第57回日本東洋医学会学術総会
第19回伝統医学臨床セミナー

随証治療の真髄を探る

座長：寺澤 捷年・三谷 和男

1. 随証治療と疾患治療の有用性の違いについて	花輪 壽彦
2. 薬からみた随証治療の本質	米田 該典
3. 随証治療の本質	伊藤 嘉紀
4. 随証治療と疾患治療の対症療法はどこが異なるのか	小山 誠次

キーワード：随証治療，証，イリスコード，漢方方剤，ホメオスタシス，複雑系科学

How to Investigate of the Essence of Kampo Medicine Based on Sho Concept

Chairperson : Katsutoshi TERASAWA, Kazuo MITANI

1. Clinical Differences between “Sho” based Treatment and “Disease” based Treatment	Toshihiko HANAWA
2. How to Understand “Sho” Diagnosis from Pharmaceutical View	Kaisuke YONEDA
3. Essence of the Therapy based on Sho	Yoshinori ITO
4. What Difference exists between the Treatments Under the Kampo Diagnosis “Sho” and the Symptomatic Treatments of the Disease?	Seiji KOYAMA

Key words : Sho, iriscorder, homeostasis, Kampo formulation, complexity science

寺澤 それでは、今大会の端緒、第19回伝統医学臨床セミナー「随証治療の真髄を探る」と題して、4人の演者のかたからお話しいただきたいと思っております。

それでは、最初の演者の花輪先生、よろしくお願いいたします。花輪先生は、ご存じのように北里研究所東洋医学総合研究所の所長さんであられまして、その略歴については抄録集の下段に示されておりますので、早速先生に「随証治療と疾患治療の有用性の違いについて」と題してご講演いただきます。よろしくお願いいたします。

1. 随証治療と疾患治療の有用性の違いについて

花輪 壽彦

北里研究所東洋医学総合研究所

花輪 北里研究所の花輪でございます。

私は「随証治療と疾患治療の有用性の違いについて」ということで、「証」の真髄を探るというテーマでお話をさせていただくわけですが、最初のイメージとしまして、疾患治療という、あたかも次々と出てくる症状を「もぐらたたき」のように押さえ込むという、なくなればよいというような印象があります。それに対して随証治療というのは、例えば何か補剤のようなものを投与したときのイメージとしまして、枯れかかったような木に水を注ぐと本来持っている成長する力が復活して花が咲くというイメージです。こういった違いはどういうふうに考えたらいいたろうかと思うわけです。

随証治療と疾患治療は全く相入れないものかと思えますと、私はそうは思いません。随証治療は『傷寒論』の治療原則に則った治療でありますし、疾患治療は実は『金匱要略』の病篇を立てて治療するというのは疾患治療の原点ですので、疾患治療という考え方も漢方にはもともとからあったのです。『金匱要略』以降、『和剂局方』とか『古今方彙』とか、いろいろな処方解説書や治療学書の多くが疾患単位の治療を論じていることは言うまでもありません（図1）。

診療の実際としましては、臨床の実際では患者さんが来ればまず疾患概念として整理できるかやより検討する。次に漢方薬の選択は漢方医学の概念に従って随証的に行われ、病名が決まらなくても方剤は決めることができる。漢方医学では自覚症状の改善やQOLの改善で評価するが、効果の判定は治療者と患者の双方による評価として行われる。患者さんの評価も非常に大事だというのが漢方の一つの特徴だと思います。

一方、いわゆる疾患治療においては、客観的な現代医学的な評価法で行われることが多いという意味では違いがあるかと思いますが、同時に両方の考え方を通して漢方では行われているというのが実際

随証治療と疾患治療

- 随証治療→『傷寒論』の治療原則に則った治療
- 疾患治療→『金匱要略』の治療原則に則った治療

図1

随証治療と疾患治療

- 随証治療は、薬理作用が多面的で、予期せぬ効果を伴うことが多い。
- 疾患治療は、症状を抑えることに終始する傾向がある。

図2

ではないかと思います。随証治療は薬理作用が多面的なので予期せぬ効果を伴うことが多いということは臨床の実感であろうかと思います。疾患治療は先ほど言いましたように、悪くいうと症状を抑えることに終始する傾向がある（図2）。

実際の症例でお話をさせていただきます。（図3，図4）例えば45歳の女性の例。過多月経とか月経不順ということで来られまして、3～4年前から月経量が増えて周期が短くなり、期間も長い。2005年9月に婦人科を受診した。

やはりこういうことがあったときにすぐにここで随証的にどうかというのではなくて、こういう症状がどんな疾患によって起こるのかということを私たちは知らないで現代医療の中ではきちんとした治療ができないと思います。この場合は婦人科でちゃんと診てもらって、子宮筋腫がないとか、卵巣や子宮に異常がない、貧血はあると指摘された。月経がだらだら長引いているので、婦人科では偽閉経療法を勧められているが本人が希望しない。そこで漢方治療を希望して、2006年の3月に来られたという経過でした。こういう場合も、婦人科の専門的なコメン

症例1 45歳女性

主 訴：過多月経、生理不順

現病歴：3～4年前から月経量が増え、周期が短くなり期間も長い。2005年9月に婦人科受診。子宮筋腫なし。卵巣など附属器にも異常なし。貧血あり。月経がだらだら長引いているので、婦人科では偽閉経療法をすすめられるも本人希望せず。漢方治療を希望して、2006年3月22日、当研究所受診。

既往歴：特記すべき事なし

図 3

症例1 45歳女性

現症：身長160cm、体重53kg、血圧120/70mmHg

漢方所見：舌証：淡紅、無苔

脈証：沈、細

腹証：腹力やや虚、全体に軟らかい

処方：芎帰膠艾湯

経過：数回の服用にて、2年間だらだらと出血していた月経がピタリと止血した。2006年6月とても調子がよく顔に吹き出物がでなくなり、肌が潤ってきた。20代に戻ったような感じがする、とのこと。

図 4

症例2 37歳女性

主 訴：頭痛

現病歴：数年前から月に2～3回程度の頭痛を起こす。前兆はなく、突然激しく突き上げるように左側の頭痛がする。のぼせと足冷を伴う。頭痛発作は数分でおさまることが多い。頭痛と同時に動悸がし、心臓の鼓動が耳に響く。お腹も痛み肩も凝る。まぶたが痙攣する。神経内科では、CT、MRIにて異常なく慢性片頭痛との診断。トリプタン製剤服用するも、あまり変化なし。まぶたのチックに対し、パキシル服用中。漢方治療を希望し、2004年7月14日当研究所受診。

図 5

症例2 37歳女性

既往歴：特記すべき事なし

現 症：身長156cm、体重42kg、血圧88—56mmHg、

浮腫なし。足冷あり。

漢方所見：舌証：やや湿、やや紅、薄い白苔。

脈証：弦やや虚。

腹証：腹力やや虚、腹満、
腹部動悸（++）

図 6

トがなければ、私はまず婦人科に行っていただし、それから随証治療に入るということになろうかと思っています。

婦人科的に特に重篤な疾患がないという条件のもとに、身長が160センチ、体重53キロ、血圧が正常で、舌が淡紅・無苔・沈、細で、全体、胸脇苦満もなく、非常に軟らかい感じがしました。これらの所見から随証的には「補血止血」に作用する漢方薬ということで芎帰膠艾湯を最初に出しました。効くときは非常によく反応することがありますが、この患者の場合でも数回の服用にて2年間だらだらと出血していた月経がぴたりと止血した。

2006年6月、とても調子がよく、顔に吹き出物が出なくなり、肌が潤ってきた。本人の言葉として「20代に戻ったような感じがする」。先ほど市民講座の中で女性が若返るといういろいろな処方の話が出ましたが、四物湯をベースとした薬でこういうことがあってもいいかなと感じました。そして、先ほど言いましたように、随証治療というのは必ず止血だけではなくて、それ以外にもいろいろな随伴の症状の改善を伴う、周辺症状も「同時に」よくする、

ここに病名治療と随証治療の有用性の相違があります。

もう一例を挙げますと（図5、図6、図7）、37歳の女性で頭痛ということで来られて、数年前から月に2～3回程度の頭痛を起こす。前兆はなく、突然激しく突き上げるように左側の頭痛がする。のぼせと足冷を伴う。頭痛発作は数分で治まることが多い。頭痛と同時に動悸がし、心臓の鼓動が耳に響く。おなか痛み、肩も凝る。まぶたがけいれんする。こういった症状に対してすぐに「随証治療」というのではなく、やはり例えば神経内科で器質的な疾患がないかなど現代医学的、病名治療の立場からチェックする。この患者の場合も神経内科でCTやMRIで異常がないということで、慢性片頭痛との診断を受けた。しかしトリプタン製剤を服用してもあまりよく効かない。まぶたのチックが起こるということでパキシルが出ているが経過はよくない。そこで漢方治療を希望して2004年の7月に受診されました。

こういう症例でも、やはり疾患としての概念がある程度分かった上で、今度は漢方医学的視座から、

症例2 37歳女性

「気逆」の病態によっておこる症状と考えた。

処 方：奔豚湯（肘後方）

（桂皮4 半夏4 呉茱萸2 人参2

甘草2 生姜 0.5g）

経 過：約2か月で、頭痛発作がなくなった。

図 7

私の臨床経験・香蘇散と半夏厚朴湯

- ・「香蘇散は胃腸が弱く、かぜをひきやすく、全般に体力が消耗しており、うつ状態（Reactive depression）になりやすいものに適応がある」
- ・「半夏厚朴湯は腹満や胸満があり神経質症に伴う種々の症状に用いられる。粘膜過敏症・知覚過敏症・予期不安に適応がある」

図 8

IRIS CORDER

- ・ 測定用ゴーグルより光刺激を発生し、約5秒間の瞳孔径の変化を経時的に赤外線カメラで計測
- ・ 瞳孔を支配する交感神経ならびに副交感神経の状態を非侵襲的に測定

図 9

イリスコーダの測定パラメーター

D1: 初期状態の瞳孔直径 t1: 光刺激から縮瞳開始までの時間 vc: 最高縮瞳速度
D2: 光刺激後の瞳孔最小径 t2: 1/2まで変化するのに要した時間 vd: 最高散瞳速度
CR: 縮瞳率 t3: 最小になるまで要した時間 ac: 最高縮瞳加速度
A1: 初期状態の瞳孔面積 t5: 63%まで回復するのに要した時間

図10

発作性の症状、のぼせや足冷えを伴うというような症状・兆候を漢方的な目で見ていくという二段構えになろうかと思います。

身長156センチ、体重42キロ、低血圧傾向です。むくみはなくて、足冷があって、やや湿っていて、やや青白苔、弦やや虚で、腹壁やや虚で腹満があって、腹部動悸が非常に強かったということとか、足冷があってということで、こういうことから、これは漢方の気逆の病態によって起こる症状と考えました。それで奔豚湯をお出ししました。約2か月で頭痛発作がなくなったということで、めでたしめでたしですが、先ほども言いましたように頭痛ですぐに漢方的な病態のいわゆる随証治療をするかというのと、その前段階としてはやはり疾患治療としての概念としての診断や現代医学的な治療を優先すべきかどうかというチェックはしなくてはいけない、というのが現代医療における臨床の実際ではないかと思います。

私が最も「随証治療の真髄」ということに関して思っていることは、やはり漢方の病気の治り方ということです。私はこの会でもしばしば言わせていた

だいておりますが、香蘇散と半夏厚朴湯を割合よく使いまして、私なりの経験としましては、香蘇散は胃腸が弱く風邪を引きやすく、全般に体力が消耗しており、うつ状態になりやすいものに適用がある。半夏厚朴湯は腹満や胸満があり、神経質症に伴う種々の症状に用いられる。粘膜過敏症、知覚過敏症、予期不安に適用がある（図8）。私は臨床的な印象ではこのようにまとめましたが、これをどのような科学的な言葉に置き換えられるのかとか、あるいはこの二つの処方の差を「病気が治る」という観点からどういうふうに作用しているのかということを現代医学的ないろいろな非侵襲的検査法を用いて調べているところです。

その一つとして、「イリスコーダー（IrisCorder）: binocular infrared videopupullography」という光刺激に対する対光応を見る装置で、瞳孔を支配する交感神経と副交感神経の状態を非侵襲的に測定する方法があります（図9）。暗順応の後、光刺激を1秒間した時に、当然瞳孔はまぶしくて縮瞳します。そして、光刺激がなくなるとまた元に戻ります。縮瞳相と散瞳相に分かれ、縮瞳相は副交感神経支配、散瞳

図11

図12

図13

図14

相は交感神経支配です。初期瞳孔径とか時間因子、加速度因子など11の項目で対光反応を評価します(図10)。

一般には、それらの正常値について北里大学の石川哲先生がブルーで示したような領域の数値が正常であると、各年代の平均値±SDを出しております。そこでこれを基にレーダーチャート法で交感神経優位型とか副交感神経優位型であるとか、交感神経と副交感神経の両方がばっと引っ張ってしまうと、交感神経過緊張型みたいな非常に形がいびつになってしまうということが分かりました(図11)。これは多数例で今検討しているところですが、レーダーチャート法は視覚的には非常に分かりやすいのですが、多数例の統計的な処理には不適です。これを統計学的に処理するために、マハラノビス-田口法というインドの数学者が考えた統計処理法を田口博士が「品質工学」に応用した方法を用いました(図12)。マハラノビスの距離というのは、基準となる集団を、バランスのとれた健常者とし、マハラノビスの距離非常に距離が離れている、大きいというのは自律神経バランスが悪い、距離が小さいというのは

自律神経のバランスが良好であるということになり、統計処理により半夏厚朴湯と香蘇散の効き方の違いを検討しました。

その結果は、半夏厚朴湯の服用前後では交感神経優位群において有意に低下する。副交感神経優位群についてはあまり有意差がないということで、交感神経優位群について交感神経の亢進状態を緩和するような方向に半夏厚朴湯は働く。実際、交感神経優位群の中の特に交感神経関連の項目を見てみると、初期瞳孔径とかD2とかCRとかT4とか、そういう指標はみんな交感神経の緊張が取れる方向に有意に動いているということが分かりました(図13, 図14, 図15)。

一方、香蘇散のほうは、交感神経優位群においても、副交感神経優位群においてもこういう検討では有意差はありませんでした。ところが、香蘇散と半夏厚朴湯の副交感神経優位群のほうの比較をしてみますと、CRとかVDといった交感神経の働きと関連するような項目を香蘇散の方はより高める方向に働くことが判りました。半夏厚朴湯にはこうした傾向は認めませんでした。これはどういうことかとい

図15

図16

図17

図18

図19

図20

いますと、副交感神経優位というのはリラックスしていい状態という解釈もできますが、逆に緊張の糸が切れてしまって弛緩・虚脱・抑鬱の状態でも起こります。そういうときに香蘇散は交感神経の方を刺激してバランスを取り戻すような作用をするということがわかりました(図16)。

結局、香蘇散も半夏厚朴湯も交感神経系に作用して、それがバランスとして正常のほうに向かうように調節的に働くという結論を得ました。

別な研究では、例えば酸素飽和度や心拍変動で評

価しました。近赤外分光法という光を入射したときに散乱光を拾う方法で、通過組織中の酸素ヘモグロビンの割合で組織の酸素飽和度を知ることができます(図17, 図18)。これは結局、その代謝とか血流を知ることができるので、例えば下腿と額にプローブをつけると、前前頭野と下腿の筋肉の代謝や血流の比較をすることができます。そうしますと、半夏厚朴湯ではどちらかというと脳の酸素飽和度と足のほうの酸素飽和度の割合が服用前と後では下がる傾向が認められ、いわゆる半夏厚朴湯は「気逆」

図21

図22

図23

図24

といいますか、気が上っている状態を下げるような作用が見られるのではないかと推定しました(図19)。

もう少し詳しくそれらを、組織酸素飽和度というものを TOI と表現しますと、脳の TOI と下腿筋の TOI の比 (CMOR=脳の TOI/下腿筋の TOI) を検討したり、LF/HF などを使って交感神経と副交感神経のバランスを見るということをしました(図20, 図21)。

これで香蘇散と半夏厚朴湯を初診時と、それから処方を使ったあとの服用後でどういうふうに変化するかということを見ました。初診時の変化としましては、あまりはっきりした違いは両群間には認められませんでした。ところが、服用したあとの変化として、香蘇散のほうが脳に行く TOI の服用前後差が非常に大きい。つまり香蘇散を服むと平たく言って循環がよくなって、脳の代謝がよくなるということが半夏厚朴湯との比較でわかりました。半夏厚朴湯が気逆を下に下ろすのに対して、逆に香蘇散は気鬱で脳虚血と言っているのか分かりませんが、脳血流をむしろ促しながら代謝をよくする、脳の活動を活性化させることで改善させるということが分かり

ました(図22, 図23)。

ということで、同じ気剤でも香蘇散と半夏厚朴湯はベクトルが全く逆で、半夏厚朴湯はベクトルが下向きに働くように、香蘇散はベクトルが上向きに働くようにして生体の自律神経バランスを整えているのではないかとということが分かりました。香蘇散と半夏厚朴湯の適応とそれぞれ判断された患者間の薬の作用機序の相違は組織酸素飽和度、RR 間隔には相違は認められなかったが、香蘇散の服用により脳の組織酸素飽和度が上昇し、これは香蘇散服用による精神活動や抑うつ傾向の改善は脳の組織酸素飽和度の上昇と関連しているのではないかと考えました。

いわゆる随証治療というのは、一つの面として交感神経はアクセル、副交感神経はブレーキのようなものと考え、随証治療の指示というのは生体防御システムに調節的に働くというふうに経験的に考えられてきた。それをいわゆるエビデンスとして香蘇散と半夏厚朴湯については、半夏厚朴湯は交感神経優位でアクセルを少し強く踏みすぎている状態を抑制して交感神経の緊張を緩める。香蘇散は副交感神経の方が相対的に優位になっていて、ブレーキが

かかりすぎてしまっていて、弛緩・抑鬱の状態になっている。その状態に対して交感神経のほうを少し高めてあげて、ブレーキを解除してアクセルを踏んであげる。こうして調節的に働いているのだということが私どもの研究でわかりました。

このように随証治療は疾患ごとの治療ではなくて、生体反応を基礎に構築された治療だと。生体の持つ治る力というのが、これが今までなかなかあいまいでしたが、そういうものに従って効果を最大限に発揮できるようにサポートする治療であると考えております。また、随証治療は本質的に全身的治療であり、心と体を分けずに経時的变化に合わせて治療法も方剤も変えていく治療である。また、随証治療は個別治療を原則とするから、現代医学で論じられるいわゆる EBM とか、特に RCT になじまない面が多い。疾患治療は、疾患の概念や特質を明らかにし、診断と治療に分けて論じる。診断がつかないと治療が始まらないし、時に対症療法に終始する。疾患治療は定義を共有できるので、診療ガイドラインが作りにやすく、治療の標準化、平準化がしやすい。

そんなことから現代の日本の漢方医学は、随証治療と疾患治療の両面から患者の治療に当たっているのが現状ではないか。現代医療の俎上で行う医療であるから、体系の違いや用語の違いをできるだけ共通言語にして相互に補完し、何とんでも患者さんの視点に立ったいろいろな客観的な情報が大事だと思いますので、そういう立場から日本型の医療を構築すべきである。私の持論はそんなところですよ (図 24)。

実際のいわゆる自律神経失調症といわれる人や不定愁訴といわれるような人を漢方治療するといろいろな多面的な症状が同時に取れるとか、全身的によくなる、ということを臨床の経験としては理解していますが、そのメカニズムの一端として、それが交感神経系と副交感神経系のバランスを取る。その取り方は両者に違いがあるということをサイエンスの土壌に乗せることができた。今後このように現代医学の言葉に翻訳できるところを増やして、疾患治療とは異なる随証治療の特質を明確にしていきたいと思っています。ご清聴ありがとうございました。

寺澤 花輪先生、どうもありがとうございました。それでは、二人の座長で相談した結果、一度4人の先生がたの話をすべて伺ったあとで総合討論に入っ

ていきたいと思いますので、次に進ませていただきたいと思います。

それでは、第2席は「薬から見た随証治療の本質」と題しまして、大阪大学大学院医学系研究科の医学史料室の米田該典先生にお話しいただきます。よろしくお願いします。

2. 薬から見た随証治療の本質

米田 該典

大阪大学大学院医学系研究科医学史料室

米田 米田でございます。私は薬系の育ちでございまして、現在は大学院医学系研究科に在籍しておりますが、臨床という場には直接立ち会うことのない立場ですので、本日お話しすることで皆さんがたにどこまでご理解いただけるか気にならないというとうそになりますが、薬に関係する者という立場から、自分が育ってきた立場から随証治療について、述べさせていただきます。

最初に、要旨の訂正をお願いしたいのですが、83ページの23行め、「東洞流」の「流」という字がドラゴンの「龍」になっておりますので、訂正をお願いします。

随証治療につきましては、先ほど花輪先生からいろいろなお話がございましたが、薬の立場から言いましたら、随証治療とは、証の変化、証が経時的に多様な変化をすることならば、治療法も方剤も変化する。その変化に対処することである。言い方を代えと、最近の言葉での〇〇〇メイドの医療という言葉になるのかもしれませんが、薬からいえばこのところがいわゆる「さじ加減」ということになるのでしょうか（図1）。実際問題として「さじ加減」を容易にできるかできないかということですが、さじ加減とは方剤を微妙に変えるという事だと思えます。投与処方そのものを変えることはさじ加減ではないでしょうが、処方内容の一部、配合薬の内容、配合量を変えるということならば、従来頻繁に行われているのではないのでしょうか。いわゆる処方薬の加減、加去などによる処方変更は行われてきているだろうと思います。

ところが、このような処方変更をやろうとしますと、薬局という立場で見ましたときに、薬局製剤という形で患者の要望に応じて相談をしながら調剤することはできます。このときの調剤にはいわゆる既製の、すでにでき上がっている一般薬から選択することが一つ。また、調剤用原料薬から調剤してお渡しするということになりますが、絶対できな

随証治療 とは

経時的变化に合わせて治療法も方剤も変えていく治療
オーダーメイド とか テーラーメイド と言うことか？
薬からいえば さじ加減 ということになる

方剤を変える とは？

現状では多くの場合 処方(薬剤)を変える こと
処方を変更するほどの変化がないときには……
処方薬物の 加減 加去 などの方法が行われる
これは処方権の範囲で、調剤権には含まれない

図1

薬 局 の 限 界

薬局では 薬局製剤 という形で患者の要望に
応じて調剤することができる

このときの調剤には

既成の一般薬から選択する

調剤用原料薬から調剤する（広義の選択）

薬剤師には病名は決定できない

必然的に 随証治療しかできない

疾患治療(病名治療)は医師の処方箋のみ

図2

いことがありまして、病名の決定ができないということです。薬局では診療という行為が絶対にできません（図2）。

そうしますと、証に随って処方を考えることしか許されていないことになります。言葉を変えれば、疾患治療というか、病名治療をあえてするならば、これは医師の処方箋に則って意見を挟むことであって、現実には許されないでしょう。薬剤師の立場の人たちが病名判断をして治療相談に関与するということは通常はありません。

ところが、こういう状況下におきまして、処方箋に応じて考えて「さじ加減」をするということになるわけですから、そこには薬剤師という立場からしては当然、薬そのものを十分知っておかなければ困るということになります。ここに示しました文章はある本の見開き部分を書き抜いたものです。漢方とはおよそ縁がないという立場になるのですが、会場のこの近く、淀屋橋のすぐそばに蘭学塾・適塾があります。その適塾の塾主であります緒方洪庵が『膠

図 3

柱方』という本を残しておりまして、その見開きの文です。この本自体はその写本が4部ほどしか分かっていないのですが、1部が大阪市大の森文庫の中に残っているのですが、それからの部分がこれです(図3)。「膠柱方」という言葉を使っているのは何故かといいますと、いわゆる膠柱というのは、文末にも書いていますが、「琴柱に膠す」という意味で、お琴を弾くときに膠(にかわ)で琴柱を留めてしまったら微妙な音の変化が出ないだろうということで、融通の利かないことのたとえとして今日も使われている言葉ですが、そのことをもじりまして『膠柱方』と名付けております。

その中にいろいろな処方のことが書かれていますが、それらは基本的なことで、初心者にとっては何らかの手懸かりがなかったらどのように処方すれば良いのか判らないだろうけれども、ある程度慣れてくれば、そこに記された薬というものを選択処置したうえでもって、変方していくことも必要だよ。と記しています。要するにいちばん最初のところに、いわゆる疾病というものは各人の各部、また部位でしょっちゅう変わるものである。地に従え、時に従えということで、とにかく変動する以上、それに対応していくべきであるということに変化を求めるべきであるとして 反語的に「膠柱方」という言葉を使っています。

この考え方は、要するに病名が十分診断できない時においては当然のことでしょう。漢方だからどうだ、蘭方だからどうこうといったようなことを抜きにしてもこういうことが治療においては必要だといえるのではないのでしょうか。ちなみに、ここに書いてあります適々斎主人と、これはいわゆる適塾の塾

図 4

主ですから緒方洪庵のことで、ここに ogatameesu というのは、まさに塾主緒方洪庵のことです。この本の持ち主がちょっと落書きで書いたのでしょうけれども、どなたかは分かりません。いずれにしろ、こういう記事が残されています。これが一つのご参考になるかと思います。

そこで、薬物というものを十分承知しないと、変方しようにもできない。処方だけでなく個々の配合薬について知っておく必要があるのではないかと……ということになります。

桂枝湯という処方が漢方勉強の始めには常に議題になります。それは課題にもなるわけですが、その桂枝湯の類方を見るために、例えば『経験漢方処方分量集』(図4)、これは昭和41年に刊行されたもので、大塚敬節先生をはじめとして当時の漢方界を代表する方達がお書きになっておられる分です。時代的には相当たっていますが、しっかりしたものだと思います。ここに書かれている桂枝湯を出発点としまして、その変方、類方をみていきますとこのとおりたくさん示されています。そこには加方、減方、去方を始めいろいろな形の処方が書かれています。具体的にこれらの処方がどれだけの証の変動に依っているのかということになりましたら、正直なところ我々には全く理解しがたいレベルであって、処方一つ一つが一体どこがどの程度違っているのだろう。量が違うと言いましても、上限の分と下限の分とで違うというのであれば何となく推測はできるのですが、中間あたりの配合処方となると……。例えばこの範囲内だったら理解……推察できるのかと悩まざるをえないほどの複雑なものがあります。当然これを忠実に 多様に実践するということは、それな

薬物の持つ証との関係							
	桂枝	芍薬	甘草	生姜	大棗	葛根	麻黄
桂枝湯証は	4.0	4.0	2.0	4.0	4.0		
桂枝加芍薬湯	4.0	6.0	2.0	4.0	4.0		
桂枝去芍薬湯	4.0		2.0	4.0	4.0		
葛根湯類証?	3.0	3.0	2.0	4.0	4.0	8.0	4.0

図5

りに個々の薬物についての特性を十分承知していなければならないでしょう。個々の薬物がそれぞれの証に対応して動かさうものであるとするならば、処方薬を構成している個々の薬物そのものがある種の方策を持っているのではないかと。

以上のことを具体例で考えてみましょう。例えばここに一般的な処方として桂枝湯、桂枝加芍薬湯、桂枝去芍薬湯、それからまた葛根湯の処方薬量を示しますと、個々の薬物はこのようになります(図5)。桂枝去芍薬湯ですから当然芍薬はありません。加ということになりますと、基本料4グラムということに対して6グラムという形で増やしているのは当たり前です。そうすると、こういう処方を調べることになりますと、桂枝そのものについての作用を見ようというのではなく、芍薬というのは一体何なのだということについて十分考えるに値する面白い情報を提供できる一つの例だろうと思います。処方数が増え、薬物数が増えますと、いろいろなことの判断をするうえにおいて非常に難しく、変動項目が多くなって頭の中だけでは処理できなくなるのですが、最近の電子化技術を使えば……なんてことをかんがえたりします。例えば桂枝湯という類目では、従来いわれているように桂枝湯証という言葉がありました。桂枝加芍薬湯証、桂枝去芍薬湯証、葛根湯証、またはその類証といった形でずっと挙げていくことは可能です。さらに証が幾つか複数に分かれるかもしれませんが、このようにとにかく並んでくる。そうすれば、芍薬を考えるうえで大きな手がかりになるのか、足を引っ張ることになるのか……。

多分こういう考え方に立たれたのが、私たちが見ることができる吉益東洞先生の『薬徴』だろうと思

薬徴・巻の中 黄連1	
東洞吉益先生著	安芸 田中殖卿を著
門人 石見 中村貞治子亭 同校	
平安 加藤白圭子復	
<p>黄連 心中の煩悸を主治するなり。旁ら心下痞・吐下・腹中痛を治す。</p> <p>考徴</p> <p>黄連阿膠湯証に曰く、心中煩して臥すを得ず。以上一方、黄連四両。</p> <p>黄連湯証に曰く、胸中熱あり、腹中痛み、嘔吐せんと欲す。</p> <p>乾姜黄連人参湯証に曰く、吐下。</p> <p>葛根黄連黄芩湯証に曰く、利遂に止まず。</p> <p>白頭翁湯証に曰く、下利し水を飲まんと欲す。</p> <p>以上四方、黄連皆三両。</p> <p>大黄黄連瀉心湯証に曰く、心下痞、之れを按じて</p>	

図6

います(図6)。ここに例示した文は芍薬のことではないのですが、『薬徴』の記事はこういう考えから出発されているのではないかと常々思っていますし、こういう勝手なことを類推しています。勝手なことだとしかれましようが、実はこの種の考え方は、別に私がどうこうというのではなく、薬系の人は過去におきましては、昭和40年代の後半ぐらいから一気にこういうことを考えまして、薬物の効能を考えるときにこの方法を取りました。

こういう表を作りまして、この部分にいわゆる対応する証をずらっと並べます。そうしまして、今度この薬物の量の数字ではなく、それぞれが考えられるような証との関係からスコアを与えまして、それでどうだろうということを考えたわけです。それが近代薬学の手法で実験的に証明されるかという形でやりますと、結論からいいましたら、先ほどのこういう形の分と、薬徴の記事との関係が非常に分かりやすくなった。なかには薬徴の記事が実験的に証明されてしまったというもののさえありました。

それで、これが大いに着目されたのですが、その後その方法論で各種の薬物について研究されたかといいますが、そうではありません。『薬徴』が刊行されたその後に、『薬徴』はさまざまな系統の分が出る、『薬選』、『薬囊』などが相次いで出てきますが、世の習いで必ず反論が出てまいります。反論が出る事が悪いのではないのですが、反論の為の反論であったりして、いささか?という形の状況が作られます。その結果、互いに議論、討論することなしに、様々なことを言っている間に時間ばかりたちまして、結果的にそれぞれが霞んでしまった。私としては極めて優秀な考察方法だったと思うのですが、

薬徴・巻の中 黄連2

瀉心湯証に曰く、心気不足。
 附子瀉心湯証に曰く、心下痞。
 以上三方、黄連皆一兩、しかして亦三兩の例。
 右此の諸方を歴観するに、黄連は心中煩悸を治するや明らかなり。故に心中煩悸して痞する者、吐する者、利する者、腹痛する者、此れを用ひて皆治するなり。此の外に黄連一兩を用ふる方多し。それを余案に比するに、分量甚少なく、但心胸の微疾を導ぐ。取つて微とするに足らず。故に枚舉せず。
 互考
 張仲景、黄連を用ふるや、その証、人參・茯苓と大同にして小異なり。説は人參の部に在り。
 黄連阿膠湯証に曰く、心中煩。此の方は黄連を君となす。しかして心中煩の証あり。斯れ以つてその主治を見るべし。
 瀉心湯証に曰く、心気不足して吐血・衄血する者は、瀉心湯之れを主ると。既に不足と云ひ、又瀉心と云ふ。此れ後世の論説の由つて起るところなり。

図 7

黄連の選品(鑑定)

オウレン黄連 COPTIDIS RHIZOME 真偽の根拠
 本品は オウレン *Coptis japonica* 日本産
 C. *Chinensis* 中国産
 C. *Deltoidea* 中国産
 C. *teeta* 中国産 インド
 産
 の根をほとんど除いた根茎である
 本品を定量するとき、換算した生薬の乾燥物に対し、
 ベルベリン[塩化ベルベリン 371.82]として
 4.2%以上を含む
 調製法 用部
 試験法
 測定目標、基準
 適否の基準

図 8

日本産黄連各種

図 9

中国産・その他黄連

図10

後継されることも少なく頓挫してしまったというのが実情でしょう。この方法論は私たちは考え方としては非常に面白かったと思うのですが、結果として十分に進まなかった。ですが、やはり気になりました、この『薬徴』についてもう少し考え直してみたいなという思いをいまだに持ち続けております。いわゆる『薬徴』というものが、要するに処方を変更するとき、または加減方にしろ、いわゆるさじ加減をするときにおいて、やはり基本にならざるをえないだろうと信じています。

ところで、そういうことを言いながら、実際問題として一般に使われているエキス剤でそういうことが行いえるのか行いえないのか。エキス剤のような既製のものであるならば、薬物での加減なんかできっこないという議論以前の課題があります。例えば、ここに市販のエキス剤を検討した例があります。「朮」というものを配合したとき白朮、蒼朮、または白朮、蒼朮を併せたといったようにいろいろなエキス剤処方例があります。現実には市販されている市

場品でこういう例を五苓散でみます。白朮として配合したものが9社、蒼朮を配合したものが6社、白朮および蒼朮を配合したものが1社あります。とすれば、白朮、蒼朮、またはこれらのものということについて薬物をとにかく承知していることによって、少しはまだ選択の余地はあるのかなともいえると思います。

さすがに葛根湯加辛夷川芎湯になりましたら、すべて蒼朮のようです。どうもほとんどが蒼朮であるということは蒼朮はこの処方中では匙加減の対象薬にならないかなって思います。けれども、当帰芍薬散になると二つに分かれる。そして、苓姜朮甘湯にしても分かれているということになります。これから見ると、昔から我々薬学の人間がこういう薬物の品種議論をするときに、朮というものをしょっちゅう取り上げる理由がおわかりいただけると思います。ここの分なんかでも少し考えていくことによって、いわゆるエキス剤においても若干そういう対応ができる道はあるのではないかと思います。

図11

図12

図13

図14

では、白朮と蒼朮で本当にどの程度の違いがあるのかという議論になってくるわけですが、これはとにかく長い間言われているのですが、はっきり言ひまして、正直なところ、そこまで私たちは臨床的にどうかということの自信はありません。ただ、あえて議論の過程でしよっちゅう出てくることを申し上げると、白朮を用いるときには一般的には補薬的なものであるのに対して、蒼朮が攻撃薬的なものである、ということで使い分けをする。これは混ぜるという意味にはどういう意味があるのか、これは私には判りません。

こういう現実があるとしても、実際問題お使いになるときに、ある処方だけメーカーを変えるというわけにもいかないよね……という議論もあるかと思ひます。でもこのことを発展させれば、現実には選択の余地がある薬剤事情も可能ではないのかということをお考えいただいてもいいのではと思ひます。

そこで、一つの生薬の場合、品種と薬効ということで困った例を紹介いたします。先ほど黄連を例に

『薬徴』のことを申し上げたのですが、黄連という薬物の効能を決めたとき、また、その処方を配合したときに東洞先生には何も問題点がなかったのでしょうか。実は先ほどの『薬徴』の記事の最後のところに黄連の中にもいろいろな品種がある。どれを使うかということも議論の対象だよという言い方を『薬徴』がしています(図7)。それを現在の見方をしますと、供給される黄連には4種類(図8)の原植物を基にしたものがある。それぞれのものは日本産、中国産、中国産、中国産です(図8)。こういうものがあって、この違いはどうなのですか。これがその証に対応するのかといひますと、正直言ひますとその点では全く情報はありせん。

でもさらに細かくなるように見えるのですが、江戸時代に使用していたのは日本産の黄連であって、その中にさまざまな品種がありました(図9, 図10)。黄連ということで議論しますと必ず我々はアルカロイド成分についてのことから始めます。確かにこれはいちばん分かりやすいし、それぞれは生理

図15

図16

かつて行われていた丹波黄連の調製法

掘り上げ（11月末から12月半ば）——
 —— 大半の細根を切除する ——
 —— 1~2時間天日乾燥 ——
 —— 松明、バーナーで細根を焼いて除去 ——
 —— 残りの根を擦り合わせて除く ——
 —— 乾燥させる —— 梱包 —— 出荷

図17

図18

図19

図20

作用がありますから、判りやすいのです。

ところが、これは極端な例なのですが、黄連は調製方法で成分変化が生じます。

黄連は非常に不思議な生薬でして、黄連そのものが先ほどの心下痞を解くということが『薬徴』の中で言っております。心下痞を解くということは何だろうということですが、私はこれを単純に食物が胃

の中につかえているかどうかということにし、胃の不調ということに置き換えてみました。実は黄連は生薬となっても消化活性を示すことから、でんぷん糖化力を見ていますと、黄連はでんぷん糖化力でけっこう大きな数字を示すものが存在しています。生薬でありながらそういう活性を持っている。でも酵素活性は調製時の条件次第で、特に温度差によっ

て違いが生じます (図11, 図12)。そうしますと加熱如何によって、糖化力に大きな変化が生じます (図13, 図14)。これは酵素活性ということであれば当たり前のことでしょう (図15)。

これは何を言いたいのかということなのですが、生薬という形を煎液ということで一面的に考えてきたのですが、粉末にしたものでも生薬であって、煎じるという加熱段階を経ていない。粉末をそのまま用いるのだというときであるならば、粉末の中には煎液にはない力を十分期待できると考えてもいいのではないのでしょうか (図16)。

ところで、現実において日本産の生薬なら自由に入手できるかというと江戸時代ほどには自由に手に入らない。あえて申しますと、実は日本産の黄連を代表するものといえますと、福井県の越前黄連、鳥取県の因州黄連、兵庫県の丹波黄連ということだったのですが、2005年11月をもちまして丹波黄連の生産が実はゼロになってしまったのです。これは非常に困ったことになっていると思うのです。なぜかといいましたら、粉末という形のもので使おうとしたときには、日本産の黄連の中で特に丹波黄連はかなり優秀な能力を持っていた。こういうものが一つの使い方の中から消えてしまったということなのです。

これはもう見ることのなくなった丹波で行われてきた過去の技術ですが、最後の公表機会ということで紹介しておきましょう (図17)。黄連は掘り上げますと細い根が沢山ついています (図18, 図19)。これは全部取り除きます。どうするかというと、こういう一本一本といったらおかしいですが、切り残しをこういうようにして丁寧にたいまつで焼き落とします。そして、乾燥させて生薬とします (図20)。実はこういう工程をすることによって、物の品温を上げないで酵素力をそのまま残した従来の黄連を作っていた。それに対しまして、機械的に行いどんどん温度を上げて、短時間に調製して作ることは、酵素失活したような黄連を作ってしまう。今はそういうものばかりの市場になってしまっているということになっています。とすると、かつて証に依拠てというか、そこにいちばん最初に言った東洞先生の『薬徴』という形の分の原料生薬さえ提供が困難になっているという事情が生まれてくるというのは、正直言って頭が痛いのです。

実はこの問題を含めまして、今後の大きなことを提案させていただいたところで終わらせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

寺澤 米田先生、どうもありがとうございました。大変興味のあるお話をいただきました。

三谷 では、座長を三谷に交代いたします。続きまして、「随症治療の本質」、東洋医学研究所末盛クリニックの伊藤嘉紀先生、よろしくお願いいたします。

3. 随証治療の本質

伊藤 嘉紀

東洋医学研究所末盛クリニック

伊藤 今日「随証治療の本質」というタイトルで話す機会を与えていただきました大澤会頭、三谷準備委員長をはじめ、関係者の皆様に敬意を表するとともに感謝の意を表したいと思います。

「随証治療の本質」ということですが、証（湯液の証）の本質を明らかにすることで随証治療の本質はおのずから明らかになってくると思います。証の本質を明らかにする方法というのはいろいろとあるのですが（図1）、私がいちばんポイントになると思うのは、典型的な症例について環境因子だとか生体の状態など可能な限り具体的に把握する。そのときに東洋医学用語は使わないと、これがいちばんのポイントだと思います。というのは、東洋医学的な用語はあいまいですから使わないほうがいいということです。ということで、診断治療は東洋医学的に行う。それで証を決める。観察記録とか病態生理の分析、そういうものは西洋医学で行う。それがポイントだと思います（図2）。

漢方の特徴として幾つかあるのですが（図3）、やはりポイントは、先ほどから挙がっております証を診断するという。それから、よく言われますのは個体差を重視するということがあります。これがなかなか何を意味するかというのが難しいのですが、あるとき生理学の欧文の雑誌¹⁾を見ていたときに、individualityということで特集が組んでありました。その中にホメオスタシスにはヒエラルキーがあると、階層性があると。検査値には非常に変化するものからあまり変化しないものがある。変化しないものの代表的なものが体温ですね。それから、血漿の浸透圧ですとか電解質濃度、そういうものは非常に変動が少ないのです。その変動が大きいものというのは調節的に働くものだと説明されていました。ああこれだと思いました。ホメオスタシスを中心に証を考えるということが一つの方向として出てきたわけです。要するに個人差を重視するということは、調節的に働くものを重視するということです（図4）。

図1

図2

図5は体温の図ですが、37度でほぼ一定なのですが、それは産熱側と放熱側のいろいろな因子をうまく調節して一定にしている。その中には震えですとか筋緊張ですとかホルモンの作用、それから発汗とか皮膚の血流、そういう漢方が非常に重視するものが入っています。ですから、そういうことで個人差を重視するということは調節的に働くものを重視するということです。

そういうことで証の定義をしました（図6）。要するにみそは、恒常性を維持するためにダイナミックに変化する調節状態の偏りというものを漢方的に表現したものということです。ここでいちばん問題なのは要するに漢方的な言葉を使っていないということです。これがやはり大事というか、特徴だと思います。

ホメオスタシス維持の仕組みは、図で表すと図7のようになります。外部環境、内部環境、これは知覚と書きましたが、正確には感覚です。そういうものを感覚し、脳で統合して自律神経、あるいは内分

図 3

図 4

図 5

図 6

泌、免疫というような反応で調節するわけですが、そのほかに行動性の調節というものの方が非常に重要です。飲み食いをはじめ、衣服も行動性の調節の発展したものだと思います。そういう点で、ホメオスタシスというのは時々言われますが、行動性の調節が無視されている。それから、前段階の、環境の問題、感覚の問題、それから脳における統合の問題、そういうことが一切抜きに語られるということで、非常に不完全なホメオスタシス観であると思います。それをもっと発展させれば、当然東洋医学と西洋医学というのはそんなに掛け離れたものではなくて、と思います。

自然治癒力と時々言われますが、これもあいまいな言葉で、本当は使わないほうがいいのではないかと思います。というのは、一応行動性の調節のうちで自然なものという飲み食いですとかいろいろあるのですが、我々の中で自然な生活をしている人はいませんね。会場を見渡しても裸で来られている人は一人も見当たらないようですから、ということ

で、ホメオスタシスを維持するしくみの中の一部と位置づけ自然という言葉を使わないほうが正確ではないかと思います。図8はホメオスタシスを維持するしくみを別の形で表したものです。要するに外部環境が直接体に作用することではなくて、行動性の調節でかなりコントロールされているということです。

ここで、よく問題にされますエビデンスということと、漢方診療における証決定というものの関係を見てみたいと思います(図9)。望聞問切という感覚による診断ですね。これは現時点ということにフォーカスを絞るうえでは非常に有効な方法だと思います。あと記憶のうえでいろいろと書物の勉強をしたり経験を積んだり、いろいろなものが記憶の中にあるわけですが、いわゆるエビデンスというのは、この記憶の中にとどめおくものだと思います。これと1番と2番を統合した形で証が決定されるということだと思います。エビデンスというのはこれ以上のものではないと思います。

五苓散証について具体的にお話ししたいと思います

図 7

図 8

図 9

図10

す。興味を持ったきっかけは、一つは、矢数道明先生が頭痛に効く²⁾と言われたことです。それと、利尿作用があるけれども健康人には無効だということ。病態生理についていろいろと推論されておられます。水がたくさんあると思われるのに口渇があるということで、いろいろと工夫して病態生理を考えておられます。それから、証を構成する症状が口渇、尿不利と非常に単純であるということで、水分調節の観点から見れば分析しやすいのだろうと思ったわけです。

『傷寒論』の条文(図10)では太陽病、要するに熱性疾患ですね。発熱がある。それから、発汗をして大量に汗をかいた。口渇があるのですが、少々水を与えるということで、いわゆる正常の行動性の調節である水を取るということが前もってちょっと試みられるということで、五苓散を与えることは行動性の調節の水を飲むことと同列にあるということがいえると思います。

きっかけになった症例³⁾ですが(図11)、要するに

下痢、頭痛を訴える患者さんが見えた。この年は気温が21度ぐらいであったのが、いきなり27度から28度ぐらいに上がってそれが続いたということで、そのあと発症している。それで五苓散を与えたら治ったということです。そういうことで、これは暑熱馴化ということがありますが、暑さと関係して発症しているのだろう。ですから、暑熱馴化のメカニズムと共通するものがあるのではないかということで文献を探しましたところ、こういう森本先生たちの仕事⁴⁾が見つかりました。

図12の横軸は浸透圧です。そして縦軸はADHの量。冬は要するに血液が濃いにもかかわらずADHの量は少ないのです。夏は血液が薄いにもかかわらずADHの量が多い。だから浸透圧のセットポイントが低下しているとも言えるわけです。図13は冬に人工気候室で暑熱環境においた時の変化で、血漿浸透圧が下がり、ADHが多くなります。セットポイントに関しては発熱ということが同じような現象としてあるのですが、体温調節のセットポイントが急

第19回 伝統医学臨床セミナー

症例

38才の主婦 初診 昭和49年5月25日

主訴 下痢、頭痛

2〜3日前より1日4〜5回の下痢があり、排尿の度に出るという感じである。(気温は21℃位であったものが、5月17日以後急に27〜28℃になった)

1週間前位より、時々悪寒、フラフラとめまいがする、こめかみから頭の芯にかけてツキンと痛い等の症状がある。口渇は半年前からひどく、お勝手に行くたびにコップに半分位ずつ水を飲む(5〜6回/日) 排尿回数は1日6回位。

五苓散末を1日6g、7日分処方する。6月1日に再診。この1週間、頭痛、下痢がなく、便通は1日1行になった。ふらふらもとれた。排尿は5〜6回/日。

第57回 日本東洋医学会学術総会

図11

第19回 伝統医学臨床セミナー

第57回 日本東洋医学会学術総会

図12

第19回 伝統医学臨床セミナー

第57回 日本東洋医学会学術総会

図13

第19回 伝統医学臨床セミナー

発熱と解熱 (Bregelmannより)

太陽之爲病、脈浮、頭項強痛、而惡寒

第57回 日本東洋医学会学術総会

図14

第19回 伝統医学臨床セミナー

基準信号不要説(中山)

W: 温ニューロンの特性
C: 冷ニューロンの特性
S: セットポイント
W', C', S' はそれぞれ発熱時のもの

第57回 日本東洋医学会学術総会

図15

第19回 伝統医学臨床セミナー

外因性発熱物質により引き起こされる発熱の機序(入来)

第57回 日本東洋医学会学術総会

図16

激に上がってそれで熱が出ると考えられております(図14)。

体温調節のセットポイントが上がるメカニズムについては、私が名古屋大学第一生理学教室の助手をしていました時の助教授で、後に大阪大学の教授になられました中山先生が説を立てておられます(図15)。温度が上がると放電頻度が増えるのが温ニ

ューロンの傾向です。そして冷ニューロンは、温度が下がると放電が増える。正常な時は37℃に設定されているのですが、発熱するときには温ニューロンの感度が落ち、冷ニューロンの感度が増す。そしてそれらの交点である設定点が上がる⁵⁾と、こういう説明がされています。

発熱のメカニズムについては(図16)、細菌など

第19回 伝統医学臨床セミナー

よく用いられる解熱薬の種類、特徴、作用点

	構造	代表薬剤	他の薬理作用	作用点
解熱・鎮痛・消炎薬 (非ステロイド薬)	アリールalkan酸 エノール酸	アスピリン インドメサシン	鎮痛 消炎 抗血小板	中枢 (PG合成抑制)
アミノピリンなど 鎮痛・解熱薬		アミノピリン	弱い鎮痛	中枢 末梢
ステロイド薬		プレドニゾン	消炎 免疫抑制	中枢 末梢(消炎)

水島雄：解熱剤・発熱症候群・発熱は生体に有利か（編、入来正剛）文光堂、p198-208、1989

第57回 日本東洋医学会学術総会

図17

第19回 伝統医学臨床セミナー

五苓散証の病態生理(伊藤)

暑熱刺激により発汗と飲水を繰返すうちに、視床下部の浸透圧受容器の特性が変化し、浸透圧のセットポイントが低下し、後葉からのADH分泌量は増加し、腎臓の集合管の水透過性が増加し（水チャンネルAQP2が開き）尿量の減少がおこる。五苓散は視床下部の浸透圧受容器に働き、その特性をもとに、浸透圧のセットポイントが正常化し、ADH分泌量が低下し、尿量が増加する。

第57回 日本東洋医学会学術総会

図18

図19

図20

第19回 伝統医学臨床セミナー

五苓散証に関する最近の知見

小崎	周期性ACTH-ADH過剰分泌症候群で高ADH、低Na血症、嘔吐に五苓散が効	1995年
田島、松村	透析患者の高K血症に五苓散が効	2003年
(矢数)	三叉神経痛に五苓散が効	1963年)
磯濱	マウスの肺上皮細胞を使って五苓散のアクアポリン(AQP、水チャンネル)阻害作用を証明	2005年

第57回 日本東洋医学会学術総会

図21

第19回 伝統医学臨床セミナー

五苓散証に関する最近の知見から解ること

- 五苓散証で高ADH、低浸透圧の症例がある。
- 無尿の患者の高K血症に五苓散が効いたことから細胞内にKが移動した可能性がある。
- 神経痛に対する効果は神経の興奮性そのものに効く可能性がある。
- 五苓散が中枢の浸透圧受容器に働いてADHを減らし腎臓の集合管におけるADH調節性AQP2の水透過性を減ずるとするのが私の説
- 人の一般体細胞でもAQP阻害作用があるとすれば、局所性水分調節ということになる。

第57回 日本東洋医学会学術総会

図22

の発熱物質⁶⁾が来て、白血球などがそれを食べて、インターロイキン1などが出まして、それで脳内でPGE₂が産生されまして誘導されまして、それが体温調節中枢に働いて発熱が起こるといわれています。解熱剤の代表的なものとしてアスピリンがありますが、それが中枢に働いてプロスタグランジンE₂の合成を阻害すると考えられるわけです(図17)。

五苓散証の病態生理を発熱にならって考えたのが、図18です。

病態生理を条文等整理して考えたのです⁷⁾が(図19)、ADHということに関係してきますと、肝臓だとか腎臓で不活化されるということで、それも関係してくると思います。それから、症状というのは、全体としてはセットポイントが下がって、浸透圧が

図23

図24

図25

下がって体液量が増える。個々の症状は局所性の因子がそれぞれ働いて起きるのだらうと思いました。

五苓散証を図20のように表示します⁸⁾と、先ほどと同じようですが、ホルモンとしてADHが出る。そして、集合管に働いて尿不利を起こすということです。気血水という分け方がありますが、五苓散証で水というのは体液、血は血液と定義して考えますと、気というものが関連する部分がものすごく多いのです。ですから、あまり気血水で気ということで説明がついたと思っていると全然分かっていないということが起こりうるので、気という言葉もあまり使わないほうが本当はいいのではないかという気がします。少なくとも問題意識を持って、それはどういふものを表しているかということを考えながらやはり使うべきだらうと思います。

五苓散に関する最近の知見としましては(図21)、小崎先生のお仕事⁹⁾があります。これで実際にADHが高くて、血漿浸透圧が低いというケースに五苓散証があるということが分かったと思います。それか

ら、田島先生¹⁰⁾たちの透析患者でほとんど無尿のかたに五苓散をやったら、高カリウム血症がよくなったということもあります。三叉神経痛等に効くというのは、矢数先生以来いろいろなかたが言っておられます。それから、磯濱先生¹¹⁾が最近、水チャンネルの阻害作用ということを明らかにされております。

そういうことで、五苓散証に関する最近の治験から分かることは(図22)、五苓散証で高ADH、低浸透圧の症例が実際にある。それから、無尿の患者さんの高カリウムがよくなったということで、いろいろなケースが考えられるのですが、細胞内にカリウムが移動したという可能性もあるのではないかと思います。それから、神経痛に対する効果は、むくんで機械的刺激か何かで痛いのだらうというように単純に考えていましたが、実際に神経の興奮性そのものが変化するというような可能性も考えなければいけないと思います。

私のADHの分泌量が変わるという説は、言い換えると水チャンネルという点ではADH調節性水チャンネルアクアポリン2(AQP2)の水透過性を減ずるということの意味するということ¹²⁾です。磯濱先生の一般体細胞での作用というのは、調節という観点からいうと局所性の水分調節という作用があるということだと思います。

体液ということで、体液区分をいろいろと分けて、今までの症例報告の中で体液区分がはっきりできるようなものをいろいろと分類してみますと(図23)、細胞内液というのがあります。それから細胞外液、血管の中のもの血管の外のものというのがありますが、細胞超越液というのがあります。細胞を通して分泌されたりするものを細胞超越液¹³⁾と言うの

ですが、この領域は五苓散の治験例が比較的あるのです。最近の東洋医学会誌でも胸水¹⁴⁾が五苓散でよくなったということがあります。そういう点でアクティブに分泌したり吸収したりするところに効くような要素が何か五苓散にあるのではないかと思います。

図24のように証の本質というのをいろいろと挙げました。古いのですが、実際は新しい疾病概念だと考えたほうがいいのではないかと。それから、環境ですとか生体の感覚、統合、調節を含む概念で、症候群とか病気よりは広範な内容を含んでいるのだと。ホメオスタシス維持のための調節状態を証というのは示している。生活習慣とありますが、スライドが間違っていて生活瞬間病ですね。要するにその瞬間における病的状態ということで、生活瞬間病です。病気ではなく病態だと。証というのは生活瞬間病態だという側面を持っているということです。生体の調節状態の診断であると同時に治療行為の指示でもある。もともと行動性の調節なわけですから行為に結びついている。行為の指示であるというわけです。証と病気との関係は、証は調節状態ですから末梢性ないしは局所性の要因により病気が選択される。

証研究をさらに発展させるには、どちらかというと、僕は当初は東洋医学会の体制ができていないということを主に考えていたのですが、実際はそうではなくて、西洋医学の側にも十分責任があるというか不備がある。環境だとか、感覚だとか、その脳内による統合、それから調節。特に行動性調節も含めた研究が統合されて、証研究に耐えうるような内容に昇華されなければならないと思います。

随証治療の本質というのは、一言でいうと IDEBM に基づく治療であると (図25)。最近はやりの EBM というものに Dynamic な時間要素、それから、いろいろな情報を統合するという Integrate、この二つを付け加えれば証というものになるだろうと思います。ですから、随証治療の本質は IDEBM に基づく治療であるというのが私の趣旨です。本日はご清聴ありがとうございました。

参考文献

- 1) Sargent, II. F., Weinman, K.P. : Ann., N.Y.Acad. Sci. 134 (1966)

- 2) 矢数道明：漢方治療百話 医道の日本社（昭和38年）
- 3) 伊藤嘉紀：日本東洋医学会雑誌，28巻3号（1978）
- 4) Morimoto, T. et al. : Jap.J. Physiol., 19 (1969)
- 5) 中山昭雄編：温熱生理学，理工学社（1981年）
- 6) 入来正躬：体温生理学テキスト，文光堂（2003）
- 7) 伊藤嘉紀：漢方医学，Vol. 6，No.11（1982）
- 8) 伊藤嘉紀：漢方の臨床，53巻6号（2006）
- 9) 小崎 武：日本東洋医学雑誌，45巻4号（1995）
- 10) 田島康介，松村崇史：日本東洋医学会学術総会，口演（2003）
- 11) 磯濱洋一郎：漢方医学，Vol.29，No.5（2005）
- 12) 日本生理学雑誌：Vol.67，No.11（2005）
- 13) 鈴木泰三，星 猛編：臨床生理学，南山堂（1976）
- 14) 松井龍吉，小林祥泰：日本東洋医学雑誌，57巻3号（2006）

三谷 伊藤先生，どうもありがとうございました。

では、最後の先生のご紹介をいたします。快生会 小山ふれあいクリニックの小山誠次先生、「随証治療と疾患治療の対症療法はどこが異なるのか」。よろしく願いいたします。

4. 随証治療と疾患治療の対症療法はどこが異なるのか

小山 誠次

快生会小山ふれあいクリニック

小山 三谷先生、御紹介有り難うございました。本日、私に与えられました演題は、「随証治療と疾患治療の対症療法はどこが異なるのか」ということです。

先ず、大塚敬節先生は『東洋医学とともに』という御本で次のように述べておられます。「漢方医学で言う『証』は、頭痛とか、悪寒とか、発熱とかの個々の症候の意味ではなく、これらの症候を一括した症候群であると、一般からは考えられている。言いかえれば『証』とは、抽象的な個々に切り離された症候ではなく、一人の病人に現われた種々の症候—それは互いに有機的に関連している—の総合であるとされている」と。

続きまして、「だから、頭痛を訴える患者があるとき、その頭痛という症候だけを目標に治療を加えることは『対症療法』であって、証に随って治する『随証療法』ではないのである。『随証療法』では、病人に現われたいろいろの症候を整理し選択して『証』を診断し、この『証』に随って治療を施すことになるのである。それ故に『証』の診断は理念的であり、形式的である¹⁾とおっしゃっています。これは一般的な御見解であると申せましょう。

一方、西洋医学的疾患治療は根治療法と対症療法とに区別し、対症療法は根治療法より下位に置かれています。対症療法は疾患の原因を問うことはなく、ただ結果である症状に対応します。また、対症療法には他覚所見と平行する場合と、そうでない場合がありますが、そうでない場合には病的と見做されないことが多いのも現実の姿ではなかろうかと考えます。ただ、この場合におきましても、ある程度 of 自然治癒力は期待しえましょう。

さて、一般的に症状といいますのは、1) 疾患そのものの反応である場合、それと2) 疾患を有した個体へ変遷したことによる反応である場合とがあります。前者は心筋梗塞などの重篤な救急疾患を除けば、比較的局所的な影響に留まるのが普通ですが、

後者は既に全身的に影響を及ぼすようになっている病態です。更に3) としまして、治療体系の差によってしか認識されない反応である場合もあります。冷え症などがそうですが、特に足背動脈の血流は改善しえても、それでも尚、自覚的に冷えを訴えるときには、西洋医学的にはお手上げと言わざるをえません。

抑々、西洋医学は近代科学の一分野として発展して来たのでありますから、その思想基盤としての近代的合理主義を共有しているのは当然です。近代的合理主義による科学的方法論としましては、先ず客観化の原理があります。これは可及的に主観を排除して科学が進歩してきたことを物語っています。従いまして、他覚所見と平行しない自覚症状は「何でもない」とか「気の所為だ」とか言って、相手にされない傾向が未だに強いのです。この方法を発展させますと、二重盲検法とか、あるいはEBM構築に行き着く訳です(図1)。

また、要素還元主義という考え方もあります。生体などの複雑な現象も、個々の要素間の相互作用に還元しえると考える単純化の原理に基づくものですが、分析的方法としましては有用でありましょう。但し、逆に要素間の相互作用を $1 + 1 = 2$ というように、単純に線形的に足し合わせることによりまして、元の複雑な現象を説明可能だと判断するのは問題です。いわばミクロな個々の要素間の相互作用を量的に累積するだけで、質的に異次元なマクロな生体现象を説明できるとする立場です。in vitroでの実験結果を累積して、果たしてどこまでin vivoでの現象に迫ることができましょうか。これは統合方法に問題ありと言えましょう。しかし、抑々本来はその前に、果たして一つの要素間の相互作用として一次独立しうるものかどうかという検討が改めて必要でありましょう。このような立場は単純系科学に属するものです。

本来、生体は無数の構成要素によって高度に構造化され、混沌と安定との狭間にある開放系です。開放系とは、エネルギーも物質も出入りが自由という系です。また、その上に各要素が相互に交流し、全体として各要素間の相互作用の和以上の、非再現的、不可逆的現象を呈するのです。ここで非再現的と申しますのは、視点を短期間ではなく、長期間的な立場に置いた場合のことです。揺り籠から墓場までは

図1

図2

必ず一方通行でしか進みません。即ち、生体の本質は非平衡、非線形、複雑系そのもののものです。しかしながら、このような系に対しまして、複雑さを失うことなく捉えていくという科学の新方向に対するアプローチの方法論はまだ暗中模索の状態と言えましょう。しかし、抑々あらゆる自然現象、生物現象、社会現象は複雑系というシステムなのです。

今まで述べて来ましたように、対症療法は単純系科学の一分野の一手法なのです。それに対しまして、複雑系科学は先ほどの生体现象にありのまま丸ごとの対応するという点で、私は随証治療をもって当てることができるのではと考えます。将来、複雑系科学の熟成を待って、初めて随証治療は実証されるのではないかと潜かに期待しています。それ故に、以前から証の科学化ということがよく唱えられますが、その科学というのは複雑系科学をもって当てていくべきではないでしょうか（図2）。ただ、数学者の山口昌哉先生は「そんな大それたことを考えたらいかん」²⁾とおっしゃっています。前途は多難です。

さて、ここからが本日の本題です。では、次に随証治療が実際、複雑系である人に対しまして、どのように非線形性を持った現象なのかという点をお話ししたいと思います。

まず、1) 初期条件の僅かな差で結果が大きく異なるということです。これは治療開始時、煎じ薬で処方するならば、1味を加減するかどうかという問題と、症状の僅かな差に気付くかどうかという点です。昔、私の師匠であります山本巖先生より身重、身が重い一言の有無で桂枝湯証と防己黄耆湯証とが鑑別されると教えていただいたことが思い出されます。

次に2) 治療開始後、一旦は却って悪化したように感じることもありましても、実はそれは瞑眩だっ

たということがあります。これはどなたも御経験なさっていることだと思います。但し、吉益東洞の云う瞑眩といいますのは、極量処方による副作用出現のことです。実際、瞑眩と副作用症状とは鑑別困難なこともよくあります。それ故に、治療する側からしますと、瞑眩を起こさずに奏効するほうが余分な心配をしなくて済みます。この瞑眩は非線形現象の最たるものかと考えます。

次に3) 名人の処方による一意的決定が全てではないということです。これは適正処方が一通りではなく、例えば古方派と後世派の名人がもし同一患者を診たとしましたら、もちろん処方内容は異なることでしょう。しかし、処方異なってもどちらの薬でも治すことはできるだろうと思います。決定論ではない訳です。もちろん確率論では到底ありません。山頂に到る登山ルートが沢山あると例えることができるかもしれません。

4) 薬が少量で奏効するのは非線形性が強い証拠で、逆に大量でないと奏効しないのは非線形性が弱いことを表わしています。症候発表で、時に少量でよく効いた例に接することがありますが、正にそれは非線形性が強い場合です。うまく肯綮に中ったのでしょう。即ち、倍量投与でうまく行くのは線形的、うまく行かないのは非線形的と大略判断できるかと思えます。

さて、5) 治癒過程で後一押しという局面がありますが、ならば1味を加減するだけで対応しえるかといえ、もちろんうまく奏効する場合もあります。しかし、必ずしもうまく奏効するとは限らないことがあります。このような時に、処方そのものの根本的変更を迫られることがあります。

そして、6) 随証治療にしましても、症状として出現した現象のみが当該疾患の全てではありません。

図3

多味剤で対応するときには、目に見えない病相に奏効している可能性があります。これは少し広く考えれば、体質としての証に奏効している、即ち体質治療にも繋がるのですが、逆にうまくしないと却って悪化させてしまうこともあるでしょう。

7) 随証治療の結果による劇的奏効例は、それらの奏効例を最適化表現とするための理念化形成によって劇的でなくなる可能性があります。これは治療当初から劇的であることを予測しえたのではなく、単に随証治療に徹したための結果としての成果なのです。即ち、随証治療に踏み出す段階では非線形思考なのですが、一層の成果を得ようと、症例を比較したり、類型化したり、また、科学的検討を加えたりする段階では線形思考に陥りやすいからです。この点は常に注意する必要があります。大阪弁で言えば、ええとこ取りがええとこ取りにならへんということです。

最後は8) 随証治療でありましても、常に反対の対応、即ち瀉実に対する補虚、あるいは補虚に対する瀉実などは考慮に入れておく必要があらうかと思えます。生体现象の奥深さに謙虚であらうと私自身はいつも心掛けていますつもりですが、目に見える病相だけでなく、目に見えない病相も常に存在するからです。

さて、私は曾て『日本医事新報』に「証—徴候としての、病名としての、そして体質としての証—」³⁾という論文を発表したことがあります。そこでは、「徴候としての証は、実際の正邪抗争においては体質としての証を基盤として病邪と闘争反応をする」と述べて居ります。先ほども少し申し上げましたが、体質としての証を把握して、それに対応しようと常に心掛けていますつもりです。尚、ここで言う体質といいますのは、「不明の発生時分による身体的特質

として、自分自身と不可分の比較的境界がファジーな特徴をもって、既に自己の存在の一部分であるものをいう」と考えます。

しかし、随証治療におきましても、実は1) 対症療法的な対応と2) 根治療法的な対応とが存在するのです。特に後者は体質としての証を配慮することが多くなります。例えば血の道症で、前者に相当する上気症状に三黄瀉心湯が処方され、後者に相当する場合に女神散が処方されたりする場合です(図3)。尚、女神散はエキス製剤では大黃を含んで居りませんが、『勿誤薬室方函』では大黃を配合していますので、結局、三黄瀉心湯の3味をそのまま含んでいることになります。

余談になりますが、『勿誤薬室方函』に女神散が登載されているからと言いましても、大黃の配合は決して浅田宗伯の創始になるものではありません。もちろん黄連、黄芩についてもです。この話は処方の出典に係わることから、ここではこれ以上に言及しないこととします。

また、秘結症の例では、気持ちよく蠕動を促進するのは前者の例でありまして、大黃甘草湯が処方されます。後者といたしましては、蠕動促進を図るのみでなく、糞便軟潤化にも効き、更に当帰と地黄による補血作用も期待して潤腸湯が処方されるなどです。尚、潤腸湯も大黃甘草湯の2味をそのまま含んでいることは申すまでもありません。

さて、随証治療における口訣についてですが、私なりの解釈としまして、「口訣とは、一つの処方の個々の薬味だけを如何ほどに解析しても得られない効能と生体との非線形的総和として、長年の同一処方経験による成果である」と考えます。

最後に、二重盲検法、EBM 構築についてですが、本来的には単一薬物の効果を見、主観を排除し、誤差を平均化することによりまして、即ち、ここが大事なのですが、非線形性を縮小することによりまして、単純系科学として対応しようと企てるものです。従いまして、今までお話し申し上げてきました随証治療とは相容れないものなのです。ただ、現実問題としまして、漢方が生き残るための方便であるというならば、私はそれ以上取返して本音を申し上げるつもりはございません。

結論としまして、対症療法は単純系科学の範疇に属するものでありますが、随証治療は複雑系科学の

熟成を待つて初めて実証されるものでありましょう。

文献

- 1) 大塚敬節著：東洋医学とともに，pp.229-230，創元社（1960）
- 2) 吉永良正著：「複雑系」とは何か，p.227，講談社（2004）
- 3) 小山誠次：証一徴候としての，病名としての，そして体質としての証一，日本医事新報 No.4034，pp.22-29（2001）

三谷 小山先生，どうもありがとうございました。

総合討論

寺澤 それでは，演者の4人の先生がたご登壇いただけますでしょうか。

4先生，本当に貴重なご講演をありがとうございます。私は座長の主観と独断で申し上げますと，今日のこのシンポジウムの証の真髄ということについて，極めて正確に全体像を見渡したのは最後の演者の小山先生だと思います。というのは，やはり非線形理論といって複雑系なのです。そうすると，例えば伊藤先生にしても統合が大事だ，大事だと言うのですが，その複雑系とどう対峙するかということにあまり答えを出していない。米田先生も一つの薬味の薬性について知ることは十分必要なのだけれども，しかし， $1+1$ は実は2ではないのではないのか。花輪先生も瞳孔の交感神経，副交感神経ですべて複雑系が解釈できるのかという問題を投げかけたように思いますので，花輪先生から順次お答えいただきたいと思います。

花輪 まず，何人かの先生が大塚敬節先生のお言葉を引用されていまして，私も北里研究所の者ですので一言言わせていただきますと，大塚先生は，「我々が言っている証というのはまだまだ枝葉であると。もっと奥深いところに本当の意味の証ということがある」ということを盛んに言っておられます。そういうことを踏まえて，脈証とか腹証に従ってやっているのが随証治療だとは大塚敬節先生はどうもとらえていないようです。それは寺澤先生が言われる複雑系とか非線形的だということにつながるのかもしれませんが，そのことをこういう学会の場で説明する場合に，いわゆる「学と術」の世界のことを言ってしまうとなかなか議論にならないと思います。

それで，私はあえて自律神経の研究に限定して，「漢方は調節的に働く」あるいは「漢方はホメオスターシスを維持するように働く」という「術」の経験知を「学」としてサイエンスの言葉で置き換えることで「病名治療と随証治療の相違」の一端を示せないかという立場で発表させていただきました。

寺澤 大変失礼な質問に丁寧に答えていただいてありがとうございました。

米田先生，お願いします。

米田 薬物のほうから申しますと，正直言いまし

て、あるレベルの部分から研究自体が立ち止まった状態になりずっと続いております。その立ち止まった状態は何だといいますと、近代科学というか現在我々が行っている研究と言うことでは、とにかく数字という形で表さなければいけない。そのときに、証というものを一体数字で表すことが可能かということです。酷な言い方かもしれませんが、客観性という議論ができるレベルに証の認識があるのかということが大きな課題であると思います。

客観性ということで、我々がやってきましたところはどうしても機械類を使った形の分でデータを出そうとします。要するに動物を使うことはできても、人間の世界からちょっと離れたところで薬を使わなければいけないときにはどうしても機械類に頼らざるをえないのです。機械が表しうるようなことというものの限界を感じているわけです。それがためにやらなかったということもあります。

実は先ほど紹介いたしました研究は昭和40年代に行われました。そのときに行われた研究としましては反論が出てくるという形はありました。それを元に討論されればいいのですが、正直言ってあまりにもその種の研究に関与する人間が少なすぎまして、ほんの数人の人たちがいただけでした。具体的に名前を挙げますと、先頭を切っておられたのは、もうすでに亡くなられたのですが、千葉大学におられた原田正敏先生だったと思います。その後、国立衛生試験所のほうへ移られまして、薬事行政のほうで随分お世話になったのですが、結局原田先生の研究は吉益東洞先生以来、とにかく久しぶりに出てきた薬物の活性の研究で、証と薬物を考えさせる研究であったのですが、またここで途切れてしまって、後は続いていないという現状があります。薬学の人間である私がこういうことを申しますのは非常につらいのですが、やはりもう一ぺん薬徴についてはとにかく考え直さなければいけない時期だろうなということです。本当に答えにならなくて申し訳ないのですが、証と薬とは薬徴からというか江戸時代からそんなに進んでいないとさえ断言できます。

寺澤 どうもありがとうございました。答えにくい問題を出してしまって失礼しました。

伊藤 証というのは、昔からなかなか分からないということでいろいろな議論があって、今でも続いているのですが、そういう点に関して、五苓散証と

いうのは比較的単純な系ですし、証研究の一つの切り口としてモデルケースになるものだと思います。

抽象的なことは言っても始まらないので、何か具体的なところできちっと臨床と直結した形でやっていくということが必要になると思います。だから、そういうことでこのホメオスタシスという考え方は、それをベースにしてどちらにでも発展する内容を含んでおりますので、そういう点では今後の漢方研究の一つの方向づけとなるのではないかと考えております。

寺澤 小山先生のを土台にして、今、3人の先生をいじめてしまったので、小山先生には、今度は小山先生を直接いじめてみます。そうすると、これから漢方の随証治療みたいなものを発展させていくには、今、私たちができることは一体どういうことなのかということなのですが。

小山 現在の日本の漢方治療がどうかというよりも、我々は全員西洋医学の医師で、国家試験を通ったものですから、当然西洋医学の知識を持っています。ですから、我々の知識を総合すれば到底張仲景なんかには負けるはずがありません。我々の知識の方が遥かに強力なはずなのです。ですから、そうしたことからしまして、我々の西洋医学的な知識をこれはこれで発展させないといけませんし、また一方、随証治療ということを発展させる、考える。これは先ほども申し上げましたように一筋縄で行くような考え方ではありませんので—それは複雑系ですから—その二つの面からこれから考えて行く。これはどなたも実は日常的になさっていらっしゃるのだと思うのですが、ただ、そういう言葉で捉えたということになると思います。

三谷 どうもありがとうございました。少し時代を分けて考えてみたいと思うのですが、随証治療については、『傷寒論』の桂枝湯の条文に載っていると思います。私は『傷寒・金匱』の薬方を尊重しております。それはベクトルがはっきりした方剤が多いので証を意識して考えやすいのですが、時代が下って金元医学以降の方剤、現在の中医学処方症候学と薬能を大事にして方剤が組み立てられているように見えますので、『傷寒・金匱』の薬方に比べると証を意識して使うというよりは、症候を整理して使うんだなと考えているわけです。長い漢方の歴史の中で、証を意識して使うことに時代的な差があ

るのか、ないのかについて、花輪先生から教えていただきたいのですが、いかがでしょうか。

花輪 三谷先生のおっしゃるとおりだと思います。私も例えば『金匱要略』の条文あたりはかなり、例えば頭痛には呉茱萸湯がいいみたいな単純明快な書き方をしているところもありますよね。そういうものを受けて、『万病回春』とか『脾胃論』にしてもそうだったと思うのですが、かなり疾病を意識して、今日のテーマでいえば疾患治療的な書き方をしている部分が多いと思います。そういうものを江戸時代の古方派たちは批判して、後世派ではなくてもっと『傷寒論』に帰れといったというような歴史的な批判を経て今日に至っている。

では、『傷寒論』は本当に病名を全然無視して三陰三陽だけでもって全部割り切ってやろうとしているかという、その辺がどうなのでしょう。そういう考え方もあるけれども、特に雑病部分の『金匱要略』は病名治療（疾患治療）のさがけという一面もあると思います。

米田 『傷寒論』を読んでいまして、証をとにかく何らかの言葉に置き換えるというのは非常に困難であるというのは、私だけではなく、あらゆる方達がそういう風に感じていると思います。

例えば薬物の立場でその違いを見ようとしたときに、加減方という形で何かを加えたときにこうだよということが、どこまで知識として蓄積され継承されているのかというのは、私には疑問な点としてあると思います。加減方というものが今のようになくなったときに、加減するとか、いわゆる去するとか、加去という言葉でしょうか、こういうことがほとんど現実には行えないものなのだという考え方が一方にあるとしますと、『傷寒論』に書いてあるものを、結局ある程度大きなグループの中にまとめてしまって、小さな部分の変化を捨ててしまっているのではないかと。そこが私はある意味で分かりにくくて、我々も手をつけるときに分かりにくいところであると思います。とにかく何かもうまくやってくれないかと。

要するに変化、バリエーションは患者のほうでは間違いなく繰り返しているのに、与えるほうの薬学の世界ではバリエーションを研究の基本線から取り去ってしまっている。このことが研究するうえにおいて非常に大きなネックになってしまって困ってい

ます。

そうしますと、先ほど花輪先生のお話の中にも、マハラノビスの汎距離ということで数字を扱う一つの統計処理法が提案されましたが、私もあの方法を使いまして随分生薬の研究をやっているのですが、たしかに統計処理を上手く使いこなしますと本当にいろいろなことが分かることがあります。統計というのは、昔だったらともかく、今はパソコンが手元にありますから簡単に数値が出る。少々ぐらゐ変動が多くなっても大丈夫なのですが、ところが、それを入力するというか、提供すべき薬に関する数字に限界があるということのほうがいちばん大きなネックではないかと感じています。

伊藤 歴史的なことはあまり詳しくないのですが、ホメオスタシスという観点からいいますと、処方構成のうえでは四時加減柴胡飲子（金匱要略）というのは、季節に応じて処方内容を加減するということです。それは intra-individual という個人の中の変化という変動に対して対応する一つの方法としては、季節によって環境が変わるということで生体側が変化する。それに対して四季に応じて加減するという発想で、それもホメオスタシスという観点から面白い処方だと思いました。

それと、一貫堂のような体質的なもの、それは interindividual という、要するに個人の間の違いですね。そういうものに対する対応のしかたという形で、体質というものを考えて個人によって対応を変えるという、それもまたホメオスタシスの観点からそういう interindividual という違いですね。そういう点で本来の証というのはやはりダイナミックで、その瞬間的な状態をとらえているのですが、それを積分すればもっと広範な内容になってくるということで、そのアレンジのしかたは個々の状況でいろいろあると思いますが、とにかくベースは瞬間的な状態だと。ホメオスタシスというのはたくさんの情報が絶えず中枢に入ってくる。その中で取捨選択してそのときに最適な行動を取るという点では、非常に生命維持にはそれが不可欠ですから、その一つの局面をとらえたもの、それが正常の範囲内である場合、あるいは病的な場合、いろいろあると思うのですが、それを傷寒という一つの病気の経過を通じて体系化したという点で、元はそういう瞬間的な病態というのが基準だろうと思います。

小山 歴史的にということですが、私は処方の出典ということに関しまして、よく今まで論文を書いたり、あるいは色々と調べたりして来ましたが、それを考えますとどんどん遡って、この人は1味加えた、この人は2味加えたということで、決して我々が知っているような『和剂局方』や『万病回春』で一氣に出来たものではない。ということになれば、中国の歴史的に夫々の先生がたが少しずつ加えて行ったものを現在我々が使っているということになる。従って、歴史を踏まえた処方として我々が使っているというのが現状であろうと思います。

『傷寒論』のことも先ほど触れられましたが、『傷寒論』はすぐ三陰三陽という話にはなるのですが、張仲景が実際に200人一族が殆どがもし傷寒で亡くなったと診断しましたら、先ず病名は傷寒なのだという大前提があります。そこで、その大前提の傷寒に対しましてどうするのか。当時は下すとか汗を出すとかそういう方法しかなかったの、先ずはそういう方法を取った。そして、後世の人達がそれを三陰三陽に纏めて行ったというのが本当ではないかなと思います。

寺澤 ありがとうございます。二つ小山先生に申し上げたいのですが、『傷寒論』の成立については、日曜日のランチョンセミナーで小太郎さんのところで私がしゃべらせていただきますので、ぜひ批判してください。私の宣伝をしてしまつてごめんなさい。

それから、その前に日曜日の11時から特別講演の3というのがありますが、この複雑系と対峙する方法論について私どもはちょっととっかかりができましたので、これは bioinformatics という手法を使うのです。要するに物事がABCという三つの事象が体に同時に存在するときの意味。要素還元的に1個のことを1個で説明するということをやっていたのでは漢方は全体像が見えない。ABCが同時に存在することに意義がある。あるいはABDになったときにどういうことが起こったのか。その違いを見極めて適切な漢方処方を持ってくるのがいわゆる方証相対といいますか、随証治療になっているわけですから、この辺のことについて今後いろいろとみんなで思いを致していかなければいけないのではないかなと思っています。

三谷 最後に小山先生がダブルブラインド、EBM

の方法論が随証治療とはなかなか相容れないとおっしゃっておられましたね。私もその通りだと思います。ただ、現代医学の中でこういった考え方とどう折り合いをつけていくかだと思います。好むと好まざるとにかかわらずそれが求められている中で、今日先生方がご提案いただいた方法論を広く一般の先生がたにご紹介していくことで、これから議論が始まっていけばと思っております。

これまでの証についての考え方を花輪先生、米田先生、伊藤先生から整理していただき、これを小山先生の線形、非線形の考え方で違う角度から見てみることで、今日は非常に有意義なディスカッションになったのではないかなと思っております。

寺澤 先生にすっかりまとめていただきました。私も実は同僚の喜多君と一緒に『EBM 漢方』という本を医歯薬出版から出したのです。そしたらうちの家内に怒られてしまいました。「お父さんは日ごろ一人一人違う治療をしているというのに、何でこういう100人にやったら50人効いたみたいな話をするというのはおかしいのではないですか」と非常に不評判でした。ただ、言いますと、それで入ってくる印税は家内が使っていますから、あの分だけ私に分けてもらいたいののですが。

ただ、ここで私は今、厚生労働省の委員として実はダブルブラインド・コントロール・スタディ等を推進する、タスクをかける側なのですが、そこで折り合いをつけるのは、できるだけ漢方の考え方、証という、検定する処方 は決まっているわけですから、この漢方的な証をできるだけ、前層別というのですが、ただむやみにばっと100人にやってしまうのではなくて、こういう患者さんにやってほしいと。この患者さんはだめですというようなことで条件設定をしていただくように業界を指導しているのです。これが今ぎりぎりのところだと思います。そうでないと、ある程度ここは必要悪でやらなければ医療保険のパイは限られていますから、こういう中から排除されるということもなくてはならない。やはりこういうところは妥協できるところはして、ある程度の結果は出していかなければいけないのではないかなと。十分に限界を知りながら、あることは推し進めていかなければならないということも現実だと思います。

三谷 それでは、わずかな時間なのですが、フロアの先生から、はい、山崎先生、どうぞ。

山崎 細野診療所の山崎です。いろいろと面白い話を聞かせていただいてありがとうございます。

最初、寺澤先生がおっしゃったように、この題名「随証治療」というものについて、果たしてこのシンポジウムを期待して聞いたのにそのとおりだったかどうか、私も非常に疑問を持ったわけです。方証相対の話をしているのかなと。処方と証ということについて語っておられるのかなという感じがして、それは証では狭い証ではないかと。太陽病証、陰証、虚証、血虚証とかいろいろな証がありますから、むしろ病態だと思うのです。

そのことを考えてどうかなと思っているうちに、ちょっと長くなりますが、実は私は漢方治療研究会で中西深斎の証についての考え方を紹介し、『傷寒名数解』にある「契因命証」という言葉を述べました。病因に契約して証が生じるということです。ということは証には必ず病因といったものがある、病態というものがある。ということになると、花輪先生や伊藤先生がおっしゃった処方における病態というものは非常に大事なことでないかとも思います。

ですから、証ということを経方に限られると困りますが、もっと病態というか、病症というものを広く臨床的に考えていくということが証については大事なことでないか。証について非常に今まで長い間いろいろと議論されてきてなかなか結論なんか出ていないのですが、私はそういうことをもうちょっと明らかにしてほしいなと。そういう期待を持ったのですが、ちょっと何か期待外れに終わりました。

三谷 ありがとうございます。たしか『臨床漢方の治療指針』という本に証についての考え方が、症候群的なものから漢方医学的な病理所見を踏まえた判断まで四つに分類して記述されています。ですから先生がたとの意見交換の中で、どういう証を念頭において語られているのかをはっきりさせないとなかなか話がかみ合わないわけです。ですから、確かに先生がおっしゃいますように、一薬方の証にのみとられず、患者さんの身体、あるいは心も含めた形でどのようなとらえ方をするかということまで証は考えるべきというディスカッションも、今後考えていかないといけないのではないかと思います。どうもありがとうございました。

たっぷり時間があると思っていましたが、あっという間に過ぎてしまいました。やはり東洋医学を志

す私たちは証をどうとらえるかは永遠のテーマとして考え続けていきたいと思っております。これからもこういったテーマでシンポジウムを持ってやっていく機会も又あるかと思しますので、先生がたと一緒に考えていきたいと思っております。

大澤 先生、大澤なのですが、私、会頭、シンポジウムがもうクローズされて申し訳ありませんが、実はこのセミナーのテーマを選んだのは私自身なものですから、ちょっと一言印象をお話しさせていただければと、時間で申し訳ございませんが、4人の先生がたのお話は非常にありがたい、私にとっては非常に感銘深いものでございました。それぞれが非常に意義がございました。

というのは、私の開会のごあいさつに申し上げましたように、今回の学会のテーマとしてやりたいことと考えたことは二つ。一つは、この東洋医学、漢方が日本の医療に定着するためには西洋医学の評価に耐えなくてはなりません。これはその中の一つのEBM、エビデンスを出すことが一つ明らかです。そのときに必ず言われるのが随証療法でないとなかなか評価に乗らないと言われます。これはそのとおりなのですが、実は私は以前に厚生省の新薬の調査会の座長をずっと長くやって、新薬の審査を随分やってまいりました。新薬に関しての薬の評価の場合には、エビデンスとして必ず二重盲検比較試験を要求しますが、それはあくまで薬の評価というのは人間の主観が入ってはいけないということのためにダブルブラインドにするわけです。これは医療では全くないので、実はこんなことは倫理的には本当は許されるべきことではないのですが、薬を評価することに免じて行われている試験なのです。二重盲検比較試験というのは、実は医療としては行ってはならないことなのです。そういうことをやってまいりまして、その評価をずっとやってまいりました。

ただし、それで出てきたデータは、エビデンスは例えばこの薬はこの疾患に50%有効であるというデータに出てまいります。そういうことで、今の薬の評価がなされています。EBMはそれに基づいてなされているわけです。それが現在、日本の医療の西洋医学の医療ではスタンダードになりつつあります。日本の医療に漢方を定着させるためには、どうしてもEBMに乗らなければならない。先ほど寺澤

先生がおっしゃったとおりで、それに対して証が、例えば随証療法が評価に乗らないという形であれば、どうやって乗せるか、あるいは乗せられるかということを検討していただく必要がある。そういうことで証はどんなものかというのをいろいろな立場の先生がたにいろいろな情報はいただくというのが一つのポイントでした。

もう一つは、ただし、そういう具合にしていまいますと、西洋医学の中に漢方が飲み込まれてしまうという心配があります。その意味では今度はまた証の真髄というのは西洋医学と全く違う非常に優れたものであるという、それをまた明らかにしていただきたい。「伝統の継承と新しい発展」というテーマを私が今回選ばせていただいた理由はそこにあります。そういう意味で、この伝統医学臨床セミナーを今総会のいちばん目玉のシンポジウム、セミナーにしたいと考えておりましたので、今日4人の先生がたのお話をいただけたことが非常に素晴らしい内容でございまして、本当にありがとうございました。

時間を取って申し訳ございませんが、会頭から一言お礼を申し上げます。どうもありがとうございました。

三谷 どうもありがとうございました。

では、このシンポジウムをこれで終わらせていただきます。先生がた、ありがとうございました。