

内科医のための漢方診療

正直なところ

漢方って？
本当に効くの

と内心思っている
あなたへ

著 岩崎 鋼 野上達也
吉澤和希

まえがき

一般診療医に売れそうな漢方の本はどんなものだろうか。多分、風邪に葛根湯、下痢に五苓散のように、コモンディーズにすぐ使える漢方薬が一覧になったものだろう。疾患ごとに、二、三種類の漢方薬が挙げられて、簡単な使い分けのコツが書いてあるのがよいだろう。

反対に、太陽病とは、という解説から始まって、太陽病の処方解説をした本は売れないだろう。読者は太陽病が何か知りたいわけではない。いや太陽病などという病気の存在すら知らないに違いない。よほど稀な疾患か？ と思われるてしまう。

だが、漢方診断（弁証という）に出てくる疾患は、決して稀なものではない。むしろ、ありふれたモノなのだ。

ある時、私は急性胃炎に罹った。休みの日、昼間食い気を出して鰻重を食べたのがいけなかった。夕方から、胃が何ととも重苦しく、辛い。腹を押すと痛い。便は出ない。吐き気はしない。胃に塊が詰まったようで、実際げっぷをすると昼間食べた鰻の匂いがする。ちっとも消化されていない。そのうち熱っぽくなってきたので計ると36.9℃。私にすれば、確かに微熱がある。汗がじとじと出てくる。悪寒はしない。熱感である。

そのうちはたと気がついた。便が出ない。熱感がする。胃が苦しい。漢方の有名な古典『傷寒論』に、陽明之病、胃家実是也（陽明病とは、胃に病気の原因が存在しているものだ）とある。今の私が、まさに是也だ。なんだ、陽明病じゃないかと弁証したのである。

陽明病の治療は、下すことである。そこで寝る前に我が家にあった唯一の瀉下剤である麻子仁丸を3包飲んで寝たら、翌朝お通じがあって、その後胃の具合がよい。なんか久しぶりに天ぷらが食べたくなって、昼飯に仙台三越のつな

八で天井を食べてしまったが、大丈夫そうだ。その代わり、二度下痢をした。腹が大変すっきりした心持ちがする。

陽明病とか、太陽病とか、ICDにも載っていない病気が実在するのかという人もいるかもしれないが、ちゃんと日常的に経験するものなのである。

いやそれは胃カメラをしなければ診断は付かない。きっとFDの一種で、なんとか型だ、と言い出す向きもあるだろう。別に反対はしないが、そう言う診断で、それなりの治療をして、一晩で治せるなら、それも良からう。だが陽明病という弁証をして、麻子仁丸を飲んで、一晩で治したってよいのである。ちゃんと治っていれば、どちらの考え方をしてもいけない理屈はないのだ。そして、漢方で患者を治すなら、「陽明病」という弁証ができた方が断然、効く。

とまあそんなことをつらつら思って、この本ではやはりあえて漢方診断（弁証）を説明することにした。ただし、弁証学を一から十まで説明はしない。そんなことをしたら、教えるのに5年掛かってしまう。あくまで一般診療で漢方を使うのに必要な範囲で説明するのだ。それも、思い切っにかみ砕いて説明する。漢方の専門家からしたら、無茶だと言われるかもしれない説明をするが、ただし本質は踏み外さないことにする。なおこの本は、拙書『高齢者のための漢方診療』（丸善出版）の続編みたいなものである。併せてお読みになれば、なお理解が増すことと思う。

エビデンスはどうしても入れなきゃならないだろう。今の時代、エビデンスを示さない臨床の教科書なんてどうかしている。だがエビデンスを提示するとどうなるかは書く前からおおよそ予想が付いている。それは本論を読めばわかるだろう。

章立ては、一般的な内科学書のそれによることにした。第一章「太陽病」では本が売れないからである。とはいえ、内科専門医試験に出るような稀少疾患はあまり扱わない。そういうものを漢方で治療する機会がないわけではないが、専門の漢方医に任せの方が無難だろう。主に「一般内科」で遭遇するコモン

ディジーズに絞って書く。ただ私自身の思い入れもあり「訪問在宅診療」に一章を割いた。内科の枠には留まらない中身だが、現代において欠かせない分野であると考えた。また、心身医療、婦人科疾患についても「一般内科医が扱う範囲で」取り上げることにした。純粋な内科からは若干外れるが、漢方をやっている、どうしてもこうしたニーズが多いからである。そんなわけでこの本は内科と銘打ちながら、どちらかという『総合診療に於ける漢方治療』の本に近いと言えるかもしれない。

なお本書では、日本漢方と中医学を交互に比較して論じていく。両者の差違については前著『高齢者のための漢方診療』で概略を述べているので詳しくは触れないが、中医学というのが耳慣れない読者のために中医学についてだけでもう一度説明しておく。

中医学というのは、中華人民共和国において、中国各地の伝統医学を国家が主導して統合し、おおむね理論統一した医学体系である。現在中国で（台湾、東南アジアでも）伝統医学と言えば、まず中医学であり、その中に色々な流派系統はあれども、一応「中医学」という学問体系が確立している。中国では医師の資格が「西医師」と「中医師」に分かれており、中医学を実践するのは中医師だ。中国は国を挙げて積極的に中医学を推奨しており、各地に「中医薬大学」を多数設立している。主要な中医薬大学は日本の旧帝大をはるかに上回る設備と規模を誇る。中医学だからと言って西洋医学的な検査をしないというのではなく、大きな中医医院（中国語の医院は病院のこと）にはMRIもPETも完備している。中国では伝統医学に西洋医学を取り入れる努力が長年重ねられており、これを「中西医結合」という。中医薬大学では最新の研究設備をそろえ、研究者を各国に留学させ、伝統医学の作用機序の解明や新薬の開発に積極的に取り組み、その結果、アジアの伝統医学と言えば今や世界的に中医学が主要な地位を確立している。

ところで私の文体は「刺激的」なのだそうだ。自分ではちっともそうは思っ

ていないが、毒があるらしい。だが無難、無難を心がけては、書いても面白くないし、読んではなおさらつまらない。「刺激的」かどうかはともかく、自分の日頃の文体そのままとする。

対象となる読者層は、ずばり、「漢方って興味あるけど、本当に効くの？根拠あるの？」と思っている全ての医師である。ただし内容は基本的に内科の話を中心とし、それに一般臨床で遭遇するいくつかの女性特有の病態、及び在宅医療とする。理由は、私が内科医なので、「外科の漢方」とか「耳鼻科の漢方」とかは書きようがないからだ。ただし出てくる疾患は極めてコモンなものばかりなので、内科医でなくとも西洋医学的に理解に難渋するということはないであろう。疾患名の略語については、一般医家が普通にわかるだろうと思われるものはそのまま用いている。説明は漢方を深く知らない一般医家のためになるべくかみ砕いて書いたつもりであるが、膠原病についてだけは、疾患の特異性からかなり専門的な話になってしまった。ここだけ少し他の章とはレベルが違うと思っていただきたい。

2018年10月

岩崎 鋼

目次

まえがき

i

第1章 消化器疾患 1

胃，食道疾患	1	胃もたれのセカンドチョイス	10
GERD, NERD	1	五臓六腑	10
方剤とは	3	肝火犯胃	14
気	4	胃がん	14
血・津液	4	胃が冷える	15
食道	6	腸疾患	16
胸焼け	7	舌痛症	22
胃食道逆流	7	肝胆	23
胃炎・胃潰瘍	8		
機能性ディスペプシア	8		

第2章 循環器疾患 24

心不全	24	浮腫	29
心房細動	24	腎の陽気	29
心筋梗塞	25	心臓神経症	30
高血圧	25	八綱弁証	23
EBM	27		

第3章 内分泌と代謝 34

糖尿病	36	肥満	37
-----	----	----	----

脂質異常症	38	骨粗鬆症	39
-------	----	------	----

第4章 腎臓疾患 40

慢性腎臓病	41	急性腎不全, 慢性腎不全 による浮腫	41
-------	----	-----------------------	----

第5章 呼吸器疾患 43

喘息	43	気管支拡張症	48
COPD	45	漢方の診方	49
肺と腎	46	咳	49
痰の多いCOPD	47	痰	51
間質性肺炎	47		

第6章 神経疾患 54

パーキンソン病	54	脳血管性障害	58
認知症	55	頭痛	59

第7章 アレルギー性疾患 61

花粉症	61	アトピー性皮膚炎の標治	63
アトピー性皮膚炎	61	アトピー性皮膚炎の本治	66

第8章

感染症

68

インフルエンザ	68	衛気宮血弁証	73
肺炎	69	ムンプス	76
六経弁証	70		

第9章

慢性関節リウマチ，膠原病

78

関節リウマチ	78	全身性硬化症	85
SLE	84	シェーグレン症候群	86

第10章

訪問診療

87

コリン作動性鼻炎	88	BPSD	94
便秘	89	頻尿・失禁	95
下痢	90	乾燥肌	96
食欲不振	90	がんの疼痛	96
認知症	92	皮膚の細菌感染症	97
こむら返り	92	腰痛	98
嚥下能力低下	93	膝痛	98

第11章

心身症

100

第12章

女性の病態

104

更年期障害	104	月経前症候群	114
月経困難症	110		

第13章 雑病 117

冷え症	117	頻尿と尿漏れ	122
肝気鬱結の冷え	119	子供の夜尿症	123
血瘀の冷え	119	肌のかさつき	123
子供の冷え	120	若い人のニキビ	123
疲労	120	繰り返す咽頭炎、扁桃	
めまい	121	炎	124
耳鳴り	122		

第14章 漢方の有害事象 125

あとがき	126
索引	130
生薬・方剤索引	130
事項索引	134
著者紹介	138

消化器疾患



胃，食道疾患

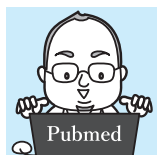
食道疾患の中で漢方が使えるものと言えば，GERD と NERD，胃食道逆流である。ちなみにすでに述べたように，本書は，普通の内科医を対象としているので，GERD だ NERD だと言ったような，「内科医にとって当たり前の略語」はそのまま記述する。GERD って何だかわからない人は本書の読者として想定していない。

さて，最初に言うておくと，漢方も中医学も患者の自覚症状を出発点とする。だから「食道ポリープの漢方治療」というのは概念として成り立たない。無症状のものを漢方は扱わない。

もちろん漢方医の中には，一生懸命食道癌の漢方診療に取り組んでいる人もいる。だが今のところ，系統だったエビデンスはない。

GERD, NERD

まず，GERD，NERD を PubMed 検索をしてみよう。GERD traditional Chinese medicine で検索を掛けると，42本ヒットする。日本からも六君子湯りっくんしの報告が数多く出ている。Nakano S らの論文 [J Med Invest.2016;63(3-4):227-9.] では，咽喉頭異常感のあった GERD で PPI が効かなかったものの半数に六君子湯を投与し，その半数に効果があったとしている。



Kawahara H らは小児の GERD で pH-multichannel intraluminal impedance を測定し，acid reflux, acid-clearance time に有意差を認めたとしている [Pediatr Surg Int.2014;30(9):927-31.]。

Tominaga K らは PPI に抵抗性を示す NERD に六君子湯の二重盲検ランダム化比較試験を行い、Frequency Scale for the Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease (FSSG), Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), Short-Form Health Survey-8 (SF-8) で評価して placebo 群に対して有意な変化を認めている [J Gastroenterol.2014;49(10):1392-405.]。

胃食道逆流に関しても六君子湯のエビデンスがある。Otake K らは小児の胃食道逆流に対し六君子湯を用い、レトロスペクティブにはあるがモサブリドと比較して良好な結果を得たとしている [Pediatr Int.2015;57(4):673-6.]。

その他の六君子湯のエビデンスとしては、2016年 Oteki T らがカルボプラチン、シスプラチン、非白金製剤の三種類の抗癌剤治療を受けた肺癌の患者を六君子湯使用群、不使用群にわけ、抗癌剤使用7日目の食欲を比較した。その結果、カルボプラチン使用例では六君子湯服用群で有意に食欲が高い結果を示したが、シスプラチン、非白金製剤では有意差がなかった [Exp Ther Med.2016;11(1):243-246.]。

また非常に小規模な試験ではあるが、Takahashi T らは胃がんに対し噴門部温存術を受けた患者を対象に六君子湯の効果を見た。その結果、六君子湯は自覚症状で改善を認めただけでなく、^{99m}Tc labeled solid scintigraphy による固形物に対する胃の蠕動運動の確認も観察された [World journal of surgery.2009;33(2):296-302.]。

同様に小規模なランダム化比較試験として、Takiguchi S らは胃摘出術を受けた胃がん患者を六君子湯投与群と非投与群に分け、投与群では Dysfunction After Upper Gastrointestinal Surgery for Cancer (DAUGS) スコアが改善すると同時に、血中 ghrelin 濃度が有意に上昇していたと報告している。Ghrelin の活性化は六君子湯の主要な薬理機序として注目されている [Gastric Cancer,2013;16(2):167-74.]。

エビデンスとして示されているのは以上の通りだが、以下は実際の治療の話をする。GERD、NERD の概念は違うが、漢方診療のやり方はそう変わらない。なぜなら漢方は、内視鏡で炎症所見があるかないかではなく、その人の自

覚症状がどうかで治療が決まってくるものだからである。GERD, NERDの症状と言えば、大きく言えば胸焼けと痞^{つか}えである。もちろん、両方起こる時も多い。漢方のファーストチョイスは、半夏瀉心湯（半夏・黄芩・人參・大棗・乾姜・甘草・黄連）だ。このように方剤の名前に構成生薬が入っている場合、その生薬が主役を演じることを示している。

方剤とは

おっと、方剤という言葉の説明していなかった。漢方薬が生薬の組み合わせであることは読者もご存じだろう。生薬を、一定の理論に従って組み合わせたもの、つまり我々が日頃目にする漢方薬を、方剤という。生薬を組み合わせせて方剤を作る作業が、処方である。

半夏瀉心湯の簡単な説明をすると、まず半夏が気の流れを良くする。人參、大棗、乾姜、甘草は胃腸薬である。黄芩、黄連は清熱薬と言って、抗炎症作用を持つ。甘草も清熱作用を併せ持っている。つまり人參、大棗、乾姜、甘草で胃腸の働きを助け、黄芩、黄連、甘草で炎症を治めたくうえで、半夏で気を通してやるのである。ちなみに瀉心湯の心というのは心臓のことではなく、「心臓のあたり」、具体的には心窩部という場所を指す。

瀉心の心

本文で「瀉心湯の心というのは心臓のことではなく、「心臓のあたり」、具体的には心窩部という場所を指す」と書いたのは、一般的な中医学解釈である。だが瀉心湯の心とは何かについては、議論がある。瀉心湯と名がつく方剤は、半夏瀉心湯の他にも大黄瀉心湯とか、三黄瀉心湯とかいくつかあって、「瀉心湯類」と呼ばれる。ここで「心を瀉す」とは何なのか。後に述べる五臓六腑の話に、「心」が出てくる。瀉心湯類は精神症状によく使われる。不穏や怒り、イライラなどを鎮めるのに使う。つまり「心を静める」というのが瀉心の意味ではないかと考えている人もいる。私はこれを香港の戴昭宇先生からご教示いただいたが、戴先生はむしろこれは日本の江戸時代の医学書に出てくる考え方だと語っておられた。



処方例

半夏瀉心湯 3包毎食後。まず1週間試してみて、良ければ数週間続ける。
症状が消失したら止めてよい。1か月使っても効かないときは効かない。

気

さて、「半夏が気の流れを良くする」。うーむ。やっぱり気を説明しなければならなくなった。中医学では体内を気、^{けつ}血、^{しんえき}津液（^{すい}水とも）の3種が循環しているとする。このうち、もっとも大事なのは気であり、これが生命の本質である。気の定義は、作用があって形態がないもの。この気という言葉は、実は日常生活で頻繁に用いられる。例えば、「空気」、「電気」、「天気」などなど。全て何らかの作用があるけれども色形がないものである。それらを総称して「気」と呼ぶのである。英語にすると基本的には energy なのだが、energy を元にして行われる signaling、すなわち情報伝達をも気と呼ぶ。全てのものは気が集まって成り立っているというのは、アインシュタインの $e = mc^2$ と同じ意味である。体内の energy が低下した状態を気虚という。Signaling が停滞した状態が気滞であり、混乱した状態は気逆である。気虚を補う治療を補気、気滞、気逆を治し、signaling を正常にすることを理気という。半夏は代表的な理気薬だ。

血・津液

気が出て来たから、ここで血と津液も説明してしまおう。血は、体内を流れる赤い液体である。そりゃ血液だろう、と言われれば、そうだと答えてもよい。ただ中医学では、血液という物質そのものよりも、その作用を重視する。栄養物や老廃物を運び、身体を温める。重要なのは、気は血に宿り、血は気によっ

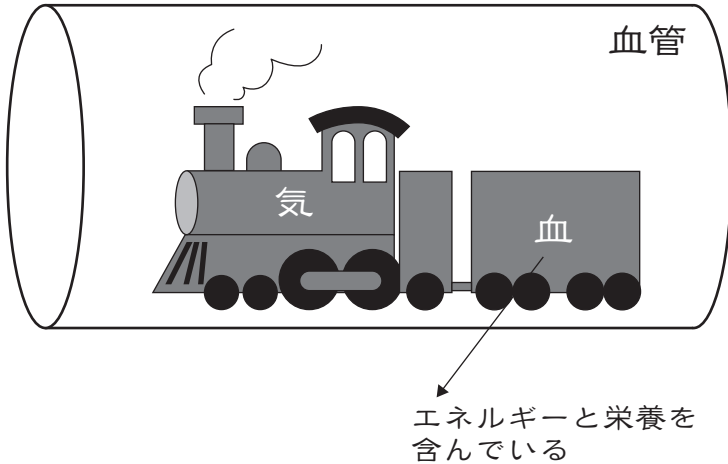


図1 気と血の関係

て流れる，ということだ。energyである気は物質を離れて存在しているのではない。必ず物質に内在している。気を全身に運ぶものが血という物質である。一方物質である血は，気が内在してこそ流れるのである（図1）。死んだ人間の血液は流れない。気が失せたからだ。つまり繰り返しになるが，energyと物質は等価である。血の作用が低下することを血虚，血の循環が滞り乱れることを血瘀という。血虚を治療するのが補血，血瘀を治療することを活血という。

津液は体液そのものであり，体中を流れるものを津，関節腔液のように一定の場所にあるものを液と呼ぶが，両者を区別せずに水と呼ぶ場合もある。津液は，必ず気によって全身を巡る。エネルギーをなくして液体が動くことはあり得ない。津液が足りなくなって乾いた状態を陰虚（なぜ液虚とか水虚と呼ばないのかは後に説明する），津液の巡りが悪い状態を痰飲とか水滯などと呼ぶ。陰虚の治療は補陰あるいは滋陰，痰飲であり，水滯の治療は利水である。痰と飲と水滯がどう違うか，など言う議論は趣味の領域に属するが，もともとこれはインドアーユルヴェーダ医学のトリドーシャ学説に出てくるバータ（風），ピッタ（胆汁），カッパ（痰）の内のカッパという概念の翻訳であって，それがまず仏教医学に，次いで中国医学に取り込まれ時代的変遷が…以下略（私も

あんまりよくわかっていない)。

とまあこんな具合に、合間合間に中医学の説明を挟んでいくわけだが、この辺で食道疾患に話を戻す。

食道



胸焼けがそれほどなくて、なんか喉につかえる、という人は、昔から半夏厚朴湯（半夏・茯苓・生姜・厚朴・蘇葉）を用いる。もちろん、癌が^{つか}痞えている、という場合ではない。内視鏡で覗いてみても何にもないが、本人はどうも喉から胸に掛けて痞えた感じが取れない、というときである。出典である『^{きんきょうりやく}金匱要略』には「女性が、あぶった肉片が喉につかえるような感じを訴える時、この薬を使う」という謎めいた解説がなされている。現代では、これは咽喉頭異常感症、精神科で言う「ヒステリー球」のことと解釈されている。実際抑うつが強い身体表現性障害の人に良く使用される。漢方の抗うつ薬の一つとも解釈できる。この薬には誤嚥性肺炎予防薬としての別の使い方もあるがそれは後述する。半夏、厚朴、蘇葉が理気薬であり、気を巡らせる。茯苓は津液を巡らせる。生姜は消化薬である。



処方例

ツムラ半夏厚朴湯 3包毎食後。まず2週間試す。症状が軽減したら2包朝夕食後にして2か月ほど引っ張って止める。ただ止めると再発する人は結構いる。

胸焼け

ともかく胸焼けが酷い、という人には三黄瀉心湯さんおうしゃしんとうを使う。三黄瀉心湯だいは大黃・黄連・黄芩おう おうれん おうこんからなり、構成生薬の全てが清熱薬である。先ほどの半夏瀉心湯と併せたらよい。ご存じの通り大黃は瀉下薬でもあるから、少し便が緩くなる。それと、この薬は苦い。苦くて飲めない、という向きには少し成分は異なるが、コタローという会社が出している黄連解毒湯おうれんげどくとう（黄芩・黄連・黄柏・梔子おうぼく・し）カプセルで代用したらよい。この方剤の構成生薬も、全て清熱薬である。



処方例

ツムラ三黄瀉心湯 3包毎食後、あるいはコタロー黄連解毒湯 6カプセル毎食後。いずれも症状が酷い人は食前がよい。1週間で症状が改善したら朝夕2回に減らし、4週間ぐらいで止める。ただしこれも再発例は多い。

このように、GERDかNERDかというのは、漢方診療をやる上ではあまり関係がない。症状が胸焼けなのか、胸の痞つかえなのかという方が大事である。

胃食道逆流

しかし漢方薬の効果が実際に検査所見として捉えられる場合もある。胃食道逆流が改善されるのを、実際に造影検査で私が確認したというのが茯苓飲ぶくりょういんこう（半夏厚朴湯はんげこうぼくとう（茯苓・朮・人参・陳皮・厚朴・枳実・半夏・紫蘇葉・生姜）である。茯苓飲という薬と半夏厚朴湯を合わせものだ。朮は日本では主に蒼朮、すなわちホソバオケラの根を使う。理気薬である。陳皮、厚朴、枳実、紫蘇葉全て理気薬、半夏も理気薬。理気薬てんこ盛りで気滞を動かす。ダウン症の末期で経管栄養で胃に流し込んだミルクがチャブチャブと喉に溢れてきてしまう人

に、この薬を経管から2週間入れて、前後で造影したら服用後には胃がちゃんと動いてミルクが十二指腸に流れていった。二人試してみたが、二人ともそうだった。拡大研究をやりたいところだが、今の法律では、医者が安易に臨床研究などやると捕まってしまうのでできない。



処方例

ツムラ茯苓飲合半夏厚朴湯 3包毎食後。大体4週間で効果判定する。

胃炎・胃潰瘍

食道の話が終わったから次は胃。胃炎、胃潰瘍のファーストチョイスはPPIである。PPIで治ってしまう胃炎、胃潰瘍にいちいち漢方薬を出さなくてよい。薬というのは少なければ少ないほどよいので、私はスクラルファートだって出さない。PPIで治るならそれだけ。Simple is the best.

機能性ディスぺプシア

だが functional dyspepsia (FD) となるとそうはいかない。原理的にPPIが効かない。西洋医学の薬はどれもあまりぱっとしない。漢方の出番である。

食道疾患のところでも述べたように、漢方では患者の症状が主なターゲットだ。と言っても、FDはそもそも証候分類である。まさしく症状がターゲットとなる。だからこういうのは、漢方のよい適応なのである。

FDの主な症状と言えば、胃もたれ、胃痛、胃の灼熱感だろう。簡単に言ってしまう。胃もたれは六君子湯りっくんしとうで、胃痛は安中散あんちゅうさんで、胃の灼熱感おうれんとうは黄連湯である。症状が重なるなら、それぞれ合方したらよい。面倒くさがり屋の人は、そう覚える。

六君子湯は近頃有名だが、半夏・茯苓・人参・朮・陳皮・大棗・甘草・生姜という、これまで出て来た生薬ばかりでできている。8種類の生薬からなるのになぜ六君子湯なのかというと、大棗、生姜が数に入らないからである。どうもこの二つは、この方剤の構成生薬というより、薬を消化吸収しやすくする補助のような位置づけらしい。朮というのは、^{そうじゆつ}蒼朮（ホソバオケラ）を使っているメーカーと^{びやくじゆつ}白朮（オケラ）を使うメーカーがある。歴史的には白朮が正しいそうだが、エキス剤でそんなに作用が変わるわけではない。一応、蒼朮は^{りきけたん}理気化痰、つまり気と津液を巡らせる作用が優れ、白朮は^{けんびりき}健脾理気、つまり胃腸薬として優れているとされる。ともかく、胃もたれのファーストチョイスは六君子湯である。



処方例

ツムラ六君子湯（蒼朮使用）ないしコタロー六君子湯（白朮を使用している）3包毎食前。胃もたれの薬だから、食前の方がよい。ただし飲み忘れたら食後に飲むよう指導する。そうしないと、患者は「食前に飲み忘れたから飲めない」と思ってしまう。飲まないものは絶対に効かない。大体2週間ぐらいで効果判定する。

ちなみにまた脱線するが、なぜツムラというメーカーは何でもかんでも蒼朮を使うのだろうか。私が聞いた噂では、ツムラが最初にエキス剤を作ったときにアドバイスした漢方医が白朮を嫌ったという話である。白朮は臭いから、というのだ。本当はどうなのだ、とツムラのMRに訊いても一人として事情を知っている人は居ない。まあ、オケラ（白朮）とホソバオケラ（蒼朮）、エキス剤にしまえばどっちだってたいして変わらないとは言え、専門業者なのだから本当は拘って欲しかった。



胃もたれのセカンドチョイス

さて、話を元に戻して、ファーストチョイスでなんでもうまくいくかという
と、そうはいかない。六君子湯で胃もたれが改善しなかったら、既に登場した
半夏瀉心湯を使ってみる。それでも駄目だったら、四逆散（柴胡・芍薬・枳
朮・甘草）という方剤がある。四逆散を使うときは、ストレスが絡んでいない
かどうか良く問診してみるとよい。単なる胃もたれというより、ストレスで胃
が張って苦しいというのが四逆散の適応症である。



処方例

ツムラ四逆散3包毎食後。この効果判定は難しい。というのは、効くときは1週間くらいで効くが、原因となるストレスが強いときはなかなか効かない。ストレスとなる要因が解決するまで、朝夕分2で長期間引っ張ることもある。

五臓六腑

ここでまたちょっと脇道に逸れて、中医学の話をする。というより、この本は漢方・中医学の本であるから、むしろ本来はこちらが本筋なのである。四逆散というのは、肝火犯胃の薬である。そう言う中医学用語は出さない約束は…していない。肝火犯胃を説明するには、肝火を説明しなければならないし、そのためには肝と火を説明しなければならない。したがって、この脇道はだいぶ長くなる。

中医学では、主な臓器に五臓と六腑があるとす。五臓は心臓、肝臓、脾臓、肺臓、腎臓。六腑は胃、小腸、大腸、胆嚢、膀胱、三焦である。

このうち三焦、胆嚢を除いた六腑は西洋医学とほぼ概念が一致するのでわか

りやすい。全て管腔臓器である。三焦は体幹そのもので、横隔膜より上を上焦、骨盤腔から下を下焦、その中間を中焦という。胆嚢はやっかいである。『靈枢』には胆汁を貯めるという当たり前のことが書いてあるが『素問』には「決断を司る」とあって何を意味するのかよくわからない。



脳^{れいすう}の機能の一部なのかもしれない（胆が据わっている、というのはそこから来た言葉だ）。ん？ 靈枢、素問とは何かだ。これは『黄帝内経』^{こうていだいけい}というめちゃくちゃ古い本の一部で、中医学の基本概念は皆この本に由来することになっているのだが、もともと一冊の本というより雑多な論文を集めたものなので、内容はかなり錯綜している。まあ、どのみち紀元前に書かれた本だからねえ……。ちなみに現代中医薬大学の基本テキストである『中医基礎理論』（たにぐち書店）では胆嚢は胆汁を貯めるところだと、西洋医学と同じ理解になっていて、素問にある「決断を主る」話が出てこない。さすがにもう古いと考えたのだろうか。

五臓

さて、五臓の概念はさらにわかりにくい。西洋医学の臓器概念とは相当異なっている。だが人間には主要な臓器として五臓があるというのは、二千年来変わらない中医学の基本概念であり続けた。それを大まかに説明すると次のようになる。

心臓

意識（神）に関係し、思惟活動^{つかさど}を主り、血脈を主る。「血脈を主る」だけが西洋医学と共通するが、血液循環が正常であってこそ意識があり、意識があるからこそ思惟活動が可能である、と考えたのかもしれない。心の機能が衰えた状態は心気虚である。心で血虚になったら、心血虚である。ちなみに五臓と六腑には対応があって（専門用語では、「表裏をなす」と言う）、心は小腸と対応する。この「心と小腸が表裏をなす」というのは、昔から私にはさっぱりわからない。いったい何を言いたいのだろうか。何を言いたいのかわからなくても取り敢えず30年漢方医をやって来れたので、これはあんまり気にしなくてもよいかもしれない。

肺臓

呼吸によって天の気を取り入れ（魄を蔵するという）、胃が取り入れた飲食の気と併せて全身に送る。また津液を全身に巡らせる機能も持つ。肺の機能が衰えた状態は、肺気虚。肺は大腸と表裏をなす。これは多分津液の出納をめぐることでと思われる。

肝臓

情動、自律神経系の中枢である（魂を蔵するという）。自律神経系を介して全身の血流量の調節も行う。視覚にも関係する。つまり、「動物的な脳」の部分である。原始的ではあるが、生存に欠かせない。肝は機能調節が仕事だから、肝気虚という言葉はあまり用いない。機能調節がうまくいかない状態を、肝気鬱結という。肝臓は胆嚢と表裏をなす。

脾臓

実は、今で言う脾臓の機能を指し、消化吸収機能全般を指している。古代解剖学では、脾臓は大網や内臓脂肪に隠れて発見できなかった。それで、脾臓が消化管の調節をしていると考えたようだ。ちゃんと食べられないと、頭も鈍る。そこで、脾臓は意を蔵すると言われる。消化吸収機能が衰えたら、脾気虚。脾臓は胃と表裏をなす。皮肉混じりだが、脾臓は確かに解剖学的に胃と表裏をなしている。ほとんどぴったりくっついている。それで昔の人は、脾臓が胃をコントロールしていると思ってしまったのだろう。

腎臓

生命の根源である精を蔵し、生殖を主り、また水分代謝を主る。精は genome と考えて差し支えない。Gene expression の仕組みそのものが腎である。それがなぜ水分代謝を主るかって？ そりゃ、昔の人の頭で考えなければ行けない。今だって生殖と排尿を「泌尿器」としてひとくりにするわけだ。古代の人も解剖をした。そうしたら、あれとこれはどうも一緒になってるぞ、っていうわけ。腎の病態には腎陽虚と腎陰虚がある。元気で全身を温める力が弱ったものが腎陽虚、腎に十分な津液が巡らず、身体がかさかさしてくるのが腎陰虚。腎臓は膀胱と表裏をなす。

余談だが、昔は右の腎臓を命門めいもんと呼んだ。それで、腎と命門はどう違うかという議論がかまびすしかった。今左右の腎臓を区別する人は居ない。ただ鍼灸けいけつで使われる経穴の名前として、命門穴というのが残っている。

脳

脳はどこへ行った、と言いたくなる人がいるだろう。脳は、髄、骨、脈、女子胞（子宮）と一緒に「奇恒の府」というものに分類されている。昔の人は、脳をみてもそれが何をしているのかよくわからなかったようだ。まあそうだろう、他とのつながりを示すものがわかりにくいし、切っても灰色の豆腐みたいなものが詰まっているだけだから。中医学でも清代になると西洋医学の影響が入ってきて、王清任わんちんれんなどは「脳虚」という概念を用いているのだが、結局定着しなかった。

五行論

六腑は時代的に変遷が激しく、無理やり今の形に纏めたという線が濃厚だ。だが五臓（心、肝、脾、肺、腎）は「五行論」という思想がバックにあり、紀元前に書き始められたと言われている『黄帝内経』から今に到るまで、概ね一致している。中国人は「何が何でも」主要な臓器は五つにしなければ気が済まなかったのだ。

五行論というのは、この世界は木火土金水もっかどこんすいという五つの要素に還元できるという思想だ。なんだそりゃ？ みたいな話だが、実は古代ギリシャ哲学も、古代インド医学も、似たような見解を示している。これは現代科学における「素粒子」という概念に近い。複雑な天然現象を還元していくと、何らかの基本的存在に行き着くという見解である。私は物理が苦手だから、今素粒子がいくつかになっているか知らないが、古代人はそれが木火土金水の五つだと考えたのだ。

非科学的ではない。「すべては神の御心のままに」というよりはずっと科学的だ。「この世には基本的な要素と、それを支配する法則がある」という考えだからだ。どんな複雑な自然現象も、何らかの法則に支配されており、その法則を理解すれば自然現象が理解できるはずだという、極めて科学的な思想が「五行論」である。その還元要素が木火土金水の五つだったのは、五感（そういえばこの五感の由来も五行論だ）を頼りに物事を観察するしかない古代人に

とっては、ごく自然だったと言える。なんで五臓なんだ！ と言いたくなる気持ちはわかるが、人類の科学的探求の営みを反映したものとして、ここは理解して欲しい。

肝火犯胃

はい、横道終わり。長い横道だった。だが本書はもともと漢方の本なので、こういう話は横道ではない。ともあれ、これでやっと肝の説明ができた。情動と自律神経系の中樞だ。では肝火とは何か。感情が高ぶり、興奮して、自律神経失調を起こしているということである。肝火犯胃とは、その結果として、胃に変調を来したということなのである。

ストレスや感情の乱れが胃に変調を来したと簡単に説明しろよ！ というつつこみはわかる。だが五臓はいずれあちこちで出てくる。ある程度まとめて説明してしまいたかったのである。

まあともかく、その肝火犯胃の薬が四逆散しぎゃくさんなのだ。柴胡と芍薬で肝の失調を鎮めて、枳実で胃を動かし、甘草で調和を計る。だから、ストレスが強く絡んでいるFDなら四逆散をファーストチョイスにしてもよい。

胃がん

胃がんを漢方で治せるか。中医学の症例報告の中には、手術不能の胃がんに対して中医学を用いて、驚異的な好成績を収めたというものがたくさんある。完治したというものはないが、非常に進行した症例で長期間高いQOLを保った例が多数報告されている。おそらく、何らかの治療意義はあるのではないかと著者は考えているが、十分なエビデンスはないのでここでは論じない。対処療法的には、癌が進行して食欲減少が著しい場合に、六君子湯を試してみてもよい。なお、癌に対する中医学の成果は最近中国から『中医オンコロジー』という本にまとめられ、邦訳も出ている（『中医オンコロジー』平崎能朗訳、東洋学術出版社）ので興味がある方はそちらを参照いただきたい。

あとがき

最初は気楽な本にするつもりだったが、やはり今時エビデンスの検索もないでは話になるまいと思って PubMed に取り組んだら、あれやこれや、取っつきが悪い本になってしまった。その代わり、中医学の世界的動向がよくわかっていただけだと思う。日本漢方がよいか、中医学がよいかと言ったところで、これほどエビデンスの質と量が違うのでは、話にならない。今から中医学に追いつき追い越せと言っても始まるまい。中医学、とりわけ中西医结合は、もう日本漢方が到底手の届かないところに行ってしまった。もし本当に最先端の中西医结合が学びたければ、中国に留学するしかない。

漢方に興味を示す人が、往々にして EBM に拒否反応を示すのは解せない。本書にその一端を紹介したとおり、中医学は EBM と何ら矛盾するものではない。むしろ EBM の手法が発達して始めて、中医学がその真価を世界に知らしめることができたと行ってよいだろう。

こうするのは、本来の中国伝統医学とは異なる、という主張もある。だが「何が本来の中国伝統医学なのか」、決まった答えはないのである。中国伝統医学は、過去にだって進化し続けてきたのだ。日本のように文化文明を外から輸入する国は、往々にして「古形」を大切にするとところがある。古いものは周辺に残りやすい。それに対して、中国の人々は、今自分たちがやっている医学こそ中国伝統医学だと自然に感じているので、変化を怖れない。本家本元は、変わっていつてしまうのである。日本漢方も明代ぐらいで中国のキャッチアップが止ってしまっている形だが、もう一回「開国」しなくてははいけないのではないか。何だか日本の伝統医学は、何時までも鎖国したままのように思われてならない。

日本漢方は、なぜこんなに遅れてしまったのだろうか。もちろん、自国の伝統医学を発展させることを確固たる国策として金、人、物をつぎ込んでいる中国と、保険には漢方を入れたもののいわば「見て見ぬ振り」を続けてきた日本の国の姿勢が根本的に違うからだろう。そのきっかけは、他ならぬ漢方薬の保険収載そのものにあつたと思わざるをえない。

漢方が保険収載されたのは1967年だが、その経緯は一般の医薬品と全く違う。当時医療界の「天皇」とまで言われた実力者武見太郎医師会長の鶴の一声で一斉に収載されたのである。当時から根拠を懸念する声はあったが、実力者が押し切ったのだ。これは当時快挙と言われたが、今振り返ってみると、その後永く日本漢方の学問的発展を阻害する桎梏になってしまったと言わざるをえない。一度不自然な形で保険収載されたものが既得権となり、新薬の開発ができなくなってしまった。新薬を医薬品として申請しようとすれば一般の医薬品と同等の試験が要求される。それが通れば、じゃあ他の漢方薬はどうなの、という話が出るのは避けられない。だから漢方メーカーは新薬を出さない。国も、これ以上話を面倒にしたいから、現在の147処方を見成事実として保険で認めて終わりにしたいと考えている。

では学会は何をしてきたか。日本漢方界を代表する学会である日本東洋医学会は、その間ずっと、一例報告を演題発表してきたのである。私が抑肝散よくかんさんのRCTを始めて発表したとき、座長から「こんな発表には意味がない」と言われたのは今でも覚えている。その座長は後に学会長になった。日本東洋医学会の創立者の一人である大塚敬節という人は、漢方は学ではない、術であると主張し、「漢方は医学だ」と主張した人を理事会から追いだしてしまった。「学会」が自分たちのやっていることは学問ではない、医術なのだと堂々と主張するのだから恐れ入る。この発想が、21世紀の今に到るまで払拭されていない。この東洋医学会の姿勢も、日本漢方をここまで遅らせた大きな要因である。

と、日本漢方にケチを付けておきながら、第9章「リウマチ、膠原病疾患」については日本漢方の専門家である富山大学の野上達也博士に健筆を振るっていただいた。私がリウマチを診ていたのは、やっとメトトレキセートが出始めた頃までで、その後は関わっていないので、今生物学的製剤花盛りの時代に漢方がどのようにリウマチ膠原病に関わっているのかは全く知らない。餅は餅屋、専門家に伺うのが一番である。そこで野上博士にご登場願った次第である。野上博士は日本漢方の専門家でありながら、今の日本漢方のエビデンス構築の遅れを深く憂慮されているおひとりである。また特別編「訪問診療における漢方

診療」は湘南鎌倉病院の吉澤和希先生に執筆の労を執っていただいた。読めばわかるとおり、吉澤先生は在宅診療のエキスパートであり、そこに中医学を縦横無尽に応用されている。

もう一章、女性特有の病態も野上博士に執筆の労を執っていただいた。理由は簡単、この分野は野上博士の方が私より得意だからである。私はどうも、女性の愁訴が苦手だ。ああ言えばこう言う、こう言えばああいう、一体医者に診察を受けに来ているのか、お喋りしたくて来ているのか。と言っただけで全女性を敵に回すであろう。もっとも、野上博士は笑顔爽やかなイケメンである。実のところ、あの笑顔で女性愁訴の6割方は治しているのではないかと私は疑っている。野上博士に書いていただいた内容は漢方的にまことに妥当であるが、野上博士ほどスマイルに自信がない人が同じ治療をして同程度の効果を上げられるかどうか、私は保証しない。

方剤解説は、今回も『中医臨床のための方剤学』、『中医臨床のための中薬学』（どちらも神戸中医学研究会編、医師薬出版）を主に参照した。温疫論の記載は『中国医学の歴史』（伝維康他、東洋学術出版社、1997）から採った。『傷寒雑病論』（日本漢方協会学術部編、東洋学術出版社、1990）は何度も見返した。中国の中医薬大学における共通教材である『中医基礎理論』の邦訳（浅野周訳、たにぐち書店）については、五臓六腑の記載を参考にさせていただいた。温病学については『中医臨床のための温病学入門』（神戸中医学研究会編、東洋学術出版）から採った。また文中にいくつか参考書を挙げたが、それらは同時に今回の執筆に際して参考にした書でもある。各著者にお礼申し上げる。また今回直接引用したわけではないが、『素問』・『靈枢』（新釈・小曾戸丈夫、たにぐち書店）は大変勉強になった。『素問』・『靈枢』は中国伝統医学の基本中の基本『こうていだいけい黄帝内経』を形成している。だが黄帝内経の原文は古代中国語で、とても私の歯が立つものではなかった。こうして現代日本語に訳していただいたことで、この伝統医学の基本概念が自分の中で改めて整理された気がする。

本書はなるべく最新のエビデンスを紹介しながら、しかし実際の診療は主に経験論である。自分の経験が基本であるが、今回は『山本巖の臨床漢方』（板

東正造、福富掄明著、メディカルユーコン社）にだいぶお世話になった。山本巖先生（1924-2001）は、昭和から平成初期に活躍された漢方の名医だが、漢方を西洋医学の言葉で理解するという独自の道を歩まれたため、例えば日本東洋医学会のような「その筋の主流派」からは完全に無視された。それで、私は先生で存命の頃、そのご尊顔を拝することもできず、こんな進んだ考え方の漢方医がいることを知らずに過ごすうち、先生は逝去されてしまった。ところが自分が日本東洋医学会を追われ漢方界のアウトローとなった今になって、板東正造先生らのご努力のおかげで、山本巖先生の教えの一端に触れることができ、こういう人を異端視して排除してしまうようでは、やはり日本漢方はいかなあつと改めて思う次第である。

ただ私が思うには、山本先生のレベルで満足してはいけない。あの先生は、一人の開業医としてできるレベルのことをやったのであって「漢方医学」という学問を再構築したいなら、あれで留まることはできない。山本巖先生は平成まで活躍していたから、EBMという言葉には触れていたであろうが、その語録にEBMは出てこない。あの当時はまだ、薬理機序がわかってなんぼの西洋医学である。それで、山本先生はああいう方向性を取った。山本巖先生がEBMと正面から向き合っていたら、また話は違ってきただろう。

なんと言っても今の日本漢方に一番欠けているのは、学問体系が存在しないことなのである。小手先の技術ばかり追いかけて、学が備わっていない。中医学が形而上学的だとかなんとか言っても、ご覧なさい、エビデンス構築で遙かに追い越されてしまったではないか。術をいくら寄せ集めても学問にはならない。エビデンスに裏打ちされたLogosが必要なのである。単なる医術は後世に発展の余地がない。前著『高齢者のための漢方診療』に引き続いて、私は改めてこのことを世に問いたい。どうにかして漢方を医学にしなければならない。

2018年11月

岩崎 鋼

著者紹介



岩崎鋼 (いわさき こう)

1990年東北大学医学部卒，1997年東北大学大学院医学系研究科修了，医学博士

啓愛会美山病院内科部長，元東北大学附属病院漢方内科臨床教授
好きな漢方の書籍：『素問』

漢方薬を処方する時のポリシー

世の中には漢方の how to があふれている。漢方は知らないが，とりあえず漢方薬を使いたいというのである。医学部を卒業せず，医師免許も持たないが当直医マニュアルだけ見て患者を診療しようというのと同じである。それがどれほど恐ろしいことか，わからないだろうか。初学者こそ，まず基本から学ぶべきである。基本を知った上の how to なら良いが，基本を知らないのに how to だけで患者を診療しようというのは，あまりにも無茶である。漢方だから EBM は関係ないというのも間違いだ。伝統医学には今や膨大なエビデンスが蓄積されつつある。ただ，我が国における研究があまりにも遅れていて，情報格差が深刻なだけである。本書は，基本のきを述べつつ，エビデンスについても広く渉猟した。これぞ，最新の漢方医学の基本書である。

(担当：1～9，11，13，14章，10章は処方例のみ)



野上達也 (のがみ たつや)

1998年富山医科薬科大学医学部卒，2010年富山大学大学院医薬系研究科修了，医学博士

富山大学大学院医学薬学研究部和漢診療学講座助教。鹿島労災病院，麻生飯塚病院にて内科・漢方医学の研鑽を積み現在に至る。

好きな漢方の書籍：尾台榕堂『類聚方広義』，原元麟『傷寒論図説』

漢方薬を処方する時のポリシー

「漢方で治せない病気はない」という前提で，目の前の患者が良くならなかつたならば，それは自分の選んだ処方が間違っていたからだと考え，限界を

作らないようにしています。漢方薬を処方するからには治すつもりで処方する。そうでなければ漢方医学にも患者さんにも失礼です。また、処方に際してはなるべくシンプルに漢方薬を選択するように気を付けています。具体的には、診療に際してできるだけ1剤での治療を心掛け、多くても2剤の併用までに留める。生薬の重複や西洋薬との薬剤相互作用の問題などもありますが、それ以上に私の診療を見学する学生や研修医に理解しやすく、真似しやすいことが大切に思うからです。どんな時も「どうしてその処方なのか」を明確に説明できる診療を心掛けています。当たり前処方を、当たり前に使って、当たり前で患者を治すのが理想です。そして「当たり前」の水準をできるだけ高めることを目標としています。

(担当：9, 12章)



吉澤和希 (よしざわ まさき)

1994年山梨医科大学 (現 山梨大学医学部) 卒

湘南鎌倉総合病院 内科・リウマチ科部長 訪問診療室 室長

好きな漢方書籍：『医宗金鑑』『臨証指南医案』

漢方薬処方するときのポリシー：

基本的には中国医学の弁証論治に基づいたエキス剤、煎じ薬による治療を心がけています。ときにエキス剤治療では2剤併用も行っています。日本漢方の理論を排した直感的医療も適宜うまく取り込みたいと考えています。食事療法含めた生活指導、鍼灸 西洋医学なども融通無碍に組み合わせて対応したいと思っています。

(担当：10章)

内科医のための漢方診療 正直なところ「漢方って本当に効くの？」と内心思っているあなたへ

2018年12月15日 第1版第1刷 ©

著者 岩崎 鋼 IWASAKI, Koh
野上 達也 NOGAMI, Tatsuya
吉澤 和希 YOSHIKAWA, Masaki
発行者 宇山 閑文
発行所 株式会社金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町 34 番地
振替 01030-1-15605
電話 075-751-1111(代表)
<http://www.kinpodo-pub.co.jp/>
組版・印刷 亜細亜印刷株式会社
製本 藤原製本株式会社

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1769-6

JCOPY <(社)出版社著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつと事前に、(社)出版社著作権管理機構(電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。