに対しても様々な解説が試みられているが⁷⁾、『聖恵方』を見れば単に熱病の続きであるということが理解される。

聖8-92 (少陰7) 少陰病。其人吐利。手足不逆及發熱者。宜葛根半夏湯
 宋 292 (少陰12) 少陰病。吐利。手足不逆冷。反發熱者。不死。脉不至者
 [至一作足] 灸少陰七壯

この条文は『宋板』では1つ前に移動している。『千金翼方』でも『聖恵方』と同じ順番であることから、この移動は宋臣たちが行ったと見るべきである。その理由はまだわからないが、『宋板』に付け加えられている「反って」1文字が、『聖恵方』の熱病を陽虚の病に強引に仕立てていることは理解できる。

『宋板』少陰病篇の総論部分に対する『聖恵方』巻8の記載は以上ですべてである。提示はしなかったが、途中途中で『宋板』では挿入されている条文がある。それらに共通していえることは、陽虚を強調する文章だ、ということである。そして、この聖8 (少陰7) 条の後、『宋板』では7条ほど、難治や死証などの条文が並ぶ。これらは『千金翼方』にも見られるが、他の文献には見当たらず、やはり宋臣たちの創作ではないだろうか。

少陰病篇の各論部分を見ていくが、やや量が多いので、一部割愛していく。

まずは『聖恵方』巻8から見ていく。条文が17個ある。処方だけを取り出して『宋板』と条文を比較して並べてみると下記のようなものである。

麻黄附子湯 (宋 301)
 四逆湯 (宋 305)
 桃花湯 (宋 306)
 呉茱萸湯 (宋 309)
 猪苓湯 (宋 310)
 甘草桔梗湯 (宋 311)
 白通湯 (宋 314)
 白通猪苓湯 (宋 315)
 玄武湯 (宋 316)
 四逆湯 (宋 317)
 猪苓湯 (宋 319)
 承氣湯 (宋 320)
 大柴胡湯 (宋 321)

承氣湯 (宋 322)
 宜四逆湯 (宋 323)
 瓜蒂散 (宋 324)
 四逆湯 (宋 324)

このように見ると、『聖恵方』も陽虚の処方が存在するように見えるが、

聖 8-93 (少陰 8) 少陰病。始得之其人發熱。脉反沈者。宜麻黄附子湯
 宋 301 (少陰 21) 少陰病。始得之。反發熱脉沈者。麻黄細辛附子湯主之。方一

上記対応条文を見ると、「反って」の位置が変わっている。『聖恵方』では「少陰病になって熱が出たが、反って脈が沈の人」なのに対し、『宋板』では「少陰病になって反って発熱して、脈が沈の人」なのである。1文字の位置が3つずれただけで、病態が正反対になっている。宋臣たちの編集能力の高さがうかがわれる条文である。

しかしながら、この辺りから、少しずつ寒証が入ってきているのは確かである。もともと陰虚なのだが、その後陽虚になった、あるいは寒邪に犯されたと解釈したほうが都合がよさそうな条文も散見される。ただし、あくまでも主流は陰虚である。陰盛格陽証の条文としてつとに有名な『宋板』317条通脈四逆湯の条文も、『聖恵方』では「反って悪寒」と正反対になっている。

そして、古来理解が難しいといわれている承氣湯条文群がここにある。

そもそも『素問』熱論では少陰病は下法を指示されているので、承氣湯が少陰病に存在するのは、本来の正治法であり、『聖恵方』でここにあるのは当然である。さらに古い隋唐代の影響を色濃く残す『聖恵方』巻9では、全17条文すべてが下剤である。『宋板』とはまったく様相が異なるためにここでは触れなかったが、いうまでもなくこちらが正調古方である。ここで注目すべきは、この承氣湯条文が、『宋板』にも受け継がれているということである。

そのような観点でよく見てみると、『聖恵方』巻8少陰病篇の全条文が、絶妙に編集されてはいるが『宋板』少陰病篇に転記されている。

以上少陰病をまとめると以下ようになる。

- ・『素問』熱論では陰病(吐)下の原則に従い、少陰病には下法が指示されていた。
- ・治療の原則を示した『諸源』も同様であった。
- ・そして隋唐代もそれに従い下剤を使っていた。
- ・この時代は傷寒が裏に入って熱毒に変わったということだったようである。
- ・しかし『聖恵方』巻8に見られるように、唐代末には陰虚の説になり、熱病ではあるけれども津液の不足や虚熱による症状が注目されるようになった。
- ・宋代になって、陰陽が逆転し、少陰病は他の陰病とともに陽虚ということになった。

■ 6. 厥陰病篇

『宋板』厥陰篇は56条文あり、太陽病・陽明病に次ぐ規模を誇っている。現代ではこの篇は一般に以下のように理解される。

厥陰病は陰寒の極致であり、しかし極に達したために熱が生じた病態である。

厥陰病の主証は「消渴。氣上撞心。心中疼熱。飢而不欲食」である。これは寒熱錯雜の証である。厥陰病は肝病であり、疏泄不利・脾胃不和がある。寒熱錯雜の上熱下寒、陰が尽き、消渴、善飢、蛔虫は暖かいところを求めて上に行く、苦寒の薬で瀉下すると下痢が止まらない。

本稿では、隋唐代の厥陰病がどのように理解されていて、それらと『宋板』の関係が如何様であるかを述べる。

本来、厥陰病は陰病であるので下法である。『宋板』にも、明らかに下法の薬として小承気湯を載せる。他にも下剤を使わない下法として小柴胡湯や瓜蒂散がある。厥陰病には肝鬱のように胸の下あたりでつかえがあり、これによって上下の交流がうまくいっていない病態があり、小柴胡湯でこれを解決すると自然に大便が出ると考えられる。また吐方を選択したものが瓜蒂散である。一般の『傷寒論』厥陰病の解説では最も理解しづらいとされているところであるが、このように考えれば逆にこれらが一番理解しやすい。

聖恵方

では『聖恵方』を見てみよう。『聖恵方』は巻8から巻18まで傷寒について述べられている。そのうち巻17と18は熱病論である。「夫熱病者皆傷寒之類也」と『素問』熱論と同じ出だしで始まり、狭義の熱病、つまり熱邪を感受して発症する熱病について述べられている。これも広義の傷寒ということになる。この巻17熱病六日を見てみる。六日は厥陰病を意味している。

聖 17- 熱病六日 1 夫熱病六日。厥陰受病。毒氣入於腸胃。其人煩滿而陰縮。故可下而愈也

巻17では熱病一日は病は皮膚の間にある。二日は筋肉にあり、三日はまだ表にあつて臓には入っておらず、四日は胸膈、五日は腹胃、六日は腸胃にあるとしている。これは『素問』が経絡に沿って説明しているのとはやや異なる。

熱病でも広義傷寒の一つであるので、三日目までは発汗で治し、四日以降は吐下で治す。第1条では「厥陰病は下法である」と宣言し、その後具体的処方を行った条文が4条続くが、すべてに大黃もしくは芒消が入っており、宣言通りの構成になっている。処方名を列挙する。

大青飲子、鼈甲散、梔子散、石膏散

一方、『聖恵方』巻9治傷寒六日候諸方（厥陰病に相当）は15条文からなる。第1条は病態解説で処方はない。それによれば、

夫傷寒六日。足厥陰受病。厥陰者肝之經也。其脉循陰。絡於肝。故得病六日。煩滿而陰縮也。此則陰陽俱受病。毒氣在胃。故可下。而愈也。

（傷寒六日目は足厥陰経が病を受ける。これは肝経で陰（部）を循り肝に絡す。そのため煩満し陰囊が縮む。これは陰陽ともに病を受けたからだ。毒氣は胃にあり、したがって下せば治る）

とし、巻17と完全に一致する。ただしこちらには『素問』と同じ経絡の概念が

入っている（巻17も「陰縮」があることから、記載はないものの経絡の考えは入っていると思われる）。巻9は狭義傷寒で寒邪を受けて発症するのであるが、熱病になっているので巻17狭義熱病も同様の病態だということであろうか。いずれにせよ、これは完全に『素問』熱論流の考え方である。毒気が胃にあるという記載は『素問』流の経絡にそった考えだと理解が困難であるが、巻17を把握した後なら容易に理解できよう。

次とその次の条で基本的治療が示される。「病が深く臓に結ぶ。これは三陰三陽がすべて病を受けたからだ。もし五臓六腑営衛すべて不通なら難治であり、小柴胡湯を使う」「体が重く四肢煩疼し、渴き、譫語し、他人のことが気にならないなら胃の中に燥が結んでいる。大承気湯」。しかしこの後から、なかなか理解が難しくなってくる。一部省略しながら引用する。

心胸妨悶。煩熱不解。毒氣攻心。瀉心湯
 嘔噦不定。冷熱未和。人參散
 發汗不解。嘔逆。小便不利。胸脇痞滿。微熱而煩。黃芩湯
 心下痞結。外證未去。柴胡桂枝湯
 已發汗而不解。胸脇滿。往來寒熱而煩。牡蠣散
 吐瀉。百骨疼痛。脚冷。腹熱。人參散
 發熱。煩悶。渴欲飲水。得水而吐。其脈浮數。小便不利者。猪苓湯
 心躁。煩渴。肢節解痛。小腹急滿。陰縮。葛根散
 心躁。煩悶。四肢疼痛。小腹滿急。大青散
 脈沈細。不足者。通關散
 頭痛。壯熱。百節疼痛。柴胡散
 熱毒在藏。蹇中煩悶。口噤不能言。唯欲飲水。成壞。傷寒醫所不療。黑奴圓

病態としては、胃・心下の病態、「煩」、往來寒熱、などである。第1条で下法を指示してあるにもかかわらず、下法は大承気湯のみに思える。ただし、大青散は7味であるが、うち4味は熱病大青飲子と共通である。下すべき病態と考えられていたのだから当然ではあるが、すべての条文に、症状として「下痢」はない。

次に巻8を見よう。巻8厥陰病は13条文あり、そのうち12条文は『宋板』に対応条文が見える。

既述したように、少陰病では、『聖』巻8少陰病の24条文はすべて『宋板』少陰病篇に対応条文がある（ただし絶妙に書き換えられていて意味が正反対になっている）。これらが『宋板』のどの条文に対応するかを順に書くと下記になる。なお、『宋板』281条は少陰篇第1条である。

281, 282, 284, 285, 288, 289, 293, 292, 301, 305, 306, 309, 310, 311,
 314, 315, 316, 317, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 324

一方『聖』巻8厥陰病13条文が『宋板』のどの条文に対応するかを順に書くと下記のようになる。なお『宋板』厥陰病篇は326条から381条までである

327, 329, [対応なし], 99, 100, 76, 147, 146, 78, 107, 168, 174, 23

すなわち最初の2条のみが対応しているだけであることがわかる。以下である。

聖8- 厥陰1 傷寒六日厥陰受病。其脉微浮爲欲愈。不浮爲未愈也。宜建中湯
聖8- 厥陰2 傷寒六日。渴欲飲水者。宜猪苓湯

なお『宋板』ではこの2条に処方はない。さて次の第3条文のみが『宋板』に対応条文が見えない。以下である。

聖8- 厥陰3 傷寒六日。煩滿而囊縮。此則毒氣在臟。可下而愈。宜小承氣湯

これは陰病の下法であり、『素問』流厥陰病の典型的な病態である。この条文を削ってしまうのは大いに問題であると思われるが、さらに問題なのはその後である。

続いての条文は『宋板』99条（太陽下篇の小柴胡湯（熱化もしくは熱病））、100条（小建中湯・小柴胡湯）（『聖』巻8では小建中湯・大柴胡湯『陽脉澀陰脉弦で腹痛』）に対応している。76, 78条は太陽中篇梔子豉湯類（瀉法の後の熱）、146, 147条は太陽下篇柴胡桂枝湯類（瀉法をしたのにまだ治らない）、107条は太陽中篇柴胡加竜骨牡蛎湯（下法の後）、168条は太陽下篇白虎加人参湯（まだ治らない）、174条は太陽下篇桂枝附子湯・去桂加白朮湯（『聖』巻8では朮附湯）、23条は太陽上篇桂枝麻黄各半湯（六経過経後）である。（『聖』巻8と『宋板』がほぼ同一な条文は説明を省略している。また括弧内は巻8の病態である）。

これらの条文は、本稿での太陽病から少陰病までではほとんど触れてこなかった条文である。その理由は、これらが元々厥陰病の処方だったからである。陰病の条文が陽病に移動することを「条文の前方移動」と称しているが、『聖』巻8 厥陰病篇では、大量の条文が前方、しかもすべて太陽病に移動しているということがわかる。これが『宋板』で太陽病が膨大な条文数を持つ理由の1つである。

『宋板』厥陰篇

では『宋板』厥陰篇を見ていこう。『宋板』では少陰病篇までは『聖』巻8が底本として用いられていたのが明らかであるが、厥陰病ではわずか2条しか引用されない。

そして大量の「下痢」条文が目につく。また、前半は処方が書かれない「総論」風の条文が並ぶが、そこには「下してはいけない」ことが強調されている。「下してはいけない」ということが強調されるということは、『聖』を見れば明らかのように、この時代の標準治療が逆に下法であったことの証左であろう。

大量の「下痢」条文が見える『宋板』厥陰病篇であるが、最初に提示した小承氣湯以外に1条だけ下法を指示する条文がある。

宋（厥陰）10 傷寒一二日至四五日厥者。必發熱。前熱者。後必厥。厥深者。熱亦深。厥微者。熱亦微。厥應下之。而反發汗者。必口傷爛赤

この条文だけは、「厥は必ず下せ」と指示されている。しかし「傷寒一二日至四五日厥者」とあり、これは本来厥陰病ではないのではないだろうか。

残りのほとんどの条文の来源を知るために、『金匱玉函経』（以下『玉』）を見てみよう。本書は書名は近似するが『金匱要略』とは無関係で、『傷寒論』の別本である。『宋板』が出版された翌年に同じ校正医書局から出版されている。

この『玉』厥陰病篇には、条文がわずか4条しかない。少陰篇が45条もあるのと対照的である。この4条文はほぼ『宋板』326～329条（厥陰篇第1～4条）に対応している。『玉』には三陽三陰篇の次、つまり厥陰病篇のすぐ次に『宋板』にはない「辨厥利嘔猥病形證治」という篇がある。ここに330条以降の条文が並ぶ。その最初の条文は以下である。

玉（嘔猥）1 諸四逆厥者。不可下之虚家亦然

これは『宋板』厥陰篇第5条とほぼ同一である。つまり『宋板』厥陰篇は、『玉』「厥陰」篇と、『玉』「厥逆」を結合させた篇なのである。「厥陰」の「厥」は「尽きる」の意味であるし（『素問』陰陽離合論）、「厥逆」の「厥」は冷えのほせの冷えである（『素問』六節蔵象論）。同じ「厥」字を使っているから結合させたのかもしれないが、臨床上はきわめて問題のある編集であろう。

そして、他の文献には、この『玉』での「厥逆」を述べた部分は、宋改を経ていない文献にはまったく見られない。

まとめると、以下のようなものである。厥陰病において、『素問』熱論流の「陰病（吐下）」の治療は、『聖』時気病・熱病に色濃く残されている。それは『聖』巻9・8にも一部認められる。『宋板』の底本となったと考えられる『聖』巻8は、こと厥陰病篇に関しては引用が2条しかなく底本とは言い難い状態である。残りの大部分の条文は、『玉』「厥利嘔猥」篇の厥逆を述べた部分と一致しており、宋臣らが陰病の概念として厥逆を厥陰病篇に追加したと考えられる。

【注釈】

注1)『傷寒論攷注』（1866年序、森立之・森約之著）傷寒例第三の注文には、第1条の注「案此章仲景旧文、與太陽欲解時從巳至未、上、冬至之後甲子夜半、少陽起之類 均是所以仲景明氣候也、梁陶弘景注本草經序例云、張仲景明氣候、以意消息、是其證也」（案ずるに此の章仲景旧文、以下略）～23条（最終条）の注「案此及前二十二章、雖未得確徵、攷其文氣為仲景舊文、固無論也」（案ずるに此及前二十二章、未だ確徵を得ずと雖も、其文氣を攷すれば仲景舊文為るは、固く論無き也）まで、この章を張仲景の旧文であるとする注釈が数多くある。

注2)『太平聖恵方』（992年刊行、宋の王懷隱らが太宗の勅を奉じて編集、全100巻）。北宋初期に著された医学大百科である本書は、宋改を経ていない点できわめて貴重である。傷寒部分は特に巻8、巻9に著されるが、巻9のほうが旧態（唐末の状態か）に近い。巻8は内容的に宋改の底本になったのではないかと考えられる。

注3)小高修司：苳胡（柴胡）攷。漢方の臨床42(7)：802-817, 1995

注4)松岡尚則、別府正志ほか：東洋医学用語としての「表」「外」、「裏」「内」「中」。漢方の臨床59(9)：1571-1589, 2012

注5)岡田研吉ほか：宋以前傷寒論考、三陰三陽病における用薬法の変遷1.『太平聖恵方』巻9傷寒における用薬法：東洋学術出版社、2007、p602、p159

注6) 不可不可篇形式の傷寒論は『脈経』『千金方』などに引用されており、『千金翼方』『聖恵方』巻八・九などの三陰三陽形式の傷寒論よりも時代的に先行している。

※『外台秘要』自体は『諸源』より新しく、しかも宋改を経ているが、引用されている「華佗」の論は『諸源』より古い。

注7) 劉渡舟『中国傷寒論解説』（東洋学術出版社）ではこれを「陽気が回復しすぎて熱が膀胱にある」と解説する。東洋学術出版『宋本傷寒論』では、「少陰の邪熱が外に出て」とする。

シンポジウム② 宋以前の古典を中心とした、正しい古典の認識とは

宋以前『傷寒論』考： 六経不伝論

岡田 研吉

研医会診療所

はじめに

宋板『傷寒論』（以下『宋板傷』と略す）の8条に「針足陽明，使経不伝即愈一足の陽明に針して伝経を阻止すれば治る」とあり、『適天髓』：周流は順なるを以て貴きと為す一阻滞を通じて生理的循環を得れば，病は自ずから治る」と思い込んでいた私にとって，「太陽病から陽明病への伝経を阻止して治す」概念は新鮮でした。

そこで，五行に生克論があるように，「経方による不伝」の病理認識と発展を試みました。

経方における不伝論

不伝論（図1）

	太陽病	陽明病	少陽病	太陰病	少陰病	厥陰病	厥利嘔噦病	不伝・回数
『宋板傷寒論』	178	84	10	8	45	4	51	有
足経絡六経穴数	L67	ST 45	GB 44	SP 21	KI 26	LR 14		有
『太平聖恵方』卷八	35	38	6	6	24	13		有
『傷寒総病論』	11	15	10	5	21	2	15	有
『太平聖恵方』時氣論	7	6	7	7	7	6		(-)

按：「不伝の病理」が六経病に組み込まれてから、各六経病内での日数変化が採用されて、六経病条文数の不斉合性が生じた。
傷寒1～6日→太陽病1～6日
陽明病1～6日

図1

『宋板傷』は，太陽病篇の178条が突出して多く，次いで陽明病篇の84条が

続き……、厥陰病篇（小字注）に至ってはわずかに4条文しかなく、太陽病篇と40倍以上の開きがあります。六経条文数は明らかに不均衡で、急性外感病の準繩とされる六経弁証の変動率（ボラ）が異常に高い原因を、何らかの非常に特殊な病理圧力による歪みと推定しました。

各六経病期間が不均一になる病機は？ 太陽病期で発汗・吐・下法を呈して傷寒雑証まで論じたら、陽明病以降の必要十分条件をどこに求めるのか？ 太陽病の2日と陽明病の弁別は？ 陽病で大黃剤を用いて陰病で下痢する根拠は？ 『素問』熱論系列の「三陽病発汗一三陰病吐・下」と異なっている必然性は？ 等々の疑問に関して、「各六経病の間に非連続面があるために、それぞれの六経病期間内での経時変化（日期病態）と治法（発汗・吐・下）が発達して、条文数に不整合性が生じた」と推定し、病理に関しては傷寒霍乱病に、不連続点は経絡一經穴学説に来源を求めました。

『宋板傷』六経篇条文数の偏りを支持しているのは、足の六経絡の經穴数です。やはり太陽経が一番多く、厥陰経が一番少なくて右肩下がりになっており、両者間に同質の病理圧力が働いていると推定しました。そこで『明堂經』の穴主治症と『宋板傷』の条文病症を比較対照しました。

■ 順伝論（図2）

『聖恵方』の時気論（傷寒・熱病）日期では、各六経病の条文数は6～7条で一定に保たれています。それは、『聖恵方』の時気病には「不（定）伝～合・併病」という概念がなく、六経病変化は連続的に平等な時間帯で順伝しているからです。逆に、六経条文数に不均衡性がある經典には、すべて「不伝」という病理概念が存在しています。

そこで「六経病理が順調に伝達しないために生じた条文数の不整合性」として、太陽病から陽明病に伝経するのか、それとも少陽病へ伝わるのか、合・併病を呈するのか、もしくは三陰病へ変化したり両感を呈するかの分岐器機能（ポイント切り替え）が存在していると理解しました。

なお、『足臂十一脈灸経』『陰陽十一脈灸経』の病症数も、各経絡でほぼ均等です。

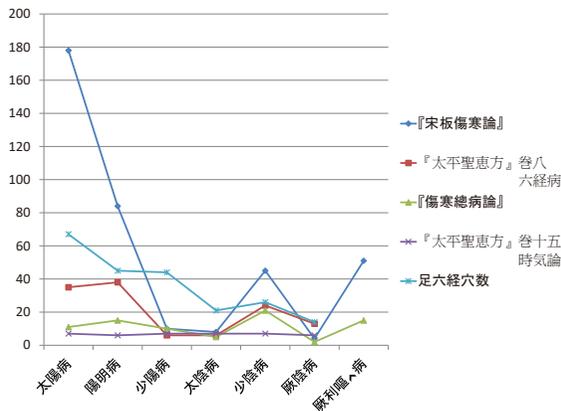


図2

■ 経絡学説と経穴学説の矛盾 (図3)

六経を平等に位置づけ、順伝と周流を是としている経絡学説に比して、経穴学説では穴の個性が発現して伝経・不伝経の分岐スイッチが任意に入り（各経絡論の五行穴→太陽膀胱経では兪穴に発展）、早期の裏伝現象が発現して、右肩下がりになります。

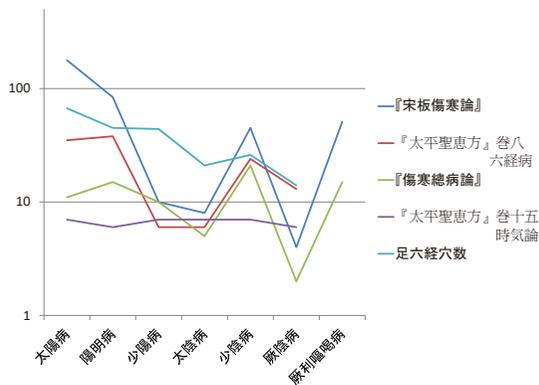


図3

『明堂』成立前後の穴の主治証に、経絡の切り替え機能が加わり、『宋板傷』六経病理の成立と相互に影響していると思われます。出土した経絡人形で既に、多くの線が交差して、時に穴名が記されていること自体が、切り替えや裏伝を認識していたと推定します(参考資料①)。

対数グラフで、太陽病篇が一番多く、三陰病では少陰病篇が続きます。少陰病は古典的な「少陰傷寒」の来源がある特殊な篇ですが、ともかく右肩下がり顕著です。厥陰病編は(後から加わった)嘔噦厥利篇を切り離して議論しています。

ただし、『宋板傷』太陽病の中・下篇を欠く『傷寒総病論』のように太陽病

(参考資料①)

『太平聖恵方』時気論	経絡論	六経病順伝	(-) 『明堂』以前に来源
宋板『傷寒論』六経	経絡論+経穴論	順伝と不伝	合・併病『明堂』と同時期

注1：時気論のような、順伝の経絡論にもつく日期病能では、冒頭の病理定義と、隸属する条文処方群の病症一治方は一致していますが、不伝の概念が入った『宋板傷』六経では、提綱証以下の病理条文群と処方条文に解離現象が生じています。たとえば、“消渴”を提綱証に謳う厥陰病篇に、“厥陰病，消渴…*湯主之”という条文処方はなく、“消渴”が厥陰病篇の処方条文群を統括しておらず、実質的には嘔逆と下痢を論じています。同じ提綱証なのに、太陽病篇の“頭痛や悪寒”とは著しく不平等で、むしろ(具体的な厥陰病の処方条文が存在しない)五経弁証になっています。類似概念の「五段代六経説」も既に提唱されており、五行論と六経病のせめぎ合いとも推定されます。同様に少陽病篇に“少陽病，口苦咽乾…*湯主之”という処方条文はなく、むしろ189条：陽明中風，口苦咽乾…や，221条：陽明病，脈浮而緊，咽燥口苦となっています。これも同様の現象と認識されます。なお『宋板傷』少陽病篇は、実質的には壞傷寒を論じています。

注2：傷寒日期条文のない「純系の六経病条文だけで成立している『傷寒論』」として、『聖恵方』巻八・六経病がありますが、厥陰病篇だけは『聖恵方』巻九の傷寒日期条文から移籍して成立しています。言いかえれば、いわゆる『傷寒論』の六経病は、当初は厥陰病篇が不備だったと思われ、来源は『足臂・陰陽十一脈灸経』(厥陰経が未完)まで遡ると推定しています。

篇の葛根湯条文以降を切り捨てた場合は、最多条文数は陽明病篇になり、むしろ「陽明無伝（→土王説）」に不伝論の重点が移りますが、『別論』を立てます。なお四肢の経絡と体幹部の穴との連続・非連続性や、数種類の『明堂』の議論は本論では見合わせます。

■ 傷寒日期と伝経（図4）

宋以前『傷寒論』（非宋改本，以下『宋前傷』と略す）を代表する『聖恵方』巻九・傷寒日期や『外台秘要方』（以下『外台』と略す）の傷寒八家～傷寒日数病源並方～『肘后方』『古今録驗方』等においては、傷寒日期の各病期の条文数は一定で、病理変化も定型化された発汗・吐・下の序列に従っています。

『素問』熱論系の傷寒日期の病理は、「太陽病→陽明病…厥陰病」として、連続的な病期を経て均一的に変化する「順伝の六経病理観」にもとづいており、各病期に非連続性や不定伝病理や合・併病は存在しません。

古典的で単純な病理変化（三陽病発汗・三陰病吐下）を呈する各種『傷寒論』は、『外台』の傷寒八家としても集約されています。各六経病期の処方条文は1（～2）首です。これらが『聖恵方』の時気論に並ぶ、素朴な傷寒論です。

【外台秘要】傷寒八家

【外臺秘要】（唐751年成書・王昶）
 論傷寒八家合一十六首
 論傷寒日數病源並方二十一首
 『肘後方』七首
 『深師方』四首
 『小品方』四首
 『雜難方』五首
 『千金方』六首
 『千金翼方』一十三首
 『難氏方』一十五首一附方
 『脈文仲方』一十首
 『古今録驗方』八首

②『深師方』四首 ③『小品方』四首 ④『集驗方』五首
 一日至三日應汗者作此湯方 傷寒二日不解方；詔書發汗白薇散始得一二日者方
 傷寒三四日，麻黃解肌湯 發汗後二三日不解，鷄子湯、葛根湯 三日按：傷寒日期の六病日を4～7首の処方条文で対応している。
 注：伝（一）

図4

■ 小結（図5）

王燾が唐代に見ていた傷寒八家は、王叔和から『經心録』までありますが、主に発汗・吐・下法の適否を論じており、不伝の病理は見られません。さらに傷寒八家は『陰陽大論』をいただいており、これは『宋板傷』の傷寒例第三に一致します。

小結：
 『素問』熱論＋傷寒日期＋『諸病源候論』＋仲景『傷寒論』

1) 唐時代の王燾の傷寒八家
 ①王叔和②華佗③陳康丘④范汪⑤『九卷』⑥『小品』⑦『千金』⑧『經心録』に、所謂宋板『傷寒論』六経は無かった。

2) 論傷寒八家は、（傷寒例第三と同じく）冒頭に『陰陽大論』を載しているが、傷寒日数病源並方は、『素問』熱論を載き、『巢源』の傷寒日期時系列病理病理に、仲景『傷寒論』の処方条文が附記されて成立している。

3) 陽明病で胃家裏（裏熱実証）を呈する宋版『傷寒論』六経ではなく、傷寒日期としての仲景『傷寒論』が宋以前の仲景『傷寒論』の原貌であろう。
 『仲景方十八卷』同様に、提綱証は存在していない。

4) 『病源』に隸属する仲景『傷寒論』の小柴胡湯は、宋版『傷寒論』の柴胡薑桂。
 『仲景方十八卷』の小柴胡湯も同様である。

5) 傷寒五六日以降の「柴胡剂」と「大承気湯」は、『素問』熱論系統『聖恵方』巻九の「三陽病[表寒証]発汗-附子剂・三陰病[裏熱証]吐下-大黃剂」に属している。

図5

■ 論傷寒日数・病源・并方 (図6)

『論傷寒日数・病源・并 (張仲景) 方』は、冒頭に『素問』熱論をいただいて、『諸病源候論』(以下『病源論』と略す)の病態変化にもとづき、順伝の傷寒日期を病態変化とし、張仲景の処方条文が付記されています。左端は『宋板傷』の条文番号で『金匱要略』(以下『金匱』と略す)もあり、『宋板傷』と『金匱』が分離する前の『仲景方十八卷』の系統です。

傷寒日期形態による張仲景方『傷寒論』で、(『宋板傷』では三陽病期に移行している)五六日以降の大承気湯と柴胡剤は、いわゆる『素問』熱論系の「三陰病の下法」の病理形態を保持しています。小柴胡湯とあり『仲景方十八卷』と一致していますが、薬味構成は『宋板傷』の柴胡桂枝乾姜湯で、森立之も既に「『宋前傷』における広義の柴胡湯(その後小柴胡湯等々に分化)」と論じています。末尾の「傷寒九日以上」の病理変化として、三陽病期と三陰病期の不伝を論述しています。

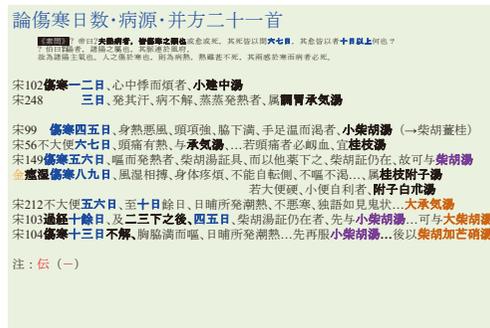


図6

『宋板傷』では、傷寒九日以上は消えて、六経病の範囲内の少陽病篇から太陰病篇への変化として病位を変えています。さらに、「初一經受病，即不能相伝」として、六経病日期(太陽病1日～6日…13日)を提唱しています。陽明病でも直中少陰病でも、それぞれに日期病理は成立しています。

なお、六経病は、治癒すれば伝経せず、伝経しない場合は治癒したときであり、伝経せずに治癒もしない場合は、停滞累日病証として一定期間病態が保持される(慢性雑病にも運用可能な)「証(著明経方の処方条文)」を形成します。そこで随症治療が有効なわけです。これが『宋板傷』六経病の源モデルと推定しています。「胃中寒」の熱化した停滞累日病証が「胃家実」という認識も支持されています。

なお、合・併病概念は見られていません。そもそも『宋板傷』弁太陽病脈証并治の小字注として「付記された合病(并見太陽陽明合病法・并見太陽少陽合病法・并見三陽合病法)」なので、別の来源に由来する条文が、編纂時に加えられたと思われる。来源は針灸『明堂』の不伝一裏伝と推定しています。

尺脈の⑨附子四逆湯には、足の大衝を**補え**と指示されており、『病源論』傷寒候の「針の**補**→使経不伝則愈」に通じます。

なお「先瀉後**補之**」の手技は、後述する(図16)『長桑君天星秘訣歌』の、期門と三里の先・後治法に一致します。

なお平三関病では、「経方+針+火灸+風膏身摩」が同方向のベクトルで協力して、治療効果を得ています。

たとえば『脈経』平三関病①桂枝湯は、「風池・風府の針と、火灸と、風膏身摩」が同時に強調して用いられていますが、『宋板傷』においては、「火灸」は誤治であり、「風膏の身摩法」はなく、「風池・風府の針」は、桂枝湯の誤治による**煩躁を治して**いて、その後に桂枝湯は単独で用いられています(参考資料⑤)。

根底には、虚証を前提にした『宋板傷』の特殊な六経病理が存在しています。

平三関病では、「桂枝湯もしくは葛根湯」ですが、『宋板傷』は桂枝湯だけなので、既に麻黄や葛根が加味されていた桂枝湯だった可能性もあります。敦煌古医籍の『不知名氏弁脈法』卷之二と平三関病は同質ですが、司る穴は天柱と大杼に変化しています。協調的取穴法(敦煌古医籍)と伝経を阻止(『宋板傷』)する取穴の違いです。

(参考資料④) 『脈経』卷之二・平三関病候并治宜第三

①寸口脈浮 中風発熱頭痛宜服**桂枝湯葛根湯**針風池風府 向火灸身摩治風膏覆令汗出
⑨尺脈洪 足脛逆冷小便赤 宜服**附子四逆湯** 針足大衝**補之**

	補之	瀉之	先瀉後補之	計	
上部寸口 十七条	3	3		6/17	35.2%
中部関脈 十八条	9	4	2	15/18	83.3%
下部尺脈 十六条	8	6		14/16	77.5%
総計 51条				35/51	68.6%

(参考資料⑤)

『敦煌』寸 脈浮中風発熱頭痛宜服**桂枝湯葛根湯** 針 **風府天柱灸大杼**摩 風膏覆令微似汗出
『脈経』寸口脈浮中風発熱頭痛宜服**桂枝湯葛根湯** 針**風池風府**向火灸身 摩治風膏覆令 汗出
『宋板傷寒論』24 太陽病 **初服桂枝湯反煩不解者先刺風池風府 却与桂枝湯**則愈

(参考資料⑥)

	脈診	針	灸摩熨
盧人扁鵲	(-)	(+)	(+)
『脈経』平三関脈	(+)	(+)	(+)
『宋板傷寒論』	(+)	(+)	(-)

* 『史記』扁鵲倉公：「越人之為方也，不待切脈望色聽声写形」
(治療は、切脈・望色・聽声・写形の診察法によらない)

言いかえれば、『宋前傷』の処方条文を、『宋板傷』六経病期で運用する場合には、虚実の反転(八綱の逆転現象)に注意が必要です。それなので、『宋前傷』の「陽明病は胃中寒」を、『宋板傷』は「胃家実(虚熱)」に書きかえる必然性が生じました。

1. 『脈経』平三関脈は、脈診と針と灸摩熨を用いていますが、『宋板傷』は灸摩熨を誤治法として否定し、扁鵲は脈診(四診)をせずに透視法で診断していま

す（参考資料⑥）。

2. 「老官山漢墓医簡」の出土より「仲景『傷寒論』は扁鵲医学に属する説」が唱えられていますが、『宋板傷』六経病を基準にすれば、脈診と灸摩熨において両者は正反対に位置しています。

■ 小結：不伝の風池と横経の天柱・大杼（参考資料⑦）

『宋板傷』は、太陽病から少陽病への伝経を防ぐために、少陽胆経の風池に針しています。『敦煌』は、足太陽膀胱経の大杼を使用して、素直に太陽病における病変を治しており、不伝の病理がまだないので、風池は使用していません。

『素問』水熱穴論にあるように、肩を横切って一周する流れに属す大杼は、太陽膀胱経との交差点に位置しており、同様に項の生え際にそって走る天柱が使用されています。ともに古典的な横の経絡に属しており、概念的には頭上五行の範疇に存在しています。

そして泄熱としての運用であり、風穴としてではありません。『宋傷寒』24条で「反煩不解（熱証であり悪風ではない）」を治しているのも論拠の一つです。

（参考資料⑦）

『靈樞』五乱：氣在于頭者。取之**天柱大杼**。

刺節真邪：或之於其天府**大杼**。三痛。又刺**中膂**。以去其熱。

『素問』刺熱：熱病始於頭首者。刺項太陽。而汗出（顧「止」）

・森立之案。〈王〉注以「項太陽」為**天柱**。蓋有所受而言歟。然**大杼** 風門共皆主頭項痛。**風池風府**亦在此邊。則熱病初起之頭項痛。皆可刺此處也。『傷寒論』云「太陽病。初服桂枝湯…當先刺**風池風府**。却与桂枝湯則愈」与此同理。

水熱穴論：治熱病五十九俞…頭上五行。行五者。以越諸陽之熱逆也。

大杼 膺俞 缺盆 背俞。此八者。以寫胸中之熱也。

■ 宋板『傷寒論』と『傷寒総病論』（図8）

『総病論』で、太陽病篇の6条—赤番号（『宋板傷』の8条—黒番号）に編入されて、針と湯液療法の融合がはかれる基礎条件が整います。

彪安時は「足の陽明経の三里穴を補う」と注して、より具体的に記述していますが、『宋板傷』では「補」は削除されています。

『千金翼方』～『聖恵方』までの陽明病は胃中寒なので、補って治しますが、『宋板傷』は胃家実なので、瀉して熱を去って治すこととなります（参考資料⑧）。『総病論』（『宋板傷』の太陽病中・下篇はない）は葛根黄芩黄連湯で太陽病が終わり陽明病になります。最後の葛根黄芩黄連湯は、足陽明に針して太陽から陽明への伝経を阻止する概念に一致します。すなわち、太陽病篇の最後病理として、葛根湯類を用いて陽明病に伝経させないこととなります。太陽と陽明の合病の葛根湯も、太陽病から陽明病への移行阻止のためとなります。

<p>宋板『傷寒論』（小字本1088年→趙開美1599年）と『傷寒総病論』（寔安時1100撰刊）</p> <p>弁太陽病脈証并治上第五</p> <p>1. ②1太陽之為病，脈浮，頭項強痛而惡寒，</p> <p>2. ②2太陽病，發熱，汗出，惡風，脈緩者，名為中風，</p> <p>3. ③3太陽病，或已發熱，或未發熱，必惡寒，体痛，嘔逆，脈陰陽俱緊者，名為傷寒，</p> <p>4. ④4傷寒一日，太陽受之，脈若靜者，為不伝；頗欲吐，若躁煩，脈數急者，為伝也，</p> <p>5. 5傷寒二三日，陽明，少陽証不見者，為不伝也，</p> <p>7. 7病有發熱惡寒者，發于陽也；無熱惡寒者，發于陰也，發于陽，七日愈，發于陰，六日愈，以陽數七，陰數六故也，</p> <p>8. 6太陽病，頭痛至七日以上自愈者，以行其經尽故也，若欲作再經者，針足陽明，使經不伝則愈，</p> <p>10. 7風家，表解而不了了者，十二日愈，</p> <p>24. ⑩8太陽病，初服桂枝湯，反煩不解者，先刺風池，風府，却与桂枝湯則愈，十一，</p> <p>29. 9傷寒脈浮，自汗出，小便數，心煩，微惡寒，脚攣急，反与桂枝欲攻其表，此誤也…</p> <p>30. 9問曰：証象陽旦，按法治之而增劇，厥逆，咽中乾，兩脰拘急而譫語……，</p> <p>弁太陽病脈証并治中第六</p> <p>31. ⑩太陽病，項背強几几，無汗惡風，葛根湯主之，方一，</p> <p>32. ⑩太陽与陽明合病者，必自下利，葛根湯主之，方二，用前第一方，</p> <p>33. ⑩太陽与陽明合病，不下利但嘔者，葛根加半夏湯主之，方三，</p> <p>34. ⑩太陽病，桂枝証，医反下之，利遂不止，脈促者，表未解也；喘而汗出者，葛根黄芩黄连湯主之，方四，</p> <p>注：1～34は宋板『傷寒論』 1～10は『傷寒総病論』 ①～⑩は『太平聖恵方』</p>
--

図8

(参考資料⑧)

<p>『太平聖恵方』太陽与陽明合病 而自利 宜朮附湯</p> <p>『傷寒総病論』太陽与陽明合病 必自下利者 葛根湯主之。</p> <p>宋板『傷寒論』太陽与陽明合病者 必自下利 葛根湯主之</p> <p>一云 用後第四方(葛根黄芩黄连湯)</p>
--

注：『聖恵方』は（胃中寒なので）附子による補法ですが、『宋板傷』は（胃家実なので）芩連剤の瀉法を注文中で指示しており，中間病理の移行形が葛根湯です。陽明の「附子・補法→芩連剤・瀉法」に連動する処方変化です。

■『金匱要略方論』臟腑経絡先後病脈証（図9）

「邪が移るのを防ぐ」という概念は，漢方では「未病を治す（すでに起きた病気は，伝経を防いで，次に行く病位を先に治す）」と言いかえて一般的です。治則は普遍的で，針灸病理によっています。『金匱』は蔵府経絡先後病の未病で「肝の病は脾臓を実せよ」としています。『素問』は病態が五臓を順に移動するとし，『難経』十四難は，「損其肝者，緩其中（肝臓を損した場合は中脾を補え）」としています。「実」も「緩其中」もともに補法として理解されます。日常弁証で常用される「木克土」は，一般的には“瀉肝補土”と理解されます。しかし，『宋板傷』の通俗解説では，「瀉土不伝（陽明経を瀉す）」が採用されています。もし「瀉土」した場合は……それは『宋板傷』以降の範疇です。

『金匱』と『総病論』が冒頭で揃って，五臓の生克論と六経病の擦り合わせを展開しているのは，興味深い事実です。

さらに伝・不伝を経て傷寒雑病へ病変が進行すると，最終的には壞病になります。『宋板傷』では『病源論』由来の“（三陽病期末尾の）少陽病は壞傷寒で小柴胡湯方一”と論じています。

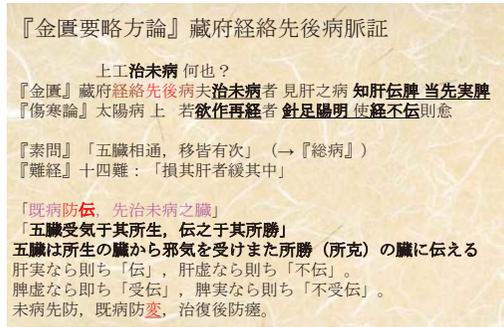


図9

(参考資料⑨)

<p>* 『諸病源候論』卷八 傷寒諸病下 壞傷寒候 * 宋板『傷寒論』弁少陽病脈証并治第九266・267条文</p> <p>『病源論』本太陽病不解転入少陽 脇下牢^注滿 乾嘔不能食 往来寒熱 尚未吐下 其脈沈緊 与小柴胡湯</p> <p>『宋板傷』本太陽病不解転入少陽者 脇下鞭滿 乾嘔不能食 往来寒熱 尚未吐下 脈沈緊者与小柴胡湯</p> <p>『病源論』若已吐下 發汗 飲柴胡 証罷 此為壞病 知犯何 逆以法治之 『宋板傷』若已吐下 發汗温針，論語，柴胡湯証罷 此為壞病 知犯何 逆以法治之</p>

注：『三国志』呉書・陸遜伝の「遜曰 城牢糧足」に、『経史避名彙考』九卷(清)周広業撰は「牢」字避堅諱也(呉・孫堅の避諱)とし、「牢」の元字は「堅」または「緊」。『太素』経文の「脈堅」は、楊上善注で「脈緊」であり、スタイン敦煌文書S.20213と『玉函経』も同様の関係にある。

「牢」は太医令呂広注にあり、同時に本文も改変した可能性がある。

『病源論』の「牢」は、『医心方』が引く『病源論』では「牢」であり、『難経集註』では四難の本文および注文に「牢」が残されている。すなわち、『宋板傷』に特徴的な「牢」は、唐代の俗字表記(～方言)。

(参考資料⑩)

	中国	日本
漢代	『難経』は後漢中～末	
三国	『難経』三世紀初に呂広注	
晋	『脈経』	
南北朝		
隋	『巢氏氏諸病源候論』	
唐	『太素』(隋末～唐初)	
五代		『医心方』984年
北宋	宋板『傷寒論』	

『病源論』の壞傷寒候は、『素問』熱論に隸属する傷寒日期(三陽病発汗・三陰病吐下)の支配下に存在している点が重要です(『宋板傷』の六経病理ではない)。

このように、『病源論』は『宋板傷』の各六経の病理一条文に、多大の影響を与えています(参考資料⑨⑩)。

まったく同様のシステムで、『宋板傷』の多くの条文処方(著明経方)は、『病源論』から『外台』や『聖恵方』や『医心方』の傷寒・時氣論・熱病論・温病日期と、その変生雜証等を原籍地としています。

経方の条文自身は、その卓越した有効一機能性で、原籍地の記述のままに時空

と經典間を自由に移動しますが、移動先での大前提たる病理形態が異質に激変しているの、屈折した解釈と意識が強要されます。

たとえば、『宋板傷』で「傷寒*日…」と書き出されている処方条文は、歴代の解説書において「傷寒*日」部分は完全に無視されています。議論すること自体がタブーでした。

異なった原籍出身の処方条文同士が、新たな經典で隣り合わせに編纂された場合は、両者間の連続性には強論（擬似的統一性）が必要とされます。言いかえれば、『宋板傷』太陽病篇の婦人傷寒等々の段落ごとの不連続面の存在は、『内経』等では常見されているのに……。

■ 未戦先敗 (図 10)

不伝の理論は金・元医学で発展して、葉天士の『温熱論』第5条「先安未受邪之地（邪がまだ及んでいないところを先に治す）」に受け継がれます。これも『病原論』の「次の経絡を治して予防する」に一致します。欧陽脩は「善救弊者、必塞（伝経させない）其弊之源」と表現しています。

■ 『宋板傷寒論』 (図 11)

『宋板傷』太陽病4・5・6条で「伝・不伝」を議論しています。注意を要するのは、「傷寒一日…。傷寒二日…。」として、頭出しが傷寒日期で始まっている点です。これは、本籍が傷寒日期だったことを意味しています。『宋板傷』六経病の筋としては「太陽病1日→太陽病2日…」でないといけません。

8条で始めて太陽病と表記され、七日以上は伝経させないとしています。図7の『病原論』傷寒候における、熱論の傷寒日期から、最終局面で太陽病日期へ変質して、「太陽病七日…足の陽明を補って、伝経を阻止すれば治る」と一致しています。

傷寒日期は、「三陽病発汗・三陰病吐・下」を経て（虚証になり）、六経病日過経後の七日目に再経して、太陽病になりますが、この8条は、あくまでも太陽病日期の範囲内で「発汗・吐・下」を経た七日目で、陽明病に移行します。それで陽明に針して防止することになります。六経病期の各経のうちの日数変化と傷寒日期の違いです。すなわち、『宋板傷』の太陽病篇で既に発汗吐下を経た陽明病は虚熱であり、傷寒日期時と六経病日期の関係は、後述する図29で廖平が、『六経六層傷寒論』として整理しています。

「未戦先敗」

歐陽脩：善治病者、必医其受病之处；善救弊者、必塞其弊之源。

葉天士：『温熱論』第五条「先安未受邪之地」

葉氏『温熱論』「斑出熱不解」の治法として「先安未受邪之地」

原文：若斑出熱不解者、胃津亡也、主以甘寒。

重則如玉女煎、輕則如梨皮、蔗漿之類。

或其人腎水素虧、雖未及下焦、先自彷徨矣。

必驗之于舌。如甘寒之中加入咸寒、務在先安未受邪之地、恐其陷入易易耳。

図 10

『宋板傷寒論』（伝⇄転→関・闔・樞）

辨太陽病脈証并治上第五

- 4、傷寒一日、太陽受之、脈若静者、為不伝。
頗欲吐、若躁煩、脈数急者、為伝也。
- 5、傷寒二三日、陽明、少陽証不見者、為不伝也。
- 8、太陽病、頭痛至七日以上自愈者、以行其経尽故也。
若欲作再経者、針足陽明、使経不伝則愈。

図 11

(参考資料①) 宋板『傷寒論』の病症と『医心方』の虚熱と客熱

治虚熱方第廿四

『病源論』虚勞而生熱者，是陰氣不足，陽氣有余，故内処生於熱，非邪氣從外来乘之也。
 『拯要方』療一切虚熱氣壅滯結不通三黃丸：
 『拯要方』療心膈間虚熱氣上迫咽喉口乾方：若因食即口苦者
 『広濟方』療虚熱嘔逆不下食即煩悶地黄飲方：
 『経心方』大黃丸，治虚熱食飲不消化，頭眩引胸脇，喉中介介口中爛傷，不嗜食方：
 『経心方』生地黄煎治虚熱及血利方：
 『效驗方』竜胆丸，治朝寒暮熱，手足煩，鼻張血青，不能飲食方：
 『葛氏方』云：若胸中熱結，煩滿悶乱，狂言起走者方：

治客熱方第廿五

『病源論』云：客熱者由人腑臟不調，生於虚熱
 熱客於上焦，則胸膈生痰實，口苦舌乾；
 客於中焦，則煩心悶滿，不能下食；
 客於下焦，則大便難，小便亦洪。
 『耆婆方』治人客熱方：
 『耆婆方』竹瀝待冷，少少飲之。
 『耆婆方』治季夏月客熱方：
 『耆婆方』治人舌洪不能食方：
 『録驗方』竹?湯，治胸中客熱，口生瘡爛，不得食方：
 『范汪方』陽逆湯，治胸中有熱，喘逆肩息方：

注：傷寒例第三：少陰受病也，当五六日發。以其脈貫腎絡於肺，繫舌本，故口燥舌乾而渴。若不直下，而便攻之，内虚熱入，協熱遂利，煩躁諸變，不可勝數，輕者困篤，重者必死矣。

(参考資料②) 芫花・芒硝大黃・黄芩黄連は虚熱方

	宋板『傷寒論』の生薬	『金匱要略』
治虚熱方第廿四		
『拯要方』三黄丸	大黃黄芩黄連	蜜丸，加升麻。
『経心方』大黄丸	大黃黄芩黄連	蜜丸
『效驗方』竜胆丸	芒硝大黃黄芩黄連	人参 蜜丸
『広濟方』地黄飲方	地黄黄汁	人参白蜜 生麥門冬 橘皮 生姜 蘆根
『経心方』生地黄煎	生地黄黄汁	
『葛氏方』狂言起走者方	芫花	
治客熱方第廿五		
『耆婆方』治人舌洪不能食方	人参	薺尼(→桔梗) 防己
『范汪方』陽逆湯	半夏	人参 石膏 生姜 飴
『耆婆方』治季夏月客熱方	人参	甘草 升麻 粟米(→粳米) 藍
『耆婆方』治人客熱方	生地黄黄汁	蜜
『録驗方』竹筴湯	生竹筴 生姜 甘草 茯苓 橘皮 前胡	(→柴胡)

注：構成生薬に合わせて条文の順位は入れかわっている。
 『宋板傷』69，發汗，若下之，病仍不解，煩躁者，茯苓四逆湯主之

1. 清熱薬として，大黃・黄連(瀉心湯)や石膏が用いられている。
2. 下剤として，大黃・芒硝(承氣湯)や芫花(十棗湯)が用いられている。
3. 虚に注目すれば，生地黄・人参・麥門冬(炙甘草湯)が用いられている。
4. 「虚熱に対する人参」は，金・元医学で「瀉火」と明文化されて，補中益氣湯の名のもとに再生を果し，降って陳修園も人参の気味を「寒」としている。『宋板傷』では茯苓四逆湯の人参である。
5. 『病源論』は，虚勞は虚熱を生じ，(『宋板傷』に見られる)客熱も虚熱としている(参考資料①②)。

按1：瀉心湯や承氣湯や十棗湯や炙甘草湯や柴胡劑の類方が，虚熱を主治してい

る事実より、『宋板傷』の太陽病中・下篇～陽明病篇～少陽病篇（壞傷寒）は、「虚熱に起因する病症」と推定した。

按2：『金匱』は「五労虚極の羸瘦」に緩中補虚（『難経』十四難：損其肝者緩其中）として、大黃盧虫丸（大黃・黄芩・甘草・地黄が一致）を用いており、大黃は実証と思い込んでいた私は、いささかの戸惑いを覚えた経験があった。この「虚劳病に大黃」を基準にして、『宋板傷』の大黃劑を（太陽病で既に発汗吐下を経て、精気が衰えて伝経した）陽明病の虚熱に対応させた。

按3：内藤希哲や森立之等は、傷寒日期の五～六日の大黃劑（大柴胡湯・承気湯）を『宋板傷』の陽明病期に対応させている。しかし傷寒日期の五日と六日は、（三陽病発汗～）三陰病下法の裏熱証であり、『宋板傷』の陽明病は虚熱の点が多々異なっている。それゆえに、『病源論』の原文に忠実な歴安時は、「陽明病は虚」として三里穴を補い、『宋板傷』の胃家実（本質は大便秘結）を実熱証と誤認している森立之は、瀉熱の穴を運用している。言いかえれば、幕府官学は漢代の張仲景『傷寒論』像を、『宋板傷』をもとにして増大（もしくは削減）粉飾して、いわゆる通俗解説『傷寒論』派という「空気を支配する巨大な創造物」を生み出してしまい、その後続々とパロディ本が数も多く出版されてきた。民間の大阪学では『出定後語』『翁の文』『夢の代』等々の、クールな古代史観を育てていたのと対称的でした。

総按：『医心方』の虚熱方や客熱方は、「甘草・人参・芒硝・大黃・黄連・黄芩・芫花・石膏・升麻」等々が運用されており、司る病症も『宋板傷』と同質性が見いだされる。そこで、慢性の虚劳病に属する虚熱や客熱と、急性の『宋板傷』の太陽病篇の発汗・吐・下後の病症との一致点を探った。

- 急性外感病の時系列分割用薬法を骨子とする、『宋板傷』における「虚証」：「発汗吐下後の（急性的な）虚の病症」に対して、「（人参等の）補薬＋（黄連や山梔子等の）清熱薬」の組み合わせを用いている（参考資料⑬）。

（参考資料⑬）『宋板傷寒論』における「黄連・山梔子・人参」の分布

	黄連	山梔子	人参
太陽病上			(1)
太陽病中	(1)	(8)	(11)
太陽病下	(10)		(14)
陽明病		(4) 1	(6)
少陽病			(1)
太陰病			
少陰病	1		4
厥陰病	(4)	(1)	(2) 2
不可発汗			
可発汗病	(1)		(5)
発汗後病	(1)		(4)
不可吐病			
可吐病			
不可下病	(1)		(1)
可下病		(2)	
発汗吐下後病	(5)	(10)	(10)

注：可発汗病：太陽病，桂枝証，医反下之……宜葛根黄芩黄連湯
 「黄連」注：(1)「太陽病桂枝証，医反下之……属葛根黄芩黄連湯」
 「人参」注：(1)：「服桂枝湯，大汗出後，大煩渴不解……白虎加人参湯主之」
 (1)「傷寒中風，医反下之……属甘草瀉心湯」
 (2)「338，傷寒脈微而厥，至七八日……烏梅丸」
 「358，傷寒本自寒下，医復吐下之……乾姜黄芩黄連人参湯」
 注：「山梔子」
 1. 「261，傷寒身黄發熱，梔子藥皮湯主之」

『宋板傷』太陽病中下篇や陽明病と可不可篇では、発汗後病篇や発汗吐下後病篇に分類される病能一処方条文であり、清熱薬としての「人参+芩連剤・大黃芒硝」が、虚熱を司っているのはこのためである。一般的には虚実挟雑処方と解説されているが、基礎概念は虚熱に対する清熱法である。

按：虚煩や虚熱の病症に、「人参+芩連剤・大黃・芒硝」を用いるのは、『宋板傷』に特徴的な（虚証の）病理一治法概念である。

2. 慢性雑病や体質にもとづく「虚証」は、一定期間を経ている「恒常性を有した（慢性的な）虚の病症」である。
3. 「黄連・山梔子・人参」は、主に発汗後病篇と発汗吐下後病篇の虚熱～客熱に対する用薬法である（可発汗病では誤治に運用している）。それゆえに甘草瀉心湯には人参が存在していたと推定した。

■『傷寒論校注』（森立之）（図12）

8条の成無己の解釈は、太陽病から陽明に伝経させないのに「迎えて奪え（迎而奪之）」とし、瀉法として捉えています。本来は「陽明病は胃中寒なので、温めて元気にして予防する（補法）」であったのを、「胃の熱を去って胃家実を治療する」との違いが根底にあります。扨安時は『宋前傷』に従って「足の三里穴を補って治す」として、具体的な穴名をあげています。古典的な経絡学説の場合は、経絡名だけで穴名にはあまり言及しないのが通常です。

森立之は、“余邪を排出させて治療する”として瀉法を採用し、『明堂』『甲乙』の陷谷や衝陽などの熱病を司る穴を考察しています。扨安時の三里の補法と、森立之の熱病穴の瀉法で綺麗に入れかわっているのが、『宋前傷』との違いです。なお、伝経と転経は音義が通じています。

■針足陽明使經不伝（図13）

『病源論』に発する「足の陽明に針して邪を伝えない」条文は、『総病論』『千金翼方』『注解傷寒論』等々の主要經典が、均しく論じています。日本では「後に加えた条文」として削除し、考察の対象外でした。『宋板傷』における傷寒日期系処方条文の、頭出しの傷寒日数の無視と同質です。『杉山真伝流』は、微汗による営衛の和法という解釈を取り、「補」にも「瀉」にも論及しないのが特徴です。この立場は終始一貫しています。

『傷寒論校注』（森立之）

太陽病、頭痛至七日以上自愈者、以行其經尽故也。
若欲作再經者、針足陽明、使經不伝則愈。

〔成〕太陽之邪再伝陽明、針足陽明、為迎而奪之、使經不伝則愈。
〔方〕經尽、謂伝遍也。
欲作再經、謂病加進也。
針足陽明奪其伝路而過之也。
伝、与陽明篇「転」互音義、猶古之驛伝、今之過所云也。
〔扨〕補足陽明土 三里穴也。

案：至七日猶是經病、而未伝於府、在陽明經肌肉之分、故針其經。
行、瀉法、而令餘邪泄出於皮毛間也。
案：陽明胃經、考『明堂』『甲乙』陷谷、衝陽、解谿共主熱病、此針法、亦指此等穴而言也。

図12

表1、「針足陽明使經不伝」

『太平聖恵方』卷八・太陽病 (無)
『傷寒総病論』太陽証 : 針足陽明、使經不伝
[補足陽明土、三里穴也]
『千金翼方』太陽桂枝湯法 : 針足陽明、使經不伝則愈「陽明病は胃中寒」

『宋板傷寒論』太陽病上篇 : 針足陽明、使經不伝則愈「陽明病は胃中寒」
『注解傷寒論』 : 針足陽明、使經不伝則愈
[針足陽明為迎而奪之]

『傷寒論講義』（奥田謙蔵） (無)
『康平傷寒論』 (無)

注：「補足陽明土」も「迎而奪之」も、特定の「穴」指定は無い。
按：補法と瀉法。『杉山真伝流』は微汗による営衛の和法。

図13

■ 針灸における六經不伝論

ここからは、「針灸と六經不伝のかかわり」を探ります。

『総病論』は「三里を補う」とし、『針灸問対』は「過経不解，不伝」で、『天星秘訣』も「期門兼三里で過経を防ぐ」と一致しています。『杉山真伝流』は、『天星秘訣』などを引用していますが、解釈としては「微汗で治す」と和法にもっていきます。現代中国の李世珍は、3代にわたった針の名医で、『宋板傷』8条通りに「再経を防ぐために足の陽明に針する」とし、針灸臨床で運用しています。『明堂』～『病源論』以来の不伝の病理は、現代中国まで綿々と伝わっていました(図14)。

内庭穴も不伝法によく使われます。『針灸聚英』は『宋板傷』8条を内庭穴の主治症に引用しています。傷寒論の条文と穴の主治症が一致していたわけです。『宋板傷』の条文をブツブツ唱えつつ針治療にあたるのが、真の経方派でしょう。『針灸問対』も「不伝」で内庭穴をあげています。しかし、「太陽病の伝経」が「傷寒」に変化しています。傷寒に変わると太陽病日期ではなくて傷寒日期になってしまいます。『針灸六集』も「仲景…傷寒…」と銘打って、両者を混同しています(図15)。

厥陰経の期門穴は『宋板傷』において、伝経を防ぐ目的で「乗・縦・横」等々多く論述されています。経穴学書においても、「期門と不伝の作用」は豊富に存在します(図16)。

最初は『銅人腧穴針灸図経』(以下『銅人経』と略す)の「期門に針して伝経させない」です。『銅人経』は1027年(あるいは1026年)製造で、『宋板傷』は

出版年	陽明経「三里穴」
⑥	『傷寒総病論』北宋 安時1100 [補足陽明土、三里穴也]
⑭	『針灸問対』 明 汪機 傷寒過経不解 使経不伝
⑭	『徐鳳針灸大全』明徐鳳撰1439 『天星秘訣』期門兼三里，治傷寒過経 不出汗
⑰	『杉山真伝流』杉山『天星秘訣』三里を兼ね傷寒経を過ぎ汗出でざるを治す 杉山曰：營衛を和し、微汗を發するを取る義
⑱	『常用腧穴臨床』現代中国李世珍1983三里： 若欲作再経者，針足陽明，使経不伝

図 14

出版年	陽明経「内庭穴」
①	『針灸聚英』明 高武 1529 仲景：太陽若欲作再経者針足陽明使不伝則愈
②	『針灸問対』明 汪機 1530 傷寒過経不解 使経不伝
③	『針方六集』明 吳崑撰1618仲景： 傷寒欲作再経者針足陽明使不伝則愈 此穴近之
④	『常用腧穴臨床』李世珍1983 (無)
⑱	『杉山真伝流』江戸杉山 (無)

図 15

出版年	厥陰経「期門穴」
③	『銅人腧穴針灸図経』王惟一1027年or1026年 若傷寒過経不解，当針期門，使経不伝。 婦人傷寒、過経不解、当針期門、使経不伝
③	『雲岐子論経絡迎隨補瀉法』張璧 諸證不止未太寒者、当瀉肝経、刺期門恐傷脾胃也
⑬	『針経摘英集』元 杜思敬 治傷寒過経不解，刺足厥陰経期門二穴，使経不伝 仲景 傷寒 伝足経、不伝手経、此之謂也
⑭	『徐鳳針灸大全』明 徐鳳撰1439年 傷寒過経、不出汗、期門、三里先後看 主傷寒患、六日過経 尤未汗 兼三里、治傷寒過経 不出汗。
⑰	『針灸問対』汪機 1530年 傷寒過経不解、刺之、使其不再伝也
⑱	『常用腧穴臨床』李世珍1983年治療治傷寒過経不解、経不再伝、傷寒解汗不出 引用『常弘賦』『玉龍歌』『針灸問対』『長桑君天星秘訣歌』『得効心穴針法歌』
⑱	『杉山真伝流』江戸杉山胸脅七星穴『常弘賦』傷寒六日経を過ぎ汗出でざるを主る 『天星秘訣』三里を兼ね傷寒経を過ぎ汗出でざるを治す 杉山曰：營衛を和し、微汗を發するを取る義
	『太平聖恵方』(淳化三年992年)
	『銅人腧穴』(1026-1027年)
	宋板『傷寒論』(大字本-1065)

図 16

1065年ですから、『宋板傷』の出版前に既にこの条文が正式に採用されていました。むしろ北宋最初期の『聖恵方』（992年書成）に近く位置する經典です。

雲岐子も「謔語やまずして脾胃に伝ずるのを防ぐ」とし、明代出版の許叔微本で「過経不解は期門に針す」となっています。伝経を防ぐことにおいては、婦人傷寒も太陽病も同じ病理条件を有しているのです、『宋板傷』太陽病篇に婦人傷寒の処方条文群が存在しています。

宋代の四大『傷寒論』学者たる「許叔微（朱肱・扈安時・郭雍）」が、「期門の不伝」を論述していたのには感激しました。

『針経摘英集』は仲景と銘打って「足経から手経への伝経を防ぐ」としています。手経と足経の合病説です。

すばらしく美しい書名の『長桑君天星秘訣歌』（明代の収録本）で、病期と治法の時間概念上の考察として、期門と三里の先・後関係が明示されています。『宋板傷』の「先に桂枝湯で発汗して、後に承気湯で下す」二段階治療に対応しています。

李世珍は『常用腧穴臨床發揮』で、諸經典を網羅引用して「不伝」を特に強調しています。

『杉山真伝流』は、複数の經典を引用しておきながら、やはり當衛の和方に終始しています。

『明堂』と『病源論』と『銅人経』を大前提にすれば、「『素問・靈枢・難経』で発達してきた針灸系統の病理論を基礎にして、『明堂』の成立と前後して『宋板傷』に特有な六経病理概念が萌芽した」と考えられます。

混沌（複雑系）の在野の無限大に近い試行錯誤を経て、処方条文が経験的に蓄積されて、諸家方としての経方が成立し、その後大学を以て理論整備されて、經典として体系化され編纂が繰り返されたのが現実的な経過でしょう。

■ 本草学における六経不伝論 (図 17)

伝統的な『本草書』の系列は、『神農本草経』（森立之等の復刻本。以下『本草経』と略す）に始まり、『唐本草』から『証類本草』に至るまで、記述が次々と加わり、屋根の上に屋根を重ねるように肥大しています。北宋代に校正医書局から出版された『宋板傷』には、『素問・靈枢・難経・脈経・明堂・病源論等々』の病理条文と、独自に発展してきた各流派の経方が集合されて編纂されています。そこで、よって立つ病理態がそれぞれ異なる諸經典由来の条文群を融合して、合理的に「一気通貫」に解釈する必要に迫られました。この難問に対して成無己は『内経』と『宋板傷』（大字本系統）を結びつけて解釈しました。この流れを受け継いで、『宋板傷』の解釈に運氣七編の影響も受け入れて発展したのが、金・元医学です。

著明な針灸師を父に持つ張元素が湯液も修めたことによって（伝統的な『本草経』にはなかった）、経絡一経穴学説等の針灸系の条文と湯液系条文の融合がはかられ、李東垣を通して『湯液本草』に整理されています。さらに『奇経本草』*³まで発展して、最終的には金元医学の末尾に位置する『本草綱目』にまとめられています。

『本草経』に連なる伝統的本草書は、前書の記述の削除はせずに、ひたすら書き加えるだけですが、『本草綱目』が、「發明」や「附方」等の独自の編纂形式を

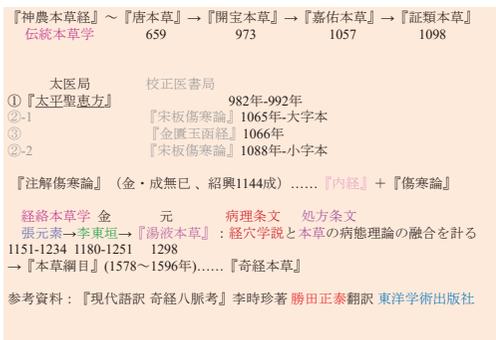


図 17

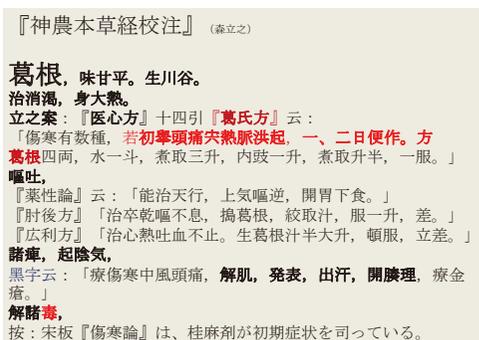


図 18

採っている理由は、以上の悩みがあったからです。それゆえに（図 18 に記す）「不伝の葛根」等々の「非伝統的記述」を明記しています。

強調すべきは、古典的『本草經』系列に見られる傷寒の記述は、『宋前傷』の病能を反映しており、『宋板傷』に特徴的な“附子の止汗法や人参の瀉火法”等々には、対応していない点です。『湯液経法』や「経絡一經穴学説」や『内経』至真要大論（王氷注…）等によったほうが、『宋板傷』処方の薬味解釈が、より合理的に理解できることを意味しています。

■『神農本草經校注』（図 18）

『本草經』校注で森立之は、葛氏方から引用して「傷寒の一～二日目は葛根」としています。

『宋前傷』派にとつての発汗法は、『武威医簡』以来の附子剤ですが、『宋板傷』六經では「少陰病の温裏薬」に成り下がってしまい、太陽病期でも「発汗後の亡陽症に対する補陽法」であって、積極的な意味での第一発汗法としての働きは、否定されています。

そして、「葛根の不伝経」に関しては（『温病』等々、十分に知っていたのに）一切言及していません。これが、伝統的『本草書』の公的認識です。

■千金方（図 19）

1. 『医心方』の傷寒一二日は『葛氏方』の葛根で、附子の発汗法も採用されています。

『宋板傷』では、桂枝湯の方一に続いて、方三・加葛根湯と方七・加附子湯が記されているのはこのためです。『医心方』傷寒では最終病能の六日～十日経過後まで、桂枝湯と麻黄湯は用いられません。傷寒汗出後不除方の再発汗法の汗出更解方（『宋板傷』の桂枝二麻黄一湯）が、桂麻剤としての初出です。

23 条桂枝麻黄各半湯は、『医門方』では桂枝麻黄湯（還魂湯としての旧麻黄湯に桂枝を加えて『宋板傷』の麻黄湯が成立。『宋板傷』の小字注では、それぞれ別に煎じた桂枝湯と麻黄湯を混ぜて作成している）として「発汗後の病理における如瘧方」に位置しています。

『宋板傷』の傷寒例第三・発汗後病篇・発汗吐下後篇と『医心方』傷寒汗出後不除方が対応しており、桂枝二麻黄一湯や汗出更解方として記されています。言い換えれば、発汗後不解の再（第 2）発汗法が麻黄剤で、『宋板傷』太陽病の

『諸病源候論』『医心方』傷寒 傷寒候	宋板『傷寒論』 傷寒例	六經病篇 太陽病
傷寒一日太陽病 治傷寒一二日方第 『集驗方』: 又方: 葛根・納跂。生葛根汁 『千金方』如得一二日方: 真丹 (附子)	傷寒一日太陽病	
傷寒六日厥陰病 治傷寒六日方	傷寒六日厥陰病	厥陰病
傷寒發汗不解候 治傷寒汗出後不除方 大汗出後脈猶洪大形如瘧日一發汗出便解方 若重感於寒者變成溫瘧 桂枝二麻黃一湯 (桂心 芍藥 生姜 甘草 大棗 麻黃 杏仁)	發汗後病篇	

図 19

「(可不可篇と同様に、本来的に処方付記がない) 病理条文の中風と傷寒定義」に、桂枝湯と麻黄湯を安易に対応した時点で、引き続き処方条文群との解離が生じています。発汗後の変成病理そのものが、桂麻剤の主治証でした。

同様に、『宋板傷』23条桂枝麻黄各半湯は、可不可篇では発汗後病に分類されており、桂枝湯に麻黄湯が合方されても、あくまでも「発汗後の再発汗法」と認識されています。それゆえに「虚証を前提にした治如瘧処方」です。『病源論』巻七・傷寒候に「虚家亦然，寒多熱少可吐者…治瘧亦如之」とあり、「虚証+吐法（『脈経』と『宋板傷』厥陰病篇は“不可下”）+瘧」が明文化されています。

『病源論』傷寒發汗不解候を来源とする発汗後篇が、『脈経』と『宋板傷』のみに存在しているので、不伝の治法はこの系列で発展したと思われ、他の諸『傷寒論』の可不可篇とは一線を画しています。(図 31 参照)

『宋板傷』六経は虚証を基礎病理に成立しているもので、(傷寒日期における傷寒1日発汗法の葛根や葱白や附子剤ではなく) 虚熱としての桂枝湯で始まっています。

『宋板傷』の可発汗篇は、『千金翼方』の三綱鼎立を踏襲しており、最終条文の麻黄附子甘草湯条文だけが、古典的な傷寒日期の発汗法の名残です。

2. 国宝『医心方』は、瘧に柴胡を用いていない。『宋板傷』は、漢代以来の「治瘧」の伝統を受け継いでいないことになる。『枳園叢攷』で森立之は、半表半裏の久瘧に「人参」を用い、「柴胡」は否定している。「治瘧生薬」の第一は、「恒山(常山)」であり、『宋板傷』六経でおなじみの「甘草・大黃・附子・山梔子・鱉甲・竜骨・石膏・麻黄・知母・牡蛎・細辛・桂枝・蜀木・猪苓・人参・杏子・黄芩」等々は、『医心方』では「治瘧生薬」である。『宋板傷』六経病が主る病能と、瘧の病能は相似性を有している。

しかし、治瘧の主力たる「恒山(常山)」を欠く『宋板傷』なので、あくまでも「如瘧之状」の経典である。治法は「吐法」が有力であったが、現代では既に失われた概念である。

(参考資料⑭)

『素問』熱論： 傷寒一日 巨陽受之，故頭項痛腰脊強
 『宋板傷』太陽病4：傷寒一日，太陽受之，脈若靜者，為不伝；

(参考資料⑮)

1. 『諸病源候論』傷寒発汗不解候（隋・巢元芳）

傷寒初一日至二日，病在皮膚，為在表，表者陽也。法宜發汗。
 今發汗而不解者，此陽不受病，
 陽受病者，其人身体疼痛，發熱而惡寒，動則拘急，脈洪大者，有此症候，則為病在表，
 發汗則癒。
 若但煩熱，不惡寒，身不疼痛，此為表不受病，故雖強發其汗而不能解也。

- ・『病源論』巻七・傷寒諸病上は、「傷寒候」に始まり「傷寒発汗不解候」が続いている。すなわち、『素問』熱論に隷属する傷寒日期系統の「三陽病発汗・三陰病吐下」の病理構造が終了した後の、傷寒雑病の冒頭の病症が「発汗不解候－不受病」であり、『宋板傷』では24条の「初服桂枝湯，反煩不解者，先刺風池風府（発汗不解に対する刺法）」に踏襲されています。
- ・この場合の「受病・不受病」や「伝病・不伝病」や「病除・病不除」の基礎概念は、1つは、病気を受けない体を鍛えたり予防することであり、『病源論』の導引等に詳しい）1つは、病気が1つの経から別の経に、1つの臓腑から関連する臓腑に転変や影響を与えることに立脚している。

2. 三陽病期から三陰病期への受病（あるいは不受病）

『宋板傷寒論』269少陽病 傷寒六七日 無大熱 其人躁煩者 此為陽去入陰故也。
 『永類鈴方』 少陽病 三日 無大熱 其人躁煩 此為陽去入陰
 『太平聖恵方』巻8・少陽病 傷寒 三日 無大熱 其人煩躁 此為陽去入陰故也。宜茯苓湯（翼236）
 270， 傷寒三日，三陽為盡，三陰当受邪。其人反能食而不嘔，此為三陰不受邪也。

『仲景傷寒補亡論』（宋・郭雍 1181成）

曰：傷寒三陽受病，伝不伝可見否，
 仲景曰：傷寒知曰「一日，太陽受之，脈若靜者，為不伝。頗欲吐，若躁煩，脈數急者，為伝也。
 又曰，三陰当受邪，其人反能食而不嘔，此為三陰不受邪也。不受邪則不伝矣。

- ・『宋板傷』は「少陽病の傷寒六七日」であるが、『永類鈴方』と『聖恵方』では、「少陽病三日…」となっている。
- ・「伝と不伝」や「受病と不受病」の判断は、「脈若静と脈数急」や「欲吐と躁煩」等の病症によって判別される。もし「不能食・嘔吐」を呈していれば、三陽病期から三陰病に受病（＝伝経）している。

『素問』熱論は、「傷寒一日に巨陽が受病した場合には、ゆえに頭項・痛腰・脊強を呈する」としている。すなわち、「傷寒一日に、巨陽が受病する場合と、受病しない場合がある」と、先ず弁別する必要がある存在している（参考資料⑭⑮）。

■『湯液本草』（図20）

『湯液本草』に李東垣の説（『用薬心法』）が引用されています。『本草経』の記述に『發明』（『象』云：…『心』云：…『本草』云：…）が続いて、李東垣は葛根に対して「太陽が陽明に入る路を断つ（断太陽入陽明之路）」と見事に言い切っています。

『宋板傷』の「針で陽明を断つ」条文と、「葛根で伝経を断つ」条文が、金元医学で初めて一致して認識されました。最も重要な事実は「針灸病理の記述が先で、本草学の記述が後から書き加えられた」という時間差です。言い換えれば「『本草経』系統の伝統的記述を根拠にして、『宋板傷』の経方を論じる場合には、多

『湯液本草』引『用藥心法』（李東垣）：（元・王好古集，1298成書）

【象】云：治脾虛而渴，除胃熱，解酒毒，通行足陽明經之藥，去皮用。
 【心】云：止渴升陽，【珍】云：益陽生津，勿多用，恐傷脾胃氣。虛渴者，非此不能除。

卷中 草部 **「葛根」** 內容：氣平，味甘，無毒。陽明經引經藥，足陽明經行經絡的藥。
 『本草』云：主消渴，身大熱，嘔吐，瘧疾，殺陰毒，解酒毒。
 寢食強中風痙瘓，解肌，惡寒出汗，頭暈，痰全瘧，止痛，除風濕，生機汁，藥，治消渴，傷寒吐瀉。

易老云：用此以斷太陽入陽明之路，非即太陽藥也。
 故仲景治太陽，陽明合病，桂枝湯內加麻黃，葛根也。
 又有葛根，黃芩，黃連，解肌湯，是知葛根非太陽藥，即陽明藥。（→葛根黃芩黃連）
 易老又云：太陽初病未入陽明，頭痛者，不可使服葛根發之。
 若服之是引賊破家也。
 若頭顛痛者，可服之。葛根湯，陽明自中風之仙藥也。

*『傷寒類証活人書』（宋・朱肱）伊尹『湯液部』桂枝湯中葛根，今重本用麻黃，後矣
 森立之：
 『深師』桂枝湯方中用葛根而師曰桂枝湯者與『玉函』千金翼合是蓋仲景原文
 按：伊尹『湯液論』は、傷寒日期時系列（『聖惠方』卷9・傷寒-15時氣論-17熱病）
 按：『葛根』を嫌う葉天士：『旋胡劫肝陰、葛根喝胃汁之說』
 補中益氣湯も少量の柴胡であり、升提も葛根を用いず「升麻」である

図 20

『本草綱目』（明・1578李時珍）

『葛根』氣味甘辛平無毒
 『發明』張仲景治太陽陽明合病桂枝湯內加麻黃葛根
 又有葛根黃芩黃連解肌湯是用
 此以斷太陽入陽明之路 非即太陽藥也。

頭顛痛如破乃陽明中風可用葛根葱白湯為陽明仙藥

元素の医説を門下の東垣・好古、羅天益らが継承し、
 いわゆる『易水学派』が形成された。
 末尾を飾る李自珍。

図 21

少の無理が伴う」ということです。

金元医学の帰経学説は、針灸系と湯液・本草を理論的に一致させるために生み出されたといえます。さらに「仲景は伝経を断つために葛根や麻黄を入れて合病を治している」とし、または「葛根・黄芩・黄連で治す」としています。これは『総病論』太陽病篇の最後を締める葛根黄芩黄連湯に一致します。

『宋板傷』も桂枝加葛根湯に麻黄の有無が議論されています。『傷寒類証活人書』で朱肱が、「伊尹湯液經」の桂枝湯には葛根があったが、いまは麻黄を入れるようになった」と述べています。そこで、本来は麻黄が入っていなかったと推測されます。朱肱のいう「いま」は北宋初期ですが、以降においては両者を併用していたのかもしれませんが、その変遷過程が宋臣の小学注として考察されています。深師方の桂枝湯には葛根があり、それを森立之は仲景の原文だとして、桂枝湯は桂枝湯加葛根が本来の姿だろうとしています。

『医心方』傷寒日期で「太陽病は葛根」とし、深師方は桂枝湯加葛根なのに、『宋板傷』は「桂枝湯→麻黄湯→葛根湯…」の順序立ての陣を配しています。そして葉天士も葛根を嫌っています。このあたりの金・元医学の絡みと陰影は、ここでは割愛しますが、「掃葉荘」～「踏雪齋」等々根深い問題がいろいろあります。

■『本草綱目』（図 21）

『本草綱目』は「葛根」の「發明」で、（李東垣を引用して）「張仲景は合病を治すときに桂枝湯に麻黄と葛根を加えた（桂枝加葛根湯）」とし、「また葛根黄芩黄連湯でも可なり」としています。

さらに「太陽から陽明への邪が伝ずる径路を断つ目的で使った」としています。伝入経路を断つことによって合病の病能を防止するのが葛根なので、治未病に一致してきます。張元素以来の東垣・好古・羅天益らが継承して「易水学派」が形成され、最後は李自珍によって総整理されています。

ここにおいて、『宋前傷』を旗印にして、孤軍奮闘数十年の私に、金元医学の援軍が出現してきました。心にたなびく軍旗には、『宋板傷』病理の特殊性を、『宋前傷寒』を基礎にして理解したのが易水学派だった」と閃いてきました。

■『医方集解』（図 22）

『医方集解』は台湾の中医師国家試験指定教材です。その桂枝湯は「邪が胃腑（陽

『医方集解』（清・汪昂撰。刊於1682年）
 <目録>發表之劑第二
 <篇名>桂枝湯：表未解也、可發汗
 脈遲汗多屬陽明証、以微惡寒尚兼太陽、仍當從外解肌、斷其入胃腑之路
 <篇名>葛根湯
 治太陽病項背几几、無汗惡風。無汗惡風、中風而表実也、陽明脈上顔而合於太陽、恐將伝陽明、故加葛根以斷之。
 張元素曰：二湯加葛根、所以斷太陽入陽明之路、非太陽藥也。

図 22

『成方切用』 清・吳儀洛
 （『医方考』明・吳崑十『医方集解』清・汪昂撰1682年）
 卷三上 表散門
 桂枝湯
 仲景陽明病、脈遲、汗出多、微惡寒者、表未解也、可發汗。脈遲汗多、屬陽明証、以微惡寒、尚兼太陽、仍當從外解肌、斷其入胃腑之路。
 葛根湯
 張元素曰：二湯加葛根、所以斷太陽入陽明之路、非太陽藥也。若太陽初病、便服生葛、是反引邪氣入陽明也。
 卷四上 攻下門
 大承氣湯
 王海藏曰：……鬱毒積實大氣大病發汗則愈、宜（先）麻黃湯。此斷其入陽明之路、仍從外解、則不內攻也。
 『長桑君天星秘訣歌』
 三里先後看

図 23

明)に入る路を断つ」と記されています。とうとう桂枝湯まで陽明病への伝経を断つ処方になりました。葛根湯は当然の如く「伝経を断つ」で、張元素は「葛根を入れたのは太陽と陽明の路を断つためだ」としています。

■『成方切用』（図 23）

『成方切用』は、『医方考』や『医方集解』等々を継承していて、理論構成が複雑になっていますが、桂枝湯は「仲景の名のもとに、陽明に邪が入るのを断つ処方」としています。葛根湯も表散門で、張元素が「断つ処方」としています。さらに大承氣湯に「奪」として成無己注を引用して「麻黄湯は陽明に邪が入るのを断つ処方」だとしています。『成方切用』まで時代が下がると、桂枝湯・葛根湯・麻黄湯は、みな表邪が陽明に入る路を断つ処方に進化します。

宋代の朱肱が所有していた『伊尹湯液経』で、桂枝湯の名のもとに既に麻黄や葛根が加味されていたので、桂枝湯・葛根湯・麻黄湯の類の「断陽明之路」は、共通した作用機序に則っています。

現存する經典では、『聖恵方』巻九傷寒の太陽病処方が「桂枝+葛根+麻黄…」で構成されています（参考資料⑯）。

個人的には、朱肱のいう『伊尹湯液経』は、『聖恵方』巻九・傷寒だったと推定しています。

この「先に麻黄湯で、後で承氣湯」や「桂枝湯が先で承氣湯が後」という治法順序は、『長桑君天星秘訣歌』の、三里と期門等の前後治法概念に対応しています。張元素以来、針灸理論が発展して『本草綱目』によって明文化され、最後は承氣湯まで発汗薬として陽明の路を断つ処方に変わりました。

なお、『千金方』も『温疫論』（吳又可）も大塚敬節も、大黃（承氣湯）の発汗法について論究しています（参考資料⑰）。

■『古方選注』（図 24）

『古方選注』の1700年代に入ると、（葉天士は葛根が大嫌いだったように）「李東垣が葛根を陽明系の薬だというのは間違いだ」と、見事に反対意見を述べています。あくまでも太陽系の処方で、麻黄や桂枝と同じように発散一逐邪して治すのだとして、現代中薬学で葛根が発表剤に入る概念の基礎が形成されています。ただし、葛根の「断陽明の路」は、仲景の名のもとに賛成しています。

(参考資料⑥) 『太平聖恵方：卷九』 処方

治傷寒一日候方

4 治傷寒初患一日 宜服解肌湯：桂心 赤芍薬 甘草 入生姜 棗 葛根 麻黄 石膏 杏仁

(参考資料⑦)

1. 『備急千金要方』 卷第九・傷寒上 発汗散・発汗湯・発汗丸における「大黄と芒消」

発汗散第四

青散：苦参，厚朴，石膏，**大黄**，**麻黄**，細辛，烏頭

水解散：桂心，甘草，**大黄**，**麻黄**

大熱欲死：**大黄**，寒水石，**芒消**，石膏，升麻，麻黄，葛根

発汗湯第五

不得飲食：梔子仁 黄連 黄柏 **大黄** 好豉 葱白

重下血一日数十行：茯苓，黄芩，人参，栝楼根，**芒消**，乾地黄，**大黄**，**麻黄**，寒水石

傷寒雪煎：**麻黄**，**大黄** 杏仁

発汗丸第六

麦奴丸一日黒奴丸 二日水解丸：釜底墨・突墨，梁上塵，**大黄**，麦奴，黄芩，**芒消**，麻黄蜜丸。

2. 呉又可曰：「凡見表裏分伝之証，務宜承氣先通其裏，裏氣一通，不待発散多有自能汗解。」亦有識之言耳。

『傷寒論校注』（森立之）：呉又可が「凡そ表裏分伝の証を見わさば，務めて宜しく氣を承け先ず其の裏を通ずべし，裏氣一たび通ずれば，発散を待たずして，多く自ずから能く汗解すること有り」といっているのは，また有識者の言というものである。

3. 大黄と発汗（大塚敬節『古医道』2巻5月）

麻黄と大黄前者は温薬で組織と刺戟，緊縮して汗を押し出すもので，後者は冷薬で組織の異常緊張をゆるめて汗を開放する。発汗することにおいては同じだが，その作用は正に相反する。古方では麻黄と大黄とを組合した方剤は一方と雖もない。以上の愚見とこのことを思ひ合はすと，更により以上の暗示に触れるではないか。

岡田注：『千金方』は，「大黄＋麻黄」の組み合わせを，発汗散で2回（青散・水解散），発汗湯で2回（重下血一日数十行・傷寒雪煎）用いている。

自験例：風邪

- ①頭痛悪寒 少し発熱 足の倦怠感 脈浮有力， 葛根湯 無効
- ② 悪寒は漸次強く熱上る 腰足の倦怠感が増加 麻黄湯 無効
- ③ 渴が少し脈滑有力緊 **調胃承気湯**，軽い発汗
つづいて一貼，嘔吐と下痢と発汗

婦人の症例：喘息

大承気湯，強く発汗

『葛氏方』や『医心方』傷寒日期では，傷寒一日の発汗の葛根と発汗後の桂麻剤が，『宋板傷』では桂枝湯が第一選択で，次いで葛根が陽明病との臨界点に用いられていて，用薬順位が逆転しています。

それなので，桂麻剤と葛根が一緒になって葛根湯が出来上がって発汗剤になっているのか，葛根と芩連剤で陽明を瀉しているのか，逆に清熱滋陰して潤しているのかという切りかえポイント分岐点です。

■『長沙薬解』（図25）

『長沙薬解』の葛根では，『本草経』以来の嘔吐等は姿を消して，陽明経に入る解鬱清熱薬になります。柴胡剤も『本草経』では通腑薬で，大柴胡湯類の（大黄

『絳雪園古方選注』

(又名『十三科古方選注』清・王晋三、刊於1732年)

葛根湯...方中虚寒重複者、其微妙在先煮**麻黄葛根**減二升、後納諸藥、則是**發背衛之汗為先**、而固表收陰隲于後、**不使熱邪伝入陽明也**、故仲景**治太陽病未入陽明者、用以取邪、断入陽明之路**。

若陽明正病中、未嘗有**葛根**之方、**東垣易老**、請**葛根**足陽明**織土藥**、**誤矣**。

按：太陽病の邪氣が陽明に入る前にその伝入の路を遮断すること。

太陽経の邪熱を陽明経に転入させない作用が**「葛根」**

図 24

『長沙薬解』（清・黄元御）

入足陽明胃経。解**經氣**之壅遏，清**胃腑**之燥熱

按：本草学は一般的に**葛根**を解表薬に分類している。『神農本草経』は主治で嘔吐、下利以外に、**身大熱と消渴**と**太陽病表証の高熱**ではなく、むしろ陽明経証の4大症状の二つである

身大熱、**口大渴**に対応している。（他に汗大出、脈洪大）

図 25

『六訳館叢書』 医類（廖平）

傷寒総論録**外台第一卷諸論傷寒八家**「華佗曰...至**四日**在胸，宜服藜蘆丸微吐則愈」

『**病源**』上従『**内経**』分経 → **病源**併方下以**六層分日数配六経**，為**互文起義**，後人混合讀之，不知**互文之例**，所以誤也。

『**病源**』傷寒**時行**四日其病在胸膈也，故可吐而愈，**熱病**、**温病**俱同。

図 26

廖平：清末民初の今文学派の掉尾を飾る経学者。思想が六変した事に因んで六訳と号した。張之洞・王闈運を師とし劉師培と交遊し弟子に蒙文通がいる。

初名は登廷、字は季平、号は旭暎、または昂斎。

第一變平分今古、**第二變**尊今抑古、**第三變**小統大統、**第四變**天学人学、**第五變**天人大小、**第六變****五運六氣**を以て**詩易**を解する。

第六變期『黄帝内経素問』の影響を受け中医学の研究をした。

廖平が病気に冒されたとき、治療のために読んだ『素問』

注：70歳で中風を患い、80歳で没。

図 27

がなくても) 下法だったので、小柴胡湯として解表薬から和解法にまで発展しています。各種の生薬は、解表薬～胃腸薬～下法等々の通経作用に集約されて、同じような歩みを有しています。

■『六訳館叢書』（図 26）

廖平は清末民初の大「今文学者」で、『六訳館叢書』を著しました（図 27）。思想が6回変わったので「六訳館」と称されています。天下の大学者でも6回考えることが変わったのだから、野山のぺんぺん草のような私が、まあ2～3回ぐらい宋以前から金元医学に心変わりしてもいいじゃないかって感じですけども……（笑）。最後の6回目の変化の研究が『素問』です。70歳で中風に倒れ、その後の10年間で『素問』と五運六氣の大事業を成し遂げた大学者です。

『六訳館叢書』で、『外台』病源并方と『内経』（『素問』熱論）を合体させて、「六層分日数配六経（各六経病に六層日を与える）」として、六六三十六分類の理論を展開しています。「漢方医は古典を読む能力がないから、互文等の概念が理解できず誤解している」と、彼は言っております。このへんは大学者のキツイお叱りと思います（笑）。

優しく解説すれば、『宋板傷』の太陽病期だけではなく、すべての六経病期に上・中・下篇が存在しているが、その記述は（太陽病に詳しく書いてあるので、繰り返すことなく）省略されている……”ということなのです。

実際、少陰病編では、附子剤に始まって黄連阿膠湯等の熱化証に（太陽病の桂枝湯→炙甘草湯のように）変化しており、上・中・下篇構成（もしくは逆相関の

『六訳館叢書』 医類 (廖平)

華佗、仲景、『病源』、『刪繁』、『千金方』、『外台』皆云一日在皮
 二日在膚
 三日在肌 (→骨)、為三表在外、故為陽
 四日在胸
 五日在腹
 六日在胃

可吐下而已病、人胸腹不在皮膚、是為三裏故謂之陰
 此陰陽以表裏言、非三陽經三陰經也。
 按：張仲景『傷寒論』は『病源』と『聖恵』に依っている

図 28

『六訳館叢書』 医類 (廖平)

	傷寒一日	二日	三日	四日	五日	六日	七日	八日	九日
	太陽病	陽明病	少陽病	太陰病	少陰病	厥陰病			
宋板『傷寒論』	< 內經								
太陽病提綱	一日病								發汗
陽明胃 (虛) 實提綱	二日病	身熱而鼻乾							發汗
少陽病提綱	詳三日病	*							發汗
太陰病提綱	詳四日病			*					吐法
少陰病提綱	詳五日病				*				下法
厥陰病提綱	詳六日病							*	下法

三陰之汗証為前三証、三陽之下証為陽經五六日病、

図 29

(参考資料⑩) 傷寒4日と胸と吐法と少陽部位

*『素問考注』(森立之) 論篇第三十一 (『宋』六經)

1. 「一日至三日」 太陽病、桂麻青竜之類所主是也。
2. 「四日」在胸、少陽病而邪在半表半裏之位。
 柴胡諸湯・陷胸・瀉心・梔子湯之類所主是也。
3. 邪在胸上者。或用吐劑也。藜蘆丸・瓜蒂散之類可選用也。
4. 「五日在腹。六日在胃」者。大柴胡湯・三承氣之類所主是也

*『金匱』陽病十八：頭痛，項，腰，脊，臂，脚掣痛。
 陰病十八：咳，上氣，喘，噦，咽，腸鳴，(腹)脹滿，心痛，拘急。

下→中→上篇) が、はっきり見て取れます。

按：岡田は、一見竜頭蛇尾な『宋板傷』六経編纂型式を是とし、『六経六層傷寒論』は拡大解釈と認識している。

病能の初期の太陽病篇から発汗吐下病症を組み込んで編纂されている『宋板傷』は、「霍乱病の加上説(層累造成説)としての六経編纂」と認識している。別論を立てる。

『六訳館叢書』は、『外台』の傷寒八家・病源并方と、『千金方』可不可の発汗・吐・下篇や『病源論』傷寒日期等々の古典を論拠にしています(図 28)。

一日目は『宋板傷』六経の太陽病一日に対応していますが、三日目はまだ表に属しており、『太素』では「骨(急性期の節々の痛みとしての表症)」に配当されています。四日の胸は『宋板傷』の少陽病期に対応して裏に入り、「吐法」が適応される古典的な傷寒日期観念です。それで、太陽病～厥陰病の三陽・三陰病期ではなくて、各六経病の日数変化の表裏を陰陽といっています。さらに「張仲景『傷寒論』は『病源論』の病理と『聖恵方』によっている」と、廖平は言ってくださったので、宋以前『傷寒論』派の私は、喜んだ次第でございます(狂喜乱舞)。

森立之も、傷寒一日は『千金翼方』の三綱鼎立(桂枝湯・麻黄湯・小青竜湯)に始まり、傷寒四日目に半表半裏の小柴胡湯を配当しています。『金匱』でも陰病十八の咽であり、『宋板傷』少陽病提綱証の「咽乾」に対応しています。「『宋板傷』少陽病は四日目の陰病で半在裏半在外」でした(参考資料⑩)。

傷寒一日は太陽病の一日目に一致して太陽病提綱証ですが、太陽病の六病日が厥陰病の提綱証で、『宋板傷』は前後を省略して記述しているが、全部含まれて六×六=三十六になるとしています(図 29)。

按：『素問』熱論系統の「傷寒四日＋太陰病＋半表半裏＋小柴胡湯」の概念は、『宋板傷』太陽病下篇において、「146・147・148・149条の傷寒五～六日における柴胡剤の段落」のなかで半在裏半在外が論じられており、あくまでも「傷寒日期の五（少陰病）～六日（厥陰病）としての裏証＋表邪」の病理です。「半在裏半在外が太陽病期に編纂されている理由は、『病症初期で発汗吐下を呈して陽明病で便秘し三陰病期で下痢する霍乱病（383条）』を基礎病理にしています。これを抽象理論化して六經病編纂にしたのが、『宋板傷』六經の発明で、初期の表症で既に嘔吐等の胃腸症状が出現するのが特徴です。

『素問』熱論と発汗・吐・下の時系列が逆転している由縁です。それゆえに、宋以前『傷寒論』の傷寒日期とは、八綱の逆転現象が存在しています。

(参考資料⑩)『宋板傷寒論』

太陽病上	
1. 太陽之為病脈浮頭項強痛	而惡寒
3. 太陽病或已發熱或未發熱	必惡寒體痛嘔逆
霍乱病 382 發熱頭	痛身疼惡寒 吐利 383 本是霍乱今是傷寒
今世人傷寒	
霍乱病	
382 問曰 病 發熱頭	痛身疼惡寒 吐利 此屬何病
383 傷寒 其脈微者	本是霍乱, 今是傷寒
却四五日至陰經上軀陰必利本嘔下利者 不可治也	
欲似大便而反失氣仍不利者此屬陽明也便秘	

1. 『素問』熱論は「三陽病 [頭項腰脊強痛・身熱・目痛・鼻乾・胸脇痛・耳聾] の発汗法＋三陰病 [腹滿・口乾・口燥・舌乾・渴・煩滿・囊縮] の下法」を準繩としており、[悪寒・嘔吐と陰病の下利→陽病期の下法]はない。

霍乱病を「発熱・頭痛・身疼・悪寒・吐利」と定義しており、「本是霍乱今是傷寒，四五日入陰經必利…失氣大便不利者陽明」として、霍乱から傷寒への病症の変遷と、「陽明病の便秘と太陰・少陰病の下利」を論じている。

按1：「本の霍乱は今の傷寒」と経文大字注は解説している。

按2：『宋板傷』の太陽病冒頭の「1～3条の傷寒定義」と、霍乱病の病症定義は一致している。

按3：『宋板傷』における「陽明病の便秘と少陰病の下痢」の病理根拠を、霍乱病に求めた。

按4：『宋板傷』に大字注文「本（旧・前）**，今（新・反）**」の定型的な記述は多数見られる。「今世人傷寒…今搜採仲景旧論」も「桂枝加芍薬人参新加湯（本云桂枝湯，今加芍薬，生姜，人参）」も同列であり、王叔和の注文と推定している

(参考資料②)「383 本是霍乱・今是傷寒」条文の年代同定

辨脈法第一

趺陽脈浮而數…此非本病…脈反但浮…本以數脈動脾…今脈反浮，

平脈法第二

假令旧有伏氣…今復欲下利。

師曰：我前來不見此証，今乃變異，是名災怪。

答曰：或有旧時服藥，今乃發作，故為災怪耳。

傷寒例第三

今世人傷寒，或始不早治，

今搜採仲景旧論

若更感異氣，變為他病者，當依旧壞証病而治之

太陽病上

14. 臣億等謹按，仲景本論…今証云汗出惡風…恐非本意也

16. 瘰癧…桂枝本為解肌

20. 本云桂枝湯 今加附子

21. 本云桂枝湯 今去芍藥

22. 本云桂枝湯，今去芍藥加附子

23. 本云桂枝湯三合麻黃湯三…今以算法約之

25. 本云桂枝湯二分麻黃湯一分…今合為一方

臣億等謹按…今以算法約之

27. 本云，當裁為越婢湯，桂枝湯合之飲

億等謹按 今以算法約之

旧云：桂枝三…即當云桂枝二也

28. 本云桂枝湯，今去桂枝，加茯苓，白朮。

辨太陽病脈証并治中第六

40. 麻黃主喘，今此語反之，疑非仲景意。

(『18』麻黃止喘，今語反之，疑非仲景意，此本仲景傷寒論文)

62. 桂枝加芍藥生薑各一兩人參三兩新加湯主之

本云桂枝湯，今加芍藥，生薑，人參

63. 本云黃耳。(→今云麻黃杏仁甘草石膏湯)

104. 此本柴胡証，下之以不得利…今反利者，知醫以丸藥下之，

本云五枚。大棗。芒消

(發汗吐下後：旧云五枚。大棗。芒消)

臣億等謹按本云，柴胡再服…

107. 本云柴胡湯今加龍骨等。

112. 本云桂枝湯今去芍藥加蜀漆，牡蠣，龍骨。

117. 與桂枝加桂湯更(新)加桂二兩

本云，桂枝湯今加桂滿五兩

120. 今自汗出，反不惡寒發熱

121. 太陽病吐之，但太陽病當惡寒，今反不惡寒

126. 今反利者

辨太陽病脈証并治下第七

139. 脈微弱者，此本有寒分也。(今)反下之，

146. **本云**人参湯…**今用**人参作半劑。
149. (『外台』此**仲景半夏瀉心湯**方，**本**無桂心有大棗十二枚出第四卷中)
156. **本**以下之
157. **本云**加附子…同體別名耳。
生姜瀉心湯，**本云**理中人参黄芩湯……
158. 臣億等謹按…**本云**理中人参黄芩湯，今詳瀉心以療痞…
皆**本**於理中也…今甘草瀉心中無者，脫落之也
162. **本云**黄耳杯 (→**今云**麻黄杏仁甘草石膏湯)
辨陽明病脈証并治第八
- 185. 本** (是) 太陽 **初得病時**…因**轉屬**陽明也
(**今** 是) **傷寒**…嘔不能食而**反汗**…是**轉屬**陽明也
203. 今為小便數少**本**自汗出
若**本**小便日三四行，今日再行
辨少陽病脈証并治第九
- 266. 本**太陽病不解，**轉入**少陽者…
辨太陰病脈証并治第十
- 279. 本**太陽病，醫**反**下之…**屬**太陰也
本云桂枝湯，今加芍藥。
辨少陰病脈証并治第十一
辨厥陰病脈証并治第十二
358. 傷寒**本**自寒下，醫復**吐**下之，寒格更逆**吐**下
360. (本) 下**利**脈數，有微熱汗出，今自愈
366. (本) 下**利**，脈數而渴者， 今自愈
辨霍乱病脈証并治第十三
- 383. 本**是霍乱，**今**是**傷寒**
却四五日，至陰經上，**轉入**陰必**利**，
本嘔下**利**者， 不可治也 →陰病下痢
欲似大便而**反失氣**仍不利者此**屬**陽明也，便必鞭
今**反**不能食…不屬陽明也 →陽病便秘

1. 「本(旧)…今(新)」は、経文大字注であり、『宋板傷』や『外台秘要』以前の記述である。宋臣案も踏襲して「仲景**本論**・仲景旧云」としている。按：傷寒例第三「**今**世人**傷寒**…**今**搜採**仲景旧論**」を以て、王叔和まで遡れると推定した。
2. **185・266・279・383** 条文は、定型的で有り、かつ陽明・少陽・太陰・霍乱病を通じて平等な立場を占めている。按：霍乱病を基礎にして、加上された理論体系が『宋板傷』六經と推定した。
3. 117 **更(新)** 加桂湯と 62 **新加湯**を、同質の記述とした。

(参考資料①)

『宋板傷寒論』傷寒例第三
 死生之要，在乎須臾，視身之尽，**不暇計日**，
 (一)
 此**陰陽虛実之交錯**，其候至微，**發汗吐下之相反**，其禍至速。而醫術淺狹，**然不知病源**，
 為治乃誤，**使病者殞没**

『注解傷寒論』傷寒例
 死生之要，在乎須臾，視身之尽，**不暇計日**。
 投湯不当，則災禍立見，豈**暇計其日數**哉。（←小字注）
 此**陰陽虛実之交錯**，其候至微；**發汗吐下之相反**，其禍至速，而醫術淺狹，**懵然不知病源**，
 為治乃誤，**使病者殞没**！

意識：太陽病の初期で発汗・吐・下を呈する霍乱病の場合に，傷寒日期（三陽病：発汗，三陰病：吐下）の治則を墨守すれば，**発汗吐下後の適応時期が相反して**，三陽病期と三陰病期の**虚実が交錯**してしまい，**病理の激変を知らない**と，**患者は死**にいたる。

厥陰病の枢機は，少陽病期を経て太陽病期の「発汗（表）吐（→和）下（裏）」として発展し，「太陽病期の半表半裏（→桂麻剤や柴胡剤の和法）」として完成をみえています。桂麻剤の如瘡や往来寒熱も内蔵されています。

それゆえに，『宋板傷』の太陽病篇は増大し，「太陽→陽明無傳」が注意され，少陽病・太陰病・厥陰病篇が見る影もなく痩せ細っているわけです。

禅問答的には「太陽病期に三陰病の条文があるのは？（傷寒一日に四～六日の条文がなぜある？）」という問いかけになります。

翻って『宋板傷』の少陽病篇は，「口苦咽乾目眩」を規準病症とする『源候論』由来の傷寒日期過経變成壞病であり，半表半裏*7とは無関係です。

按：『宋板傷』における発汗・吐・下を，治法（→誤治）だけに理解した場合は，（霍乱病の）病症としての発汗・吐・下が認識できない。

(参考資料②)「傷寒雜証“結証”の太陽病篇への移入」

傷寒一日	二日	三日	四日	五日	六日
太陽病	陽明少陽	太陰少陰厥陰	結胸篇	心下痞篇	血証
上・中・下		前後			
『總』		E3	結胸篇	心下痞篇	血証
『聖』卷9		A3 B	結胸篇	C	心下痞篇
『聖』卷8	3	心血	1	D3	結胸篇
『翼』		結心血			
『宋』		結心血			

1. 『総病論』可下篇に附記される血証は，『聖恵方』卷八では太陽病期に編纂されている。
2. 傷寒雜証の結胸篇と心下痞篇，および血証は，『宋板傷』では太陽病中下篇（～陽明病）に移動している。

(参考資料③)

	寒一日	二日	三日	四日	五日	六日
	太陽	陽明	少陽	太陰	少陰	厥陰(嘔△)
	上・中・下					
『聖』9 傷寒					2	3
『聖』15 時気論					1	1
『聖』17 熱病				1		
『聖』8 六経	2	1				3
『總』				1		(2)
『翼』	1	6 30		1		(2)
『宋』	1	5 36		1		(1)

注：「不結・非結」は除く。

- 『聖恵』巻9 傷寒と巻15 時気論は、六病日過経の、変成雑証として結胸を論じている。
 - 『聖恵』巻17 熱病では、変成雑証篇の結胸が、熱病四日太陰病に編纂されている。
- 按1：病邪の性質として、「巻9 傷寒→寒邪」と「巻15 時気論→気候変化」に対し、「巻17 熱病→熱邪」なので、裏傳変成熟化の病機が、三陰病期で生じており4日の太陰病に位置している。
- 按2：日期変成雑証の結胸が、六経病期に組み込まれた嚙矢は、三陰病期に裏熱証を呈する「巻十七熱病」であり、この裏傳熱症が三陽病期の早期に惹起したのが、『宋板傷』六経病理の特徴である。この点において、『聖恵』の六経病と巻九傷寒～巻十五時気論～巻十七熱病の日期変成雑証が合体した『宋板傷』六経病期の雑証の位置づけが得られる。
- 『聖恵』巻8・六経病は、「桂麻剤」による純系の太陽病篇であり、『宋板』の太陽病上篇に対応している。
 - 『聖恵』巻9 傷寒～巻15 時気論～巻17 熱病からの、各日期変成雑証が『宋板』太陽病の中・下篇として併合編纂されて、いわゆる『宋板』太陽病篇の上中下構造が成立している。
- 正確には、『聖恵』巻8・太陽病篇の大部分は『宋板』の太陽病上篇に対応している。
- 『千金翼』では太陽病期に「太陽病用陷胸湯法第六」として組み込まれている。
- 按1：『千金翼』では、「太陽病用陷胸湯法第六（太陽病期に雑証の陷胸湯法〔後半は腹満篇一瀉心湯法〕を用いた」として、日期変成雑証が六経病に編纂された過程を明示している。
- 『千金翼』の太陽病用陷胸湯法第六と雑療法第七は、『宋板傷』では「辨太陽病脈証并治下第七」に篇名が変化している。
- 按：病理的來源を明示する陷胸湯法や雑療法は、『宋板』では「太陽病下篇」として、無機質な「六経～三焦～上中下篇」の数理的篇名に書きかわっている。言い換えれば、「太陽病下篇」という括りは、『素問』熱論以来の伝統的な傷寒日期時系列病理との決別を物語っている。
- 『宋板傷』太陽中の「結」を有する78・97・106・125条は、傷寒日期（巻9・傷寒～巻15・時気論～巻17・熱病）では、傷寒雑証である。

按1：『素問』熱論に隸属する傷寒日期「三陽病発汗・三陰病吐下」の、吐・下法に対応する三陰病期の結証。

按2：『宋板傷』六経は三陽病期で裏熱実証（≒傷寒日期の三陰病）を惹起し、太陽病期で結証を論じている。

8. 1は『宋板傷』太陰病の提綱証で、『聖恵』17熱病の四日太陰病や、『千金』宜吐を受け継いでいる。

按1：太陰病の結は「吐法」と連動しており、宋以前『傷寒論』におけるの発汗法と下法に挟まれて小柴胡湯の半表半裏を司っている。

按2：柴胡や生姜等の生薬が、吐薬と止嘔薬の両面性を有しており、「吐法」から「和法」への変身がある。

(参考資料⑳) 『宋板傷寒論』における「結と柴胡剤」

太陽病上 30
 太陽病中 78・106・125
 97. 血弱気盡…結於脇下…**小柴胡湯**主之。
 太陽病下 128・129・130・131・132・133・134・135・138・139・140・141・142・143・150・167・168
 136. 熱結在裏…與**大柴胡湯**；但結胸…此為水結在胸脇也…**大陷胸湯**主之。
 144. 七八日續得寒熱…此為**熱入血室**，其血必結…**小柴胡湯**主之。
 146. 傷寒六七日…心下支結，外証未去者，**柴胡桂枝湯**主之。
 147. 傷寒五六日…胸脇滿微結…**柴胡桂枝乾薑湯**主之。
 148. 傷寒五六日…陽微結…汗出為陽微(結)假令純陰結…半在裏半在外…可與**小柴胡湯**
 陽明病
 少陽病
 太陰病 273
 少陰病
 厥陰病 354

注1：「不結・非結」と「結脈」は除く

注2：純陰結と陽微結の相照應として、(結)字の省略と森立之は按じて補足している。

注3：146, 147は『聖』巻八・厥陰篇の処方条文。

(参考資料㉑) 『太平聖恵方』厥陰病篇の「柴胡剤」

4) 傷寒六日身體熱惡風，頸項強，脇下滿，手足温而渴，**小柴胡湯** (宋 99)
 5) 傷寒六日……腹中急痛，先與**小建中湯**，不差，**大柴胡湯** (宋 100)
 7) 傷寒六日 …胸脇滿大腸微結…但頭汗出…**小柴胡桂枝湯** (宋 147)
 8) 傷寒六日發熱微惡寒…心下支滿(結)外証未去，**柴胡桂枝湯** (宋 146)
 9) 傷寒六日大下乃後 熱不去 中結痛 為欲解。宜**梔子湯** (宋 78)
 10) 傷寒六日…，小便不利，譫語，一身不可轉側，**柴胡湯** (宋 107)
 11) 傷寒六日…結熱在裏…大渴舌乾煩燥。宜**白虎湯** (宋 168)

注1：牧角対照表による。

注2：『聖恵方』巻八に「148 半在裏半在外…小柴胡湯条」はまだない。

■ 「結と半表半裏」

1. 『聖恵方』9や『總病論』は、傷寒雜証の「B 結胸篇 (証)」や「C 心下痞篇 (証)」が独立しており、まだ六経病期に組み込まれていない。『總病論』

の病理構造は「六経病+傷寒雑病」であり、本来は傷寒日期変成雑証だった結胸が、六経病編纂に直接連続している。すなわち、本籍地の『素問』熱論系統の傷寒日期病理」を末梢して、六経病に傷寒傷寒日期変成雑証を組み込む条件が整えられている。

2. 『聖恵方』厥陰病篇の処方条文群は、『宋板傷』の太陽病篇に移動している。
3. 『聖恵方』9 傷寒厥陰病篇の2 小柴胡湯処方条文は、病が深く蔵に結した三陰三陽の俱病を司っている、この病能は五蔵六腑や榮衛は通ぜず、難治性である。7 柴胡桂枝湯も心下痞結と嘔を司っており、2 小柴胡湯とともに「蔵府の結証」が基礎病理である。
4. 『宋板傷』太陽中(97 結於脇下…小柴胡湯)や、太陽下(144 血必結…小柴胡湯, 146 心下支結…柴胡桂枝湯, 147 胸脇滿微結…柴胡桂枝乾薑湯, 148 陽微結…假令純陰結…半在裏半在外…小柴胡湯)は、傷寒日期時の六日厥陰病のA 柴胡剤の結証条文が原籍地であり、特に『宋板傷』97・146・147は、『聖恵方』卷9→卷8 厥陰病篇Aからの直伝である。条文の頭出しが「傷寒五六日」であるのが動かぬ証拠であり、傷寒日期の厥陰病篇から『宋板傷』太陽病中・下篇への「処方条文群の前方移動再編纂」は明かである。
5. 『宋板傷』太陽中97 小柴胡湯条文は、脇下に邪気が結した蔵府相連による往来寒熱を論じており、『聖恵』2 小柴胡湯に対応する病理である。

按1:「傷寒日期時系列→厥陰病期の蔵府の陰結+陽結(表症)=往来寒熱」が、いわゆる「半表半裏」の基礎病理であり、『素・靈』流の「陰(臓)病重病説」は『聖恵』卷八・六経病~9 傷寒まで受け継がれている。

『千金翼』~『宋板傷』に至って「陽(腑)病重病説」に変化して、『宋板傷』の新編纂では太陽病下篇で半表半裏が論じられている。これが『宋板傷』六経病理の本質である。

『宋板傷』六経では、A・Dの「柴胡剤の結証」をはじめとして、「B 結胸篇(証)」や「C 心下痞篇(証)」までもが、三陽病期に編纂されており、いわゆる「結症」の病理を演じている。

「発汗吐下後に生じる結証が三陽病期に新編纂された」理由は、初期に発汗吐下を呈する「霍乱病傷寒」からの「太陽病篇の傷寒」だからである。

按2:陽微結と陰結を処理する柴胡剤であり、半表半裏の中間に位置しているわけではなく、五行論では木克土の火を調整する通関法からの発展概念が対応していますが、両端を治すのか支点から着手するかの違いがあります。

按3:『聖恵方』卷八・九の厥陰病篇由来の『宋板傷』可発汗篇の一群の処方条文は、『金匱玉函経』と『總病論』では不可発汗篇に移行し、『總病論』は更に(『聖』卷八Dの小柴胡湯を含む一群の結証を)「表の和法」として新編纂している。「臓腑の陰結」の病理は、『總病論』に至って「表の和法」として治療されるようになり、『南陽活人書』を経て、許浚『東医宝鑑』の「可和・不可和篇」で正式な成立をみた。……「七つの顔を持つ…御役者の柴胡剤やのう…ボンボン…森立之は確か歌舞伎者だった……」。

按4:『聖恵方』厥陰病篇における梔子湯(宋78)や白虎湯(宋168)等の、結を治す処方条文は、柴胡剤に並ぶ広義の半表半裏治法で、霍乱病篇では桂枝湯の小和等々が和法に対応しています。

■『太平聖恵方』（図30）

『聖恵方』巻八の太陽病篇の1条が桂枝湯で、14条が麻黄湯で、25条が承気湯です。『聖恵方』巻八の六経病期はすべて表から始まって裏に至っています。桂枝湯の次に麻黄湯に来て、柴胡湯になって、承気湯になる変化が、各経のすべてに認められます。これが六六傷寒論（「六経六層傷寒論」）の具体的な經典です。『千金翼方』の「太陽病用桂枝湯法第一～麻黄湯法第二～青竜湯法第三～柴胡湯法第四～承気湯法第五～陷胸湯法第六～太陽病雜療法第七」も、同様の「六層構造+傷寒雜証」として理解できます。そしてこの「六層構造+傷寒雜証」が、六経病のすべてに存在していたが、互文により重複する概念は削除されて、『宋板傷』六経病が成立している……と廖平は言うわけです。

表8、「『太平聖恵方』巻八の六経病は桂枝湯に始まる」

太陽病 1)桂枝湯	陽明病 1)桂枝湯	少陽病 1)桂枝湯	太陰病 6)桂心芍薬湯	少陰病 1)龍骨牡蠣湯	厥陰病 1)建中湯
14)麻黄湯	2)麻黄湯	3)柴胡湯	1)柴胡湯	4)小柴胡湯	
25)桃人承気湯	5)桃人承気湯		3)承気湯	3)小承気湯	

注：太陰病6)桂心芍薬湯は宋板『傷寒論』の桂枝加芍薬湯
 少陰病1)龍骨牡蠣湯は宋板『傷寒論』の桂枝加竜骨牡蠣湯
 厥陰病1)建中湯は 宋板『傷寒論』の小建中湯

図30

■ 熨・石を否定する『宋板傷寒論』（図31・参考資料⑳）

『脈経』と『玉函経』と『千金翼方』と『聖恵方』は、「温・針・灸・火・水」の可不可篇を有しているが、『宋板傷』は削除している。すなわち『宋板傷』は「湯液による発汗・吐・下法」を正治法にして編纂された經典（水煮湯液派の独立宣言）であり、残存する針灸・火迫条文は、主に誤治として否定的な内容である。

針と経方が「協力して同時に治療」に用いられている例は存在していない。

前述した（図7）『脈経』平三関病侯の「脈象+条文+経方+針（補・瀉）灸+摩・膏薬」に属しており、華佗も一日の摩・膏・火・灸と二日の針に続く解肌散を論じています。このような漢代前後に既に成立していた諸流派の、統合的理論化に踏み込んだ易水学派は、画期的な流れを生み出しています。言いかえれば、『宋板傷』の「可不可篇：温・針・灸・火・水の否定」に、真っ向から異論を唱えているわけです。さらに『宋板傷』六経病の自己矛盾は、提綱証以下の病理条文群は、多彩な古代經典理論を受け継いでおきながら、具体的な治法を司っている処方条文群は、発汗・吐・下法だけに狭義な特化を果たしている点です。『宋板傷』六経病期部分の多くの処方条文は、「可不可篇：温・針・灸・火・水（『玉函経』には温存されている）」における原籍地を確認することができず、根なし草の状態に置かれています。急性外感病の準繩にしては、治法の多様性に物足りなさ（治療領域の狭小化）が漂っている『宋板傷』でしょう。

『脈経』	『金匱玉函経』	『聖恵方』	『千金翼方』	『宋板傷寒論』	『千金方』
不可発汗一	不可発汗十三	不可発汗	忌発汗一	不可発汗十五	(欠)
可発汗二	可発汗十四	可発汗	宜発汗二	可発汗十六	発汗散湯丸
発汗以後三	(欠)	(欠)	(欠)	発汗後十七	(欠)
不可吐四	不可吐十五	不可吐	忌吐三	不可吐十八	(欠)
可吐五	可吐十六	可吐	宜吐四	可吐十九	宜吐第七
不可下六	不可下十七	不可下	忌下五	不可下二十	(欠)
可下七	可下十八	可下	宜下六	可下二十一	宜下第八
発汗吐下後八	発汗吐下後十九	(欠)	発汗吐下後五	発汗吐下後二十二	発汗吐下後第九
可温九	可温二十	可温	宜温七	(欠)	(欠)
不可灸十	不可灸二十三	不可灸	忌灸十	(欠)	(欠)
可灸十一	可灸二十四	可灸	宜灸十一	(欠)	(欠)
不可刺十二	不可刺二十五	(欠)	忌刺十二	(欠)	(欠)
可刺十三	可刺二十六	(欠)	宜刺十三	(欠)	(欠)
不可水十四	不可水二十七	不可水	忌水十四	(欠)	(欠)
可水十五	可水二十八	可水	宜水十五	(欠)	(欠)
不可火十六	不可火二十一	不可火	忌火八	(欠)	(欠)
可火十七	可火二十二	可火	宜火九	(欠)	(欠)

図 31 可不可篇構成図

(参考資料②) 『備急千金要方卷第九』(傷寒上) 傷寒例第一, 「華佗」

夫傷寒始一日在皮, 当摩・膏・火・灸之即愈,
 若不解者, 二日在膚, 可依法針, 服解肌復一發解肌散發汗, 汗出即愈,
 若不解, 至三日在肌, 復一發汗即愈, 若不解者, 止勿復發汗也,
 至四日在胸, 宜服藜蘆丸, 微吐之則愈,
 若病困藜蘆丸不能吐者, 服小豆・瓜蒂散, 吐之則愈也視病尚未醒醒者, 復一法針之。
 五日在腹,
 六日入胃, 入胃乃可下也,
 注: 一日の摩・膏・火・灸→二日の針→解肌散

■ 熨・石を重んじる『諸病源候論』

『病源論』の治法は, 「湯熨, 針石, 別有正方, 存神攘辟, 今附于後, 養生方, 導引法云……」として, (馬王堆出土文献の導引図や扁鵲伝の熨の流れを受け継いで) 100カ所以上に定型文で記されていますが, 処方の記述は極端に少数です。しかも「別に処方もある(別有正方)…」として付属的に記されています。

その小数例の1つが, 前述の(図9)(参考資料⑨)の壊病の小柴胡湯処方条文です。

なお, 出土導引図は有名ですが, 文字化されている点において『病源論』の記述は重要であり, 内容的にも現伝の手法とは大きく異なっており, 特別な存在です。

■ 『仲景律書』と可不可篇(図32)

「四大(地・水・火・風)五常(空)」で知られる仏教医学は, 漢方医学に一定の影響を与えているが, 漢訳仏典以前の原始仏教の影響下に既にあったのか? 隋・唐代以降なのか? 悉曇学(古代インドの文章語のサンスクリットの表音文字)等と軌を一にしているのかは, 多くの議論がなされている。

『法華経』『涅槃経』『華嚴経』『金光明経』等の正規の大乗仏典とは別系統の, 『四分律』『五分律』『摩訶僧祇律』『律藏』等の戒律書は, 「原則(規律)+具体例(症例)」や「師弟問答形式」としての定型化も見られ, 医学教典においても同様の編纂は常見される。

有名なのは『漢書』芸文志の『湯液**経法**』（**経方**ではない）であり、「『宋板傷』に残っている古医方…」と森立之は按じている。

『阿毘達磨順**正理論**』に「三藏法師玄奘奉不了義者恐違**法性**。依**正理**教応求意旨依此聖言。及由**正理**。有漏**無漏法**相成立。**無法**自制」とあり、仏教教典の影響下に『**正理傷寒論**』は存在している。「**法理**」としての『傷寒論』の意義づけは、具体的には可不可を指しており……はるか、はるか後世では『**医門法律**』（清・喻嘉言）とまでの命名が見られる。

戦略的には、『大方等大集菩薩念仏三昧経』の「枢闔」「肺脾一肝隔」や、厥論篇第四十五の「虚満嘔变」と仏典の「变吐」等々、膨大な資料の擦り合わせ作業が時間とエネルギーを要求するが…愚研の手には余るので見送らざるを得ない。

『隋志』：桐君『**薬録**』三卷注に、「梁有雲睨將軍徐滔『**新集薬録**』，李諧之『**薬法**』『**薬律**』『**薬性**』『**薬對**』『**薬目**』『**薬忌**』」とあり、森立之は今本『**金匱**』の末巻有此二篇（食禁）を『**薬録**』の遺文とし、『**宋板傷**』桂枝湯の「五辛の**禁**」もよく知られている。

傷寒例は「陽盛陰虚，汗之則死，下之則愈。陽虚陰盛，汗之則愈，下之則死」と始まり、「神丹安可以誤發，甘遂何可以妄攻」と受けて、「況桂枝下咽，陽盛即斃；承氣入胃，陰盛以亡」と結んでいる。すなわち、『**脈経**』序文の“承氣之**戒**”の内容を具体的に記述しているわけである（**図 33**）。

『**難経**』五十八難は三段に分かれており、第一段は有名な「五種類の傷寒の定義」で、第二段では傷寒における陽虚陰盛・陽盛陰虚の病態における、発汗と下法の禁忌を論じている。『**脈経**』の序文と『**宋板傷**』傷寒例の記述が一致する部分である。

『**脈経**』序文の承氣之**戒**が、五十八難の発汗・攻下の禁忌を通じて、『**宋板傷**』傷寒例に連なり、「太陽病の附子の発汗法」と「厥陰病の承氣湯」を以て、『**聖恵**

『 真本千金 』	『 千金要方 』	『 玉函経 』 経云	『 医心方 』 『 世尊親説医方経 』	『 外台秘要 』 謝道人
地水火風，和合成人	地水火風，和合成人		四大違和， 四大不調	
火氣不調，	火氣不調	火氣不調	三畢多・三則火大盛	生氣温暖 是火大也
風氣不調，	風氣不調	風氣不調	四婆多・四則風大動	屈身俯仰 喘息視瞑是風大也
水氣不調，	水氣不調	水氣不調	二蠱跛・二則水大積	血泪膏涕 津潤之处是水大也
土氣不調，	土氣不調	土氣不調	一蹇魯・初則地大增	骨肉皮膚 塊然而处是地大也
火去	火去	火去		
風止	風止	風止		
水竭	水竭	水竭		
土散	土敗	土敗		
金木水火土	五行	金木水火土，		
苦相克切	互相攻克	共互攻切		
四氣合德，四神安和	四氣合德，四神安和	四氣合德，四神安和		
四神動作	四神動作	四神動作		

図 32

『**脈経**』序「仲景明審 亦候形証 一毫有疑 則考校以求驗 故**傷寒有承氣之戒** 嘔噦發下焦之間」
 『**難経**』 58難：然，陽虚陰盛。汗出而愈。下之即死。陽盛陰虚。汗出而死。下之而愈
 『**宋板傷**』 傷寒例：夫，陽虚陰盛，汗之則愈，下之則死。陽盛陰虚，汗之則死，下之則愈。

注：『**宋板傷**』 条文は前後を入れかえた。

図 33

(参考資料⑦)

	『傷寒論』
三蔵 論蔵 (注釈)	提綱証～病理段落
法蔵 (經典)	湯液經法～經方条文
律蔵 (戒律)	可不可篇・生死候

<p>『脈経』序：「仲景明審 亦候形証 一毫有疑 則考校以求驗 故傷寒有承氣之戒 嘔噦發下焦之間」</p> <p>病不可下証：若不大便六七日恐有燥屎欲知之法 可少与小承氣湯 腹中転失気者此為有燥屎乃可攻之</p> <p>『宋板傷』209若不大便六七日恐有燥屎欲知之法 少与小承氣湯 湯入腹中 転失気者此有燥屎也乃可攻之</p>

図 34

方』巻九・傷寒と巻八・六經の病態変化と比較対照した場合に，“神丹安可以誤発，甘遂何可以妄攻”とも文脈が通じ，さらに桂枝の禁忌まで踏み込んでいる。

仲景の戒律としての『律書』の掟は，具体的には『聖恵方』巻九・傷寒以降の日期形式病態に対して発動されており，言いかえれば，“仲景の戒律”を忌避した新編經典が『聖恵方』巻八である（参考資料⑦）。

『宋板傷』六經の戦略的欠陥は，『聖恵方』の「(戒律を忌避) 巻八+ (戒律の標的) 巻九・傷寒以降の日期形式条文群」の，相互に矛盾する病理一処方条文群の混在編纂を採用している点にある。

『聖恵方』巻九・傷寒日期と『聖恵方』巻八・六經病の矛盾を解決するために，後述する廖平は「『六經六層傷寒論』」を提唱している。

仲景『傷寒論』由来の論理体系なのか，王叔和の加筆なのかは注意深くなる必要があるが，『脈経』序文の冒頭に王叔和自らが，“仲景明審，亦候形証，一毫有疑，則考校以求驗。故傷寒有承氣之戒”と高々と張仲景の名前を掲げて記述しているので，おそらく“正調張仲景『傷寒論』”の真意である推定される局面である。

王叔和のいうところの仲景『傷寒論』には，“承氣(湯)之戒(律→可不可)”が存在していた。しかし後世には伝わってないと，『脈経』の序文で記述している(図 34)。

『脈経』：“欲知之法可少与小承氣湯”として，“承氣湯の法と可不可”が明記され，さらに“可攻之”と結ばれている。『宋板傷』は“法少与小承氣湯”であり，“法と可不可”の関係は濁らされているが，文末はやはり“可攻之”で終了している。関係を濁らせるのは六經病を可不可篇から独立させるための校勘であり，王叔和にいう「後世に伝わっていない……」具体例である。

そこで，『脈経』で晋代まで溯り，『難経』五十八難で後漢まで辿り着けば，原著『仲景傷寒論』の記述に迫られるかな？と思われた。

『律書』は，いわゆる「張仲景の治則の法律」とされるが，仏教医学の治則の適否(戒律)に来源を推定し，可不可篇や生死候として具現化されている。

そこで，可不可篇が仲景『律書』に隷属しているとすれば，『宋板傷』における仏教医学の影響(仏陀曰：私の法と律に従え)は甚大であり，逆に可不可篇や生死候の分析から，古代インド医学をうかがう窓口が開けていると妄想している。

総按：可不可篇の来源にこだわる理由

黄連や山梔子が，『宋板傷』可不可篇では「発汗後の病態」に分類されており，

桂枝湯＋麻黄湯も「発汗後病態」が正位置なので、『宋板傷』太陽病篇の「桂枝湯＋麻黄湯，黄連・山梔子」からは単純には見えにくい古典的病理観を，可不可篇（仲景『律書』）は提示している。

そして，隋・唐代の病理変質によっているとすれば，来源は『明堂』の成立時期に設定される。

■『正理傷寒論』

1) 統計

- ・『素問』王冰注：『正理論』 1回，
- ・『正理傷寒論』と『正理觀化彙集・商較服飾』 1回，
- ・『正理論脈名例』 1回
- ・『注解傷寒論』成無已注 : 1回
- ・『素問玄機原病式』劉完素：1回
- ・『景岳全書』張景岳 : 1回

唐政府公認のいわゆる“唐本『傷寒論』”の現実的な代表は、『外台秘要方』採輯本の『仲景方十八卷』と、『正理傷寒論』である。『正理傷寒論』の原文は、『素問』の王冰注に15条が温存されている。

基本的な脈法や病態理論は，驚くほど『宋板傷』の弁脈法・平脈法に類似している。

他に金代の成無已は『注解傷寒論』で，劉完素は『素問玄機原病式』で，張景岳は『景岳全書』で，それぞれ『正理（傷寒）論』を引用しているが、『素問』王冰注とは異なった引用文である。金～明代まで『正理傷寒論』が存在していた可能性を示している。

『宋板傷』の弁脈法第一・平脈法第二・傷寒例第三は，むしろ『素・靈』の古代医学に属しており，六経部分は基本的に唐本『傷寒論』系である。ただ『太素』の楊上善注において既に，唐本『傷寒論』の病理観は芽生えており，正確には「隋～唐代で成文化された『傷寒論』」というべきであろう。この「餡パンのアンコにあたる六経篇の篇次部分」が，隋・唐以降に再編纂された新病態理論によっており，外側のカワの部分（弁脈法第一～傷寒例第三と可不可篇）が『素・靈』医学の伝統を継承する古代病理によっている」という，中身の入れかえ現象が存在している。

そして，現存する『正理傷寒論』の条文は，古典的な『素・靈』医学によっている部分が多数存在している。

2) 仏教医学としての『正理傷寒論』

『大蔵経』の諸經典において，103カ所の「正理論」と627カ所の「正理」が記述されている。「今本の『宋板傷』は，「**正理因明学派**（梵 Aksapada）」の哲学的影響下において，仏教医学の影響を受けた唐本『傷寒論』系の病態理論に大きく変質しており，漢代の原著仲景『傷寒論』とは，その病態理論を異質に変化している。

3) 道教と『正理傷寒論』

王冰（啓玄子）は著明な道家であり，仏教医学の『正理論』を引用するのはやや奇異な感じを受けるが，金の劉完素の『素問玄機原病式』の『正理論』は「一

名鬼神門者・然玄府者，無物不有……万物之元，道之變也」とした，道教的色彩が濃い条文を引用している。

4) 熱病としての『正理傷寒論』

劉完素は『素問玄機原病式』で“仲景の言”として「傷寒は熱病で，症候は目妄（盲）及び不識人」と明記し，その根拠として『正理傷寒論』の「由熱甚佛鬱于目，而致之然也。」を引用している。

「不識人」は、『素問』運氣七篇と『宋板傷』に共通する用語である。その中継ぎを唐本『傷寒論』である『正理傷寒論』が取り持っている。すなわち，“運氣七篇・『宋板傷』・『正理傷寒論』”等は，均しく王叔和以降の影響下に存在しているといえよう。

傷寒の症候として“頭痛・発熱・悪寒”等はよく論じられているが，「不識人・目盲（妄）・佛鬱」等に関しては，積極的な意味で傷寒病態と結びつけては認識されていない。しかし今本『傷寒・金匱』においても，確実に記載されている症候である。

5) 循衣摸床

熱病としての「不識人・目盲（妄）・佛鬱」は、『宋板傷』六經や『玉函經』や『素・靈』において，“狂症”や意識朦朧状態の動作である“循衣摸床”として論じられている。この場合「捫」と表記しているのが『素・靈』医学であり，『太素』楊上善注以降「摸」に変化して『宋板傷』六經部分に受け継がれている。重要な事実は，六經部分を前後から包む可不可や弁脈法は，古典的な「妄」を使用している点にある。

6) 森立之と『傷寒論校注』と『正理傷寒論』と「三焦無形論」

『傷寒・金匱』考注で「不識人・目盲（妄）・佛鬱」等と連動する熱鬱の病理として，「循衣摸床」を『温疫論』（清・呉又可）によって解説している。すなわち，『宋板傷』六經は温熱病の説を展開している。

さらに，『素問攷注』において『正理傷寒論』を引用して，“三焦無形論”の典故としているが，実際は蘇東坡の弟の蘇轍の「三焦論」を引用して「三焦有形論」を支持している。

7) 江戸時代の日本医家における『正理傷寒論』

劉完素の引用するところの『正理論』は、『重訂解体新書』（大槻茂質）が引用し，目黒道琢も『騷家医言抄書』で言及している。

注：「不識人」「目盲（妄）」「佛鬱」「三焦有形論」「熱病」「循衣摸床」「陰陽大論」等に関しては，個別に整理した。

『千金方』は「摩・灸・針・石・熨・灸・火・水」の治法を，傷寒例第一・傷寒膏第三・辟温・第二・江南諸師秘仲景要方不伝・傷寒雜治第一で多用しており，発汗散第四・発汗湯第五・発汗丸第六・宜吐第七・宜下第八・発汗吐下後第九は，湯液（発汗湯に摩が1回）を運用している（図35）。この湯液療法の「発汗散第四～発汗吐下後第九」の段落だけを継承している『宋板傷』なので，可不可篇に「温・針・灸・火・水」が欠落している。そのなかで「温・水」だけは肯定的に用いら

備急千金要方卷第九（傷寒上）

傷寒例第一 摩 2回 火灸 3 針 3 勿以火迫之 水 2
 辟温 第二 火, 1 針 1
 傷寒膏第三 摩, 8回 火 3 灸 1
 發汗散第四
 發汗湯第五 摩 1
 發汗丸第六 水 3
 宜吐 第七
 宜下 第八
 發汗吐下後第九（灸法一首）
 江南諸師秘仲景要方不傳。火 2, 灸10
 備急千金要方卷第十（傷寒下）
 傷寒雜治第一（灸法一首） 火 1 水 1 熨 1 針石 1 摩 3 灸 1

図 35

〔参考資料⑳〕 『金匱玉函経』

弁太陽病形証治下第四

病在陽当以汗解而反以水噴之若灌之其熱被劫不得去益煩皮上粟起意欲飲水反不渴服文蛤散若不差与五苓散若寒実結胸無熱証者与三物小白散

弁陽明病形証治第五

太陽病寸緩關小浮尺弱其人發熱汗出復惡寒不嘔但心下痞者此以医下之也若不下其人復不惡寒而渴者為軛屬陽明小便數者大便即堅不更衣十日無所苦也欲飲水者少少与之但以法救之渴者宜五苓散

弁霍乱病形証治第十一

霍乱頭痛發熱身疼痛熱多欲飲水五苓散主之寒多不用水者理中湯主之

弁不可水病形証治第二十七

病在陽当以汗解而反以水噴之若灌之其熱却不得去須臾益煩皮上粟起意欲飲水反不渴服文蛤散不差与五苓散寒実結胸無熱証者与三物小白散

弁可水病形証治第二十八

太陽病寸口緩關上小浮尺中弱其人發熱而汗出復惡寒欲嘔但苦心下痞者此為下之故也若不下其人復不惡寒而渴者為軛屬陽明病小便數者大便必堅不更衣十日無所苦也欲飲水者与之但当如法救之宜五苓散霍乱而頭痛發熱身疼痛熱多欲飲水属五苓散証

方藥炮製 五苓散方第四十

猪苓 沢瀉 茯苓 桂 白朮 為末以白飲和服方寸七 多飲煖水汗出愈

れている。

『宋板傷』の自己矛盾として、たとえば六経病と霍乱病篇で、「五苓散の多飲煖水法」を採用しておきながら、可不可篇で「可・不可水篇」を欠いている点が挙げられる。『金匱玉函経』（以下、『玉函経』略す）では可不可篇に「可・不可水篇」等々を有しており、「五苓散+飲水法」の原籍地が確保されている（参考資料⑳）。そもそも、傷寒熱病の治法は、冷水浴や水飲が常用されていた歴史的経過が存在している。

■ 針灸と宋板『傷寒論』（図 36）

「湯液と針灸の融合病理」の代表例として、『宋板傷』の提綱証を取り挙げます。『足臂・陰陽十一脈灸経』に、「胃家実」はなく、「胃中寒」が足の陽明病候にあり、その他の経にはありません。「口が苦い」は少陽病候にだけにあり、やはり他の経にはありません。「食不下」は太陰病候だけに、「欲寐」は少陰病候だけに、「多尿・嗜飲（消渴）」は厥陰病候だけに……それぞれ1回だけ記述されている症状を抽出すると、『宋板傷』の提綱証になっています。

出土一次資料にもとづけば、漢代の「お灸」の経絡病症が、（針も飛ばして）『宋

『足臂・陰陽十一脈灸経』と『靈樞』経脈	
3、足陽明脈病候	『経脈』：「所生病」氣虛一身以前皆熱、消穀善飢、溺色黄、氣不足一身以前皆寒慄、胃中寒一脹滿
4、足太陰病候	『経脈』：「所生病」脾所生病者、食不下、心下急痛
7、足太陽脈病候	『陰陽』：「是動病」冲頭痛、項似拔 『所産病』頭痛、
	『経脈』：「是動病」衝頭痛、項如拔 『所生病』項背腰尻脚心脚皆痛
8、足少陰脈病候	『足臂』：「所産病」熱熱嗜臥 『陰陽』：「所産病」嗜臥 『経脈』：「所生病」口苦
11、足少陽脈病候	『経脈』：「是動病」口苦
12、足厥陰脈病候	『足臂』：「多溺、嗜飲」
宋版『傷寒論』	
太陽病	太陽之爲病、脉浮、頭項強痛而惡寒。
陽明病	陽明之爲病、胃家實一作寒是也。
少陽病	少陽之爲病、口苦咽乾目眩也。
太陰病	太陰之爲病、腹滿而吐、食不下、自利益甚、時腹自痛、若下之、必胸下結也
少陰病	少陰之爲病、脉微細、但欲嘔也。
厥陰病	厥陰之爲病、消渴、氣上撞心、心中疼熱、飢而不欲食、食則吐、下之利不止

『宋板傷寒論』	『足臂・陰陽十一』と『靈樞』経脈
1) 太陽病の「頭項強痛」	→ 「頭痛・項痛」
2) 陽明病の「胃家実」	→ 「胃中寒」
3) 少陽病の「口苦」	→ 「口苦」
4) 太陰病の「腹滿・自下利」	→ 「腹脹・漉泄」
5) 少陰病の「但欲臥」	→ 「嗜臥」
6) 厥陰病の「消渴」	→ 「多溺・嗜飲」

図 36

板傷』提綱証の来源と推定されます。『宋板傷』提綱証に続く病理条文群も、『素問・靈樞・難経・諸病源候論』等々の影響下にあります。

そのため、灸一針一本草一湯液一経方一『傷寒論』の一致点を探って、易水学派に習って理論化を試みました。

試みに、『宋板傷』のすべての条文・処方に、刺すべき穴を付記考察してみました。

さらに、『宋板傷』の処方条文と『明堂』の一致に加えて、各種『宋前傷』における処方条文と『明堂』の一致率の、比較優位性も検討しました。

なお『足臂・陰陽十一脈灸経』の各経絡における病症数は一定で、(図1・2)における、足六経の穴数や『聖恵方』巻十五・時気論と同質であり、フラットな平行線を描いています。

経絡理論に「不伝論」や「発汗・吐・下法」が導入される前の形態を示しています。

図 37 の『脈経』の足太陽之脈は、「左右別下」として複線の太陽膀胱経脈を明確に認識している(参考資料29⑩)。

『足臂・陰陽十一脈灸経』～『靈樞』経脈にも、原始的な分岐概念は存在しているが、(11～)12 経絡は、一筋の平等な病理概念を基礎にしている。

時代が下がって『黄帝内经明堂』～『銅人兪穴針灸図経』において、背中を走る太陽膀胱経絡は2本線に確立して、受け持つ病理範囲～穴数は拡大している。『玉函経』の太陽病篇も上・下(『宋板傷』は上・中・下)に2分類されて、処方条文の増加に反映されている。古典的な『靈樞』経脈系列の傷寒日期では、太陽病篇の増大現象は見られない。

なお、今本『脈経』の「一条变成两条(二支分岐)」の来源が、漢代からの原文なのか王叔和によるのか王冰なのかの議論は*4、別論を立てる。

A : 1. 『足臂十一脈灸経』→宋板『傷寒論』の提綱証へ
2. 『陰陽十一脈灸経』→宋板『傷寒論』の提綱証へ
3. 『靈枢』経脈 →宋板『傷寒論』の提綱証へ
1. 『聖恵方』卷九・傷寒等の日期時系列
2. 『傷寒総病論』
B : 『脈経』 膀胱足太陽経病証が二支に分岐
宋代医学
C : 1. 『銅人腧穴針灸図経』 1. 『太平聖恵方』卷八・六経病
2. 『千金翼方』
3. 宋板『傷寒論』六経病

図 37

(参考資料⑳) 参考資料1) 「太陽脈, 左右別下」

<p>『脈経』膀胱足太陽経病証第十 足太陽之脈起於目内眦上…其支者從膊内, 左右別下貫腫過脾枢…</p> <p>『足臂十一脈』足太陽脈: 出外踝委中, 上貫膊, 出于郄; 枝之下; 其直者貫口, 夾脊, 口口, 上于頭; 枝顔下, 之耳; 其直者貫目内眦, 之鼻</p> <p>『陰陽十一脈』巨陽脈: [系于] 踵(踵) 外踝委中, 出郄中, 上穿(臀), 出厭中, 夾脊, 出于項, [上] 頭角, 下顔, 夾頰, 系目内廉</p> <p>『靈枢』経脈: 膀胱足太陽之脈, 起于目内眦, 上額交巔; 其支者, 從巔至耳上角; 其直者, 從巔入絡腦, 还出别下項……</p>
--

(参考資料㉑) 参考資料2) 『黄帝医籍考』(真柳誠) 2 『明堂流注圖』と『偃側圖』 P467

<p>遠藤次郎は断簡の积文と、欠損部分の復元から以下のように考察した[8]。医心『明堂』の部位別孔穴配列と主治の表現, 記載順次は敦煌本と近似する一方, 主治表現は上善『明堂』とも近似する。そして敦煌本が最も原『明堂』に近い。…Dx. 23918行目の「右背第二行廿穴」に着目し, 敦煌本は背部の第1行(現督脈), 第2行(現膀胱経第1線), 第3行(現膀胱経第2線)の順次で, 孔穴を上から下に配列していたと指摘する。また, 敦煌本背部第1~3行の配列を復元し, 横隔膜以上の孔穴が左右で25穴あることも指摘し, これは『素問』『靈枢』に見える古い取穴法に対応するという。</p>

必要十分条件 (図 38)

注: 穴の主治症は主に『明堂経』によるが, 現存する複数の『明堂経』*8の関係や, 『傷寒論』と穴の主治症が相互に影響しあってきた歴史的変遷や, 宋代以降に加わった新主治証に関しては, 別論を立てる。

『宋板傷』太陽病篇と太陽経の穴の主治証における一致

太陽経に属する穴の主治証が, 『宋板傷』太陽病篇だけの処方条文に一致しているのは「①脈急・②不欲近衣・③脚攣・④腹中雷鳴」の4種類である。

すなわち, 太陽病以外の他篇や他経には存在しない病症①~④なので, 必要十分条件を満たして一致している。

①脈急 (図 39)

1. ①脈急は, 『宋板傷』太陽病と『医心方』引用『明堂』太陽経に, それぞれ1回だけ記述されている。

・BL45 諶諶は, 『素問』骨空論・刺瘡論に来源を有する正統的な穴。

按1: 穴の主治症に脈証が記されているのは, きわめて稀な現象(『医心方』引用『明堂』では1カ所だけ)であり, 『宋板傷』六経においても, 脈急は1カ所だけの特殊な脈状表記である。

<p>・太陽病篇</p> <p>『靈樞』経脈</p> <p>『医心方』引『明堂』</p> <p>『宋板傷』太陽病上</p>		<p>太陽病</p> <p>①脈急-45噫譫</p> <p>②不欲近衣-67至陰</p> <p>③脚攣-64京骨</p> <p>④腹中雷鳴-48陽綱</p> <p>①脈急-4脈數急者為伝 刺噫譫</p> <p>②不欲近衣-11反不欲近衣者寒在皮膚刺至陰 121今反不惡寒不欲近衣刺至陰</p> <p>中 ③脚攣-29芍藥甘草湯…… 刺京骨</p> <p>下 ④腹中雷鳴-157生姜瀉心湯…… 刺陽綱 158甘草瀉心湯…… 刺陽綱</p>	<p>陽明病 少陽病 太陰病 少陰病 厥陰病 (……………省略……………)</p>
---	--	--	---

図 38

<p>45噫譫(173)二穴：勾攣暴脈急，引 而痛，内引心肺，咳喘息， 衄，肩痛。</p> <p>『宋板傷』太陽病上 4， 傷寒一日， 太陽受之， 脈若靜者， 為不伝； 頗欲吐， 若躁煩， 脈數急者， 為伝也。刺45噫譫</p> <p>上篇 4 脈數急</p> <p>『宋板傷寒論』 太陽病 陽明病 少陽病 太陰病 少陰病 厥陰病 十二經絡 足太陽膀胱經 足陽明胃經 足少陽胆經 足太陰脾經 足少陰腎經 足厥陰肝經 BL45噫譫</p>	
--	--

図 39

<p>『医心方』足部左右諸穴百六十九：</p> <p>67至陰二穴：主 瘧，頭重，鼻衄，寒疝，足下熱，不欲近衣，項痛，目翳，胸脇痛。</p> <p>『宋板傷寒論』 弁太陽病脈証并治上第五 11. 病人身大熱，反欲得衣者，熱在皮膚，寒在骨髓也。身大寒，反不欲近衣者，寒在皮膚，熱在骨髓也。刺至陰 弁太陽病脈証并治中第六 121. 太陽病吐之，但太陽病当惡寒，今反不惡寒，不欲近衣，此為吐之内煩也。刺至陰</p>
--

図 40

<p>64京骨二穴：主：喘，頭重，足寒，不欲食，脚攣，衄，目白翳，鼻不利。</p>

図 41

試案：『宋板傷』太陽病篇の第4条に，刺譫譫と附記した。

②不欲近衣 (図 40)

③脚攣 (図 41)

1. 「喘・脚攣・衄」は、『宋板傷』太陽病に特徴的な病症である。
2. 「脚攣」は、『宋板傷』では太陽病篇にしかなく、『医心方』引用『明堂』で

『外台秘要』腎人腎者蔵也両傍五十四穴
 『台』復溜：主腰痛引脊内廉，唵乾，腹痠痛，坐起目，善怒多言，瘧熱少氣，足胫寒不能自温，腹切痛引心，心如懸，陰厥，脚腫後廉急，不可前卻，腸澀，便膿血，足趺上痛，舌卷不能言，善笑，足痿不收，病溺青赤白黄黑，青取井，赤取榮，黄取輸，白取經，黑取合；血痔，泄後重，腹痛如淋状，及火氣涎出，鼻孔中痛，腹中雷鳴，骨寒熱無所安，汗出不休，心風四肢腫，氣在横骨，風逆四肢腫，乳難。）

『医心方』足部左右諸穴百六十九
 復溜二穴主：腰痛引脊内廉，腹厥(275)痛，唵乾，尿青，赤白，目茫茫，涎出。
 陽綱二穴：同前膀胱。主：食飲不下，腹中雷鳴，大便不節，小便赤黄。

『黄帝内経針灸甲乙経』脾胃大腸受病発腹脹満腸中鳴短気第七
 邪在脾胃，則病肌肉痛。陽氣有余，陰氣不足，則熱中善飢，陽氣不足，陰氣有余，則寒中腸鳴腹痛，陰陽俱有余，若俱不腹中雷鳴，氣上衝胸，喘，不能久立，邪在大腸也，刺胃之原，巨虛上廉，三里。飲食不下，腹中雷鳴，大便不節，小便赤黄，陽綱主之。

***『宋板傷寒論』太陽中157・発汗後
 傷寒1汗出解之後2胃中不和3心下痞硬5乾噉食臭4脇下有水氣6腹中雷鳴7下利者8属生姜瀉心湯**

図 42

も太陽経の穴の主治症にしか存在していない。

按 1：必要十分条件で太陽病に収束する「脚攣」。

按 2：『靈枢』経脈由来の『宋板傷』太陽病提綱証「太陽之為病，脈浮，頭項強痛而惡寒」からは，出現する必然性がない「喘・脚攣・衄」病症が，処方条文として存在する必然性を，『明堂』の太陽経の穴主治病症に求めた。

按 3：『宋板傷』太陽病に中・下篇が存在する必然性は，『明堂』の太陽経の穴の主治証に求められた。

④腹中雷鳴 (図 42)

1. 『宋板傷』157 条文の 7 病症中の 6 病症まで『外台秘要』復溜の病症に一致している。
2. 『医心方』と『甲乙経』脾胃大腸の陽綱は「5 飲食不下，6 腹中雷鳴，7 大便不節」として，病症の順列まで『宋』157 条に一致している。
3. 『医心方』と『甲乙経』脾胃大腸の陽綱は「5 飲食不下，6 腹中雷鳴，7 大便不節」として，病症の順列まで『宋板傷』157 条に一致している。『甲乙経』では，「脾胃大腸」に隸属する「陽綱主之。」であり，『宋板傷』では処方に入れかわって「……生姜瀉心湯主之。」と変化している。
4. 「6 腹中雷鳴」は，必要十分条件を以て，『宋板傷』太陽病篇と『明堂』太陽膀胱経絡に一致している。
5. 『医心方』引用『甲乙経』や『外台』では「穴名称＋主治病症」であり，『神農本草経』の「生薬名＋主治病症」と同質である。
6. 『甲乙経』と『宋板傷』において「病症＋**主之」の形式に整理され，穴と処方に入れかわって条文化されている。すなわち，『医心方』引用『明堂』「陽綱主 飲食不下～大便不節」から，『甲乙経』脾胃大腸受病の飲
7. 『医心方』引用『明堂』の復溜の主治病症は「主腰痛引脊内廉，腹厥痛，唵乾，尿青，赤白，目茫茫，涎出」と簡潔である。しかし『外台秘要』復溜の主治病症では，さらに「善怒多言……腹・切痛引心，心如懸……腸澀……泄後重……

腹中雷鳴……汗出不休……」と既述が続いており、『宋板傷』太陽中 157 生姜瀉心湯条文に対応している。腹中雷鳴は、『外台秘要』腎人の附記部分に記述されている。

『医心方』引用『明堂』の「陽綱主食飲不下～大便不節」と、『甲乙経』脾胃大腸受病の「飲食不下～大便不節陽綱主之」の変化に引き続く『宋板傷』の 157 生姜瀉心湯主である。

按 1：『医心方』と『外台秘要』複溜の記述内容の長短は、2つの可能性が考えられる。『医心方』が『明堂』の全文を引用せずに省略している場合と、『外台秘要』で後世の附記が為されている場合である。

筆者は、『外台秘要』腎人の附記部分は、甄権（540?～643）等によっていると推定している。そして、『宋板傷』六経の処方条文群の記述内容は、むしろ隋・唐代の内容に親和性が強い点をもって、『宋板傷』六経の隋・唐代編纂説」を唱えている。

按 2：1～4 をもって、『明堂』経穴主治症と『宋板傷』の処方条文群との、密かな関係が存在している。一源二枝と推定した。

* 12太陽中風，陽浮而陰弱，陽浮者，熱自發，陰弱者				
1汗自出 2奮奮3惡寒，淅淅4惡風 翕翕發熱 鼻鳴乾5嘔者桂枝湯主之				
『医心方』 玉枕：主	1汗不出	2凄厥3惡寒4惡風	5嘔吐足太陽膀胱腑	
『外台秘要』玉枕：	4惡風 1汗不出	2凄厥3惡寒	5嘔吐，	
『甲乙経』熱病死	4惡風 1汗不出	2凄厥3惡寒	5嘔吐 玉枕主之	
『宋板傷』12太陽中風	1汗自出	2奮奮3惡寒4惡風	5嘔者桂枝湯主之	

図 43

1. 『医心方』『外台秘要』『甲乙経』『宋板傷』12条において、「汗不（自）出・凄厥（奮奮）惡寒・惡風・嘔」が一致している（図 43）。
2. 玉枕は足太陽膀胱腑に属し、『宋板傷』12条の桂枝湯も太陽病上篇である。
3. 『医心方』『外台秘要』『甲乙経』に共通する「頭重項痛」は、『宋板傷』の太陽病提綱証や桂枝湯の病症概念に一致している。
4. 『医心方』は「玉枕主…」であるが『甲乙経』熱病死候では「…玉枕主之」と、末尾に主治穴名が記述され、『宋板傷』の「……桂枝湯主之」として、穴名が処方名に入れかわっている。次に記す 35・145・157 条文と、まったく同じような教典間の編纂傾向を示している。
5. 『明堂』の記述形式の「処方名 主（治）……」は、『神農本草経』の「生薬名 主……」に一致している。

按 1：『甲乙経』と『宋板傷』に共通する、条文末尾の「**主之」という記述形式は、隋唐医学の特徴と推定した。

按 2：後世において、穴と処方は治法の前後関係で整理され、『宋』では「先刺風府，却与桂枝湯」として条文化されている。

注：『古辞弁』（王鳳陽・吉林文史出版社）

“凄”（凄），『玉篇』“寒也”，

“凄”也可以形容“寒”…如潘岳『寡婦賦』“夜漫漫以悠悠，寒凄凄以凜凜”。

*35. 太陽病，頭痛發熱，身疼腰痛，骨節疼痛，惡風 無汗而喘者，麻黃湯主之					
子目	太陽病，頭痛發熱，身疼，	惡風，	無汗而喘者，	麻黃湯主之	
『医心方』承靈	：	主腦風 頭痛，	惡見風寒，	衄 窒鼻，	喘息不通。足小陽胆，
『甲乙經』熱病死候	：	腦風 頭痛，	惡見風寒…	衄 窒鼻，	喘息不通 承靈主之。
『宋板傷』35，	太陽病	頭痛…	惡 風	而喘者，	麻黃湯主之
子目	太陽病，頭痛	惡 風	而喘者，	麻黃湯主之	
46，	太陽病	劇者必衄，	衄乃解	麻黃湯主之	
55，	傷寒脈浮緊	因致衄者，	麻黃湯主之		

図 44

1. 『医心方』『甲乙經』『宋板傷』35 条文において、「頭痛・悪風・喘」が順列で一致している (図 44)。
 2. 『医心方』と『甲乙經』の「衄」は、『宋板傷』の 46, 55 条に一致している。
 3. 『医心方』承靈主*→『甲乙經』*承靈主之→『宋板傷』*麻黃湯主之の変化も、「玉枕≒桂枝湯」と同質である。
 4. 「喘・衄」は、『宋板傷』太陽病～陽明病に特徴的な病症である。
- 按 1：承靈の主治証に「腰痛・骨節疼痛」はなく、主に身体の上部位症状を司っている。『宋板傷』35 条の子目は、同様に「腰痛・骨節疼痛」を欠いている。言いかえれば、子目は『明堂』と親和性を有している。
- 按 2：太陽病・陽明病の提綱証からは、出現する必然性がない「喘・衄」病症が、処方条文として存在する根拠を、『明堂』の穴主治病症と傷寒日期變生雜証に求めた。

*太陽病中145，婦人傷寒，發熱，經水適來，晝日明了，暮則譫語，如見鬼狀者，此為熱入血室，無犯胃氣及上二焦必自愈					
『医心方』孔穴主治	身柱主	身熱狂走，	闇言	見鬼	
『外台秘』膀胱人	身柱主…	身熱狂走，	譫言	見鬼。	
『甲乙經』足陽明脈病	身熱狂走	譫語	見鬼	身柱主之	
『宋板傷』太陽病中145	婦人傷寒，發熱…	暮則譫語，	如見鬼狀者，	此為熱入血室	

注：『宋板傷』の暮則譫語は、『医心方』の闇(寢)言。

図 45

1. 『医心方』『甲乙經』『外台秘要』の「身熱・闇語・見鬼」は、順列として『宋板傷』145 条の「發熱・譫語・見鬼」に対応している (図 45)。
 2. 『靈樞』経脈～『甲乙經』では、督脈に位置する身柱の条文である。同時に、『甲乙經』足陽明脈病發熱狂走第二では「……身柱主之」とも論じられている。
 3. 『外台秘要』十二身流注五藏六腑明堂では、明堂の名称を冠しながらも“膀胱人(太陽病篇)”に身柱を配当している。『医心方』背部諸穴一行(督脈)も、『甲乙經』背自第一椎循督脈行も足陽明脈病發熱狂走にも言及していない。
- 按 1：『明堂』の流伝における時代的変化が準縄になって、諸經典の編纂が繰り返されている。
- 按 2：『外台秘要』の十二身流注五藏六腑明堂において、『宋板傷』六經との整合性が見出された。言いかえれば、『宋板傷』六經の処方条文の編纂構造は、『外

台秘要』に代表される隋唐医学の影響下に位置していると推定した。

『宋板傷』六経の提綱証に始まる病理条文が、『靈枢』経脈～『素問』熱論の漢代医学を反映しているのと、好対照を成している。

4. 『医心方』『甲乙経』『外台秘要』の身柱の主治病症を、『宋板傷』では「自愈」として、処方名も穴名も記していない。

■ 準必用十分条件 (図 46・47)

1. 「喘・衄」は、『宋板傷』太陽病～陽明病に特徴的な病症である。
按 1：『靈枢』経脈由来の『宋板傷』太陽病・陽明病の提綱証からは、出現する必然性がない温病・風温の病症や「喘・衄」が、処方条文として太陽病篇に存在する必然性を、『明堂』の穴主治病症に求めた。

準必用十分条件

⑤衄7通天
②難言-風府 至陽 10天柱

太陽病上 6 語言難出
頸部左右諸穴廿：
10天柱二穴：在項後髮際，大筋外廉陷者中，刺入二分，留六呼，灸三壯。足太陽膀胱。
主：熱病，汗不出，目茫茫，赤痛，眩，頭痛重，目如脫，項如拔，目眩，咽腫 ②難言。

『宋』太 6，太陽病，発熱而渴，不惡寒者為温病。
若発汗已，身灼熱者，名風温。
風温為病，脈陰陽俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，**語言難出。**

1. 『明堂』太陽経に属する穴の主治証と、『宋板傷』太陽病篇の処方条文が一致しているのは「衄難言…」等である。

◆弁可灸病形証治第二十四
気従小腹上衝者灸其核上各一壯与桂枝加桂湯
* 「喘・衄」
64京骨二穴：主：喘，頭重，足寒，不欲食，脚攣，衄，目白翳，鼻不利。

図 46

弁太陽病脈証并治上第五
18, 喘

弁太陽病脈証并治中第六
34, 35, 36, 40, 41, 643, 3, 75, 162, 喘
46, 47, 55, 56, 86, 衄。
111, 衄微喘

弁陽明病脈証并治第八
189, 208, 210, 212, 218, 221, 235, 喘
202, 226, 227, 衄。

弁少陽病脈証并治第九 弁太陰病脈証并治第十 弁少陰病脈証并治第十一 弁厥陰病脈証并治第十二

図 47

■ 穴の主治証と「胃中寒」(図48)

『宋板傷寒論』	太陽病	陽明病	少陽病	太陰病	少陰病	厥陰病
十二經絡	足太陽膀胱經	足陽明胃經	足少陽胆經	足太陰脾經	足少陰腎經	足厥陰肝經
	胃兪・腎兪	足三里				

注：督脈（至陽）と任脈（中脘）は除く

注：データベースは、『穴位通鑑』（黄龍祥）による。

図48

1. 宋以前『傷寒論』の陽明病提綱証は「胃中寒」であった。
2. 『素・靈』以来～現代針灸学に至るまでの歴代の針灸経典における「穴の主治証」において、足陽明胃經の足三里穴の主治証に「胃中寒」が見られる。

(参考資料①)

1医.19 瀝砭出箴。寒氣在胃兪（腹）（瀝）（腸）□□□□（箴）病者呼四五十乃出箴。次
1医.20 膝下五寸分間榮深三分箴如炊一升米頃出箴。名曰三里。次項從上下十一椎俠椎兩榮
1医.21 深四分箴百廿息乃出箴。名曰肺輸。後三日病・平復・黃帝治病神魂忌人生一母心
：經穴としてはじめて「三里」「肺兪」の名前が出てきます。

按1：『宋前傷寒』の「陽明病提綱証は胃中寒」に一致している。逆に、足少陽胆經・足太陰脾經・足少陰腎經・足厥陰肝經の四經に「胃中寒」の病症はない（参考資料①）。

按2：「胃中寒」の病症は、足陽明胃經と『宋前傷寒』の陽明病提綱証に一致しているので、『明堂』以来の經穴学説は、『傷寒論』と不可分な関係にある。

按3：『宋板傷』の「胃家実」の記述は「自身を遡のぼらない」。

按4：歴代の經穴書の主治病症に「胃家実」の記述はない。そこで『宋板傷』以降の「恣意的誤瀉（寒→実）による発明」と推定した。

3. 『医心方』引用『明堂經』の胃兪の主治証の冒頭は「主胃中寒……」である。

按1：足太陽膀胱經の胃兪の裏伝としての「胃中寒」であり、『宋前傷寒』の「胃中寒」に一致している（参考資料②）。

按2：皇甫謐選著の『黄帝内經針灸甲乙經』がもついた『明堂經』なので、穴の主治証は『宋前傷』と整合性を有しており、『宋板傷』の六經病理観とは大きく異なっている（八綱の逆転）。それゆえに時代の変化とともに、処方条文に附記される穴が変化してきている。

『脈經』平三関病では、すべての処方条文に刺すべき穴が附記されていたのが、『宋板傷』可不可篇で「可刺・灸…」が削除され、処方条文からも穴が削除（正確には未対応）されている理由である。残存しているのは、桂枝湯の風池・風府のような「不受病～誤治」の穴だけである。金・元医学における李東垣等による「経絡一經穴学説と六經病理と処方条文の擦り合わせ」は、歴

(参考資料②) 参考資料2) 穴の主治病証における「胃中寒」と「腹中寒」

* 足三里 (ST 36)

8. 三里 主腹中寒，脹滿，腸鳴，腹痛，胸腹中瘀血……（『備急千金要方』30：541）
9. 主陽厥凄凄而寒，少腹堅，頭痛，脛股腹痛，消中，小便不利，善噦，瘧，中有寒，腹中寒…（『外台秘要』39：1097）
10. 主腹中寒脹滿熱，汗不出，善嘔，瘧身反折，口噤，不能久立。（『医心方』2：54）
12. 治胃中寒，心腹脹滿，胃氣不足，惡聞食臭，腸鳴，腹痛，食不化。
（『銅人腧穴針灸図経』5：72，『聖濟總録』『針灸資生經』『黄帝明堂灸経』『針経節要』『普濟方』『針灸聚英』『針灸大成』）

史の変遷において必然的に生じるべき学問分野であった。この代表例として今回「不伝一針一葛根湯類」を整理した。

4. 『千金方』：「胃輸，腎輸主胃中寒」とあり，宋以前の概念である。
5. 督脈の至陽穴は「胃中寒」を司っている。『針灸聚英』と『類経図翼』における宋代以後の増加病証である。

按：巨陽に内蔵される督脈として，太陽膀胱経絡に隷属させた。

6. 任脈の「中脘」も「胃中寒」を司っている。

按：「胃輸」同様に胃の穴なので，「胃中寒」を司っている。

按1：『武威漢代医簡』に出土一次資料として，足三里の主治は「寒氣在胃莛腹・瀝・腸（寒氣が胃に入り腹が張る）」であった。

按2：漢代の針灸で明文化されていた「胃中寒に足三里」。

按3：手の陽明脈病候は「津液所生病」であり，足の陽明脈病候は「血所生病」である。津液の枯渇と血症を恐れる『宋板傷』六經の病能生理の基礎理論を構成している。『適天髓』は「五行は水を以て血と成す」としている。

宋代以降（図49）

1. 『足臂・陰陽十一脈灸経』～『靈枢』経脈以来の「胃中寒」は，『黄帝明堂灸経』『外台秘要』『医心方』『銅人腧穴針灸図経』『備急千金要方』等の宋以前の經典において明記されている。逆に「胃家実」の表記は存在していない。

- | |
|--|
| <p>16. 主陽厥凄凄而寒，少腹堅，頭痛，脛股酸，腹痛，消中，小便不利，善噦，腹中寒……（『普濟方』413：134）
『銅人經』云：主胃中寒，腹滿堅塊，不能食，反胃，胸脇積氣，脚弱。（『普濟方』416：226）</p> <p>18. 能除心腹痛，善治胃中寒，腸鳴並積聚，腫滿脚脛酸，傷寒羸瘦損，氣蟲疾諸般……（『徐氏針灸大全』3：10，『秘伝常山楊敬齋針灸全書』）</p> <p>19. 主胃中寒，心腹脹滿，腸鳴，臟氣虛憊，真氣不足，腹痛，食不下……
『千金翼方』云：主腹中寒，脹滿，腸中雷鳴，氣上衝胸，喘不能久立，腹痛……（『針灸聚英』1：32，『針灸大成』）</p> <p>20. 主胃中寒，心腹脹滿，腸鳴，臟氣虛憊，真氣不足，腹痛，食不下……（『古今医統大全』6：24）</p> <p>23. 能通心腹脹，善治胃中寒，腸鳴並泄瀉，腿腫膝脛酸……（『針灸大成』：74）</p> <p>26. 主治胃中寒，心腹脹痛，逆氣上攻，臟氣虛憊，胃氣不足，惡聞食臭，腹痛，腸鳴，食不化，大便不通，腰痛，膝弱不得俯仰，小腸氣。此穴主瀉胃中之熱，与气街，巨虚上下廉同。
『馬丹陽天星十二穴』云：能除心脇痛，腹脹胃中寒，腸鳴並泄瀉，腿腫膝脛酸，傷寒羸瘦損……（『類経図翼』6：125，『勉学堂針灸集成』）</p> <p>29. 能除胸脇痛，腹脹胃中寒，腸鳴並泄瀉，腿腫膝脛酸，傷寒羸瘦抽，氣蟲証諸般，年過三旬後，針灸眼光全。注：三里，足三里穴也。……主治胸脇疼痛，腹脹，胃寒，腸中雷鳴，脾寒泄瀉……（『医宗金鑑』刺灸心法要訣85：265）</p> <p>31. 治胃中寒，臟氣虛，腹脹，腰痛，蠱毒，痲癖，中風……（『針灸逢源』4：21）</p> <p>33. 主治胃中寒，心腹脹，有逆氣上攻，腰痛，膝脛酸痛，目不明，五勞羸瘦，七傷虛乏，胸中瘀血，乳癰，腹中寒脹滿，傷寒熱不已，熱汗汗不出，腹痛。（『針灸指南』中：7）</p> <p>35. 主治胃中寒，心腹脹滿，腸鳴，臟氣虛憊，真氣不足，腹痛，食不下……（『中華針灸学』：128）</p> <p>38. 主治消化不良，胃壅攣（胃中寒），食慾不振，羸瘦，口腔疾患，腹膜炎（少腹腫痛不得小便），腸雷鳴……（『中国針灸学』：80）</p> <p>40. 主治：上腹部發悶或突然疼痛，胃氣不足，食不化，消谷善飢，噯氣，惡聞食臭，胃中寒，肚腹脹滿，腸鳴腹痛，腹有逆氣上攻……（『針灸学簡編』：144）</p> |
|--|

図49

按：自身の記述が歴史上初めてなのが『宋板傷』の「胃家実」であり、『宋板傷』可不可篇に三陽病の提綱証条文が存在していなのもそのためである。

2. 『類経図翼』は、「主治胃中寒……」と引用しておきながら、「此穴主瀉胃中之熱」と解説している。

按：『宋前傷寒』の「胃中寒」から、『宋板傷』の「胃家実」への変化に対応しており、『総病論』の「補三里」から森立之等の「瀉三里」と同質の、病理一治法認識の変遷である。

* 『宋板傷寒論』陽明病

1. 『聖恵方』巻八の陽明病は、「実」を脈証として1回しか用いていない。

按：病症としての「実」はない。

2. 『聖恵方』巻八の陽明病は、「虚の病症」を重視している。

按1：陽明病の定義が「胃中寒」であり、病症は「胃中虚冷」を基礎にしているからである（参考資料③）。

『宋板傷』陽明病の通俗解説は「裏熱実証」なので、「寒・熱と虚・実」が真逆の変化を遂げている。

『素問』熱論に隸属する傷寒日期系統の「三陽病発汗[表寒証]→三陰病吐下[裏熱証]」の病理構造からは、「三陰病の裏熱証」が「三陽病の表寒証」へ

(参考資料③) 陽明病篇の「胃の中寒症」処方条文

『宋板傷寒論』陽明病	
『宋』180	陽明之為病，胃家実 一作寒 是也，
『聖』1	傷寒二日。陽明 受病 陽明者 胃中寒 是也。宜桂枝湯。(翼153宋180)
『宋』190 陽明病 若能食名中風；不能食，名中寒，	
『宋』19 陽明病，若中寒者，不能食，小便不利，手足濇然汗出，此欲作固瘕，必大便初硬後溏，	
所以然者，以胃中冷，水穀不別故也，	
『聖』5陽明	中寒 不能食 小便不利 手足精然汗出 欲作堅裏也。
所以然者 胃中 水穀不化故也。宜桃人承氣湯。(翼165宋191)	
『宋』194，陽明病 不能食 攻其熱 必噦 所以然者，胃中虚冷故也，	
以其人本虚，攻其熱 必噦	
『聖』6陽明病	能食 下之不解 其人不能食 攻其熱 必噦者 胃中虚冷 也。宜半夏湯 (脈7-8-14翼168宋194宋可231)
『宋』259，傷寒発汗已，身目為黄，所以然者，以寒湿在裏不解故也，以為不可下也，於寒湿中求之	

注：『宋』190・259 条文は、『太平聖恵方』にはない。

	提綱証	条文	虚	実
『太平聖恵方』巻八・六経病	胃中寒	38	5	1* 1
『宋板傷寒論』	六経病 胃家実	83	10	11

* 1：『聖』35 陽明病。脈実者当下。脈浮虚者当汗。下者宜承氣湯。汗者宜桂枝湯。(脈 7-2-10・7-7-21 翼 196 宋 24046)

252, 傷寒六七日，目中不了了，睛不和，無表裏証，大便難，身微熱者，此為実也，急下之，宜大承氣湯，三十六，
218, 傷寒四五日，脈沈而喘滿，沈為在裏，而反發其汗，津液越出，大便為難，表虚裏実，久則譫語，

移動して「陽明病の胃家実」が成立しているので、八綱弁証（陰陽・虚実・寒熱・表裏）の逆転病理である。『宋板傷』陽明病の252・218条が「傷寒四〜七日の裏実証」を唱っているのはこのためである。

按2：「（日本の陰虚は冷え症なのに）中医学の陰虚は熱証なんだって？……」と、40年前に議論していたのが思い出された。

按3：「経絡一經穴学説」は、『素問』熱論に隸属する傷寒日期系統と整合性（一源二枝）を有している。それゆえに、出土一次資料〜『明堂』の「胃中寒」が、現代まで穴の主治証として綿綿と続いており、「胃家実」を主治証に唱う穴は、いまのところまだない。

言いかえれば、『宋板傷』六經病で起きた八綱の逆転に、「経絡一經穴学説」は対応せずに『宋前傷寒』の病理構造を保持しているので、両者の統一的な弁証論治は不可能なわけである。それでも、『足臂・陰陽十一脈灸経』〜『靈枢』経脈の経絡病症を、『宋板傷』は提綱証として打ち出していて、「経絡一經穴学説」と『宋板傷』六經病の一致を目指していたのは確かであり、金・元医学の帰経学説として花開をみている。

3. 『聖恵方』巻八の陽明病を「中寒〜虚冷」と定義して始まる総計38条文は、「胃家実」で始まる『宋板傷』陽明病の総計83条に包括されている。

按1：同一の処方条文群（83条文に内蔵される総計38条）に対して、冒頭の病態定義を寒熱反転しているのが、大胆な新編纂『宋板傷』の現実である。

按2：陽明病は胃家実（裏熱実証）とする『宋板傷』にも、『聖恵方』以来の「胃の虚冷〜中間症」の条文段落はすべて残存しており、「中身は同じで箱書きが変わった」状態になっている。

按3：『宋前傷』においては、大黃の下法は（裏熱だけではなく）「胃の中寒証」に用いられていた。

■ 穴の主治証と「腹中寒」（図50・51）

1. 穴の主治病症を準繩にすれば、「胃中寒」の陽明経と「腹中寒」の太陰経が、綺麗に対を成している。

按：『宋板傷』では、「胃家実」の陽明病と「脾家実」の太陰病であり、「寒→実」の入れかえが確認できる。岡田は「胃中寒→胃家実の陽明病」と「腹中寒→脾家実の太陰病」と理解している。なお『宋板傷』277条は「蔵有寒」であり、「蔵有実」と校勘されていないのは幸いであった。

2. 「会陽（太陰脾）」の宋以前の病症は「腹中有寒、洩注、腸澼便血」であり、胃俞（陽明胃俞）等と同様に「太陽経における胃腸への裏伝」を司っている。そして『宋板傷』の太陰病期の病症に一致を得ている。

3. 「会陽」の帰経は督脈と足太陽膀胱経の二説があるが、精の循環としての巨陽と理解した。

4. 273・280条は、ともに太陰病の提綱証としての自利を唱っており、278条も「下利日十余行益甚」を脾家実としている。ここでもし寒熱を問えば……278条は「（蔵）寒」と定義している。

『宋板傷寒論』	太陽病	陽明病	少陽病	太陰病	少陰病	厥陰病
十二經絡	足太陽膀胱經	足陽明胃經	足少陽胆經	足太陰脾經	足少陰腎經	足厥陰肝經
	会陽	足三里		隱白・三陰交・陰陵泉・衝門		
『宋前傷』	『宋板傷寒論』					
胃中寒	→胃家実の陽明病					
腹中寒	→脾家実の太陰病					

注：手太陰肺系の「列缺」は除く。

注：データベースは、『穴位通鑑』（黄龍祥）による。

図 50

『宋板傷』弁太陰病脈証并治第十

273. 太陰之為病，腹滿而吐，食不下，自利益甚，時腹自痛……
277. 自利不渴者，屬太陰，以其藏有寒故也，當溫之。宜服四逆輩。
278. 傷寒脈浮而緩……至七八日，雖暴煩下利日十余行，必自止。以脾家実，腐穢當去故也。
280. 太陰(之)為病，脈弱，其人続自便利，設當行大黃芍藥者，宜減之……

* 『甲乙經』と『医心方』：「会陽」腹中有寒，洩注，腸澀便血

図 51

処方 は 四逆輩 に 続い て 大 黄 を 用 い て い る 。 こ れ は 次 に 記 す ， 『 医 門 方 』 『 聖 惠 方 』 『 医 門 方 』 の 可 下 方 の 「 腹 中 寒 は 可 下 」 を 反 映 し て い る 。 陽 明 病 を 胃 家 実 と 定 義 し 直 し て 「 裏 熱 実 証 に 対 す る 大 黄 の 下 法 」 だ け に 集 約 さ れ て い る 『 宋 板 傷 』 に と っ て は ， 「 腹 中 寒 に 対 す る 大 黄 の 下 法 」 は 封 印 さ れ る べ き 運 命 に あ っ た 。

『宋板傷』 254 発汗不解 腹 満痛者(欠)	急下之 宜大承気湯
『千金翼』 202 発汗不解 腹 満痛者(欠)	急下之 宜 承気湯
『宋板傷』 可下 病腹中満痛者此為実也	当 下之 宜大承気・大柴胡湯
『聖惠方』 可下6 傷寒病腹中満痛者	為寒 当宜下之
『医門方』 凡病腹中満痛者	為寒 当 下之
『千金翼』 宜下 凡病腹中満痛者	為寒 宜下之

図 52

1. 足陽明胃經に「腹中寒」は多く記述されているが，十二經絡の穴の病症において「腹中寒」はない。(図 52)
按:「穴の病症」を基準にして『宋板傷』を解釈すると，宋以前『傷寒論』の「胃中寒と腹中寒」が，『宋板傷』の「胃家実と腹中寒」に対して，圧倒的に優位に立っている。
2. 『宋板傷』可下の「実」は，『聖惠方』『医門方』『千金翼』で「寒」である。
按:『宋前傷寒』の「寒」が，『宋板傷』では「実」に恣意的に誤写されたかと推定した。すなわち，『宋前傷寒』の「胃中寒」が，『宋板傷』では「胃家実」に変化した原因でもある。
3. 『宋板傷』と『千金翼』の六經病篇では「，為実」の部分は削除されている。「寒→実」の強論が限界性を有していたからであろう。
4. 『聖惠方』『医心方』引用『医門方』『千金翼』の可下篇に，処方指示はない。
按:『宋前傷』の可不可篇は，処方付記を欠いているのが一般的であり，『病源論』以来の伝統的型式である。今本『脈經』の可不可篇に，『宋板傷』とほぼ同質の処方が記載されているのは，宋改によっていると推定している。

5. 『足臂・陰陽十一脈灸経』～『靈枢』経脈の足陽明脈病候は、胃中寒の病症を「脹満」としており、「腹中満」に受け継がれている。なお出土資料や宋以前の經典において、「腹・腸・脹」の記述には混乱（～通用）がみられている。

参考資料 (34)

(参考資料34) 参考資料1) 胸中実は寒飲

『脈経』病不可吐証第四

少陰病飲食入則吐…始得之手足寒 脈弦遲 此胸中実不可下
若膈上有寒飲乾嘔者 不可吐 当温之

注：『宋板傷』と『玉函経』の少陰病篇は「胸中実不可下」に「当吐之」が続く。
『玉函経』の可温病形証に「胸中実…当吐之」はない。

1. 『脈経』不可吐の「胸中実」に続いて「膈上有寒飲」と病理解説されている。
按1：「胸中実」が「膈上有寒飲」に連続すれば、「胃家実」は「胃中寒」である。
按2：「寒→脈遅→胸中実→寒飲」と変化しており、逆に胸中実は裏熱実証を意味していない。
按3：次に記す『宋板傷』陽明病の「225：遅→表熱裏寒→226：若胃中虚冷」のように、連続して病能解説をしているのと、同じ記述型式である。

参考資料 (35)

(参考資料35) 参考資料2) 陽明病胃中寒の脈証は遅脈

『脈経』十四脈主病と三関病候篇の条文比較表

『脈経』平三関病候并治宜：関脈遅、胃中寒。宜服桂枝圓、茱萸湯、針胃管、補之。		十四脈主病 三関病候篇		宜服	針	治法
寸遲	上焦有寒	上焦有寒心痛咽酸吐酸	附子湯・生姜湯・茱萸圓	調和飲食以煖之		
関遲	胃有寒	胃中寒	桂枝圓・茱萸湯	胃管	補之	
尺遲	下焦有寒背痛	下焦有寒	桂枝圓	気海関元	補之	

* 『太平聖恵方』陽明病1 傷寒二日。陽明 受病 陽明者 胃中寒 是也。宜桂枝湯。

* 『宋板傷寒論』陽明病

225, 脈浮而遅, 表熱裏寒, 下利清穀者, 四逆湯主之。方十四。

226, 若胃中虚冷, 不能食者, 飲水則衄。

1. 『宋板傷』六経で“陽明病の遅脈”が記されている。十四脈主病においても平三関病候でも、遅脈は“胃の寒”である。すなわち、『宋板傷』六経以前の『聖恵方』卷八や『千金翼』における陽明病の定義は“胃中寒”で、その脈証は遅脈であった。しかし『宋板傷』六経において胃家実（裏熱実証）に病能が変化し、多くの脈学書は「陽明病の遅脈」を熱証と強論している。「陽明病の胃中寒の遅脈」は整合性を失ってしまった。
2. しかし『宋板傷』陽明病は、225～226条で裏寒証と遅脈の関係を論じて黙守している。
3. 『脈経』平三関病候の「関脈：遅、胃中寒。宜服桂枝圓」と十四脈主病の三関病候「関遅：胃有寒 胃中寒 桂枝圓」は、『聖恵方』陽明病1「陽明者 胃中寒 是也。宜桂枝湯」に一致している。

以下、厥陰病まで省略する。

■ 構造主義六経辨証

1960年代にフランスで発展した構造主義は、思想・音楽・数学・建築・経済等の多分野に波及し、「構造主義生物学」としても発展をみている。個人的には学生時代に読んだ、クロード・レヴィ＝ストロースの『悲しき南回帰線』以来、その「気だるい寂しさと、個人的努力では打破不能な、存在した瞬間に規定されてしまう（～一定の先天条件下に生まれる）枠組み…」が、心の隅に突き刺さっていた。中国で「楼外楼」の食事中にそのことを思い出した。

『構造主義生物学』（柴谷篤弘）は「意識：生物の[かたち-機能]を統一的な[場]の変換として理解し、生成する場における媒介変数が、鉄壁の時空生成能にもとづき、内在的法則変換で動的に分岐し、階層性の[かたち]を呈する」として、遺伝子統計学（最大で5%～以下）ではなく、その発現条件（95%以上）を議論している。異なった種の生物が同じ生態～形態を得て、同じ遺伝子にもとづいている生物の表現系が異なっている事象を、空間～場の力によると理解している。こじつければ「異病同治・同病異治」であろうか？

今回の「霍乱病六経」の病理概念設計にあたり、多種類の傷寒病候とその変成病症を、[かたち（病理）と機能（病症）]に一体化して、『足臂・陰陽十一脈灸経』～『靈枢』経脈以来の経絡論を基本構造に設定し、針灸理論と『宋板傷』六経病の統合的理解を試みた。『宋板傷』の霍乱病篇は原モデル（『悲しき南回帰線』）で、六経病篇は理論化された構造主義六経弁証論治である。マルクス主義の対立軸としても発展した構造主義に、全共闘漢方の切れ端が早くから染まっていたのは、何とも一興である。

■ 今は昔

約50年前の北京中医学院で、兵頭明先生と楊甲三教授宅を訪ねたときに「（南方の）故郷では湯液をしていた、中医学院に招聘されてからは、針灸理論との統合をはかっている…」として、両者の密接な関係を御指導頂戴した。「先生が何に苦心されていたのか」自分なりの回答を試みた。

やはり留学中に古本店で、『張仲景針灸』（残念なことに買えなかったが）という薄い本を見かけた。不思議な配穴図と解説が見開きにあり、当時の私には理解を超えた内容だった思い出がある。もう一度手にしたいと切望している。

【謝辞】 今日（長年胸に鬱積していた）思いの丈を、滅多にない好機を得て、包み隠さず大胆に恥を忍んで述べさせていただきました。アマチュア漢方医の限られた時間内の作業によっているために、不確実な分析や事実誤認や思い違いも多いと思いますので、ぜひ御指導・御批判を、お願いいたします。

（参考資料）

注1：宮川浩也：扁鵲の「熨法」について。南京中医学薬大学・学術検討会発表

注2：松岡尚則ほか：『玉匱針経』と呂広。漢方の臨床60（3）：443-456, 2013

注3：李時珍著・勝田正泰翻訳：現代語訳 奇経八脈考。東洋学術出版社

注4：黄龍祥

注5：小林健二：北里東洋医学研究所：経絡図のデータベース（『十四経發揮』経絡図の影響について）。第10回 針灸学校教員のための古典講座（資料）2015年8月9日（日）11：15-12：25

注6：『仏典はどう漢訳されたのか』スートラが経典になるとき（舟山徹・岩波新書）、『大乘経典の誕生』（平岡聡・筑摩書房）

注7：ニッポンの中医臨床 岡田研吉先生に聞く。中医臨床36（2）：2-9, 2015

注8：『黄帝医籍研究』真柳誠著

シンポジウム② 宋以前の古典を中心とした、正しい古典の認識とは

伝統的中国医学テキストの変遷についての検討

— 傷寒と寒石散（乳石発動）を題材に —

牧角 和宏

牧角内科クリニック 院長

1. 傷寒概念の変遷

1. 宋改（新校正）について

新校正によって図1に示すような文書が残されています。これらは、宋以前の姿を忠実に復元したものではなく、宋時代の概念で再編集したものであるということが大切です。そして、『宋板傷寒論』には、宋改（新校正）において林億らがどのような意図でこの新校正図書群を編纂したのかについての手がかりが示されています。

まず、傷寒概念の変遷についてお話します。

『傷寒論』の原本はございません。明の趙開美の『仲景全書』の『翻刻宋板傷寒論』が最善本とされています。「そう（宋）いた（板）傷寒論」ですね（図2）。

『宋板傷寒論』は、診断法・臨床総論・鑑別診断・臨床各論（三陰三陽篇・不可篇）などで成り立っています（図3）。

傷寒論に関して、宋改を経たテキストと宋改を経ないテキストがこれだけあります（図4）。宋の時代に出版された『傷寒論』はすべて『宋版傷寒論』である、といえますから「そう（宋）いた（板）傷寒論」を区別する必要があります。

これらの文献を臨床総論・鑑別診断・臨床各論の三陰三陽篇・不可篇といった形で分けていくと、図5のように相互に関係しているのがわかります。

なお、ここでは、図6のような形で略称を付けます。

2. 『宋板傷寒論』は両論併記型のテキスト

『宋板傷寒論』は特殊な本です。宋以前の傷寒論は、『千金』『翼方』『外臺』『聖

宋改(新校正)(2)

『宋板傷寒論』(1065)と同時期に刊行された張仲景医書に『金匱要略』『金匱玉函経』(1066)がある。

他に『嘉祐補注神農本草』『図経本草』『千金要方』『千金翼方』『脉経』『素問』『甲乙経』『外臺祕要方』など。

図1

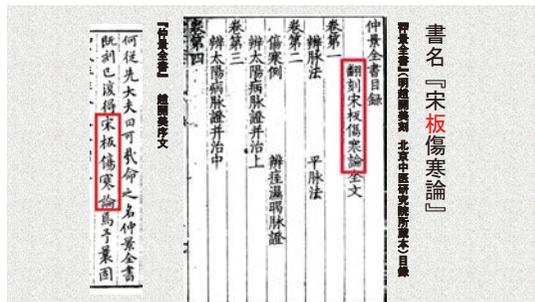


図2

『宋板傷寒論』の構成

前書	序文と目録	
診断法	弁脉法	平脉法
臨床総論	傷寒例	病態生理
鑑別診断	弁瘕湿喝脉証	傷寒との鑑別
床	三陰三陽篇(六経病篇)	太陽病(上・中・下) 陽明病・少陽病 太陰病・少陰病・厥陰病 霍乱・陰陽易差後勞復病
	各論	不可発汗・可発汗・発汗後不可吐・可吐・不可下・可下発汗吐下後
論	不可吐・可吐・不可下・可下発汗吐下後	発汗・吐・下適応・禁忌治療後対応

図3

北宋初期および宋以前の『傷寒論』(仲景書)引用書

	林億らの宋改(新校正)を経していない傷寒論引用書	林億らの宋改(新校正)を経た傷寒論引用書
漢		『素問』熱論篇
西晋		『脉経』
南北朝	『小品方』	
隋	『諸病源候論』	
唐	『新雕孫真人千金方』 敦煌文書(S.202) 『医心方』(日)	『千金方』 『千金翼方』 『外台祕要方』
宋	『太平聖惠方』	『宋板傷寒論』 『金匱玉函経』 『金匱要略』

図4

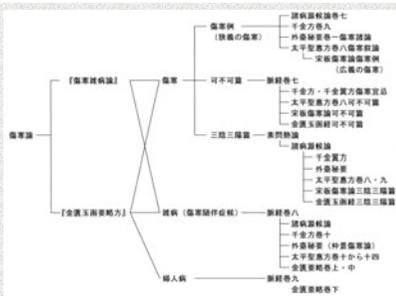


図5

文書名の略称について

- 『新雕孫真人千金方』 → 『新雕』
- 『医心方』 → 『心方』
- 『諸病源候論』 → 『病源』
- 『太平聖惠方』 → 『聖惠』 (宋初)
- 『千金方』 → 『千金』 (宋改)
- 『千金翼方』 → 『翼方』 (宋改)
- 『外臺祕要』 → 『外臺』 (宋改)
- 『聖濟総録』 → 『総録』 (宋末)

図6

恵)すべて『素問』熱論に準拠した「陽病発汗・陰病吐下」です(図7)。

こちらが『黄帝内経素問』です(図8)。

『宋板傷寒論』の傷寒例にも「陽病発汗，陰病瀉法」という条文が残っています(図9)。本条文はしばしば「後人の竄入」とされているのですが、『宋板傷寒論』三陰三陽篇には太陽病に桂枝湯・葛根湯，陽明病に桂枝湯・麻黄湯，太陰病に桂枝加芍薬大黃湯，少陰病・厥陰病に承気湯(小承気湯)と吐法が載っています。『素問』熱論や『病源』の「陽病発汗・陰病吐下」は『宋板傷寒論』にも論じられているのです(図10)。

『無求子活人書』(1240)は，陽明病の下法，陰病の温裏法が一般的な傷寒概念だが，仲景は陰病(裏証)は下すことが大原則としている，と論じています(図11)。

『傷寒論』の陽明病下法，陰病温裏は『素問』熱論とは違うというのが従来の定説ですが，『宋板傷寒論』は，『素問』熱論に相違した概念と，準拠した概念の

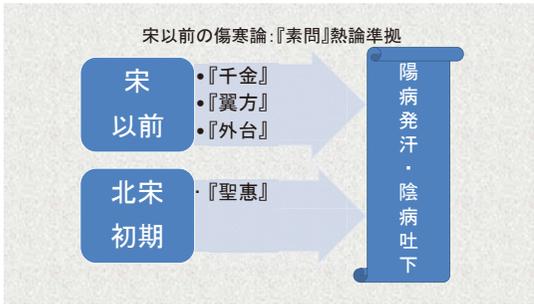


図7



図8



図9

『宋板傷寒論』の『素問』熱論肯定条文(2)

	『素問』	『新病寒論』	『宋板傷寒論』三陰三陽篇
傷寒一日	太陽	太陽; 発汗法	太陽病; 桂枝湯・麻黄湯・葛根湯
傷寒二日	陽明	陽明; 発汗法	陽明病; 234-240(桂枝湯) 235(麻黄湯)
傷寒三日	少陽	少陽; 発汗法	少陽病; 264 (少陽不可吐下; 清去法で発汗)
傷寒四日	太陰	太陰; 吐下法	太陰病; 桂枝加芍薬大黄湯
傷寒五日	少陰	少陰; 下法	少陰病; 320-321-322(小承気湯) 324(吐法)
傷寒六日	厥陰	厥陰; 下法	厥陰病; 355(瓜蒂散・吐法) 373(小承気湯)

図10



図11

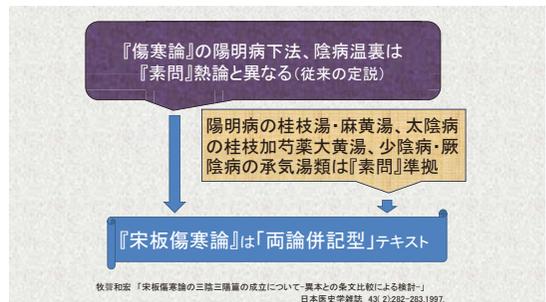


図12

2つを両論併記したテキストであるといえます。(1997年『日本医史学雑誌』(図12))

3. 『傷寒論』が両論併記となった事情の考察

両論併記となった事情は2つ考えられます(図13)。

1) 狭義傷寒と広義傷寒

傷寒例を検討しました(牧角和宏:福岡医師漢方研究会会報, 23(12):21-64,2002)。傷寒は狭義傷寒と広義傷寒に分かれます。時気病・熱病が広義傷寒で、寒邪によるものが狭義傷寒です。『病源』『外臺』『聖恵』は狭義傷寒と時気病・熱病・温病を別に記載しています(図14)。

『宋板傷寒論』傷寒例第7条・8条(図15)。第7条は、『病源』『外臺』『聖恵』の時気病・天行病に記載された条文です。次の第8条も『外臺』の天行、『病源』



『宋板傷寒論』は宋医所の時氣病変法で、真の傷寒ではない

図 19



図 20

『太平聖惠方』（『聖惠』）
 北宋初期（王懷隱ら992年）
 宋以前の旧態を保持している可能性が高い

『聖惠』傷寒門（隋唐の傷寒の集大成）

巻八 「傷寒」（広義傷寒）
 巻九～巻十四 「傷寒」（狭義傷寒）
 巻十五～巻十六 「時氣病」
 巻十七～巻十八 「熱病」

図 21

『聖惠』巻八
 （両論併記型傷寒論）

陽病発汗 陰病吐下
 陽明病承気湯 太陰病温裏 を両論併記

『宋板傷寒論』の雛形

淳化年間成立「淳化本傷寒論」
 (野淵紘「太平聖惠方所出の傷寒論の異本(淳和本傷寒論について)」
 『漢方の臨床』1978年(昭和53)-第25巻-11・12号合併号-023)

図 22

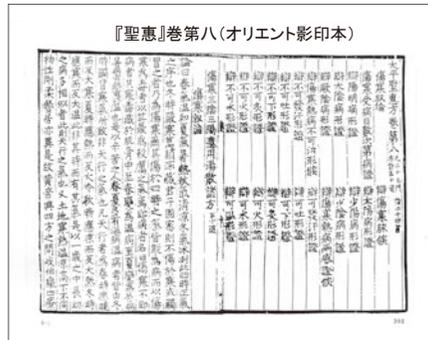


図 23

巻9～14が狭義傷寒を論じています。時氣病，熱病は別立てで書いています（図21）。

『聖惠』巻8では、「陽病発汗・陰病吐下」という『素問』熱論流の傷寒と、陽明病の承気湯・太陰病の温裏の2つを両論併記しており、『宋板傷寒論』の三陰三陽の雛形といえます。淳化年間に成立していることから『淳化本傷寒論』として昭和53年に野淵紘先生が発表されています（野淵紘：太平聖惠方所出の傷寒論の異本（淳和本傷寒論について）。漢方の臨床25（11・12合併号）：23，1978）（図22）。

オリエンタ影印の『聖惠』巻8です（図23）。可不可篇は編数が多く、『宋板傷寒論』可不可篇よりも『脉經』巻7や『玉函』可不可篇に近い構成です。

3) 温暖化に伴う傷寒の病態変化

ここで『傷寒論』の大元に戻ります。こちらは小高修司先生のスライドを拝借しましたが、『傷寒論』とは臨床救急医学書ですから、その時代に流行している疾病に対応している必要があります(図24)。

前漢後期の気候は氷河期と呼ばれる(小氷期)、非常に寒い時期であって、寒い時期ですから狭義傷寒が流行りました。ですから附子などの辛温薬を多用します。ここで小高先生は「辛温薬」と書いてあるけれども「附子などの発汗剤」と書き換えてほしいところですが(図25)。

漢代と宋代の気候の変化ですが、宋代には非常に温暖化したということが示されています。『傷寒論』に治法の変化が必要で、新たな『傷寒論』の作成として『宋板傷寒論』が組み立てられたというわけです(図26)。

『傷寒論』とは

- 疫病＝(広義)傷寒への対策を記した**臨床救急医学書**。従って**その時代に流行している疾病に対応して書かれることが必然**である。
- 『難経』五十八難曰：
(広義)傷寒に五有り。中風有り。(狭義)傷寒有り。温温有り。熱病有り。温病有り。其の苦しむ所は各同じからず。

小高修司先生のスライド拝借

図24

漢代と宋代の気候の相違(漢代)

- 異常気象と飢饉・疫病の三者は相互に密接な関連がある。
- 前漢後期の内、特に紀元前五十年以降に洪水と旱魃が増加し始め、紀元百年から百五十年にかけては中国古代で最悪の発生件数となる。そして百四十年から三世紀にかけては「小氷期」と呼ばれる寒冷期が重なる。従って**この時期に流行した疫病は寒疫、つまり狭義の傷寒である可能性が高い。**
⇒附子などの辛温薬を多用する張仲景の**原『傷寒論』は有効**

小高修司先生のスライド拝借

図25

漢代と宋代の気候の相違(宋代)

- 宋代の疫病の発生時期を見ると、唐代と同じく春夏の時期が多く二十二回を数え、冬季を遙かにしのぐ。唐代以降、宋代には温暖期という気象学上の理由が加わり、**時行病や温熱病が多発した**とことが十分示唆される。
⇒『傷寒論』に**治法の変化が必要**
⇒**新たな『傷寒論』の作成＝宋板『傷寒論』**
- * 蘇軾(蘇東坡)推薦「聖散子方」(附子含有)により多大の人的被害が発生した。

小高修司先生のスライド拝借

図26

4) 陽病の附子発汗(狭義傷寒)

では、何がどう変わったのかということですが、まず「陽病の附子発汗」(＝狭義傷寒)、「陽明病の大黃」(＝広義傷寒)というお話しをします。

狭義傷寒においては初期に附子で発汗するというのは当たり前のことです。じつは宋以前の傷寒論では、『千金』(傷寒発汗丸)、『外臺』(発汗神丹丸)、『聖恵』(巻9 桂枝湯)と、すべて附子で発汗を行います(図27)。

これは『外台』の崔氏方から引いた度瘴散という処方です(図28)。傷寒一～三日ですから陽病期ですね。陽病期に使う薬が、麻黄、細辛、烏頭……麻黄附子細辛湯加減で、太陽病・陽病を發汗して治すということですから、麻黄附子細辛湯の加味方ということは、麻黄附子細辛湯は古来、宋以前の世界においては太陽病・表証の發汗剤であると認識されていたということがわかります。また神丹丸

という処方では烏頭と附子、怖いですね（笑）。これを2つ足してどんだん発汗させると。こういう薬が実用処方と認識されていました。

『千金』にも発汗丸が書いてあります（図 29）。『聖恵』になるともっとすごいです。巻9、狭義傷寒では「傷寒一日、太陽、病を受け、頭痛、項強、壯熱、悪寒、桂枝湯に宜し」と。「その通りや!」という条文の処方内容が、桂枝・附子・乾姜・甘草・麻黄に葱（葱白）ということで、私たちがずっと勉強している共通の桂枝湯に附子が入っていた（笑）。およそ30年前にこの条文、この処方に出くわしたとき、私は「あ、これが本当の傷寒論なのね」と、食らいついちゃったわけです。

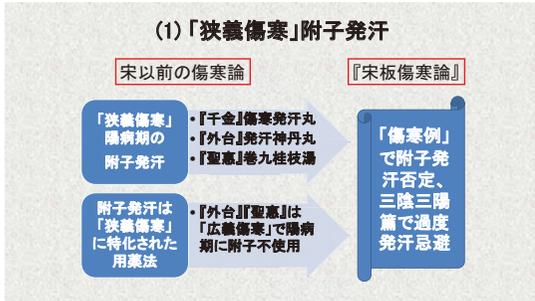


図 27

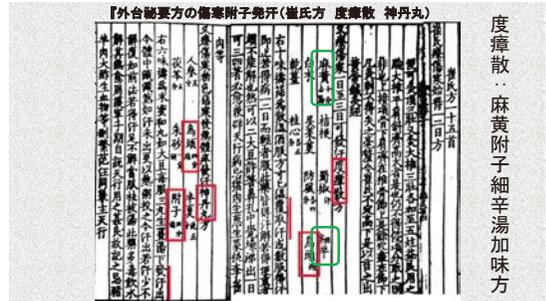


図 28

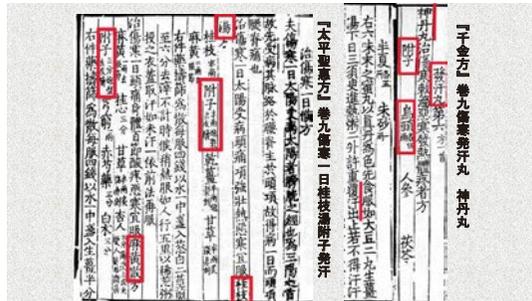


図 29

ところが、こういった烏頭・附子で発汗させるという方法は、時代の変化にもなっていたいへん危険なことになります。そこで『宋板傷寒論』は、「神丹（附子）で間違っで発汗させてはいけない、甘遂で下しすぎではいけない、死んじゃうよ」というふうに全否定するわけです（図 30）。

同じく宋改を経た『外臺』はまだ「神丹・甘遂はこういう処方があるけれども、やっぱりこれはまずいよ」と言っているのですけどね。これが『宋板傷寒論』では完全に全否定。処方の中身も出さない。宋改『外臺』は附子の過度発汗に注意を喚起したけれど、まだこれは実用処方です。傷寒の病態変化から『宋板傷寒論』の傷寒例は附子発汗を否定します。すなわち、広義傷寒における附子の過発汗を禁じることで安全性を優先したものだといえます（図 31）。

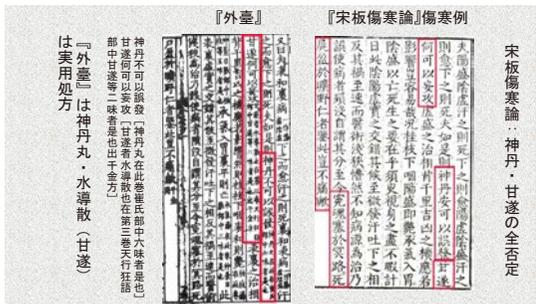


図 30

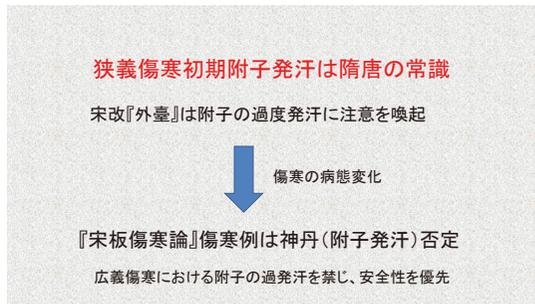


図 31

5) 陽明の大黃 (広義傷寒)

次に陽明病の大黃です。これは、『心方』巻14に「傷寒の後に黄疸になったときに、どうやって治しましょうか」と。葛氏方、時行病の発黄が「茵陳、大黃、支子(梔子)」ですから茵陳蒿湯です。『千金』は傷寒で(黄疸が)出たときに麻黄と酒、つまり麻黄醇酒湯です。この傷寒は、「時行発黄：茵陳蒿湯」がいろいろなものを含んだ広義の傷寒で、「傷寒発黄：麻黄醇酒湯」は「寒い、寒い」と言っている狭義の傷寒です。

「広義の傷寒」と「狭義の傷寒」に分けると、狭義傷寒の黄疸は麻黄醇酒湯で、『宋板傷寒論』はこの麻黄醇酒湯は三陰三陽篇を採っていません。そして、大黃の入る薬は広義傷寒の処方で、これが陽明病の茵陳蒿湯なのですね(図32)。

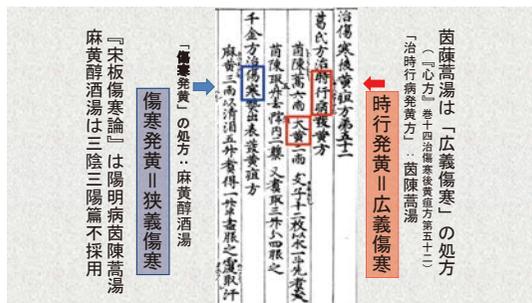


図 32

次に広義傷寒・狭義傷寒の伝変、治し方を見てみます。『病源』傷寒候では、太陽→陽明→小陽→太陰→少陰→厥陰で、陽病発汗・陰病吐下となっており、これが狭義傷寒です(図33)。

そして時気病ですが、広義傷寒の時気病もじつは同じ伝変で治し方が一緒です(図34)。

熱病も伝変は一緒で、治し方が一緒なのですね(図35)。『病源』のここの辺りを先生方もぜひ読み比べてください。笑っちゃいます。「傷寒も時気病も熱病も治療は全部一緒やん！」と。

なんと温病までございます(図36)。この時代の温病はやはり六経伝変するのですね。衛氣營血ではございません。やはり陽病発汗・陰病吐下で、すべて伝変と治療が一緒なのですね。

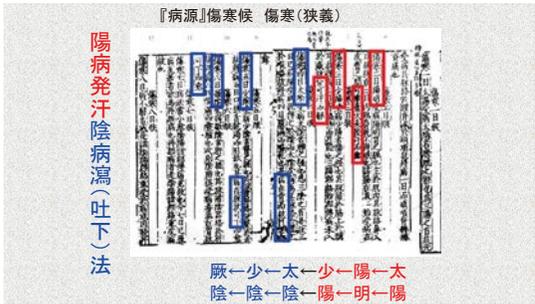


図 33

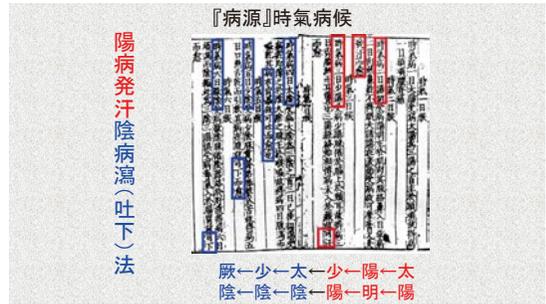


図 34

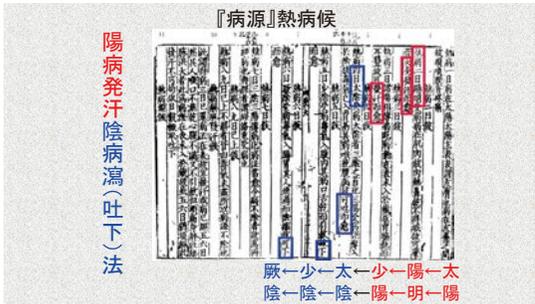


図 35

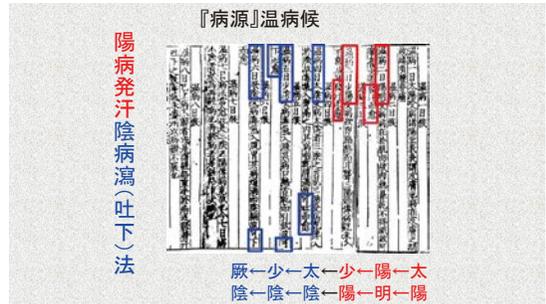


図 36

では、伝変と治療が一緒で何が違うのかということ、じつは、病因によって用薬が違うということでもあります(図 37)。

『聖恵』傷寒門を見てみますと、狭義傷寒では陽病で附子発汗、広義傷寒では陽明病で大黄を使うということがきちんと出てまいります。『聖恵』巻9が狭義傷寒で、巻15が時氣病、17が熱病なのですが、ここを見てください。狭義傷寒の太陽・陽明・少陽では附子で発汗します。そして太陽病で1つ大黄があるのは、太陽病の狂状、狂ったときに使うのですけど、陽明病期、狭義傷寒では大黄はゼロなのです。陽明病期は時氣病と熱病が大黄を使っています。すなわち、狭義傷寒では陽病で附子で発汗する。陽明病の大黄は時氣病・熱病の用薬であるというのが『聖恵』でわかります(図 38)。

なおかつ、附子で温裏するという概念はこの時期にはございません。附子で発汗を忌避して、陽明病の大黄は広義傷寒の用薬法ということ、『宋板傷寒論』は「広義傷寒」対応テキストだということ(図 39)。

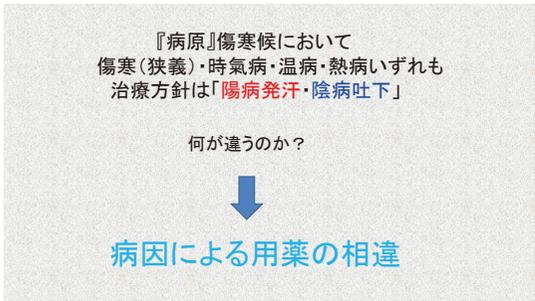


図 37

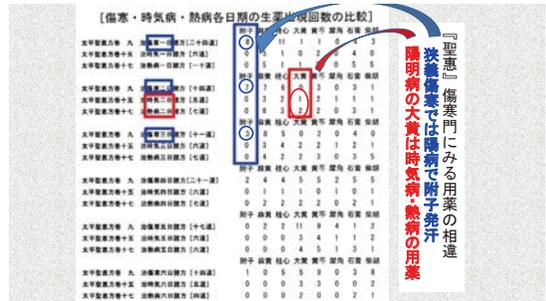


図 38

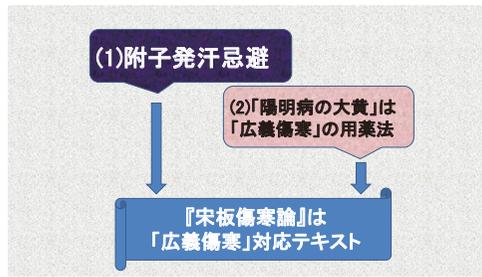


図 39

6) 陰病期への温裏法の導入

次に陰病に温裏を導入した話しです。『和剤指南』に、傷寒は本来、補法はない。大温の薬で補ったりしてはいけないと書いてあるのですね (図 40)。

『傷寒類書』には、もともと傷寒治療は攻める治療であったものが、後から補法が足されたのだというふうに出てきます (図 41)。表証・表虚は桂枝湯、表実麻黄湯で承気湯ではないですね。表証はすべて発汗させます。そして裏実、裏の実証は承気湯で下す。またここには裏虚・裏証の虚証に「理中湯 四逆の輩 (やから)」で補うというのが併記されると。こういう時系列があります。

ですから、『宋板傷寒論』は、まず陽明病の桂枝湯・麻黄湯、太陰病の桂枝加芍薬大黄湯、少陰病・厥陰病の承気湯類などが『素問』準拠の、いわゆる正調の「宋以前傷寒論」であり、陽明病下法、陰病温裏は後代に追記された「両論併記型」テキストであるということがわかります (図 42)。

ここまでをまとめると、『宋板傷寒論』三陰三陽篇は、『素問』「陽病発汗・陰病下法」に陽病下法、陰病温裏が加わった「ハイブリッド傷寒論」と考えます。そうすることによって、その後発本の特殊性をさらに理解することができます。

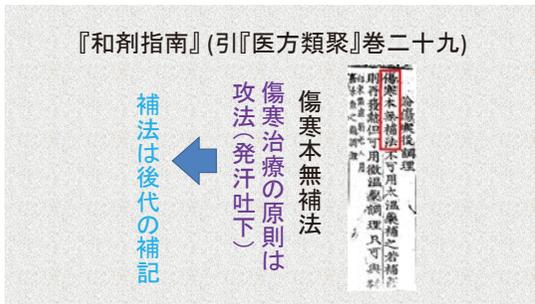


図 40

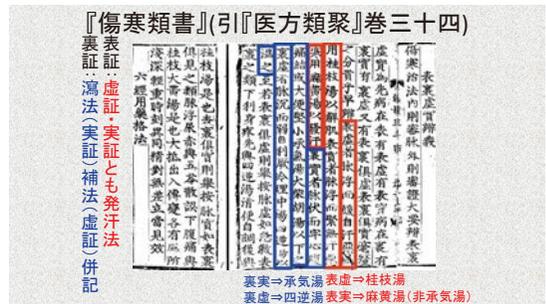


図 41

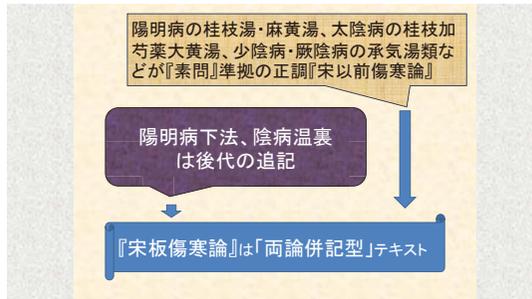


図 42

4. 『注解傷寒論』の省略・改変

『宋板傷寒論』はこのような本なのですが、私たちが従来勉強してきた『傷寒論』のネタ本は成無己『注解傷寒論』でした。『宋板傷寒論』から条文や注記を省略し、成無己が注を付したものです。この本をさらに再構成した本で勉強すると昔のことがわからなくなるわけです。(図 43・44)。

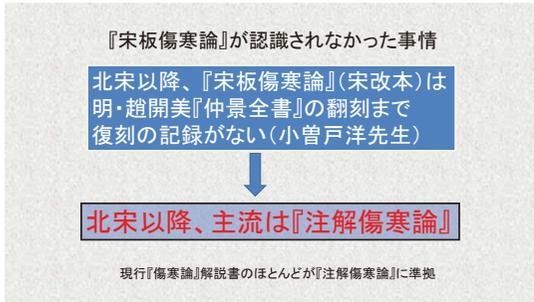


図 43

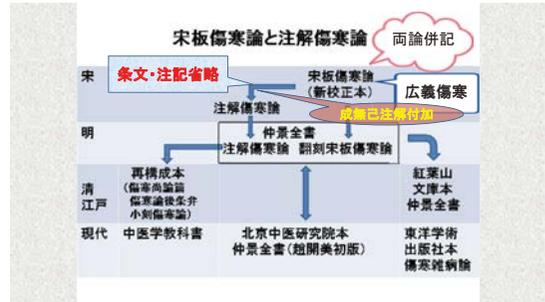


図 44

1) 小字注記の省略

まず、「陽明病胃中寒」が「陽明病胃家実」に化けるという話です(図 45)。

1996年に東京中医研で発表したものです(図 46)。

原始『傷寒論』は可不可篇形式に編纂されていたと考えます。三陰三陽形式の初出は『翼方』で、陽明病は胃中寒、『聖恵』巻8で「陽明病胃中寒」とされていたものが、『宋板傷寒論』で「陽明病胃家実」に化ける。ただし、小字で「一作寒」、すなわち昔の『傷寒論』には「陽明病は胃中寒と書かれていた」ということを書き残しているのです。『注解傷寒論』になると、小字の「胃中寒」が削除され、「胃家実」しか残らないから、『注解傷寒論』以降の本では陽明病が「胃家実」になってしまったのです(図 47)。

民国末期の『世補齋医学全集』で丙樸荘は「陽明の病は胃家実とされているが、ひとつ胃中寒に作るともある。千金方は胃中寒。胃に寒があたりれば胃中寒は当たり前ではないか。これが化熱した場合に実になる。成無己が間違っ改めたのだ(成無己直改)」と論じています(図 48)。民国時代にもわかっている人がいたのですね。

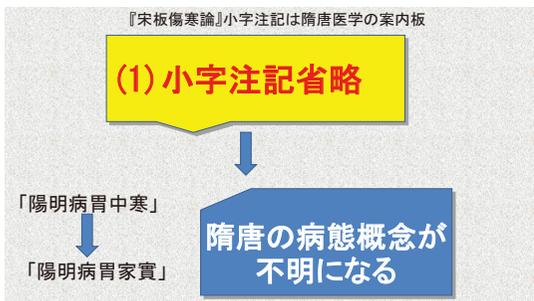
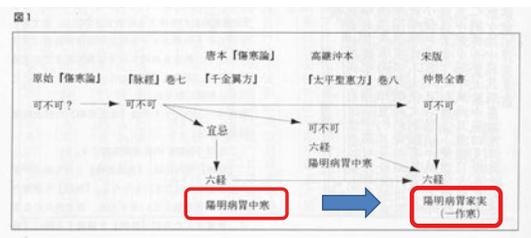


図 45



牧田和宏 高繼沖本と各種『傷寒論』を比較して 東京中医学報 15(2): 67-101, 1996.

図 46

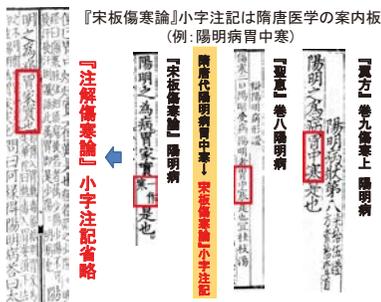


図 47

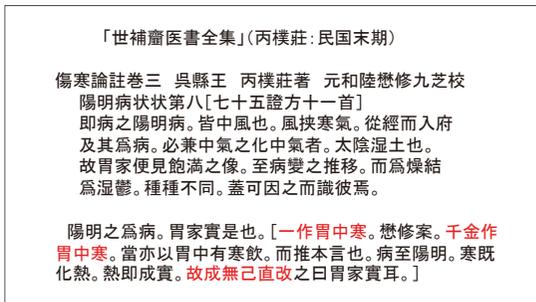


図 48

2) 重複条文の省略

『宋板傷寒論』三陰三陽篇「少陰病、自利清水……宜大承氣湯。」の条(図49), 下段に「一法用大柴胡」, すなわち、大柴胡を使ってもいいと書いてある。不可篇では「大柴胡湯、大承氣湯のどちらを使ってもいい」とされています。

すなわち、1つの条文に2つの処方が適応するということが書いてある。ところが、『注解傷寒論』は「宜大承氣湯」だけを残して、「用大柴胡」を削ってしまいますから、ここで条文と処方が一対一対応してしまいます。

一条文複数処方というのは『翼方』『脉経』にも多数ございます(図50)。『外臺』や『心方』は「又方」という形で、傷寒熱盛小便不利は滑石湯を使うのだけど、滑石がなかったら生葱(葱白)だけでもいい、あるいは瞿麦湯でもいい(図51)。すなわち、1つの病態に複数の対応する処方があるということを書いているのです。



図 49

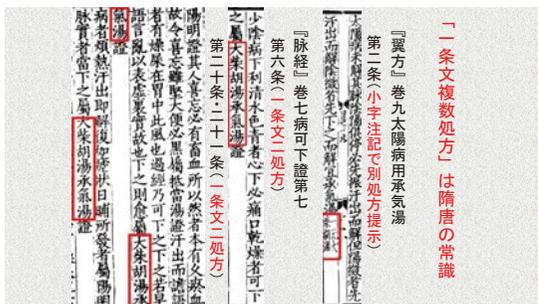


図 50

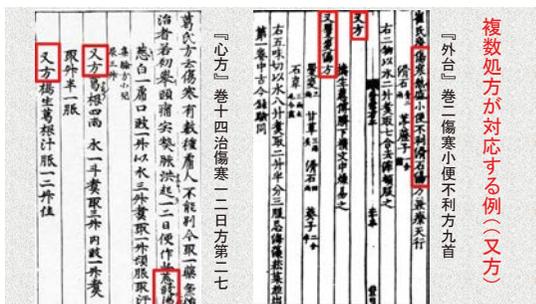


図 51

1 条文（1つの病態）に複数処方に対応するということから、処方と条文は「鍵と鍵穴」ではなかったというのが宋以前の医学だったと考えられます。

「方証相對」が成立する条件には、（1）処方構成が約束処方として統一されている、（2）病態と処方が一対一対応している、という2つが完備したテキストの存在が必要です。

宋以前は1つの病態に複数の処方に対応する一条文複数処方。また同名異方の存在が一般的でした。桂枝湯といってもいろいろな桂枝湯があったものが、『注解傷寒論』で条文と処方が一対一対応して、しかも処方は「桂枝湯といったらこれだ」という約束処方が出来上がった。どうもこれが「方証相對」の基盤ではなからうかと考えるわけです（図 52）。

『宋板傷寒論』は一条文複数処方や可不可篇と三陰三陽篇で条文と処方が違う場合があるのですが、『注解傷寒論』はこれらを省略します。このような流れで「方証相對」説の基盤が確立されたと考えられます（図 53）。

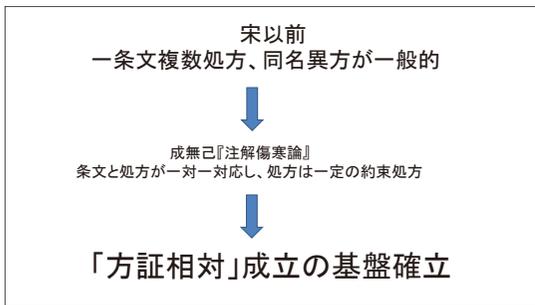


図 52

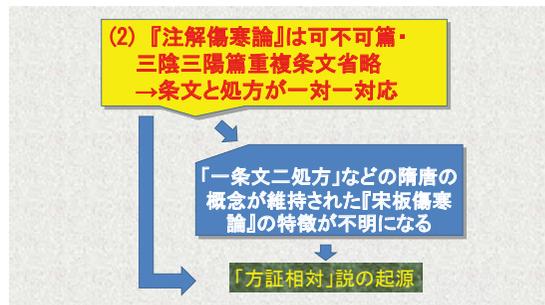


図 53

3) 一字低格下条文の省略

次に、一字低格下条文です。『宋板傷寒論』太陽病篇を示します（図 54）。

第1条は「太陽中風陽浮陰弱熱……桂枝湯主之」（図 55）。これからずらっと一字下げた条文が並びます。一般に『傷寒論』第1条とされている「太陽之為病脈浮頭項強痛而惡寒」は17番目の条文です。あえて言うならば「大文字正文第一条」と言うべきでしょう。

このような一字下げ条文が『宋板傷寒論』各編初頭に存在していることを『福岡医師漢方研究会報』(18 (12) : 10-36, 1997) で考察しました。

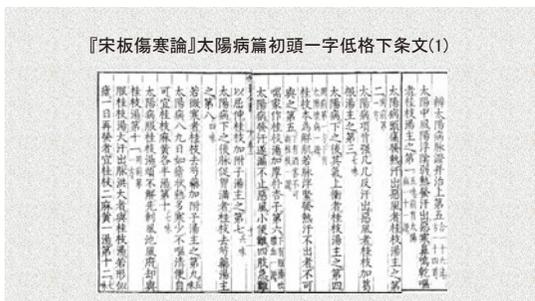


図 54



図 55

一字下げ条文は、三陰三陽篇で222条文、可不可篇で163条文存在しています。『注解傷寒論』はこれらをすべて削除しています。そして可不可篇条文が『宋板傷寒論』では287条文ありますが、『注解傷寒論』では60条文となり、なんと227条文を削ります。それだけ削ってしまいますから、『注解傷寒論』は『宋板傷寒論』とは大いに異なる本である、ということになります(図56)。

『宋板傷寒論』対比『注解傷寒論』			
		『宋板傷寒論』	『注解傷寒論』
三陰三陽篇			
一字下げ下条文	222条文	削除	
正文	398条文	398条文	
可不可篇			
一字下げ下条文	163条文	削除	
正文	287条文	60条文	

『注解傷寒論』は『宋板傷寒論』とは異なる

図56

5. 小まとめ

『宋板傷寒論』は原始『傷寒論』とは異なった両論併記傷寒論でした。これを改竄した『注解傷寒論』をさらに簡略化したものが現在の中医学教科書や『康平傷寒論』『康治本傷寒論』(いずれも陽明病胃家實)です(図57)。

簡略化されたテキストで、宋以前医学の実態を認識することは困難です。『宋板傷寒論』のみが、そういったいろいろなアイデアを提供してくれます。『宋板傷寒論』は宋以前医書と密接に関連しているのです(図58)。

ここまでをまとめると、『素問』と『傷寒論』が相違する、あるいは方と証とが相対するという説は、『注解傷寒論』以降の新説であって、『宋板傷寒論』を含め、宋以前医書全体を対象とした研究・論議が必要だということです。

以上の詳細は『宋以前傷寒論考』(東洋学術出版社)に書いています。ご参加の先生方はみなさんお持ちだと思いますが、まだお持ちでない方はぜひ買ってください(笑)。

先ほど見てきましたように、時代によって傷寒の病態が変わってきたということから、「宋以前傷寒論」と『宋板傷寒論』の違いが出てきました。『宋板傷寒論』が『注解傷寒論』に書きかわることによって、いろいろなものが抜け落ち、それ以降の様々な発展がありました。歴史と伝統の流れを正統に受け継いで発展した

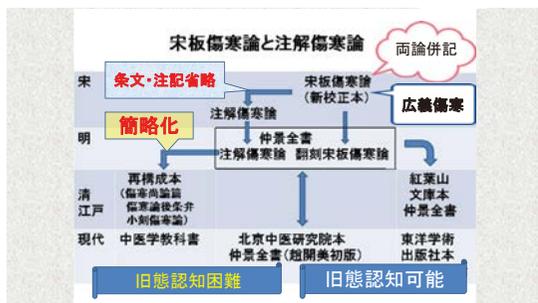


図57

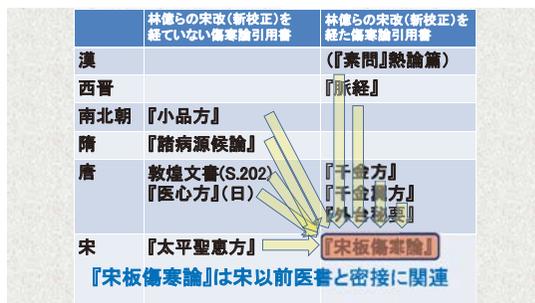


図58

のではなく、宋以前の歴史と伝統がおかしな伝え方をされたがために話しが伝わらなくなって、新説のうえに新説を乗せていったということではないかと考えています。

II. 乳石発動への対応の変遷

1. 乳石発動への対応

『外臺』は全40巻の医学全書です(図59)。平成21年から10年かけて全巻の調査をしました。24巻が「癰疽発背」、つまり腫瘍性疾患です。そして37巻・38巻が乳石論です。

1) 服石による効果の発現

乳石というのは、鍾乳と石英です。鍾乳や石英といった鉱物生薬は疾病治療のみならず、不老長寿の妙薬とされています。鉱物生薬を「薬石」と呼び、薬石を服用することを「服石」、そして服石の効果が発現することを「発動」(良い作用・副作用の双方)と言います。

傷寒の回復がままならないときの処方として紫石寒食散が『金匱』『翼方』に出ています(図60)。

『外臺秘要』各巻の目録文頭	
巻第一 傷寒上 十二門	巻第二十一 眼疾 二十四門
巻第二 傷寒下 二十一門	巻第二十二 耳鼻牙齒背口舌喉咽病 五十六門
巻第三 天行 二十一門	巻第二十三 瘡癤咽喉腫毒 二十八門
巻第四 温病及黄疸 二十門	巻第二十四 癰疽發背 九門
巻第五 瘧疾 一十五門	巻第二十五 痢 三十三門
巻第六 霍亂及嘔吐 三十九門	巻第二十六 痔病陰病九蟲等 三十五門
巻第七 心膈腹痛及寒疝 三十二門	巻第二十七 淋并大小便難病 二十七門
巻第八 淡飲胃反噎膈等 三十門	巻第二十八 中惡蠱注自縊溺死 一十八門
巻第九 欬嗽 二十三門	巻第二十九 墜墮金瘡等 四十七門
巻第十 肺痿肺氣上氣欬嗽 二十八門	巻第三十 惡疾大風癰瘡等 二十三門
巻第十一 消渴消中 十八門	巻第三十一 探案時節所出土地諸家丸散酒煎解諸毒等 二十三門
巻第十二 瘧及瘧積聚癰疽疔瘻奔弛 三十八門	巻第三十二 面部面脂頭鬢膏髮髮衣香澡豆等 三十四門
巻第十三 骨蒸傳屍鬼魅 二十六門	巻第三十三 婦人上 三十七門
巻第十四 中風上 二十一門	巻第三十四 婦人下 四十八門
巻第十五 風狂及諸風下 二十四門	巻第三十五 小兒諸疾上 三十六門
巻第十六 虛勞上 四十九門	巻第三十六 小兒諸疾下 五十門
巻第十七 虛勞下 二十九門	巻第三十七 乳石論上 一十九門
巻第十八 腳氣上 十二門	巻第三十八 乳石下 一十八門
巻第十九 腳氣下 一十六門	巻第三十九 明堂灸法 七門
巻第二十 水病 二十六門	巻第四十 風歌偏癰人及六畜疾 三十二門

図59

紫石寒食散(1) 傷寒の回復がままならない時の処方「紫石寒食散」 『金匱要略』『翼方』記載
金匱23(雜療)004 治傷寒令愈不復 紫石寒食散方[見千金翼] 紫石英 白石英 赤石脂 鍾乳[碓鍊] 括萎根 防丰 桔梗 文蛤 鬼臼[各十分] 太一餘糧[十分燒] 乾姜 附子[炮去皮] 桂枝[去皮各四分] 右十三味杵爲散酒服方寸七
翼15-02(大補養)02 張仲景紫石寒食散。治傷寒已愈不復。方 紫石英 白石英 赤石脂 鍾乳[鍊] 括萎根 防風 桔梗 文蛤 鬼臼 太一餘糧[各貳兩半] 人參 乾薑 附子[炮去皮] 桂心[各壹兩] 右壹拾肆味。搗篩爲散。酒服方寸七

図60

2) 服石による副作用への対応

中国古代の魏の何晏(?~249)という人物が寒食散を服用すると病気が治ただけでなく、精神爽快になって元気になったことを聞き及んだ人たちが真似をして、寒食散を服用することが流行したと『病源』に記載されています。

何晏の死後も服用する人が頻繁にあり、生命を失う者も出たといえます。怖いですが、健康にいいと思って飲んでいたら副作用で死んでしまうのですから。

服石による副作用が起きないようにどうするかというと、服石後に、運動、冷食、飲酒、冷水浴する(『外臺』37)、これが「寒食」です。こうやって薬石の強い熱性を冷ます。そして、服石に際しては通常と異なる所作をすること(五乖七急八不可)を詳細に論じています。これを「反常性」と言いますが、とにかく詳細に副作用対策を論じるのが『外臺』37巻の前半3分の2です。しかし副作用の発現は避けられなかったようで、飲酒が副作用対策なのだけれど、酒を飲んだ

が発現した（飲酒発熱諸候），冷食が副作用対策なのだけれど，寒食を行ったが発現した（餌寒食五石諸雑石等解散論），こういうことを守ったのだけれど癰を発してしまった（癰疽発背証候）といったことが記載されています。

『外臺』38巻に「乳石発動」（副作用の発現）に伴う諸症状への対策が書いてあります。鍾乳や石英の服石は，無病・不老長寿などをもたらす反面，発熱・皮膚潰瘍などが現れるとされているのですが，鍾乳・石英は、『神農本草経』の上品で，長服しても副作用はないはずの薬です。発熱・皮膚病変・死亡などをもたらすことについては『神農本草経』には書かれていません。いったいなぜこれら起きるのか（図61）。

『外臺』37巻には，服石の効用は子孫にまで伝わるとあります。自分だけでなく，子供にまで伝わる。服石を実践していない人が「発背」するのは，服石を実行したご先祖さまのせい。親の祟りが子に報う。もっと怖いのは，石英を混ぜた餌を食んだ雌牛のお乳で効果がある。すなわち人や動物を介して伝播する薬石の影響力が認識されていたということです。これらは，鍾乳石の有効成分では説明できない効果です。

『外臺』37巻では，鍾乳は韶州の鍾乳，石英は澤州の石英と，産地指定がされています（図62）。

産地指定されている石英・鍾乳が，健康にもいいけれど副作用も出る。鉱物は産地によって放射能を帯びているということが知られています。「姫川薬石」（新潟県糸魚川市で産出・採取される天然ラジウム鉱石はその昔より姫川薬石を患部にあて，怪我や病気の治癒に使われてきた）や「北投石」など。人・動物を介して伝播する影響力が，放射線効果によるものであるとするならいかがでしょう。

放射線被爆の症状と，『外臺』37・38巻で論じている乳石発動の症状はほぼ一致します。放射線効果であれば，大量被爆により治療不可能な「薬石発動（副作用）」が起きてもおかしくないと考えられます。

放射線効果だとしますと，どのような治療手段も無効ですから，古来の伝承処方がごとごとく役に立たず，新たな手立てが求められたことが想像できます。『外臺』24巻の「発背方四十一首」の初頭に小文字で「乳石発背には正しい方法があってこれを38巻で述べる」（「其乳石発背，自有正方，在第三十八巻中具述」）と書いてあります。『外臺』24巻で引用した『千金』などを出典とする旧来の治療法で歯が立たない乳石発動に対して，新たな「正しい」治療法を38巻で論じるというふうに言っているのではないかと考えました。

服石の影響力	
人・動物を介して伝播する影響力が認識されていた。	
外台37-05-02	服石の効用は子孫にまで伝わる
外台37-20-05	服石を実践していない人が発背するのは先祖が服石していたからだ
外台37-13-02	石英を混ぜた餌を食んだ雌牛の牛乳で効果あり

図 61

薬石の産地指定	
外台 37-10-01	外台 37-03-01
「石英」	「鍾乳」
澤州	韶州

図 62

■ 2. 『外臺』にみる乳石発動への対応の変遷

1) 『外臺』24巻

『外臺』のなかでその対策がどう変遷してきたのかを調べました。方法として、オリエント出版影印を底本として『外臺』24巻を手作業ですべて活字化し、条文番号を付けます。そして『千金』『翼方』『聖恵』『心方』『病源』などの同時代のテキストの関連した部分のフルテキストを手作業で活字化。対応する条文を探すという作業を行いました。

『外臺』24巻の「発背方四十一首」42条文中、『千金』対応条文が24条（全条文が宋改を経ていない『新雕』の条文に対応）。宋以前の隋唐の医学書が引用されている北宋初期の『聖恵』の対応条文が14条。『翼方』は宋改を経ているからちょっとあやしいのですが、対応条文が5条。宋改を経ていない『心方』の対応条文が2条ということで、宋以前条文と確認できるものが大半で、しかも禁忌に「忌葱」や「五辛の禁」など、隋唐時代に一般的に行われていたことが論じられていることも併せて、『外臺』24巻の「発背方」に引用された条文の大半は隋唐時代の医学書の引用として妥当と考えられます。

2) 『外臺』37巻

次に『外臺』37巻です。処方内容記載条文101条を検討すると、『千金』41条（うち『新雕』27条）、『翼方』33条、『心方』18条、『聖恵』43条、対応不明15条で、宋改を経ていない『心方』と『聖恵』および『新雕』が27条。それらのいずれかと対応する、確実に宋改以前から存在していたと認識できる条文が過半数の64条です。『外臺』37巻は葱白が19条に用いられていて、このあたりが『外臺』24巻とはちょっと違うのですが、いずれにしても『外臺』24・37巻は、大部分宋以前のテキストの引用と考えられました。

3) 『外臺』38巻

『外臺』38巻は、全18編、197条において、『千金』対応条文が16条しかなく、しかも『新雕』9条、『千金』関係で宋以前条文として確実なものは9条しかありません。宋改を経ている『翼方』が35条。宋改を経ていない『心方』が42条。北宋直前の『聖恵』は54条。そして、これらいずれにも対応していない条文が85条存在しています。すなわち、宋直前には存在していなかった可能性のある条文が197条中85条文あり、この対応不明85条のうち54条が『総録』（北宋末期成立）に掲載されています。他のテキストとの重複を加えると、本巻における『総録』対応条文は133条で、このうち28条は『総録』『聖恵』のみに対応しています。

4) 新出条文は新校正の書き加えか？

そこで『外臺』38巻を見てみますと、こういうふうにはずらっといろんな病目、項目が立っています（図63）。

第1門「乳石発動熱気上衝諸形候解壓方五十二首」の「論曰。夫乳石之性。緩而且速。能悍風寒……」というこの条文（図64）、『聖恵』『総録』に引用されている条文なのですが、『外臺』以外の宋以前医書、『新雕』『千金』『翼方』『心方』に見当たらないのです（図65）。

外台38-01(熱氣上衝) 乳石發動熱氣上衝諸形候解方五十三首
 外台38-02(熱嗽衝頭) 石發熱嗽衝頭兼口乾方六首
 外台38-03(虛熱淡瀼) 石發兼虛熱淡瀼乾嘔方五首
 外台38-04(吐血衄血) 石發吐血衄血方七首
 外台38-05(熱煩及渴) 石發熱煩及渴方一十六首
 外台38-06(頭痛心煩) 石發熱風頭痛心煩熱方三首
 外台38-07(口瘡連肉) 石發口瘡連肉及身上心痛方一十五首
 外台38-08(腹脹痞滿) 諸石發腹脹痞滿兼心痛諸形遣方七首
 外台38-09(發熱目赤) 石發熱目赤方一十首
 外台38-10(大小便澀) 石發淡結大小便澀老小虛瀉方六首
 外台38-11(大小便澀) 石發大小便澀不通兼小便淋方一十六首
 外台38-12(霍亂轉筋) 石發後變霍亂及轉筋方一十六首
 外台38-13(下痢難痢) 石發後變下痢及諸難痢方一十二首
 外台38-14(脚冷難折) 石發兩脚卒冷兩脅發熱并口噤方三首
 外台38-15(苦熱解折) 石發苦熱解折下石方四首
 外台38-16(飲食所直) 服石後將息飲食所直法二首
 外台38-17(食飲將候) 紫髒託并食飲將候法三首
 外台38-18(防慎貯藥) 服石後防慎貯藥等一首

図 63

外台38-01 乳石發動熱氣上衝諸形候解方五十二首
 外台38-01 論曰。夫乳石之性。緩而且速。能悍風寒逐暑濕。導經脈。行飲食之氣。在陰即補其不足。在陽即能發其炎。陰盛陽虛。則二儀九位。所以炎上府之受邪。則表熱氣隔。至陰之伏也。脈形陽浮而數。陰伏而沈。理之於經。自然通泰。若灸之於孫絡。即血脉湍流。或全抑之。則乖於石性。理而兼助。則表裏周榮。若遇小發。可自勞力。按摩。不可即大熱不已者。別法隨事擇。用解散方

図 64

外台38-01(熱氣上衝)01 論曰
 夫乳石之性。緩而且速。能悍風寒。逐暑濕。導經脈。行飲食之氣。在陰即補其不足。在陽即能發其炎。陰盛陽虛。則二儀九位。所以炎上。府之受邪。則表熱氣隔。至陰之伏也。脈形陽浮而數。陰伏而沈。理之於經。自然通泰。若灸之於孫絡。即血脉湍流。或全抑之。則乖於石性。理而兼助。則表裏周榮。若遇小發。可自勞力按摩。不可即大熱不已者。別法隨事擇。用解散方
 聖38-12(乳石壯熱)01
 夫乳石之性。緩而且速。能悍風寒。逐暑濕。導經脈。行飲食之氣。在陰即補其不足。在陽即能發其炎。陰盛陽虛。則二儀九位。所以炎上。皆由將息過溫。藏腑否塞。石氣在內不得宣通。故令上衝。頭暈及身體壯熱也
 總錄183-05(壯熱)01 乳石發動上衝頭面及身體壯熱
 論曰。乳石發動上衝頭面及身體壯熱者。由將息過溫。藏腑否塞。氣不得宣通也。夫服乳石者。以能悍風寒。逐暑濕。導經脈。益飲食也。然在陰則補其不足。在陽則能發其炎。若陰盛陽虛。則石氣發露此。所以熱衝。頭面身體也

第1条。『聖惠』『總録』記載。『外臺』以外の宋以前医書(『新雕』『千金』『翼方』『心方』)に見当たらない。

図 65

第2門は、石發熱嗽衝頭面兼口乾方六首で、この処方条文もすべて『総録』記載条文で、『聖惠』も同時に収載したものがああります。1条のみ『華佗神方』という由来不祥の文献に記載された条文がありますが、いずれもそれ以外の宋以前文献に見当たりません。

そして第3門「石發兼虛熱淡瀼乾嘔方五首」も『総録』と『聖惠』に記載されている条文のみが集められており、『外臺』以外の宋以前文献に見当たらないというおかしなことが起きます。

『外臺』以外の宋以前医学書に認められない理由としては、(1) 宋以前医学の貴重な資料が『外臺』だけに伝承されていた。(2) 宋以前(隋唐)には存在していなかった『聖惠』以降の新出条文が新校正(宋改)で付記された、といういずれかの可能性が示唆されます。

第4門の「治乳石發動吐血衄血諸方」これは乳石發動によって吐血衄血するのですが、『外臺』は「衄血」だけを論じて、「吐血」の論がないのです(図66)。

外台38-04(吐血衄血)01 石發吐血衄血方七首
 論曰。五藏所藏。心藏血也。血之傷盛。則心脫力。制固無守。自然流溢。為陽氣傷故也。或有衄血者。加以肺風熱之謂也。若益之於服石。則客熱復盛。榮衛增勞。旋周無趣。則投虛而出。出而多則傷榮氣。色奪而黃。久不療則氣機。搬仍忘。先須破汚血。留好血。調經絡平腑藏。則愈也
 聖38-17(乳石吐血)01 治乳石發動吐血衄血諸方
 夫服乳石之人。石氣滯滯。心肺有熱。則令吐血衄血也。心主於血。血得熱則流溢。因胃氣逆。則吐血也。肺主於氣。氣開竅於鼻。氣血之行。相隨上下循環經絡。若熱所乘。則血妄行。隨氣而上。故令鼻衄也
 總録183-06(吐血)01 乳石發動吐血衄血
 論曰。乳石發。吐血或衄血者。以石氣壅滯於心肺生熱故也。心主血。血得熱則湧溢。復因胃氣之逆故吐血也
 肺主氣。開竅於鼻。氣血調和。相為榮衛及為熱所乘。則血妄行。故為鼻衄也

図 66

『外臺』38(18編、全197条)の対応条数
 『千金』16条 『翼方』35条 (宋改文書)
 『新雕』9条 確実な宋以前条文 51条
 『心方』42条
 『聖惠』54条 (宋以前医学書との重複を含む)
 うち『聖惠』のみに対応 5条
 『聖惠』『総録』のみに対応 28条
 『総録』133条 (宋以前医学書との重複を含む)
 うち『総録』のみに対応 54条

北宋以降の新出条文87条は新校正の書き加え(?)

図 67

『聖恵』『総録』は吐血衄血を論じています。編名で吐血衄血諸方とは言っているけれども衄血のみを論じている宋版『外臺』は宋以前のオリジナル『外臺』に近く、『聖恵』『総録』は「胃気逆による吐血」を追記し、病態論が進化して来た時系列がうかがえます。

処方はずべて『聖恵』『総録』記載処方で、『心方』『千金』『翼方』などの宋以前医学書に記載されていません。ということは、『心方』『千金』『翼方』以降に出現した処方が『聖恵』に収載されている。そして『聖恵』の条文を宋改『外臺』がオリジナル『外臺』に追記して、これを『総録』が引用したのではないのでしょうか。

さらに、『聖恵』にも載っていない『総録』のみの処方がある。これは『聖恵』以降の、宋代に出現した条文を宋改『外臺』がオリジナル『外臺』に追記したものを『総録』が引用したと考えられます。すなわち、宋以前難治であった病状への対処法が宋代前後に発展してきたことを示唆するものと考えました。

桜井謙介先生は、「『聖恵』は宋以前の医書の集大成として編集され、『総録』は『聖恵』と重複しないように、宋以後 100 年間の医書の集大成として編纂された」とみならずこともできると、『聖濟総録解説』（オリエント出版 p 9, 1994）に書いておられます。

話をもどしますと（図 67）、『外臺』38 巻で『聖恵』『総録』のみに対応している 87 条は新校正（宋改）で書き加えられたものではないかという話になります。

3. 宋改による加筆（？）

1) 『千金』巻5の倍増現象

宋改の加筆が本当にあるのかという話です。3つの件についてお話しします。まず、『千金』巻5の倍増現象です。『新雕』が全巻残っていればもう少しいろいろ

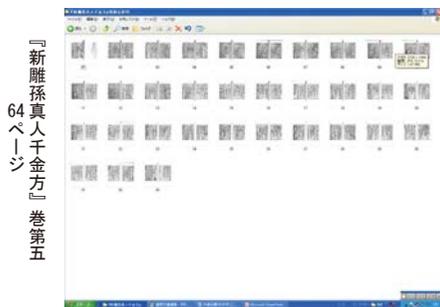


図 68

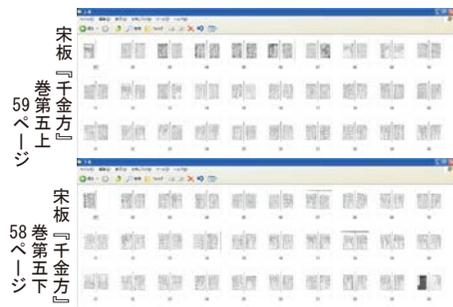


図 69

『新雕』『千金』 以為此篇	➔	宋改『外臺』35 為上下兩卷
<p>外台35-01(小兒序論)01-04 中古有蓋坊 者。立小兒顛倒經。以占天壽。判疾病死生。世相傳授。始有小兒方焉。連于雷末。江左權諸家。傳習有驗。流於人間。齊有徐王者。亦有小兒方三卷。故今之學者。頗得傳授。然徐氏位望隆重。何暇留心於少小。詳其方意。不甚深細。小有可採。宋為至秘。今博撰諸家及自經用有效者以為此篇。凡百居家。皆宜速茲養小之術。則無橫夭之禍也。出第五卷中</p> <p>千金05-01(序例第一)01-04 中古有蓋坊 者。立小兒顛倒經。以占天壽。判疾病死生。世相傳授。始有小兒方焉。連于雷末。江左權諸家。傳習有驗。流於人間。齊有徐王者。亦有小兒方三卷。故今之學者。頗得傳授。然徐氏位望隆重。何暇留心於少小。詳其方意。不甚深細。少有可採。宋為至秘。今博撰諸家及自經用有效者以為此篇。凡百居家。皆宜速茲養小之術。則無橫夭之禍也</p> <p>新雕05-01-04 中古有蓋坊 者。立小兒顛倒經。以占天壽。判疾病死生。世相傳授。始有小兒方焉。連于雷末。江左權諸家。傳習有驗。流於人間。齊有徐王者。亦有小兒方三卷。故今之學者。頗得傳授。然徐氏位望隆重。何暇留心於少小。詳其方意。不甚深細。少有可採。宋為至秘。今博撰諸家及自經用有效者以為此篇。凡百居家。皆宜速茲養小之術。則無橫夭之禍也</p>		
<p>オリジナル『千金』巻五（一冊本）に新校正において大量に加筆し、分冊したことを『外臺』条文が示唆（？）</p>		

図 70

るな研究ができるのですけれど、残っているところが少ない。その中で、『新雕』巻5は全部残っています。全64ページです(図68)。

宋改を経た巻5は、『千金』巻5の上が59ページ、巻5の下が58ページです(図69)。

『千金』をご覧になった先生方はおわかりと思いますけれど、「巻5小児篇上」だとしたら次巻は「巻6小児篇下」になるのが当たり前なのですね。この巻5を上下に分けるとというのがそもそもおかしい(図70)。

1巻本であったものが、書き加えられて2冊に増殖してしまったようです。巻5の序文で、『新雕』と『千金』は、子供の成長・発育について諸論を集めてこの篇をつくったとしています。宋改『外臺』では、これを集めて上下二巻にした、と変わっているのです。オリジナル『千金』の巻5は『新雕』に近い1冊本であったものが、新校正で大量に加筆して分冊したということ、『外臺』が示唆しているのではないかと考えました。

2) 桂枝湯処方名の変遷

次に処方名の異動です。「小兒中風」で、「又療少小中風。脈浮發熱。自汗出。項強。鼻鳴乾嘔。方」と、ここに処方名がないのですね(図71)。小字注記で「此張仲景桂枝湯」と書いてある。オリジナル『外臺』は無名処方だったと考えられます。

『新雕』では、五物桂枝湯。宋改を経た『千金』で桂枝湯になって、この処方が桂枝湯という約束処方に化けていったという時系列がうかがえます。

3) 『千金』における咬咀の爆発的増殖

次に方中を見ていただきたいのですが、ここに「咬咀」が出てきます。『外臺』も『新雕』も「咬咀」がないのに、宋改『千金』だけ咬咀しちゃうのねと。何か変だということで「咬咀」の回数を調べてみました(図72)。

『外臺』は40巻中123回。『心方』は23巻中54回。だいたい1巻に2回とか3回なのです。『千金』だけ30巻中1,024回と、べらぼうに「咬咀」があるのです。

『千金』に、いつ「咬咀」が入ったのかを、婦人求子巻2(『新雕』『千金』の双方が全部そろっている巻)で検討致しました。『新雕』は「咬咀」は0回、『千金』では「咬咀」が52回出てきます。すなわち、宋改『千金方』で「咬咀」が多出するのは『新雕』以降に行われた新校正前後の加筆によるものであると考えられました。

これらの事実から、新校正において『外臺』に様々な書き込みがなされたであろうことは想像に難くありません。『外臺』巻38において、『聖恵』『総録』のみに対応している条文は、新校正の書き加えであろうということが推定されます。

オリジナル『外臺』。これが北宋初期に『聖恵』に伝承され、宋改を経た『外臺』の24巻・37巻は『聖恵』と同じあたりに位置している。『聖恵』に新たに書き加えられた条文やその他の新しい条文が宋改によって加筆されたものが宋改『外臺』38巻で、これを引用したのが『総録』(図73)。「『外臺』条文だけど、これ宋以降の新しい条文だよ」と認識して引用したのが『総録』だったというふうに考えました。

外台36-01 小兒中風方四首第2条。『宋板傷寒論』桂枝湯。
 処方名：本文処方名なし。文末細字注記で「此張仲景桂枝湯」
 『新離』五物桂枝湯 宋板『千金』桂枝湯

オリジナル『外臺』無名処方『新離』で「五物桂枝湯」とされ、宋改時点で「桂枝湯」にまとめられた時間的経緯を暗示(?)。

外台36-01(小兒中風)02
 又療少小中風。脉浮發熱。自汗出。項強。鼻鳴乾嘔。方 ← 処方名なし
 甘草【或】芍薬 桂心 生薑【各一兩】大棗【四枚】
 右五味切。以水三升。煮取一升。去滓。分温三服。忌如常法
 【此張仲景桂枝湯。但劑分小爾】

新離05-03(驚癇)34
 治少小中風。脉浮中熱。白汗出。項強。鼻鳴乾嘔。五物桂枝湯方
 桂心【壹兩】甘草【壹兩炙】芍薬【壹兩】乾薑【拾箇】大黃【壹分】
 右以水三升。煮取一升。分三服

千金05-03(驚癇第三)11
 治少小中風。脉浮發熱。自汗出。項強。鼻鳴乾嘔。桂枝湯方
 桂心【一兩】甘草【一兩】芍薬【一兩】大棗【四枚】生薑【一兩】
 右五味。咬咀三物。以水三升。煮取一升。分三服【此方与傷寒篇中方相重】

図 71

各テキストの咬咀の出現回数の検討

	調査した巻数	全巻数	咬咀	平均
『外臺』	40	40	123	3.1
『心方』	23	30	54	2.4
『聖恵』	95	100	0	0
『千金』	30	32	1024	34.1
『翼方』	21	28	293	14.0

ちなみに

『金匱要略』	全文で	咬咀	9回
『金匱玉函経』	巻第七および巻第八「方薬炮製」	咬咀	32回
『宋板傷寒論』	辨脉法 平脉法 傷寒例 瘧濕喝篇	咬咀	0回
	太陽病上下下	咬咀	1回 (宋012(太陽上12)桂枝湯のみ)
	陽明病以下六経全文		0回
	不可不可全文		0回

図 72

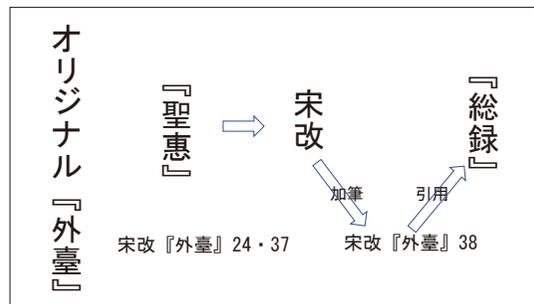


図 73

■ まとめ

「乳石発動」(放射線被爆)という不治の病態に、様々な試行錯誤が試みられ、オリジナルの『外臺』が宋改時点で大幅に書き加えられたことが『聖恵』→宋改『外臺』→『総録』という、宋初期から末期をまたぐ資料の俯瞰によって明らかになりました。

『宋板傷寒論』『外臺祕要』で示したように、宋改文書を取り扱うには細心の注意が必要です。宋改で変化したテキストを出発点にして、いろいろな概念が構築されて来たのですから、明・清代の医学を後学の人に伝えるという作業自体が危険をはらんだものなのかもしれないと考える次第です。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

[謝辞] 比較対校資料『聖濟総録』底本のオリエント影印本は、難読部分が多く、活字化困難でした。小曾戸洋先生(北里研究所)より御贈呈いただいた華岡出版有限公司版『聖濟總録』(中華民国六十七年出版)を用い、本稿の完成をみることができました。深謝致します。

招待講演 「弁証論治」概念の再整理と 発展および展望

林 伯欣

中国医薬大学

[翻訳] 角南 芳則

要旨

中医古典において「弁証論治」の四文字の初出は清代であるが、この概念と原則は古くは2500年前から存在し、歴代の医家が認識していた臨床診察の基準である。現代の中医師は「弁証論治」の概念を声高に述べるが、実際の運用は粗略に扱い、形式だけで内容を伴っていないなど、緻密に運用されているとは言いがたい。そのため、古典的中医学が臨床で真の治療効果を再現することは難しく、人びとの古典的中医学の治療効果に対する偏見につながっている。

「弁証論治」は、一組の共存する複合的症状の検出や、特有の症状から判断して特定の治療や処方を実行するものではない。「弁証論治」は1つの原則を表した言葉であり、「弁」は明察と判別、「証」は証拠と通知を表し、「欠けることなく収集された証」と「詳細かつ緻密な弁」の緊密な連携に重きを置いている。四診の整合と習熟した生理病理の知識により、病因病機をつながりを判断して治療方法を決定することができる。医師はこの過程を経て得られた厳密な論理と証拠にもとづき、誤診誤治を防ぎ正確な診察治療を行うことができる。これこそまさに実際の臨床において古典中医を運用する際の要点である。

キーワード：弁証論治，診断，病機，古典中医学

Abstract

Although the term "Syndrome Differentiation and Treatment Administration" clearly appeared in the classics of Chinese medicine started in the Qing Dynasty, but as early as 2500 years ago, this concept and principle has been the standard for clinical diagnosis as recognized by the medical practitioners of successive dynasties. Although modern Chinese medical doctors know this term but most of them are not thorough and exquisite in actual practice. There is still a distance from precision, which makes it difficult to reproduce the true clinical effect of classical Chinese medicine. It has also led to more and more people's prejudice against the efficacy of

classical Chinese medicine.

" Syndrome Differentiation and Treatment Administration " is not simply to find a set of co-existing joint symptoms, or to judge only certain unique symptoms, and then correspond to a specific treatment prescription. " Syndrome Differentiation and Treatment Administration " is a principled term. " Differentiation " refers to discernment and discrimination. " Syndrome " in Chinese refers to vouchers and notices. The focus is on the close connection between "completely collected evidence" and "descriptive and detailed identification." Through the integration of the four diagnostic methods, the proficiency of physiological and pathological knowledge, and the connection and judgment of the etiology and pathogenesis, traditional Chinese medical doctors can determine the optimized choice of treatment. By this execution process, the doctors can have rigorous logic and evidence to rely on, and not to make misdiagnosis and mistreatment. This is exactly the value of the classical Chinese medicine system in clinical practice.

Keywords : Syndrome Differentiation and Treatment Administration, Diagnosis, Pathogenesis, Classical Chinese Medicine

みなさん、こんにちは。本日はみなさんに私の考えを述べる機会を与えていただき大変うれしく思います。本日は、弁証論治の概念を解説し、弁証論治に対する新たな解釈を述べたいと思います。

臨床においてわれわれが頻繁に直面する問題の1つは、中医師は弁証論治が何であるかを知りながら、実際の臨床における運用や診療の過程がしばしば弁証論治にそぐわないことがあります。このような状況は、初学者や卒業してすぐの医師のみならず、経験豊富な医師にも見受けられます。そのため、われわれが「弁証論治」を語る際や、熟知していると感じる際、この四文字を本当に理解できているのか顧みなければなりません。

■ 弁証論治の提起

「弁証論治」の四文字の初出は中医古典ではなく『医門棒喝』とされています。著者（清・章虚谷）は「卷三・論景岳書」篇で「弁証論治」を提起しています（図1）。

近代に至り1955年、中国の任応秋が『中医雑誌』で発表した論文において、中医の弁証論治の体系を述べ、五苓散を例として弁証論治の概念を紹介し「弁証論治」の四文字を再提起しています（図2）。任応秋は論文で中医の弁証論治は「全身の証候の変化に注意する」と明確に述べています。彼は全身の証候と正常な生活機能の回復を重視し、医師が診療を行う際は「病人の疾病による問題を正常な状態に調整することを目的にしなければならない」と述べています。当時、任応秋が発表した論文は、秦伯未および多くの医師からの支持を得て、現代化された弁証論治の概念が緩やかに形成されました。

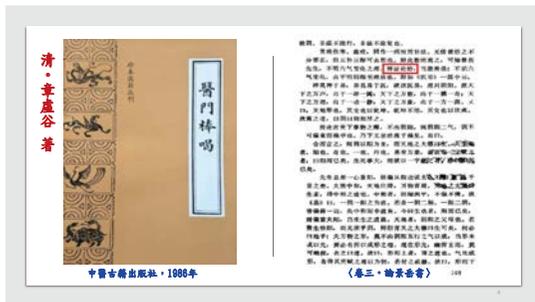


図1

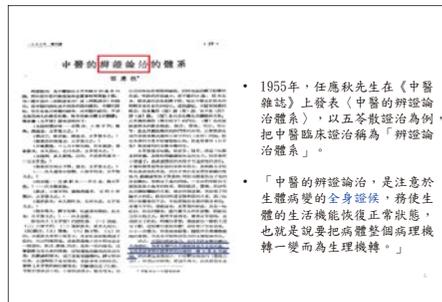


図2

そのため、われわれが目にする参考書の弁証論治の概念の多くがこれらの内容を投影しています。投影しているものとして、印会河の『中医基礎理論』では「弁証は身体の様々な現象を帰納したもの証とし、これにもとづき判断して治療を決める」と述べています。他の参考書では証候を探すだけでなく、証候を一定の証型に簡略化し、関連する治療法を用いると述べています。そのため、われわれが弁証論治を論じる際、非常に簡略化されたいわゆる証候証型を用い、臨床診察は関連する重要な要素を探し、最終的に論治の部分である治則を見つけて治療法を決定しています(図3)。

ここで問題になるのは、一部の医師は現代的な弁証論治がこのように推移した経過を知らないということです。しかしながらわれわれも日頃患者に接する際、終始このような過程を経ています。われわれが患者を診察する際、過去の経験を顧みて、経験の有無にかかわらず患者が示している情報の収集を試みます。現代中医学で教えられている診療治療の過程は、図4に示すように「どのように患者情報を集めるのか? どのように弁証を行うのか? どのように証型を弁別するのか? どのように対応して論治を行うのか?」です。言い換えれば、どのような中醫師であれ最終的に求める結論は、診断と治療をいかに連携させるかということです。

辨證論治の現代定義

- 所謂辨證、就是将四診收集的資料、症狀跟體徵、通過分析、綜合、辨清疾病的原因、性質、部位、以及邪正之間的關係、概括、判斷為某種性質的證。論治，又稱施治，則是根據辨證的結果，確定相應的治療方法。(印會河《中醫基礎理論》，1984)
- 辨證論治，又稱辨證施治。是理、法、方、藥運用於臨床的過程，為中醫學術的基本特點。即通過四診八綱、臟腑、病因、病機等中醫基礎理論對患者表現的症狀、體徵進行綜合分析，辨別為何種證候，稱辨證；在辨證基礎上，擬定出治療措施，稱論治。(李經雄、鄧鐵濤《中醫大辭典》，1995)
- 證：證候、證型。 治：治則、治法。

図3

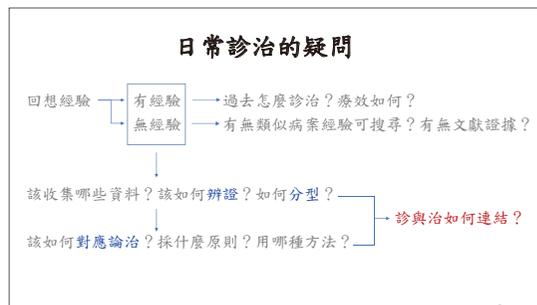


図4

臨床例で考える

問題は、実際の臨床の過程がその通りであるかどうかです。1つ例を見てみましょう(図5)。この女性患者の唇と顔面部の筋肉は、絶え間なく痙攣し異常な動きをしています。この中にもこのような患者を診たことがある方がいるかも知

れませんし、診たことがないかも知れません。みなさん20秒ほどご自身の過去の診療経験を思い起こし、この症状に対してどのように診断を行うか考えてみてください。スライドの右側はこの患者の基本情報です。参考にしてください。

みなさん、答えは出ましたか？



図5

このような症状は、中医の伝統的な古典では「弄舌」と呼ばれる病理状態を表した言葉に相応します(図6)。この言葉は南宋の書籍が初出とされています。もともとは小児あるいは乳幼児にみられる臨床症状とされ、清代の『医宗金鑑』の幼科雜病心法においても同様の記述があり、その後の民国初年の『弁舌指南』にも同様の記述があります。どの書籍においても「弄舌」を引き起こす原因は熱邪・津液不足・陰虚・化熱・化風と結論づけています。

これまでに、いくつかの現代的な臨床研究が報告されており、一部の医師はこのような症例に接しています。私が探した文献では、その病因の多くはこのスライド(図7)に述べているものです。調査の結果、現代の中医の臨床研究報告では、このような患者の多くは最初に中医を選ぶことは少なく、このような患者を見かけても治療効果を追跡調査できる機会は少ないです。現代の医師が行った研究報告においても弄舌を引き起こす原因は、伝統的な古典に記述されているものと類似しています。そのため、われわれは関連する治療方法を用いて対処することができます。たとえば鎮肝熄風・除痰開竅・滋補肝陰・滋補腎陰などの方法があります。その他にも患者に熱がある場合は、その部位に合わせて清熱・散熱を行います。先ほどみなさんには20秒の間にこの患者に対して診断をしていただきました。みなさんがどのように診断および治療方法をお考えになったかはわかりませんが、私がどのように治療を行ったかをこれから紹介します。

弄舌

- 脾藏微熱，令舌絡微緊，時時舒舌，治之勿用冷藥及下之，當少與瀉黃散，漸服之。亦或飲水，醫疑為熱，必冷藥下之者，非也。飲水者，脾胃虛，津液少也。又加面黃肌瘦，五心煩熱，即為疳瘦，宜胡黃連圓葷，大病未已弄舌者凶。—《小兒藥證直訣・弄舌》
- 弄舌時時口內搖，心脾發熱口唇焦，煩熱舌乾大便燥，瀉黃導赤並能療。—《醫宗金鑑・幼科雜病心法》
- 若心火亢盛，腎陰不能上制，所以舌往外舒；肝火助風，風主動搖，胃熱相燭，舌難存放，故舌如蛇吐，左右上下，伸縮動搖，謂之弄舌。—《辨舌指南》
- 熱邪、津傷、陰虛、化火、化風。

図6

現代醫案經驗

- 風陽上擾，挾痰上蒙清竅→熄風通絡，除痰開竅。
(劉德福，《中國針灸》，1999(2))
- 肝腎陰虛→滋補肝腎，息風止癇。
(劉輝，《中國針灸》，2007(12))
- 腎陰虛，心火亢，肝風動，胃熱燭→滋陰潛陽，平肝瀉火。
(陳國林，《光明中醫》，2008(9))
- 肝風內動，心火上炎→滋補肝腎，熄風止癇。
(呂繼豐，《中國針灸》，2015(35))
- 心脾積熱，脾腎虛熱和癇證→清心瀉脾散熱，健脾益腎滋陰清熱，豁痰開竅定癇息風。
(張紅衛，《中西醫結合與祖國醫學》，2016(20))

図7

これが私の治療方案です（図8）。あらかじめ患者には療養に関する注意点を指導しています。

初診処方

- 真武湯5、五苓散5、參冬1.5、生地1.5、厚朴1.5 (g)/天。
- 3×7，空腹服。
- 衛教：停止飲食冰冷、適量喝水、走路運動。

図8

まず治療開始1週間後の状態を見てみましょう。本患者は、服薬を始めて1週間後、唇の不随意運動は初診に比べて顕著に減少しました。主訴以外の症状も改善傾向にあります。重要な点としては、中薬を服用している間は降圧剤の服用を中止しているため、脈象が変化していることです（図9）。

2診目は状態の変化に応じて処方进行调整し、五苓散を中止して小柴胡湯に当帰を加えました（図10）。



2015/09/05三診:

服薬後嘴巴舌頭不自主活動頻率改善，頭肩及下肢酸痛改善，已較無泛酸脹服，眼睛乾澀改善。

偶胸悶，每天排便，但無服中藥時須服軟便劑協助，排便量不多，小便量增，次數減少。口渴多飲，舌質淡紅裂紋，食慾可(茹素)，眠可，倦怠，本週服中藥時停服心臟科降壓西藥。

脈：右弦緊滑、寸中取緊滑。
左弦緊滑(關尺中取得、寸沈取得)。

図9

二診処方

- 真武湯5、小柴胡湯4.5、參冬1.5、生地1.5、厚朴1.2、當歸1.2 (g)/天。
- 3×14，空腹服。
- 衛教：停止飲食冰冷、適量喝水、走路運動。

図10

3診目の変化を見てみましょう。3診目では患者の唇と舌の不随意運動は2診目に比べてさらに改善しており、ほとんどわからなくなっていました。その他の兼証もすべて改善しており、降圧剤の服用も中止しています（図11）。3診目の主訴は、唇と舌の不随意運動ではなく、咳嗽があり睡眠に少し問題があるため再診しています。半年後に電話による追跡調査を行ったところ、患者の主訴は基本的に改善したため再診していないとの回答でした。



2015/09/26三診:

服薬後嘴巴舌頭不自主活動已明顯較少發生。二便正常，已無胸悶，已停服心臟科降壓西藥。

本次就診是因咳嗽及睡眠較差來診。

2016/03/01電話追蹤，整體狀況良好，嘴巴舌頭不自主活動未再發生。

図11

続いて本患者に対する診療と処方の方考え方が、先ほど述べた伝統的な概念と異なる点を考察します。私は患者が有する症状に対して、それぞれ異なる帰納を試みています。なぜなら来院時のさまざまな症状は、連続性や関連性がない可能性があるため、患者が述べる一見関連性のない症状を分類する責務が医師にはあるからです（図12）。

本患者は2年前から唇の不随意運動があり、病院を受診してさまざまな検査を受けたが問題は見つかっていないため、私は神経学的疾患の可能性は低いと考えました。次に患者は口渴・腹脹・呑酸を訴えています。その原因は口渴による習慣的な飲水であり、特に冷たい物の摂取により胃の蠕動運動が低下し、胃の中に水分が停留したため腹脹・呑酸などの症状が引き起こされていました。また長期にわたり習慣的に冷たい物を摂取していたため胃の中に鬱熱が生じ、この鬱熱により口渴が起り、また冷たい物を摂取する悪循環が形成されていました。その他にも患者は肩や頸部の酸痛・下肢の酸痛・顔の浮腫・疲労感・排尿量と回数の減少を訴えています。これは、湿邪が体内に貯留したうえに、陽気の不足により水湿の代謝が低下して体内に水湿が停留したためです。その他の分析に関してはスライドに詳しく述べているため説明を省きます。この表は弁証論治の際に患者の症状を対照するためではなく、患者の愁訴の後ろに隠された病理を見つけ出し分析するために用意しました。

次のスライドは、先ほどの方法にもとづき分類してまとめたものです（図13）。初めに患者に何が起きているのかを考えます。当初、患者の胃腸は虚寒に飲水が加わり、水湿が代謝できずに消化管から外面の皮膚や筋肉に滲出していると考察しました。陽気が不足すると水湿を推動できなくなり、筋肉の不随意運動がおこります。簡略に述べると本患者は、水湿滞留に心陽・腎陽の不足が加わり、一種の不完全な水湿滞留の様相を呈しています。同時にわれわれが提起している伝統的な診断法では、本患者が適応するのは胃陰・腎陰不足の症状です。過去の文献や古典から本患者に類似する記述を探したところ、『傷寒論』の3つの条文において同様の症状が記述されています。分類すると苓桂朮甘湯の1条文と真武湯の2条文に筋肉の不随意運動に関する内容が記述されており、身体の重怠さや痛み・小便不利などの問題も併記されています。

以上の理由により、私は真武湯と五苓散を用いて心陽と腎陽の不足による水湿滞留に対処し、麦門冬と生地黄を加えて胃陰と腎陰の不足に対処しました。最後に厚朴を加えて中焦の働きを助けて水湿を体外に排出しました。

如何思考「嘴巴舌頭不自主活動」的症狀？

初診症狀分類	分析
西醫相關檢查無異常	暫時排除神經學及其他相關疾病可能
口渴多飲，泛酸，腹脹	胃中水飲不化，有鬱熱，脾運化不良
頸肩及下肢酸痛，近年面部漸腫，倦怠，小便量少次數少	濕邪鬱於經脈皮膚肌肉組織之間，下焦腎陽不足
經常飲食冰冷，口渴，眼睛乾澀	中焦虛寒夾飲，導致心臟陽氣不降而鬱於頭面與胃
食慾可(茹素)，每天排便	胃受納與脾運化食物功能尚可
舌質淡紅有裂紋	胃氣受損，胃陰腎陰不足
脈心臟科降壓西藥	擴張血管，心臟力量緩弱，心陽不足
脈：右弦緊滑。	左右側脈象顯示體內有寒飲的病因，但
左弦緊滑帶有緩象、寸部中取而得	左側脈象還同時顯示心陽氣不足

図12

推論與判斷

- 中氣虛寒夾飲，不運不化；濕邪瀰漫上下。水濕飲邪浸漬經脈皮膚肌肉組織，失去溫養後，導致面唇口舌不自主活動。
- 心陽與腎陽不足 → 代償不全性水分滯留。
- 胃陰腎陰不足。
- 傷寒，若吐若下後，心下逆滿，氣上衝胸，起則頭眩，脈沉緊，發汗則動經，身為振振搖者，苓桂朮甘湯主之。
- 太陽病，發汗，汗出不解，其人仍發熱，心下悸，頭眩，身動，振振欲僻地者，真武湯主之。
- 少陰病二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此為有水氣。其人或咳，或小便利，或下利，或嘔者，真武湯主之。
- 真武湯5、五苓散5、麥冬1.5、生地1.5、厚朴1.5。

図13

今回の症例は、われわれが研究している伝統古典の条文と完全には一致していません。そのため粗略に表面上の症状のみを見て対処した場合、本来なら正確に治療できるはずの多くの機会を失ってしまいます。臨床において医師は症状の類似性だけでなく、病機の類似性を考慮しなければなりません。

次のスライドは2診目の症状を分類して原因を探したものです(図14)。心陽・腎陽不足の一部が改善していますが、まだ完全には改善していないため、2診目では患者の唇と舌が時おり不随意に動いています。患者は口渴を覚えるため、飲水が止められず腹中の水分は未だ多いといえます。しかし五苓散と真武湯の服用により排尿量が増加しています。そのため、患者の腎陽不足と中焦の運化は、実際には改善傾向にあります。

臨床でわれわれが処方を行う際、生薬の量と種類を加減して、症状の改善程度にもとづき調整します。患者の胃腸は2診目では一部に問題があり、中薬を服用していないときは軟便剤を使用しています。同時に、脈象からもわかるように陰血不足の問題が表れています。この陰血不足は服薬を始めてから現れたものではなく、患者の飲水による心陽・腎陽不足によって覆い隠されていたものです。臨床では往々にしてこのような状況に直面することがあり、主要な問題と顕著な病機が改善した後に副次的な問題が現れてきます。

2診目では、一部の症状は改善していますが、改善していない症状もあるため、心腎の陽気を高め、胃腸の運化を助け、胃陰・腎陰を補うように治療方針を定めました(図15)。患者の排尿状態は改善しているため五苓散の処方を中止しました。排便に問題があり胃腸の蠕動運動が弱いため、古き物を除き新しい物をもたらせるように小柴胡湯を加えて中焦の気機の通暢を促しました。同様に厚朴を加えて行気をはかり、麦門冬と生地黄を用いて補陰を行いました。脈象に現れた陰血不足に対しては当帰を加え、当帰と生地黄を併用することにより陰血を補いました。これが2診目の処方です。

二診症状分類	分析
膈已舌頭不自主活動頻率改善，頸肩及下肢酸痛改善，已較無泛酸腹脹，眼睛乾燥改善。	水瀉飲邪浸漬經脈皮膚肌肉組織情況改善，心陽不足改善，中焦運化功能改善。
口渴多飲，小便量增，次數減少	胃陰尚不足，鬱熱尚在，但脾溫運化不良與腎陽不足改善。
胸胸悶	尚有水飲凌心之證。
倦怠	濕邪尚存，整體陽氣尚不足。
食慾可(茹素)，每天排便，但無服中藥時須服軟便劑協助，排便量不多	脾溫運化不良改善程度不足，中焦尚有過多次飲影響腸胃蠕動運化。
舌質淡紅有裂紋	胃氣受損，胃陰腎陰不足。
本週服中藥時停服心臟科降壓西藥。	導致心陽不足的因素減少。
脈：右強緊滑、寸中取緊滑。 左強緊滑(關尺中取而得、寸沈取而得)	水飲寒濕的狀態改善，身體陽氣不足狀態改善，但整體上仍受寒飲濕邪影響，陰血也略不足。

図14

推論與判斷
<ul style="list-style-type: none"> 因主要問題持續改善，故治療方向維持不變，仍以「強心腎陽氣、健運脾胃、補胃陰腎陰」為主軸，以處理代償不全性水分滯留。 小便已改善，停用五苓散。 考量排便不暢，表示腸胃蠕動運化仍不良，故加入以調暢中焦氣機、並能推陳致新之小柴胡湯，調達三焦與腸胃，助水飲排除。酌加厚朴行氣燥濕消脹。 胃陰腎陰不足，續用參冬、生地。 因陰血也略不足，加入當歸搭配生地共治。 真武湯5、小柴胡湯4.5、參冬1.5、生地1.5、厚朴1.2、當歸1.2。

図15

次のスライドの左側は初診，右側は3診目の状況です(図16)。いくつかの症状に改善がみられます。患者の唇や舌の不随意運動は大いに減少し，また皮膚の色艶が良くなり，浮腫の状態も顕著に改善しています。ここで医師が直面する課題は，患者が訴えている症状に対して，われわれは患者の主訴に対処するのか？

それとも医師自身が見つけた問題に対処するのか？ それともその両者に対処するのか？ それともすべて対処しないか？ です。

次のスライドを見てみましょう。医師は診療を行う際，患者の病状の改善の

有無にかかわらず、診療後に診断および治療の過程を顧みて反省しなければなりません。これは医師が自己に問うものであり、患者が医師に問いかけるものではありません。診察時に患者から集めた情報は完璧であったか？ 集めた情報は患者の問題を反映したものであるか？ 集めた情報を正確に選別・分類できているか？ 分類した情報は、ある特殊な病理状態を反映しているのではないか？ 集めた情報から身体の中で起きている問題を推測できるのか？ 病状が改善した場合においても、さらに早く完璧に症状を改善させる方法があったのではないか？ 完璧な診療・治療はこのような一連の過程により成り立っています（図17）。

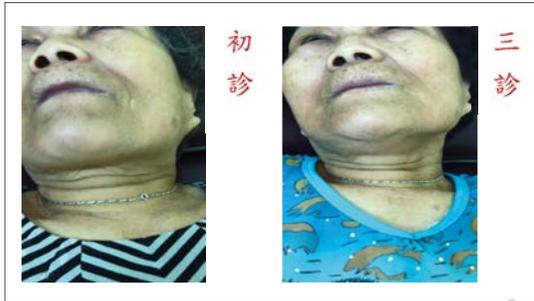


図 16

診療的反思

- 本案例の處理過程有無任何取疵？
- 收集的資訊是否完整正確？是否能明顯反映病患的疾病特性？
- 對收集到的每一個訊息是否能正確篩選？清楚分別與歸納？並推論出接近的意義？
- 選取的方劑藥物、或相關治療方法是否適當？
- 有無其他更佳の診治策略？

• 診斷 → 接收訊息與轉譯訊息 → 推論病因病機病性病位 → 連結理論與詮釋條文 → 選擇治療策略與工具 → 治療、驗證

図 17

■ 弁証の意義

次のスライドを見てみましょう（図18）。弁証論治を論じる際に、まずこの漢字が表す意味を明らかにしておかなければなりません。本来「弁（辨）」は、2人の罪人が互いを訴え、中間の「刀」が「わかる」を意味することから、罪の所在を明らかにするという漢字です。そのため「弁（辨）」には、弁識・分別・判別・明察の意味があります。

次のスライドを見てみましょう（図19）。「証」とは、根拠・証拠・通知や事情や真相を判断するなどの意味があります。したがって伝統的な漢字の意味から弁証論治を考えると、弁証とは詳細で正確な分別を通じて、事柄の真相を明らかにすることであり、けっして簡略化された過程ではありません。

「辨」、「證」之字義

辨

- 《説文》：辨，判也。
- 《廣韻》：別也。
- 《周禮・天官》：辨方正位。
- 《易・繫辭下》：辨是與非。
- 辨，罪人（犯罪之人）相與訟也。从二辛。
- 「辨」是辨中刀，所以有「判」之義。即辨識、分別、判別、明察。

図 18

證

- 《説文》：告也。
- 《玉篇》：驗也。
- 《增韻》：候（候）也，質也。
- 憑據，憑證、通知，幫助斷定事理真相的東西。

図 19

次のスライドは弁証の意味についてです（図20）。先に述べた漢字の意味からわかるように、正確な四診により「証」が決定されるため、情報収集の深度と幅広さと完全性が求められます。詳細で正確な「弁」は、中医の生理・病理に関する知識の運用であり、病機の一貫性により正確な弁証が行われます。『皇漢医学叢書』に収録されている『先哲医話集』では、低級な医師は患者を診察するとすぐに処方を考え投薬する。高明な医師は現象から証拠を探し、病機を見つけ原因を確定した後に治療方法を決定すると述べています。このような方法は、一見すると非常に遅く時間を浪費しているように見えますが、実際には迅速かつ正確な方法です。

「辨証」的意義

- 「証」：憑據、證據。→ 應該完整蒐集，以幫助斷定事理真相。
- 「辨」：詳實細膩的加以分別、判斷與明察。
- 四診的精確與整合能力決定「証」收集的深度、廣度與完整性。「辨」的詳細性與準確性則依靠中醫生理病理知識的運用、以及病機的事理研判。
- 醫有上工，有下工。對病欲癒，執方欲加者，謂之下工。臨證察機，使藥要和者，謂之上工。夫察機要和者，似迂而反捷。此賢者之所得，愚者之所失也。—《皇漢醫學叢書·先哲醫話集》

図20

■ 病機とは

ここで新たに出てきた「病機」という概念ですが、次のスライドでは「機」の意味について考察します（図21）。「機」とは時宜・機会を意味し、物事の変化における重点であり原因です。この重点と原因は、物事の成否の根幹を成しています。そのため診療の際は、さまざまな要素を見つけ出し、最も重要な要素は何か？を考えなければなりません。

現代の書籍では、病機とは疾病の発生と変化の機序と説明されていますが、実際は機序だけではなく、疾病に影響を及ぼすさまざまな要素や条件を含んでいます。事実、いわゆる機序はこれらの重要な要素の影響を受けて形成されます（図22）。そのため、病機は疾病の本質・原因・位置・特性および趨勢が包括されており、さらに見落としがちですが患者の体質も非常に重要な要素になります。ま

機



- 《説文》：主發謂之機。
- 《集韻》：氣運之變化曰機。
- 時宜、際會。
- 事物發生的樞紐。
- 事物發生、變化的原由。
- 對事情成敗有重要關係的中心環節。

図21

病機

- 病機並非單純指疾病的發生與變化的機轉，也包含影響疾病的各種關鍵因素與重要條件。
- 病本：疾病本質、特性、根本（陰陽）。
- 病因：三因說（內因、外因、不內外因）。
- 病位：疾病之表裡上下、內外淺深。
- 證候屬性：寒熱虛實、或特定具體的病證。
- 病勢：疾病的發展演變趨勢。
- 個性、時間、氣候、環境、飲食、工作、生活作息…。
- 深入病機，而天下無難治之症矣。—《醫學源流論·藥石性同異論》

図22

た発病時期の特性・気候の影響・環境・飲食・仕事や休息の影響も非常に重要です。そのため『医学源流論』では「病機を深く研究すれば、天下に難治な病はない」と述べています。これは診察における病機の重要性を強調したものです。

■ 弁証のコア

先ほど提起した観点は私見ではなく、伝統中医古典が記述された2500年前から近代に至るまで、重要な書籍の中で絶えず提起されているものです。たとえば『素問』至真要大論では病機概念を提起しています。その他に『小品方』では「古代の方剤は医師があらかじめ用意したものではなく、疾病に対して方剤をつくり使用した」と述べています。このように良い方剤は、すべて当時の医家が特定の患者に対して診断・弁証を行い、疾病の病機と根源を分析し、患者の状態および薬物の特性を組み合わせることで作り出した正確な処方なのです。先ほど示したスライドの『皇漢医学叢書』で提起している概念も基本的に同じです(図20)。『神農本草経』は薬物の作用を専門的に述べている書籍であり、その序文では「医師は病機を見つけ出すことにより病を治療することができる」と述べています。『小品方』は4～5世紀、『神農本草経』は5～6世紀、『素問病機気宜保命集』は12世紀に記述されており、最も古い時代で4～6世紀には「弁証」の概念が形成されたと考えられます(図23)。

このような考え方に疑問を持つ方もいらっしゃると思いますが、次に『傷寒論』を見てみましょう。『傷寒論』の「その脈証を見て、いずれを犯せるの逆なるかを知り、証に随い之を治す」。これは、中医を学ぶ者ならば誰もが知っている条文です。この条文は『傷寒論』の太陽病篇に記載されています。この条文は、私がこれまでに述べた古典中医の弁証概念を包括しています。古典中医の弁証は柔軟で個別化された診断方法であり、標準的な弁証の過程を知るためには段階を分けていく必要があります。スライドの下方にまとめているように、まず患者を診察して問題点を見つけ、さらに掘り下げ関連性を確認します。次に疾病の範囲を定め、同時に得られた情報を分類し、順序を整理することにより、問題の解決方法を得ることができます。古典中医の診察診断方法は、明瞭かつ緻密な論理であり、1950年～70年以降に提起された弁証とはやや異なる概念です(図24)。

「辨証」概念的源頭與核心

- 伏其所主而先其所因。—《素問・至真要大論》
- 審察病機，無失氣宜。—《素問・至真要大論》
- 謹守病機，各司其屬，有者求之，無者求之，盛者責之，虛者責之。—《素問・至真要大論》
- 古之善方者，非是術人逆作方，以待未病者也。皆是當疾之時，序其源由診候之，然後依藥性處方耳。—《小品方・自序》
- 凡欲治病，先查其源，先候病機。—《神農本草經・序經》
- 察病機之要理，施品味之性用，然後明病之本焉。—《素問病機氣宜保命集》
- 最遲在公元4～6世紀時，古典中醫「辨証」的核心精神已經成熟。

図23

觀其脈證，知犯何逆，隨證治之

- 「觀其脈證」は辨証の第一歩，主要在收集和確認病人的臨床脈、證與其他相關資料(天文、地理、人事)，即「無失氣宜」。
- 第二歩是「知犯何逆」，透過分析所有資料，確認各種證候病機與變化根源(不是證型)。
- 第三歩是論治，即「隨證治之」，確定治法，選擇工具(方、藥、針、灸、手法…)。
- 靈活的個體化處置。
- 發現問題，確認關係，界定範圍，釐清順序，解決問題。

図24

ここで強調したいのは中医臨床診察の特色および長所です。患者を診察する際、われわれはその時点で最適かつ最良の方法を用いて考察します。弁証あるい

は病機を探る際は、既存の理論をそのまま利用するのではなく、状況に合わせて柔軟に調整しなければなりません。周知の通り、患者は書籍と同じ状態で受診するわけではありません。われわれが述べている古典的中医弁証による病機の追求は、理論と患者の距離を最も近づけることができる最良の方法です。特に強調したいことは、弁証論治の際にわれわれは症状を整理し基準となる患者の症状を探しますが、これらの症状をひとくくりにして処方に当てはめてはなりません。『傷寒論』を例とすると『傷寒論』には100余りの方剤が記載されていますが、各方剤に1条文あるいは複数の条文があり適用条件が網羅されています。この条件と異なる場合、処方をそのまま用いることはできません。先ほど述べた症例では、苓桂朮甘湯あるいは真武湯の条文の考え方を採用しており、条文と患者の主訴は完全には一致していませんが、その条件と病機が同じであるため同様の処方を使用しました(図25)。

われわれは処方と言及していますが、周知の通り、一部の病機を見つけ出すのは容易ではありません。これらの病機には特徴があり、第一に患者の主訴あるいは疾病の症状から直接には見つけ出すことができません。第二に一般的な症状と病機に直接的な関連性がありません。たとえばわれわれが経験した足関節捻挫の患者の場合、捻挫部位の整復は成功し関節面も正常な状態に戻ったが、患者は歩行時に違和感をおぼえたため、検査を行ったところ周囲の筋肉に問題が起きており、さらに深く診察したところ胃腸にも問題があり、間接的に下肢の筋肉の張力に異常な変化を及ぼしていました。もし下肢の治療だけを引き続き行っていれば改善は期待できず、患者の症状から胃腸の問題まで考えが至らなければ、この問題に対処することはできませんでした。その他にも潜在的あるいは隠れた病機と原因は、実際の臨床で直面して経験することにより、初めてその問題に気づくことができます。ただ、心配しなくともこれらの患者の潜在的な病機は、臨床において継続的に正確な訓練を行えば、病機の判断精度と成功率は徐々に向上します(図26)。

中醫臨床的特色與優勢，就是每一次診察時，都是以當下最適宜與最佳化的分析結果來考量。雖然理論與技術都來自經典記載，但是「辨證求機」並非是一種「套用經典的標準規範」。醫學理論與臨床病患實際狀況是有差距的，「辨證求機」是將差距縮小的最好方法。

辨證論治雖然是對病患的一群聯合症狀作判斷，但並非將這些症狀混合之後套用處方，而是從聯合症狀中找出病機，循著病機給予合適治療。

《傷寒論》中有一百多個方劑，但每個方劑只是代表某一種條件(病機)下的最佳解決方法，當條件(病機)變了就無法完全沿用，依證套方不易精準，療效也無法穩定。每一個傷寒方都只是一個範例，不能死記，確認病機，診斷才會正確，也才能決定出適當的方藥組合。

図25

潜在的病機

- 見病醫病，醫家大忌。蓋病有標本，多有本病不見而標病見者，有標本相反不相符者。若見一證，即醫一證，必然有失。惟見一證，而能求其證之所以然，則本可識矣。 - (張聲達書)
- 潛在病機的特徵
 - 無法透過疾病的症狀直接推斷。
 - 通常與症狀無直接對應關係。
 - 不容易被直接發現。
 - 不易由已知理論解釋。
 - 病症複雜而被掩蓋。

図26

いわゆる無証可弁の問題ですが、「症」と「証」は異なる概念です(図27)。「症」とは症状を指し、弁証の「証」はこれまで述べた通り証拠であり、現象や病機です。診療の過程で適切な問題を見つけれない際に行う方法がいくつかあります。まず患者が言及していない部分、それからわれわれが見落としがちなる部分を再度検査します。この考え方は『傷寒論』で述べられています。次に医師本人の心身の状態を調べます。多くの場合、中医の臨床は機器を用いないため中医師が診察

および治療を行う際、自身の心身の状態が非常に重要であり、心身の状態を調べた後に新たな診察法を学ぶ必要があります。この他にも文献や研究を通して学習し、臨床では身体の微細な変化を読み取り、中医の四診で問題を見つけられない場合は、現代医学による検査結果を参考にすることもできます。弁証概念は概ねこの通りです。

無「症」可辨與無「證」可辨

- 症：症状。
- 證：證據、現象、病機。
- 無「症」可辨 ≠ 無「證」可辨。
- 邪不空見，中必有奸：從患者未描述及醫者不注意處搜查。
- 調整身心狀態，學習與練習新的診法。
- 從古今醫學文獻中學習應用其他辨證方法。
- 參考現代醫學的檢測，做為中醫四診的延伸。

図 27

論治の意義

続いて論治ですが、その意味は比較的単純であり、正確な弁証をもとに正確な論治を行います。論治とは治療の規則および手段であるため、論治を学ぶ際は、治療の手段や手法のみを学ぶのではなく、治療の原則を理解する必要があります(図 28)。

古典的な弁証論治が難しい原因はいくつかあります(図 29)。第一は中医学教育における偏りと不足により、医師が臨床において正確に弁証論治を行うことができない。第二は医師自身の感覚や心身の状態に問題がある場合や医師が受けてきた専門的な訓練の状況など。これらの原因は古典中医学の発展を阻害し、医師の四診技術・基本理論・思考方法などすべてに深刻な影響を及ぼします。『黄帝内経』において「健康な人の呼吸をもとにして病人の脈を調べる」と述べているように、医師が健康な状態で診断・治療を行うことにより、診断の精度や治療の有効性が高まります。そのため、中医教育の大部分は「形・神・術・道」によって成立していると私は考えています。ここで述べているのは基本的な概念であり、学校教育では教えることのできない部分を補完することができます。

「論治」の意義

- 論：
《説文》：議也。
《廣韻》：説也。
分析、研議、推斷、陳述、考慮。
- 治：治療、治則、治法、治療工具。
- 論治：透過辨證過程確認病機之後，推論研議考慮治療的原則、順序、理論、範圍、方法、工具。
- 涉及的是治療相關規則的應用與各種治療工具的教育訓練。

図 28

辨證論治概念難以完整執行的原因

- 客觀：中醫學相關教育訓練的偏差與不完整。
- 主觀：醫者的感官條件不良、身心不夠穩定協調、醫學的專業能力與經驗不足。
- 對中醫學的認知有誤，忽視基本功。
- 古典中醫發展的危機 → 四診技能、基本理論和臨床思維能力的嚴重不足。
- 醫者的規格：形神並重，術道兼備，平人常以不病調病人。

形	術	形而下：學校教學、典籍研習、理論熟練、技術訓練。
神	道	形而上：個人鍛煉、感受、體會、覺知、持心、守神。

図 29

次に『診家正眼』の記述を見てみましょう（図30）。『診家正眼』とは診断方法を記述した書籍であり、臨床では診察を通じて細部を確認しなければならないと述べています。また医師は患者の命を預かっており、このことを忘れて診断を形骸化あるいは簡略化した場合、診察と治療は不正確かつ不完全なものになると述べています。

中医弁証論治を再考するにあたり問題は何か？ これは西洋医学の発展を考えれば理解できるかもしれません。初期の西洋医学は経験医療から始まり、後に経験医学の問題点に気づき、エビデンスにもとづく医療（evidence based medicine：EBM）へと発展しました。しかしEBMには、エビデンスや統計の平均値を過信する問題があり、平均値から外れた病人群は治療不適合となります。EBMには大規模な統計・医師の経験・患者の需要の3つの特徴がありますが、患者の一部はEBMでは正確な治療を受けることができません。そのため現在では新たに精密医療（precision medicine：PM）へと発展しつつありますが、専門家の研究の過程においていくつかの問題が見つかっており未だ解決していません。しかしながら西洋医学の発展と中医診察の特徴には多くの類似性があるため、中医の現代化が発展のための架け橋となります。中医の特色を保ちつつ未来へと発展し、いかに立ち位置を確立するか？ この責任は現代の中医師が担わなければならない問題です（図31）。

醫者人之司命，脈（**診斷**、**判別**、**辨證**）者醫之大業，此神聖之事，生死反掌之操者也。俗人不知，藉此求食，伴為診候，實盲無所知，不過枯守數方，僥倖病之合方，未必方能合病也。 —（診家正眼）

図30

發展願景

- 經驗醫學(empirical medicine)
- 證據醫學(evidence-base medicine)
- 精準醫學(precision medicine)
- 精準醫學：是針對特定類別病患的個別情形，進行醫療衛生個別化的醫學模式，包括醫學決策、治療、實務以及藥品都是針對這類病患的情形所規劃的。診斷上的檢驗會配合病患的基因、分子分析或是其他細胞分析來選擇適當的最佳療法。
盲點是：還有很多問題未釐清，受益者少，費用昂貴。
- 中醫的辨證論治方法並非獨有，現代醫學已開始嘗試類似的臨床診察、思辨與治療過程，中醫在未來要如何發展自己的特色？

図31

次のスライドを見てみましょう（図32）。始めに中医に対する観念を新たに修正する必要があります。中医は「簡便効廉」（簡便・有効・廉価）な医学といわれていますが、それは結果にすぎず特徴ではありません。中医の結果である「簡便効廉」は、実際は複雑で緻密な論理による診断と治療を前提としたものです。前提である厳密な過程を経なければ、中医の「簡便効廉」を再現することはできません。そのためには教育・訓練の段階で弁証論治を習熟しなければなりません。中医学に未熟な状態で繰り返し臨床を行い、治療効果を積み重ねてしまえば、民間処方を使い続けるだけでなく、経験処方と有効処方が中医の主要な内容になってしまいます。そのため古典中医の未来の発展と趨勢は、伝統的な部分から始めなければなりません。伝統的な概念・知識・技術の整理と明確化を行い、これを基本として現代の知識を組み合わせなければなりません。つまり中医の伝統的な弁証の柔軟性に現代技術の正確性を併せ持たせる必要があるのです。

実践における重要点は、問題の背後にある事情を精査することです。患者はそれぞれ異なる病機を有し、たとえ同じ患者でも今回と次回の状態は完全には一致

しないため、毎回の治療は唯一無二のものといえます。診断後に前回と同じ処方を用いる場合、それは厳密な弁証を経て処方に沿った状態だと判断したためです。その他に中医には特徴ある言葉や理論が多くありますが、これは原則でありわれわれの一助となるが答えではないため安直に用いてはなりません。これらの考え方をもとに古典を再度読み解くと、その内容と臨床との関連性に気づき、書物の内容と臨床の乖離を感じるようになります。その他に学校教育は、全体的な中医の水準を向上させるために、教育の水準を高めて医師の個人差を減少させ、診断の際は理論にとらわれず、処方と治療はすべて患者の変化をもとに決定しなければなりません (図 33)。

- ・摒除中醫學表面上「簡便效廉」的錯誤觀念。
- ・強化辨證論治的嚴謹診治邏輯。中醫學不只是以偏方、驗方、有效方作為臨床的嘗試，而是一套可操控性、可反覆驗證與複製療效的系統醫學。
- ・強化四診合參訓練，先得病機，再確認治則治法，療效才能穩定。
- ・藥進醫手，而方傳古人，古方之行於世者何算，一證而百方具，將為所適從哉。夫病者懸命醫師，方必對脈，藥必療病，譬之抽關啟鑰，應手而決，斯善之善有矣。若中無定見，姑徐徐焉取古方歷試之，以庶幾一遇焉。雖非有心殺人，而人之死於其手者多矣。——《世醫得效方》
- ・中醫未來的發展趨勢與希望，**第一步仍在傳統觀念知識與技術的再導正、整清與實踐**，在這個基礎上參酌現代知識技術繼續成長。

図 32

提高療效的策略

- ・執行的重點：找出病機（三因制宜：天文、地理、人事）。
- ・一位病患，一套病機；每次診治，獨一無二。
- ・不被死板的理論名詞所限制（原則≠答案）。
- ・降低不同醫者間專業水準的落差：提升標準化中醫學教育訓練的規格，提高整體中醫專業的基本有效率。
- ・降低醫者個人的誤差：提升感官靈敏度與穩定度、身心鍛鍊、道術合一、加強醫學專業與經驗。
- ・導正辨證論治：依診斷結果而決定，非僅以症狀歸納及證型對應而定。
- ・天下無定方，無須強加區分流派；方乃隨病機而轉，病機所在之處，即治法處方所在之處。

図 33

次のスライドは、前述した弁証論治の概念を簡単に整理し、現代の研究内容を整理したものであり、両者の概念と過程には類似点が多いことがわかります (図 34)。患者の診察と治療をこのような手順で行えば、患者の有する問題をより明確に見つけ出すことができます。この手順は複雑に見えますが、実際は古代の中医で行われていた診断治療に類似しています。問題は一人の患者の診察に多くの時間と精力を費やすことを医師が実践するかどうかです。経済効率は低いようにみえますが、中医の水準の向上にとって最良の方法です。

執行過程	
現代實驗過程	中醫診察過程
發現問題	病患就診，提出主訴
收集資料	執行四診
研讀判別	四診合參
參酌理論	參考典籍與現代研究文獻記錄
分析歸納	辨證求機
提出假設	確認病機
設計實驗	論治：決定治則與治法
實際操作	論治：實際治療
多方驗證	治療中病患的各種反應與變化
檢討結果	病患回診回饋
重新修正	重新辨證，重新確認病機
再次實驗	再次論治
解決問題	改善、治癒，或治療不當而轉診
做成記錄	病歷記錄，病案書寫
成為證據	投稿學術期刊
著於典籍	寫成著作

図 34

■ おわりに

最後に参考のために症例を1つ紹介します(図35)。みなさんは写真などで記録して持ち帰っていただき、以前の自分ならどのように患者を対処するか? 本日の内容をお聞きになった後に考え方に変化があるならば、この患者に対してどのように対処するのかを考えてください。この症例は服薬による医原性有害事象です。患者は腎機能の低下している状態で、膝痛があるため鎮痛剤と筋弛緩剤を服用して、このような症状が現れました。本症例に関する詳細な資料を用意していますので、記録して分析を行ってください。

本患者の初診の状態は、四肢の腫脹と下肢にアレルギー性皮下出血に似た症状がありました(図36)。

次に治療後の状態ですが、1週間の服薬により上肢の腫脹は消失して皮膚の剝落と再生が始まっていました。下肢の瘀血と腫脹も基本的に消失して、紫斑が残っていますが違和感はない状態になっていました(図37)。私の処方はこの通りです(図38)。参考にしてみてください。私が行った治療は最良の答えではありませんが、経験と患者の治療経過をみなさんと共有するために用意いたしました。興味を持っていただければ、この症例を一緒に検討していただきと思います。みなさんがさらに良い答えを見つけ出すことができると信じています。

結束前の練習題

- 79歳女性、長期腎機能異常、2015/7罹患膀胱腫瘍、手術切除後目前追蹤検査正常。2016/1/2因腎功能惡化開始洗腎、一週2次。
- 2017/12/15来診、自述12/12晚上因右膝痛求診西醫、服西藥 solaxin + acetaminophen、服藥後2小時後開始自覺四肢肌肉如蟲鑽動感、因十分不適、即上床睡覺。不料12/13晨起發現手部及小腿明顯紅腫脹痛、使用皮膚科外用藥、但無效。目前仍覺手部及小腿腫痛。
- 睡眠較差、食慾尚可、食量不多、舌質黯紅苔薄黃、每天排便不成形、小量不多。
- 脈：右滑弦數、關上浮。左 AV shunt。
- 腹診：腹力中等、兩脅與心下張力較大、心下痞痛、大腹夾水氣。

図 35



図 36



図 37

- 處方：四逆散3.6 半夏瀉心湯5 生薑1.2 茯苓1.5 防己1.5 升麻1.5、3x7
- 12/27回診、手部及小腿紅腫痛已痊癒、只剩手部皮膚脫皮汰換中、小腿則僅剩皮膚顏色未完全恢復、手腳皆無不適、其間無使用任何西藥。
- 本案病症發病的主因?
- 病患主訴與四診所得資訊的關係?
- 病機包含那些內容?
- 治療原則是什麼?該從何處論治?如何用藥?
- 辨證論治時、病患原來的腎臟疾病該如何考量?

図 38

今日の講演が古今の弁証論治の違いや未来に向けていかに変化すべきかを再考する契機となり、弁証論治の技術および中医学の発展に役立つことを願い講演を終わります。ありがとうございました。

「辨證論治」概念的再釐清 與其發展願景

Re-clarification of the concept of " Syndrome Differentiation and Treatment Administration " and its development prospects

林伯欣

中國醫藥大學

摘要

雖然「辨證論治」四字明確出現於中醫典籍是清朝才有的事，但是早在 2500 年前開始，這個觀念與原則已是歷代醫者認定的臨床診察標準。現代中醫師對於「辨證論治」的觀念雖然朗朗上口，但在實際操作上並不詳細深入，甚至僅流於形式，離精準還有一段距離，這使得古典中醫學在臨床上的真實療效不易再現，也導致一般人對古典中醫的療效產生越來越多的偏見。

「辨證論治」並非單純找出一組共同存在的聯合症狀，或是僅針對於某些特有症狀做判斷，然後就對應到特定的治療處方。「辨證論治」是一個原則性的名詞，「辨」是明察與判別，「證」則是憑證與通知，重點在於「完整蒐集的證」與「詳實細膩的辨」之間做緊密連結。透過四診的整合，生理病理知識的嫻熟，以及病因病機的串連研判，然後才能決定治療方法；醫者藉由這樣的執行過程，才得以有嚴謹縝密的邏輯與證據可依賴，不至於盲目誤診誤治，而能接近準確的診治病患，這也正是古典中醫體系在實際應用上的珍貴之處。

關鍵詞：辨證論治，診斷，病機，古典中醫學

Abstract

Although the term " Syndrome Differentiation and Treatment Administration " clearly appeared in the classics of Chinese medicine started in the Qing Dynasty, but as early as 2500 years ago, this concept and principle has been the standard for clinical diagnosis as recognized by the medical practitioners of successive dynasties. Although modern Chinese medical doctors know this term but most of them are not thorough and exquisite in actual practice. There is still a distance from precision, which makes it difficult to reproduce the true clinical effect of classical Chinese medicine. It has also led to more and more people's prejudice against the efficacy of classical Chinese medicine.

" Syndrome Differentiation and Treatment Administration " is not simply to find a set of co-existing joint symptoms, or to judge only certain unique symptoms, and then correspond to a specific treatment prescription. " Syndrome Differentiation and Treatment Administration " is a principled term. " Differentiation " refers to discernment and discrimination. " Syndrome " in Chinese refers to vouchers and notices. The focus is on the close connection between "completely collected evidence" and "descriptive and detailed identification." Through the integration of the four diagnostic methods, the proficiency of physiological and pathological knowledge, and the connection and judgment of the etiology and pathogenesis, traditional Chinese medical doctors can determine the optimized choice of treatment. By this execution process, the doctors can have rigorous logic and evidence to rely on, and not to make misdiagnosis and mistreatment. This is exactly the value of the classical Chinese medicine system in clinical practice.

Keywords : Syndrome Differentiation and Treatment Administration, Diagnosis, Pathogenesis, Classical Chinese Medicine

各位大家好，今天很高興能有這個機會來給各位報告我的一些心得，今天下午我要報告的是有關辨證論治的一些觀念，我想要把它重新做一個詮釋。

這是我的簡介，剛剛鄉家醫師已經介紹過了，這個部分我就不再做太多的說明。

我想要開始談辨證論治之前，我們在臨床上常常會遇到一個問題，就是中醫師都知道甚麼是辨證論治，可是真正在臨床上操作的時候，診療過程卻又常常跟辨證論治不相吻合。這樣一個過程不只是會發生在初學者或者剛畢業的醫師，也常常會發生在已經很有經驗的醫師身上，所以當我們在對辨證論治琅琅上口的時候，我們都覺得很熟悉的時候，其實我們應該反思是否真的了解這四個字的意思。

事實上辨證論治這四個字並不是最開始就出現在中醫典籍裡面的。這四個字最早是明確出現於《醫門棒喝》這本書裡面，是作者在《卷三·論景岳書》這個篇章中所提到。一直到近代，大概在1955年的時候，中國大陸的任應秋醫師，在《中醫雜誌》期刊上發表了一篇文章，主要是在談中醫的辨證論治的體系，再次提到了辨證論治這四個字。當時他用五苓散作為一個範例，介紹了這樣一個觀念。任應秋醫師在文章中寫得很清楚，他說中醫的辨證論治是注意於身體病變的全身證候，他強調的是全身的證候，希望讓身體的生活機能恢復到正常，也就是說醫師在診斷的時候，要把病人疾病的問題要重新調整到正常。當時任應秋先生發表了這篇文章之後，受到了秦伯未醫師以及當時其他醫師的全力支持，因此所謂偏向現代化的辨證論治的觀念就慢慢地形成了。

因此，我們現在看到大部分的參考書在描述中醫的所謂辨證論治的觀念的時候，大概就會像投影片上面所敘述的，投影片第一個所提到的，在印會河醫師的《中醫基礎理論》裡面講的很清楚，就是說辨證是去歸納身體的一些現象，把它稱為證，然後透過這些判斷，再來決定怎樣治療。另外一本參考用書也提到，就是說要找出證候，甚至把它簡化成某一定的證型，從這樣的歸納當中去對應出一個適當的治療方法。因此，我們現在在談辨證論治的時候，會很簡化地把它規範成所謂的證候證型，臨床診查時要找出相對應的這些重要因素，最後到論治的部分，要找出治則，然後決定如何治療。

那問題來了，即使有些醫師可能不知道現代的辨證論治有這樣的演變過程，但是我們在日常生活中，每天看診在接觸病人的時候，我們仍然會從頭到尾去經歷這樣的過程。當我們遇到一個患者的時候，我們會開始回想過去的診治經驗，不管有經驗或者沒有經驗，我們都會開始嘗試去收集病人提供的資料。目前現代化的中醫教學所教的診治過程就是這個圖所說的，你要怎麼樣去收集資料？要怎麼樣辨證？要怎麼樣分型？最後要怎麼樣去對應論治？換句話說，不管是怎麼樣一個中醫師，他想要發現的最後結論就是到底診斷和治療要怎樣連結起來。

問題是臨床上的操作過程真的是這樣子嗎？我們來看看這個案例。我們看到這個婦人她的嘴唇和臉部的肌肉不停地在動，不正常地活動。我想在場應該有部分的醫師看過這樣的病人，也許有的醫師沒有看過。我現在給各位 20 秒的時間，各位可以快速地回想一下自己的診療經驗，或者用 20 秒鐘很快地思考一下這樣的病患我們會怎麼做診斷？我把影片再重複放給各位看一下。投影片的右邊有這個病人相關的一些基本資料，各位可以參考評估。我想各位心裡都有自己的答案，我們接著往下看。

這樣的一個症狀在中醫傳統的典籍裡面有一個病理性的名詞叫做弄舌，這個名詞最早是出現在中國歷史上的南宋時代的這本書上面，它原來是描述小孩子或者嬰兒在臨床上可能發生的症狀。一直到中國歷史上的清朝，在《醫宗金鑑》的幼科雜病心法裡面也出現過同樣的記錄。之後在民國初年的《辨舌指南》也提到同樣的問題。不管是哪一本書在介紹這一病理性的症狀的時候，他們的結論就是會引起這樣問題的原因有熱邪，津傷，陰虛，化火和化風。在現在的研究上，有一些現代的臨床的研究報告，部分醫師也看到了這樣的病例，我找了一些文獻，大部分的病因歸納是像這個投影片上所寫的。經過我的搜尋，在現代中醫的臨床研究報告部分，類似這樣的病人一開始就找中醫尋求治療的機會其實並沒有很高。通常醫生遇到這樣的患者，去追蹤患者的療效的機會也不是那麼高。我們可以看到這些報告，這些現代的醫師他們做了研究，發現可能引起弄舌的原因跟傳統的典籍講的是相當類似的。所以，他們會利用相關的一些治療方法來處理這樣的問題，比如說。鎮肝息風，或息風通絡，除痰開竅，滋補肝陰，滋補腎陰等等。另外，如果病人有熱的時候，也會根據部位的不同來清熱或者散熱。剛才各位用了 20 秒鐘快速地診斷了一下這個病人，我不清楚各位的診斷和治療是甚麼？以下我報告一下我會怎麼治療。

這是我的治療處方，我也特別告訴患者該注意的相關衛教。我們現在看看第一個禮拜治療後的情況。我們可以看到這個病人服用了第一個禮拜的藥之後，她的嘴巴和舌頭不自主地動作比剛剛初診來的時候有明顯的減少。另外，她的一些不是主訴的其他相關症狀也有部分改善。另外一個比較重要的是，這個病人在吃中藥的時候，她把降血壓的西藥停掉了。另外她的脈象也不一樣了。我根據她第二次來時情況的改變，把原來的藥做了調整，把五苓散拿掉，改成小柴胡湯，並把當歸加進去，衛教的部分是一樣的。

我們來看看她第三診來的時候的變化，在第三診的部分我們可以看到她的嘴巴和舌頭不自主活動的症狀，比第二診的時候又更進一步了一些，幾乎看不到了。其他的兼證也都有改善，同時她也把降壓西藥都停掉了。第三診的時候她的主訴已經不再是原來嘴巴和舌頭不正常亂動的問題，而是因為咳嗽和睡眠有一些問題，所以才來回診。經過半年時間以後，我又用電話追蹤她的情況，她的回答是原來的訴已經基本上不會了，所以後來才沒有繼續回診。

接下來我們要考慮的是，這個病人很顯然在診治的過程當中用到的想法和處方

完全跟剛剛講到的傳統的那些概念是不一樣的。我把她的症狀做了不同的歸納，因為病患來的時候講的各種症狀其實彼此間可能是沒有連續性和關聯性的，醫生的責任是把病患講的這些看起來不相關的症狀做適當的分類。以這個病人來說，我根據她的主訴，做了這樣的分類，她原來就診之前，大概已經有2年的時間嘴巴都在不正常活動，她就診西醫做的各種檢查都沒有發現問題，所以我暫時排除了她有神經學方面疾病的可能性。另外，她口渴，肚子脹，會泛酸，這個原因主要是她口渴之後會習慣性地一直喝水，加上她喝的是冰的東西，所以她的胃的蠕動變慢了，水分容易留在胃裡面，會造成泛酸和腹脹。另外病人長期習慣喝冰的東西，她的胃裡面容易形成鬱熱，這個鬱熱會造成不斷地口渴，導致重複地再去喝冰的東西，會造成惡性循環。另外，她有肩膀和頸部的痠痛，下肢的痠痛，臉也慢慢地腫起來，人會覺得疲倦，小便的量少次數少，這是因為有濕邪鬱在身體裡面，加上身體的陽氣不足，所以，造成濕代謝不良，留在身體裡。底下的一些分析我就不再一一說明，因為投影片上應該寫得蠻清楚，我秀這個表格的目的主要是要說明我們在辨證論治的時候其實不是把病人的症狀拿來做對照，而是應該分析病人說的這些話裡面它背後藏了甚麼病理意義，要找出那些問題來。

所以，我們看下一張，我們根據剛剛那樣子的分類歸納，我們要開始推斷病人到底發生了甚麼事情。當時我的推論是，因為病人的腸胃狀況虛寒加水飲，這些水飲沒有辦法被代謝出去，所以造成水分從消化道裡面開始往外面滲透，她的皮膚肌肉組織開始有水濕浸潤到裡面。當病人陽氣不足的時候，這些水濕推動不了的時候，她的肌肉就會產生不自主的運動。簡單地說這個病人因為有水濕的滯留，加上心陽和腎陽的不足，所以所呈現的是一種代償不全的水分滯留。同時它跟我們提到的傳統的看法，在這個病人身上唯一比較吻合的只有她有胃陰腎陰不足的現象。我們要怎麼樣去從過去的文獻典籍找到跟這個病人相關或類似的紀錄呢？在《傷寒論》裡面有3個條文提到類似相關的狀態，分別是苓桂朮甘湯這一條，和兩條真武湯所提到的病人會產生肢體或肌肉不正常的活動，也可能造成身體沉重疼痛，小便不利的問題。所以這是為甚麼我用下面這個處方的原因，利用真武湯和五苓散去處理心陽腎陽不足所造成的水分囤積的問題。加上麥門冬和生地黃是處理胃陰和腎陰不足的問題。最後加上厚朴是幫忙中焦的運作，讓水分濕氣能夠排出去。所以在這個地方出現了一件事就是當我們在研讀傳統典籍的時候，條文上面出現的症狀跟我們臨床上看到的症狀並不一定完全一樣。所以如果只是很粗淺地用症狀去對應的話，那我們可能會喪失很多原本可以精準治療的機會。所以臨床醫師要考慮的不只是症狀的類似性，而是病機的類似性。

我們看下一張，下一張是第二次來回診的症狀，我同樣把不同的症狀做了分類，把相關的原因找出來。我們可以看到有一些部份包括心陽和腎陽的不足有改善，但是她的病還沒有完全恢復到正常，所以在二診的時候我們可以看得到這個病人的嘴巴和舌頭偶爾還是會稍微地活動。病人還覺得口渴，所以她沒有辦法停止不一直喝水，所以，肚子裡的水分還是很多。可是因為我們用了五苓散和真武湯，她的小便的量其實是增加了。所以她腎陽的不足和中焦的運化其實是有改善的。臨床上我們在用藥的時候，它的加減，怎麼樣去增加減少藥的劑量和種類，其實就是在這些症狀的改善的程度，或者說沒有改善的狀態上面做微調。病人的腸胃系統在第二診回診的時候還是有一些問題，因為她沒有吃中藥的時候，必須吃軟便劑協助。同時從脈象上也可以查得出來，病人有一些陰血不足的問題浮現出來。這個陰血不足的狀態並不是因為服了第一次的藥之後才產生的，而是因為病人原來的問題被水飲，心

陽腎陽不足等明顯的問題所遮掩，沒有很明顯地表現出來。臨床上這樣的情況很常見，當主要的問題與比較明顯的病機被一定程度解除之後，原來次要的問題會開始顯現出來。

我們看下一張，她第二次來的時候，有一些症狀改善了，有一些症狀還沒有改善。經過診斷之後，我認為治療的方向還是要以強化她心腎的陽氣，幫助腸胃的運化，補充胃陰腎陰為主要的問題來用藥。因為她的小便已經改善了，所以就把五苓散拿掉了。因為她的排便狀況還有問題，腸胃蠕動的狀態還不是很理想，所以把能夠推陳致新，調暢中焦氣機的小柴胡湯加進來，增加三焦的通暢度，利用這樣的情況來改善腸胃的蠕動。同樣加上厚朴來行氣，麥門冬和生地用來補陰，因為病人脈象上浮現出陰血不足的問題，所以，加上當歸，利用當歸和生地配在一起來補陰血。這就是第二次的處方。

我們可以看下一張，左邊是初診，右邊是第三次就診的情況，我們可以看到幾個病理上改善的變化，除了病人的嘴巴和舌頭亂動的情況大幅減少之外，我們可以看到病人的膚色和皮膚的光澤，還有病人水腫的情況都有明顯的減少。所以這裡有一個問題醫生要面對與思考的就是，當病人告訴我們一些症狀主訴的時候，醫生到底是處理主訴還是處理你發現的問題？還是都要處理？還是都不處理？

我們看下一張，當醫生在診療的時候，不管病人是改善的還是沒有改善的，每次治療之後醫生都應該去檢討整個的治療和診斷的過程。這樣的問題是醫生問自己，而不是病人來問你。以這個病例來說，我要問自己，收集到的資訊夠不夠完整？收集到的資訊能不能明確地反映出病人的問題？我所收集到的這些訊息是不是被我正確地篩選和分類？分類過後資料是不是足以代表某一些特殊的病理的問題？同時能夠推論出身體裡面發生的真正的事情？病患雖然改善了，但是是不是還有其他更好的方法可以讓她改善的更快或更完整？所以一個病患的完整的診治過程應該像這個流程一樣。

我們來看下一張，我們在談辨證論治，我想應該先去弄清楚這些漢字原來的意義。「辨」原來是指兩個有罪的人在彼此訴訟，在彼此互相告對方，中間有一把刀將兩邊切開去決定到底是誰對誰錯。所以「辨」這個字的意思有辨識，分別，判別，明察的意思。

我們來看下一張，下一張是「證」，「證」這個字它有憑據，證據，通知，還有幫助我們判斷事情真相的意思。所以說如果以傳統的漢字的意義去看辨證論治的話，以辨證來說是透過詳細的正確的分辨，能夠把事情的真相弄清楚，它絕對不會是一個簡化的過程。所以下一張的內容我們看到了辨證的意義到底是甚麼？如果我們用剛剛分析的漢字的意義來看辨證的話，這裡就寫的很清楚，我們需要透過四診的精確整合能力決定「證」所收集的深度廣度與完整性。用詳細的跟準確的「辨」，也就是利用中醫生理和病理知識的運用，還有病機的串連來達到正確的辨證。像在《皇漢醫學叢書》中收錄的《先哲醫話集》這本書裡面就提到了這樣的觀念：程度差的醫生看到病人的症狀馬上就想到處方，然後就給藥。但是高明的醫生他一定會透過現象找出證據來，找出病機來，確定了原因才去決定該怎麼去治療。這樣的執行過程看起來似乎很慢，是一個浪費時間的事情，但其實這才是一個迅速準確的方法。

這個地方提到了一個新的概念叫做病機，下一張我們來看看「機」的意思。「機」指的是時宜和機會的意思，是事情變化的關鍵，也是事情變化的原因。這個關鍵和原因是對事情的成敗有最重要關係的一個中心環節。所以現在我們開始想一想我們

在看病的時候到底哪些因素是我們一定要查出來的，哪些因素是最重要的？

我們來看看病機的意思，我們若查閱現在的書籍有關病機的意思時，多半會說它是指疾病的發生和變化的機轉，但事實上它不只是機轉，還包含了會影響疾病的各種關鍵因素跟重要條件。事實上所謂的機轉其實就是這些重要的因素影響而形成的。所以我們看到書裡面做了一些分類，包括疾病的本質，包括疾病的原因，疾病的位置，還有疾病的特性跟疾病進行的趨勢。另外可能比較少被注意到的有關病人的個性問題，它其實非常重要。還有包括發病的時間特徵，氣候的影響，環境，飲食，工作跟生活作息的影響，這些都很重要。所以《醫學源流論》書裡講的很清楚，深入病機去研究，那天下就沒有難治的疾病。這個話要強調的正是病機在醫生診察過程中所處的重要角色。

我們來看下一張，剛剛我提到的這些觀點並不是我自己的發明，其實在傳統古典中醫裡面，從2500年前到近代，重要的書籍裡面都不斷地講這件事情，例如在《素問·至真要大論》裡面就提到有關病機的概念。另外，在《小品方》裡面的這段話，講的更是清楚，它說古代的方劑並不是醫師先把它做出來，把它發明出來，然後等待適合的病，把它拿來用。這些很好的方劑都是當時醫生看到某類特定的病人之後，他去診斷，辨證，找到疾病的病機跟根源之後，才依照病人的情況及藥物的特性來搭配出正確的處方。剛才投影片裡提到的《皇漢醫學叢書》裡提到的觀念跟這個觀念基本也是一樣的。甚至《神農本草經》是專門講藥物的作用的書，在它的序文裡也明白地告訴我們，醫者要找到病機才能夠治病。《小品方》是公元4-5世紀的書，《神農本草經》是5-6世紀的書，《素問病機氣宜保命集》是12世紀的書，所以其實最晚在公元4-6世紀的時候，古典中醫學裡「辨證」的這個觀念已經形成了。

如果各位對這樣的觀念還有疑慮的話，我們再來看一下《傷寒論》。『觀其脈證，知犯何逆，隨證治之』這句話在中醫界應該沒有人不曉得，這句話在《傷寒論》的太陽病這一篇出現過。這12個字已經把我們剛剛談的古典中醫的辨證的概念包括在裡面，古典中醫的辨證其實是一種靈活的個別化的診斷方法，所以如果我們要規範辨證的過程，要把它用白話文分段怎麼來進行，大概就像最底下的這段話所提到的，病人來就診的時候我們要發現問題，進一步確認這些問題的關係，然後界定疾病的範圍，同時釐清這些資訊的分類和順序，然後才有辦法解決問題。所以，古典中醫的所有的診察診斷方法其實有它清楚而縝密的邏輯，跟後來在1950年-1970年之後提出的現代的辨證的觀念是有所區別的。

在這個地方我想強調的是中醫在臨床診察上的一個特色與優勢，就是每個病人來的時候，我們都是以當時當下最適合和最佳化的一個選擇來考量。我們講的辨證或者說要找到病機，並不是已經知道的事情把它直接拿來套用。而是透過當時的情況隨時靈活地去調整。我們知道病人不會照著書上的紀錄來就診，所以我們現在講的古典的中醫的辨證求機其實就是將理論和病人之間的實際的差距縮小到最小的一個好方法。我還是想強調我們在做辨證論治的時候，雖然我們會去整理或去規範病人的症狀，但不是把這些症狀都混在一起之後找出處方來套用。以《傷寒論》來說，《傷寒論》有100多個方劑，每個方劑代表1條或數條條文涵蓋的條件，如果這些條件有改變的時候，就不能直接只是沿用這個處方。因此剛剛前面那個病例，我們採用了苓桂朮甘湯或真武湯條文的精神，它的條文的描述跟這個病人的主訴其實是不太一樣的，但是因為它的條件與病機一樣，所以我們用了同樣的處方。雖然說我們提到處方，但是我們知道有一些病機並不是那麼容易被發現，這些病機有一

些特徵，第一它沒有辦法透過病人的主訴或者疾病的症狀來直接發現，第二個就是通常症狀和病機沒有直接對應的關係。我舉個曾經處理過的例子，有個病患的腳踝扭傷，把他的關節復位接正確了，關節沒有錯位了，可是病人還是覺得走路不舒服，檢查後發現是因為周圍的肌肉出問題引起，再進一步深入診察發現病人是因為腸胃出了問題，而間接影響到腳部肌肉張力產生異常變化。所以，如果你只是一直治療腳踝，他不會好，你沒有辦法發現他的症狀往上延伸到腸胃的時候，這個病人的問題就沒有辦法處理。另外還有一些其他潛在或隱藏的病機與原因，這些部分要在臨床上實際遇到經驗過之後，才會知道原來還有這些問題。不過不用擔心，這些病患的潛在病機會因為醫者在臨床上持續做了正確的辨證練習之後，判斷潛在的病機的準確度和成功率就會逐漸增加。

我們常常說無證可辨的問題，事實上這個「症」跟這個「證」是不一樣的概念。這個「症」是指症狀，而辨證的「證」是我們剛剛解釋過的是證據，現象還有相關的病機。所以當我們發現臨床上檢查的過程中實在找不出確切的問題的時候，有下面幾個方法可以練習。第一從病患沒有描述的地方，還有我們會忽略的地方，重新檢查。這個觀念也是從《傷寒論》來的。另外醫生自己的身心狀態要重新調整，大部分的時候，中醫臨床沒有儀器可以依賴，所以中醫師在診察跟治療時，中醫師本身的身心狀態是非常重要的。在調整了身心狀態之後，可以去學習新的診察法。此外就是通過文獻跟研究的查詢來學習。臨床上還有一些身體細微的變化，中醫是通過四診不易查出來的，可以借助現代醫學的檢查報告來幫忙。

辨證的觀念大概是這樣，接下來我們看一下論治的意義。論治的意義比較單純，要能夠正確的進行論治，是以正確的辨證為基礎。論治涉及的是治療的規則及治療的工具，所以當我們學習論治的時候，不是只是一直去學習操作治療工具的技術，而是要了解治療的原則。我們來看看古典的辨證論治不容易被完整地呈現的原因，有幾個問題存在，第一是有關中醫學的相關教育，它的偏差和不完整會導致醫者臨床上無法正確執行辨證論治。第二是醫師本身的條件，包括醫生感官的條件及醫生身心的條件，還有醫師所受的專門訓練的條件。上面提到的這些原因都是古典中醫學發展的一些危機，包括醫生本人的四診技術的問題，包括基本理論，包括思考模式都產生了一些嚴重的問題。《黃帝內經》告訴我們說，「平人常以不病調病人」，所以醫師做診斷治療的時候，必須維持在平人的狀態來做這個事情，診斷的準確度和治療的有效度才會增加。所以我把中醫的教育訓練大概分成兩大部分，一個是形，一個是神，一個是術，一個是道。在這裡表達的很清楚，就是一些基本的基礎概念，完成了這些訓練之後，還有一些可能沒有辦法通過學校教育很明確地交代清楚的東西，這個部分就要通過實作來完成。

所以我們來看看《診家正眼》裡說過的這段話。《診家正眼》這本書是談如何診斷的一本書，它講的很清楚，我們要通過診斷來確認臨床上的一些細節，因為醫師在掌管病人的生命，如果是不曉得這件事情，只是做做樣子，或者說只是用很簡單的方法來做這件事情，這樣的診察和治療就不會完整跟準確。

所以，我們要怎麼樣重新思考中醫的辨證論治在執行上的問題？西醫的發展或許可以給我們做為一些啟發，西醫從最早的經驗醫療開始，發現經驗醫療有一些問題，所以進而發展成為所謂的證據醫學。但是證據醫學有一些問題，因為它太過於相信證據及統計數字的平均值，所以在面對一些不與數據平均值相類似的病人族群時，證據醫學的結果就不適合用在這些人身上。雖然說證據醫學的三大特點是強調結合大數據的統計，醫生的經驗以及病人的需求，但是在臨床的執行上，還是有不

少的病人沒有辦法通過證據醫學得到正確的治療。所以目前有一個新的發展方向出來，就是所謂的精準醫學，但是這樣的醫學特色目前也有專家在研究的過程中發現還是存在一些問題尚待處理。不管如何，我們可以發現其實西方醫學發展的特點和中醫診察的特色之間有很多的雷同性，這些相關性是中醫在現代化發展時能夠與現代思維溝通的橋樑，所以中醫要怎麼樣既保有自己的特色，在未來醫學發展上又要能夠佔有自己的地位？這些問題是現代的中醫師必須要負起的責任。

我們來看下一張，首先我想中醫的觀念需要重新被修正，我們常常會說中醫是一個「簡便效廉」的醫學，但是事實上「簡便效廉」是結果，它不是特色。中醫要能有「簡便效廉」的結果，其實是建立在前面這一段很複雜很嚴密很邏輯的診斷和治療上的。沒有前面這一段很嚴謹的過程，中醫的「簡便效廉」特色是沒有辦法不斷地複製的。所以我們必須在教育訓練的過程當中要強化辨證論治的過程。如果中醫學可以被不斷地重複操控，可以反覆地驗證，可以重新反覆地出現療效的話，中醫就不能只是一直用偏方，驗方和有效方作為中醫的主要內容。所以古典中醫未來的發展希望和趨勢還是必須從傳統的部分開始做起，必須在傳統的概念，知識和技術上面重新導正和重新釐清，在這樣的基礎上再跟現代知識去配合。簡單地說就是利用中醫傳統的辨證的這種靈活性，然後借用現代技術的準確性，把這兩個部分結合起來。

所以有一些策略可以參考，執行的重點很簡單就是要找出每個問題背後發生的事情，另外有一個很重要的概念就是每個患者都有自己的一套病機，即使是同一個患者這一次和下一次來回診情況也都完全不一樣，所以每次的診治都是獨一無二的。即使經過診斷之後你認為還可以用上次用的處方，那也是你經過嚴密的辨證之後，確認這個處方可以完全沿用。另外，中醫有一個特色就是中醫有很多的名詞，很多的理論，但是這些名詞與理論是原則，是在臨床上讓我們參考，幫助我們思考用的，不是用來作為標準答案，把它直接套進去使用的。有了這些觀念之後，再去重新看這些經典，重新去看這些古代的書，你才會發現這些內容跟臨床的結合度很高，才不會覺得書上寫的跟臨床完全接不上。另外有關中醫學校教育的部分，為了提高整個中醫的水準，學校的教育必須要提高教育的規格，另外要減少醫師自己本身的誤差，在診斷的時候不要被這些理論知識給綁住，所有的處方和治療都是因為病人的變化而決定的。

我們看下一張，我把前面提到的整個辨證跟論治過程的概念簡化整理出來，把現代的研究的過程也整理出來，我們可以看到兩邊的對照，其實觀念和過程雷同的地方很多。如果每個病人的診察和治療過程，我們都可以盡量用這樣的步驟來執行的話，就可以進一步看清楚病人的問題。這樣的過程看起來好像很複雜，但其實它比較接近古代的中醫執行診斷治療的過程。剩下來的問題是醫生到底願不願意這樣做，因為只針對一個病人，你需要花很多的時間跟精力去處理。看起來很沒有經濟效益，可是如果要提高中醫的水準，這是一個很好的方法。

最後，在結束之前我再提出一個案例給各位參考。各位可以把這個案例拍照或者紀錄下來，然後回去可以想一想，如果是過去的你，你會怎樣處理這個病人？聽了今天的報告之後，如果你有一些想法有所改變的話，你又會怎樣去處理這個病人？這是一個因為服用了藥物之後所產生的藥源性傷害案例，這個病人本來就有腎功能惡化的情況，因為膝蓋痛的問題，吃了止痛藥和肌肉鬆弛劑，吃完之後沒多久就產生了這樣的症狀。相關的資料很詳細，各位可以紀錄下來，自己嘗試分析看看。

這個是病人來就診的時候的情況，我們可以看到她的手和腳有腫起來的現象，

腳的部分有類似過敏和皮下出血的問題。這是治療之後的情況，吃了一個禮拜的藥，手部的腫脹消失了，皮膚正在脫皮。腳部類似瘀血和腫脹的情況也都消失了，還剩下一些皮膚色澤較黯的痕跡，但是這些痕跡已經沒有甚麼不舒服。我當時是用這樣的處方，我提供這樣的處方只是作為一個參考，告訴各位我是這樣治療的，這樣的治療絕對不可能是最好的答案。我只是提供我的經驗，同時提供這個病人經過這樣的治療之後的變化。所以，各位如果有興趣，回去可以想一想下面的這些問題，我相信經過你的思考，一定會找出比這個處方更好的答案。希望我今天的報告能夠讓各位重新思考一下古代的辨證論治跟現在使用的辨證論治之間有哪些差距？未來又如何通過適當的改變，讓中醫的辨證論治技術及中醫的使用發展能夠更好？以上是我今天的報告，謝謝！

急性期病院でのDPC診療における鍼灸師の役割

Acupuncturist role of DPC in emergency hospital

三谷 直哉

Naoya Mitani

熊本赤十字病院

Japanese Red Cross Kumamoto Hospital

要旨

【緒言】 熊本赤十字病院において鍼灸師として採用され、急性期病院で入院患者に対して鍼灸施術を行うこととなった。熊本赤十字病院では包括医療支払い制度（DPC）が採用されており、入院患者における在院日数の短縮が病院の経営には重要な課題である。

入院患者の早期回復には、“栄養状態”、“睡眠”、“運動”、“疼痛”の4項目が重要であり、在院日数に寄与すると報告されている文献もある。これらの4項目を改善し、期間Ⅲ群にかかる入院患者を減らすことを目的に鍼治療を行う。

【方法】 医師が漢方概念の証で診断し、鍼灸が適応と考えられる患者に対して書面による同意を得たのち、鍼灸師に施術の指示を出し、指示を受けた鍼灸師が鍼灸施術を行う。

【結果】 2019年8月1日～2020年1月7日における延べ患者総数は62名、死亡転機となったのは6名、介入総数は625回であった。

【考察】 “栄養状態”、“睡眠”、“運動”、“疼痛除去”の4項目に該当する患者に鍼灸介入し、症状の改善から投薬量の減少、在院日数が短縮することで、医療のコストダウンと質の向上が可能であると考えられる。

ここで鍼灸による成果を上げることができれば、DPC診療を行う病院で鍼灸師のニーズが高まると予測される。また、漢方医との連携が病院内で可能になることで、現代医学では治療困難である症状疾患に対し、東洋医学的治療が実践でき、包括的な医療が実現可能であると考えられる。

キーワード：急性期病院、在院日数、DPC、鍼灸

Abstract

【Introduction】 I was hired as an acupuncturist at the Kumamoto Red Cross Hospital, and decided to perform acupuncture on inpatients at the acute care hospital. The Kumamoto Red Cross Hospital has adopted a Dagnosis Procedure Combination (DPC), and shortening the length of hospital stay for inpatients is an important issue for hospital management.

Four items of "nutrition status", "sleep", "exercise" and "pain" are important for the early recovery of hospitalized patients, and there are reports that contribute to the length of hospital stay. Acupuncture treatment will be conducted with the aim of improving these four items and reducing the number of inpatients in the period III group.

【Method】 A physician diagnoses with a proof of the Chinese medicine concept, obtains written consent for patients for whom acupuncture is considered appropriate, and then gives treatment instructions to an acupuncturist, who receives the acupuncture treatment.

【Result】 From August 1, 2019 to January 7, 2020, the total number of patients was 63, and 6 had reached a turning point. The total number of interventions was 672.

【Discussion】 Acupuncture and moxibustion interventions for patients who fall under the four categories of "nutrition status", "sleep", "exercise", and "pain relief", resulting in improvement in symptoms, reduction in dosage, and reduction in hospital stays, resulting in medical costs We think that down and quality improvement are possible.

If the results of acupuncture and moxibustion can be improved here, it is expected that the needs of acupuncturists will increase in hospitals that provide DPC treatment. In addition, we believe that the possibility of coordinating with a Chinese medicine doctor in a hospital will enable Oriental medical treatment to be implemented for symptomatic diseases that are difficult to treat with modern medicine, and that comprehensive medical treatment will be feasible.

Keywords : Acute hospital, length of stay, DPC, acupuncture

■ 背景

熊本赤十字病院では、包括医療支払い制度（DPC）が採用されている。DPCとは、病院の事務処理の簡易化を図るために導入された制度であり、疾患別に1日当たりの診療報酬が設定されている（図1）。

DPCでは、期間が3段階で設けられており、入院患者の在院日数が長期化するほど、一日当たりの診療報酬が減少する仕組みになっている。したがって、病床利用率を高く維持した状態で、入院患者の在院日数を短縮することが病院の収益には重要である¹⁾。

急性期病院における内科の患者は、投薬治療により検査異常値をコントロールし、症状を緩和することが標準的な治療として行われている。現在、内科領域での在院日数の短縮は現代医学での標準的治療のみでは臨界点に達しつつある。この臨界点を突破するには、投薬治療のみならず多角的な視点からのアプローチが

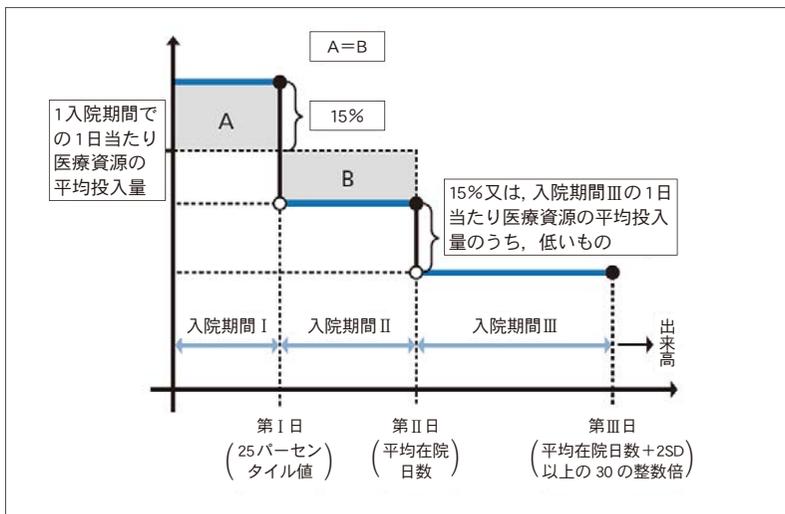


図1 DPCの点数設定方式

必要である。

これまで熊本赤十字病院では、西洋医学で原因が特定できない病態や、西洋医学の標準的な治療を行なっても症状が改善しない患者に対して、現代医薬と漢方薬の併用処方が行なわれている。これまでも漢方薬の併用処方により、様々な症状に対して効果を上げている。東洋医学の概念では、漢方薬と鍼灸を併用し、内側からアプローチする内治法と体表（外側）からアプローチする外治法を同時に行う鍼薬併用がスタンダードな治療方法として行われる²⁾。

2019年8月1日に熊本赤十字病院で鍼灸師として採用され、入院患者に対する鍼灸治療を行うこととなり鍼薬併用が実現した。急性期病院において鍼灸師を採用し、入院患者に対して鍼灸治療を行っている病院は現在少なく、熊本赤十字病院は全国の赤十字病院で入院患者に常勤で鍼灸を行う唯一の施設である。今後入院患者に対する鍼灸治療の症例報告や研究報告等が求められる。

■ 目的

入院患者の早期回復にかかわる，“栄養状態”，“睡眠”，“運動”，“疼痛”の4項目の改善を目的に鍼灸治療を行う。4項目のうち“栄養状態”は、低栄養により全身状態の悪化や、易感染状態を引き起こす因子となり、改善することで在院日数の短縮に寄与すると期待されている^{3) 4)}。“睡眠”は心身の休息の安定化するための生理機能であり、睡眠の質の低下はせん妄ファクターとなっている。せん妄を予防することでルートの抜去や危険行動・転倒等の予防に期待されている^{5) 6)}。“運動”についても、積極的なりハビリがADLを改善することが報告されており⁷⁾、鍼灸治療によって全身状態を改善し運動ができる状態を保つことが必要である。“疼痛”によって引き起こされるストレス反応により、血圧上昇、頻脈、不整脈、免疫抑制、酸素消費量の増加、消化管機能低下など様々な有害事象を引き起こすことも知られている。さらに、疼痛は不穏の原因となり睡眠障害、早期リハビリの遅延、QOLの低下等と関連し、急性疼痛は慢性痛のリスク因子であることから、疼痛コントロールは早期回復に重要である。^{4) 8) 9)}。これらの

4項目に関連するものをはじめ、WHO では鍼灸の効果が様々な症状疾患において認められている¹⁰⁾。今後、鍼灸治療により早期回復を促進させ、在院日数がDPCの第Ⅲ期以降に長期化する入院患者を可能な限り第Ⅱ期の期間中に退院できるように鍼灸介入を行っていく。

■ 方法

医師が入院患者のうち、西洋医学でのコントロールが難しく、鍼灸が適応と考えられる患者に対して書面により鍼灸の同意を取得する。医師が漢方概念の証で診断し、鍼灸師に施術の指示を出し、指示を受けた鍼灸師が鍼灸施術を行う(図2)。鍼灸治療の頻度は、土曜日・日曜日・祝日を除く、月曜日から金曜日の9:00～17:00の間で1日1回の施術を基本とし、毎日治療を行なっている。診療費は混合診療を避けるために徴収せず、DPCの範囲内に包括している。また、病院では消防法の都合上火気を使用できないため、艾による灸の代わりに電子温灸器を使用している。

刺入する鍼はすべてセイリン製のディスプレイ鍼で、長さは0.5～2寸(1.5～6.0cm)、太さは0.12～0.20mmと患者の身体状況や刺激量を考慮して使い分けしている。そのほか、パイオネックス0.6mm、小里式てい鍼(銀)、電子温灸器(一灸)を使用している。

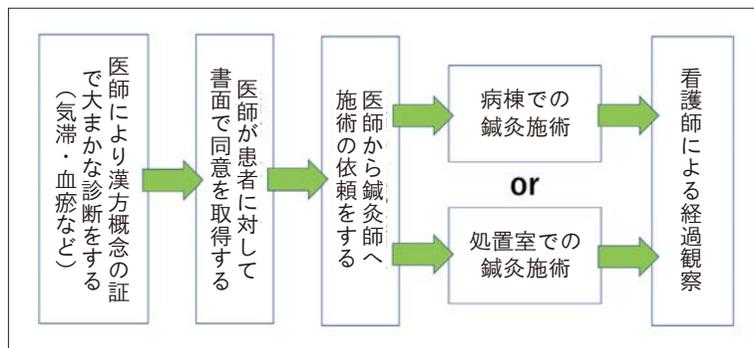


図2 熊本赤十字病院での鍼灸運用方法

■ 治療対象

入院患者の早期回復に必要な4項目に関する以下の症状を対象に鍼灸介入している。

栄養状態：消化管運動障害、消化吸収能力低下、食欲不振

睡眠：低活動性せん妄、不安・フラッシュバック

運動：低活動性せん妄、運動器疼痛・可動域制限、労作時呼吸困難

疼痛：がん性疼痛などの各種疼痛性疾患

主訴に対する評価は病院でNRS (Numerical Rating Scale) に統一していることから、NRSで評価を行なっている。

■ 結果

2019年8月1日～2020年1月7日の期間で延べ患者総数は62名、退院25名、転院23名、死亡6名、入院加療中8名であった。鍼灸紹介数は625件で、直

後効果あり 363 件, 直後効果なし 174 件, 評価不能のため直後効果不明 87 件, 直後悪化は 1 件であった。治療経過全体でみると, 効果あり 43 名, 効果なし 4 名, 評価不能のため直後効果不明 8 名, 治療継続中が 8 名であった。転帰に関しては退院 25 名, 転院 23 名, 死亡 6 名, 治療継続中が 8 名であった。鍼灸治療を行う中で印象的な症例が見られたので 1 例報告する。

■ 症例

患者: 43 歳, 男性, 身長 164cm, 体重 53kg。

○初診: 201X 年 9 月 11 日

主訴: 左大腿前外側面痛・右上腕後面痛

現病歴: 201X - 1 年 12 月頃から持続する食後の腹痛の精査で 201X 年 3 月に当院消化器内科で膵体尾部がん Stage IV (多発肝転移, 肺転移疑い) の診断となった。201X 年 8 月 23 日頃より体動で増悪する肩甲骨付近の痛みを自覚。湿布などで対応していたが, 右上腕の痛みと右側胸部の痛みも出現したため, 201X 年 8 月 30 日に整形外科を受診。レントゲン, MRI で C6, Th9 に骨転移を認めため放射線治療目的で入院となった。入院後, 左大腿前面外側と右上腕後面に間欠的な疼痛発作が起こるようになり, 鎮痛薬投与するも効果を得られないため, 疼痛コントロール目的で鍼灸介入となった。

所見: 右膝の脱力による膝崩れ, 便秘, 冷え

脈象: 左右寸口無力, 右関上無力, 左関上弦

弁証: 肝脾不和

異常経絡: 右手太陽経脈, 右手少陽経脈, 左足陽明経脈

治法: 疏肝理気, 健脾益気, 疏通経絡

(治療内容)

健脾益気: LR 足三里, 疏肝理気: LR 太衝, 潤腸: LR 支溝, LR 上巨虚

疏通経絡: L 内庭, L 外内庭 (足陽明経脈) R 液門 (手少陽経脈)

R 後溪 (手太陽経脈)

使用鍼: セイリン J15SP/No.02 (置鍼 10 分)

治療効果: (NRS) 左大腿前外側面痛 5 → 5, 右上腕後面痛 5 → 2

○第 2 診: 201X 年 9 月 12 日

弁証: 肝脾不和

異常経絡: 右手太陽経脈, 左足陽明経脈

治法: 疏肝理気, 健脾益気, 疏通経絡

(治療内容)

健脾益気: LR 足三里, 疏肝理気: LR 太衝, 潤腸: LR 支溝, LR 上巨虚

疏通経絡: L 人迎, L 天枢, L 髀關, L 伏兔, L 梁丘 L 衝陽, L 内庭 (足陽明経脈)

R 後溪 (手太陽経脈)

使用鍼: セイリン J15SP/No.02 置鍼時間 10 分

治療効果: 治療直後に悪寒戦慄が起こったため, ベッド上で 20 分安静にしたところ悪寒戦慄はおさまった。

(NRS) 左大腿前外側面痛 8 → 5, 右上腕後面痛 8 → 4

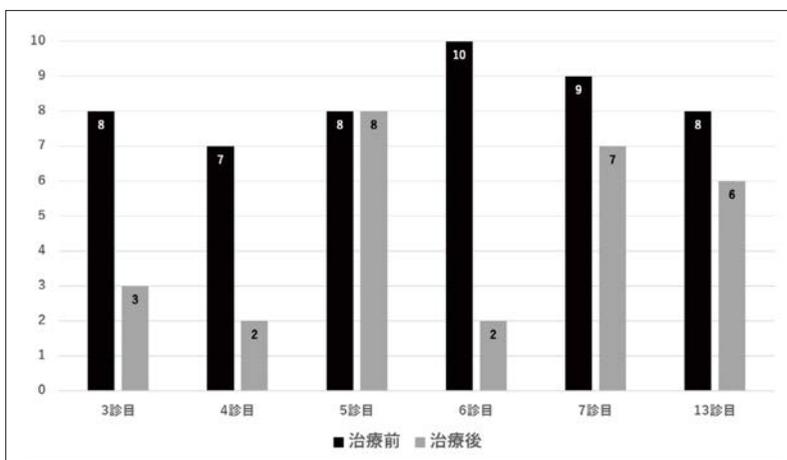


図3 治療前後における右側腹部痛の変化 (NRS)

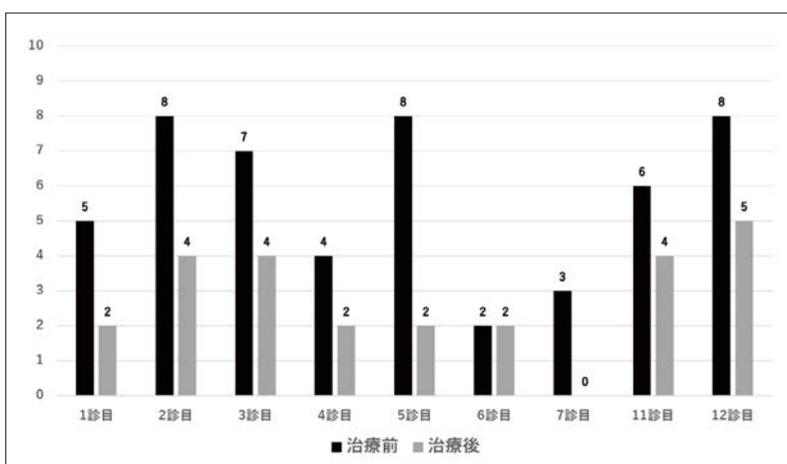


図4 治療前後における右上腕後面痛の変化 (NRS)

2診目以降、同治療方針で経穴を少々加減して治療を行ったところ、主訴の経過は治療前後において、いずれも改善が見られた(図3, 図4, 図5, 図6)。

本症例では、鎮痛薬のレスキューで効果がなく、患者本人が「薬はいいから鍼の先生を呼んでくれ」と鍼灸師をレスキューとして呼ばれるほど鎮痛に著効した症例であった。また、「先生の治療を受けると気持ちが落ち着きます。」との弁があり、精神的なコントロールにも効果があった症例である。

■ 考察

これまで「栄養状態」,「睡眠」,「運動」,「疼痛除去」の4項目の改善を目的に入院患者に対して鍼灸治療を行ってきた。症状が改善することで投薬量が減少した症例や、早期的なADLの改善により早期退院が可能となった症例など、鍼灸による効果が複数の症例で認められた。今後、1日の中で治療する患者数をより増やし、鍼灸治療による医療費の削減を統計により客観的に分析が必要である。

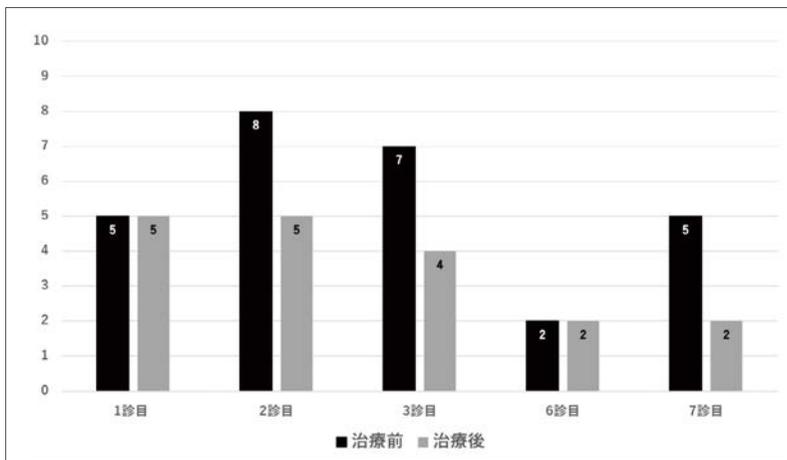


図5 治療前後における左大腿前外側面痛の変化 (NRS)

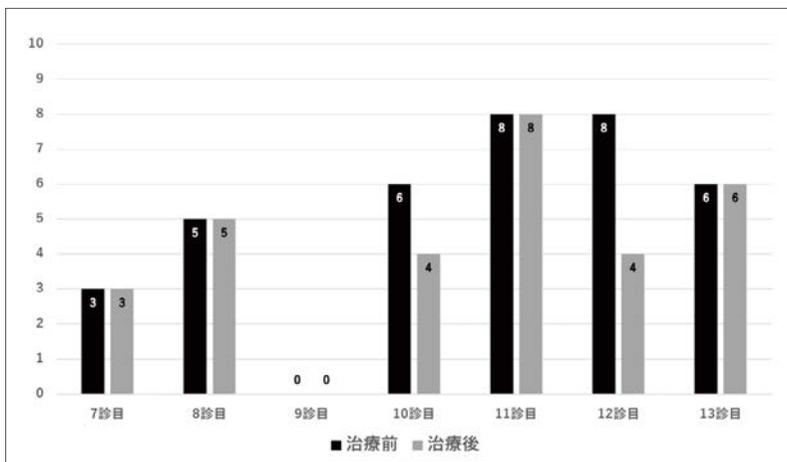


図6 治療前後における倦怠感の変化

今後、熊本赤十字病院において入院が長期化している患者の因子を明らかにすることで、より効率的に在院日数短縮を目的とした鍼灸治療が実現できる。鍼灸は西洋医学的な薬や処置の妨げにならないことから、鍼灸により在院日数の短縮や医療費の削減に貢献できれば、DPCを採用している病院において鍼灸師の需要が高まるであろう。また、漢方医との連携が病院内で可能となることで、現代医学で治療困難な症状疾患に対し、東洋医学的な治療を付加でき、より包括的な医療が実現可能であると考えられる。

今後の取り組みとして、病院で働く職員に対し鍼灸治療を行う機会を設ける機会を計画している。実際に治療を受け、鍼灸に対するマイナスな先入観や印象を払拭し、病院全体に鍼灸を啓蒙していくことが第一の課題である。

文献

- 1) 金子智之 阪口博政 小川俊夫ほか：国立大学付属病院の損益に影響を与える要因. 日本医療・病院管理学会誌. 55 巻 4 号, p197-208, 2018 年
- 2) 関隆志：日本における鍼薬併用療法の現状と意義. 中医臨床. 35 巻 3 号, p338-345, 2014 年
- 3) 鈴木規雄 木田圭亮 明石嘉浩ほか：急性心不全患者における CONUT 法を用いた入院時栄養評価と短期予後に関する検討. 静脈経腸栄養. 28 巻 5 号, p1083-1090, 2013 年
- 4) 斎藤憲祐：【臨床栄養と検査】入院期間短縮と栄養検査. 臨床化学. 32 巻 4 号, p267-273, 2003 年
- 5) 伊藤聡子 伊藤篤毛 利健太郎ほか：神戸市立医療センター中央病院でのせん妄ケアチームの試み. 総合病院精神医学. 24 巻 2 号, p146-154, 2012 年
- 6) 松井文 八塚美樹 高島里美ほか：高齢手術患者のせん妄発症要因に関する検討. 富山医科薬科大学看護学会誌. 6 巻 1 号, p91-99, 2005 年
- 7) 渡辺健雄：急速に進行する間質性肺炎に対する呼吸リハビリテーションが ADL 改善に及ぼす効果について. 新潟医学会雑誌. 128 巻 3 号, p110-120, 2014 年
- 8) 井上明彦 一二三亨 黒田泰弘：外傷患者における疼痛管理. 日本集中治療医学会雑誌. 25 巻 6 号, p421-429, 2018 年
- 9) 竹之内正記：【チーム医療による手術侵襲軽減策とアウトカム】薬剤師による取り組み—術後疼痛管理チームによる術後疼痛軽減策—. 外科と代謝・栄養. 52 巻 2 号 p99-107, 2018 年
- 10) 公益社団法人日本鍼灸師会ホームページ <https://www.harikyu.or.jp/general/Effect.html> 2020 年 1 月 10 日アクセス

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
編集委員 浅川 要, 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, 瀬尾港二
西田慎二, 矢数芳英, 梁 哲成, 渡邊善一郎

日本中医学会雑誌 Journal of Japan Traditional Chinese Medicine Association
第10巻第1号 2020年7月30日発行

発行 日本中医学会

事務局：〒277-8561 千葉県柏市柏の葉5-1-5環境棟254号室

東京大学大学院 新領域創成科学研究科 人間環境学専攻

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

制作 東洋学術出版社
