第57回日本東洋医学会学術総会

教育講演・基礎漢方講座

私の漢方医学の習得： 古典的な「証」のとらえかた，新しい「証」の考え方

長坂 和彦

諏訪中央病院東洋医学センター，長野，〒391-8503 茅野市玉川4300

Sho, the Diagnostic Basis of Kampo Medicine —Classical Concept vs. New Concept—

Kazuhiko NAGASAKA

Center of Japanese Oriental Medicine Suwa Central Hospital, 4300 Tamagawa, Chinoshi, Nagano 391-8503, Japan

Abstract

The practice of Chinese medicine has continued for more than 2,000 years, based on its long record of effectiveness. In this regard, Kampo medicine has also been used successfully for these many years, and it is still equally effective today, reflecting the fact that humans have changed little during that duration. In fact, it is said that humans have not undergone much evolutionary change in the last four million years. In contrast to this, however, are the ongoing changes in our environment and surroundings, which are giving rise to a host of new diseases, including many that are allergy-related.

In the Japanese system of Kampo medicine, the pathophysiological diagnosis (Sho) and treatment are decided on the basis of two venerable texts, Shokanron and Kinkiyoryaku. There is, as a matter of fact, a prevailing, and possibly too extreme, opinion among Kampo practitioners that Kampo methods and medications not found in these two manuals are not to be applied. However, it is thought that changes had already been made to these texts in 1065-1066 by Rinoku et al., and possibly also by others earlier during the Song Dynasty (960-1279). Furthermore, two other texts, Ishimpo and Taiheiseikeiho, present many points that differ from those found in Shokanron. Thus, it is highly likely that Sho is also based on other revisions possibly carried out on these texts (originally authored by Cho Chuhei) before Rinoku et al., if not on their own revised versions. From this, it must be realized that revision itself is not a bad process, and rather that the changes for which Rinoku et al. were responsible are quite in harmony with the present age.

We must not be afraid to break with an old style. From the early days of Kampo medicine, Sho was assessed on the basis of the four available examination methods (visual examination, examination according to hearing and smell, questions and answers, and palpation). The field of medicine has since undergone some remarkable transitions, and its current state is one of tremendous development. As part of these newly acquired abilities, elevated levels of leucocytes and CRP as reflecting the state of the disease, for example, can be incorporated into the assessment of Sho. In this sense, Kampo practitioners should adopt and apply useful methods also originating from Western medicine. As a matter of fact, this is in line with the preface of Shokanron, which states that useful medications and methods should be gathered as broadly as possible (博采衆方).

Key words : Sho, Shokanron, Kinkiyoryaku

要旨

二千年以上にわたり漢方が永續し得たのは、「漢方は効く」この一点に尽きる。二千年前の薬が効くのは、人の体が二千年前とほとんど変わらないからである。一説には400万年の間、人はほとんど進化していないという。しかし、我々を取り巻く環境は著しく変化し、アレルギー疾患のような新たな証を引き起こす要因となっている。

日本漢方は証を決定する上で、傷寒論・金匱要略を重視している。それ以外の考えを排除する、あるいは傷寒論・金匱要略に収載されている薬方以外は用いない、という行き過ぎと思われる意見もある。しかし、証を決定する上で根拠を成す傷寒論・金匱要略は時代より変化しているのではないかと思う。

傷寒論は林億らの宋改を経ている。金匱要略はまだしも、傷寒論は宋改を経ない医心方や太平聖恵方と異なっている点も多い。我々は、張仲景が書いた傷寒論・金匱要略を重視するといいながら、実は、林億らが書き換えた、あるいは、それ以前に書き換えられていた傷寒論に基づいて証を決定している可能性が高い。ここで注意してほし

いのは、書き換えたことがいけないということではない。むしろ、宋板傷寒論は現代によりマッチしていると思っている。

我々は、古いスタイルから脱皮することを恐れてはならない。漢方医学は四診をことのほか重視する、といわれているが、これは単に漢方医学が成立した時点で四診くらいしか情報を得る手段がなかったからである。現在の医療機器の進歩にはめざましいものがある。白血球やCRPが上昇している場合は、闘病反応が強いので実の反応と捉えることも可能である。我々は、有用であるものは可能な限り取り入れ治療に当たるべきである。これは、傷寒論の序文にある、「博采衆方」という考えに合致すると信ずる。

キーワード：証，傷寒論，金匱要略

傷寒論と金匱要略

非常に難しい演題をいただきました。「古典的な証のとらえ方」といっても、なにを以て古典的というのかははっきりしていません。『傷寒論』、『金匱要略』あるいは、『千金翼方』、『外台秘要方』までを古典的とするのか、劉河間、李東垣が活躍した時代は傷寒・金匱の時代と比べると新しいわけですが、それでも800年前ですから、「古典的」といえなくもありません。

日本人が最も重視している『傷寒論』が成立した当時は非常に寒い環境にありました。前漢の終わりと後漢・五胡十六国までに、人口は4分の1にまで減少しています。『傷寒論』の序文には、「自分の一族の3分の2が傷寒という病気で亡くなった」と記載され、非常に寒く病気が重症化しやすい時期に成立した医学書であることがわかります。

このテキストを今の温暖化した時代にそのまま使ってよいか？ということも大きな問題になると思います。日本の古方派というグループは、『傷寒論』『金匱要略』を非常に重視してきました。「これに収載されている薬方以外は使ってはいけない」という、非常に厳しい考え方、悪く言えば狭い考え方を持っている人もいます。気候もそうですが人間の体も、いろいろと変わってきています。例えば狩猟の時代と今の飽食の時代では大きく異なると思います。食べ物が余っていて、どうやって減量しようかという時代と、食べるものがない、狩猟時代の薬の使い方は違うのが当たり前です。漢方は後世の人間が、その時代の気候とか体質とかを勘案しながら作りかえてきているわけですから、『傷寒論』、『金匱要略』だけに固執するのには疑問を感じています。

日本漢方の特長

現在の日本漢方は大きく、古方派、後世派、折衷派、そのほか中医学を専門にする人がいます。私は古方派の末席にいるわけですが、今日の発表は古方

派を批判することになります。下手をすると破門になるかもしれませんが、こういう馬鹿な発言をする人間がいても良いと思います。日本漢方の中枢はここ数十年ずっと古方派が占めてきました。ですから、日本漢方イコール古方派といっても良いと思います。少なくとも日本東洋医学会はそうです。何で、日本漢方の中心を古方派が占めているか？からお話ししましょう。明治維新後、漢方では飯を食べていけなくなりましたが、和田啓十郎先生が『医界之鉄椎』という本を著し、以降、漢方が少しずつ復旧してきたという経緯があります。

『医界之鉄椎』の一節を読みます。「劉河間、東垣、丹溪、(中略)、脾熱を下ろし、脾気を補い、補気滋養の剤を作る。ここにおいて攻撃の処方全く止み」。要するに傷寒・金匱、特に『傷寒論』の攻撃的なものは全く止んで、「陰陽、補益の説、独り興隆を極む」。「河間、東垣、丹溪を金元の間、医の三傑と称す。然れども、実は医界を毒せり」と書いています。要するに河間、東垣、丹溪は医界を悪い方向に導いた、と述べています。和田先生は、吉益東洞を非常に尊敬しています。今の日本漢方のお偉方は和田先生の流れをくむ人たちなので、日本漢方の根底には和田先生の考えが色濃く残っています。ですから、みなさんが漢方の本を読んだり、あるいは講演会に出ると、これに近い話を聞くことになります。

ただ、私は、劉河間、東垣、丹溪は必要に迫られて新たな漢方医学的な考えを提唱したのではないかなと思うのです。時代によって気候などの外面的な物、体質などの内面的な物は違って来るし、また、住んでいる場所によっても薬の使い方を変えなければならないと思います。例えば日本人は柴胡剤が非常に好きですが、柴胡剤は体を乾かすという問題点があります。なぜ日本で柴胡剤を安心して使えるかというと、日本は四方を海で囲まれていて、湿度が高い

わけです。ですから、日本では体を乾かす柴胡剤を使いやすい。地黄剤は、時に心窩部不快感を起こすといわれています。しかし、滋潤剤である地黄を体が乾燥して困っているアトピー性皮膚炎の患者さんに使っても、心窩部不快感を起こした経験はありません。体が乾燥している人は滋潤剤を欲しています。漢方薬を使うときは、気候や環境、食生活、患者さんの体質などを考えなければなりません。これはとりもなおさず、気候・環境・食生活・体質は「証」を決定する要因になり得るということです。

日本漢方の方向を決定づけた吉益東洞

和田先生が尊敬した吉益東洞について少し述べます。『類聚方』『薬徴』『方極』は東洞の三部作といわれるものです。『類聚方』の桂枝湯のところには『傷寒論』『金匱要略』に収載されている桂枝湯の条文が全部出てきます。そうすると、桂枝湯という薬方はどのような症候に使えばよいか分かってきます。

『薬徴』は、処方の構成する生薬、例えば人参が含まれている条文がまとめて書かれています。そうすると、人参というのはどういう証候に使ったらいいか分かってきます。人参を含んでいる条文には心下痞鞭といって、みぞおちが脹ったり、つかえたりする症候が目立つことから、人参は心下痞鞭を主ると東洞は断定しています。これは非常に科学的で優れた手法だと思いますが、心下痞鞭と人参が1対1で結びつくようになり、ひいては症候と薬方を1対1に当てはめる傾向が強まってきました。その結果、どうしてこの症候にこの薬方を使うのかといった漢方病理が失われて来ました。

吉益東洞が著した『類聚方』の文章を読んでみます。スライドは小建中湯と小柴胡湯にかかわる条文です。「傷寒、陽脈洪、陰脈弦、法まさに腹中急痛すべし、先ず小建中湯を与え、癒えざる者は小柴胡湯之を主る」。東洞は下線の部分を抜けと言っています。これはじゃまだ、必要ないと。そうすると、小建中湯というのは、腹が痛いときに使えるということになります。要するに腹痛という症状と薬方がダイレクトに結びついてきます。処方集としては非常に簡明で優れています。この徴候があったら、これを使い。あるいは、この症候があったらこの生薬を加えろとなっているので、非常にわかりやすいわけですが、漢方医学的な考え方や漢方の病理を失って

しまったと思います。また、疾患が太陽病期から陽明病期に移行するといった六病位の考えも捨て去られています。

日本漢方の長所と短所を示します。『傷寒論』『金匱要略』に書かれている条文の症例集積は中国に劣らないと思います。日本では、いたずらな加味をすることは少なく、『傷寒論』や『金匱要略』に出ている方剤をそのままの形で多数例に使ってきました。時には、その条文にある証候以外の病態にも応用してきました。『金匱要略』あるいは『傷寒論』に出てくる処方の集積という面は、日本漢方の誇れるところです。しかし、中医学を専攻される先生に言わせると、理論が乏しいということになっています。ただ、ここで注意していただきたいのは、中医学は理論がはっきりして、とっかかりとしてはいいわけですが、同じ患者さんを日本漢方のやり方で治療した場合と、中医の理論に基づいて治療した場合とで、どちらが優れているかは言い切れないのです。中医学の方が理論的で分かりやすいから治療成績がよいというわけではないのです。漢方を勉強するときは、今自分が習っている漢方がどういう流れの漢方であるのか。その長所は何であるのか。あるいは短所は何であるのか。この辺は考えておかなければなりません。

先ほど漢方病理を失ったといいましたが、その病理を復興させようとしたグループが古方派の中にもあります。図1は、千葉漢方を創設した奥田謙蔵先生と藤平健先生です。両先生は、漢方の理論的な復興に力を注いだのだと思います。

まとめてみますと、症例の集積は日本漢方の誇れるところです。ただ、ガチガチの古方の先生が言っているように、傷寒・金匱以外の薬を使うな！とか、後世方を使う人を責めるという態度には疑問を感じます。2000年前に成立した書物の漢方理論を考えずにそのまま使うというのは、2000年の間、進歩していないということになってしまうわけです。現在は気候も食生活も2000年前とは異なっています。また、医療機器が発達していますので、そういうものを取り入れて新たな漢方医学的な証を再構築する必要があります。一例を示すと、感染症で白血球やCRPが上昇している時は闘病反応が強いわけですから、実の反応を呈しているのとらえることが出来ると思います。

奥田謙蔵先生

藤平健先生

図1

近年の報告

最近の学会の報告をお示しします。芍薬甘草湯で排卵誘発というのは、私のように漢方しかやっていない人間は、逆立ちしても思いつかない発想ですが、このようなことが婦人科の先生の努力によって分かってきた。そうすれば、それを現代医学的な手法を用いて、なぜ芍薬甘草湯で排卵が誘発されるのか、という研究をしていかなければならないと思います。

脳血管性痴呆に釣藤散が有効というのは、寺澤捷年先生が二重盲検でやったものです。脳血管性の痴呆に釣藤散が有効であることが分かった。分かったら、その次の段階に進んでいく。これが新たな証の決定に役立つと同時に、どのような機序で釣藤散が効いているのかの機序の解明につながると思うのです。

これは福井大学（現・帝京大学）の福田悟先生がおっしゃったことですが、頭部の帯状疱疹後の神経痛に、星状神経節ブロックをやると非常によく効くのだと。釣藤散は痴呆をよくするのだから、頭の血の巡りもよくするだろう。そこで、頭部の帯状疱疹後の神経痛に釣藤散を使ったら大変よく効いたということです。こうした一つの臨床事実から、釣藤散が本当に頭の血流をよくするのか否かを多数例で検討したり、どのような機序で釣藤散は頭部の帯状疱疹後の神経痛に効くのか、という研究をやっていく必要があります。

腎不全に黄耆含有方剤が効くということを、京都の江部先生や名古屋の灰本先生が見つめました。当科と江部先生のデータを合わせたものを腎臓病学会で発表してきました。腎不全患者25例に漢方治療を行ったところ有意に血清クレアチニンが低下しまし

た。どのような機序で腎不全が改善するかの解明が待たれます。

傷寒論の変遷

本題に戻ります。漢方の議論をする場合は、どこ教典に基づいて発言しているかということが非常に重要です。升麻を例にとってみますと、私どもは李東垣以降の、升麻と柴胡の組み合わせで、升提、つまり持ち上げるようなイメージを持っております。でも、宋の初期に著された『太平聖恵方』などは、升麻を、下へ降ろす、抗炎症的な働きで使っています。同じ生薬が『太平聖恵方』では降ろすほうだし、近代の考えでは上げるほうであるというように、180度意見が異なっている。これは升麻だけではなくて、『傷寒論』の条文、例えば大青竜湯は、私どもは太陽病期の薬方であると疑っていないわけですが、一部の本を読んでもみると、太陰病の薬方になっています。そうすると、大青竜湯を太陽病期の薬方であると言うためには、『宋板傷寒論』、『千金翼方』によると大青竜湯は太陽病期の薬方である、と言わなければならないのです。

現代、日本でいちばん使われている『傷寒論』のテキストは、趙開美本『宋板傷寒論』であると思うのですが、私が属している千葉古方では、趙開美本を成無已が書き直して、それを香川修庵が編纂した『小刻傷寒論』を使っています。恐らく、『康平本』も『康治本』も『注解傷寒論』から派生したものですから、これのみをテキストとすると全体を見落としてしまう可能性があると思います。ましてや、これらのテキストだけで張仲景を議論してはいけません。

「宋板」という語句について補足します。宋以前は、『傷寒論』などのテキストは手で書き写していたのですが、宋代に印刷技術が発展し、林億を中心とする宋臣により古典のリプリントが出版されました。お金さえ支払えば『傷寒論』や『金匱要略』が手に入るようになったのです。リプリントに際し、林億たちは条文を書き換えたり、条文の位置を移したと考えられます。というのは、この宋の改訂を経していない『太平聖恵方』や日本にある国宝、『医心方』には『宋板傷寒論』と相当異なる部分があるからです。

しかし、残念なことに、私どもは『宋板傷寒論』だけ、あるいはこれを分解して作り直した書物を手

心に研究してきました。古方といってもそれは『宋板傷寒論』や『宋板金匱要略』の古であって、張仲景の古ではないのです。古方派の最大の悲劇は「仲景に帰れ」と云いながら、『宋板』以前にさかのぼっていないことにあります。また、「後人の攪入」といって自分たちの考えに合わない条文や理解できない条文を削除してしまったのは良くないことだと思います。

ここで注意していただきたいのは、林億あるいはそれ以前の間人が『傷寒論』を書き換えたことがいけないと云っているわけではありません。非常に寒い時代に成立した仲景『傷寒論』が、林億の時代には合わない部分もあったから『宋板傷寒論』が誕生したのだと思います。生活環境の変化によって薬の使い方は変わって当然なのです。みなさんが『傷寒論』を勉強される場合は、こういった事実があることを知って、自分の使っているテキストはどの時代の考えに則って記載されているのかということを踏まえて研究しなければならないと同時に、議論するときにはどの書物のどの理論に基づいて述べているのかも付け加えなければならないのです。

宋改を経ていない、宋の第二皇帝の時代に作られた『太平聖恵方』巻九を見てみましょう。柴胡は少陽病期の薬方であると漢方家の99%は疑っていません。しかし、巻九では、少陽病期に柴胡は一回も使われていません。柴胡は主に陰病期に使われています。大黃はどうか？大黃は宋板では、「胃家実是れなり」の陽明病期の薬方です。陽明病期に大黃を使っているかと思ってみてみると、全く使われていません。太陰病期と少陰病期に主に用いられています。我々は「陰病期は補え」と教えられてきましたが、巻9では陰病は下すという『素問』熱論系の考えに則っています。

私どもは宋板あるいは宋板から派生したテキストだけを絶対視して、陽明病期は胃家実であると言ってきたわけですが、違う考え方もあるということを知らなければなりません（宋板以前のテキストのほとんどは「胃家実是れなり」でない）。時代によって考え方が変わっているわけですから、このテキストに則るとこうだという形で述べないと、少陽の柴胡のつもりが陰病の柴胡になってしまう可能性があります。

傷寒・金匱のみに執着すると、生薬の重要な働き

をも見落としてしまうことがあります。

スライドは『神農本草経』の黄耆の記載です。「味甘微温，山谷に生ずる。癰疽久敗瘡，排膿止痛，大風癰疾，五痔鼠瘻，補虚，小兒百病を治す」と記載されています。これは日本の漢方家はもちろんのこと中医学を専攻している人にも納得出来る内容です。傷寒・金匱で黄耆を含む条文から吉益東洞が下した黄耆の薬効を『薬徴』で見えますと、「肌表の水を主治す，故によく黄汗，盗汗，皮水を治す。旁ら身体腫れ，不仁の者を治す」となっていて，黄耆の薬効の一部を記載しているに過ぎません。傷寒・金匱や『薬徴』だけをやっていては，黄耆の「癰疽久敗瘡，排膿止痛，大風癰疾，五痔鼠瘻，補虚，小兒百病」を見落としてしまうことになります。生薬の研究をする場合は，傷寒・金匱だけでなく『神農本草経』や『名医別録』など生薬の本も合わせて参照しなければなりません。

新しい証の提唱

最後に，東洋医学会の問題点を指摘したいと思います。東洋医学会には理事と評議員が118名います。今回，一般演題に何人が発表したか調べたら，14人だけです。理事とか評議員というのは，日本漢方界の中で経験と知識を併せ持っている方がなっています。このような学識豊かな先生方が発表されてこそ，学会が盛り上がりと同時に後学の者にとって知識を吸収するまたとない機会になるはずですが，藤平先生は「私が唯一誇れる点があるとすれば，それは学会で発表し続けたことだ」と述べています。2000年続いてきた漢方の知識と経験の伝承，及びその発展は我々に期せられた重要な使命であると考えています。

今回の発表は，岡田研吉先生（東京）や牧角和宏先生（福岡）の研究の一端も紹介させていただきました。先生がたのなかで宋板まで手にするというのは，恐らくまれで，宋板を改編した『傷寒論』を手にする。そうすると，途中で書き換えられたテキストをみているわけです。

宋板ですら，林億たちによって再編集されている。ただ，僕が言いたいのは，再編集したことは，決して悪いことではない。林億たちは必要があって，再編集をしたのではないかと思うのです。私たちは2000年前の張仲景に縛られる必要はないし，新たな使い方が見つければ，それを新しい考え方として，学会で発表していただきたいと思います。さらに現

代医学的手法も取り入れて、私のような一臨床医ではとうてい解明できないような研究をしていただければ、漢方医学の発展につながるし、それがひいては新しい証という形で提唱できるのではないかと思います。